



Exceptional Education

Bi-monthly scientific journal

**OPEN
ACCESS**  **Freely
available
online**

The Effectiveness of Group Cognitive Therapy in Reducing Maternal Overprotection Among Mothers of Children with Intellectual Disabilities in Special Elementary Schools in Qom

Oum Gulthom Shahidi Tabar*¹  | Ahmad Aghajani² 

1. M.A in Family Counseling, Qom Department of Special Education, University of Qom, Qom, Iran. ✉ kolthomshahidi@gmail.com

2. Assistant Professor in the Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Farhangian University, Qom, Iran.
✉ a.aghajani1347@gmail.com

Print ISSN:

1727-3145

Online ISSN:

1727-6063

Article Type:

Research Article

Article History:

Received October 31, 2025

Received in revised form

February 16, 2026

Accepted May 26, 2026

Published Online September 6, 2026

Keywords:

Maternal
Overprotection,
Group Cognitive
Therapy,
Intellectual Disability,
Mothers

Abstract

Background and Purpose: Having a child with an intellectual disability can present families with numerous challenges. Because of concerns about their child's vulnerability, mothers may impose unnecessary and excessive restrictions and caregiving measures. This study aimed to investigate the effectiveness of group cognitive therapy in reducing maternal overprotection among mothers of children with intellectual disabilities attending special elementary schools in Qom, Iran.

Materials and Methods: This quasi_experimental study employed a pretest_posttest design with a control group. The study population consisted of 478 mothers of elementary school students with intellectual disabilities attending special education schools in Qom during the 2023_2024 academic year. The Attitudes of Parents Toward a Child with Special Needs (APSNCS) questionnaire, developed by Gunder (2002), was administered to all participants. Based on the results, 30 mothers who scored above 20 on the overprotection dimension were purposively selected and randomly assigned to an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$). The experimental group received group cognitive therapy over six weeks, with two 60-minute sessions per week. During the intervention period, the control group participated in informal mother gatherings without receiving cognitive therapy. At the end of the intervention, the posttest was administered to both groups. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results of the analysis of covariance showed that group cognitive therapy had a statistically significant effect on reducing maternal overprotection among mothers of children with intellectual disabilities ($p < .05$).

Conclusion: Group cognitive therapy was effective in reducing maternal overprotection among mothers of children with intellectual disabilities.

* Corresponding author. ✉ kolthomshahidi@gmail.com



© 2026 Author(s)

Publisher: Special Education Organization

Cite this Article:

Shahidi Tabar OG, Aghajani A. The effectiveness of group cognitive therapy in reducing maternal overprotection among mothers of children with intellectual disabilities in special elementary schools in Qom. J Except Educ. 2026; 26(3): 80-91.

 <https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80>

اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران کودکان با کم توانی هوشی دبستان های استثنایی شهر قم

ام کلثوم شهیدی تبار^{۱*} | احمد آقاجانی^۲

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، اداره آموزش و پرورش استثنایی قم، قم، ایران. ✉ kolthomshahidi@gmail.com

۲. استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان، قم، ایران. ✉ a.aghajani1347@gmail.com

چکیده

هدف و زمینه: وجود فرزند دارای کم توانی هوشی خانواده را با مشکلات زیادی مواجه می سازد و مادر به دلیل نگرانی و ترس از آسیب پذیری کودک، محدودیت ها و مراقبت های غیرضروری و بیش از حد اعمال می کند. هدف از این پژوهش اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران کودکان دارای کم توانی هوشی دبستان های استثنایی شهر قم بود.

روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه و جامعه آماری شامل ۴۷۸ مادر دانش آموزان دبستانی با کم توانی هوشی در مدارس استثنایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. پرسش نامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه گوندر ۲۰۰۲ (APSNCS) بر روی همه اجرا شد. پس از بررسی نتایج، تعداد ۳۰ مادر با نمره بیشتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (n=15) و گواه (n=15) تقسیم شدند. سپس طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسه یک ساعته روش شناخت درمانی گروهی مایکل فری بر روی گروه آزمایش اجرا و در طول این مدت برای گروه گواه نشست های دوره ای با حضور مادران بدون اعمال شناخت درمانی برگزار شد. در پایان، پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد شناخت درمانی تأثیر معناداری در کاهش حمایت افراطی مادران کودکان با کم توانی هوشی دارد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: شناخت درمانی گروهی موجب کاهش حمایت افراطی مادران کودکان دارای کم توانی هوشی می شود.

شاپای چاپی:

۱۷۲۷ - ۳۱۴۵

شاپای برخط:

۱۷۲۷-۶۰۶۳

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵

کلیدواژه ها:

حمایت افراطی،
شناخت درمانی گروهی،
کم توانی هوشی، مادران

استناد به این مقاله:

شهیدی تبار اک*، آقاجانی ا. اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران کودکان با کم توانی هوشی دبستان های استثنایی شهر قم. تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۴۰۵: ۲۶ (۳): ۹۱-۸۰.

doi: <https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80>

* نویسنده مسئول. ✉ kolthomshahidi@gmail.com

© ۲۰۲۶ نویسنده (گان)

