

اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم

- سید مجتبی عقیلی^{*}، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- آرزو اصغری، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران
- سعید کفash صدقی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- میترا نمازی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهroud، سمنان، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹۳ - ۱۰۱

چکیده

زمینه و هدف: والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم با چالش‌های خاص و منحصر به فردی در زمینه‌های فرزندپروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن مادران این کودکان می‌باشد.

روش: روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی) و (۱۵ نفر گروه گواه) به عنوان نمونه انتخاب شدند. گروه آزمایشی طی ۸ جلسه به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (۱۹۹۵) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش طرح واره درمانی در کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان اوتیستیک تأثیر معنادار داشت ($p \leq 0.000$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، نتیجه گرفته می‌شود که جهت درمان افسردگی مزمن مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم می‌توان از طرح واره درمانی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اوتیسم، افسردگی مزمن، طرح واره درمانی، مادران

* Email: Dr_aaghili1398@yahoo.com

مقدمه

جدید افسردگی یا به عبارت دیگر عود افسردگی می‌شوند و در نتیجه درمان پذیری را کاهش می‌دهند (۱۱). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد به‌طور طبیعی از انجام آن لذت می‌برند (۱۲). افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که با نشانه‌هایی از جمله احساس غم و اندوه، از دست دادن علاقه و انگیزه، بدینی و افکار خودکشی همراه است و تأثیرات زیادی بر کارکرد فردی، اجتماعی و حرفه‌ای افراد دارد (۱۳). در واقع افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). در واقع، تولد هر کودک با ناتوانی مشکلات بسیاری برای پدر و مادر به وجود می‌آورد. حال با توجه به ویژگی‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسم و خلق و خوی دشوار آنها، پرورش کودکی با این مشکلات تحولی، یک چالش مهم و منحصر به‌فرد برای هر دو والد است (۱۵). آشکار است، وجود چنین وضعیتی سبب بروز رفتارهای متفاوتی از سوی والدین می‌شود و عملکرد روزانه و رفتارهای آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب در مخاطره ابتلا به افسردگی قرار می‌دهد (۱۶).

تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای درمان اختلال افسردگی به کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هر کدام از آنها اثر ویژه‌ای بر اختلال افسردگی دارد و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثرند (۱۷). در چند دهه‌ی اخیر، رویکردی که در زمینه‌ی اختلالات خلقی تأثیرات مثبت داشته، رویکرد طرح واره درمانی^۲ بوده است (۱۸). طرح واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردي، ییماران را در غلبه بر طرح واره‌های مذکور یاری می‌دهد (۱۹). هدف اولیه این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح واره‌ها است و هدف نهایی آن، بهبود طرح واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۲۰). طرح واره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر

از جمله اختلال‌های مهم دوران کودکی، اختلال طیف اُتیسم^۳ است که شامل گستره‌ای از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می‌یابد (۱). مشخصه اصلی اُتیسم نقص مداوم در برقراری ارتباط اجتماعی متقابل، تعامل اجتماعی و الگوهای محدود تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، علایق و فعالیت‌ها است (۲). کودکان با اختلال طیف اُتیسم مشکلات عمدی‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (۳). والدین این کودکان با چالش‌های خاص و منحصر به‌فردی در زمینه‌های فرزندپروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند (۴). اختلال طیف اُتیسم اغلب با رفتارهای چالش‌برانگیز و ناسازگار همراه است که به صورت پرخاشگری^۴ بدنی، عدم رعایت نظم و کج خلقی، مشکلات توجه، نارسانی‌های زبانی و گفتاری، ارتباطی و اجتماعی نمایان می‌شود (۵)، که برای والدین، سطح بالایی از نامیدی^۵ و افسردگی^۶ را ایجاد می‌کند، تأثیر منفی بر بهزیستی^۷، طرح واره‌ها^۸ و رفاه آنها گذاشته و باعث بروز اختلال در کارکردهای روزانه و اجتماعی آنان می‌شود (۶). بقرآبادی (۷) در پژوهشی دریافت که مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اُتیسم مانند جیغ کشیدن، اصرار بر یکنواختی محیط و نیازمندی در مراقبت‌های بهداشت شخصی و تغذیه می‌تواند منجر به بروز اضطراب^۹، افسردگی و کیفیت زندگی^{۱۰} پایین در والدین آنها شود. پتسونرا و مایلز (۸) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که والدین و مراقبان کودکان با اختلال طیف اُتیسم نسبت به سایر والدین از اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی و تنیش والدگری بالاتری برخوردارند.

عواطفی مانند احساس گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوششگیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط (۹) و همچنین پایین آمدن عزت نفس^{۱۱}، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی، غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی^{۱۰} مادر است (۱۰) و تداوم این احساس‌ها منجر به فعل شدن طرح واره و شکل‌گیری یک دوره

- 1. Autism
- 2. violence
- 3. Disappointment
- 4. Depression
- 5. rehabilitation
- 6. Schemas

- 7. Anxiety
- 8. Quality of life
- 9. Self-esteem
- 10. mental health
- 11. The World Health Organization
- 12. Schema therapy

برطرف کند. از آنجایی که چنین پژوهشی در این راستا در کشور صورت نگرفته است و با توجه به اهمیت سلامت روان مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم، ضرورت دارد تا تأثیر آموزش طرح واره درمانی بر بهبود سلامت روان و کاهش افسردگی مادران مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین پرسش پژوهش حاضر نیز این است که آیا طرح واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم اثربخش می‌باشد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شباهذمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم شهر گرگان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند. تعداد کل برابر با آمار استخراجی ۵۳ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری هدفمند از مادران مراجعه کننده به مرکز اوتیسم تعداد ۳۰ نفر با توجه به شرط ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر)، با همگنسازی نمونه از نظر سن و تحصیلات برای هر مادر شناسه‌ای در نظر گرفته شد و از طریق قرعه‌کشی ۱۵ مادر در گروه آزمایشی و ۱۵ مادر در گروه گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از سن (فرزنده با اختلال طیف اوتیسم در سنین ۶ تا ۱۱ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، سطح اوتیسم (سطح ۱ و ۲ براساس پرونده پژشکی)، محل سکونت (شهر گرگان)، تحصیلات (حداقل دیپلم)، نمره بالاتر از خط برش (۲۰) در مقیاس افسردگی، و رضایت‌کتبی برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت ییش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف خانگی، تحت آموزش و مداخله دیگر بودن، بود.

ابزار پژوهش

مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی^۱ (DASS): مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس توسط لاویوند و لاویوند (۲۳) ساخته شده است که مجموعه‌ای از سه مقیاس خودگزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های

سؤال بردن طرح واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است (۲۱)، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضاء نیازهای خودانگیختگی و دلیستگی اینم به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکیک تجربی که طرح واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند (۲۲)، به ابراز هیجان و عواطف سرکوب شده منجر می‌شود و درنهایت، خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف را از بین برده و باعث درمان افسردگی می‌شود (۲۳). طبق نتایج پژوهش‌ها طرح واره درمانی می‌تواند با اصلاح و شکل‌دهی طرح واره‌های ناسازگار، یکی از درمان‌های مؤثر در کاهش طرح واره‌های ناسازگار دختران با نشانه‌های افسردگی باشد (۲۴). در این راستا، مطالعات مالوجینیس آرنز، سپیروپوم و همکاران (۲۵) نشان داد که طرح واره درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی اثربخش است. مطالعات اورکی (۲۶) نشان داد که طرح واره درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ همچنین ورعی و همکاران (۲۷) دریافتند که طرح واره درمانی بر کاهش افسردگی و احساس تنها‌یی دانشجویان اثربخش می‌باشد.

رابطه بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دو سویه و متقابل است. و بدین علت که اکثر پژوهش‌های انجام شده، اثر مستقیم مداخلات را بر بهبود کودک بررسی کرده‌اند و به اثری که مداخلات می‌تواند بر روی خانواده داشته باشد، توجهی نشده است. بسیاری از والدین و بهویژه مادران در مورد کودک اوتیستیک خود احساس گناه می‌کنند و پذیرش واقعیت برای آنها بسیار مشکل است (۲۸). پژوهش‌های در مورد والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم نشان می‌دهد که والدین و به خصوص مادران این کودکان نسبت به کودکانی که دارای رشد عادی هستند سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند و در معرض خطر بالایی بروز مشکلات جسمی و روانی هستند (۲۹). پر واضح است که برای توانمندسازی نهاد خانواده، باید تمهیداتی اندیشه‌یده شود تا از ایستایی و رکود آن پیشگیری شود. پویا و سازنده بودن روابط در درون خانواده می‌تواند بستر مناسبی برای رشد و بالندگی اعضا خانواده باشد و یکی از راهکارهای ارائه شده در این خصوص، همواره مؤلفه آموزش بوده است. نهاد آموزش می‌تواند از طریق آگاه‌سازی مخاطبان و سپس تغییر نگرش آنان، الگوهای تنش‌زا و ناخوشنود کننده را

1. Stress Anxiety Depression Scale (DASS)

روش اجرا

برای انجام این پژوهش، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز توانبخشی کودکان با اختلال طیف اوتیسم، ابتدا برای جامعه آماری پژوهش جلسه‌ای برگزار و اهداف و اهمیت پژوهش توضیح داده شد، همچنین در مورد رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و شرکت‌کنندگان، رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون، تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی ۸ جلسه به صورت هفت‌های یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک شنبه‌ها) در کلاس‌های طرح واره درمانی که توسط کارشناس مرکز توانبخشی کودکان با اختلال طیف اوتیسم صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، مقیاس استرس، اضطراب، افسردگی به عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، به جهت رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، این اطمینان به خانواده‌ها داده شد که اطلاعات و نام آنها محفوظ مانده و تنها جهت انجام پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین پس از پایان پژوهش، درمان بر روی گروه گواه نیز اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. برنامه مداخله آموزش طرح واره درمانی مبتنی بر پروتکل یانگ و همکاران (۳۴) تنظیم شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول (۱) ارائه شده است.

مربوط به آن به دست می‌آید. پاسخ‌دهی به سؤالات به صورت طیف ۴ گزینه‌ای (صفر=اصلًا در مورد من صدق نمی‌کند تا ۳=کاملاً در مورد من صدق نمی‌کند) می‌باشد. از آنجایی که این مقیاس فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، در پژوهش حاضر نمره نهایی هر یک از این خرد مقیاس‌ها دو برابر شد. نمره کل این ابزار در خرد مقیاس‌های استرس معادل ۰/۳۳، اضطراب ۰/۲۰ و افسردگی ۰/۲۸ است که نمره کمتر نشانه استرس، اضطراب و خرد مقیاس‌های استرس نشانه استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر می‌باشد. آنچونی و همکاران (۳۱) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجددًا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنبیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۴ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنبیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۷/۰، ۹/۰۷، ۸/۹۳، ۲/۲۳ و ۱/۲۳ می‌باشد. ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۲، ۰/۹۷ می‌باشد. ضریب آلفا برای این عوامل میان عوامل در مطالعه همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنچونی و همکاران (۳۱) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنبیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ میان اضطراب و تنبیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ میان اضطراب و تنبیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ میان اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۳۲) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنبیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ دارد. آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنبیدگی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ دارد. گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌ی آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت (۳۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول (۱) جلسات آموزشی طرح واره درمانی

ردیف	اهداف جلسات
جلسه یکم	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، اجرای پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار اولیه.
جلسه دوم	آشنایی با روش‌های طرح واره درمانی، معرفی مفهوم طرح واره درمانی، آشنایی تمرين گروهی تصویرسازی ذهنی با طرح واره‌های خود، معرفی کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید.

ردیف	اهداف جلسات
جلسه سوم	آموزش مواجهه با پاسخ‌های ناکارآمد، آشنا نمودن اعضا با طرح‌واره‌ها و پاسخ مقابله خود در مواجهه با ناکارآمدی و از دست دادن امید و سایر موقعیت‌های زندگی شخصی، تکلیف خانگی پایش طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای خود.
جلسه چهارم	نوشتن سناریوی زندگی براساس مدل طرح‌واره‌درمانی، بررسی تکلیف هفتگی، نوشتن سناریو زندگی شخصی، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی فنون شناختی، تکلیف هفتگی، بررسی معایب و مزایای پاسخ‌های مقابله و آموزش شیوه استفاده از کارت‌های آموزشی.
جلسه ششم	بررسی فنون شناختی، بررسی تکلیف هفتگی، تمرین راهبردهای هیجانی و آشنایی با روش نامه نوشت و گفتگو با صندلی خالی.
جلسه هفتم	آموزش روش‌های طرح‌واره‌ای در الگوهای رفتاری، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و مصاديق رفتاری، تمرین راهبردهای الگوشکنی رفتاری
جلسه هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون.

یافته‌ها

۲۶/۶ درصد) فوق دیپلم و ۲ نفر (۳/۱۳ درصد) لیسانس داشتند. و در گروه گواه، ۷ نفر (۷/۴۶ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳/۳۳ درصد) فوق دیپلم و ۳ نفر (۰/۲۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه در جدول (۱) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است.

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم تشکیل دادند. در گروه آزمایشی، ۷ نفر (۰/۴۰ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۴/۳۳ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۶/۲۶ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و در گروه گواه، ۸ نفر (۷/۴۶ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴ نفر (۳/۳۳ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۰/۲۰ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند. همچنین در گروه آزمایشی، ۹ نفر (۰/۶۰ درصد) تحصیلات دیپلم، ۴ نفر

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و گواه (تعداد: ۳۰)

P	شاپیرو-ویلکز	انحراف استاندارد	میانگین	گروه	وضعیت	متغیر
۰/۷۶	۰/۹۷	۲/۶۰	۱۸/۱	آزمایشی	پیش‌آزمون	افسردگی مزمن
۰/۳۸	۰/۹۵	۲/۵۷	۱۸/۳	گواه		
۰/۸۲	۰/۹۷	۱/۵۴	۹/۲	آزمایشی	پس‌آزمون	
۰/۴۵	۰/۹۲	۲/۷۳	۱۸/۱۴	گواه		

و گروه گواه ۱۸/۱۴ و ۲/۷۳ می‌باشد. همچنین توجه به این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنادار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

همان‌طور که جدول (۲) نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی گروه آزمایشی به ترتیب ۱۸/۱ و ۲/۶۰ و گروه گواه ۱۸/۳ و ۲/۵۷ بوده و در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی ۹/۲ و ۱/۵۴

نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبود میزان F در سطح 0.05 در متغیر افسردگی مزمن ($F = 0.05$, $P = 0.212$, $\text{df} = 0/222$) بود. در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر افسردگی مزمن گزارش شده است.

جهت بررسی تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق نتایج اثربخشی طرح واره درمانی بر افسردگی مزمن از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی همگونی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد افسردگی مزمن ($F_{1,26} = 0.05$, $P = 0.119$)، به لحاظ آماری معنادار

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در افسردگی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲/۴۰۵	۱	۲/۴۰۵	۱۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷
عضویت گروهی	۵۲۸/۰۶۷	۲	۵۲۸/۰۶۷	۱۴/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۱
خطا	۴۸/۶۰۸	۲۷	۱/۸۷۰			

مثبت داشت. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش مؤذن زاده و همکاران (۱۱) مبنی بر اینکه طرح واره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌شود؛ اورکی (۲۶) که نشان داد طرح واره درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ ورعی و همکاران (۲۷) مبنی بر اینکه طرح واره درمانی بر کاهش افسردگی و احساس تنها بیان اثربخش می‌باشد؛ مالوجینیس و همکاران (۲۵) که دریافتند طرح واره درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی مؤثر است و مطالعات پتسونرا و مایلز (۸) که نشان دادند طرح واره درمانی منجر به کاهش افسردگی و استرس والدین دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم می‌شود، همسو است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که طرح واره‌ها شناختی هستند که احساس خوشایند یا ناخوشایند از خویشتن، ترس و اضطراب از دست دادن، اعتماد به خود یا دیگران و آسیب دیدن و راه‌های مقابله با این افکار را در افراد به وجود می‌آورد. طرح واره درمانی با استفاده از روش‌های شناختی، تجربی، الگوشکنی رفتاری و رابطه درمانی با ایجاد آگاهی شناختی به بیماران کمک می‌کند تا طرح واره‌های خود را بشناسند و خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و

با توجه به جدول (۳) آماره F افسردگی مزمن در پس‌آزمون (۱۴/۲۳) است که در سطح 0.001 معنادار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان افسردگی مزمن تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه اثر 0.91 نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. آماره F پیش‌آزمون افسردگی مزمن نیز (۱۱/۲۸) می‌باشد که در سطح 0.001 معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایشی در افسردگی مزمن ($10/42$) و میانگین گروه کنترل ($14/17$) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح 0.001 معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که آموزش طرح واره درمانی موجب کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، آموزش طرح واره درمانی بر کاهش افسردگی مزمن تأثیر

مؤثر عمل کند و با به کارگیری راهبردهای شناختی و رفتاری در کاهش طرح واره‌های ناسازگار، نیرومند ساختن رفتارهای اجتماع پسند، افزایش شناخت اجتماعی و بهبود روابط مؤثر است (۲۱).

