



Comparative Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health in Students

Fahime Al-Sadat Sahebi ¹ , Hossein Mahdian ^{2✉} , Mehdi Ghasemi Motlagh ³

1. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

E-mail: 2181128960@iaui.ac.ir

2. Corresponding Author, Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

E-mail: mahdian_hossein@iaui.ac.ir

3. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

E-mail: m_ghasemi@bojnourdiau.ac.ir

Article Info

Article type:

Research

Article history:

Received:

21 Apr 2026

Received in revised form:

16 Jul 2026

Accepted:

16 Aug 2026

Published online:

10 Sep 2026

ABSTRACT

Introduction: Mental health plays an important role in emotional adjustment, academic performance, and social relationships among students during adolescence. Therefore, the use of effective psychological interventions to promote mental health in this population is of particular importance. Accordingly, the present study was conducted to compare the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on mental health among female junior high school students.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and follow-up assessment. The statistical population consisted of all female junior high school students in Behshahr County who were enrolled during the 2023–2024 academic year. According to official records, 2,320 students were enrolled at this educational level. The study sample consisted of 45 students, including 15 participants in Experimental Group 1, 15 in Experimental Group 2, and 15 in the control group. The Children's Symptom Inventory-4 (CSI-4), designed for children and adolescents aged 6–14 years, was used to assess mental health. Emotional Schema Therapy was delivered in 10 sessions based on the protocol developed by Ezzatpour et al. (2018), while Cognitive Behavioral Therapy was administered based on the protocol developed by Kharazi, Danesh, and Heydarzadegan (2018). The research findings were analyzed using mixed-design analysis of variance and the Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that both Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy had significant effects on mental health. In addition, significant differences were observed in mental health scores across the three assessment stages (pretest, posttest, and follow-up), regardless of group. A comparison of the two therapeutic approaches indicated that Emotional Schema Therapy was more effective than Cognitive Behavioral Therapy in improving mental health.

Conclusion: Overall, these findings highlight the importance of selecting an appropriate therapeutic approach based on the type of psychological problem and individual needs, as each approach may yield better outcomes in specific contexts.

Keywords:

Emotional Schema Therapy,
Cognitive Behavioral Therapy,
Mental Health.

Cite this article: Sahebi FAS, Mahdian H, Ghasemi Motlagh M. Comparative Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health in Students. Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences. 2026; 03 (02): 133-147. [Doi: 10.22034/edus.2026.597935.1140](https://doi.org/10.22034/edus.2026.597935.1140)

Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences is licensed under CC BY-NC 4.0.

| Web site: <https://www.eduhealthsci.ir> | Email: eduhealthsci@gmail.com

© The Author(s).

| Publisher: Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Mazandaran Branch, Mazandaran, Iran.





Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a critical developmental period characterized by profound biological, psychological, cognitive, and social changes. During this stage, individuals gradually develop greater autonomy, establish more complex interpersonal relationships, and encounter increasing academic and social demands. Although these developmental changes provide important opportunities for growth, they may also increase vulnerability to emotional and psychological difficulties. Mental health during adolescence is therefore considered a fundamental component of healthy development and is closely associated with emotional adjustment, academic functioning, interpersonal relationships, self-esteem, and overall quality of life. In particular, female students may experience specific psychological challenges related to academic expectations, interpersonal relationships, body image, emotional regulation, and social acceptance. Consequently, identifying effective psychological interventions for improving mental health during early adolescence is of considerable importance. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is one of the most widely used evidence-based psychological interventions for emotional and behavioral problems. The central premise of CBT is that psychological distress is influenced by maladaptive patterns of thinking, dysfunctional beliefs, and ineffective behavioral responses. By helping individuals identify and modify maladaptive cognitions and develop more adaptive coping and behavioral strategies, CBT can contribute to improvements in psychological well-being. However, some adolescents may experience persistent emotional difficulties that are associated with deeper and more enduring patterns of emotional processing that are not completely addressed through conventional cognitive restructuring. This limitation has encouraged the development of therapeutic approaches that place greater emphasis on emotional experiences and the individual's relationship with emotions. Emotional Schema Therapy (EST) is an integrative approach that focuses on the beliefs and interpretations individuals hold about their own emotions. Emotional schemas may influence how people understand, evaluate, control, express, and respond to emotional experiences. Maladaptive emotional schemas can lead individuals to perceive negative emotions as unacceptable, uncontrollable, shameful, or threatening, thereby contributing to emotional avoidance and psychological distress. EST aims to modify these maladaptive beliefs by increasing emotional awareness, promoting acceptance of emotional experiences, facilitating adaptive emotional regulation, and developing more flexible responses to difficult emotions. These characteristics may make EST particularly relevant to adolescents, who are still developing emotional regulation skills and adaptive strategies for coping with stressful experiences. Despite the established usefulness of CBT and the growing theoretical and empirical interest in EST, comparatively limited research has directly examined their relative effectiveness in improving mental health among early-adolescent students. Determining whether one approach provides greater benefits than the other may contribute to the development of more effective school-based psychological interventions. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on mental health among female junior high school students.

Methods

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and follow-up assessment. The statistical population consisted of all female junior high school students in Behshahr County who were enrolled during the 2023–2024 academic year. According to official records, 2,320 students were enrolled at this educational level. The study sample consisted of 45 students, including 15 participants in Experimental Group 1, 15 in Experimental Group 2, and 15 in the control group. The Children's Symptom Inventory-4 (CSI-4), designed for children and adolescents aged 6–14 years, was used to assess mental health. Emotional Schema Therapy was delivered in 10 sessions based on the protocol developed by Ezzatpour et al. (2018), while Cognitive Behavioral Therapy was administered based on the protocol developed by Kharazi, Danesh, and Heydarzadegan (2018). The research findings were analyzed using mixed-design analysis of variance and the Bonferroni post hoc test.

Results

The results showed that both Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy had significant effects on mental health. In addition, significant differences were observed in mental health scores across the three assessment stages (pretest, posttest, and follow-up), regardless of group. A comparison of the two therapeutic approaches indicated that Emotional Schema Therapy was more effective than Cognitive Behavioral Therapy in improving mental health.

Conclusion

The findings of the present study indicate that both Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy can be effective psychological interventions for improving mental health among female junior high school students. The significant changes observed following the interventions suggest that structured psychological treatment can play an