ناشر: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور



مقدمه

کودک استثنایی، پیش از هر برچسب تشخیصی، یک کودک است کودکی با ویژگی های منحصر به فرد و نیازمند درکی عمیق تر از سوی خانواده و جامعه. براساس تعریف انجمن کم توانی هوشی و رشدی آمریکا (AAIDD)^۱، که مرجع تخصصی این حوزه به شمار می رود، کم توانی هوشی وضعیتی است با عملکرد عمومی هوش به طور معناداری پایین تر از میانگین همراه با کاستی در رفتار سازگاران که در دوره رشد مشخص می شود (۱). این وضعیت بر اساس شدت، میزان نیاز به حمایت و هوش بهر به خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی می شود (۱). کودکان با کم توانی هوشی به دلیل کاستی در کارکردهای اجرایی، مهارت های اجتماعی و توانایی های انطباقی، به حمایت های پیوسته و ویژه ای از سوی والدین به ویژه مادران نیازمندند (۲). خانواده به عنوان نخستین و مؤثرترین بستر رشد اجتماعی و عاطفی کودک، نقشی اساسی در شکل گیری شخصیت و تأمین سلامت روانی وی ایفا می کند. با این حال، حضور فرزند استثنایی در خانواده موجب فشار روانی مضاعفی بر والدین می شود. میزان این فشار روانی، متناسب با شدت و ماهیت اختلال کودک متغیر است و حتی با افزایش سن کودک، دغدغه های والدین نه تنها کاهش نمی یابد، بلکه به واسطه چالش های نوآیند فزونی می یابد (۳). در چنین خانواده هایی، به ویژه در موارد کم توانی هوشی، مسئولیت پذیری سنگینی بر دوش مراقبان اصلی قرار می گیرد و مادران بیشترین دشواری و فشار را در فرآیند مراقبت تجربه می کنند. این فشارها اغلب به گونه ای است که والدین را از ایفای نقش های پیشین خود نظیر تربیت، آموزش، جامعه پذیری سایر فرزندان و حضور مؤثر در عرصه های اجتماعی بازمی دارد و ضرورت توجه جدی به چالش های فرزند پروری ایشان را دو چندان می سازد (۴). در برخی مواقع، تمرکز مفرط بر حمایت از کودک با کم توانی هوشی، به غفلت از خود در ابعاد جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی می انجامد (۵). این الگوی حمایت افراطی^۲، گونه ای فرزند پروری است که در آن مادر بر پایه باورهای اغراق آمیز نسبت به آسیب پذیری کودک، اقداماتی را انجام می دهد نظیر تصمیم گیری به جای کودک، حذف چالش های متناسب با سن و محدود سازی استقلال او (۶). مادرانی که چنین سبک فرزند پروری را در پیش می گیرند در مقایسه با مادران دارای کودکان بدون کم توانی، بهزیستی روان شناختی پایین تری دارند و با دامنه گسترده ای از مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب، فشار روانی، پرخاشگری، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی و حتی اختلالات روان پزشکی دست به گریبان هستند (۷). همچنین، افزایش بار مراقبتی در این مادران با سطوح بالاتری از فشار همراه است (۸). ریشه بسیاری از این دشواری ها را می توان در تحریف های شناختی^۳ مادران از شیوه حمایت از فرزندشان جست و جو کرد (۹). تحریف های شناختی الگوهای فکری نادرست، مبالغه آمیز یا غیرمنطقی هستند که فرد به طور ناآگاهانه آن ها را بازتولید می کند و موجب می شوند تا واقعیت نه چنانکه هست، بلکه از صافی ذهنی منفی یا ناکارآمد درک شود. بر اساس نظریه شناختی آرون بک^۴، این تحریف ها چون به طور مستقیم بر احساسات و تصمیم گیری های فرد تأثیر می گذارند ریشه بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری محسوب می شوند (۱۰). در میان نگرش های شناختی^۵، نگرش منفی به خود، نقشی کلیدی در کاهش سلامت روان مادران دارای کودک استثنایی ایفا می کند (۱۱). با توجه به اینکه حمایت افراطی عمدتاً از باورهای غیرمنطقی تغذیه می شود، به کارگیری رویکرد رفتار درمانی شناختی^۶، با بهره گیری از تکنیک هایی نظیر بازسازی شناختی^۷، آزمایش رفتاری و کشف افکار خودآیند^۸، می تواند این باورها را هدف قرار دهد و اصلاح نماید (۱۲). پژوهش هایی نیز کارآمدی و تأثیرات مثبت این رویکرد را در کاهش تحریف های شناختی و باورهای غیرمنطقی به اثبات رسانده اند (۲۰-۱۳).

1. American Association of Intellectual and Developmental Disabilities) AAIDD(
2. Excessive support
3. Cognitive distortions
4. Aaron Beck
5. Cognitive attitudes
6. Cognitive Behavioral Therapy
7. Cognitive restructuring
8. Automatic thoughts

البته اجرای گروهی این مداخله، مزایای منحصربه‌فردی برای مادران دارد نظیر فرصت دریافت بازخورد از همتایان، کاهش احساس گناه انحصاری و بهره‌مندی از یادگیری مشاهده‌ای (۲۱). همچنین شبکه‌های یاری‌رسان نیز می‌توانند درصد قابل توجهی از درماندگی روان‌شناختی مادران دارای کودک استثنایی را کاهش دهند (۲۲) و با ارائه اطلاعات تازه زمینه درک بهتر نیازهای خاص کودک و افزایش مهارت‌های مدیریت رفتار و احساس توانمندی را برای مادران فراهم آورند.

با توجه به خلاء پژوهشی موجود در این حوزه، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر پایه روش مایکل فری^۱ بر روی حمایت افراطی مادران دارای کودکان با کم‌توانی هوشی طراحی و اجرا شد و به‌طور مشخص درصد ارزیابی اثربخشی این مداخله بر کاهش حمایت افراطی این مادران بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و جامعه آماری شامل ۴۷۸ مادر دانش‌آموزان دبستانی با کم‌توانی هوشی مدارس استثنایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه (گوند^۲، ۲۰۰۲) روی تمام مشارکت‌کنندگان اجرا شد. پس از بررسی نتایج، تعداد ۳۰ مادر که نمره بالاتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی داشتند، به‌صورت هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش ($n=15$) و گواه ($n=15$) تقسیم شدند. سپس روش شناخت درمانی گروهی بر اساس الگوی مایکل فری (۲۳) طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسه یک‌ساعته برای گروه آزمایش اجرا و در طول دوره مداخله برای گروه گواه نشست‌های دوره‌ای با حضور مادران بدون اعمال شناخت درمانی برگزار و در پایان، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه که در این مقاله با اختصار (APSNCS)^۳ از آن یاد می‌شود یکی از ابزارهای معتبر در حوزه مطالعات خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه به شمار می‌رود. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۲ توسط پژوهشگر برجسته، گوند^۲، طراحی و تدوین شد و از آن زمان تاکنون در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش‌نامه مذکور مجموعاً شامل ۲۴ گویه یا پرسش است که هر یک به جنبه‌ای از نگرش، احساسات، باورها و واکنش‌های رفتاری والدین در قبال فرزند دارای نیازهای ویژه می‌پردازد. هدف اصلی این ابزار سنجش کمی و کیفی نگرش والدین نسبت به فرزند خود است تا از این راه بتوان نقاط قوت و ضعف، الگوهای ذهنی و عاطفی و همچنین نیازهای مداخلاتی خانواده‌ها را بهتر شناسایی و تحلیل کرد. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای^۴ طراحی شده است که در آن پاسخ‌دهندگان میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه بر روی دامنه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» مشخص می‌کنند. البته لازم به ذکر است که نمره‌گذاری برای همه گویه‌ها به یک شکل صورت نمی‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که برای گویه‌های شماره ۲، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷، نمره‌گذاری به‌صورت معکوس انجام می‌شود. به عبارت دیگر، در این گویه‌ها، پاسخ «کاملاً مخالفم» بالاترین نمره و پاسخ «کاملاً موافقم» پایین‌ترین نمره را به خود اختصاص می‌دهد. این شیوه معکوس به منظور کنترل سوگیری پاسخ‌دهی و افزایش دقت اندازه‌گیری در نظر گرفته شده است. پرسشنامه APSNCS از چندین بُعد یا خرده‌مقیاس تشکیل شده است که هر یک نمایانگر جنبه‌ای متفاوت از نگرش والدین است. با این حال، در پژوهش حاضر تمرکز اصلی بر روی یکی از مهم‌ترین ابعاد این ابزار، یعنی بُعد «حمایت افراطی» معطوف بود. این بُعد به بررسی موقعیت‌هایی می‌پردازد که والدین به دلیل دغدغه‌ها و نگرانی‌های فراوان نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه، رفتاری فراتر از حد معمول و گاه افراطی از خود نشان

1. Michael Fray

2. Gondar

3. Attitudes of Parents toward Their Special Needs Children Scale

4. 5-point Likert scale

می‌دهند، رفتاری که اگرچه ممکن است از سر محبت و دلسوزی باشد، اما گاهی به محدودیت‌های غیرضروری برای رشد و استقلال فرزند منجر می‌شود. برای محاسبه امتیاز مربوط به بُعد حمایت افراطی، پژوهشگر می‌بایست ابتدا نمره تمام گویه‌هایی را که به این بُعد تعلق دارند (با رعایت نمره گذاری معکوس برای گویه‌های مربوط) ثبت نماید سپس مجموع آن‌ها را به عنوان نمره نهایی آن بُعد در نظر بگیرد. هرچه این نمره بالاتر باشد نشان دهنده سطح بالاتری از حمایت افراطی از سوی والدین تلقی می‌شود. در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، روایی صوری و محتوایی مقیاس با استفاده از نظرات و داوری جمعی از استادان مجرب و متخصص در حوزه‌های روان‌شناسی، علوم تربیتی و توان بخشی مورد تأیید قرار گرفت. بدین معنا که گویه‌ها از نظر ارتباط با مفهوم مورد نظر، جامعیت، شفافیت و تناسب زبانی، توسط صاحب نظران ارزیابی و اصلاح شدند. همچنین پایایی یا قابلیت اعتماد پرسش‌نامه از راه محاسبه ضریب آلفای کرونباخ که یکی از رایج‌ترین شاخص‌های همسانی درونی است مورد سنجش قرار گرفت. بر اساس نتایج این تحلیل ضریب آلفا برای بُعد حمایت افراطی معادل ۰/۷۵ به دست آمده است که ارزشی قابل قبول و نشان دهنده پایایی نسبتاً مطلوب این خرده مقیاس در جامعه مورد مطالعه بود (۲۴).

برنامه مداخله

در پژوهش حاضر از شناخت درمانی گروهی به عنوان مداخله درمانی برای مادران کودکان با کم توانی هوشی استفاده شد. نخست پرسش‌نامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه گوند ۲۰۰۲ (APSNCS) بر روی نمونه آماری اجرا شد. پس از بررسی نتایج، به صورت هدفمند تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که نمره بیشتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی را کسب کردند انتخاب و به دو گروه آزمایش (۱۵ن) و گواه (۱۵ن) تقسیم شدند. نحوه حضور آن‌ها، تعداد و زمان جلسه‌ها ارائه شد. سپس روش شناخت درمانی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری بر روی گروه آزمایش طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسه یک ساعته اجرا و در خلال مدت مداخله با گروه گواه نشست‌های دوره‌ای با حضور مادران بدون اعمال روش شناخت درمانی برگزار شد. این کار صرفاً برای کنترل اثر دارونما^۱ بود. پس از پایان جلسه‌ها در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه مجدد با پرسش‌نامه یاد شده مورد آزمون قرار گرفتند. سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو سطح آمار توصیفی (شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر) و استنباطی (مفروضه‌های آماری مورد نیاز مانند آزمون‌های هنجار بودن، پایایی و ...) انجام و در قسمت بررسی فرضیه‌های آماری از تحلیل کواریانس یک راهه در سطح (p < 0.05) استفاده شد.

