

اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مهارت های اجتماعی دانش آموزان پسر دارای اختلال سلوک

The Effectiveness Of Mindfulness-Based Intervention On Improving Social Skills In The Middle School Students With Conduct Disorder

Nasrin Mohades

PhD Student of Educational Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Zeinab Khanjani (Corresponding author)

Professor of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Email: zeynabkhanjaani@gmail.com

Nasrin Mohades

PhD Student of Educational Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Ali Naghi Aqdasi

Assistant Professor of Counseling, Tabriz Branch, Islamic

Azad University, Tabriz, Iran

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based intervention on improving social skills in the middle school students with conduct disorder. **Methods:** This study was a semi-experimental study with pretest-posttest and control group design. The statistical population consisted of all male students from first to third grade of the first secondary school in Tabriz city in the academic years of 2018-2019. From this population, were selected a sample size of 40 people using children symptom inventory (CSI-4) and diagnostic and clinical interview by multi-stage cluster sampling and purposeful sampling method and were randomly assigned to the experimental and control groups. Data were collected during pre-test and post-test stage of the Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). Data analysis was performed using covariance analysis in SPSS version 25. **Results:** Data analysis showed that mindfulness-based intervention resulted in a significant difference between groups in social skills (73%) and in appropriate social skills 58%, inappropriate asserliuence 18% and impulsive act 43%. But there was no significant effect on overconfidant and jealousy/miscellaneous between groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** it can be suggested that mindfulness-based intervention increases social skills (appropriate social skills, inappropriate asserliuence and impulsive act) in students with conduct disorder.

Keywords: Conduct Disorder, social skills, Mindfulness-Based Intervention.

نسرین محدث

دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

زینب خانجانی (نویسنده مسئول)

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Email: zeynabkhanjaani@gmail.com

علی نقی اقدسی

استادیار گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مهارت های اجتماعی دانش آموزان پسر دارای اختلال سلوک انجام شد. **روش:** این پژوهش جزء مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان پسر مقاطع اول تا سوم دوره متوسطه اول شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. از این جامعه، نمونه ای به حجم ۴۰ نفر با استفاده از پرسشنامه علائم مرضی کودک (CSI-4) و مصاحبه تشخیصی و بالینی از طریق روش های نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و مبتنی بر هدف انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار اندازه گیری در پیش آزمون و پس آزمون شامل پرسشنامه مهارت های اجتماعی ماتسون (MESSY) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی دار بین گروه ها در مهارت های اجتماعی به میزان ۷۳ درصد و در مولفه های مهارت اجتماعی مناسب به میزان ۵۸ درصد، جسارت نامناسب ۱۸ درصد و تکانشی عمل کردن ۴۳ درصد شده است. اما تاثیر معنی داری بر مولفه های اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه گیری در بین گروه ها نداشت ($p > 0.05$). نتیجه گیری: می توان مطرح کرد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش مهارت های اجتماعی (مهارت های اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و تکانشی عمل کردن) در دانش آموزان دارای اختلال سلوک می شود.

کلید واژه ها: اختلال سلوک، مهارت های اجتماعی، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی.

مقدمه

اختلال سلوک^۱ یکی از اختلال‌های روانپزشکی درگیر با رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگرانه شدید است که در کودکی و نوجوانی ظهور می‌کند (کهلوس و همکاران، ۲۰۱۹). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5) اختلال سلوک با مجموعه‌ای از الگوهای تکراری و مزمن رفتاری توصیف می‌گردد که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها و قوانین اجتماعی نقض می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). نرخ شیوع این اختلال در بیشتر فرهنگ‌ها و جوامع حدود ۲ درصد تا بیش از ۱۰ درصد و همچنین شیوع کلی این اختلال در ایران ۵ درصد اعلام شده است (به نقل از رهبر کرباسدهی، حسین خانزاده و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۶). اختلال سلوک می‌تواند مخرب و پرهزینه باشد و بسیاری از مشکلات مختلف اجتماعی و روانی را در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی کند (رادینو، وودوارد، فریگستون و هورود، ۲۰۱۲).

از جمله عواملی که می‌تواند در تشدید نشانه‌های سلوک تاثیرگذار باشد مهارت‌های اجتماعی^۴ ضعیف است. نقش مهارت‌های اجتماعی در تحول کودکان انکارناپذیر است. ناتوانی کودکان مبتلا به اختلال سلوک در پردازش واقع بینانه اطلاعات و نیز کمبود مهارت‌های اجتماعی، به عنوان مهم‌ترین عامل بروز رفتارهای ناسازگارانه این کودکان تلقی می‌شود (کاتزمن، گوئرتر-دورتن، هاتمن و دوپفندر، ۲۰۱۸). ماتسون و بویسجولی (۲۰۰۸) مهارت‌های اجتماعی را به عنوان رفتارهای قابل مشاهده و اندازه‌گیری تعریف می‌کنند که استقلال، قابلیت پذیرش و کیفیت مطلوب زندگی را بهبود می‌بخشند. این مهارت‌ها برای سازش یافتگی و کارکرد بهنجار مهم بوده و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی به طور نزدیکی با اختلالات روانی و مشکلات رفتاری مرتبط هستند (فلین، ریکر، دولزال، کونین و ملینز، ۲۰۱۹). کمبود مهارت‌های اجتماعی کودکان را با مشکلات متعدد مواجه می‌سازد و باعث عدم مصالحه و سازش در روابط بین فردی، مشکلات و اختلالات رفتاری می‌گردد و بر رشد شخصیت کودک و سازگاری وی با محیط تأثیر منفی می‌گذارد که این کاستی در مهارت‌های اجتماعی بیانگر پیش‌آیندهای بالقوه برای اختلالات روانشناختی است (سرجین و تایلور، ۲۰۰۷؛ کریمی، کیخاونی و محمدی، ۱۳۸۹). دونو (۲۰۰۶) در پژوهشی خاطر نشان ساخت که کودکان با اختلال سلوک نقص‌های متعددی در ارتباطات و پردازش‌های اجتماعی دارند.

برای رهایی از اثرات مخرب اختلال سلوک بر فرد، خانواده، مدرسه و در نهایت جامعه شیوه‌های درمانی مختلفی ارائه شده که یکی از جدیدترین مداخلات مطرح در این خصوص شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBCT) است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه‌ها و دیدگاه‌های مراقبه شرق آسیا را با معرفت‌شناسی و تکالیف روانشناختی غربی ادغام می‌کند (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی یک فرایند تجربی است که در آن شخص بطور هدفمند و آگاهانه به چیزهایی که در لحظه حاضر در بدن و ذهنش اتفاق می‌افتد توجه می‌کند، و آنچه که تجربه می‌شود باید با کنجکاوی، درک و دلسوزی به روشی غیرقضاوتی و غیرواکنشی پذیرفته شود (یوکسل و بهادر-یلماز،

^۱ . conduct disorder

^۲ . diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed)

^۳ . American Psychiatric Association

^۴ . social skills

^۵ . mindfulness- based cognitive therapy (MBCT)

۲۰۱۹؛ گولیامی، بویرال و چامپاکنی، ۲۰۱۷). هدف شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قطع فرایندهای خودکاری است که می تواند باعث ایجاد هیجانات منفی شود و به بیماران یاد می دهد که کمتر روی واکنش به محرک های ورودی تمرکز کنند (فلدر، دیمیدجیان و سگال، ۲۰۱۲). شواهد رو به رشدی وجود دارد که نشان می دهد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک منجر به بهبود مهارت های اجتماعی می گردد (جونز و هانسن، ۲۰۱۵؛ سینگ و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات شونرت-ریچل و همکاران (۲۰۱۵)، سیمپسون، مرکر، سیمپسون، لاورنس و ویک (۲۰۱۸)، باجمین، هاتچینز و پترسون (۲۰۰۸)، دبروین، بلوم، اسمیت، ون استنسل و بوگلز (۲۰۱۵) نشان داد که مداخله ذهن آگاهی بطور قابل توجهی قادر به بهبود مهارت های اجتماعی مجرمین نوجوانان، کاهش اضطراب، و افزایش مهارت های اجتماعی در نوجوان با اختلال یادگیری، کاهش رفتارهای پرخاشگری و افزایش مهارت های اجتماعی و تعامل اجتماعی کودکان می گردد. همچنین، پژوهشگران اشاره نمودند که آموزش ذهن آگاهی منجر به بهبود برخی از مهارت های اجتماعی همچون مسئولیت پذیری، خودکارآمدی و ارتباطات اجتماعی، شناخت و انگیزش اجتماعی و همچنین مشکلات اجتماعی می گردد (خانی پور، ۱۳۹۶؛ شوبرلین، ۲۰۱۲؛ قاسمی بستگانی و موسوی نجفی، ۲۰۱۷).

اگرچه نشان داده شده است که رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی دارای یک مجموعه مداخلات قوی برای کودکان و نوجوانان می باشند، اما بسیاری از تحقیقات بر روی کاربرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نمونه های بزرگسالان متمرکز شده اند. همچنین، تحقیقات ایرانی در خصوص اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بر روی کودکان مبتلا به اختلال سلوک کافی نیست. لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان پسر دارای اختلال سلوک دوره متوسطه اول انجام شد.

روش

پژوهش حاضر جزء مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر مقاطع اول تا سوم دوره متوسطه اول شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. جهت انتخاب نمونه آماری از شیوه های نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و مبتنی بر هدف استفاده شد. انتخاب نمونه به روش نمونه گیری چند مرحله ای بدین صورت بود که ابتدا از بین تمامی مدارس پسرانه دوره متوسطه اول شهر تبریز، به طور تصادفی ۱۰ مدرسه انتخاب و در مرحله دوم از هر مدرسه یک کلاس از پایه هفتم، یک کلاس از پایه هشتم و یک کلاس از پایه نهم به عنوان نمونه اولیه جهت غربالگری در نظر گرفته شدند. در ادامه به این مدارس مراجعه و با مسئولین این مراکز در ارتباط با هدف پژوهش و ویژگی های دانش آموزان مشکوک به اختلال سلوک گفتگو و سپس با در نظر گرفتن ملاک های ورود به مطالعه، پرسشنامه علایم مرضی کودکان (فرم معلم) توسط معلمین گروه نمونه تکمیل و ۴۰ دانش آموز که در شاخص اختلال سلوک پرسشنامه علایم مرضی کودکان نمره بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند، انتخاب شدند. همچنین، به منظور تایید نظر معلمین، بعد از هماهنگی های لازم با مسئولین مدارس، والدین دانش آموزان انتخابی به مدرسه دعوت و پرسشنامه علایم مرضی کودکان (فرم والد) را تکمیل کردند. بنابراین، دانش آموزانی که در هر دو ابزار نمره بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شدند.

بعد از انتخاب افراد نمونه از طریق پرسشنامه‌ها، برای تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه بالینی و تشخیصی ساختاریافته که در یکی از مراکز انجام شد شرکت کنند. سپس با مادران هر یک از دانش‌آموزان براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) برای اختلال سلوک مصاحبه‌ای بعمل آمد تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها با مصاحبه‌بمنظور تشخیص دقیق اختلال سلوک تطبیق داده شود. در نهایت ۴۰ دانش‌آموز با استفاده از پرسشنامه‌های علائم مرضی کودک (فرم معلم و فرم والد) و مصاحبه تشخیصی و بالینی ساختار یافته به صورت هدفمند انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در خصوص انتخاب این تعداد نمونه باید اشاره کرد که معمولاً در تحقیقات آزمایشی و نیمه آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۱).

ملاک‌های ورود: تشخیص اختلال سلوک با شروع از کودکی، دامنه سنی ۱۳ و ۱۵ سال، جنسیت پسر. ملاک‌های خروج: دریافت دارودرمانی، تشخیص اختلالات همبود همچون نافرمانی مقابله‌ای، افسردگی دوقطبی، اختلال انفجاری متناوب، ابتلا به بیماری‌های جسمانی، تحت درمان بودن با سایر درمان‌های روانشناختی همزمان.

ملاحظات اخلاقی

بعد از انتخاب شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف از اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و رضایت والدین برای شرکت دانش‌آموز در پژوهش جلب و به والدین شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها با در نظر گرفتن اصل رازداری به صورت گروهی و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل و تصریح گردید که شرکت‌کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند. همچنین، اشاره شد که ارزیابی‌های مربوطه هیچ‌گونه ضرر یا هزینه‌ای برای شرکت‌کنندگان ندارد.

ابزار

مصاحبه تشخیصی و بالینی مبتنی بر (DSM-V): مصاحبه ساختاریافته شامل معاینه دانش‌آموزان به همراه والدین بود که توسط روانشناس در حدود یک ساعت انجام شد. بررسی شامل گرفتن شرح حال، تاریخچه و بررسی علائم تشخیصی حال و گذشته است. گزارش اولیه از مصاحبه تشخیصی شامل چگونگی تحول کودک و نحوه عملکرد وی در مدرسه، تاریخچه پزشکی و وضعیت خانوادگی بود. آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) نمره‌های بالاتر از نقطه برش ۳ کسب کردند، مورد مصاحبه بالینی و تشخیصی ساختاریافته قرار گرفتند. این مصاحبه‌بمنظور ارزیابی و تشخیص دقیق اختلال سلوک انجام شد. آزمودنی‌هایی که دارای ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) برای اختلال سلوک (با شروع از دوره کودکی) بودند و معیار خروج نداشتند به عنوان نمونه نهایی پژوهش در نظر گرفته شدند.

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱ (CSI-4) یکی از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است. فرم والدین این مقیاس دارای ۱۱۲ سوال است که ۱۸ اختلال رفتاری و

^۱. children symptom inventory

هیجانی را مورد سنجش قرار می دهد و فرم معلم نیز دارای ۸۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی گیرد. در پژوهش حاضر از هر دو فرم والد و معلم و ۴۱ عبارت اول این دو فرم (گروه A، B و C) استفاده شده است که به ترتیب اختلالات نقص توجه/بیش فعالی^۱ (سوالات ۱ تا ۱۸)، نافرمانی مقابله ای^۲ (۱۹ تا ۲۶) و اختلال سلوک (۲۷ تا ۴۱) را مورد سنجش قرار می دهند. هر یک از عبارات مذکور، در یک مقیاس چهار درجه ای از هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می شود (نجفی، فولاد چنگ، علیزاده، محمدی فر، ۱۳۸۸). در این پژوهش از روش غربال کننده استفاده شد. شیوه نمره برش غربال کننده به صورت هرگز=۰، بعضی اوقات=۱، اغلب=۱ و بیشتر اوقات=۱ نمره گذاری می شود (سلامی، عشایری، استکی، فرزاد و کوچک انتظار، ۱۳۹۵). محمداسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) در پژوهشی با بررسی دانش آموزان ۶ تا ۱۴ ساله، نقطه برش بهینه را برای اختلال نقص توجه/بیش فعالی برابر با ۸، و برای هر کدام از اختلال های نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک نیز برابر با نمره ۳ تعیین نمودند. روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش محمداسماعیل و علی پور (۱۳۸۱) مورد تایید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفته است. پژوهش های انجام شده در ایران بر روی فرم معلم این مقیاس با روش بازآزمایی ضریب اعتبار آن را در دامنه ای از ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش کرده اند (به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴). کلانتری و همکاران (۱۳۸۰؛ به نقل از سهرابی، اسدزاده و عرب زاده کوپانی، ۱۳۹۳) اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلم ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ گزارش کردند. نجفی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه ای پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آوردند. از این پرسشنامه برای تشخیص اولیه اختلال سلوک و عدم وجود سایر اختلالات روانپزشکی ذکر شده در ملاک های خروج استفاده شد.

پرسشنامه مهارت های اجتماعی ماتسون^۳ (MESSY): این پرسشنامه توسط ماتسون، روتاتوری و هسل^۴، در سال ۱۹۸۳ برای ارزیابی مهارت های اجتماعی کودکان ۴ تا ۱۸ تدوین شده است (فرخی و همکاران، ۱۳۹۶). این مقیاس دارای ۵۶ عبارت و ۵ مؤلفه فرعی شامل مهارت های اجتماعی مناسب^۵ (۱ تا ۱۸)، جسارت نامناسب^۶ (۱۹ تا ۲۹)، تکانشی عمل کردن^۷ (۳۰ تا ۴۱)، اطمینان زیاد به خود داشتن^۸ (۴۲ تا ۴۷) و حسادت/گوشه گیری^۹ (۴۸ تا ۵۶) است (موسوی نژاد و امیریان زاده، ۱۳۹۶). هر عبارت در این مقیاس براساس یک شاخص ۵ درجه ای از نوع لیکرت در دامنه ای از نمره یک (هرگز/هیچ وقت) تا پنج (همیشه) تنظیم شده است. نمره گذاری سوالات ۱۹ الی ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۲، ۵۴ و ۵۵ به صورت معکوس می باشد. نمرات بالاتر در هر بعد نشان دهنده مهارت اجتماعی بالاتر در آن بعد خواهد بود و برعکس. حداقل و حداکثر نمره برای کل مقیاس برابر با ۵۶ تا ۲۸۰ است که شرکت کنندگان به سه دسته افراد دارای مهارت های اجتماعی پایین (۵۶ تا ۱۳۰)، متوسط (۱۳۱ تا ۲۰۵) و بالا (۲۰۶ تا ۲۸۰) تقسیم می شوند

^۱ . attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

^۲ . oppositional defiant disorder (ODD)

^۳ . the Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY)

^۴ . Rotatori & Helsel

^۵ . appropriate social skills

^۶ . inappropriate asserliuiness

^۷ . impulsive/ recalcitrant

^۸ . overconfidant

^۹ . miscellaneous

(ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۹۰). یوسفی و خیر در پژوهشی مقدار ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف را برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ گزارش کرده اند که مقادیر این دو ضریب برای دختران به ترتیب برابر ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و برای پسران به ترتیب برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۵ بودند. همچنین این پژوهشگران ضمن تایید روایی سازه مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مقدار ضریب پایایی کیزر-میر-اولکین^۱ (KMO) را ۰/۸۶ گزارش نمودند (به نقل از شلانی، انصاری و آباریکی، ۱۳۹۶). فرخی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه ای همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش کرده است. رضایی و حافظی (۱۳۹۰) در پژوهشی همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه مهارت های اجتماعی مناسب ۰/۹۷، رفتار غیراجتماعی ۰/۹۰، رفتار تکانشی ۰/۹۴، برتری طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن ۰/۹۴ و حسادت/گوشه گیری ۰/۹۷ گزارش کردند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: بمنظور اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از برنامه مداخله ای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) تیزدل، سگال و ویلیامز^۲ (۲۰۰۲)؛ به نقل از هیلگار، (۲۰۱۱) استفاده شد. این برنامه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی برگزار گردید. شرح مختصر جلسه های درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پکیج مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسات | محتوا |
|-------|--|
| اول | پذیرش و خوشامدگویی، بیان قوانین و هنجارهای درمان، تشریح مداخله ذهن آگاهی، انجام مراقبه کوتاه تنفس و بدن و گرفتن بازخورد. |
| دوم | شناسایی گرایش درونی ما برای هدایت خودکار، هدایت خودکار در برابر انتخاب آگاهانه، انجام مراقبه تنفس و بدن. |
| سوم | بحث در مورد تاثیر متقابل ذهن و بدن بر قضاوت ها، نحوه تفکر، احساس و رفتار با داستانی کوتاه و پژوهش های مستند، مراقبه واری بدن. |
| چهارم | انجام تمرین تامل بر تنفس در وضعیت نشسته: تمرین تنفس و انجام حرکات کششی و تنفس با حالت ذهن آگاهی. |
| پنجم | پنج دقیقه ذهن آگاهی دیداری با شنیداری، تامل در وضعیت نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس، شناسایی آن چه تجربیات ناخوشایند محسوب می شوند. |
| ششم | تامل در وضعیت نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس طبق روال (سه بار در یک روز)، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادت و کنش، کاربرد مهارت های ذهن آگاهی برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه زمان حال. |
| هفتم | تنظیم وقت (کمال گرا یا شخصیت و سواسی) مدیریت زمان ندارند معمولاً کند پیش می روند. |
| هشتم | تمرین واری بدن، بازنگری تالیف خانگی، بازنگری و مرور کل برنامه، واری و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به برنامه با آخرین مراقبه. |

روش اجرا و تحلیل داده ها: در این مطالعه شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون پرسشنامه مهارت های اجتماعی ماتسون (MESSY) را تکمیل و سپس مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه بر روی شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد و در نهایت مجدداً پرسشنامه مهارت های اجتماعی ماتسون (MESSY) در مرحله پس آزمون اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

^۱. Kaiser-Meyer-Olkin

^۲. Teasdale & Williams

یافته ها

در این پژوهش، میانگین سنی برای گروه آزمایش ۱۳/۹۰، برای گروه کنترل ۱۴/۰۵ و میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۱۳/۹۷ بود. همچنین، ۳۰ درصد از شرکت کنندگان در پایه اول، ۲۵ درصد در پایه دوم و ۴۵ درصد نیز در پایه سوم متوسطه مشغول تحصیل بودند.

جدول ۲. آماره های توصیفی ابعاد مهارت های اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل

| متغیر ها | گروه | مرحله | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | شاپیرو-ویلک (Z) | Z معنی داری |
|---------------------|--------|-----------|-------|--------|---------|--------------|-----------------|-------------|
| مهارت اجتماعی مناسب | آزمایش | پیش آزمون | ۵۰ | ۷۸ | ۶۳/۹۰ | ۷/۱۱ | ۰/۹۷۱ | ۰/۷۷۷ |
| | کنترل | پس آزمون | ۵۶ | ۸۴ | ۶۹/۴۵ | ۷/۵۰ | ۰/۹۵۶ | ۰/۴۶۴ |
| | | پیش آزمون | ۵۳ | ۷۹ | ۶۵/۳۵ | ۷/۹۵ | ۰/۹۴۱ | ۰/۲۴۵ |
| | | پس آزمون | ۵۵ | ۸۲ | ۶۷/۴۵ | ۷/۹۰ | ۰/۹۵۷ | ۰/۴۹۱ |
| جسارت نامناسب | آزمایش | پیش آزمون | ۲۷ | ۴۴ | ۳۵/۴۵ | ۴/۳۰ | ۰/۹۷۵ | ۰/۸۵۵ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۵ | ۳۵ | ۲۹/۹۰ | ۳/۰۰ | ۰/۹۳۸ | ۰/۲۱۸ |
| | | پس آزمون | ۲۷ | ۳۸ | ۳۲/۱۰ | ۳/۴۰ | ۰/۹۵۱ | ۰/۳۷۸ |
| | | پیش آزمون | ۳۱ | ۴۴ | ۳۶/۴۵ | ۳/۶۶ | ۰/۹۵۹ | ۰/۵۳۱ |
| تکانشی عمل کردن | آزمایش | پس آزمون | ۳۳ | ۴۸ | ۴۰/۶۰ | ۴/۵۷ | ۰/۹۳۲ | ۰/۱۷۰ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۳۱ | ۴۷ | ۳۸/۵۰ | ۳/۹۸ | ۰/۹۷۵ | ۰/۸۴۶ |
| | | پس آزمون | ۳۳ | ۴۶ | ۳۹/۴۰ | ۴/۱۱ | ۰/۹۳۹ | ۰/۲۳۳ |
| | | پیش آزمون | ۱۳ | ۲۴ | ۱۷/۸۰ | ۳/۴۰ | ۰/۹۴۱ | ۰/۲۵۵ |
| اطمینان زیاد به خود | آزمایش | پس آزمون | ۱۴ | ۲۴ | ۱۹/۲۰ | ۳/۱۴ | ۰/۹۴۰ | ۰/۲۴۱ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۱۳ | ۲۱ | ۱۷/۱۵ | ۲/۵۴ | ۰/۹۱۳ | ۰/۰۷۳ |
| | | پس آزمون | ۱۴ | ۲۲ | ۱۷/۷۰ | ۲/۵۶ | ۰/۹۴۰ | ۰/۲۳۷ |
| | | پیش آزمون | ۲۳ | ۳۶ | ۲۸/۲۵ | ۴/۱۰ | ۰/۹۱۳ | ۰/۰۷۳ |
| حسادت/گوشه گیری | آزمایش | پس آزمون | ۲۴ | ۳۸ | ۳۰/۲۰ | ۴/۲۵ | ۰/۹۳۶ | ۰/۲۰۵ |
| | کنترل | پیش آزمون | ۲۳ | ۳۷ | ۲۹/۷۵ | ۴/۰۶ | ۰/۹۶۶ | ۰/۶۷۵ |
| | | پس آزمون | ۲۴ | ۳۹ | ۳۰/۶۵ | ۴/۰۷ | ۰/۹۶۵ | ۰/۶۴۸ |
| | | پیش آزمون | ۲۳ | ۳۸ | ۳۰/۲۰ | ۴/۲۵ | ۰/۹۳۶ | ۰/۲۰۵ |

با توجه به جدول ۲ شرکت کنندگان هر دو گروه در پیش آزمون مهارت های اجتماعی و مولفه های آن دارای سطح میانگین مشابهی هستند ولی در پس آزمون مهارت های اجتماعی و مولفه های مربوطه شرکت کنندگان گروه آزمایش دارای سطح میانگین بالاتری نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل می باشند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (Z) در جدول ۲ نیز حاکی از این است که توزیع داده ها برای مولفه های مهارت های اجتماعی برای هر دو گروه در مراحل پیش و پس آزمون نرمال است ($p > 0/05$).

جدول ۳. نتایج همگنی واریانس ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای مولفه های مهارت های اجتماعی در دو گروه

| متغیر وابسته | آزمون لون | | | آزمون M باکس برای مولفه های مهارت های اجتماعی |
|---------------------|-----------|-----|-----|---|
| | F | df1 | df2 | |
| مهارت اجتماعی مناسب | ۰/۰۰۲ | ۱ | ۳۸ | ۰/۹۶۵ |
| جسارت نامناسب | ۰/۵۹۵ | ۱ | ۳۸ | ۰/۴۴۵ |
| تکانشی عمل کردن | ۰/۰۲۲ | ۱ | ۳۸ | ۰/۸۸۲ |
| اطمینان زیاد به خود | ۰/۰۰۰۱ | ۱ | ۳۸ | ۰/۹۹۳ |
| حسادت/گوشه گیری | ۰/۶۲۰ | ۱ | ۳۸ | ۰/۴۳۶ |

با توجه به جدول ۳ نتایج آزمون لون و آزمون ام باکس ($F=0/616, P=0/865$) حاکی از برقراری پیش فرض همگنی واریانس ها و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای ابعاد مهارت های اجتماعی بود. در ادامه، پیش فرض عدم تفاوت معنی دار بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون مولفه های مهارت های اجتماعی (مهارت های اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب، تکانشی عمل کردن، اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه گیری) از طریق آزمون چند متغیری لانداى ویلکز نشان داد که بین میانگین پیش آزمون گروه ها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=1/605, p=0/185$). همچنین، پیش فرض های همگنی شیب خط رگرسیونی و رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ حاکی از برقراری این پیش فرض ها برای مولفه های مهارت های اجتماعی بود. همچنین، با کنترل اثر پیش آزمون، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از مولفه های مهارت های اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۷۳ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین مولفه های مهارت های اجتماعی مربوط به تاثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد ($F=15/45, p=0/0001, \eta^2=0/727$).

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی میانگین مولفه های مهارت های اجتماعی

