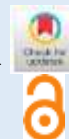


Research Paper

The Effectiveness of Child-Based Mindfulness Training on the Self-Concept and Social Adaptation in Children with Internalizing Behavioral Disorders

Masomeh Hosenzadeh^{*1}, Shahla Shirani¹

1. Ph.D. Student in Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran



Citation: Hosenzadeh M, Shirani S. The effectiveness of child-based mindfulness training on the self-concept and social adaptation in children with internalizing behavioral disorders. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 57-67.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.6>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Mental awareness,
social adaptation,
self-concept,
internalized disorder

Background and Purpose: Emotional behavioral disorders in children can lead to impaired social, communication, and academic performance; thus, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of the child-based mindfulness training on self-concept and social adjustment of children with internalizing behavioral disorders.

Method: The design of this study was a pre-test-post-test semi-experimental with a control group. In order to conduct this research, a sample of 30 children with internalizing behavioral disorders in Isfahan city in the academic year of 2018-2019 city, were selected by multi-stage cluster sampling and assigned in experimental and control groups. The tools used in this study included the Children Behavioral Inventory (Achenbach and Rescorla, 2001), Children Self-Concept Questionnaire (Piers-Harris, 1969), and Social Adaptation Questionnaire (Sinha and Sing, 1993). Before the intervention, both groups were tested, then the experimental group received the intervention during 10 training sessions over 2 months. The data were analyzed by analysis of covariance.

Results: The results showed that the child-based mindfulness training had a significant effect on self-concept and social adjustment of children with internalizing behavioral disorders ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be said that child-based mindfulness training increases a person's psychological flexibility, feel more capable, live in the present time, and as a result feel a stronger self-concept.

Received: 15 Oct 2017

Accepted: 17 May 2018

Available: 23 May 2020

* **Corresponding author:** Masomeh Hosenzadeh, Ph.D. Student in Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
E-mail addresses: Hoseinpoor48@yahoo.com

مقاله پژوهشی

اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال های رفتاری درون نمود

معصومه حسین پور^{۱*}، شهلا شیرانی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

مشخصات مقاله	چکیده
کلیدواژه ها: ذهن آگاهی، خودپنداشت، سازش یافتگی اجتماعی، اختلال رفتاری درون نمود	زمینه و هدف: بروز اختلال های هیجانی رفتاری در کودکان می تواند باعث آسیب به عملکرد اجتماعی، ارتباطی، و تحصیلی منجر شود؛ بدین ترتیب هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود است. روش: طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. به منظور انجام این پژوهش، نمونه ای شامل ۳۰ نفر از کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵، به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب، و در گروه های آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایدهی شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)، پرسشنامه خودپنداشت کودکان (پیرز - هریس، ۱۹۶۹) و پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی (سینها و سینگ، ۱۹۹۳) بود. قبل از اجرای متغیر مستقل از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد، سپس گروه آزمایش مداخله آموزشی را در طی ۱۰ جلسه آموزشی در طول ۲ ماه دریافت کرد. داده های به دست آمده توسط تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود، تأثیر معناداری دارد ($p < ۰/۰۰۱$). نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که ذهن آگاهی سبب می شود تا انعطاف پذیری روانی فرد افزایش یافته و توانایی بیشتری در خود احساس کند، در زمان حال زندگی کند، و در خودپنداشت قوی تری را احساس کنند.
دریافت شده: ۹۶/۰۷/۲۳ پذیرفته شده: ۹۷/۰۲/۲۷ منتشر شده: ۹۹/۰۳/۰۳	

* نویسنده مسئول: معصومه حسین پور، دانشجوی دکترای روان شناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

رایانامه: Hoseinpoor48@yahoo.com

تلفن تماس: ۴۲۲۹۲۹۲۹ - ۰۳۱

مقدمه

مشکلات رفتاری، هیجانی، روان شناختی، و عاطفی کودکان در سال های اخیر در کانون توجه روان شناسان و روان پزشکان قرار گرفته است. کودکان از یک سو قسمت عمده ای از افراد جامعه را تشکیل داده و در آینده به عنوان افراد بزرگسال باید در جامعه، ایفای نقش کنند و از سویی دیگر، مشکلات روان شناختی دوران کودکی، همگام با فرایند تحولی کودک، به مرحله بلوغ و بزرگسالی انتقال یافته و به مرور زمان، درمان مشکلات عاطفی و روان شناختی آنان دشوارتر می شود (۱ و ۲). در این فرایند باید توجه داشت که مشکلات رفتاری، هیجانی، و روان شناختی کودکان باید با به کارگیری روش های مداخله ای مناسب، درمان شوند؛ وگرنه انتظار بهبود این مشکلات، بدون بهره گیری از مداخلات روان شناختی و آموزشی مناسب، بیهوده خواهد بود (۳).

گروه بندی اختلال های روان شناختی دوران کودکی بر اساس رویکرد ابعادی به دو دسته کلی اختلالات درون نمود^۱ در برابر اختلالات برون نمود^۲ تقسیم می شود که دارای ویژگی های متمایز از هم هستند (۴). اختلال های برون نمود شامل مشکلات و الگوهای سازش نایافته ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و محیط بروز می کنند (۵) و شامل رفتارهای قانون شکنانه^۳ و پر خاشگرانه ای^۴ مانند اختلال نارسایی توجه/فزون کنشی^۵، اختلال رفتار هنجاری^۶، و اختلال نافرمانی مقابله ای^۷ هستند (۶ و ۷).

اختلال های درون نمود برعکس اختلال های برون نمود، ماهیتی درون فردی دارند و به صورت کناره گیری از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب^۸، و افسردگی^۹ نمایان می شوند (۸). این اختلال ها بیش از آنکه باعث آزار دیگران شود، با هدف قرار دادن هیجان ها و عواطف کودک، سبب آزار دیدن خود کودک می شوند. علاوه بر این، اختلال های درون نمود با سکوت زیاد، ناامیدی، و شکایات جسمانی همراه هستند که سبب می شوند کودک احساس کهنتری، کمرویی، ترس، دلبستگی بیش از حد، و غم و اندوه کند (۹). اختلال های درون نمود همچنین حرمت خود^{۱۰}، خودپنداشت^{۱۱}، کارآیی اجتماعی، و

سازش یافتگی اجتماعی^{۱۲} کودک را در زمان حال و آینده تهدید کرده و کاهش می دهد (۱۰).

بنابراین یکی از مؤلفه های آسیب پذیر در بروز اختلال درون نمود، خودپنداشت این کودکان است (۱۱). خودپنداشت به عنوان تصور کودکان درباره خودشان، تعریف می شود و محصول بازخوردهای همسالان کودک، والدین، و معلمان و ارزیابی کودک از تجارب ذهنی خودش است (۱۲). خودپنداشت آموختنی است که حاکی از آن است که اگر در فرایند آسیب روان شناختی، خودپنداشت کودکان دچار آسیب شود، می توان با به کارگیری روش های آموزشی صحیح، آن را افزایش داد (۱۳). کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود به دلیل آسیب های روان شناختی، تعاملات اجتماعی محدودی را تجربه کرده و به همین دلیل در اغلب موارد با خودپنداشت آسیب دیده ای مواجه اند (۱۱). دیگر مشکلات کودکان با بروز اختلال رفتاری درون نمود، سازش یافتگی اجتماعی آنان است (۱۰). سازش یافتگی به توانایی فرد جهت تطابق با محیط اطرافش اشاره دارد (۱۴)؛ به عبارت دیگر سازش یافتگی مجموعه ای از کنش ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت ها و شرایط جدید به منظور ارائه پاسخ های مناسب به محرک های موجود، بروز می دهد. سازش یافتگی می تواند در حیطه های مختلفی مطرح شود و ابعاد اجتماعی، خانوادگی، عاطفی، شغلی و غیره را شامل شود. برخی از صاحب نظران، سازش یافتگی اجتماعی را در رأس سایر ابعاد تلقی می کنند (۱۵). نتایج پژوهش ها بیانگر آن است که کودکان دارای اختلال رفتاری برون نمود و درون نمود به دلیل خودپنداشت و اعتماد به خود پایین، توانایی برقراری رفتار اجتماعی گسترده را نداشته و به هنگام قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی جدید، به سختی می توانند با آن سازش پیدا کرده و تکالیف اجتماعی و ارتباطی خود را انجام دهند (۱۰).

روش های درمانی مختلفی برای کودکان با آسیب های روان شناختی به کار گرفته شده است. یکی از جدیدترین روش ها، ذهن آگاهی

7. Obedient defensive disorder (ODD)
8. Anxiety
9. Depression
10. Self-esteem
11. Self-concept
12. Social Adjustment

1. Externalized problems
2. Internalized problems
3. Outlaw behavior
4. Aggressive behavior
5. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
6. Conduct disorder

روان شناختی و فراشناختی باعث شود آنان نتوانند تکالیف اجتماعی و فردی خود را انجام دهند و در نهایت با انتقال این آسیب ها به دوره نوجوانی و بزرگسالی، تحول شخصیتی و روان شناختی آنان، روز به روز با مشکلات بیشتری مواجه شود. با توجه به مطالعات انجام شده درباره تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود مشکلات رفتاری و روانی، و از سویی به دلیل محدود بودن پژوهش های انجام شده درباره چگونگی تأثیر آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود، پژوهش حاضر در پاسخ به این سوال انجام شده است که آیا آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود، تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل، آموزش ذهن آگاهی کودک محور و متغیرهای وابسته، خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود مشغول به تحصیل در مدارس شهر اصفهان در دوره دبستان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش گانه ادارات آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۵ به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، از بین مدارس دوره دبستان، تعداد ۲ مدرسه انتخاب و با مراجعه به مدارس انتخابی، از مشاوران و معلمان آنها درخواست شد دانش آموزان دارای علائم افسردگی، اضطراب، و گوشه گیری را معرفی کنند. در این فرایند تعداد ۹۱ دانش آموز از ۲ مدرسه انتخابی معرفی شدند که به آنها سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات درون نمود در این دانش آموزان، اطمینان حاصل شود. بدین ترتیب تعداد ۳۸ دانش آموز با

کودک محور^۱ است که برای کودکان با اختلال های نارسایی توجه/فزون کنشی^۲، افسردگی^۳، اضطراب^۴، اختلال تنیدگی پس از سانحه^۵، وسواس بی اختیاری^۶، و پرخاشگری، کاربرد بالینی دارد (۱۶) و کارایی خود را درمان آسیب های روان شناختی مختلف نشان داده است (۱۷) و (۱۸). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه و هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است (۱۹). اساس ذهن آگاهی از تمرین های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می دهد (۲۰). از طریق ذهن آگاهی، افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا خودکار بودند، به پدیده هایی قابل مشاهده تبدیل می شوند که در بدن یا ذهن خود فرد، در حال وقوع هستند (۱۷). این حالت به عنوان ادراک مجدد توصیف شده است؛ یعنی آن چه قبلاً موضوع بود، تبدیل به شی می شود (۲۱). این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن های مختلف، تمرین و مرور بدن، و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس، و حس های بدنی را نشان می دهد. تمامی این تمرین ها به نوعی توجه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در لحظه حاضر، میسر می سازد و پردازش های خودکار را کاهش می دهد (۲۲). پژوهش های انجام شده به نتایج امیدبخشی منجر شده است که نشان می دهد ذهن آگاهی یک مداخله مؤثر برای درمان علایم روان شناختی در کودکان است (۱۷) و (۲۳). در نهایت باید اشاره کرد که ذهن آگاهی دارای راهبردهای رفتاری، شناختی، و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به وسیله آنها می تواند به کاهش خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده، و رشد هیجان های خوشایند، منجر شود (۲۴). بدین ترتیب به نظر می رسد راهکارهای ذهن آگاهی بتواند با کاهش خلق منفی و بهبود هیجان های مثبت، زمینه را برای بهبود خودپنداشت و سازش یافتگی فراهم سازد.

باید توجه داشت که عدم توجه به مشکلات روان شناختی، رفتاری، و اجتماعی کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود و عدم درمان بهنگام این مشکلات سبب می شود که سیر آسیب روانی در این کودکان روز به روز گسترده تر شده و با درگیر کردن تمام فرایندهای شناختی،

4. Anxiety
5. Post-traumatic stress disorder
6. Obsessive-compulsive disorder

1. Child Based Mindfulness
2. Attention deficit and hyperactivity disorder
3. Depression

مشکلات رفتاری درون نمود تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان) که از بین آنها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب و در گروه های آزمایش و گواه به تصادف جایدهی شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه گواه).

ملاک های ورود به پژوهش شامل: داشتن علائم افسردگی، اضطراب و گوشه گیری، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان، برخورداری از سلامت جسمی، عملکرد انضباطی مناسب، و دامنه سنی بین ۹ تا ۱۳ سال بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، بروز بیماری جسمی حاد، و یا وقوع رخداد غیر قابل پیش بینی بود.

بررسی داده های جمعیت شناختی افراد نمونه نشان داد که افراد نمونه این پژوهش دارای دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال بودند که در این بین میانگین و انحراف معیار سن آنها $11/10 \pm 2/40$ سال بود. همچنین بیشترین تعداد افراد نمونه مربوط به پایه تحصیلی پنجم (۴۹٪) بودند.

(ب) ابزار

۱. سیاهه رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱): از این ابزار در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات رفتاری درون نمود در دانش آموزان استفاده شده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان تهیه شده است (۸). سیاهه رفتاری کودکان از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول به بررسی صلاحیت کلی کودک در سه مقیاس فعالیت ها، مقیاس اجتماعی، و مدرسه می پردازد و شامل ۱۳ گویه است. بخش دوم به بررسی مشکلات هیجانی و رفتاری می پردازد که شامل ۱۱۳ گویه است. پاسخدهی به گویه های این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت انجام می شود که شامل سه گزینه نادرست است (نمره ۰)، گاهی درست (نمره ۱) است، و غالباً درست (نمره ۲) است. نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره های مشکلات رفتاری درون نمود (شامل محورهای گوشه گیری، مشکلات بدنی، اضطراب، و افسردگی)؛ مشکلات برون نمود (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه)؛ و مشکلات توجه، مشکلات تفکر، و مشکلات اجتماعی به دست می آید.

1. Children behavioral inventory

دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (۸). گلاس در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای بخش کل این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برون نمود ۰/۹۲ و ۰/۹۴، و مشکلات درون نمود ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۵). همچنین در پژوهش ناکامورا، ايسوتانی، برنستین، و چورپیتا ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان را ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۶). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی سیاهه رفتاری کودکان، مشکلات برون نمود و مشکلات درون نمود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودپنداشت کودکان (پیرز-هریس، ۱۹۶۹): این مقیاس جهت سنجش میزان خودپنداشت کودکان و نوجوانان طرح ریزی شده است و نگرش و احساس فرد نسبت به خودش را اندازه می گیرد. تعداد گویه های این پرسشنامه ۸۰ مورد است که به صورت گزارش شخصی درباره اینکه کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، تدوین شده اند. کودکان حاضر در این پژوهش دارای دامنه سنی ۹ تا ۱۳ سال بودند که بر اساس آن می توانستند به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. هر عبارت پرسشنامه به صورت دو بخشی بلی یا خیر ساخته شده است. این مقیاس ۶ بعد دارد: رفتار، وضعیت مدرسه و وضعیت شناختی و ذهنی، ظاهر و ویژگی فیزیکی، اضطراب، جامعه پسندی (محبوبیت)، و شادی. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودسنجی مثبت و نمره پایین، نشان دهنده خودسنجی منفی است. روش نمره گذاری برای مقیاس خودپنداشت به این گونه است که سوالات مطابق الگوی نمره گذاری در جهت خودپنداشت بالا (کافی)، نمره داده می شوند. از مجموع نمرات ۶ حوزه، نمره کل به دست می آید (۲۷). ضریب پایایی این آزمون در پژوهش مارش بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۸). همچنین کمپیل و همکاران همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۶). اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

2. Children self-concept questionnaire (Piers-Harris)

۳. پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی (سینها و سینگ^۱، ۱۹۹۳): پرسشنامه سازش یافتگی اجتماعی دانش آموزان در سال ۱۹۹۳ به منظور تعیین سازش یافتگی اجتماعی، هیجانی، و تحصیلی کودکان ساخته شده است و دارای ۵۵ گویه است. این ابزار دارای سه مؤلفه سازش یافتگی اجتماعی، هیجانی، و تحصیلی است. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس صفر و یک است، به این صورت که در مورد گزینه بلی نمره یک، و گزینه خیر نمره صفر تعلق می گیرد. لازم به ذکر است که سوالات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۹-۲۰-۲۱-۲۵-۲۶-۲۷-۲۹-۳۲-۳۳-۳۴-۳۶-۳۸-۴۰-۴۱-۴۲-۴۴-۴۷-۵۰-۵۳ دارای نمره گذاری معکوس است؛ بدین صورت که به گزینه خیر نمره یک، و به گزینه بلی، نمره صفر داده می شود. حداقل امتیاز در این پرسشنامه ممکن ۱۸ و حداکثر ۵۰ است (۲۹). سینها و سینگ (۱۹۹۳) ضریب پایایی این آزمون را با روش های دو نیمه کردن، بازآزمایی، و کودر ریچاردسون به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۳ و ۰/۹۴. به دست آورده اند (به نقل از ۲۹). در پژوهش

خانخانی زاده و باقری اعتبار خرده مقیاس سازش یافتگی اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵، به دست آمد (۳۰). اعتبار پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های سازش یافتگی اجتماعی، هیجانی، و تحصیلی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۶ محاسبه شد.

ج) برنامه مداخله ای: برنامه مداخله ای استفاده شده در این مطالعه برگرفته از مداخله ذهن آگاهی کودک و نوجوان محور بود که اعتبار آن توسط منشی، اصلی آزاد، حسینی و طیبی (۱۶) مورد بررسی و تدبیر قرار گرفته است. شرح جلسات این مداخله و همچنین تمرینات و استعاره های به کار رفته در آن، مختص سن کودکی و نوجوانی است. این جلسات در قالب ۱۰ جلسه آموزشی گروهی (هر گروه ۵ نفره) به مدت ۷۵ دقیقه در طی دو و نیم ماه توسط نویسنده اول این مقاله به صورت هفته ای یک جلسه به شرح زیر اجرا شد:

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ذهن آگاهی

جلسه	هدف	محتوا
یکم	آشنایی با افراد، جلب مشارکت والدین و انجام تمرینات مقدماتی ذهن آگاهی	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهار زانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست ها) و ارائه تکلیف خانگی.
دوم	کسب آگاهی نسبت به تنفس آگاهانه	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	آموزش اسکن بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش اسکن بدن، ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	کسب آگاهی نسبت به زمان حال	تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب، انجام حرکات ذهن آگاهانه، ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	کسب آگاهی نسبت به اعمال پنج حس اصلی بدن	صحبت در مورد تجربه شرکت کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تکلیف خانگی.
ششم	کسب آگاهی نسبت به هیجانات	انجام تنفس آرمیدگی مقدماتی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و یادداشت نویسی درباره ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، استفاده از سناریوهای "بازرس مفید و بازرس غیر مفید". ارائه تکلیف خانگی.
هفتم	مرور تمرینات تنفسی	مرور تمرینات تنفسی و اسکن بدن و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار "مراقبه رودخانه روان". ارائه تکلیف خانگی.
هشتم	کسب آگاهی نسبت به عملکرد عضلات	تکرار تمرینات پایه تنفسی (تنفس آرمیدگی) و تمرین تن آرامی عضلانی تدریجی، انجام بازی "عوض کردن کانال". ارائه تکلیف خانگی.
نهم	کسب آگاهی نسبت به حرکات بدن	انجام تمرینات تنفسی پایه (مراقبه تنفسی)، انجام حرکات ذهن آگاهانه، تکرار سناریوی "بازرس مفید و غیر مفید" و ارائه تکلیف خانگی.
دهم	به کارگیری ذهن آگاهی در زندگی روزمره	مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و آموزش "ذهن آگاهی در فعالیت روزانه". مراقبه محبت شفقت-آمیز (آرزوهای دوستانه). ارائه تکلیف خانگی.

(د) روش اجرا: جهت انجام این پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم از طرف اداره آموزش و پرورش ناحیه ۵ اصفهان گرفته شد. سپس با مراجعه به مدارس انتخاب شده و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و جابدهی آنها در گروه های آزمایش و گواه، پرسشنامه های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت اولیا و دانش آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب شده و از تمامی مراحل مداخله، آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه، اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، این مداخلات را دریافت خواهند کرد. از دیگر ملاحظات اخلاقی مهم در این مطالعه می توان به محرمانه باقی ماندن اطلاعات اشاره کرد.

در این پژوهش برای تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، و در سطح استنباطی از تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. لازم به ذکر است که داده های به دست آمده در این مطالعه با استفاده از ویرایش ۲۳ نرم افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

یافته ها

یافته های توصیفی مؤلفه های خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی افراد نمونه در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش و پس آزمون

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۲۶/۴۶	۴/۶۸	۳۲/۶۰	۴/۱۸
	۴۰/۰۶	۵/۰۴	۴۹/۵۳	۳/۹۹
گروه گواه	۲۴/۳۳	۳/۰۱	۲۴	۳/۱۶
	۳۷/۲۶	۴/۱۵	۴۰/۴۰	۴/۵۴

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض های آزمون های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها، برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشان داد پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش آزمون گروه های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$).

همچنین باید اشاره کرد که در بررسی پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش آزمون با متغیر گروه بندی در مراحل پس آزمون در متغیرهای خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی معنادار نبوده است. این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی برقرار بوده است. در جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان دارای اختلال رفتاری درون نمود گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خود پنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود

متغیر	گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
سازش یافتگی اجتماعی	همپراش	۲۴۳/۹۷	۱	۲۴۳/۹۷	۴۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	بین گروهی	۳۴۱	۱	۳۴۱	۶۵/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱
	خطا	۱۴۱/۶۲	۲۷	۵/۲۴				
خود پنداشت	همپراش	۲۱/۵۴	۱	۲۱/۵۴	۱/۵۴	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۲
	بین گروهی	۵۰۵/۷۵	۱	۵۰۵/۷۵	۳۶/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
	خطا	۳۷۷/۷۹	۲۷	۱۳/۹۹				

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (آموزش ذهن آگاهی کودک محور) به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان دارای اختلال درون نمود) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ منجر شد؛ بنابراین می توان گفت نمرات متغیرهای خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود در اثر آموزش آموزش ذهن آگاهی کودک محور، افزایش معنادار یافته است.

