

Research Paper

The Effect of Social Skills Training on Subjective Well-being, Alexithymia, and Social Competence in Children with Oppositional Defiant Disorder

Narges Khatoon Zabihi Hesari<sup>1</sup>, Zeinab Hoveizeh<sup>2</sup>, Seyyede Elham Mokhtari Yousefabad<sup>3</sup>, Tayyebeh Hoseini<sup>4</sup>,  
Samineh Bahadori Jahromi<sup>\*5</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. M.A. of Clinical Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

3. M.A. of Rehabilitation Consulting, Jihad University Researcher, Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad, Iran

4. M.A. of Educational Psychology, Faculty of Literature and Humanity Sciences, Semnan University, Iran

5. Assistant Professor, Department of Sociology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran



**Citation:** Zabihi Hesari NK, Hoveizeh Z, Mokhtari Yousefabad SE, Hoseini T, Bahadori Jahromi S. The effect of social skills training on subjective well-being, alexithymia, and social competence in children with oppositional defiant disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 138-148.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.13>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

Oppositional defiant disorder,  
social skills training,  
subjective well-being,  
alexithymia,  
social competence

**Background and Purpose:** Oppositional defiant disorder is one of the most common disruptive behavioral disorders and people with this disorder are facing with problems in the field of mental well-being, alexithymia, and social competence. The aim of this research was to investigate the effect of social skills training on subjective well-being, alexithymia, and social competence of children with oppositional defiant disorder.

**Method:** This research was a semi-experimental study with a pre-test and post-test control group design. The research sample consisted of 40 children with oppositional defiant disorder who had been selected by convenience sampling from among those referring to the counseling centers of Qarchak city in 2017. They were assigned either to the experimental or the control group (20 children per group). The experimental group received social skills intervention in 8 sessions of 60 minutes during one month. Research tools included *oppositional defiant disorder scale* (Hommersen et al., 2006), *subjective well-being questionnaire* (Keyes & Magyar-Moe, 2003), *Toronto alexithymia scale* (Bagby & et al, 1994), and *social competence questionnaire* (Flener & et al, 1990). Data were analyzed by univariate analysis of covariance.

**Results:** The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in all the three variables of subjective well-being, alexithymia, and social competence. In the other words, social skills training significantly led to the increase of subjective well-being and social competence and decrease of alexithymia in children with oppositional defiant disorder ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Considering the findings, it can be concluded that by improving the social relationships and problem solving, the social skills training can improve the psychological and social competence and decrease the alexithymia symptoms in children with oppositional defiant disorder.

Received: 21 Apr 2018

Accepted: 10 Aug 2018

Available: 9 Nov 2019

\* **Corresponding author:** Samineh Bahadori Jahromi, Assistant Professor, Department of Sociology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

E-mail addresses: Bahadori.jahromi@yahoo.com

## مقاله پژوهشی

## تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

نرجس خاتون ذبیحی حصار<sup>۱</sup>، زینب حویزه<sup>۲</sup>، سیده الهام مختاری یوسف آباد<sup>۳</sup>، طیبه حسینی<sup>۴</sup>، ثمینه بهادری جهرمی<sup>۵\*</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی، کهگیلویه و بویراحمد، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، ایران

۵. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

## مشخصات مقاله

## چکیده

## کلیدواژه‌ها:

اختلال نافرمانی مقابله‌ای،  
مهارت‌های اجتماعی،  
بهزیستی ذهنی،  
ناگویی هیجانی،  
کفایت اجتماعی

**زمینه و هدف:** یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتار مخرب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و این افراد با مشکلاتی در زمینه سلامت روانی، مهارت‌ها، و قابلیت اجتماعی و هیجانی مواجه هستند. هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

**روش:** این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش ۴۰ کودک مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر قرچک در سال ۱۳۹۶ انتخاب و در دو گروه مساوی آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ کودک) جایدهی شدند. افراد گروه آزمایش مداخله مهارت‌های اجتماعی را طی یک ماه در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه بهزیستی ذهنی (کی‌یز و ماگیار-مو، ۲۰۰۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگی و همکاران، ۱۹۹۴)، و پرسشنامه کفایت اجتماعی (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰) بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گواه در هر سه متغیر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌طور معنادار باعث بهبود این متغیرها در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای شد ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به‌دست آمده در این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های اجتماعی با بهبود روابط بین فردی و آموزش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی می‌تواند باعث بهبود وضعیت روانی اجتماعی و کاهش ناگویی هیجانی در کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۲/۰۱  
پذیرفته شده: ۹۷/۰۵/۱۹  
منتشر شده: ۹۸/۰۸/۱۸

\* نویسنده مسئول: ثمینه بهادری جهرمی، استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

