

May-June 2021, Volume 10, Issue 3

## Comparison of the Effectiveness of "Cognitive-Behavioral Group therapy" with "Existential Group Therapy" on Mother-Child Relationships of Mothers of Exceptional Children

Nayreh Gholami<sup>1</sup>, Abdullah Shafiabadi<sup>2\*</sup>, Mohammad Mohammadipour<sup>3</sup>

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2- Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

**Corresponding author:** Abdullah Shafiabadi, Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

**Email:** a.shafiabady@yahoo.com

Received: 31 Aug 2020

Accepted: 30 Dec 2020

### Abstract

**Introduction:** Life is possible for human beings through interaction and communication, and the main source of communication for human beings are parents. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Cognitive-Behavioral Group Therapy" and "Existential Group Therapy" on mother-child relationships of mothers of exceptional children.

**Methods:** The method of the present study was quasi-experimental and pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of the study included all mothers with exceptional children in Qarchak city in Tehran province who had a primary school child aged 6 to 12 years, which according to statistics was 150 people. Data collection instruments were demographic questionnaire and "Mother-Child Relationship Evaluation". Content validity was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The pre-test was performed on 150 "mother-child relationship evaluation". Among 58 mothers who had communication problems (meaning a score less than 140 out of 240), 36 were randomly selected and in 3 groups, 12 were randomly selected. Communication problem meant a score less than 140 out of 240 of the total score of the questionnaire. The intervention groups were treated in 8 sessions of 90 minutes by "Cognitive-Behavioral Group Therapy" and "Existential Group Therapy". All three groups completed the "mother-child relationship assessment" as a pretest, posttest, and one-month follow-up. Data were analyzed using SPSS. 24.

**Results:** There is a difference between mother-child relationship in "Cognitive-Behavioral Group Therapy" and "Existential Group Therapy" and control. The results of pairwise comparison showed that the difference in scores between "Cognitive-Behavioral Group Therapy" on mother-child relationship and the control group was significant. In addition, this difference in the score of "Existential Group Therapy" and the control group was also significant ( $P \geq 0.01$ ). But there was no significant difference between the scores in "Cognitive-Behavioral Group Therapy" and "Existential Group Therapy". Intra-group comparison also showed the stability of the results over time.

**Conclusions:** "Cognitive-Behavioral Group Therapy" and "Existential Group Therapy" can improve mother-child relationships in mothers of exceptional children. Therefore, counselors and therapists can use this method to improve mother-child relationships.

**Keywords:** Improving Relationships, Mother-Child Group Therapy, Cognitive-Behavioral, Existential.

## مقایسه اثربخشی «گروه درمانی شناختی- رفتاری» با «گروه درمانی وجودی» بر روابط مادر- فرزند مادران کودکان استثنائی

نیره غلامی<sup>۱</sup>، عبدالله شفیعی آبادی<sup>۲\*</sup>، محمد محمدی پور<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.  
 ۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.  
 ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.  
**نویسنده مسئول:** عبدالله شفیعی آبادی، استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.  
**ایمیل:** a.shafiabady@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۹

### چکیده

**مقدمه:** زندگی برای انسان از راه تعامل و ارتباط ممکن می شود و اصلی ترین منبع ارتباطی برای آدمی والدین هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" بر روابط مادر- فرزند مادران کودکان استثنائی در سال ۱۳۹۸ بود.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مادران دارای کودکان استثنائی شهرستان چرچک در استان تهران بود که دارای کودک مقطع ابتدایی دارای سن ۶ الی ۱۲ سال بودند که براساس آمار ۱۵۰ تن بودند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی و "ارزشیابی رابطه مادر- کودک" (Mother-Child Relationship Evaluation) بود. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پیش آزمون بر روی ۱۵۰ تن "ارزشیابی رابطه مادر- کودک" اجرا شد. از بین ۵۸ تن از مادرانی که دارای مشکل ارتباطی بودند (معنی نمره کمتر از ۱۴۰ از نمره ۲۴۰)، ۳۶ تن به صورت تصادفی ساده انتخاب و در ۳ گروه هر کدام ۱۲ تن بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. گروه های مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" مورد مداخله گروه درمانی قرار گرفتند. هر سه گروه "ارزشیابی رابطه مادر- کودک" را بعنوان پیش آزمون، پس آزمون و پس از یک ماه پیگیری تکمیل کردند. داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

**یافته ها:** رابطه مادر- فرزندی در "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" و کنترل تفاوت وجود دارد. نتایج مقایسه زوجی نشان داد تفاوت نمره بین "گروه درمانی شناختی- رفتاری" بر "رابطه مادر- فرزندی" و گروه کنترل معنادار بود. علاوه بر، این تفاوت نمره "گروه درمانی وجودی" و گروه کنترل نیز معنادار بود ( $P \leq 0/01$ ). ولی تفاوت معناداری بین نمره در "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" وجود نداشت. همچنین مقایسه درون گروهی نشانگر پایداری نتایج در طول زمان بود.

**نتیجه گیری:** "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" می تواند موجب بهبود روابط مادر- فرزندی در مادران کودکان استثنائی شود دهد. بنابراین، مشاوران و درمانگران می توانند از روش مذکور برای بهبود روابط مادر- فرزندی استفاده کنند.

**کلیدواژه ها:** گروه درمانی، شناختی رفتاری، درمان وجودی، روابط مادر- فرزندی.

## مقدمه

خانواده نظامی پویا است که افرادی با احساس تعلق و هویت منحصر به فرد برای ایجاد یک محیط ام آن را تشکیل داده اند. این نظام، افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می کند. وجود یک اختلال در خانواده عملکرد کل خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). در اغلب خانواده ها به دنیا آمدن یک کودک باعث احساس شادکامی در خانواده می شود، اما به دنیا آمدن یک کودک دارای معلولیت، احساس ۲ گانه غم و شادی را به همراه دارد و عملکرد خانواده را به چالش می کشد (۲). این مشکلات بیشتر از همه مادر را در برابر مشکلات مربوط به بهداشت روان آسیب پذیر می کند (۳). به طوری که این مادران سلامت عمومی (۴)، روابط خانوادگی (۵) پایین تری را گزارش کرده اند. زندگی برای انسان از راه تعامل و ارتباط ممکن می شود و اصلی ترین منبع ارتباطی (communication source) برای کودکان، والدین هستند. ارتباط نیاز اساسی انسان است و هر تعاملی فرصتی برای دستیابی به ارتباط موثر و مشارکت در درک موضوع است که موجب دستیابی فرد به اهداف متقابلش می شود (۶). کودکان با ارتباط خانوادگی، ارتباط با دیگران، تفسیر رفتارهای دیگران، تجربه احساسات و فعالیت های ارتباطی با دیگران را یاد می گیرند (۷).

رابطه والد - فرزند (parent-child relation) بسیار مهم و حائز اهمیت است. کنش های متقابل میان والدین و فرزندان، اساس تحول عاطفی کودک را تشکیل می دهد و این کنش متقابل در تمام مراحل عمر خود نمایی می کند (۸). هر اندازه میزان تعارض بین والدین و کودکان بیشتر باشد، میزان هیجان های منفی و مشکلات رفتاری در کودکان نیز افزایش می یابد و این ارتباط آشفته، ناسازگاری و سبب تعارض میان والدین و کودکان می شود (۹). مادران کودکان دارای مشکل، تنش بیشتری را در مقایسه با پدران گزارش کرده اند. دلیل احتمالی این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می گیرند (۵). نحوه تعامل بین مادر و فرزندان را با چالش هایی رو به رفته است. این مشکلات رفتاری که تحت عنوان مشکلات بین فردی شناخته می شوند به مشکلات عود کننده ای اشاره دارد که اعضای خانواده به دلیل پاسخ های ناسازگار خاص و رفتارهای مقابله ای در روابط بروز می دهند که منجر به یک سبک تعاملی ناکارآمد و دردرساز می شود (۱۰). امیری مجد و همکاران (۱۱) به مشکلات ارتباطی میان مادر و فرزندان به ویژه

فرزندان استثنائی به عنوان یکی از مشکلات پیش روی این گونه خانواده ها اشاره کرده اند. یافته های پژوهش نشان داده است که الگوی ارتباطی نادرست مادر - فرزند با خود ناتوان پنداری، اختلال های خوردن، اضطراب و مشکلات روان تنی در فرزندان ارتباط دارد (۱۲). نتایج پژوهش هایی که بیشتر درمانگران درباره اختلالات عاطفی کودکان استثنائی انجام داده اند نشان می دهد که علت بیشتر این اختلال ها، اختلال در نحوه تعامل مادر و فرزند بوده است (۱۳). بنابراین، از جمله مواردی که می تواند تضمین کننده سلامت روان این مادران باشد انجام مداخله های درمانی در جهت ارتقای روابط مطلوب بین مادران و فرزندان است. مداخله های گروهی می تواند سبب تحکیم روابط والدین و فرزندان بشود و خطرات پیشرفت مشکلات رفتاری و نتایج منفی در زندگی را کاهش دهد. علاوه بر این، گروه درمانی تعامل والدین با فرزندان را افزایش داده و باعث ارتقای روابط خانوادگی و سلامت روان در آن ها می شود (۱۴).

از جمله درمان های موثر بر روابط والد فرزند می توان به «گروه درمانی شناختی- رفتاری» (Cognitive-Behavioral Group Therapy) و «گروه درمانی وجودی» (Existential Group Therapy) اشاره نمود. «گروه درمانی شناختی- رفتاری» یک مداخله روانشناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس ها، رفتارها و نشانه های جسمانی درمانجویان است. هدف روش های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش های جایگزین، تفکر در راستای بهبود روابط و روش هایی برای حفظ این روش هاست. این درمان بر زمان حال، افکار و رفتارهای اینجا و اکنون تمرکز دارد و از نظریه شناختی (Cognitive Theory Aaron Beak) اقتباس شده است. در طی سال ها فرم های گوناگونی از درمان شناختی- رفتاری توسط نظریه پردازان از جمله Beak Aaron, Donald Mitchenbaum و Albert Ellis, Arnold Lazarus گسترش یافته است (۱۴).

«درمان شناختی - رفتاری» شامل روش هایی است که راهکار های رفتاری و شناختی را با هم تلفیق می کند. بنابراین، «نظریه شناختی- رفتاری» بر این فرض مبتنی است که افکار، احساسات و رفتارهای فرد درهم تنیده هستند و برای درک و حل مشکلات مراجعان اهمیت دارند. به طور ویژه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر این اساس است که آشفتگی هیجانی، ناشی از نظام باورهای ناکارآمد است (۱۵).

از سوی دیگر، درمانگران وجودی در تلاش اند تا به جای

استثنائی، نتایج پژوهش مهاجری و همکاران (۲۲) نشان داد که کیفیت زندگی مادران کودکان با نیازهای ویژه (به دلیل مشکلات ناشی از فرزندشان) از سطح پایینی برخوردار می باشد. همینطور پژوهش یغمایی و ندولو (۲۳) نشان داد که کیفیت زندگی کاری معلمان دانش آموزان استثنائی از سطح مناسبی برخوردار نبوده است.

نتایج پژوهش ها نشانگر اثربخشی «گروه درمانی شناختی- رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» بر جنبه های مختلف روانشناختی افراد در گروه های مختلف است. از جمله می توان به پژوهش های ذیل اشاره کرد: Margiotta (۲۴) در پژوهش خود نشان داد «گروه درمانی وجودی» موجب کاهش افسردگی می شود. کاظمی طاسکوه (۲۵) در پژوهش خود نشان داد که «گروه درمانی شناختی- رفتاری» در افزایش شادکامی مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه تاثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش های یاری (۲۶) و Gady (۲۷) نشان داد «گروه درمانی وجودی» موجب کاهش افسردگی و بهبود روابط در بین والدین و فرزندان می شود. بررسی پیشینه های پژوهشی نشانگر پژوهش در زمینه اثربخشی «گروه درمانی شناختی- رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» بر جنبه های مختلف روانشناختی اعضای خانواده های سالم بوده است و پژوهش های اندکی به بررسی وضعیت خانواده ها بویژه مادران کودکان استثنائی پرداخته است. نتایج بررسی های پژوهشگر نشانگر عدم وجود پژوهش با عنوان پژوهش حاضر می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «گروه درمانی شناختی- رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» بر روابط مادر- فرزند مادران کودکان استثنائی در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

### روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان استثنائی شهرستان قرقچک در استان تهران در مقطع ابتدایی سن ۶ الی ۱۲ سال بود که براساس آمار ۱۵۰ تن بودند. روش نمونه گیری به صورت تمام شماری بود. ملاک ورود به مطالعه پایین بودن نمره رابطه مادر - کودک، داشتن فرزند استثنائی، توانایی شرکت در جلسات و علاقمند بودن به شرکت منظم در جلسات آموزشی، عدم شرکت قبلی یا همزمان در کلاس های آموزشی مشابه و عدم ابتلا به اختلال روانشناختی حاد بود. همچنین ملاک های خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه ها در مراحل اجرای پژوهش، غیبت بیش از یک

کاهش دادن درد عاطفی مراجعان، به آن ها در هموار کردن مسیرهای سازنده ی مناسب دردها و مشکلاتشان کمک کنند (۱۶). کمک به مراجع در کشف توانایی هایی که به نظر می رسد قبلا وجود نداشتند، یک تجربه ذاتی قدرتمند برای افرادی است که احساس ناتوانی و تهی بودن دارند (۱۷). درمان وجودی رویکردی فلسفی درباره مردم و بودنشان داشته و به موضوعات مهم زندگی می پردازد. این شیوه از درمان بر خصلت اجتماعی وجود انسان تاکید می کند و هستی با دیگران را جزء بنیادی و پیشتاز وجود قلمداد می کند. درمان وجودی یکی از شیوه های مداخله است که در مطالعات متعدد اثربخشی آن در کاهش بسیاری از مشکلات روانشناختی نشان داده شده است. این نوع از درمان ساختار، مطلوبی را درباره ماهیت وجودی انسان، تنهایی (alone)، انزوا (isolation)، اضطراب (anxiety) و ناامیدی (frustration) مطرح می کند و به جای سلب اختیار فرد بر رابطه فرد با درمانگر و دیگران و رویارویی صادقانه با تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه از طرف فرد تاکید دارد (۱۸).

با توجه به اهمیت نقش مادر طی سال های اولیه رشد بر شخصیت کودک، لزوم آگاهی به موقع مادران جهت اصلاح رفتارهای مادرانه احساس می گردد. این مسئله کمک بسزایی طی دوره حساس رشد جهت بهینه سازی مسیر شکل گیری شخصیت می نماید که حاصل تعامل مادر- کودک می باشد.

مداخله و آموزش به موقع الگوی صحیح رفتار مادرانه حائز اهمیت می شود و از این طریق می توان به کاهش مشکلات یا تغییر سبک ارتباطی در طی دوران حساس رشد دست یافت (۱۹). Barlow & Parsons (۲۰) بر تاثیر کیفیت رابطه والد- کودک بر رشد، از این لحاظ که شرایطی را برای برقراری الگوهای سالم و کارکردی در کودکی و بزرگسالی مهیا می سازد، تاکید می کنند. یکی از مهم ترین وظایف والدین در هر خانواده، پدید آوردن شرایطی است که «سلامت روانی» کودک تأمین شود. بعبارت دیگر، پدر و مادر موظف هستند که بهداشت روانی کودکان خویش را تأمین کنند. اکثر کارشناسان بهداشت روان، عقیده دارند که ریشه بیشتر بیماری های روان، اختلالات عاطفی و رفتاری را باید در خانواده فرد و دوران کودکی جست و جو کرد؛ زیرا که بنیان حالات روانی انسان، در دوران کودکی پایه ریزی می شود. محیط خانواده، می تواند عامل تشویق کننده و یا بازدارنده در مراحل رشد روانی و شناختی کودک باشد. در این میان پدر و مادر مهمترین نقش را به عهده دارند (۲۱). در خصوص شرایط مادران و معلمان کودکان

جلسه بود.

