

Article Type:
Research Article

Article History:

Received: 2025/2/3
Revised: 2025/3/15
Accepted: 2025/3/16
Published: 2025/4/5

How to Cite:

Taslimi N, Yazdi-Ravandi S. The effect of group cognitive behavior therapy on aggression, social adjustment, and peer interaction in male elementary school students. *EBNESINA* 2025;27(1):37-49.
DOI: [10.22034/27.1.37](https://doi.org/10.22034/27.1.37)

1. Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
2. Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Institute of Neuroscience and Mental Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

✉ Corresponding Author:

Saeid Yazdi-Ravandi
Address: Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Institute of Neuroscience and Mental Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Tel: +98 (81) 38271066
E-mail: yazdiravandi@umsha.ac.ir



Aja University of Medical Sciences

EBNESINA

journal homepage: <https://ebnesina.ajaums.ac.ir>

ISSN: 1735-9503
eISSN: 4653-2645



The effect of group cognitive behavior therapy on aggression, social adjustment, and peer interaction in male elementary school students

Narjes Taslimi ¹, Saeid Yazdi-Ravandi ^{2✉}

Abstract

Background and aims: Aggression and maladjustment in children can disrupt their development. Cognitive behavioral therapy (CBT) helps address these issues by modifying maladaptive thoughts and behaviors. This study aimed to evaluate the effects of group CBT on aggression, social adjustment, and peer interaction among elementary school boys.

Methods: The study employed a semi-experimental design with pre-test and post-test measures and a control group. Thirty male students of 5th and 6th -grade from elementary schools in Fasa city, Iran were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental group (n=15) or the control group (n=15). Both groups completed questionnaires before the intervention. The experimental group then participated in 13 weekly CBT sessions, each lasting 60 minutes, while the control group received no intervention. After the intervention period, both groups completed the questionnaires again. Data were collected using Bell's Emotional Adjustment Questionnaire, Hudson's Peer Interaction Questionnaire, and Bass and Perry's Aggression Questionnaire. Data analysis was performed using univariate analysis of covariance.

Results: CBT had a significant effect on social adjustment ($p < 0.001$), aggression ($p < 0.001$), and peer relationships ($p < 0.001$) in the experimental group at the post-test stage.

Conclusion: The findings suggest that group CBT is effective in reducing aggressive behaviors, improving social adjustment, and enhancing communication skills with peers among boys in elementary school.

Keywords: cognitive therapy, aggression, social adjustment, social interaction, male, students, school

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 27, No. 1, Serial 90)



Copyright© 2025. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajaums.ac.ir>

Introduction

Children are the future hopes and assets of society. The unique role this group plays in the growth, development, and progress of a country is well recognized. Given that a large number of children and teenagers attend schools, achieving educational goals becomes challenging when inconsistencies and behavioral problems arise. One behavioral problem with alarmingly high prevalence is aggression. Uncontrolled anger often leads to aggression and incompatibility [1].

Adaptability is considered a key characteristic that fundamentally supports both mental and physical health. It is a psychological process through which individuals cope with desires and challenges, managing daily life problems or bringing them under control. Low levels of social adaptability in students who face difficulties in social interactions often result in problems communicating with others, negatively impacting social relationships and self-empowerment. There is concern that these issues contribute to social, psychological, and academic problems in students. Self-empowerment plays a critical role in confronting these challenges. Many discussions emphasize that schools have an important role in students' cognitive and social development.

The aim of the present study was to evaluate the effect of group cognitive behavioral therapy (CBT) on aggression, social adjustment, and peer interaction in male elementary school students.

Methods

This semi-experimental study employed a pre-test-post-test design. The research sample consisted of 30 male students in grades five and six from a School in Fasa city during the 2023-2024 academic year.

The participants were selected based on availability, ethical considerations, and the informed consent. The students were randomly divided into two groups: 15 in the experimental group and 15 in the control group.

Participants completed the following

measurement tools before and after the intervention:

Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ): Originally containing 52 questions, this scale was refined to 29 items via factor analysis, assessing four components of aggression: physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility, as well as overall aggression levels [12].

Bell's Emotional Adjustment Questionnaire (1961): With 160 questions covering social, emotional, health, family, and occupational adjustment, this study used the emotional adjustment subscale [13].

Hudson Peer Interaction Questionnaire (IPR): Developed by Wabater Debito Hudson in 1992, this 25-item scale evaluates peer relationships and participation [14].

CBT is an effective and scientifically validated treatment. Its dual cognitive-behavioral approach has demonstrated high efficacy for participants [16]. In this study, CBT techniques were delivered over thirteen 60-minute group sessions, following the protocol used by Zarei et al. [17].

After sampling, the control group received no training. The experimental group participated in CBT group sessions twice weekly, each lasting 60 minutes, for 13 sessions. Post-tests were conducted for both groups. The research took place from early November to late December 2023.

Results

The control group's average social adjustment score was 15.98 in the pre-test and 16.06 post-test. The experimental group's social adjustment score decreased from 16.81 to 12.53. Aggression scores in the control group dropped from 80.33 to 79.73, while in the experimental group they decreased significantly from 79.01 to 63.80. Peer relationship scores in the control group slightly decreased from 76.13 to 75.62, whereas in the experimental group they dropped from 76.47 to 58.39.

Covariance analysis showed significant effects of CBT on all dependent variables:

Social Adjustment: ($p < 0.001$, $F = 19.17$), with CBT explaining 43% of variance. Aggression: ($p < 0.001$, $F = 21.18$), with 45% of variance explained by CBT. Peer Relationships: ($p < 0.001$, $F = 37.76$), with 60% effect size.

Discussion and Conclusion

This study demonstrated that CBT significantly reduces aggression, improves social adjustment, and enhances peer relationships among male elementary school students. CBT helps children regulate emotions better and select peaceful conflict resolution strategies instead of aggressive responses. Participants notably improved their social skills, communication abilities, and self-confidence, making them more comfortable and adaptable in social settings [18-21]. Overall, CBT's focus on modifying cognitive and behavioral patterns supports children's developmental growth and promotes positive social engagement within school environments.

Ethical Considerations

This research adhered to ethical standards including: obtaining research permission from the relevant university and coordinating with the Fasa Education Organization, ensuring confidentiality of questionnaire data, receiving informed consent

from students and their parents, and making the final results available to participants upon request.

Approval for the research protocol was granted by the Research Ethics Committees of Islamic Azad University-Hamedan Branch, under the ethical code IR.IAU.H.REC.1403.047.

Funding

There is no funding support.

Authors' Contribution

The first author performed data collection and study execution as part of her clinical psychology master's thesis. The second author is responsible for initial design, study guidance, expert advice, and editing. Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All of the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work.

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We are grateful for the support of Fasa city education authorities and the staff at Shahid Hekmat Kamal School, as well as the cooperation of all research participants.

اثربخشی رفتاردرمانی شناختی گروهی بر پرخاشگری، سازگاری اجتماعی و تعامل با همسالان در دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی

نرجس تسلیمی^۱، سعید یزدی راوندی^۲✉

چکیده

زمینه و اهداف: پرخاشگری و ناسازگاری در کودکان باعث اختلال رشدشان می‌شود. رفتاردرمانی شناختی با اصلاح افکار و رفتار ناسازگارانه به حل این مشکلات کمک می‌کند. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی تأثیر رفتاردرمانی شناختی گروهی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی و تعامل با همسالان در دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی است.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل ۳۰ دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی (پنجم و ششم) شهرستان فسا به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اعضای هر دو گروه قبل از شروع جلسات به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله رفتاردرمانی شناختی قرار گرفت. مداخله طی ۱۳ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۶۰ دقیقه انجام شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه بعد از اتمام دوره‌ای مداخله به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سازگاری عاطفی بل، پرسشنامه تعامل با همسالان هادسون و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد رفتاردرمانی شناختی بر سازگاری اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$)، پرخاشگری ($p < ۰/۰۰۱$) و رابطه با همسالان ($p < ۰/۰۰۱$) دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثرگذار بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که رفتار درمانی شناختی می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و سازگاری کودک با محیط اجتماعی خودش و توانایی مهارت‌های ارتباطی مؤثر با همسالان تأثیرگذار باشد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی، پرخاشگری، سازگاری اجتماعی، تعامل اجتماعی، پسر، دانش آموزان، مدرسه

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۲. مرکز اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، پژوهشکده علوم اعصاب و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

✉ نویسنده مسئول: سعید یزدی راوندی

آدرس: مرکز اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، پژوهشکده علوم اعصاب و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
تلفن: ۳۸۳۷۱۰۶۶ (۸۱) ۹۸+

ایمیل: yazdiravandi@umsha.ac.ir

مقدمه

کودکان امیدها و سرمایه‌های آینده جامعه محسوب می‌شوند. نقش بی‌بدیل این قشر در روند رشد، توسعه و تعالی کشور بر هیچکس پوشیده نیست. با توجه به اینکه تعداد بی‌شماری از کودکان و نوجوانان ما در مدارس مشغول تحصیل هستند، دستیابی به هدف‌های آموزشی باوجود ناسازگاری‌ها و مشکلات رفتاری امری مشکل و غیرممکن است. یکی از مشکلات رفتاری که میزان شیوع آن به طور هشداردهنده‌ای بالا است، پرخاشگری است. خشم مهارنشده، اغلب به پرخاشگری و ناسازگاری منجر می‌شود [۱]. کودکان دارای رفتارهای پرخاشگرانه خانواده، مدرسه و اجتماع را با مسائل گوناگونی مواجه می‌کنند که آنها را در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی آسیب‌پذیر می‌سازد. پرخاشگری کانون اصلی پژوهش‌های روان‌شناختی طی چند دهه اخیر بوده است. سازگاری به پذیرش و انجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات محیطی اشاره دارد و مفهوم متضاد آن ناسازگاری است. توان سازگاری نیز در انسان از جمله خصیصه‌هایی تلقی می‌شود که نقش اساسی در تأمین بهداشت روانی و جسمانی او دارد؛ زیرا سازگاری یک فرایند روان‌شناختی است که بر اساس آن فرد با تمایلات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله می‌کند و یا آنها را در کنترل خود درمی‌آورد [۲]. توان سازگاری نیز در انسان از جمله خصیصه‌هایی تلقی می‌شود که نقش اساسی در تأمین بهداشت روانی و جسمانی او دارد؛ زیرا مجموعه‌ای از کنش‌ها و رفتارها شرایط و موقعیت‌های جدید فراهم می‌آورد که آدمی قادر می‌شود با ارایه پاسخ‌های مناسب راه کمال را طی کند [۳]. پایین بودن میزان سازگاری اجتماعی و توان سازگاری در دانش‌آموزان که در زمینه تعاملات اجتماعی با مشکلاتی مواجه هستند باعث می‌شود که آنها در ارتباط با دیگران دچار مشکل شوند و ممکن است از نظر روابط اجتماعی با مسائلی مواجه شده و از لحاظ خودتوانمندسازی اجتماعی دچار شک و تردیدهایی شوند که این مسئله باعث بروز مشکلات اجتماعی و

روانی و تحصیلی در دانش‌آموزان می‌شود که خودتوانمندسازی نقش مهم و اساسی در مواجهه با این مشکلات دارد [۴]. از طرفی روان‌شناسان معتقدند که رابطه کودک با همسالانش می‌تواند سهم بسزایی در رشد و سلامت اجتماعی و عاطفی وی داشته باشد. پژوهشگران مهارت‌های ارتباط با همسالان را به صورت رفتارهایی که فرد از جامعه کسب می‌کند و به سبب آن قادر می‌شود با دیگران ارتباط برقرار کند و سبب بروز واکنش‌های مثبت در آنان شده و از بروز واکنش‌های منفی جلوگیری می‌کند، تعریف می‌کنند. در حقیقت کامل شدن مراحل رشد افراد به توانایی در مهارت‌های تعامل با همسالان وابسته است [۵]. تعامل با همسالان به عنوان یک فرآیند، یک راهبرد، یک کانال ارتباطی و یک ابزار تعریف می‌شود. همسالان الگویی در دسترس هستند که می‌توانند بر افراد همسن خود اثر بگذارند. از نظر ویگوتسکی^۱ تعامل با همسالان فرصت کافی برای مشاهده، تقلید و پس از آن، توسعه فعالیت‌های مغزی را به افراد می‌دهد. تعاملات اجتماعی ممکن است رشد و کیفیت زندگی را به شکل مثبت تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین با وجود تمام مشکلات، تعاملات اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است [۶]. نگرانی‌های زیادی در سال‌های اخیر در مورد گروه همسالان و اثرات آنها بر بهزیستی کودکان به‌وجود آمده است. کودکان از وقتی وارد مدرسه می‌شوند تا پایان دوران تحصیلات رسمی، بیشترین زمان خود را در خارج از خانه و در مدرسه سپری می‌کنند. بحث‌های زیادی بر روی این موضوع صورت گرفته است که مدرسه‌ها نقش مهمی در رشد شناختی و اجتماعی دانش‌آموزان دارند. همسالان بخش جدایی‌ناپذیری از مدرسه هستند که بر زندگی اجتماعی و تحصیلی کودکان دیگر تأثیر می‌گذارند [۷] همچنین مدرسه و گروه همسالان می‌تواند به عنوان زمینه‌های اجتماعی جدا از خانواده، هم زمان فرصت‌هایی برای رشد و زمینه‌های خطر برای کودک ایجاد کند. از این رو تعاملات همسالان در

1. Vygotsky

مدرسه از مهمترین مواردی است که می تواند در امر تحصیل فراگیران نقش داشته باشد و سنجش این میزان و آگاهی از آن در جوامع مختلف امری ضروری است.

رفتاردرمانی شناختی (CBT)^۱ یک رویکرد درمانی روان شناختی است که احساسات ناکارآمد، رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش های سیستماتیک، صریح و هدف مدار نشانه می گیرد. CBT با تمرکز بر حل مسئله، عهده دار حل مشکلات ویژه ای می شود و در این نوع درمان، درمانگر با عملگرایی تلاش می کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند [۸، ۹]. هدف روش های CBT شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جست و جوی کمک برای یافتن روش های جایگزین، تفکر در راستای بهبود روابط و روش هایی برای حفظ این روش ها است [۱، ۱۰]. هدف از پژوهش حاضر ارزیابی تأثیر CBT گروهی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی و تعامل با همسالان در دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از دانش آموزان پسر مقطع پنجم و ششم ابتدایی در مدرسه شاهد حکمت شهرستان فسا در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. حجم نمونه نیز با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و واریانس معادل با ۱۰/۹ و تأثیر ۳ واحدی به واسطه مداخله در مطالعه مشابه [۱۱]، معادل با ۱۵ نفر در هر گروه (فرمول زیر) در نظر گرفته شد.

$$n1 = n2 = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times S^2}{d^2} = \frac{2(1.92 + 0.84)^2 \times (3.3)^2}{9} = 14.97$$

باتوجه به تعداد متعدد مدارس ابتدایی در شهرستان، یک مدرسه (با معرفی سازمان آموزش و پرورش شهرستان و با

توجه به همکاری بیشتر این مدرسه جهت انجام این مطالعه) انتخاب شد و تعداد ۳۰ نفر نمونه مورد نظر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل دانش آموزان پسر مقطع پنجم و ششم ابتدایی (بین ۱۰ تا ۱۲ سال) و رضایت کامل دانش آموز و خانواده او برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم پاسخ دهی به بیش از ۲۰٪ سؤالات پرسشنامه، داشتن اختلال روانی حاد و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه سازگاری عاطفی بل (۱۹۶۱) و پرسشنامه تعامل با همسالان هادسون (IPR)^۲ بود که شرکت کنندگان آنها را قبل و پس از پروتکل درمانی تکمیل کردند.

نمونه اصلی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری دارای ۵۲ سؤال بوده است. اما بسیاری از سؤالات ضعیف پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عامل حذف شده و در نهایت به پرسشنامه ۲۹ سؤالی تبدیل شده است. [۱۲]. این پرسشنامه ۲۹ سؤالی، چهار جنبه پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می سنجد این پرسشنامه همچنین میزان پرخاشگری کلی را اندازه می گیرد. آزمودنی ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای (از کاملاً شبیه من است=۵ تا به شدت شبیه من نیست=۱). نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس ها به دست می آید. این پرسشنامه در پژوهش های خارجی از پایایی درونی خوبی برخوردار بوده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۵، پرخاشگری کلامی ۰/۷۲ و خشم ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است. باس و پری پایایی این آزمون را در بازآزمایی مجدد بین ۰/۸۰ - ۰/۷۲ و همسانی درونی این چهار عامل را با نمره کل برای

روایی آن بین ۰/۸۹-۰/۷۲ گزارش کرده‌اند [۳].

پرسشنامه سازگاری عاطفی بل (۱۹۶۱) دارای ۱۶۰ سؤال و شامل پنج بُعد سازگاری اجتماعی، عاطفی، بهداشتی، خانوادگی و شغلی (هر بُعد ۳۲ سؤال) است که در این پژوهش از بُعد سازگاری عاطفی استفاده شد. سؤال‌ها بر اساس مقیاس سه درجه‌ای (بله، خیر و نمی‌دانم) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر بُعد با مجموع نمره سؤال‌های آن بُعد به دست می‌آید و دامنه نمرات هر بُعد بین صفر تا ۳۲ است و نمره بالاتر به معنای سازگاری کمتر است. بل ضمن تأیید روایی محتوایی ابزار، پایایی ابعاد سازگاری اجتماعی و عاطفی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ گزارش کرد. پایایی ابعاد سازگاری اجتماعی و عاطفی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ گزارش کرد [۱۳].

شاخص روابط با همسالان توسط والتر هادسون^۱ در سال ۱۹۹۲ ساخته شد که از ۲۵ گویه تشکیل شده است و به منظور سنجش روابط و مشارکت با همسالان به کار می‌رود. مقیاس روابط با همسالان دارای آلفای ۰/۹۴ است که نشان‌دهنده ثبات درونی عالی و خطای استاندارد عالی (پایین) ۰/۴۴ است. این پرسشنامه روایی عالی از طریق مقایسه با گروه‌های شناخته شده دارد به این صورت که می‌تواند از نظر آماری تفاوت معناداری را بین مددجویانی که طبق اظهار خودشان و درمانگرشان مشکلات ارتباطی با همسالان دارند و گروهی که مشکلات ارتباطی با همسالان ندارند، نشان دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) در نظر گرفته می‌شود. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۹۰ محاسبه شده است [۱۴].

پروتکل CBT از مجموعه درمان‌های کارآمد است که از لحاظ علمی و عملی مورد تأیید قرار گرفته است. ویژگی خاص و مفید این برنامه، رویکرد دو سویه آن است که بیشترین کارایی را برای شرکت‌کنندگان دارد [۱۵، ۱۶]. در این پژوهش،

مداخله عبارت است از آموزش تکنیک‌ها به شیوه شناختی-رفتاری که در ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برای کودکان که توسط زارعی و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است [۱۷]. خلاصه مراحل جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. پس از نمونه‌گیری، گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. پروتکل CBT به صورت گروهی، طی ۱۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۲ جلسه، برگزار شد. در پایان آموزش، پس‌آزمون روی دو گروه اجرا شد. این پژوهش از ابتدای آبان ماه تا اواخر دی ماه ۱۴۰۲ انجام شد. پژوهش در گام‌هایی به شرح ذیل انجام شد:

گام اول (پیش‌آزمون): در این مرحله برای کلیه دانش‌آموزان که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند پرسشنامه‌های مطالعه تکمیل شد. گام دوم: در این مرحله افرادی که نمره پرخاشگری بالا و نمره تعامل و سازگاری پایین‌تری داشتند، مشخص و تعداد ۳۰ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. گام سوم: پس از انتخاب آزمودنی‌ها، در این مرحله افراد انتخاب شده به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گام چهارم: در این مرحله گروه مداخله تحت آموزش گروهی مدیریت پرخاشگری، تقویت سازگاری اجتماعی و تعامل با همسالان به شیوه CBT قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. گام پنجم (پس‌آزمون): پس از اتمام برنامه آموزشی، پرسشنامه‌ها مجدداً تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، اصول و موازین اخلاقی در پژوهش از جمله اخذ مجوز پژوهش از دانشگاه مربوطه، و هماهنگی با سازمان آموزش و پرورش شهرستان فسا، محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه‌ها، اخذ رضایت آگاهانه دانش‌آموزان و اولیاءشان و همچنین در اختیار قرار دادن نتایج نهایی (در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان) رعایت گردید. پس از اتمام مطالعه افرادی که در گروه کنترل بودند و تمایل به شرکت در گروه‌های درمانی داشتند، تحت CBT قرار گرفتند.

1. Walter Hudson

جدول ۱- خلاصه جلسات رفتاردرمانی‌شناختی گروهی

جلسه اول (معارفه، پیش آزمون و مقررات):

معارفه و ایجاد روابط صمیمانه با آزمودنی‌ها. تبیین هدف جلسات، قوانین جلسات (عدم سرزنش و تحقیر دیگران و حضور مرتب)، نحوه برگزاری و چگونگی روند جلسات، آموزش مهارت‌ها در جلسات

جلسه دوم (آموزش مهارت کنترل خشم):

۱) تعریف خشم و عصبانیت؛ ۲) تبیین مزایای کنترل خشم؛ ۳) شرح سطوح خشم (خفیف: کلافه بودن، متوسط: عصبانیت، شدید: خروش و غضب) و علایم آن (علایم جسمی، فکری و عملی) با ذکر مثال؛ ۴) بحث و گفتگو در مورد مواقعی که عصبانی بوده‌اند و علایمی که در آن زمان‌ها بروز داده است؛ ۵) الگوسازی یک موقعیت خشم‌آور و همچنین علایم آن توسط پژوهشگر و تشخیص آنها توسط آزمودنی‌ها؛ ۶) ایفای نقش موقعیتی که در آن خشمگین هستند توسط آزمودنی‌ها و تشخیص علایم خشم توسط آزمودنی‌های دیگر (برای چهار آزمودنی) و سپس ارائه بازخورد به آزمودنی‌ها بعد از ایفای نقش؛ ۷) یادداشت علایم جسمی، فکری و عملی که در آن خشمشان وجود داشت.

جلسه سوم (ادامه آموزش مهارت کنترل خشم):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) آموزش مهارت یادگیری کاهش تنش بدن از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی (با توجه به سن آزمودنی‌ها از تکنیک عروسک پارچه‌ای کوکی برای آموزش شل کردن عضلات استفاده شد؛ ۳) الگوسازی این تکنیک توسط پژوهشگر (سفت کردن عضلات و تصور خود به یک آدم آهنی برای ۱۵ ثانیه و سپس شل کردن عضلات مثل یک عروسک پارچه‌ای برای ۱۵ ثانیه؛ ۴) ایفای نقش این تکنیک توسط آزمودنی‌ها و ارائه بازخورد به آنها؛ ۵) ارائه تکلیف خانه کنترل خشم.

جلسه چهارم (ادامه آموزش مهارت کنترل خشم):

۱) آموزش استفاده از تکرار عبارات انطباقی (صحبت کردن با خود به صورت مثبت برای کسب آرامش و خونسردی جهت کنترل بهتر خشم؛ ۲) تبیین شکل صحیح صحبت با خود (خونسرد باش- آرام باش - عضلاتم دارد منقبض می‌شود، خودت را شل کن - نمی‌گذارم عصبانی‌ام بکند- ناراحتم که دوستم نمی‌خواهد با من بازی کند اما خیلی از دوست‌های دیگر دوست دارند با من بازی کنند و غیره)؛ ۳) اجرای مثال و تکرار سرمشق برای چندین بار؛ ۴) اجرای نقش توسط آزمودنی؛ ۵) اقدام عملی جهت حل مشکلی که سبب بروز خشم می‌شود (تعریف مشکل و مرور راه حل برگزیده و قرار دادن خود جای دیگران)؛ ۶) تکلیف خانه.

جلسه پنجم (آموزش شناخت احساس تعامل و همدلی با یکدیگر):

۱) آموزش درک احساسات مختلف؛ ۲) الگوسازی حالات احساسی مختلف و اشاره به احساس مورد نظر توسط آزمودنی‌ها (مثلاً اگر غذا را روی گاز سوزانده باشیم، می‌توانیم از نمودار واژگان احساسی به احساس ناامیدی و ناکامی اشاره کنیم؛ ۳) ایفای نقش احساسات مختلف توسط آزمودنی‌ها (مانند: اگر با لباس نو روی زمین بیفتی، هنگامی که روز تولدت هدیه‌ها را باز می‌کنی، هنگامی که نمره بد می‌گیری، هنگامی که نمی‌توانی کاری را انجام دهی، هنگامی که مادر خود را بدون خبر در مدرسه می‌بینی و غیره)؛ ۴) ارائه بازخورد در مورد ایفای نقش احساسات مختلف با کشیدن چند صورت و بیان داستانی برای آن توسط آزمودنی‌ها؛ ۵) تکلیف خانه «خاطره انگاری احساسی» (یادداشت وقایع مثبت و منفی همراه احساسات خود در آن مواقع).

جلسه ششم (ادامه آموزش شناخت احساس تعامل و همدلی با یکدیگر):

۱) توضیح طرق مختلف احساس رویدادها در افراد (مثلاً یک رویداد یک فرد را کم و یک فرد را زیاد خوشحال می‌کند)؛ ۲) تعریف همدلی با مثال (خود را جای دیگران گذاشتن و احساس او را تجربه کردن)؛ ۳) بیان برخورد با چنین موقعیتی تجربه توسط آزمودنی‌ها؛ ۴) تبیین درک احساس دیگران از طریق موقعیت (لحن صدا، حالت چهره، طرز قرار گرفتن بدن، حرکات و اشارات در حرف زدن)؛ ۵) الگوسازی داستانی درباره همدلی و پرسش از آزمودنی‌ها برای درک احساس فرد مورد نظر از طریق موقعیت. ۶) تمرین جای‌گذاری خود به جای فرد آزار بیننده و درک احساس وی (مثلاً به خاطر آوردن احساس دوست خود هنگامی که او را می‌زنند و اذیت می‌کنند)؛ ۷) تکلیف خانه (یادداشت موقعیت‌هایی که همدلی کردند یا می‌توانستند همدلی کنند و اینکه چه احساسی داشتند و به چه نتیجه‌ای منجر شد).

جلسه هفتم (آموزش فرمان‌برداری در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکلیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) تعریف فرمان‌برداری (انجام دادن درخواست دیگران یعنی اگر والدین درخواستی نمایند یا اگر معلم چیزی بگوید، و رعایت قوانین خانه و مدرسه)؛ ۳) توضیح مزایای فرمان‌برداری و رعایت قوانین جلوگیری از بروز مشکل، عصبانیت و بی‌نظمی و به دست آوردن تشویق والدین و معلم)؛ ۴) الگوسازی مهارت فرمان‌برداری در آزمودنی‌ها (انجام دستوراتی توسط پژوهشگر از طرف یکی از آزمودنی‌ها در نقش معلم و بالعکس ضمن دادن بازخورد به وی)؛ ۵) استفاده از یک بازی شد که برای موفقیت در آن باید آزمودنی‌ها دستوراتی را اجرا می‌کردند؛ ۶) تکلیف خانه «دستورات والدین»-جدول روزهایی هفته که اگر کودک دستورات والدین را در آن روز انجام دهد در ستون بله و اگر انجام ندهد در ستون خیر علامت زده می‌شد. در نهایت این علامت‌ها شمرده می‌شود و بر مبنای آن آزمودنی تقویت می‌شود.

جلسه هشتم (ادامه آموزش فرمان‌برداری در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) تمرین مهارت فرمان‌برداری؛ چسباندن یک برگه بر روی تخته برای هر آزمودنی حاوی جدولی با ستون رفتار و ستون روزهایی هفته که چهار رفتار مورد نظر در طول روز برای آزمودنی‌ها تعیین می‌شود. انجام این رفتارها و عدم انجام آنها به شکل چهره خندان و یا اخم‌کرده قرار داده می‌شود. در آخر جلسه آزمودنی‌های با تعداد چهره‌های خندان بیشتر مورد تشویق قرار می‌گیرند؛ ۳) تکلیف خانه (تکرار جلسه قبل).

جلسه نهم (آموزش مهارت مساله‌گشایی در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) توضیح در مورد هدف آموزش حل مسئله؛ ۳) تعریف حل مسئله: در صورت بروز مشکل فکر کردن قبل از عمل کردن، عدم اقدام سریع و پرخاشگرانه، اول تشخیص مشکل، و تفکر در مورد راه حل‌های متفاوت و نتایج هر کدام و انتخاب بهترین راه حل. ۴) شرح مزایای حل مسئله (حل مشکلات توسط خود و جلوگیری از راه حل‌های پرخاشگرانه و درگیری)؛ ۵) توضیح روند حل مسئله با کشیدن آمک که به همراه مثال به صورت توضیح داده شد: (الف- ایست مشکل چیست؟ ب- چه کسی یا چه چیزی سبب بروز مشکل شده است؟ ج- هر کس در این مورد چه فکر و چه احساسی دارد؟ د- چه راه حل‌هایی وجود دارد؟ ه- بهترین راه حل چیست؟ و- راه حل را اجرا کنید. ز- آیا این راه حل مؤثر بوده است؟)؛ ۶) الگوسازی روند حل مسئله با یک مشکل فرضی (دو پسر به اسم علی و محمد یک ماشین دارند و می‌خواهند با آن بازی کنند. علی سرگرم بازی با ماشین است و این کار را مدت طولانی ادامه می‌دهد. محمد می‌خواهند به او فرصتی برای بازی داده شود ولی علی به بازی با ماشین ادامه می‌دهد). ۷) پرسش و بحث و گفتگو در مورد مراحل حل مسئله در مورد مشکل بالا؛ ۸) تکلیف خانه «برنامه مسئله‌گشایی» (آزمودنی‌ها مشکل خود را بیان می‌کنند و روند مراحل حل مسئله را برای آن مشکل توضیح می‌دهد و نمره می‌گیرند و بر مبنای نمره تقویت می‌شوند).

جلسه دهم (ادامه آموزش مهارت مساله‌گشایی در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) طرح مشکلات فرضی برای هر آزمودنی و ایفای نقش آنها در جهت اجرای روند حل مسئله در مورد آن مشکل؛ ۳) بحث و گفتگوی آزمودنی‌های دیگر در مورد استفاده آزمودنی مورد نظر از مراحل حل مسئله (استفاده از تقویت) (این کار برای همه آزمودنی‌ها اجرا و تمرین می‌شود)؛ ۴) تکلیف خانه «برنامه مسئله‌گشایی».

جلسه یازدهم (آموزش مهارت مسئولیت‌پذیری در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) توضیح مهارت مسئولیت‌پذیری (به عهده گرفتن نتایج کارهایی که انجام می‌دهیم و قبول اشتباهی که می‌کنیم و عدم سرزنش دیگران به خاطر آن و انجام درست کارهایی که به عهده ماست)؛ ۳) تبیین مثال‌هایی در مورد مسئولیت‌پذیری؛ ۴) توضیح خواستن در خصوص موقعیت‌هایی که مسئولیت‌پذیر بودند یا نبودند؛ ۵) شرح مزایای مسئولیت‌پذیری (انجام کارهای خود به موقع و درست، عدم انداختن تقصیر به دیگران در صورت انجام ندادن کارهای عهده‌دار، قبول عمل اشتباه و عذرخواهی)؛ ۶) الگوسازی داستان («علی با برادرش در حیاط خانه مشغول بازی با توپ هستند. ناگهان علی توپ را به پنجره می‌زند و شیشه آن را می‌شکند. مادر به حیاط می‌آید و می‌پرسد چه کسی این کار را کرده است. علی می‌گوید: برادرش این کار را کرده است. ۷) پرسش و بحث در مورد حادثه بالا (علی مسئول شکستن شیشه بود؟ آیا مسئولیت رفتارش را قبول کرده؟ آیا علی آدم مسئولیت‌پذیری هست؟)؛ ۸) تکلیف خانه «مسئولیت‌پذیری» (بیان اشتباه مرتکب شده و نظر دادن در مورد مسئولیت‌پذیری خود نسبت به قبول اشتباهشان و بعد نمره‌گذاری و بر اساس آن ارائه تقویت).

جلسه دوازدهم (ادامه آموزش مهارت مسئولیت‌پذیری در راستای تقویت سازگاری اجتماعی):

۱) مرور تکالیف جلسه قبل و تقویت آزمودنی در صورت انجام؛ ۲) ایفای نقش مهارت مسئولیت‌پذیری با طرح داستانی جدا برای هر آزمودنی؛ ۳) پرسش از آزمودنی‌های دیگر بعد از ایفای نقش هر کدام از آزمودنی‌ها و ادامه تمرین؛ ۴) تکلیف خانه «مسئولیت‌پذیری».

جلسه سیزدهم (خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون):

۱) مرور جلسات؛ ۲) نظرخواهی در مورد آموزش ارائه شده؛ ۳) ابراز تشکر به خاطر شرکت در جلسات و تقدیم جایزه به همه به خاطر همکاری.

جدول ۲- میانگین (±انحراف معیار) نمرات متغیرهای مطالعه در گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
سازگاری اجتماعی	مداخله	$16/81 \pm 3/29$	$12/53 \pm 3/39$
	کنترل	$15/98 \pm 2/21$	$16/06 \pm 2/67$
پرخاشگری	مداخله	$79/01 \pm 12/74$	$63/80 \pm 12/09$
	کنترل	$80/33 \pm 11/61$	$79/73 \pm 13/43$
روابط با همسالان	مداخله	$76/47 \pm 11/41$	$58/39 \pm 10/24$
	کنترل	$76/13 \pm 14/31$	$75/62 \pm 12/97$

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه از آمار توصیفی میانگین (±انحراف معیار) و فراوانی و همچنین آزمون‌های استنباطی تی مستقل و وابسته و همچنین از تحلیل کواریانس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد پردازش قرار گرفت. همچنین سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه مداخله و کنترل به ترتیب $11/12 \pm 1/24$ و $11/32 \pm 1/19$ سال بود (دامنه سنی دو گروه بین ۱۰ تا ۱۲ سال). داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون گروه کنترل $15/98$ و در پس‌آزمون این گروه $16/06$ است. در حالی که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در پس‌آزمون گروه مداخله نسبت به پیش‌آزمون این گروه، کاهش پیدا کرده و از $16/81$ به $12/53$ رسیده است. میانگین نمرات پرخاشگری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب $80/33$ و $79/73$ است. میانگین نمرات پرخاشگری در پس‌آزمون گروه مداخله نسبت به پیش‌آزمون این گروه، کاهش پیدا کرده و از $79/01$ به $63/80$ رسیده است. همچنین میانگین نمرات روابط با همسالان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب $76/13$ و $75/62$ است. در حالی که میانگین نمرات این متغیر در پس‌آزمون گروه مداخله نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده و از $76/47$ به $58/39$ رسیده است. (جدول ۲)

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳، در مورد سازگاری اجتماعی ($F = 19/17$, $p < 0/001$) نشان می‌دهد اثر رفتاردرمانی شناختی گروهی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان

جدول ۳- تحلیل کواریانس پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون در متغیرهای مطالعه

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
سازگاری اجتماعی	گروه	$125/78$	۱	$125/78$	$19/17$	$< 0/001$	$0/43$
	خطا	$162/98$	۲۵	$6/55$			
پرخاشگری	گروه	$2012/81$	۱	$2012/81$	$21/18$	$< 0/001$	$0/45$
	خطا	$2375/51$	۲۵	$95/02$			
روابط با همسالان	گروه	$2082/92$	۱	$2082/92$	$37/76$	$< 0/001$	$0/60$
	خطا	$1378/71$	۲۵	$55/14$			

مورد مطالعه تأثیر معنادار دارد و میزان آن را کاهش می‌دهد (در مقیاس سازگاری اجتماعی کاهش در نمرات سازگاری به معنی افزایش میزان سازگاری است). با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۴۳٪ است. در مورد پرخاشگری نیز این جدول نشان می‌دهد اثر رفتاردرمانی شناختی گروهی بر پرخاشگری دانش‌آموزان تأثیر معنادار دارد و میزان آن را کاهش می‌دهد. با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۴۵٪ است. در مورد روابط با همسالان نیز این جدول نشان می‌دهد اثر رفتاردرمانی شناختی گروهی بر روابط با همسالان دانش‌آموزان تأثیر معنادار دارد و میزان آن را کاهش می‌دهد (کاهش نمره به معنای بهبود در روابط با همسالان است). با توجه به مجذور اتا میزان این تأثیر ۶۰٪ است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه به بررسی اثر CBT بر پرخاشگری، سازگاری اجتماعی و روابط با همسالان دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی پرداخته شد که نتایج نشان دادند که CBT بر این سه متغیر تأثیر دارد. در همین راستا نتایج پژوهش‌های فوردهام^۱ و همکاران [۱۸]، عطادخت و همکاران [۱۹]، برو^۲ و همکاران [۲۰] و شیرخانزاده [۲۱] همسو با این یافته هستند.

با توجه به نظر برو و همکاران می‌توان بیان کرد که CBT یکی از روش‌های مؤثر در روان‌درمانی است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف رشد کودکان تأثیر بگذارد. در این پژوهش به بررسی تأثیر CBT بر سه حوزه مهم در پسران مقطع ابتدایی

1. Fordham

2. Bru

پرداخته شد و در تبیین یافته اول پژوهش مبنی بر تأثیر این روش بر سازگاری اجتماعی، پرخاشگری و رابطه با همسالان می‌توان اینگونه بیان داشت که CBT به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز برای برقراری ارتباط مؤثر با دیگران را توسعه دهند. این روش درمانی با کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس، به کودکان کمک می‌کند تا در محیط‌های اجتماعی احساس راحتی بیشتری کنند و با همسالان خود بهتر سازگار شوند که نتایج مطالعه ما همراستا با سایر مطالعات است [۲۲، ۲۳]. از طرفی CBT با تمرکز بر تغییر الگوهای فکری منفی و تقویت مهارت‌های حل مسئله، به کودکان کمک می‌کند تا در برقراری و حفظ روابط مثبت با همسالان خود موفق تر عمل کنند. این روش به کودکان یاد می‌دهد چگونه با تعارضات اجتماعی به شیوه‌ای سازنده برخورد کنند و از این طریق کیفیت روابط خود با دیگران را بهبود بخشند [۲۴]. همچنین CBT می‌تواند در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان مؤثر باشد. با کمک این روش درمانی، کودکان می‌آموزند که چگونه هیجانات خود را بهتر تنظیم کنند و به جای پاسخ‌های پرخاشگرانه، راه‌حل‌های مسالمت‌آمیزتری را برای حل تعارضات انتخاب کنند. این امر می‌تواند به کاهش پرخاشگری واکنشی و بهبود روابط اجتماعی کودکان کمک کند [۲۵]. تأثیر این شیوه درمانی بر پرخاشگری مهم است؛ زیرا پرخاشگری چه فیزیکی و چه کلامی نیاز به راهبرد مداخله‌ای دارد. ادبیات پژوهشی نیز از این یافته حمایت می‌کند که CBT به عنوان یکی از درمان‌هایی است که می‌تواند با استفاده از آن در کاهش خشم که جزء جدی سازه پرخاشگری است، مؤثر عمل کند [۲۶]. این مداخله بر راه‌حل‌های جایگزین و تغییر افکار تحریف شده تأکید دارد و کودکان تحت این شیوه درمانی با اجتناب از راه‌حل‌های غیرمنطقی و تغییر و جایگزین کردن رفتار مناسب در حین مشکلات ارتباطی پرخاشگری کمتری نشان دادند [۲۷]. نتایج حاصله از مطالعه حاضر که همراستا با سایر مطالعات است نشان دهنده تغییرات مثبت روابط کودکان به دنبال شرکت در جلسات درمانی بود. CBT می‌تواند با بهبود

افکار، اعمال و رفتارهای فرد، منجر به کسب مهارت‌های جدید در کودکان شود و این خود موجب کاهش رفتارهای ناخوشایند می‌شود. زیرا در این درمان مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم و ابراز وجود نیز آموزش داده می‌شود [۲۸]. در این شیوه درمانی جایگزینی رفتارهای منفی با رفتارهای مثبت و تقویت رفتارهای مثبت جدید و بهبود مهارت‌های خودآگاهی، ارتباطات بین فردی، ارتباط برقرار کردن، مقابله با هیجانات و تصمیم‌گیری می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش سازگاری و بهبود روابط با همسالان منجر گردد. در مجموع، CBT با تأکید بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری، می‌تواند به کودکان کمک کند تا در زمینه‌های مختلف رشدی پیشرفت کنند و با تقویت مهارت‌های اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس به افرادی سازگارتر تبدیل شوند و در محیط‌های اجتماعی مانند مدرسه با همسالان خود روابط بهتری تشکیل دهند و در گروه‌های اجتماعی نقش مؤثرتری داشته باشند. همچنین افزایش اعتماد به نفس و ایجاد روابط سالم در محیط اجتماعی باعث کاهش تعارضات و در نتیجه کاهش خشونت و رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان می‌شود. به‌طور کلی می‌توان گفت که در CBT گروهی افراد با هم‌تایان خود در محیطی کنترل‌شده تعامل دارند. در این جلسات به کودکان کمک می‌شود تا با آموزش اصول اساسی ارتباط مثل تماس چشمی، گوش دادن فعال و نوبت‌گیری در گفتگو مهارت‌های ارتباطی را یاد بگیرند و از طریق بازی‌های نقش‌آفرینی و فعالیت‌های گروهی همدلی را بیاموزند. همچنین کودکان با یادگیری روش‌های سازنده برای حل اختلافات، مانند استفاده از کلمات به جای خشونت و توافق بر سازش‌ها توانایی حل تعارضات را به دست می‌آورند و با شرکت در فعالیت‌های گروهی که نیازمند کار تیمی و اشتراک‌گذاری هستند رفتارهای همکاری‌جویانه در آنها تقویت می‌شود و کودکان با استفاده از CBT گروهی می‌توانند در محیطی امن و حمایت‌کننده، مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت کنند و اعتماد به نفس لازم برای تعاملات اجتماعی را کسب نمایند. این روش می‌تواند به

آنها کمک کند تا در مدرسه و دیگر محیط های اجتماعی بهتر سازگار شوند. در کل بر اساس پیشینه تجربی و نظری می توان اشاره کرد که CBT به کودکان کمک می کند تا الگوهای فکری و رفتاری خود را شناسایی کرده و آنها را تغییر دهند. این درمان شامل تکنیک هایی مانند شناسایی عوامل محرک و پیامدهای رفتار پرخاشگرانه، یادگیری استراتژی هایی برای شناخت و تنظیم بیان خشم، تکنیک های حل مسئله و بازسازی شناختی و مدل سازی و تمرین رفتارهای اجتماعی مناسب جایگزین است. این روش ها به کودکان کمک می کنند تا به جای واکنش های پرخاشگرانه، رفتارهای مثبت تری را در موقعیت های مختلف اجتماعی از خود نشان دهند و در نتیجه به بهبود روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی آنها کمک می کند. همچنین تعامل با همسالان در پسران دبستانی یکی از جنبه های مهم رشد اجتماعی و عاطفی است. در این دوره کودکان شروع به تشکیل دوستی های قوی تر و پیچیده تر می کنند و داشتن دوستان، به ویژه از همان جنس، اهمیت بیشتری پیدا می کند. آنها با فشار همسالان بیشتری مواجه می شوند و همزمان، آگاهی بیشتری نسبت به بدن خود به دلیل نزدیک شدن به دوران بلوغ پیدا می کنند [۲۹]. تعاملات مثبت با همسالان می تواند به توسعه مهارت های اجتماعی و شناختی کمک کند که برای مدیریت روابط در آینده ضروری است.

این مسئله نشان دهنده این است که CBT گروهی در کودکان پرخاشگر، درمانی است که با اصلاح یا تغییر الگوهای تفکر غلط، رفتار و تفکر را اصلاح می کند. این درمان به کودکان کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مورد نیاز برای برقراری ارتباط مؤثر با دیگران را توسعه دهند. در واقع می توان گفت، برخورد اندیشمندانه با مشکلات، ماهیت CBT است و نتیجه این برخورد، افزایش انعطاف پذیری است که به افزایش سازش یافتگی و تعادل روان شناختی منجر می شود. این درمان گروهی باعث گردیده میانگین متغیرهای پرخاشگری، سازگاری اجتماعی و تعامل با همسالان در گروه مداخله در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تغییر مثبت یابد. به طور کلی

یافته های این مطالعه نشان داد که آموزش CBT گروهی می تواند در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و سازگاری کودک با محیط اجتماعی خودش و توانایی مهارت های ارتباطی مؤثر با همسالان تأثیرگذار باشد. بنابراین با توجه به یافته های به دست آمده از اثربخشی آموزش CBT گروهی بر تعدیل رفتار کودکان در محیط آموزشی شان، می توان این روش را برای کاهش پرخاشگری و بهبود سازگاری اجتماعی و مهارت های ارتباطی کودکان مناسب در نظر گرفت. پژوهش حاضر بر روی پسران دبستانی انجام شده است که این مسئله می تواند قابلیت تعمیم دهی را با مشکل مواجه سازد. همچنین عدم کنترل متغیرهایی مانند ویژگی های شخصیتی دانش آموزان و وضعیت فرهنگی و اقتصادی خانواده دانش آموزان و نیز عدم اجرای مرحله پیگیری از محدودیت پژوهش به شمار می رود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با کد IR.IAU.H.REC.1403.047 به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد همدان رسیده است. نویسندگان از مساعدت و همکاری آموزش و پرورش شهرستان فسا و کارکنان محترم مدرسه شاهد حکمت کمال تشکر را دارند. همچنین بدین وسیله از همه شرکت کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول جمع آوری اطلاعات و اجرای مطالعه جهت اخذ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی را انجام دادند. نویسنده دوم ارائه طرح اولیه و راهنمای اجرای مطالعه، مشاوره تخصصی و پژوهشی و ویرایش مقاله را به عهده داشتند. هر دو

منابع مالی

در این پژوهش از هیچ سازمانی کمک مالی دریافت نگردید.

نویسنده در ایده پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهم بوده اند و با تأیید نهایی مقاله حاضر مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

References

1. Mohammadi A, Kahn mouei SB, Allahviridiyan K, Habibzadeh S. The effect of anger management training on aggression and social adjustment of male students aged 12-15 of shabestar schools in 2008. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1690-1693. doi:10.1016/J.SBSPRO.2010.07.347
2. Chen J-C, Silverthorne C. The impact of locus of control on job stress, job performance and job satisfaction in Taiwan. *Leadership & Organization Development Journal*. 2008;29(7):572-582. doi:10.1108/01437730810906326
3. Babakhani V. The effectiveness of mindfulness skills training on adjustment and mental health of students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019;8(5):171-178. [Persian]
4. Christoforou R, Lange S, Schweiker M. Individual differences in the definitions of health and well-being and the underlying promotional effect of the built environment. *Journal of Building Engineering*. 2024;84:108560. doi:10.1016/j.job.2024.108560
5. Ghorbandordinejad F, Farjad Nasab AH. Examination of the relationship between perfectionism and English achievement as mediated by foreign language classroom anxiety. *Asia Pacific Education Review*. 2013;14(4):603-614. doi:10.1007/s12564-013-9286-5
6. Petry K, Maes B, Vlaskamp C. Domains of quality of life of people with profound multiple disabilities: The perspective of parents and direct support staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2005;18:35-46. doi:10.1111/j.1468-3148.2004.00209.x
7. Gifford-Smith M, Dodge KA, Dishion TJ, McCord J. Peer influence in children and adolescents: crossing the bridge from developmental to intervention science. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2005;33(3):255-265. doi:10.1007/s10802-005-3563-7
8. Blackwell Simon E, Heidenreich Thomas. Cognitive Behavior Therapy at the Crossroads. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14(1):1-22. doi:10.1007/s41811-021-00104-y
9. Abedi H, Matinnia N, Yazdi-Ravandi S. Investigating the effectiveness of cognitive behavioral group therapy on psycho-social and emotional adaptability and cognitive flexibility in people with multiple sclerosis in Hamedan, Iran. *Neurol Sci*. 2023;44(12):4421-4428. doi:10.1007/s10072-023-06953-z
10. Azami E, Haj Sadeghi Z, Yazdi Ravandi S. The comparative study of effectiveness of training communication and emotional skills on parenting stress of mothers with autism children. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2017;18(56):1-11.
11. Pourehsan S, Falsafinejad M, Delavar A, Farokhi N, Borjali A. Application of multi-level approach in determining the role of inefficient metacognitive components on the tendency of school students to drug abuse. *Quarterly of Educational Measurement*. 2018;9(32):1-15. doi:10.22054/jem.2019.6811.1226
12. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992;63(3):452-459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
13. Asadi M, Yoosefi S. Validity and reliability of the Persian version of the machiavellian personality scale and its association with social adjustment and risky behaviors in Iranian college students. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):693. doi:10.1186/s12888-023-05177-x
14. Rahdar M, Seydi MS, rashidi a. Path analysis of family leisure to social development by mediating the quality of Parent-Adolescent communication and the quality of Relationships with Peers. *Social Psychology Research*. 2020;10(37):29-44. [Persian] doi:10.22034/spr.2020.109695
15. James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;11(11):Cd013162. doi:10.1002/14651858.CD013162.pub2
16. Ravanbakhsh LU, Ebrahimi MIU, Haddadi AU, Yazdi-Ravandi SU. Effects of the acceptance and commitment therapy on resiliency, self-compassion, and corona disease anxiety on medical staff involved in COVID-19 pandemic. *IJ Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2023;17(4):e136845. doi:10.5812/ijpbs-136845
17. Zareie Faskhudi B, Karbalaee Mohammad Meigouni A, Rezabakhsh H, Ghelichi L. Comparison of the effect of unified transdiagnostic treatment from emotional disorders and emotion efficacy therapy on emotion regulation among adults with stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*. 2021;12(2):185-209. [Persian] doi:10.22059/japr.2021.312232.643672
18. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technology Assessment*. 2021;25(9):1-378. doi:10.3310/hta25090
19. Atadokht A, Masoumeh GB, Mikaeli N, Samadifard HR. Effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy on social adjustment and experiential avoidance in iranian disabled veterans. *Military Caring Sciences*. 2019;6(3):176-186. [Persian] doi:10.29252/mcs.6.3.3
20. Bru L, Roar S, and Idsoe T. Participants' experiences of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2013;18(1):24-43. doi:10.1080/13632752.2012.675138
21. Shirkhanzadeh M, Hatami M, Sarami Foroushani G, Ahadi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological distress in people with bulimia nervosa. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2022;29(10):1-9. [Persian]

22. Ashori M, Ghasemzadeh S, Dallalzadeh Bidgoli F. The impact of play therapy based on cognitive-behavioral model on the social skills of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019;6(2):27-39. [Persian] [doi:10.29252/jcmh.6.2.4](https://doi.org/10.29252/jcmh.6.2.4)
23. Jalali Azar R, Ebrahimi MI, Haddadi A, Yazdi-Ravandi S. The impact of acceptance and commitment therapy on college students' suicidal ideations, a tendency to self-harm, and existential anxiety. *Current Psychology*. 2024;43(17):15649-15658. [doi:10.1007/s12144-023-05501-4](https://doi.org/10.1007/s12144-023-05501-4)
24. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2011;6(1):37-42.
25. Sadipour E, Dortaj F, Hojati M. The effect of cognitive-behavioral game therapy on the social skills and adaptation of mentally retarded female elementary school students in Najaf Abad city. *Applied Research in Consulting*. 2019;2(1):107-134. [Persian]
26. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2016;26(1):58-64. [doi:10.1089/cap.2015.0120](https://doi.org/10.1089/cap.2015.0120)
27. Sukhodolsky DG, Golub A, Stone E, Orban L. Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy*. 2005;36:15-23. [doi:10.1016/S0005-7894\(05\)80050-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80050-4)
28. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36(5):427-440. [doi:10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)
29. Rohrbeck CA, Gray LS. Peer relationships: Promoting positive peer relationships during childhood. In: Gullotta TP, Bloom M, eds. *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. Boston, MA: Springer US; 2014:828-836. [doi:10.1007/978-1-4614-5999-6_137](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6_137)