فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی

فاطمه ابراهیمی جاویدی[۱]

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند، که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورداستفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۲) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام گرفت. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی داشته است. همچنین طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن (اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی و نشانه‌های جسمی) در مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی داشته است. بنابراین می‌توان از آموزش برنامه طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، سلامت روان، طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نقص توجه/بیش فعالی

[۱] کارشناسی ارشد روانسنجی (سنجش و اندازه گیری)، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Fatemeh.javidi@yahoo.com

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

مقدمه

تنش در بافت خانواده به‌خصوص وقتی مزمن باشد و در اوایل رشد وجود داشته باشد اثرات مضری روی سلامت والدین، کودکان و ارتباطات والد با کودک می‌گذارد (آسارنو، نیومن، ویس و سو[1]، ۲۰۲۱). یکی از عوامل مرتبط با ویژگی‌های درونی خانواده که می‌تواند سبب تنش گردد، مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است (بهشتی، چاوانون و کریستینسن[2]، ۲۰۲۰). به‌طوری‌که پژوهش‌ها نشان می‌دهند شدت اختلال رفتاری کودک، ویژگی مهم موقعیت تنش‌زا محسوب می‌شود که یکی از شایع‌ترین این اختلالات، اختلال بیش فعالی و نقص توجه[3] می‌باشد (فاراون و لارسون[4]، ۲۰۱۹). بیش فعالی و نقص توجه، اختلالی است که با تحریک‌پذیری مداوم، تکانش گری و مشکلاتی در تمرکز مشخص می‌شود (کورتس[5]، ۲۰۲۰). در اکثر موارد، بیش فعالی با مشکلات دیگری هم چون لجبازی، نافرمانی از والدین، مشکلات رفتاری و عدم موفقیت تحصیلی نیز همراه است (زو، استراتیرن، لیو، یانگ و بائو[6]، ۲۰۱۸). رفتارهای ناسازگارانه کودک (هم چون تکانش گری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی در والدین (هم چون خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، کاهش تحمل به وجود می‌آورد (یااو، شیمادا، کاسابا و تومودا[7]، ۲۰۲۲). این عکس‌العمل‌ها درنهایت منجر به حاد شدن مشکلات کودک می‌گردد. به‌این‌ترتیب چرخه معیوبی به وجود می‌آید، به شکلی که به‌تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر می‌رسد (های، دافی، لمی و لمی[8]، ۲۰۲۲). واکنش اعضای خانواده به مشکلات کودک می‌تواند دامنه‌ای از طرد یا پذیری کامل، غفلت یا مراقبت کامل باشد (قندیانی آرانی، حسن‌زاده، غلامعلی لواسانی و عزیزی، ۱۴۰۱).

ازجمله مشکلاتی که مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی از آن رنج می‌برند، نشخوار فکری است که به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده شناخته می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. مطالعات زیادی از رابطه تنگاتنگ بین نشخوار فکری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند (ربیعانی و مجتبایی، ۱۳۹۷). این افراد با تمرکز بیشتر به عوامل فشارزای زندگی، دچار افکار ناکارآمدی می‌شوند که عمدتاً گرایش به گذشته داشته و به افکار منفی تکرارشونده‌ی متمرکز بر خود منتهی می‌شود که آن را نشخوار فکری گویند (تومینیا، کولاین، روزرو و گالا[9]، ۲۰۲۰). درواقع نشخوار فکری به‌عنوان افکار تکراری در مورد تجربیات مرتبط با عواطف تعریف می‌شود (کوواکس، تکاکس، توس[10] و همکاران، ۲۰۲۰) و شامل افکار منفعلانه‌ای است که متمرکز بر علت‌ها، نتایج و علائم هستند (عندلیب، عابدی، نشاط‌دوس و آقایی، ۱۳۹۹) که به‌عنوان نوعی رفتار برگشتی معمولاً برای مدت طولانی‌مدت دوام می‌آورد (هتریک، کاکس، فیشر[11] و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات تحولی نشان می‌دهد که سبک‌های پاسخ‌دهی نشخوار گونه، طی انتقال فرد از دوران کودکی به دوران بزرگ‌سالی ایجاد و تثبیت می‌شوند (شاو، هیلت و استار[12]، ۲۰۲۱). حین نشخوار فکری فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خود در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فاجعه‌بار مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (خدری، شیرالی‌نیا و اصلانی، ۱۴۰۱).

تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی داشتن یک کودک بیمار رنج می‌برند (ایکاس[13] و همکاران، ۲۰۱۶). والدین دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی به‌ویژه مادران، اغلب به‌گونه‌ای زیان‌آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند. احساس تقصیر و گناه، احساس ناکامی و اضطراب و نگرانی، ازجمله واکنش‌های شایع والدین در پی آگاهی از

---

[1] - Asarnow, Newman, Weiss & Su
[2] - Beheshti, Chavanon & Christiansen
[3] - Attention Deficit and Hyperactivity Disease
[4] - Faraone & Larsson
[5] - Cortese
[6] - Xu, Strathearn, Liu, Yang & Bao
[7] - Yao, Shimada, Kasaba & Tomoda
[8] - Hai, Duffy, Lemay & Lemay
[9] - Tumminia, Colaianne, Roeser, & Galla
[10] - Kovacs, Takacs, Toth
[11] - Hetrick, Cox, Fisher
[12] - Shaw, Conway & Starr
[13] - Ekas

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

بیماری کودک است (رایت و مک کاتم[۱]، ۲۰۱۲)؛ از طرفی اختلالات روان‌شناختی کودک، عامل نگران‌کننده برای سلامت روان خانواده محسوب می‌شود (تیمونز[۲] و همکاران، ۲۰۱۷) شواهد حاکی از آن است که خانواده‌های دارای کودک دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی، ازنظر اجتماعی منزوی هستند و دامنه ارتباطات اجتماعی محدودتری دارند (اوزدمیر[۳]، ۲۰۱۰). والدین کودکان نابهنجار، به لحاظ مسائل و مشکلاتی که از بیماری فرزند به آنان تحمیل می‌کند، با مسئولیت‌های اضافی روبرو می‌شوند؛ از طرف دیگر آن‌ها نمی‌توانند، امکانات و زمان لازم برای انجام مسئولیت‌های آموزشی، تربیتی و بهداشتی فرزند خود را فراهم سازند. این مسئله، موجب فشارهای مضاعف بر والدین شده و بر عزت‌نفس، تعامل روانی-اجتماعی و سلامت روان آن‌ها، اثرات مخربی بر جای می‌گذارند (ژانگ[۴] و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در افراد گوشه‌گیر، منزوی و با عزت‌نفس ضعیف، احتمال بروز بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است؛ درحالی‌که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شوند (جوز[۵] و همکاران، ۲۰۱۷).

اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرحواره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باهدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده‌اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ[۶] و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بناشده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می‌شود طرحواره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند. بنابراین شناخت طرحواره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (چویی-کاین و گاندرسون[۷]، ۲۰۰۸). طرحواره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی[۸] به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شوند (پاگ[۹]، ۲۰۱۵). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه[۱۰] نامیده می‌شوند. این دسته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن[۱۱]، ۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق‌وخوی[۱۲] ذاتی با تجارب ارتباطی غیر انطباقی اولیه به‌ویژه آسیب‌های کودکی[۱۳] تعامل می‌کنند و به‌طور خاص‌تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روان‌شناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل‌بستگی) برآورده نشوند (ون دن بروک، کولن-دی ووس و برنشتاین[۱۴]، ۲۰۱۱). یانگ، کلسکو و ویشار[۱۵] (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد[۱۶]، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل[۱۷]،

[1] - Wright & McCathren
[2] - Timmons
[3] - Ozdemir
[4] - Zhang
[5] - Jose
[6] - Young
[7] - Choi-Kain & Gunderson
[8] - interpersonal psychopathology
[9] - Pugh
[10] - Early Maladaptive Schems
[11] - Doomen
[12] - Temperment
[13] - Childhood Trauma
[14] - van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein
[15] - Young, Klosko & Weishaar
[16] - Disconnection & Rejection
[17] - impaired autonomy and performance

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

حوزه محدودیت‌های مختل[1]، حوزه دیگر جهت مندی[2]و حوزه گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداری. در همین رابطه تاسکا و بلفورم[3] (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران سطوح بالاتری از ناامنی دل‌بستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است. عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان طرحواره درمانی هیجانی باعث بهبود نشانه‌های بالینی و کاهش طرحواره هیجانی در مراجعان شده است.

علاوه بر طرحواره درمانی، یکی دیگر از درمان‌های به نسبت نوین که در مورد مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی دارای کاربرد است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به کاهش نشخوار فکری و افزایش سلامت روان این افراد موردتوجه قرار گیرد (پیتر، مک گراث، چامبرز و دیک[4]، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از مشکلات اثربخشی درمان را افزایش داده و به درمان افراد کمک کند (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ[5]، ۲۰۱۹). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل وارسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بورکل، فندل و اسمیدت[6]، ۲۰۲۰). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به‌عنوان تجربیات مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (لیووریک، کاواناق و استرایوس[7]، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان‌مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیداکرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (کولز، لاندمن، کلودیوس، روس[8] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادلی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل‌توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع بیماران داشته‌اند (زیمرمن، فینگان، پائول، اسمیدت، تای[9] و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هنت، سیرز، کاتون، پالرلا[10] و همکاران، ۲۰۲۰) و استرس (مادوک، هوی، دی آلتون و کیربی[11]، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد و باعث افزایش سلامت روان روانی بیماران می‌شود (فینبرگ[12] و همکاران، ۲۰۲۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود نشخوار فکری منجر می‌شود (گلدین و گروس[13]، ۲۰۱۰).

---

[1] - Impaired limits
[2] - Other Directedness
[3] - Tasca & Balfour
[4] - Petter, McGrath, Chambers & Dick
[5] - Hazlett-Stevens, Singer & Chong
[6] - Bürkle, Fendel & Schmidt
[7] - Leeuwerik, Cavanagh & Strauss
[8] - Külz, Landmann, Cludius, Rose
[9] - Zimmerman, Finnegan, Paul, Schmidt, Tai
[10] - Hente, Sears, Cotton, Pallerla
[11] - Maddock, Hevey, D'Alton & Kirby
[12] - Fineberg
[13] - Goldin & Gross

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

باوجود شایع بودن اختلال بیش فعالی و تأثیر آن بر خانواده به نظر می‌رسد مطالعات و پژوهش‌های اندکی در جامعه آماری مادران این افراد صورت گرفته باشد. از این پژوهش حاضر با طرح فرضیه‌های خود این سؤال را مطرح می‌کند که درمان طرحواره مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی اثر می‌گذارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودکان بیش فعالی-نقص توجه ۳ تا ۷ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد ۹۵ مادر دارای کودک بیش فعالی-نقص توجه جهت شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که این مادران بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: ۱) داشتن کودک مبتلابه بیش فعالی-نقص توجه ۲) عدم ابتلا به بیماری روانی ۳) داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن ۴) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی تا قبل از جلسات گروه‌درمانی یا در حین جلسات ۵) گرفتن نمره پایین در پرسشنامه نشخوار فکری و سلامت روان می‌باشد. عدم رضایت مادران جهت ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی معیار خروج واحدها از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد ۳۰ نفر از این مادران معیارهای ورود را داشتند بنابراین با توجه به طرح تحقیق، شرکت‌کنندگان یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قبل از شروع آموزش، پرسشنامه نشخوار فکری و سلامت روان را تکمیل کردند. سپس بسته آموزشی درمان طرحواره مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه توسط محقق هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اعمال شد. یک هفته پس از اتمام آموزش در گروه آزمایش، پرسشنامه مذکور مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. محتوای جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول (۱ ارائه‌شده است.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل‌شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هرکدام را در مقیاسی از ا (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرارگرفته است. چنان‌که در قبلاً توضیح داده شد، نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. هم‌چنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به‌علاوه نشان داده‌شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲): پرسشنامۀ سلامت روان یک پرسشنامۀ سرندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است که برای تمام افراد جامعه طراحی‌شده است. این پرسشنامه دارای۴ زیر مقیاس است: خرده مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، و افسردگی. مدت‌زمان اجرای آزمون به‌طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. درنتیجه نمره فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و درکل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هرمقیاس به‌طور جداگانه محاسبه‌شده و پس‌ازآن نمرات ۴ زیر مقیاس را جمع کرده ونمره کلی را به دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. اعتبار و روایی: تا سال

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

۱۹۸۸ بیش از ۷۰ درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به‌منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ است (ویلیامز وگلدبرگ، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی،۱۳۸۰). به‌منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (۱۹۷۹)، بررسی همسانی درونی، که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. ثبات درونی را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش‌شده است.

شرح جلسات مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی: مدل تلفیقی درمان طرحواره محور و ذهن آگاهی تهیه برنامه و بسته درمانی آموزش مدل تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد طرحواره و ذهن آگاهی نوشته فن ورسیویک و همکاران (۲۰۱۴) ترجمه زیرک و حمیدپور (۱۳۹۸) می‌باشد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه آموزش داده شد. در مطالعه علی‌آبادی، شاره و توزنده جانی (۱۳۹۹) اثربخشی مداخله تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی تائید و لذا دارای اعتبار لازم برای استفاده است.

جدول ۱. مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی

جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
جلسه اول	معرفی شرکت‌کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد نقش توجه و بیش فعالی و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین وارسی بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج‌وجهی، آگاه شدن از طرحواره‌هایتان، خلاصه‌نویسی
جلسه دوم	توجه آگاهانه به محیط پیرامون، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه‌مدت وارسی بدن (پنج‌دقیقه‌ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	توجه آگاهانه به سبک‌های مقابله با طرحواره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین‌کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه‌دقیقه‌ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه ششم	طرحواره: واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره‌ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مراقبت از خویشتن با کمک بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	آینده، یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به‌عنوان کودک و بزرگ‌سال، شیرین‌کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی
جلسه نهم	بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آن‌ها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تداوم جهت‌گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگ‌سال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند
جلسه دهم	بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان به طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگ‌سال سالمی که بر آسیب‌پذیری فرد نظارت دارد، با ملاطفت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌د ست‌آمده از اجرای پر س شنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss-V25 در دو بخش تو صیفی و ا ستنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مقیاس نشخوار فکری و سلامت روان در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه‌شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نشخوار فکری و سلامت روان به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	عوامل	شاخص آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشخوار فکری	گروه آزمایش	میانگین	۶۷.۲۳	۰۷.۱۷
		انحراف معیار	۶۹.۲	۷۹.۲
	گروه کنترل	میانگین	۶۰.۲۳	۸۷.۲۳
		انحراف معیار	۶۴.۲	۷۵.۲
سلامت روان	گروه آزمایش	میانگین	۴۹/۲۰	۴۰/۸۶
		انحراف معیار	۳/۷۸	۴/۱۰
	گروه کنترل	میانگین	۴۶/۵۳	۴۶/۹۳
		انحراف معیار	۳/۲۷	۴/۸۴
نشانه‌های جسمی	گروه آزمایش	میانگین	۱۱/۶۰	۹/۶۶
		انحراف معیار	۱/۵۴	۱/۳۴
	گروه کنترل	میانگین	۱۰/۸۰	۱۱/۰۱
		انحراف معیار	۱/۵۲	۲/۰۲
اضطراب و بی‌خوابی	گروه آزمایش	میانگین	۱۱/۳۳	۹/۶۶
		انحراف معیار	۱/۱۷	۱/۸۳
	گروه کنترل	میانگین	۱۱/۰۱	۱۱/۲۶
		انحراف معیار	۱/۶۰	۱/۸۳
نارساکنش وری اجتماعی	گروه آزمایش	میانگین	۱۳/۸۰	۱۱/۶۷
		انحراف معیار	۱/۰۲	۱/۱۶
	گروه کنترل	میانگین	۱۳/۴۶	۱۳/۷۳
		انحراف معیار	۱/۷۶	۲/۳۷
افسردگی	گروه آزمایش	میانگین	۱۲/۴۶	۹/۸۶
		انحراف معیار	۱/۶۸	۱/۶۴
	گروه کنترل	میانگین	۱۱/۲۷	۱۰/۹۳
		انحراف معیار	۲/۰۵	۱/۵۷

همچنان ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در نشخوار فکری و مؤلفه‌های سلامت روان را کاهش می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود نشخوار فکری و مؤلفه‌های سلامت روان در مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کواریانس برای اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی‌داری	اندازه اثر
	پیش‌آزمون	۱۵/۷۸	۱	۱۵/۷۸	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۶

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

نشخوار فکری	گروه	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۳
	خطا	۳۱۱۵/۹۶	۲۴	۸۶/۵۵			
	کل	۷۵۰۰۹/۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده (P <۰/۰۵، F =۵/۷۴)، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات نشخوار فکری شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از در طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی داشته است.

جدول۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای ابعاد سلامت روان

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
نشانه‌های جسمی	گروه	۸/۲۷	۱	۳/۷۱	۰/۰۶	۰/۱۳
	خطا	۵۳/۵۶	۲۴			
اضطراب و بی‌خوابی	گروه	۱۴/۷۴	۱	۱۰/۵۵	۰/۰۰۳	۰/۳۰
	خطا	۳۳/۵۱	۲۴			
نارساکنش وری اجتماعی	گروه	۲۴/۹۴	۱	۸/۰۱	۰/۰۰۹	۰/۲۵
	خطا	۷۴/۶۷	۲۴			
افسردگی	گروه	۱۴/۳۴	۱	۷/۱۶	۰/۰۱۱	۰/۲۴
	خطا	۴۸/۱۱	۲۴			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی مادران دارای کودک مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تائید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای سلامت روان در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۲ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۴ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. درنتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵درصد اطمینان اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و سلامت روان مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی انجام‌شده است. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری در مادران دارای فرزندان مبتلابه اختلال نقص توجه/بیش فعالی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (میرباقری و همکاران، ۲۰۲۲؛ غیور کاظمی و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که یکی از راه‌های سازمان‌دهی اطلاعات در ذهن، تقسیم واقعیت‌ها به دودسته درست و نادرست است. اما طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها باعث می‌شوند که ما اطلاعات را آن‌گونه که طرحواره‌ها می‌خواهند برداشت کنیم بدون این‌که به آن آگاه باشیم. بسیاری از مشکلات به این دلیل ایجاد و تداوم می‌یابند که ما در وضعیت هدایت خودکار به موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهیم. طرحواره‌ها نه‌تنها بر چیزهایی که باورشان تأثیر می‌گذارند، بلکه بر چگونگی پردازش اطلاعات نیز که در زندگی روزانه با آن‌ها مواجه هستیم تأثیرگذار هستند، وقتی یک طرحواره و باورهای مرکزی مربوط به آن فعال می‌شوند، افراد اطلاعات را به‌صورت سوگیرانه پردازش می‌کنند طوری که اطلاعات سازگار با طرحواره باریابی و اطلاعات ناسازگار با طرحواره نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین رابطه متقابلی بین سوگیری در پردازش اطلاعات و باورهای مرکزی وجود دارد، لذا نیاز به هماهنگی شناختی و از طرف دیگر، استراتژی‌های مقابله

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

ناسازگار (تسلیم، اجتناب و جبران افراطی) باعث تداوم طرح‌واره‌ها می‌شوند (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). طرح‌واره‌هایی که در کودکی شکل‌گرفته‌اند در طول زندگی تحت تأثیر تعارض‌ها، نیازهای قوی و افکار و احساسات دشوار راه‌اندازی می‌شوند. طرح‌واره‌ها در توانایی افراد در احساس امنیت در رابطه، توانایی در رفع نیازهایشان و توانایی در رفع نیازهای دیگران تداخل ایجاد می‌کنند. دست کشیدن از طرح‌واره‌ها دشوار است زیرا آن‌ها در سازمان‌دهی تجاربمان و ایجاد خطای ادراکی یا توهم ایمنی و پیش‌بینی پذیری در جهان به ما کمک می‌کنند و این احساس را ایجاد می‌کنند که ما می‌توانیم پیش‌بینی‌هایی درباره نتیجه روابطمان و محافظت از خودمان داشته باشیم. چگونگی پاسخ‌دهی افراد در هنگام راه‌اندازی طرح‌واره‌ها می‌تواند دقیقاً همان چیزی را خلق کند که آن‌ها از آن می‌ترسند. به‌محض راه‌اندازی طرح‌واره‌ها، یک تجربه تمام‌عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرح‌واره محور قدرتمندی را به بار می‌آورند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به افراد این امکان را می‌دهد که به‌جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تأمل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت‌هایی مثل علائم بیماری افزایش می‌یابد و به‌جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجانات و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و علائم بیماری کمتری را تجربه خواهند نمود. ذهن آگاهی به‌جای تلاش برای تغییر محتوای هیجان‌ها یا افکار، مستلزم تحمل است. مراقبه به فرد می‌آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس‌پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. ازآنجاکه هیجان‌ها نمایانگر سخت‌ترین عوامل حواس‌پرتی‌اند، ذهن آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است. از این گذشته، افزایش آگاهی به بینش بیشتر نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی نظیر علل هیجان‌ها و ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته می‌انجامد. به‌عبارت‌دیگر، ذهن آگاهی شبیه مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلمن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت‌زدایی همه‌جانبه» یاد می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین طرح‌واره درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند در مرحله دوم که تغییر است از درمان شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، ایجاد یک ندای سالم درونی شده، و تمرینات رفتاری مختص در هم شکستن رفتار ناکارآمد)، درمان تجربی (تمرین ابراز خشم، غم یا درد)، درمان گشتالتی و روان‌درمانی بین فردی برای اصلاح طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی مرحله سومی را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال‌ساز طرح‌واره و ذهنیت، مجالی برای ایجاد روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی به وجود می‌آید. دستورالعمل مواجهه ذهن آگاهانه عبارت است از اجازه ظهور دادن به احساسات و تمرکز بر روی پاسخ‌های جسمانی حاصل از آن‌ها، بدون پیش‌بینی هیچ‌چیز، و بدون دست زدن به هیچ اقدامی. عجیب این‌که در بلندمدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای مرکزی از دل تروماهای خاص و رویارویی منفی با مراقبین که در طی آن نیازهای هیجانی اساسی برآورده نشده جوانه می‌زند. باورهای مبتنی بر طرح‌واره‌ها، هیجانات بسیار دردناکی را راه‌اندازی می‌کنند. در حقیقت آن‌ها آن‌قدر تشویش زا هستند که افراد به‌محض فعال شدن این درد آن را سرکوب یا از آن اجتناب می‌کنند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷). با توجه به این‌که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرح‌واره‌هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم‌اندازهای جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرند. به‌عبارت‌دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات به‌راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابراز واکنش آنی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد تا فرآیندهای توجهی خود را بهتر درک، شناسایی و تنظیم کنند. این امر کمک می‌کند تا تمایل افراد برای توجه خودکار به افکار یا احساسات عاطفی خاص و همانندسازی با آن‌ها کم‌کم رنگ ببازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع‌تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت ازنظر دور می‌ماند (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی در گروه طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی آموختند که تجربه‌های مرتبط با طرح‌واره‌هایشان مانند احساسات یاس، ترس، آسیب، طرد و تنهایی بخشی از سازمان ذهنشان است که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

در همه روابط ظاهر می‌شوند. افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و امیال پرفشار مرتبط با طرحواره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آن‌ها دریافتند که راهبردهایی که از آن‌ها به‌عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب‌ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. به این درک رسیدند که هرگاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه مرتبط با طرحواره‌هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بینند و وقتی به‌جای تمرکز بر تلاش بر روی آنچه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آنچه کنترل ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش سلامت روان در مادران دارای فرزندان مبتلابه نقص توجه/بیش فعالی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (رفتار علی‌آبادی و شارح، ۲۰۲۲؛ فرهادی و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. در تبیین یافته پژوهش می‌توان بیان نمود هدف نهایی طرحواره درمانی بهبود طرحواره‌ها است و همان‌طور که بک اشاره‌کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌های اضطراب ضروری است. تک‌تک مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرحواره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرحواره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). ازجمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرحواره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تائید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی بیماران دارای علائم بیماری را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرحواره غلط است. این روند سبب می‌شود تا این بیماران از بند پردازش‌های ناکارآمد رهاشده و بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری را به نمایش گذاشته و از این طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را نیز از خود نشان می‌دهند. از طرفی دیگر مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی از ارتقای کارکردهای شناختی و روان‌شناختی حمایت می‌کند. بر این اساس شرکت‌کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه ذهنی رها می‌شوند و ذهن خود را از خستگی رهانیده و به‌واسطه این تغییرات جدیدی که فنون ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌کند، بیماران حاضر در پژوهش در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می‌گردد و که این‌ها همه بر قدرت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد.

همچنین در تبیین دیگر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به این موارد اشاره نمود با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. همچنین ازآنجایی‌که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی مراجعان در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، بنابراین ارتقا ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به‌طوری‌که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (گا، زو و ژا، ۲۰۱۸) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود و این عوامل نیز به‌خودی‌خود می‌توانند باعث کاهش علائم در بیماران و افزایش هیجانات و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی شوند. علاوه بر این طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به‌منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز ازجمله حالت‌ها و هیجان‌های موقعیت منفی، بدون واکنش به‌طور خودکار و عادت وار، طراحی‌شده است. بنابراین افراد درنتیجه دریافت درمانی طرحواره مبتنی بر ذهن آگاهی، تجربیات شناختی را به‌عنوان عناصر مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و به‌عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و به‌جای

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن‌که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات شناختی که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند.

ازاین‌رو می‌توان رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران‌های زندگی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به‌صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به‌علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف مشاوره‌ای نیز توصیه می‌شود.

منابع

خدری، معصومه؛ شیرالی‌نیا، خدیجه و اصلانی، خالد .(۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک‌شده دختران نوجوان، روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۲۰۱-۲۲۳

ربیعانی، صدف و مجتبایی، مینا .(۱۳۹۷). تأثیر آموزش واقعیت درمانی گروهی بر میزان سازگاری اجتماعی و نشخوار فکری زنان نابارور، صارم در طب باروری، ۴ (۲): ۹۹-۱۰۳

عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرح‌واره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۶ (۱۱)، ۱۶۳-۱۴۹.

عندلیب، سیما؛ عابدی، محمدرضا؛ نشاط دوست، حمید طاهر و آقایی، اصغر .(۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده، روانشناسی بالینی، ۱۲(۱)

قربانعلی زاده، مسعود؛ مقدم زاده، علی و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرح‌واره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلابه خودبیمارپنداری. *مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷ (۱)، ۱۴-۲.

قندیانی آرانی، خدیجه؛ حسن‌زاده، سعید؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و عزیزی، محمدپارسا. (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی با رویکرد روان‌شناسی مثبت در افراد دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی: مرور نظام‌دار پژوهش‌ها. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۲۲ (۲)، ۲۱۰-۱۹۶.

Asarnow, R. F., Newman, N., Weiss, R. E., & Su, E. (2021). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder diagnoses with pediatric traumatic brain injury: A meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *175*(10), 1009-1016.

Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, *20*(1), 1-11.

Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive–compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *11*(6), e050329.

Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127-1135.

Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, *383*(11), 1050-1056.

Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, *61*, 66-76.

Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *29*, 8-18.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, *24*(4), 562-575.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums*, *20*(5), 490-499.

Ghayour Kazemi, F., Shahabizadeh, F., Safara, M., Shahidsales, S., Aledavood, S. A., Hosseini, S., & Zarei, E. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness Based Schema Therapy and Transdiagnostic Intervention on Cognitive Fusion with Illness and Posttraumatic Avoidance in Women with Breast Cancer: A Semi-Experimental Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *33*(220), 54-65.

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83.

Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, *22*(4), 388-399.

Hai, T., Duffy, H. A., Lemay, J. A., & Lemay, J. F. (2022). Impact of stimulant medication on behaviour and executive functions in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *World Journal of Clinical Pediatrics*, *11*(1), 48.

Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, *42*(4), 347-358.

Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.

Hetrick, S. E, Cox, G. R, Fisher, C. A, Bhar, S. S, Rice, S. M, Davey, C. G, & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. Early intervention in psychiatry, 9(2), 93-99.

Jose, A., Gupta, S., Gulati, S., & Sapra, S. (2017). Prevalence of depression in mothers of children having ASD. *Current Medicine Research and Practice*, *7*(1), 11-15.

Kovács, L. N., Takacs, Z. K., Tóth, Z., Simon, E., Schmelowszky, Á. & Kökönyei, G. (2020). Rumination in major depressive and bipolar disorder–a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *276*, 1131-1141.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., & Maier, J. G. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *269*(2), 223-233.

Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, *44*(1), 120-135.

Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.

Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, *10*(12), 2606-2619.

Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *9*(5), 16-28.

Ozdemir, S. (2010). Social stories: an intervention technique for children with Autism. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 1827-1830.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(5), 521-531.

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, *39*, 30-41.

Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 91-103.

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.

Shaw, Z. A., Conway, C. C., & Starr, L. R. (2021). Distinguishing Transdiagnostic versus Disorder-Specific Pathways between Ruminative Brooding and Internalizing Psychopathology in Adolescents: A Latent Variable Modeling Approach. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49(10): 1319-1331

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(7), 710-717.

Timmons, L., Ekas, N. V., & Johnson, P. (2017). Thankful thinking: A thematic analysis of gratitude letters by mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *34*, 19-27.

Tumminia, M. J., Colaianne, B. A., Roeser, R. W., & Galla, B. M. (2020). How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. Journal of Youth and adolescence, 49(10): 2136-2148

Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *38*(5), 325-332.

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.

Wright, L. A., & McCathren, R. B. (2012). Utilizing Social Stories to Increase Prosocial Behavior and Reduce Problem Behavior in Young Children with Autism. *Child Development Research*, *2012*

Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. *JAMA network open*, *1*(4), e181471-e181471.

Yao, A., Shimada, K., Kasaba, R., & Tomoda, A. (2022). Beneficial Effects of Behavioral Parent Training on Inhibitory Control in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Small-Scale Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, *13*.

Zhang, W., Yan, T. T., Du, Y. S., & Liu, X. H. (2013). Relationship between coping, rumination and posttraumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(10), 1204-1210.

Zimmerman, B. J., Finnegan, M. K., Paul, S., Schmidt, S. A., Tai, Y., Roth, K. A., & Husain, F. T. (2019). Functional brain changes during mindfulness-based cognitive therapy associated with tinnitus severity. *Frontiers in neuroscience*, *13*, 747.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۱، شماره ۲۵، تابستان ۱۴۰۳

The Effectiveness of Schema Therapy based on Mindfulness on Rumination and Mental Health of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Fatemeh Ebrahimi Javidi[1]

Abstract
The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy based on mindfulness on rumination and mental health of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. The research method is semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study includes all mothers with ADHD children aged 3 to 7 years old in Tehran in 1403, of which 30 people were randomly selected in the experimental group (15 people) by available sampling method) and the control group (15 people) were assigned. The experimental group of mindfulness-based schema therapy was trained for 10 sessions of 90 minutes, and the control group remained on the waiting list. The tools used in the current research included rumination questionnaire (Nolen Hoeksma and Maro, 1991) and mental health (Goldberg, 1972). The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was done in two descriptive and inferential parts (analysis of covariance). The results showed that schema therapy based on mindfulness had a significant effect on reducing rumination in mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Also, schema therapy based on mindfulness has had a significant impact on mental health and its components (anxiety and insomnia, social dysfunction, depression and physical symptoms) in mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. Therefore, mindfulness-based schema therapy training can be used to reduce rumination and increase the mental health of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder.

Key words: Rumination, Mental Health, Schema Therapy Based on Mindfulness, Attention Deficit/Hyperactivity

[1] Master's degree in psychometrics (measurement), Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-18]