important role in promoting psychological well-being during early adolescence. This finding is particularly important because adolescence represents a sensitive developmental period in which emotional difficulties, maladaptive cognitive patterns, and ineffective coping responses may become established and subsequently influence academic functioning, interpersonal relationships, and adjustment in later developmental stages. The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy can be explained by its emphasis on identifying and modifying maladaptive thoughts, dysfunctional beliefs, and problematic behavioral patterns. Adolescents who experience psychological difficulties may develop negative interpretations of themselves, others, or stressful situations, which can contribute to emotional distress and maladaptive behavioral responses. CBT provides students with practical cognitive and behavioral skills that enable them to recognize unhelpful thought patterns, evaluate their accuracy, develop more adaptive interpretations, and engage in more effective coping behaviors. These skills may contribute to improved psychological functioning by reducing the impact of maladaptive cognitions and strengthening adolescents' perceived ability to manage challenging situations. The results also demonstrated that Emotional Schema Therapy was effective in improving mental health and, importantly, produced greater improvement than Cognitive Behavioral Therapy. The superior effectiveness of EST may be associated with its direct focus on individuals' beliefs and attitudes toward their emotional experiences. Adolescents may not only experience negative emotions but may also develop secondary reactions to those emotions, such as fear of experiencing sadness, shame about anger, beliefs that emotions are uncontrollable, or attempts to suppress unwanted feelings. Such maladaptive emotional schemas can intensify psychological distress and interfere with adaptive emotional regulation. By increasing awareness and acceptance of emotions and helping individuals develop more flexible and adaptive interpretations of emotional experiences, EST may reduce the secondary distress associated with negative emotions and facilitate healthier psychological functioning. The observed differences across pretest, posttest, and follow-up assessments further suggest that the benefits of psychological interventions may extend beyond immediate treatment effects. Nevertheless, the interpretation of these findings should take into account the characteristics of the study population and the specific intervention protocols used. The results do not necessarily imply that EST is universally superior to CBT; rather, they suggest that EST may be particularly beneficial for adolescents whose psychological difficulties are closely related to maladaptive emotional schemas and difficulties in accepting or regulating emotions. Overall, the findings highlight the importance of selecting psychological interventions according to the developmental characteristics, psychological needs, and predominant mechanisms underlying students' difficulties. Incorporating Emotional Schema Therapy into school-based mental health programs may provide a promising strategy for strengthening adolescents' emotional regulation and psychological well-being. Future studies with larger samples, longer follow-up periods, and diverse student populations are recommended to further clarify the comparative effectiveness and long-term sustainability of these therapeutic approaches.

Ethical Considerations

This study has an ethics code number IR.IAU.SARI.REC.1401.178 from Islamic Azad University, Sari Branch.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency.

Authors' contribution

Conceptualization, Hossein Mahdian; Methodology, Fahima Al-Sadat Sahebi; Analysis, Hossein Mahdian; Investigation, Mehdi Ghasemi Motlagh; Data Curation, Hossein Mahdian; Writing - Original Draft Preparation, Hossein Mahdian; Supervision, Fahima Al-Sadat Sahebi; Project Administration, Hossein Mahdian.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding this article.

Acknowledgments

The authors extend their sincere gratitude to all participants and collaborators for their involvement in every stage of this study.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی در دانش آموزان

فهیمة السادات صاحبی^۱، حسین مهدیان^۲، مهدی قاسمی مطلق^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. رایانامه: 2181128960@iau.ir
۲. نویسنده مسئول، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. رایانامه: mahdian_hossein@iau.ac.ir
۳. گروه فیزیولوژی ورزشی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: m_ghasemi@bojnourdiau.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	مقدمه: سلامت روانی دانش آموزان در دوره نوجوانی، نقش مهمی در سازگاری هیجانی، عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی آنان دارد. از این رو، استفاده از مداخلات روان شناختی مؤثر برای ارتقای سلامت روان این گروه اهمیت ویژه ای دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی در دانش آموزان دختر متوسطه اول به اجرا درآمد.
تاریخ دریافت:	۱۴۰۵/۰۲/۰۱
تاریخ بازنگری:	۱۴۰۵/۰۴/۲۵
تاریخ پذیرش:	۱۴۰۵/۰۵/۲۵
تاریخ انتشار:	۱۴۰۵/۰۶/۱۹
کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی هیجانی، درمان شناختی- رفتاری، سلامت روانی.	روش پژوهش: پژوهش حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان بهشهر که در سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند که بنا بر استعلام تعداد ۳۳۲۰ نفر در این مقطع مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله (CSI-4) استفاده شده و جلسات درمان طرحواره درمانی هیجانی در ۱۰ جلسه براساس پروتکل عزت پور و همکاران (۱۳۹۷) و نیز درمان شناختی- رفتاری براساس پروتکل خرازی، دانش و حیدرزادگان (۱۳۹۷) در گروه های آزمایش به اجرا در آمدند. یافته های پژوهش با آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بون فرونی مورد تحلیل قرار گرفتند.
نتیجه گیری: به طور کلی، این نتایج بیانگر اهمیت انتخاب رویکرد درمانی مناسب بر اساس نوع مشکل روان شناختی و نیازهای فردی است، زیرا هر کدام از این رویکردها می توانند در زمینه های خاصی نتایج بهتری ارائه دهند.	یافته ها: نتایج نشان داد که دو شیوه طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری، بر سلامت روانی اثر معنی دار داشتند. همچنین بین نمرات سلامت روانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود داشت. از بین روش های طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی هیجانی در بهبود سلامت روانی مؤثرتر بود.

استناد: صاحبی، فهیمة السادات؛ مهدیان، حسین؛ قاسمی مطلق، مهدی. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی در دانش آموزان. نشریه رویکردهای نوین در مدیریت آموزش و علوم سلامت، ۱۴۰۵؛ ۳(۰۲): ۱۳۳-۱۴۷. Doi: 10.22034/edus.2026.597935.1140



دسترسی به این نشریه علمی، رایگان است و حق مالکیت فکری خود را بر اساس لایسنس کپیو کامنز (CC BY-NC 4.0) به نویسندگان واگذار کرده است.

| آدرس نشریه: <https://www.eduhealthsci.ir> | ایمیل: eduhealthsci@gmail.com

ناشر: جهاد دانشگاهی واحد استان مازندران.

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول روان‌شناختی است که در آن، تغییرات سریع زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی، ظرفیت نوجوان برای سازگاری با محیط را با چالش مواجه می‌کند (۱). در این میان، سلامت روانی دانش‌آموزان نه تنها به معنای فقدان اختلال روان‌شناختی، بلکه شامل توانایی تجربه هیجان‌های متعادل، برقراری روابط سازنده، مقابله مؤثر با فشارهای تحصیلی و اجتماعی و حفظ احساس شایستگی و بهزیستی است. شواهد موجود نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی در سال‌های نوجوانی می‌توانند بر عملکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و مسیر سلامت روان در سال‌های بعد اثرگذار باشند (۲)؛ از این‌رو، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مؤثر در محیط‌های آموزشی، از اولویت‌های مهم پژوهشی و کاربردی محسوب می‌شود (۳).

در میان عوامل مرتبط با سلامت روان نوجوانان، الگوهای ناسازگار شناختی - هیجانی و شیوه پردازش و تنظیم تجربه‌های هیجانی اهمیت ویژه‌ای دارند (۴). نوجوانانی که در سال‌های اولیه زندگی الگوهای پایدار و ناکارآمدی درباره خود، دیگران و جهان شکل داده‌اند، ممکن است در مواجهه با موقعیت‌های تهدیدکننده، شکست، طرد اجتماعی یا فشارهای تحصیلی، واکنش‌های هیجانی شدیدتر و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدتری نشان دهند (۵). در این چارچوب، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را می‌توان ساختارهایی نسبتاً پایدار دانست که بر ادراک فرد از خود و محیط و همچنین بر نحوه تجربه و تنظیم هیجان اثر می‌گذارند (۶). اهمیت این موضوع در دوره نوجوانی از آن جهت بیشتر است که بسیاری از الگوهای شناختی و هیجانی در این دوره همچنان در حال تثبیت و سازمان‌یابی هستند و مداخله زودهنگام می‌تواند از تداوم و تعمیق الگوهای ناسازگار جلوگیری کند (۷).