رایانامه: Bahadori.jahromi@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۷۶-۳۳۶۶۵۵۰۰

## مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۲</sup> جزء اختلال‌های رفتار مخرب و مهار تکانه طبقه‌بندی شده است که شامل الگوی پایدار رفتار منفی و خصومت‌آمیز است، بدون آن که هنجارها و قوانین اجتماعی به‌طور جدی زیر پا گذاشته شود (۱). این اختلال به‌صورت الگویی از خلق تحریک‌پذیر/عصبانی، رفتار نافرمانی/جدلی، و کینه‌جویی با حداقل چهار علامت اختصاصی ظاهر می‌شود که به مدت ۶ ماه طول می‌کشد (۲). از مهم‌ترین علائم تشخیصی این اختلال می‌توان به لجبازی و تبعیت نکردن عمدی از دستورات والدین و دیگر بزرگسالان اشاره کرد. در این اختلال الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت وجود دارد که با سطح تحولی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک نیز اختلال ایجاد می‌کند (۳). یکی از مشکلات افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بهزیستی ذهنی<sup>۳</sup> پایین است (۴). سازه بهزیستی ذهنی به معنای ارزیابی سلامت هیجانی، روان‌شناختی، و اجتماعی افراد از زندگی خود است (۵). سلامت هیجانی ملاکی برای ارزیابی عواطف و برقراری تعادل بین عواطف مثبت و منفی است، سلامت روان‌شناختی ملاکی برای ارزیابی فردی از کنش‌های روان‌شناختی است، و سلامت اجتماعی ملاکی عمومی و اجتماعی برای ارزیابی کنش‌های اجتماعی افراد است (۶). بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌هایی است که بر سلامت و افزایش طول عمر تأثیر دارد و در برابر تجارب ناگوار وابسته به لذت است (۷).

یکی دیگر از مشکلات افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مشکلات هیجانی است (۱). یکی از مشکلات هیجانی، ناگویی هیجانی<sup>۴</sup> است که نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود و این افراد در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با دیگران، محدود است (۸). ناگویی هیجانی دارای دو جنبه شناختی (به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است (۹). همچنین افراد با

ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (۱۰). یکی دیگر از مشکلات افراد با نافرمانی مقابله‌ای، کفایت اجتماعی<sup>۵</sup> پایین است (۱۱). کفایت اجتماعی به قابلیت درک دیدگاه دیگران، یادگیری از تجربیات و استفاده از آن برای موقعیت‌های اجتماعی جدید، و توانایی واکنش مناسب سازش‌یافته به‌منظور مدیریت چالش‌های اجتماعی گفته می‌شود (۱۲). همچنین کفایت اجتماعی توانایی عملکرد فرد در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است که شامل مهارت‌های شناختی، رفتاری، هیجانی، و انگیزشی است (۱۳). کفایت اجتماعی بر پایه روابط کودک با والدین و همسالان شکل می‌گیرد و کیفیت این روابط بر رشد رفتارهای اجتماعی مؤثر است (۱۴). افراد دارای کفایت اجتماعی، رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که منجر به پیامدهای مثبت روانی-اجتماعی مانند پذیرش توسط همسالان و رابطه مؤثر با دیگران می‌شود و در مقابل، افراد فاقد کفایت اجتماعی اغلب دچار مشکلات رفتاری در تعامل با دیگران به‌ویژه همسالان هستند (۱۵).

برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان با نافرمانی مقابله‌ای روش‌های متفاوتی وجود دارد که یکی از آنها آموزش مهارت‌های اجتماعی<sup>۶</sup> است (۱۶). مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های لازم برای انطباق با نیازهای اجتماعی و حفظ روابط بین فردی رضایت‌بخش هستند (۱۷). تعاملات اجتماعی با توجه به ایجاد پیامدهای مثبت و منفی می‌تواند منجر به احساس شادزیستی و لذت شود (۱۸). مهارت اجتماعی استعدادی است که باعث انجام رفتارهای منجر به تقویت می‌شود، نه رفتارهایی که به تنبیه می‌انجامند و یا توسط دیگران خاموش می‌شوند (۱۹). مهم‌ترین مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت در تشخیص خصوصیات دیگران، مهارت ارتباط کلامی با دیگران، مهارت گوش دادن، مهارت همدردی، و مهارت ارتباط غیرکلامی هستند (۲۰).

با اینکه پژوهش‌هایی درباره تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی انجام شده، اما

1. Oppositional defiant disorder (ODD)

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5

3. Subjective well-being

4. Alexithymia

5. Social competence

6. Social skills training

حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به آن است. در نتیجه، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** این پژوهش نیمه‌تجربی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش همه کودکان پسر ۸ تا ۱۲ ساله با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قرچک در شش ماه اول سال ۱۳۹۶ بودند. در مجموع ۴۰ کودک بعد از همتاسازی از لحاظ وضعیت اجتماعی فرهنگی و نداشتن اختلال‌های هم‌زمان دیگر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور مساوی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ کودک) جایدهی شدند. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر است، در این پژوهش برای اطمینان حجم نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۸ تا ۱۲ سال، موافقت خانواده جهت شرکت در پژوهش، و برخورداری از سلامت جسمانی؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل داشتن اختلال هم‌زمان دیگر، مصرف داروهای روان‌پزشکی، غیبت بیشتر از یک جلسه، و استفاده از سایر روش‌های درمانی به‌طور هم‌زمان بود.

## ب) ابزار

۱. **مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۲</sup>:** این مقیاس توسط هومرسون و همکاران (۲۰۰۶) بر اساس ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شد که منطبق با ویراست پنجم نیز است. این ابزار دارای ۸ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه توسط والدین درباره کودکان نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۴ است و نمره بالاتر به معنای اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر است. اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۹۵ گزارش شد (۲۷).

پژوهشی در این زمینه بر روی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای یافت نشد. برای مثال شیمدا و همکاران (۲۱) ضمن پژوهشی درباره تأثیر ترکیب دارودرمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افراد با اسکیزوفرنی به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث کاهش نارسایی ذهنی (عکس بهزیستی ذهنی) شد. در پژوهشی دیگر برقی ایرانی و همکاران (۲۲) گزارش کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی، بر افزایش بهزیستی ذهنی (بهزیستی اجتماعی، هیجانی، و روان‌شناختی) و کاهش نشانه‌های اختلال رفتار هنجاری<sup>۱</sup> مؤثر بودند. همچنین رهبر کرباسدهی، حسین‌خانزاده و رهبر کرباسدهی (۲۳) ضمن بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر خودتوانمندسازی اجتماعی و ناگویی هیجانی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، خودتوانمندسازی اجتماعی را افزایش و ناگویی هیجانی را کاهش می‌دهد. در پژوهشی دیگر کریم‌زاده و همکاران (۲۴) گزارش کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی هیجانی باعث بهبود مدیریت تنیدگی و خلق کلی فرد می‌شود. علاوه بر آن مؤمنی و همکاران (۲۵) ضمن پژوهشی دریافته‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کفایت اجتماعی و هیجانی دانش‌آموزان با اختلال ریاضی مؤثر است. و بالاخره بیرامی و مرادی (۲۶) در مطالعه خود گزارش کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ارتقاء کفایت اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر بود.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت است که با سطح تحولی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک نیز اختلال ایجاد می‌کند (۳). همچنین آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، به‌ویژه کودکان با نافرمانی مقابله‌ای که با مشکلات زیادی مواجه هستند، موضوعی ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. علاوه بر آن یکی از خلأهای پژوهشی، محدود بودن پژوهش در زمینه تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ویژگی‌های روان‌شناختی (بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی و کفایت اجتماعی) کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. با توجه به متفاوت بودن ویژگی‌های این افراد با سایر همسالان و حتی با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، شاید نتایج پژوهش‌ها متفاوت باشد و در صورت تفاوت، نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای دیگری است که پژوهش

2. Oppositional defiant disorder scale

1. Conduct disorder

همچنین بهروزی و همکاران (۱۳۹۵) روایی محتوایی ابزار را با نظر متخصصان تأیید و اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند (۲۸). در پژوهش حاضر اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه بهزیستی ذهنی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط کی‌یز و ماگیار-مو<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) ساخته شد. این ابزار دارای ۴۵ گویه است که ۱۲ گویه آن با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج و ۳۳ گویه آن با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از یک تا هفت، توسط والدین درباره کودکان نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین ۴۵ تا ۲۹۱ است و نمره بالاتر به معنای بهزیستی ذهنی بیشتر است. روایی واگرایی این ابزار با پرسشنامه هیجان‌های منفی ۰/۷۸- و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شد (۶). نصیری کناری و علیوندی وفا (۱۳۹۶) اعتبار ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۹). در پژوهش حاضر نیز اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد که مطلوب است.

