MEJDS. 2018; 8:8.
Published online 2018 Oct. **Research Article**

The effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment (CBT) on Improvement of Emotional Intelligence of Students with Behavioral Disorders

*Mehran Soleymani[1], Ramin Rahimi[2], Samira Vakili[3]

Author Address
1. PhD in Psychology of Exceptional Children, Assistant Professor of Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran;
2. MA in Psychology and Education of Exceptional Children, Urmia Islamic Azad University, Urmia, Iran;
3. PhD in Psychology and Education of Exceptional Children, Assistant Professor, Islamic Azad University Science and Research Branch , Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
Email: mehransoleymani21@gmail.com

Received: 2015 August 14; **Accepted:** 2017 July 10

Abstract

Background & Objective: This study investigated behavioral disorders which are problematic for children, family, and community. These include behaviors which are inappropriate regarding age group and can be severe, chronic or continuous ranging from hyperactive and aggressive to dissociated behaviors. Most of them occur due to a person's disability in proper analysis of self and problem situations, lack of problem-solving skills to resolve life issues effectively, inappropriate usage of non-cognitive and emotional capacities. According to researches, some features of emotional intelligence in people with behavioral disorders are deficient. Emotional intelligence as a kind of social intelligence indicates a person's ability to encounter and cope with psychological and social stressors. Emotional intelligence is of significant influence on one's life since it involves the capacity of flexibility, problem-solving, dealing with stress and impulses. In cognitive-behavioral approach, treatment is targeted toward providing an opportunity for new adaptive learning. So, this study aims to investigate the effectiveness of cognitive – behavioral therapy (CBT) on the improvement of emotional intelligence of students with behavioral disorders.

Methods: This is a quasi-experimental research with pretest-posttest design and control group. The statistical population was all high school male students with behavioral disorders in Uremia city. A sample of 30 students of 13-15 was selected by random availability sampling method. They distributed randomly in experimental and control group. The criteria of engagement were: 1. Diagnosis of behavioral disorders according to Rotter's children behavioral disorder test, clinical evaluation, and interview, 2. Absence of visual and hearing impairments and lack of abnormal IQ (according to health profiles of students based on initial assessment), 3. Age of 13-15. After conducting pretest, the experimental group participated in 10 sessions of 90 minutes of cognitive behavioral education. Then posttest was done for both groups. Furthermore, due to ethical considerations, the control group received the same educational interventions, after completing the study and conducting posttest. To evaluate behavioral disorders Rotter's children behavioral disorder test and to evaluate emotional intelligence, Schutte's self-report emotional intelligence test (SSEIT) was used as pretest-posttest. The results were analyzed by analysis of covariance method. The interventions in treatment sessions are as below: First: educating structure of courses, building a ladder of current problems and measuring them by behavior thermometer; Second: educating automatic thoughts, the influence of negative thoughts and recording them in thought bulb papers; Third: educating types of cognitive distortions, the task of identifying cognitive distortions related to negative automatic thoughts; Fourth: educating cognitive evaluation, challenging thoughts (gathering evidence), balanced thinking and recording; Fifth: training primary believes, their development, identifying and testing them by thought detector; Sixth: educating negative thoughts management using distraction techniques, positive self – talk, thoughtful pause, reduction of tape sound; Seventh: educating emotions and emotional self-awareness, and the relation of emotions with behaviors and thoughts and record their intensity with a feeling thermometer; Eighth: training emotional control by muscle relaxation, quick relaxation, breath control, relaxing imaging setting; Ninth: educating behavioral modifications using behavior analysis techniques, regular desensitization, encounter, and self – rewarding; Tenth: educating problems of action without thinking, the dominance of feelings, disability in problem-solving; and, training problem-solving skills, practicing skills through mental imagery, and modeling.

Results: The results indicated that there is a significant difference between experiment and control groups both in general emotional intelligence and some of its features including optimism, emotional regulation, psychological evaluation, social skills, and sensitive application ($p<0.05$).

Conclusion: According to research findings one may conclude that cognitive behavior treatment is effective on enhancing emotional intelligence and its features among the students with behavioral disorders.

Keywords: Cognitive Behavior Treatment, Behavioral Disorders, Emotional Intelligence.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۸.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری

*مهران سلیمانی[۱]، رامین رحیمی[۲]، سمیرا وکیلی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران؛

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاداسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران؛

۳. دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم وتحقیقات تهران، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

***رایانامه:** mehransoleymani21@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۳ مرداد۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹ تیرماه۱۳۹۶

چکیده

هدف: اختلال‌های رفتاری اختلالات ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای کودک و خانواده و جامعه مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند. براساس پژوهش‌ها برخی از ابعاد هوش هیجانی در افراد دارای اختلالات رفتاری کاستی‌هایی دارد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری است.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای اختلالات رفتاری در مدارس شهر ارومیه تشکیل دادند. از بین آن‌ها ازطریق نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس ۳۰ دانش‌آموز پسر ۱۳ تا۱۵ ساله انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش به‌مدت ۱۰ جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای، درمان شناختی‌رفتاری صورت گرفت. هر دو گروه بااستفاده از مقیاس هوش هیجانی شوت سال ۱۹۹۸، برای پیش‌آزمون و پس آزمون ارزیابی شدند. جهت مقایسهٔ پس‌آزمون هر دو گروه، از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی از هیجانات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجانات تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، اختلالات رفتاری، هوش هیجانی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

۱ مقدمه

در هر جامعه سلامت کودکان‌ونوجوانان اهمیت ویژه‌ای‌دا شته و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۱). بسیاری از محققان اختلال‌های رفتاری[1] را اختلالات شایع و ناتوان‌کننده‌ای می‌دانند که برای خانواده، محیط و کودک‌ونوجوان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند (۲). به‌طورکلی اختلال‌های رفتاری در کودکان، رفتارهایی را شامل می شود که ضمن نامتنا سب‌بودن با سن فرد، شدید و مزمن یا مداوم با شد و گسترهٔ آن شامل رفتارهای بیش‌فعالانه و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه‌گیرانه است (۳). در نظام تشخیصی رایج مانند انجمن روان‌پزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، اختلالات رفتاری برخلاف فقدان شواهد واضح برای تفکیک کامل آن‌ها، پدیده‌های تشخیصی مجزایی تلقی می‌شوند (۴).

روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری به این نتیجه رسیدند که بسیاری از این اختلال‌ها ریشه در ناتوانی فرد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت‌های دشوار و ناآگاهی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوهٔ منا سب و نیز ا ستفاده از ظرفیت‌های غیرشناختی و هیجانی، دارد (۵). بر همین اساس طبق نظر باران، مجموعهٔ ظرفیت‌های غیرشناختی و توان‌ها و مهارت هایی را که بر توا نایی های فرد برای موفقیت و کنارآمدن با مطالبات و فشارهای محیطی تأثیر می‌گذارد، با عنوان هوش هیجانی مطرح می‌سازد. همچنین گلمن هوش هیجانی را شامل توانایی‌هایی مثل برانگیختن خود، مقاومت در مواجه‌شدن با نا کامی ها، کنترل تکانه‌ها و به‌تأخیرانداختن خوشی‌ها، تنظیم خلق خود، همدلی‌کردن و امیدواربودن تعریف می‌کند که به‌عنوان ظرفیت باز شنا سی احسا سات خود و دیگران و برانگیختن خود و مدیریت صحیح هیجانات خود در روابط مختلف با سایر افراد بیان می‌دارد (۶). هوش هیجانی بخشی از موفقیت‌های زندگی را پیش‌بینی می‌کند. مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی، سلامت روانی، برخی پیشرفت‌های شغلی و پختگی در مهارت‌های اجتماعی از این جمله‌اند (۷).

گلمن بیان می‌کند هوش هیجانی در زندگی آثار بسیار زیادی را به‌دنبال دارد؛ به‌طوری‌که این ظرفیت موجب انعطاف پذیری و توا نایی حل مشکل و مقابلهٔ مؤثر با اضطراب‌ها و تکانه‌ها می‌شود (۶).

مطالعات نشان داده که بروز رفتارهای مخرب در دانش‌آموزان با نقص در هوش هیجانی ارتباط دارد. هوش هیجانی نیز به‌عنوان شکلی از هوش اجتماعی معرف توانایی شخص در مواجهه و انطباق با فشارهای روانی و اجتماعی ا ست (۷). در پژوهشی سیاروچی و دین و آندرسون روی ۱۱۱ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۲ تا ۱۵ ساله دریافتند، نوجوانان با رفتار مخرب در هوش هیجانی به‌خصوص در توانایی درک و فهم و مدیریت هیجانات نقش دارند. این تفاوت در مؤلفه‌های هوش هیجانی در دانش‌آموزان با رفتار مخرب و غیرمخرب و با نمره‌های بیشتر در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نوجوانان با رفتار مخرب ارتباط داشت. محققان نتیجه گرفتند که هوش هیجانی هم بر مؤلفه‌های رفتاری و هم بر مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز در کلاس تأثیر می‌گذارد (۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد دارای ناسازگاری‌های رفتاری در بعضی ابعاد هوش هیجانی نظیر حل مسائل اجتماعی (مک گیور، به نقل از منبع ۹)، همدلی (کریج و بکر، به نقل از منبع ۹)، شایستگی اجتماعی (برگرون و الینت، به نقل از منبع ۹)، انعطاف‌پذیری (ساتکر و همکاران، به نقل از منبع ۹)، کنترل تکانه (استرابر و همکاران، به نقل از منبع ۹) و خودتنظیمی (مارتین، به نقل از منبع ۹) با دیگران متفاوت بوده‌اند. ازسوی‌دیگر سطوح عالی این توانایی با نشاط، سلامتی، بهزیستی، عملکرد تحصیلی خوب و سازگاری با تغییرات (ماسکت و سورس، به نقل از منبع ۹) در این افراد همراه است (۹). همین نیاز به انطباق و سازگاری با تغییرات و فشارهای روانی و اجتماعی به‌خصوص در افراد بااختلالات رفتاری، باعث‌شده توجه پژوهشگران و روان‌شناسان به طرف درمان شناختی‌رفتاری افزایش یابد؛ لذا در سال‌های اخیر، درمان شناختی‌رفتاری[2] با مراجعان کودک‌ونوجوان، توجه و حمایت چشمگیری را از جانب محققان و بالینگران دریافت کرده است. این روش درمانی تاکنون در مشکلات و اختلالات مختلف کودک‌ونوجوان ازجمله افسردگی، اضطراب، خشم و پرخاشگری، اختلال‌های خوردن و غیره به‌کار گرفته شده است (۱۰). هاوتون و کریک بیان می‌کنند در رویکرد شناختی‌رفتاری تأکید در درمان، متوجه فراهم‌آوردن فرصتی برای یادگیری انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطهٔ بالینی (درمانگاه یا مطب) می‌شود. حل مسئله، جزء مهم و جداناپذیر درمان را تشکیل می‌دهد. تمامی جنبه‌های درمانی برای بیمار توضیح داده می‌شود. درمانگر و بیمار سعی می‌کنند ارتباط متقابل باهم برقرارکرده و برای مقابله با مسائلی که به‌صورت دقیق مشخص‌شده، همراه باهم راهبردهایی را وضع کنند (۱۱).

طبق نظر زیدنر و همکاران، در زندگی امروز نفهمیدن احساسات دیگران، فقدان کنترل خود در موقعیت‌های مشکل‌زا و شکست در مدیریت مثبت با دیگران منجربه استرس و ناشادی و اختلال‌های کلینیکی می شود (۹). براساس پژوهش‌های ما سکت و سورس انواع بیماری‌های روانی شامل افسردگی و اختلالات شخصیت (به‌نقل از ۹) و رفتارهای برونی‌سازی مانند پرخاشگری و مشکلات رفتاری (۱۲) همراه است. همین‌طور نتایج پژوهش تت و فوکوس مشخص کرد که هوش هیجانی با پرخاشگری، رفتارهای بزهکارانه، تنش و افسردگی و اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبیرستانی همبستگی منفی معنادار دارد (۱۳). همچنین با کنترل ضعیف تکانه‌ها (۱۴) و اضطراب زیاد و مصرف بیشتر الکل و مواد مخدر همراه است (۱۵). باتوجه به اینکه اختلالات رفتاری معمولاً نخستین‌بار در سال‌های آغازین دورهٔ ابتدایی مشاهده شده و بین ۸تا۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسند (۲) و نیز آمار مربوط به شیوع این عارضه در جوامع مختلف بین ۸/۱۱درصد تا ۷/۲۵درصد متغیر بوده (۱) که عدد درخورتوجهی است؛ همچنین بر اساس مشکلات فراوان بحث‌شده چه مربوط به موقعیت‌های کنونی و چه در بزرگسالی این افراد، ضرورت انجام پژوهش حاضر احساس می‌شود. ازسوی‌دیگر انجام اینگونه پژوهش‌ها

[1] Behavioral Disorders

[2] Cognitive- Behavioral Therapy(C.B.T.)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

ضمن فراهم‌کردن شواهد تجربی مبنی‌بر اثربخشی یا تأثیرنداشتن درمان‌های جایگزین، می‌تواند به ایجاد تنوع در گزینه‌های درمانی برای درمانگران و خانوادهٔ این نوع افراد منجر شود.

همین‌طور براساس نتایج پژوهش‌های مطرح‌شده در رابطهٔ بین هوش هیجانی و اختلالات رفتاری و نیز ویژگی‌های درمان شناختی‌رفتاری نظیر فعال‌بودن، متمرکز بر مشکل و هدفداربودن، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد (۱۶)، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری است.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به‌صورت شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر دارای اختلالات رفتاری، مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۳ـ ۱۳۹۲ شهر ارومیه (منطقهٔ انزل) تشکیل دادند. بدین‌صورت که ابتدا براساس نظرخواهی از معلمان و مشاوران مدارس خواسته شد تا از میان دانش‌آموزان پسر دورهٔ راهنمایی تحت پوشش خود، دانش‌آموزان مشکوک به اختلالات رفتاری را به هستهٔ مشاوره منطقه معرفی کنند. تعداد ۵۰ نفر معرفی شدند. در مرحلهٔ بعد روی این افراد آزمون راتر اجرا شد. سپس از بین تعداد ۳۹دانش‌آموزی که نمرهٔ حدنصاب تشخیص اختلال رفتاری را کسب کردند، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش وکنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: ۱. داشتن شرایط تشخیصی اختلالات رفتاری براساس آزمون اختلالات رفتاری راتر[1] سال ۱۹۷۶، ارزیابی و مصاحبهٔ بالینی؛ ۲. نداشتن مشکلات بینایی و شنوایی؛ ۳. نداشتن بهرهٔ هوشی کمتر از بهنجار (باتوجه به دفترچهٔ سلامت پروندهٔ دانش‌آموز وسنجش اولیه)؛ ۴. دارابودن سن بین ۱۳تا۱۵ سال؛ ۵. رضایت والدین (با پرکردن فرم رضایت‌نامهٔ تهیه‌شده) جهت شرکت در پژوهش. همچنین از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

۱.مقیاس اختلالات رفتاری[2] (BSC): به‌منظور غربال دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری از مقیاس اختلالات رفتاری راتر سال ۱۹۷۶ استفاده شد که مؤلفه‌های پرخاشگری- بیش‌فعالی، اضطراب- افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، اختلال کمبود توجه، لکنت زبان، تیک، انگشت مکیدن و ناخن جویدن، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع را در دانش‌آموزان بررسی می‌کند. برای نمره‌گذاری، صدق نمی‌کند (نمرهٔ صفر)، تاحدودی صدق می‌کند (نمرهٔ ۱)، صدق می‌کند (نمرهٔ ۲) درج می‌شود. اعتبار این آزمون را باروش دونیمه‌کردن پرسشنامه حدود ۰/۸۹ و روایی آن را از طریق اجرا روی ۹۱ نفر و کسب درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روان‌پزشکی ۷۶/۷ گزارش کرده‌اند. در ایران آزمون راتر را مهریار و همکاران ترجمه کرده و در شیراز هنجاریابی شد که به‌جهت ارزیابی اختلالات کودکان توسط محققان بسیاری به‌کار رفته است. اعتبار بازآزمایی با فاصلهٔ ۲۰ روز این پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شده است (۱). در این پژوهش از فرم معلم استفاده شد که دارای ۳۰ سؤال است.

۲. پرسشنامهٔ هوش هیجانی شوت[3]: این پرسشنامه را شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ براساس مدل نظری هوش هیجانی سالوی و مایر سال ۱۹۹۰ و برای سنجش هوش هیجانی نوجوانان ساختند. شوت و همکاران بااستفاده از تحلیل عامل و تحلیل مؤلفه‌های اصلی پاسخ ۳۱۶آزمودنی به ۶۲ ماده مقیاسی که برمبنای این مدل ساخته بودند، چهار عامل به‌دست آوردند. عامل اول شامل ۳۳ ماده و دارای ارزش ویژه ۷۹/۱۰ بود. عامل دوم تا چهارم به‌ترتیب ارزش ۵۸/۳، ۹۰/۲، ۵۳/۲ را نشان دادند. درمجموع ۳۳ ماده عامل اول در سه طبقه قرار گرفتند:

۱. ارزیابی و ابراز هیجان (مانند فکر می‌کنم درک پیام‌های غیرگفتاری دیگران مشکل است)؛ ۲. تنظیم هیجان (مانند من به‌دنبال فعالیت‌هایی هستم که مرا خوشحال می‌کنند)؛ ۳. بهره‌برداری از هیجان (مانند زمانی‌که تغییری در حالت هیجانی خود احساس می‌کنم، دوست دارم به ایده‌های نو دست پیدا کنم). قدرت عامل اول و اصل صرفه‌جویی مفهومی مواد این عامل منجربه انتخاب ۳۳ ماده برای تهیهٔ مقیاس نهایی شد. آزمودنی حدی از توافق با مخالفت خود را با هریک از جملات، در مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) نشان می‌دهد. این آزمون را خسروجاوید ترجمه و هنجاریابی کرد. خسروجاوید پژوهش خود را بر ۲۳۴ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و با اجرای فرم ۳۳ماده‌ای این مقیاس به‌انجام رسانید. مطالعهٔ این مقیاس در میان نوجوانان برای هوش هیجانی کل، روایی ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های آن به‌ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۶ و ۰/۵۵ و پایایی مقیاس هوش هیجانی کل برمبنای آلفای درونی ۰/۸۱ به‌دست آمد. تحلیل عامل مقیاسی بااستفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان (آلفای ۰/۷۸) و ارزیابی و ابراز هیجان (آلفای ۰/۶۷) و بهره برداری از هیجان (آلفای ۰/۵۰) را بیان کرد. همچنین نتایج این پژوهش بیانگر همبستگی منفی و معنادار هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر آلکسی تایمی و افسردگی و حالت اضطراب بود که این مسئله نشان‌دهندهٔ اعتبار ملاکی این آزمون است (۱۰).

درگروه آزمایش، ۱۰ جلسهٔ درمانی گروهی به‌صورت هفته‌ای دو جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای روی ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها اجرا شد. ۱۵ نفر درگروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. پروتکل درمانی در این پژوهش عبارت است از پروتکل اقتباسی از کتاب درمان شناختی‌رفتاری با کودکان‌ونوجوانان، پل استالارد، ترجمهٔ علیزاده و همکاران در سال ۱۳۸۹ و کتاب درمان شناختی‌رفتاری اضطراب در کودکان، بروس چورپیتا سال ۲۰۰۷، ترجمهٔ حلمی در سال ۱۳۹۰ که به‌اختصار به‌شرح ذیل است (۱۸،۱۹).

[1] Rutter
[2] Behavior Scale for Children
[3] Schutte

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

جدول۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی‌رفتاری اجراشده

تعداد	شرح جلسات
اول	آموزش ساختار جلسات و ساخت نردبان مشکلات رفتاری جاری و اندازه‌گیری شدت آن‌ها با حرارت‌سنج رفتار.
دوم	آموزش افکار خودکار (خودآیند) و تأثیر افکار خودکارمنفی و ثبت آن‌ها در برگهٔ حباب‌های افکار.
سوم	آموزش تحریف‌های شناختی و انواع آن‌ها و تکلیف تشخیص تحریف‌های شناختی مرتبط با افکار خودآیند منفی.
چهارم	آموزش ارزشیابی شناختی، به چالش‌کشیدن افکار (جمع‌آوری مدارک) و انجام تفکر متعادل و ثبت تفکر متعادل.
پنجم	آموزش باورهای اساسی، نحوهٔ شکل‌گیری آن‌ها، شناسایی و به چالش‌کشیدن آن‌ها توسط ردیاب فکر.
ششم	آموزش کنترل افکار منفی به‌وسیلهٔ تکنیک‌های حواس‌پرتی، خودگویی مثبت، توقف فکر، کم‌کردن صدای نوار.
هفتم	آموزش هیجان‌ها و خودآگاهی هیجانی و ارتباط هیجان با افکار و رفتار و ثبت احساسات و شدت با دماسنج احساس.
هشتم	آموزش کنترل هیجانی با تکنیک آرمیدگی عضلانی و آرمیدگی سریع و تنفس کنترل‌شده و تجسم مکان آرام‌بخش.
نهم	آموزش ایجاد تغییر در رفتار با تکنیک‌های تحلیل رفتار، حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه و خودپاداش‌دهی.
دهم	آموزش مشکلات عمل‌کردن بدون‌تفکر، غلبهٔ احساسات، ناتوانی در یافتن راه‌حل‌های مختلف و آموزش مهارت حل مسئله وتمرین مهارت‌ها به‌صورت تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و سرمشق‌دهی.

بعد از جلسات درمانی مجدداً گروه آزمایش و گروه کنترل براساس آزمون هوش هیجانی شوت ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. همچنین بعد از انجام پژوهش و پس‌آزمون، مداخلات صورت‌گرفته در گروه آزمایش، روی گروه کنترل نیز اجرا شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ مهارت‌های هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خوش‌بینی_ تنظیم هیجان	آزمایش	۴۵/۸۶	۹/۸۷	۵۲/۲۰	۸/۴۱
	کنترل	۴۷/۱۳	۸/۶۰	۴۷/۲۶	۹/۱۲
ارزیابی از هیجانات	آزمایش	۲۹/۵۳	۶/۵۰	۳۳/۵۳	۶/۹۵
	کنترل	۳۰/۷۳	۵/۵۶	۲۹/۹۳	۶/۴۸
مهارت‌های اجتماعی	آزمایش	۳۷/۶۶	۷/۶۷	۴۳/۴۶	۷/۰۶
	کنترل	۴۰/۳۳	۸/۰۰	۴۰/۹۳	۹/۴۷
کاربرد هیجانات	آزمایش	۲۱/۶۰	۳/۷۷	۲۴/۰۰	۴/۶۴
	کنترل	۲۱/۴۰	۴/۳۰	۲۱/۷۳	۴/۶۵
هوش هیجانی کل	آزمایش	۱۳۴/۴۰	۲۳/۲۸	۱۵۳/۲۰	۲۳/۳۴
	کنترل	۱۳۹/۶۰	۲۲/۸۹	۱۳۹/۲۰	۲۴/۲۹

باتوجه به جدول ۲ میانگین نمرهٔ مهارت‌های هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل افزایش نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون آنالیز کواریانس استفاده شد. ازاین‌رو ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون پرداخته شد.

براساس نتایج آزمون لوین، فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون متغیرهای مربوط به هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، تأیید شد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه برای بررسی تفاوت دو گروه در هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن نشان داد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مطالعه‌شده مربوط به هوش هیجانی، تفاوت معناداری وجود دارد.

پس از حصول اطمینان از رعایت مفروضه‌های آماری و وجود تفاوت معنادار بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل براساس نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه، به‌منظور بررسی فرضیهٔ پژوهش مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر رشد هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن، از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	F	مقدار p	Eta
خوش‌بینی/تنظیم هیجان	۱۸/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
ارزیابی از هیجانات	۲۰/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
مهارت‌های اجتماعی	۱۴/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۹
کاربرد هیجانات	۴/۵۸	<۰/۰۴۰	۰/۱۶
نمرهٔ هوش هیجانی کل	۳۱/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۷

براساس جدول ۳ با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی و مؤلفه‌های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی از هیجانات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجانات تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

۴ بحث

یافته‌ها نشان دادند با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر هوش هیجانی کل و مؤلفه های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی هیجانات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجانات تفاوت معناداری وجود دارد ($p>۰/۰۵$)؛ به‌طوری‌که میزان میانگین متغیرهای مربوط به هوش هیجانی کل و مؤلفه های خوش‌بینی/تنظیم هیجان، ارزیابی هیجانات، مهارت‌های اجتماعی، کاربرد هیجانات در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قاسم‌زاده و همکاران؛ قربانی و محمدخوانی و صرامی؛ کیانی و قاسمی و پورعباس؛ کافی، افشار، مقتدایی و آریاپور؛ گارنفسکی و کرایی و اسپینوون؛ هرینگتون و پیکلس هم‌خوانی دارند (به نقل از ۲۰) و همگی بیانگر این نکته هستند که درمان شناختی‌رفتاری براساس هدف خود، به افراد کمک کرده که رابطهٔ جدیدی با افکار خویش ایجاد کنند. همچنین این درمان ها را قادر ساخته تا کنترل شیوهٔ ناسازگارانهٔ تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی بخشند و بتوانند کنترل و آگاهی خود را درقبال هیجاناتشان افزایش دهند؛ درنتیجه بتوانند با هیجانات منفی خود مانند اضطراب مقابله کنند (۲۱). روش شناختی‌رفتاری، افکار منفی همچون مقصردانستن خویش و سرزنش خود را نقد و افکار منطقی ازجمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند؛ بنابراین فرد بااستفاده از این راهبردها، سرزنش خویش و دیگران راکه در آن‌ها قضاوت منفی دربارهٔ خود و دیگران وجود دارد، کنارگذاشته و در ارزیابی هیجانات دیگران و مهارت‌های اجتماعی (که هر دو از مؤلفه‌های هوش هیجانی هستند) موفق‌تر عمل کرده است. همچنین توانسته در بهبود تنظیم هیجانات تأثیر مثبتی داشته باشد (۲۰). در مقایسهٔ نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش سیاروچی و همکاران که نوجوانان دارای رفتار مخرب، در هوش هیجانی به‌خصوص در توانایی درک و فهم و مدیریت هیجانات دارای نقص بوده و این امر هم به مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز در کلاس تأثیر می‌گذارد (۱۰)، می‌توان گفت در این پژوهش درمان شناختی‌رفتاری باعث ارتقای راهبردهای مسئله‌مدار کارآمدتر در دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری و ایجاد راهبردهای هیجان‌مدار بهینه‌تر، همین‌طور سبب ایجاد توانایی بیشتر درارزیابی و کنترل و کاربرد هیجانات خود و دیگران شده است (۹). یافته‌های باستین و همکاران مشخص کرد، هوش هیجانی زیادتر، با راهبرد مسئله‌مدار کارآمدتر و رضایت زندگی بیشتر و اضطراب کمتر رابطه دارد (۱۰). می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تأییدکنندهٔ تأثیر درمان شناختی‌رفتاری در بهبود راهبردهای حل مسئله بوده است. که از طریق آموزش راه‌های اثربخش‌تر تعبیر و تفسیر و تفکر دربارهٔ تجربه‌های شخصی، به درمان‌جو یاری داده تا بر واکنش‌های هیجانی اضطراب و افسردگی و ناسازگاری خویش غلبه کند. همچنین باتوجه به نتایج پژوهش مایر که دریافت نوجوانان باهوش هیجانی زیادتر، توانایی بیشتری برای تعیین هیجان‌های خود و دیگران داشته و از آن اطلاعات برای هدایت رفتار بهره می‌برند و در برابر فشار همسالان بیشتر ایستادگی می‌کنند (۶) و نیز یافته‌های رایلی و شوت در بررسی خود بیان کردند نوجوانانی با هوش هیجانی کم، بیشتر از مواد مخدر و الکل استفاده می‌کنند و مشکلات قانونی و سازگاری بیشتری داشتند (۸)، می توان گفت درمان شناختی‌رفتاری با تأثیر بر توانایی‌ها و مهارت‌های پیشرفته در شناخت دقیق خود و قوت و ضعف شخصی باعث ارتقای سطح هوش هیجانی و برخورد مؤثرتر با استرس شده است (۹). دستکاری ویژگی‌های شناختی و رفتاری دانش‌آموزان از دیدگاه استرن موجب ارتقای قدرت ابراز هیجان آنان شده و یاد داده که چگونه روابط میان‌فردی معناداری داشته باشند. همچنین بتوانند با دیگران به‌درستی و بدون‌مشکل ارتباط برقرارکرده و توانایی‌های خود را ارزیابی کنند. علاوه‌برآن با افزایش توان حل مسئله و بهره برداری بهتر از هیجانات توانسته توانایی ادارهٔ مطلوب خلق‌وخو و قدرت تحلیل احساسات خود و دیگران و تنظیم هیجانات را فراهم آورد (۲۲). براساس پژوهش‌های عارفی و رضویه، کودکان دارای اختلالات رفتاری درمقایسه با کودکان دیگر از نظر شیوهٔ تفکر متفاوت هستند (۲۳)؛ لذا درمان شناختی‌رفتاری باعث‌شده گروه آزمایش از راهبردهای مثبت بیشتری درمقایسه با گروه کنترل استفاده کنند و طبق پژوهش اسکیبا و کلوی، حل مسئلهٔ خلاقانه‌تری برای مهار رفتارهای ناسازگارانهٔ خود انجام دهند. درنهایت اینکه عمدهٔ تمرینات شناختی‌رفتاری از طریق ایفای نقش، آموزش همنوایی و همدلی با احساسات دیگران مانند شناسایی حالات چهره‌ای و حالات بدنی خود و استفاده از راهبردهای آرمیدگی، شاخص‌های روان‌شناختی کنترل هیجان و کنترل تکانه را افزایش داده است (۲۳).

از نقاط قوت مطالعه می‌توان به نوبودن موضوع پژوهش اشاره کرد که از جنبهٔ تازه‌ای به تأثیرات درمان شناختی‌رفتاری پرداخته و جزو

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

درمان‌های نو و به‌سرعت در حال گسترش است. بااین‌حال نوبودن باعث شده در بحث نتایج، پژوهش‌های اندکی برای مقایسه یافت شود؛ لذا در کنار نقاط قوت پژوهش که با نتایج دیگر پژوهش‌های اندک یافت‌شده همسویی داشت، در بررسی نتایج می‌توان دریافت که درمان شناختی‌رفتاری بیشتر بر مؤلفهٔ ارزیابی هیجان مؤثر بوده تا مؤلفه‌های به‌کارگیری و کاربرد هیجانات که با عنوان قدرت تنظیم احساسات خود که توانایی است متکی بر حس خودآگاهی فرد. کنترل درست هیجان‌ها، افزایش تحمل کافی و کنترل خشم، کاهش اهانت و زدوخوردها، کاهش رفتار پرخاشگرانه یا آسیب‌رساننده به خود و افزایش احساسات مثبت درقبال شخص خود و مدرسه و خانواده و بهتر کنارآمدن با فشار روانی و کاهش تنهایی و اضطراب اجتماعی را موجب می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیردرمان شناختی‌رفتاری بر ارتقای هوش هیجانی دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری بود. ازاین‌رو باتوجه به یافته‌های حاصل و نیز ویژگی‌های این نوع درمان به لحاظ توانایی اجرا در گروه، می‌تواند با تجهیز مشاوران مدارس به درمان شناختی‌رفتاری جزو برنامه‌های مستمردر نظام آموزشی قرار گیرد تا از اثرات نامطلوب اختلالات رفتاری در روند تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان کم کرده یا جلوگیری کند. به‌عبارت‌دیگر، به‌کارگیری درمانگری شناختی‌رفتاری در ارتقای هوش هیجانی از یک‌سو منجربه بهبود کارکردهای شناختی می‌شود و ازسوی‌دیگر، رفع نارسایی‌های غیرشناختی و اتخاذ راهبردهای مقابلهٔ هیجان‌مدار مناسب، توانمندی‌هایشان را افزایش می‌دهد.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ استادانی که در جهت اجرا و انجام پژوهش یاری رساندند و از تمامی آموزگاران و والدین و دانش‌آموزانی که در این مطالعه شرکت‌کردند و نیز از ادارهٔ آموزش‌وپرورش منطقهٔ انزل ارومیه، صمیمانه تشکروقدردانی می‌شود.

References

1. Khodam H, Modanlou MM, Ziaei T, Keshtkar AA. Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan. Iranian Journal of Nursing Research. 2009; 4(14): 29-37. [Persian][Link]
2. Teymouri S, AtaeiFar R. Relationship between parental stress and children's affective and behavioral disorders. Andisheh va Raftar (Applied Psychology). 2010; 4 (16): 17-26. [Persian][Link]
3. Zadehmohammadi A, Malek Khosravi GH, Sadrossat SJ, Birashk B. The Effect of active music therapy in reducing behavioral problems of orphan children and adolesents in residential centers. Journal of psychology. 2006; 10 (2): 222-231. [Persian][Link]
4. Imani R, Moheb N. The relationship between mothers' emotional maturity and their primary school children's behavioral disorder. Woman & Study of Family . 2010; 2 (6) : 29-49. [Persian][Link]
5. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of Social Skills Training on Behavior Disorders among elementary school children. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2010; 18 (3) : 61- 68. [Persian][Link]
6. Livarjany S, Ghaffari S. The investigation of relationship between emotional intelligence and social skills with the educational progress of the second- grade high school students. (Journal of instruction and evaluation) Journal of Educational Sciences. 2010; 3 (9) : 71- 88. [Persian][Link]
7. Khalili Azar H. Comparision emotional intelligence between normal and gifted students and its relationship with academic achievement. Curriculum planning knowledge & research in educational sciences. 2007;21 (14) : 107-124. [Persian][Link]
8. Mohammadi D, Torabi S, Qaraei B. The Relationship between Coping Styles and Emotional Intelligence in Students. IJPCP. 2008; 14 (2): 176-183. [Persian][Link]
9. Soori A. EQ variable of the criminals and ordinary people (a comparative study). Quarterly of criminal intelligence researchs. 2014;1 (33): 75-90. [Persian] [Link]
10. Rajabi Z, Najafi M, Rezaei AM. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on aggression in children. Quarterly clinical psychology. 2013; 3 (10) : 55-71. [Persian][Link]
11. Hasan Abadi S, Mohammadi MR, Ahgar G. The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) vs Drug Therapy Effect in Reducing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Journal of Disability studies. 2012; 1 (2): 19-30. [Persian][Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

12. Santesso LD, Dana LR, Schmidt LA, Segalowitz SJ. Frontal electroencephalogram activation asymmetry, emotional intelligence, and externalizing behaviors in 10-year-old children. Child psychiatry and human development. 2006 Mar 1;36(3):311-28.[Link]
13. Tett RP, Fox KE. Confirmatory factor structure of trait emotional intelligence in student and worker samples. Personality and Individual Differences. 2006 Oct 1;41(6):1155-68. [Link]
14. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and individual differences. 1998 Aug 1;25(2):167-77. [Link]
15. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Parker JD. Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2006 Mar 1;28(1):57-68. [Link]
16. Mohammadi SD, Qaraei B. Assesment of Relationship between Behavioral Disorders and Emotional Intelligence. Journal of Kerman University of medical Sciences. 2007; 14 (4) : 176-183. [Persian] [Link]
17. Hajati F. A. S, Akbarzadeh N, Khosravi Z. The Effec of Cognitive Behavioral therapy integrated program with positivism approach on violence prevention in adolescents of the city of Tehran. Quarterly Journal of Psychological Studies, Faculty of Education and Psychology, University of Al Zahra (SA). 2008; 4 (3) :36-56. [Persian][Link]
18. Stallard P. A cognitive behavior therapy workbook for children and young people. Alizadeh H, Rohi A, Godarzi A. (Persian translators). First edition. [Tehran]: Danjeh publisher; 2009, pp: 15-229.
19. Chorpita B. Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. Helmi K. (Persian translator). First edition. [Tehran]: Arjmand publisher; 2010, pp: 265-328.
20. Bagherinia H, yamini M, javadielmi L, nooradi T. Comparison of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-based Therapy in Improving Cognitive Emotion Regulation in Major Depressive Disorder. Armaghane danesh. 2015; 20 (3) :210-219. [Persian][Link]
21. Moghimian M, Amini R. Comparison of the Effect of Gestalt Therapy and Ellis Cognitive-Behavioral Therapy on Assertiveness of Nursing Students. Iran Journal of Nursing. 2014 Aug;27(89):1-1. [Persian][Link]
22. Narimani M, Eyvazi N, Abolghasemi A. Effectiveness of Teaching Emotional Intelligence in Preventing Students' Tendency to Substance a Abuse. Research on Addiction. 2014 Jan 1;8(30):9-19. [Persian][Link]
23. Ganjeh SAR, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. Comparison of Effectiveness of Problem-Solving Skills and Emotional Intelligence Training on Decreasing Aggression in Male High School Students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013; 14 (2) : 38-50. [Persian][Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.4.9]
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

>