

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی

فاطمه بهرامی^{۱*}، یونس زاهدی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۶/۶

تاریخ ارسال: ۹۶/۱۲/۲۳

چکیده

رفتاردرمانی دیالکتیکی یکی از درمان‌های موج سوم در زمینه درمان اختلالات رفتاری است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران دارای کودک استثنایی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی کودکان استثنایی شهر سبزوار در زمستان ۱۳۹۴ بود. به‌منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. از بین مادران دارای کودک استثنایی مراجعه‌کننده تعداد ۳۰ نفر انتخاب شد و بعد از هم‌تاسازی، در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های امید به زندگی، شناسایی و پرسشنامه کونور و دیویدسون استفاده شد که پایایی این پرسشنامه‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس الگوی رفتاردرمانی دیالکتیکی در طی ۱۲ جلسه (۱/۵ ساعت) به‌صورت هفته‌ای دوبار برای گروه آزمایش اجرا شد و بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه گرفته شد. برای تحلیل نتایج از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتیجه نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر امید به زندگی و تاب‌آوری ($p \geq 0/001$) مؤثر است. این درمان توانست به‌طور معناداری باعث افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری شود.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، تاب‌آوری، رفتاردرمانی دیالکتیکی

۱. * استادیار، دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

F.bahrami@hsu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

مقدمه

در سال‌های اخیر مطالعات زیادی در زمینه خانواده و عوامل اثرگذار بر دوام و تداوم زندگی مشترک و محل این نهاد مهم از سوی محققان صورت گرفته است (بارتلت و استرابوکس^۱، ۲۰۱۵)، چراکه خانواده، مناسب‌ترین نظام برای تأمین نیازهای مادی، روانی و معنوی بشر بوده و بهترین بستر را برای تأمین امنیت و آرامش روانی اعضا، پرورش نسل جدید و اجتماعی کردن فرزندان و برآورده ساختن نیازهای عاطفی افراد فراهم نموده است، بااین‌حال، در عصر حاضر نظام خانواده دچار مشکلات و چالش‌های اساسی شده و حتی گاه اساس و تمامیت آن نیز زیر سؤال رفته است. متأثر از تحولات اجتماعی، صنعتی و علمی، در بیشتر جوامع از جمله ایران مشکلات متعددی برای خانواده پدید آمده است؛ اختلاف‌های خانوادگی، طلاق، فرزندان معلول (استثنایی)، بی‌سرپرست و بزهکاری نوجوانان و جوانان، نشان‌دهنده مشکلات اساسی در خانواده‌ها است (نادری، مختاری و محمدپور، ۱۳۹۳).

به گفته سازمان جهانی بهداشت ۶۵۰ میلیون معلول در دنیا زندگی می‌کنند که ۷۰ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه هستند که طبق گزارشات این سازمان حدود ۷ درصد از جمعیت ایران معلول است. (کولایی و درخشنده، ۱۳۹۴). در این میان کودکان و افراد دارای معلولیت ذهنی یا استثنایی اهمیت و توجه بسزایی را در دهه‌های اخیر به خود جلب کرده‌اند چراکه وجود کودک استثنایی ضایعات و اثرات جبران‌ناپذیری بر خانواده وارد می‌کند (غلامی، پاشا و سودانی، ۱۳۸۸)؛ و به طرق مختلف از قبلی فشار روانی و انزوای اجتماعی و سلامت روانی بر خانواده‌ها تأثیر می‌گذارند (گائو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

طبق تحقیقات صورت گرفته مادران کودکان استثنایی در مقایسه با پدران، بیشتر با مشکلات رفتاری کودک درگیرند و استرس و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (کناری، جدیدیان و سلگی، ۱۳۹۴)، به طوری که بر طبق مطالعات مادران این فرزندان بیشتر از سایرین در معرض افسردگی هستند (ضمیری نژاد، گلزاری، برجعلی و اکابری، ۱۳۹۱).

۱. Bartlett, J Easterbrooks, M

۲. Gau, s

اگر مادران از سلامت جسمانی و روانی کافی برخوردار نباشند به‌درستی نمی‌توانند از عهده مسئولیت‌ها و وظایفشان برآیند و بدین شکل تأثیرات منفی را بر پیکره وجودی خانواده برجای خواهد گذاشت (حسینی قمی، ۱۳۹۱).

