Iranian Journal of Pediatric Nursing (JPEN) Orginal Article

Summer 2026, Volume 12, Issue 4 10.22034/jpen.12.4.22

# The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescent Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**Parastoo Ghanbari[1], Saeed Moshtaghi[2*]**

1- Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.
2- Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.

**Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Dez. C., Islamic Azad University, Dezful, Iran.
**Email: Moshtaghisaeed@iau.ac.ir**

Received: 2026/02/1 Accepted: 2026/09/5

## Abstract

**Introduction:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common behavioral disorders during childhood and adolescence. One of the challenges faced by this group is cognitive emotion regulation. The aim of the present study was to determine the effectiveness of emotional schema therapy in improving cognitive emotion regulation strategies among adolescent male students with ADHD.

**Methods:** The research method was a quasi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included all male high school students with attention deficit hyperactivity disorder referred to the "Rahyab" Specialized Educational and Training Counseling Center in the academic year 2024-2025 who had a file in this center, of which 32 people (16 in the experimental group and 16 in the control group) were selected by convenient sampling. The collection tools were the Conners Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Questionnaire (1999) and the Garnefski & Kroaij Multidimensional Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2006). The emotional schema therapy intervention was performed on the experimental group during 10 sessions, two 60-minute sessions per week.

**Results:** There is a significant difference in the mean scores of cognitive emotion regulation strategies between the experimental and control groups across the pre-test, post-test, and follow-up stages, and the intervention successfully improved cognitive emotion regulation strategies in the sample group ($p < 0.01$). Based on the calculated effect sizes, the impact was 0.61 on adaptive strategies and 0.52 on maladaptive strategies.

**Conclusions:** Given that emotional schema therapy was effective in improving cognitive emotion regulation strategies, this method should be considered by therapists and psychology specialists as an effective method.

**Keywords:** Emotional schema therapy, Cognitive emotion regulation, Attention deficit hyperactivity disorder, Students.

نشریه پرستاری کودکان
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۴۰۵، دوره ۱۲، شماره ٤
10.22034/jpen.12.4.22

# اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دانش آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی

پرستو قنبری[۱]، سعید مشتاقی[۲*]

۱- گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۲- گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

**نویسنده مسئول:** سعید مشتاقی، استادیار گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
**ایمیل:** moshtaghisaeed@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۱۴

## چکیده

**مقدمه:** اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است. یک از مشکلات این گروه خود نظم جویی شناختی هیجان است. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان دانش آموزان نوجوان پسر دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی بود.

**روش کار:** روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارجاع داده شده به مرکز مشاوره تخصصی تحصیلی-تربیتی «رهیاب» در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ که در این مرکز دارای پرونده بودند، می شد که تعداد ۳۲ نفر (۱۶نفر گروه آزمایش و ۱۶نفر گروه کنترل) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری پرسشنامه تشخیصی اختلال نقص توجه و بیش فعالی بزرگسالان کانرز (۱۹۹۹) و پرسشنامه چندبُعدی نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی و کاریج (۲۰۰۶) بود. مداخله طرحواره درمانی هیجانی در طی ۱۰ جلسه به صورت هفته ای دو جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش انجام شد.

**یافته ها:** بین میانگین نمرات راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد و این مداخله توانسته منجر به بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در گروه نمونه شود ($p<۰/۰۱$). بر اساس اندازه اثر به دست آمده، تاثیر بر راهبردهای سازگارانه۰/۶۱ و بر راهبردهای ناسازگارانه ۰/۵۲ بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به این که طرحواره درمانی هیجانی برای بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان موثر بود، این روش به عنوان یک شیوه موثر مورد توجه درمانگران و متخصصین حوزه روان شناسی قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** طرحواره درمانی هیجانی، نظم جویی شناختی هیجان، اختلال نقص توجه و بیش فعالی، دانش آموزان.

## مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی است که در اوایل این دوران شروع و رایج ترین نشانه های آن بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری است (۱). برای تشخیص این اختلال حداقل ۶ مورد از ۹ ملاک بی توجهی یا بیش فعالی، تکانشگری، بایستی حداقل در دو مورد جداگانه مثلاً خانه و مدرسه مشاهده شود. علائم مشاهده شده می بایست ۶ ماه طول بکشد و با سطح رشدی کودک مطابقت نداشته باشد و در عملکرد فرد اختلال وارد کرده باشد (۲). حدوداً ۵ تا ۸ درصد از کودکان (با شیوع بیشتر در پسران) با اختلال

بیش فعالی و نقص توجه دست و پنجه نرم می کنند (۳). تحقیقات گزارش کرده اند ۳۰ تا ۷۰ درصد از کودکانی که دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی هستند، علائم این اختلال را تا سنین بزرگسالی خود نشان می دهند (۴).

یکی از مشکلاتی که مبتلایان به اختلال نقص توجه و بیش فعالی در طول عمر با آن روبرو هستند، خود نظم جویی شناختی هیجان است (۶). مطالعات نشان دادند که مشکل در خود نظم جویی شناختی هیجان باعث بروز نشانگان افسردگی در نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی می شود (۶). همچنین، رابطه معنی داری بین اختلال نقص توجه و بیش فعالی و استفاده از راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان در بزرگسالی مشاهده شده است (۷). اخیراً، نیز در مطالعه ای نقش راهبردهای ناسازگار در نظم جویی شناختی هیجان در بین نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی با علائم افسردگی آن ها مورد تایید قرار گرفت (۸). در واقع نظم جویی هیجان، مدیریت کننده بازشناسی، پاسخ دهی و تعدیل کننده تنش است (۹) و شامل دو بخش کلی راهبردهای «سازگارانه و ناسازگارانه» است (۱۰) و به ۹ قسمت تقسیم می شوند، ناسازگارانه شامل: «سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران» و سازگارانه شامل: «پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری» است (۱۱). این راهبردها به عنوان بخش مهمی از زندگی هر فردی به حساب می آیند (۱۰)، پس ضروری است که به چگونگی تجربه هیجانات و نحوه بیان آن ها توجه ویژه ای شود (۹). خود نظم جویی هیجان به فرآیندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن، هیجانات خود را ساماندهی می کنند و بر اساس این فرآیندها مشخص می شود که افراد چگونه هیجانات خود را تجربه و ابراز می کنند (۱۲). مشکلات نظم جویی هیجانی ویژگی کلیدی آسیب شناسی مختلف در طول دوره نوجوانی است، زیرا نوجوان به علت ناتوانی در شناسایی و درک تجربه های هیجانی، ممکن است نتوانند راهبردهای نظم جویی به مناسبی را به کار گیرد (۱۳).

چندین مداخله درمانی در زمینه مدیریت راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی انجام گرفته است که از این بین می توان به درمان فراشناختی (۱۴، ۱۵)؛ درمان توانبخشی شناختی (۱۶، ۱۷)؛ درمان مبتنی بر بهبود حافظه کاری (۱۸)؛ درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۹) و طرحواره درمانی در ترکیب با درمان نوروفیدبک (۲۰)؛ تحریک جریان مستقیم فراجمجمه ای -tDCS (۲۱) اشاره کرد. هرچند نتایج پژوهش ها حکایت از اثربخشی این مداخلات دارد، اما درمان های مرتبط با تنظیم هیجان می تواند با کمک به شناسایی هیجان های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان ها و آموزش باورهای صحیح در مورد زندگی و آینده زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی فراهم ساخته و در نتیجه منجر به کاهش عواطف منفی آن ها گردد (۲۲). از جمله این روش های درمانی، «طرحواره درمانی هیجانی» (Emotional Schema Therapy) است (۲۳). این درمان، شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که Leahy با اقتباس از «نظریه شناختی بک» (Beck›s Cognitive Theory)، «طرحواره درمانی یانگ» (Yang›s Schema Therapy)، «الگو فراشناختی ولز» (Wells› Metacognitive Model) و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) به برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (۲۴). «طرحواره درمانی هیجانی» یک الگوی اجتماعی-شناختی از هیجان و نظم جویی هیجانی است زیرا از نگاه Leahy، هیجان ها هم یک پدیده فردی و هم اجتماعی می باشند که توسط خود فرد و دیگران مورد تفسیر قرار می گیرند و تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسا نظم جویی هیجانی می شود. طبق این الگو تفاوت های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان های آن ها، «طرحواره های هیجانی» نامیده می شود (۲۵). نتایج پژوهش های داخلی حاکی از موثر بودن این درمان بر راهبردهای تنظیم هیجان در نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه (۲۳)، نشخوار فکری و تداوم هیجانی (۲۶)، شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی (۲۷)، تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر (۲۸)، بهبودی تنظیم شناختی- هیجان در سربازان اقدام-کننده به

خودزنـی (۲۹)، راهبردهـای خودمهارگـری در دانـش آمـوزان بـا اختـلال نافرمانـی مقابلـه جویانـه (۳۰) بـوده اسـت.

بـا توجـه بـه مطالعـات ذکـر شـده و نقـش راهبردهـای نظـم جویـی شـناختی هیجـان در بـروز بسـیاری از اختـلالات روان شـناختی و از سـویی بـا تاکیـد بـر اختـلال نقـص توجـه و بیـش فعالـی اهمیـت پیشـنهاد و ارائـه برنامـه هـای مداخلـه ای مناسـب جهـت بهبـود اسـتفاده از ایـن راهبردهـا در نوجوانـان مبتـلا بـه ایـن اختـلال شـایان اسـت. از ایـن رو، پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن اثربخشـی طرحـواره درمانـی هیجانـی بـر راهبردهـای نظـم جویـی شـناختی هیجـان در نوجوانـان پسـر دارای اختـلال کمبـود توجـه و بیـش فعالـی صـورت بنـدی شـد.

## روش کار

مطالعـه حاضـر نیمـه تجربـی بـا طـرح پیـش آزمون-پـس آزمـون و گـروه گـواه بـا دوره پیگیـری دو ماهـه بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه دانـش آمـوزان پسـر مقطـع متوسـطه دارای اختـلال نقـص توجـه و بیـش فعالـی ارجـاع داده شـده بـه مرکـز مشـاوره تخصصـی تحصیلی-تربیتـی «رهیـاب» در سـال تحصیلـی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ کـه در ایـن مرکـز دارای پرونـده بودند، تشکیل می داد. طبـق جـدول کوهـن بـا در نظـر گرفتـن تـوان آمـاری ۸۰ درصـد و سـطح خطـای آلفـای ۰/۰۵ حجـم نمونـه ۳۰ بـه دسـت آمـد کـه با درنظر گرفتن احتمـال افـت آزمودنـی ایـن تعـداد ۳۲ نفـر در نظـر گرفتـه شـد. نمونـه گیـری بـه صـورت هدفمنـد انجـام گرفـت. مـلاک هـای ورود بـه پژوهـش تشـخیص اختـلال نقـص توجـه و بیـش فعالـی توسـط روانشـناس بالینـی مرکـز و اکتسـاب نمـره بالاتـر از نقطـه بـرش ۳۸ از فـرم کوتـاه پرسشـنامه تشـخیصی اختـلال بیـش فعالی-نقـص توجـه کانـرز، دارا بـودن جنسـیت پسـر، دارای طیـف سـنی ۱۳ تـا ۱۸ سـال، عـدم ابتـلا بـه سـایر اختـلالات روان شـناختی بـه صـورت هـم زمـان در شـرکت کننـده هـا (مطابـق بـا خوداظهـاری داوطلـب و نظـر روان شـناس بالینـی مرکـز)، رضایـت آگاهانـه از شـرکت در پژوهش، طـی نکـردن دوره درمانی مذکـور درگذشـته و عـدم شـرکت هـم زمـان در جلسـات درمانـی مشـابه در زمـان پژوهـش بـود. مـلاک خـروج، عـدم حضـور در جلسـات بـه مـدت بیـش از سـه جلسـه، عـدم تمایـل بـه ادامـه توسـط شـرکت کننـدگان و شـرکت در درمـان هـای توانبخشـی مشـابه یـا درمـان هـای روان شـناختی بـه طـور هـم زمـان بـود. روش اجـرا بـه ایـن صـورت بـود کـه پرسشـنامه نظـم جویـی شـناختی هیجـان بـه عنـوان پیـش آزمـون در مرکـز مشـاوره تخصصـی «رهیـاب» بیـن کلیـه گـروه نمونـه اجـرا شـد. سـپس پروتـکل طرحـواره درمانـی هیجانـی طـی ۱۰ جلسـه ۶۰ دقیقـه ای و هفتـه ای دو بـار (روزهـای شـنبه و چهارشـنبه از سـاعت ۱۷:۳۰ لغایـت ۱۸:۳۰) توسـط نویسـنده اول (بـا هدایـت نویسـنده دوم) بـرای گـروه آزمایـش اجـرا شـد. در پایـان آخریـن جلسـه مداخلـه، پـس آزمـون از هـردو گـروه آزمایـش و گـواه اخـذ گردیـد و در دوره پیگیـری نیـز پـس از دو مـاه مجـدد پرسشـنامه نظـم جویـی شـناختی هیجـان در بیـن دو گـروه اجـرا شـد. بـه اعضـای گـروه گـواه بـه طـور داوطلبانـه بعـد از اتمـام دوره پیگیـری، خلاصـه ای از پروتـکل طی سـه جلسـه فشـرده ارائـه گردیـد تـا رعایـت اصـول اخلاقـی حاصـل شـود. در نهایـت پـس از پایـان جلسـات درمانـی از هـر دو گـروه پـس آزمون گرفته شـد. بـرای رعایـت موازیـن اخلاقی، مجـوز پژوهـش از معاونـت پژوهشـی دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد دزفـول اخـذ شـد و اطلاعات آزمودنی هـا بـا کـد شناسـایی ذخیـره شـد تـا محرمانگـی حفـظ شـود. آزمودنـی هـا حق داشـتند هـر زمان بـدون ذکـر دلیـل از پژوهـش انصـراف دهنـد. کـد اخـلاق پژوهـش IR.IAU.D.REC.1404.021 نیـز از کمیتـه اخـلاق دانشـگاه آزاد اسلامی واحـد دزفول دریافـت شـد. در پژوهش حاضـر داده هـا بـا نـرم افـزار SPSS نسـخه ۲۴ بـا سـطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شـدند. نرمال بـودن داده هـا بـا آزمـون شـاپیرو-ویلک بررسـی شـد. بـرای بررسـی پیـش نیازهـای تحلیـل واریانـس انـدازه گیـری مکـرر از آزمـون هـای ام باکـس، لویـن و موچلـی اسـتفاده شـد. همچنیـن فرضیـه هـای پژوهـش بـا تحلیـل واریانـس مکـرر و آزمـون تعقیبـی بـون فرونـی آزمـون شـدند. ابـزار گـردآوری داده هـا عبـارت بـود از:

- پرسشـنامه تشـخیصی اختـلال نقـص توجـه و بیـش فعالـی بـزرگ سـالان کانـرز (Conner's Adult ADHD Rating Scale-Self report form & Subscale): ایـن مقیـاس بـه وسـیله Erhardt ، Conners و Sparrow در سـال ۱۹۹۹ تهیـه شـد کـه شـامل ۲۶ آیتـم صفـر تـا سـه امتیـازی دارد و در تصحیـح آن از پنـج خـرده مقیـاس شـامل: ۱)کـم توجهـی-مشـکلات حافظـه «A»، ۲) بی قراری/بیش فعالـی «B»، ۳) بی ثباتـی هیجانی/تکانـه ای بـودن «C»، ۴) مشـکلات بـا تصـور کلـی از خـود «D»، ۵) شـاخص بیـش فعالی-نقـص توجه «E» اسـتفاده مـی شـود (۳۱). خـرده مقیـاس E مقیاسـی از سـطح کلـی علایـم مربـوط بـه بیـش فعالـی را نشـان مـی دهـد و از

میان خرده مقیاس ها بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری می باشد. نمرات خام هر خرده مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب آن حوزه را نشان می دهند. هریک از چهار خرده مقیاس اول شامل پنج گویه هستند و شاخص بیش فعالی-نقص توجه مربوط به کل گویه ها می شود که بهترین غربال برای شناسایی افراد در معرض خطر اختلال محسوب می شود (۳۱). این پرسشنامه در ایران به وسیله عربگل، حیاتی و حدید در سال ۱۳۸۳ هنجاریابی شده است و نقطه برش آن ۳۸ تعیین شده است (۳۲). بر این اساس، اگر نمرات آزمودنی بالاتر از ۳۸ باشد، فرد تشخیص اختلال بیش فعالی-نقص توجه (ADHD) دریافت می کند. این پژوهشگران ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. ضریب پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

- پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه چندبعدی، توسط Garnefski و Kraaij در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع مورد استفاده قرار می گیرد و ۳۶ گویه دارد و دارای ۹ خرده مقیاس است (۳۳). پاسخ دهی بر اساس طیف لیکرت در دامنه ای ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. در این پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در دو دسته کلی راهبردهای سازگارانه یا مثبت شامل ۵ خرده مقیاس: پذیرش (با گویه های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد مثبت (با گویه های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (با گویه های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، ارزیابی مجدد مثبت (با گویه های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳)، دیدگاه پذیری (با گویه های ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴)؛ و راهبردهای ناسازگارانه یا منفی شامل ۴ خرده مقیاس: سرزنش خود (با گویه های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، نشخوارگری (با گویه های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰)، فاجعه سازی (با گویه های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵)، سرزنش دیگران (با گویه های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، تقسیم می شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبردها است. روایی از طریق همبستگی نمره کل با خرده مقیاس ها دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ را در برگرفت و دامنه آلفای کرونباخ آن ها از ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ بود (۳۳). این پرسشنامه در ایران نیز در بین جامعه دانشجویی (۳۴) و دانش آموزی اعتباریابی شد (۳۵). حسنی در سال ۱۳۸۹ این پرسشنامه را در بین جامعه دانشجویی شهر تهران اعتباریابی کرد. به گزارش این پژوهش، نتایج تحلیل مولفه های اصلی از الگوی ۹ عاملی حمایت کرد و ۷۴ درصد واریانس مقیاس را تبیین نمود (۳۴). سامانی و صادقی نیز در سال ۱۳۸۹ با روش تحلیل عامل اکتشافی روایی پرسشنامه را بررسی کردند که عامل های اکتشاف شده ۵۵/۲ درصد واریانس کل را تبیین می کرد. همچنین، به منظور بررسی روایی واگرا و همگرا از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده کردند. ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش شد (۳۵). ضریب پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۸۳ و راهبردهای منفی ۰/۸۰ به دست آمد.

پروتکل درمانی برمبنای پروتکل ارائه شده توسط Leahy (۲۴) و کتاب «تنظیم هیجان در روان درمانی: راهنمای کاربردی» (۳۶) تنظیم شد. جهت بررسی روایی محتوایی جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش های مرتبط موجود داخلی که از پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برای گروه نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه استفاده کرده بودند (۲۳)، مطابقت داده شد. در این پژوهش جهت بررسی روایی محتوایی، پروتکل طرحواره درمانی هیجانی از «شاخص روایی محتوایی» (Content Validity Index) و نظر ۵ تن از اعضای هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول استفاده شد. به این صورت که هر یک از مدرسین نظر خود را در مورد هر جلسه در یک طیف ۴ بخشی از غیرمرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، تا کاملاً مرتبط مشخص کردند. سپس، تعداد مدرسینی که گزینه ۳ و ۴ را برای هر جلسه انتخاب کرده بودند تقسیم بر تعداد کل مدرسین شد. از آنجا که مقدار آن برای همه جلسات عدد بالاتر از ۰/۷۸ به دست آمد، حاکی از «شاخص روایی محتوایی» مطلوب بود. در جدول ۱ خلاصه جلسات پروتکل طرحواره درمانی هیجانی آمده است.

**جدول۱.** خلاصه محتوای جلسات پروتکل طرحواره درمانی هیجانی

| جلسات | هدف | فرآیند |
|---|---|---|
| اول | معارفه و برقراری ارتباط درمانی، تبیین رویکرد طرحواره درمانی هیجانی و اهداف جلسات. | برقراری رابطه درمانی عمیق و افزایش انگیزه جهت شرکت در کلاسها، ارائه اهداف جلسات، تعریف و بررسی هیجانات، ارائه تکلیف کارکرد هیجانات، ارائه تکلیف کارکرد هیجانات و اهمیت آنها. (اجرای پیش آزمون) |
| دوم | تبیین هیجانات دردناک و به چالش کشیدن آنها. | مرور تکالیف خانگی، صحبت در مورد هیجانات دردناک، به چالش کشیدن هیجانات دردناک، ارائه تکلیف مشاهده و توصیف هیجانات. |
| سوم | بحث درباره هیجانات دردناک، ارائه طرحواره های هیجانی و به چالش کشیدن هیجانات. | مرور تکالیف خانگی، بحث مجدد در مورد هیجانات دردناک و چالش های آنها، تبیین و پرداختن به طرحواره های هیجانی، کشف و به چالش کشیدن هیجانات. |
| چهارم | شناسایی طرحوارههای هیجانی شرکت کننده و بحث درباره آن. | پرداختن به طرحواره های هیجانی شناسایی شده در شرکت کننده، چالش های کلامی در مورد هیجانات شرکت کننده. |
| پنجم | شناسایی عدم خودمهارگری هیجانی شرکت کننده | ارائه تمرین موقتی بودن هیجانات، طراحی آزمایش رفتاری، ارائه فهرست فعالیت برای آزمایش باور موقتی بودن هیجانات. |
| ششم | پذیرش و آگاهی محیطی به هیجانات. | مرور تکالیف، کمک به شرکت کننده جهت پذیرش هیجانات خود، ارائه تکلیف تکنیک ذهن آگاهی گسلیده. |
| هفتم | مواجه هسازی با طرحواره های هیجانی مداخله کننده. | شروع مواجه هسازی آرام و تجسمی، سنجش طرحواره های هیجانی مداخله کننده با هیجانات ناشی از عدم خودمهارگری و بحث درباره آنها. |
| هشتم | شناسایی هیجانات تکانشگرانه و نوشتن داستان در مورد هیجانات. | شناسایی هیجانات تکانشگرانه، شروع تمرین نوشتن داستان در مورد هیجانات، پرداختن به طرحواره های هیجانی موجود در داستانها، ارائه تکلیف برای نوشتن داستانهای بیشتر. |
| نهم | ادامه شناسایی هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با آنها. | بحث درباره هیجانات تکانشگرانه و مواجهه با این هیجانات، بحث در مورد طرحواره های هیجانی، درخواست از شرکت کننده برای نوشتن خلاصه درمان. |
| دهم | بررسی تغییرات هیجانی شرکت کننده، مرور کلی و خاتمه جلسات. | بررسی تکالیف گذشته، بحث در مورد پذیرش هیجانات، بحث در مورد تغییراتی که در هیجانات آنها قبل و بعد از درمان رخ داده، تعهد به انجام تمرینات، مرور جلسات قبلی و خاتمه جلسات. (اجرای پس آزمون) |

## یافته ها

میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۲/۵۲±۱۵/۱۱ و در گروه گواه برابر با ۲/۸۰±۱۵/۳۷ بود. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه ها همگن بودند (p>۰/۰۵). ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) از شرکت کنندگان گروه آزمایش در رشته علوم تجربی، ۴۰/۰ درصد (۶ نفر) علوم انسانی و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) ریاضی-فیزیک تحصیل کرده بودند. در گروه گواه نیز ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) از شرکت کنندگان در رشته علوم تجربی، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) علوم انسانی و ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) ریاضی-فیزیک تحصیل کرده بودند. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر رشته تحصیلی نیز وجود نداشت (p>۰/۰۵). در جدول ۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه و پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری آمده است.

**جدول ۲.** میانگین و انحراف معیار نمرات راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه در گروه آزمایش و گواه به تفکیک مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | دوره پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| راهبردهای سازگارانه | آزمایش | ۴۲/۲۳ | ۹/۶۸ | ۶۳/۰۶ | ۱۱/۳۰ | ۶۱/۵۵ | ۱۰/۵۲ |
| | گواه | ۴۳/۱۷ | ۹/۸۲ | ۴۲/۴۹ | ۹/۳۶ | ۴۳/۳۰ | ۸/۹۲ |
| پذیرش | آزمایش | ۷/۵۶ | ۱/۸۶ | ۱۰/۷۸ | ۳/۶۴ | ۱۰/۳۴ | ۳/۴۲ |
| | گواه | ۷/۶۹ | ۱/۹۲ | ۸/۱۳ | ۱/۸۵ | ۷/۹۷ | ۱/۸۶ |
| تمرکز مجدد مثبت | آزمایش | ۷/۹۵ | ۱/۷۶ | ۱۳/۰۳ | ۴/۵۱ | ۱۲/۹۴ | ۴/۲۸ |
| | گواه | ۷/۸۲ | ۲/۰۵ | ۸/۱۱ | ۲/۱۶ | ۸/۰۲ | ۱/۹۷ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | آزمایش | ۸/۱۱ | ۱/۷۱ | ۱۲/۵۱ | ۲/۹۳ | ۱۲/۱۶ | ۳/۰۳ |
| | گواه | ۸/۱۴ | ۱/۹۲ | ۷/۹۶ | ۲/۱۰ | ۸/۰۵ | ۱/۸۷ |
| ارزیابی مجدد مثبت | آزمایش | ۸/۷۱ | ۲/۵۳ | ۱۳/۱۷ | ۳/۴۶ | ۱۲/۸۴ | ۳/۳۵ |
| | گواه | ۸/۱۷ | ۲/۳۸ | ۸/۲۶ | ۲/۶۹ | ۸/۱۴ | ۲/۴۹ |
| دیدگاه پذیری | آزمایش | ۹/۲۶ | ۲/۳۷ | ۱۲/۸۶ | ۳/۲۳ | ۱۲/۳۹ | ۳/۵۸ |
| | گواه | ۹/۳۳ | ۲/۵۱ | ۹/۱۷ | ۲/۱۱ | ۹/۵۱ | ۲/۴۸ |
| راهبردهای ناسازگارانه | آزمایش | ۳۷/۱۸ | ۸/۴۳ | ۲۶/۰۵ | ۱۲/۲۱ | ۲۴/۱۹ | ۱۱/۳۷ |
| | گواه | ۳۸/۲۴ | ۸/۱۶ | ۳۷/۳۹ | ۹/۱۳ | ۳۸/۶۱ | ۸/۵۳ |
| فاجعه سازی | آزمایش | ۱۴/۲۷ | ۲/۳۵ | ۹/۱۷ | ۳/۴۷ | ۱۰/۰۷ | ۳/۴۳ |
| | گواه | ۱۲/۸۲ | ۲/۶۱ | ۱۱/۹۶ | ۲/۵۸ | ۱۲/۶۱ | ۲/۵۵ |
| نشخوارگری | آزمایش | ۱۴/۴۷ | ۲/۱۳ | ۱۰/۳۲ | ۴/۶۶ | ۱۰/۳۶ | ۴/۵۸ |
| | گواه | ۱۴/۵۱ | ۲/۹۴ | ۱۴/۷۳ | ۳/۱۹ | ۱۴/۶۶ | ۳/۱۲ |
| سرزنش خود | آزمایش | ۱۴/۷۲ | ۳/۶۱ | ۸/۸۷ | ۴/۱۹ | ۹/۱۲ | ۴/۲۳ |
| | گواه | ۱۴/۵۱ | ۳/۸۸ | ۱۳/۹۱ | ۳/۶۲ | ۱۴/۱۲ | ۳/۵۲ |
| سرزنش دیگران | آزمایش | ۱۴/۶۱ | ۲/۳۶ | ۱۰/۱۸ | ۴/۴۹ | ۱۰/۶۱ | ۴/۳۲ |
| | گواه | ۱۴/۲۰ | ۲/۶۱ | ۱۳/۸۸ | ۳/۱۳ | ۱۴/۱۸ | ۳/۲۷ |

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نمرات راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان، در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییرات بیشتری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون دارد. اما در گروه گواه نمره متغیرها تفاوت چشم گیری در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ندارند. در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام تحلیل های آماری، پیش فرض های آماری مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا پیش فرض نرمال بودن داده ها با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که متغیرها در دامنه نرمال ۲ و ۲- قرار دارند. همچنین در همین راستا از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد که نتایج آن نشان داد سطح معناداری همه متغیرهای پژوهش هم در گروه آزمایش و هم در گروه گواه معنادار نیستند ($p>0/05$)، بنابراین این نتایج حاکی از برقراری نرمالیتی در تمام متغیر در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و گروه گواه بود. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس متغیرها، با استفاده از آزمون لوین، عدم معناداری F مشاهده شد ($p>0/05$) و این پیش فرض نیز برقرار بود. همچنین، داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سوال نبرد، این پیش فرض نیز رعایت شده است ($p>0/05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به این که پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. در جدول ۳ نتایج آزمون کرویت موچلی برای راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ارائه شده است.

**جدول ۳.** نتایج آزمون موچلی برای بررسی برابری واریانس ها و کوواریانس متغیرهای پژوهش

| متغیرها | کرویتموچلی | مجذور کای | درجه آزادی | معناداری | اپسیلون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | تصحیح گرینهاوس-گیسر | تصحیح هیون-فلدت |
| راهبردهای سازگارانه | ۰/۰۶ | ۱۴۱/۴۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۲ | ۰/۵۰ |
| پذیرش | ۰/۲۵ | ۶۴/۱۷ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۹ | ۰/۵۰ |
| تمرکز مجدد مثبت | ۰/۱۰ | ۱۰۹/۱۰ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۳ | ۰/۵۴ |
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | ۰/۰۴ | ۱۵۳/۷۷ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۱ | ۰/۵۲ |
| ارزیابی مجدد مثبت | ۰/۳۲ | ۵۸/۸۱ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۹ | ۰/۶۱ |
| دیدگاه پذیری | ۰/۱۹ | ۷۶/۵۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۵ | ۰/۵۷ |
| راهبردهای ناسازگارانه | ۰/۱۷ | ۸۲/۲۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۴ | ۰/۵۶ |
| فاجعه سازی | ۰/۱۴ | ۹۱/۰۷ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۳ | ۰/۵۵ |
| نشخوارگری | ۰/۴۵ | ۳۷/۵۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۶۷ | ۰/۵۰ |
| سرزنش خود | ۰/۴۱ | ۴۲/۶۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۶۳ | ۰/۶۵ |
| سرزنش دیگران | ۰/۳۳ | ۵۷/۳۷ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۵۹ | ۰/۶۰ |

نتایج جدول ۳ نشان داد که آماره کرویت موچلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است و پیش فرض تحلیل کرویت رعایت نمی شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش «گرین هاوس- گیسر» و «هیون-فلت» تصحیح می کنند. این که از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچ گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای متغیرهای پژوهش از ۰/۷۵ کوچکتر است، بنابراین، از این تحصیح استفاده شده است. با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری گزارش شده است.

**جدول ٤.** نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر راهبردهای نظم جویی در سه مرحله اجرا

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | معناداری | اندازه اثر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| راهبردهای سازگارانه | عامل | ۲۸۸۹/۹۵ | ۱/۵۸ | ۱۸۳۰/۵۸ | ۷۶/۴۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۱ |
| | عامل و گروه | ۸۴۷/۳۶ | ۱/۵۸ | ۵۳۶/۷۴ | ۲۲/۴۰ | ۰/۰۱ | |
| | خطا | ۱۲۴۸/۱۳ | ۵۲/۰۹ | ۲۳/۹۶ | | | |
| پذیرش | عامل | ۲۱۸/۵۲ | ۱/۳۶ | ۱۶۰/۵۵ | ۴۵/۳۴ | ۰/۰۱ | ۰/۴۴ |
| | عامل و گروه | ۱۸۷/۶۴ | ۲/۴۳ | ۷۷/۶۴ | ۲۴/۳۲ | ۰/۰۱ | |
| | خطا | ۶۱/۲۷ | ۱۸/۴۰ | ۳/۳۴ | | | |
| تمرکز مجدد مثبت | عامل | ۲۱۲/۳۶ | ۱/۴۲ | ۱۵۰/۰۸ | ۴۸/۱۱ | ۰/۰۱ | ۰/۳۹ |
| | عامل و گروه | ۱۸۴/۲۵ | ۲/۳۲ | ۷۹/۲۸ | ۲۶/۴۱ | ۰/۰۱ | |
| | خطا | ۶۱/۴۴ | ۱۹/۶۳ | ۳/۱۳ | | | |
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | عامل | ۱۹۴/۲۴ | ۱/۱۹ | ۱۶۳/۶۴ | ۵۱/۶۱ | ۰/۰۱ | ۰/۴۸ |
| | عامل و گروه | ۱۷۳/۶۴ | ۲/۲۲ | ۷۸/۳۹ | ۲۵/۴۲ | ۰/۰۱ | |
| | خطا | ۵۷/۶۴ | ۱۷/۹۶ | ۳/۲۱ | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ارزیابی مجدد مثبت | عامل | ۲۴۵/۱۶ | ۱/۳۳ | ۱۸۵/۰۲ | ۴۷/۵۴ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۲۰۱/۸۵ | ۲/۴۳ | ۸۳/۲۱ | ۳۱/۲۸ | ۰/۰۱ | ۰/۵۲ |
| | خطا | ۷۱/۸۲ | ۱۸/۳۷ | ۳/۸۹ | | | |
| دیدگاه پذیری | عامل | ۲۱۴/۴۳ | ۱/۳۴ | ۱۷۲/۷۸ | ۴۹/۱۷ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۱۹۵/۱۴ | ۲/۳۶ | ۸۲/۶۸ | ۲۵/۵۳ | ۰/۰۱ | ۰/۴۲ |
| | خطا | ۶۴/۱۵ | ۱۸/۲۵ | ۳/۵۱ | | | |
| راهبردهای ناسازگارانه | عامل | ۲۵۴۶/۰۹ | ۱/۲۰ | ۲۱۲۴/۷۶ | ۵۶/۲۷ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۱۶۷۰/۷۸ | ۱/۲۰ | ۱۳۹۴/۳۰ | ۲۱/۸۳ | ۰/۰۱ | ۰/۵۲ |
| | خطا | ۲۵۲۶/۴۴ | ۳۹/۵۴ | ۶۳/۸۹ | | | |
| فاجعه‌سازی | عامل | ۳۲۴/۴۳ | ۱/۶۱ | ۲۰۱/۰۱ | ۲۹/۰۵ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۲۶۱/۳۶ | ۲/۵۳ | ۱۰۳/۵۵ | ۱۴/۹۶ | ۰/۰۱ | ۰/۳۸ |
| | خطا | ۱۸۴/۲۴ | ۲۶/۶۳ | ۶/۹۲ | | | |
| نشخوارگری | عامل | ۲۶۷/۴۱ | ۱/۴۲ | ۱۸۸/۸۵ | ۳۹/۳۸ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۲۱۱/۸۳ | ۲/۵۲ | ۸۴/۱۶ | ۱۶/۶۶ | ۰/۰۱ | ۰/۳۸ |
| | خطا | ۹۷/۸۵ | ۱۹/۳۷ | ۵/۰۵ | | | |
| سرزنش خود | عامل | ۳۱۶/۴۲ | ۱/۳۷ | ۲۳۰/۲۹ | ۴۰/۱۱ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۱۹۷/۶۴ | ۲/۳۴ | ۸۴/۹۰ | ۱۴/۷۸ | ۰/۰۱ | ۰/۵۱ |
| | خطا | ۱۲۳/۳۴ | ۲۱/۴۹ | ۵/۷۴ | | | |
| سرزنش دیگران | عامل | ۲۹۶/۴۳ | ۱/۱۶ | ۲۵۴/۶۷ | ۳۰/۱۵ | ۰/۰۱ | |
| | عامل و گروه | ۲۹۴/۵۵ | ۲/۰۱ | ۱۴۶/۴۷ | ۱۷/۳۴ | ۰/۰۱ | ۰/۴۷ |
| | خطا | ۱۶۲/۵۳ | ۱۹/۲۴ | ۸/۴۵ | | | |

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می دهد که بعد از برداشته شدن اثر پیش آزمون، طرحواره درمانی هیجانی به طور معناداری بر افزایش راهبردهای سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تاثیر گذاشته است (P<۰/۰۱). هم چنین نتایج، ۶۱ درصد افزایش راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان و ۵۲ درصد کاهش راهبردهای ناسازگارانه را تبیین می کند. در ادامه برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بون فرونی (Bonferroni) استفاده شده که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردید.

**جدول ۵.** نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش در سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیر | مرحله مبنا | مرحله مورد مقایسه | تفاوت میانگین | معناداری |
|---|---|---|---|---|
| راهبردهای سازگارانه | پیش آزمون | پس آزمون | -۲۰/۸۳ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۱۹/۳۲ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۱/۵۱ | ۰/۱۴ |
| پذیرش | پیش آزمون | پس آزمون | -۳/۲۲ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۲/۷۸ | ۰/۰۵ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰/۴۴ | ۰/۶۷ |
| تمرکز مجدد مثبت | پیش آزمون | پس آزمون | -۵/۰۸ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۴/۹۹ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰/۰۹ | ۰/۸۷ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| تمرکز مجدد بر برنامه ریزی | پیش آزمون | پس آزمون | -۴/۴۰ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۴/۰۵ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰/۳۵ | ۰/۵۳ |
| ارزیابی مجدد مثبت | پیش آزمون | پس آزمون | -۴/۴۶ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۴/۱۳ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰/۳۳ | ۰/۴۹ |
| دیدگاه پذیری | پیش آزمون | پس آزمون | -۳/۶۰ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | -۳/۱۳ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۰/۴۷ | ۰/۶۲ |
| راهبردهای ناسازگارانه | پیش آزمون | پس آزمون | ۱۱/۱۳ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | ۱۲/۹۹ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۱/۸۶ | ۰/۱۲ |
| فاجعه سازی | پیش آزمون | پس آزمون | ۵/۱۰ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | ۴/۲۰ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۰/۹۰ | ۰/۳۴ |
| نشخوار گری | پیش آزمون | پس آزمون | ۴/۱۵ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | ۴/۱۱ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۰/۰۴ | -۰/۹۱ |
| سرزنش خود | پیش آزمون | پس آزمون | ۵/۸۵ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | ۵/۶۰ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۰/۲۵ | ۰/۶۱ |
| سرزنش دیگران | پیش آزمون | پس آزمون | ۴/۴۳ | ۰/۰۱ |
| | | پیگیری | ۴/۰۰ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۰/۴۳ | ۰/۳۷ |

نتایج ارائه شده در جدول ۵ مبین این بود که طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان به طور معناداری اثربخشی داشته است. همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون و تفاوت میانگین پیش آزمون با دوره پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس آزمون و دوره پیگیری است که نشان دهنده آن است طرحواره درمانی هیجانی بر نظم جویی شناختی هیجان (راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه) تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره¬درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم¬جویی شناختی هیجان در دانش¬آموزان متوسطه پسر دارای اختلال کمبود توجه و بیش فعالی بود. یافته های پژوهش نشان داد که این درمان بر راهبردهای سازگارانه نظم جویی (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری) تاثیر مثبت داشت و باعث افزایش استفاده این دانش آموزان از این راهبردها شد. همچنین، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار نظم جویی (سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران) نیز موثر است. هرچند هیچ پژوهش داخلی یا خارجی که به طور مستقیم اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم¬جویی شناختی هیجان را در نوجوانان با اختلال نقص توجه و بیش فعالی بررسی کرده باشد، یافت نشد؛ اما در مطالعه قیطاسی و امانی (۲۳) اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه مورد تایید قرار گرفت. به طور مشابهی، قدرتی شاه توری

و همکاران (۲۹) نیز دریافتند که رویکرد طرحواره درمانی هیجانی در بهبود تمام ابعاد نظم جویی شناختی هیجان در سربازان اقدام کننده به خودزنی اثربخش است. ندائی و همکاران (۳۷) نیز اثربخشی مداخله طرحواره درمانی هیجانی را بر بهبود دشواری در تنظیم هیجان بیماران افسردگی و اضطراب مثبت گزارش کردند. همچنین نتایج این مطالعه با پژوهش های دیگری که اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی را بر نشخوار فکری و تداوم هیجانی (۲۶)، شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اساسی (۲۷)، تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر (۲۸) و راهبردهای خودمهارگری در دانش-آموزان با اختلال نافرمانی مقابله جویانه (۳۰) تایید کرده بودند، همسو است.

بسیاری از صاحب نظران معتقدند که اختلال نقص توجه و بیش فعالی یک اختلال در حوزه بد تنظیمی هیجان نیز هست و از ویژگی های این اختلال بدتنظیمی هیجانی است (۶). براساس الگوی طرحواره درمانی هیجانی، نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش فعالی، از واکنش های هیجانی ناسازگارانه خود به عنوان راهبردی برای پاسخ به محرک های محیطی استفاده می کنند (۷). در طول جلسات مداخله به این نوجوانان کمک شد که در زمان آشفتگی هیجانی، ارزیابی ها و راهبردهای هیجانی خود را کشف و شناسایی کنند. بدین صورت که در آغاز، با افزایش آگاهی نسبت به هیجانات ناسازگارانه و عملکرد آن ها و سپس با آموزش روانی در مورد هیجانات، واکنش های هیجانی آنان هدف گرفته شد تا تجارب هیجانی خود را به صورت همگانی و بهنجار در نظر بگیرند. این بازشناسی هیجانی که آن ها عمومی و همگانی هستند به جای سرکوب نمودن، اجتناب کردن و قضاوت نمودن منجر به عادی سازی، اعتباربخشی و تشویق به پذیرش طیف گسترده ای از واکنش های هیجانی ناکارآمد شد که زمینه ساز اصلاح طرحواره های هیجانی ناسازگار مانند، غیرقابل کنترل بودن، خودآگاهی هیجانی و مرتبط سازی هیجانات با ارزش های والاتر شد. به همین جهت، نوجوانان یاد گرفتند به جای مقابله و تسلیم در برابر هیجانات برانگیخته شده نسبت به عملکرد و تاثیر منفی آن ها آگاهی پیدا کنند و با ارزیابی آن ها در شرایط و موقعیت های مختلف، تخلیه مناسب هیجانات و بهبود عواطف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خود اقدام کرده و بر آن کنترل داشته باشند و مشکلات مربوط به دشواری در تنظیم هیجان را بهبود بخشند. مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان اثربخش بود و اندازه اثر به دست آمده برابر با ۰/۶۱ شد. در بین این راهبردهای بیشترین اثربخشی بر راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بود. راهبرد ارزیابی مجدد به بررسی و اندازه گیری توانایی فرد در تغییر افکار و هیجانات مشکل ساز می پردازد. بدین معنی که هرچقدر فرد قادر باشد نگرش خود به هیجانات و افکار ناکارآمد را تغییر داده و آن ها را کنترل کند، نمرات بهتری در این خرده مقیاس می گیرد. در تبیین این مورد می توان چنین گفت که شناخت و کسب بینش در مورد افکار و هیجانات تجربه شده گامی مهم برای کنترل آن ها می باشد. نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش با شرکت در جلسات مداخله و انجام مستمر تمرین های خانگی این مهارت خود را تقویت نموده و در نتیجه بهبودی بیشتری نیز تجربه کردند. همچنین نتایج نشان داد که مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان اثربخش بود و اندازه اثر به دست آمده برابر با ۰/۵۲ شد. در بین این راهبردها نیز بیشترین اثربخشی بر بهبود راهبردهای سرزنش خود و سرزنش دیگران بود.

محدودیت های مطالعه حاضر روش نمونه گیری دردسترس بود، پس تعمیم نتایج به سایر موارد باید با احتیاط باشد. پیشنهاد می شود مطالعه ای در حجم نمونه وسیع تر و بر روی دو جنس انجام گیرد. از سویی دیگر به علت استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی جهت گردآوری داده ها احتمال سوگیری وجود دارد. همچنین، پیشنهاد می شود این روش درمانی با سایر روش های درمانی مثل شناختی-رفتاری، پذیرش و تعهد، خود شفقت ورزی نیز مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به اثربخش بودن این روش، توصیه می شود این درمان مورد توجه و استفاده روان شناسان حوزه کودک و اختلالات، مشاوران مدارس و روان درمانگران در حوزه کودکان استثنایی به ویژه اختلال نقص توجه و بیش فعالی قرار گیرد و مهارت ها و فنون نظم جویی شناختی با تاکید بر استفاده از راهبردهای سازگارانه و ترک راهبردهای ناسازگارانه که بسیار کم هزینه و ساده هستند به این افراد آموزش داده شود.

## نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی

هیجانی می‌تواند در بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در دانش‌آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی مؤثر باشد. این یافته بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، همراه با افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها و شیوه‌های پاسخ‌دهی به آن‌ها، می‌تواند به نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی کمک کند تا در مواجهه با موقعیت‌های هیجانی، از راهبردهای شناختی سازگارانه‌تری استفاده کنند و وابستگی خود به راهبردهای ناکارآمد را کاهش دهند. تبیین این یافته را می‌توان در ماهیت طرحواره‌درمانی هیجانی جست‌وجو کرد. نوجوانان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی علاوه بر مشکلات مرتبط با توجه و کنترل تکانه، ممکن است در شناسایی، پذیرش و تنظیم هیجان‌های خود نیز با دشواری مواجه باشند. طرحواره‌درمانی هیجانی با تمرکز بر شناسایی نیازهای هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار و الگوهای شناختی ـ هیجانی شکل‌گرفته در طول زندگی، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا فرد ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود را بهتر درک کند. در نتیجه، نوجوان می‌تواند به جای واکنش‌های تکانشی یا استفاده از راهبردهای شناختی ناکارآمد، از شیوه‌های سازگارانه‌تری برای ارزیابی و مدیریت تجربه‌های هیجانی استفاده کند. از سوی دیگر، فرایندهای درمانی به‌کار رفته در طرحواره‌درمانی هیجانی می‌توانند از طریق افزایش پذیرش هیجان، کاهش اجتناب هیجانی، تعدیل باورهای ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، ظرفیت نوجوان را برای مواجهه انعطاف‌پذیرتر با هیجان‌های منفی افزایش دهند. بنابراین، بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان را می‌توان یکی از پیامدهای مهم تغییر در الگوهای عمیق‌تر شناختی و هیجانی دانست که در جریان درمان مورد هدف قرار می‌گیرند. در مجموع، نتایج این پژوهش از کاربرد طرحواره‌درمانی هیجانی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی در بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان نوجوان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی حمایت می‌کند. با توجه به اهمیت توانایی تنظیم هیجان در سازگاری تحصیلی، اجتماعی و روان‌شناختی نوجوانان دارای این اختلال، استفاده از مداخلات متمرکز بر فرایندهای هیجانی و طرحواره‌ای می‌تواند در کنار مداخلات رایج، رویکردی قابل توجه برای ارتقای عملکرد روان‌شناختی این گروه باشد. با این حال، تعمیم یافته‌های پژوهش باید با توجه به ویژگی‌های نمونه، روش نمونه‌گیری و شرایط اجرای مداخله انجام شود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، گروه‌های سنی متفاوت و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، اثربخشی این رویکرد را بررسی کنند.

## سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول و با راهنمایی نویسنده دوم و دارای تأییدیه کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول با کد شماره IR.IAU.D.REC.1404.021 می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

## تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

## References

1. Reuben C, Elgaddal N. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children ages 5-17 years: United States, 2020-2022. NCHS Data Brief, no 499. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2024. DOI: https://doi.org/10.15620/CDC/148043
2. Galera C, Collet O, Orri M, Navarro M, Castel L, Galesne C, Reed C, Brandt V, Larsson H, Boivin M, Tremblay R. Prospective associations between ADHD symptoms and physical conditions from early childhood to adolescence: a population-based longitudinal study. The Lancet Child & Adolescent Health. 2023 Dec 1;7(12):863-74. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00226-2
3. De Rossi P, Pretelli I, Menghini D, D'Aiello B, Di Vara S, Vicari S. Gender-related clinical characteristics in children and adolescents with ADHD. Journal of Clinical Medicine. 2022 Jan 13;11(2):385. https://doi.org/10.3390/jcm11020385
4. Staley BS, Robinson LR, Claussen AH, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Treatment, and Telehealth Use in

Adults - National Center for Health Statistics Rapid Surveys System, United States, October-November 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2024; 73:890-895. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7340a1

5. Christiansen H, Hirsch O, Albrecht B, Chavanon ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotion regulation over the life span. Current psychiatry reports. 2019 Mar;21(3):17. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6
6. Mayer JS, Brandt GA, Medda J, Basten U, Grimm O, Reif A, Freitag CM. Depressive symptoms in youth with ADHD: the role of impairments in cognitive emotion regulation. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2022 Aug;272(5):793-806. https://doi.org/10.1007/s00406-022-01382-z
7. Liu Q, Feng Y, Chen W, Zhu Y, Preece DA, Gao Y, Luo X, Dang C, Wang Y, Sun L, Liu L. Emotion regulation strategy and its relationship with emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: behavioral and brain findings. European Child & Adolescent Psychiatry. 2025 Jan 17:1-2. https://doi.org/10.1007/s00787-025-02643-7
8. Astenvald R, Frick MA, Kleberg JL, Isaksson J. Adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation in child-and adolescent ADHD. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2026 Jan 1;26(1):100660. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100660
9. Lee SJ, Chae H. Is the cognitive emotion regulation strategy related to Yin-Yang personality traits European? Journal of Integrative Medicine 2019; 26: 2430. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.01.004
10. Tao S, Lan M, Tan CY, Liang Q, Pan Q, Law NW. Adolescents' cyberbullying experience and subjective well-being: sex difference in the moderating role of cognitive-emotional regulation strategy. Computers in Human Behavior. 2024; 1: 108-22. https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.108122
11. Johnston TE, Gross JJ, Chen W, McEvoy P, Becerra R, Preece DA. Emotion beliefs and emotion regulation strategy use. Personality and Individual Differences. 2025; 1: 1130-66. https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113066
12. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. Emotion. 2020; 20(1):1-9. https://doi.org/10.1037/emo0000703
13. Desatnik A, Bel-Bahar T, Nolte T, Crowley M, Fonagy P, Fearon P. Emotion regulation in adolescents: An ERP study. Biological psychology 2017; 129: 52-61. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.08.001
14. Kulik A. Application of metacognitive strategies in the development of emotional and motivational self-regulation of students with special educational needs. Research on children with ADHD. Current Problems of Psychiatry 2022, 22(4): 63-75. https://doi.org/10.2478/cpp-2021-0020
15. Darehshoori Mohammadi Z, Bavi S, Human F. Effectiveness of Metacognitive Therapy in Behavioral-Emotional Problem, Cognitive-Emotional Regulation Strategies, and Mind Wandering of 9 to 13-Year-Old Children with ADHD: A Quasi-Experimental Study. Jundishapur J Chronic Dis Care.2022;11(4): e123921. (Persian) https://doi.org/10.5812/jjcdc-123921
16. Peyvandi A, Bondi E, Cirella L, Bressi C, Delvecchio G. Effectiveness of cognitive rehabilitation in children and adolescents with ADHD: A review of EEG studies. Journal of Affective Disorders. 2025 Apr 28. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.101
17. Mehranizade F, Khoshlahjeh Sedgh A. The effectiveness of cognitive rehabilitation on improving working memory, cognitive regulation of emotion and attention deficits in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Rooyesh 2025; 14(7):125-134. http://frooyesh.ir/article-1-5950-fa.html (Persian)
18. Zhao D, Zhang J. The effects of working memory training on attention deficit, adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation of Chinese children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). BMC Psychol 2024; 12(59): 169-182 https://doi.org/10.1186/s40359-024-01539-6
19. Hajizeynali N. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Emotion Regulation in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2025 Jan 28;4(1):64-72. https://maherpub.com/index.php/jndd/article/view/503 https://doi.org/10.61838/kman.jndd.4.1.8

20. Memari S, Dinarvand Z. The Effect of Schema Therapy Combined with Neurofeedback Therapy on Cognitive Performance and Emotional Regulation in Children with ADHD. Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2024 Oct 29;3(3):108-16. https://doi.org/10.61838/kman.jndd.3.3.12
21. Estaji R, Hosseinzadeh M, Arabgol F, et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) improves emotion regulation in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Sci Rep 2024; 14, 13889. https://doi.org/10.1038/s41598-024-64886-9
22. Kiraz S, Sertçelik S. Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. Clinical psychology & psychotherapy. 2021 Sep;28(5):1055-64. https://doi.org/10.1002/cpp.2569
23. Ghaitasi J, Amani A. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2024 Feb 19;14(2):5-28. (Persian).
24. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice. 2002; 9(3):177-90. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7
25. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. International Journal of Cognitive Therapy. 2019; 12(1):1-4. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5
26. Keyvanlo S. RafieiRad Z. Narimani M. BasharPoor S. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on rumination and emotional persistence in mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Research in Behavioral Sciences 2021; 3 (6): 85-94. https://jobssar.ir/fa/showart4832647e528615e250ba277270ca1e71
27. Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Cognitive Emotional Regulation Strategies in Major Depression Disorder. J North Khorasan Univ Med Sci 2022; 14(1):38-44. (Persian) https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.38
28. Reyhani S, Ahovan M. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Regulating Emotions and Reducing High-Risk Behaviors in Female Adolescents. Res Behav Sci 2024; 22(1): 137-49. (Persian).
29. Ghodrati-Shahtoori KG, Rahnejat AM, Dabaghi P, Taghva A, Donyavi V, Ebrahimi MR, Ghahvehchi-Hosseini F. Effectiveness of emotional schema therapy on improvement in cognitive-emotion regulation in attempting to self-mutilation soldiers. Journal of military medicine. 2020;22(9):956-68. (Persian).
30. Ghaitasi J, Amani A. A Study of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Control Strategies among Students with Oppositional Defiant Disorder. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning 2023, 11(20): 211-31 (Persian).
31. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' adult ADHD rating scales 1999. https://doi.org/10.1037/t04961-000
32. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder in a Group of University Students. Advances in Cognitive Sciences 2004; 6(1 and 2): 73-87 http://icssjournal.ir/article-1-43-fa.html (Persian)
33. 33- Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. European journal of psychological assessment. 2007; 23(3): 141-9. https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141
34. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology 2010; 2(3): 73-84. (Persian).
35. Samani S. Sadeghi L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychological Models and Methods, 2010; 1(1): 51-62. (Persian).
36. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide 2011. Translated by: A, Mansori Rad. 2013. Tehran: Arjmand Pub. https://www.arjmandpub.com/Book/1127 (Persian).
37. Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023 Mar 10;10(1):103-15. http://shenakht.muk.ac.ir/article - 1 -1721 -en.pdf (Persian) https://doi.org/10.32598/shenakht.10.1.103