مقایسه تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار

□ **علی ایزدپناه**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
□ **محبوبه طاهر***، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷ ● تاریخ انتشار: مرداد و شهریور ۱۴۰۳ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۵۸ - ۶۹

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار بود.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود، جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان بهنجار و با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقطع ابتدایی شهرستان مینودشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و کودکان بهنجار با روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان هومرسون و همکاران، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان، سبک‌های تصمیم‌گیری اسکات و بروس و پرسشنامه پردازش اطلاعات اسکوونبرگ و اسکیلدر بود.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین ارزیابی مجدد کودکان بهنجار بیشتر از کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود و میانگین سرکوبی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از کودکان بهنجار بود. در سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی، وابسته و آنی میانگین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از کودکان بهنجار بود و در سبک‌های شهودی و منطقی میانگین کودکان بهنجار بالاتر بود. میانگین مؤلفه‌های پردازش شناختی شامل خواندن انتقادی، بافت اولیه و ساختار کودکان بهنجار بیشتر از کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

نتایج: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماهیت اختلال کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای موجب می‌شود که آنها در تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی از همتایان بهنجار خود ضعیف‌تر عمل کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پردازش شناختی، تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری

* Email: Mahboobe.taher@yahoo.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

مقدمه

یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتاری مخرب اختلال نافرمانی مقابله‌ای[1] است (۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به‌صورت یك الگویی از خلق تحریک‌پذیر/ عصبانی[2]، رفتار نافرمانی/ جدلی[3] و کینه‌جویی[4] با حداقل ۴ علامت اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول می‌کشد، ظاهر می‌شود؛ ضمن اینکه این رفتارها فراوان‌تر از آن چیزی است که با سن، جنس و فرهنگ فرد متناسب باشد و پریشانی قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد می‌کنند. این اختلال به لحاظ شدت به ۳ دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم می‌شود (۲). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سومین اختلال شایع روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان است (۳). این اختلال بین ۰/۴٪ و ۱۳/۴٪ از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شیوع تجمیعی آن از ۳/۹٪ تا ۴/۹٪ می‌باشد (۴). همچنین میزان شیوع بین پسران نسبت به دختران بیشتر است (۲).

از نگاه بیرونی، این کودکان اغلب به نظر می‌رسد که "خلق خشمگین و تحریک‌پذیر" دارند. به نظر می‌رسد آنها به راحتی آزرده‌خاطر می‌شوند و زمانی که همه چیز بر وفق مرادشان پیش نمی‌رود، به سرعت عصبانی می‌شوند. از نظر عاطفی، این کودکان بسیار حساس هستند، اما در بیان احساسات خود به دیگران مشکل دارند. آنها ممکن است غم و اندوه، نگرانی و حتی تنهایی را به‌صورت خصمانه و گستاخانه ابراز کنند که همدردی چندانی را به خود جلب نکند (۵). پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب است و با افزایش خطر ابتلا به اختلال‌های سلوک[5]، سوءمصرف مواد[6]، اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی[7] و اختلال‌های اضطرابی[8] (۶)، اختلال‌های تغذیه[9]، اسکیزوفرنیا[10] و شیدایی[11] در آینده همراه است (۷). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در معرض خطر بیشتری برای اختلالات همبود[12] و مشکلات سازش‌یافتگی[13] ادامه‌دار بعدی در زندگی هستند (۸). همچنین این اختلال باکاهش سازگاری در خانه و مدرسه و بزهکاری نوجوانان[14] همراه است (۹). در حقیقت اختلال نافرمانی مقابله‌ای بخشی از تاریخچه تحولی اختلال‌های سنین نوجوانی و بزرگسالی است (۱۰).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه اختلال‌هایی قرار می‌گیرد که مشکلاتی را در زمینه تنظیم هیجان‌ها و رفتارها به‌وجود می‌آورند (۲). کودکانی که در تنظیم هیجانات خود مشکل دارند، به احتمال زیاد تحریک‌پذیری و کینه‌توزی را از خود نشان می‌دهند (۱۱, ۱۲). یک ارتباط طولی بین تنظیم هیجان و ظهور علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان وجود دارد و همچنین فقدان تنظیم مؤثر هیجان یک عامل مهم در تشدید علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (۱۳). تنظیم هیجان به راهبردهایی اشاره دارد که به‌وسیله آن افراد برای اینکه چه هیجاناتی را تجربه کنند، چه موقع آنها را تجربه کنند و چگونه آنها را بیان کنند، تأثیر می‌گذارد (۱۴). درواقع، تنظیم هیجان یک فرایند روانی و رفتاری است که باعث می‌شود فرد روی هیجانات خودش و دیگران تأثیر بگذارد (۱۵). همان‌طور که در معیارهای تشخیصی فعلی برای اختلال‌های رفتاری مخرب[15] منعکس شده است، اکثر کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تحریک عاطفی بیش‌ازحد و مشکلات تنظیم هیجان[16] را از خود نشان می‌دهند (۱۶). افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و افراد بدون نافرمانی مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت بیشتری استفاده می‌کنند (۱۷)، افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای نارسایی در راهبردهای تنظیم هیجان به‌خصوص استفاده از احساسات و راهبردهای منفی تنظیم هیجان هستند (۱۸-۲۱). یافته‌های پژوهش بهشتی، چاوانون و کریستینسن[17] (۲۲) حاکی از این است که بدتنظیمی هیجانی یکی از علائم اصلی اختلال‌های رفتاری مخرب است. کودکان با اختلال‌های برونی‌سازی به‌صورت معناداری در تنظیم و پردازش هیجانی ضعیف‌تر از همتایان بهنجارشان عمل می‌کنند (۲۳, ۲۴).

