



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 9 July 2020

Accepted: 23 September 2020

Research Article

Doi: [10.22055/JACP.2022.40707.1233](https://doi.org/10.22055/JACP.2022.40707.1233)

The Effectiveness of Child and Adolescent Schema Therapy on Interactive Self-Efficacy, Self-Concept and Desire for Control in Homeless and Poorly Cared for Children

Mehdi Zohrevand¹, Parviz Sabahi^{2*}, Parvin Rafieinia³

1- Msc of General Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

Citation: Zohrevand, M. , Sabahi, P. and Rafieinia, P. (2021). The Effectiveness of Child and Adolescent Schema Therapy on Interactive Self-Efficacy, Self-Concept and Desire for Control in in Homeless and Poorly Dared for Children. *Clinical Psychology Achievements*, 6(4), 25-38

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of child and adolescent schema therapy on interactive self-efficacy, self-concept and desire to control in homeless and poorly cared for children. **Method:** This research is applied in terms of purpose and in design, semi-experimental with a control group with pre-test and post-test budget. The statistical population of the study included all children living in care centers for orphans and abused children in Arak. A total of 30 people were selected. Statistical samples were selected by convenience sampling and randomly divided into two groups and responded to the Child Self-Efficacy Scale in Peer Education (CSPIS), the Child Self-Esteem Scale (CSCS) and the Child desire to Control Scale (CDCS). multivariate analysis of covariance were used to analyze the data. **Results:** The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the studied variables. ($p < 0/05$); The experimental group received higher scores in the components of conflict and non-conflict conditions, behavioral adjustment, mental and educational status, physical appearance, popularity and happiness and satisfaction, and lower scores in the variable of tendency to control and anxiety. **Conclusion:** Schema therapy for children and adolescents can be used in the field of child and adolescent psychotherapy and especially in the field of increasing interactive self-efficacy, self-concept and reducing the desire for control.

Keywords: Child and adolescent schema therapy, interactive self-efficacy, self-concept, desire to control

* **Corresponding Author:** Parviz Sabahi

E-mail: p_sabahi@semnan.ac.ir





اثربخشی طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست

مهدی زهره‌وند^۱، پرویز صباحی^{۲*}، پروین رفیعی‌نیا^۳

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نوع طرح، نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ساکن در مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر اراک بود که تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان (CSPIS)، مقیاس خودپنداره کودکان (CSCS) و مقیاس تمایل کودکان به کنترل (CDCS) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). به طوری که گروه آزمایش در پس‌آزمون و در مؤلفه‌های شرایط تعارضی و شرایط غیرتعارضی، سازگاری رفتاری، وضعیت ذهنی و تحصیلی، ظاهر جسمانی، محبوبیت و شادی و رضایت‌مندی نمرات بیشتر و در متغیر تمایل به کنترل و اضطراب نمرات کمتری کسب کرده بودند. از طرحواره درمانی کودک و نوجوان می‌توان در حوزه روان‌درمانگری کودکان و نوجوان و به‌خصوص در زمینه افزایش خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و کاهش تمایل به کنترل بهره برد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی کودک و نوجوان، خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره، تمایل به کنترل

مقدمه

خانواده یکی از عوامل اساسی و مهم در رفتار افراد است. کودکان و نوجوانان از بدو تولد ویژگی‌هایی را از پدر و مادر خود به ارث می‌برد و زمینه‌های رشد خود را از طریق آن‌ها فراهم می‌کنند. به‌عبارتی کودک و نوجوان، در خانواده، نحوه رفتار و روابط صمیمانه با دیگران را یاد می‌گیرد و در نتیجه این خانواده است که در شخصیت، نگرش‌ها، رفتارها، باورها و عواطف افراد تاثیر زیادی دارد (خدادادی و کلائی، ۱۳۹۹). یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی مثل فوت والدین، ازدواج مجدد آن‌ها، فقر، بیماری‌های لاعلاج والدین و... بی‌سرپرست (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۹۹) یا به علت عدمداشتن صلاحیت لازم برای تربیت فرزندان (مانند اعتیاد والدین، آسیب‌زنده بودن رفتار والدین و...) بدسرپرست تشخیص داده شده‌اند. براساس معیارهای یونیسف^۱، کودکان بی‌سرپرست، شامل افراد کمتر از سن ۱۸ سالی می‌شوند که از سرپرستی و حضور روان‌شناختی، تربیتی و حمایتی تاثیرگذار پدر و مادر و از منافع زندگی در حضور والدین محروم شده‌اند. این موقعیت و شرایط علاوه بر این نوع از کودکان، شامل تمام کودکان بدسرپرستی می‌شود که یک یا هر دو والد آن‌ها دچار بیماری و یا مشکلاتی هستند که باعث می‌شود کفایت و صلاحیت لازم برای انجام مسئولیت و وظایف والدینی را به‌صورت موقتی و یا دائمی از دست داده باشند (زائر کعبه و رف رف، ۱۳۹۴). در ایران کودکان بدسرپرست یا بی‌سرپرست به سازمان بهزیستی کشور سپرده می‌شوند (سازمان بهزیستی، ۱۳۸۸). مسأله بی‌سرپرستی و بدسرپرستی با آسیب‌های مختلفی همراه است. بسیاری از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در معرض سوءاستفاده‌های جسمانی، جنسی و آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای بزهکارانه قرار دارند. بی‌سرپرستی و بدسرپرستی رویداد آسیب‌رسانی است که با آسیب پایدار، می‌تواند تمام ابعاد زندگی کودک را تحت تاثیر قرار دهد. هم‌میتور با در نظر گرفتن معضلاتی که این کودکان قبل و بعد از ورود به مراکز نگهداری یا شبه‌خانواده^۲ تجربه می‌کند و نیز باتوجه به مشکلاتی که این کودکان به‌خاطر جدایی از خانواده تحمل می‌کند، توجه به نیازهای جسمی و روانی این کودکان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اولویت‌ها گفته می‌شود و در این بین یکی از بحث‌های روان‌شناختی بسیار مهم برای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در ارتباط با رشد اجتماعی آن‌ها است که مستلزم ارائه برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی ویژه است. از جمله مشکلات کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست، می‌توان به خودکارآمدی تعاملی^۳ اشاره کرد. خودکارآمدی تعاملی در واقع به‌معنی ادراک افراد از استعداد، مهارت و توانایی خود در رسیدن به معیارها و ارتباطات اجتماعی است (Ehrenberg et al., 1991). اولین بار بندورا^۴ بود که مفهوم خودکارآمدی را مطرح کرد. بندورا خودکارآمدی را یک مفهوم مرکزی می‌داند که به ادراک توانمندی‌ها برای انجام فعالیت‌های عملی که همسو با میل^۵ است، اشاره می‌کند. در این نظریه، نیروهای اجتماعی، رفتار راتحت تاثیر قرار می‌دهد اما چگونگی تاثیرگذاری بر نیروهای اجتماعی در دست فرد است (کدیور، ۱۳۹۸). بندورا خودکارآمدی را در یک نظریه تجمعی و فردی قرار داد که همراه با دیگر عوامل شناختی-اجتماعی برای بهتر زیستن و پیشرفت انسان عمل می‌کند (Pajares, 2003). خودکارآمدی در چالش‌ها و مشکلاتی که افراد در زندگی تجربه می‌کنند، تاثیر می‌گذارد. افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، چالش‌های و اهداف دشواری را برمی‌گزینند و توجه آن‌ها بیشتر بر شرایط و موقعیت‌ها است تا بر موانع پیش‌رو (Schwarzer & Luszczynska, 2007). خودکارآمدی در کودکان می‌تواند باعث توسعه مهارت‌های خودتنظیمی شود (Oliveira et al., 2020). میزان خودکارآمدی هر فرد بستگی به استفاده مطلوب از تجربیات دیگران و بازخوردهای زیستی و استعدادها او دارد (Bandura, 1994). پدر و مادر، گروه همسالان و موقعیت‌های آموزشی، در توسعه، رشد و گسترش این خودکارآمدی نقش زیادی دارد (Bandura, 2001). کودکان بدسرپرست، به‌دلیل پایین بودن خودکارآمدی با مشکلات رفتاری و رفتارهای بزهکارانه بیشتری درگیر هستند (Walters, 2022). همچنین کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست به‌دلیل

1. UNICEF
2. Quasi-family
3. Interactive Self-efficacy
4. Bandura
5. Desire

تجارب ناخوشایندی که در گذشته تجربه کرده‌اند، در خودپنداره^۱ دچار مشکل هستند (Behnke et al., 2008). خودپنداره برای متخصصین سلامت روان اهمیت زیادی دارد، زیرا پندار هرکس از خود تا حد زیاد تصور او را راجع به خود و اطرافش معین می‌کند. اگر این تصور مثبت و معتدل باشد، فرد دارای سلامت روانی خوبی است و اگر خودپنداره شخص منفی و نامعتدل باشد، او از لحاظ روانی ناسالم تلقی می‌شود (Hoseinia, 2001). خودپنداره آموختنی است و این موضوع هم برای افراد و هم برای والدین و فرزندان که مسئول پرورش آن‌ها هستند، دارای اهمیت فراوانی می‌باشد (Liu et al., 2000). هیچ‌کسی با خودپنداره به دنیا نمی‌آید، بلکه خودپنداره به مرور رشد و بروز پیدا می‌کند و در عین حال فرایندی پویا و ساختارمند است (Hee & Hye, 2018). براساس پژوهش‌ها، روابط مختل شده و مخرب بین اعضای خانواده یکی از عوامل بسیار مهم در ایجاد مشکلات روان‌شناختی، اختلال در خودپنداره، ایجاد تعارض و کشمکش در محیط خانواده و دوری کودکان از والدین شناخته می‌شود و رابطه کارآمد با پدر و مادر یا به‌طور کلی مراقب اصلی با فرزندان، احساس آمیختگی خانواده و افزایش سلامت روانی را در پی خواهد داشت (Behnke et al., 2008, Taniguchi & Dailey, 2020). خودپنداره کودکان ثابت نبوده و می‌تواند تغییر کند، درواقع روابط والدین در خانواده با یکدیگر و با کودکان نقش بسیار مهمی در سلامت روانی فرزندان دارد. اگر این روابط خوب باشد می‌تواند به کودکان در رشد و پرورش خودپنداره کمک کند (Baggerly, 2009).

علاوه بر مشکلات یادشده در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست، می‌توان به تمایل به کنترل^۲ دیگران و محیط اشاره کرد. اولین بار (Burger & Cooper, 1979) مفهوم تمایل به کنترل را معرفی کردند. آن‌ها این مفهوم را به‌صورت یک طیف معرفی می‌کنند که در یک طرف آن اشخاصی هستند که فکر می‌کنند که دیگران بر آن‌ها تسلط دارند و در طرف دیگر افرادی هستند که دوست دارند بر دیگران و محیط خود تسلط پیدا کنند. تمایل به کنترل در اختلالات و مشکلاتی مانند افسردگی، پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی اهمیت دارد (Burger & Cooper, 1979). کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست به‌دلیل فقدان مهارت و عدم توانایی ایجاد روابط بین‌فردی مؤثر، عصبی می‌شوند و با استفاده از روش‌های ناکارآمد و مخرب مانند پرخاشگری سعی می‌کنند بر محیط خود تسلط پیدا کنند. بنابراین این گروه از کودکان تمایل پیدا می‌کنند که بر محیط خود کنترل بیشتری پیدا کنند و تلاش می‌کنند تا با استفاده از روش‌های پرخاشگرانه^۳ بر محیط تسلط پیدا کنند و به‌نوعی خودکارآمدی اجتماعی که نتوانسته‌اند کسب کنند را به‌دست آورند (Guerra et al., 1993). به نقل از حجت‌پناه و همکاران، (۱۳۹۷). بنا به گفته (Mohangi, 2008) کودکان بی‌سرپرست اغلب دامنه‌ای از مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مرتبط با دل‌بستگی، محرومیت از مادر و کاهش خودپنداره را تجربه می‌کنند. محرومیت از خانواده و زندگی در محیط‌های مراقبت گروهی، نظیر مراکز شبه‌خانواده، این کودکان را با شرایط هیجانی و رفتاری ویژه‌ای مواجه می‌سازد (زارع‌زاده خیبری و همکاران، ۱۳۹۳) که اگر به‌طور مناسب درمان نشوند در طی مراحل مختلف رشد، موجب آسیب‌پذیری آن‌ها شده و می‌تواند موجب انزوای اجتماعی، افسردگی و اضطراب در نوجوانی شود (Myovela, 2012). شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در میان کودکان بی‌سرپرست و کودکان در معرض آسیب ۱۸/۳ تا ۶۴/۵۳ درصد است، درحالی‌که در نمونه‌های عادی این دامنه از ۸/۷ تا ۱۸/۷ درصد گزارش شده است (Datta et al., 2018). در پژوهش (Kaur et al., 2018) از میان ۲۹۲ نوجوان بی‌سرپرست ۴۹ نفر آن‌ها مشکلات هیجانی و رفتاری داشتند. عالی و همکاران (۱۳۹۸) نیز بیان داشتند که کودکان بی‌سرپرست از نظر تحول هیجانی-کارکردی با کودکان دارای سرپرست متفاوت هستند و این امر می‌تواند در مشکلات رفتاری آن‌ها نقش داشته باشد. از جمله روش‌های درمانی برای کاهش و رفع مشکلات ناشی از وجود والدین ناکارآمد و سکونت در مراکز شبه‌خانواده و مشکلات روان‌شناختی همراه با آن، طرحواره درمانی^۴ است. به‌طور کلی، طرحواره‌های معرفی‌شده توسط یانگ باتوجه به

1. Self-concept
2. Desire for Control
3. Aggressive
4. Schema therapy

پنج نیاز هیجانی اصلی که برآورده نشده‌اند به پنج حوزه: بریدگی و طرد^۱، محدودیت‌های مختل^۲، دیگر جهت‌مندی^۳، گوش‌به‌زنگی بیش از حد^۴ خودگردانی، عملکرد مختل^۵ و بازداری^۶ تقسیم می‌شود (یانگ و همکاران، ۱۳۹۹). وقتی که این طرحواره‌ها شروع به فعالیت می‌کنند بر ادراک، واقعیت و پردازش روان‌شناختی فرد اثر می‌گذارد (Cormier et al., 2010). طرحواره‌ها، یکسری الگوهای بنیادی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت سیطره خود درمی‌آورند. طرحواره‌ها بر اثر تجارب فرد در زندگی شکل گرفته و تحول می‌یابند. درون‌مایه طرحواره‌ها شامل تجارب مهم زندگی فرد است. دگرگونی طرحواره‌ها متأثر از فرهنگ، خانواده، مذهب، عوامل جنسیتی، سن و ویژگی شخصیتی است، درواقع این طرحواره‌ها در یکسری از شرایط خاص فعال می‌شوند. طرحواره‌ها موجب سوءگیری در ارزیابی افراد از اتفاقات و رویدادها می‌شوند و این ارزیابی گاه باعث سوءتفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، اهداف و برداشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شوند (یوسفی، ۱۳۹۰). طرحواره درمانی به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی بر آسیب‌ها و تجارب دوران کودکی تأکید می‌کند (Renner et al., 2016). براساس پژوهش‌ها بین تجربیات دوران کودکی و شکل‌گیری این طرحواره‌ها رابطه‌ای وجود دارد. یکی از رویکردهایی که از درون طرحواره درمانی یانگ سربرآورد، طرحواره درمانی کودک و نوجوان^۷ است که توسط لوئوز در اواخر سال ۲۰۱۷ مطرح گردید. کلیت این درمان همانند مفاهیم مطرح‌شده توسط یانگ است اما در روش و پروتکل درمانی تفاوت‌هایی دارد. در این رویکرد سعی می‌شود که از شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار جلوگیری شود و یا طرحواره‌هایی که در کودکی درحال شکل‌گیری هستند، درمان شوند تا در بزرگسالی باعث آسیب به فرد نشود. در این روش درمانی فنونی از قبیل، گروه‌های بازی با استفاده از فن داستان‌سرایی و قصه‌درمانی، پویانمایی، استفاده از عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی، شن و ماسه بازی، استعاره‌ها و کار با عروسک‌های انگشتی، کار با والدین (طرح مربیگری) وجود دارد. درمان‌گران طرحواره درمانی کودک و نوجوان از طریق مصاحبه با بچه‌ها و همچنین استفاده از عروسک‌های انگشتی، عروسک‌های دستی، عروسک‌های شخصیتی، عروسک‌های پر زرق‌وبرق، کودکان دچار مشکلات روان‌شناختی را درمان می‌کند (Loose, 2017). براساس پژوهش‌های انجام‌شده، اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی، خودپنداره و تمایل به کنترل ثابت شده است. نتایج نشان داد طرحواره درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه (مکوند حسنی و همکاران، ۱۳۹۳، Harris & Curtin, 2002)، کم شدن نشانه‌های مرضی (Muncey, 2007) و کاهش اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی (Hoffart et al., 2002) تأثیرگذار است. بنابراین باتوجه به مسائل گفته‌شده پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و حیث طرح پژوهش، نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه پژوهشی شامل ۳۲ نفر از کودکان ساکن در مرکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست بهزیستی شهر اراک در بهار سال ۱۳۹۹ بود که باتوجه به فرمول کوکران، ۳۰ نفر از این کودکان به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفت. به‌منظور کنترل اثر انتقال مداخله، گروه آزمایشی و گواه در طی مداخله هیچگونه تعاملی با هم نداشتند. جلسات مداخله نیز به‌صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به‌صورت هفته‌ای ۲ جلسه برگزار شد. ملاک‌های ورود: حضور حداقل یک سال در این مراکز، عدم‌وجود

1. Cropping and Exclusion
2. Disruptive Constraints
3. other Orientation
4. Much Alertness
5. Self-Regulation and Impaired Performance
6. Inhibition
7. Child and Adolescent Sceneries

اختلالات روان‌شناختی دیگر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در ۶ ماه گذشته، نمرات پایین در آزمون طرحواره‌های ناسازگار. ملاک‌های خروج: انتقال به مراکز نگهداری دیگر، عدم تمایل به ادامه آزمون.

ابتدا با کسب مجوزها از دانشگاه سمنان و بهزیستی کل استان مرکزی، اقدام به مراجعه حضوری به مراکز شبه‌خانواده پسران و دختران در شهر اراک شد و پس از توضیحات به مسئولین مراکز شبه‌خانواده، کودکانی که در خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره نمرات پایین و در تمایل به کنترل نمرات بالایی (نسبت به میانگین) کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به‌عمل آمد و سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه مورد مداخله قرار گرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-23 استفاده شد. لازم به ذکر است که تمامی اصول اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شده بود.

ابزار پژوهش

مقیاس خودکارآمدی کودکان در تعامل با همسالان (Children's Self-Efficacy in Peers with Interaction Scale):

این مقیاس توسط ویل رولد در سال ۱۹۸۲ برای کودکان کلاس‌های سوم تا پنجم ابتدایی ساخته شد و سپس شریفی (۱۳۷۲) آن را به فارسی برگرداند. این مقیاس دارای ۲۲ ماده است که فرد با انتخاب یکی از گزینه‌های خیلی آسان، آسان، سخت و خیلی سخت به آن پاسخ می‌دهد. برای نمره‌گذاری آن به گزینه خیلی آسان نمره ۴، گزینه آسان نمره ۳، گزینه سخت نمره ۲ و گزینه خیلی سخت نمره ۱ داده می‌شود. نمره نهایی این مقیاس، جمع نمره گزینه‌ها است. دامنه نمره از ۲۲ تا ۸۸ است. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس موقعیت‌های تعارض‌آمیز و موقعیت‌های بدون تعارض است. عباراتی که نماینده شرایط تعارضی هستند عبارتند از ۱، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱ و عبارات نماینده شرایط غیرتعارضی، عبارات ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۹، ۸، ۷، ۵، ۳، ۲ هستند. همچنین جمع تمامی نمرات، نمره کلی خودکارآمدی کودکان در تعاملات با همسالان را نشان می‌دهد (ویلر و لاد، ۱۹۸۲، به نقل از شریفی، ۱۳۷۲). ضرایب پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای کل مقیاس و با روش بازآزمایی هفته‌ای ۰/۹۰ برای پسرها و ۰/۸۵ برای دخترها، ذکر کرده‌اند. شریفی در پژوهش خود بر روی گروهی از نوجوانان، ضریب پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ گزارش کرده است. همچنین، حسین چاری (۱۳۸۶) طی مطالعه‌ای، ضرایب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به‌دست آورد. محاسبه همبستگی نیز نشان داد که تمام سؤالات این پرسش‌نامه با نمره کل رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. همچنین دامنه این همبستگی‌ها از ۰/۳۳ تا ۰/۵۵ بود. شریفی نیز (۱۳۷۲) روایی صوری این پرسش‌نامه را توسط اساتید روان‌شناسی تأیید کرد. حسین چاری (۱۳۸۶) نیز روایی این مقیاس را با روش تحلیل محتوا مطلوب گزارش نمود.

مقیاس خودپنداره کودکان (Children's Self-Concept Scale): مقیاس خودپنداره کودکان (آهلوالیا) شامل ۸۰

سؤال می‌باشد. از بین سؤالات این مقیاس ۱۶ سؤال مربوط به رفتار، ۱۸ سؤال مربوط به وضعیت عقلانی و تحصیلی، ۱۲ سؤال مربوط به وضع ظاهری و نگرش، ۱۲ سؤال مربوط به اضطراب، ۱۲ سؤال مربوط به شهرت، که در اینجا منظور از شهرت، سؤالاتی است که نظر مثبت یا منفی دیگران را نسبت به دانش‌آموز از دیدگاه خود دانش‌آموز بیان می‌کند و ۸ سؤال مربوط به شادی و رضایت می‌باشد که نمره کل آن‌ها برابر با ۷۸ است. همچنین این مقیاس شامل ۱۶ سؤال دروغ‌سنج است که نشان می‌دهد، آیا کودکان و نوجوانان پاسخ صحیحی داده‌اند یا خیر. سؤالات این پرسش‌نامه به‌صورت بلی و خیر می‌باشد. فرض بر این است که نمره بالا در مقیاس نشان‌دهنده یک خودپنداره مطلوب است. براساس نسخه هندی این مقیاس، اعتبار بازآزمایی ۰/۸۳ و اعتبار دونیمه کردن آن معادل ۰/۷۴ بود که نشان‌دهنده پایایی این

مقیاس است. همچنین اعتبار کورد ریچاردسون این مقیاس توسط عسگری و همکاران (۱۳۹۰) معادل ۰/۸۲ و به روش بازآزمایی با فاصله سه ماهه ۰/۷۸ شد. روایی صوری و همزمان این پرسش‌نامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

مقیاس تمایل کودکان به کنترل (Scale of Children's Desire for Control): مقیاس تمایل کودکان به کنترل توسط گوئرا، کراوشاو و هاوسمن در سال ۱۹۹۳ تهیه شده است. این مقیاس میزان تمایل به کنترل با استفاده از روش‌های پرخاشگرانه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس از ۱۶ عبارت تشکیل شده است که کودکان باید در یک مقیاس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نگرش خود را با هر یک از این عبارات بیان کنند. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌ها نیز این‌گونه است: کاملاً غلط=۱، نسبتاً غلط=۲، نسبتاً درست=۳، کاملاً درست=۴. گزینه‌هایی که بیانگر تمایل به کنترل توسط دیگران هستند (۸،۴،۱۰،۱۱،۱۲،۱۴،۱۶) به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره نهایی از تقسیم مجموع امتیازات بر تعداد عبارات (۱۶) به‌دست می‌آید. بالاترین امتیاز (۴) نشان‌دهنده تمایل بالای کودک به خودکنترلی است. پایین‌ترین امتیاز در این مقیاس (۱) بیانگر تمایل کم کودک به خودکنترلی است. برای بررسی پایایی و اعتبار این مقیاس گوئرا، کراوشاو و هاوسمن (۱۹۹۳) بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان پایه دوم تا پنجم مدارس مناطق شهری اجراء کرد. یافته‌ها نشان دادند که میزان همسانی درونی این آزمون، ۰/۶۹ و پایایی آن در طول یک سال ۰/۴۹ است (گوئرا، کراوشاو و هاوسمن، ۱۹۹۳، به نقل از حجت‌پناه و همکاران، ۱۳۹۷).

بسته مداخلات طرحواره درمانی کودک و نوجوان لوئوز (۲۰۱۷):

جلسه اول: ایجاد اعتماد و درک مشکل کودکان و چگونگی شکل‌گیری این مشکل.
 جلسه دوم: نحوه تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی، خودکارآمدی، خودپنداره و تمایل به کنترل و تکنیک کارگ شادی.
 جلسه سوم: شناخت احساسات و هیجانات در کودکان با استفاده از شکل‌های طرحواره‌ای، تکنیک صندلی خالی و شناخت و برانگیختن طرحواره‌ها، تصاویر ذهنی و عروسک‌ها و عینک‌های طرحواره‌ای با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند.
 جلسه چهارم: بررسی، شناخت و انتخاب ذهنیت و مصاحبه با ذهنیت‌ها و به رسمیت شناختن آن‌ها در چند نفر از اعضای گروه و بیان چند مثال درباره ذهنیت‌ها با استفاده از عروسک‌های طرحواره‌ای.
 جلسه پنجم: تکنیک صندلی ریاست و بررسی مزایا و معایب آن و جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده، طی صحبت با کودکان و صحبت با مراقبین اصلی کودک در مورد طرحواره‌های ناسازگار.
 جلسه ششم: گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی کودک برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها و فاصله گرفتن از طرحواره.
 جلسه هفتم: نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت‌وگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی.
 جلسه هشتم: تکنیک صندوق گنج و آموزش شیوه درست ابراز احساسات و هیجانات و شناخت بیشتر نیازها (این کار هسته اصلی درمان است).
 جلسه نهم و دهم: بررسی مجدد انواع احساسات و نیازها و رفع کارآمد آن با کودکان و شناسایی مجدد نیازها و پرسیدن نظرات و پاسخ دادن به سؤالات کودکان و انجام اقدامات لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش به ترتیب ۱۰/۲۰ و ۱/۱۴ و در گروه گواه ۱۰/۳۳ و ۱/۲۹ بود. همچنین از لحاظ جنسیت، دو گروه مورد بررسی با یکدیگر برابر بودند، به‌طوری‌که در هر دو گروه آزمایش و گواه، تعداد ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) پسر و تعداد ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) دختر بودند. مدت اقامت شرکت‌کنندگان نیز بین یک سال تا پنج سال

بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره کلی و مؤلفه‌های خودکارآمدی تعاملی و تمایل به کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش

متغیر		گروه	میانگین		انحراف معیار	
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
خودکارآمدی تعاملی	شرایط تعارضی	آزمایش	۳۱/۶۰	۴۰/۸۶	۶/۱۶	۸/۶۵
	شرایط غیرتعارضی		۲۹/۷۳	۳۸/۹۳	۶/۶۵	۸/۷۷
	نمره کل		۶۲	۷۹/۸۰	۱۰/۶۳	۱۴/۳۲
	شرایط تعارضی	گواه	۳۳/۱۳	۳۳/۸۰	۴/۴۳	۵/۲۲
	شرایط غیرتعارضی		۳۳/۴۰	۳۲/۶۶	۶/۱۵	۵/۵۵
	نمره کل		۶۶/۵۳	۶۷/۱۳	۹/۸۴	۹/۸۱
تمایل به کنترل		آزمایش	۴۵/۸۶	۳۴/۸۰	۶/۹۸	۷/۶۱
		گواه	۴۳/۸۰	۴۴/۶۰	۷/۰۶	۷/۷۷
خودپنداره	سازگاری رفتاری	آزمایش	۸/۶۰	۱۱/۸۶	۲/۵۲	۲/۳۲
	وضعیت ذهنی و تحصیلی		۸/۸۶	۱۱/۹۳	۲/۴۷	۱/۹۸
	ظاهر جسمانی		۵/۷۳	۸/۶۶	۱/۹۸	۲/۹۱
	اضطراب		۱۴/۹۳	۴/۸۶	۱/۷۲	۲/۲۳
	محبوبیت		۶/۰۰	۸/۹۳	۲/۲۳	۱/۷۵
	شادی و رضایت‌مندی		۵/۴۰	۷/۶۶	۱/۹۵	۱/۶۳
	نمره کل خودپنداره	۴۹/۵۳	۵۳/۹۳	۲۲/۲۵	۵/۰۲	
	سازگاری رفتاری	گواه	۷/۷۳	۷/۵۳	۱/۷۵	۱/۶۸
	وضعیت ذهنی و تحصیلی		۹/۵۳	۹/۱۳	۱/۷۶	۱/۷۲
	ظاهر جسمانی		۴/۸۰	۵/۶۶	۱/۵۲	۲/۲۲
	اضطراب		۸/۰۶	۸/۴۰	۱/۰۵	۱/۹۰
	محبوبیت		۶/۲۶	۶/۴۰	۱/۹۰	۱/۲۴
شادی و رضایت‌مندی	۵/۲۶		۵/۷۳	۱/۵۳	۱/۷۰	
نمره کل خودپنداره	۴۱/۶۶	۴۲/۸۶	۶/۲۱	۴/۷۳		

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و مؤلفه‌های آن و تمایل به کنترل آمده است.

به‌منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد. مفروضه آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره شامل همگنی واریانس‌ها بررسی شد. با بررسی M باکس مشخص شد مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رعایت شده است ($F=1/453, p=0/225$). همچنین آزمون کرویت بارتلنت نشان داد که همبستگی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل کافی است ($F=5/710, p=0/045$). در نهایت بررسی آزمون یون نشان داد که در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها از این مفروضه تخطی صورت نگرفته است و فرض همگنی واریانس‌ها برای تمامی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌ها با سطح معنی‌داری بالاتر از $0/05$ رعایت شده است. پس از بررسی این مفروضات، به‌منظور مقایسه نمرات تمامی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد، نتایج مربوط به آزمون‌های چندمتغیره در جدول ۲ ارائه شده است.

تعاملی ($F=40/614$) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. به طوری که گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پس از انجام مداخله، در متغیرهای سازگاری رفتاری، وضعیت ذهنی و تحصیلی ظاهر جسمانی، محبوبیت، شادی و رضایت‌مندی و خودکارآمدی تعاملی میانگین نمرات بیشتر و در متغیرهای اضطراب و تمایل به کنترل میانگین نمرات کمتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی کودک و نوجوان باعث بهبود عملکرد در میزان خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست بود که به روش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در میزان خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به عبارت دیگر طرحواره درمانی کودک و نوجوان در گروه آزمایش باعث افزایش خودکارآمدی تعاملی و خودپنداره و کاهش تمایل به کنترل در کودکان شد. نتیجه این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ضرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۷)، کاشانی وحید و مینائی (۱۳۹۶)، کاملی و همکاران (۱۳۹۰)، رفیعی و همکاران (۱۳۹۶)، مرادحاصلی و همکاران (۱۳۹۵)، مکوند حسنی و همکاران (۱۳۹۳)، قراملکی و همکاران (۱۳۹۴)، Dadomo et al. (2018)، Taylor et al. (2017)، سوپگت و کاراس مانگلو (۲۰۱۳)، موریسون (۲۰۱۱)، Muncey (2007) و بال و همکاران (۲۰۱۲) همسو است.

در تبیین نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت که مسأله بی‌سرپرستی و بدسرپرستی دائماً با اتفاقات آسیب‌زا همراه بوده است. بسیاری از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در مقابل سوءاستفاده‌های جسمانی، جنسی و آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای بزهکارانه قرار دارند. بی‌سرپرستی و بدسرپرستی اتفاق آسیب‌زنده‌ای است که با زخم‌هایی پایدار، می‌تواند تمام ابعاد زندگی یک کودک را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. همانطور که گفته شد از جمله این آسیب‌ها، میزان خودکارآمدی تعاملی و تمایل به کنترل است. به طور خلاصه، پیش‌فرض اساسی خودکارآمدی این است که نگرش فرد در مورد استعدادها و توانمندی‌های خود، از بزرگترین و مهم‌ترین عامل مشخص‌کننده رفتار است (Bandura, 2012). خودکارآمدی به طور کل به معنای باور افراد به توانمندی و مقابله خود در شرایط خاص است که بر ساختارهای شناختی، رفتاری و هیجانی اثر می‌گذارد و مشخص می‌کند که آیا رفتاری شروع می‌شود یا خیر و اگر شروع شد افراد تا میزانی از خود تلاش و پشتکار انجام می‌دهند و در مقابله با مشکلات تا چه میزانی استقامت می‌کنند (Bandura, 2006). همچنین تمایل به کنترل یعنی علاقه به کنترل محیط و دیگران. از آنجایی که تعاملات روزمره حضور حداقل یک شخص دیگر را دربرمی‌دارد و احتمالاً افراد با مقصود و استراتژی‌های معینی وارد تعامل با دیگر افراد می‌شوند، در نتیجه ادراک افراد از کنترل فردی نقش برجسته‌ای در این مکالمات ایفاء می‌کند. در نتیجه کودکانی که تمایل به کنترل دارند سعی می‌کنند که با ابراز خصومت و خشونت بر محیط و دیگران تسلط پیدا کنند. همچنین خودپنداره این کودکان با توجه به محیط ناکارآمد نیز می‌تواند تغییر کند، در واقع روابط والدین در خانواده با یکدیگر و با کودکانشان، نقش بسیار مهمی در سلامت روانی فرزندانشان دارد. اگر این روابط خوب باشد، می‌تواند به کودکان در رشد و پرورش خودپنداره کمک کند. بالعکس با آشفته بودن روابط خانوادگی، زمینه برای بروز مشکلات ایجاد می‌شود. در نتیجه ممکن است سطح خودپنداره این کودکان در مراکز نگهداری یا مراکز شبه‌خانواده دچار تزلزل شود و کاهش پیدا کند که لزوم بررسی روان‌شناختی در این کودکان اهمیت پیدا می‌کند.

در این بین طرحواره درمانگری کودک و نوجوان می‌تواند باعث کاهش علائم منفی در این کودکان شود. در واقع طرحواره درمانی کودک و نوجوان به عنوان یک درمان روان‌شناختی بر آسیب‌ها و تجارب دوران کودکی تأکید می‌کند

(Renner et al., 2016). براساس پژوهش‌ها بین تجربیات دوران کودکی و شکل‌گیری این طرحواره‌ها رابطه‌ای وجود دارد. طرحواره درمانی درمان طرحواره‌های ناسازگار در دو مرحله برنامه‌ریزی می‌کند. درمان‌گران این حوزه معمولاً دو فعالیت را انجام می‌دهند: ۱- سنجش و آموزش^۱: شناسایی طرحواره‌ها و الگوهای مقابله‌ای فرد و ریشه‌های تحولی آن‌ها در دوران کودکی پرداخته می‌شود و آموزش مدل طرحواره‌ای. ۲- تغییر^۲: به طوری که چهار فعالیت انجام می‌شود: فنون شناختی (آزمون واقعیت و باز تعبیر)، فنون تجربی (تجسم‌سازی، گفتگو با والدین)، ایجاد رابطه درمانی (برای باز والدینی حد و مرزدار) و تغییر دادن الگوهای رفتاری (اصلاح ساختارهای رفتاری) (Cecero & Young, 2001). همچنین در طرحواره درمانگری کودک و نوجوان با انجام فعالیت‌هایی مانند قصه‌درمانی، کارتون، استفاده از عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی، شن و ماسه بازی، استعاره‌ها و کار با عروسک‌های انگشتی، کار با والدین یا مراقبین اصلی (طرح مریگری) باعث شناخت کودکان و نوجوان از احساسات و افکار و تخلیه هیجانی و جایگزینی افکار، احساسات و رفتارهای بهتر جهت تعامل با بهتر با خود و دیگران می‌شود. بنابر نتیجه به دست آمده پیشنهاد می‌شود که باتوجه به این که رویکرد طرحواره درمانی کودک و نوجوانی رویکردی بسیار جدید است، پژوهشگران دیگر می‌توانند در مورد این رویکرد درمانی و در دیگر متغیرهای روان‌شناختی در مورد کودکان، تحقیقاتی مختلفی انجام دهند. از جمله محدودیت‌های تحقیق نیز عدم گرفتن آزمون پیگیری به دلیل گسترش ویروس کرونا در کشور و ناتوانی در مراجعه حضوری در مراکز شبه‌خانواده و همچنین کمبود پژوهش‌هایی در مورد طرحواره درمانی کودک و نوجوان بود.

سیاسگزاری

درنهایت از بهزیستی کل استان مرکزی و بهزیستی شهرستان اراک کمال تشکر و قدردانی را به‌خاطر همکاری و مساعدت لازم در جهت انجام این پژوهش داریم.

منابع

- حجت‌پناه، حسین، امانی، زهرا و طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۷). رابطه رشد خودکنترلی و قضاوت اخلاقی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پایه پنجم. *پژوهش‌های تربیتی*، ۵(۳۶)، ۹۱-۷۴.
- حسین چاری، مسعود. (۱۳۸۶). مقایسه خودکارآمدی ادراک‌شده در تعامل اجتماعی با همسالان در بین گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۴)، ۱۰۳-۸۷.
- خدادادی، جواد و کلائی، اعظم. (۱۳۹۹). تدوین الگوی مفهومی رضایت از ازدواج در بستر خانواده سالم مبتنی بر بافت فرهنگی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۱)، ۶۰-۲۷.
- رفیعی جهرمی، محمد، کیامنش، علیرضا و بهرامی، هادی. (۱۳۹۶). تدوین الگوی علی خودکارآمدی تحصیلی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران و خودپنداره و باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده*، ۱۲(۴۲)، ۶۰-۳۳.
- زارع‌زاده خیبری، شیوا، رفیعی‌نیا، پروین و اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر افزایش مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی خودپنداره کودکان مراکز شبه‌خانواده. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲)، ۵۱-۴۱.
- زائرکعبه، صبا و رف، شهرزاد. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌شناسی محیطی در مراکز نگهداری از کودکان بی‌سرپرست. کنفرانس سالانه پژوهش‌های معماری، شهرسازی و مدیریت شهری، یزد.

1. Measurement and Training

2. Change

- سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی (۱۳۸۸). *دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کشور*. تهران: اداره کل روابط عمومی بهزیستی کشور.
- شریفی، غلامرضا. (۱۳۷۲). *بررسی اثربخشی روش آموزش مهارت حل مسئله در درمان علائم افسردگی نوجوانان (شاهد)*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۹). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. تهران: نشر دانشگاهی.
- زرغام حاجبی، مجید، میرباقری، محبوبه و پاک‌نژاد، ثمین. (۱۳۹۷). *اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی*. *پژوهشنامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۱۹(۱)، ۱۳۴-۱۲۳.
- عالی، شهربانو، درویشی لردی، الهام و مسجدی، سحر. (۱۳۹۸). *مقایسه اختلالات رفتاری-هیجانی و نیمرخ تحول هیجانی-کارکردی در کودکان بی‌سرپرست و دارای سرپرست*. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۱۱)، ۸۴-۷۷.
- عسگری، محمد، میرمهدی، سیدرضا و مظلومی، اکرم. (۱۳۹۰). *تأثیر آموزش راهبردهای خودتنظیمی بر خودپنداره و پیشرفت تحصیلی ریاضی دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی اراک*. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۲۱(۷)، ۴۳-۲۳.
- عقیلی، سیدمجتبی و رضایی، سکینه (۱۳۹۸). *تأثیر طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرزندان دختر*. *هفتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران*، تهران.
- قراملکی، ناصر، پورعبدل، سعید، عباسی، مسلم، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و نبی‌دوست، علیرضا. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان مورد آزار*. *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۹(۲۸)، ۳۰-۷.
- کاشانی وحید، سارا و مینائی، اصغر. (۱۳۹۶). *اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودپنداره در زنان دچار اختلال هویت جنسی*. *فصلنامه خانواده و بهد/شت*، ۷(۴)، ۱۲-۱.
- کاملی، زهرا، علی‌قنبری هاشم‌آبادی، بهرام و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست*. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۹۸-۸۳.
- کدیور، پروین. (۱۳۹۸). *روان‌شناسی تربیتی*. تهران: انتشارات سمت.
- مراد حاصلی، مستانه، شمس اسفندآباد، حسن و کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۵). *مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن*. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۴)، ۶۱-۵۰.
- مکوند حسنی، شاهرخ، رضایی، علی محمد و عزالدین، منا. (۱۳۹۳). *اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲)، ۱۲-۱.
- نشاط‌دوست حمید، طاهر، یوسف‌زاده مهدیه، هاشمی، سیدمسعود، طالبی، هوشنگ، طاهری، مهرداد و مومن‌زاده، سیروس. (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش خطای شناختی فاجعه‌آفرینی درد و افزایش خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران*. *بیهوشی و درد*، ۱۱(۲)، ۴۳-۲۶.
- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۹). *طرحواره درمانی (حسن حمیدپور، زهرا اندوز؛ مترجمان)*. چاپ هشتم. تهران: نشر ارجمند.

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴)، ۳۷۳-۳۵۶.

Baggerly, J. (2009). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13(2), 31-51.

Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A., & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 41-48.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*. 52(1), 1-26.

Bandura, A. (2006). *Adolescent development from an agentic perspective*. Greenwich: Information Age publishing.

Behnke, A. O., MacDermid, S. M., Coltrane, S. L., Parke, R. D., Duffy, S., & Widaman, K. F. (2008). Family cohesion in the lives of Mexican American and European American parents. *Journal of Marriage and Family*, 70(4), 1045-1059.

Burger, J. M., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. *Motivation and Emotion*, 3(4), 381-393.

Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of silvia: a schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. 11(2), 217-229.

Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'encephale*, 37(4), 293-298.

Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A., & Grecucci, A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 43-49.

Datta, P., Ganguly, S., & Roy, B. N. (2018). The prevalence of behavioral disorders among children under parental care and out of parental care: A comparative study in India. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 5(4), 145-151.

Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416.

Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199-219.

Hoseinia, A. (2001). *Marriage mental health and married*. 1ST ed. Publications: Tehran; 56.

Kaur, R., Vinnakota, A., Panigrahi, S., & Manasa, R. V. (2018). A descriptive study on behavioral and emotional problems in orphans and other vulnerable children staying in institutional homes. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 161-168.

Lee, H. K., & Yang, H. J. (2015). Influence of professional self-concept and professional autonomy on nursing performance of clinic nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 297-310.

- Liu, X., Guo, C., Okawa, M., Zhai, J., Li, Y., . . . & Kurita, H. (2000). Behavioral and emotional problems in Chinese children of divorced parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(7), 896-903.
- Loose, C. (2017). Schema therapy for children, adolescents and parents. *Journal Psychol Psychother*, 2-7.
- Mohangi, K. (2008). Finding roses amongst thorns: how institutionalised children negotiate pathways to well-being while affected by HIV&AIDS (Doctoral dissertation, University of Pretoria).
- Morrison, N. (2000). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 269- 283.
- Muncey, C. (2007). Schema focused therapy appears effective for bpd treatment. *Monitor on Psychology*. 38(3), 37-45.
- Myovela, B. (2012). The prevalence of posttraumatic stress disorder and associated mental health problems among institutionalized orphans in Dar es salaam, Tanzania (Doctoral dissertation, Muhimbili University of Health and Allied Sciences).
- Oliveira, S. F. D., Manzini, M. G., Figueiredo, M. D. O., & Martinez, C. M. S. (2020). Sources of self-efficacy for motor learning in children: systematic literature review in clinical trials. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 22.
- Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: a review of the literature. *reading and writing quarterly. Overcoming Learning Difficulties*, 19(2), 139-150.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51(6), 66-73.
- Schwarzer, R. E. Luszczynska, A. (2007) Self-Efficacy. Health Behaviour Constructs: Theory, Measurement and Research. National Cancer Institute Website.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of psychiatry*, 20(1), 75-84.
- Taniguchi, E., & Dailey, R. M. (2020). Parental confirmation and emerging adult children's body image: self-concept and social competence as mediators. *Communication Research*, 47(3), 373-401.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
- Walters, G. D. (2022). Self-efficacy in parents and children and its relationship to future delinquent behavior in children. *Youth & Society*, 54(1), 104-122.