شیوه نامه درمانی

محتوای جلسه‌های درمانی از بسته شناخت درمانی گروهی مایکل فری (۲۳) که برای ۱۲ جلسه طراحی شده است اقتباس شد. در جدول ۱ محتوای جلسه‌ها به تفکیک آمده است.

جدول ۱) خلاصه جلسه‌های شناخت درمانی گروهی بر اساس روش مایکل فری

جلسات	اهداف جلسه شناخت درمانی گروهی
۱	خوشامدگویی، ایجاد انگیزه مادران شرکت کننده باید پذیرند فرآیندهای کاراندام شناختی (فیزیولوژی)، شناختی و رفتاری در وجود انسان در تعامل با یکدیگر قرار دارند و هیجان‌ها دارای اجزای کاراندام شناختی، رفتاری و شناختی هستند. پذیرش این نکته که بیشتر یا تمام واکنش‌های هیجانی یک مؤلفه شناختی را دربردارند. مادران بتوانند هیجان و رخداد ایجاد کننده واکنش هیجانی (رخداد فعال کننده) را شناسایی کنند و آن‌ها را در سه ستون بنویسند: یکی برای رخداد، یکی برای فکر و یکی برای واکنش هیجانی

1. Placebo

جلسات	اهداف جلسه شناخت درمانی گروهی
دوم	آگاهی بخشی به مادران شرکت کننده درباره ابعاد اصلی نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب، خشم، ویژگی های افکار خودآیند، چگونگی شناسایی، آموزش تحریف های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی فرد در شناسایی آن ها در تفکرات خود و نیز کمک به مادران برای شناخت مقاومت های احتمالی در مقابل درمان شناختی و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت ها.
سوم	آشنا کردن مادران شرکت کننده با این موضوع که افکار آن ها پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد و این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشند. آموزش درباره ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرش های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند، همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
چهارم	کار بیشتر بر روی پیکان عمودی که در جلسه پیش مطرح شد و حل مشکلات مادران گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود که با آن روبه رو می شوند. توانمند سازی مادران در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.
پنجم	دستیابی مادران شرکت کننده به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر. مادران فهرست باورهای منفی را تهیه، نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورها با یکدیگر را رسم و در مقیاس آشفتگی های ذهنی باورهای خود را با توجه به شدت هیجان مرتبط با هر باور رتبه بندی می کنند.
ششم	این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو نیز شناختی هستند. ۱. مادران شرکت کننده در گروه بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند و باورهای مسلط فرهنگی طی تاریخ بشر تغییر کرده اند و افراد نیز با گذشت زمان، باورهای خود را تغییر می دهند. ۲. مادران بپذیرند این امکان وجود دارد تا به باورهای خود به صورت عینی توجه کنند. با ارائه مثال هایی از باورهایی که طی تاریخ بشر دستخوش تغییر شده و باورهایی که شخصاً آن ها را در طول زندگی خود تغییر داده اند می توان به اهداف دست یافت. این فرایند، تسهیل کننده این عقیده است که باورهای شناسایی شده در پیکان عمودی قابل تغییر هستند.
هفتم	مادران شرکت کننده در گروه درک کنند که باورها را می توان براساس معیارهایی ارزشیابی کرد. محتوای این جلسه نیز دنباله جلسه پیشین است و در آن نشان داده شد تغییر باور، فرآیندی طبیعی برای فرد و فرهنگ انسانی است. در این جلسه موضوعات دیگری نیز معرفی و روشن می شود: • آیا باورها می توانند از لحاظ میزان سودمندی متفاوت باشند؟ • مجموعه باورهایی که افراد برای سازمان دهی رفتار خود به کار می گیرند. آیا می توانند با یکدیگر یا با باورهای سایر افراد تا حدودی همسان باشند؟ • آیا سازگاری و همخوانی یک باور با سایر باورها و با باورهای سایر افراد می تواند دلیلی بر درستی آن باور باشد؟
هشتم	مادران شرکت کننده گروه در مورد باورهای خود روش تحلیل منطقی به کار می برند. روش تحلیل منطقی نیرومندترین روش چالش با باورهاست. تحلیل منطقی تا حدی با تلاش برای تأیید نکردن باورهای منفی مرتبط است. مهم ترین وظیفه درمانگر آن است که مادران گروه را ترغیب کند تا مؤثرترین تحلیل منطقی را برای تأیید نکردن باوری خاص به کار ببرند.
نهم	این جلسه دو هدف عمده دارد: ۱. مادران شرکت کننده در گروه بتوانند چندین پایگان (سلسله مراتب) از موقعیت های مرتبط با باور اصلی تهیه کنند. ۲. بتوانند عبارت هایی مخالف با باورهای منفی خود پدید بیاورند.
دهم	دو حوزه محتوایی عمده به همراه اهداف آن ها مورد توجه قرار می گیرد: تغییر ادراکی: مادران شرکت کننده در این مجموعه ای از اطلاعات را می توان به شیوه های مختلفی در نظر گرفت. تغییر ادراکی تا حدودی یک عمل ارادی و تا حدی نتیجه توجه به جزئیات مربوط به اطلاعات است و همچنین ایجاد مؤلفه های تغییر ادراکی را بیاموزند. بازداری قشری اختیاری: مادران شرکت کننده روش بازداری قشری اختیاری را برای انجام در منزل و کسب مهارت در آن به میزان کافی دریابند.

اهداف جلسه شناخت درمانی گروهی	جلسات
روش تنبیه خود و خود پاداش دهی را درک کنند و بتوانند آن را به صورت مستقل انجام دهند. آن ها همچنین یک طرح قابل اجرا برای خود در نظر بگیرند که آن ها را برای تمرین روش هایی که طی این برنامه یاد گرفته اند ترغیب و تشویق کند. به ویژه، امید می رود که مادران، از مجموعه ای که شامل باورهای مخالف، بازسازی قشری اختیاری، تنبیه خود، خود پاداش دهی و راهبردهای خیال پردازی/ شبیه سازی می شود، یک یا دو راهبرد نگهدارنده را در این جلسه، انتخاب کنند. لازم نیست که آن ها تمامی روش های ذکر شده را مورد استفاده قرار دهند.	جلسه اول
این جلسه آخرین جلسه شناخت درمانی گروهی است که برای مادران برگزار می گردد. در این جلسه ما سه هدف داریم که عبارت است از: ۱. بررسی طرح های مادران برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان حاصل کرده اند. ۲. کسب پسخوراند از مادران درباره برنامه درمانی ۳. فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از راه یک رخداد اجتماعی مناسب	جلسه دوم

یافته ها

جدول (۲) توزیع فراوانی بر حسب پایه های تحصیلی

درصد	فراوانی	گروه ها
۴۶/۷	۷	اول
۱۳/۳	۲	دوم
۱۳/۳	۲	سوم
۱۳/۳	۲	چهارم
۶/۷	۱	پنجم
۶/۷	۱	ششم
۱۰۰	۱۵	کل
۶۰	۹	اول
۶/۷	۱	دوم
۱۳/۳	۲	سوم
۶/۷	۱	چهارم
۰	۰	پنجم
۱۳/۳	۲	ششم
۱۰۰	۱۵	کل

در این بخش، یافته های حاصل از تحلیل داده های جمعیت شناختی و متغیر اصلی پژوهش، حمایت افراطی در قالب جداول و توصیف آماری ارائه می شود.

جدول (۲) توزیع فراوانی و درصد فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در پژوهش را بر اساس پایه تحصیلی و در دو گروه آزمایش و گواه نمایش می دهد. در گروه گواه (۱۵ نفر)، بیشترین فراوانی مربوط به پایه اول با ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به پایه های پنجم و ششم با ۱ نفر (۶/۷ درصد) برای هر کدام است. در گروه آزمایش نیز (۱۵ نفر)، پایه اول با ۹ نفر (۶۰ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و پایه پنجم فاقد هرگونه نمونه بود (۰ درصد). الگوی توزیع نشان دهنده شباهت نسبی دو گروه از نظر ساختار پایه های تحصیلی است که به همگونی اولیه گروه ها کمک می کند.

در جدول (۳) شاخص های مرکزی و پراکندگی سن مادران در دو گروه آمده است. در گروه آزمایش میانگین سن مادران ۴۲/۰۰ سال با میانۀ ۴۰/۰۰ و انحراف معیار ۱۰/۴۱۳ برآورد شده و محدوده سنی آنها از کمترین ۲۶ تا بیشترین ۶۰ سال متغیر است. در گروه گواه میانگین سن ۴۰/۱۳ سال، میانۀ ۳۸/۰۰ و انحراف معیار ۶/۳۰۰ محاسبه شد و دامنه سنی از ۳۲ تا ۵۶ سال گسترده است. انحراف معیار بالاتر در گروه آزمایش نشان دهنده پراکندگی بیشتر سن مادران در این گروه نسبت به گروه گواه است و تفاوت میانگین ها از لحاظ بالینی چشمگیر به نظر نمی رسد.

جدول (۳) توصیف آماری سن مادران

گروه	تعداد	میانگین	میانه	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش	۱۵	۴۲/۰۰	۴۰/۰۰	۱۰/۴۱۳	۲۶	۶۰
گواه	۱۵	۴۰/۱۳	۳۸/۰۰	۶/۳۰۰	۳۲	۵۶

جدول (۴) شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره) مقیاس حمایت افراطی را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه گزارش می‌کند. در گروه آزمایش، میانگین نمره حمایت افراطی در پیش‌آزمون برابر با ۳۱/۱۳ (انحراف معیار ۱/۴۰۷) بوده که در پس‌آزمون به میزان قابل توجهی به ۱۹/۰۷ (انحراف معیار ۰/۷۹۹) کاهش یافت. این کاهش بیانگر تغییرات مشهود در نمرات گروه آزمایش پس از مداخله است. در مقابل، در گروه گواه، میانگین پیش‌آزمون ۳۱/۱۳ (انحراف معیار ۱/۰۶۰) و میانگین پس‌آزمون ۳۰/۸۷ (انحراف معیار ۰/۶۴۰) محاسبه شد که نشان‌دهنده ثبات نسبی نمرات در این گروه و عدم تغییر معنادار در طول زمان است.

جدول (۴) آماره‌های توصیفی مقیاس حمایت افراطی در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
آزمایش	پیش‌آزمون حمایت افراطی	۱۵	۳۱/۱۳	۱/۴۰۷	۲۹	۳۴
	پس‌آزمون حمایت افراطی	۱۵	۱۹/۰۷	۰/۷۹۹	۱۸	۲۰
گواه	پیش‌آزمون حمایت افراطی	۱۵	۳۱/۱۳	۱/۰۶۰	۳۰	۳۳
	پس‌آزمون حمایت افراطی	۱۵	۳۰/۸۷	۰/۶۴۰	۳۰	۳۲

جدول (۵) ضریب همبستگی پیرسون را برای بررسی رابطه بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون حمایت افراطی در کل نمونه ($n=30$) نشان می‌دهد. ضریب همبستگی به دست آمده معادل ۰/۶۴۸ و سطح معناداری آن (p) برابر با ۰/۰۰۹ است. این مقدار نشان‌دهنده همبستگی متوسط تا قوی و معنادار بین دوسری نمره است بنابراین، مفروضه وجود همبستگی خطی مناسب برای استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید می‌شود.

جدول (۵) ضریب همبستگی پیرسون برای حمایت افراطی

متغیرها	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون	p
پیش‌آزمون حمایت افراطی & پس‌آزمون حمایت افراطی	۳۰	۰/۶۴۸	۰/۰۰۹

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس را برای مقایسه اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران، پس از کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر همراه ارائه می‌دهد. بر اساس این جدول مقدار شاخص F مربوط به اثر گروه (آزمایش در مقابل گواه) برابر با ۲۲۶/۳۲۴ است که با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ بسیار معنادار محسوب می‌شود. این یافته نشان می‌دهد پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر حمایت افراطی وجود دارد. همچنین، اثر متغیر همراه (نمره‌های پیش‌آزمون) با مقدار F برابر ۷/۶۷۹ و سطح معناداری ۰/۰۱۰ معنادار است و نشان می‌دهد نمره‌های پیش‌آزمون تأثیر معناداری در تعدیل و تبیین نمرات پس‌آزمون داشته است.

جدول ۶) تحلیل کواریانس برای اثربخشی شناخت درمانی گروهی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	p
مدل اصلاح شده	۳۸۳۸۵/۸۹۳۹	۲	۱۹۱۹۲/۹۷۰	۱۲۸/۷۹۸	۰/۰۰۳
رهگیری	۲۴۰/۰۴۱	۱	۲۴۰/۰۴۱	۱/۶۱۱	۰/۲۱۵
همراه	۱۱۴۴/۳۰۶	۱	۱۱۴۴/۳۰۶	۷/۶۷۹	۰/۰۱۰
گروه	۳۳۷۲۵/۸۷۰	۱	۳۳۷۲۵/۸۷۰	۲۲۶/۳۲۴	۰/۰۰۱
خطا	۴۰۲۳/۴۲۷	۲۷	۱۴۹/۰۶		
کل	۴۲۴۰۹/۳۶۷	۲۹			

نتایج تحلیل کواریانس به روشنی حاکی از آن است شناخت درمانی گروهی توانسته است به طور معناداری حمایت افراطی مادران دارای کودک با کم توانی هوشی را کاهش دهد. به عبارت دیگر، با کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری پایین‌تر از گروه گواه بود که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله به کار گرفته شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر حمایت افراطی مادران از فرزند دارای کم توان هوشی بود. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد اجرای برنامه شناختی رفتاری گروهی، در مرحله پس‌آزمون، تأثیر معناداری بر بهبود چگونگی و میزان حمایت مادران از کودکان با کم توان هوشی در موقعیت‌های مختلف زندگی داشت ($p < 0.05$). این نتایج حاکی از آن است رفتار درمانی شناختی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سازگاری روان شناختی و بهبود سلامت روان مادران ایفا کند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات متعدد همسو است. از جمله ون دن برگ و همکاران^۱ (۲۵) گزارش کردند رفتار درمانی شناختی بر بهبود عملکرد، کاهش ناامیدی و تصاویر ذهنی مزاحم و مشکل ساز تأثیر مثبت دارد. همچنین کایرون و همکاران^۲ (۲۶) نشان دادند این درمان در بهبود باورهای ارزیابی اجتماعی منفی تأثیر مثبتی دارد. افزون بر این، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های عابد و همکاران (۲۷) نیز همخوانی دارد که نشان دادند رفتار درمانی شناختی باعث افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش تنش فرزند پروری مادران می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که رفتار درمانی شناختی از راه آموزش الگوی چرخه افکار، رفتار و تبیین نحوه تأثیر افکار بر هیجان‌ها و رفتار به کاهش افکار منفی منجر می‌شود. تکنیک‌های به کار رفته در شیوه‌نامه‌های این درمان، از جمله مشکل‌گشایی، بازسازی شناختی، پایش افکار و احساسات، تعیین اهداف شخصی و روش‌های آرام‌سازی، فشار روانی مادران کودکان کم توان هوشی را کاهش داده و نگرش و افکار منفی آنان را به سمت باورهای کارآمدتر تغییر می‌دهد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر مطالعات انجام شده در زمینه افزایش امید به زندگی، تاب‌آوری، بهبود سلامت روان، بهزیستی روان شناختی، کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان با نیازهای ویژه که در نتیجه رفتار درمانی شناختی حاصل شده‌اند همسو است (۲۸-۳۳، ۱۴، ۱۹، ۲۲، ۱۸). آنچه این پژوهش را از بسیاری مطالعات متمایز می‌سازد، تأکید آن بر پیامدهای رابطه‌ای درمان است. بدین معنا که کاهش حمایت افراطی نه تنها به سود کودک است بلکه به بهبود کیفیت رابطه مادر و کودک و افزایش رضایت از نقش فرزند پروری می‌انجامد. اصلاح حمایت افراطی به مثابه یک تغییر راهبردی در سبک فرزند پروری موجب ارتقای سلامت

1. Van den Berg et al.
2. Kairon et al.

روان و استحکام شخصیت مادر، افزایش کیفیت زندگی خانوادگی و کاهش تعارضات زناشویی ناشی از فشار نقش، توانمندسازی مادر برای مقاومت در برابر عوامل تنش‌زای محیطی مانند انگ اجتماعی، کمبود حمایت‌های رسمی و ناامیدی از خدمات آموزش و توان بخشی می‌شود (۳۴). به عبارتی مادر به عنوان رکن اصلی نظام سلامت خانواده با تغییر رویکرد خود نه تنها به رشد بهینه کودک یاری می‌رساند بلکه خود نیز از چرخه فرسایشی اضطراب و خستگی روانی رها می‌شود. باوجود نتایج مثبت، این پژوهش نیز مانند هر مطالعه دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود. جمع‌آوری اطلاعات از راه پرسش‌نامه و بر اساس خودگزارش‌دهی انجام شد که پاسخ‌ها را به صداقت فرد و توانایی او در خودارزیابی وابسته می‌ساخت این روش به طور ذاتی با عواملی همچون حواس پرتی، بی‌دقتی، خطای قضاوتی و تفسیر نادرست دستورعمل‌ها همراه است که می‌توانند بر نتایج تأثیر بگذارند. همچنین متغیرهای مداخله‌گری همچون شرایط اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و طرحواره‌های ناسازگار بی‌تردید می‌توانند در نتایج پژوهش اثرگذار باشند. افزون براین باتوجه به مقطعی بودن این مطالعه انجام پژوهش‌های طولی برای دستیابی به اطلاعات جامع‌تر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در کل، نتایج این مطالعه شواهدی در حمایت از رفتاری درمانی شناختی فراهم آورد و نشان داد این رویکرد درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در برنامه‌های حمایتی خانواده‌های دارای کودکان با کم‌توانی هوشی گنجانده شود. بهره‌گیری از چنین مداخلاتی می‌تواند زمینه‌ساز کاهش فشارهای روانی بر والدین به‌ویژه مادران و بهبود کیفیت زندگی این خانواده‌ها باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در کاهش حمایت افراطی و افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی به کار رود. این رویکرد با افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساسات و تجارب درونی، تقویت پذیرش روان‌شناختی، بهبود تنظیم هیجان و کاهش تنش‌های فرزندپروری به مادران کمک می‌کند تا در مواجهه با چالش‌های زندگی با کودک دارای کم‌توانی هوشی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند و از درگیری مداوم با افکار و هیجان‌های منفی فاصله بگیرند. در نتیجه، مادران می‌توانند سازگاری روان‌شناختی بهتری تجربه کنند و از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار شوند. یافته‌های این پژوهش حاکی است سلامت روان مادران کودکان با کم‌توانی هوشی نقشی اساسی در عملکرد خانواده، کیفیت روابط خانوادگی و حمایت مؤثر از فرایند رشد و آموزش کودک ایفا می‌کند. بنابراین، برگزاری آموزش شناخت درمانی گروهی در مدارس استثنایی می‌تواند به عنوان راهکاری عملی و کم‌هزینه در جهت ارتقای سلامت روان والدین و بهبود کیفیت زندگی آنان مدنظر قرار گیرد. به طور کل، نتایج این مطالعه شواهدی در حمایت از رفتار درمانی شناختی فراهم آورد و نشان داد این رویکرد درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در برنامه‌های حمایتی خانواده‌های دارای کودکان با کم‌توانی هوشی گنجانده شود. بهره‌گیری از چنین مداخلاتی می‌تواند زمینه‌ساز کاهش فشارهای روانی بر والدین به‌ویژه مادران و بهبود کیفیت زندگی این خانواده‌ها شود.

تشکر و قدردانی

از استاد گرانقدر که در انجام این پژوهش یاری‌گر بودند، کمال تشکر را دارم.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچگونه تضاد منافع ندارند.

Reference

1. Kirk A. Gallagher J. Coleman. Mary R. Psychology and education of exceptional children according to DSM-5. Malek Mohammadi H, Meshkani M, translators. 3rd ed. Tehran: Ravan Publications; 2021, pp: 23-36.
2. Hallahan D. Kaufman J. Exceptional students: an introduction to special education. Alizadeh H. Saberi H. Hashemi J. Mohiuddin M. (Persian translator). 10th edition. Tehran: Virayesh Publications; 2022, pp: 85-92.
3. Movallali G, Pourmohamadreza Tajrishi M, Malayeri S. The Effect of Cognitive – Behavioral Therapy on General Health and Depression Symptoms in Mothers of Deaf Children. J Except Educ. 2014; 9(122):6-16.[Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-268-fa.html>
4. Blackburn E. Marie D. Keith M. Cognitive therapy for depression and anxiety. Tuzandeh Jani H. (Persian translator). First edition. Mashhad: Astan Quds Razavi 1995, pp: 73-75
5. Kauffman JM, Hallahan DP. Exceptional Children: An Introduction to Special Education. Maher F. (Persian translator). 6th ed. Tehran: Roshd ; 2022. pp: 293.
6. Yousefipour F. Shokri M. Mental retardation and its causes. First edition. Tehran: Gisum; 2008 pp: 13-25. [Persian]
7. Bagherizadeh Kavari A, Mousavi V, Naseh A, Rezaei S. Predicting Psychological Well-being of Mothers of Children with Intellectual Disabilities Based on Perceived Social Support, Defense Styles, and Self-Compassion. JAPR. 2022; 13(2):157-174. [Persian] <https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835>
8. Sevgoli G, Airan G. Investigating the caregiving burden and stress of mothers with children with special needs. J Pediatr Nurs. 2024; 77:538-545. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.020>
9. Khodayari M. Parand A. Psychological assessment and testing. Sixth edition. Tehran: University of Tehran; 2022. pp: 117-126. [Persian]
10. Leahy R. Cognitive Therapy Techniques. Hamidpour H, Andoz Z, translators. 12th edition. Tehran: Arjomand; 2021, pp: 386-395.
11. Basak-Nejad S, Farahani M. The relationship of attitudes toward self, the world, and the future with mental health in mothers of children with learning disabilities in Ahvaz. JSUMS. 2015; 22(5):773-779. [Persian] https://jsums.medsab.ac.ir/article_755.html
12. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Translated by Sh. Jamshidi. 3rd ed. Tehran: Arjmand; 2024, pp: 125–128.
13. Valizadeh H, Ahmadi V. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on happiness and tolerance of ambiguity in mothers of children with autism spectrum disorder. JAPS. 2023; 17(1):193–212. [Persian] <https://doi.org/10.48308/apsy.2022.225775.1262>
14. Taziki T, Momeni Kh, Karami J, Afrouz GH. The Effect of a Mindfulness-Based Intervention on the Quality of Life and Psychological Well-being of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2022; 12(45):1-26.[Persian] <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.58755.2282>
15. Hajinia Asboua A, Khalatbari J, Mirzamani M, Ghorban Shiroudi Sh, Abolghasemi Sh. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Resulting from Marital Conflicts in Women Experiencing Domestic Violence. MEJDS. 2020; 10(1):130-130. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1321-fa.html>
16. Deihimi M, Kariman N, Azadfar Z. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes and Irrational Beliefs of Infertile Women. RRJ. 2019; 8(12): 99-106. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-1703-fa.html>
17. Shadani B, Ghorban Shiroudi Sh. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Intolerance of Uncertainty and Dysfunctional Attitudes in Women Seeking Divorce. Journal of Clinical Psychology and Personality. 2019; 11(42):21-32. [Persian] <https://www.doi.org/10.29252/apsy.2021.215680.0>
18. Tork A, Sajadian E. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Negative Automatic Thoughts in Mothers of Children with Cerebral Palsy. J Child Ment Health. 2019; 6(4):156-167. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-489-fa.html>
19. Abbasi H, Karimi B, Jafari D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frustration Tolerance and Dysfunctional Attitudes of Mothers of Students with Intellectual Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals. 2016; 6(24):81-108. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jpe.2017.20384.1522>
20. Ostadi N, Badleh M, Mohseni Birjandi R. The effectiveness of group cognitive-behavioral training on attachment, dysfunctional attitudes, and marital adjustment in married individuals. J Fundam Mental Health. 2014; 16(62):150-61. [Persian] <https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.3272>

21. Sanaei B. Group Psychotherapy and Counseling. 10th ed. Tehran: Jamee-Negar; 2016, pp:103–107. [Persian]
22. Zohourparvande V. The Relationship of Social Support and Resilience with Social Anxiety and Psychological Distress in Mothers of Children with Special Needs. QJFR. 2018; 15(2):283-301. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_97757.html
23. Fery ML, Group Cognitive Therapy. Hamidpour H, Andouz Z, Sahebi A, translators. 2nd ed. Tehran: Sayeh-ye Sokhan, 2022, pp:61-75
24. Asghari Nekah M, Balqan-Abadi M. Validation and revision of the scale for parental attitudes toward their children with special needs. Psychology of Exceptional Individuals. 2013; 3(11):148-162. [Persian] <https://civilica.com/doc/721743>
25. Van den Berg KC, Hendrickson AT, Hales SA, Voncken M, Keijsers GPJ. Comparing the effectiveness of imagery focussed cognitive therapy to group psychoeducation for patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2023; 320:691-700. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.160>
26. Kyron MJ, Johnson A, Hyett M, Moscovitch D, Wong Q, Bank S et.al. Concurrent and prospective associations between negative social-evaluative beliefs, safety behaviours, and symptoms during and following cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder. Behav Res Ther. 2023; 161 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104253>
27. Abed Y, Abolghasemi Sh, Khalatbari J. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on social adaptation and the role of parenting in mothers with children with physical-motor disabilities. JHPM. 2022; 11(4):52-64. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-1479-fa.html>
28. Rostami M. Effectiveness of group cognitive therapy using Michael Frey's method on reducing rumination and improving depression in female high school students. Journal of Educational Psychology Studies. 2021; 18(41):150-171. [Persian] <https://sid.ir/paper/1037752/fa>
29. Shokri A. The effectiveness of mothers' mindfulness-based cognitive therapy on externalizing disorder of aggressive children. J Except Educ. 2021; 2(162):27-36. [Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-2258-fa.html>
30. Fattahi M, Veisi A, Moradi A. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Group Counseling on Self-Compassion and Family Resilience in Mothers of Educable Children. Journal of Islamic-Iranian Family Studies. 2022; 2(4):28-45. [Persian] <https://civilica.com/doc/1962036/>
31. Chanarni M, Rahmat Elahi T. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on increasing life expectancy and resilience of mothers of exceptional children. Journal of Research in Psychology and Education. 2022; 5(47):384-391. [Persian] <https://civilica.com/doc/1757713/>
32. Faraghi Dastjerd B, Sharifi Daramadi P, Farrokhi N. Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy-based training program on depression and dysfunctional attitudes in mothers of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences. 2020; 63:126-136 [Persian] <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.19487>
33. Barrio-Martínez S, Cano-Vindel A, Priede A, Medrano L, Munoz-Navarro R, Antonio Moriana J, et.al . Worry, rumination and negative metacognitive beliefs as moderators of outcomes of Transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy in emotional disorders. J Affect Disord. 2023; 388:349-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.032>
34. Ghiasi M, Yadollahi S, Izadi S, Sadri M, Mohammadi F, Jafarzade Jahromi Z et al . The Effect of Parenting Styles on Early Maladaptive Schemas with the Mediating Role of Overcompensation and Avoidance Coping Styles. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2024; 11(2):63-77 <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2061-fa.html>