

## اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِسم

- شهرام رضایی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران  
□ مینا مجتبی‌ای\*، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران  
□ آرزو شمالی اسکویی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۴ • تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۱۹ - ۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** عوامل فراوانی می‌تواند باعث ایجاد استرس والدگری شود که داشتن فرزند با اختلال طیف اُتِسم از جمله آنها است؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند اُتِستیک بود.

**روش:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه، همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِسم شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌ی شاخص استرس والدگری (آبیدین، ۱۹۹۰) استفاده شد. گروه آزمایشی، مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به‌صورت فردی، دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک‌راهه اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری (حس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی و سلامت والدین) مادران دارای فرزندان با اختلال طیف اُتِسم تأثیرگذار بوده است. اثربخشی بعد از دوره پیگیری نیز حفظ شد ( $P < ۰/۰۱$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، راهبردی مؤثر در بهبود تمامی مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِسم می‌باشد و می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مؤثر بهره برد.

**واژه‌های کلیدی:** استرس والدگری، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، مادران کودکان با اختلال طیف اُتِسم

## مقدمه

اختلال طیف اتیسم<sup>۱</sup> یکی از اختلالات عصبی رشدی است که در نتیجه رشد ناهنجار مغز ایجاد می‌شود و بر توانایی‌های شناختی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد که منجر به سطوح بالای تنش، اضطراب، گوشه‌گیری و بلاتکلیفی در والدین و سایر اعضای خانواده می‌شود (۱). شیوع این اختلال در سال ۲۰۱۶ به ۱ در ۶۸ نفر (۲) و براساس آخرین داده‌های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های ایالات متحده آمریکا<sup>۲</sup> در سال ۲۰۲۰، به ۱ در ۵۴ نفر افزایش یافته است (۳). در کودکان ایرانی این نرخ شیوع به ۶/۲۶ در ۱۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (۴). در عین حال، اختلال طیف اتیسم یک اختلال چندژنی است که می‌تواند تا پایان عمر با مشکل برگشت‌پذیری ادامه یابد و با افزایش نرخ شیوع، بار سنگینی بر دوش خانواده‌ها و جامعه بگذارد (۵).

همان‌گونه که والدین بر فرزندان خود تأثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های رشدی و رفتاری خود، تأثیراتی را بر والدین به جای می‌گذارند. اختلال طیف اتیسم به دلیل برخورداری از چندین ویژگی مانند دربرداشتن طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و همچنین تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره رشد طبیعی کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را بر خانواده تحمیل کند (۶). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، والدین کودکان اتیستیک در مقایسه با والدین کودکان عادی، در بسیاری از جنبه‌های فرزندپروری، فشارهای روانی و مادی فزاینده‌ای را متحمل می‌شوند و کودکان با اختلال طیف اتیسم ۲ تا ۳ برابر کودکان عادی، تنش و مشکلات بیشتری را برای والدین خود به وجود می‌آورند (۷).

یکی از مشکلاتی که اکثر والدین کودکان با نیازهای ویژه<sup>۳</sup> در فرآیند فرزندپروری تجربه می‌کنند، استرس والدگری<sup>۴</sup> است که در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم نیز باید به آن توجه ویژه‌ای شود (۵). از یک طرف، والدگری یک فعالیت پیچیده است و شامل بسیاری از رفتارها و مهارت‌های خاص است که هر یک از والدین به صورت جداگانه یا باهم برای

کنترل و مدیریت رفتارهای فرزندان خود انجام می‌دهند (۸) و از طرف دیگر، داشتن فرزند با ناتوانی یا داشتن فرزند با رفتارهای غیرعادی، منبع اصلی استرس برای والدین است که با عدم آگاهی آنها از رشد کودکان و نحوه تعامل با ایشان باعث تشدید استرس والدگری می‌شود (۹). استرس والدگری با فشارها و دشواری‌هایی که والدین در مراقبت از کودک و انجام وظایف مربوط به آن تجربه می‌کنند، توصیف می‌شود (۱۰). به‌طور کلی، مشکلاتی که در پرورش کودک در سنین پایین وجود دارد، فشار زیادی بر مهارت‌های والدین ایجاد کرده و در صورتی که فهم والدین از وظایف و نقش خود به‌عنوان والد بیش از منابع و روش‌های مقابله و سازگاری آنها باشد، به‌گونه‌ای که روش‌های مقابله معمول والدین قادر به بازگرداندن تعادل در خانواده نباشند، منجر به ایجاد استرس در آنها می‌شود (۱۱)؛ و در همین راستا، مطالعه‌ای نشان داد بین تشخیص کودک با اختلال طیف اتیسم و استرس والدگری رابطه معناداری وجود دارد (۷).

استرس والدین مستقیماً بر رفاه عاطفی والدین، روابط والدین و رشد عاطفی و اجتماعی فرزندان می‌تواند تأثیر منفی بگذارد (۱۲). سطوح بالای استرس والدگری در تعامل والد-کودک اختلال ایجاد می‌کند و مهارت‌های والدگری را مختل می‌کند. علاوه بر این، استرس زیاد والدین باعث اختلال در عملکرد ذهنی آنها، ایجاد اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و افزایش اسناد منفی می‌شود که در نهایت منجر به برداشت‌های منفی از رفتار کودک، افزایش تنبیه و مشکلاتی در تعاملات خانوادگی می‌شود (۱۳). در همین راستا، بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران معمولاً استرس بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده تحمل می‌کنند (۱۴)؛ و همچنین استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم بسیار بیشتر از مادران دارای فرزند عادی است؛ زیرا این مادران بیشتر با چالش‌های والدگری روبه‌رو هستند (۷)؛ بنابراین حمایت‌ها و مداخلات تخصصی برای مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم بسیار ارزشمند است و به آنها در تربیت فرزندان کمک می‌کند.

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده توسط حبیب دوانلو ابداع شده است. این رویکرد یک روش درمانی

1. Autism spectrum disorder (ASD)

2. Centers for Disease Control (CDC)

3. Children with special needs

4. Parenting Stress

بر این اساس، با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اُتسم (۳، ۴) و همچنین با توجه به تأثیر منفی استرس والدگری در تعامل والد-کودک و تأثیر آن بر سلامت روانی و جسمی کلیه اعضای خانواده به‌ویژه مادران، نیاز به بررسی و پژوهش‌های بیشتر مداخلات روان‌درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شد. در این زمینه با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده، به نظر می‌رسد که اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم می‌تواند قابل‌توجه باشد. علی‌رغم انجام پژوهش‌های متعدد درخصوص اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر حوزه‌های مختلف و به‌خصوص تعاملات والد-کودک، پژوهشگران در بررسی انتقادی پیشینه پژوهش به این نتیجه رسیدند که اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم مورد بررسی قرار نگرفته است؛ لذا با توجه به آنچه بیان شد پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم انجام شد.

### روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی مادران کودکان اُتستیک مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهر تهران در سال ۹۹ بود که از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند؛ و پس از کسب رضایت آگاهانه و بررسی ملاک‌های ورود و خروج وارد پژوهش شدند. ازجمله ملاک‌های ورود به پژوهش اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم‌زمان بود. ازجمله ملاک‌های خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود. همچنین درباره محرمانه ماندن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. حریم خصوصی آزمودنی‌ها نیز در طول پژوهش رعایت و گزارش پژوهش به‌گونه‌ای تهیه و ارائه شد که شناسایی آزمودنی‌ها ممکن نباشد.

مختصر مبتنی بر اصول روان‌تحلیل‌گری است که به دلیل توانایی پوشش دادن طیف وسیع‌تری از بیماران، بر سایر انواع روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت مشابه ارجحیت دارد (۱۵). در این درمان بر احساسات مرتبط با دلبستگی که در رابطه با درمانگر برانگیخته می‌شوند و دفاع‌هایی که بیمار برای اجتناب از این احساسات استفاده می‌کند، تمرکز دارد (۱۶). دیدگاه روان‌پویایی مبتنی بر این ایده است که افکار و احساسات ناهشیار عوامل مهم رفتار هستند. رویکرد روان‌پویایی به رفتار، به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) تابعی از فرآیندهای روان‌شناختی درونی (رویدادهای پنهان) است. نظریه‌پردازان روان‌پویایی بر این باورند که شخصیت ترکیبی از رویدادهای درونی و بیرونی است که در آن رویدادهای درونی نقش مؤثرتری را ایفا می‌کنند (۱۷)؛ بنابراین در درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده به فرد کمک می‌شود تا مشکلاتش را براین اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارضات روبه‌رو شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه‌ی نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی‌سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست‌دهنده و مشکلات بین‌فردی است (۱۸). الگوی نظری عملیاتی روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده، کاربرد مثلث تعارض در سه‌گوشه مثلث شخص است (۱۹). مثلث تعارض به عوامل درونی مشکل ازجمله احساسات، اضطراب و دفاع اشاره دارد و مثلث شخص به زمینه و عوامل بین فردی مانند روابط گذشته، روابط فعلی و روابط با درمانگر می‌پردازد (۲۰). در این رویکرد، فرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (۲۱). روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به‌طور بالینی در نمونه‌هایی با مشکلات چندگانه روان‌پزشکی و نمونه‌هایی از بیماران دارای افسردگی، اضطراب، استرس با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است (۲۲). پژوهش‌های بسیاری به اثربخشی درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی (۲۳، ۲۴)، بر اضطراب (۲۱، ۲۵، ۲۶)، بر بهبود سلامت روانی (۲۷)، بر ابرازگری هیجان و تمایز یافتگی (۲۸)، بر ارتقاء امید و شادکامی (۲۹)، بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی (۳۰) اشاره کرده‌اند.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه شاخص استرس والدگری<sup>۱</sup> (PSI): آیدین (۳۱)

در سال ۱۹۹۰ شاخص استرس والدگری را ساخته است که می‌توان از آن برای ارزیابی اهمیت استرس در نظام والد-کودک استفاده کرد. این شاخص دارای ۱۲۰ ماده است که ۱۹ ماده آن اختیاری و میزان استرس زندگی را می‌سنجد و ۱۰۱ گویه باقی‌مانده استرس‌های والدگری را در دو قلمرو والدینی (۵۴ ماده) و کودکی (۴۷ ماده) بررسی می‌کند که در پژوهش حاضر از استرس‌های والدگری در قلمرو والدینی استفاده شد. استرس‌های والدگری در قلمرو والدینی ۶ مؤلفه‌ی افسردگی (۹ ماده)، دل‌بستگی (۷ ماده)، حس‌صلاحیت (۱۳ ماده)، محدودیت نقش (۷ ماده)، سلامت والدین (۵ ماده)، روابط با همسر (۷ ماده) و انزوای اجتماعی (۶ ماده) را ارزیابی می‌کند. شیوه‌ی نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های ۱ تا ۵ (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. آیدین ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای از مادران بهنجار ( $n=2633$ ) که فرزندان آنها بین

۱ ماه تا ۱۲ سال سن داشتند برای نمره کلی در قلمرو والدینی و کودکی به ترتیب ۰/۹۳ تا ۰/۹۰ ذکر می‌کند. در پژوهشی که دادستان و همکاران (۳۲) انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن بافاصله ۱۰ روز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ به دست آمد.

## معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله بر اساس پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۳۳) تنظیم شد. جلسات مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در قالب ۱۲ جلسه در طول ۳ ماه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه در مرکز آموزشی و توان‌بخشی عرفان در شهر تهران به صورت فردی توسط پژوهشگر اجرا شد. در زیر شرح جلسات درمانی ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱) شرح جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده

| جلسه | اهداف جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| یکم  | اولین جلسه گفتن قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل مادران پرداخته شد.                                                                                                                                                        |
| دوم  | در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شد. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) مادران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند. |
| ۱    | کار با دفاع‌های تاکتیکی کلمات سربسته (در لفافه سخن گفتن)، کلمات پوششی. مداخلات مؤثر؛ تردید در دفاع، چالش کردن، چالش با دفاع.                                                                                                                                                                                  |
| ۲    | بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده مادران، دفاع‌های تاکتیکی کلام فرضیه‌ای و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر؛ چالش با دفاع‌های مادران و تردید در دفاع.                                                                                                                                                        |
| ۳    | بررسی دفاع دلیل‌تراشی و تعمق. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن‌سازی، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.                                                                                                                                                                          |
| ۴    | دفاع‌های کلی‌گویی و تعمیم دادن و عقلانی‌سازی. مداخله‌های مؤثر؛ روشن‌سازی، مسدود کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.                                                                                                                                                                                         |
| ۵    | تاکتیک‌های متنوع‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر؛ مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.                                                                                                                                                                                                             |

| جلسه               | اهداف جلسه                                                                                                                             |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۶                  | انکار و تکذیب کردن، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، تردید در دفاع و چالش با دفاع.                                                        |
| ۷                  | بیرونی‌سازی و ابهام، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع و چالش با دفاع.                                                                      |
| ۸                  | طفره‌روی، تردید و سواسی: مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، چالش با دفاع.                                                                   |
| ۹                  | جسمانی‌سازی و کنش‌ورزی به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی دفاع.                                                      |
| ۱۰                 | سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس‌رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.           |
| ۱۱                 | صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی تبعیت-انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش. |
| جلسه آخر (دوازدهم) | در جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون و پیگیری اعلام و ضمن تشکر از مادران، پایان جلسات اعلام شد.  |

## روش اجرا

برای انجام پژوهش حاضر، پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با یک مرکز آموزشی و توان‌بخشی، 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 پرسشنامه استرس والدگری، تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمانی (هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه) به صورت فردی در برنامه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده که توسط پژوهشگر در یک مرکز آموزشی و توان‌بخشی صورت گرفت، شرکت کردند؛ درحالی‌که به گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بعد از ۳ مرحله پیگیری پرسشنامه استرس والدگری آیین را تکمیل کردند. به دلایل اخلاقی، به کلیه شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به دست آمده از این مطالعه صرفاً به منظور ارائه نتایج در رساله دکتری بوده و تمامی اطلاعات تا پایان مجرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به آنها یادآوری شد که می‌توانند هر زمان که تمایل داشتند، مطالعه را ترک کنند. همچنین پس از

پایان پژوهش، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش اثربخشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی به ترتیب برابر با ۳۴/۳۳ و ۶/۹۷ سال و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۲/۰۰ و ۷/۰۲ سال بود. در گروه آزمایشی میزان تحصیلات ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس بود. در گروه گواه میزان تحصیلات ۶ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بود. در گروه آزمایشی ۵ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۶ نفر دو فرزند و ۴ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه کنترل ۶ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۷ نفر دو فرزند و ۲ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. جدول (۲) میانگین و انحراف معیار و شاخص کجی و کشیدگی مؤلفه‌های استرس والدگری (حس صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی و سلامت والدین) در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.



جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و مقادیر کجی و کشیدگی مؤلفه‌های استرس والدگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| مؤلفه          | گروه    | شاخص توصیفی                | مراحل            |                  |                  |
|----------------|---------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|
|                |         |                            | پیش‌آزمون        | پس‌آزمون         | پیگیری           |
| حس صلاحیت      | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۸/۵۷ $\pm$ ۲۷/۳۳ | ۷/۵۷ $\pm$ ۴۳/۴۰ | ۷/۵۴ $\pm$ ۴۴/۱۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۳۷۱ - ۰/۸۵۴   | ۰/۱۵۱ - -۰/۲۶۳   | -۰/۷۲۲ - ۰/۲۰۸   |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۷/۱۰ $\pm$ ۲۸/۸۰ | ۵/۷۴ $\pm$ ۲۸/۲۷ | ۸/۵۲ $\pm$ ۲۹/۴۰ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۴۰۱ - ۰/۱۹۹   | ۰/۱۰۵ - -۰/۶۱۰   | -۰/۹۷۴ - ۰/۵۳۹   |
| دلبستگی        | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲/۵۵ $\pm$ ۱۰/۹۳ | ۳/۴۴ $\pm$ ۱۹/۲۰ | ۳/۶۶ $\pm$ ۲۰/۴۷ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۰۴۱ - -۰/۲۴۳  | ۰/۸۱۸ - -۰/۸۷۱   | ۰/۸۹۹ - ۰/۸۶۵    |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲/۲۸ $\pm$ ۱۱/۷۳ | ۲/۳۷ $\pm$ ۱۱/۲۷ | ۲/۹۰ $\pm$ ۱۱/۵۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۷۷۲ - ۰/۰۸۸   | -۰/۲۹۰ - ۰/۴۸۴   | -۰/۰۲۲ - ۰/۱۳۳   |
| محدودیت نقش    | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۴/۵۳ $\pm$ ۱۸/۱۳ | ۲/۲۰ $\pm$ ۱۳/۰۰ | ۲/۳۷ $\pm$ ۱۲/۸۰ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۳۸۴ - -۰/۰۱۵  | -۰/۱۵۵ - ۰/۱۳۹   | -۰/۱۱۳ - -۰/۶۵۸  |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳/۰۲ $\pm$ ۲۰/۸۷ | ۴/۴۸ $\pm$ ۲۲/۰۷ | ۳/۴۹ $\pm$ ۲۱/۷۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۴۷۲ - ۰/۰۳۹   | -۰/۳۲۸ - ۰/۳۳۴   | -۰/۳۰۶ - ۰/۴۷۳   |
| افسردگی        | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۵/۹۳ $\pm$ ۲۵/۱۳ | ۳/۵۷ $\pm$ ۱۲/۹۳ | ۳/۹۸ $\pm$ ۱۳/۴۷ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۰۴۶ - ۰/۱۹۱   | -۱/۲۹۶ - ۰/۳۹۸   | ۱/۰۹۴ - ۰/۶۷۶    |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۷/۷۲ $\pm$ ۲۶/۵۳ | ۵/۲۵ $\pm$ ۲۵/۲۰ | ۵/۸۳ $\pm$ ۲۵/۸۷ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۱۲۱ - -۰/۱۳۷  | -۰/۷۸۹ - ۰/۶۹۹   | -۱/۱۷۸ - -۰/۱۷۱  |
| روابط با همسر  | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳/۳۸ $\pm$ ۱۷/۲۰ | ۵/۵۰ $\pm$ ۲۶/۰۰ | ۵/۲۴ $\pm$ ۲۷/۴۷ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۲۶۳ - ۰/۳۷۶   | ۱/۲۴۵ - ۰/۰۱۸    | ۰/۲۲۶ - ۰/۶۶۳    |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳/۴۰ $\pm$ ۱۸/۴۷ | ۳/۷۶ $\pm$ ۱۸/۱۳ | ۳/۳۳ $\pm$ ۱۸/۹۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۰۱۶ - -۰/۰۴۸  | -۰/۰۰۵ - ۰/۴۳۰   | -۰/۸۴۰ - ۰/۱۴۸   |
| انزوای اجتماعی | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳/۴۰ $\pm$ ۲۱/۱۳ | ۲/۹۲ $\pm$ ۱۲/۳۳ | ۲/۰۱ $\pm$ ۱۱/۲۰ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۰/۸۷۹ - -۰/۰۶۹  | ۰/۳۰۱ - -۰/۷۳۸   | -۰/۱۲۲ - -۰/۸۰۵  |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳/۲۰ $\pm$ ۲۰/۴۷ | ۳/۹۲ $\pm$ ۲۰/۳۳ | ۳/۱۴ $\pm$ ۲۱/۴۰ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | -۱/۰۸۵ - -۰/۱۳۰  | -۰/۴۵۳ - -۰/۶۰۶  | -۰/۱۶۳ - -۰/۲۵۲  |
| سلامت والدین   | آزمایشی | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲/۴۸ $\pm$ ۱۲/۰۰ | ۲/۹۲ $\pm$ ۱۸/۱۳ | ۲/۴۷ $\pm$ ۱۸/۵۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | ۰/۵۳۵ - ۰/۰۱۷    | -۰/۳۴۵ - -۰/۶۶۵  | -۰/۲۱۲ - -۰/۰۳۰  |
|                | گواه    | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲/۶۹ $\pm$ ۱۱/۴۰ | ۲/۴۰ $\pm$ ۱۲/۰۷ | ۲/۶۸ $\pm$ ۱۱/۹۳ |
|                |         | کجی - کشیدگی               | ۰/۰۳۹ - ۰/۷۷۲    | -۰/۰۷۲ - ۰/۷۶۴   | -۰/۴۸۶ - ۰/۲۳۵   |

تغییرات بیانگر آن است که نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی در مؤلفه‌های استرس والدگری کاهش یافته است.

با توجه به جدول (۲) میانگین نمرات مؤلفه‌های استرس والدگری در دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این

نشد و برقراری این مفروضه نیز در بین داده‌ها تأیید شد. پیش‌فرض هم‌خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط (۰/۳ تا ۰/۵) قرار داشت، این پیش‌فرض نیز مورد تأیید قرار گرفت. علاوه براین، با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی بین متغیرها چنین نتیجه‌گیری شد که بین متغیرها همبستگی خطی چندگانه وجود ندارد.

نتایج تحلیل نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم معنادار است ( $F=0/475$ ،  $p=0/001$ ،  $F=13/807$ )، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت در جامعه ۴۸ درصد است. یعنی ۴۸ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. بدین ترتیب مداخله انجام شده بر مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم اثر معنادار دارد. همچنین اثر گروه در زمان بر ترکیب متغیرهای استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم معنادار بود ( $F=0/319$ ،  $p=0/001$ ،  $F=11/014$ ). همچنین اثر زمان بر ترکیب مؤلفه‌های استرس والدگری در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتسم نیز معنادار بود ( $F=0/243$ ،  $p=0/006$ ،  $F=8/965$ ). در ادامه برای پی بردن به اینکه در کدامیک از مؤلفه‌های استرس والدگری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد، جدول (۳) نشان داده شده است.

فرضیه پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. استفاده از این تحلیل مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مهم‌ترین پیش‌فرض‌ها عبارت‌اند از: نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی کوواریانس، همگنی شیب خط رگرسیون، عدم وجود داده‌های پرت و عدم هم‌خطی متغیرهای وابسته است.

در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه شاخص کجی و کشیدگی همه مؤلفه‌های استرس والدگری در محدوده  $+2$  و  $-2$  قرار داشت، بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، برقرار است. پیش‌فرض همگنی واریانس مؤلفه‌های استرس والدگری با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معناداری نمره  $F$  مربوط به مؤلفه‌های استرس والدگری ( $P>0/05$ ) چنین نتیجه‌گیری شد که پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. در ادامه جهت بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون از معناداری تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است. آماره‌های چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون در بین داده‌ها برقرار بود.

عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پژوهش

| متغیر     | اثرات                    | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معناداری | اندازه اثر |
|-----------|--------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|------------|
| حس‌صلاحیت | مراحل پژوهش              | ۷۷۴/۳۶        | ۱          | ۷۷۴/۳۶          | ۱۲/۷۱ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۲       |
|           | گروه                     | ۱۷۷۱/۹۴       | ۲          | ۵۶۰/۸۳          | ۹/۹۶  | <۰/۰۰۱   | ۰/۲۷       |
|           | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۱۱۲۱/۶۵       | ۲          | ۸۸۵/۹۷          | ۳۷/۳۹ | <۰/۰۰۱   | ۰/۵۸       |
| دلبستگی   | مراحل پژوهش              | ۶۳۷/۵۸        | ۱          | ۶۳۷/۵۸          | ۸۱/۹۲ | <۰/۰۰۱   | ۰/۷۵       |
|           | گروه                     | ۳۳۶/۷۲        | ۲          | ۱۶۸/۳۶          | ۳۲/۴۳ | <۰/۰۰۱   | ۰/۵۵       |
|           | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۳۹۹/۴۳        | ۲          | ۱۹۹/۷۲          | ۲۲/۰۶ | <۰/۰۰۱   | ۰/۴۵       |

| متغیر          | اثرات                    | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معناداری | اندازه اثر |
|----------------|--------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|------------|
| محدودیت نقش    | مراحل پژوهش              | ۱۴۱/۶۴        | ۱          | ۱۴۱/۶۴          | ۱۰/۷۹ | <۰/۰۰۱   | ۰/۲۹       |
|                | گروه                     | ۱۰۱۶/۵۳       | ۲          | ۵۰۸/۲۷          | ۸۵/۲۳ | <۰/۰۰۱   | ۰/۷۶       |
|                | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۲۰۵/۲۴        | ۲          | ۱۰۲/۶۲          | ۸/۳۹  | <۰/۰۰۱   | ۰/۲۴       |
| افسردگی        | مراحل پژوهش              | ۴۹۵/۹۲        | ۱          | ۴۹۵/۹۲          | ۱۶/۴۵ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۸       |
|                | گروه                     | ۱۵۰۹/۷۷       | ۲          | ۷۵۴/۸۹          | ۳۴/۴۸ | <۰/۰۰۱   | ۰/۵۶       |
|                | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۶۴۶/۲۵        | ۲          | ۳۲۳/۱۳          | ۱۴/۱۱ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۴       |
| روابط با همسر  | مراحل پژوهش              | ۳۰۴/۲۴        | ۱          | ۳۰۴/۲۴          | ۱۶/۳۴ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۷       |
|                | گروه                     | ۵۰۴/۷۱        | ۲          | ۲۵۲/۳۶          | ۳۱/۳۹ | <۰/۰۰۱   | ۰/۵۴       |
|                | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۴۰۵/۸۴        | ۲          | ۲۰۲/۹۲          | ۱۱/۷۶ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۰       |
| انزوای اجتماعی | مراحل پژوهش              | ۴۱۴/۵۰        | ۱          | ۴۱۴/۵۰          | ۳۴/۲۲ | <۰/۰۰۱   | ۰/۵۵       |
|                | گروه                     | ۷۳۳/۲۹        | ۲          | ۳۶۶/۶۵          | ۷۰/۰۵ | <۰/۰۰۱   | ۰/۷۲       |
|                | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۴۶۲/۸۰        | ۲          | ۲۳۱/۴۰          | ۲۲/۹۹ | <۰/۰۰۱   | ۰/۴۶       |
| سلامت والدین   | مراحل پژوهش              | ۱۲۰/۱۰        | ۱          | ۱۲۰/۱۰          | ۱۸/۱۷ | <۰/۰۰۱   | ۰/۴۰       |
|                | گروه                     | ۳۹۵/۸۴        | ۲          | ۱۹۷/۹۲          | ۷۰/۹۶ | <۰/۰۰۱   | ۰/۷۴       |
|                | تعامل گروه و مراحل پژوهش | ۱۵۹/۴۱        | ۲          | ۷۹/۷۱           | ۱۱/۶۰ | <۰/۰۰۱   | ۰/۳۰       |

علاوه بر این، تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

این یافته ها نشان می دهد تفاوت بین مراحل در سطوح گروه ها یکسان نیست.

جدول (۳) نشان می دهد، تفاوت نمرات مؤلفه های استرس والدگری در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین میانگین نمرات این مؤلفه ها در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معناداری نشان داد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۴) آزمون تعدیل بن فرونی برای هم سنجی نمرات مؤلفه ها در سه مرحله در گروه آزمایشی

| متغیر       | زمان ها   | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|-------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| حس صلاحیت   | پیش آزمون | ۱۶/۰۷         | ۳/۵۳۵      | <۰/۰۰۱       |
|             | پیش آزمون | ۱۶/۸۰         | ۳/۱۱۴      | <۰/۰۰۱       |
|             | پس آزمون  | ۰/۷۳          | ۱/۱۶۶      | ۰/۹۳۲        |
| دلبستگی     | پیش آزمون | ۸/۲۷          | ۰/۹۸۳      | <۰/۰۰۱       |
|             | پیش آزمون | ۹/۵۳          | ۱/۲۴۳      | <۰/۰۰۱       |
|             | پس آزمون  | ۱/۲۷          | ۱/۵۱۶      | ۰/۸۰۶        |
| محدودیت نقش | پیش آزمون | ۵/۱۳          | ۱/۱۹۹      | <۰/۰۰۱       |
|             | پیش آزمون | ۵/۳۳          | ۱/۴۳۶      | <۰/۰۰۱       |
|             | پس آزمون  | ۰/۲۰          | ۰/۸۹۰      | ۰/۹۸۸        |



| مقدار احتمال | خطای معیار | تفاوت میانگین | زمان‌ها   |           | متغیر          |
|--------------|------------|---------------|-----------|-----------|----------------|
| ۰/۰۰۱ <      | ۱/۶۶۲      | ۱۲/۲۰         | پیش‌آزمون | پس‌آزمون  | افسردگی        |
| ۰/۰۰۱ <      | ۱/۸۱۴      | ۱۱/۶۷         | پیگیری    | پیش‌آزمون |                |
| ۰/۹۷۱        | ۱/۰۷۷      | ۰/۵۳          | پیگیری    | پس‌آزمون  |                |
| ۰/۰۰۱ <      | ۱/۷۹۲      | ۸/۷۶          | پیش‌آزمون | پس‌آزمون  | روابط با همسر  |
| ۰/۰۰۱ <      | ۱/۸۳۷      | ۱۰/۲۸         | پیگیری    | پیش‌آزمون |                |
| ۰/۵۹۶        | ۰/۸۵۳      | ۱/۴۷          | پیگیری    | پس‌آزمون  |                |
| ۰/۰۰۱ <      | ۰/۷۱۸      | ۸/۸۰          | پیش‌آزمون | پس‌آزمون  | انزوای اجتماعی |
| ۰/۰۰۱ <      | ۱/۱۳۲      | ۹/۹۳          | پیگیری    | پیش‌آزمون |                |
| ۰/۷۳۷        | ۰/۹۳۵      | ۱/۱۳          | پیگیری    | پس‌آزمون  |                |
| ۰/۰۰۱ <      | ۰/۸۳۳      | ۶/۱۳          | پیش‌آزمون | پس‌آزمون  | سلامت والدین   |
| ۰/۰۰۱ <      | ۰/۸۹۹      | ۶/۵۳          | پیگیری    | پیش‌آزمون |                |
| ۰/۹۴۷        | ۰/۸۵۵      | ۰/۴۰          | پیگیری    | پس‌آزمون  |                |

در تبیین تأثیرگذاری روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِیسم می‌توان گفت که وجود یک کودک اُتِستیک برای والدین به‌ویژه مادران به منزله‌ی یک معضل و رویداد استرس‌زا تلقی می‌شود؛ از سوی دیگر درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت این عقیده را دارد که افرادی که در معرض یک رویداد استرس‌زای کنونی (داشتن فرزند با اختلال طیف اُتِیسم) قرار می‌گیرند دچار هیجان‌ها و تعارضاتی می‌شوند که محصول فقدان‌ها و آسیب‌هایی در زندگی گذشته هستند؛ و در نتیجه اضطراب، استرس، جسمانی‌سازی، مشکل افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست‌دهنده و مشکلات بین فردی و کاهش کیفیت زندگی و ابرازگری هیجانی را برای آنها رقم می‌زند (۱۸)؛ بنابراین، هر وقت محرکی رخ دهد، فرد احساسی واکنشی حس می‌کند. این اضطراب برمی‌انگیزد. اضطراب دفاع‌ها را برمی‌انگیزد؛ و دفاع‌ها موجب نشانه‌ها و مشکلات حاضر می‌شوند. احساس، اضطراب و دفاع، باهم، مثلث تعارض را تشکیل می‌دهند (۳۷). این در مورد فرزندان اُتِستیک نیز مصداق دارد. در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، درمانگر با استفاده از مثلث تعارض بیمار را متوجه دفاع‌هایی می‌نماید که برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی استفاده می‌نماید. به عبارت دیگر، درمانگر در رویارو سازی همدلانه با دفاع‌های مادران، این پیام را به مادران می‌رساند که هدف درمانگر کمک به آنها است؛ بنابراین با تقویت پیمان‌درمانی،

منطبق بر جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی که در گروه آزمایشی تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های استرس والدگری حس‌صلاحیت، دلبستگی، روابط با همسر و سلامت والدین در مرحله پس‌آزمون افزایش معنادار ( $p < 0/001$ ) و میانگین نمرات مؤلفه‌های محدودیت نقش، افسردگی و انزوای اجتماعی کاهش معنادار ( $p < 0/001$ ) یافته است. براساس نتایج جدول فوق تغییرات یاد شده تا مرحله پیگیری نیز تداوم یافته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر مؤلفه‌های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتِیسم انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که به‌طورکلی، مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر همه‌ی مؤلفه‌های هفتگانه‌ی استرس والدگری (حس‌صلاحیت، دلبستگی، محدودیت نقش، افسردگی، روابط با همسر، انزوای اجتماعی، سلامت والدین) در مادران کودکان با اختلال طیف اُتِیسم مؤثر بوده است. نتایج پیگیری نیز بیانگر پایدار بودن این اثربخشی بر مؤلفه‌های هفتگانه‌ی استرس والدگری تا مرحله‌ی پیگیری بود. این یافته را می‌توان با نتایج مطالعات حسن‌زاده (۳۴)، روگنکمپ و همکاران (۳۵)، صفرنیا و همکاران (۳۶)، احمدی و همکاران (۲۵)، همسو دانست.

از روش های نمونه گیری تصادفی برای افزایش غنای اطلاعات به دست آمده استفاده شود؛ در نهایت با توجه به اثربخشی این درمان، شایسته است اقداماتی برای آموزش این نوع درمان برای مشاوران، روان شناسان، روان پزشکان و مددکاران اجتماعی انجام شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از پژوهش های به عمل آمده برای انجام رساله دکتری تخصصی بوده است و بدین وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از کلیه مادرانی که در این پژوهش شرکت داشتند، قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی نداشتند.

### References

1. Perlman J, Howe N. Mothers' Experiences of Obtaining a Diagnosis and Support for their Child with Autism Spectrum Disorder. Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse. 2022;14(3):1-19.
2. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveillance Summaries. 2018;67(6):1.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Autism prevalence rises in communities monitored by CDC. CDC Newsroom. [https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0326-autism ...](https://www.cdc.gov/media/releases/2020/p0326-autism...); 2020.
4. Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. Journal of autism and developmental disorders. 2015;45(9):2908-16.
5. Papadopoulos D. Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. Brain Sciences. 2021;11(3):309.
6. Ramezanloo M, Alhosseini KA, Bagheri F, Robatmili S. Lived experience of mothers' children with autism spectrum disorder: A phenomenological study, Quarterly Psychology of Exceptional Individuals. 2021;10(39):134-74. [Persian].

مادران بتدریج با پرهیز از رفتارهای اجتنابی به سمت ابراز احساسات می روند. با مداخلات فعال درمانگر، دفاع های نابالغ و روان رنجور به عنوان سبک های رفتاری دیرپا و مقاوم در برابر تغییر، هر جلسه با موجی سینوسی که نشان دهنده افت وخیز استفاده از این دفاع ها می باشد، به پیش می رود تا با توجه به توانمند شدن ایگو، دیگر نیازی به استفاده از این دفاع ها نباشد تا مادران بتوانند آزادانه احساسات سرکوب شده خود را بیان کنند (۳۸).

تبیین دیگری که در خصوص اثربخش بودن روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر مؤلفه های استرس والدگری مادران می توان ارائه نمود، این است که رویکرد روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده رویدادهای آسیب زا را به حیطه هشیاری وارد می کند تا بتوان آنها را به درستی پردازش و احساسات همراه با آن را تجربه و لمس کنند و در این فرآیند اثرات درمانی قابل مشاهده است. درواقع، احساسات سرکوب شده توان آسیب زایی خود را از دست می دهند و برای استفاده در زندگی روزمره در دسترس قرار می گیرند، فرآیندی که به مادران کنترل بهتری بر احساسات خود در زندگی می دهد. به عبارت دیگر، رویکرد روان درمانی پویشی با تأکیدی که بر «اینجا و اکنون» دارد در شرایط بسیار هیجانی و آشفته، با افزایش تمرکز بر زمان حال و بالا بردن سطح درگیری منطقی با مسائل زندگی، باعث می شود مادران کنترل خود را از دست ندهند و با در نظر گرفتن عقل سلیم تصمیم گیری کنند و قادر به مدیریت روابط خود باشند و به جای تأکید بر رفتارهای ناپخته و هیجانی، بیشتر بر تجارب و پیدا نمودن راه حل تمرکز داشته باشند؛ و همچنین این رویکرد باعث می شود که مادران بین عقل و هیجان خود توازن برقرار کنند و آنها را قادر می سازد تا با بالاترین سطح استرس ها خود را سازگار شوند بدون اینکه نشانه های آسیب را در خود رشد دهند (۳۹). لذا منطقی است که گفته شود روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر مؤلفه های استرس والدگری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم مؤثر است. از محدودیت های پژوهش حاضر، نمونه گیری غیر تصادفی و کم بودن تعداد نمونه و انجام پژوهش صرفاً بر روی زنان، عدم تعمیم یافته های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند است. همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استفاده شد. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی با توجه به جامعه آماری هر دو گروه (زن و مرد) و پیگیری طولانی مدت و همچنین به منظور تعمیم دهی بهتر،

7. DesChamps TD, Ibañez LV, Edmunds SR, Dick CC, Stone WL. Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Research*. 2020;13(1):82-92.
8. Choi Y, Lee S. Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & Lung*. 2021;50(2):352-6.
9. Fonseca A, Moreira H, Canavarro MC. Uncovering the links between parenting stress and parenting styles: The role of psychological flexibility within parenting and global psychological flexibility. *Journal of contextual behavioral science*. 2020;18:59-67.
10. De Stasio S, Coletti MF, Boldrini F, Bevilacqua F, Dotta A, Gentile S. Parenting stress in mothers of infants with congenital heart disease and of preterm infants at one year of age. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2018;15(1):3-11.
11. Miranda A, Mira A, Berenguer C, Rosello B, Baixauli I. Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in psychology*. 2019;10:464.
12. Hickey EJ, Bolt D, Rodriguez G, Hartley SL. Bidirectional relations between parent warmth and criticism and the symptoms and behavior problems of children with autism. *Journal of abnormal child psychology*. 2020;48(6):865-79.
13. Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2006;11(4):493-513.
14. Vernhet C, Michelon C, Dellapiazza F, Rattaz C, Geoffroy MM, Roeyers H, et al. Perceptions of parents of the impact of autism spectrum disorder on their quality of life and correlates: comparison between mothers and fathers. *Quality of Life Research*. 2021:1-10.
15. Abbass A. Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques. Khalighi Sigaroudi M.D. (Persian translator). second edition. Tehran: Arjmandpup; 2015, pp:56-60.
16. Johansson R, Town JM, Abbass A. Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*. 2014;2:e548.
17. Sorensen B, Abbass A, Boag S. ISTDP and its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. *Psychodynamic psychiatry*. 2019;47(3):291-316.
18. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*. 2017;214:15-25.
19. Solbakken OA, Abbass A. Effective care of treatment-resistant patients in an ISTDP-based in-patient treatment program. *Psychiatric Annals*. 2013;43(11):516-22.
20. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89(6):363-70.
21. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. *Medical Problems of performing artists*. 2014;29(1):3-7.
22. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008;196(3):211-6.
23. Tourani L, Sharifi Daramadi P, Farrokhi N. Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Depression and Anxiety in Derelict Adolescents. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10(1):173. [Persian].
24. Town JM, Falkenström F, Abbass A, Stride C. The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*. 2021.
25. Ahmadi F, Amjad FV, Rezaei AK, Mohammadi S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2021; 10(3):69-81. [Persian].
26. Amani N, Alizadeh KH, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;18(3):349-58. [Persian].
27. Rocco D, Calvo V, Agrosi V, Bergami F, Busetto LM, Marin S, et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*. 2021;24(1).
28. Bahadori SR, Taklavi S, Kazemi R. The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and differentiation betrayed women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2022;11(1):113-24. [Persian].

29. Mohamadzadeh J, Hoseini Zs. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on Enhancement of Hope and Happiness in patients with Cancer. *Journal of Health Psychology*. 2018;7(27):131-51. [Persian].
30. Bajestani AB, Shahabizadeh F, Vaziri S, Kashani FL. The Effectiveness of Short-Term Psychoanalysis Treatment In Decreasing Psychological Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Dysfunction with Personality Type D. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2022;13(4):1-11. [Persian].
31. Abidin RR. Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of clinical child psychology*. 1990;19(4):298-301.
32. Dadsetan P, Azghandi AA, Hassanabadi HR. Parenting Stress and General Health: A Research on the Relation between Parenting Stress and General Health among Housewife-Mothers and Nurse - Mothers with Young Children. *Developmental Psychology*. 2006;2(7):171. [Persian].
33. Davanloo H. Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo Persian. Tehran: Arjmand Publication. 1995;pp: 211-4. [Persian].
34. Hassanzadeh J. Investigating the effect of psychodynamic psychotherapy on the amount of stress in people with diabetes. [Thesis for M.Sc. in Psychology]. [Mashhad, Iran]: Faculty of education and psychology, University and Astan Quds Razavi; 2011, pp: 19-21. [Persian].
35. Roggenkamp H, Abbass A, Town JM, Kisely S, Johansson R. Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2021;5(3):100122.
36. Safarnia A, Ahmadi V, Mami S. Comparing the Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Posttraumatic Stress Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2020;10(0):61. [Persian].
37. Ardabili MP, Borjali A, Pezeshk S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy to Improve the Conflictive the Relationship between Mother-Child. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2018;8(30):139-62. [Persian].
38. Kamel AJ, Mahmoudi M, Sohrabi F, Asgari M, Eskandari H. Develop of treatment program based on dynamic experiential model and its effectiveness on emotional expressiveness in depressed patients. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(54):77-88. [Persian].
39. Bahadori SR, Taklavi S, Kazemi R. Comparison of the Effectiveness of Short-Term Psychotherapy and Self-Medication Based on Health And Positive Personality

Abilities in Betrayed Women. *Islamic Lifestyle Centered on Health*. 2020;4(1):75-84. [Persian].