

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری فردی والدین، کاهش وسواس فکری و تکانشگری مادران دارای کودکان با تاخیر حرکتی رشدی

نادیا باقری زیده سرائی^۱، سیده افروز موسوی^۲، وحید خوش روش^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی کوشیار واحد گیلان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی کوشیار واحد گیلان، ایران

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی کوشیار واحد گیلان، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری فردی والدین، کاهش وسواس فکری و تکانشگری مادران دارای کودکان با تاخیر حرکتی رشدی انجام شد. روش پژوهش توصیفی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه کودکان با تاخیر حرکتی رشدی می باشند. روش نمونه گیری به شیوه در دسترس بوده و تعداد ۳۰ نفر که نمرات آنها یک انحراف پایین تر از میانگین در پرسشنامه وسواس فکری (هاجسون و راکمان، ۱۹۹۷)، سازگاری فردی (بل و همکاران، ۱۹۹۶) و تکانشگری (بارت، ۱۹۹۱) در مرحله پیش آزمون است را انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS۲۳ و روش تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که نزدیک به ۷۴/۱ درصد از تفاوت های فردی در افزایش سازگاری، ۸۷ درصد از تفاوت های فردی در بهبود مؤلفه های وارسی، تمیزی، کندی، شک وسواسی و ۷۷ درصد از تفاوت های فردی در بهبود مؤلفه های تکانشگری عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و نمره کل در دو مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است ($P < 0/01$). با توجه به نتایج باید گفت که آموزش رمان شناختی-رفتاری توانسته است بر کاهش وسواس فکری و تکانشگری مادران با تاخیر حرکتی رشدی موثر بوده است.

واژه های کلیدی: سازگاری فردی والدین، کاهش وسواس فکری، تکانشگری

۱. مقدمه

سال های اولیه زندگی دوره های پویایی هستند که با رشد در حوزه های شناختی، ارتباطی، اجتماعی، هیجانی و حرکتی شناخته میشوند. کودکان رشد سریع و مراحل گذر را در طی دوران نوزادی، نوباوگی و سال های پیش دبستانی تجربه می کنند. گاهی اوقات در این مسیر، وجود برخی از عوامل زیستی، اجتماعی و محیطی خطر ساز ممکن است روند تحول کودک را با مشکل مواجه سازد. تأخیر تحولی کلی، همان گونه که از نام آن برمی آید در صورتی تشخیص داده میشود که فرد نتواند نقاط عطف تحولی مورد انتظار را در چند زمینه عملکرد برآورد کند داشتن یک کودک با تأخیر تحولی، والدین را با چالش های متعددی روبرو میکند. (ابراهیمی، ۱۴۰۰) شناسایی زود هنگام تاخیرهای تحولی در کودکان هدفی ارزشمند است. مهم ترین ضرورت شناسایی کودکان دچار تاخیر تحولی، تشخیص زودرس و به موقع اختلالات تحولی حرکتی، ذهنی، بینایی، شنوایی، رفتاری و ارتباطی است که در صورت مداخله درمانی به موقع، قابل درمان هستند و در غیر این صورت میتوانند عوارض، معلولیت ها و اختلال های دائمی بر جای گذارد. شواهدی دال بر اینکه تشخیص و مداخله زودرس در این موارد موجب بهبود برآیند عملکرد و کاهش مشکلات ثانویه رفتاری می گردد نیز وجود دارد (ارشم و همکاران، ۱۴۰۰). وزن هنگام تولد نیز مهم ترین عامل تعیین کننده میزان سلامت نوزادان است و گزینه ای پر اهمیت در تحول بعدی شیر خواران و کودکان محسوب می شود. بسیاری از تحقیقات نشان داده اند نوزادانی که وزن کمی دارند (کمتر از ۳۵۰۰ گرم) در مقایسه با نوزادانی که وزن هنگام تولدشان بالاتر است احتمال خطر بیشتری برای دچار شدن به مریضی های طولانی مدت و ناتوانایی های تحولی دارند (اسمعیل زاده، ۱۴۰۰). زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس زا برای خانواده درک شده و می تواند همه جنبه های خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می باشد، احتمالاً بیشترین تأثیر را خواهد پذیرفت. هر چند به سهم بالقوه رفتارهای والدینی ناکارآمد، در سبب شناسی تاخیر حرکتی کودکان توجه چندانی نشده است (پیر عباسی و صفر زاده، ۲۰۱۹). مطالعه خانواده ها و الگوهای رفتاری والدین اهمیت به سزایی دارد، به طوری که ریچارد و همکاران^۱ (۲۰۲۰) اظهار کرده اند که آسیب والدین و رفتار والدینی عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان می باشند. پرگر و همکاران^۲ (۲۰۲۲) نیز در مطالعه ای اشاره کردند که والدین کودکان مبتلا، سلامت روان پایین تر و علائم افسردگی بیشتری را گزارش می کنند و این علائم و مشکلات سلامت روان، در گذر زمان افزایش می یابد. از متغیرهای نیازمند توجه در مادران کودکان مبتلا به تاخیر حرکتی است. پژوهش های متعددی نشان می دهند که کودکان بیش فعال در مشارکت اجتماعی، شروع تعامل با دیگران و پاسخ به تعامل با دیگران مشکلات اساسی دارند (انتظاری و همکاران، ۱۴۰۰). این محدودیت های اجتماعی سبب مشکلات عمده ای در زندگی روزمره کودکان بیش فعال می شود (جعفری ندوشن، ۱۴۰۰). متأسفانه تکانشگری و بی توجهی نه تنها مانع رشد این کودکان می شود، بلکه باعث فقدان پذیرش و طرد این کودکان از سوی دوستان، همسالان و بزرگسالان و تنهایی و گوشه گیری آنها می شود (استفورد^۳، ۲۰۲۰). تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی اساسی است که آن را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش واکنش^۴ جدا می کند. این رفتارها، شتاب زده، برنامه ریزی نشده^۵، بدون فکر و مستعد اشتباه^۶ هستند. در حالی که در بیش واکنش به جای تأکید بر سرعت بروز عکس

^۱. Richard^۲. Pergher^۳. Stanford^۴. over reaction^۵. unplanned^۶. error ptone

العمل، تاکید بر شدت و طول زمانی است که عکس العمل رخ می دهد. رفتارهای تکانشی هم چنین بر خلاف رفتارهای جبری^۷ است که فرد بر وجود رفتار آگاهی دارد و هدف از رفتار، نه کسب لذت، بلکه عموماً دوری از یک اضطراب می باشد. هم چنین متفاوت از رفتارهایی که ناشی از نارسایی در داوری^۸ و تصمیم گیری می باشند و فرد در حقیقت در مرحله قضاوت اختلال دارد (جهانگیری، ۱۴۰۰). دیدگاه اجتماعی به تکانشگری، به عنوان یک رفتار آموخته شده می نگرد که کودک از خانواده و محیط اطراف آموخته است و بر اساس آن برای بدست آوردن خواسته های مطلوبش به سرعت واکنش نشان می دهد و این ویژگی نه تنها بر خود فرد بلکه بر سایرین هم اثر می گذارد (نظریه یادگیری اجتماعی) (وان در فلز،^۹ ۲۰۲۰). گروهی از افراد برای یادگیری واکنش شتاب زده و ناخواسته در برابر محرک های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این اعمال برای خود یا دیگران، مستعد می باشند. افرادی که با عنوان «خشونت تکانشی»^{۱۰} طبقه بندی می شوند از لحاظ زیستی مستعد اعمال تکانشی هستند و کاملاً متفاوت از گروه دیگری هستند که دست به اعمال خشونت آمیز می زنند و محرک اولیه ی موجه و منطقی برای خود دارند (سنجایی، ۱۴۰۰). سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید. مهارت ها و سازگاری اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در دراز مدت ضربه شدیدی به کودک وارد می کند. سازگاری فردی والدین سبب افزایش مهارت های ارتباطی مبادله عواطف متناسب، علایق مشترک و استفاده از تعاملات مثبت است و با ارائه شیوه های ضروری برای زندگی سالم و سازنده، دربردارنده مجموعه ای از توانایی هایی است که سبب سازگاری افراد با دیگران و شکل گیری رفتارهای مثبت و مفید می شود و آنان را در ایفای نقش مناسب در جامعه بدون آسیب رساندن به خود یا دیگران یاری می رساند (همتی و همکاران، ۱۴۰۰). برخی مطالعات حاکی از آن است که داشتن سطح پایین سازگاری یکی از مهم ترین عواملی است که با بروز مشکل در روابط ارتباط دارد و منجر به ناسازگاری فرد با اطرافیان و محیط زندگی می شود. با توجه به آنچه که گفته شد یکی از درمان های مورد بررسی برای کم کردن وسواس فکری مادران، درمان شناختی-رفتاری است (یاوری و همکاران، ۱۴۰۰). روش شناختی-رفتاری، رویکرد کوتاه مدت^{۱۱} و معطوف به زمان حال است که به فرد شایستگی های رفتاری و شناختی را برای عملکرد سازگارانه در دنیای درون فردی و بین فردی اش نیاز دارد، آموزش می دهد (پاستی^{۱۲}، ۲۰۲۰). در رویکرد شناختی بر باورهای اشتباه یا ادراک های غلطی که فرد درباره ی منابع مشکلات روانشناختی خویش دارد، تأکید می ورزند. رویکرد شناختی-رفتاری به دنبال تکامل نظریات گوناگون به وقوع پیوست. این رویکرد از یک سو حاصل فعالیت روانشناسان شناختی و از سوی دیگر تحت تأثیر روان شناسان رشد و نظریه های یادگیری اجتماعی قرار داشته است. تکامل تدریجی این نظریات و رویکردها بود که منجر به پدید آمدن درمان های شناختی-رفتاری شد (میوفی^{۱۳} ۲۰۲۱). در اوایل دهه ۱۹۸۰ با نظریه یادگیری اجتماعی بندرو^{۱۴} نظریه های رویکرد شناختی، به عنوان نظریه ای شناختی-رفتاری مطرح شد (کلارک^{۱۵}،

^۷. compulsiore

^۸. Judgement

^۹. Van der Fels

^{۱۰}. impulsir aggression

^{۱۱}. Time -Limited

^{۱۲}. Patsi

^{۱۳}. Mufti

^{۱۴}. Bondura

فربون^{۱۶}، ۲۰۱۵ به نقل از محمدی لو، ۲۰۲۳). دیدگاه شناختی رفتاری مشکلات بین فردی را مفهوم سازی کرده است. از نظر ساپ^{۱۷} (۱۹۹۶)، درمان شناختی - رفتاری رویکردی است که به بیماران افسرده کمک می کند تا قدرت «خودگویی» (آنچه آنها به خود می گویند) را تشخیص دهند و مهارت های مقابله ای خود را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند (کرایج^{۱۸}، ۲۰۱۰). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد درمان شناختی - رفتاری مقرون به صرفه است، اتلاف منابع را کاهش می دهد و نقش مهمی در جلوگیری از پیشروی شرایط مزمن و ناتوان کننده دارد (خالویی و همکاران، ۲۰۲۳). شواهد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در درمان افسردگی، اضطراب و سایر مشکلات روان شناختی و بهبود مدیریت هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی نشان می دهد. به گونه ای که درمان شناختی - رفتاری به عنوان یک مداخله روان شناختی اولیه برای پرداختن «رفتارهای منفی» و «تفکر ناکارآمد» در میان افراد مبتلا به افسردگی نشان داده شده است (حاجی دخت و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر نشخوار فکری و مشکلات بین شخصی انجام گرفت. نتایج نشان داد آموزش درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشخوار فکری و بهبود روابط بین فردی گروه مداخله مؤثر بوده است (لی و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۳). به دلیل تعدد و تنوع مشکلات این کودکان در حوزه های مختلف جسمی، روانی، تحصیلی، اجتماعی و رویکردهای درمانی مختلف ارائه شده است. از طرفی مشخص شده است که برای درمان مشکلات چند گانه مادران این کودکان مؤثر ترین شیوه، ترکیبی از مداخله های روانی، آموزشی، پزشکی، رفتاری و آموزش والدین و حمایت از مدرسه است. از آنجایی که این رویکرد الگوهای متفاوت درمانی را ارائه می کند، در میان متخصصان به شیوه درمان چند الگویی یا ترکیبی مشهور است. مطالعات پژوهشی و بالینی نشان می دهند که استفاده از شیوه های درمان چند الگویی احتمالاً می تواند به رشد کودک کمک نموده و به همان اندازه نشانه ها و علائم را کاهش دهد (سفزی، ۱۴۰۰). در این پژوهش درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری فردی والدین، کاهش وسواس فکری و تکانشگری مادران دارای کودکان با تاخیر حرکتی رشدی انجام می گیرد، تا بدین شیوه گامی در جهت کاهش مشکلات رفتاری و تحصیلی این کودکان برداشته شود و باور این است که هر چه بیشتر بین خانه و مدرسه در خصوص بکار گیری مدیریت رفتار هماهنگی، همکاری و همسویی در کنار دارو درمانی وجود داشته باشد این تاثیر بیشتر است از این رو سوالی که در این پژوهش مطرح می شود این است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری فردی والدین، کاهش وسواس فکری و تکانشگری مادران دارای کودکان با تاخیر حرکتی رشدی مؤثر است؟

۲. روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون است که در آن از دو گروه آزمایش و یک گواه استفاده شده است. گروه آزمایش آموزش درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل آموزشی ندیدند. جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کودکان با تاخیر رشدی مدرسه ساریخانی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند. نمونه و روش نمونه گیری: نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۳۰ نفر (۱۵ نفر از مادران کودکان دارای تاخیر رشدی در گروه و ۱۵ نفر در گروه کنترل) می باشد

^{۱۵}. Kellarck

^{۱۶}. Ferboun

^{۱۷}. Sapp

^{۱۸}. Craig

^{۱۹}. Herzer, Hood

این کودکان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. لازم به ذکر است که آموزش فوق برای والدین در سالن آمفی تئاتر مدرسه سازیخانی انجام شد.

۳. ابزار پژوهش

پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری بارت : مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره گذاری می گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی - ها و مقاومت ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تامل می باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه ریزی، مبین بی توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه ها دارای نمره گذاری مثبت می باشند. در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده اند تعداد گویه ها از ۳۰ گویه به ۲۵ گویه کاهش یافت و ۵ گویه به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از پرسشنامه حذف شدند.

مولفه ها	سوالات مربوط به هر مولفه
تکانشگری عدم برنامه ریزی	۱، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۵
تکانشگری حرکتی	۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۴
تکانشگری شناختی	۴، ۶، ۱۵ و ۲۳

روایی و پایایی:

در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه به شرح جدول زیر گزارش شده است و همچنین پرسشنامه مذکور از روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر میزان اعتبار و روایی کل مقیاس ۰/۷۶ بدست آمده است.

ضریب آلفا و ضریب بازآزمایی برای کل سوالات و عوامل مقیاس تکانشگری بارت

مولفه ها	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب بازآزمایی
تکانشگری عدم برنامه ریزی	۰/۸۰	۰/۷۹
تکانشگری حرکتی	۰/۶۷	۰/۷۳
تکانشگری شناختی	۰/۷۰	۰/۴۹
کل مقیاس	۰/۸۱	۰/۷۷

پرسشنامه سازگاری عاطفی و اجتماعی بل: این پرسشنامه توسط بل طراحی شده است که در این پرسشنامه برای هر یک از خرده مقیاس های بعد سازگاری عاطفی و اجتماعی تعداد ۳۲ سوال وجود دارد. آزمودنی به صورت بلی و خیر به سوالات پاسخ دهد و برای هر سوال اگر به صورت صحیح پاسخ داده شود نمره یک و اگر غلط پاسخ داده شود نمره صفر در نظر گرفته می شود. به این ترتیب دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۳۲ بود. هر چه آزمودنی نمرات کمتری در آزمون سازگاری بل کسب کند سازگاری بیشتری دارد و بالعکس. در پژوهش بوساری (۱۳۹۲) میزان اعتبار و روایی آن ۰/۹۲ بدست آمده است. در پژوهش حاضر میزان اعتبار و روایی آن ۰/۷۲ بدست آمده است.

پرسشنامه ی وسواس فکری عملی مادسلی: پرسشنامه-وسواس فکری و عملی مادسلی توسط هاجسون و راکمان (۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه ی مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می باشد. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان نژد به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ های ۱۰۰ بیمار، چهار مؤلفه ی عمده را که منعکس کننده ی چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص نمود. این چهار مؤلفه عبارتند از: وارسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می دهند. با استفاده از یک روش نمره گذاری ساده می توان یک نمره ی وسواس کلی و چهار نمره ی فرعی به دست آورد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است (ابولقاسمی، نریمانی، ۲۰۰۵). این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن تایید شده است (قاسم زاده، مجتبیایی، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر میزان اعتبار و روایی آن ۰/۸۱ بدست آمده است

جلسات آموزش	عنوان جلسات
جلسه ۱	اهداف: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت های اصلی زنان، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریح مساعی با نمونه پژوهش در تعیین اهداف پروتکل درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC
جلسه ۲	اهداف: صورت بندی مشکلات کلی زنان در قالب مدل شناختی رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی های درمانی، استفاده از تکنیک های استاندارد فعال سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه ۳	اهداف: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی
جلسه ۴	اهداف: بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.
جلسه ۵	اهداف: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی های مثبت، استفاده از تکنیک های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.
جلسه ۶	اهداف: استفاده از تکنیک های شناختی رفتاری در مورد جرات ورزی، حل مساله و آموزش مهارت های اجتماعی به نوجوانان
جلسه ۷	اهداف: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته ای، ضعیف سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیرسوال بردن آنها به روش سقراطی و درجه بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه
جلسه ۸	اهداف: ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت های حل مساله و رفتارهای شجاعانه، درجه بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.
جلسه ۹	اهداف: آموزش مهارت های ارتباطی، بحث گروهی، ارایه فعالیت های تکمیلی، در این جلسه به افراد آموزش سبک پاسخدهی کلامی کارآمد و مهارت های گوش کردن فعال داده شد سپس از افراد خواسته می شود تا به واکنش دیگران به این سبک های پاسخدهی کلامی توجه کنند و در انتهای جلسه با بیماران قرار داد وابستگی بسته شد (یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافقی هایی صورت می گیرد)
جلسه ۱۰	اهداف: آموزش مهارت های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی و اجرای پس آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بررسی قرار می گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به افراد محول می شد.

۴. یافته ها

جدول ۱- شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	آماره Sh- p Wk
تکانشگری عدم برنامه ریزی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۸۸
		کنترل	۰/۴۰۲
	پس آزمون	آزمایش	۰/۸۱۲
		کنترل	۰/۸۵۷
تکانشگری حرکتی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۷۸۲
		کنترل	۰/۲۹۴
	پس آزمون	آزمایش	۰/۴۵۱
		کنترل	۰/۱۱۲
تکانشگری شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۹۹
		کنترل	۰/۵۹۵
	پس آزمون	آزمایش	۰/۰۵۲
		کنترل	۰/۶۵۷
نمره کل تکانشگری	پیش آزمون	آزمایش	۰/۲۱۳
		کنترل	۰/۰۵۵
	پس آزمون	آزمایش	۰/۳۷۰
		کنترل	۰/۰۵۸
وارسی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۴۸۱
		کنترل	۰/۲۵۱
	پس آزمون	آزمایش	۰/۲۳۹
		کنترل	۰/۲۲۳
تمیزی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۰۴
		کنترل	۰/۷۷۹
	پس آزمون	آزمایش	۰/۶۸۷
		کنترل	۰/۷۳۵
کندی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۵۴
		کنترل	۰/۲۷۹
	پس آزمون	آزمایش	۰/۶۸۷
		کنترل	۰/۳۲۵
شک وسواسی	پیش آزمون	کنترل	۰/۲۳۴
		آزمایش	۰/۱۴۵
	پس آزمون	کنترل	۰/۳۷۳
		آزمایش	۰/۲۳۵
وسواس (نمره کل)	پیش آزمون	کنترل	۰/۲۳۴
		آزمایش	۰/۷۱۹
	پس آزمون	کنترل	۰/۲۶۵
		آزمایش	۰/۱۳۴
سازگاری	پس آزمون	کنترل	۰/۲۱۳

آزمایش	۰/۵۲۴	۰/۲۱۹
کنترل	۰/۲۵۳	۰/۱۴۷
آزمایش	۰/۲۳۷	۰/۲۴۵

جدول ۱- نشان داد که مقدارهای P در آزمون شاپیرو-ویلک از ۰/۰۵ بزرگ تر است. با توجه به نتایج توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال و مفروضه ی دوم تحلیل واریانس رعایت شده است.

جدول ۲-تایج تحلیل تک متغیری برای متغیر سازگاری فردی

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی	حجم اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات		داری		آماري
سازگاری فردی	۴۶/۴۳۲	۱	۴۶/۴۳۲	۹/۹۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۲۱	۰/۷۶۵

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۱، میانگین نمرات مولفه سازگاری فردی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ($P < ۰/۰۱$) .

جدول ۳- نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر وسواس فکری و مولفه های ان

متغیر	ارزش	F	درجه	درجه	سطح معناداری	میزان	توان
			آزادی	آزادی		تأثیر	آماري
			فرضیه	خطا			
پیش آزمون وارسی	۰/۱۲۲	۲/۲۴۷	۱۶	۵	۰/۱۸۹	۰/۵۸۸	۰/۵۰۲
پیش آزمون تمیزی	۰/۱۳	۲/۰۹۳	۱۶	۵	۰/۲۱۲	۰/۴۱۲	۰/۴۲۲
پیش آزمون کندی	۰/۱۰۹	۲/۵۶۶	۱۶	۵	۰/۱۵۱	۰/۶۰۲	۰/۵۸۵
پیش آزمون شک وسواسی	۰/۰۷۱	۴/۰۸۱	۱۶	۵	۰/۰۶۴	۰/۸۰۸	۰/۷۹۸
نمره کل	۰/۱۷۶	۳/۲۱	۱۶	۵	۰/۰۶۵	۰/۵۹۸	۰/۶۵۴

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۳، بین پیش آزمون با پس آزمون نمرات مولفه های وسواس فکری معنی دار شده است ($P < ۰/۰۵$) در متغیرهای وارسی، تمیزی، کندی، شک وسواسی تفاوت معنی دار به دست آمده است. با کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۴-نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تکانشگری و مولفه های ان

متغیر	ارزش	F	درجه	درجه	سطح معناداری	میزان	توان
			آزادی	آزادی		تأثیر	آماري
			فرضیه	خطا			
پیش آزمون تکانشگری عدم برنامه ریزی	۰/۲۴۲	۲/۱۲۷	۱۶	۵	۰/۲۱۹	۰/۳۲۸	۰/۵۲۲
پیش آزمون تکانشگری حرکتی	۰/۲۱۳	۲/۴۵۳	۱۶	۵	۰/۴۳۲	۰/۲۴۲	۰/۳۱۲
پیش آزمون تکانشگری شناختی	۰/۳۶۹	۲/۳۲۶	۱۶	۵	۰/۲۷۶	۰/۵۲۲	۰/۳۲۵
نمره کل	۰/۲۱۶	۲/۴۱	۱۶	۵	۰/۳۱۵	۰/۲۲۸	۰/۳۲۴

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۴- بین پیش آزمون با پس آزمون نمرات مولفه های تکانشگری معنی دار شده است ($P < 0/05$) در متغیرهای تکانشگری عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و نمره کل تفاوت معنی دار به دست آمده است. با کنترل این رابطه، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/05$).

۵. بحث و نتیجه گیری

در این بخش یافته ها و پاسخ های مربوط به هریک از فرضیه ها ذکر شده و در مقایسه با پژوهش های دیگر مورد بررسی قرار می گیرد. نتیجه بدست آمده باید گفت که صادقان و همکاران (۱۴۰۲) عبدالمی و همکاران (۱۴۰۲) حسین زاده و همکاران (۱۴۰۱) برازنی و همکاران (۱۴۰۱) امینی و همکاران (۱۴۰۱) اندرو و همکاران (۲۰۲۲) کوفی (۲۰۲۱) لیو و همکاران (۲۰۲۰) همسو می باشد. در تبیین نتیجه بدست آمده باید گفت که داشتن کودک با تأخیر حرکتی رشدی می تواند فشار روانی زیادی بر مادران وارد کند و آن ها را با احساس اضطراب، نگرانی های مداوم، و حتی افسردگی مواجه سازد. این شرایط گاه موجب می شود مادران نسبت به توانمندی های خود دچار تردید شوند و در سازگاری فردی، ایفای نقش های مختلف خانوادگی و اجتماعی با چالش هایی مواجه شوند. برای کمک به این افراد، بهره گیری از رویکردهای علمی و اثربخش روانشناختی امری ضروری است. درمان شناختی-رفتاری (CBT) به عنوان یکی از معتبرترین و رایج ترین رویکردهای درمانی در حوزه سلامت روان، تمرکز عمده ای بر شناسایی و اصلاح افکار منفی و ناکارآمد دارد. این درمان به مادران می آموزد که چگونه الگوهای فکری منفی از جمله سرزنش خود یا پیش بینی های تاریک درباره آینده کودک را بازشناسی کرده و به جای آن ها نگرش های منطقی تر و انعطاف پذیرتری را جایگزین نمایند. آموزش درمان شناختی-رفتاری حتی به شکل گروهی یا فردی می تواند موجب ارتقای بهزیستی روانی در این گروه از مادران شود. با بهره گیری از مداخلات درمان شناختی-رفتاری، مادران علاوه بر تخلیه هیجانات منفی، به مهارت هایی مانند مدیریت استرس، شناخت منابع حمایت اجتماعی، و حل مسئله مجهز می شوند. این آموزش ها نه تنها تنش روانی را کاهش داده، بلکه توانایی آن ها را برای مدیریت موقعیت های دشوار و بیان نیازهای خود در خانواده و اجتماع افزایش می دهد. شواهد پژوهشی نیز نشان می دهد که چنین مداخلاتی می تواند میزان افسردگی و اضطراب را در مادران به طور معناداری کاهش دهد. همچنین درمان شناختی-رفتاری به مادران کمک می کند که خودپذیری بیشتری داشته باشند و با پذیرش وضعیت کودک خود، به جای سرزنش خود یا غرق شدن در احساس گناه، رویکردی فعال در برابر چالش ها اتخاذ کنند. این تغییر نگرش، آنان را قادر می سازد تا به جای تمرکز بر محدودیت ها، فرصت های موجود برای رشد خود و کودک را بشناسند و برای آینده برنامه ریزی منطقی تری داشته باشند. در نهایت، آموزش و اجرای منظم درمان شناختی-رفتاری برای مادران کودکان با تأخیر حرکتی رشدی دارای اثربخشی بالایی در ارتقای سازگاری فردی است. تقویت عزت نفس، کاهش احساس ناکامی و درماندگی، و افزایش امید و رضایت از زندگی، از جمله پیامدهای مثبت چنین مداخلاتی است که باید به عنوان راهکاری پیشگیرانه و حمایتی در برنامه های سلامت خانواده های دارای کودک با نیازهای ویژه مدنظر قرار گیرد. آموزش درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک رویکرد ساختاریافته و مبتنی بر شواهد، نقش مهمی در کاهش شدت این وسواس ها ایفا می کند. این آموزش به مادران کمک می کند تا افکار ناکارآمد و افراطی درباره سلامت کودک و معنای اشتباه رفتارهای مراقبتی را شناسایی کنند. در غالب جلسات درمان شناختی-رفتاری، مادران می آموزند که چگونه فرآیند واریسی یا تردید بیش از حد درباره سلامت و عملکرد کودک را متوقف و افکار جایگزین منطقی تر را تمرین کنند. درمانگر با استفاده از تکنیک هایی مانند مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP)، مادران را تشویق می کند که مواجهه تدریجی با محرک های اضطراب زا را تجربه کنند و از انجام رفتارهای وسواسی مثل واریسی یا تمیزی مفرط خودداری کنند. این فرایند به تدریج میزان اضطراب و نیاز به انجام رفتارهای وسواسی را کاهش می دهد و کنترل شخصی را به مادر باز می گرداند. همچنین کار روی افکار شک برانگیز و کمک به مادران برای پیدا کردن ارزیابی واقع بینانه تر از موقعیت ها، بخش مهمی از روند درمان است. با تکرار تمرینات

شناختی و رفتاری، مادران یاد می گیرند ارتباط میان افکار وسواسی، احساسات اضطرابی و رفتارهای اجباری را شناسایی کنند و در موقعیت های اضطرابزا با روش های جدید واکنش نشان دهند. مرور موفقیت های کوچک و تجارب مثبت در جلسات درمان شناختی-رفتاری، باعث تقویت اعتماد به نفس و امید به بهبود در مادران می شود. این تغییرات رفتاری و شناختی به مرور باعث کاهش نشانه های وسواس فکری و رفتاری می شود. در نهایت، مداخلات مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری نه تنها به کاهش وسواس فکری و عملی مادران کمک می کند، بلکه کیفیت زندگی آنها را ارتقا می بخشد و رابطه مادر و کودک را نیز به سمت تعادل و آرامش بیشتری سوق می دهد. پیگیری این آموزش ها به صورت مستمر می تواند اثرات پایداری در کاهش علائم وسواس و ارتقای سلامت روان مادران دارای کودکان با تاخیر حرکتی رشدی داشته باشد. پیشنهاد می گردد این پژوهش ها در سایر مناطق جغرافیایی، بر روی جمعیت های دیگر و سایر گروه ها به انجام رسد تا بتوان داده ها را با اطمینان بیشتری تعمیم داد. با توجه به اینکه اثرات مداخله در دوره های پس از مداخله پیگیری نشده است، پیشنهاد می گردد در پژوهش های آینده، سایر پژوهشگران اثرات و نتایج درمان را در دوره های زمانی سه، شش و نه ماه پیگیری نمایند تا بتوان شناخت بهتری از درمان های موثرتر به دست آورد.

منابع و مراجع

- انتظاری، م.، عبدلی، ب.، و فارسی، ع. (۱۴۰۰). تأثیر دستکاری فعالیت سیستم دهلیزی بر حافظه فضایی دیداری کودکان بیش فعال دارای نقص توجه. *فصلنامه علوم پیراپزشکی و توان بخشی* 10(1)، ۴۶-۵۷.
- برزانی، نغمه و مقدم، امیر، ۱۴۰۱، اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر تبحر حرکتی کودکان کم توان ذهنی، پنجمین همایش ملی علوم ورزشی، تربیت بدنی و مدیریت راهبردی در ورزش، همدان، ۱۵۴۰۶۹۴. <https://civilica.com/doc/1540694>
- جعفری ندوشن، ف.، و زارع خورمیزی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی توان بخشی شناختی حافظه بر بهبود کارکردهای اجرایی کودکان دارای نشانه های نارسایی توجه و بیش فعالی استان یزد. *دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توان بخشی*. ۱۰(۲)، ۳۴۵-۳۳۲.
- جهانگیری، د.، عزیزاده، ح.، پزشک، ش.، و فرخی، ن. (۱۴۰۰). تدوین برنامه آموزشی انضباط مثبت و بررسی اثربخشی آن بر کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال نقص توجه بیش فعالی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توان بخشی* 10(2)، ۲۵۷-۲۴۶.
- حسینعلی زاده، محمد، فرامرزی، سالار و عابدی، احمد. (۱۴۰۱). بررسی تاثیر بسته مداخلات بهنگام عصب- روانشناختی کودک محور بر عملکرد شناختی و اجتماعی کودکان تاخیر رشدی. *فصلنامه روان شناسی تربیتی* doi: ۴۳-۶۴، 18(۶۵)، ۲۳۶۱، ۳۴۷۱۹، ۲۰۲۳، ۱۰، ۲۲۰۵۴/jep.
- سنجابی، ا.، کرمی، ج.، و عیوضی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی توان بخشی شناختی کارکردهای اجرایی بر ارتقاء عملکرد تحصیلی دانشجویان مشروطی دانشگاه رازی. *فصلنامه علمی - پژوهشی عصب روانشناسی* 7(1)، ۲۳-۳۶.
- صادقیان شاهی محمدرضا، رضایی سهیلا، صمدی حسین. اثربخشی تمرینات ادراکی- حرکتی پاریاد بر بازداری پاسخ، انعطاف پذیری شناختی و بازتولید زمان در کودکان دارای اختلال هماهنگی رشدی. *طلوع بهداشت*. ۱۴۰۲؛ ۲۲ (۳): ۹۶-۱۱۱.

۸. عبداللهی، راشن. (۱۴۰۲). اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر آموزش رفتاری و حرکتی بر ارتقای کارکردهای عملی و کاهش دلدردگی کودکان مبتلا به اختلال هماهنگی رشدی. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*. ۱۶۶-۱۶۱، ۱۸(۶۹)،

۹. همتی، م. ج.، ساجدی، ف.، واحدی، م.، و حقگو، ح. ا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش حافظه فعال بر کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال طیف اتیسم با عملکرد بالا. *دوماهنامه کومش*. ۲۳(۲)، ۴۱-۲۲۳۳.

۱۰. یآوری برحق طلب، ا.، عسگری، پ.، نادری، ف.، و حیدری، ع. ر. (۱۴۰۰). بررسی اثر توانبخشی شناختی بر عملکردهای اجرایی (بازداری پاسخ و برنامه ریزی) کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی*. ۱۱۰(۱)، ۱۴۶-۱۵۷.