علاوه بر وجود شواهد پژوهشی مبنی بر نارسایی در تنظیم هیجانی افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شواهدی هم وجود دارد که حاکی از وجود نارسایی در سبک‌های تصمیم‌گیری[18] افراد با اختلال‌های مخرب است (۲۵, ۲۶)، تصمیم‌گیری در

1. oppositional defiant disorder
2. Angry/irritable mood
3. Argumentative/defiant behavior
4. Vindictiveness
5. Conduct disorder
6. Substance abuse
7. Antisocial Personality Disorder
8. Anxiety Disorders
9. Eating disorders
10. Schizophrenia
11. Mania
12. Comorbid disorder
13. Adjustment problems
14. Juvenile delinquency
15. Disruptive behavior disorder
16. Emotion regulation
17. Beheshti, Chavanon & Christiansen
18. Decision making styles

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

بسیاری از موارد زندگی روزمره ما رخ می‌دهد و ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد: به ما اجازه می‌دهد که مناسب‌ترین راهبردها برای یک یا چندین اقدام خاص را انتخاب کنیم تا بهترین نتیجه را به‌دست آوریم (۲۷). راس، کاکس، شوستر، روجا و گونزالز[1] (۲۸) گزارش کردند که بین تصمیم‌گیری ضعیف افراد با اختلال‌های رفتاری مخرب و رفتارهای جنسی پرخطر آنها ارتباط معناداری وجود دارد. نوجوانان با اختلال‌های رفتاری مخرب تمایل شدیدی برای انجام رفتارهای پرخطر دارند و این منعکس‌کننده تصمیم‌گیری مشکل‌ساز و تکانشی[2] آنها است(۲۵, ۲۶, ۲۹) . افراد با اختلال سلوک، انتخاب‌های مخاطره‌آمیزتر و تصمیم‌گیری ضعیف‌تری نسبت به گروه بهنجار دارند (۳۰). نتایج پژوهش ابوالقاسمی، طاهری‌فرد و کیامرثی (۳۱) نشان داد که دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری مخرب ازنظر تصمیم‌گیری نمرات کمتری نسبت به دانش‌آموزان بهنجار کسب می‌کنند. این در حالی است که تصمیم‌گیری در افراد تا حد زیادی تحت تأثیر چگونگی کسب و تفسیر اطلاعات دریافتی یعنی چگونگی پردازش شناختی[3] است.

پردازش شناختی شیوه‌های نسبتاً ثابتی هستند که افراد با استفاده از آنها اطلاعات را دریافت کرده، پردازش می‌کنند و به آن سازمان می‌بخشند. پردازش شناختی را می‌توان براساس تنوع روش‌ها، به‌کارگیری جایگاه خاص در مغز (مثل نیمکره چپ و راست)، پردازش متوالی[4] یا موازی[5]، وابسته به زمینه[6] یا مستقل از زمینه[7] و تکانشی یا تأملی بودن[8]، تعریف کرد (۳۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان با نشانه‌های برونی‌سازی[9]، در استنباط و تفسیر صحیح افکار، نیت‌ها و احساس‌های دیگران توانایی کمی دارند (۳۳) و کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب نشانه‌های محیطی را اشتباه تفسیر می‌کنند (۳۴) و مشکلات ارتباطی این کودکان با دیگران ممکن است نتیجه نارسایی‌های شناختی-اجتماعی باشد (۳۵). اسناد نادرست نیّت خصمانه در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیده شده است (۳۶) و این سوگیری خصمانه با احساس‌های تهدید افزایش پیدا می‌کند (۳۷). کمپس، ماتیز، ماسن، ون‌گوزن و ون‌انگلند[10] (۳۸) بیان کردند که تفسیر نادرست قصد و نیّت که در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیده می‌شود ممکن است از عدم توانایی آنها در اسناد دادن نیّت اتفاقی به دیگران ناشی شود. براساس نظر این پژوهشگران، کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با کودکان بهنجار کمتر آسیب واردشده را به یک تصادف نسبت می‌دهند و بیشتر آن را هدفمند می‌دانند. همچنین این کودکان، ادراک پایینی از رفتار پرخاشگرانه خود دارند و علاوه‌براین، درکشان از پرخاشگری دیگران نیز تحریف شده است (۳۹). این نارسایی‌ها در پردازش اطلاعات می‌توانند به‌عنوان عواملی درنظر گرفته شوند که در استمرار رفتار پرخاشگرانه و نگهداری اختلال‌های رفتاری مخرب نقش ایفا می‌کنند (۳۵). کودکان با اختلال‌های رفتاری مخرب، در رمزگردانی سرنخ‌ها نارسایی دارند و به‌طور انتخابی بیشتر به سرنخ‌های خصمانه توجه می‌کنند و اغلب نیّات دیگران را نیز نادرست تفسیر می‌کنند (۳۵, ۴۰).

با توجه به اینکه پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب بوده و کودکان مبتلا در سال‌های آینده در معرض خطر مشکلات دیگری قرار می‌گیرند و این اختلال می‌تواند هزینه‌های سنگینی را بر کودک، خانواده و جامعه تحمیل کند، برای شناسایی، پیشگیری و درمان آن نباید از هیچ تلاشی فروگذار کرد، بنابراین، هدف این پژوهش مقایسه تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با کودکان بهنجار است تا از این طریق بتوان به شناخت کامل‌تری نسبت به ویژگی‌های این کودکان دست یافت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان بهنجار و با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقطع ابتدایی شهرستان مینودشت در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود؛ که نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر از هر گروه انتخاب شدند (جمعاً ۱۲۰ نفر)؛ کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و کودکان بهنجار با روش در دسترس انتخاب شدند. دو گروه براساس سن، جنس، پایه تحصیلی و تحت سرپرستی والدین بودن همتا شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

