رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۱۳، آبان ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(8), 2025

اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در دانش‌آموزان متوسطه اول

The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Deviant Behaviors and Impulsivity in Lower Secondary School Students

لیلا دباغ کاشانی
دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران.
سید حسین میرزایی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران.
عبدالله مفاخری
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Leila Dabagh Kashani
PhD Student, Dep of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
Seyed Hossein Mirzaei *
Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.
dshomi45@gmail.com
Abdollah Mafakheri
Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول در منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از این جامعه تعداد ۲۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و گواه جایگذاری شدند و سوالات پرسشنامه‌های رفتارهای هنجارگریز تحصیلی کلارک و همکاران (BIS-II؛ ۲۰۱۵) و تکانشگری بارت (INE-R؛ پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش مداخله طرحواره‌درمانی را طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند. داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که در متغیرهای رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری، بین دو گروه در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵) و طرحواره‌درمانی توانست به شکل معناداری نمرات هر دو متغیر را کاهش دهد. همچنین، نتایج آزمون بونفرونی حاکی از آن بود که این کاهش نه‌تنها بلافاصله پس از مداخله، بلکه در دوره پیگیری نیز حفظ شده است (p<۰/۰۵). بر این اساس می‌توان گفت استفاده از طرحواره‌درمانی می‌تواند در کاهش رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول به کار رود.

واژه‌های کلیدی: *رفتارهای هنجارگریز تحصیلی، تکانشگری، طرحواره‌درمانی.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on academic deviant behaviors and impulsivity in male middle school students. This was a quasi-experimental study with a pre-test–post-test control group design and a two-month follow-up period. The statistical population included male middle school students in District 5 of Tehran in the year 1403 (2024–2025). From this population, 20 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (10 students in each). Participants completed the Academic Deviant Behavior Questionnaire (Clark et al., BIS-II, 2015) and the Barratt Impulsiveness Scale (Patton et al., INE-R, 1995). The experimental group received schema therapy intervention in eight 90-minute group sessions, held once per week. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results indicated significant differences between the two groups in academic deviant behaviors and impulsivity across the pre-test, post-test, and follow-up stages ($p < 0.05$), showing that schema therapy significantly reduced scores on both variables. Furthermore, the Bonferroni test results revealed that this reduction was maintained not only immediately after the intervention but also during the follow-up period ($p < 0.05$). Accordingly, it can be concluded that schema therapy can be used to reduce academic deviant behaviors and impulsivity among male middle school students.

Keywords: *Academic Rule-Breaking Behaviors, Impulsivity, Schema Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** شهریور ۱۴۰۴ | **پذیرش:** مهر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** آبان ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

مقدمه

نظام آموزشی در مقطع متوسطه اول، علاوه بر انتقال دانش و مهارت‌های پایه، وظیفه‌ای حیاتی در شکل‌دهی به هویت روان‌شناختی و اجتماعی دانش‌آموزان بر عهده دارد (پورسلیم، ۱۴۰۴). با این حال، بسیاری از دانش‌آموزان در این مرحله حساس از رشد، الگوهای رفتاری و هیجانی ناسازگارانه‌ای را تجربه می‌کنند که می‌تواند مسیر تحصیلی و شخصی آن‌ها را به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد (امیری و همکاران، ۱۴۰۳). یکی از مهم‌ترین این الگوها، رفتارهای هنجارگریز تحصیلی[1] است که به مجموعه‌ای از کنش‌ها و واکنش‌های خلاف قوانین مدرسه، هنجارهای اجتماعی یا انتظارات آموزشی اشاره دارد (جیانگ و زو[2]، ۲۰۲۵). این رفتارها از غیبت‌های غیرموجه گرفته تا بی‌توجهی به مقررات کلاس نه تنها عملکرد تحصیلی را تهدید می‌کنند، بلکه می‌توانند باعث تضعیف روابط معلم-دانش‌آموز و شکل‌گیری برچسب‌های منفی اجتماعی شوند (زین ییِنگ[3] و همکاران، ۲۰۲۵). رفتارهای هنجارگریز تحصیلی به‌عنوان یکی از چالش‌های تحصیلی درنظر گرفته می‌شود که پیامدهای مخرب روانی را در پی دارد و می‌تواند فرایند آموزش را مختل کند (موتیا[4] و همکاران، ۲۰۲۵). این گونه رفتارها موجب آسیب‌پذیری روانشناختی در فراگیران می‌گردد. به‌طوری که پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بیانگر مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی بیشتر دانش‌آموزان دارای رفتارهای هنجارگریز است و این دانش‌آموزان گرایش به خودکشی بیشتر (جونز[5] و همکاران، ۲۰۲۴)، مشکلات یادگیری و هوش هیجانی پایین دارند (هادگینس[6] و همکاران، ۲۰۲۳) و کاهش رفتار هنجارگریز تحصیلی، زمینه بهبود و ارتقای یادگیری دانش‌آموزان را فراهم می‌سازد (زنگ[7] و همکاران، ۲۰۲۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتارهای هنجارگریز تحصیلی اغلب با ضعف در خودتنظیمی[8] و حضور الگوهای شناختی-هیجانی ناکارآمد پیوند دارند و در این میان، تکانشگری[9] به عنوان یکی از عوامل شناختی-رفتاری کلیدی، نقشی میانجی و گاه تعاملی در بروز این مشکلات ایفا می‌کند (لای[10] و همکاران، ۲۰۲۴). تکانشگری به‌عنوان گرایش به عمل کردن سریع، بدون پیش‌بینی نتایج، و بدون پردازش کامل اطلاعات موجود، یکی از ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری است که در سنین نوجوانی به اوج خود می‌رسد (اوتامی[11]، ۲۰۲۴). این ویژگی، اگرچه در برخی موقعیت‌ها می‌تواند منبع خلاقیت یا جسارت محسوب شود، اما در بستر تحصیلی اغلب به بروز رفتارهایی منجر می‌شود که مغایر با هنجارهای مدرسه است؛ از جمله پاسخ‌های ناگهانی به معلمان، درگیری با همکلاسی‌ها، یا انجام تکالیف به‌صورت شتاب‌زده و غیرکیفی (گو[12] و همکاران، ۲۰۲۵). تداخل شناختی[13] ناشی از تکانشگری موجب می‌شود که دانش‌آموزان الگوهای پردازش اطلاعات ناکارآمدی داشته باشند و کنترل رفتاری-هیجانی خود را از دست بدهند (پان[14] و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که تکانشگری با افزایش احتمال رفتارهای پرخطر و کاهش پایبندی به مسئولیت‌های تحصیلی رابطه مستقیم دارد و حتی می‌تواند در بلندمدت مانع شکل‌گیری مهارت‌های اجتماعی سالم شود (لانگ و یو[15]، ۲۰۲۵).

به طور کلی شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که در پس این رفتارها، ساختارهای فکری-هیجانی پایدار و عمیقی وجود دارند که دنیا، دیگران و خود فرد را به‌گونه‌ای خاص و اغلب ناکارآمد تفسیر می‌کنند. این ساختارها همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند که از تجارب اولیه زندگی شکل می‌گیرند و بر ادراک و واکنش نوجوان به محیط عمل می‌کنند (سوسا[16] و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان طرح واره درمانی رویکردی است که با تمرکز بر شناسایی، به چالش کشیدن و اصلاح این طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تلاش می‌کند چرخه ادراک تحریف‌شده، هیجان منفی شدید، رفتار تکانشی یا هنجارگریز را متوقف کند (کلاک[17] و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره‌درمانی یکی از

1 academic deviant behaviors
2 Jiang, Zhou
3 XinYing
4 Mutia
5 Jones
6 Hudgins
7 Zheng
8 Self-regulation
9 Impulsivity
10 Lai
11 Utami
12 Guo
13 Cognitive interference
14 Pan
15 Long, Yu
16 Sousa
17 Kłak

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

رویکردهای نوین و کارآمد در روان‌درمانی است که توسط یانگ[1] توسعه یافت و تلفیقی از اصول درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، روان‌تحلیل‌گری نوین و رفتاردرمانی دیالکتیکی را در بر دارد (لیسی[2]، ۲۰۲۴). اساس این رویکرد بر مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است؛ ساختارهای عمیق و بادوامی که از تعامل پیچیده بین خلق‌وخو، تجارب اولیه زندگی و محیط اجتماعی حاصل می‌شوند و سیستم ادراکی-هیجانی فرد را سازمان‌دهی می‌کنند (پراسکو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). در دوران کودکی و نوجوانی، مواجهه مکرر با نیازهای ارضا نشده (مثل امنیت، محبت، خودمختاری، یا مرزبندی سالم) منجر به شکل‌گیری باورهای بنیادین منفی می‌شود. این باورها که در قالب طرحواره بروز می‌کنند به‌صورت افکار خودکار، هیجانات شدید و واکنش‌های رفتاری خاص ظاهر می‌شوند و اغلب خارج از آگاهی فرد هستند (موئلر[4] و همکاران، ۲۰۲۴). مشکل زمانی جدی‌تر می‌شود که این طرحواره‌ها در محیط آموزشی فعال شوند؛ دانش‌آموزی که طرحواره «بی‌اعتمادی» یا «شکست» دارد، ممکن است نسبت به قوانین مدرسه دیدی خصمانه پیدا کند، یا به جای تلاش برای موفقیت، دست به رفتارهای هنجارگریز زده و از چارچوب‌های رسمی فاصله بگیرد (بوگ[5] و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، فعال شدن هیجاناتی مثل خشم و احساس بی‌کفایتی می‌تواند کنترل بازداری شناختی را کاهش داده و زمینه‌ساز بروز تکانشگری شود (استوز[6] و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، طرحواره‌درمانی تلاش می‌کند این چرخه معیوب را با شناسایی دقیق طرحواره‌ها، بازپردازی تجربه‌های هیجانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سالم، تحت کنترل درآورد و مسیر رشد سازگارانه را بازسازد (پراسکو و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع، با وجود آنکه در سال‌های اخیر پژوهش‌های متعددی در حوزه مشکلات رفتاری و هیجانی نوجوانان انجام شده است، مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که بخش عمده این مطالعات یا به بررسی کلی مشکلات رفتاری پرداخته‌اند و یا بر یک متغیر خاص، مانند پرخاشگری یا افت تحصیلی، متمرکز بوده و ارتباط هم‌زمان دو سازه مهم یعنی رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری را در چارچوب الگوهای شناختی-هیجانی پایدار نادیده گرفته‌اند. همچنین، در بیشتر تحقیقات داخلی، مداخلات آزمایش‌شده عمدتاً شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، برنامه‌های انضباط مدرسه یا رویکردهای کلاسیک شناختی-رفتاری بوده است و بررسی رویکردهای یکپارچه و عمیقی همچون طرحواره‌درمانی که مستقیماً به ریشه‌های شناختی و هیجانی رفتارهای ناسازگار می‌پردازد؛ بسیار محدود و پراکنده است. از سوی دیگر، اکثر مطالعات طرحواره‌درمانی در ایران بر جمعیت بزرگسال یا دانشجویان متمرکز بوده و کمتر به گروه حساس مقطع متوسطه اول که در مرحله شکل‌گیری هویت و تثبیت الگوهای رفتاری قرار دارند توجه شده است. حتی در پژوهش‌های اندک انجام‌شده بر نوجوانان، به ندرت دو متغیر هنجارگریزی تحصیلی و تکانشگری به طور هم‌زمان بررسی شده‌اند و اغلب روابط مفهومی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و این دو سازه رفتاری به صورت ضمنی یا حاشیه‌ای مطرح شده است. این خلأ موجب شده که شواهد بومی و کاربردی لازم برای طراحی و اجرای مداخلات اثربخش در محیط‌های آموزشی ایران فراهم نباشد؛ به‌ویژه آنکه شرایط فرهنگی، ساختاری و آموزشی مدارس ایرانی ممکن است بر شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها و نیز بروز رفتارهای هنجارگریز و تکانشی تأثیرات خاص خود را داشته باشد. بنابراین، انجام پژوهشی که اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر هر دو متغیر به صورت هم‌زمان در دانش‌آموزان متوسطه اول بررسی کند، می‌تواند هم به پر کردن شکاف نظری و تجربی موجود کمک کند و هم شالوده‌ای علمی برای مداخلات پیشگیرانه و اصلاحی در مدارس کشور فراهم آورد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در دانش‌آموزان متوسطه اول بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مطالعه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول مدرسه آیینه واقع در منطقه ۵ شهر تهران بودند که تعداد ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند بعد از غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. انتخاب این حجم نمونه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G3 Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵ صورت

1 Yang
2 Lacy
3 Prasko
4 Moeller
5 Boog
6 Estévez

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

گرفت. به منظور انتخاب نمونه آماری ابتدا از بین دانش آموزان جامعه آماری تعداد ۲۰۰ نفر پرسشنامه‌های رفتارهای هنجارگریز تحصیلی کلارک[1] و همکاران (۲۰۱۵) و تکانشگری بارت[2] (پاتون[3] و همکاران (۱۹۹۵) را تکمیل کردند. سپس تعداد ۲۰ نفر که یک نمره بالاتر از نمره برش کسب کرده بودند (نمره برش در رفتارهای هنجارگریز تحصیلی ۷۲) و در تکانشگری ۶۴ گزارش شده است) به عنوان نمونه آماری انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول، ملیت ایران، رضایت والدین و تمایل داشتن به شرکت در مطالعه، عدم مصرف مواد مخدر یا داروهای غیرمجاز طی شش ماه اخیر، نبود هم‌زمانی با سایر درمان‌های ساختاریافته روان‌شناختی در خصوص رفتارهای تکانشگرانه و عوامل مرتبط با متغیرهای پژوهش و تعهد به حضور فعال و کسب حداقل نمره حداقل ۶۴ برای تکانشگری (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) و ۷۲ برای رفتارهای هنجارگریز تحصیلی (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵) و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد بررسی انجام شد. در ادامه طرح واره درمانی توسط پژوهشگران در یکی از مراکز مشاوره منطقه ۵ شهر تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که این تمرینات طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) و به صورت گروهی برگزار شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان پژوهش و والدین آنها، عدم انتشار اطلاعات آنها به دیگران، امکان دسترسی شرکت‌کنندگان به پاسخگویی پژوهشگر در تمام مراحل؛ فراهم‌نمودن شرایط لازم برای حمایت روانی و ارجاع به خدمات تخصصی در صورت احساس نیاز یا بروز مشکل در طول فرآیند پژوهش؛ ایجاد فضای امن و اطمینان‌بخش برای بیان نگرانی‌ها، سؤالات یا مشکلات و رسیدگی مناسب به درخواست‌های شرکت‌کنندگان و خانواده‌ها و رعایت اصل انصاف، احترام و کرامت انسانی نسبت به کلیه مشارکت‌کنندگان و اجرای روش درمانی به صورت فشرده برای گروه کنترل (دوجلسه در یک هفته) ازجمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر مدنظر قرارداد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه رفتارهای هنجارگریز تحصیلی (INE-R)[4]: این پرسشنامه توسط کلارک و همکاران (۲۰۱۵) ساخته شده است. پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است و دو زیرمقیاس شامل رفتارهای خفیف هنجارگریز تحصیلی و رفتارهای شدید هنجارگریز تحصیلی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که به ترتیب به گزینه هرگز (۱ نمره)، به ندرت (۲ نمره)، گاهی اوقات (۳ نمره)، معمولاً (۴ نمره)، اکثر اوقات (۵ نمره) و همیشه (۶ نمره) تعلق می‌گیرد و بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که هر آزمودنی می‌تواند بدست آورد ۲۴ و حداکثر نمره ۱۴۴ می‌باشد. کلارک و همکاران (۲۰۱۵) سنجش روایی سازه این ابزار توسط صاحب‌نظران و محققان تأیید شده است. روایی سازه این پرسشنامه توسط سازندگان ۰/۷۹ و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای رفتارهای خفیف هنجارگریز ۰/۹۵، رفتارهای شدید هنجارگریز ۰/۹۱ و برای کل ابزار ۰/۹۳ گزارش نمودند (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران عابدینی و همکاران (۲۰۲۱) روایی محتوایی کل ابزار را ۰/۹۴ بدست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ پایایی زیرمقیاس رفتارهای خفیف هنجارگریز ۰/۸۹، رفتارهای شدید هنجارگریز ۰/۸۵ و کل ابزار ۰/۹۲ بدست آمده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول ابزار است (شیرزادی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۳ بدست آمد.

مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11)[5]: این مقیاس توسط پاتون[6] و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. مقیاس دارای ۳۰ سؤال است که سه زیرمقیاس عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد. این ابزار به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که به ترتیب به گزینه هرگز (۱ نمره)، به ندرت (۲ نمره)، اکثر اوقات (۳ نمره) و همیشه (۴ نمره) تعلق می‌گیرد و بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که هر آزمودنی می‌تواند بدست آمد ۳۰ و حداکثر نمره ۱۲۰ می‌باشد. کسب نمرات بالا بیانگر

1 Clark
2 Bart
3 Patton
4. Incivility in Nursing Education (Revised) (INE-R) Survey
5. barratt impulsivity Scale- 11 (BIS-11)
6. Patton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

تکانشگری بیشتر است. بدین صورت که میانگین نمره ۶۴ و بالاتر به عنوان تکانشگر بودن فرد درنظر گرفته شده است (استنفورد[1] و همکاران، ۲۰۱۹). پاتون و همکاران (۱۹۹۵) روایی سازه مقیاس را ۰/۷۲ و پایایی را به روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی در بازه زمانی ۲ هفته به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران جاوید و همکاران (۱۳۹۱) روایی همگرایی مقیاس را با محاسبه ضریب همبستگی برای زیرمقیاس بی برنامگی ۰/۸۰، تکانشگری حرکتی ۰/۷۴ و تکانشگری شناختی ۰/۴۷ بیان نمودند و پایایی کل پرسشنامه را نیز به دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی یک ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بدست آوردند (جوادیان قمی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۷۱ بدست آمد.

جلسات طرح واره درمانی: در این پژوهش طرح واره درمانی طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳؛ به نقل از کلوگ و یانگ[2]، ۲۰۰۶) به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای شرک کنندگان اجرا شد. خلاصه محتوای برنامه مداخلاتی در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. مراحل و جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با فرآیندهای درمان، برقراری ارتباط با اعضای گروه و گرفتن پیش‌آزمون
دوم	آموزش نیازهای بنیادین، آشنایی با طرحواره‌ها و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها
سوم	آموزش نحوۀ بقا و تداوم یافتن طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که افراد انتخاب می‌کنند، درگیر کردن بیشتر مراجعان و مشخص ساختن سبک مقابله‌ای خود به‌عنوان تکلیف خانگی
چهارم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ای، به چالش کشیدن طرحواره ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی درباره طرحواره‌ها
پنجم	ارائه منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرحواره‌ها در سطح عاطفی)، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال و انجام گفتگوی خیالی
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزش برای تغییر رفتار
هفتم	تکنیک‌های رفتاری، افزایش آگاهی برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، نتیجه‌گیری نهایی، اجرای پس‌آزمون

یافته ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مداخله ۱±/۳۰ ۱۴/۵ و در گروه گواه ۱/۴۱± ۱۴/۷ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۴ و حداکثر سن ۱۶ گزارش شد. برای تحصیلات والدین ۷ نفر (۶۷ درصد) والدین دانشگاهی و ۳ نفر غیر دانشگاهی (۳۳ درصد) بودند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۴۰ درصد) والدین دانشگاهی و ۶ نفر (۶۰ درصد) والدین غیردانشگاهی بودند. هچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵؛ تفاوت معناداری بین دو گروه از یکدیگر وجود نداشت و دو گروه ازنظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۲. مشخصه‌های آماری متغیرها

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای هنجار گریز تحصیلی	۸۱/۴	۴/۸۶	۷۲/۶	۵/۰۸	۷۳/۱	۵/۰۵

1 Stanford
2 Kellogg, Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

آزمایش	تکانشگری	۹۳/۱	۵/۵۶	۸۱/۶	۳/۶۷	۸۰/۶	۳/۳۹
	رفتارهای هنجار گریز تحصیلی	۸۰/۰۸	۵/۵۵	۷۹/۸	۵/۴۴	۸۰/۹	۶/۶۴
گواه	تکانشگری	۹۳/۶	۶/۸۶	۹۲/۴	۵/۷۰	۹۲/۹	۶/۴۰

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین رفتارهای هنجار گریز تحصیلی و تکانشگری در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین رفتارهای هنجار گریز تحصیلی و تکانشگری در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی دهند؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش (۸۸/۸=آماره امباکس، F=۱۳/۰۶، P<۰/۰۱) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش (۰/۰۵۵= آماره موشلی، ۷۸/۱= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر رفتارهای هنجار گریز تحصیلی (F=۱/۹ و P>۰/۰۵) و تکانشگری (F=۲/۰۷ و P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳*۲ برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری	کرویت فرض شده	۱۰۴۹/۲	۵	۲۰۹/۸	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	گرین هاوس- گیسر	۱۰۴۹/۲	۱/۷۹	۵۸۴/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	هوین- فلت	۱۰۴۹/۲	۱/۹۸	۵۲۹/۹	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	باند بالا	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۸/۱ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲

		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجرورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
رفتارهای هنجارگریز تحصیلی	بین گروهی	گروه	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا	۱۸۸۰/۵	۱۸	۶۷/۱			
	درون گروهی	عامل	۱۹۸۳۰/۴	۲/۴۵	۸۰۸۷/۴	۲۴۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
		عامل × گروه	۲۵۰۴/۸	۲/۴۵	۱۰۲۱/۵	۱۹۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
		خطا (عامل)	۴۷۹۰	۶۸/۶	۶۹/۷			
تکانشگری	بین گروهی	گروه	۸۱۱/۲	۱	۸۱۱/۲	۹/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۰
		خطا	۲۳۱۲/۶	۱۸	۸۲/۵			
	درون گروهی	عامل	۲۰۰۲۰/۷	۲/۷۱	۷۳۹۱/۹	۱۲/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
		عامل × گروه	۱۷۱۲/۳	۲/۷۱	۶۳۱/۹	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا (عامل)	۵۴۳۲/۹	۷۵/۸	۷۱/۶			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای رفتارهای هنجارگریز تحصیلی (F=۲۴۷/۳ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۶۲) و برای تکانشگری (F=۲۳۲/۰۶ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۸۹) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۹۸/۴ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۸۶) معنادار است. همچنین در متغیر تکانشگری نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۲/۲ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۳۱) معنادار است. به عبارتی بین نمرات رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
رفتارهای هنجارگریز تحصیلی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۸۶*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۹/۳۴*	۰/۰۰۱
تکانشگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۷۵*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۱*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری دانش آموزان متوسطه اول از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر طرح واره درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در این نوجوانان است. در متغیر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=۸/۸۶) و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d =-۹/۳۴) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات رفتارهای هنجارگریز تحصیلی دانش آموزان متوسطه اول از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر طرح واره درمانی بر کاهش رفتارهای هنجارگریز تحصیلی است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر تکانشگری دانش آموزان متوسطه اول تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=۷/۷۵) و پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۰/۱) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی طرح واره درمانی بر کاهش تکانشگری در دانش آموزان متوسطه اول است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و تکانشگری در دانش‌آموزان متوسطه اول انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرح واره درمانی بر رفتارهای هنجارگریز تحصیلی در دانش آموزان متوسطه اول موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش لانگ و همکاران (۲۰۲۵)، لای و همکاران، (۲۰۲۴)، موئلر و همکاران (۲۰۲۴) و بوگ و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. برای تبیین چرایی تأثیر طرحواره‌درمانی بر کاهش رفتارهای هنجارگریز تحصیلی، ابتدا باید به ماهیت این رفتارها و ریشه‌های شناختی-هیجانی آن‌ها پرداخت. رفتارهای هنجارگریز تحصیلی نه‌تنها تخطی از قوانین مدرسه یا انتظارات آموزشی را شامل می‌شوند، بلکه بازتابی از سازوکارهای ناسازگار مقابله‌ای هستند که غالباً در پاسخ به طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال شده‌اند (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ زین ییینگ و همکاران، ۲۰۲۵). این طرحواره‌ها ساختارهایی عمیق و بادوام‌اند که از تجارب اولیه زندگی به‌ویژه در خانواده و محیط اجتماعی حاصل شده‌اند و تحت تأثیر عواملی مانند محرومیت هیجانی، ناکامی در نیاز به تعلق، یا شکست مکرر شکل می‌گیرند (پراسکو و همکاران، ۲۰۲۴؛ لیسی، ۲۰۲۴). هنگامی که این طرحواره‌ها در محیط آموزشی فعال می‌شوند، دانش‌آموز ممکن است مدرسه و معلمان را تهدیدی برای خود تلقی کرده، یا به جای مواجهه منطقی، از طریق رفتارهای هنجارگریز واکنش نشان دهد (بوگ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره‌درمانی دقیقاً در همین نقطه مداخله می‌کند؛ یعنی قبل از آنکه این طرحواره‌ها به واکنش رفتاری ناسازگار منجر شوند، با شناسایی و بازسازی آن‌ها، مسیر هیجان و رفتار را به سمت الگوهای سازگار هدایت می‌کند. این مداخله سطحی نیست و به همین دلیل می‌تواند اثربخشی عمیق و پایداری بر جای گذارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

یکی از عوامل مهم در تداوم رفتارهای هنجارگریز تحصیلی، تکانشگری است که با ضعف در کنترل هیجانات و تصمیم‌گیری‌های عجولانه همراه است (اوتامی، ۲۰۲۴؛ گو و همکاران، ۲۰۲۵). دانش‌آموزان تکانشگر اغلب بدون پیش‌بینی پیامدها عمل کرده و قادر به توقف یا بازنگری در واکنش‌های خود نیستند (پان و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح بالای تکانشگری رابطه مستقیم وجود دارد؛ به‌طور مثال، طرحواره «بی‌اعتمادی» می‌تواند موجب تفسیر خصمانه از رفتار معلم شود، که در ترکیب با تکانشگری، به پاسخ‌های پرخاشگرانه یا تخلف از قوانین مدرسه منجر می‌گردد (لانگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ استوز و همکاران، ۲۰۲۱). طرحواره‌درمانی با شناسایی این طرحواره‌ها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و شناختی، می‌تواند به کاهش تکانشگری و در نتیجه کاهش بروز رفتارهای هنجارگریز بینجامد. به عبارت دیگر، این رویکرد به جای تمرکز صرف بر پیامد رفتار، به علت ریشه‌ای آن یعنی الگوهای پردازش اطلاعات و هیجان می‌پردازد.

نکته مهم دیگر در اثربخشی طرحواره‌درمانی، ماهیت یکپارچه این رویکرد است که ترکیبی از اصول درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، روان‌تحلیل‌گری نوین و رفتاردرمانی دیالکتیکی را به کار می‌گیرد (لیسی، ۲۰۲۴). این ترکیب باعث می‌شود که مداخله نه‌تنها بر اصلاح باورهای ناکارآمد و افکار تحریف‌شده متمرکز باشد، بلکه به بازپردازی تجربه‌های هیجانی اولیه نیز بپردازد. وقتی دانش‌آموزی در بستر امن درمان، تجربه «پاسخ هیجانی سالم» به یک رویداد نمادین یا یادآوری‌شده را تجربه می‌کند، ارتباط عاطفی-شناختی او با محیط مدرسه نیز به‌تدریج تغییر می‌کند (سوسا و همکاران، ۲۰۲۴). این بازپردازی باعث کاهش حساسیت بیش‌ازحد به محرک‌های تحریک‌کننده طرحواره می‌شود و در نتیجه احتمال فعال شدن پاسخ‌های تکانشی یا هنجارگریز کاهش می‌یابد. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که این تغییرات در ساختار شناختی-هیجانی می‌توانند در سطح عصبی نیز پایدار شوند، به‌گونه‌ای که بازگشت به رفتارهای ناسازگار کمتر رخ دهد (موئلر و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از مزیت‌های کلیدی طرحواره‌درمانی نسبت به مداخلات کوتاه‌مدت رفتاری، پایداری اثرات آن است. از آنجا که این رویکرد به اصلاح لایه‌های عمیق و بنیادین شناختی و هیجانی می‌پردازد، تغییرات حاصل‌شده صرفاً به تغییر موقعیتی یا دستوری محدود نمی‌ماند، بلکه تبدیل به بخشی از ساختار شخصیتی و الگوهای پردازش اطلاعات فرد می‌شود (پراسکو و همکاران، ۲۰۲۴). بدین ترتیب، حتی پس از پایان جلسات درمانی، دانش‌آموزان قادر بودند با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای یادگرفته‌شده و درک تازه‌ای که از خود و محیط پیدا کرده‌اند، واکنش‌های خود را کنترل و رفتارهای هنجارگریز را مهار کنند.

علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر رفتارهای تکانشگری در دانش‌آموزان متوسطه اول موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش گو و همکاران (۲۰۲۵)، اوتامی (۲۰۲۴)، پراسکو و همکاران (۲۰۲۴) و استوز و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که تکانشگری در بستر تحصیلی، یکی از مؤلفه‌های کلیدی اختلال در خودتنظیمی رفتاری و هیجانی محسوب می‌شود (اوتامی، ۲۰۲۴). این ویژگی در نوجوانان به دلیل تغییرات تحولی و فشارهای اجتماعی و آموزشی در مقطع متوسطه اول، با شدت بیشتری بروز می‌کند و می‌تواند به رفتارهایی مانند پاسخ‌گویی بدون فکر به معلم، شروع بحث و درگیری با همکلاسی‌ها، یا انجام تکالیف به‌صورت عجولانه و بی‌کیفیت منجر شود (گو و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های لای و همکاران (۲۰۲۴) و پان و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده‌اند که تکانشگری اغلب با ضعف در پردازش اطلاعات و کاهش کنترل بازداری شناختی همراه است. این ضعف‌ها ارتباط تنگاتنگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند، زیرا چنین طرحواره‌هایی نحوه ادراک تهدید، پاداش و روابط را تحریف کرده و موجب واکنش سریع و بدون ارزیابی همه‌جانبه می‌شوند (موئلر و همکاران، ۲۰۲۴). طرحواره‌درمانی با هدف اصلاح این ساختارهای ناکارآمد، به جای کنترل سطحی رفتار، به علت ریشه‌ای تکانشگری می‌پردازد و مسیر هیجان شناخت رفتار را بازسازمان‌دهی می‌کند. از منظر شناختی–هیجانی، بسیاری از واکنش‌های تکانشی نوجوانان ناشی از فعال‌سازی ناگهانی طرحواره‌های آسیب‌دیده‌ای است که در بستر خانواده یا محیط‌های اولیه زندگی شکل گرفته‌اند (سوسا و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان مثال، طرحواره «بی‌کفایتی» می‌تواند موجب شود دانش‌آموز در مواجهه با تکلیف سخت، دچار اضطراب و خشم لحظه‌ای شود و بدون فکر به نتایج، از ادامه کار منصرف شود یا واکنش پرخاشگرانه نشان دهد. همین‌طور، طرحواره «محرومیت هیجانی» ممکن است حساسیت مفرط نسبت به بی‌توجهی معلم ایجاد کند و به پاسخ‌های هیجانی شدید بینجامد (بوگ و همکاران، ۲۰۲۲). در این شرایط، طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های بازپردازی شناختی، تجربه‌سازی هیجانی امن، و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، قدرت توقف و بازنگری در واکنش را در دانش‌آموز تقویت می‌کند. این مداخله علاوه بر کاهش واکنش‌های تکانشی، اعتماد به نفس شناختی فرد را نیز برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه بالا می‌برد (پراسکو و همکاران، ۲۰۲۴).

