رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص

The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Psychological Well-Being Mothers of Children with Specific Learning Disability

مریم جمالی
کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
فاطمه نصرتی (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
زهرا طاهری فر
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
شیرین مجاور
دانشجوی دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Maryam Jamali
Master's degree in Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
Fatimah Nosrati *
Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran. *fnosrati@ut.ac.ir*
Zahra Taherifar
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
Shirin Mojaver
PhD student in Psychology and Exceptional Children Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱- ۱۴۰۲ بود. ۲۶ نفر از مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه و در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) به شیوه تصادفی گمارش شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب بک (۱۹۸۸، BAI) بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹، RSPWB) و برنامه مداخله گروه‌درمانی شناختی رفتاری بک (۲۰۲۱) و لیهی (۲۰۰۷) بود. داده‌های پژوهش به شیوه تحلیل کواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان‌دهنده‌ی تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش بود (p<۰/۰۵). می‌توان نتیجه گرفت که گروه- درمانی شناختی رفتاری تأثیر قابل قبولی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص داشته است.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب، بهزیستی‌روانشناختی، گروه‌درمانی شناختی رفتاری، اختلال یادگیری خاص.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the anxiety and psychological well-being of mothers of children with specific learning disabilities. This research employed a quasi-experimental method with a pre-test / post-test design and a control group. The statistical population included all mothers of children with specific learning disabilities in Tehran during the 2022-2023 academic year. 26 mothers of children with specific learning disabilities were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental (13 mothers) and control (13 mothers) groups. The research instruments included the Beck Anxiety Inventory (BAI, 1988), the Ryff Psychological Well-being Scale (RSPWB, 1989), the Beck (2021), and Leahy (2007) cognitive-behavioral group therapy intervention program. Data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) with SPSS-24 software. The findings indicated that there were significant differences in the mean scores of anxiety and psychological well-being between the experimental and control groups, demonstrating the impact of cognitive-behavioral group therapy on reducing anxiety and enhancing psychological well-being in the experimental group ($p < 0.05$). It can be concluded that cognitive-behavioral group therapy has a favorable effect on improving the psychological well-being of mothers of children with specific learning disabilities.

Keywords: *Anxiety, Psychological Well-Being, Group Cognitive Behavioral Therapy, Specific Learning Disability.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۳** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1] (۲۰۲۲) اختلال یادگیری خاص[2] یک اختلال عصبی رشدی با منشأ زیست‌شناسی است که مبنایی برای ناهنجاری‌هایی در سطح شناختی است که با علائم رفتاری این اختلال مرتبط است. در واقع، منشأ بیولوژیکی شامل تعامل عوامل ژنتیکی، اپی‌ژنتیکی و محیطی است که بر توانایی مغز برای درک پردازش کلامی یا غیرکلامی تأثیر می‌گذارد. یکی از ویژگی‌های اساسی اختلال یادگیری خاص، مشکلات مستمر در یادگیری مهارت‌های اصلی تحصیلی از جمله خواندن کلمات نادرست یا آهسته و پرزحمت، مشکلاتی در درک معنای کلمات، املانویسی و هجی کردن، بیان نوشتاری، استدلال ریاضی و تسلط بر حس اعداد به مدت شش ماه بدون مداخله بوده و نمی‌توان علت آن را با مشکلات روانی اجتماعی، جسمی یا آموزش ناکافی توضیح داد و میزان مهارت‌های تحصیلی فرد کمتر از انتظارات مبتنی بر سن است. بنابراین، کودکان با اختلال یادگیری خاص در مقایسه با کودکان بهنجار به خدمات، حمایت آموزشی و اجتماعی بیشتری در جهت پیشرفت تحصیلی و مهارت‌های اجتماعی نیاز دارند (گرینگورنکو[2] و همکاران، ۲۰۲۰).

