

## اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش فعالی/کمبود توجه

### The Effectiveness of Cognitive-behavioral training in anger control on Sympathy and Mental Health in Bullying Male Adolescents with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

**Zahra Mirshamsi**

PhD student of Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.

**Azita Behjat**

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

[Azitabehjat@gmail.com](mailto:Azitabehjat@gmail.com)

**Mohsen saeedmanesh**

Assistant Professor, Department of Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran.

**Fatemeh Majidyan**

Master of Public Psychology, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

زهرا میرشمسی

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

آزیتا بهجت (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

دکتر محسن سعیدمنش

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

فاطمه مجیدیان

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

#### Abstract

The purpose of the present study was to investigate The Effectiveness of Cognitive-behavioral training in anger control on Sympathy and Mental Health in Bullying Male Adolescents with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. This research was a quasi-experimental research with pre-test and post-test design with control group. The statistical population consisted of all bullying Male Adolescents of Yazd in the academic year of 1399-1999. 30 participants were selected Withpurposive sampling method and randomly assigned into experimental and control groups (15 participants in the experimental and 15 in the control group). The research tool was the) empathy questionnaire (Davies, 1983) and General Health questionnaire (Goldberg, 1972) that the experimental and control groups responded to in the pre-test and post-test stages. Covariance analysis was used to analyze the data. Results showed that the effect of cognitive-behavioral training on anger control on empathy and mental health of bullying boys students with ADHD ( $P < 0.001$ ). It is recommended that educational centers and schools as well as schools use this treatment to reduce the problems of overactive and bullying students.

**Keywords:** Cognitive-behavioral training, anger control, Sympathy, Mental Health, Bullying, Attention Deficit / Hyperactivity

#### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش فعالی/کمبود توجه بود. این پژوهش از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل تمام نوجوانان پسر بیش فعال قلدر در شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. ۳۰ شرکت کننده به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). ابزار پژوهش پرسشنامه های همدلی (دیویس، ۱۹۸۳) و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) بود که گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به آن ها پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان دانش آموزان پسر قلدر دارای اختلال بیش فعالی/کمبود توجه تأثیر معناداری داشت ( $P < 0.001$ ). پیشنهاد می شود مراکز درمانی مرتبط با آموزش و پرورش و همچنین مدارس از این روش درمانی در جهت کاهش مشکلات دانش آموزان بیش فعال و قلدر بهره گیرند.

**واژه های کلیدی:** آموزش شناختی- رفتاری، کنترل خشم، همدلی، سلامت روان، قلدر، بیش فعالی/کمبود توجه

### مقدمه

اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه<sup>۱</sup> با سطح فعالیت نامناسب رشدی، تحمل محرومیت پایین، تکانشگری، رفتارهای سازمان‌نایافته، آشفتگی و ناتوانی در حفظ توجه و تمرکز مشخص می‌شود که در آن فرد با اختلال در الگوی مداوم بی‌توجهی یا بیش‌فعالی/ تکانشگری یا ترکیبی از این دو ویژگی، مواجه است (گنجی، ۱۳۹۷). این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است (یو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). نرخ شیوع این اختلال برای کودکان در حدود ۵ درصد گزارش شده است (والش<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). این کودکان با مشکلات متعددی مواجه هستند (تیلور، کلمی و یو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). قلدری<sup>۵</sup> یکی از مشکلات شایع در این کودکان است (کندر، سگ، رافالی و آگوستین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). قلدری شامل رفتارهای فیزیکی، کلامی و یا روانی اجتماعی است که بصورت عمدی از سوی فرد یا افرادی با قدرت بدنی بالاتر، به افراد آسیب‌پذیر و مطیع تحمیل می‌شود (تورنبرگ، هانتز، هونگ و رونبرگ<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). از این رو قلدری همواره به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم با پرخاشگری در ارتباط است (نلسون، کندال، بورنز، اسکانت-رسچل و کین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). دانش‌آموزان قلدر اغلب در مدرسه با رفتارهایی فیزیکی مستقیم همچون هل دادن، لگد زدن، ضربه زدن و یا زورگیری و یا رفتارهایی چون دشنام، تمسخر و یا تهدید، مشکلات متعددی را برای خود و سایر دانش‌آموزان ایجاد می‌نمایند (دیتریش و زیمرمن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). نتیجه مطالعات هولبرگ و هجرن<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۸)، یین<sup>۱۱</sup> و همکاران، (۲۰۱۴) و چو، لیو، یانگ، یین و هو<sup>۱۲</sup>، (۲۰۱۸) نیز نشان دادند دانش‌آموزانی که علائم شدیدتر بیش‌فعالی/کمبود توجه را نشان می‌دهند، به احتمال بیشتری قربانی و یا عامل قلدری می‌شوند.

یکی از متغیرهایی که در رابطه با رفتارهای مرتبط با قلدری مطرح می‌شود، همدلی<sup>۱۳</sup> است (اصغری شربیانی و بشرپور، ۱۳۹۸). همدلی به عنوان توانایی فرد در درک آنچه دیگری احساس می‌کند، تعریف می‌شود (گولو، فورتیر، مایز و کاین<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۹). افرادی که دارای مهارت‌های همدلی هستند، توانایی درک افکار و احساسات سایرین را دارند (مک دونالد و پرایس<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۹). میتسوپولو و گیووازیلیاس<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند افراد قلدر در مقایسه با افراد عادی همدلی کمتری دارند. نتیجه مطالعه همایون و بیرامی (۱۳۹۴)، الیوت، هانگ و وانگ<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۹)، شاهین<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۲)، جولیف و فارینگتون<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۱) نیز نشان می‌دهد که بین همدلی و سازگاری با قلدری رابطه معناداری وجود دارد.

یکی دیگر از مشکلاتی که در رابطه با کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مطرح می‌شود، کاهش سطح سلامت روان<sup>۲۰</sup> است (یعقوبی، علیزاده و مرادی امین، ۱۳۸۹). سازمان جهانی بهداشت، در تعریف سلامت روان، آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۱). نتیجه مطالعه‌ای نشان می‌دهد که کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، نسبت به کودکان عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند (کازمیکیت، لسکازکاس و گلیتی<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۹). قلدرها و قربانیان قلدری نیز سطوح قابل

- 1 . Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
- 2 . Yue
- 3 . Walsh
- 4 . Taylor, Climie & Yue
- 5 . Bullying
- 6 . Keder, Sege, Raffalli & Augustyn
- 7 . Thornberg et al
- 8 . Nelson, Kendall, Burns, Schonert-Reichl, & Kane
- 9 . Dietrich & Zimmermann
- 10 . Holmberg & Hjern
- 11 . Yen
- 12 . Chou, Liu, Yang, Yen & Hu
- 13 . empathy
- 14 . Gulur, Fortier, Mayes & Kain
- 15 . MacDonald & Price
- 16 . Mitsopoulou & Giovazolias
- 17 . Elliott, Hwang & Wang
- 18 . Şahin
- 19 . Jolliffe & Farrington
- 20 . mental health
- 21 . WHO
- 22 . Kuzmickaitė, Leskauskas & Gilytė

توجهی از افسردگی را نشان می‌دهند (ین و همکاران، ۲۰۱۴). جادامبا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که قلدرها، اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند.

یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌درمانگران قرار گرفته، آموزش شناختی-رفتاری مدیریت خشم<sup>۲</sup> است (میهن‌دوست و صی‌گلاب، ۱۳۹۷). این مداخله بر فنون عقلانی-عاطفی الیس، فنون بازسازی شناختی بک، آموزش جرأت‌ورزی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش آرام‌سازی و حساسیت‌زدایی منظم تأکید دارد (پاتر-افرون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات مختلفی در خصوص اثربخشی مداخلات درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت روان و همدلی انجام شده است. میهن‌دوست و صی‌گلاب (۱۳۹۷) نشان دادند که آموزش مهارت مدیریت خشم بر افزایش سلامت روان دانش‌آموزان موثر است. نتایج مطالعات طاهر، ابوالقاسمی، حاجلو و نریمانی (۱۳۹۵)، سائتو، شیراشی و یوشیناگا<sup>۴</sup> (۲۰۱۹)، ویگرلند<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، نیز نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود سلامت روان موثر است. نتایج مطالعات بهزادمنش، جوادیان و زارعی محمودآبادی (۱۳۹۵)، موریسون<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، لیم<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، هارا، اویرام، کانستانینو، وسترا و آنتونی<sup>۸</sup> (۲۰۱۷) نیز حاکی از تاثیر درمان‌های شناختی-رفتاری در بهبود همدلی است. اگرچه نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری بر مولفه‌های مرتبط با سلامت روانی و همدلی است اما از آنجایی که این پژوهش‌ها در جامعه‌ای متفاوت با جامعه نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود و با استفاده از روش و ابزاری متفاوت با پژوهش حاضر انجام شده و اهداف این پژوهش را به طور کامل در بر نمی‌گیرد لذا اهداف پژوهش حاضر را به طور کامل در بر مگرفته و در این زمینه خلاء پژوهشی وجود دارد. حال آنکه با توجه به مشکلات متعدد دانش‌آموزان قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، انجام مداخلات مناسب برای بهبود مشکلات این دانش‌آموزان ضروری به نظر می‌رسد. لذا با توجه به خلا پژوهشی موجود و همچنین ضرورت توجه به مساله سلامت روان و همدلی و آموزش مهارت‌های کنترل خشم در نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر، با توجه به هدف کاربردی و از لحاظ شیوه اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان نوجوان بیش‌فعال با مشکل (قلدری) در شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند با گمارش تصادفی استفاده شد. پس از طی مراحل قانونی با مراجعه به یکی از مراکز مشاوره آموزش و پرورش یزد، لیستی از افراد واجد شرایط تهیه شد. پس از تماس با خانواده‌های این دانش‌آموزان از آن‌ها درخواست شد تا در یک جلسه عمومی شرکت نمایند. در این مرحله ۵۹ نفر شرکت کردند. پس از ارائه توضیحات اولیه در خصوص اهداف پژوهش، فرزندان افراد متقاضی به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در نهایت با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین افراد دارای معیارهای ورود ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل شکایت مسئولین مدرسه و یا والدین از رفتارهای قلدری (حداقل هفته‌ای سه بار در هفته با شکایت قلدری به دفتر مدرسه ارجاع داده شده باشد)، تشخیص اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه پس از ارجاع به روانپزشک، سلامت روان و همدلی پائین (براساس نمرات پیش‌آزمون)، عدم شرکت در پژوهش همزمان، رضایت کتبی والدین و همچنین ملاک‌های خروج نیز شامل، غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از شرکت در پژوهش و عدم پایبندی به قوانین گروه بود. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: محرمانه بودن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایش و گواه بود.

## ابزار سنجش

1. Jadambaa
2. Cognitive-Behavioral Anger Management
3. Potter-Efron
4. Saito, Shiraiishi & Yoshinaga
5. Vigerland
6. Morrison
7. Lim
8. Hara, Aviram, Constantino, Westra & Antony

**پرسشنامه سنجش سلامت عمومی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۲) ساخته شده و شامل ۲۸ سؤال است که در مقیاس ۴ درجه‌ای (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شود؛ نمره کلی آزمون از ۰ تا ۸۴ و نقطه برش آن برای خرده‌مقیاس‌ها ۹ و برای نمره کل ۲۳ در نظر گرفته شده است. هرچه نمره آزمودنی پایین‌تر باشد، فرد از سلامت روانی بهتری برخوردار خواهد بود (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳). در پژوهش چان<sup>۳</sup> و چان (۱۹۸۳) برای بررسی روایی همزمان از پرسشنامه چندجنبه‌ای مینه‌سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی و آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های علائم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی شدید ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمده است (به نقل از بهمنی و عسگری، ۱۳۸۵). نتایج به دست آمده با روش باز-آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود. به‌علاوه، نتایج به‌دست آمده با روش دونیمه‌سازی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. همچنین، نتایج به‌دست آمده برای سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۸۹ به‌دست آمد.

**پرسشنامه همدلی<sup>۴</sup>:** این پرسشنامه توسط مارک دیویس<sup>۵</sup> (۱۹۸۳) طراحی شده و از ۲۱ گویه تشکیل شده است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل توجه همدلانه، دیدگاه‌گرایی، خیال، آشفستگی است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و از کاملاً موافق (۰) تا کاملاً مخالف (۴) امتیازبندی شده است. دیویس ضریب آلفای کرونباخ را برای هر چهار خرده‌مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ گزارش نمود. وی اعتبار آزمون-آزمون مجدد را نیز، پس از یک دوره ۴ هفته‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش نمود. در ایران نیز در پژوهش فیض‌آبادی، فرزاد و شهرآرای (۱۳۸۶) روایی پرسشنامه بر اساس نظر متخصصان مطلوب ارزیابی شد همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر خرده‌مقیاس عبارت بود از: توجه همدلانه ۰/۶۸، خیال ۰/۷۰، دیدگاه‌گیری ۰/۶۸ و پریشانی فردی ۰/۷۱. در پژوهش قدرتی میرکوهی و ذکری (۱۳۹۷) نیز پایایی کل پرسشنامه، ۰/۷۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به‌دست آمد.

پروتکل آموزشی مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اساس رویکرد نواکا و اسپيواک<sup>۶</sup> در ۸ جلسه تنظیم شد (رهبرکرباسدهی، حسین خانزاده و رهبرکرباسدهی، ۱۳۹۶). گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش مدیریت خشم قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات آموزشی مجدداً، هر دو گروه به پرسشنامه‌های همدلی و سلامت روان پاسخ دادند. در پایان داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تحلیل آماری قرار گرفت. در جدول ۱، خلاصه جلسات مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری ارائه شده است.

**جدول ۱ - محتوای برنامه مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری نواکا و اسپيواک**

جلسه	شرح جلسات
اول	شناخت مهارت‌ها و توانایی‌های فردی مرتبط با زمان حال (خود واقعی)، آشنایی با ایده‌آل‌ها و آرزوهای خود به‌منظور مفهوم‌سازی خودهای مرتبط با آینده (خود ایده‌آل)، شناخت وظایف فرد از دیدگاه خودش و دیگران (خود بایسته)، اهمیت توجه به همدلی
دوم و سوم	آشنایی با علائم خشم، پیامدهای خشم و قلدری در مدارس، سلامت روان و ابعاد آن، تاثیر پرخاشگری بر سلامت روان، استفاده از شناخت مراحل بروز خشم به‌منظور مدیریت سلسله مراتبی خشم، لزوم استفاده از همدلی
چهارم	عملیاتی سازی مفهوم خشم و انتخاب راه‌حل‌های مناسب برای مدیریت خشم، آموزش همدلی
پنجم و ششم	مهارت‌های مدیریت خشم با استفاده از ارائه الگو ایفای نقش در موقعیت‌های تصویری مختلف، تمرین مهارت‌های همدلی
هفتم	استفاده از روش خودآموزی شناختی برای کنترل اظهارات خود منفی به‌منظور مدیریت خشم

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg
3. Chan
4. empathy questionnaire
5. Davis
6. Novaco & Spivack

هشتم مدیریت خشم در موقعیت‌های برانگیزنده خشم و حصول اطمینان از درک مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

براساس یافته‌های دموگرافیک میانگین سنی و انحراف معیار اعضای گروه آزمایش ۱۳/۸۳ (انحراف معیار ۱/۰۸) و گروه گواه ۱۳/۶۱ (انحراف معیار ۰/۹۶) بود. وضعیت تحصیلی ۳ نفر نیاز به تلاش بیشتر، ۸ نفر قابل قبول و ۴ نفر نیز خوب بود. در گروه گواه نیز وضعیت تحصیلی ۲ نفر نیاز به تلاش بیشتر، ۹ نفر قابل قبول و ۴ نفر نیز خوب بود. میانگین و انحراف معیار همدلی و سلامت روان به تفکیک مراحل آزمون و گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار همدلی و سلامت روان به تفکیک مراحل آزمون و گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
همدلی	۳۲/۸۶	۳/۵۸	۳۷/۷۳	۴/۳۵	۳۳/۴۶	۳/۱۸	۳۴/۰۶	۳/۴۵
سلامت روان	۴۹/۶۷	۵/۳۹	۴۴/۵۳	۴/۸۴	۵۰/۰۷	۴/۷۳	۴۹/۷۳	۵/۰۲