در پیش آزمون مادران کودکان استثنائی پرسشنامه «ارزشیابی رابطه مادر- کودک» تکمیل کردند. ۵۸ تن از مادران دارای مشکل ارتباطی بودند و نمره پایین تر از ۱۴۰ از نمره ۲۴۰ براساس راهنمای پرسشنامه دریافت کردند. ۳۶ تن از بین افرادی که نمره پایین داشتند به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه کشی انتخاب و در ۳ گروه «گروه درمانی شناختی- رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» و گروه کنترل، هر کدام ۱۲ تن بصورت تصادفی انتخاب شدند. لازم به ذکر است که افراد گروه درمانی می تواند ۶ تا ۱۲ تن باشد (۲۸).

داده های با ابزار های زیر جمع آوری شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و تعداد فرزندان بود.

«ارزشیابی رابطه مادر- کودک» (Mother-Child Relationship Evaluation) توسط Rath در سال ۱۹۶۱ در آژانس مطالعاتی روان شناختی غرب (Psychological Studies Agency) طراحی شد که دارای ۴ زیر مقیاس شامل: پذیرش (acceptance)، بیش حمایتگری (overprotection)، سهل گیری بیش از حد (over indulgence)، طرد (Rejection) می باشد (۲۹). این ابزار دارای ۴۸ عبارت می باشد هر زیر مقیاس دارای ۱۲ عبارت است. نمره گذاری عبارت ها بدین صورت است که عبارت های ۱ الی ۳۹ کاملاً موافقم ۵، موافقم ۴، نمی توانم تصمیم بگیرم ۳، مخالفم ۲، مخالفم ۱ است.

عبارت های ۴۰ الی ۴۸، کاملاً موافقم ۱، موافقم ۲، نمی توانم تصمیم بگیرم ۳، مخالفم ۴، کاملاً مخالفم ۵. کمترین نمره کل مقیاس ۴۸ و بالاترین نمره کل مقیاس ۲۴۰ می باشد و نقطه برش براساس راهنمای پرسشنامه ۱۴۰ می باشد. تفسیر نمره بالا نشانگر ارتباط سالم و نمره پایین نشانگر ارتباط ناسالم بین مادر - کودک می باشد. سطح بندی نمره ها گزارش نشده است.

Rath روایی سازه «ارزشیابی رابطه مادر- کودک» را در بین ۸۰ تن از مادران دارای سنین ۲۵ تا ۳۵ سال به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی اندازه گیری کرد. نتایج ۴ زیر مقیاس پذیرش، بیش حمایت گری، سهل گیری بیش از حد و طرد را تایید کرد. پایایی به روش همسانی درونی محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق در مقیاس های پذیرش ۰/۸۱، بیش حمایت گری ۰/۷۵، سهل گیری بیش از حد ۰/۷۹ و طرد ۰/۸۶ بدست آمد (۲۹).

Whitman & Zachary در پژوهش خود بر روی ۱۸۰ مادر کودکان پیش دبستانی در آمریکا اجرا کرد. روایی سازه

«ارزشیابی رابطه مادر- کودک» از طریق تحلیل عاملی تاییدی، ۴ زیر مقیاس فوق را تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق در زیر مقیاس های پذیرش فرزند ۰/۸۲، طرد فرزند ۰/۷۶، سهل گیری بیش از حد ۰/۷۴، بیش حمایتگری ۰/۸۸ بدست آمد (۳۰).

در ایران پرهیزکار مقیاس «ارزشیابی رابطه مادر- کودک» بر روی ۱۰۰ مادر کودکان دبستانی اجرا نمود. روایی محتوا به روش کیفی توسط ۱۰ تن از مدرسین گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران مورد تایید قرار گرفت و پایایی به روش ۲ نیمه کردن سوالات بصورت زوج و فرد ۰/۹۳ بدست آمد (۳۱). ضمیری (۳۲) روایی مقیاس «ارزشیابی رابطه مادر- کودک» مقیاس توسط ۱۰ تن از مدرسین گروه روانشناسی دانشگاه آزاد واحد رودهن مورد تایید قرار گرفت و پایایی به روش ۲ نیمه کردن بر روی ۲۰۰ تن از مادران کودکان پیش دبستانی تهران اجرا شد و برای زیر مقیاس های آن به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۵۷، ۰/۵۲ و ۰/۵۳ بدست آمد.

در پژوهش حاضر، شاخص روایی محتوا «ارزشیابی رابطه مادر- کودک» توسط ۷ تن از مدرسین گروه های روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد واحد بجنورد براساس طیف ۳ قسمتی شامل: مربوط بودن، واضح بودن، ساده بودن (۳۳) ۷۳ درصد بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۵۰ تن از مادران دارای کودک استثنائی برای زیر مقیاس های پذیرش فرزند، حمایت بیش از حد، سهل گیری بیش از حد، طرد فرزند به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۷۷، بدست آمد. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوز لازم از اداره آموزش و پرورش شهرستان قرچک و انتخاب آزمودنی ها، هدف پژوهش به مادران توضیح داده شد و از آن ها رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش دریافت شد. بدلیل اینکه مدارس تک شیفتی بودند، جلسات در ساعت ۳ الی ۴/۳۰ بعد از ظهر خارج از ساعت کاری اجرا می شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پس از شرح اهداف پژوهش، در زمینه محرمانه بودن اطلاعات و حفظ رازداری به آزمودنی ها اعلام شد که از اطلاعات جمع آوری شده تنها برای پژوهش حاضر استفاده خواهد شد؛ لذا نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در بالای پرسشنامه ها نبوده و آزمودنی ها تنها با کد مشخص می شوند. به آزمودنی ها اعلام شد در طی جلسات به هر پرسشی که در رابطه با شیوه کار باشد، پاسخ داده خواهد شد

قرار گرفتند و بعد از پایان فرآیند پژوهش، گروه کنترل نیز مورد آموزش قرار گرفتند. ساختار جلسات مداخله «گروه درمانی شناختی-رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» از منابع علمی در هر روش تهیه شد که روایی و پایایی آن‌ها مورد تایید می باشد (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸). همچنین روایی محتوای آن‌ها مورد تایید همکاران پژوهش حاضر و ۷ تن از مدرسین گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد قرار گرفت.

و آن‌ها برای انصراف از رضایت خود و عدم تداوم همکاری در طی جلسات در هر زمانی آزاد هستند. گروه‌های مداخله به مدت ۲ ماه، طی هشت جلسه (هفته ای یک جلسه) ۹۰ دقیقه ای با روش «گروه درمانی شناختی-رفتاری» و «گروه درمانی وجودی» در یکی از مدارس شهرستان قرچک در روزها و ساعت‌های جداگانه آموزش دیدند. در جلسه آخر پس از یک ماه پس از آن آزمون پیگیری اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار، به مدت ۳ ماه، آموزش

محتوای جلسات «گروه درمانی شناختی-رفتاری»

جلسات	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، آشنایی با اصول نظریه شناختی-رفتاری انجام شد.	اجرای پیش آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، آموزش مبانی نظریه شناختی-رفتاری، آشنایی با الگوی C-B-A با ذکر مثال ارائه گردید.	تکلیف جلسه فکر کردن و نوشتن نوع نگرش خود به زندگی و مشکلات زندگی بود.
جلسه دوم	هدف جلسه آموزش رویدادهای فعال ساز (A: Activat-ing Events) - باور ها: B (Beliefs) پیامد (C: Conse-quences) C-B-A با طرح پرسش های چالشی بود.	مرور تکلیف جلسه قبل، ادامه آموزش رویداد های فعال ساز- باور - پیامد C-B-A با ذکر مثال هایی از زندگی روزمره، طرح پرسش های چالشی و کمک به اعضا برای شناسایی خطاهای فکری و ارائه پاسخ های جایگزین بود.	در مورد واکنش خود به داشتن فرزند نیاز ویژه و نوع تفکراتتان به طور مفصل بنویسید-افکاری که آن موقع داشتید تا چه حد خوش بینانه بود؟ الان چطور است؟
جلسه سوم	افکار خود آیند منفی مطرح شد، خطاهای شناختی رایج آشنایی و شناسایی شد.	مرور تکلیف جلسه قبل، طرح افکار خود آیند منفی، آشنایی و شناسایی خطاهای شناختی رایج و برگه ثبت افکار ناکارآمد ارائه شد.	تا هر قدر می توانید، افکاری که به صورت همیشگی وارد ذهنتان می شود را شناسایی کنید.
جلسه چهارم	هدف جلسه باورها درجه بندی شد و شواهد جایگزین کردن ذکر شد.	تکلیف جلسه قبل مرور شد، باورهای منفی بر روی مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه بندی شد، برای واقعی و منطقی بودن افکار شواهدی ذکر شد، باورهای منفی با افکار واقعی و منطقی توسط اعضا گروه جایگزین کنند.	افکار شادکننده و غمگین کننده در طول هفته را شناسایی کنید.
جلسه پنجم	هدف جلسه آموزش روش تن آرامی، تمرین تن آرامی بود.	تکلیف جلسه قبل مرور شد، آموزش روش تن آرامی به روش جاکوبسون (عضلانی)، تن آرامی در جلسه مشاوره گروهی با مشارکت اعضا (برای اطمینان از درک صحیح روش) تمرین کنند.	به افکارتان توجه کنید و برای هر باور انجام دسته بندی درجه مقیاس هیجانی را ادامه دهید
جلسه ششم	هدف جلسه آموزش روش حل مسأله بود.	تکلیف جلسه قبل مرور شد، آموزش روش حل مسأله آموزش داده شد، توضیح تکنیک با مثال های ملموس از زندگی اعضای گروه ارائه شد، یک مشکل فرضی و حل آن با شیوه حل مسأله ارائه شد.	باورها منطقی و غیر منطقی خود در طول هفته گذشته شناسایی کنند
جلسه هفتم	هدف جلسه روش ایفای نقش، تمرین شناسایی شناخت های غیر منطقی بود.	تکلیف جلسه قبل مرور شد، روش ایفای نقش، مشارکت تک تک اعضای گروه در بازی نقش آموزش داده شد، مشکلات فرضی یا واقعی و حل آن با استفاده از ایفای نقش مطرح شد، شناسایی شناخت ها، شناسایی شناخت های غیر منطقی تمرین شد، به چالش کشیدن آن ها و جایگزین کردن آن ها با باورهای منطقی، صحنه ها با خودگویی هاو افکار مثبت دوباره تمرین شد.	ثبت روزانه افکار ناکارآمد (daily recording of dys-functional thoughts) در طول هفته برای موقعیت های گوناگون تکمیل کنند.
جلسه هشتم	هدف جلسه ادامه بازی نقش و تمرین آن جمع بندی و مرور کلی بحث های جلسات گذشته بود.	تکلیف جلسه قبل مرور شد، ادامه بازی نقش و تمرین آن توسط تمام اعضای گروه انجام شد، جمع بندی و مرور کلی بحث های جلسات گذشته، ایجاد آمادگی برای بکار گرفتن روش های آموخته شده در شرایط زندگی واقعی ارائه شد، در آخر پس آزمون اجرا شد. - خلاصه ای از جلسه قبل مرور شد. - مراحل پایان دهی یک گفتگو توضیح داده شد. - تمرین مراحل پایان دهی گفتگو توسط اعضای گروه انجام شد.	تلاش مستمر برای حفظ وضعیت و موقعیت بدست آمده، به عبارت دیگر خوددرمانی با تغییر شیوه زندگی ارائه شد.

محتوای جلسات "گروه درمانی وجودی"

جلسات	اهداف	محتوی	تکلیف
جلسه اول	اعضای گروه با قواعد و هنجارها آشنا شدند، گروه درمانی تحلیل وجودی بررسی نگرانی ها و نظرات اعضا تبیین شد.	اهداف) اعضای گروه با فرآیند گروه درمانی، قواعد و هنجارها آشنا شدند و زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا ایجاد شد. شیوه ها(شکل گیری مشکلات براساس تحلیل وجودی، گروه درمانی تحلیل وجودی تبیین شد. قواعد و هنجارهای گروه معرفی شد، نگرانی ها و نظرات اعضا نسبت به مسایل مطرح شده بررسی شد).	- انتظارات خود را از جلسه بیان کنید. و احساسات خود را نسبت به جلسه بنویسید و بیاورید (تکلیف ثابت تمام جلسات می باشد) - در مورد برخورد و -نوع شکل دادن به زندگی تان فکر کنید و سهمتان را در معنی دادن و تعیین اثرات مشکلات بر خودشان را بگویند. - به نظر شما چطور می توانید به سلامت روان دست پیدا کنید و تعریفان از سلامت روان چیست؟
جلسه دوم	هدف جلسه ایجاد محیط اجتماعی حمایت کننده برای تبادل افکار و احساسات، احساس جداماندگی احتمالی شایع در این مادران کاهش یابد، سوگواری برای داشتن فرزندی با نیاز ویژه تسهیل شود، تمرکز برای ایجاد محیط و فضایی که اعضای گروه به عنوان مادرانی با فرزندان نیاز ویژه یکدیگر را بشناسند و راحت تر با یکدیگر رابطه برقرار کنند.	معرفی مفهوم اضطراب های وجودی و تفاوت آن با اضطراب های نوروتیک با استفاده از مضامینی که درمانجویان در حین تعریف داستان خود به آن ها اشاره کرده بودند. شرایط لازم برای یادگیری روش شناخت و پذیرش احساسات مختلف از جمله اضطراب وجودی، ترس، اندوه، ترس، احساس گناه فراهم شود.	از اعضا خواسته می شود بر روی کاغذ دو ستون ایجاد کرده و اضطراب های بهنجار خود را از دیگر اضطراب ها جدا کرده بنویسند. سپس به سوالات زیر پاسخ دهند: آیا می توانم اضطراب وجودی بهنجار را از دیگر اضطراب ها در زندگی تشخیص دهم؟ آیا می توانم با اضطراب خود مواجه شوم؟
جلسه سوم	هدف جلسه فراهم نمودن محیط اجتماعی حمایت کننده برای تبادل افکار و احساسات، سوگواری برای داشتن فرزندی با نیاز ویژه تسهیل شود، و کاهش احساس جداماندگی احتمالی شایع در این مادران، ایجاد محیط و فضایی که اعضای گروه به عنوان مادرانی با فرزندان نیاز ویژه یکدیگر را بشناسند و راحت تر با هم رابطه برقرار کنند، بود.	ریشه اضطراب بشر، مسائل جنسی یا پرخشگری نیست بلکه آگاهی از وجودشان است. به بیان دیگر، وجود انسان - با همه عدم حتمیت، درد، آزادی و بی معنا بودنش - ممکن است آنقدر برای فرد تهدید کننده باشد که او را بر این وادار کند که برای انکار وارونه نشان دادن این واقعیت از راه رفتارهای وسواسی تلاش کند.	از اعضا خواسته می شود بر روی کاغذ ۲ ستون ایجاد کرده و اضطراب های بهنجار خود را از دیگر اضطراب ها جدا کرده بنویسند. سپس به سوالات زیر پاسخ دهند: آیا می توانم کاری را انجام دهم که تا کنون انجام نداده ام؟ آیا می توانم با تناقضات زندگی خود شامل زندگی و مرگ، موفقیت و شکست، اختیار و محدودیت اطمینان و تردید کنار بیایم؟
جلسه چهارم	هدف اصلی آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی است که فرد باید نسبت به آن آگاهی پیدا کرده و به جای انکار و تحریف آن در جهت پذیرش بکوشد.	صحبث راجع به مرگ و نظر هر یک از اعضا در مورد مرگ و تعریف شان از مفهوم مرگ، سپس بگویند که فکر کردن به مرگ چه تأثیری بر زندگی آن ها دارد و چه نقشی در پویایی زندگی و خلاقیت ایجاد میکند. اینکه وجود مرگ چه تأثیری بر روابطشان با فرزندشان تصور کنند که بعد از یک ساعت قرار است از هم برای همیشه جدا شوند.	تا هفته بعد به این سوال خوب فکر کنید و به آن پاسخ دهید: تا چه اندازه مرگ خودتان یا به عزیزانتان فکر کرده اید؟
جلسه پنجم	هدف آشنا شدن با وضعیت مادران دارای فرزندان با مشکلات جسمی و روانی بررسی معنی زندگی، احساس خلاء، ناامیدی، پوچی و فقدان انگیزه در مادران بود	وضعیت زندگی مادران، نقش دیگران در وضعیت و اتفاقات بوجود آمده، وضعیت انتخاب های مادران و نقش آن ها در احساس ناامیدی و فقدان انگیزه مادران بررسی شد.	به این سوال جواب بدید که تا چه اندازه احساس می کنید بر زندگی تان کنترل دارید؟ درمورد سوالات زیر فکر کرده و به آن ها پاسخ دهید. نقش من در اتفاقات زندگی ام چیست؟ دیگران در این زمینه چه نقشی دارند؟ چه انتخاب هایی در زندگی می توانم داشته باشم؟
جلسه ششم	هدف جلسه آشنایی با مفهوم آزادی و مسئولیت، چگونه آزادانه و مسئولانه عمل کردن در برابر مشکلات کودک با نیازهای ویژه بود.	مادران به پذیرش مسئولیت و پی بردن به اهداف زندگی خود بپردازند. فرایندی که اگر به درستی و واقع بینانه طی نشود می تواند به مقصر دانستن دیگران و بی مسئولیتی خود منتهی شود. مفهوم آزادی فراتر از مسئول بودن در برابر دنیا بررسی شود.	چه مسئولیتی در برابرانتخاب هایم دارم؟ آیا توانایی انتخاب کردن از میان موارد متعدد را دارم؟ آیا خود را در برابر انتخاب هایم مسئول می دانم؟ از اعضا خواسته می شود که معنای خود را در زندگی تعیین کرده و بنویسند و سپس در مورد سوالات زیر فکر کرده و به آن ها پاسخ دهند : معنای من در زندگی چیست؟ آیا در زندگی خود معنایی دارم؟ آیا برای رسیدن به اهداف و معنایم تلاشی کرده ام؟ چه موانعی ممکن است در راه رسیدن به معنا وجود داشته باشد؟ اگر مانعی وجود داشت آیا توانایی ادامه دادن و ساختن معنا در زندگی را دارم ؟

جلسه هفتم	هدف جلسه تلاش برای ارتقای خودآگاهی در جهت درک توانایی ها و محدودیت ها در خصوص اتخاذ تصمیم های درست بود.	داشتن خودآگاهی سبب شده که ما از سایر حیوانات جدا شویم. ما به عنوان انسان می توانیم بیانپذیریم و تصمیم گیری کنیم زیرا که قادر به خودآگاهی هستیم. هرچه آگاهی ما بیشتر باشد امکانات ما برای آزادی بیشتر است.	راه های ارتقای میزان خودآگاهی و میزان رضایت فرد از این سطح از خودآگاهی را بنویسند.
جلسه هشتم	هدف جلسه بررسی و آگاهی از سه شیوه بودن و نقش آن در ارتباط بین فرزند و مادر، نقش زمان با هم بودن در سطح کیفیت روابط مادر فرزندی و میزان هویت فردی و نقش آن در احساس تنهایی و روابط مادر و فرزند بود.	وجودگرایان برای بودن در این دنیا سه شیوه را متصورند. دنیای زیست شناختی یا محیط است و به معنای « دنیای روابط » است و حوزه روابط انسانی را شامل می شود. تمام حیوانات و انسانها این دنیا را دارند، که سائق ها، غرایز، قوانین طبیعی و چرخه هایی چون خواب و بیداری و زندگی و مرگ را پوشش می دهد.	فکر می کنید چقدر در قبال فرزند خود از خود گذشتگی دارید؟ چقدر مشکلات در احساس تنهایی شما موثر بوده است؟

تن دارای ۳ فرزند یا بیشتر بودند. در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس چند راهه (مختلط) نتایج آزمون چولگی نشانگر این بود که در همه زیر مقیاس های روابط والد-فرزندی در بازه بین ۲- و ۲ و کلیه ضرایب کشیدگی بین ۲- و ۲ قرار دارد. بنابراین، شرط اولیه برای نرمال بودن نمره زیر مقیاس های روابط والد-فرزندی وجود دارد. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند. این یافته ها به ترتیب حاکی از آن هستند که فرض برابری واریانس ها برقرار است. مقدار آزمون کرویت ماچلی (Mauchly's test of sphericity) (۰/۹۵) در سطح خطای کوچک تر از ۰/۰۵ معنادار نیست. لذا می توان کرویت ماتریس واریانس - کواریانس متغیر وابسته را پذیرفت. بنابراین، شرایط استفاده از تحلیل و تحلیل کواریانس وجود دارد. میانگین و انحراف معیار نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های مداخله و کنترل در متغیر روابط مادر-فرزند در (جدول ۱) به تفکیک ارائه شده است.

برای افراد گروه کنترل هم بعد از انجام آزمون پیگیری جلسات آموزشی برگزار شد. در پایان کار پژوهش گواهی شرکت در آموزش گروهی برای افراد هر ۳ گروه صادر گرد. داده ها بوسیله آزمون تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس چند راهه (مختلط) Multivariate با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه مداخله ۱ "گروه درمانی شناختی- رفتاری" به ترتیب (۴۳ و ۴/۶۵) سال گروه مداخله ۲ "گروه درمانی وجودی" (۴۰/۴۴ و ۳/۹۶) و گروه کنترل (۲۲/۴۶ و ۴/۰۸) سال بود. تعداد فرزندان گروه مداخله ۱، ۳ تن یک فرزند و ۶ تن دارای ۲ فرزند، ۳ تن دارای ۳ فرزند یا بیشتر بودند. تعداد فرزندان گروه مداخله ۲، ۲ تن یک فرزند و ۷ تن دارای ۲ فرزند، ۳ تن دارای ۳ فرزند یا بیشتر بودند. تعداد فرزندان گروه کنترل، ۳ تن یک فرزند و ۶ تن دارای ۲ فرزند و ۳

جدول ۱: شاخص های توصیفی زیر مقیاس های روابط مادر - فرزند در گروه های مداخله و کنترل

زیر مقیاس ها	مراحل	گروه مداخله ۱ (شناختی - رفتاری)		گروه مداخله ۲ (وجودی)		کنترل	
		SD	M	SD	M	SD	M
پذیرش	پیش آزمون	۳/۳۰	۲۸/۰۷	۲/۹۸	۲۹/۵۰	۳/۶۳	۲۸/۴۱
	پس آزمون	۳/۳۱	۶۴/۰۷	۲/۷۹	۶۵/۳۳	۳/۷۰	۵۲/۸۳
	پیگیری	۳/۷۲	۶۵/۶۶	۲/۵۴	۶۵/۷۵	۳/۶۵	۵۳/۳۳
بیش حمایتگری	پیش آزمون	۲/۱۶	۲۲/۵۳	۲/۳۴	۱۹/۹۱	۱/۸۶	۲۰/۵۰
	پس آزمون	۳/۴۷	۴۰/۳۸	۳/۳۰	۳۷/۱۶	۲/۲۴	۲۱/۹۱
	پیگیری	۳/۳۳	۴۱/۴۶	۳/۳۱	۳۸/۵۸	۲/۲۶	۲۱/۲۱
سهل گیری بیش از حد	پیش آزمون	۳/۷۷	۱۹/۵۳	۲/۲۶	۲۱/۳۳	۲/۲۶	۲۱/۰۸
	پس آزمون	۴/۷۶	۳۸/۱۵	۳/۵۳	۳۷/۴۱	۲/۵۳	۲۱/۵۰
	پیگیری	۴/۸۸	۴۰/۴۶	۳/۳۶	۳۹/۸۳	۲/۵۵	۲۱/۱۶
طرد	پیش آزمون	۲/۹۸	۱۹/۷۶	۳/۷۸	۱۸/۸۵	۳/۰۳	۲۰/۶۶
	پس آزمون	۳/۷۹	۴۱/۳۸	۳/۲۰	۳۸	۲/۱۴	۲۱/۶۶
	پیگیری	۳/۰۳	۴۳/۵۳	۳/۱۲	۴۱/۵۰	۲/۲۳	۲۰/۳۳



که در پژوهش مداخله با ۳ سطح مداخله "گروه درمانی شناختی- رفتاری"، "گروه درمانی وجودی" و گروه کنترل و یک عامل درون گروهی (که در اینجا وجود ۳ سطح (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را شامل می شود. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نمره زیر مقیاس های روابط مادر - فرزندی در گروه های مداخله و کنترل نشان می دهد که در بین گروه های مداخله و کنترل حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنا داری وجود دارد. مجذور اتا آزمون لامبدای ویکلز ۳۴ درصد است، یعنی ۳۴ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها گروه ناشی از تاثیر متغیرهای مستقل می باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند راهه در بین گروه های مداخله و کنترل در زیر مقیاس های روابط مادر- فرزندی در (جدول ۲) گزارش شده است.

همان گونه که در (جدول ۱) نشان داده شده است روابط مادر - فرزندی دارای ۴ بعد است که هر یک از آن ها به صورت مستقل از ابزار استخراج می شود. برای بررسی و تحلیل از روش آزمون تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس چند راهه (مختلط) Multivariate استفاده شده است. تحلیل واریانس مختلط در پی آن است که اثر متغیر پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری و اثر اصلی متغیرهای آموزش ها را در گروه های مداخله و کنترل، به همراه هرگونه تعامل احتمالی موجود بین این ۲ متغیر را کشف کند. تحلیل واریانس مختلط ۲ راهه به یک متغیر مستقل همبسته (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و یک متغیر ناهمبسته (گروه درمانی شناختی - رفتاری، گروه درمانی وجودی و گروه کنترل) نیاز دارد. این روش زمانی به کار می رود که پژوهش یک عامل بین گروهی

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند راهه در بین گروه های مداخله و کنترل در زیر مقیاس های روابط مادر - فرزندی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

زیر مقیاس ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig Pvalue	مجذور سهمی اتا (Eta)
پذیرش	درون گروهی	۱۱۰۷۹/۶۸	۲	۵۵۳۹/۸۴	۱۵۲/۰۶	۰/۰۰	۰/۷۵۴
	خطا	۳۶۰۶/۵۸	۹۹	۳۶/۴۳			
بیش حمایتگری	بین گروهی	۱۱۵۱۵/۲۴	۲	۵۷۵۷/۶۲	۱۵۸/۰۴	۰/۰۰	۰/۷۶۱
	خطا	۳۶۰۶/۵۸	۹۹	۳۶/۴۳			
سهل گیری بیش از حد	تعامل	۵۸۱۴/۵۹	۴	۱۴۵۳/۶۴	۳۹/۹۰	۰/۰۰	۰/۶۱۷
	درون گروهی	۳۴۶۶/۳۵	۲	۱۹۸۵/۸۹	۵۷/۰۷	۰/۰۰	۰/۵۳۶
	خطا	۲۴۶۷/۲۵	۹۹	۲۴/۹۲			
	بین گروهی	۲۸۹۸/۱۳	۲	۱۴۴۹/۰۶	۵۸/۱۴	۰/۰۰	۰/۵۴۰
	خطا	۲۴۶۷/۲۵	۹۹	۲۴/۹۲			
	تعامل	۱۸۱۹/۴۸	۴	۴۵۴/۸۱	۱۸/۲۵	۰/۰۰	۰/۴۲۴
	درون گروهی	۳۹۷۱/۷۹	۲	۱۹۸۵/۸۹	۵۷/۰۷	۰/۰۰	۰/۵۳۶
	خطا	۳۴۴۴/۶۶	۹۹	۳۴/۷۹			
	بین گروهی	۳۲۳۷/۸۲	۲	۱۶۱۸/۹۱	۳۲/۹۵	۰/۰۰	۰/۳۹۳
	خطا	۳۴۴۴/۶۶	۹۹	۳۴/۷۹			
	تعامل	۱۹۱۹/۴۸	۴	۴۷۹/۸۷	۱۳/۷۹	۰/۰۰	۰/۳۵۸
	درون گروهی	۴۷۱۴/۴۶	۲	۲۳۵۷/۲۳	۶۷/۵۰	۰/۰۰	۰/۵۷۷
	خطا	۳۴۵۶/۸۳۳	۹۹	۳۴/۹۱			
	بین گروهی	۳۴۱۹/۲۴	۲	۱۷۰۹/۶۲	۴۸/۹۶	۰/۰۰	۰/۴۹۷
طرد	خطا	۳۴۵۶/۸۳۳	۹۹	۳۴/۹۱			
	تعامل	۲۲۴۷/۲۰	۴	۵۶۱/۸۰	۱۶/۰۸	۰/۰۰	۰/۳۹۴

\*مراحل: یعنی تغییرات در بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری  
 \*\* مداخله: یعنی تغییرات بین "گروه درمانی شناختی - رفتاری"، "گروه درمانی وجودی" و کنترل

شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" موجب بهبود روابط مادر- فرزند را نسبت به گروه کنترل می باشد. تعامل بین زمان و مداخله و تاثیر همزمان این ۲ متغیر بر میزان نمره زیر مقیاس های روابط مادر- فرزند نیز به لحاظ آماری معنادار است ( $P \geq 0/001$ ). عبارت دیگر، میزان نمره زیر مقیاس های روابط مادر- فرزند شرکت کننده گان در هر مداخله در طی زمان های مختلف با همدیگر متفاوت است. اما اینکه این تفاوت در بین گروه ها و مراحل آزمون ها چگونه می باشد بوسیله آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول های زیر نشان داده شده است.

(جدول ۲) معناداری یا عدم معناداری کل الگو و همچنین تاثیرات جداگانه هر یک از متغیرهای زمان و مداخله و تعامل این ۲ بر مقیاس های روابط مادر- فرزند را نشان می دهد. همان گونه که در جدول مشاهده می شود اثر متغیر درون گروهی زمان بر زیر مقیاس های روابط مادر- فرزند معنادار است ( $P \geq 0/001$ ). یعنی نمره زیر مقیاس های روابط مادر- فرزند گروه ها در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثر متغیر بین گروهی مداخله ها نیز در افزایش نمره زیر مقیاس های روابط مادر- فرزند گروه ها معنادار بوده است ( $P \geq 0/001$ ). یعنی انجام مداخله "گروه درمانی

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۲ تایی گروه ها در زیر مقیاس های روابط مادر - فرزند

زیر مقیاس ها	گروه ۱	گروه ۲	میانگین تفاوت ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	شناختی - رفتاری	وجودی	۰/۵۳۶	۱/۳۸	۱
پذیرش	شناختی - رفتاری	کنترل	۲۲/۲۸*	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	وجودی	کنترل	۲۱/۷۵*	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	شناختی - رفتاری	وجودی	۱/۲۳	۱/۱۴	۰/۸۵۱
بیش حمایتگری	شناختی - رفتاری	کنترل	۱۱/۵۰*	۱/۱۴	۰/۰۰۱
	وجودی	کنترل	۱۰/۲۷*	۱/۱۴	۰/۰۰۱
	شناختی - رفتاری	وجودی	-۱/۴۱	۱/۴۲	۰/۹۷۱
سهل گیری بیش از حد	شناختی - رفتاری	کنترل	۱۰/۶۹*	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	وجودی	کنترل	۱۲/۱۱*	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	شناختی - رفتاری	وجودی	۰/۷۰۳	۱/۳۶	۱
طرد	شناختی - رفتاری	کنترل	۱۲/۴۲*	۱/۳۶	۰/۰۰۱
	وجودی	کنترل	۱۱/۷۲*	۱/۳۶	۰/۰۰۱

درمانی وجودی" تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه کنترل و "گروه درمانی وجودی" و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج (جدول ۳) آزمون بنفرونی برای مقایسه های ۲ تایی مداخله ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمره استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان می دهد که بین ۲ گروه مداخله "گروه درمانی شناختی رفتاری" و "گروه

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۲ تایی گروه ها در زیر مقیاس های "روابط مادر - فرزند"

زیر مقیاس ها	مرحله ۱	مرحله ۲	میانگین تفاوت ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۱/۹۷*	۱/۳۹	۰/۰۱
پذیرش	پیش آزمون	پیگیری	-۲۱/۹۱*	۱/۳۹	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۴۱	۱/۳۹	۱/۰۰
	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۲/۱۸*	۱/۱۴	۰/۰۰۱
بیش حمایتگری	پیش آزمون	پیگیری	-۱۱/۸۶*	۱/۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۲۴	۱/۱۴	۱/۰۰

۰/۰۰۱	۱/۴۳	*۱۲/۵۱-	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۴۳	*۱۲/۸۶-	پیگیری	پیش آزمون	سهل گیری بیش از حد
۱/۰۰	۱/۴۳	۰/۳۵۱	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۳۶	*۱۴/۳۲-	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۳۶	*۱۴/۵۴-	پیگیری	پیش آزمون	طرده
۱/۰۰	۱/۳۶	۰/۲۱۶	پیگیری	پس آزمون	

برادرانش رابطه دارد (۴۱). بهبود تعاملات والد- کودک، یکی از عوامل مهم کمک کننده به ایجاد فضای سالم خانواده است. فقدان ارتباط با والدین در زندگی کودکان، به فعل و انفعالات والد- فرزند ضعیف تر و سطحی تر منجر خواهد شد که سبب بروز مشکلات پیچیده در آینده کودک می شود (۳۷).

یکی از اهداف درمان شناختی - رفتاری افزایش سلامت روانی می باشد و بستر مناسب تری برای رشد و شکوفایی و توانایی مادران کودکان استثنائی در زمینه های مختلف فراهم می شود. بنابراین به نظر می رسد که این مادران با دریافت حمایت اجتماعی کافی و مناسب در طی درمان گروهی، توانسته اند به طور موفقیت آمیزتر و مطلوب تری با تنش ها و مشکلات خود بویژه در ارتباط با کودکان خود کنار آمده و این منجر به افزایش سلامت عمومی آنان شده است (۴۲). با توجه به اینکه در بین اعضای خانواده دارای کودک استثنائی معمولاً مادر تحت تاثیر فشار روانی و تنش بوده از دیدگاه رویکرد شناختی - رفتاری همواره در معرض افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی می باشد در جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری همواره سعی شد با فراهم کردن شرایط لازم برای یادگیری روش شناسایی باورهای مشکل ساز و رفتارهای نگهدارنده درافکار خودآیند منفی بویژه در ارتباطات و تعارضات ارتباطی. مادران با نحوه شناسایی افکار خودآیند منفی و چگونگی مبارزه و کنترل این افکار آشنا شدند تا بدین وسیله بتوانند در مواقعی که با فرزندان خود رابطه برقرار می کنند افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی خود را شناسایی نموده و آن ها را تحت کنترل داشته باشند (۲۴).

در خصوص نقش "گروه درمانی وجودی" بر بهبود رابطه مادر- فرزند می توان گفت که در این رویکرد با پر رنگ نمودن نقش توانایی انتخاب به مادران این موضوعات آموزش داده شد که انسان توانایی دارد که خودش، زندگی اش را شکل دهد، قدرتی دارد که قادر است آینده اش را شکل بدهد و در واقع تفاوت واقعی انسان ها با سایر موجودات همین است که انسان ظرفیت و توانایی لازم برای

نتایج (جدول ۴) آزمون بنفرونی برای مقایسه های ۲ تایی مداخله ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در زیر مقیاس های "روابط مادر - فرزند" استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان می دهد که در همه زیر مقیاس ها بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "گروه درمانی شناختی- رفتاری" با "گروه درمانی وجودی" بر روابط مادر- فرزند مادران کودکان استثنائی بود. نتایج نشان می دهد "گروه درمانی شناختی- رفتاری" و "گروه درمانی وجودی" موجب بهبود روابط مادر- فرزند- می شوند اما تاثیر متفاوتی ندارند. این نتیجه با نتایج پژوهش های Runcan و همکاران (۳۴)، Simons و همکاران (۳۵)، تبعه امامی و همکاران (۳۶)، سلامی و همکاران (۳۷) و زارع بهرام آبادی و همکاران (۳۸) همسو می باشد. در تبیین این نتیجه می توان گفت خانواده نخستین محیط اجتماعی است که کودک در آن قدم می گذارد و نخستین ارتباط در دنیای ارتباطی کودک، رابطه والد - فرزند است. احساس عشق و صمیمیت و امنیت مستقیماً ریشه در این ارتباطات دارد (۳۹). حضور کودک استثنائی با کشاکش های ویژه ای که دارد کانون خانواده و نقش های والدین به ویژه مادران را تحت تاثیر قرار می دهد و مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را برای مراقبت از فرزند ناتوان خود اختصاص می دهند، به علت شرایط و مسئولیت های مداومی که کودک استثنائی از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می شوند (۳۹، ۴۰). در این میان بهبود روابط مادر- کودک می تواند به پذیرش کودک از سوی خانواده و به خصوص مادر کمک کند. کیفیت ارتباط های اولیه مادر- کودک با ارتباط های بعدی کودک، سازش یافتگی، تنظیم هیجانی و پاسخ های تعارضی کودک با سایر همسالان و خواهر و

ایران از نظر فرهنگ و آداب و رسوم تفاوت‌هایی وجود دارد لذا در تعمیم یافته‌های این مطالعه، احتیاط شود.

### سیاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان نامه دکترای نیره غلامی به راهنمایی آقای دکتر عبدالله شفیق آبادی، مصوب با کد ۱۶۲۳۰۵۱۵ در سایت <https://ris.iau.ac.ir/index.phtml> در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۳ می باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد انجام شده است. از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و بویژه افراد نمونه شرکت کننده که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارضی منافی را گزارش نکرده اند.

### References

1. Kavanagh DJ. Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook. 2013; Springer. American, <https://www.springer.com/gp/book/9780412389009>
2. Plant KM, Sanders MR. Predictors caregiver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2007; 51(2): 109-124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x>
3. McConkey R, Truesdale KM, Chang MY, Jarrah, S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(1): 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.007>
4. Bayrakli H, Kaner S. Investigating the factors affecting resiliency in mothers of children with and without intellectual disability. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2012; 12(2): 936-943. <https://eric.ed.gov/?id=EJ981825>.
5. Hastings RP. Child behavior problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013;47(4-5): 231-237. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00485.x>
6. Taylor C R, Lilis C, LeMone P, Lebon M, Lynn P. Study Guide for Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. New York:

خود رهبری و داشتن رفتار آگاهانه و ارادی را دارند. از سوی دیگر، رویکرد وجودی با تأکید بر آزادی عمل و مسئولیت پذیری انسان را متوجه عواقب و پیامدهای رفتاری خود می کند و فرد را به سوی آزادانه و مسئولانه عمل کردن در برابر دیگران سوق می دهد.

### نتیجه گیری

نتایج نشان داد که "گروه درمانی شناختی- رفتاری" با "گروه درمانی وجودی" موجب بهبود روابط مادر- فرزند می شوند اما تفاوتی در اثربخشی این ۲ روش بر بهبود "روابط مادر - فرزند" وجود ندارند.

بدین جهت استفاده از هر ۲ روش گروه درمانی ذکر شده برای مشاوران و درمانگران پیشنهاد می شود.

در خصوص محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان گفت؛ جامعه آماری پژوهش حاضر از شهرستان قرچک در استان تهران انتخاب شده است و مسلماً بین شهرهای کشور

- Lippincott Williams & Wilkins.2008. <https://www.amazon.com/Fundamentals-Nursing-Art-Science-Care/dp/0781793831>
7. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Understanding family communication patterns and family functioning: The Roles of Conversation orientation and conformity orientation. *Communication Year Book*. 2014; 28(1):36-68. [https://doi.org/10.1207/s15567419cy2601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15567419cy2601_2)
8. Sharaki Sanavi SB, Navidian A, Ansari Moghadam AR, Faraji Shui M. [Investigating the relationship between family communication patterns and adolescents' quality of life]. *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly*. 2011; 1 (1): 114- 101. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=138164>
9. Hartos JL, Power TG. Relations among single mothers' awareness of their adolescents' stressors, maternal monitoring, mother-adolescent communication, and adolescent adjustment. *National Institutes of Child Health and Human Development*, 2000; 15(5): 546-563 <https://doi.org/10.1177/0743558400155002>
10. Hadizad T, Sajedi F, Molali G. [The effectiveness of resiliency training on the mother - child relationship of mothers with children Intellectual disability]. *Journal of Exceptional Children*. 2014;5(6):24-36. <http://ensani.ir/fa/article/341560>
11. Amiri Majd M, Hosseini F, Jafari A. Comparison

- of quality of life and marital intimacy of parents of children with Down syndrome, children with learning disabilities and normal children. *Learning Disability Quarterly*. 2014; 4 (1): 38-55. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=306358>
12. Huver RM, Otten R, De Vries H, Engels RC. Personality and parenting style in parents of adolescents. *Journal Adolescents*. 2010; 33(3):359-402. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.012>
  13. Alao MJ, Ayivi B, Lacombe D. Management of children with intellectual and developmental disability in an African setting. In: Tan U. Latest findings in intellectual and developmental disabilities. *Journal Learning Disabilities*. 2012; 5(3):45-76. <https://doi.org/10.5772/29605>
  14. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice: A feasibility study. *Journal Palliative Medicine*. 2008; 5 (22):814-821. <https://doi.org/10.1177/0269216308095157>
  15. Kianipour O. [The effectiveness and comparison of music therapy and group cognitive therapy on anger control]. Master Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran. 2011. <http://d-lib.atu.ac.ir/site/search/advanced?docType=TF>
  16. Fernando D M. Existential theory and solution-focused strategies: Interaction and application. *Journal of Mental Health Counseling*. 2007; (1):1-23. <https://www.amhca.org/publications/jmhc>
  17. Odde D. Motivation and Existence: Motivation in Kierkegaard and of their adolescent's stressors, maternal monitoring, mother adolescent communication and adolescent adjustment. *Journal Adolescent Research*. 2011; 15(3): 546-563 <https://journals.sagepub.com/home/jar> <https://doi.org/10.1177/0743558400155002>
  18. Oensun M, Ahola P, Knekt P, Lindfors O, Saarinen P, Tolmunen T, et al. Baseline symptom severity predicts serotonin transporter change during Psychotherapy in patients with major depression. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 2015; 3(5): 111-116. <https://doi.org/10.1111/pcn.12335>
  19. Kim JM, Mahoney G. The effects of mother's style of interaction on children's engagement: Implications for using responsive interventions with parents. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2014; 24(1): 31-38. <https://doi.org/10.1177/02711214040240010301>
  20. Barlow J, Parsones J. Stewart-Brown S. Preventing emotional and behavioral problems: The effectiveness of parenting programmers with children. *Journal of Health & Development*. 2003; 31(1): 33-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00447.x>
  21. Lavasani G A, Hakimi Rad E, Akrami E, Kharazi AN, Afrooz GA. [The rate of marriages Six kinship and non-kinship in student parents normal and exceptional]. *Journal of Applied Psychological Research*. 2012; 2(2):17-30. <http://jsr-p.khuisf.ac.ir>
  22. Mohajeri S, Yaghmaei F, Mehrabi Y. [Design and psychometrics of Quality of Life Questionnaire for mothers with children with special needs]. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People*, Allameh Tabatabaie University. 2014; 3 (13) 21-24. <http://ijrn.ir/article-1-161-fa.html>
  23. Yaghmaei F, Naderlo M. [Quality of work life of teachers working in special schools]. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2014; 2 (2): 66- 57 <http://ijpn.ir/article-1-335-fa.html>
  24. Margiotta D T. Existential themes in late life depression. Doctoral Dissertation of philosophy, The University of the Rockies, United States Colorado. 2006. <https://scholarship.shu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3756&context=dissertation>
  25. Kazemi Taskooh Z. [The effectiveness of existential cognitive approach on happiness and life orientation of mothers with children with special needs]. Master Thesis. Allameh Tabatabaie University. 2015. <http://d-lib.atu.ac.ir/site/search/advanced?docType=TF>
  26. Yari S. [The effectiveness of existential group therapy on stress in people with diabetes]. Master Thesis, Ferdowsi University of Mashhad. 2011. <http://thesis.um.ac.ir/index.html>
  27. Godoy D V. The effect of psychotherapy provided as part of a pulmonary habitation program for the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Brasileira de Pneumologia*. 2005; 31(6): 22-38. <https://www.jornaldepneumologia.com.br>
  28. Shafiabadi A. Consulting Techniques and

- Methods. Tehran. Fekreno Publications .2019. <https://fekrenobook.ir/>
29. Rath RM. Manual for the mother- child relationship evaluation, Los Angeles.1972: Psychological Review. Western Psychological Services. <https://www.littleotterhealth.com/>
30. Whitman B, Zachary A. Factor structure of the mother-child relationship evaluation. Educational and Psychological Measurement 1986;46(2): 135. <https://doi.org/10.1177/0013164486461012>
31. Parhizkar A. [Comparison of the quality of the parent-child relationship of female students with and without identity crisis in high schools for girls]. Master thesis of Tarbiat Moallem.2004. <https://parseh.modares.ac.ir/>
32. Zamiri R. [Investigating the relationship between type of delivery and child-mother emotional relationship in girls Preschool]. Master thesis. Islamic Azad University, Roodehen Branch.2015. <https://riau.ac.ir/fa/page/105>
33. Mirsardo T, Mahdavi MS. [Effectiveness of father loss in family: Sociological study of the effect of father death on social damages in adolescents]. Journal Human Science Research. 2005; 35 (4):211-238. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=27832>
34. Runcan PL, Constantineanu C, Lelics B, Popa D. The role communication in the parent- child interaction. Procedia -Social and Behavioral Sciences. 2012; 46(2):904-906. <https://doi.org/10.1002/elsc.201800077>
35. Simons R L, Johnson C, Lorenz F O. Family structure differences in stress and behavioral predispositions. Journal Understanding Families.1996; 6 (2): 45- 64. <https://psycnet.apa.org/record/1996-98422-001>
36. Tabe Emami S, Nouri A, Malekpour M, Abedi A. [The effectiveness of mothers' cognitive-behavioral education on changing maternal behavior and insecure attachment of the child]. Journal of Clinical Psychology. 2011; 3 (11): 7-16.
37. Salami M, Hassan pour M, Attari Y. [Evaluation of the effectiveness of Dezoylav and Goldfried problem solving skills training on parent-child conflict among first year female high school students in Behbahan]. Quarterly Journal of New Thoughts in Educational Sciences.2010; 5 (2):31-47. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=120550>
38. Zare Bahramabadi M, Zahrakar K, Salehian Boroujerdi H, Mohammad far MA. [The effectiveness of the relationship improvement program on the quality of the parent-child relationship in adolescent girls from single-parent families of the custodial mother]. Journal of Clinical Psychology.2013; 5(18):13-21. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=201938>
39. Carnes-Holt K. Child-parent relationship therapy for adoptive families. Journal of Family. 2012; 20(4): 419-426. <https://doi.org/10.1177/1066480712451242>
40. Gupta RK, Kaur H. Stress among parents of children with intellectual disability. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 2010; 21 (2): 118-126. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1127742.pdf>
41. Heller T, Hsieh K, Rowitz L. Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. Family Caregiving for Persons with Disabilities.2017;46 (4): 407-415. <https://doi.org/10.2307/585100> <https://www.researchgate.net/publication/319058383>.
42. Huang KY, Teti DM, Caughy MOB, Feldstein S, Genevro J. Mother- child conflict interaction in the toddler years: Behavior patterns and correlates Journal of Child and Family Studies. 2007; 16 (2): 219-241. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9081-6>