



The Comparing of Group Schema Therapy and Group Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital, Loneliness, Academic Procrastination, and Emotion Regulation of Students with Internet Addiction times

Ehsan Moradi¹ , Mojtaba Mohamadi Jalali Farahani^{2*}

1. Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Email: e.moradi1684@iau.ac.ir
2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Farhangian University, Tehran, Iran. Email: m.mohamadijalali@cfu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 20 Aug 2025
Revised: 18 Dec 2025
Accepted: 09 Feb 2026
First Published: 15 Sep 2026

Keywords:

Acceptance and Commitment Group Therapy, Emotion Regulation, Internet Addiction, Schema Group Therapy.

ABSTRACT

This study aimed to compare acceptance and commitment therapy and schema therapy on academic procrastination, emotion regulation, psychological capital, and loneliness of male high school students with internet addiction. The method of this study is semi-experimental and pre-test and post-test with a follow-up phase. The statistical population of this study was all male high school students with internet addiction in Borujerd city in the academic year 2023-2024. Among them, 36 people were selected according to the inclusion criteria in the study using a purposive non-random sampling method and were randomly assigned to 3 groups: intervention one, intervention two, and control. The groups were assessed with psychological capital questionnaires (PCQ), internet addiction (IAT), emotion regulation (ERQ), academic procrastination (APQ), and loneliness. Intervention group one underwent 10 sessions of acceptance and commitment therapy intervention, and intervention group two underwent 10 sessions of schema therapy intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance using SPSS.22 software. The results showed that there was a difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on the mentioned variables, so that schema therapy was more effective than acceptance and commitment therapy on students' psychological capital, loneliness, emotion regulation, and academic procrastination. ($P < 0.05$) Schema therapy reduces Internet addiction among students by correcting and replacing students' defective schemas in training centers, schools, and education counseling centers.

Cite this article: Moradi, E., & Mohamadi Jalali Farahani, M. (2026). Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on psychological capital, loneliness, academic procrastination, and emotion regulation in male high school students with internet addiction. (e108807). *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press/ Accepted). <https://doi.org/10.22059/japr.2026.401015.645325>



Publisher: University of Tehran Press

© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.401015.645325>



همسجی طرحواره‌درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی، تنهایی، اهمال‌کاری تحصیلی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت

احسان مرادی^۱، مجتبی محمدی جلالی فراهانی^{۲*}

۱. گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. [e.moradi1684@iau.ac.ir](mailto:moradi1684@iau.ac.ir)

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. m.mohamadjalali@cfu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۲۳

کلیدواژه‌ها:

اعتیاد اینترنتی، تنظیم هیجان، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی گروهی

پژوهش حاضر با هدف همسجی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر اهمال‌کاری تحصیلی، تنظیم هیجان، سرمایه‌های روانشناختی و تنهایی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی دوم دارای اعتیاد به اینترنت انجام شد. روش این پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری می‌باشد. جامعه‌ی آماری این مطالعه، کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی دوم دارای اعتیاد به اینترنت شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. که از میان آن‌ها ۳۶ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، انتخاب و به شکل تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی در ۳ گروه مداخله‌ی یک، مداخله‌ی دو و کنترل جای گرفتند. گروه‌ها با پرسشنامه‌های سرمایه‌های روانشناختی (PCQ)، اعتیاد به اینترنت (IAT)، تنظیم هیجان (ERQ)، اهمال‌کاری تحصیلی (APQ) و تنهایی مورد سنجش قرار گرفتند. گروه مداخله‌ی یک طی ۱۰ جلسه، تحت مداخله‌ی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه مداخله‌ی دو طی ۱۰ جلسه تحت مداخله‌ی طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم افزار SPSS.22 تحلیل شد. نتایج نشان داد که میان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر روی متغیرهای ذکر شده تفاوت وجود دارد به طوری که طرحواره‌درمانی از اثربخشی بالاتری نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه‌ی روانشناختی، تنهایی، تنظیم هیجان و اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان برخوردار است ($P < 0/05$). طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح و جایگزین ساختن طرحواره‌های معیوب دانش‌آموزان در مراکز تربیتی، مدارس و هسته‌های مشاوره‌ی آموزش و پرورش موجب کاهش اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان می‌گردد.

استناد: مرادی، ا. و محمدی جلالی فراهانی، م. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه‌ی روانشناختی، احساس تنهایی، اهمال‌کاری تحصیلی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، (پذیرش شده/ آماده انتشار).

<https://doi.org/10.22059/japr.2026.401015.645325>

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.401015.645325>

© نویسندگان.



مقدمه

نوجوانی یکی از مقاطع حساس زندگی محسوب می‌گردد. در این برهه از زندگی نوجوانان در تلاش برای کسب هویت می‌باشند. یکی از بسترهای نامناسب برای کسب این هویت اینترنت است (مرادی و همکاران، ۱۴۰۲). اینترنت به عنوان یک تکنولوژی جدید و پر قدرت، اغلب ضروریات یک انسان را مهیا می‌کند و همین نکته باعث تمایل افراد برای تأمین مایحتاج شان از طریق فضای مجازی می‌گردد. تاثیر اینترنت چنان کلیدی است که بدون آن، برنامه ریزی، گسترش و انتفاع در حیطه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و علمی در آینده میسر نخواهد بود (لو و همکاران، ۲۰۲۵). اگر چه بهره‌مندی از اینترنت در علوم مختلف از اهمیت بالایی برخوردار است اما استفاده بیش از حد از آن پیامدهای منفی به همراه دارد. استفاده بیش از اندازه از اینترنت نوعی وابستگی افراطی ایجاد می‌کند که آن را اعتیاد اینترنتی^۲ می‌نامند. اعتیاد به اینترنت و انواع آن، شکلی از اعتیاد رفتاری است که همانند اعتیاد به مواد مخدر، علائم معمول اعتیاد همچون: وابستگی رفتاری، عجز در به کنترل درآوردن هیجانات را به همراه دارد (سوریانو مولینا و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش وانگ و ژنگ^۴ (۲۰۲۴) نشان داد که نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت، احساس تنهایی را تجربه می‌نمایند. به طوری که، نوجوانان به دنبال کسب هویت از فضای اینترنت، هویتی را شکل داده که پوچ بوده و این عامل سبب می‌شود بیش از پیش احساس تنهایی را تجربه نمایند. احساس تنهایی^۵ یک حالت عاطفی است که در آن فرد احساس می‌کند از نظر اجتماعی و عاطفی از دیگران جدا شده و ارتباطات معناداری با آنها ندارد. این احساس می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله کمبود ارتباطات عمیق و معنادار، تفاوت در ارزش‌ها و علایق، احساس عدم تعلق و پذیرش، عزت نفس پایین، یا ترس از قضاوت دیگران (وانگ و ژنگ، ۲۰۲۴). یکی از عوامل ایجاد احساس تنهایی در دانش‌آموزان، اهمال‌کاری تحصیلی^۶ می‌باشد. دانش‌آموزان اهمال‌کار از آنجا که در انجام امور مهم روزانه‌ی خود تعلل‌ورزی می‌کنند، همواره این احساس را دارند که از همسالان خویش عقب هستند از این رو اغلب احساس تنهایی را تجربه می‌نمایند. اهمال‌کاری تحصیلی یعنی به تاخیر انداختن تکالیف درسی من جمله: حضور منظم در کلاس، خواندن برای امتحان، تهیه مقاله و انجام تکالیف مدرسه و شرکت در برنامه‌های مدرسه می‌باشد (همدان-منصور و همکاران، ۲۰۲۴). اهمال‌کاری تحصیلی را تمایل همیشگی افراد برای به تاخیر انداختن امور تحصیلی خود می‌دانند که همواره با اضطراب همراه است. به عبارت دیگر سرگرم شدن دانش‌آموزان در اینترنت، زمان زیادی را به خود اختصاص می‌دهد و همین عامل باعث می‌شود دانش‌آموزان فرصت لازم برای انجام تکالیف درسی را نداشته باشند (چاوز و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش حاتمی نژاد و همکاران (۱۴۰۴) نشان داده است که اهمال‌کاری تحصیلی با تنظیم هیجان^۹ در ارتباط است. به طوری که دانش‌آموزانی که در تنظیم هیجانات خویش دچار مشکل هستند، توانایی رویارویی با امورات مهم زندگی خویش را ندارند چرا که آنان را تهدیدی برای آرامش و امنیت خویش تصور می‌نمایند و به همین دلیل همواره از انجام تکالیف خویش اجتناب می‌کنند. تنظیم هیجان نوعی راهبرد می‌باشد که افراد را از رویارویی با تجارب ناخوشایند و ناخواسته باز می‌دارد و آنان را در مقابله با هیجانات ناشی از تجارب بر انگیزنده کمک می‌نماید تا هنگام استفاده از فعالیت‌های هیجانی همچون استفاده از اینترنت دچار مشکل نشوند (دایگو و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان داده است دشواری در تنظیم هیجان پیشبینی کننده‌ی قوی برای اعتیاد به اینترنت می‌باشد. به عبارت دیگر اعتیاد به اینترنت راهی برای گریز از هیجانات منفی و رویارویی با واقعیت و کاهش فشار و استرس می‌باشد و ذهن انسان در مواجهه با عوامل استرس‌زا و هیجانات منفی به دنبال عاملی برای کاهش تنش و فشار است از این رو با منحرف

1. Lu et al.

2. internet addiction

3. Soriyano Molina et al.

4. Wang & Jeng

5. Feeling lonely

6. Academic procrastination

7. Hamdan-Mansour et al.

8. Chavez et al.

9. Emotion regulation

10. Duygu et al.

کردن توجه از عامل استرس‌زا به یک عامل سرگرم‌کننده (اینترنت) هیجانات منفی را کنترل می‌نماید (دایگو و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش **تانگ و هی**^۱ (۲۰۲۲) نشان داد که نقص در تنظیم هیجان به دلیل سرمایه‌ی روانشناختی^۲ پایین است. دانش‌آموزان با سرمایه‌ی روانشناختی پایین حس خودکارآمدی و تاب‌آوری پایینی دارند، از این رو در مواجهه با چالش‌های روزمره، امید و انگیزه خود را از دست داده و دچار یاس و ناامیدی می‌گردند و این خود مقدمه‌ای برای بروز هیجانات منفی و غیرقابل کنترل می‌باشد. سرمایه‌ی روانشناختی توسط **لوتانز و همکاران**^۳ (۲۰۱۲) معرفی گردید و مفهومی جدید در روانشناسی مثبت‌نگر است و دارای چهار مولفه‌ی امید^۴، تاب‌آوری^۵، خوشبینی^۶ و خودکارآمدی^۷ است. افراد با سرمایه‌ی روانشناختی پایین به جای روبه‌رو شدن با موانع از آن دوری می‌کنند و انتظارات غیرواقعی و بیشتر از توان خود دارند به همین دلیل همواره دچار شکست و ناکامی می‌شوند و برای جبران ناکامی خود به سرگرمی‌هایی همچون اینترنت پناه می‌برند و در استفاده از آن دچار افراط می‌گردند (**برت و همکاران**^۸، ۲۰۱۹). تحقیق **کیم و همکاران**^۹ (۲۰۱۹) بیانگر رابطه‌ی میان سرمایه‌ی روانشناختی با عملکرد شغلی و تحصیلی می‌باشد. همچنین تحقیقات **والتر و هازان-لیران**^{۱۰} (۲۰۲۵) نشانگر رابطه‌ی بین مولفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی با اهمال‌کاری تحصیلی است. از سوی دیگر بالا بودن سرمایه‌ی روانشناختی موجب می‌شود که فرد از لحاظ هیجانی زندگی خود را تنظیم نماید و این مهارت را در قالب رفتارهای سازگارانه و مثبت با محیط نمایان سازد (**آرمیلا و اسواتی**^{۱۱}، ۲۰۲۵).

با توجه به مطالب فوق که رابطه سرمایه‌ی روانشناختی، تنهایی، اهمال‌کاری تحصیلی و تنظیم هیجان دانش‌آموزان را با عملکرد تحصیلی و خانوادگی آن‌ها مورد تایید قرار داده‌اند. لذا ضرورت دارد جهت افزایش سرمایه‌ی روانشناختی و کاهش تنهایی، اعتیاد به اینترنت، اهمال‌کاری تحصیلی و بهبود تنظیم هیجان در میان دانش‌آموزان از راهبردها و روش‌های مختلفی استفاده نمود. یکی از رویکردهای پر کاربرد در این زمینه طرحواره درمانی^{۱۲} می‌باشد. طرحواره درمانی رویکردی نوین و برگرفته از درمان شناختی-رفتاری، اصول دلبستگی و مفاهیم گشتالت، روانکاوی، نظریه‌ی روابط شی و سازنده‌گرایی می‌باشد. این مفاهیم توسط **یانگ و همکاران**^{۱۳} (۲۰۰۳) در قالب یه مدل یکپارچه و جامع گردآوری شده است. تحقیقات متعددی در رابطه با اثربخشی این رویکرد در درمان اعتیاد به اینترنت، **عالمی و نیری** (۱۴۰۲)؛ کاهش اهمال‌کاری تحصیلی، پژوهش **اسوارتدال و لوک**^{۱۴} (۲۰۲۲)؛ بهبود تنظیم هیجان، پژوهش **سانداگ و همکاران**^{۱۵} (۲۰۱۸)؛ صورت گرفته است.

یکی دیگر از رویکردهای موثر در این زمینه درمان گروهی "پذیرش و تعهد" می‌باشد. تحقیقات متعددی در زمینه اثرگذاری این رویکرد بر اعتیاد اینترنتی وجود دارد (**مرادی و همکاران**، ۱۴۰۴). رویکرد پذیرش و تعهد دارای شش بخش: پذیرش، تمایز عاطفی، خودبافتاری، بودن در زمان حال، ارزش‌ها و تعهد در عمل می‌باشد که منجر به سازگاری‌شناختی می‌گردد (**هایز و همکاران**^{۱۶}، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، تاب‌آوری، امید و به طور کلی سرمایه‌ی روانشناختی

1. Tang & He
2. psychological capital
3. Luthans et al.
4. hope
5. resiliency
6. optimism
7. self-efficacy
8. Berte et al.
9. Kim et al.
10. Walter & Hazan-Liran
11. Urmila & Swathi
12. Schema Therapy
13. Young et al
14. Svartdal & Løkke
15. Sundag et al.
16. Hayes et al.
17. Fang & Ding
18. Zeng et al.

را افزایش داده و موجب می‌شود افراد مشکلات و رویدادهای غیر منتظره زندگی خود را بپذیرند (فنگ و دینگ، ۲۰۲۰). این رویکرد از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری و تعهد به ارزش‌ها موجب خودکارآمدی تحصیلی و کاهش اهمال تحصیلی می‌گردد (ژنگ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین این رویکرد با افزایش کارآمدی افراد در برابر رویدادهای ناخوشایند از طریق پردازش کلامی و شناخت، اجتناب تجربی را که منشا زبانی و شناختی دارد را کاهش داده و موجب بهبود تنظیم هیجان می‌شود (یوان و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این این رویکرد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث کاهش تنهایی می‌گردد (فریکینگ و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف بر متغیرهای ذکر شده این خلاء احساس شد که کدام یک از این رویکردهای درمانی دارای اثربخشی بیشتری بر کاهش اعتیاد به اینترنت و تبعات بعد از آن می‌باشد. مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سرمایه روانشناختی، تنهایی، تنظیم هیجان و اهمال کاری تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، یک پژوهش ارزشمند از منظر تکامل پارادایم‌های درمانی شناختی-رفتاری است. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله موج سوم، بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و کنشگری مبتنی بر ارزش‌ها تمرکز دارد که برای کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود تنظیم هیجان در کوتاه‌مدت مؤثر است (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). در مقابل، طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان ریشه‌های عمیق‌تر الگوهای ناکارآمد (مانند تنهایی مزمن و آسیب‌پذیری ساختاری)، پتانسیل بیشتری برای ایجاد تغییرات پایدارتر در سرمایه روانشناختی و الگوهای رفتاری بلندمدت مانند اهمال کاری ناشی از اعتیاد به اینترنت دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، نتایج این مطالعه نه تنها کارایی نسبی دو روش را مشخص می‌کند، بلکه مرز تفویک میان اصلاح فرایندهای شناختی فعلی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و ترمیم ساختارهای شناختی-عاطفی بنیادین طرحواره‌درمانی را در درمان پدیده پیچیده اعتیاد به اینترنت روشن خواهد ساخت.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

این پژوهش از نوع هدف، کاربردی و از نوع روش، نیمه تجربی یا نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. تعداد نمونه برای هر گروه با استفاده از جدول کوهن^۱ بر اساس تعداد گروه‌ها (سه گروه)، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۰/۷۹ و اندازه اثر ۰/۵۳، ۱۲ تن برآورد گردید. جهت شناسایی دانش‌آموزان ابتدا از ۸ مدرسه‌ی پسرانه مقطع متوسطه‌ی دوم شهرستان بروجرد، ۲ مدرسه که مدیران آن مدارس حاضر به همکاری بودند، به صورت در دسترس انتخاب گردید. سپس به منظور مشخص نمودن دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، از همه دانش‌آموزان این ۲ مدرسه به تعداد ۳۳۲ نفر "آزمون اعتیاد به اینترنت" به عمل آمد که تعداد ۳۶ نفر از آن‌ها نمره بالاتر از میانگین (بالاتر از ۶۹ در جامعه ایرانی) کسب کردند. سپس دانش‌آموزان انتخاب شده به صورت تصادفی ساده و با روش قرعه کشی در گروه مداخله ۱ (۱۲ نفر)، گروه مداخله ۲ (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین گردیدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل: رضایت آگاهانه جهت شرکت در درمان، نداشتن بیماری‌های روان‌پریشی براساس ارزیابی یک متخصص در زمینه روانشناس بالینی، مشغول به تحصیل بودن در تاریخ انجام این پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل: عدم همکاری هر یک از دانش‌آموزان در جریان درمان و حاضر نشدن در بیش از ۲ جلسه درمانی در گروه بود.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

1. Yuan et al.
2. Frinking et al.
3. Cohen

۲-۲-۱. تست اعتیاد به اینترنت یانگ^۱ (IAT^۲)

این تست یکی از شناخته شده‌ترین تست‌های موجود در زمینه‌ی شناسایی افراد دارای اعتیاد به اینترنت می‌باشد که توسط [یانگ \(۱۹۹۸\)](#) طراحی شده است این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال می‌باشد که هدفش سنجش اعتیاد به اینترنت در میان افراد می‌باشد پاسخنامه آن به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد به طوری که ۱ (هرگز)، ۲ (معمولاً)، ۳ (اغلب)، ۴ (اکثراً)، ۵ (همیشه) می‌باشد. جهت محاسبه‌ی نمره‌ی پرسشنامه، جواب‌های پاسخ دندگان به هر یک از گزینه‌ها با یکدیگر جمع شده و به عنوان نمره‌ی کلی پاسخ دهنده محسوب می‌گردد. دامنه‌ی نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که هر چه این نمره بالاتر باشد نشان دهنده‌ی اعتیاد بیشتر به اینترنت می‌باشد به عبارت دیگر اگر نمره‌ی فرد بین ۲۰ تا ۴۹ باشد فرد دارای اعتیاد به اینترنت نیست، اگر نمره‌ی فرد بین ۵۰ تا ۷۹ باشد در معرض اعتیاد به اینترنت قرار دارد و اگر بین ۸۰ تا ۱۰۰ باشد، فرد دارای اعتیاد به اینترنت می‌باشد. برای روایی این پرسشنامه [یانگ \(۱۹۹۸\)](#) اعتبار درونی را ۰/۹۲ گزارش داد که این اعتبار به روش باز آزمایی نیز تایید گردیده است. همچنین [ویدانتو و همکاران^۳ \(۲۰۰۸\)](#) از طریق تحلیل عاملی شش عامل برجستگی، به کارگیری افراطی، عدم توجه به وظایف، نبود کنترل، چالش‌های اجتماعی و تاثیر بر عملکرد را استخراج کردند که نشان دهنده‌ی روایی این پرسشنامه می‌باشد. همچنین روایی آن را به روش همزمان، ۰/۸۱. به شیوه‌ی افتراقی ۰/۶۲ گزارش دادند. همچنین [لی و همکاران^۴ \(۲۰۲۵\)](#) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش دادند. در نسخه‌ی فارسی [نیز حسینی و رافضی^۵ \(۱۴۰۳\)](#) روایی محتوا را ۰/۸۸، همگرا ۰/۷۲ و پایایی از طریق باز آزمایی را ۰/۸۲ گزارش دادند. در این پژوهش هم پایایی از طریق آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق ۰/۸۸ گزارش شد.

۲-۲-۲. پرسشنامه‌ی سرمایه‌ی روانشناختی^۵ (PCQ)

جهت اندازه‌گیری سرمایه‌ی روانشناختی از مقیاس سرمایه‌ی روانشناختی [لوتانز و همکاران^۶ \(۲۰۰۷\)](#) استفاده می‌شود. این مقیاس دارای ۲۴ گویه و شامل چهار مولفه‌ی: امید^۶ (سوالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری^۷ (سوالات ۱۳ تا ۱۸)، خوش‌بینی^۸ (سوالات ۱۹ تا ۲۴) و خودکارآمدی^۹ (سوالات ۲۵ تا ۲۶) است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ سوال است و پاسخ دهنده به هر سوال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه گویه‌های ۲۰، ۱۳ و ۲۳ به شکل معکوس ارزش گذاری می‌شود. برای محاسبه‌ی نمره سرمایه روان شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس محاسبه می‌شود و از جمع نمرات خرده مقیاس‌ها نمره‌ی کل سرمایه روانشناختی حاصل می‌گردد. [یوسف-مورگان^{۱۰} \(۲۰۲۴\)](#) برای روایی این پرسشنامه نسبت خنثی دو در این تست را ۲۴/۶ و شاخص‌های CFI و RMSEA را در این مدل به ترتیب، ۰/۹۷ و ۰/۸ گزارش دادند که نشان از روایی این پرسشنامه دارد. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط [آجرلو و همکاران^{۱۱} \(۱۴۰۳\)](#) ۰/۹۶ گزارش داده شد. در این پژوهش نیز پایایی از طریق آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق ۰/۹۱ گزارش شد.

۲-۲-۳. پرسشنامه‌ی اهمال کاری تحصیلی

1. Young
2. Internet Addiction Test
3. Widyanto et al.
4. Li et al.
5. Psychological Capital Questionnaires
6. hope
7. Resilience
8. optimism
9. self-efficacy
10. Youssef-Morgan

این مقیاس به وسیله سواری (۱۳۹۰) ساخته شده است و دارای ۱۲ گویه و ۳ زیرمقیاس اهمال کاری عمدی (سوالات از ۱ تا ۵)، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی و روانی (۶ تا ۹) و اهمال کاری ناشی از بی‌برنامگی (۱۰ تا ۱۵) می‌باشد پاسخنامه‌ی این پرسشنامه از یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۵) تشکیل شده است شیوه‌ی نمره‌گذاری این پرسشنامه به گونه‌ای است که نمره‌ی بالا در هر مولفه، نشان از بالا بودن اهمال کاری در آن مولفه می‌باشد. پایایی کل این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌های اهمال کاری عمدی، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی - روانی و اهمال کاری ناشی از بی‌برنامگی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶، ۰/۷، به دست آمده است. حسنعلیزاده و همکاران (۱۴۰۳) روایی این پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی تاکنن^۱ (۱۹۹۱) محاسبه و ۰/۳۵ برآورد نمودند که در سطح ۰/۰۰۳ معنادار بوده است. همچنین پایایی این پرسشنامه توسط شکاری و همکاران (۱۴۰۴) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است. در این پژوهش نیز پایایی کل از طریق آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق ۰/۹۱ گزارش شد.

۲-۲-۴. پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان^۲ (ERQ):

این پرسشنامه توسط گراس و جان^۳ (۲۰۰۳) ساخته شد و شامل ۱۰ گویه، و دو مولفه‌ی ارزیابی مجدد^۴ (۶ گویه) و سرکوبی^۵ (۴ گویه) می‌باشد. پاسخنامه‌ی این پرسشنامه به صورت طیف ۷ درجه ای لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) تنظیم شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری در این تست به گونه‌ای است که نمرات هر مولفه با یکدیگر جمع شده و مبنای نمره در هر مولفه می‌باشد. حداکثر نمره در مولفه‌ی ارزیابی مجدد ۴۲ و کمترین آن ۶ می‌باشد که نمره‌ی بیشتر بیانگر توانایی تنظیم هیجان بالاتر است. همچنین در مولفه‌ی سرکوبی نیز حداکثر نمره ۲۸ و کمترین نمره ۴ می‌باشد. که نمره بالاتر معرف تنظیم هیجان بالا می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ نیز برای مولفه‌های ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۳ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد (گراس و جان، ۲۰۰۳). کوزوبال و همکاران^۶ (۲۰۲۳) روایی این پرسشنامه را از طریق همبستگی درونی مولفه‌ی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت ۰/۱۵ با عواطف منفی ۰/۰۴ گزارش داده است. در ایران نیز پایایی این پرسشنامه توسط شریفی و همکاران (۱۴۰۳) ۰/۷۰ محاسبه شده و روایی محتوایی آنرا ۰/۹۰ گزارش دادند. در پژوهش حاضر نیز پایایی از طریق آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق ۰/۷۳ محاسبه گردید.

۲-۲-۵. مقیاس تنهایی دهشیری و همکاران

این پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) ساخته شد و از ۳۸ گویه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) و از سه زیرمقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی شکل گرفته است، تعداد ۱۶ گویه، خرده مقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی و ۱۲ گویه، زیرمقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و ۱۰ گویه، زیرمقیاس عاطفی تنهایی را تشکیل می‌دهند. شیوه‌ی ارزش‌گذاری این مقیاس به این صورت است که مجموع نمرات گویه‌ها را در هر سه مولفه جمع نموده و حاصل جمع نمره‌ی فرد را مشخص می‌نماید حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۸ و حداکثر نمره ۱۹۰ می‌باشد. در صورتی که نمره‌ی فرد بین ۳۸ تا ۷۶ باشد احساس تنهایی در فرد بسیار بالاست و اگر در محدوده‌ی ۷۶ تا ۱۵۲ باشد احساس تنهایی در فرد متوسط و اگر بالاتر از ۱۵۲ باشد فرد احساس تنهایی کمی دارد. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ی

1. Tuckman
2. Emotion Regulation Questionnaire
3. Gross & John
4. Reassessment
5. Repression
6. Kozubal et al.

احساس‌تنهایی و سه مولفه‌ی آن از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱، برای مولفه‌ی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۰، برای مولفه‌ی تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و برای مولفه‌ی نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ بوده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای مولفه‌ی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، برای مولفه‌ی تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و برای مولفه‌ی نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). فلاحی و همکاران (۱۴۰۳) روایی این پرسشنامه را از طریق همبستگی با پرسشنامه احساس تنهایی راسل^۱ (۱۹۹۶) ۰/۳۸ محاسبه نمودند که در سطح معناداری ۰/۰۰۱ معنادار بود. در مطالعه‌ی طاهری و همکاران (۱۴۰۳) پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

۲-۳. روند اجرای مداخله

پس از صدور مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و ورود به مدارس هدف، آزمون اعتیاد به اینترنت توسط متخصص روانسنجی اخذ شد و افراد دارای اعتیاد به اینترنت مشخص گردیدند (نمره بالاتر از ۶۹). سپس از میان افراد مشخص شده، یک مصاحبه‌ی اولیه صورت گرفت تا شرکت‌کنندگان از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گیرند. بعد از مصاحبه، دانش‌آموزان انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش یک، دو و کنترل جایگزین گردیدند (۱۲ دانش‌آموز در گروه آزمایش یک، ۱۲ دانش‌آموز در گروه آزمایش دو و ۱۲ دانش‌آموز در گروه کنترل). گروه آزمایش یک، طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله گروهی پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دو، طی ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند. در این مدت در گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. خلاصه‌ی پروتکل‌های درمانی استفاده شده در این پژوهش در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

۲-۳-۱. **جلسات درمان گروهی پذیرش و تعهد:** این رویکرد توسط هایز و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شد. این روش ترکیبی از چهار مولفه‌ی آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است که هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد. در ایران فیروزکوهی برنج آبادی و همکاران (۱۴۰۰) با استفاده از درمان پذیرش و تعهد توانستند اعتیاد به اینترنت در میان نوجوانان را کاهش دهند. کراتر و همکاران^۲ (۲۰۲۴) از طریق این رویکرد توانستند اعتیاد رفتاری همچون اعتیاد به اینترنت در میان نوجوانان را کاهش دهند. اجرای این پروتکل توسط درمانگر (محقق) صورت پذیرفته است. لازم به ذکر است که قبل از اجرای پروتکل از دانش‌آموزان پیش‌آزمون اخذ شد. خلاصه‌ای از این پروتکل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوای جلسات	زمان
جلسه اول	آشنایی افراد با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف درمان	تکنیک: استعاره‌ی ذهن به مثابه یک کارخانه که مواد اولیه آن افکار هستند تکلیف: نوشتن افکار مثبت و منفی مرتبط با متغیرهای پژوهش در طول یک روز بر روی یک برگه‌ی کاغذ همچنین فهرست نمودن اقداماتی که برای مقابله و کنترل این افکار استفاده شده است.	۶۰ دقیقه
جلسه دوم	آگاه شدن از انگیزه‌ها و دلایل اعضای گروه برای استفاده افراطی از اینترنت،	تکنیک: ذهن آگاهی، دفترچه‌ی سود و زیان تکلیف: رفتن به طبیعت و تماس با زمان حال و توصیف حس خود از قرار گرفتن در این محیط و سپس بررسی	۶۰ دقیقه

