MEJDS. 2017; 7:95.
Published online 2018 Mar. **Research Article**

The effectiveness of group cognitive-behavioral training on reducing psychological problems and irrational beliefs of mothers of children with intellectual disability

*Seyed Reza Poorseyed[1], Elham Aghaei[2], Seyed Mehdi Poorseyed[3]

Author Address
1. PhD in Exceptional children psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. MSc in Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. PhD Candidate Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz. Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Psychology and Exceptional Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alame Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Tel:** +98 (35) 32837501**;**
Email: seyed_reza_poorseyed@yahoo.com

Received: 2017 June 17; **Accepted:** 2017 October 3

Abstract

Background&Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group cognitive-behavioral training in reducing the psychological problems and irrational beliefs of mothers of children with intellectual disabilities. One of the experiences for each family is the management of a child with a disability or chronic illness. Among the developmental disabilities, intellectual disability is the most common psychiatric disorder in children and adolescents. The birth and presence of a child with an intellectual disability in any family can be considered as an undesirable and challenging event that can lead to stress, frustration, sadness, and despair. Excessive roles that are imposed on the parents due to the birth of a child with disability create a lot of stress for them. Mothers can be at increased risk of these problems, placing them at great risk of mental disorders compared to mothers of normal children. On the other hand, researchers find that many of the problems of mothers with children with intellectual disabilities are the result of their irrational beliefs. Irrational beliefs are negative thoughts that dominate the individual's mind and are a determinant factor in how to interpret events and regulate the quality and quantity of behaviors and emotions. The irrational beliefs of these mothers have an effect on their behavior and cognitive dissonance and can change their interaction with their children.

Methods: The present study is of the applied type regarding purpose. The research method was quasi-experimental, with a pretest, post-test, and a control group. The population of this study included all mothers of children with severe intellectual disabilities under the auspices of Abarkouh Welfare organization. Purposeful sampling was used to select the subjects. After clinical interviews, 40 mothers of children with severe intellectual disabilities who had low psychological health were selected and randomly divided into two groups of experimental and control (20 in each group). In the pretest, Goldberg General Health Questionnaire and Jones irrational beliefs' questionnaire were performed individually on the two groups of experimental and control. Reliability and validity of the Goldberg General Health Questionnaire using Cronbach's alpha and the coefficient of internal consistency of the questionnaire were 0.90 and 0.88, respectively. Reliability and validity of Jones irrational beliefs' questionnaire using Cronbach's alpha coefficient and internal consistency validity were 0.88 and 0.87, respectively. Therefore, the questionnaires used in the research had acceptable reliability and validity. The experimental group participated in cognitive–behavioral training sessions 2 times per week for 8 weeks. Control group was placed on the waiting list for receiving training. After the end of the training sessions, both the experimental and control groups completed the Goldberg General Health Questionnaire and Jones's irrational beliefs again. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and ANOVA by SPSS software.

Results: The results of covariance analysis showed that participants in the experimental group of cognitive behavior training had significantly lower scores on psychological problems and irrational beliefs than the control group in the posttest ($P<0.001$) **.**

Conclusion: With the help of group cognitive-behavioral training, mothers of children with intellectual disability can benefit from their abilities and become more resistant to life stresses which ultimately leads to increased psychological health and reduction of their irrational beliefs.

Keywords: Cognitive-behavioral Training, Psychological Problems, Irrational Beliefs, Intellectual Disability.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷):۹۵.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش شناختی_رفتاری گروهی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکانِ با ناتوانی هوشی

*سیدرضا پورسید[۱]، الهه آقایی[۲]، سیدمهدی پورسید[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی.

*تلفن: ۰۳۵۳۲۸۳۷۵۰۱

*رایانامه: seyed_reza_poorseyed@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷خرداد۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۱مهرماه۱۳۹۶

چکیده

هدف: مادران کودکانِ با ناتوانی هوشی از مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی رنج می‌برند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش شناختی_رفتاری گروهی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکانِ با ناتوانی هوشی بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش، شامل تمامی مادران کودکانِ با ناتوانی هوشی شدید تحت پوشش ادارهٔ بهزیستی شهر ابرکوه بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به‌منظور اجرای پژوهش پس از مصاحبهٔ بالینی، ۴۰ نفر از مادران کودکان با ناتوانی هوشی شدید که سلامت روان‌شناختی پایینی داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفرهٔ آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش، به‌مدت ۸ جلسه (در هر هفته دو جلسه) در برنامهٔ آموزش شناختی_رفتاری تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه آموزشی نیز در لیست انتظار برای دریافت آموزش قرار گرفت. هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از پایان جلسات آموزشی، از لحاظ سلامت روان‌شناختی بررسی مجدد شدند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد آموزش شناختی_رفتاری گروهی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی را در مرحلهٔ پس‌آزمون در پی داشته است ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مادران کودکان با ناتوانی هوشی با کمک آموزش شناختی_رفتاری گروهی می‌توانند از توانمندی‌های خود بهرهٔ بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر گردند که در نهایت به افزایش سلامت روان‌شناختی آنان منجر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش شناختی_رفتاری، مشکلات روان‌شناختی، باورهای غیرمنطقی، ناتوانی هوشی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

۱ مقدمه

خانواده به‌عنوان کوچکترین و اساسی‌ترین واحد از جامعه، مهم‌ترین ساختار اجتماعی است که بیشترین تأثیر را بر اعضای خویش دارد. با پذیرش این که خانواده نقش مهمی در تحمل اثرات حادثه یا بیماری یکی از اعضای خود دارد، کاملاً طبیعی است که نیازهای خانواده با وضعیت کودکی که تحت حمایت، آموزش و پیگیری قرار دارد، هماهنگ کرد. یکی از تجربیات برای هر خانواده‌ای، ادارهٔ کودکی مبتلا به ناتوانی یا بیماری مزمن است. از میان اختلالات دوران تحول، ناتوانی هوشی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان به‌شمار می‌آید. روان‌پزشکی آکسفورد به‌طور کلی میزان شیوع ناتوانی هوشی را یک درصد جمعیت عمومی می‌داند (۱). با توجه به همبودی اختلالات ذهنی با نقایص تحولی در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و تربیتی، می‌توان انتظار داشت که مشکلات متعددی را بر فرد بیمار و همچنین خانوادهٔ وی درزمینهٔ مراقبت و نگهدای از بیمار تحمیل کند (۲).

فرآیند تولد کودک برای والدین لذت‌آور است گرچه این فرآیند با ناراحتی‌های فراوان همراه است وآن‌چه که تحمل این مشکلات را لذت‌بخش می‌کند امید به سالم‌بودن و طبیعی‌بودن کودک است که معمولاً موجب احساس اعتماد در آن‌ها و در نتیجه پذیرش کودک می‌گردد. ولی به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام امیدها به یأس مبدل می‌گردد و مشکلات شروع می‌شود (۳). در واقع تولد کودک با ناتوانی هوشی نمایانگر فروپاشی تصوراتی است که والدین در سر می‌پروراندند (۴). روابط خانوادگی به‌علت غافل‌گیر شدن از تولد فرزندی با نیازهای ویژه عاطفی، شناختی، اجتماعی و اقتصادی دچار دگرگونی و ضعف می‌شود. تولد و حضور کودکی با ناتوانی هوشی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت (۵). زمانی که خانواده‌های دارای فرزند با ناتوانی هوشی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه‌تنها پدران و مادران چنین فرزندانی سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین کودکان عادی دارند، بلکه آن‌ها به‌طور معناداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی مختل است (۶). والدین کودکان کم‌توان‌ذهنی به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودیت‌کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند و در چنین موقعیتی کل خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بیند (۷).

یکی از متغیرهایی که با میزان استرس والدین رابطهٔ قوی دارد، شدت آسیب است. کودکانی که با آسیب‌های شدید به دنیا می آیند معمولاً استرس بیشتری را در خانواده ایجاد می‌کنند زیرا مسئولیت خانواده در قبال آنان بیشتر می‌شود (۸). هر چه میزان معلولیت کودک بیشتر باشد، نیازهای او افزایش یافته و به خدمات بیشتری احتیاج پیدا می‌کند. نقش‌های اضافی که در اثر تولد کودک دارای ناتوانی به والدین تحمیل می‌شود، استرس‌های زیادی را در آنان ایجاد می‌کند. در این بین مادر– به‌عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد– می‌تواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد (۹).

رویارویی مادر با فرزند با ناتوانی هوشی، نیاز کودک به مراقبت دائمی، اهمیت فراهم‌ساختن شرایط ویژهٔ رشد، تجربهٔ تنش والدین ناشی از وجود رفتارهایی قالبی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می‌نمایند. وجود چنین مشکلاتی، افزایش میانگین اختلالات روانی را در مادران کودکان با ناتوانی هوشی در مقایسه با مادران کودکان عادی در پی خواهد داشت (۱۰). همچنین داشتن توقعات و انتظارات دور از توانایی کودکان و برآورده‌نشدن آن‌ها موجب ناکامی والدین می‌شود؛ بنابراین تولد کودکی با ناتوانی هوشی در مادرانی که به مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک کودک سالم و با ویژگی‌های طبیعی را داشته‌اند موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در مادر فراهم می‌کند که بالطبع غم، اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت (۱۱).

از طرف دیگر، پژوهشگران، بسیاری از مشکلات مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی را زادهٔ باورهای غیرمنطقی آنان می‌دانند. باورهای غیرمنطقی افکاری منفی هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین کنندهٔ نحوهٔ تعبیر، تفسیر و معنادادن به رویدادها و تنظیم‌کنندهٔ کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف هستند. باورهای غیرمنطقی این مادران، در رفتار، ناهماهنگی شناختی آنان و تغییر اعمال‌شان در تعامل با کودکان‌شان تأثیر دارد و ارزیابی این والدین نیز در موقعیت‌های رویارویی زندگی از جمله استرس با سیستم شناختی و تناسب آن با رفتارهای منطقی آنان به هم وابسته هستند (۱۲).

دهقانی در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی– رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم پرداخت و نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری در گروه آزمایش، نمرات سلامت روان را افزایش و باورهای غیرمنطقی را کاهش داد (۱۳). جعفری و همکاران اثربخشی برنامهٔ فرزندپروری مثبت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه بررسی نموده و نتیجه گرفتند برنامه فرزندپروری مثبت در ارتقای سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ کمبود توجه مؤثر است (۱۴). شکوهی‌یکتا و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر اساس رویکرد شناختی رفتاری در مادران کودکان با ناتوانی هوشی پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد میزان رفتارهای پرخاشگرانه مادران کودکان با ناتوانی هوشی بعد از شرکت در دوره‌های آموزشی مدیریت خشم به‌طور قابل توجهی در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافته و این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ شده است (۱۵). ریاحی و همکاران اثربخشی درمان حمایتی و شناختی رفتاری را بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم را بررسی کردند. نتیجهٔ این مطالعه حاکی از بهبود سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بود (۱۶). پرند و موللی به بررسی اثربخشی مدیریت استرس بر کاهش مشکلات روان‌شناختی خانواده‌های کودکان با آسیب‌های شنوایی پرداختند. یافته‌های پژوهش بیانگر کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران شرکت‌کننده در برنامهٔ آموزشی بود. همچنین مشخص شد با توجه به نقش مادران در توان‌بخشی کودکان با آسیب شنوایی، آموزش مادران در برنامه‌های

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

درمانی کودکان حائز اهمیت است (۱۷). امروزه آموزش والدین به ویژه والدین دارای کودکان با ناتوانی هوشی امری ضروری است. در این راستا طراحی و تدوین برنامه‌های آموزش والدین حائز اهمیت است. در برنامه‌های آموزش والدین، علاوه بر دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی، زمینه‌ای برای ارتباط و تعامل والدین با مشکلات مشترک فراهم می‌شود؛ والدین با تبادل تجارب خود به یکدیگر کمک می‌کنند تا بتوانند مسائل کودکان را بهتر بشناسند و به حل آن مبادرت ورزند (۱۸). با توجه به نیاز ضروری مادران کودکان با ناتوانی هوشی به مداخلات روان‌شناختی جهت حفظ سلامت روان و نقش اساسی مادران در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی‌ـ رفتاری گروهی برمشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی این گروه از مادران انجام پذیرفت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعهٔ آماری این پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان با ناتوانی هوشی شدید تحت پوشش ادارهٔ بهزیستی شهر ابرکوه در سال ۹۱ـ ۱۳۹۰ بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. این مادران به تعداد ۱۹۲ نفر توسط روان‌شناس تحت مصاحبه بالینی غربال گردیدند. مادرانی که وجود نشانه‌های عدم‌سلامت روان، باورهای غیرمنطقی در آن‌ها توسط مصاحبه تشخیصی تأیید شد به‌عنوان نمونهٔ اصلی پژوهش انتخاب شدند. سپس به‌منظور اجرای پژوهش، ۴۰ نفر از مادران کودکان با ناتوانی هوشی شدید که سلامت روان‌شناختی پایینی داشتند انتخاب و از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و دارا بودن تعداد کودک با ناتوانی هوشی به‌صورت زوج‌هایی همگن شناسایی شدند و سپس هر یک زوجین به‌صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ نفری) آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی؛ دامنهٔ سنی ۴۵ ـ ۱۸ سال و داوطلب‌بودن جهت شرکت در طرح بود. عدم رضایت مادران جهت ادامهٔ شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد. پس از بیان اهداف پژوهش در یک جلسهٔ توجیهی و اخذ رضایت‌نامهٔ آگاهانه از افراد پژوهش، پرسشنامه‌های سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی جونز در مرحلهٔ اول توسط مادران تکمیل گردید. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار برده شدند:

۱) پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ)[1]: این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۹ به منظور غربال‌گری اختلال‌های روان‌شناختی غیرسایکوتیک ساخته شده است (۱۳). فرم اصلی و اولیهٔ این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است. پرسشنامهٔ سلامت عمومی چهار مقیاس فرعی را در برمی‌گیرد که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، افسردگی اساسی. روش نمره‌گذاری با استفاده از مدل لیکرت است. دامنهٔ نمرات نیز بین صفر تا ۸۴ است. علاوه بر نمرهٔ هر مقیاس یک نمرهٔ کلی وجود دارد. نمرهٔ برش برای تفکیک افراد سالم از افراد مشکوک به اختلال روانی مشخص شده است. همچنین در هر خرده‌آزمون نمرهٔ برش ۶ گزارش شده است. در پژوهش دهقانی پایایی پرسشنامهٔ مزبور با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب همسانی درونی پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد (۱۳).

۲) پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی جونز (IBT)[2]: یک پرسشنامهٔ خودسنجی شامل ۱۰۰ گویه و ۱۰ زیر مقیاس است که بر پایهٔ ۱۰ نوع تفکر غیرمنطقی در نظریه آلیس است و نمره‌گذاری آن در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت توسعه یافته است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با توجه به درجات (به‌شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تا حدی موافق و به‌شدت موافق) مشخص می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی جونز در دامنهٔ بین ۱۰۰ تا ۴۰۰ قرار دارد. به‌گونه‌ای که نمرهٔ بالا بیانگر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و نمرهٔ پایین نشان‌دهندهٔ باورهای منطقی و کارآمد است (۱۳). در تحقیق دهقانی، روایی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۸ به دست آمد (۱۳).

شیوهٔ اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از تعیین گروه آزمایشی و کنترل، گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه (در هر هفته دو جلسه) در برنامهٔ آموزش شناختی‌ـ رفتاری تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه آموزش نیز در لیست انتظار برای دریافت آموزش قرار گرفت. یک هفته پس از خاتمهٔ جلسات آموزشی گروه آزمایش، هر دو گروه با پرسشنامه‌های سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی ارزیابی پس‌آزمون شدند. جلسات آموزشی طبق مدل شناختی‌ـ رفتاری کریر (۱۹) و با به‌کارگیری کلی از مدل بک (۲۰) و فنون رفتاری مانند تن‌آرامی، مدیریت استرس و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها انجام شد. خلاصهٔ کارهایی که در ۸ جلسه صورت گرفت به شرح زیر است:

جلسهٔ اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با ماهیت سلامت روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی، معرفی رویکرد آموزش شناختی‌ـ رفتاری و آموزش تکنیک تن‌آرامی (در تمام جلسات، آموزش تن‌آرامی انجام می‌گرفت).

جلسهٔ دوم و سوم: آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند و شناسایی افکار برانگیزنندهٔ احساسات ناخوشایند و ثبت آن‌ها.

جلسهٔ چهارم و پنجم: معرفی چالش به‌عنوان راهکارهایی برای مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیرمنطقی، چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی و اجرای مدل ABC کریر (۱۹).

جلسهٔ ششم و هفتم: آموزش مدیریت استرس و حل مسئله، آموزش ابراز وجود با استفاده از سبک‌های رفتاری و آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.

جلسهٔ هشتم: جمع‌بندی مطالب گذشته و گرفتن بازخورد از مادران دربارهٔ جلسات آموزشی.

ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه از شرکت در

[1] General Health Questionnaire (GHQ)

[2] Irrational Beliefs Test (IBT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

پژوهش و اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری، پرهیز از سوگیری و قرارگرفتن گروه کنترل در برنامهٔ آموزشی شناختی- رفتاری پس از اتمام پژوهش رعایت شده است. داده‌ها از طریق شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس در نرم‌افزار SPSS20 تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن و میزان تحصیلات ۴۰ نفر نمونه در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱. مقایسهٔ سن و تحصیلات گروه آزمایش و کنترل مادران کودکان با ناتوانی هوشی

گروه	سن		تحصیلات		
	میانگین	انحراف معیار	سوم راهنمایی	دیپلم	بالاتر از دیپلم
کنترل	۳۹/۳۵	۶/۵۲	۷ (۳۵٪)	۹ (۴۵٪)	۴ (۲۰٪)
آزمایش	۳۹/۶	۵/۵۵	۶ (۳۰٪)	۱۰ (۵۰٪)	۴ (۲۰٪)
کل	۳۹/۴۷	۶/۰۳	۱۳ (۳۲/۵٪)	۱۹ (۴۷/۵٪)	۸ (۲۰٪)

شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P	میزان تأثیر	توان آزمون
سلامت عمومی (کلی)	آزمایش	۳۷/۸	۹/۸	۳۰/۳	۴/۱	۵۰/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	کنترل	۳۸/۲	۷/۵	۳۹/۹	۵/۹				
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	۹/۸	۴/۲	۷/۹	۳/۴	۱۹/۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	کنترل	۹/۲	۴/۸	۹/۷	۳/۵				
اضطراب	آزمایش	۹/۷	۴/۶	۷/۴	۴/۱	۲۳/۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	کنترل	۱۰/۱	۳/۸	۱۰/۳	۵/۲				
افسردگی	آزمایش	۹/۹	۴/۶	۸/۱	۳/۹	۱۹/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
	کنترل	۹/۶	۳/۸	۹/۴	۴/۵				
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۹/۹	۴/۸	۷/۶	۳/۲	۱۹/۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۸
	کنترل	۱۰/۲	۳/۷	۱۰/۴	۳/۴				

همان‌گونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، نمرهٔ سلامت عمومی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ کل سلامت عمومی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۷۰ بوده است. توان آماری ۱ حاکی از کافی بودن حجم نمونه دارد. نمرهٔ نشانه‌های جسمانی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره نشانه‌های جسمانی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۸ بوده است. توان آماری ۰/۹۹ حاکی از کافی بودن حجم نمونه دارد. نمرهٔ اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ اضطراب بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۵۲ بوده است. توان آماری ۰/۹۹ حاکی از کافی‌بودن حجم نمونه دارد. نمرهٔ افسردگی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ افسردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۸ بوده است. توان آماری ۰/۹۸ حاکی از کافی‌بودن حجم نمونه دارد. نمرهٔ عملکرد اجتماعی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ عملکرد اجتماعی بین دو گروه آزمایش و کنترل در

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۸ بوده است. توان آماری ۰/۹۸ حاکی از کافی بودن حجم نمونه دارد.

شاخص‌های توصیفی متغیر باورهای غیرمنطقی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر باورهای غیرمنطقی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P	میزان تأثیر	توان آزمون
باورهای غیرمنطقی	آزمایش	۳۲۲/۲	۳۸/۵۲	۳۰۲/۷	۳۱/۴۳	۱۸/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۷
	کنترل	۳۲۳/۱	۳۷/۱۸	۳۲۱/۳	۳۸/۶۴				

همان‌گونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، نمرهٔ باورهای غیرمنطقی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته اما در گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. نتیجهٔ تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمرهٔ باورهای غیرمنطقی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۰۱). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۷ بوده است. توان آماری ۰/۹۷ حاکی از کافی بودن حجم نمونه دارد.

۴ بحث

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش شناختی‌ـ رفتاری گروهی بر مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با ناتوانی هوشی بود. یکی از فرضیه‌های پژوهش حاضر گویای این بود که آموزش شناختی‌ـ رفتاری گروهی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری به کاهش مشکلات روان‌شناختی در مادران کودکان با ناتوانی هوشی می‌انجامد و این فرضیه تأیید شد. همان‌گونه که در پیشینهٔ پژوهش عنوان شد پژوهشی علمی گزارش شده در این زمینه وجود ندارد اما پژوهش دهقانی (۱۳) تأثیر مثبت درمان شناختی‌ـ رفتاری بر سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم را به اثبات رسانده است.

می‌توان در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر سلامت روان‌شناختی مادران کودکان با ناتوانی هوشی این‌گونه بیان کرد که در گروه آموزشی شناختی‌ـ رفتاری، درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت حل‌مسئله، مبارزه با افکار منفی، مهارت مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی آموزش داده می‌شود که پیامد این مهارت‌ها، بهبود سلامت روان فرد است (۱۳). مادران این کودکان در هنگام روبه‌روشدن با شرایط استرس‌زا، به‌دنبال منابع حمایتی هستند و آموختن راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا می‌تواند در این شرایط کمک شایانی به آن‌ها کند؛ بنابراین، این مادران با دریافت حمایت اجتماعی کافی در طی آموزش گروهی، توانسته‌اند به‌طور مطلوب‌تری با مشکلات خود به ویژه در ارتباط با کودکان‌شان کنار آمده و این منجر به افزایش سلامت عمومی آن‌ها شده است (۲۱).

یافتهٔ دیگر این پژوهش تأیید این فرضیه است که آموزش شناختی رفتاری گروهی در مقایسه با گروه کنترل کاهش باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان با ناتوانی هوشی در پی دارد. پژوهشی علمی گزارش‌شده در این زمینه وجود ندارد. این بخش از یافته‌های پژوهش، یافته‌های بررسی دهقانی را تأیید می‌کند. دهقانی پژوهشی را با عنوان تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم انجام دادند. نتایج نشان داد که تأثیر این شیوهٔ درمانی بر نمرات باورهای غیرمنطقی معنادار بوده است. به عبارت دیگر، مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری می‌تواند در بهبود باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم موثر باشد (۱۳).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که افکار ناکارآمد در نحوهٔ تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود، در تداوم رفتار این افراد نقش دارند. این باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان با ناتوانی هوشی باعث ایجاد احساس شرمساری، احساس گناه و انتظارات بیش از حد از خود می‌شود؛ بنابراین این گونه مادران به‌دلیل داشتن این نوع افکار، کمتر قادر به سازگاری هستند و هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی، به‌جای استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار، مجدداً به سمت باورهای غیرمنطقی روی می‌آورند (۲۲). آموزش شناختی‌ـ رفتاری به مادر کمک می‌کند تا الگوهای تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای این که بتواند این رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحث‌های منظم، تکالیف رفتاری و راهبردهای شناختی‌ـ رفتاری استفاده می‌کند (۲۳).

همچنین در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که در آموزش شناختی‌ـ رفتاری به وجود باورهای غیرمنطقی در فرد اذعان شده و به لزوم جایگزینی باورهای غیرمنطقی با باورهای منطقی در فرد تأکید می‌گردد؛ بنابراین راهکارهایی که در جلسات آموزشی به مادر ارائه می‌گردد، به مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی جایگزین سازد (۲۱). یکی از موارد حائز اهمیت در آموزش شناختی‌ـ رفتاری، ارائهٔ تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامهٔ انجام تکالیف در منزل است، زیرا انجام تکالیف به‌نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت‌های مشکل‌زا در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تأثیر آموزش می‌گردد. علاوه بر این، تجربهٔ جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهدهٔ نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای مادران امکان‌پذیر می‌سازد (۲۴).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش اجرای نشست‌های آموزشی توسط یک نفر بود. همچنین با توجه به این نکته که در انتخاب نمونهٔ پژوهش،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

ملاک‌های ورود خاصی لحاظ گردید، در تعمیم نتایج به افراد خارج از این محدوده باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناختی‌ـ رفتاری گروهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی و باورهای غیرمنطقی مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی مؤثر است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولین محترم ادارهٔ بهزیستی شهرستان ابرکوه و مادران کودکان با ناتوانی هوشی که در جلسات طولانی این پژوهش شرکت نمودند، سپاس‌گزاری می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

References

1. Taghavi Larijani T, Monjamed Z, Mehran A, Gharahi Ghehi F. Individual factors related to acceptance of mentally retarded adolescent by their family. Journal of Hayat. 2006;12 (1) :24-37. [Persian] [Link]
2. Kober R. Enhancing the quality of life of People with intellectual disabilities. New York: Springer press; 2010. [Link]
3. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007;9 (33) :15-24. [Persian] [Link]
4. Mohammadi MA, Dadkhah B. A comparison of the psychological and social problems of parents of mentally retarded children covered rehabilitation of well-being Ardabil. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2002;1 (3) :200-6. [Persian] [Link]
5. Michaeli Manee F. Structural relations of psychological well-being with perceived emotional intelligence, depression and negative thought control abilities in mothers having children with intellectual disability. Research on Exceptional Children. 2009;9 (2):103-20. [Persian] [Link]
6. Kirkham MA. Two-year follow-up of skills training with mothers of children with disabilities. American Journal of Mental Retardation. 1993;97 (5):509-20. [Link]
7. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. Social Science & Medicine. 2007;64 (4):850-7. [Link]
8. Hivadi B, Mirzayi SM, Bahrami H, Salehi M. Comparison of irrational believes between mothers of severe or profound mentally handicapped children with healthy children mothers. Journal of Rehabilitation. 2007;8 (3):75-80. [Persian] [Link]
9. Khorram Abadi R, Pouretemad HR, Tahmasian K, Chimeh N. A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non-autistic children. Journal of Family Research. 2009;5 (19):387-99. [Persian] [link]
10. Amiri M, Afrooz A, Malahmadi E, Javadi S, Nour-allahi F, Rezaei-Bidakhavidi A. A study of mental health and parenting stress among parents of mentally disabled children. Journal of Behavioral Sciences. 2011;4 (4):261-8. [Persian] [Link]
11. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. Journal of Intellectual Disability Research. 2010;54 (3):266-80. [Link]
12. Stephanie D, Julie F. Exploring links between language and cognition in autism spectrum disorders: Complement sentences, false belief, and executive functioning. Journal of Communication Disorders. 2015;54:15-31. [Link]
13. Dehghani Y. Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental health and irrational beliefs of mothers with autistic children. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26 (135):87-98. [Persian] [Link]
14. Jafari BS, Ashtiani A, Tahmasian K. The effect of positive parenting program on pathological symptoms of children suffered from little attention and hyperactivity. Counseling Culture and Psychotherapy. 2011;2 (7):123-38. [Persian] [Link]
15. Shokoohi-Yekta M, Parand A, Zamani N. Anger management instruction for mothers: a cognitive behavioral approach. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1371-5. [Link]
16. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S, Eshrat T, Naghdi Nasab L. The effect of supportive and cognitive-behavior group therapy on mental health and irrational believes of mothers of autistic children. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2012;10 (6):637-45. [Persian] [Link]
17. Parand A, Movallali G. The effect of teaching stress management on the reduction of psychological problems of families with children suffering from hearing-impairment. Journal of Family Research. 2011;7 (25):23-34. [Persian] [Link]
18. Parand A, Afrooz GA, Mansoor M, Shokoohi-Yekta M, Besharat M, Khooshabi K. Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1135-9. [Link]
19. Creer T. Self-management behavioral strategies for asthmatics. Journal of Behavioral Medicine. 1980;7:14-24. [Link]
20. Beck J. Step by Step Guide Cognitive Therapy. Dorahaki E, Abedi MR. (Persian translator). First edition. Esfahan: Mohammadi Flower; 2002, pp: 21-26. [Link]
21. Siklos S, Kerns KA. Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006;36 (7) :921-33. [Link]
22. Vanegas SB, Davidson D. Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children. Research in Autism Spectrum Disorders. 2015;11 (2):77-92. [Link]
23. Lum M, Garnett M, O'Connor E. Health communication: A pilot study comparing perceptions of women with and without high functioning autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders. 2014;8 (12):1713-21. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]

24. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. American Journal of Orthopsychiatry. 2006;76 (4):564-75. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.98.6]