

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتِسم

- نسیم شهام، کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
- کبری کاظمیان مقدم*، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
- همایون هارون رشیدی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۵۱ - ۶۰

چکیده

زمینه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر میزان تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان ۱۲.۶ ساله‌ی با اختلال طیف اُتِسم در سال ۱۳۹۸ بود.

روش: طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان با اختلال طیف اُتِسم در شهر اندیمشک بود که از میان آنان ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی شاخص تنیدگی والدگری (آبیدین، ۱۹۹۵) و سخت‌رویی روان‌شناختی (کوباسا، مدی و کوهن، ۱۹۸۲) بود. ابتدا پیش‌آزمون در دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه تحت آموزش طرح‌واره‌درمانی قرار گرفت. این جلسه‌ها به صورت گروهی و هفتگی برگزار شد. در پایان، هر دو گروه مورد سنجش پس‌آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نشان داد که برنامه طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش تنیدگی والدگری و افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی مادران شده است ($P > ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرح‌واره‌درمانی، یک درمان مؤثر برای کاهش تنیدگی والدگری و ارتقاء سخت‌رویی روان‌شناختی و به‌طور کلی بهبود سلامت روان افراد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اُتِسم، تنیدگی والدگری، سخت‌رویی روان‌شناختی، طرح‌واره‌درمانی

مقدمه

اختلال طیف اُتیسسم^۱ یکی از اختلالات عصبی-تحوالی^۲ است که ویژگی‌های اصلی آن نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌ها است. این علائم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند (۱). نرخ شیوع اختلال طیف اُتیسسم در کودکان ۱ در ۴۹ تولد زنده می‌باشد (۲). شیوع این اختلال در پسرها، ۴ برابر بیشتر از دخترها است (۳).

وجود کودک با اختلال طیف اُتیسسم در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص او برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع تنیدگی است و بر سلامت روانی و سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد و سطح سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید می‌کند و آثار منفی برایشان دارد (۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان و نوجوانان با اختلال طیف اُتیسسم از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و سطح بالایی از تنیدگی را تحمل می‌کنند (۵). تنیدگی والدگری^۳، آشفتگی روانی است که به دنبال تلاش والدین برای فائق آمدن بر وظایف و درخواست‌های والد بودن ایجاد می‌شود. لازم است این نوع تنیدگی از سایر موقعیت‌های تنیدگی‌آور متمایز شود (۶). اولین بار آبیدين^۴ (۷) الگوی مفهومی از تنیدگی والدگری ارائه داده است. تنیدگی بالای والدین کارکردهای روانی آنها را مشکل می‌سازد، اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری ایجاد می‌نماید و اسنادهای منفی را افزایش می‌دهد که در نهایت به تفسیر منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و ایجاد مشکل در تعاملات خانواده منجر می‌شود (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماری مزمن فرزندان باعث آشفتگی شدید اعضای خانواده می‌شود (۹). والدگری برای کودکی که از نظر سلامتی شرایط ویژه‌ای دارد، فرآیندی پیچیده و بالقوه تنیدگی‌زا است. والدین همواره نگران اتفاقات شوک‌آور در ارتباط با کودک هستند و به سختی می‌توانند تعادل بین مراقبت از کودک و سایر مسئولیت‌های خود برقرار کنند (۱۰). نتایج پژوهش دورماز، کانکایا، وهابی، گوندوز، کوگولو و اوزکینای^۵ نشان داد که چون کودکان دارای نیازهای

ویژه بیشتر وقت خود را با مادرانشان صرف می‌کنند، مادران سطح بالایی از تنیدگی را نسبت به پدران دارند (۱۱). پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسسم در مقایسه با والدین کودکان عادی و والدین کودکانی که بیماری‌های مزمن دارند، تنیدگی بالاتری را تجربه می‌کنند (۱۲). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تنیدگی والدگری در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم در هر دو قلمرو والدگری و قلمرو کودک، همچنین در تنیدگی والدگری کل به طور معناداری بالاتر از مادران کودکان بهنجار است. این تنیدگی می‌تواند مربوط به کودک، والد یا جامعه باشد (۱۳). با توجه به مطالب ذکر شده، مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسسم به دلیل ویژگی خاص و مشکلات متعددی که این کودکان دارند، تنیدگی زیادی را تجربه می‌کنند. لذا افزایش مقاومت و سخت‌رویی‌شان در برابر مشکلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

