

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسسم

- 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 کفاش صدقی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران
- میترا نمازی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، 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 اُتیسسم با چالش‌های خاص و منحصر به فردی در زندگی در زمینه‌های فرزند‌پروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن مادران این کودکان می‌باشد.

روش: روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسسم 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 طرح‌واره درمانی در کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان اُتیسستیک 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 اُتیسسم می‌توان از طرح‌واره درمانی استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اُتیسسم، افسردگی مزمن، طرح‌واره درمانی، مادران

مقدمه

جدید افسردگی یا به عبارت دیگر عود افسردگی می‌شوند و در نتیجه درمان‌پذیری را کاهش می‌دهند (۱۱). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^{۱۱}، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد به طور 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، بدبینی 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 اُتیسْم و خلق و خوی دشوار آنها، پرورش کودکی با این مشکلات تحولی، یک چالش مهم و منحصر به فرد 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 طرح‌واره درمانی^{۱۲} بوده است (۱۸). طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرح‌واره‌های مذکور یاری می‌دهد (۱۹). هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن، بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۲۰). طرح‌واره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر

از جمله اختلال‌های مهم دوران کودکی، اختلال طیف اُتیسْم^۱ است که شامل گستره‌ای از اختلالات عصبی رشدی بوده و در طول زندگی ادامه می‌یابد (۱). مشخصه اصلی اُتیسْم 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 اُتیسْم مشکلات عمده‌ای در تعاملات اجتماعی، ارتباطی و زبانی دارند (۳). والدین این کودکان با چالش‌های خاص و منحصر به فردی در زندگی در زمینه‌های فرزندپروری، مسائل خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی مواجه می‌شوند (۴). اختلال طیف اُتیسْم اغلب با رفتارهای چالش‌برانگیز و ناسازگار همراه است که به صورت پرخاشگری^۲ بدنی، عدم رعایت نظم و کج خلقی، مشکلات توجه، نارسایی‌های زبانی و گفتاری، ارتباطی و اجتماعی نمایان می‌شود (۵)، که برای والدین، سطح بالایی از ناامیدی^۳ و افسردگی^۴ را ایجاد می‌کند، تأثیر منفی بر بهزیستی^۵، طرح‌واره‌ها^۶ 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 اُتیسْم مانند جیغ کشیدن، اصرار بر یکنواختی محیط و نیازمندی در مراقبت‌های بهداشتی شخصی و تغذیه می‌تواند منجر به بروز اضطراب^۷، افسردگی و کیفیت زندگی^۸ پایین در والدین آنها شود. پتسونرا و مایلز (۸) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که والدین و مراقبان کودکان با اختلال طیف اُتیسْم نسبت به سایر والدین از اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی و تنش والدگری بالاتری برخوردارند.

عواطفی مانند احساس گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط (۹) و همچنین پایین آمدن عزت نفس^۹، 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 فعال شدن طرح‌واره 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 اُتیسْم، ضرورت دارد تا تأثیر آموزش طرح‌واره‌درمانی بر بهبود سلامت روان و کاهش افسردگی مادران مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین پرسش پژوهش حاضر نیز این است که آیا طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی مزمن در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم اثربخش می‌باشد؟

روش

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 اُتیسْم 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 اُتیسْم تعداد ۳۰ نفر با توجه به شرایط 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 (فرزند با اختلال طیف اُتیسْم در سنین ۶ تا ۱۱ سال)، جنسیت (هر دو جنس پسر و دختر)، سطح اُتیسْم (سطح ۱ و ۲ براساس پرونده پزشکی)، محل سکونت (شهر گرگان)، تحصیلات (حداقل دیپلم)، نمره بالاتر از خط برش (۲۰) در مقیاس افسردگی، و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش 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 لایبوند و لایبوند (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 طرح‌واره‌های 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 دل‌بستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که طرح‌واره‌های 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 طرح‌واره‌درمانی می‌تواند با اصلاح و شکل‌دهی طرح‌واره‌های ناسازگار، یکی از درمان‌های مؤثر در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار دختران با نشانه‌های افسردگی باشد (۲۴). در این راستا، مطالعات مالوجینیس آرتز، سپیروپوم و همکاران (۲۵) نشان داد که طرح‌واره‌درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی اثربخش است. مطالعات اورکی (۲۶) نشان داد که طرح‌واره‌درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ همچنین ورعی و همکاران (۲۷) دریافتند که طرح‌واره‌درمانی 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 اُتیسْتیک خود احساس گناه می‌کنند و پذیرش واقعیت برای آنها بسیار مشکل است (۲۸). پژوهش‌ها در مورد والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم 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 بالای بروز مشکلات جسمی و روانی هستند (۲۹). پرواضح است که برای توانمندسازی نهاد خانواده، باید تمهیداتی اندیشیده 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 توان بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسسم، 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 اُتیسسم 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 (یک‌شنبه‌ها) در کلاس‌های طرح‌واره‌درمانی که توسط کارشناس مرکز توان بخشی کودکان با اختلال طیف اُتیسسم صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، مقیاس استرس، اضطراب، افسردگی به‌عنوان 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 تک‌متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. برنامه مداخله آموزش طرح‌واره‌درمانی 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=اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۳=کاملاً در مورد من صدق می‌کند) می‌باشد. از آنجایی که این مقیاس فرم کوتاه‌شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، در پژوهش حاضر نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها دو برابر شد. نمره کل این ابزار در خرده مقیاس‌های استرس معادل ۰/۳۳، اضطراب ۰/۲۰ و افسردگی ۰/۲۸ است که نمره کمتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی کمتر و نمره بیشتر نشانه استرس، اضطراب و افسردگی بیشتر می‌باشد. آنتونی و همکاران (۳۱) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲۳/۸۹، ۱/۲۰ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۳۱) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۳۲) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازمی‌آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ 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 طرح‌واره درمانی

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

اهداف جلسات	ردیف
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 سوم
نوشتن سناریوی زندگی براساس مدل طرح‌واره‌درمانی، بررسی تکلیف هفتگی، نوشتن سناریوی زندگی شخصی، ارائه تکلیف خانگی.	جلسه چهارم
بررسی فنون شناختی، تکلیف هفتگی، بررسی معایب و مزایای پاسخ‌های مقابله و آموزش شیوه استفاده از کارت‌های آموزشی.	جلسه پنجم
بررسی فنون شناختی، بررسی تکلیف هفتگی، تمرین راهبردهای هیجانی و آشنایی با روش نامه نوشتن و گفتگو با صندلی خالی.	جلسه ششم
آموزش روش‌های طرح‌واره‌ای در الگوهای رفتاری، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و مصادیق رفتاری، تمرین راهبردهای الگو شکنی رفتاری	جلسه هفتم
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس‌آزمون.	جلسه هشتم

یافته‌ها

(۲۶/۶ درصد) فوق دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) لیسانس داشتند. و در گروه گواه، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) فوق دیپلم و ۳ نفر (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 (۴۰ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۲۶/۶ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و در گروه گواه، ۸ نفر (۴۶/۷ درصد) رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند. همچنین در گروه آزمایشی، ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات دیپلم، ۴ نفر

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

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

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 ($F=0/722, P=0/212 > 0/05$) بود. در جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری 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 طرح‌واره‌درمانی بر افسردگی مزمن از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد افسردگی مزمن ($F_{1,26} = 2/41, P=0/119 > 0/05$)، به لحاظ آماری معنادار

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایشی 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 مؤذن‌زاده و همکاران (۱۱) مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان می‌شود؛ اورکی (۲۶) که نشان داد طرح‌واره‌درمانی بر میزان افسردگی و عود در مردان اثربخش می‌باشد؛ ورعی و همکاران (۲۷) مبنی بر اینکه طرح‌واره‌درمانی بر کاهش افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان اثربخش می‌باشد؛ مالوجینیس و همکاران (۲۵) که دریافتند طرح‌واره‌درمانی در درمان افسردگی مزمن و اختلال دو قطبی مؤثر است و مطالعات پتسونرا و مایلز (۸) که نشان دادند طرح‌واره‌درمانی منجر به کاهش افسردگی و استرس والدین دارای کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود، همسو است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که طرح‌واره‌ها 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. طرح‌واره‌درمانی با استفاده از روش‌های شناختی، تجربی، الگوشکنی رفتاری و رابطه درمانی با ایجاد آگاهی شناختی به بیماران کمک می‌کند تا طرح‌واره‌های 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 (۱۰/۴۲) و میانگین گروه کنترل (۱۴/۱۷) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح $0/001$ معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که آموزش طرح‌واره‌درمانی موجب کاهش افسردگی مزمن مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

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

مؤثر عمل کند و با به‌کارگیری راهبردهای شناختی و رفتاری در کاهش طرح‌واره‌های 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 اُتیسسم و در گروه نمونه بزرگتر انجام شود. با توجه به این که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری و واریسی 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 اُتیسسم و مدیریت محترم مرکز توان بخشی کودکان اُتیسسم که صمیمانه در پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با آنها را مورد شناسایی قرار دهند. زمانی که افراد، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای‌شان را درک می‌کنند، می‌توانند تا حدودی بر پاسخ‌هایشان کنترل داشته باشند. از این رو هدف درمان افزایش آگاهی عقلانی و کنترل هشیارانه بر طرح‌واره‌ها است. افراد به این نتیجه می‌رسند که طرح‌واره یا غلط است یا این که سخت اغراق‌آمیز است. روش‌های تجربی این امکان را به بیمار می‌دهند که به ارتباط بین ریشه‌های تحولی این طرح‌واره‌ها و مشکلات فعلی خود پی ببرند. در الگوشکنی رفتاری، افراد سعی می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرح‌واره، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند (۲۳). همچنین تبیین دیگر برای موفقیت طرح‌واره‌درمانی در روش‌های اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثال هدف روش‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرح‌واره‌ها بود برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌ها و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره 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 طرح‌واره 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 طرح‌واره‌های 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 طرح‌واره‌درمانی می‌توان گفت که تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پی طرح‌واره‌درمانی باعث تغییر در سبک زندگی و نگرش و رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم در بیماران می‌شود. طرح‌واره‌های افراد مبتلا به افسردگی مزمن را با استفاده از طرح‌واره درمانی به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناختی (برای مثال یک جهان بینی و یک الگوی فکری منجر به بهبود افسردگی می‌شود (۲۰)). بنابراین، طرح‌واره درمانی با تغییر شناخت‌ها و رفتارهای سازش‌نا یافته، می‌تواند با کاهش نشانه‌های افسردگی، به‌عنوان یک روش مداخله

References

1. 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].
2. Mirbod, M. Moradi, M. The effectiveness of behavioral activation on fear of negative evaluation and internalized stigma of mothers with autistic children. *Scientific Journal of Women and Culture*. 2021; 13(47): 53-64. [In Persian].
3. 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.
4. 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].
5. 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.
6. Snyder, W. Troiani, V. Behavioural profiling of autism connectivity abnormalities. *British Journal of psychiatry open*. 2020; 6(1):11-21.
7. 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].
8. 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.
9. 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].
10. 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.
11. Mozamzadeh, T. Gholamrezai, 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].
12. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. World Health Organization. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
13. 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].
14. 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.
15. Hassani, M. Haghighat, 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].
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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].
21. 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.
22. Slepecky, M. Kotianova, A. Vyskocilova, J. Prasko, J. Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Personality 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. Aggeli 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. Houshang, 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 Mumanistics*. 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.