

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان

مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم

احمد منصوری^{۱*}، هستی اکبری‌ان راد^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هشتم، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۲۳۲-۲۴۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان طیف اتیسم بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شده است. نمونه موردبررسی شامل ۱۶ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم شهر مشهد بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (مهیر و همکاران، ۱۹۹۰)، پرسشنامه پاسخ نشخوار فکری (تری‌نور و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار (فوا و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسشنامه شدت بی‌خوابی (باستین و همکاران، ۲۰۰۱) گردآوری گردید. در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی بر روی دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) اجرا شد. سپس بر روی گروه آزمایش ۸ جلسه درمان به شیوه شناختی رفتاری و هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی انجام گرفت. در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه آزمایش یا مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از خاتمه جلسات مداخله درمانی پرسشنامه‌ها مجدداً توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افکار عودکننده مادران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود، اما اثری بر بی‌خوابی مادران ندارد. در مجموع، درمان شناختی رفتاری تأثیر بسزایی در کاهش افکار عودکننده مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم دارد و درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی جهت افکار عودکننده این مادران استفاده کنند.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، افکار عودکننده، بی‌خوابی، اختلال طیف اتیسم.

مقدمه

طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال‌های طیف اوتیسم از اختلال‌هایی هستند که (۱) نقایص در ارتباط و تعامل اجتماعی، و (۲) الگوهای تکراری محدود رفتار، علائق و فعالیت‌ها از مهم‌ترین ویژگی‌های افراد مبتلا به آن می‌باشد. نقص‌های ناشی از این اختلال‌ها باعث ایجاد مشکلاتی در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی می‌شود. مطالعات انجام‌شده در آسیا، اروپا و آمریکای شمالی شیوع متوسط این اختلال را بین ۱ تا ۲ درصد گزارش کرده‌اند (زیدان^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). تقریباً ۸۵ درصد افراد مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم محدودیت‌های شناختی و یا انطباقی دارند که توانایی آن‌ها برای داشتن یک زندگی مستقل را محدود می‌کند. عاملی که منجر به این احتمال می‌شود که آن‌ها نیازمند به برخی ارزیابی‌های مراقبتی یا کمک از سوی والدین و خانواده‌هایشان طی مدت زندگی‌شان هستند. نیازها و رفتارهای خاص این کودکان و پیش‌آگهی نامطلوب این اختلال‌ها، تنش زیادی برای خانواده به همراه دارد و این تنش از آن‌جهت حائز اهمیت است که بر روابط آن‌ها با کودک و عملکرد کودک و کل خانواده تأثیر می‌گذارد (هیرتا^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم در مقایسه والدین کودکان عادی یا مبتلا بسیار اختلال‌های رشدی کاهش خودکارآمدی، افزایش استرس و افزایش مشکلات جسمی و روانی را گزارش می‌کنند. همچنین علاوه بر فشارهای مالی و زمانی قابل توجه، نرخ طلاق و رفاه کمتر خانواده نیز قابل مشاهده است (منک^۳ و همکاران، ۲۰۲۲).

شارپلی^۴ (۱۹۹۷) بیان می‌کند که مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم فشار روانی بیشتری را نسبت به پدران خواهند داشت و برخی از پدران فشارهای روانی ناشی از همسر را تهدیدکننده‌تر از مشکلات کودک تلقی می‌کنند و آن را تهدیدی برای خانواده می‌دانند. لذا از آنجاکه مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند پیامدهای فشار و تنش مادران می‌تواند نگرانی، عزت‌نفس پایین، بروز افسردگی، احساس خودکم‌بینی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر باشد (حسین‌آبادی فراهانی و همکاران، ۱۴۰۲). در نهایت، مشکلات رفتاری این کودکان مشکلاتی را در پرورش آن‌ها به وجود می‌آورد و استرس فراوانی بر والدین این کودکان به‌خصوص مادران آن‌ها وارد می‌کند؛ که باعث سطوح بالای اضطراب استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و همشیران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم و نیز احساس گناه و افسردگی شدید در مادران می‌شود. از دیگر پیامدهای اختلال‌های طیف اوتیسم بی‌خوابی مادران^۵ کودکان مبتلا به این اختلال هست (یاسودا^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بی‌خوابی به‌عنوان نارضایتی از کمیت و کیفیت خواب همراه با اشکال در شروع و یا حفظ خواب است. این شکایت‌های خواب با ناراحتی چشمگیر بالینی یا افت کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های کارکردی همراه است (شیخ و همکاران، ۱۴۰۰). بعلاوه اختلال‌های خواب (از جمله بی‌خوابی) عمدتاً همراه با

¹ Zeidan

² Hirota

³ Monk

⁴ Sharpli

⁵ insomhia

⁶ Yasuda

افسردگی، اضطراب و تغییرات شناختی هستند که باید در مدیریت و طرحریزی درمان مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر این آشفتگی های پایدار خواب به عنوان عامل خطر برای ایجاد بیماری های روانی بعدی و اختلال های مصرف مواد مشخص شده اند. پژوهش هایی به نقش عوامل روان شناختی مختلف از جمله نگرانی به عنوان یکی از عوامل خطر ساز در بروز آشفتگی های خواب اشاره کرده اند (وايزبارد-بارتوف^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر آنچه ذکر شد، طی دهه قبل علاقه به نقش فرآیندهای شناختی در تداوم خواب افزایش یافته است یکی از مهم ترین یافته ها در این زمینه این است که افراد مبتلا به بی خوابی از افکار ناخوشایند و نگرانی بیش از حد و کنترل ناپذیر طی دوره پیش از خواب شکایت می کنند. بروکووک^۲ (۱۹۸۳) نگرانی را به عنوان زنجیره ای از افکار و تصاویر دارای درون مایه عاطفی منفی نسبتاً غیر قابل کنترل تعریف کرده اند که دلالت بر تلاش جهت اشتغال به مسئله گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دارد. پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می شود (رستمی و همکاران، ۱۴۰۲). در الگوی بی خوابی هاروی (۲۰۰۲) نیز نگرانی موجب شکل گیری و تداوم آشفتگی های خواب می شود. پژوهش های انجام شده در زمینه بی خوابی نیز نشان می دهد که افراد نگران، پس از یک دوره خواب، خود گویی هایی دارند که موجب برانگیختگی شناختی اضطرابی در آنان شده، فعالیت دستگاه عصبی و خود مختار را در آنان افزایش داده است و نیز موجب افزایش دوره نهفتگی خواب می شود (پروچون^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). هاروی و گرینل (۲۰۰۳) و کارنی و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود دریافتند که بین نگرانی و بی خوابی بالینی رابطه وجود دارد. سیمک و کروگلو^۴ (۲۰۱۲) با بررسی مشغله های فکری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم دریافتند که بیشترین نگرانی این والدین ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه فرزندان شان است. آن ها نگران هستند اگر یکی از آن ها یا هر دو فوت کنند، چه کسی فرزندان شان مراقبت می کند. آن ها شیوه درست برخورد با مشکلات ناشی از این اختلال را نمی دانستند و به مراکزی نیاز داشتند که مشکلات شان را با روشی جامع و مسئله محور مدیریت کنند. علاوه بر نگرانی سایر مؤلفه های افکار عودکننده مانند نشخوار فکری و وسواس فکری نقش بسزایی در ابتلا و تداوم مشکلات خواب و بی خوابی بازی می کنند (ادگر^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). وسواس ها عقاید، افکار، تکانها یا تصاویر فکری عودکننده و پایداری هستند که به عنوان مزاحم و نامناسب تجربه می شوند و اضطراب و پریشانی قابل توجه فرد را باعث می شوند. تعریف های زیادی نیز از نشخوار فکری ارائه شده است، اما همگی در تجربه ساختارهای منفی، تکرار شونده و مزاحم اشتراک دارند (داوسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). به عقیده نولن- هوکسیما نشخوار فکری حالت خلقی فرد در پاسخ به پریشانی است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر علائم پریشان کننده، علل و پیامدهای این علائم می شود. طبق الگوی اختلال بی خوابی هاروی (۲۰۰۲) نشخوار فکری در زمینه

¹ Waizbard-Bartov

² Borkovec

³ Perochon

⁴ Simsek & Koroglu

⁵ Edgar

⁶ Dawson

میزان خواب سبب بروز برانگیختگی و آشفتگی‌های هیجانی شده و سوگیری توجه ادراک نادرست در زمینه عملکرد خواب و مدت زمان آن را به دنبال داشته و در نتیجه موجب شکل گیری و تداوم آشفتگی‌های خواب می‌شود (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۴).

در نهایت افکار عودکننده منفی شناخت‌هایی هستند که بین حوادث بیرونی و واکنش هیجانی شخص نسبت به آن‌ها تداخل می‌کنند. از این نظر به این افکار منفی گفته می‌شود چون با هیجان‌های ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آن‌ها خود آیند گفته می‌شود که به صورت خودبه‌خود به ذهن افراد می‌آیند و برخاسته از هیچ‌گونه فرآیند یا استدلال آگاهانه‌ای نیستند. این افکار ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده است (آرمان و نیازی، ۱۴۰۰). مداخله‌های متعددی از جمله مداخله‌های حمایتی، آموزش مدیریت خلق منفی، الگوی تعاملات والد- کودک و مداخلات خانواده محور (فاروق^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) برای مادران کودکان مبتلا به این اختلال‌ها استفاده شده است. درمان‌های مختلفی برای درمان بی‌خوابی وجود دارد. یکی از درمان‌های دیگری که می‌تواند در مورد این مادران مورد استفاده قرار گیرد درمان شناختی، رفتاری می‌باشد. در این میان درمان شناختی- رفتاری^۳ از توانایی خوبی در تغییر نگرش‌ها و ادراکات خود در برابر پیش‌درآمدهای استرس‌زایی زندگی دارند. در این نوع شیوهی درمانی به بیمار کمک می‌شود تا الگوی تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهند. برای اینکه بتواند این افکار تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (بابایی، ۱۴۰۱). درمان شناختی رفتاری، یک روش روان‌درمانی ساختاریافته، هدفمند و متمرکز بر زمان حال است که از استراتژی شناختی رفتاری به منظور کاهش نشانه‌ها با هدف قرار دادن ساحت‌های شناختی معیوب و فرآیندهای نگهداری اختلال‌های روانی بهره می‌گیرد (آرگون- گوارا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

اگرچه پژوهشی در زمینه اثر، درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده منفی و مشکلات خواب مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم مشاهده گردیده باین‌وجود این پژوهش‌ها نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در زمینه‌های مختلفی چون افسردگی و کاهش میزان عود افسردگی اختلال‌های اضطرابی، اختلال وسواس اجبار و همچنین نیز در اختلال مصرف مواد مؤثر است (ازرین^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). از این رو با توجه به شیوع بالای اختلال طیف اوتیسم و اثرات نامطلوبی که بر سلامت و روان خانواده به‌خصوص مادران دارد، لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری اثر معناداری بر افکار عودکننده و مشکلات خواب مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارد؟

¹ Li

² Farooq

³ cognitive-behavioural treatment

⁴ Aragon-Guevara

⁵ Ezerins

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف، جزو پژوهش‌های کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه موردبررسی در ابتدا شامل ۲۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهر مشهد بودند که بعد از ریزش مادران در ابتدای پژوهش به ۱۶ نفر و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده‌اند. معیارهای ورود به نمونه موردبررسی، داشتن نمره بالای بی‌خوابی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و همچنین معیارهای خروج این پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های دارویی و غیر دارویی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا: ابزاری ۱۶ ماده‌ای است که توسط مه‌یر و همکاران (۱۹۹۰) جهت ارزیابی نگرانی و ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل‌ناپذیری نگرانی آسیب‌شناختی استفاده می‌شود. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۶-۰/۹۳ گزارش شده است پایایی آزمون- باز آزمون آن نیز در طول یک دوره دو تا ۱۰ هفته‌ای ۰/۷۴-۰/۹۳ گزارش شده است به‌علاوه، این پرسشنامه دارای روایی همگرا و واگرایی خوبی است (همبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). همسانی درونی و پایایی آزمون- باز آزمون نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پن به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است. روایی هم‌زمان آن با آزمون اضطراب بک مطلوب گزارش شده است (۲۰/۴۹=) در نهایت، بررسی روایی افتراقی این پرسشنامه نشان داده است که این آزمون توانایی جداسازی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر از افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار و بهنجار دارد (شیرین- زاده دستگیری، گودرزی، غنی زاده و تقوی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه شدت بی‌خوابی: ابزاری ۵ ماده‌ای که توسط باستین و همکاران (۲۰۰۱) جهت ارزیابی وجود اختلال در شروع خواب، ادامه خواب، زود بیدار شدن از خواب، رضایت از الگوی خواب، تداخل مشکل خواب در کارایی روزانه، تأثیر اختلال خواب بر روی کیفیت زندگی و ایجاد نگرانی در فرد به سبب اختلال خواب ساخته شده است هر یک از این سؤال‌ها بسته به شدت اختلال خواب مورد نظر نمره ۰ تا ۴ می‌گیرند و امتیاز نهایی فرد از پرسشنامه مذکور با جمع امتیازات این ۵ سؤال مشخص می‌گردد. اعتبار سازه آن بر اساس دقت، شدت، رضایتمندی با واریانس ۰/۷۲ و اعتبار آن را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۴ و ۰/۷۸ بوده است (باستین و همکاران، ۲۰۰۱) حیدری، احتشام زاده و مرعشی (۱۳۸۹) اعتبار آزمون را به روش همسانی درونی و تصنیف به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۲ گزارش کردند.

پرسشنامه پاسخ‌نشخوار فکری: این پرسشنامه توسط تری نور گنزاور و نولن هوکسیما (۲۰۰۳) تدوین شده است. این پرسشنامه ابزاری ۱۰ ماده‌ای و از نوع لیکرت چهاردرجه‌ای است که در دامنه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود.

آن‌ها با تحلیل مؤلفه‌های اصلی این پرسشنامه، ساختاری متشکل از دو مؤلفه در فکر فرورفتن و تعمق را گزارش کردند. همچنین اعتبار این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را، یعنی در فکر فرورفتن و تعمق، به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، به ترتیب برابر ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۷۶، گزارش کردند. در فکر فرورفتن نشان‌دهنده مقایسه انفعالی وضعیت فعلی خود، با معیارهای دست‌نیافتنی است. تعمق نیز درجه اشتغال افراد به مسئله‌گشایی شناختی برای بهبود خلق اشاره دارد و به کاهش افسردگی افراد کمک می‌کند. به‌علاوه تری فورد و همکاران (۲۰۰۳) گزارش دادند که این پرسشنامه دارای اعتبار درونی خوب و روایی پیش‌بینی بالایی است.

پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار: ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که توسط فوآ و همکاران (۲۰۰۲) به‌منظور ارزیابی شدت علائم وسواس- اجبار در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی طراحی شده است. این مقیاس ۶ خرده آزمون (شتشو، واری، نظم، وسواس فکری، انباشت و خنثی‌سازی) را شامل است. فوآ و همکاران (۲۰۰۲) همسانی درونی، پایایی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و اعتبار افتراقی خوبی در افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی و کنترل غیر مضطرب گزارش کرده‌اند (هاپرت، والتر، هاجکاک، یادین، فوآ، سیمپسون و لیویت، ۲۰۰۷). محمدی، زمانی و فتی (۱۳۸۷) همسانی درونی نسخه فارسی پرسشنامه بازنگری شده وسواس اجبار را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ی از ۵۰٪ تا ۷۲٪ گزارش کردند به‌علاوه در مطالعه آن‌ها ساختار ۶ عاملی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شده است.