در این میان روانشناسان مثبت‌نگر معتقد هستند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند، از این‌رو در یکی دو دهه اخیر نقش امید در سلامت روانی مورد توجه بسیار قرار گرفته است. اشنایدر^۱ در سال (۲۰۰۰) نظریه‌ای به نام امید را بیان کرد، به عقیده وی امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است (کسینگ، وردای و اندرسون^۲، ۲۰۱۵). امید یک منبع قدرتمند برای زندگی و یک نوع بازبایی و دوباره تولد یافتن محسوب می‌شود که برای انسان بسیار ضروری است (خالدیان، سهرابی، عسگر و باغتیفونی، ۱۳۹۶). در تعریف دیگر، امید شامل ادراکات شخص درباره توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به اهداف، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش موردنیاز برای حرکت به سوی اهداف است (مگیار^۳، ۲۰۰۹؛ شیر پور و مقدم، ۱۳۹۵).

امید، توانایی و باور احساس بهتری از آینده است. امید با نیروی مؤثر خود، سیستم فعالیتی خود را تحریک کرده و در بچه‌های تازه‌ای را به روی فرد باز می‌کند (نادری، مختاری و محمد پور، ۱۳۹۳). مطابق نتایج پژوهش‌ها، افراد امیدوار و شادمان و خوش‌بین، روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، فرزندان، همسایگان و بستگان خود دارند (فریدریکسون^۴، ۲۰۰۹؛ کولایی و درخشنده، ۱۳۹۴). چراکه امید با ایجاد احساس بهتر از آینده، سیستم فعالیتی را تحریک می‌کند تا سیستم بتواند تجارب نو کسب کرده و نیروی تازه را در ارگانیزم ایجاد نماید و در این نتیجه امید انسان را به تلاش و کوشش واداشته و او را به سطح بالایی از عملکرد روانی و رفتاری نزدیک کند (عینی میرزاوند، ۱۳۹۲). همچنین مطابق مطاعات صورت گرفته امید به زندگی پایین خطر ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر را

۱. Snyder, j
 ۲. Kessing, L Vrad, Ei Andersen, P
 ۳. Magyar, v
 ۴. Fridrakrisun, bl

چندین برابر می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه می و همکارانش (۲۰۱۴) نیز نشان داد که امید به زندگی تأثیر بالا در ادامه درمان افراد مبتلا به ایدز دارد. در مطالعه دیگر نیز نتایج حاکی از رابطه منفی بین امید به زندگی و افسردگی در افراد بود و امید به زندگی، کیفیت زندگی افراد را بالا می‌برد (جایا و زاك، ۲۰۱۵).

علاوه بر امید، یکی دیگر از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه در مطالعات روان‌شناسی مثبت نگر، تاب‌آوری است (هاشمی و جوکار، ۲۰۱۱؛ اوزبای، فیتزینگ، چرنی و ستویچ، ۲۰۰۸). پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد (لوئار، ۲۰۰۰). گومز و مک لارن (۲۰۰۶) تاب‌آوری را توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط‌های پرخطر عوامل خطر آفرین می‌دانند (برجی پور، ۱۳۸۹).

از نظر بوانا و همکارانش (۲۰۰۷) تاب‌آوری نقشی مهم در رابطه با حفاظت در برابر افسردگی ایفا می‌کند (بوانو، گالنا و والوو، ۲۰۰۷). مارتل تاب‌آوری را به‌عنوان توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به حالت طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا تعریف می‌کند (مارتل، ۲۰۱۰). به‌عبارت‌دیگر، تاب‌آوری، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. افراد تاب‌آور دارای توانایی برگشت و کسب بهبودی، دارای خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری فکری، ماهر در تبدیل مشکلات به‌عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، دارای پشتکار، عزت‌نفس، دارای شبکه حمایتی سالم، توانا در رشد قابلیت‌های عاطفی و فراطبیعت، دارای استقلال رأی، حس شوخ‌طبعی و دارای توانایی حل مشکلات و حل تعارض می‌باشند (سکس تون و همکاران ۲۰۱۵، کردی چال، ۲۰۰۵). تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیتهای موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی خود استفاده کنند و

۱. Ozbay F, Fitterling H, Charney D, Southwick S

۲. Bonanno, G Galea, S Bucciarelli, A Vlahov, D

۳. Kordichhall, d

از این چالش‌ها به‌عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جویند (گلندری، حسین ثابت و مهاجر، ۱۳۹۲).

به عقیده دمورتی و ایوجک^۱ (۲۰۱۱) و ترنی^۲ (۲۰۱۵) مداخلات روان‌شناسی و جلسات آموزش گروهی باعث افزایش خوش‌بینی و سطح بالای امید می‌شوند، همچنین شرکت در این جلسات و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی تأثیر بالایی در تاب‌آوری مادران افسرده دارد (ریچاردسون^۳، ۲۰۱۱). بنابراین روش‌های مداخله‌ای شناختی از روش‌های رایج و مؤثر برای حل مشکلات روان‌شناختی هستند که رفتاردرمانی دیالکتیکی^۴ از جمله درمان‌های نوین در این حوزه است که در دامنه نسبتاً متنوعی در درمان سایر اختلالات مورد استفاده قرار گرفته است و مطالعات گسترده‌ای از سوی محققان در مورد آن صورت گرفته است (پانوس^۵، ۲۰۱۴)، دلایل این امر نخست به پیچیدگی و تنوع مشکلات برخی اختلالات برمی‌گردد که نیازمند یک برنامه ساختاریافته و دقیق هستند، از سوی دیگر شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات سایکوسوماتیک موفقیت‌آمیز هست و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است (عزیزی و محمدی، ۱۳۹۵).

رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکرد جدیدی است که بر مبنای تنظیم هیجانات در درمان اختلالات، خوردن توسط لینهان^۶ (۱۹۹۳) شکل گرفته است که فراگیرترین و تجربی‌ترین رویکرد درمانی در تنظیم عواطف برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تاکنون بوده است (بوهمس، دایر، پرایبی و کروگر^۷، ۲۰۱۳)، رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌طور اخص برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و جهت هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی‌نظمی هیجانی است (سلیمانی، خداوردی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۳). این رویکرد، ۴ مؤلفه مداخله‌ای در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند: ذهن آگاهی، تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه‌های مبتنی بر پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به‌عنوان

۱. Demerouti, k

۲. Terni, n

۳. Riochardson, c

۴. Dialectical behaviour therapy

۵. Pnose, j

۶. Linhan, m

۷. Bohus, M Dyer, A Priebe, K Krüger, A

مؤلفه‌های مبتنی بر تغییر (بوهس و همکاران، ۲۰۱۳؛ لاینهن، ۲۰۰۸). این رویکرد برافزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید یا مهارت‌هایی که به‌طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش مراجع از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده و یا همانند هیجانات، شناخت‌ها، رفتار آشکار و 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 حرفه‌ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تائید و تقویت می‌کند (کاشانی و وزیری، ۱۳۹۲). بررسی پیشینه تحقیقات در رابطه با رفتار درمانی گروهی حاکی از این است که تاکنون تأثیر این شیوه از درمان بر متغیرهایی از قبیل: تاب آوری معلولین جسمی (قادی، ۱۳۹۵)، تاب آوری زنان مطلقه (قراجه، ۹۶)، افسردگی سالمندان (لینچ، ۲۰۰۰)، کاهش استرس و اضطراب (چیسا، ۲۰۰۹)، کاهش خودکشی (لینهان، ۲۰۱۵)، درمان رفتارهای خودکشی در نوجوانان (مهلام و همکاران، ۲۰۱۴)، درمان اختلال شخصیت مرزی (گودمن و همکاران، ۲۰۱۴) و... صورت گرفته است، بنابراین با توجه به نقش تاب آوری به‌عنوان عاملی محافظتی و تأثیر آن در کاهش عوامل خطر ساز روانی و جسمی و با توجه به تناسب محتوای رفتاردرمانی دیالکتیکی در ارتقای تاب آوری، همچنین با در نظر داشتن اینکه تاکنون پژوهشی به‌طور مستقیم رفتار درمانی دیالکتیکی را در رابطه با امید به زندگی و تاب آوری مادران کودکان استثنایی بررسی نکرده است، لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به سؤالات زیر است:

- آیا رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی

تأثیر دارد؟

- آیا رفتار درمان دیالکتیکی گروهی بر تاب آوری مادران کودکان استثنایی اثربخش

است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر) است. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی پسر مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی استثنایی وابسته به سازمان آموزش و پرورش شهرستان سبزوار در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بود. نمونه مورد مطالعه این پژوهش، شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک استثنایی بود که در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، که به صورت هدفمند انتخاب و در گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های آزمودنی‌ها در این مطالعه عبارت از: مادر دانش‌آموز کم‌توان ذهنی که در حال حاضر مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی ابتدایی شهر سبزوار بودند و امید به زندگی و تاب‌آوری کمتری داشته‌اند. لازم به ذکر است که جایگزینی افراد در گروه‌ها به صورت تصادفی بود.

پس از شناسایی مادران دارای فرزند دختر کم‌توان ذهنی و کسب رضایت داوطلبانه جهت شرکت در درمان، از میان آزمودنی‌های انتخاب‌شده، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. دو گروهی که به این شکل تشکیل شدند مشابه یکدیگر بودند. سپس، هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون در یک‌زمان و قبل از اجرای تغییر مستقل مورداندازه‌گیری قرار گرفتند. پس از آن، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار داده شد. روی آزمودنی‌های گروه آزمایشی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) فن‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی انجام شد، اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. دو هفته پس از درمان، مجدداً آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون شدند و سرانجام در پایان کار تفاضل نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه آزمایش با تفاضل نمرات گروه گواه مقایسه شد تا مشخص شود که عمل آزمایشی مؤثر بوده است یا خیر.

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر از قرار زیر است:

مقیاس امیدواری شنايدر (SAHS). مقیاس ۱۲ سؤالی امید توسط شنايدر (۱۹۹۱) به نقل از شنايدر و پترسون، (۲۰۰۰) برای سنین ۱۵- سال به بالا طراحی شده و شامل گذرگاه و انگیزش

هست و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ دادن به هر سال، پیوستاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. سؤالات ۵، ۷، ۳ و ۱۱ نمره گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس پرتی‌اند. سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۱۰، ۹، ۲ و ۱۲ مربوط به خرده مقیاس انگیزش هست. نمره امید، حاصل جمع این دو خرده مقیاس است؛ بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شده، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرایندهای روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجند، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شیر و کارور همبستگی دارد. بعلاوه طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش محتوا نیز مورد تأیید قرار گرفته است (بیجاری و قنبری هاشم آبادی ۱۳۸۸، ص ۱۷۲-۱۸۴).

پرسشنامه‌ی تاب‌آوری کانرودیویدس (CD-RISC). پرسشنامه‌ی تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای است که گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا ۴، نمره گذاری شده است. بدین صورت که به گزینه کاملاً نادرست، نمره صفر، گزینه بندرت درست، نمره ۱، گزینه گاهی درست، نمره ۲، گزینه اغلب درست، نمره ۳ و گزینه همیشه درست، نمره ۴ تعلق می‌گیرد. و جمع نمرات مواد ۲۵ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحرانگرد (۱۳۸۶)، انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ بدست آمد. محمدی (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل مقوله‌ی ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد.

آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (DBT): رفتار درمانی دیالکتیکی عمدتاً روانی-آموزشی است و بر اکتساب مهارت‌های رفتاری تأکید دارد. شامل ۱۲ جلسه به شرح ذیل است:

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	آماده سازی مراجعین	توضیحات مقدماتی و ارائه‌ی تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر، عمل به شیوه‌ی دیالکتیکی، مفهوم سازی مشکل	اجرای پیش آزمون
جلسه دوم و سوم	آموزش مهارت‌ها	مهارت‌های چه چیز؟ که عبارت‌اند از: کارهایی که فرد باید برای رسیدن به هوشیاری فراگیر انجام دهد شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن (دسته‌ی دوم، مهارت‌های چگونه؟ که عبارتند از نحوه‌ی انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خودهشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)	یادگیری مهارت‌ها
جلسه چهارم و پنجم	تحمل پریشانی (بخش اول)	آموزش بخش اول از مولفه‌ی تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص خواهد یافت. راهبردهای بقا در بحران خودشامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارتند از: راهبردهای پرت کردن حواس، ارتقای لحظه جاری، خودتسکین دهی و تکنیک سودوزیان	ازدانش آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.
جلسه ششم و هفتم	تحمل پریشانی (بخش دوم)	آموزش بخش دوم از مولفه‌ی تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد، شامل: مشاهده تنفس، تبسم و آگاه	
جلسه هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان	دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.	
جلسه دهم و یازدهم	آموزش مهارت‌های فردی	آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرات داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).	
جلسه دوازدهم	مرور جلسات	اجرای پس آزمون	اجرای پس آزمون

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل 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 به شرح زیر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر امید به زندگی و تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش

گروه	تعداد	کنترل		آزمایش		کنترل		آزمایش	
		بیشترین	کمترین	بیشترین	کمترین	میانگین	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
امید به زندگی	۱۵	۲۸	۱۶	۲۴	۲۴/۰۹	۱۹/۲۴	۵۲/۷	۱۸/۲	
تاب‌آوری	۱۵	۶۱	۱۷	۵۳	۵۳/۸۳	۵۳/۰۳	۸۶/۹	۸۶/۸	
امید به زندگی	۱۵	۲۹	۱۳	۲۸	۲۳/۸۶	۲۷/۹۳	۳۳/۱	۳۹/۱	
تاب‌آوری	۱۵	۶۲	۲۷	۵۵	۵۴/۵۳	۶۱/۴۳	۳۶/۴	۳۶/۹	
امید به زندگی	۱۵	۲۸	۱۷	۲۱	۲۳/۰۶	۲۷/۷۸	۱۴/۲	۳۰/۱	
تاب‌آوری	۱۵	۶۱	۲۷	۵۳	۹۶/۵۲	۹/۶۰	۸۹/۷	۰۹/۴	

با توجه به جدول فوق در هر کدام از گروه‌های کنترل و آزمایش ۱۵ آزمودنی قرار دارند. نتایج نشان می‌دهد که آماره‌های توصیفی در گروه کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی نداشته است. در گروه کنترل میانگین شاخص امید به زندگی به عنوان اساسی‌ترین معیار مرکزی در پیش‌آزمون ۲۴/۰۹ و در مرحله پس‌آزمون ۲۳/۸۶ است که اختلاف چندانی را نشان نمی‌دهد. به همین شکل شاخص تاب‌آوری در پیش‌آزمون دارای میانگین ۵۳/۸۳ و در مرحله پس‌آزمون ۵۴/۵۳ است که اختلاف چندانی را نشان نمی‌دهد.

در خصوص گروه آزمایش، میانگین متغیر امید به زندگی در مرحله پیش‌آزمون ۱۹/۲۴ و در مرحله پس‌آزمون ۲۷/۹۳ است، هم‌چنین میانگین متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون ۵۳/۰۳ و در مرحله پس‌آزمون ۶۱/۴۳ است. لذا درمان دیالکتیکی گروهی بر امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی مؤثر بوده و باعث افزایش شاخص‌های مذکور

می‌شود. در مرحله پیگیری نیز میانگین شاخص امید به زندگی و تاب‌آوری به ترتیب ۲۷/۸۷ و ۶۰/۹ بوده است، بنابراین پس از گذشته چند هفته تأثیر درمان دیالکتیکی گروهی بر امید به زندگی و تاب‌آوری از بین نرفته و تقریباً تثبیت شده است.

یکی از پیش فرضهای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکرار شونده، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها^۱ بین متغیرهای وابسته است در نتیجه این آنالیز را می‌توان با آزمون کرویت ماچلی ارزیابی کرد. پس از برقراری فرضیه نرمال بودن مشاهدات، شرط دوم یعنی هم‌راستایی واریانس‌های بین گروه‌ها یا همان فرض تساوی کواریانس‌ها که باید در آزمون طرح اندازه مکرر برقرار باشد به کمک آزمون کرویت ماچلی^۲ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در تحلیل اندازه‌های مکرر برای تعیین معناداری سطوح درون آزمودنی‌ها از آزمون‌های چند متغیره استفاده می‌شود و در ادامه با کمک آزمون لون به بررسی شرط برابری واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می‌پردازیم

سؤال اول: آیا رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر امید به زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی تأثیر دارد؟

جدول ۲. آنالیز-واریانس یک طرفه درون آزمودنی‌ها

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری
۸۲۹۹۲/۱۰۰	۱	۸۲۹۹۲/۱۰۰	۵۷۸/۲۱۴	/۰۰۰
۶۵۷۰/۶۷۸	۱	۶۵۷۰/۶۷۸	۴۵/۷۷۹	/۰۰۰
۴۰۱۸/۸۸۹	۲۸	۱۴۳/۵۳۲		

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که آماره F ی محاسبه شده (۴۵/۷۷۹، $F(df=1, 28) = 45.779$) بیشتر است بنابراین با احتمال ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین شاخص امید به زندگی گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی‌دار وجود دارد و ادعای محقق در این فرضیه تأیید می‌گردد.

۱. covariance

۲. Mauchly's test of Sphericity

سؤال دوم: آیا رفتار درمان دیالکتیکی گروهی بر تاب آوری مادران کودکان استثنایی اثربخش است؟

جدول ۳. آنالیز-واریانس یک طرفه درون آزمودنیها

سطح معنی داری	آماره F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
/۰۰۰	۳۴۹۹/۷۶۲	۲۵۹۷۶/۰۱۱	۱	۲۵۹۷۶/۰۱۱	ثابت
/۰۰۰	۵۶/۹۲۴	۴۲۲/۵۰۰	۱	۴۲۲/۵۰۰	گروه‌ها (کنترل، آزمایش)
		۷/۴۲۲	۲۸	۲۰۷/۸۲۲	خطا

نتایج جدول فوق بیانگر آن است که آماره F ی محاسبه شده ($F(df=1, 56/924)$) $(DF=28)$ آماره F ی معیار ($F=0.2$) بیشتر است بنابراین با احتمال ۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم که بین شاخص تاب آوری گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی‌دار وجود دارد که منجر به تأیید این فرضیه می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

اهتمام در ایجاد و توسعه بهداشت روان برای مدد زندگی بهتر و اقدام همه‌جانبه برای تأمین و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان، از وظایف مهم سازمان‌های دولتی و خصوصی کشور است. از سوی دیگر، صاحب‌نظران شخصیت، امید به زندگی و تاب‌آوری را از عوامل اصلی سلامت روان تلقی می‌کنند. با این‌همه شخصیت انسان در مراحل مختلف زندگی فردی و اجتماعی دستخوش تغییرات کم‌و بیش قابل‌ملاحظه‌ای می‌شود. لذا تشخیص و تمیز شرایط تأثیرگذار بر شخصیت والدین مددجو همانند: امید به زندگی و تاب‌آوری باوجود حضور کودک کم‌توان ذهنی که افزایش این ویژگی‌ها در آنها موجب سلامت روان و صلابت شخصیت آنها می‌شود و برای عملکردهای مختلفی از جمله تأثیر بر کیفیت زندگی حائز اهمیت است و این قشر از جامعه را برای تحمل ناملازمات و مقاومت در برابر عوامل ناسازگار محیط راهنما خواهد بود. از طرفی باتوجه به نقش کلیدی مادران در نظام سلامت خانواده و با عنایت به اینکه برای حفظ سلامت روانی مادران، نیاز به آموزش اصولی و پایه‌ای از سمت سازمان‌های مربوطه داریم،

تیین اهمیت آموزش مادران کودکان استثنائی می‌تواند به مدیران، برنامه ریزان و معجریان آموزش در طراحی و اجرای توانمندسازی اثربخش، کمک نموده و دستیابی بیشتر و سهل تر اهداف آموزش را که بهبود و ارتقای عملکرد مادران در جامعه کوچک خانواده است، فراهم آورد. باتوجه به یافته‌های بدست آمده از این پژوهش می‌توان اینگونه استدلال کرد که آموزش گروهی درمان دیالکتیکی (DBT) بر متغیر امید به زندگی تأثیر گذاشته است و نتایج نشان دهنده تفاوت میانگین پس‌آزمون امید به زندگی با پیش‌آزمون در این متغیر است و در گروه کنترل تغییر چندانی حاصل نشده است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که بین شاخص امید به زندگی گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی‌دار وجود دارد و ادعای محقق در این فرضیه تأیید می‌گردد. نتایج این فرضیه بطور کلی با نتایج تحقیقات نادری و همکارانش (۱۳۹۳)، فرنام (۱۳۹۵)، دمورتی و ایوجک (۲۰۱۱)، ترنی (۲۰۱۵)، کولایی و درخشنده (۱۳۹۴)، شیرپور و مقدم (۱۳۹۵) همسو است؛ و این نتایج نشان می‌دهد که افزای شامید به زندگی بوسیله درمان دیالکتیکی تأثیرگذار است و می‌تواند بطور قابل توجهی امید به زندگی را افزایش دهد. در توجیه نتایج این فرضیه باید ذکر کرد که وقتی نگرانی در مورد آینده، اضطراب‌های مربوط به محتوای هیجانی و شناختی نامطلوب و پریشانی درباره حالات بدنی، ناخواسته از مراجع جدا می‌شود، آنچه باقی می‌ماند انسانی است ناامید، با یک زندگی ناکارآمد. عمده‌ترین هدف درمان دیالکتیکی گروهی در درمان ناامیدی، تغییر توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است.

باتوجه به تأیید فرضیه دوم تحقیق و ادعای محقق مبنی بر این که درمان دیالکتیکی گروهی بر تاب‌آوری مادران کودکان استثنائی اثربخش است... نتیجه می‌گیریم که آموزش گروهی بر تاب‌آوری مادران تأثیرگذار است و فرضیه تأیید می‌گردد به عبارت دیگر بین شاخص تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی‌دار وجود دارد که منجر به تأیید این فرضیه می‌گردد. نتایج این فرضیه با تحقیقات؛ (ریچاردسون، ۲۰۱۱)، نیک راه و همکارانش (۱۳۹۲)، مامی و همکارانش (۱۳۹۵)، کاشانی و وزیری (۱۳۹۲)، ندیمی (۱۳۹۴)، زمانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. در توجیه این یافته می‌توان گفت، یکی از عوامل

و مشکلات اساسی مادران درای فرزند کم‌توان ذهنی فقدان توانایی‌های ارتباطی لازم و اساسی در مواجهه با مسایل و مشکلات زندگی روزمره است، بسیاری از آن‌ها در رویارویی با مسایل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره آسیب پذیر کرده است، از این رو با توجه به نتایج این فرضیه می‌توانیم اذعان کنیم که این درمان توانسته بر تاب‌آوری مادران تأثیر مطلوب بگذارد. درمان دیالکتیکی با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک خواهی، خوش بینی، حذف باورهای غلط، همدلی و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف دار را در مادران افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و بهبود مهارت تاب‌آوری آنان کمک کند. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده از این تحقیق می‌شود: کارگاه‌هایی آموزشی برای مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی جهت آشنایی با متغیرهایی همچون امید به زندگی و تاب‌آوری و راه‌های افزایش آن برگزار شود همچنین ذبا توجه به نظر به اهمیت و نقش امید به زندگی و تاب‌آوری در سلامت روان مادران، آموزش صحیح و آشنایی کامل با راهبردهای صحیح مقابله با عوامل تأثیرگذار مخرب معلولیت در خانواده برای مادران بسیار ضروری و لازم است. در انتها نیز باید گفت که از آنجایی که در روند تحقیقات علمی همواره محدودیت‌هایی وجود دارد در این پژوهش نیز محقق با محدودیت‌هایی از قبیل: سوگیری افراد نسبت به پاسخگویی سؤالات پرسشنامه‌ها که این عامل دقت نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد، وجود متغیرهای ناخواسته اما اثر گذار بر نتایج تحقیق مانند وضعیت اقتصادی... و عدم استفاده از سایر ابزارهای پژوهشی مانند مشاهده و مصاحبه با مادران و صرفاً استفاده از پرسشنامه. همراه بوده است.

منابع

اسکندری، حسین، قادری بگه جان، کاوه. (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تاب‌آوری معلولان جسمی حرکتی. مجله مطالعات ناتوانی، دوره دوم، شماره ۷، صفحه ۱۸.

برجی پور، مریم، اسد زاده، حسن، کرد میرزا، عزت الله. (۱۳۸۹). آموزش مبتنی بر تاب آوری در کاهش اضطراب دانش آموزان دختر متوسطه منطقه ۱۹ شهر تهران. فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی، سال ۱، شماره ۳، صفحه ۳.

تاجی قراجه، مرجان. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی بر پذیرش تعهد و تاب آوری زنان مطلقه. دانشگاه بجنورد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

حسینی قمی، طاهره. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب آوری بر سطح کیفیت زندگی در مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، شماره ۴ صفحه ۵.

خالدیان، محمد، سهرابی، فرامرز، گنجی، عسگر، کرمی باغظیفونی، زهرا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دودرمانی گروهی شناختی- رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندم آشیانه‌ای. فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی، سال ۸، شماره ۲۹، صفحه ۱۲.

خدابخشی کولایی، آناهیتا، درخشنده، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی امید درمانی گروهی بر معنا جویی و تاب آوری مادران دارای فرزند معلول. فصلنامه پرستاری کودکان، شماره ۳، صفحه ۱۱.

زمانی، نرگس، فرهادی، مهران، جمیلیان، حمید رضا، حبیبی، مجتبی. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر مؤلفه تحمل پریشانی و نظم بخشی هیجانی بر رفتارهای تکانشی و خشم انفجاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک. سال ۱۷، شماره ۱۱ صفحه ۲۱.

سلیمانی، مهسا، خداوردی، ترانه، قاسم زاده، عزیز رضا. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۲، شماره ۱، صفحه ۱۴.

- شیرپور، امیر حسین، مقدم، حسین. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش رضایت زناشویی و امید به زندگی در افراد مبتلا به ایدز. مجله ایده‌های نوین روان‌شناسی، دوره ۱، شماره ۱، صفحه ۲۵.
- ضمیری نژاد، سمیه، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد، حجت، کاوه، اکابری، آرش. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری بصورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی. مجله علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره ۴، شماره ۴، صفحه ۱۷.
- عزیزی، امیر، محمدی، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، نیدوره ۱۶، شماره ۱، صفحه ۵.
- عینی میرزاوند، مجتبی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش هوش معنوی و ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران ایدزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه محقق اردبیلی.
- غلامی، مریم، پاشا، غلامرضا، سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی دختران تلامسی. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، شماره ۴۲، صفحه ۴۴.
- فرنام، علی. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مثبت‌نگری در افزایش کیفیت و امید به زندگی در سالمندان. پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت، دوره ۲، شماره ۱، صفحه ۳۳.
- کاشانی، فرح لطفی، وزیری، شهرام. (۱۳۹۲). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم شخصیت مرزی. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۷، شماره ۲۸، صفحه ۶.
- کناری، فاطمه، جدیدیان، علی، سلگی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند اوتیسم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۳، شماره ۴، صفحه ۸۸.

گلندری، فاطمه، حشین ثابت، فاطمه، مهاجر، یحیی. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش هیجانی به روش درونگردي جذب و انطباق بر تاي آوري و پرخاشگري در دختران نوجوان.

فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی، سال ۴، شماره ۱۵، صفحه ۵۵.

مامی، شهرام، ابراهیمیان، شیرین، سلطانی، شیرین. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی

اشتهایی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار. مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۷، شماره ۵،

صفحه ۴۴.

مکیار، مویی، جنیا، آل. (۲۰۰۹). فنون روان‌شناسی مثبت‌نگر. ترجمه فرید براتی سده، چاپ

اول، تهران: نشر رشد.

نادری، حبیب‌الله، مختاری، معصومه، محمد پور، مریم. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش‌شادمانی به

شیوه فورادیس بر میزان امید به زندگی زوجین در حال متارکه. مجله روان‌شناسی

شناخت، دوره ۱، شماره ۲، صفحه ۲۰.

ندیمی، محسن. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش تحمل

آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال ۹، شماره

۳۶، صفحه ۳۲.

نیک راه، ندا، زارع، مهدی، خاکباز، حمید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروه درمانی حل

مسئله اجتماعی بر تاب آوری مادران دارای فرزند معتاد. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه

اجتماعی، سال ۱۵، شماره ۵۶، صفحه ۲۵.

Bartlett, J. D. & Easterbrooks, M. A. (۲۰۱۵). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child abuse & neglect*, ۴۵, ۲۱-۳۴.

Bohus, M. Dyer, A. S. Priebe, K. Krüger, A. Kleindienst, N. Schmahl, C... & Steil, R. (۲۰۱۳). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, ۸۲(۴), ۲۲۱-۲۳۳.

Bonanno, G. A. Galea, S. Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (۲۰۰۷). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics,

- resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۰(۵), ۶۷۱-۶۸۲.
- Chiesa A. (۲۰۰۹). Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*; ۱۵(۵):۵۹۳-۶۰۰.
- Demerouti, E. van Eeuwijk, E. Snelder, M. & Wild, U. (۲۰۱۱). Assessing the effects of a 'personal effectiveness' training on psychological capital, assertiveness and self - awareness using self – other agreement. *Career Development International*, ۱۶, ۶۰-۸۱
- Frederickson BL. (۲۰۰۹). Positivity: Ground breaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity and thrive. New York: Grown Publishing
- Gau SSF, Chou MC, Chiang HL, Lee JC, Wong CC, Chou W J, Wu YY. (۲۰۱۲). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. ۲۰۱۲;۶(۱): ۲۶۳-۲۷۰.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N.,... & Siever, L. J. (۲۰۱۴). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, ۵۷, ۱۰۸-۱۱۶.
- Hashemi L, Jokar B. (۲۰۱۱). Relationship between moral excellence and resilience in students. *Journal of studies educational psychology*. ۲۰۱۱; ۸(۱۳): ۱۲۳-۱۴۲.
- Kessing, L. V. Vradi, E. & Andersen, P. K. (۲۰۱۵). Life expectancy in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, ۱۷(۵), ۵۴۳-۵۴۸.
- Kordichhall D, Pearson J. (۲۰۰۵). Resilience giving children the skills to bounce back. *J Edu Health* ۲۰۰۵;۲۳:۱۲-۵.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (۲۰۱۲). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, ۳۸۰(۹۸۳۸), ۲۱۹-۲۲۹.
- Linehan M. (۲۰۰۸). Dialectical Behavior therapy frequently Asked Questions. USA(Seattle): Behavioral Tech, LLC; ۲۰۰۸.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D.,... & Murray-Gregory, A. M. (۲۰۱۵). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, ۷۲(۵), ۴۷۵-۴۸۲.

- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. (۲۰۰۰). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. ۲۰۰۰; ۷۱: ۵۴۳- ۵۶۲.
- Lynch TR. (۲۰۰۰). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*; ۷(۴): ۴۶۸-۷۷.
- Martell, C. R. Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (۲۰۱۰). Behavioral activation for depression: A clinician's guide. New York, NY: Guilford Press.
- May, M. T., Gompels, M., Delpech, V., Porter, K., Orkin, C., Kegg, S.,... & Chadwick, D. (۲۰۱۴). Impact on life expectancy of HIV-۱ positive individuals of CD۴+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. *AIDS(London, England)*, ۲۸(۸), ۱۱۹۳.
- Mcmurran, V. & Riochardson, c. (۲۰۱۱). The relationslip between social problem- solving and personality in mentally disordered offenders. *Personality and Individual Differences*/ ۳۰.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S.,... & Grøholt, B. (۲۰۱۴). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, ۵۳(۱۰), ۱۰۸۲-۱۰۹۱.
- Ozbay F, Fitterling H, Charney D, Southwick S. (۲۰۰۸). Social support and resilience to stress across the life span: a neurobiologic framework. *Current psychiatry reports*. ۲۰۰۸; ۱۰(۴): ۳۰۴-۳۱۰.
- Sexton, M. B. Hamilton, L. McGinnis, E. W. Rosenblum, K. L. & Muzik, M. (۲۰۱۵). The roles of resilience and childhood trauma history: main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of affective disorders*, ۱۷۴, ۵۶۲-۵۶۸.
- Shechtman, Z. and Gilat, I. (۲۰۰۵). The Effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. *Group Dynamics*, ۹(۴): ۲۷۵-۲۸۶.
- Terni, P. (۲۰۱۵). Solution-Focus: Bringing Positive Psychology into the Conversation. *International Journal of Solution-Focused Practices*, ۳(۱), ۸-۱۶