| مولفه ها | منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | ضریب اتا |
|---------------------|----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|----------|
| مهارت اجتماعی مناسب | گروه پیش آزمون | ۴/۱۷ | ۱ | ۴/۱۷ | ۱/۹۵ | ۰/۱۷۳ | ۰/۰۶۵ |
| | پیش آزمون | ۲۱۴۷/۲۸ | ۱ | ۲۱۴۷/۲۸ | ۱۰۵۴/۳۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۷۰ |
| | گروه | ۹۲/۸۰ | ۱ | ۹۲/۸۰ | ۴۵/۵۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۸۰ |
| | خطا | ۶۷/۲۱ | ۳۳ | ۲/۰۴ | | | |
| جسارت نامناسب | گروه پیش آزمون | ۰/۳۰۸ | ۱ | ۰/۳۰۸ | ۰/۰۹۲ | ۰/۷۶۳ | ۰/۰۰۳ |
| | پیش آزمون | ۳۴۵/۸۳ | ۱ | ۳۴۵/۸۳ | ۱۱۲/۶۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۷۳ |
| | گروه | ۲۱/۸۴ | ۱ | ۲۱/۸۴ | ۷/۱۱ | ۰/۰۱۲ | ۰/۱۷۷ |
| | خطا | ۱۰۱/۳۳ | ۳۳ | ۳/۰۷ | | | |
| تکانشی عمل کردن | گروه پیش آزمون | ۹/۷۲ | ۱ | ۹/۷۲ | ۳/۱۱ | ۰/۰۸۹ | ۰/۱۰۰ |
| | پیش آزمون | ۴۲۱/۱۳ | ۱ | ۴۲۱/۱۳ | ۱۲۹/۴۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۹۷ |
| | گروه | ۸۱/۱۰ | ۱ | ۸۱/۱۰ | ۲۴/۹۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۳۰ |
| | خطا | ۱۰۷/۳۵ | ۳۳ | ۳/۲۵ | | | |
| اطمینان زیاد به خود | گروه پیش آزمون | ۰/۰۲۴ | ۱ | ۰/۰۲۴ | ۰/۰۰۹ | ۰/۹۲۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش آزمون | ۲۰۶/۳۸ | ۱ | ۲۰۶/۳۸ | ۸۸/۳۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲۸ |
| | گروه | ۴/۹۰ | ۱ | ۴/۹۰ | ۲/۰۹۶ | ۰/۱۵۷ | ۰/۰۶۰ |
| | خطا | ۷۷/۱۲ | ۳۳ | ۱/۸۷ | | | |
| حسادت/گوشه گیری | گروه پیش آزمون | ۵/۳۸ | ۱ | ۵/۳۸ | ۲/۹۴ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۹۵ |
| | پیش آزمون | ۵۷۵/۹۹ | ۱ | ۵۷۵/۹۹ | ۳۰۷/۳۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۰۳ |
| | گروه | ۰/۶۱۸ | ۱ | ۰/۶۱۸ | ۰/۳۳۰ | ۰/۵۷۰ | ۰/۰۱۰ |
| | خطا | ۶۱/۸۴ | ۳۳ | ۱/۸۷ | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مولفه‌های مهارت اجتماعی مناسب به میزان ۵۸ درصد، جسارت نامناسب ۱۸ درصد و تکانشی عمل کردن ۴۳ درصد شده است. اما بین میانگین نمرات مولفه‌های اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه‌گیری در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. لذا، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مولفه‌های مهارت‌های اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و تکانشی عمل کردن نسبت به گروه کنترل شده است. اما تاثیر معنی‌داری بر بهبود ابعاد اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه‌گیری نداشته است ($p > 0/05$). از این رو می‌توان مطرح کرد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش مولفه‌های مهارت‌های اجتماعی (مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و تکانشی عمل کردن) در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک دوره متوسطه اول انجام شد. یافته پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مهارت‌های اجتماعی به میزان ۷۳ درصد و همچنین در مولفه‌های مهارت اجتماعی مناسب به میزان ۵۸ درصد، جسارت نامناسب ۱۸ درصد و تکانشی عمل کردن ۴۳ درصد شده است. اما بین میانگین نمرات مولفه‌های اطمینان زیاد به خود و حسادت/گوشه‌گیری در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. لذا، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مهارت‌های اجتماعی و مولفه‌های آن شامل مهارت‌های اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و تکانشی عمل کردن نسبت به گروه کنترل شده است. از این رو می‌توان مطرح کرد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی (مهارت‌های اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و تکانشی عمل کردن) در دانش‌آموزان دارای اختلال سلوک می‌شود. این یافته با یافته‌های سیمپسون و همکاران (۲۰۱۸)، جونز و هانسن (۲۰۱۵)، خانی پور (۱۳۹۶)، شونرت-ریچل و همکاران (۲۰۱۵)، قاسمی بستگانی و موسوی نجفی (۲۰۱۷)، دبروین و همکاران (۲۰۱۵) و شوبرلین (۲۰۱۲) همسو است. پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از تاثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان است. بطوری که شوبرلین (۲۰۱۲) مطرح نمود که اجرای تکنیک‌های ذهن آگاهی با آموزگاران، منجر به بهبود پیشرفت در پذیرش، ارتقای تعادل عاطفی، مدیریت استرس، حمایت از روابط شخصی و بین فردی، و بهبود فضای کلاس و رفتارهای اجتماعی می‌گردد. در این راستا، سیمپسون و همکاران (۲۰۱۸)، باچمین و همکاران (۲۰۰۸)، و سینگ و همکاران (۲۰۱۷) خاطر نشان ساختند که مداخله ذهن آگاهی بطور قابل توجهی قادر به بهبود مهارت‌های اجتماعی مجرمین نوجوانان، کاهش اضطراب، و افزایش مهارت‌های اجتماعی در نوجوان با اختلال یادگیری، کاهش رفتارهای پرخاشگری و افزایش مهارت‌های اجتماعی و تعامل اجتماعی کودکان می‌گردد. همچنین، دبروین و همکاران (۲۰۱۵) اشاره نمودند که آموزش ذهن آگاهی منجر به بهبود برخی از مهارت‌های اجتماعی همچون مسئولیت‌پذیری و ارتباطات اجتماعی، شناخت و انگیزش اجتماعی و همچنین مشکلات اجتماعی می‌گردد. مطالعات شونرت-ریچل و همکاران (۲۰۱۵) و جونز و هانسن (۲۰۱۵) نیز نشان داد که بکارگیری مداخله ذهن آگاهی

تاثیر قابل توجهی بر بهبود همدلی، کنترل هیجانی، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ارتباطی، بازاریابی، مهارت‌های بین‌فردی و پذیرش از طرف همسالان دارد.

در تبیین این یافته می‌توان اشاره نمود که ذهن آگاهی براساس سه فرض پایه؛ آگاهی، پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است، به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیتهای انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (رودریگز-لدو، اوردو، کاردوو، بالاگوئر و زارزا-آلزوگاری، ۲۰۱۸). افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند، از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف و استفاده از مهارت‌ها را به کار می‌بندند. لذا ارتقاء ذهن آگاهی، گامی مهم در بهبود مهارت‌های اجتماعی محسوب می‌شود. همچنین، ذهن آگاهی اثرات خود را از طریق چهار مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند (یانگ، لیو، ژانگ و لیو^۱، ۲۰۱۵). تصور می‌شود پرداختن به توجه آگاهانه و توسعه ارتباط پذیرش بیشتر با تجربه لحظه حال حاضر می‌تواند افراد را به رها کردن عادت‌ها و واکنش‌های غیر مفید برای تجربه فعلی قادر سازد و در عوض باعث انتخاب راه‌های مفید تر برای پاسخ در موقعیت‌های اجتماعی شود (کاواناگ، استرایوس، فورد و جونز^۲، ۲۰۱۴).

از سویی، بمنظور فهم تاثیر ذهن آگاهی بر مهارت‌های اجتماعی ضروری است در خصوص چگونگی تاثیر ذهن آگاهی بر عملکرد بین فردی افراد بحث شود. یکی از سازه‌هایی که در ادبیات پژوهشی به عنوان مکانیسم اصلی ارتباط ذهن آگاهی با افزایش مهارت‌های اجتماعی مورد بحث قرار گرفته است، خودتنظیمی است (لیلاند، روسه و امرسون، ۲۰۱۸؛ واگو و سیلبرسویک، ۲۰۱۲). خودتنظیمی کنترل داشتن و سازگاری با شناخت‌ها، عواطف و رفتارهای خود مطابق با وضعیت مطلوب است (لیلاند و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی از طریق تئوری خودتعیین‌گری^۳ (SDT) دسی و ریان^۴ و نظریه کنترل^۵ کارور و شیر^۶ با خودتنظیمی مرتبط است. این نظریات بر توجه پایدار و آگاهی موقعیتی به عنوان مولفه‌های مهمی از خودتنظیمی تاکید دارند (گود و همکاران، ۲۰۱۶). به طور خاص، فرض بر این است که ذهن آگاهی ممکن است خودتنظیمی را از طریق آگاهی لحظه به لحظه که نظارت دقیق بر شناخت‌ها، عواطف و رفتارها را قادر می‌سازد و همچنین آنها را با وضعیت‌های ایده‌آل مقایسه می‌کند، توسعه دهد (هارت، ایوتزان و هارت، ۲۰۱۳؛ لیلاند و همکاران، ۲۰۱۸). با مد نظر قرار دادن عملکرد بین فردی، پردازش آگاهانه اطلاعات در موقعیت‌های اجتماعی ممکن است افراد را در انتخاب رفتارهایی که با نیازها، ارزش‌ها و علایق اجتماعی سازگار است، حمایت کند (براون و ریان، ۲۰۰۳). در عین حال، آگاهی و هشیاری لحظه به لحظه می‌تواند رفتارهای بدون

¹ . Yang, Liu, Zhang & Liu

² . Cavanagh, Strauss, Forder & Jones

³ . self-determination theory

⁴ . Deci & Ryan

⁵ . control theory

⁶ . Carver & Scheier

فکری همچون واکنش های تکانشگرانه که می توانند به روابط بین فردی آسیب بزنند را کاهش دهد (بارنس، براون، کروسمارک، کمپل و روگی، ۲۰۰۷). در نتیجه، افراد با دقت و ذهن آگاه ممکن است قادر به پردازش هشیارانه رویدادهای درونی و بیرونی و مقایسه آنها با شرایط مطلوب باشند و این نیز منجر به انتخاب رفتارهای مناسب بیشتر در موقعیت های اجتماعی و بنابراین مهارت های اجتماعی بهتر می گردد.

اجرای برخی از فنون مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی دانش آموزان دارای اختلال سلوک به دلیل دشواری در برقراری ارتباط با آنها و نبود مرحله پیگیری جهت بررسی تداوم اثرات درمانی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی از دیگر محدودیت های مطالعه بود. پیشنهاد می گردد بمنظور بررسی تداوم اثرات درمانی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش های آتی دوره های پیگیری بلند مدت در نظر گرفته شود. با توجه اینکه مداخله ذهن آگاهی قادر به بهبود مهارت های اجتماعی دانش آموزان بود پیشنهاد می شود از فنون این مداخله درمانی در راستای افزایش مهارت های اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال سلوک بمنظور بهبود روابط بین فردی آنها در سطح مدارس استفاده شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی دانش آموزان، معلمان و والدین بخاطر همکاری صمیمانه و مسئولین مدارس که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

منابع

- برقی ایرانی، زیبا؛ بختی، مجتبی؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و کاهش نشانه های کودکان دارای اختلال سلوک. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۴ (۱)، ۱۷۵-۱۵۷.
- خانی پور، محمدامین. (۱۳۹۶). *رابطه ذهن آگاهی با کنترل خشم و مهارت های اجتماعی دانش آموزان پسر متوسطه دوم ناحیه ۲ شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- رضایی، اکبر؛ حافظی، علیرضا. (۱۳۹۰). مقایسه مهارت های اجتماعی دانش آموزان با نارسایی های ویژه در یادگیری، کم توان ذهنی، اوتیسم و عادی مدارس ابتدایی شهر تبریز. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱ (۴)، ۳۷۴-۳۶۳.
- رهر کرباسدهی، ابراهیم؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ رهر کرباسدهی، فاطمه. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش شناختی رفتاری مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش آموزان با اختلال سلوک. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۷ (۳)، ۱۴-۹.
- سلامی، فاطمه؛ عشایری، حسن؛ استکی، مهناز؛ فرزاد، ولی اله؛ کوچک انتظار، رویا. (۱۳۹۵). آموزش تلفیقی مادر-محور و تاثیر آن بر نشانگان کمبود توجه و بیش فعالی کودکان. *فصلنامه عصب روانشناسی*، ۲ (۱)، ۴۴-۳۰.
- سهرابی، فرامرز؛ اسدزاده، حسن؛ عرب زاده کوپانی، زهره. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش والدین بار کلی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان پیش دبستانی. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۳ (۲)، ۸۲-۱۰۳.
- شلانی، بیتا؛ انصاری، مصطفی؛ آبیاریکی، اکرم. (۱۳۹۶). اثربخشی بازی با کلمات احساسی بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۴ (۸)، ۱۲-۱.
- ضیغمی محمدی، شراره؛ تجویدی، منصوره. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت های اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور (سال ۱۳۸۹). *مجله مراقبت های نوین*، ۸ (۳)، ۱۲۴-۱۱۶.
- فرخی، حسین؛ مصطفی پور، وحید؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۶). تاثیر مداخله مبتنی بر نظریه ذهن و آموزش مهارت های اجتماعی بر نشانه های کودکان مبتلا به اختلال رفتار هنجاری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴ (۲)، ۲۴-۱۴.
- کریمی، مرید؛ کیخاوانی، ستار؛ محمدی، محمدباقر. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۸ (۳)، ۶۸-۶۱.

- گال، دامین. مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، جویس. (۱۳۹۱). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد اول)، ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت.
- محمداسماعیل، الهه؛ علی پور، احمد. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲ (۳)، ۲۵۴-۲۳۹.
- موسوی نژاد، سید مرتضی؛ امیریان زاده، مژگان. (۱۳۹۶). پیش‌بینی مهارت‌های اجتماعی از طریق شخصیت کارآفرینانه و خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه جهرم. فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی، ۱۱ (۱)، ۱۱۵-۱۳۱.
- نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه؛ علیزاده، حمید؛ محمدی فر، محمدعلی. (۱۳۸۸). میزان شروع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹ (۳)، ۲۵۴-۲۳۹.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500.
- Beauchemin, J., Hutchins, T. L., & Patterson, F. (2008). Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary Health Practice Review*, 13(1), 34-45. doi:10.1177/1533210107311624
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*, 34(2), 118-129
- de Bruin, E. I., Blom, R., Smit, F. M., van Steensel, F. J., & Bogels, S. M. (2015). MYmind: Mindfulness training for youngsters with autism spectrum disorders and their parents. *Autism*, 19(8), 906-914. doi:10.1177/1362361314553279
- Donno, R. E. (2006). *Social communication deficits and conduct disorder* (Order No. U592741). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1428643062). Retrieved from https://search-proquest-com.ezp.semantak.com/docview/1428643062?accountid=7181
- Felder, J. N., Dimidjian, S., & Segal, Z. (2012). Collaboration in mindfulness-based cognitive therapy. *J Clin Psychol*, 68(2), 179-186. doi:10.1002/jclp.21832
- Flynn, R. M., Ricker, A. A., Dolezal, C., Kunin, M., & Mellins, C. A. (2019). Residential summer camp for youth with special needs: A longitudinal approach to investigating differences in social skills. *Children and Youth Services Review*, 96, 354-363.
- Ghasemi Bistagani, M., Musavi Najafi, F. (2017). Effectiveness of child-centered mindfulness on social skills and self-efficacy of children with learning disabilities. *Social Behavior Research & Health*, 1 (2), 91-99.
- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Lazar, S. W. (2016). Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *Journal of Management*, 42(1), 114-142.
- Guillaumie, L., Boiral, O., & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *J Adv Nurs*, 73(5), 1017-1034. doi:10.1111/jan.13176
- Hart, R., Ivtzan, I., & Hart, D. (2013). Mind the gap in mindfulness research: A comparative account of the leading schools of thought. *Review of General Psychology*, 17(4), 453-466. https://doi.org/10.1037/a0035212
- Hillgaar, S. D. (2011). *Mindfulness and self regulated learning*. Master's thesis in social and community psychology. Trondheim.
- Jones, S. M., & Hansen, W. (2015). The impact of mindfulness on supportive communication skills: three exploratory studies. *Mindfulness*, 6(5), 1115-1128. doi:10.1007/s12671-014-0362-7
- Katzmann, J., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2018). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: Mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 1-15.
- Kim, H.-A., Seo, L., Jung, J.-Y., Kim, Y. W., Lee, E., Cho, S.-M., & Suh, C.-H. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy in Korean patients with systemic lupus erythematosus: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 18-21.
- Kohls, G., Baumann, S., Gundlach, M., Scharke, W., Bernhard, A., Martinelli, A., . . . Konrad, K. (2019). Investigating sex differences in emotion recognition, learning, and regulation among youths with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.003

- Leyland, A., Rowse, G., & Emerson, L.-M. (2018). Experimental effects of mindfulness inductions on self-regulation: systematic review and meta-analysis. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0000425>
- Matson, J. L., & Boisjoli, J. A. (2008). Cutoff scores for the Matson Evaluation of Social Skills for Individuals With Severe Retardation (MESSIER) for adults with intellectual disability. *Behav Modif*, 32(1), 109-120.
- Raudino, A., Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2012). Childhood conduct problems are associated with increased partnership and parenting difficulties in adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 251-263.
- Rodríguez-Ledo, C., Orejudo, S., Cardoso, M. J., Balaguer, Á., & Zarza-Alzugaray, J. (2018). Emotional intelligence and mindfulness: relation and enhancement in the classroom with adolescents. *Frontiers in Psychology*, 9, 2162. doi:10.3389/fpsyg.2018.02162
- Schoeberlein, D. (2012). *Mindfulness para enseñar y aprender*. Louisville, CO: Gaia; 10.1080/08959280802541039
- Schonert-Reichl K. A., Oberle E., Lawlor M. S., Abbott D., Thomson K., Oberlander T. F., et al. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial. *Dev Psychol*, 51, 52-66.
- Segrin, C. G., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 637-646. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Simpson, S., Mercer, S., Simpson, R., Lawrence, M., & Wyke, S. (2018). Mindfulness-based interventions for young offenders: a scoping review. *Mindfulness*. doi:10.1007/s12671-018-0892-5
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Myers, R. E., Karazsia, B. T., Courtney, T. M., & Nugent, K. (2017). A mindfulness-based intervention for self-management of verbal and physical aggression by adolescents with Prader-Willi syndrome. *Developmental Neurorehabilitation*, 20(5), 253-260.
- Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 296. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F., & Liu, J. Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283-294.
- Yüksel, A., & Bahadır-Yılmaz, E. (2019). The effects of group mindfulness-based cognitive therapy in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 104268.