طرحواره‌درمانی هیجانی از این منظر، رویکردی قابل توجه است؛ زیرا برخلاف مداخلاتی که عمدتاً بر اصلاح افکار ناکارآمد تمرکز دارند، به ارتباط میان طرحواره‌ها، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، تجربه هیجان و شیوه پاسخ‌دهی فرد به هیجان‌ها توجه می‌کند (۸). این رویکرد می‌تواند با هدف شناسایی الگوهای عمیق‌تر تجربه هیجانی و اصلاح پاسخ‌های ناسازگار، زمینه تغییر در نحوه مواجهه نوجوان با موقعیت‌های تنش‌زا را فراهم سازد. بنابراین، از نظر نظری انتظار می‌رود مداخله‌ای که به لایه‌های عمیق‌تر سازمان شناختی - هیجانی فرد می‌پردازد، در برخی ابعاد سلامت روان نوجوانان مزیتی فراتر از اصلاح مستقیم افکار و رفتارهای ناکارآمد داشته باشد (۹).

در مقابل، درمان شناختی - رفتاری (CBT) یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین رویکردهای روان‌شناختی برای کاهش مشکلات هیجانی و بهبود سازگاری روان‌شناختی نوجوانان است (۱۰). این رویکرد با هدف شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی شناختی و تغییر الگوهای رفتاری ناسازگار، شواهد قابل توجهی از اثربخشی در جمعیت‌های نوجوان ارائه کرده است. با وجود این، اثربخشی CBT الزاماً به این معنا نیست که این رویکرد برای همه نوجوانان و در همه ابعاد سلامت روان، بهترین گزینه ممکن است (۱۱). تفاوت در سازوکارهای نظری، سطح مداخله و میزان توجه به فرایندهای عمیق شناختی - هیجانی، ضرورت مقایسه آن با رویکردهای جدیدتر و هیجان‌محور را برجسته می‌کند (۱۲). با وجود گسترش مطالعات مربوط به مداخلات روان‌شناختی نوجوانان، یک شکاف مهم در ادبیات پژوهشی همچنان باقی است: بخش قابل توجهی از پژوهش‌ها اثربخشی یک مداخله منفرد را در برابر شرایط کنترل بررسی کرده‌اند، در حالی که مقایسه مستقیم رویکردهای درمانی متفاوت، به‌ویژه رویکردی مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی در برابر CBT، می‌تواند اطلاعات ارزشمندتری درباره درمان بهینه فراهم کند (۱۳). همچنین، بسیاری از مطالعات بر اختلال یا یک نشانه روان‌شناختی خاص تمرکز کرده‌اند و کمتر به سلامت روان به‌عنوان یک پیامد چندبعدی و کل‌نگر در دانش‌آموزان دوره متوسطه اول پرداخته‌اند. از سوی دیگر، دوره متوسطه اول و جمعیت دانش‌آموزان دختر به دلیل ویژگی‌های تحولی و فشارهای اجتماعی و تحصیلی

خاص، جمعیتی است که نمی‌توان نتایج مطالعات انجام‌شده در بزرگسالان یا حتی نوجوانان با دامنه سنی متفاوت را بدون بررسی تجربی به آن تعمیم داد. بنابراین، بررسی اثربخشی و مقایسه مستقیم این دو رویکرد در یک نمونه مشخص از دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول می‌تواند به پر کردن بخشی از خلأ موجود در شواهد تجربی کمک کند. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر صرفاً این نیست که آیا طرحواره‌درمانی هیجانی یا درمان شناختی-رفتاری مؤثر است؛ بلکه پرسش اساسی آن است که آیا تفاوت در منطق و سطح مداخله این دو رویکرد می‌تواند به تفاوت معناداری در بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول منجر شود؟ پاسخ به این پرسش می‌تواند از یک سو به توسعه شواهد مقایسه‌ای درباره مداخلات روان‌شناختی نوجوانان کمک کند و از سوی دیگر، مبنایی برای انتخاب مداخلات مؤثرتر و متناسب‌تر در برنامه‌های سلامت روان مدارس فراهم آورد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول طراحی شده است تا مشخص شود کدام یک از این دو رویکرد در ارتقای سلامت روانی این گروه از نوجوانان اثربخشی بیشتری دارد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.178 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه اول شهرستان بهشهر که در سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲ در مدارس مشغول به تحصیل بودند که بنا بر استعلام از واحد متوسطه اول اداره آموزش و پرورش شهرستان بهشهر تعداد ۲۳۲۰ نفر در این مقطع مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین صورت که شهرستان بهشهر با توجه به پراکندگی مدارس مقطع متوسطه اول، به ۴ ناحیه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد (جهت تحت پوشش قرار دادن تمام مناطق) و سپس از هر ناحیه یک مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شد و در هر مدرسه به روش تصادفی ساده یک کلاس انتخاب شد و در نهایت از هر کلاس دانش‌آموزانی که در مرحله غربالگری با توجه به پاسخگویی به پرسشنامه‌های مطالعه (تنظیم هیجان، هراس اجتماعی، سلامت روانی و تحمل ناکامی) در سطح نامطلوبی بودند و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه، می‌توانستند در مطالعه شرکت کنند انتخاب شدند و بعد از پُر کردن فرم رضایت نامه شرکت در تحقیق، از بین افراد تعداد ۴۵ نفر انتخاب و مجدداً بصورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند.

در این مطالعه از پرسشنامه سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۴ ساله (CSI-4) بر اساس (DSIM-IV) جهت سنجش سطح سلامت روان آزمودنی‌ها استفاده گردید. نسخه اولیه پرسشنامه را اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3 آن نیز ساخته شد، تا اینکه CSI-4 در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. در پژوهش حاضر، از چک لیست والدین استفاده شده بود. فرم والدین دارای ۴۱ سؤال بود. پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان (CSI-4)، چهار نوع اختلال در میان کودکان

و نوجوانان را مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: بیش فعال / اختلال دقت، (نوع فاقد تمرکز حواس)، بیش فعال / اختلال دقت (نوع بیش فعال، تکانشی)، بیش فعال / اختلال دقت (نوع مرکب)، اختلال ضدیت و نافرمانی و اختلال رفتار یا کردار. پرسشنامه سلامت روان کودکان در پژوهشهای متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است.

جلسات درمان طرحواره درمانی هیجانی در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه براساس پروتکل خرازی، دانش و حیدرزادگان (۱۳۹۷) براساس پروتکل عزت پور و همکاران (۱۳۹۷) به ترتیب زیر برگزار گردید (جدول ۱).

جدول ۱- خلاصه طرح جلسات درمان طرحواره درمانی هیجانی

جلسه	شرح جلسه	تکالیف خانگی
اول	در ابتدای جلسه، پس از معرفی درمانگر و ایجاد رابطه درمانی، اهداف درمان، قوانین جلسات و چارچوب کلی طرحواره درمانی هیجانی برای دانش‌آموزان توضیح داده شد. سپس مفهوم هیجان‌ها، نقش آن‌ها در رفتار و ارتباط بین افکار، هیجان و رفتار آموزش داده شد. همچنین مدل کلی درمان و اهمیت پذیرش هیجان‌ها تشریح گردید.	ثبت روزانه حداقل ۳ موقعیت هیجانی و تفکیک فکر، احساس و رفتار در فرم ثبت هیجان
دوم	مرور تکلیف خانگی و بررسی نمونه‌های ثبت شده توسط دانش‌آموزان انجام شد. سپس مفهوم «راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان» (مانند اجتناب، سرکوب یا انفجار هیجانی) آموزش داده شد. ارتباط این راهبردها با تجربه ناکامی توضیح داده شد.	ثبت موقعیت‌هایی که در آن از اجتناب یا سرکوب هیجان استفاده شده و توضیح پیامد آن
سوم	ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد. سپس آموزش شناسایی دقیق هیجان‌ها (مانند خشم، اضطراب، شرم، غم) و تفاوت آن‌ها ارائه گردید. تمرکز بر افزایش آگاهی هیجانی و نام‌گذاری صحیح احساسات بود.	ثبت هیجان‌های روزانه به همراه موقعیت و شدت آن (در مقیاس ۱ تا ۱۰)
چهارم	تکلیف خانگی مرور شد. سپس مفهوم طبیعی بودن هیجان‌های منفی آموزش داده شد. درمانگر توضیح داد که هیجان منفی لزوماً خطرناک نیست و بخشی از تجربه انسانی است. تکنیک‌های اولیه کاهش تنش مانند تنفس آرام‌سازی آموزش داده شد.	تمرین روزانه تنفس آرام‌سازی (۲ بار در روز، هر بار ۱۰ دقیقه) + ثبت اثر آن بر هیجان
پنجم	باورهای غیرمنطقی درباره هیجان‌ها (مثل «نباید ناراحت شوم» یا «خشم خطرناک است») بررسی شد. درمانگر به چالش شناختی این باورها پرداخت و مفهوم پذیرش هیجان‌ها آموزش داده شد. استعاره «هممان» برای هیجان‌ها معرفی گردید.	نوشتن مزایا و معایب سرکوب هیجان + تمرین پذیرش هیجان در موقعیت واقعی
ششم	مفهوم پذیرش هیجان‌ها بدون قضاوت آموزش داده شد. سپس اصول ذهن‌آگاهی (توجه به لحظه اکنون، مشاهده بدون قضاوت) توضیح داده شد. ارتباط ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوار فکری بررسی گردید.	تمرین روزانه ذهن‌آگاهی (۱۰ دقیقه) + ثبت تجربه‌های هیجانی هنگام تمرین
هفتم	تکلیف مرور شد. سپس طرحواره‌های هیجانی و تفسیرهای منفی از هیجان (مثل «اگر مضطرب شوم یعنی ضعیف هستم») بررسی گردید. درمانگر به بازسازی شناختی این باورها پرداخت.	ثبت موقعیت‌های هیجانی و بررسی باور مرتبط با آن + اصلاح شناختی
هشتم	مفهوم اقدام متضاد (انجام رفتار مخالف تمایل هیجانی ناکارآمد) آموزش داده شد. همچنین مواجهه تدریجی با هیجان‌های ناخوشایند تمرین شد.	انجام یک اقدام متضاد در موقعیت واقعی و گزارش نتیجه آن
نهم	ارتباط بین هیجان‌ها و ارزش‌های فردی بررسی شد. دانش‌آموزان یاد گرفتند هیجان‌ها می‌توانند نشان‌دهنده ارزش‌های مهم زندگی باشند. مفهوم «بالا رفتن از نردبان معانی» آموزش داده شد.	نوشتن ۳ ارزش مهم زندگی و بررسی ارتباط آن با هیجان‌های اخیر
دهم	مرور کلی جلسات گذشته انجام شد. مهارت‌های آموخته شده جمع‌بندی گردید. سپس تکنیک فضاسازی برای هیجان و پذیرش هیجان‌های مختلط آموزش داده شد. در پایان، برنامه ادامه تمرین‌ها در آینده تدوین شد.	ادامه تمرین ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجان و ثبت تجربه‌ها در دفترچه شخصی

جلسات درمان شناختی- رفتاری در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه براساس پروتکل خرازی، دانش و حیدرزادگان (۱۳۹۷) به ترتیب زیر برگزار گردید (جدول ۲).

جدول ۲- خلاصه طرح جلسات درمان شناختی- رفتاری

جلسه	شرح جلسه	تکالیف خانگی
اول	در ابتدای جلسه، درمانگر به معرفی خود، اهداف درمان، قوانین جلسات و نحوه اجرای برنامه درمانی پرداخت. سپس درباره مفهوم استرس، سبک زندگی و نقش آن‌ها در تشدید مشکلات روان‌شناختی توضیح داده شد. همچنین ساختار کلی جلسات درمانی برای دانش‌آموزان تشریح گردید.	ثبت موقعیت‌های استرس‌زا در طول هفته و نوشتن واکنش فکری، هیجانی و رفتاری
دوم و سوم	ابتدا تکلیف خانگی مرور شد. سپس مدل شناختی CBT شامل رابطه بین افکار، احساسات و رفتارها آموزش داده شد. در ادامه، افکار غیرمنطقی و ناکارآمد مرتبط با ناکامی، هیجان‌ها و مشکلات روانی شناسایی و تحلیل گردید. همچنین اهداف درمانی هر دانش‌آموز مشخص و اولویت‌بندی شد.	ثبت روزانه افکار خودکار منفی و جایگزینی اولیه آن‌ها با افکار منطقی‌تر
چهارم	تکالیف جلسه قبل مرور شد. سپس مهارت مدیریت خشم آموزش داده شد. تکنیک‌های تن‌آرامی (ریلکسیشن عضلانی و تصویرسازی هدایت‌شده) تمرین گردید. همچنین اهمیت حمایت اجتماعی و استفاده از منابع حمایتی (خانواده و دوستان) توضیح داده شد.	تمرین روزانه ریلکسیشن (۱۰-۱۵ دقیقه) + ثبت موقعیت‌های کنترل خشم
پنجم	مرور تکالیف انجام شد. سپس تکنیک بازسازی شناختی (چالش با افکار ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی) آموزش داده شد. در ادامه، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه برای افزایش رفتارهای مثبت انجام گرفت.	تنظیم برنامه روزانه شامل فعالیت‌های مثبت + ثبت افکار اصلاح‌شده
ششم	تکالیف بررسی شد. سپس نقش تغذیه سالم، خواب کافی و عادات بهداشتی در سلامت روان توضیح داده شد. بازسازی شناختی ادامه یافت و روایت ذهنی افراد درباره مشکلاتشان اصلاح گردید.	اصلاح یک رفتار سبک زندگی (مثل خواب یا تغذیه) + ثبت تغییرات
هفتم	ابتدا تکالیف بررسی شد. سپس باورهای هسته‌ای ناکارآمد (مانند «من ناتوان هستم») شناسایی و شدت آن‌ها درجه‌بندی شد. آموزش مدیریت هیجان و نقش آن در سلامت روان ارائه گردید.	ثبت باورهای منفی و نوشتن شواهد موافق و مخالف هر باور
هشتم	تکالیف مرور شد. سپس مهارت حل مسئله شامل تعریف مسئله، تولید راه‌حل، انتخاب بهترین گزینه و ارزیابی نتیجه آموزش داده شد. همچنین تمرین مدیریت هیجان در موقعیت‌های واقعی انجام شد.	اجرای یک فرآیند حل مسئله واقعی و گزارش مراحل آن
نهم	توصیه‌هایی برای ارتقای سبک زندگی سالم و بهزیستی ذهنی ارائه شد. مرور کلی مهارت‌های آموخته‌شده انجام گرفت و تمرین یکپارچه‌سازی مهارت‌ها صورت گرفت.	ادامه تمرین مهارت‌ها و ثبت پیشرفت در دفترچه روزانه
دهم	در این جلسه، تمامی مهارت‌های آموخته‌شده مرور شد. پیشرفت دانش‌آموزان بررسی گردید و بازخورد درمانگر ارائه شد. همچنین بر حفظ و ادامه استفاده از مهارت‌ها در موقعیت‌های آینده تأکید شد.	ادامه استفاده از مهارت‌ها در زندگی روزمره و خودارزیابی هفتگی

جلسه‌های مداخله در کلینیک روان درمانی زندگی شهرستان بهشهر انجام شد. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم‌دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. به منظور اجرای درمان گروهی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری قبل از شروع جلسات درمانی یک جلسه توجیهی به مدت ۳۰ دقیقه برای اعضای گروه‌های آزمایش و گواه به صورت مجزا برگزار شد و اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. بعد از انجام پیش‌آزمون، جلسات درمانی در طی دو ماه به اجرا درآمد. جلسات به صورت یک جلسه در یک هفته و طی ۱۰ هفته متوالی انجام یافت. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم‌های لازم در مداخله‌ها بین مشارکت کنندگان و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت شد تا جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها تا یک هفته آتی به کلینیک درمانی مراجعه نمایند. در نهایت دو ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه تکمیل گردید.

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بون‌فرونی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۳ موارد ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمونه‌های پژوهش از پرسشنامه سلامت روانی به تفکیک میانگین گروه‌ها آورده شد. نتایج نشان داد میانگین‌های سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون ارائه شده است. این

میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین متغیر سلامت روانی دو گروه آزمایش (مداخله آموزشی) در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند. بهترین میانگین را در گروه مداخله درمان شناختی رفتاری مشاهده شد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت روانی در گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون پژوهش

گروه	مراحل آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه (۱) طرحواره درمانی هیجانی	۳/۶۰	۰/۰۷۹	۲/۰۳	۰/۱۲۸	۲/۱۵	۰/۱۰۵		
گروه (۲) درمان شناختی رفتاری	۳/۵۸	۰/۰۸۷	۱/۹۸	۰/۹۰۵	۲/۱۰	۰/۱۲۰		
گروه (۳) کنترل	۳/۶۰	۰/۰۹۶	۳/۵۰	۰/۴۵۲	۳/۶۱	۰/۹۵۱		
مجموع	۳/۶۰	۰/۰۸۶	۲/۵۰	۰/۷۶۲	۲/۶۲	۰/۰۷۲۱		

نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) نشان داد مقادیر مجذوراتی Eta مربوط به متغیر وابسته (سلامت روانی) در سه گروه ۰/۶۵۴ بود این نشان دهنده اندازه اثر بزرگ بوده و همچنین نتایج آزمون لامبدای ویکلز در مورد متغیر مذکور معنی‌دار بود و معنی‌داری در متغیر وابسته (سلامت روانی) نشان دهنده این بود که شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار می‌باشد ($F=35/845$, $p=0/001$). در نتیجه مقدار سلامت روانی شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت بودند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار قرار داشت. **جدول شماره ۴** آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تنها اثر تعاملی اثر تعداد آزمون * گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول ۴- نتایج آزمون‌های اثرات درون موضوعی متغیر سلامت روانی

منبع	مجموع مجذورها نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری	Eta
اثر تعداد آزمون	کرویت فرض شده	۵/۰۹۳	۲	۲/۵۴۶	۱۱۰/۶۱۹	۰/۷۳۹
	گرینهاوس گیسر	۵/۰۹۳	۱/۲۲۹	۴/۱۴۴	۱۱۰/۶۱۹	۰/۷۳۹
	هیون - فلت	۵/۰۹۳	۱/۴۱۱	۳/۶۰۹	۱۱۰/۶۱۹	۰/۷۳۹
	حد پایین	۵/۰۹۳	۱/۰۰۰	۵/۰۹۳	۱۱۰/۶۱۹	۰/۷۳۹
اثر تعداد آزمون *	کرویت فرض شده	۱/۵۰۳	۴	۰/۳۷۶	۱۶/۳۲۰	۰/۴۵۶
	گرینهاوس گیسر	۱/۵۰۳	۲/۴۵۸	۰/۶۱۱	۱۶/۳۲۰	۰/۴۵۶
	هیون - فلت	۱/۵۰۳	۲/۸۲۲	۰/۵۳۲	۱۶/۳۲۰	۰/۴۵۶
	حد پایین	۱/۵۰۳	۲/۰۰۰	۰/۷۵۱	۱۶/۳۲۰	۰/۴۵۶
خطای (تعداد آزمون)	کرویت فرض شده	۱/۷۹۶	۷۸	۰/۰۲۳	-	-
	گرینهاوس گیسر	۱/۷۹۶	۴۷/۹۲۶	۰/۰۳۷	-	-
	هیون - فلت	۱/۷۹۶	۵۵/۰۳۳	۰/۰۳۳	-	-
	حد پایین	۱/۷۹۶	۳۹/۰۰۰	۰/۰۴۶	-	-

مقدار Eta در **جدول شماره ۵** نشان می‌دهد که تقریباً ۸۸/۰۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) برای متغیر گروه به حساب آمده است.

جدول ۵- نتایج آزمون‌های تضاد درون موضوعی متغیر سلامت روانی

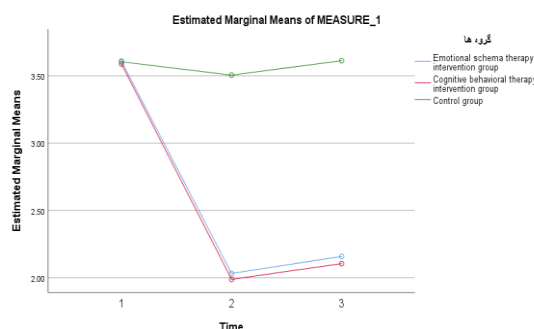
منبع	تعداد آزمون	مجموع مجزورها نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری	Eta
تعداد آزمون	خطی	۲/۷۳۹	۱	۲/۷۳۹	۵۶۷/۷۳۵	۰/۰۰	۰/۹۳۶
	درجه دوم	۲/۳۵۴	۱	۲/۳۵۴	۵۷/۱۲۳	۰/۰۰	۰/۵۹۴
تعداد آزمون * گروه	خطی	۱/۳۷۹	۲	۰/۶۸۹	۱۴۲/۹۳۶	۰/۰۰	۰/۸۸۰
	درجه دوم	۰/۱۲۴	۲	۰/۰۶۲	۱/۵۰۲	۰/۲۳۵	۰/۰۷۲
خطای (تعداد آزمون)	خطی	۰/۱۸۸	۳۹	۰/۰۰۵	-	-	-
	درجه دوم	۱/۶۰۷	۳۹	۰/۰۴۱	-	-	-

مهمترین نتایج پژوهش در **جدول شماره ۶** ارائه شد. یعنی اثرات گروه معنی‌دار شده است، به این معنی که میزان متغیر سلامت روانی در افراد سه گروه پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون با هم تفاوت دارد. مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۶۳/۳۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت روانی) برای متغیر گروه به حساب آمده است.

