

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

صفورا کیوانلو^۱، زهره رفیعی راد^۲، محمد نریمانی^۳، سجاد بشرپور^۴

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ دانشجوی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

امروزه مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارای مشکلات هیجانی بسیاری هستند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کمتر از پانزده سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ بود. با مراجعه به اداره بهزیستی شهر اردبیل از بین مراکز توانبخشی و مدارس استثنایی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله، ۴ مرکز و مدرسه انتخاب شد و تعداد ۴۰ نفر از خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و همخوان با ملاک‌های ورودی پژوهش و متمایل به شرکت در درمان از مرکز بهزیستی شهرستان اردبیل انتخاب کرده و مادران خانواده به صورت گمارش تصادفی در دو گروه، آزمایش ($n=20$) و کنترل ($n=20$) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه، طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده اما گروه کنترل دریافتی نداشتند. اعضای دو گروه به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۲) قبل و پس از درمان پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری ($P<0/01$) و تداوم هیجانی ($P<0/01$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر این درمان باعث کاهش معنادار در نمرات متغیرهای نشخوار فکری و تداوم هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد مطالعه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان یک درمان موثر در اصلاح بسیاری از طرحواره‌های هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی هیجانی، نشخوار فکری، تداوم هیجانی، کم‌توانی ذهنی.

۱. مقدمه

کم‌توانی ذهنی^۱ یا ناتوانی هوشی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علت‌های مشابه و آثار همانند، در همه افراد کم‌توان ذهنی مشاهده نمی‌گردد (هالاها، کافمن، پولن و بادار، ۲۰۲۰). نخستین بار، انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا در سال ۱۹۶۱ از واژه عقب‌ماندگی ذهنی^۲ استفاده نمود. در واقع، عقب‌ماندگی ذهنی جایگزین واژه‌هایی مانند سبک مغز، کودن، احمق، کانا، کالیو و نابهنجاری ذهنی گردید (عاشوری و یزدانی‌پور، ۱۳۹۷). در سال ۲۰۰۷، انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا به انجمن ناتوانی هوشی و تحولی آمریکا تغییر نام پیدا کرد و برای نخستین بار در همان سال، واژه ناتوانی هوشی یا کم‌توانی ذهنی را به جای عقب‌ماندگی ذهنی به کار بردند و کم‌توانی ذهنی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت. در حال حاضر، واژه عقب‌ماندگی ذهنی منسوخ گردیده و همه مراکز علمی واژه کم‌توانی ذهنی را تأیید می‌نمایند (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۲۰۱۶). کم‌توانی ذهنی به محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوشبهر ۷۰ تا ۷۵ یا کمتر) و رفتار سازشی که به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) محسوب می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). دیدگاه سیستمی و خانواده درمانی در تعیین میزان آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تأکید می‌کنند که خانواده به عنوان یک واحد تعاملی، از اعضای خود تأثیر می‌گیرد. به طوری که تعاملات درون خانواده یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی می‌باشد. روابط درون خانواده چنانچه به نحوی باشد که منتج به اضطراب برای افراد گروه گردد، امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سرمنشاء بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری و شخصیتی آن‌ها گردد. با این نگرش اختلال یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضاء تأثیرگذار می‌باشد (سیداسماعیلی‌قمی، کاظمی و پزشکی، ۱۳۹۴). افراد در این سیستم به‌طور پیوسته در تلاش برای رسیدن به تعادل مجدد تکامل پیدا می‌کنند. در این میان تولد یک کودک با ناتوانی‌های رشدی موجب بروز مشکلی جدی در حفظ این تعادل شده و خانواده را به سمت تجربه‌ی مشکلات مربوط به آن سوق می‌دهد (کندال و مریک، ۲۰۱۵). تولد کودک کم‌توان ذهنی اغلب به عنوان شوک شدیدی در خانواده تلقی می‌شود و در شرایط معمول زندگی اختلال ایجاد می‌کند (قاسمی‌پور و روشن، ۱۳۹۸). مطالعات نشان داده است که وجود کودک با محدودیت عملکردی و وابستگی طولانی، نیازمند مراقبت ویژه است و تمام نیروی مادر را بر خود متمرکز می‌کند. مادر نمی‌تواند به ابعاد دیگر زندگی رسیدگی کند و سلامت مادر و خانواده به خطر می‌افتد (بذرافشان و حجتی، ۱۳۹۸). والدین و به‌خصوص مادران این کودکان با مشکلات متعدد و شرایط دشواری روبه‌رو هستند (الهورانی، حاسان و بتینه، ۲۰۱۷).

در مورد این مسئله می‌توان اذعان داشت که درمان‌های مرتبط با تنظیم هیجان با کمک به شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان‌ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده و غیره، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات مادران دارای فرزند معلول فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی آنان می‌گردد؛ چرا که گلیدن، بلینگ و جاب^۳ (۲۰۱۶)، در پژوهش خود نشان دادند مادران کودکان کم‌توان ذهنی نمره بیشتری را در روان‌رنجوری (مانند خشم و ترس و افسردگی و به طور کلی عواطف منفی) نسبت به مادران کودکان طبیعی داشتند که نشان می‌دهد آن‌ها ثبات هیجانی کمتری نسبت به مادران کودکان

^۱Mental disability^۲Hallahan, Kauffman, Pullen & Badar^۳Mental retardation^۴Kandel & Merrick^۵AlHorany, Younis & Bataineh^۶Glidden, Billings & Jobe

طبیعی دارند. طرحواره درمانی هیجانی شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی با اقتباس از نظریه شناختی یک، طرحواره درمانی یانگ، الگو فراشناختی ولز و رویدادهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲). طرحواره درمانی هیجانی یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی است زیرا از نگاه لیهی هیجان ها هم یک پدیده فردی و هم اجتماعی می باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می شود. طبق این الگو، تفاوت های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان های آنان، طرحواره های هیجانی نامیده می شود (لیهی، ۲۰۱۵).

در این الگو، در زمان تجربه یک هیجان ناخوشایند، این راهبردها و فرایندهای تفسیر به کار گرفته می شوند. اولین گام در هنگام ظهور یک هیجان، توجه کردن به آن هیجان است که هم می تواند شامل توجه و هم برچسب زدن به هیجان ها باشد. دومین گام در الگو لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از هیجان است (لیهی، ۲۰۱۸). این اجتناب می تواند هم به صورت طبیعی و هم به صورت بیمارگونه مصرف مواد مخدر، نشخوار فکری و نگرانی، پرخوری رخ دهد. این تفاسیر و راهبردها یا همان طرحواره های هیجانی، موانعی برای درمان شناختی رفتاری هستند، چون مواجهه طولانی در تضاد با نظریه فرد در این باره است که اضطراب چگونه مدیریت می شود (لیهی، ۲۰۰۷). لیهی برای طرحواره های هیجانی ۱۴ بعد را در نظر می گیرد که این ابعاد راهبردهای مقابله و تفاسیر گوناگون مربوط به هیجان ها را توصیف می کنند و بر اساس مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی استوار هستند. این ابعاد چهارده گانه عبارت اند از: اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، دیدگاه ساده انگارانه درباره هیجان، ارزش های برتر، کنترل، کرحتی، نیاز به خردگرا بودن، دوام، همگانی بودن هیجان، پذیرش احساس ها، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش (لیهی، ۲۰۱۵). فعال شدن طرحواره گناه و شرم درباره یک هیجان و به دنبال آن سرزنش موجب به کارگیری راهبردهای مقابله ای ناکارآمدی می شود که یکی از آن ها نشخوار ذهنی افکار است. این بعد نشان می دهد که افراد تا چه اندازه روی یک هیجان متمرکز می گردد و مکرراً تجربه منفی خود را مرور می نمایند. افرادی که در این طرحواره نمره ی بالایی می گیرند، هنگام مواجه شدن با هیجان های ناخوشایند مدام ذهن خود را با افکاری مانند اینکه "چه خطایی از من سر زده که چنین احساسی دارم؟ چه طور می توانم از شر این احساسات رهایی یابم؟" درگیر می کنند. بیمار باور دارد که نشخوار ذهنی موجب پاسخی خواهد شد تا توضیح دهد چرا او هیجانی دارد که نادرست است (لیهی، ۲۰۱۵). طرحواره هیجانی تداوم یا مدت به این باور دلالت دارند که هیجان های ناخوشایند مانند اضطراب یا افسردگی مدت زیادی باقی می ماند. در واقع فرد پیش بینی می نماید که "چون الان احساس غم دارم تا همیشه غمگین خواهم ماند". تمرکز بر یک عنصر با کنار گذاشتن سایر عوامل مؤثر و تخمین کمتر از حد واقعی تاثیر عوامل تسکین دهنده، از پیامدهای داشتن این باور می باشد. افرادی که این باور در آن ها قوی می باشد از آزمایش رفتاری اجتناب می نمایند و این خود موجب حفظ و گسترش آن می نمایند. تغییر باور مدت هیجان، عاملی مهم در افزایش توانایی تحمل هیجان می باشد. پژوهش ها نشان داده است افراد مبتلا به وسواسی جبری بر این باورند که اگر در معرض آلودگی قرار گیرند و از عمل اجبار پیشگیری می نمایند، اضطراب آن ها تا مدت نامحدودی ادامه خواهد یافت. بیماران مبتلا به اختلال پانیک هم بر این باور هستند که اضطراب آن ها بی پایان خواهد بود. در پژوهش های دیگری که بر روی اختلال افسردگی صورت گرفته نشان داده شده است که باور در مورد مدت افکار و هیجان ها در تداوم اختلال نقش دارند (لیهی، ۲۰۱۵).

بسیاری از نظریه پردازان در حوزه آسیب شناسی روانی در تبیین اختلالات روانی، نقش و جایگاه متفاوتی را برای هیجان ها قائل شده اند. امروزه گذشته از مدل های التقاطی، بسیاری از نظریات شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان ها در تحول و تداوم اختلالات روانی پی برده اند، به طوری که بسیاری از آن ها هیجان ها را همتراز با شناخت ها در ایجاد اختلالات روانی می دانند و به

سمت مدل‌های شناختی هیجانی حرکت کرده‌اند (لیهی، ۲۰۱۵). هسته‌ی مرکزی درمان در این پژوهش آموزش راهبردهای طرحواره‌های هیجانی مبتنی بر تنظیم هیجان است که در نظریه‌ی طرحواره درمانی هیجانی لیهی به آن اشاره شده است؛ با توجه به نقش هیجان و مدیریت آن در خانواده‌هایی که دارای کودک مبتلا به اختلال هستند، بررسی علمی تأثیر این درمان در طرحواره‌های هیجانی نشخوار فکری و احساس گناه مادران کودکان مبتلا به اختلال کم توانی ذهنی ضروری است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار نشخوار فکری و احساس گناه در مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌باشد.

۲. روش

پژوهش حاضر بر اساس هدف کاربردی و از نوع تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمتر از پانزده سال، شهرستان اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. که از این تعداد، ۴۰ نفر از خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی را به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و همخوان با ملاک‌های ورودی پژوهش و متمایل به شرکت در درمان از مرکز بهزیستی شهرستان اردبیل انتخاب کرده و مادران خانواده را به صورت گمارش تصادفی در دو گروه، آزمایش ($n=20$) و کنترل ($n=20$) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل: داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی برای گروه مادران کودکان کم‌توان ذهنی بر طبق ملاک‌های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت و موافقت برای حضور در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن بیش از یک فرزند مبتلا به اختلال کم‌توان ذهنی، عدم رضایت و همکاری در پژوهش و استفاده از درمان‌های روانشناختی یا دارو درمانی برای مشکلات روحی در شش ماه گذشته و داشتن بیماری جسمی و سوء مصرف مواد می‌باشد. سپس روش طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله‌ای دریافت نکرد. و در پایان اعضای دو گروه به پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ دادند و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در جدول ۱ پروتکل درمانی طرحواره‌های هیجانی توضیح داده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی^۸ (LESS): مقیاس طرحواره‌درمانی هیجانی لیهی، توسط لیهی در سال ۲۰۰۲ و به منظور شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجانات و طرحواره‌های هیجانی آن‌ها معرفی شده است. در این مقیاس افراد دیدگاه خود را درباره ۵۰ عبارت و در یک مقیاس ۶ گزینه‌ای بین ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) ابراز می‌دارند. اعتباربخشی هیجانی، درک هیجانی، احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، پیگیری ارزش‌های بالاتر، کنترل بی‌حسی هیجانی، نیاز به منطق‌گرایی، تداوم هیجانی، همگانی بودن هیجانات، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانی و سرزنش دیگران، طرحواره‌های هیجانی مورد ارزیابی در این مقیاس می‌باشد. هر یک از این ابعاد بین ۲ تا ۷ عبارت را در خود گنجانده است. سوالات ۱۶، ۴۹، ۵، ۱۰، ۳۳، ۴۵، ۲۵، ۷، ۲۷، ۴۴، ۲۹، ۳، ۱۹، ۲، ۱۲، ۲۰، ۵۰، ۹، ۲۸، ۱، ۳۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. از آن جا که برخی از ابعاد طرحواره‌های ناسازگار و برخی طرحواره‌های سازگار را می‌سنجد لذا نمره کلی وجود ندارد و نمرات هر بعد جداگانه محاسبه می‌شود (لیهی، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای که بر روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده بر روی فرم اصلی این مقیاس انجام شد، همسانی درونی بالایی به میزان ۰/۸۰ گزارش شده است (لیهی، ۲۰۱۱). همچنین در مطالعه‌ای

^۸Leahy Emotional Schema Therapy Scale

دیگر آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ و ضریب اعتبار و نیمه آن برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است (باردن، فرگوس و اورکت، ۲۰۱۳). در پژوهش خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان در سال ۱۳۹۲ همبستگی هر گویه را با نمره کل زیر مقیاس مربوط به آن بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ و همبستگی هر گویه با نمره کل مقیاس را بین ۰/۱۲ تا ۰/۵۲ به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته باری کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، از پرسشنامه جمعیت‌شناسی (ضمیمه شده به پرسشنامه‌ها) جهت سنجش متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن مادر و کودک، میزان تحصیلات مادر، جنسیت کودک، تنها در مرحله پیش‌آزمون، استفاده گردید.

جدول ۱: پکیج موضوعات و محتوای طرحواره‌درمانی هیجانی

مراحل	موضوعات	محتوای مداخله
۱	سنجش	آشنایی درمانگر با اعضای گروه و اعضا با یکدیگر، توضیح هریک از اعضا در مورد هدف از شرکت در گروه، سنجش خط پایه اول، امضای قرارداد رفتاری شرکت در پژوهش، تعیین زمان حضور برای شرکت در درمان
۲	ارزیابی اولیه میزان متغیرها	تبیین متغیر براساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به آزمودنی‌ها جهت افزایش درک و فهم اعضا از هیجان، بیان منطق و مراحل مداخله. تمرین توجه آگاهی انفصالی، تکلیف منزل: توجه آگاهی انفصالی
۳	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبار زاد، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تکلیف منزل: اعتبار بخشی دلسوزانه به خویش و توجه آگاهی انفصالی به هیجان.
۴	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی دردرساز.	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجار سازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف منزل: ثبت مزایا و معایب این ل و به که هیجان‌های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان تنها با تجربه می‌کنند همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان.
۵	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردرساز	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز سرن هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی. ذهن منزل: مشاهده و توصیف هیجان.
۶	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه نگاری دلسوزانه
۷	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
۸	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خود آیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو به پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته بندی افکار منفی
۹	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی فن درجه بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و

^۱Bardeen, Fergus & Orcutt

مزایای افکار منفی.	
۱۰	جمع بندی و ارزیابی
ارزیابی میزان نیل به اهداف اعضا. آماده کردن اعضا برای پایان درمان. کمک به تداوم آموخته‌های جدید از طریق بررسی موانع و مشکلات احتمالی در این مسیر و تلاش برای رفع یا کاهش آن‌ها. دریافت بازخورد از اعضا راجع به کمیت، کیفیت و اثر بخشی جلسات درمانی. اجرای پس آزمون.	

۳. یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۴۰ نفر از مادران کودکان دارای اختلال کم‌توانی ذهنی در ۲ گروه ۲۰ نفری (آزمایش و کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای بی‌حسی هیجانی و ساده‌انگاری هیجانی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر بی‌حسی هیجانی . ساده‌انگاری هیجانی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار فکری	کنترل	۷/۳۰	۱/۴۹	۷/۲۲	۱/۴۹
	مداخله	۸/۲۵	۱/۵۸	۳/۶۵	۰/۹۹
تداوم هیجانی	کنترل	۱۷/۲۰	۲/۱۹	۱۷/۲۵	۲/۲۲
	مداخله	۳۱/۶۰	۱۰/۷۰	۶/۷۵	۱/۴۵

نتایج یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی مادران در دو گروه آزمایش و کنترل ($34/7 \pm 61/27$) و ($31/3 \pm 24/91$) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیر نشخوار فکری در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ($7/1 \pm 30/49$) و در مرحله پس‌آزمون ($7/1 \pm 20/49$) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($8/1 \pm 25/58$) و در مرحله پس‌آزمون ($3/0 \pm 65/99$) است. همچنین میانگین و انحراف معیار تداوم هیجانی در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ($17/2 \pm 20/19$) و در مرحله پس‌آزمون ($17/2 \pm 25/22$) است و در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ($31/10 \pm 60/70$) و در مرحله پس‌آزمون ($6/1 \pm 75/45$) می‌باشد.

برای بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، پیش فرض‌های مربوطه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در پس‌آزمون نشخوار فکری و تداوم هیجانی

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
نشخوار فکری	۱/۲۲	۱	۳۸	۰/۱۲
تداوم هیجانی	۲/۴۸	۱	۳۸	۰/۲۷

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا، از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به مقدار F و عدم معناداری آزمون لون ($p > .05$) پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد. به منظور بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار است ($P = 0/39, F = 1/04$).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین نمرات متغیرهای بی‌حسی هیجانی و ساده انگاری

هیجانی						
متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۲۴/۵۰۶	۱	۲۴/۵۰	۲۵/۰۱	۰/۴۰
	گروه	۱۵۶/۲۰۹	۱	۱۵۶/۲۰	۱۰۹/۴۶	۰/۸۱
تداوم هیجانی	پیش‌آزمون	۷۸/۴۹	۱	۷۸/۴۹	۲۸/۶۹	۰/۴۳
	گروه	۹۲۸/۰۲	۱	۹۲۸/۰۲	۳۳۹/۱۱	۰/۹۰

بنابراین تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد و نتایج آن نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه‌ها وجود دارد. ($F=۶۵/۹۶$, $P<۰/۰۰۰۱$, $\eta^2=۰/۱۶۵$) لامبدای ویکلز). به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در تک‌تک متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای متغیرهای نشخوار فکری و تداوم هیجانی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است. نتایج نشان داد که در متغیرهای پژوهش بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه بخش عمده‌ای از واریانس تغییرات در نشخوار فکری (۰/۸۱) و تداوم هیجانی (۰/۹۰) در پس‌آزمون به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی مربوط می‌شود. همچنین می‌توان گفت پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان نشخوار فکری ($F=۱۵۹/۴۹$, $P<۰/۰۱$) و تداوم هیجانی ($F=۳۳۹/۱۱$, $P<۰/۰۱$) بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد. به عبارتی دیگر، گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی به شیوه گروهی باعث کاهش نشخوار فکری و تداوم هیجانی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی شده است. در واقع این روش درمانی در افراد مورد مطالعه در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی کاهش معناداری در طرحواره‌های هیجانی ناسازگار در مادران کودکان کم‌توان ذهنی داشته است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های لیهی (۲۰۰۲، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۵)؛ دانشمندی، ایزدی‌خواه، کاظمی و مهرایی (۱۳۹۲)؛ رضایی و رضایی (۱۳۹۳)؛ نادری، مرادی، حسنی و نوحی (۱۳۹۴)؛ رضایی، رضایی و غضنفری (۱۳۹۵)؛ امام‌زمانی، مشهدی و سپهری شاملو (۱۳۹۵)؛ عابدی، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی (۱۳۹۶)؛ حساس، مشهدی، سپهری و فیاضی (۱۳۹۶)؛ مرواریدی (۱۳۹۷)؛ شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجیدی (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی در کاهش کاربرد طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد همخوان است و به عبارت دیگر این درمان می‌تواند در کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد. در تبیین این یافته که از پژوهش بدست آمد می‌توان گفت، هدف اصلی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی و اصلاح باورهای افراد مختلف در مورد هیجاناتشان می‌باشد. در راستای این هدف، ابتدا اعضای گروه آزمایش با پاسخ‌دهی به مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی، به درمانگر در جهت شناسایی طرحواره‌های خود کمک کردند. سپس در جلسات درمانی، با معرفی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی 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 هیجانی خود، یاری رساندند. برای اصلاح کردن این طرحواره‌های هیجانی در مطالعه حساس و همکاران (۱۳۹۶) به باورداشتن به گذرا بودن هیجانات و احساسات، جایگزین باور بادوام بودن هیجانات در افراد پرداختند. به همین منظور، از تکنیک‌هایی همچون القای هیجان با هدف تجربه اوج و فرود هیجانات استفاده نمودند تا مادران ضمن تجربه هیجانات ناسازگار، دریابند که این هیجانات پایدار نبوده و پس از رسیدن به

اوج، فروکش می‌کند. استفاده از تمثیل خوش‌آمد گویی به مهمان که پیشتر توضیح داده شد، در اصلاح این طرحواره مناسب است. پر کردن برگه‌های شواهد تاییدکننده و ردکننده پایداری هیجانات و مزایا و معایب اعتقاد به گذرا بودن احساسات، به عنوان روش‌هایی دیگر در جهت چالش با طرحواره دوام به کار گرفت که بیش از پیش مادران گروه را به این باور رساند که تمامی هیجانات ما، اعم از خوشایند و ناخوشایند، به افکار، فعالیت‌ها، ساعات روز و سایر عوامل موقعیتی تغییر می‌کنند و هیچ هیجان و احساسی تا آخر عمر پایدار نیست. یکی دیگر از اقداماتی که جهت اصلاح طرحواره دوام که یکی از طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد به کار گرفته شد، آشنایی مادران با منابع پاداش متعدد آن‌ها است. اغلب افراد معتقد به تداوم هیجان و احساسات، فقط به منبع پاداش را به عنوان دلیل پایداری هیجانات و احساسات خود در نظر می‌گرفتند. مثلاً یکی از مادران گروه آزمایش اظهار داشت که من به خاطر داشتن فرزند کم‌توان ذهنی دیگر هیچگاه احساس خوشحالی ندارم و همواره غمگین خواهم بود. در حالی که منابع پاداش مستقیم و غیر مستقیم دیگری مانند حمایت اعضای خانواده، ارتقا شغلی و شکوفایی فرزندان به‌خصوص پیشرفت در کودک کم‌توان ذهنی نیز، وجود دارد که با آگاهی مادران از این موارد، توانستیم به کاهش و تضعیف طرحواره دوام در آنان دست یابیم.

با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر تاثیر معنادار طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش میزان نشخوار فکری و تداوم هیجانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی، می‌توان بیان نمود که این درمان از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در خصوص کاهش میزان انواع طرحواره‌های هیجانی ناسازگار برخوردار است. از عمده محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی، سطح تحصیلات و موقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی نمونه مورد بررسی بود. همچنین شدت اختلال کم‌توانی ذهنی دانش‌آموزان کنترل نشده بود که این موارد قابلیت تعمیم نتایج حاصله را با محدودیت روبرو می‌سازد. علاوه بر این عدم اجرای آزمون پیگیری به‌منظور ارزیابی پایداری اثرات درمان در دراز مدت می‌تواند جزء محدودیت‌های این پژوهش قلمداد شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی ویژگی‌های مذکور از طریق مصاحبه و پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل گردد. لذا در پایان توصیه می‌شود که دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای مشاوران و روان‌شناسان مدارس و سایر مراقبین سلامت به جهت آشنایی بیشتر با این برنامه درمانی به‌منظور کسب مهارت صورت گیرد.

منابع

- امام‌زمانی، ز، مشهدی، ع، سپهری شاملو، ز (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، اضطراب و نگرانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- بذرافشان، ع و حجتی، ح (۱۳۹۸). تأثیر تئوری سازگاری ROY بر تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان گنبد کاووس در سال ۹۶. نشریه پرستاری کودکان، ۵(۳)، ۷-۱.
- حساس، ا؛ مشهدی، ع و سپهری شاملو، ز (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر طرحواره‌های هیجانی، کیفیت زندگی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی. پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی.
- خانزاده، م؛ ادیسی، ف؛ محمدخانی، ش و سعیدیان، م (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی و مختصات روانسنجی مقیاس طرحواره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. مجله روانشناسی بالینی، ۳(۱۱)، ۹۱-۱۰۹.
- دانشمندی، س؛ ایزدی‌خواه، ز؛ کاظمی، ح و مهرابی، ح (۱۳۹۲). اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۲(۵)، ۱۴۸۱-۱۴۹۴.

رضایی، م و رضایی، م (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم رفتاری*. تهران. موسسه همایشگران مهر اشراق، مرکز همایش‌های دانشگاه تهران، ایران، ۴۵-۵۸.

رضایی، ف؛ رضایی، م و غضنفری، ف (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۲۴، شماره ۱، ۵۶-۴۱.

سیداسماعیلی قمی، ن؛ کاظمی، ف و پزشکی، ش (۱۳۹۶). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه افراد استثنایی*. ۱۷۵(۱)، ۱۴۸-۱۳۱.

شاه‌مرادی، ذ؛ خالقی‌پور، ش و مسجدی، م (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی "طرحواره درمانی" و "شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی" بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*. ۷(۶)، ۵۱-۴۱.

عابدی، ن؛ آهوان، س؛ اعظمی، ی و حسینی، س (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره‌های هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، سال ۷، شماره ۲۶، ص ۱۴۹-۱۶۳.

عاشوری، م و یزدانی‌پور، م (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توانبخشی*. ۱۹(۳)، ۲۶۲-۲۷۴.

قاسمی‌پور، ی و روشن، ب (۱۳۹۸). نقش ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۱۷۶-۱۸۷(۱)، ۱۷۶-۱۸۷.

مرواریدی، م؛ مشهدی، ع و سپهری شاملو، ز (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی نیشابور*، دوره ۷، شماره ۱، ص ۲۶-۳۵.

نادری، ی؛ مرادی، ع؛ حسینی، ج و نوحی، س (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ. *فصلنامه طب جانباز*، دوره ۷، شماره ۳، ص ۱۴۸-۱۵۵.

AlHorany, A. K., Younis, N. A., Bataineh, M. Z., & Hassan, S. A. (2017). Do mothers of children with autism are at higher risk of depression? A systematic review of literature. *Life Science Journal*, 10(۱), ۳۳۰۳-۳۳۰۸.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Ashori, M., & Jalil-Abkenr, S. S. (2016). Students with special needs and inclusive education. *Tehran: Roshd-e Farhang*, 103-129.

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(۳), ۳۸۲-۳۹۲.

Glidden, L. M., Billings, F. J., & Jobe, B. M. (2016). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(۱۲), ۹۴۹-۹۶۲.

Hallahan, D. P., Pullen, P. C., Kauffman, J. M., & Badar, J. (2020). Exceptional learners. In *Oxford Research Encyclopedia of Education*.

Kandel, I., & Merrick, J. (2015). The child with a disability: parental acceptance, management and coping. *TheScientificWorldJOURNAL*, 7.

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(۳), ۱۷۷-۱۹۰.

- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(۱), ۳۶-۴۵.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 109-131.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Leahy, R. L. (Ed.). (2018). *Science and practice in cognitive therapy: foundations, mechanisms, and applications*. Guilford Publications.