



The Effectiveness of Schema Therapy on Perceived Social Support and Meta-Emotion in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Saiedeh Hammami ¹, Nafiseh Khodadadi ^{2*}

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of schema therapy on perceived social support and meta-emotion in mothers of children with autism spectrum disorder (ASD). The study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all mothers of children with ASD in Zarrin Shahr during the 2024-2025 academic year. Out of this population, 30 mothers were selected using purposive sampling and randomly assigned in equal numbers to either the experimental or control group. The schema therapy program was delivered to the experimental group in eight 90-minute sessions, while the control group received no intervention. Participants were evaluated using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet et al. and the Meta-Emotion Scale (MES) by Mitmansgruber et al. The collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) via SPSS-27. The findings indicated that schema therapy significantly improved the total score of perceived social support and the subscale of significant others' support ($P < .05$); however, it failed to significantly improve the subscales of family support and friend support ($P > .05$). Additionally, the intervention significantly improved the positive meta-emotion dimension along with its subscales of suppression and compassion ($P < .05$). Nonetheless, this therapeutic approach did not lead to a significant improvement in the negative meta-emotion dimension or the subscales of anger, shame, thought control, and interest ($P > .05$). Consequently, it can be concluded that schema therapy is effective in enhancing positive meta-emotion dimensions and perceived social support in mothers of children with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Meta-Emotion, Perceived Social Support, Schema Therapy

Submission: 13 December 2025

Revised: 29 May 2026

Acceptance: 3 June 2026

1. Master's Degree, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. **Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Assistant Professor, Department of Psychology, Maaref and Quran and Atrat university. E-mail: khodadadi5850@yahoo.com



اثربخشی طرحواره‌درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان مادران کودکان طیف خودمانده

سعیده حمامی^۱، نفیسه خدادادی^{۲*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان در مادران کودکان طیف خودمانده بود. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران کودکان طیف خودمانده در شهر زرین شهر در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر، با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب و به صورت تصادفی و برابر در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برنامه طرحواره‌درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ارائه شد، در حالی که برای گروه کنترل طرحواره‌درمانی اجرا نشد. شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زمیت و همکاران (MSPSS) و مقیاس فراهیجان میتمسگروبرو همکاران (MES) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب بهبود نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مولفه حمایت اجتماعی شده است ($P < 0.05$)؛ اما نتوانسته است مولفه‌های حمایت خانوادگی و حمایت دوستان را به طور معناداری بهبود ببخشد ($P > 0.05$). علاوه بر این، این برنامه موجب بهبود بعد فراهیجان مثبت و مولفه‌های سرکوب و شفقت شده است ($P < 0.05$). با این حال، این روش درمانی نتوانست به بهبود معنادار بعد فراهیجان منفی و مولفه‌های خشم، شرم، کنترل افکار و علاقه منجر گردد ($P > 0.05$). لذا، می‌توان نتیجه گرفت طرحواره‌درمانی در ارتقای ابعاد مثبت فراهیجان و حمایت اجتماعی مادران کودکان طیف خودمانده موثر است.

کلیدواژه‌ها: اختلال طیف خودمانده، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، طرحواره‌درمانی، فراهیجان

تاریخ پذیرش: ۱۳ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۸ خرداد ۱۴۰۵

تاریخ دریافت: ۲۲ آذر ۱۴۰۴

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران / استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه معارف و قرآن و عترت (ع)

ایمیل: khodadadi5850@yahoo.com

مقدمه

اختلال طیف خودمانده^۱ را می‌توان از جمله اختلالات فراگیر رشدی به حساب آورد که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی دارای دو ویژگی تشخیصی نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و الگوهای رفتاری محدود و تکراری است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال که در اوایل کودکی قابل تشخیص است، به صورت تأخیر در رشد فراگیر شناخته شده و در سرتاسر عمر، بر سیستم بیولوژیکی و عصبی شخص اثرات منفی برجای می‌گذارد (داوسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به اینکه اختلال طیف خودمانده، اختلالی مادام‌العمر و ناتوان‌کننده می‌باشد، نه تنها خود کودک، بلکه خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای منفی زیادی برای آنها ایجاد می‌کند (جاسم^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). این اختلال برای والدین، درصد بالایی از ناامیدی و افسردگی را به همراه داشته، بر بهزیستی روانشناختی و رفاه ذهنی آنها تأثیر منفی گذاشته و کارکردهای روزانه و اجتماعی آن‌ها را مختل می‌سازد (سینگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سوانداری و مامپارتی^۵، ۲۰۲۰).

در این میان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان یک عامل محافظتی حیاتی عمل کرده و سلامت روان مادران کودکان طیف خودمانده را به طور مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد (ماساده^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). حمایت اجتماعی ادراک‌شده اشاره به ارزیابی ذهنی فرد از حمایت دوستان یا اعضای خانواده در دوره‌هایی از نیاز دارد؛ در صورتی که حمایت اجتماعی نشانگر مقدار واقعی حمایت دریافت شده است (گری^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی، حضور کودک با اختلال طیف خودمانده در خانواده به دلیل نبود سیستم‌های پشتیبانی اجتماعی مناسب و درک حمایت اجتماعی پایین از طرف والدین، بیشترین تأثیر منفی را بر خانواده و مراقبین به‌ویژه مادر در کشورهای در حال توسعه دارد (طباطبایی و همکاران، ۱۴۰۱). از این رو، برخورداری از حمایت اجتماعی که یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر اختلال‌های روانشناختی است، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای سازگاری روانشناختی مادران کودکان طیف خودمانده به شمار می‌رود و می‌تواند به آنها در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زای مرتبط با فرزندپروری کودک با اختلال طیف خودمانده کمک نماید (باچهولز^۸ و همکاران، ۲۰۲۵؛ ناپیتوپولو و کورنیواوان^۹، ۲۰۲۳).

افزون بر این، فراهیجان^{۱۰} نیز از دیگر مسائل مورد توجه در مادران کودکان طیف خودمانده است (جوادیان و همکاران، ۱۳۹۷). فراهیجان برای وصف هیجان‌ها توسط خود فرد و برانگیختگی او نسبت به آن هیجان‌ها به کار برده می‌شود. همچنین، فراهیجان نیروی تحریک‌کننده تنظیم هیجان‌ها تلقی می‌گردد (مانسل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). این سازه، هیجان‌هایی را دربرمی‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر مانند شرم و ندامت درباره خشم رخ می‌دهند (لیو^{۱۲}، ۲۰۲۱). فراهیجان به دو بخش فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی تقسیم می‌شود و فرد را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ دهد (بایلن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). این در حالی است که مادران کودکان طیف خودمانده تنش‌های هیجانی زیادی را در طول فرآیند ارتباط با فرزند و مراقبت از کودک تجربه می‌کنند و این امر منجر به قضاوت منفی درباره احساسات خودشان و تجربه هیجان‌هایی چون شرم و خشم می‌شود. این قضاوت

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)

2. Dawson

3. Jassim

4. Singh

5. Swandari & Mumpuniarti

6. Masa'deh

7. Grey

8. Buchholz

9. Napitupulu & Kurniawan

10. Meta-Emotion

11. Mansell

12. Liu

13. Bailen

هیجانی که همان فراهیجان منفی است، راهبردهای سازگار تنظیم هیجان مادر را تضعیف کرده و او را به سمت واکنش‌های منفی یا اجتناب از تعاملات هیجانی با کودک سوق می‌دهد (لی^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ مگریا^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). با در نظر گرفتن نقش چشمگیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان بر سلامت روان مادران کودکان طیف خودمانده، به‌کارگیری یک برنامه درمانی هدفمند برای تقویت این سازه‌ها ضروری است وقتی والدین با چالش‌های طولانی مدت مراقبت از کودک اتیسم روبه‌رو هستند فشار روانی می‌تواند طحاره‌های عمیق آن‌ها را فعال کند. در این میان، طرحواره‌درمانی^۳ از جمله روش‌های درمانی غیردارویی و موثر در درمان مراجعان با مشکلات روان‌شناختی است که تلاش می‌کند با تغییر دادن طرحواره‌ها در روند درمان به بهبود زندگی افراد کمک نماید (اوشیما^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیلور^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). یانگ^۶ (۲۰۰۶)، از بنیان‌گذاران این رویکرد درمانی، مجموعه‌ای از الگوهای هیجانی و شناختی به نام طرحواره‌های ناسازگار اولیه را معرفی کرده است که در اوایل رشد فرد به وجود آمده و در طول زندگی او تکرار می‌شوند (کیراز و سرتچلیک^۷، ۲۰۲۱). طرحواره درمانی، به مراجعان کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها را در وجود خود شناخته و به ریشه‌های تحولی آن‌ها در دوره کودکی و نوجوانی پی ببرند (جوشوا^۸ و همکاران، ۲۰۲۵؛ اوده‌وشار^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه بر این، طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز بر ریشه‌های عمیق هیجانی و به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق تکنیک‌هایی چون «والدگری محدود»، به ارضای مجدد نیازهای هیجانی بنیادین کمک می‌کند (کیم و کادیروف^{۱۰}، ۲۰۲۲). افزون بر این، پیشبرد گروهی این فرآیند منجر به تقویت تنظیم هیجان، افزایش خوددلسوزی و شکل‌گیری الگوهای دلبستگی ایمن شده و در نتیجه، باورهای منفی افراد درباره کمک‌خواهی و روابط را ترمیم می‌نماید. با اصلاح این ساختارهای درونی، توانایی تجربه عینی و ذهنی حمایت اجتماعی به‌طور معناداری افزایش یافته و از هیجانات منفی کاسته می‌شود (کاچان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). از این رو، به نظر می‌رسد که کاربرد این مداخله بتواند به بهبود ابعاد اجتماعی و هیجانی زندگی مادران کودکان طیف خودمانده کمک کند. تاکنون پژوهش‌های متعددی در ایران و خارج از کشور اجرا شده که حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر وضعیت سلامت روان در گروه‌های مختلف افراد بوده است. در این راستا، اصغرزاده و همکاران (۱۴۰۴) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش فرزندپروری باکفایت مبتنی بر رویکرد طرحواره‌درمانی می‌تواند به والدین کمک کند تا شیوه‌های تربیتی موثرتری برای کاهش کاهش علائم اوتیسم در کودکان خود به کار بگیرند. یافته‌های پژوهش شهام و همکاران (۱۴۰۰)، حکایت از آن داشت که طرحواره‌درمانی، یک درمان موثر برای کاهش تنیدگی والدگری و ارتقا سخت‌رویی روان‌شناختی و بهبود سلامت روان مادران کودکان طیف خودمانده می‌باشد.

در خارج از کشور نیز، لایوس^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۴) پژوهشی باعنوان تاثیر یک برنامه پیشگیری گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر کودکان ۹ تا ۱۳ ساله و والدین آنها انجام دادند. یافته‌ها حکایت از کاهش معنادار در بیشتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه کودکان و بسیاری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه والدین داشت. یافته‌های مطالعه‌ی کیم و کادیروف (۲۰۲۲)، نیز نشان داد که رویکرد طرحواره درمانی در مدیریت استرس والدین دارای فرزند معلول نسبت به سایر رویکردها اثربخشی بالاتری دارد. همچنین یافته‌های پژوهش

1. Li
2. Megreya
3. Schema Therapy
4. Oshima
5. Taylor
6. Young
7. Kiraz & Sertçelik
8. Joshua
9. Oude Voshaar
10. Kim & Kadyrov
11. Kaçan
12. Laious

میکلوسی^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که فعال‌سازی الگوهای طرحواره‌ای ناکارآمد بیشتر تحت‌تأثیر آسیب‌شناسی روانی والدین است تا کودکان و پرداختن به عوامل شناختی اثربخشی برنامه‌های آموزش رفتاری والدین را افزایش داد.

اکثر پژوهش‌ها روی سلامت روان، استرس والدین انجام شده است و تاکنون پژوهشی به اثربخشی طرحواره‌ها بر فراهیجان و حمایت اجتماعی درک شده مادران کودکان طیف خودمانده نپرداخته است و این ترکیب می‌تواند روی سازگاری والدین تأثیر گذار باشد. با توجه به پیامدهایی که این رویکرد بر وضعیت روانشناختی گروه‌های مختلف والدین برجای گذاشته و کیفیت ارتباط آنان را با فرزندان خود ارتقا بخشیده، به نظر می‌رسد که بررسی اثرات آن بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان مادران کودکان طیف خودمانده نقش مهمی در تنظیم هیجان هنگام رفتارهای دشوار کودک، احساس کفایت والدگری و کیفیت رابطه مادر و کودک داشته باشد. این در حالی است که اگر اثربخشی این روش درمانی بر سازه‌های مذکور مورد تأیید قرار گیرد، می‌توان از آن به عنوان ابزاری سودمند در مراکز سلامت روان و کلینیک‌های ارائه‌دهنده خدمات روانشناختی به مادران کودکان طیف خودمانده بهره جست. بر این اساس، سوال پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان در مادران کودکان طیف خودمانده اثربخش است؟

روش

این پژوهش، از نظر هدف کاربردی و از نظر روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش نیز، شامل مادران کودکان طیف خودمانده در شهر زرین‌شهر در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که از میان آنها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از نوع هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی و برابر در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که به این دلیل از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد تا اطمینان حاصل شود که شرکت‌کنندگان دقیقاً دارای ویژگی مورد نظر (دارای فرزند مبتلا به اوتیسم) بوده و با توجه به ماهیت شبه‌آزمایشی پژوهش نیز، روایی درونی مطالعه از طریق انتخاب آگاهانه جامعه هدف حفظ گردد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سالگی برای مادران، تشخیص ابتلای فرزند به اختلال طیف خودمانده بر اساس نمره به دست‌آمده در مقیاس درجه‌بندی اوتیسم گیلیام^۲ (کسب نمره ۵۲ و بالاتر). ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل شرکت در برنامه روان‌درمانی موازی با پژوهش حاضر بود. به منظور اجرای پژوهش، پژوهشگر به مرکز آموزشی و توانبخشی اسراء ویژه کودکان مبتلا به اختلال طیف خودمانده و مدرسه استثنایی بصیرت واقع در زرین‌شهر مراجعه کرد و ضمن جلب همکاری مسئولان، از میان مادرانی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، ۳۰ نفر را به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب نمود. سپس، اعضای نمونه، به صورت برابر و تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند، بطوریکه در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند.

ابزار

۱. **مقیاس درجه‌بندی اوتیسم - نسخه دوم (GARS-2):** این پرسشنامه که توسط گیلیام در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است، شامل ۴۲ سوال است و ۳ مولفه می‌باشد که عبارتند از: رفتارهای کلیشه‌ای، برقراری ارتباطات، تعاملات اجتماعی. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد؛ به این صورت که به گزینه‌های هیچ‌گاه صفر، به ندرت ۱ امتیاز، گاهی ۲ امتیاز و غالباً ۳ امتیاز تعلق می‌گیرد. نقطه برش این ابزار نیز برابر با ۵۲ است و افرادی که نمرات بالاتر از نقطه برش به دست می‌آوردند، تشخیص اختلال طیف خودمانده را دریافت می‌کنند. سازنده‌ی این ابزار، ضمن تأیید روایی محتوایی و تشخیصی، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آورده‌اند (گیلیام، ۲۰۰۵). پایایی این آزمون در ایران برای رفتارهای کلیشه‌ای

1. Miklósi

2. Gilliam Autism Rating Scale- Second Edition

با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴، برقراری ارتباط ۰/۹۲، تعاملات اجتماعی ۰/۷۳، مسائل رشدی ۰/۸۰ و برای نمره کلی ۰/۸۹ به دست آمد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ گزارش شد.

۲. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱ (MSPSS): این پرسشنامه که توسط زیمت^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است، یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت هفت درجه‌ای از یک امتیاز برای گزینه کاملاً مخالفم تا ۷ امتیاز برای گزینه کاملاً موافقم می‌باشد (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). حداقل و حداکثر نمره قابل دستیابی در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ و در هر یک از مولفه‌های حمایت خانوادگی، اجتماع و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ است. همچنین، کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. در پژوهش‌های خارجی، روایی محتوایی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده تایید شده است و آلفای کرونباخ به دست آمده برای مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در مطالعات خارج از ایران، معمولاً بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (استانلی^۳ و همکاران، ۱۹۹۸). در ایران نیز، ضمن تایید روایی محتوایی ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و سه مولفه‌ی حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماع و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۹۸). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ گزارش شد.

۳. مقیاس دیدگاه فراهیجانی^۴ (MES): این پرسشنامه که توسط میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) طراحی شده، دارای ۲۸ گویه و ۲ بعد فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت است. همچنین این ابزار دارای ۶ مولفه می‌باشد که مولفه‌های مرتبط با فراهیجان منفی شامل خشم، شرم، کنترل فکر، سرکوب بوده و مولفه‌های فراهیجان مثبت شامل شفقت و علاقه است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای می‌باشد؛ به این صورت که به گزینه‌های «کاملاً صدق می‌کند» ۵ امتیاز، «اکثراً صدق می‌کند» ۴ امتیاز، «صدق کمی می‌کند» ۳ امتیاز، «اغلب صدق نمی‌کند» ۲ امتیاز و «اصلاً صدق نمی‌کند» یک امتیاز اختصاص داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره قابل دستیابی در این ابزار به ترتیب برابر با ۲۸ و ۱۴۰ بوده و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح این متغیر است. بررسی روایی پرسشنامه به روش تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه دارای دو بعد فراهیجان مثبت و منفی و یک نمره کلی است که بر روی هم ۰/۵۶ از واریانس کل را تبیین می‌کند. همچنین، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است (میتمانسگروبر^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). در ایران نیز، روایی و پایایی این ابزار توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۳) جهت کاربرد در فرهنگ ایرانی بررسی و تایید گردیده است. آنها ضمن تایید روایی از طریق بررسی تحلیل عاملی تاییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی، پایایی ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در بعد فراهیجان منفی برابر با ۰/۷۰ و در بعد فراهیجان مثبت برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل فراهیجان برابر با ۰/۷۹، در بعد فراهیجان منفی برابر با ۰/۷۸ و در بعد فراهیجان مثبت برابر با ۰/۷۲ گزارش شد.

برنامه مداخله

برنامه طرحواره درمانی نخستین بار به وسیله یانگ در سال ۱۹۹۰ در قالب یک درمان یکپارچه معرفی شد. در این پژوهش، منظور از طرحواره درمانی، پروتکلی است که توسط یانگ و همکاران ابداع شد که این درمان طی ۸ هفته در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جدول ۱، شرح جلسات طرحواره درمانی ارائه شده است.

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
2. Zimet
3. Stanley
4. Meta-Emotion Scale
5. Mitmansgruber

جدول ۱. شرح مختصر جلسات طرحواره‌درمانی

| جلسه | هدف | محتوا | تکلیف |
|-------|--|---|--|
| اول | آشنایی و برقراری ارتباط با شرکت‌کنندگان | اجرای پیش‌آزمون، ایجاد رابطه، معرفی اهداف درمان، توضیح مبانی طرحواره‌درمانی، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و آغاز مفهوم‌پردازی موردی | استفاده مداوم از رویکرد ارتباطی طرحواره‌درمانی شامل مواجهه همدلانه و بازوالدینی حد و مرز |
| دوم | شناسایی و اعتبارسنجی طرحواره‌های فعال | بررسی شواهد تأیید یا رد طرحواره‌ها بر اساس گذشته و حال؛ تشریح طرحواره‌ها و ریشه‌های تحول آنها | بازگویی و دسته‌بندی تجربیات مثبت و منفی دوران کودکی و اکنون برای افزایش آگاهی طرحواره‌ای |
| سوم | مفهوم‌سازی موردی و شناسایی ریشه‌ها | شناسایی مشکلات اصلی، تهیه فهرست مشکلات، بررسی تاریخچه زندگی و ریشه‌های شکل‌گیری طرحواره‌ها | استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره برای سنجش منطقی بودن طرحواره |
| چهارم | درمان طرحواره‌ها با تکنیک تجربی | تمرکز بر تاریخچه زندگی و تشخیص اینکه مشکل ریشه در گذشته دارد یا حال؛ استفاده از تصویرسازی ذهنی | گفت‌وگو با جنبه‌های مختلف ذهنیت (به‌ویژه کودک آسیب‌پذیر) و ارائه تعریف جدید از طرحواره بر اساس شواهد |
| پنجم | درمان طرحواره‌ها با تکنیک شناختی | بررسی مزایا و معایب طرحواره‌ها و کمک به درک ناکارآمدی آنها؛ ادامه تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی | تهیه فلش‌کارت طرحواره برای مرور هنگام فعال شدن طرحواره |
| ششم | درمان طرحواره‌ها با تکنیک شناختی | بازسازی شناختی طرحواره‌ها، آموزش عدم برچسب‌زنی، کاهش فاجعه‌سازی و تفکیک افکار از احساسات | بررسی نقش طرحواره‌ها در ایجاد ترس‌ها و اثر باورها بر زندگی |
| هفتم | توسعه مهارت‌های تنظیم هیجان و ترسیم مسیر آینده | آگاهی هیجانی و ایجاد فضای هیجانی مثبت؛ شناسایی نشانه‌های یأس و برنامه‌ریزی اهداف آینده | تصویرسازی ذهنی و بازگشت به دوران کودکی برای شناسایی نیازهای هیجانی |
| هشتم | ارزیابی نهایی و جمع‌بندی | مرور تکالیف، جمع‌بندی تجارب و ارزیابی میزان دستیابی به اهداف | اجرای پس‌آزمون |