جدول ۶- نتایج آزمون‌های اثرات بین موضوعی متغیر سلامت روانی

منبع	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی
رهگیری	۱۵۹/۰۰۶	۱	۱۵۹/۰۰۶	۳۶۹۹/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۰
گروه	۲/۸۹۴	۲	۱/۴۴۷	۳۳/۶۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
خطا	۱/۶۷۶	۳۹	۰/۰۴۳	-	-	-

نمودار شماره ۱ میزان متغیر سلامت روانی را به صورت جداگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان می‌دهد. خط آبی رنگ مربوط به میزان متغیر سلامت روانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه مداخله طرحواره درمانی هیجانی و خط قرمز رنگ مربوط به متغیر سلامت روانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه مداخله درمان شناختی رفتاری است. خط سبز رنگ مربوط به میزان متغیر سلامت روانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه کنترل (شاهد) است. این نمودار نشان می‌دهد که بطور متوسط میزان متغیر سلامت روانی در دو گروه مداخله درمانی (طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری) نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون (بار دوم) متغیر سلامت روانی نسبت به پیش‌آزمون (بار اول) کاهش (بهبود) چشم‌گیری یافته است. در حالی که در گروه کنترل این متغیر در بار دوم (پس‌آزمون) مقدار ناچیزی کاهش یافته است. در مرحله پیگیری آزمون نیز میانگین سه گروه نسبت به مرحله دوم پس‌آزمون، سلامت روانی مقدار اندکی افزایش یافته است. بنا بر نتایج آزمون و مشاهده نمودار ۱ می‌توان گفت که بین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی در پایان دوره درمان و پیگیری در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول تفاوت معنی‌داری وجود دارد.



نمودار ۱- میزان تغییرات متغیر سلامت روانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون سه گروه پژوهش

بحث

نتایج نشان داد که با هر دو شیوه درمان در مقایسه با گروه، میزان سلامت روانی شرکت کنندگان بهبود یافت و شیوه طرحواره درمانی هیجانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، در بهبود سلامت روانی مؤثرتر بوده است. یافته مشابهی که عیناً اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران یافت شد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله مطالعه واتسون (Watson) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۹) و مطالعه یوسال (Uysal) و همکاران (۲۰۲۶) (۹) همسو است. شناختی رفتاری، به عنوان یک رویکرد درمانی، بر اساس اصولی بنا شده که می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر سلامت روانی دانش آموزان داشته باشد. این رویکرد بر این ایده استوار است که الگوهای تفکر، احساسات و رفتارهای فرد به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و تغییر در یکی از این جنبه‌ها می‌تواند به تغییرات مثبت در دیگران منجر شود. شناختی رفتاری بر اساس این فرضیه عمل می‌کند که افکار منفی و الگوهای تفکر نادرست می‌توانند منجر به مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و استرس شوند. به عبارت دیگر، اگر دانش آموزان قادر به شناسایی و تغییر این الگوهای منفی باشند، می‌توانند به بهبود وضعیت روانی خود دست یابند. به عنوان مثال، وقتی دانش آموزان در موقعیت‌های چالشی احساس می‌کنند که همیشه شکست خواهند خورد، این باور می‌تواند منجر به کاهش انگیزه و اعتماد به نفس آنها شود. روش‌های شناختی رفتاری به آنها کمک می‌کند تا این افکار منفی را شناسایی کرده و آنها را با باورهای منطقی‌تر و واقع‌بینانه‌تر جایگزین کنند (۱۴). این رویکرد همچنین بر تکنیک‌های تغییر رفتار تمرکز دارد که به دانش آموزان کمک می‌کند تا رفتارهای ناسازگار را تغییر دهند و رفتارهای مثبت و سازنده‌تری را توسعه دهند. برای مثال، تکنیک‌هایی مانند تمرین مهارت‌های حل مسئله، افزایش مهارت‌های اجتماعی و استفاده از سیستم‌های پاداش می‌تواند به دانش آموزان کمک کند تا با مشکلات و چالش‌های زندگی بهتر کنار بیایند و رفتارهای مطلوب‌تری را به نمایش بگذارند (۱۵). بخشی دیگر از این رویکرد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانی است. دانش آموزان با یادگیری تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی، تنفس عمیق و تکنیک‌های مواجهه، می‌توانند با استرس و اضطراب خود به طور مؤثرتری برخورد کنند. این مهارت‌ها به آنها کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، کنترل بیشتری بر روی هیجانات خود داشته باشند و واکنش‌های هیجانی خود را مدیریت کنند (۱۶). سلامت روانی دانش آموزان به طور مستقیم تحت تأثیر توانایی آنها در مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی است. استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری به آنها امکان می‌دهد که با تغییر نگرش‌ها و رفتارهای خود، توانایی مقابله با مشکلات را بهبود بخشند و احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. این تغییرات می‌تواند به بهبود عمومی سلامت روانی منجر شود و از بروز مشکلات روانی پیشگیری کند. در نهایت، شناختی رفتاری می‌تواند به ایجاد یک محیط آموزشی مثبت‌تر کمک کند. دانش آموزانی که قادر به مدیریت بهتر استرس و اضطراب خود هستند و رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند، می‌توانند به کاهش مشکلات رفتاری در مدرسه و بهبود روابط با معلمان و همکلاسی‌ها کمک کنند. این امر می‌تواند به بهبود کیفیت کلی محیط مدرسه و تسهیل یادگیری کمک کند. به طور کلی، شناختی رفتاری به دانش آموزان این امکان را می‌دهد که با شناسایی و تغییر افکار و رفتارهای منفی، به بهبود سلامت روانی خود بپردازند و مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانی لازم برای موفقیت در محیط آموزشی و زندگی روزمره را به دست آورند. این تأثیرات مثبت می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس، بهبود عملکرد تحصیلی، و ارتقاء کیفیت کلی زندگی دانش آموزان منجر شود (۱۷). یکی از تکنیک‌های اصلی شناختی رفتاری، بازسازی شناختی است. این تکنیک به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر منفی و غیرواقعی را شناسایی کند و آنها را با افکار منطقی‌تر و سازنده‌تر جایگزین نماید. به عنوان مثال، اگر دانش آموزی فکر می‌کند که "من هرگز نمی‌توانم این موضوع را یاد بگیرم"، درمانگر به او کمک می‌کند تا شواهدی را برای مخالف این باور جمع‌آوری کند و افکار جدیدی مانند "من می‌توانم با تلاش و تمرین، این موضوع را یاد بگیرم" را جایگزین کند. این تغییر در افکار

می‌تواند به کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس منجر شود. تکنیک‌های دیگری نیز در شناختی رفتاری برای مدیریت مشکلات هیجانی وجود دارد. به عنوان مثال، تکنیک‌های آرام‌سازی و تنفس عمیق می‌تواند به دانش‌آموزان کمک کند تا در مواقع استرس‌زا، آرامش خود را حفظ کنند. یادگیری روش‌های مقابله‌ای مانند حل مسئله و تنظیم هیجانات به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد که با مشکلات و فشارهای زندگی به شیوه‌ای مؤثرتر برخورد کنند (۱۸). در نهایت، استفاده از شناختی رفتاری می‌تواند به ایجاد یک محیط مدرسه‌ای مثبت‌تر کمک کند. وقتی دانش‌آموزان قادر به مدیریت بهتر استرس و اضطراب خود هستند و رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند، این امر می‌تواند به کاهش مشکلات رفتاری در کلاس و بهبود تعاملات با معلمان و همکلاسی‌ها منجر شود. این تغییرات می‌تواند فضای آموزشی را مثبت‌تر کرده و بهبود کلی در کیفیت آموزش و یادگیری ایجاد کند. به طور خلاصه، شناختی رفتاری با تأکید بر تغییر افکار و رفتارهای منفی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانی، و بهبود روابط اجتماعی، می‌تواند تأثیرات عمیق و گسترده‌ای بر سلامت روانی دانش‌آموزان داشته باشد. این رویکرد به آن‌ها کمک می‌کند تا با مشکلات و چالش‌های زندگی به شیوه‌ای مؤثرتر روبرو شوند و به کیفیت زندگی بهتری دست یابند.

یافته به دست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی هیجانی بر سلامت روانی مؤثر است و نسبت به درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری در مرحله پیگیری داشت. این یافته با نتایج پژوهش مطالعه ولیکووا (Velikova) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۲) و مطالعه تومیساتو (Tomisato) و همکاران (۲۰۲۲) (۲) همراستاست. طرحواره‌درمانی هیجانی به عنوان یک روش عمیق و جامع در روان‌درمانی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت روانی دانش‌آموزان داشته باشد. این روش به طور خاص بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های هیجانی ناسازگار تمرکز دارد که ممکن است از دوران کودکی یا تجربه‌های اولیه زندگی شکل گرفته باشند. این طرحواره‌ها به عنوان الگوهای ناهشیارانه تفکر و احساسات منفی عمل می‌کنند و می‌توانند مشکلات روانی مختلفی را در زندگی روزمره ایجاد کنند. از طریق طرحواره‌درمانی، دانش‌آموزان به خودآگاهی بیشتری دست می‌یابند و می‌توانند ریشه‌های هیجانات و باورهای ناکارآمد خود را درک کنند. این فرآیند به آن‌ها کمک می‌کند تا به جای سرکوب یا نادیده گرفتن این هیجانات، آن‌ها را به شکلی مؤثر مدیریت کنند. با این آگاهی بیشتر، دانش‌آموزان می‌آموزند که چگونه با چالش‌های روانی به روشی سالم‌تر برخورد کنند. یکی از اهداف اصلی طرحواره‌درمانی، بهبود تنظیم هیجانات است. بسیاری از دانش‌آموزان در مدیریت هیجانات خود، به‌ویژه در شرایط استرس‌زا یا اجتماعی، با مشکلاتی مواجه هستند. این درمان به آن‌ها کمک می‌کند تا با استفاده از تکنیک‌های مختلف، هیجانات منفی را کنترل کنند و واکنش‌های هیجانی سالم‌تری نشان دهند. یادگیری این مهارت‌ها می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روانی که ممکن است در محیط مدرسه بروز کند، کمک کند (۱۹). علاوه بر این، طرحواره‌درمانی به دانش‌آموزان مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی را آموزش می‌دهد که می‌تواند به آن‌ها در مواجهه با مشکلات و فشارهای روزمره کمک کند. این مهارت‌ها شامل تغییر در نحوه تفکر، ایجاد نگرش مثبت‌تر و استفاده از روش‌های سالم برای مقابله با استرس است. این توانمندی‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا به شکل مؤثرتری با چالش‌های روانی و اجتماعی که ممکن است در مدرسه و زندگی شخصی خود با آن‌ها مواجه شوند، روبرو شوند (۲۰). طرحواره‌درمانی همچنین به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری و هیجانی خود را در روابط بین‌فردی شناسایی و اصلاح کنند. این امر می‌تواند به بهبود روابط آن‌ها با همسالان، معلمان و خانواده منجر شود. دانش‌آموزانی که درک بهتری از نیازها و الگوهای ارتباطی خود دارند، احتمالاً ارتباطات سالم‌تری را تجربه می‌کنند و کمتر دچار مشکلات اجتماعی و عاطفی می‌شوند (۱۶). علاوه بر این، این روش به دانش‌آموزانی که ممکن است تجربیات منفی در دوران کودکی داشته باشند کمک می‌کند تا این تجربیات را پردازش کرده و اثرات منفی آن‌ها را کاهش دهند. این فرآیند باعث می‌شود که دانش‌آموزان کمتر

تحت تأثیر گذشته قرار بگیرند و به جای آن، روی رشد و توسعه هیجانی و روانی خود تمرکز کنند. به طور کلی، طرحواره درمانی هیجانی با تقویت خودآگاهی، بهبود تنظیم هیجانات، ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و بهبود روابط بین فردی، دانش‌آموزان را قادر می‌سازد تا به صورت مؤثرتری با چالش‌های روانی و اجتماعی دوران رشد مواجه شوند. این عوامل در کنار هم می‌توانند به ایجاد یک پایه محکم برای سلامت روانی پایدار در دوران نوجوانی و بزرگسالی کمک کنند (۱۴).

طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری هر دو رویکردهای مؤثری برای بهبود سلامت روانی هستند، اما تفاوت‌های قابل توجهی در نحوه تأثیرگذاری آن‌ها بر دانش‌آموزان وجود دارد. طرحواره درمانی هیجانی بر این اساس عمل می‌کند که بسیاری از مشکلات روانی ریشه در طرحواره‌های هیجانی عمیق‌تری دارند که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند. این طرحواره‌ها به باورها و الگوهای احساسی عمیق‌تری اشاره دارند که می‌توانند بر نحوه تفکر، احساس و رفتار فرد تأثیر بگذارند. در این رویکرد، تلاش می‌شود تا این طرحواره‌ها شناسایی و تغییر یابند. برای مثال، اگر یک دانش‌آموز به دلیل طرحواره‌های منفی در مورد خود، احساس بی‌کفایتی کند، این احساس می‌تواند بر عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی او تأثیر منفی بگذارد. طرحواره درمانی هیجانی با تمرکز بر شناسایی و تغییر این باورهای عمیق‌تر، به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا احساسات و واکنش‌های هیجانی خود را به طور بنیادی تغییر دهند. این تغییرات می‌تواند به بهبود عمیق‌تری در سلامت روانی منجر شود، زیرا بر ریشه‌های عمیق‌تر مشکلات تمرکز دارد (۱۳).

در مقابل، درمان شناختی رفتاری به تغییر الگوهای تفکر و رفتار در سطحی بیشتر سطحی و کنونی تمرکز دارد. این روش به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا افکار منفی و غیرواقعی را شناسایی و آن‌ها را با افکار منطقی‌تر و سازنده‌تر جایگزین کنند. این تغییرات می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد تحصیلی منجر شود، اما این تغییرات معمولاً در سطح افکار و رفتارهای کنونی و نه در سطح باورهای عمیق‌تر و ریشه‌ای انجام می‌شود. طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند نسبت به شناختی رفتاری مؤثرتر باشد زیرا به مسائل عمیق‌تری از قبیل طرحواره‌های هیجانی پرداخته و به تغییرات بنیادی‌تر در سیستم‌های احساسی و باورهای اصلی می‌پردازد. این رویکرد با هدف تغییر ریشه‌ای و عمیق‌تر در افکار و احساسات، می‌تواند به بهبود پایدارتر و عمیق‌تری در سلامت روانی دانش‌آموزان منجر شود (۱۸). در نتیجه، اگرچه هر دو رویکرد می‌توانند به بهبود سلامت روانی کمک کنند، طرحواره درمانی هیجانی با تمرکز بر ریشه‌های عمیق‌تر مشکلات و تغییرات بنیادی‌تر، می‌تواند تأثیرات بیشتری بر سلامت روانی دانش‌آموزان داشته باشد و تغییرات پایدارتر و عمیق‌تری را در بهبود وضعیت روانی آن‌ها ایجاد کند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شدند. کاهش میانگین نمرات سلامت روانی در دو گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون، بیانگر اثربخشی مداخلات درمانی بود؛ در حالی که تغییرات مشاهده‌شده در گروه کنترل بسیار محدود بود. همچنین، اگرچه در مرحله پیگیری میانگین سلامت روانی در هر سه گروه نسبت به پس‌آزمون اندکی افزایش یافت، الگوی کلی تغییرات نشان داد که آثار مداخلات درمانی تا مرحله پیگیری همچنان قابل مشاهده بوده است. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری هر دو رویکردهای مؤثری برای ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول هستند و می‌توان از آن‌ها به عنوان مداخلات روان‌شناختی قابل استفاده در برنامه‌های ارتقای سلامت روان مدارس بهره گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SARI.REC.1401.178 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ بودجه‌ای دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، حسین مهدیان؛ روش‌شناسی، فهیمة السادات صاحبی؛ تحلیل داده‌ها، حسین مهدیان؛ انجام پژوهش، مهدی قاسمی مطلق؛ گردآوری و مدیریت داده‌ها، حسین مهدیان؛ نگارش پیش‌نویس اولیه، حسین مهدیان؛ نظارت، مهدی قاسمی مطلق؛ مدیریت پروژه، حسین مهدیان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از اساتید و مدیریت دانشگاه آزاد واحد بجنورد که در انجام این مطالعه کمال همکاری را داشته‌اند سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Thomas SP. Global Boiling: Implications for Mental Health. *Issues Ment Health Nurs*. 2023;44(9):797-798. doi: [10.1080/01612840.2023.2244338](https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2244338)
2. Tomisato S, Yada Y, Wasano K. Relationship between social anxiety and coping profile in adults who stutter. *J Commun Disord*. 2022;95:106167. doi: [10.1016/j.jcomdis.2021.106167](https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106167)
3. Toti L, Manzia TM, Sensi B, Blasi F, Baiocchi L, Lenci I, Angelico R, Tisone G. Towards tolerance in liver transplantation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2021;54-55:101770. doi: [10.1016/j.bpg.2021.101770](https://doi.org/10.1016/j.bpg.2021.101770)
4. Trenoska Basile V, Newton-John T, Wootton BM. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2022;78(12):2381-2395. doi: [10.1002/jclp.23360](https://doi.org/10.1002/jclp.23360)
5. Tripathi S, Guleria I. Biomarkers in Fetomaternal Tolerance. *Clin Lab Med*. 2019;39(1):145-156. doi: [10.1016/j.cll.2018.11.002](https://doi.org/10.1016/j.cll.2018.11.002)
6. Tyc O, Shi Y, Fan YC, Trebicka J, Xiang X. Editorial: Acute-on-chronic liver failure: systemic inflammation and immunosuppression. *Front Immunol*. 2023;14:1260749. doi: [10.3389/fimmu.2023.1260749](https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1260749)
7. Uğurpala C, Tükel R, Ziylan EÇ, Ertekin E, Berberoğlu E. Social Cognition and Functioning in Patients With Social Anxiety Disorder and/or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2023;211(11):828-834. doi: [10.1097/NMD.0000000000001696](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001696)
8. Ünal D, Çelebi F. Is There a Difference in Parental Attitudes and Attachment for ADHD-Social Phobia Comorbidity? *Turk Psikiyatri Derg*. 2023;34(1):24-30. doi: [10.5080/u26580](https://doi.org/10.5080/u26580)
9. Uysal M, Gurel Ficicioglu IE, Mutlu M, Mutluer T. Schema Therapy for Children and Adolescents: A Systematic Review of Individual, Group, and Parent-Based Interventions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2026. doi: [10.1007/s10567-026-00568-4](https://doi.org/10.1007/s10567-026-00568-4)
10. Vader JM, Givertz MM, Starling RC, McNulty SE, Anstrom KJ, Desvigne-Nickens P, et al; LIFE Investigators. Tolerability of Sacubitril/Valsartan in Patients With Advanced Heart Failure: Analysis of the LIFE Trial Run-In. *JACC Heart Fail*. 2022;10(7):449-456. doi: [10.1016/j.jchf.2022.04.013](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.04.013)
11. Wu W, Huang L, Yang F. Social anxiety and problematic social media use: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav*. 2024;153:107995. doi: [10.1016/j.addbeh.2024.107995](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.107995)

12. Velikova T, Krastev B, Lozenov S, Gencheva R, Peshevska-Sekulovska M, Nikolaev G, Peruhova M. Antibiotic-Related Changes in Microbiome: The Hidden Villain behind Colorectal Carcinoma Immunotherapy Failure. *Int J Mol Sci*. 2021;22(4):1754. doi: [10.3390/ijms22041754](https://doi.org/10.3390/ijms22041754)
13. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwers MA. Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behav Cogn Psychother*. 2020;48(4):481-491. doi: [10.1017/S1352465820000077](https://doi.org/10.1017/S1352465820000077)
14. Vincent N, Dirkse D, Giannouli E, McQuarrie A. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for nightmares and parasomnias. *J Clin Sleep Med*. 2023;19(3):499-509. doi: [10.5664/jcsm.10374](https://doi.org/10.5664/jcsm.10374)
15. Vuijk R, Deen M, Geurts HM, Arntz A. Schema therapy for personality disorders in autistic adults: Results of a multiple case series study. *Clin Psychol Psychother*. 2023;30(2):458-472. doi: [10.1002/cpp.2817](https://doi.org/10.1002/cpp.2817)
16. Walder N, Berger T, Hürzeler D, McDougal E, Edbrook-Childs J, Schmidt SJ. Prevention and treatment of social anxiety disorder in adolescents: mixed method randomised controlled trial of the guided online intervention SOPHIE. *Sci Rep*. 2025;15(1):25141. doi: [10.1038/s41598-025-10193-w](https://doi.org/10.1038/s41598-025-10193-w)
17. Walenda A, Bogusz K, Kopera M, Jakubczyk A, Wojnar M, Kucharska K. Emotion regulation in binge eating disorder. *Psychiatr Pol*. 2021;55(6):1433-1448. English, Polish. doi: [10.12740/PP/OnlineFirst/122212](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/122212)
18. Walker L, Cross M, Barnett T. Mapping the interprofessional education landscape for students on rural clinical placements: an integrative literature review. *Rural Remote Health*. 2018;18(2):4336. doi: [10.22605/RRH4336](https://doi.org/10.22605/RRH4336)
19. Watson T, Tindall R, Patrick A, Moylan S. Mental health triage tools: A narrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(2):352-364. doi: [10.1111/inm.13073](https://doi.org/10.1111/inm.13073)
20. Wibbelink CJM, Arntz A, Grasman RPPP, Sinnaeve R, Boog M, Bremer OMC, et al. Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):89. doi: [10.1186/s12888-021-03670-9](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03670-9)