



Comparison of the Effectiveness of Habit Reversal Techniques and Stimulus-Response Therapy Based on Depriving Stimuli on Moral intelligence of Street Children(7-11 Years)

Mohammadaref Mahmoudzahi¹, Sophia Khanghahi^{*1}, Farhad Kahrazei²

¹ Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

² Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

* Corresponding Author: danshyar00@gmail.com

Received: 2026-06-27

Accepted: 2026-08-01

Publication: 2026-09-01

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of habit reversal techniques and emotion-deprived schema therapy on the moral intelligence of street children. The research design was a semi-experimental pre-test-post-test control group study. The study population consisted of all street children aged 7-11 years old in Zahedan city in 2025, from which 60 participants were randomly selected using simple random sampling and assigned to two intervention groups and one control group. The first intervention group received habit reversal techniques in the form of 8 sessions, and the second intervention group received emotion-deprived schema therapy in the form of 8 sessions, each week for 90 minutes, while the control group did not receive any intervention. The research tools included the moral intelligence questionnaire by Lenik and Wilke. Data were analyzed using covariance and variance analysis in SPSS26 software. The results showed a significant difference between the experimental and control groups in the moral intelligence variable. The post-test mean of the habit reversal techniques group (66.73) was higher than the post-test mean of the emotion-deprived schema therapy group (64.08). ($F = 36.55$, $P < 0.05$). Based on the research findings, by identifying and comparing the effectiveness of two different therapeutic approaches, the most effective method for increasing moral intelligence in street children can be determined, and a step towards improving their empathy, accountability, and justice can be taken.

Keywords: Street Children, Reversing Habit Formation Techniques, Schema therapy, Emotional deprivation, Moral Intelligence

© 2019 Journal of New Approach to Children's Education (JNACE)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article: Khanghahi, S & et al. (2026). Comparison of the Effectiveness of Habit Reversal Techniques and Stimulus-Response Therapy Based on Depriving Stimuli on Moral intelligence of Street Children(7-11 Years). *JNACE*, 8(2): 101-112.





مقایسه اثربخشی فنون وارونه‌سازی عادت و طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی (۷-۱۱ ساله)

محمدعارف محمودزهی^۱، سوفیا خانقاهی^{۱*}، فرهاد کهرآزنی^۲

^۱ گروه روان شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

^۲ دانشیار روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

* نویسنده مسئول: danshyar00@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۱۰ تاریخ چاپ مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی فنون وارونه‌سازی عادت و طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی کودکان خیابانی ۷ تا ۱۱ ساله شهر زاهدان در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند که از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و یک گواه جایگزین شدند. گروه مداخله اول فنون وارونه‌سازی عادت را در قالب ۸ جلسه و گروه مداخله دوم طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومی

ت هیجان را در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۹۰ دقیقه دریافت کردند و گروه کنترل تا پایان جلسات مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه هوش اخلاقی لنینک وکیل بود. داده‌ها با استفاده از از تحلیلی کوواریانس و واریانس در نرم‌افزار SPSS26 تحلیل شدند. یافته‌های بدست آمده نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر هوش اخلاقی وجود دارد. میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش گروه فنون وارونه‌سازی عادت در متغیر هوش اخلاقی (۶۶/۷۳) بیشتر از میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان (۶۴/۰۸) است ($F=36/55$ و $p>0/05$). باتوجه به یافته‌های پژوهش با شناسایی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی متفاوت می‌توان مؤثرترین شیوه را برای افزایش هوش اخلاقی در کودکان خیابانی تعیین کرد و گامی در جهت بهبود درستکاری، مسئولیت‌پذیری، گذشت و دلسوزی آنان برداشت.

واژگان کلیدی: کودکان خیابانی، فنون وارونه‌سازی عادت، طرحواره‌درمانی، محرومیت هیجان، هوش اخلاقی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: محمودزهی، محمدعارف؛ خانقاهی، سوفیا؛ کهرآزنی، فرهاد. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی فنون وارونه‌سازی عادت و طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی (۷-۱۱ ساله). فصلنامه رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۸(۲): ۱۱۲-۱۰۱.

مقدمه

(Ghaedamini Harouni Takaffoli Bahrami 2023).

کودکان خیابانی یک جمعیت آسیب‌پذیر پنهان و یک مسئله بهداشت عمومی جهانی هستند، اما اطلاعات کمی در مورد شرایط کار و زندگی آنها و مکانیسم‌های کمک‌کننده به سلامت ضعیف آنها وجود

کودکان خیابانی^۱ از جمله کودکانی هستند که در سطح جهان به حاشیه رانده شده‌اند و حقوق خود را به شدت تضییع می‌کنند و با محرومیت‌های متعدد مواجه می‌شوند (Vameghi Roshanfekar)

دارد (Ewunetie, Alemayehu, Endalew, Abiye, Gedif & Simieneh, 2022). عناصر زیادی بر عملکرد رفتاری و اجتماعی کودکان تأثیرگذار است. تعداد زیادی از کودکانی که دارای مشکلات رفتاری و اجتماعی هستند، معیارهای رفتاری و اجتماعی صحیح را نمی‌دانند و ذهن آنها توانایی قضاوت اخلاقی و تمایز خوب و بد را ندارد (Julien, 2024).

بر اساس رویکرد راجرز، هوش اخلاقی^۲ به عنوان "توانایی شناختی و ارزشی فرد در مدیریت فرآیند حل مسئله و حل تعارض از طریق فداکاری و مشارکت آگاهانه در روابط درون فردی و بین فردی" تعریف می‌شود (Hadian Shirazi, Sabetsarvestani, 2021). تحقیقات نشان داده‌است که هوش اخلاقی را می‌توان از طریق آموزش پرورش داد و برای عملکرد مؤثر در حوزه‌هایی مانند «توسعه فردی-حرفه‌ای»، «ارائه مراقبت جامع» و «مدیریت استرس» ضروری است (Alinejad, Parizad Almasi, Cheraghi, Piran, 2023). نتایج پژوهش Zaman (2019) نشان داد که آموزش اخلاق به کودکان خیابانی با هدف کمک به رشد اخلاقی و همچنین پرورش نگرش‌های اخلاقی خوب یا شخصیت خوب کودکان انجام می‌شود.

حال آنکه ارزش‌های کودکان خیابانی نیز مانند سایر کودکان در حال شکل‌گیری از محیطی‌ست که در آن زندگی می‌کنند. بنابراین باید به دنبال راه‌هایی جهت تغییر ارزش‌های منفی دریافت‌شده از اجتماع و تداوم ارزش‌های مثبت در کودکان باشیم. از جمله روش‌های مداخله به فنون وارونه‌سازی عادت^۳ و طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان^۴ می‌توان اشاره کرد. هنگامی که یک رفتار هدفمند اولیه به عادت تبدیل می‌شود، شروع عمل از فرآیندهای انگیزشی آگاهانه به مکانیسم‌های تکانشی هدایت‌شده توسط زمینه منتقل می‌شود. تنظیم عمل از کنترل انگیزشی یا ارادی جدا می‌شود. پس از مواجهه با زمینه مرتبط، میل به اجرای رفتار عادت به طور خودجوش برانگیخته می‌شود و پاسخ‌های رفتاری جایگزین از نظر شناختی کمتر در دسترس قرار می‌گیرند (Gardner, Arden, Brown, Eves, Green, Hamilton, ... & Lally, 2023). عادات تقریباً بر هر جنبه‌ای از سلامت جسمی و روانی ما تأثیر می‌گذارد. اگرچه علم شکل‌گیری عادت مدت‌هاست که مورد توجه دانشمندان روان‌شناسی در سراسر رشته‌ها بوده‌است. به طور خاص، درمان معکوس عادت نیز از طریق تقویت با درمان‌های اضافی مانند ذهن آگاهی، یا درمان با مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین در برخی از بیماری‌های شناختی، موفقیت‌آمیز بوده‌است (Skurya, Jafferany & Everett, 2020). وارونه‌سازی عادت، پنج مرحله را

شامل می‌شود که عبارتند از: آموزش آگاهی، آموزش تن‌آرامی، آموزش پاسخ متضاد، آموزش ایجاد انگیزه و آموزش تعمیق‌دهی (Khanjani, Babapour Khairuddin, Noorazar, Sarvari, 2015). در این راستا، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که فنون وارونه‌سازی عادت بر کاهش اختلالات حرکتی (عرفانی فرد و سجادی، ۱۳۹۹)، کاهش اضطراب و بهبود سبک زندگی (Garavand & Sabzian, 2022)، بهبود خودپنداره (Basak & Moitra, 2024) موثر است.

از طرفی، راهبردهای ناسازگارانه تنظیم‌شناختی‌هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارد و با نابسامانی هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری همراه است (Dodd, Lockwood, Mansell, Palmier-Claus, 2019). برخی اوقات تعامل میان خلق و خوی کودک با محیط اولیه‌اش منجر به ناکامی در نیازهای هیجانی اساسی او می‌شود و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را می‌سازد (خجوی و ایزدی خواه، ۱۳۹۷). طرحواره‌ها باورهای عمیقی هستند که نحوه نگرش افراد به مسایل را می‌سازند و معمولاً نتیجه ارضا نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای عاطفی دوران کودکی به حساب می‌آیند (فدوی نیا و خیاطان، ۱۴۰۰). طرحواره درمانی، رویکردی روان درمانی است که بر شناسایی و تغییر الگوهای ناسازگار اولیه تمرکز دارد که به تقویت مهارت‌های همدلی، بهبود نشانه‌های ارتباطی و کاهش اضطراب اجتماعی کمک می‌کند (راکی‌زاده بختیار، ۱۴۰۳). در این راستا، پژوهش‌ها نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر خودآگاهی‌هیجانی (رحیمی، عنایتی، دانیالی، محمدی تهرودی، ۱۴۰۳)، بخشودگی (نیک پور، خلعتبری، رضائی، جمهری، ۱۴۰۰)، مسئولیت‌پذیری (محمدحسینی، نصرالهی، قریان جهرمی، ۱۳۹۹)، همدلی عاطفی (راکی‌زاده بختیار، ۱۴۰۳) اثرگذار است. همچنین، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت‌هیجان بر ذهنی‌سازی و تنظیم‌شناختی‌هیجان (میرهاشمی روته، فرحزادی، پورصالحی نویده، ۱۴۰۴) و راهبردهای هیجانی (Qitasi, Jafar, 2024 & Amani) اثر دارد.

بر اساس مطالب ذکر شده، کودکان خیابانی یک جمعیت آسیب‌پذیر پنهان و یک موضوع بهداشت عمومی جهانی در جهان هستند، اما اطلاعات کمی در مورد سلامت روان، نیازهای بهداشتی آن‌ها و مکانیسم‌هایی که به آسیب‌پذیری روانی و ضعف سلامت روانی آن‌ها کمک می‌کنند، وجود دارد. با این حال، علی‌رغم اهمیت هوش اخلاقی در سازگاری روانی و پیامدهای آموزشی، پژوهش‌های کافی درباره این که مداخلات درمانی چگونه می‌توانند به افزایش هوش اخلاقی کودکان خیابانی

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه هوش اخلاقی (MIQ): این پرسشنامه هوش اخلاقی دارای ۲۰ سوال بوده که توسط لَنیک و کیل در سال ۲۰۰۵ طراحی شد. بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، کاملاً موافقم=۵) تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس درستکاری، مسئولیت‌پذیری، گذشت و دلسوزی است. در پژوهش محسنی (۱۳۹۲)، روایی صوری و روایی محتوایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی ابزار پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. نتایج نشان داد که پایایی کل پرسشنامه هوش اخلاقی برابر با ۰/۷۳ است. همچنین برای هر یک از زیرمقیاس‌ها، ضرایب آلفا به ترتیب عبارتند از: درستکاری (۰/۶۸)، مسئولیت‌پذیری (۰/۷۰)، گذشت (۰/۶۵) و دلسوزی (۰/۶۹). با توجه به سطح این ضرایب، ابزار از پایایی لازم برای اجرای پژوهش برخوردار است.

شیوه اجرای پژوهش

همچنین در پژوهش حاضر برای گروه مداخله پروتکل درمانی زیر استفاده شد:

جلسات آموزش پروتکل فنون وارونه‌سازی عادت و

طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان

در پژوهش حاضر، پروتکل‌های مداخله به صورت مجزا برای دو گروه طراحی و اجرا گردید. برای گروه اول، پروتکل فنون وارونه‌سازی عادت بر اساس مدل (Soruri, Khanjani, Babapour Kheiroddin, Noorazar, 2016) در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه، ۲ بار در هفته، به مدت یک ماه) اجرا شد. این پروتکل شامل مراحل شناسایی رفتارهای هدف، آموزش آگاهی، تکنیک پاسخ متضاد و تعمیم مهارت‌ها بود (جزئیات جلسات در جدول ۱ ارائه شده است). برای گروه دوم، پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر اساس مدل استاندارد (Young, Clossco, Wishar, 2018) طراحی گردید. این مداخله نیز در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه، ۲ بار در هفته، به مدت یک ماه) با تمرکز اختصاصی بر تکنیک‌های تجربی (مانند بازنویسی تصویرسازی شده) و اصلاح الگوهای رفتاری در حوزه نیازهای عاطفی اجرا شد (جزئیات جلسات در جدول ۲ ارائه شده است). تمامی جلسات به صورت حضوری در مرکز روان‌شناسی شهر زاهدان توسط متخصص و کارشناس روان‌شناسی با رعایت اصول اخلاقی انجام گرفت.

منجر شوند، انجام نشده است. بنابراین، شکاف پژوهشی اصلی در این زمینه آن است که هنوز شواهد روشن و منسجمی درباره مقایسه اثربخشی فنون وارونه‌سازی عادت و طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجانی بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی به دست نیامده است؛ موضوعی که می‌تواند راهنمای طراحی مداخلات هدفمندتر برای این گروه باشد.

همچنین اهمیت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که وارونه‌سازی عادت و طرحواره درمانی از جمله مداخلات درمانی هستند که می‌توانند در رفع مشکلات روانشناختی و شکل‌دهی به تغییر عادات ناصحیح مفید واقع شوند و پژوهش‌های گذشته نیز نقش مؤثر و اثربخشی آن‌ها را تأیید کرده‌اند. اما یکی از خلأهای موجود عدم یافتن پیشینه پژوهشی در رابطه با اثربخشی این دو روش درمانی بر هوش اخلاقی در کودکان خیابانی است. این خلأ تا حدی به آن برمی‌گردد که بیشتر پژوهش‌ها بر روی بیماران بزرگسال، کودکان بیش‌فعال یا دارای اختلالات رشدی-عصبی و نوجوانان تمرکز کرده‌اند و از سوی دیگر، به دلیل سختی تحقیق بر روی کودکان خیابانی و عدم دسترسی آسان آن‌ها برای مشارکت در مداخلات، تمرکز بر درمان این کودکان کمتر بوده است. از این‌رو، پژوهش حاضر به دنبال بررسی فرضیات زیر است: فرضیه اول: فنون وارونه‌سازی عادت باعث افزایش معنادار هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان شده است. فرضیه دوم: طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان باعث افزایش معنادار هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان شده است. فرضیه سوم: بین طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان و فنون وارونه‌سازی عادت بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود که با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان خیابانی شهر زاهدان که در سال تحصیلی ۱۴۰۴ بود. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Power*G، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و با فرض اندازه اثر متوسط تا بزرگ ($F=0.25-0.40$) بر اساس مطالعات پیشین در حوزه مداخلات روان‌شناختی، حجم نمونه مورد نیاز محاسبه گردید. بر اساس این محاسبات، حجم نمونه نهایی ۶۰ نفر (۲۰ نفر در هر گروه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس جهت تخصیص به گروه‌ها، به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) تقسیم شدند. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه هوش اخلاقی بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله فنون وارونه‌سازی عادت

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	معرفی افراد حاضر در طرح درمانی، ایجاد ارتباط مناسب، آموزش‌دهی روانی اجتماعی در مورد ماهیت خودپنداره با استفاده از زبان متناسب با سطح تحول کودک و بدست آوردن خط پایه از نشانه‌ها است.	ثبت رفتارهای هدف در یک دفترچه روزانه
دوم	مربوط به آموزش آگاهی است، به صورتی که افراد از سوی درمانگر راجع به جزئیات رفتارهایی که هدف درمان هستند اطلاعات بیشتری کسب می‌کنند. در این جلسات هر نشانه گزارش شده به شکل عملیاتی به منظور ایجاد یک تصویر رفتاری دقیق تعریف می‌شود. سپس از نظر شدت و عملکرد برای تمرکز درمان بر روی آن طبقه‌بندی می‌شود.	گزارش لحظه‌ای وقوع رفتارهای هدف و عوامل محرک آن‌ها
سوم	در این جلسه آموزش تن آرامی انجام می‌شود، به شکلی که فرد در جایی مناسب و راحت قرار می‌گیرد و در یک فضای ساکت و آرام شروع به ایجاد انقباض و انبساط در تمامی عضلات خود از سر تا انگشتان پا می‌کند.	تمرین روزانه تن‌آرامی در محیط منزل
چهارم	این جلسه با آموزش پاسخ متضاد ادامه می‌یابد. افراد مبتلا به اختلال، رفتارهایی را یاد می‌گیرند که مخالف با رفتار هدف در درمان است. به گونه‌ای که کودک یاد می‌گیرد رفتاری ناسازگار را برای حدود ۱ دقیقه) یا تا زمانی که نیاز به فرونشانی دارد (انجام دهد، مشروط به اینکه بتواند وقوع نشانه‌ها را پیش‌بینی کند. پاسخ رقیب ابتدا توسط درمانگر و سپس کودک انجام می‌شود و این پاسخ‌ها باید مورد علاقه کودک باشند.	تمرین پاسخ متضاد در لحظه بروز میل به رفتار هدف
پنجم	در این جلسه تمرین‌هایی به افراد داده می‌شود تا بتوانند آنچه در یادگیری پاسخ متضاد آموخته‌اند را به صورت مکرر انجام دهند.	تکرار مکرر پاسخ متضاد در موقعیت‌های مختلف روزانه
ششم	در این جلسه روند انگیزشی افراد بررسی می‌شود. درمانگر باید انگیزه لازم در افراد مبتلا را ایجاد کرده و آن را با کمک خود افراد افزایش دهد.	شناسایی موقعیت‌های پرخطر و تدوین استراتژی مقابله
هفتم	چگونگی تعمیم‌دهی فنون آموخته‌شده به افراد در این جلسه آموزش داده می‌شود. این کار می‌تواند با ایفای نقش توسط درمانگر و یا سایر افراد حاضر انجام شود. مراجع باید تصویری از توان کنترل خود بر سایر موقعیت‌های زندگی پیدا کند.	تمرین مهارت در محیط مدرسه/خانه و گزارش نتایج
هشتم	در جلسه پایانی، بار دیگر مروری بر تکنیک‌های آموزش داده شده می‌شود و سپس مشکلات و مسائلی که ممکن است در طی اجرای فنون برای آزمودنی‌ها و سایر افراد حاضر در طرح درمانی پیش آمده است بررسی می‌شود و به سوالات آنها پاسخ داده خواهد شد.	تدوین برنامه پیشگیری از بازگشت رفتارهای هدف

جدول ۲: خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	ایجاد اتحاد درمانی، مصاحبه بالینی، اجرای پیش‌آزمون و آموزش شناسایی نیازهای عاطفی بنیادین؛ تبیین رابطه بین طرحواره محرومیت هیجان و الگوهای ارتباطی فعلی شرکت‌کننده.	ثبت لحظاتی که فرد احساس می‌کند از حمایت عاطفی محروم شده است.
دوم و سوم	مرحله شناختی: آموزش مدل طرحواره‌ها؛ تمرکز بر شناسایی «محرومیت هیجان» به عنوان یک نقص در دریافت حمایت و نزدیکی عاطفی؛ شناسایی سبک‌های مقابله‌ای (اجتناب یا تسلیم) در برابر نیازهای هیجانی؛ چالش با باورهای شناختی مبنی بر اینکه «هیچ‌کس مرا درک نخواهد کرد»	تکمیل پرسشنامه یا نمودار شناسایی خودکار افکار مرتبط با طرحواره. تمرین چالش با یک باور منفی در موقعیت‌های اجتماعی.
چهارم و پنجم	مرحله تجربی (تمرکز اصلی بر محرومیت هیجان): استفاده از تکنیک صندلی خالی برای گفتگو با والدین/مراقبین در مورد نیازهای هیجانی برآورده نشده؛ استفاده از تصویرسازی بازسازی شده برای بازنویسی خاطرات دوران کودکی و اصلاح احساس محرومیت در لحظات حساس عاطفی؛ تمرکز بر ارضای نیازهای عاطفی در فضای درمان.	تمرین تنفس و آرام‌سازی برای آمادگی جهت جلسات تجربی. تمرین تجربی (مثلاً صحبت با خود در آینه) جهت اصلاح احساس محرومیت.
ششم و هفتم	مرحله رفتاری و اصلاح الگوها: تمرین مهارت‌های صمیمیت و بیان نیازهای هیجانی به دیگران؛ استفاده از تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری برای خروج از الگوهای اجتنابی در روابط؛ تمرینات عملی جهت برقراری ارتباط عاطفی موثر و مستقیم با اطرافیان.	تمرین بیان یک نیاز عاطفی کوچک به یکی از نزدیکان. انجام یک فعالیت رفتاری جدید که قبلاً به دلیل ترس از محرومیت انجام نمی‌شد.
هشتم	ارزیابی میزان دستیابی به نیازهای عاطفی، تثبیت مهارت‌های جدید برای پیشگیری از بازگشت طرحواره، جمع‌بندی درمان و اجرای پس‌آزمون.	تدوین لیست راهکارهای شخصی برای مدیریت بحران‌های عاطفی احتمالی.

صف انتظار قرار داشتند. در نهایت، مجدداً پرسشنامه هوش اخلاقی به عنوان پس‌آزمون به تمامی کودکان منتخب در نمونه آماری ارائه شد و ضمن ارائه توضیحات لازم و زمان کافی پرسشنامه‌ها تکمیل شده دریافت و پس از صحت سنجی داده‌های مربوطه در فایل اکسل به منظور استفاده در آزمون فرضیات پژوهش وارد شد.

به منظور تجزیه و تحلیل آماری و جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس و واریانس استفاده شد. همچنین جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیرو ویلک برای فرض نرمال بودن جامعه و آزمون لون و آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS26 انجام شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را ۶۰ نفر از کودکان خیابانی ۱۱-۷ ساله تشکیل دادند که در گروه‌های آزمایش و گواه هر گروه ۲۰ کودک قرار گرفتند. در متغیر سن، تعداد ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان ۷ تا ۸ ساله، ۲۲ نفر ۸ تا ۹ ساله، ۲۸ نفر ۱۰ تا ۱۱ ساله، بودند. در متغیر جنسیت، تعداد ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان دختر و ۴۳ نفر از آنها پسر بودند. در متغیر طول دوره زندگی خیابانی افراد بر اساس ملاک‌های ورودی بین ۲۶ ماه تا ۱۱ سال بوده است و میانگین هر سه گروه نزدیک به یکدیگر است. به طور کلی، توزیع شرکت‌کنندگان در گروه‌ها نسبتاً متوازن است، هرچند کمی تمرکز در گروه‌های بالاتر سنی و پایه تحصیلی مشاهده می‌شود. ابتدا نتایج آمار توصیفی در جدول ۳ ارائه شده است.

در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت گردید به‌طوری که به مراجعه‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام گفت‌وگوهای بین روان‌شناس و مراجع، محرمانه خواهد ماند و هر زمان که تمایلی به ادامه‌ی جلسات نداشتند می‌توانند آزادانه و بدون هیچ دغدغه‌ای از مطالعه خارج شوند. همچنین نویسنده قبل از تحقیق، کارگاه آموزشی لازم را گذرانده و اصول اخلاقی پژوهش را رعایت کرده است. در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن کودک ۷ تا ۱۱ سال، کودک خیابانی و عدم ابتلا به اختلالات جسمی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود. برای گروه کنترل نیز جلساتی در نظر گرفته شده که در صورت تمایل بعد از پایان تحقیق برای آنها اجرا می‌شود. ملاک‌های اخلاقی پژوهش شامل رعایت اصول انسانی، محرمانه نگه‌داشتن راز افراد، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت نامه آگاهانه و اطلاع رسانی تعداد و مدت جلسات بود. تمامی آموزش توسط یک نفر متخصص روانشناسی و یک کارشناس روانشناسی به صورت حضوری در مرکز روان‌شناسی شهر زاهدان انجام شد.

به منظور اجرای پژوهش، پس از تعیین اهداف و تعریف جامعه آماری، تعداد ۶۰ کودک انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گماشته شدند. سپس از هر ۳ گروه پیش‌آزمون پرسشنامه هوش اخلاقی به کلیه کودکان خیابانی منتخب در نمونه آماری گرفته شد. در ادامه برای ۲۰ کودک گروه آزمایش اول جلسات فنون وارونه سازی عادت و برای گروه آزمایش دوم تنظیم هیجان طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان با پروتکل ارائه شده در بالا اجرا شد و این در حالی است که گروه کنترل تا پایان پیگیری در

جدول ۳. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

مراحل	شاخص توصیفی	گروه	مولفه
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار	فنون وارونه‌سازی عادت
۳/۱۱ $\pm$ ۶۶/۵۵	۶/۳۹ $\pm$ ۴۵/۳۵	میانگین $\pm$ انحراف معیار	طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان
۴/۹۶ $\pm$ ۶۴/۷۵	۴/۷۸ $\pm$ ۳۷/۵۵	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کنترل
۶/۵۷ $\pm$ ۳۴/۷	۶/۷۰ $\pm$ ۳۴/۷	میانگین $\pm$ انحراف معیار	

برای بررسی معناداری این تغییرات از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه با آزمون شاپیرو ویلک مورد سنجش قرار گرفته شد. نتایج نشان داد فرض نرمال بودن داده‌ها برای هوش اخلاقی در گروه آزمایش و گواه برقرار است (بین ۲- تا ۲+). نتایج آزمون لون برای همگنی- واریانس در این دو متغیر نیز مورد تأیید قرار گرفت (مقدار

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط هوش اخلاقی را برای گروه مداخله فنون وارونه‌سازی عادت، گروه طرحواره-درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان و گروه کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون در هر دو گروه آزمون تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه کنترل معنادار نیست.

بحرانی= ۰/۱۸۶). نتایج مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد که F تعامل بین متغیر مستقل که همان فنون وارونه سازی عادت است و متغیر تأثیر پیش آزمون (۲۵/۷۸) بوده و باتوجه به این که سطح معناداری مرتبط با این متغیر (۰/۴۱۷) و بزرگتر از ۰/۰۵ است. با توجه به رعایت مفروضه های تحلیل

کوواریانس و واریانس در ادامه نتایج بیان خواهد شد.
فرضیه اول: فنون وارونه سازی عادت باعث افزایش معنادار هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس دو گروه مداخله وارونه سازی عادت و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۲۳/۷۹۳	۱		۱۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
آموزش (پس آزمون)	۹۵۸۶/۹۵۹	۱		۴۳۹/۱۶۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲۲
خطا	۸۰۷/۷۰۷	۳۷	۲۱/۸۳			
کل	۱۱۵۱۲۸	۴۰				

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۴ نشان می دهد که پس از کنترل اثرات پیش آزمون در سطح معناداری ۰/۰۰۱ که در با گروه ها متفاوت بود، مداخله وارونه سازی عادت تأثیر بسیار معناداری بر هوش اخلاقی داشت ($F= ۴۳۹/۱۶۶$) همچنین اندازه اثر این مداخله ($\eta^2=0.92$) بسیار بالا بود که نشان می دهد ۹۲ درصد از تغییرات در هوش اخلاقی آزمودگان، ناشی

از اجرای پروتکل درمانی است. با توجه به این نتایج، می توان نتیجه گرفت که فنون وارونه سازی عادت به طور مؤثری منجر به ارتقای سطح هوش اخلاقی در کودکان مورد مطالعه شده است
فرضیه دوم: طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان باعث افزایش معنادار هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس گروه طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۵۷۷/۶۶۶	۱	۵۷۷/۶۶۶	۴۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
آموزش (پس آزمون)	۴۳۲/۵۰۳	۱	۴۳۲/۵۰۳	۳۶/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۵۰۴
خطا	۴۲۵/۹۳۴	۳۶	۱۱/۸۳۱			
کل	۱۰۹۲۲۱	۴۰				

جدول ۵ نشان می دهد، مقدار F بدست آمده برابر با ۳۶/۵۵ سطح معناداری ۰/۰۰۰ است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می باشد ($P<۰/۰۵$). همچنین اندازه اثر طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی ۵۰/۲ درصد بوده است. بر این اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس آزمون، می توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی

مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته و هوش اخلاقی آنها را افزایش داده است.
فرضیه سوم: بین طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان و فنون وارونه سازی عادت بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

شاخص های آماری	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجزور اتا
گروه	۱۶۳۲۰۰/۶۲۵	۲	۱۶۳۲۰۰/۶۲۵		۰/۰۰۰	۰/۹۶۲
خطا	۶۴۴۷/۳۵	۳۸				

نتایج جدول ۶، نشان می دهد پس از کنترل اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در

متغیر هوش اخلاقی وجود دارد. میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیر هوش اخلاقی (۰/۹۶۲ = مجزور اتا و $P< ۰/۰۵$)، به طور

معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. بر اساس نتایج تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر هوش اخلاقی وجود دارد. مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به شرح زیر است:

جدول ۷: میانگین تعدیل شده پس‌آزمون در متغیر هوش اخلاقی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد	سطح اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
هوش اخلاقی	کنترل	۳۵/۱۸۷	۱/۰۱۲	۳۳/۱۵۹	۳۷/۲۱۵
	فنون وارونه سازی عادت	۶۶/۷۳۳	۱/۰۰۶	۶۴/۷۱۷	۶۸/۷۴۹
	طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان	۶۴/۰۸	۱/۰۱۹	۶۲/۰۳۹	۶۶/۱۲

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین تعدیل شده گروه‌ها

گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری (Sig)
کنترل	وارونه‌سازی عادت	-۳۱/۵۴۶	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	-۲۸/۸۹۳	۰/۰۰۱
وارونه‌سازی عادت	کنترل	۳۱/۵۴۶	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	۲/۶۵۳	۰/۰۴۵
طرحواره‌درمانی	کنترل	۲۸/۸۹۳	۰/۰۰۱
	وارونه‌سازی عادت	-۲/۶۵۳	۰/۰۴۵

جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه‌ها در متغیر هوش اخلاقی و مقایسه دوجه‌دوی آن‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج تحلیل در جدول ۸ نشان می‌دهد که هر دو مداخله (وارونه‌سازی عادت و طرحواره‌درمانی) در مقایسه با گروه کنترل، تفاوت میانگین معناداری داشتند ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین، مقایسه میان دو گروه آزمایش نشان داد که تفاوت میانگین بین گروه وارونه‌سازی عادت و گروه طرحواره‌درمانی برابر با ۲/۶۵ است که در سطح $p = ۰/۰۴۵$ از نظر آماری معنادار می‌باشد؛ این امر حاکی از برتری آماری فنون وارونه‌سازی عادت نسبت به طرحواره‌درمانی در ارتقای هوش اخلاقی در نمونه مورد مطالعه است.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فنون وارونه‌سازی عادت و طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی انجام شد.

یافته‌های اول نشان داد که فنون وارونه‌سازی عادت بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته است. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم به بررسی تأثیر فنون وارونه‌سازی عادت بر هوش

اخلاقی کودکان خیابانی پرداخته باشد یافت نشد. از این‌رو، به نظر می‌رسد پژوهش حاضر از نظر ترکیب متغیرها و جامعه آماری دارای نوآوری است و نتایج آن می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه کمک کند.

نتیجه به دست آمده را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات مذکور، این گونه تبیین کرد که بسیاری از جنبه‌های هوش اخلاقی مانند کنترل تکانه، تشخیص درست از نادرست، احساس مسئولیت در برابر پیامدهای رفتار، و حتی دلسوزی نسبت به دیگران، نیازمند سطحی از خودنظم‌دهی و آگاهی هیجانی هستند که در کودکان خیابانی، به علت شرایط زیستی و روانی، اغلب رشد نیافته‌اند یا به‌صورت انحراف یافته شکل گرفته‌اند. فن وارونه‌سازی عادت، در این بستر، به‌مثابه یک واسطه اصلاحی عمل می‌کند که ابتدا ساختارهای رفتاری نامنظم را هدف قرار داده و در ادامه، ساختارهای ارزشی وابسته به آن را نیز دگرگون می‌سازد (Baizabal-Carvalho & Jankovic, 2024). فنون وارونه‌سازی عادت، که ماهیتاً رفتاری-شناختی هستند، بر شکستن زنجیره‌های تکرارشونده‌ی واکنش‌های ناسازگار و جایگزینی آن‌ها با پاسخ‌های آگاهانه و سازگار تمرکز دارند (Hussain, Ihwani, Ajmain, Tahir, Rahim & Samat, 2025). این فنون، به‌طور غیرمستقیم اما مؤثر، ظرفیت‌های

شناختی-هیجانی مرتبط با هوش اخلاقی را در کودکان خیابانی فعال و تقویت می‌کند. همین تغییر در رفتار، به‌ویژه زمانی که با تمرین هدفمند، تقویت مثبت، و محیط یادگیری حمایتی همراه می‌شود، زمینه‌ساز شکل‌گیری فرآیندهای اخلاقی عمیق‌تری در کودکان می‌گردد. فنون وارونه‌سازی عادت، با تمرکز بر بازآفرینی رفتارهای آگاهانه، نقش غیرمستقیم اما سازنده‌ای در رشد و ارتقای هوش اخلاقی کودکان خیابانی ایفا کرده‌اند. این فنون با تغییر رفتار، تجربه و ادراک، ساختارهای اخلاقی درونی را بازتعریف کرده و مسیر شکل‌گیری یک شخصیت اجتماعی-اخلاقی را در کودک هموار ساخته‌اند.

همچنین یافته‌های فرضیه دوم پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان بر هوش اخلاقی کودکان خیابانی شهر زاهدان تأثیر مثبت و معناداری داشته است. این یافته‌ها همسو با مطالعات پژوهشگرانی همچون (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۴)، (نیک‌پور و همکاران، ۲۰۲۱)، (محمدحسینی و همکاران، ۲۰۲۱)، (راکی‌زاده بختیار، ۲۰۲۴) بود. با این حال، ناهم‌سویی نتایج پژوهش‌های مذکور با یافته‌های پژوهش حاضر از آن جهت است که، جامعه اماری هیچ‌کدام کودکان خیابانی نبوده و هیچ یک از این پژوهش‌ها مستقیماً هوش اخلاقی را با مداخله مد نظر بررسی نکرده‌اند.

نتیجه به‌دست‌آمده را می‌توان چنین تبیین کرد که کودکان خیابانی به دلیل رشد در محیط‌هایی که نیازهای عاطفی آن‌ها نادیده گرفته شده، دچار طرحواره محرومیت هیجانی می‌شوند و در نتیجه در درک و بیان احساسات خود و نیز توجه به احساسات دیگران با مشکل مواجه می‌گردند؛ امری که به تضعیف مؤلفه‌های هوش اخلاقی مانند همدلی، انصاف و مسئولیت‌پذیری منجر می‌شود. طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح این الگوهای ذهنی ناکارآمد به کودک کمک می‌کند برداشت‌های نادرست خود از روابط انسانی را بازسازی کند و با تقویت تجربه‌های هیجانی سالم‌تر، زمینه رشد هوش اخلاقی و شکل‌گیری رفتارهای اخلاقی، عادلانه و مسئولانه در او فراهم شود.

از منظر نظری، ارتباط میان مداخله مبتنی بر طرحواره محرومیت هیجانی و بهبود هوش اخلاقی از طریق بازسازی سیستم‌های پردازش عاطفی تبیین می‌گردد. کودکان خیابانی به دلیل تجربه طولانی مدت عدم دریافت حمایت عاطفی از سوی مراقبان، دچار طرحواره‌ای در مورد خود و جهان شده‌اند که در آن، نیازهای هیجانی به عنوان عوامل بی‌ارزش یا تهدیدآمیز تلقی می‌شوند. این نقص در تنظیم هیجان، مستقیماً بر مؤلفه‌های هوش اخلاقی تأثیر می‌گذارد؛ به این صورت که فقدان تجربه‌ی هیجانی سالم، توانایی همدلی (درک موقعیت دیگران) را مختل کرده و منجر به کاهش انصاف و مسئولیت‌پذیری به دلیل تمرکز بر بقای فردی

می‌شود. مداخله طرحواره‌درمانی با هدف تغییر این الگوهای ناکارآمد، سعی در بازسازی توانمندی هیجانی دارد؛ به گونه‌ای که با کاهش حساسیت به محرومیت و جایگزینی آن با تجارب هیجانی مثبت، مسیر بازگشت مهارت‌های اجتماعی نظیر همدلی و درک عدالت (مؤلفه‌های اصلی هوش اخلاقی) فراهم می‌گردد. در واقع، اصلاح طرحواره‌ی محرومیت هیجانی، زیربنای لازم برای ظهور رفتارهای اخلاقی و تعاملات اجتماعی مبتنی بر انصاف و دلسوزی را ایجاد می‌کند.

در مجموع بر اساس فرضیه سوم، اگرچه هر دو مداخله بر هوش اخلاقی اثر معناداری داشتند، اما اندازه اثر در مداخله فنون وارونه‌سازی عادت به مراتب بالاتر از مداخله طرحواره‌درمانی بود. این تفاوت می‌تواند از منظر نظری و بالینی تبیین شود؛ فنون وارونه‌سازی عادت بر پایه اصلاح مستقیم و سریع رفتارهای هدف و جایگزینی آن‌ها با پاسخ‌های متضاد عمل می‌کند که می‌تواند در بازه زمانی کوتاه، تغییرات چشمگیری در رفتارهای بیرونی و شاخص‌های هوش اخلاقی ایجاد کند. در مقابل، طرحواره‌درمانی با هدف بازسازی ساختارهای عمیق روانی و اصلاح الگوهای فکری ریشه‌دار (مانند طرحواره محرومیت هیجانی) طراحی شده است. فرآیند تغییر در طرحواره‌درمانی، به دلیل ماهیت پیچیده و نیاز به بازسازی تجربیات هیجانی در طول زمان، معمولاً تدریجی‌تر از مداخلات رفتاری صرف است. بنابراین، پایین‌تر بودن اندازه اثر در مداخله دوم، لزوماً به معنای ضعف در اثربخشی آن نیست، بلکه بازتاب‌دهنده ماهیت عمیق‌تر، پیچیده‌تر و زمان‌برتر فرآیند تغییر در سطح طرحواره‌ها نسبت به اصلاح رفتارهای عادت‌گونه است.

همچنین برتری آماری فنون وارونه‌سازی عادت نسبت به طرحواره‌درمانی، با توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان خیابانی قابل تبیین است. این گروه از کودکان به دلیل تجربه محرومیت‌های مکرر، دچار تکانشگری بالا، سطح پایین خودآگاهی و ضعف در کنترل تکانه‌ها هستند که مستقیماً مؤلفه‌های هوش اخلاقی (مانند مسئولیت‌پذیری و خودتنظیمی) را مختل می‌کند. در این میان، فنون وارونه‌سازی عادت با تمرکز بر اصلاح مستقیم پاسخ‌های رفتاری و جایگزینی آنی رفتارهای تکانشی با عملکردهای جایگزین، مستقیماً با نقص‌های رفتاری عیان در این کودکان مقابله می‌کند و مسیر یادگیری اخلاقی را از طریق تجربه عملی تسهیل می‌نماید. در مقابل، اگرچه طرحواره‌درمانی به اصلاح ریشه‌های عمیق و درونی مانند بی‌اعتمادی و شرم می‌پردازد، اما به دلیل تمرکز بر فرآیندهای شناختی-هیجانی پیچیده و نیازمند سطح بالاتری از خودآگاهی، ممکن است در میان مدت نتواند به اندازه مداخلات رفتاری مستقیم، تغییرات ملموس و قابل مشاهده‌ای در مؤلفه‌های

منابع فارسی

راکی زاده بختیاری، نیلوفر. (۱۴۰۳). تاثیر طرحواره درمانی در بهبود تعامل اجتماعی و افزایش توجه کودکان مبتلا به اتیسم، دومین کنفرانس ملی یافته های نوین روان شناسی کاربردی، آمل، <https://civilica.com/doc/2506167>

رحیمی، مهشاد و عنایتی، فاطمه و دانیالی، زهرا و محمدی تهرودی، یگانه. (۱۴۰۳). مطالعه ای بر تاثیر طرحواره درمانی بر خودآگاهی هیجانی، آسیب پذیری و علائم وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، سومین کنفرانس بین المللی علوم انسانی، علوم اجتماعی و حقوق، <https://civilica.com/doc/2112676>

عجوی، زینب و ایزدی خواه، زهرا. (۱۳۹۷). نقش واسطه ای سبک دلبستگی نایمن - دوسوگرا در اثر طرد ادراک شده از سوی مادر بر طرحواره های رهاشدگی و محرومیت هیجانی در زنان. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۱۸(۱)، ۵۸-۴۵. <https://doi.org/10.22108/cbs.10.22108.2017.866030>

فدوی نیا، پریسا، و خیاطان، فلور. (۱۴۰۰). اثر بخشی طرحواره درمانی بر محرومیت هیجانی، اضطراب، افسردگی و استرس در زنان مبتلا به سو هاضمه عملکردی شهر اصفهان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، ۱۶(۵۹)، ۳۶-۲۷. SID. <https://sid.ir/paper/fa1024214>

عرفانی فرد، یگانه و سجادی، سیدمحمدصادق. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش فنون وارونه سازی عادت در درمان تیک های حرکتی کودکان، اولین همایش ملی روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، اردبیل، <https://civilica.com/doc/1193048>

میرهاشمی روته، مرجان السادات، فرحزادی، زهرا و پورصالحی نویده، مرضیه. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای ترومای دوران کودکی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.353754.6445>

محمدحسینی مونا، نصرالهی بیتا، قریان جهرمی رضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان اضطراب به روش طرحواره درمانی بر کمال گرایی مثبت و منفی زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۸ (۴) ۴۵۹-۴۶۸.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-fa.html5961-1>

نیک پور فاطمه، خلعتبری جواد، رضائی امید، جمهری فرهاد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشودگی زنان مطلقه، مجله علوم روانشناختی، ۲۰ (۱۰۰) ۵۹۷-۶۰۷.

بیرونی هوش اخلاقی ایجاد کند.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه است که بر تعمیم پذیری یافته ها تأثیر گذارند. نخست، دسترسی به جامعه محدود کودکان خیابانی و عدم امکان تعمیم نتایج این پژوهش با اطمینان بالا به سایر کودکان بود. عدم امکان برگزاری مرحله پیگیری به علت محدودیت زمانی و نبود ادبیات علمی لازم در پیشینه تجربی نیز از جمله محدودیت های دیگر این پژوهش است.

نتایج این پژوهش اهمیت استفاده از رویکردهای طرحواره درمانی و وارونه سازی عادت را در درمان کودکان خیابانی نشان می دهد؛ رویکردهایی که به جای تأکید بر اصلاح شناخت، از مسیر هیجان، ارتباط و تجربه پیش می روند. بنابراین پیشنهاد می شود درمانگران در طراحی برنامه های توان بخشی و مداخله ای برای این گروه از کودکان، از این دو رویکرد به عنوان رویکردی مؤثر در بهبود هوش اخلاقی بهره گیرند. همچنین انجام مطالعات طولی و ترکیبی می تواند به روشن تر شدن سازوکارهای اثر این مداخله و بررسی پایداری نتایج در بلندمدت کمک کند.

موازین اخلاقی

نویسندگان گواهی می دهند که نسخه اصلی و هیچ محتوای مشابه دیگری در هیچ جایی و هیچ زبان دیگری ارسال و یا برای چاپ در نظر گرفته نشده است و همچنین مسئول پاسخگوی صحت و سقم کل کار از ابتدا تا زمان چاپ مقاله می باشد. همچنین فرم های رضایت نامه از افراد شرکت کننده گرفته شده است. در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است (کد اخلاق: IR.IAU.ZAH.REC.1404.113)

حامی مالی

منابع مالی این مطالعه را نویسندگان تأمین کرده اند.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافعی وجود ندارد.

واژه نامه

۱. کودکان خیابانی
۲. هوش اخلاقی
۳. وارونه سازی عادت
۴. طرحواره درمانی مبتنی بر محرومیت هیجان
1. Street children
2. Moral intelligence
3. Habit reversal techniques
4. Schema therapy based on emotional deprivation

36. <https://sid.ir/paper/1024214/fa> [Persian]
Garavand H, Sabzian S. (2022). Evaluation of the effectiveness of habit reversal techniques on reducing nail biting disorder and state/trait anxiety of male high school Students in khorramabad. *TB*; 21 (2) :99-113.
- Gardner, B., Arden, M. A., Brown, D., Eves, F. F., Green, J., Hamilton, K., ... & Lally, P. (2023). Developing habit-based health behaviour change interventions: Twenty-one questions to guide future research. *Psychology & health*, 38(4), 518-540. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2003362>
- Hadian Shirazi Z, Sabetsarvestani R.(2021). Moral intelligence in nursing: An evolutionary concept analysis. *Nurs. pract. today*;8(4):293-302.
<https://doi.org/10.18502/npt.v8i4.6705>
- Hussain, F., Ihwani, S. S., Ajmain, M. T., Tahir, Z. M., Rahim, M. A. A., & Samat, A. B. (2025). Relationship of Religious Personality and Resilience among Muslim Nurses at Hospital Kuala Lumpur. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 10(SI37), 131-137.
<https://doi.org/10.21834/e-bpj.v10iSI37.7631>
- Julien, G. (2024). The Unique Circumstances of the Life of Street Children. *Interdisciplinary Journal Papier Human Review*, 5(2), 1-11.
<https://doi.org/10.47667/ijphr.v5i2.333>
- Khanjani Z, Babapour Khairuddin J, Noorazar SG, Sarvari M. (2015). Effectiveness of teaching habit reversal techniques in reducing the intensity, frequency, complexity and interference of Tourette's syndrome and motor tics. *Journal of Medical Sciences Studies*. 26 (11): 948-959.
- Khojavi, Z., & Izadikhah, Z. (2018). The mediating role of insecure-ambivalent attachment style in the effect of perceived maternal rejection on abandonment and emotional deprivation schemas in women. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 8 (1), 45–58. <https://doi.org/10.22108/cbs.2017.8660>
- فهرست منابع
Alinejad V, Parizad N, Almasi L, Cheraghi R, Piran M. (2023). Evaluation of occupational stress and job performance in Iranian nurses: the mediating effect of moral and emotional intelligence. *BMC Psychiatry*. 23(1):769.
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05277-8>
- Baizabal-Carvallo, J. F., & Jankovic, J. (2024). Axial tics in Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Journal of Neurology*, 271(11), 7232-7238.
<https://doi.org/10.1007/s00415-024-12707-4>
- Basak, M., & Moitra, T. (2024). Effectiveness of Life Skill Training on Self-esteem and Self-perception Among Street Children. *Psychological Studies*, 69(1), 112-120.
<https://doi.org/10.1007/s12646-023-00774-y>
- Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J.(2019) Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 24:262-84.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026>
- Erfanifard, Y., & Sajjadi, S. M. S. (2020). The effect of habit reversal training techniques on the treatment of motor tics in children. *Proceedings of the 1st National Conference on Child and Adolescent Clinical Psychology*, Ardabil, Iran. <https://civilica.com/doc/1193048> [Persian]
- Ewunetie, A. A., Alemayehu, M., Endalew, B., Abiye, H., Gedif, G., & Simieneh, M. M. (2022). Sexual and reproductive health problems and needs of street youths in East Gojjam Zone Administrative Towns, Ethiopia: exploratory qualitative study. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 55-66.
- Fadavinia, P., & Khayatan, F. (2021). Effectiveness of schema therapy on emotional deprivation, anxiety, depression, and stress in women with functional dyspepsia in Isfahan. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 16 (59), 27–

- International Conference on Humanities, Social Sciences, and Law*. <https://civilica.com/doc/2112676> [Persian]
- Rakizadeh Bakhtiari, N. (2024). The effect of schema therapy on improving social interaction and increasing attention in children with autism. *Proceedings of the 2nd National Conference on New Findings in Applied Psychology*, Amol, Iran. <https://civilica.com/doc/2506167> [Persian]
- Skurya, J., Jafferany, M., & Everett, G. J. (2020). Habit reversal therapy in the management of body focused repetitive behavior disorders. *Dermatologic Therapy*, 33(6), e13811. <https://doi.org/10.1111/dth.13811>
- Soruri M, Khanjani Z, Babapour Kheiroddin J, Noorazar S G. (2016). The Effectiveness of Habit Reversal Techniques Training in Reduction Intensity and Frequency Motor tics . *Rooyesh*. 5(1), 165-182.
- Vameghi M, Roshanfekar P, Ghaedamini Harouni G, Takaffoli M, Bahrami G. (2023). Street Children in Iran: What Are Their Living and Working Conditions? Findings from a Survey in Six Major Cities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(7):5271. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075271>
- Young, J., Closco, Z., Wishar, M. (2018). Schema therapy (practical guide for clinicians). The tenth edition. Translated by . Hamidpour H, Andooz Z. Volume II, Tehran: Arjmand, 268 pages. (Persian)
- Zaman, B. (2019). Moral Education of Street Children at PPAP Seroja Surakarta. *Edukasia Islamika*, 4(1), 18-32. https://scholar.google.com/scholar?cluster=15010749316856592481&hl=fa&as_sdt=0,5
- 3.0. [Persian]
- Mirehashemi Rote, M. A., Farhzadi, Z., & Poursalehi Navideh, M. (2025). Effectiveness of schema therapy on mentalization and cognitive emotion regulation in individuals with childhood trauma. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.353754.644505> [Persian]
- Mohammadhosseini, M., Nasrollahi, B., & Ghoryan Jahromi, R. (2020). The effectiveness of anxiety treatment using schema therapy on positive and negative perfectionism in women aged 20 to 30 years. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 18 (4), 459–468. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5961-fa.html> [Persian]
- Nikpour, F., Khalatbari, J., Rezaee, O., & Jomehri, F. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on forgiveness among divorced women. *Journal of Psychological Science*, 20 (100), 597–607. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.100.10.3> [Persian]
- Qitasi, Jafar and Amani, Ahmed. (2024). The effectiveness of emotional schema therapy on emotion regulation strategies in adolescents with oppositional defiant disorder. *Researches in clinical psychology and counseling*, 14(2), 5-28. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2024.77697.1316>
- Rahimi, M., Enayati, F., Daniali, Z., & Mohammadi Tehrodi, Y. (2024). A study on the effect of schema therapy on emotional self-awareness, vulnerability, and obsessive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Proceedings of the 3rd*