مادران دارای فرزندان با اختلالات عصبی رشدی با چالش‌های زیادی در زمینه تربیت، مراقبت و تضمین شرایط بهینه رشد مواجه هستند. بر این اساس، آن‌ها به میزان بیشتری نسبت به مادران دارای فرزند بهنجار، در معرض استرس و احساسات منفی مانند گناه، خودسرزنشی، احساس بی‌عدالتی یا شرم قرار دارند (الای و کاچان[3]، ۲۰۲۴). همچنین، مادران بیشتر از پدران به عنوان مراقبان اصلی عمل کرده و در برابر این احساسات منفی زودرنج هستند (بیرا[4]، ۲۰۲۴). در واقع، احساس گناه و احتمال بی‌انگیزگی، پشیمانی و خودسرزنشی این مادران عمدتاً مربوط به تجربه‌های تلخ و شکست‌های مربوط به ناتوانی در حمایت کافی از کودک است (مارسینچو[5] و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، مادران دارای کودک با اختلالات عصبی - رشدی از جمله اختلال یادگیری خاص اغلب با چالش‌های منحصر به فرد و قابل توجهی روبرو هستند که می‌تواند تأثیرات روانی عمیق بر بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها داشته باشد (راکاپ و ورال- باتیک[6]، ۲۰۲۴). در واقع، درک و مدیریت صحیح نیازهای عاطفی، رفتاری و یادگیری کودکان با اختلال یادگیری خاص، برای مادران بسیار دشوار بوده و این مادران را در معرض اضطراب، استرس، افسردگی قرار می‌دهد (فینارددی[7] و همکاران، ۲۰۲۲). مادران کودکان با اختلالات عصبی - رشدی اعم از اختلال یادگیری خاص نسبت به مادران دارای کودک بهنجار با درجه بیشتری از پریشانی روان‌شناختی روبرو هستند (پاپادوپلوس[8]، ۲۰۲۴؛ الرهیلی[9]، ۲۰۲۳). در واقع، تربیت کودک با اختلالات عصبی - رشدی می‌تواند برای مادران چالش‌برانگیز باشد. زیرا، ممکن است بر زندگی و روابط اجتماعی آن‌ها تأثیر گذاشته و احتمال ابتلا به اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی در مادران این کودکان را افزایش دهد (فاطمیا[10] و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، زمانی که انتظارات و خواسته‌های فرزندان‌شان برآورده نشود، مادران ممکن است مضطرب شوند (همتی علمدارلو و مجیدی، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، در پژوهشی نشان داده شد که میزان بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌ها به شرایط جسمی، روانی و اجتماعی فرزندان‌شان و نوع عملکرد خانواده، راهبردهای مقابله با استرس و میزان حمایت اجتماعی مادران دارای کودک با اختلال عصبی – رشدی مرتبط است (چنگ و لای[11]، ۲۰۲۳). در این راستا، پژوهش دیگری بیانگر آن بود که تجارب مادران کودکان با اختلال یادگیری خاص، به‌شدت طاقت‌فرسا و ناراحت‌کننده است که می‌تواند نه تنها تصور خود را به عنوان مراقبان ماهر بلکه بهزیستی روان‌شناختی و تعامل آن‌ها با کودک را نیز تهدید کند (فینارددی و همکاران، ۲۰۲۲). بهزیستی روان‌شناختی، یکی از مفاهیم روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از زندگی اشاره دارد. افراد با بهزیستی بالا، به طور عمده هیجانات مثبتی را تجربه کرده و ارزیابی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)
2. Grigorenko
3. Alay & Kacan
4. Byra
5. Marcinechowa
6. Rakap & Vural-Batik
7. Finardi
8. Papadopoulos
9. Alrahili
10. Fatima
11. Cheng & Lai

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مثبتی از وقایع پیرامون خود دارند، درحالی‌که افرادی که بهزیستی روان‌شناختی پایینی احساس می‌کنند، ارزیابی نامطلوبی از حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان داشته و غالباً هیجانات منفی چون ترس و خشم را تجربه می‌کنند (داناباکیام و ساراس[1]، ۲۰۲۳).

تمرکز روی خانواده و تأثیراتش بر تحول کودکان مهم و حیاتی تلقی می‌شود. زیرا، خانواده نقشی کلیدی در تسهیل مهارت‌ها و بهبود وضعیت کودک ایفا می‌کند و میزان تسلط کودک بر چالش‌های دوره‌ی رشدی در اواسط کودکی (حدود ۵ تا ۱۲ سالگی) به شدت تحت تأثیر تجارب خانواده و پویایی روابط بین اعضای خانواده است (آراکلیان[2] و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به نقش مهمی که مادران در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده دارند و مسائل مختلفی که مادران کودکان با اختلالات عصبی رشدی با آن‌ها مواجه‌اند، لزوم برنامه‌ریزی برای رفع مشکلات پیش‌روی آن‌ها و به کارگیری حمایت‌ها و مداخلات روان‌شناختی در کاهش اضطراب و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و توانمند کردن این مادران در جهت غلبه بر مشکلات، بیشتر احساس می‌شود (تویاری و همکاران، ۱۳۹۸). گروه‌درمانی شناختی رفتاری به به عنوان یکی از برنامه‌های حمایتی روانی اجتماعی مادران طور گسترده در فرهنگ‌های مختلف برای درمان چالش‌های آسیب‌شناختی روانی که بهزیستی روان‌شناختی را تهدید می‌کند، استفاده شده است (اونیشی[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ لین[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات مبتنی بر شواهد، اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کنترل پریشانی روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت‌های مختلف را تأیید می‌کنند (وانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به این‌که افکار می‌توانند منجر به تغییر احساسات و رفتار شوند و اختلالات عاطفی نیز ریشه در افکار و باورهای ناکارآمد دارند، این درمان کمک می‌کند تا افراد با تغییر افکار، سلامت روان خود را بهبود بخشند (نکائو[6] و همکاران، ۲۰۲۱). بلک ویل و هیدنریچ[7] (۲۰۲۱) معتقدند که در شرایط استرس‌زا، برخی از افراد تمایل دارند که احساس بدبینی داشته و قادر به حل مشکلات نباشند. بنابراین، گروه‌درمانی شناختی رفتاری نوعی روان‌درمانی است که افکار متفاوتی را برای بهبود توانایی مقابله با شرایط استرس‌زا ترویج می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا افکار مخرب یا مزاحم را شناسایی کرده و مانع تأثیرات منفی آن بر احساسات و رفتار شوند. دوگلاس[8] (۱۹۹۸؛ نقل از تاکباش و کوچترک[9]، ۲۰۲۳) گزارش می‌کند که در گروه‌درمانی شناختی رفتاری، مادران درمی‌یابند که رفتارهای آنان بر عملکرد همه‌ی اعضای خانواده و به‌ویژه فرزندان‌شان اثرگذار است و می‌توانند با مدیریت هیجانات خود، از اثرات منفی آن بکاهند. به عبارت دیگر، در درمان شناختی رفتاری به شکل گروهی، اعضاء یاد می‌گیرند که اصول آن را در موقعیتی گروهی، با یکدیگر به کار برند و علاوه بر تغییر دادن افکار، به اعضای گروه کمک می‌کند تا متوجه شوند که چگونه افکارشان بر آن‌چه احساس می‌کنند و انجام می‌دهند، اثرگذار است. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که به اشتراک گذاشتن تجربیات با دیگران در یک موقعیت مشابه با کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی مادران همراه است (رامچند[10] و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌هایی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری را در گروه‌های مختلف روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. عابدی تهرانی و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری، سایکودراما و ادغام آن‌ها در درمان اختلال اضطراب اجتماعی پرداختند. نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که هر سه درمان گروه درمانی شناختی رفتاری، سایکودراما و ترکیب هر دو درمان در کاهش اضطراب اجتماعی بیماران مؤثر بود. یافته‌ی پژوهشی جول[11] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و ایجاد تغییرات مثبت در مادران و متقابلاً کاهش اضطراب در کودکان با اختلال اضطرابی اثربخش است. همچنین، نتایج پژوهشی لی[12] و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس مادران در دوران بارداری اثربخش است. اونیشی و همکاران (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی شناختی رفتاری موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی (استرس، افسردگی و اضطراب) مادران دارای کودک با اختلال طیف اتیسم می‌شود. همچنین، مطالعه‌ای توسط دمیر و ارکان[13] (۲۰۲۲) با هدف اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری با تمرکز بر علائم افسردگی، اضطراب، افکار خودکار و راه‌های مقابله در

1. Dhanabhakyam & Sarath
2. Arakelyan
3. Onyishi
4. Lin
5. Wong
6. Nakao
7. Blackwell & Heidenreich
8. Douglas
9. Tekbaş & Koçtürk
10. Ramchand
11. Jewell
12. Li
13. Demir & Ercan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

دانشجویان کارشناسی پرستاری با علائم افسردگی خفیف تا متوسط انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب، افکار خودکار و مقابله ناکارآمد با استرس و افزایش مقابله مؤثر با استرس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. گولهان[1] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش فوبیای اجتماعی، اضطراب تعامل اجتماعی، علائم افسردگی، توجه متمرکز بر خود، رفتارهای ایمنی، سازگاری اجتماعی و کاری اثربخشی دارد. مطالعه‌ی مروری جیانگ[2] و چن (۲۰۲۱) تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را نشان داده‌اند. صفایی و برزگر (۱۴۰۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه‌درمانی شناختی رفتاری در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است.

با توجه به مطالب عنوان شده، مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص، معمولاً به دلیل مشکلات فرزندشان و نگاهی که جامعه به آن‌ها دارد، دچار اضطراب و ناامیدی می‌شوند. در نتیجه، این مادران با تنش‌ها و چالش‌هایی مواجه می‌شوند که تعامل والد-کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بهزیستی روان‌شناختی مادران نیز دستخوش تغییر می‌شود. همه‌ی این موارد، نشان‌دهنده‌ی نیاز مبرم این مادران به برنامه‌های حمایتی است که از طریق به کار بردن شیوه‌ای چون گروه‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند میسر شود. طبق نتایجی که از پیشینه پژوهش‌ها گرفته شد؛ تاکنون از روش گروه‌درمانی شناختی رفتاری در گروه‌های مختلف روان‌شناختی در جهت کاهش مشکلاتی چون اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی استفاده شده است اما مطالعه‌ای در زمینه‌ی تأثیر گروه‌درمان شناختی رفتاری برای مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص انجام نگرفته است. با توجه به مطالعه پیشینه پژوهش‌ها، به علت جدید بودن روش گروه‌درمانی شناختی رفتاری طبق دستورالعمل لیهی[3] (۲۰۱۷) و بک[4] (۲۰۲۱) خلأ پژوهشی در این حوزه مشهود است. بنابراین، این مطالعه با هدف شناسایی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص بود که جهت درمان اختلال یادگیری خاص فرزندان خود در طول سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به مرکز اختلالات یادگیری شماره پنج شهر تهران مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه برابر با ۲۶ نفر از مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص (۱۳ نفر آزمایش و ۱۳ نفر کنترل) انتخاب شد. بنابراین، از بین جامعه آماری، ۲۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک ورود به مطالعه شامل داشتن فرزند با اختلال یادگیری خاص کودکان (با تشخیص مرکز اختلالات یادگیری)، کسب نمره بالای ۲۷ در مقیاس اضطراب و نمره زیر ۸۴ در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط مادران، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن از زیردیپلم تا مقاطع تکمیلی، عدم دریافت هرگونه درمان شناختی رفتاری پیشین توسط مادران، عدم دریافت خدمات روان‌شناسی و مشاوره همزمان با شرکت در پژوهش توسط مادران بود. ملاک‌های خروج در فرآیند انجام پژوهش نیز مشتمل بر انصراف از ادامه پژوهش و عدم توانایی حضور بیش از ۲ جلسه به دلایل پزشکی و غیرپزشکی بود. لازم به ذکر است، در پژوهش حاضر، شناسایی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص به این صورت بود که با مراجعه به مرکز اختلالات یادگیری شماره پنج در شهر تهران از طریق پرونده دانش‌آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی که دارای اختلال یادگیری خاص (بدون در نظر گرفتن نوع اختلال یادگیری خاص) با بهره هوشی بهنجار بودند، از مادران این دانش‌آموزان درخواست شد که در پژوهش حاضر شرکت کنند. در نتیجه، شرکت مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص به صورت مشارکت داوطلبی بود و اطلاعات کافی در زمینه پژوهش مذکور به مادران این دانش‌آموزان ارائه شد. به مادران شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل شد که اسمی از آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش داده نخواهد شد و از نتایج داده‌ها استفاده خواهد شد و فرم رضایت‌نامه جهت شرکت این مادران در پژوهش حاضر گرفته شد. همچنین، پیشنهاده پژوهش حاضر با شناسه IR.UT.PSYEDU.REC.1400.066 در کمیته ملی اخلاق از دانشکده روانشناسی و علوم

1. Colhoun
2. Jiang & CHen
3. Leahy
4. Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

تربیتی دانشگاه تهران به ثبت رسیده است. شرکت‌کنندگان گروه کنترل و آزمایش از طریق مقیاس اضطراب بک (۱۹۸۸) و بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش به صورت گروهی و حضوری در معرض گروه‌درمانی شناختی رفتاری در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۱ ماه و نیم (۲ روز در هفته) قرار گرفتند اما گروه کنترل گروه‌درمانی شناختی رفتاری را دریافت نکردند. داده‌های حاصل پژوهش، با استفاده از نرم‌افزارSPSS نسخه ۲۴ و روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

سیاهه اضطراب بک[1] (BAI): این سیاهه توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) برای نوجوانان و بزرگسالان ساخته شد. این سیاهه ۲۱ گویه دارد که هرکدام از گویه‌ها نماینده‌ی یکی از علائم اضطراب (علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس) است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب محسوب می‌شوند و یا در وضعیت اضطراب انگیزی قرار دارند، تجربه می‌کنند. فرد با توجه به نمره کسب شده می‌تواند در چهار طبقه مانند فقدان اضطراب (۰ تا ۷)، اضطراب خفیف (۸ تا ۱۵)، اضطراب متوسط (۱۶ تا ۲۵) و اضطراب شدید (۲۷ تا ۶۳) قرار گیرد. برای هر عبارت، چهار گزینه‌ی اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲)، شدید (۳) وجود دارد که فرد از بین‌شان یکی را برمی‌گزیند و به این ترتیب، نمره‌ی کلی فرد بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد (نقل از کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). بک و همکاران (۱۹۸۸) در پژوهشی همسانی درونی سیاهه اضطراب را برابر با ۰/۹۲و پایایی بازآمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و روایی همگرای این سیاهه را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب همیلتون (r=۰/۵۱) بدست آورده است. در پژوهش کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) نتایج ارزیابی روایی سیاهه اضطراب بک (۱۹۸۸) از طریق محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای بین دو متغیر نمرات حاصل از این سیاهه و ارزیابی متخصصان بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب نشان داد که این سیاهه روایی مناسبی دارد (r=۰/۷۲، p<۰/۰۰۱). همچنین، کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) در پژوهشی پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی این سیاهه را در بازه زمانی دو هفتگی نیز ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس اضطراب ۰/۸۴ بدست آمد..

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[2] (RSPWB) : مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، در سال ۱۹۸۹ توسط ریف ساخته شده است. فرم اصلی آن شامل ۱۲۰ سوال بود ولی در بررسی‌های بعدی، فرم‌هایی کوتاه‌تر با ۸۴ سؤال، ۵۴ سؤال و ۱۸ سوال پیشنهاد شدند. در این پژوهش، از فرم ۸۴ سوالی استفاده شد. این مقیاس شامل مؤلفه‌هایی چون پذیرش خود، روابط مثبت با دیگری، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است. شیوه نمره‌گذاری در این مقیاس طبق مقیاس لیگرت ۱ تا ۶ است. به این‌صورت که گزینه کاملاً مخالف (۱)، تاحدی مخالف (۲)، کمی مخالف (۳)، کمی موافق (۴)، تاحدی موافق (۵) وکاملاً موافق (۶) است. بالاترین نمره ۵۰۴ است و کمترین نمره ۸۴ می‌باشد. در مطالعه ریف (۱۹۸۹) پایایی آلفای کرونباخ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مانند پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگری، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش ریف (۱۹۸۹) روایی سازه بدست آمده این مقیاس بر اساس روش همبستگی بین کل آزمون و خرده‌آزمون‌های آن مانند تسلط بر محیط ۰/۵۱، پذیرش خود ۰/۶۶، هدفمندی در زندگی ۰/۶۳، روابط مثبت با دیگری ۰/۴۸، رشد شخصی ۰/۵۹ و خودمختاری ۰/۴۶ است. در ایران، در پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۸۷) همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ بدست آمده است که حاکی از روایی سازه این مقیاس است. پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس بهزستی روان‌شناختی در مطالعه میکائیلی منیع (۱۳۸۹) ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی آلفای کرونباخ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۵ بدست آمد.

برنامه گروه‌درمانی شناختی رفتاری: جلسات این مداخله توسط پژوهشگران با نظارت اساتید روانشناسی با توجه به محتوای کتاب‌های شناختی رفتاری بک (۲۰۲۱) و لیهی (۲۰۰۷) طراحی و تدوین شدند. سپس، چک‌لیست روایی متخصصان جهت تأیید متناسب بودن اهداف و محتوا برای مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص نیز تهیه و تکمیل شد. از پنج نفر از متخصصان درخواست شد تا میزان متناسب بودن هر یک از جلسات را با توجه به اهداف و محتوا نمره‌گذاری کنند. متخصصان پس از مطالعه برنامه بازخوردهای خود را با توجه به در نظر گرفتن تمام جوانب، در اختیار پژوهشگران قرار دادند. بنابراین، روایی محتوایی برنامه گروه‌درمانی شناختی رفتاری توسط متخصصان تأیید شد.

1. Beck Anxiety Inventory
2. Psychological Well-being Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول۱. برنامه گروه‌درمانی شناختی رفتاری بک (۲۰۲۱) و لیهی (۲۰۰۷)

جلسه	هدف	محتوا
۱		گرفتن پیش‌آزمون، آشنایی اعضاء با یکدیگر
۲	آشنایی با مدل شناختی-رفتاری	بیان مقررات و اهداف گروه، آموزش مدل شـــناختی-رفتاری، تکنیک تمایز فکر از واقعیت، آموزش موقعیت-فکر-احساس-رفتار، بحث و تمرین در جلسه.
۳	آشنایی با سطوح شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و فرمول‌بندی شناختی-رفتاری	مرور خودیاری جلسه قبل، بحث و تمرین گروهی در جلسه برای آشنایی با سطوح سه‌گانه شناخت «افکار خودآیند منفی، باورهای میانجی و باورهای بنیادین»، راهبردهای مقابله‌ای، بحث و تمرین در جلسه.
۴	آشنایی با تحریفات شناختی و فنون	مرور خودیاری جلسه قبل، شناسایی باورهای بنیادین، آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی
۵	ادامه‌ی آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی	مرور خودیاری جلسه قبل، ادامه آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی
۶	ارزیابی نگرانی‌ها و درمان نگرانی‌ها	مرور خودیاری جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌ها، تکنیک شناسایی نگرانی‌ها، تکنیک بررسی مزایا و معایب نگرانی، تمایز بین نگرانی‌های کارساز و دردسرساز، تبدیل نگرانی‌ها به پیش‌بینی‌ها، آزمون پیش‌بینی‌های منفی، پذیرش محدودیت‌هایی چون بلاتکلیفی، نقص و فقدان کنترل کامل
۷	ادامه درمان نگرانی‌ها	مرور خودیاری جلسه قبل، تکنیک بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی، تکنیک یادآوری مقابله‌های سودمند با حوادث منفی گذشته، تکنیک تجویز نگرانی، تکنیک بررسی افکار قابل آزمون، تکنیک پیشگویی‌های خودکام-بخش، تجربه کردن هیجان‌ها به جای نگران بودن درباره آن‌ها
۸	آموزش تکنیک‌های مقابله با اضطراب اجتماعی و تکنیک‌های شناختی	مرور خودیاری جلسه قبل، آموزش اضطراب اجتماعی و تکنیک‌های مقابله با آن، مداخله‌های مربوط به بهبود بخشیدن و افزایش عدم آمیختگی شناختی
۹	ادامه تکنیک‌های شناختی	مرور خودیاری جلسه قبل، برقراری ارتباط با لحظه کنونی یا زمان حال، مداخله‌های درمانی برای افزایش ارتباط با لحظه حال، انواع تکنیک‌های توجه‌برگردانی
۱۰	آموزش ذهن‌آگاهی	مرور تکالیف جلسه قبل، تعریف و توضیح ذهن‌آگاهی، انواع تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
۱۱	جمع‌بندی و جلسه‌ی خداحافظی	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل، بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون و قدردانی از شرکت‌کنندگان، گرفتن پس‌آزمون

یافته ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص تشکیل دادند که میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه کنترل ۳/۷۰ ± ۴۰/۳۳ میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه آزمایش ۳/۱۷ ± ۳۹/۶۹، میانگین و انحراف معیار سن فرزندان با اختلال یادگیری خاص در گروه کنترل ۱/۲۳ ± ۹/۲۳ و در گروه آزمایش ۱/۲۳± ۸/۷۶ بود. همچنین، در گروه کنترل ۵ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۳۸/۵) و ۸ نفر از مادران دارای فرزند دختر (۶۱/۵) و در گروه آزمایش ۷ نفر از مادران دارای فرزند پسر (۵۳/۸) و ۶ نفر از مادران دارای فرزند دختر (۴۶/۲) بودند. علاوه بر این، از نظر تحصیلات، در گروه کنترل ۳ نفر از مادران دارای تحصیلات زیردیپلم (۲۳/۱)، ۵ نفر از مادران دارای تحصیلات دیپلم (۰/۳۸)، ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق دیپلم (۱۵/۴)، ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات لیسانس (۱۵/۴)، ۱ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق لیسانس (۷/۷) بودند. همچنین، در گروه آزمایش ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات زیردیپلم (۱۵/۴)، ۴ نفر از مادران دارای تحصیلات دیپلم (۳۰/۸)،۳ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق دیپلم (۲۳/۱)، و ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات لیسانس (۱۵/۴) و ۲ نفر از مادران دارای تحصیلات فوق‌لیسانس (۱۵/۴) بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	آزمون	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون کولموگراف = اسمیرنف	
					آماره	سطح معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۸/۶۹	۴/۸۵	۰/۲۱	۰/۱۰
		کنترل	۳۹/۵۸	۵/۳۱	۰/۱۴	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۲/۸۴	۳/۴۸	۰/۱۳	۰/۲۰
		کنترل	۳۸/۲۳	۴/۳۶	۰/۱۸	۰/۲۰
بهزیستی روان-شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵۸/۹۲	۳۴/۳۰	۰/۲۰	۰/۱۶
		کنترل	۲۵۸/۷۶	۳۳/۲۶	۰/۱۸	۰/۲۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۴۹/۹۲	۲۲/۷۶	۰/۲۱	۰/۱۲
		کنترل	۲۵۷/۴۶	۲۶/۹۵	۰/۱۹	۰/۱۶

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین، میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

آماره آزمون کولموگراف – اسمیرنف برای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار نیست (p>۰/۰۵). به عبارت دیگر توزیع تمامی متغیرها نرمال است. جهت اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. مقادیر به دست آمده از این آزمون برای نمره کل متغیر اضطراب (F= ۱/۰۳ ، p=۰/۳۱) و بهزیستی روان‌شناختی (F= ۲/۳۹، p=۰/۱۳) بدست آمد. نتایج نشان-دهنده‌ی عدم معنی‌داری آزمون لوین در سطح معناداری ۰/۰۵ است (p>۰/۰۵). پیش‌شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (p>۰/۰۵) و بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعامل وجود نداشت. نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (p=۰/۸۲، F=۰/۲۹، BoxM=۰/۹۸). بنابراین، شرط واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیری

منبع تغیر	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۷	۳۶۴/۸۶	۲/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۸	۳۶۴/۸۶	۲/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳۴/۷۴	۳۶۴/۸۶	۲/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱
بزگترین ریشه روی	۳۴/۷۴	۳۶۴/۸۶	۲/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرهای اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (F=۳۶۴/۸۶، p=۰/۰۰۱). بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول۴. نتایج آزمون مانکوا جهت بررسی اثر آزمون گروه‌درمانی شناختی رفتاری

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۳۹/۸۹	۱	۲۳۹/۸۹	۴۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۱۵۱/۹۱	۱	۱۵۱/۹۱	۳۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۱۰۷/۵۷	۲۲	۴/۸۹			
	کل	۳۳۴۰۰/۰۰	۲۶				
بهزیستی روان-شناختی	پیش‌آزمون	۱۹۵/۱۷	۱	۱۹۵/۱۷	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۰۲
	گروه	۲۳۷۵۱۸/۳۷	۱	۲۳۷۵۱۸/۳۷	۶۵۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	خطا	۷۹۹۲/۱۱	۲۲	۳۶۳/۲۷			
	کل	۳۵۰۸۲۶۲/۰۰	۲۶				

سطح نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول ۴ نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها معنادار شد. به عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود داشت. این موضوع نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص بود ($p<۰/۰۱$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش تأیید می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت در اضطراب (۰/۵۸) و بهزیستی روان‌شناختی (۰/۹۶) بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب می‌شود. نتایج این پژوهش به صورت ضمنی با یافته‌های پژوهشی عابدی تهرانی و همکاران (۲۰۲۴)، جول و همکاران (۲۰۲۳)، لی و همکاران (۲۰۲۲)، اونیشی و همکاران (۲۰۲۳)، دمیر و ارکان (۲۰۲۲)، گولهان و همکاران (۲۰۲۱)، جیانگ و چن (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش لوپرسیتی[1] (۲۰۱۷) می‌توان گفت گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که افکار خودآیند منفی و سیستم باورهای ناکارآمد عامل اصلی بیماری چون اضطراب و افسردگی هستند. به عنوان مثال، بیماران می‌آموزند که افکاری که منجر به اضطراب می‌شوند و همچنین افکار چالش‌برانگیزی که موجب بزرگ‌نمایی خطرات می‌شوند، شناسایی کنند. بر این اساس، با استفاده از چندین تکنیک شناختی و رفتاری بیماران قادر می‌شوند که با افکار منفی و غیرکارآمد خود مقابله کنند و همچنین الگوهای مقابله‌ی خود را اصلاح کنند. در نتیجه، گروه‌درمانی شناختی رفتاری به دنبال جایگزین‌کردن شناخت‌های ناسازگار و تحریف‌شده با شناخت‌های سازگارانه‌تر است تا در نهایت منجر به بهبودی ناراحتی و رفتار شود (کازکوئین و فوآ[2]، ۲۰۲۲).

دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری خاص اثربخش است. این نتایج با یافته‌های پژوهشی صفایی و برزگر (۱۴۰۲) به صورت ضمنی همسو است. در تبیین این نتایج بر مبنای پژوهش ازدل[3] و همکاران (۲۰۱۵) می‌توان گفت که بیماران در گروه‌درمانی شناختی رفتاری می‌آموزند که بهزیستی روان‌شناختی خود را با شناسایی و به چالش‌کشیدن الگوهای تفکر غیرمفید، کنترل کنند و بهبود ببخشند. در واقع با پیاده‌سازی و اجرای رفتارها و شیوه‌های فکری مختلف که با کمک درمانگر صورت می‌پذیرد، غلبه بر احساسات منفی میسر می‌شود. علاوه بر این، شناخت شامل فرآیند شناسایی و پیش‌بینی روابط بین شخص و اشیاء و رویدادها می‌شود. بنابراین، سازگاری با نیازهای محیطی ضروری است. این مفهوم کلیدی در شناخت‌درمانی بک، طرحواره نام دارد که یک ساختار شناختی معنی‌دار است و متشکل از مفروضات ضمنی است که تفسیری از خود و جهان ایجاد می‌کند، تجربیات را سازمان‌دهی کرده و موجب هدایت رفتار مطلوب در فرد می‌شود. همچنین، زمانی‌که محتوای طرحواره‌ها مشخص می‌شوند، مطلوبیت و اعتبار آن‌ها نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. بدین منظور، ممکن است از بیمار خواسته شود تا مزایا و معایب طرحواره‌ی

1. Lopresti
2. Kaczkurkin & Foa
3. Özdel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

خود را بررسی کند و به دنبال شواهدی برای ردشدن یا تأییدشدن طرحواره‌اش باشد. در نتیجه، این کار به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی که در آن طرحواره‌شان فعال می‌شود را شناسایی کرده و شناخت‌های جایگزین مطلوب را به کار برند (دوبسن و ماستیخینا[1]، ۲۰۱۵).

به طور کلی، می‌توان بر اساس گروه‌درمانی شناختی رفتاری مدل بک (۲۰۲۱) و لیهی (۲۰۱۷) چنین تبیین نمود که تغییر تحریفات شناختی، منجر به تغییر احساسات و رفتار ناسازگار می‌گردد. در این مداخله، با استفاده از چندین تکنیک شناختی مانند شناسایی افکار ناکارآمد، شناسایی شواهد و آزمون شواهد علیه افکار خودآیند، چالش‌کردن با افکار ناکارآمد و تغییردادن آن‌ها، تغییردادن رفتارهای مشکل‌ساز و افزایش ارتباط سازگارانه با دیگر افراد، تحریفات شناختی را مورد هدف قرار می‌دهد. علاوه بر این، به آموزش مدل شناختی، انواع تحریفات شناختی (مانند تفکر همه یا هیچ، زود نتیجه‌گیری کردن و بی‌اعتبار کردن نتایج مثبت) و بازسازی شناختی که بخش جدایی‌ناپذیر این درمان است، پرداخته می‌شود و انجام تکالیف خانگی نیز فرصتی برای بیماران فراهم می‌کند که این مهارت‌ها را پس از اتمام جلسات درمان استفاده کنند تا بر آن‌ها تسلط یابند و در زندگی روزانه خود آن‌ها را به کار ببندند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم همتاسازی جنسیت فرزند در گروه‌های آزمایش و گواه اشاره کرد که این موضوع ممکن است یافته‌های پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، نبود پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. علاوه بر این، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، آگاهی کم پژوهشگر از انجام تکالیف توسط مادران در منزل بود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آتی، پیگیری نتایج پژوهش انجام شود و در گمارش تصادفی به بحث همتاسازی از جمله جنسیت فرزند توجه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود، در مطالعات بعدی فهرست وارسی توسط پژوهشگر برای هر جلسه تهیه شود تا از انجام تکالیف توسط مادران اطلاع پیدا کند.

منابع

بیانی، ع؛ ک، ع. م؛ و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به زیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱. https://www.sid.ir/paper/16645/fa

تویاری، ع؛ بختیارپور، س؛ پاشا، س؛ و برنا، م. (۱۳۹۸). مدل‌یابی رابطه بین حمایت اجتماعی و ذهن‌آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی با توجه به نقش میانجی ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی در والدین کودکان استثنایی. مجله *مدل‌ها و روش‌های روانشناختی*، ۱۰(۳۸)، ۱۶۳-۲۰۲. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4240.html?lang=fa

صفایی، ع؛ و برزگر، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۴(۵۲)، ۶۷-۷۶. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_5996.html

کاویانی، ح؛ و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶ (۲) :۱۳۶-۱۴۰. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html

میکائیلی منیع، ف. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۵ (۱۸)،۱۶۷-۱۴۵. https://ensani.ir/file/download/article/20120504163403-9006-50.pdf

Alay, G. K., & Kaçan, H. (2024). Care burden and resilience in parents of children with special needs and chronic diseases. *Journal Pediatr Nurs*, 76, 61-67. doi: 10.1016/j.pedn.2024.02.001.

Alrahili, N. (2023). Burnout and anxiety among parents of children with neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *Middle East Current Psychiatry*, 30 (58), 2-13. https://doi.org/10.1186/s43045-023-00331-3

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/

Arakelyan, S., Maciver, D., Rush, R., O'hare, A., & Forsyth, K. (2019). Family factors associated with participation of children with disabilities: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(5), 514-22. doi: 10.1111/dmcn.14133.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893

Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.)*. The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2020-66930-000

Blackwell, S. E., & Heidenreich, TH. (2021). Cognitive Behavior Therapy at the Crossroads. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 1-22. doi: 10.1007/s41811-021-00104-y.

Byra, S., Mróz, J., & Kaleta, K. (2020). Forgiveness and acceptance of disability in people with traumatic spinal cord injury—The mediating role of disability appraisal. A cross-sectional study.*Spinal Cord*, 58(12), 1317-1324. doi: 10.1038/s41393-020-0507-6.

1. Dobson & Mastikhina

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Chambers, R., &Woolcock, C. (2023). Effectiveness of Group Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder in Routine Care. *Behaviour Change*, 38 (2), 60-72. DOI: https://doi.org/10.1017/bec.2020.19

Cheng, A. W. Y., & Lai, C. Y. Y. (2023). Parental stress in families of children with special educational needs: a systematic review. *Front Psychiatry*, 14, 1198302. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1198302

Colhoun, H., Kannis-Dymand, L., Rudge, M., Compte, D. L, O'Flaherty, S. J., Gilbert, C., Jones, M., Harrow, S.E., Demir, S., & Ercan, F. (2022). The effectiveness of cognitive behavioral therapy-based group counseling on depressive symptomatology, anxiety levels, automatic thoughts, and coping ways Turkish nursing students: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care*, 58(4), 2394-2406. doi: 10.1111/ppc.13073.

Dhanabhakyam, M., & Sarath, M. (2023). Psychological Wellbeing: A systematic Literature Review. *International Journal of Advanced Research*, 2581-9429. DOI: 10.48175/IJARSCT-8345

Dobson, K. S., & Mastikhina, L. (2015). Concepts and Methods of Cognitive Therapies. *International Encyclopedia of the Social &Behavioral Sciences*, 2 (4), 542–547. DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.21047-7.

Fatima, A., Bashir, M., Khan, K., Farooq, SH., Shoaib, S., Farhan, SH. (2021). Effect of presence and absence of parents on and perceived loneliness in adolescents. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(2), 259-266. DOI: 10.22543/7674.82.P259266

Finardi, G., Giorgia Paleari, F. G., & Fincham, F.D. (2022). Parenting a Child with Learning Disabilities: Mothers' Self-Forgiveness, Well-Being, and Parental Behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 31, 2454-2471.doi: 10.1007/s10826-022-02395-x.

Grigorenko,E. L., Compton,D., Fuchs, L., Wagner, R., Willcutt, E., & Fletcher, J. M. (2022). Understanding, Educating, and Supporting Children with Specific Learning Disabilities: 50 Years of Science and Practice. *American Psychologist*, 75(1), 37–51. doi: 10.1037/amp0000452.

Hemmati alamdarloo, GH., & Majidi, F. (2020). Feelings of hopelessness in mothers of children with neurodevelopmental disorders. *International Journal of Developmental Disabilities*, 12, 68(4), 485-494. doi: 10.1080/20473869.2020.1736886.

Jewell, C., Wittkowski, A., Collinge, S., & Pratt, D. (2023). A Brief Cognitive Behavioural Intervention for Parents of Anxious Children: Feasibility and Acceptability Study. *Child Youth Care Forum*, 52(3), 661-681. doi: 10.1007/s10566-022-09704-x

Jiang, X., & Chen, M. (2023). The Impact of Modified Cognitive-Behavioral Group Therapy in Social Adjustment Functions of Children with ADHD and Their Parents' Stress Levels: A Nonrandomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 11. DOI: 10.22541/au.169441563.36297378/v1

Kaczkurkin, A. N,. & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3), 337-46. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczkurkin.

Leahy, R. L. (2017). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioners* Guide. Second Edition. New York: Guilford press.https://www.amazon.com/Cognitive-Therapy-Techniques-Second-Practitioners/dp/1462528228

Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, C. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 92, 102129. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102129.

Lin, Z., Zheng, J., Wang, Y., Su, Z., Zhu, R., Liu, R., Wei, Y., Zhang, X., & Wang, F. (2024). Prediction of the efficacy of group cognitive behavioral therapy using heart rate variability based smart wearable devices: a randomized controlled study. *BMC Psychiatry*, 24 (187), 2-11. Doi: 10.1186/s12888-024-05638-x

Lopresti, A. L. (2017). Cognitive behaviour therapy and inflammation: A systematic review of its relationship and the potential implications for the treatment of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 565-82. doi: 10.1177/0004867417701996.

Marcinechowa, D., Zahorcova, L., & Lohazerova. (2023). Self-forgiveness, guilt, shame, and parental stress among parents of children with autism spectrum disorders. *Current Psychology*, 43, 2277-2292. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04476-6

Nakao, M., Shirotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15 (16), 2-4. https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w

Özdel, K., Türkçapar, M. H., Guriz, S. O., Hamamci, Z., Duy, B., Taymur, I., & Riskind, J.H. (2015). Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(4), 306-17. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.4.306.

Papadopoulos, D. Y. (2021). Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *Brain Sciences*, 11(3), 309. https://doi.org/10.3390/brainsci11030309

Rakap, S., & Vural-Batik, M. (2024). Mitigating the impact of family burden on psychological health in parents of children with special needs: Buffering effects of resilience and social support. *Journal of Aplied Research in intellectual Disabilities*, 37(1), e13179. https://doi.org/10.1111/jar.13179

Ramchand, R., Ahluwalia, SC., Xenakis, L., Apaydin, E., Raaen, L., & Grimm, G. (2017). A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Preventive Medicine*, 101, 156-170. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.06.008.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal Pers Soc Psychol*, 57(6),1069. https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/2

Tekbaş, G., & Koçtürk, N.(2023). Parent Participation in Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Scoping Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 15(3), 418-429.doi:10.18863/pgy.1150920

Wong, C. P. SH., Yeung, J. T. K., Fong, D. Y. T., Smith, R. D., Ngan, A. H. Y., Lam , Y. Y. L., Chan, K. S. SH., Hilary Leung, H. Y., Wang, M. P., & Wong, J. Y. H. (2024). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for depression in adults: a systematic review and meta-analysis of delivery by different healthcare professionals. *Cognitive behavioral therapy*, 53(3), 302-323. doi: 10.1080/16506073.2024.2313741.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]