رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۲، شماره پیاپی ۱۱۷، اسفند ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(12), 2026

اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر علائم اضطراب، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی

The effectiveness of schema therapy training on anxiety symptoms, emotional self-regulation, and life orientation of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder

مهناز حیدری
کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
مریم فولادوند (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان(خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

Mahnaz Heidari
Master of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Maryam Fooladvand *
Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
fooladvand.m@gmail.com

چکیده
هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر علائم اضطراب، خودتنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان قبل از اجرای مداخله مقیاس اضطراب کتل (۱۹۵۷، CAS)، پرسشنامه خود تنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰، ESQ) و آزمون جهت‌گیری زندگی شییر و کارور (۱۹۸۵، LOT-R) را تکمیل کردند. گروه آزمایش آموزش طرحواره درمانی را طی دوازده جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری در سطح P<۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود داشت و علاوه بر این بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری این سه متغیر نیز تفاوت معناداری در سطح P<۰/۰۱ وجود داشت. در نتیجه آموزش طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان روش درمانی مؤثر در جهت کاهش علائم اضطرابی و افزایش خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *جهت‌گیری زندگی، خود تنظیمی هیجانی، آموزش طرحواره درمانی، اختلال نقص توجه/بیش فعالی.*

Abstract
The aim of the present study was to determine the effectiveness of schema therapy training on anxiety symptoms, emotional self-regulation, and life orientation of mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this study included mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder referring to clinics in Isfahan in 2024, of which 30 people were selected purposively and randomly assigned to an experimental group and a control group. Before the intervention, the participants completed the Cattell Anxiety Scale (1957, CAS), the Hoffman and Kashdan Emotional Self-Regulation Questionnaire (2010, ESQ), and the Scheier and Carver Life Orientation Test (1985, LOT-R). The experimental group received schema therapy training in twelve sessions, one session per week for 90 minutes. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test. The findings showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test means of anxiety symptoms, emotional self-regulation, and orientation at the P<0.01 level, and in addition, there was a significant difference between the post-test and follow-up means of these three variables at the P<0.01 level. The results also showed that in the research variables between the two groups at the father stage, the outcome of schema therapy training can be used as an effective treatment method to reduce anxiety symptoms and increase emotional self-regulation and life orientation of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Keywords: *Life Orientation, Emotional Self-Regulation, Schema Therapy Training, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۴** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

تنش در بافت خانواده به خصوص وقتی مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضری روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (آسارنو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش گردد، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است (داولیویرا[2] و همکاران، ۲۰۲۴). به طوری که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش‌زا محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلال نقص توجه/ بیش فعالی[3] (ADHD) است (فاراون و لارسون[4]، ۲۰۱۹). ADHD یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی در کودکان و نوجوانان است. بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری از ویژگی‌های اولیه این اختلال هستند. میزان شیوع ADHD در کودکان ۵/۹ درصد و در بزرگسالان ۲/۵ درصد گزارش شده است. افراد مبتلا به این اختلال بیشتر درگیر بزهکاری، رفتار مجرمانه و مصرف مواد، تجربه بارداری زودهنگام یا ناخواسته و تجربه چالش در تحصیل و کار هستند (ویدینگ-هاونرااس[5] و همکاران، ۲۰۲۴؛ آیانو و همکاران[6]، ۲۰۲۳). لذا تعداد قابل توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن کودک مبتلا به ADHD رنج می‌برند (مارکیوت-دولیاک[7] و همکاران، ۲۰۲۴). مارتین و مارش[8](۲۰۱۷) در مطالعه‌ای درباره والدین کودکان خردسال دارای ADHD، سطوح بالاتر تنیدگی را در این والدین گزارش کردند. همچنین نشان دادند که مادران این کودکان بیش از مادران کودکان سالم به اختلالات خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت فرزندپروری، عدم رضایت از نقش والدینی خود، فشار مالی و مصرف الکل دچار می‌شوند.

یکی از عوامل مرتبط با بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD اضطراب[9] است (ریمرسوال[10] و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب حالتی روانی است که با احساس شدید تنش، نگرانی یا دلهره نسبت به چیزی نامطلوب که ممکن است در آینده اتفاق بی‌افتد، مشخص می‌شود. اضطراب می‌تواند یک پاسخ انطباقی باشد که رفتارهای مقابله‌ای را برای رویارویی با خطرات احتمالی هدایت می‌کند، اما اگر بیش از حد باشد، می‌تواند ناکارآمد شود و راه را برای ایجاد اختلالات اضطرابی هموار کند (ساویولا[11] و همکاران، ۲۰۲۰). مادران کودکان مبتلا به ADHD اغلب با استرس‌ها و چالش‌های منحصر به فردی به دلیل نیازهای مدیریت علائم فرزندشان، هدایت سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی و مقابله با تأثیر ADHD بر پویایی خانواده مواجه هستند و به همین دلایل ماردان دارای فرزند مبتلا به این اختلال اضطراب و استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (جریبی[12] و همکاران، ۲۰۲۴؛ رابینسون[13] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع والدین کودکان مبتلا به ADHD به دلیل اینکه با چالش‌های والدگری بیشتری روبرو هستند، اضطرابی فراتر از والدین کودکان عادی دارند. استرپ[14] و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی که به بررسی طرحواره درمانی گروهی در بیماران دچار اختلالات اضطرابی شدید پرداخته بودند، دریافتند این مداخله از اثربخشی قابل قبولی در کاهش نشانگان چنین بیمارانی برخوردار است. همچنین نتایج پژوهش شبان‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب تأثیر مثبت و معنادرای داشتند.

از دیگر عواملی که در بهزیستی روانشناختی مادران دارای کودکان مبتلا به ADHD نقش دارد خود تنظیمی هیجانی[15] است (نابابان[16] و همکاران، ۲۰۲۴). خود تنظیمی هیجانی به توانایی تعدیل و بیان احساسات، عواطف و انگیزه‌های خود اشاره دارد. نقص در فرایندهای خود تنظیمی هیجانی شامل مواردی همچون دشواری مهار رفتار نامناسب در پاسخ به هر کدام از هیجانات مثبت و منفی، مشکلات توجه متمرکز ناشی از هیجانات شدید و بی‌نظمی رفتار هماهنگ در پاسخ به فعال‌سازی هیجانی است (مک‌کللند[17] و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین مادرانی که از خود تنظیمی هیجانی بالایی برخوردار می‌باشند، حالات فرزند خود را به خوبی درک می‌نمایند و در انجام وظایف مادری از

1. Asarnow
2. de Oliveira
3. attention-deficit/hyperactivity disorder
4. Faraone & Larsson
5. Widding-Havneraas
6. Ayano
7. Marquet-Doleac
8. Martin & Marsh
9. Anxiety
10. Remmerswaal
11. Saviola
12 . Jareebi
13. Robinson
14. Straarup
15. Emotional self-regulation
16 . Nababan
17. McClelland

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

قابلیت‌های بیشتری برخوردار می‌باشند؛ و بی ثباتی هیجانی در مادران به خصوص مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال رفتاری، منجر به بی ثباتی رفتاری، خشم نامناسب، احساسات مزمن پوچی و نوسان خلقی، پاسخ دهی مکرر و شدید به محرک‌های هیجانی و اختلال در روابط بین فردی می‌شود. بنابراین مادران کودکان بیش فعال به درمان و آموزشی جامع نیاز دارند تا بتوانند از این طریق در خصوص ADHD کودکان در نگرش و رفتار خود تغییرات مثبتی ایجاد نمایند (نابابان و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا حسینی (۱۴۰۳) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه، به این نتیجه رسید که هر دو روش درمانی مفید هستند، اما طرحواره درمانی بهبود بیشتری در متغیرهای انداه‌گیری شده دارد که در طول زمان نیز پایدار می‌ماند.

به علاوه جهت‌گیری زندگی[1] نیز می‌تواند سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD را تحت تأثیر قرار دهد. همزمان با گسترش جنبش روانشناسی مثبت‌نگر در دهه اخیر روی آوردن به کنش‌وری‌های مثبت، تجربه‌های مثبت و نیرومندی‌های سازش یافته انسانی مانند خوش‌بینی، شادکامی و شوخ‌طبعی به طور فزاینده‌ای در حال گسترش است (اکبری و شفیعی‌حق‌شناس، ۱۳۹۸). جهت‌گیری زندگی، سازه‌ای است که به نحوه نگریستن افراد در مواجهه با رویدادها و اتفاقات زندگی اشاره می‌کند که در برگیرنده دو بعد خوش‌بینی و بدبینی است (بروچه-پرز[2] و همکاران، ۲۰۲۵). تلقی خوشبینانه و تلقی بدبینانه به طور مثبت و منفی دو طیف جهت‌گیری زندگی هستند که جزء کیفیت‌های اساسی شخصیت به شمار می‌روند و بر چگونگی سازگاری افراد با حوادث زندگی، انتظارات ذهنی افراد در هنگام مواجهه با مشکلات و رفتار آن‌ها هنگام غلبه بر مشکلات تأثیر می‌گذارد (اکبری و شفیعی‌حق‌شناس، ۱۳۹۸). در واقع خوش‌بینی و بدبینی، انتظاراتی تعمیم یافته برای تجربه نتایج خوشایند و ناخوشایند هنگام رویارویی با مشکلات هستند و بر نحوه مواجهه افراد با تجارب استرس‌زا تأثیر دارند (هاینز[3] و همکاران، ۲۰۲۲). کیهانی‌فر و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر خوش‌بینی افراد مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر است.

طرحواره درمانی که توسط یانگ[4] و همکارانش به وجود آمده، درمانی یکپارچه نگر و جدید است که بر طبق گسترش و تفصیل مفاهیم روش‌های درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است. یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را معرفی کرده است که به آن‌ها طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گویند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد فرد شکل گرفته‌اند و در روند زندگی او تکرار می‌شوند. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و جایگزین کردن آن‌ها با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم رویکردی مؤثر است (ژانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۳؛ ادواردز[6]، ۲۰۲۴).

براساس مبانی نظری طرحواره درمانی و اهمیت انتخاب مادران به عنوان اولین مراقبان در معرض خطر و افرادی که بیشترین تعامل را با کودکان دارای ADHD دارند به نظر می‌رسد جهت توجه به وضعیت سلامتی مادران، درمان‌های روانشناختی مبتنی بر طرحواره دارای ضرورت باشد. به علاوه، با مدنظر قرار دادن فشار روانی مراقبت از کودکان مبتلا به ADHD لزوم توجه به سلامت روانشناختی و به کارگیری تکنیک‌های روان درمانی جدید بیش از پیش احساس می‌شود. همچنین با بررسی متون پژوهشی داخلی مرتبط با طرحواره درمانی، مطالعات کنترل شده آزمایشی در زمینه تأثیر این درمان بر علائم اضطرابی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD کمتر به چشم می‌خورد. 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. به علاوه طرحواره درمانی حاوی مکانیزم‌هایی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر علائم اضطرابی اثرگذار باشد و قطعاً نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند در افزایش درک متخصصان سلامت روان در جهت کمک به چنین مادرانی مؤثر باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اضطراب، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD انجام گرفت.

1. life orientation
2. Broche-Pérez
3. Hinz
4. Young
5 . Zhang
6. Edwards

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلا به ADHD مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سطح شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ۱. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۲. سطح سواد حداقل دوره ابتدایی؛ ۳. جنسیت زن؛ ۴. مادران دارای کودک مبتلا به ADHD ؛ ۵. تشخیص ADHD در کودک توسط روان‌پزشک؛ ۶. عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر 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 سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری 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.1403.299 به تصویب رسیده است. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب کتل[1] **(CAS)**: این پرسشنامه در سال ۱۹۵۷ توسط کتل[2] ساخته شده است که شامل ۴۰ سؤال است. پاسخ به هر سؤال به صورت سه گزینه‌ای (بله، خیر، و بین این دو) است و به هر سؤال صفر تا ۲ نمره تعلق می‌گیرد. بنابراین حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۸۰ است. ۲۰ سؤال اول به اضطراب پنهان و ۲۰ سؤال بعدی به اضطراب آشکار اختصاص دارد. کتل جهت بررسی روایی افتراقی مقیاس، با مقایسه نتایج آزمون در سه گروه افراد طبیعی، نوروتیک و هیستری اضطراب که تفاوت آشکار و کاملاً معنی‌دار را در بین گروه طبیعی و گروه‌هایی که به تشخیص روان پزشکان مشکل داشته‌اند، پی می‌برد که این آزمون با اطمینان ۰/۶۲ می‌تواند افراد مضطرب را از افراد طبیعی تمییز دهد. همچنین کتل پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آورد (کتل، ۱۹۵۷). این مقیاس در ایران توسط هومن و همکاران همترازسازی شد و روایی همگرا آن با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اشپیل‌برگر[3] ۰/۹۱ به دست آمد و همچنین پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی با فاصله چهار هفته انجام شد و ۰/۷۰ به دست آمد (رضایی و باباخانی، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه خود تنظیمی هیجان[4] **(ASQ)**: پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی در سال ۲۰۱۰ توسط هافمن و کاشدن[5] طراحی شده است و دارای ۲۰ سؤال و سه مؤلفه پنهان‌کاری[6]، سازش[7] و تحمل[8] است که طی آن، به سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. هافمن و کاشدن (۲۰۱۰) پایایی کل این پرسشنامه را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ و برای مولفه‌ها به ترتیب پنهان‌کاری ۰/۷۰، سازش ۰/۷۵ و تحمل ۰/۵۰ به دست آوردند (هافمن وکاشدن، ۲۰۱۰). روایی آن نیز از طریق تحلیل عامل تأییدی برای هر سه خرده مقیاس پنهان‌کاری، سازش و تحمل به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ به دست آمد (توتزک[9] و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران در پژوهش کارشکی روایی پرسشنامه در نمونه دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه

1 . Cattell Anxiety Scale
2 . Cattel
3. Spielberger
4 . Affective Style Questionnaire
5 . Hofmann & Kashdan
6. concealing
7. adjusting
8. tolerating
9 . Totzeck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

فردوسی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفت، روایی سازه با پرسشنامه پرخاشگری ویلسون و آیزنک[1] برای خرده مقیاس‌های پنهان‌کاری، سازش و تحمل به ترتیب ۰/۱۱- ، ۰/۲۷- و ۰/۰۳- به دست آمد، که این نتایج می‌تواند نشان‌دهنده شواهد واگرای خوبی باشد. همچنین در پژوهش افشاری (۱۴۰۳) مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پنهان‌کاری ۰/۷۸، سازش ۰/۷۳، تحمل ۰/۶۹ و کل پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد.

آزمون جهت‌گیری زندگی[2] (LOT-R): این پرسشنامه ابتدا در سال ۱۹۸۵ توسط شییر و کارور[3] ساخته شد و بعداً در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۱۰ سؤال است که ۵ گویه آن به منظور برآورد خوش‌بینی و ۵ گویه دیگر آن به منظور برآورد بدبینی نسبت به آینده در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای طراحی شده است. بر این اساس نمرات بالاتر به معنی جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی است. روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه رضایت از زندگی داینر[4] و همکاران در مطالعه اصلی ۰/۸۲ گزارش شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ به دست آمده است (شییر و کارور، ۱۹۸۵). در ایران روایی همزمان در رابطه با افسردگی و تسلط‌یابی ۰/۶۴- و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند و همچنین پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آوردند (پورفرهمند و عابدی‌کوشکی، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی[5] (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[6] (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 تجزیه و تحلیل 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.
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.

1 .Wilson & Izenk
2 . Life Orientation Test- Revised
3. Scheier & Carver
4 . Diener
5 . Schema Therapy Protocol
6 . Barkley

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

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 تأثیر آن در زندگی افراد، بررسی و آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی در راستای الگوشکنی رفتاری.
جلسه ۱۲	گفتگو پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی نمونه مورد پژوهش در گروه آزمایش ۴۲/۷۲±۴/۸۳ و در گروه کنترل ۴۴/۱۲±۵/۳۷ بود. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۴٪) زیردیپلم و دیپلم، ۹ نفر (۶۰٪) لیسانس و ۱ نفر (۶/۶۶٪) فوق لیسانس به بالا و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۴٪) زیردیپلم و دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۳٪) فوق لیسانس به بالا بودند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش از نظر فرزند ۳ نفر (۲۰٪) یک فرزند، ۷ نفر (۵۳/۳۳٪) دو فرزند، ۴ نفر (۲۰٪) سه فرزند و ۱ نفر (۶/۶۷٪) چهار فرزند و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰٪) یک فرزند، ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) دو فرزند، ۳ نفر (۲۰٪) سه فرزند و ۱ نفر (۶/۶۷٪) چهار فرزند داشتند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری علائم اضطرابی و مؤلفه‌های آن اضطراب حالت و اضطراب صفت به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل		آزمون	سطح
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	K-S-Z	معناداری
علائم اضطرابی	پیش‌آزمون	۱۶	۳/۲۱	۱۶/۹۳	۲/۸۱	۰/۷۹	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۸/۶	۲/۵	۱۵/۵۶	۳/۰۹	۰/۶۷	۰/۷۱
	پیگیری	۷/۱۶	۲/۰۱	۱۵/۰۶	۳/۰۷	۰/۷۵	۰/۶۸
خود تنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۷/۲۶	۱۰/۲	۵۷/۱۳	۱۴/۷۸	۰/۶۴	۰/۷۹
	پس‌آزمون	۷۱/۹۳	۹/۰۹	۵۶/۸۲	۱۱/۹۱	۰/۸۱	۰/۵۱
	پیگیری	۷۳/۲۶	۱۰/۲۰	۵۷/۴۱	۱۳/۵۶	۰/۷۲	۰/۷۶
جهت‌گیری زندگی	پیش‌آزمون	۱۳/۶۶	۳/۸۶	۱۲/۵۳	۳/۴۱	۰/۵۶	۰/۹۳
	پس‌آزمون	۱۹/۳۳	۳/۰۸	۱۲/۱۳	۲/۷۲	۰/۹۰	۰/۴۷
	پیگیری	۱۹/۶۱	۳/۰۶	۱۱/۹۳	۲/۶۸	۰/۸۰	۰/۷۸

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی برای دو گروه کنترل و آموزش طرحواره درمانی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند اما کاهش میانگین متغیر علائم اضطرابی و افزایش خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی پس از آموزش طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

برای اینکه بتوان از تحلیل واریانس 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 واریانس رعایت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

شده است و می‌توان از آزمون تحلیل واریانس استفاده کرد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اثربخشی طرحواره درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	درون یا بین گروهی	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
علائم اضطرابی		اثر زمان	۵۱۳/۳۳	۱	۵۱۳/۳۳	۲۸۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
	درون گروهی	اثر زمان*گروه	۲۳۸	۱	۲۳۸	۱۳۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
		خطا	۵۰/۵۳	۲۸	۱/۸				
	بین گروهی	گروه	۷۰۵/۶	۱	۷۰۵/۶	۳۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
		خطا	۵۹۰/۱۲	۲۸	۲۱/۰۷				
خودتنظیمی هیجانی		اثر زمان	۱۷۴۹/۶	۱	۱۷۴۹/۶	۸۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
	درون گروهی	اثر زمان*گروه	۲۲۵۷/۰۶	۱	۲۲۵۷/۰۶	۱۰۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
		خطا	۵۸۹/۳۳	۲۸	۲۱/۰۴				
	بین گروهی	گروه	۳۹۲۰/۴	۱	۳۹۲۰/۴	۱۱/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹
		خطا	۹۴۸۱/۵۵	۲۸	۳۳۸/۶۲				
جهت‌گیری زندگی		اثر زمان	۱۵۳/۶	۱	۱۵۳/۶	۱۷/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
	درون گروهی	اثر زمان*گروه	۲۱۶/۶	۱	۲۱۶/۶	۲۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹
		خطا	۲۴۰/۸	۲۸	۸/۶				
	بین گروهی	گروه	۷۲۸/۱۷	۱	۷۲۸/۱۷	۳۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
		خطا	۵۴۲/۳۱	۲۸	۱۹/۳۶				

بر اساس نتایج جدول ۳ بین نمرات متغیرهای علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). همچنین بین نمرات کلیه متغیرها در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). با توجه به این نتایج می‌توان گفت تأثیر طرحواره درمانی بر علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD معنادار بوده است. بدین معنا که آموزش طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اضطرابی و افزایش خود تنظیمی و جهت‌گیری زندگی در گروه آزمایش شده است. در ادامه به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده متغیرهای علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی در متغیر علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی

متغیرها	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
علائم اضطرابی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴/۳۸*	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۵/۸۵*	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۴۶*	۰/۱۹	۰/۰۰۱
خود تنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۷/۳۳*	۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۰/۸*	۱/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۳/۴۶*	۰/۵۹	۰/۰۰۱
جهت‌گیری زندگی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۶۳*	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۲*	۰/۷۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۵۶	۰/۴	۰/۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

با توجه به مقادیر جدول ۴ می‌توان استنباط کرد بین دو گروه مورد مطالعه از نظر هر یک از متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح (P<۰/۰۱) معنادارند و با توجه به میانگین‌های برآورد شده این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش بوده است، بدین معنا که به طور کلی نمرات علائم اضطرابی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش و نمرات خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی افزایش یافته است و لذا می‌توان گفت آموزش طرحواره درمانی بر متغیرهای مورد بررسی اثربخش بوده است. همانطور که مشاهده می‌شود در کلیه متغیرهای مورد بررسی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری و پس‌آزمون و پیگیری در سطح (P<۰/۰۱) معنادار است، به جزء متغیر جهت‌گیری زندگی که بین پس‌آزمون و پیگیری آن تفاوت آماری معنادار نیست (P<۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اضطرابی، خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر علائم اضطرابی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD مؤثر بوده است. بدین معنی که آموزش طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اضطرابی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD گردید. این یافته با نتایج یافته‌های شبان‌زاده و حسنوند (۱۴۰۳)، جریبی و همکاران (۲۰۲۴)، ریمرسوال و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان براساس مطالعه ریمرسوال همکاران این‌گونه تبیین کرد که رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد مضطرب علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود (ریمرسوال و همکاران، ۲۰۲۳). تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند، در نهایت این کاربردها باعث افزایش شادکامی و سلامت روانی شده و میزان اضطراب ناشی از آن را بهبود می‌بخشد (استرپ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی با کار بر روی صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها، کمک می‌کند که این افراد به ریشه افکار خود آگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده آن، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند (گارینو و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر خود تنظیمی هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ADHD مؤثر بوده است. بدین معنی که آموزش طرحواره درمانی باعث افزایش خود تنظیمی هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD گردید. این یافته با یافته‌های حسینی (۱۴۰۳)، مک‌کللند و همکاران (۲۰۱۸) و نابابان و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. این یافته را می‌توان براساس مطالعه رهبرکرباسدهی و همکاران این‌گونه تبیین کرد که تأکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند و با سازماندهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانات مهیا سازد (رهبرکرباسدهی و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع می‌توان گفت افرادی که خود تنظیمی مناسبی ندارند، به دلیل وجود باورهای نادرست خود درباره کنترل و نظم‌دهی هیجانات مبنی بر اینکه توانایی کنترل این افکار را ندارند، نمی‌توانند کنترلی بر هیجانات خود داشته باشند. بر طبق اصول طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیر ساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیر منطقی می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند و هنگامی که فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که مستقیم یا غیر مستقیم منجر به آشفتگی روانشناختی می‌شوند، این آشفتگی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد از ویژگی‌های مخاطره‌انگیز سلامت هستند که در آموزش طرحواره درمانی سعی می‌شود که این نیازهای هیجانی به صورت عادی و طبیعی پذیرش شوند و با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر فرصتی را برای بهبود راهبردهای هیجانی به دست آوردند و اضطراب فرد کاهش یابد (حسینی، ۱۴۰۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD مؤثر بوده است. بدین معنی که آموزش طرحواره درمانی باعث افزایش جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به ADHD گردید. این یافته با یافته‌های کیهانی‌فر و همکاران (۲۰۲۴) و هاینز و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. این یافته را می‌توان براساس مطالعه نصیری و همکاران این‌گونه تبیین کرد که رویکرد طرحواره درمانی یک رویکرد شناختی است و انسان‌ها براساس روشی که خود، محیط و آینده‌شان را می‌شناسند، با دیگران رابطه برقرار می‌سازند. طرحواره درمانی بر روی تغییر این شناخت تحریف شده کار می‌کند، تا شناخت فرد از خود، محیط و آینده را متناسب با واقعیت سازد. به عبارت دیگر، افراد از طریق طرحواره درمانی می‌توانند شناخت خود را تغییر داده و در بهبود جهت‌گیری زندگی پیشرفت حاصل کنند (نصیری و همکاران، ۱۴۰۰). به بیان دیگر، طرحواره درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای بنیادین، احساسات، عواطف، خاطرات دوران کودکی و نوجوانی و روابط فرد با دیگران باعث بهبود جهت‌گیری زندگی می‌شوند. بیشتر مادران در زندگی با این کودکان کمتر احساس ارزشمندی می‌کنند و حتی بیشتر خود و کودکشان را سرزنش می‌کنند، این مادران بیشتر وقت خود را صرف این کودکان می‌کنند، بنابراین این مادران با شرکت در جلسات طرحواره درمانی سازگاری فردی بسیار خوبی را نسبت به فرزند خود به دست آورده و باعث جهت‌گیری بهتری نسبت به زندگی می‌شود (حسینی، ۱۴۰۳).

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاهش اضطراب و بهبود خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به مراتب مناسب‌تر از گروه کنترل است. در نتیجه آموزش طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان روش درمانی مؤثر در جهت کاهش علائم اضطرابی و افزایش خود تنظیمی هیجانی و جهت‌گیری زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش فعالی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش 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 همچنین نگرش شرکت‌کنندگان به آزمون‌های مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی، از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود و می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. 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. 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 به ویژه در مادران دارای کودک مبتلا به ADHD به صورت مداخله‌ای در حوزه‌های پژوهشی و بالینی تمرکز کنند.

منابع

افشاری، ع. (۱۴۰۳). رابطه بین خودکارآمدی، خود تنظیمی و منبع کنترل با خشنودی شغلی در کارکنان. *مجله ارگونومی*، ۱۲(۳)،۱۷۳-۱۸۱. http://journal.iehfs.ir/article-1-1050-fa.html

اکبری، ب.، و شفیعی حق‌شناس، م. (۱۳۹۸). تدوین الگوی روابط ساختاری نقش جنسیتی بر معنای زندگی، جهت‌گیری زندگی و رضایتمندی زناشویی. *رویش روان شناسی*، ۸(۶)، ۱۹۱-۱۹۸. http://frooyesh.ir/article-1-1170-fa.html

پورفرهمند، ز.، و عابدی کوشکی، س. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش مدیریت زمان بر نیازهای خود تعیین‌گری و جهت‌گیری زندگی دانش آموزان دختر. *نوآوری های اخیر در روان‌شناسی*، ۲(۱)، ۷۵-۸۸. https://doi.org/10.22034/rip.2024.479373.1061

حسینی، س.آ. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب آوری مادران دارای کودکان با اختلال بیش فعالی/کمبود توجه. *پویایی روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳(۱)، ۱۲-۲۹. https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.1.2

رضایی، م.، و باباخانی، و. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش آنلاین مفاهیم واقعیت درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب مادران دانش‌آموزان در ایام قرنطینه ناشی از ویروس کرونا. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۷)، ۴۵-۵۶. http://frooyesh.ir/article-1-3629-fa.html

رهبرکرباسدهی، ف.، حسین‌خانزاده، ع.، و شاکری‌نیا، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحوارۀ درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان مبتلا به صرع. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۹(۳) :۶۴-۷۲. http://shefayekhatam.ir/article-1-2222-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

شبان‌زاده، ع.، و حسنوند، م.ب . (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال اضطراب در مادران دارای کودک دچار اختلال تحولی-هوشی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۴ (۵۵)، ۹۶-۱۰۸. https://doi.org/10.22054/jpe.2024.81859.2740

نصیری، ع.، شریفی، ط.، غضنفری، ا.، و چرامی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و واقعیت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی مربیان پیش‌دبستانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵ (۳)، ۵۱۱-۵۳۶. https://doi.org/10.52547/apsy.2021.222264.1060

Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of affective disorders*, *339*, 860-866. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071

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

Broche-Pérez, Y., Jiménez-Morales, R. M., & Díaz-Guerra, D. D. (2025). Exploring the Psychometric Properties of the Spanish Version of the Life Orientation Test-Revised Among Multiple Sclerosis Patients: Insights into Optimism. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-10. https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-025-10076-2

De Oliveira, R. C., Altafim, E. R. P., Gaspardo, C. M., & Linhares, M. B. M. (2024). Strengthening mother-child interactions among mothers and children with behavior problems at early development. *Current Psychology*, *43*(7), 6062-6074. https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-023-04786-9

Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: an applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, *12*, 763670. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*(4), 562- 575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0

Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, *9*(1), 209. https://doi.org/10.3390/jcm9010209

Hinz, A., Schulte, T., Finck, C., Gómez, Y., Brähler, E., Zenger, M., ... & Tibubos, A. N. (2022). Psychometric evaluations of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R), based on nine samples. *Psychology & health*, *37*(6), 767-779. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1892111

Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *32*, 255-263. https://link.springer.com/article/10.1007/s10862-009-9142-4

Jareebi, M. A., Alqassim, A. Y., Gosadi, I. M., Zaala, M., Manni, R., Zogel, T., ... & Mohrag, M. (2024). Quality of life among Saudi parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a cross-sectional study. *Cureus*, *16*(7): e63911. https://doi: 10.7759/cureus.63911

KeihaniFar, Y., Seidi, A., Molavi, S. S., Birkan, R. R., & Choheili, H. (2024). Effectiveness of Schema Therapy (ST) and Emotion-Focused Therapy (EFT) on optimism and finding the meaning of life of people with Major Depressive Disorder in Khuzestan Province. *International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES)*, *2*(4), 36-52. https://ijhespub.org/index.php/pub/article/view/97

Marquet-Doleac, J., Biotteau, M., & Chaix, Y. (2024). Behavioral parent training for school-aged children with ADHD: A systematic review of randomized control trials. *Journal of Attention Disorders*, *28*(3), 377-393. https://doi.org/10.1177/10870547231211595

McClelland, M., Geldhof, J., Morrison, F., Gestsdóttir, S., Cameron, C., Bowers, E., ... & Grammer, J. (2018). Self-regulation. *Handbook of life course health development*, 275-298. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543706/

Nababan, R. H., Purba, J. M., & Daulay, W. (2024). The Relationship of Self-Regulation and Resilience in Parents of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Special School-C Karya Tulus Tuntungan II. *Contagion: Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health*, *6*(2), 892-903. https://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/contagion/article/view/20602

Remmerswaal, K. C., Cnossen, T. E., van Balkom, A. J., & Batelaan, N. M. (2023). Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessivecompulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *51*(2), 174-179. https://doi.org/10.1017/S13524658 22000625

Robinson, L. R., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Holbrook, J. R., Ko, J., Barry, C. M., ... & Kaminski, J. W. (2024). A systematic review and meta-analysis of parental depression, antidepressant usage, antisocial personality disorder, and stress and anxiety as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, *25*(2), 272-290. https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-022-01383-3

Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific reports*, *10*(1), 11112. https://www.nature.com/articles/s41598-020-68008-z

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, *4*(3), 219-247. https://psycnet.apa.org/buy/1986-19862-001

Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell, J., & Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *78*(8), 1590-1600. https://doi.org/10.1002/jclp.23351

Totzeck, C., Teismann, T., Hofmann, S. G., von Brachel, R., Zhang, X. C., Pflug, V., & Margraf, J. (2018). Affective styles in mood and anxiety disorders–Clinical validation of the "Affective Style Questionnaire"(ASQ). *Journal of Affective Disorders*, *238*, 392-398. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.035

Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *77*(7), 641-650. https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]