۳. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۳</sup>: این مقیاس توسط بگبی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از یک تا پنج توسط والدین درباره کودکان نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره بالاتر به معنای ناگویی هیجانی بیشتر است. روایی محتوایی ابزار با نظر متخصصان تأیید و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۳۰). بشارت روایی واگرا ابزار را با پرسشنامه هوش هیجانی ۰/۸۰-، با پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸-، روایی همگرا آن را با پرسشنامه

درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۴، و اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرد (۳۱). در پژوهش حاضر نیز اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

۴. پرسشنامه کفایت اجتماعی<sup>۵</sup>: این پرسشنامه توسط فلنر<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۰) ساخته شد. پرسشنامه کفایت اجتماعی دارای ۴۷ گویه است که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از یک تا هفت توسط والدین درباره کودکان نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات بین ۴۷ تا ۲۳۵ است و نمره بالاتر به معنای کفایت اجتماعی بیشتر است. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و همبستگی همه گویه‌ها با کل آزمون بیشتر از ۰/۵۰ بود و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی یک‌ماهه ۰/۸۹ گزارش شد (۱۵). ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۰) اعتبار ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۲). در پژوهش حاضر نیز اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

**ج) برنامه مداخله‌ای:** در این مطالعه مداخله آموزشی مهارت‌های اجتماعی برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) ارائه شد (۳۳). محتوای مداخله توسط یک متخصص روان‌شناسی بالینی دارای تأییدیه دوره آموزش مهارت‌های اجتماعی با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، و تمرین عملی مهارت‌ها در ماه آبان سال ۱۳۹۶ در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر قرچک انجام شد. محتوای برنامه به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شد. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه به شرکت‌کنندگان تکلیف داده می‌شد و در آغاز هر جلسه بعد از مرور محتوای جلسه قبل، تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفته و به آنان پسخوراند داده می‌شد.

1. Subjective well-being questionnaire
2. Keyes & Magyar-Moe
3. Toronto alexithymia scale

4. Bagby
5. Social competence questionnaire
6. Flener

جدول ۱: محتوای مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
یکم	آشنایی، بیان قوانین و ضوابط دوره آموزشی و محتوای هشت جلسه به صورت مختصر، تشریح اهداف دوره در چارچوب بهزیستی، ناگویی هیجانی، کفایت اجتماعی، آموزش روش‌های برقراری ارتباط، و کارکردهای آن
دوم	آموزش مهارت‌های گوش دادن، تفاوت گوش دادن و شنیدن، توجه و پیگیری و تمرین روابط بین فردی، نحوه ارتباطات و صحبت کردن مؤثر
سوم	تعریف مهارت اطاعت از دستورهای معلم، تشریح منطق زیربنایی ارائه دستور از جانب معلم، بحث پیرامون لزوم دستورهای شفاهی و کتبی معلم و آشنایی با مراحل تصمیم‌گیری، بررسی اعمال خود و دیگران، تشخیص اندیشه و احساسات و تمرین آنها
چهارم	تشریح و تمرین مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی، گوش دادن و پاسخ دادن، ادامه دادن مکالمه، شناخت احساسات، رعایت نوبت، و مسئولیت‌پذیری پیامدهای تصمیم شخصی
پنجم	آموزش مهارت‌های همراهی با دیگران، احترام گذاشتن به تفاوت‌های فردی، درک احساسات و علایق دیگران و سازش با دیگران از طریق مفهوم سازش و کارکردهای آن
ششم	تشریح مقابله با تنیدگی و تأثیر تنیدگی بر جنبه‌های مختلف زندگی و آموزش و تمرین روش‌های مقابله و آرام‌سازی، راهکارهای مقابله با تنیدگی، تعیین نقش ادراک‌های خود در ایجاد تنیدگی، شناسایی و تغییر باورهای ناکارآمد و ایجاد باورها و هیجان‌های مثبت
هفتم	آموزش و تشریح انعطاف‌پذیری در برابر تغییرهای احتمالی، لزوم انعطاف‌پذیری در رسیدن به اهداف و سازش یافتن، نحوه انعطاف‌پذیری، و نقش آن در زندگی
هشتم	تعریف مهارت‌های مقابله‌ای و بیان کارکردها و منطق زیربنایی آن، آموزش نحوه جلوگیری از پایمال شدن حقوق خود، بیان آزادانه مواضع خود در روابط بین فردی، و برنامه‌ریزی درست کوتاه‌مدت و بلندمدت

**(د) روش اجرا:** برای اجرای پژوهش ابتدا ۴۰ کودک پسر با اختلال

نافرمانی مقابله‌ای بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و خروج از مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جای‌دهی شدند. پس از بیان هدف پژوهش، رعایت اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی، اخذ رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش توسط کودکان و یکی از والدین آنها، ابزارهای پژوهش توسط یکی از والدین تکمیل شد. گروه آزمایش، به شکل گروهی برای ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به مدت ۴ هفته آموزش مهارت‌های اجتماعی را دریافت کرد و هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ابزارها پاسخ دادند. در نهایت داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به کمک نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

**یافته‌ها**

در این پژوهش ۴۰ کودک (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) با اختلال نافرمانی مقابله‌ای شرکت داشتند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی دو گروه آزمایش و گواه ارائه شد. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شد که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۴۰ نفر)

متغیرها	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	K-S	P
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۳/۲۴	۱۸/۱۰	۰/۱۶۳	۰/۱۷۳
		گواه	۸۵/۷۶	۱۷/۹۲	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰۹/۷۱	۲۳/۶۸	۰/۱۸۱	۰/۰۶۷
		گواه	۸۴/۱۵	۱۸/۱۳	۰/۱۱۲	۰/۲۰۰
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۵/۱۹	۷/۱۳	۰/۱۰۸	۰/۲۰۰
		گواه	۳۳/۸۸	۷/۲۹	۰/۱۱۲	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۷/۰۴	۵/۸۵	۰/۰۷۹	۰/۲۰۰
		گواه	۳۴/۵۷	۷/۳۶	۰/۱۳۲	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۷/۷۶	۱۶/۵۵	۰/۱۷۳	۰/۰۸۳



کفایت اجتماعی	گواه	۸۵/۹۴	۱۷/۳۰	۰/۱۲۳	۰/۲۰۰
پس‌آزمون	آزمایش	۱۲۵/۶۱	۲۳/۷۶	۰/۱۶۰	۰/۱۹۴
گواه	گواه	۸۷/۴۲	۱۶/۸۳	۰/۱۱۹	۰/۲۰۰

برای بررسی تأثیر آموزش مهارت اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی و کفایت اجتماعی از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس بهزیستی ذهنی ( $P \leq 0/597$ )، ناگویی هیجانی ( $F_{1,38}=0/214$ ,  $P \leq 0/646$ ) و کفایت

اجتماعی ( $F_{1,38}=0/068$ ,  $P \leq 0/796$ ) در گروه‌ها برابر است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی و کفایت اجتماعی ارائه شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

متغیرها	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	P	اندازه اثر
بهزیستی ذهنی	گروه	۶۹۳/۲۱	۱	۶۹۳/۲۱	۴۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۵۷۸/۳۱	۳۷	۱۵/۶۳			
ناگویی هیجانی	گروه	۱۴۶/۴۷	۱	۱۴۶/۴۷	۲۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	خطا	۲۲۶/۴۴	۳۷	۶/۱۲			
کفایت اجتماعی	گروه	۹۱۵/۸۰	۱	۹۱۵/۸۰	۳۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خطا	۹۲۳/۵۲	۳۷	۲۴/۹۶			

بر اساس نتایج جدول ۳، بین دو گروه در هر سه متغیر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود داشت؛ به عبارت دیگر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هر سه متغیر در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر معنادار داشت، بنابراین می‌توان گفت آموزش مهارت‌های اجتماعی، باعث افزایش معنادار بهزیستی ذهنی ( $F=44/35$ ,  $P<0/001$ ) و کفایت اجتماعی ( $F=36/69$ ,  $P<0/001$ )؛ و کاهش معنادار ناگویی هیجانی ( $F=23/93$ ,  $P<0/001$ ) کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش بهزیستی ذهنی مؤثر بود ( $P<0/001$ ). این نتیجه با نتایج پژوهش شیمدا و همکاران مبنی بر تأثیر

ترکیب دارودرمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش نارسایی ذهنی (۲۱) و با نتایج پژوهش برقی ایرانی و همکاران مبنی بر مؤثر بودن آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر افزایش بهزیستی ذهنی (۲۲) همسو است. این یافته را بر مبنای نظر کوک و همکاران (۳۴) می‌توان این گونه تبیین کرد افرادی که به خوبی روش‌های انجام رفتارهای مطلوب و کسب تقویت را یاد نگرفتند، یکی از مشکلات اصلی آنان ناتوانی در ارزیابی و نظارت بر رفتارشان است که این موضوع باعث می‌شود توانایی انتظار کشیدن را نداشته و بدون توجه به پیامدهای احتمالی دست به انجام کاری بزنند که از لحاظ اجتماعی مزروی و از لحاظ روانی آسیب‌پذیر شوند. آموزش مهارت‌های اجتماعی که دارای خودنظارتی، خودارزیابی، و خودتقویتی است به کودکان با نافرمانی مقابله‌ای یاد می‌دهد مهارت‌های ذکر شده را در خود تقویت کنند و بدون نیاز به دیگران از عهده مسئولیت‌های اجتماعی برآیند که این عوامل ابتدا باعث می‌شوند تا افراد در شرایط و موقعیت‌های تنش‌آور

به تنهایی و در صورت نیاز با کمک دیگران بر شرایط و موقعیت‌ها فائق آیند و بهزیستی ذهنی خود را ارتقاء بخشند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش ناگویی هیجانی مؤثر است ( $P < 0/001$ ). این نتیجه با نتایج پژوهش رهبر کرباسدهی، حسین‌خانزاده و رهبر کرباسدهی مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش ناگویی هیجانی (۲۳) و کریم‌زاده و همکاران مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی هیجانی بر بهبود مدیریت تیدگی و خلق کلی (۲۴) همسو است. این یافته را بر مبنای نظر کانگ و همکاران (۳۵) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که اکتساب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان پایه و مبنایی به شمار می‌رود که ارتباط‌های درون‌فردی و میان‌فردی بر اساس آن ساخته و بهبود می‌یابد. حال افرادی که مهارت‌های اجتماعی را به‌طور واقعی آموخته، تمرین کرده و شایستگی خود را در استفاده از آن نشان دادند، می‌توانند در ارتباط با خود و دیگران موفق شوند، هیجان‌های خود و دیگران را به‌خوبی بشناسند، به هیجان‌های دیگران به‌طور مناسب پاسخ دهند، روابط تعاملی مثبتی با دیگران برقرار سازند، و رفتارهای قابل قبولی از خود نشان دهند. همچنین افرادی که مهارت‌های اجتماعی را به‌خوبی یاد گرفتند روابط عاطفی و هیجانی قوی و مستحکمی با اعضای خانواده و اجتماع برقرار می‌کنند، حرمت خود بالا و مفهوم خود مثبت‌تری دارند و از نظر هیجانی و اجتماعی رفتارهای مطلوب‌تری از خود نشان دهند. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش ناگویی هیجانی شوند.

علاوه بر آن نتایج این مطالعه نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش کفایت اجتماعی مؤثر است ( $P < 0/001$ ). این نتیجه با نتایج پژوهش مومنی و همکاران مبنی بر مؤثر بودن آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش کفایت اجتماعی (۲۵) و با نتایج پژوهش بیرامی و مرادی مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ارتقاء کفایت اجتماعی دانش‌آموزان (۲۶) همسو است. این یافته را بر مبنای نظر پروبست و همکاران (۳۶) می‌توان این‌گونه تبیین کرد که آموزش مهارت‌های اجتماعی راه‌های جامعه‌پذیری را برای افراد مهیا می‌کند، به‌طوری که آنها به‌عنوان یک عضو شایسته و سالم وارد جامعه شوند و از گرایش به رفتارهای انحرافی و ناهنجار، مصون بمانند؛ به این معنا که

افراد یاد می‌گیرند چگونه تصمیم‌گیری کنند، افکار منفی خود را با افکار مثبت جایگزین کنند، هیجان‌های خود را مدیریت کنند، احساس مسئولیت‌پذیری را در خود افزایش دهند، و از همه مهم‌تر این که چگونه نحوه رفتار مناسب با همسالان، خانواده و دیگران را یاد بگیرند. همچنین افراد در فرایند آموزش مهارت‌های اجتماعی مطلع می‌شوند که بین آنها و دیگران تفاوت‌هایی وجود دارد که باید بپذیرند تا در میدان عمل بتوانند با این تفاوت‌ها و تمایزها در کنار هم به رابطه، دوستی، و همنشینی ادامه دهند. آنها در جریان آموزش به مفهوم همنوایی گروهی دست می‌یابند و یاد می‌گیرند که با وجود اختلاف‌نظرها، زندگی مسالمت‌آمیز گروهی را انتخاب کنند که همه این عوامل باعث بهبود کفایت اجتماعی می‌شود. تبیین دیگر اینکه آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق شکل‌گیری و ارتقاء روابط و تعامل‌های اجتماعی باعث رشد اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی می‌شود. همچنین این آموزش‌ها انزوای اجتماعی و رفتارهای ناهنجار را کاهش و مسئولیت‌پذیری، شبکه‌های ارتباطی مثبت و رفتارهای هنجار اجتماعی مانند تعامل‌های مثبت و سازنده را افزایش می‌دهد؛ بنابراین آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری، پذیرش توسط دیگران، و توانایی واکنش سازش‌یافته برای مدیریت مشکلات اجتماعی، باعث بهبود کفایت اجتماعی می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش بهزیستی ذهنی و کفایت اجتماعی و کاهش ناگویی هیجانی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود؛ بنابراین روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در مراکز آموزشی و درمانی، قابلیت کاربرد توسط مشاوران و درمانگران را دارد و آنان می‌توانند از روش مذکور برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی استفاده کنند. با توجه به نتایج این مطالعه به مسئولان و برنامه‌ریزان توصیه می‌شود اهمیت روش مذکور را در نظر داشته باشند و اقدام به تربیت متخصص برای آموزش روش مهارت‌های اجتماعی کنند. بدون شک استفاده از این روش که شیوه نسبتاً ارزان محسوب می‌شود، می‌تواند در کاهش ویژگی‌های منفی روان‌شناختی و افزایش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و یا حتی سایر افراد مؤثر باشد. در این پژوهش تمام شرایط برای انتخاب و انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها و کنترل تمامی متغیرهای مزاحم فراهم نشد، بنابراین طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و



محدودیت‌های این گونه طرح‌ها را باید در نظر داشت. با توجه به مشکلات عدم دسترسی طولانی مدت به کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در این پژوهش، امکان اجرای مرحله پیگیری وجود نداشت و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر نتایج استفاده شود. با توجه به این که از روش نمونه‌گیری در دسترس (یک روش نمونه‌گیری غیراحتمالی) برای انتخاب نمونه استفاده شد، بنابراین پیشنهاد می‌شود از روش‌های نمونه‌گیری با خطای نمونه‌گیری کمتر مانند روش‌های تصادفی ساده، طبقه‌ای و غیره که جزء روش‌های نمونه‌گیری احتمالی هستند، استفاده شود. محدودیت دیگر این مطالعه، محدود بودن افراد نمونه به کودکان پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. با توجه به وجود تفاوت‌های جنسیتی احتمالی، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به‌طور مجزا به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهزیستی ذهنی، ناگویی هیجانی، و کفایت اجتماعی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در هر دو جنس دختر و پسر بپردازند و نتایج را با هم مقایسه کنند. در نهایت با توجه به

این که در این پژوهش فقط یک گروه آزمایش وجود داشت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر روش آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با سایر روش‌ها مثل بازی درمانی، آموزش گروهی تحلیل ارتباط محاوره‌ای مادر-کودک، قصه درمانی، درمان مبتنی بر دلبستگی، و رفتاردرمانی دیالکتیکی مقایسه شود.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه به‌صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست و مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان بهزیستی شهر قرچک با شماره مجوز ۱۳۹۵۳۰۱/۲۷ در تاریخ ۱۳۹۶/۰۱/۲۰ صادر شد. بدین وسیله از تمامی کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش و خانواده‌های آنان که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع:** این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده و در آن هیچ‌گونه تعارض منافع برای نویسندگان وجود ندارد.

## References

1. Muratori P, Pisano S, Milone A, Masi G. Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggression behaviors in adolescents with oppositional defiant disorder? *J Affect Disord*. 2017; 208: 110-112. [Link]
2. HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(3): 49-59. [Persian]. [Link]
3. Gomez R. Malaysian parent and teacher ratings of the oppositional defiant disorder symptoms: measurement invariance and parent-teacher agreement. *Asian J Psychiatr*. 2014; 11: 35-38. [Link]
4. Muthoni GF, Michelle K. Oppositional defiant disorder. *Journal of Research in Humanities and Social Science*. 2014; 2(5): 57-60. [Link]
5. Lamu AN, Olsen JA. The relative importance of health, income and social relations for subjective well-being: an integrative analysis. *Soc Sci Med*. 2016; 152: 176-185. [Link]
6. Von Humboldt S, Leal I, Pimenta F. Sense of coherence, socio demographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. *Int J Gerontol*. 2015; 9(1): 15-19. [Link]
7. Hajdu T, Hajdu G. The association between experiential and material expenditures and subjective well-being: New evidence from Hungarian survey data. *J Econ Psychol*. 2017; 62: 72-86. [Link]
8. Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl*. 2016; 62: 39-50. [Link]
9. Rehman A, Gumley A, Biello S. Sleep quality and paranoia: the role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry Res*. 2018; 259: 216-222. [Link]
10. Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Res*. 2015; 225(3): 484-488. [Link]
11. Goertz-Dorten A, Benesch C, Hautmann C, Berk-Pawlitsek E, Faber M, Lindenschmidt T, et al. Efficacy of an individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders. *Psychother Res*. 2017; 27(3): 326-337. [Link]
12. Camras LA, Halberstadt AG. Emotional development through the lens of affective social competence. *Curr Opin Psychol*. 2017; 17: 113-117. [Link]
13. Gadecka W, Piskorz-Ogorek K, Regin KJ, Kowalski IM. Social competence of mental health nurses. *Polish Annals of Medicine*. 2015; 22(2): 105-109. [Link]
14. Kovaniemi S, Alakortes J, Carter AS, Yliherva A, Bloigu R, Joskitt LO, et al. How are social-emotional and behavioral competences and problems at age 1 year associated with infant motor development? A general population study. *Infant Behav Dev*. 2018; 51: 1-14. [Link]
15. Krohling LL, Pereira De Paula KM, Behiau MS. Behavior, social competence, and voice disorders in childhood and adolescence. *J Voice*. 2016; 30(6): 677-683. [Link]
16. Katzmann J, Goertz-Dorten A, Hautmann C, Doepfner M. Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychother Res*. 2019; 29(6): 784-798. [Link]
17. Movallali G, Barati R, Taheri M. Efficacy of social skills training on the reduction of verbal and nonverbal aggression in male students with intellectual disability. *Journal of Child Mental Health*. 2015; 1(1): 57-66. [Persian]. [Link]
18. Lau EX, Rapee RM, Coplan RJ. Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *J Anxiety Disord*. 2017; 51: 32-38. [Link]
19. Coiro MJ, Kotchick BA, Preis J. Youth social skills groups: a training platform for promoting graduate clinician interprofessional competence. *J Interprof Educ Pract*. 2016; 4: 89-92. [Link]
20. Beidel DC, Alfano CA, Kofler MJ, Rao PA, Scharfstein L, Wong Sarver N. The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2014; 28(8): 908-918. [Link]
21. Shimada E, Anzai N, Ikebuchi E, Niwa S-I, Nishizono M. Effects of combination pharmacotherapy and social skills training for schizophrenia: A randomized controlled trial. *Open J Psychiatr*. 2013; 3(3): 273-282. [Link]
22. Barghi Irani Z, Bakhti M, Bagiyan Agiyankulemare MJ. The effectiveness of a cognitive processing-based social skills training on the effectiveness of cognitive processing based training of social skills on, emotional, psychological well-being and reducing the

- symptoms of children with conduct disorder. *Social Cognition*. 2015; 4(1): 157-176. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh A, Rahbar Karbasdehi E. Effect of social skills training on social self-empowerment and alexithymia in students with specific learning. *Exceptional Education*. 2017; 2(145): 5-12. [Persian]. [\[Link\]](#)
  24. Karimzadeh M, Goodarzi A, Rezaei S. The effect of social emotional skills training to enhance general health& Emotional Intelligence in the primary teachers. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012; 46: 57-64. [\[Link\]](#)
  25. Momeni S, Barak M, Kazemi R, Abolghasemi A, Babaei M, Ezati F. Study of the effectiveness of social skills training on social and emotional competence among students with mathematics learning disorder. *Creat Educ*. 2012; 3(8): 1307-1310. [\[Link\]](#)
  26. Beyrami M, Moradi A. The effect of teaching social skills on competence of students (Felnor Model). *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007; 1(4): 47-67. [Persian]. [\[Link\]](#)
  27. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14(2): 118-125. [\[Link\]](#)
  28. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. Investigating the causal relationship of parents' physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with oppositional defiant disorder mediated by parent-child relationship and empathy. *Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(3): 43-58. [Persian]. [\[Link\]](#)
  29. Nasiri Kanari F, Alivandi Vafa M. The prediction of pregnancy anxiety on the basis of subjective well-being and happiness of pregnant women in Tabriz. *Depiction of Health*. 2017; 8(1): 34-43. [Persian]. [\[Link\]](#)
  30. Aydın A. A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015; 174: 720-729. [\[Link\]](#)
  31. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007; 101(1): 209-220. [\[Link\]](#)
  32. Abolghasemi A, Rezaee H, Narimani M, Zahed Babolan A. A comparison of social competence and its components in students with learning disability and students with low, average and high academic achievement. *Journal of Learning Disabilities*. 2012; 1(1): 6-23. [Persian]. [\[Link\]](#)
  33. Sourani Yancheshmeh R. The effect of social skills training on subjective well-being, health adjustment and family social function of students. *Journal of Social Psychology*. 2018; 2(45): 1-10. [Persian]. [\[Link\]](#)
  34. Cook CR, Gresham FM, Kern L, Barreras RB, Thornton S, Crews SD. Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: a review and analysis of the meta-analytic literature. *J Emot Behav Disord*. 2008; 16(3): 131-144. [\[Link\]](#)
  35. Kang R, Wu Y, Li Z, Jiang J, Gao Q, Yu Y, et al. Effect of community-based social skills training and tai-chi exercise on outcomes in patients with chronic schizophrenia: a randomized, one-year study. *Psychopathology*. 2016; 49(5): 345-355. [\[Link\]](#)
  36. Probst T, Geib C, Güroff E, Mühlberger A. Training the social skill "being able to demand" vs. training the social skill "being able to say no". A randomized controlled trial with healthy individuals. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017; 57: 1-5. [\[Link\]](#)