



## The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress of Mothers of Children with Special Needs

Fatemeh Mirzaee<sup>1</sup>  , Sahar Khanjani Veshki<sup>2\*</sup>  

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

2. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

\*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.  
Email: [S-khanjani@araku.ac.ir](mailto:S-khanjani@araku.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 27 May 2024  
Revised: 13 Oct 2024  
Accepted: 14 Dec 2024  
Published: 02 Oct 2026

**Keywords:**  
*Cognitive Behavioral Therapy,*  
*Dysfunctional Attitudes,*  
*Mothers of Children with*  
*Special Needs,*  
*Psychological Distress.*

### ABSTRACT

The purpose of the current study was to examine the impact of cognitive behavioral therapy on ineffective attitudes and psychological distress of mothers of children with special needs. The research method was quasi-experimental, pre-test-post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of the research comprised all mothers with intellectually disabled children who were enrolled in exceptional schools in Arak city in 2022. The G-Power software was used to select the sample. It conducted available sampling among mentally retarded schools in Arak city. Subsequently, 32 mothers of these children were selected through purposive sampling and randomly assigned to two groups. Initially, the Weizman and Beck's Dysfunctional Attitudes Questionnaire (DAS) and the Besharat's Mental Health Questionnaire (MHI) were administered to both groups to assess psychological helplessness. The experimental group was subsequently trained for nine 90-minute sessions in accordance with Wildermut's cognitive behavioral protocol, while the control group received no intervention. Ultimately, both groups completed the research questionnaires once more, and a follow-up meeting was conducted one month later. The research data were analyzed through multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and SPSS-26. Cognitive behavioral therapy has resulted in a substantial decrease in psychological distress and ineffective attitudes among mothers of mentally retarded children in comparison to the control group, according to the research findings. Therefore, this approach has the potential to enhance the mental well-being of mothers, regulate their attitudes, and enhance their resilience to psychological stressors.

**Cite this article:** Mirzaee, F., & Khanjani Veshki, S. (2026). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress of Mothers of Children with Special Needs. *Journal of Applied Psychological Research*, 17(3), 305-321. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.377146.644933>



© Author(s) retain the copyright.

**Publisher:** University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.377146.644933>

## **The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress of Mothers of Children with Special Needs**

### **Extended Abstract**

#### **Aim**

Intellectual disability is a lifelong condition characterized by below-average intellectual and adaptive functioning and diagnosed before the age of 18 (Momeni et al., 2022). Caring for children with special needs, particularly those with intellectual disabilities, places considerable psychological and emotional demands on mothers. Because mothers are more involved in the daily care of their children, they may devote themselves to their child to the extent that they neglect their own psychological and physical well-being. Concerns about how others perceive and interact with their child may further increase their stress and contribute to lower psychological well-being and various psychological difficulties (Bagheri Zadeh Kaveri et al., 2022).

Mothers of children with intellectual disabilities may become excessively preoccupied with dysfunctional thoughts concerning their child's past and future. Focusing on the causes of the child's disability and worrying about future educational, occupational, and family difficulties may reinforce anxiety and dysfunctional attitudes. Dysfunctional attitudes are rigid and exaggerated beliefs about oneself and the world that contribute to negative evaluations and maladaptive emotional and behavioral responses (Faraghi Dastjerd et al., 2020; Goldsmith et al., 2009). Another psychological difficulty associated with parents of children with disabilities is psychological distress, which may occur more frequently in these families than in others (Stephanny et al., 2024). Psychological distress involves negative psychological experiences and views of oneself, others, and the environment and may be manifested through anxiety, distress, sadness, and ineffective responses to stressful situations (Ugaldea et al., 2017). Although the child's condition may be unchangeable, mothers' responses to related stressors can be modified.

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is based on the premise that cognitive processes influence emotional and behavioral responses. By modifying dysfunctional thoughts and beliefs, CBT may help mothers develop more adaptive responses to present challenges and reduce negative emotional reactions. Previous studies have reported the effectiveness of CBT and related approaches in reducing dysfunctional attitudes and psychological distress (Dyehimi et al., 2019; Shadani & Ghorban-Shiroudi, 2019; Ostadi et al., 2014; Zohoorparvande, 2018). However, previous research has largely examined these variables among couples seeking divorce or marriage and individuals with specific psychological or medical conditions. Thus, limited research has specifically addressed the effects of CBT on dysfunctional attitudes and psychological distress among mothers of children with intellectual disabilities. Given the importance of mothers' psychological well-being for family functioning and the development of children with special needs, the present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional attitudes and psychological distress among mothers of children with special needs (Intellectual disability).

#### **Methodology**

This quasi-experimental study used a pretest–posttest, one-month follow-up design with a control group. The study population comprised mothers of children with intellectual disabilities attending special education schools in Arak in 2022. Based on the study objectives, schools were selected through convenience sampling, and 32 mothers of girls with intellectual disabilities aged 6–16 years who attended Fakhar Special Elementary School were purposively selected from those with higher scores on the study measures. They were randomly assigned to experimental and control groups (16 per group). Two participants discontinued the intervention; therefore, 30 participants remained in the study. Inclusion criteria were a minimum educational level of middle school, having a child with an intellectual disability aged 6–16 years, no concurrent participation in psychological interventions, and willingness to participate. Exclusion criteria included absence from more than two sessions, failure to complete assignments, and noncooperation.

Data were collected using the 26-item Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), developed by Weissman and Beck (1978), and the 28-item Mental Health Inventory (MHI-28), developed and validated for an Iranian population by Besharat (2009). The psychological distress subscale of the MHI-28 was used to assess psychological distress. In the present study, Cronbach's alpha coefficients were 0.83 for the DAS and 0.80 for the MHI-28.

After the pretest, the experimental group received nine 90-minute sessions of group cognitive-behavioral therapy based on Wildermuth's (2008) protocol and adapted from previous research. The sessions focused on identifying and modifying dysfunctional thoughts, cognitive restructuring, behavioral patterns, assertiveness, impulse control, mood enhancement, stress management, problem-solving, relaxation, and self-esteem. Homework assignments were provided and reviewed in subsequent sessions. The control group received no intervention during this period but was provided with the necessary psychological services after the study. A posttest was administered to both groups after the intervention, followed by a one-month follow-up assessment.

Descriptive statistics, multivariate analysis of covariance (MANCOVA), and repeated-measures analysis of variance were used to analyze the data. All statistical analyses were performed using SPSS version 26.

## Findings

Initially, 32 mothers participated in the study; following the withdrawal of two participants, data from 30 mothers were analyzed. In the experimental group, the mean score of dysfunctional attitudes decreased from 106.80 at pretest to 56.07 at posttest and 61.87 at the one-month follow-up. The corresponding mean scores in the control group were 107.53, 111.40, and 110.93, respectively. For psychological distress, the experimental group showed a decrease from a pretest mean of 52.67 to 23.67 at posttest, followed by an increase to 28.73 at follow-up. In the control group, the corresponding means were 47.00, 47.60, and 48.73, respectively (Table 1).

**Table 1.** Means and Standard Deviations of Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress at Pretest, Posttest, and Follow-up

| Variable                | Group        | Pretest M (SD) | Posttest M (SD) | Follow-up M (SD) |
|-------------------------|--------------|----------------|-----------------|------------------|
| Dysfunctional Attitudes | Experimental | 106.80 (26.43) | 56.07 (23.56)   | 61.87 (21.37)    |
|                         | Control      | 107.53 (18.10) | 111.40 (15.36)  | 110.93 (16.62)   |
| Psychological Distress  | Experimental | 52.67 (7.10)   | 23.67 (3.98)    | 28.73 (4.67)     |
|                         | Control      | 47.00 (12.64)  | 47.60 (9.67)    | 48.73 (10.99)    |

Before conducting MANCOVA, the assumptions of multivariate normality, homogeneity of variance–covariance matrices, homogeneity of variances, homogeneity of regression slopes, and the absence of multivariate outliers were examined and considered acceptable. MANCOVA showed a significant multivariate effect of group after controlling for pretest scores (Wilks'  $\Lambda = .98$ ,  $F(4, 21) = 234.15$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .98$ ).

Univariate ANCOVAs indicated significant group effects on both dysfunctional attitudes,  $F(1, 24) = 411.77$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .94$ , and psychological distress,  $F(1, 24) = 395.08$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .94$  (Table 2).

**Table 2.** Results of ANCOVA for the Effects of Group on Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress

| Dependent Variable      | Effect  | F (1,24) | p    | $\eta^2$ |
|-------------------------|---------|----------|------|----------|
| Dysfunctional Attitudes | Pretest | 137.28   | .001 | .85      |
|                         | Group   | 411.77   | .001 | .94      |
| Psychological Distress  | Pretest | 52.96    | .001 | .69      |
|                         | Group   | 395.08   | .001 | .94      |

Repeated-measures analyses revealed significant changes across the three measurement stages in the experimental group for dysfunctional attitudes,  $F(2, 28) = 154.70$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .91$ , and psychological distress,  $F(2, 28) = 296.40$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .95$ . No significant changes across measurement stages were observed in the control group for dysfunctional attitudes,  $F(2, 28) = 1.83$ ,  $p = .18$ ,  $\eta^2 = .15$ , or psychological distress,  $F(2, 28) = 2.37$ ,  $p = .11$ ,  $\eta^2 = .14$ .

Bonferroni pairwise comparisons showed a significant difference between pretest and follow-up for both dysfunctional attitudes (mean difference = 44.93,  $p = .001$ ) and psychological distress (mean difference = 23.93,  $p = .001$ ). The difference between posttest and follow-up was not significant for dysfunctional attitudes (mean difference =  $-5.80$ ,  $p = .06$ ). However, for psychological distress, the reported posttest-to-follow-up difference was significant (mean difference =  $-5.06$ ,  $p = .001$ ). Thus, cognitive-behavioral therapy was effective in reducing dysfunctional attitudes and psychological distress, although psychological distress increased significantly from posttest to the one-month follow-up while remaining substantially lower than the pretest level.

## Conclusion

The findings showed that cognitive-behavioral therapy (CBT) significantly reduced dysfunctional attitudes and psychological distress among mothers of children with intellectual disabilities compared with the control group. These results are consistent with previous studies (Kalkan & Ersanli, 2009; Kaviani et al., 2014; Sankar et

al., 2015). These improvements may be attributed to CBT techniques that help mothers identify and modify cognitive distortions, develop more adaptive interpretations of stressful situations, and strengthen problem-solving and assertiveness skills. These skills may reduce self-blame and negative thinking, improve coping, and alleviate psychological distress (Younesi et al., 2024; Barari Baziarkhili et al., 2021; Tork & Sajjadian, 2020).

Follow-up results showed that the reduction in dysfunctional attitudes was maintained at one month, with no significant difference between posttest and follow-up scores. However, psychological distress increased significantly during this period, although it remained substantially below the pretest level. This suggests that some treatment effects, particularly those related to psychological distress, may require continued support or reinforcement.

Several limitations should be considered. The small sample drawn from a single city limits the generalizability of the findings. Moreover, only mothers participated, the follow-up period was limited to one month, and reliance on self-report measures may have introduced response bias. Future research should include larger and more diverse samples, examine outcomes among other family members, extend follow-up periods, use complementary assessment methods, and compare CBT with other psychological interventions.

Overall, CBT appears to be a potentially useful intervention for reducing dysfunctional attitudes and psychological distress among mothers of children with intellectual disabilities. However, the increase in psychological distress at follow-up highlights the importance of evaluating longer-term outcomes and considering strategies to maintain treatment benefits.

### **Keywords:**

### **Ethical Considerations**

This study was conducted in accordance with ethical principles and was approved under the ethical code IR.ARAKU.REC.1401.019. Participants were informed about the purpose and procedures of the study and participated in the intervention sessions voluntarily after providing informed consent. The privacy and confidentiality of participants were protected, and they were informed of their right to withdraw from the study at any time. The intervention sessions were provided free of charge, and the control group was offered the necessary psychological services after completion of the study. Participants were also informed that the study findings could be explained or provided to them upon request.

### **Acknowledgments and Funding**

The authors sincerely thank all mothers who participated in this study and the executive staff of the school for their cooperation. This study received no financial support from any governmental, private, or other organization.

### **Conflict of Interest**

The authors declare that they have no conflict of interest regarding the research, authorship, or publication of this article.

---

**Cite this article:** Mirzaee, F., & Khanjani Veshki, S. (2026). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Dysfunctional Attitudes and Psychological Distress of Mothers of Children with Special Needs. *Journal of Applied Psychological Research*, 17(3), 305-321. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.377146.644933>



© Author(s) retain the copyright.

**Publisher:** University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.377146.644933>

---



## اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه

فاطمه میرزایی<sup>۱</sup>✉، سحر خانجانی وشکی<sup>۲</sup>✉

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

\*نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران. رایانامه: [S-khanjani@araku.ac.ir](mailto:S-khanjani@araku.ac.ir)

### اطلاعات مقاله

### چکیده

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۷/۱۰

#### کلیدواژه‌ها:

درماندگی روان‌شناختی،

درمان شناختی-رفتاری،

مادران کودکان با نیازهای ویژه،

نگرش‌های ناکارآمد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که سال ۱۴۰۱ در مدارس استثنایی شهر اراک تحصیل می‌کردند. انتخاب نمونه به وسیله نرم‌افزار G-Power، ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس کم‌توان ذهنی شهر اراک صورت گرفت. سپس ۳۲ نفر از مادران این کودکان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. هردو گروه، ابتدا پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS) و پرسشنامه سلامت روان بشارت (MHI) را برای سنجش درماندگی روان‌شناختی تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش پروتکل شناختی-رفتاری و یلدرموت قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در آخر هردو گروه بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و پس از یک ماه جلسه پیگیری برگزار شد. داده‌های پژوهش به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و با نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش معنادار نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با گروه کنترل شده است؛ بنابراین می‌توان از این روش برای ارتقای سلامت روان مادران، مدیریت نگرش‌ها و افزایش استقامت آن‌ها در برابر فشارهای روانی استفاده کرد.

**استناد:** میرزایی، ف. و خانجانی وشکی، س. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۷(۳)، ۳۰۵-۳۲۱. <https://doi.org/10.22059/japrr.2025.377146.644933>

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japrr.2025.377146.644933>

© نویسندگان.



## ۱. مقدمه

کم‌توانی ذهنی<sup>۱</sup> اختلالی مادام‌العمر است که با عملکرد هوشی و رفتاری پایین‌تر از حد متوسط جامعه مشخص می‌شود و قبل از هجده‌سالگی قابل تشخیص است (مؤمنی و همکاران، ۱۴۰۱). مادران کودکان با نیازهای ویژه نمی‌توانند مراقبت از فرزند خود را به دیگران بسپارند. آن‌ها به علت درگیری بیشتر با فرزند کم‌توان و گذراندن اوقات بیشتری با او، استرس و فشار بیشتری را تحمل می‌کنند. این مادران معمولاً خود را وقف کودک کم‌توان ذهنی خود می‌کنند، تا آنجا که کاملاً از خود غافل می‌شوند و در همه ابعاد روانی، جسمانی و معنوی خود را فراموش می‌کنند. آن‌ها همیشه نگران نحوه برخورد دیگران هستند و همین امر استرس آن‌ها را دوچندان می‌کند. به همین علت است که از دیگر مادران، بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند و مشکلات روان‌شناختی عیدیه‌ای از جمله اضطراب، استرس، پرخاشگری، وسواس، حساسیت در روابط میان‌فردی و حتی مشکلات روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند (باقری‌زاده کاوری و همکاران، ۱۴۰۱).

براساس پژوهش‌ها، والدین کودکان با نیازهای ویژه استرس والدگری بیشتری را تجربه می‌کنند. میزان استرس آن‌ها بسته به شدت و ماهیت اختلال کودکشان متفاوت است. حتی با رشد کودک، دغدغه بیشتری برای والدین به‌وجود می‌آید (استفانی و همکاران، ۲۰۲۴). مادران کودکان با نیازهای ویژه تمرکز زیادی روی افکار ناکارآمد درمورد گذشته و آینده فرزند خود دارند. می‌توان گفت کم‌توانی ذهنی کودک سبب می‌شود مادران سبک پاسخ‌دهی ناکارآمدی به مشکلات فرزندشان داشته باشند. تمرکز بر مشکل فرزند و باورداشتن و حقیقی‌دانستن افکار منفی مربوط به فرزند کم‌توان موجب دوری مادر از اجتماع و ارتباطات بین‌فردی می‌شود. اجتناب به‌طور موقت اضطراب مادر را کاهش می‌دهد، اما در طولانی‌مدت موجب تمرکز مادر بر گذشته و دنبال‌مقصرگشتن برای مشکلات فرزندش و توجه به مشکلات فرضی آینده او در حیطه‌های مختلف شغلی، تحصیلی و خانوادگی می‌شود. در نتیجه اضطراب مادر مزمن و شدیدتر می‌شود و نگرش‌ها و احساسات ناکارآمد شدت می‌گیرند. درواقع نگرش‌های ناکارآمد<sup>۲</sup> باورها و افکاری هستند که از تجربیات فرد درباره خود و جهان به‌وجود می‌آیند و سبب می‌شوند قضاوت بیش‌ازحد منفی و تاریکی درباره وقایع داشته باشد. این نگرش‌ها در برابر تغییر انعطاف‌ناپذیر و افراطی هستند و معیارهایی کمال‌گرایانه و غیرمنعطف را در برخورد با خود و دیگران ایجاد می‌کنند (فراقی دستجرد و همکاران، ۱۳۹۹). اصطلاح نگرش‌های ناکارآمد اولین بار توسط بک<sup>۴</sup> (۱۹۷۶) عنوان شد. طبق نظریه بک، نگرش‌های ناکارآمد باورهای سوگیرانه‌ای هستند که ادراک، رفتار و احساسات فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و به این علت ناکارآمد خوانده می‌شوند که در برابر تغییر افراطی و پایداری و سلامت روانی فرد را تهدید می‌کنند (گولد اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹).

نظریه شناختی بک (۱۹۷۶) معتقد است نگرش‌های غیرمنطقی و ناکارآمد به‌علت اهمیتی که در تعبیر و تفسیر شرایط خاص دارند، از جایگاه مهمی برخوردارند. باورهای غیرمنطقی می‌توانند به شکل عزت‌نفس پایین، خودپنداره ضعیف و کاهش خودکارآمدی بروز یابند و به عقاید خشک و غیرمنطقی در ارتباط با موضوعات و موقعیت‌های مختلف که افراد تجربه می‌کنند، تبدیل شوند (گالوگلی و همکاران، ۲۰۲۴). رویکرد شناختی-رفتاری، افکار و نگرش‌های ناکارآمد را تحریف‌هایی شناختی در نظر می‌گیرد که عوامل مهمی برای ایجاد و تداوم رفتارهای ناکارآمد و اختلالات روانی به‌حساب می‌آیند. براساس این شناخت، درمانگران معتقدند واکنش‌های هیجانی و رفتاری به‌وسیله فرایندهای شناختی ایجاد می‌شوند. به همین سبب افکار و باورها تعیین‌کننده اصلی خلق و هیجان هستند (بخشی و همکاران، ۱۳۹۷).

بین سازگاری والدین کودک کم‌توان ذهنی و نگرش‌های این والدین ارتباط وجود دارد. پدر و مادر این کودکان، به‌دلیل داشتن فرزند کم‌توان به آینده امیدوار نیستند و انتظار وقایع دشوارتر از این، همواره فکر آنان را مشغول می‌کند. این نشخوارهای فکری منفی، در مواجهه با فشار روانی به‌دنیا آمدن فرزند دارای معلولیت موجب ایجاد نگرش‌های ناکارآمد و درنهایت، افسردگی

1. mental retardation  
2. Stephanny et al.  
3. dysfunctional attitude  
4. Beck  
5. Goldsmith et al.  
6. Galloghly et al.

والدین می‌شود (بساکنزاد و فراهانی، ۱۳۹۴). با توجه به پژوهش‌های گذشته می‌توان گفت روش‌های درمانی مختلف درمان شناختی-رفتاری، مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک و دیگر روش‌ها، کارآمدی و تأثیرات مثبت درمان شناختی-رفتاری را بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثبات کرده‌اند (دیهیمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شادانی و قربان شیروودی، ۱۳۹۸؛ استادی و همکاران، ۱۳۹۳). درمان شناختی-رفتاری<sup>۱</sup> به مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمک می‌کند تا ذهن خود را بر مشکلات فعلی فرزند خود متمرکز کنند و با افکار ناکارآمد گذشته‌نگر (چه کسی مقصر است یا علت نقص فرزندم چیست) و آینده‌نگر (تحصیل، شغل و ازدواج او چگونه خواهد بود) که موجب شدت‌گرفتن احساسات منفی و عدم پذیرش مشکل فرزندشان می‌شود، خودشان را آزار ندهند (مؤللی و همکاران، ۱۳۹۲؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۵).

علاوه بر مفهوم نگرش‌های ناکارآمد در ارتباط با والدین و به‌خصوص مادران کودکان کم‌توان ذهنی، از دیگر متغیرهای مرتبط با افسردگی می‌توان به احساس درماندگی اشاره کرد که در این خانواده‌ها بیشتر از خانواده‌های دیگر دیده می‌شود (استفانی و همکاران، ۲۰۲۴). درماندگی یا درماندگی روان‌شناختی<sup>۲</sup> اصطلاحی کلی برای توضیح هیجانات منفی است. درماندگی روان‌شناختی بیانگر احساسات نامطلوب روانی در زمینه‌های شناختی، رفتاری، اجتماعی یا معنوی است. دیدگاه‌های منفی درمورد خود، دیگران و محیط می‌تواند به‌وجودآورنده درماندگی روان‌شناختی باشد که موجب تداخل در فعالیت‌های روزانه فرد می‌شود و با ویژگی‌های اضطراب، کم‌حواسی، ناراحتی و غم بروز می‌یابد (اوگالدیا و همکاران، ۲۰۱۷). به بیانی دیگر، درماندگی روان‌شناختی دربرگیرنده منفی‌ترین حالت فرد است. در چنین حالتی است که فرد هر نوع تلاشی را با شکست و سقوط مرتبط می‌پندارد. سلیگمن<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) به نقل از آندرو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ متنبو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷) درماندگی را پیامد عقیده فرد مبنی بر کنترل‌ناپذیر بودن رویدادها تعریف کرد؛ یعنی زمانی که در اثر تجارب متعدد، شخص متوجه می‌شود که پاسخ‌های او تغییری در نتیجه وقایع و رفتارش ندارد و درواقع رفتار و نتیجه آن از یکدیگر مجزا و مستقل هستند. درماندگی روان‌شناختی به‌عنوان ملاکی از سلامت روان در پژوهش‌های بهداشت عمومی کاربرد دارد؛ زیرا این مفهوم می‌تواند از مهم‌ترین علل بیماری به‌حساب آید که در پیوند با عوامل مختلف زیستی، اجتماعی، روانی، رفتاری و ساختاری پدیدار می‌شود. شاید به همین علت است که والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمی و روانی ضعیفی دارند. آن‌ها بسیاری از علائم بیماری‌های روانی و جسمی را نشان می‌دهند. این علائم عبارت‌اند از: اضطراب، خشم، اندوه، افسردگی، احساس گناه، انزوای طلبی، کم‌خوابی، سردرد، میگرن و زخم معده. مجموعه این علائم آن‌ها را به‌سمت درماندگی بیشتر سوق می‌دهد (ظهوپرونده، ۱۳۹۷).

رویدادهای استرس‌زا از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده درماندگی روان‌شناختی هستند. فرد درمانده پاسخ‌های خودکار و ناکارآمد خود را در شرایط استرس‌زا همیشه تکرار می‌کند؛ درحالی‌که می‌تواند با پرورش یک نگرش درونی قوی و پذیرش بیشتر وقایع تغییرناپذیر زندگی (مانند داشتن فرزند کم‌توان ذهنی) شیوه پاسخگویی خود را به عوامل استرس‌زا تغییر دهد. مشکلات فرزند کم‌توان ذهنی از عوامل استرس‌زای کهنی است که به بخشی از زندگی مادر تبدیل شده است. این عوامل تغییرناپذیر و ثابت هستند، اما نحوه مقابله و پاسخگویی به استرس می‌تواند تغییر کند. در رابطه با متغیرهای مطرح‌شده، به‌نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری مؤثر واقع شود و بتواند یاریگر مادران کودکان با نیازهای ویژه باشد. درمان شناختی-رفتاری یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای روان‌شناسی است و آن‌چنان تأثیر خارق‌العاده‌ای دارد که به‌عنوان انقلاب شناختی از آن یاد می‌شود (گرامی و همکاران، ۱۳۹۷). فرضیه اصلی در رویکرد شناختی-رفتاری این است که شناخت بر رفتار و احساس تأثیر می‌گذارد و افراد بیشتر از خود رویدادها به بازنمایی شناختی که خود از رویدادها دارند، می‌پردازند (لی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹؛ عابدی پریچا و همکاران، ۱۳۹۵). درمان شناختی-رفتاری با تغییر افکار ناکارآمد به دنبال بهبود پاسخگویی در شرایط استرس‌زا است. از طریق این درمان

1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

3. psychological distress

4. Ugaldea et al.

5. Seligman

6. Andreou et al.

7. Mthembu et al.

8. Li et al.

می‌توان ارتباط افکار مادران را با وقایع استرس‌زا تغییر داد و از این طریق واکنش‌های احساسی آنان را کاهش داد و ارزیابی شناختی را تقویت کرد. از طریق تکنیک‌های خاص درمان شناختی-رفتاری می‌توانیم درک کنیم که چگونه نحوه فکر کردن ما احساس بدی را فرامی‌خواند. سپس می‌توانیم این الگوی فکری نادرست را تغییر دهیم. با اینکه گذشته انسان‌ها در شکل‌گیری افکارشان نقشی اساسی دارد و باید مورد توجه قرار گیرد، اما نباید بر گذشته متمرکز شویم، بلکه باید زمان حال را نیز مورد توجه قرار دهیم. درمانگر شناختی-رفتاری امکان دارد در مورد گذشته درمانجو پرس‌وجو و افکار منفی او را ریشه‌یابی کند، اما به‌طور کلی درمانجو را تشویق می‌کند که زمان حال را دریابد (تلفورد<sup>۱</sup>، ۱۴۰۱).

درمان شناختی-رفتاری با تأکید بر مقاومت درونی<sup>۲</sup>، بهبود انعطاف‌پذیری و افزایش پذیرش می‌تواند یاریگر انسان‌ها برای رویارویی با شرایط استرس‌زا، دشواری‌ها و دردهای زندگی باشد و این امر در رابطه با مادران کودکان کم‌توان ذهنی مسئله‌ای حیاتی است (مسلم‌خانی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش‌های گذشته نیز درمان شناختی-رفتاری و برخی از زیرشاخه‌های آن برای بهبود دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی به‌کار گرفته شده است (دیهیمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شادانی و قربان شیرودی، ۱۳۹۸؛ استادی و همکاران، ۱۳۹۳؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ سانکار و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ اشمیت و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ کالکان و ارسانلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ بورس و اسپرگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ کوشکی و هارون رشیدی، ۱۳۹۸؛ ترک و همکاران، ۱۳۹۸؛ ظهورپرونده، ۱۳۹۷؛ براری بازیاخیلی و ابراهیمی، ۱۴۰۰).

برخی از پژوهش‌های گذشته تأثیر این درمان را بر روی نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی زوجین متقاضی طلاق یا در شرف ازدواج بررسی کرده‌اند. برخی دیگر از این پژوهش‌ها تأثیر درمان شناختی-رفتاری را روی افراد مبتلا به بیماری یا اختلالی خاص (سرطان سینه، افسردگی و...) مطالعه کرده‌اند و اثربخشی این درمان را بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی بیماران مورد توجه قرار دادند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تا امروز پژوهشی برای بررسی تأثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سلامت مادران کودکان کم‌توان ذهنی در ارتباط با دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی انجام نشده است. با در نظر گرفتن این نکته که اختلالات خلقی (از جمله افسردگی و اضطراب) با نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی ارتباط تنگاتنگ دارند، درواقع نگرش‌های ناکارآمد موجبات اختلالات خلقی را فراهم می‌کنند و در درازمدت موجب درماندگی روان‌شناختی می‌شوند (دراپیو و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ بگو و مولر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). از طرفی برنامه‌ریزی برای ممانعت از ابتلای مادران کودکان کم‌توان ذهنی به اختلالات خلقی اساسی مانند افسردگی و اضطراب ضروری است تا در سایه سلامت مادر، حیات خانواده و پیشرفت فرزند با نیازهای ویژه میسر شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با توجه به خلأ پژوهشی موجود و با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه اجرایی شده است. درواقع این پژوهش اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران مطالعه می‌کند.

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان با نیازهای ویژه (کم‌توان ذهنی) در حال تحصیل در مدارس استثنایی شهر اراک در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به هدف پژوهش، نمونه با نرم‌افزار G-Power، ابتدا به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از بین مدارس کم‌توان ذهنی شهر اراک انتخاب شد. سپس ۳۲ نفر از مادران دختران کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل

1. Telford
2. internal resistance
3. Sankar et al.
4. Schmidt et al.
5. Kalkan & Ersanli
6. Burns & Spangler
7. Drapeau et al.
8. Begue & Muller

در سال ۱۴۰۱ در مدرسه ابتدایی استثنایی فخار، از طریق نمونه‌گیری هدفمند از بین افرادی که نمره بالاتری در این جامعه خاص داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) قرار گرفتند (فراوانی و روشن چلسی، ۱۴۰۱). در ادامه دو نفر نتوانستند جلسات درمان را ادامه دهند و از روند درمان حذف شدند؛ بنابراین حجم نمونه به ۳۰ نفر کاهش یافت. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (یک‌ماهه) همراه با گروه کنترل بود. پس از نمونه‌گیری، آموزش پروتکل شناختی-رفتاری ویلدرموت<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرایی شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مدرک تحصیلی حداقل سیکل، داشتن فرزند با مشکل کم‌توان ذهنی در دامنه سنی ۶ تا ۱۶ سال، عدم شرکت در مداخله‌های روان‌شناسی هم‌زمان و تمایل به همکاری بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، انجام‌دادن تکالیف و عدم همکاری می‌شد.

## ۲-۲. ابزارهای پژوهش

### ۲-۲-۱. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۲</sup> (DAS)

مقیاس ۲۶ سؤالی نگرش‌های ناکارآمد توسط وایزمن و بک<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) براساس نظریه بک ساخته شد. این مقیاس دارای چهار خرده‌آزمون است: موفقیت و کمال‌طلبی<sup>۴</sup> (سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۳)، نیاز به تأیید دیگران<sup>۵</sup> (سؤالات ۲۲، ۱۸، ۲۵، ۲۴)، نیاز به راضی کردن دیگران<sup>۶</sup> (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۱۴، ۱۶) و آسیب‌شناسی-ارزیابی عملکرد<sup>۷</sup> (سؤالات ۱۳، ۱۹، ۲۰، ۲۶). آزمودنی باید به سؤالات هریک از این خرده‌آزمون‌ها در یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» پاسخ دهد. حد پایین نمرات نگرش‌های ناکارآمد این پرسشنامه ۲۶، حد متوسط ۱۳۰ و حد بالا ۱۸۲ است. در پژوهش ابراهیمی و موسوی (۱۳۹۲)، همسانی درونی سؤالات‌های نسخه ۲۶ سؤالی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد که بسیار قابل‌پذیرش و قوی‌تر از نسخه ۴۰ سؤالی است. با توجه به تأثیر مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در برآورد آسیب‌پذیری شناختی و اختلالات خلقی و اضطرابی، روایی ملاکی هم‌زمان پرسشنامه ۲۶ سؤالی نگرش‌های ناکارآمد از طریق همبستگی آن، با نمرات کل و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی<sup>۸</sup> (GHQ) و تشخیص بیماران توسط روان‌پزشکان تعیین شده است. نتیجه اینکه همبستگی بین پرسشنامه ۲۶ سؤالی نگرش‌های ناکارآمد و ملاک‌های پیش‌بینی در سطح ۰/۹۹ اطمینان، دارای معنی‌داری بسیار قوی است؛ بنابراین یافته‌های مذکور، این پرسشنامه را برای جمعیت بالینی ایران به نسخه‌ای معتبر تبدیل می‌کند. تحلیل عوامل، چهار عامل را برای نسخه ۲۶ سؤالی پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد شناسایی کرده است. این یافته‌ها از نتایج پژوهش چیکوتا و استیلز<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) و ویچ و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) مبنی بر چهارعاملی بودن نسخه‌های کوتاه حمایت می‌کند و با یافته‌های فلویید و همکاران<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۴) مبنی بر شناسایی دو عامل کمال‌گرایی و تأییدطلبی متفاوت است. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

### ۲-۲-۲. پرسشنامه سلامت روانی<sup>۱۲</sup> (MHI)

برای سنجش درماندگی روان‌شناختی از مقیاس سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۸) استفاده شد. این مقیاس از فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روان (ویت و ویر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۸۳) اقتباس شده و با ۲۸ سؤال، دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱۴</sup> و

1. Wildermuth
2. Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)
3. Weissman & Beck
4. success and perfectionism
5. need another confirmation
6. the need to please others
7. pathology-performance evaluation
8. General Health Questionnaire (GHQ)
9. Chioqueta & Stiles
10. Weich et al.
11. Floyd et al.
12. Mental Health Inventory-28 (MHI)
13. Veit & Ware
14. psychological well-being

درماندگی روان‌شناختی را از نمره ۱ تا ۵ یعنی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. سوالات ۱ تا ۱۴ برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی و سوالات ۱۵ تا ۲۸ مربوط به سنجش درماندگی روان‌شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ ماده‌ای این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از ۷۶۰ شرکت‌کننده در دو گروه بیمار (۲۷۷ نفر شامل ۱۷۳ زن و ۱۰۴ مرد) و بهنجار (۴۸۳ نفر شامل ۲۶۷ زن و ۲۱۶ مرد) بررسی شد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ۰/۹۴ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۹۱ برای گروه‌های بهنجار و بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد که بیانگر همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های برخی از آزمودنی‌های بهنجار ( $n=92$ ) به منظور محاسبه اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۹۰ و درماندگی روان‌شناختی ۰/۸۹ و در سطح  $p<0/001$  معنادار بودند که نشان‌دهنده اعتبار بازآزمایی بسیار عالی این مقیاس است. همچنین ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ( $n=76$ ) برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شده است. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۳، درماندگی روان‌شناختی ۰/۸۸ و در سطح  $p<0/001$  معنادار بودند که بیانگر اعتبار فراوان بازآزمایی مقیاس است. روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی ۲۸ گویه‌ای بشارت از طریق اجرای هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و مقایسه و پذیرفته شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را تأیید کرد (بشارت، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

## ۲-۳. روش اجرای مداخله درمانی

پس از نمونه‌گیری، طرح پژوهش با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. با کسب اجازه از مدیر مدرسه، پرسشنامه‌ها بین مادران توزیع شدند و جلسات درمان در سالن اجتماعات مدرسه برگزار شد. در مرحله پیش‌آزمون، از شرکت‌کنندگان درخواست شد که به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. سپس گروه آزمایش در ۹ جلسه، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری را به مدت ۹۰ دقیقه در هر جلسه پشت سر گذاشتند و در نهایت از آن‌ها پس‌آزمون گرفته شد. در این زمان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، اما پس از پایان پژوهش، این گروه نیز خدمات روان‌شناختی لازم را دریافت کردند. مراجعان ترغیب شدند تا مسائل خود را به صورت عینی در جلسات درمان مطرح کنند تا از طریق مهارت‌های شناختی-رفتاری به آن‌ها پرداخته شود و با کمک درمانگر برطرف شوند. در دقایق پایان هر جلسه، تکالیفی برای یادگیری بهتر ارائه و در ابتدای جلسه بعد بررسی می‌شد. بعد از یک ماه، از هردو گروه آزمون پیگیری به عمل آمد. برای تعیین جلسات درمان (CBT) پس از بررسی مطالعات گذشته (بروکیملان و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۳۹۳؛ قهرمانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ جلیل‌زاده خوشنود و همکاران، ۱۴۰۱؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۹)، طرح درمان ویلدرموت (۲۰۰۸) با اقتباس از پژوهش قهرمانی و همکاران (۲۰۲۲) انتخاب و اجرا شد. روایی محتوایی و پایایی این طرح درمان در پژوهش‌های پیشین مطلوب گزارش شده بود و در پژوهش حاضر نیز با بررسی توافق ارزیابان (متخصصان)، ضریب پایایی ۰/۸۶ برای این پروتکل محاسبه شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

| جلسه | شرح جلسات                                                                                                                                                                                                               | تکلیف خانگی                                                                  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| اول  | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با قوانین جلسات (حضور به موقع، انجام تکالیف و...)، بیان هدف برگزاری جلسه، توضیح مختصر در مورد CBT، تقسیم تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، توزیع پرسشنامه‌ها و انجام پیش‌آزمون |                                                                              |
| دوم  | توضیح الگوی ABCD (چرخه موقعیت، فکر، احساس و رفتار)، بیان تفاوت بین افکار، احساس و رفتار، توضیح در مورد افکار ناکارآمد، خطاهای شناختی و انواع آن‌ها، ارائه مثال در مورد چرخه ABCD به منظور تثبیت شدن موضوع               | ثبت افکار ناکارآمد با توجه به موقعیت، احساس و رفتار در فرم مخصوص تا جلسه آتی |
| سوم  | بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح تکنیک بازسازی افکار و چهار گام اصلی در بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، پرکردن کار برگ بازسازی افکار تا جلسه بعد                                                                |                                                                              |

| جلسه  | شرح جلسات                                                                                                                                                                                                                                                      | تکلیف خانگی                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | تغییر افکار و برآورد میزان تأثیر افکار اصلاح‌شده)                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                          |
| چهارم | مرور تکالیف هفته قبل، توضیح مدل زنجیره‌سازی رفتار (علت، پاسخ، پیامد)، تشریح این مطلب که خود پیامد رفتار، در زنجیره رفتاری بزرگ‌تری قرار می‌گیرد، مطرح کردن روش‌هایی برای شکستن زنجیره رفتار                                                                    | ثبت چند زنجیره رفتاری مخرب تا هفته آینده و به‌کارگیری راهکارها برای شکستن این زنجیره                     |
| پنجم  | بررسی تکلیف جلسه پیش، تعریف رفتار جرئت‌مندانه و انواع آن، توصیف موقعیتی که در آن، جرئت‌مند بودن دشوار است، خودگویی برای افزایش جرئت‌مندی، توضیح تفاوت بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرئت‌مندانه، مطرح کردن چند نمونه از خودگویی‌های منفی که مانع جرئت‌مندی است |                                                                                                          |
| ششم   | توضیح تکانشگری و بحث درمورد راهکارهای مدیریت تکانشگری و خودکنترلی، توضیح تکنیک‌هایی برای بالابردن خلق و افزایش رویدادهای مثبت (آموزش مراقبه، خواب کافی، بررسی مزایا و معایب، ورزش کردن و...)، ارائه کاربرگ فعالیت خوشایند                                      | پرکردن کاربرگ فعالیت‌های خوشایند و ناخوشایند تا جلسه آتی                                                 |
| هفتم  | بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح استرس و عوامل استرس‌زا، توصیف انواع رفتارهای مقابله‌ای، آموزش تکنیک حل مسئله و آموزش آرامش عضلانی                                                                                                                                  | تصور یک موقعیت استرس‌زا، سپس ایجاد آرامش عضلانی و ثبت خلق قبل و بعد از انجام تکنیک                       |
| هشتم  | مرور تکلیف جلسه گذشته، توضیح عزت‌نفس، نقش خودارزیابی منفی در احساس عزت‌نفس، ارائه روش‌هایی برای بهبود عزت‌نفس (خودگویی مثبت، سرمشق‌گیری، تعیین اهداف زندگی و...)                                                                                               | انجام تکنیک‌های آموخته‌شده در موقعیت‌های پیش‌رو تا جلسه آتی و ثبت میزان عزت‌نفس قبل و بعد از اجرای تکنیک |
| نهم   | بررسی تکلیف جلسه گذشته، برنامه‌ریزی برای جلوگیری از عود، مرور مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات و بیان ضرورت انجام آن‌ها، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده از طریق اجرای پس‌آزمون                                                                           |                                                                                                          |

## ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل

در این پژوهش داده‌های آمار توصیفی (شامل جدول میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۱</sup> و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر<sup>۲</sup> محاسبه شده است. محاسبات و تحلیل آماری ذکرشده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

## ۳. یافته‌ها

### ۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان با نیازهای ویژه (کم‌توان ذهنی) در حال تحصیل در مدارس استثنایی شهر اراک در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌ای ۳۲ نفری از مادران به‌صورت در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی و هدفمند در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود شامل مدرک تحصیلی حداقل سیکل، داشتن فرزند دختر کم‌توان ذهنی در بازه سنی ۶ تا ۱۶، عدم شرکت در مداخله‌های روان‌شناسی هم‌زمان و تمایل به همکاری بوده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

| متغیر                    | رده             | فراوانی | درصد  |
|--------------------------|-----------------|---------|-------|
| سطح تحصیلات              | سیکل            | ۹       | ۳۰/۰  |
|                          | دیپلم           | ۱۴      | ۴۶/۷  |
|                          | کارشناسی        | ۶       | ۲۰/۰  |
|                          | کارشناسی ارشد   | ۱       | ۳/۳   |
| تعداد فرزند              | یک فرزند        | ۱۲      | ۴۰/۰  |
|                          | دو فرزند        | ۱۴      | ۴۶/۷  |
|                          | سه فرزند        | ۴       | ۱۳/۳  |
| تعداد فرزند کم‌توان ذهنی | یک فرزند        | ۳۰      | ۱۰۰/۰ |
|                          | بیش از یک فرزند | ۰       | ۰     |

### ۳-۲. شاخص‌های توصیفی

1. multivariate covariance analysis
2. analysis of variance test with repeated measures

در این پژوهش، تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. در بخش توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج میانگین و انحراف استاندارد نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

| متغیر                | گروه    | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  | پیگیری  |                  |
|----------------------|---------|-----------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
|                      |         | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| نگرش‌های ناکارآمد    | آزمایشی | ۱۰۶/۸۰    | ۲۶/۴۳            | ۵۶/۰۷    | ۲۳/۵۶            | ۶۱/۸۷   | ۲۱/۳۷            |
|                      | کنترل   | ۱۰۷/۵۳    | ۱۸/۱۰            | ۱۱۱/۴۰   | ۱۵/۳۶            | ۱۱۰/۹۳  | ۱۶/۶۲            |
| درماندگی روان‌شناختی | آزمایشی | ۵۲/۶۷     | ۷/۱۰             | ۲۳/۶۷    | ۳/۹۸             | ۲۸/۷۳   | ۴/۶۷             |
|                      | کنترل   | ۴۷/۰۰     | ۱۲/۶۴            | ۴۷/۶۰    | ۹/۶۷             | ۴۸/۷۳   | ۱۰/۹۹            |

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان گفت با وجود کاهش نمرات نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش، نمرات گروه کنترل تقریباً بدون تغییر و ثابت باقی مانده است.

### ۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا مفروضه‌های اساسی این روش آماری یعنی نرمال بودن چندمتغیری، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، تجانس واریانس‌ها، همگنی ضرایب رگرسیون، همبستگی بین متغیرهای پژوهش و نبود داده‌های پرت چندمتغیری بررسی شد. سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده در آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> چندمتغیره بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است ( $W=0/96$  و  $P=0/45$ ). به عبارت دیگر، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها به شکل مناسبی برای داده‌های پژوهش برقرار بود. همچنین نتیجه پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار است ( $\text{Box's } = 87/69$ ؛  $M=0/22$ ؛  $P=0/22$ ). نتایج آزمون بارتلت<sup>۲</sup> ( $\text{Chi-Square} = 0/00$ ؛  $P=0/02$ ) نیز نشان می‌دهد بین متغیرهای وابسته آزمون، رابطه وجود دارد. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد با توجه به عدم معنی‌داری آماره آزمون برای متغیرهای پژوهش، این مفروضه برقرار است ( $P>0/05$ ). پس با توجه به همبستگی لازم بین متغیرهای پژوهش، مانعی برای استفاده از روش‌های آماری چندمتغیری وجود ندارد که در جدول ۴ قابل مشاهده است.

### ۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

| متغیرها                        | لامبدای ویلکز | F      | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | P     | $\eta^2$ |
|--------------------------------|---------------|--------|--------------|--------------|-------|----------|
| پیش‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد    | ۰/۸۹          | ۴۲/۳۰  | ۴            | ۲۱           | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹     |
| پیش‌آزمون درماندگی روان‌شناختی | ۰/۷۶          | ۱۶/۵۸  | ۴            | ۲۱           | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶     |
| گروه                           | ۰/۹۸          | ۲۳۴/۱۵ | ۴            | ۲۱           | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۸     |

با توجه به جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ ) معنی‌دار ( $F=234/15$ ؛  $P=0/001$ ؛ Wilks' Lambda) است. به این ترتیب ترکیب خطی متغیرهای وابسته (نمرات پس‌آزمون) پس از تعدیل تفاوت‌های متغیرهای هم‌پراش (پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش) از متغیر مستقل (نوع آموزش) تأثیر پذیرفته است؛ بنابراین تحلیل کوواریانس چندمتغیری به‌طور کلی معنادار است. به عبارت دیگر، نتایج تحلیل نشان می‌دهد متغیر مستقل بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده و می‌توان ادعا کرد که درمان شناختی-رفتاری بر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است. در ادامه، پس از اینکه مشخص شد آزمون چندمتغیری مذکور معنادار بوده و ترکیب خطی

1. Shapiro-Wilk multivariate normality test

2. Bartlett's test of sphericity

متغیرهای وابسته از متغیر مستقل اثر پذیرفته است، به بررسی جزئی‌تر متغیرها پرداخته شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان می‌دهد کدام‌یک از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است.

جدول ۵. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی

| متغیر                | منبع تغییرات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | P     | $\eta^2$ |
|----------------------|--------------|------------|-----------------|--------|-------|----------|
| نگرش‌های ناکارآمد    | پیش‌آزمون    | ۱          | ۶۸۳۸/۳۳         | ۱۳۷/۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵     |
|                      | گروه         | ۱          | ۲۰۵۱۱/۳۲        | ۴۱۱/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴     |
|                      | خطا          | ۲۴         | ۴۹/۸۱           | -      | -     | -        |
| درماندگی روان‌شناختی | پیش‌آزمون    | ۱          | ۶۴۷/۰۰          | ۵۲/۹۶  | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹     |
|                      | گروه         | ۱          | ۴۸۲۶/۴۵         | ۳۹۵/۰۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۴     |
|                      | خطا          | ۲۴         | ۱۲/۲۲           | -      | -     | -        |

نتایج جدول تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل وجود دارد ( $\eta^2 = ۰/۹۴$ ;  $F = ۴۱۱/۷۷$ ;  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $F = ۳۹۵/۰۸$ ;  $P = ۰/۰۰۱$ ;  $\eta^2 = ۰/۹۴$ ).

جدول ۶. آزمون آثار درون‌آزمودنی‌ها بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی

| گروه    | منبع تغییرات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | P     | $\eta^2$ |
|---------|--------------|------------|-----------------|--------|-------|----------|
| آزمایشی | مراحل        | ۲          | ۱۱۵۶۶/۲۸        | ۱۵۴/۷۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱     |
|         | خطا          | ۲۸         | ۷۴/۷۶           | -      | -     | -        |
| کنترل   | مراحل        | ۲          | ۶۶/۸۲           | ۱/۸۳   | ۰/۱۸  | ۰/۱۵     |
|         | خطا          | ۲۸         | ۳۰/۳۷           | -      | -     | -        |
| آزمایشی | مراحل        | ۲          | ۳۵۹۸/۶۹         | ۲۹۶/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۵     |
|         | خطا          | ۲۸         | ۱۲/۱۴           | -      | -     | -        |
| کنترل   | مراحل        | ۲          | ۱۱/۶۲           | ۲/۳۷   | ۰/۱۱  | ۰/۱۴     |
|         | خطا          | ۲۸         | ۵/۶۹            | -      | -     | -        |

نتایج جدول ۷ نشان داد اثرات درون‌آزمودنی‌ها بین مراحل مختلف اندازه‌گیری در نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری در سطح خطای ۰/۰۵ فقط در گروه آزمایشی وجود دارد و در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. با توجه به اینکه نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر معنادار بود، در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی تصحیح بنفرونی به بررسی تفاوت زوجی بین مراحل، در گروه آزمایشی پرداخته شد. نتایج مقایسه زوجی بین مراحل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین مراحل اندازه‌گیری نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی

| متغیر                | مرحله              | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | P     | فاصله اطمینان ۰/۹۵              |
|----------------------|--------------------|---------------|----------------|-------|---------------------------------|
| نگرش‌های ناکارآمد    | پیش‌آزمون و پیگیری | ۴۴/۹۳         | ۳/۸۴           | ۰/۰۰۱ | حد پایین ۳۴/۵۰<br>حد بالا ۵۶/۳۶ |
|                      | پس‌آزمون و پیگیری  | -۵/۸          | ۴/۹۸           | ۰/۰۶  | -۹/۴۵<br>۰/۱۵                   |
| درماندگی روان‌شناختی | پیش‌آزمون و پیگیری | ۲۳/۹۳         | ۱/۴۱           | ۰/۰۰۱ | ۲۰/۰۹<br>۲۷/۷۷                  |
|                      | پس‌آزمون و پیگیری  | -۵/۰۶         | ۰/۸۰           | ۰/۰۰۱ | -۷/۲۵<br>۰/۸۹                   |

در ادامه با استفاده از آزمون تعقیبی تصحیح بنفرونی به بررسی تفاوت زوجی بین مراحل فقط در گروه آزمایشی پرداخته شد. نتایج جدول ۷ نشان داد بین مرحله پیش‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در نتیجه می‌توان گفت پایداری اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دو متغیر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی پایدار بوده است؛ بنابراین در پاسخ به سؤال پژوهش می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش و بهبود نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی در گروه آزمایش تأثیر معنادار دارد و سلامت روان آن‌ها را بهبود می‌بخشد. تأثیر درمان شناختی-رفتاری آموزش داده‌شده حتی بعد از یک ماه همچنان مشهود است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه (کم‌توان ذهنی) در شهر اراک انجام گرفت. نتایج نشان داد آموزش درمان شناختی-رفتاری در بهبود هردو متغیر تأثیر معناداری داشته و نگرش‌های ناکارآمد و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت یافته‌های این پژوهش همسو و در تأیید پژوهش‌های گذشته دیهیمی و همکاران (۱۳۹۸)، شادانی و قربان شیرودی (۱۳۹۸)، استادی و همکاران (۱۳۹۳)، کاویانی و همکاران (۱۳۹۳)، سینکر و همکاران (۲۰۱۵)، کالکان و ارسنالی (۲۰۰۹) و بورس و اسپرگر (۲۰۰۱) مبنی بر تأثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری در کاهش و تغییر نگرش‌های ناکارآمد است. بیشتر این پژوهش‌ها روی گروه مادران و زنان اجرا شده‌اند. از تمامی آن‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که درمان شناختی-رفتاری در کاهش نگرش‌های ناکارآمد اثرگذار است؛ زیرا مادر با آموزش شیوه صحیح اسناد و شناسایی تحریف‌های شناختی که افکار، احساسات و رفتار را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و با کسب مهارت در تغییر الگوهای ناکارآمد فکری، دیگر، خود را علت مشکلات و شکست‌ها نمی‌داند. او با کسب مهارت جرئت‌مندی، پاره‌ای از مشکلات خود را حل‌وفصل می‌کند؛ بنابراین با شکسته‌شدن چرخه افکار و نگرش‌های منفی، از شدت تنش‌ها کاسته می‌شود و آرامش مادر و خانواده او تأمین می‌شود (دیهیمی و همکاران، ۱۳۹۸).

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که نگرش‌ها انگیزه‌بخش و هدایت‌گر انسان به سمت اهداف زندگی هستند. نگرش و افکار ناکارآمد مادران کودکان کم‌توان ذهنی، تلاش و انگیزه آنان را برای دستیابی به اهداف مثبت زندگی کاهش می‌دهد و اگر نگرش‌های مادران غیرمنطقی و ناکارآمد باشد، دچار رفتار و شخصیت مضطرب و سوگیری منفی به زندگی می‌شوند. گویی نگرش‌های ناکارآمد دیدگاه مادران کودکان ناتوان را درمورد اکنون و آینده فرزندشان تیره می‌کند. این مادران در اثر خلق افسرده، توانایی، امکانات و اختیارات مفید خود را نادیده می‌گیرند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۴۰۱). نگرش‌های ناکارآمد یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی است. رصد عملکرد مغزی افراد افسرده نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش معنادار نگرش‌های ناکارآمد می‌شود (یونسی و همکاران، ۱۴۰۳)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری با آموزش الگوی چرخه افکار-رفتار و نحوه تأثیرگذاری افکار بر هیجانات و رفتار، افکار ناکارآمد را کاهش می‌دهد. تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری به کاررفته در پروتکل‌های درمانی از قبیل حل مسئله، بازسازی شناختی، زیرنظرگرفتن افکار و احساسات، تعیین اهداف شخصی و روش‌های مختلف آرام‌سازی موجب کاهش فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و تغییر نگرش و افکار ناکارآمد آن‌ها به نگرش‌های کارآمد شده است (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۲).

از طرف دیگر، نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی نیز تأثیر معناداری نسبت به گروه کنترل داشته است؛ بنابراین پژوهش حاضر همسو و در تأیید پژوهش‌های گذشته از جمله کوشکی و هارون رشیدی (۱۳۹۸)، ترک و همکاران (۱۳۹۸)، ظهورپرورنده (۱۳۹۸) و براری بازیار خیلی و ابراهیمی (۱۴۰۰) است. در توضیح یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که شدت بیشتر احساسات منفی، افسردگی و اضطراب مادران کودکان با نیازهای خاص در مقایسه با مادرانی که فرزندان با چنین مشکلاتی ندارند، به اثبات رسیده است. به این ترتیب درمان شناختی-رفتاری به مادران کمک می‌کند که با پرورش نگرش قوی به خود، افکار ناکارآمد را تغییر دهند و با منابع استرس مزمن مثل داشتن فرزند با نیازهای ویژه کنار بیایند. تولد فرزند دارای معلولیت و قطع امید از تغییر شرایط فرزند، مادران را به سمت درماندگی، اندوه و اضطراب سوق می‌دهد. در این رابطه، هرچه حمایت اجتماعی از مادران کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر باشد، درماندگی روان‌شناختی آن‌ها کمتر و تاب‌آوری آن‌ها در برابر مشکلات فرزندان بیشتر می‌شود. با اجرای درمان شناختی-رفتاری به صورت گروه‌درمانی، ضمن تعامل مادران با یکدیگر و انتقال احساسات و هیجانات منفی در جمعی که مشکلات مشابه دارند، نوعی حمایت اجتماعی دریافت می‌شود. بهره‌گیری از مهارت‌های شناختی مانند شناسایی افکار منفی، حل مسئله، آموزش جرئت‌مندی

و... موجب می شود مادران احساس کنترل بیشتری کنند، با دید مثبت تری به زندگی حال و آینده فرزندان کم توان خود نگاه کنند، بدون شواهد و دلایل کافی درمورد آینده پیشگویی نکنند و به کمک واقع گرایی و مثبت نگری با درماندگی روان شناختی مبارزه کنند.

این پژوهش در فصل زمستان اجرا شد و شرایط فصلی می تواند بر خلق یا سلامت جسمی مادران تأثیر بگذارد. از جمله این شرایط می توان به ابتلای مادر و فرزند به سرماخوردگی و بیماری های مشابه، کوتاه بودن روز و نداشتن زمان کافی برای رسیدگی به فرزندان یا خانواده و کم رنگ شدن فعالیت های تفریحی مانند پیاده روی، گردش در فضای سبز و... اشاره کرد. از سوی دیگر، به علت ضعف سیستم ایمنی دانش آموزان با نیازهای ویژه و ابتلای بیشتر آن ها به بیماری های فصل زمستان، مادران ملزم بودند در منزل بمانند و از کودک خود پرستاری کنند. به این ترتیب کیفیت حضور بعضی از مادران کاهش یافت و به همین دلیل در تعمیم نتایج این پژوهش باید احتیاط عمل کرد.

