



Journal Website

Article history:
Received 22 July 2024
Accepted 23 September 2024
Published online 10 November 2024

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 3, pp 237-257



E-ISSN: 2981-1759

Comparing The Effectiveness Of The Training Program Based On Lived Experience In Parent-Child Relationships And Schema Therapy On Empathy, Emotion Regulation And Mental Health Of Abused Teenage Girls

Parastoo Sheikh Esmaili ¹ , Hamzeh Ahmadian ^{2*} , Maryam Akbari ³

1. PhD Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
(Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

* Corresponding author email address: Ahmadian@iausdj.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Sheikh Esmaili P, Ahmadian H, Akbari M. (2024). Comparing The Effectiveness Of The Training Program Based On Lived Experience In Parent-Child Relationships And Schema Therapy On Empathy, Emotion Regulation And Mental Health Of Abused Teenage Girls. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(3), 237-257.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of the training program based on lived experience in parent-child relationships and schema therapy on empathy, emotional regulation and mental health of abused adolescent girls.

Method: This study was combined (qualitative and quantitative). In the qualitative part, the research method was phenomenological and in the quantitative part, the research method was semi-experimental with pre-test, post-test and control group. The statistical population of the present study included all abused teenage girls who were present in welfare centers for girls in Sanandaj city in 1402. The sample of the research was selected in the qualitative section using the purposeful sampling method and they were subjected to a semi-structured interview. In the quantitative part, the statistical sample of the present study was made up of 45 adolescent girls with bad guardians. The first experimental group received the intervention program based on lived experience in parent-child relationships and the second experimental group received the schema therapy program and the control group did not receive the program. Goldberg's mental health questionnaires (1972), Davis's empathy (1994) and Gross and John's (2003) emotion regulation questionnaires were used as research tools. Data analysis was done with SPSS 28 software and multivariate covariance analysis and Bonferroni post hoc test were used.

Findings: The findings showed that only the lived experience intervention was effective for one of the emotion regulation scales (Cognitive reappraisal) and both intervention methods were effective on empathy and mental health ($p < 0.05$). Bonferroni's post hoc test showed that the effectiveness of the lived experience intervention on empathy was greater than the schema therapy intervention, but the effectiveness of the two intervention methods on mental health was the same.

Conclusion: According to the results, it can be said that the training program based on lived experience in parent-child relationships is effective in improving the ability of abused adolescent girls, and it is recommended to use it in the treatment and education process.

Keywords: Lived experience, schema therapy, empathy, emotion regulation, mental health, abused teenagers

Extended Abstract

1. Introduction

The family, as the primary nucleus of all social organizations and institutions, is responsible for the care, nurturing, and growth of children. Any damage or deficiency in parent-child relationships can indicate neglect. In recent years, along with the increase in societal challenges and damages, the number of orphaned children and adolescents has also increased (Sarempour, Ghobari Bonab, Bagheri, 2020). The results of studies by Fagbamigbe, Adebayo and Ajayi (2019) indicate that the prevalence rate of orphaned children and adolescents worldwide is on an increasing trend. A study (Liang, Mazzucchelli, and Del Vecchio, 2021) showed that orphaned adolescents have lower levels of empathy, emotion regulation, and mental health, and experience more negative emotions, anxiety, and depression compared to their peers.

Empathy, as one of the variables that has attracted researchers' attention in recent years, refers to the ability to predict and share emotional states with others. Generally, empathy means the ability to emotionally and cognitively receive mental states (feelings, thoughts, and motivations) of others and respond emotionally appropriately to them (Krains, Amir, and Bushman, 2018). Overall, empathetic skill is associated with mental health, positive social interactions, and decreased behavioral and emotional problems during adolescence. In this regard, Segura, Estevez and Estevez (2020) stated that typically in adolescence, the challenges and conflicts of adolescents with parents and peers increase and often lead to increased aggressive behaviors and family tensions.

The lack of a safe, warm and intimate relationship with parents and negative emotional experience from relations with parents, leads to a decrease in empathy in orphaned adolescents. It puts them at risk for various internal and external psycho-cognitive disorders, such as depression, anxiety, somatic complaints, withdrawal, aggression, law-breaking, and arousal (Youa et al., 2017). One of the other important and influential variables in the mental health and empowerment of adolescents, is emotion regulation. Emotion regulation refers to a set of emotional skills that help individuals to have more flexibility in stimulating and emotional situations (Yang, Sandman, and Krass, 2019). Generally, emotion regulation is recognized as one of the essential components necessary for people's growth and affects various psychological, social, emotional, and behavioral aspects (Patriot and Fittman, 2020). However, Arsan (2020) showed in his research that adolescents, especially orphaned adolescents, have less emotion regulation ability, and this prepares the ground for various disorders and a decrease in mental health. Mental health refers to a general psychological state where individuals can cope adaptively with the pressures and tensions of life, understand their abilities, and have appropriate personal and social performance (Gyu, Zhang, and Gyu, 2022). Also, in the definition of the World Health Organization (2022), mental health is considered as the foundation to realize innate talents, the ability to cope with life problems, the ability to create and maintain relationships, and active participation in society. In recent years, the mental health of adolescents has always attracted the attention of researchers and specialists and is considered as the core of intervention programs (Magson, 2021). However, various studies have shown that orphaned adolescents have lower mental health, and there is a direct relationship between the lack of parental support and mental health (Cherwick et al., 2023, Ramberg, 2021).

Among these, one of the intervention programs that has attracted researchers' attention in recent years, is schema therapy. Schema therapy is one of the modern therapies that, inspired by and expanding cognitive-behavioral therapy, has found a very special place among researchers and therapists. Eskandarinassab et al. (2017) showed in their research that orphaned adolescents, compared to normal adolescents, have more incompatible emotional schemas. On the other hand, in recent years, programs based on lived experience have attracted the attention of researchers. Lived experience and parent-child relationships are predictive of psychological, behavioral, and emotional problems and damages in adolescents (Saadati et al., 2020). The healthy model of parent-child relationship is considered as one of the important components in shaping various dimensions of personality, behavior, and emotions. On the other hand, the parent-child relationship leads to the formation of negative and positive experiences in adult relationships (Rodriguez et al., 2018). Therefore, considering the above, it can be concluded that intervention programs based on lived experience and parent-child relationships can play a crucial role in the treatment process and empowerment and reduction of challenges and problems of orphaned adolescents. Therefore, given the above, it can be stated that a comparative study of the efficacy of an intervention program based on lived experience and schema therapy can open a new perspective in the field of orphaned adolescents.

2. Materials and Methods

The present research was conducted using a mixed method (qualitative and quantitative) in the form of an exploratory design with a two-step sequential strategy. In the first stage, considering that the present research seeks to understand the lived

experience of orphaned adolescents, it used the phenomenological qualitative method. Phenomenology includes three stages of direct understanding, analysis, and description. Also, the research method in the quantitative part will be semi-experimental with a pretest and posttest design with a control group. The statistical population of the present study included all orphaned girls and adolescents who were present in 1402 girls' support centers affiliated with Sanandaj Welfare Organization. The research sample in the qualitative part was selected using a purposeful sampling method. The sample size continued until reaching data saturation and repetition of responses. Also, in the quantitative part, the statistical sample of the present research consisted of 30 orphaned adolescents.

The entry criteria in the present study included orphaned adolescent girls aged 12 to 18 years, without a history of physical and psychopathological disorders, not receiving concurrent psychological intervention, full consent to participate in the research. The exit criteria included lack of desire to continue presence in the research process, having more than two session absences, lack of cooperation, failure to perform tasks, and receiving parallel psychological interventions. In this study, ethical considerations included informed and complete consent to participate in the research, no financial costs for participants, complete confidentiality of information, and the possibility of withdrawal during the research.

3. Findings

In this study, for examining the efficacy of interventions based on lived experience and schema therapy on dependent variables, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) test was used. Bonferroni test was also used for post-hoc comparisons. Moreover, the assumptions of the parametric covariance analysis test, including the absence of outliers (with box plot), normal distribution of variables (with Shapiro-Wilk test), homogeneity of variances (with Levene's test), and homogeneity of regression lines (with interaction effect test), were examined, and the statistical assumptions were valid. The maximum alpha error level for hypothesis testing was considered to be 0.05 ($p \geq 0.05$). Data analysis was performed using SPSS 28 software. Table 1 presents the descriptive statistics (mean and standard deviation) of dependent variables by time and group. The findings of mean and standard deviation of variables by group and time showed that in both intervention groups, the mean of emotion suppression strategy decreased at the post-test time, and the mean of cognitive reappraisal strategy increased. The mean of the empathy variable in both intervention groups increased, so that in the lived experience-based group, it increased from 53.13 by 12.40 points to 65.53, and in the schema therapy group, it increased from 52.60 by 6.07 points to 58.67. The mean of the mental health problems scale in the intervention groups was decreasing, so that in the lived experience group, it decreased from 71.20 by 11.07 points to 60.13, and in the schema therapy group, it decreased from 70 to 61.40 by 8.60 points. No noticeable change in the mean of the post-test time compared to the pre-test was observed in the control group.

Table 1. Wilks's lambda test in order to investigate the multivariate effect in terms of dependent variables

The dependent variables	Test	The amount of	F	Degrees of freedom	P	The partial of eta
Main variables	Wilks Lambda	0/295	7/36	8	001/0<	0/457
Components of empathy	Wilks Lambda	0/494	5/22	6	001/0<	0/297
Components of mental health	Wilks Lambda	0/522	3/36	8	0/003	0/278

The results of Table 1 showed that the multivariate effect was confirmed in all tests ($p < 0.05$). According to the results, the interventions based on lived experience and schema therapy were effective on the linear combination of emotion regulation scores, empathy, and mental health, as well as the components of these variables, and at least one of the interventions was effective on the dependent variables. Examining the effect size (partial eta-squared) indicated that overall, the most significant difference in mean between the two groups and the most efficacy was related to the main variables with a coefficient of 0.457. Since the multivariate effect was significant, the results of the ANCOVA test in the context of MANCOVA to measure the efficacy of the interventions and compare them for each of the dependent variables are presented in Table 3.

The findings of the ANCOVA test showed that the efficacy of interventions on cognitive reappraisal, empathy, and mental health was confirmed ($p < 0.05$). At least one of the interventions also had efficacy on the components of empathic concern, perspective taking, personal distress, anxiety, dysfunction in social performance, and depression ($p < 0.05$). According to the results, none of the interventions were effective on cognitive suppression and the somatic symptoms component ($p > 0.05$).

Examination of the effect size through the partial eta-squared index showed that the most efficacy of the interventions, respectively, was on the total empathy score with a coefficient of 0.450, the total mental health score with a coefficient of 0.396, and the anxiety component with a coefficient of 0.332. The results of the post-hoc Bonferroni test to compare the adjusted post-test score in the three groups are presented in Table 4. In Table 4, the difference in the adjusted post-test score along with the standard error from the mean and the significance level is presented. It should be noted that the post-hoc comparisons have only been reported for variables that confirmed the efficacy of the intervention. In addition, the results of the post-hoc Bonferroni test showed that the efficacy of the intervention based on lived experience on all variables of Table 4, including cognitive reappraisal, total empathy score

4. Discussion and Conclusion

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of an experiential-based teaching program and schema therapy on mental health, empathy, and emotion regulation in orphaned adolescents. The findings of the study showed that the experiential-based teaching program and schema therapy were equally effective on mental health and cognitive reappraisal strategy, and did not show a significant difference. Also, the findings of the study showed that the experiential-based teaching program is effective on empathic concern and perspective-taking, but schema therapy is not effective on empathic concern and perspective-taking. Therefore, it can be concluded that there is a significant difference between the effectiveness of the experiential-based teaching program and schema therapy. On the other hand, the findings of the study show that both the experiential-based teaching program and schema therapy are effective on the cognitive reappraisal strategy, mental health, personal distress, anxiety, social dysfunction, and depression, but are not effective on cognitive suppression. The findings also showed that the two interventions were equally effective on cognitive reappraisal, mental health, personal distress, anxiety, social dysfunction, and depression, and did not show a significant statistical difference. However, the findings showed that the effectiveness of the experiential-based teaching program on the total empathy score and the components of empathic concern and perspective-taking was significantly higher than schema therapy ($p < 0.05$).

In general, one of the variables that was studied in this research and plays a very important role in the mental health and empowerment of orphaned adolescents is empathy. In a study by Segura, Estevez and Estevez (2020), it was shown that empathic skills are associated with mental health, positive social interactions, and increasing and decreasing behavioral and emotional problems in adolescents. In this regard, another study by Gaou, Li, and Wang (2023) showed that there is a negative and inverse relationship between aggression and empathy, meaning that with the increase in the level of empathy, the level of aggression decreases. In addition, one of the other variables that was studied in this research is emotion regulation. The low level of emotion regulation and the use of incompatible emotion regulation strategies is one of the most important challenges and problems that orphaned adolescents face. In this regard, a study by Arsan (2020) showed that in adolescence, adolescents have a lower ability to regulate emotions, and this provides the ground for various disorders and a decrease in mental health. Emotion regulation is a process in which action is directed towards pushing current emotions towards desired emotions (Teimer, Vishkin, and Guntag, 2020). In a study, Liang, Mazzucchelli and Del Vecchio (2021) showed that orphaned adolescents have a lower level of emotion regulation, mental health, and social adaptation, and compared to their peers, they experience more negative emotions, anxiety, and depression. The widespread changes in adolescence are often accompanied by a lot of stress, worry, and negative emotional experience. These negative emotional experiences make adolescents vulnerable to psychological harm and affect the mental health of individuals (Odeggers and Jensen, 2020). Orphaned children and adolescents often have a lower level of mental health and always experience isolation, social rejection, decreased self-esteem, and feeling of loneliness (Silk et al., 2020). Therefore, designing and implementing specialized intervention programs that are based on the lived experiences of adolescents can play a very important role in reducing the symptoms of psychological disorders and increasing the level of mental health.

Every research has its own limitations. The present study is no exception. Some of the limitations of this study include lack of access to orphaned adolescents with cultural, economic, and social diversity, and lack of control of factors such as economic and social situation. In addition, it is suggested that the present study be conducted in different statistical populations and different age groups. It is also suggested that therapists, teachers, and coaches use the present program to increase the mental health of orphaned adolescents.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical principles were fully observed in this study. Participants were given the opportunity to withdraw from the research at any time if they wished. Additionally, all participants were kept informed about the research process. Their information was kept confidential.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors

Authors' contributions

All authors have participated in the design implementation and writing of all sections of the present study

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest





مقایسه اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی و طرحواره درمانی بر همدلی، تنظیم هیجان و سلامت روان دختران نوجوان بدسرپرست

پرستو شیخ اسمعیلی^۱، حمزه احمدیان^۲، مریم اکبری^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: Ahmadian@iausdj.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی و طرحواره درمانی بر همدلی، تنظیم هیجان و سلامت روان دختران نوجوان بدسرپرست انجام شد.
روش: این مطالعه به صورت ترکیبی (کیفی و کمی) بود. در بخش کیفی روش پژوهش پدیدارشناسانه و در بخش کمی روش پژوهش، نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود.

نحوه استناد به این مقاله:

شیخ اسمعیلی پ، احمدیان ح، اکبری م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی و طرحواره درمانی بر همدلی، تنظیم هیجان و سلامت روان دختران نوجوان بدسرپرست. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۳)، ۲۳۷-۲۵۷.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دختران نوجوان بدسرپرستی بود که در سال ۱۴۰۲ در مراکز حمایتی دخترانه وابسته به بهزیستی شهرستان سنندج حضور داشتند. نمونه پژوهش در بخش کیفی با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و تحت مصاحبه نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. در بخش کمی، نمونه آماری پژوهش حاضر را ۴۵ نفر از دختران نوجوان بدسرپرست تشکیل دادند. گروه آزمایش اول برنامه مداخله ای مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی و گروه آزمایش دوم برنامه طرحواره درمانی را دریافت و گروه کنترل برنامه ای را دریافت نکرد. پرسشنامه های سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲)، همدلی داویس (۱۹۹۴) و تنظیم هیجان گروس و جان (۲۰۰۳) به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS 28 انجام شد و از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد برای یکی از مقیاس های تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد هیجان) فقط مداخله تجربه زیسته اثربخش بود و بر همدلی و سلامت روان هر دو روش مداخله اثربخش بودند ($p < 0/05$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که اثربخشی مداخله تجربه زیسته بر همدلی بیشتر از مداخله طرحواره درمانی بود اما میزان اثربخشی دو روش مداخله بر سلامت روان یکسان بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می توان گفت برنامه آموزش مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی در ارتقا توانمندی دختران نوجوان بدسرپرست اثربخش بوده و به کارگیری آن در فرایند درمان و آموزش پیشنهاد می گردد.
کلیدواژگان: تجربه زیسته، طرح واره درمانی، همدلی، تنظیم هیجان، سلامت روان نوجوانان بدسرپرست



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

خانواده، به عنوان هسته اولیه همه سازمان ها و نهادهای اجتماعی وظیفه نگهداری، پرورش و رشد فرزندان را بر عهده دارد. انواع آسیب و نقص در رابطه والدین با فرزندان می تواند نمودی از بدسربستی باشد. در سال های اخیر همزمان با افزایش چالش ها و آسیب های اجتماعی، تعداد کودکان و نوجوانان بدسربست نیز افزایش یافته است (صارم پور، غباری بناب، باقری، ۱۳۹۹). نتایج مطالعات فگبامیگبه، آدبوالا و آجایی^۱ (۲۰۱۹) حاکی از آن است که نرخ شیوع کودکان و نوجوان بدسربست در سراسر جهان روند رو به رشدی داشته است. به طور کلی تغییرات گسترده در دوره نوجوانی با استرس، نگرانی و تجربه هیجانی منفی زیادی همراه است و این تجربه های هیجانی منفی، نوجوانان را در مقابل آسیب های روانی آسیب پذیر نموده و سلامت روان افراد را تحت تاثیر خود قرار می دهد (اودگرس و جنسن^۲، ۲۰۲۰). در همین راستا در پژوهشی (لیانگ، مازسچی و دلویکیو^۳، ۲۰۲۱) نشان دادند که نوجوانان بدسربست از سطح همدلی، تنظیم هیجان و سلامت روان پایین تری برخوردار هستند و در مقایسه با همسالان خود احساسات منفی، اضطراب و افسردگی بیشتری تجربه می کنند. همدلی به عنوان یکی از متغیرهایی که در سال های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، به توانایی پیش بینی کردن و به اشتراک گذاری حالت های هیجانی با دیگران اشاره دارد. به طور کلی همدلی به معنی توانایی دریافت عاطفی و شناختی حالات روانی (احساسات، افکار و انگیزه ها) دیگران و پاسخ دهی هیجانی مناسب به آن ها است (کرانس، میر و بوشمن^۴، ۲۰۱۸). همچنین مک دونالد و پرایس^۵ (۲۰۱۹) همدلی را پاسخ عاطفی به حالت های هیجانی دیگران در موقعیت های مختلف، اشتراک گذاری، درک و فهم حالت های هیجانی تعریف نمودند. بر مبنای تقسیم بندی های نوین همدلی دارای دو بعد شناختی و عاطفی است که در بعد شناختی، همدلی شامل توانایی فرد در درک احساسات، افکار و خواسته های دیگران است و در بعد عاطفی، همدلی به معنی توانایی فرد برای به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران و جایگذاری مناسب خود به جای دیگران است (ژیائو و همکاران، ۲۰۲۱). به طور کلی مهارت همدلی با سلامت روان، تعاملات اجتماعی مثبت و کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی در دوره نوجوانی در ارتباط است. در همین رابطه سگورا، استیوز و استیوز^۶ (۲۰۲۰) بیان نمودند در دوره نوجوانی به طور معمول چالش ها و تعارضات نوجوانان با والدین و همسالان افزایش می یابد و همین امر در بسیاری از مواقع منجر به افزایش رفتارهای پرخطرگرایانه و تنش های خانوادگی می شود. از طرف دیگر پژوهش ها بر رابطه مهارت همدلی با پرخاشگری در دوره نوجوانی تاکید دارند (اسپاتارو، کالبرو و لونگویرادی^۷، ۲۰۲۰). گائو، لی و وانگ^۸ (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که بین پرخاشگری و همدلی رابطه معکوس و منفی برقرار است. عدم رابطه امن، گرم و صمیمی با والدین و تجربه هیجانی منفی از روابط با والدین، منجر به کاهش همدلی در نوجوانان بدسربست شده و آن ها را در معرض انواع اختلال های روان-شناختی درون نمود و برون نمود مانند افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی، بازداری، پرخاشگری، قانون شکنی و برانگیختگی قرار داده است (یو و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Fagbamigbe, Adebawale, Ajayi

2. Odgers & Jensen

3. Liang, Mazzeschi, Delvecchio

4. Konrath, Meier & Bushman

5. MacDonald, Price, J.L

6. Zhao & et al

7. Segura, Estévez & Estévez,

8. Spataro, Calabrò & Longobardi

9. Gao, Li & Wang

10. Yoa & et al

یکی دیگر از متغیرهای مهم و تاثیرگذار در سلامت روان و توانمندسازی نوجوانان، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به مجموعه مهارت‌های هیجانی اشاره دارد که در موقعیت‌های تحریک‌کننده و هیجانی به افراد کمک می‌کند تا انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (یانگ، ساندمن و کراسک، ۲۰۱۹). تنظیم هیجان، فرایندی است که در آن کنش به سمت سوق دادن احساسات فعلی به سمت احساسات مطلوب هدایت می‌شود (تایمر، ویشکین و گانتنتاگ، ۲۰۲۰). به طور کلی تنظیم هیجان به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی و ضروری برای رشد افراد شناخته می‌شود و جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی، هیجانی و رفتاری را تحت تاثیر قرار می‌دهد (پاتریتی و فیتمن، ۲۰۲۰). در همین راستا ارسان^۴ (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان داد نوجوانان و به ویژه نوجوانان بدسرپرست از توانایی تنظیم هیجان کمتری برخوردار هستند و همین امر زمینه را برای انواع اختلالات و کاهش سلامت روان فراهم می‌کند این در حالی است که سلامت روان نوجوانان بدسرپرست بسیار حائز اهمیت است. سلامت روان به یک وضعیت روانشناختی کلی اشاره دارد که در آن افراد می‌توانند با فشارها و تنیدگی‌های زندگی به طور سازگارانه مقابله نمایند، توانایی‌های خود را درک کنند و عملکرد فردی و اجتماعی مناسبی داشته باشند (گیو، ژانگ و گیو، ۲۰۲۲). همچنین در تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲) سلامت روان به عنوان زیربنای تحقق استعدادهای ذاتی، ظرفیت مقابله با مشکلات زندگی، توانایی ایجاد و حفظ روابط و مشارکت فعال در جامعه در نظر گرفته می‌شود. در سال‌های اخیر سلامت روان نوجوانان، همواره مورد توجه پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته است و به عنوان هسته اصلی برنامه‌های مداخله‌ای در نظر گرفته می‌شود (ماگسون، ۲۰۲۱). این در حالی است که در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که نوجوانان بدسرپرست از سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند و بین عدم حمایت والدین و سلامت روان رابطه مستقیمی وجود دارد (چرویک و همکاران، ۲۰۲۳، رامبرگ، ۲۰۲۱).

تاکنون برنامه‌های مداخله‌ای زیادی بر روی نوجوان بدسرپرست طراحی و اجرا شده است در این میان یکی از برنامه‌های مداخله‌ای که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، یکی از درمان‌های نوین است که با الهام و بسط روش درمان شناختی رفتاری جایگاه بسیار ویژه‌ای در بین پژوهشگران و درمانگران پیدا کرده است. طرحواره‌ها با شروع دوران رشد و تحول کودکان به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی در اعماق سطوح شناختی در ذهن شکل می‌گیرند و دیدگاهی ثابت درباره خود یا دیگران پیدا می‌کنند حتی اگر این دیدگاه نادرست باشد (وان و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین تجربه‌های هیجانی اولیه ناسازگار نوجوانان بدسرپرست در سال‌های ابتدایی زندگی نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری طرحواره‌های منفی و ناسازگارانه دارند. اسکندرنسب و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که نوجوانان بدسرپرست در مقایسه با نوجوانان عادی، طرحواره‌های هیجانی ناسازگار بیشتری دارند.

از طرف دیگر در سال‌های اخیر برنامه‌های مبتنی بر تجربه زیسته مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. تجربه زیسته و رابطه والد-فرزند پیش‌بینی‌کننده مشکلات و آسیب‌های روانی، رفتاری و هیجانی در نوجوانان است (سعادت و همکاران، ۱۳۹۹). خانواده به عنوان یکی از منابع اصلی مهم و بنیادین ارتباطی که نقش اساسی و بسیار مهمی در رشد و پرورش نوجوانان دارد، شناخته می‌شود که نوجوانان از طریق آن به زندگی فردی و اجتماعی خود معنا می‌بخشند. سلامت روان نوجوانان متأثر از کیفیت تعامل و ارتباط با دیگران و به طور ویژه کیفیت تعامل والد-فرزند

1. Young, Sandman & Craske

2. Tamir, Vishkin & Gutentag

3. Patritti, L., Fitamen

4. Ersan

5. GU, Zhang & GU

6. Magson & et al

7. Cherewick,

8. Ramberg,

9. Van & et al



است. رابطه والد-کودک شامل مجموعه‌ای از رفتارها، هیجانات و انتظارات والد و کودک می‌شود که روابط بزرگسالی فرد را هم تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (متین و همکاران، ۱۳۹۹). الگوی سالم رابطه والد-کودک، به عنوان یکی از مولفه‌های مهم در شکل‌گیری ابعاد مختلف شخصیت، رفتار و هیجانات در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر رابطه والد کودک منجر به شکل‌گیری تجربیات منفی و مثبت در روابط بزرگسالی نیز می‌شود (رودریگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). لذا با توجه به مطالب بیان شده می‌توان نتیجه گرفت برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر تجربه زیسته و رابطه والد-کودک می‌تواند نقش بسیار مهمی در فرایند درمان، توانمندسازی و کاهش چالش‌ها و مشکلات نوجوانان بدسرپرست داشته باشند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده می‌توان نمود که بررسی مقایسه‌ای اثر بخشی برنامه مداخله‌ای مبتنی بر تجربه زیسته و طرحواره درمانی می‌تواند نگاهی تازه در حوزه نوجوانان بدسرپرست بگشاید و منجر به گردآوری اطلاعات و نتایج بدیع و ارزشمندی جهت بهره‌مندی سایر پژوهشگران و متخصصان خواهد شد. همچنین این پژوهش در بعد کاربردی می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌های نوین در رویکردهای مختلف درمانی و آموزش خانواده باشد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته در روابط والد فرزندی و طرحواره درمانی بر سلامت روان، همدلی و تنظیم هیجان دختران نوجوان بدسرپرست بود.

روش

روش پژوهش حاضر به صورت ترکیبی (کیفی و کمی) و در قالب یک طرح اکتشافی با استراتژی متوالی دو مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول با توجه به اینکه پژوهش حاضر به دنبال شناخت تجربه زیسته نوجوانان بدسرپرست است از روش کیفی پدیدارشناسانه استفاده می‌کند. پدیدارشناسی شامل سه مرحله درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف است. همچنین روش پژوهش در قسمت کمی، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه خواهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دختران و نوجوان بدسرپرستی بود که در سال ۱۴۰۲ در مراکز حمایتی دخترانه وابسته به بهزیستی شهرستان سنندج حضور داشتند. نمونه پژوهش حاضر در بخش کیفی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. حجم گروه نمونه تا رسیدن به اشباع و تکراری شدن پاسخ‌ها ادامه یافت. همچنین در بخش کمی، نمونه آماری پژوهش حاضر را ۳۰ نفر از نوجوان بدسرپرست تشکیل دادند. ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر شامل دختران نوجوان بدسرپرست با دامنه‌ی سن ۱۲ تا ۱۸ سال، عدم سابقه بیماری جسمی و روان‌شناختی، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان، رضایت کامل برای مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف و دریافت مداخلات موازی روان‌شناختی بود. همچنین در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه و کامل شرکت در پژوهش، عدم هزینه مالی برای شرکت کنندگان، محرمانه بودن کامل اطلاعات و امکان انصراف در طول پژوهش رعایت گردید.

روش اجرا پژوهش

در بخش کیفی، ابتدا تجارب زیسته نوجوانان بدسرپرست با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته مورد واکاوی قرار گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا حصول اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از رسیدن به اشباع، تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده بر اساس روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد و برنامه مداخله‌ای مبتنی بر تجربه زیسته طراحی شده است. جهت سنجش اعتبار محتوایی بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته ویژه افراد بدسرپرست بدین صورت عمل بود که قبل از انجام مداخله آموزشی (بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته) ابتدا بسته تدوین شده به ۸ متخصص حوزه روان‌شناسی ارائه و از آنها درخواست شد که بسته را مطالعه و در مورد ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه

^۱. Rodrigher & et al

نظرسنجی که همراه بسته آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته در اختیار آن‌ها قرار داده شد. همچنین در بخش کمی ابتدا با مراجعه به سازمان و مجوزهای لازم جهت معرفی به مراکز حمایتی اخذ گردید. در مرحله بعد با مراجعه به مراکز حمایتی تحت حمایت سازمان بهزیستی فرم مشارکت داوطلبانه در میان نوجوانان توزیع گردید و نوجوانانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند مشخص گردیدند. پس از مشخص شدن داوطلبان گروه نمونه به صورت تصادفی در سه گروه مبتنی بر تجربه (۱۵)، طرحواره درمانی (۱۵) و کنترل (۱۵) تقسیم بندی شدند. در مرحله بعد گروه‌های آزمایش، مداخله مبتنی بر تجربه زیسته و طرح واره درمانی را دریافت و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه نیمه ساختار یافته

به منظور بررسی تجربیات زیسته نوجوانان بدسرپرست از مصاحبه نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه نیمه ساختار یافته گفتگویی هدفمند است که در آن پژوهشگر با طرح پرسش‌هایی مشابه از شرکت کنندگان به دنبال ارزیابی ادراکات، مفاهیم و تجارب افراد نسبت به پدیده‌ها است. مدت زمان پیش بینی شده برای هر مصاحبه حدوداً بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در نظر گرفته شده که توسط پژوهشگر با هماهنگی قبلی و در مکان و زمان مشخص انجام شد. جهت سنجش اعتبار محتوای مصاحبه‌ها فرم مصاحبه در اختیار پنج تن از متخصصان و اساتید قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا نظر خود را در خصوص کمیت، کیفیت و شیوه نگارش سوالات بیان کنند پس از اعمال اصلاحات مدنظر اساتید سوالات مورد استفاده قرار گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها بر حسب شرایط و تمایل شرکت کنندگان بود. همه مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله پس از ضبط کلمه به کلمه نوشته می‌شود.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ28)

پرسشنامه سلامت روان توسط دیوید گلدبرگ (۱۹۷۲) با هدف شناسایی اختلالات روانی تدوین شده است. این پرسشنامه چهارحوزه افسردگی، اضطراب و احساس آشفتگی، رفتار قابل مشاهده و خود بیمار انگاری را می‌سنجد. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهار گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۸۴ است. نمره بیشتر نشان دهنده سلامت روان بیشتر است. سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه‌های جسمانی، از سوال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. در پژوهش نائینیان، نیک آیین، شعیری (۱۳۹۳) برای ساختار عاملی، اعتبار و پایایی پرسشنامه در نوجوانان ایرانی که شامل ۷۸۹ نوجوان دختر و ۷۰۸ نوجوان پسر بودند و نتایج پژوهش حاکی از اعتبار و پایایی مناسب پرسشنامه سلامت روان در نوجوانان ایرانی بود و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد و نمره کل پرسشنامه قابل قبول بودند.

پرسشنامه همدلی (EQ)^{۲۱}

پرسشنامه همدلی توسط داویس^{۲۲} (۱۹۹۴) بر روی کودکان و نوجوانان اجرا شده است. این پرسشنامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است و شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده و میزان همدلی را در افراد مورد بررسی و ارزیابی قرار داده است. مولفه‌های این پرسشنامه

21. General Heath Questionnaire

22. Goldberg

23. Empathic Questionnaire

24. Davis



عبارت است از دغدغه همدلانه، آشفته‌گی شخصی. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف امتیازبندی شده است. مولفه‌ها و سوالات مربوط به هر مولفه شامل دغدغه همدلانه: ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۱۸، دیدگاه گرایشی: ۲، ۵، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۹، ۲۱، آشفته‌گی شخصی: ۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۲۰ می‌باشند. امتیازات بدست آمده را از ۲۱ عبارت فوق با یکدیگر جمع می‌نماییم. حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. نمره بین ۲۱ تا ۴۲: میزان همدلی ضعیف است. نمره بین ۴۲ تا ۶۳: میزان همدلی متوسط است. نمره بالاتر از ۶۳: میزان همدلی بالا است. پایایی پرسشنامه همدلی در پژوهش داوینس با آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ بدست آمده است. این پرسشنامه در ایران توسط قربانی (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای با عنوان ارزش های فرد گرایانه و جمع گرایانه: شواهدی از سازگاری در ایران مورد استفاده قرار گرفته است، همچنین روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عوامل مطلوب بوده است. اعتبار بازآزمایی این ابزار در جمعیت ایرانی ۰/۷۱ و برای مولفه‌های همدلی شامل دغدغه همدلانه، دیدگاه گرایشی، آشفته‌گی شخصی به ترتیب ۰/۷۲/۶۹، ۰/۷۱/۰، گزارش شده است و روایی آن نیز مطلوب گزارش شده است (خدابخش و منصوری، ۱۳۹۱).

پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ-CA)^۱

پرسشنامه تنظیم هیجانی توسط گروس و جان^۲ (۲۰۰۳) به منظور سنجش تنظیم هیجانی طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه تنظیم هیجانی دارای ۱۰ سوال و دو خرده‌مقیاس که بازداری هیجانی (سوالات ۲، ۴، ۶ و ۹) و ارزیابی مجدد شناختی (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) را می‌سنجد. آزمودنی به هر گونه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه های پرسشنامه را با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۰ تا ۷۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر تنظیم هیجانی بیشتر است و بالعکس. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار بار آزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گروس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است (بالزاروتی، گروس و جان، ۲۰۱۰). در پژوهش محمود علیلو و همکاران (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۳ به دست آمد. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ است. پرسشنامه تنظیم هیجان در ایران برای تعداد ۴۱۲ نفر از نوجوانان دختر و پسر توسط (لطفی و همکاران، ۱۳۹۸) انطباق سازی و هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۹ بود.

برنامه درمانی مبتنی بر تجربه زیسته

برنامه مبتنی بر تجربه زیسته نوجوانان بدسرپرست در قالب ۸ جلسه تدوین و طراحی شده است که طول مدت هر جلسه ۱ ساعت و یکبار در هفته است. هر جلسه مطالب جلسه قبل مرور و تکالیف هفته قبل مورد بررسی قرار می‌گیرد. پس از تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر تجربه زیسته قبل از اجرای آن بر روی شرکت کنندگان به منظور بررسی روایی محتوایی یک نسخه از پروتکل تدوین شده در اختیار ۸ نفر از متخصصین حوزه روانشناسی قرار گرفت و به تایید آن‌ها رسید. برای ارزیابی و تایید پروتکل تدوین شده به متخصصان پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم «۱» تا کاملاً موافقم «۶» داده شد و میزان موافقت آنها سنجیده شد. پس از جمع بندی و تحلیل داده‌ها برنامه درمانی مبتنی بر تجربه زیسته اعتباریابی گردید.

²⁵. Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents

². Gross, & John

³. Balzarotti

جدول ۱: خلاصه جدول برنامه مبتنی بر تجربه زیسته نوجوانان بدسرپرست

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه، معارفه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف برنامه و قوانین جلسات
دوم	بازآفرینی و مرور خاطرات و تجارب اجتنابی آسیب زنده و پذیرش و شناخت هیجان‌های سرکوب شده آشنایی با احساس جسمی و رابطه آن با هیجان
سوم	بازسازی و پذیرش هیجان‌های سرکوب شده و واقعیت‌های موجود آموزش مهارت‌های شناسایی هیجان و پیامدهای کارکردی و تاثیر آن بر رفتار
چهارم	اصلاح ساختارها و الگوهای شناختی آسیب زنده و جایگزینی الگوهای سازنده تمرین مفهوم تجربه هیجان و موقعیت‌های مشکل آفرین
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و تعاملات سازنده مثبت و اصلاح روابط مخرب تمرین موقعیت‌های مشکل آفرین و مواجهه موقعیتی با هیجان
ششم	تقویت حس ارزشمندی و بازسازی احساس مثبت و ارزشمندانه نسبت به خود، تاکید بر کنترل درونی
هفتم	آموزش مهارت‌های ارتباط موثر، همدلی و درک هیجانات دیگران
هشتم	مرور جلسات، رفع نواقص و باز بینی

برنامه طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

جدول ۲: خلاصه برنامه درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

جلسات	محتوا
اول	معارفه و بیان هدف طرحواره درمانی و صورت بندی مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی
دوم	تعریف طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی
سوم	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار تداوم دهنده طرحواره‌ها به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره
چهارم	تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در بین مراجعان برای سنجش و تغییر
پنجم	ایجاد آمادگی برای تغییر، سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسشنامه، ارائه بازخورد برای شناسایی بیشترین طرحواره‌ها
ششم	تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکلات
هفتم	برقراری گفتگو بین طرحواره‌های سازگار و طرحواره‌های ناسازگار، آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط مراجعان
هشتم	بین رفتارهای خاص به عنوان اهداف احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، آمادگی برای انجام الگوشکنی رف



یافته‌ها

در این پژوهش برای بررسی اثربخشی مداخله های مبتنی بر تجربه زیسته و طرحواره درمانی بر متغیرهای وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده شد. از آزمون بونفرونی نیز برای مقایسه های تعقیبی استفاده شد. همچنین مفروضه های آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس شامل عدم وجود داده های پرت (با نمودار جعبه ای) آزمون نرمال بودن شکل توزیع متغیرها (با آزمون شاپیرو-ویلک)، آزمون همگنی واریانس ها (با آزمون لوین) و آزمون همگنی شیب خط رگرسیونی (با آزمون اثر تعاملی گروه و پیش آزمون) بررسی شد و مفروضه های آماری برقرار بود. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($p \leq 0/05$). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 28 انجام شد. در جدول ۱ آماره های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای وابسته به تفکیک زمان و گروه آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	گروه تجربه زیسته		گروه طرحواره درمانی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱۳/۸	۲/۹۱	۱۳/۴۷	۲/۴۴	۱۱/۹۳	۲/۹۲
	پس آزمون	۱۲/۰۰	۲/۵۴	۱۱/۸۰	۲/۳۴	۱۱/۶۰	۲/۳۸
راهبرد ارزیابی	پیش آزمون	۱۸/۲۰	۳/۵۷	۱۸/۶۷	۳/۹۴	۱۸/۲۰	۴/۴۹
	پس آزمون	۲۲/۵۳	۵/۰۵	۲۱/۴۷	۴/۲۷	۱۷/۸۷	۳/۸۳
دغدغه همدلانه	پیش آزمون	۱۷/۶۷	۳/۳۳	۱۶/۶۷	۳/۰۹	۱۸/۰۰	۱/۸۵
	پس آزمون	۲۱/۴۷	۳/۳۶	۱۸/۴۰	۴/۶۷	۱۷/۶۰	۲/۴۴
دیدگاه گرایی	پیش آزمون	۱۸/۱۳	۳/۵۲	۱۸/۰۰	۳/۵۷	۱۸/۳۳	۳/۳۵
	پس آزمون	۲۲/۴۰	۳/۸۷	۱۹/۸۷	۴/۱۴	۱۸/۱۳	۳/۱۸
آشناختی شخصی	پیش آزمون	۱۷/۳۳	۲/۰۹	۱۷/۹۳	۲/۷۱	۱۷/۴۰	۲/۶۷
	پس آزمون	۲۱/۶۷	۴/۳۹	۲۰/۴۰	۳/۱۶	۱۷/۶۰	۳/۰۹
نمره کل	پیش آزمون	۵۳/۱۳	۵/۰۸	۵۲/۶۰	۵/۹۹	۵۳/۷۳	۵/۰۸
	پس آزمون	۶۵/۵۳	۶/۳۵	۵۸/۶۷	۷/۲۹	۵۳/۳۳	۵/۶۵

نشانه های	پیش آزمون	۱۵/۲۷	۲/۴۹	۱۵/۱۳	۲/۵۹	۱۵/۷۳	۲/۲۸
جسمانی	پس آزمون	۱۴/۴۰	۳/۱۴	۱۴/۲۷	۲/۸۲	۱۶/۰۰	۱/۷۷
اضطراب	پیش آزمون	۱۸/۲۰	۳/۱۴	۱۸/۲۷	۲/۳۴	۱۷/۵۳	۲/۶۷
	پس آزمون	۰/۷۱۵	۱/۷۱	۱۵/۶۰	۲/۲۳	۱۷/۸۰	۳/۱۲
سلامت روان	پیش آزمون	۱۸/۳۳	۲/۵۵	۱۸/۲۷	۱/۹۸	۱۸/۰۷	۲/۶۰
اختلال در کارکرد اجتماعی	پس آزمون	۱۵/۰۰	۲/۰۴	۱۶/۱۳	۲/۳۹	۱۷/۷۳	۴/۰۶
افسردگی	پیش آزمون	۱۹/۴۰	۳/۶۴	۱۸/۳۳	۲/۶۹	۱۸/۴۰	۳/۵۴
	پس آزمون	۱۵/۶۷	۳/۱۱	۱۵/۴۰	۲/۲۳	۱۸/۰۷	۴/۰۳
نمره کل	پیش آزمون	۷۱/۲۰	۷/۳۶	۷۰/۰۰	۴/۶۸	۶۹/۷۳	۴/۵۳
	پس آزمون	۶۰/۱۳	۴/۷۲	۶۱/۴۰	۶/۴۹	۶۹/۶۰	۷/۲۰

یافته ها (جدول ۱) نشان داد در دو گروه مداخله میانگین راهبرد بازداري هیجانی در زمان پس آزمون کاهش داشت و میانگین راهبرد ارزیابی مجدد شناختی، افزایش داشت. میانگین متغیر همدلی در هر دو گروه مداخله افزایش داشت به طوری که در گروه مبتنی بر تجربه زیسته از ۵۳/۱۳ با افزایش ۱۲/۴۰ نمره ای به ۶۵/۵۳ رسید و در گروه طرحواره درمانی از ۵۲/۶۰ با افزایش ۶/۰۷ نمره ای به ۵۸/۶۷ رسید. میانگین مقیاس مشکلات سلامت روان در گروه های مداخله کاهشی بود به طوری که در گروه تجربه زیسته از ۷۱/۲۰ با کاهش ۱۱/۰۷ نمره ای به ۶۰/۱۳ رسید و در گروه طرحواره درمانی از میانگین ۷۰ با کاهش ۸/۶۰ نمره ای به ۶۱/۴۰ رسید. در گروه کنترل تغییر قابل توجهی در میانگین زمان پس آزمون نسبت به پیش آزمون مشاهده نشد.

در جدول ۲ نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز به تفکیک سه تحلیل کوواریانس چندمتغیره آمده است. در ابتدا به بررسی اثربخشی مداخله ها و مقایسه آن ها بر حسب چهار متغیر اصلی (بازداري هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، همدلی و سلامت روان) پرداخته شد. سپس اثربخشی مداخله ها بر مولفه های همدلی و در انتها بر مولفه های سلامت روان بررسی شد.

جدول ۲: آزمون لامبدای ویلکز به منظور بررسی اثر چندمتغیره بر حسب متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	مقدار p	مجذور جزئی اتا
متغیرهای اصلی	لامبدای ویلکز	۰/۲۹۵	۷/۳۶	۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
مولفه های همدلی	لامبدای ویلکز	۰/۴۹۴	۵/۲۲	۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
مولفه های سلامت روان	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۲	۳/۳۶	۸	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸



نتایج جدول ۲ نشان داد اثر چندمتغیره در تمامی آزمون ها تایید شد ($p < 0/05$). مطابق نتایج مداخله های تجربه زیسته و طرحواره درمانی بر ترکیب خطی نمره تنظیم هیجان، همدلی و سلامت روان و همچنین مولفه های این متغیرها اثربخش بودند و حداقل یکی از مداخله ها بر متغیرهای وابسته موثر بود. بررسی اندازه اثر (مجذور جزئی اتا) نشان داد که به طور کلی بیشترین تفاوت میانگین بین دو گروه و بیشترین اثربخشی مربوط به متغیرهای اصلی با ضریب $0/457$ بود. با توجه به این که اثر چندمتغیره معنی دار بود، نتایج آزمون آنکوا در متن مانکوا به منظور سنجش اثربخشی مداخله ها و مقایسه آن ها برای هر کدام از متغیرهای وابسته در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: آزمون آنکوا در متن مانکوا به منظور بررسی اثربخشی مداخله ها بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	مجذور جزئی اتا	توان آماری
بازداری شناختی	۴/۱۵	۲	۲/۰۸	۰/۵۸	۰/۵۶۸	۰/۰۲۹	۰/۱۳۸
متغیرهای ارزیابی مجدد شناختی	۱۳۸/۹۰	۲	۶۹/۴۵	۳/۵۱	۰/۰۴۰	۰/۱۵۶	۰/۶۲۰
اصلی همدلی	۹۸۶/۶۶	۲	۴۹۳/۳۳	۱۵/۵۶	$< 0/001$	۰/۴۵۰	۰/۹۹۹
سلامت روان	۷۲۹/۳۲	۲	۳۶۴/۶۶	۱۲/۴۴	$< 0/001$	۰/۳۹۶	۰/۹۹۴
دغدغه همدلانه	۱۳۰/۳۲	۲	۶۵/۱۶	۶/۳۰	۰/۰۰۴	۰/۲۴۴	۰/۸۷۳
همدلی دیدگاه گرایی	۱۴۲/۴۲	۲	۷۱/۲۱	۷/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۲۸۱	۰/۹۳۰
آشفته گی شخصی	۱۲۲/۹۳	۲	۶۱/۴۷	۷/۵۹	۰/۰۰۲	۰/۲۸۰	۰/۹۲۹
نشانه های جسمانی	۱۹/۸۰	۲	۹/۹۰	۲/۶۷	۰/۰۸۲	۰/۱۲۳	۰/۴۹۹
سلامت اضطراب	۷۹/۲۶	۲	۳۹/۶۳	۹/۴۳	$< 0/001$	۰/۳۳۲	۰/۹۷۰
روان کارکرد اجتماعی	۶۷/۳۴	۲	۳۳/۶۷	۵/۲۴	۰/۰۱۰	۰/۲۱۶	۰/۸۰۱
افسردگی	۷۲/۶۵	۲	۳۶/۳۳	۴/۷۱	۰/۰۱۵	۰/۱۹۹	۰/۷۵۶

یافته ها (جدول ۳) نشان داد که اثربخشی مداخله ها بر راهبرد ارزیابی مجدد شناختی، همدلی و سلامت روان تایید شد ($p < 0/05$). همچنین حداقل یکی از مداخله ها دارای اثربخشی بر مولفه های دغدغه همدلانه، دیدگاه گرایی، آشفته گی شخصی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بود ($p < 0/05$). مطابق نتایج هیچ کدام از مداخله ها بر بازداری شناختی و مولفه نشانه های جسمانی اثربخش نبودند ($p > 0/05$). بررسی اندازه اثر از طریق شاخص مجذور جزئی اتا نشان داد که بیشترین اثربخشی مداخله ها به ترتیب بر نمره کل همدلی با ضریب $0/450$ ، نمره کل سلامت روان با ضریب $0/396$ و مولفه اضطراب با ضریب $0/332$ وجود داشت. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه نمره پس آزمون تعدیل شده در سه گروه آمده است. در جدول ۴ اختلاف نمره پس آزمون تعدیل شده به همراه خطای استاندارد از میانگین و سطح معنی داری آمده است. لازم به ذکر است مقایسه های تعقیبی فقط برای متغیرهایی که اثربخشی مداخله بر آنان تایید شد گزارش شده است.

جدول ۴: آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی و مقایسه اثربخشی مداخله ها

متغیر وابسته	گروه مرجع	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار p
ارزیابی مجدد شناختی	کنترل	تجربه زیسته	-۴/۳۱	۱/۷۰۷	۰/۰۴۷
	کنترل	طرحواره درمانی	-۳/۳۷	۱/۶۷۲	۰/۱۵۲
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	۰/۹۴	۱/۶۳۸	۱
همدلی	کنترل	تجربه زیسته	-۱۲/۰۳	۲/۱۶۲	<۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	-۵/۶۰	۲/۱۱۷	۰/۰۳۶
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	۶/۴۴	۲/۰۷۱	۰/۰۱۱
سلامت روان	کنترل	تجربه زیسته	۹/۷۸	۲/۰۷۸	<۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	۷/۹۴	۲/۰۳۶	۰/۰۰۱
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	-۱/۸۴	۱/۹۹۴	۱
دغدغه همدلانه	کنترل	تجربه زیسته	-۴/۰۹	۱/۱۷۶	۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	-۱/۳۲	۱/۲۰۴	۰/۲۸۰
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	۲/۷۷	۱/۱۹۶	۰/۰۲۶
دیدگاه گرایی	کنترل	تجربه زیسته	-۴/۳۶	۱/۱۱۸	<۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	-۲/۰۳	۱/۱۴۵	۰/۰۸۴
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	۲/۳۳	۱/۱۳۷	۰/۰۴۷
آشناختی شخصی	کنترل	تجربه زیسته	-۴/۰۵	۱/۰۴۰	<۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	-۱/۹۹	۰/۰۹۷	۰/۰۴۸
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	۲/۰۶	۱/۰۵۸	۰/۰۵۹
اضطراب	کنترل	تجربه زیسته	۳/۱۰	۰/۷۶۴	۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره درمانی	۲/۵۵	۰/۷۵۷	۰/۰۰۵
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	-۰/۵۵	۰/۷۵۵	۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	کنترل	تجربه زیسته	۳/۰۳	۰/۹۴۵	۰/۰۰۸
	کنترل	طرحواره درمانی	۱/۸۵	۰/۹۳۶	۰/۱۶۶
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	-۱/۱۸	۰/۹۳۵	۰/۶۴۱
افسردگی	کنترل	تجربه زیسته	۲/۸۵	۱/۰۳۴	۰/۰۲۷
	کنترل	طرحواره درمانی	۲/۶۳	۱/۰۲۵	۰/۰۴۳
	تجربه زیسته	طرحواره درمانی	-۰/۲۲	۱/۰۲۳	۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (جدول ۴) نشان داد که اثربخشی مداخله تجربه زیسته بر تمامی متغیرهای جدول ۴ شامل ارزیابی مجدد شناختی، نمره کل همدلی، نمره کل سلامت روان و مولفه های دغدغه همدلانه، دیدگاه گرایی، آشناختی شخصی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تایید شد ($p < ۰/۰۵$). یافته ها نشان داد اثربخشی مداخله طرحواره درمانی بر نمره کل همدلی، نمره کل سلامت روان و مولفه های آشناختی شخصی، اضطراب و افسردگی تایید شد ($p < ۰/۰۵$) اما بر ارزیابی مجدد شناختی، دغدغه همدلانه، دیدگاه گرایی و اختلال در کارکرد اجتماعی تایید نشد ($p > ۰/۰۵$). مقایسه میزان اثربخشی دو مداخله تجربه زیسته و طرحواره درمانی نشان داد که اثربخشی دو



مداخله بر ارزیابی مجدد شناختی، سلامت روان، آشفتگی شخصی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تقریباً برابر بود و تفاوت آماری نداشت ($p > 0.05$). اما یافته ها نشان داد میزان اثربخشی مداخله مبتنی بر تجربه زیسته بر نمره کل همدلی و مولفه های دغدغه همدلانه و دیدگاه گرایی به طور معنی داری بیشتر از مداخله طرحواره درمانی بود ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته و طرحواره درمانی بر سلامت روان، همدلی و تنظیم هیجان نوجوانان بدسرپرست انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته و طرحواره درمانی بر سلامت روان و راهبرد ارزیابی مجدد شناختی کلی به طور برابر اثربخش است و تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد. همچنین یافته های پژوهش نشان داد برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته بر دغدغه همدلانه و دیدگاه گرایی اثربخش است اما برنامه طرحواره درمانی نیز بر دغدغه همدلانه و دیدگاه گرایی اثربخش نیست بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین اثر بخشی برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته و برنامه طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود دارد. از طرف دیگر یافته های پژوهش حاکی از آن است که برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته و برنامه طرحواره درمانی بر راهبرد بازداری هیجانی اثربخش نیست و تفاوت معنی داری را نشان نمی دهند. نتایج پژوهش حاضر بر با پژوهش های (قدوسی نژاد، داردل، ۱۴۰۰)، (عیسیایی و همکاران ۱۴۰۰)، (پیتز، وان پاسل و کارنس، ۲۰۲۱)، (باسیل، تنور و مانسینی، ۲۰۲۰)، (تیلور و همکاران، ۲۰۱۷)، (منجری و همکاران ۱۴۰۲)، (جاوید و همکاران ۱۴۰۱)، (الساؤ و همکاران، ۲۰۱۹) و (ون ویک-هربرینک و همکاران، ۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی برنامه مبتنی بر تجربه زیسته بر مولفه های همدلی می توان بیان نمود با توجه به اینکه محتوای خود را از تجارب زیسته نوجوانان بدسرپرست استخراج نموده بیشتر بر ارتقا مهارت همدلی در برنامه خود تاکید نموده است لذا بر ابعاد مختلف همدلی نسبت به طرحواره درمانی اثربخش تر است. همچنین هم برنامه مداخله ای مبتنی بر تجربه زیسته و هم برنامه طرحواره درمانی بر ارزیابی و بازسازی هیجان های اولیه و هسته ای و پذیرش و کنار آمدن با هیجان متمرکز هستند و در محتوای جلسات خود کمتر بر ابرازگری هیجانی تاکید دارند لذا برنامه مداخله ای مبتنی بر تجربه زیسته و برنامه طرحواره درمانی بر راهبرد ارزیابی مجدد شناختی اثر بخش هستند اما بر راهبرد بازداری هیجانی اثربخشی نیستند. علاوه بر این در تبیین نتایج بدست آمده می توان بیان نموده که برنامه مداخله ای مبتنی بر تجربه زیسته و طرحواره درمانی با توجه به اینکه در محتوای جلسات خود همواره بر مولفه های سلامت روان تاکید و تکالیفی مشخص جهت ارتقا مولفه های سلامت روان دارند می توان نتیجه گرفت که این دو برنامه بر ارتقا سلامت روان دختران نوجوان بدسرپرست کاملاً موثر هستند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی مبتنی بر تجربه زیسته در مقایسه با برنامه طرحواره درمانی بر سلامت روان، همدلی و تنظیم هیجان اثربخش تر است.

به طور کلی یکی از متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت و نقش بسیار مهمی در سلامت روان و توانمندسازی نوجوانان بدسرپرست ایفا می کند، همدلی است. در پژوهشی (سگورا، استیوز و استیوز، ۲۰۲۰) نشان دادند مهارت همدلی با سلامت روان، تعاملات اجتماعی مثبت و افزایش و کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی نوجوانان در ارتباط است. در همین راستا در پژوهشی دیگر گائو، لی و وانگ^۶

1. Peeters, van Passel & Krans

2. Basile, Tenore & Mancini,

3. Taylor & et al

4. Elsa & et al

5. Van Wijk-Herbrink & et al

6. Gao, Li & Wang

(۲۰۲۳) نشان دادند که بین پرخاشگری و همدلی رابطه معکوس و منفی برقرار است به این معنی که با افزایش سطح همدلی سطح پرخاشگری کاهش می یابد. علاوه بر این یکی دیگر از متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت تنظیم هیجان است. سطح پایین تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان یکی از مهم ترین چالش ها و مشکلاتی است که نوجوانان بدسرپرست با آن مواجه هستند. در همین رابطه پژوهش ارسان (۲۰۲۰) نشان داد که در دوره نوجوانی، نوجوانان از توانایی تنظیم هیجان پایین تری برخوردار هستند و همین امر زمینه را برای انواع اختلالات و کاهش سلامت روان فراهم می کند. تنظیم هیجان فرایندی است که در آن کنش به سمت سوق دادن احساسات فعلی به سمت احساسات مطلوب هدایت می شود (تایمر، ویشکین و گانتاگ، ۲۰۲۰). در پژوهشی لیانگ، مازسچی و دلویکیو (۲۰۲۱) نشان دادند که نوجوانان بد سرپرست از سطح تنظیم هیجان، سلامت روان و سازگاری اجتماعی پایین تری برخوردار هستند و در مقایسه با همسالان خود احساسات منفی، اضطراب و افسردگی بیشتری تجربه می کنند. از طرف دیگر تغییرات گسترده در دوره نوجوانی با استرس، نگرانی و تجربه هیجانی منفی زیادی همراه است این تجربه های هیجانی منفی، نوجوانان را در مقابل آسیب های روانی آسیب پذیر نموده و سلامت روان افراد را تحت تاثیر خود قرار می دهد (اودگرس و جنسن، ۲۰۲۰). سلامت روان نوجوانان همواره مورد توجه پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته و در سال های اخیر نیز پژوهشگران و متخصصان بر ارتقا مولفه های سلامت روان تاکید نموده اند و سلامت روان را به عنوان هسته اصلی برنامه های مداخله ای در نظر می گیرند (ماگسون، ۲۰۲۱). کودکان و نوجوانان بد سرپرست اغلب از سطح سلامت روان پایین تر برخوردار هستند و همواره انزوا، طرد اجتماعی، کاهش عزت نفس و احساس تنهایی را تجربه می کنند (سیلک^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). لذا طراحی و اجرای برنامه های مداخله ای ویژه ای که مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان هستند می تواند نقش بسیار مهمی را در کاهش نشانه های اختلال های روانی و افزایش سطح سلامت روان داشته باشند. هر پژوهشی با محدودیت های خاصی همراه است پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم دسترسی به نوجوانان بدسرپرست با تنوع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی و عدم کنترل عواملی همچون وضعیت اقتصادی، اجتماعی اشاره نمود همچنین پیشنهاد می گردد پژوهش حاضر در جامعه آماری مختلف و دوره های مختلف سنی علاوه بر این پیشنهاد می گردد درمانگران، معلمان و مربیان از برنامه حاضر در جهت افزایش سلامت روان نوجوانان بدسرپرست استفاده نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی به تمامی در این پژوهش رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمانی که مایل بودند از پژوهش خارج شوند ، همچنین اطلاعات آنان در روند پژوهش محرمانه نگه داشته شد

حامی مالی

در این پژوهش هیچ گونه کمک مالی از سازمان ها در بخشهای عمومی ، تجاری یا غیر انتفاعی دریافت نشده است

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخشهای پژوهش حاضر مشارکت داشتند

1. Odgers & Jensen

2. Silk & et al



تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، قدردانی می شود.

کد اخلاق : برای این پژوهش کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به شناسه IR.IAU.SDJ.REC.1402.044 صادر شده است.

References

- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2020). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model, *Heliyon*, 5(9), 236- 240.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Cherewick, M., Dahl, R. E., Bertomen, S., Hipp, E., Shreedar, P., Njau, P. F., & Leiferman, J. A. (2023). Risk and protective factors for mental health and wellbeing among adolescent orphans. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 11(1).
doi.org/10.1080/21642850.2023.221929
- Clarry, L., & Carson, J. (2019). Positive psychology for depression :A critical review. *Mental Health Practice*, 22(3), 34-41
<http://dx.doi.org/10.7748/mhp.2019.e1312>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113
- Ersan, C. (2020), Physical aggression, relational aggression and anger in preschool children: The mediating role of emotion regulation. *General Psychology*. ;147(1):18-42
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00221309.2019.1609897>
- Fagbamigbe, F., Adebawale, S., & Ajayi, I. (2019). An assessment of the nutritional status of ART receiving HIV-orphaned and vulnerable children in South-West Nigeria. *Heliyon*, 5(12),
<https://doi.org/10.1016%2Fj.heliyon.2019.e02925>
- Gao, L., Li, X., & Wang, X. (2023). Agreeableness and adolescents' cyberbullying perpetration: A longitudinal moderated mediation model of moral disengagement and empathy. *Personality*, 91(6), 1461-1477.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12823>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *personality and social psychology*, 85(2), 62- 348.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gonçalves, F., Chaplin, M., Turpyn, C., Niehaus, E., Curby, W., Sinha, R., & Ansell, B., (2019) Difficulties in emotion regulation predict depressive symptom trajectory from early to middle adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 50(4):618- 30.
<https://doi.org/10.1007/s10578-019-00867-8>
- GU, Z., Li, P., Zhang, A., Xu, X., & GU, F. (2022) The Role of Mental Health and Sustainable Learning Behavior of Students in Education Sector Influences Sustainable Environment. *Front Psychoogyl.*; 13,(۸), 822-751.

<https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2022.822751>

Konrath, S., Meier, B. P., Bushman, B. J. (2018). Development and validation of the Single Item Trait Empathy Scale (SITES). *research in personality*, 73, 11-22.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.009>

Liang Z, Mazzeschi C, Delvecchio E. (2021). The Impact of Parental Stress on Italian Adolescents ' Internalizing Symptoms during the COVID -19 Pandemic: A Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health*; 18(15): 27-39.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18158074>

Magson, N. R., Freeman, J. Y., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of youth and adolescence*, 50,(1) 44-57.

<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>

Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336-348.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>

Patritti, L., Fitamen, C. (2020). The quality of friendships correlates positively with emotional regulation skills: Study on 49 Ticino children aged 8 to 11 years old. *Research and perspectives in educational neuroscience*, 1(1):4-16.

<https://doi.org/10.26034/cortica.2022.1930>

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579–597.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12324>

Ramberg, J (2021). The Association between Parental Support and Adolescents' Psychological Complaints: The Mediating Role of a Good School Climate. *Children (Basel)*. 8(7):55.

<https://doi.org/10.3390%2Fchildren8070550>

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. Oakland: New Harbinger Publications.

<https://psycnet.apa.org/record/2018-30793-000>

Segura, L., Estévez, J.F., Estévez, E.(2020). Empathy and Emotional Intelligence in Adolescent Cyberaggressors and Cybervictims. *Environmental Research and Public Health*. 17(13):46-81.

<https://doi.org/10.3390%2Fijerph17134681>

Spataro, P., Calabrò, M., Longobardi, E. (2020) Prosocial behaviour mediates the relation between empathy and aggression in primary school children. *Developmental Psychology*. 17(5), 727–745.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/17405629.2020.1731467>

MacDonald, H.Z., Price, J.L. (2019). The role of emotion regulation in the relationship between empathy and internalizing symptoms in college students. *Mental Health & Prevention*, 13, 43-49.

<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.11.004>

Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, 20(1), 115.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000635>



- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Arntz, A., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2021). A Schema Therapy Based Milieu in Secure Residential Youth Care: Effects on Aggression, Group Climate, Repressive Staff Interventions, and Team Functioning. *Residential Treatment for Children and Youth*, 38(3), 289-306. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2019.1692758>
- Van Lissa, C. J., Hawk, S. T. & Meeus, W. H. (2017). The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. *Experimental Child Psychology*, 158(2), 32-45. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2017.01.002>
- World health organization. Mental health: strengthening our response(2022), Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Young, K. S., Sandman, C.F & Craske, M. G(2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*,9(4):1-20. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Zhao, X., Li, X., Song, Y., and Shi, W. (2018). Autistic traits and prosocial behaviour in the general population: test of the mediating effects of trait empathy and state empathic concern. *J. Autism Dev Disord.* 49(10):3925-3938. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3745-0>
- Yao, Y, W., Chen, R., Li, R., Hare, T, A., Li, S., & Zhang, T. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Comput Hum Behav*, 68(2),210 –6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.038>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی