Special Education Organization
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 Aghajani[2]**

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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

سازمان آموزش و پرورش استثنایی
تعلیم و تربیت استثنایی
دو ماهنامه علمی
OPEN ACCESS دسترسی آزاد برخط

اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی دبستان‌های استثنایی شهر قم

ام‌گلثوم شهیدی‌تبار*[1] | احمد آقاجانی[2]

۱. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، ادارهٔ آموزش‌وپرورش استثنایی قم، قم، ایران. kolthomshahidi@gmail.com
۲. استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان، قم، ایران. a.aghajani1347@gmail.com

شاپای چاپی:
۱۷۲۷ - ۳۱۴۵
شاپای برخط:
۱۷۲۷-۶۰۶۳
نوع مقاله:
مقاله پژوهشی
تاریخچه مقاله:
تاریخ دریافت: ۰۹ / ۰۸ / ۱۴۰۴
تاریخ بازنگری: ۲۷ / ۱۱ / ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۵ /۰۳/ ۱۴۰۵
تاریخ انتشار: ۱۵ /۰۶/ ۱۴۰۵
کلیدواژه‌ها:
حمایت افراطی، شناخت‌درمانی گروهی، کم‌توانی هوشی، مادران

چکیده

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

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و جامعهٔ آماری شامل ۴۷۸ مادر دانش‌آموزان دبستانی با کم‌توانی هوشی در مدارس استثنایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. پرسش‌نامهٔ نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژهٔ گوندر ۲۰۰۲ (APSNCS) بر روی همه اجرا شد. پس‌از بررسی نتایج، تعداد ۳۰ مادر با نمرهٔ بیشتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (n=15) و گواه (n=15) تقسیم شدند. سپس طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسهٔ یک‌ساعته روش شناخت‌درمانی گروهی مایکل فری بر روی گروه آزمایش اجرا و در طول این مدت برای گروه گواه نشست های دورهمی با حضور مادران بدون اعمال شناخت درمانی برگزار شد. در پایان، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد شناخت‌درمانی تأثیر معناداری در کاهش حمایت افراطی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی دارد ($p< 0.05$).

نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی گروهی موجب کاهش حمایت افراطی مادرانِ کودکان دارای کم‌توانی هوشی می‌شود.

* نویسنده‌مسئول. kolthomshahidi@gmail.com
© ۲۰۲۶ نویسنده(گان)
ناشر: سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور

استناد به این مقاله:
شهیدی تبار اک*، آقاجانی ا. اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی دبستان‌های استثنایی شهر قم. تعلیم‌وتربیت استثنایی. ۱۴۰۵؛ ۲۶ (۳): ۸۰-۹۱.
https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

مقدمه

کودک استثنایی، پیش از هر برچسب تشخیصی، یک کودک است کودکی با ویژگی‌های منحصربه‌فرد و نیازمند درکی عمیق‌تر از سوی خانواده و جامعه. براساس تعریف انجمن کم‌توانی هوشی و رشدی آمریکا (AAIDD)[1]، که مرجع تخصصی این حوزه به شمار می‌رود، کم‌توانی هوشی وضعیتی است با عملکرد عمومی هوش به‌طور معناداری پایین‌تر از میانگین همراه با کاستی در رفتار سازگارانه که در دورهٔ رشد مشخص می‌شود (۱). این وضعیت بر اساس شدت، میزان نیاز به حمایت و هوش‌بهر به خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شود (۱). کودکان با کم‌توانی هوشی به‌دلیل کاستی در کارکردهای اجرایی، مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های انطباقی، به حمایت‌های پیوسته و ویژه‌ای از سوی والدین به‌ویژه مادران نیازمندند (۲). خانواده به‌عنوان نخستین و مؤثرترین بستر رشد اجتماعی و عاطفی کودک، نقشی اساسی در شکل‌گیری شخصیت و تأمین سلامت‌روانی وی ایفا می‌کند. با این‌حال، حضور فرزند استثنایی در خانواده موجب فشار روانی مضاعفی بر والدین می‌شود. میزان این فشارروانی، متناسب با شدت و ماهیت اختلال کودک متغیر است و حتی با افزایش سن کودک، دغدغه‌های والدین نه‌تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه به‌واسطهٔ چالش‌های نوآیند فزونی می‌یابد (۳). در چنین خانواده‌هایی، به‌ویژه در موارد کم‌توانی هوشی، مسئولیت‌پذیری سنگینی بر دوش مراقبان اصلی قرار می‌گیرد و مادران بیشترین دشواری و فشار را در فرآیند مراقبت تجربه می‌کنند. این فشارها اغلب به‌گونه‌ای است که والدین را از ایفای نقش‌های پیشین خود نظیر تربیت، آموزش، جامعه‌پذیری سایر فرزندان و حضور مؤثر در عرصه‌های اجتماعی بازمی‌دارد و ضرورت توجه جدی به چالش‌های فرزندپروری ایشان را دو چندان می‌سازد (۴). در برخی مواقع، تمرکز مفرط بر حمایت از کودک با کم‌توانی هوشی، به غفلت از خود در ابعاد جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی می‌انجامد (۵). این الگوی حمایت افراطی[2]، گونه‌ای فرزندپروری است که در آن مادر بر پایه باورهای اغراق‌آمیز نسبت به آسیب‌پذیری کودک، اقداماتی را انجام می‌دهد نظیر تصمیم‌گیری به‌جای کودک، حذف چالش‌های متناسب با سن و محدودسازی استقلال او (۶). مادرانی که چنین سبک فرزندپروری را در پیش می‌گیرند در مقایسه با مادران دارای کودکان بدون کم‌توانی، بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند و با دامنهٔ گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب، فشار روانی، پرخاشگری، وسواس، حساسیت در روابط بین‌فردی و حتی اختلالات روان‌پزشکی دست به گریبان هستند (۷). همچنین، افزایش بار مراقبتی در این مادران با سطوح بالاتری از فشار همراه است (۸). ریشهٔ بسیاری از این دشواری‌ها را می‌توان در تحریف‌های شناختی[3] مادران از شیوهٔ حمایت از فرزندشان جست‌وجو کرد (۹). تحریف‌های شناختی الگوهای فکری نادرست، مبالغه‌آمیز یا غیرمنطقی هستند که فرد به‌طور ناآگاهانه آن‌ها را بازتولید می‌کند و موجب می‌شوند تا واقعیت نه چنانکه هست، بلکه از صافی ذهنی منفی یا ناکارآمد درک شود. بر اساس نظریهٔ شناختی آرون بک[4]، این تحریف‌ها چون به‌طور مستقیم بر احساسات و تصمیم‌گیری‌های فرد تأثیر می‌گذارند ریشه بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری محسوب می‌شوند (۱۰). در میان نگرش‌های شناختی[5]، نگرش منفی به خود، نقشی کلیدی در کاهش سلامت‌روان مادران دارای کودک استثنایی ایفا می‌کند (۱۱). با توجه به اینکه حمایت افراطی عمدتاً از باورهای غیرمنطقی تغذیه می‌شود، به‌کارگیری رویکرد رفتاردرمانی شناختی[6]، با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی نظیر بازسازی شناختی[7]، آزمایش رفتاری و کشف افکارخودآیند[8]، می‌تواند این باورها را هدف قرار دهد و اصلاح نماید (۱۲). پژوهش‌هایی نیز کارآمدی و تأثیرات مثبت این رویکرد را در کاهش تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی به اثبات رسانده‌اند (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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

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 زمینهٔ 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 شناخت‌درمانی گروهی بر پایهٔ روش مایکل فری[1] بر روی حمایت افراطی مادران دارای کودکان با کم‌توانی هوشی طراحی و اجرا شد و به‌طور مشخص درصدد ارزیابی اثربخشی این مداخله بر کاهش حمایت افراطی این مادران بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و جامعهٔ آماری شامل ۴۷۸ مادر دانش‌آموزان دبستانی با کم‌توانی هوشی مدارس استثنایی شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای‌ویژه (گوندر[2]، ۲۰۰۲) روی تمام مشارکت‌کنندگان اجرا شد. پس‌از بررسی نتایج، تعداد ۳۰ مادر که نمرهٔ بالاتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی داشتند، به‌صورت هدفمند انتخاب و به دو گروه آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) تقسیم شدند. سپس روش شناخت‌درمانی گروهی بر اساس الگوی مایکل فری (۲۳) طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسهٔ یک‌ساعته برای گروه آزمایش اجرا و در طول دورهٔ مداخله برای گروه گواه نشست‌های دورهمی با حضور مادران بدون اعمال شناخت‌درمانی برگزار و در پایان، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار سنجش

پرسش‌نامهٔ نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه که در این مقاله با اختصار (APSNCS)[3] از آن یاد می‌شود یکی از ابزارهای معتبر در حوزهٔ مطالعات خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای ویژه به شمار می‌رود. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۲ توسط پژوهشگر برجسته، گوندر، طراحی و تدوین شد و از آن زمان تاکنون در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش‌نامهٔ 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 کمّی 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. شیوهٔ نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر مبنای طیف لیکرت ۵درجه‌ای[4] 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 همهٔ گویه‌ها به یک شکل صورت نمی‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که برای گویه‌های شمارهٔ 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 شیوهٔ معکوس به منظور کنترل سوگیری پاسخ‌دهی و افزایش دقت اندازه‌گیری در نظر گرفته شده است. پرسشنامهٔ 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

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 محاسبهٔ امتیاز مربوط به بُعد حمایت افراطی، پژوهشگر می‌بایست ابتدا نمرهٔ تمام گویه‌هایی را که به این بُعد تعلق دارند (با رعایت نمره‌گذاری معکوس برای گویه‌های مربوط) ثبت نماید سپس مجموع آن‌ها را به‌عنوان نمرهٔ نهایی آن بُعد در نظر بگیرد. هرچه این نمره بالاتر باشد نشان‌دهندهٔ سطح بالاتری از حمایت افراطی از سوی والدین تلقی می‌شود. در زمینهٔ 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 توان‌بخشی مورد تأیید قرار گرفت. بدین معنا که گویه‌ها از نظر ارتباط با مفهوم مورد نظر، جامعیت، شفافیت و تناسب زبانی، توسط صاحب‌نظران ارزیابی و اصلاح شدند. همچنین پایایی یا قابلیت اعتماد پرسش‌نامه از راه محاسبهٔ 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 به‌دست آمده است که ارزشی قابل قبول و نشان‌دهندهٔ پایایی نسبتاً مطلوب این خرده‌مقیاس در جامعهٔ مورد مطالعه بود (۲۴).

برنامهٔ مداخله

در پژوهش حاضر از شناخت‌درمانی گروهی به‌عنوان مداخلهٔ درمانی برای مادران کودکان با کم‌توانی هوشی استفاده شد. نخست پرسش‌نامهٔ نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژهٔ گوندر ۲۰۰۲ (APSNCS) بر روی نمونه آماری اجرا شد. پس از بررسی نتایج، به‌صورت هدفمند تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که نمره بیشتر از ۲۰ در بُعد حمایت افراطی را کسب کردند انتخاب و به دو گروه آزمایش (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) تقسیم شدند. نحوهٔ حضور آن‌ها، تعداد و زمان جلسه‌ها ارائه شد. سپس روش شناخت‌درمانی گروهی بر مبنای الگوی مایکل فری بر روی گروه آزمایش طی ۶ هفته و هر هفته ۲ جلسه یک‌ساعته اجرا و در خلال مدت مداخله با گروه گواه نشست‌های دورهمی با حضور مادران بدون اعمال روش شناخت‌درمانی برگزار شد. این کار صرفاً برای کنترل اثر دارونما[1] بود. پس از پایان جلسه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون هر دو گروه مجدد با پرسش‌نامهٔ یادشده مورد آزمون قرار گرفتند. سپس تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارSPSS نسخهٔ ۲۶ در دو سطح آمار توصیفی (شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف‌معیار، 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 یک‌راهه در سطح ($p< 0.05$) استفاده شد.

شیوه‌نامهٔ درمانی

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

جدول ۱) خلاصهٔ جلسه‌های شناخت‌درمانی گروهی بر اساس روش مایکل فری

جلسات	اهداف جلسهٔ شناخت‌درمانی گروهی
اول	خوشامدگویی، ایجاد انگیزه مادران شرکت‌کننده باید پذیرند فرآیندهای کاراندام‌شناختی (فیزیولوژی)، شناختی و رفتاری در وجود انسان در تعامل با یکدیگر قرار دارند و هیجان‌ها دارای اجزای کاراندام‌شناختی، رفتاری و شناختی هستند. پذیرش این نکته که بیشتر یا تمام واکنش‌های هیجانی یک مؤلفهٔ شناختی را دربردارند. مادران بتوانند هیجان و رخداد ایجاد کنندهٔ واکنش هیجانی (رخداد فعال‌کننده) را شناسایی کنند و آن‌ها را در سه ستون بنویسند: یکی برای رخداد، یکی برای فکر و یکی برای واکنش هیجانی

