

The Effectiveness of Schema Therapy on The Ambiguity Tolerance and Resilience in Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Authors

Mandana Golavari¹, Felor Khayatan^{2*}

1. MA Student of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author).

Abstract

Receive Date:
28/09/2021

Accept Date:
04/04/2022

Introductoin: Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most common childhood disorders that has a great impact on mothers because they are the first caregivers and people who have the most interaction with these children. Therefore, the need to use new methods to improve and improve their conditions is important. This study aims to investigate the effectiveness of schema therapy on the ambiguity tolerance and resilience of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder in Isfahan.

Method: The design of the present study was quasi-experimental with pre-test-post-test and a control group with a follow-up period. The statistical population included all mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder who had referred to clinics in Isfahan in 2020. After initial screening and review of entry and exit criteria, finally, 40 mothers whose ADHD was definitively diagnosed by a specialist and randomly assigned to two groups (20 people) were tested and controlled. During the sessions, 5 people left each group, and eventually, 15 people remained in each group. Then, 12 sessions of 90-minute schema therapy were held for the experimental group, and at the end of the intervention, a post-test was performed for both groups, and after one month, a follow-up test was taken from both groups. The tools used for data collection included the McLean type 2 ambiguity tolerance questionnaire (2009) and the Connor and Davidson (2003) adaptation questionnaire. In order to analyze the data, descriptive statistics such as mean and standard deviation and inferential statistics of repeated measures analysis were used.

Results: The results indicate that the experimental group showed a significant increase in ambiguity tolerance ($p < 0.001$) and resilience ($p < 0.001$).

Discussion and Conclusion: Based on the findings of this study, it can be said that schema therapy is effective in increasing the tolerance of ambiguity and resilience of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Therefore, it is suggested that therapists use this therapeutic approach to increase the tolerance of ambiguity and resilience of these mothers.

Keywords

Schema Therapy, Ambiguity Tolerance, Resilience, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Corresponding Author's E-mail

f.khayatan@yahoo.com

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه_ بیش‌فعالی

نویسندگان

ماندانا گل‌آوری^۱، فلور خیاطان^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که تأثیر بسیاری بر مادران دارد چراکه آن‌ها نخستین مراقبان و افرادی هستند که بیشترین تعامل را با این کودکان دارند. بنابراین، لزوم استفاده از روش‌های جدید در جهت ارتقا و بهبود شرایط آنان حائز اهمیت است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی اصفهان بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با دوره پیگیری بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. بعد از غربالگری اولیه و بررسی ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت تعداد ۴۰ نفر از مادرانی که اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی کودکانشان توسط متخصص تشخیص قطعی داده شده بود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ نفره) آزمایش و کنترل گمارده شدند که در جریان جلسات از هر گروه ۵ نفر خارج شدند و در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماند. برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه طرحواره‌درمانی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و در پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از گذشت یکماه نیز، از هر دو گروه، آزمون پیگیری گرفته شد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های تحمل ابهام نوع ۲ مک‌لین (۲۰۰۹) و تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

نتایج: گروه آزمایش افزایش معناداری را در تحمل ابهام ($p < 0.001$) و تاب‌آوری ($p < 0.001$) داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت طرحواره‌درمانی بر افزایش تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی موثر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود درمانگران از این رویکرد درمانی در جهت افزایش تحمل ابهام و تاب‌آوری این مادران بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها

طرحواره‌درمانی، تحمل ابهام، تاب‌آوری، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

f.khayatan@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

را با نگرانی و پریشانی نشان می‌دهند [۱۳، ۱۴]. عدم تحمل ابهام نوعی سوگیری شناختی در چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ شخص به موقعیت‌های مبهم است که بر سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تأثیرگذار است [۱۵]. تحمل ابهام متغیری شخصیتی است که بر مبنای آن فرد به درک محرک‌ها یا موقعیت‌های مبهم تمایل دارد و می‌تواند با آن کنار بیاید [۱۶، ۱۷]. در مقابل عدم تحمل ابهام یا به عبارتی تحمل ابهام پایین را می‌توان باورهای درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی و سبک مقابله‌ای اجتنابی دانست. همچنین این سه عامل با شدت مشکل فرد رابطه دارد [۱۸] واکنش‌های افراد به شرایط مبهم به شکل واکنش‌های شناختی (تمایل شخص به ادراک یک موقعیت بصورت سیاه و سفید)، واکنش‌های هیجانی (تنفر، رنج، خشم، ناراحتی، اضطراب در موقعیت مبهم) و پاسخ‌های رفتاری (دوری از موقعیت مبهم) می‌باشد [۱۹]. فردی که قدرت تحمل ابهام پایینی دارد هنگام روبرو شدن با موقعیت پیچیده و سخت احساس ناراحتی می‌کند و به علت نقص در چرخه شناختی نمی‌تواند راه‌حل مناسبی پیدا کند. این افراد غالباً در موقعیت‌های مبهم اسیر اضطراب و درگیری ذهنی شده و در پردازش شواهد تازه شکست خواهند خورد. در عوض افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند تلاش می‌کنند تا راه‌حل مناسب و منطقی برای نجات یافتن از موقعیت مبهم بیابند [۲۰، ۲۱]. از سوی دیگر افرادی که تحمل ابهام پایینی دارند، هنگام مواجه شدن با موقعیت مبهم آشفتگی روانشناختی بیشتری را تجربه می‌کنند [۲۲]. مادران دارای کودک مبتلا به ADHD میزان استرس بیشتر و وضعیت‌های تنش‌زا و اضطراب‌برانگیزی را در رابطه با داشتن چنین کودکی متحمل می‌شوند به نظر می‌رسد که یکی از عوامل و سازوکارهایی که می‌تواند به آنان در سازگاری با شرایط دشوار و تنش‌زایاری کند و از آن‌ها در مقابل آسیب‌های روانشناختی محافظت کند تاب‌آوری^۲ است [۲۳]. تاب‌آوری به ظرفیت افراد برای پیشرفت، علیرغم مواجهه با شرایط نامساعد اشاره دارد [۲۴] و در واقع یک مفهوم مهم در روانشناسی مثبت‌گراست که به فرایند پویای تطبیق مثبت با تجربیات تلخ و ناخوشایند اشاره دارد (۲۵). تاب‌آوری از طریق پاسخی که فرد در هنگام مواجهه مداوم با شرایط استرس‌زا یا حوادث تنش‌زای زندگی از خود بروز می‌دهد تشخیص داده می‌شود [۲۶، ۲۷]. در واقع تاب‌آوری یکی از انواع مثبت مکانیسم‌های مقابله‌ای است که فرد می‌تواند جهت فائق آمدن بر هر شرایط استرس‌زا به‌ویژه شرایط استرس‌زای بلندمدت، مانند مراقبت از کودک مبتلا به ADHD از آن بهره‌برد [۲۸]. تاب‌آوری همچون یک سپر بلا فرد را در مواجهه با خطر یا آثار مواجهه با خطر محافظت می‌کند [۲۹]. بنابراین

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی^۱ (ADHD) یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی-رشدی در دوران کودکی و نوجوانی است. بررسی‌ها حاکی از آن است که در سطح جهانی ۳ تا ۵ درصد کودکان از این اختلال رنج می‌برند [۱]. همچنین شیوع این اختلال در کودکان ایرانی در پژوهشی فرا تحلیلی بر تحقیقات سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ حدود ۹ تا ۱۵ درصد برآورد شده است [۲]. وجود کودکی با اختلالات رفتاری که از مهم‌ترین آن‌ها ADHD است، نظام خانواده را تحت تأثیر قرار داده و سلامت روان اعضای آن به‌خصوص والدین را در معرض خطر قرار می‌دهد. اگرچه تولد و حضور چنین کودکی تمام اعضا را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کارکرد آنان را دچار آسیب می‌کند اما در این بین مشکلات مربوط به نگهداری از این کودک، والدین به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می‌دهد [۳] و تأثیر منفی بسیاری بر جنبه‌های مختلف زندگی می‌گذارد [۴]. زندگی با کودکان مبتلا به ADHD مسئولیت‌سنجینی است به‌طوری‌که فضای خانواده معمولاً در تضاد و آشفتگی است و والدین غالباً اوقات احساس ناامیدی و درماندگی شدیدی می‌کنند [۵]. عدم اطمینان به رشد آتی کودک، ترس از رفتارهای مخاطره‌آمیز در سنین نوجوانی، بدنام شدن به دلیل برداشت‌های نادرست عمومی و انگ بیماری قطعاً مسئولیت والدین را تشدید می‌کند. این والدین سطوح بالایی از استرس و کاهش سلامت روان را نشان می‌دهند [۶-۸]. مادران کودکان مبتلا به این اختلال به این علت که با چالش‌های بیشتری در نقش والدگری خود مواجه هستند، استرسی بالاتر از سایر مادران دارند. با توجه به اینکه آن‌ها مسئولیت مراقبت روزمره از این کودکان را به عهده دارند، ایجاد هرگونه مشکل برای کودکان موجب ناکامی و ناراحتی بیشتری را فراهم می‌کند [۹]. حضور کودک مبتلا به ADHD به علت مشکلات رفتاری خاص آن‌ها برای مادران که بیشتر ممکن است تحت تأثیر آن‌ها قرار بگیرند منبع تنش است و سلامت روانی و سازگاری آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. پیامدهای نامناسب رفتار کودکان مبتلا به ADHD اضطراب زیادی را به مادران وارد می‌کند. تعارض ناشی از توجیه رفتار کودک و عوارض احتمالی داروها و نیز سرزنش کودک و ابهام در مورد رفتارهای ناسازگارانه کودکان با توجه به پیامدهای محیطی آن، جز لاینفک تجربه زندگی اکثر مادران با کودکان مبتلا به ADHD است [۱۱]. لذا با ادامه‌ی رفتارهای نامناسب، ناآرامی و بی‌قراری کودکان درجاتی از اضطراب به مادران تحمیل شده است که انگار هر لحظه منتظر شنیدن خبر سو رفتار کودک خود هستند [۱۲]. شواهد بسیاری وجود دارد که ارتباط عدم تحمل ابهام^۲

² Ambiguity Tolerance

³ Resilience

¹ Attention deficit hyperactivity (ADHD)

[۳۹]. حمیدپور و همکاران نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند [۴۰]. اسکات^۵ و همکاران [۴۱] نیز در پژوهشی اثربخشی طرحواره‌درمانی را در درمان اختلال اضطراب فراگیر نشان داد. تارینگ و همکاران در پژوهشی دریافتند طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری روانشناختی و توانمندی اجتماعی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی موثر است [۴۲]. یگانه و همکاران [۴۳] نیز دریافتند طرحواره‌درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان اثربخش است. با توجه به مبانی نظری طرحواره‌درمانی و اهمیت انتخاب مادران به عنوان نخستین مراقبان در معرض خطر و افرادی که بیشترین تعامل را با کودکان مبتلا به ADHD دارند به نظر می‌رسد جهت توجه به وضعیت سلامتی مادران، درمان‌های روانشناختی مبتنی بر طرحواره ضرورت داشته باشد. از سویی با احتساب بار روانی مراقبت از کودکان مبتلا به ADHD لزوم توجه به سلامت روانشناختی و استفاده از تکنیک‌های روان‌درمانی جدید بیش از پیش احساس می‌شود [۴۴]. بنابراین نمونه انتخابی از بین مادران کودکان پسر مبتلا به این اختلال انتخاب شد. همچنین با بررسی متون پژوهشی داخلی مرتبط با طرحواره‌درمانی، مطالعات کنترل‌شده آزمایشی در زمینه تاثیر این درمان بر ارتقای سلامت روانشناختی، تحمل ابهام و افزایش تاب‌آوری مادران کمتر به چشم می‌خورد. با در نظر گرفتن خلا پژوهشی حاضر در این زمینه لزوم استفاده از روش‌های جدید در جهت ارتقا و بهبود زندگی آنان حائز اهمیت است. همچنین طرحواره‌درمانی حاوی سازوکارهایی است که به نظر می‌رسد می‌تواند بر تحمل ابهام و تاب‌آوری اثرگذار باشد و قطعاً نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند در افزایش درک متخصصان سلامت روان در جهت کمک به مادران موثر باشد. لذا پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا طرحواره‌درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به ADHD تاثیر معنادار دارد؟

این مادران هرچه تاب‌آوری بالاتری داشته باشند میتوانند در مقابل رنج ناشی از مراقبت از چنین کودکی مقاوم‌تر باشند همچنین با افزایش تاب‌آوری کیفیت زندگی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت [۳۰، ۳۱]. طرحواره‌درمانی^۱ که توسط یانگ و همکارانش^۲ بوجود آمده، درمانی یکپارچه‌نگر و جدید است که بر طبق گسترش و تفصیل مفاهیم روش‌های درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته است طرحواره‌هایی که غالباً بر اثر تجارب ناگوار^۳ زمان کودکی شکل می‌گیرند ممکن است علت عمده اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی ضعیف و اختلالات مزمن محور ۱ قرار بگیرند. یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را معرفی کرده است که به آن‌ها «طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴» می‌گوید. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد فرد شکل گرفته‌اند و در روند زندگی او تکرار می‌شوند [۳۲، ۳۳]. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و جایگزین کردن آن‌ها با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم رویکردی موثر است [۳۴]. بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد تحمل ابهام پایین با طرحواره‌های شناختی سخت و غیرقابل انعطاف برای سنجش داده‌های تازه و پیش‌بینی‌نشده مرتبط است [۳۵]. خوشنویس و همکاران [۳۶] در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان موثر است. پیترز^۵ و همکاران (۳۷) در پژوهشی با عنوان طرحواره‌درمانی با مواجهه کردن و پیشگیری از پاسخ برای درمان اختلال اضطراب مزمن همراه با اختلال شخصیت به این نتیجه دست یافتند که بیماران پس از درمان کاهش قابل توجهی در عملکرد ناکارآمد روانی، ذهنیت‌های ناسازگار و افزایش قابل ملاحظه‌ای در ذهنیت‌های سازگار نشان دادند. ولاند^۶ نیز در پژوهشی نشان داد که عدم تحمل ابهام با جهت‌گیری حل مسئله ضعیف، سبک مقابله‌ای اجتنابی و باورهای شناختی منفی رابطه‌ی مثبت دارد [۳۸]. پژوهشگران در پژوهشی دیگر نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اضطراب نقش دارد

⁵ Peeters

⁶ Sugiura

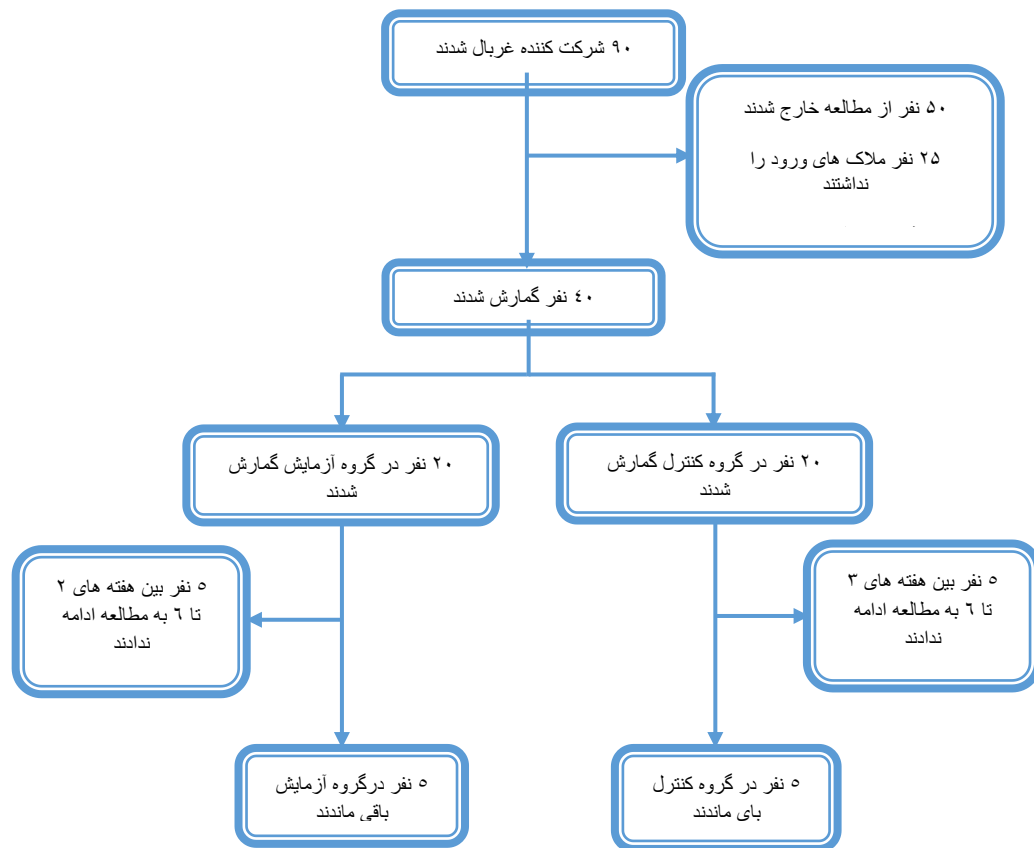
⁷ Scott

¹ Schema Therapy

² Young et al

³ Toxic

⁴ Early Maladaptive Schemas



شکل ۱. نمودار Consort مطالعه شرکت کنندگان

و ۵ نفر از گروه کنترل از مطالعه خارج شدند و در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر شرکت کننده باقی ماند (شکل ۱). فرمول تعیین حجم نمونه در زیر آمده است:

$$n_1 = n_2 = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$X_1 = 3.9$$

$$X_2 = 2.7$$

$$S_1 = 1.1$$

$$S_2 = 1.3$$

$$N = 15$$

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و دوره پیگیری بود.

شرکت کنندگان

الف) جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به ADHD مراجعه کننده به کلینیک های مرتبط در سطح شهر اصفهان در سال ۹۹ بودند.

ب) نمونه آماری

روش نمونه گیری پژوهش حاضر به شیوه در دسترس بود. ابتدا ۹۰ شرکت کننده غربال گری شدند که پس از بررسی اولیه ۵۰ نفر از آنها واجد ملاک های ورود نبوده و یا دارای ملاک های خروج بودند لذا از مطالعه کنار گذاشته شدند. به منظور پیش بینی ریزش شرکت کنندگان، ۴۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل). در جریان جلسات، ۵ نفر از گروه آزمایش

ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه تحمل ابهام¹ (MSTAT_II) برای سنجش تحمل ابهام از پرسش‌نامه تحمل ابهام نوع ۲ مک‌لین^۲ استفاده شد که دارای ۱۳ آیتم می‌باشد و در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) نمره‌گذاری می‌شود؛ اما آیتم‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۲ نمره وارونه دارند و بدین ترتیب (بسیار مخالفم=۵، تا حدودی مخالفم=۴، نه مخالفم نه موافقم=۳، تا حدودی موافقم=۲، بسیار موافقم=۱) نمره‌گذاری می‌شوند(۴۴). در این پرسش‌نامه نمره بالاتر از ۴۵ نشان دهنده‌ی سطح مناسبی از تحمل ابهام است. مک‌لین با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی آن را ۰/۸۲ گزارش کرده است. جلر و همکاران [۴۵] روایی پرسش‌نامه را از طریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین نتیجه‌ی پایایی پرسش‌نامه تحمل ابهام در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲۵ بدست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی یا همسانی درونی بالای پرسش‌نامه به کار رفته است.

۲) مقیاس تاب‌آوری (CD_RISC)³: جهت سنجش میزان تاب‌آوری مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۴ [۴۶] به کار گرفته شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب‌آوری را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی ۲۵ و حداکثر آن ۱۰۰ است. این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی^۵، اعتماد به‌خود فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی است. در مطالعه کمپل سیلیس^۵ و همکاران برای تعیین روایی ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه‌ی ماتریس همبستگی گویه‌ها، در شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO و خی دو در آزمون بارتلت به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام

تحلیل عاملی را نشان دادند[۴۷]. برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین در این پژوهش نیز ضریب پایایی یا همسانی درونی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶۷ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای این مقیاس است.

شیوه انجام پژوهش

برای انجام این پژوهش پس از اعلام برگزاری طرح پژوهشی از طریق اعلامیه‌ها در مراکزی که محل مراجعه کودکان مبتلا به ADHD بود، از میان مادران کودکانی که اعلام آمادگی نمودند، تعداد ۹۰ نفر اعلام آمادگی کردند. ۵۰ نفر از آنها واجد ملاک‌های ورود نبودند یا دارای ملاک‌های خروج بودند. لذا به منظور پیش‌بینی ریزش شرکت‌کنندگان، ۴۰ نفر از آنها که واجد ملاک‌های ورود یعنی داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل یک فرزند مبتلابه ADHD بر طبق معیارهای تشخیصی DSM5 و نظر قطعی متخصص، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و عدم دریافت درمان روانشناختی دیگر همزمان با این مداخله انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند. بعد از ریزش نمونه در نهایت در روه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) باقی ماندند. در صورت عدم وجود هر یک موارد گفته شده و یا ابتلا به مشکلات جسمی و شناختی که مانع از انجام پژوهش می‌شود، نداشتن امکان حضور در بیش از ۲ جلسه، فرد از ورود به فرایند پژوهش کنار گذاشته می‌شد. سپس پژوهشگر طی یک جلسه توجیهی هماهنگی‌ها و توضیحات لازم را در خصوص دوره، طول مدت و تعداد جلسات ارائه داد و پس از کسب رضایت قطعی آن‌ها، افراد نمونه به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس پیش‌آزمون برای افراد هر دو گروه اجرا شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، پروتکل طرحواره‌درمانی (بارکلی، ۲۰۱۳) برای گروه آزمایش به تعداد ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط نویسنده اول که دوره آموزشی را زیر نظر اساتید گذرانده است اجرا شد [۴۸]. در این مدت گروه کنترل در معرض متغیر مستقل قرار گرفته نشدند. در پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از گذشت یکماه نیز، از هر دو

³ The Conor_Davidson Resilience Scale (CD_RISC)

⁴ Conor-Davidson

⁵ .Campbell-sillis

1 Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale_II (MSTAT)

² Maclain

گروه، آزمون پیگیری گرفته شد. خلاصه جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمانی طرحواره درمانی (اقتباس از بارکلی، ۲۰۱۳)

جلسه	شرح جلسه
جلسه ۱	آشنایی و معارفه، بیان اهداف پژوهش، ایجاد انگیزه برای درمان و اجرای پیش آزمون
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی: معرفی طرحواره‌های ناسازگار و نحوه عملکرد آن‌ها، توضیح ریشه‌های تحولی و نیازهای هیجانی اساسی
جلسه ۳	ادامه آموزش مفاهیم طرحواره درمانی و ایجاد آمادگی برای سنجش: توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای همراه با مثال‌هایی از زندگی روزمره، توضیح و آموزش ذهنیت‌های طرحواره‌ای، 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 تاثیر آن‌ها بر زندگی افراد.
جلسه ۵	شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها: ایجاد انگیزه و آمادگی برای تغییر طرحواره‌ها معرفی کلی راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری. هم پیمان شدن برای جنگ علیه طرحواره‌ها در سه سطح شناختی، هیجانی و رفتاری
جلسه ۶	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی: انجام آزمون اعتبار طرحواره، بررسی شواهد تاییدکننده و ردکننده، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای.
جلسه ۷	ادامه فرایند تغییر به واسطه راهبردهای شناختی: بررسی تکلیف‌خانگی، 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	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای تجربی: ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، تقویت مفهوم «بزرگسال سالم» در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی.
جلسه ۹	ادامه فرایند تغییر بواسطه راهبردهای تجربی: ایجاد فرصت برای بیمار برای شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها، کمک به فرد برای برون‌ریزی هیجانات بلوکه شده، بازوالدینی حد و مرزدار.
جلسه ۱۰	آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها بواسطه‌ی به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری: توضیح مجدد و آموزش سبک‌های مقابله‌ای و تاثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد به عنوتن آماج احتمالی تغییر، اولویت بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری.
جلسه ۱۱	ادامه فرایند تغییر طرحواره‌ها بواسطه‌ی به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری: ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره‌ها و بررسی تاثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری.
جلسه ۱۲	گفتگو پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

تحلیل کواریانس چندمتغیره یا مانکوا) استفاده شد. برای انجام عملیات آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده گردید. در جدول ۲ اطلاعات دموگرافیک آمده است. همچنین

برای مقایسه نتایج اولیه پژوهش از روشهای مختلف آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی

شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

گروه		سن	(٪، n)	تحصیلات	(٪، n)
مادران	آزمایش	۲۵-۳۰ سال	(۳۳.۳، ۵)	دیپلم	(۵۳.۳، ۸)
	کنترل	۳۵-۴۰ سال	(۲۰، ۳)	کارشناسی	(۵۶.۷، ۷)
مادران	آزمایش	۴۰ تا ۴۵ سال	(۳۳.۳، ۵)	دیپلم	(۵۳.۳، ۸)
	کنترل	۴۰ تا ۴۵ سال	(۱۲.۳، ۲)	کارشناسی	(۵۶.۷، ۷)

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل ابهام	آزمایش	۳۵/۸	۱۱/۸۱	۴۸/۵۳	۷/۳۹	۳۴/۱۳	۱۱/۵۲
	کنترل	۳۳/۶۷	۱۱/۲۳	۳۴/۰۷	۸/۳۶	۲۸/۲۷	۹/۳۱
تاب‌آوری	آزمایش	۶۸/۶۷	۲۰/۴۷	۹۲/۷۳	۱۴/۶۵	۷۵/۳۷	۱۶/۴
	کنترل	۶۴	۲۲/۲۲	۶۶/۴۷	۱۵/۵	۵۶/۳۳	۱۱/۷۴
تصور از شایستگی فردی	آزمایش	۲۱/۸۷	۵/۸۶	۲۹/۸۷	۴/۵۵	۲۳/۷۳	۵/۵۱
	کنترل	۲۰/۱۳	۷/۷۵	۲۱/۶	۵/۰۹	۱۸/۲۷	۴/۴۹
اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	آزمایش	۱۹/۷۳	۷/۰۷	۲۵/۶۷	۴/۸۳	۲۱/۶۷	۵/۱۸
	کنترل	۱۸/۰۷	۶/۲۶	۱۷/۸	۵/۰۰۲	۱۶/۰۷	۲/۹۱
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	آزمایش	۱۴/۱۳	۳/۶۴	۱۸/۷۳	۲/۶۵	۱۴/۸	۳/۵۳
	کنترل	۱۳/۲۷	۴/۹	۱۳/۱۳	۳/۷۴	۱۲/۲	۲/۵۶
کنترل تأثیرات معنوی	آزمایش	۷/۵۳	۲/۸۳	۱۱/۲۷	۱/۷۹	۹/۲	۱/۷۸
	کنترل	۸/۲	۲/۶۲	۸/۳۳	۱/۶۳	۶/۲۷	۱/۵۸
تأثیرات معنوی	آزمایش	۵/۴	۲/۱۳	۷/۲	۱/۸۹	۵/۸۷	۱/۶۸
	کنترل	۴/۳۳	۱/۵۴	۵/۶	۰/۷۷	۳/۵۳	۱/۱۲

گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر دو گروه و در هر سه مرحله پژوهش تأیید شده است (سطوح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است). جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون و پیگیری پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شده است (سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده است).

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تحمل ابهام و تاب‌آوری و ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش افزایش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل واریانس با اندازه مکرر مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و یکنواختی ماتریس کوواریانس است که با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون استفاده کرد. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات

با توجه به تأیید نرمال بودن داده‌ها و هم‌چنین تأیید پیش‌فرض‌های آماری، برابری تعداد در گروه‌ها می‌توان از روش اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود. نتایج تحلیل درون آزمودنی و بین آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نمرات متغیرهای پژوهش تأیید شده است. نتایج آزمون ماچلی نیز بیانگر آن بود که پیش فرض یکنواختی کواریانس‌ها در متغیرهای پژوهش تأیید شده است (سطوح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است).

جدول ۴- نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل ابهام	بین آزمودنی	گروه	۱۲۴۹/۹۳۵	۱	۱۲۴۹/۹۳۵	۲۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۰/۹۹۹
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۲۵۳/۸۷۹	۱	۲۵۳/۸۷۹	۵/۳۶	۰/۰۲۸	۰/۱۶۶	۰/۶۰۷
تاب‌آوری	بین آزمودنی	گروه	۶۲۹۹/۱۳۱	۱	۶۲۹۹/۱۳۱	۴۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۳۵/۸۴۹	۱	۱۳۵/۸۴۹	۱/۱۲	۰/۳۹۹	۰/۰۴	۰/۱۷۶
تصور از شایستگی فردی	بین آزمودنی	گروه	۵۵۷/۴۷۶	۱	۵۵۷/۴۷۶	۳۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۲۳/۳۲	۱	۲۳/۳۲	۱/۴۹	۰/۲۳۳	۰/۰۵۲	۰/۲۱۸
اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	بین آزمودنی	گروه	۵۳۷/۹۵	۱	۵۳۷/۹۵	۴۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۰/۰۶	۱	۱۰/۰۶	۰/۸۵۱	۰/۳۶۵	۰/۰۳۱	۰/۱۴۴
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	بین آزمودنی	گروه	۱۳۱/۳۸	۱	۱۳۱/۳۸	۱۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۰/۹۸۵
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۲۶/۳۷	۱	۲۶/۳۷	۳/۴۴	۰/۰۷۵	۰/۱۱۳	۰/۴۳۲
کنترل تأثیرات معنوی	بین آزمودنی	گروه	۱۴۵/۰۳۲	۱	۱۴۵/۰۳۲	۵۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۰۲۳	۰/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
تأثیرات معنوی	بین آزمودنی	گروه	۳۰/۷۷	۱	۳۰/۷۷	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	۰/۹۵۹
	درون آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱/۴۲	۱	۱/۴۲	۱/۸۴	۰/۱۸۶	۰/۰۶۴	۰/۲۵۸

نتایج تحلیل درون‌آزمودنی نشان داده است که تعامل زمان با گروه در متغیر تحمل ابهام معنی دار به دست آمده است ($P < 0/05$). تغییرات در مراحل در گروه‌ها دارای تفاوت معنی دار است و میزان تأثیر عضویت گروهی در تغییرات در مراحل پژوهش در متغیر تحمل ابهام برابر با ۱۶/۶ درصد به دست آمده است. اما تعامل زمان و گروه در تاب‌آوری و ابهام آن معنی دار به دست نیامده است. نتایج برآورد پارامترها جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در تحلیل واریانس با اندازه مکرر در تحلیل بین‌آزمودنی، میانگین نمرات تحمل ابهام، تاب‌آوری و همه ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت کلی تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/001$). نتایج نشان داده است که ۵۰/۸ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر تحمل ابهام، ۶۲/۸ درصد در تاب‌آوری، ۵۴/۵ درصد تصور از شایستگی فردی، ۶۱/۸ درصد در اعتماد به‌غرایز، ۴۱/۶ درصد پذیرش مثبت، ۶۷/۸ درصد کنترل و ۳۵/۴ درصد تأثیرات معنوی به تفاوت بین دو گروه در مراحل پژوهش مربوط است.

جدول ۵- نتایج برآورد پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات تحمل ابهام، تاب‌آوری و ابعاد آن در مراحل پژوهش جهت مقایسه گروه آزمایش با گروه کنترل

متغیر	مراحل پژوهش	B	خطای انحراف استاندارد	t	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
تحمل ابهام	پس آزمون	۱۳/۳	۱/۷۸	۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۵/۰۴	۳/۰۴	۱/۶۵	۰/۱۰۹	۰/۰۹۲	۰/۳۵۹
تاب‌آوری	پس آزمون	۲۳/۶۵	۳/۴۳	۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۷/۵۹	۴/۸۲	۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴
تصور از شایستگی فردی	پس آزمون	۷/۴۰۶	۱/۲۸	۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳	۱/۰۰۰
	پیگیری	۴/۸۹	۱/۶۸	۲/۹۱	۰/۰۰۷	۰/۲۳۹	۰/۸۰۲
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	پس آزمون	۶/۸۶	۱/۰۶	۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
	پیگیری	۵/۲۱	۱/۴۵	۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۲۹
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	پس آزمون	۵/۱۳	۰/۸۳	۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲/۴۶	۱/۱۲	۲/۱۹	۰/۰۳۷	۰/۱۵۱	۰/۷۶
کنترل	پس آزمون	۳/۱۹	۰/۵۰۹	۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۱/۰۰۰
	پیگیری	۳/۰۸	۰/۵۹	۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	۰/۹۹۹
تأثیرات معنوی	پس آزمون	۱/۱۷	۰/۴۷۸	۲/۴۵	۰/۰۲۱	۰/۱۸۳	۰/۶۵۸
	پیگیری	۱/۸۱	۰/۴۳۱	۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۰/۹۸۲

در افراد مضطرب از اهمیت بسیاری برخوردار است به فرد کمک می‌کند تا از طریق درک هیجانی طرحواره‌ها، درک عقلانی بهتری پیدا کند. در الگوشکنی رفتاری فرد رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین الگوهای رفتاری برخاسته از طرحواره‌ها می‌کند و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب را در معرض تغییر قرار می‌دهد. لذا این مادران می‌توانند با استفاده از راهبردهای شناختی، طرحواره‌های مرتبط با آسیب‌پذیری نسبت به ضرر را که با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب ارتباط دارد را تعدیل کنند و احتمال وقوع حوادث فاجعه بار را کمتر و توانایی مقابله خودشان را با شرایط استرس‌زا بیشتر برآورد نمایند. با بازسازی طرحواره‌ها و به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد، افراطی و اغراق‌آمیز مرتبط با عدم تحمل بلا تکلیفی و اضطراب افراد می‌توانند علائم اضطراب را کنترل کنند. در تکنیک‌های رفتاری در واقع افراد دست به یک آزمایش رفتاری می‌زنند تا موقعیت ایمنی‌بخش را رها کنند و با موقعیت‌های استرس‌زا روبرو شوند. برای آماده شدن به منظور روبرویی نیز از تمرین‌های تصویرسازی ذهنی استفاده می‌کنند. همچنین تکنیک‌های کنترل اضطراب نظیر تمرین تنفس و کارت‌های آموزشی جهت مقابله افراد با مشکلات زندگی کمک کننده است [۳]. همچنین در راستای تبیین علت عدم استمرار نتایج در مرحله پیگیری به نظر می‌رسد با توجه به اینکه مادران کودکان مبتلا به ADHD به طور مداوم شرایط تنش‌زایی را متحمل شده و اضطراب فراوانی را تجربه می‌کنند لذا مکرراً در معرض فعال شدن طرحواره‌های ناسازگارشان قرار دارند. از سوی دیگر، از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود نیز زمینه‌ای برای تشدید اضطراب هستند [۴۹] و تحمل ابهام در افراد مضطرب پایین است بنابراین، تداوم بهبودی نیازمند تغییرات عمیق‌تری است که مستلزم تعداد جلسات اختصاصی‌تر و بیشتر جهت تعدیل طرحواره هاست.

یافته دیگر این پژوهش این بود که طرحواره درمانی بر تاب‌آوری مادران این کودکان موثر است و موجب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. و اثرات درمان در مرحله پیگیری به جز در بعد پذیرش مثبت تغییر تداوم داشته است. این یافته که طرحواره‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری موثر بوده است با پژوهش‌های پیشین همسو است [۱، ۱۴، ۲۰]. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که تاب‌آوری سازگاری مثبت و انطباق با موقعیت در شرایط سخت و ناکامی‌هاست. طرحواره‌های ناسازگار نیز در شرایط دشوار فعال می‌شوند. داشتن کودکی با ADHD به ویژه مادران این کودکان که بیشترین مسئولیت را در رابطه با داشتن چنین کودکی دارند را دچار چالش‌های جدی می‌کند.

نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیر تاب‌آوری و ابعاد آن، تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه آزمایش معنی‌دار است ($p < 0/001$). به عبارت دیگر طرحواره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات تاب‌آوری و ابعاد آن را در گروه آزمایش افزایش داده است و تأثیر درمان در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر طرحواره درمانی در افزایش تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۳/۷ و ۳۳ درصد بوده است. نتایج اما نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات تحمل ابهام در دو گروه آزمایش و کنترل تنها در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0/001$) و تفاوت‌ها در مرحله پیگیری معنی‌دار به دست نیامده است ($p > 0/05$). براین اساس تأثیر طرحواره‌درمانی در بهبود تحمل ابهام در مرحله پس‌آزمون برابر با ۶۷/۴ درصد حاصل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به ADHD بود. نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی بر تحمل ابهام مادران این کودکان مؤثر است و موجب افزایش آن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. اما در مرحله پیگیری تفاوت دو گروه معنی‌دار نیست ($p > 0/05$). این یافته که طرحواره‌درمانی در پس‌آزمون موجب افزایش تحمل ابهام گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است با نتایج برخی پژوهش‌ها همسو است [۷، ۱۳، ۳۱، ۳۳، ۴۶] و با نتایج برخی مطالعات ناهمسو است [۱۱، ۱۷، ۲۵].

در تبیین این یافته همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد می‌توان بیان داشت که عدم تحمل ابهام یک نوع سوگیری شناختی در نحوه ادراک، تفسیر و پاسخ فرد به شرایط مبهم است که شناخت، هیجان و رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. پیامدهای نامناسب رفتار کودکان مبتلا به ADHD اضطراب زیادی را به مادران وارد می‌کند. به طوریکه هر لحظه در انتظار خبر بد رفتاری کودک خود هستند [۱۸]. مادران این کودکان لذا بر اساس روابطی که بین اضطراب، بلا تکلیفی و استفاده از راهبردهای ناکارآمدی که برای کم کردن عدم قطعیت و ابهام وجود دارد باید بتوان نگرش‌ها، هیجانات و رفتارهای مرتبط با بلا تکلیفی و عدم قطعیت را تغییر داد.

بر این اساس طرحواره‌درمانگر بوسیله‌ی راهبردهای اصلی این مدل درمانی (شناختی، تجربی و رفتاری) در افراد مضطرب، علاوه بر اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه که الگوهای ناکارآمد و منبع اصلی باورها و افکار غیرمنطقی در واکنش به عدم قطعیت است را به چالش می‌کشد، بوسیله راهبردهای تجربی (هیجانی) مخصوصاً تصویرسازی ذهنی که

جمله محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به این موارد اشاره کرد: بررسی تفاوت‌های جنسیتی در اختلال نقص-توجه-بیش‌فعالی نشان می‌دهد که توانایی تمرکز و طیف توجه در دختران فزون کنش مانند پسران است با این تفاوت که پاسخ‌های مبتنی بر برانگیختگی در آن‌ها وجود ندارد و مشکلات رفتاری کمتری را نشان می‌دهند. این تفاوت در نسبت جنسی و بروز علائم بیانگر آن است که دختران مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی کمتر برای درمان ارجاع داده می‌شوند. نمونه آماری این پژوهش نیز تنها مادران کودکان پسر مبتلا به ADHD بودند لذا ممکن است جنسیت فرزندان عامل تاثیرگذاری در معناداری نتایج باشد. بنابراین تعمیم نتایج آن به مادران کودکان دختر مبتلا به این اختلال باید با احتیاط انجام شود. همچنین در تعمیم نتایج آن به پدران کودکان مبتلا به این اختلال نیز باید دقت لازم صورت بگیرد. سایر محدودیت‌ها شامل حجم کم نمونه، نداشتن درمان موازی و روش نمونه‌گیری دقیق‌تر می‌باشد. در نهایت اینکه به علت محدودیت‌های زمانی این پژوهش در ۱۲ جلسه انجام شد که در صورت امکان به منظور ایجاد تغییرات پایدارتر می‌توان از تعداد جلسات بیشتری بهره برد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.124 است. کلیه مراحل اجرای این مطالعه زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) انجام شده است.

تشکر و قدرانی

در پایان از تمام مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و مساعدت لازم را انجام دادند کمال تشکر را داریم.

منابع

1. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):175-86.
2. Hoza B, Martin CP, Pirog A, Shoulberg EK. Using physical activity to manage ADHD symptoms: the state of the evidence. *Current psychiatry reports*. 2016;18(12):1-7.
3. Michaeli-Monee F. Structural relationships between psychological well-being and perceived emotional intelligence, the ability to control negative thinking and depression in mothers of children with mental

مادرانی که طرحواره‌های ناسازگار دارند، راهبردهای ناکارآمدی را در این موقعیت‌ها به کار می‌گیرند که موجب تثبیت طرحواره‌هایشان و در نهایت مشکلات بیشتر می‌شود. همچنین تاب‌آوری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی/ طرد، خودگردانی/ عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و محدودیت‌های مختل رابطه منفی دارد. بنابراین، به این دلیل که تاب‌آوری الگوی سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگویی برای عدم سلامت روان است در صورت وجود هریک از طرحواره‌های ناسازگار تاب‌آوری فرد کاهش می‌یابد [۴].

در شرایط دشوار تاب‌آوری یکی از ویژگی‌های موثر ذهنیت بزرگسال سالم است. افراد با ذهنیت بزرگسال سالم توانمند، از ظرفیت‌های روانی و شخصیتی خود برای روبرو شدن با شرایط ناخوشایند و تنش‌زا 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 با توجه به در معرض بودن مادران کودکان مبتلا به ADHD با مسائل و وضعیت‌های تنش‌زا و اضطراب برانگیز و شرایط دشوار نگهداری از چنین کودکی، با اثر مستقیم بر طرحواره‌های ناسازگار و جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای کارآمد به جای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و درونسازی کردن ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری این مادران شود. با درونی شدن ذهنیت بزرگسال سالم مادران در شرایط دشوار علیه طرحواره‌ها می‌جنگند و رفتارهای سالمی را بروز می‌دهند.

از سوی دیگر طرحواره درمانی با ارائه کارت‌های آموزشی که مستلزم شناسایی و قصد شخص برای مقابله با طرحواره-هاست موجب آگاهی و تشویق فرد به مقابله با شرایطی می‌شود که می‌خواهد تغییر دهد و منجر به افزایش تاب‌آوری می‌شود [۱۶]. همچنین در راستای تبیین اینکه طرحواره درمانی بر مولفه پذیرش مثبت تغییر در مرحله پیگیری معنادار نبوده به نظر می‌رسد که تداوم افزایش مولفه‌های تاب‌آوری به علت زیربنایی بودن طرحواره‌ها نیازمند مداخله‌های درمانی بلندمدت‌تر است.

در مجموع پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر افزایش تحمل ابهام و تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به ADHD اثر بخشی معنادار دارد. لذا این پژوهش می‌تواند گامی مثبت در جهت کمک به مشاوران و درمانگران برای بهبود وضعیت مادران و در نتیجه جامعه باشد و راهگشای پژوهش‌های بیشتر و گسترش دانش در این حیطه شود. از

۱۲. غریبی ح، حسن، فتحی آذر، اسکندر، ادیب، یوسف، et al. پدیدارشناسی تجارب مادران در زندگی با کودکان ADHD خانواده پژوهی. ۲۰۱۱؛ ۷(۱).
13. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20.۳۶-۲۲۲:(۲)
14. Smith S, Rodriguez S. Exploring Ambiguity Tolerance during the Adoption of Maker-Centered Learning Tools and Strategies. *TechTrends*. 2021:1-15.
15. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004;28(6):835-42.
16. Tong D, Yang W, Zhang Q, Li W, Wei D, Che X, et al. Association between regional white and gray matter volume and ambiguity tolerance: Evidence from voxel-based morphometry. *Psychophysiology*. 2۰۱۵؛ ۵۲(۸):۹۸۳-۹۰۶
17. Paralkar U, Knutson D. Coping with academic stress: Ambiguity and uncertainty tolerance in college students. *Journal of American College Health*. 2021:1-9.
18. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, et al. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior therapy*. 2007;38(2):169-78.
19. Xu H, Hou Z-J, Tracey TJ, Zhang X. Variations of career decision ambiguity tolerance between China and the United States and between high school and college. *Journal of Vocational Behavior*. 2016;93:120-8.
20. Zenasni F, Besançon M, Lubart T. Creativity and tolerance of ambiguity: An empirical study. *The Journal of Creative Behavior*. 2008;42(1):61-73.
21. Zambianchi M, Bitti PER. The role of proactive coping strategies, time perspective, perceived efficacy on affect regulation, divergent thinking and family communication in promoting social retardation and comparing it with normal children. *Res Excep Child*. 2009;9(2):103-20.
4. Kvist AP, Nielsen HS, Simonsen M. The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Social Science & Medicine*. 2013;88:30-8.
5. Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, Sørensen EE, Rasmussen P, Grønkjær M. Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *JBHI Evidence Implementation*. 2016;14(4):150-65.
6. Vyssoki S. Burden of mothers and fathers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Department of Psychoanalysis and Psychotherapy, Medical University of Vienna.
7. Jia RM, Mikami AY, Normand S. Social Resilience in Children with ADHD: Parent and Teacher Factors. *Journal of Child and Family Studies*. 2021;30(4):839-54.
8. Jaeger T, Moulding R, Yang YH, David J, Knight T, Norberg MM. A systematic review of obsessive-compulsive disorder and self: Self-esteem, feared self, self-ambivalence, egodystonicity, early maladaptive schemas, and self concealment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021:100665.
۹. موسوی، ولی‌اله س، عبدالکریمی، ماندانا، جاوید خ، کوشا. تأثیر آموزش مدیریت رفتار بر میزان رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نارسایی توجه. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۰۱۲؛ ۲۰(۸۰):۷۴-۸۲.
10. Pirozneia F, Mirmahdi SR. The Effectiveness of Life Skills Training on General Health and Social Problem Solving Skills on Mothers with Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 2016.
11. Benderix Y, Nordström B, Sivberg B. Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home: A case study. *Autism*. 2006;10(6):629-41.

- Applied Research in Intellectual Disabilities. 2016;29(5):409-21.
30. Breaux R, Dvorsky MR, Becker SP. ADHD in COVID-19: Risk, resilience, and the rapid transition to telehealth. The ADHD Report. 2021;29(2):1-9, 12.
31. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
32. Kiraz S, Sertçelik S. Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2021.
33. Mohammad Nezhady B, Rabiei M. The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. Journal of Police Medicine. 2015;4(3):179-90.
34. Stanley Budner N. Intolerance of ambiguity as a personality variable 1. Journal of personality. 1962;30(1):29-50.
۳۵. خوشنویس، احمدزاده، زمردی. اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی بر اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلاتکلیفی و تحریف‌های شناختی دانشجویان. مجله بهداشت و توسعه. ۲۰۱۸؛۳(۳):۲۵۰-۶۱.
35. Peeters N, Stappenbelt S, Burk WJ, van Passel B, Krans J. Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. British Journal of Clinical Psychology. 2021;60(1):68-76.
36. Wahlund T, Mataix-Cols D, Lauri KO, de Schipper E, Ljótsson B, Aspvall K, et al. Brief online cognitive behavioural intervention for dysfunctional worry related to the COVID-19 pandemic: a randomised controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2021;90(3):191-9.
37. Orue I, Calvete E, Fernández-González L. Early maladaptive schemas and social information processing in child-to-parent aggression. Journal of interpersonal violence. 2021;36(15-16):6931-55.
- well-being in emerging adulthood. Social indicators research. 2014;116(2):493-507.
22. Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. Psycho-Oncology. 2013;22(6):1396-401.
23. Ungar M. The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice: Springer Science & Business Media; 2011.
24. Agasisti T, Avvisati F, Borgonovi F, Longobardi S. Academic resilience: What schools and countries do to help disadvantaged students succeed in PISA. 2018.
25. Bertin M. Mindful Parenting for ADHD: A guide to cultivating calm, reducing stress, and helping children thrive: New Harbinger Publications; 2015.
۲۶. منصورى، ويسكرمى، رضايى. اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۷(۱):۱۱۱-۲۱.
27. Yiğit İ, Kılıç H, Guzey Yiğit M, Çelik C. Emotional and physical maltreatment, early maladaptive schemas, and internalizing disorders in adolescents: A multi-group path model of clinical and non-clinical samples. Current Psychology. 2021;40(3):13.۶۶-۵۶
28. Karimirad MR, Seyedfatemi N, Oghli SH, Noorian S, Amini E. Resilience of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and its related underlying factors. Journal of Preventive Epidemiology. 2019;4(2):e11-e.
۲۹. رضانی، حجازی، مسعود. مقایسه سلامت روانی، تاب‌آوری و سرسختی روانی در افراد ورزشکار و غیر ورزشکار. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۵(۱):۱۵۷-۶۶.
29. Beadle-Brown J, Leigh J, Whelton B, Richardson L, Beecham J, Baumker T, et al. Quality of life and quality of support for people with severe intellectual disability and complex needs. Journal of

46. Barkley RA. Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training: Guilford press; 2013.
47. Blöte AW, Westenberg PM. The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*. 2019;71:110-8.
38. Hamidpour H, Dolatshai B, Shahbaz AP, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety disorder. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2011.
39. Scott W, Tyser J, Penningroth SL, Strauch C. Assessing self-schema content: The relationship of psychological needs to early maladaptive schemas, rejection sensitivity, and personality traits. *Self and Identity*. 2021:1-22.
40. Tariq A, Reid C, Chan SW. A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*. 2021:1-16.
41. Yeganeh Rad N, Toozandehjani H, Bagherzadeh Golmakani Z. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Compassion-Focused Therapy in resiliency and Ambiguity Tolerance in Divorce-Seeking Women. 2020.
42. McLain DL. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The multiple stimulus types ambiguity tolerance scale-II (MSTAT-II). *Psychological reports*. 2009;105(3):975-88.
43. Geller G, Grbic D, Andolsek KM, Caulfield M, Roskovensky L. Tolerance for ambiguity among medical students: patterns of change during medical school and their implications for professional development. *Academic Medicine*. 2021;96(7):1036-42.
44. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
45. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2007;20(6):1019-28.