۱. Andreou, M., Konstantopoulos, K., & Peristeri, E. (۲۰۲۲). Cognitive flexibility in autism: Evidence from young autistic children. *Autism Res*, ۱۵(۱۲), ۲۲۹۶-۲۳۰۹.
۲. Briones, B. J. M., Harmony, T. F., Gómez, N. G., Lirio, R. J. B., & Bosch-Bayard, J. (۲۰۲۰). EEG Power Spectrum Correlates of Working Memory in Children with Learning Disorders.
۳. Cofini, V., Cianfarani, A., Cecilia, M. R., Carbonelli, A., & Di Giacomo, D. (۲۰۲۱). Impact of dance therapy on children with specific learning disability: a two-arm cluster randomized control study on an Italian sample. *Minerva Pediatrics*, 73(۳), ۲۴۳-۲۵۰.
۴. Fletcher, J. M., & Miciak, J. (۲۰۲۴). Assessment of Specific Learning Disabilities and Intellectual Disabilities. *Assessment*, 31(۱), ۵۳-۷۴.
۵. Flores-Gallegos, R., Rodríguez-Leis, P., & Fernández, T. (۲۰۲۲). Effects of a virtual reality training program on visual attention and motor performance in children with reading learning disability. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 32, ۱۰۰۳۹۴.
۶. Gallou-Guyot, M., Nuic, D., Mandigout, S., Compagnat, M., Welter, M. L., Daviet, J. C., & Perrochon, A. (۲۰۲۲). Effectiveness of home-based rehabilitation using active video games on quality of life, cognitive and motor functions in people with Parkinson's disease: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 44(۲۶), ۸۲۲۲-۸۲۳۳.
۷. Hejabidokht Imen, M., Hosseini Nasab, S. D., & Azmoudeh, M. (۲۰۲۲). A Study of the Effectiveness of Perceptual-Motor Exercises on Visual-Spatial Processing and Dictation Function in Second Grade Elementary School Girls with Learning Disabilities in Tabriz. *Sociological studies*, 15(۵۴), ۲۱۹-۲۳۴.
۸. Khaloie, H., Salari Chineh, P., Ahmadkhosravi, S., & Manzari Tavakoli, V. (۲۰۲۰). Effectiveness of Motor Rehabilitation Training on Working Memory and Attention/Concentration of Male School Students With Reading Disorder. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 11(۲), ۲۳۸-۲۴۹.
۹. Lau, P.W., Wang, G., & Wang, J. (۲۰۲۰). Effectiveness of active video game usage on body composition, physical activity level and motor proficiency in children with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, ۳۳(۶): ۱۴۶۵-۱۴۷۷. doi:۱۰.۱۱۱۱/jar.۱۲۷۷۴.
۱۰. Li, S., Song, Y., Cai, Z., & Zhang, Q. (۲۰۲۲). Are active video games useful in the development of gross motor skills among non-typically developing children? A meta-analysis. *BMC Sports Sci Med Rehabil*, 14(۱), ۱۴۰.
۱۱. Mohammadlou, M., Sotoude Asl, N., Ghorban, R. & Talepasand, S. (۲۰۲۳). [Comparing the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation and Cognitive Therapy based on Mindfulness in Improving the Cognitive Flexibility and Academic Progress of Students with Specific Learning Disorders (Persian)]. *Journal of learning disabilities*, 12(۴), ۶۶-۸۲.
۱۲. Mufti, S., Arshad, M., & Bibi, B. (۲۰۲۱). Neuropsychological functioning in children with and without specific learning disorder. *JPMMA*, 71(۶۲۹).
۱۳. Patsi, C., & Evaggelinou, C. (۲۰۲۲). Recent Developments regarding Exergames and Individuals with Disabilities. ECGBL ۲۰۲۲ ۱۶th European Conference on Game-Based Learning,

۱۴. Pergher .V., Au, J., Shalchy, M. A., Santarnecchi, E., Seitz, A., Jaeggi, S. M., & Battelli, L. (۲۰۲۲). The benefits of simultaneous tDCS and working memory training on transfer outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Brain Stimulation*, ۱۵(۶), ۱۵۴۱-۱۵۵۱.
۱۵. Pirabasi, Z., & Safarzadeh, S. (۲۰۱۹). The Effectiveness of Group Play Therapy on Social Skills and Memory Performance of primary school girl student's with Specific learning disorder [Research]. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 6(۲), ۵-۱۲.
۱۶. Richard, G., & Serrurier, M. (۲۰۲۰). Dyslexia and Dysgraphia prediction: A new machine learning approach. *arXiv preprint arXiv:2005.06401*.
۱۷. Stanford, E., & Delage, H. (۲۰۲۰). Complex syntax and working memory in children with specific learning difficulties. *First language*, 40(۴), ۴۱۱-۴۳۶.
۱۸. Van der Fels, I. M. J., de Bruijn, A. G. M., Renken, R. J., Königs, M., Meijer, A., Oosterlaan, J., Kostons, D. D. N. M., Visscher, C., Bosker, R. J., Smith, J., & Hartman, E. (۲۰۲۰). Relationships between gross motor skills, cardiovascular fitness, and visuospatial working memory-related brain activation in ۸- to ۱۰-year-old children. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 20(۴), ۸۴۲-۸۵۸.

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on parents' personal adjustment, and on reducing obsessive thoughts and impulsivity in mothers of children with developmental motor delay

Abstract

The present study aimed to conduct cognitive-behavioral therapy on parental individual adjustment, reducing obsessive-compulsive disorder, and impulsivity in mothers of children with developmental motor delay. The research method was a descriptive semi-experimental type with a pre-test and post-test design, and the statistical population of this study included all children with developmental motor delay. The sampling method was available and ۳۰ people whose scores were one deviation lower than the mean in the Obsessive-Compulsive Disorder (Hodgson and Rockman, ۱۹۹۷), Individual Adjustment (Bell et al., ۱۹۹۶), and Impulsivity (Barrett, ۱۹۹۱) questionnaires in the pre-test stage were selected and randomly assigned to the experimental group (۱۵ people) and the control group (۱۵ people). The research data were analyzed using SPSS۲۳ statistical software and multivariate and univariate analysis of covariance. The results of data analysis showed that nearly ۷۴,۱٪ of individual differences in increasing adaptation, ۸۷٪ of individual differences in improving the components of checking, cleanliness, slowness, obsessive-compulsive doubt, and ۷۷٪ of individual differences in improving the components of unplanned impulsivity, motor impulsivity, cognitive impulsivity, and total score in the two stages of the study were related to the difference between the two groups ($P < ۰,۰۰۱$). According to the results, it should be said that cognitive-behavioral novel training was effective in reducing obsessive-compulsive and impulsive behavior in mothers with developmental motor delay.

Keywords: Individual adaptation of parents, reduction of obsessive-compulsive behavior, impulsivity.