پس از مراجعه به اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر مشهد و انجام هماهنگی‌های لازم، در ابتدا ۲۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اوتیسم که واجد معیارهای ورود و خروج پژوهش بودند انتخاب که در ابتدای پژوهش ۴ نفر از مادران از پژوهش خارج گردیده و در نهایت ۱۶ نفر از مادران به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود و خروج به نمونه موردبررسی داشتن نمره بالای بی‌خوابی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه بود. پس از هماهنگی با این افراد، با استفاده از ابزارهای پژوهش، از گروه‌های پیش‌آزمون به عمل آمد. پس مداخله‌ی درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت گروهی و هر هفته دو جلسه، برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، مادران گروه کنترل نیز، پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی، رفتاری، قرار گرفتند.

بسته درمان شناختی رفتاری: جلسات درمان شناختی رفتاری بر اساس کتاب غلبه بر بی‌خوابی با رویکرد درمان شناختی رفتاری ادینجر و کارنی (۱۳۹۱) به شرح زیر تدوین و اجرا گردید.

جلسه اول: خوش‌آمدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند، بیان تجارت مشابه قبلی، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه اندامی است. از جمله به‌موقع آمدن، عدم غیبت، انجام تکالیف و ...، بیان اهل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود، ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون درمان شناختی- رفتاری و نتایج آن، اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟ و نیز ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بحث در زمینه خواب مناسب و ویژگی های آن، ارائه اطلاعات درباره اثرات خواب بر سلامت جسمی و روانی، شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات و بی خوابی، ارائه تکلیف در زمینه بی خوابی خود و احساسات ناشی از آن.

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل و صحبت کردن درباره احساسات و افکار اعضای گروه تعریف بی خوابی، ارائه آمار و اطلاعات لازم درباره خواب مناسب و بی خوابی، بررسی نگرانی به عنوان مؤلفه اصلی بی خوابی، ارائه تکلیف خانگی بررسی و ثبت عادات خواب.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف، بررسی نگرانی های مختلف و شناخت های نامناسب مربوط به خواب و بی خوابی، آموزش ثبت افکار و مواجهه با نگرانی ها، ارائه تکلیف خانگی ثبت فرم نگرانی سازنده.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف، درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل آموزش آرمیدگی و تمرکز بر تنفس، ارائه تفکیک توقف فکر و توجه انتخاب برای آرامش بیشتر در خصوص افکار خود آیند منفی.

جلسه ششم: ارائه بازخورد و نظر سنجی کوتاه از فرآیند آموزش، تشریح مفهوم شرطی شدن و نقش آن در بی خوابی، تمرین مجدد آرام سازی و توقف فکر.

جلسه هفتم: ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در گروه، ارائه دستور العمل های لازم برای مقابله با بی خوابی در مکان خواب.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، حجم بندی مطلب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه باز خورد به اعضای گروه، قدر دانی و سپاس گذاری از حضورشان در جلسات. اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی شرکت-کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه‌ها	
	کنترل	آزمایش
سن	میانگین	۳۶/۳۸
	انحراف معیار	۱۰/۳۵
وضعیت تأهل	متأهل	۸
	طلاق گرفته	۰
تحصیلات	راهنمایی	۲
	سیکل	۴
	دیپلم	۲
وضعیت اشتغال	شاغل	۳
	بیکار	۵
طبقه اجتماعی	متوسط به پایین	۲
	متوسط	۵
	بالا	۱
جنسیت فرزندان	پسر	۳
	دختر	۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین سن گروه کنترل، آزمایش و کل شرکت کنندگان به ترتیب برابر ۳۶/۳۸، ۳۳/۱۳ و ۳۴/۷۵ می‌باشد. به علاوه، نتایج آزمون t نمونه‌های مستقل حاکی از آن است که بین میانگین سنی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$, $df = 14$, $t = 0/745$). نتایج نشان می‌دهد که تمام افراد گروه کنترل متأهل می‌باشند که دو نفر (۲۵ درصد) از آنان در طبقه اجتماعی متوسط به پایین و ۵ نفر (۶۲/۵ درصد) از آنان در طبقه اجتماعی متوسط و ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) در طبقه اجتماعی متوسط به بالا قرار دارند. همچنین تعداد ۳ نفر (۳۷/۵ درصد) از این افراد شاغل و ۵ نفر (۶۲/۵ درصد) بیکار هستند که سطح تحصیلات ۲ نفر از آنها (۲۵ درصد) راهنمایی، ۴ نفر (۵۰ درصد) سیکل و ۲ نفر (۲۵ درصد) دیپلم هستند. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تمام افراد گروه آزمایش متأهل می‌باشند که ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) از آنان در طبقه اجتماعی متوسط به پایین، ۷ نفر (۸۷/۵ درصد) از آنان در طبقه اجتماعی متوسط قرار دارند. همچنین تعداد ۴ نفر (۵۰ درصد) از این افراد شاغل و ۴ نفر (۵۰ درصد) بیکار هستند که سطح تحصیلات ۳ نفر از آنها (۳۷/۵ درصد) راهنمایی، ۴ نفر (۵۰ درصد) سیکل و ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) دیپلم هستند. در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های افراد گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار
بی خوابی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۵/۶۲	۳/۴۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۵	۲/۹۶
افکار عودکننده	پیش‌آزمون	کنترل	۱۶/۲۵	۳/۱۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۳/۶۲	۲/۸۷
نگرانی	پیش‌آزمون	کنترل	۸۰/۵۰	۸/۸۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۱/۱۲	۸/۰۶
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۸۰/۵۰	۷/۷۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۸/۶۲	۷/۳۶
وسواس فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۴۶	۵/۵۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۷۵	۴/۰۶
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۴۵	۴/۳۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵	۳/۸۱
وسواس فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۲۴/۶۲	۳/۸۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۵/۵۰	۴/۲۴
وسواس فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۲۴/۸۷	۳/۹۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۴/۳۷	۳/۵۰
وسواس فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۹/۷۵	۱/۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۲۵	۱/۵۸
وسواس فکری	پیش‌آزمون	کنترل	۹/۸۷	۱/۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۸۷	۱/۴۵

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ و آزمون لون^۲ (جدول ۳) استفاده گردید.

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	نرمال بودن (شاپیرو-ویلک)		همگنی واریانس (لون)	
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش
بی خوابی	۰/۸۷	۰/۹۴	۰/۸۴	۰/۰۳
افکار عودکننده	۰/۲۶	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۵۷
نگرانی	۰/۶۶	۰/۹۳	۰/۳۷	۰/۲۴
نشخوار فکری	۰/۸۱	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۸۱
وسواس فکری	۰/۵۲	۰/۷۳	۰/۲۰	۰/۰۸
			F	سطح معناداری
			۱/۷۵	۰/۲۱
			۲/۹۷	۰/۱۱
			۹/۶۹	۰/۰۰۸
			۱/۳۷	۰/۲۶
			۰/۰۹	۰/۰۷

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نشده است ($P > 0/01$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس همه متغیرهای پژوهش به‌استثنای نگرانی بین دو گروه با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($P > 0/05$)، بنابراین فرض برابری واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. علاوه بر این، برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کواریانس داده‌های مربوط به فرض اصلی (درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلابه اختلال طیف اتیسم اثر معناداری دارد)

^۱. Shapiro-wilk

^۲. Levene's test

و فرعی (درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده (نگرانی، نشخوار فکری، وسواس فکری) مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم اثر معناداری دارد) از آزمون باکس^۱ استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۴. بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس داده‌های پژوهش

متغیر	باکس	F	df1	df2	سطح معناداری
فرض اصلی	۰/۰۹	۰/۰۲	۳	۳۵۲۸۰	۰/۹۹
فرض فرعی	۱۳/۵۵	۱/۷۲	۶	۱۴۲۰/۰۸	۰/۱۱

بر اساس نتایج جدول ۴ نتایج همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مربوط به فرض اصلی و فرعی پژوهش نشان می‌دهد که سطح معناداری مربوط به آزمون باکس بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد ($P > 0.05$)، بنابراین پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت شده است. یکی دیگر از پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس، بررسی فرضیه یکسانی شیب خط رگرسیون داده‌ها است. در جدول زیر نتایج آزمون F مربوط به یکسانی شیب خط رگرسیون متغیرها ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای فرضیه اصلی و فرعی پژوهش

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
فرض اصلی	بی خوابی	۴/۷۶	۱	۴/۷۶	۰/۸۷۸	۰/۳۷
	افکار عودکننده	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۲۸	۰/۸۷
فرض فرعی	نگرانی	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۱۸	۰/۶۸
	نشخوار فکری	۰/۰۷	۱	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۸۴
	وسواس فکری	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۳۵

جهت بررسی فرضیه اصلی در ابتدا از آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز^۲ برای تعیین اثر متغیر گروه بر افکار عودکننده و بی خوابی استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر افکار عودکننده و بی خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایای سهمی
اثر بین‌گروهی	۰/۷۳	۱۵/۱۶	۲	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۱۵/۱۶	۲	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
اثر هائینگ	۲/۷۵	۱۵/۱۶	۲	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۵	۱۵/۱۶	۲	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر کلی گروه معنی‌دار است ($F = 15.16, P < 0.001$). از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام گروه و کدام متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در ۷ ارائه شده است. همچنین، نتایج مربوط به میانگین نمره‌های تعدیل شده پس‌آزمون در جدول ارائه شده است.

¹. Box's test

². Wilks' lambda

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افکار عودکننده و بی خوابی مادران کودکان مبتلابه

اختلال‌های طیف اتیسم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
بی خوابی	گروه	۱	۴۱/۱۶	۷/۱۷	۰/۰۲	۰/۳۷
	خطا	۱۲	۶۸/۸۵			
افکار عودکننده	گروه	۱	۲۸/۴۴	۲۵/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۱۲	۶۸/۸۵			

جدول ۸. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس از آزمون افکار عودکننده و بی خوابی مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های طیف اتیسم

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
بی خوابی	کنترل	۱۶/۵۹	۰/۸۶
	آزمایش	۱۳/۳۸	۰/۸۶
افکار عودکننده	کنترل	۸۰/۹۴	۰/۳۸
	آزمایش	۷۸/۱۸	۰/۳۸

نتایج جدول ۷ و ۸ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر افکار عودکننده معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر افکار عودکننده نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است (۰/۶۸ = مجذور اتا، $P < 0.05$ ، $F = 25.66$). همچنین، نمره‌های گروه آزمایش در متغیر بی‌خوابی (۰/۳۷ = مجذور اتا، $P > 0.05$ ، $F = 7.17$) تفاوت معناداری با گروه کنترل دارد. میزان تأثیر این مداخله بر افکار عودکننده و بی‌خوابی به‌ترتیب برابر ۰/۶۸ و ۰/۳۷ بوده است؛ بنابراین فرض اصلی این پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری اثر معناداری بر افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های طیف اتیسم دارد، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری اثر معناداری بر افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های طیف اتیسم دارد. به‌عبارت‌دیگر، یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که این شیوه درمانی باعث کاهش افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران می‌شود. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش انصاری و همکاران (۱۴۰۰)، طالبی (۱۳۹۹)، انریکه^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، یومیگاکي^۲ و همکاران (۲۰۲۲) و مک^۳ و همکاران (۲۰۲۴)، علیمراد^۴ و همکاران (۲۰۲۲)، انوموتو^۵ و همکاران (۲۰۲۲)، هرتنشتاین^۶ و همکاران (۲۰۲۲)، لانگنکر^۷ و همکاران (۲۰۲۴) می‌باشد. اگرچه دارلیمپل و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه موردی خود دریافته‌اند که ترکیب اصول درمان شناختی رفتاری با درمان پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر بی‌خوابی افراد مبتلابه بی‌خوابی دارد؛ اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری به تنهایی اثر معناداری بر بی‌خوابی مادران کودکان

¹ Enrique
² Umegaki
³ Mak
⁴ Alimoradi
⁵ Enomoto
⁶ Hertenstein
⁷ Langenecker

مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم دارد. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی مربوط به درمان شناختی رفتاری نشان داد که این درمان اثر معناداری بر کاهش بی خوابی و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم دارد (زیدان^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان طبق الگوی اختلال بی خوابی هاروی (۲۰۰۲) بیان کرد که در زمینه میزان خواب افکار عودکننده سبب بروز برانگیختگی و آشفتگی‌های هیجانی شده و سوگیری توجه ادراک نادرست در زمینه عملکرد خواب و مدت زمان آن را به دنبال داشته و در نتیجه موجب شکل گیری و تداوم آشفتگی‌های خواب می‌شود (هانگ و هانگ^۲، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری بر کاهش افکار عودکننده مادران تأثیر داشته و از آنجایی که خواب و افکار عودکننده ارتباط مستقیم باهم دارند، بنابراین کاهش افکار عودکننده باعث کاهش بی خوابی شده است. برانگیختگی شناختی نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم مشکلات خواب ایفا می‌کند (بولند^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم به سبب ناتوانی‌های عملکردی، اختلال‌های شناختی، محدودیت‌های انطباقی، رفتارهای چالش برانگیز و همچنین پیش‌آگهی نامطلوب بیماری کودکان بلا تکلیفی بیشتر و متعاقب آن نگرانی بیشتری را در مورد حال و آینده فرزندشان تجربه می‌کنند. عواملی که می‌توانند منجر به بی خوابی در آن‌ها شوند (بابایی، ۱۴۰۱).

هاروی و گرینل (۲۰۰۳) و کارنی و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود دریافتند که بین نگرانی و بی خوابی بالینی رابطه وجود دارد. سیسک و کروگلو (۲۰۰۷) با بررسی مشغله‌های فکری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم دریافتند که بیشترین نگرانی این والدین ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه فرزندانشان است. آن‌ها نگران هستند اگر یکی از آن‌ها یا هر دو فوت کنند، چه کسی فرزندشان مراقبت می‌کند. آن‌ها شیوه درست برخورد با مشکلات ناشی از این اختلال را نمی‌دانستند و به مراکز نیاز دارند که مشکلاتشان را با روشی جامع و مسئله محور مدیریت کنند. افرادی که در مواجهه با مشکلات زندگی درگیر افکار عودکننده می‌شوند و آن را فاجعه‌بار می‌دانند و تسلیم این افکار می‌شوند، بی خوابی که منشاء احساسات منفی است را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر افکار عودکننده درباره خواب است که موقع خواب سراغ فرد می‌رود و این مسئله باعث افزایش ساعت بیداری در شب می‌شود. لذا بی خوابی باعث افکار عودکننده می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند. در واقع ارتباط خواب و افکار عودکننده دوسویه است. پژوهش‌های گذشته نشان داد، محرومیت از خواب اتصال بین پیش‌پیشانی و بادامه را مختل می‌کند و باعث اختلال در ذهن و فکر می‌شود (فاروق^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). محرومیت از خواب واکنش به استرس را تغییر می‌دهد (شاه^۵، ۲۰۲۳).

از این نتایج می‌توان به اهمیت مداخلات روان‌شناختی در درمان بی خوابی پی برد. متأسفانه اولین گامی که افراد در درمان بی خوابی برمی‌دارند، دارودرمانی است، زیرا هم آسان‌تر است و هم بهبودی سریعی را ایجاد می‌نماید. این در حالی است که استفاده از داروهای خواب‌آور پس از مدتی باعث ایجاد تحمل خواهد شد (آرمان و نیازی، ۱۴۰۰). درمان شناختی-رفتاری برای

¹ Zeidan

² Huang& Huang

³ Boland

⁴ Farooq

⁵ Shaha

بی خوابی در بازسازی نگرش های ناکارآمد درباره خواب، نگرانی های مختص خواب و برانگیختگی شناختی مؤثر است. افراد مبتلا به بی خوابی در سرکوب کردن فعالیت های ذهنی هنگام خوابیدن ناتوانند؛ پدیده ای که از آن در اغلب مدل های شناختی بی خوابی با عنوان برانگیختگی شناختی خواب یاد می شود (ترک لادانی و همکاران، ۱۳۹۹).

بنابراین یکی از مکانیسم های اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی رفتاری مربوط به تأثیر عمیق این درمان بر افکار و باورهای این افراد در مورد بی خوابی است. اکثر مادران مبتلا به بی خوابی، افکار و باورهای نادرستی را در خواب و بی خوابی خود دارند و این افکار به اضطراب عملکرد و در نتیجه افزایش شدت بی خوابی منجر می گردد. مولفه های شناختی این درمان با تغییر این افکار و باور ها سطح اضطراب و در نتیجه نشانه های بی خوابی را کاهش می دهد. بسیاری از مادران این پژوهش از افکاری که آن ها را تا رختخواب دنبال و در رختخواب برانگیختگی و استرس ایجاد می کنند شاکی بودند. در واقع مسئله گشایی یکی از قوی ترین عوامل پیش بینی کننده در شروع خواب است (هرتشتاین^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

کارنی و والترز (۲۰۰۶) نشان دادند که پرداختن به نگرانی ها در سر شب (که آن را نگرانی سازنده می نامند) منجر به کمتر شدن برانگیختگی هنگام خواب می شود. در نتیجه راهکاری برای کنترل نگرانی شبانه می تواند سودمند باشد. از دلایل مؤثر این مداخله می توان به ساختار منظم جلسات اشاره کرد و همچنین استفاده از آموزش آرمیدگی و بهداشت خواب که منجر به مقابله با عادات مخل خواب و در نتیجه بهبود خواب می شود و نیز ارائه تکنیک توقف فکر و توجه انتخاب برای آرامش بیشتر در خصوص افکار خود آیند منفی و آموزش ثبت افکار و مواجهه با نگرانی ها به عنوان مولفه های رفتاری درمان شناختی - رفتاری که می تواند باعث کاهش هجوم افکار منفی در طول روز و در هنگام خواب می شود که همین امر به بهبود بی خوابی منجر می شود (پروچون^۲ و همکاران، ۲۰۲۳) و از آنجاکه درمان های شناختی رفتاری یک درمان مشکل مدار است در جلسه های درمانی بیشترین تأکید را بر رفتاری های زمینه ساز مشکلات خواب، انحراف های شناختی، اسناد غلط و افکار ناکارآمد که همگی باعث تداوم و تشدید بی خوابی می شوند شد. و درمان شناختی - رفتاری می تواند با کمک به خوابی در به چالش کشیدن افکار خودکار منفی و باورهای اساسی ناکارآمد و همچنین تغییر الگوهای رفتاری مربوط به خواب مؤثر باشد. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری به عمل گرایی معطوف است نحوه ارائه درمان آن به شکل ساختارمند همراه با آموزش روان شناختی، ارائه تکالیف و ثبت تکالیف بوده است (یار احمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

این پژوهش به صورت مقطعی در مورد گروهی از مادران کودکان مبتلا به اختلال های طیف اتیسم انجام گردیده است، از این رو تعمیم نتایج این پژوهش به سایر ناتوانی ها و والدین باید احتیاط کرد. یکی از محدودیت های این پژوهش عدم آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی می باشد. پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی با قرار دادن دوره پیگیری به بررسی دقیق تر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار عودکننده و بی خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال های طیف اتیسم پرداخته شود. با توجه به شیوع اختلال های طیف اتیسم، تأثیر آن بر کارکردهای مختلف اعضای خانواده به خصوص مادران، نیاز مراکز درمانی به

1 Hertenstein

2 Perochon

برنامه‌های روان‌درمانی جدید، روان‌درمان‌گران، مشاوران و سایر متخصصان حوزه بهداشت روان می‌توانند نقش و اثر این شیوه درمانی را در کاهش افکار عودکننده و بی‌خوابی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم را در نظر بگیرند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه‌داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

خود نویسنده در طراحی اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر بوده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- آرمان، سرور و نیازی، الهام (۱۴۰۰). ارزیابی اختلال نمو رفتاری-اجتماعی در همشیره‌های کودکان مبتلا به اتیسم. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۹(۶۲۷)، ۳۸۴-۳۸۹.
- انصاری، بهجت؛ تسبیح‌سازان، سیدرضا؛ خادمی، علی و رضایی، خالد (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴)، ۲۸۷-۲۹۸.
- بابایی، مهدیه (۱۴۰۱). بررسی روش‌های آموزشی به کودکان دارای اختلال اتیسم در دوره ابتدایی، پنجمین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پژوهش، تهران.
- ترک‌لادانی، فاطمه؛ آقایی، اصغر و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۹). تأثیر درمان گوش کردن عمیق کامل بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب نوجوانان دختر مبتلا به بی‌خوابی. *روان پرستاری*، ۸(۳)، ۱-۱۰.
- حسین‌آبادی‌فراهانی، فاطمه و شهبازی، سارینا (۱۴۰۲). اتیسم در دانش آموزان. *کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش*.
- رستمی، شقایق و ملکی، مهسا و مهدی‌زاده، ثمین و پاشازاده، فائزه و نجفی‌فرد، طاهره (۱۴۰۲). مروری بر روش‌های آموزشی برای کودکان اتیسم، هفتمین همایش بین‌المللی روان‌شناسی مدرسه، تهران.
- طالبی، مریم (۱۳۹۹). تأثیر درمان شناختی و رفتاری بی‌خوابی بر شاخصه‌های خواب در مبتلایان به بی‌خوابی و وقفه تنفسی انسدادی، *فصلنامه پژوهش سلامت*، ۱(۱۶).
- شیخ، محمود؛ رفیعی‌میلاجردی، هما و نقدی، ناصر (۱۴۰۰). تأثیر تمرین اسپارک و بازی ویدئویی فعال بر علائم اتیسم در کودکان طیف اتیسم ۶ تا ۱۰ سال. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۱) (پیاپی ۱۹)، ۰-۰.

- یاراحمدی، معصومه، حافظی، فریبا و مکوندی، بهنام (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بی خوابی بر تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی خوابی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*, ۲۸(۲), ۱۹۶-۲۰۹.
- Alimoradi, Z., Jafari, E., Broström, A., Ohayon, M. M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., ... & Pakpour, A. H. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 64, 101646.
 - Aragon-Guevara, D., Castle, G., Sheridan, E., & Vivanti, G. (2023). The reach and accuracy of information on autism on TikTok. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-6.
 - Boland, E. M., Goldschmied, J. R., & Gehrman, P. R. (2023). Does insomnia treatment prevent depression?. *Sleep*, 46(6), zsad104.
 - Dawson, G., Rieder, A. D., & Johnson, M. H. (2023). Prediction of autism in infants: progress and challenges. *The Lancet Neurology*, 22(3), 244-254.
 - Enrique, A., Eilert, N., Wogan, R., Earley, C., Duffy, D., Palacios, J., ... & Richards, D. (2021). Are changes in beliefs about rumination and in emotion regulation skills mediators of the effects of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety? Results from a randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 805-816.
 - Enomoto, K., Adachi, T., Fujino, H., Kugo, M., Tatsumi, S., & Sasaki, J. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia, cognitive behavioral therapy for pain, and hybrid cognitive behavioral therapy for insomnia and pain in individuals with comorbid insomnia and chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 66, 101693.
 - Edgar, E. V., Richards, A., Castagna, P. J., Bloch, M. H., & Crowley, M. J. (2024). Post-event rumination and social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*.
 - Ezerins, M. E., Simon, L. S., Vogus, T. J., Gabriel, A. S., Calderwood, C., & Rosen, C. C. (2024). Autism and employment: A review of the “new frontier” of diversity research. *Journal of Management*, 50(3), 1102-1144.
 - Farooq, M. S., Tehseen, R., Sabir, M., & Atal, Z. (2023). Detection of autism spectrum disorder (ASD) in children and adults using machine learning. *scientific reports*, 13(1), 9605.
 - Hertenstein, E., Benz, F., Schneider, C. L., & Baglioni, C. (2023). Insomnia—A risk factor for mental disorders. *Journal of sleep research*, 32(6), e13930.
 - Huang, A. A., & Huang, S. Y. (2023). Use of machine learning to identify risk factors for insomnia. *PloS one*, 18(4), e0282622.
 - Hertenstein, E., Trinca, E., Wunderlin, M., Schneider, C. L., Züst, M. A., Fehér, K. D., ... & Nissen, C. (2022). Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 62, 101597.
 - Hirota, T., & King, B. H. (2023). Autism spectrum disorder: a review. *Jama*, 329(2), 157-168.
 - Li, S. H., Corkish, B., Richardson, C., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2024). The role of rumination in the relationship between symptoms of insomnia and depression in adolescents. *Journal of Sleep Research*, 33(2), e13932.
 - Langenecker, S. A., Schreiner, M. W., Bessette, K. L., Roberts, H., Thomas, L., Dillahun, A., ... & Watkins, E. R. (2024). Rumination-focused cognitive behavioral therapy reduces rumination and targeted cross-network connectivity in youth with a history of depression: replication in a preregistered randomized clinical trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(1), 1-10.
 - Mak, W. W., Tong, A. C., Fu, A. C., Leung, I. W., Jung, O. H., Watkins, E. R., & Lui, W. W. (2024). Efficacy of internet-based rumination-focused cognitive behavioral therapy and mindfulness-based intervention with guided support in reducing risks of depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(2), 696-722.
 - Monk, R., Whitehouse, A. J., & Waddington, H. (2022). The use of language in autism research. *Trends in neurosciences*, 45(11), 791-793.

- Morin, C. M., & Buysse, D. J. (2024). Management of insomnia. *New England Journal of Medicine*, 391(3), 247-258.
- Perochon, S., Di Martino, J. M., Carpenter, K. L., Compton, S., Davis, N., Eichner, B., ... & Dawson, G. (2023). Early detection of autism using digital behavioral phenotyping. *Nature Medicine*, 29(10), 2489-2497.
- Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., Arnardottir, E. S., Baglioni, C., Bassetti, C. L., ... & Spiegelhalter, K. (2023). The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of sleep research*, 32(6), e14035.
- Shaha, D. P. (2023). Insomnia management: a review and update. *The Journal of Family Practice*, 72(6 Suppl), S31.
- Umegaki, Y., Nakagawa, A., Watkins, E., & Mullan, E. (2022). A rumination-focused cognitive-behavioral therapy self-help program to reduce depressive rumination in high-ruminating Japanese female university students: A case series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 468-484.
- Waizbard-Bartov, E., Fein, D., Lord, C., & Amaral, D. G. (2023). Autism severity and its relationship to disability. *Autism Research*, 16(4), 685-696.
- Yasuda, Y., Matsumoto, J., Miura, K., Hasegawa, N., & Hashimoto, R. (2023). Genetics of autism spectrum disorders and future direction. *Journal of Human Genetics*, 68(3), 193-197.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*, 15(5), 778-790.