مقایسه‌اثربخشی رویکرد هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندانِ مادران سرپرست خانوار*

◈ منصوره سیدشریفی[۱] ◈ دکتر شکوه نوابی‌نژاد[۲] ◈ دکتر ولی‌الله فرزاد[۳]

چکیده: **هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندان (دانش‌آموزان) مادران سرپرست خانوار بود. این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان سرپرست خانواری تشکیل دادند که حداقل یک فرزند دانش‌آموز داشتند. از این جامعه بعد از غربالگری، ۴۵ نفر با روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و گروه کنترل، جایگزین شدند. یافته‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه نشانگان برونی‌سازی آخنباخ در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گردآوری شدند و با نرم‌افزار SPSS و آزمونهای اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که میانگین برونی‌سازی نمره گروه هیجان ـ مدار از ۴۶/۱۳ به ۳۵/۱۵ و گروه طرحواره ـ درمانی از ۴۶/۰۰ به ۳۵/۲۶ کاهش پیدا کرده و نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داده است که هر دو درمان هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار اثربخش است ($p<0/001$). نتایج مقایسه زوجی، نشان داد که میان اثربخشی دو درمان تفاوت معنادار وجود ندارد.**

کلید واژگان: **نشانگان برونی‌سازی فرزندان، مادران سرپرست خانوار، رویکرد هیجان ـ مدار، طرحواره-درمانی**

◉ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۱۵ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۲

* *این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.*

۱. دانش آموخته دوره دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. monasharifi48@yahoo.com

۲. **(نویسنده مسئول)** استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. Navabinejad93@gmail.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. Vfarzad@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

مقدمه

سرپرســـت خانواده یکی از مهم‌ترین پایه‌های خانواده محســـوب می‌شود و از آنجایی که خانواده به منزلهٔ اساســـی‌ترین واحد اقتصادی و اجتماعی جامعه مطرح است، اثرات هر گونه تغییر در روند اداره و ســـاختار آن، بر ســـطح یکپارچگی جامعه دور از انتظار نیست (زرهانی، ۲۰۱۱). تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر سبب تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسئولیت بالاتر و استرس بیشتر برای اداره زندگی از سوی زنان شده است. گذشته از این، مواردی مانند فوت یا جدایی از همسر، نیازمند سازگاری مجددند. در خانواده‌های ایرانی، اغلب مرد سرپرست خانواده محسوب می‌شود، اما تحت شرایطی از قبیل موارد مذکور، چنین مسئولیتی بر عهده زنان قرار می‌گیرد (افشاری و ترکزیان، ۱۳۹۴).

در کشـــورهای در حال توسعه افزایش چشـــمگیری در تعداد زنان سرپرست خانواده گزارش شده است (شاتز، مدهاوان و ویلیامز[1]، ۲۰۱۱). سازمان بین‌المللی کار[2](ILO) زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده‌هایـــی می‌داند که بـــه دلیل طلاق، متارکه و جدایی، مهاجرت، عدم ازدواج یا فوت همســـر و از کارافتادگی مرد، در آن خانواده، مرد حضور ندارد یا در صورت حضور، سهمی در درآمدهای خانواده ندارد مانند مردان معتاد، بیکار، زندانی، متواری یا از کار افتاده (زرهانی، ۲۰۱۱).

این گروه از زنان که سرپرست خانواده یا خودسرپرست در جامعه نامیده می‌شوند با مصائب و مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجه‌اند (جمالی، سپاه‌منصور و فلاحیان، ۱۳۹۳). فقدان حمایتهای کافی و کمبودهایی که این زنان در تأمین امورات مالی دارند باعث شـــده است که این زنان از سلامت اجتماعی و روانی کمتری برخوردار باشند. این امر می‌تواند احتمال زمینه ابتلای آنان و فرزندان تحت حمایت آنها را به اختلالات روانی فراهم کند. از آنجایی که نقش سرپرستی خانواده برای زنان یک نقش چالش‌انگیز است (چیزمان، فرگوسن و کوهن[3]، ۲۰۱۱) و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مســـائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده به عهده مادر است و مادر نقش تأمین‌کننده مالی را نیز به عهده دارد، زنان سرپرســـت خانواده، علاوه بر مشکلات والدگری، در معرض مشکلات دیگری نیز قرار دارند و این مسائل به نوبه خود ممکن است منجر به بروز مشکلات رفتاری در فرزندان آنها گردد (دیلمان[4] و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از رایج‌ترین تقســـیم‌بندیهای مشـــکلات رفتـــاری دوران کودکی و نوجوانی، تمایز مشـــکلات درونی‌سازی از برونی‌سازی است. مشکلات درونی‌سازی، ماهیتاً درون ـ فردی‌اند و به شکل کناره‌گیری از تعاملهای اجتماعی[5]، بازداری[6]، اضطراب[7] و افسردگی[8] متجلی می‌شوند. در مقابل، مشکلات برونی‌سازی،

1. Schatz, Madhavan & Williams
2. International Labor Organization
3. Cheeseman, Ferguson & Cohen
4. Dieleman
5. Social interactions
6. Inhibition
7. Anxiety
8. Depression

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

مسائل میان ـ فردی[1] را موجب می‌شوند و به صورت بیش‌فعالی، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی[2] و درهم گسیخته ظاهر می‌شوند. تقریباً ۷ تا ۱۵ درصد مادران کودکان پیش دبستانی و دبستانی گزارش می‌دهند که فرزندان آنها رفتارهای شدید برونی‌سازی از خود نشان می‌دهند (کازدین و همکاران، ۱۹۸۷).

پژوهشهای بسیاری نشـــان داده‌اند که از میان عوامل گوناگون مربوط به کودک (ژنتیک یا حوادث پریناتال[3] و محیطی)، خانواده (تعارض زناشـــویی[4]، تعامل والد ـ کودک و ...) و محیط (محیط آموزشی، نقش همسالان، رسانه ها و ...) که در بروز مشکلات برونی‌سازی دخالت دارند، نحوهٔ والدگری و کیفیت رابطهٔ والد ـ فرزند به‌عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار، در رشد و تداوم مشکلات برونی‌سازی کودکان نقش دارد (استوتس[5] و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان مادران سرپرست خانواده، به‌دلیل نبود پدر و همچنین به دلیل ارتباط خاص مادر ـ فرزند، نقشـــی پررنگتر دارند (مکاینتایر و گرشام، ۲۰۰۷) که اینها موجب می‌شوند تعارضاتی که به مشکلات رفتاری می‌انجامد میان مادر و فرزند بیشتر باشد، بنابراین این زنان بیشـــتر از زنان دیگر نیازمند توجه و حمایت روانی هستند (حبیبی، قنبری، خدایی و قنبری، ۱۳۹۲). همچنین لازمهٔ دســـتیابی به هدف مذکور به‌کارگیری فنون اثربخـــش و برخورداری از انواع حمایتها و به‌کارگیری مداخلات آموزشـــی و درمانی متعددی برای بهتر کردن زندگی زنان سرپرســـت خانواده و فرزندان آنان اســـت و از آن میان می‌توان به آموزشـــها و فنون مبتنی بر رویکردهای هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی اشاره کرد.

رویکرد هیجان ـ مدار یکی از رویکردهایی است که هم بر ارتباط اعضای خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد (جانســـون[6]، ۲۰۱۹). از آنجایی که انجام اقداماتی از ســـوی زنان سرپرســـت خانوار ضروری اســـت تا نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شـــود و از ایجاد تنشها در محیط خانواده حتی الامکان جلوگیری کند و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، برخورداری از مهارتهای تنظیـــم و مدیریت هیجان در رویارویی با موقعیتهای پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و فرزندانش ایجاد می‌شود، ضروری است (مکینتاش، فلچر و آینزورث[7]، ۲۰۱۹). مجهز شدن زنان سرپرست خانواده به این مهارتها، یک ضرورت است، چرا که مادر نقشی بسیار مهم در تنظیم هیجانات فرزندان خود دارد (سیمینو[8] و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر مادران افسرده و ناشاد، خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در فرزندان خود فعال می‌کنند (شارائونگا، مودهارا و بوگیل[9]، ۲۰۱۶).

1. Interpersonal problems
2. Antisocial behaviors
3. Prenatal events
4. Marital conflict
5. Stotts
6. Johnson
7. MacIntosh, Fletcher & Ainsworth
8. Cimino
9. Sharaunga, Mudhara, Bogale

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

علاوه بر این چنانچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان سرپرست خانواده حل نشوند و به راه‌حلی مثبت جهت‌یابی نگردند، می‌توانند به تنش‌زایی در زندگی منجر شوند، چرا که طرحواره‌های نازسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود ـ آسیب‌رسانی‌اند که درابتدای رشد و تحول، در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی، تداوم می‌یابند و تکرار می‌شوند (یانگ، کلوسکو و ویشار[1]، ۲۰۰۶). بنابراین شناخت و حل این طرحواره‌ها در زنان سرپرست خانواده، می‌تواند نقشی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و سلامت روان آنها داشته باشد.

پژوهش خسروی اصل، نصیری و بخشایش (۱۳۹۷) نشان داد که روش درمانی هیجان ـ مدار می‌تواند بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار موثر باشد. پژوهش نامنی، محمدی‌پور و نوری (۱۳۹۶) نشان داد که درمان هیجان ـ مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی میان ـ فردی و امید در زنان مطلقه اثرگذار است. نتایج پژوهش حسینی هنزایی، چوب‌فروش‌زاده و نصیریان (۱۳۹۶) نشان داد که طرحواره ـ درمانی بر افزایش خودکارآمدی والدگری مادران و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ مادران موثر است. نتایج پژوهش ساطوریان، طهماسبیان و احمدی (۱۳۹۵) نشان داد که از میان مهارتهای والدگری، ابعاد مشارکت و تنبیه جسمانی، در تبیین مشکلات برونی‌سازی کودکان، نقشی پیش‌بینی‌کننده‌تر دارند. اویی و بارانف[2] (۲۰۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که طرحواره‌های ناکارآمد والدین، پیش‌بینی‌کننده‌ای بسیار مناسب برای ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری کودکان در روابط میان ـ فردی آینده است و نیز ارتباط نادرست والدین با فرزندان و تجارب دردناک مداوم با مراقبان و افراد مهم دیگر در طول دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد و مشکلات رفتاری شود. بامبر و مک‌ماهن[3] (۲۰۰۸) در بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در محیط کار به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات میان ـ فردی، نارضایتی از محیط کار و عدم کارایی مناسب فرد در محیط کار می‌شود. پژوهش همتی ثابت، روحانی شهرستانی، همتی ثابت و احمدپناه (۱۳۹۵) نشان داد که تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه سبب کاهش اضطراب و پرخاشگری نوجوانان می‌شود.

توجه به تمام عوامل ذکر شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند، به‌ویژه با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده داخلی در این حوزه معدود بوده است و شکافی تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی درمان هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندان آنها وجود دارد، بنابراین مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگر به این مسئله شد. از این رو هدف پژوهش

1. Young, Klosko & Weishaar
2. Oei & Baranoff
3. Bamber & McMahon

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار بوده است.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهشهای کاربردی و نیمه‌تجربی با طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان سرپرست خانواده در مؤسسات خیریه شهرستان تهران تشکیل داده بودند. از جامعه مذکور، طی یک فراخوان عمومی (فراخوان، در شبکه‌های مجازی، مؤسسات خیریه و کلینیکهای شهر تهران گذاشته شد) افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شدند. افراد مایل به شرکت در پژوهش که ۶۱ نفر بودند، پس از غربالگری به ۴۵ نفر کاهش یافتند که این تعداد به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و کنترل جایگزین شدند. در جایگزینی زنان و فرزندان برای هر دو گروه (آزمایش ۱و۲ و کنترل) از لحاظ سنی و تحصیلات، همتاسازی شدند.

ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: بیسرپرست بودن زنان، داشتن حداقل یک فرزند دانش‌آموز، داشتن سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، داشتن حس همکاری و رضایت به شرکت کردن در دوره. همچنین ملاکهای خروج از پژوهش نیز، ازدواج دوباره و داشتن سرپرست، نداشتن مسئولیت برای ادامه دادن جلسات مداخله و مراجعه به کلینیکهای روانشناختی برای درمان بود. پس از هماهنگیهای لازم با مسئول مراکز خیریه مزبور، پژوهش اجرا شد. به این ترتیب که اول برای هر سه گروه (آزمایشی ۱ و۲ و کنترل) پیش‌آزمون پرسشنامه نشانگان برونی‌سازی آخنباخ روی دانش‌آموزان اجرا شد، سپس جلسات طرحواره ـ درمانی برای گروه آزمایشی ۱ و مداخلات هیجان ـ محور طی ده جلسه جداگانه برای گروه آزمایش ۲ اجرا شد (شرح جلسات در جداول ۲ و ۱ آورده شده است)، اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد و بلافاصله پس از پایان مداخلات آزمایشی برای گروههای آزمایش و نیز گروه کنترل پس‌آزمون اجرا شد. پس از دو ماه از اجرای پس‌آزمون، به‌منظور سنجش ماندگاری اثر طرحواره ـ درمانی و رویکرد هیجان ـ مدار، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری میان آزمودنیهای پژوهش پخش شد و داده‌های مورد نیاز گردآوری شدند. در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS به دلیل به اینکه داده‌های پژوهش در سه نوبت (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) گردآوری شده بود، از آزمونهای اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. گفتنی است که پیش‌از استفاده از اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمونهای کولموگروف اسمیرنف، آزمون لوین، آزمون باکس و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن نشان داد استفاده از اندازه‌گیری مکرر برای این پژوهش بلامانع است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

ابزار پژوهش

● **پرسشـــنامه نشانگان برونی‌سازی آخنباخ:** ابزار استفاده شـــده در این پژوهش، نمون‌برگ رفتاری کودک (CBCL)[1] (آخنباخ و رســـکرولا[2]، ۲۰۰۱: ۴۱)، بر مبنای رویکرد نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)[3] است. سیاهه رفتاری کودک (CBCL) را والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد و از او مراقبت می‌کند یا هر کسی که با کودک در محیطهای شـــبیه خانواده زندگی می‌کند و او را به‌طور کامل می‌شناســـد براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌کند. رفتار برونی‌سازی شـــده، دارای دو زیرمؤلفه پرخاشگری و قانون‌شکنی اســـت. زیرمقیاسهای رفتارهای پرخاشگرانه دارای ۱۸ سؤال و زیرمقیاس رفتارهای قانون‌شکنی واجد ۱۷ ســـؤال اســـت که به صورت کامـــلاً، معمولاً و اصلاً با نمـــرات ۲، ۱ و صفر نمره‌گذاری می‌شـــود. این آزمون را مینایی با جامعه ایران منطبق و بـــرای جمعیت ایرانی هنجاریابی کرده اســـت (مینایی، ۱۳۸۵). برای محاسبه روایی آزمون، علاوه بر کوششهایی که در زمینهٔ رواسازی محتوا صورت گرفته است، ضرایب همبستگی میان مقیاسهای CBCL و پرسشنامه کانزر والدین که بیشترین تشـــابه را در محتوا دارند، در یک گروه ۴۲ نفری پسر و ۱۸ نفری دختر ۸-۶ ساله که مراجعین درمانگاه ســـرپایی در کانادا و آمریکا بودند، محاســـبه شد که همه این ضرایب در ســـطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بودند (آخنباخ و رسکرولا، ۲۰۰۱: ۵۹). همچنین دادستان، بیات و عســـگری (۱۳۸۸)، در پژوهش خود برای برآورد اعتبار این مقیاس از ضریب همســـانی درونی کرونباخ استفاده کرده‌اند. براین اســـاس، برای مقیاس برونی‌سازی، آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ و برای زیرمقیاســـهای رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنی به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۶۱ محاسبه شده اســـت. در این پژوهش نیز ابتدا پرسشنامه‌ها همراه با اهداف و فرضیه‌های پژوهش به‌شماری از اســـاتید که در زمینه موضوع پژوهش از تخصص و تجربه کافی برخوردار بودند، داده شد و طبق نظرات آنها مورد تأیید قرار گرفت و پایایی ابزارهای پژوهش در این مطالعه، با اســـتفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

1. Child behavior checklist (CBCL)
2. Achenbach & Rescorla
3. Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره ـ درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)

شماره جلسات	عنوان جلسات	شرح کلی مداخلات
اول/ عمومی	آشنایی مقدماتی آماده‌سازی زنان سرپرست	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، ایجاد انگیزه برای مشارکت فعال، تکمیل فرم تعهدنامه، اجرای پیش‌آزمون
دوم	شناسایی طرحواره‌ها	آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار و معرفی پرسشنامه مربوطه، شکل‌گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط با ایجاد طرحواره، توضیح سبکهای مقابله‌ای، جمع‌بندی مباحث
سوم	شروع تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی و تبادل نظر با اعضا، انجام تکنیک تجربه‌ای «تخلیه هیجانی با بانی طرحواره» از سوی اعضای داوطلب، جمع‌بندی مباحث
چهارم	ادامه تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد تکنیک تخلیه هیجانی با دیگر اعضا، ارائه تکلیف یا تمرین خانگی(«نوشتن نامه به والدین» یا ضبط صدا پس از تخلیه هیجانات)، جمع‌بندی مباحث
پنجم	ادامه تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد تکنیک تخلیه هیجانی با اعضای باقیمانده، بررسی تأثیرات و بازخوردهای هیجانی اعضا، ارائهٔ تکلیف یا تمرین خانگی، جمع‌بندی مباحث
ششم	ادامه تکنیک‌های تجربی	مرور مباحث قبلی، «گفتگوهای خیالی با باعث و بانی طرحواره» از سوی تعدادی از اعضا، ارائهٔ تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث
هفتم	ادامه تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی ، تکنیک به‌کارگیری شیوه «تن آرامی» همراه با موزیک ملایم، به‌منظور «تصویرسازی ذهنی» در مکان امن
هشتم	ادامه تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی، به‌کارگیری فن تن‌آرامی، ایجاد «تغییر در روند خاطرات هیجانی آزاردهنده»، اجرای نمونه تمرین عملی و پیشنهاد برای تکلیف خانگی (نوشتن چندنمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد)، جمع‌بندی مباحث
نهم	ادامه تکنیکهای تجربی	مرور مباحث قبلی، مرور و تکرار مجدد برخی از تکنیکهای تجربی با تعدادی از اعضای داوطلب، ارائهٔ ادامه تکالیف خانگی متفاوت مبتنی بر راهبردهای تجربی، جمع‌بندی مباحث
دهم/ عمومی	جمع بندی و اختتام	مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد پرسشنامه‌ها یا پس‌آزمون (هر سه گروه)، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

جدول ۲. خلاصه جلسات براساس درمان هیجان ـ مدار (گرینبرگ[1] و جانسون، ۱۹۸۸)

شماره جلسات	شرح جلسات
اول/عمومی	اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی ماهیت مشکل و روابط والد ـ فرزندی، بررسی تناسب مشکلات موجود با نوع رویکرد درمانی هیجان ـ محور، توضیح اهداف جلسات.
دوم	آشنایی با تعاریف هیجان و نیازهای دلبستگی، تمرکز بر هیجانات، شناسایی، نام‌گذاری و دسته بندی هیجانات در ابراز نیازهای دلبسته ـ مدار ، معتبر دانستن نیازها وگرایشات دلبستگی‌خواهانه، آشنا ساختن اعضا با اصول درمان هیجان ـ مدار، نقش هیجانات در کنترل و تنظیم هیجانی در روابط صمیمانه.
سوم	تشکیل اتحاد درمانی، ایجاد شرایطی جهت برون‌ریزی هیجانات تعدادی از اعضای داوطلب از طریق تکنیک «صندلی‌خالی» (باز کردن، وارسی و بستن تروما یا تجربه هیجانی).
چهارم	تمرکز، شناسایی و معتبرسازی هیجانات «ثانویه»، کمک درآشکار کردن و برملا کردن هیجانات ثانویه، شدت‌بخشی و اعتباردهی به تجارب هیجانی گوناگون و کمک به اقرار کردن آن از سوی اعضا، کار روی هیجانات ثانویه، اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدیدآیی هیجانات تقابلی.
پنجم	کمک به اعضا درجهت شناسایی، تمرکز و تمایز هیجانات «اولیه» و معتبرسازی آن، تلاش در آشکارکردن و برملا کردن هیجانات اولیه و کمک به اقرار کردن آن از سوی اعضا و ردگیری دقیق‌تر تعاملات، بررسی مجدد میزان اتحاد درمانی و ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفتهای حاصل شده.
ششم	تشریح ساختار و فرایند تعاملات، انعکاس الگوها و چرخه تعاملی منفی، توجه به جنبه‌هایی از تجربه که هنوز جذب ساخت خود نشده‌اند، کمک به تجربه‌گری عمیقتر، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی خواهانه و اشاره به سالم بودن آنها.
هفتم	ردگیری هیجانات شناخته شده، قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق تمرکز بر قدرت چرخهٔ منفی، توصیف و شرح چرخه در بافتار دلبستگی صمیمانه، ابراز نیازها و خواستهای دلبستگی ـ مدارانه از سوی اعضا با تمرکز بر هیجانات«اولیه»، تمرکز بر عناصر کشف‌نشده‌ای که در تجربهٔ هر یک از اعضا نهفته است، برانگیختگی هیجانی آنان و ایجاد دلبستگیهای مجدد با پیوندهای مثبت هیجانی.
هشتم	بررسی و طراحی وقایعی تازه که اصلاح کنندهٔ اوضاع تعاملی فعلی اعضا باشد، آموزش بازگویی واضح و مستقیم نیازها و خواسته‌ها در روابط والد ـ فرزندی، شفاف‌سازی و فعال کردن الگوهای تعاملی، قاب‌دهی مجدد به موقعیتهای تعاملی در خلق ادراکات و پاسخهای نوین.
نهم	تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنهٔ ارتباطی از سوی اعضا، به‌منظور توانایی در ایجاد و فعال سازی مواضع و چرخهٔ تازه و رویدادهای نوین خارج از جلسات، بررسی تغییرات قابل مشاهده در ابراز هیجانات، رفتارها، شناخت و نیز روابط میان ـ فردی زنان سرپرست با فرزندانشان.
دهم/عمومی	مرور مباحث قبلی، اجرای پس‌آزمون، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه.

1. Greenberg

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۴۵ زن سرپرست خانوار حضور داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۴۴/۵۲ (با انحراف معیار ۵/۷۹)، میانگین سن گروه آزمایش ۱ برابر با ۴۳/۹۸ (با انحراف معیار ۶/۸۵) و میانگین سن گروه آزمایش ۲ برابر با ۴۴/۱۶ (با انحراف معیار ۷/۲۵) بود که میانگین مدت زمان سرپرست خانوار شدن گروه کنترل ۹/۷۲ (با انحراف معیار ۲/۹۸)، میانگین گروه آزمایش ۱ برابر با ۸/۹۶ (با انحراف معیار ۳/۱۲) و میانگین گروه آزمایش ۲ برابر با ۸/۴۲ (با انحراف معیار ۳/۲۵) بود.

جدول ۳. خلاصه نتایج اندازه‌گیری مکرر برای رویکرد هیجان ـ مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مربع ایتای جزئی
اثرپیلایی	.۷۳۵	۳۷.۳۹۶	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۷۳۵
لامبدای ویلکز	.۲۶۵	۳۷.۳۹۶	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۷۳۵
اثر هوتلینگ	۲.۷۷۰	۳۷.۳۹۶	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۷۳۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲.۷۷۰	۳۷.۳۹۶	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۷۳۵

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشخص است که تمام آزمونهای چند متغیره حاکی از معناداری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۷۳۵ است که $F_{37,396}=.735;\ P<.01$). با توجه به‌اندازه اثر ۰/۷۳۵ مشخص است که تأثیر مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان ـ مدار بر کاهش نشانگان برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانوار معنادار است.

به‌منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج نشان داد میان میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین پیش‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<.01$)، به‌طوری‌که میانگین پس‌آزمون و پیگیری از میانگین پیش‌آزمون از نظر آماری در متغیر نشانگان برونی‌سازی کمتر است. همچنین میان میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متأثر از مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان ـ مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان بر اثر گذشت زمان دارد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

جدول ۴. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای طرحواره ـ درمانی بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مربع ایتای جزئی
اثرپیلایی	.۵۸۶	۱۹.۰۹۳	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۵۸۶
لامبدای ویلکز	.۴۱۴	۱۹.۰۹۳	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۵۸۶
اثر هوتلینگ	۱.۴۱۴	۱۹.۰۹۳	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۵۸۶
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱.۴۱۴	۱۹.۰۹۳	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۰۰۰	.۵۸۶

براســـاس نتایج گزارش شده در جدول ۴ مشخص اســـت که تمام آزمونهای چند متغیره حاکی از معناداری واریانس عامل تعامل گروه و زمان اســـت (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۵۸۶ اســـت که $F_{19,093}=.586; P<.01$). با توجه به‌اندازه اثر ۰/۵۸۶ مشـــخص اســـت کـــه تکنیکهای تجربی طرحواره ـ درمانی بر کاهش نشانگان برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانوار معنادار است.

به‌منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی اســـتفاده شده که نتایج نشان داده است میان میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین پیش‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<.01$)، به‌طوری که میانگین پس‌آزمون و پیگیری از میانگین پیش‌آزمون به لحاظ آماری در متغیر نشانگان برونی‌سازی کمتر است. همچنین میان میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متأثر از مداخله مبتنی بر تکنیکهای درمان هیجان ـ مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان بر اثر گذشت زمان دارد.

جدول ۵. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان ـ مدار و تکنیکهای تجربی طرحواره ـ درمـانی بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مربع ایتای جزئی
اثرپیلایی	.۰۵۲	.۷۴۲	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۴۸۶	.۰۵۲
لامبدای ویلکز	.۹۴۸	.۷۴۲	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۴۸۶	.۰۵۲
اثر هوتلینگ	.۰۵۵	.۷۴۲	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۴۸۶	.۰۵۲
بزرگ‌ترین ریشه روی	.۰۵۵	.۷۴۲	۲.۰۰۰	۲۷.۰۰۰	.۴۸۶	.۰۵۲

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۵ مشخص است که هیچیک از آزمونهای چند متغیره واریانس که عامل تعامل گروه و زمان اســت معنادار نیست (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۰۵۲ است که $F۰/۷۴۲=۰/۰۵۲; P > .۰۵$). با توجه به‌اندازه اثر ۰/۰۵۲ مشــخص اســت که میان اثربخشی مداخله با رویکرد هیجان ـ مدار و تکنیکهای تجربی طرحواره ـ درمانی بر نشــانگان برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانواده تفاوت وجود ندارد که مقایسه میانگین زوجی نشان داد که میزان اثربخشی تکنیکهای طرحواره ـ درمانی و رویکرد هیجان ـ مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان تقریباً شبیه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشکلات برونی‌ســازی فرزندانِ مادران سرپرست خانوار بود. همان‌طور که در نتایج نشان داده شــده، رویکرد هیجان ـ مدار بر کاهش مشکلات برونی‌ســازی فرزندان مادران سرپرست خانوار اثربخش اســت. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای خسروی اصل و همکاران (۱۳۹۷)، گودینی و همکاران (۱۳۹۶)، دهقان‌منشــادی، غلامرضایی و غضنفری (۱۳۹۵)، پریست[1] (۲۰۱۳) و شاپ سولیوان[2] و همکاران (۲۰۰۷) همسوست.

بســیاری از اختلالهای رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد، به‌ویژه اگر کودکان فاقد پدر شوند و از حمایتهای همه جانبه پدر محروم باشند، بیشتر در معرض اختلالهای رفتاری مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی قرار می‌گیرند. گاهی ممکن است شرایط خاص و فشارهای عاطفی، اجتماعی و اقتصادی که مادران سرپرســت خانوار متحمل می‌شــوند، سبب بروز خشم، رفتارهای منفی مانند فریاد یا کتک زدن، تهدید کردن و غیره در آنها شود که این برخوردها نیز به نوبه خود سبب ارائهٔ واکنشهای پرخاشگری و رفتارهای منفی در فرزندانشان می‌شود.

مداخلــه مبتنی بر رویکرد هیجان ـ مدار بیشــتر بر برقراری ارتباطــات و هیجانات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان مادران سرپرست خانوار و فرزندان آنها مطرح بود. براساس این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، تعارضات ارتباطی شــروع می‌شود و شدت می‌گیرد (ویب[3] و همکاران، ۲۰۱۹). تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل اســت. این رویکرد با اســتفاده از تکنیکهایی مانند بررسی روابط والد-فرزندی، تمرکز بر هیجانات، تکنیک صندلی خالی و همچنین ردگیری هیجانات

1. Priest
2. Schoppe-Sullivan
3. Wiebe

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباط میان والد ـ فرزند تاثیر مثبت بگذارد و در نتیجه مشکلات برونی‌سازی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی را در فرزندان کاهش دهد. همراستا با این نتیجه، پژوهش گودینی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان داد که آموزش برنامه مدیریت هیجانات به مادران، گامی مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنها به‌شمار می‌رود.

رویکرد هیجان ـ مدار درمان تعامل والد ـ فرزند با تقویت تعاملات مثبت و آموزش مادران سرپرست خانوار به اینکه باثبات باشند و تکنیکهای غیرخشونت آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در رویکرد درمان هیجان ـ مدار، مادران، مهارتهایی را برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب ذخایر رفتارهای مناسب اجتماعی را در فرزندشان افزایش می‌دهند و رفتارهای منفی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی را در وی کاهش می‌دهند (جانسون، ۲۰۱۹). در این برنامه مادران یاد می‌گیرند که سبکهای والدگری منطبق با نیازهای کودکان را به کار گیرند و به رفتارها و ارتباطهای سازگارانه او توجه کنند و رفتارهای ناسازگارانه وی را با برقراری ارتباط و تعامل سازنده حل کنند، در نتیجه مشکلات برونی‌سازی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان کاهش می‌یابد.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که طرحواره ـ درمانی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی فرزندانِ مادران سرپرست خانوار تأثیری مثبت و معنادار دارد. این نتیجه با نتایج پژوهشهای مشابه مثل عقیلی و رضایی (۱۳۹۸)، نظری، کاکاوند و مشهدی فراهانی (۱۳۹۴)، اویی و بارانوف (۲۰۱۷)، کوشنیر[1] و همکاران (۲۰۱۴) و بامبر و مک‌ماهن (۲۰۰۸) همسو بود.

پژوهشها نشان دادند که درمان طرحواره‌های ناکارآمد مادران، پیش‌بینی‌کننده‌ای بسیار مناسب برای رفع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری فرزندانشان در روابط میان ـ فردی آینده آنهاست. همچنین داشتن روابط نادرست مادران با فرزندان و تجارب دردناک مداوم با مراقبان و افراد مهم دیگر در طول دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد و مشکلات رفتاری شود (اویی و بارانوف، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش نظری و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حیطه «گوش به زنگی افراطی» در ایجاد و تداوم طرحواره‌های بازداری هیجانی، منفی‌گرایی/ بدبینی، تنبیه و معیارهای سرسختانه می‌تواند پیش‌بینی کننده عدم ثبات در برخورد والدین با کودکان باشد. همچنین طرحواره‌های ناسازگار دیگری در حیطه «دیگرجهت‌مندی» در ایجاد و تداوم طرحواره‌های اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی/جلب توجه پیش‌بینی‌کننده تنبیه بدنی بود. این طرحواره‌ها در سبک فرزندپروری مادران تأثیر دارند و پیش‌بینی‌کننده ناسازگاری اجتماعی و اختلال رفتاری کودکان مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی هستند.

1. Kushnir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

این پژوهش مؤید آن اســت که مادران سرپرســت خانواری که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌اند، در معرض خطر داشتن فرزندانی با مشکلات رفتاری و برونی‌سازی خواهند بود. با توجه به یافته‌های فوق، مشکلات رفتاری کودکان تا حد زیادی می‌تواند تحت تأثیر طرحواره‌های ناسازگار مادران آنها باشــد، بنابراین توجه به طرحواره‌های ناســازگار مادران در درمان مشــکلات رفتاری کودکان و نوجوانان از اهمیتی ویژه برخوردار است.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که طرحواره ـ درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف و شناســایی و به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کند. در ایــن مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط میان ـ فردی فرد از کودکی تا زمان حال پیگیری می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، مادرانِ سرپرســت خانوار می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات، انگیزهٔ بیشتری پیدا می‌کنند (اسمیت، بروکمن[1] و مندز[2]، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی با استفاده از تمرین و تجربه ابراز خشمهای فروخفته نسبت به اطرافیان و برون‌ریزی عواطف و هیجانات مربوط به آن، مبارزه با طرحواره‌های شکل‌گیری شده و تداوم یافته و رسیدن به بینش و پی بردن به ناصحیح بودن طرحواره‌هایشــان، درک هیجانــات و عصبانیتهای اعضا از اطرافیان، به‌ســبب اشتباههای خاصی که در ســبک فرزندپروری داشته‌اند، می‌تواند موجب تغییر در سبک نامناســب فرزندپروری اتخاذ شده و جایگزینی آن با سبک مقتدرانه از سوی والدین شود و پس از اینکه مادران درمان شدند، می‌توانند در سبکهای فرزندپروری خود تجدیدنظر کنند و سبب بهبود مشکلات رفتاری کودکانشان بشوند.

در نهایــت نتایج پژوهشــی نشــان داد که میان میزان اثربخشــی رویکرد هیجــان ـ مدار و طرحواره ـ درمانی بر مشــکلات برونی‌سازی کودکان با مادر سرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو رویکرد توانستند پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان را کاهش دهند. هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان نپرداخته است.

اســتفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دســترس و نیز عدم اعمال و بررســی ترتیب تولــد و تعداد فرزندان از محدودیتهای این پژوهش بودند. لذا تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش، مستلزم اجرای پژوهشهایی در جامعه و نمونه‌های متفاوت و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خواهد بود. از این رو، پیشــنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی از روشهای تصادفی استفاده شود. همچنین متغیرهایی مانند ترتیب تولد و شمار فرزندان در نتایج پژوهش اعمال شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش طرحواره ـ درمانی و هیجان ـ مدار سبب افزایش معنادار خودکارآمدی

1. Brockman
2. Mendez

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

والدگری و کاهش مشکلات برونی‌ســـازی فرزندان زنان سرپرست خانواده شده است، لذا می‌توان گفت روش طرحواره ـ درمانی و هیجان ـ مدار، از روشهای مؤثری است که قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود که از این روشها استفاده کنند. همچنین با توجه به اثربخشـــی روش طرحواره ـ درمانی و هیجان ـ مدار پیشنهاد می‌شود که مراکز دولتی و غیردولتی عام‌المنفعه‌ای که بانی خدمت‌رســـانی به این زنان هستند از روان ـ درمانی و جلسات روان ـ درمانی برای بهبود کیفیت زندگی آنها بهره بگیرند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

منابع

REFERENCES

افشـــاری، زهرا و ترکزبان، مینا. (۱۳۹۴). مقایسه سطح توسعه اقتصادی و گذار جمعیتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته (با استفاده از روش DOLS). *سیاستگذاری پیشرفت اقتصادی، ۳*(۲)، ۹-۲۷.

جمالی، محمود؛ سپاه‌منصور، مژگان و فلاحیان، معصومه. (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست. *نشریه زن در توسعه و سیاست*، ۱۱(۴)، ۵۳۱-۵۴۲.

حبیبی، مجتبی؛ قنبری پیرکاشـــانی، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم و قنبری، پرســـتو. (۱۳۹۲). اثربخشـــی مدیریت استرس به روش شناختی ـ رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۳)، ۱۶۶ -۱۷۵.

حســـینی هنزایی، اعظم؛ چوب فروشـــزاده، آزاده و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۶). *بررســـی اثربخشـــی طرح واره درمانی در بهبود خودکارآمدی والدگری مادران با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری از آسیبهای اجتماعی*. کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شاندیز.

خســـروی اصل، مرجان؛ نصیریان، منصوره و بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۷). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵. *مجله تحقیقات سلامت، ۷* (۳)، ۱۷۳-۱۸۲.

دهقان منشادی، سیدمسعود؛ غلامرضایی، سیمین و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی والدگری و مشـــکلات رفتاری کودکان در زنان سرپرســـت خانوار شهر یزد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۵* (۲)، ۲۰-۲۷.

ساطوریان، سید عباس؛ طهماسیان، کارینه و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). نقش ابعاد والدگری و رابطه والد-کودک در مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده کودکان. *خانواده پژوهی*، ۱۲(۴)، ۶۸۳-۷۰۵.

عقیلـــی، ســـید مجتبی و رضایی، ســـکینه. (۱۳۹۸). *تاثیر طرحواره درمانـــی بر خودکارآمدی و امید بـــه زندگی زنان مطلقه و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرزندان دختر*. هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.

گودینی، رحمان؛ پورمحمدرضای تجریشـــی، معصومه؛ طهماسبی، ســـیامک و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت هیجان به مادران بر مشکلات رفتاری فرزندان از دیدگاه والدین. *مجله توانبخشی*، ۱۸ (۱)، ۱۳-۲۴.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶* (۱)، ۵۲۹-۵۵۸.

نامنی، ابراهیم؛ محمدی‌پور، محمد و نوری، جعفر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین‌فردی و امید در زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸* (۲۹)، ۵۷-۷۸.

نظری، فاطمه؛ کاکاوند، علیرضا و مشـــهدی فراهانی، ملکه. (۱۳۹۴). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلالهای بیرونی شده فرزندانشان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۹ (۲)، ۱۱۵-۱۳۵.

همتی ثابت، وحید؛ روحانی شهرســـتانی، نیکو؛ همتی ثابت، اکبر و احمدپناه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشـــی طرحواره درمانی در کاهش پرخاشـــگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرســـتان همدان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳ (۲)، ۸۲-۹۳.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: Child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: An integrated system of multi-informant assessment.* University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Bamber, M., & McMahon, R. (2008). Danger-early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(2), 96-112.

Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. (2011). The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. *The Australian Community Psychologist, 23*(2), 32-49.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]

Cimino, S., Cerniglia, L., Tambelli, R., Ballarotto, G., Erriu, M., Paciello, M., ... & Koren-Karie, N. (2020). Dialogues about emotional events between mothers with anxiety, depression, anorexia nervosa, and no diagnosis and their children. *Parenting*, *20*(1), 69-82.

Dieleman, L. M., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Prinzie, P., Laporte, N., & De Pauw, S. S. (2019). Daily sources of autonomy-supportive and controlling parenting in mothers of children with ASD: The role of child behavior and mothers' psychological needs. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(2), 509-526.

Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.

Johnson, S. M. (2019). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.

Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H., & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 76-85.

Kushnir, J., Marom, S., Mazar, M., Sadeh, A., & Hermesh, H. (2014). The link between social anxiety disorder, treatment outcome, and sleep difficulties among patients receiving cognitive behavioral group therapy. *Sleep Medicine, 15*(5), 515-521.

MacIntosh, H. B., Fletcher, K., & Ainsworth, L. (2019). Measuring mentalizing in emotionally focused therapy for couples with childhood sexual abuse survivors and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *18*(4), 303-329.

MacIntyre, L. L., & Gresham, F. M. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied Behavior Analysis from 1991-2005. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*(4), 659-672.

Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2017). Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, *59*(2), 78-86.

Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *12*(1), 22-37.

Schatz, E., Madhavan, S., & Williams, J. (2011). Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Health & Place*, *17*(2), 598-605.

Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Haight, W. L., Black, J. E., Sokolowski, M. S., Giorgio, G., & Tata, L. (2007). Maternal discourse, attachment-related risk, and current risk factors: Associations with maternal parenting behavior during foster care visits. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *28*(2), 149-165.

Sharaunga, S., Mudhara, M., & Bogale, A. (2016). Effects of 'women empowerment' on household food security in rural KwaZulu-Natal province. *Development Policy Review, 34*(2), 223-252.

Smith, E., Brockman, R., & Mendez, C. (2019). Schema therapy for eating disorders: Therapist reflections from implementation of a multisite trial. In Simpson, S., & Smith, E. (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings* (pp. 252-261). Routledge.

Stotts, A. L., Villarreal, Y. R., Klawans, M. R., Suchting, R., Dindo, L., Dempsey, A., ... Northrup, T. F. (2019). Psychological flexibility and depression in new mothers of medically vulnerable infants: A mediational analysis. *Maternal and Child Health Journal*, *23*(6), 821-829.

Wiebe, S. A., Elliott, C., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalgleish, T. L., Lafontaine, M. F., & Tasca, G. A. (2019). Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, *18*(1), 1-21.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zarhani, S. H. (2011). *Empowerment of female headed households. Case study: "Sedighin" charity institution in Iran.* Available at: http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.2.5.6]