

رابطه طرحواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش، نگرش و انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اتیسم

مژگان اصغرخواه فرخانی^۱، سعید تیموری^۲

^۱ ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

^۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

نام نویسنده مسئول:

سعید تیموری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش، نگرش و انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اتیسم بود. طرح پژوهش همبستگی و جامعه ی آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اتیسم مدارس اتیسم شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اتیسم که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (یانگ (۲۰۰۳)، پرسشنامه پذیرش بوند و همکاران (۲۰۰۷)، پرسشنامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه گوندر (۲۰۰۲) و پرسشنامه ارزیابی انطباق پذیری و انسجام خانواده دیوید اچ. السون، یوآو لوی (۱۹۸۵) بود و داده های پژوهش با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین طرحواره ناسازگار اولیه و مولفه های آن (محرومیت هیجانی، طرد، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست در پیشرفت، بی کفایتی، آسیب پذیری، خود تحول نیافته، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، پیوند جویی آزاری، استحقاق و خویشتن داری) با پذیرش، نگرش و انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اتیسم در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و معکوس وجود داشت. **واژگان کلیدی:** طرحواره های ناسازگارانه اولیه، پذیرش، نگرش، انسجام خانواده، اتیسم.

مقدمه

اوتیسم^۱ اختلال رشد ذهنی پیچیده ای می باشد که معمولاً در ۳ سال اول زندگی شخص ممکن است بروز کند. به نظر می رسد که یک اختلال در سیستم عصبی که باعث عدم عملکرد صحیح مغز می شود در ایجاد این بیماری مؤثر می باشد. این اختلال در بیماران اُتیستیک باعث می شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت های ارتباطی به درستی عمل کند. کودکان و بزرگسالان اُتیستیک در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی، رفتارهای اجتماعی، فعالیت های سرگرم کننده و بازی دارای مشکل می باشند. این اختلال شرایطی مادام العمر است که با مشکلات فراگیر در روابط متقابل اجتماعی و ارتباطات، رفتارهای کلیشه ای و علایق محدود مشخص می شود. پس نقص در ارتباط، رفتارهای تکراری کلیشه ای و علایق محدود سه بخش اصلی نقصان کیفیت تعامل اجتماعی اوتیسم است (موری، کوشاف، براون، ابات و هادوین^۲، ۲۰۱۹). نگرش ها، رفتار را هدایت می کنند، نگرش والدین نسبت به کودک اوتیسم نیز از عوامل پیش بینی کننده آن است. نگرش^۳ مجموعه ای از اعتقادات، عواطف و نیت های رفتاری نسبت به یک شیء، شخص یا واقعه است. به عبارتی تمایل نسبتاً پایدار به شخصی، چیزی یا رویدادی است که در احساس و رفتار نمایان می شود. نگرش، نظامی بادوام است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است (موقری، نیکبخت، نصرآبادی، مهران، باز قلعه و رحیمی، ۱۳۹۳). در واقع نگرش افراد نسبت به کودکان اوتیسم از عوامل مهم و تعیین کننده در پذیرش یا عدم پذیرش این گروه در اجتماع می باشد. تجارب و آگاهی ها باعث می شوند تا انسان ها شناخت واقعی و مناسبی نسبت به مسائل و پدیده های اطراف خود به دست آورند. بررسی ها نشان می دهند داشتن تجربه تماس و تعامل اجتماعی با کودکان اوتیسم تأثیر مثبت بر جای می گذارد. به طور کلی در شکل گیری نگرش نسبت به افراد استثنایی عوامل متعددی ممکن است دخالت داشته باشند. این عوامل را می توان در فرهنگ افراد، باورهای مذهبی، زمینه تاریخی و خانوادگی آنها، میزان وقوع، نوع تماس و تعامل اجتماعی و همچنین میزان آگاهی و اطلاعات درباره موضوع موردنظر جست و جو کرد (مایرز^۴، ۲۰۱۱).

والدین کودکان مبتلا به اوتیسم با چالش های فراوانی روبرو هستند. دیده شده که این والدین نسبت به والدین سایر کودکان نیازهای ویژه، استرس بالاتری را تجربه می کنند. یکی از بزرگترین نگرانی های آنها در مورد آینده ی کودک است، این کودک دیگر هیچ وقت کاملاً بهنجار نخواهد بود و اینکه اطرافیان شرایط کودک را درک نکنند و نسبت به کودک و والدینش واکنش منفی بروز دهند. در واقع استرس زا ترین عاملی که والدین اوتیسم آن را تجربه می کنند، پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای اوتیستیک و شکست در گرفتن حمایت های اجتماعی است (حاتمی، عباسی، صفایی، ۱۳۹۵). پذیرش مادران نیز نشانه کفایت روابط مادر و کودک در رابطه با ابراز عواطف صادقانه و علاقه به فعالیت های کودک، پیشرفت و درک کودک است. پذیرش، جایگزینی برای اجتناب تجربه ای است. پذیرش عبارت است از: به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه های درونی فرد؛ بدون اینکه بی جهت برای تغییر شکل یا فراوانی آن ها تلاش شود. در واقع کودک دارای اختلال طیف اوتیسم به عنوان یک عامل فشار روانی برای مادران، می تواند هیجانات آن ها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی مادران را برای مقابله و پذیرش مشکلات کودک کاهش دهد (هایز^۵، ۲۰۰۴). کودکان مبتلا به اوتیسم علاوه بر تأثیری که بر خانواده می گذارند، به محیط خانواده نیز واکنش نشان می دهند. ماهیت مبهم اختلال طیف اوتیسم، ویژگی های کودک، نگرانی در مورد تداوم شرایط کودک، پذیرش جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک در خودمانده و نیز شکست در دریافت حمایت های اجتماعی در بروز این استرس مؤثر است. اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلالات اوتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می شوند. آنها طیف گسترده ای از هیجانات مانند: خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند و نگران واکنش های جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل هستند و گاهی فکر می کنند که احتمالاً راه حلی وجود دارد که به تمام مصائب آنها در این زمینه پایان بدهد. آنها

۱. Autism

۲. Murray, Kovshoff, Brown, Abbott & Hadwin

۳. Attitude

۴. Myers, D.

۵. Hayes

انرژی روانی و مادی زیادی را صرف اجرای فرض و گمان های خود می کنند و در نتیجه وقت زیادی را که باید صرف پذیرش حقیقی کودک می شد را از دست می دهند (شارپلی^۲ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از حاتمی و همکاران، ۱۳۹۵).

متغیر دیگری که حضور یک کودک دارای اختلال در خانواده، به شدت آن را تحت تاثیر قرار می دهد، انسجام خانواده^۳ است. انسجام خانوادگی که شاخصی برای نزدیکی عاطفی افراد خانواده به یکدیگر است و به پیوندهای عاطفی ای گفته می شود که اعضای خانواده نسبت به یکدیگر دارند (سیمون^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از استوی، حسن خانزاده، ساکت محبوب و محمدی، ۱۳۹۵). سطوح بالای انسجام خانوادگی، سطوح پایین تر استرس والدین را در خانواده های دارای کودک با ناتوانی رشدی پیش بینی می کند (درویش علیاج^۵، ۲۰۱۳). بیشتر پژوهشگران معتقدند که انسجام دربرگیرنده اتصال عاطفی اعضای خانواده با یکدیگر است. یک خانواده منسجم این گونه است؛ خانواده ای با اتصال عاطفی میان اعضا که هر کدام از این اعضا دارای رابطه ای قوی با یکدیگر هستند، هر چند که رغبت های مشابه دارند و اوقات زیادی را با هم صرف می کنند. برخی از پژوهشگران خانواده، انسجام را به عنوان منبعی برای رویارویی با عوامل تنش زا می دانند (السون^۶ و همکاران، ۱۳۸۵؛ به نقل از افخم، چوب فروش زاده و برزگر بفرویی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر، زوج هایی که دارای کودکان کم توان هستند، دچار کشمکش های بیشتری هستند و سعادت زناشویی و انسجام خانوادگی تا حدودی پایین تر دارند. علاوه بر این، سازش پذیری خانواده آنها کمتر از خانواده های عادی است (هیگینز، بی لی و پیرس^{۱۱}، ۲۰۱۵). خانواده کودکان دارای اتیسم نیز به علت زمانی که صرف درمان و مراقبت از آنها می کنند، تعامل و فعالیت های اجتماعی محدودی دارند که این امر باعث ایجاد فاصله بین همسران و در نتیجه تأثیر منفی بر روابط بین فردی و زناشویی آنها می گردد (مک کیب^{۱۲}، ۲۰۱۳).

یکی از متغیرهایی که احتمال دارد با انسجام خانواده، نگرش و پذیرش در والدین دارای فرزند اوتیسم رابطه داشته باشد، طرحواره ناسازگار اولیه است. طرحواره های ناسازگار اولیه^{۱۳}، الگوهای درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در سیر زندگی تداوم دارند، به رابطه ی فرد با خود و با دیگران مربوط می شوند یکی از متغیر های مرتبط با این پژوهش طرحواره های ناسازگار اولیه می باشد. طبق نظر (آستین، میشل و گودوین^{۱۴}، ۲۰۱۶). طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در سیر زندگی تداوم دارند، به رابطه ی فرد با خود و با دیگران مربوط می شوند. طرح واره های ناسازگارانه اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودشکنانه ای هستند که در اوایل دوره رشد، آغاز شده و در طول دوره زندگی تکرار می شود اگر چه ریشه و منشأ همه طرحواره ها تروما نیست. همه آن ها مخرب بوده و بیشترشان به دلیل حوادث آزارنده مکرر و دائمی در طول دوره کودکی تا بزرگسالی، به وجود آمده اند. تأثیر همه این تجارب مرتبط تلخ، تراکمی است و مجموعه ی این تجارب است که فرد را به سوی یک طرح واره تمام عیار هدایت می کنند (یانگ، ۱۹۹۹؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). طرح واره های ناسازگار اولیه تلاش می کنند که ماندگار شده و ادامه پیدا کنند. این کنش طرحواره، نتیجه سائق انسان برای ثبات و استحکام است این طور به نظر می رسد که مردم تحت تأثیر حوادثی هستند که طرح واره های آن ها را فعال می سازند و این یکی از دلایلی است که طرح واره ها بر فرایند تجارب بعدی تأثیر می گذارند. بر نحوه فکر، احساس، عمل کردن بیماران، یا اینکه با دیگران چگونه ارتباط برقرار کنند، نقشی اساسی دارند و موجب می شوند که افراد در بزرگسالی همان تجارب آسیب زای دوران کودکی شان را به طور سهوی دوباره تجربه و بازسازی کنند. طرح واره ها در ابتدای کودکی و نوجوانی به عنوان باز نمایه های مبتنی بر واقعیت محیط کودکی شروع می شوند. طبیعت معیوب طرحواره ها همیشه در مراحل بعدی زندگی، هنگامی که بیماران به تکرار مکرر طرحواره هایشان در تعامل

۲. Sharpley

۳. Family cohesion

۴. Simon

۵. Dervishaliaj

۶. Olson

۷. Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C

۸. McCabe

۹. Early maladaptive schemas

۱۰. Austin, Michelle & Goodwin

با سایر افراد ادامه می دهند، بارزتر می شود. (یانگ، ۱۹۹۹؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). طرح واره ها چند بعدی هستند، بدین معنی که آن ها سطوح متفاوتی از شدت گستردگی را دارا می باشند. طرح واره های شدیدتر توسط تعداد بیشتری از موقعیت ها فعال می شوند. به عنوان مثال اگر یک فرد در دوران کودکی بارها و به مشکلی افراطی و به وسیله هر دو والدین مورد انتقاد قرار گیرد، در دوران بزرگسالی تقریباً با هر فردی که ارتباط برقرار می کند به گونه ای رفتار می کند که موجب می شود طرح واره ناکارآمد مربوط به آن انتقاد در وی فعال شود. اگر فردی انتقاد را در طول سنین بعدی زندگی و به طور اتفاقی و ملایم تری تجربه کند و یا اینکه انتقاد تنها توسط یکی از والدین صورت گیرد. در بزرگسالی طرح واره مربوط کمتر در وی فعال می شود. برای مثال احتمالاً این طرحواره شاید تنها به وسیله یک منبع قدرت پر توقع که همجنس والد انتقادگر است فعال شود. بعلاوه در حالت کلی هر چقدر طرح واره ای شدیدتر و عاطفه منفی همراه آن نیز قوی تر باشد هنگامی که فعال می شود، زمان بیشتری دوام می یابد (یانگ، ۱۹۹۴، ۱۹۹۰).

یانگ (۲۰۰۳) هجده طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه شناسایی و معرفی کرده است که عبارتند از: الف - بریدگی و طرد^{۱۵}: این افراد روابطشان با افراد مهم زندگی ثباتی ندارد و این افراد در کنار آنان نمی مانند. این افراد از نظر هیجانی، بی ثبات، غیرقابل پیش بینی و اعتماد ناپذیرند و انتظار دارند هر لحظه افراد مهم زندگیشان آن ها را رها کند و یا بمیرد و اعتقاد دارند که دیگران با کوچک ترین فرصت از آنان سوء استفاده می کنند و به آنان آسیب می زنند. ب- خودمختاری و عملکرد خودمختار^{۱۶}: این بیماران نمی توانند هویت مستقلی در مورد خودشان بدست بیاورند و نمی توانند زندگیشان را بدون دریافت کمک های بی شائبه دیگران اداره کنند. نمی توانند برای خودشان اهداف مشخصی در نظر بگیرند و در مهارت های مورد نیاز تبحر پیدا کنند لذا از نظر کارایی و کفایت در دوران بزرگسالی، مثل یک کودک کم سن و سال عمل می کنند. پ- محدودیت های مختل^{۱۷}: این بیماران نمی توانند هویت مستقلی در مورد خودشان بدست بیاورند و نمی توانند زندگیشان را بدون دریافت کمک های بی شائبه دیگران اداره کنند. نمی توانند برای خودشان اهداف مشخصی در نظر بگیرند و در مهارت های مورد نیاز تبحر پیدا کنند لذا از نظر کارایی و کفایت در دوران بزرگسالی، مثل یک کودک کم سن و سال عمل می کنند. محدودیت های درونی آن ها در خصوص احترام متقابل و خویشتن داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آن ها ممکن است در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلند مدت مشکل داشته باشند. خانواده های اصلی آن ها معمولاً استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتن داری/ خودانضباطی ناکافی هستند. د- دیگرجهت مندی^{۱۸}: بیمارانی که طرح واره هایشان در این حوزه قرار دارد، به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند. آن ها کارها را برای دستیابی به تأیید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می دهند. خانواده های اصلی آن ها معمولاً اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/ جلب توجه هستند. د- گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۱۹}: این افراد به جنبه های منفی زندگی (مثل درد، مرگ، فقدان، ناامیدی و خیانت) خیلی توجه می کنند، درحالیکه جنبه های مثبت را کم ارزش جلوه می دهند. وقتی طرح واره این بیماران فعال می شود، دست به پیش بینی های افراطی می زنند. این بیماران از اشتباه خیلی می ترسند و این نوع طرز فکر به نوبه خود منجر به گرفتاری های مالی و در مخصصه افتادن آن ها می شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

هنگامی که طرحواره های ناسازگار اولیه فعال می شوند، سطوحی از هیجان منتشر می شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می شود (قدیمی و قاسمی مطلق، ۱۳۹۴). وجود فرزند دارای نقص یکی از عواملی است که می تواند به راه اندازی و تشدید طرحواره ها بینجامد. در پژوهشی حاتمی و همکاران (۱۳۹۵) که به بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی در مادران دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان عادی پرداخته است. یافته ها نشان داد، بین طرحواره های ناسازگار اولیه، در مادران دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. مادران دارای کودک

-
1. Incision and exclusion
 2. Autonomy and autonomous practice
 3. Impaired restrictions
 4. Otherwise
 5. Listen to excessive alarm and deterrence

اوتیسم به علت رفتارهای غیرعادی کودکانشان و سختی مشکلات فراوان در نگهداری از کودک و همچنین مواجه شدن دائم با نیازهای متغیر کودک با مشکلات زیادی مواجه می شوند که این مسئله موجب اختلال در نگرش و پذیرش والدین می گردد (گروگ و راستوگی، ۲۰۱۶). همچنین مطالعات نشان می دهند والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. همه پدر و مادرها دوست دارند که کودکی سالم و موفق داشته باشند؛ به همین دلیل پذیرش بیمار بودن فرزندشان برای آنان بسیار مشکل است. بیشتر والدین سعی می کنند، این مسئله را انکار کرده و زمانی که این مسئله را می پذیرند، نمی دانند چگونه باید به فرزندشان کمک کنند (سعید منش و عزیزی، ۱۳۹۶). با در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم و همچنین با توجه به وجود فشار روانی و پایین بودن پذیرش و مشکلات در نگرش مثبت در میان مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم و وجود خلا پژوهشی در این زمینه، پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین طحرواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش، نگرش و انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش:

با توجه به موضوع پژوهش به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، از روش تحقیق همبستگی استفاده شده است.

جامعه آماری:

جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مدارس اوتیسم شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود.

حجم نمونه و روش نمونه گیری:

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اوتیسم مدارس اوتیسم شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ملاک های ورود به پژوهش

داشتن یک فرزند مبتلا به اوتیسم

مطلقه نبودن

نداشتن بیماری خاص

عدم استفاده از داروهای روان گردان

عدم اعتیاد به مواد مخدر

نداشتن تحصیلات کمتر از سیکل

ابزار پژوهش:

پرسشنامه ی طحرواره های ناسازگار اولیه:

این پرسشنامه توسط یانگ در سال (۲۰۰۳) ساخته شد. پرسشنامه طحرواره های ناسازگار اولیه ابزاری خود گزارش دهی برای سنجش طحرواره ها است. بیمار بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در مقیاس لیکرت شش-درجه ای می سنجد. فرم کوتاه پرسشنامه ی طحرواره های یانگ ۷۵ جمله دارد و از پنج سوالی که در فرم بلند بیشترین بار تحلیل عاملی را داشتند، تشکیل شده است. فرم کوتاه پرسشنامه ی یانگ شامل ۷۵ سوال است. هنجاریابی این پرسشنامه نیز در ایران توسط آهی (۲۰۰۷)، بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زن ۹۷ درصد و جمعیت مرد ۹۸ درصد به دست آمده است. اسمیت، یانگ و تلج (۲۰۰۳)، در نتایج مطالعه خود نشان

دادند که برای هر طرحواره ی ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۸۳ برای طرحواره ی خود تحول نیافته/گرفتار تا ۹۶ برای طرحواره ی نقص/ شرم و ضریب آزمون- بازآزمون در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۵ به دست آمده است. همچنین پایایی هر یک از طرحواره ها با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه گیری شده است.

پرسشنامه پذیرش (AAQ-II):

این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۲ ماده ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه ای را می سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف پذیری روانشناختی برمی گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. بر اساس مقیاس لیکرت است که از امتیاز خیلی مخالفم ۱ تا خیلی موافقم ۷ درجه بندی شده است. مشخصات روان سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه ی رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش بینی می کند که همسان با نظریه ی زیربنایی اش است. این ابزار هم چنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می دهد. به نظر می رسد (AAQ-II) مفهوم مشابه با (AAQ-I) را اندازه می گیرد اما ثبات روان سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران ۲۰۰۷). ابتدا نسخه ی خارجی پرسشنامه ی پذیرش و عمل- نسخه دوم به وسیله پژوهش گر و یک نفر از اساتید روانشناسی بالینی آشنا به سازه ی اجتناب تجربی و مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. سپس، نسخه فارسی به وسیله یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد زبان انگلیسی به انگلیسی ترجمه شد. سپس دو نسخه انگلیسی و نسخه ترجمه برگردان شده مورد مقایسه قرار گرفتند و در مرحله بعد، از ۵ نفر اساتید روانشناسی بالینی دانشگاه تهران خواسته شد روایی محتوایی پرسشنامه را بررسی کنند. سپس، ۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ نفر از افراد ساکن شهر تهران پرسشنامه را کامل کردند و از آنها خواسته شد جمله های مبهم نارسا را مشخص کنند و پیشنهادات خود را بنویسند. طبق پیشنهادات و مشکلاتی که در پرسشنامه در این مرحله مطرح شده بود، اصلاحات لازم صورت گرفت و نسخه ی نهایی آن آماده شد. در مرحله بعد، دانشجویان، جمعیت عمومی و جمعیت بالینی به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه ی مولفه های اصلی استفاده شد. مقادیر kmo، ۰/۸۶ به دست آمد. این میزان نشان دهنده ی آن است که ماتریکس همبستگی ماده های پرسشنامه برای اجرای تحلیل مناسب است. همچنین میزان بارلت ۱۷۸۷/۵۳۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی داری بود. تحلیل عامل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامه ی پذیرش و عمل را شناسایی کرد.

پرسشنامه نگرش والدین نسبت به فرزند دارای نیازهای ویژه (APSNCS):

این مقیاس اولین بار توسط گوندر (۲۰۰۲) ساخته شد. گویه های این مقیاس از بسط و گسترش گویه های مقیاس نگرش والدینی شفر به دست آمده است. گوندر ترجمه نمود و پس از آن نالتی (۲۰۰۲) آن را در یک جمعیت روستایی هنجاریایی کرد. گویه های این پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات در مورد رفتار، ادراک، تعامل، ارزش ها، احساس های والدین در رابطه با کودک دارای نیازهای ویژه شان آماده شده است که در مطالعه گوندر (۲۰۰۲) و در این مطالعه به عنوان نگرش تعریف شده است. این مقیاس دارای ۲۴ گویه و ۵ خرده مقیاس پذیرش و محبت، شرم زدگی، ناکامی، ناامیدی و حمایت افراطی است از آنجا که محتوا و قالب گویه ها در حدی کلی است طیف گزینه های این مقیاس از نوع لیکرت ۵ گزینه ای واز کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می باشد. کاملاً موافقم نمره ی ۵ گرفته و کاملاً مخالفم نمره ی ۱ می گیرد. گویه هایی که به شیوه ی منفی نمره گذاری می گردند، عبارتند از: ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲. نمره ی بیشتر نشان دهنده ی نگرش مثبت تراست.

پرسشنامه ارزیابی انطباق پذیری و انسجام خانواده دیوید اچ. السون، یوآو لاوی (۱۹۸۵):

مقیاس ارزیابی انطباق و انسجام خانوادگی به وسیله دیوید اچ. السون، یوآو لاوی (۱۹۸۵) ساخته شده است که از ۴۰ گویه و ۲ خرده مقیاس انسجام (۲۰ پرسش) و انطباق (۲۰ پرسش) تشکیل شده است که به منظور سنجش انطباق و انسجام خانوادگی بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات»، «غالباً» و «همیشه» به ترتیب های امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می شود. مقیاس ارزیابی انطباق و انسجام

خانوادگی (FACES-III) با جمع بستن تمامی ماده ها برای دستیابی به نمره کل و جمع بستن نمره ماده های زوج برای دستیابی به نمره انسجام و جمع بستن نمره ماده های فرد جهت دست ی به نمره یاب انطباق، نمره گذاری می شود. هر چه نمره انسجام بالاتر باشد، گفته می شود که خانواده در هم تنیده تر است و هر چه نمره انطباق بالاتر باشد، هرج و مرج در خانواده بیش تر است. در پژوهشی که به وسیله مظاهری و همکاران انجام شد، اعتبار ارزشیابی سازی پذیری و پیوستگی خانواده به وسیله آلفای کرونباخ برای بعد پیوستگی ۰/۷۴ و برای بعد انطباق پذیری ۰/۷۵ بدست آمده است. مقیاس ارزیابی انطباق و انسجام خانوادگی تنها با یک آلفای کلی ۰/۶۸ برای کل ابزار، ۰/۷۷ برای انسجام و ۰/۶۲ برای انطباق از یک همسانی درونی نسبی برخوردار است. ضریب همبستگی در بازآزمایی برای همبستگی خانواده ۰/۸۳ و برای انطباق پذیری خانواده ۰/۸۰ بود که نشان دهنده ثبات بسیار خوب است میزان همسانی درونی آن از روش آلفای کرونباخ برای همبستگی (۰/۶۸) و برای انطباق پذیری (۰/۶۳) بدست آمده است.

شیوه اجرا

پس از پروسه ی اخذ مجوز های لازم برای ورود و اجرای پژوهش در مدارس اتیسم شهر مشهد، ابتدا لیست مادران کودکان اتیسم تهیه شد، تعداد ۱۰۰ نفر از مادران کودکان اتیسم به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس پرسشنامه های طرحواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش، بر روی مادران اجرا شد و پس از نمره گذاری پرسشنامه ها، به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

بعد از مشخص شدن نمونه پژوهش، و پرسش نامه به آزمودنی ها ارائه خواهد شد و پس از توضیح در مورد نحوه ی تکمیل پرسش نامه ها از شرکت کنندگان خواسته می شود، به آن پاسخ دهند و در نهایت بعد از جمع آوری اطلاعات، داده های حاصل با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون در نرم افزار SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این قسمت جهت مشخص نمودن نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه ۲۱ استفاده شد. جهت تفسیر این آزمون به دو صورت می توان عمل کرد: راه اول توجه به میزان ضریب Z کالموگروف-اسمیرنوف است. اگر این میزان بین ۱/۹۶- تا ۱/۹۶+ قرار داشته باشد می توان رأی به نرمال بودن توزیع داد. راه دوم توجه به سطح معنی داری است. بدین صورت که سطح معنی داری بدست آمده باید بر دو تقسیم گردد اگر میزان حاصله بیشتر از ۰/۰۲۵ باشد، توزیع نرمال و در غیر این صورت توزیع غیر نرمال خواهد بود (حسینی، ۱۳۸۲). نتایج این تحلیل در جدول ۴-۸ ارائه گردیده است.

جدول ۴-۸: نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف

متغیر	تعداد	Z آماره	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	۱۰۰	۱/۲۱	۰/۱۰
طرد/رهاشدگی	۱۰۰	۱/۲۹	۰/۰۶
بی اعتمادی/بدرفتاری	۱۰۰	۱/۳۰	۰/۰۶
انزوای اجتماعی	۱۰۰	۱/۱۶	۰/۱۳
شرم/نقص	۱۰۰	۱/۱۰	۰/۰۹
شکست در پیشرفت	۱۰۰	۰/۷۵	۰/۶۶
بی کفایتی/وابستگی	۱۰۰	۱/۲۱	۰/۱۰
آسیب پذیری	۱۰۰	۰/۹۶	۰/۳۲
خود تحول نیافته	۱۰۰	۱/۱۷	۰/۰۷

اطاعت	۱۰۰	۰/۹۲	۰/۳۴
از خود گذشتگی	۱۰۰	۱/۰۹	۰/۱۶
بازداری هیجانی	۱۰۰	۰/۹۶	۰/۳۲
پیوند جویی آزاری	۱۰۰	۱/۱۷	۰/۰۷
استحقاق/بزرگ بینی	۱۰۰	۰/۹۶	۰/۳۲
خویشتن داری	۱۰۰	۱/۱۸	۰/۱۲
طرحواره کلی	۱۰۰	۰/۹۰	۰/۲۸
پذیرش	۱۰۰	۱/۱۲	۰/۰۹
نگرش	۱۰۰	۰/۸۰	۰/۴۱
انسجام خانواده	۱۰۰	۱/۱۰	۰/۱۱

با توجه به جدول ۴-۸ مشاهده می گردد چون سطح معناداری آزمون کالموگروف - اسمیرنف در تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد لذا با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی نرمال می باشد و سپس با استفاده از ابزار های آماری در این پژوهش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به تجزیه و تحلیل داده ها می پردازند. فرضیه: بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش در مادران دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۹: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون طرحواره ناسازگار اولیه و پذیرش

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
محرومیت هیجانی	پذیرش	-۰/۳۶	۰/۰۰	۱۰۰
طرد/رهاشدگی		-۰/۴۴	۰/۰۰	۱۰۰
بی اعتمادی/بدرفتاری		-۰/۳۱	۰/۰۰	۱۰۰
انزوای اجتماعی		-۰/۴۳	۰/۰۰	۱۰۰
شرم/نقص		-۰/۴۴	۰/۰۰	۱۰۰
شکست در پیشرفت		-۰/۵۱	۰/۰۰	۱۰۰
بی کفایتی/وابستگی		-۰/۴۸	۰/۰۰	۱۰۰
آسیب پذیری		-۰/۴۸	۰/۰۰	۱۰۰
خود تحول نیافته		-۰/۴۸	۰/۰۰	۱۰۰
اطاعت		-۰/۴۲	۰/۰۰	۱۰۰
از خود گذشتگی		-۰/۴۳	۰/۰۰	۱۰۰
بازداری هیجانی		-۰/۴۸	۰/۰۰	۱۰۰
پیوند جویی آزاری		-۰/۴۵	۰/۰۰	۱۰۰
استحقاق/بزرگ بینی		-۰/۴۲	۰/۰۰	۱۰۰
خویشتن داری		-۰/۳۸	۰/۰۰	۱۰۰
طرحواره کلی		-۰/۵۴	۰/۰۰	۱۰۰

با توجه به نتایج جدول ۴-۹، بین طرحواره ناسازگار اولیه و مولفه های آن (محرومیت هیجانی، طرد، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست در پیشرفت، بی کفایتی، آسیب پذیری، خود تحول نیافته، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، پیوند جویی آزاری، استحقاق و خویشتن داری) با پذیرش در مادران دارای فرزند اوتیسم در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و معکوس حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود.

فرضیه ۲: بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با نگرش در مادران دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۰: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون طرحواره ناسازگار اولیه و نگرش

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
محرومیت هیجانی	نگرش	-۰/۴۰	۰/۰۰	۱۰۰
طرد/رهاشدگی		-۰/۳۷	۰/۰۰	۱۰۰
بی اعتمادی/بدرفتاری		-۰/۲۳	۰/۰۰	۱۰۰
انزوای اجتماعی		-۰/۴۷	۰/۰۰	۱۰۰
شرم/نقص		-۰/۳۷	۰/۰۰	۱۰۰
شکست در پیشرفت		-۰/۵۲	۰/۰۰	۱۰۰
بی کفایتی/وابستگی		-۰/۵۴	۰/۰۰	۱۰۰
آسیب پذیری		-۰/۵۷	۰/۰۰	۱۰۰
خود تحول نیافته		-۰/۵۸	۰/۰۰	۱۰۰
اطاعت		-۰/۴۳	۰/۰۰	۱۰۰
از خود گذشتگی		-۰/۴۸	۰/۰۰	۱۰۰
بازداری هیجانی		-۰/۵۳	۰/۰۰	۱۰۰
پیوند جویی آزاری		-۰/۴۳	۰/۰۰	۱۰۰
استحقاق/بزرگ بینی		-۰/۵۴	۰/۰۰	۱۰۰
خویشتن داری		-۰/۵۲	۰/۰۰	۱۰۰
طرحواره کلی		-۰/۵۸	۰/۰۰	۱۰۰

با توجه به نتایج جدول ۴-۱۰، بین طرحواره ناسازگار اولیه و مولفه های آن (محرومیت هیجانی، طرد، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست در پیشرفت، بی کفایتی، آسیب پذیری، خود تحول نیافته، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، پیوند جویی آزاری، استحقاق و خویشتن داری) با نگرش در مادران دارای فرزند اوتیسم در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و معکوس حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود.

فرضیه ۳: بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۱: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون طرحواره ناسازگار اولیه و انسجام خانواده

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
محرومیت هیجانی	انسجام خانواده	-۰/۴۵	۰/۰۰	۱۰۰
طرد/رهاشدگی		-۰/۵۱	۰/۰۰	۱۰۰
بی اعتمادی/بدرفتاری		-۰/۴۵	۰/۰۰	۱۰۰
انزوای اجتماعی		-۰/۴۷	۰/۰۰	۱۰۰
شرم/نقص		-۰/۵۱	۰/۰۰	۱۰۰
شکست در پیشرفت		-۰/۶۳	۰/۰۰	۱۰۰
بی کفایتی/وابستگی		-۰/۵۹	۰/۰۰	۱۰۰

۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۹	آسیب پذیری
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۶۰	خود تحول نیافته
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۴	اطاعت
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۷	از خود گذشتگی
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۷	بازداری هیجانی
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۴	پیوند جویی آزاری
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۲	استحقاق/بزرگ بینی
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۵۲	خویشتن داری
۱۰۰	۰/۰۰	-۰/۶۶	طرحواره کلی

با توجه به نتایج جدول ۴-۱۱، بین طرحواره ناسازگار اولیه و مولفه های آن (محروریت هیجانی، طرد، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست در پیشرفت، بی کفایتی، آسیب پذیری، خود تحول نیافته، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، پیوند جویی آزاری، استحقاق و خویشتن داری) با انسجام خانواده در مادران دارای فرزند اوتیسم در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و معکوس حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود.

بحث و بررسی

بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با پذیرش در مادران دارای فرزند اوتیسم رابطه وجود دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴-۹، بین طرحواره ناسازگار اولیه و مولفه های آن (محروریت هیجانی، طرد، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم، شکست در پیشرفت، بی کفایتی، آسیب پذیری، خود تحول نیافته، اطاعت، از خود گذشتگی، بازداری هیجانی، پیوند جویی آزاری، استحقاق و خویشتن داری) با پذیرش در مادران دارای فرزند اوتیسم در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و معکوس حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود که نتیج همسو با نتایج پژوهش (بیچ و فرالر^{۲۲}، ۲۰۱۴) با عنوان مقایسه الگوهای انضباطی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم و مادران دارای فرزند عادی می باشد که نشان دادند که برنامه های آموزش والدین در کل، رابطه ولی _ فرزندی را ارتقا بخشیده، باعث افزایش دانش مادران از اختلال اوتیسم می گردد. همچنین، توانایی و تاب آوری آنها را در برابر مشکلات ناشی از اختلال رشد یافته و در نهایت افسردگی مادران را به عنوان مراقبان عمده کاهش می دهد. همچنین مک کالون^{۲۳} و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ای خود به این نتیجه رسیدند که کسانی که از طرحواره های ناسازگار به طور افراطی استفاده می کنند، بیشتر تحت تاثیر حوادث منفی قرار دارند. همچنین در پژوهش دیگر که توسط موریس^{۲۴} (۲۰۱۶) انجام شد، طرحواره های ناسازگار اولیه، در نمونه ای ۱۷۳ نفری مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان داد، رفتارهای پرورشی زیان بخش با حضور طرحواره های ناسازگار اولیه ارتباط دارد. همچنین صفات شخصیتی روان رنجورانه و مشکلات روان شناختی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، رفتارهای پریشان، مشکلات خوردن و مصرف مواد به طور معنی داری با طرحواره ها در ارتباط است. دان گایوک^{۲۵} (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان نقش آموزش به والدین دارای کودک اوتیسم بر نگرش و هیجانات والدین نشان دادند پژوهش های مداخله ای، آموزش والدین باعث افزایش ابراز هیجانهای مثبت و کاهش ابراز هیجان های منفی در مادران می شود. برنامه آموزشی کازلوف علاوه بر آشنا ساختن مادران با ویژگی های اختلال اوتیسم و ارائه راهبردها و مهارت های مناسب به آنها در مورد کنار آمدن و مدیریت اختلال فرزندان شان، مهارتهای خود مدیریتی هیجان ها را نیز به مادران آموزش می دهد. در تبیین این یافته می توان گفت ماسن و گارمزی (۱۹۸۵)،

1. Bach & Freeroll
1. McCullough
2. Morris
3. Don Guyock

ورنر و اسمیت (۱۹۹۲)، ماریژن و کاسدن (۱۹۹۷)، سه عامل خصوصیات کودکان، جنبه های خانوادگی و محیط اجتماعی به عنوان عوامل تأثیرگذار در شکل گیری اختلال های کودکان معرفی شده اند (هیمن و برگر، ۲۰۰۸). از این عوامل نقش خانواده بسیار مهم است، زیرا خانواده به عنوان منبع حمایتی یا غیر حمایتی تأثیر زیادی بر تحول شخصیت کودک دارد (لار دیری، بلاچر و اسونسونه، ۲۰۰۰). اینکه چنین کودکی ممکن است بر ارتباط والد-کودک و تمام خانواده تأثیر گذارد، نیز به تأیید رسیده است (راشل، ۲۰۰۳)؛ بنابر این تأثیر کودک اوتیسم بر خانواده یک تأثیر دو سویه است (پیرسون و چن، ۱۹۹۳). پژوهش های مختلف تأکید کرده اند که والدین کودکان اوتیسم، به دلیل ناتوانی فرزندشان، فشار شدید روانی و اضطراب بالایی را تجربه می کنند و مستعد اختلال های خلقی مانند افسردگی و اضطراب هستند (کردنی و کول کرنیه، ۲۰۰۹؛ اباسیونگ، او بمب و ایکو، ۲۰۰۶؛ مار گالیت و هیمن، ۱۹۸۶). لیتل (۲۰۰۲)، سازش یافتگی روانی پدران و مادران کودک اوتیسم را باهم مقایسه کرد و دریافت که مادران این کودکان در قیاس با پدران آنها، سطح بالاتری از تنیدگی مرتبط با مشکلات خانوادگی و بدبینی درباره آینده ی کودکان و میزان بیشتر مصرف داروهای ضدافسردگی و میزان بالاتری در جستجوی درمان را تجربه می کنند (طباطبایی، ۱۳۹۱). یکی از عوامل تأثیرگذار در شکل گیری اختلال های کودکان، طرحواره های ناسازگار والدین می باشد. طرحواره ها بنابر تعریف، چهارچوب های ذهنی هستند که می توان آنها را ساختارهای پردازش اطلاعات در نظر گرفت (محمدی، ۱۳۹۴). یکی از نظریه های مطرح شده در عرصه طرحواره ها، نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه یونگ است. طرحواره های ناسازگار اولیه، باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه و به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند. در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زمان ثابت و پابرجا هستند و اساس شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (بحری، ۱۳۹۶). طرحواره ها در سه موقعیت شکل می گیرند و تداوم می یابند. این سه موقعیت عبارتند از: نیازهای هیجانی اساسی، تجارب اولیه کودکی و خلق و خوی هیجانی. ریشه های تحولی طرحواره های ناسازگارانه ی اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است، طرحواره هایی که زودتر شکل می گیرند، معمولاً قویتر هستند (یانگ، ۱۹۹۰). به طور کلی طرحواره های ناسازگار اولیه خصوصیات زیر را دارند: الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند، از خاطرات، هیجان ها، شناخت وارها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند، به شدت ناکارآمدند (کریج، ۲۰۱۲). یونگ (۲۰۰۵) در نظریه خود پانزده طرحواره معرفی کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز مهم، نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم، خود ابرازی و جهت گیری از درون ایجاد می شوند. طرحواره های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می دهند و باعث تأثیر در کنش وری رابطه می شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره ها وقتی ظاهر می شود که بیماران در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی و والد-فرزندی به گونه ای عمل می کنند که طرحواره های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (یونگ، کلسکار و ویشار، ۲۰۰۳). این طرحواره در کار کرد اعضای خانواده به صورت یک کل و به عنوان یک الگو به کار می روند (داتیلیو، ۲۰۰۶). پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که طرحواره های ناسازگار اولیه با ناسازگاری کاهش رضایت از زندگی رابطه دارد. علت این ارتباط این می تواند باشد که طرحواره های ناسازگار موجب سوگیری ما در تفسیر رویدادها می شود و این سوگیری ممکن است باعث آشفتگی تر شدن شرایط زندگی افراد شود (شریفی، ۱۳۹۱). طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوی ادراک پدیده ها و شکل گیری روان بنه های فرد موثر بوده و می تواند آسیب های روانشناختی و اجتماعی پدید آورد، در تبیین نتایج فرض ما اینست که یکی از عوامل اصلی در تبیین استفاده افراد از سبک های مقابله ای خاص، خلق و خوی آنهاست. در واقع نقش خلق و خوی در تعیین سبک های مقابله ای افراد بیشتر از نقش آنها در تعیین طرح واره های آنهاست. مثلاً افرادی که خلق و خوی انفعالی دارند در مواقع فعال شدن طرح واره به احتمال قوی تسلیم شده یا اجتناب می کنند، در حالی که افراد با خلق و خوی پرخاشگرانه بیشتر احتمال دارد که از سبک جبران افراطی استفاده کنند. عامل بعدی درونی سازی یا الگو سازی از رفتارهای مقابله ای والدی است که با او همانند سازی کرده اند (حمیدپور، اندوز، ۱۳۹۴).

در زمینه ارتباط بین دو متغیرپذیرش در مادران دارای فرزند اوتیسم و طرحواره ها تحقیقات اندکی انجام گرفته است. افرادی که طرحواره های ناسازگار ندارند، محرک ها را قابل پیش بینی، منظم، ساخت یافته و قابل توضیح می دانند. از نظر این افراد مشکلات و تجربیات ناخوشایند ارزشمند و دارای معنا هستند، هم چنین این افراد درک می کنند که منابع مناسب برای مواجهه با مشکلات در دسترس اند و برای مدیریت کردن شرایط پرتنش آن ها را تشخیص و بسیج می کنند. این نگرش افراد با احساس انسجام بالا به شرایط نامطلوب و استرس زا، به آن ها کمک می کند تا در مواجهه با چالش ها و شرایط پر استرسی چون داشتن فرزند اوتیسم به خوبی عمل کرده و آسیب پذیری خود را در برابر این شرایط به حداقل برسانند، این افراد دارای من های رشدیافته و قوی ای هستند که به آن ها کمک می کند در هنگام مواجهه با مشکلات از دفاع ها و راه حل های مناسب و سازگارانه تری استفاده کنند و به پذیرش بهتری نسبت به این مساله برسند (بحری، ۱۳۹۶).

بارزترین طرحواره ها در پذیرش مادران کودکان اوتیسم؛ محق بودن، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی، شرم بود. همینطور نشان داد که بین دو گروه اختلال کودکان اوتیسم و عادی از نظر ریشه های طرحواره پذیرش مادران تفاوت معناداری وجود داشت. بارزترین طرحواره ها در ریشه مادر؛ معیارهای سرسختانه و نقص دست آمد. دو نکته اساسی حاصل از یافته های حاضر می تواند رهنمودهای نظری و درمانی مهمی در پی داشته باشد. نخست اینکه بالا بودن شدت طرحواره های آسیب پذیری به صدمه یا بیماری، محق بودن، ترک شدن/ بی ثباتی، بی اعتمادی /آزار دیدن، محرومیت هیجانی، نقص داشتن/شرم، انزوای اجتماعی، فدا کردن، تنبیه در مبتلایان به بیماری اختلال هویت جنسی در بردارنده این پیام تلویحی است که با شدت شناسایی طرحواره های فوق و اندازه گیری شدت آن و مشخص کردن الگوی طرحواره ای بتوان راهبردهای مداخله ای مناسبی در جهت کاهش شدت این طرحواره ها به عمل آورد. دوم اینکه یافته ها گویای آن بود که احتمالاً یک نقطه برش در پیوستار طرحواره می تواند وجود داشته باشد که گروه بالینی را از گروه عادی هم متمایز می کند. این مسئله این رهنمود بالینی و نظری را به همراه دارد که با پدید آمدن همزمان این طرحواره ها در حد خاص و مشخصی از نظر شدت، در کنار پایین بودن طرحواره های مشخصی می توان انتظار احتمالی بروز هویت جنسیتی را داشت. در رابطه با حوزه های مختلف طرحواره های ناسازگار اولیه باید اشاره کرد که مادران دارای پذیرش کودکان اوتیسم، تاکید افراطی بر واپس زنی احساسات، تکانه ها و انتخاب های خودانگیخته فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف ناپذیر و درونی شده درباره عملکرد و رفتار اخلاقی ندارند که در نتیجه نداشتن این رفتار باعث به وجود آمدن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می شود. یک چنین طرز تفکری مسلماً منجر به ایجاد یک آرامش خاطر و کاهش فشار روانی می شود. اینکه مادران تمرکز زیاد بر جنبه های منفی زندگی داشته باشد، به خاطر دست یابی به معیارهای بلند پروازانه اش، تلاش فراوانی به خرج دهد و همین طور به خاطر اشتباهها، خودش و دیگران را شدیداً تنبیه کند منجر به ایجاد فشار روانی زیادی بر فرد می شود. در فرمول بندی های اولیه خود درباره آسیب شناسی این نکته را مطرح کرد که هر اختلال با طرحواره ها و الگوهای عادت گونه فکری همراه است که تا حدودی کلی هستند. به باور طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشکننده ای هستند که در جریان رشد آغاز می گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می شوند. هم چنین ناسازگاری مادر در زندگی می تواند، بازتاب طرحواره های ناسالم وی باشد زیرا اساساً طرحواره های ناسازگار موجب بروز پذیرش های تحریف شده، فرض های نادرست، اهداف و چشم داشت های غیر واقع بینانه در افراد نسبت به کودکان خود پدید می آورند، از آنجا که طرحواره های ناسازگار، ناکارآمد هستند، ناخشنودی در روابط را در پی دارند. لذا بنابراین طرحواره های ناسازگارانه اولیه در پذیرش مادران دارای فرزند اوتیسم تاثیر دارد.

منابع و مراجع

- [۱] آزاد ارمکی، تقی، (۱۳۸۶)، جامعه شناسی خانواده ایرانی، تهران، چاپ دوم.
- [۲] استوی، الهه؛ حسن خانزاده، عباسعلی؛ ساکت محبوب معصومه؛ محمدی، حاتم. (۱۳۹۵). مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۳(۱۴۰)، ۵۷-۶۵.
- [۳] اغرازی، شهلا، (۱۳۸۷)، جامعه شناسی خانواده: با تاکید بر نقش. ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر، تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
- [۴] اکبری، علیرضا، (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اقتصادی، اجتماعی موثر بر سازگاری زوجین، کارشناسی رشته علوم اجتماعی دانشگاه شیراز.
- [۵] امانی، احمد، اسفندیاری، حجت. (۱۳۹۵). طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان عوامل پیشگویی بلوغ عاطفی دانشجویان پسر دارای تجربه شکست عشقی. دانشگاه کردستان. دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.
- [۶] بحری، الهه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار، بلوغ عاطفی و خود تنظیمی هیجانی در زنان دارای تعارض زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد و واحد آزاد دانشگاه کاشمر.
- [۷] باقری، نسترن (۱۳۸۵). تاثیر ورزش ارویک در خودپنداره، تأیید خویشتن، شادکامی و پذیرش اجتماعی زنان رشت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانش اه ازاد اسلامی واحد اهواز.
- [۸] تقی زاده، اکرم. (۱۳۹۱). رابطه بین پذیرش اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی با قلدری در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۹] ثمری، علی اکبر، و لعلی فاز، احمد. (۱۳۸۴). مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر استرس خانوادگی و آموزش اجتماعی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۲۵ و ۲۶
- [۱۰] جاهدی، سهیلا؛ زارعی، آرزو. (۱۳۹۴). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های تفکر و شادکامی با سازگاری در معلولین جسمی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- [۱۱] حاتمی، حمید؛ عباسی، مژگان؛ صفایی، حیدر. (۱۳۹۵). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی در مادران دارای کودکان اوتیسم با مادران دارای کودکان عادی. ماهنامه آفاق علوم انسانی، شماره ۱۰، ۶۳-۷۵.
- [۱۲] حسینی، سیدحسن. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین طرحواره های شناختی و سبکهای دلبستگی دانشجویان شهید بهشتی، پایان نامه ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- [۱۳] حسینی فریده السادات؛ پاکیزه، علی؛ سالاری زهرا. نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در نظم بخشی هیجانی در اضطراب دانشجویان. مجله علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۴، ۲۹۷-۳۰۵.
- [۱۴] حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرحواره های ناسازگار اولیه در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۱۵] حمید پور، حسن، اندوز، زهرا. (۱۳۹۴). طرحواره درمانی (جلد ۱) / راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی / نویسنده: جفری یانگ، ژانت کلسکو، مارجوری ویشار.
- [۱۶] حسینی کوپایی، عاطفه. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- [۱۷] خالدی، انسیه. (۱۳۹۰). پیش بینی طرحواره های ناسازگار اولیه از طریق شیوه های فرزند پروری یانگ در افراد معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد رودهن.
- [۱۸] خورشید زاده، محسن. (۱۳۹۰). اثر بخشی طرحواره درمانی در زنان مبتلا به اختلالات اضطراب اجتماعی. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.
- [۱۹] دارابی، افسانه؛ برجعلی، احمد و اعظمی، یوسف. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی تکنیک های شناختی و هیجانی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه افراد افسرده. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی.
- [۲۰] دیمائتو، ام. رابین، (۱۹۹۱). روانشناسی سلامت (جلد دوم). (ترجمه سید مهدی موسوی اصل، محمدرضا سالاری فر، مسعود آذربایجانی، اکبر عباسی و کیانوش هاشمیان، ۱۳۹۳). تهران: سمت

- [۲۱] رزمی، محمد رضا، (۱۳۸۳)، بررسی تاثیر انسجام و انعطاف پذیری خانواده بر شکل گیری هویت در جوانان و نوجوانان شهر شیراز، گایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی دانشگاه شیراز.
- [۲۲] زارع، مریم، (۱۳۸۷)، بررسی نقش انعطاف پذیری و انسجام خانواده در هدف گرایی فرزندان کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
- [۲۳] ساروخانی، باقر، (۱۳۸۷)، مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده، تهران، سروش (انتشارات صدا و سیما)، چاپ سوم.
- [۲۴] ستوده، هدایت الله، (۱۳۹۰)، روان شناسی اجتماعی، تهران: آوای نور
- [۲۵] سعید منش، محسن؛ عزیزی، مهدیه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبکهای دفاعی مادران دارای فرزند اوتیسم با مکانیسم دفاعی. مجله مطالعات ناتوانی، ۳(۵)، ۳۷-۴۵.
- [۲۶] سفیری، خدیجه. میرزا محمدی، موضه، (۱۳۸۵)، اعتماد به همسر: مطالعه موردی، زنان شهر تهران، دانشجو کارشناسی ارشد جامعه شناسی.
- [۲۷] شریفی، مرضیه؛ اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۱). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی اشتهاهی عصبی در شهر اصفهان. فصلنامه پژوهشهای نوین روان شناختی.
- [۲۸] شکری قند پزی، فرناز. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر سبکهای دلبستگی زنان خانه دار متاهل، پایان نامه ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- [۲۹] شکورصفت صدیقی، زیبا، (۱۳۹۳). مقایسه الگوهای انضباطی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم و مادران دارای فرزند عادی، اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز، انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۳۰] صدری اسماعیل؛ انصاری، محمد؛ اسماعیلی قاضی ولویی، فریبا؛ قمی، میلاد. (۱۳۹۵). مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری خاص و مادران کودکان عادی. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره ۶، شماره ۱، ۸۰-۹۹.
- [۳۱] طباطبایی برزکی، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره های افراد افسرده. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی.
- [۳۲] فرانزوی، استغن ال. روانشناسی اجتماعی (ترجمه مهرداد فیروزبخت و منصور قنادان، ۱۳۸۵)، تهران رسا.
- [۳۳] قدیمی، حدیثه و مهدی قاسمی مطلق، ۱۳۹۴، رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با گرایش به اعتیاد، دومین کنفرانس بین المللی رویکردهای نوین در علوم، مهندسی و تکنولوژی، ترکیه - استانبول، موسسه پندار همایش پارس، https://www.civilica.com/Paper-NSOECE02-NSOECE02_081.html
- [۳۴] قماشچی، فردوس، (۱۳۸۷)، بررسی وضعیت سلامت و استحکام خانواده و آسیب های درونی و بیرونی آن در استان تهران، مرکز امور زنان و خانواده - معاونت آموزش و پرورش.
- [۳۵] قنبری، حامد. (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر آموزش سبک های استادی خوشبینانه بر میزان پذیرش اجتماعی نوجوانان بزهکار پسر شهر مراغه، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی
- [۳۶] کریمی، یوسف، (۱۳۸۷). روانشناسی اجتماعی، تهران: ارسباران.
- [۳۷] گنجی، حمزه. (۱۳۹۱). ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات ساوالان
- [۳۸] محبوبی منش، حسین، (۱۳۸۹)، تغییرات اجتماعی ازدواج، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز.
- [۳۹] محسن سعید منش، مهدیه، عزیزی (۱۳۹۴) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و سبک های دفاعی مادران دارای فرزند اوتیسم با مکانیسم دفاعی انکار. مجله مطالعات ناتوانی جلد (۷): ۴۷.
- [۴۰] محمدی، شهناز و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۹۴). بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با اضطراب اجتماعی زنان متاهل شهر اصفهان. نخستین کنگره بین المللی جامع روان شناسی ایران.
- [۴۱] مرادی، حمید. (۱۳۹۰). بررسی میزان ارتباط پذیرش اجتماعی و جهت گیری مذهبی درونی بیرونی با کیفیت زندگی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد قم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
- [۴۲] موقری، محمد رضا؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ مهران، عباس؛ باز قلعه، میلاد؛ رحیمی، شهرام. (۱۳۹۳). نگرش والدین نسبت به اختلال روانی فرزندان. مجله روان پرستاری، ۲(۷)، ۴۶-۵۶.

- [۴۳] میکائیلی، نیلوفر؛ افروز، غلامعلی و قلی زاده، لیلا. (۱۳۹۱). ارتباط خودپنداره و فرسودگی تحصیلی با عملکرد دانش آموزان دختر. *مجله روان شناسی مدرسه*، دوره ۱، شماره ۴، ۸۱-۹۰.
- [۴۴] نجمی نژاد، مریم. (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری تنظیم هیجانی با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دختران دانش آموز. *کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، دانشکده علوم انسانی*.
- [۴۵] نوروزی، داریوش. (۱۳۸۲). بررسی پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانشجویان دانشگاه مازندران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی
- [۴۶] نینگ چو، چین. (۱۹۸۰). زندگی قراره آسوده باشه. ترجمه سیمین موحد. (۱۳۹۳). تهران: نشر علم.
- [47] Austin, Michelle & Goodwin SW. (2016). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Res Autism Spectr Disord.*;8(6):617-24
- [48] Bach, B., & Farrell, J. M. (2018). Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*, 259, 323-329.
- [49] Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45 .
- [50] Barlow, DH. (2002). *Anxiety and its disorders*. 2. New York: Guilford Press.
- [51] Bronsard G, Botbol M, Tordjman S (2010).. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PLoS One*. 2010; 5(12): 14358.
- [52] Busfield, J. (2012). Challenging claims that mental illness has been increasing and mental wellbeing declining. *Social Science & Medicine*, 75(3), 581-588.
- [53] Castaneda, A. E.; Tuulio-Henriksson, A.; Marttunen, M.; Suvisaari, J.; & Lönnqvist, J. (2008). "A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults". *Journal of affective disorders*, 106(1), 1-27.
- [54] Cox, C. R., Eaton, S., Ekas, N. V., & VanEnkevort, E. A. (2015). Death concerns and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research Development Disability*, 45-46, 229-238 .
- [55] Dervishaliaj, E. (2013). Research Social and Educational of Journal. review literature A: ties disabili with children of families in stress Parental.
- [56] Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 242-251.
- [57] Doja A, Roberts W (2006). «Immunizations and autism: a review of the literature». *Can J Neurol Sci* 33 (4): 341-6. PMID 17168158.
- [58] Eriksson, L., Garvill, J., Nordlund. A. M. (2006). Acceptability of travel demand management measures: The importance of problem awareness, personal norm, freedom, and fairness. *Journal of Environmental Psychology*, 26, 15-26.
- [59] Fernandez-Alcantara, M., Garcia-Caro, M. P., Perez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., LaynezRubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research Development Disability*, 55, 312-321 .
- [60] Fombonne, E. (2016). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-382.
- [61] Gerber JS, Offit PA (2009). «Vaccines and autism: a tale of shifting hypotheses». *Clin Infect Dis* ۴۸(۴): ۴۵۶-۶۱. doi:۵۹۶۴۷۶/۱۰/۱۰۸۶. PMID 19128068. [۲]. Lay summary – IDSA. (۳۰-۰۱-۲۰۰۹)

- [62] Gross L (2009). «A broken trust: lessons from the vaccine-autism wars». PLoS Biol ۷ (۵): e1000114. doi:10.1371/journal.pbio.1000114. PMID 19478850.[۳] .
- [63] Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 118-122.
- [64] Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 2004;35(4):639-65.
- [65] Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2015). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*, 9(2), 125- 137.
- [66] Ishmuhametov, I., & Palma, A. (2017). Unemployment as a factor influencing mental well-being. *Procedia Engineering*, 178, 359-367.
- [67] Joshanloo, M. (2018). Longitudinal associations between subjective and psychological well-being in Japan: A four-year cross-lagged panel study. *Personality and Individual Differences*, 134, 289-292.
- [68] Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *positive psychological assessment*.
- [69] Keyes, C.L.M. (2005). mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *journal of healt. journal of clinical psychology*, 3, 73.
- [70] Leahy, R. L. (2009). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*, (2), 187-204. London: Routledge.
- [71] McCabe, H. (2013). Bamboo shoots after the rain: Development and challenges of autism intervention in China. *Autism*, 17(5), 510-526.
- [72] Murray, C., Kovshoff, H., Brown, A., Abbott, P., & Hadwin, J. A. (2019). Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 58, 1-8.
- [73] Myers, D. (2011). *Exploring psychology*, New York, 8 the edition, worth publishers.
- [74] Oshima, F., Shaw, I., Ohtani, T., Iwasa, K., Nishinaka, H., & et al. (2018). Individual schema therapy for high-functioning autism spectrum disorder with comorbid psychiatric conditions in young adults: Results of a naturalistic multiple case study. *Journal of Brain Science*, 48, 43-69.
- [75] Paul R (2005). «Parents ask: am I risking autism if I vaccinate my children?». *J Autism Dev Disord* ۳۹(۶): ۹۶۲-۳. doi:10.1007/s0۷۳۹-00۹-۱۰۸۰۳-y. PMID 19363650.
- [76] Rapin I, Tuchman RF (2008). «Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis». *Pediatr Clin North Am* ۵۵(۵): ۱۱۲۹-۴۶. doi:10.10۱۶/j.pcl.۲۰۰۸/۰۷/۰۰۵. PMID 18929056.
- [77] Riso, L. P., Toit, P. L., Stein, D. J., Young J. E. (2007). *Cognitive Schemas*
- [78] *and Core Beliefs in Psychological Problems*. Washington: American
- [79] *Psychological Association*.
- [80] Rutter M (2005). «Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning». *Acta Paediatr* ۹۴(۱): ۲-۱۵. doi:10.۱۰۸۰/۱۳۶۵۰۲۲۳۱۲۴/۱۰/۱۰۸۰. PMID 15858952.
- [81] Schuitema Geertje, (2010). *PRICELESS POLICIES Factors influencing the acceptability of transport pricing policies*. unpublished doctoral dissertation, Groningen University.

- [82] Segrin, C. & Tylor, M. (2007). Positive interpersonal relationship mediate the association between social skill, and psychological well-being. *Personality and individual differences*, 43, 346-637
- [83] Schade, J. & Schlag. B. (2003). Acceptability of urban transport pricing strategies. *Transportation Research part F: traffic psychology and behavior*. 6(1).45-61
- [84] Washington DC: American Psychological Association. Murray, C., Kovshoff, H., Brown, A., Abbott, P., & Hadwin, J. A. (2019). Exploring the anxiety and depression profile in individuals diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 58, 1-8.
- [85] Yong, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Florida: Professional Resources Press.
- [86] Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). "Schema therapy: a practitioner's guide". New York: Guilford Press; 211-231.
- [87] Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). "Schema therapy: a practitioner's guide". New York: Guilford Press; 211-231.
- [88] Guilford. 123-218.