براساس یافته‌های جدول ۲، بین میانگین و انحراف معیار نمرات همدلی و سلامت روان شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت قابل توجهی وجود ندارند، نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تغییر زیادی داشته و نمرات گروه گواه تغییر چندانی در پس‌آزمون نداشته است. پیش‌فرض‌های روش تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری

متغیر	گروه	آزمون شاپیروویلیک			آزمون لوین			آزمون ام باکس	
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	ام باکس	آماره F
همدلی	آزمایش	۱۵	۰/۹۳۷	۰/۳۴۸	۱	۲۸	۰/۱۵۴	۰/۷۹۵	۰/۲۴۴
	گواه	۱۵	۰/۹۵۹	۰/۶۷۹	۲	۲۸	۰/۱۱۶	۰/۷۹۵	۰/۲۴۴
سلامت روان	آزمایش	۱۵	۰/۹۶۰	۰/۶۹۰	۱	۲۸	۰/۱۱۶	۰/۷۹۵	۰/۲۴۴
	گواه	۱۵	۰/۹۲۸	۰/۲۵۵	۲	۲۸	۰/۱۱۶	۰/۷۹۵	۰/۲۴۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تمامی آماره‌های آزمون شاپیروویلیک غیر معنی‌دار هستند ( $P > 0/05$ ) بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش بدرستی رعایت شده است. همچنین تمامی مقادیر آزمون باکس و لوین نیز برای غیرمعنی‌دار هستند ( $P > 0/05$ ). بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها و همچنین تساوی کواریانس‌های دو گروه به درستی رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل پیش‌آزمون

شاخص	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه ها	درجه آزادی خطا	سطح p	اندازه اثر
اثر پیلایی <sup>۱</sup>	۰/۸۴۸	۶۹/۶۰۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴
لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۱۵۲	۶۹/۶۰۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۵/۵۶۸	۶۹/۶۰۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴
بزرگترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۵/۵۶۸	۶۹/۶۰۴	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در پس‌آزمون یکی از متغیرهای وابسته (همدلی و سلامت روان) بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۸۴ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی بوده است. جهت پی بردن به تفاوت‌های تک متغیر، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون همدلی و سلامت روان با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع	df	MS	F	Sig	Eta
همدلی	پیش‌آزمون	۱	۳۳۸/۶۷۰	۶۳/۷۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۱	۱۳۶/۴۰۹	۳۹/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۲۶				
سلامت روان	پیش‌آزمون	۱	۶۱۰/۱۶۴	۲۳۳/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	گروه	۱	۱۷۴/۸۰۹	۶۶/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۲۶	۲/۶۱۱			

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین نمرات همدلی و سلامت روان در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). لذا با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول شماره ۲ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان دانش‌آموزان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه موثر بوده است. اندازه اثر عضویت گروهی ۵۹ درصد در متغیر همدلی و ۷۱ درصد در متغیر سلامت روان بدین معنی است که به ترتیب ۵۹ و ۷۱ درصد از کل واریانس نمرات همدلی و سلامت روان در اثر تفاوت‌های گروهی ایجاد شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود انجام شد. نتیجه اول پژوهش حاکی از تاثیر آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر همدلی افراد گروه آزمایش بود. نتایج بدست آمده با نتایج موریسون و همکاران (۲۰۱۹)، لیم و همکاران (۲۰۱۸) و هارا و همکاران (۲۰۱۷)، همسوست. در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت بنا بر نظر متیس و لاکمن<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) بسیاری از نوجوانان دارای مشکلات رفتاری فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند. همدلی به عنوان یکی از مهارت‌های مورد نیاز در روابط اجتماعی نقش موثری در بهبود روابط با همسالان دارد (بگیان، پژوهی‌نیا و رضازاده، ۱۳۹۱). نوجوانان قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود از آنجاکه فاقد این مهارت هستند، نمی‌توانند جایگاه مناسبی

- 1- Pillai & Trace
- 2- Wilks Lambda
- 3- Hotelling & Trace
- 4- Roy & Largest Root
5. Mathtys & Lochman

در بین همسالان خود داشته باشند. این مساله خشم درونی را در آن‌ها افزایش داده و باعث می‌شود تا دست به رفتارهای قلدارانه بزنند. از آنجاکه همدلی از یکسو یک مؤلفه شناختی است، بنابراین می‌توان آن را از طریق آموزش به این افراد آموخت. از اینرو در جلسات درمانی ابتدا اعضای گروه با خشم و ابعا آن آشنا شدند، سپس افکار مرتبط با خشم و چگونگی رفتار به آن‌ها آموزش داده شد. اعضای گروه در تمریناتی که در جلسات انجام دادند خشم‌های خود را مطرح کردند و با همدلی در مانگر و همچنین اعضای گروه مواجه شدند. بنابراین این تغییر در باورهای آنها ایجاد شد که با همدلی می‌توانند نتایج بهتری را تجربه نمایند. همچنین انجام تمرین‌های مرتبط با مهارت‌های همدلی باعث افزایش همدلی در اعضای گروه آزمایش شد.

دومین نتیجه پژوهش نیز نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم بر سلامت روان افراد گروه آزمایش موثر بوده است. نتایج این بخش نیز با نتایج پژوهش‌های میهن‌دوست و صی‌گلاب (۱۳۹۷)، طاهر و همکاران (۱۳۹۵)، سایتو، شیراشی و یوشیناگا (۲۰۱۹)، موریسون و همکاران (۲۰۱۹)، لیم و همکاران (۲۰۱۸)، هارا و همکاران (۲۰۱۷)، ویگرلند و همکاران (۲۰۱۶) و همچنین اوی و دینگل (۲۰۰۷)، همسوست. در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت یکی از مؤلفه‌هایی که بر سلامت روان تأثیر منفی دارد، برخورد نامناسب با خشم است (کیم<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰)؛ از اینرو مداخلاتی که بتواند باعث بهبود مهارت‌های کنترل خشم در افراد شود، به بهبود ابعاد سلامت روان نیز منجر خواهد شد (زندوانیان نائینی، مروتی شریف‌آباد و امراللهی، ۱۳۹۳). بهبود توانمندی افراد در بیان صحیح خشم و آموزش جرئت‌ورزی برای مهار و تخلیه شدید افکار خشم و رفتار پرخاشگرانه، کمک به افراد برای جلوگیری از افزایش و بیان غیر ضروری خشم و همچنین آموزش حل تعارض از مهمترین اهداف آموزش شناختی- رفتاری مدیریت خشم است (کالینز-دانیلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). تجربه مکرر خشم در نوجوانان بیش‌فعال قلدر با افزایش مقدار نورآدرنالین و آدرنالین همراه خواهد بود؛ شرایطی که به افزایش اضطراب و استرس (میچل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳) و با افزایش بیماری‌های جسمی و روانی همراه خواهد بود (زندوانیان نائینی، مروتی شریف‌آباد و امراللهی، ۱۳۹۳). آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم با تغییر در باورها و رفتارهای افراد موجب می‌شود که از میزان خشم این افراد کاسته شود. در واقع آنچه در جلسات آموزشی بدان تاکید شد، شناخت هیجان خشم و نحوه برخورد مناسب با آن بود. از اینرو از یکسو افراد گروه مهارت‌های کنترل عصبانیت را آموختند و از سوی دیگر با تخلیه هیجانی به‌هنگام گفتگو در مورد خشم، از میزان خشم آن‌ها کاسته شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی- رفتاری کنترل خشم یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در بهبود مهارت همدلی و همچنین افزایش سلامت روان دانش‌آموزان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه موثر باشد. از اینرو پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی مرتبط با آموزش و پرورش و همچنین مدارس از این روش درمانی در جهت کاهش مشکلات دانش‌آموزان بیش‌فعال و قلدر بهره گیرند. عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نمونه‌گیری در دسترس و حجم کم نمونه از مهمترین محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از بازی و قصه به منظور آموزش کنترل خشم، بهبود مهارت همدلی و همچنین افزایش سلامت روان دانش‌آموزان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

- اصغری شربانی، ع. و بشرپور، س. (۱۳۹۸). نقش میانجی همدلی در رابطه بین کارکردهای خانواده و قلدری در دانش‌آموزان. *روانشناسی خانواده*، ۵(۲)، ۱۵-۲۶.
- بگیان، م.، پژوهی نیا، ش. و رضازاده، بابک. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی همدلی بر بهبود روابط بین شخصی و خود تنظیمی عاطفی دانش‌آموزان دارای نشانه‌های ADHD. *روان‌شناسی مدرسه*، ۲(۲)، ۲۸-۶.
- بهبودمنش، م.، جوادیان ر. و زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود رفتارهای اجتماعی مطلوب دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یزد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۳)، ۴۰-۳۱.
- بهمنی، ب. و عسگری، ع. (۱۳۸۵). *هنجاریابی ملی و ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)* برای دانشجویان علوم پزشکی ایران، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران*، ۶۲۱-۶۶۷.
- رهبر کرباسدهی، ا.، حسین‌خانزاده، ع. و رهبر کرباسدهی، ف. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناختی- رفتاری مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش‌آموزان با اختلال سلوک. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۴۶)، ۹-۱۴.

اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری کنترل خشم بر همدلی و سلامت روان نوجوانان پسر قلدر دارای اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه  
The Effectiveness of Cognitive-behavioral training in anger control on Sympathy and Mental Health in ....

- زندوانیان نائینی، ا.، مروتی شریف‌آباد، م.، و امراللهی، م. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر افزایش سلامت روان مادران دارای فرزند معلول. *طلوع بهداشت*، ۱۳ (۳)، ۷۳-۸۵.
- طاهر، م.، ابوالقاسمی، ع.، حاجلو، ن.، و نریمانی، م. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *دو فصلنامه شناخت اجتماعی*، ۵ (۱۰)، ۷۲-۹۳.
- فتحی‌آشینی، ع. (۱۳۸۸). *آموزش‌های سلامت روان*. تهران: بعثت.
- فیض‌آبادی، ز.، فرزاد، و.، و شهرآرای، م. (۱۳۸۶). بررسی رابطه همدلی با سبک‌های هویت و تعهد در دانشجویان رشته‌های فنی و علوم انسانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی*، ۳ (۲)، ۶۵-۹۰.
- قدرتی میرکوهی، م.، و ذکری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌نمایشگری بر اختلال شخصیت خودشیفته، انزوای اجتماعی، فقدان همدلی و بی‌اشتهایی عصبی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴ (۴)، ۱۳۸-۱۲۳.
- گنجی، م. (۱۳۹۷). *روانشناسی کودکان استثنایی*، چاپ پنجم، تهران: نشر سالوان.
- مسعودزاده، ع.، خلیلیان، ع.، اشرفی، م.، و کیمیایی، ک. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر ساری سال ۸۲-۱۳۸۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۴ (۴۵)، ۷۴-۸۳.
- میهن‌دوست، ز.، و زینب‌صی، گ. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت خشم بر افزایش سلامت روان دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر ایلام. *ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران*، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- همایون، س.، و بیرامی، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه همدلی و سازگاری با قلدری در دانش‌آموزان پسر دبیرستان شهر تبریز، چهارمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران.
- یعقوبی، ا.، علیزاده، ح.، و مرادی‌امین، ف. (۱۳۸۹). مقایسه میزان سلامت روان، انگیزه پیشرفت و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۶ (۱۶)، ۱۶۸-۱۴۵.
- Chou, W. J., Liu, T. L., Yang, P., Yen, C. F., & Hu, H. F. (2018). Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(1), 25-34.
- Collins-Donnelly, K. (2012). *Starving the Anger Gremlin: A Cognitive Behavioural Therapy Workbook on Anger Management for Young People*. Jessica Kingsley Publishers.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1): 126-133.
- Dietrich, L., & Zimmermann, D. (2019). How aggression-related mindsets explain SES-differences in bullying behavior. *Emotional and behavioural difficulties*, 24(2), 181-195.
- Elliott, S. N., Hwang, Y. S., & Wang, J. (2019). Teachers' ratings of social skills and problem behaviors as concurrent predictors of students' bullying behavior. *Journal of applied developmental psychology*, 60, 119-126.
- Goldberg P. D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London.
- Gulur, P., Fortier, M. A., Mayes, L. C., & Kain, Z. V. (2019). 3-Perioperative behavioral stress in children. *A practice of anesthesia for infants and children*, Pp: 25-43.
- Hara, K. M., Aviram, A., Constantino, M. J., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2017). Therapist empathy, homework compliance, and outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: partitioning within-and between-therapist effects. *Cognitive behaviour therapy*, 46(5), 375-390.
- Holmberg, K., Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 134-138.
- Jadambaa, A., Thomas, H. J., Scott, J. G., Graves, N., Brain, D., & Pacella, R. (2020). The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2011). Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables?. *Journal of adolescence*, 34(1), 59-71.
- Keder, R., Sege, R., Raffalli, P. C., & Augustyn, M. (2017). Bullying and ADHD: Which came first and does it matter?. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38, S6-S8.
- Kim, J. (2020). The Mediating Role of Anger in the Forgiveness-Mental Health Link. *Anxiety*, 62(393), 1.
- Kuzmickaitė, J., Leskauskas, D., & Gylytė, O. (2019). ADHD-Related Mental Health Issues of Young Adult Male Prisoners in Pravieniškės Correction House-Open Colony (Lithuania). *American journal of men's health*, 13(4), 1557988319870974.
- Lim, J. A., Choi, S. H., Lee, W. J., Jang, J. H., Moon, J. Y., Kim, Y. C., & Kang, D. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pain: implications of gender differences in empathy. *Medicine*, 97(23).
- MacDonald, H. Z., & Price, J. L. (2019). The role of emotion regulation in the relationship between empathy and internalizing symptoms in college students. *Mental Health & Prevention*, 13, 43-49.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct Disorder in Childhood*. London: John Wiley & Sons.
- Michel, M. C. (2013). Anger: Adrenaline receptors do not allow us to be too sinful. *The Biochemist*, 35(6), 22-25.



- Mitsopoulou, E., & Giovazolias, T. (2015). Personality traits, empathy and bullying behavior: A meta-analytic approach. *Aggression and violent behavior, 21*, 61-72.
- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2019). Changes in Empathy Mediate the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy but Not Mindfulness-Based Stress Reduction for Social Anxiety Disorder. *Behavior therapy, 50*(6), 1098-1111.
- Nelson, H. J., Kendall, G. E., Burns, S. K., Schonert-Reichl, K. A., & Kane, R. T. (2019). Development of the Student Experience of Teacher Support Scale: Measuring the Experience of Children Who Report Aggression and Bullying. *International Journal of Bullying Prevention, 1*(2), 99-110.
- Potter-Efron, R. T. (2005). *Handbook of anger management: Individual, couple, family, and group approaches*. Psychology Press.
- Şahin, M. (2012). An investigation into the efficiency of empathy training program on preventing bullying in primary schools. *Children and Youth Services Review, 34*(7), 1325-1330.
- Saito, Y., Shiraishi, Y., & Yoshinaga, N. (2019). Cognitive behavioral therapy for anxiety in dementia caregivers: A review of the foreign literature in English. *Japanese Journal of Nursing and Health Sciences, 17*(2), 28-36.
- Taylor, L. A., Climie, E. A., & Yue, M. W. Y. (2020). The role of parental stress and knowledge of condition on incidences of bullying and ostracism among children with ADHD. *Children's Health Care, 49*(1), 20-39.
- Thornberg, R., Hunter, S. C., Hong, J. S., & Rönnerberg, J. (2020). Bullying among children and adolescents. *Scandinavian journal of psychology, 61*(1), 1-5.
- Vigerland, S., Ijotsson, B., Ulrika, T., Lars-Goran, O., Andersson, G., & Serlachius, E. (2016). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 76*, 47-56.
- Walsh, B. T. (2019). Diagnostic categories for eating disorders: Current status and what lies ahead. *Psychiatric Clinics, 42*(1), 1-10.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yen, C. F., Yang, P., Wang, P. W., Lin, H. C., Liu, T. L., Wu, Y. Y., Tang, T. C. (2014). Association between school bullying levels/types and mental health problems among Taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 405-413.
- Yue, M. (2017). *Is Knowledge Power? The Influence of Parental ADHD Knowledge on their Child's ADHD Symptom Severity and Bullying Experiences* (Master's thesis, Werklund School of Education).



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی