

## Original Research

# *The Role of Family Talk on Self-Silencing, and Distress Tolerance of Mothers with Children (11-15 Years Old) with Internalized Behavioral Problems*

Sediqeh Isapareh<sup>1</sup>

Amir Ghamarani<sup>2</sup>

### *Abstract*

Given the importance of maternal health for society at large, this study aims to determine the role of Family Talk Intervention (FTI) on self-silencing and distress tolerance in mothers of children with internalized behavioral problems in Isfahan. A quasi-experimental research method with pre-test, post-test and a four month follow-up with control group and the statistical population included all mothers and children of first grade high school girls. Through cluster and purposeful sampling method, 40 children with internalized behavioral problems with their mothers were selected and randomly assigned into experimental and control groups,  $n_1=n_2=20$ . The parents of the experimental group underwent intervention based on FTI in 7 sessions of 45 minutes (Beardslee et al,1997) Participants completed the self silencing scale (Jack and Dale 1992) and the Distress Tolerance Scale (DTS) Simons & Gahr (2005). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. The results showed that the FTI in the post-test phase on self-silencing and its components and distress tolerance and two of its four components (tolerance and evaluation) are effective. In addition, the results in the follow-up phase also continued on self silencing and its two components (silencing the self, and the divided self), but were not significant in terms of distress tolerance.

<sup>1</sup>. Master's Degree in Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Sadaf200081@yahoo.com

<sup>2</sup>. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. a.ghamarani@edu.ui.ac.ir. **(Corresponding author)**

Submit Date: 2024/28/08

Accept Date: 2025/13/09

DOI: 10.22051/JWSPS.2025.48077.2910



Since the main group in raising children are parents, so FTI can be effective in promoting positive activities between parents and their children and reducing their problems by educating parents.

### ***Keywords***

*Self Silencing, Distress Tolerance, Mother's Mental Health, Internalized Behavioral Problems, Family Talk Intervention, Mother*

### **Introduction**

The mental health of mothers plays a pivotal role in the emotional and psychological stability of the family unit. According to the World Health Organization, the prevalence of psychological distress, particularly depression, has significantly increased among women in recent decades, highlighting the necessity of targeted interventions. One such area of concern is the mental strain experienced by mothers of children with internalized behavioral problems—conditions like anxiety, depression, and social withdrawal—which are particularly common during adolescence. These challenges often coincide with heightened levels of self-silencing—a behavioral pattern in which individuals suppress their own emotions and needs to maintain relational harmony—and distress tolerance, which refers to the capacity to endure and manage emotional suffering.

Jack (1991) conceptualized self-silencing as a gendered coping strategy that emerges in women in response to social norms prioritizing others' needs over their own. When these behaviors become chronic, they lead to increased psychological vulnerability. Similarly, distress tolerance—a multidimensional construct involving emotional endurance and regulation—is vital for healthy psychological functioning. Low distress tolerance has been linked to various psychopathologies including depression, anxiety, and emotional dysregulation (Simons & Gaher, 2005; Elhai et al., 2018). Studies suggest that mothers of adolescents with internalized disorders may be particularly susceptible to these patterns due to reciprocal emotional influences and parenting stress (Felton et al., 2018; Doan et al., 2018).

Family-centered interventions that enhance parental resilience and interaction quality are increasingly recommended. One such program is the Family Talk Intervention (FTI), developed by Beardslee et al. (1997), which focuses on improving family communication and addressing psychological issues through structured sessions. While FTI has shown positive outcomes in various



contexts—such as reducing parental depression and improving child resilience—its application specifically for mothers of children with internalizing disorders remains underexplored in Iran. This study aimed to fill this gap by evaluating the effectiveness of FTI on self-silencing and distress tolerance in this population.

### **Methodology**

This study utilized a quasi-experimental design, featuring pre-test, post-test, and a 4-month follow-up assessment, with both an experimental group and a control group. The target population included mothers of female adolescents aged 11–15 in middle schools in Isfahan, Iran, during the 2019–2020 academic year. A multi-stage cluster sampling approach was used to identify eligible participants. Initially, 250 students were screened using the Achenbach Youth Self Report (YSR) to identify high-risk internalized behavior. Forty mothers whose children scored one standard deviation above the mean on the internalizing behavior scale and met other inclusion criteria were randomly assigned to two equal groups: experimental (n=20) and control (n=20). The intervention involved 7 sessions of 45 minutes of Family Talk Intervention based on the Beardslee protocol (1997), adapted and validated by Isapareh (2020). Sessions focused on psychoeducation, family communication skills, emotional awareness, and structured family dialogues, with optional participation of fathers and children in some sessions via homework or digital materials. The measurement tools included: Self-Silencing Scale (Jack & Dill, 1992), which assesses domains like external self-evaluation, care as self-sacrifice, divided self, and silencing the self. Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), covering emotional tolerance, emotional absorption, subjective appraisal, and regulation. Achenbach's Child Behavior Checklist (2001). Data were analyzed using a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) to examine between-group differences while controlling for pretest scores.

### **Findings**

The results indicated that the Family Talk Intervention had a significant impact on both self-silencing and distress tolerance. At the post-test stage, mothers in the experimental group demonstrated statistically significant reductions in total self-silencing scores and its subscales, including external self-evaluation, care as sacrifice, silencing the self, and divided self. In terms of distress tolerance, significant improvements were observed in the subscales of tolerance and subjective appraisal, though not in emotional absorption or regulation.



In the follow-up stage (four months later), improvements in self-silencing and two of its subscales (silencing the self and divided self) remained statistically significant, indicating the durability of intervention effects. However, distress tolerance scores did not show sustained improvement, suggesting that while FTI contributes to emotional regulation in the short term, longer or more intensive interventions may be needed to maintain these gains. The effect sizes ranged from moderate to strong for several variables (e.g.,  $\eta^2 = .233$  for self-silencing post-test;  $\eta^2 = .212$  for distress tolerance subscale tolerance), supporting the practical significance of the intervention. Additionally, the assumptions of MANCOVA, including normality, homogeneity of variances, and linearity, were met, supporting the robustness of the statistical results.

### Conclusion

This study demonstrates the efficacy of Family Talk Intervention in reducing self-silencing and improving distress tolerance among mothers of daughters with internalizing behavioral problems. The results are consistent with previous research indicating the benefits of family-based psychoeducational programs (Solantaus et al., 2010; Ayoub et al., 2024). The structured and emotionally supportive nature of FTI appears particularly well-suited to help mothers recognize and articulate their emotional needs, thereby breaking patterns of suppression and emotional withdrawal. The intervention also fostered stronger family bonds and open communication, which may indirectly reduce the internalized behavioral symptoms in adolescents.

Although gains in distress tolerance were not maintained at follow-up, the intervention's influence on self-silencing persisted, suggesting that components targeting emotional endurance may require reinforcement or complementary techniques like mindfulness or ACT. Furthermore, the study contributes to culturally sensitive adaptations of Western interventions within Middle Eastern contexts and highlights the importance of empowering mothers as central figures in adolescent mental health.

Future research is encouraged to: Explore comparative efficacy of FTI against other parenting or mindfulness-based interventions. Extend the follow-up period to evaluate long-term impacts on both mothers and children. Investigate similar interventions among fathers or other caregivers to understand gender-specific outcomes. Given the centrality of maternal mental health in family functioning, integrating such interventions into school and community mental health



programs could substantially improve family dynamics and child development outcomes in broader social contexts.

## References

- Alker, L. (2024). Distress tolerance as a mediator of the relation between stress mindset and anxiety. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 25(2), 1–12.
- Andami-Khashak, A. (2013). The mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and distress tolerance with life satisfaction. Master's thesis, Allameh Tabatabaei University. (In Persian)
- Ayoub, M., Udo, C., Årestedt, K., Kreichbergs, U., & Lövgren, M. (2024). The family talk intervention in pediatric oncology: Potential effects reported by parents. *Children*, 11(1), 95. <https://doi.org/10.3390/children11010095>
- Azizi, A. (2011). Reliability and validity of the Persian version of the Distress Tolerance Scale. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5, 158–154. (In Persian)
- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R., & Kowalenko, N. M. (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: International perspectives. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 23–25.
- Cohen, J. R., Danielson, C. K., Adams, Z. W., & Ruggiero, K. J. (2016). Distress tolerance and social support in adolescence: Predicting risk for internalizing and externalizing symptoms following a natural disaster. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 538–546.
- Doan, S. N., Son, H., & Kim, L. N. (2018). Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 267, 215–220.
- Daughters, S. B., Gorka, S. M., Rutherford, H. J. V., & Mayes, L. C. (2014). Maternal and adolescent distress tolerance: The moderating role of gender. *Emotion*, 14(2), 416–424.
- Doostani, Sh., & Ghamarani, A. (2022). Designing a parenting package for emotional socialization and evaluating its effectiveness on parenting self-efficacy in mothers of students with internalizing behavioral problems. *Journal of Principles of Mental Health*, 24(4), 253–262. (In Persian)
- Eklund, R., Alvariza, A., Kreichbergs, U., Jalmsell, L., & Lövgren, M. (2020). The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care - potential effects from minor childrens perspectives. *BMC Palliative Care*, 19(1), 50.



- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477–484.
- Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D., & Loo, S. K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*, 267, 210–214.
- Emran, A., Iqbal, N., & Dar, I. A. (2020). Silencing the self” and women’s mental health problems: A narrative review. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102197. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102197>
- Fakhra, A., & Iqbal, H. (2019). Self-silencing and marital adjustment in women with and without depression. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 34(2), 311–330.
- Felton, J. W., Collado, A., Havewala, M., Shadur, J. M., MacPherson, L., & Lejuez, C. W. (2018). Distress tolerance interacts with negative life events to predict depressive symptoms across adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 633-642.
- Firoozi, M., & Feiz Abadi, Z. (2020). Maternal distress tolerance and the occurrence of internalization and externalization behavioral problems in children with cancer. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 6(4), 21-29.
- Georgiou, S. N., & Symeou, M. (2018). Parenting Practices and the Development of Internalizing/Externalizing Problems in Adolescence. *Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources*, 15-29.
- Goodman, S. H., & Garber, J. (2017). Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Development*, 88(2), 368–377.
- Issapareh, S. (2010). The effectiveness of family dialogue-based intervention on self-extinguishing, distress tolerance, and mothers’ sense of parental efficacy, and mentalization and symptoms of children with internalizing behavioral problems. Master’s thesis, University of Isfahan. (In Persian)
- Janković, I., Todorović, J., & Arnaudova, V. (2017). Family functioning and self-silencing of students. *UDC 159.942.072-057.875:316.356.2*, 151–161.
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91–101.



- Kuckertz, J. M., Mitchell, C., & Wiggins, J. L. (2017). Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. *Depression and Anxiety*, 35(1), 89–97.
- Madhi, M., & Ghamarani, A. (2019). Comparing the effectiveness of parenting education based on the ABCX dual model and affection-based parenting on mother-child relationships and behavioral problems in children with intellectual and developmental disabilities. *Exceptional Psychology*, 9(33), 203–255. (In Persian)
- Moghaddam, M., & Ghamarani, A. (2022). Evaluating the effectiveness of wise parenting based on Imam Ali's teachings on parental wisdom and children's creativity. *Research in Religion and Health*, 8(1), 98–110. (In Persian)
- Nasiri, P., Rajabi, M., & Ahmadi, A. (2022). Investigating the relationship between social capital and self-rated health in mothers in Shiraz. *Journal of Women's Social and Psychological Studies*, 20(3), 141–165. (In Persian)
- Nauman, C., Goble, P., Alfaro, E. C., & Weimer, A. A. (2022). Adolescent academic success: Teacher-child interactions as a buffer for early childhood relational adversity. *Journal of Child and Family Studies*, 32(1), 1895-1910
- Oglesby, M. E., Short, N. A., Albanese, B. J., Portero, A. K., & Schmidt, N. B. (2018). Negative interpretations of distress-related information: A novel assessment tool for distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 20-25.
- Patrick, B. C., Stockbridge, S., Roosa, H. V., & Edelson, J. S. (2019). Self-silencing in school: Failures in student autonomy and teacher-student relatedness. *Social Psychology of Education: An International Journal*, 22(4), 943–967.
- Sadeghzadeh, M., Askari, Z., & Khormaei, F. (2022). The relationship of self-criticism and rejection sensitivity with psychological distress in female students: The mediating role of self-silencing. *Journal of Women's Social and Psychological Studies*, 20(2), 137–165. (In Persian)
- Safiri, K., Imanian, S., & Mansourian Ravandi, F. (2014). Mothers' role in health education for daughters: Transforming health knowledge into related behavior. *Iranian Journal of Social Studies*, 8(1), 88–107. (In Persian)
- Salimi, A., Joukar, B., & Nikpour, R. (2009). Internet and communications: perceived social support and loneliness antecedent variables. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 5(3), 81–102. (In Persian)
- Samardzic, T. (2019). Women's self-silencing with abusive male partners: A potential risk for important relationship processes. *Electronic Theses and Dissertations*, 7770.



- San Miguel, G. G., Paulus, D. J., Brandt, C. P., Ditre, J., Lemaire, C. M., Mayorga, N. A., & Zvolensky, M. J. (2018). Exploring distress tolerance as an underlying mechanism in the relation between negative affectivity and anxiety/depression among persons living with HIV/AIDS. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 17(4), 331–345. <https://doi.org/10.1080/15381501.2018.1502710>
- Shamssi, A., & Ghamarani, A. (2020). The effectiveness of organization-based parenting skills on symptoms of children with ADHD. *Behavioral Sciences Research*, 18(4), 577–586. (In Persian)
- Sipila, M. (2010). Fidelity and feasibility of preventive family-based interventions in adult mental health services: Clinicians experiences. Tampere School of Public Health. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/81786>
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., & Punamäki, R. L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883–892.
- Soltanian, F., Mirshekar, S., Ahmadi, V. & Hashemi, S. (2019). The relationship between personality traits, parenting styles and self-mutilation in adolescents, 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran, <https://civilica.com/doc/982132>
- Torkashvand, A., & Ghamarani, A. (2023). Evaluating the effectiveness of overflow intervention on emotional processing and self-silencing in mothers of children with externalizing behavioral problems. *Exceptional Psychology*, 13(51), 49–81. (In Persian)



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## نقش گفت‌وگوی خانوادگی در خودخاموشی و تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند ۱۱ تا ۱۵ سال (با مشکلات درونی شده)

صدیقه عیسی پره<sup>۱</sup>

امیر قمرانی<sup>۲</sup>

### چکیده

از آن‌جا که سلامت مادران یکی از ارکان مهم سلامت جامعه محسوب می‌گردد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش گفت‌وگوی خانوادگی بر خودخاموشی و تحمل پریشانی مادران دارای فرزند با مشکلات رفتاری درونی‌شده شهر اصفهان بود. برای این منظور از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری ۴ ماهه با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران و فرزندان دختر مدارس متوسطه دوره اول بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و هدفمند ۴۰ فرزند دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده همراه با مادرانشان به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه‌های ۲۰ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. والدین گروه آزمایش در ۷ جلسه ۴۵

<sup>۱</sup>. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Sadaf200081@yahoo.com

<sup>۲</sup>. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

DOI: 10.22051/JWSPS.2025.48077.2910

دقیقه‌ای تحت مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بردزلی و همکاران (۱۹۹۷) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، مقیاس خودخاموشی جک و دیل (۱۹۹۲)، مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و پرسشنامه مشکلات رفتاری آخنباخ و رسکورا (۲۰۰۱) بود. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که گفت‌وگوی خانوادگی در مرحله پس‌آزمون بر خودخاموشی و مؤلفه‌های آن و تحمل پریشانی و دو مؤلفه از چهار مؤلفه آن (تحمل وارزیایی) تأثیر دارد. علاوه بر این، در مرحله پیگیری نیز نتایج بر خودخاموشی و دو مؤلفه آن (خاموش کردن خود و خودتقسیم شده) تداوم داشت، اما در مورد تحمل پریشانی و مؤلفه‌هایش معنی‌دار نبوده است. در نتیجه از آن‌جا که والدین اصلی‌ترین گروه مؤثر در تربیت کودکان هستند، گفت‌وگوی خانوادگی می‌تواند با آموزش والدین در ارتقای فعالیت‌های مثبت بین والدین و فرزندانشان و کاهش مشکلات آن‌ها تأثیرگذار باشد.

#### واژگان کلیدی

تحمل پریشانی، خودخاموش‌سازی، سلامت روان مادر، فرزندان با مشکلات رفتاری درونی‌شده، گفت‌وگوی خانوادگی

#### مقدمه و بیان مسئله

خانواده مهم‌ترین رکن جامعه و مادران یکی از ستون‌های اصلی آن هستند که سلامت آن‌ها می‌تواند سلامت کل خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع توجه به سلامت زنان تنها توجه به سلامت نیمی از انسان‌ها نیست، بلکه توجه به سلامت نسل بشر است. یکی از مهم‌ترین جنبه‌های سلامت، سلامت روان است که می‌تواند سلامت روان کلیه افراد خانواده را متأثر کند و این امر در مورد مادران به‌علت نقش ویژه خود در خانواده مشهودتر است (نصیری و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۴۲). در واقع تأثیر و تأثر مادران از سایر اعضای خانواده انکارناپذیر است. گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در دهه‌های گذشته همواره بر شیوع آشفتگی روان‌شناختی، به‌ویژه افسردگی، در میان زنان تأکید نموده است؛ تا جایی که در گزارش ویژه این سازمان در ابتدای هزاره جدید میلادی، نیاز به ارتقاء سلامت روان و کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان به‌عنوان یک امر فوری و ضروری مورد توجه قرار گرفته و بر شناخت و مطالعه عوامل زمینه‌ساز ناملایمات روانی زنان تأکید شده است (صادق‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱: ۱۳۸). از جمله این عوامل می‌توان به داشتن فرزند با مشکلات رفتاری و خودخاموشی و تحمل پریشانی مادران اشاره کرد.



مشکلات رفتاری طبق تعریف آخنباخ<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) عبارتست از الگوهای پایدار رفتاری که از هنجارهای اجتماعی منحرف شده و سبب اختلال در عملکرد فرد در محیط‌های مختلف مانند خانه، مدرسه یا اجتماع می‌گردند. با شروع تغییرات دوران نوجوانی که می‌تواند یک تجربه بیش‌ازحد برای نوجوان و سایر افراد محیط اجتماعی نزدیک او باشد. تغییراتی مانند افزایش شیوع مشکلات رفتاری برونی‌شده و درونی‌شده رخ می‌دهد. رفتارهای درونی‌شده به مشکلات رفتاری اشاره دارد که به درون هدایت شده و بیش‌ازحد کنترل می‌شوند به همین ترتیب، بر دنیای روانی فرد تأثیر می‌گذارند. علائم آن شامل انزوای اجتماعی، ترک، اضطراب و افسردگی است (Stelios et al, 2018: 15). نوجوانان دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده علاوه بر مشکلات شخصی در ابعاد خانوادگی نیز مشکلاتی دارند. از جمله مسائلی که به‌طور قابل‌توجهی با مشکلات درونی‌شده در فرزندان همراه است افسردگی مادران آن‌ها است (Goodman & Garber, 2017: 371). یکی از ویژگی‌هایی که افسردگی مادران را شدت می‌بخشد، خودخاموشی است. دانا جک<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) اصطلاح خودخاموشی را برای توضیح گرایش به پنهان کردن احساسات و نیازهای شخصی خود به‌منظور حفظ روابط موجود با افراد نزدیک به آن‌ها معرفی کرد. در خودخاموشی فرد منفعل بوده و احساسات، عقاید و اعمال خود را سرکوب می‌کند تا بتواند نیازهای افراد نزدیک خود را برآورده سازد (Janković et al, 2017: 93). همان‌طور که مادران در اثر تشویق جامعه، سلامتی دیگران را بر خود ترجیح می‌دهند و نگرانند که در صورت اهمیت دادن به سلامت خود، دیگر مادری فداکار و همسری زحمت‌کش تلقی نشوند (سفیری و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۰۳)، از طریق نقش‌آفرینی جنسیتی و انتظارات اجتماعی نیز می‌آموزند که از آن‌ها انتظار می‌رود خواسته‌ها و نیازهای خود را کنار گذاشته و به نیازهای دیگران بپردازند. به‌طور کلی، خودخاموشی شامل کنار گذاشتن خواسته‌ها، نیازها و نظرات شخص در روابط صمیمی به‌عنوان راهی برای جلوگیری از درگیری به‌منظور حفظ روابط است (Samardzic, 2019: 70).

1. Achenbach

2. Jack

راجرز<sup>۱</sup> (۱۹۶۱) در خصوص اهمیت خودخاموشی معتقد است که صرفاً زمانی که دو نفر قادر به ابراز صادقانه نظر خود درباره یکدیگر هستند، می‌توانند ارتباط واقعی با هم برقرار کنند. با این حال، ترس و احساس آسیب‌پذیری که در برخی شرایط ارتباطی (مانند تأیید مشروط) با افشای خود همراه است، می‌تواند افراد را به محافظت یا دفاع از خود یا نقاب زدن، سرکوب و یا تغییر بیان خود، سوق دهد و به میزانی که افراد خود را به‌طور منظم درگیر راهبردهای بین‌فردی شامل پنهان کردن خود، تحریف خود یا خودخاموشی می‌یابند، احتمالاً دچار بیماری روانی می‌شوند (Patrick et al, 2018: 2).

از سویی، بررسی رابطه خودخاموشی و تحمل پریشانی نشان داده که رفتارهای خودخاموشی بر میزان پریشانی روانی تأثیر دارد (Emran et al, 2020: 53) و در واقع خودخاموشی با سطوح نامتعادل انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی همراه است (Janković et al, 2017: 153).

تحمل پریشانی به طرق مختلفی تعریف شده است، از جمله ظرفیت تجربه و تحمل حالات روانی عاطفی منفی یا ظرفیت درک‌شده برای تحمل احساسات منفی و عاطفی یا سایر حالت‌های برانگیزاننده (Simons & Gaher, 2005; cited in Alker, 2024: 4). این ساختار شامل چندین ارزیابی از تجربه احساسات منفی است، از جمله تحمل‌پذیری، درک قابل قبول بودن، مداخلات توجه و تنظیم احساسات (Elhai et al, 2018: 479). تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان یک صفت متغیر مفهوم یافته که می‌تواند بر اساس ویژگی‌ها و رفتار افراد با گذشت زمان تغییر کند و به روان آن‌ها آسیب بزند (Oglesby, 2018: 21).

در این بین، نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد تحمل پریشانی نقش مهمی در بسیاری از اختلالات، از جمله اضطراب و افسردگی و مصرف مواد مخدر دارد. اعتقاد بر این است که کسانی که سطح تحمل پریشانی کم دارند، قادر به تحمل احساسات منفی نیستند، بنابراین اغلب برای تنظیم عواطف خود به‌ویژه برای کاهش یا جلوگیری از پریشانی، رفتارهای ناسازگارانه انجام می‌دهند.

---

<sup>۱</sup>. Rogers

در باب ارتباط بین تحمل پریشانی و مشکلات رفتاری به‌ویژه مشکلات درونی‌شده نتایج مؤید آن است که تحمل پریشانی پایین در اختلالات بیرونی و درونی‌شده نقش دارد. در اختلالات خلقی، تحمل پریشانی پایین با علائم افسردگی بالا همراه است و افراد افسرده بالینی را از افراد سالم متمایز می‌کند. تحمل پریشانی کم همچنین ارتباط بین وقایع منفی زندگی و علائم افسردگی در آینده را در نوجوانان تعدیل کرده و ممکن است در بروز اختلال خلقی و آسیب‌پذیری نیز نقش داشته باشد (Ellis et al, 2018: 212). تحمل پریشانی پایین ممکن است با شروع درونی‌سازی علائم در دوره رشد همراه باشد، دلیل این امر تأثیر آن بر تعامل جوانان با پریشانی روزانه است. در این راستا مشخص شده که تحمل پریشانی یک صفت پایدار است که در دوران کودکی پدید آمده است (Doana et al, 2018: 217).

با توجه به ارتباطات محکم بین تحمل پریشانی پایین و اختلالات درونی، ممکن است والدین دارای فرزندان با مشکلات رفتاری درونی به جهت آن‌که فرزندانشان از تحمل پریشانی پایینی برخوردارند، خود نیز در حوزه تحمل پریشانی آسیب‌پذیر شده و در یک چرخه تعاملی معیوب بیشتر به خودخاموشی روی بیاورند (Felton et al, 2018: 8).

با نظر به ارتباط بین مشکلات رفتاری فرزندان با خودخاموشی و تحمل پریشانی مادران محتمل است که بتوان از رهگذر بهبود مشکلات رفتاری فرزندان نسبت به کاهش خودخاموشی و ارتقا تحمل پریشانی در مادران اقدام نمود. به‌عبارت دیگر، هر تلاشی در جهت کاهش مشکلات رفتاری فرزندان، می‌تواند به ارتقاء سلامت روانی مادران بیانجامد.

#### پیشینه تجربی

گرانسکی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست‌یافتند که دختران با ترمای بیشتر با احتمال کمتر در معرض خودخاموش‌سازی قرار دارند و دختران با سطح پایین خودخاموش‌سازی در معرض خطر افزایش علائم افسردگی و اضطراب هستند.

<sup>۱</sup>. Granski et al

کرامر و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) نقش میانجی سه متغیر شخصیتی و فرهنگی اجتماعی خودپنهان‌سازی، عزت‌نفس و مردانگی در رابطه بین خودخاموش‌سازی و افسردگی را در زنان مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج نشان داد افسردگی با خودخاموش‌سازی، خودپنهان‌سازی و عزت‌نفس ارتباط مستقیم دارد.

ازهر و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) در پژوهش خود دریافتند برخی از سبک‌های تربیت والدین قابل درک به‌طور قابل توجهی با مشکلات بهداشت روان مرتبط هستند. نیز مشخص شد که سطح پایین تحمل پریشانی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معنی‌داری دارد.

فیروز و فیض‌آبادی (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که از بین چهار بعد مقیاس تحمل پریشانی، تنظیم هیجان بیشترین ارتباط را با مشکلات رفتاری درونی و برونی‌شده داشت. این ارتباط در مورد مشکلات درونی‌شده قوی‌تر بود.

سلطانیان و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که رگسیون پیش‌بینی خودخاموشی نوجوانان از روی متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و شیوه‌های فرزندپروری معنی‌دار است.

همان‌گونه که ملاحظه شد تأثیر گفت‌وگوی خانوادگی بر کاهش افسردگی والدین، درک فرزندان از بیماری والدین، کاهش مشکلات درونی‌شده فرزندان و افزایش تاب‌آوری در مطالعات خارجی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. اما، تاکنون در زمینه تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر مادران نوجوانان دارای مشکلات درونی‌شده در کشور پژوهشی انجام نشده و این خلأ پژوهشی سبب شکل‌گیری مطالعه حاضر شد.

### چارچوب نظری

جدیدترین درمان‌های حوزه مشکلات رفتاری فرزندان بر ارتقاء تعاملات والد-فرزند تأکید دارند. مهم‌ترین عامل مؤثر بر کاهش مشکلات رفتاری فرزندان نیز بهبود مهارت‌های فرزندپروری

<sup>۱</sup>. Cramer et al

<sup>۱</sup>. Azhar et al

است (Kazdin et al, 2017: 96). در مقابل، بهبود مشکلات رفتاری فرزندان موجب کاهش استرس و افسردگی والدین، افزایش رفتارهای والدینی کارآمد، حفظ درازمدت تأثیرات درمان و در نهایت، بهبود روابط والد-فرزند می‌شود (Nauman et al, 2023: 1895).

در این راستا، نظریه‌های متعددی پیرامون مداخلات خانوادگی فرزندان دارای مشکلات رفتاری مطرح شده که از آن جمله می‌توان به درمان فرزندپروری مثبت<sup>۱</sup> توسط ساندرز<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک توسط آیرگ<sup>۳</sup> (۱۹۸۸)، والدگری مبتنی بر خردورزی توسط مقدم و قمرانی (۱۴۰۱)، آموزش مهرورزی توسط مدحی و قمرانی (۱۳۹۸)، آموزش مهارت‌های سازماندهی توسط شمسی و قمرانی (۱۳۹۹)، آموزش سرریز خانوادگی توسط ترکاشوند و قمرانی (۱۴۰۲) و غیره اشاره کرد.

اما، در سال‌های اخیر، نظریه مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی<sup>۴</sup> توسط ویلیام بردزلی و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) ارائه شده که بر تأثیر افسردگی و اختلالات خلقی والدین بر فرزندان تأکید دارد و از زمان طرح تا به امروز، دامنه تأثیر آن نه تنها در خانواده‌های دچار اختلالات خلقی، بلکه در حوزه‌های دیگر نیز به اثبات رسیده و به موضوعاتی چون سوگ در خانواده، بیماری والدین، مراقبت‌های تسکینی در خانواده‌های دارای فرزند سرطانی و سایر اختلالات روانی والدین بسط یافته است (Ayoub et al, 2024: 11). اهداف مهم این مداخله نیز حمایت از یک ارتباط صریح و صادقانه خانوادگی و افزایش درک اعضای خانواده از این مشکل، آموزش والدین در به حداقل رساندن خطر روانی اجتماعی فرزندان خود از طریق درک تأثیر افسردگی والدین بر فرزندان، افزایش فعالیت‌های مثبت بین والدین و فرزندان و نیز افزایش دانش و درک مشکل روانی برای کل خانواده است.

بنابراین، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی می‌تواند خودخاموشی و تحمل پریشانی در مادران دارای فرزند با مشکلات رفتاری درونی را بهبود بخشد؟.

1. Teaching Positive Parenting Program

2. Sanders

3. Eyberg

4. Family talk intervention

5. William R Beardslee et al

## روش پژوهش

این پژوهش، یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چهار ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزندان دختر (۱۱ تا ۱۵ سال) دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده در شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله اولیه و نهایی انجام شد. در مرحله اولیه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین مدارس دخترانه متوسطه دوره اول شهر اصفهان، مدارس ناحیه ۱، انتخاب و سپس از بین این مدارس یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس پرسشنامه مشکلات رفتاری آخنباخ بر روی ۲۵۰ نفر دانش‌آموز اجرا شد. پس از تکمیل و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، مرحله دوم نمونه‌گیری اجرا شد. بدین صورت که از بین تمامی پرسشنامه‌ها تعداد ۴۰ پرسشنامه متعلق به دانش‌آموزان دختر دارای سن ۱۱ تا ۱۵ که نمرات آن‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، و سایر ملاک‌های ورود را نیز دارا بودند به‌عنوان گروه منتخب کاندید شدند و از طریق ارائه مجوز دانشگاه اصفهان و هماهنگی با مدیریت مدرسه با مادران دانش‌آموزان مذکور جهت شرکت در پژوهش ارتباط برقرار گردید. بدین صورت نمونه نهایی پژوهش مشتمل بر ۴۰ مادر دارای فرزند با مشکلات رفتاری درونی‌شده بود که به‌صورت داوطلبانه مشارکت در پژوهش را پذیرفتند. سپس این ۴۰ مادر به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) انتساب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۱-۱۵ سال، جنسیت دختر، رضایت و موافقت مادر جهت شرکت در پژوهش، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن مادر، نداشتن هرگونه اختلالات بینایی، شنوایی، بیماری صرع و مصرف داروی خاص فرزند و مادر و کسب نمرات بالاتر از یک انحراف معیار بالاتر از میانگین فرزندان در مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌شده و معیارهای خروج شامل شرکت مادران در کارگاه‌های مهارت‌آموزی مشابه، عدم حضور در بیش از دو جلسه از شروع مداخله و خانواده‌های دارای شرایط خاص مانند تک‌والدی، والد معتاد یا مطلقه بود. مادران گروه آزمایش به تعداد ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت آموزش مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بردزلی و همکاران (۱۹۹۷) قرار گرفتند.



### ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس خودخاموش‌سازی: این مقیاس که به‌وسیله جک و دیل (۱۹۹۲) ساخته شده است، ۳۱ سوال دارد و شواهد روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (Jack & Dill, 1992). این پرسشنامه چهار حوزه خودخاموشی، ادراک خویشتن به‌صورت ظاهری، نگرانی از فداکاری و خود تقسیم شده را دربر می‌گیرد. در ایران برای نخستین بار در پژوهش سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) از آن استفاده شده و پایایی و روایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. پایایی کل مقیاس در نمونه‌های گوناگون از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ است. روایی عاملی این مقیاس مورد تأیید بوده و پایایی آن در حد قابل قبول ۰/۸۷ گزارش شده است (ذبیحی‌دان، ۱۳۸۹). این ابزار میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را در دامنه ۵ درجه‌ای مورد سؤال قرار می‌دهد. نمره ۵ معادل کاملاً موافقم و نمره ۱ معادل کاملاً مخالفم است. سؤالات ۱، ۸، ۱۱، ۱۵ و ۳۱ به‌طور معکوس و سایر گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش ذبیحی‌دان (۱۳۸۹) نتایج تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش واریماکس، وجود یک عامل در گویه‌ها را تأیید کرد. ملاک استخراج عوامل، شیب نمودار اسکری و ارزش ویژه بیش از یک بود. سؤالات ۸، ۱۵ و ۲۱ به دلیل بار عاملی کم از مجموع سؤالات حذف شدند. مقدار ضریب KMO برابر ۰/۸۶ و ضریب آزمون کرویت بارتلت برابر با ۲۹۱/۴۰۳ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) بود که نشان از کفایت نمونه‌گیری و ماتریس همبستگی گویه‌ها داشت. به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۸۷ به‌دست آمد (ذبیحی‌دان، ۱۳۸۹). در این پژوهش، روایی سازه این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش مایل بررسی شد که ضریب KMO و آزمون کرویت بارتلت به‌ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۱۳۹۴ به‌دست آمد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار و مؤید روایی این ابزار بود. میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و در پژوهش حاضر ۰/۷۱ به‌دست آمد که مؤید پایایی این پرسشنامه بود.

۲- مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای

لیکرت نمره‌گذاری شده و نمرات بالا نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون‌طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت دارد (Simons & Gaher, 2005). در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی و همکاران (۱۳۸۸) نیز اعتبار بازمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ و میزان آلفای کرونباخ آن را ۰/۶۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۳- مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی: این مداخله اولین بار توسط بردزلی و همکاران (۱۹۹۷) در آمریکا طراحی شد و یک برنامه خانوادگی است که ابتدا برای خانواده‌های دارای والدینی با اختلال عاطفی و کودکان بین ۶ تا ۱۸ سال با هدف آموزش روانی برای خانواده‌های آسیب‌دیده در تلاش برای افزایش آگاهی از تأثیر منفی افسردگی والدین بر رشد عاطفی کودک به‌وجود آمد و در پژوهش‌های (Beardslee et al, 1997., Beardslee et al, 2003., & Beardslee, 2013) به‌عنوان یک مداخله اثربخش تأیید شده است. در ایران عیسی پره (۱۳۹۹) پروتکل مذکور را در دانشگاه اصفهان ترجمه و اعتباریابی نموده است. این مداخله در ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به شیوه گروهی بر روی مادران اجرا شد. با این وجود براساس دستورالعمل مداخله بردزلی (۱۹۹۷) در برخی جلسات نیاز به مشارکت پدر و همچنین فرزند در برنامه مداخله بود که بدین‌منظور از طریق تکالیف خانگی، تکمیل کاربرگ، مطالعه بروشورهای آموزشی و یا مشاهده کلیپ‌ها و اسلایدهای آموزشی امکان مشارکت پدران و فرزندان در طی جلسات درمانی فراهم گردید. باتوجه به این‌که جمعیت مورد مداخله مادران بوده‌اند، مداخلات توسط نویسنده اول پژوهش و با راهبری و نظارت استاد راهنما (نویسنده دوم) برای مادران طی ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجراء شد.



جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی (بردزلی، ۱۹۹۷ و عیسی پره، ۱۳۹۹)

**Table 1.** Summary of Family Talk Intervention Sessions (Beardslee, 1997 & Isapareh, 2020)

Session	Participants	Objective	Intervention Description
1	Parents	Intervention guidelines	Overview of parents' history, defining intervention goals, identifying the family's primary concern, and establishing therapeutic alliance
2	Parents	Illness experience and psychoeducation	Parents' experience and understanding of anxiety and depression concepts, exploring children's resilience and risk factors, parents' perspective on child's function
3	Mother-Child	Understanding children's thoughts and questions	Presenting intervention goals in child-friendly language, assessing functioning, raising children's concerns and questions
4	Parents	Planning the family meeting	Exploring perceptions of the child's functioning, reviewing connections between child and parent experiences, planning practical steps
5	Whole Family	Opening discussion and answering questions	Reviewing information about depression and resilience, allowing family members to ask questions, encouraging individual perspectives, revealing differences
6	Mother-Child	Review and future planning	Parents' perception of sessions, reviewing needed information, emphasizing continuity, therapist accessibility, reviewing achievements and missed areas
7 & more	Mother-Child	Reinforcing intervention principles	Encouraging continued use of intervention principles, reviewing and strengthening psychoeducational content, evaluating family performance, addressing questions

#### یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سنی فرزندان در گروه آزمایش به ترتیب ۱۳/۲۰ و ۰/۸۳ و در گروه گواه ۱۳/۱۵ و ۰/۸۷ و میانگین و انحراف معیار سنی مادران در گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۸۰ و ۲/۹۱ و در گروه گواه ۳۴/۴۵ و ۲/۹۱ بود. میزان تحصیلات ۱۰ درصد از مادران گروه آزمایش ابتدایی، ۲۰ درصد سیکل، ۴۰ درصد دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر

و در گروه گواه ۱۰ درصد ابتدایی، ۱۰ درصد سیکل، ۵۵ درصد دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

**Table 2.** Mean and Standard Deviation of Research Variables (Pre-test, Post-test, and Follow-up)

Statistical indicators		Pre-test		Post-test		Follow-up	
Variable	Group	Pre-test average	Pre-test SD	Post-test average	Post-test SD	Follow-up average	Follow-up SD
External Self-Evaluation	Experimental	16	6.36	14.75	6.32	15.55	7.11
	Control	19.95	5.90	19.95	5.59	19.85	6.01
Care as Sacrifice	Experimental	27	11.73	25.25		27.35	11.98
	Control	30.27	11.04	27	10.82	27.10	11.03
Self-Silencing	Experimental	17	5.00	15.25	4.71	15.70	4.84
	Control	17.90	3.87	18	3.76	17.75	3.80
Divided Self	Experimental	25.90	10.47	24.35	9.83	25.25	10.21
	Control	25.20	13.47	25.10	12.56	25.10	13.24
Total Self-Silencing	Experimental	85.90	15.63	79.60	14.55	83.58	15.63
	Control	90.35	22.70	90.05	21.26	89.80	22.20
Tolerance (Emotional Distress Tolerance)	Experimental	8.55	2.89	10.25	3.19	9.05	2.18
	Control	9.20	2.60	9.70	2.34	9.00	2.05
Absorption (Being Absorbed by Negative Emotions)	Experimental	8.85	3.36	10.10	3.09	9.80	2.66
	Control	9.90	2.95	10.05	2.81	9.95	2.64
Appraisal (Subjective Estimation of Distress Emotions)	Experimental	13.15	4.48	14.10	4.07	13.65	3.78
	Control	12.95	5.16	13	4.40	13.30	4.60
Regulation (Efforts to Soothe Distress)	Experimental	8.50	3.20	9.05	2.83	8.50	2.48
	Control	9.85	2.43	10.20	1.88	10.20	2.30
Total Distress Tolerance	Experimental	39.05	4.46	43.50	3.79	41.10	2.49
	Control	41.90	5.43	42.95	3.74	47.0	5.29

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در زمینه تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن سیر افزایشی و در زمینه خودخاموشی و مؤلفه‌های آن روند کاهشی داشته است. به‌منظور بررسی معنی‌داری آماری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید.

#### یافته‌های مربوط به پیش‌فرض‌های پژوهش

پیش‌فرض‌های پژوهش از قبیل نرمال بودن توزیع نمرات، تساوی کوواریانس‌ها و همچنین همگنی رگرسیون مبنی بر خطی بودن داده‌ها بررسی گردید. بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف توزیع نمرات در مؤلفه‌های خودخاموشی و تحمل پریشانی معنی‌دار نبود. بنابراین، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع طبیعی بوده است. نتایج آزمون لوین حاکی از آن است که برای نمرات خودخاموشی و تحمل پریشانی، تساوی واریانس‌ها برقرار است. مقدار منبع تغییرات تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه مؤلفه‌های خودخاموشی و تحمل پریشانی معنی‌دار نبود. به‌عبارت دیگر، تعامل میان شرایط آزمایشی و پیش‌آزمون معنادار نبوده، بنابراین، شیب خط رگرسیون برای کلیه شرایط آزمایش یکسان بود. با توجه به تأیید کلیه پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس، از این روش استفاده شد و در ادامه نتایج آن ارائه گردیده است. البته، به دلیل وجود یک متغیر مستقل (مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی والدینی) و وجود دو متغیر وابسته (خودخاموشی و تحمل پریشانی) که هر کدام چهار مؤلفه بود، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. به همین منظور، ابتدا از آزمون ام. باکس جهت بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را تأیید کرد. به‌عبارت دیگر، برابری ماتریس‌های کوواریانس، به لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر میانگین نمرات پس آزمون بر خودخاموشی،

تحمل پریشانی و مؤلفه‌ها

**Table 3.** ANCOVA Results on Post-Test Mean Scores of Self-Silencing, Distress Tolerance, and Their Components

Stage	Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	Effect Size	Statistical Power
Pre-test	Self-Silencing	42.617	1	42.617	2.020	0.165	0.058	0.281
	Distress Tolerance	80.685	1	80.685	12.234	0.001	0.270	0.924
Group	Self-Silencing	211.520	1	211.520	10.026	0.003	0.233	0.867
	Distress Tolerance	27.517	1	27.517	4.173	0.049	0.112	Group
Pre-test	External Self-Evaluation	0.005	1	0.500	0.076	0.784	0.002	0.058
	Care as Sacrifice	15.474	1	15.474	4.103	0.051	0.108	0.503
	Silencing the Self	4.548	1	4.548	1.064	0.314	0.030	0.169
	Divided Self	0.344	1	0.344	0.091	0.765	0.003	0.060
Group	External Self-Evaluation	29.763	1	29.763	4.544	0.040	0.118	0.544
	Care as Sacrifice	18.661	1	18.661	4.948	0.033	0.127	0.580
	Silencing the Self	29.447	1	29.447	6.773	0.014	0.166	0.715
	Divided Self	17.161	1	17.161	4.531	0.041	0.118	0.543
Pre-test	Tolerance	2.908	1	2.908	2.401	0.131	0.066	0.325
	Absorption	9.259	1	9.259	4.919	0.033	0.126	0.577
	Appraisal	8.895	1	8.895	12.046	0.001	0.262	0.921
	Regulation	41.744	1	41.744	11.209	0.002	0.248	0.902
Group	Tolerance	11.076	1	11.076	9.145	0.005	0.212	0.836
	Absorption	7.079	1	7.079	3.760	0.061	0.100	0.470
	Appraisal	5.530	1	5.530	7.490	0.010	0.181	0.758
	Regulation	4.383	1	4.383	1.177	0.286	0.033	0.184

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=10/026$  و  $P=0/003$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به میانگین گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش خودخاموشی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/233$  است، به عبارت دیگر، ۲۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است.



همچنین، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=4/173$  و  $P=0/049$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب افزایش تحمل پریشانی مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/112$  است. به عبارت دیگر، ۱۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است.

درخصوص تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر مؤلفه‌های خودخاموشی (خودارزیابی بیرونی، مراقبت به‌عنوان ایثار، خاموش کردن خود و خودتقسیم‌شده) در مرحله پس‌آزمون نیز همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه‌ی خودارزیابی بیرونی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=4/544$  و  $P=0/040$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه خودارزیابی بیرونی مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش خودارزیابی بیرونی مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/118$  است. به عبارت دیگر، ۱۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. همچنین، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه مراقبت به‌عنوان ایثار تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=4/948$  و  $P=0/033$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه مراقبت به‌عنوان ایثار مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش مراقبت به‌عنوان ایثار مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/127$  است. به عبارت دیگر، ۱۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. علاوه بر این، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از

لحاظ خودخاموشی در زمینه خاموش کردن خود تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $F=6/773$  و  $P=0/014$ ). بنابراین، می توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه خاموش کردن خود مادران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی موجب کاهش خاموش کردن خود مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/166$  است. به عبارت دیگر، ۱۷ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی است. همچنین، با کنترل پیش آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه خودتقسیم شده تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $F=4/531$  و  $P=0/041$ ). بنابراین، می توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه خودتقسیم شده مادران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی موجب کاهش خودتقسیم شده مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/118$  است. به عبارت دیگر، ۱۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی است.

در خصوص تأثیر مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی بر مؤلفه های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در مرحله پس آزمون، همان طور که در جدول ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه تحمل تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $F=9/145$  و  $P=0/005$ ). بنابراین، می توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی در زمینه تحمل مادران گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی موجب افزایش تحمل مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/212$  است. به عبارت دیگر، ۲۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت وگوی خانوادگی است. از طرف دیگر، با کنترل پیش آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه

جذب تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=3/760$  و  $P=0/061$ ). علاوه بر این، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه ارزیابی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=7/490$  و  $P=0/010$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل‌شده تحمل پریشانی در زمینه ارزیابی مادران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب افزایش ارزیابی مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/181$  است. به عبارت دیگر، ۱۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. همچنین، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه تنظیم تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=1/177$  و  $P=0/286$ ).

نتایج آماری بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر خودخاموشی و تحمل پریشانی در مرحله پیگیری در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر میانگین نمرات پیگیری بر خودخاموشی، تحمل پریشانی و مؤلفه‌ها

**Table 4.** Separate ANCOVA results within the context of MANCOVA on the follow-up mean scores of self-silencing, distress tolerance, and their components

Stage	Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P	Effect Size	Statistical Power
Pre-test	Self-Silencing	12.15	1	12.15	3.105	0.087	0.086	0.402
	Distress Tolerance	8.908	1	8.908	0.784	0.382	0.023	0.138
Group	Self-Silencing	17.406	1	17.406	4.448	0.043	0.119	0.535
	Distress Tolerance	3.926	1	3.926	0.346	0.561	0.010	0.088
Pre-test	External Self-Evaluation	2.725	1	2.725	0.613	0.439	0.018	0.119
	Care as Sacrifice	4.588	1	4.588	0.830	0.369	0.024	0.144
	Silencing the Self	6.691	1	6.691	2.849	0.101	0.077	0.375
	Divided Self	0.300	1	0.300	0.668	0.419	0.019	0.125
Group	External Self-Evaluation	1.005	1	1.005	0.226	0.637	0.007	0.075
	Care as Sacrifice	2.387	1	2.387	0.432	0.515	0.013	0.098
	Silencing the Self	13.639	1	13.639	5.807	0.022	0.146	0.649

	Divided Self	3.355	1	3.355	7.472	0.010	0.180	0.757
Pre-test	Tolerance	0.005	1	0.005	0.002	0.968	0.000	0.050
	Absorption	6.889	1	6.889	4.296	0.046	0.112	0.522
	Appraisal	0.901	1	0.901	0.188	0.668	0.005	0.071
	Regulation	26.375	1	26.375	6.725	0.014	0.165	0.712
Group	Tolerance	6.258	1	6.258	1.924	0.174	0.054	0.271
	Absorption	2.618	1	2.618	1.633	0.210	0.040	0.237
	Appraisal	1.019	1	1.019	0.212	0.648	0.006	0.073
	Regulation	10.825	1	10.825	2.762	0.106	0.075	0.365

همان طور که در جدول ملاحظه می‌شود در مرحله پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=4/448$  و  $P=0/043$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی مادران گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به میانگین گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش خودخاموشی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/119$  است. به عبارت دیگر، ۱۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. از طرف دیگر، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=0/346$  و  $P=0/561$ ). به عبارت دیگر، تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر تحمل پریشانی مادران در مرحله پیگیری تداوم نداشته است.

در خصوص تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر مؤلفه‌های خودخاموشی (خودارزیابی بیرونی، مراقبت به‌عنوان ایثار، خاموش کردن خود و خود تقسیم‌شده) همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود در مرحله پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه خودارزیابی بیرونی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=0/226$  و  $P=0/637$ ). همچنین، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه مراقبت به‌عنوان ایثار تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=0/432$  و  $P=0/515$ ). از طرف دیگر، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش

و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه خاموش کردن خود تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=5/807$  و  $P=0/022$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه خاموش کردن خود مادران گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش خاموش کردن خود مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/146$  است. به عبارت دیگر، ۱۵ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. همچنین، در مرحله پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودخاموشی در زمینه خود تقسیم شده تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ( $F=7/472$  و  $P=0/010$ ). بنابراین، می‌توان گفت با توجه به میانگین تعدیل شده خودخاموشی در زمینه خود تقسیم‌شده مادران گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به میانگین مادران گروه گواه، مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی موجب کاهش خود تقسیم‌شده مادران گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/180$  است. به عبارت دیگر، ۱۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری مادران گروه آزمایش نسبت به مادران گروه گواه مربوط به تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی است. در خصوص تأثیر مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در مرحله پیگیری، مطابق با جدول با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه تحمل تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=1/924$  و  $P=0/174$ ). همچنین، با کنترل پیش‌آزمون بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه جذب تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=1/633$  و  $P=0/210$ ). علاوه بر این، با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه ارزیابی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=0/212$  و  $P=0/648$ ). با کنترل پیش‌آزمون، بین مادران گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تحمل پریشانی در زمینه تنظیم نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $F=2/762$  و  $P=0/106$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد مداخله مبتنی برگفت‌وگویی خانوادگی بر خودخاموشی و تحمل پریشانی مادران دارای فرزندان با مشکلات رفتاری درونی‌شده تأثیر دارد که با نتایج پژوهش‌های سولانتاس (۲۰۱۰)، کریستینسن وهمکاران (۲۰۱۱)، هولم و همکاران (۲۰۲۳) و ایوب و همکاران (۲۰۲۴) به‌طور غیرمستقیم مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودخاموشی گرایش به پنهان کردن احساسات و نیازهای شخصی خود به‌منظور حفظ روابط عاطفی و روابط موجود با افراد نزدیک است و با توجه به این‌که مطابق اظهارات اکلند و همکاران (۲۰۲۲) از جمله اهداف مداخله مبتنی بر گفت‌وگویی خانواده، حمایت از یک ارتباط صریح و صادقانه خانوادگی و افزایش درک کودکان از مشکلات روان‌شناختی والدین، کاهش درگیری‌ها و برقراری ارتباط در خانواده و چگونگی ادغام ارتباط در زندگی روزمره آن‌ها، آموزش اعضای خانواده برای شکستن سکوت و تعامل مثبت بین اعضای خانواده است (Falk, 2022)، مشخص شد این مداخله می‌تواند بر خودخاموشی تأثیرگذار باشد. در تبیین دوم می‌توان به چرخه تعاملی مثبت بین مادر و فرزند استناد نمود که بر اساس آن، افسردگی مادران یک سازه متأثر از شرایط خانوادگی است و افسردگی والدین با افزایش خطر علائم افسردگی در کودکان، همراه است و از آن‌جا که افسردگی مادر بیشتر از افسردگی پدر با مشکلات درونی فرزندان (افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری) ارتباط دارد (Kuckertz et al, 2017). لذا دور از انتظار نیست که مداخله مبتنی بر گفت‌وگویی خانوادگی باعث کاهش مشکلات رفتاری درونی فرزندان و به تبع آن کاهش افسردگی مادران در یک چرخه تعاملی مثبت شده باشد.

