



The Effectiveness of Integrated Unified Protocol on Parental Burnout and Alexithymia in Mothers of Autistic Children

Shabnam Nourollahi¹, Ali Akbar Soleimanian^{2*}, Hamid Darrodi³

1-Ph.D. Student in Counseling, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2- Associate Professor, PhD Counseling, Department of Educational Sciences and Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

3- Assistant Professor, PhD Counseling, Department of Educational Sciences and Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

***Corresponding author:** Ali Akbar Soleimanian, Associate Professor, PhD Counseling, Department of Educational Sciences and Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

Email: soliemanian@gmail.com

Received: 2025/02/25

Accepted: 2025/07/1

Abstract

Introduction: Mothers with autistic children are under additional pressures that threaten their mental health. The present study aims to determine the effectiveness of the integrated unified protocol on parental burnout and emotional alexithymia in mothers with autistic children.

Methods: The present study is a quasi-experimental pre-test-post-test design. The study's statistical population includes all mothers with autistic children studying in one of the elementary schools in Mashhad. Among the mothers who met the inclusion criteria for the study, 36 were selected as the sample group through purposive sampling, and, by random assignment, 18 were placed in the integrated unified protocol treatment group and 18 in the control group. An Integrated unified protocol was implemented in 7 weekly sessions for the experimental group. The Parental Burnout Questionnaire (Roskom et al, 2018) and the Toronto Alexithymia (Bagby et al, 1994) were used to collect data. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance using SPSS-21.

Results: The results showed that an integrated unified protocol led to a reduction in parental burnout and alexithymia in mothers of autistic children ($p < 0.05$).

Conclusions: The combination of cognitive, behavioral, and emotional techniques in an integrated unified protocol can effectively reduce parental burnout and alexithymia, and these changes can improve the quality of life of mothers of children with autism.

Keywords: Autism spectrum disorder, Psychological interventions, Mother, Parenting, Burnout, Alexithymia.



اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم

شبنم نورالهی^۱، علی اکبر سلیمانیان^{۲*}، حمید دررودی^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- دانشیار، دکترای مشاوره، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

۳- استادیار، دکترای مشاوره، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

*نویسنده مسئول: علی اکبر سلیمانیان، دانشیار، دکترای مشاوره، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.
ایمیل: soliemanian@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۰۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۱۰

چکیده

مقدمه: مادران دارای کودک اوتیسم تحت فشارهای مضاعفی هستند که سلامت روانی آنان را تهدید می‌کند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم است.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم است که فرزند آن‌ها در یکی از مدارس مقطع ابتدایی در شهر مشهد مشغول به تحصیل باشد. از بین مادرانی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، ۳۶ مادر از طریق نمونه‌گیری هدفمند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی، ۱۸ نفر در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه و ۱۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. درمان فراتشخیصی یکپارچه طی ۷ جلسه هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فرسودگی والدینی رزکام و همکاران (۲۰۱۸) و ناگویی هیجانی تورنتو بگی و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار spss-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به کاهش فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم شده است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان اظهار کرد که ترکیب تکنیک‌های شناختی، رفتاری و هیجانی در درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای کاهش فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی عمل کند که این تغییرات می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم شود.

کلیدواژه‌ها: اختلالات طیف اوتیسم، درمان‌های روان‌شناختی، مادر، فرزندپروری، فرسودگی، ناگویی هیجانی.

مقدمه

اختلالات طیف اوتیسم اختلالات رشدی و پیچیده‌ی عصبی هستند که بر اساس نقص در تعامل و ارتباطات اجتماعی در کنار الگوها، رفتارها، فعالیت‌ها و علائق محدود یا تکراری طبقه‌بندی می‌شوند (۱). شیوع اختلالات طیف اوتیسم در دهه‌ی گذشته بسیار افزایش یافته است (۲) و در ایران شیوع آن، ۹۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲).

مراقبت از یک فرد مبتلا به ASD تجربه‌ای منحصر به فرد است که چالش‌های متعددی برای والدین دارد (۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی از این چالش‌ها ممکن است منجر به طیفی از پیامدهای منفی روان‌شناختی، عاطفی و خانوادگی شود (۴، ۵) که این چالش‌ها منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان و احساس خستگی و فرسودگی می‌شود (۶). مادران کودکان مبتلا به ASD اغلب سندرم فرسودگی والدینی را تجربه می‌کنند. ویژگی اصلی این سندرم احساس خستگی عاطفی شدید است. تجربه‌ی فرسودگی والدینی می‌تواند منجر به کاهش انگیزه و احساس درماندگی در مادر در برابر مشکلات کودک شود (۷). یکی دیگر از مشکلات والدین و به‌خصوص مادران کودکان مبتلا به ASD، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی سازه‌ای است که شامل سه مؤلفه‌ی دشواری در شناسایی هیجانات، دشواری در توصیف و بیان هیجانات برای دیگران و جهت‌گیری فکری بیرونی است (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند ناگویی هیجانی در بین والدین کودکان مبتلا به ASD شایع است (۹، ۱۰). ناگویی هیجانی والدین ممکن است بر توانایی فرزندپروری آنان اثر بگذارد و همچنین به دلیل ناتوانی در درک و بیان احساسات و حالات عاطفی، والدین ممکن است در واکنش‌های عاطفی و حفظ روابط مثبت با فرزندان خود دچار مشکل شوند (۱۱).

بنابراین، با توجه به شیوع روزافزون اوتیسم در ایران (۱۲) و چالش‌های والدین کودکان مبتلا به ASD به‌ویژه مادران آنان، لزوم مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود سلامت روان آنان احساس می‌شود. یکی از درمان‌های جدید درمان فراتشخیصی یکپارچه گروه بارلو (۱۳، ۱۴) و نسخه‌ی نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۱۵) است که هدف آن یکپارچه کردن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی است (۱۶). این درمان به دلیل آن‌که به هیجان و تنظیم هیجانی در درمان شناختی-رفتاری توجه نشده بود، ایجاد

شد و بارلو و همکاران (۱۵) تصمیم گرفتند که تنظیم هیجانی را نیز به آن اضافه کنند تا اثربخشی درمان را قوی‌تر نمایند (۱۷).

بنابراین، به دلیل اینکه این درمان بر هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگارانه مدیریت و تنظیم هیجان مانند اجتناب و سرکوبی و آموزش مواجهه با هیجانات ناخوشایند تمرکز دارد. همچنین درمان جدیدی است که نیاز به بررسی این درمان در چالش‌ها و مشکلات مادران اوتیسم احساس شد. از سوی دیگر متغیرهای فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی می‌توانند ریشه در هیجان داشته باشند و بنابر آن‌چه که در مورد چالش‌های داشتن کودک با اختلال ASD بیان شد و با توجه به اینکه مادران کودکان ASD فشار و استرس‌های زیادی را تحمل می‌کنند و با توجه به نقش تعیین‌کننده‌ی سلامت روان والدین به خصوص مادران در بهبود کیفیت زندگی کودکان دارای اختلال اوتیسم و پیامدهای منفی ناشی از فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در این گروه، شناسایی و به کارگیری مداخلات مؤثر روان‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان فراتشخیصی یکپارچه به عنوان رویکردی نوین و مبتنی بر شواهد، با تمرکز بر تنظیم هیجان و کاهش آسیب‌پذیری هیجانی، می‌تواند به کاهش مشکلات هیجانی والدین کمک کند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم انجام شده است.

روش کار

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و جزء پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه‌ی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم مشغول به تحصیل در مقطع ابتدایی شهر مشهد بودند. لازم به ذکر است این کودکان در مدارس خاص اوتیسم مشغول به تحصیل بودند که ۵ مدرسه در شهر مشهد مخصوص کودکان اوتیسم در سطح ابتدایی وجود دارد. مبتنی بر معیارهای رایج تعیین حجم نمونه شامل آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر ۰/۲۰ و با استفاده از نرم‌افزار G*power حجم نمونه مورد نظر برابر با ۳۴ نفر (۱۷ نفر برای هر گروه) محاسبه گردید؛ بنابراین، با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۶ نفر از مادران به‌عنوان نمونه نهایی از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

و فاصله عاطفی گرفتن از نقش والدینی ۰/۷۷ و کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد (۱۸). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مورد مادران دارای کودک با نیازهای ویژه ۰/۹۵ گزارش شد (۱۹). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ خستگی از نقش والدینی ۰/۹۱، تقابل با خود والدینی در گذشته ۰/۹۰، احساس بیزاری و اشیاع از نقش والدینی ۰/۸۸ و فاصله عاطفی گرفتن از نقش والدینی ۰/۶۹ و کل مقیاس ۰/۹۶ گزارش شد (۲۰). در بررسی روایی همگرایی ابزار از ضریب همبستگی نمرات مقیاس با نمرات فرم کوتاه شاخص استرس فرزندی آیدین (۲۱) استفاده شد که نتایج نشان داد که بین خرده مقیاس‌ها و نمرات کل هر دو پرسشنامه همبستگی بالای ۰/۶۰ وجود دارد و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و نمرات کل ۰/۶۱ تا ۰/۸۰ بود که نشان‌دهنده‌ی روایی همگرایی بالای آن است (۲۱). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مورد مادران دارای کودک با آسیب بینایی ۰/۹۷ گزارش شد (۲۲).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو

نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰؛ بگی و همکاران (۲۳) یک آزمون ۲۰ ماده‌ای است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. این مقیاس برای اجرا در نمونه‌های عمومی و بالینی مناسب است (۲۴). افراد با نمرات بالای ۶۰ به‌عنوان افراد مبتلا به ناگویی هیجانی محسوب می‌شوند (۲۵). ریف و همکاران (۲۶) ضریب همبستگی مؤلفه‌های این مقیاس را با چک‌لیست شکایت‌های جسمانی در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۷۰ گزارش کردند. بگی و همکاران (۲۳) پایایی آزمون را برحسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۷ گزارش کردند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مورد مادران دارای کودک اوتیسم و اختلال پردازش حسی ۰/۸۷ گزارش شد (۲۷).

در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ آلفای کرونباخ برای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و نمره‌ی کل آن به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۵ بود. پایایی بازآزمایی مقیاس نیز در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی هیجانی کل و خرده‌مقیاس‌های آن از $r=0/80$

معیارهای ورود عبارت‌اند از: کسب نمره شاخص در پرسشنامه فرسودگی والدینی (نمره ۷۰ و بالاتر) و ناگویی هیجانی (نمره بالای ۶۰)، تشخیص‌گذاری اختلال طیف اوتیسم در کودک توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس، دارا بودن مدرک دیپلم و بالاتر، عدم متارکه و طلاق، عدم دریافت روان‌درمانی در حین جلسات مداخله، عدم غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، رضایت داشتن برای شرکت در پژوهش و حضور داوطلبانه در آن و عدم وجود فرزند یا فرزندان مبتلا به سایر اختلالات دوران کودکی. همچنین معیارهای خروج شامل وجود اختلال رشدی به جزء اختلال طیف اوتیسم در کودک، مصرف داروهای روان‌پزشکی، داشتن تعارضات و مشکلات زناشویی شدید با همسر خود بود. از بین ۹۳ مادر، تعداد ۳۶ نفر با توجه به دارا بودن معیارهای ورود، علاقه به حضور در جلسات و رضایتمندی آنان، انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی و از طریق قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند.

روش کار

پرسشنامه فرسودگی والدینی

پرسشنامه فرسودگی والدینی دارای ۲۳ گویه است که توسط رزکام و همکاران (۱۸) برای سنجش میزان خستگی و فرسودگی والدین از داشتن فرزند طراحی شده است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۶) انجام می‌شود و نمرات در چهار خرده مقیاس خستگی از نقش والدینی خود، تقابل با خود والدینی گذشته، احساس بیزاری و اشیاع از نقش والدینی خود و فاصله عاطفی گرفتن از نقش والدینی خود قابل محاسبه است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۳۸ است. نمرات ۳۶ تا ۵۳: خطر کم، ۵۴ تا ۷۰: خطر متوسط، ۷۱ تا ۸۸: خطر بالا و نمرات ۸۹ و بالاتر با فرسودگی والدینی در نظر گرفته می‌شود (۱۹).

تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه در همه بارهای عامل تخمین زده شده در سطح $(p<0/001)$ معنادار بود. بارهای عامل استاندارد شده بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ بود و برآوردهای قابلیت اطمینان بالا بود که نشان از مطلوب بودن روایی سازه ابزار دارد و همچنین همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خستگی از نقش والدینی ۰/۹۳، تقابل با خود والدینی در گذشته ۰/۹۴، احساس بیزاری و اشیاع از نقش والدینی ۰/۹۱

ضریب آلفای کرونباخ آن، $0/83$ گزارش شد (۲۹). همچنین به منظور ارائه متغیر مستقل از بسته پیشنهادی منطبق بر رویکرد بارلو و همکاران (۱۳) استفاده گردید. این بسته درمانی شامل ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در دانشگاه غیرانتفاعی آرمان رضوی شهر مشهد به صورت حضوری و گروهی و یک بار در هفته توسط نویسنده اول که دانشجوی دکتری مشاوره است، اجرا شد. در جدول ۱، خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه گروهی ارائه شده است.

تا $r=0/87$ بود که پایایی باز آزمایی آن تأیید شد. روایی همزمان برحسب همبستگی معناداری بین نمرات کل مقیاس و مقیاس هوش هیجانی ($-0/70$)، بهزیستی روان‌شناختی ($-0/68$) و درماندگی روان‌شناختی ($0/44$) گزارش شد (۲۴). همچنین پایایی این پرسشنامه را در نمونه ایرانی (۲۸) با استفاده از روش دینیمه کردن و بازآزمایی $0/74$ و $0/72$ و روایی محتوایی پرسشنامه را $0/85$ گزارش کرده‌اند. پایایی این آزمون در مادران دارای کودک اوتیسم انجام شد و

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی فراتشخیصی یکپارچه

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و موضوع پژوهش و برقراری رابطه درمانی، طرح کلی جلسات و درمان، افزایش آمادگی و انگیزه مادران برای تغییر رفتار، آموزش روانی درباره ماهیت هیجان‌ها و مؤلفه‌های اصلی تجربه هیجانی، آموزش آگاهی بیشتر از پاسخ‌دهی هیجانی. گرفتن پیش‌آزمون
جلسه دوم	آموزش آگاهی از هیجان، تمرین آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر حال از تجارب هیجانی، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف خانگی (نوشتن هیجانات منفی و ثبت آن در فرم مربوطه)
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش نقش ارزیابی‌های خودآیند ناسازگار در ایجاد تجربه‌های هیجانی، آموزش شناسایی الگوهای تفکر، روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه، افزایش انعطاف‌پذیری مادران در ارزیابی موقعیت‌های مختلف، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان-خاست ناسازگارانه ^۱ (EDB) تغییر الگوهای فعلی پاسخ‌دهی هیجانی و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، افزایش آگاهی مادر از نقش احساس‌های بدنی در تجارب هیجانی، اجرای مجموعه‌ای از تمرین‌های مواجهه با علائم بدنی برای فراخوانی احساس‌های بدنی مشابه با اضطراب و پریشانی، ارائه تکلیف
جلسه ششم	تهیه سلسله مراتبی اجتناب از هیجان‌ها، تمرکز مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های کاهش آسیب‌پذیری (برنامه‌ریزی برای خواب کافی، برنامه‌ریزی برای رفع کسالت جسمانی و روانی، ورزش کردن و تغذیه مناسب و کافی) برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده، گرفتن پس‌آزمون

پژوهش گزارش شده است.

یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

جدول ۲. یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش

مقایسه بین دو گروه		گروه				متغیر
p	t	کنترل		آزمایش		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۶	۰/۳۰	۵/۴۵	۴۲/۵	۵/۶۶	۴۱/۵۰	میانگین سنی مادران
۰/۵۷	۰/۵۷	۳/۲۵	۱۱/۸۳	۳/۶۹	۱۱/۱۶	میانگین سنی کودکان
p	λ^2	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	وضعیت
۰/۸۸	۰/۶۴	۵۰	۹	۶۱/۱	۱۱	دیپلم
		۲۷/۸	۵	۲۲/۲	۴	فوق دیپلم
		۱۱/۱	۲	۱۱/۱	۲	لیسانس
		۱۱/۱	۲	۵/۶	۱	فوق لیسانس
۰/۷۸	۰/۴۹	۶۶/۷	۱۲	۵۵/۶	۱۰	خانه‌دار
		۱۱/۱	۲	۱۶/۷	۳	کارمند
		۲۲/۲	۴	۲۷/۸	۵	آزاد

شبیم نورالهی و همکاران

معناداری وجود ندارد و دو گروه از نظر میانگین سنی مادران، میانگین سنی کودکان اوتیسم، تحصیلات و شغل مادران همگن هستند. در ادامه متغیرهای توصیفی پژوهش در جدول ۳ ارائه خواهد شد.

با توجه به جدول ۲، یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که نتایج به دست آمده برای هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی و مقدار آماری t و p (در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل		بررسی توزیع نرمال	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	k-s	p
فرسودگی والدینی	پیش‌آزمون	۸۵/۵۰	۷/۲۸	۹۰/۴۴	۸/۴۸	۰/۸۶	۰/۴۴
	پس‌آزمون	۶۷/۴۴	۵/۹۳	۸۶/۷۲	۱۱/۲۰	۰/۷۳	۰/۶۶
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۷۰/۰۵	۶/۴۲	۷۰/۴۴	۵/۹۶	۰/۵۰	۰/۹۶
	پس‌آزمون	۵۴/۹۴	۴/۶۷	۶۸/۸۳	۸/۱۹	۰/۷۴	۰/۶۴

پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون فرسودگی والدینی ($F(1,34)=2/04$, $p=0/16$) و ناگویی هیجانی ($F(1,34)=3/45$, $p=0/07$) همگنی واریانس‌ها رعایت شده است؛ بنابراین، با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام این آزمون بلامانع است. نتایج آزمون اثر پیلائی نشان می‌دهد با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی به‌عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ($F(2,31)=35/81$, $p=0/001$).

با توجه به جدول ۳، میانگین نمرات فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییراتی داشته است که جهت بررسی این تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق‌تر از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از تحلیل، ابتدا پیش‌فرض‌های کوواریانس چندمتغیری موردبررسی قرار گرفت. آزمون کالموگروف اسمیرنوف جهت بررسی توزیع نرمال داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که داده‌ها در توزیع نرمال قرار دارند ($p>0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در آزمون Box's M در فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی از لحاظ آماری معنادار بود ($F=3/60$, $p=0/01$) که نتایج آزمون اثر پیلائی جهت بررسی تحلیل کوواریانس چندمتغیری موردبررسی قرار خواهد گرفت. به‌منظور بررسی

جدول ۴. نتایج آزمون‌های اثرات بین شرکت‌کنندگان جهت مقایسه فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p	اندازه اثر
فرسودگی والدینی	گروه	۲۱۷۹/۴۰	۱	۲۱۷۹/۴۰	۳۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳
ناگویی هیجانی	گروه	۱۴۶۰/۱۱	۱	۱۴۶۰/۱۱	۵۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

والدینی و ناگویی هیجانی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنادار بوده و در گروه کنترل کنترل تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنادار نبوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به کاهش فرسودگی والدینی

به‌منظور مقایسه دو گروه از جهت فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی در مراحل ارزیابی به‌طور جداگانه، نتایج آزمون اثرات بین شرکت‌کنندگان در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در فرسودگی والدینی ($F(1,32)=36/86$, $p=0/001$) و ناگویی هیجانی ($F(1,32)=51/06$, $p=0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ در واقع، نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی داشته است و در گروه آزمایش تغییرات در فرسودگی

همکاران (۳۴) که اثربخشی این درمان را بر کاهش ناگویی هیجانی دختران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی گزارش کردند، است.

در تبیین کاهش ناگویی هیجانی بر اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه در مادران، می‌توان به مکانیزم آگاهی هیجانی در این درمان اشاره کرد. آگاهی هیجانی در واقع بر بازتاب احساسات فرد و توضیح در مورد آن‌ها و همچنین درک عمیق احساسات و هیجانات افراد تأکید دارد (۳۵). از سوی دیگر افرادی که از ناگویی هیجانی رنج می‌برند، نسبت به شناسایی هیجانات و احساسات خود یا دیگران نقص دارند و در بیان احساسات خود مشکل دارند (۳۶) که در این درمان با تأکید بر تجربه هیجانات، آگاهی از آن‌ها و درک عمیق و بیان احساسات مادران نسبت به هیجانات خود آگاه شدند، به بیان احساسات خود پرداختند و همچنین به درک و همراهی احساسات سایر مادران پرداختند که یادگیری این مهارت، منجر به کاهش ناگویی هیجانی آنان شد.

همچنین می‌توان بیان کرد که ناگویی هیجانی با اجتناب از مواجهه با احساسات همراه است. افرادی که دارای ناگویی هیجانی هستند از درک و تجربه احساسات خود فرار می‌کنند و از اجتناب تجربی رنج می‌برند (۳۷). در درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش اجتناب تجربی و مواجهه و درک احساسات تأکید شده است. با توجه به این مسئله، در جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه به تشویق مادران به پذیرش و مواجهه با هیجانات از طریق شناسایی هیجانات، تجربه‌ی آنان و پذیرش هر آنچه در حال رخ دادن است، بدون قضاوت و گریز از آن، تأکید شد و در نتیجه مادران توانستند اجتناب کمتری نسبت به هیجانات خود داشته باشند و برای مدیریت و ابراز هیجانات خود تمایل نشان دهند.

از سوی دیگر اصلاح و بازسازی الگوهای فکری منفی جز مؤلفه‌های اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه است (۳۸). الگوهای فکری منفی می‌توانند در تشدید ناگویی هیجانی نقش مهمی ایفا کنند که با کمک بازسازی شناختی و تغییر در الگوهای فکری منفی، مادران توانستند درک بهتری نسبت به احساسات خود داشته باشند و با دیدگاهی تغییر یافته به شناسایی و بیان احساسات خویش بپردازند که به موجب آن ناگویی هیجانی آنان کاسته شد.

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد که در پژوهش حاضر نیز علی‌رغم اینکه کودکان اوتیسم به مدرسه می‌رفتند اما در چند جلسه شرایط سخت مادران و نگهداری از فرزندشان

و ناگویی هیجانی در مادران دارای کودک اوتیسم شده است. نتایج حاضر با پژوهش کانگواوری و همکاران (۳۰) در بخش تنظیم هیجانات و محسنی اژیبه و همکاران (۳۱) در کاهش فرسودگی همسو است. در پژوهش کانگواوری و همکاران (۳۰) نشان داده شد که گروه حمایتی پیشگیری فراتشخیصی برای مراقبین کودکان اوتیسم در دوران کرونا منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجانات آنان شده است که نتایج پژوهش آنان با نتایج پژوهش حاضر در کاهش فرسودگی والدینی به ویژه در بخش هیجانی و همچنین ناگویی هیجانی که تنظیم هیجانات در آن نقش دارد، همسو است. در پژوهش محسنی اژیبه و همکاران (۳۱) درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش احساس گرفتاری و بی‌حوصلگی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم اثربخش بود که تا حدودی با فرسودگی والدینی که بخشی از آن احساس بی‌حوصلگی است، همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان بر کاهش فرسودگی مادران کودکان اوتیسم می‌توان به تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی در این درمان اشاره کرد. مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (۱۵) بر تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و مدل سه مؤلفه‌ای هیجان‌ها تأکید دارد؛ بنابراین، طبق این مدل درمانی مادران تعامل افکار، احساسات و رفتارها را درک کرده و تجربه‌های هیجانی خود را مدیریت می‌کنند. همچنین به جای اجتناب از آن‌ها با هیجانات خود مواجه شوند و در نتیجه فرسودگی آنان ناشی از هیجانات منفی و استرس کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر در این درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌شود. مکانیزم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر به اتخاذ تصمیمات منعطف، پذیرش بهتر شرایط، سازگاری و تاب‌آوری می‌شود (۳۲). بر این اساس مادران متوجه شدند که افکار منفی خودکار و نگرانی‌های خود را در مورد نقش والدینی کودک اوتیسم کاهش دهند و پذیرش بیشتری نسبت به شرایط حاضر داشته باشند، رفتارهای سازگارتری اتخاذ کنند و بنابراین، به کمک انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش فرسودگی والدینی را تجربه کردند.

نتایج حاضر در زمینه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش ناگویی هیجانی با نتایج کلیوند و همکاران (۳۳) که نشان دادند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش ناگویی هیجانی افراد مبتلا به پرفشاری خون اثرگذار است، همسو است. همچنین هم راستا با نتایج محمدی کمرسخ و

سیاسگزاری

از کلیه مادران کودکان اوتیسم شرکت کننده در پژوهش حاضر کمال تشکر و قدردانی را داریم.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر بر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و پاسخ های شرکت کنندگان تأکید شد. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که این پژوهش تحت نظارت کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد انجام گرفت و کد اخلاق آن IR.IAU.BOJNOURD.REC.1402.006 است. رضایت نامه ی کتبی از شرکت کنندگان اخذ شد. تعداد جلسات و چگونگی حضور آنان در جلسات شرح داده شد. مضرات و فواید شرکت در پژوهش شرح داده شد و همچنین حق انصراف از پژوهش نیز به آنان داده شد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

منجر به عدم هماهنگی بین شرکت کنندگان در برگزاری برخی از جلسات درمانی شده بود. همچنین عواملی چون حمایت اجتماعی و سطح اقتصادی - اجتماعی کنترل نشد و به دلیل مشغله های مادران امکان پیگیری درمان وجود نداشت. از سوی دیگر پیشنهاد می شود که تأثیر عوامل مداخله گری مانند حمایت اجتماعی در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار گرفته شود. اثرات و پیامدهای طولانی مدت درمان فراتشخیصی یکپارچه از طریق پیگیری حداقل سه ماه تا یک سال بررسی شود.

نتیجه گیری

ترکیب فنون شناختی، هیجانی و رفتاری در درمان فراتشخیصی یکپارچه می تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر برای کاهش فرسودگی والدینی و ناگویی هیجانی عمل کند و همچنین مادران را به سمت پذیرش شرایط خود سوق دهد که می تواند منجر به بهبود شرایط زندگی مادران کودکان ASD شود و پیشنهاد می شود درمان فراتشخیصی یکپارچه در برنامه های حمایتی و آموزشی این گروه از مادران گنجانده شود.

References

- Hodges H, Fealko C, Soares N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. Transl Pediatr. 2020;55-65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
- Samadi SA, McConkey R. Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. J Autism Dev Disord. 2015;45:2908-16. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2454-1>.
- Hoefman R, Payakachat N, van Exel J, Kuhlthau K, Kovacs E, Pyne J, et al. Caring for a child with autism spectrum disorder and parents' quality of life: application of the CarerQoL. J Autism Dev Disord. 2014;44:1933-45. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2066-1>
- Tathgur MK, Kang HK. Challenges of the Caregivers in Managing a Child with autism Spectrum Disorder—a Qualitative analysis. Indian J Psychol Med. 2021;43(5):416-21. <https://doi.org/10.1177/02537176211000769>
- Padden C, James JE. Stress among parents of children with and without autism spectrum disorder: A comparison involving physiological indicators and parent self-reports. J Dev Phys Disabil. 29(4):567-86. <https://doi.org/10.1007/s10882-017-9547-z>
- Factor RS, Swain DM, Scarpa A. Child autism spectrum disorder traits and parenting stress: The utility of using a physiological measure of parental stress. J Autism Dev Disord. 2018;48:1081-91. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3397-5>
- Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. High depression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum disorders: A multi-center, cross-sectional, case-control study. J Autism Dev Disord. 2021;1:1-4. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04874-4>
- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. J Psychosom Res. 2020;131:109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
- Durukan İ, Kara K, Almbaideen M, Karaman D, Gül H. Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise

- specified and attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediatr Int*. 2018;60(3):247–53. <https://doi.org/10.1111/ped.13510>
10. Temelturk RD, Yurumez E, Uytun MC, Oztup DB. Parent-child interaction, parental attachment styles and parental alexithymia levels of children with ASD. *Res Dev Disabil*. 2021;112:103922. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103922>
11. Yürümez E, Akça ÖF, Uğur Ç, Uslu RI, Kılıç BG. Mothers' alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother-infant relationship: a preliminary study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18(3):190–6. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.940055>
12. Hassannattaj F, Taghipour Javan A, Pourfatemi F, Aram S. Screening and epidemiology of autism spectrum disorder in 3 to 6 year-old children of kindergartens supervised by mazandaran welfare organization. *QJ Child Ment Heal*. 2020;7(3):205–18. <http://doi.org/10.52547/jcmh.7.3.17>
13. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. In: *The Neurotic Paradox, Volume 1*. Routledge; 2020. p. 141–66. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
14. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: a unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216–249). New York: Guilford Press; 2008
15. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford University Press; 2011.
16. Boisseau CL, Rasmussen SA. Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods. *Contemp Clin Trials*. 2018;65:157–63. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.12.017>
17. Lopez ME, Stoddard JA, Noorollah A, Zerbi G, Payne LA, Hitchcock CA, et al. Examining the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in the treatment of individuals with borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(4):522–33. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.006>
18. Roskam I, Brianda ME, Mikolajczak M. A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Front Psychol*. 2018;9:758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
19. Findling Y, Itzhaki M, Barnoy S. Parental Burnout—A Model of Risk Factors and Protective Resources Among Mothers of Children with/Without Special Needs. *Eur J Invest Heal Psychol Educ*. 2024;14(11):2883–900. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14110189>
20. Mousavi SF, Mikolajczak M, Roskam I. Parental burnout in Iran: Psychometric properties of the Persian (Farsi) version of the Parental Burnout Assessment (PBA). *New Dir Child Adolesc Dev*. 2020;2020(174):85–100. <https://doi.org/10.1002/cad.20369>
21. Sadeghzadeh M, Abbasi M. Psychometric properties of Parental Burnout Assessment (PBA) in Iranian mothers with preschool children. *J New Strateg Psychol Educ Sci*. 2022;5(14):282–96. <https://ijpk.ir/showpaper/45310602264b86b8b7c254> [Persian].
22. Mousavi SF, Paraştanpoor M, Asghari M. Visual Impairment in Children: Comparison of Marital Satisfaction, Parental Alliance and Parental Burnout in Iranian Fathers and Mothers. *Psychol Except Individ*. 2021;11(44):141–67. <https://doi.org/10.22054/jpe.2022.62538.2359> [Persian]
23. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
24. Besharat MA. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. *Psychol Rep*. 102(1):259–70. <https://doi.org/10.2466/pr0.102.1.259-270> [Persian]
25. Nazari M, Yousefi Afrashteh, M Morovati Z. Effect of brief mindfulness training on recall of emotional word's in Individuals with and without alexithymia. *Psychol Achiev*. 2021;28(2):179–200. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.31835.2455> [Persian].
26. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Pers Individ Dif*. 2006;40(1):123–33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.07.006>

27. Machado AS, Dias G, Carvalho IP. Disentangling the relationship between sensory processing, alexithymia and broad autism spectrum: A study in parents' of children with autism spectrum disorders and sensory processing disorders. *Res Dev Disabil.* 2024;149:104742. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4620653>
28. Shahgholian M, Moradi A, Kafae M. Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2007;13(3):238–48. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-269-fa.html> [Persian].
29. Naderiasl L, Kadkhodae M. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Quality of Life, Coping Strategies and Emotional Alexithymia of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in Isfahan City. *Q J Educ Psychol Ski.* 2024;14(4):38–52. <https://www.magiran.com/p2729928> [Persian]
30. Kangavary A, Halliday ER, Durocher J, Ehrenreich-May J. A transdiagnostic prevention support group for caregivers of children with autism spectrum disorder: A case example. *Clin Case Stud.* 2023;22(5):484–500. <https://doi.org/10.1177/15346501231198889>
31. Mohseni Ezhiyeh, A Malekpour M, Ghamarani A. Effect of Transdiagnostic Treatment on Entrapment and Boredom in Mothers of Children with the Autism Spectrum Disorder. *JHPM.* 2017;6(5):26–33. <https://doi.org/10.21859/jhpm-07034> [Persian].
32. Landi G, Pakenham KI, Crocetti E, Grandi S, Tossani E. The Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI): Discriminant validity of psychological flexibility with distress. *J Context Behav Sci.* 2021;21:22–9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.004>
33. Kolivand M, Amraei K, Rezaei F. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on psychological distress and alexithymia in people with hypertension comorbid with stress. *Shenakht J Psychol Psychiatry* [Internet]. 2022;9(5):88–100. Available from: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1622-en.pdf%0D>. [Persian].
34. Mohammadi Kamsorkh AR, Sotodeh Asl N, Mehrafzoon D. he Effectiveness of Unified Trans-Diagnostic Treatment on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Mod Psychol Res.* 2025;20(77):143–56. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.62145.6262> [Persian].
35. Lane RD, Smith R. Levels of emotional awareness: theory and measurement of a socio-emotional skill. *J Intell.* 2021;9(3):42. <https://doi.org/10.3390/jintelligence9030042>
36. Maroti D, Lilliengren P, Bileviciute-Ljungar I. The relationship between alexithymia and emotional awareness: a meta-analytic review of the correlation between TAS-20 and LEAS. *Front Psychol.* 2018;9:453. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00453>
37. Torunsky NT, Knauz S, Vilares I, Marcoulides KM, Koutstaal W. What is the relationship between alexithymia and experiential avoidance? A latent analysis using three alexithymia questionnaires. *Pers Individ Dif.* 2023;214:112308. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112308>
38. Bentley KH. Applying the unified protocol transdiagnostic treatment to nonsuicidal self-injury and co-occurring emotional disorders: A case illustration. *J Clin Psychol.* 2017;73(5):547–58. <https://doi.org/10.1002/jclp.22452>