رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰۷، اردیبهشت ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(2), 2025

اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی

The effectiveness of schema therapy on distress tolerance, resilience, emotional regulation, and parenting styles of mothers with children with attention deficit/ hyperactivity disorder

منصوره سادات رجائی زاده
کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
دکتر فلور خیاطان (نویسنده مسئول)
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک توحید در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵، CD-RIS)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳، DTS)، تنظیم هیجانی گروس و جان (۲۰۰۳، ERQ)، و سبک فرزند پروری بامریند (۱۹۷۲، PSI)، بود. گروه آزمایش طرحواره درمانی را طی دوازده جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین پس‌آزمون تحمل پریشانی و تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح P<۰/۰۱ وجود دارد. درنتیجه طرحواره درمانی می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر در جهت بهبود تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *تاب‌آوری، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی، سبک‌های فرزند پروری، طرحواره درمانی.*

Mansoureh Sadat Rajaeizadeh
Master of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Dr. Flor Khayatan *
Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
feluorkhayatan@gmail.com

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on distress tolerance, resilience, emotional regulation, and parenting styles of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study included all mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder referring to the Tohid Clinic in Isfahan in 1402, of which 30 people were selected purposively and randomly assigned to an experimental group and a control group. The measurement tools included the Distress Tolerance Questionnaire by Simmons and Gaher (2005, CD-RIS), Connor and Davidson's Resilience (2003, DTS), Gross and John's Emotional Regulation (2003, ERQ), and Baumrind's Parenting Style (1972, PSI). The experimental group received schema therapy in twelve sessions, one session per week for 90 minutes. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference between the post-test mean of distress tolerance and resilience, emotional regulation, and parenting styles in the experimental and control groups at the P<0.01 level. As a result, schema therapy can be used as an effective treatment method to improve distress tolerance, resilience, emotional regulation, and parenting styles of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: Resilience, *Distress Tolerance, Emotional Regulation, Parenting Style, Schema Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۳** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

مقدمه

اختلال نقص توجه/بیش فعالی[1]را می‌توان به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی در کودکان و نوجوانان مدنظر قرار داد که بیش فعالی و تکانشگری ازجمله ویژگی‌های اولیه برای این اختلال محسوب می‌گردد. بر اساس گزارش‌های به دست آمده شیوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان ۵/۹ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد برآورد شده است. افراد دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بیشتر به مسائلی از قبیل رفتار مجرمانه و مصرف کردن مواد، بزهکاری، و تجربه بارداری زودهنگام یا ناخواسته دچار می‌گردند. به‌علاوه، اضطراب و افسردگی اختلالات همبود دیگری است که در این افراد فراوان دیده می‌شود (ویدینگ-هاونرااس[2] و همکاران، ۲۰۲۴). مارتین و مارش[3] (۲۰۱۷) معتقدند والدین دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی، از میزان بالاتری از تنش برخوردار می‌باشند. همچنین بر اساس گزارش به دست آمده از آن‌ها، والد مادر چنین کودکانی بیش از سایر مادران، از فقدان خشنودی از والدگری خود رنج می‌برند. مطالعات انجام گرفته بیانگر آن است که ازآنجاکه والد مادر به‌عنوان مراقب دائمی و اصلی کودک محسوب می‌شود، به میزان بیشتری نسبت به والد پدر، از مشکلات رفتاری فرزند خود، اثرات منفی پذیرفته که این امر احساسات منفی و آزردگی هیجانی بیشتری را برای آنان به دنبال داشته است (رضایی فرد، ۱۴۰۰).

می‌توان بیان نمود که تحمل پریشانی و تاب‌آوری ازجمله عواملی هستند که کمک شایانی به افراد در سازگاری با موقعیت‌های ناخوشایند و استرس آفرین زندگی می‌نماید و از افراد در مواجهه با اختلال‌های آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی محافظت می‌کند. سازه تحمل را به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی مدنظر قرار می‌دهند که عبارت است از توانایی افراد در خویشتن‌داری هنگام مواجهه با مسائل و مشکلات رنج‌آور (ویلوکس[4]، ۲۰۲۳). تاب‌آوری بالا در چنین والدینی منجر به افزایش توان عملکرد مثبت در موقعیت‌های ناخوشایند می‌گردد و آن‌ها را قادر می‌سازد مقاومت بیشتری در مقابل ناراحتی ناشی از مراقبت از چنینی فرزندی از خود نشان دهند. علاوه بر این، به اعتقاد اغلب متخصصان در این زمینه، می‌توان تاب‌آوری را به‌عنوان شکلی از ترمیم خود به همراه عواقب مثبت شناختی، هیجانی و عاطفی مدنظر قرار داد (سالیوان[5] و همکاران، ۲۰۲۳).

از طرفی دیگر، یافته‌ها بیانگر آن است که اگر مادر در سامان‌دهی هیجانات خویش دچار مشکل باشد، منجر به افزایش مشکلات رفتاری در فرزندان می‌گردد. پژوهشگران و متخصصان تنظیم هیجان را به‌عنوان یک فرآیند مرکزی در پژوهش و درمان آسیب‌شناسی روانشناختی مدنظر قرار داده‌اند. الگوی فرآیند تنظیم هیجان توسط گروس پیشنهاد شده است که مطابق با آن، تنظیم هیجان در برگیرنده هرگونه استراتژی‌های آگاهانه و غیرآگاهانه است. می‌توان بیان داشت پاسخ‌های هیجانی، زمینه‌ساز دستیابی به اطلاعات مهمی در مورد تجربه افراد در رابطه با سایرین می‌گردد. مطالعات انجام گرفته حاکی از آن است که برای افراد شیوه‌های گوناگون تنظیم هیجان از قبیل نشخوار فکری، سرزنش خود، فاجعه انگاری و تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه گیری، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و ... در مقابله با شرایط استرس‌زا و ناخوشایند وجود دارد که این شیوه‌های گوناگون دارای ارتباط مثبت با کاهش هیجانات منفی و مدیریت هیجان و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد می‌باشد (اسپرینگشتاین و انگلیش[6]، ۲۰۲۴). در این راستا، مادرانی که از توانایی بالا در تنظیم هیجانات خویش برخوردار می‌باشند، قادر به درک بهتر حالات کودک خویش نیز می‌باشند؛ و در مقابل، بی‌ثباتی هیجانی در مادران به‌ویژه مادرانی که از داشتن کودکان مبتلابه اختلال رفتاری رنج می‌برند، بی‌ثباتی رفتاری، خشم نامناسب، نوسان خلقی، پاسخ‌دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی و اختلال در روابط میان فردی را برای آن‌ها به دنبال دارد. لذا ضرورت و اهمیت درمان و آموزشی جامع و کامل برای چنین مادرانی در راستای تغییرات مثبت در نگرش و رفتار آن‌ها اجتناب‌ناپذیر می‌باشد (کمالی و همکاران، ۱۳۹۵).

علاوه بر این، می‌توان سبک فرزند پروری را به‌عنوان یکی از سازه‌های جهانی مدنظر قرار داد که فاکتوری اساسی در جهت رشد و یادگیری کودکان محسوب می‌گردد. به عبارتی، می‌توان اذعان داشت سبک‌های فرزند پروری، آمیخته‌ای از رفتارهای والدین است که در موقعیت‌های گسترده ایجاد شده و منجر به پدید آمدن جو فرزند پروری بادوامی می‌شود (آلاگلا[7] و همکاران، ۲۰۲۱). بامریند[8] در

1 . Attention-deficit/hyperactivity disorder
2 . Widding-Havneraas
3 . Veilleux
4 . Simons & Gaher
5 . Sullivan
6 . Springstein, & English
7 . Alagla
8 . Bamrind

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

مطالعاتی سه ویژگی را آشکار ساخته است که روش مؤثر را از روش‌های نه‌چندان مؤثر جدا می‌سازد. این سه ویژگی شامل کنترل، پذیرش و روابط نزدیک و استقلال دادن است. از تعامل این سه ویژگی سه سبک فرزند پروری پدید می‌آید: مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه (میردامادی و همکاران، ۱۴۰۱). در این میان سبک فرزند پروری مقتدرانه، با پذیرش و ارتباطات نزدیک، شیوه کنترل سازگارانه و استقلال دادن مناسب، به‌عنوان مؤثرترین شیوه فرزند پروری شناخته می‌شود. والدین مقتدر، افرادی دلسوز و صمیمی هستند که در برابر نیازهای فرزند حساس بوده و به برقراری ارتباط والد- فرزند رضایت‌بخش می‌پردازند که این امر منجر به کشاندن کودک به سمت ایجاد ارتباط نزدیک می‌گردد. سبک فرزند پروری مستبدانه، شیوه‌ای است که در آن، ارتباطات نزدیک و پذیرش بالا، استقلال دادن پایین و کنترل اجباری بالا می‌باشد. چنین والدینی، افرادی تردکننده و سرد بوده و در جهت اعمال کنترل، به دستور دادن، فریاد کشیدن، تهدید کردن و عیب‌جویی مبادرت می‌ورزند (آلاگلا و همکاران، ۲۰۲۱). والدین دارای سبک فرزند پروری سهل‌گیرانه، افرادی پذیرا، مهرورز، کم‌توقع و کنترل کمی بر فرزندان خود داشته و فرزندان در هر سنی خودشان اقدام به تصمیم‌گیری می‌کنند. آن‌ها اجبار به یادگیری طرز رفتار مناسب و مطلوب نیستند. در این بین اختلال نقص توجه/ بیش فعالی هم والد و هم کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرزندان دارای نقص توجه/ بیش فعالی تعامل‌های پرتنشی را با والدین خود داشته و تهدیدهای بیشتری در خانواده‌های آن‌ها گزارش شده است (رضایی فرد، ۱۴۰۰).

اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند طرحواره درمانی، با هدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده‌اند (ابراهیمی جاویدی، ۱۴۰۳). در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده که درمانی یکپارچه نگر و جدید بوده و شکل‌گیری آن بر اساس گسترش و تفصیل مفاهیم روش‌های درمان شناختی – رفتاری بوده است. یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مطرح کرده که با عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه نام‌گذاری گردیده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دربرگیرنده الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی می‌باشند که ایجاد آن‌ها در مراحل آغازین رشد فرد بوده و در فرآیند زندگی او تکرار می‌شوند. پژوهشگران در پژوهشی نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب نقش دارد. پیترز[1] و همکاران با توجه به نتایج مطالعه خود معتقدند که بیماران پس از درمان، کاهش قابل‌توجهی در عملکرد ناکارآمد روانی، ذهنیت‌های ناسازگار و افزایش قابل ملاحظه‌ای در ذهنیت‌های سازگار نشان دادند (پیترز و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات انجام‌گرفته بیانگر این است که طرحواره درمانی حاوی مکانیزم‌هایی است که می‌تواند بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک فرزند پروری اثرگذار باشد و قطعاً نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند در افزایش درک متخصصان سلامت روان در جهت کمک به افراد مؤثر باشد. در راستای این مهم، افراعی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر کاهش تحمل پریشانی تأثیر دارد. پاک اندیش و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره درمانی باعث بهبود تنظیم هیجان شد. خساره و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که طرحواره درمانی بر سطح تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی تأثیر معناداری دارد. پژوهش فروزانفر و دوکانه‌ای (۱۴۰۰) نیز نشان داد طرحواره درمانی یانگ بر بهبود تاب‌آوری و سبک‌های فرزند پروری مادران دانش آموزان مقطع متوسطه دوم تأثیر دارد. از طرفی آهوان و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود دریافتند که دو روش طرحواره درمانی و طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود تنظیم هیجان تأثیر داشتند.

بر این اساس، مطابق با مبانی نظری طرحواره درمانی و اهمیت انتخاب مادران به‌عنوان اولین مراقبان در معرض خطر و افرادی که بیشترین ارتباطات را با کودکان دارای نقص توجه/بیش فعالی دارند به نظر می‌رسد جهت توجه به وضعیت سلامتی مادران، درمان‌های روانشناختی مبتنی بر طرحواره دارای ضرورت باشد. به‌علاوه، با مدنظر قرار دادن فشار روانی مراقبت از کودکان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی لزوم توجه به سلامت روانشناختی و به‌کارگیری تکنیک‌های روان‌درمانی جدید بیش از پیش احساس می‌شود. بنابراین نمونه انتخابی از میان مادران دارای کودک نقص توجه/بیش فعالی انتخاب شد. همچنین با بررسی متون پژوهشی داخلی مرتبط با طرحواره درمانی، مطالعات کنترل شده آزمایشی در زمینه تأثیر این درمان بر ارتقای تحمل پریشانی و تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک فرزند پروری مادران دارای کودک نقص توجه/بیش فعالی کمتر به چشم می‌خورد. بنابراین، با در نظر گرفتن خلأ پژوهشی حاضر در این زمینه لزوم استفاده از روش‌های جدید در جهت ارتقاء و بهبود زندگی آنان حائز اهمیت است. با توجه به مسائل طرح شده و ضرورت‌های بیان شده، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام پذیرفت.

1 . Peters

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک توحید در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲. جنسیت زن؛ ۳. مادران دارای کودک نقص توجه/بیش فعالی؛ ۴. تشخیص اختلال نقص توجه- بیش فعالی در کودک توسط روان‌پزشک؛ ۵. عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر؛ ۶. آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل ۱.غیبت بیش از دو جلسه؛ ۲.عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه شرکت در پژوهش؛ ۳. شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر؛ ۴. عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی پژوهش توضیح داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از فرآیند و اهداف مطالعه و روش اجرای پژوهش آگاه شدند؛ ۲- شرکت‌کنندگان از بی‌ضرر بودن مطالعه، آگاه شدند؛ ۳- شرکت‌کنندگان از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند، آگاه شدند؛ ۴- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند؛ ۵-این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.215 به تصویب رسیده است. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس تاب‌آوری[1](CD-RIS): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون[2] (۲۰۰۳) تدوین گردید و شامل ۲۵ گویه است. نمره دهی این پرسشنامه در طیف لیکرت ۰ تا ۴ و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که نمره بیشتر، به معنای تاب‌آوری بیشتر است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. روایی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد که به‌جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). خوش‌نظری و همکاران (۱۳۹۴)، پرسشنامه تاب‌آوری را ترجمه و روایی محتوایی آن را ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۴ گزارش کردند. شریف و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهش خود روایی تشخیصی پرسشنامه را با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) بررسی و ۰/۵۹ به دست آوردن. همچنین پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۳ به دست آوردند که نشان‌دهنده پایایی مناسب است (شریف و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی[3](DTS): سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) این پرسشنامه را معرفی نموده‌اند که شامل ۱۵ گویه و چهار مؤلفه شامل تحمل پریشانی، جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. این مقیاس در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم=۵) امتیازدهی می‌گردد و گویه ۶ به گونه معکوس نمره‌گذاری می‌گردد و افزایش امتیازات به معنای افزایش تحمل پریشانی است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در مطالعه همسو و همکاران (۲۰۱۳) به‌منظور بررسی اعتبار همگرا، این مقیاس با پرسش‌نامه پنج وجهی ذهن‌آگاهی مقایسه شد که نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت بالا بین مقیاس تحمل پریشانی و تمام خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه پنج وجهی ذهن‌آگاهی بود. در ایران نیز در پژوهش توکلی وکاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمانی سه ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد، همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴، ۰/۲۲ و ۰/۶۵ به دست آمد. در مطالعه حاجی شریفی و همکاران (۱۴۰۲)نیز برای

1 . Connor – Davidson Resilience Scale
2. Connor & Davidson
3 . Distress Tolerance Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

بررسی روایی صوری و محتوایی این مقیاس به روش کیفی، ازنظر سه متخصص استفاده شد و بعد از تأیید، مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. همچنین همسانی درونی نمره کل این آزمون به روش آلفای کرونباخ توسط حاجی شریفی و همکاران (۱۴۰۲)، ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس تنظیم هیجانی[1](ERQ): این پرسشنامه توسط گروس و جان[2] (۲۰۰۳) طراحی شده است و دارای ۱۰ گویه می‌باشد. مقیاس پاسخ‌گویی به این پرسشنامه در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۷۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای تنظیم هیجان بالاتر است. جان و گروس ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (گروس و جان، ۲۰۰۳). در روایی ملاک این پرسشنامه همبستگی مؤلفه ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴) و مؤلفه سرکوبی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (بالزاروتی[3] و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران حسینی و خیر (۱۳۸۹) مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۷۰ و روایی محتوایی کل پرسشنامه را ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۱ و برای سرکوبی ۰/۸۵به دست آمد.

مقیاس سبک‌های فرزند پروری[4](PSI): پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری توسط بامریند (۱۹۶۷) طراحی و اعتبار یابی شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته- پاسخ است،که سبک‌های فرزند پروری سهل‌گیرانه، مقتدرانه و مستبدانه را می‌سنجد. که ۱۰ ماده آن به شیوه سهل‌گیر (۱ تا ۱۰)، ۱۰ ماده به شیوه مستبد (۱۰ تا ۲۰) و ۱۰ ماده دیگر به شیوه مقتدرانه (۲۰ تا ۳۰) به امر پرورش فرزند مربوط می‌شود. الگوی پاسخ‌دهی به این سؤال‌ها، مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. آلفای کرونباخ این ابزار برای سبک مقتدرانه ۰/۶۳، سبک مستبدانه ۰/۶۹ و سبک سهل‌گیرانه ۰/۷۰ گزارش شده است (بامریند، ۱۹۷۲). بورای[5] (۱۹۹۱) جهت بررسی روایی این پرسشنامه از روش افتراقی استفاده نمود و مشاهده کرد که شیوه مستبدانه ۰/۳۸- رابطه منفی با شیوه سهل‌گیرانه و ۰/۵۲- رابطه منفی با شیوه مقتدرانه دارد و شیوه سهل‌گیرانه رابطه معناداری با شیوه مقتدرانه نداشت. در ایران ایزدخواست و گلشنی (۱۳۹۹) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای سبک‌های فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آوردند. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای سنجش روایی نیز برای سبک‌های فرزند پروری به ترتیب سبک مقتدرانه ۰/۶۴، مستبدانه ۰/۷۳ و سهل‌گیرانه ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای محاسبه شده برای سبک مقتدرانه ۰/۷۶، مستبدانه ۰/۸۱ و سهل‌گیرانه ۰/۶۷ محاسبه شد.

پروتکل طرحواره درمانی[6] (STP): نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب هماهنگی‌های لازم جهت اجرای پژوهش و تعیین گروه‌های آزمایش و کنترل، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش، آموزش طرحواره درمانی مبتنی بر بسته آموزشی بارکلی[7] (۲۰۱۳) را طی دوازده جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر دریافت نمودند، اما شرکت‌کنندگان گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. خلاصه آموزش جلسات طرحواره درمانی بارکلی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. جلسات درمانی طرحواره درمانی (بارکلی، ۲۰۱۳)

جلسه	محتوای جلسه
جلسه۱	آشنایی و معارفه، بیان اهداف پژوهش، ایجاد انگیزه برای درمان و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی: معرفی طرحواره‌های ناسازگار و نحوه عملکرد آن‌ها، توضیح ریشه‌های تحولی و نیازهای هیجانی اساسی.
جلسه ۳	فراهم نمودن زمینه برای سنجش: توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای همراه یا مثال‌هایی از زندگی روزمره، توضیح و آموزش ذهنیت‌های طرحواره ای، ایجاد انگیزه در افراد جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها.

1 . Emotion Regulation Questionnaire
2 . Gross & John
3 . Balzarotti
4 . Parenting Style Inventory
5 . Buri
6 . Schema Therapy Protocol
7 . Barkley

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

جلسه ۴	سنجش و آموزش طرحواره‌ها، سنجش طرحواره‌های افراد، آشنا کردن افراد با طرحواره‌هایشان، انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی مربوط به مرحله سنجش در جلسه، بحث پیرامون طرحواره‌ها و تأثیر آن‌ها بر زندگی افراد.
جلسه ۵	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها: ایجاد انگیزه و آمادگی برای تغییر طرحواره‌ها، معرفی کلی راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری. هم‌پیمان شدن برای جنگ علیه طرحواره‌ها در سه سطح شناختی، هیجانی و رفتاری.
جلسه ۶	شروع روند تغییر طرحواره‌ها از طریق اعمال شیوه‌های شناختی: انجام آزمون اعتبار طرحواره، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای.
جلسه ۷	ادامه فرایند تغییر به واسطه راهبردهای شناختی: بررسی تکلیف خانگی، آموزش و تمرین گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ای، آموزش، تدوین و ساخت کارت آموزشی و نحوه استفاده از آن‌ها، تکمیل فرم ثبت طرحواره.
جلسه ۸	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه اعمال روش‌های تجربی: توضیحات مرتبط با منطق به کارگیری روش‌های تجربی، تقویت مفهوم " بزرگسال سالم"، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده.
جلسه ۹	ادامه فرایند تغییر به‌واسطه راهبردهای تجربی: ایجاد فرصت برای بیمار برای فهمیدن احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش از طریق آنان، کمک به فرد برای برون‌ریزی هیجانات بلوکه شده، باز والدینی حد و مرزدار.
جلسه۱۰	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به‌واسطه به‌کارگیری روش‌های رفتاری: توضیح مجدد و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، اولویت‌بندی رفتارها.
جلسه۱۱	ادامه فرایند تغییر طرحواره‌ها به‌واسطه به‌کارگیری راهبردهای الگو شکنی رفتاری: به وجود آوردن انگیزه برای تغییر رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره‌ها و بررسی اثربخشی آن در زندگی افراد، بررسی و آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی در راستای الگو شکنی رفتاری.
جلسه ۱۲	گفتگو پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی نمونه مورد پژوهش در گروه آزمایش ۴/۹۳±۴۱/۶۱ و در گروه کنترل ۵/۶۲±۴۲/۵۶ بود. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۷٪) مجرد و ۸ نفر (۵۳/۳ ٪) متأهل و در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ ٪) مجرد و ۹ نفر (۶۰ ٪) متأهل بودند. ازنظر تحصیلات در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ ٪) ابتدایی، ۳ نفر (۲۰ ٪) سیکل، ۴ نفر (۲۶/۷ ٪) دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳ ٪) دانشگاهی بودند، در گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۷٪) ابتدایی، ۳ نفر (۲۰ ٪) سیکل، ۲ نفر (۱۳/۳ ٪) دیپلم و ۶ نفر (۴۰ ٪) دانشگاهی بودند.

جدول۲. شاخص‌های توصیفی نمرات

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون K-S-Z	سطح معناداری
تحمل پریشانی	آزمایش	۳۰/۵۳	۸/۶۷	۵۶/۱۳	۷/۷۵	۰/۷۶	۰/۸۷
	کنترل	۳۲/۴۷	۵/۵۴	۳۱/۸۷	۴/۵۴	۰/۶۷	۰/۷۳
تحمل	آزمایش	۶/۰۷	۲/۳۴	۹/۵۳	۲/۲۶	۰/۶۵	۰/۷۹
	کنترل	۵/۴	۱/۶۳	۵/۱۳	۱/۳	۰/۷۹	۰/۵۴
جذب	آزمایش	۶/۰۷	۲/۳۴	۱۱/۱۳	۲/۶۴	۰/۵۷	۰/۹۱
	کنترل	۶/۳۳	۲/۱۶	۶/۲	۱/۷۴	۰/۹۱	۰/۴۸
ارزیابی	آزمایش	۱۱/۲	۳/۸۲	۲۲/۶۷	۳/۴۷	۰/۵۸	۰/۸۹
	کنترل	۱۳/۲	۳/۶۴	۱۳/۴۶	۳/۷	۰/۹۰	۰/۵۳
تنظیم	آزمایش	۷/۲	۲/۸۵	۱۲/۸	۵/۰۸	۰/۷۶	۰/۵۸
	کنترل	۷/۵۳	۲/۸۹	۷/۰۷	۲/۹۳	۰/۶۹	۰/۳۹
تاب‌آوری	آزمایش	۵۵/۳۳	۱۲/۳۵	۷۹/۴۷	۱۱/۱۱	۰/۶۳	۰/۴۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

	کنترل	۵۱	۱۰/۸۳	۴۹/۶۷	۹/۴۳	۰/۷۸	۰/۵۴
شایستگی‌های فردی	آزمایش	۱۸/۴۷	۴/۵/	۲۶/۲	۴/۶۶	۰/۵۹	۰/۴۶
	کنترل	۱۷/۰۷	۴/۶۶	۱۶/۵۳	۴/۵	۰/۸۸	۰/۴۸
تحمل عواطف منفی	آزمایش	۱۶/۵۶	۵/۲	۲۲/۴	۴/۴۳	۰/۶۰	۰/۶۱
	کنترل	۱۵/۶	۳/۹۴	۱۵/۷۳	۳/۹۷	۰/۸۷	۰/۵۳
پذیرش مثبت تغییر	آزمایش	۱۰/۱۳	۲/۲۹	۱۵/۲۷	۲/۵۷	۰/۷۵	۰/۷۰
	کنترل	۹/۳۳	۱/۷۵	۹	۱/۳	۰/۷۹	۰/۷۳
مهار	آزمایش	۷/۰۷	۱/۵۷	۹/۷۳	۱/۲۲	۰/۶۴	۰/۶۸
	کنترل	۶/۱۳	۱/۸۴	۵/۷۳	۱/۲۷	۰/۷۶	۰/۵۴
تأثیرات معنویی	آزمایش	۳/۱۳	۱/۰۶	۵/۸۷	۰/۷۴	۰/۵۴	۰/۴۰
	کنترل	۲/۸۷	۰/۹۹	۲/۶۶	۰/۷۲	۰/۹۰	۰/۴۸
تنظیم هیجان	آزمایش	۲۵/۲	۵/۵۹	۳۸/۷۳	۶/۶۸	۰/۵۱	۰/۷۹
	کنترل	۲۵/۲۷	۵/۶۲	۲۸/۷۸	۴/۹۴	۰/۹۳	۰/۵۳
سرکوبی هیجان	آزمایش	۹/۹۳	۳/۳۶	۱۵/۶۷	۳/۷۱	۰/۷۳	۰/۲۷
	کنترل	۹/۹۳	۳/۳۷	۱۰/۷۳	۲/۸۶	۰/۶۸	۰/۷۳
ارزیابی مجدد	آزمایش	۱۵/۲۷	۲/۸۶	۲۳/۰۷	۳/۴۵	۰/۶۶	۰/۵۲
	کنترل	۱۵/۳۳	۲/۸۷	۱۸	۳/۲۹	۰/۷۱	۰/۵۴
سبک مقتدرانه	آزمایش	۲۶/۸	۱۰/۶۲	۳۶/۱۳	۱۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۴۴
	کنترل	۲۴/۲۷	۱۰/۰۷	۲۳/۴	۱۰/۶	۰/۶۷	۰/۴۸
سبک مستبدانه	آزمایش	۲۱/۴۶	۹/۵۵	۱۳/۳۳	۵/۰۲	۰/۵۳	۰/۶۵
	کنترل	۱۷/۶۷	۹/۵۸	۱۸/۱۳	۹/۷۲	۰/۸۸	۰/۵۹
سبک سهل‌گیرانه	آزمایش	۲۰/۲۶	۵/۶۸	۱۵/۴۰	۳/۷۵	۰/۵۱	۰/۶۳
	کنترل	۲۳/۴	۶/۵۲	۲۴/۲۷	۵/۱۳	۰/۶۹	۰/۴۸

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، متغیرهای تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری برای دو گروه کنترل و آموزش طرحواره درمانی در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند اما افزایش میانگین متغیرهای تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک فرزند پروری مقتدرانه و کاهش میانگین سبک‌های فرزند پروری مستبدانه و سهل‌گیرانه پس از آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

برای اینکه بتوان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد لازم است ابتدا پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گیرد. پس از اجرای آزمون کالموگروف – اسمیرنف نتایج آن نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش معنادار نیستند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است. نتایج آزمون لوین نیز برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروها نشان داد که واریانس متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین مفروضه همگنی واریانس داده‌ها برقرار است. همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با گروه در متغیرهای پژوهش معنادار نبوده است. این یافته بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیرها برقرار بوده است؛ بنابراین تمام مفروضه‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش

اثرات	آزمون	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح احتمال	اندازه اثر	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۰۱	۴۰/۸۴	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹۹	۴۰/۸۴	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۹/۱۱	۴۰/۸۴	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۹/۱۱	۴۰/۸۴	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در مؤلفه‌های تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون تحمل	۱۶۱۳/۳۳۳	۱	۱۶۱۳/۳۳۳	۴۷۳/۱۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	۱/۰۰۰
گروه	۱۴۵/۲۰۰	۱	۱۴۵/۲۰۰	۴۲/۵۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱/۰۰۰
خطا	۹۵/۴۶۷	۲۸	۳/۴۱۰				
پیش‌آزمون جذب	۲۲۵۳/۳۳۳	۱	۲۲۵۳/۳۳۳	۴۵۰/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	۱/۰۰۰
گروه	۱۸۲/۵۳۳	۱	۱۸۲/۵۳۳	۳۶/۴۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۱/۰۰۰
خطا	۱۴۰/۱۳۳	۲۸	۵/۰۰۵				
پیش‌آزمون ارزیابی	۹۷۹۲/۱۳۳	۱	۹۷۹۲/۱۳۳	۷۵۹/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
گروه	۶۳۴/۸۰۰	۱	۶۳۴/۸۰۰	۰/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰۰
خطا	۳۶۱/۰۶۷	۲۸	۱۲/۸۹۵				
پیش‌آزمون تنظیم	۲۹۶۰/۱۳۳	۱	۲۹۶۰/۱۳۳	۱۷۱/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۰	۱/۰۰۰
گروه	۲۴۶/۵۳۳	۱	۲۴۶/۵۳۳	۱۴/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸	۱/۰۰۰
خطا	۴۸۳/۳۳۳	۲۸	۱۷/۲۶۲				
پیش‌آزمون شایستگی	۱۳۶۹۶/۰۳۳	۱	۱۳۶۹۶/۰۳۳	۶۵۲/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹	۱/۰۰۰
گروه	۷۰۰/۸۳۳	۱	۷۰۰/۸۳۳	۳۳/۳۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۱/۰۰۰
خطا	۵۸۸/۱۳۳	۲۸	۲۱/۰۰۵				
پیش‌آزمون تحمل عواطف منفی	۱۰۹۰۶/۱۳۳	۱	۱۰۹۰۶/۱۳۳	۶۱۵/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶	۱/۰۰۰
گروه	۳۳۳/۳۳۳	۱	۳۳۳/۳۳۳	۱۸/۷۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۱/۰۰۰
خطا	۴۹۶/۵۳۳	۲۸	۱۷/۷۳۳				
پیش‌آزمون پذیرش مثبت تغییر	۴۴۱۶/۵۳۳	۱	۴۴۱۶/۵۳۳	۱۰۵۷/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰۰
گروه	۲۹۴/۵۳۳	۱	۲۹۴/۵۳۳	۷۰/۵۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۱/۰۰۰
خطا	۱۱۶/۹۳۳	۲۸	۴/۱۷۶				
پیش‌آزمون مهار	۱۷۹۴/۱۳۳	۱	۱۷۹۴/۱۳۳	۱۱۴۵/۱۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۶	۱/۰۰۰
گروه	۱۲۰/۰۰۰	۱	۱۲۰/۰۰۰	۷۶/۵۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۱/۰۰۰
خطا	۴۳/۸۶۷	۲۸	۱/۵۶۷				
پیش‌آزمون تأثیرات معنویی	۵۴۶/۱۳۳	۱	۵۴۶/۱۳۳	۱۰۱۴/۹۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۱/۰۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

گروه	۷۶/۸۰۰	۱	۷۶/۸۰۰	۱۴۲/۷۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶	۱/۰۰۰
خطا	۱۵/۰۶۷	۲۸	۰/۵۳۸				
پیش‌آزمون سرکوبی هیجان	۵۲۲۷/۲۰۰	۱	۵۲۲۷/۲۰۰	۴۷۴/۷۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴	۱/۰۰۰
گروه	۱۸۲/۵۳۳	۱	۱۸۲/۵۳۳	۱۶/۵۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲	۱/۰۰۰
خطا	۳۰۸/۲۶۷	۲۸	۱۱/۰۱۰				
پیش‌آزمون ارزیابی مجدد	۱۲۶۴۸/۵۳۳	۱	۱۲۶۴۸/۵۳۳	۱۱۱۰/۴۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵	۱/۰۰۰
گروه	۱۹۲/۵۳۳	۱	۱۹۲/۵۳۳	۱۶/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷۶	۱/۰۰۰
خطا	۳۱۸/۹۳۳	۲۸	۱۱/۳۹۰				
پیش‌آزمون سبک مقتدرانه	۲۶۵۸۱/۶۳۳	۱	۲۶۵۸۱/۶۳۳	۱۳۹/۳۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳	۱/۰۰۰
گروه	۱۲۱۶/۰۳۳	۱	۱۲۱۶/۰۳۳	۶/۳۷۶	۰/۰۱۸	۰/۱۸۵	۱/۰۰۰
خطا	۵۳۴۱/۳۳۳	۲۸	۱۹۰/۷۶۲				
پیش‌آزمون سبک مستبدانه	۷۴۲۶/۱۳۳	۱	۷۴۲۶/۱۳۳	۱۲۳/۹۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۶	۱/۰۰۰
گروه	۱۷۲/۸۰۰	۱	۱۷۲/۸۰۰	۲/۸۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳	۱/۰۰۰
خطا	۱۶۷۷/۰۶۷	۲۸	۵۹/۸۵۹				
پیش‌آزمون سبک سهل‌انگارانه	۱۱۸۰۰/۸۳۳	۱	۱۱۸۰۰/۸۳۳	۴۵۶/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲	۱/۰۰۰
گروه	۵۸۹/۶۳۳	۱	۵۸۹/۶۳۳	۲۲/۷۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹	۱/۰۰۰
خطا	۷۲۴/۵۳۳	۲۸	۲۵/۸۷۶				

با توجه به مقادیر جدول فوق می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه ازنظر هر یک از مؤلفه‌های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود دارد. چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح (P<۰/۰۱) معنی دارند و با توجه به میانگین‌های برآورد شده این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش بوده است و لذا طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش فعالی انجام گردید. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که طرحواره درمانی بر ابعاد تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مرحله پس‌آزمون اثربخشی معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج افراعی و همکاران (۱۴۰۲)، احمدزاده سامانی و همکاران (۱۴۰۰) و اونن و گونس[1] (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانگر با استفاده از مهارت‌های طرحواره درمانی به کاهش مشکلات میان فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی افراد و درنهایت به فعال‌سازی تنظیم شناختی و هیجانی آن‌ها کمک نموده که این امر با به‌کارگیری شناخت درمانی و جایگزین کردن راهبردهای مدیریت هیجان سازگارانه در جهت مواجهه با مشکلات و مسائل زندگی انجام می‌گیرد (رینر[2] و همکاران، ۲۰۱۸). بهبود تنظیم شناختی نیز از طریق بهبود پردازش شناختی و ذهنی منجر به بهبود تحمل پریشانی و قدرت مقابله‌ای آنان می‌گردد. علاوه بر این می‌توان بیان نمود که مهارت‌های طرحواره درمانی، کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های منفی حاصل از آن را به همراه دارد. بهبود نگرش در چنین افرادی، بر پردازش‌های شناختی ناکارآمد آنان مؤثر است که این امر تحمل پریشانی بالاتری را برای آن‌ها به دنبال دارد (قادری و همکاران، ۱۳۹۵) .

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر ابعاد تاب‌آوری مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مرحله پس‌آزمون اثربخشی معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج حسنی و همکاران (۱۴۰۱)؛ سایل[3] و همکاران (۲۰۱۸) و اسمیت و رودریگز[4]

1 . Onen & Günes
2 . Renner
3 . Sayal
4 . Smith & Rodriguez

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

(۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری، سازگاری مثبت و انطباق با موقعیت در شرایط سخت و ناکامی‌ها است. طرحواره‌های ناسازگار نیز در شرایط دشوار فعال می‌شوند. در این راستا، والدین دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به‌ویژه مادران آن‌ها که دارای طرحواره‌های ناسازگار می‌باشند، در شرایط دشوار از روش‌های نامناسبی استفاده می‌نمایند که این امر منجر می‌شود طرحواره‌های ناسازگارشان تثبیت شوند و درنتیجه مشکلات آن‌ها افزایش یابد. همچنین، مطالعات حاکی از آن است که تاب‌آوری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی/ طرد، خودگردانی/ عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی و محدودیت‌های مختل دارای رابطه منفی می‌باشد. لذا از آنجا که تاب‌آوری؛ به‌عنوان الگوی سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگویی برای عدم سلامت روان به شمار می‌روند، در صورت وجود هر یک از طرحواره‌های ناسازگار، تاب‌آوری فرد کاهش می‌یابد (کویست[1] و همکاران، ۲۰۱۳). در موقعیت‌های سخت، تاب‌آوری را می‌توان به‌عنوان یکی از خصوصیات اثربخش ذهنیت بزرگسال سالم مدنظر قرار داد. افراد با ذهنیت بزرگسال سالم توانمند، از ظرفیت‌های روانی و شخصیتی خود برای روبرو شدن با شرایط ناخوشایند و تنش‌ها بهره می‌برند، لذا در صورت بروز مشکل، این ذهنیت به آن‌ها توان صبر و سازگاری در برابر سختی‌ها را می‌دهد؛ یعنی فرد می‌تواند مسائل را به شکل منطقی و بدون هجوم هیجان‌های منفی بررسی کرده و راهکار مناسبی بیابد. بنابراین طرحواره درمانی منجر به درونی شدن ذهنیت بزرگسال سالم در چنین مادرانی می‌شود و مادران در شرایط دشوار علیه طرحواره‌ها می‌جنگند و رفتارهای سالمی را بروز می‌دهند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری این مادران شود (گل‌آوری و خیاطان، ۱۴۰۱).

در ادامه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر ابعاد تنظیم هیجان مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در مرحله پس‌آزمون دارای اثربخشی بوده و موجب افزایش نمرات ابعاد تنظیم هیجان در مادران گردیده است. این یافته با نتایج حسنی و همکاران (۱۴۰۱)؛ پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱) و (زیتزمن[2] و همکاران، ۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار ایجاد شده در دوران کودکی و توضیح شیوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای استرس‌های زندگی و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری به‌منظور جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به‌جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود تنظیم هیجانات فراهم آورده است. به دلیل آن‌که هیجانات، تأکید عمده طرحواره درمانی می‌باشد، به‌کارگیری تکنیک‌های تجربی و هیجانی از قبیل آگاهی، پذیرش و بازسازی بن‌مایه‌های ناسازگار، تعدیل هیجانات مثبت و منفی را به دنبال دارد که این امر نیز قضاوت و ادراک مثبت از خویش در افراد را در پی دارد (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷).

درنهایت نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی در بهبود سبک‌های فرزند پروری در مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی اثربخش است. این یافته با نتایج فروزانفر و دوگانه‌ای (۱۴۰۰)، یونسی و همکاران (۱۴۰۰) و (شینگو[3] و همکاران، ۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان ارتباط بین طرحواره‌ها و سبک‌های فرزند پروری را مدنظر قرار داد. بر این اساس، در طرحواره خود تحول نیافته/ گرفتار، افراد از فقدان هویت مستقل رنج می‌برند و درگیر انجام کارهای مورد انتظار والدین پرتوقع خود هستند. درواقع، رفتار چنین افرادی بر پایه تقلید از رفتارهای نماد والدین و یا رهبران قدرتمند می‌باشد. طرحواره معیارهای سرسختانه با تحمیل فشار زیاد بر فرد همراه است و منجر به عیب‌جویی پیوسته آن‌ها از خود و دیگران می‌گردد. لذا این خصوصیات، تقویت به‌کارگیری سبک مستبدانه در فرزند پروری را به همراه دارد. ویژگی‌های افراد با طرحواره بزرگ‌منشی/ استحقاق شامل مواردی همچون؛ قائل شدن به حقوق ویژه برای خود، انتظار از دیگران برای فراهم نمودن هر آنچه می‌خواهند، نه نگفتن به آن‌ها می‌باشد. درواقع چنین افرادی در پی به دست آوردن قدرت و سلطه‌گری هستند، از همدلی برخوردار نبوده و احساسات و نیازهای دیگران برای آن‌ها اهمیتی ندارد (یونگ و همکاران، ۲۰۱۰). لذا، از سبک فرزند پروری مستبدانه استفاده به عمل می‌آورند. افراد دارای طرحواره عدم خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی نیز، از تعهد و مسئولیت‌پذیری برخوردار نیستند، دارای ظرفیت ناکامی نبوده و از توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های برخوردار نیستند. تکانشی بودن سبب می‌گردد فرد به‌طور خودانگیخته و آزادانه عمل کند. لذا بی‌ثباتی نیز می‌تواند در رفتار آن‌ها وجود داشته باشد. آن‌ها به هر طریق می‌خواهند رضایت و لذت‌های آنی را به دست آورند. بنابراین در نقش والدینی آن‌ها، این خصوصیات مشکل‌ساز می‌شود (یونگ[4] و همکاران، ۲۰۱۰). پس می‌توان نتیجه گرفت با اصلاح این طرحواره‌ها، سبک‌های فرزند پروری نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

بنابراین با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/ بیش فعالی تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود که این درمان به‌عنوان یکی از ابعاد درمانی در کلینیک‌های مشاوره و روانشناسی مورد توجه قرار گیرد و جهت بهبود تحمل پریشانی، تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و سبک‌های فرزند پروری از

1 . Kvist
2 . Zitzmann
3 . Shengyao
4 . Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

این پروتکل بهره گرفته شود.

پژوهش حاضر همچون برخی پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی برخوردار بود که از آن جمله می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند اشاره نمود. به‌علاوه، عدم بررسی متغیرهای جمعیت شناختی تأثیرگذار مثل جنسیت به دلیل محدود بودن جامعه آماری به زنان در رابطه بین متغیرهای پژوهش و عدم دوره پیگیری از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر به شمار می‌رود. در این راستا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری دقیق‌تر استفاده کرده و متغیرهای جمعیت شناختی اثرگذار بر روابط بین متغیرهای پژوهش شناسایی و مورد بررسی قرار گیرد. دوره پیگیری نیز پیشنهاد می‌شود اجرا گردد. همچنین، با توجه به ضرورت تأکید بر مؤلفه‌های مثبت در بستر خانواده و اثر آن‌ها بر برآیندهای زناشویی و خانوادگی پیشنهاد می‌شود محققان بر ادراک مثبت و تقویت مؤلفه‌های ارتقادهنده کیفیت زناشویی در والدین و به‌ویژه در مادران دارای کودک اختلال نقص توجه/ بیش فعالی به‌صورت مداخله‌ای در حوزه‌های پژوهشی و بالینی تمرکز کنند.

منابع

ابراهیمی جاویدی، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*،۲۱ (۲۵)،۱-۱۴. http://jnip.ir/article-1-1162-fa.html

احمدزاده سامانی، س.، دهقانی، ا.، کلانتری، م.، و رضایی دهنوی، ص. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۱ (۴۳)، ۱۱۶-۸۷. https://doi.org/10.22054/jpe.2021.57328.2259

افراعی، ر.، حبی، م ب.، مرادی، ح.، و علیمردانی، ش. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش تحمل پریشانی در زنان دارای همسر نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۱۴ (۳)، ۱۱-۳۲. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25885162.1402.14.3.1.0

ایزدخواست، س.، و گلشنی، ف. (۱۳۹۹). مقایسه کمالگرایی، سبک‌های فرزند پروری و کیفیت زندگی در زنان مبتلابه وسواس فکری- عملی و زنان سالم. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۵ (۱)، ۳۹-۲۹. https://bjcp.ir/article-1-1493-fa.html

پاک اندیش، ش.، کراسکیان، آ.، جمهری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی طرح‌واره درمانی در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی زنان مبتلابه چاقی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹ (۳)، ۱۹-۱۰. http://ijrn.ir/article-1-747-fa.html

پرویزیان، ف.، شریفی، ط.، شکر کن، ح.، غضنفری، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی- جبری. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱ (۶)، ۹۲-۷۹. http://jhpm.ir/article-1-1528-fa.html

توکلی، ز.، و کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خودتنظیمی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳ (۲)، ۴۹-۴۱. http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html

حسنی، ف.، رضازاده، م.، قنبری پناه، ا.، و خوش‌خبر، ع. (۱۴۰۱). تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با دلزدگی زناشویی. *سلامت جامعه*، ۱۶ (۲)، ۸۱-۷۱. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23456248.1401.16.2.7.4

حسینی، ف.، و خیر، م. (۱۳۸۹). بررسی نقش معلم در هیجانات تحصیلی ریاضی و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۳ (۲۰)، ۶۳-۴۱. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4176.html

خساره، ح.، پولادی ریشهری، ع.، محمدی، س.ی. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۱۲۲-۱۱۵. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.68.4.8

رضایی فرد، ا. (۱۴۰۰). نقش تاب‌آوری و سبک‌های فرزند پروری در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دانش آموزان با اختلال بیش فعالی/نقص توجه. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه، ۱۰ (۴) ۸۵-۷۳*. https://doi.org/10.22098/jsp.2022.1454

شریف، ز.، مرآتی، ع.، یوسف‌وند، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۶)، ۱۷۰-۱۵۹. http://frooyesh.ir/article-1-5271-fa.html

فتاحی، ع.ع.، و دهقانی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و وسوسه در مردان عضو انجمن معتادان گمنام. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۲ (۴۸)، ۲۰۲-۱۸۵. http://etiadpajohi.ir/article-1-1544-fa.html

فروزانفر، ف.، و دوکانه‌ای، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش طرحواره درمانی یانگ بر تاب‌آوری و سبک‌های فرزند پروری مادران دانش آموزان متوسطه دوم. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۴ (۱۴)، ۵۸-۳۹.

قادری، ف.، کلانتری، م.،و مهرابی، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۷ (۲۴)، ۲۸-۱. https://doi.org/10.22054/jcps.2016.6512

کمالی، ا.، واقعی، س.، سعید، پور نگار، ص.، و بهنام وشانی، ح. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر سلامت روان مادران دارای کودک بیش‌فعال- نقص توجه . *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۴ (۳)، ۲۳-۱۶*. http://jms.thums.ac.ir/article-1-391-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]

گل آوری، م.، خیاطان، ف. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلابه اختلال نقص توجه بیش فعالی. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰ (۱)، ۱۳۸-۱۲۵.* https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1401.20.1.10.9

میردامادی، م.، حسن‌زاده، س.، غلامعلی لواسانی، م.، و وکیلی، س. (۱۴۰۱). روش‌های فرزند پروری مادران کودکان دارای اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی: مروری نظام‌دار. *توانمندسازی کودکان استثنایی، ۱۳ (۱)، ۴۵-۳۸.* https://doi.org/10.22034/ceciranj.2021.257055.1488

یونسی.، س، حاتمی.، م.، صلاحیان، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر شیوه‌های والدگری بر ادراک استرس تحصیلی دانش آموزان دختر. *مجله علوم روانشناختی، ۲۰ (۱۰۰)، ۵۳۲-۵۲۱.* http://psychologicalscience.ir/article-1-875-fa.html

Ahovan, M., Jajarmi, M., & Bakhshipoor, A. (2021). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation of Individuals with Obsessive Compulsive Symptoms. International Journal of Behavioral Sciences, 14(4), 239-245. https://doi.org/10.30491/ijbs.2020.225387.1238

Alagla, M., Al-Hussyeen, A., & Alhowaish, L. (2021). Parenting styles and preschool children's behaviour in a Saudi Arabian postgraduate dental setting. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 22, 163-173. https://doi.org/10.1007/s40368-020-00540-y

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000009

Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford press.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2), 1. https://psycnet.apa.org/record/1971-07956-001

Buri, J. R. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*, 57(1), 110-119. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_13

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348

Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behav*, *38*(3): 1852-8. doi:10.1016/j.addbeh.2012.11.002 PMid:23266526

Kvist, A. P., Nielsen, H. S., & Simonsen, M. (2013). The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*, 88, 30-38. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.001

Onen, S., & Günes, A. (2021). Early maladaptive schemas, depression, distress and discomfort tolerance in migraine headache. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 47, 180-186. https://doi.org/10.15761/0101-60830000000259

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The lancet psychiatry*, 5(2), 175-186. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0

Shengyao, Y., Salarzadeh Jenatabadi, H., Mengshi, Y., Minqin, C., Xuefen, L., & Mustafa, Z. (2024). *Academic resilience, self-efficacy, and motivation: The role of parenting style. Scientific Reports*, 14(1), 5571.https://doi.org/ 10.1038/s41598-024-55530-7.

Smith, S., & Rodriguez, S. (2021). Exploring ambiguity tolerance during the adoption of maker-centered learning tools and strategies. *TechTrends*, 65, 653-667. http://dx.doi.org/10.1007/s11528-021-00600-0

Springstein, T., & English, T. (2024). Distinguishing emotion regulation success in daily life from maladaptive regulation and dysregulation. *Personality and Social Psychology Review*, 28(2), 209-224. https://doi.org/10.1177/10888683231199140

Sullivan, L., Carter, J. E., Houle, J., Ding, K., Hautmann, A., & Yang, J. (2023). Evaluation of a resilience training program for college student-athletes: A pilot study. *Journal of American college health*, 71(1), 310-317. https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1891083

Veilleux, J. C. (2023). A theory of momentary distress tolerance: Toward understanding contextually situated choices to engage with or avoid distress. *Clinical Psychological Science*, 11(2), 357-380. doi.org/10.1177/21677026221118327

Widding-Havneraas, T., Zachrisson, H. D., Markussen, S., Elwert, F., Lyhmann, I., Chaulagain, A., ... & Mykletun, A. (2024). Effect of pharmacological treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder on criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *63*(4), 433-442. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.025

Young, J., Coloso, J., & Marjorie, V. (2003). Schema Therapy (Volume II), translated by: Hassan Hamid Pour and Zahra Andouz.(2010). *Tehran, Arjmand publication.* https://dx.doi.org/10.13005/bpj/1064

Zitzmann, J., Rombold-George, L., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2024). Emotion regulation, parenting, and psychopathology: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 1-22. https://doi.org/10.1007/s10567-023-00452-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-06]