

اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند

کم‌توان ذهنی

محمدباقر حسونند* ✉

علی شبان‌زاده**

لیلا شهبازی***

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در شهرستان قدس انجام شد. این مطالعه از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهرستان قدس در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که از بین آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF) به‌عنوان پیش‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شده سپس گروه آزمایش ۱۲ جلسه طرحواره درمانی را دریافت نمودند و گروه کنترل برنامه عادی روزانه خود را گذراند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) در برنامه SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($\eta^2 = 0/628$ ، $P < 0/001$) تأثیر مثبت و معناداری داشتند. به‌کارگیری طرحواره درمانی به‌عنوان یک درمان مؤثر می‌تواند بر کاهش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر گذاشته و بر بهبود وضعیت روانی و زندگی روزمره آن‌ها کمک کند.

واژه‌های کلیدی:

طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کم‌توان ذهنی، مادران.

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: m.b.h.hasanvand06@atu.ac.ir

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران.

*** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، ایران.

مقدمه

بر اساس تعریف انجمن کم‌توان ذهنی آمریکا^۹، هوش افراد کم‌توان ذهنی کمتر از حد متوسط (حداقل دو انحراف معیار کمتر از میانگین) است که در دوره رشد و تحول فرد رخ می‌دهد و فرد در رفتار سازشی با مشکل روبه‌رو می‌باشد (تاسه، لوکاسون و نیگرن^{۱۰}، ۲۰۱۳). افراد کم‌توان ذهنی، دارای محدودیت‌های ذهنی و الگوهای فکری محدودی هستند (نوریانینگسیه^{۱۱}، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، این افراد نمی‌توانند فعالیت‌های روزمره خود را به‌تنهایی انجام دهند و نیاز به کنترل، نظارت و کمک دیگران دارند و این موضوع نیز قابل آموزش نیست (مرسر^{۱۲}، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان داده است مادران در مقایسه با پدران خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی، اضطراب و استرس بیشتری را تجربه و به حمایت و توجه بیشتری نیاز دارند (سالوینا، ایتلینا و لینون^{۱۳}، ۲۰۰۳). حضور فرد کم‌توان ذهنی در یک خانواده، از مشکلات استرس‌آور و تنش‌زا در اعضای خانواده محسوب می‌شود (مرسر^{۱۴}، ۲۰۲۲). این تنش‌ها باعث می‌شود مادر و فرزند کم‌توان ذهنی هر دو متقابلاً آثار مخربی اعم از رفتارهای نامناسب به یکدیگر انتقال دهند و این موضوع نیز به یکدیگر وابسته است (کوزوکریا، مرداکا، کوستا، فیلیپو و لارکان^{۱۵}، ۲۰۱۶)؛ لذا والدین (مخصوصاً مادر) از روش‌ها و برنامه‌های نادرست و غیراصولی برای اصلاح خود و فرزندش استفاده می‌نمایند (قاسمی‌پور و روشن^{۱۶}، ۱۳۹۸). از پیامدهای منفی کودکان کم‌توان ذهنی بر مادران به‌طور خاص و خانواده به‌طور کل، می‌توان به طرحواره‌های ناسازگار^{۱۷} اولیه اشاره کرد که ممکن است در پی تولد کودک کم‌توان ذهنی یا به‌طور عمده از زمان کودکی به همراه مادر باشد (یاوری و همکاران^{۱۸}، ۱۳۹۳).

به اعتقاد بک^{۱۹} (۱۹۹۰) طرحواره‌ها ژرف‌ترین و عمیق‌ترین ساختارهای شناختی هستند (یانگ، کلسکو و ویشار^{۲۰}، ۲۰۰۳). طرحواره^{۲۱} نگاه کلی به‌عنوان شالوده، بنیاد یا طرح تعریف می‌شود. از نظر رشد شناختی، طرحواره ساختاری است که بر اساس ماهیت یا تجربه شکل می‌گیرد و این امر باعث می‌شود فرد بتواند تجربه‌ها و آموخته‌های خود را به روش معناداری طبقه‌بندی و تفسیر نمایند (یانگ، کلسکو و ویشار^{۲۲}، ۲۰۰۳)؛ صلواتی و یکه یزدان دوست^{۲۳} (۱۴۰۰). طرحواره‌ها، الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و

بدون شک خانواده به‌عنوان اولین، مهم‌ترین و اصلی‌ترین بستر رشد همه‌جانبه‌ی انسان به‌حساب می‌آید و از دیرباز نقش و اهمیت آن مورد توجه بسیاری از نظریه‌پردازان، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و متخصصان تعلیم‌وتربیت قرار گرفته است (به پژوه، ۱۳۹۸). حریم خانواده منبع رویش و شکل‌گیری ارتباط بین انسان‌ها می‌باشد و با حضور فرزندان، روابط درون خانوادگی شکل جدیدی به خود می‌گیرد. پایه و اساس روابط اعضا در درون خانواده، تضمین‌کننده سلامت روانی و از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار می‌آید (زندى، لواسانی غلامعلی، افروز، و مردوخى، ۱۳۹۶). سلامت کلیه اعضای یک خانواده، سلامت روان‌شناختی^۱ خانواده را سبب می‌شود. والدین به‌عنوان رهبر و رأس خانواده، وظایف و مسئولیت‌های گوناگونی را در رابطه با فرزندان خود بر عهده دارند. به‌طور کلی تولد فرزند کم‌توان ذهنی واکنش‌های مختلفی را از سوی والدین به وجود می‌آورد (ستارپور ایرانی، جمالی قراخلو، همتی و مرادی کیا، ۱۳۹۷). اما مادران به علت داشتن نقش سنتی «مراقبت‌کننده» وظیفه بیشتری در برابر فرزند خود به عهده می‌گیرند؛ زیرا مادر مهم‌ترین و اصلی‌ترین فرد در خانواده است که با کودک خود ارتباط برقرار می‌نماید و شاکله کودک خود را در دوران رشد، شکل می‌دهد (کریج^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

کم‌توانی ذهنی^۳ اختلالی است که در طی دوران رشد آغاز می‌شود و کمبودهایی در عملکرد عقلانی مثل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری تحصیلی و کمبود در کارکرد انطباقی که به ناتوانی در انجام دادن معیارهای رشدی و اجتماعی برای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی منجر می‌شوند را در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی در بر می‌گیرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۹). اختلال کم‌توانی ذهنی شیوع ۲-۳ درصدی در جمعیت عمومی دارد که تأثیر اجتماعی زیادی دارد (جانسن، ویزرس و دی وریس^۵، ۲۰۲۳). این اختلال در بین ده علت اصلی بار بیماری در سطح جهان قرار دارد و اولین علت در کودکان زیر ۵ سال است و حدود ۱۵ درصد از کودکان با تفاوت‌هایی مطابق با کم‌توانی ذهنی (یعنی تأخیر رشد جهانی و عملکرد ذهنی مرزی) ظاهر می‌شوند (توتسیکا، لیو، آبسود، ادنامز و امرسون^۶، ۲۰۲۲).

9. Nuryaningsih

10. Mercer

11. Saloviita, Itälina & Leinonen

12. Cuzzocrea, Murdaca, Costa, Filippello & Larcan

13. Early Maladaptive Schemas

14. Beck

15. Young, Klosko & Weishaar

16. Schemas

1. Psychologica

2. Kraaij

3. Intellectual disability

4. American Psychiatric Association

5. Jansen Vissers, & de Vries

6. Totsika, Liew, Absoud, Adnams, & Emerson

7. American Association on Mental Retardation

8. Tassé, Luckasson & Nygren

گراسمان و آرتز^{۱۳}، ۲۰۲۰؛ سیمپسون و اسمیت^{۱۴}، ۲۰۲۰) و در سال‌های اخیر به یک رویکرد درمانی فراتشخیصی محبوب در بین درمانگران تبدیل شده است (سالیکرو^{۱۵}، ۲۰۲۴). این روش درمانی تلفیق و ترکیبی از اصول و مبانی روش‌های درمانی شناختی، گشتالت، دلبستگی^{۱۶}، روابط موضوعی، ساختارگرایی و روانکاوی است (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۳). مفهوم اصلی و بنیادی این رویکرد «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» است (سمپترگوی، کارمن، آرتز و بکر^{۱۷}، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد (قادی، کلاتتری و مهربابی، ۱۳۹۵). پژوهشگران در یافته‌های خود اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأیید کرده‌اند (موریسون^{۱۸}، ۲۰۰۰؛ جیلیان، فیلیپ، مالمی و اسکیل^{۱۹}، ۲۰۰۳؛ سسرو^{۲۰} و یانگ، ۲۰۰۱؛ دی کلرک، آبما، بامیلیز و آرتز^{۲۱}، ۲۰۱۷؛ هافارت، ورسلند و سکستون^{۲۲}، ۲۰۰۲؛ گیسن بلو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۶؛ تیلور، بی و هادوک^{۲۴}، ۲۰۱۷؛ باچ، لاکوود و یانگ، ۲۰۱۸؛ قادی، کلاتتری و مهربابی، ۱۳۹۵؛ عقیلی و حجازی، ۱۴۰۱).

از سویی دیگر، داشتن کودک دارای کم‌توان ذهنی و نیازهای خاص می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران را تحت‌تأثیر گذاشته و موجب تشدید آن نیز گردد (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که والدین دارای کودکانی با این شرایط، در مقایسه با والدین کودکان عادی، تنیدگی، آشفتگی‌های روان‌شناختی و نشخوار فکری را در زندگی شخصی تجربه می‌کنند. همچنین، یکی از عوامل تأثیرگذار در تعامل مناسب با این کودکان، باورها، ساختارهای شناختی و عقاید والدین است. والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای باورها و طرحواره‌های منفی و ناسازگار از جمله احساس گناه، شرم هیجانات منفی، انزوای اجتماعی، بیگانگی، شکست و از خودگذشتگی می‌باشند (حاتمی، ۱۳۹۳؛ ذکاوتی رستمی و عمادیان، ۱۳۹۸). در این راستا

شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابد (ننادیک، لمبرگ و لایس^۱، ۲۰۱۷). از نظر یانگ، طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند، موضوعات ثابت و درازمدت که در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (زینل و یوزر^۲، ۲۰۲۰).

از نظر هافارت^۳ و همکاران (۲۰۰۵) طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان ژرف‌ترین سطح بنیادهای شناختی^۴ هستند که مربوط به روابط فرد با محیط سایر افراد می‌باشند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود - ویرانگری^۵ هستند که در مراحل اولیه رشد فرد شروع و در طول مراحل مختلف زندگی ادامه‌دار می‌باشد (پیاده امرغان، بلیاد، ژیان باقری، هواسی سومار و رنجبری‌پور، ۱۴۰۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد و تداوم مشکلات روانی نقش دارند (نیکول، مک، موری، واکر و باک مستر^۶، ۲۰۲۰) و در دوران کودکی و نوجوانی بر اساس تجربیات تنش‌زا، موقعیت‌های استرس‌آور و نیازهای مکرر عاطفی برآورده نشده، ایجاد می‌شود (گونگ و چان^۷، ۲۰۱۸). از آنجا که طرحواره‌ها هسته اصلی خودپنداره را می‌سازند، وقتی دارای محتوای ناسازگار باشند افراد را نسبت به مشکلات و بحران‌های زندگی آسیب‌پذیر می‌کند (باچ، لاکوود و یانگ^۸، ۲۰۱۸)، و از آنجا که بحران‌ها و مشکلات، جزئی از زندگی انسان‌ها هستند و اینکه در این موقعیت‌ها به چه شیوه‌ای با مسئله برخورد و آن را حل کنند بسیار مهم است، به نظر می‌رسد این طرحواره‌ها بر شیوه برخورد و حل مسئله افراد در موقعیت‌های بحرانی به شدت تأثیرگذار است (شریفی‌نیا، رحیمی یگانه و رحیمی دستجردی، ۱۴۰۰).

طرحواره درمانی^۹، یک درمان مؤثر ثابت شده در آسیب‌شناسی روانی مزمن است (ووشار، ون دیک، اسپریت-وینسترا، اونس و ویدلر^{۱۰}، ۲۰۲۴) طرحواره درمانی یک درمان تلفیقی است که به‌طور فزاینده‌ای در درمان علائم چالش‌برانگیز بالینی از جمله علائم متوسط تا شدید اختلالات شخصیت و آسیب‌های پیچیده به کار رفته است (برنستین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ ادواردز^{۱۲}، ۲۰۲۲؛ یکین،

13. Yakın, Grasmann & Arntz

14. Simpson & Smith

15. Salicru

16. Attachment

17. Sempértegui, Karreman, Arntz & Bekker

18. Morrison

19. Jilian, Philip, Mahli & Skille

20. Cecero

21. De klerk, Abma, Bamelis & Arntz

22. Vesrland & Sexton

23. Giesen-Bloo

24. Taylor, Bee & Haddock

1. Nenadić, Lamberth & Reiss

2. Zeynel & Uzer

3. Hoffart

4. Cognitive

5. Self-Destroyer

6. Nicol, Mak, Murray, Walker & Buckmaster

7. Gong & Chan

8. Bach, Lockwood & Young

9. Schema Therapy

10. Voshaar, van Dijk, Spruit-Veenstra, Ouwens & Videler

11. Bernstein

12. Edwards

رضایت زناشویی و تعارض زناشویی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری دارد. هرچگانی و غضنفری (۲۰۲۴) نشان دادند طرحواره درمانی اثر معناداری بر کاهش اضطراب اجتماعی مادران دارای کودکان ۵ تا ۶ ساله دارد. قبادی، عمادیان و قنازادگان (۲۰۲۳) نشان دادند آموزش والدین مبتنی بر طرحواره بر خودکارآمدی والدین، خودپنداره و پذیرش والدین کودکان مبتلا به اختلالات درونی شده اثر مثبتی دارد. نتایج پژوهش شهام، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۱۴۰۰) حاکی از آن بود که آموزش طرحواره درمانی، می‌تواند درمان مؤثری بر کاهش تنیدگی والدگری و ارتقاء سخت‌رویی روان‌شناختی و به‌طور کلی بهبود سلامت روان مادران دارای فرزندان با نیازهای ویژه باشد.

بررسی پیشینه‌های پژوهش نشان داد که پژوهش‌های قبلی، هر کدام به اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدادی از ابعاد طرحواره‌ها پرداخته‌اند، و اثربخشی این روش درمانی در بهبود مشکلات روان‌شناختی و بهبود تمامی ۱۵ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه‌ی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار نگرفته است، لذا با توجه به این خلاء پژوهشی و با عنایت به مطالب پیش‌گفته، تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این خانواده‌ها می‌تواند یک دیدگاه جدیدی نسبت به مشکلات منجر شود که می‌توان از روش‌های درمانی مانند طرحواره درمانی جهت کاهش علائم مطروحه استفاده کرد؛ لذا با توجه به آمار بالای این کودکان در کشور و همچنین تعداد والدین درگیر مشکلات ناشی از حضور این کودکان در خانواده و اجتماع؛ می‌توان گفت که موضوع پژوهش حاضر از اهمیت و ضرورت لازم جهت مطالعه و صرف هزینه و وقت برخوردار است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثربخشی است یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. دیاگرام زیر طرح پژوهشی تحقیق مورد نظر را نشان می‌دهد.

جدول ۱. دیاگرام طرح پژوهشی

پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	انتخاب تصادفی	گروه‌ها
T2	X	T1	R	E
T2	-	T1	R	C

دیویس، میچل و مارتین^۱ (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به کودکان عادی، نگرش ناکارآمد و هیجانی منفی بیشتری را تجربه می‌کنند.

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش مشکلات روانشناختی در مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه شود. در این راستا راحت دهمرده، شیرازی و عرب (۱۴۰۰) نشان دادند طرحواره درمانی را به‌عنوان یک روش کارا جهت افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری در مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی پیشنهاد داد. گل‌آوری و خیاطان (۱۴۰۱) نشان دادند طرحواره درمانی تأثیر مثبتی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی دارد. کیوانلو، نریمانی و بشرپور (۱۴۰۱) به اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی پرداختند. نتایج به‌دست آمده نشان داد گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی می‌تواند در کاهش دشواری تنظیم هیجان مؤثر واقع شود. کیوانلو، ماله میر، عزتی بایی و نریمانی (۱۴۰۰) نشان دادند گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی، کاهش بی‌حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری دارد این درمان می‌تواند به‌عنوان یک درمان مؤثر در اصلاح بسیاری از طرحواره‌های هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد. چوب فروش‌زاده و محمدپناه اردکان (۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود سلامت روان مادران با طرحواره‌های ناسازگار اولیه پرداختند که نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار مادران مؤثر است. قلعه‌نویی (۱۳۹۷) به اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار، تعارضات زناشویی و اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون پرداخت که نتایج نشان داد طرحواره درمانی منجر به کاهش معنی‌دار طرحواره‌های ناسازگار مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون شده است. یافته‌های پژوهش شفیع، یونسی، خانجانی، آرخوش و حسین‌نژاد (۲۰۲۲)، حاکی از آن بود که طرحواره درمانی بر

به شرح زیر محاسبه شده است. برای حوزه اول که شامل سوالات ۱ تا ۲۵ است حداکثر نمره ۱۵۰ منظور شده است. حوزه دوم که شامل سوالات ۲۶ تا ۴۵ است حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. حوزه سوم شامل سوالات ۴۶ تا ۷۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ منظور شده است. حوزه چهارم شامل سوالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ است و برای حوزه پنجم که شامل سوالات ۵۶ تا ۶۵ می‌باشد حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ محاسبه شده است. همچنین، اگر فردی سه یا چهار نمره بالا (۵ یا ۶) در یک طرحواره داشته باشد، معمولاً از نظر بالینی بدین معنا است که این طرحواره در ذهن وجود دارد. با توجه به اینکه هر سؤال دارای ۶ گزینه بوده و فرد نمرات ۱ تا ۶ را به ترتیب کسب می‌کند؛ لذا حداقل نمره به دست آمده ۷۵ و حداکثر ۴۵۰ منظور شده است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای مؤلفه‌ها، بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است. این پرسشنامه در ایران توسط آهی، محمدی‌فر و بشارت (۱۳۸۶) ترجمه و آماده اجرا گردیده است و طبق گزارش وی همسانی درونی آن بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در مردان ۰/۹۸ می‌باشد (یوسف‌نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰).

پروتکل طرحواره درمانی: دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی (اقتباس یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱) طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ لذا به دلیل اهمیت موضوع سعی شد تعداد جلسات را افزایش داده تا بتوان اهداف و محتوای جلسات را با جزئیات و دقت بیشتری به سرانجام رساند. خلاصه محتوای ۱۲ جلسه طرحواره درمانی، به اختصار به شرح زیر است:

جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که در یکی از مدارس استثنایی برای سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در شهرستان قدس مشغول به تحصیل بودند. برحسب اعلام مسئولین، تعداد کل آن‌ها حدود ۳۲۱ نفر بودند که از بین آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. انتخاب حجم نمونه بر اساس جدول تعیین حجم نمونه فرمول کوهن^۱ (۱۹۸۶) با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با حجم اثر ۰/۵ برابر با ۳۰ نفر بود که در این صورت، توان آزمون برابر با ۰/۹۷ می‌باشد. میانگین میزان تحصیلات آزمودنی‌ها دیپلم و وضعیت اقتصادی خانوادگی آنان متوسط بود. پس از تشریح اهمیت و ضرورت این پژوهش برای مادران، کلیه جلسات آموزشی بدون غیبت مادران صورت پذیرفت. ملاک ورود جهت انتخاب آزمودنی‌های این مطالعه شامل داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی در سطح خفیف و متوسط بود؛ ملاک خروج از مطالعه شامل نداشتن ملاک‌های ورودی فوق و شرکت نکردن در یک‌سوم از جلسات درمان بود.

ابزار سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^۲ (YSQ-SF): این پرسشنامه شامل ۷۵ سؤال است و ۱۵ طرحواره ناسازگار را می‌سنجد. در طراحی پرسشنامه از طیف شش‌گزینه‌ای استفاده شده که یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری به شمار می‌رود. هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد که حاصل میانگین نمره این ۵ سؤال است. برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر بُعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بُعد باید با هم جمع شوند و برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می‌کنیم. برای هر یک از حوزه‌ها نیز حداقل و حداکثر نمره

جدول ۲. جلسات طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	خوش‌آمدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه به آزمودنی‌ها برای درمان	بیان قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی	مرور اهداف و منطبق کلی درمان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	تعریف طرحواره درمانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها	توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها	سعی شد تا با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و نحوه شکل‌گیری آنها، مادران محترم را بر برنامه آموزشی درگیر نمود.
سوم	معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه	شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردهای طرحواره، شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره	در این جلسه، آموزش شناخت حوزه‌های طرحواره‌ای و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه مخصوصاً بخش‌هایی که با این مادران در ارتباط‌اند، در دستور کار بودند.
چهارم	آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی	شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شود، به همراه مثال‌هایی

<p>از زندگی روزمره، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای، ایجاد آمادگی در بین مادران برای سنجش و تغییر طرح‌واره‌ها.</p>	
<p>در این جلسه به توصیف و توضیح طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی پرداخته شد و بر اساس بررسی نتایجی که از پرسشنامه طرح‌واره یانگ به دست آمد، طرح‌واره‌های غالب شرطی و غیرشرطی در مادران شناسایی شدند.</p>	<p>آموزش طرح‌واره‌های شرطی و غیرشرطی، تصویرسازی هیجانی خلق‌و‌خوی هیجانی، دادن بازخورد برای شناسایی بیشتر طرح‌واره، ایجاد آمادگی برای تغییر</p> <p>آموزش و معرفی تکنیک‌های هیجانی (۱)</p>
<p>در این جلسه کارکرد طرح‌واره‌ها و شیوه عملکرد آن‌ها آموزش داده شد تا مادران با نحوه حفظ و تداوم طرح‌واره‌های ناکارآمد آشنا شوند.</p>	<p>آموزش نحوه تداوم طرح‌واره‌ها و آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها توسط مادران، به چالش گرفتن طرح‌واره (قداست‌زدایی)، تکنیک پیوستارنگری و نامه معرفی خود</p> <p>آموزش و معرفی تکنیک‌های هیجانی (۲)</p>
<p>سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که مادران از طریق آن به طرح‌واره‌ها پاسخ می‌دهند، آموزش داده شد. هنگامی که یکی از طرح‌واره‌ها فعال شد، مادران معمولاً از طریق یک پاسخ مقابله‌ای، آن سبک را در رفتار به نمایش می‌گذارند.</p>	<p>آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح‌واره، به چالش گرفتن شواهد تأییدکننده طرح‌واره توسط مادران، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای مادران</p> <p>آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری</p>
<p>طرح‌واره‌ها در تمامی جنبه‌های زندگی مادران به‌ویژه در ارتباط با کودکان کم‌توان ذهنی حضور دارند. هدف اصلی در این جلسه برجسته‌سازی و آموزش نقش طرح‌واره‌ها، در رابطه متقابل مادران با این کودکان و پیامدهای ناشی از درگیری و تصادم طرح‌واره‌ها بود.</p>	<p>برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره در میان مادران، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی به کمک مادران، آموزش تکمیل فرم ثبت طرح‌واره توسط مادران</p> <p>آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره درمانی (۲)</p>
<p>ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان، انجام گفتگوهای خیالی باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، نوشتن نامه به والدین و گفتگوی خیالی با والدین.</p>	<p>حرکت به‌سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرح‌واره‌های ناکارآمد، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد</p> <p>اجرای کردن تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری (۱)</p>
<p>معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به‌عنوان آماج‌های مهم تغییر، آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتار، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر و اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی.</p>	<p>حرکت به‌سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرح‌واره‌های ناکارآمد، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد</p> <p>اجرای کردن تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری (۲)</p>
<p>فهرست کردن مصادیق پاسخ‌های مقابله‌ای مراجع، تأیید ناهمخوانی خواسته‌های مراجع با رفتارهایش (رفتار متناقض)، آموزش متناسب با خواسته‌های مراجع، شیوه صحیح رسیدن به خواسته‌ها.</p>	<p>حرکت به‌سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرح‌واره‌های ناکارآمد، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد</p> <p>اجرای کردن تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری (۳)</p>
<p>افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی، شناسایی مادرانی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه‌ریزی برای جلسه مشاوره انفرادی با آن‌ها، غلبه بر موانع تغییر رفتار و اجرای پس‌آزمون</p>	<p>خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی طرح‌واره محور</p> <p>جمع‌بندی و آماده‌سازی مادران برای اتمام برنامه</p> <p>دوازدهم</p>

طرح‌واره‌های ناسازگار و داشتن حداقل یک فرزند کم‌توان ذهنی (در سطح خفیف و متوسط) در کلیه مدارس استثنایی سطح شهر انتخاب و هم‌تا شدند که تعداد نهایی آن‌ها به ۷۵ نفر رسید. لذا بر اساس اصل رعایت رضایت‌مندی، ۴۵ نفر از مادران در دو مدرسه استثنایی علاقه‌مندی خود جهت شرکت

شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش، ابتدا معرفی‌نامه و مجوزهای لازم از آموزش و پرورش اخذ شد. ضمن هماهنگی با مدیران مدارس، اهمیت و ضرورت پژوهش به سمع و نظر اعضای انجمن اولیا مربیان و اولیا دانش‌آموزان رسید. مادرانی که بر اساس

روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد. همچنین، برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی به کلیه والدین شرکت‌کننده اطمینان داده شد که مطابق با اصل رازداری اطلاعات و نتایج فردی در اختیار دیگران قرار داده نخواهد شد و شرکت در پژوهش حاضر هزینه‌ای برای آزمودنی‌ها در بر نداشته است و افرادی که علاقه و تمایل به همکاری داشتند، در پژوهش شرکت داده می‌شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش، قبل و بعد از مداخله برای متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جداول زیر ارائه شده است.

در این پژوهش را اعلام کردند. بنابراین، ۳۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در مرحله اول کلیه آزمودنی‌ها پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ را پر کرده و این نمرات به‌عنوان پیش‌آزمون لحاظ شد. سپس همه شرکت‌کنندگان به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) کاملاً تصادفی تقسیم شدند. در مرحله بعد گروه آزمایش، ۱۲ جلسه طرحواره درمانی به‌صورت گروهی در سالن جلسات مدرسه استثنایی قدس (۱) دریافت کردند، ولی گروه کنترل هیچ نوع آموزش و درمانی دریافت نکردند. در نهایت، مادران در هر دو گروه، پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه را تکمیل و نمرات این مرحله به‌عنوان پس‌آزمون ثبت و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و

جدول ۳. شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در طرحواره‌های ناسازگار

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	آزمایش	۱۱/۲۲	۳/۲۵	۱۰	۲/۳۶
	کنترل	۱۳/۳۱	۳/۱۹	۱۲/۶	۲/۳۴
رهاشدگی / بی‌ثباتی	آزمایش	۹/۴۱	۲/۵۵	۹/۴۲	۲/۵۶
	کنترل	۹	۱/۸۰	۱۰/۸۱	۳/۳۲
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	آزمایش	۱۰/۸۱	۱/۹۴	۹/۵۱	۲/۰۶
	کنترل	۱۱/۱۱	۲/۲۲	۹/۷۲	۳/۳۸
انزوای اجتماعی / بیگانگی	آزمایش	۹/۷۱	۲/۱۲	۹/۷۱	۲/۱۳
	کنترل	۱۳/۲۱	۷/۳۲	۱۱/۲۱	۳/۰۷
نقص / شرم	آزمایش	۱۱/۱۱	۳/۰۶	۱۰/۲۲	۳/۰۲
	کنترل	۱۱/۸۲	۱/۹۶	۱۳/۱۲	۲/۱۹
شکست	آزمایش	۹/۶۱	۲/۷۷	۹/۴۱	۲/۵۶
	کنترل	۱۱/۰۹	۲/۱۳	۱۱/۱۵	۳/۱۹
وابستگی / بی‌کفایتی	آزمایش	۱۲/۱۵	۲/۶۹	۱۰/۸۱	۲/۷۶
	کنترل	۱۲/۳۳	۲/۹۷	۱۱/۰۲	۲/۸۴
آسیب‌پذیری در بیماری	آزمایش	۹/۶۱	۲/۰۲	۹/۳۲	۲/۰۱
	کنترل	۱۱/۱۵	۱/۵۳	۱۳/۱۹	۲/۴۹
گرفتار / خودتحول نیافته	آزمایش	۱۱/۸۳	۳/۵۹	۹/۶۰	۲/۱۴
	کنترل	۱۲/۴۲	۴/۷۴	۱۲/۳۲	۳/۴۱
اطاعت	آزمایش	۱۱/۷۱	۳/۰۴	۹/۴۰	۳/۶۷
	کنترل	۹/۳۵	۲/۸۸	۱۰/۸۳	۲/۶۳
ایثارگری	آزمایش	۱۱/۴۱	۲/۸۶	۸/۷۱	۲/۵۹
	کنترل	۱۱/۰۱	۲/۸۴	۹/۸۶	۲/۳۳
بازداری هیجانی	آزمایش	۱۱/۳۲	۲/۹۷	۹/۸۱	۳/۲۳
	کنترل	۱۱/۴۳	۳/۲۲	۱۱/۲۵	۳/۳۴
معیارهای سرسختانه	آزمایش	۱۰/۲۴	۲/۳۲	۹/۲۰	۲/۹۱
	کنترل	۱۰/۳۶	۲/۱۲	۱۰/۱۹	۱/۸۹
استحقاق / بزرگ‌منشی	آزمایش	۱۱/۸۹	۱/۶۸	۱۰/۰۱	۲/۷۸
	کنترل	۱۰/۹۵	۲/۱۱	۹/۹۱	۱/۵۳
خودکنترلی / خود انضباطی ناکافی	آزمایش	۱۳/۶۱	۱۱/۵۶	۹/۴۱	۲/۴۱

۲/۰۴	۹/۳۲	۱۱/۴۳	۹/۲۴	کنترل	
۱۳/۳۵	۱۹۱/۵۳	۱۱/۱۱	۱۹۸/۲۰	آزمایش	نمره کل طرحواره های ناسازگار
۱۱/۱۳	۱۹۸/۱۳	۱۱/۱۹	۱۹۶/۵۳	کنترل	

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بهنجار بودن توزیع متغیر وابسته اندازه‌گیری شد که در آن طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌آزمون ($P=0/186$ ،

$Z=0/28$) و پس‌آزمون ($P=0/185$ ، $Z=0/56$) از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد. باتوجه به اینکه مقدار F لوین برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F=1/17$ ، $P=0/322$) در سطح $0/05$ معنادار نبوده است؛ لذا همگنی واریانس برقرار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمره مؤلفه‌های متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایستا
محرومیت هیجانی	۹۳/۱۲	۲	۴۶/۰۴	۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۱۹/۴۳	۲	۹/۷۰	۱/۳۷	۰/۲۶۸	۰/۱۱
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	۱/۶۹	۲	۰/۷۹	۰/۱۱	۰/۸۷۹	۰/۰۲
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۱۹/۴۳	۲	۹/۶۶	۱/۴۹	۰/۲۳۹	۰/۱۱
نقص/ شرم	۶۲/۹۹	۲	۳۱/۵۹	۴/۱۱	۰/۰۲۵	۰/۲۳
شکست	۲۵/۵۱	۲	۱۳/۲۱	۱/۴۲	۰/۲۵۰	۰/۱۱
وابستگی/ بی‌کفایتی	۶/۳۹	۲	۳/۱۳	۰/۳۴	۰/۷۰۰	۰/۰۳
آسیب‌پذیری در بیماری	۷۲/۸۰	۲	۳۶/۴۲	۴/۷۵	۰/۰۲۰	۰/۲۶
گرفتار/ خودتحوّل نیافته	۵۵/۱۵	۲	۲۸/۰۱	۴/۰۳	۰/۰۳۲	۰/۲۳
اطاعت	۱۱/۱۶	۲	۵/۵۸	۰/۵۱	۰/۶۱۱	۰/۰۴
ایثارگری	۴۸/۳۶	۲	۲۴/۶۸	۴/۲۴	۰/۰۲۰	۰/۲۵
بازداری هیجانی	۱۶/۷۱	۲	۸/۳۵	۰/۹۴	۰/۳۹۱	۰/۶۹
معیارهای سرسختانه	۱۶/۹۸	۲	۸/۶۷	۱/۶۱	۰/۲۱۰	۰/۱۱
استحقاق/بزرگ منشی	۳۱/۷۷	۲	۱۵/۸۴	۳/۳۰	۰/۰۴۰	۰/۲۳
خودکنترلی/ خود انضباطی ناکافی	۰/۸۹	۲	۰/۴۴	۰/۱۱	۰/۸۹۰	۰/۰۰۷

جدول ۵. تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در قسمت پس‌آزمون در متغیر طرحواره‌های ناسازگار

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایستا
پیش‌آزمون	۳۹۲۱/۷۱۷	۱	۳۹۲۱/۷۱۷	۳۴۱/۸۴۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
گروه	۵۲۲/۲۰۶	۱	۵۲۲/۲۰۶	۴۵/۵۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸
خطا	۳۰۹/۷۴۹	۲۷	۱۱/۴۲۳			
کل	۱۱۴۳۳۵۹/۰۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کنترل اثر پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل به‌دست آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح $0/001$ معنی‌دار است ($F=45/519$ و $P<0/001$). با در نظر گرفتن ضریب ایستا که برابر $0/628$ است می‌توان گفت که $62/8$ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره به‌کارگیری طرحواره درمانی

بوده است. بنابراین، برنامه مداخله‌ای (یک دوره طرحواره درمانی) موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این تحقیق تعیین تأثیر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران

رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار روش اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل-گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزی و دلبستگی ایمن به دیگران می‌شود (شهام، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی، ۱۴۰۰) که در پژوهش حاضر نیز طرحواره درمانی موجب کاهش هیجان‌های منفی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی شده است. از آنجایی که طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند، بهبود طرحواره‌ها به کاهش تام این موارد مربوط می‌شود. همزمان با بهبود طرحواره‌ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و افراد درماندگی کمتری را تجربه می‌کنند (کیوانلو و همکاران، ۱۴۰۰) که این عوامل باعث بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران کم‌توان ذهنی در پژوهش حاضر شده است.

طرحواره‌های ناسازگار در شرایط دشوار فعال می‌شوند. داشتن کودکی با نیازهای ویژه به ویژه مادران این کودکان که بیشترین مسئولیت را در رابطه با داشتن چنین کودکی دارند را دچار چالش‌های جدی می‌کند. مادرانی که طرحواره‌های ناسازگار دارند، راهبردهای ناکارآمدی را در این موقعیت‌ها به کار می‌گیرند که موجب تثبیت طرحواره‌هایشان و در نهایت مشکلات بیشتر می‌شود (گل‌آوری و خیاطان، ۱۴۰۱). طرحواره درمانی در فرایند درمان به فرد کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را اصلاح و فرد در ذهن خود صدای سالمی را به وجود آورده و به توانمندی‌سازی ذهنیت سالم کمک می‌کند. این درمان با به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی و ناسازگار، برون‌ریزی هیجان‌ها منفی اغراق شده با استفاده از تکنیک‌های سالم مانند نوشتن نامه و تغییر و اصلاح رفتارهای طرحواره خواست منجر به تغییر سبک مقابله‌ای ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم شده و در نهایت منجر به کاهش نمرات طرحواره‌های ناسازگار مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و بهبود قابل توجهی در آنها می‌شود (لیهی ۲، ۲۰۱۵). این رویکرد همچنین مولفه‌های مهمی که شاید مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی با آن دست‌به‌گریبان هستند، یعنی احساس خشم، شرم و عذاب وجدان از داشتن چنین فرزندانی که موجب کاهش

دارای فرزند کم‌توان ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش به‌طور کلی با پژوهش راحت دهمرده، شیرازی و عرب (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی؛ پژوهش گل‌آوری و خیاطان (۱۴۰۱)، مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی؛ پژوهش شهام، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تنبذگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسیم؛ پژوهش کیوانلو و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (کرختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و پژوهش قلعه‌نویی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار، تعارضات زناشویی و اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون همسو می‌باشد. یافته‌های این مطالعه در راستای یافته‌های باج، الکوود و یانگ (۲۰۱۸)، تیلور، بی و هادوک (۲۰۱۷) و دی‌کلرک و همکاران (۲۰۱۷) و قادری، کلانتری و مهرابی (۱۳۹۵) می‌باشد که نشان دادند طرحواره درمانی بر کاهش علائم و اختلالات شخصیتی افراد مؤثر است. همچنین، این یافته‌ها مطابق با یافته‌های هرچگانی و غضنفری (۲۰۲۴)، شفییعی و همکاران (۲۰۲۲) و چوب فروش‌زاده و محمدپناه اردکان (۱۳۹۷) می‌باشد که نشان دادند طرحواره درمانی موجب بهبود سلامت روان مادران با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده است.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر را می‌توان اینگونه تبیین نمود که هدف اصلی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی و اصلاح باورهای افراد مختلف در مورد طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد. در راستای این هدف، ابتدا اعضای گروه آزمایش با پاسخ‌دهی به مقیاس طرحواره‌های هیجانی یانگ، به درمانگر در جهت شناسایی طرحواره‌های خود کمک کردند. سپس در جلسات درمانی، با معرفی رویکرد طرحواره درمانی و توضیح و شناساندن هر یک از طرحواره‌ها توسط درمانگر، اعضا به بحث و گفتگو درباره طرحواره‌هایشان پرداختند و بار دیگر به درمانگر در جهت پیدا کردن طرحواره‌های خود، یاری رساندند. به اعتقاد لیان و بونو (۲۰۲۳)، طرحواره درمانی از یک سری تکنیک‌های یکپارچه و تجربی برای حل تأثیرات ناخودآگاه تجربیات منفی گذشته استفاده می‌کند.

به پژوه، ا. (۱۳۹۸). *خانواده و کودکان با نیازهای ویژه*. تهران: انتشارات آوای نور.

پیاده امرغان، م.، بلیاد، م. ر.، ژیان باقری، م.، هواسی سومار، ن. و رنجبری پور، ط. (۱۴۰۱). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با استرس براساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و هوش معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *نشریه علمی تخصصی رویش روان‌شناسی*. ۱۱(۱۲)، ۱۵۲-۱۴۱.

چوب فروشزاده، آ. و محمدپناه اردکان، ع. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود سلامت روان مادران با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی. *همایش ملی روان‌شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم*. ۲۱ خرداد، شیراز، ایران.

حانمی، ا. (۱۳۹۳). *مقایسه سبک دلبستگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان غیرمبتلا*. پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای (عمومی). دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.

ذکاوئی رستمی، ف. و عمادیان، ع. (۱۳۹۸). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بین مادران دارای فرزند طیف اتیسم و مادران دارای فرزند عادی شهر ساری. *سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی*. ۱۶ شهریور، تهران، ایران.

راحت دهمرده، ط.، شیرازی، م.، و عرب، ع. (۱۴۰۰). اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۳(۶)، ۴۵۱-۴۴۳.

زندگی، ه.، غلامعلی لواسانی، م.، افروز، غ. ع. و مردوخی، م. س. (۱۳۹۶). مقایسه مادران دارای دو کودک استثنایی (چندمعلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه‌های سلامت عمومی. *فصلنامه علمی-پژوهشی کودکان استثنایی*. ۱۷(۴)، ۱۱۲-۱۰۱.

ستارپور ایرانی، ف.، جمالی قراخلو، ی.، همتی، ل. و مرادی کیا، ح. (۱۳۹۷). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و هوش معنوی در بهزیستی فاعلی مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *مجله دانش و تندرستی*. ۱۱۳(۱)، ۹-۱.

شریفی‌نیا، م. ح.، رحیمی یگانه ز. و رحیمی دستجردی، م. (۱۴۰۰). پیش‌بینی شیوه‌های ناکارآمد حل مسئله بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*. ۱۵(۶۰)، ۲۵۲-۲۳۱.

شهام، ن.، هارون رشیدی. ه. و کاظمیان مقدم، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تعلیم و تربیت استثنایی*. ۱۶۳(۳)، ۶۰-۵۱.

فعالیت‌های مفید آنان در اجتماع و خانواده می‌شود را، بهبود می‌بخشد. یکی دیگر از توانایی طرح‌واره درمانی، راهبردشکنی رفتاری است. این الگو به فرد کمک می‌کند تا رفتار مؤثر و کارآمد را با پاسخ‌های ناسازگار جایگزین نمایند و به‌واسطه آن بتوان رفتارهای خود را به روش درست و مطلوبی طرح‌ریزی و اجرا کنند. برای مثال درمانگر از طریق طرح‌واره درمانی توانست نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. برای مثال درمانگر محیط و شرایطی را فراهم کرد مراجعه‌کنندگان کمتر طرح‌واره ناسازگار را اطاعت نمایند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ قادری، کلانتری و مهرابی، ۱۳۹۵). همچنین، تکلیفی را در نظر گرفتند تا مراجعه‌کننده بتواند انتقاد از درمانگر و جلسات درمان داشته باشند. یا مراجعه‌کننده‌ای طرح‌واره برترمنشی داشت، درمانگر توانست آن اخلاق را کنترل و محدود نماید و با طرح‌واره درمانی توانستند زمان زیاد صحبت کردن مراجعه‌کنندگان را کنترل نمایند. در نتیجه با توجه به اظهارات بیان شده و مثال‌های ذکر شده، طرح‌واره درمانی یک روش کاربردی است که باعث شد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کاهش یابد. این پژوهش مانند سایر مطالعه‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است؛ از جمله اینکه پژوهش حاضر مطالعات پیگیری برای بررسی میزان ماندگاری اثر طرح‌واره درمانی بر متغیرهای وابسته انجام نشده است. همچنین، شدت اختلال کم‌توانی ذهنی دانش‌آموزان کنترل نشده بود که این موارد قابلیت تعمیم نتایج حاصله را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش متغیرهای تعدیل‌کننده نظیر عوامل مربوط به شدت مشکلات، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، هوشبهر و اجرای طرح‌واره درمانی روی پدران نیز به طور دقیق مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، توصیه می‌شود که دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران، روانشناسان و سایر مراقبین سلامت جهت آشنایی بیشتر با این برنامه درمانی به منظور کسب مهارت صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مادران محترم و گرانقدر که در این پژوهش شرکت کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

آهی، ق.، محمدی‌فر، م. ع. و بشارت، م. (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. ۱۷(۱۶)، ۲۰-۵.

- Arlington: American Psychiatric Publishing (5th ed.).
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*. 47(4), 328-349.
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N. J., Deenen, T. A. M., & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. 53(1), 88-102.
- Cecero, J., & Young, E. J. (2001). Case of silvia: A Schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 11(2), 217-229.
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*. 22(1), 3-19.
- Davys, D., Mitchell, D., & Martin, R. (2017). Fathers of people with intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*. 21(2), 175-196.
- de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 45(1), 31-45.
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: an applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*. 12, 763670.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 63(6), 649-658.
- Gong, J., & Chan, R. C. (2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 259, 493-500.
- Harchegani, N. B., & Ghazanfari, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Short-Term Intensive Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Schema Therapy for Mothers on Social Anxiety in Children Aged 5 to 11. *Journal of Clinical Psychology*. 30(1), 1-11.
- صلواتی، م.، و یکه یزدان دوست، ر. (۱۴۰۰). طرحواره درمانی (راهنمای ویژه متخصصان روان‌شناسی بالینی). تهران: نشر دانژه.
- عقیلی، س. م.، و حجازی، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس ادراک شده سالمندان مراکز روزانه شهرستان گرگان. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۱)، ۱-۱۱.
- قاسمی‌پور، ی.، و روشن، ب. (۱۳۹۸). نقش ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۶.
- قادری، ف.، کلانتری، م.، مهرابی، ح. ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۶(۲۴)، ۲۸-۱.
- قلعه‌نویی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار، تعارضات زناشویی و اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به سندرم داون شهرستان سبزوار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کیوانلو، ص.، ماله میر، ب.، عزتی بایی، م.، و نریمانی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر بی‌حسی هیجانی (کرتختی) و ساده‌انگاری هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *نشریه علمی- تخصصی رویش روان‌شناسی*. ۱۰(۴)، ۶۴-۵۵.
- کیوانلو، ص.، نریمانی، م.، و بشرپور، س. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر دشواری تنظیم هیجان در مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*. ۳(۱)، ۲۶۲-۲۴۳.
- گل‌آوری، م.، و خیاطان، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۳۰(۱)، ۱۳۸-۱۲۵.
- یانگ، ج.، کلوکسو، ز.، و ویشار، م. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی (جلد اول) راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- یاوری، ع. ر.، سروری، ف.، رضایی، م.، ویسی، ف.، طهماسبی، ب.، و دالوند، ح. (۱۳۹۳). ارتباط امید به زندگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مادران کودکان آسیب‌دیده ذهنی شهر کرمانشاه. *مجله علمی پژوهان*. ۱۳(۲)، ۳۹-۳۲.
- یوسف‌نژاد شیروانی، م.، و پیوسته‌گر، م. (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۲(۲)، ۶۵-۵۵.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715-751.
- Nuryaningsih, N. (2021). The Role of Parents in the Development of Mentally Retarded Children at Slbn Angkola Timur, South Tapanuli. *European Journal of Research Development and Sustainability (EJRDS)*, 2(12), 136-138
- Qashqai, M., Emadian, S. O., & Ghanadzadegan, H. (2023). Effectiveness of Schema-based Parenting Training on Mothers' Parental Self-Efficacy, Self-Concept, and Parental Acceptance Children with Internalized disorders. *Journal of Family Relations Studies*, 3(11), 31-40.
- Salicru, S. (2024). Schema Therapy: The Healthy Adult Meets Sherlock Holmes—An Enactivist and Embodied Cognition Perspective of Metaphor. *Psychology*, 15(2), 173-214.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 300-312.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447.
- Shafiei, A., Younesi, J., Khanjani, M. S., Azkhosh, M., & Hossainzadeh, S. (2022). Effects of Schema Therapy on Marital Satisfaction and Marital Conflict in Mothers of Children with Intellectual Disability. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1), 1-7.
- Simpson, S., and Smith, E. (2020). *Schema Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice and Group-Treatment Manual*. Abingdon: Routledge.
- Tassé, M. J., Luckasson, R., & Nygren, M. (2013). AAIDD proposed recommendations for ICD-11 and the condition previously known as mental retardation. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(2), 127-131.
6. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 6(1), 106-113.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., Nordahl, H. M., Hovland, O. J., & Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 627-644.
- Hoffart, A., Vesrland, S. & Sexton, H. (2002). Self-understanding, Empathy, guided discovery and schema beliefs in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 26 (2), 199-219.
- Jansen, S., Vissers, L. E. L. M., & de Vries, B. B. A. (2023). The genetics of intellectual disability. *Brain Sciences*, 13(2), 231-239.
- Jilian, B., Philip. M. G., Mahli, A., & Skille, C. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 34-40.
- Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A., & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 41-48.
- Kraaij, V., van Emmerik, A., Garnefski, N., Schroevers, M. J., Lo-Fo-Wong, D., van Empelen, P., Dusseldorp, E., Witlox, R & Maes, S. (2010). Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: A pilot randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 200-204.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications
- Lian, A. E. Z., & Bono, S. A. (2023). Refining the Experiential Component of Schema Therapy for Traumatized Populations: a New Continuum of Experiential Techniques. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 100352.
- Mercer, J. R. (2022). *Labeling the mentally retarded: Clinical and social system perspectives on mental retardation*. Univ of California Press
- Morrison, N. (2000). Schema-Focused cognitive therapy for complex long-standing problem: A single case study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 269-283.

- American Journal of Geriatric Psychiatry*. 32(4), S8.
- Yakın, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 126, 103553.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford.
- Zeynel, Z., & Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*. 99, 104235.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 90(3), 456-479.
- Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 6(6), 432-444.
- Voshaar, R. O., van Dijk, S., Spruit-Veenstra, M., Ouwens, M., & Videler, A. (2024). Schema Therapy for the Treatment of Personality Disorder in Later Life. *The*

The Effectiveness of Schema Therapy on Primary Maladaptive Schemas In Mothers With Intellectual Disability Children

Mohammad bagher Hasanvand*

Ali Shabanzadeh**

Leila Shabbazi***

Abstract

The research was carried out with the present aim of the effectiveness of schema therapy on primary maladaptive schemas in mothers with intellectual disability children in Quds city. This study was conducted as a semi-experimental research with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of this research included all the mothers of intellectual disability students in Quds city in the academic year of 2022-2023, from which 30 people were selected by the available sampling method and were randomly divided into 2 groups of 15 people, experimental and control. Young Schema Questionnaire (YSQ-SF) was completed by both groups as a pre-test, then the experimental group received 12 sessions of schema therapy and the control group went through their normal daily schedule. Then, both groups were given a post-test and the research data were analyzed using descriptive statistics (central tendency and dispersion indices) and inferential (covariance analysis) methods in Spss version 22. The results showed that schema therapy had a positive and significant effect on reducing initial maladaptive schemas ($\eta=0/628$, $P<0/001$). Using schema therapy as an effective treatment can reduce and adjust the initial maladaptive schemas of mothers with intellectual disability children and help improve their mental status and daily life.

Keywords: *Intellectual disability, Mothers, Primary Maladaptive Schemas, Schema therapy.*

* **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran. Iran. **Email:** m.b.h.hasanvand06@atu.ac.ir

** M.A. of Educational Psychology, Department of Educational Sciences, School of Humanities, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran. Iran.

*** M.A. Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Garmsar branch, Islamic Azad University of Semnan. Iran.