

Research Article

The Effectiveness of Reality Therapy on Psychological Capital and Mental Health of Mentally Retarded Children's Mothers

Authors

Mehrnoosh Sadat Seidi¹, Mahboubeh Dastani^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Shahab Danesh University of Qom, Iran.
mehrnoosh.seidi2021@gmail.com

2. Professor assistant in Clinical Psychology, Shahab-Danesh University, Qom, Iran.
(Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
27/01/2023

Accept Date:
08/07/2023



Introduction: Taking care of a mentally retarded child can be stressful. In particular, mothers of children with intellectual disabilities experience poorer physical health, social relationships, and mental well-being compared to parents of typically developing children. This research aims to examine the impact of cognitive-behavioral therapy on the psychological well-being and mental health of mothers with mentally disabled children.

Method: The research was applied with a specific purpose and executed experimentally, using both an experimental group and a control group, as well as pre-test and post-test measures. The statistical population included all mothers with mentally disabled children who were attending exceptional schools and rehabilitation institutions in Qom. Among them, 26 individuals who met the entry criteria were randomly selected as the research sample and divided into two groups, each consisting of 13 people. The experimental group received eight 60-minute sessions of cognitive-behavioral therapy. During this period, the control group was placed on the waiting list and did not receive any intervention. To collect data, the Revised Inventory of Psychological Symptoms (SCL90-R) by Derogatis et al. (1984) and the Psychological Capital Questionnaire (PCQ) by Luthans et al. (2007) were used. Data analysis was conducted using SPSS software, employing a multivariate analysis of the covariance test.

Result: The study revealed a significant difference between the average pre-test and post-test scores of the experimental and control groups in the areas of psychological capital and mental health variables ($p < 0.0001$). This indicates that cognitive-behavioral therapy resulted in improved mental health and enhanced psychological capital in the experimental group.

Discussion and conclusion: Based on this, cognitive-behavioral therapy can be considered a suitable, reliable, and effective model for preventing psychological problems and enhancing the psychological well-being of mothers with mentally challenged children.

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy, Psychological Capital, Mental Health, Mentally Disabled.

Corresponding Author's E-mail

mdastani63@yahoo.com

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی

نویسندگان

مه‌رنوش سادات سیدی^۱، محبوبه داستانی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهاب دانش قم، ایران. mehrnoosh.seidi2021@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود استرس‌زا است و به‌طور خاص مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی از سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت روانی ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی است.

روش: تحقیق از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش اجرا آزمایشی با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند ناتوان ذهنی مراجعه‌کننده به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی شهر قم بود. از بین آن‌ها ۲۶ نفر که دارای معیارهای ورود بودند، به شیوه تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در دو گروه ۱۳ نفری آزمایش و گواه جای‌گذاری شدند. گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. طی این مدت گروه گواه در لیست انتظار قرار داشت و مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی (SCL90-R) «دراگوتیس» و همکاران (۱۹۸۴) و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (PCQ) لوتانس و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره صورت گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در نمرات متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). بدین معنا که درمان شناختی - رفتاری منجر به بهبود سلامت روان و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی در گروه آزمایش شد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر این اساس درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به‌عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی به کار گرفته شود.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۴/۱۷



کلیدواژه‌ها

شناخت درمانی رفتاری، سرمایه‌های روان‌شناختی، سلامت روان، ناتوان ذهنی

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

mdastani63@yahoo.com

مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مه‌رنوش سادات سیدی با عنوان «مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری و واقعیت درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی» است که در سال ۱۴۰۱ در دانشکده صنایع، مدیریت و حسابداری دانشگاه غیردولتی - غیرانتفاعی شهاب دانش انجام شد. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

مقدمه

در دنیای امروز علی‌رغم تمام پیشرفت‌ها، کم‌توانی ذهنی^۱ یک ناراحتی و وضعیت مادام‌العمر است. حدود ۳ درصد از جمعیت جهان دارای ضریب هوشی کمتر از ۶۸ می‌باشند و عملکرد ۸۰ تا ۹۰ درصد از آن‌ها در دامنه کندذهنی خفیف یا آموزش‌پذیر قرار دارند و مشکلات همراه با این کودکان یکی از عوامل بحران‌ساز برای آن‌ها و خانواده هایشان است [۱]. مراقبت از کودک عقب‌مانده ذهنی خود استرس‌زا است و به‌طور خاص مادران کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی از سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت روانی^۲ ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردار هستند [۲]. عدم برخورداری از سلامت روانی مناسب موجب می‌گردد افراد احساس کنند که قادر به انجام فعالیت‌های روزمره خود از جمله مراقبت از خود، آموزش، اشتغال و مشارکت در زندگی اجتماعی نیستند [۳]. لذا سرمایه‌گذاری در زمینه سلامت روان مادران این کودکان برای پایداری سیاست‌های سلامتی، اقتصادی و اجتماعی ضروری است.

پژوهشگران حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر معتقدند سرمایه روان‌شناختی با افزایش قدرت سازگاری فرد هنگام رویارویی با مشکلات مزمن و طولانی‌مدت می‌تواند نقش مهمی در ایجاد، حفظ و تداوم سلامت جسمانی و روانی داشته باشد [۴]. سرمایه روان‌شناختی یک وضعیت روان‌شناختی مثبت است و عمدتاً با ابعاد مختلفی چون امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری مشخص می‌شود [۵]. نتایج مطالعات انجام شده حاکی از آن است که مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی از سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند [۶]. در مقابل والدینی که دارای شاخص تاب‌آوری هستند بهتر می‌توانند مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان عقب‌مانده ذهنی را مدیریت کنند [۷]. به اعتقاد سربلند (۱۳۹۸) سرمایه روان‌شناختی متفاوت از صفات پایداری همچون هوش است و می‌توان آن را با آموزش اصلاح یا ایجاد کرد [۸]. این امر ضرورت ارائه راهکارهایی برای توانمندسازی روان‌شناختی این مادران را آشکار می‌سازد.

یافته‌های تجربی نشان می‌دهد از میان درمان‌های روان‌شناختی موجود، مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری کارآمدی بالاتری برای ارتقاء سلامت روان دارد [۹]. در این درمان فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به‌عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود [۱۰]. بر اساس این رویکرد، افکار، هیجانات، رفتارها و فیزیولوژی بخشی از یک سیستم یکپارچه هستند. تغییر در هر یک از اجزاء، تغییر در سایر اجزاء را به دنبال خواهد داشت. افکار می‌توانند هیجانات و رفتار را رهبری کنند. اختلالات هیجانی ریشه در سوگیری منفی دارند؛ بنابراین افراد مبتلا به اختلالات هیجانی می‌توانند با تغییر الگوهای فکری سلامت روانی خود را بهبود بخشند [۱۱]. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سلامت روان مادران دارای فرزند با اختلال درخودماندگی [۱۲-۱۳] مؤثر است. همچنین اثرات مثبت این درمان بر بهبود سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴-۱۵]. درعین حال تقریباً یک سوم از افرادی که از درمان شناختی-رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند [۱۶]. از این رو اثرات پیشگیرانه این درمان مورد تردید واقع می‌شود و نیاز به انجام مطالعات بیشتر را در گروه‌های جمعیتی مختلف آشکار می‌سازد.

در این میان آنچه بدان پرداخته نشده، میزان اثربخشی این رویکرد درمانی در مادران دارای فرزندان ناتوان ذهنی است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی انجام شد. در این پژوهش فرضیه زیر مطرح شد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سلامت روان و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان ناتوان ذهنی تأثیر مثبت دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش اجرا آزمایشی با یک گروه آزمایش و گواه به همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی بود که فرزندان‌شان به مدارس استثنایی و مؤسسات توان بخشی شهر قم در سال ۱۴۰۱

1 . intellectually disabled children (ID)
2 . Mental Health

محققان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است [۱۹-۲۰]. در ایران نیز در پژوهش ضیاء‌الدینی (۱۳۹۷) میزان پایایی به روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۵۱ و روایی آن از طریق همسانی درونی ۰/۷۸ به دست آمد [۲۱]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه: «با اعتماد یک مسئله طولانی را بررسی می‌کنم تا یک راه حل بیابم».

فهرست تجدیدنظر شده علائم روان: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط دراگوتیس و همکاران ساخته شد و شامل ۹۰ سؤال پنج‌درجه‌ای (هیچ، کمی تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) است که به هیچ، امتیاز صفر؛ کمی، امتیاز یک؛ تا حدی، امتیاز دو؛ زیاد امتیاز سه و خیلی زیاد امتیاز چهار تعلق می‌گیرد.

این آزمون ۹ بعد مختلف را می‌سنجد که عبارت‌اند از: شکایت جسمانی؛ وسواس اجبار؛ بعد حساسیت در روابط بین فردی؛ افسردگی؛ اضطراب؛ پرخاشگری؛ ترس مرضی؛ افکار پارانوئیدی و بعد روان‌پریشی. هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (۰/۷۷) بود. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی نیز ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داد [۲۲]. در ایران انیسی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب آلفای کرونباخ بالایی را هم برای زیر مقیاس‌های آزمون (۰/۷۵ تا ۰/۹۲) و هم برای شاخص کلی علائم مرضی (۰/۹۸) نشان دادند [۲۳]. در پژوهش حاضر پایایی شاخص کلی علائم مرضی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات پرسشنامه: «آیا در هفته گذشته یا امروز سردردهایی داشته‌اید؟»

شیوه انجام پژوهش

جلسات مداخله شناختی - رفتاری بر اساس راهنمای عملی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری فری (۱۳۹۷) [۲۴] تدوین شد. روایی محتوایی این بسته با استفاده از نظرخواهی از سه نفر از متخصصین روان‌شناسی بالینی در ارتباط با اهداف و محتوای هر یک از جلسات تأیید شد. جلسات مداخله شامل ۸ نشست ۶۰ دقیقه‌ای بود که با توالی هر هفته یک جلسه به صورت گروهی توسط متخصص

مراجعه می‌کردند. بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی [۱۷]، ۲۶ مادر واجد شرایط، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی و از میان کسانی صورت گرفت که در فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش (فراخوان عمومی از طریق مدیران و مسئولان مدارس استثنایی و مؤسسات توان بخشی شهر قم (۹ مدرسه و ۳۵ مؤسسه توان بخشی در مناطق چهارگانه قم) صورت گرفت) اعلام آمادگی کرده بودند و با توجه به معیارهای پژوهش غربال شدند. در نهایت نمونه‌ها بر اساس تخصیص بلوک تصادفی به یک گروه مداخله (درمان شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه تقسیم شدند که هر گروه شامل ۱۳ نفر بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل: برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی کمتر از ۱۰ سال بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره درمان، مصرف داروهای روان‌پزشکی، دریافت مداخلات روان‌شناختی در یک سال گذشته، سابقه سوءمصرف مواد بود.

اعضای گروه‌ها قبل از شروع جلسات آموزشی پرسشنامه‌های پژوهش را برای پیش‌آزمون و بعد از پایان مراحل درمانی (پس آزمون) تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ هفته در جلسات مشاوره گروهی شناختی - رفتاری شرکت کرد. زمان هر جلسه ۶۰ دقیقه و با توالی یک‌بار در هفته برگزار شد. در این اثنا گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد و به آن‌ها گفته شد که در فهرست انتظار هستند و پس از سه ماه وارد فرایند درمان خواهند شد.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارها و برنامه آموزشی زیر استفاده شد:

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۱: این پرسشنامه توسط لوتانس و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی دارای ۲۴ گویه و چهار مؤلفه (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تاب‌آوری) است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶)) پاسخ می‌دهد [۱۸]. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط برخی از

1. psychological capital questionnaire (PCQ)

روان‌شناسی بالینی با تجربه کار با کودکان ناتوان ذهنی و خانواده‌های آن‌ها و متخصص در زمینه برنامه آموزشی پژوهش حاضر اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه برنامه درمانی ارائه شده است. پس از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات مداخله شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسات	زمان اجرا
جلسه ۱	معرفی اعضا، رهبر، قواعد و مقررات گروه، ساختار جلسات (هر جلسه شامل یک بخش آموزش مباحث شناختی و بخش دوم آموزش فنون رفتاری) و آشنایی با اهداف گروه	۶۰ دقیقه
جلسه ۲	آشنا نمودن گروه با هیجانات و شناسایی افکار خود آیند است. با اعضا درباره موضوع مطرح شده گفت‌وگو و به‌عنوان تکلیف جلسه بعد از آنان خواسته شد در مورد موضوع مطرح شده بیندیشند و مطالبی را مکتوب نمایند.	۶۰ دقیقه
جلسه ۳	آشنایی با نحوه عمل شناختی درمانی (مثال چمدان) و آشنایی با مدل A-B-C	۶۰ دقیقه
جلسه ۴	شناخت انواع خطاهای شناختی و لایه‌های شناخت	۶۰ دقیقه
جلسه ۵	آموزش بخشی از فنون بازسازی شناختی (تکنیک بررسی مفاهیم کلی، بررسی شواهد تأییدکننده، تکنیک بررسی سود و زیان افکار و قواعد زندگی، تکنیک مثال نقض یا شواهد رد کننده)	۶۰ دقیقه
جلسه ۶	آموزش برخی دیگر از فنون بازسازی شناختی (تکرار فن بررسی سود و زیان و تکنیک مهم انفکاک) و فن پیکان رو به بالا	۶۰ دقیقه
جلسه ۷	مشغول نگه‌داشتن ذهن و تهیه فهرستی از فعالیت‌ها، غذاها و مکان‌های موردعلاقه در دوران کودکی و اکنون	۶۰ دقیقه
جلسه ۸	آموزش شیوه حل مسئله؛ دریافت بازخورد اثرات آموزش‌ها در نحوه زندگی اعضا و اجرای پس‌آزمون	۶۰ دقیقه

شرکت داشتند که به دو گروه ۱۳ نفره مداخله و گواه تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان از لحاظ برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی که ممکن بود در مطالعه اثر مداخله‌گری داشته باشند مانند سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان با عقب‌ماندگی ذهنی و ... همسان‌سازی شدند. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه در زیر آورده شده است:

شیوه تحلیل داده‌ها

در نهایت تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS25 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. سطح معناداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ گردید.

نتایج

در این پژوهش ۲۶ مادر دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی

جدول ۲. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	طبقات	گروه آزمایش		گروه گواه		متغیر	طبقات	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
سن	۲۵-۳۰ سال	۱۵/۴	۲	۱۵/۴	۲	تحصیلات	دیپلم	
	۳۱-۳۵ سال	۳۸/۵	۵	۴۶/۲	۶		فوق دیپلم	
	۳۶-۴۰ سال	۴۶/۲	۶	۳۸/۵	۵		لیسانس	
P-Value=۰/۷۸				P-Value=۰/۸۵				معنی‌داری تفاوت‌ها

عقب‌ماندگی ذهنی بودند.
میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان در دو دوره اجرا به تفکیک برای هر دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

علاوه بر این در گروه آزمایش فرزندان در سنین ۳ تا ۷ سال (میانگین $1/35 \pm 4/84$) قرار داشتند. در گروه گواه نیز میانگین سنی فرزندان $1/31 \pm 4/79$ سال بود. با توجه به سطح آماری به دست آمده تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد. تمام مادران دارای یک فرزند مبتلا به

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	درمان شناختی - رفتاری	۲۹/۳۸	۴/۳۶	۲۹/۹۲	۴/۰۹
	گواه	۲۹/۳۸	۳/۶۸	۲۹/۲۳	۴/۰۰
امیدواری	درمان شناختی - رفتاری	۲۷/۸۴	۵/۶۹	۲۸/۸۴	۴/۹۸
	گواه	۲۷/۶۱	۵/۵۰	۲۷/۵۳	۵/۶۰
تاب‌آوری	درمان شناختی - رفتاری	۲۳/۶۹	۳/۹۰	۲۳/۶۹	۳/۹۰
	گواه	۲۷/۰۰	۴/۳۷	۲۶/۷۶	۴/۵۶
خوش‌بینی	درمان شناختی - رفتاری	۲۶/۱۵	۱/۸۱	۲۸/۳۸	۲/۰۲
	گواه	۲۶/۳۰	۳/۴۷	۲۵/۸۴	۳/۶۲
سرمایه‌های روان‌شناختی	درمان شناختی - رفتاری	۱۰۷/۰۷	۱۰/۷۷	۱۱۲	۱۰/۱۲
	گواه	۱۱۰/۳۰	۱۳/۵۳	۱۰۹/۳۸	۱۳/۹۴
شکایت جسمانی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۰۱	۰/۱۹	۱/۷۷	۱/۶۰
	گواه	۲/۱۶	۰/۲۰	۲/۳۷	۰/۱۸
وسواس - اجبار	درمان شناختی - رفتاری	۲/۵۶	۰/۲۰	۱/۹۹	۰/۲۳
	گواه	۲/۴۸	۰/۲۹	۲/۵۳	۰/۲۵
حساسیت در روابط بین فردی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۳۳	۰/۲۸	۲/۱۱	۰/۲۱
	گواه	۲/۳۷	۰/۳۰	۲/۴۸	۰/۲۸
افسردگی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۳۳	۰/۲۴	۱/۹۱	۰/۲۷
	گواه	۲/۳۴	۰/۲۷	۲/۴۳	۰/۲۵
اضطراب	درمان شناختی - رفتاری	۱/۶۳	۰/۲۵	۱/۶۰	۰/۲۳
	گواه	۱/۸۶	۰/۲۲	۲/۰۱	۰/۱۹
پرخاشگری	درمان شناختی - رفتاری	۱/۱۰	۰/۲۴	۱/۰۷	۰/۳۰
	گواه	۱/۲۹	۰/۳۹	۱/۴۲	۰/۳۰
ترس مرضی	درمان شناختی - رفتاری	۱/۵۱	۰/۲۵	۱/۰۷	۰/۲۷
	گواه	۱/۴۲	۰/۳۰	۱/۵۸	۰/۲۸
افکار پارانوییدی	درمان شناختی - رفتاری	۲/۰۶	۰/۲۸	۱/۸۷	۰/۳۰
	گواه	۲/۲۵	۰/۴۱	۲/۲۹	۰/۳۲
روان‌پریشی	درمان شناختی - رفتاری	۰/۹۶	۰/۲۳	۰/۷۶	۰/۱۴
	گواه	۱/۳۱	۰/۱۵	۱/۳۰	۰/۱۵

در ادامه، ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون «شاپیرو - ویلک» در قسمت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد توزیع متغیرها بهنجار است ($p > 0/05$). همگنی واریانس متغیرها با آزمون «لون» بررسی شد که غیر معنادار بود ($p > 0/05$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. بررسی شرط برابری شیب‌های

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند؛ ولی در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش با گروه گواه متفاوت است؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش و میانگین نمرات سلامت روان کاهش داشته است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان

متغیر	منبع اثر	مجموع مجدورات	F	مقدار p	مجدور اتا
شکایت جسمانی	پیش‌آزمون	۰/۷۵	۱۶۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۰/۸۰	۱۷۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا	۰/۱۰			
وسواس اجبار	پیش‌آزمون	۱/۳۱	۱۴۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه	۰/۳۹	۴۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	خطا	۰/۲۰			
حساسیت در روابط	پیش‌آزمون	۰/۸۳	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۳/۵۷	۲۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۰/۹۵			
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۸۲	۴۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۱/۹۹	۹۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۰/۴۶			
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۵۱	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	گروه	۲/۳۳	۸۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۰/۶۰			
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۰/۸۵	۱۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۰/۸۵	۲۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۲/۹۴			
ترس مرضی	پیش‌آزمون	۱/۵	۱۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	گروه	۳/۵۱	۵۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	خطا	۱/۴۶			
افکار پارانوئیدی	پیش‌آزمون	۱/۷۲	۵۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۰/۳۹	۱۳/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۰/۶۷			
روان‌پریشی	پیش‌آزمون	۰/۲۵	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	گروه	۱/۶۵	۹۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۰/۳۸			

کوواریانس تک متغیره برای هر یک از متغیرهای وابسته در زیر آمده است.

نتایج به دست آمده در جدول (۴) نشان داد پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه برای تمامی ابعاد سلامت روان معنادار بود ($p < 0/001$)؛ بنابراین با توجه به نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری مؤثر بوده و موجب بهبود سلامت روان در تمامی ابعاد آن شد. با توجه به اندازه اثر، بیشترین اثرگذاری درمان شناختی رفتاری بر شکایت جسمانی (۸۸ درصد) و روان‌پریشی و افسردگی (۸۱ درصد) بوده است.

رگرسیون نشان داد که توازی شیب‌های رگرسیون برای تحلیل کوواریانس فراهم است. مقدار F تعامل برای سرمایه روان‌شناختی برابر با ۰/۸۴ و برای سلامت روان برابر با ۰/۶۲ بود که به لحاظ آماری معنادار نبود ($p > 0/05$). نتایج آزمون پیش‌فرض کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان گروه‌های آزمایش و گواه (اثر پیلای) نشان داد در ترکیب خطی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی ($\eta^2 = 0/71$, $p < 0/001$) و سلامت روان ($F = 10/50$, $\eta^2 = 0/91$, $p < 0/001$) با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد به منظور بررسی دقیق‌تر فرضیه‌ها، نتایج آزمون تحلیل

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثر درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	F	مقدار p	مجذور اتا
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۴۸/۵۹	۱۳۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	گروه	۴۰/۳۶	۲۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۴۲/۷۸			
امیدواری	پیش‌آزمون	۵۹۹/۳۴	۴۷۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	گروه	۳۱/۹۷	۲۵/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۲۸/۸۰			
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۳۱۸/۷۲	۲۱۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	گروه	۴۱/۵۹	۲۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۳۴/۳۴			
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	۳۵۲/۵۸	۲۱۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	گروه	۲۸/۶۶	۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطا	۳۷/۴۱			
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۷۹۲/۴۳	۳۶۰/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	گروه	۵۳۸/۷۹	۵۱/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹
	خطا	۲۴۱/۸۷			

کودکان عقب‌مانده ذهنی اغلب از نقاط قوت خود آگاه نیستند و خود را در این زمینه‌ها انعطاف‌پذیر نمی‌دانند. به همین دلیل پژوهشگر «نقاط قوت پنهان» را در تجربیات معمول روزمره آن‌ها جستجو کرد و آن‌ها را به مادران نشان داد؛ به‌عنوان مثال مادری که علی‌رغم منابع اقتصادی محدود از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود مراقبت می‌کند، ممکن است وجود سرمایه‌های روان‌شناختی را در خود تشخیص ندهد. درحالی‌که نیازهای مالی خود را تأمین می‌کند، خلاقانه با کمترین مواد آشپزی می‌کند و به جای فعالیت‌های پرهزینه اوقات فراغت خود را با بازی و گردش در پارک‌ها به همراه فرزند خود به صورت رایگان سپری می‌کند.

دوم، نقاط قوت موجود برای ساخت یک مدل شخصی تاب‌آوری، خودکارآمدی، امیدواری و خوش‌بینی استفاده شد.

سوم، درمانگر از مادران درخواست کرد که از مدل‌های شخصی ایجاد شده برای طراحی برنامه‌ای برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در حوزه‌ای از زندگی که در حال حاضر درگیر آن هستند استفاده کنند. زمانی که مدل شخصی ساخته شد، از مادران درخواست شد تا در نظر بگیرند که چگونه می‌توانند به حفظ خودکارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری در موقعیت‌های دشوار کمک کنند. چالش‌های رایج در موقعیت‌های دشوار گرفته و یادداشت شد. تمرکز این بحث‌ها بر مقاومت در برابر مشکلات است تا موفقیت در حل یا غلبه بر آن‌ها. این تغییر در تمرکز اغلب برای مادران بسیار هیجان‌انگیز بود. آن‌ها گزارش کردند که اگر مجبور نباشند مشکلی را حل کنند، بلکه در مقابل آن ایستاده باشند، احساس ناامیدی کمتری می‌کنند [۲۵].

چهارم، مادران خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را از طریق آزمایش‌های رفتاری تمرین کردند؛ به‌عنوان مثال مادران به جای پیش‌بینی بار روانی تحمیل شده ناشی از نگهداری فرزند عقب‌مانده ذهنی، در مورد امیدواری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری خود پیش‌بینی‌هایی کردند؟ چگونه می‌توانند در برابر انتقادهای افراد و آشنایان مقاوم بمانند؟ امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی چگونه به نظر می‌رسد و چه احساسی دارد؟ در حقیقت مدل شخصی، مادران را تشویق کرد تا از

نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۵) نشان داد پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون، نمره پس‌آزمون بین گروه آزمایش و گواه برای تمامی ابعاد سرمایه روان‌شناختی معنادار بود ($p < 0.001$)؛ بنابراین با توجه به نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری مؤثر بوده و موجب بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی در تمامی ابعاد آن شد. با توجه به اندازه اثر، بیشترین اثرگذاری درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری (۵۴ درصد) و امیدواری (۵۲ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری اثرگذار بوده و موجب شده در گروه آزمایش تغییرات معناداری در شاخص کل سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه به وجود آید.

این یافته با نتایج حاصل از مطالعات [۱۲-۱۴] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی بر بهبود سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی همسو و هماهنگ است. همچنین در بررسی‌هایی که صورت گرفت، پژوهشی ناهمسو با این یافته یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی-رفتاری رویکردی برای کمک به افراد در ایجاد ویژگی‌های مثبت است. در این رویکرد چنین تصور می‌شود که راه‌های زیادی برای کسب ویژگی‌های مثبت وجود دارد و هر فرد می‌تواند با تکیه بر نقاط قوت خود، یک مدل شخصی برای ایجاد ویژگی‌های مثبت، بسازد [۲۵]. به این صورت که در اولین قدم جست‌وجوی نقاط قوت پنهان در تجربیات روزمره مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد آموزش مهارت‌ها، افکار یا واکنش‌های هیجانی جدید به درمان‌جویان ضروری نیست، بلکه می‌توان به مراجع کمک کرد تا نقاط قوتی را که در حال حاضر دارا است شناسایی کرده، مدلی از سرمایه‌های روان‌شناختی را از این نقاط قوت موجود بسازد [۲۵]. به‌عنوان مثال برخی از افراد مهارت‌های حل مسئله خوبی همراه با حس شوخ‌طبعی انعطاف‌پذیر دارند و این نقاط قوت ممکن است پایه‌ای برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی باشد. باین حال اکثر مادران

مواجهه درمانی از دیگر فنون درمانی شناختی - رفتاری است که در جلسات گروهی به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد. در بیشتر موارد صحبت کردن درباره موقعیت‌های استرس‌زا چندان مفید نیست و ممکن است لازم باشد مادران یاد بگیرند از طریق مواجهه درمانی با ترس‌های خود به شیوه‌ای روشمند و ساختاریافته روبه‌رو شوند. علاوه بر این آموزش ادراک از خود، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی در این جلسات آموزش داده شد که پیامد این مهارت‌ها بهبود سلامت روان بود. در مجموع با توجه به اثربخشی مثبت درمان شناختی رفتاری بر بهبود تمامی ابعاد سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی) و سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) مادران کودکان ناتوان ذهنی، بر این اساس درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان الگویی مناسب، مطمئن و اثربخش در پیشگیری مشکلات روانی و ارتقاء سرمایه‌های روان‌شناختی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی به کار گرفته شود.

این پژوهش با محدودیت زیر روبه‌رو بود: تمرکز این مطالعه بر مادران (در بازه سنی ۲۵-۴۰ سال) دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی در دامنه سنی کمتر از ۱۰ سال مراجعه‌کننده به مدارس استثنایی و مؤسسات توان‌بخشی قم بود؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج آن به سایر افراد جامعه جوانب احتیاط رعایت شود. در همین رابطه انجام پژوهش‌های مشابه در سایر جوامع با انواع ناتوانی و با دوره‌های پیگیری در فواصل زمانی طولانی مدت توصیه می‌شود که می‌تواند میزان کارایی و اثربخشی این رویکرد درمانی را آشکار سازد.

پیشنهادها

بر اساس نتایج مطالعه پیشنهادهای کاربردی زیر قابل ارائه است:

با افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان آنان را در برابر مشکلات

مشکلات زندگی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی استفاده کنند. هنگامی که مادران تجربه استفاده از مدل شخصی را در آزمایش‌های برنامه‌ریزی شده داشته باشند، درمان به سمت جست‌وجوی فرصت‌های خود به خودی برای تمرین امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در موقعیت‌های روزمره تغییر می‌کند و مادران تشویق می‌شوند تا از رویدادهای منفی زندگی به‌عنوان فرصتی برای تمرین تاب‌آوری و امیدواری استقبال کنند. در پایان درمان برخی از مادران اظهار داشتند که این دیدگاه، زندگی را به یک تجربه «برد - برد» تغییر داده است؛ به طوری که اگر همه چیز خوب پیش برود، آن‌ها برنده می‌شوند؛ اگر همه چیز خوب پیش نرود، آن‌ها شانس دیگری برای «برنده شدن» با سرمایه‌های روان‌شناختی خود دارند. این دیدگاه اغلب مادران را قادر ساخت تا چالش‌های نگهداری از فرزند عقب‌مانده ذهنی خود را بپذیرند و به آن‌ها در غلبه بر اجتناب کمک کرد؛ بنابراین بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی نه تنها به آن‌ها کمک کرد مشکلات زندگی را مدیریت کنند، بلکه تعداد رویدادهای زندگی را که به‌عنوان تجربه بد تلقی می‌کردند، به حداقل رساند [۲۵].

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان ادعان داشت، راه‌های مفید و غیرمفیدی برای واکنش به یک موقعیت وجود دارد که اغلب بر اساس طرز فکر افراد در مورد آن‌ها تعیین می‌شود؛ به‌عنوان مثال داشتن یک کودک عقب‌مانده ذهنی می‌تواند مشکلات خانوادگی، سرخوردگی‌ها، آرزوها و رؤیاهای بر بادرفته، تحمل صحبت‌های دیگران، احساس خجالت و پنهان کردن کودک، محدودیت فعالیت‌های خانواده، مسائل مالی و... را موجب گردد [۲۶]. این می‌تواند منجر به احساس ناامیدی، تنهایی، افسردگی و ... در خانواده‌ها و به ویژه مادران این کودکان شود و آن‌ها را در یک چرخه منفی گرفتار کند. در جلسات درمانی شناختی - رفتاری به مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش داده شد به جای پذیرش این تفکر، می‌توانند بپذیرند که بسیاری از مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی هستند. علاوه بر این به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا کودکان خود را به‌عنوان افرادی با مهارت‌های خودیاری پایین بپذیرند. این امر موجب می‌گردد مادران محیط اجتماعی خود را پذیرنده‌تر در نظر بگیرند و نسبت به آینده خوش‌بین‌تر شوند.

- 5- Harms, PD. Krasikova, DV. Luthans, F. Not me, but reflects me: Validating a simple implicit measure of psychological capital. *Journal of Personality Assessment*, 2018; 100 (5), 551-62.
- 6- Pastor-Cerezuela, G. Fernández-Andrés, M. I. Pérez-Molina, D. & Tijeras-Iborra, A. Parental stress and resilience in autism spectrum disorder and Down syndrome. *Journal of Family Issues*, 2021; 42(1), 3-26.
- 7- Zhao, M. Fu, W. The resilience of parents who have children with autism spectrum disorder in China: a social culture perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*, 2022; 68(2), 207-218.

۸- سربلند، خیرالله. تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر دلبستگی کاری با نقش واسطه‌ای توانمندسازی روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳۹۸؛ ۲۰ (۳)، ۶۵-۷۶.

۹- آریاناکیا، المیرا؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد. اثربخشی درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشخوار فکری. *مجله روان‌شناسی*، ۱۳۹۵؛ ۷۸ (۲)، ۱۴۰-۱۵۶.

۱۰- شوشتری، آزاده؛ رضایی، علی محمد؛ طاهری، الهام. اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳۹۵؛ ۱۸ (۶).

11-Curwen. B. Palmer, S. Ruddell, P. Brief cognitive behavioral therapy. London: Sage. 2000.

ناشی از نگهداری فرزند کم‌توان مقاوم‌تر نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری و آموزشی کودکان عقب مانده ذهنی و همچنین مراکز مشاوره و روان‌درمانی برای بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی این مادران از رویکرد درمانی شناختی - رفتاری استفاده شود. سلامت روان ضعیف در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی احساس انزوا و محدودیت‌های مشارکت اجتماعی را باعث شده و در یک کلام کاهش بیشتر سرمایه اجتماعی فرد، خانواده و جامعه را باعث می‌شود؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری و آموزشی کودکان عقب‌مانده ذهنی و همچنین مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت بهبود سلامت روان این مادران از رویکرد درمانی شناختی - رفتاری استفاده شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی مادران مشارکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- ۱- فرامرزی، سالار؛ کریمی‌منش، ولی الهه؛ محمودی، مرتضی؛ فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر سلامت روانی خانواده کودکان با نقص ذهنی (۱۳۹۰-۱۳۹۱). *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۲؛ ۱۳ (۴).
- 2- Kerenhappachu, M. S, and G. Sridevi. Care giver's burden and perceived social support in mothers of children with mental retardation. *International journal of scientific and research publications*, 2014; 4 (4), 1-7.
- 3- World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Geneva: *World Health Organization*; 2016 Fact sheet 220; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, accessed 19 August 2017.
- 4- Ursua. M. P, Echegoyen. I. Self-Forgiveness, Self-Acceptance or intrapersonal Restoration? Open issues in the Psychology of Forgiveness. *Papeles Del Psicologo*, 2015; 36(3), 230-237.

- 18-Luthans, F. Youssef-Morgan, C. Avolio, B. J. Psychological capital: Developing the human competitive edge. New York: Oxford University Press, 2007.
- 19-Karatepe, OM, Karadas, G. The effect of psychological capital on conflicts in the work=family interface, turnover and absence intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 2014; 43, 132-43.
- 20-Karatepe, OM, Karadas, G. Do psychological capital and work engagement foster frontline employees' satisfaction? A study in the hotel industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 2015; 27(6), 1254-78.
- ۲۱- ضیاء‌الدینی، موحده. اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و توانمندسازی شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید باهنر کرمان T 1397.
- 22-Derogatis, L.R. Rickels, K. Rock, A. The scl – 90 and the MMPI a step in the validation of a new self – report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1984, 128,280- 289.
- ۲۳- انیسی، جعفر؛ اسکندی، محسن؛ بهمن‌آبادی، سمیه؛ نوحی، سیما؛ تولایی، عباس... هنجاریابی چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-۹۰-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *مجله روان‌شناسی نظامی*، ۱۳۹۳، ۱۷.
- ۲۴- فری، مایکل. راهنمای عملی شناختی درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام. تهران: رشد، ۱۳۹۷.
- ۱۲- دهقانی، یوسف. بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۳۹۵؛ ۲۶ (۱۳۵)، ۸۷-۹۷.
- ۱۳- معتمدی‌نیا، رضا. اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به درخودماندگی. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، مؤسسه آموزش عالی نیکان، ۱۳۹۵.
- ۱۴- رئیس، زهره؛ قاسم‌نژاد، سیده‌مدینه. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی زنان نابارور. چهارمین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روان‌شناسی ایران، تهران، ۱۳۹۷.
- ۱۵- نصیری تاکامی، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ طالع‌پسند، سیاوش. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی نوجوانان با علائم افسردگی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱۳۹۹؛ ۶ (۲)، ۷۹-۹۸.
- ۱۶- ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طالولی، آزاده. اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله روان‌شناسی*، ۱۳۹۳؛ ۷۲ (۴)، ۳۹۳-۴۰۷.
- 17- Quinn, GP, Keough, M. Experimental Design and Data Analysis For Biologists. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

26-Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellect Disability Res*, 2003; 47(5), 385-399.

25-Padesky, C. A. & Mooney, K. A. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2012, 19(4), 283-290.