از جمله پیشنهادهای این پژوهش نیز عبارت است از: بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر سایر متغیرهای مرتبط با اختلالات مزمن روان شناختی مانند نشخوار فکری، عزت نفس، احساس تنهایی، حمایت اجتماعی، افکار خودکشی، تنظیم هیجان و... در مادران کودکان با نیازهای ویژه. همچنین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، گروه مادران و پدران در کنار یکدیگر در معرض مداخله قرار گیرند و درمان همه خانواده را تحت پوشش قرار دهد. علاوه بر این، با توجه به مؤثر واقع شدن این مداخله در کاهش نگرش های ناکارآمد و درماندگی روان شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه، پیشنهاد می شود این مداخله و تکنیک های آن به عنوان یک دوره آموزشی در مدارس کودکان با نیازهای ویژه برای خانواده ها و آموزگاران این کودکان آموزش داده شود و از این طریق موجبات سلامت روان برای خانواده این کودکان فراهم آید.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق IR.ARAKU.REC.1401.019 است و ملاحظات اخلاقی ای مانند اطلاع آزمودنی ها از موضوع و روش اجرای پژوهش، شرکت در جلسات با رضایت شخصی و آگاهانه، محافظت از حریم خصوصی شرکت کنندگان، تفسیر نتایج در صورت تمایل برای مشارکت کنندگان، اختیار به انصراف از مشارکت و ارائه خدمات روان شناختی برای گروه کنترل رعایت شد.

## ۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

نویسندگان پژوهش از تمامی مادران شرکت کننده در این پژوهش و کادر اجرایی مدرسه کمال قدردانی را دارند. این پژوهش بدون حمایت مالی ارگان یا سازمانی انجام شده است.

## ۷. تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## منابع

- ابراهیمی، ا.، و موسوی، س. غ. (۱۳۹۲). تهیه و اعتبار یابی نسخه ۲۶ گویه ای مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS\_۲۶) ساختار عاملی، پایایی و روایی در بیماران سرپایی روانپزشکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۵)، ۲۸-۲۰. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-210-fa.html>
- استادی، ن.، باده، م.، و محسنی بیرجندی، ر. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش شناختی-رفتاری گروهی بر دلبستگی، نگرش های ناکارآمد و میزان سازگاری زناشویی افراد متأهل. *اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۶۲)، ۱۵۰-۱۶۱. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.3272>
- باقری زاده کاوری، ا.، موسوی، و.، ناصح، ا.، و رضایی، س. (۱۴۰۱). پیش بینی بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک های دفاعی و خود شفقت ورزی. *پژوهش های کاربردی روان شناختی*، ۱۳(۲)، ۱۷۴-۱۵۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835>

- بخشی، م.، مشهدی، ع.، نیری، م.، و سالار، ج. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش خودشکوفایی بر باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد در دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی. *مجله پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۱(۴)، ۳۸-۴۷.  
<https://www.jonapte.ir/showpaper/244172>
- براری بازیار خیلی، ز.، و ابراهیمی، ص. (۱۴۰۰). پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی و تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۴(۱۲۹)، ۹۶-۱۰۸.  
<http://ijn.iums.ac.ir/article-1-3426-fa.html>
- بروکی میلان، ح.، کمزترین، ح.، و زارع، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱(۳۰)، ۱۴۳-۱۵۵.  
<http://etiadpajohi.ir/article-1-649-fa.html>
- بساک نژاد، س.، و فراهانی، م. (۱۳۹۴). رابطه نگرش به خود، دنیا و آینده با سلامت روان در مادران واجد کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری شهر اهواز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۵)، ۷۷۳-۷۷۹.  
[https://jsums.medsab.ac.ir/article\\_755.html](https://jsums.medsab.ac.ir/article_755.html)
- بشارت، م. (۱۳۸۸). اعتبار و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۵(۲)، ۸۷-۹۱.  
<http://sjfm.ir/article-1-185-fa.html>
- ترک، آ.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکار خودآیند منفی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۴)، ۱۵۶-۱۶۷.  
<http://childmentalhealth.ir/article-1-489-fa.html>
- تلفور، او. (۱۴۰۱). *درمان شناختی-رفتاری به زبان ساده: تکنیک‌های ساده برای غلبه بر افسردگی و اضطراب و سایر مشکلات روان‌شناختی*. ترجمه: فرناز ولی زاده. نشر: اندیشه آگاه.
- جلیل زاده خشنود، م.، بنیسی، پ.، و زمردی، س. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان خانه‌دار شهر کرج. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۱۹۹-۲۱۳.  
<https://jobssar.ir/showpaper/1462077>
- دیپهیمی، م.، کریمیان، ن.، و آزادفر، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی زنان ناباور. *نشریه رویش روان‌شناسی*، ۱(۱۲)، ۹۹-۱۰۶.  
<http://frooyesh.ir/article-1-1703-fa.html>
- شادانی، ب.، و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرش‌های ناکارآمد زنان متقاضی طلاق. *مجله روان‌شناسی فرهنگی زن*، ۴۲(۱۱)، ۳۲-۲۱.  
<https://sanad.iau.ir/Journal/jwc/Article/920375>
- شفیع آبادی، ع.، و ناصری، غ. (۱۴۰۱). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- صادقی، م.، سارانی، ه.، صنوبر، ع.، و عسگری، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، خودبازداری و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *مجله رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۰)، ۶۷-۷۸.  
<http://frooyesh.ir/article-1-1949-fa.html>
- ظهورپرورنده، و. (۱۳۹۷). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۵(۲)، ۲۸۳-۳۰۱.  
[https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_97757.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_97757.html)
- عابدی پریچا، ح.، صادقی، ا.، شلانی، ب.، و صادقی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۱)، ۶۷-۷۶.  
<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbc/Article/1118373>
- عباسی، ح.، کریمی، ب.، و جعفری، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ناکامی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دانش‌آموزان با کم‌توانی ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۶(۲۴)، ۸۱-۱۰۸.  
<https://doi.org/10.22054/jpe.2017.20384.1522>
- فراقی دستجرد، ب.، شریفی درآمدی، پ.، و فرخی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. *مجله دانشکده پزشکی: دانشکده علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(ویژه‌نامه روان‌شناسی)، ۱۹۴۸۷.  
<https://doi.org/10.22038/mjms.2020.19487>
- فرامرزی، س.، کرمی منش، و.، و محمودی، م. (۱۳۹۲). فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر سلامت روانی خانواده کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۱-۱۳۹۰). *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱۳)، ۸۹-۱۰۶.  
[https://jcps.atu.ac.ir/article\\_545.html](https://jcps.atu.ac.ir/article_545.html)
- فراهانی، ح.، و روشن چسلی، ر. (۱۴۰۱). محاسبه و توجیه حجم نمونه در پژوهش‌های علوم روان‌شناختی: با کاربرد نرم افزار G\*Power. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰(۲)، ۲۲۱-۲۲۴.  
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17375.1327>
- کاوایانی، ز.، حمید، ن.، و عنایتی، م. (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۳)، ۳۴-۲۵.  
<https://sanad.iau.ir/fa/Journal/jsrp/Article/890091>
- کوشکی، ف.، و هارون الرشیدی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کیفیت خواب و درماندگی روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل*، ۷(۳)، ۸۴۴-۸۵۶.  
<http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-363-fa.html>

- گرامی، گ.، مکوند حسینی، ش.، صداقت، م.، و معاضدیان، آ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری فردی بر ترس از فرایند زایمان در زنان برون گرا و درون گرا. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۹(۲)، ۱۴۱-۱۲۵. <https://doi.org/10.22059/japr.2018.69158>
- مسلم خانی، م.، ابراهیمی، م.، ا.، و صاحبی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علمی پژوهان*، ۱۷(۲)، ۱۵-۲۳. <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-452-fa.html>
- مؤللی، گ.، پور محمدرضای تجربشی، م.، و ملایری، س. (۱۳۹۲). تأثیر درمان گری شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه های افسردگی مادران کودکان کم شنوا. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹(۱۲۲)، ۱۶-۶. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-268-fa.html>
- مؤمنی، خ.، تازیکی، ط.، کرمی، ج.، و افروز، غ. (۱۴۰۱). تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی مادران دانش آموزان کم توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۵)، ۲۶-۱. <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.58755.2282>
- یونس میله، م.، فضل علی، م.، و میرزاییان، ب. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش گروهی بر مبنای نظریه انگیزش محافظت بر سبک زندگی، افکار منفی و نگرش ناکارآمد افراد افسرده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۳۲(۳)، ۴۶-۳۵. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8054-fa.html>

## Reference

- Abbasi, H., Karimi, B., & Jafari, D. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on frustration tolerance and dysfunctional attitudes of mothers of students with intellectual disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*, 6(24), 81-108. <https://doi.org/10.22054/jpe.2017.20384.1522> (In Persian)
- Abedi Parcha, H., Sadeghi, E., Shalani, B., Sadeghi, S. (2016). Effectiveness of group cognitive-behavioral intervention on the reduction of social phobia in male students. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 11(41), 67-76. <https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcP/Article/1118373> (In Persian)
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287-3298. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083287>
- Bagheri zadeh kaveri, A., Mousavi, SV, Naseh, A., & Rezaei, S. (2022). Predicting psychological well-being of mothers of mentally retarded children based on perceived social support, defence styles and self-compassion. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(2), 157-174. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835> (In Persian)
- Bakhshi, M., Mashhadi, A., Neiri, M., and Salar, J. (2017). The effectiveness of self-actualization training on irrational beliefs and dysfunctional attitudes in students with depressive symptoms. *Journal of New Developments in Psychology, Educational Sciences and Education*, 1(4), 38-47. <https://www.jonapte.ir/showpaper/244172> (In Persian)
- Barari Baziarkhili, Z., & Ebrahimi, S. (2021). Prediction of psychological helplessness and fault tolerance based on emotional alexithymia in women with breast cancer. *Iran Journal of Nursing (IJN)*, 34(129), 96\_108. <http://dx.doi.org/10.52547/ijn.34.129.96> (In Persian)
- Basak Nejad, S., & Farahani, M. (2015). The relationship between attitude toward self, world and future and mental health among mothers of children with learning disabilities in Ahvaz city. *Bimonthly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(5), 773-779. [https://jsums.medsab.ac.ir/article\\_755.html?lang=en](https://jsums.medsab.ac.ir/article_755.html?lang=en) (In Persian)
- Basharat, M. (2008). Reliability and validity of a short form of the Mental Health Inventory in an Iranian population. *Iranian Journal of Forensic Medicine*, 15(2), 54-87. <http://sjfm.ir/article-1-185-en.html> (In Persian)
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
- Begue, L., & Muller, D. (2006). Belief in a just world as moderator of hostile tribulation bias. *British Psychological Society*, 45(1), 117-126. <https://doi.org/10.1348/014466605x37314>

- BrockieMilan, H., Kamarzarrin, H., & Zare, H. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the improvement of coping strategies and addiction symptoms in drug-dependent patients. *Research on Addiction*, 8(30), 143-155. <http://etiadpajohi.ir/article-1-649-en.html> (In Persian)
- Burns, D., & Spangler, D. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32(2), 337-369. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Psychometric properties of the Norwegian version of the Dysfunctional Attitude Scale (form A). *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 83-86. <https://doi.org/10.1080/16506070410023951>
- Dayhimi, M., Kariman, N., Azadfar, Z. (2020). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional attitudes and irrational beliefs in infertile women. *Rooyesh*, 8(12), 99-106. <http://frooyesh.ir/article-1-1703-en.html> (In Persian)
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In P. L. LAbate, (Ed.), *Mental illnesses-understanding, prediction and control* (pp. 155-134). London: IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Ebrahimi, A., & Moosavi, S G. (2013). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale-26 items: factor structure, reliability and validity in psychiatric outpatients. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 21(5), 20-28. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-210-en.html> (In Persian)
- Faraghi Dastjerd, B., Sharifi Daramadi, P., & Farrokhi, NA. (2020). the effectiveness of acceptance and commitment training on depression and malfunctioned attitude of mothers with children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(Special Psychology), e19487. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.19487> (In Persian)
- Farahani, H., & Roshan Chesli, R. (2022). Calculation and justification of sample size in researches of psychological sciences: Application of G\*Power software. *Journal of Clinical Psychology & Personality*, 20(2), 221-234. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.17375.1327> (In Persian)
- Faramarzi, S., Karamimanesh, V., & Mahmoudi, M. (2013). Meta-analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). *Clinical Psychology Studies*, 4(13), 89-106. [https://jcps.atu.ac.ir/article\\_545.html?lang=en](https://jcps.atu.ac.ir/article_545.html?lang=en) (In Persian)
- Floyd, M., & Scogin, F., & Chaplin, W. F. (2004). The Dysfunctional Attitude Scale: Factor structure, reliability and validity with older adults. *Aging and Med Health*, 8(2), 153-160. <https://doi.org/10.1080/13607860410001649572>
- Galloghly, R J., Apputhurai, P., & Knowles, S. (2024). Exploring the role of dysfunctional attitudes and unhelpful thoughts in the relationship between personality traits and psychological distress in Australian University students. *Current Psychology*, 43, 25704–25711. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06239-3>
- Gerami, G., Makvand Hoseini, S., Sedaghat, M., & Moazedian, A. (2018). The effectiveness of individual cognitive behavioral therapy on fear of delivery in extroverted & neuroticism women. *Journal of Applied Psychological Research*, 9(2), 125-141. <https://doi.org/10.22059/japr.2018.69158> (In Persian)
- Ghahramani, M., Khalatbari, J., & Taghvai, D. (2022). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment focused on compassion therapy on the resilience of women on the verge of divorce. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(3), 12. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.27>
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the General Health Questionnaire*. London: GL Assessment.
- Goldsmith, A. A., Tran, G. Q., Smith, J. P., & Howe, S. R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety

- and heavy drinking in negative-affect situations. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 505-13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.01.003>
- Jalilzadeh Khoshnoud, M., Benisi, P., & Zamordi, S. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral training on the resilience of housewives in Karaj. *Journal of Studies and Research in Behavioral Sciences*, 4(3), 199-213. <https://jobssar.ir/showpaper/1462077> (In Persian)
- Kalkan, M., & Ersanlı, E. (2009). The effects of the cognitive-behavioral marriage enrichment program on the dysfunctional attitudes of couples. *Hacettepe University Journal of Education*, 36(36), 129-135. <https://izlik.org/JA56SL94RE>
- Kaviani, Z., Hamid, N., Enayati, M. (2014). The effect of religious-based cognitive behavioral therapy on resiliency in couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 15(3), 25-34. <https://sanad.iau.ir/fa/Journal/jsrp/Article/890091> (In Persian)
- Koshki, F., & Haroon Rashidi, H. (2019). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction training on the quality of sleep and psychological distress in patients with type II diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 7(3), 844-856. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-363-en.html> (In Persian)
- Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., & He, C. (2019). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. *American Journal of Otolaryngology*, 40(2), 253-256. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.017>
- Momeni, K. M., Taziki, T., Karami, J., & Afrooz, A. (2022). The effect of a mindfulness-based intervention on quality of life and psychological well-being of mothers of students with intellectual disabilities. *Psychology of Exceptional Individuals*, 12(45), 1-26. <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.58755.2282> (In Persian)
- Moslem Khani, M., Ebrahimi, M., & Sahebi, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of Hamedanian multiple sclerosis patients. *Pajouhan Scientific Journal*, 17(2), 15-23. <http://dx.doi.org/10.21859/psj.17.2.15> (In Persian)
- Movallali, G., Pourmohamadreza Tajrishi, M., Malayeri, S. (2014). The effect of cognitive-behavioral therapy on general health and depression symptoms in mothers of deaf children. *Journal of Exceptional Education*, 9(122), 6-16. <http://exceptionaleducation.ir/article-1-268-en.html> (In Persian)
- Mthembu, J. C., Mabaso, M. L. H., Khanc, G., & Simbayi, L. C. (2017). Prevalence of psychological distress and its association with socio-demographic and HIV-risk factors in South Africa: Findings of the 2012 HIV prevalence, incidence and behaviour survey. *SSM - Population Health*, 3, 658-662. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.07.009>
- Ostadi, N., Badeleh, M., & Mohseni Birjand, R. (2014). The effectiveness of cognitive behavioral group training on attachment and dysfunctional attitudes and marital adjustment of married. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 16(62), 150-161. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.3272> (In Persian)
- Sadeghi, M., Sarani, H., Senobar, A., & Asgari, M. (2020). The impacts of cognitive behavioral therapy (CBT) on self-controlling, self-restraint and dysfunctional attitudes in persons with drug abuse. *Rooyesh*, 9(10), 67-78. <http://frooyesh.ir/article-1-1949-en.html> (In Persian)
- Sankar, A., Scott, J., Paszkiewicz, A., & Fu, C. H. Y. (2015). Neural effects of cognitive-behavioural therapy on dysfunctional attitudes in depression. *Psychological Medicine*, 45(7), 1425-1433. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002529>
- Schmidt, I. D., Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Conklin, L. R., & Braun, J. D. (2018). Revisiting how we assess therapist competence in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 369-384. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9908-7>
- Shadani, B., & Ghorban Shiroudi, S. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on intolerance of uncertainty and dysfunctional attitudes among divorce applicant women. *Woman Cultural Psychology*, 42(11), 21-32. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jwc/Article/920375> (In Persian)

- Shafiabadi, A., & Naseri, G. (2021). Counselling and psychotherapy theories. Tehran: Academic Publishing. (In Persian).
- Stephanny, J., Gabriela, M., Mie Takeshita, I., ... & de Paula, C. (2024). The influence of paternal engagement on the quality of life of mothers of children with disabilities. *Saúde e Sociedade*, 33(2), 230-233. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230233pt>
- Telford, O. (2022). *Cognitive-behavioral therapy in plain language: Simple techniques for overcoming depression, anxiety and other psychological problems*. Translation: Farnaz Valizadeh. (Original work published 2020). Publication: Agah. (In Persian)
- Tork, A., & Sajjadian, I. (2020). The effect of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Child Ment Health*, 6(4), 156-167. <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.4.15> (In Persian)
- Ugaldea, A., Haynesa, K., Boltongb, A., ... & Livingstona, P. (2017). Self-guided interventions for managing psychological distress in people with cancer - A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(5), 846-857. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.009>
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Weich, S., Churchic, R., & Lewis, G. (2004). Dysfunctional attitude and the common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 269-278. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00053-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00053-8)
- Weissman, A. N., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto.
- Wildermuth, A. S. (2008). Cognitive behaviour group therapy for adolescents with type 1 diabetes. *Dissertation for Ph.D. in Psychology*, Regent University. [ProQuest Dissertations & Theses](https://proquest.com/docview/244444444)
- Younesi Maleh, M., Fazl Ali, M., & Mirzaian, B. (2024). Effectiveness of group training based on protection motivation theory in the lifestyle, negative thoughts, and dysfunctional attitudes of depressed people. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 32(3), 35-46. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-8054-en.html> (In Persian)
- Zohoorparvande, V. (2019). The relationship between social support and resilience with social anxiety and psychological distress in exceptional children's mothers. *Journal of Family Research*, 15(2), 283-301. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_97757.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_97757.html) (In Persian)