

اثربخشی طرح‌حواره درمانی بر بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان گرگان

سیدمرتضی سیادت^۱
افسانه خواجهوند خوشلی^{۲*}
حمزه اکبری^۳

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرح‌حواره درمانی بر بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم انجام شد. این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان گرگان در سال ۱۳۹۶ بودند. از میان اعضای جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش طرح‌حواره درمانی آموزش دید. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روانی (کییز و ماگیار-مو، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر طرح‌حواره درمانی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم شد ($P > 0/001$). نتایج حاکی از اثربخشی طرح‌حواره درمانی در افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بود. بنابراین روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش طرح‌حواره درمانی برای بهبود بهزیستی روانی مادران دارای فرزند اوتیسم استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌حواره درمانی، بهزیستی روانی، اوتیسم

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (نویسنده مسئول) khajevand_a@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

مقدمه

اختلال اوتیسم^۱، اختلالی عصبی-رشدی است که با نقص مداوم در ارتباط اجتماعی و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوها، علایق، رفتارها و فعالیت‌های تکراری و محدود همراه است (کریم‌زاده، بانسی، دهقان طرزجانی و طیبی سوق، ۱۳۹۷). این اختلال شرایطی مادام‌العمر است که با مشکلات فراگیر در روابط متقابل اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای کلیشه‌ای و علایق محدود مشخص می‌شود. پس نقص در ارتباط، رفتارهای تکراری کلیشه‌ای و علائق محدود سه بخش اصلی نقصان کیفیت تعامل اجتماعی اوتیسم است (موری، کوشاف، براون، ابات و هادوین^۲، ۲۰۱۹). مادران دارای فرزند اوتیسم از تنش‌ها و فشارهای روانی بسیاری رنج می‌برند که این امر باعث کاهش بهزیستی روانشناختی آنها می‌شود (کاکس، ایتون، ایکاس و ون‌انکیوورت^۳، ۲۰۱۵). پژوهشگران سلامت روان با توجه به رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا سازه بهزیستی روانی^۴ را مطرح کردند که این سازه در مقایسه با سلامت روان تاکید بیشتری بر ارتقای توانمندی‌ها و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (جوشانلو^۵، ۲۰۱۸). بهزیستی روانی بیانگر این است که افراد چه احساسی از خودشان دارند و شامل پاسخ‌های هیجانی افراد، رضایتمندی از زندگی و قضاوت درباره کیفیت کلی زندگی است (ایشموهامیتوف و پالم^۶، ۲۰۱۷). بهزیستی روانی از ترکیب بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تشکیل شده و یک مفهوم جامع و کاملی از بهزیستی که هم جنبه عاطفی (بهزیستی عاطفی) و هم جنبه کاربردی (بهزیستی روانشناختی و اجتماعی) سلامت را شامل می‌شود (ویس، رازینسکاس، بکمان و هوگل^۷، ۲۰۱۸). بهزیستی هیجانی به معنای ارزیابی فرد از واکنش‌های هیجانی، بهزیستی روانشناختی به معنای تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه و بهزیستی اجتماعی به معنای ادراک شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران است (باسفیلد^۸، ۲۰۱۲).

یکی از روش‌های درمانی غیردارویی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم روش طرحواره درمانی^۹ است (اشیما، شاو، اهتانی، اواسا، نیشیناکا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی، رویکردی یکپارچه و نسبتاً جدید است که بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بوجود آمده است (هاوکی، پراونچر و پاریک^{۱۱}، ۲۰۱۳). طرحواره یک ساختار، چارچوب، تم یا الگویی از محتوای شناختی است و هدف طرحواره درمانی، تغییر و بهبود طرحواره‌ها است. طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند (دیکهات و ارنتز^{۱۲}، ۲۰۱۴). طرحواره درمانی به دنبال تضعیف طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد طرحواره سالم است. طرحواره‌های ناسازگار به صورت الگوهایی از افکار تحریف‌شده با ریشه‌های

1. Autism Disorder
2. Murray, Kovshoff, Brown, Abbott & Hadwin
3. Cox, Eaton, Ekas & VanEnkevort
4. Mental Well-being
5. Joshanloo
6. Ishmuhametov & Palma
7. Weiss, Razinskas, Backmann & Hoegl
8. Busfield
9. Schema Therapy
10. Oshima, Shaw, Ohtani, Iwasa, Nishinaka & et al
11. Hawke, Provencher & Parikh
12. Dickhaut & Arntz

عمیق در مورد فرد، جهان و ارتباط فرد با اطرافیان می‌باشد (باخ و فارل^۱، ۲۰۱۸). پژوهش‌های اندک و پراکنده‌ای درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی انجام شده و پژوهشی به بررسی اثربخشی آن بر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی نپرداخته است. برای مثال نتایج پژوهش شاپ، چاخسی و وسترهاف^۲ (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که طرحواره درمانی نقش موثری در بهبود پیشانی، طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله، سبک‌های والدگری و بهزیستی روانی داشت. پورذبیحی، مسچی و بحریدر (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانی زنان سرپرست خانوار شد. همچنین ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث بهبود وضعیت بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی شد. در پژوهشی دیگر گلی، هدایت، دهقان و حسینی شورا به (۱۳۹۵) گزارش کردند که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش پرخاشگری و مولفه‌های هر دو متغیر در دانشجویان شد. نتایج پژوهش محمدی (۱۳۹۴) نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش معنادار بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان شد. در پژوهشی دیگر محمدی‌نژادی و ربیعی (۱۳۹۴) ضمن بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه شد.

از یک سو تولد فرزند مبتلا به اوتیسم برای خانواده‌ها حتی با وجود داشتن آگاهی از اختلال، غیرقابل پذیرش و بسیار دشوار است و اغلب افراد مهارت‌های لازم برای مواجه شدن با این اختلال را ندارند. آمارها حاکی از افزایش آمار این اختلال در کشور ایران است و تخمین زده می‌شود که یک نفر در هر ۱۵۰ نفر دارای این اختلال باشد (خدابخشی کولایی، عرب ورامین و روشن چسلی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر تغییر و تحولات جامعه فعلی منجر به افزایش مشارکت زنان در بازار کار و جامعه، مشکلات چنین مادرانی را دوچندان کرده است (افتخار صعدی و باوی، ۱۳۹۲). همچنین والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اوتیسم (به‌ویژه مادران) بیشتر از والدین کودکان دچار سایر اختلال‌ها در معرض فشار روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان هستند که دلیل آن دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی، مشکل حضور در اماکن عمومی، رفتارهای خودآسیب‌رسانی و ضداجتماعی می‌باشد (فرناندز-الکانتارا، گارسیا-کارو، پرز-مارفیل، هیوسو-مونتورو، لاینز-رابیو و کروز-کوئینتانا^۳، ۲۰۱۶). نکته حائز اهمیت دیگر اینکه پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی که یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است بر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی نپرداخته و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد. بنابراین، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم بود.

روش پژوهش

این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش مادران دارای فرزند اوتیسم شهرستان گرگان در سال ۱۳۹۶ بودند. از میان اعضای جامعه ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با

1. Bach & Farrell

2. Schaap, Chakhssi & Westerhof

3. Fernandez-Alcantara, Garcia-Caro, Perez-Marfil, Hueso-Montoro, Laynez-Rubio & Cruz-Quintana

کمک قرعه‌کشی به دو گروه مساوی شامل گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، گذشت حداقل دو سال از تولد فرزند اوتیسم، داشتن سن ۳۰ تا ۴۰ سال، عدم سابقه طرحواره درمانی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص و غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن بود. نحوه اجرای پژوهش این طور بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه و هماهنگی با مسئولان انجمن اوتیسم شهر گرگان، ۳۰ مادر دارای فرزند اوتیسم انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم و گروه‌ها به روش تصادفی به کمک قرعه‌کشی به عنوان گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. گروه مداخله ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت طرحواره درمانی قرار گرفت و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. همچنین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر بهزیستی روانی ارزیابی شدند.

پرسشنامه بهزیستی روانی^۱: این ابزار توسط کبیز و ماگیار-مو^۲ در سال ۲۰۰۳ طراحی که دارای ۴۵ گویه و سه بعد هیجانی (۱۲ گویه)، روانشناختی (۱۸ گویه) و اجتماعی (۱۵ گویه) است. گویه‌های بعد هیجانی بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۰=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) و گویه‌های ابعاد روانشناختی و اجتماعی بر اساس مقیاس هفت گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۷=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بعد هیجانی ۰-۴۸، روانشناختی ۱۲۶-۱۸ و اجتماعی ۱۰۵-۱۵ و نمره بالاتر به معنای بیشتر داشتن آن ویژگی است. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی ابعاد بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبه شد. همچنین سوادجان، محقق کمال، حسن مرادی، قائدامینی هارونی (۱۳۹۷) پایایی ابعاد بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۳ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ابعاد بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ محاسبه شد.

مداخله طرحواره درمانی به صورت گروهی توسط یک متخصص بالینی دارای مدرک طرحواره درمانی با روش‌های سخنرانی، مصاحبه، بحث گروهی و پرسش و پاسخ به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد که محتوی آن به تفکیک جلسات به شرح زیر است. جلسه اول به معارفه، تعیین اهداف و آموزش مطالبی درباره هیجان‌های اساسی، خلق و خو و تجارب اولیه زندگی، شخصیت و مدل طرحواره اختصاص یافت. جلسه دوم از تکنیک مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای استفاده شد. جلسه سوم طرحواره‌ها دسته‌بندی، نامگذاری و برای تعدیل آنها فرضیه‌سازی انجام شد. جلسه چهارم ضمن ارزیابی معایب و مزایای طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای اقدام به آموزش تکنیک‌های شناختی جهت چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناسالم انجام شد. جلسه پنجم تکنیک تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره‌ها و انجام گفتگوی خیالی آموزش داده شد. جلسه ششم استفاده از تکنیک‌های تجربی، انجام گفتگوی خیالی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر و برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار آموزش داده شد. جلسه هفتم تکنیک‌های رفتاری جهت مقابله با سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم (طرحواره‌های ناسازگار) و تمرین رفتارهای سالم از طریق حل مساله و جرأت‌ورزی آموزش داده شد. جلسه هشتم تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه شرح حال زندگی آموزش داده شد.

1. Mental Well-being Questionnaire

2. Keyes & Magyar-Moe

جلسه نهم تکنیک تکمیل فرم ثبت طرحواره و نحوه کار با تصاویر ذهنی به منظور الگوشکنی آموزش داده شد. جلسه دهم به خلاصه و جمع‌بندی مطالب و مرور اجمالی آنها اختصاص یافت. در این پژوهش رعایت نکات اخلاقی از جمله اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و غیره توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با کد IR.IAUGORGAN.REC.۱۳۹۶,۳۱ تایید شد. همچنین داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS-۲۳ در سطح معناداری $P > 0.05$ تحلیل شدند. در سطح توصیفی برای توصیف متغیرها از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی برای بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، M باکس، لوین و تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان ۳۰ مادر دارای فرزند اوتیسم بودند؛ به طوری که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۳۷ سال و گروه کنترل ۳۵/۱۲ سال بود. همچنین در گروه آزمایش تحصیلات ۳ نفر دیپلم (۲۰٪)، ۲ نفر کاردانی (۱۳/۳۳٪)، ۷ نفر کارشناسی (۴۶/۶۷٪) و ۳ نفر کارشناسی ارشد (۲۰٪) و در گروه کنترل تحصیلات ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳٪)، ۳ نفر کاردانی (۲۰٪)، ۶ نفر کارشناسی (۴۰٪) و ۴ نفر کارشناسی ارشد (۲۶/۶۷٪) بود. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه آزمایش		گروه کنترل		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها/گروه‌ها
SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	
۳/۴۷	۱۷/۲۶	۳/۲۵	۱۸/۱۰	۴/۸۸	۲۵/۷۹	۳/۲۹	۱۸/۲۱	هیجانی
۷/۶۰	۴۴/۳۸	۷/۶۹	۴۲/۵۳	۹/۵۴	۷۵/۱۹	۷/۱۳	۴۱/۷۳	روانشناختی
۵/۸۳	۳۵/۹۴	۵/۷۹	۳۷/۱۶	۷/۰۹	۵۲/۴۴	۵/۸۶	۳۷/۵۲	اجتماعی

نتایج میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش گروه‌ها در مراحل ارزیابی قابل مشاهده است (جدول ۱). نتایج آزمون تی نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون از نظر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$). بررسی پیش‌فرض‌ها نشان داد که آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر بهزیستی هیجانی در پیش‌آزمون ($F = 0.68, P > 0.67$) و پس‌آزمون ($F = 0.71, P > 0.63$)، بهزیستی روانشناختی در پیش‌آزمون ($F = 0.82, P > 0.54$) و پس‌آزمون ($F = 0.79, P > 0.56$) و بهزیستی اجتماعی در پیش‌آزمون ($F = 0.73, P > 0.65$) و پس‌آزمون ($F = 0.87, P > 0.43$) است که هیچ‌کدام معنادار نبودند، لذا فرض نرمال بودن تایید شد. همچنین نتایج آزمون M باکس ($F = 1.59, P > 0.26$) و آزمون لوین برای متغیرهای بهزیستی هیجانی ($P > 0.77$)، روانشناختی ($F = 0.83, P > 0.80$) و اجتماعی ($F = 0.71, P > 0.19$) معنادار نبودند، لذا به ترتیب فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها تایید شدند.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم

اثر	نوع آزمون	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
طرحواره درمانی	اثر پیلایی	۰/۸۱	۶۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۳

نتایج نشان داد که طرحواره درمانی حداقل بر یکی از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم اثر معنادار دارد ($F=۶۹/۲۶, P>۰/۰۰۱$) (جدول ۲). نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هر یک از متغیرهای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
هیجانی	۱۲۵/۱۳	۱	۱۲۵/۱۳	۷۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۴
روانشناختی	۱۳۱/۲۷	۱	۱۳۱/۲۷	۷۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۹۷
اجتماعی	۱۰۶/۸۴	۱	۱۰۶/۸۴	۶۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۸۸

نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث ایجاد ۹۴ درصد از تغییرات بهزیستی هیجانی، ۹۷ درصد از تغییرات بهزیستی روانشناختی و ۸۸ درصد از تغییرات بهزیستی اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم شد. به عبارت دیگر طرحواره درمانی به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی هیجانی ($P>۰/۰۰۱$)، روانشناختی ($F=۷۰/۲۲, P>۰/۰۰۱$) و اجتماعی ($F=۶۶/۱۹, P>۰/۰۰۱$) مادران دارای فرزند اوتیسم شد (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

برای خانواده‌ها داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم بسیار دشوار است و مشکلات روانشناختی فراوانی برای خانواده به‌ویژه مادران ایجاد می‌نماید، لذا باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی آنها بود که یکی از روش‌های درمانی موثر بر بهبود ویژگی‌ها که برگرفته از موج سوم روان‌درمانی نیز هست، طرحواره درمانی می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم بود. در این پژوهش یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم شد. این یافته با یافته پژوهش‌های شاپ و همکاران (۲۰۱۶)،

پورذبیحی و همکاران (۲۰۱۶)، ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶)، گلی و همکاران (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۴) و محمدی‌نژادی و ربیعی (۱۳۹۴) همسو بود. برای مثال شاپ و همکاران (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی نقش موثری در بهبود بهزیستی روانی داشت. در پژوهشی دیگر پورذبیحی و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث افزایش بهزیستی روانی زنان سرپرست خانوار شد. همچنین ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث بهبود وضعیت بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی شد. در پژوهشی دیگر گلی و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند که طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در دانشجویان شد.

یافته‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش بهزیستی روانی (هیجانی، روانشناختی و اجتماعی) مادران دارای فرزند اوتیسم بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر گلی و همکاران (۱۳۹۵) می‌توان گفت که طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی، اجتماعی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد درمانی با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم موثر بوده است. چون طرحواره‌های ناسازگار همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری به صورت سوءتفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع‌بینانه ظاهر می‌شود. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوءتعبیر کنند که طرحواره‌ها تقویت شوند؛ به طوری که بر داده‌های همخوان با طرحواره تاکید می‌کنند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می‌گیرند و یا کم ارزش می‌انگارند. مادران دارای فرزند اوتیسم دارای یک ذهنیت طرحواره‌ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای نامناسب بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که حساسیت زیادی نسبت به آنها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته‌ساز و پاسخ‌های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب‌رسانی می‌شود. روش طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا افراد ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی آگاه شوند. در این پژوهش با استفاده از تکنیک‌های تجربی که به برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار می‌پردازد، سعی در بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی دارد و با استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی که طرحواره‌ها را از حوزه عقلانی به حوزه هیجانی سوق می‌دهد به افراد کمک شد تا بتوانند ریشه‌های تحولی طرحواره‌های خود در دوران کودکی و نوجوانی را به مشکلات زندگی فعلی از جمله داشتن فرزند مبتلا به اوتیسم ربط دهند و در روابط کنونی خود به شیوه موثرتری ارتباط برقرار کنند. در نتیجه این عوامل از طریق ایجاد و افزایش شادکامی و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم شدند. تبیین دیگر بر مبنای نظر رحیم‌آقایی، حاتمی‌پور و عاشوری (۱۳۹۶) اینکه طرحواره درمانی رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. همچنین طرحواره درمانی در الگوشکنی رفتاری توانمند است. این راهبرد

به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش می‌کند در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه‌کننده‌ای که طرحواره ناسازگار اطاعت داشت، کمتر اطاعت کند. برای مثال به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. یا برای مراجعه‌کننده‌ای که طرحواره بزرگ‌منشی داشت، درمانگر او را محدود کرد. برای مثال اگر او زمان بیشتری می‌خواست با وی موافقت نمی‌شد و مقدار صحبت کردن وی محدود شد. در نتیجه این اصول و مزایای بسیار طرحواره درمانی باعث بهبود و ارتقای بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم می‌شوند.

در مجموع نتایج این پژوهش ضمن حمایت از فرضیه‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی مادران دارای فرزند اوتیسم شد. پس طرحواره درمانی نقش موثر و مهمی در افزایش بهزیستی روانی مادران دارای فرزند اوتیسم دارد. طرحواره درمانی با اندازه‌گیری و سنجش ساختارهای شناختی و اصلاح طرحواره‌ها در بهبود سلامت افراد نقش دارد و ممکن است هسته آسیب‌شناسی و آسیب‌های روانی باشند. از این رو اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند راهی برای دستیابی به بهبود بالینی باشد، لذا توجه به ابعاد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی احساس بهزیستی روانی و عوامل موثر بر آن در مادران دارای فرزند اوتیسم که در زندگی با مشکلات بسیاری مواجه هستند، ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر مشاوران و درمانگران مسائل بهداشت روانی می‌توانند با تعیین وضعیت مادران و با استفاده از داده‌های بدست آمده برای طراحی برنامه‌های پیشگیری از مشکلات روانشناختی از یک سو و انجام برنامه‌های مداخلاتی از سوی دیگر بهره ببرند.

هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است و این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. نخستین محدودیت پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس است. محدودیت دیگر عدم وجود مرحله پیگیری برای بررسی تداوم تاثیر طرحواره درمانی بر بهزیستی روانی بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده شود. پیشنهاد دیگر استفاده از مرحله یا مراحل پیگیری برای بررسی پایداری نتایج طرحواره درمانی می‌باشد. آخرین پیشنهاد مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی که برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است با سایر روش‌های موج سوم روان‌درمانی از جمله پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، فعال‌سازی رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره می‌باشد.

منابع

- افتخار سعادی، زهرا و باوی، ساسان. (۱۳۹۲). رابطه تعارض کار-خانواده و خانواده-کار با اشتیاق شغلی و رضایت زناشویی در کارمندان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۸(۲۷)، ۸۳-۹۹.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ عرب ورامین، آسیه و روشن چسلی، رسول. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزش والدین کازلوف بر ابراز هیجان و بار روانی مادران دارای کودک اوتیسم. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۳(۱)، ۲۹-۳۴.
- رحیم‌آقایی، فلورا؛ حاتمی‌پور، خدیجه و عاشوری، جمال. (۱۳۹۶). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر علائم افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران. *نشریه آموزش پرستاری*، ۶(۳)، ۱۷-۲۲.

- سوادجان، سودابه؛ محققى کمال، سيدحسين؛ حسن مرادى، نرگس و قائدامينى هارونى، غلامرضا. (۱۳۹۷). رابطه بهزیستی ذهنی با کیفیت زندگی تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۸(۶۹)، ۲۲۹-۲۴۷.
- کریم‌زاده، منصوره؛ بانسی، علی‌رضا؛ دهقان طزرجانی، مهناز و طیبی سوق، زینب. (۱۳۹۷). هنجاریابی آزمون غربالگری اختلالات طیف اوتیسم. مجله توانبخشی، ۱۹(۲)، ۱۱۶-۱۲۵.
- گلی، رحیم؛ هدایت، سعیده؛ دهقان، فاطمه و حسینی شورابه، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و پرخاشگری دانشجویان. مجله سلامت و مراقبت، ۱۸(۳)، ۲۵۸-۲۷۰.
- ماهور، حسین و فرزین‌فر، کاظم. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۴(۵)، ۳۱۱-۳۱۸.
- محمدی، اکبر. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی، شادکامی و امید به زندگی سالمندان. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، ۶(۲۴)، ۸۱-۸۹.
- محمدی‌نژادی، بهجت و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه. مجله طب انتظامی، ۴(۳)، ۱۷۹-۱۹۰.
- Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- Busfield, J. (2012). Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining. *Social Science & Medicine*, 75(3), 581-588.
- Cox, C. R., Eaton, S., Ekas, N. V., & VanEnkevort, E. A. (2015). Death concerns and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research Development Disability*, 45-46, 229-238.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251.
- Fernandez-Alcantara, M., Garcia-Caro, M. P., Perez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research Development Disability*, 55, 312-321.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 118-122.
- Ishmuhametov, I., & Palma, A. (2017). Unemployment as a factor influencing mental well-being. *Procedia Engineering*, 178, 359-367.
- Joshnloo, M. (2018). Longitudinal associations between subjective and psychological well-being in Japan: A four-year cross-lagged panel study. *Personality and Individual Differences*, 134, 289-292.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *positive psychological assessment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Murray, C., Kovshoff, H., Brown, A., Abbott, P., & Hadwin, J. A. (2019). Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 58, 1-8.
- Oshima, F., Shaw, I., Ohtani, T., Iwasa, K., Nishinaka, H., & et al. (2018). Individual schema therapy for high-functioning autism spectrum disorder with comorbid psychiatric conditions in young adults: Results of a naturalistic multiple case study. *Journal of Brain Science*, 48, 43-69.

- Pourzabihi, S., Meschi, F., & Bahredar, M. (2016). Effectiveness of schema therapy on quality of life and psychological well-being of women heads of households. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(11), 697-700.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402-412.
- Weiss, M., Razinskas, S., Backmann, J., & Hoegl, M. (2018). Authentic leadership and leaders' mental well-being: An experience sampling study. *The Leadership Quarterly*, 29(2), 309-321.