جدول ۴: میانگین های تعدیل شده متغیرهای وابسته

متغیر	گروه ها	میانگین	خطای استاندارد
خودپنداشت	گروه آزمایش	۴۹/۲۶	۰/۹۸
	گروه گواه	۴۰/۶۶	۰/۹۸
سازش یافتگی اجتماعی	گروه آزمایش	۳۱/۸۰	۰/۶۰
	گروه گواه	۲۴/۷۹	۰/۶۰

چنانکه از نتایج جدول ۴ مشخص است نمرات میانگین تعدیل شده متغیرهای خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود در گروه آزمایش از میانگین نمرات گروه گواه بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر خودپنداشت این کودکان، تأثیر معناداری دارد. یافته حاضر با نتایج مطالعات سمبل و لی (۱۷) و پری-پریش، کولند-لیندر، وب، و سایینگا همسو بود (۱۸) همسو است. سمبل و لی در مطالعه خود نشان داده اند که درمان ذهن آگاهی کودک محور می تواند به بهبود سلامت روان کودکان و نوجوانان منجر شود. همچنین پری-پریش و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که روی آورد ذهن آگاهی کودک محور می تواند در درمان مؤلفه های روان شناختی کودکان و نوجوانان، بسیار مفید باشد؛ زیرا نتایج مطالعه آنها نشان داد که درمان ذهن آگاهی کودک محور می تواند آسیب های روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی را در کودکان و نوجوانان کاهش دهد (۱۸).

به منظور تبیین تأثیرگذاری مثبت ذهن آگاهی بر سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود می توان گفت که ذهن آگاهی سبب می شود تا انعطاف پذیری روانی فرد افزایش یابد و دقیقاً زمانی که فرد به این نتیجه دست می یابد که دیگر کاری از او ساخته نیست، انتخاب های تازه تری را در افق روی او می گشاید (۱۹). بر این اساس از طریق ذهن آگاهی ارتباطی مجدد مابین تمامی منابع درونی و بیرونی برای یادگیری و بهبودی برقرار می شود، منابعی که حتی فرد ممکن است از وجود آنها در خود باخبر نبوده باشد. این فرایند باعث می شود که کودکان توانایی بیشتری را در خود احساس کرده و خودپنداشت قوی تری را ادراک کنند. علاوه بر این مهارت ذهن آگاهی به کودکان و نوجوانان اجازه می دهد در زمان حال زندگی کرده و رخدادهای آزاردهنده را با اغراق مورد قضاوت و تفسیر قرار ندهند (۱۷). بنابراین کودکان هنگامی که نسبت به زمان حال آگاهی یافتند، توجه خود را دیگر بر روی گذشته یا آینده معطوف نمی دارند. باید توجه داشت که اغلب مشکلات روان شناختی به طور معمول با وقایعی که در گذشته روی داده یا در آینده رخ خواهند داد، ارتباط دارد. بدین ترتیب کودکان با اختلال رفتاری درون نمود با استفاده از ذهن آگاهی توجه خود را از کام نایافتگی های گذشته و احتمال شکست در آینده، برگرفته و تمامی آگاهی و توجه خود را به زمان حال معطوف می دارند. این فرایند سبب می شود که نگرانی های مداوم آنها کاهش یافته و از این طریق بتوانند با تمرکز بر فرایندهای محیطی و روان شناختی حال و خود تقویتی حاصل از آن، خودپنداشت خود را افزایش دهند.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که ذهن آگاهی کودک محور بر سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود دارای اثربخشی معنادار است. یافته حاضر با نتایج پژوهش لک، براون، و کینسر (۲۲) و باترفیلد، رابرتز، فلتیس، و کوکوسکی (۲۳) همخوان است. این پژوهشگران در یافته هایی مشابه نشان داده اند که شواهد متقاعدکننده ای وجود دارد که کارایی درمان ذهن آگاهی را بر بهبود سلامت روانی و اجتماعی کودکان و نوجوان تأیید می کند. در تبیین این یافته می توان گفت ذهن آگاهی، احساس متعالی و خالص از آگاهی است که به کودکان و نوجوانان کمک می کند هیجان ها و پدیده های فیزیکی را همان طور که اتفاق می افتد به روشنی و وضوح مشاهده کرده و آنها را

بپذیرند (۱۸). بنابراین کودکانی که از مشکلات روان شناختی ناشی از اختلال رفتاری درون نمود همچون افسردگی و اضطراب رنج می برند، از طریق آموزش ذهن آگاهی می توانند احساسات و نشانه های روان شناختی خود را (که ریشه در عوامل روان شناختی پدید آورنده، تقویت کننده، و تثبیت کننده این اختلال دارد)، پذیرفته و با قبول این احساسات، و کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به آنان، شرایطی را پدید آورند که نشانه های روان شناختی آسیب زاء، کاهش پیدا کند. نتیجه اینکه فرد با بهبود فرایندهای روانی، تمایل بیشتری به برقراری روابط اجتماعی و در نتیجه سازش یافتگی اجتماعی از خود نشان می دهد. در این ارتباط نتایج پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۲۱) نشان داد که ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا الگوهای رفتاری و افکار خود آیند منفی خویش را تعدیل کرده و از در آمیختگی با افکار آشفته و پریشان ساز خود، اجتناب ورزند. بر این اساس ذهن آگاهی می تواند با تلفیق سرزندگی و مشاهده واضح تجربیات، تغییرات مثبتی را در فرایندهای ارتباطی اجتماعی افراد ایجاد کند که این فرایند نیز به نوبه خود به بهبود سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود منجر می شود.

این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش های علوم انسانی با محدودیت ها و مشکلاتی مواجه بود که باید در کاربرد یافته ها به آنها توجه کرد. از جمله این محدودیت ها می توان به این موارد اشاره کرد: عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، شیوه نمونه گیری غیر تصادفی در مرحله اول فرایند نمونه گیری به دلیل عدم دسترسی کامل به جامعه آماری پژوهش، عدم بهره مندی از پویایی گروه در فرایند آموزش به

دلیل شرایط خاص کودکان با اختلال رفتاری درون نمود، و محدود بودن دامنه سنی و تحصیلی افراد نمونه. بر این اساس پیشنهاد می شود که پژوهش های آینده با اجرای مرحله پیگیری و رفع دیگر محدودیت های روش شناختی این مطالعه، به دقت و تعمیم دهی نتایج این پژوهش کمک کنند. همچنین در سطح به کار بسته پیشنهاد می شود که درمان ذهن آگاهی کودک محور به عنوان یک روش درمانی برای بهبود خودپنداشت و سازش یافتگی اجتماعی کودکان با اختلال رفتاری درون نمود در سطح گروهی در مراکز آموزشی، و در سطح فردی در کلینیک های هدایت کودک، مورد استفاده قرار گیرد. لازم به ذکر است که برگزاری دوره های ضمن خدمت و کارگاهی جهت آموزش این روش به مشاوران مقاطع مختلف تحصیلی می تواند در رسیدن به این هدف، راهگشا باشد.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است. مجوز اجرای آن از سوی آموزش و پرورش ناحیه ۵ اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ صادر و این پژوهش تحت نظارت گروه مشاوره این سازمان، انجام شده است. بدین وسیله از دانش آموزان حاضر در این مطالعه و همچنین از مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۵ اصفهان که شرایط انجام این پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع: هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان این مطالعه گزارش نشده است.

References

1. Zatto BRL, Hoglund WLG. Children's internalizing problems and teacher-child relationship quality across preschool. *Early Child Res Q.* 2019; 49: 28-39. [\[Link\]](#)
2. Alotaibi T. Combating anxiety and depression among school children and adolescents through student counseling in Saudi Arabia. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 205: 18-29. [\[Link\]](#)
3. Gump BB, Dykas MJ, MacKenzie JA, Dumas AK, Hruska B, Ewart CK, et al. Background lead and mercury exposures: Psychological and behavioral problems in children. *Environ Res.* 2017; 158: 576-582. [\[Link\]](#)
4. Landers AL, Bellamy JL, Danes SM, White Hawk S. Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev.* 2017; 81: 413-421. [\[Link\]](#)
5. Bulten R, Brown D, Rodriguez C, Cairney J. Association of sedentary behaviour on internalizing problems in children with and without motor coordination problems. *Ment Health Phys Act.* 2020; 18: 100325. [\[Link\]](#)
6. Hoseini Yazdi A, Mashhadi A, Kimiaee SA, Asemi Z. Effectiveness of children of divorce intervention program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce. *Family Psychology.* 2015; 2(1): 3-14. [Persian]. [\[Link\]](#)
7. Rodas NV, Chavira DA, Baker BL. Emotion socialization and internalizing behavior problems in diverse youth: A bidirectional relationship across childhood. *Res Dev Disabil.* 2017; 62: 15-25. [\[Link\]](#)
8. Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R. The effectiveness of child-based mindfulness program on impulsivity and aggression in children with externalizing disorders. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2020; 6(4): 144-155. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Kavish N, Helton J, Vaughn MG, Boutwell BB. The association of externalizing and internalizing problems with indicators of intelligence in a sample of at-risk children. *Intelligence.* 2020; 80: 101448. [\[Link\]](#)
10. Mesman J, Bongers IL, Koot HM. Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001; 42(5): 679-689. [\[Link\]](#)
11. Nie Y-G, Li J-B, Dou K, Situ Q-M. The associations between self-consciousness and internalizing/externalizing problems among Chinese adolescents. *J Adolesc.* 2014; 37(5): 505-514. [\[Link\]](#)
12. Brown DMY, Cairney J. The synergistic effect of poor motor coordination, gender and age on self-concept in children: A longitudinal analysis. *Res Dev Disabil.* 2020; 98: 103576. [\[Link\]](#)
13. Paulus M, Licata M, Gniewosz B, Sodian B. The impact of mother-child interaction quality and cognitive abilities on children's self-concept and self-esteem. *Cogn Dev.* 2018; 48: 42-51. [\[Link\]](#)
14. Punia S, Sangwan S. Emotional intelligence and social adaptation of school children. *J Psychol.* 2011; 2(2): 83-87. [\[Link\]](#)
15. Rodríguez Ruiz M, Holgado-Tello FP, Carrasco MÁ. The relationships between father involvement and parental acceptance on the psychological adjustment of children and adolescents: The moderating effects of clinical status. *Psychiatry Res.* 2017; 256: 88-95. [\[Link\]](#)
16. Bordick D. Mindfulness skills for the children and adolescents. Monshe'ie GR, Asli Azad A, Hoseini L, Tayebi P. (Persian translator). First edition. Isfahan: Isfahan Islamic Azad University publication (Khorasgan); 2017, pp: 369-375. [Persian].
17. Semple RJ, Lee J. Chapter 8 - Mindfulness-based cognitive therapy for children. In: Baer RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches.* Second Edition. San Diego: Academic Press; 2014, pp: 161-188. [\[Link\]](#)
18. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EMS. Mindfulness-based approaches for children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2016; 46(6): 172-178. [\[Link\]](#)
19. Miller CJ, Brooker B. Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complement Ther Clin Pract.* 2017; 28: 108-115. [\[Link\]](#)
20. Jimenez SS, Niles BL, Park CL. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Pers Individ Dif.* 2010; 49(6): 645-650. [\[Link\]](#)
21. Asli Azad M, Manshaei G, Ghamarani A. The effect of mindfulness therapy on tolerance of uncertainty and thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2019; 6(1): 83-94. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Lack S, Brown R, Kinser PA. An integrative review of yoga and mindfulness-based approaches for children and adolescents with asthma. *J Pediatr Nurs.* 2020; 52: 76-81. [\[Link\]](#)
23. Butterfield KM, Roberts KP, Feltis LE, Kocovski NL. Chapter seven - What is the evidence in evidence-

- based mindfulness programs for children? In: Benson JB, editor. *Advances in child development and behavior*. JAI; 2020, pp: 189–213. [\[Link\]](#)
24. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31(6): 1041–1056. [\[Link\]](#)
 25. Glosser R. Examination of the relationship between the child behavior checklist/ 6-18 and the social responsiveness scale parent forms using individuals with high functioning autism [Doctoral Thesis]. [Pennsylvania, USA]: Indiana University of Pennsylvania; 2011, pp: 117-120. [\[Link\]](#)
 26. Nakamura BJ, Ebesutani C, Bernstein A, Chorpita BF. A Psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *J Psychopathol Behav Assess*. 2009; 31(3): 178–189. [\[Link\]](#)
 27. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavallee LF, Lehman DR. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *J Pers Soc Psychol*. 1996; 70(1): 141–156. [\[Link\]](#)
 28. Marsh HW. Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and English self-concepts. *J Educ Psychol*. 1990; 82(1): 107–116. [\[Link\]](#)
 29. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007; 39(1–2): 177-190. [\[Link\]](#)
 30. Khan Khanizadeh H, Bagheri S. The effectiveness of verbal self-instruction on social adjustment in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2012; 2(1): 43–52. [Persian]. [\[Link\]](#)