

مقایسه نظریه ذهن، نگهداری توجه، و همدلی در دانش آموزان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

فاطمه فرزادی*^۱، ناصر بهروزی^۲، حمید فرامرزی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۵/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلال‌های رفتار مخرب است. هدف پژوهش حاضر مقایسه نظریه ذهن، نگهداری توجه، و همدلی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار بود.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان پسر اول تا سوم دبیرستان شهرستان اهواز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر دانش آموز بهنجار و ۵۰ نفر دانش آموز مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ (۱۹۹۱)، آزمون ذهن خوانی از طریق چشم‌ها (بارون-کوهن، ۲۰۰۱)، آزمون عملکرد پیوسته، پرسشنامه همدلی بارون-کوهن (۲۰۰۳) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (۲۰۱۳) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار از لحاظ نظریه ذهن، همدلی، و نگهداری توجه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$)؛ بدین معنی که دانش آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای عملکرد پایین‌تری در نظریه ذهن، همدلی، و نگهداری توجه نسبت به دانش آموزان بهنجار هستند. همچنین دانش آموزان با اختلال نافرمانی نسبت به دانش آموزان بهنجار در مؤلفه خطای حذف و خطای ارائه اشتباه‌های بیشتری داشتند.

نتیجه‌گیری: این نتایج اهمیت نظریه ذهن، همدلی، و نگهداری توجه را در ابتلا و بهبود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای برجسته کرده است.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نظریه ذهن، همدلی، نگهداری توجه

۱. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (Fatemehfarzadi@ymail.com)

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱، یکی از رایج‌ترین اختلال‌های بالینی در کودکان و نوجوانان و اختلال نسبتاً جدید در کودکان است که ملاک‌های کامل اختلال رفتار هنجاری^۲ را ندارند. این اختلال در طبقه اختلال‌های رفتاری مخرب^۳ قرار می‌گیرد که از بزرگ‌ترین گروه اختلال‌های ارجاعی به کلینیک‌های سلامت روانی کودکان و نوجوانان است و به‌صورت الگویی از مزاج تحریک‌پذیر/عصبانی^۴، رفتار نافرمانی/جدلی^۵، و کینه‌توزی^۶ با حداقل چهار نشانه اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول بکشد ظاهر می‌شود (۱). کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال، به آسانی خشمگین می‌شوند، زود از کوره در می‌روند، با دیگران ستیز دارند، نسبت به خواست و مقررات بزرگسالان بی‌اعتنایی یا عدم همکاری نشان می‌دهند و از طرفی کینه‌توزی می‌کنند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی، مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگ‌ترها هستند (۲). بیشتر کودکان نافرمان دارای هوش بهنجار بوده ولی به علت مشکلات رفتاری دچار ضعف در برقراری رابطه با دیگران، خودپنداشت ضعیف، استیصال اکتسابی، و پرخاشگری هستند. برای اینکه کودکان دارای علائم نافرمانی بتوانند از هوش خود نهایت استفاده را داشته و تعاملات اجتماعی مناسبی را با دیگران تجربه کنند، بررسی همه‌جانبه این اختلال امری لازم و ضروری است. در این پژوهش قصد داریم به مقایسه عملکرد نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار در تکالیف نظریه ذهن، نگهداری توجه، و همدلی بپردازیم.

نظریه‌ها و پژوهش‌های اخیر بر نقش اصلی توجه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کنش اجرایی تأکید می‌کنند (۳ و ۴). اولین متغیر مربوط با اختلال کنش‌های اجرایی، مشکلات توجه است. بروادبنت^۷ نخستین نظریه منسجم را درباره توجه ارائه