تکانشگری به‌طور مستقیم بر کیفیت روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی اثر می‌گذارد و در بلندمدت می‌تواند مانع شکل‌گیری شبکه حمایتی سالم و فرصت‌های رشد تحصیلی شود (لانگ و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، درمان این ویژگی رفتاری، نیاز به رویکردی دارد که

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

نه‌تنها رفتار را کنترل کند، بلکه عوامل پیش‌زمینه‌ای را نیز اصلاح نماید. طرحواره‌درمانی، با ترکیب اصول درمان شناختی–رفتاری و نظریه دلبستگی، بستر بازسازی باورهای بنیادین و الگوهای هیجانی ناسازگار را فراهم می‌آورد (لیسی، ۲۰۲۴). وقتی دانش‌آموز یاد می‌گیرد که هیجان‌های خود را شناسایی کند، به موقعیت محرک فرصت پردازش بدهد و راهبردهای جایگزین سازگارانه را به کار گیرد، چرخه کلاسیک «تحریک–واکنش فوری» شکسته می‌شود. تحقیقات کلاک و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده است که با تقویت این مهارت‌ها، حتی در مواجهه با فشارهای ویژه مدرسه، واکنش‌های تکانشی به طرز محسوسی کاهش می‌یابند و این تغییر در طول زمان تثبیت می‌شود. یکی از ویژگی‌های برجسته طرحواره‌درمانی، پایداری اثرات آن در کاهش تکانشگری است، زیرا این رویکرد نه‌تنها راهبردهای رفتاری جدید را آموزش می‌دهد، بلکه طرحواره‌های زیربنایی که منبع واکنش‌های سریع و بدون فکر هستند را اصلاح می‌کند. زمانی که ساختارهای عمیق شناختی–هیجانی تغییر می‌کنند، پردازش اطلاعات، ارزیابی موقعیت و کنترل هیجان نیز پایدارتر می‌شود (پراسکو و همکاران، ۲۰۲۴). این تغییرات موجب می‌گردد که حتی پس از پایان دوره درمان، دانش‌آموزان در محیط مدرسه و خانه بتوانند بدون نظارت بیرونی، واکنش‌های خود را مدیریت کنند. پژوهش‌های پیگیری نشان داده‌اند که این پایداری به دلیل تثبیت مهارت‌های خودتنظیمی و تغییر در ادراک خود و دیگران ایجاد می‌شود (کلاک و همکاران، ۲۰۲۵). به بیان دیگر، طرحواره‌درمانی چرخه فعال‌سازی تکانشگری را از ریشه هدف قرار می‌دهد، بنابراین احتمال بازگشت رفتارهای تکانشی به شدت کاهش می‌یابد و تغییرات ایجاد شده به بخشی ماندگار از شخصیت و سبک زندگی فرد تبدیل می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش رفتارهای هنجارگریز تحصیلی و سطوح تکانشگری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شد. این یافته‌ها بیانگر آن است که شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند به بهبود کنترل هیجانی، افزایش خودنظم‌دهی و سازگاری رفتاری در محیط مدرسه منجر شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی مانند پرسشنامه اشاره کرد که پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان ممکن است تحت تأثیر شرایط هیجانی یا اجتماعی آنان قرار گرفته و دقت و صحت داده‌ها را کاهش داده باشد. علاوه بر این، نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی انجام شد که ممکن است باعث محدودشدن قابلیت تعمیم نتایج به کل جامعه دانش آموزان گردد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به پایین بودن حجم نمونه که قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد، اشاره کرد. همچنین، عدم کنترل متغیرهای مربوط به اختلالات روان‌شناختی شرکت‌کنندگان می‌تواند بر نتایج اثرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، برای افزایش اعتبار نتایج، علاوه بر پرسشنامه، از روش‌های دیگر مانند مصاحبه‌های بالینی و تشخیصی معتبر بهره گرفته شود و انجام نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش قابلیت تعمیم توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر استفاده شود و ضمن غربالگری اولیه، متغیرهای مرتبط با اختلالات روان‌شناختی کنترل یا همسان‌سازی شوند تا نتایج حاصل از مداخله از دقت و تعمیم‌پذیری بالاتری برخوردار باشد. از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود طرح واره درمانی به‌صورت کارگاه‌های عملی و مستمر در برنامه‌های مدارس گنجانده شود تا دانش آموزان بتوانند رفتارهای هنجار گریز و تکانشی را کنترل کنند. همچنین، والدین و معلمان با دریافت آموزش‌های مرتبط، می‌توانند به‌عنوان الگو و پشتیبان، نقش مؤثری در تقویت این مهارت‌ها در نوجوانان ایفا نمایند.

منابع

امیری، ف؛ محمدی میرعزیزی، م.ر؛ قبادی، ع. (۱۴۰۳). بررسی رابطه رشد یافتگی اجتماعی، اشتیاق تحصیلی و صفات شخصیت در دانش‌آموزان متوسطه اول و دوم. *نشریه پژوهش و نوآوری در تربیت و توسعه، ۴(۱)، ۲۰۳ - ۱۸۵*. https://doi.org/10.61838/jsied.4.1.10

پورسلیم، ع. (۱۴۰۴). پدیدارشناسی دیدگاه دانش‌آموزان دوره متوسطه اول در ارتباط با معلم خوب: یک مطالعه موردی. *مطالعات آموزشی و آموزشگاهی*، ۱۴(۱)، ۱۳۴- ۱۱۵.https://pma.cfu.ac.ir/article_4150.html

جوادیان قمی، ن؛ شریفی، ط؛ مشهدی زاده، ش؛ احمدی، ر. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب تجربه ای و تکانشگری دانش آموزان دختر با دشواری در نظم جویی هیجانی. *فصلنامه پژوهشهای کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۱)، ۱۶۷-۱۴۹. https://japr.ut.ac.ir/article_96325.html

شیرزادی، م.م؛ بداقی، آ؛ میرزایی، ح؛ یابادی عکاشه، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش توانش‌های خودتعیین‌گری بر هنجارگریزی تحصیلی و درگیری تحصیلی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۹۹)، ۴۰۳-۳۹۱. http://psychologicalscience.ir/article-1-851-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]

Boog, M., Dugonjic, H., Arntz, A., Goudriaan, A. E., Wetering, B. J. V., & Franken, I. H. (2022). Borderline personality disorder with versus without alcohol use disorder: comparing impulsivity and schema modes. *Journal of Personality Disorders*, *36*(1), 1-18. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_521

Clark, D. A., Donnellan, M. B., Robins, R. W., & Conger, R. D. (2015). Early adolescent temperament, parental monitoring, and substance use in Mexican-origin adolescents. *Journal of adolescence*, *41*, 121-130. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.010

Estévez, A., Chávez-Vera, M. D., Momeñe, J., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). Role of attachment and early maladaptive schemas in the impulsive behaviour of adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *53*, 143-153. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1255880

Guo, J., Shi, L., Xiao, J., He, L., Zeng, S., & Gong, J. (2025). The roles of negative mood, impulsivity, and executive dysfunction in non-suicidal self-injury behaviors among Chinese middle school students. *BMC psychology*, *13*(1), 517. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02837-3

https://doi.org/10.55123/mamen.v3i3.3893

Hudgins, T., Layne, D., Kusch, C. E., & Lounsbury, K. (2023). Disruptive academic behaviors: The dance between emotional intelligence and academic incivility. *Journal of Academic Ethics*, *21*(3), 449-469. https://doi.org/10.1007/s10805-022-09454-4

Jiang, J., & Zhou, F. (2025). Influence of deviant peer affiliation on adolescent depression in China: roles of self-deviant behavior, academic performance, and academic stress. *BMC Public Health*, *25*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-025-23497-3

Jones, J. L. T., Campbell, L. O., Haugen, J. S., & Sutter, C. C. (2024). Academic incivility and bullying as risks for suicide, self-destructive behaviors, and harm to others. *Discover Psychology*, *4*(1), 17. https://doi.org/10.1007/s44202-024-00128-3

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 445-458. https://doi.org/10.1002/jclp.20240

Kłak, I., Szerocki, J., Winkowska, A., Grudina, A., Bartnik, K., Chwaleba, K., ... & Karalus, M. (2025). Schema Therapy–a powerful tool in management of Borderline Personality Disorder. *Quality in Sport*, *44*, 62846-62846. https://orcid.org/0009-0005-3654-6755

Lacy, E. (2024). STAT: schema therapy for addiction treatment, a proposal for the integrative treatment of addictive disorders. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1366617. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1366617

Lai, M. C., Lin, Y. F., Wang, S. W., & Shih, C. H. (2024). Applying smartphone vibration and visual text prompt functions to reduce hyperactive/impulsive behaviors of students with ADHD in class. *Journal of Special Education Technology*, *39*(4), 491-499. https://doi.org/10.1177/01626434241232111

Long, Y., & Yu, M. (2025). The role of emotion-related impulsivity and inhibition in the associations between rumination and depressive symptoms in college students: the moderated mediation model. *Current Psychology*, *44*(10), 9446-9457. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07680-8

Moeller, S. B., Arendt, I. M. T., Meline, J. S. J., & Øibakken, R. (2024). Case report: Schema therapy for a case of treatment resistant schizotypal and paranoid personality disorder with a trauma history. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *8*(3), 100414. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100414

Mutia, M. S., Buenavidez, E. B., & Baluyos, G. R. (2025). The Lived Experiences of College Students with Deviant Behavior: A Phenomenologocal Study. https://www.researchgate.net/profile/Genelyn-Baluyos/publication/391999268

Pan, W., Liu, P., He, M., Sun, M., Xiao, Y., Wang, Z., ... & Wang, K. (2025). Associations between obsessive-compulsive symptoms, impulsivity, and suicidality among Chinese college students: a latent profile analysis and mediation analysis. *BMC psychology*, *13*(1), 656. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02941-4

Prasko, J., Liska, R., Krone, I., Vanek, J., Abeltina, M., Sollar, T., ... & Ociskova, M. (2024). Parallel process as a tool for supervision and therapy: A cognitive behavioral and schema therapy perspective. *Neuroendocrinology Letters*, *45*(2). https://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/1717162845_45_2

Sousa, M., Gouveia, C., Cunha, O., & de Castro Rodrigues, A. (2024). The effectiveness of schema therapy in individuals who committed crimes: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(5), 3631-3642. https://doi.org/10.1177/15248380241254082

Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, *47*(5), 385-395. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008

Utami, Z. L. (2024). The Influence of Flash Sale and Shopee Live on Impulsive Buying Behavior in Marketing Management Students. *MAMEN: Jurnal Manajemen*, *3*(3), 155-165. https://doi.org/10.55123/mamen.v3i3.3893

XinYing, C., Tiberius, V., Alnoor, A., Camilleri, M., & Khaw, K. W. (2025). The dark side of metaverse: a multi-perspective of deviant behaviors from PLS-SEM and fsQCA findings. *International Journal of Human–Computer Interaction*, *41*(5), 3128-3148. https://doi.org/10.1080/10447318.2024.2331875

Ye, J. H., Chen, M. Y., & Wu, Y. F. (2024). The causes, counseling, and prevention strategies for maladaptive and deviant behaviors in schools. *Behavioral Sciences*, *14*(2), 118. https://doi.org/10.3390/bs14020118

Zheng, X., Chen, L., Zhou, X., Wang, J., & Li, X. (2024). Relationship between stressful life events and online deviant behaviors among college students: A moderated mediation model. *The Journal of Psychology*, *158*(8), 718-734. https://doi.org/10.1080/00223980.2024.2353356

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-26]