رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۰۱، آبان ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(8), 2024

تدوین مدل افسردگی در زنان باردار بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش واسطه‌ای بد تنظیمی هیجانی

Designing a model of depression in pregnant women based on early maladaptive schemas and perceived parenting styles with the mediating role of emotional dysregulation

محبوبه مرادیان تهرانی
دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
سعید ملیحی الذاکرینی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
رضا مولودی
استادیار، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Mahboobeh Moradian Tehrani
Ph.D. student of health psychology, department of health psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Saeid Malihi Alzakerini*
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.
saiedmalihi@gmail.com
Reza Moloodi
Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای بد تنظیمی هیجانی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی در زنان باردار انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی_همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، مراکز مامایی و مطب‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که در اوایل ماه‌های بارداری تا ماه هفتم قرار داشتند. از بین آن‌ها به صورت در دسترس ۳۹۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS، لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS، گرتز و روئمر، ۲۰۰۴)، پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری یانگ (YPI، یانگ، ۱۹۹۹) و پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (YSQ، یانگ، ۱۹۹۰) بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل مسیر حاکی از برازش مناسب مدل بود. یافته‌ها نشان داد که حوزه‌های انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و سبک والدگری ادراک‌شده پدر از طریق بد تنظیمی هیجانی به صورت غیرمستقیم قادر به پیش‌بینی افسردگی در زنان باردار هستند (p‹۰/۰۰۱). این نتایج نشان می‌دهد که حوزه‌های انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و سبک والدگری ادراک‌شده پد با توجه به نقش مهم بدتنظیمی هیجانی می‌توانند تبیین‌کننده افسردگی در زنان باردار باشد.

واژه‌های کلیدی: *افسردگی، بد تنظیمی هیجانی، سبک‌های والدگری ادراک‌شده، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه.*

Abstract

This study aimed to investigate the mediating role of emotional dysregulation in the relationship between early maladaptive schemas and perceived parenting styles with depression in pregnant women. The current research was a descriptive-correlation type of path analysis. The study population was all pregnant women referring to health centers, midwifery centers, and gynecology offices in Tehran in 2022, who were in the early months of pregnancy until the seventh month. Among them, 397 people were selected as samples. Research tools included: Depression Anxiety and Stress Scales (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995), Difficulties in emotion regulation scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004), Young Parenting Inventory (YPI, Young, 1999), and Young Schema Questionnaire (YSQ, Young, 1990). The data were analyzed using the path analysis method. The results of path analysis indicated the appropriate fit of the model. The findings showed that disconnection and rejection, impaired autonomy and performance over vigilance and inhibition, and the father's perceived parenting styles can indirectly predict depression in pregnant women through emotional dysregulation (p< 0.001). These results show that disconnection and rejection, impaired autonomy and performance over vigilance and inhibition, and the father's perceived parenting styles can explain depression in pregnant women due to the important role of emotional dysregulation.

Keywords: *Emotional Dysregulation, Perceived Parenting Style, Early Maladaptive Schemas, Depression.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۳** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: آبان ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

مقدمه

دوره بارداری[1] یکی از دوره‌های با اهمیت و آسیب‌پذیر در زندگی زنان به شمار می‌رود که در این دوران در معرض شرایط جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگاری قرار می‌گیرند و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد (مک کین و کاسیدی[2]، ۲۰۲۴). از این رو، یک فرصت منحصر به فرد برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری محسوب می‌شوند، فراهم می‌شود (لی[3] و همکاران، ۲۰۲۳). از اوایل بارداری تا دوره پس از زایمان، تغییرات به‌طور هم‌زمان در سطح بیولوژیکی، اجتماعی و روانی رخ می‌دهد، نحوه سازگاری با این تغییرات می‌تواند زنان و حتی همسران را در معرض خطر مشکلات روان‌شناختی قرار دهد (بل و اندرسون[4]، ۲۰۱۶). زنان در طول فرایند بارداری و زایمان تجارب مهمی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند. بارداری و زایمان یک رویارویی فیزیکی و روانی را به نمایش می‌گذارد که زنان می‌توانند توسط آن احساسات ژرفی از قدرت و موفقیت را استنتاج کنند، یا برعکس احساساتی چون خشم، گناه و افسردگی را تجربه نمایند (جهان[5] و همکاران، ۲۰۲۱). از افسردگی[6] می‌توان به‌عنوان اختلال شایع در دوران بارداری نام برد (سانچز پولان[7] و همکاران، ۲۰۲۱). افسردگی یک مشکل روانی جدی است که می‌تواند بر تمام جوانب زندگی افراد تأثیر بگذارد و بیماری رایج سلامت روان است که باعث احساس غم و اندوه می‌شود (اسمیث[8] و همکاران، ۲۰۲۴). این اختلال می‌تواند در نحوه تفکر، خواب، غذا خوردن و هر نوع عملکرد سیستم بدن از جمله میل جنسی تا احساس درد تغییر ایجاد کند (مام شریفی[9] و همکاران، ۲۰۲۳). شیوع افسردگی در بارداری در بین زنان نیز قابل توجه است. مطالعه‌ای نشان داد که ۱۵٪ از زنان ایرانی درجاتی از اضطراب و افسردگی را در بارداری تجربه می‌کنند (بهشتی‌نسب[10] و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهشگران معتقدند که افسردگی در دوران بارداری امری شایع محسوب می‌شود به‌نحوی که آمارها بیانگر شیوع ۴ تا ۲۹٪ افسردگی در میان مادران باردار است و عواملی از قبیل تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ضعیف، تعداد حاملگی‌های قبلی، بارداری ناخواسته، سابقه سندرم پیش از قاعدگی[11]، کمبود حمایت اجتماعی و بروز حوادث استرس‌زا در ایجاد آن مؤثر است و همچنین زنان باردار افسرده و دارای استرس بالا عملکرد پایین‌تری نسبت به زنان غیر افسرده دارند که این امر می‌تواند مشکلاتی را برای این افراد به وجود بیاورد (میرزاخانی[12] و همکاران، ۲۰۲۰).

در زنان باردار، عوامل مختلفی می‌تواند به افزایش احتمال ابتلا به افسردگی منجر شود، از جمله می‌توان به فشارهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، مشکلات روابطی و وظایف خانوادگی اشاره کرد (بووسا[13] و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از عوامل مهمی که در افسردگی نقش دارد، سبک‌های والدگری ادراک‌شده[14] است (کیجسر[15] و همکاران، ۲۰۲۰). هر خانواده روش‌های ویژه‌ای را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرند که به این روش‌ها سبک‌های والدگری گفته می‌شود. سبک‌های والدگری مجموعه‌ای از بازخوردهای والدین هستند که در ارتباط با فرزندان اعمال می‌شود. این سبک‌ها الگوهایی از فرزند پروری هستند که بر اساس معیارهای والدین نسبت به رفتارهای کودکان شکل می‌گیرند (یافی[16]، ۲۰۲۳). بامریند[17] در فواصل سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ دو بعد مهم یعنی توقع[18] و پاسخ‌دهی[19] را در شیوه‌ی تعامل والدین با فرزندانشان شناسایی کرد. بر پایه‌ی تعامل بین توقع و پاسخ‌دهی، بامریند سه نوع شیوه‌ی فرزند پروری یعنی مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه را مشخص نمود (مک[20] و همکاران، ۲۰۲۰). پس از بامریند، یانگ[21] (۱۹۹۹) نیز شیوه‌های متعدد فرزند پروری ادراک‌شده بزرگسالان را بررسی و معرفی کرد که عبارت‌اند از: فرزند پروری محدودکننده عاطفی، والدین بیش‌ازحد مراقبت‌کننده،

1 pregnancy period
2 McCance & Cassidy
3 Li
4 Bell & Andersson
5 Jahan
6 depression
7 Sánchez-Polán
8 Smith
9 Mamsharifi
10 Beheshti Nasab
11 Premenustral syndrom
12 Mirzakhani
13 Buesa
14 perceived parenting styles
15 Keijser
16 Yaffe
17 Bumernid
18 demandingness
19 responsiveness
20 Mak
21 Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

والدین تحقیرکننده، والدین کمال‌گرا، والدین بدبین و ترسو، والدین کنترل‌گر، والدین از لحاظ عاطفی مهارکننده، والدین تنبیه گر و فرزند پروری مشروط توأم با خودشیفتگی (بی[1] و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان دادند که سبک‌های والدگری و فرزند پروری نقش مهمی در سلامت روان‌شناختی دارند و اگر به شیوه‌ای مناسب صورت نگیرند می‌توانند منجر به افسردگی شوند (رومرو آکوستا[2] و همکاران، ۲۰۲۱). حسینی و داوری (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی مؤلفه‌های تنظیم هیجان نقش مهمی دارند.

از سویی دیگر طبق پژوهش‌های متعدد، یکی از متغیرهای مهمی که در افسردگی نقش دارد، طرح‌واره‌های ناسزگار اولیه[3] است (بیشاپ[4] و همکاران، ۲۰۲۲). طرح‌واره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (پیلکینگتون[5] و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجایی‌که طرح‌واره همانند چارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند و تعیین‌کننده واکنش عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی هستند، افرادی که از زندگی خود رضایت دارند اطلاعات مربوط به زندگی‌شان را به شکلی طبقه‌بندی می‌کنند که منتهی به نتایج لذت‌بخش شود، اما کسانی که از زندگی خود راضی نیستند، به جنبه‌های منفی زندگی مثل افکار منفی، افسردگی و اضطراب گرایش بیشتری دارند (بار[6] و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب دوران بارداری گاهی به‌عنوان یک مکانیسم طبیعی برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد؛ اما نگرانی و اضطراب می‌تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر تحت تأثیر قرار دهد و منجر به افسردگی شود (داب و همکاران[7]، ۲۰۲۳). بر اساس نظریه یانگ، ریشه تحولی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است و همین امر طبق پژوهش‌ها مسیر را برای افسردگی هموارتر می‌کند و در نتیجه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بخش مهمی از افسردگی در نظر گرفته می‌شوند (وانگ[8] و همکاران، ۲۰۲۳).

اگرچه به نظر می‌رسد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده به میزان قابل توجهی در افسردگی زنان باردار نقش دارد، اما مسیرهای دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند نقش مهمی را در افسردگی ایفا کنند و به نوعی نقش میانجی داشته باشند. بد تنظیمی هیجانی یکی از مسیرهایی است که نقش مهمی را در افسردگی ایفا می‌کند (تلز مونیری[9] و همکاران، ۲۰۲۳). بدتنظیمی هیجانی و عدم تنظیم و تعادل در آن می‌تواند زمینه را برای افزایش افسردگی فراهم کند که یکی از این عوامل بد تنظیمی هیجانی[10] است (زسچه[11] و همکاران، ۲۰۲۴). بد تنظیمی هیجانی یک علامت هشدار برای سلامت روان است که شامل مشکل در کنترل هیجان‌ها و نحوه عمل فرد بر روی آن‌ها است. برای دیگران، احساسات و واکنش‌های فرد در مقایسه با چیزی که به آن واکنش نشان می‌دهند نامتناسب به نظر می‌رسند (معینی و همکاران، ۱۴۰۱). پژوهش‌های متعددی حاکی از آن هستند که بد تنظیمی هیجانی یکی از عوامل بسیار مهم در کاهش سلامت روانی است (شارما و مک کلیلان[12]، ۲۰۲۱) و از سوی دیگر سبب افزایش افسردگی در زنان باردار نیز می‌شود (ایفیگوازی[13] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین نتایج مطالعات متعدد انجام شده نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند نقش بسیار مهمی در هیجانات افراد داشته باشند و اثر منفی بر تنظیم هیجانی داشته باشند (پیلکینگتون و همکاران، ۲۰۲۴) و از سویی دیگر سبک‌های والدگری نیز طبق پژوهش‌ها نقش بسزایی در چگونگی تنظیم‌ها دارند و اگر به شیوه‌ای مناسب انجام نگردد، افراد در بزرگسالی نمی‌توانند بر روی هیجانات خود کنترل داشته باشند (جوآگوسس[14] و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده درباره افسردگی زنان باردار و در نظر گرفتن عوامل شناختی در ایجاد افسردگی در دوران بارداری، قابل توجه است که پژوهش یا تحقیقی درباره اثرگذاری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش میانجی بد

1 Bi
2 Romero-Acosta
3 early maladaptive schemas
4 Kraft
5 Pilkington
6 Bär
7 Dabb
8 Wang
9 Tellez-Monnery
10 emotional dysregulation
11 Zetsche
12 Sharma & McClellan
13 Ifeagwazi
14 Goagoses

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

تنظیمی هیجانی به‌طور هم‌زمان بر افسردگی زنان باردار انجام نگرفته و بر اساس این مدل که در آن بارداری یک رویداد استرس‌زا تعریف می‌شود، طرحواره‌های فرد فعال شده، افکار خودآیند منفی به سطح فکر می‌آیند و باورهای فرد در مورد دنیا، خود و دیگران باعث بروز رفتارهایی که نتیجه بد تنظیمی هیجانی است، می‌شود. این سه متغیر، پریشانی و آشفتگی روان‌شناختی در زنان باردار را موجب می‌شوند؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای بد تنظیمی هیجانی در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی زنان باردار انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت، مراکز مامایی و مطب‌های زنان و زایمان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که در اوایل ماه‌های بارداری تا ماه هفتم قرار داشتند. از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس نمونه‌ای به تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه در بین آن‌ها توزیع گردید که ۳۹۷ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل مناسب بود. برای تعیین حجم نمونه لوهین (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند که برای بررسی مدل ساختاری که در آن ۴-۲ عامل شرکت دارند، پژوهشگر باید روی گردآوری دست کم ۱۰۰ تا ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. کاربرد نمونه‌های کوچک‌تر می‌تواند موجب عدم حصول همگرایی و به دست آوردن نتایج نامناسب و یا دقت پایین برآورد پارامترها و به‌ویژه خطاهای استاندارد شود (هومن، ۱۳۸۴)؛ ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، زنان باردار در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، وجود داده‌های پرت تک و چندمتغیری و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. در پرسشنامه‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که اطلاعات هر پرسشنامه کاملاً به صورت محرمانه بود. همچنین در صورت تمایل از نتایج پژوهش، پس از اتمام پژوهش نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر و با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[1] (DASS): این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند[2] (۱۹۹۵) تهیه شد و دارای دو فرم کوتاه با ۲۱ سؤال و فرم بلند ۴۲ سؤالی است که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد. در این پرسشنامه مفاهیم استرس ذهنی و اضطراب بدنی به عنوان دو پدیده جدا از هم در نظر گرفته شده است. این وسیله غربالگری وضعیت فرد را در طی ۷ روز گذشته مورد سنجش قرار می‌دهد. هر سؤال در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشان‌دهنده سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس است. کرافورد و هنری[3] (۲۰۰۳) پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای کل ۰/۹۷ گزارش نمودند و همچنین همبستگی زیرمقیاس اضطراب این مقیاس با اضطراب بک ۰/۸۱ و همبستگی زیرمقیاس افسردگی آن با افسردگی بک ۰/۷۴ است که نشان‌دهنده روایی همگرایی مناسب آن جهت بکارگیری در فعالیت‌های پژوهشی و تشخیصی است. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و پایایی فرم فارسی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده‌اند. در بررسی روایی از طریق روایی همگرا بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه DASS با مولفه‌های نشانگان بدخوابی، اضطراب و بدخوابی، نارسایی کنش اجتماعی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۵۸، ۰/۵۵، ۰/۱۳ و ۰/۵۵، بین خرده مقیاس اضطراب با مولفه‌های فوق به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۳، ۰/۱۶ و ۰/۴۷، و بین خرده مقیاس استرس با مولفه‌های مذکور به ترتیب همبستگی ۰/۲۳، ۰/۳۰، ۰/۱۳- و ۰/۱۰ گزارش کرده‌اند که این ضرایب در رابطه بین خرده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب با مولفه‌های نشانگان بدنی، اضطراب و بدخوابی و افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی معنادار است. همچنین سامانی و جوکار (۱۳۸۶) پایایی را با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله سه هفته‌ای برای خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و آلفای کرونباخ را نیز برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۹۱، استرس ۰/۹۳ و برای کل نمرات ۰/۹۰ به دست آمد.

1 Depression Anxiety and Stress Scales
2 Lovibond & Lovibond
3 Crawford & Henry

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه[1] (YSQ): پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه در سال ۱۹۹۰ توسط یانگ ساخته شد. شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ها (YSQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال است که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی؛ رهاشدگی/ بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی / بدرفتاری؛ انزوای اجتماعی / بیگانگی؛ نقص / شرم، شکست در پیشرفت؛ وابستگی/ بی‌کفایتی عملی؛ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری؛ گرفتاری؛ اطاعت؛ ایثار (فداکاری)؛ بازداری هیجانی؛ معیارهای سخت‌گیرانه؛ استحقاق بودن/ برتری داشتن؛ خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی؛ تحسین/ جلب توجه؛ نگرانی /بدبینی؛ خود تنبیهی را اندازه می‌گیرد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) است (یالسین[2] و همکاران، ۲۰۲۳). دریافت نمرات بالا نشانه پررنگ بودن طیف طرحواره بوده و چنانچه آزمودنی در هر خرده مقیاس حداقل در پاسخ به دو گویه از پنج گویه، نمرات ۵ یا ۶ اخذ کرده باشد، دارای طرحواره ناسازگار فعال است. یانگ و همکاران (۱۹۹۵) نمونه ۹۰ سؤالی پرسشنامه را بر روی حجم نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی اعتباریابی کردند و پایایی آن را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی یک ماهه به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. مالوگیانیس[3] و همکاران (۲۰۱۸) روایی محتوایی این پرسشنامه را ۰/۸۱ به دست آوردند. فتی (۱۳۸۲) پایایی ارزیاب‌ها در طی زمان را برای این پرسشنامه برابر ۰/۲۳ و روایی محتوایی آن را برابر با ۰/۴۲ گزارش کرده است (به نقل از صدوقی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ همسانی درونی برای این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه سبک های فرزند پروری یانگ[4] (YPI): این پرسشنامه دارای ۷۲ سؤال بوده و هدف سبک فرزند پروری والدین است (یانگ، ۱۹۹۹) و برای شناسایی ریشه‌های بالقوه هفده باور اصلی منفی در نظر گرفته شده است. فرم اولیه این پرسشنامه خود گزارشی متشکل از ۷۲ عبارت است که افراد ممکن است برای توصیف پدر و مادر خود از آن استفاده کنند (به عنوان مثال مرا بسیار مورد انتقاد قرار داد). هر اظهار نظری منعکس‌کننده رفتارهای فرزند پروری است که مرتبط با یکی از ۱۷ باور اصلی منفی (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) هستند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۶) است. مقادیر پایایی آلفای کرونباخ از ۰/۶۷ تا ۰/۹۲ متغیر بود و پایایی بازآزمایی و همبستگی قابل قبول بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۵ بود و همچنین روایی سازه با پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۱۵ عاملی نیز نشان از روایی مطلوب این پرسشنامه بود (لوئیس[5] و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران فرم اصلی این پرسشنامه توسط صلواتی (۱۳۸۶) ترجمه شده و سپس در ۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا گردیده است، پایایی آن با استفاده از روش دونیمه سازی، برای فرم مادر ۰/۶۹ و برای فرم پدر ۰/۸۰ به دست آمد و همچنین روایی این پرسشنامه با استفاده از روایی محتوایی (۰/۷۹) برای فرم مادر و (۰/۸۲) برای فرم پدر، نشان‌دهنده‌ی روایی مناسب بود. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سبک فرزند پروری پدر، ۰/۷۸ و برای سبک فرزند پروری مادر ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان[6] (DERS): این مقیاس توسط گرتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. شامل ۳۶ گویه و دارای ۶ مؤلفه‌ی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی دشواری، در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی است. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. حداقل نمره ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن[7] ۰/۲۶ گزارش شده است. همسانی درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی آن از طریق بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۸۸ به دست آمد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). در ایران بشارت (۱۳۹۷) پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. همچنین ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجان‌های منفی با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۳-، درماندگی آموخته شده ۰/۴۴-، راهبردهای رشد یافته ۰/۴۷-، راهبردهای رشد نیافته ۰/۵۱-، عاطفه مثبت ۰/۴۵- و عاطفه منفی ۰/۴۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است.

1 Young Schema Questionnaire
2 Yalcin
3 Malogiannis
4 Young Parenting Inventory
5 Louis
6 Difficulties in emotion regulation scale
7 Zuckerman Excitement Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

یافته ها

گروه نمونه شامل ۳۹۷ نفر خانم باردار بود. ۸۱ نفر بین رده سنی ۲۰ تا ۲۵ سال؛ ۱۴۶ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال؛ ۱۰۸ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ نفر و ۶۲ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال بودند. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

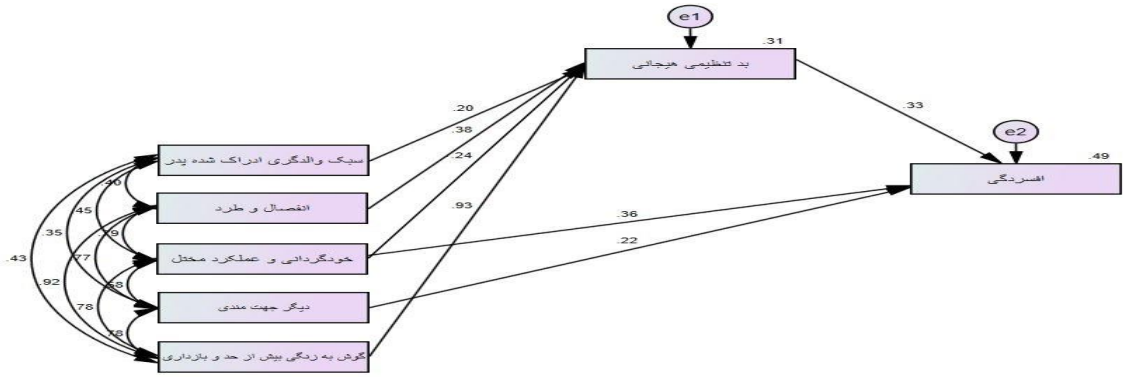
جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. بد تنظیمی هیجانی	۱							
۲. سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر)	۰/۳۴**	۱						
۳. حیطه اول	۰/۳۸**	۰/۴۰**	۱					
۴. حیطه دوم	۰/۲۸**	۰/۴۵**	۰/۷۹**	۱				
۵. حیطه سوم	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۸۲**	۰/۶۱**	۱			
۶. حیطه چهارم	۰/۴۰**	۰/۳۵**	۰/۷۶**	۰/۵۸**	۰/۷۷**	۱		
۷. حیطه پنجم	۰/۴۹**	۰/۴۳**	۰/۹۲**	۰/۷۸**	۰/۸۸**	۰/۷۷**	۱	
۸. افسردگی	۰/۵۱**	۰/۴۰**	۰/۵۹**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۱
میانگین	۱۰۶/۰۱	۱۰۹/۹۷	۶۵/۷۳	۵۱/۳۹	۷۸/۵۱	۵۰/۲۴	۷۳/۰۶	۱۲/۷۴
انحراف استاندارد	۱۳/۹۲	۸/۹۳	۲۶/۲۱	۱۹/۷۰	۲۹/۵۱	۱۴/۸۹	۲۵/۴۹	۳/۱۶
کجی	-۰/۵۹۳	۰/۰۴۱	۰/۹۳۷	۱/۰۸۰	۰/۰۸۸	-۰/۰۴۹	۰/۴۷۹	۰/۲۸۵
کشیدگی	-۰/۱۲۹	-۰/۴۷۲	-۰/۳۶۷	-۰/۲۳۷	-۱/۰۶۵	-۱/۰۳۲	-۰/۶۹۳	-۰/۶۶۶

* P‹۰/۰۵ **P‹۰/۰۱

نکته: (حیطه اول: انفصال و طرد؛ حیطه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل؛ حیطه سوم: محدودیت‌های مختل؛ حیطه چهارم: دیگر جهت‌مندی؛ حیطه پنجم؛ گوش به زنگی بیش از حد و بازداری)

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، بین بد تنظیمی هیجانی (p<۰/۰۱، r= ۰/۵۱)؛ سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر) (p<۰/۰۱، r= ۰/۴۰)؛ حیطه اول (p<۰/۰۱، r= ۰/۵۹)؛ حیطه دوم (p<۰/۰۱، r= ۰/۵۷)؛ حیطه سوم (p<۰/۰۱، r= ۰/۵۲)؛ حیطه چهارم (p<۰/۰۱، r= ۰/۵۵) و حیطه پنجم (p<۰/۰۱، r= ۰/۶۱)؛ با افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود داشت. قبل از انجام تحلیل مسیر، نرمال بودن متغیر ملاک (افسردگی)، استقلال خطاها و هم خطی متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف با (آماره ۰/۱۶۰ و p>۰/۰۵) نشان از نرمال بودن متغیر افسردگی است. طبق آماره دوربین واتسون که محدوده قابل قبول آن ۱/۵ تا ۲/۵ است، در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی افسردگی (۱/۸۷۰)، حاکی از استقلال خطاها است. یکی از شروط دیگر، عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از ۱۰ داشته باشد عدم هم خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ بود و عدم هم خطی تأیید شد (کانتارئو[1] و همکاران، ۲۰۲۰). به منظور آزمون مدل مورد نظر یعنی بررسی نقش واسطه‌گری طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش تحلیل مسیر استفاده شد. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در جدول ۲ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل اصلاح شده رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده (پدر) با میانجی‌گری بد تنظیمی هیجانی با افسردگی زنان باردار

1 Cantarero

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

در شکل ۱ مدل اصلاح شده‌ی پژوهش حاضر پس از حذف مسیرهای غیر معنادار رسم شده است. بدین معنا مسیرهایی که معنادار نبودند اصلاح و حذف شدند (p>۰/۰۰۱). این مسیرها در مدل اولیه معنادار نبودند و بعد از اصلاح مدل و برای برازش مناسب مدل حذف شدند و همچنین مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش با افسردگی زنان باردار در جدول ۲ و ۳ ذکر شده است.

جدول ۲. ضرایب مسیر مستقیم اثرات متغیرها و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضرایب استاندارد	انحراف استاندارد	آماره (t)	سطح معناداری
والدگری (پدر)	بد تنظیمی هیجانی	۰/۳۰۸	۰/۰۷۳	۴/۱۹۸	۰/۰۰۱
انفصال و طرد	بد تنظیمی هیجانی	۰/۱۹۹	۰/۰۶۱	۳/۲۸۰	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	بد تنظیمی هیجانی	۰/۱۶۷	۰/۰۵۰	۳/۳۳۷	۰/۰۰۱
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	بد تنظیمی هیجانی	۰/۵۱۰	۰/۰۶۲	۸/۲۷۴	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	افسردگی	۰/۰۵۷	۰/۰۰۷	۸/۰۴۴	۰/۰۰۱
بد تنظیمی هیجانی	افسردگی	۰/۰۷۴	۰/۰۰۹	۸/۳۰۱	۰/۰۰۱
دیگر جهت‌مندی	افسردگی	۰/۰۴۷	۰/۰۱۰	۴/۷۶۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر ملاک دارای مقدار T بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از ۱/۹۶± است تأثیر معنی‌داری (p‹۰/۰۰۱) بر متغیر ملاک دارند و مسیرهای غیر معنادار از مدل حذف شدند.

جدول ۳. ضرایب مسیر غیر مستقیم اثرات متغیرها و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده با بوت استراپ

مسیر	Bootstrap	حد بالا	حد پایین	sig
سبک‌های والدگری ادراک‌شده پدر ← بد تنظیمی هیجانی ← افسردگی	۰/۰۲۳	۰/۰۳۹	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱
انفصال و طرد← بد تنظیمی هیجانی ← افسردگی	۰/۰۱۵	۰/۰۲۶	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲
خودگردانی و عملکرد مختل ← بد تنظیمی هیجانی ← افسردگی	۰/۰۱۲	۰/۰۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ← بد تنظیمی هیجانی ← افسردگی	۰/۰۳۸	۰/۰۵۰	۰/۰۲۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود برای بررسی نقش متغیر واسطه از روش بوت استراپ استفاده گردید. نتایج نشان داد که حوزه‌های طرحواره ناسازگار انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و سبک والدگری ادراک‌شده پدر به صورت غیر مستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی قادر به پیش‌بینی افسردگی در زنان باردار هستند (p‹۰/۰۰۱).

در جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده ذکر شده است.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	شاخص‌های برازش		
	مدل اولیه	مدل نهایی	حد مجاز
$\frac{\chi 2}{df}$	۹۸/۰۵	۱/۴۰	کمتر از ۵
RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)	۰/۴۹	۰/۰۳	کمتر ۰/۰۸
GFI (شاخص نیکویی برازش)	۰/۷۶	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
AGFI (شاخص نیکویی برازش اصلاح شده)	۰/۷۵	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
CFI (شاخص برازش تطبیقی)	۰/۷۶	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹
NFI (شاخص برازش نرم شده)	۰/۷۷	۰/۹۹	بالاتر از ۰/۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

شاخص‌های برازش در جدول ۴ نشان‌دهنده‌ی برازش عالی داده‌ها با مدل اصلاح شده است. با توجه به شکل ۱ و جدول ۳ حوزه‌های طرحواره ناسازگار انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و سبک والدگری ادراک‌شده پدر از طریق بد تنظیمی هیجانی به صورت غیرمستقیم قادر به پیش‌بینی افسردگی در زنان باردار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش واسطه‌ای بد تنظیمی هیجانی در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با افسردگی زنان باردار انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که حوزه‌های طرحواره ناسازگار انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به صورت غیر مستقیم از طریق بد تنظیمی هیجانی توانستند افسردگی زنان باردار را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج بووسا و همکاران، (۲۰۲۴)؛ جوآگوسس و همکاران، (۲۰۲۲) و بیشاپ و همکاران، (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد طرحواره های ناسازگار، الگوهای دیرینه نسبتا پایداری هستند که در کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند و تغییر پذیری آن‌ها در حال حاضر زیاد نیست. بنابراین بسته به نوع طرحواره‌ای که در زن باردار تشکیل شده است اثرات این طرحواره‌ها به واسطه بدتنظیمی هیجانی می‌توانند میزان افسردگی در آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهند. وقتی فرد با موقعیت‌های استرس‌زا همانند دوره بارداری مواجهه می‌شود، این طرحواره‌ها و باورهای ناسازگار فعال می‌شوند چراکه واکنش‌های هیجانی نامناسبی را تجربه می‌کنند که ممکن است منجر به افسردگی شود. بد تنظیمی هیجانی با برهم زدن تعادل در مدیریت هیجان‌ها، فرد را از لحاظ روانی در شرایطی شکننده و آسیب‌پذیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرد نیز خود عاملی دیگر در مضاعف کردن این شرایط آسیب هستند و زمانی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر تنظیم هیجان اثر بگذارند، شرایطی وخیم‌تر به وجود می‌آورد که می‌تواند مسیر افسردگی را تسهیل کند و فرد را در شرایطی قرار دهد که نتواند عملکرد مناسبی را داشته باشد (جوآگوسس و همکاران، ۲۰۲۲). هر کدام از حوزه‌های طرحواره ناسازگار انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به طریق خاصی بر روی هیجان‌ها اثر می‌گذارند که نتیجه این اثر منفی می‌تواند بدتنظیمی هیجانی در افراد را افزایش دهد که این امر خود موجب افزایش افسردگی می‌شود. در واقع، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بد تنظیمی هیجانی می‌توانند به یک دایره منفی و تقویت‌کننده تبدیل شوند. وقتی که فرد با واکنش‌های هیجانی ناسازگار مواجه می‌شود احتمالاً آلودگی هرچه بیشتری از این الگوها در ذهن اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، بد تنظیمی هیجانی می‌تواند به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای افزایش افسردگی عمل کند.

از دیگر یافته‌های این پژوهش آن بود که سبک‌های والدگری ادراک‌شده به صورت غیر مستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی توانست افسردگی زنان باردار را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج رومرو آکوستا و همکاران، (۲۰۲۱)؛ کیجسر و همکاران، (۲۰۲۰)؛ حسینی و داوری (۱۴۰۰) و بی و همکاران، (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد که سبک‌های فرزند پروری شامل ابعادی چون حساسیت، انضباط، دلسوزی و ارتباطات واضح و فعالیت‌هایی چون تلاش برای سازگاری و استقلال فرزندان می‌شود. این سبک‌ها ممکن است باعث تقویت یا ضعیف شدن تنظیم هیجان‌ها در افراد شود (حسینی و داوری، ۱۴۰۰). تعاملات ناکارآمد والدین با فرزندان پیش‌بینی خوبی برای بدتنظیمی هیجانی و مشکلات سلامت روان در آینده است. زمانی که والدین به شیوه‌های نامناسبی با فرزندان خود ارتباط برقرار می‌کنند و از لحاظ عاطفی محدودکننده هستند، فرزند خود را در شرایط آسیب‌پذیری بالاتری نسبت به بقیه قرار می‌دهند. گاهی این موضوع برعکس می‌شود و والدین بیش از اندازه از فرزند خود حمایت می‌کنند که همین مسئله نیز می‌تواند باعث ایجاد چالش‌هایی در هیجانات فرد شود (بی و همکاران، ۲۰۱۸). شیوه‌های والدگری ناکارآمد با به وجود آوردن عواملی همچون شرم، کمال‌گرایی، بدبینی، خودشیفتگی و اضطراب بالا، می‌توانند بدتنظیمی هیجانی را تقویت کنند و همه‌ی این عوامل منفی در کنار هم در مسیر زندگی یک فرد می‌توانند به او آسیب بزنند و منجر به افسردگی در فرد شوند؛ بنابراین، سبک‌های فرزند پروری می‌توانند برای تقویت یا ضعیف شدن تنظیم هیجان‌ها در افراد تأثیرگذار باشند. ارتقاء سبک‌های فرزند پروری به سوی حمایت و ترغیب به رشد روانی سالم می‌تواند به کاهش اثرات منفی بدتنظیمی هیجانی کمک کند که این امر می‌تواند سبب کاهش افسردگی شود.

به طور کلی می‌توان از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفت عوامل روان‌شناختی متعددی در تعامل با همدیگر می‌توانند در افسردگی زنان باردار نقش داشته باشند. در این پژوهش به بررسی نقش متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های والدگری ادراک‌شده با نقش واسطه‌ای بد تنظیمی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی زنان باردار پرداخته شد که نتایج نشان داد بد تنظیمی هیجانی، سبک‌های والدگری ادراک‌شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش کلیدی در افسردگی زنان باردار دارند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های کاهش افسردگی زنان باردار ضروری است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش پژوهش اشاره کرد که به‌تبع از نظر تعیین روابط علت و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

معلولی محدودیت دارند. همچنین به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای بررسی این متغیرها استفاده شود تا تعمیم آن به سایر جوامع آماری آسان‌تر شود و همچنین به متغیرهای دیگری که می‌توانند افسردگی زنان باردار را کاهش دهند، توجه نمود.

منابع

بشارت، م. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۳(۴۷)، ۸۹-۹۲. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1427.html

حسینی، ل؛ و داوری، ر. (۱۴۰۰). بررسی نقش سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران. *روان شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۰(۱)، ۴۶-۵۷. https://jsp.uma.ac.ir/article_1140.html

سامانی، س؛ و جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۳(۵۲)، ۶۵-۷۷. https://www.sid.ir/paper/391033/fa

صلواتی، م. (۱۳۸۶). *طرحواره‌های غالب و اثر بخشی طرحواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. رساله جهت دریافت رساله دکتری. چاپ شده. انیستیتو روانپزشکی تهران.

معینی، م؛ مام شریفی، پ؛ فرخی، س؛ و شهرابی فراهانی، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطهٔ بین سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری با تاب‌آوری امدادگران هلال‌احمر. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۷)، ۱۴۴-۱۳۳. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.7.18.7

Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and psychotherapy*, *96*(3), 716–747. https://doi.org/10.1111/papt.12465

Beheshti Nasab, M., Bahmaei, H., Askari, S., Ghanbari, S., & Iravani, M. (2022). The Relationship between Health Anxiety and Prenatal Distress with Choosing Mode of Delivery among Pregnant Women during COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, *10*(2), 3240-3247. https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.62345.1758

Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, *39*, 112–123. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014

Bi, X., Yang, Y., Li, H., Wang, M., Zhang, W., & Deater-Deckard, K. (2018). Parenting Styles and Parent- Adolescent Relationships: The Mediating Roles of Behavioral Autonomy and Parental Authority. *Frontiers in psychology*, *9*, 2187. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02187

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *29*(1), 111–130. https://doi.org/10.1002/cpp.2630

Buesa, J., Campos-Berga, L., Lizaran, M., Almansa, B., Ghosn, F., Sierra, P., ... & García-Blanco, A. (2024). Predictors of postpartum depression in threatened preterm labour: importance of psychosocial factors. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, *17*(1), 51-54. https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.06.004

Cantarero, A., Mateo, R., Camarero, P. R., Alonso, D., Fernandez-Eslava, B., & Alonso-Alvarez, C. (2020). Testing the shared-pathway hypothesis in the carotenoid-based coloration of red crossbills. *Evolution*, *74*(10), 2348-2364. https://doi.org/10.1111/evo.14073

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*, *42*(Pt 2), 111–131. https://doi.org/10.1348/014466503321903544

Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Yap, K., & Roach, V. J. (2023). Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men's concerns and experiences during their partners' pregnancies. *Journal of affective disorders*, *323*, 640–658. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.092

Goagoses, N., Bolz, T., Eilts, J., Schipper, N., Schütz, J., Rademacher, A., Vesterling, C., & Koglin, U. (2022). Parenting dimensions/styles and emotion dysregulation in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03037-7

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Ifeagwazi, C. M., Obiajulu, B. M., Chukwuorji, J. C., & Ndukaihe, I. L. (2021). Emotion dysregulation robustly predicts depressive symptoms above and beyond life events and social support in sub-saharan African pregnant women. *Women's Reproductive Health*, *8*(1), 29-43. https://doi.org/10.1080/23293691.2020.1861414

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

Jahan, N., Went, T. R., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A., & Alfonso, M. (2021). Untreated Depression during Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*, *13*(8), e17251. https://doi.org/10.7759/cureus.17251

Keijser, R., Olofsdotter, S., Nilsson, K. W., & Åslund, C. (2020). The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. *Mental Health & Prevention*, *20*, 200193. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200193

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335–343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u

Li, H., Li, H., Zhong, J., Wu, Q., Shen, L., Tao, Z., Zhang, H., & Song, S. (2023). Association between sleep disorders during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, *26*(2), 259–267. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01295-3

Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2018). Psychometric validation of the Young Parenting Inventory - Revised (YPI-R2): Replication and Extension of a commonly used parenting scale in Schema Therapy (ST) research and practice. *PloS one*, *13*(11), e0205605. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205605

McCance, D. R., & Cassidy, L. (2024). Diabetes in pregnancy. *Textbook of Diabetes*, 1034-1071.

Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y. H., & Oon, P. T. (2020). The relation between parenting stress and child behavior problems: Negative parenting styles as mediator. *Journal of Child and Family Studies*, *29*, 2993-3003. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01785-3

Malogiannis, I. A., Aggeli, A., Garoni, D., Tzavara, C., Michopoulos, I., Pehlivanidis, A., Kalantzi-Azizi, A., & Papadimitriou, G. N. (2018). Validation of the greek version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3: Internal consistency reliability and validity. *Psychiatrike = Psychiatriki*, *29*(3), 220–230. https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.220

Mamsharifi, P., Farokhi, B., Hajipoor-Taziani, R., Alemi, F., Hazegh, P., Masoumzadeh, S., Jafari, L., Ghaderi, A., & Ghadami Dehkohneh, S. (2023). Nano-curcumin effects on nicotine dependence, depression, anxiety and metabolic parameters in smokers: A randomized double-blind clinical study. *Heliyon*, *9*(11), e21249. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21249

Mirzakhani, K., Khadivzadeh, T., Faridhosseini, F., & Ebadi, A. (2020). Pregnant Women's Experiences of the Conditions Affecting Marital Well-Being in High-Risk Pregnancy: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, *8*(4), 345–357. https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.85666.1285

Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 10.1002/cpp.2914. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/cpp.2914

Romero-Acosta, K., Gómez-de-Regil, L., Lowe, G. A., Lipps, G. E., & Gibson, R. C. (2021). Parenting Styles, Anxiety and Depressive Symptoms in Child/Adolescent. *International journal of psychological research*, *14*(1), 12–32. https://doi.org/10.21500/20112084.4704

Sánchez-Polán, M., Franco, E., Silva-José, C., Gil-Ares, J., Pérez-Tejero, J., Barakat, R., & Refoyo, I. (2021). Exercise During Pregnancy and Prenatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in physiology*, *12*, 640024. https://doi.org/10.3389/fphys.2021.640024

Sharma, A., & McClellan, J. (2021). Emotional and Behavioral Dysregulation in Severe Mental Illness. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *30*(2), 415–429. https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.010

Smith, A. L., Carvalho, A. F., & Solmi, M. (2024). Methodological concerns in umbrella review of serotonin and depression. *Molecular psychiatry*, 10.1038/s41380-024-02460-5. Advance online publication. https://doi.org/10.1038/s41380-024-02460-5

Tellez-Monnery, K., Berghoff, C. R., & McDermott, M. J. (2023). Investigating the effects of emotion dysregulation and repetitive negative thinking on alcohol hangover anxiety and depression. *Addictive behaviors*, *140*, 107619. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107619

Wang, Y., Gao, Y., Liu, J., Bai, R., & Liu, X. (2023). Reciprocal associations between early maladaptive schemas and depression in adolescence: long-term effects of childhood abuse and neglect. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *17*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s13034-023-00682-z

Yaffe, Y. (2023). Systematic review of the differences between mothers and fathers in parenting styles and practices. *Current psychology*, *42*(19), 16011-16024. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01014-6

Yalcin, O., Marais, I., Lee, C. W., & Correia, H. (2023). The YSQ-R: Predictive Validity and Comparison to the Short and Long Form Young Schema Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, *20*(3), 1778. https://doi.org/10.3390/ijerph20031778

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Zetsche, U., Bürkner, P. C., Bohländer, J., Renneberg, B., Roepke, S., & Schulze, L. (2024). Daily Emotion Regulation in Major Depression and Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychological Science*, *12*(1), 161-170. https://doi.org/10.1177/21677026231160709.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]