داد. او توجه را نتیجه یک سیستم پردازش اطلاعات یا ظرفیت محدود دانست. نگهداری توجه یا مراقبت، یکی از کنش‌های اصلی توجه است که بر جنبه‌های بالاتر توجه (توجه انتخابی و تقسیم‌شده)، ظرفیت‌های شناختی، توانایی تشخیص و انتخاب محرک‌های مناسب، و حتی آگاهی نسبت به خود تأثیرگذار است (۵). مطالعات نشان داده‌اند که نارسایی در کنش‌های اجرایی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و دانش آموزان را در انجام تکالیف مدرسه و امور شخصی - اجتماعی با مشکل جدی روبه‌رو کند؛ بنابراین تشخیص و مداخله به‌موقع در مشکلات این دانش آموزان ضروری است (۶). اما تاکنون پژوهشی در ایران به بررسی نارسایی کنش‌های اجرایی در افراد مبتلا به اختلال نافرمانی نپرداخته است. رودز، پارک، ست و کوگیل در پژوهشی نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در حافظه فعال و توجه نارسایی‌هایی دارند (۷). همچنین اسچوماکر و همکاران نیز نشان دادند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در برنامه‌ریزی و توجه، عملکرد ضعیفی دارند (۸). جیانگ، یاسونگ‌دو و فان در پژوهشی تحت عنوان مقایسه تنظیم هیجان و کنش‌های اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار نشان دادند که این افراد دارای نارسایی در راهبردهای تنظیم هیجان به‌خصوص استفاده از احساسات و راهبردهای منفی تنظیم هیجان هستند. همچنین این افراد در برنامه‌ریزی و توجه نارسایی‌هایی دارند (۹).

درک خود و دیگران برای داشتن تعاملات اجتماعی مؤثر، ضروری است و به این دلیل همیشه مورد توجه پژوهشگران حیطه روان‌شناسی تحولی بوده است. درک رفتار دیگران مستلزم نوعی از شناخت اجتماعی به نام نظریه ذهن است که از طریق آن فرد قادر به درک حالات درونی انسان‌ها شامل تمایلات، افکار و نیت آنها می‌شود. در کشور ما در زمینه

5. Argumentative/ defiant behavior
6. Vindictiveness
7. Broadbent

1. Oppositional defiant disorder (ODD)
2. Conduct Disorder
3. Disruptive behavior disorders
4. Angry/ irritable mood

و ترمبلی نشان دادند که آموزش همدلی با ارتقاء نگرانی همدلانه و شفقت به عنوان یک مؤلفه موجب افزایش حس مسئولیت پذیری و حساس و پاسخگو بودن می شود (۱۵). طاهر، ابوالقاسمی و نریمانی در پژوهش خود نشان دادند که آموزش همدلی و مدیریت خشم مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر متغیرهای سازش یافتگی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر قابل توجهی داشته و میزان سازش یافتگی دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی را افزایش می دهد (۱۶). مندی، اسکوز، استر، پائورسن و اولیور نیز نشان دادند که همدلی پایین، اختلال در کنش اجتماعی و احساسی، کمبود درک حالات و احساسات دیگران در موقعیت‌های دشوار، و حس همدردی پایین در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شایع است (۱۷). با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی، می توان چنین گفت نظریه ذهن، همدلی، و نگهداری توجه از جمله عوامل مؤثر در اختلال‌های رفتار مخرب و رفتارهای برون نمود در کودکان و نوجوانان به خصوص در افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش اساسی ایفا می کند، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش در داخل کشور به خصوص در مورد نقش کنش‌های اجرایی از جمله نگهداری توجه در اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان، از یک سو نتایج این پژوهش از بعد افزایشی می تواند باعث تقویت دانش روان‌شناسی در این حوزه شود و از سوی دیگر می تواند راهگشایی برای شناسایی عوامل و مؤلفه‌های شناختی و هیجانی دخیل در ایجاد و تداوم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سنین نوجوانی باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا بین عملکرد در تکالیف نظریه ذهن، همدلی، و نگهداری توجه در دانش آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش

رابطه نظریه ذهن با اختلال نافرمانی مقابله‌ای پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است. دلاوسا، گرانرو، دومنج، شامای - تسوری و ازپلتا در پژوهش خود مشخص کردند که این کودکان نافرمان در نظریه ذهن که شامل شناخت امیال، باورها، و هیجان‌های دیگران می شود دچار نارسایی هستند و همین مسئله باعث بروز اختلال‌ها رفتاری در آنها می شود. در واقع این افراد شناخت‌های تحریف شده‌ای در مورد خود و دیگران دارند. از لحاظ بعد عاطفی نیز، همدلی در کودکان با نافرمانی مقابله‌ای بسیار پایین به دست آمد (۱۰). یزدی، بنی جمالی و سالمی در پژوهشی با مقایسه عملکرد ذهن کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کودکان بهنجار نشان دادند که دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در انجام تکالیف نظریه ذهن، نارسایی دارند و دانش آموزان مسن تر عملکرد بهتری در انجام تکالیف نظریه ذهن دارند (۱۱). همچنین یافته‌های پولتی نیز نشان داد که عملکرد کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار هنجاری در تکالیف نظریه ذهن، قضاوت اخلاقی، همدلی، و شناخت هیجان بسیار ضعیف است (۱۲).

با توجه به نشانه‌ها و علائمی همچون پرخاشگری، عدم تبعیت از قوانین، و زود از کوره در رفتن کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای باید انتظار داشت که این افراد طیف گسترده‌ای از مشکلات بین فردی را داشته باشند. مشکلات بین فردی شامل مشکلات فرد در زمینه‌های قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسئولیت پذیری، و مهارت‌گری است که سایر توانمندی‌های فرد را در برقراری روابط سالم با دیگران محدود می کند (۱۳)؛ بنابراین افراد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به کودکان بهنجار در روابط بین فردی و تنظیم عواطف یا به عبارتی در همدلی ضعیف هستند.

همدلی، توانایی مهمی است که از آسیب به دیگران جلوگیری می کند و نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد (۱۴). جکسون، ائوگن

پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده برای تمایز کامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای از اختلال رفتار هنجاری و فزون‌کنشی استفاده شد.

۳. آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها: برای سنجش نظریه ذهن از آزمون تجدیدنظرشدهٔ بارون-کوهن، ویلریت، هیل، ریست و پلامب^۱ با عنوان نظریه ذهن از طریق چشم‌ها استفاده شد. این آزمون یک آزمون روان‌فیزیولوژیک در مورد خواندن ذهن است. نسخه تجدیدنظرشدهٔ این آزمون شامل ۳۶ گویه است که شامل عکس‌هایی از چشم هنرپیشه‌های زن و مرد است. با هر سؤال چهار توصیف حالت ذهنی (یک حالت هدف و سه حالت انحرافی با همان ارزش هیجانی) ارائه می‌شود. در پژوهش حاضر از نسخه مداد-کاغذی این آزمون استفاده شد. علیلو، بخشی‌پور، بافنده قراملکی، خانجانی و رنجبر، اعتبار همسانی درونی این آزمون را به روش کودر ریچاردسون ۰/۶۹، و میزان اعتبار ابزار را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند (۲۰). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

۴. آزمون عملکرد پیوسته: برای اندازه‌گیری نگهداری توجه آزمودنی‌ها از نسخهٔ فارسی آزمون عملکرد پیوسته استفاده شد. این نسخه که از طریق رایانه اجرا می‌شود، دارای ۱۵۰ عدد فارسی به‌عنوان محرک است. از این تعداد ۳۰ محرک (۲۰ درصد) به‌عنوان محرک هدف هستند. فاصله ارائه دو محرک ۵۰۰ میلی‌ثانیه و زمان ارائه هر محرک ۱۵۰ میلی‌ثانیه است. در این آزمون، افزون بر نمره کلی پاسخ درست، دو خطای حذف و ارائه پاسخ نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب اعتبار (باز آزمایی) قسمت‌های مختلف آزمون که در مطالعه هادیان فرد، نجاریان، شکرکن و مهرابی‌زاده با فاصله ۲۰ روز روی ۴۳ دانش‌آموز پسر دبستانی انجام شد، در دامنهٔ بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ قرار دارد. روایی آزمون با شیوه روایی‌سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار (۳۰ دانش‌آموز پسر دبستانی) و فزون‌کنشی همراه با نارسائی توجه (۲۵ دانش‌آموز پسر دبستانی) انجام گرفت

را تمامی دانش‌آموزان مقطع اول دبیرستان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر اهواز در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش شامل ۱۰۰ دانش‌آموز (۵۰ دانش‌آموز با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۵۰ دانش‌آموز غیر مبتلا) است که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای بعد از هم‌تاسازی از لحاظ وضعیت اجتماعی فرهنگی و دارا نبودن دیگر اختلال‌های همبود انتخاب شدند.

ب) ابزار

۱. مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان: مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان برای سنجش اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوجوانان توسط آخنباخ ساخته شده است. این مقیاس برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است و از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی در سنین نوجوانی است (۱۸). در این مقیاس، گویه‌ها بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تنظیم شده‌اند. حبیبی اصغرآبادی و همکاران ضریب اعتبار این مقیاس را برای مشکلات کلی ۰/۹۳ گزارش کردند (۱۸). همچنین میزان اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در دختران ۰/۹۲ و در پسران ۰/۹۵ و در کل نمونه ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز اعتبار خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته که توسط فرست و همکاران طراحی شده است نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختاریافته، موضوعات موردبحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (۱۹). در این پژوهش به منظور تشخیص دقیق از مصاحبه ساختاریافته که بر اساس ویرایش

1. Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, Plumb

آن کلاس با استفاده از مقیاس اختلال‌های رفتاری نسخه نوجوانان مورد شناسایی و غربالگری قرار گرفتند. ۵۰ نفر از دانش‌آموزان که نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه اختلال‌ها رفتاری گرفتند (T بالاتر از ۶۹) به عنوان نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۵۰ دانش‌آموز که کمترین نمره را در این مقیاس کسب کرده بودند به عنوان نوجوانان بدون علائم نافرمانی مقابله‌ای انتخاب شدند.

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه کاملاً رعایت گردید به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل، پرسشنامه‌ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام تکمیل کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نسخه SPSS16 استفاده شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار، فراوانی و نرمال بودن داده‌ها را در نظریه ذهن، همدلی، و متغیرهای آزمون عملکرد پیوسته در بین دانش‌آموزان نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار نشان می‌دهد.

(۲۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

۵. مقیاس بهره همدلی: مقیاس همدلی توسط بارون-کوهن ساخته شد. این مقیاس از ۴۰ گویه تشکیل شده که در کل بهره همدلی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس بهره همدلی سه عامل همدلی شناختی، مهارت‌های اجتماعی، و واکنش‌پذیری هیجانی و یک نمره کل را می‌سنجد. کیم‌ولی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش دادند (۲۲). نسخه فارسی این مقیاس توسط ابوالقاسمی با ترجمه نسخه اصلی تهیه و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در ایران در دامنه‌ای از ۰/۸۳ الی ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از چهار هفته) را در دامنه‌ای از ۰/۷۱ الی ۰/۷۸ گزارش کرده است و روایی محتوایی این پرسشنامه با استناد بر نظر چند متخصص روان‌سنجی لحاظ گردیده است (۲۳). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

ج) روش اجرا: برای انجام پژوهش از سازمان آموزش و پرورش شهرستان اهواز مجوزهای لازم گرفته شد. داده‌های این پژوهش به وسیله پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی از دانش‌آموزان به دست آمدند. به این صورت که ابتدا از مدارس شهر اهواز ۷ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و از هر مدرسه ۵ کلاس به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و تمام اعضای

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، فراوانی و بررسی توزیع نرمال داده‌ها در متغیرهای نظریه ذهن، همدلی و آزمون عملکرد پیوسته

P	متغیرها	با نافرمانی مقابله‌ای			بدون نافرمانی مقابله‌ای		
		میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی
۰/۵۴۰	نظریه ذهن	۴۵/۰۶	۱۰/۵۰	۵۰	۵۱/۸۰	۱۰/۱۹	۵۰
۰/۳۵	همدلی	۶۶/۲۸	۱۳/۹۰	۵۰	۷۰/۸۲	۱۰/۵۶	۵۰
۰/۱۱۲	پاسخ درست	۷۵/۳۲	۱۱/۱۲	۵۰	۸۳/۶۴	۱۸/۳۲	۵۰
۰/۳۱۰	خطای حذف	۱۳/۲۳	۳/۴۳	۵۰	۸/۹۶	۲/۱۱	۵۰
۰/۱۴۰	خطای ارائه	۱۱/۴۳	۲/۶۰	۵۰	۶/۰۹	۲/۱۰	۵۰

ذهن به ترتیب ۴۵/۰۶ و ۱۰/۵۰، همدلی ۶۶/۲۸ و ۱۳/۹۰، و متغیرهای آزمون عملکرد پیوسته در پاسخ درست ۷۵/۳۲ و

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمرات نوجوانان با نافرمانی مقابله‌ای در نظریه

همگنی واریانس‌ها در نظریه ذهن، همدلی، و مؤلفه‌های آزمون عملکرد پیوسته در دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود. نتایج آزمون ام‌باکس (با مقدار ۷/۱۲ و سطح معنی‌داری ۰/۳۳) نیز پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها را مورد تأیید قرار داد، یعنی تفاوت بین کوواریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود. همچنین آزمون اثر پیلابی با مقدار F چندمتغیری برابر ۹/۸۷ و در کل ترکیب خطی حاصل از مؤلفه‌های نظریه ذهن، همدلی، و متغیرهای آزمون عملکرد پیوسته (پاسخ درست، خطای حذف، و خطای ارائه) $p < ۰/۰۰۱$ از لحاظ آماری معنادار است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیره در جدول ۲ گزارش شده است.

۱۱/۱۲، خطای حذف ۱۳/۲۳ و ۳/۴۳ و خطای ارائه ۴۳/۴ و ۲/۶۰ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌ها نوجوانان بدون نافرمانی مقابله‌ای در نظریه ذهن به ترتیب ۵۱/۸۰ و ۱۰/۱۹، همدلی ۷۰/۸۲ و ۱۰/۵۶ در متغیرهای آزمون عملکرد پیوسته در پاسخ درست ۸۳/۶۴ و ۱۸/۳۲، خطای حذف ۸/۹۶ و ۲/۱۱ و خطای ارائه ۶/۰۹ و ۲/۱۰ به دست آمد.

سطح معناداری آزمون شاپیرو ویلک برای توزیع نمرات تمامی متغیرهای موردبررسی از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بوده، بنابراین مفروضه نرمال بودن برقرار است. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی کوواریانس‌ها با آزمون باکس موردبررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج، پیش‌فرض

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری بر روی نظریه ذهن و همدلی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
نظریه ذهن	۲۸۱۲/۹۵	۱	۲۸۱۲/۹۵	۷/۹۵	۰/۰۵	۰/۶۰۲
همدلی	۴۷۰۱/۵۷	۱	۴۷۰۱/۵۷	۱۳/۲۹	۰/۰۵	۰/۷۲۲

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی مؤلفه‌های آزمون عملکرد پیوسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	تا
پاسخ درست	۵۲۸/۱۲	۱	۵۲۸/۱۲	۱۸۴/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۰
خطای حذف	۱۱۶/۲۸	۱	۱۱۶/۲۸	۸۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۰
خطای ارائه	۱۴۸/۷۸	۱	۱۴۸/۷۸	۷۵/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۵

آزمون عملکرد پیوسته

همچنین متغیر همدلی توانست بیشترین تفاوت بین دو گروه و بیشترین اندازه اثر (۰/۷۲۲) را به خود اختصاص دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه نظریه ذهن، نگهداری توجه، و همدلی در نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار

نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری و چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه دانش آموزان با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میانگین نمرات نظریه ذهن (F=۷/۹۵)، همدلی (F=۱۳/۲۹)، و پاسخ درست (F=۱۸۴/۷۶) به‌طور معنی‌داری در دانش آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به دانش آموزان بهنجار کمتر است.

وجود خطای حذف که نشان‌دهنده توجه نداشتن به محرک‌های مهم در محیط است و خطای ارائه که نبود تکانه‌ها و زودانگیختگی در این افراد را نشان می‌دهد به‌خوبی با نشانه‌ها و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای همخوان است. این دانش‌آموزان معمولاً زود برانگیخته می‌شوند و تمرکز لازم برای نگهداری توجه خود را بر یک موضوع به‌خصوص مواد درسی ندارند. یافته دیگر این پژوهش تفاوت معنادار دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار در متغیر همدلی بود. به این معنی که دانش‌آموزان با نافرمانی مقابله‌ای در همدلی عملکرد پایینی را نسبت به دانش‌آموزان بهنجار نشان می‌دهند که با یافته‌های (۱۶ و ۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای این انتظار کلی را دارند که دیگران سعی دارند بر آنها غلبه کنند، بنابراین احتمالاً به سرخ‌های کلامی و غیر کلامی همسالان در جهت مهار کردن آن‌ها بیش از حد توجه می‌کنند درحالی‌که نشانه‌های صمیمیت یا تلاش‌های دیگران جهت بحث و مذاکره را نادیده می‌گیرند. به همین دلیل این افراد بازده‌های مطلوب در ارتباط‌های بین‌فردی نداشته و رفتار تکانشی بیشتری را نشان می‌دهند. در واقع همدلی با تأثیر گذاشتن بر رمزگردانی و تفسیر سرخ‌های اجتماعی موجب افزایش شناخت اجتماعی خواهد شد؛ که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل شناخت اجتماعی پایین‌تر پاسخ‌ها را به‌طور نامناسب ارزیابی می‌کنند و احساس می‌کنند که اجرای رفتار پرخاشگرانه مؤثر است و پاسخ‌های پرخاشگرانه را به‌طور مطلوب ارزیابی کرده و اخلاقی می‌دانند (۲). در آخر باید گفت نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، درمان و خدمات مشاوره‌ای به دانش‌آموزان و نوجوانان دارای نافرمانی مقابله‌ای دارد، به‌خصوص در مبحث نگهداری توجه و همدلی که تأثیر زیادی در برنامه‌ریزی، توجه، و حافظه این افراد در زمینه یادگیری، پیشرفت تحصیلی، برقراری روابط اجتماعی بالاتر، و سازش‌یافتگی اجتماعی بیشتر دارند. این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی

پرداخت. نتایج نشان داد که نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نظریه ذهن عملکرد پایین‌تری نسبت به نوجوانان بهنجار دارند؛ که با یافته‌های (۱۰، ۱۱، ۲۴ و ۲۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، نارسایی کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در تکالیف نظریه ذهن با استناد به مدل شناختی قابل توجه است. نظریه پردازان مدل شناختی معتقدند که شناخت‌هایی چون اسنادها، باورها، و انتظارات مربوط به خود و دیگران، در تعیین احساس‌ها و رفتارهای افراد، بسیار مهم تلقی می‌شوند و کسانی که شناخت‌های تحریف‌شده، نادرست، و سازش‌نیافته در مورد خود، دیگران، و رویدادهای محیطی دارند، رفتارها و احساس‌های مشکل‌زایی بروز می‌دهند.

درواقع کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نظریه ذهن که شامل شناخت امیال، باورها، و هیجان‌های دیگران می‌شود، دچار نارسایی هستند و همین مسئله در آنها منجر به بروز اختلال‌های رفتاری می‌گردد. همچنین فرض بر این است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در تشخیص حالات ذهنی و هیجان‌های دیگران نارسایی دارند و قادر به شبیه‌سازی با دیگران نیستند (۲۶).

همچنین نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نگهداری توجه عملکرد ضعیف‌تری از دانش‌آموزان بهنجار دارند. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های (۷، ۸ و ۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نارسایی در نگهداری توجه این دانش‌آموزان، فرصت پردازش، ذخیره کردن، و فراخوانی اطلاعات را از آنها می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که نارسایی در کنش‌های اجرایی می‌تواند در سنین بالاتر پایدار بماند و دانش‌آموزان را در انجام تکالیف مدرسه و امور شخصی - اجتماعی با مشکل جدی روبه‌رو کند. آسیب نگهداری توجه ممکن است موجب ناتوانی اجتماعی عمیق به‌خصوص در پیشرفت تحصیلی و انگیزه برای یادگیری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود.

داشت از آن جمله می توان به محدودیت در عددک کنترل دقیق متغیرهای اجتماعی فرهنگی، مقطع تحصیلی خاص و جنسیت پسر اشاره کرد که در تعمیم پذیری یافته ها باید با احتیاط عمل کرد. از سویی دیگر محدودیت حجم نمونه در پژوهش حاضر عامل دیگری است که تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می سازد؛ بنابراین پژوهشگران می توانند بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بیشتر نمایند.

تشکر و قدردانی: در پایان از همکاری آموزش و پرورش، دبیران و دانش آموزان شهرستان اهواز که با همکاری خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می شود. همچنین یادآور می شود انجام این پژوهش هیچ گونه تضاد منافع را برای نویسندگان به دنبال نداشته است.

References

1. American Psychiatry Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14(2): 118-125.
3. Seidman LJ. Neuropsychological functioning Archive of SID in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(10): 466-485.
4. Alipor A, Baradaran M, Imanifar H. The comparison of children with hyperactivity/attention deficit, learning disabilities and normal children based on Children Wechsler IQ test components (new edition). 2015; 4(3): 74-89. [Persian].
5. Posner MI, Petersen SE. The attention system of the human brain. *Annu rev neurosci*. 1990; 13(1): 25-42.
6. McCloskey G, Perkins LA, Van Diviner B. Assessment and intervention for executive function difficulties: Taylor & Francis; 2008, PP: 50-65.
7. Rhodes SM, Park J, Seth S, Coghill DR. A comprehensive investigation of memory impairment in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(2): 128-37.
8. Schoemaker K, Bunte T, Wiebe SA, Espy KA, Deković M, Matthys W. Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(2): 111-9.
9. Jiang W, Li Y, Du Y, Fan J. Emotional regulation and executive function deficits in unmedicated Chinese children with oppositional defiant disorder. *Psychiatry Investig*. 2016; 13(3): 277-87.
10. De La Osa N, Granero R, Domenech JM, Shamay-Tsoory S, Ezpeleta L. Cognitive and affective components of theory of mind in preschoolers with oppositional defiance disorder: Clinical evidence. *Psychiatry Res*. 2016; 241: 128-34.
11. Yazdi SM, Bani-Jamali S-S, Salemi S. The comparison of 6-8 years girl students' performance with and without oppositional defiant disorder in theory of mind tasks. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 15(58): 136-45. [Persian].
12. Poletti M. Social cognition deficits in frontotemporal dementia: A cognitive basis of social and interpersonal conduct disorders. *Ital J Psychopathol*. 2008; 14(3): 197-210.
13. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(6): 885-92.
14. Morelli SA, Lieberman MD, Zaki J. The emerging study of positive empathy. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015; 9(2): 57-68.
15. Jackson PL, Eugène F, Tremblay M-PB. Improving empathy in the care of pain patients. *AJOB Neuroscience*. 2015; 6(3): 25-33.
16. Taher M, Abohghasemi A, Narimani M. The efficacy of empathy and anger management training based on cognitive-behavioral approach on adjustment in children with oppositional defiant disorder. *J Sch Psychol*. 2016; 5(1): 26-47. [Persian].
17. Mandy W, Skuse D, Steer C, St Pourcain B, Oliver BR. Oppositionality and socioemotional competence: interacting risk factors in the development of childhood conduct disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(7): 718-27.
18. Habibi AM, Besharat M, Fadaei Z, Najafi M. Confirmatory factorial structure, reliability and validity of the Achenbach youth self-report scale (YSR): monozygotic and Dizygotic twins. *Journal Clinical Psychology*. 2009; 1(2): 1-18. [Persian].
19. Kheirie M, Shaeiri MR, Azad Fallah P, Rasulzade Tabatabaei K. Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1): 15-6. [Persian].
20. Mahmoodaliloo M, Bakhshipour A, Bafande Gramaleki H, Khanjani Z, Ranjbar F. The Study of Theory of Mind Deficit in Schizophrenic Patients with Positive and Negative Symptom and its Comparison with Healthy People. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011; 6(22): 79-96. [Persian].

21. Hadianfard H, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizadeh M. Preparation Persian form of CPT. *J Psychol.* 2000; 4(4): 404-388. [Persian].
22. Kim J, Lee SJ. Reliability and validity of the Korean version of the empathy quotient scale. *Psychiatry Investig.* 2010; 7(1): 24-30.
23. Abolghasemi A. The reliability and validation of the empathy quotient scale for high school students. *Journal of Psychological Studies.* 2010; 5(4): 9-25. [Persian].
24. Hughes C, Ensor R. Executive function and theory of mind in 2 year olds: A family affair? *Dev Neuropsychol.* 2005; 28(2): 645-68.
25. O'Hare AE, Bremner L, Nash M, Happé F, Pettigrew LM. A clinical assessment tool for advanced theory of mind performance in 5 to 12 year olds. *J Autism Dev Disord.* 2009; 39(6): 916-28.
26. Cassidy KW. Preschoolers' use of desires to solve theory of mind problems in a pretense context. *Developmental Psychology.* 1998; 34(3): 503-11.

Comparison of Theory of Mind, Attention Maintenance and Sympathy in Students with and Without Oppositional Defiant Disorder

Fatemeh Farzadi*¹, Naser Behroozy², Hamid Faramarzi³

Received: May 31, 2016

Accepted: July 31, 2016

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder is one of the most common, disruptive behavioral disorders. The main purpose of this study is to compare theory of mind, attention maintenance and sympathy in male students with Oppositional Defiant Disorder and normal students of first grade of high schools in Ahwaz.

Method: This study was cross-sectional analysis. To analysis of data, multivariate ANOVA (MANOVA) has been used. The sample included 100 students (50 normal students and 50 students with oppositional defiant disorder) were selected from all male students of first grade of high schools in Ahwaz using random cluster sampling method. Instruments in this study included Achenbach Youth Self Report Questionnaire (1991), Reading Mind through the Eyes Test (Baron Cohen, 2001), Continuous Performance Test (Baron Cohen Sympathy Scale, 2003) and structured clinical interview.

Results: Results of this study showed that there is significant difference between students with oppositional defiant disorder and normal students in terms of theory of mind, attention maintenance and sympathy ($p < 0.001$). It means that students with oppositional defiant disorder have lower performance than normal students in terms of theory of mind, sympathy and attention maintenance. Moreover, students with oppositional defiant disorder have shown more mistakes than normal students in components of elimination error and presentation error.

Conclusion: These results highlight the importance of developing and improving the theory of mind, empathy and attention maintenance in children with oppositional defiant disorder.

Keywords: Oppositional defiant disorder, theory of mind, sympathy, attention maintenance

1. *Corresponding author: M.A. in Education Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran (Fatemehfarzadi@ymail.com)

2. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

3. M.A. in Education Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran