فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

فرنوش عبدالهی سیاهکلده[۱]، وحید خوش روش[۲]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان مراجعه کننده به بیمارستان مفید منطقه ۳ تهران در مرداد و شهریور ماه ۱۳۹۹ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری دردسترس در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه بازداری هیجانی برای هر دو گروه و و مداخله آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه نمونه اجرا شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه آنکووا، آزمون لوین، آزمون F) انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین طرحواره‌های ناسازگار کل و بازداری هیجانی کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده طرحواره‌های ناسازگار بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات در پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ در مادران شده است.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بازداری هیجانی، سرطان

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن ، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

مقدمه

سرطان یکی از عمده‌ترین مشکلات و بیماری‌های رایج جوامع بشری است که در این بیماری سلول‌ها به صورت غیرطبیعی رشد می‌کند و انتشار آن غیرقابل کنترل است و به اعتقاد سایر متخصصان نیز عدم کنترل و درمان این بیماری می‌تواند منجر به مرگ شود؛ به بیانی سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است. به طوری که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ بر می‌شمرند (مقدم‌فر، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). طبق بررسی‌ها ۵۰ تا ۸۵٪ از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند. همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی)، و سایر مشکلات روانی- اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی، به‌خصوص در رابطه با زنان جوان‌تر منجر می‌شود (اسپیگل و ریبا[1]، ۲۰۱۵).

یکی از مکانیزم‌های زیربنایی در پدید آمدن رفتارهای ناکارآمد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[2] می‌باشد. یانگ[3] (۱۹۹۴)، مطرح ساخت که موقعیت‌ها و تجارب ناخوشایند زندگی باعث می‌شود که این باورهای بنیادین ناسازگارانه، بدعملکرد، نافذ و رنج آور شوند (حشمتی، ۱۳۹۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در فرد شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند و اثرات شدیدی بر بهزیستی و عملکرد سازگارانه دارند (مرادی و فقیهی، ۱۳۹۶). هم اکنون هیجده طرحواره ناسازگار اولیه وجود دارد که در پنج حوزه دسته بندی شده اند که عبارتند از: ۱) حوزه بریدگی و طرد[4] که شامل طرحواره‌های محرومیت هیجانی[5]، رهاشدگی/بی ثباتی[6]، بی اعتمادی/ بدرفتاری[7]، انزوای اجتماعی/بیگانگی[8] و نقص/شرم است[9]، ۲)حوزه خودگردانی و عملکرد مختل[10] که شامل شکست[11]، وابستگی/ بی کفایتی[12]، آسیب پذیری نسبت به زیان یا بیماری[13] و خودتحول نیافته/ گرفتار[14] می‌باشد، ۳) حوزه محدودیت های مختل[15] که دربرگیرنده طرحواره های استحقاق/ بزرگ منشی[16] و خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی[17] است، ۴)حوزه دیگر جهت‌مندی[18] شامل طرحواره های توجه طلبی، اطاعت[19] و از خودگذشتگی[20] است، و در نهایت ۵) حوزه گوش به زنگی[21] بیش از حد و بازداری که دربرگیرنده طرحواره‌های بازداری هیجانی[22]، معیارهای سخت گیرانه/ عیب جویی افراطی[23]، منفی‌گرایی و تنبیه می باشد (حشمتی، ۱۳۹۵). در همین راستا، روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود بیان کردند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد بیمار سرطانی بسیار بیشتر از افراد سالم وجود دارد. همچنین جهانگیری و

---

[1] . Spiegel& Riba
[2] . Early maladaptive schemas
[3] . Young
[4] . disconnection & rejection
[5] . emotional deprivation
[6] . abandonment/instability
[7] . mistrust/abuse
[8] . social isolation/alienation
[9] . defectiveness/shame
[10] . impaired autonomy and performance
[11] . failure
[12] . dependence/incompetence
[13] . vulnerability to harm ad illness
[14] . enmeshment/undeveloped self
[15] . impaired limits
[16] . entitlement/ grandiosity
[17] . insufficient self-control/self-discipline
[18] . other-directedness
[19] . subjugation
[20] . self-sacrifice
[21] . overvigilance and inhibition
[22] . emotional inhibition
[23] . unrelenting standards/hypocriticalness

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

همکاران(۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری بیشتر می‌باشد.

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است و همچنین درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و این امر نهایتاً باعث، تضعیف روحیه فرد بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد و هیجان‌ها نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روانشناختی بازی می‌کند (نوروزی و هاشمی، ۱۳۹۶). هیجان‌ها داده‌هایی درونی هستند که برانگیزنده و بر رفتار اثر می‌گذارند و در واقع ممکن است مقدم بر شناخت باشند و از طرفی نقش بازداری هیجانی به عنوان بـه تأخیر انداختن فعال‌سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنش عضلانی تأخیری می‌شود (نجاتی، شیری و فرقانی، ۱۳۹۳). داده‌های تجربی بیان می‌کنند که هیجان توسط ساختارهای زیرین قشر مخ کنترل می‌شود و می‌تواند بر دامنه‌ای از پردازش‌های شناختی شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه و قضاوت و تصمیم‌گیری اثر بگذارد. از دید رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری هیجانی[1] جزء مؤلفه‌های اصلی پردازش هیجانی می‌باشد که پردازش به واسطه این مکانیزم بر فرایندهای روانی تأثیر می‌گذارد (کبسینا-آلاتی[2] و همکاران، ۲۰۲۱). بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به طور ارادی مانند بازداری فعال و چه به طور غیرارادی اطلاق می‌شود (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی، ۱۳۹۱). تحقیقات روگر، دیس‌کرایمن، برولی و فوربز[3] (۲۰۱۱)، نشان داده‌اند که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا با محرک‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. از طرفی، در طی دو دهه اخیر، تعدادی از روان درمانی‌ها به عنوان موج سوم توسعه یافته‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی[4]، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[5]، طرحواره درمانی[6]، روان درمانی سیستم تحلیل شناختی- رفتاری[7]، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی[8] و درمان فراشناختی[9] از جمله این درمان‌هاست؛ به عبارت دقیق‌تر می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه کلی از درمان‌هاست و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اشکال متعدد CBT است (محبت‌بهار و همکاران، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به‌اختصار اَکت نامیده می‌شود، یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (بوریان[10] و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، هدف اکت ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد، رنج ناگریز موجود در آن را می‌پذیرد و برای زندگی با آن آماده و متعهد می‌شود. البته همین که فرد شروع می‌کند تا خود را برای ساختن چنان زندگی‌ای آماده کند، با انواع و اقسام موانع به‌شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهد شد (اشرف‌زاده، پورابراهیمی، اولادی، هاشمی‌زاده و توکلی، ۱۳۹۶). مدل پذیرش و تعهد درمانی[11] بیشتر از آن که به‌دنبال کاهش نشانه‌ها باشد، به دنبال ارتقاء کیفیت زندگی است و تمرکز خود را بر تجارب درونی افراد و چگونگی ارتباط این تجارب در عملکردهای مختلف زندگی قرار می‌دهد (محققی، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵). پذیرش و تعهد درمانی بر اساس قواعدی انعطاف‌پذیری روانی را بالا می‌برد و باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود (راس، ۲۰۰۹؛ ترجمه دوستی، هدایتی و محققی، ۱۳۹۶). در همین خصوص حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷)، طی پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر» دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر بازداری رفتاری و مولفه‌های اجتناب شناختی

---

1. Emotional Inhibition
2. Cabecinha-Alati
3. Roger, de Scremin, Borril& Forbes
4. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Schema Therapy
7. Cognitive Behavioral Analysis System (CBASP)
8. Mindfulness-based Cognitive Therapy (M BCT)
9. Metacognitive Therapy (MCT)
10. Burian
11. Acceptance and medical commitment (ACT)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. همچنین، روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزشی پذیرش و تعهد درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است. حال با توجه به مطالبی که بیان شد و از آنجا که پژوهش‌های اندکی در رابطه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی وجود دارد، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که "آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است؟".

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی باطرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان مفید منطقه ۳ تهران در مرداد و شهریور ماه ۱۳۹۹ که واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

روش اجرا:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۳۵ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش به طول انجامید و شرح جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱:خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر روی گروه آزمایش
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین، اجرای پیش آزمون، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی راهبرد های کنترل خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده، معرفی کنترل به عنوان مساله، بحث درمورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان گسلش، استعاره اتوبوس، بیان تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش ها و سنجش ارزش های مراجع، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس آزمون

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ[1] (فرم کوتاه): ابزاری خود گزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست که فرد بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد(۱ برای کاملاً نادرست، تا ۶ برای کاملاً

[1] . Yang's early maladaptive schemas

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

درست) (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). پرسش نامه طرحواره یانگ بر پایه مشاهدات تجربه شده توسط متخصصان بالینی ساخته شده است و دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند این پرسشنامه خودگزارشی و دارای ۷۵ ماده است و برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره غیرانطباقی اولیه طراحی شده است. پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی (سوالات ۱تا ۵)، رهاشدگی/بی‌ثباتی (سوالات ۶ تا ۱۰)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (سوالات۱۱تا ۱۵)، انزوای اجتماعی (سوالات ۱۶ تا۲۰)، نقص/شرم (سوالات ۲۱تا ۲۵)، شکست (سوالات ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی/بی‌کفایتی (سوالات ۳۱تا ۳۵)، آسیب‌پذیری به ضرر (سوالات ۳۶ تا ۴۰)، گرفتاری/در دام افتادگی (سوالات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (سوالات ۴۶ تا ۵۰)، ازخود گذشتگی (سوالات ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی (سوالات ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی (سوالات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق (سوالات ۶۶ تا ۷۰)، خویشتن‌داری /خودانضباطی ناکافی (سوالات ۷۱ تا ۷۵). چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. نتایج اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت، جوینر یانگ و تلچ[1](۱۹۹۵) انجام شد، نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳(برای طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار) تا ۹۶٪ (برای طرحواره نقص /شرم) به‌دست آمد و ضریب آزمون –بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. خرده مقیاس‌های اولیه پایایی آزمون – بازآزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند (آزادبخت و وکیلی، ۱۳۹۲). همچنین این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داد (بامبر، ۱۹۹۹؛ حمیدپور و زیرک، ۱۳۹۹).

پرسشنامه بازداری هیجانی براساس مقیاس سیستمهای بازداری/فعال‌سازی رفتاری[2] (کارور و وایت[3]، ۱۹۹۴): شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی و دو زیرمقیاس است: زیر مقیاس BIS و زیر مقیاس BAS. در قسمت زیر این دو زیر مقیاس توضیح داده شده اند:

– **زیر مقیاس BIS** (بازداری رفتاری) در این پرسشنامه شامل هفت آیتم (۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴)، است که حساسیت سیستم بازاداری رفتاری یا پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می گیرد.

– **زیر مقیاس BAS** (فعال سای رفتاری) نیز سیزده آیتمی است، که حساسیت سیستم فعال ساز رفتار را می‌سنجد و خود شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از:

الف) سائق(BAS-DR،چهار آیتم)، ۳-۹-۱۲-۲۱/ ب)پاسخدهی به پاداش[4] (BAS-RR، پنج آیتم)، ۴-۷-۱۴-۱۸-۲۳/ ج)جستجوی سرگرمی(BAS-FS، چهار آیتم). ۵-۱۰-۱۵-۲۰. آیتم‌ها روی یک مقیاس چهار درجه ای (کاملا موافقم ۴، تاحدی موافقم ۳، تاحدی مخالفم ۲ و کاملا مخالفم۱) توسط آزمودنی رتبه بندی می‌شود. باید دقت نمود که گزینه‌های ۱،۶،۱۱،۱۷ در نمره گذاری هیچ تاثیری ندارند و صرفا جهت هماهنگی با سایر آیتم ها به پرسشنامه اضافه شده‌اند. بر اساس این روش از تحلیل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید. حدپایین نمره ۲۴، متوسط ۶۰ و حد بالای نمرات ۹۶ است. امتیازات خود را از ۲۴ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر ۹۶ خواهد بود. نمره بین ۲۴ تا ۴۰: حساسیت سیستم کم است؛ نمره بین ۴۰ تا ۶۰ : حساسیت سیستم متوسط است؛ نمره بالاتر از ۶۰: حساسیت سیستم زیاد است. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی BAS را ۰/۷۱ گزارش کرده اند. خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی

[1] . Joiner Yang & Telech
[2] . Inhibition / Behavioral Activation Systems Scale
[3]. Carver, C. S., & White, T. L
[4] . Reward Responsiveness

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

(۱۳۸۷) در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به روش باز آزمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است (محمدی، ۱۳۸۷). عبدالهی مجارشین، بخشی‌پور و محمودعلیا (۱۳۹۱)، اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برای مقیاس BAS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BIS ۰/۸۱ گزارش نموده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه آنکووا، آزمون لوین، آزمون F) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

آزمون فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است.

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه‌ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه) و همچنین متغیر هم‌تغییر (نمرات پیش‌آزمون خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است:

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

جدول ۱: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

	پیش‌آزمون	۴۹۶/۱۶	۱	۴۹۶/۱۶	۷۵۶/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶
محرومیت هیجانی	گروه	۲۱/۸۹	۱	۲۱/۸۹	۳۳/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۵
	خطا	۱۷/۷۰	۲۷	۰/۶۵			
	مجموع	۵۱۵۹/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۱۵۹/۴۴	۱	۱۵۹/۴۴	۲۱/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴
	گروه	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	۰/۰۳	۰/۸۶۲	۰/۰۰
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	خطا	۱۹۶/۲۸	۲۷	۷/۲۷			
	مجموع	۵۶۳۶/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۱۷۱/۲۸	۱	۱۷۱/۲۸	۲۹/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱
	گروه	۲۶/۷۷	۱	۲۶/۷۷	۴/۵۵	۰/۰۴۲	۰/۱۴
	خطا	۱۵۸/۸۴	۲۷	۵/۸۸			
بی اعتمادی بدرفتاری	مجموع	۵۹۰۷/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۵۰۷/۵۶	۱	۵۰۷/۵۶	۷۸۲/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۹۶
	گروه	۱۲/۷۹	۱	۱۲/۷۹	۱۹/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲
	خطا	۱۷/۵۰	۲۷	۰/۶۴			
انزوای اجتماعی بیگانگی	مجموع	۵۵۷۹/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۴۶۶/۸۹	۱	۴۶۶/۸۹	۱۲۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۹۷
	گروه	۵/۸۶	۱	۵/۸۶	۱۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶
نقص/ شرم	خطا	۱۰/۱۷	۲۷	۰/۳۷			
	مجموع	۷۳۲۳/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۵۵۷/۶۸	۱	۵۵۷/۶۸	۲۹۱/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱
شکست	گروه	۱/۸۸	۱	۱/۸۸	۰/۹۸	۰/۳۳۰	۰/۰۳
	خطا	۵۱/۶۴	۲۷	۱/۹۱			
	مجموع	۵۲۵۹/۰۰	۳۰				
وابستگی/ بی کفایتی	پیش‌آزمون	۱/۲۸	۱	۱/۲۸	۰/۱۸	۰/۶۷	۰/۰۰
	گروه	۸/۸۴	۱	۸/۸۴	۱/۲۵	۰/۲۷	۰/۰۴
	خطا	۱۹۰/۱۸	۲۷	۷/۰۴			
	مجموع	۳۲۰۰/۰۰	۳۰				
آسیب پذیری در برابر ضرر	پیش‌آزمون	۳۸۴/۳۳	۱	۳۸۴/۳۳	۱۱۳/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۸۰
	گروه	۲۰/۲۵	۱	۲۰/۲۵	۵/۹۷	۰/۰۲۱	۰/۱۸
	خطا	۹۱/۵۲	۲۷	۳/۳۹			
	مجموع	۴۵۶۴/۰۰	۳۰				
گرفتار / خویشتن تحول‌نیافته	پیش‌آزمون	۴۳۹/۷۹	۱	۴۳۹/۷۹	۵۷۲/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	گروه	۱/۸۰	۱	۱/۸۰	۲/۳۵	۰/۱۳۷	۰/۰۸
	خطا	۲۰/۷۳	۲۷	۰/۷۶			
	مجموع	۳۹۳۹/۰۰	۳۰				
اطاعت	پیش‌آزمون	۵۵۳/۶۳	۱	۵۵۳/۶۳	۱۲۷۷/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۹۷
	گروه	۵/۷۲	۱	۵/۷۲	۱۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	خطا	۱۱/۷۰	۲۷	۰/۴۳			
	مجموع	۳۹۲۷/۰۰	۳۰				
ایثارگری	پیش‌آزمون	۱۹۲/۲۹	۱	۱۹۲/۲۹	۲۱۳/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۸۸
	گروه	۵/۲۱	۱	۵/۲۱	۵/۷۷	۰/۰۲۳	۰/۱۷
	خطا	۲۴/۳۷	۲۷	۰/۹۰			
	مجموع	۳۰۴۹/۰۰	۳۰				

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۳۶۳/۲۰	۱	۳۶۳/۲۰	۳۶۳/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۹۳
	گروه	۸/۲۸	۱	۸/۲۸	۸/۲۸	۰/۰۰۷	۰/۲۴
	خطا	۲۶/۲۶	۲۷	۰/۹۷	۰/۹۷		
	مجموع	۳۲۳۳/۰۰	۳۰				
معیار های سرسختانه	پیش‌آزمون	۶۳۴/۹۴	۱	۶۳۴/۹۴	۵۰۴/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	گروه	۲/۸۴	۱	۲/۸۴	۲/۲۵	۰/۱۴۵	۰/۰۷
	خطا	۳۳/۹۸	۲۷	۱/۲۵			
	مجموع	۵۳۳۸/۰۰	۳۰				
استحقاق /بزرگ منشی	پیش‌آزمون	۲۴۶/۰۳	۱	۲۴۶/۰۳	۳۱/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۵۳
	گروه	۱۲/۵۱	۱	۱۲/۵۱	۱/۵۸	۰/۲۲	۰/۰۵
	خطا	۲۱۳/۸۳	۲۷	۷/۹۲			
	مجموع	۵۸۰۴/۰۰	۳۰				
خویشتن‌داری	پیش‌آزمون	۵۰۷/۱۷	۱	۵۰۷/۱۷	۶۱۸/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۵
	گروه	۵/۰۹	۱	۵/۰۹	۶/۲۱	۰/۰۱۹	۰/۱۸
	خطا	۲۲/۱۵	۲۷	۰/۸۲			
	مجموع	۴۷۸۰/۰۰	۳۰				

نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده‌مقیاس‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار فوق در گروه آزمایش شده است.

آزمون فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است.

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرده مقیاس‌های بازداری هیجانی با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه‌ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی) و همچنین متغیر هم‌تغییر (نمرات پیش‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است:

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
	پیش‌آزمون	۶۶۲/۸۹	۱	۶۶۲/۸۹	۴۵۱/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۴
سیستم بازداری رفتاری	گروه	۲۰/۱۹	۱	۲۰/۱۹	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	خطا	۳۹/۶۴	۲۷	۱/۴۶			
	مجموع	۵۳۱۴/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۸/۹۴	۱	۸/۹۴	۰/۵۸	۰/۴۴	۰/۰۲
	گروه	۵/۵۵	۱	۵/۵۵	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۰۱
سائق	خطا	۴۰۹/۵۹	۲۷	۱۶/۱۷			
	مجموع	۳۴۶۲/۰۰	۳۰				
	پیش‌آزمون	۱۷/۰۲	۱	۱۷/۰۲	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۰۳
پاسخدهی به پاداش	گروه	۳۱/۳۰	۱	۳۱/۳۰	۱/۷۱	۰/۲۰	۰/۰۶
	خطا	۴۹۴/۳۱	۲۷	۱۸/۳۰			
	مجموع	۴۲۵۶/۰۰	۳۰				
جستجوی سرگرمی	پیش‌آزمون	۱۷/۳۴	۱	۱۷/۳۴	۱/۹۳	۰/۱۷	۰/۰۶
	گروه	۲۳/۲۵	۱	۲۳/۲۵	۲/۵۹	۰/۱۱	۰/۰۸
	خطا	۲۴۱/۵۹	۲۷	۸/۹۴			
	مجموع	۳۶۱۰/۰۰	۳۰				

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین خرده‌مقیاس‌های سیستم بازداری رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده سیستم بازداری رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث افزایش نمرات سیستم بازداری رفتاری در مادران در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که بین میانگین طرحواره‌های ناسازگار کل و بازداری هیجانی کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل‌شده طرحواره‌های ناسازگار بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ در مادران شده است.

یافته اول نشان داد که نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده‌مقیاس‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار فوق در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج ارجمند قجور و اقبالی (۱۳۹۷)؛ منشئی و همکاران (۱۳۹۵)؛ نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ هابرویلیامز[1] و همکاران(۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که که هرچه نیازهای فرد در زمینه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارضا نشود، میزان

[1] Haber and William

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

رضایت، مشارکت در زندگی، توافق در زمینه‌های مختلف و ابراز محبت کاهش می‌یابد. به باور یانگ (۲۰۰۳؛ به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز می‌گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند (پیکینگتون، بیشاپ و یونان[1]، ۲۰۲۱). از طرفی علی‌رغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از رواندرمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در کاهش اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، نشان داده‌اند (برندز[2] و همکاران، ۲۰۱۰)؛ تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در رواندرمانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند از جمله هابرویلیامز و همکاران(۲۰۱۵)،اشاره نمود که رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مؤثر در سازگاری با سرطان معرفی می‌کنند. از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روانشناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست‌خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می‌داند. همچنین درد، جزیی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، در برگیرنده زمان حال و گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است. از طرفی افرادی که طرحوارهای‌شان در حوزه بریدگی و طرد قرار دارد؛ معتقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. افرادی که طرحوارهای‌شان در این حوزه قرار می‌گیرد در بزرگسالی تمایل دارند به گونه‌ای نسنجیده و شتاب‌زده از یک رابطه خودآسیب‌رسان به رابطه دیگر پناه ببرند یا از برقراری روابط میان‌فردی نزدیک اجتناب کنند. رویکرد درمان پذیرش و تعهد تغییر روابط با تجربیات درونی را به مراجع آموزش می‌دهد و این تغییر، با وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی همراه است و موجب پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی و به دنبال آن، کاهش اعمال کنترل نامؤثر می‌گردد. در این درمان، به فرد آموزش داده می‌شود که هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌تأثیر است و یا اثر معکوسی دارد و موجب تشدید آنها می‌گردد و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت. در نتیجه این درمان به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را بفهمد و از تجارب درونی خود کمک بگیرند؛ به ویژه این نکته را درک نمایند که تجارب، کم و زیاد می‌شود و با موفقیت و رفتار ارتباط دارد.

یافته‌ی دوم نشان داد که بین میانگین خرده‌مقیاس‌های سیستم بازداری رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده سیستم بازداری رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث افزایش نمرات سیستم بازداری رفتاری در مادران در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷)؛ امیدی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که از آنجا که توانایی هیجان و تنظیم و بازداری آن می‌تواند کیفیت روابط فرد را تعیین کند. افرادی که قادر به تنظیم هیجاناتشان هستند، هیجانات خود و دیگران را بهتر درک می‌کنند. در نتیجه درک بهتری از افراد در وضعیت‌های گوناگون به دست می‌آورند و از مهارت‌های بین‌فردی و درون‌فردی توسعه یافته‌تری برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به افرادی که دشواری در تنظیم و بازداری هیجانی دارند، روابط بهتری دارند (لوپز و سالووی[3]، ۲۰۰۴). افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند نمی‌توانند موقعیت هیجانی خود را مجددا به دست آورد، کمتر قادرند رابطه خود را حفظ کرده و احساس می کنند که در الگوهای منفی ارتباط با دیگران قرار می‌گیرند، آن‌ها خارج از کنترل بودن را احساس می‌کنند، بنابراین

[1] Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R
[2] Berendes
[3] . Lopes& Salovey

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند (آبت[1]، ۲۰۰۵). درمان‌های نوین روانشناسی که به عنوان درمان‌های موج سوم روان درمانی شناخته می‌شوند به نقش منابع روانشناختی افراد در مواجهه با رویدادهای پر فشار تاکید نموده و بر این عقیده هستند که این منابع می‌توانند تدابیر درمانی لازم برای بهبود افراد تحت فشار را فراهم سازند (آزاد یکتا، ۱۳۹۸). از جمله درمان‌های مطرح موج سومی می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نام برد که برمبنای نظریه زمینه‌گرایی کارکردی می‌باشد. طبق این نظریه هیچ یک از افکار، خاطرات و احساسات به ذات مشکل‌زا نبوده و کاملاً مشروط و وابسته به زمینه‌ای که اتفاق در آن افتاده است می‌باشند. در بافت‌های که اجتناب و بازداری به عنوان دو کارکرد مهم به حساب می‌آید، افکار، احساسات و خاطرات کارکردی آسیب‌زا به خود می‌گیرند، در حالی که در در محیط‌های دارای پذیرش بالا این افکار و احساسات دارای کارکردی متفاوت بوده و علی‌رغم دردناک بودن هیچگونه مانعی برای زندگی باعث ایجاد آسیب نمی‌گردند (برینک‌بورگ[2] و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر مستقیم در مراجع هدف اصلی نبوده و بیشتر به دنبال کمک به مراجع به منظور برقراری ارتباط با تجارب خود دنبال می‌شود، از این جهت در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش خود درگیر شده و با تجارت خود درگیر شود.

براساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهایی در ادامه ارائه می‌گردد:

- ✓ ساخت برنامه‌های آموزشی جهت شناساندن و معرفی نمودن واژه‌های تخصصی روانشناسی مثل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی و .. به خانواده ها.
- ✓ پیشنهاد می‌شود از طرف مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین از طرف مسئولین آموزشی و تربیتی دانشگاه‌ها به‌منظور کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی در بین مادران دارای کودک مبتلا به سرطان کارگاه‌هایی بر طرحوارها و بازداری هیجانی ترتیب دهند.
- ✓ ایجاد کارگاه‌های آموزشی در مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین دانشگاه ها.
- ✓ فرهنگ‌سازی مسائل مربوط به کیفیت زندگی کودکان دارای بیماری‌های خاص از جمله سرطان جهت راحت‌تر پاسخ دادن آزمودنی‌ها.
- ✓ پیشنهاد می‌شود در این زمینه، علاوه بر تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی با تأثیر درمان‌های دیگر چون شناختی رفتاری و ... نیز مقایسه صورت گیرد.

منابع

ارجمندقجور، کیومرث و اقبالی، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به متآمفتامین. *رویش روان شناسی*. ۷(۱): ۱۵۱-۱۷۸.

اشرف‌زاده، شایسته؛ پورابراهیمی، فاطمه؛ اولادی، صادق؛ هاشمی‌ززاده، وجیهه و توکلی، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان. *فصلنامه پژوهشنامه تربیتی*، ۱۳(۵۳): ۱-۱۶.

امیدی، مجید؛ قاسم زاده، سوگند و دهقان، حمیدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۸۷): ۱-۸.

آزاد یکتا، مهرناز. (۱۳۹۸). نقد و بررسی دیدگاه‌ها و درمان‌های نوین روان‌شناسی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*. دوره ۸، صص: ۱-۱۴.

آزادبخت، راحیل و وکیلی، پریوش. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*. دوره ۴، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۵، صص: ۱۱-۱۸.

بامبر، مارتین آر. (۱۹۹۹). *طرحواره درمانی*. ترجمه حمیدپور، حسن و زیرک، حسین. (۱۳۹۹). تهران: ارجمند.

[1] . Abbot
[2] . Brinkborg

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

جهانگیری، محمدمهدی؛ صالحی، مهدیه؛ عشایری، حسن و پاشاشریفی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی برتعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسواس جبری مقاوم به درمان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۲): ۲۷-۱۳.

حاجی اقراری، لعیا؛ اسدی، فاطمه؛ جوازی، ثمینا و عاطف، طناز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه پرستاری ایران*، ۱۳(۶): ۳۲-۳۸.

حشمتی، رسول. (۱۳۹۵). پیش‌بینی درد مزمن بر مبنای طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۷(۱): ۴۹-۶۰.

راس، هریس. (۲۰۰۹). *درمان پذیرش و تعهد با عشق*. ترجمه پیمان دوستی، سیده سپیده هدایتی و حسین محققی، (۱۳۹۶). همدان: انشارات فراگیر هگمتانه.

روزبهی، مهران؛ رضایی، علی محمد و علیپور دولت آباد، آزاده. (۱۳۹۶) مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان شهر شیراز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۳): ۳۳۹-۳۴۶.

عبدالهی مجارشین، رضا؛ بخشی‌پور، عباس و محمودعلیا، مجید. (۱۳۹۱). پایایی و روایی مقیاس نظام های بازداری و فعال سازی رفتاری (BIS/BAS) در جمعیت دانشجویی دانشگاه تبریز. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*. دوره ۷، شماره ۲۸، صص: ۱۲۹-۱۴۵.

قمری گیوی، حسین؛ ایمانی، حسن؛ برهمند، لوشا و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۱). بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲): ۹-۱۸.

محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمداسماعیل؛ ملکی، فاطمه و مرادی، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی پذیرش تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹(۳۴): ۱۷-۲۲.

محققی، حسین؛ دوستی، پیمان و جعفری، داود. (۱۳۹۴). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی*، ۶(۲۳): ۸۱-۹۴.

مرادی، معراج و فقیهی، علی. (۱۳۹۶). رابطه پیوند والدینی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۵ (۸): ۴۳-۲۳.

مقدم فر، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه و امانی، امید. (۱۳۹۷). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمان. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۵): ۱-۱۰.

منشئی، غلامرضا؛ زارعی، مجید و جعفری، حامد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران همودیلیزی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۲): ۲۰۴-۲۰۹.

نجاتی، وحید؛ شیری، اسماعیل و فرقانی، سمانه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر برنامه توانبخشی هیجانی مبتنی بر رایانه بر درک حالات هیجانی در کودکان پیش دبستانی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۰): ۲۰-۲۵.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگلیان مرز، محمدجواد و بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴(۱): ۱-۲۸.

نوروزی، حسن و هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۱۰(۲): ۳۹-۴۸.

Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress*. Texas A&M University.

Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. (2010). Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage*;40(2):174-82.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *49*(6-7), 389-398.

Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care–Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, *143*, 110374.

Cabecinha-Alati, S., Langevin, R., Kern, A., & Montreuil, T. (2021). Pathways from childhood maltreatment to unsupportive emotion socialization: implications for children's emotional inhibition. *Journal of family violence*, *36*(8), 1033-1043.

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*, *67*(2), 319.

Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, *24*(1), 15-27.

Lopes, P. N., & Salovey, P. (2004). Toward a broader education: Social, emotional, and practical skills. *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say*, 76-93.

Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 569-584.

Roger D, de Scremin LG, Borril J, Forbes A. (2012). Rumination, inhibition and stress: The construction of a new scale for assessing emotional style. *Current Psychology*.;30(3):234.

Spiegel, D., & Riba, M. B. (2015). Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The breast journal*, 21(1), 97-103.

Yang, S. Y., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2017). iACT-CEL: A feasibility trial of a face-to-face and internet-based acceptance and commitment therapy intervention for chronic pain in Singapore. *Pain research and Treatment*, *2017*.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]