



Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Emotion Regulation and Life Quality of Child Workers

Seyedeh Elnaz Mousavi

Assistant Professor in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. Email: dr.emousavi@zums.ac.ir

Gholamreza Ahmadi

MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran. Email: mhjavadi1384@gmail.com

Vahideh Javadi

MA in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan Iran. Email: vjavadi76@gmail.com

Leila Salek Ebrahimi

Assistant Professor in Clinical Psychology, Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author), Email: leila.saleck@gmail.com

Sogand Ghasemzadeh

Assistant Professor, Department of Psychology and Exceptional Child Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 2023-05-11 Revised: 2023-11-07 Accepted: 2024-03-16 Published: 2024-03-16

Citation: Mousavi, S. E., Ahmadi, G., Javadi, V., salek ebrahimi, L., & Ghasemzadeh, S. (2024). Comparison of the effectiveness of Unified Transdiagnostic therapy and cognitive- behavioral therapy on emotion regulation and life quality of child laborers. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 143-160. doi: 10.22067/tpccp.2024.80641.1446

Abstract

Introduction

The high rate of child labor and terrible conditions of families may force children to become workers for the rest of their lives, and also cause many emotional, physical, and social harms to them. Findings indicate that such issues as childhood injuries and difficulty in emotional regulation can be associated with suicidal thoughts in working children and risk factors for some psychopathologies such as depression and anxiety. Emotion regulation is a process that helps people understand the kind of their emotions, the way they should experience it, and the method of expressing them. Therefore, interventions for regulating emotions and improving life quality of the children are important. Unified Transdiagnostic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) are among the interventions that have been proven to be effective in treating and preventing emotional disorders. Transdiagnostic approaches emphasize the commonalities of emotional disorders rather than their differences. They seek to treat comorbid disorders by developing new and unified therapeutic protocols. This study aimed to investigate and compare the effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy with CBT approach on emotion regulation and life quality of child workers.

Method

A quasi-experimental method with a control group, random assignment, and a pretest-posttest and follow-up design was applied to examine the study hypotheses. The statistical population concluded all child workers in Tehran and the sample consisted of 45 children under the auspices of the Empowerment Center for Women and Children in Tehran in 2019. The



participants were randomly assigned to three groups: unified transdiagnostic therapy (15 participants), CBT (15 participants), and control group (15 participants). Unified transdiagnostic therapy was performed based on Barlow's Unified Protocol for Children (15 sessions) and CBT was performed based on Kendall protocol (18 sessions). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) of Garnefski et al. (2007) and Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) were administered before and after the intervention and three months after the treatment in the follow-up phase. The results were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results

The output of the mixed analysis of variance test indicates that the impact of time factor on emotion regulation ($F=38.99$, $P<0.01$; $F=13.45$; $P<0.01$) as well as time and group interaction on the emotion regulation (partial $\eta^2=0.48$, $F=38.99$; $P<0.000$ partial $\eta^2=0.38$; $F=13.06$, $P<0.000$) are significant. Moreover, comparing the effectiveness of emotion regulation strategies due to the interventions showed that transdiagnostic therapy is more effective than CBT through using less non-adaptive emotion regulation strategies and more adaptive emotion regulation strategies. The intergroup factor had no significant impact on life quality in any of the transdiagnostic and CBT interventions. The non-significance results related to this variable, however, can be attributed to the lack of a suitable tool for evaluating sixteen levels of quality of life among the members of this age group. Furthermore, for a more comprehensive evaluation of life quality in childhood, the children's self-reports, and the information provided by parents or guardians or any adult who has a close relationship with children and aware of the behavioral aspects of children's emotions should be evaluated. The questionnaire was, however, adjusted for children and lacked the information. Therefore, this may have also affected the results.

Discussion and Conclusion

Regarding the effectiveness of transdiagnostic treatment on children's emotion regulation, it can be concluded that the defect in emotional processing is known as an underlying factor in most emotional problems. Increasing emotional awareness makes people master the factors leading to their emotional problems. Considering that labor children may face some psychologically and emotionally stressful conditions and began to ignore or suppress their emotions, making them aware of their emotions can empower adaptive emotional regulation strategies.

Another finding is that none of the interventions had significant impact on increasing the quality of children's lives. The finding contrasts the findings of previous studies. This may be attributed to different tools or specific characteristics of the studied participants. The utilized tool of this research has not been able to target and evaluate sixteen elements and aspects of quality of life. For a more comprehensive assessment of the quality of life of childhood, children's self-reports and the information provided by their parents, their caregivers, and any adult relative of close relationship should also be used.

The finding showed that transdiagnostic protocol for children can be used on vulnerable populations. It is suggested to use a larger sample size, conduct longer-term follow-ups (more than 3 months), study the mechanisms of the effect of transdiagnostic treatment in children during studies, and compare the effectiveness of transdiagnostic treatment with other types of specific and disorder-oriented treatments in children.

Keywords: Child Workers, Transdiagnostic Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Emotion Regulation, Quality of Life

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار

سیده الناز موسوی

استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. dr.emousavi@zums.ac.ir

غلامرضا احمدی

دانش آموخته گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. mhjavadi1384@gmail.com

وحیده جوادی

دانش آموخته گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. vjavadi76@gmail.com

لیلا سالک ابراهیمی

استادیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده‌ی مسئول)

سوگند قاسم زاده

استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۶	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶
استناد: موسوی، سیده الناز؛ احمدی، غلامرضا؛ جوادی، وحیده؛ سالک ابراهیمی، لیلا؛ قاسم زاده، سوگند. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۶۰-۱۴۳. doi: 10.22067/tpccp.2024.80641.1446			

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و مقایسه‌ی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه آماری کلیه کودکان کار شهر تهران بودند که ۴۵ نفر از آنها به صورت تصادفی در سه گروه درمان فراتشخیصی (۱۵ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. درمان فراتشخیصی بر اساس نسخه کودک پروتکل یکپارچه‌نگر بارلو و درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل کنادال انجام شد. مقیاس‌های تنظیم هیجان گرانفسکی و همکاران، و مقیاس کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان برای گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در نهایت داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر تنظیم هیجان معنی دار است. در حالی که عامل بین گروهی و درون گروهی در هیچ یک از مداخله‌ها تاثیر معنی داری بر سطوح کیفیت زندگی نداشت. مقایسه‌ی میانگین‌ها نشانگر آن است که درمان فراتشخیصی نسبت به درمان شناختی رفتاری در تعدیل راهبردهای تنظیم هیجانی اثربخشی بیشتری داشته است.

کلیدواژه‌ها: کودکان کار، درمان فراتشخیصی، درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی.

مقدمه

هرچند مسئله کودکان کار پدیده‌ای است که می‌تواند در هر جایی قابل مشاهده باشد، با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که این پدیده روانی-اجتماعی معضلی شایع در کشورهای در حال توسعه است (Shendell et al., 2016). بر اساس ماده یک پیمان نامه حقوق کودک و نوجوان، مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، کودکان کار به افراد زیر ۱۸ سالی اطلاق می‌شود که برای ادامه بقا مجبور به کار در خیابان هستند، خیابان منبع معاش آن‌ها بوده و از آنان به طور مطلوب سرپرستی، نگهداری و حمایت کافی صورت نمی‌گیرد. آمار دقیقی از تعداد کودکان کار در ایران و جهان وجود ندارد، هرچند که یونسف تعداد آن‌ها را بیش از ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده است که از این تعداد بیش از ۲۵ میلیون کودک کار در آسیا زندگی می‌کنند (Ebrahimi et al., 2019). سازمان جهانی کار نیز طی آخرین گزارش خود در این زمینه، تعداد تقریبی آنان را در حدود ۱۶۸ میلیون نفر و در دامنه سنی بین ۵ تا ۱۷ سال در سراسر جهان گزارش کرد (حدود ۱۱ درصد جمعیت کل کودکان و نوجوانان جهان). حدود نیمی از این تعداد یعنی ۸۵ میلیون نفر، به طور مستقیم در معرض خطرات روانی و بهداشتی قرار دارند (Organization., 2013).

در کنار شیوع بالای مسئله کودکان کار در جهان امروز، شرایط خانوادگی نامناسبی که می‌تواند کودکان را برای ادامه زندگی به کودک کار تبدیل کند، همزمان می‌تواند آسیب‌های هیجانی، جسمانی و اجتماعی متعددی را بر این کودکان متحمل سازد. از طرفی، موقعیت بسیار دشوار و پر استرسی که در زندگی کارخیابانی وجود دارد، میزان احتمال انواع سوء استفاده‌ها را برای این کودکان دوچندان می‌کند که معضلات هیجانی متعدد نیز از پیامدهای آن شناخته می‌شود (Arshad et al., 2015; Embleton et al., 2016). سطح بالای آسیب در محیط زندگی این کودکان و برانگیختگی ناشی از آن می‌تواند منابع روانی مورد نیاز برای مدیریت مؤثر هیجان‌ها در این کودکان را تقلیل دهد (Ebrahimi et al., 2019). همچنین یافته‌ها نشانگر آن است که آسیب‌های کودکی و دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند با ایده‌پردازی خودکشی در کودکان کار همراه باشد (Mahmoodnejad et al., 2018). مدیریت یا تنظیم هیجانی به عنوان فرایندهای تعریف می‌شوند که افراد می‌توانند بواسطه‌ی آن بر داشتن‌ها و چگونگی هیجان‌ها و نحوه‌ی تجربه و ابراز هیجانی خود تاثیر بگذرانند (Trougakos., 2020). گزارش‌ها حاکی از آن است که کژکاری در تنظیم هیجان در طیف وسیعی از معضلات هیجانی نقش دارد، به طوری که این نقص در بیش از نیمی از اختلال‌های محور یک و تمامی اختلال‌های محور دو قابل مشاهده است (Gross., 2014). بنابراین در کنار نقش تجارب محیطی آسیب‌زا بر نظام هیجانی کودکان کار، کژکاری ایجاد شده در تنظیم هیجانی نیز، اختلال‌های هیجانی

مضاعفی را برای آن به همراه خواهد داشت. در واقع همسو با مدل کابر (Kober., 2014) می‌توان گفت که معضلات هیجانی می‌تواند نتیجه و پیامدی از کژکاری تنظیم هیجانی باشد.

کژکاری تنظیم هیجانی همچنین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (Nedaei et al., 2016). کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌های چند بعدی شناخته می‌شود که در زندگی کودکان کار به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی بصورت ادراک فرد از جایگاهش در جهان، بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند تعریف می‌شود (Group., 1995). این سازه عاملی مرتبط با وضعیت روانی (Berghöfer et al., 2020) و تنظیم هیجان شناخته می‌شود که می‌تواند به عنوان یکی از اهداف اساسی درمانی شناخته شود. با توجه به اینکه کیفیت زندگی شامل "سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط" می‌شود، می‌توان انتظار داشت که اغلب این ابعاد در کودکان خیابانی کاهش پیدا کند، همچنین یافته‌ها نیز نشانگر آن است که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی با اغلب ابعاد کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد، در حالی که استفاده از مکانیزم‌های کژکارکرد تنظیم هیجانی مانند سرکوب اثرات آسیب‌زایی بر بیشتر مولفه‌های کیفیت زندگی دارد (Ciuluvica et al., 2014)، بنابراین با توجه به اهمیت راهبردهای تنظیم هیجان و پیامدهای آن، و همچنین با نظر به آسیب‌پذیری که در زمینه تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار وجود دارد، می‌توان انتظار داشت که مداخله در این سازه‌ها می‌تواند پیامدهای مثبت متعددی را برای کودکان داشته باشد.

یکی از مداخلاتی که در زمینه‌ی درمان و پیشگیری معضلات هیجانی اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته، درمان شناختی رفتاری است. علاوه بر این تحولات جدید در حوزه رفتاردرمانی شناختی و همچنین محدودیت‌های که در زمینه‌ی اثربخشی بعضی از مداخلات موجود وجود دارد (Moses & Barlow., 2006)، به معرفی مدل جدیدی به نام درمان فراتشخیصی یا رویکرد یکپارچه توسط بارلو و همکارانش منجر شده است. رویکرد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان یا مشابهی دارند کاربرد داشته باشد (Bastani et al., 2011).

اهنریش می و همکارانش نسخه بزرگسال پروتکل یکپارچه بارلو را برای کودکان و نوجوانان متناسب سازی کرده‌اند (Ehrenreich-May et al., 2017). اهنریش می و بلیک در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی نسخه کودک پروتکل یکپارچه برای درمان اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی در کودکان پرداختند. بیست و دو کودک (۷ تا ۱۲ ساله) با اختلال اضطراب و علائم افسردگی همراه در جلسات درمانی شرکت کردند. نتایج نشان داد که این درمان روشی مناسب و موثر در درمان اختلالات اضطرابی و علائم افسردگی همراه در کودکان است (Bilek & Ehrenreich-May., 2012). در یک مطالعه دیگر کوین، بارلو و اهنریش

می، نسخه نوجوان پروتکل یکپارچه را برای درمان مورد استفاده قرار دادند که با پیگیری شش ماه اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفت (Queen et al., 2014). گارسیا-اسکالرسا و همکاران نیز در مطالعه که در کشور اسپانیا به بررسی اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر بر کاهش معضلات هیجانی پرداختند، نشان دادند که مداخله صورت گرفته در کاهش اضطراب و افسردگی موثر واقع شده است (García-Escalera et al., 2017) که همسو با بررسی انجام شده در ژاپن می‌باشد (Ito et al., 2016).

علیرغم تایید اثربخشی و محدودیت‌های که در زمینه‌ی درمان شناختی رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مطالعات متعدد وجود دارد (Ellard et al., 2010; Sloan et al., 2017; Varkovitzky et al., 2018)، تعیین مداخله‌ای که با بیشترین اثربخشی و پایداری همراه باشد به عنوان یکی از اهداف اساسی بالینگران و پژوهشگران شناخته می‌شود. با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات محدودی در رابطه با مقایسه دو درمان به ویژه در کودکان کار انجام شده است؛ این در حالی است که برخی از درمان‌ها ممکن است با توجه به تفاوت‌های فرهنگی سازگاری بیشتری برای برخی فرهنگ‌ها و افراد داشته باشد. برای مثال لیتو و همکاران (Ito et al., 2022) با تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اختلال‌های هیجانی در کشور ژاپن، گزارش می‌کنند که این درمان انطباق بیشتری در مقایسه با CBT برای فرهنگ ژاپن دارد. همچنین برخی نیز بر این باورند که جلسات درمانی، صرف نظر از نوع درمان می‌تواند تا ۳۰ درصد از تغییرات درمانی را تبیین نماید (Clark., 2009). این در حالی است که فهم بهتر ما از عوامل موثر و چگونگی تغییرات ایجاد شده در فرایند مداخلات، می‌تواند پیامدهای درمانی با اثربخشی و پایداری بالا را به همراه داشته باشد. با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات محدودی در رابطه با مقایسه دو درمان، به ویژه در رابطه با کودکان کار انجام شده است (Arnfred et al., 2017; Mohammadi et al., 2013).

از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار انجام شده است. در واقع مسئله پژوهش حاضر این است که کدام یک از مداخله‌ها اثربخشی و پایداری بالایی در بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش کیفیت زندگی کودکان کار دارد.

روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی دارای سه گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و نیز یک دوره پیگیری سه ماهه بود. در این پژوهش، درمان فراتشخیصی و درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند و اثربخشی آنها بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی به عنوان

متغیرهای وابسته، بررسی شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه کودکان آسیب دیده اجتماعی (کودکان کار) شهر تهران تشکیل می‌دهد. نمونه‌ی آماری ۴۵ نفر از دختران تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس جدول کوهن با توان آزمون ۰/۸۰، سطح آلفای ۰/۰۵ (آزمون دوطرفه)، اندازه اثر ۰/۸ در هر گروه ۱۰ نفر و با توجه به احتمال ریزش، ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۴۵ نفر تعیین شد که به شیوه هدفمند از جامعه آماری انتخاب شدند.

جنسیت دختر، دامنه سنی بین ۸ تا ۱۱ سال، عضویت در مراکز تحت پوشش شبکه یاری کودکان کار، علاقمندی شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش بر اساس مفاد رضایت نامه کتبی، داشتن حداقل یک والد و موافقت وی برای حضور در جلسات، ملیت ایرانی، عدم ابتلا به بیماری طبی مزمن و عدم سابقه سوء استفاده جنسی به عنوان معیارهای ورود به پژوهش، و همچنین دریافت مداخله روانشناختی مشابه دیگر هم زمان با اجرای پژوهش حاضر، دارودرمانی هم زمان با مداخله یا طی یک ماه قبل از شروع مداخله، عدم رضایت به ادامه درمان در حین فرآیند مداخله، تشدید مشکلات فرد در حین مداخله و لزوم ارائه مداخله دیگر و غیبت بیش از دو جلسه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه شناخته می‌شوند.

ابزار جمع آوری داده ها

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیای کودکان سنین مدرسه (K-SADS-PL): این ابزار مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای است که توسط کافمن و همکاران (Kaufman et al., 1997) ساخته شده و به منظور ارزیابی دوره‌های فعلی و قبلی علائم و اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان بر اساس معیار DSM-IV طراحی شده است. پنج ضمیمه تشخیصی در K-SADS-PL وجود دارد که عبارتند از: ۱. اختلالات خلقی؛ ۲. اختلالات سایکوتیک؛ ۳. اختلالات اضطرابی؛ ۴. اختلالات رفتاری؛ و ۵. سوء مصرف مواد و سایر اختلالات. زمان لازم برای انجام این مصاحبه به طور متوسط ۴۵ دقیقه برآورد می‌شود که در بیماران این مدت زمان معمولاً به ۹۰ دقیقه نیز افزایش می‌یابد. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار بر روی ۱۱۲ نفر از جمعیت بالینی بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه تأیید شده است (RamezaniFarani et al., 2016).

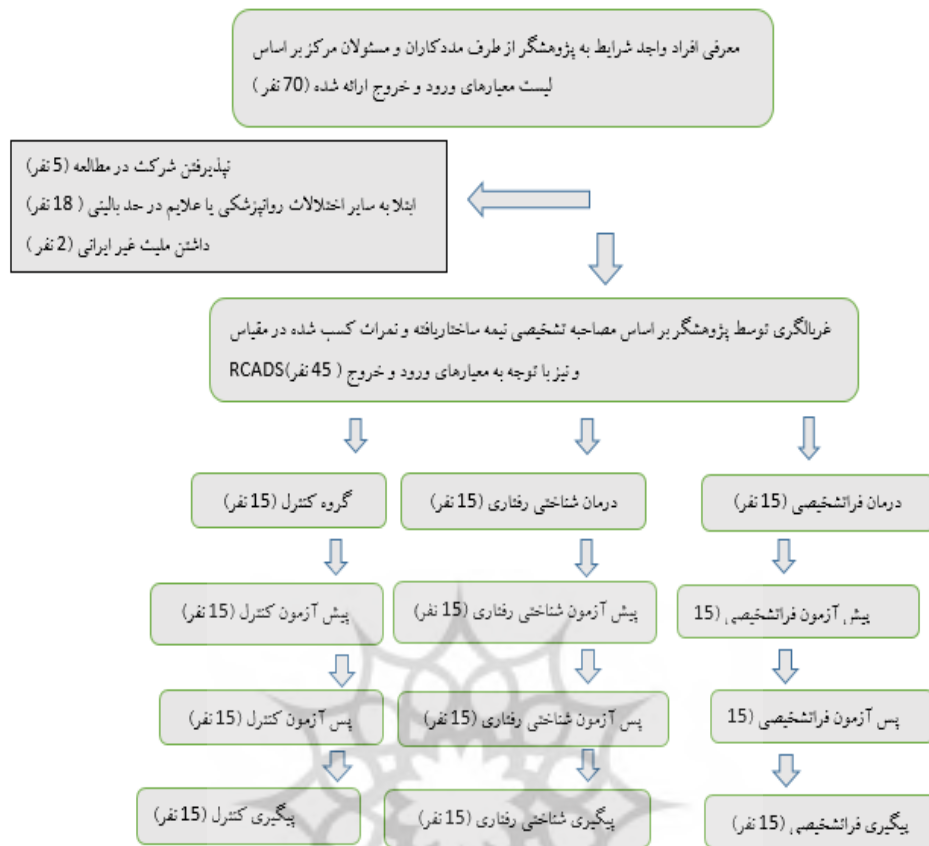
پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان - نسخه کودک (CERQ): نسخه کودک پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی هیجان، یک نسخه تعدیل یافته از فرم بزرگسال است. این نسخه توسط گرانفسکی و همکاران (Garnefski et al., 2007) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و به صورت خود گزارشی است. مطالعه مشهدی و همکاران (Mashhadi et al., 2012) که با هدف بررسی ساختار عاملی و اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران صورت گرفت، نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی در جامعه

ایران برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودک: پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله (PedsQL) دارای ۲۳ سؤال است. گزینه‌های پرسشنامه در طیف لیکرت و از هرگز تا همیشه نمره گذاری می‌شود. روایی محتوایی کل ابزار ۰/۸۴ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۲ گزارش شده است (Mohamadian., 2014). جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌ها در پژوهش حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. قاعده کلی این است که مقدار آلفای کرونباخ یک مقیاس باید حداقل ۰/۷۰ باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از متغیرهای تحقیق در جدول ۱ مشخص شده است. همانطور که مشاهده می‌شود تمامی متغیرها دارای پایایی قابل قبول هستند.

روش اجرا

در این پژوهش، پس از دریافت مجوزهای لازم، پژوهشگر به یکی از شعب وابسته به شبکه یاری کودکان کار در شهر تهران مراجعه کرد و به صورت حضوری با مسئولان این مرکز در مورد پژوهش حاضر و اهداف آن و نیز معیارهای ورود و خروج افراد به پژوهش صحبت کرد، به منظور انتخاب اعضای نمونه و رعایت معیارهای ورود و خروج مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا برای کودکان در سنین مدرسه به عمل آمد. در نهایت ۴۵ نفر از این کودکان انتخاب شده، طی یک جلسه مقدماتی پیش از شروع مداخله، رضایت نامه شرکت در طرح، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و نیز مقیاس تنظیم هیجان و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند تا نمرات پیش آزمون مربوطه ثبت شوند. در گام بعدی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه جای گرفتند. افراد گروه اول درمان فراتشخیصی و گروه دوم درمان شناختی رفتاری را دریافت کردند. افراد گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله و نیز سه ماه بعد از اتمام، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور تکمیل شدند. لازم به ذکر است در این پژوهش، ۲ جلسه غیبت از جلسات مجاز بود و ۳ جلسه غیبت به عنوان ملاک ریزش تعیین می‌شد که بر اساس این معیار و با توجه به برخی سیاست‌های تشویقی اتخاذ شده از طرف مرکز در قالب ارائه امتیازهایی برای حضور در جلسات که به والدین کودکان اعطا می‌شد، هیچ کدام از نمونه‌ها بیش از دو جلسه غیبت نداشتند و در نتیجه ریزشی در تعداد نمونه‌ها در هیچ یک از جلسات اجرا، پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رخ نداد. نحوه چینش و ورود و خروج شرکت کنندگان در نمودار ۱ گزارش شده است.



نمودار ۱: ورود و خروج شرکت کنندگان

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی با میانگین سنی $9/20 \pm 1/07$ و کمینه و بیشینه ۸ تا ۱۱ سال نشانگر آن است که بیش از ۶۰٪ درصد شرکت کنندگان در پایه‌های تحصیلی سوم و چهارم ابتدایی قرار داشتند، به طوری که فراوانی‌های مذکور در گروه‌های مختلف (درمان یکپارچه‌نگر، شناختی-رفتاری و گروه کنترل) نیز تقریباً در شرایط یکسانی قرار داشتند.

همچنین با هدف تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل واریانس مختلط مورد آزمون قرار گرفت. آنچنان که در جدول ۱ نیز قابل مشاهده است خروجی آزمون شاپیروویلیک ($p > 0/05$) و دامنه کشیدگی و کجی ($+2$ تا -2) داده‌ها بیانگر توزیعی بهنجار می‌باشند.

جدول ۲: خروجی آزمون شاپیروویلیک و شاخص‌های توزیع

متغیر	سطح معناداری	کجی	کشیدگی
تنظیم هیجان-راهبردهای مثبت	۰/۲۶۵	۰/۱۴۷	-۰/۸۷۷
تنظیم هیجان-راهبردهای منفی	۰/۵۹۳	-۰/۰۷۰	-۰/۷۳۴
کیفیت زندگی	۰/۲۱۳	-۰/۰۴۳	-۰/۹۶۸

سطح معنی‌داری آزمون باکس نیز نشانگر این است که ماتریس کوواریانس مشاهده شده در سطوح متغیرهای وابسته همسان است ($M=146/98; p > 0/05$). همچنین علیرغم یکسان بودن حجم گروه‌های مورد مطالعه خروجی آزمون لوین نیز بیانگر همسانی واریانس در متغیرهای وابسته است، در حالی که سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) آزمون کرویت موجلی بیانگر ناهمگونی ماتریس واریانس کوواریانس می‌باشد، از این رو با هدف تعدیل درجه آزادی در تفسیر F ، از آزمون محافظه‌کارانه تر گرین‌هاوس-گیرز استفاده شد که ابتدا شاخص‌های مرتبط با آمار توصیفی در جدول ۲ ارائه می‌شود که امکان استباط سطحی از یافته‌ها را فراهم می‌سازد.

جدول ۳: شاخص‌های آمار توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش

متغیر	سنجش	گروه‌ها		
		فراتشخیصی	شناختی-رفتاری	کنترل
تنظیم شناختی مثبت	پیش آزمون	۵۸/۰۰ ± ۶/۶۷	۵۷/۸۷ ± ۷/۰۳	۵۷/۹۳ ± ۴/۱۰
	پس آزمون	۶۳/۲۰ ± ۵/۹۴	۵۹/۰۷ ± ۷/۳۵	۵۷/۳۳ ± ۴/۱۳
	پیگیری	۶۳/۲۷ ± ۵/۶۵	۵۹/۹۳ ± ۶/۹۳	۵۷/۵۳ ± ۴/۰۳
تنظیم شناختی منفی	پیش آزمون	۵۱/۰۶ ± ۵/۳۶	۵۲/۶۷ ± ۵/۵۵	۵۱/۹۳ ± ۵/۵۶
	پس آزمون	۴۶/۹۳ ± ۵/۰۳	۵۲/۲۷ ± ۴/۹۸	۵۲/۷۳ ± ۵/۶۰
	پیگیری	۴۶/۸۷ ± ۴/۹۷	۵۱/۲۷ ± ۴/۸۰	۵۲/۶۰ ± ۵/۳۷
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۹/۰۷ ± ۴/۹۹	۱۹/۲۷ ± ۶/۲۳	۲۰/۸۷ ± ۵/۱۴
	پس آزمون	۱۹/۷۳ ± ۵/۲۴	۱۹/۶۷ ± ۶/۴۳	۲۰/۰۰ ± ۵/۶۱
	پیگیری	۱۸/۳۳ ± ۴/۶۲	۱۹/۲۷ ± ۵/۹۳	۲۰/۴۷ ± ۵/۵۹

پس از تایید پیش‌فرض‌های مرتبط با تحلیل واریانس مختلط دورا، از گروه به عنوان عاملی بین گروهی و از مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عاملی درون‌گروهی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل واریانس مختلط به روش گرین‌هاوس-گیرز

منبع	متغیر	مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	مجدوراتا	F	P
زمان	کیفیت زندگی	۵/۱۷	۱/۵۶	۳/۳۱	۰/۰۲	۰/۹۸	۰/۳۶
		۱۶/۷۸	۳/۱۲	۵/۳۷	۰/۰۷	۱/۶۰	۰/۱۹
زمان	تنظیم هیجان	۱۳۸/۳۲	۱/۶۴	۸۴/۱۶	۰/۴۸	۳۸/۹۹	۰/۰۰۱
		۱۷۰/۶۹	۳/۲۸	۵۱/۹۳	۰/۵۳	۲۴/۰۶	۰/۰۰۱
زمان	تنظیم هیجان	۶۶/۱۹	۱/۴۷	۴۴/۶۹	۰/۲۴	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱
		۱۲۸/۵۶	۲/۹۴	۴۳/۶۶	۰/۳۸	۱۳/۰۶	۰/۰۰۱
گروه*زمان	منفی						

بر اساس جدول ۴، می‌توان گفت که اثر عامل زمان بر متغیرهای تنظیم هیجان مثبت (۳۸/۹۹) و منفی ($P < 0/001$; $F = 13/45$) معنی‌دار است، در حالی که این عامل در رابطه با کیفیت زندگی معنی‌دار نیست ($P < 0/36$; $F = 0/98$). به عبارتی برخلاف کیفیت زندگی، میزان راهبردهای تنظیم هیجان از پیش‌آزمون تا پیگیری تغییر چشمگیری داشته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز نشانگر این است که حداقل یکی از مداخله‌های درمانی در عامل زمان تنظیم هیجان اثر بخش واقع شده است ($P < 0/000$; $F = 38/99$; $\text{partial } \eta^2 = 0/48$; $P < 0/000$; $F = 13/06$; $\text{partial } \eta^2 = 0/38$) در حالی که هیچ‌یک از سطوح کیفیت زندگی از عامل گروه تاثیر نپذیرفته است ($P < 0/05$; $F = 1/60$; $\text{partial } \eta^2 = 0/02$). با هدف روشن کردن ماهیت تفاوت‌های موجود بین گروه‌ها و زمان‌های مختلف از آزمون مقایسه چندگانه بونفرونی استفاده شد، همانگونه که جدول ۴ نیز قابل مشاهده است بین متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد، که این معناداری تفاوت بین هیچ‌یک از متغیرهای گروه گواه یافت نشد.

جدول ۵. خلاصه‌ای از آزمون مقایسه چندگانه بونفرونی برای گروه‌ها و متغیرها

گروه	متغیر	ارزیابی (I)	ارزیابی (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
در زمان پیگیری	کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۶۶	۰/۳۳	۰/۱۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۰	۰/۵۲	۰/۱۵
	تنظیم هیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۲۰	۰/۴۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۳۵	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۸۷	۴/۱۳	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۱/۰۰	۰/۴۵	۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	منفی	
۰/۹۶	۰/۳۸	-۰/۴۰	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی	شناختی-رفتاری
۱/۰۰	۰/۵۵	۰/۴۰	پیگیری	پس آزمون		
۰/۰۱	۰/۴۳۹	-۱/۲۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۰/۰۴	۰/۴۰۱	-۰/۸۶۷	پیگیری	پس آزمون	مثبت	
۰/۳۲	۰/۳۸۸	۰/۴۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۰/۰۲	۰/۴۰۲	۱	پیگیری	پس آزمون	منفی	
۰/۲۴	۰/۷۱۰	۰/۸۶۷	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی	گروه کنترل
۰/۳۰	۰/۴۳۵	-۰/۴۶۷	پیگیری	پس آزمون		
۰/۱۶	۰/۴۱۲	۰/۶۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۰/۶۷	۰/۴۶۰	-۰/۲۰	پیگیری	پس آزمون	مثبت	
۰/۰۶	۰/۳۹۱	-۰/۷۰	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم هیجان	
۰/۶۳	۰/۲۷۴	۰/۱۳۳	پیگیری	پس آزمون	منفی	

همچنان که در جدول فوق (۵) قابل مشاهده است، همسو با گروه کنترل هیچ یک از مداخله‌ها اثربخشی و پایداری معنی‌داری در کیفیت زندگی نداشته است، با این حال بررسی درمان یکپارچه‌نگر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نیز بیانگر آن است که میانگین نمرات تنظیم هیجانی مثبت از پیش آزمون ($M=58/00 \pm 6/67$) تا پس آزمون ($M=63/20 \pm 5/94$) افزایش معنی‌داری داشته و اثربخشی ایجاد شده تا دوره‌ی پی‌گیری ($M=63/27 \pm 5/65$) پایدار بوده است. همچنین مقایسه‌ی زوجی تنظیم هیجانی منفی نشانگر آن است که آموزش درمان یکپارچه‌نگر اثربخشی معنی‌داری در پس آزمون ایجاد کرده است که این مقدار تا دوره پیگیری پایدار نبوده است. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه‌های تنظیم هیجان نیز گویای آن است که اثربخشی این مداخله از پس آزمون ($M=59/07 \pm 7/35$) تا پیگیری ($6/93 \pm M=59/93$) برای راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت پایدار بوده است، در حالی که این معنی‌داری در مرحله پس آزمون تنظیم هیجان منفی قابل مشاهده نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراتشخیصی و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان کار پرداخته است. نتایج حاصل از تحلیل نشانگر اثربخشی درمان

فراشخصی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و نیز کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان بود، ضمن آن که مقایسه نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری را بین درمان فراشخصی و درمان شناختی رفتاری در این متغیر نشان داد. به طور کلی می‌توان به این نتیجه رسید که درمان فراشخصی در افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل کرده است. بررسی‌ها نشانگر آن است که یافته پژوهش حاضر در راستای مطالعه (Arnfred et al., 2017; Ellard et al., 2010; Mohammadi et al., 2013; Varkovitzky et al., 2018) می‌باشد.

تبیین اثربخشی بالای رویکرد فراشخصی را می‌توان در توجه ویژه این مدل بر ابعاد گوناگون تنظیم هیجان نسبت داد. در واقع بر اساس این مدل نقص در پردازش‌های هیجانی به عنوان عاملی زمینه‌ساز در اغلب معضلات هیجانی شناخته می‌شود (Fairholme et al., 2010). بنابراین همسو با تاکید رویکرد فراشخصی به برخی مودال‌های اصلی، یعنی «آگاهی هیجانی»، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و پیشگیری از اجتناب تجربه‌ای (Barlow et al., 2010). می‌توان گفت که تاکید اصلی مداخله فراشخصی بر راهبردهای تنظیم هیجان است. برای مثال افزایش آگاهی هیجانی موجب می‌شود که فرد با درک هیجانی خود به عوامل راه‌اندار و زمینه‌ساز حالت‌های احساسی خود مسلط شود، بنابراین با شناسایی ماشه‌چکان‌های هیجانی خویش به احتمال قوی‌تری به مقابله و مواجهه با آنها در قالب روش‌های مانند حل مسئله اقدام خواهد کرد. از طرفی با توجه به اینکه کودکان کار ممکن است با برخی شرایط پرتنش روانی و هیجانی مواجه شوند، شروع به نادیده گرفتن عوامل هیجانی کرده و یا سرکوب هیجان‌های خود را به صورت راهبردهای غالب تنظیم هیجانی مورد استفاده قرار دهند. از این رو آگاه کردن آنها از هیجان‌هایشان می‌تواند مقدمه‌ای برای تقویت راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی باشد.

در کل مداخلات مبتنی بر رویکرد فراشخصی نسبت به رویکردهای سنتی‌تر تأثیر بیشتری در بهبود تنظیم هیجانی دارند. چرا که رویکردهای شناختی رفتاری به طور سنتی بر نقش تنظیم هیجان تاکید داشته‌اند، با این تفاوت که درمان شناختی رفتاری معتقد است تنظیم هیجان از طریق دستکاری شناخت‌ها انجام می‌شود. اما رویکردهای اخیر به طور اختصاصی بر نقش تنظیم هیجانی تاکید دارند و در این بین درمان فراشخصی تاکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد و فنون اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برد (Mohammadi et al., 2013) و از این رو اثربخشی این درمان را بالا برده است، به طوری که در یک مطالعه فراتحلیل، پیرل و نورتون پس از بررسی ۶۷ مقاله، اندازه اثر درمان فراشخصی را ۱/۰۶ بیان کردند (Pearl & Norton., 2017).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که هیچ یک از مداخله‌های انجام شده اثربخشی معنی‌داری

بر افزایش کیفیت زندگی کودکان کار نداشته است. بررسی‌های انجام شده در رابطه با پیشینه پژوهشی نشانگر آن است که یافته حاضر در راستای مطالعات قبلی نبوده است (Nedaei et al., 2016) این ناهمسوی را شاید بتوان بر ابزارهای متفاوت و یا ویژگی‌های خاص افراد مورد مطالعه نسبت داد. در واقع می‌توان گفت که کیفیت زندگی بر رضایتمندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت، و تا حدی به کیفیت آگاهی یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان بستگی دارد؛ این در حالی است که شادمانی مستمر و رضایتمندی، از عناصر اساسی کیفیت زندگی بوده و در واقع نشان دهنده عملکرد خوب در تحقق بخشیدن به جنبه‌های ارزشمند زندگی است (Frisch., 2005).

کیفیت زندگی، یک مفهوم کاملاً کلی و عمومی بوده و برحسب نوع مطالعه به درد، سطح خستگی، رضایتمندی از زندگی، سلامت ذهنی، شرایط عینی زندگی و محیط می‌تواند اشاره داشته باشد (Fayers & Machin., 2013). این در حالی است که ابزار استفاده شده کیفیت زندگی در پژوهش حاضر نتوانسته است عناصر و حیطه‌های شانزده گانه کیفیت زندگی (شامل سلامت جسمی، احترام به خویش، اهداف و ارزش‌های معنوی، درآمد، شغل حرفه‌ای، سرگرمی و تفریح، یادگیری، خلاقیت، کمک و یاری رساندن، عشق، دوستان، زندگی با کودک خود، ارتباط با بستگان، خانه، محله و جامعه) را هدف قرار داده و ارزیابی کند. عدم ثبات در اندازه‌گیری و مفهوم‌سازی کیفیت زندگی با بی‌اهمیت جلوه دادن این حیطه، متخصصان سلامت را در تعیین درمان به صرفه و کارآمد، دچار سردرگمی کرده است. از این رو عدم معناداری این متغیر را می‌توان به دلیل نبود پرسشنامه مناسب با ارزیابی سطوح شانزده گانه کیفیت زندگی، برای این گروه سنی در نظر گرفت. نکته مهم دیگر این است که برای ارزیابی جامع‌تر کیفیت زندگی در سنین کودکی می‌بایست علاوه بر گزارش‌های خود کودکان، از والدین یا سرپرست یا هر فرد بزرگسالی که ارتباط نزدیکی با کودک دارد و از جنبه‌های رفتاری هیجانات کودکان که نمود بیرونی داشته و مطلع می‌باشد نیز ارزیابی انجام گیرد. در صورتی که پرسشنامه مذکور فقط برای کودکان بوده است و فاقد اطلاعات مفیدی گفته شده می‌باشد؛ از این رو این امر نیز می‌تواند در نتیجه بدست آمده موثر باشد. از سویی دیگر در نظریه کیفیت زندگی، بر رضایتمندی از زندگی به دلایل عملی، بیشتر از عواطف مثبت و منفی تاکید می‌شود. رضایتمندی از زندگی نسبت به نوسانات خلقی زودگذر و اثرات نامناسب محیطی و زمینه‌ای در مقایسه با عواطف مثبت و منفی، آسیب‌پذیری کمتر دارد (Frisch., 2005) و هیچ کدام از درمان‌های پژوهش حاضر اثرات نامناسب محیطی و ارزشی این کودکان را هدف قرار نداده بود و لذا از این جهت به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در این قشر از کودکان اثرات بسزایی خواهد داشت. همچنین با

توجه به این نظریه، تقویت‌کنندگی مناسب و منطقی در محیط زندگی، پیش‌نیاز بهبود کیفیت زندگی است. هنگامی که افراد به درستی درمی‌یابند که شرایط عینی در حیطه‌ای از زندگی برای سلامت و رفاه آن‌ها ضعیف یا مخرب است، تلاش برای تغییر یا دور شدن از محیط، بر تلاش‌های انطباقی کاملاً ذهنی مقدم است (Joseph Sirgy., 2012).

در مجموع می‌توان گفت در پژوهش حاضر، راهبردهای فراتشخیصی برای بهبود بدتنظیمی هیجانی در کودکان کار به‌عنوان یک جمعیت آسیب‌پذیر، اثربخش بود. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که می‌توان نسخه کودک پروتکل فراتشخیصی یکپارچه را بر روی جمعیت آسیب‌پذیر به کار برد. امید می‌رود با شناخت عوامل آسیب‌پذیری و به‌کارگیری رویکرد فراتشخیصی بتوان بر اثربخشی، گسترش و کارایی مداخلات کودک محور افزود. از سویی دیگر به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به دلیل تأکید بر عناصر شانزده گانه این سازه، برای ارتقای کیفیت زندگی این کودکان می‌تواند به عنوان نسخه آزمایشی قابل تامل باشد.

اولین محدودیت پژوهش حاضر، انتخاب نمونه پژوهش از بین کودکان کار منطقه خاصی از تهران (منطقه فرحزاد) و نیز تک جنسیتی بودن نمونه و به تبع آن محدودیت در تعمیم یافته‌های این پژوهش به کودکان کار سایر مناطق تهران و ایران و محدودیت دیگر مشارکت کم والدین کودکان کار در جلسات درمان به دلیل داشتن مشغله‌ها و برخی شرایط خاص این قشر بود.

پیشنهاد می‌شود که از حجم نمونه بیشتر که شامل هر دو جنسیت می‌شود، استفاده گردد. انجام پیگیری‌های طولانی مدت‌تر (بیش‌تر از ۳ ماه)، مطالعه مکانیسم‌های اثر درمان فراتشخیصی در کودکان طی مطالعات فرایندمدار، و مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با سایر انواع درمان‌های اختصاصی و اختلال محور در کودکان صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. شرکت افراد به صورت داوطلبانه و با کسب رضایت‌نامه از والدینشان بود. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد. کد اخلاق صادر شده از کمیته پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بدین شرح است:

(IR.SBMU.MSP.REC.1396.3.22).

References

- Arnfred, S. M., Aharoni, R., Hvenegaard, M., Poulsen, S., Bach, B., Arendt, M., Rosenberg, N. K., & Reinholt, N. (2017). Transdiagnostic group CBT vs. standard group CBT for depression, social anxiety disorder and agoraphobia/panic disorder: Study protocol for a pragmatic, multicenter non-inferiority randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *17*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1175-0>
- Arshad, M., Razaq, Z., & Mahmood, K. (2015). Anxiety and depression level among child labour. *European Journal of Psychological Research*, *2*(1). <http://www.idpublications.org/wpcontent/uploads/2014/12/Anxiety AndDepression-Level-Among-Child-Labour-FullPaper.pdf>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., & Fairholme, C. P. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001>
- Bastani, S., Golzari, M., & Rowshani, S. (2011). Emotional divorce and strategies to face it. *Journal of Family Research*, *7*(2), 241-257. [in persian] <https://doi.org/10.4135/9781483326573.n443>
- Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*, *29*, 2073-2087. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02470-0>
- Bilek, E. L., & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior therapy*, *43*(4), 887-897. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.007>
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *127*, 661-665. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.331>
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive behaviour therapy*, *38*(S1), 29-34. <https://doi.org/10.1080/16506070902980745>
- Ebrahimi, L. S., Abasi, I., Ghasemzadeh, S., Mohammadi, A., Isfeedvajani, M. S., & Arani, A. M. (2019). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on anxiety-depressive symptoms and emotion regulation in child laborers. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*, *24*(1), e8-e8. [in persian] <https://theses.sbm.ac.ir/index.php/rbms/article/view/32161>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2017). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780199340989.001.0001>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and behavioral practice*, *17*(1), 88-101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Embleton, L., Lee, H., Gunn, J., Ayuku, D., & Braitstein, P. (2016). Causes of child and youth homelessness in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *170*(5), 435-444. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0156>

- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. <https://doi.org/10.1093/med.psych/9780199772674.003.0005>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470024522>
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Chorot, P., Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., & Sandín, B. (2017). The Spanish version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 6(8), e7934. <https://doi.org/10.2196/resprot.7934>
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children: the development of an instrument. *European child & adolescent psychiatry*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. <https://doi.org/10.1037/e515492014-011>
- Group, W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., Hirabayashi, N., Kanie, A., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0779-8>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kober, H. (2013). Emotion regulation in substance use disorders. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 428–446). (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mahmoodnejad, M., Karbalaie Mohammad Meigooni, A., & Sabet, M. (2018). Prediction of suicidal ideation and interpersonal violence among labor children based on childhood trauma, emotion regulation difficulties and callous-unemotional traits. *Psychological Achievements*, 25(1), 1-22. [in persian] <https://doi.org/10.22055/psy.2018.21961.1815>
- Mashhadi, A., Hasani, J., & Mirdoraghi, F. (2012). Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-KP). *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 14(55), 246-259. [in persian] magiran.com/p1046160
- Mohamadian, H. (2014). akbari H, gilasi H, gharlipour Z, moazami A, aghajani M, et al.

- Validation of Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL) in Kashan city. sjimu, 22(3), 10-18. [in persian] <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1935-fa.html>*
- Mohammadi, A., Birashk, B., & Gharraee, B. (2013). Comparative effectiveness of group transdiagnostic treatment for subclinical symptoms of anxiety and depression; 3 month follow-up. *Psychological Research. [in persian] magiran.com/p1190310*
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science, 15(3), 146-150. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x>*
- Nedaei, A., Paghoosh, A., & Sadeghi-Hosnijeh, A. (2016). Relationship between coping strategies and quality of life: Mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Journal of clinical psychology, 8(4), 35-48. [in persian] magiran.com/p1605009*
- Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 46, 11-24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>*
- Queen, A. H., Barlow, D. H., & Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of anxiety disorders, 28(6), 511-521. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.007>*
- RamezaniFarani, A., Gharraeei, B., & SalekEbrahimi, L. (2016). The effectiveness of a computer-based intervention on improving social skills, face processing and emotion recognition in students with autism spectrum disorder. *Journal of modern psychological researches, 11(43), 81-104. [in persian] <https://doi.org/10.21742/ijcwpm.2018.2.2.14>*
- Shendell, D. G., Noomnual, S., Chishti, S., Sorensen Allacci, M., & Madrigano, J. (2016). Exposures resulting in safety and health concerns for child laborers in less developed countries. *Journal of environmental and public health, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/3985498>*
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review, 57, 141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>*
- Trougakos, J. P., Chawla, N., & McCarthy, J. M. (2020). Working in a pandemic: Exploring the impact of COVID-19 health anxiety on work, family, and health outcomes. *Journal of Applied Psychology, 105(11), 1234. <https://doi.org/10.1037/apl0000739>*
- Varkovitzky, R. L., Sherrill, A. M., & Reger, G. M. (2018). Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders among veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Behavior modification, 42(2), 210-230. <https://doi.org/10.1177/0145445517724539>*