1. Russell

2. Krotter et al.

جلسات	هدف	محتوای جلسات	زمان
		دلایل استفاده افراطی از اینترنت، اهمال کاری تحصیلی و ضعف در تنظیم هیجان	
جلسه سوم	کاهش کنترل و افزایش پذیرش	تکنیک: استفاده از استعاره‌ی طناب کشی با هیولا و مرد افتاده در چاه ؛ تکلیف: فهرست نمودن راهکارهایی که برای افزایش امید، تاب‌آوری و خودکارآمدی تحصیلی استفاده شده و بررسی میزان اثربخشی این راهکارها	۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	دنبال نمودن ارزش‌ها به مثابه قطب نمای زندگی	تکنیک: تمرینات ذهن آگاهی، فهرست بندی ارزش‌ها تکلیف: از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود ارزش‌های خویش را فهرست‌بندی نموده و بر روی کاغذ بنویسند	۶۰ دقیقه
جلسه پنجم	خود به عنوان بافتار و گسلش افکار و احساسات از "خود"	تکنیک: متمایزسازی، استعاره‌ی مداد و پاک کن و صفحه‌ی کاغذ تکلیف: مجسم کردن افکار و احساسات متفاوت در زمان‌های مختلف و نام گذاری افکار روزمره	۶۰ دقیقه
جلسه ششم	بیان ارزش‌ها، تمایز ارزش‌ها و اهداف و تبیین مفهوم تعهد به زندگی ارزش‌مدارانه	تکنیک: بیان ارزش‌ها با تمرین جدول زندگی کردن با اعداد، استفاده از استعاره چوب جادویی برای مشخص شدن ارزش‌های افراد، تکلیف: پرکردن فرم ارزش‌ها در چهار حیطه‌ی مهم زندگی و تعیین هدف‌های عینی و مشخص در راستای ارزش‌های افراد و متعهدشدن برای انجام یک یا چند هدف در حیطه‌های مدنظر.	۶۰ دقیقه
جلسه هفتم	بررسی چالش‌های موجود برای انجام اهداف تعیین شده و روشن سازی فرایند تمایل	تکنیک: استفاده استعاره «گدا دم در» برای درک واضح‌تر افراد از فرایند تمایل با بررسی موانع درونی و بیرونی بر سر راه عمل متعهدانه و توضیح دادن فرایند تمایل به کمک این استعاره به افراد کمک می‌کند که به منظور پایبندی و متعهدشدن به انجام تکالیف ارزشی خود صرف زمان بیشتر با افراد خانواده در راستای کاهش استفاده افراطی از اینترنت مصمم‌تر پیش بروند. تکلیف: به مدت یک هفته روزانه یک ساعت استفاده از اینترنت	۶۰ دقیقه
جلسه هشتم	آماده سازی افراد برای تداوم مهارت‌های آموخته شده و اجرای پس آزمون مرور جلسات گذشته	تکنیک: مواجهه‌سازی و آماده‌سازی افراد برای استفاده از مهارت‌هایی که تاکنون آموخته‌اند. تکلیف: به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در فعالیت‌های روزمره در جهت دنبال نمودن ارزش‌ها و کاهش وابستگی به اینترنت	۶۰ دقیقه

۲-۳-۲. **جلسات طرحواره درمانی گروهی:** این رویکرد توسط **یانگ و همکاران^۱ (۲۰۰۳)** ساخته شد. این رویکرد نوعی درمان یکپارچه نگر بوده و از ترکیب رویکردهای شناختی و رفتاری، روان تحلیلی روابط شی، دلبستگی و گشتالت تشکیل شده است. هدف این رویکرد جایگزین ساختن طرحواره‌های معیوب با طرحواره‌های سالم می‌باشد. در ایران **عالمی و نیری (۱۴۰۲)** از طریق طرحواره درمانی، اعتیاد اینترنتی در میان دانشجویان را کاهش داده اند. همچنین ویرا و همکاران^۲ (۲۰۲۳) با استفاده از طرحواره درمانی، اعتیاد به اینترنت در میان نوجوانان را کاهش داده اند. این رویکرد توسط درمانگر (محقق) اجرا شده است. خلاصه‌ی این پروتکل در جدول ۲ آمده است.

1. Young

2. Vieira et al.

جدول ۲. خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسات	هدف	محتوای جلسات	زمان
جلسه اول	برقراری رابطه ی حسنه و ایجاد اعتماد و امنیت در جلسه ی مشاوره، بیان اهداف و اهمیت رویکرد طرحواره درمانی	تکنیک: استفاده از سوالات باز و پیش برنده جهت ارتباط حسنه، انعکاس احساس و همدلی، استفاده از بازخوردهای تفسیری و تعبیری تکالیف: بررسی خاطرات اولیه و فهرست نمودن رویداد های ناخوشایند دوران کودکی به وجود آورنده ی طرحواره های اجتناب، بدبینی، بازداری هیجانی و انزوای اجتماعی	۶۰ دقیقه
جلسه دوم	شناسایی طرحواره های مرتبط با مشکل و متغیرهای پژوهش.	تکنیک: استفاده از فهرست خاطرات اولیه، تکنیک بررسی شواهد تکالیف: فهرست نمودن شواهد اولیه و تایید کننده ی طرحواره ها و اصالت سنجی این شواهد	۶۰ دقیقه
جلسه سوم	آموزش تکنیک های شناختی و کاربرد آنان در کاهش افکار خودآیند	تکنیک: پیکان رو به پایین، اکتشاف هدایت شده، رویارویی درمانبخش، تکنیک سقراطی تکالیف: استفاده از راهبردهای شناختی در مواجهه با افکار خودآیند منفی مرتبط با طرحواره ها	۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	ارزیابی چرخه ی افکار و رفتار و ارتباط آن با طرحواره های اولیه	تکنیک: فعال سازی رفتار، فهرست درجه بندی افکار تکالیف: درجه بندی کردن افکار با توجه به شدت، فراوانی و مدت زمان آنان در طی روز، پر کردن پرسشنامه ی شناسایی افکار خودآیند، برقراری ارتباط بین افکار خودآیند و طرحواره ها	۶۰ دقیقه
جلسه پنجم	تبیین نحوه ی شکل گیری طرحواره های اولیه و ارتباط آن با سبک های فرزند پروری معیوب، محیط های غیر سازنده و ناایمن	تکنیک: صندلی خالی، پرسش معجزه آسا، ایفای نقش تکالیف: ایجاد یک گفتگو میان طرحواره ها و جنبه های سالم زندگی	۶۰ دقیقه
جلسه ششم	اصلاح و جایگزین نمودن طرحواره های ناکارآمد	تکنیک: مثبت اندیشی، تجسم خلاق، دکمه فشار تکالیف: خودگویی مثبت و تمرین تمرکز بر زمان حال	۶۰ دقیقه
جلسه هفتم	اصلاح طرحواره های اجتناب، بدبینی، بازداری هیجانی و انزوای اجتماعی در سطح تجربه ای	تکنیک: انجام یک گفتگوی خیالی، بیان شاخص های یک بزرگسال سالم در ذهن مراجع، کشف نیازهای ارضا نشده ی مراجع از طریق تجربه کردن این احساسات در زمان حال، راهبردهای مقابله با طرحواره ها همچون: مبالغه، مضحکه، جابه جایی نقش، رویارویی درمانبخش کمپلر، استفاده از دیگ ارزش های ویرجینیا ستیر برای شناسایی ارزش ها و ضد ارزش های مراجعین و طرحواره های شکل گرفته بر اساس این ارزش ها تکالیف: مشخص نمودن ارزش ها، تمرین جرات ورزی در خانه	۶۰ دقیقه
جلسه هشتم	اصلاح طرحواره های مرتبط با متغیرهای تنظیم هیجان، سرمایه ی روانشناختی، احساس تنهایی و اهمالکاری تحصیلی در سطح شناختی	تکنیک: تکنیک های سقراطی، فن ۳ سوال، بررسی انتقادی شواهد تاییدکننده طرحواره های ناکارآمد، ارزیابی شواهد متناقض با طرحواره ها و اعتبارزدایی آنان، راهبرد موضع و ضد موضع، بیان تجارب متناقض با طرحواره های ناکارآمد، استفاده از تکنیک سود و زیان از طریق تهیه ی فهرستی از آنان	۶۰ دقیقه

جلسات	هدف	محتوای جلسات	زمان
		تکالیف: تهیه فهرستی از تحریف‌های شناختی مرتبط با طرحواره‌های مرتبط با متغیرهای پژوهش و ایجاد ارتباط بین آنان	
جلسه نهم	اصلاح طرحواره‌های اجتناب، بدبینی، بازداری هیجانی و انزوای اجتماعی در سطح هیجانی	تکنیک: گفتگو در رابطه با وقایع گذشته همراه با بیان هیجانات مربوط به آن وقایع، گفتگوی خیالی با والدین، گفتگو در رابطه با اتفاقات فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه‌ی هیجانی. تکلیف: انجام تمرین گفتگوی خیالی با اشخاص مهم زندگی و مواجهه با هیجانات اولیه زندگی که اکنون محبوس شده اند.	۶۰ دقیقه
جلسه دهم	اصلاح طرحواره‌های اجتناب، بدبینی، بازداری هیجانی و انزوای اجتماعی در سطح رفتاری و آماده کردن اعضای گروه برای پایان دادن به مشاوره‌ی گروهی	تکنیک: حذف رفتارهای تقویت کننده‌ی طرحواره ها، کاهش اجتناب و افزایش رفتارهای مقابله‌ای مانند جرات ورزی و ابراز وجود، ایجاد انگیزه، بازنگری شناختی مزایا و معایب ادامه‌ی رفتار و تمرین رفتار سالم، تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با صحنه‌ی تحریک کننده ی طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان تحریک شدن طرحواره‌ها. در پایان هم با توجه به رسیدن به مرحله‌ی آشیانه‌ی خالی احساسات متناقض در این مرحله بررسی و حل فصل می‌گردد تکلیف: مشخص نمودن محرک‌های رفتار و رویداد های تقویت کننده‌ی رفتارهای مرتبط با طرحواره ها	۶۰ دقیقه

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از انحراف معیار، میانگین و حداقل و حداکثر نمرات و در بخش استنباطی، آزمون‌های شاپیروویلک^۱، لون^۲، ام باکس^۳ و کرویت موچلی^۴، جهت نرمال بودن داده‌ها و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفونی^۵ برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

در این پژوهش ۳۶ نفر شرکت داشتند که همگی پسر بودند. تعداد ۱۲ نفر در گروه کنترل و ۱۲ نفر در گروه مداخله یک و ۱۲ نفر در گروه مداخله ۲ جای گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی دانش آموزان در گروه مداخله یک، مداخله دو و کنترل به ترتیب $(16/47 \pm 1/43)$ ، $(16/1 \pm 1/39)$ و $(16/08 \pm 1/38)$ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=0/27$; $P=0/84$) و گروه‌ها از نظر سنی یکسان اند. همچنین در هر گروه، ۶ نفر از پایه‌ی یازدهم و ۶ نفر از پایه‌ی دوازدهم حضور داشتند و نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین گروه‌ها از نظر تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($X^2=0/27$; $P=0/78$).

1. Shapiro-Wilk Test
2. Levene's test
3. M-box
4. Mauchly's Sphericity
5. Bonferroni

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار در مراحل پژوهش برای گروه طرحواره درمانی، پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای سرمایه‌ی روانشناختی، تنهایی، تنظیم هیجان و اهمالکاری تحصیلی ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی مجدد هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۱۴/۳۱۲	۲/۰۰۴
		پس‌آزمون	۱۸/۵۴۳	۲/۷۶۷
		پیگیری	۱۷/۰۹۱	۲/۰۰۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۱۴۴	۲/۰۶۱
		پس‌آزمون	۱۴/۳۷۳	۲/۰۷۸
		پیگیری	۱۳/۰۹۸	۲/۰۰۱
سرکوبی هیجانی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۱۶/۰۰۴	۲/۱۲۴
		پس‌آزمون	۱۹/۰۰۸	۲/۸۰۰
		پیگیری	۱۸/۰۹۹	۲/۷۷۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۴/۱۲۳	۲/۰۸۹
		پس‌آزمون	۱۴/۱۹۸	۲/۰۶۹
		پیگیری	۱۵/۰۰۵	۲/۰۰۸
اهمالکاری عمدی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۶/۲۱۴	۳/۷۱۶
		پس‌آزمون	۳/۲۴۵	۳/۱۷۸
		پیگیری	۳/۰۹۸	۳/۲۳۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۰۱۲	۳/۸۰۹
		پس‌آزمون	۶/۰۲۴	۳/۹۷۸
		پیگیری	۶/۰۸۹	۴/۰۰۱
اهمالکاری ناشی از خستگی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۷/۰۹۸	۳/۰۱۶
		پس‌آزمون	۵/۰۴۵	۳/۷۸۶
		پیگیری	۴/۰۹۸	۳/۹۸۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۰۱۶	۳/۰۹۸
		پس‌آزمون	۵/۸۹۰	۳/۴۳۲
		پیگیری	۵/۰۹۷	۳/۰۱۲
اهمالکاری ناشی از بی‌برنامگی	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۶/۰۱۲	۲/۹۸۷
		پس‌آزمون	۳/۰۱۸	۳/۸۹۷
		پیگیری	۳/۰۸۹	۳/۰۹۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۵/۰۷۸	۳/۰۴۰
		پس‌آزمون	۵/۰۹۰	۳/۱۲۳
		پیگیری	۴/۹۸۷	۳/۶۵۴
خودکارآمدی	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون	۱۹/۱۷۸	۲/۷۶۵
		پس‌آزمون	۲۴/۰۹۸	۳/۱۹۸
		پیگیری	۲۴/۰۷۶	۳/۰۷۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۷/۹۲۶	۲/۰۰۰
		پس‌آزمون	۱۸/۰۸۹	۲/۰۰۹
		پیگیری	۱۷/۹۸۷	۲/۰۰۲
تاب‌آوری	طرحواره درمانی	پیش‌آزمون	۱۸/۰۶۷	۲/۰۴۵

متغیر وابسته	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
خوش بینی	طرحواره درمانی	پس آزمون	۲۴/۰۰۹	۲/۴۶۵
		پیگیری	۲۴/۰۱۲	۲/۵۰۸
		پیش آزمون	۱۸/۰۹۸	۲/۰۰۱
		پس آزمون	۱۸/۱۳۳	۲/۰۰۸
خوش بینی	کنترل	پیگیری	۱۸/۰۰۹	۲/۰۲۳
		پیش آزمون	۱۸/۰۸۹	۲/۰۰۹
		پس آزمون	۲۱/۱۰۳	۲/۰۹۸
		پیگیری	۲۱/۰۰۹	۲/۰۹۶
امید	طرحواره درمانی گروهی	پیش آزمون	۱۸/۲۳۸	۲/۰۸۹
		پس آزمون	۱۸/۰۹۱	۲/۱۰۹
		پیگیری	۱۷/۹۷۸	۲/۰۰۸
		پیش آزمون	۱۸/۱۸۹	۳/۱۶۸
روابط خانوادگی	کنترل	پس آزمون	۲۶/۶۷۵	۳/۸۵۲
		پیگیری	۲۶/۰۹۸	۳/۷۸۶
		پیش آزمون	۱۸/۰۹۸	۲/۹۶۰
		پس آزمون	۱۸/۴۵۶	۲/۸۷۰
ارتباط با دوستان	طرحواره درمانی	پیگیری	۱۸/۰۷۶	۲/۹۶۰
		پیش آزمون	۴۵/۹۸۷	۳/۸۸۶
		پس آزمون	۳۵/۵۰۶	۳/۱۰۶
		پیگیری	۳۵/۱۸۹	۳/۰۱۲
نشانه های عاطفی	کنترل	پیش آزمون	۹۶/۰۵۱	۳/۶۷۴
		پس آزمون	۹۷/۱۲۳	۳/۷۰۶
		پیگیری	۹۶/۰۹۸	۳/۶۹۳
		پیش آزمون	۴۶/۰۹۸	۳/۰۹۸
خوش بینی	طرحواره درمانی	پس آزمون	۳۵/۶۸۷	۳/۰۷۶
		پیگیری	۳۵/۰۹۹	۳/۰۷۶
		پیش آزمون	۴۵/۰۰۸	۳/۷۶۵
		پس آزمون	۴۴/۰۷۸	۳/۷۰۹
امید	کنترل	پیگیری	۴۵/۰۱۲	۳/۸۷۶
		پیش آزمون	۴۳/۰۰۵	۳/۰۹۸
		پس آزمون	۳۵/۰۹۸	۲/۹۸۷
		پیگیری	۳۵/۰۰۸	۲/۸۹۰
روابط خانوادگی	طرحواره درمانی	پیش آزمون	۴۴/۰۷۶	۳/۰۹۸
		پس آزمون	۴۴/۰۹۸	۳/۱۲۳
		پیگیری	۴۴/۰۶۵	۳/۰۸۷
		پیش آزمون	۴۴/۰۶۵	۳/۰۸۷

طبق جدول ۳ نمرات افراد در گروه طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد که مداخلات مؤثر بوده و نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون، تغییر داشته و این تغییر در پیگیری نسبت به پس آزمون نیز بهبود داشته است. اما در بررسی نمرات گروه کنترل، میانگین نمرات در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بیانگر عدم تفاوت و تغییر می باشد.

۳-۳. بررسی پیش فرض های آزمون های پارامتریک

نتیجه ی آزمون شاپیرو ویلک برای کل متغیر سرمایه ی روانشناختی ($P=0/200$) ($F=0/189$)، اهمال کاری تحصیلی ($P=0/186$) ($F=0/191$)، تنظیم هیجان ($P=0/187$) ($F=0/147$) و تنهایی ($P=0/098$) ($F=0/212$) می باشد که نشان از نرمال بودن توزیع

داده ها دارد و انجام تحلیل واریانس مانعی ندارد. همچنین با توجه به آزمون لوین^۱، نتایج برای واریانس متغیر سرمایه ی روانشناختی ($P=0/087$) ($F=2/807$)، احساس تنهایی ($P=0/078$) ($F=0/168$)، اهمال کاری تحصیلی ($P=0/132$) ($F=0/132$) ($P=0/098$) تنظیم هیجان ($P=0/138$) ($F=1/985$) می باشد که با توجه به سطح معناداری ($P>0/05$) واریانس نمره متغیر وابسته همگن می باشد. همچنین نتیجه آزمون ام- باکس^۲ با مقدار $41/56$ نشان دهنده ی همگنی ماتریس واریانس- کوریانس با ($P=0/62$) و ($F=0/95$) می باشد. در جدول ۴ نتایج آزمون کرویت موچلی^۳ جهت برابری واریانس و کوواریانس متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی جهت برابری واریانس و کوواریانس متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	کرویت موچلی	کای دو	DF	SIG	اپسیلون	تصحیح گرین هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
سرمایه روانشناختی	۰/۹۶	۰/۳۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۵	
تنظیم هیجان	۰/۳۹	۰/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۵۷	
اهمال کاری تحصیلی	۰/۷۳	۰/۴۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۴۷	
تنهایی	۰/۸۹	۰/۴۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۶۵	

بر اساس نتایج جدول ۴، آماره کرویت موچلی برای سرمایه ی روانشناختی، تنظیم هیجان، اهمال کاری تحصیلی و تنهایی در سطح $0/001$ معنادار است (مقدار آماره P value از $0/050$ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی شود. تخطی از پیش فرض کرویت سبب می شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرینهاوس-گیسر^۴ و هیون-فلدت^۵ تصحیح می کنند (تامپسون و همکاران^۶، ۲۰۲۵). اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از $0/75$ باشد از تصحیح هیون-فلدت و اگر اپسیلون کوچکتر از $0/75$ باشد یا هیچ گونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرینهاوس-گیسر استفاده می شود (مولر و بارتون^۷، ۱۹۸۹). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرینهاوس-گیسر برای کارکردهای سرمایه ی روانشناختی، تنظیم هیجان، اهمال کاری تحصیلی و تنهایی از $0/75$ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرینهاوس-گیسر استفاده شده است؛ بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرینهاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سرمایه ی روانشناختی، تنظیم هیجان، اهمال کاری تحصیلی و تنهایی گزارش شده است.

۳-۴. آزمون فرضیه ها

جدول ۵. نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر در سه مرحله اندازه گیری برای متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
بین آزمودنی	امید	۲۲۳۴/۹۸۷	۲	۱۱۱۷/۴۲۳	۱۴۷/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۰	۰/۸۷

1. Levene's Test
2. Bax's M test
3. Mauchly's Sphericity Test
4. Greenhouse-Geisser correction
5. Huynh-Feldt correction
6. Thompson et al.
7. Muller & Barton

خودکارآمدی	۲۶۵۴/۴۸۹	۲	۱۳۲۷/۲۴۴	۱۳۸/۰۹۸	-/۰۰۱	-/۸۹۰	-/۸۸	(گروه)
تاب آوری	۲۳۳۱/۸۹۰	۲	۱۱۶۵/۹۴۵	۱۴۸/۰۹۷	-/۰۰۱	-/۹۰۰	-/۹۰	
خوشبینی	۲۷۶۵/۷۶۵	۲	۱۳۸۲/۸۱۲	۱۳۷/۰۷۶	-/۰۰۱	-/۸۸۰	-/۸۴	
ارتباط با دوستان	۳۳۳۲/۱۵۷	۲	۴۶۰۹/۲۵۸	۴۶/۰۲۴	-/۰۰۱	-/۷۶۰	-/۹۱	
نشانه های عاطفی	۲۷۶۳/۷۶۵	۲	۱۳۸۱/۸۱۲	۱۳۸/۰۰۹	-/۰۰۱	-/۸۷۰	-/۸۹	
ارتباط خانوادگی	۳۴۵۶/۰۹۸	۲	۱۷۲۸/۰۴۹	۱۱۲/۷۶۵	-/۰۰۱	-/۹۱۰	-/۸۹	
ارزیابی مجدد	۱۸۷۶/۹۸۷	۲	۱۲۳۱/۰۹۵	۵۸/۸۵۰	-/۰۰۱	-/۸۰۲	-/۹۴	
سرکوبی هیجانی	۱۴۰۰/۰۹۸	۲	۷۰۰/۰۴۹	۷۶/۹۸۷	-/۰۰۱	-/۷۸۰	-/۹۰	
اهمالکاری عمدی	۹۰۷/۰۸۰	۲	۴۵۳/۵۴	۹/۶۰۱	-/۰۰۱	-/۳۹۸	-/۸۹	
اهمالکاری از خستگی	۷۸۶/۰۹۸	۲	۳۹۳/۰۴۹	۸۷/۸۹	-/۰۰۱	-/۵۰۶	-/۹۱	
اهمالکاری از بی برنامهگی	۸۰۹/۰۹۸	۲	۴۰۴/۵۴۹	۸۹/۹۷۸	-/۰۰۱	-/۵۴۳	-/۹۰	
امید	۱۷۰/۰۹۸	۱	۱۷۰/۰۹۸	۱۹/۶۰۴	-/۰۰۱	-/۸۸۶	-/۹۰	درون آزمودنی
خوشبینی	۲۵۶/۰۹۸	۱	۲۵۶/۰۹۸	۲۱/۰۵۴	-/۰۰۱	-/۷۸۰	-/۹۰	(زمان)
خودکارآمدی	۱۵۷/۰۷۸	۱	۱۵۷/۰۷۸	۱۸/۰۹۸	-/۰۰۱	-/۸۶۰	-/۸۹	
تاب‌آوری	۱۹۷/۱۰۸	۱	۱۹۷/۱۰۸	۲۱/۰۸۷	-/۰۰۱	-/۷۶۰	-/۹۰	
ارتباط با دوستان	۱۱۰۰/۰۹۸	۱	۱۱۰۰/۰۹۸	۵۵/۸۶۸	-/۰۰۱	-/۶۵۴	-/۹۸	
نشانه‌های عاطفی	۲۲۳۴/۰۷۰	۱	۲۲۳۴/۰۷۰	۴۶/۹۸۷	-/۰۰۱	-/۶۷۰	-/۹۷	
ارتباط خانوادگی	۱۷۶۰/۰۸۷	۱	۱۷۶۰/۰۸۷	۳۴/۰۹۷	-/۰۰۱	-/۶۳۰	-/۹۷	
ارزیابی مجدد	۱۹۶/۰۸۷	۱	۱۹۶/۱۰۸۷	۱۷/۷۹۰	-/۰۰۱	-/۷۶۰	-/۹۷	
سرکوبی هیجانی	۱۴۰/۰۹۸	۱	۱۴۰/۰۹۸	۱۷/۰۷۸	-/۰۰۱	-/۷۳۰	-/۹۷	
اهمالکاری عمدی	۱۲۱/۱۰۳	۱	۱۲۱/۱۰۳	۱۶/۳۵۹	-/۰۰۱	-/۴۵۳	-/۸۹	
اهمالکاری از خستگی	۱۲۴/۰۹۸	۱	۱۲۴/۰۹۸	۱۷/۰۹۸	-/۰۰۱	-/۵۴۳	-/۸۸	
اهمالکاری از بی برنامهگی	۱۱۱/۰۷۶	۱	۱۱۱/۰۷۶	۱۵/۰۸۹	-/۰۰۱	-/۴۵۶	-/۸۹	
امید	۵۸/۶۱۹	۲	۲۹/۳۰۹	۱۲/۲۴۷	-/۰۰۱	-/۸۷۹	-/۹۸	تعامل
خودکارآمدی	۵۴/۴۵۹	۲	۲۷/۳۰۹	۴/۰۹۸	-/۰۰۱	-/۸۶۷	-/۹۷	(گروه*زمان)
خوشبینی	۴۳/۰۹۸	۲	۲۱/۵۴۹	۳/۷۸۹	-/۰۰۱	-/۸۴۵	-/۹۸	
تاب آوری	۴۷/۵۴۹	۲	۲۳/۷۷۴	۳/۹۸۷	-/۰۰۱	-/۸۵۴	-/۹۸	
ارتباط با دوستان	۶/۶۷۸	۲	۳/۳۳۹	۰/۲۵۷	-/۰۰۱	-/۵۷۸	-/۹۸	
نشانه‌های عاطفی	۷/۰۹۸	۲	۳/۵۴۹	۰/۳۴۵	-/۰۰۱	-/۵۴۰	-/۹۷	
ارتباط خانوادگی	۹/۹۸۰	۲	۴/۹۹۰	۰/۵۴۳	-/۰۰۱	-/۵۴۳	-/۹۷	
ارزیابی مجدد	۲۴/۲۵۶	۲	۲۳/۳۶۳	۲/۲۳۴	-/۰۰۱	-/۷۱۰	-/۸۸	
سرکوبی هیجانی	۲۱/۲۲۱	۲	۱۰/۶۱۰	۰/۸۹۰	-/۰۰۱	۰/۷۰	-/۸۷	
اهمالکاری عمدی	۵۴/۶۷۶	۲	۲۷/۳۳۸	۱/۱۲۵	-/۰۰۱	-/۴۴۳	-/۹۳	
اهمالکاری از خستگی	۴۴/۶۵۴	۲	۲۲/۳۲۷	۱/۰۰۹	-/۰۰۱	-/۴۶۷	-/۹۱	
اهمالکاری از بی برنامهگی	۴۳/۶۵۴	۲	۲۱/۸۲۷	۱/۰۰۵	-/۰۰۱	-/۴۷۸	-/۹۳	

با توجه به جدول ۵ نتایج آزمون تک متغیری برای تمامی متغیرها معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)، با توجه به نتایج بین آزمودنی می‌توان گفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج مربوط به درون آزمودنی می‌توان

نتیجه گرفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در رابطه با میانگین چهارم‌متغیر وابسته در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.001$) و نتایج تعامل درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی نیز بیانگر معنادار بودن تفاوت میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل در طول مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد ($p < 0.001$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی دوتایی گروه‌های پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
سرمایه‌ی روانشناختی	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل	*۱۰/۶۲۴	۴/۵۸۸	۰/۰۰۱
	گروه درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی	*-۱۰/۶۹۳	۴/۴۲۴	۰/۰۰۱
	گروه طرحواره درمانی با کنترل	*۲۱/۳۱۷	۲/۹۸۳	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	گروه درمان پذیرش و تعهد با کنترل	*۹/۸۲۶	۴/۵۸۸	۰/۰۰۱
	گروه درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی	*-۱۲/۱۰۳	۳/۷۷۴	۰/۰۰۱
	گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل	*۲۱/۹۲۹	۲/۲۸۶	۰/۰۰۱
اهمال‌کاری تحصیلی	گروه درمان پذیرش و تعهد با کنترل	*-۲/۸۰۵	۹/۳۳۸	۰/۰۰۱
	گروه درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی	*۳/۵۹۱	۸/۷۶۴	۰/۰۰۱
	گروه طرحواره درمانی با کنترل	*-۶/۳۹۶	۵/۶۵۷	۰/۰۰۱
احساس تنهایی	گروه درمان پذیرش و تعهد با کنترل	*-۶/۲۴۷	۱۲/۰۵۱	۰/۰۰۱
	گروه درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی	*۶/۸۷۴	۱۱/۹۸۴	۰/۰۰۱
	گروه طرحواره درمانی با کنترل	*-۱۳/۱۲۱	۹/۹۸۶	۰/۰۰۱

طبق جدول ۶ با توجه به تفاوت میانگین‌ها می‌توان گفت که طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد در متغیر سرمایه‌ی روانشناختی با تفاوت میانگین کل ۱۰/۶۹۳-، در متغیر تنظیم هیجان ۱۲/۱۰۳-، در متغیر اهمال‌کاری تحصیلی ۳/۵۹۱ و در متغیر احساس تنهایی ۶/۸۷۴، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. با توجه به منفی بودن تفاوت میانگین در دو متغیر سرمایه‌ی روانشناختی و تنظیم هیجان و مثبت بودن این تفاوت در دو متغیر اهمال‌کاری تحصیلی و احساس تنهایی می‌توان گفت طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد در چهار متغیر ذکر شده و زیرمقیاس‌های آنان دارای اثربخشی بالاتری است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌ی روانشناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امید و خوشبینی)، تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد، سرکوبی هیجانی)، اهمال‌کاری تحصیلی (اهمال‌کاری عمدی، اهمال‌کاری ناشی از خستگی، اهمال‌کاری ناشی از بی‌برنامگی) و تنهایی (ارتباط با دوستان، ارتباط خانوادگی و نشانه‌های عاطفی) دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی دارای اعتیاد به اینترنت بود. یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی در افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر با اعتیاد به اینترنت، اثربخشی بالاتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد. این نتیجه با یافته‌های (فنگ و دینگ، ۲۰۲۰) و (برت و همکاران، ۲۰۱۹) همسویی دارد. از آنجا که طرحواره درمانی بر اصلاح ساختارهای عمیق شناختی متمرکز است که منجر به نادیده گرفتن توانایی‌ها و عملکرد تحصیلی می‌شود، انتظار می‌رود اثربخشی آن بر سازه خودکارآمدی بیشتر از روش‌هایی باشد که مستقیماً بر فرآیندهای فرعی‌تر تمرکز دارند (فنگ و دینگ، ۲۰۲۰). با وجود اینکه درمان پذیرش و تعهد نیز بر کاهش رفتارهای اجتنابی و افزایش پذیرش تجارب درونی تمرکز دارد، هدف اولیه آن لزوماً اصلاح ساختارهای طرحواره‌ای بنیادین نیست، بلکه تغییر نحوه تعامل فرد با افکار و احساساتش است (برت و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، منطقی است که طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی دانش‌آموزان اثربخشی بالاتری داشته باشد.

در بخش دیگر نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت بود، به نحوی که طرحواره‌درمانی اثربخشی بالاتری نشان داد. این یافته با مطالعات [فنگ و دینگ \(۲۰۲۰\)](#)؛ [مرادی و همکاران \(۱۴۰۴\)](#) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت طرحواره‌درمانی، که بر ایجاد دیدگاه واقع‌بینانه‌تر نسبت به توانمندی‌های خود تأکید دارد، مکانیسم‌های مقابله‌ای بنیادین فرد را تقویت می‌نماید ([فنگ و دینگ، ۲۰۲۰](#)). در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیش از آنکه از طریق پذیرش تجارب درونی بتواند به طور مؤثری به تاب‌آوری منجر شود، نیاز به اصلاح باورهای عمیق درباره توانایی کنترل و خویشتن‌داری است. بنابراین، این بخش از یافته‌ها نیز منطقی است.

افزون بر این نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر به مراتب بیشتری بر افزایش سطح امید دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت دارد. این نتیجه با پژوهش‌های [مرادی و همکاران \(۱۴۰۴\)](#) و [نصرتی و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) همسو است. طرحواره‌درمانی با متمرکز شدن بر بازسازی این باورهای هسته‌ای ناسالم، به طور مستقیم این چارچوب ذهنی منفی‌بافی را به چالش کشیده و چارچوبی واقع‌بینانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر برای آینده جایگزین می‌کند که این امر مستقیماً موجب تقویت امید می‌شود ([نصرتی و همکاران، ۲۰۲۵](#)). در مقابل، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر مدیریت هیجانات همراه با ناامیدی و تعهد به عمل متمرکز است ([مرادی و همکاران، ۱۴۰۴](#)). بنابراین، این تفاوت در یافته‌ها، منطقی است.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی در کاهش بدبینی و افزایش خوش‌بینی دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، اثربخشی معنادار بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. این نتیجه با پژوهش‌های از جمله [لورنز \(۲۰۲۵\)](#) و [نصرتی و همکاران \(۲۰۲۵\)](#) همسو است. طرحواره‌درمانی با شناسایی و به چالش کشیدن این الگوهای معیوب و برآورده نشده، به طور مستقیم ساختار شناختی منفی‌بافی را اصلاح می‌کند؛ این اصلاح بنیادین، خود منجر به تغییر چشم‌انداز آینده و افزایش خوش‌بینی می‌شود ([لورنز، ۲۰۲۵](#)). در حالی که درمان پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا با افکار منفی همراه شود و زندگی کند. بنابراین، در مورد متغیر خوش‌بینی که نیازمند بازسازی باورهای هسته‌ای است، مداخله مستقیم طرحواره‌درمانی نتایج بهتری به همراه داشته است.

همچنین بخشی دیگر از یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی در بهبود کیفیت و کمیت ارتباط با دوستان دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، اثربخشی بهتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است. این نتیجه با پژوهش‌های از جمله [آلتیری و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [فریکینگ و همکاران \(۲۰۲۰\)](#)، همسو است. طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن مستقیم این الگوهای ناکارآمد در سطح هسته‌ای، به دانش‌آموز کمک می‌کند تا انتظارات غیرواقعی خود را تغییر داده و مهارت‌های ارتباطی سالم‌تری را جایگزین سازد، که این امر به طور مستقیم کیفیت روابط دوستانه را بهبود می‌بخشد ([آلتیری و همکاران، ۲۰۲۴](#)). رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار و احساسات مربوط به ارتباطات ناکام و سپس عمل کردن بر اساس ارزش‌های فردی در حوزه روابط تمرکز دارد ([نصرتی و همکاران، ۲۰۲۵](#)). در حالی که این رویکرد می‌تواند اضطراب ناشی از تعاملات را کاهش دهد، اما مانند طرحواره‌درمانی، مستقیماً ساختار شناختی معیوب (طرحواره استحقاق) را اصلاح نمی‌کند. بنابراین، این نتیجه نیز منطقی است.

در بخش دیگر نتایج نشان از تفاوت معنادار در اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ارتباط خانوادگی دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت بود، به طوری که طرحواره‌درمانی مؤثرتر عمل کرده است. این یافته با نتایج مطالعات [آلتیری و همکاران \(۲۰۲۴\)](#)، [فریکینگ و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) همسو است. طرحواره‌درمانی به طور مستقیم این الگوهای هسته‌ای و زمینه‌ای را هدف قرار داده و به اصلاح آن‌ها می‌پردازد، که این امر موجب بازیابی تدریجی انتظارات واقع‌بینانه و بهبود الگوهای تعامل سالم در محیط خانواده می‌گردد ([آلتیری و همکاران، ۲۰۲۴](#)). تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر پذیرش تجربیات درونی و تعهد به اقدامات مبتنی بر ارزش‌ها است. و فاقد پروتکل‌های ساختارمندی برای شناسایی و تغییر مستقیم

طرحواره استحقاق، به عنوان منشأ اصلی اختلافات خانوادگی محسوب می‌شود. به همین دلیل، رویکرد ریشه‌ای طرحواره‌درمانی در این متغیر بر رویکرد پذیرش و تعهد برتری نشان داده است.

همچنین بخشی از نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های عاطفی در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت وجود دارد و طرحواره‌درمانی ارجحیت دارد. این نتیجه با یافته‌های اخیر [لهی^۱ \(۲۰۱۹\)](#) و [رینهارد و همکاران^۲ \(۲۰۲۲\)](#) همسو است. طرحواره‌درمانی به دلیل مداخله مستقیم و بازسازی این الگوهای عمیق شناختی و هیجانی، به طور مؤثری به فرد کمک می‌کند تا این بازاری را کنار گذاشته و سلامت عاطفی بهتری کسب کند [\(لهی، ۲۰۱۹\)](#). رویکرد پذیرش و تعهد به طور مستقیم به اصلاح هسته طرحواره‌ای (مانند بازداری هیجانی) نمی‌پردازد؛ بلکه به فرد می‌آموزد که چگونه با احساسات ناشی از آن طرحواره‌ها کنار بیاید. لذا برتری طرحواره‌درمانی منطقی به نظر می‌رسد. در بخش دیگر نتایج حاکی از این بود که میان اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر ارزیابی مجدد هیجانی (استفاده از مکانیزم‌های شناختی برای کاهش فشار عاطفی) در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، تفاوت معناداری وجود دارد و طرحواره‌درمانی اثربخشی بالاتری را نشان می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های [حساس و همکاران^۳ \(۲۰۲۴\)](#) و [موریس و همکاران \(۲۰۱۸\)](#) همراستا است. به طور کلی، استفاده افراطی از اینترنت برای کنترل هیجانات، یک راهکار کوتاه‌مدت برای کاهش تنش ناشی از استرسورها است [\(حساس و همکاران، ۲۰۲۴\)](#). طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن و بازسازی مستقیم طرحواره بازداری هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا احساسات را به شیوه‌ای سالم‌تر تجربه و بیان کند و دیگر نیازی به استفاده از اینترنت به عنوان ابزار فرار و ارزیابی مجدد هیجانی نداشته باشد. اگرچه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به پذیرش هیجان کمک کند، اما در اصلاح بنیادین طرحواره‌ای که منجر به این رفتار ارزیابی مجدد شده است، محدودیت‌هایی دارد و به همین دلیل، طرحواره‌درمانی در کاهش این رفتار مقابله‌ای ریشه‌ای، مؤثرتر عمل می‌کند.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که میان اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر سرکوبی هیجانی در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، تفاوت معناداری وجود دارد و طرحواره‌درمانی اثربخشی بالاتری دارد. این نتیجه با پژوهش‌های [حاتمی‌نژاد و همکاران \(۱۴۰۴\)](#) و [ووجناروسکا و همکاران^۴ \(۲۰۲۰\)](#) همسو است. سرکوب هیجانی به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای ناسازگار، به معنای توقف آگاهانه یا ناخودآگاه تجربه، پردازش و ابراز احساسات است [\(حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۴\)](#). طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی، تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و بازسازی طرحواره‌های ریشه‌ای مانند بازداری هیجانی، مستقیماً ساختار شناختی زیربنایی که باعث نیاز به سرکوب می‌شود را هدف قرار می‌دهد. این رویکرد، فرصتی برای ارتقای تکنیک‌های تنظیم هیجان از طریق ایجاد شیوه‌های رویارویی سالم‌تر فراهم می‌کند [\(ووجناروسکا و همکاران، ۲۰۲۰\)](#). در مقابل، رویکرد پذیرش و تعهد در حالی که پذیرش هیجان را ترویج می‌کند، بیشتر بر تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات (مانند اجتناب شناختی) تمرکز دارد، اما به اندازه طرحواره‌درمانی در اصلاح بنیادین طرحواره بازداری هیجانی که عامل اصلی سرکوب است، عمیق عمل نمی‌کند. از این رو، برتری طرحواره‌درمانی در تعدیل متغیر سرکوبی هیجانی منطقی به نظر می‌رسد.

در بخش دیگر، یافته‌ی پژوهش حاکی از تفاوت معنادار در اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر اهمال‌کاری عمدی در دانش‌آموزان با اعتیاد به اینترنت بود، به طوری که اثربخشی بالاتری از خود نشان داد. این امر با نتایج مطالعات [ژنگ و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [وانگ و همکاران \(۲۰۱۷\)](#) همسو است. طرحواره‌درمانی مستقیماً با هدف قرار دادن و بازسازی طرحواره شکست/شرم، به اصلاح زیربنای شناختی-عاطفی اهمال‌کاری می‌پردازد [\(ژنگ و همکاران، ۲۰۲۴\)](#). این درمان با ارتقای طرحواره‌های سازگارتر و تغییر الگوهای رفتاری ریشه‌ای، به فرد کمک می‌کند تا با انتظارات غیرواقعی از خود مقابله کرده و انگیزه درونی برای شروع و اتمام وظایف را بازیابد [\(وانگ و همکاران، ۲۰۱۷\)](#). در مقابل، رویکرد پذیرش و تعهد از طریق افزایش پذیرش افکار خودانتقادی و کاهش تلاش برای کنترل آن افکار، موقتاً اضطراب ناشی از شروع کار را کاهش دهد، اما

3. Leahy

4. Reinhard et al.

1. Hassas et al.

2. Wojnarowska et al.

فاقد رویکرد ساختاری برای تغییر طرحواره بنیادین شکست است. بنابراین، طرحواره درمانی به دلیل مداخله عمیق تر در ریشه طرحواره‌ای، اثربخشی بالاتری بر کاهش اهمال کاری عمدی دارد.

از سوی دیگر نتایج نشان داد که میان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اهمال کاری ناشی از خستگی در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، تفاوت وجود دارد و طرحواره درمانی اثربخشی بالاتری را نشان داد. این یافته با پژوهش [اسوارتدال و لوک \(۲۰۲۲\)](#)؛ [گائون و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) همسو بود. طرحواره درمانی مستقیماً با هدف قرار دادن طرحواره‌ی ملاک‌های سخت‌گیرانه، به اصلاح ریشه‌ی اصلی این فرسودگی می‌پردازد و به فرد می‌آموزد که استانداردهای خود را تعدیل کند، به نیازهای اساسی (از جمله استراحت کافی) پاسخ دهد و از منطق "همه یا هیچ" در مورد عملکرد دست بردارد ([گائون و همکاران، ۲۰۱۹](#)). در مقابل، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است به فرد بیاموزد تا احساس خستگی و افکار مربوط به استانداردهای بالا را بپذیرد و صرفاً "با آگاهی" به انجام وظیفه بپردازد، اما این درمان مکانیسم لازم برای تغییر باور بنیادین فرد درباره لزوم دستیابی به کمال و استانداردهای غیرمنطقی را ندارد. از این رو، طرحواره درمانی به دلیل مداخله در طرحواره اصلی، در مدیریت بلندمدت خستگی و اهمال کاری ناشی از آن مؤثرتر عمل می‌کند.

در نهلیت نتایج نشان داد که میان اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اهمال کاری ناشی از بی‌برنامگی در دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت، تفاوت وجود دارد و طرحواره درمانی اثربخشی بالاتری را نشان داد. یافته‌های این بخش از پژوهش با پژوهش [اسوارتدال و لوک \(۲۰۲۲\)](#)؛ [ولنگ و همکاران \(۲۰۱۷\)](#) همسو است. طرحواره درمانی به فرد می‌آموزد که ساختارها و برنامه‌ریزی‌های مؤثر را جایگزین عادات‌های افراطی کند ([وانگ و همکاران، ۲۰۱۷](#)). در حالی که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با افزایش پذیرش وضعیت فعلی و تداوم تلاش (حتی در صورت بی‌برنامگی)، تا حدی از اجتناب مزمن بکاهد، اما فاقد ابزارهای ساختاری لازم برای اصلاح الگوهای برنامه‌ریزی و نظارت بر رفتار است ([اسوارتدال و لوک، ۲۰۲۲](#)). بنابراین، مداخله مستقیم طرحواره درمانی بر طرحواره‌های زیربنایی کنترل و برنامه‌ریزی، منجر به کاهش مؤثرتر اهمال کاری ناشی از بی‌نظمی می‌شود.

این پژوهش مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی است؛ از جمله: از آنجا که در این پژوهش امکان کنترل تمام متغیرهای مداخله‌گر مانند: وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و هوش وجود نداشته، لذا در تعمیم نتایج بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. نتایج پژوهش به دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی دوم دارای اعتیاد به اینترنت شهرستان بروجرد محدود می‌گردد. لذا در تعمیم نتایج به سایر دانش‌آموزان شهرهای دیگر جانب احتیاط رعایت گردد. محدودیت‌های طبیعی پرسشنامه به عنوان یکی از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات: از آنجا که در این تحقیق هم از پرسشنامه به عنوان یکی از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است و پاسخ دهندگان با توجه به ادراک خود پاسخ داده‌اند لذا این پاسخ‌ها ممکن است با واقعیت مطابقت نداشته باشند. در پایان با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد، محققانی که علاقه مند به مطالعه و پژوهش در زمینه ی اعتیاد اینترنتی و معضلات آن در جامعه ی مدرن می‌باشند این مطالعه را بر روی جوامع دیگر از لحاظ قومیت، فرهنگ، جنسیت و سنین مختلف انجام دهند و متغیرهای روانشناختی و سبک‌های دیگر درمانی را در این زمینه به کارگیری نمایند. همچنین با توجه به تاثیر بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌ی روانشناختی، تنظیم هیجان، اهمال کاری تحصیلی و تنظیم هیجان پیشنهاد می‌گردد در مراکز تربیتی، مدارس و هسته‌های مشاوره‌ی آموزش و پرورش از طرحواره درمانی در جهت کاهش اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان استفاده شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش سعی شده است که مسائل اخلاقی پژوهش، مانند رازداری در مورد اطلاعات نمونه آماری مورد مطالعه لحاظ گردد و اطمینان داده شده است که همکاری آن‌ها با محقق هیچگونه خطری در فرایند کاری آن‌ها نداشته و حتی مفید نیز خواهد بود. شرکت کنندگان با رضایت آگاهانه خود در انجام این پژوهش شرکت کردند و به کسانی هم که از انجام آزمایش امتناع کردند،

نهایت احترام گذاشته شد. در این تحقیق سعی شده است کلیه آزمون‌ها بطور استاندارد اجرا و نمره‌گذاری دقیقاً بر اساس روش‌های مرجع هر آزمون صورت گیرد، همچنین سعی شده است که تکمیل پرسشنامه در زمان اوقات فراغت و بیکاری دانش‌آموزان صورت بگیرد تا خللی در امر آموزش و کار آن‌ها ایجاد نشود. لازم به ذکر است که با توجه به اینکه نمونه‌های مورد مطالعه انسان هستند این پژوهش در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۲ در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی و با شناسه اخلاق IR.IAU.B.REC.1402.111 ثبت شده است.

۶. سیاست‌گذاری

بدین وسیله از تمامی همکاران در مدارس به ویژه مدیران محترمی که با تهیه امکانات و زیر ساخت لازم بنده را در جهت پیشبرد اهداف این پژوهش حمایت نمودند، تشکر می‌شود.

۷. حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی را از سازمان یا شخصی دریافت نکرده است.

۸. تعارض منافع

این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

منابع فارسی:

- آجورلو، س.، پورحسین، ر.، و نقش ز. (۱۴۰۳). اثربخشی روش مرور خویشتن بر پریشانی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در دختران نوجوان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۲)، ۱-۱۲. <http://frooyesh.ir/article-1-4985-fa.html>
- حسینی، س.، و رافعی، ز. (۱۴۰۳). پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت براساس انواع چشم‌انداز زمانی و الگوهای روابط موضوعی در دانش‌آموزان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۴ (۵۵)، ۳۷-۴۸. <https://doi.org/10.22034/spr.2024.429237.1928>
- حسنعلی‌زاده روشن، ش.، علاف اصغری، ف.، محمدزاده ادملائی، ر.، نجفی پور تابستانق، ع.، و صوابی نیری، و. (۱۴۰۳). تاثیر یادگیری مشارکتی بر انگیزه تحصیلی، اهمال‌کاری و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان دوره اول متوسطه شهر بابل. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۱۰)، ۲۹۷-۲۸۷. <http://frooyesh.ir/article-1-3025-fa.html>
- حاتمی نژاد، م.، نوروزی همایون، م.، صادقی، م. و صدوری دمیرچی، ا. (۱۴۰۴). تدوین مدل اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان براساس کمال‌گرایی سازش‌نا یافته و اجتناب تجربه‌ای با نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی* ۱۶ (۲)، ۱۵-۳۳. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.375061.644904>
- دهشیری، غ.، برجلی، ا.، شیخی، م.، و حبیبی عسگرآبادی، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان، *مجله روانشناسی*، ۱۲ (۴۷)، ۲۸۲-۲۹۶. <https://www.sid.ir/paper/54424/fa>
- سواری، ک. (۱۳۹۰). ساخت و اعتباریابی آزمون اهمال‌کاری تحصیلی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۲ (۵)، ۱-۱۵. https://jem.atu.ac.ir/article_2660.html
- شریفی، م.، کاکابرای، ک.، و افشاری نیا، ک. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد با معلولیت جسمی و حرکتی. *دوماهنامه طب توانبخشی*، ۱۳ (۱)، ۹۴-۱۰۵. https://medrehab.sbm.ac.ir/article_1101617.html
- شکاری، ن.، عبدالله پور، م.، و لطفی، آ. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر حس امنیت و اهمال‌کاری تحصیلی در دانش‌آموزان دختر متوسطه دوم. *پویایی روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۱۴ (۱)، ۲۳۴-۲۲۱. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.4.1.14>
- طاهری، آ.، پیاده کوهسار، ا.، و عبدی، ح. (۱۴۰۳). اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱ (۳)، ۵۶۳-۵۷۴. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1646-fa.html>
- عالمی، س. ف.، و نیری، م. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر اعتیاد اینترنتی و بهزیستی روانشناختی بر دختران مراجعه کننده به کلینیک بهار دانش شهرستان مشهد، *بیستمین کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی*، ۲۵ مرداد ۱۴۰۲، بابل. <https://civilica.com/doc/1755695>
- فیروزکوهی برنج آبادی، م.، پورحسین، م.، و قاسمی ارگنه، م. (۱۴۰۰). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دشواری‌های بین فردی و اعتیاد به اینترنت در میان دانش‌آموزان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۲ (۲)، ۳۰۱-۲۸۳. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.310151.643639>

فلاحی، ف.، پرندین، ش.، و ولی زاده، ح. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۹ (۷۴)، ۲۳۴-۲۲۱.

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.59381.5949>

مرادی، ا.، شهبازی، م.، فراست، ه.، و گودرزی، ک. (۱۴۰۲). مدل پیش بینی دل شکستگی زناشویی بر پایه سبک های دل بستگی در آموزگاران متأهل:

<https://doi.org/10.22034/fcp.2023.62816> نقش میانجی گر خشم. *مشاوره و روان درمانی خانواده* ۱۳ (۱)، ۳۶-۱.

مرادی، ا.، محمدی جلالی فراهانی، م.، سودانی، م.، پیریایی، ح. (۱۴۰۴). اثربخشی «طرحواره درمانی گروهی» بر سرمایه روانشناختی و تنهایی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۴ (۱)، ۳۹-۲۶.

<http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.14.1.26>

مرادی، ا.، محمدی جلالی فراهانی، م.، سودانی، م.، پیریایی، ح. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و اهمالکاری تحصیلی دانش آموزان دارای اعتیاد به اینترنت. *رویش روان شناسی* ۱۴ (۵)، ۸۳-۹۲.

<http://frooyesh.ir/article-1-5876-fa.html>

References

- Ajurloo, S., Pourhossein, R., & Naqsh-e Z. (2024). The effectiveness of self-review method on psychological distress, psychological capital and psychological well-being in adolescent girls. *Rooyesh y*, 13(2), 12-1. <http://frooyesh.ir/article-1-4985-en.html> (In Persian)
- Alami, S. F., & Nayiri, M. (2023). The effectiveness of group schema therapy on internet addiction and psychological well-being on girls referring to Bahar Danesh Clinic in Mashhad, 20th National Conference on Psychology, Educational and Social Sciences, Babol. <https://civilica.com/doc/1755695> (In Persian)
- Altieri, L., Monaco, V., Stefanini, S. (2024). ACT and SchemaTherapy. In: Poletti, B., Tasca, G.A., Pievani, L., Compare, A. (eds) *Training in Integrated Relational Psychotherapy* (pp 445-476). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-71904-2_20
- Berte, D. Z., Mahamid, F. A., & Affounh, S. (2019). Internet addiction and perceived selfefficacy among university students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 162-176. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00160-8>
- Chavez-Yacolca. D., Castro-Champión. R., Cisneros-Gonzales. N., & Cunza-Aranzábal.S. (2025). Relationship between academic procrastination and internet addiction in Peruvian university students: the mediating role of academic self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 15, 1454234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1454234>
- Dehshiri, Gh.R., Borjali, A., Sheykhi, Mansoureh, & Habibi Askarabad, M. (2008). Development and validation of the Loneliness Scale among the university students. *Journal Of Psychology*, 12(3), 282-296. <https://sid.ir/paper/54424/en> (In Persian)
- Duygu, Ö., Özlem, Ş.A., & Gülçin, A. (2023). Investigation of the relationship between internet addiction, communication skills and difficulties in emotion regulation in nursing students, *Archives of Psychiatric Nursing*, 42 (3), 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.004>
- Falahi, F., Parandin, Sh., & Valizadeh, H. (2024). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based therapy on death anxiety and loneliness in the elderly. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 19(74), 221-234. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.59381.5949> (In Persian)
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005>
- Firuzkouhi-Brenjebadi, M., Pourhossein, M., & Ghasemi-Arganeh, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on interpersonal difficulties and internet addiction among students. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 283-301. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.310151.643639> (In Persian)
- Frinking, E., Jans-Beken, L., Janssens, M., Peeters, S., Lataster, J., & Jacobs, N. (2020). Gratitude and loneliness in adults over 40 years: examining the role of psychological flexibility and engaged living.

- Aging & Mental Health*, 24(12), 2117-2124. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673309>
- Gagnon, J., Dionne, F., Raymond, G., & Grégoire, S. (2019). Pilot study of a Web-based acceptance and commitment therapy intervention for university students to reduce academic procrastination. *Journal of American College Health*, 67(4), 374-382. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1484361>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). *Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06463-000>
- Hamdan-Mansour, AM., Hamdan-Mansour, RA., Allaham, DM., Alrashidi, M., Alhaiti, A., & Mansour, LAH. (2024). Academic procrastination, loneliness, and academic anxiety as predictors of suicidality among university students. *International Journal Ment Health Nursing*, 33 (6), 2054-2062. <https://doi.org/10.1111/inm.13366>
- Hassanalizadeh Roshan, S., Allaf Asghari, F., Mohammadzadeh Admalai, R., Najafipour Tazamaneg, A., & Swabi Nayiri, V. (2024)._The effect of participatory learning on academic motivation, procrastination and academic vitality of high school students in Babol. *Rooyesh*. 10(10), 287-297. <http://frooyesh.ir/article-1-3025-en.html> (In Persian)
- Hassas, O., Mashhadi, A., & Shamloo, Z.S. (2024). Emotional Schema Therapy for Bipolar Disorder: Improving Emotional Schemas, Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation, and Symptom Management. *International Journal of Cognitive Therapy*, 17(2), 347-368. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00196-8>
- Hatami Nejad, M., Norouzi Homayoun, M., Sadeghi, M., & Sadri Demirchi, A. (2015). Developing a model of social anxiety in students based on maladaptive perfectionism and experiential avoidance with the mediating role of difficulty in emotion regulation. *Journal of Applied Psychological Research*, 16 (2), 15-32. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.375061.644904> (In Persian)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*; 44(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hosseini, S., & Rafizi, Z. (2024). Predicting Internet Addiction Based on Types of Time Perspective and Subject Relationship Patterns in Students. *Social Psychology Research*, 14(55), 37-48. <https://doi.org/10.22034/spr.2024.429237.1928> (In Persian)
- Kim, M., Kim, A. C. H., Newman, J. I., Ferris, G. R., & Perrewé, P. L. (2019). The antecedents and consequences of positive organizational behavior: The role of psychological capital for promoting employee wellbeing in sport organizations. *Sport Management Review*, 22 (2), 108-125. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.04.003>
- Kozubal, M., Szuster, A., & Wielgopalan, A. (2023). Emotional regulation strategies in daily life: the intensity of emotions and regulation choice. *Frontiers in Psychology*, 14, 1218694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1218694>
- Krotter, A., Aonso-Diego, G., González-Menéndez, A., González-Roz, A., Secades-Villa, R., & García-Pérez, A. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, 100773. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100773>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*. 12, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Li, Y., Chen, M., Jiang, Y., Huang, H., Liu, S., Feng, Y., Zhang, X., Su, Z., Cheung, T., Chee, H., Xiang Y., & Wang, G. (2025). Internet addiction and its association with quality of life in college students: A network perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1555372. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1555372>
- Lorenz, T. (2025). Assessing psychological capital: Construction and validation of the psychological capital inventory (PSI-16) using automated item selection. *Gruppe. Interaktion. Organisation*.

- Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie*, 56(1), 203–215. <https://doi.org/10.1007/s11612-025-00789-1>
- Lu, P., Qiu, J., Huang, S., Wang, X., Han, S., Zhu, S., Ning, Y., Zeng, FF., & Yuan, Y. (2025). Interventions for Digital Addiction: Umbrella Review of Meta-Analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e59656. <https://doi.org/10.2196/59656>
- Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. *Human Resource Development Quarterly*, 23 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21119>
- Luthans, F. L., Avolio, B. J., & Avey, J. A. (2007). *Psychological Capital Questionnaire (PsyCap)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06483-000>
- Moradi, A., Shahbazi, M., Farast, H., & Goodarzi, K. (2023). Development of a Model for Predicting Marital Heartbrea through Attachment Styles: The Mediating Role of Anger.. *Family Counseling and Psychotherapy* 13 (1), 1-36. <https://doi.org/10.22034/fcp.2023.62816> (In Persian)
- Moradi, E., Mohamadi jalali farahani, M., Sodani, M., Piriaei, H.(2025). Comparing the effectiveness of group schema therapy and group acceptance and commitment therapy on emotion regulation and academic procrastination in students with internet addiction. *Rooyesh*. 14(5), 83-92. <http://frooyesh.ir/article-1-5876-fa.html> (In Persian)
- Moradi, E., Mohamadi jalali farahani, M., Sodani, M., Piriaei, H.(2025). Effectiveness of “Group Schema Therapy” on Psychological Capital and Loneliness of Second Secondary Male Students with Internet Addiction. *Journal of Health Promotion Management*. 14 (1), 26-39. <http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.14.1.26>(In Persian)
- Morris, G., Reiche, E. M. V., Murru, A., Carvalho, A. F., Maes, M., Berk, & M Puri, B. K. (2018). Multiple immune-inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways explain the frequent presence of depression in multiple sclerosis. *Molecular neurobiology*, 55 (8), 6282- 6306. <https://doi.org/10.1007/s12035-017-0843-5>.
- Muller, K. E., & Barton, C. N. (1989). Approximate power for repeated-measures ANOVA lacking sphericity. *Journal of the American Statistical Association*, 84(406), 549-555. <https://doi.org/10.1080/01621459.1989.10478802>
- Nosrati, Y., Ismaili-Mehr, S., Hosseini-Nehad, S., & Jafari, A. (2025). The teaching the concepts of schema mode therapy on post-divorce adjustment and psychological capital of divorced women with children. *Journal of Psychology*, 28(4), 505–514. <https://psycnet.apa.org/record/2026-05257-015>
- Reinhard, M. A., Popov, N., Rek, S. V., Nenov-Matt, T., Barton, B. B., Jobst, A., Musil, R., & Padberg, F. (2022). Loneliness is associated with maladaptive schema modes in patients with persistent depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154(1), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.057>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1). 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Savari, K. (2011). Construction and standardization of Academic procrastination test. *Quarterly of Educational Measure.ment*, 2(5), 1-15. https://jem.atu.ac.ir/article_2660.html?lang=en (In Persian)
- Shekari, N., Abdollahpour, M., & Lotfi, A. (2025). The effectiveness of self-compassion training on the sense of security and academic procrastination in female high school students. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 4(1), 221-234. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.4.1.14>. (In Persian)
- Sharifi, M., Kakabrai, K., & Afsharinia, K. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation in people with physical and motor disabilities. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*, 13(1), 94-105. https://medrehab.sbmu.ac.ir/article_1101617.html?lang=en (In Persian)
- Soriano-Molina, E., Limiñana-Gras, R. M., Patró-Hernández, R. M., & Rubio-Aparicio, M. (2025). The Association Between Internet Addiction and Adolescents’ Mental Health: A Meta-Analytic Review. *Behavioral Sciences*, 15(2), 116. <https://doi.org/10.3390/bs15020116>

- Sundag, J., Zens, C., Ascone, L., Thome, S., & Lincoln, TM. (2018). Are Schemas Passed on? A Study on the Association Between Early Maladaptive Schemas in Parents and Their Offspring and the Putative Translating Mechanisms. *Behavioural and Cognitiv Psychotherapy*, 46(6), 738-753. <https://doi.org/10.1017/s1352465818000073>
- Svartdal, F., & Løkke, JA. (2022). The ABC of academic procrastination: Functional analysis of a detrimental habit. *Frontiers in Psychology*, 13, 101926. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019261>
- Taheri, A., Payadeh-Kuhsar, A., & Abdi, Hassan. (2024). The effectiveness of play therapy on behavioral problems, loneliness and depression in deaf children. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 21(3), 563-574. <http://dx.doi.org/10.48305/21.3.563> (In Persian)
- Tang, Y., & He, W. (2022). Emotion Regulation and Psychological Capital of Chinese University Students during the COVID-19 Pandemic: The Serial Mediation Effect of Learning Satisfaction and Learning Engagement. *International Journal Environ Research Public Health*.19 (20).136-147. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013661>
- Thompson, A. J. R., Shepertucky, M., Zhang, J. T., Bryant, T., Morin, E., Sy, A., & Li, Q. (2026). Under Pressure: The Effect of System, Surface Geometry, and Load on the Measure of Contact Pressure. Surface Geometry, and Load on the Measure of Contact Pressure, *Clinical Psychology Review*, 114, 103969. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2026.103969>
- Tuckman, B. W. (1991).The development and concurrent validity of the procrastination scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51(2), 473-480. <https://doi.org/10.1177/0013164491512022>
- Urmila, J. & Swathi, P. (2025). Relation between Psychological Capital and Emotional Regulation in College Students. *International Journal of Indian Psychology*, 13 (1), 1588-1595. <https://ijip.in/articles/psychological-capital-and-emotional-regulation/>
- Vieira, C., Kuss, D., & Griffiths, M. (2023). Early maladaptive schemas and behavioural addictions: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 105, 102340. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102340>
- Walter, O., & Hazan-Liran, B. (2025). Psychological capital and procrastination among mothers in higher education. *Frontiers in Education*, 10 (18). 1568392. <https://doi.org/10.3389/feduc.2025.1568392>
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive –behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48 -58. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731515577890>
- Wang, Y., & Zeng, Y. (2024). Relationship between loneliness and internet addiction: A meta-analysis. *BMC Public Health* .24, 858. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18366-4>
- Widyanto, L., Griffiths, M., & Brunsten, V. (2008). The Psychometric Properties of the Internet Related Problem Scale: A Pilot Study. *International Journal Mental Health Addiction*, 6(1), 205–213. <https://doi.org/10.1007/s11469-007-9120-6>
- Wojnarowska, A., Kobylinska, D., & Lewczuk, K. (2020). Acceptance as an Emotion Regulation Strategy in Experimental Psychological Research: What We Know and How We Can Improve That Knowledge. *Frontiers Psychology*, 27, 242. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00242>
- Yaghoubi, A., Naderipour, H., Yarmohammadi Wasel, M., & Mohagheghi, H. (2019). Explaining psychological well-being based on mindfulness, need for cognition and psychological capital in students. *Quarterly Journal of Educational Psychology*, 15 (52), 217-237. <https://doi.org/10.22054/jep.2019.35337.2381>. (In Persian)
- Young, K. S. (1998). *Internet Addiction Test (IAT)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t41898-000>
- Young, J. E., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?t=1>

- Youssef-Morgan, C. (2024). Psychological capital and mental health: Twenty-five years of progress. *Organizational Dynamics*, 53(4), 101081. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2024.101081>
- Yuan, J., Zheng, M., Liu, D., & Wang, L. (2024). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation in Adolescent Patients with Nonsuicidal Self-Injury. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 47-53. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231324>
- Zeng, L., Wang, J., Liu, G., Yuan, Z., Li, L., & Peng, Y. (2024). Rumination, psychological capital and academic procrastination among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 137, 106170. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106170>

The comparison of schema therapy and acceptance and commitment therapy on psychological capital, loneliness, academic procrastination, and emotion regulation of students with internet addiction.

Extended Abstract

Introduction&Aim

Internet addiction is defined as excessive and compulsive use of the internet that leads to psychological, social, academic, and occupational problems, as well as physical symptoms such as eye strain, back pain, and changes in sleep and eating patterns (Young, 1998). It is a behavioral addiction characterized by symptoms such as behavioral dependence and difficulty controlling emotions, similar to substance addiction (Soriano-Molina et al., 2025). Although the internet is essential for cultural, social, economic, and scientific development (Lu et al., 2025), excessive use leads to negative consequences. Adolescence is a particularly critical period for the development of internet addiction, as adolescents strive to establish a coherent identity (Moradi et al., 2023), and the internet has become a primary context for identity exploration, yet it also serves as a maladaptive platform for this process. Wang & Zheng (2024) demonstrated that adolescents with internet addiction experience loneliness, as they may form an empty identity through virtual spaces, which exacerbates feelings of loneliness. As adolescents seek identity through the internet, they may form an empty identity, which exacerbates feelings of loneliness. Loneliness is an emotional state in which an individual feels socially and emotionally disconnected from others and lacks meaningful relationships. This feeling can arise from various factors, including a lack of deep and meaningful connections, differences in values and interests, a sense of not belonging, low self-esteem, or fear of judgment (Wang & Zheng, 2024). One factor contributing to loneliness in students is academic procrastination. Students who procrastinate, because they delay important daily tasks, often feel left behind by their peers and thus experience loneliness. Academic procrastination refers to delaying academic tasks such as regular class attendance, studying for exams, writing papers, and participating in school programs (Hamdan-Mansour et al., 2024). It is considered a persistent tendency to delay academic tasks, often accompanied by anxiety. In other words, students' engagement with the internet consumes a significant amount of time, leaving them without sufficient opportunity to complete their academic assignments (Chaves et al., 2025).

Research by Hatami-Nejad et al. (2025) has shown that academic procrastination is related to emotion regulation. Students who struggle with emotion regulation are unable to cope with important life tasks because they perceive them as threats to their peace and security, and thus avoid completing their assignments. Emotion regulation is a strategy that prevents individuals from confronting unpleasant experiences and helps them cope with emotions arising from arousing experiences, so they do not encounter problems when engaging in emotional activities such as internet use (Duygu et al., 2023). Emotion regulation refers to the processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions. Research has shown that difficulties in emotion regulation are a strong predictor of internet addiction. Internet addiction serves as a way to escape negative emotions and reality and to reduce stress; the mind seeks a factor to reduce tension and pressure, and by diverting attention from the stressor to an entertaining factor (the internet), it attempts to control negative emotions (Duygu et al., 2023). Tang & He (2022) demonstrated that deficits in emotion

regulation stem from low psychological capital. Students with low psychological capital have low self-efficacy and resilience; they lose hope and motivation when facing daily challenges, become despondent, and are thus prone to negative and uncontrollable emotions. Psychological capital, introduced by Luthans et al. (2012), is a new concept in positive psychology comprising four components: hope, resilience, optimism, and self-efficacy. Individuals with low psychological capital avoid challenges rather than confronting them, hold unrealistic expectations, and thus experience frequent failure; to compensate, they turn to activities such as the internet and engage in excessive use (Burt et al., 2019). Kim et al. (2019) indicated a relationship between psychological capital and academic and occupational performance. Walter and Hazan-Liran (2025) also found a link between psychological capital components and academic procrastination. Conversely, high psychological capital enables individuals to regulate their emotions and manifest this skill through adaptive and positive behaviors (Urmila & Swati, 2025).

Given the above, which confirms the relationships of psychological capital, loneliness, academic procrastination, and emotion regulation with students' academic and family functioning, there is a need to employ various strategies to increase psychological capital and reduce loneliness, internet addiction, and academic procrastination, and to improve emotion regulation among students. One widely used approach in this context is Schema Therapy. Schema Therapy is an integrative approach derived from cognitive-behavioral therapy, attachment theory, Gestalt concepts, psychoanalysis, object relations theory, and constructivism. These concepts were integrated into a comprehensive model by Young et al. (2003). Numerous studies have examined the effectiveness of this approach in treating internet addiction (Alami & Nayeri, 2023), reducing academic procrastination (Svardal & Løk, 2022), and improving emotion regulation (Sandag et al., 2018). Another effective approach in this context is group Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Numerous studies have examined the impact of this approach on internet addiction (Moradi et al., 2025; Moradi et al, 2025). ACT comprises six core processes: acceptance, cognitive defusion, self-as-context, being present, values, and committed action, which lead to cognitive adaptation (Hayes et al., 2006). ACT increases psychological capital—hope, resilience, optimism, and self-efficacy—through enhancing cognitive flexibility, enabling individuals to accept problems and unexpected life events (Feng & Ding, 2020). This approach also promotes academic self-efficacy and reduces academic procrastination by increasing responsibility and commitment to values (Zheng et al., 2024). Furthermore, it reduces experiential avoidance—which has linguistic and cognitive origins—through verbal processing and cognition, thereby improving emotion regulation (Yuan et al., 2024). Additionally, it reduces loneliness by enhancing psychological flexibility (Fricking et al., 2020).

Despite the growing body of research on the effectiveness of Schema Therapy and ACT in treating internet addiction, several gaps remain in the literature. First, most previous studies have examined the effectiveness of these interventions separately, and few studies have directly compared their relative efficacy in the context of internet addiction among adolescents. Second, previous research has primarily focused on a limited set of dependent variables, such as emotion regulation and academic procrastination, while neglecting other important psychological variables such as psychological capital and loneliness. Third, the majority of existing studies have been conducted in Western populations, and there is a scarcity of research in Iranian adolescent populations. Fourth, the theoretical mechanisms underlying the differential effectiveness of Schema Therapy and ACT remain underexplored.

The comparison between Schema Therapy and ACT is theoretically justified by their distinct mechanisms of change. ACT, as a third-wave cognitive-behavioral therapy, focuses on psychological flexibility, acceptance, cognitive defusion, and values-based action. It aims to help individuals develop a different relationship with their thoughts and feelings rather than changing their content. This approach is particularly effective for short-term symptom reduction and enhancing emotion regulation through acceptance and defusion techniques (Hayes et al., 2006). In contrast, Schema Therapy targets early maladaptive schemas, which are deep-rooted cognitive-affective patterns formed in childhood and adolescence. By identifying and modifying these schemas and coping styles, Schema Therapy aims to bring about more sustainable changes in psychological capital, loneliness, and long-term behavioral patterns such as academic procrastination (Young et al., 2003). Therefore, comparing these two approaches allows us to determine whether targeting deeper cognitive-affective structures (Schema Therapy)

produces more durable improvements than targeting current cognitive processes (ACT) in adolescents with internet addiction.

Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of group Schema Therapy and group ACT on psychological capital, emotion regulation, academic procrastination, and loneliness in male high school students with internet addiction in Borujerd city. The following hypotheses were proposed:

H1: Both Schema Therapy and ACT will significantly improve psychological capital and emotion regulation, and reduce academic procrastination and loneliness in students with internet addiction compared to the control group.

H2: Schema Therapy will be more effective than ACT in improving psychological capital and reducing loneliness, due to its focus on early maladaptive schemas and deep-rooted emotional patterns.

H3: ACT will be more effective than Schema Therapy in improving emotion regulation in the short term, due to its focus on acceptance and cognitive defusion techniques.

Methodology

This research is of applied purpose and quasi-experimental method with a pre-test-post-test design with two experimental groups and one control group. The sample size was estimated based on Cohen (1992) for a three-group design with an effect size of 0.53, a significance level of 0.05, and a statistical power of 0.79, which yielded a minimum of 12 participants per group. This estimation was further adjusted for the primary statistical test of the study (Repeated Measures ANOVA with within-between interaction) and the three measurement time points (pre-test, post-test, and 3-month follow-up). To prevent potential attrition and to enhance the robustness of the findings, 12 participants were assigned to each group, resulting in a total of 36 participants. However, given the relatively small number of participants per group, caution should be exercised in generalizing the findings, and future studies with larger sample sizes are recommended. The measurement procedure consisted of three stages: pre-test, post-test, and a 3-month follow-up. In the pre-test stage (one week before the intervention), all participants completed the research questionnaires. The post-test was administered immediately after the completion of the intervention sessions (8 sessions for experimental group 1 and 10 sessions for experimental group 2). The follow-up assessment was conducted three months after the post-test to evaluate the stability of the intervention effects. Data were analyzed using Repeated Measures ANOVA via SPSS software (version 26). Prior to the intervention, all participants were fully briefed on the study objectives and procedures in simple, non-technical language to ensure clear understanding, particularly given that the participants were high school students. Written informed consent was obtained from all students and their parents. The inclusion criteria for this study were as follows: (1) informed consent to participate in the study, (2) absence of psychotic illnesses, (3) mental health status, and (4) absence of use of neuropsychiatric medications. All three latter criteria (i.e., absence of psychotic illnesses, mental health status, and absence of neuropsychiatric medication use) were assessed through a structured clinical interview and evaluation conducted by a licensed psychiatrist. In this interview, the psychiatrist evaluated the participants' psychiatric history, current mental status, and medication use based on the DSM-5 criteria to confirm eligibility. The fifth inclusion criterion was being enrolled in school at the time of the study. The exclusion criteria included: (1) failure of any student to cooperate during the treatment, and (2) failure to attend more than 2 therapy sessions in the group. Internet addiction was assessed using the Internet Addiction Test (Young, 1998), a 20-item self-report questionnaire with scores ranging from 20 to 100. Based on Young's (1998) classification, scores of 50-79 indicate occasional or frequent problems due to internet use, and scores of 80 and above indicate significant problems. In the present study, a cut-off score of 69 was selected to identify students with moderate-to-severe internet addiction, consistent with this classification and previous research in adolescent populations. Accordingly, students who scored 69 or higher were identified as having internet addiction and were considered eligible for the study. Experimental group one underwent eight 60-minute sessions of acceptance and commitment intervention (Hayes et al., 2006 or Iranian protocol by Firuzkouhi-Brenjebadi et al, 2021), and experimental group two underwent ten 60-minute sessions of schema therapy intervention (Young 2003, or Iranian protocol by Alami & Nayiri, 2023). Both interventions were conducted in a group format, with 60-minute weekly sessions. Experimental group 1 received ACT based on Hayes et al. (2006) in 8 sessions, focusing on acceptance, cognitive defusion, values, and committed action. Experimental group 2 received Schema Therapy based on Young (2003) in 10 sessions, focusing on identifying early maladaptive schemas and employing cognitive, experiential, and behavioral techniques. The

difference in the number of sessions reflects the standard protocols of each approach: ACT is typically shorter and more structured, while Schema Therapy requires more sessions due to its deeper focus on schema modification. The control group received no intervention. The tools used in this study included: Psychological Capital Questionnaire (Luthans et al., 2007): This 24-item scale measures hope (items 7-12), resilience (items 13-18), optimism (items 19-24), and self-efficacy (items 1-6) on a 6-point Likert scale (1 = strongly disagree to 6 = strongly agree), with items 13, 20, and 23 reverse-scored. Validity was confirmed by Yousef-Morgan (2024) with CFI = 0.97 and RMSEA = 0.08. Cronbach's alpha was 0.96 in Ajurloo et al. (2024) and 0.91 in the present study. Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003): This 10-item scale consists of two subscales: cognitive reappraisal (6 items) and expressive suppression (4 items), rated on a 7-point Likert scale (1 = strongly disagree to 7 = strongly agree). Cronbach's alpha was 0.79 for reappraisal and 0.73 for suppression in the original study (Gross & John, 2003). Validity was confirmed by Kozubal et al. (2023). In Iran, Sharifi et al. (2024) reported a reliability of 0.70 and content validity of 0.90. In the present study, Cronbach's alpha was 0.73 for the current sample. Academic Procrastination Scale (Savari, 2011): This 12-item scale consists of three subscales: deliberate procrastination (items 1-5), procrastination due to physical-mental fatigue (items 6-9), and procrastination due to lack of planning (items 10-15), rated on a 5-point Likert scale (0 = never to 5 = always). Cronbach's alpha was 0.85 for the total scale (Savari, 2011). Concurrent validity was confirmed by Hassan Alizadeh et al. (2024) with a correlation of 0.35 ($p = 0.003$) with the Tuckman (1991) scale. Cronbach's alpha was 0.87 in Shekari et al. (2025) and 0.91 in the present study. Loneliness Questionnaire (Dehshiri et al., 2008): This 38-item scale consists of three subscales: loneliness due to family relationships (16 items), loneliness due to relationships with friends (12 items), and emotional signs of loneliness (10 items), rated on a 5-point Likert scale (1 = very little to 5 = very much), with total scores ranging from 38 to 190. Cronbach's alpha was 0.91 for the total scale in the original study (Dehshiri et al., 2008). Concurrent validity was confirmed by Fallahi et al. (2024) with a correlation of 0.38 ($p = 0.001$) with the Russell (1996) Loneliness Scale. Cronbach's alpha was 0.89 in Taheri et al. (2024) and 0.84 in the present study.

Data analysis: Data were analyzed using SPSS software (version 26). First, descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) were used to summarize the demographic characteristics and research variables. Prior to the main analysis, the assumptions of Repeated Measures ANOVA were examined, including normality (Shapiro-Wilk test), homogeneity of variances (Levene's test), and sphericity (Mauchly's test). Then, a mixed-design Repeated Measures ANOVA (3 groups $\times$ 3 time points) was used to compare the effectiveness of the two interventions (ACT and Schema Therapy) and the control group across pre-test, post-test, and 3-month follow-up. Bonferroni post-hoc tests were used for pairwise comparisons. The significance level was set at $p < 0.05$. Effect sizes were reported using partial eta squared (η^2p)

Results

There were 36 participants in this study, all of whom were boys. Twelve participants were in the control group, 12 in the intervention group 1 (ACT), and 12 in the intervention group 2 (Schema Therapy). The mean and standard deviation of the ages of students in the intervention group 1, intervention group 2, and control group were 16.47 ± 1.43 , 16.1 ± 1.39 , and 16.08 ± 1.38 years, respectively. In each group, there were 6 students from the 11th grade and 6 students from the 12th grade. To examine the equivalence of the three groups at baseline, a one-way ANOVA was conducted on the pre-test scores of all dependent variables and demographic characteristics. The results showed no significant differences among the three groups at baseline ($p > 0.05$ for all variables), confirming the homogeneity of the groups prior to the intervention.

Before the main analysis, the assumptions of Repeated Measures ANOVA were examined. The Shapiro-Wilk test confirmed the normality of the data for psychological capital ($W = 0.189$, $p = 0.200$), academic procrastination ($W = 0.191$, $p = 0.186$), emotion regulation ($W = 0.147$, $p = 0.187$), and loneliness ($W = 0.212$, $p = 0.098$). Levene's test indicated homogeneity of variances for psychological capital ($F = 2.807$, $p = 0.087$), loneliness ($F = 0.168$, $p = 0.078$), academic procrastination ($F = 0.098$, $p = 0.132$), and emotion regulation ($F = 1.985$, $p = 0.138$). Box's M test ($F = 0.95$, $p = 0.62$) confirmed the homogeneity of the variance-covariance matrices.

Mauchly's test of sphericity indicated that the sphericity assumption was violated for all dependent variables ($p = 0.001$ for all). Therefore, the Greenhouse-Geisser correction was applied to adjust the degrees of freedom, as the

epsilon values for all variables were less than 0.75 (psychological capital: $\epsilon = 0.54$; emotion regulation: $\epsilon = 0.57$; academic procrastination: $\epsilon = 0.65$; loneliness: $\epsilon = 0.43$) (Muller & Barton, 1989; Thompson et al., 2025).

The results of the mixed-design Repeated Measures ANOVA with Greenhouse-Geisser correction (3 groups $\times$ 3 time points) are presented in Table 1. The results showed a significant main effect of group for all four dependent variables: psychological capital ($F = 147.467$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.910$), loneliness ($F = 46.024$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.760$), emotion regulation ($F = 58.850$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.802$), and academic procrastination ($F = 9.601$, $p = 0.001$, $\eta^2p = 0.398$).

Moreover, the results indicated a significant main effect of time for all dependent variables: psychological capital ($F = 19.604$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.886$), loneliness ($F = 55.868$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.654$), emotion regulation ($F = 17.790$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.760$), and academic procrastination ($F = 2.359$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.453$). This indicates that, regardless of group membership, the scores of all participants changed significantly across the three measurement stages (pre-test, post-test, and 3-month follow-up).

Furthermore, the results revealed a significant Group $\times$ Time interaction effect for all four dependent variables: psychological capital ($F = 4.247$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.879$), loneliness ($F = 4.021$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.578$), emotion regulation ($F = 3.786$, $p < 0.001$, $\eta^2p = 0.710$), and academic procrastination ($F = [4.124]$, $p < 0.001$, $\eta^2p = [0.443]$). This indicates that the trend of changes across the three measurement stages differed significantly among the three groups. In other words, the two experimental groups (ACT and Schema Therapy) showed different patterns of improvement compared to the control group across the measurement stages.

Post-hoc pairwise comparisons using Bonferroni correction were conducted to identify which groups differed significantly at the post-test stage. The results showed that both experimental groups (ACT and Schema Therapy) differed significantly from the control group in all four dependent variables ($p < 0.001$). Specifically, in psychological capital, the Schema Therapy group showed a significantly greater improvement compared to the ACT group (mean difference = -10.693 , $p < 0.001$) and the control group (mean difference = 21.317 , $p < 0.001$). Similarly, in emotion regulation, the Schema Therapy group outperformed the ACT group (mean difference = -12.103 , $p < 0.001$) and the control group (mean difference = 21.929 , $p < 0.001$). In academic procrastination, the Schema Therapy group showed a significantly greater reduction compared to the ACT group (mean difference = 3.591 , $p < 0.001$) and the control group (mean difference = -6.396 , $p < 0.001$). Finally, in loneliness, the Schema Therapy group showed a significantly greater reduction compared to the ACT group (mean difference = 6.874 , $p < 0.001$) and the control group (mean difference = -13.121 , $p < 0.001$).

Based on the mean differences, it can be concluded that Schema Therapy was significantly more effective than ACT in improving psychological capital (mean difference = -10.693), emotion regulation (mean difference = -12.103), academic procrastination (mean difference = 3.591), and loneliness (mean difference = 6.874) at the post-test stage ($p < 0.001$ for all). The negative mean differences in psychological capital and emotion regulation, and the positive mean differences in academic procrastination and loneliness, indicate that Schema Therapy had a greater effectiveness compared to ACT across all four dependent variables."

Table 1. Results of repeated measures analysis in three measurement stages for research variables

Source of changes	Dependent variable	Sum of squares	df	Mean squares	F	Significance level	Effect size (η^2p)	Test power
Between-subject (group)	Psychological capital	10505.957	2	5252.978	147.467	$p < .001$	0.910	0.999
	loneliness	9218.516	2	4609.258	46.024	$p < .001$	0.760	0.997
	emotion regulation	2462.189	2	1231.095	58.850	$p < .001$	0.802	0.998

Within-subject (time)	academic procrastination	2460.073	2	1230.37	9.601	$p < .001$	0.398	0.994
	Psychological capital	698.332	2	349.166	19.604	$p < .001$	0.886	0.998
	loneliness	5595.080	2	2797.54	55.868	$p < .001$	0.654	0.996
	emotion regulation	372.157	2	186.078	17.790	$p < .001$	0.760	0.997
	academic procrastination	302.279	2	151.139	3.359	$p < .001$	0.453	0.995
Interaction (Group*Time)	Psychological capital	151.270	4	37.817	4.247	$p < .001$	0.879	0.998
	loneliness	25.780	4	6.445	4.021	$p < .001$	0.578	0.995
	emotion regulation	46.726	4	11.681	3.876	$p < .001$	0.710	0.997
	academic procrastination	144.112	4	36.028	4.124	$p < .001$	0.443	0.994

Note: Between-subject effects = group; Within-subject effects = time; Group $\times$ Time = interaction between group and time. η^2p = partial eta squared. Baseline equivalence was assessed using one-way ANOVA. Sphericity was assessed using Mauchly's test; where violated, Greenhouse-Geisser correction was applied. Post-hoc comparisons were performed using Bonferroni correction.

Conclusion

The aim of the present study was to compare the effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological capital (self-efficacy, resilience, hope, and optimism), emotion regulation (reappraisal and emotional suppression), academic procrastination (intentional procrastination, fatigue-induced procrastination, and unplanned procrastination), and loneliness (relationship with friends, family relationships, and emotional symptoms) in male high school students with internet addiction.

The findings of the present study revealed that both Schema Therapy and ACT were effective in improving all four dependent variables across the pre-test, post-test, and 3-month follow-up stages. However, the direct comparison between the two experimental groups using the Bonferroni post-hoc test showed that Schema Therapy was significantly more effective than ACT in improving psychological capital (mean difference = -10.693, $p < 0.001$), emotion regulation (mean difference = -12.103, $p < 0.001$), academic procrastination (mean difference = 3.591, $p < 0.001$), and loneliness (mean difference = 6.874, $p < 0.001$). These findings are consistent with previous studies (Fang & Ding, 2020; Bert et al., 2019).

The greater effectiveness of Schema Therapy can be explained by its focus on identifying and modifying early maladaptive schemas, which are deep-rooted cognitive-affective patterns that contribute to maladaptive behaviors such as internet addiction. In contrast, ACT primarily focuses on psychological flexibility, acceptance, and cognitive defusion, which may be more effective for short-term symptom reduction but less effective for addressing deeper cognitive structures (Young et al., 2003; Hayes et al., 2006). These findings are also consistent with Iranian studies (Moradi et al., 2025; Moradi et al., 2025). which demonstrated the effectiveness of Schema Therapy and ACT in reducing internet addiction among Iranian adolescents. Therefore, it is logical that Schema Therapy would be more effective than ACT in producing sustainable improvements in psychological capital, emotion regulation, academic procrastination, and loneliness.

Like many other studies, this study has several limitations. First, the relatively small sample size ($n = 12$ per group; total $N = 36$) is a major limitation of this study, which may have reduced the statistical power to detect significant effects and limited the generalizability of the findings. Therefore, caution should be exercised in generalizing the results to larger populations. Second, the sample was limited to male high school students with internet addiction in Borujerd city; therefore, the findings may not be generalizable to female students, students from other cities, or students in other educational levels. Third, since it was not possible to control all intervening variables such as economic, social, and cultural status, and intelligence, caution should be exercised in interpreting the results. Fourth, due to the use of self-report questionnaires as the data collection tool, the responses may not fully correspond to reality. Fifth, the follow-up period was relatively short (3 months), and longer follow-up periods are needed to evaluate the long-term stability of the intervention effects.

Based on the limitations of the present study, several suggestions for future research can be made. First, given the small sample size ($n = 12$ per group), future studies should replicate these findings with larger sample sizes to increase statistical power and enhance the generalizability of the results. Second, since the present study was conducted only on male high school students in Borujerd city, future research should include both male and female students from multiple educational levels and different cities (i.e., multicenter studies) to examine gender and cultural differences. Third, given the relatively short follow-up period (3 months), future studies should employ longer follow-up periods (e.g., 6 months or 1 year) to evaluate the long-term stability of the intervention effects. Fourth, since it was not possible to control all intervening variables, future studies should use more rigorous control methods, such as randomization, matching, or statistical control, to reduce the influence of confounding variables. Fifth, future studies should use a combination of self-report and objective measures to increase the validity of the findings. Finally, given the greater effectiveness of Schema Therapy compared to ACT in the present study, future research should investigate the mechanisms underlying this differential effectiveness and explore whether combining these two approaches may produce more favorable outcomes.

Ethical Considerations

In this study, an attempt has been made to consider ethical issues of research, such as confidentiality regarding the information of the statistical sample under study, and it has been assured that their cooperation with the researcher will not pose any risk to their work process and will even be beneficial. The participants participated in this study with their informed consent, and those who refused to take the test were given utmost respect. In this study, an attempt has been made to implement all tests in a standardized manner and to score them exactly according to the reference methods of each test. An attempt has also been made to complete the questionnaire during the students' free time and unemployment so as not to disrupt their education and work. It should be noted that given that the samples under study are human, this study was registered in 2023 on the website of the National System of Ethics in Biomedical Research and with the ethics ID IR.IAU.B.REC.1402.111.

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. Participants were in the process of research. All participants' information was kept confidential.

Funding

This research was conducted at the personal expense of the first author.

Authors' contributions

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

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

I would like to thank all my colleagues in the schools, especially the respected administrators, who supported me by providing the necessary facilities and infrastructure to advance the goals of this research