1. Placebo

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

جلسات	اهداف جلسهٔ شناخت‌درمانی گروهی
دوم	آگاهی‌بخشی به مادران شرکت‌کننده دربارهٔ ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب، خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند، چگونگی شناسایی، آموزش تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی فرد در شناسایی آن‌ها در تفکرات خود و نیز کمک به مادران برای شناخت مقاومت‌های احتمالی در مقابل درمان شناختی و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.
سوم	آشنا کردن مادران شرکت‌کننده با این موضوع که افکار آن‌ها پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد و این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشند. آموزش دربارهٔ ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند، همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
چهارم	کار بیشتر بر روی پیکان عمودی که در جلسهٔ پیش مطرح شد و حل مشکلات مادران گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به‌منظور شناسایی طرحواره‌های منفی خود که با آن روبه‌رو می‌شوند. توانمند سازی مادران در شناسایی ده نوع طرحوارهٔ منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.
پنجم	دستیابی مادران شرکت‌کننده به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر. مادران فهرست باورهای منفی را تهیّه، نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورها با یکدیگر را رسم و در مقیاس آشفتگی‌های ذهنی[1] باورهای خود را با توجّه به شدّت هیجان مرتبط با هر باور رتبه‌بندی می‌کنند.
ششم	این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو نیز شناختی هستند. ۱. مادران شرکت‌کننده در گروه بپذیرند که باورها تغییرپذیر هستند و باورهای مسلط فرهنگی طی تاریخ بشر تغییر کرده‌اند و افراد نیز با گذشت زمان، باورهای خود را تغییر می‌دهند. ۲. مادران بپذیرند این امکان وجود دارد تا به باورهای خود به‌صورت عینی توجه کنند. با ارائه مثال‌هایی از باورهایی که طی تاریخ بشر دستخوش تغییر شده و باورهایی که شخصاً آن‌ها را در طول زندگی خود تغییر داده‌اند می‌توان به اهداف دست یافت. این فرایند، تسهیل‌کنندهٔ این عقیده است که باورهای شناسایی شده در پیکان عمودی قابل تغییر هستند.
هفتم	مادران شرکت‌کننده در گروه درک کنند که باورها را می‌توان براساس معیارهایی ارزشیابی کرد. محتوای این جلسه نیز دنبالهٔ جلسهٔ 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 می‌شود: • آیا باورها می‌توانند از لحاظ میزان سودمندی متفاوت باشند؟ • مجموعه باورهایی که افراد برای سازمان‌دهی رفتار خود به کار می‌گیرند. آیا می‌توانند 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 می‌تواند دلیلی بر درستی آن باور باشد؟
هشتم	مادران شرکت‌کنندهٔ گروه در مورد باورهای خود روش تحلیل منطقی به کار می‌برند. روش تحلیل منطقی نیرومندترین روش چالش با باورهاست. تحلیل منطقی تا حدی با تلاش برای تأیید نکردن باورهای منفی مرتبط است. مهم‌ترین وظیفهٔ درمانگر آن است که مادران گروه را ترغیب کند تا مؤثرترین تحلیل منطقی را برای تأیید نکردن باوری خاص به‌کار ببرند.
نهم	این جلسه دو هدف عمده دارد: ۱. مادران شرکت‌کننده در گروه بتوانند چندین پایگان (سلسله مراتب) از موقعیت‌های مرتبط با باور اصلی تهیه کنند. ۲. بتوانند عبارت‌هایی مخالف با باورهای منفی خود پدید بیاورند.
دهم	دو حوزهٔ محتوایی عمده به همراه اهداف آن‌ها مورد توجّه قرار می‌گیرد: **تغییر ادراکی:** مادران شرکت‌کننده دریابند مجموعه‌ای از اطلاعات را می‌توان به شیوه‌های مختلفی در نظر گرفت. تغییر ادراکی تا حدودی یک عمل ارادی و تا حدّی نتیجهٔ توجّه به جزئیات مربوط به اطلاعات است و همچنین ایجاد مؤلفه‌های تغییر ادراکی را بیاموزند. **بازداری قشری اختیاری:** مادران شرکت‌کننده روش بازداری قشری اختیاری را برای انجام در منزل و کسب مهارت در آن به‌میزان کافی دریابند.

1. subjective until of disturbance

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

جلسات	اهداف جلسهٔ شناخت‌درمانی گروهی
یازدهم	روش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی را درک کنند و بتوانند آن‌را به صورت مستقل انجام دهند. آن‌ها همچنین یک طرح قابل اجرا برای خود در نظر بگیرند که آن‌ها را برای تمرین روش‌هایی که طی این برنامه یادگرفته‌اند ترغیب و تشویق کند. به‌ویژه، امید می‌رود که مادران، از مجموعه‌ای که شامل باورهای مخالف، بازداری قشری اختیاری، تنبیه خود، خودپاداش‌دهی و راهبردهای خیال‌پردازی/شبیه‌سازی می‌شود، یک یا دو راهبرد نگهدارنده را در این جلسه، انتخاب کنند. لازم نیست که آن‌ها تمامی روش‌های ذکر شده را مورد استفاده قرار دهند.
دوازدهم	این جلسه آخرین جلسه شناخت‌درمانی گروهی است که برای مادران برگزار می‌گردد. در این جلسه ما سه هدف داریم که عبارت است از: ۱. بررسی طرح‌های مادران برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان حاصل کرده‌اند. ۲. کسب پسخوراند از مادران دربارهٔ برنامهٔ درمانی ۳. فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از راه یک رخداد اجتماعی مناسب

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی و متغیر اصلی پژوهش، حمایت افراطی در قالب جداول و توصیف آماری ارائه می‌شود.

جدول (۲) توزیع فراوانی و درصد فراوانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش را بر اساس پایهٔ تحصیلی و در دو گروه آزمایش و گواه نمایش می‌دهد. در گروه گواه (۱۵ نفر)، بیشترین فراوانی مربوط به پایهٔ اول با ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به پایه‌های پنجم و ششم با ۱ نفر (۶/۷ درصد) برای هر کدام است. در گروه آزمایش نیز (۱۵ نفر)، پایهٔ اول با ۹ نفر (۶۰ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد و پایهٔ پنجم فاقد هرگونه نمونه بود (۰ درصد). الگوی توزیع نشان‌دهندهٔ شباهت نسبی دو گروه از نظر ساختار پایه‌های تحصیلی است که به همگونی اولیهٔ گروه‌ها کمک می‌کند.

جدول ۲) توزیع فراوانی بر حسب پایه‌های تحصیلی

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

در جدول (۳) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی سن مادران در دو گروه آمده است. در گروه آزمایش میانگین سن مادران ۴۲/۰۰ سال با میانهٔ ۴۰/۰۰ و انحراف معیار ۱۰/۴۱۳ برآورد شده و محدودهٔ سنی آنها از کمترین ۲۶ تا بیشترین ۶۰ سال متغیر است. در گروه گواه میانگین سن ۴۰/۱۳ سال، میانهٔ ۳۸/۰۰ و انحراف معیار ۶/۳۰۰ محاسبه شد و دامنهٔ سنی از ۳۲ تا ۵۶ سال گسترده است. انحراف معیار بالاتر در گروه آزمایش نشان‌دهندهٔ پراکندگی بیشتر سن مادران در این گروه نسبت به گروه گواه است و تفاوت میانگین‌ها از لحاظ بالینی چشمگیر به نظر نمی‌رسد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

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 مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه گزارش می‌کند. در گروه آزمایش، میانگین نمرهٔ حمایت افراطی در پیش‌آزمون برابر با ۳۱/۱۳ (انحراف معیار ۱/۴۰۷) بوده که در پس‌آزمون به میزان قابل‌توجهی 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 نشان‌دهندهٔ 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 رابطهٔ بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون حمایت افراطی در کل نمونه (n=۳۰) نشان می‌دهد. ضریب همبستگی به‌دست آمده معادل ۰/۶۴۸ و سطح معناداری آن (p) برابر با ۰/۰۰۹ است. این مقدار نشان‌دهندهٔ همبستگی متوسط تا قوی و معنادار بین دوسری نمره است بنابراین، مفروضهٔ 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 مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر حمایت افراطی مادران، پس‌از کنترل اثر نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان 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 ۰/۰۰۱ بسیار معنادار محسوب می‌شود. این یافته نشان می‌دهد پس‌از 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.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

جدول ۶) تحلیل کواریانس برای اثر بخشی شناخت‌درمانی گروهی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	p
مدل اصلاح شده	۳۸۳۸۵/a۹۳۹	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 کوواریانس به روشنی حاکی از آن است شناخت‌درمانی گروهی توانسته است به طور معناداری حمایت افراطی مادران دارای کودک با کم‌توانی هوشی را کاهش دهد. به‌عبارت‌دیگر، با کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری پایین‌تر از گروه گواه بود که نشان‌دهندهٔ اثربخشی مداخلهٔ به کار گرفته شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر حمایت افراطی مادران از فرزند دارای کم‌توان‌هوشی بود. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد اجرای برنامهٔ شناختی‌رفتاری گروهی، در مرحلهٔ پس‌آزمون، تأثیر معناداری بر بهبود چگونگی و میزان حمایت مادران از کودکان با کم‌توان‌هوشی در موقعیت‌های مختلف زندگی داشت ($p< 0.05$). این نتایج حاکی از آن است رفتاردرمانی شناختی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سازگاری روان‌شناختی و بهبود سلامت روان مادران ایفا کند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات متعدد همسو است. از جمله ون‌دن‌برگ و همکاران[1] (۲۵) گزارش کردند رفتاردرمانی شناختی بر بهبود عملکرد، کاهش ناامیدی و تصاویر ذهنی مزاحم و مشکل‌ساز تأثیر مثبت دارد. همچنین کایرون و همکاران[2] (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 رفتاردرمانی شناختی باعث افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش تنش فرزندپروری مادران می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که رفتاردرمانی شناختی از راه آموزش الگوی چرخهٔ افکار، رفتار و تبیین نحوهٔ تأثیر افکار بر هیجان‌ها و رفتار به کاهش افکارمنفی منجر می‌شود. تکنیک‌های به‌کار رفته در شیوه‌نامه‌های این درمان، از جمله مشکل‌گشایی، بازسازی‌شناختی، پایش‌افکار و احساسات، تعیین اهداف شخصی و روش‌های آرام‌سازی، فشار روانی مادران کودکان کم‌توان‌هوشی را کاهش داده و نگرش و افکارمنفی آنان را به سمت باورهای کارآمدتر تغییر ی‌دهد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ افزایش امیدبه‌زندگی، تاب‌آوری، بهبود سلامت‌روان، بهزیستی روان‌شناختی، کاهش افسردگی و اضطراب مادران کودکان با نیازهای‌ویژه که در نتیجهٔ رفتاردرمانی شناختی حاصل شده‌اند همسو است (۲۸-۳۳، ۱۳، 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 نه‌تنها به سود کودک است بلکه به بهبود کیفیت رابطهٔ مادر و کودک و افزایش رضایت از نقش فرزندپروری می‌انجامد. اصلاح حمایت افراطی به‌مثابهٔ یک تغییر راهبردی در سبک فرزندپروری موجب ارتقای سلامت

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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]
[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

روان و استحکام شخصیت مادر، افزایش کیفیّت 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 توان‌بخشی می‌شود (۳۴). به‌عبارتی مادر به‌عنوان رکن اصلی نظام سلامت خانواده با تغییر رویکرد خود نه‌تنها به رشد بهینهٔ کودک یاری می‌رساند بلکه خود نیز از چرخهٔ فرسایشی اضطراب و خستگی روانی رها می‌شود. باوجود نتایج مثبت، این پژوهش نیز مانند هر مطالعهٔ 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 به‌طور ذاتی با عواملی همچون حواس‌پرتی، 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 رفتاری‌درمانی شناختی فراهم آورد و نشان داد این رویکرد درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخلهٔ 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 شناخت‌درمانی گروهی می‌تواند بهعنوان یک مداخلهٔ روان‌شناختی مؤثر در کاهش حمایت افراطی و افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان با کم‌توانی هوشی به‌کار رود. این رویکرد با افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساسات و تجارب‌درونی، 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 کیفیت‌زندگی مطلوب‌تری برخوردار شوند. یافته‌های این پژوهش حاکی است سلامت‌روان 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 شناخت‌درمانی گروهی در مدارس استثنایی می‌تواند به‌عنوان راهکاری عملی و کم‌هزینه در جهت ارتقای سلامت‌روان والدین و بهبود کیفیت‌زندگی آنان مدنظر قرار گیرد. به‌طور کل، نتایج این مطالعه شواهدی در حمایت از رفتاردرمانی شناختی فراهم آورد و نشان داد این رویکرد درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخلهٔ 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 کیفیت‌زندگی 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.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

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 Razavi1995 ؛, 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.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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]

21. Sanaei B. Group Psychotherapy and Counseling. 10th ed. Tehran: Jamee-Negar; 2016, pp:103–107. [Persian]
22. Zohourparvandeh 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

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-11-11]

[DOI: https://doi.org/10.22034/jee.3.193.80]