یافته‌های ارائه شده در این پژوهش با توجه به محدودیت‌های آن باید مورد بررسی قرار گیرد. انتخاب گروه نمونه از مادران و عدم حضور پدران و تعداد محدود نمونه از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود، آموزش حاضر برای پدران دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم و در گروه نمونه بزرگتر انجام شود. با توجه به این که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری و وارسی پیامدهای اجرایی برنامه‌ی مداخله‌ای در بلند مدت را نداشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مرحله پیگیری بهره گیرند تا پایداری اثر آموزش بیشتر آشکار شود. با توجه به نتایج پژوهش به سایر پژوهشگران، روان‌شناسان و مشاوران فعال در این عرصه پیشنهاد می‌شود با توجه به آنکه رابطه بین اختلال کودک و کارکرد خانواده رابطه‌ای دوسویه و متقابل است، چنانچه سایر پژوهشگران در کنار آموزش به مادران، در صورت امکان سایر افراد خانواده از جمله پدران را نیز مورد توجه قرار دهند، گامی مهم در جهت کاهش مشکلات و فشار روانی موجود بر روی نظام خانواده برداشته‌اند.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی خانواده‌های محترم کودکان با اختلال طیف اوتیسم و مدیریت محترم مرکز توانبخشی کودکان اوتیسم که صمیمانه در پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسنده‌گان گزارش نشده است.

سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با آنها را مورد شناسایی قرار دهد. زمانی که افراد، طرح واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای شان را درک می‌کنند، می‌توانند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند. از این رو هدف درمان افزایش آگاهی عقلانی و کنترل هشیارانه بر طرح واره‌ها است. افراد به این نتیجه می‌رسند که طرح واره یا غلط است یا این که سخت اغراق‌آمیز است. روش‌های تجربی این امکان را به بیمار می‌دهند که به ارتباط بین ریشه‌های تحولی این طرح واره‌ها و مشکلات فعلی خود پی‌برند. در الگوشکنی رفتاری، افراد سعی می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرح واره، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند (۲۳). همچنین تبیین دیگر برای موفقیت طرح واره درمانی در روش‌های اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثال هدف روش‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرح واره‌ها بود برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرح واره‌ها و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره هدف این بود که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم تقویت شود. با این روش مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرح واره می‌تواند در ذهن‌ش صدای سالمی را ایجاد کند (۱۹). همچنین هدف روش تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک روش‌های تجربی در سطح عاطفی با طرح واره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز کنند. روش‌ها هنگامی که فراگرفته شوند در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هنگامی که فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود (۱۷). براساس رویکرد طرح واره درمانی می‌توان گفت که تغییر طرح واره‌های ناسازگار اولیه در پی طرح واره درمانی باعث تغییر در سبک زندگی و نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در بیماران می‌شود. طرح واره‌های افراد مبتلا به افسردگی مزمن را با استفاده از طرح واره درمانی به عنوان یک رویکرد روان‌شناختی (برای مثال یک جهان بینی و یک الگوی فکری منجر به بهبود افسردگی می‌شود (۲۰)). بنابراین، طرح واره درمانی با تغییر شناخت‌ها و رفتارهای سازش نایافته، می‌تواند با کاهش نشانه‌های افسردگی، به عنوان یک روش مداخله

References

- Kazemi, A. Sharifi Fard, A. Comparison of self-compassion, action flexibility and psychological well-being of mothers of children with autism spectrum with mothers of normal children. *Quarterly Journal of New Psychological Ideas*. 2021; 8 (12): 1-14. [In Persian].
- Mirbod, M. Moradi, M. The effectiveness of behavioral activation on fear of negative evaluation and internalized astigma of mothers with autistic children. *Scientific Journal of Women and Culture*. 2021; 13(47): 53-64. [In Persian].
- Murias, M. Major, S. Davlantis, K. Franz, L. & Harris, A. Validation of eye-tracking measures of social attention as a potential biomarker for autism clinical trials. *Autism res.* 2018; 11(1):74-166.
- Baqarabadi, Gh. Sharif Daramadi, P. Ghodrati Mirkohi, M. Vakili S. The effectiveness of mindful self-care education with emphasis on Islamic-Iranian lifestyle on the functioning of families of mothers with autistic children. *Islamic lifestyle with a focus on health*. 2020; 4(1):12-22. [In Persian].
- Davys, D. Mitchell, D. Martin, R. Fathers of people with intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2017; 21(1):175–196.
- Snyder, W. Troiani, V. Behavioural profiling of autism connectivity abnormalities. *British Journal of psychiatry open*. 2020; 6(1):11-21.
- Bahgarabadi, Gh. Evaluation of the effectiveness of a program based on self-compassion education on the level of anxiety, stress and depression of mothers of children with autism. *Exceptional Children Quarterly*. 2018;18 (2): 87-98. [In Persian].
- Phetrasuwan, S. Miles, M. Parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2019; 14(3):157–165.
- Rezaei, S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depression, anxiety and stress of mothers of children with autism. *Clinical Psychology Studies*. 2020; 10(38); 57-78. [In Persian].
- Dawson, G. Egger, H. Baranek, G. Carpenter, K. Precursors to the Development of Anxiety Disorders in Young Children with Autism Spectrum Disorder. Duke University Durham United States. *Nursing and Midwifery Faculty*. 2018; 1(1):36-46.
- Mozamzadeh, T. Gholamrezaei, S. Rezaei, F. The Effect of Schema Therapy on Severity of Depression and Suicidal Thoughts in Patients with Resistant to Depression. *The gift of knowledge*. 2018; 23(2): 253-266. [In Persian].
- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- Mokhtari, A. Kajbaf, M. Abedi M. The effect of intervention based on psychological capital on hope, optimism, resilience and self-efficacy of depressed patients. *Journal of Psychological Sciences*. 2020; 19(95):1411-1422. [In Persian].
- Ashaie, S. Hurwitz, R. Cherney, L. Depression and subthreshold depression in stroke-related aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2019; 100(7): 1294-1299.
- Hassani, M. Haghigat, S. Bani, C. Prinaz. Explaining depression based on psychological flexibility and sense of cohesion in mothers with children with autism. *Developmental Psychology*. 2019; 8(6): 103-112. [In Persian].
- Paulus, D. Vanwoerden, S. Norton, J. Sharp, C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*. 2017; 190(9): 376-385.
- Renner, F. Arntz, A. Peeters, F. Lobbestael, J. Huibers, M. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2018; 51(2):66-73.
- Paulus, D. Vanwoerden, S. Norton, P. Sharp, C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*. 2017; 190(2): 376-385.
- Carter, D. McIntosh, V. Jordan, J. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 151(2): 500-505.
- Karbasdehi, F. Abolghasemi, A. Rahbari Karbasdehi, I. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment of students with depressive symptoms. *Psychological Studies*. 2019; 15(4): 73-90. [In Persian].
- Renner, F. DeRubeis, R. Arntz, A. Peeters, F. Lobbestael, J. Huibers, M. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018; 1(2): 10.22.
- Slepecky, M. Kotianova, A. Vyskocilova, J. Prasko, J. Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Perosnality Disorders. *European Psychiatry*. 2017; 30 (1): 1-10.

23. Kiai Rad, H. Pasha, R. Asgari, P. Makoundi, B. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. Journal of Psychological Sciences. 2020; 19 (96): 1667-1682. [In Persian].
24. Young, J. Klosko, J. Weishaar, M. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press. 2006.
25. Malogiannis, I. Arntz, A. Spyropouou, A. Tsartsara, E. Aggelis A. Karveli, S. Vlavianou, M. Pehlivanidis, A. Papadimitriou, G. Zervas, I. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2019; 45(3): 319-32.
26. Oraki, M. Evaluation of the effectiveness of schema therapy on the rate of depression and recurrence in heroin-dependent men. Iranian Journal of Health Psychology. 2019; 2(1): 9-18. [In Persian].
27. Varaee, P. poordad, S. Darabi, R. The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Girl's Dormitory Students. Rooyesh. 2019; 8(2): 95-104. [In Persian].
28. Zarafshan, H. Hakim Shoushtari, M. Mohammadian, M. Zarei, J. Karimi Kismi, I. Houshangi, H. The effect of parent group education on parents' mental health and reducing the problems of children with autism spectrum disorders. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25 (4): 367-356. [In Persian].
29. Barroso, N. Mendez, L. Graziano, P. Bagner, D. Parenting stress through the lens of different clinical groups: a systematic review & meta-analysis. Journal of abnormal child psychology. 2018; 46(1): 449-461.
30. Lovibond, P. Lovibond, Sh. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995; 33(3): 335-43.
31. Antony, M. Bieling, P. Cox, B. Enns, M. Swinton, R. Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. Psychol Assess. 1998; 2(1): 176-81.
32. Samani, S. Jokar, B. Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS. J Soc Sci Humanistics. 2007; 26(3): 65-75. [In Persian].
33. Afzali, A. Delaware, A. Borjali, A. Mirzamani, M. Sources of psychometric properties of DASS-42 test based on a sample of high school students in Kermanshah. Behavioral Science Research. 2007; 2(5): 92-81. [In Persian].
34. Young, J. Cecero, J. Case of Silvia: A Schema-Focused Approach. Psychotherapy Integration. 2001; 11(1): 217-229.