شیوه اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر بعد از آنکه شرکت‌کنندگان پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی و برابر در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، در مرحله پیش‌آزمون، از آنها درخواست که به پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مقیاس فراهیجان پاسخ دهند. پس از آن، برنامه طرحواره‌درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد اما شرکت‌کنندگان گروه کنترل در این برنامه شرکت نداشتند. جلسات به صورت هفتگی در ساعت ۱۰ تا ۱۲ روزهای چهارشنبه، در کلاسی ثابت در مرکز آموزشی و توانبخشی اسرا و توسط شخص پژوهشگر که دوره‌ی تخصصی طرحواره‌درمانی را گذرانده بود، اجرا می‌شد. پس از اتمام مداخله، در مرحله پس‌آزمون از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا بار دیگر به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دهند. لازم به ذکر است که در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل تأکید به اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان، اطمینان از حفظ ایمنی و سلامت شرکت‌کنندگان و اجرای رایگان مداخله برای شرکت‌کنندگان رعایت گردید. همچنین، پس از پایان مداخله، برنامه طرحواره‌درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز، در محل مرکز توانبخشی اجرا گردید. داده‌های گردآوری شده، در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش همچون میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و در بخش آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، داده‌های مطالعه با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره از طریق نرم‌افزار جامع آماری SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از مادران کودکان طیف خودمانده شرکت داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، به ترتیب برابر با ۳۶/۶۶ و ۶/۷۸ و در گروه کنترل برابر با ۳۶/۰۱ و ۶/۲۵ است. همچنین، ۶۰ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دارای مدرک تحصیلی دیپلم و کمتر از آن، ۱۳/۳ درصد دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و ۲۰ درصد دارای مدرک لیسانس و ۶/۷ درصد دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز، ۶۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدارک تحصیلی

دیپلم و کمتر از آن، ۱۳/۳ درصد دارای مدرک فوق دیپلم و ۲۰ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. در ادامه، در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل، در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | مولفه‌ها | تعداد | موقعیت | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|-------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|
| | | | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| حمایت اجتماعی ادراک‌شده | نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۴۹/۶۰ | ۱۷/۷۰ | ۵۰/۸۰ | ۱۵/۵۱ |
| | | ۱۵ | پس‌آزمون | ۵۶/۷۳ | ۱۶/۸۲ | ۵۰/۵۳ | ۱۵/۰۴ |
| | | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۸/۳۳ | ۶/۶۵ | ۱۹/۲۰ | ۴/۹۸ |
| | حمایت خانوادگی | ۱۵ | پس‌آزمون | ۲۰/۴۶ | ۶/۰۳ | ۱۹/۰۱ | ۵/۲۲ |
| | | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۸/۲۱ | ۷/۴۰ | ۱۶/۹۳ | ۶/۵۶ |
| | | ۱۵ | پس‌آزمون | ۲۰/۵۳ | ۵/۷۱ | ۱۶/۸۱ | ۶/۳۳ |
| | حمایت اجتماعی | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۳/۰۶ | ۷/۶۲ | ۱۴/۶۶ | ۵/۶۹ |
| | | ۱۵ | پس‌آزمون | ۱۵/۷۳ | ۷/۲۵ | ۱۴/۷۳ | ۵/۶۵ |
| | | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۷۵/۳۳ | ۱۹/۰۹ | ۷۶/۴۶ | ۲۰/۵۶ |
| | نمره کل فراهیجان | ۱۵ | پس‌آزمون | ۷۸/۰۰ | ۱۲/۹۶ | ۷۵/۸۰ | ۱۶/۳۸ |
| | | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۴۲/۰۱ | ۱۲/۴۳ | ۴۵/۴۰ | ۱۲/۴۱ |
| | | ۱۵ | پس‌آزمون | ۴۱/۰۰ | ۹/۸۱ | ۴۵/۶۶ | ۸/۹۷ |
| | فراهیجان منفی | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۹/۲۶ | ۴/۰۶ | ۹/۶۱ | ۳/۵۲ |
| | | ۱۵ | پس‌آزمون | ۸/۶۰ | ۳/۰۴ | ۹/۱۳ | ۲/۳۵ |
| | | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۳/۲۶ | ۴/۳۱ | ۱۴/۵۳ | ۴/۸۰ |
| شرم | ۱۵ | پس‌آزمون | ۱۲/۷۳ | ۳/۷۶ | ۱۴/۶۶ | ۳/۸۴ | |
| | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۲/۸۰ | ۴/۶۶ | ۱۵/۴۰ | ۵/۰۹ | |
| | ۱۵ | پس‌آزمون | ۱۴/۲۶ | ۳/۹۱ | ۱۵/۹۳ | ۴/۲۳ | |
| کنترل فکر | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۶/۰۱ | ۱/۶۴ | ۵/۸۶ | ۲/۳۲ | |
| | ۱۵ | پس‌آزمون | ۵/۲۶ | ۱/۳۸ | ۵/۹۳ | ۲/۱۸ | |
| | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۳۳/۲۶ | ۱۲/۹۴ | ۳۱/۲۶ | ۱۱/۰۶ | |
| فراهیجان مثبت | ۱۵ | پس‌آزمون | ۳۷/۱۳ | ۹/۰۶ | ۳۰/۱۳ | ۱۰/۳۳ | |
| | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۹/۶۰ | ۷/۲۷ | ۱۷/۸۶ | ۶/۷۸ | |
| | ۱۵ | پس‌آزمون | ۲۱/۰۶ | ۶/۵۱ | ۱۶/۸۰ | ۶/۹۹ | |
| شفقت | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۱۳/۶۰ | ۵/۸۶ | ۱۳/۲۰ | ۵/۵۹ | |
| | ۱۵ | پس‌آزمون | ۱۶/۰۶ | ۳/۷۶ | ۱۳/۳۳ | ۵/۲۸ | |
| | ۱۵ | پس‌آزمون | ۱۶/۰۶ | ۳/۷۶ | ۱۶/۰۶ | ۵/۲۸ | |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مولفه‌های آن (حمایت خانوادگی، حمایت اجتماعی و حمایت دوستان) و نمره کل فراهیجان، ابعاد فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی و مولفه‌های آن (خشم، شرم، کنترل فکر، سرکوب، شفقت و علاقه)، پیش از مداخله و پس از مداخله تغییر یافته است. بنابراین میانگین نمرات گروه آزمایش با گروه کنترل متفاوت بوده است در ادامه، جهت تعیین معناداری تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش و تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. به این منظور، ابتدا مفروضه‌های ضروری آن که شامل نسبی بودن متغیرهای همپراش و وابسته، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک، عدم همبستگی کامل میان همپراش‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون آماری لوین، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام. باکس بود، بررسی و تایید شد. در جدول ۳، وضعیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان و مولفه‌های آنها در گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش‌فرض‌های آماری «اثر بیلابی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی» مورد محاسبه قرار گرفته است.

جدول ۳. پیش‌فرض آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری

| گروه | نام آزمون | مقدار | آماره F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|------|-------------------|-------|---------|------------------|----------------|--------------|
| | اثر بیلابی | ۰/۸۹۶ | ۶/۰۳۷ | ۱۰ | ۷ | ۰/۰۱۳ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۱۰۴ | ۶/۰۳۷ | ۱۰ | ۷ | ۰/۰۱۳ |
| | اثر هاتلینگ | ۸/۶۲۴ | ۶/۰۳۷ | ۱۰ | ۷ | ۰/۰۱۳ |
| | بزرگترین ریشه روی | ۸/۶۲۴ | ۶/۰۳۷ | ۱۰ | ۷ | ۰/۰۱۳ |

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان مادران کودکان طیف خودمانده

سعیده حمامی و نفیسه خدادادی

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۳ آمده است، حاکی از آن است که احتمالاً گروه آزمایش و گروه کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و فراهیجان و مولفه‌های آنها تفاوت معناداری دارند ($P < 0.05$). به منظور پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری

| متغیرهای وابسته | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آزمون |
|-----------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|----------|------------|
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۵۳۱۷/۷۵۷ | ۱ | ۵۳۱۷/۷۵۷ | ۹۷/۴۵۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۶ | ۱/۰۰ |
| حمایت خانوادگی | پیش‌آزمون گروه | ۱۸۹/۹۲۰ | ۱ | ۱۸۹/۹۲۰ | ۷/۹۱۶ | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۴۰ | ۰/۷۷۲ |
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۳۲/۱۵۱ | ۱ | ۳۲/۱۵۱ | ۱۸/۰۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲۹ | ۰/۹۸۳ |
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۸۴/۰۴۷ | ۱ | ۸۴/۰۴۷ | ۳/۰۵۴ | ۰/۰۹۳ | ۰/۱۱۳ | ۰/۳۸۹ |
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۸۹/۹۱۳ | ۱ | ۸۹/۹۱۳ | ۷/۴۹۴ | ۰/۰۱۱ | ۰/۲۳۸ | ۰/۷۴۷ |
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۸۹/۹۱۳ | ۱ | ۸۹/۹۱۳ | ۸/۰۱۷ | ۰/۰۰۹ | ۰/۲۵۰ | ۰/۷۷۵ |
| حمایت اجتماعی | پیش‌آزمون گروه | ۶۴۳/۶۴۹ | ۱ | ۶۴۳/۶۴۹ | ۹۶/۹۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰۲ | ۱/۰۰ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۲۴/۷۸۷ | ۱ | ۲۴/۷۸۷ | ۳/۷۳۴ | ۰/۰۶۵ | ۰/۱۳۵ | ۰/۴۵۸ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۳۱۱۲/۸۰۷ | ۱ | ۳۱۱۲/۸۰۷ | ۳۱/۸۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۰ | ۱/۰۰ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۱۰۵/۲۰۱ | ۱ | ۱۰۵/۲۰۱ | ۱/۰۷۷ | ۰/۳۰۹ | ۰/۰۴۱ | ۰/۱۷۰ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۱۵/۵۹۷ | ۱ | ۱۵/۵۹۷ | ۰/۲۴۶ | ۰/۶۲۵ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۷۶ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۳۸/۷۸۵ | ۱ | ۳۸/۷۸۵ | ۰/۶۱۲ | ۰/۴۴۳ | ۰/۰۳۰ | ۰/۱۱۶ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۶/۱۰۱ | ۱ | ۶/۱۰۱ | ۱/۴۳۹ | ۰/۲۴۴ | ۰/۰۶۷ | ۰/۲۰۸ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۱/۲۳۲ | ۱ | ۱/۲۳۲ | ۰/۲۹۰ | ۰/۵۹۶ | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۸۱ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۴۵/۷۰۸ | ۱ | ۴۵/۷۰۸ | ۶/۶۷۶ | ۰/۰۱۸ | ۰/۲۵۰ | ۰/۶۹۱ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۳/۷۶۹ | ۱ | ۳/۷۶۹ | ۰/۵۵۰ | ۰/۴۶۷ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۰۹ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۰/۱۳۰ | ۱ | ۰/۱۳۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۹۲۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۱ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۱/۲۴۶ | ۱ | ۱/۲۴۶ | ۰/۰۹۳ | ۰/۷۶۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۶۰ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۲۷/۶۰۳ | ۱ | ۲۷/۶۰۳ | ۳۵/۴۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۹ | ۱/۰۰ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۵/۴۸۷ | ۱ | ۵/۴۸۷ | ۷/۰۴۴ | ۰/۰۱۵ | ۰/۲۶۰ | ۰/۷۱۴ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۲۱/۴۵۰ | ۱ | ۲۱/۴۵۰ | ۱/۳۱۲ | ۰/۲۶۶ | ۰/۰۶۲ | ۰/۱۹۴ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۱۵۷/۱۸۴ | ۱ | ۱۵۷/۱۸۴ | ۹/۶۱۵ | ۰/۰۰۶ | ۰/۳۲۵ | ۰/۸۳۹ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۲۶/۷۳۹ | ۱ | ۲۶/۷۳۹ | ۳/۸۵۸ | ۰/۰۶۴ | ۰/۱۶۲ | ۰/۴۶۴ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۴۶/۶۷۲ | ۱ | ۴۶/۶۷۲ | ۶/۷۳۳ | ۰/۰۱۷ | ۰/۲۵۲ | ۰/۶۹۵ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۲۴/۴۲۱ | ۱ | ۲۴/۴۲۱ | ۲/۱۹۶ | ۰/۱۵۴ | ۰/۰۹۹ | ۰/۲۹۲ |
| دوستان فراهیجان | پیش‌آزمون گروه | ۳۲/۵۵۴ | ۱ | ۳۲/۵۵۴ | ۲/۹۲۷ | ۰/۱۰۳ | ۰/۱۲۸ | ۰/۳۷۰ |

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مولفه حمایت اجتماعی در گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است ($P < 0.05$). در واقع، طرحواره درمانی موجب بهبود معنادار نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مولفه حمایت اجتماعی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است. با این حال، با این حال، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در مولفه‌های حمایت خانوادگی و حمایت دوستان معنادار نبود ($P > 0.05$). لذا، طرحواره درمانی نتوانسته است به بهبود مولفه‌های حمایت خانوادگی و حمایت دوستان منجر گردد. همچنین، با در نظر گرفتن نمره‌های پیش-آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت نمرات بین بعد فراهیجان مثبت و مولفه‌های سرکوب و شفقت در گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است ($P < 0.05$). در واقع، طرحواره درمانی موجب بهبود معنادار در بعد فراهیجان مثبت و مولفه‌های سرکوب و شفقت شده است. با این حال، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در نمره کل فراهیجان، بعد فراهیجان منفی و مولفه‌های خشم، شرم، کنترل فکر و علاقه معنادار نبود ($P > 0.05$). لذا، طرحواره درمانی نتوانسته است به بهبود نمره کل فراهیجان، بعد فراهیجان منفی و مولفه‌های خشم، شرم، کنترل فکر و علاقه منجر گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده، فراهیجان در مادران کودکان طیف خودمانده انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که طرحواره درمانی موجب بهبود نمره کل حمایت اجتماعی

ادراک شده و مولفه حمایت اجتماعی شده است؛ اما نتوانسته است مولفه‌های حمایت خانوادگی و حمایت دوستان را به طور معناداری بهبود ببخشد. علاوه بر این، این برنامه موجب بهبود بعد فراهیجان مثبت و مولفه‌های سرکوب و شفقت شده است. با این حال، تغییرات مشاهده شده در نمرات بعد فراهیجان منفی و مولفه‌های خشم، شرم، کنترل افکار و علاقه پس از اجرای طرحواره درمانی، از نظر آماری معنادار نبودند و این روش درمانی نتوانست به بهبود معنادار آنها منجر گردد. هر چند تاکنون پژوهشی با این عنوان انجام نشده است، با این وجود یافته‌های این مطالعه به طور غیرمستقیم با نتایج حاصل از مطالعات اصغرزاده و همکاران (۱۴۰۴)، شهام و همکاران (۱۴۰۰) و همچنین، لایوس و همکاران (۲۰۲۴) و کیم و کادیروف (۲۰۲۲) و میکولوس و همکاران (۲۰۲۲) همسو است؛ چراکه در این مطالعات نیز، طرحواره درمانی توانست بر وضعیت روانشناختی مادران دارای فرزند با رشد طبیعی، مادران کودکان طیف خودمانده و مادران دارای فرزند معلولیت جسمانی - حرکتی موثر واقع شود.

حال، در تبیین این یافته که طرحواره درمانی حمایت اجتماعی ادراک شده را در مادران کودکان طیف خودمانده بهبود بخشیده است، می‌توان چنین بیان کرد که این گروه از مادران غالباً با باورهای منفی و محدودکننده‌ای مانند درماندگی، بی‌کفایتی یا اجتناب از تعاملات اجتماعی مواجه هستند که تجربه حمایت اجتماعی را دشوار می‌سازد (طباطبایی و همکاران، ۱۴۰۱). طرحواره‌درمانی با شناسایی این باورهای ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با الگوهای شناختی سالم و انعطاف‌پذیر، امکان دریافت و تجربه حمایت واقعی از سوی اطرافیان را فراهم می‌سازد. به عبارت دیگر، این رویکرد روان‌درمانی مادران را قادر می‌سازد تا منابع حمایتی موجود در خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم زندگی را شناسایی کرده و فعالانه از آن‌ها بهره‌مند شوند. این فرآیند باعث می‌شود مادران احساس کنند که حمایت گرفتن نه نشانه ضعف، بلکه ابزاری مؤثر برای مدیریت چالش‌ها و ارتقای توانمندی‌های فردی آنان است. این تغییر شناختی به مادران کمک می‌کند تا در تعاملات اجتماعی فعال‌تر عمل نمایند و با اعتماد به نفس بیشتری به شبکه حمایتی خود متکی باشند.

با این حال، بررسی یافته‌های مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی نتوانسته است به بهبود معنادار حمایت خانوادگی و حمایت دوستان در مادران کودکان طیف خودمانده منجر گردد. در تبیین این یافته چنین می‌توان استنباط کرد که خانواده‌های دارای فرزند با نیازهای خاص همچون کودک مبتلا به اختلال طیف خودمانده، عموماً با چالش‌های متعدد و همه‌جانبه‌ای روبه‌رو هستند که بر وضعیت روانشناختی تمامی اعضا تأثیر منفی می‌گذارد و از انرژی روانی آنها می‌کاهد (باچهولز و همکاران، ۲۰۲۵). این در حالی است که حمایت کردن از یکدیگر، یک قابلیت اجتماعی به شمار می‌رود که نیازمند انرژی روانی بالا است. زمانی که همه اعضا به نحوی درگیر چالش‌های مرتبط با کودک مبتلا به اختلال طیف خودمانده در خانواده هستند، انرژی لازم را برای حمایت کردن از مادر خانواده نداشته و به نظر می‌رسد خود نیز نیازمند دریافت حمایت از سوی دیگری باشند. افزون بر این، زندگی این گروه از مادران امکان تحقق برخی از انتظارات در روابط دوستانه همچون نیاز به تعامل دائمی و دیدار با دوستان را منتفی می‌سازد؛ چراکه بسیاری از مادران درگیر مراقبت مستمر و مدیریت رفتارهای فرزند خود هستند، و این مسئولیت‌های روزمره فرصت و انرژی کافی برای تعامل با دیگران را محدود می‌کند. کاهش تعاملات اجتماعی با دوستان و کمبود فرصت برای ارتباطات معنادار، خود به خود ادراک حمایت از سوی آنها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که برنامه‌ای چون طرحواره‌درمانی به تنهایی قادر به ایجاد تغییر چشمگیر در وضعیت مادران نباشد؛ چراکه جلسات این مداخله عمدتاً بر وضعیت روانی خود مادر متمرکز بوده و اقدامی عملیاتی برای تغییر عینی و ملموس محیط پیرامون ارائه نمی‌دهد.

در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره درمانی منجر به بهبود فراهیجان مثبت در مادران کودکان طیف خودمانده شده است، چنین می‌توان گفت که مادرانی که درگیر مراقبت از فرزندان طیف خودمانده هستند، غالباً به دلیل فشارهای روانی، استرس مزمن و احساس ناکامی، گرایش بیشتری به تجربه هیجانات منفی دارند (لی و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌درمانی با تمرکز بر بازسازی باورهای منفی و ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، می‌تواند به ایجاد دیدگاه‌های انعطاف‌پذیر و واقع‌بینانه منجر شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). این تغییر در ساختار شناختی، به مادران کمک می‌کند تا حتی در شرایط دشوار، جنبه‌های مثبت زندگی خود را شناسایی کنند و فرصت بیشتری برای تجربه احساساتی مانند امید، رضایت و قدردانی بیابند. از سوی دیگر، فضای امن، ساختارمند و

حمایتگر جلسات طرحواره‌درمانی، به ویژه زمانی که به شکل گروهی برگزار می‌شود، بستری مناسب برای تجربه و تقویت فراهیجان مثبت فراهم می‌سازد. حضور در یک گروه متشکل از مادرانی با شرایط مشابه، نه تنها حس همدلی و همبستگی را تقویت می‌کند، بلکه باعث می‌شود هر فرد احساس کند در چالش‌های خود تنها نیست و دیگران نیز با دشواری‌های مشابه دست‌وپنجه نرم می‌کنند. این درک مشترک، اضطراب و احساس انزوا را کاهش می‌دهد و زمینه روانی لازم برای پذیرش و تجربه هیجانات مثبت را فراهم می‌کند. بدین ترتیب، ترکیب تکنیک‌های شناختی و هیجانی هدفمند، تعاملات گروهی و دریافت حمایت اجتماعی در طول جلسات طرحواره‌درمانی، موجب شکل‌گیری فرایندی تدریجی اما پایدار برای افزایش فراهیجان مثبت در مادران کودکان طیف خودمانده می‌شود.

در تبیین این یافته نیز که طرحواره‌درمانی منجر به بهبود مولفه شفقت در مادران کودکان طیف خودمانده شده است، چنین می‌توان گفت که بسیاری از این مادران، به دلیل فشارهای مداوم مراقبت از فرزند، انتظارات کمال‌گرایانه و خودانتقادی شدید، ممکن است در دام طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، ایثار افراطی یا معیارهای سخت‌گیرانه گرفتار باشند. این طرحواره‌ها مانع از شکل‌گیری نگرش‌های خوددوستانه و شفقت‌آمیز می‌گردد. در این میان، کاربست تکنیک بازوالدینی حد و مرزدار در طرحواره‌درمانی، به مادر کمک می‌کند تا با «کودک آسیب‌پذیر درون» خود ارتباط برقرار کند؛ این ارتباط هیجانی، زمینه‌ساز درک عمیق‌تر از رنج‌های گذشته و حال است و توانایی همدلی با خود و دیگران را افزایش می‌دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در نهایت، تجربه رابطه‌ای که در آن نیازهای هیجانی به رسمیت شناخته می‌شوند، موجب می‌شود مادر ارزش واقعی مراقبت، توجه و همدلی را درک کرده و در روابط خود با دیگران، به ویژه با فرزند مبتلا به اختلال طیف خودمانده، این نگرش شفقت‌آمیز را در پیش بگیرد.

در کنار این موارد، در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر مولفه سرکوب در مادران کودکان طیف خودمانده نیز می‌توان به این امر اشاره داشت که بسیاری از این مادران، به دلیل فشارهای روانی، انتظارات اجتماعی یا باورهای فرهنگی، یاد گرفته‌اند که هیجانات منفی مانند غم، خشم یا ناامیدی را بروز ندهند تا از تعارض یا قضاوت دیگران دوری کنند. در طرحواره‌درمانی، از طریق تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگو با بخش‌های مختلف «خود» و ایفای نقش، این مادران می‌آموزند که هیجانات سرکوب‌شده خود را شناسایی کرده و در فضایی امن و بدون قضاوت ابراز نمایند. علاوه بر این، ماهیت حمایتی و همدلانه جلسات درمانی، به ویژه در قالب گروهی، فضایی را ایجاد می‌کند که در آن مادران می‌توانند تجربه ابراز هیجان را بدون پیامدهای منفی بیاموزند. مواجهه تدریجی با هیجانات و دریافت واکنش‌های پذیرنده از سوی درمانگر و سایر اعضای گروه، به بازسازی باورهای نادرست در مورد «خطرناک بودن» یا «نامناسب بودن» ابراز احساسات کمک می‌کند. این فرآیند موجب کاهش نیاز به سرکوب مداوم احساسات و افزایش مهارت در ابراز سازگاران هیجان‌ها می‌گردد.

با وجود اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر بخشی از ابعاد فراهیجان، بررسی یافته‌های مطالعه نشان داد که طرحواره‌درمانی نتوانسته است به بهبود معنادار نمره کل فراهیجان، بعد فراهیجان منفی و مولفه‌های خشم، شرم، کنترل فکر و علاقه در مادران کودکان طیف خودمانده منجر گردد. در تبیین این یافته چنین می‌توان استنباط کرد که مادرانی که به صورت مزمن با استرس و اضطراب مواجه‌اند، ممکن است دچار افکار مزاحم و تکرار شونده‌ای شوند که حتی پس از اجرای جلسات طرحواره‌درمانی، همچنان به دلیل فشارهای محیطی و فقدان منابع حمایتی تداوم یابند. هرچند طرحواره‌درمانی می‌تواند بستر مناسبی برای شناسایی و بازسازی افکار و هیجانات ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم کند (جوشوا و همکاران، ۲۰۲۵)، اما نبود تغییرات اساسی در شرایط واقعی زندگی و همچنین، استفاده از پروتکل فشرده و کوتاه‌مدت طرحواره‌درمانی در این پژوهش، احتمالاً مانع از تثبیت و تعمیم مهارت‌های آموخته‌شده به این حوزه‌های خاص شده است. بر این اساس، ترکیب این عوامل فردی و محیطی می‌تواند توضیح دهد که چرا طرحواره‌درمانی در این مطالعه، به بهبود معنادار برخی از مولفه‌های فراهیجان منجر نشده است.

در نهایت، از آنجا که هر پژوهشی با مجموعه‌ای از محدودیت‌ها روبه‌رو است، از جمله محدودیت‌های پیش‌روی این پژوهش، عدم توانایی استفاده از نمونه‌گیری تصادفی بود که امکان تعمیم یافته‌های پژوهش به جامعه آماری را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد.

افزون بر این، این پژوهش بر مادران کودکان طیف خودمانده در شهرستان زرین شهر اجرا شد که از نظر جغرافیایی و فرهنگی امکان تعمیم یافته‌ها را به سایر جوامع محدود می‌سازد. همچنین، به دلیل مشغله‌های متعددی که مادران کودکان طیف خودمانده در زندگی شخصی خود با آن روبه‌رو بودند، علیرغم تلاش پژوهشگر، امکان اجرای مرحله پیگیری فراهم نشد و آثار بلندمدت مداخله بررسی و مطالعه نگردید. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای ظرفیت تعمیم‌دهی یافته‌های پژوهش و مطالعه آثار بلندمدت مداخله، در مطالعات آینده به بررسی آثار طرحواره‌درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و فراهیجان این گروه از مادران در سایر مناطق جغرافیایی پرداخته شود و شرکت‌کنندگان در مرحله پیگیری نیز مورد ارزیابی قرار گیرند. همچنین، با در نظر داشتن تاثیرات مثبت طرحواره درمانی بر مادران کودکان طیف خودمانده، پیشنهاد می‌گردد که روانشناسان و مشاوران به منظور بهبود بخشیدن به سلامت روان این افراد، از این روش درمانی در مراکز سلامت روان و کلینیک‌های روانشناختی بهره‌جویند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1404.003 اجرا شد. بدین‌وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

منابع

- احمدی، ج.، صفری، ط.، همیتیان، م.، و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روانسنجی آزمون تشخیصی اوتیسم (GARS) مرکز آموزش و توانبخشی کودکان اوتیسم اصفهان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۱)، ۸۷-۱۰۴. [\[link\]](#)
- اصغرزاده رفسنجانی، س.، وزیری یزدی، س.، و سعید منش، م. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش فرزندپروری باکفایت مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران و کاهش شدت علائم اختلال طیف اوتیسم کودکان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴(۳)، ۱۹۲-۱۸۳. [\[link\]](#)
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۵(۵۹)، ۳۳۸-۳۳۶. [\[link\]](#)
- جوادیان، س.ر.، خالقی، ل.، و فتحی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر عاطفه منفی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول. *روان‌پرستاری*، ۶(۵)، ۳۳-۲۵. [\[link\]](#)
- رضایی، ن.م.، پارسایی، ا.، نجاتی، ع.، نیک‌آمال، م.، و هاشمی‌رزینی، س. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *تحقیقات روانشناختی*، ۶(۲۳)، ۱۲۴-۱۱۱. [\[link\]](#)
- شهام، ن.، کاظمیان‌مقدم، ک.، و هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تنیدگی والدگری و سخت‌روی روان‌شناختی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۶۳(۲۱)، ۶۰-۵۱. [\[link\]](#)
- طباطبایی، م.، آقایی، ح.، و صابری، س. (۱۴۰۱). تأثیر اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده، انعطاف-پذیری شناختی و تبادل عاطفی در مادران دارای فرزند اوتیسم. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۱۳(۲)، ۶۷-۷۸. [\[link\]](#)
- Bailen, N. H., Wu, H., & Thompson, R. J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*, 19(5), 776. [\[link\]](#)
- Buchholz, A., Czerwińska, K., & Wolan-Nowakowska, M. (2025). Perceived social support by mothers of children with autism spectrum disorder. *Polityka Społeczna*, 608(2). [\[link\]](#)
- Dawson, G., Rieder, A. D., & Johnson, M. H. (2023). Prediction of autism in infants: progress and challenges. *The Lancet Neurology*, 22(3), 244-254. [\[link\]](#)
- Gilliam, J.E., (2005). *Gilliam autism rating scale: Second edition*. Austin, TX.: PRO-ED. [\[link\]](#)
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113452. [\[link\]](#)

- Jassim, N., Baron-Cohen, S., & Suckling, J. (2021). Meta-analytic evidence of differential prefrontal and early sensory cortex activity during non-social sensory perception in autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 146-157. [\[link\]](#)
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2025). Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, Published online. [\[link\]](#)
- Kaçan, H., Kaş Alay, G., Yeyit, Ş., Gümüş Çalış, G., & Birol, Z. (2025). The Effect of Applied Group Training on Perceived Social Support, Depressive Symptoms, and Self-Compassion Given to Mothers with Children with Autism: a Quasi-Experimental Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-10. [\[link\]](#)
- Kim, K. A., & Kadyrov, R. V. (2022). Group schema therapy in reducing stress among parents raising a child with disabilities. *SibScript*, 24(4), 517–524. [\[link\]](#)
- Kiraz, S., & Sertçelik, S. (2021). Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(5), 1055-1064. [\[link\]](#)
- Laious, R., Galanaki, E. P., Aggeli, A., Tzavara, C., Argalia, E., Bakourini, D., ... & Sintila, I. (2024). Evaluation of a Schema Therapy-Based Prevention Group Program for Children and Their Parents. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 24(2), 23-52. [\[link\]](#)
- Li, F., Tang, Y., Li, F., Fang, S., Liu, X., Tao, M., ... & Jiang, L. (2022). Psychological distress in parents of children with autism spectrum disorder: A cross-sectional study based on 683 mother-father dyads. *Journal of Pediatric Nursing*, 65, 49-55. [\[link\]](#)
- Liu, L. (2021, December). Teacher with Different Meta-Emotion Level: Their Understanding of and Responses to Children's Negative Emotions. In *2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)* (pp. 2250-2255). Atlantis Press. [\[link\]](#)
- Mansell, W., Barnes, A., Grant, L., & De Sousa, L. M. (2022). Do meta-emotion strategies and their effects vary in students between their family home and their university home? *Current Psychology*, 41(7), 4920-4930. [\[link\]](#)
- Masa'Deh, R., Sawalha, M. A., Maabreh, R. S., Aslanoğlu, A., Safieh, H. A., Elshatarat, R. A., ... & Al-Sayaghi, K. M. (2025). Perceived social support as a moderator of posttraumatic stress in parents of children with autism spectrum disorder. *Scientific Reports*, 15(1), 29252. [\[link\]](#)
- Megreya, A. M., Al-Attiyah, A. A., Moustafa, A. A., & Hassanein, E. E. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101600. [\[link\]](#)
- Miklósi, M., Nagy, V., & Oláh, S. (2022). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Parenting: Toward a Cognitive/Schema Model. *European Psychiatry*, 65(S1), S422-S423. [\[link\]](#)
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schübler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and individual differences*, 46(4), 448-453. [\[link\]](#)
- Napitupulu, L., & Kurniawan, Y. (2023). Online Social Support and Psychological Well-Being of Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder. *European Journal of Educational Research*, 12(2). [\[link\]](#)
- Oshima, F., Shaw, I., Ohtani, T., Iwasa, K., Nishinaka, H., Nakagawa, A., & Shimizu, E. (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. [\[link\]](#)
- Oude Voshaar, R., van Dijk, S., Spruit-Veenstra, M., Ouwens, M., & Videler, A. (2024). Schema Therapy for the Treatment of Personality Disorder in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(4), S8. [\[link\]](#)
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Medvedev, O. N., Hwang, Y. S., & Myers, R. E. (2021). A component analysis of the mindfulness-based positive behavior support (MBPBS) program for mindful parenting by mothers of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 12(2), 463-475. [\[link\]](#)

- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging & mental health*, 2(3), 186-193. [\[link\]](#)
- Swandari, D. N., & Mumpuniarti, M. (2020). Pencapaian pemahaman orang tua dalam membimbing tata krama anak autis. *JPPM (Jurnal Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat)*, (1). [\[link\]](#)
- 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. [\[link\]](#)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. [\[link\]](#)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41. [\[link\]](#)