آنچه امروزه در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از تنیدگی‌های مختلف محیطی نظیر کودکان با نیازهای ویژه مورد توجه قرار گرفته است، مسأله‌ی سخت‌رویی^۶ می‌باشد. اصطلاح سخت‌رویی، در ادبیات پزشکی شکل گرفت و نخستین بار کوباسا آن را به عنوان عامل مقاومت در اواخر دهه ۱۹۷۰ شناسایی کرد. سخت‌رویی روان‌شناختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصی است که منبع قدرتمندی را برای روبه‌رو شدن با حوادث تنیدگی‌آور زندگی شکل می‌دهد. سخت‌رویی عبارت است از، توانایی برای سالم ماندن پس از تجربه‌ی درجه بالایی از تنیدگی به واسطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی برای غلبه بر چالش‌ها (۱۴). کوباسا^۷ بر این باور است که سخت‌رویی، توانایی افراد را به کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و رویارویی با پیشامدها بیشتر می‌کند (۱۵). افراد سخت‌رو، برای برخورد با مشکلات از شیوه‌ی فعال حل مسأله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند، بهره می‌گیرند و بنابراین سطح نگرانی و احساس خطر در آنها در پیشامدهای ناگوار بسیار پایین است (۱۶). به باور کینگ^۸ افراد سخت‌رو موقعیت‌های ناگوار را چالش برانگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده، حس تعهد بیشتر نسبت به خود و کار خود دارند، حس بیشتری از کنترل در مورد زندگی‌شان تجربه می‌کنند و

1. autism spectrum disorder

2. neurodevelopmental

3. parenting stress

4. Abidin

5. Durmaz, Cankaya, Durmaz, Vahabi, Gunduz, Cogulu & Ozkinay

6. hardiness

7. Kobasa

8. King

اولیه، قدیمی‌ترین و عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجربه‌های ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان طی سال‌های اولیه‌ی زندگی به وجود می‌آیند (۲۲). این روش درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان ناشنوا، کاهش علائم افسردگی و کیفیت زندگی، افزایش رضایت و کیفیت زندگی اثربخش بوده است (۲۳). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرح‌واره‌درمانی نشانه‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، خودآسیبی، تنهایی و آسیب‌های عاطفی را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود بیشتر کیفیت رابطه زناشویی و رفتار بین فردی و کاهش افت تحصیلی می‌شود (۲۴). اسکووس، سامسون، سیمپسون و ونرسویک^۳ نشان دادند که آثار مثبت طرح‌واره‌درمانی بر آشفتگی‌های روانی پس از گذشت زمان تداوم پیدا می‌کند (۲۵). در پژوهشی دیگر رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسدهی نشان دادند که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی تأثیر دارد (۲۶). در پژوهشی دیگر نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی و سخت‌رویی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم و ناشنوا مؤثر است.

با توجه به ضرورت امر و در جهت کاهش مشکلاتی که مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش سازگاری والدین می‌تواند تأثیر مثبتی در جهت کاهش مشکلات آنها داشته باشد (۲۹ و ۳۰)، هر نوع مداخله‌ای که به این والدین در جهت افزایش سازگاری‌شان کمک کند، قابل پیگیری است. با توجه به اهمیت پرداختن به سلامت روان مادران این گروه از کودکان و شرایط خاص آنها؛ هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم است. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش بود که آیا طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم مؤثر است؟

عوامل فشارزا را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر می‌بینند و از این رو سلامت روان خود را حفظ می‌کنند (۱۵). بنابراین می‌توان گفت که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک تبیینی خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسأله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها، و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند سلامت روانی خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند (۱۶). پژوهش‌ها، گویای آن هستند که سخت‌رویی با سلامت بدنی و روانی رابطه‌ی مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی تنیدگی را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالات بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (۱۷). حاجی‌اکبری نشان داد که بین سلامت روانی، سخت‌رویی و شادکامی بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با مادران دارای کودک عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۱۸). در پژوهش صدرمتکلم و رفاهی نشان داده شد که بین سخت‌رویی و معنای زندگی و مؤلفه‌های آن در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه و عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۱۹). همچنین پژوهش جبلی و خادمی نشان داد، بین سخت‌رویی مادران کودکان با نیازهای ویژه (ناشنوا، نابینا، با ناتوانی هوشی) تفاوت معناداری وجود دارد (۲۰).

با توجه به اهمیت روزافزون بروز اختلال طیف اُتیسم در بین کودکان و نیز توجه به نقش محوری مادران دارای این کودکان و مشکلات روان‌شناختی که با آنها مواجه هستند، از جمله مداخلاتی که بر افزایش سخت‌رویی و کاهش تنیدگی والدگری در این مادران می‌تواند مؤثر باشد، طرح‌واره‌درمانی^۱ است. طرح‌واره‌درمانی نخستین بار به وسیله‌ی یانگ^۲ (۲۱) در قالب یک درمان یکپارچه که غالباً مبتنی بر ایجاد مفهوم می‌باشد، معرفی شد. طرح‌واره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه‌ی منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است و برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌ها، روش‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را با هم ترکیب و از روش‌های برانگیزاننده و ارائه‌ی مفهوم سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند. طرح‌واره‌درمانی بر تغییر و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. طرح‌واره‌های ناسازگار

1. schema therapy

2. Young

3. Skewes, Samson, Simpson, & Vreeswijk

روش

در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس براساس فرمول آلفای کرونباخ $0/84$ به دست آمد.

مقیاس سخت‌رویی^۲: این آزمون توسط کوباسا، مدی و کوهن^۳ برای اندازه‌گیری میزان سخت‌رویی افراد تهیه شده است (۳۳). این مقیاس دارای ۲۰ عبارت است و هدف آن ارزیابی میزان سخت‌رویی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌دهی آن بدین صورت است که گزینه‌های هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ را کسب خواهند کرد. جمع کل نمرات این پرسش‌ها به عنوان امتیاز سخت‌رویی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سخت‌رویی بالاتر پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس (۳۴). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده و همسانی درونی آن مناسب است. همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس با $0/91$ نشان دهنده پایایی قابل قبول است (۳۵). در مورد روایی پرسشنامه سخت‌رویی، ناخدا (۳۶) و یارعلی (۳۷) با استفاده از مقیاس‌های متفاوتی برای تعیین روایی مقیاس سخت‌رویی مبادرت ورزیدند. ناخدا برای کل مقیاس سخت‌رویی ضریب $0/53$ و یارعلی ضریب $0/60$ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه $0/81$ به دست آمد.

روش اجرا

برای انجام این پژوهش، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز خدمات روان‌شناختی، ابتدا برای افراد جامعه‌ی پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره‌ی رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه‌ی شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از اجرای پیش‌آزمون و پس از تکمیل نمودن مقیاس‌های سخت‌رویی روان‌شناختی و تنیدگی والدگری، تعداد ۳۰ نفر از مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند 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، طی ۸ هفته و در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۲ جلسه (شنبه‌ها و سه‌شنبه‌ها) در کلاس‌های طرح‌واره‌درمانی که توسط پژوهشگر در یک مرکز

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم شهر اندیمشک در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهد. تعداد کل برابر با آمار استخراجی ۶۷ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری هدفمند از بین مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم شهر اندیمشک برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن (فرزند با اختلال طیف اُتیسم در سنین ۷ تا ۱۲ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، سطح دجاری اختلال (۱ و ۲ براساس پرونده پزشکی)، محل سکونت (شهر اندیمشک)، میزان سواد (بالاتر از سیکل) و رضایت (تکمیل رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش) و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از ۳ جلسه، و تحت آموزش و مداخله‌ی دیگر بودن، بود.

ابزار پژوهش

شاخص تنیدگی والدگری^۱: این شاخص شامل یک نسخه کوتاه شده‌ی ۳۶ گویه‌ای از شاخص اصلی تنیدگی والدگری است که آیین‌دین آن را تهیه کرده است (۷). براساس این شاخص می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین-کودک را ارزشیابی کرد. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. نمره کل فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که عددی بین ۳۶ تا ۱۶۵ را به خود اختصاص می‌دهد. نمرات بالاتر در این شاخص نمایانگر تنیدگی بیشتر می‌باشد. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی در یک گروه از مادران آمریکایی $0/93$ گزارش شده است (۷). این مقیاس را در ایران فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی هنجاریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/90$ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش بابکری، طهماسبی و امانی، دامنه‌ی همبستگی تنیدگی والدگری با پرسشنامه CBCL از $0/23$ تا $0/68$ محاسبه و همه ضرایب در سطح $0/01$ معنادار بودند (۳۲).

1. Parenting Stress Index
2. Hardiness Scale

3. Kobasa, Maddi & Kahn

می‌گیرند. پیش از شروع و اجرای مداخله، موافقت خانواده‌ها هم به صورت شفاهی و هم به صورت کتبی گرفته شد. همچنین پس از پایان پژوهش، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۲ در سطح معناداری ۵/۰٪ تجزیه و تحلیل شد. خلاصه‌ی جلسات آموزشی به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱) جلسات آموزشی طرح‌واره‌درمانی

اهداف جلسات	ردیف
برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن و شناخت مشکل فعلی.	جلسه اول
آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی و طرحواره‌ها.	جلسه دوم
بیان منطق روش‌های شناختی و استعاره‌ی جنگ، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره.	جلسه سوم
ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های والدگری، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان و آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی.	جلسه چهارم
بیان منطق فن تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.	جلسه پنجم
بیان منطق و هدف فنون رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر و ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین.	جلسه ششم
افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.	جلسه هفتم
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون.	جلسه هشتم

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی آزمودنی‌های شرکت‌کننده ۳۵ سال و یک‌ماه بود.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیرها	مرحله	طرح‌واره‌درمانی (آزمایشی)		کنترل	
		SD	M	SD	M
تنیدگی والدگری	پیش‌آزمون	۱۲/۹۳	۱۰۱/۴۵	۱۱/۶۳	۱۰۲/۱۷
	پس‌آزمون	۱۰/۲۹	۷۴/۷۲	۱۲/۵۷	۱۰۱/۸۱
سخت‌رویی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۶/۴۸	۳۲/۲۱	۶/۶۲	۳۱/۸۶
	پس‌آزمون	۷/۲۱	۵۴/۴۱	۶/۰۴	۳۲/۰۸

همان‌طوری که در جدول ۲ ارائه شده است، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره‌ی تنیدگی والدگری گروه آزمایشی به ترتیب ۱۰۱/۴۵ و ۱۲/۹۳ و گروه کنترل ۱۰۲/۱۷ و ۱۱/۶۳ بوده و در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی ۷۴/۷۲ و ۱۰/۲۹، و گروه کنترل ۱۰۱/۸۱ و ۱۲/۵۷ می‌باشد. همچنین جدول ۱ نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار نمره‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی به ترتیب ۳۲/۲۱ و ۶/۴۸ و گروه کنترل ۳۱/۸۶ و ۶/۶۲ بوده و در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی ۵۴/۴۱ و ۷/۲۱، و گروه کنترل ۳۲/۰۸ و ۶/۰۴ می‌باشد.

با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا، ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد سخت‌رویی روان‌شناختی [$F_{(1,28)} = 2/37 \quad P = 0/130 > 0/05$] و تنیدگی

والدگری [$F_{(1,28)} = 2/07 \quad P = 0/157 > 0/05$]، به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای سخت‌رویی روان‌شناختی [$F = 2/46 \quad P = 0/399 > 0/05$] و تنیدگی والدگری [$F = 0/321 \quad P = 1/97 > 0/05$] بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد.

مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد چرا که Z به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. از آنجایی که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است.

برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر نمره کل تنیدگی والدگری از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمرات تنیدگی والدگری دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تنیدگی والدگری	پیش‌آزمون	۴۲۱/۸۳	۱	۴۲۱/۸۳	۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
	گروه	۵۲/۹۵	۱	۵۲/۹۵	۵۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	خطا	۲۰/۸۲	۲۷	۶/۰۳			
	کل	۲۳۴۵/۰۰	۳۰				

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تنیدگی والدگری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تصحیح شده تنیدگی والدگری گروه آزمایشی (۷۳/۵۶) نسبت به میانگین تصحیح شده تنیدگی والدگری

گروه کنترل (۱۰۰/۴۲)، موجب کاهش معنادار تنیدگی والدگری در گروه آزمایشی شده است. میزان اثر یا تفاوت برابر با ۰/۵۲۳ است، یعنی ۵۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تنیدگی والدگری مربوط به تأثیر آموزش طرح‌واره‌درمانی است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد.

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمرات سخت‌رویی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
سخت‌رویی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۹۷/۵۶	۱	۳۹۷/۵۶	۳۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
	گروه	۴۶۰/۵۸	۱	۴۶۰/۵۸	۳۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	خطا	۳۳۸/۹۷	۲۷	۱۰/۲۴			
	کل	۱۱۱۶/۰۰	۳۰				

برای بررسی تأثیر طرح‌واره‌درمانی بر نمره‌ی کل سخت‌رویی روان‌شناختی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ سخت‌رویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$ و $F = 36/07$). به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تصحیح شده‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی (۵۵/۱۹) نسبت به میانگین تصحیح شده‌ی سخت‌رویی روان‌شناختی گروه کنترل (۳۲/۹۷)، موجب افزایش معنادار سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه آزمایشی شده است. میزان اثر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶۷ است، یعنی ۵۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات سخت‌رویی روان‌شناختی مربوط به تأثیر آموزش طرح‌واره‌درمانی است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم بود. یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ تنیدگی والدگری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین تنیدگی والدگری گروه گواه، موجب کاهش معنادار تنیدگی والدگری در گروه آزمایشی شده است. این نتایج با یافته‌های نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) همسو و هماهنگ است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در واقع نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی هستند که زمینه‌ی ابتلاء افراد به تنیدگی را بیشتر می‌کنند. هرچقدر آنها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند، بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان تنیدگی دچار شوند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، رویکرد طرح‌واره‌درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار روش اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن

به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. طرح‌واره‌درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق مراجعان را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با به‌کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آنها، برای رها شدن از مشکلات، انگیزه‌ی بیشتری پیدا کنند. نبود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب و تنیدگی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و کاهش بهزیستی روانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم است. مهم‌ترین مسأله و شاید از مشکل‌ترین مسائل مربوط به کودک با اختلال طیف اُتیسم در خانواده، بُعد تربیتی اوست. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است، وجود کودک با اختلال طیف اُتیسم موجب سنگینی این بار بر دوش مادر می‌شود، و این مسأله باعث افزایش تنیدگی و کاهش بهزیستی روانی او می‌شود. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به دلیل شرایط خاص فرزندشان، وقت کمتری برای برقراری روابط اجتماعی دارند. به همین سبب می‌توان علت پایین بودن سطح مؤلفه‌های بهزیستی روانی در آنان را در محدودیت شبکه اجتماعی آنها، ارتباط‌های اجتماعی اندک و مشکلات فرزندشان جستجو کرد. علاوه بر این، می‌توان گفت وضعیت خاص کودکان با اختلال طیف اُتیسم موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیش از کودکان عادی برایشان وقت بگذارند. به همین دلیل، فرصت کمتری برای پرداختن به علایق شخصی، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها دارند، که این مسأله خود به خود بر سلامت روانی آنان تأثیر می‌گذارد، هرچقدر میزان نگرانی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم کاهش یابد، به همان میزان سلامت روانی آنها افزایش پیدا می‌کند. به همین دلیل می‌توان از طرح‌واره‌درمانی به عنوان روش درمانی مؤثر در مورد تنیدگی مادران کودکان اُتستیک استفاده کرد (۲۹).

همچنین یافته‌ها نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ سخت‌رویی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرح‌واره‌درمانی با توجه به میانگین سخت‌رویی روان‌شناختی گروه آزمایشی نسبت به میانگین سخت‌رویی روان‌شناختی گروه کنترل، موجب افزایش معنادار سخت‌رویی روان‌شناختی در گروه آزمایشی شده است. این نتایج با یافته‌های نودری، خوش‌نما و نجات (۲۷)، ماهور و فرزین‌فر (۲۸) همسو و هماهنگ است و یافته‌های پژوهشی آنها را تأیید می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت،

هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است. از آنجایی که طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرح‌واره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرح‌واره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند که این عوامل باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی و تاب و تحمل فرد می‌شوند.

تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرح‌واره‌درمانی گروهی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. برای مثال، در رابطه‌ی درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب اصول اخلاقی مرزهای درمان، نیازهای ارضا نشده‌ی مراجعان را ارضا کند. برای مثال، درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای که از طرح‌واره‌ی ناسازگار اطاعت داشت، کمتر اطاعت کند. برای مثال، به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه‌ی درمان داده شد. یا برای مراجعه‌کننده‌ای که طرح‌واره‌ی بزرگ منشی داشت، پژوهشگر او را محدود کرد. برای مثال، اگر او زمان بیشتری می‌خواست، با او موافقت نمی‌شد و همچنین مقدار صحبت کردن او محدودتر می‌شد. در نهایت، مزایای زیاد و کاربردی طرح‌واره‌درمانی باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی می‌شوند. همچنین در تبیین این یافته بر مبنای نظریانگ می‌توان گفت، هدف نهایی طرح‌واره‌درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است. از آنجایی که طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند و بهبود طرح‌واره‌ها به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرح‌واره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند که این عوامل باعث افزایش سخت‌رویی روان‌شناختی و تاب و تحمل فرد می‌شود (۲۹).

مادران کودکان دارای نیازهای ویژه، از جمله مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند که نحوه‌ی واکنش اطرافیان و بستگان یکی از آنها است. آشنایان درک کمتری از موضوع دارند و واکنش‌های آنها عمدتاً به‌صورت دلسوزی و ترحم است. از این رو، مادران معمولاً به نوعی انزوا و کناره‌گیری اجتماعی روی می‌آورند که سطح روابط صمیمانه

و اجتماعی را کاهش می‌دهد، ضمن اینکه هر قدر مشکلات کودک بیشتر باشد، این انزوا و کناره‌گیری افزایش خواهد یافت. خانواده‌های کودکان با اختلال طیف اُتیسم به‌طور کلی، شبکه اجتماعی کوچکتری دارند. بنابراین، طرح‌واره‌درمانی به این مادران کمک می‌کند که دامنه‌ی ارتباطات خود را بیشتر کنند و سخت‌رویی خود را افزایش دهند (۳۰).

در مجموع، نتایج کلی این پژوهش از ارزشمندی و اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم حمایت می‌کند. با توجه به اینکه، جامعه‌ی پژوهش حاضر مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم بودند؛ این مادران تلخ‌ترین رویداد منفی طرح‌واره‌برانگیزان را شنیدن خبر اُتیسم فرزندشان ذکر کردند و نوع سبک مقابله‌ای اکثر آنان جبران افراطی و نوع ذهنیت طرح‌واره‌ای اکثر آنها، کودک آسیب‌پذیر بود. مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم به علت اطلاع پیدا کردن غیرمنتظره از اختلال کودکشان دچار شوک می‌شوند و سلامت روان آنها دچار اختلال می‌شود و در معرض افسردگی، اضطراب و تنیدگی قرار می‌گیرند. لذا، نیاز مبرم است که طرح‌واره‌درمانی برای همه‌ی مادران جهت درمان تنیدگی، افسردگی و اضطراب و افزایش سخت‌رویی، برنامه‌ریزی شود و پیگیری لازم به عمل آید. انجام این پژوهش (طرح‌واره‌درمانی) در آینده برای پدران این کودکان نیز لازم و ضروری است.

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم شهر اندیشک بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. همچنین، به دلیل تک‌جنسی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به پدران باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری و واریسی پیامدهای اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای در بلندمدت را نداشت، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مرحله پیگیری بهره‌گیرند تا پایداری اثر آموزش بیشتر آشکار شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این پژوهش در سایر مناطق و شهرها با در نظر گرفتن متغیرهای محیطی، خانوادگی و اقتصادی و اجتماعی انجام شود. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی روش‌های این پژوهش را با سایر روش‌ها مثل شناختی- رفتاری، فراشناختی، واقعیت‌درمانی، درمان عاطفی- عقلانی و غیره مقایسه کرد. با توجه به نتایج پژوهش به سایر پژوهشگران، مشاوران و روان‌شناسان فعال در این

7. Abidin, R. R. Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1995; Inc.
8. Shokoohi Yekta, M. Parand, A. & Akbari Zaradkhaneh, S. The effectiveness of problem solving skills training on stress and parenting style. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2014; 15 (3): Pp 53-45. [In Persian].
9. Tsiouli, E., Alexopoulos, E. C., Stefanaki, C., & Darviri, C. Effects of diabetes-related family stress on glycemic control in young atients with type 1 diabetes: Systematic review. Canadian Family Physician, 2013; 59, Pp. 143- 149.
10. Smith, J., Cheater, F., & Bekker, H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: A rapid structured review of the literature. Health Expect, 2015; 18, pp: 452-474.
11. Durmaz, A., Cankaya, T., Durmaz, B., Vahabi, A., Gunduz, C., Cogulu, O. & Ozkinay, F. Interview with parents of children with Down syndrome: their perceptions and feelings. Indian J Pediatr, 2010; 78(6): 698-702.
12. Osborne, L.A., & Reed, P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. Research in Autism Spectrum Disorders, 2010; 4(3), Pp. 405-414.
13. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. Res Autism Spect Dis. 2010; 2: 229-241.
14. Maddi, S. Hardiness: The courage to grow from stresses. J Pers. 2006; 1(3): 160-168.
15. Abde Pour Sabzqbaei, E. The effectiveness of problem solving training on increasing self-perception and inability of primary school students in Dezful. Master Thesis in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch. 2015; [In Persian].
16. Rahimian Booger, I. & Asgharnejad, A. A. The relationship between psychological hardiness and self-efficacy with mental health in youth and adults survivors of the Bam earthquake. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(1): 70-62. [In Persian].
17. Shirbim, Z. Sudani, M. Shafiabadi, A. The Relationship between Students 'Mental Health and Students' Psychological Hardiness, Behavioral Thought, 2009; 4(13): 7-16. [In Persian].
18. Haji Akbari Farizah, Haghighat S. Comparison of mental health, psychological hardiness and happiness

عرصه توصیه می‌شود با توجه به آن که خانواده به عنوان یکی از ارکان اصلی اجتماعی حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودکان با اختلال طیف اُتسم شناخته می‌شود، 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. این آموزش می‌تواند از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی و جلسات گفتگو و مشاوره انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد می‌باشد. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی نداشتند.

References

1. Association AP. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 5th ed. USA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Centre for Disease Control and Prevention identified prevalence of Autism spectrum disorder: 2018, ADDM network 2000-2010, combining data from all site. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
3. Baio, J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010 Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report. 2014; 63(2): 1-21.
4. Shaykh al-Islami, A. Mohammadi, N. & Sidasmali Qomi, N. Comparison of parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with children with mental retardation and learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2016; 5(4): 25-42. [Persian].
5. Gobrial, E. The Lived Experiences of Mothers of Children with the Autism Spectrum Disorders in Egypt. Social Sciences. 2018; 7(133): 1-11.
6. Golfenshtein, N., Srulovici, E., & Medoff-Cooper, B. Investigating parenting stress across pediatric health conditions: A systematic review. Comprehensive Child and Adolescent Nursing. 2015; 39, Pp: 41-79.

- in mothers with low-grade children and mothers with normal children [Master Thesis in Psychology]. [Garmsar, Iran]: Islamic Azad University of Garmsar; 2015, pp: 23-29 [Persian].
19. Sadr Motakalam H, Welfare J. Comparison of psychological toughness and meaning of life in mothers with exceptional and normal children of education in Shiraz region 1 [Master Thesis in Psychology]. [Marvdasht, Iran]: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2015, pp: 28-39 [Persian].
 20. Jebeli M, Khademi A. Comparison of the Flexibility and Psychological Hardiness among Exceptional Children Mothers (Blind, Deaf and Mental Retardation). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020; 10 (18): 1-6.
 21. Young .J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema – Focused approach . Sarasota . FL. Professional resource exchange Inc . 1990.
 22. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. 2015.
 23. Seyf Hosseini A, Asadi J, Sanagoo A, Khajvandkhoshly A. Comparison of Schema Therapy Based on Group Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on resiliency in mothers of children with cancer. MJMS. 2019; 22 (62):411-420. [In Persian].
 24. Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. Am J Psychiatry. 2014; 171(3): 305-322.
 25. Skewes S A, Samson R A, Simpson S G, & Van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. Frontiers in Psychology. 2015; 5: 1-9.
 26. Rehbar Karbasdehi, F. Abolghasemi, A. & Rehbar Karbasdehi, E. 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].
 27. Nozari, S., Khoshnama, A. & Nejat, A. The effectiveness of schema therapy on marital satisfaction of mothers of children with autism spectrum disorder, family conference, autism disorder and related challenges, Tehran, 2019, <https://civilica.com/doc/918949>
 28. Mahour, H. & Farzinfar, K. The effectiveness of schema therapy on the psychological well-being of mothers of children with deafness. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2017; 24(5), 311-318.
 29. Nearde A, Tambs K, Mathiesen K, Dalgard OS, Samuelsen S. Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child-care taking. J of Affective Disorder. 2000; 58(3):181-199.
 30. Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. Family quality of life following early identification of deafness. Lang Speech Hear Serv Sch. 2010;41(2):194-205
 31. Fadai, Z. Dehghani, M. Tahmassian, K. & Farhadi, F. Evaluation of factor structure, validity and validity of short form - parenting stress index in mothers of normal children aged 7-12 years in Tehran. Behavioral Science Research, 2011; 8(2): 81-92. [In Persian].
 32. Babakri H. Tahmasbi S, Amani Sh. Validation of the parenting stress index (PSI) among mothers of Preschool children in Tehran Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5, (4): 29-39. [In Persian].
 33. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. J Pers Soc Psychol. 1982; 42(1): 168-177.
 34. Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. Journal of personality, 2006; 74(2): 575-598.
 35. Zare, H. & Aminpour, H. Psychological tests. Tehran: Ayizh. 2011. [In Persian].
 36. Nakhoda, H. "The simple and multiple relationship of stubbornness and social support with the mental and physical health of women in Shushtar", [Master Thesis in Psychology]. [Ahwaz, Iran] ; 1998, pp: 24-30. [In Persian].
 37. Yar Ali, Kh. "simple & multiple relation of obstinacy & social protection With body health of women in Shoshtar", Master Thesis in Psychology]. [Ahwaz, Iran] ; 2000, pp: 41-57. [In Persian].