



Original Article

A Comparison of Early Maladaptive Schemas and Psychological Resilience in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability

Fatemeh SanaeiMehri¹ , Hamidreza Saadat Azhar^{2*} 

1. MS in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Received: 20/02/2024, Revised: 04/06/2024, Accepted: 12/07/2024

Abstract

Purpose: This study aimed to compare early maladaptive schemas and psychological resilience between mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) and intellectual disabilities (ID).

Methods: In this descriptive, causal-comparative study, 35 mothers of children with ASD and 35 mothers of children with ID were selected via convenience sampling from elementary schools for students with these conditions in Qom. Participants completed the Young Schema Questionnaire-Short Form (1998) and the Connor-Davidson Resilience Scale (2003). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: A significant difference in resilience was observed between the two groups ($F=3.45$, $P=0.021$). Furthermore, a significant difference was found in the early maladaptive schema domain of impaired limits ($F=7.85$, $P=0.008$).

Conclusion: The findings highlight the need for tailored interventions, particularly those incorporating physical activity, to reduce maladaptive schemas and bolster resilience in these maternal populations.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Resilience, Schema, Physical Activity, Intellectual Disability

* Corresponding Author: Hamidreza Saadat Azhar, Tel: +98-9125016361, E-mail: saadatazhar@yahoo.com

How to Cite: SanaeiMehri, F., Saadat Azhar, H. A Comparison of Early Maladaptive Schemas and Psychological Resilience in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Sports Psychology*, 2024; 16(1): 305-323. In Persian.



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Extended Abstract

Background and Purpose

Autism spectrum disorder is a common condition with a notable prevalence among children. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), the primary features of autism spectrum disorder include persistent deficits in reciprocal social communication and social interaction, along with restricted, repetitive, and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities. These symptoms must be present from early childhood and must impair or limit the individual's daily functioning. High-functioning autism is a term used to describe the clinical presentation of autism without any intellectual disability. Approximately one in every eight children is diagnosed with autism spectrum disorder.

Intellectual disability, as defined by the DSM-5, is characterized by significantly below-average intellectual functioning accompanied by concurrent deficits in adaptive functioning that manifest before the age of 18. Adaptive functioning is generally defined as an individual's overall level of independence (i.e., self-care, communication, socialization, coping skills, academic performance, work functioning, etc.).

Children and adolescents with cognitive disabilities are often at increased risk for a variety of behavioral problems. The frequency and severity of behavioral issues may increase during adolescence. Behavioral disorders occur three to four times more frequently in children and adolescents with intellectual disabilities than in the general population. There is also a relationship between the severity of intellectual disability and behavioral problems. Common behavioral disorders among adolescents and young adults with intellectual disabilities include depression, mania, aggression, withdrawal, obsessive-compulsive symptoms,

anxiety disorders, and social difficulties. Girls and boys with intellectual disabilities are more vulnerable to life changes. For example, adolescence, puberty, and the challenges that accompany them often create difficulties for these individuals and their families.

Resilience—which is essentially the ability to adapt successfully to threatening or adverse circumstances—is one of the variables influencing the physical and psychological status of mothers. Meeting the child's emotional and physical needs within the family, and the child's adequate experience of attachment figures, contributes to the formation of adaptive schemas regarding the self and others, cultivating feelings of self-worth, autonomy, competence, being loved, and being cared for, all of which shape the individual's responses to the social environment. However, early family relationships that reflect parental inadequacy and dysfunction in providing sufficient structure and emotional bonding lead to the development of early maladaptive schemas.

In recent years, the role of physical activity in promoting the mental health of parents of children with special needs has received increasing attention, as reduced physical activity among the mothers of these children may expose them to higher levels of stress, psychological burnout, and the development or exacerbation of early maladaptive schemas. On the other hand, mothers of children with intellectual disabilities and mothers of children with autism, due to the inherently challenging nature of caregiving, often face greater emotional and psychological pressure, and their level of resilience plays a decisive role in their quality of life and mental well-being.

Despite the importance of integrating psychological factors with physical activity levels, there is still insufficient evidence regarding how reduced physical activity may explain potential differences in early

maladaptive schema patterns and resilience levels in these two groups of mothers.

Therefore, the research question is as follows: Is there a significant difference in early maladaptive schemas and resilience between mothers with low levels of physical activity who have children with intellectual disabilities and mothers who have children with autism?

Materials and Methods

The present study employed a descriptive, causal-comparative design. The statistical population consisted of all mothers with low physical activity levels who had students with intellectual disabilities or students with autism in elementary schools for children with intellectual disabilities and autism in the city of Qom. From this population, 35 mothers of children with intellectual disabilities and 35 mothers of children with autism were selected through convenience sampling. Inclusion criteria for participation in the study were: full consent to participate and complete the questionnaires, and literacy (ability to read and write) of the mothers. Exclusion criteria included: not residing in Qom, unwillingness to participate in the study, incomplete completion of questionnaires, and the presence of physical or psychological illnesses in the mothers. Data collection instruments included the International Physical Activity Questionnaire-short form, short form of the Young Schema Questionnaire (1998) and the Connor–Davidson Resilience Scale (2003). Multivariate analysis of variance (MANOVA) was employed for data analysis using SPSS version 27.

Results

In the present study, 56 participants (80.0%) were married, and 14 participants (20.0%) were divorced. Regarding age distribution, 19 participants (27.1%) were between 18 and 28 years old, 32 participants (45.7%) were between

28 and 38 years old, and 19 participants (27.1%) were between 38 and 48 years old. In terms of employment status, 58 participants (82.9%) were homemakers, and 12 participants (17.1%) were employed. Regarding educational attainment, 6 participants (8.6%) had primary education, 8 participants (11.04%) had lower secondary education, 16 participants (22.9%) had a high school diploma, 22 participants (31.4%) had a bachelor's degree, 18 participants (25.7%) had a master's degree, and none (0.0%) held a doctoral degree. Regarding the number of children, 15 participants had one child, 32 had two children, 18 had three children, and 5 had four children.

The results indicated a significant difference in resilience between the two groups—mothers of students with autism and mothers of students with intellectual disabilities ($P=0.021$, $F=3.45$). A significant difference was also found between the groups in the maladaptive schema domain of impaired limits ($P = 0.008$, $F = 7.85$). Mothers of children with autism scored lower on resilience and higher on impaired-limits schemas compared to mothers of children with intellectual disabilities. Overall, the findings showed that mothers of children with autism who have low levels of physical activity exhibit lower resilience and more pronounced maladaptive schemas in the impaired-limits domain than mothers of children with intellectual disabilities.

Conclusion

According to the findings of the present study, both groups of mothers—those with children with autism spectrum disorder (ASD) and those with children with intellectual disabilities (ID)—exhibited high levels of activation across five domains of early maladaptive schemas. However, a significant difference between the two groups was observed only in the domain of “Impaired Limits.” This difference may be related to the specific characteristics of this

domain and its connection to executive brain functions.

The “Impaired Limits” domain encompasses schemas such as “insufficient self-control and self-discipline,” which are directly linked to executive abilities including response inhibition, frustration tolerance, emotional and behavioral regulation, and the pursuit of long-term goals. Given that executive functions are influenced by specific brain structures and neural pathways, it can be hypothesized that the observed difference in this domain reflects underlying neurocognitive differences in the parents themselves. Consequently, parents of children with ASD, particularly mothers, may also experience degrees of vulnerability in executive functioning. This vulnerability may manifest as maladaptive schemas within the behavioral limits domain.

Furthermore, the greater severity of executive dysfunction in children with autism compared to children with intellectual disabilities—which is expressed in difficulties with resilience, impulse control, emotional and behavioral regulation, and goal pursuit—may impose additional stress on parents, thereby reinforcing or further activating these maladaptive schemas. Overall, the significant difference in the “Impaired Limits” domain between the two groups of mothers may support a theoretical premise suggesting that the interaction between parental and child neurocognitive characteristics, particularly regarding executive functions, plays a critical role in the formation and persistence of early maladaptive schemas.

Funding

This study received no funding from public, commercial, or nonprofit organizations.

Authors’ Contributions

All authors have participated in designing, implementing and writing all parts of the present study.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgement

We sincerely thank the all mothers for their cooperation in this research.



نوع مقاله: پژوهشی

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب آوری در مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی و اُتیسْم

فاطمه سنائی مهر^۱ , حمیدرضا سعادت اظهر^{۲*} 

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱، تاریخ اصلاح: ۱۴۰۳/۰۳/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب آوری در مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی و دانش آموزان اُتیسْم بود.

روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی و اُتیسْم در مدارس ابتدایی کم توان ذهنی و اُتیسْم شهر قم بودند که از میان آنها ۳۵ مادر دارای دانش آموز کم توان ذهنی و ۳۵ مادر دارای دانش آموز اُتیسْم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین تاب آوری در دو گروه مادران دانش آموزان و مادران دانش آموزان کم‌توان تفاوت معنادار وجود دارد ($F=3/45, P=0/021$). بین طرحواره‌های محدودیت‌های مختل ($F=7/85, P=0/008$) در دو گروه مادران دانش آموزان و مادران دانش آموزان کم‌توان تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: این نتایج بر اهمیت توجه به برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر افزایش فعالیت جسمانی برای کاهش طرحواره‌های ناسازگار و تقویت تاب‌آوری تأکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اُتیسْم، تاب آوری، طرحواره، فعالیت جسمانی، کم توان ذهنی، مادران.

* Corresponding Author: Hamidreza Saadat Azhar, Tel: +98-9125516361, E-mail: saadatazhar@yahoo.com

How to Cite: SanaeiMehri, F., Saadat Azhar, H. A Comparison of Early Maladaptive Schemas and Psychological Resilience in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Sports Psychology*, 2024; 16(1): 305-323. In Persian.



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقدمه

اختلال اوتیسم^۱ اختلال رایجی است که میزان شیوع آنان در کودکان قابل توجه است (۱). طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی- ویراست پنجم^۲ مشخصه اصلی اختلال طیف اوتیسم، شامل نقص پایدار در برقراری اختلال‌های طیف اوتیسم اختلال‌های پیچیده و فراگیر عصب- رشدی هستند که در زمینه مشکلات رشدی در حوزه‌های اجتماعی، هیجانی و رفتاری پدیدار می‌شوند. ارتباط اجتماعی متقابل و تعامل اجتماعی و الگوهای محدود تکراری و قالبی در رفتار، علائق و فعالیت‌ها است. این نشانه‌ها، باید از دوران کودکی وجود داشته باشد و عملکردهای روزانه فرد را مختل یا محدود کند (۲). اختلال‌های طیف اوتیسم با عملکرد بالا اصطلاحی است که برای توصیف جلوه بالینی اوتیسم بدون هیچ‌گونه ناتوانی عقلی به کار می‌رود (۳). از هر ۸ کودک ۱ نفر از آن‌ها به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده می‌شود (۴).

کم توانی ذهنی^۳ طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی- ویراست پنجم به عنوان توانایی ذهنی به طور قابل توجهی پایین‌تر از حد متوسط و تأخیر همزمان در عملکرد انطباقی، که قبل از سن ۱۸ سالگی بروز می‌کند، مشخص می‌شود. عملکرد انطباقی عموماً به عنوان سطح استقلال عمومی فرد (یعنی مراقبت از خود، ارتباط، اجتماعی شدن، مقابله، عملکرد تحصیلی، عملکرد کاری و غیره) تعریف شده است (۲). اغلب کودکان و نوجوانانی که دارای معلولیت‌های شناختی هستند در معرض خطر ابتلا به انواع مشکلات رفتاری هستند. ممکن است در

طول دوره نوجوانی، فراوانی و شدت مشکلات رفتاری افزایش یابد. اختلالات رفتاری ۳ تا ۴ برابر در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی بیشتر از جمعیت عادی است. بین شدت کم‌توانی ذهنی و مشکلات رفتاری نیز رابطه وجود دارد. از جمله اختلالات رفتاری که در نوجوانان و جوانان کم‌توان ذهنی رواج دارد، عبارت است از: افسردگی، مانیا، پرخاشگری، گوشه‌گیری، وسواس- بی‌اختیاری، اختلال اضطرابی و مشکلات اجتماعی دختران و پسران کم‌توان ذهنی در برابر تغییرات زندگی آسیب‌پذیرتر هستند. برای مثال، نوجوانی، بلوغ و چالش‌های هم‌زمان با آن، اغلب اوقات مشکلاتی را برای دختران و پسران کم‌توان ذهنی و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند (۵).

وقوع اختلال‌های رشدی زود هنگام در کودکان به دلیل ضرورت و اجبار در درگیری بیشتر خانواده، به ویژه مراقبین اصلی مانند پدر و مادر، فشارهای بیشتری را بر نظام خانواده وارد می‌کند، زیرا لزوم مراقبت مداوم و حمایت دائمی موجب افزایش مسئولیت بیشتر برای بهبود سلامت فرزند با چالش‌های زیادی در زندگی همراه است (۶). در حالی که همه والدین ممکن است درجه‌ای از تنش را تجربه کنند، سطوح بالای تنش در والدین دارای کودکان دچار اختلال‌های عصبی رشدی ممکن است اثرات منفی جدی بر خانواده و سلامت روانی والدین داشته باشد. در حقیقت، ابتلای فرزندان به بیماری‌های روان‌شناختی دارای اثرات سویی بر نظام خانواده است، زیرا والدین این کودکان باید در کنار سایر نقش‌های خود وضعیت مراقبتی این کودکان و نیازمندی‌های

است (۱۶). تاب‌آوری یک صفت شخصیتی مهم و راهبردی است؛ زیرا فرد دارای تاب‌آوری، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر است و خود را مطابق تغییرات محیطی، وفق می‌دهد و بعد از برطرف‌شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. بنابراین، تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی در شرایط تنش‌زا و تحت فشار دارد (۱۷).

در این راستا، نتایج پژوهش عباسیان و همکاران (۱۸) نشان داد که میان مهارت‌های ارتباطی، تاب‌آوری و کنترل خشم، در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و مادران کودکان عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و مادران کودکان اوتیسم عملکرد نامطلوب‌تری در هر یک از این متغیرها گزارش کردند. ربیعی کناری و همکاران (۱۹) نشان دادند که آموزش تاب‌آوری یک روش موثر است که می‌تواند استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم را کاهش دهد. نتایج پژوهش شمس و کاکابرایی (۲۰) نشان داد که بین استرس ادراک شده، تاب‌آوری و آسایش روانشناختی، در والدین کودکان اوتیسم، کم‌توان ذهنی و بیش‌فعال تفاوت معنادار وجود داشت. استرس ادراک شده در والدین دارای کودک اوتیسم بیشتر است، آسایش روانشناختی در والدین دارای فرزند بیش‌فعال بیشتر بوده و تاب‌آوری در والدین دارای کم‌توانی ذهنی بیشتر است. شکری و همکاران (۲۱) نشان دادند که تنیدگی والدگری و آشفتگی روان‌شناختی در بین مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با مادران کودکان با تأخیرهای تحولی بیشتر است که احتمالاً

خاص آنان را در نظر داشته باشند. همچنین، نگرانی‌های ناشی از بیماری کودک می‌تواند وضعیت سلامت روانی والدین را تضعیف کند (۷). پرورش کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی و اختلال‌های طیف اوتیسم، برای والدین و خانواده‌ها تجربه‌ای طاقت‌فرساست. ناتوانی‌های همراه با این اختلال، شدید، فراگیر، متغیر و پویا هستند. این کمبودها برای والدین و خانواده‌های کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی و اوتیسم مشکلات متعددی در حوزه‌هایی چون خودکارآمدی فرزندپروری، استرس فرزندپروری، سلامت روانی و جسمانی والدین، روابط زناشویی، روابط خواهر و برادری و خانوادگی و به‌طور کلی رفاه خانواده ایجاد می‌کنند (۸). والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی و اوتیسم در فعالیت‌های روزانه خود و روابط اجتماعی دچار مشکل بوده و کیفیت زندگی پایینی دارند (۹). مادران این کودکان به‌عنوان مراقبان اصلی چالش‌های عاطفی و روانی را زیادی تجربه می‌کنند (۱۰، ۱۱). مادران مراقبت‌کننده از کم‌توانی ذهنی و کودکان اوتیسم نه تنها از داغ ننگ جامعه رنج می‌برند (۱۲)؛ بلکه در خطر ابتلاء به مشکلات و ناتوانی‌های روانی هستند و ممکن است اختلال‌هایی را در عملکرد خانواده تجربه کنند (۱۳).

تاب‌آوری^۴ که در واقع نوعی توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است (۱۴)، یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت جسمانی و روانی مادران است (۱۵). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به در بردن از تنش و ناملایمات زندگی

ناشی از مشکلات رفتاری زیاد و کارکردهای انطباقی پایین در بین این کودکان است.

برآورده شدن نیازهای هیجانی و جسمانی کودک در خانواده و به واسطه مظاهر دلبستگی کودک به قدر کافی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های سازگارانه‌ای در مورد خود و دیگران می‌شود که احساس ارزش-مندی، استقلال، شایستگی، دوست داشته شدن و مراقبت شدن را برای فرد به ارمغان می‌آورد و واکنش افراد به بافت اجتماعی را تعیین می‌کنند (۲۲)؛ با این حال روابط خانوادگی اولیه که حاکی از ناکارآمدی و بی‌کفایتی والدین در فراهم آوردن ساختار و روابط عاطفی چشمگیر و در حد نیاز است (۲۳) موجب به وجود آمدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود (۲۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه براساس نیازهای هیجانی ارضاء نشده در کودکی در پنج حوزه کلی شکل می‌گیرند که عبارت‌اند از: ۱- بریدگی و طرد؛ ۲- خودگردانی و عملکرد مختل؛ ۳- محدودیت‌های مختل؛ ۴- دیگرجهت‌مندی؛ ۵- گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداری^{۱۰} (۲۵). تعامل پیش‌آمادگی‌های ژنتیکی فرد و عوامل محیطی که روابط فرد با والدین و دیگر افراد مهم زندگی را شامل می‌شود موجب شکل‌گیری سازه‌های شناختی عمیق و پایداری می‌شود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده شده‌اند و این طرحواره‌ها عقاید و باورهایی را در مورد خود و دیگران شامل می‌شوند (۲۶) که می‌توانند بر ادراک فرد از واقعیت جهان بیرونی، پردازش شناختی و هیجانی و روابط بین‌فردی او تأثیر بگذارند (۲۷).

در این راستا، کشاورز افشار و همکاران (۲۸) نتیجه گرفتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکی

شکل می‌گیرد و همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر عملکرد زنان تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی دیگر حسنون و همکاران (۲۹) نتیجه گرفتند به‌کارگیری طرحواره درمانی به‌عنوان یک درمان مؤثر می‌تواند بر کاهش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تأثیر گذاشته و بر بهبود وضعیت روانی و زندگی روزمره آن‌ها کمک کند.

در سال‌های اخیر نقش فعالیت جسمانی در ارتقای سلامت روان والدین کودکان با نیازهای ویژه بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است، زیرا کاهش تحرک بدنی در مادران این کودکان می‌تواند آن‌ها را در معرض سطوح بالاتری از استرس، فرسودگی روانی و شکل‌گیری یا تشدید طرحواره ناسازگار اولیه قرار دهد. از سوی دیگر، مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان دارای اُتسم به دلیل ماهیت چالش‌برانگیز مراقبت، معمولاً با فشارهای هیجانی و روانی بیشتری روبه‌رو هستند و میزان تاب‌آوری آنان نقشی تعیین‌کننده در کیفیت زندگی و سلامت روانشان دارد. با وجود اهمیت ترکیب عوامل روان‌شناختی و سطح فعالیت جسمانی، هنوز شواهد کافی درباره این‌که کاهش فعالیت بدنی چگونه می‌تواند تفاوت‌های احتمالی در الگوهای طرحواره ناسازگار اولیه و میزان تاب‌آوری این دو گروه از مادران را توضیح دهد، وجود ندارد. بنابراین پرسش پژوهش این است: آیا بین طرحواره ناسازگار اولیه و تاب‌آوری در مادران دارای سطح فعالیت جسمانی پایین کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان اُتسم تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه جمع‌آوری اطلاعات علی-مقایسه‌ای می‌باشد.

نمونه‌های پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای سطح فعالیت پایین با دانش آموزان کم توان ذهنی و دانش آموزان اُتیسم در مدارس ابتدایی کم توان ذهنی و اُتیسم شهر قم بودند که از میان آنها ۳۵ مادر دارای دانش آموز کم توان ذهنی و ۳۵ مادر دارای دانش آموز اُتیسم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش مورد نظر و تکمیل پرسشنامه‌ها، سواد خواندن و نوشتن در مادران و معیارهای خروج از پژوهش عدم سکونت در قم، عدم رضایت جهت شرکت پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود بیماری جسمی و روانی در مادران بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی (IPAQ). جهت بررسی سطح فعالیت بدنی افراد شرکت‌کننده، از فرم کوتاه پرسشنامه بین‌المللی سطح فعالیت بدنی استفاده شد. پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی ساختاری چندوجهی دارد و فعالیت بدنی را در زمینه کار، رفت و آمد، اوقات فراغت، کار خانه داری و امور مرتبط با منزل و حیاط و در هر زمینه خاص و به شکل پیاده روی، فعالیت متوسط و شدید اندازه‌گیری می‌کند. پروتکل IPAQ و نمره دهی یکسان آن باعث می‌شود که مقایسه فعالیت جسمانی در تحقیق

های مختلف تقویت شود و کاربرد بیشتری پیدا کند (۳۷). پرسشنامه IPAQ شامل لیستی از فعالیت های بدنی است که علاوه بر نوع فعالیت که افراد در طول شبانه روز انجام می‌دهند، تعداد دفعات و مدت زمان انجام هر کدام از آن فعالیت ها نیز بر حسب MET گزارش می‌شود. لذا اگر ترکیب فعالیت بدنی در یک هفته کمتر از ۶۰۰ Met-min/week باشد، شدت فعالیت جسمانی پرسشنامه کم (پایین) تلقی می‌شود. در این مطالعه افراد با سطح فعالیت بدنی پایین مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون^{۱۱}. مقیاس تاب-آوری کانر دیویدسون که توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ در آمریکا ساخته شده شامل ۲۵ گویه است که تاب‌آوری را به صورت کلی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از همیشه درست= ۴، اغلب درست= ۳، گاهی درست= ۲، به‌ندرت درست= ۱ تا کاملاً نادرست= صفر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این ابزار حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. در این ابزار نمره صفر تا ۲۵ به معنای تاب‌آوری پایین، ۲۶ تا ۵۰ تاب‌آوری متوسط، ۵۱ تا ۷۵ تاب‌آوری بالا و ۷۶ تا ۱۰۰ تاب‌آوری خیلی بالا است. لذا نمره بالاتر در این ابزار به معنای تاب‌آوری بیشتر است (۳۰). کانر و دیویدسون (۳۰) روایی همگرایی "مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون" را با "مقیاس سخت‌رویی کوباسا^{۱۲}" بررسی و برابر با ۰/۸۳ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند. گونزالز و همکاران (۳۱) روایی همگرایی "مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون" را با "مقیاس اضطراب ورزش^{۱۳}" بررسی و برابر با ۰/۲۷ و

این منظور برای افراد نمونه یک فایل صوتی مبنی بر توضیح‌های لازم با این مضمون که هدف از انجام این کار، اجرای یک کار پژوهشی می‌باشد و اطمینان بخشی که اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند که پس از اعلام رضایت از آزمودنی‌ها در قالب فرم مربوطه لینک پرسشنامه‌های مورد نظر از طریق مدیران در پیام رسان ای‌تا به منظور پاسخ گویی برای آنها ارسال شد. داده‌های جمع آوری شده از تمام پرسشنامه‌ها، پس از استخراج به منظور تحلیل مورد بررسی قرار گرفت.

تحلیل آماری

در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

شرکت کنندگان پیش از شروع مطالعه، به طور کامل درباره هدف پژوهش، نحوه اجرای آن و حفظ محرمانگی اطلاعات آگاه شدند و رضایت آگاهانه کتبی یا شفاهی آنان کسب گردید. همچنین، شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه همکاری انصراف دهند.

یافته‌ها

نتایج دموگرافیک نشان داد ۵۶ نفر از افراد شرکت کننده (۸۰ درصد) متأهل و ۱۴ نفر (۲۰ درصد) از شرکت کنندگان مطلقه بودند. ۱۹ نفر از افراد شرکت کننده ۱۸ تا ۲۸ سال و ۳۲ نفر از افراد شرکت کننده ۲۸ تا ۳۸ سال و ۱۹ نفر از شرکت کنندگان بین ۳۸ تا ۴۸ سال بودند. ۵۸ نفر از افراد شرکت کننده و ۱۲ نفر از شرکت کنندگان شاغل

پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ گزارش کردند. کیهانی و همکاران (۳۲) روایی همگرایی "مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون" را با "مقیاس خودکارآمدی عمومی"^{۱۴} بررسی و برابر با ۰/۲۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ گزارش کردند. حسینی و همکاران (۳۳) روایی همگرایی "مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون" را با "مقیاس تاب‌آوری شناختی" بررسی و برابر با ۰/۷۹ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ گزارش کردند.

نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^{۱۵}. نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (۲۵) شامل ۷۵ گویه است و ۵ حوزه طرحواره‌ای بریدگی و طرد؛ خودگردانی و عملکرد مختل؛ دگرجهت‌مندی؛ گوش-به‌زنگی بیش از حد و بازداری؛ محدودیت‌های مختل و ۱۵ طرحواره را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً درست درباره من=۶ تا کاملاً غلط درباره من=۱ مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۲۵). در ایران صدوقی و همکاران (۳۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه-ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش و تحلیل عاملی تبیینی با چرخش واریماکس مقیاس‌های قابل تفسیری را برای همه ۱۵ خرده‌مقیاس طرحواره مطرح شده توسط یانگ به بار آوردند.

روش اجرا

با هدف جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ها مربوطه با توجه به متغیرهای پژوهش استفاده گردید که به

بودند. ۶ از شرکت کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی، تحصیلات دیپلم، ۲۲ نفر دارای تحصیلات کارشناسی، ۸ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۱۶ نفر دارای و ۱۸ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار تاب آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	دانش آموزان اوتیسم	۳۴/۶۰	۵/۶۵
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۰/۷۸	۸/۶۴
بریدگی و طرد	دانش آموزان اوتیسم	۴۵/۸۰	۹/۶۰
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۴/۱۰	۱۰/۲۰
گوش به زنگی	دانش آموزان اوتیسم	۴۸/۹۰	۸/۹۰
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۷/۳۰	۹/۴۰
خودگردانی	دانش آموزان اوتیسم	۵۰/۲۰	۱۰/۸۰
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۸/۹۰	۱۱/۱۰
محدودیت‌های مختل	دانش آموزان اوتیسم	۴۶/۸۰	۱۰/۹۰
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۴/۶۰	۷/۱۰
دگرجهت‌مندی	دانش آموزان اوتیسم	۴۲/۷۰	۷/۹۰
	دانش آموزان کم توان ذهنی	۴۱/۶۰	۸/۳۰

جدول ۱ نشان می‌دهد مادران دانش آموزان اوتیسم نمره پایین‌تری در تاب آوری نسبت به مادران دانش آموزان کم‌توان ذهنی است. مادران دانش آموزان اوتیسم نمره بالاتری در طرحواره‌های بریدگی و طرد و گوش‌به‌زنگی زیاد و بازداری کسب کردند درحالی‌که مادران دانش آموزان کم‌توان ذهنی نمره بالاتری در طرحواره‌های خودگردانی و عملکرد مختل کسب کردند.

جدول ۲. تحلیل واریانس یک راه چندمتغیری جهت مقایسه تاب آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

منبع	وابسته	مجموعه مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار احتمال
گروه	تاب آوری	۱۲۳/۶۲	۱	۱۳۳/۶۲	۳/۴۵	۰/۰۲۱
	بریدگی و طرد	۱۸/۲۰	۱	۱۸/۲۰	۱/۸۵	۰/۱۷۸
	گوش به زنگی	۲۲/۴۰	۱	۲۲/۴۰	۲/۱۰	۰/۱۵۲
	خودگردانی	۲۵/۷۰	۱	۲۵/۷۰	۲/۳۵	۰/۱۲۸
	محدودیت‌های مختل	۱۰۲/۴۰	۱	۱۰۲/۴۰	۷/۸۵	۰/۰۰۸
	دگرجهت‌مندی	۱۶/۹۰	۱	۱۶/۹۰	۱/۶۰	۰/۲۱۰

جدول ۲ نشان می‌دهد بین تاب آوری در دو گروه مادران دانش آموزان و مادران دانش آموزان کم‌توان تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۳/۴۵$, $P=۰/۰۲۱$). بین طرحواره‌های محدودیت‌های مختل ($P=۰/۰۰۸$),

($F=7/85$) در دو گروه مادران دانش آموزان و مادران دانش آموزان کم توان تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب آوری در مادران دارای دانش آموزان کم توان ذهنی و دانش آموزان اُتیسم بود. نتایج نشان داد که مادران دارای دانش آموزان اُتیسم نمره پایین‌تری در تاب آوری نسبت به مادران دانش آموزان کم توان ذهنی داشتند. مادران دانش آموزان اُتیسم نمره بالاتری در طرحواره‌های بریدگی و طرد و گوش‌به‌زنگی زیاد و بازداری کسب کردند درحالی‌که مادران دانش آموزان کم توان ذهنی نمره بالاتری در طرحواره‌های خودگردانی و عملکرد مختل کسب کردند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های عباسیان و همکاران (۱۸)؛ ربیعی کناری و همکاران (۱۹)؛ شمس و کاکابرایی (۲۰)؛ شکری و همکاران (۲۱)؛ کشاورز افشار و همکاران (۲۸) و حسنوند و همکاران (۲۹) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که شرایط فرزندپروری در خانواده‌هایی که کودک دچار اُتیسم دارند، مادر را در معرض نوعی مراقبت دائمی و حساس قرار می‌دهد. رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، حساسیت بالا به محرک‌ها و نیاز شدید کودک به ثبات و روتین، باعث می‌شود مادر همواره نگران بروز واکنش‌های شدید یا خطرهای احتمالی باشد (۳۵). برخی ویژگی‌های کودک اوتیسم، از جمله کاهش تماس چشمی، دشواری در ابراز نیازهای عاطفی و الگوهای رفتاری غیرمعمول، می‌تواند ارتباط عاطفی

مستقیم میان مادر و کودک را محدود کند. وقتی مادر به رغم تلاش بسیار نمی‌تواند سیگنال‌های هیجانی فرزند خود را دریافت یا پاسخ‌دهی متقابل تجربه کند، ممکن است احساس فاصله عاطفی، ناکامی و ناتوانی در شکل‌دهی رابطه گرم در او فعال شود (۳۶).

مادران کودکان اُتیسم معمولاً به دلیل نقش پررنگی که در مراقبت، مداخله‌های درمانی و مدیریت رفتارهای فرزند بر عهده می‌گیرند، با سطح بالایی از مسئولیت و فشار روانی مواجه می‌شوند. نیازهای ویژه و گاه پیش‌بینی‌ناپذیر کودک باعث می‌شود مادران برای پیشگیری از بحران‌ها، کنترل شرایط را دائماً بر عهده بگیرند و خود را ملزم به عملکردی بی‌نقص، فداکاری مداوم و نظارت دائمی بدانند. این وضعیت به مرور طرحواره‌های معیارهای سختگیرانه و فداکاری افراطی را تقویت می‌کند؛ زیرا مادر می‌آموزد که کوچک‌ترین سهل‌انگاری می‌تواند به بروز چالش یا آسیب برای کودک منجر شود. در نتیجه، او نیازهای شخصی، استراحت، مرزهای فردی و حتی سلامت خود را در اولویت‌های پایین‌تری قرار می‌دهد و طرحواره خودگردانی بیش از حد تثبیت می‌شود. این وضعیت آماده‌باش مستمر، زمینه را برای فعال شدن الگوهای مانند گوش‌به‌زنگی زیاد و احساس آسیب‌پذیری فراهم می‌کند، زیرا مادر محیط را پرخطر و نیازمند کنترل لحظه‌به‌لحظه تجربه می‌کند. همچنین می‌توان گفت این نوع مراقبت مداوم باعث می‌شود مادر برای جلوگیری از تشدید تنش‌ها، احساس کند باید هیجان‌های خود را مهار کند و

اطرافیان را در اولویت قرار دهد تا از انتقاد یا سرزنش احتمالی دور بماند. همین روند باعث تقویت طرحواره دگرجهت‌مندی می‌شود؛ یعنی مادر یاد می‌گیرد توجه به خواسته‌ها، احساسات و رضایت دیگران مهم‌تر از نیازهای خود است. وابستگی شدید کودک، نگرانی از آینده او و فشارهای اجتماعی از مادر چهره‌ای مسئولیت‌پذیر و همیشه در خدمت می‌سازد؛ چهره‌ای که نتیجه‌اش تثبیت و افزایش طرحواره‌های توجه افراطی به دیگران و نادیده گرفتن خویشان است.

مادرانی که از کودک کم‌توان ذهنی مراقبت می‌کنند معمولاً با میزان بالاتری از وابستگی طولانی‌مدت فرزند مواجه هستند. این کودکان در بسیاری از فعالیت‌های روزمره و تصمیم‌گیری‌ها به حمایت مداوم نیاز دارند و همین موضوع باعث می‌شود مادر بخش بزرگی از کارکردهای کودک را خودش انجام دهد. چنین الگوی مراقبتی، احساس مسئولیت سنگین و همیشگی را در مادر ایجاد می‌کند و زمینه را برای شکل‌گیری یا تقویت الگوهایی مرتبط با ناتوانی در تعیین مرزهای سالم فراهم می‌سازد. در این شرایط، مادر ممکن است ناخودآگاه به این باور برسد که اگر او حضور نداشته باشد کودک قادر به انجام امور خود نخواهد بود (۳۷) و همین احساس وظیفه‌مندی افراطی، احتمال فعال شدن الگوی وابستگی و بی‌کفایتی را افزایش می‌دهد. همچنین می‌توان گفت استمرار این وضعیت سبب می‌شود مادر به تدریج نقش‌های شخصی، نیازهای فردی و اولویت‌های خود را به حاشیه براند و بیشتر به خواسته‌ها و نیازهای کودک توجه کند. این روند می‌تواند به فعال شدن الگوهایی مانند اطاعت و ایثارگری افراطی منجر شود،

همواره دقیق، منظم و محتاط باشد. چنین رویکردی احتمال فعال‌شدن الگوهای بازداری و معیارهای سخت‌گیرانه را افزایش می‌دهد، زیرا مادر باور دارد که هر گونه سهل‌انگاری یا کاهش کنترل می‌تواند وضعیت را از ثبات خارج کند. بنابراین مجموعه فشارهای ناشی از مراقبت از کودک اوتیسم، بستر شکل‌گیری و تقویت این الگوها را در مادران فراهم می‌سازد. این شرایط زمینه را برای تقویت الگوهایی مرتبط با احساس طرد، تنهایی و ناتوانی در برقراری پیوند فراهم می‌کند، زیرا مادر به تدریج این باور را در خود شکل می‌دهد که ارتباط عاطفی با فرزند برای او در دسترس نیست. همچنین می‌توان گفت تجربه‌های اجتماعی مادران کودکان اوتیسم ممکن است احساس انزوا را تشدید کند. تفاوت‌های رفتاری کودک و واکنش‌های گاه ناآگاهانه اطرافیان می‌تواند باعث شود مادر احساس کند دیگران او را درک نمی‌کنند یا شرایطش برای آن‌ها قابل فهم نیست. این برداشت‌ها به نوبه خود الگوهای بُریدگی و طرد را فعال می‌کند. در مقابل، در تعامل با کودکان کم‌توان ذهنی معمولاً گرمای عاطفی و پاسخ‌دهی هیجانی بیشتری وجود دارد و همین موضوع احتمال فعال شدن این حوزه را کاهش می‌دهد، هرچند به‌طور کامل آن را منتفی نمی‌کند.

علاوه براین، در بسیاری از فرهنگ‌ها، مادران کودکان اوتیسم با قضاوت‌های اجتماعی، نگاه‌های مقایسه‌ای و انتظارات غیرواقع‌بینانه روبه‌رو می‌شوند؛ مسائلی که احساس تقصیر یا ناکافی بودن را در آن‌ها افزایش می‌دهد. این احساس‌ها سبب می‌شود مادر بیش از پیش تلاش کند نیازهای کودک، خانواده یا حتی

زیرا مادر در عمل یاد می‌گیرد که نیازهای خود را به نفع کودک کنار بگذارد. بر این اساس، ساختار زندگی روزمره مادر به گونه‌ای شکل می‌گیرد که معیارهای شخصی‌اش به سمت از خودگذشتگی متمایل می‌شود و همین امر با افزایش احتمال درگیری او با حوزه خودجهت‌مندی و عملکرد مختل همخوان است. در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، تجربه‌ی مداوم فشارهای هیجانی، حس تنهایی و مسئولیت‌های فرساینده می‌تواند به شکل‌گیری و افزایش طرحواره‌های بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی/بازداری، محدودیت‌های مختل و دگرجهت‌مندی منجر شود. بسیاری از این مادران از همان مراحل ابتدایی مواجهه با تشخیص فرزند، با احساس تفاوت، قضاوت اجتماعی و کاهش حمایت از سوی اطرافیان روبه‌رو می‌شوند؛ امری که به تدریج طرحواره بریدگی و طرد را فعال می‌کند. آنان ممکن است احساس کنند کمتر درک می‌شوند، از جمع‌های حمایتی فاصله می‌گیرند و به دلیل تفاوت‌های فرزندشان، روابط اجتماعی‌شان محدودتر می‌شود. هم‌زمان، ماهیت متغیر و گاه غیرقابل پیش‌بینی نیازهای کودک باعث می‌شود مادر در حالت دائمی مراقبت و احتیاط قرار گیرد، به گونه‌ای که هر لحظه منتظر رخداد یک مشکل تازه باشد. این وضعیت، طرحواره گوش‌به‌زنگی را تقویت می‌کند؛ یعنی مادر برای جلوگیری از بحران‌های احتمالی، هیجان‌های خود را سرکوب کرده و کنترل محیط را به‌طور افراطی در دست می‌گیرد. در ادامه، نقش مراقبتی سنگین و الزام به سازگار کردن برنامه‌های روزمره با نیازهای کودک موجب تضعیف مرزبندی‌های خانوادگی و فردی می‌شود. مادران

زیادی به دلیل فشار مداوم، زمان، آزادی عمل و پیگیری اهداف شخصی خود را محدود می‌کنند تا نیازهای فرزند در اولویت قرار گیرد؛ روندی که به تقویت محدودیت‌های مختل می‌انجامد. این ناهماهنگی در مرزها و نقش‌ها، معمولاً با فداکاری افراطی همراه است، زیرا مادر احساس می‌کند اگر نیازهای خود را مقدم بدارد، ممکن است کودک آسیبی ببیند یا از سوی دیگران مورد قضاوت قرار گیرد. همین فشارهای درونی و بیرونی باعث می‌شود طرحواره دگرجهت‌مندی نیز افزایش یابد؛ یعنی مادر به‌طور مداوم نیازهای دیگران، به‌ویژه فرزند کم‌توان ذهنی، را بر خواسته‌ها و احساسات خود مقدم می‌شمارد. در مجموع، هم‌زمانی این چهار طرحواره بازتابی از شرایط دشوار، کمبود حمایت اجتماعی و بار سنگین مراقبتی است که مادران این کودکان تجربه می‌کنند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، هر دو گروه مادران کودکان دارای اختلال طیف اُتسم و مادران کودکان کم‌توان ذهنی، در پنج حوزه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای سطوح بالایی از فعال‌سازی هستند. با این حال، تنها در حوزه «محدودیت‌های مختل» تفاوت معناداری میان دو گروه مشاهده شده است. این تفاوت می‌تواند به ویژگی‌های خاص این حوزه و پیوند آن با عملکردهای اجرایی مغز مرتبط باشد. حوزه «محدودیت‌های مختل» شامل طرحواره‌هایی نظیر «خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی» است که مستقیماً با توانایی‌های اجرایی از جمله بازداری پاسخ، تحمل ناکامی، تنظیم هیجانی و رفتاری، و پیگیری اهداف بلندمدت در ارتباط است. از آنجا که

بگذارند. علاوه بر این، پژوهش حاضر بر مادرانی تمرکز داشته که سطح فعالیت جسمانی پایین داشته‌اند؛ بنابراین امکان مقایسه کامل با مادرانی که فعالیت بدنی متوسط یا بالا دارند فراهم نشده است. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرها ممکن است با خطاهای ادراکی و سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. ماهیت مقطعی پژوهش نیز مانع از استنباط روابط علی میان متغیرها می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، جامعه تحقیق به چندین شهر یا استان گسترش یابد تا نتایج از قابلیت تعمیم بیشتری برخوردار شوند. همچنین بررسی سطوح مختلف فعالیت جسمانی (کم، متوسط و زیاد) می‌تواند درک دقیق‌تری از نقش ورزش در کاهش طرحواره ناسازگار اولیه و افزایش تاب‌آوری مادران فراهم کند. استفاده از طرح‌های طولی یا مطالعات مداخله‌ای مانند برنامه‌های ورزشی ساختارمند نیز کمک می‌کند تأثیرات واقعی و تدریجی فعالیت بدنی بر سلامت روان والدین کودکان با نیازهای ویژه مشخص شود. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود به نقش متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی، سبک مقابله‌ای یا کیفیت خواب نیز پرداخته شود.

از نظر کاربردی، طراحی و اجرای برنامه‌های فعالیت جسمانی مناسب و قابل دسترس برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی و اُتیسیم می‌تواند راهبردی مؤثر برای کاهش فشارهای روانی آنان باشد. مراکز آموزشی و توان‌بخشی می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی درباره مدیریت هیجانی، تقویت تاب‌آوری و آشنایی با طرحواره ناسازگار اولیه، به بهبود سلامت روان مادران

عملکردهای اجرایی تحت تأثیر ساختارها و مسیرهای نورونی خاصی در مغز قرار دارند، می‌توان فرض کرد که تفاوت مشاهده‌شده در این حوزه، بازتابی از تفاوت‌های زیربنایی در تحول عصبی-شناختی والدین باشد. در این راستا، می‌توان چنین استنباط کرد که والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسیم، به‌ویژه مادران، ممکن است خود نیز درگیر درجاتی از آسیب‌پذیری در عملکردهای اجرایی باشند. این آسیب‌پذیری می‌تواند به‌صورت طرحواره‌های ناکارآمد در حوزه محدودیت‌های رفتاری بروز یابد. از سوی دیگر، شدت بالاتر اختلال عملکرد اجرایی در کودکان اُتیسیم نسبت به کودکان کم‌توان ذهنی—که در قالب دشواری در تاب‌آوری، کنترل تکانه، تنظیم هیجانی و رفتاری، و پیگیری اهداف بلندمدت نمود می‌یابد—می‌تواند فشار مضاعفی بر والدین وارد کرده و به تقویت یا فعال‌سازی بیشتر این طرحواره‌ها منجر شود. در مجموع، تفاوت معنادار در حوزه «محدودیت‌های مختل» میان دو گروه مادران، می‌تواند مؤید یک پیش‌فرض نظری باشد مبنی بر اینکه تعامل میان ویژگی‌های عصبی-شناختی والد و کودک، به‌ویژه در زمینه عملکردهای اجرایی، نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایفا می‌کند.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به شهر قم است؛ این موضوع تعمیم نتایج به مادران دیگر شهرها یا استان‌ها را با احتیاط همراه می‌سازد، زیرا عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌توانند بر طرحواره ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حتی سطح فعالیت جسمانی مادران تأثیر

کمک کنند. همچنین ایجاد گروه‌های حمایتی مادران و فراهم کردن فضاهایی برای ورزش گروهی یا فعالیت‌های بدنی سبک می‌تواند به‌طور هم‌زمان موجب ارتقای سلامت جسمی و روانی آنان شود. توجه به این مداخلات در سطح سیاست‌گذاری اجتماعی نیز می‌تواند کیفیت زندگی خانواده‌های دارای فرزندان با نیازهای ویژه را به شکل چشمگیری افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه مادرانی که در انجام این پژوهش با ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

پانوشتها

1. Autism
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. intellectual disability
4. resilience
5. schema
6. dsconnection and rejection
7. impaired autonomy and performance
8. impaired limits
9. other/ directedness
10. over-vigilance and inhibition
11. Connor-Davidson Resilience Scale
12. Kobasa Hardiness Measure
13. Sport Anxiety Scale
14. Generalized Self-Efficacy Scale
15. Young Schema Questionnaire-short form

References

1. White HA, Shah P. ADHD & Autism Spectrum Disorder. In: Pritzker S, Runco M, editors. Encyclopedia of Creativity (Third Edition). Oxford: Academic Press; 2020.6–11.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Montgomery CB, Allison C, Lai MC, Cassidy S, Langdon PE, Baron-Cohen S. Do Adults with High Functioning Autism or Asperger Syndrome Differ in Empathy and Emotion Recognition? Journal of autism and developmental disorders. 2016;46:1931–40. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2698-4>
4. Little LM, Sideris J, Ausderau K, Baranek GT. Activity participation among children with autism spectrum disorder. Am J Occup Ther. 2014;68(2):177–85. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.009894>
5. Akrami L, Malekpour M, Abedi A. Developing and Accessing Psychometric Properties of The Persian Version of Behavior Assessment System for Children (3Rd Edition) in Children With Mild Intellectual Disabilities and Normal Children. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;27(3):388–405. In Persian <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.4.3462.1>
6. Azazy S, Nour-Eldein H, Mikhail H, Ismail M. Quality of life and family function of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. Eastern Mediterranean Health Journal 2018;24(6):579–87. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.579>
7. Craig F, Operto FF, De Giacomo A, Margari L, Froli A, Conson M, et al. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. Psychiatry Research. 2016;242(1):121–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016>
8. Aali S, Aim yazdi SA, Abdkhodae M, Ghanaee A, Moharari F. Developmental function of families with Autism Spectrum Disorder children compared with families with healthy children. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2015;58(1):32–41. <https://doi.org/10.22038/mjms.2015.3768>
9. Bazarfeshan B, Kargar Dolatabadi A, Mohammadi M, Sarmadi P, Lakzaei J, Hosseinienejad S-M, et al. Quality of life of the mothers of children with autism. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2019;20(4):77–82. In Persian
10. Shafiee E, Mohajerani M. The effectiveness of family resilience training on quality of life and mental health of mothers of children with autism spectrum disorder. The Journal of Psychological Science. 2019;18(82):1101–9. In Persian
11. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Meaning in Life of Mothers of Children With Intellectual and Developmental Disorders. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;28(1):20–33. In Persian <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.1.3046.1>
12. Recio P, Molero F, García-Ael C, Pérez-Garín D. Perceived discrimination and self-esteem among family caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD) and children with intellectual disabilities (ID) in Spain: The mediational role of affiliate stigma and social support. Research in Developmental Disabilities. 2020;105:103737. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103737>
13. Goodarzi N, Rahgoi A, Mohammadi Shahboulaghi F, Biglarian A. Correlation between Family Function and Anxiety in Family Carers of Elderly with Dementia. Journal of Nursing Education. 2018;6(3):1–9. In Persian
14. Mehrafraz P, Jahangir PA. The relationship between self-efficacy and resilience and quality of life of mothers of mentally retarded children of Tehran. Journal

- of Applied Psychological Research. 2016;7(2):235–49. In Persian
15. Karimi M, Nasri S, Ghaemi F. Structural Relationships of Fathers' Involvement and Parenting Stress of Mothers of Autistic Children with the Mediation of Family Functioning, Social Support, and Resilience. Iranian Journal of Family Psychology. 2023;10(2):46–66. In Persian <https://doi.org/10.22034/ijfp.2024.2016472.1283>
 16. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. Journal of Health Promotion Management. 2020;9(4):78–89. In Persian
 17. Rahimpour S, Arefi M, Manshahi Gr. The effectiveness of mixed method of time perspective and mindfulness education on resilience and wisdom. Positive Psychology Research. 2021;7(1):35–52. In Persian <https://doi.org/10.22108/ppls.2021.118779.1798>
 18. Abbasian A, Azadmanesh N, Amirabadi zadeh A. Comparison of resilience, communication skills and anger control in mothers of children with autism and mothers of normal children. Islamic Studies. 2023. In Persian
 19. Rabiee Kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of Resilience Training on Reduction of Parental Stress of Autistic Childrens Mothers. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2015;23(4):95–105.
 20. Shams S, Kakabaraee K. Comparison of perceived stress, mental comfort and resilience among parents of children with autism, mental retardation and hyperactivity. A new approach to children's education quarterly. 2022;4(2):134–44. In Persian
 21. Shokri S, Khanjani Z, Hashemi T, Esmaeilpuor K. Comparison of Parenting Stress and Psychological Distress in Mothers of Children with Autism Disorder and Developmental Delay. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017;4(3):79–90. In Persian
 22. Körük S. Early maladaptive schemas and attachment styles predicting tendencies in intimate relationship. 2017;3:393–411. <http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v0i0.1028>
 23. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. World Psychiatry. 2012;11(1):11–5. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
 24. Bosmans G, Braet C, Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? Clinical psychology & psychotherapy. 2010;17:374–85. <https://doi.org/10.1002/cpp.667>
 25. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. 1st ed: Guilford Press; 2006.
 26. González-Jiménez AJ, Hernández-Romera MdM. Early maladaptive schemas in adolescence: A quantitative study. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;132:504–8. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.344>
 27. Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2020, 47: 408–47. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
 28. Keshavarz-Afshar H, Ghanbarian E, Jebeli SJ, Saadat SH. The relationship between differentiation of self and early maladaptive schemas with family performance components among the military women residing in Tehran, Iran. Journal of Military Medicine. 2019;20(6):635–44. In Persian
 29. Hasanvand MB, Shabanzadeh A, Shahbazi L. The Effectiveness of Schema Therapy on Primary Maladaptive Schemas In Mothers With Intellectual Disability Children. Empowering Exceptional Children.

- 2023;14(4):37–24. In Persian
<https://doi.org/10.22034/ceciranj.2024.424376.1815>
30. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76–82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>
31. Gonzalez SP, Moore EWG, Newton M, Galli NA. Validity and reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in competitive sport. *Psychology of Sport and Exercise*. 2016;23(1):31–9.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.10.005>
32. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;14(10):857–65. In Persian
33. Hosseini SA, mohammadi h, Saadat Z. Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of Iranian society. *Quarterly of Educational Measurement*. 2020;11(42):125–50. In Persian
<https://doi.org/10.22054/jem.2021.57320.2113>
34. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N.

- Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Iranian Sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):214–9. In Persian
35. Cai M, Dai Y, Duan M, Chen M, Ji Y, Zhou L, et al. Intervention adherence and its predictors among parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*. 2025;85:549–57.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.09.015>
36. Stone BG, Saggars B. Autism, literacies, and social communication: a framework of inclusive new literacies. In: Tierney RJ, Rizvi F, Ercikan K, editors. *International Encyclopedia of Education (Fourth Edition)*. Oxford: Elsevier; 2023, 434–447.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818630-5.07098-6>
37. Shafaat Khosrowshahi M., azimzadeh E., Farsi A. The Effect of Functional Training and Active Video Games on Psychological Refractory Period in Elderly Women: Two Months Follow-up. *Sport Psychology Studies*, 2022; 11(39): 23–40. In Persian
<https://doi.org/10.22089/spsyj.2020.9116.1988>