

بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدولار (MODULAR) چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک

سهیلا کریمی^۱، لیلا شاکری منش^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است. این تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود و جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان ۱۳ تا ۱۷ ساله مبتلا به اختلال سلوک در شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ را تشکیل می‌داد. بر اساس نتایج نرم‌افزار G*Power، حجم نمونه کل ۲۰ نفر تعیین شد. به همین دلیل، ۲۰ نوجوان مبتلا به اختلال سلوک به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه درجه‌بندی تشخیص اختلال سلوک انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های خودکنترلی هیجانات تنش‌زا (کلونسکی و همکاران، ۲۰۱۹) و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار (بیکسلر و کروسوس، ۲۰۱۴) جمع‌آوری شدند. محتوای جلسات مداخله برگرفته از پکیج آموزشی شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا (۲۰۰۷) بود و این جلسات به‌صورت کارگاه‌های آموزشی گروهی برگزار شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش تحت مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از ترکیبی از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد و تحلیل‌های آماری با بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. نتایج پژوهش نشان‌دهنده تأثیر معنادار مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک بود ($P < 0.05$). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا به‌طور مؤثری بر افزایش خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر دارد. داده‌های تحلیل شده حاکی از آن است که این مداخله توانسته است به‌طور قابل توجهی بهبودهایی در توانایی‌های هیجانی و نگرش‌های خودآزار در گروه آزمایش ایجاد کند. این یافته‌ها بر اهمیت استفاده از مداخلات شناختی-رفتاری مدولار در مدیریت هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال سلوک، خودکنترلی هیجانات تنش‌زا، نگرش‌های ناکارآمد خودآزار، مداخله شناختی- رفتاری مدولار چورپیتا

مقدمه

اختلال سلوک یک اختلال روانی است که با الگوی رفتاری مکرر و مدام از نقض حقوق اساسی دیگران یا هنجارها یا مقررات اجتماعی عمده متناسب با سن مشخص می‌شود. این رفتارها می‌تواند شامل خشونت، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی، و نقض جدی قوانین باشد (اسکریبner^۱، ۲۰۲۲؛ کاور و چاولا^۲، ۲۰۱۸). اختلال سلوک یک اختلال روانی است که به طور کلی در شروع دوره کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود و با الگوهای ناسازگار و مخرب در رفتارها و رعایت قوانین اجتماعی همراه است. نوجوانان مبتلا به این اختلال، ممکن است رفتارهای غیرقانونی مانند دزدی، خرابکاری، تجاوز به حقوق دیگران، شکنجه حیوانات و سوءاستفاده از مشروبات الکلی یا مواد مخدر انجام دهند (اوگاکوو، اده، آگو، منافا و ایزیاکو^۳، ۲۰۲۳). آن‌ها ممکن است نسبت به حقوق و نیازهای دیگران بی‌توجه باشند و اغلب قوانین را رعایت نکنند (گیچوهی^۴، ۲۰۱۹؛ پلانک، برادشاو و یانگ^۵، ۲۰۰۸؛ اسکریبner، ۲۰۲۲). دلایل بروز اختلال سلوک پیچیده هستند و عوامل مختلفی می‌توانند در آن دخیل باشند. عوامل ژنتیکی، فرهنگی، خانوادگی و محیطی می‌توانند نقش مهمی در ایجاد این اختلال داشته باشند. همچنین، تجربیات نارسایی در شناخت و کنترل هیجان‌ها، مشکلات در تعامل‌های اجتماعی و نقص در توانایی‌های ارتباطی نیز ممکن است عوامل مؤثر در اختلال سلوک باشند. اختلال سلوک می‌تواند آثار منفی زیادی بر روی زندگی نوجوانان داشته باشد. آن‌ها ممکن است با مشکلات تحصیلی، روابط نامناسب با همسالان، مشکلات خانوادگی و اجتماعی و حتی ریسک ابتلا به اختلالات روانی دیگر روبرو شوند (ارواستی، کیویماکی، پووسنیکا^۶، ۲۰۱۲؛ بلس، ریوس اوتنهایم و ون همرت^۷، ۲۰۲۰؛ نصیر^۸، ۲۰۲۰). نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک غالباً نگرش‌های ناکارآمد خودآزار دارند که می‌تواند به رفتارهای مضر و مخرب منجر شود. این نگرش‌های ناکارآمد می‌توانند به روش‌های مختلف بر زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر بگذارند. آن‌ها می‌توانند منجر به عزت نفس پایین، افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد شوند. آن‌ها همچنین می‌توانند خطر رفتارهای خودآزاری، خشونت و پرخاشگری را افزایش دهند (بلس، ریوس اوتنهایم و ون همرت، ۲۰۲۰). نگرش‌های ناکارآمد خودآزار، الگوهای روانشناختی و افکار ناصحیحی هستند که در ذهن افراد شکل می‌گیرند و باعث ایجاد و تقویت احساسات منفی و رفتارهای خودآزار می‌شوند (لورین، شرگیل، آرنوت، اندرسون و فارست، ۲۰۱۹؛ ساریتاش، گراتز و تول^۹، ۲۰۱۶). این نگرش‌ها در زمینه اختلالات روانشناختی نیز می‌توانند وجود داشته باشند و بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک تأثیر گذارند (ریچاردز و اسپری^{۱۰}، ۲۰۱۸).

در این بین نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک غالباً در خودکنترلی هیجان‌ات تنش‌زا مانند خشم، ناامیدی و اضطراب مشکل دارند. این می‌تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه، مخالفانه و خطرناک شود. خودکنترلی هیجان‌ات تنش‌زا به معنای توانایی مدیریت و کنترل هیجان‌های منفی و مخرب است که ممکن است در پاسخ به تجربه‌های ناخوشایند مانند اختلالات روانشناختی پدید آید. این مهارت شامل شناخت و درک هیجان‌ات، تنظیم آن‌ها و انتخاب راه‌های سالم برای بیان و مدیریت آن‌ها است (باتنس، کلاس، مارتین، اونگهنا و گریتنس^{۱۱}، ۲۰۱۹). نقش کنترل هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک بسیار مهم است. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، ممکن است با هیجان‌ات شدیدی مانند خشم، ناراحتی، ترس و اضطراب روبرو شوند. در این مواقع، کنترل هیجان‌ات می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا بهترین راه‌ها را برای مدیریت و بیان احساسات خود پیدا کنند (مونتانو، ویا، کافی، مان، و فیلیپس^{۱۲}، ۲۰۱۶).

¹ Scribner² Kaur & Chawla³ Ogakwu, Ede, Agu, Manafa & Ezeaku⁴ Gichohi⁵ Plank, Bradshaw, & Young⁶ Ervasti, Kivimäki, Puusniekka⁷ Bles, Rius Ottenheim & van Hemert⁸ Nasir⁹ Saritaş, Gratz & Tull¹⁰ Richards & Sperry¹¹ Baetens, Claes, Martin, Onghena & Grietens¹² Montano, Viana, Coffey, Mann, & Phillips

کنترل هیجانات می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا استرس و اضطراب ناشی از اختلال سلوک را کاهش دهند. آنها می‌توانند با شناخت و درک هیجانات خود، راه‌های سالم برای تنظیم و کاهش استرس را یاد بگیرند (یانگ و جانسون^۱، ۲۰۰۸). همچنین کنترل هیجانات می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در روابط خود با دیگران، به ویژه با دیگران، بهتر عمل کنند. آنها می‌توانند هیجانات خود را به طور سازنده و موثر بیان کنند و درک و همدلی بیشتری را از طرف دیگران به دست آورند (پلوسو و اسپینا^۲، ۲۰۲۲). این مهارت می‌تواند به افراد کمک کند تا خودشان را بهتر بشناسند و راه‌های بهتری برای مدیریت هیجانات خود پیدا کنند. آنها می‌توانند با مدیریت هیجانات منفی، بهترین تصمیم‌ها را بگیرند و به سمت رشد و بهبود شخصی پیش بروند (مولر-کو و لی^۳، ۲۰۱۹). به طور کلی، کنترل هیجانات می‌تواند به افراد آسیب‌دیده کمک کند تا با تجربه‌های ناخوشایند خود بهتر مقابله کنند و بهبود و رشد شخصی را تجربه کنند (پایک، کولدرن، کلی و جروسلم^۴، ۲۰۱۹).

در این بین برای درمان هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند برای کاهش هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار مورد استفاده قرار گیرد مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا می‌باشد (سمراری^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). اصطلاح شناخت درمانی^۶ و اصطلاح کلی آن شناخت رفتاری درمانی معمولاً به صورت مترادف و برای توصیف درمان روانی براساس مدل شناخت بکار می‌روند. اصطلاح شناختی-رفتاری اغلب برای مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی استفاده می‌شود که در آن دیدگاه شناخت و برنامه‌های رفتاری با هم ادغام شده‌اند (بلوتوت^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). شناختی-رفتاری را می‌توان به عنوان چتری متصور شد که هم شامل آن استاندارد و هم تلفیقی از استراتژی‌های شناختی و رفتاری است (آنتونی^۸، ۲۰۰۳).

مداخله شناختی مبتنی بر مدولار یک مداخله ذهنی است که مدیتیشن ذهن را با مفاهیم درمان شناختی-رفتاری ادغام می‌کند و به طور خاص به عنوان مداخله پیشگیری از اختلالات طراحی شده است (به نقل از آیزندرث و گیلونگ^۹، ۲۰۱۴). رویکرد شناختی-رفتاری مدولار متمایز از شناختی-رفتاری است، زیرا تمرکز بر رشد روش‌های موثر برای ارتباط با افکار و احساسات افسردگی است، نه به چالش کشیدن و یا تغییر تعریف خاصی که در شناختی-رفتاری تدریس می‌شود. شناختی-رفتاری مدولار به بیماران می‌آموزد که به اندیشه‌های ناخوشایند، احساسات و افکار ذهنی خود به عنوان رویدادهای موقت در ذهن متمرکز شود و به جای شناسایی آنها و یا درمان آنها به عنوان بازتاب دقیق واقعیت، بر آنها تمرکز کند. در مطالعات متعدد، شناختی-رفتاری مدولار به عنوان یک درمان تقویت کننده برای افسردگی حاد بررسی شده است. نتایج نشان می‌دهد که شناختی-رفتاری مدولار دارای اثربخشی مشابه با شناختی-رفتاری است (کنی و ویلیامز^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ آیزندرث^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸). افزایش شناختی-رفتاری مدولار تنها در کاهش علائم باقی مانده اختلالات مزمن موثرتر بود (ما و تسدال^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ آیزندرث و گیلونگ، ۲۰۱۴) و نتایج بهبود یافته بیشتری در دیستیمیا در مقایسه با درمان تک نفره ایمی‌پرامین داشت (سگال^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶).

در باب تأثیرپذیری مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر هیجانات تنش‌زا، پژوهش‌های پیشین نشان دادند که این درمان بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان‌شناختی بیماران تأثیر دارد (بوهلمیجر، پرنکار، تال و کویچپرس^{۱۴}، ۲۰۱۰).

¹ Young & Johnson

² Peluso & Spina

³ Mohler-Kuo & Lee

⁴ Pike, Coldren, Kelly & Jerusalem

⁵ Semerari

⁶ cognitive therapy

⁷ Bluth

⁸ Antoni

⁹ Eisendrath & Gillung

¹⁰ Kenny & Williams

¹¹ Eisendrath

¹² Ma & Teasdale

¹³ Segal

¹⁴ Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

همچنین مایرز^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد تغییرات معنی‌دار در نمرات نگرش‌های ناکارآمد خودآزار بود. نتایج این پژوهش نشان دهنده اهمیت و تأثیر مثبت مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا بر کنترل اختلالات می‌باشد. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی، و با عنایت به اینکه تا به حال تأثیر مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار بررسی نشده است، مسئله اصلی در پژوهش حاضر این است که آیا مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان ۱۳-۱۷ ساله مبتلا به اختلال سلوک تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) است. ابتدا نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پیش آزمون بدست آمد بعد برنامه مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا اجرا شد و دوباره خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار آزمودنی‌ها اندازه گیری گردید. در این پژوهش، جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان ۱۳-۱۷ ساله مبتلا به اختلال سلوک شهر مشهد؛ در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. محاسبات حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G^*Power به شرح زیر است:

فرضیات:

- نوع آزمون: آزمون t دو نمونه مستقل
- سطح معناداری (α): 0.05
- توان آماری ($1-\beta$): 0.80
- اندازه اثر (d Cohen): 0.8 (اندازه اثر بزرگ)

مراحل انجام:

۱. تنظیمات G^*Power :

- Test family: t tests
- Statistical test: Means: Difference between two independent means (two groups)
- Type of power analysis: A priori: Compute required sample size - given α , power, and effect size

۲. پارامترها:

- Effect size d: 0.8 (اندازه اثر بزرگ)
- α err prob: 0.05
- Power ($1-\beta$ err prob): 0.80
- Allocation ratio N2/N1: 1 (تعداد برابر در هر گروه)

۳. نتایج:

- Noncentrality parameter δ : 2.5298221
 - Critical t: 2.1009220
 - Df: 18
 - Sample size group 1: 10
 - Sample size group 2: 10
 - Total sample size: 20
 - Actual power: 0.8044674
- با توجه به نتایج، G^*Power حجم نمونه کل ۲۰ نفر را پیشنهاد می‌کند که با ۱۰ نفر در هر گروه (آزمایش و کنترل) مطابقت دارد.
- توضیحات:

¹ Myers

۱. اندازه اثر ۰,۸ یک اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود و برای مداخلات روانشناختی مانند درمان اختلال سلوک قابل قبول است.

۲. سطح آلفای ۰,۰۵ و توان ۰,۸۰ استانداردهای رایج در تحقیقات روانشناسی هستند.

۳. با این پارامترها، توان واقعی محاسبه شده ۰,۸۰ است که نشان می‌دهد این حجم نمونه برای تشخیص تفاوت معنادار بین دو گروه کافی است.

بنابراین نمونه آماری شامل ۲۰ نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس و اجرای و آزمون تشخیصی (پرسشنامه درجه بندی تشخیص اختلال سلوک (RSDCD)) از جامعه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰) و کنترل (۱۰) قرار گرفتند.

مراحل انجام روش نمونه‌گیری به صورت زیر بود:

۱. روش نمونه‌گیری: نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس

۲. حجم نمونه: ۲۰ نفر (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل)

۳. مراحل نمونه‌گیری:

- شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک از طریق مراکز مشاوره و روانشناسی مدارس

- ارزیابی دانش‌آموزان شناسایی شده بر اساس معیارهای ورود و خروج

- انتخاب ۲۰ نفر از دانش‌آموزان واجد شرایط

- تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل (۱۰ نفر در هر گروه)

ملاک‌های ورود به پژوهش

۱- تمایل به شرکت در تمامی مراحل درمانی پژوهش.

۲- براساس بالاترین نمره در پرسشنامه درجه بندی تشخیص اختلال سلوک (RSDCD).

۳- افراد تمایل و رضایت کتبی آگاهانه از والدین برای شرکت در پژوهش داشته باشند.

ملاک‌های خروج از پژوهش

۱- وجود علائم شدید مربوط به اختلال سلوک که فرد امکان حضور در جلسات را نداشته باشد.

۲- ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی.

۳- غیبت بیش از دو جلسه.

۴- عدم تمایل فرد به ادامه درمان.

در پژوهش حاضر، به منظور تجزیه و تحلیل جامع و دقیق داده‌های گردآوری شده، از ترکیبی از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد. در بخش آمار توصیفی، شاخص‌های کلیدی همچون میانگین و انحراف استاندارد محاسبه گردید تا تصویری کلی و قابل فهم از توزیع و پراکندگی داده‌ها ارائه شود. همزمان، برای ارزیابی دقیق و علمی فرضیه‌های پژوهش و استخراج نتایج معنادار آماری، از روش‌های پیشرفته آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید. این روش‌های آماری قدرتمند امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر و بررسی دقیق اثرات متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته را فراهم آوردند. تمامی این تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار پیشرفته و معتبر SPSS نسخه ۲۲ انجام شد، که قابلیت‌های گسترده‌ای در زمینه پردازش و تحلیل داده‌های آماری ارائه می‌دهد. این رویکرد جامع و چند بعدی به تحلیل داده‌ها، امکان استخراج یافته‌های معتبر و قابل اتکا را فراهم آورد و زمینه را برای ارائه نتایج و نتیجه‌گیری‌های دقیق و علمی در راستای اهداف پژوهش مهیا ساخت. در پژوهش حاضر به دلیل ماهیت موضوع پژوهش، اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شدند:

پرسشنامه خودکنترلی هیجانات تنش‌زا کلونسکی و همکاران (۲۰۱۹)

پرسشنامه خودکنترلی هیجانات تنش‌زا یک ابزار اندازه‌گیری است که برای اندازه‌گیری سطح خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در افراد استفاده می‌شود. این پرسشنامه براساس نظریه کنترل هیجان ویلیامز و توسط کلونسکی و همکاران (۲۰۱۹)، ساخته شده است. این پرسشنامه شامل چهار بعد اصلی است که عبارتند از:

۱. **احساسات ناپایدار:** این بعد به میزان ناپایداری و ناپیوستگی در تجربه و بیان احساسات اشاره دارد. افرادی که در این بعد امتیاز بالایی دارند، ممکن است دچار تغییرات شدید در حالت‌های هیجانی شوند و نتوانند احساسات خود را به طور مطلوب کنترل کنند.

۲. **ناتوانی در تنظیم هیجان:** این بعد به میزان مشکل در تنظیم و تنظیم هیجانات اشاره دارد. افرادی که در این بعد امتیاز بالایی دارند، ممکن است دچار مشکلات در تنظیم و کنترل هیجانات خود شوند و نتوانند به طور مطلوب با واکنش‌های هیجانی خود سازگاری داشته باشند.

۳. **ناتوانی در مدیریت تنش:** این بعد به میزان مشکل در مدیریت و کنترل تنش‌ها و فشارهای روزمره اشاره دارد. افرادی که در این بعد امتیاز بالایی دارند، ممکن است دچار مشکلات در مدیریت تنش‌های روزمره شوند و نتوانند به طور مؤثر با فشارهای زندگی مقابله کنند.

۴. **ناتوانی در حل مسائل:** این بعد به میزان مشکل در حل مسائل و مواجهه با مشکلات اشاره دارد. افرادی که در این بعد امتیاز بالایی دارند، ممکن است دچار مشکلات در تصمیم‌گیری و حل مسائل شوند و نتوانند به طور مؤثر با مواجهه با مشکلات روبرو شوند.

این پرسشنامه با استفاده از سوالات مربوط به هر یک از این بعدها، به افراد کمک می‌کند تا سطح کنترل هیجان‌های خود را در این چهار بعد اندازه‌گیری کنند. با توجه به نتایج این پرسشنامه، افراد می‌توانند به شناخت بهتری از خود و نقاط ضعف و قوت خود در خودکنترلی هیجانات تنش‌زا خود دست پیدا کنند و در صورت نیاز، بهبود و توسعه مهارت‌های مربوطه را آغاز کنند. مقیاس خودکنترلی هیجانات تنش‌زا، شامل ۴۲ سؤال با چهار زیرمقیاس فرعی با احساسات ناپایدار، ناتوانی در تنظیم هیجان، ناتوانی در مدیریت تنش و ناتوانی در حل مسائل است. مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می‌باشد که فرد در هر پرسش میزان موفقیت خود را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم: ۱؛ مخالفم: ۲؛ نه موافقم نه مخالف: ۳؛ موافقم: ۴؛ کاملاً موافقم: ۵) اعلام می‌دارد. در پژوهش کلونسکی و همکاران (۲۰۱۹) روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید خوب ارزیابی و تایید شده است. پایایی آن نیز ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش منسینی و پپلر^۱ (۲۰۲۰) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. محسنی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده اند. همچنین همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که میان ۰/۴۱ تا ۰/۷۱ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است. در این پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰،۸۶، بدست آمده است.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد خودآزار بیکسلر و کروسوس (۲۰۱۴)

این مقیاس توسط بیکسلر و کروسوس مبتنی بر نظریه وایزمن و بک (۲۰۱۴) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل چهار مولفه اصلی است که عبارتند از:

۱. **موفقیت-کامل طلبی:** این نگرش نشان دهنده این است که فرد باید در همه جنبه‌های زندگی خود کامل و بی‌نقص باشد. این نگرش می‌تواند باعث ایجاد انتظارات غیر واقعی و فشار برای دستیابی به کمال در همه زمینه‌ها شود و فرد را از لذت بردن از فرآیند یادگیری و رشد باز دارد.

¹ Menesini & Pepler

۲. **نیاز به تأیید دیگران:** این نگرش نشان دهنده این است که فرد برای احساس ارزشمندی و قبولی، نیازمند تأیید و تشویق دیگران است. این نگرش می‌تواند باعث وابستگی زیاد به نظرات و نگرانی از نقد و نظرات منفی دیگران شود و فرد را از اعتماد به نفس و اتخاذ تصمیمات مستقل باز دارد.

۳. **نیاز به راضی کردن دیگران:** این نگرش نشان دهنده این است که فرد باید همیشه تلاش کند تا دیگران را راضی و خشنود کند. این نگرش می‌تواند باعث ایجاد فشار برای تطبیق با انتظارات دیگران و از دست دادن خودبخشش و رضایت شخصی شود.

۴. **آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد:** این نگرش نشان دهنده این است که فرد ارزشمندی دارد تنها زمانی که عملکردش مورد ارزیابی و تأیید دیگران قرار می‌گیرد. این نگرش می‌تواند باعث ایجاد ترس از شکست و ناکامی شود و فرد را از انجام فعالیت‌های جدید و خلاقانه باز دارد.

این مقیاس دارای ۲۶ گویه و ۴ خرده مقیاس موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد می‌باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت مشخص می‌کند. سوالات مربوط به هر مولفه شامل: موفقیت - کامل طلبی: ۳-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۷-۲۱-۲۳، نیاز به تأیید دیگران: ۱۸-۲۲-۲۴-۲۵، نیاز به راضی کردن دیگران: ۱-۲-۴-۱۴-۱۶ و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد ۱۳-۱۹-۲۰-۲۶ است.

با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ، همسانی درونی نگرش‌های ناکارآمد به تفکیک در بین گروه‌های مورد بررسی محاسبه گردید. ویژگی‌های روان سنجی اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کلی مقیاس، ۰/۷۸ و ۰/۹۴ بدست آمد (بیکسلر و کروسوس، ۲۰۱۴). لورین، شرگیل، آرنوت، اندرسون و فارست (۲۰۱۹) پایایی آزمون به روش ضرایب بازآزمایی ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷ اعلام کرده اند. در پژوهش‌های ایرانی؛ روایی پرسشنامه وایزمن و بک (۱۹۹۷) با کمک تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تأیید شد. همچنین برای سنجش پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و نتیجه آن ۰/۸۴ بدست آمد (سواری و اورکی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر برای پایایی پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد خودآزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای این پرسشنامه ۰/۷۷ بدست آمده است.

مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا

پس از هماهنگی با مسئولان مدارس مقطع متوسطه شهر مشهد فراخوانی مبنی بر ثبت‌نام علاقه‌مندان برای شرکت در طرح پژوهشی ارائه گردید. بعد از گذشت زمان مشخص شده با استفاده از روش نمونه‌گیری مورد نظر و اجرای آزمون تشخیصی تمام دانش‌آموزانی که دارای ملاک تشخیصی در ابزار بودند؛ جزء گروه نمونه قرار گرفتند. سپس ۲۰ نفر از اعضا که ملاک ورود به پژوهش را داشتند انتخاب و به روش کاملاً تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. در جلسه‌ای که با هماهنگی مدیران مدارس مقطع متوسطه شهر مشهد برگزار گردید، اطلاعات لازم از قبیل نحوه اجرا، مدت زمان اجرا و اهداف اجرا مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا جهت شرکت در پژوهش و همچنین محرمانه بودن اطلاعات شخصی و امکان خروج از پژوهش در هر زمان که بخواهند، به آزمودنی‌ها ارائه گردید و از آنها رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش اخذ شد. پس از تشکیل گروه آزمایش و کنترل، توسط پرسشنامه‌ها از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. پس از اخذ پیش‌آزمون، مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. در طی این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ولی به منظور رعایت اصول اخلاقی به آزمودنی‌های گروه کنترل گفته شد که در لیست انتظار برای اجرای آموزش قرار بگیرند، تا پس از انجام پس‌آزمون این گروه هم درمان را دریافت کنند. پس از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته می‌شود.

در این پژوهش از مدل مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا که در سال ۲۰۰۷ توسط چورپیتا ارائه شده است، استفاده شد. پکیج آموزشی مداخله شناختی- رفتاری مَدولار چورپیتا به صورت کامل به شرح زیر است:

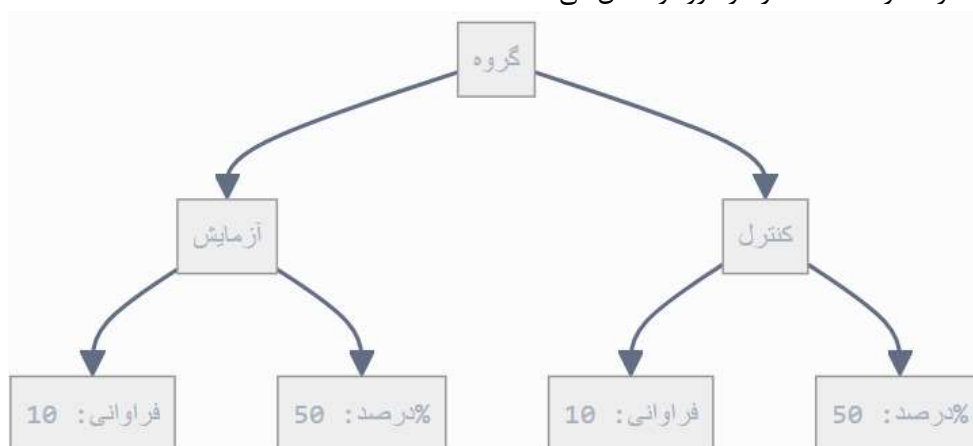
جدول ۱- پکیج آموزشی مداخله شناختی- رفتاری مُدولار چورپیتا

جلسه	محتوا و اهداف
جلسه اول	- آشنایی اولیه با مراجع و معرفی درمانگر - آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی - معرفی مداخله شناختی-رفتاری مُدولار چورپیتا، اهداف و محورهای اصلی آن - تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان - برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد - اجرای پیش‌آزمون - نردبان ترس همراه با درجه‌بندی: تهیه فهرستی از موارد ترس‌آور برای تمرین مواجهه
جلسه دوم	- دماسنج ترس: روش کلاسیک نمره‌گذاری ترس با استفاده از سیستم‌های واحد ذهنی رنج و ناراحتی - استفاده از مقیاس ۰ تا ۱۰ برای سنجش شدت ترس
جلسه سوم	- یادگیری در مورد هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار: • تعلیم دادن فرد در مورد نحوه عملکرد هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار • بنا کردن مبنای منطقی جهت تمرینات مواجهه • القای خوش‌بینی در مورد وضعیت فرد • تشویق به مشارکت در درمان
جلسه چهارم	- تمرین برای مواجهه زنده و خیالی: • رویارویی واقعی یا خیالی فرد با محرک ترس‌آور • تعدیل در شدت، مدت زمان یا ترتیب محرک‌ها
جلسه پنجم	- حفظ دستاوردها و جلوگیری از بازگشت: • نشان دادن موفقیت‌ها به فرد • بررسی مهارت‌هایی که بیشترین تأثیر را داشته‌اند • حصول اطمینان از ادامه تمرینات پس از پایان جلسات درمانی
جلسه ششم	- بازسازی شناختی (بیش‌برآورد احتمالات): • معرفی افکار و ارتباط آنها با هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار • آموزش تکنیک‌هایی جهت اصلاح افکار منفی
جلسه هفتم	- بازسازی شناختی (فکر فاجعه‌آمیز): • ادامه بازسازی شناختی برای اصلاح طرز فکر منفی • تمرکز بر افکار درگیر با پیامدهای ترس‌آور مبالغه‌آمیز
جلسه هشتم	- بازسازی شناختی (ایست): • معرفی روش‌های اصلاح طرز فکر منفی • تمرکز بر افکار بیش از حد منفی و بدبینانه
جلسه نهم	- مهارت‌های اجتماعی (ملاقات با افراد جدید و ارتباط غیرکلامی): • آموزش مهارت‌های لازم برای تعاملات اجتماعی و دوری از هیجانات تنش‌زا • تمرین ایفای نقش بین درمانگر و فرد
جلسه دهم	- بی‌توجهی فعال: • آموزش تغییر رفتارهای ناکارآمد خودآزار • تمرکز بر اجرای صحیح مواجهه

جلسه یازدهم	- پاداش: • طراحی برنامه تشویقی برای افزایش انگیزه و مشارکت • استفاده از پاداش‌های کوچک و مکرر برای تقویت رفتارهای مثبت
جلسه دوازدهم	- وقفه: • آموزش روش‌های مقابله با رفتارهای خشونت‌آمیز شدید • جمع‌بندی و مرور مهارت‌های آموخته شده در طول دوره

یافته‌ها

در این بخش محقق به بررسی ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل و کل جامعه آماری پرداخته است. نمودار زیر تعداد و درصد افراد شرکت‌کننده در هر گروه را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل

با توجه به نمودار فوق مشاهده می‌شود ۵۰ درصد از آزمودنی‌ها در گروه کنترل و ۵۰ درصد در گروه آزمایش قرار دارند.

جدول ۲- یافته‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش (n=10)	گروه کنترل (n=10)
سن		
۱۳-۱۴ سال	۳ (۳۰٪)	۴ (۴۰٪)
۱۵-۱۶ سال	۵ (۵۰٪)	۴ (۴۰٪)
۱۷ سال	۲ (۲۰٪)	۲ (۲۰٪)
پایه تحصیلی		
هفتم-هشتم	۳ (۳۰٪)	۳ (۳۰٪)
نهم-دهم	۵ (۵۰٪)	۵ (۵۰٪)
یازدهم-دوازدهم	۲ (۲۰٪)	۲ (۲۰٪)
جنسیت		
پسر	۶ (۶۰٪)	۷ (۷۰٪)
دختر	۴ (۴۰٪)	۳ (۳۰٪)
تعداد اعضای		

متغیر	گروه آزمایش (n=10)	گروه کنترل (n=10)
خانواده		
۳-۴ نفر	۴ (۴۰٪)	۵ (۵۰٪)
۵-۶ نفر	۵ (۵۰٪)	۴ (۴۰٪)
۷ نفر و بیشتر	۱ (۱۰٪)	۱ (۱۰٪)
تحصیلات پدر		
زیر دیپلم	۲ (۲۰٪)	۳ (۳۰٪)
دیپلم	۵ (۵۰٪)	۴ (۴۰٪)
فوق دیپلم و بالاتر	۳ (۳۰٪)	۳ (۳۰٪)
تحصیلات مادر		
زیر دیپلم	۳ (۳۰٪)	۲ (۲۰٪)
دیپلم	۵ (۵۰٪)	۶ (۶۰٪)
فوق دیپلم و بالاتر	۲ (۲۰٪)	۲ (۲۰٪)
شغل پدر		
کارمند	۳ (۳۰٪)	۲ (۲۰٪)
آزاد	۵ (۵۰٪)	۶ (۶۰٪)
کارگر	۲ (۲۰٪)	۲ (۲۰٪)
شغل مادر		
خانه‌دار	۷ (۷۰٪)	۸ (۸۰٪)
شاغل	۳ (۳۰٪)	۲ (۲۰٪)

یافته‌های جمعیت‌شناختی این پژوهش نشان می‌دهد که نمونه مورد مطالعه از تنوع قابل توجهی در ویژگی‌های فردی و خانوادگی برخوردار است. در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیشترین فراوانی سنی مربوط به رده ۱۵-۱۶ سال بوده که با پایه تحصیلی نهم-دهم همخوانی دارد، این امر نشان‌دهنده تمرکز مطالعه بر نوجوانان میانی است که در مرحله حساسی از رشد روانی-اجتماعی قرار دارند. توزیع جنسیتی در هر دو گروه با غلبه نسبی پسران (۶۰٪ در گروه آزمایش و ۷۰٪ در گروه کنترل) مشاهده می‌شود که می‌تواند منعکس‌کننده شیوع بالاتر اختلال سلوک در پسران باشد. اکثر شرکت‌کنندگان از خانواده‌های با تعداد اعضای ۴ تا ۶ نفر هستند که نشان‌دهنده ساختار خانوادگی متوسط در جامعه مورد مطالعه است. در زمینه تحصیلات والدین، اکثریت پدران و مادران در هر دو گروه دارای تحصیلات دیپلم هستند (حدود ۵۰٪)، که می‌تواند بر محیط تربیتی و سطح آگاهی خانواده‌ها تأثیرگذار باشد. از نظر اشتغال، اکثر پدران در مشاغل آزاد (۵۰-۶۰٪) و اکثر مادران خانه‌دار (۷۰-۸۰٪) هستند، که می‌تواند بر وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده و میزان حضور والدین در خانه تأثیرگذار باشد. این یافته‌ها می‌تواند در تفسیر نتایج مداخله شناختی-رفتاری مودلار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک مفید باشد، زیرا عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت، ساختار خانواده و وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌توانند بر پاسخ به درمان و پیامدهای آن تأثیرگذار باشند. همچنین، توزیع نسبتاً متعادل این ویژگی‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل، احتمال سوگیری ناشی از تفاوت‌های جمعیت‌شناختی را در نتایج مطالعه کاهش می‌دهد و می‌تواند به افزایش اعتبار درونی پژوهش کمک کند.

در جدول زیر محاسبه شاخص‌های آماری نگرش‌های ناکارآمد خودآزار و مولفه‌های آن در دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ذکر شده است.

جدول ۳- شاخص‌های آماری متغیر نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالا‌ترین
نگرش‌های ناکارآمد خودآزار	کنترل	پیش آزمون	۱۰۳٫۹۰	۵٫۲۸۰	۹۴	۱۱۲
		پس آزمون	۱۰۸٫۴۰	۷٫۱۲۱	۹۷	۱۱۸
	آزمایش	پیش آزمون	۱۰۵٫۰۰	۸٫۸۹۴	۹۵	۱۲۰
		پس آزمون	۹۰٫۸۰	۶٫۲۵۰	۷۹	۹۹
موفقیت-کامل	کنترل	پیش آزمون	۵۱٫۵۰۰	۴٫۱۴۳۳	۴۵٫۰	۵۸٫۰
		پس آزمون	۵۴٫۱۰۰	۴٫۷۷۱۴	۴۷٫۰	۶۲٫۰
	آزمایش	پیش آزمون	۴۶٫۶۰۰	۶٫۷۱۹۸	۳۵٫۰	۵۴٫۰
		پس آزمون	۴۴٫۵۰۰	۵٫۹۱۱۴	۳۴٫۰	۵۳٫۰
مولفه‌ها	کنترل	پیش آزمون	۱۵٫۸۰۰	۱٫۹۸۸۹	۱۲٫۰	۱۸٫۰
		پس آزمون	۱۶٫۴۰۰	۱٫۸۳۷۹	۱۳٫۰	۱۹٫۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۷٫۲۰۰	۱٫۷۵۱۲	۱۴٫۰	۲۰٫۰
		پس آزمون	۱۴٫۹۰۰	۱٫۴۴۹۱	۱۲٫۰	۱۶٫۰
نیاز راضی کردن دیگران	کنترل	پیش آزمون	۲۰٫۷۰۰	۲٫۴۵۱۸	۱۶٫۰	۲۶٫۰
		پس آزمون	۲۱٫۱۰۰	۲٫۵۱۴۴	۱۶٫۰	۲۵٫۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۹٫۱۰۰	۲٫۷۲۶۴	۱۵٫۰	۲۵٫۰
		پس آزمون	۱۴٫۴۰۰	۱٫۶۴۶۵	۱۲٫۰	۱۶٫۰
آسیب پذیری-ارزشیابی	کنترل	پیش آزمون	۱۵٫۹۰۰	۲٫۸۴۶۰	۱۳٫۰	۲۲٫۰
		پس آزمون	۱۶٫۸۰۰	۲٫۸۵۹۷	۱۴٫۰	۲۲٫۰
	آزمایش	پیش آزمون	۲۲٫۱۰۰	۱٫۶۶۳۳	۲۰٫۰	۲۶٫۰
		پس آزمون	۱۷٫۰۰۰	۳٫۵۲۷۷	۱۳٫۰	۲۴٫۰

بر اساس جدول ۳ میانگین نمرات پیش آزمون نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در گروه کنترل ۱۰۳/۹۰ و در گروه آزمایش ۱۰۵/۰۰ می‌باشد که این نمرات در مرحله پس آزمون به ۱۰۸/۴۰ در گروه کنترل و ۹۰/۸۰ در گروه آزمایش تغییر یافته است. با توجه به داده‌های جدول، می‌توان مشاهده کرد که در گروه آزمایش، پس از اجرای مداخله، میانگین نمره نگرش‌های ناکارآمد خودآزار و تمامی مولفه‌های آن به طور قابل توجهی کاهش یافته است. این کاهش در مقایسه با گروه کنترل که تغییرات محسوسی در نمرات خود نداشته است، نشان‌دهنده اثرگذاری احتمالی مداخله در کاهش این نگرش‌ها می‌باشد. همچنین، کاهش انحراف معیار در گروه آزمایش پس از مداخله، بیانگر همگن‌تر شدن نمرات و کاهش پراکندگی آن‌ها است که این امر نیز موید اثرگذاری یکنواخت مداخله بر تمامی افراد گروه آزمایش می‌باشد.

محاسبه شاخص‌های آماری خودکنترلی هیجانات تنش‌زا

در جدول ۳ توصیف آماری متغیر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در دو گروه آزمایش و کنترل ذکر شده است.

جدول ۴- شاخص‌های آماری خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالا‌ترین
-------	------	-----------	---------	--------------	------------	-----------

متغیر	گروه	نوع آزمون	میانگین	انحراف معیار	پایین ترین	بالا ترین
خودکنترلی هیجانات تنش‌زا	کنترل	پیش آزمون	۱۶۹,۲۰۰	۱۲,۰۶۲۸	۱۵۷,۰	۲۰۰,۰
		پس آزمون	۱۷۲,۳۵۵	۱۱,۳۲۴۰	۱۵۵,۰	۱۹۵,۰
	آزمایش	پیش آزمون	۱۶۴,۹۰	۱۲,۹۷۴	۱۴۹	۱۸۴
		پس آزمون	۱۵۷,۲۰	۸,۰۲۵	۱۴۵	۱۶۵
احساسات ناپایدار	کنترل	پیش آزمون	۳۱,۸۰۰	۴,۴۴۲۲	۲۸,۰	۴۳,۰
		پس آزمون	۳۱,۷۳۴	۴,۵۹۵۹	۲۷,۰	۴۱,۰
	آزمایش	پیش آزمون	۳۷,۲۰۰	۲,۵۷۳۴	۳۳,۰	۴۱,۰
		پس آزمون	۳۰,۵۰۰	۳,۹۵۱۱	۲۵,۰	۳۹,۰
مولفه‌ها	کنترل	پیش آزمون	۳۳,۳۰۰	۴,۳۴۷۴	۲۸,۰	۴۰,۰
		پس آزمون	۳۵,۷۲۱	۳,۶۲۲۵	۲۶,۰	۳۸,۰
	آزمایش	پیش آزمون	۳۲,۰۰۰	۴,۷۶۱۰	۲۶,۰	۴۱,۰
		پس آزمون	۲۹,۱۰۰	۳,۰۷۱۴	۲۴,۰	۳۵,۰
	کنترل	پیش آزمون	۵۲,۹۰۰	۳,۳۱۴۹	۴۹,۰	۶۰,۰
		پس آزمون	۵۱,۲۰۰	۳,۰۸۴۰	۴۷,۰	۵۶,۰
	آزمایش	پیش آزمون	۴۷,۷۰۰	۶,۵۳۲۸	۳۶,۰	۵۶,۰
		پس آزمون	۴۶,۲۰۰	۳,۹۹۴۴	۳۸,۰	۵۱,۰
ناتوانی در تنظیم هیجان	کنترل	پیش آزمون	۵۱,۲۰۰	۳,۸۵۲۸	۴۵,۰	۵۷,۰
		پس آزمون	۵۳,۷۰۰	۳,۷۱۳۳	۴۸,۰	۶۰,۰
	آزمایش	پیش آزمون	۴۸,۰۰۰	۲,۰۰۰۰	۴۳,۰	۴۳,۰
		پس آزمون	۵۱,۴۰۰	۳,۸۳۵۵	۴۴,۰	۵۶,۰

بر اساس جدول ۴ میانگین نمرات پیش آزمون خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در گروه کنترل ۱۶۹/۲۰۰ و در گروه آزمایش ۱۶۹/۹۰ می‌باشد که این نمرات در مرحله پس آزمون به ۱۷۲/۳۵۵ در گروه کنترل و ۱۵۷/۲۰ در گروه آزمایش تغییر یافته است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمره خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله به طور قابل توجهی افزایش یافته است. این افزایش در مقایسه با گروه کنترل که تغییرات محسوسی در نمرات خود نداشته است، نشان‌دهنده اثرگذاری احتمالی مداخله در ارتقای سطح خودکنترلی هیجانات تنش‌زا می‌باشد. همچنین، کاهش انحراف معیار در گروه آزمایش پس از مداخله، بیانگر همگن‌تر شدن نمرات و کاهش پراکندگی آن‌ها است که این امر نیز موید اثرگذاری یکنواخت مداخله بر تمامی افراد گروه آزمایش می‌باشد.

در جدول زیر از آزمون‌های اثرپیلای^۱، لامبدای ویلکز^۲، اثرهاتلینگ^۳ و بزرگ‌ترین ریشه روی^۴ برای بررسی معنی‌داری تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآسیب‌پذیر نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک استفاده می‌شود.

^۱ Pillai's Trace

^۲ Wilks' Lambda

^۳ Hotelling's Trace

^۴ Roy's Largest Root

جدول ۵- آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی بررسی معنی داری تحلیل

کواریانس چند متغیری					
آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰,۹۹۵	۱۸۶۲,۳۴ ع ^b	۲,۰۰۰	۱۸,۰۰۰	۰,۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰,۰۳۵	۱۸۶۲,۳۴ ع ^b	۲,۰۰۰	۱۸,۰۰۰	۰,۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲۰۶,۹۲ ۷	۱۸۶۲,۳۴ ع ^b	۲,۰۰۰	۱۸,۰۰۰	۰,۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۰۶,۹۲ ۷	۱۸۶۲,۳۴ ع ^b	۲,۰۰۰	۱۸,۰۰۰	۰,۰۰۱

در جدول ۴، چهار آزمون چندمتغیره تحلیل کواریانس شامل "اثر پیلایی"، "لامبدای ویلکز"، "اثر هاتلینگ" و "بزرگترین ریشه روی" محاسبه شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، سطح معناداری هر چهار آزمون (۰,۰۰۱) کمتر از ۰,۰۵ است، که بیانگر وجود تفاوت معنادار حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار) بین گروه‌های آزمایش و کنترل است. به عبارت دیگر، مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا حداقل بر یکی از این متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است. بنابراین، هر یک از این متغیرها به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه، برای تعیین اینکه مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر کدام یک از متغیرهای وابسته تأثیر داشته است، از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تأثیر این مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته استفاده شد.

جدول ۶- خلاصه تحلیل کواریانس برای اثر مداخله بر متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	SS	d f	MS	F	P	میزان تأثیر
اثر اصلی	۵۳۶۲۸۱,۲۵	۱	۵۳۶۲۸۱,۲	۵۵۶۷,۸۹	۰,۰۰	۰,۹۹۷
پیش	۰		۵۰	۷	۰	
آزمون	۱۹۸۴۰۳,۲۰	۱	۱۹۸۴۰۳,۲	۴۴۱۹,۸۷	۰,۰۰	۰,۹۹۶
	۰		۰۰	۳	۰	
اثر اصلی	۸۵۸,۰۵۰	۱	۸۵۸,۰۵۰	۸,۹۰۹	۰,۰۰	۰,۳۳۱
درمان					۱	
نگرش‌های ناکارآمد خودآزار	۱۵۴۸,۸۰۰	۱	۱۵۴۸,۸۰۰	۳۴,۵۰۳	۰,۰۰	۰,۶۵۷
					۲	
خطا	۱۷۳۳,۷۰۰	۱ ۸	۹۶,۳۱۷			
نگرش‌های ناکارآمد خودآزار	۸۰۸,۰۰۰	۱ ۸	۴۴,۸۸۹			
کل	۵۳۸۸۷۳,۰۰	۲ ۰				
نگرش‌های ناکارآمد خودآزار	۲۰۰۷۶۰,۰۰	۲				

نتایج تحلیل کواریانس برای اثر مداخله بر دو متغیر وابسته "خودکنترلی هیجانات تنش‌زا" و "نگرش‌های ناکارآمد خودآزار" به شرح زیر تفسیر و تبیین می‌شود:

۱. خودکنترلی هیجانات تنش‌زا: اثر پیش آزمون بسیار معنادار است ($p < 0.05$) و میزان تأثیر بسیار بالایی ($\eta^2 = 0.997$) دارد، که نشان می‌دهد کنترل آماری پیش آزمون ضروری بوده است. اثر اصلی درمان نیز معنادار است ($p = 0.001$) با اندازه اثر متوسط ($\eta^2 = 0.331$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مَدولار چورپیتا تأثیر معناداری بر بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا داشته است.

۲. نگرش‌های ناکارآمد خودآزار: مشابه با متغیر قبلی، اثر پیش آزمون بسیار معنادار و قوی است ($p < 0.05$, $\eta^2 = 0.996$). اثر اصلی درمان نیز معنادار است ($p = 0.002$) با اندازه اثر بزرگ ($\eta^2 = 0.657$). این نتایج نشان می‌دهد که مداخله تأثیر قابل توجهی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار داشته است.

تبیین کلی:

۱. اثربخشی مداخله: نتایج تحلیل کواریانس برای هر دو متغیر وابسته نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مَدولار چورپیتا اثربخشی معناداری داشته است. این اثربخشی پس از کنترل آماری تفاوت‌های اولیه (پیش آزمون) مشاهده شده است. ۲. قدرت اثر: اندازه اثر (η^2) برای خودکنترلی هیجانات تنش‌زا متوسط (0.331) و برای نگرش‌های ناکارآمد خودآزار بزرگ (0.657) است. این نشان می‌دهد که مداخله تأثیر قوی‌تری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار داشته است.

۳. اهمیت پیش آزمون: اثر بسیار قوی پیش آزمون برای هر دو متغیر ($\eta^2 > 0.99$) نشان می‌دهد که کنترل آماری تفاوت‌های اولیه بین گروه‌ها ضروری بوده و استفاده از تحلیل کواریانس مناسب بوده است.

۴. معناداری آماری: سطح معناداری (p -value) برای هر دو متغیر بسیار پایین است ($p \leq 0.002$)، که نشان می‌دهد احتمال اینکه این نتایج تصادفی باشند، بسیار کم است.

بر اساس این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله شناختی-رفتاری مَدولار چورپیتا تأثیر معنادار و قابل توجهی بر بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک داشته است. این یافته‌ها از اثربخشی این روش درمانی در مدیریت مشکلات هیجانی و شناختی مرتبط با اختلال سلوک حمایت می‌کند. در جدول زیر میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه گردیده است.

جدول ۷- میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در گروه آزمایش پس آزمون	آزمایش	۱۵۷,۲۰	۸,۰۲۵
	کنترل	۱۷۲,۳۵۵	۱۱,۳۲۴۰
نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در گروه آزمایش پس آزمون	آزمایش	۹۰,۸۰	۶,۲۵۰
	کنترل	۱۰۸,۴۰	۷,۱۲۱

نتایج میانگین تعدیل شده نمرات پس آزمون برای خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در دو گروه آزمایش و کنترل نشان‌دهنده تفاوت‌های قابل توجهی است. میانگین پایین‌تر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مَدولار چورپیتا احتمالاً تأثیر مثبتی بر بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا داشته است. انحراف استاندارد کمتر در گروه آزمایش نیز حاکی از همگن‌تر بودن پاسخ‌ها به مداخله است. همچنین میانگین نگرش‌های ناکارآمد خودآزار به طور قابل توجهی پایین‌تر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهد که مداخله احتمالاً در کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار مؤثر بوده است. تفاوت انحراف استاندارد کمتر است، اما باز هم نشان‌دهنده پاسخ نسبتاً همگن‌تر در گروه آزمایش است. این نتایج به طور کلی حاکی از اثربخشی مثبت مداخله شناختی-رفتاری مَدولار چورپیتا بر هر دو

متغیر مورد بررسی است. کاهش نمرات در گروه آزمایش نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان این گروه پس از مداخله، خودکنترلی بیشتری بر هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار کمتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. همچنین انحراف استاندارد کمتر در گروه آزمایش برای هر دو متغیر نیز نشان می‌دهد که پاسخ به مداخله نسبتاً یکنواخت بوده و احتمالاً اکثر شرکت‌کنندگان به شکلی مشابه از مداخله بهره برده‌اند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا تاثیر معنی داری در خودکنترلی هیجانات تنش‌زا (ناتوانی در تنظیم هیجان و ناتوانی در مدیریت تنش) بجز احساسات ناپایدار و ناتوانی در حل مسائل داشت، یعنی می‌توان نتیجه گرفت مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک موثر است. از طرفی با توجه به اندازه اثر برای متغیر پس آزمون خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در گروه ۰/۳۳۱ نشان می‌دهد ۳۳ درصد از واریانس در متغیر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا، توسط مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا، تبیین می‌شود.

این پژوهش به بررسی اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که این مداخله تأثیر معناداری بر بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در این گروه از نوجوانان داشته است. یکی از مهم‌ترین یافته‌ها این است که مداخله مذکور توانسته در بهبود ناتوانی در تنظیم هیجان و ناتوانی در مدیریت تنش موثر واقع شود. این نتیجه می‌تواند ناشی از رویکرد جامع و چندبعدی مداخله چورپیتا باشد که در طول ۱۲ جلسه به جنبه‌های مختلف مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد.

برای مثال، در جلسه سوم به یادگیری در مورد هیجانات تنش‌زا و نگرش‌های ناکارآمد خودآزار پرداخته می‌شود که می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا درک بهتری از هیجانات خود پیدا کنند. همچنین در جلسات مختلف مانند جلسه چهارم، تمرین‌های مواجهه واقعی و خیالی ارائه می‌شود که می‌تواند به افزایش توانایی مدیریت تنش کمک کند. نکته قابل توجه دیگر این است که مداخله در بهبود "احساسات ناپایدار" و "ناتوانی در حل مسائل" تأثیر معناداری نداشته است. این می‌تواند نشان‌دهنده پیچیدگی این جنبه‌ها از خودکنترلی هیجانی باشد که ممکن است به زمان و تمرین بیشتری نیاز داشته باشند. اندازه اثر ۰/۳۳۱ نشان می‌دهد که حدود ۳۳ درصد از تغییرات در خودکنترلی هیجانات تنش‌زا را می‌توان به این مداخله نسبت داد. این میزان اثر قابل توجه است و نشان می‌دهد که مداخله چورپیتا می‌تواند ابزار موثری در درمان نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک باشد.

ساختار جلسات درمانی که در جدول ۳-۱ ارائه شده، نشان می‌دهد که این مداخله از یک رویکرد گام به گام و منظم پیروی می‌کند. شروع با آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، سپس پرداختن به مفاهیم پایه مانند سنجش ترس، و در ادامه ورود به تکنیک‌های پیچیده‌تر مانند بازسازی شناختی و مهارت‌های اجتماعی، نشان از طراحی دقیق و هدفمند این مداخله دارد. جلسات متعددی به بازسازی شناختی (جلسات ششم، هفتم و هشتم) اختصاص یافته که می‌تواند در اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد و در نتیجه بهبود خودکنترلی هیجانی موثر باشد. همچنین، توجه به مهارت‌های اجتماعی در جلسه نهم می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا در موقعیت‌های اجتماعی که معمولاً برای افراد مبتلا به اختلال سلوک چالش‌برانگیز است، بهتر عمل کنند.

در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا می‌تواند یک رویکرد موثر در بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک باشد. با این حال، عدم تأثیر معنادار بر برخی جنبه‌های خودکنترلی هیجانی نشان می‌دهد که ممکن است نیاز به تعدیل یا تقویت برخی جنبه‌های این مداخله وجود داشته باشد. تبیین نتایج پژوهش حاضر با تمرکز بر اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک، نیازمند بررسی عمیق و چندجانبه است. در ادامه، این نتایج را با استناد به پژوهش‌های مرتبط تشریح شده اند:

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا تأثیر معناداری بر بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین در زمینه اثربخشی رویکردهای شناختی-رفتاری بر مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان همسو است. برای مثال، کندال^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای فراتحلیلی نشان دادند که درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان موثر هستند.

یکی از جنبه‌های مهم این پژوهش، تأثیر مداخله بر بهبود ناتوانی در تنظیم هیجان و ناتوانی در مدیریت تنش است. این یافته با نظریه‌های مربوط به نقش تنظیم هیجان در اختلالات رفتاری همخوانی دارد. گرتز و روئمر^۲ (۲۰۰۴) در پژوهش خود بر اهمیت تنظیم هیجان در سلامت روان تأکید کرده و ارتباط بین ناتوانی در تنظیم هیجان و طیف وسیعی از آسیب‌شناسی‌های روانی را نشان داده‌اند. بنابراین، بهبود در این حوزه‌ها می‌تواند نقش مهمی در کاهش علائم اختلال سلوک داشته باشد.

جالب توجه است که مداخله در بهبود "احساسات ناپایدار" و "ناتوانی در حل مسائل" تأثیر معناداری نداشته است. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده پیچیدگی این جنبه‌ها از خودکنترلی هیجانی باشد. کازدین^۳ (۲۰۱۰) در پژوهش خود اشاره می‌کند که برخی از جنبه‌های رفتاری و هیجانی در اختلال سلوک ممکن است به مداخلات طولانی‌تر یا متمرکزتر نیاز داشته باشند. این موضوع می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های آتی در جهت تقویت این جنبه‌های خاص از مداخله باشد.

اندازه اثر ۰,۳۳۱ که در این پژوهش گزارش شده، نشان می‌دهد که حدود ۳۳ درصد از تغییرات در خودکنترلی هیجانات تنش‌زا را می‌توان به مداخله چورپیتا نسبت داد. این میزان اثر قابل توجه است و با یافته‌های وایس^۴ و همکاران (۲۰۱۳) که اندازه اثر متوسط تا بزرگ را برای مداخلات شناختی-رفتاری در درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد.

ساختار جلسات درمانی ارائه شده در جدول ۳-۱ نشان‌دهنده رویکرد گام به گام و منظم این مداخله است. این ساختار با اصول درمان شناختی-رفتاری که توسط بک^۵ و همکاران (۲۰۱۱) مطرح شده، همخوانی دارد. شروع با ایجاد رابطه درمانی، سپس پرداختن به مفاهیم پایه و در نهایت ورود به تکنیک‌های پیچیده‌تر، نشان از طراحی دقیق و هدفمند این مداخله دارد.

توجه ویژه به بازسازی شناختی در جلسات ششم، هفتم و هشتم می‌تواند در اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد موثر باشد. این رویکرد با نظریه شناختی بک (۱۹۷۶) همسو است که بر نقش افکار و باورها در شکل‌گیری هیجانات و رفتارها تأکید می‌کند. همچنین، پرداختن به مهارت‌های اجتماعی در جلسه نهم با یافته‌های کمپتون^۶ و همکاران (۲۰۱۰) مطابقت دارد که نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در کاهش رفتارهای مخرب در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک موثر باشد.

در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا می‌تواند یک رویکرد موثر در بهبود خودکنترلی هیجانات تنش‌زا در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک باشد. با این حال، عدم تأثیر معنادار بر برخی جنبه‌های خودکنترلی هیجانی نشان می‌دهد که ممکن است نیاز به تعدیل یا تقویت برخی جنبه‌های این مداخله وجود داشته باشد. این موضوع می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های آتی در جهت بهبود اثربخشی این مداخله باشد.

با توجه به نتایج پژوهش که نشان‌دهنده اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا بر افزایش خودکنترلی هیجانات تنش‌زا و کاهش نگرش‌های ناکارآمد خودآزار در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است، پیشنهاد کاربردی زیر برای بهبود بهره‌برداری از این مداخله ارائه می‌شود:

۱. ادغام در برنامه‌های درمانی موجود: پیشنهاد می‌شود مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا به عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی جامع برای نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک در مراکز درمانی و مشاوره‌ای گنجانده شود. این می‌تواند به بهبود خودکنترلی هیجانات و کاهش نگرش‌های خودآزار کمک کند.

¹ Kendall

² Gratz & Roemer

³ Kazdin

⁴ Weisz

⁵ Beck

⁶ Compton

۲. آموزش و توانمندسازی متخصصان: لازم است که متخصصان سلامت روان و مشاوران در زمینه مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا آموزش ببینند و مهارت‌های لازم برای اجرای مؤثر این مداخله را کسب کنند. برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی می‌تواند به ارتقاء کیفیت اجرای این مداخله کمک کند.
۳. توسعه برنامه‌های حمایتی: برای تقویت اثربخشی مداخله، برنامه‌های حمایتی برای خانواده‌ها و مراقبین نوجوانان طراحی شود. این برنامه‌ها می‌توانند شامل آموزش‌های مربوط به مدیریت هیجانات و ارتقاء نگرش‌های مثبت در خانه باشند.
۴. استفاده از منابع دیجیتال: پیشنهاد می‌شود از ابزارهای دیجیتال مانند اپلیکیشن‌های موبایل یا پلتفرم‌های آنلاین برای ارائه تمرینات و پیگیری‌های مداخله شناختی-رفتاری استفاده شود. این ابزارها می‌توانند به نوجوانان کمک کنند تا مهارت‌های آموخته‌شده را در زندگی روزمره خود به کار ببرند.
۵. بررسی و ارزیابی مستمر: نیاز است که نتایج و اثربخشی مداخله به‌طور منظم و مستمر ارزیابی شود. این ارزیابی‌ها می‌توانند شامل بازخورد از شرکت‌کنندگان و تحلیل نتایج در دوره‌های زمانی مختلف باشند تا بهینه‌سازی مداخله ممکن شود.
۶. توسعه نسخه‌های مناسب برای گروه‌های مختلف: با توجه به تفاوت‌های فردی و فرهنگی، پیشنهاد می‌شود نسخه‌های مختلف مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا با تطبیق محتوای آن برای گروه‌های مختلف از جمله دختران و پسران، نوجوانان با ویژگی‌های فرهنگی خاص و گروه‌های سنی متفاوت طراحی و ارزیابی شود.
۷. پشتیبانی از پژوهش‌های تکمیلی: تأمین منابع و حمایت مالی برای پژوهش‌های تکمیلی که به بررسی جزئیات و تأثیرات این مداخله در شرایط و گروه‌های مختلف می‌پردازند، می‌تواند به توسعه و بهبود روش‌های درمانی موجود کمک کند.
۸. مشارکت با مدارس و نهادهای اجتماعی: برای تسهیل دسترسی و اجرای مداخله، همکاری با مدارس و نهادهای اجتماعی برای ادغام این مداخله در برنامه‌های آموزشی و حمایتی نوجوانان مفید خواهد بود.
- این پیشنهادات می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و ارتقاء اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مدولار چورپیتا کمک کنند.

منابع

۱. آدابی، فرزانه؛ مشهدی، علی. و حسن‌آبادی، حسین. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتار واحد پرده‌ای بر کاهش نشانه‌های اضطرابی نوجوانان، چهارمین همایش منطقه ای چالش‌ها و راهکارهای توسعه در مناطق محروم، کهنوج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کهنوج.
۲. انصاری بهجت، تسبیح‌سازان سیدرضا، خادمی‌علی، رضایی خالد. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرانی، نشخوار فکری، و کنترل آسم در بیماران مبتلا به آسم. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹(۴)، ۲۸۷-۲۹۸.
۳. چورپیتا، بروس. (۲۰۰۷). *درمان شناختی-رفتاری (رویکرد واحد پرده‌ای)*، ترجمه کتایون حلمی، تهران: انتشارات ارجمند.
۴. دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲)، ۱۹-۲۸.
۵. ضرابی شراره، طباطبایی نژاد فاطمه سادات، لطیفی زهره. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری* ۱۹(۲)، ۳۸۰-۳۶۹.
۶. عباسی زهره، امیری، شعله. و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر واحد پرده‌ای بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله. *روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق*، ۱۳ (۲)، ۶۴-۵۱.
۷. عبداللهی، مریم. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به میگرن همراه با وسواس. پایان‌نامه. دولتی، وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

۸. علیاری خانشان وطن‌فریبا، احدی حسن، کلهرنیا گل‌کار مریم، صداقت مستوره. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل‌پریشانی بیماران عروق‌کرونر قلبی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸ (۳)، ۶۵-۵۴.
۹. لشگری مهدی، آهی قاسم، شهابی زاده فاطمه، منصوری احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر عدم تحمل‌بلاتکلیفی بر نگرانی و اضطراب زنان مبتلا به اضطراب کرونا (گزارش موردی). *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹ (۳)، ۴۲۷-۴۳۸.
۱۰. مشهدی، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نگرانی و مشکلات درون‌سازی شده ناشی از روابط آسیب‌زای دختران و پسران در مدارس شبانه‌روزی، *اولین کنگره ملی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی*، ۱، ۱۱-۱۳.
11. Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Prétat, L. & Griffith, J. W. (2019). Is non-suicidal self-injury associated with poor emotional regulation? A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 242, 196-204.
12. Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 219-230.
13. Bluth, K., Campo, R. A., Pruteanu-Malinici, S., Reams, A., Mullarkey, M., & Broderick, P.C. (2016). A school-based mindfulness pilot study for ethnically diverse at-risk adolescents. *Mindfulness (N Y)*, 7(3), 90-104.
14. Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
15. Chin, S.M., & Holden, J.F., & Reinholdt-Dunne, V. (2018). The effectiveness of group therapy with modular approach on quality of life and emotional distress in Newark students. *Motivation and Emotion*, 52, 324-347.
16. Chorpita, B., Taylor, A., Francis, S., Moffitt, C., & Austin, A. (2004). Efficacy of modular cognitive Behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior therapy*, 35, 263-287.
17. de Bles NJ, Rius Ottenheim N, van Hemert AM, et al. (2020). Trait anger and anger attacks in relation to depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord*. 259:259-265. doi:10.1016/j.jad.2019.08.023.
18. Editor PJE. (2023). Predictive Value of Academic Anxiety for Academic Achievement of University Students. In PJE (Vol. 36, Issue 3). Allama Iqbal Open University. <https://doi.org/10.30971/pje.v36i3.669>
19. Eisendrath, S.J., & Gillung, E.P. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med*, 14: 95.
20. Eisendrath, S.J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 77(5), 319-320.
21. Ervasti, J., Kivimäki, M., Puusniekka, R., Luopa, P., Pentti, J., Suominen, S., . . . Virtanen, M. (2012). Association of pupil vandalism, bullying and truancy with teachers' absence due to illness: A multilevel analysis. *Journal of School Psychology*, 50(3), 347-361.

22. Feldman, D.B., Snyder, C.R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal Social Clinical Psychology*, 24, 401-421.
23. González, S. M., & Wetherell, B. C. (2017). The effectiveness of modular therapy with life management strategies (selection, optimization and compensation) in the elderly with anxiety. *The ScientificWorld Journal*, 10: 1-7.
24. Halama, P., & Dedova, M. (2010). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits?. *Studia Psychologica*, 49, 191-200.
25. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. (2019). Adult mental health outcomes of adolescent depression, a systematic review. *Depress Anxiety*; 35,700-16.
26. Johnson, R. (2019). Healing from Infidelity: Understanding the Emotional Impact on Women. *Journal of Couples Counseling*, 25(2), 78-95.
27. Kaur, H., & Chawla, A. (2018). A Study of Academic Anxiety and School Adjustment among Adolescents. In *Indian Journal of Psychiatric Social Work* (Vol. 9, Issue 2, p. 106). Indian Journal of Psychiatric Social Work. <https://doi.org/10.29120/ijpsw.2018.v9.i2.118>
28. Kenny, MA., & Williams, JM. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther*, 45(3), 617-625.
29. Levine, G. (2008). A Foucaultian Approach to Academic Anxiety. In *Educational Studies* (Vol. 44, Issue 1, pp. 62-76). Informa UK Limited. <https://doi.org/10.1080/00131940802225101>
30. Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*, 72(1), 31-40.
31. Marmar, C., & Fairbank, J. (2021). The effectiveness of Modular-based educational intervention on positive and negative emotions in elementary school students in Kalimsa. *International Journal of Psychology*, 12, 200-206.
32. Mohler-Kuo, M., & Lee, J. E. (2019). Emotion Regulation Strategies Among Young Adults With a Recent History of Infidelity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(8), 718-731.
33. Montano, B. J., Viana, A. G., Coffey, S. F., Mann, L. M., & Phillips, J. A. (2016). Emotion regulation deficits, emotional reactivity, and self-injurious thoughts and behaviors: Does use of specific strategies matter? *Personality and Individual Differences*, 103, 199-203.
34. Myers, J. A. (2016). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on the Control of Emotions of Women in Menopause. *Journal of personality and Social psychology*, 32, 323-334.
35. Nasir, M. (2020). Implications of Cultural Capital in Women's Higher Education Participation and Social Mobility. In *PJE* (Vol. 36, Issue 3). Allama Iqbal Open University. <https://doi.org/10.30971/pje.v36i3.672>
36. Ogakwu, N. V., Ede, M. O., Agu, P. U., Manafa, I., Ezeaku, F., Onah, S. O., Okereke, G. K. O., Omeke, F. C., Agbigwe, I. B., & Oneli, J. O. (2023). School-based intervention for academic stress management and school adjustment among industrial technical education students: Implications for educational administrators. In *Medicine* (Vol. 102, Issue 2, p. e32547). Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000032547>

37. Ordaz, D.L., Ordaz, A.B., & McBride, N.M. (2018). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for an Early Adolescent With Autism Spectrum Disorder and Comorbid Obsessive Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 25(1), 1-19.
38. Peluso, E. T., & Spina, R. M. (2022). Attachment anxiety, emotion regulation, and distress over hypothetical partner's emotional and sexual infidelity. *Personal Relationships*, 29(1), 233-249.
39. Pike, J. L., Coldren, J. T., Kelly, M., & Jerusalem, M. (2019). Dyadic coping and emotional intelligence in the experience and regulation of jealousy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 1035-1057.
40. Plank, S. B., Bradshaw, C. P., & Young, H. (2008). An application of "broken-windows" and related theories to the 480 study of disorder, fear, and collective efficacy in schools. *American Journal of Education*, 115(2), 227-247.
41. Richards, K. N., & Sperry, L. (2018). The experience and perception of remorse in marital infidelity: An initial investigation. *The Family Journal*, 26(1), 106-112.
42. Rutherford, H.J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D.J., & Mayes, L.C. (2013). Parental Reflective Functioning Is Associated with Tolerance of Infant Distress but not General Distress: Evidence for a Specific Relationship Using a Simulated Baby Paradigm. *Infant Behavior and Development*, 36, 635-641.
43. Saritaş, D., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2016). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between narcissistic personality features and self-injurious thoughts and behaviors. *Personality and Individual Differences*, 97, 97-102.
44. Scribner, C. F. (2022). Backtalk: Vandalism is a test that we have to pass. In Phi Delta Kappan (Vol. 103, Issue 5, pp. 67-68). *SAGE Publications*.
45. Segal ZV., Kennedy S., Gemar M., Hood K., Pedersen R., & Buis T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 749-755.
46. Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2020). Metacognition and emotion regulation in psychotherapy: Scientific foundations of metacognitive and schema therapy. *Routledge/Taylor & Francis Group*.
47. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The Meaningful life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaningful life. *American Psychological Association*, 22-167.
48. Subramanian, S.M., & Kumar, V. (2015). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 52, 324-347.
49. W.M. Gichohi, N. (2019). Influence of Anxiety on Academic Performance among Students at The Technical University of Kenya. In *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)* (Vol. 9, Issue 5, p. p89107). *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*. <https://doi.org/10.29322/ijsrp.9.05.2019.p89107>
50. Wilhelm, S., Phillips, K.A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J.L., Fama, J.M., Keshaviah, A., & Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther*, 45(3), 314-327.