همچنین یافته‌ها نشان داد مداخله مبتنی برگفت‌وگویی خانوادگی تأثیر معنی‌داری بر تحمل پریشانی مادران دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاردرونی‌شده داشته است که این نتایج به‌طور غیرمستقیم با پژوهش فیروزی (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله مبتنی بر گفت‌وگویی خانوادگی عمدتاً بر آموزش والدین و چگونگی تعامل آن‌ها با فرزندان، حمایت از والدین در درک نیازهای فرزندان و افزایش درک اعضای خانواده از هم استوار است. پژوهش فیروزی گویای آن است که سطح پایین تحمل پریشانی مادر، سبک استبدادی و سطح

بالای آن، سبک مقتدر را پیش‌بینی کرده است. سبک استبدادی نوعی افراط است که شامل دو جنبه کنترل بیش از حد و حمایت بیش از حد است. افزون بر این، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که والدین دارای کنترل بیش از حد مستعد ابتلا به افسردگی و والدین بیش از حد حمایت‌گر مستعد اضطراب هستند. از طرفی بهرامی و همکاران (۲۰۱۸) رابطه عواطف والدین و تعامل با فرزندان و فرزندپروری را در مادران کودکان پیش دبستانی نشان دادند و تاکید کردند که توانایی تنظیم عواطف نقش مهمی در انتخاب سبک‌های فرزندپروری دارد. به عبارت دیگر، اگر مادران درماندگی کمتری را تجربه کنند، توانایی خود در استفاده از یک سبک معتبر را بهبود می‌بخشند (Cohen et al, 2016: 540). از دریچه دیگر، ملبوم و همکارانش (۲۰۱۶) اظهار داشته‌اند والدینی که درگیری منفی<sup>۱</sup> دارند و بسیار آشفته هستند، می‌توانند بر مشکلات رفتاری فرزندشان تأثیر بگذارند. از نظر آن‌ها، درگیری می‌تواند توانایی والدین در تحمل احساسات را کاهش دهد و این منجر به اختلال در رفتار فرزندان می‌شود. چه آن‌که در تحقیقات انجام شده در داخل کشور نیز رابطه بین درگیری مثبت و منفی مادران با احساس کفایت آن‌ها از فرزندپروری و مشکلات رفتاری درونی‌شده فرزندان تأیید شده است. علاوه بر این، تحمل پریشانی در مادران، بازتابی از خودتنظیمی است. اگر مادران یاد بگیرند خود را آرام کنند، از سبک‌های فرزندپروری بیش از حد کنترل شده و بیش از حد حمایت‌گر استفاده نخواهند کرد. در نتیجه تحمل پریشانی آن‌ها ارتقا خواهد یافت که این مهم، در مداخلات مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی مدنظر بوده است. در تبیین دیگر، می‌توان به رویکرد نظری مداخله مبتنی بر گفت‌گوی خانوادگی اشاره کرد. این نظریه تحت تأثیر نظریه دلبستگی باولبی (۱۹۸۲) و نظریه پردازان رابطه (سوری، ۱۹۸۵)، اذعان دارد که تجارب اولیه رشد ممکن است زمینه‌ای برای شکل‌گیری تصاویر خاصی در مورد رابطه ایجاد کند. یک فرد احتمالاً انتظارات و اعتقادات مربوط به خویشاوندی خانواده را در روابط بزرگسالان خود الگو کند. علاوه بر این، هنجارهای فرهنگی موجود در جامعه رفتارهای اجتماعی مانند ایثار، خشنودسازی، عدم ابراز نارضایتی از خود را زنانه و ابراز نیازها و حفظ خودمختاری،

<sup>۱</sup>. در والدگری رفتارهایی مانند خصومت، نفرت، تحقیر و سرزنش به‌عنوان درگیری منفی و رفتارهایی مانند حمایت، گرمی، رشد و محبت درگیری مثبت مفهوم سازی می‌شود (دوستانی و قمرانی، ۱۴۰۱)

را یک پیشگویی مردانه تلقی می‌کنند (Emran et al, 2020: 75). بنابراین، به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر گفت‌وگوی خانوادگی از رهگذر ایجاد حالت‌های ایمن دلبستگی برای مادران و بهبود روابط خانوادگی تأثیر معنی‌داری بر تحمل پریشانی آن‌ها داشته است. در پایان باید اشاره شود که از آنجا که پژوهش حاضر بر دانش‌آموزان با مشکلات رفتار درونی شده ۱۱ تا ۱۵ سال انجام شد، در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها از نظر سن، بایستی احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده مقایسه‌ای میان این مداخله و دیگر مداخلات خانواده‌محور و مبتنی بر تعامل والد-کودک، صورت گیرد و نقاط تمایز و برجسته این مداخلات مشخص شود و تداوم تغییرات در دوره‌های پیگیری کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت مورد بررسی قرار گیرد.

#### قدردانی

از کارکنان اداره آموزش و پرورش ناحیه ۱ شهر اصفهان و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- اندامی خشک، علیرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ترکاشوند، علی. و قمرانی، امیر. (۱۴۰۲). ارزیابی اثربخشی مداخله سرریزشدگی بر پردازش هیجانی و خود نهانسازی مادران دارای فرزند با مشکلات رفتاری برونی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۳(۵۱)، ۴۹-۸۱.
- دوستانی، شهرزاد. و قمرانی، امیر. (۱۴۰۱). تدوین بسته والدگری اجتماعی شدن هیجان‌ات و ارزیابی اثربخشی آن بر احساس کفایت در مادران دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری درونی‌شده، *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۴(۴)، ۲۵۳-۲۶۲.
- ذبیحی دان، سحر. (۱۳۸۹). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و احساس تنهایی با واسطه‌گری خودنقدی و خودخاموشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- سفیری، خدیجه، ایمانیان، سارا. و منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۳). نقش مادران در آموزش سلامت به دختران: تبدیل دانش سلامت به رفتار مرتبط با سلامت. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۸(۱)، ۸-۱۰۷.
- سلطانیان، فیروزه، میرشکار، ساره، احمدی، وحید. و هاشمی، شیرین. (۱۳۹۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، شیوه‌های فرزندپروری و خودخاموشی در نوجوانان. هفتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، تهران. <https://civilica.com/doc/982132>
- سلیمی، عظیمه، جوکار، بهرام. و نیک‌پور، روشنگر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روان‌شناختی*، ۵(۳)، ۸۱-۱۰۲.
- شمسی، عبدالحسین. و قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی والدگری مبتنی بر مهارت‌های سازماندهی بر علائم کودکان با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۴)، ۵۷۷-۵۸۶.

صادق‌زاده، مرضیه، عسکری، زهرا. و خرمایی، فرهاد. (۱۴۰۱). رابطه خودانتقادی و حساسیت به طرد با آشفتگی روان‌شناختی دانشجویان دختر: نقش واسطه‌ای خودخاموشی. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۲۰(۲)، ۱۳۷-۱۶۵.

عزیزی، علیرضا. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس تحمل پریشانی. *مجله ایرانی روان‌پزشکی*، ۵، ۱۵۸-۱۵۴.

عیسی‌پره، صدیقه. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مبتنی برگفتگوی خانوادگی بر خودخاموش‌سازی، تحمل پریشانی و احساس کفایت والدینی مادران و ذهنی‌سازی و علایم فرزندان دارای مشکلات رفتاری درونی‌شده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.

فیروزی، منیژه. و فیض‌آبادی، زهرا. (۱۳۹۹). تحمل آشفتگی مادر و بروز مشکلات برون‌سازی-درون‌سازی در کودکان مبتلا به سرطان. *پرستاری کودکان*، ۶(۴)، ۲۱-۲۹.

مدحی، محمد. و قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر مدل دوگانه‌ای بی‌سی ایکس و فرزندپروری مبتنی بر مهرورزی بر رابطه مادر-کودک و مشکلات رفتاری کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی و تحولی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹(۳۳)، ۲۵۵-۲۰۳.

مقدم، منصور. و قمرانی، امیر. (۱۴۰۱). ارزیابی اثربخشی والدگری خردمندانه بر اساس آموزه‌های امام علی (ع) بر خردمندی والدین و خلاقیت کودکان پیش‌دبستانی. *پژوهش در دین و سلامت*، ۸(۱)، ۹۸-۱۱۰.

نصیری، پروین، رجبی، ماهرخ. و احمدی، علی‌یار. (۱۴۰۱). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و خود ارزیابی سلامت مادران شهر شیراز. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۲۰(۳)، ۱۶۵-۱۴۱.

Alker, L. (2024). Distress tolerance as a mediator of the relation between stress mindset and anxiety. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 25(2), 1-12.

Andami-Khashak, A. (2013). The mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and distress tolerance with life satisfaction. Master's thesis, Allameh Tabatabaei University. (In Persian)



- Ayoub, M., Udo, C., Årestedt, K., Kreicbergs, U., & Lövgren, M. (2024). The family talk intervention in pediatric oncology: Potential effects reported by parents. *Children*, 11(1), 95. <https://doi.org/10.3390/children11010095>
- Azizi, A. (2011). Reliability and validity of the Persian version of the Distress Tolerance Scale. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5, 158–154. (In Persian)
- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R., & Kowalenko, N. M. (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: International perspectives. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), 23–25.
- Cohen, J. R., Danielson, C. K., Adams, Z. W., & Ruggiero, K. J. (2016). Distress tolerance and social support in adolescence: Predicting risk for internalizing and externalizing symptoms following a natural disaster. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 538–546.
- Doan, S. N., Son, H., & Kim, L. N. (2018). Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. *Psychiatry Research*, 267, 215–220.
- Daughters, S. B., Gorka, S. M., Rutherford, H. J. V., & Mayes, L. C. (2014). Maternal and adolescent distress tolerance: The moderating role of gender. *Emotion*, 14(2), 416–424.
- Doostani, Sh., & Ghamarani, A. (2022). Designing a parenting package for emotional socialization and evaluating its effectiveness on parenting self-efficacy in mothers of students with internalizing behavioral problems. *Journal of Principles of Mental Health*, 24(4), 253–262. (In Persian)
- Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jalmsell, L., & Lövgren, M. (2020). The family talk intervention for families when a parent is cared for in palliative care - potential effects from minor childrens perspectives. *BMC Palliative Care*, 19(1), 50.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477–484.
- Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D., & Loo, S. K. (2018). Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry Research*, 267, 210–214.
- Emran, A., Iqbal, N., & Dar, I. A. (2020). Silencing the self" and women's mental health problems: A narrative review. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102197. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102197>

- Fakhra, A., & Iqbal, H. (2019). Self-silencing and marital adjustment in women with and without depression. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 34(2), 311–330.
- Felton, J. W., Collado, A., Havewala, M., Shadur, J. M., MacPherson, L., & Lejuez, C. W. (2018). Distress tolerance interacts with negative life events to predict depressive symptoms across adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 633-642.
- Firoozi, M., & Feiz Abadi, Z. (2020). Maternal distress tolerance and the occurrence of internalization and externalization behavioral problems in children with cancer. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 6(4), 21-29.
- Georgiou, S. N., & Symeou, M. (2018). Parenting Practices and the Development of Internalizing/Externalizing Problems in Adolescence. *Parenting - Empirical Advances and Intervention Resources*, 15-29.
- Goodman, S. H., & Garber, J. (2017). Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Development*, 88(2), 368–377.
- Issapareh, S. (2010). The effectiveness of family dialogue-based intervention on self-extinguishing, distress tolerance, and mothers' sense of parental efficacy, and mentalization and symptoms of children with internalizing behavioral problems. Master's thesis, University of Isfahan. (In Persian)
- Janković, I., Todorović, J., & Arnaudova, V. (2017). Family functioning and self-silencing of students. *UDC 159.942.072-057.875:316.356.2*, 151–161.
- Kazdin, A. E., Glick, A., Pope, J., Kaptchuk, T. J., Lecza, B., Carrubba, E., & Hamilton, N. (2018). Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 91–101.
- Kuckertz, J. M., Mitchell, C., & Wiggins, J. L. (2017). Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. *Depression and Anxiety*, 35(1), 89–97.
- Madhi, M., & Ghamarani, A. (2019). Comparing the effectiveness of parenting education based on the ABCX dual model and affection-based parenting on mother-child relationships and behavioral problems in children with intellectual and developmental disabilities. *Exceptional Psychology*, 9(33), 203–255. (In Persian)



- Moghaddam, M., & Ghamarani, A. (2022). Evaluating the effectiveness of wise parenting based on Imam Ali's teachings on parental wisdom and children's creativity. *Research in Religion and Health*, 8(1), 98–110. (In Persian)
- Nasiri, P., Rajabi, M., & Ahmadi, A. (2022). Investigating the relationship between social capital and self-rated health in mothers in Shiraz. *Journal of Women's Social and Psychological Studies*, 20(3), 141–165. (In Persian)
- Nauman, C., Goble, P., Alfaro, E. C., & Weimer, A. A. (2022). Adolescent academic success: Teacher-child interactions as a buffer for early childhood relational adversity. *Journal of Child and Family Studies*, 32(1), 1895-1910
- Oglesby, M. E., Short, N. A., Albanese, B. J., Portero, A. K., & Schmidt, N. B. (2018). Negative interpretations of distress-related information: A novel assessment tool for distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 20-25.
- Patrick, B. C., Stockbridge, S., Roosa, H. V., & Edelson, J. S. (2019). Self-silencing in school: Failures in student autonomy and teacher-student relatedness. *Social Psychology of Education: An International Journal*, 22(4), 943–967.
- Sadeghzadeh, M., Askari, Z., & Khormae, F. (2022). The relationship of self-criticism and rejection sensitivity with psychological distress in female students: The mediating role of self-silencing. *Journal of Women's Social and Psychological Studies*, 20(2), 137–165. (In Persian)
- Safari, K., Imanian, S., & Mansourian Ravandi, F. (2014). Mothers' role in health education for daughters: Transforming health knowledge into related behavior. *Iranian Journal of Social Studies*, 8(1), 88–107. (In Persian)
- Salimi, A., Joukar, B., & Nikpour, R. (2009). Internet and communications: perceived social support and loneliness antecedent variables. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 5(3), 81–102. (In Persian)
- Samardzic, T. (2019). Women's self-silencing with abusive male partners: A potential risk for important relationship processes. *Electronic Theses and Dissertations*, 7770.
- San Miguel, G. G., Paulus, D. J., Brandt, C. P., Ditre, J., Lemaire, C. M., Mayorga, N. A., & Zvolensky, M. J. (2018). Exploring distress tolerance as an underlying mechanism in the relation between negative affectivity and anxiety/depression among persons living with HIV/AIDS. *Journal of*

- HIV/AIDS & Social Services, 17(4), 331–345.  
<https://doi.org/10.1080/15381501.2018.1502710>
- Shamssi, A., & Ghamarani, A. (2020). The effectiveness of organization-based parenting skills on symptoms of children with ADHD. *Behavioral Sciences Research*, 18(4), 577–586. (In Persian)
- Sipila, M. (2010). Fidelity and feasibility of preventive family-based interventions in adult mental health services: Clinicians experiences. Tampere School of Public Health. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/81786>
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., & Punamäki, R. L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883–892.
- Soltanian, F., Mirshekar, S., Ahmadi, V. & Hashemi, S. (2019). The relationship between personality traits, parenting styles and self-mutilation in adolescents, 7th Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran, <https://civilica.com/doc/982132>
- Torkashvand, A., & Ghamarani, A. (2023). Evaluating the effectiveness of overflow intervention on emotional processing and self-silencing in mothers of children with externalizing behavioral problems. *Exceptional Psychology*, 13(51), 49–81. (In Persian)



© 2025 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### نویسندگان

Sadaf200081@yahoo.com

صدیق عیسی پره

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص از دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.

a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

امیر قمرانی

دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.