1. Ross, Coxe, Schuster, Rojas & Gonzalez
2. Impulsive
3. Cognitive processing
4. Parallel Processing
5. Serial Processing
6. Field depended
7. Field independent
8. Reflective
9. Externalizing
10. Kempes, Matthys, DeVries & Van Engeland

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

ابزار

مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان[1]: این مقیاس توسط هومرسن[2] و همکاران (۴۱) و براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است و دارای ۸ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰ = اصلاً تا ۳ = خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. این مقیاس برای کودکان ۵ تا ۱۵ سال استفاده میشود. سازندگان مقیاس ضریب اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ[3] را ۰/۹۲ و ضریب اعتبار آن به روش بازآزمایی را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۴۲). این مقیاس توسط عابدی (۴۳) بر روی دانش‌آموزان ایرانی روایی‌سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش طاهر (۴۴) نیز، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای برابر با ۰/۶۳ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۶۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراس و جان[4] (۴۵) به‌منظور ارزیابی ۲ راهکار تنظیم هیجانی فرونشانی و ارزیابی مجدد شناختی طراحی شده است و شامل ۱۰ گویه و ۲ خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ پرسش و سرکوبی با ۴ پرسش است. این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = با نمره ۱ تا کاملاً موافقم= با نمره ۵) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد و نمرات خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد از ۶ تا ۳۹ و سرکوبی از ۴ تا ۲۰ در نوسان است (۴۶). ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۴۵). ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان، برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به‌دست‌آمده است (۴۷). در پژوهش تاشک (۴۸) آلفای کرونباخ مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۸۷ و مقیاس فرونشانی ۰/۹۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری: اسکات و بروس[5] (۴۹) برای سنجش سبک تصمیم‌گیری افراد، پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری را طراحی و اعتباریابی کردند. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه و ۵ خرده‌مقیاس سبک اجتنابی، سبک شهودی، سبک منطقی، سبک وابسته و سبک آنی است. در پژوهش قصوری و قربانی (۵۰) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌ها به‌صورت مجزا محاسبه شده است که به‌صورت سبک عقلایی:۰/۸۵، سبک شهودی: ۰/۸۴، سبک وابسته: ۰/۸۶، سبک آنی: ۰/۹۴ و سبک اجتنابی: ۰/۸۷ می‌باشد. پرسش‌ها در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود و به ترتیب نمره ۱ تا ۵ به هرکدام اطلاق می‌شود؛ بنابراین، حداقل نمره کسب‌شده، ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. براساس مجموع نمرات هر شخص در هر سبک، سبک تصمیم‌گیری غالب او که نمره‌ای بین ۲۵-۵ خواهد بود، مشخص خواهد شد. در پژوهش آهنچیان و عصاررودی (۵۱) روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از صاحب‌نظران موضوعی و روان‌شناسی تأیید شد و اعتبار آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برآورد شد.

پرسشنامه پردازش اطلاعات: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط اسکوونبرگ و اسکیلدر[6] ساخته شد و شامل ۲۴ گویه و ۳ خرده‌مقیاس خواندن انتقادی، بافت اولیه و ساختار است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد، در پژوهش‌های مختلف اعتبار این مقیاس از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۵۲). در پژوهش شیرمحمدی، صادقی و غضنفری (۵۳) نیز، روایی این آزمون براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

روش اجرای پژوهش: ابتدا هماهنگی‌های لازم با حوزه پژوهش اداره آموزش و پرورش شهرستان مینودشت به عمل آمد و پس از کسب مجوزهای لازم فهرست مدارس ابتدایی گرفته شد و از بین آنها ۳ منطقه شمال، جنوب و مرکز انتخاب شده و از هر منطقه ۲ مدرسه به تصادف انتخاب شدند و مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای کودکان توسط ناظم یا معلم پرورشی تکمیل شد و شرکت‌کنندگان دارای نمره بالا (دانش‌آموزانی که دست‌کم در ۴ گویه از ۸ گویه مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمره ۲ (زیاد) یا ۳ (خیلی زیاد) گرفتند (به‌عنوان دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناسایی شدند. سپس ۶۰ نفر از دانش‌آموزان بهنجار جهت مقایسه با گروه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به روش در

1. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale
2. Hommersen
3. Cronbach's alpha
4. Gross & John
5. Scott & Bruce
6. Schouwenburg & Schilder

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

دسترس انتخاب شدند و پس از آن، ضمن توجیه آزمودنی‌ها، بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آنها، از ایشان خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 انجام شد و از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه ۲ گروه استفاده شد. در این پژوهش تمام ملاحظات اخلاقی ازجمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار رعایت شد.

یافته‌ها

در جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگروف-اسمیرنف[1] (K-S Z) استفاده شد. نتایج غیر معنادار این آزمون نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. در جدول (۱) نتایج این آزمون گزارش شده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (n=۱۲۰)

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	K-S Z	p
ارزیابی مجدد	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۸/۰۸	۱۰/۵۳	۱/۲۰	۰/۱۱
	بهنجار	۶۰	۳۵/۸۸	۵/۹۶	۱/۱۴	۰/۱۴
سرکوبی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۲۱/۵۵	۴/۸۷	۰/۸۲	۰/۵۰
	بهنجار	۶۰	۱۱/۰۸	۵/۳۱	۰/۹۷	۰/۲۹
سبک اجتنابی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۵/۵۶	۶/۰۲	۱/۱۲	۰/۱۵
	بهنجار	۶۰	۸/۹۰	۴/۵۴	۱/۱۵	۰/۱۳
سبک شهودی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۵/۴۳	۳/۰۳	۰/۷۰	۰/۶۹
	بهنجار	۶۰	۱۶/۸۸	۲/۸۶	۱/۰۵	۰/۲۱
سبک منطقی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۳/۰۵	۵/۲۰	۰/۸۹	۰/۴۰
	بهنجار	۶۰	۱۸/۹۶	۴/۴۳	۱/۱۱	۰/۱۶
سبک وابسته	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۷	۲/۹۶	۰/۹۸	۰/۲۸
	بهنجار	۶۰	۱۵/۲۳	۳/۲۴	۰/۹۷	۰/۳۰
سبک آنی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۶/۷۱	۵/۷۲	۱/۳۵	۰/۰۶
	بهنجار	۶۰	۹/۶۶	۴/۰۶	۱/۰۹	۰/۱۸
خواندن انتقادی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۲۳/۷۸	۴/۶۵	۰/۹۵	۰/۳۱
	بهنجار	۶۰	۳۱/۵۱	۳/۰۸	۱/۰۱	۰/۲۵
بافت اولیه	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۲۱/۴۵	۷/۷۹	۱/۱۵	۰/۱۳
	بهنجار	۶۰	۳۶/۲۸	۵/۹۱	۱/۲۶	۰/۰۸
ساختار	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۱۸/۷۶	۵/۵۳	۰/۵۸	۰/۸۸
	بهنجار	۶۰	۲۹/۰۵	۵/۸۳	۰/۹۱	۰/۳۷
پردازش شناختی	نافرمانی مقابله‌ای	۶۰	۶۴	۱۶/۰۸	۰/۷۱	۰/۶۸
	بهنجار	۶۰	۹۶/۸۵	۱۰/۵۵	۰/۷۰	۰/۷۱

1. Kolmogorov-Smirnov

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در ۲ گروه، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری[1] استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در بررسی همگنی واریانس متغیر تنظیم هیجانی، آماره F لوین برای مؤلفه سرکوبی (۱/۵۸) معنادار نبود (p>0.05)؛ بنابراین واریانس این مؤلفه در گروه‌ها همگن می‌باشد؛ اما آماره F لوین[2] برای مؤلفه ارزیابی مجدد (۳۴/۷۵) معنادار می‌باشد (p<0.05). براساس نتایج آزمون لوین می‌توان گفت که واریانس این مؤلفه در گروه‌ها همگن نیست؛ اما مایلز و بانیارد[3] (۵۴)، پیشنهاد کردند درصورتی‌که تعداد نمونه‌ها در گروه‌ها برابر باشند، واریانس متغیر وابسته در این گروه‌ها برابر درنظر گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر نیز تعداد افراد هر گروه برابر است و هر گروه دارای ۶۰ نفر عضو است؛ بنابراین با توجه به نظر مایلز و بانیارد (۵۴)، واریانس این مؤلفه نیز در گروه‌ها همگن می‌باشد. همچنین در بررسی همگنی واریانس متغیر سبک‌های تصمیم‌گیری، آماره F لوین برای سبک شهودی (۱/۲۳) و وابسته (۱/۷۸) معنادار نیست (p>0.05)؛ بنابراین واریانس این مؤلفه‌ها در گروه‌ها همگن است؛ اما آماره F لوین برای سبک اجتنابی (۱۴/۹۶)، سبک منطقی (۶/۱۳) و سبک آنی (۱۵/۳۴) معنادار است (p<0.05). براساس نتایج آزمون لوین می‌توان گفت که واریانس این مؤلفه‌ها در گروه‌ها همگن نیست. در بررسی همگنی واریانس متغیر پردازش شناختی، آماره F لوین برای مؤلفه‌های خواندن انتقادی (۳/۹۹)، بافت اولیه (۶/۳۲) و ساختار (۷/۱۷) معنادار است (p<0.05). براساس نتایج آزمون لوین می‌توان گفت که واریانس این مؤلفه‌ها در گروه‌ها همگن نیست؛ اما با توجه به نظر مایلز و بانیارد (۵۴)، واریانس این مؤلفه‌ها در گروه‌ها همگن می‌باشد؛ زیرا تعداد افراد در گروه‌ها برابر است.

برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس‌های خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پردازش هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی از آزمون ام باکس استفاده شد. تاباچنیک و فیدل[4] (۵۵) پیشنهاد می‌کنند که درصورتی‌که سطح معناداری آماره F آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۰۱ باشد، می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته برابر است. با توجه به آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجانی، آماره F آزمون ام باکس (۲۱/۲۳) معنادار است (F=6.94, p<0.001). آماره F آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس خرده‌مقیاس‌های سبک‌های تصمیم‌گیری (۴۷/۳۹) معنادار است (F=3.02, p<0.001). آماره F آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس کواریانس خرده‌مقیاس‌های پردازش شناختی (۲۷/۸۳) معنادار است (F=4.51, p<0.001)؛ بنابراین با توجه به معنادار بودن این آماره‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در ۲ گروه برابر نیست. تاباچنیک و فیدل (۵۵) پیشنهاد می‌کنند در صورت معنادار بودن این آماره از آزمون چندمتغیره اثر پیلایی[5] به‌جای لامبدای ویلکز[6] برای بررسی معناداری استفاده شود. نتایج مربوط به مقایسه متغیرهای پژوهش در ۲ گروه در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۲) نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تنظیم هیجانی	اثر پیلایی	۰/۶۰	۹۰/۱۸	۲	۱۱۷	۰/۰۰۱
سبک‌های تصمیم‌گیری	اثر پیلایی	۰/۳۸	۱۴/۴۶	۵	۱۱۴	۰/۰۰۱
پردازش شناختی	اثر پیلایی	۰/۵۹	۵۷/۸۵	۳	۱۱۶	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول (۲) می‌توان گفت که بین این ۲ گروه در متغیر ترکیبی تنظیم هیجانی، متغیر ترکیبی سبک‌های تصمیم‌گیری و متغیر ترکیبی پردازش شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیر تنظیم هیجانی، متغیر تصمیم‌گیری و متغیر پردازش شناختی از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) گزارش شده است.

1. Multivariate Analysis of Variance
2. Levene
3. Miles and Banyard
4. Tabachnick & Fidell
5. Pillais Trace
6. Wilks Lambda

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت گروه‌ها در مؤلفه‌های تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی

مؤلفه‌ها	SS گروه	SS خطا	MS گروه	MS خطا	F	p
ارزیابی مجدد	۹۵۰۵/۲۰	۸۶۴۲/۷۶	۹۵۰۵/۲۰	۷۳/۲۴	۱۲۹/۷۷	۰/۰۰۱
سرکوبی	۳۲۸۶/۵۳	۳۰۶۵/۴۳	۳۲۸۶/۵۳	۲۵/۹۷	۱۲۶/۵۱	۰/۰۰۱
سبک اجتنابی	۱۳۳۳/۳۳	۳۳۵۸/۱۳	۱۳۳۳/۳۳	۲۸/۴۵	۴۶/۸۵	۰/۰۰۱
سبک شهودی	۶۳/۰۷	۱۰۲۸/۹۱	۶۳/۰۷	۸/۷۲	۷/۲۳	۰/۰۰۸
سبک منطقی	۱۰۵۰/۲۰	۲۷۶۲/۷۸	۱۰۵۰/۲۰	۲۳/۴۱	۴۴/۸۵	۰/۰۰۱
سبک وابسته	۹۳/۶۳	۱۱۴۰/۷۳	۹۳/۶۳	۹/۶۶	۹/۶۸	۰/۰۰۲
سبک آنی	۱۴۹۱/۰۷	۲۹۰۹/۵۱	۱۴۹۱/۰۷	۲۴/۶۵	۶۰/۴۷	۰/۰۰۱
خواندن انتقادی	۱۷۹۴/۱۳	۱۸۴۱/۱۶	۱۷۹۴/۱۳	۱۵/۶۰	۱۱۴/۹۸	۰/۰۰۱
بافت اولیه	۶۶۰۰/۸۳	۵۶۴۷/۰۳	۶۶۰۰/۸۳	۴۷/۸۵	۱۳۷/۹۳	۰/۰۰۱
ساختار	۳۱۷۲/۴۰	۲۶۷۵/۵۸	۳۱۷۲/۴۰	۲۲/۶۷	۱۳۹/۹۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول (۳)، آماره F برای مؤلفه‌های ارزیابی مجدد (۱۲۹/۷۷) و سرکوبی (۱۲۶/۵۱) معنادار است ($p<0.05$). همچنین آماره F برای سبک اجتنابی (۴۶/۸۵)، سبک شهودی (۷/۲۳)، سبک منطقی (۴۴/۸۵)، سبک وابسته (۹/۶۸) و سبک آنی (۶۰/۴۷) معنادار است ($p<0.001$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌ها در این سبک‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در مؤلفه‌های پردازش شناختی هم تفاوت وجود دارد. در جدول (۴) نتایج مربوط به مقایسه میانگین گروه‌ها گزارش شده است.

جدول ۴) نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	سطح معناداری
ارزیابی مجدد	نافرمانی مقابله‌ای	۱۸/۰۸	-۱۷/۸۰	۰/۰۰۱
	بهنجار	۳۵/۸۸		
سرکوبی	نافرمانی مقابله‌ای	۲۱/۵۵	۱۰/۴۶	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۱/۰۸		
سبک اجتنابی	نافرمانی مقابله‌ای	۱۵/۵۶	۶/۶۶	۰/۰۰۱
	بهنجار	۸/۹۰		
سبک شهودی	نافرمانی مقابله‌ای	۱۵/۴۳	-۱/۴۵	۰/۰۰۸
	بهنجار	۱۶/۸۸		
سبک منطقی	نافرمانی مقابله‌ای	۱۳/۰۵	-۵/۹۱	۰/۰۰۱
	بهنجار	۱۸/۹۶		
سبک وابسته	نافرمانی مقابله‌ای	۱۷	۱/۷۶	۰/۰۰۲
	بهنجار	۱۵/۲۳		
سبک آنی	نافرمانی مقابله‌ای	۱۶/۷۱	۷/۰۵	۰/۰۰۱
	بهنجار	۹/۶۶		

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	سطح معناداری
خواندن انتقادی	نافرمانی مقابله‌ای	۲۳/۷۸	-۷/۷۳	۰/۰۰۱
	بهنجار	۳۱/۵۱		
بافت اولیه	نافرمانی مقابله‌ای	۲۱/۴۵	-۱۴/۸۳	۰/۰۰۱
	بهنجار	۳۶/۲۸		
ساختار	نافرمانی مقابله‌ای	۱۸/۷۶	-۱۰/۲۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۲۹/۰۵		

با توجه به جدول (۴)، در ارزیابی مجدد میانگین کودکان بهنجار (۳۵/۸۸) به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۸/۰۸) است. درحالی‌که در سرکوبی، میانگین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۲۱/۵۵) به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین کودکان بهنجار (۱۱/۰۸) است. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از سبک‌های اجتنابی، وابسته و آنی استفاده می‌کنند و کودکان بهنجار بیشتر از سبک‌های شهودی و منطقی استفاده می‌کنند. میانگین کودکان بهنجار در مؤلفه‌های خواندن انتقادی، بافت اولیه، ساختار و پردازش شناختی بیشتر از میانگین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. به‌عبارت‌دیگر کودکان بهنجار دارای توان پردازش شناختی بالاتری نسبت به کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تنظیم هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری و پردازش شناختی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد، به‌این‌ترتیب که میانگین ارزیابی مجدد کودکان بهنجار بیشتر از کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود و میانگین سرکوبی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از کودکان بهنجار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های جانسون، هاوس، آیزنبرگ، کلهوف و دودنی (۱۶)، قاسم‌پور، رمضانی وکلهری (۱۷) که نشان دادند که افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و افراد بدون نافرمانی مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت بیشتری استفاده می‌کنند و پژوهش جیانگ، لی، دو و فان (۲۰)؛ بهشتی، چاوانون و کریستینسن(۲۲) ؛ بیدرمن و همکاران (۲۴)؛ جنسن و رزن (۱۹)؛ سوپل و همکاران (۲۳) که حاکی از این بود که بد تنظیمی هیجانی یکی از علائم اصلی اختلال‌های رفتاری مخرب است همسو است.

این یافته‌ها را می‌توان براساس ویژگی‌هایی که در افراد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دیده می‌شود (۲) و دیدگاه گراس (۱۴) تبیین کرد، براساس این دیدگاه، تحول هیجانی و عاطفی نابسنده، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان و داشتن هیجانات منفی، باعث می‌شود که احساسات و عواطف فرد بر قدرت منطق و استدلالش غلبه داشته باشد و فرد با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شرایط و موقعیت‌های مختلف تنها با در نظر گرفتن جو احساسی و عوامل محیطی و بدون توجه به راه‌حل‌های منطقی ممکن، حل مسئله کند و دست به عمل بزند. بر همین اساس استفاده از راهبردهای منفی و ناکارآمد تنظیم هیجانی مثل سرکوبی و عدم توانایی مناسب تنظیم هیجانی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای رایج‌تر است، این در حالی است که کودکان بهنجار در موقعیت‌های هیجانی، تکانشی برخورد نکرده و به ارزیابی مجدد مسئله می‌پردازند اما کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ازآنجایی‌که در بازداری پاسخ و پردازش شناختی نارسایی دارند نمی‌توانند به‌راحتی به ارزیابی مجدد مسئله بپردازند و مسئله را از زوایای مختلف بررسی کنند.

همچنین این پژوهش نشان داد که بین سبک‌های تصمیم‌گیری در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد، به‌این‌ترتیب که در سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی، وابسته و آنی میانگین کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر از کودکان بهنجار بود و در سبک‌های شهودی و منطقی میانگین کودکان بهنجار بالاتر بود. این یافته با

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

یافته‌های پژوهش دیسنی، الکینز، مک گو و لاکانو (۲۵)؛ رویال و کرتز (۲۶)؛ راس، کاکس، شوستر، روجا و گونزالز (۲۸)؛ فرچایلد و همکاران (۳۰)؛ و پژوهش ابوالقاسمی، طاهری‌فرد و کیامرثی (۳۱) که به‌طور ضمنی یا صریح حاکی از ضعف تصمیم‌گیری در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، همسو است.

با توجه به اینکه یکی از علل بروز رفتارهای تکانه‌ای و پرخاشگرانه در افراد با اختلال‌های برونی‌سازی می‌تواند این باشد که برای آنها ارزش یک پاداش در آینده با گذشت زمان، کاهش بیشتری نسبت به افراد بهنجار پیدا می‌کند. در نتیجه این افراد پاداش کمتر، ولی آنی را به پاداش بیشتر و با تأخیر در آینده ترجیح می‌دهند که این راهکار می‌تواند به بروز رفتارهای تکانشی و تصمیم‌گیری آنی و ضعیف آنها منجر شود. گرایش‌های پرخاشگرانه و تکانشگری افراد با اختلال‌های رفتاری مخرب آنها را از تصمیم‌گیری عقلایی دور و مستأصل می‌کند. کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل ماهیت اختلالشان قبل از تصمیم‌گیری و عمل کمتر مسائل را از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌دهند و بر رفتار خود کنترل نداشته و در بازداری رفتارهای تکانشی با دشواری مواجه هستند که این نارسایی‌ها از طریق نظریه‌های نوروفیزیولوژیکی نیز قابل تبیین است. براساس نظریه گری[1] (۵۶) در مورد سیستم فعال‌ساز[2] و بازداری رفتاری[3] احتمالاً گذرگاه‌های عصبی مجزایی نارسایی‌های بازداری را منعکس می‌کنند. در حقیقت کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای فزونکاری سیستم فعالساز رفتاری دارند که بر سیستم بازداری رفتاریشان مسلط است (۲۹)؛ بنابراین این الگوی رفتاری منفی و مقابله‌جویانه و نارسایی در کارکردهای اجرایی موجب می‌شود افراد با این اختلال در تصمیم‌گیری‌ها به شکل آنی، اجتنابی یا وابسته عمل کنند و کمتر سراغ سبک‌های تصمیم‌گیری منطقی و شهودی بروند.

همچنین این پژوهش نشان داد که بین پردازش شناختی در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی ازجمله لهمن (۳۴)؛ ماتیز و لاکمن (۳۵)؛ وبستر-استراتون و لیندسی(۳۶)؛ کمپس، ماتیز، ماسن، ون‌گوزن و ون‌انگلند (۳۸)؛ لاکمن و داج(۳۹) ؛ و فونتاین و همکاران، که حاکی از این است که کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب نشانه‌های محیطی را اشتباه پردازش و تفسیر می‌کنند، به‌طور ضمنی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل ماهیت اختلالشان معمولاً زود برانگیخته می‌شوند، بارها از کوره در می‌روند، جروبحث می‌کنند، از انجام دادن آنچه به آنها گفته شده خودداری می‌کنند، عمداً دیگران را می‌رنجانند، زودرنج، دلخور، ستیزه‌جو، مغرور و حق‌به‌جانب هستند، به‌جای اینکه خودشان را علت مشکلاتشان بدانند، دیگران را سرزنش کرده، یا اصرار دارند که آنها قربانی شرایط هستند و بیشتر با والدینشان مقابله می‌کنند و مجموع این موارد موجب می‌شود تمرکز کافی بر نگهداری توجه بر موضوعات در جریان نداشته باشند و نحوه کسب اطلاعاتشان از جهان و شیوه بازنمایی‌شان از اطلاعات، ادراکشان از شناخت‌ها و تفکر در مورد شناخت‌ها تحت تأثیر قرار بگیرد و در مقایسه با کودکان بهنجار در پردازش شناختی ضعیف‌تر عمل کنند. کودکان با اختلال‌های رفتاری مخرب، در رمزگردانی سرنخها نارسایی دارند و به‌طور انتخابی بیشتر به سرنخ‌های خصمانه توجه می‌کنند و اغلب نیّات دیگران را نیز نادرست تفسیر می‌کنند (۳۵, ۴۰) همین امر می‌تواند موجب پردازش شناختی ضعیف‌تر آنها در مقایسه با کودکان بهنجار باشد.

این پژوهش منحصر به دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهرستان مینودشت بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر و پسر سایر پایه‌ها و شهرها باید احتیاط لازم صورت گیرد. عدم کنترل وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده گروه نمونه، عدم کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مثل شدت اختلال از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود بنابراین پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر روی دانش‌آموزان مقاطع پایین‌تر، دانش‌آموزان دختر و دانش‌آموزان سایر شهرستان‌ها نیز اجرا شود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی متغیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده کنترل شود، با توجه به فراوانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوران کودکی و نوجوانی و کمبود پژوهش‌های داخلی در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با این اختلال می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات این کودکان کمک‌های شایان توجهی کند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت افزایش سرعت و دقت، در صورت امکان، نمونه پژوهش به‌جای مدرسه، از کلینیک‌های روان‌پزشکی جمع‌آوری شوند و درنهایت پیشنهاد می‌شود با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در غربالگری سلامت روان مدارس،

1. Gray
2. Behavioral Activation System
3. Behavioral Inhibition System

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

دانش‌آموزان در معرض خطر مقاطع ابتدایی و راهنمایی شناسایی شوند و با ارائه آموزش اختصاصی به‌موقع از انتقال اختلال به مقاطع بالاتر جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی کسانی که در تهیه و تدوین این پژوهش ما را یاری کردند؛ خصوصاً دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش شرکت کردند، نهایت تشکر را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. Psychological bulletin. 1978;85(6):1275. [Link]
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed. text rev.): American psychiatric association Washington, DC; 2022. [Link]
3. Brammer WA, Lee SS. Impairment in children with and without ADHD: contributions from oppositional defiant disorder and callous-unemotional traits. Journal of Attention Disorders. 2012;16(7):535-43. [Link]
4. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2021;62(4):372-81. [Link]
5. Bowler A. The Parent's Guide to Oppositional Defiant Disorder: Your Questions Answered: Jessica Kingsley Publishers; 2020. [Link]
6. Folino A. The effects of antecedent exercise on students' aggressive and disruptive behaviors: exploratory analysis of temporal effects and mechanism of action. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Human Development and Applied Psychology University of Toronto. 2011. [Link]
7. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of general psychiatry. 2003;60(7):709-17. [Link]
8. Mitchison GM, Liber JM, Hannesdottir DK, al e. Emotion Dysregulation, ODD and Conduct Problems in a Sample of Five and Six-Year-Old Children. Child Psychiatry Hum Dev. 2020;51:71–9. [Link]
9. Christensen L, Baker BL. Risk-taking and delinquent behaviors among youth with and without intellectual disabilities. Journal of mental health research in intellectual disabilities. 2020;13(1):1-24. [Link]
10. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. American Journal of Psychiatry. 2012;169(1):47-54. [Link]
11. Yu RA, Goulter N, McMahon RJ. Longitudinal associations between parental warmth, harsh discipline, child emotion regulation, and ODD dimensions. Child Psychiatry & Human Development. 2022;53(6):1266-80. [Link]
12. Herts KL, McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML. Emotion dysregulation as a mechanism linking stress exposure to adolescent aggressive behavior. Journal of abnormal child psychology. 2012;40:1111-22. [Link]
13. Zhang W, Li Y, Li L, Hinshaw S, Lin X. Vicious cycle of emotion regulation and ODD symptoms among Chinese school-age children with ODD: a random intercept cross-lagged panel model. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2023;17(1):47. [Link]
14. Gross JJ. Handbook of emotion regulation: Guilford publications; 2013. [Link]
15. Ferraro IK, Taylor AM. Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. Personality and Individual Differences. 2021;173:110641. [Link]
16. Johnson AM, Hawes DJ, Eisenberg N, Kohlhoff J, Dudeney J. Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis. Clinical psychology review. 2017;54:65-80. [Link]
17. Ghasempour A, Ramzani V, Kalhori A. The Comparison of Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Oppositional Defiant Disorder and Normal. aumj. 2014;3(3):153-60. [persian]. [Link]
18. Breen MJ, Fiedler CR. Behavioral approach to assessment of youth with emotional/behavioral disorders: A handbook for school-based practitioners: ERIC; 2003. [Link]
19. Jensen SA, Rosen L. Emotional reactivity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Attention Disorders. 2004;8(2):53-61. [Link]
20. Jiang W, Li Y, Du Y, Fan J. Emotional regulation and executive function deficits in unmedicated Chinese children with oppositional defiant disorder. Psychiatry investigation. 2016;13(3):277. [Link]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

21. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, Van Goozen S, Swaab H. Emotion regulation difficulties in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder and the relation with comorbid autism traits and attention deficit traits. PloS one. 2016;11(7):e0159323. [Link]
22. Beheshti A, Chavanon M-L, Christiansen H. Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. BMC psychiatry. 2020;20(1):1-11. [Link]
23. Supplee LH, Skuban EM, Shaw DS, Prout J. Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. Development and psychopathology. 2009;21(2):393-415. [Link]
24. Biederman J, Spencer TJ, Petty C, Hyder LL, O'Connor KB, Surman CB, et al. Longitudinal course of deficient emotional self-regulation CBCL profile in youth with ADHD: prospective controlled study. Neuropsychiatric disease and treatment. 2012:267-76. [Link]
25. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. American Journal of Psychiatry. 1999;156(10):1515-21. [Link]
26. Royal JD, Kurtz JL. I ate what?! The effect of stress and dispositional eating style on food intake and behavioral awareness. Personality and Individual Differences. 2010;49(6):565-9. [Link]
27. Murphy D, Longo DR. Encyclopedia of Psychology of Decision Making: Nova Science Publishers, Incorporated; 2009. [Link]
28. Ross JM, Coxe S, Schuster RM, Rojas A, Gonzalez R. The moderating effects of cannabis use and decision making on the relationship between conduct disorder and risky sexual behavior. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2015;37(3):303-15. [Link]
29. Banaschewski T, Brandeis D, Heinrich H, Albrecht B, Brunner E, Rothenberger A. Questioning inhibitory control as the specific deficit of ADHD–evidence from brain electrical activity. Journal of neural transmission. 2004;111:841-64. [Link]
30. Fairchild G, van Goozen SH, Stollery SJ, Aitken MR, Savage J, Moore SC, et al. Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. Biological psychiatry. 2009;66(2):162-8. [Link]
31. taherifard M, abolghasemi A, kiamarsi A. Comparison of Emotional Memory, Decision-Making and Interpersonal Reactivity in Student with Conduct Disorder and Normal. Psychological Studies. 2017;13(2):43-58. [persian]. [Link]
32. Homayouni AR, Abdollahi MH. Relationships Between Learning Styles And Cognitive Styles And Their Role In Students Academic Achievment Journal of Psychology. 2003;7(3):179. [persian]. [Link]
33. Cohen NJ, Kershner J, Wehrspann W. Characteristics of social cognition in children with different symptom patterns. Journal of Applied Developmental Psychology. 1985;6(4):277-90. [Link]
34. Lehmann CN. Oppositional Defiant Disorder in Adolescents: What School Counselors Need To Know [Unpublished M.S dissertation]: University Of Wisconsin-Stout; 2009. [Link]
35. Matthys W, Lochman JE. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood: John Wiley & Sons; 2017. [Link]
36. Webster-Stratton C, Lindsay DW. Social competence and conduct problems in young children: Issues in assessment. Journal of clinical child psychology. 1999;28(1):25-43. [Link]
37. Dodge KA, Somberg DR. Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. Child development. 1987:213-24. [Link]
38. Kempes M, Matthys W, Maassen G, van Goozen S, van Engeland H. A parent questionnaire for distinguishing between reactive and proactive aggression in children. European child & adolescent psychiatry. 2006;15:38-45. [Link]
39. Lochman JE, Dodge KA. Distorted perceptions in dyadic interactions of aggressive and nonaggressive boys: Effects of prior expectations, context, and boys' age. Development and psychopathology. 1998;10(3):495-512. [Link]
40. Gouze KR. Attention and social problem solving as correlates of aggression in preschool males. Journal of abnormal child psychology. 1987;15:181-97. [Link]
41. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2006;14(2):118-25. [Link]
42. O'Laughlin EM, Hackenberg JL, Riccardi MM. Clinical usefulness of the oppositional defiant disorder rating scale (ODDRS). Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2010;18(4):247-55. [Link]
43. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2012;34(2):90-6. [persian]. [Link]
44. Taher M. Effectiveness of Empathy and Cognitive-Behavioral Trainings on Social Cognition, Inhibition Response, and Adjustment in Children with Oppositional Defiant Disorder [Unpublished doctoral dissertation]: University of Mohaghegh Ardabili; 2016. [persian]. [Link]
45. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;85(2):348. [Link]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

46. taajobi m, Moradi O. Comparing metacognition beliefs and emotional regulation and Smoking among adolescents ordinary in City of Sanandaj. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2016;3(3):40-8. [persian]. [Link]
47. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. European journal of psychological assessment. 2010. [Link]
48. Tashk A. Evaluation of pain adjustment self-regulation model in cancer patients: The role of extraversion, neuroticism, emotion regulation strategies and coping [Unpublished doctoral dissertation on health psychology]: University of Tehran; 2011. [persian]. [Link]
49. Scott SG, Bruce RA. Decision-making style: The development and assessment of a new measure. Educational and psychological measurement. 1995;55(5):818-31. [Link]
50. Ghosoori A, Ghorbani S. Investigating and comparison of decision-making styles in employees of government organizations. majournal. 2022;84(6):113-24. [persian]. [Link]
51. Ahanchian Mr, Assarroudi A. The Relationship between decision –making style and self-directed learning in Anesthesiology students. Military Caring Sciences. 2015;2(1):24-32. [persian]. [Link]
52. Narimani M, Ghasempour A, Abolgasemi A, Hasanzade S. Comparative Study of Emotional Facial Expression from Recognition and Cognitive Processing in Schizophrenic and Normal People. Psychological Achievements. 2010;17(2):143-64. [persian]. [Link]
53. shirmohammadi z, Sadeghi m, Ghazanfar Fi. The Roles of Child Abuse and Insecure Attachment, Through Mediation of Cognitive Process, in Explaining Conduct Disorder in Adolescents. Journal of Psychological Studies. 2021;17(2):117-38. [persian]. [Link]
54. Miles J, Banyard P. Understanding and using statistics in psychology: A practical introduction: Sage; 2007. [Link]
55. Tabachnick B, Fidell L. Multivariate regression. Using Multivariate Statistics (5th ed) Boston, MA: Pearson Education. 2007:117-59. [Link]
56. Gray JA, Van Goozen S, Van de Poll NE, Sergeant J. Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. Emotions: Essays on emotion theory. 1994;12:29-59. [Link]

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]