

مقایسه اثربخشی آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۷/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۹/۱۹

محبوبه طاهر*، عباس ابوالقاسمی^۲، نادر حاجلو^۳، محمد نریمانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری مخرب است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش: طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه‌ای به حجم ۵۴ نفر از میان دانش‌آموزان پسر پایه‌های هفتم و هشتم مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر ساری در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶)، مصاحبه بالینی ساختاریافته (فرست و همکاران، ۱۹۹۵)، و داستان‌های اجتماعی (تورکاسپا و بریان، ۱۹۹۴) استفاده شد. برای گروه‌های آزمایشی، آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری و چندمتغیری حاکی از اثربخشی روش‌های آموزشی همدلی و مدیریت خشم بر نمره کل و مؤلفه‌های شناخت اجتماعی بود. تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آموزش همدلی و مدیریت خشم نشان داد آموزش همدلی در مقایسه با آموزش مدیریت خشم با اطمینان ۹۵ درصد سهم بیشتری در افزایش شناخت اجتماعی مرحله دوم و پنجم دارد. همچنین نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری نشان داد دو روش آموزشی همدلی و مدیریت خشم بر بهبود علائم اختلال اثربخش است. مقایسه تفاضل میانگین‌ها نشان داد بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده دو گروه در بهبود علائم اختلال تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: بکارگیری آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم در کنار دوره‌های آموزش تحصیلی برای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند از بروز، تشدید و تبدیل علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای به سایر اختلال‌ها پیشگیری کند.

کلیدواژه‌ها: آموزش همدلی، آموزش مدیریت خشم، شناخت اجتماعی، علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای

۱. *نویسنده مسئول: مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران (Mahboobe.Taher@yahoo.com)

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلالات‌های رفتاری مخرب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است. علائم اختصاصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل هشت ویژگی از کوره در رفتن، جر و بحث با بزرگسالان و مراجع قدرت، سرپیچی از درخواست‌ها یا دستورات و قوانین بزرگسالان و انجام عمدی اعمالی که سایر افراد را می‌آزارد، سرزنش دیگران برای اشتباهات یا بدرفتاری‌های خود، زودرنجی، خشمگینی، و عدم تمایل و رغبت و بدخواهی و کینه‌توزی است که برای تشخیص این اختلال، باید حداقل ۴ علامت به مدت حداقل ۶ ماه وجود داشته باشد؛ ضمن این که، این علائم باید فراتر از آن چیزی باشد که با سن، جنس و فرهنگ فرد متناسب است و مشکلات قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد کند (۱).

مشاهده هشت علامت اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان می‌دهد که این علائم بسیار ناهمگن هستند. در واقع دو علامت امتناع فعالانه از پیروی از درخواست‌ها و قوانین بزرگسالان، و جر و بحث با بزرگسالان به طور آشکار ماهیت مقابله‌ای و نافرمانی دارند. دو علامت زودرنجی و بدخلقی مربوط به بی‌نظمی هیجانی است. یکی از علائم، هیجانی است و به طور خاص با خشم در ارتباط است: خشمگین شدن و رنجیده خاطر شدن. یک علامت مربوط به برانگیختگی است: آزرده شدن دیگران به طور عمدی؛ و سرانجام دو علامت سرزنش دیگران به خاطر رفتارهای نادرست خود و کینه‌توزی مربوط به خصومت است. بنابراین در بین هشت نشانه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تنها دو نشانه مقابله‌ای و نافرمانی وجود دارد. در نتیجه ممکن است یک کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شود، بدون این که هیچ‌گونه رفتار مقابله‌ای یا نافرمانی نشان دهد (۲). علائم اختلال به طور عمده در تعامل با بزرگسالان یا همسالانی که شخص به خوبی آنها

را می‌شناسد بیشتر آشکار می‌شود و در نتیجه ممکن است به آسانی در جریان معاینه بالینی مشاهده نشوند (۳). بر اساس نتایج پژوهش‌های جدید (۴ و ۵) در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، برای تشخیص ابعاد فرعی اختلال نافرمانی مقابله‌ای اصلاحات و تغییراتی پیشنهاد شده است و هشت علامت اختلال در سه زیرگروه: خلق تحریک‌پذیر/عصبانی، رفتار بی‌اعتنایی/جدلی، و کینه‌توزی گنجانده شده است (۱). نتایج تحلیل عاملی پژوهش کریگر، پلانزیک و گودمن^۲ (۲۰۱۳) که بر روی ۲۵۱۲ کودک ۶ تا ۱۲ ساله برزیلی انجام شد نیز مؤید این سه بعد ساختاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. شناسایی این ابعاد متمایز می‌تواند پیش‌بینی نتایج بالینی را بهبود ببخشد و به درمان‌های اختصاصی متناسب با هر بعد برای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کند (به نقل از ۶). به ویژه این که این زیرگروه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است وابسته به سن نباشد و این نکته هم در شناسایی و هم در درمان حائز اهمیت است (۶). همچنین علائم بالینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را می‌توان در سه سطح رفتاری، اجتماعی و شناختی متمایز کرد (۷).

دانش آموزانی که تا سن ۱۳ سالگی سطوح مزمن چنین رفتارهایی را نشان می‌دهند در معرض شکست تحصیلی (۸)، فرار از مدرسه، خشونت، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و مشکلات در روابط بین‌فردی قرار دارند (۹). این‌گونه مشکلات که در روابط اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمود پیدا می‌کند تا حد زیادی ناشی از نارسایی در شناخت اجتماعی^۳ این دانش‌آموزان است (۱۰). شناخت اجتماعی به مجموعه‌ای از فرایندهایی که به افراد اجازه می‌دهد که با یکدیگر تعامل داشته باشند، اشاره دارد. این فرایندها شامل فهم هیجان‌ها، تمایلات و اعمال افراد دیگر در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود. عناصر کلیدی شناخت

2. Krieger, Polanczyk & Goodman
3. Social cognition

1. Oppositional Defiant Disorder

آموزان در مدارس مؤثر است (۲۵). و می‌تواند سطوح پرخاشگری دانش‌آموزان را کاهش دهد (۲۶). در فراتحلیلی که ون‌برخوت و مالوف (۲۰۱۶) به بررسی اثربخشی آموزش همدلی ۱۸ پژوهش که با طرح‌های تمام آزمایشی اجرا شده بودند پرداختند به این نتیجه رسیدند که در مجموع برنامه‌های آموزش همدلی بر افزایش رفتارهای سازش‌یافته و اجتماع‌پسند و کاهش خشونت و پرخاشگری مؤثر است و اندازه اثر در حد متوسط (۰/۵۱) بود (۲۷).

آموزش مدیریت خشم نیز منجر به کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب می‌شود (۲۸) و (۲۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مدیریت خشم منجر به افزایش سازش‌یافتگی اجتماعی (۳۰) و کاهش پرخاشگری‌های کلامی و بدنی دانش‌آموزان پرخاشگر می‌شود (۳۱). و به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند که هیجان‌های منفی خود را به شیوه آرام‌تر و سازش‌یافته‌تری بیان کنند (۳۲).

بنابراین با توجه به این که برخورداری از آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم می‌تواند بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهبود شناخت اجتماعی مؤثر باشد و با در نظر گرفتن این که پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب بوده و این اختلال بخشی از تاریخچه تحولی اختلال‌های سنین جوانی و بزرگسالی محسوب می‌شود (۳۳) و می‌تواند هزینه‌های سنگینی را بر کودک، خانواده و جامعه تحمیل کند (۳۴) برای پیشگیری از مشکلات بعدی توجه به این افراد و انجام مداخله‌های به‌موقع و پیشگیرانه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به انجام پژوهش‌های محدود در این زمینه و فقدان پژوهش در مورد مقایسه اثربخشی این دو روش آموزشی بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای، و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که کدام یک از

اجتماعی شامل رمزگردانی، ذخیره، بازیابی، و پردازش اطلاعات مرتبط با تعاملات اجتماعی است که به ما اجازه می‌دهد تعاملاتمان را حفظ کنیم، روابطمان را با دیگران گسترش دهیم، دیگران را درک کنیم و با یکدیگر مشارکت و همکاری داشته باشیم (۱۱).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شناخت اجتماعی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با نارسایی‌هایی همراه است (۱۲). این که، این دانش‌آموزان دیگران را بخاطر بدرفتاری خود مقصر دانسته و سرزنش می‌کنند نشان‌دهنده نارسایی در مهارت‌های شناختی-هیجانی-اجتماعی آنهاست (۱۳). این دانش‌آموزان، ادراک پایینی از رفتار پرخاشگرانه خود دارند و علاوه بر این در کسان از پرخاشگری دیگران تحریف شده است (۱۴). این نارسایی‌ها در پردازش اطلاعات اجتماعی می‌تواند به عنوان عواملی در نظر گرفته شود که در استمرار رفتار مخرب نقش دارند (۱۵). دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با دانش‌آموزان عادی کمتر آسیب وارد شده را به یک تصادف نسبت می‌دهند و بیشتر آن را هدفمند و خصمانه می‌دانند (۱۶). و اغلب نیت دیگران را نیز به نادرستی تفسیر می‌کنند (۱۵). این کودکان به نشانه‌ها و علائم خصمانه بیشتر از علائم خنثی پاسخ می‌دهند و در انتخاب علائم، سوگیرانه رفتار می‌کنند، بنابراین به طور نسبی تلاش آنها در مهار مشکلات رفتاری، به نتیجه مفیدی ختم نمی‌شود (۱۷).

در این میان پیشینه پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که آموزش مهارت‌های زندگی از جمله آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم می‌تواند در درمان مشکلات رفتاری افراد مبتلا به اختلال‌های رفتاری مخرب به تغییرات معناداری منجر شود (۲۱-۱۸). آموزش همدلی منجر به افزایش رفتارهای سازش‌یافته (۲۲) و افزایش رفتارهای اجتماع‌پسند می‌شود (۲۳). و به ارتباط‌های مثبت اجتماعی و بهبود شناخت اجتماعی کمک می‌کند (۲۴). این روش آموزشی در پیشگیری و کاهش رفتارهای زورگویانه و قلدرمآبانه دانش-

درجه ای (۰ = اصلاً تا ۳ = خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می پردازد. سازندگان مقیاس ضریب اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و بازآزمایی آن را ۰/۹۵ گزارش کرده اند (۳۵). این مقیاس بر روی دانش آموزان ایرانی روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب همسانی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب اعتبار آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۶). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای برابر با ۰/۶۳ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۶۱ به دست آمد. و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

۲. *مصاحبه بالینی ساختاریافته*: مصاحبه بالینی ساختاریافته که توسط فرست^۲ و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختاریافته، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده ای ارائه می شود و مصاحبه کننده به چگونگی بحث جهت می دهد (۳۷). در این پژوهش به منظور تشخیص وجود علائم اختلال نافرمانی مقابله ای، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته که بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی تنظیم شده بود توسط پژوهشگر از مشاور و ناظم مدرسه دانش آموزان به عمل آمد.

۳. *داستان های اجتماعی*: جهت اندازه گیری پردازش اطلاعات اجتماعی از داستان های اجتماعی تورکاسپا و برایان^۳ (۱۹۹۴) که بر اساس مدل پردازش اجتماعی داج (۱۹۸۶) طراحی شده است، استفاده شد. تورکاسپا و برایان (۱۹۹۴) برای اندازه گیری پردازش اطلاعات اجتماعی ۵ داستان اجتماعی را به کار بردند که هر کدام یکی از مضامین: ۱. ورود به جمع همسالان، ۲. برانگیخته شدن از سوی یک کودک، ۳.

روش های آموزشی همدلی و مدیریت خشم بر بهبود شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای مؤثرتر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان پسر پایه های هفتم و هشتم مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای شهر ساری در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ است که از بین آنها نمونه ای به حجم ۵۴ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای، انتخاب شدند. به این ترتیب که، ابتدا از میان مدارس موجود ۱۰ مدرسه و از هر مدرسه ۵ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و تمام اعضای آن کلاس با استفاده از مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان که توسط مشاور و ناظم مدرسه آنها تکمیل شد مورد شناسایی و غربالگری قرار گرفتند و سپس موارد مشکوک با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد بررسی بیشتر قرار گرفتند و در نهایت ۵۴ نفر که ملاک های ورود شامل عدم مشکل یا معلولیت جسمانی، عدم مصرف دارو، و تحت سرپرستی پدر و مادر بودن را داشتند به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش تصادفی در گروه های آموزشی و کنترل جایدهی شدند (برای هر گروه ۱۸ نفر). برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ب) ابزار پژوهش

۱. *مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان*: این مقیاس توسط هومرسن^۱ و همکاران (۲۰۰۶) و بر اساس ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی برای تشخیص دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله ای ساخته شده است و دارای ۸ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴

2. First

3. Tur-Kaspa & Brayran

1. Hommersen

۱. آموزش مهارت همدلی: برای گروه آزمایشی اول آموزش مهارت همدلی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. این برنامه با تأکید بر بنیان‌های درمان چهار عاملی تنظیم شده است. در این برنامه با تأکید بر پنج فرایند دانش‌افزایی، کاربستن، ارزشیابی، تحلیل و ترکیب تلاش می‌شود تا مهارت‌های همدلی بر اساس مدل چهار عاملی با ایجاد رابطه‌ای تخصصی، شناخت‌افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان و نظم‌دهی رفتار آموزش داده شود (۴۰ و ۴۱).

۲. آموزش مدیریت خشم: برای گروه دوم آزمایشی نیز مدیریت خشم به شیوه شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده شد، روش‌های مدیریت خشم مبتنی بر شیوه‌های نوکا و اسپوواک (۱۹۷۵) به کار برده شده است (۴۲) که در آن افراد برای فهم رفتار خشم‌آلود و نظم‌بخشی و کنترل رفتار با برانگیزنده‌های درونی و بیرونی آشنا می‌شوند و به منظور مواجهه با افکاری که خشم را راه‌اندازی می‌کنند، روش خودآموزی شناختی و برای کاهش تنش تکنیک‌های آرامش‌بخشی به کار برده شدند (۴۳). در جدول زیر، راهبردهای کلی روش‌های مداخله‌ای در طی جلسه‌های آموزشی ارائه شده است.

برانگیخته شدن از سوی یک قربانی، ۴. روابط بین خواهران و برادران، و ۵. روابط بین معلم و شاگرد را اندازه‌گیری می‌کند. پورمودت و بشاش (۱۳۸۸) در پژوهش خود که بر روی ۱۲۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر انجام گرفت با استفاده از مقیاس قضاوت معلمان روایی همزمان داستان‌ها را به دست آوردند (۳۸). این مقیاس چهار بعد رفتاری پرخاشگری، اخلاک‌گری، رفتار اجتماع‌پسند، و خجالتی بودن و گوشه‌گیری را اندازه‌گیری می‌کند که هر یک از این ابعاد، رابطه معنی‌داری را از ۰/۳۱ تا ۰/۲۱- با مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی نشان داده است (۳۹). همچنین روایی صوری داستان‌ها مطلوب گزارش شده است و پایایی داستان‌ها از طریق بازآزمایی بررسی شد که پایایی بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۳ معنی‌دار بود و در مجموع این داستان‌ها برای بررسی پردازش اطلاعات اجتماعی کودکان مطلوب گزارش شده‌اند (۳۹). در پژوهش حاضر نیز، ضرایب بازآزمایی مرحله اول، دوم، سوم، چهارم، و پنجم شناخت اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۸، ۰/۵۱، ۰/۷۳، ۰/۶۱ و ۰/۵۶ به دست آمد.

ج) معرفی برنامه‌های مداخله‌ای

جدول ۱. روش‌های مداخله‌ای (برنامه‌های آموزش همدلی و مدیریت خشم)

آموزش همدلی		آموزش مدیریت خشم	
جلسه	موضوع	هدف	جلسه
اول	دانش‌افزایی کاربستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	بی تفاوتی چیست؟ وقتی بی تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ کجا باید بی تفاوت باشیم؟	اول
دوم	دانش‌افزایی کاربستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	همدردی چیست؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ می‌کنیم؟ آیا لازم است که همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟	دوم
سوم	دانش‌افزایی کاربستن ارزشیابی تحلیل	همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ آیا لازم است که همدلی کنیم؟ کجا؟	سوم

			فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟	ترکیب	
چهارم	دانش افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	چهارم	موانع همدلی کدام هستند؟ با گفته های دوستانان همدلی کنید. همدلی دوستانان را ارزشیابی کنید. چه مهارت هایی به همدلی کمک یا جلوگیری می کنند؟ برای همدلی چه مهارت هایی نیاز داریم؟	مهارت های مدیریت خشم	عملیاتی سازی مفهوم خشم و انتخاب راه حل های مناسب جهت مدیریت خشم
پنجم	دانش افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	پنجم	برای همدلی چه مهارت هایی نیاز داریم؟ دو مورد از خطاهای تفسیری خودتان را نام ببرید. چرا باید همدلی را یاد بگیریم. آیا تفسیرهای ناروا در روابط ما تأثیر می گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا به چه احتیاج داریم؟	راهکارهای عملی درباره مدیریت خشم	مهارت های مدیریت خشم با استفاده از ارائه الگو
ششم	دانش افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	ششم	خطاهای تفسیری کدام اند؟ (نام گذاری، انسانیت زدایی و ...) هر یک از خطاهای تفسیری خودتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابطمان چیست؟	راهکارهای عملی درباره مدیریت خشم	ایفای نقش در موقعیت های تصویری مختلف
هفتم	دانش افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	هفتم	همدلی به چه مهارت هایی احتیاج دارد؟ فنون گوش دادن، انعکاس، پرهیز از برجسب زدن و ... فنون بالا را در رفتارهای خود و دیگران دنبال کنید. نتیجه کاربرد فنون را در رفتارهایتان نام ببرید. ترکیب فنون در همدلی تان چگونه رخ می دهد؟	اکتساب و مرور ذهنی	استفاده از روش خودآموزی شناختی برای کنترل اظهارات خود منفی به منظور مدیریت خشم
هشتم	دانش افزایی کار بستن ارزشیابی تحلیل ترکیب	هشتم	همدلی چگونه تقویت می شود؟ به همدلی خودتان و گروه باز خورد بدهید. احساس خودتان را در قبال همدلی تان ارزیابی کنید. برای اینکه همدلی تان را ادامه دهید باید چگونه عمل کنید. همدلی را به عنوان یک مهارت در خودتان توصیف کنید.	ایفای نقش صحنه های سلسله مراتبی خشم و جمع بندی	مدیریت خشم در موقعیت های برانگیزنده خشم و حصول اطمینان از درک مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی

در $13/90 \pm 1/3$ ، $14/20 \pm 1/8$ و $13/93 \pm 1/1$ بوده است. در

جدول ۲ و ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی و کنترل ارائه شده است.

یافته های پژوهش

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در ۳ گروه آموزش همدلی، آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و کنترل به ترتیب برابر با

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون شناخت اجتماعی در گروه های پژوهش

گروه آموزش همدلی		گروه آموزش مدیریت خشم		گروه کنترل	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱۴/۲۸	۱/۳۲	۱۴/۶۱	۱/۶۸	۱۴/۲۸	۱/۱۸
پیش آزمون	مرحله اول شناخت اجتماعی	پیش آزمون	مرحله اول شناخت اجتماعی	پیش آزمون	مرحله اول شناخت اجتماعی

۰/۸۵	۱۴/۶۱	۱/۷۹	۱۸/۵۰	۱/۸۹	۱۷/۵۰	پس آزمون	
۰/۸۱	۷/۷۸	۱/۲۵	۷/۱۷	۱/۱۴	۷/۳۹	پیش آزمون	مرحله دوم شناخت اجتماعی
۱/۱۰	۸/۱۷	۱/۴۴	۱۳/۷۸	۱/۴۱	۱۷/۳۳	پس آزمون	
۰/۳۲	۵/۱۱	۰/۴۳	۵/۲۲	۰/۴۶	۵/۲۸	پیش آزمون	مرحله سوم شناخت اجتماعی
۰/۵۱	۵/۴۴	۱/۳۷	۸/۰۰	۱/۲۱	۸/۷۸	پس آزمون	
۱/۴۲	۴۸/۵۰	۲/۰۶	۵۰/۱۷	۱/۷۵	۴۹/۶۱	پیش آزمون	مرحله چهارم شناخت اجتماعی
۲/۲۳	۴۸/۹۴	۵/۳۰	۶۷/۷۸	۶/۰۶	۶۷/۶۱	پس آزمون	
۰/۳۲	۵/۱۱	۰/۳۸	۵/۱۷	۰/۲۳	۵/۰۶	پیش آزمون	مرحله پنجم شناخت اجتماعی
۰/۶۱	۵/۵۵	۱/۴۱	۸/۰۰	۰/۸۱	۹/۲۲	پس آزمون	
۱/۷۳	۸۰/۷۸	۳/۲۷	۸۲/۳۲	۲/۳۳	۸۱/۸۶	پیش آزمون	نمره کل شناخت اجتماعی
۲/۳۲	۸۲/۷۷	۶/۱۹	۱۱۶/۰۵	۶/۶۹	۱۲۰/۴۴	پس آزمون	

انحراف استاندارد نمره کل پیش آزمون شناخت اجتماعی در گروه آموزش مدیریت خشم به ترتیب ۸۲/۳۲ و ۳/۲۷ است. میانگین و انحراف استاندارد نمره کل پس آزمون شناخت اجتماعی در گروه آموزش مدیریت خشم به ترتیب ۱۱۶/۰۵ و ۶/۱۹ است.

با توجه به جدول ۲ مشاهده می شود که میانگین نمره کل پیش آزمون شناخت اجتماعی در گروه آموزش همدلی و کنترل به ترتیب ۸۱/۶۱ و ۸۰/۷۸ با انحراف استانداردهای ۲/۳۳ و ۱/۷۳ است. میانگین کل پس آزمون شناخت اجتماعی در گروه های آموزش همدلی و کنترل به ترتیب ۱۲۰/۴۴ و ۸۲/۷۷ با انحراف استانداردهای ۶/۶۹ و ۲/۳۲ است. میانگین و

جدول ۳. توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون علائم اختلال به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش همدلی	۱۶/۴۴	۱/۶۱	۱۰/۳۹	۱/۳۷
آموزش مدیریت خشم	۱۷/۷۲	۱/۶۴	۱۰/۰۰	۱/۷۲
کنترل	۱۷/۰۰	۱/۷۱	۱۴/۸۹	۲/۱۱

با توجه به جدول ۳، مشاهده می گردد که میانگین پیش آزمون علائم اختلال در گروه های آموزش همدلی، آموزش مدیریت خشم و کنترل به ترتیب برابر با ۱۶/۴۴، ۱۷/۷۲، ۱۷/۰۰ با انحراف استانداردهای ۱/۶۱، ۱/۶۴ و ۱/۷۱ است. میانگین پس آزمون علائم اختلال در گروه های مذکور به ترتیب برابر با ۱۰/۳۹، ۱۰/۰۰ و ۱۴/۸۹ با انحراف استانداردهای ۱/۳۷، ۱/۷۲ و ۲/۱۱ است. جهت بررسی اثربخشی آموزش های همدلی و مدیریت خشم بر بهبود شناخت اجتماعی، مؤلفه های آن و علائم

اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای، از آزمون های تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون ها، پیش فرض های اصلی آنها مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته (خرده مقیاس های شناخت اجتماعی، شناخت اجتماعی و علائم اختلال) به تفکیک گروه های آموزشی و کنترل بررسی شد. آماره کالموگروف اسمیرنوف به تفکیک گروه ها و خرده مقیاس ها در دامنه $KS-Z < 0.066$ و $KS-Z < 0.054$ تا ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ قرار داشت ($p > 0.01$) و معنادار نبودند در نتیجه توزیع متغیرها

شناخت اجتماعی ($\eta^2=0/92$ ، $p<0/01$ ، $F_{(2/50)}=283/82$)؛ مرحله اول ($F_{(2/46)}=28/29$ ، $p<0/001$ ، $\eta^2=0/55$)؛ دوم ($\eta^2=0/89$ ، $p<0/001$ ، $F_{(2/46)}=192/56$)، سوم، چهارم و پنجم شناخت اجتماعی معنادار بوده است ($p<0/001$) و اندازه اثر سه مرحله آخر هم به ترتیب برابر با $0/75$ ، $0/69$ و $0/71$ بود. همچنین آموزش های همدلی و مدیریت خشم بر کاهش علائم اختلال مؤثر بوده است ($\eta^2=0/62$ ، $p<0/05$)، $F_{(2/50)}=40/90$ و میزان اثربخشی آموزش ها با توجه به مجذور اتا در حدود ۶۲ درصد بود.

جهت پاسخگویی به این پرسش که کدام یک از روش های آموزشی همدلی و مدیریت خشم بر بهبود شناخت اجتماعی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابلهای مؤثرتر است؟ به بررسی میانگین های تعدیل شده و مقایسه تفاضل میانگین ها پرداخته شد. این نتایج در جداول ۴ و ۵ گزارش شده است.

از توزیع نرمال پیروی می کند؛ مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون با اثر تعامل پیش آزمون و متغیر وابسته علائم در گروه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، نتیجه به دست آمده با اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبود ($\mu^2=0/02$ ، $p=0/05$)، $F_{(3,117)}=1/87$ ، $F_{(3,117)}=1/87$ ، $p=0/05$ ، $\mu^2=0/02$) در نتیجه داده ها از مفروضه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می کنند؛ همچنین هیچ کدام از مقادیر ضرایب همبستگی بین متغیرهای وابسته بالاتر از $0/9$ نبود در نتیجه هم خطی چندگانه بین متغیرها برقرار نبود؛ نتیجه آزمون باکس ($M=79/30$)، $F=0/48$ ، $df_1=45$ ، $df_2=8/22 \times 10^4$ ، $p<0/01$) هم نشان داد که فرض همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس برقرار نیست. در نتیجه فرض همگنی واریانس های خطا برقرار است؛ نتیجه آزمون لوین ($F_{(2/51)}=0/88$ ، $p>0/05$)، $F_{(2/51)}=1/33$ ، $p=0/05$) نیز حاکی از این بود که تساوی خطای واریانس ها برقرار است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری نشان داد آموزش های همدلی و مدیریت خشم بر بهبود

جدول ۴. میانگین تعدیل شده شناخت اجتماعی به تفکیک گروه های پژوهش

دامنه اطمینان ۹۵٪			
گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه پایین
آموزش همدلی	۱۲۰/۲۲	۱/۰۲	۱۱۸/۱۸
آموزش مدیریت خشم	۱۱۵/۱۰	۱/۰۴	۱۱۳/۰۶
کنترل	۸۳/۲۹	۱/۰۳	۸۱/۲۳

جهت تفکیک معناداری اثربخشی گروه های آموزشی اثرات اصلی با اصلاح بن فرونی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. تفاوت میانگین شناخت اجتماعی و دامنه اطمینان تفاوت ها به تفکیک گروه های پژوهش

گروه ها (I)	گروه ها (J)	تفاوت میانگین ها (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری	دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت ها
					دامنه بالا
آموزش همدلی	آموزش مدیریت خشم	۵/۰۷°	۱/۶۵	۰/۰۰۱	۲/۱۷
آموزش همدلی	کنترل	۳۶/۹۲°	۱/۶۶	۰/۰۰	۳۴/۰۲

آموزش مدیریت خشم	آموزش همدلی	۵/۰۷*	۱/۶۵	۰/۰۰۱	۷/۹۷-	۲/۱۷-
کنترل	کنترل	۳۱/۸۷*	۱/۶۹	۰/۰۰	۲۷/۶۶	۳۶/۰۸

*P ≤ 0/05

دو گروه در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش شناخت اجتماعی دانش آموزان مبتلا به نافرمانی مقابله-ای نقش داشته‌اند.

جهت بررسی این پرسش که کدام یک از روش‌های آموزشی همدلی و مدیریت خشم بر کاهش علائم دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثرتر است؟ اثربخشی گروه‌های آموزشی اثرات اصلی با اصلاح بن‌فرونی مورد بررسی قرار گرفت. که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌گردد که بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آموزش همدلی و مدیریت خشم تفاوت معنادار وجود دارد ($Md = 5/07, p < 0/05$)، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد گروه آموزش همدلی دارای میانگین شناخت اجتماعی بالاتری در مقایسه با گروه آموزش مدیریت خشم است. تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آموزش همدلی و گروه کنترل ($Md = 36/92, p < 0/05$) و تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آموزش مدیریت خشم و گروه کنترل ($Md = 31/87, p < 0/05$) معنادار است. در نتیجه هر

جدول ۶. تفاوت میانگین علائم و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش

گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری	دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها
					دامنه بالا / دامنه پایین
آموزش همدلی	آموزش مدیریت خشم	۰/۳۷	۰/۶۵	۱/۰۰۰	-۱/۴۰ / ۲/۱۴
آموزش همدلی	کنترل	-۴/۵۱*	۰/۶۳	۰/۰۰۰	-۶/۲۳ / -۲/۷۹
آموزش مدیریت خشم	آموزش همدلی	-۰/۳۷	۰/۶۵	۱/۰۰۰	-۲/۱۴ / ۱/۴۰
آموزش مدیریت خشم	کنترل	-۴/۸۵*	۰/۶۱	۰/۰۰۰	-۶/۳۶ / -۳/۳۴

*P ≤ 0/05

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی و علائم اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتیجه تفاوت میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آموزش همدلی و مدیریت خشم بر شناخت اجتماعی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داد در سه مرحله اول، سوم و چهارم شناخت اجتماعی بین اثربخشی این دو روش آموزشی تفاوت معناداری وجود ندارد که در تبیین نبود تفاوت معنادار در این سه مرحله از شناخت اجتماعی می‌توان به وجوه

با توجه به جدول بالا مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده علائم اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دو گروه آموزش همدلی و شناختی-رفتاری وجود ندارد ($Md = 0/37, p > 0/05$). در مقابل تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آموزش همدلی و گروه کنترل ($Md = -4/5, p < 0/05$) و تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده گروه آموزش شناختی-رفتاری و گروه کنترل ($Md = -4/85, p < 0/05$) معنادار است. در نتیجه هر دو گروه در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در کاهش علائم اختلال دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش داشته‌اند.

این روش‌های آموزشی با عناصر یادگیری شناختی- اجتماعی در توازی هستند و فرایند تأییدهای شناختی در این الگوها بسیار مهم است (به نقل از ۴۲). دانش‌آموزان هر دو گروه آموزشی مدیریت خشم و همدلی یاد گرفتند برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی به تنهایی برانگیزنده رفتارهای تضادورزانه نیستند و تنها زمانی این محرک‌ها می‌توانند رفتارهای تضادورزانه را برانگیزند که پس از دریافت توسط دستگاه‌های شناختی و عبور از صافی این دستگاه، سوء تعبیر شوند در حالی که آموزش همدلی و مدیریت خشم مانع سوء تعبیر این محرک‌ها شده و شناخت اجتماعی را بهبود می‌بخشند. آموزش همدلی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کرد تا با فهم متضات موقعیت‌های اجتماعی به جای توجه به علائم خصومت‌آمیز، به نشانه‌های اجتماعی مثبت توجه کنند و اعمال دیگران را به درستی تفسیر کنند. این آموزش فرصتی برای این دانش‌آموزان فراهم آورد که ظرفیت عاطفی برای برقراری روابط مؤثر و پیوند مثبت و سازنده با دیگران را فراگیرند. آموزش مدیریت خشم نیز از طریق ایجاد خودآگاهی هیجانی، گفتگوی با خود، استفاده توأم از تمرین‌های تنفسی، آرامش عضلانی و تصویرسازی ذهنی همراه با تلقینات مثبت به خود موجب افزایش شناخت اجتماعی این دانش‌آموزان شد. با توجه به این که در محتوای به کار گرفته شده برای آموزش مدیریت خشم، هم بر مدیریت وجه عینی (رفتارهای پرخاشگرانه) و هم بر مهار وجه ذهنی (افکار و احساس‌های پرخاشگرانه) خشم تأکید شده است، می‌توان گفت که مدیریت خشم به عنوان یک رفتار سازش‌یافته امکان تغییر رفتارهای کلامی و غیر کلامی و افکار و احساس‌های منفی درباره دیگران را فراهم کرد و به بهبود شناخت اجتماعی منجر شد. آموزش مدیریت خشم با هدایت دانش‌آموز مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به سمت رفتارهای جامعه‌پسند، سبب تسهیل تعاملات بین فردی مناسب می‌شود و این امر به تسلط کودک بر افکار و احساس‌های همراه با قضاوت منفی دیگران

اشتراک ماهیت آموزش‌های مدیریت خشم و همدلی اشاره کرد. هر دو روش آموزشی به گونه‌ای است که افزایش خودآگاهی فرد نسبت به هیجان‌های خود، و نیز درک دقیق‌تر عواطف دیگران را در دل خود دارد (۱۵) و برخوردار از این مهارت‌ها می‌تواند در بهبود شناخت اجتماعی در این سه مرحله مؤثر باشد.

نتایج پژوهش‌های قبلی حاکی از اثربخشی روش‌های آموزش همدلی (۱۸-۲۱، ۲۴ و ۲۷) و مدیریت خشم (۳۰) و (۳۲) بر شناخت اجتماعی و ارتباط‌های مثبت اجتماعی دانش‌آموزان است. با این حال پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش آموزشی بر شناخت اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداخته باشد یافت نشد. دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای این انتظار کلی را دارند که دیگران سعی بر غلبه بر آنها دارند بنابراین احتمالاً به سرنخ‌های کلامی و غیر کلامی همسالان در جهت مهار کردن آنها بیش از حد توجه می‌کنند در حالی که نشانه‌های صمیمیت یا تلاش‌های دیگران جهت بحث و مذاکره را نادیده می‌گیرند. آموزش مهارت همدلی به دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند که بازده‌های مطلوب در ارتباط‌های بین فردی را به حداکثر رسانده و بازده‌های نامطلوب را کاهش دهند (۴۴). و برنامه آموزش همدلی با تأثیرگذاری بر رمزگردانی و تفسیر سرنخ‌های اجتماعی این دانش‌آموزان موجب افزایش شناخت اجتماعی‌شان می‌شود. همچنین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به دلیل نارسایی در شناخت اجتماعی، پاسخ‌ها را به طور نامناسب ارزیابی می‌کنند و احساس می‌کنند که اجرای رفتار پرخاشگرانه مؤثر است و پاسخ‌های پرخاشگرانه را به طور مطلوب ارزیابی کرده و اخلاقی می‌دانند (۴۳). اما در برنامه آموزش مدیریت خشم که مبتنی بر شیوه‌های نواکا و اسپيوک (۱۹۷۵) بود، نواکا و اسپيوک (۱۹۷۵) مؤلفه‌های محیطی و شناختی را در مدیریت خشم مورد توجه قرار داده‌اند و در آموزش همدلی نیز بر اصول شناختی تأکید شد و مؤلفه‌های

در محیط‌های عملکردی به خصوص در محیط مدرسه منجر می‌گردد.

این موضوع قابل توجه است که از یک سو بنا بر مدل شناختی نواکو (۱۹۹۳) ارزیابی افراد از موقعیت و تعیین میزان تهدیدآمیز بودن آن عامل اساسی در برانگیختگی خشم است (۴۴) و از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در واکنش‌های خویش به موقعیت‌های تازه‌تعمالی معمولاً ارزیابی منفی از آن موقعیت دارند (۴۳) و در این میان آموزش مدیریت خشم بر عواطف و هیجان‌های این افراد تأثیر مثبت می‌گذارد و ارزیابی این دانش‌آموزان از موقعیت منطقی‌تر می‌شود، آموزش مدیریت خشم به این دانش‌آموزان کمک می‌کند که علل روان‌شناختی عواطف منفی خود را راه‌اندازهای هیجان خود را بازشناسی کنند (۴۵). از این رو آنها را قادر می‌سازد تا در رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز بر خود تسلط داشته باشند و با بیان مناسب خشم، خودارزشمندی و کارکرد روانی-اجتماعی خویش را ارتقا دهند و متعاقب آن سازش‌یافتگی‌شان نیز ارتقا می‌یابد.

پاسخ‌های شناختی و رفتاری افراد نسبت به محرک‌های محیطی، تحت تأثیر راهبردهای رمزگردانی آنها، انتظار نسبت به پیامدها، نظام‌های تنظیم رفتاری و توانایی‌های برنامه‌ریزی قرار دارد. بعلاوه اعتقاد بر این است که ادراک‌های شناختی افراد بر رفتار آتی تأثیر بسیاری می‌گذارد (۱۵)، حال ارائه برنامه آموزشی مثل آموزش‌های همدلی و مدیریت خشم باعث ایجاد تغییراتی در ادراک محیط و اصلاح برداشت از محرک‌های اجتماعی (به عنوان مثال رفتار همسالان نسبت به آنها) می‌شود. بنابراین با فراگیری این آموزش‌ها این دانش‌آموزان بر تعاملات اجتماعی و وابستگی‌های تقویت تأثیر فعال اما مثبت می‌گذارند در حالی که قبل از فراگیری آموزش تأثیر فعال از نوع منفی داشتند. می‌توان گفت پس از فراگیری همدلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پاسخ‌های مناسب‌تری ابراز کرده و شناخت اجتماعی‌شان بهبود می‌یابد و رفتار آشکارشان اصلاح می‌شود.

همچنین نتیجه تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آموزشی نشان داد آموزش همدلی در بهبود مرحله دوم و پنجم داستان‌های اجتماعی (بازنمایی و تفسیر اطلاعات و گزینش پاسخ) مؤثرتر از آموزش مدیریت خشم بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که بیان کردند همدلی ظرفیتی جهت فهم رفتار دیگران و تجربه احساس‌های آنها فراهم می‌کند و فرد را به احساس‌ها، افکار و دیدگاه دیگران پیوند می‌زند همسو است (۴۶ و ۴۷)، همچنین این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که نشان دادند آموزش همدلی منجر به بهبود رفتارهای اجتماعی و همدلانه در افراد بزه‌کار و کاهش رفتارهای پرخطرانه دانش‌آموزان می‌شود همسو است (۲۴، ۴۱، ۴۸ و ۴۹). در مورد تأثیر بیشتری که آموزش همدلی بر این مراحل شناخت اجتماعی داشته است می‌توان گفت این دانش‌آموزان پس از فراگیری مهارت همدلی با گوش دادن فعال و پرهیز از خطاهای تفسیری، توجه به رفتارهای کلامی و غیرکلامی (زبان بدن، علائم چهره، صدا و حرکات) دقت بیشتری در تفسیر نشانه‌های غیرکلامی کردند و آگاهی بیشتری از حس و هیجان طرف مقابل به دست آوردند و به دنبال آن نظام‌های تفسیری‌شان در زمینه‌های مختلف را تغییر دادند. طبق مدل پردازش اطلاعات اجتماعی کریک و داج (۱۹۹۴)، در صورتی که این دانش‌آموزان از طرحواره‌ها و تجربه‌های قبلی خود استفاده کنند، ممکن است نیت‌های خصمانه را به رفتار دیگران نسبت دهند، یعنی طرحواره‌های شناختی ممکن است به صورت غیرارادی بر تفسیر اطلاعات اثر بگذارند و در اینجا نوعی پردازش خودکار (ناهشیار، ضمنی و شهودی) اتفاق می‌افتد (۵۰) اما از طریق تغییر نظام‌های تفسیری‌شان، می‌توانند پردازش خودکار را به پردازش کنترل‌شده (هشیارانه، تحت کنترل و تعمدی) تبدیل کنند و پردازش مهارشده از طریق تغییر در چشم‌انداز، باورها و ادراک این دانش‌آموزان نسبت به دیگران در گزینش پاسخ مناسب (مرحله پنجم) به آنها کمک کرد و نهایتاً امکان بهبود شناخت اجتماعی را میسر ساخت. در واقع در پرتو ویژگی شناخت در آموزش همدلی،

اعمال خود را مهار کنند و خودنظم‌دهی‌شان افزایش یابد (۴۰) در نتیجه تأثیر مشابهی بر علائم اختلال این افراد دارند. هر دوی این برنامه‌های آموزشی می‌تواند تصورات قالبی، نظام نمادین و رفتار دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در راستای همزیستی مسالمت‌آمیز تغییر دهد بنابراین تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو روش آموزشی بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیده نشد.

دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است کمینه‌سازی دفاعی هیجان‌های معینی مانند ترس و نگرانی که می‌تواند در آنها احساس آسیب‌پذیری ایجاد کند نشان دهند (۱۴). خشم به طور مستقیم با پرخاشگری مرتبط نشان داده شده است و این رابطه خشم- پرخاشگری با واسطه تکانشگری آشکار می‌گردد (۵۲). و یکی از علائم اصلی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تکانشگری است و همان‌طور که دانش آموزان با خشم بیشتری برانگیخته می‌شوند، بی‌نظمی نیز در آنها بیشتر می‌شود و در نتیجه علائم اختلال در آنها بروز پیدا می‌کند یا تشدید می‌شود. در حالی که آموزش مدیریت خشم و آموزش همدلی از طریق بازبینی و نظم‌دهی به هیجان‌ها، استفاده از تنش‌زدایی و فنون همدلی به این دانش آموزان این امکان را می‌دهد که علائم خود را بهتر مدیریت کنند. این برنامه‌های آموزشی با توانمندسازی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در به کارگیری گفتار درونی موجب می‌شود آنها بتوانند به واسطه خودبینی‌ها به رفتار خویش جهت بدهند و با بهره‌گیری از طرح‌ها و برنامه‌ها، به هدایت خودگردان رفتار بپردازند و علائم اختلال خود را مدیریت کنند.

با توجه به فراوانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی روز به روز به علت این اختلال، بالا می‌رود و از آنجایی که بسیاری از دانش آموزان و نوجوانان جامعه رگه‌هایی از ویژگی‌های دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را با شدتی کمتر نشان می‌دهند این گونه مداخلات مؤثر را نباید

علاوه بر افزایش احتمال شناخت صحیح و واقع‌بینانه هیجان‌ها توان پیش‌بینی و میزان چیرگی این دانش آموزان افزایش یافته و راهبردهای رویارویی مؤثر با هیجان‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا به کار گرفته شد که بر این اساس شناخت اجتماعی مناسب با سازوکارهای پیش‌بینی، کنترل و راهبردهای رویارویی کارآمد به بهبود کیفیت روابط اجتماعی کمک کرد.

نتایج در مورد مقایسه اثربخشی این دو روش آموزشی بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری بین مقادیر میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آموزش همدلی و مدیریت خشم نشان نداد. پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو روش آموزشی بر علائم اختلال این دانش آموزان بپردازد یافت نشد. با این حال در پژوهشی که شامل یک برنامه مداخله‌ای که ترکیبی از آموزش مدیریت خشم، آموزش همدلی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خشونت و سازش‌یافتگی نوجوانان پسر پرخاشگر بود مشخص شد که این برنامه ترکیبی می‌تواند خشونت نوجوانان پسری را که در مدرسه سابقه خشونت داشتند را کاهش دهد و رفتارهای سازش‌یافته آنها را افزایش دهد (۵۱). در تبیین نبودن تفاوت معنادار بین اثربخشی این دو روش آموزشی بر سازش‌یافتگی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت هر دو روش آموزشی همدلی و مدیریت خشم مداخلاتی هستند که عناصر درمان‌بخش مشترکی دارند. هر دوی این روش‌های آموزشی با افزایش آگاهی و دانش دانش آموزان به آنها کمک می‌کنند که اعمال خود را مهار کنند و خودنظم‌دهی‌شان افزایش یابد (۴۹) در نتیجه تأثیر مشابهی بر سازش‌یافتگی دانش آموزان دارند. در تبیین نبودن تفاوت معنادار بین اثربخشی این دو روش آموزشی بر سازش‌یافتگی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت هر دو روش آموزشی همدلی و مدیریت خشم مداخلاتی هستند که عناصر درمان‌بخش مشترکی دارند. هر دوی این روش‌های آموزشی با افزایش آگاهی و دانش دانش آموزان به آنها کمک می‌کنند که

اصول گروه‌درمانی یعنی جهان‌شمولی^۱ است (۵۳). البته با وجود مزایای آموزش گروهی، در مورد آموزش مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید گفت به جهت ماهیت این اختلال آموزش آنها در گروه‌های ۱۸ نفره و مدیریت‌شان در این گروه‌ها با دشواری‌هایی نیز همراه بود به طوری که همراه با آموزشگر، دستیار دیگری هم در جلسات آموزشی حضور داشت تا در طول جلسات نظم برقرار باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی هنگام کار گروهی با این دانش‌آموزان در گروه‌های کوچک‌تر به آنها آموزش دهند. همچنین با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی و کمبود پژوهش‌های داخلی در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های روان-شناختی مرتبط با این اختلال می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این دانش‌آموزان کمک‌های شایان توجهی کند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از زحمات صادقانه ریاست و کارکنان محترم اداره آموزش و پرورش ناحیه ۱ و ۲ شهر ساری و دبیران شورای تحقیقات آن اداره که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، سپاسگزاریم.

به جمعیت‌های خاص محدود کرد. پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش مدیریت خشم و آموزش همدلی که هر دو از مهارت‌های زندگی محسوب می‌شوند به دروس اجباری مدارس اضافه شوند تا با آموزش آنها از بروز، تشدید و تبدیل اختلال نافرمانی مقابله‌ای به سایر اختلال‌ها (به ویژه اختلال سلوک، سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی) پیشگیری شود. به نظر می‌رسد آموزش مشاوران مدارس در خصوص مهارت‌های همدلی و مدیریت خشم و قرار دادن برنامه آموزش مدیریت خشم و آموزش همدلی در سرفصل‌های آموزش خانواده و برنامه‌های ضمن خدمت مشاوران ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجایی که این پژوهش دوره پیگیری نداشت پیشنهاد می‌شود جهت بررسی ماندگاری اثر آموزش‌ها، پژوهش‌های بعدی دوره پیگیری را نیز در نظر بگیرند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده گروه نمونه و عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مثل شدت اختلال بود بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی متغیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده و شدت اختلال کنترل شود. با توجه به نتیجه پرسش‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی برنامه‌های آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی همدلی و مدیریت خشم به عنوان مهارت‌های ضروری و اساسی مورد نیاز دانش‌آموزان، در مقاطع اولیه و سطوح پایین‌تر تحصیلی نیز مورد توجه قرار گیرد تا نتایج پیشگیرانه بهتری داشته باشد. همچنین تاثیر برنامه‌های آموزشی به کار رفته در این پژوهش بر سایر ویژگی‌های دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سنجیده شود. در مجموع آموزش مهارت‌های مدیریت خشم و آموزش همدلی از طریق گردآوری افراد دارای مشکل همسان و در قالب آموزش گروهی به آنها القا کرد که دیگران نیز مشکلاتی همانند آنها دارند و این تأییدی بر یکی از مهم‌ترین

References

1. American Psychiatry Association, Text Revision. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th Ed.). Washington, DC: Author; 2013.
2. Matthys W, Lochman JE. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood. Parand A, Hossein Khanzadeh AA. (Persian translator). Tehran; 2010.
3. Khodayari Fard M, Sohrabi F. Clinical Child and Adolescent Psychology. Tehran: university of Tehran; 2011. [Persian].
4. Ezpeleta L, Granero R, Osa N, Penelo E, Domenech JM. Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old pre- schoolers. *Journal Child Psychology Psychiatry*. 2012; 53(11): 1128-1138.
5. Wakschlag L, Henry D, Tolan P, Carter A, Burns J, Briggs- Gowan M. Putting theory to the test: modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry*. 2012; 51(6): 593-604
6. Krieger FV, Goodman G. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM- 5 proposal and etiological links. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(4): 389-400.
7. Wellman HM. Understanding the psychological world: Developing a theory of mind. In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2002.
8. Birami M, Ebadi Asayesh M. Comparison of oppositional defiant disorder in children considering to parenting of mothers. *Woman and Family Studies*. 2010; 1(4): 49-62. [Persian].
9. Pardini D, Fite P. Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(11): 1134–1144.
10. Trentacosta CJ, Hyde LW, Shaw DS. Adolescent dispositions for antisocial behavior in context: The roles of neighborhood dangerousness and parental knowledge. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118(3): 564-575.
11. Andrade B, Browne D, Tannock F. Prosocial skills may be necessary for better peer functioning in children with symptoms of disruptive behavior disorders. *Peer Journal*. 2014; 2(487): 1-16.
12. Billeke P, Boardman S, Doraiswamy P. Social cognition in major depressive disorder a new paradigm?. *Translational Neuroscience*. 2013; 4(4): 437-447.
13. Fontaine RG, Burks VS, Dodge KA. Response decision processes and externalizing behavior problems in adolescents. *Dev Psychopathol*. 2002; 14(1): 107 – 122.
14. Watson JC. Revisioning empathy: Theory, research, and practice. In Cain D, Seeman J. (Eds.), *Handbook of research and practice in humanisti psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. pp: 445-472.
15. Lochman JE, Dodge KA. Distorted perceptions in dyadic interactions of aggressive and nonaggressive boys: Effects of prior expectations, context, and boys' age. *Dev Psychopathol*. 1998; 10(3): 495 – 512.
16. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood*. London: Blackwell Publishing; 2010.
17. Kempes M, Matthy W, Maassen G, van Goozen SHM, Van Engeland H. A parent questionnaire for distinguishing between reactive and proactive aggression in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15(1): 38 –45.
18. Abedi A, Shamsi A, Yarmohammadian A, Ghomrani A, Samadi M. Relationship between social information processing model with symptoms of oppositional defiant disorder in primary school students. *Journal of Social Cognition*. 2013; 2(2): 54-61. [Persian].
19. Flangan R, Allen K, Henry DJ. The impact of anger management treatment and rational emotive behaviour therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2010; 28(2): 87-99.
20. Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive- behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol*. 2010; 51(1): 403-410.

21. Neetu S, Ahmad N. Effectiveness of anger Management training program in Managing Aggressive behavior of Adults with Mental retardation. *International Research Journal of Social Sciences*. 2014; 3(9): 1-6
22. Shavisizad S, Rstami S, Gezlani R, Ghobadi S, Sedighi N. The effectiveness of anger management training program on self-efficacy and reduction of aggression in high school students in Kermanshah by utilizing self-efficacy theory. *Sixth International Conference of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 17. [Persian].
23. Singer T, Snozzi R, Bird G, Petrovic P, Silani G, Heinrichs M, Dolan R. Effects of Oxytocin and Prosocial Behavior on Brain Responses to Direct and Vicariously Experienced Pain. *Emotion*. 2008; 8(6): 781-791.
24. Van Berkhout E, Malouff J. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol*. 2016; 63(1): 32-41.
25. Jackson P, Eugene M, Tremblay P. Improving empathy in the care of pain patients. *J Neuro sci*. 2015; 6(3): 25-33.
26. Jimenez-Barbero J, Ruiz-Hernandez J, Zaragoza L, Perez M, Esteban B. Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Child Youth Serv Rev*. 2016; 61: 165-175.
27. Van Berkhout E, Malouff J. The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*. 2016; 63(1): 32-41.
28. Duan C, Hill CE. The current state of empathy research. *J Coun Psychol*. 1996; 43(3): 347-361.
29. Asadi F, Hasanzadeh M, Motedayen M. Efficacy of anger management therapy on reduction of aggression of boy adolescences 14-18 years with conduct disorder. *Sixth International Conference of Child and Adolescent Psychiatry 2013*; 39. [Persian].
30. Henwood K, Chou Sh, Browne K. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggress Violent Behav*. 2015; 25(B): 280-292.
31. Entesar Foumany GH, Salehi J. The Effects of Anger Management Skills Training on Aggression, Social Adjustment, and Mental Health of College Students. *Journal of Educational and Management Studies*. 2013; (394): 266-270.
32. Nasir R, Ghani N. Behavioral and Emotional Effects of Anger Expression and Anger Management among Adolescent. *Social and Behavioral Sciences*. 2014; 140(17): 565 – 569.
33. Tosun T. Anger Management of Students for a Peaceful School Environment: The Group Studies. *Social and Behavioral Sciences*. 2014; 159(3): 686 – 690.
34. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal Psychiatry*. 2012; 169(1): 47-54.
35. O'Laughlin, EM, Hackenburg JL, Riccardi MM. Clinical usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). *J Emot Behav Disord*. 2010; 18(4): 247-255.
36. Faramarzi S, Abedi, A, Ghanbari A. The effects of education maternal communication on reduction of symptoms of oppositional defiant disorder in their childre. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2012; (24): 90-96. [Persian].
37. Kheirieh M, Shairi M, Azadfallah P, Rasoolzadeh Tabatabai, K. Effectiveness of positive parenting training on children with oppositional defiant disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1): 53-58. [Persian].
38. Pourmavadat Kh, Bashash L. The study of evolution of social information processing in educable mentally retarded students. *Research on Exceptional Children*. 2009; 9(3): 211-222. [Persian].
39. Bashash I, Latifian M. The relationship between loneliness in children with mental disability with social behavior diagnosis of from the teacher. The results of new research in the Proceedings of the Conference Exceptional Education. 2003; 30-31. [Persian].
40. Lotfi Kashani, F. The investigation for common factors in psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran. 2007. [Persian].

41. Vaziri Sh, Lotfi Azimi A. The efficacy of empathy training on reduction of aggression in adolescents. *Developmental Psychology: Iranian psychologists*. 2011; 8(30): 167-175. [Persian].
42. Novaco W, Taylor J. Reduction of assaultive behavior following anger treatment of forensic hospital patients with intellectual disabilities. *Behav Res Ther*. 2015; 65(1): 52-59.
43. Abolmaali Hosseini Kh, Mehran G, Monadi M, Khosravi Z, Nazerzadeh Kermani F. The effectiveness of cognitive behavioral training on upgrade some components of social cognition male offenders. *Psychological Studies*. 2009; 5(2): 1-19. [Persian].
44. Novaco RW. *Stress inoculation therapy for anger control: A manual for therapists*. Irvine: University of California; 1993.
45. Schamborg S. A systematic review of the effectiveness of anger management interventions among adult male offenders in secure settings. *Archives of Forensic Psychology*. 2015; 1(2): 28-54.
46. Rieffe C, Ketelaar L, Wiefferink CH. Assessing empathy in young children: Construction and Validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality Individual Differences*. 2010; 49(5): 362.
47. Jolliffe D, Farrington D. Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior*. 2006; 32: 540-550.
48. Yeo SL, Ang RP, Loh S, Fu KJ, Karre JK. The role of affective and cognitive empathy in physical, verbal, and indirect aggression of a Singaporean sample of boys. *J Psychol*. 2011; 145(4): 313-330
49. Iwaniec D. *The emotionally abused and neglected child*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
50. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull*. 1994; 115(1): 74 – 101.
51. Freiden J. *GAME: A clinical intervention to reduce adolescent violence in schools*. 2005; Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3199466>
52. Lochman J E, Boxmeyer C, Powell N, Qu L, Wells K, Windle M. Dissemination of the Coping Power program: Importance of intensity of counselor training. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(3): 397– 409.
53. Hasanvand Amoozadeh M, Hasanvand Amoozadeh A, Hasanvand Amoozadeh M, Ghadampour M. The effectiveness of anger management skills training on social anxiety and anger self- regulation in boys high school with social anxiety. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2013; (14): 74-84. [Persian].

The Comparison of Efficacy of Empathy and Anger Management Trainings on Social Cognition and Symptoms of Students with Oppositional Defiant Disorder

Mahboobe Taher*¹, Abbas Abolghasemi², Nader Hajloo³, Mohammad Narimani⁴

Received: October 04, 2015

Accepted: December 10, 2015

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder is one of the most common, disruptive behavioral disorders. The aim of this study was the comparison of efficacy of empathy and anger management trainings on social cognition and disorder's symptoms in students with oppositional defiant disorder.

Method: The method of research was experimental and research design was pretest- posttest with control group. 54 students among all of seventh and eighth grades with oppositional defiant disorder in 2014-2015 academic years in Sari, were selected by multi-stage cluster random sampling and were assigned in 3 groups (2 experimental groups and 1 control group) randomly. For data collection, oppositional defiant disorder rating scale for children (Homerson et al., 2006), the structured clinical interview (First et al., 1999), and social stories (Tur-Kaspa & Brayran, 1994) were used. For experimental groups, empathy training and anger management trainings were implemented at 8 weekly sessions in 60 minutes whereas control group has any training.

Results: The results of multivariate and univariate analysis of covariance showed the effectiveness of empathy training and anger management training on total score of social cognition and its components. The Adjusted mean values of anger management and empathy training showed that empathy training

Rather than anger management has more role in improving social cognition of second and fifth stages ($P < 0.05$). The results of analysis of univariate analysis of covariance showed empathy training and anger management training are efficient in symptoms reduction. The results of comparison of difference between adjusted mean values showed that there was no significant difference in two groups.

Conclusion: Use empathy and anger management trainings alongside academic learning courses for children with oppositional defiant disorder, could prevent the occurrence, intensify and becoming oppositional defiant disorder to other disorders.

Keywords: Empathy training, anger management training, social cognition, symptoms of oppositional defiant disorder

1. *Corresponding author: Instructor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Shahroud, Iran (Mahboobe.Taher@yahoo.com)

2. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Guilan, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, University of Moohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4. Professor, Department of Psychology, University of Moohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran