

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

نشور اخلاق پژوهش

- مایاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محض خداست و بموارد ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، ما دانشجویان و اعضاء هیئت علمی و اعضاء هیئت مدیره دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی به نظر قرار داده و از آن تخلف نکنیم:
- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
  - ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
  - ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.
  - ۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
  - ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
  - ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
  - ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
  - ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
  - ۹- اصل برانت: التزام به برانت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلائند.



### تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب لیلا بهرامی قیصر دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی که در تاریخ ..... از پایان نامه/ رساله خود تحت عنوان "روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش آموزان با اختلال رفتاری با کسب نمره ..... و درجه ..... دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم:

۱) این پایان نامه/ رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲) این پایان نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزشی عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

لیلا بهرامی قیصر

امضاء



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد اسلامشهر

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی گروه: روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد (M.A)

گرایش: روانشناسی بالینی

موضوع:

روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش آموزان با اختلال رفتاری

استاد راهنما:

دکتر زهره اسمعیل زاده

استاد مشاور:

دکتر کامبیز کامکاری

نگارش:

لیلا بهرامی قیصر

تابستان ۱۴۰۲

سپاسگزاری:

از استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر زهره اسمعیل زاده و جناب آقای دکتر کامبیز کامکاری که با حمایت‌ها و راهنمایی‌های بی دریغ خود مرا در تهیه این پایان‌نامه یاری نمودند سپاسگزاری می‌نمایم.

تقدیم به :  
خانواده عزیزم

## فهرست مطالب

فصل اول کلیات تحقیق .....	۲
۱-۱ مقدمه .....	۳
۲-۱ بیان مسأله .....	۷
۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق .....	۱۰
۴-۱ اهداف تحقیق .....	۱۲
۱-۴-۱ هدف اصلی .....	۱۲
۲-۴-۱ اهداف فرعی .....	۱۲
۵-۱ سؤالات تحقیق .....	۱۳
۱-۵-۱ سوال اصلی .....	۱۳
۲-۵-۱ سوالهای فرعی .....	۱۳
۶-۱ متغیرهای تحقیق .....	۱۳
۱-۶-۱ روایی تشخیصی .....	۱۳
فصل دوم ادبیات و پیشینه تحقیق .....	۱۴
۱-۲ اختلال رفتاری .....	۱۵
۱-۱-۲ درآمدی بر اختلال رفتاری .....	۱۵
۲-۱-۲ تعریف اختلالات رفتاری از دیدگاههای گوناگون .....	۱۷
۳-۱-۲ شیوع اختلالات رفتاری در جمعیت عمومی .....	۱۸
۴-۱-۲ سببشناسی اختلالات رفتاری .....	۲۳
۵-۱-۲ روشهای جسمانی و روان درمانی مرتبط با اختلالات رفتاری .....	۲۶
۶-۱-۲ روشهای پزشکی مرتبط با اختلالات رفتاری .....	۲۶
۷-۱-۲ الگوهای مرتبط با اختلالات رفتاری .....	۲۸
۱-۷-۱-۲ هیجانپذیری .....	۲۸

۲۹	..... ۲-۷-۱-۲ وسواس - اجبار
۳۲	..... ۳-۷-۱-۲ گوشه‌گیری
۳۳	..... ۴-۷-۱-۲ پارانوئیا
۳۵	..... ۵-۷-۱-۲ افسردگی
۳۸	..... ۶-۷-۱-۲ تمایلات تهاجمی
۳۸	..... ۷-۷-۱-۲ تمایلات بی‌قراری
۴۱	..... ۸-۷-۱-۲ تمایلات ضداجتماعی
۴۴	..... ۸-۱-۲ معیارهای رفتار نابهنجار
۴۵	..... ۹-۱-۲ ملاک‌های رفتار نابهنجار
۴۸	..... ۱۰-۱-۲ دیدگاه‌های مختلف درباره رفتار نابهنجار
۵۱	..... ۲-۲ کارکردهای اجرایی
۵۱	..... ۲-۲-۱ تعریف کارکردهای اجرایی
۵۵	..... ۲-۲-۲ درآمدی بر پرسشنامه کارکردهای اجرایی
۶۰	..... ۳-۲-۲ درآمدی بر کارکردهای اجرایی
۶۷	..... ۳-۲ پیشینه تحقیق
۶۷	..... ۱-۳-۲ پیشینه تحقیق داخلی
۷۱	..... ۲-۳-۲ پیشینه تحقیق خارجی
۷۴	..... فصل سوم روش شناسی تحقیق
۷۵	..... ۱-۳ روش تحقیق
۷۶	..... ۲-۳ جامعه آماری
۷۶	..... ۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری
۷۷	..... ۴-۳ ابزار اندازه‌گیری
۸۷	..... ۵-۳ تجزیه و تحلیل داده‌ها



فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده ها.....	۸۸
۱-۴ روایی تشخیصی با تاکید بر روش نمودار پراکنش (روش دیویس):.....	۸۹
۲-۴ روایی تشخیصی با تاکید بر روش فاصله اطمینان:.....	۸۹
۳-۴ روایی تشخیصی با تاکید بر روش نمودار پراکنش (روش دیویس).....	۹۰
۴-۴ روایی تشخیصی با تاکید بر روش فاصله اطمینان .....	۹۴
فصل پنجم بحث و نتیجه گیری .....	۹۸
۱-۵ بحث و نتیجه گیری .....	۹۹
۲-۵ محدودیت‌های تحقیق .....	۱۰۲
۳-۵ پیشنهادهای تحقیق .....	۱۰۲
منابع .....	۱۰۳

## فهرست جداول

- جدول ۳-۱ ساختار فرم سه گانه در چهار گروه سنی ..... ۸۲
- جدول ۴-۱: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «فعالیتگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۰
- جدول ۴-۲: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «معطوفسازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۱
- جدول ۴-۳: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تلاشگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۱
- جدول ۴-۴: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۲
- جدول ۴-۵: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۳
- جدول ۴-۶: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «اقدامگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۳
- ۴-۴ روایی تشخیصی با تاکید بر روش فاصله اطمینان ..... ۹۴
- جدول ۴-۷: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «فعالیتگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۴
- جدول ۴-۸: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «معطوفسازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس .. ۹۵
- جدول ۴-۹: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تلاشگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ... ۹۵
- جدول ۴-۱۰: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ۹۶
- جدول ۴-۱۱: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس ۹۶
- ..... ۹۶
- جدول ۴-۱۲: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «اقدامگرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس .. ۹۷

## چکیده

در این تحقیق، به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش آموزان با اختلال رفتاری» پرداخته شده است. روش تحقیق حاضر، در حیطه مطالعات روانسنجی جای گرفته که زیرمجموعه روش پژوهش روش شناختی است. جامعه تحقیق را دانش آموزان با تشخیص اختلال رفتاری تشکیل می دهند که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر از دانش آموزان با اختلال رفتاری به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری در این تحقیق نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون (۲۰۱۹) است که دارای روایی و اعتبار مطلوبی می باشند. مدل آماری مورد استفاده در تحقیق حاضر برای تعیین روایی تشخیصی، روش نمودار پراکنش (روش دیویس) و روش فاصله اطمینان است. در نهایت، یافته های تحقیق نشان داد که ابعاد «فعالیتگرایی»، «معطوفسازی»، «تلاشگرایی»، «تنظیم هیجان» و «اقدامگرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش آموزان با اختلال رفتاری، با هر دو روش، دارای روایی تشخیصی می باشند و می توانند دانش آموزان با اختلال رفتاری را از دیگر دانش آموزان تشخیص دهند.

واژه های کلیدی: روایی تشخیصی، نسخه دوم، مقیاس کارکردهای اجرایی براون، اختلال رفتاری

فصل اول

کلیات تحقیق

## ۱-۱ مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی و شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی-رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل ناشی می‌شود. از این‌رو، امروزه توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی معطوف شده است. اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی، همراهند. محققان در یافتند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند (یوسفی، ۱۳۸۷).

اختلال‌های رفتاری که در برخی از مواقع از آن به‌عنوان رفتارهای بزهکارانه و نابهنجار یاد می‌شود، به رفتارهایی که خارج از هنجار اجتماعی بوده و مطابق با قوانین و مقررات اجتماعی نمی‌باشند، اطلاق می‌شود که از آن جمله می‌توان به رفتارهای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی، ناسازگاری اجتماعی و... اشاره نمود. در این زمینه می‌توان به تحقیقات متفاوتی که پیرامون اختلال‌های رفتاری صورت گرفته است، اشاره نمود (غلامی، ۱۳۹۰). ریشه‌ها و عوامل اختلال‌های رفتاری را باید در شرایط و عوامل زیستی و تربیتی دوران نوجوانی و جوانی جستجو کرد. علت بروز اختلال‌های رفتاری معمولاً علت واحدی نیست بلکه همیشه چندین علت دست به دست یکدیگر داده و باعث بروز رفتارهای مشکل‌دار می‌گردند (بیرجندی، ۱۳۹۲).

شایان ذکر است، فقر مادی، احتیاج و نامساعد بودن وضع اقتصادی در اکثر موارد باعث بروز رفتارهای مشکل‌دار می‌شود. اختلال‌های رفتاری بیشتر در طبقاتی رخ می‌دهد که از نظر سطح فرهنگی پایین‌تر هستند. به عبارت دیگر، بندرت دیده می‌شود خانواده‌های تحصیل کرده، نوجوانان دارای اختلال‌های رفتاری تحویل جامعه دهند (فرجاد، ۱۳۹۰). لازم به ذکر است مطرح شود که اختلال‌های رفتاری بطور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی - اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (فروع الدین عدل، ۱۳۷۲؛ به نقل از کیایی، ۱۳۹۶).

زمانی می‌توان برای گروه‌های کودکان استثنایی برنامه‌ریزی ویژه صورت داد که از طریق سنجش استثنایی، نیمرخ هوشی آزمودنی ترسیم گردیده و با استناد به رویکرد کمی‌نگر در سازه هوش، برنامه‌ریزی دقیقی مبتنی بر سنجش استثنایی انجام گیرد. از این‌رو، سنجش هوش در زمینه‌های سنجش استثنایی، اقدامی مؤثر بوده و به‌عنوان یکی از مهمترین منابع اطلاعاتی در شناسایی نیازهای ویژه کودکان استثنایی و به خصوص کودکان آهسته‌گام، تیزهوش، سرآمد، ناتوان یادگیری و اختلال رفتاری محسوب می‌شود (افروز و کامکاری، ۱۳۹۰).

قلمرو سنجش رفتاری کودک در طول زمان گسترش پیدا کرده است، اما هنوز توافق کلی در مورد تعریف آن وجود ندارد؛ در حالیکه مفاهیم، روش‌ها و اهداف مشترکی وجود دارد که در تعریف این حوزه از آن‌ها استفاده می‌شود. این اشتراکات را اولندیک و هرسن (۱۹۸۴؛ به نقل از استانگر، ۱۹۹۶) به وضوح تعریف کرده‌اند. آن‌ها سنجش رفتاری را به صورت فرایندی اکتشافی و فرضیه‌آزمایی تعریف می‌کنند که در آن برای فهم هر کودک، گروه، یا بوم‌شناسی اجتماعی خاص و فرمول‌بندی و ارزیابی راهبردهای مداخله‌ای خاص از شیوه‌های بخصوص استفاده می‌شود. در رویکرد سنجش رفتاری، آنچه در مرکز سنجش قرار دارد، خود رفتار است. این رویکرد، به خاطر اینکه بر تأثیرات موقعیت فعلی بر رفتار تأکید دارد، اندازه‌گیری‌ها و توصیف‌هایی از محیط و روابط بین رفتار و محیط را در بر می‌گیرد (مینایی، ۱۳۸۵).

در فرآیند سنجش آموزش و پرورش استثنایی، تخصص‌های نوین به وجود آمده که از جمله می‌توان به سازه‌های هوش، خلاقیت و از همه مهمتر، به اختلال رفتاری اشاره نمود. با توجه به شیوع اختلال رفتاری که دامنه وسیع‌تری از دیگر گروه‌های استثنایی را تشکیل می‌دهد، سنجش این گروه از کودکان به‌عنوان

اقدامی موثر و کارآمد بر تبلورسازی رشته تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی یاد کرد (افروز و کامکاری، ۱۳۹۰).

یکی از مهمترین و کاربردی‌ترین ابزارهای روانشناختی که در کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال رفتاری به کار می‌رود، نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون است. نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون که به بخش رفتارهای کنش اجرایی می‌پردازد، توسط والدین و معلمان دانش‌آموزان در دوره آموزشی تکمیل می‌شود. بنابراین، برای دانش‌آموزان ۵ تا ۱۸ ساله مشکوک به اختلالات عصبی-تحوالی کاربرد دارد. نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون دارای دو فرم متفاوت والدین و معلمان می‌باشد که جنبه‌های متنوعی از کارکردهای اجرایی را اندازه‌گیری می‌کند (علیزاده، ۱۳۹۳).

شایان ذکر است، جایگاه کارکردهای شناختی در کُرتکس مغز جای گرفته و بدون هیچ شکی جایگاه عالی‌ترین کارکردهای اجرایی، در بخش پیش‌پیشانی جای دارد. هرچند در لوب پیشانی، کارکردهای برنامه‌ریزی، قضاوت و ارزیابی قرار گرفته است ولی در بخش پیش‌پیشانی با ویژگی سلول‌های عصبی ارتباطی، بخش‌های متفاوت مغز به یکدیگر مرتبط گردیده و حتی با سیستم‌های پایین‌تر از سطح کُرتکس و به‌خصوص لیمبیک نیز مرتبط می‌گردد. هرگونه آسیب به نواحی پیش‌پیشانی و پیشانی می‌تواند تخریب شدیدی را در کارکردهای اجرایی به وجود آورد که از جمله آنها اختلالات یادگیری است (ساتلر؛ ۲۰۱۵).

بارون<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) پژوهش‌های متعددی را پیرامون شناسایی فعالیت‌های مرتبط با کارکرد اجرایی انجام داده و معتقد است مسئله‌گشایی، استدلال سیال، برنامه‌ریزی، سازمان‌بندی، تنظیم هدف، حافظه فعال، بازداری، انعطاف‌پذیری ذهنی، ابتکارگری، کنترل توجه، تنظیم رفتاری و تغییر از یک موقعیت به موقعیتی دیگر به‌عنوان اقدامات اصلی کارکردهای اجرایی شناسایی می‌شوند. یکی از ابزارهای معتبری که می‌تواند کارکردهای اجرایی را سنجش نماید و در تشخیص اختلالات عصبی-تحوالی کاربرد دارد، نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون است. این ابزار از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است و کاربرد

---

<sup>۱</sup> - Sattler

<sup>۲</sup> Baron

تشخیصی<sup>۱</sup> را در سنجش کارکردهای اجرایی کودکان به نمایش می‌گذارد، به راحتی تفسیر می‌شود و تمامی معلمان و مربیان می‌توانند از آن بهره‌مند شوند (دوپائول، پاور، آناستاپلوس و رید،<sup>۲</sup> ۱۹۹۸). فوستر<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) و براون (۲۰۱۷) هر دو بر این باورند که اکثر وظایف زندگی روزمره به تحول همسازگونه کارکردهای اجرایی چندگانه نیاز دارد. رانندگی کردن، انجام تکالیف مدرسه یا وظایف شغلی، خواندن و بازیابی اطلاعات، حل یک مسئله ریاضی، نگارش انشا و مشارکت در مکالمات بین فردی به عنوان مواردی شناخته می‌شوند که به تحول هماهنگ کارکردهای اجرایی چندگانه نیاز دارد. اینگونه رفتارهای سازنده به عنوان وظایف شخصی محسوب می‌گردد و نقص در زمینه‌های شناختی مغز یا آسیب‌های کارکردهای اجرایی، آنها را مختل می‌کند.

به بیانی دیگر، بهره‌گیری از ابزارهای پیشرفته نوین در رشته روانشناسی و آموزش و پرورش استثنایی در پرتو اصول و فنون سنجش روان‌شناختی باعث شده است تا تحولی عظیم در روانشناسی آموزش و پرورش استثنایی به وجود آید و تخصص سنجش استثنایی یا سنجش آموزش و پرورش استثنایی شکل بگیرد. در تخصص مزبور از یک سو به اصول و فنون پیشرفته روانسنجی و روان‌آزمایی به‌عنوان دستاوردهایی از سنجش روان‌شناختی پرداخته شده و از سوی دیگر، به مفهوم‌سازی و توسعه آموزش و پرورش استثنایی تأکید می‌گردد (کامکاری، شکرزاده، عزیزی و فدایی، ۱۳۹۰).

شایان ذکر است، یکی از گروه‌های استثنایی افراد با اختلال رفتاری می‌باشد و همچنین، یکی از اختلال‌های شایع دوران کودکی و نوجوانی، از جمله دلایل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره، اختلال رفتاری است (اپین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال رفتاری در کودکان الگوی پایدار رفتارهای منفی‌کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقص جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران است (پاندینا و همکاران،<sup>۵</sup> ۲۰۰۷). کودکان مبتلا به این اختلال، به آسانی خشمگین می‌شوند، زود از کوره در

---

<sup>۱</sup>Diagnostic otility

<sup>۲</sup>Du paul, Power, Anastopoulos & Reid

<sup>۳</sup> Fuster

<sup>۴</sup> Eapen

<sup>۵</sup> Pandina



می‌روند، با دیگران ستیز دارند، نسبت به خواست و مقررات بزرگسالان بی‌اعتنایی یا عدم همکاری نشان می‌دهند و از طرفی کینه‌توزی می‌کنند و به عمد کارهای مزاحمت برانگیز انجام می‌دهند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۸۱).

با توجه به اینکه در ایران ابزارهای مناسبی برای شناسایی اختلالات رفتاری وجود ندارد و از برخی آزمون‌های قدیمی برای شناسایی اختلالات رفتاری کودکان استفاده می‌شود، ضروری است از فناوری نوین استفاده شود و بتوان به شاخص‌های روانسنجی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در کودکان با اختلال رفتاری دست یافت. از این‌رو، در پژوهش حاضر به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» پرداخته می‌شود.

## ۲-۱ بیان مسأله

با توجه به ابهامات گوناگونی که در زمینه غربالگری کودکان با اختلال رفتاری وجود دارد؛ تاکید بر بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون مطرح گردیده است. همچنین، ضعف در اطلاعات روان‌سنجی در راستای ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای مرتبط با سنجش استثنایی به‌عنوان رایج‌ترین منبع مسأله در پژوهش‌های روان‌سنجی محسوب می‌شود و با توجه به خلاء نظری ایجاد شده می‌توان منبع مسأله پژوهش‌های روان‌سنجی حاضر را فقدان یافته‌های تجربی در زمینه شناسایی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نظر گرفت و می‌تواند به‌عنوان منبع مسأله پژوهش حاضر مطرح شود. به بیانی دیگر، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای سنجش استثنایی برای کودکان، تحقیقات فراوانی انجام شده که به راحتی نمی‌توان به اینگونه شکاف‌های دانش، پاسخ داد. با تأکید بر روند بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارها، اینگونه خلاءهای نظری در زمینه اختلال رفتاری و فقدان یافته‌های تجربی در زمینه اختلال رفتاری کودکان از سویی دیگر، باعث شده تا مسأله تحقیق از پیچیدگی بالایی برخوردار شود.

بهره‌گیری از ابزارهای پیشرفته نوین در رشته روانشناسی آموزش و پرورش استثنایی در پرتو اصول و فنون سنجش روان‌شناختی باعث شده است تا تحولی عظیم در روانشناسی آموزش و پرورش استثنایی

به وجود آید و تخصص سنجش استثنایی یا سنجش آموزش و پرورش استثنایی شکل بگیرد. در تخصص مزبور از یک سو به اصول و فنون پیشرفته روانسنجی و روان‌آزمایی به‌عنوان دستاوردهایی از سنجش روانشناختی پرداخته شده و از سوی دیگر، به مفهوم‌سازی و توسعه آموزش و پرورش استثنایی تأکید می‌گردد (کامکاری، شکرزاده، عزیزی و فدایی، ۱۳۹۰).

شایان ذکر است، یکی از گروه‌های استثنایی افراد با اختلال رفتاری می‌باشد و همچنین، یکی از اختلال‌های شایع دوران کودکی و نوجوانی، از جمله دلایل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره، اختلال رفتاری است (ایپین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال رفتاری در کودکان الگوی پایدار رفتارهای منفی‌کارانه، خصومت‌آمیز و گستاخانه در غیاب نقص جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران است (پاندینا و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). کودکان 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 به عمد کارهای مزاحمت برانگیز انجام می‌دهند (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۸۱).

از سوی دیگر، با توجه به اینکه شناسایی و تشخیص اختلال رفتاری دانش‌آموزان برای پژوهشگران حائز اهمیت بوده است و همچنین، استفاده از ابزارهای معتبر و دقیق در این زمینه لازم می‌باشد، تحقیقات متعددی در زمینه غربالگری کودکان با اختلال رفتاری و ویژگی‌های روانسنجی ابزارهای معتبر در این زمینه صورت گرفته است که می‌توان به پژوهش مینایی (۱۳۸۵) اشاره نمود. وی به «انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم» در ۱۴۳۷ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی، راهنمایی و متوسطه شهر تهران که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، پرداخت و مطرح نمود دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس -ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ بوده و ضریب ثبات با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده و دامنه ضرایب از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. در نهایت، مطرح گردید که

---

<sup>۱</sup> Eapen

<sup>۲</sup> Pandina

این ابزار در هر سه فرم از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن‌ها برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال استفاده نمود.

**شهیم، یوسفی و قنبری مزیدی (۱۳۸۶)** در پژوهشی به «ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری کوای و پترسون» پرداختند و به کمک چک‌لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری کوای و پترسون بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد که روایی چک‌لیست به روش همبستگی گویه‌ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمرات چک‌لیست با نمرات پرسشنامه رفتار کودک راتر (۰/۸۸) به دست آمد و تحلیل عوامل یا مؤلفه‌های اصلی و سپس چرخش واریماکس، استخراج چهار عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ را در پی داشت که عبارتند از اختلال سلوک، مشکلات توجه، ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب، گوشه‌گیری. اعتبار چک‌لیست با روش بازآزمایی برای نمرات کل چک‌لیست ۰/۸۸، اختلال سلوک ۰/۹۰، مشکلات توجه- ناپختگی ۰/۸۵، پرخاشگری اجتماعی ۰/۷۹ و اضطراب- گوشه‌گیری ۰/۷۸ بود. ضرایب آلفا کرانباخ برای نمرات کل چک‌لیست ۰/۹۸ و برای اختلال سلوک ۰/۹۷، مشکلات توجه- ناپختگی ۰/۹۷، پرخاشگری اجتماعی ۰/۸۲ و اضطراب- گوشه‌گیری ۰/۸۵ به دست آمد.

**خانی (۱۳۹۷)** در پژوهش خود با عنوان «ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه رفتاری کودکان آبرگ در دانش‌آموزان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری» مطرح نمود که سیاهه رفتاری کودکان آبرگ دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب بوده و برای شناسایی و شدت اختلال رفتاری کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین، مشخص گردید که سیاهه رفتاری کودکان آبرگ با پرسشنامه اختلال سلوک (CSI-۴) و پرسشنامه آخنباخ دارای روایی همزمان از نوع ملاکی می‌باشد.

همچنین در تحقیق در تحقیق **چین جنیفر (۲۰۱۱)** تحت‌عنوان «ارزیابی فرم والدین بررسی رفتار و هیجان کودکان با استفاده از نسخه دوم سیستم نظارت بر رفتار کودکان (BASC-2)» مشخص گردید که با بررسی خرده‌مقیاس‌های فرم والدین نسخه دوم می‌توان از ابزار مذکور برای ارزیابی رفتار و هیجان‌های کودکان از طریق والدین استفاده نمود.

همچنین مفاهیم عملی برای روانشناسان مدرسه که علاقه‌مند به شناسایی زود هنگام و جهت‌دهی به تحقیقات آینده هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در نهایت مطرح می‌شود، ابزارهای مرتبط با تشخیص اختلال رفتاری باید از مطلوبیت روان‌سنجی برخوردار باشند. بنابراین، بهره‌گیری از ابزارهای تشخیصی و به‌خصوص نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون می‌تواند توانمندی علمی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از طریق تشخیص و درمان متناسب افزایش دهد. بنابراین، می‌توان ابعاد مسأله پژوهش را به‌عنوان فقدان اطلاعات در زمینه روایی تشخیصی با استناد به شیوه‌های متفاوت محاسبه برای نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری شهر تهران مطرح نمود. بنابراین، سوال اصلی تحقیق اینگونه مطرح می‌شود که: آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری از روایی تشخیصی برخوردار است؟

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

با توجه به اینکه اختلال رفتاری از شایع‌ترین اختلالات در کودکان و نوجوان می‌باشد که با شیوع ۲ تا ۱۶ درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه، و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند (کیایی، ۱۳۹۶)، وجود ابزاری دقیق و معتبر برای سنجش این اختلال در جوامع روان‌شناسی امری ضروری و حائز اهمیت می‌باشد. از این‌رو، در پژوهش حاضر به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» پرداخته می‌شود تا بتوان ابزاری با ویژگی‌های روانسنجی مطلوب برای تشخیص و شناسایی اختلال رفتاری در کودکان ارائه نمود.

همچنین، از آنجایی که در ایران ابزار جدید و مناسب جهت سنجش رفتار کودکان وجود ندارد، بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزار فوق و بدیع و جدید بودن ابزار، لزوم استفاده از آن را مشخص می‌کند. لذا با استفاده از ابزارهای جدید نهضت سنجش استثنایی توسعه یافته و می‌توان چهارچوب علمی و تحقیقاتی مناسبی برای شناسایی و سنجش رفتار کودکان همچنین نیازسنجی، برنامه‌ریزی و مداخله را در این حوزه به دست آورد. در این راستا با برنامه‌ریزی جامع و فراگیر در راستای شناسایی کودکان استثنایی و طراحی

ابزار جدید و هنجاریابی ابزارهای نوین و استفاده از کامل‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای علم روانشناسی و فناوری‌های جدید در جهت تشخیص و مداخله بهنگام، شرایط مساعدی برای شناسایی و تشخیص کودکان استثنایی به ویژه کودکان با اختلال رفتاری فراهم ساخت.

فقدان ابزارهای دقیق تشخیصی باعث می‌شود تا شیوع‌شناسی اختلالات رفتاری متغیر باشد؛ بی‌علت نیست که لیون از همبودی انواع اختلالات و ضعف در استخراج معیارهای تشخیصی به‌عنوان پیامدی از تشخیص نادرست صحبت به میان می‌آورد. وی اعتقاد دارد که ضعف در ابزارهای تشخیصی، باعث می‌شود تا نتوان تشخیص معتبری را از دانش‌آموزان در معرض خطر ایجاد نمود. از این‌رو، باید طیف وسیعی از ابزارهای تشخیصی را استاندارد نمود (کامکاری و شکرزاده، ۱۳۹۵).

بنابراین، اجرای تحقیقات منظم و مداوم در حیطه سنجش و اندازه‌گیری، می‌تواند مدارک معتبری را برای افزایش اعتبار و روایی ابزارهای اندازه‌گیری برای دانش‌آموزان با اختلال رفتاری فراهم سازد. اینگونه اقدامات در راستای سنجش کارکردهای شناختی از اولویت و ضرورت فزاینده‌ای برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان یکی از مهمترین فعالیت‌های بنیادی محسوب شود. تدوین مقیاسی برای اندازه‌گیری کارکردهای شناختی و پس از آن توسعه و معرفی آزمونی برای سنجش هوش، از ضرورت فزاینده‌ای برخوردار بوده و می‌توان آن را به عنوان اولویت اصلی سنجش استثنایی در نظر گرفت.

در نهایت، اهمیت پژوهش حاضر در توسعه مرزهای روش‌شناختی در سنجش، نیازسنجی، برنامه‌ریزی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی جای دارد. از طریق روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در کودکان با اختلال رفتاری پرداخت و اطلاعات غنی بالینی را در زمینه مداخلات آموزشی - بالینی به دست آورد. از این‌رو، اجرای تحقیقات منظم و مداوم در حیطه سنجش و اندازه‌گیری، می‌تواند مدارک معتبری را برای افزایش اعتبار و روایی ابزارهای اندازه‌گیری برای کودکان فراهم سازد. اینگونه اقدامات در راستای سنجش مشکلات رفتاری از اولویت و ضرورت فزاینده‌ای برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان یکی از مهمترین فعالیت‌های بنیادی محسوب شود. در جامعه‌ای که هنوز ابزاری معتبر در راستای اندازه‌گیری سنجش مشکلات رفتاری کودکان بکار برده نمی‌شود، تدوین مقیاسی برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان و پس از آن توسعه و معرفی آزمونی برای سنجش مشکلات

رفتاری کودکان، از ضرورت فزاینده‌ای برخوردار بوده و می‌توان آن را به‌عنوان اولویت اصلی سنجش در نظر گرفت. استفاده از آزمون‌های نامعتبر در حیطه‌های آموزش و پرورش کودکان باعث شده است تا سنجش‌های غیردقیق صورت گیرد و موج عظیمی از نارضایتی را به وجود آورد.

از سویی دیگر، فرایند اعتباربخشی و رواسازی ابزارهای سنجش یا شناسایی ویژگی‌های روان‌سنجی، از پیچیدگی بالایی برخوردار است و نمی‌توان آن را به‌عنوان فرایندی ساده و سطحی در نظر گرفت. برخی ابزارهای سنجش، از روایی و اعتبار ضعیفی برخوردار می‌باشند و نمی‌توان از آنها به‌عنوان ابزارهای سنجش یاد نمود. در مقابل، برخی ابزارها، روایی و اعتبار مقبولی داشته و در سنجش و تشخیص، از منزلت و جایگاه بالایی برخوردار هستند. جهت ارزیابی اختلال رفتاری، ابزارهای متنوعی در اختیار متخصصان است که از جمله ابزارهای مورد استفاده می‌توان به نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون اشاره نمود.

#### ۱-۴ اهداف تحقیق

با توجه به موضوع تحقیق حاضر که به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» می‌پردازد و هدف تحقیق در حیطه تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد، با یک هدف اصلی و دو هدف فرعی سر و کار داشته که به شرح زیر عنوان می‌شوند:

#### ۱-۴-۱ هدف اصلی

- بررسی روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

#### ۱-۴-۲ اهداف فرعی

- بررسی روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش نمودار نقاط پراکنش

- بررسی روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش فاصله اطمینان

## ۵-۱ سؤالات تحقیق

با توجه به هدف تحقیق حاضر که به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» معطوف است، با یک سوال اصلی و دو سوال فرعی سر و کار داشته که به شرح زیر عنوان می‌شوند:

### ۱-۵-۱ سوال اصلی

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی است؟

### ۲-۵-۱ سوال‌های فرعی

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش نمودار نقاط پراکنش دارای روایی تشخیصی است؟

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش فاصله اطمینان دارای روایی تشخیصی است؟

## ۶-۱ متغیرهای تحقیق

از آنجائیکه هدف تحقیق حاضر به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» معطوف است، متغیر مورد بررسی «روایی تشخیصی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون بوده که به ذکر تعریف نظری و عملیاتی متغیر مذکور پرداخته می‌شود:

### ۱-۶-۱ روایی تشخیصی

**تعریف نظری:** به عنوان روایی بالینی محسوب گردیده و برای تشخیص بروز نارسایی، اختلال و ناتوانی در طیف دوارزشی جای می‌گیرد (کامکاری، کیومرثی و شکرزاده، ۱۳۸۶).

**تعریف عملیاتی:** روایی تشخیصی در این تحقیق، با استفاده از دو روش فاصله اطمینان و روش نمودار نقاط پراکنش محاسبه شده است.

# فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق



## ۲-۱ اختلال رفتاری

### ۲-۱-۱ درآمدی بر اختلال رفتاری

تا چندی قبل توجه چندان به اختلال‌های رفتاری بویژه اختلال رفتاری کودکان نمی‌شد و دیدی که نسبت به کودک وجود داشت حاکی از این بود که ارزش و اهمیت خاصی برای کودک وجود ندارند. به طوری که در قرون چهارده و پانزده، بسیاری از آنان مورد غفلت قرار می‌گرفتند، به بردگی فروخته می‌شدند. یا در صومعه‌ها و یتیم‌خانه‌ها رها می‌شدند. یکی از دلایل بی‌ارزش بودن کودکان، فقط هلاکت زودرس آنان بود. در نتیجه همان گویه که اریس<sup>۱</sup> (۱۹۶۲) اظهار می‌دارد مردم نمی‌توانستند به خود اجازه دهند کودکی را که احتمالاً از بین می‌رفت وابسته به خود بدانند. پدیده دیگری که به این قضیه مربوط می‌شود آن بود که دوران کودکی را دوره‌ای از زندگانی که از آغاز بزرگسالی جداست نمی‌دانسته به مجرد آنکه کودکان می‌توانستند بدون کمک بزرگترها زندگی کنند بزرگسالان کوچک اندام به حساب می‌آمدند. این نوع برخوردها تا قرون هفده و هیجده ادامه داشت به تدریج کودکان در جمع خانوادگی حکم اسباب بازی‌های دوست‌داشتنی و قابل قبول را پیدا کردند. در خارج از منزل مردان کلیسا و افرادی که به اصول اخلاقی پایبند بودند به کودکان به دیده موجوداتی می‌نگریستند که به تربیت و مراقبت نیاز داشتند. این نگرش آغازی بود بر آگاهی دوران جدیدی که کودکان را با طبیعت خاص و منحصر به خود آنان می‌نگرد اگر کودکی را مرحله‌ای از رشد که خصوصیات منحصر به خود را ندانیم در کار مطالعه و شناختن اختلال‌های کودکی پیشرفت عمده‌ای حاصل نخواهد شد (غلامی، ۱۳۹۰).

به رغم آنکه بیش از آن به ناتوانایی‌های رفتارهای کودکان اشاره‌های زودگذری شده بود. اما اولین

---

<sup>۱</sup> - Aris

مدارک مربوط به مسایل خاص آنان به قرن نوزدهم باز می‌گردد تا پایان این قرن چند چهره برجسته کوشیدند اختلال‌های کودکی را طبقه‌بندی کنند. از میان این رفتارها به روان‌پریشی (پسیکوز)، پرخاشگری، تحرک بیش از حد و بیماری استمناء اشاره شده بود اما از عقب ماندگی ذهنی بیش از همه سخن به میان آمده است. همزمان با کوشش‌هایی که برای درک رفتاری به عمل می‌آمد علاقه به آموزش و پرورش جوانان و مشاهده نمودار رشد کودکان نیز فزونی می‌یافت و به اصطلاح شرح کودکی مردانی چون چارلز داروین<sup>۱</sup> و پرورشکار سوئسی یوهان پستر<sup>۲</sup> و لوزی<sup>۳</sup> درآمدهایی بر مشاهده علمی کودکان در عصر جدید شد. نظریات فروید نیز در زمینه آسیب‌شناسی روانی تاثیر فراگیری داشته است او هر چند در عمل کودکی را درمان نکرد با وجود این وی معتقد بود که کلید درک رفتارهای بعدی فرد تعارض‌های میان نهاد، خود فرا خود دوران کودکی، افزون بر این نظریه رشد فروید دوره‌هایی را مشخص می‌کند که عمومیت دارد و همه کودکان باید آنها را بگذارند وی این دوره‌ها را به طور عمیق تشریح می‌کند و ارتباط آنها را با رفتارهای بعدی بیان می‌دارد (فرجاد، ۱۳۹۴).

**تعریف اختلال رفتار:** برای تعریف اختلال کنشی شیوه دقیق و ساده‌ای در دست نیست و غالب اوقات مشکلات رفتاری را نابهنجار تلقی می‌کنند. بدین ترتیب نابهنجار در وهله اول آنچه را از اعتدال منحرف شده است. به ذهن می‌رساند هر چند که استفاده عادی از واژه بر این فرض است که جهت انحراف منفی، حاکی از بیماری است. از این رو، اختلال‌های روانی با رفتاری را غالباً رفتارهای مربوط به آسیب روانی نامیده‌اند.

به نظر می‌رسد که اصطلاح اختلال رفتاری در مورد افرادی قابل انطباق است که ناتوان از سازش یا ضوابط رفتاری جامعه هستند و در مقابل آموزش اجتماعی مقاومت، ضد اجتماعی، ستیزه‌جو، بی‌کفایت، غیر عادی و تحریک پذیر می‌باشند. الگوهای رفتار آنها غیرانطباقی تلقی می‌شود و در دوره نوجوانی یا پیش از آن برقرار می‌گردد (نلسون؛ ترجمه منشی طوس، ۱۳۹۲).

---

<sup>۱</sup>- Charls Darwin

<sup>۲</sup>- Yohan Pester

<sup>۳</sup>- Lozi

## ۲-۱-۲ تعریف اختلالات رفتاری از دیدگاه‌های گوناگون

هرینگ<sup>۱</sup> ۱۹۵۳ می‌نویسد کودکی که به طور مزمن دارای یکی از ویژگی‌های زیر می‌باشد کودکی با اختلال رفتاری است.

الف) ناتوانی در یادگیری مناسب با بهره هوشی، ناتوانی جنسی، حرکتی و رشد فیزیکی.

ب) ناتوانی در ایجاد حفظ روابط اجتماعی مناسب

ج) ناتوانی در پاسخگویی به شرایط زندگی روزمره

د) رفتارهای گوناگون که گستردگی آن از فعالیت بیش از اندازه یا پیش‌فعالی و پاسخگویی ناگهانی تا رفتارهای افسرده‌گون و گوشه‌گیرانه کشیده شده است.

پُل<sup>۲</sup> ۱۹۶۳، کودک با اختلالات رفتاری را کودکی می‌داند که رفتارهایش به اندازه‌ای نامناسب است که شرکت او در کلاس درس، باعث از هم گسیختن حواس یا آشفتگی ذهنی سایر همکلاسان باشد و نیز فشاری بیش از حد به معلم وارد می‌کند. باورآلومبر<sup>۳</sup> ۱۹۷۱، کودکی دارای اختلالات رفتاری است که در رفتارها و عملکردهایش نسبت به همسالان نقصان وجود دارد.

کافمن<sup>۴</sup> کودکان دارای اختلال ساختاری کسانی هستند که به شدت و به نحوه بارز واکنش‌های نامناسبی نشان می‌دهند که از لحاظ فردی و اجتماعی قابل قبول نیست. اما می‌توان رفتاری را که از نظر اجتماعی قابل قبول‌تر و از دید فردی رضایت‌بخش‌تر است را به آنان آموخت.

ردز و بال<sup>۵</sup> ۱۹۷۳ معتقدند که تعریف اختلالات رفتاری به لحاظ ایده‌ها و تعداد نظرات فراوانی که توسط متخصصین گوناگونی علوم انسانی در این مورد مطرح می‌باشد روشنی و صراحت خود را از دست داده است (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۰)

---

<sup>۱</sup>- haring

<sup>۲</sup>- Pole

<sup>۳</sup>- boweralomber

<sup>۴</sup>- Kaffman

<sup>۵</sup>- Redz and Ball

## ۲-۱-۳ شیوع اختلالات رفتاری در جمعیت عمومی

مطالب موجود این قسمت عمدتاً به کودکانی اختصاص دارد که در انگلستان زندگی می‌کنند ولی شواهد حاکی از وجود میزان مشابهی از اختلالات در سایر کشورهای پیشرفته مخصوصاً اروپا، آمریکای شمالی و استرالیا است.

۱- شیوع کلی: اختلالات رفتاری و هیجانی در جمعیت عمومی شایع هستند. ۲۲ درصد از کودکان پیش دبستانی دچار مشکلات حاد رفتاری هستند (ریچمن، ۱۹۸۲) آنهایی که در شهرهای بزرگتر زندگی می‌کنند. ۲۵ درصد کسانی که در شهرهای کوچک زندگی می‌کنند تا نصف این رقم را به خود اختصاص می‌دهند (راتر، ۱۹۷۶). در همین حال ۲۰ درصد از نوجوانان و مخصوصاً دختران جوان دچار مشکلات اساسی و روان‌شناختی هستند. به عبارتی یک پنجم از کودکان و نوجوانان در هر سال مشکلات و ناراحتی‌های روانی را از خود نشان می‌دهند.

۲- شیوع اختلالات خاص روانی: این موضوع تحت عناوین گوناگونی در بخش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است روی هم رفته شایع‌ترین مشکلات روانی در کودکان عبارتند از: اختلالات عاطفی (هیجانی که علامت عمده آنها اضطراب و افسردگی است) و نیز اختلالات سلوکی که با پرخاشگری و سایر رفتارهای ضداجتماعی مشخص می‌شوند در سنین میانی کودکی، این مورد ۲۰ درصد اختلالات را به خود اختصاص می‌دهند. میزان بروز اختلالات روانی در اقلیت‌های نژادی ساکن انگلستان نسبتاً شبیه به جمعیت بومی ساکن این کشور است و این مخصوصاً در مورد مهاجران آفریقایی و آمریکای جنوبی مصداق دارد. این اقلیت‌ها مورد مطالعه کامل قرار گرفتند (رضایی، ۱۳۸۲).

شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه به منظور بررسی میزان بروز اختلالات رفتاری و هیجانی، مطالعات در کشورهای در حال توسعه انجام گرفته است.

یافته‌های بدست آمده حاکی از آن است که کودکانی که در این کشورها و شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند در مقایسه با کشورهای توسعه یافته با مشکلات مشابهی روبه‌رو هستند. این مشکلات در بین

---

<sup>۱</sup> - Richman

۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان شایع است از لحاظ اختلالات نیز بالنسبه شباهت‌هایی وجود دارد در اینگونه مناطق نسبت به کشورهای توسعه یافته که حالات عاطفی بیشتر از طریق علائم و تغییرات بیان می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که تغییرهای محیطی وابسته بروز اختلال رفتاری یا هنجاری نیز نسبتاً شبیه چیزی است که در کشورهای توسعه یافته دیده می‌شود. زمانی تصور بر این بود که کودکان در خانواده‌های گسترده در مقایسه با خانواده‌های وابسته کمتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی هستند چرا که جو عاطفی این خانواده‌ها بازتر است. با وجود این شواهد دال بر آنند که فشارهای موجود در خانواده‌های گسترده کمتر نیست بلکه از نظر ماهیت متفاوت است. فرضاً در یک خانواده چند همسری<sup>۱</sup> (چند زنی) فرزندان زنی که کمتر از زنان محبوبیت دارد، بیشتر مورد تبعیض قرار می‌گیرند. افزون بر این فشارهای خاص دیگری نظیر آنچه به دلیل بی‌رویه شهرنشینی و پیدایش بی‌قوله‌های حاشیه شهرهای بزرگ پدید می‌آید، غالباً در کشورهای در حال توسعه وجود دارد.

**رفتارهای بهنجار و نابهنجار:** اکثر افراد به شیوه‌ای سازمان یافته عمل می‌کنند. بدین معنی که پاسخ‌های آنان به صورت الگوهای ناهمانندی از رفتار که در عین حال هدف‌دار نیز می‌شود، متجلی می‌شود که موضوع اصلی آن شخصیت است (اما تفاوت‌های گسترده‌ای در انواع سازماندهی رفتاری در افراد موجود است).

به نظر می‌سد که پاره‌ای مردم در غالب اوقات به طور سازنده و کارآمد عمل می‌کنند، کوشش‌های سازگاران آنان واقع‌بینانه، از لحاظ اجتماعی بارور و از لحاظ شخصی ارضاء کننده است در حالی که افراد دیگر فقط تا حدودی دارای شیوه‌های موثر در مواجهه با مسائل هستند و بیشتر اوقات بجای صرف انرژی در حل فعالانه مشکل، به استفاده از مکانیزم‌ها و رفتارهای دفاعی می‌پردازند. این گونه افراد در جامعه کمتر نقش سازنده موثر دارند و نارضایتی و ناشادی شخص آنان غالب مشهود است. گروه دیگری هستند که کلاً در مواجهه با مشکلات ناتوان و از حل آنها عاجز بوده و شدیداً وابسته به دیگرانند که این گونه افراد معمولاً مخرب و در زندگی شخصی خویش ناشاد و درمانده هستند بنابراین در حالی که رفتارها را می‌توان کوشش در جهت سازگاری دانست ولی متأسفانه همه رفتارهای منتج به سازگاری

---

<sup>۱</sup> - polygamous

مطلوب و موفقیت آمیز نخواهد شد (غلامی، ۱۳۹۰).

**تعریف رفتار بهنجار و نابهنجار:** بیشتر ویژگی‌های رفتاری را می‌توان در یک خط و سیر پیوسته ترسیم نمود، تفاوت‌های رفتاری بیشتر از لحاظ درجه است تا نوع، این نکته در مورد رفتار غیر عادی نیز صادق است. یعنی علی‌رغم عقیده عمومی نمی‌توان بین افراد بهنجار و نابهنجار خط فاصل مشخصی ترسیم نمود زیرا رفتار افراد معمولاً اغراق آمیز و انواع مشخصی از رفتار است که در درجات مختلف و گوناگون بوسیله افراد بهنجار نیز بروز می‌کند. چون کلمه نابهنجار اصولاً معنی دور بودن از طبیعی را می‌دهد. بنابراین، دلالت بر انحرافی از بعضی استانداردها را دارد.

در سطح روان‌شناختی مدل آرمانی یا حتی مدل طبیعی برای مقایسه رفتار بهنجار و نابهنجار نداریم. بنابراین، نمی‌توان گفت کدام رفتار بهنجار و کدام رفتار نابهنجار است با این وجود دیدگاهها و ملاک‌های مختلفی برای تشخیص بهنجار از نابهنجار وجود دارد که عبارتند از:

**۱- ملاک آماری:** مفهوم لغوی کلمه نابهنجار عبارت است از دور بودن از نرم باهنجار است که خود یک مفهوم آماری است بر اساس این تعریف، نابهنجاری با انحراف آماری یکسان خواهد بود. بدین معنی که رفتار فرد در هنگامی نابهنجار است که میزان کافی یعنی از رفتار بیشتر افراد دیگر متفاوت باشد.

**۲- تعریف آماری:** از این جهت که ضوابط کمی ناهنجاری را مورد تاکید قرار می‌دهد. دارای محاسنی است زیرا ما را قادر می‌سازد تا رفتار ناهنجار را با دقت بشناسیم و رفتار مورد نظر را بسنجیم. برای سنجش خود استانداردهای هنجاری به وجود آوریم و بالاخره در مورد درجه انحراف آماری که برای رفتار نرمال (هنجار) قابل تحمل می‌دانیم، تصمیم بگیریم در کارهای کلینیکی اغلب از ضوابط آماری برای تشخیص کمی ناهنجاری استفاده می‌شود.

**۳- ملاک اجتماعی:** تعریف نظری ناهنجاری مبتنی بر کیفیت فرایندهای سازگاری است بدین معنی که نهایت درجه سازگاری، میزان و ملاک بهنجار بودن است نه فراوانی آماری بر این اساس ناهنجاری چیزی جز شکست و یا بی‌کفایتی در سازگاری فرد نیست.

۴- ملاک روانی: توجه به این نکته ضروری است که ملاک تعیین رفتار طبیعی فقط این است که اجتماع آن را بپذیرد بلکه رفتار طبیعی رفتاری است که رفاه مردم و سرانجام رفاه جامعه را تامین نماید بر این اساس اگر تطبیقی با ارزش‌های اجتماعی ناسازگارانه باشد یعنی به فرد لطمه بزند ناهنجار تلقی می‌گردد. منظور از رفتار ناسازگارانه رفتاری است که با حداقل رشد و کنش فرد در تضاد باشد. بنابراین طبق این ملاک رفتار ناهنجار فقط شامل اختلالاتی از قبیل پسیکوزیانورو نمی‌شود، بلکه الگوهایی از قبیل می‌بارگی، مشاغل نادرست، بی‌حسی عاطفی ناسازگاری‌های بیولوژیایی روانی و اجتماعی را که موجب آسیب رساندن به رفاه شخص و اجتماع می‌گردد نیز در بر می‌گیرد.

در واقع تعریف بهنجاری و ناهنجاری را می‌توان بر حسب دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار داد.

#### ۱- دیدگاه‌های موضوعی با آسیب‌شناختی: از نظر آسیب‌شناسی، رفتار ناهنجار نتیجه یک حالت

مرضی یا اختلال است که بر اساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص است. این دیدگاه به دو روش مشخص می‌شود: نخست آنکه وجود علائم یا نشانه‌های مرضی، دلیل بر ناهنجاری است در حالیکه تجربه نشان می‌دهد که نادرند افرادی که مخصوصاً تحت شرایط تنیدگی عامل فاقد نشانه‌های مرضی باشند. ثانیاً فقدان نشانه‌های مرضی دلیلی بر بهنجاری است در حالی که در خلال فرایند بسیاری از بیماری‌ها، نشانه‌های موضعی مشاهده نمی‌شود. مثلاً فردی که دچار بیماری تنگی نفس است، قبل از آنکه بحران حادث گردد، هیچ‌گونه نشانه موضعی نشان نمی‌دهد و به دلیل آشکار نبودن نشانه مرضی را نمی‌توان بهنجاری تلقی کرد. امروز تقلیل دادن بیماری به نشانه حاد علائم آسیب دیدگی موضعی قابل قبول نیست بلکه باید ظرفیت بالقوه بازیافتن سلامت را در تعریفشان دخیل کرد (سیده‌محمدی، ۱۳۹۳).

#### ۲- دیدگاه آماری: در این دیدگاه به اتکا نوعی بررسی ریاضی و استفاده از ترسیم منحنی، حد

بهنجاری یا ناهنجاری را مشخص می‌شود. مرتبه بهنجاری بر حسب گفته مولفان دو سوم تا سه چهارم حد میانی منحنی اکثر گروه‌های مورد مطالعه را در بر می‌گیرد و افرادی که در کنار یا در اطراف میانه منحنی قرار دارند، ناهنجار و یا برتر قلمداد می‌شوند اما اگر بهنجاری را به منزله میانگین آمار تعریف کنیم، مانند آن است که هر چه را حد میانه منحنی قرار نگیرد در قلمرو مرضی قرار می‌دهیم، ولی آیا

افراد کوتاه قد و یا سرآمد را می‌توان نابهنجار تلقی کرد. بنابراین، بخصوص در زمینه خصوصیات روانی باید به این دیدگاه با تردید نگریسته شود، خاصه هنگامی که صحبت از بررسی پدیده‌ها و ارزشیابی آنها در میان است.

**۳- دیدگاه فرهنگی:** از این دیدگاه رفتار و یا بازخوردهای یک فرد بر حسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بهنجار یا نابهنجارند، در زندگی اجتماعی، امکان آزادی در حد قابل قبول برای تظاهرات فردی وجود دارد ولی اجتماع نمی‌تواند انحراف از آداب و رسوم استقرار یافته را تحمل کند. اما باید در نظر گرفته شود که آداب و رسوم و بازخوردهایی که در یک گروه فرهنگی بهنجار تلقی می‌شوند، در گروه دیگر ممکن است نابهنجار داشته شوند. یا آنکه اموری که در نسل گذشته یاور یک سده پیش از این نابهنجار بوده‌اند ممکن است در اجتماع امروزی قابل قبول باشند. بنابراین نمی‌توان هر رفتاری را که از میانگین نتایج گروه اجتماعی فاصله می‌گیرند، نابهنجار تلقی کرد (میلانی فر، ۱۳۹۰).

**۴- دیدگاه آرمانی گرا یا تعیین الگوهای بهنجاری:** تعریف بهنجار از راه توسل به یک الگوی فرضی، مستلزم پذیرفتن یک نظام بهنجاری آرمانی است، آرمانی که شاید خواسته سیاستمداران، رهبران یا والدین و مربیان برای کودکان باشد. اما اگر این آرمان را گروه اجتماعی مشخص کند در واقع با هنجار آماری متشبه می‌گردد و اگر بر اساس یک نظام ارزشی (آرمان من) استوار باشد باید روی کنش به چنین نظامی مشخص گردد.

**۵- بهنجاری به منزله سرشماری با توقعات خود و با توقعات جهان بیرون:** می‌توان بهنجاری را به منزله یک فرایند سازش یا ظرفیت واکنش برای بازیافتن تعادل از دست رفته پیشین تلقی کرد. اما قلمرو روانی - اجتماعی چنین تعریف ممکن است مفهوم بهنجاری را به پذیرش اطاعت یا تبعیت از خواسته‌های اجتماعی تقلیل دهد. بدین دلیل است که پاره‌ای معتقدند که ظرفیت سازش و یا آنچه سازش پذیری نامیده شده است. ضابطه‌ای بهتر از سازش به خودی خود است. اما در این صورت نیز باید ضوابط چنین ظرفیتی دقیقاً تعریف شوند، تعریفی که مستلزم بهنجاری به منزله میانگین آماری یا به منزله یک الگوی آرمانی است بدین ترتیب ارایه تعریف ساده و رضایت‌بخش از اصطلاح بهنجار آسان نیست (فرجاد، ۱۳۹۰).



## ۲-۱-۴ سبب‌شناسی اختلالات رفتاری<sup>۱</sup>

معمولاً در علم علاوه بر توصیف یک پدیده سعی بر توجیه یا به عبارت دیگر توضیح و تشریح علل بوجود آورنده آن نیز می‌باشد. مطالعه عمل و عوامل ایجاد کننده در نابهنجاری را سبب‌شناسی<sup>۲</sup> آن بیماری می‌نامند.

چاپ سوم فرهنگ نوین و بستر بین‌المللی<sup>۳</sup> ایتویولوژی یا آسیب‌شناسی را چنین توصیف می‌کنند:

۱- دانش یا آیین علت‌ها یا نشان دادن علت‌ها.

۲- شاخه‌ای از علم که با علل پدیده‌های خاص سروکار دارد.

۳- تمام عوامل که در وقوع یک بیماری با یک حالت نابهنجار سهمی دارند.

در حقیقت علل اساسی بسیاری از بیماری‌های ناشناخته و یا بطور کلی فهمیده نشده است. پس ضروری است که تمام عواملی را که ممکن است نقشی در ایجاد هر اختلال خاص روانی داشته باشند مورد توجه قرار دهیم. یک نظر این است که اختلالات ناشی از کنش متقابل شخصی یا عوامل متعدد سازنده و آشکار کننده می‌باشد. در این نظر فرض بر این است که :

۱- عوامل متعدد سازنده آنهایی هستند که شخص را آماده و آسیب‌پذیر ساخته‌اند و مدت طولانی

به وجود دارند.

۲- عوامل آشکار کننده با شدت‌های متفاوت در افرادی که آمادگی قبلی خفیفی دارند ممکن

است باعث ایجاد اختلال شوند بعنوان مثال شخص الف یک فرد اسکیزوفرنیک که اندکی سازمان‌گسیخته است، ممکن است در اثر یک طرد شدگی مختصر اجتماعی آشفته و پریشان حال گردد. در حالی که شخص ب فردی است با انسجام کافی شخصیت که ممکن است در مقابل فاجعه‌ای مثل آتش‌سوزی یا سیل، فقط یک واکنش اضطرابی خفیف نشان دهد.

۳) عوامل متعدد سازنده در تمام طول زندگی فرد تداوم دارند، این عوامل ممکن است گاهی بر

روی هم انباشته یا با هم مربوط نشوند. عوامل تسریع کننده در طول زندگی شخص به طور متناوب

---

<sup>۱</sup> - Etiology behavior disorder

<sup>۲</sup> - etiology

<sup>۳</sup> - rchslers thirdinew lernational inndictionary

اتفاق می‌افتد. این عوامل ممکن است با تکالیف خاص مربوط به رشد مربوط باشند.

۴) حقیقت امر این است که رفتار انسان در هر زمان با حالت ذهنی وی و با ظرافت تطابق او با محیط بلافصل وی در آن لحظه معین می‌شود.

۵) از گذشته دو فرضیه مهم برای بیان علت‌های بیماری‌های روانی مطرح شده است تئوری پسیکوژنتیک<sup>۱</sup> در انزوا و تئوری سوماتوژنیک<sup>۲</sup> (تن زدایی).

۶) فرضیه‌های پسیکوژنتیک و سوماتوژنیک به صورت دو شق متناظر تلقی شده‌اند و چنین دیدگاهی تنویت (دوگانگی) غیرلازم را پیش می‌کشید. حال آنکه تمام عوامل چه آنهایی که روان‌شناختی و چه آنهایی که عنصری طبقه‌بندی می‌شوند، بر هم اثر متقابل ژنتیکی، روانی - اجتماعی و جسمانی دارند.

۱- بعضی از این عوامل احتمالاً فطری هستند و بعضی هم بقدری زود در اوایل زندگی ایجاد می‌شوند که به صورت جزء لاینفک در ساختار شخصیت پایه<sup>۳</sup> درآمده و برخی نیز بعدها نقشی برعهده می‌گیرند.

۲- این بیانات را می‌توان به صورت سیستماتیک نشان داد اما در ابتدا به تعریف اصطلاحات می‌پردازیم:

الف) عوامل ارثی شامل وجود یا عدم وجود اختلالات روانی برای انطباق و از عهده برآمدن، توانایی‌های جسمانی و غیره می‌باشند.

ب) تاثیرات اولیه محیطی شامل گرایش والدین، کنش‌های، متقابل اعضای خانواده و عوامل فرهنگی - اجتماعی است.

ج) مکانیسم‌های دفاعی خوب رشد یافته است، استرس، ضربه‌های جسمانی، از دست دادن شیء یا شخص محبوب<sup>۴</sup>

---

<sup>۱</sup>- Psychogenic theory

<sup>۲</sup>- Sematogenic theory

<sup>۳</sup>- Basic personality structure

<sup>۴</sup>- Loss of Love object

د) اختلالات روانی مانند اضطراب، اختلال خلقی و انواع اختلال پسیکوتیک.

۳- الف) بنابراین عوامل ارثی + تاثیرات اولیه محیطی منجر می شود به ایجاد مکانیسم های دفاعی کامل + استرس های آینده ممکن است منجر شود به اختلالات روانی.

۳- ب) از اختلالات روانی ممکن است از تاثیر متقابل عوامل مستعد کننده، عوامل آشکار کننده با شخصیت فرد بوجود آید.

**درجه شیوع:** با توجه به این نکته غالباً این پرسش درباره اختلال های دوران کودکی شنیده می شود که این اختلال ها تا چه اندازه متداولند؟ با شمارش تعداد کودکان مبتلا به اختلال رفتار در هر زمانی می توان درجه شیوع را بدست آورد. درجه شیوع معمولاً حکم تعداد یا درصد کودکان مبتلا به اختلال را در جامعه دارد. جدا از آنکه دانستن درجه شیوع اختلال های رفتار کنجکاو انسان را ارضاء می کند این اطلاعات زنگ خطری است که نیاز به جلوگیری، درمان، بازپروری و پژوهش درباره آنها را گوشزد می کند (تربیت، ۱۳۹۴).

**تفاوت های مربوط به جنسیت:** یکی از فراگیرترین یافته هایی که با توجه به درجه شیوع اختلال های رفتاری دیده می شود این است که اختلال رفتاری پسران نسبت به دختران از تنوع و گستردگی بیشتری برخوردار است. این گستردگی شامل اختلال شدید روانی، تحرک بیش از حد، خیس کردن رختخواب، رفتار ضداجتماعی و مشکلات یادگیری است.

زمانی که درجه شیوع در دختران بیشتر است با مسئله شرم، ترس، اضطراب، شکوه گری از وضعیت جسم و مشابه اینها مربوط می شود (آخن باخ<sup>۱</sup>؛ ۱۹۷۴؛ کویسن<sup>۲</sup>؛ ۱۹۷۲). شواهد نشان می دهد که درجه شیوع بالاتر اختلال های رفتاری نزد پسران را می توان ناشی از این دانست که کج روی های پسران بیشتر دیده می شود (سپرد<sup>۳</sup>؛ اوپنهایم<sup>۴</sup> و میچل<sup>۵</sup>؛ ۱۹۶۶، به نقل از فرجاد، ۱۳۹۴).

---

<sup>۱</sup> Achenbach

<sup>۲</sup> Koysn

<sup>۳</sup> Sapard

<sup>۴</sup> Openbaim

<sup>۵</sup> Meachic

معلمان و والدین نسبت به تحریک بیش از حد، ناپایداری، حواس پرتی، نفاق و از هم گسستگی پسران تاب تحمل کمتری دارند.

**شیوع اختلالات روان‌شناختی:** کسب اطلاعات در مورد بروز<sup>۱</sup> (تعداد موارد تازه) و شیوع<sup>۲</sup> (تعداد موارد در مقطع خاص زمان) اختلالات روانی - اختلالات یادگیری و سایر مشکلات از منابع مختلفی مقدور است. در بریتانیا برخی از سازمان‌ها، آمار و اطلاعاتی را در این زمینه ارائه داده‌اند. در این میان آمار رشد و سلامتی (۱۹۴۶) مرکز ملی مطالعات رشد کودک و مرکز بهداشت و آموزش کودکان به مطالعات طولی در مورد میزان و کیفیت اختلالات در طی هفته یا سال‌های مختلف دست یافته‌اند (مدنیک و بارت،<sup>۳</sup> ۲۰۱۰).

## ۲-۱-۵ روش‌های جسمانی و روان درمانی مرتبط با اختلالات رفتاری

متخصصان بالینی برای درمان نشانه‌های رفتار نابهنجار فنون و تکنیک‌های مختلفی ابداع کرده‌اند که یکی از عمده‌ترین آنها روش‌های پزشکی است. روش‌های چون ایجاد ضربه الکتریکی جراحی مغز و دارو درمانی عبارت است از کوشش جهت بهبود و یا برطرف ساختن نشانه‌های ناهنجار رفتار بطور غیرمستقیم به کمک‌های تکنیک‌های که از نظریه‌های یادگیری، مشتق شده است در رفتار درمانی فنون خاموش کردن تجربی، شرطی کردن کلاسیک و شرطی کردن عامل تغییر رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرد (نیکخو و همکاران، ۱۳۷۴).

## ۲-۱-۶ روش‌های پزشکی مرتبط با اختلالات رفتاری

۱- **ایجاد ضربه‌های الکتریکی:** ایجاد ضربه‌های الکتریکی معروفترین نوع درمانی است این روش عبارت است از گذراندن یک جریان کوتاه الکتریسته از مغز بیمار که به شدت او را متشنج می‌کند و پس از آن دوره اغماء و بیهوشی عارض می‌شود. هنگامی که او بیدار می‌شود گیج است و مقدار قابل

---

<sup>۱</sup> Incidence

<sup>۲</sup> Prevalence

<sup>۳</sup> - Mednic & Bart

ملاحظه‌ای از حافظه‌اش را از دست داده است ولی این نشانه‌ها به سرعت برطرف می‌شوند در صورتی که درمان الکتریکی موفقیت‌آمیز باشد بهبود نسبی در آزمون واقعیت‌نگری بیمار و نیز فقدان یا کاهش نشانه‌هایی چون اضطراب، انزوایی و تخیلات و افسردگی بیمار را در پی خواهد داشت. این روش بویژه در مورد افسردگی روانی موفق‌ترین روش‌هاست. هر چند در درمان بیماری اسکیزوفرنی نیز گاه موثر بوده است. متأسفانه نتایج درمان با ضربه‌های الکتریکی اغلب موقتی است و بزودی نشانه‌های پس‌یکوز بعد از مدتی کوتاه به تناوب در بیماران مختلف عود می‌کند این نوع درمان نسبتاً بدون خطر است و در سال‌های اخیر استفاده از آن بسیار رایج شده است. نوع دیگر ضربه‌های اختلالات رفتاری، استفاده از انسولین جهت ایجاد حالت بیهوشی در بیمار است. مدت و شدت اغماء را می‌توان با تغییر انسولین و با بکار بردن قند جهت پایان دادن به حالت اغماء تحت کنترل قرار داد. بیمار پس از بیهوشی از انسولین معمولاً احساس بهبود موقت می‌کند به علت خطرات ناشی از بیهوشی طولانی بیمار و نیز به علت آنکه این نوع درمان مستلزم شیوه‌ای دقیق و ماهرانه پزشکی است. انسولین به اندازه شوک‌های الکتریکی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. بیشترین موارد استفاده از انسولین در بیماران اسکیزوفرنی است که در بیشتر موارد ضربه‌های الکتریکی برای آنان مناسب نمی‌باشد (واب؛ ترجمه مهریار، ۱۳۸۹).

**۲- جراحی مغز:** نوع دوم درمان‌های جسمانی، جراحی مغز است فنون مختلف جراحی مغز وجود دارد که معروفترین آنها قطع واسطه میان تالاموس و نواحی پشتیبانی مغز بوسیله جراحی است که از تحریک پذیری بیماری کاهش می‌دهد. لازم به ذکر است که تالاموس مرکز مهم پیش‌بینی و برنامه‌ریزی آینده نقش موثری در کاهش اضطراب و تنش بیمار دارد و چنانچه رشته‌های ارتباطی میان کورتکس (پوسته مغز) و تالاموس قطع بشوند، تغییراتی در حالت هیجانی پدید می‌آید و احتمالاً از میزان و شدت کنش و اضطراب او می‌کاهد. متأسفانه تحقیقات نشان می‌دهد که در اکثر موارد جراحی نیز عواقب بدی در بر خواهد داشت و تغییرات شخصی نامطلوبی در فرد بوجود می‌آورد.

**۳- دارو درمانی:** استفاده از داروهای شیمیایی جدیدترین و مفیدترین شیوه درمانی انواع اختلالات رفتاری به شمار می‌آید مهمترین پیشرفت دارو درمانی کشف داروهای آرامبخش است که در مورد بیمار روانی بویژه مبتلایان به واکنش‌های عصبی که معلول عوامل نامساعد محیطی، تا زمانی که

این عوامل تغییر نکرده است کیفیت بیماری همچنان باقی می ماند و داروها نقش مسکن خواهند داشت تحقیقات نشان می دهد که اثرات آرامبخش داروهای آرام کننده در درمان چندین نوع از اختلالات رفتاری از جمله واکنش های اسکیزوفرنی مزمن و بیماری های عصبی ناشی از اضطراب و افسردگی شدید چندان با ارزش نمی باشد با این حال اثرات چشمگیر این داروها این است که به تعداد کثیری از بیماری های روانی که الزاماً باید در بیمارستان ها بستر می شوند امکان و اجازه می دهد که سریعتر از هر زمان به اجتماع و نزد خانواده هایشان باز گردند و به این ترتیب از مراجعات مکرر آنان به بیمارستان روانی جلوگیری بعمل می آید (سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

۴- رفتار درمانی: رفتار درمانی در برطرف کردن نشانه های اختلالات رفتاری مبتنی بر اصول روان شناختی تجربی عمل می کند. همه درمانگران رفتاری معتقد به این فرضیه می باشند که اغلب رفتارهای ناهنجار اکتسابی است و مانند رفتارهای اکتسابی پیچیده یا سائقه های شرطی که همراه با محرکات معینی است یا با تغییر پاداش، متخصصان رفتاری کوشش در تغییر رفتار می کنند بگونه ای که جنبه های آزار دهنده و رنج آور را برطرف و بر کارایی رفتار خود می افزایند و یا با روش ها و تکنیک های لازم برای تغییر رفتار اقدام می کنند.

بنابراین درمانگران ممکن است بطور موثر شیوه های خاموش کردن را برای کاهش دادن و یا برطرف ساختن واکنش های عاطفی غیرمنطقی بکار ببرند و تقویت سائقه های اجتماعی پسند از رویه های شرطی کردن کلاسیک کودکان استفاده کند و یا با دستکاری و تغییر پاداش های عادت کارآمد را جایگزین نشانه های غیرموثر ناهنجار سازد. ضروری است که در اینجا به تعدادی از اختلال های رفتاری اشاره شود (شاملو، ۱۳۹۰).

## ۲-۱-۷ الگوهای مرتبط با اختلالات رفتاری

### ۲-۱-۷-۱ هیجان پذیری

هیجان کیفیتی است که در تعقیب یک رشته فعالیت های جسمانی و روانی ارگانیزم ظاهر می شود و تجربه های مثل خوشی، تهییج، غم و اضطراب و غیره را به فردی می دهد و معرف یک نوع تداوم

دوقطبی است که از ذوق زدگی شدید یا کسالت و بی‌حوصلگی کامل در بر می‌گیرد، زندگی افراد بین این دو حد نهایی، نوسان دارد و در آن دوره‌های ذوق زدگی و تحریک عاطفی کوتاه مدت با دوره‌های طولانی‌تر از بی‌حوصلگی و امور روزمره جابجا می‌گردند.

هیجان شامل بسیاری از رفتارهای آشفته و بدون هدف نیز رفتارهای بسیار برانگیخته می‌باشد. هیجان‌ها برای بیشتر اعمالی که انجام می‌دهیم ایجاد زمینه‌های انگیزش می‌کند.

تاثیر فعالیت غدد داخلی و همچنین نقش دستگاه عصبی مرکزی، غدد داخلی و مهمترین عامل ایجاد تعادل محیط داخلی هستند و در ایجاد رفتار هیجان سهمی مهم دارند. دستگاه عصبی خودمختارانه که از دو شاخه سمپاتیک و پاراسمپاتیک تشکیل یافته است در پیدایش هیجان‌ات اهمیت دارد و این دو شاخه برخلاف یکدیگر عمل می‌کنند. رشته سمپاتیک برای مقابله با حالات اضطرابی رشته پاراسمپاتیک برای استراحت و آرامش به کار می‌روند. بنابراین شخص مبتلا به هیجان‌پذیری، به همه چیز عکس‌العمل شدید نشان می‌دهد، ترس شدید در بیشتر موقعیت‌ها، داشتن اضطراب بی‌تحمیلی و ۰۰۰ از جمله مواردی هستند که شاخص هیجان‌پذیری را تشکیل می‌دهند (فرجاد، ۱۳۹۰).

بسیاری از این افراد که چنین رفتارهایی را دارند به شخصیت‌های سیکوپات معروف شده‌اند، این اختلال تحت عنوان جامعه ستیزی یا اختلال شخصیت غیراجتماعی نیز نامیده می‌شود.

## ۲-۱-۷-۲ وسواس - اجبار

مفهوم وسواس، محاصره فکر و مفهوم بی‌اختیاری فکر و اجبار را القاء می‌کند و درک این مفاهیم بدون مرتبط ساختن آنها با سن امکان‌پذیر نیست، ویژگی وسواس در ضعف مقاومتی است که فرد در مقابل تجسمی که با نیروی وادار می‌کنند بر او تحمیل می‌شود از خود نشان می‌دهد.

در بعضی‌ها، اصطلاح عمومی وسواس در نظریه عامه رایج شده و به عده‌ای برچسب می‌خورد. به طوری که این امر باعث می‌شود نتوانند دوست و همدمی برای خود پیدا کنند و مدت‌ها در تنهایی و انزوا بسر ببرند. عده‌ای دیگر نیز نسبت به بعضی از بیماری‌ها حساسیت و وسواس دارند. بدین معنی که در ذهن خود چنین تصور می‌نمایند که چون یکی از اقوام فلانی با فلان مرض بخصوص فوت کرده

است. اگر لباس با لباس او تماس پیدا کند. حتماً لباس من نیز به میکروب همان بیماری آلوده شده است و مرا مبتلا خواهد کرد. از عوامل مهم ایجاد وسواس تفریقات منفی و بیش از حدود دیگری عدم تعادل یا نابسامانی روانی می‌باشد وقتی فرد با شکست‌های گوناگون مواجه گشت و قادر به حل مشکلات نمی‌گردد و هر روزه هزاران چرا روبه‌رو شدن و قدرت جوابگویی در خود نمی‌بیند بالاخره درمانده و ناتوان شده به عدم تعادل روحی مبتلا می‌گردد که در نتیجه به طرف ناامیدی و مسیری از زندگی و عصیانگری با وسواس کشیده می‌شود.

وسواس دو نوع است فکری و عملی که معمولاً فکری و عملی با یکدیگر در فرد بوجود می‌آید و اینکه ممکن است یکی بر دیگری تسلط داشته باشد. این حالات همچنین اغلب با اضطراب و علائم فیزیولوژیک آن توأم می‌باشد زیرا که هر عمل فکری می‌تواند بصورت وسواس درآید بطور کلی وسواس فکری به وسواس عملی می‌انجامد (خاکیه، ۱۳۸۹).

اختلال شخصیت وسواسی ویژگی‌های چندانی دارد یکی بیان عواطف گرم و لطیف است. شخصی که دارای چنین اختلالی است خشک و رسمی و به طرز نامعمول جدی به نظر می‌رسد. احتمال می‌رود چنین فردی وظیفه‌شناس و در مورد موضوعات اخلاقی غیرقابل انعطاف باشد. کمال‌گرایی شدید نیز مشکلی است زیرا به جزئیات ریز، فهرست‌ها و قانون‌گذاری بیشتر می‌پردازد و در این راه به احساسات دیگران توجهی ندارد مشخصه دیگر شخصیت وسواس تمرکز افراطی روی کار و متمرثر بودن است. نهایت یکی دیگر از ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی بلا تکلیفی است. افراد به این اختلال از ترس اینکه مبدا اشتباه کنند، مشکلات زیادی در تصمیم‌گیری دارند.

افراد وسواسی بسیار منظم، باریک‌بین، نکته‌سنج، باوجدان، خجول، صریح و عاشق نظم و تربیت هستند. چون اکثر کودکانی وسواسی والدین وسواسی دارند و معمولاً فامیل و خانواده بیماران بیش از یک فرد مبتلا دیده می‌شود. لذا، مسئله ارث عمل مهمی به شمار می‌رود. البته نباید نقش عوامل تربیتی را از نظر دور داشت. زیرا در بروز و شدت بیماری سهم عمده‌ای دارد (بیرجندی، ۱۳۸۸).

این اختلال در کودکی و نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع شده و رشد و گسترده‌گی می‌یابد سن شروع در مردها بسیار کمتر از زنها است (۶ تا ۱۵ سالگی در مقابل ۲۰ تا ۲۹ سالگی، هر چند که هر دو جنس



سهم نسبتاً برابری در ابتلا به آن دارند.

**علل:** روانکاوان معتقدند که پایه شخصیت و سواس بین یک سالگی و دو سالگی گزارده می‌شود و این هنگامی است که کودک راه افتاده، زبانش باز شده و قدرت کنترل عضلات مقعد خود را پیدا کرده است. بنابراین، می‌تواند در مقابل امیال مادر ابراز مخالفت کند. مادرانی که خود کشمکش درونی درباره کنترل شدن و کنترل کردن دارند این رفتار طبیعی کودک را تهدیدآمیز احساس می‌کنند و با تمام نیرو به مخالفت با میلی که کودک به ابراز وجود دارد به سرکوب کردن آنها می‌پردازد و کودک را از لذت بردن توانایی تازه بدست آمده‌اش محروم می‌کنند. کودک توانایی مقابله با مادر را ندارد و مجبور است تسلیم شود و عصیان، پرخاشگری و کینه جویی را به کار بردن مکانیسم‌های دفاعی واکنش معکوس و ... همه پرخاشگری و کینه توزی را از ضمیر خودآگاه پنهان نگه می‌دارد.

وظیفه شناسی، فرمانبرداری، نظم و ترتیب بیش از حد بیماران منعکس کننده میل ناخودآگاه آنان به عصیان پرخاشگری، بی‌نظمی و کثیف بودن است. یکدنگی، خست، حرص و آز و از خود راضی بودن<sup>۱</sup> به وجهی آشکار تر نمایانگر عصیان و پرخاشگری واقعی این بیماران است.

**درمان:** برای درمان بیماری و سواس عده‌ای از قرص‌های مسکن و خواب‌آور و سست کننده استفاده می‌کنند که این روش درست نیست زیرا ممکن است که فرد مبتلا در اثر سستی و خواب آلودگی به مدت کوتاهی دست از سواس بردارد ولی وقتی قرص‌ها اثر خود را از دست داده‌اند باز بیماری دارای همان حالت خواهد بود که قبلاً داشت. عده‌ای نیز از روش تلقینی استفاده می‌کنند و با استفاده از هیپوتیزم بیمار را برای مدتی از رنج و سواس نجات می‌بخشند ولی این روش نیز زیاد قابل اطمینان نیست زیرا سبب تلقین پذیری بیشتر می‌شود لیکن درمان صحیحی که می‌توان بدان وسیله لااقل در درصد بیشتری از بیماران به نتیجه مطلوب رسید ارتقاء شخصیت بیمار می‌باشد یعنی باید در بیمار اعتماد به نفس به وجود می‌آورد تا از تلقین به تدریج دست بردارد و راه و روش درست مبارزه با مشکلات را بیاموزد (آزاد، ۱۳۸۹).

---

<sup>۱</sup> - Self - importance

برای درمان وسواس باید روان درمانی به مدت طولانی همراه با دارو درمانی انجام گیرد تاکنون دیده نشده است که بیماری وسواس، بدون دخالت روان‌پزشک بهبود یابد باید به کودکی اجازه داده شود که بدون احساس ناراحتی و انتقاد درباره خود صحبت کنند. زیرا اغلب این بیماران تا قبل از مواجهه به روان‌پزشک درباره وسواس و تضادهای فکری خود با کسی صحبت نکرده‌اند. برقراری ارتباط صحیح و مطلوب بین کودک و پزشک برای درمان ضروری است. کودک باید بتواند ناراحتی‌های واپس زده و جابجا شده خود را که به صورت وسواس تظاهر کرده است بیان کند. بازی درمانی، نقاشی، داستان نویسی و مجسمه‌سازی ضمن تخلیه و بیان ناراحتی‌های کودک باعث می‌شود که بیمار به منشاء اختلالات رفتاری خود پی ببرد. بعلاوه والدین در می‌یابند که ناراحتی فرزندشان چیست و طوری با کودک رفتار می‌کنند که ضمن از بین بردن محرومیت‌ها و ناکامی‌ها رضایت او جلب شود.

## ۲-۱-۷-۳ گوشه‌گیری

این اختلال در سال ۱۹۲۱ توسط کرچمر و در مورد کودکان و نوجوانانی که از واقعیت‌گریزان و نسبت به محیط اجتماعی خود بی‌اعتنا هستند بکار برده شده به عقیده برخی از روان‌پزشکان و روان‌شناسان کودکان و نوجوانان انزواطلب افرادی هستند که فقط بر حسب احتیاجات درونی خود رفتار می‌کنند و نسبت به واقعیات و آنچه که از غیر رویاهای شخصی است بی‌اعتنایی کرد و در خود فرو می‌روند و در برخورد و سازگاری با محیط و واقعیات آن به انزواطلبی متمایل می‌شوند و در رویاهای خود راه معالجه می‌پیمایند. گوشه‌گیری تجلی کم‌رویی است. کم‌رویی رفتاری است که در نوجوانی بسیار فراوان است و در اغلب موارد، کم‌رویی در خلال نوجوانی باقی می‌ماند و به نظر می‌رسد که با ورود به زندگی فعال دوره بزرگسالی خود به خود تقلیل می‌یابد از لحاظ خصوصیات عاطفی و روانی معمولاً این قبیل نوجوانان حالت قهر و آشتی ناپذیری دارند.

گاهی اوقات این حالت تا حدی عمیق می‌شود که به هیچ وجه حاضر به قبول دیگران و حتی یکی شدن با گروه‌ها نیستند. برخی از کودکان نیز در بهترین دوره از زندگی خود که بایستی با بازی، تفریح، نشاط سپری شد از همسالان و حتی از لحاظ خانواده دوری جسته و کنج انزوا به خود می‌گزینند و به اصطلاح

گوشه‌گیری می‌کنند.

این حالت نامتعادل روانی نیز مثل سایر حالات نامتعادل و نابسامان دیگر از عامل و انگیزه‌های که در دوران کودکی عقده‌هایی بوجود می‌آورند سرچشمه می‌گیرند و در نتیجه کودک را به انزوا طلبی و گوشه‌گیری سوق می‌دهد. تحقیر کودکان در جمع و یا تبعیض بین آنها از جمله عوامل دیگری می‌باشد که در انزوا گوشه‌گیری دخالت دارد. بعضی از کودکان که از لحاظ مکانیسم بدن و شکل‌های ظاهری جسمی نواقصی دارند برای ناتوانایی‌های عارضی از جمله بدبینی، حسادت، درون‌گرایی، احساس حقارت و انزوای طلبی آماده‌تر می‌باشند (غلامی، ۱۳۹۰).

## ۲-۱-۷-۴ پارانوئیا<sup>۱</sup>

اصطلاح پارانوئیا از مدت‌ها قبل مورد استفاده قرار گرفته و رم و یونان قدیم تقریباً به هر نوع اختلال دماغی اطلاق می‌شود.

مفهوم اساسی پارانوئیا در سال ۱۸۱۸ توسط هین روث<sup>۲</sup> مطرح شد و در سال ۱۸۶۳ اصطلاح پارانوئیا را برای توصیف گروهی از بیماران بکار برد و متذکر گردید که پارانوئیا یک بیماری نادر اما مشخص است اما استفاده محدود ما از عقاید کراپلین ناشی شده است که در سال ۱۹۲۱ اصطلاح پارافرینا را برای مواردی بکار برد که بیمار اوهام مرضی<sup>۳</sup> بدون زوال شخصیت با سیر مزمن با توجه به فقدان توهمات هذیان و سایر علایم پسیکوتیک داشته باشد.

ویژگی این اختلال بی‌اعتمادی و سوءظن فراگیر به دیگران پلید انگاری و مقرضانه پنداشتن انگیزه‌های آنها است که حداقل با چهار مورد از هفت مورد زیر مشخص می‌شود.

۱- سوءظن بی‌مورد، استثمار شدن و صدمه خوردن از دیگران.

۲- سوءظن به شریک جنسی

۳- شک درباره وفاداری و صداقت دوستان و همکاران

---

<sup>۱</sup>- Paranoia

<sup>۲</sup>- henroot

<sup>۳</sup>- delusiens

۴- بی اعتمادی به دیگران

۵- استنباط منفی (تهدید و تحقیر) از گفته‌ها یا رویدادهای معمول

۶- کینه‌جویی

۷- واکنش‌های پرخاشگرانه در مورد احساس تحقیر یا تهدید شدگی

اختلال شخصیت پارانویا ممکن است ابتدا در کودکی و نوجوانی با تنهایی، روابط ضعیف با همسالان، اضطراب اجتماعی، پیشرفت در مدرسه، حساسیت زیاد، افکار و زبان غیرعادی یا عجیب و خیال پردازی‌های ویژه فردی ظاهر می‌شود. این کودکان ظاهراً عجیب و غیرعادی و مورد آزار دیگران قرار می‌گیرند.

در حال حاضر دو نوع واکنش پارانوئید تشخیص داده شده است:

۱- **پارانویا:** توهمات بزرگمنشی یا ستم‌دیدگی که منطقی ولی پیچیده و بغرنج و سیستماتیک

است و به تدریج و کندی پیشرفت می‌کند و بجز توهمات فوق شخصیت بیمار در جاهای دیگر نسبتاً دست نخورده و بی‌عیب است و علائم از هم پاشیدگی سازمان شخصیت دیده نمی‌شود.

۲- **حالت پارانوئیک:** توهمات زودگذر پارانوئید بدون منطق و سیستم پارانویا و بدون زوال و

تجربه شخصیت که در شیزوفرنیک‌ها دیده می‌شود ولی در اینجا اشتباهات حسی و هذیان همانند شایع است. انواع هذیان‌های بیمار پارانوئید را می‌توان به چهار دسته تقسیم نمود که عبارتند از هذیان‌های بزرگمنشی، هذیان تاثیر، هذیان آزار و گزند و هذیان جنسی که در آن شخص احساس می‌کند که خطر جنسی از طرف دیگران متوجه اوست و هذیان حسادت.

اختلالات پارانوئید فقط ۱/۴ درصد جمع بیماران بستری در بیمارستان را تشکیل می‌دهد قبلاً فکر می‌کردند که این اختلالات در مردان بیشتر از زنان است، ولی امروزه متوجه شده‌اند که زنان به نسبت ۱/۷ درصد بیشتر از مردان است. شیوع اختلال شخصیت پارانوئید در جمعیت کلی ۲/۵٪ - ۰/۵٪ در بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی ۳۰٪-۱۰٪ و در بیماران سرپایی کلینیک‌های بهداشت روانی ۱۰٪-۲٪ گزارش شده است.

۳- **درمان پارانوئید:** درمان این بیماران بسیار مشکل، زیرا سوء ظن بیش از حد آنان، برقراری

رابطه انسانی نزدیک را تقریباً غیرممکن می‌سازد، مکانیسم‌های دفاعی انکار و برون فکنی که معمولاً از سوی این نوع بیماران انجام می‌گیرد، سبب گریز آنها از روانکاوی و روان درمانی پویایی می‌شود. اغلب روان‌پزشکان، گروه درمانی را بهترین روش برای درمان این بیماران می‌دانند زیرا رفتار و افکار نابهنجار بیماران در گروه مورد مواخذه بیماران دیگر قرار می‌گیرد و واکنش گروه آنها را وادار به تفکر می‌کند. هنگامی که بیمار متوجه ناهنجار بودن رفتار خویش می‌شود ممکن است درباره بیماری خود و روش‌های اصلاح آن بصیرت پیدا کند البته باید محیطی امن و حمایت شده برای بیماران باشد و گروه باید همواره متوجه باشد که این بیماران به هیچ دلیلی مشخص احساس این را دارند که تهدید می‌شوند و در معرض خطر هستند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۰).

## ۲-۱-۷-۵ افسردگی

اصطلاح افسردگی در مورد استفاده بالینی معنی خیلی اختصاصی تری به خود می‌گیرد. برای آنکه کودک یا بزرگسالی از لحاظ بالینی افسرده تشخیص داده شوند نه آنها باید غمگین یا اختلال عاطفی شدید را تجربه کند بلکه باید در کارکرد شناختی فردی آنها و نیز در رفتارشان تغییراتی صورت گیرد. در زبان روزمره اصطلاح افسرده باری اشاره به یک حالت احساس واکنش به یک موقعیت و سبک رفتار مختص به فرد بکار می‌رود. احساس افسردگی معمولاً بعنوان اندوه شناخته می‌شود و امکان دارد در هوای بارانی، سرمای گزنده یا بعد از منازعه با یک دوست رخ دهد. از آنجا که احساس افسردگی را تقریباً همه مردم داشته‌اند این احساسات به تنهایی برای تشخیص اختلال خلق افسرده کافی نیست. دو ویژگی اختصاصی افسردگی عبارتند از خلق ناشاد (افسردگی، غم، اندوه، نگرانی) و فقدان علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌های عادی و سرگرمی‌های فرد، تشخیص افسردگی مستلزم وجود دست کم یکی از این دو ویژگی است. بعلاوه دست کم چهار مورد رفتارهای با احساسات زیر باید وجود داشته باشد:

۱- کم اشتهاپی یا تغییر وزن (اغلب کاهش ولی گاهی ازدیاد وزن)

۲- اشکال در خوابیدن

۳- فقدان نیرو و آشفتگی یا فقدان انرژی

۴- سرزنش خود یا احساس شکایاتی از ناتوانی در تفکر یا تمرکز حواس

۵- افکار دایمی مرگ یا خودکشی یا آرزوی مردن.

زنان افسرده نسبت به مردان علائم بیشتری دارا می‌باشند و علائمی مثل احساس بی‌ارزشی، فقدان علاقه و اختلال اشتها را بیشتر از مردان ذکر می‌کنند.

در میان کودکان مدارس ابتدایی که بدلیل مسائل آموزشگاهی به کلینک‌های روان - تربیتی ارجاع شده‌اند آنهایی که در سال‌های بعد افسردگی نشان داده‌اند درصد شان بالاتر بود و به بیش از ۶۵ درصد می‌رسد (وینبرگ، ۲۰۰۸).

علل افسردگی: یکی از محدود نظریه‌های علل افسردگی به جای زندگی بزرگسالی به دوران کودکی توجه دارد بیان می‌دارد که افسردگی ناشی از محرومیت مادری است. استیز<sup>۲</sup> (۱۹۶۴) مشاهده کرد کودکان ناخردسالی که در محیط‌های سازمانی پرورش یافته بودند و به نظر افسرده می‌آمدند و گوشه‌گیری می‌کردند پاسخ‌دهی نداشتند و در ریشه هیجانی و جسمانی تاخیر داشتند (بولبی،<sup>۳</sup> ۱۹۶۰؛ به نقل از فرجاد، ۱۳۹۴).

این موضع را تعمیم دارو مدعی شد که جدایی‌ها و فقدان در دوران اولیه کودکی یک علت افسردگی در کودکان و در سال‌های بعد در بزرگسالی می‌باشد، یک تبیین دیگر برای افسردگی این است که درماندگی اکتسابی باعث افسردگی می‌شود (سلمان،<sup>۴</sup> ۱۹۷۴؛ به نقل از لطفی و فرح، ۱۳۹۰) بر طبق این نظر افسردگی ناشی از درماندگی احساس ناتوانی کردن در کنترل نتایج رویدادهای مربوط به زندگی اوست.

---

<sup>۱</sup>- Weinbery

<sup>۲</sup>- Steaps

<sup>۳</sup>- bolbey

<sup>۴</sup>- Cyleahman

اساساً درماندگی اکتسابی نظریه‌ای شناختی است که اظهار می‌دارد افسردگی ناشی از درک مسئولیت شخصیت برای کوتاهی در رسیدن به نتایج مطلوب می‌باشد.

**شیوع:** شیوع در دختران و پسران قبل از سن بلوغ به یک نسبت می‌باشد شیوع افسرده‌خویی نیز در هر دو جنس یکسان و در میان خویشاوندان درجه اول مبتلایان شایع‌تر است. مطالعات همه‌گیر شناختی انجام شد در آمریکا میزان بروز، افسردگی در کودکان پیش دبستانی را ۹٪ و این میزان را در دانش‌آموزان و نوجوانان به ترتیب ۱/۹ درصد و ۴/۷ درصد گزارش کرده‌اند (شرمن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از محمدی، ۱۳۷۰).

**درمان:** درمان افسردگی کودکان کاملاً شبیه درمان افسردگی بزرگسالان است، بررسی‌ها نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به اختلال‌های افسردگی عمده به درمان ضد افسردگی پاسخ مناسب می‌دهند. استفاده از لیتیوم<sup>۲</sup> کربنات در این اختلال‌ها امیدبخش به نظر می‌رسند، (گلدنبرگ و همکاران، ۱۳۶۸؛ به نقل از فرجاد، ۱۳۹۰).

در سال‌های قبل در کودکان کم سن، فقط آنهایی که افسردگی شدید داشتند به همان نحو که در بزرگسالان ملاحظه می‌شد به نظر می‌رسد که نسبت به تری‌سیلیک واکنش نشان می‌دهند (تولمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱) به علت فقدان اطلاع درباره انتقاد از چنین داروهایی در خلال سال‌هایی که بیشترین رشد شناختی و بدنی فعال وجود خواهد داشت اکثر متخصصان بالینی با احتیاط زیاد بکار می‌برند در آن زمان هیچ گواه قطعی دال بر اینکه تری‌سیلیکما یا لیتیوم برای درمان افسردگی کودکان موثر است وجود ندارد (کانت ول و کارلسن<sup>۴</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از میلانی فر، ۱۳۹۰).

در اختلال درمان افسردگی درمان معمولاً با یک داروی سه حلقه ای و با مهارکننده اختصاصی جذب مجدد سروتونین آغاز می‌شود. برای موفقیت درمان با یک رویکرد اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد یک چنین رویکردی شامل دارو درمانی فردی، خانوادگی، یا گروهی، برنامه‌ریزی، آموزشی، ارزیابی مدرسه و آموزش مهارت‌های اجتماعی است.<sup>۵</sup>

---

<sup>۱</sup>- Sherman

<sup>۲</sup>- Lighiam

<sup>۳</sup>- tolanbarg

<sup>۴</sup>- lithiam

<sup>۵</sup>- cantwell - carlson

## ۲-۱-۷-۶ تمایلات تهاجمی

انسان می‌تواند چون حیوانات مهاجم باشد و یا بشود یعنی قادر است برضد محیطی که در آن زیست می‌کند (انسان‌ها و سایر جانوا : ران) از خود واکنش‌های تهاجمی نشان دهد. زدو خورد و جنگ و ستیزهای بیرحمانه، تخریب و از بین بردن، بلعیدن، خشم و غضب، ترس و محرومیت با سایر جنبه‌های عاطفی ارتباط دارد. در حیوانات تقریباً یک حس عمومی است که در بعضی از آنها به متتها درجه شدت و سببیت می‌رسند.

در تمام حالات تحریکاتی، خشمگین، واکنش هذیانی، حرکات ناگهانی، عصبانیت و تحریک پذیری یک وضع مشترک مرضی به نام تهاجم وجود دارد، حالات تهاجمی شدید، محصول یک سلسله حالات مرضی نظیر بحران‌های مانیک یا مالیخولیایی اسکیزوفرنی در حال کمون و حالت بهت‌روانی صرع می‌باشد.

## ۲-۱-۷-۷ تمایلات بی‌قراری

به یک سری حرکات و رفتارهای نامتناجس اطلاق می‌شود که در فرد دیده می‌شود. در این فراد نوعی ناهماهنگی شخصیت دیده می‌شود که گویی تحت تاثیر افکار متضاد قرار می‌گیرند و به نظر می‌رسد از قدرت اراده و نیروی انگیزشی کافی برخوردار نیستند. از نظر عاطفی و هیجانی باید گفت بی‌قراری‌ها، متعادل نیستند و بیمار احساساتی و هیجانی بوده‌اند و عکس‌العمل‌های شدیدی از خود بروز می‌دهند و در عین حال ثبات و پایداری ندارند به چیزهای نو و تازه وارد خیلی زود دل می‌بندد و زود هم دل می‌کنند. گاهی بی‌دلیل دچار بحران‌های غم و اندوه می‌شوند و بالاخره کنترل هیجانی ندارند.

بی‌قراری که بطور شایع در کودکان نابهنجار دیده می‌شود در کودکان اجتماع‌ستیز هم وجود دارد و جز در مواردی نظیر خود مشغولی کودکی که خصلتی غریب داشته باشد، نباید چندان مورد توجه قرار گیرند. کودکان مبتلا به این حالت بصورت تکراری ناخن‌هایشان را جلوی چشم می‌آورند، یا بهم کوفتن دستهایشان را بالا و پایین می‌برند از یک پا به پای دیگر و به جلو و عقب می‌چرخند مکرر به دور خود چرخ می‌زنند و حرکات خشن دیگری را تکرار می‌کنند. عده‌ای از متخصصان بی‌قراری و ناآرامی کودکان



را جزء علائم نوروتیک به شمار می‌آورند ولی برخی به دلایلی آنها را جزء اختلالات رفتاری یا سازگاری‌ها قرار می‌دهند. اکثراً عقیده دارند که اساس بی‌قراری کودکان مبنی بر بی‌دقتی آنان است. اگر چه کودکان به طور عادی تا اندازه‌ای بی‌قرارند ولی چنانچه شدید و دائمی بوده و در رفتار کودک هماهنگی وجود نداشته باشد در این صورت بی‌قراری جنبه موضعی پیدا می‌کند.

کودکان بی‌قرار بیش از حد شلوغ، عصبانی و خرابکارند ولی هنوز به مرحله کودکانی که ممکن است مجرم واقع شوند نرسیده‌اند به گفته عموم در افتادن با این کودکان آسان نیست اکثر آنها از قوای درک و هوش طبیعی حتی بالاتر برخوردارند و خرابکاری‌های خود را با کمال دقت و از روی قصد انجام می‌دهند و در مقابل انضباطی که برایشان مقرر شده عکس‌العمل شدیدی نشان می‌دهند ناپایداری در این کودکان از ماههای اول زندگی بصورت جیغ زدن، لگد زدن و حتی اختلال در گرفتن پستان، مانند گرفتن و رد کردن پستان به فواصل کوتاه و با شدت غیرعادی ظاهر می‌گردد (گودیناف و همکاران، ۱۹۸۷). مطالعات نشان داده است که حداقل ۳۳٪ و حداکثر ۸۰٪ کودکان بی‌قرار، ناتوانی در یادگیری دارند و ارتباط بسیار زیاد بین بی‌دقتی آنان و بی‌قراری وجود دارد. کودکان بی‌قرار به علت حواس پرتی و هیجان‌پذیری از موضوعی به موضوع دیگر می‌پردازند و افکارشان مرتب به این طرف و آن طرف معطوف می‌شود. در مدرسه پیشرفتی ندارند و به علت ناتوانی در یادگیری اغلب از راه مدرسه فرار می‌کنند و یا به علت بی‌انضباطی در مدرسه اخراج می‌شوند و این افراد در سنین نوجوانی و جوانی از شغلی به شغل دیگر پرداخته و اغلب به الکل و مواد مخدر پناه می‌برند. درباره بی‌قراری کودکان، عده‌ای از روان‌پزشکان که زیگموند در راس آنان قرار داد عقیده دارند که مهر و محبت تنها غذای روحی و ضامن سعادت کودک است و چنانچه کودکی از مهر و محبت سیراب نگردد، در مواجهه با ناکامی‌های گوناگون خود را مازاد بر سربار احساس می‌کند روان‌پزشکان عقیده دارند جبر و زورگویی تار و پود حیات کودکی و استعدادهای فطری او را درهم می‌ریزد برعکس عشق و محبت والدین و آموزگاران باعث تعادل و رشد اعصاب مرکزی در نتیجه در حالات روانی او می‌شود و در نتیجه فروید می‌گوید رنج کشیدن اولین درس زندگی بشر است کودک باید رنج کشیدن و تحمل درد و ناراحتی را تجربه کرده و بیاموزد و به اصطلاح در مقابله با مشکلات بدرفتاری پیشه کند در کودکان عقب مانده و هم

چنین کودکانی که بر اثر ابتلا به انسفالیت (آسیب مغزی) کودکانی که ضایعات مغزی مختصر دارند بی‌قراری شیوع بیشتری دارد. بی‌قراری ممکن است ارتباط زیادی با صرع داشته باشد به طوری که ۸ تا ۱۰ درصد مبتلایان به صرع بی‌قراری شدید دارند. عده‌ای از متخصصان علت بیماری را به عدم هماهنگی مابین قشر مغزی بافت‌های مغز و همچنین ضایعات عضوی بسیار کوچکی که حتی در الکتروانسفالوگرافی مشخص نمی‌شود نسبت می‌دهند.

درمان بی‌قراری با توجه به اینکه کودکانی که فعالیت بیش از حد دارند و دائماً در جنب و جوش و حرکت هستند بنا بر اهمیت رفتارشان به آنان بی‌قرار می‌گویند. بهترین راه برخورد چنین رفتارهایی که همیشه یک قوم از آنان جلوتر بود به عبارت دیگر قبل از اینکه این گونه کودکان از خود واکنش یا حالتی نشان دهند باید به آنان مسئولیت یا کار خاصی که از عهده آن بر می‌آیند داد تا انرژی و توان آن را در راه صرف گردد. همچنین با ایجاد محیطی سرشار از محبت و نسبتاً آرام برای اینگونه کودکان می‌توان در آنان این احساس را بوجود آورد که حال که دیگران مرا دوست دارند چه بهتر که کارهای خوبی انجام دهم تا بیشتر مرا دوست داشته باشند. یکی از بهترین روش‌ها موظف کردن این کودکان گزارش اعمال خلاف دیگران است. از لحاظ دارویی باید توجه داشت که آرام‌بخش‌ها در این کودکان اثر معکوسی داشته و بیماری را تشدید می‌کند و در حالی که داروهای محرک سلسله اعصاب مرکزی باعث کنترل آنها می‌شود. این مسئله عضوی بودن بیماری را به صورت ضایعات مختصر مغزی نیز توجه می‌کند با توجه به اثر آمفتامین‌ها و ریتالین را در بهبود بیماری به نظر می‌رسد که بی‌قراری بسیار فعال به علت اختلال در عمل سیستم تورینه‌ای می‌باشد (شاملو، ۱۳۹۰).

در مقایسه مستقیمی که واتیم<sup>۱</sup> و دیگران ۱۹۷۶ بین روش‌های رفتاری و تجویز داروهای محرک به عمل آوردند به ارزیابی تاثیر سه روش پرداختند، رفتار درمانی به اضافه یک دارونما، دارو درمانی به اضافه ویتامین و رفتار درمانی صرف تمام روش‌های درمانی فوق بهبودهای معنی‌داری در رفتار کودکان بوجود آوردند اما ترکیب رفتار درمانی و ریتالین از همه موثرتر بود.

استعداد ابتلا به اختلال می‌تواند ارثی باشد مثلاً استوارت و مارسون (۱۹۷۱) دریافتند که ۲۰٪ کودکان

---

<sup>۱</sup> - vattheim

بیش فعال پدر یا مادر بیش فعال دارند. این رقم در مورد گروه کنترل ۵٪ بود. بتل‌هایم (۱۹۷۳) مطرح می‌کند که بیش فعالی زمانی بوجود می‌آید که آمادگی ابتلا به این اختلال باشیوه‌های نامناسب فرزند بر روی والدین همراه می‌شود.

کودکی که آمادگی ابتلا به بیش فعالی و دمدمی بودن را داراست به دلیل رفتار مادری که به سادگی از کوره در می‌رود و بی‌حوصلگی نشان می‌دهد تحت فشار بیشتری قرار می‌گیرد کودک نمی‌تواند با خواسته‌های والدین مبنی بر اطاعت کنار بیاید به دنبال آن مادر هر چه بیشتر منفی و طرد کننده می‌شود و بدین ترتیب رابطه مادر و کودک به یک رابطه منفی تبدیل می‌شود و از آن جا که الگوی رفتار درهم گسیخته و عدم اطاعت‌پذیری در کودک از قبل تثبیت شده‌اند، لذا خواسته‌های مدرسه برآورده نمی‌شود و رفتار کودک اغلب در تضاد و قوانین کلاس است. اگر چه تاکنون هیچ نظریه جامعه در این مورد پیشنهاد شده است (اولیری<sup>۱</sup>؛ ۱۹۸۰؛ قراچه‌داغی، ۱۳۸۹).

بیان دو گونه از آثار احتمالی یادگیری بیش فعالی ضروری است اولاً، بعضی از رفتارهای نامطلوب کودک می‌توانند به طور مستقیم تقویت شوند. ثانیاً، همان طور که روس و روس<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) مطرح می‌کند، ممکن است بیش فعالی از رفتار والدین، خواهر و برادرها ما اقتباس شود.

## ۲-۱-۷-۸ تمایلات ضداجتماعی

ویژگی اصلی این اختلال، یک الگوی فراگیر از ادبی‌اعتنایی و تجاوز به حقوق دیگران است که از کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. وجود رفتارهای ضداجتماعی مزمن و مداومی که در آن حقوق دیگران مورد تجاوز قرار گرفته و انواع قانون شکنی الگوی رفتاری ضداجتماعی و عدم تداوم حرفه‌ای وجود دارد، این افراد معمولاً مرتکب دزدی، دروغ‌گویی، فرار از مدرسه، سرکشی پرخاشگری، آزار و اذیت دیگران و آزار حیوانات می‌شوند و در مقابل اعمال خود احساس گناه نمی‌کنند (سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

<sup>۱</sup>- eleariy

<sup>۲</sup>- ross – ross

رفتار ضد حیوانات یکی از انحرافات منش و شخصیت است که شامل واکنش‌های نارسائی عاطفی است. برای اینکه بتوان تشخیص ضداجتماعی را مطرح کرد فرد باید دست کم ۱۸ سال سن، سابقه‌ای از چند نشانه سلوک قبل از ۱۵ سالگی داشته باشند (اختلال سلوک یا الگوی مکرر و باثبات از رفتار را در بر می‌گیرد که در آن به حقوق اساسی دیگران تجاوز می‌شود یا هنجارهای اجتماعی یا قواعد متناسب زیر پا گذاشته می‌شود).

اختلال شخصیت با ۳ مورد یا بیشتر از ۳ موارد زیر مشخص می‌شود:

۱- ناتوانی در سازش با هنجارهای اجتماعی مرتبط با رفتارهای قانونی که با انجام عملکرد شخص تعیین می‌شود که زمینه بازداشت شدن را فراهم می‌کنند.

۲- فریبکاری که با دروغگویی مکرر، استفاده از نام‌های مستعار یا کلاهبرداری از دیگران برای لذت بردن مشخص می‌شود.

۳- تکانشی بودن یا ناتوانی در برنامه‌ریزی برای آینده

۴- تحریک پذیری و پرخاشگری که با نزاع و حمله‌های بدنی مکرر مشخص می‌شود.

۵- بی‌پروایی و بی‌ملاحظه بودن نسبت به امنیت خود یا دیگران

۶- مسئولیت ناپذیری دائم که با ناتوانی در حفظ رفتار شغلی ثابت یا بازپرداخت قصدهای مالی مشخص می‌شوند.

۷- عدم پشیمانی که با بی‌تفاوتی و یا دلیل تراشی باری آزارگونه و یا دزدیدن اموال یا بدرفتاری آنها مشخص می‌شود.

کودکان با رفتارهای ضداجتماعی، برخی از ویژگی‌ها یا مشکلات رفتاری را دارند، با توجه به اینکه این کودکان بی‌نظمی در سلوک دارند اما در بین همگان معمولاً عضو یک گروه هستند و همواره در گردابی از رفتارهای گناه‌آلود و جنایت آمیز بسر می‌برند.

در این طبقه رفتارهایی چون دزدی، مدرسه‌گریزی، پرسه زنی، باندهازی و ... مشاهده می‌شود. اگر چه این چنین رفتارهایی در محیط‌های آلوده و ناپاک و نیز افراد خاصی، غیرسازشی و انطباق نیافته نیست اما این گونه رفتارها برای کل جامعه و سلامت آن خطرناک و زیان آور محسوب می‌شود.

شیوع کلی اختلال شخصیت ضداجتماعی در نمونه‌های جامعه تقریباً ۳٪ در مردان و حدود ۱٪ در زنان است. برآوردهای مربوط به شیوع در موقعیت‌های بالینی بسته به خصوصیات بارز جامعه‌های که از نمونه‌گیری به عمل آمده از ۳٪ تا ۳۰٪ متغیر است. میزان‌های بالاتر شیوع با موقعیت‌های درمانی سوء مصرف مواد و زندان یا موقعیت‌های قانون ارتباط دارند.

سبب‌شناسی رفتار ضداجتماعی: مانند بیشتر اختلالات دیگر، پژوهش در خصوص دلایل ضداجتماعی، متغیرهای روان‌شناختی و متغیرهای فیزیولوژیک را در نظر داشته است.

تلاش‌های پژوهش در حوزه گوناگون از جمله نقش خانواده، عوامل ژنتیکی و پژوهش در مورد ناتوانی جامعه‌ستیز برای اجتناب از محرکات زیان‌آور.

نقش خانواده: چون فرض شده است که خانواده برای آموختن، معیارهای رفتار قابل قبول کودکان نقش مهمی برعهده دارند از این رو، جای تعجب نیست که پژوهشگران، مشکلات خانوادگی را از جمله عواملی دانسته‌اند که منجر به عدم پایداری جامعه‌ستیز به قوانین اجتماعی می‌شود.

مک‌کوردیم<sup>۱</sup> (۱۹۶۴) با مروری که بر متون مربوط داشتند نتیجه گرفتند که فقدان عاطفه و طرد شدید از جانب والدین، از جمله عوامل اولیه رفتارهای جامعه‌ستیزانه بودند از دیگر عوامل رفتار ضداجتماعی آن است که والدین در وضع معیارهای انضباطی برای کودکان توافق ندارند و نمی‌توانند وظایفی را که کودکانشان باید در برخورد با دیگران داشته باشند به آنها بیاموزند (بنت<sup>۲</sup>، ۱۹۶۰؛ به نقل از حسینیان، ۱۳۸۸).

یادگیری اجتناب و تنبیه<sup>۳</sup>: در تعریف رفتار ضداجتماعی ناتوانی اشخاص را در درس گرفتن از تجارب متذکر شد. بویژه ظاهراً آنها نیازی به اجتناب از پیامدهای بدرفتاری اجتماعی احساس نمی‌کنند و بعلاوه کلکی خاطر نشان کرد که آنها روان‌رنجور نبوده به ندرت مضطربند.

لیکون<sup>۴</sup> از این توضیحات بالینی نتیجه گرفت که چون جامعه‌ستیزها در ارتکاب اعمال جامعه‌ستیزاند

---

<sup>۱</sup>- McCordim

<sup>۲</sup>- bennet

<sup>۳</sup>- areoidancelaniny

<sup>۴</sup>- Lykkon

هیچ اضطرابی ندارند، احتمالاً دارای بازدارنده‌های کمی می‌باشند. مطالعه بارونتیمبل بلو (۱۹۶۴) فرضیه لی‌کون را بیشتر مورد تایید کرد. در آزمایشی که آنها انجام دادند تمام آزمودنی‌ها دوباره آزمون شدند به این ترتیب که یک بار بعد از تزریق یک دارونما و بار دیگر از تزریق آدرنالین که در فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک عمل می‌کند از این طریق اضطراب را افزایش می‌دهند و وقتی آزمودنی‌ها در شرایط دارو آزمون شدند، جامعه ستیزها کمتر از سایر آزمودنی‌ها از شوک اجتناب کردند اما در شرایط انگیزختگی ناشی از تزریق آدرنالین جامعه ستیزها به ندرت اجتناب از شوک را فراگرفته و بدین ترتیب نظریه تایید شد.

درمان رفتار ضداجتماعی به گونه‌ای کلی توافقی بر این است که درمان جامعه ستیزها موفقیت آمیز نیست ارزیابی تجربی بسیار از درمان‌هایی که در مورد جامعه ستیزها به کار رفته‌اند روان کاوی، محیط درمان گروه درمانی، آمفتامین‌ها، شرطی‌سازی اجتنابی و روان جراحی چندان رضایتبخش نیست ناتوانی جامعه ستیزها به داشتن رابطه‌ای صادقانه و مبنی بر اعتماد با یک درمان‌گر ممکن است دلیل بی‌اثر بودن روان درمانی شدید درمان‌های تنی جامعه ستیزی، درمان با تشنج برقی و داروهای مختلف تقریباً مزیتی بر روان ندارد (میلانی‌فر، ۱۳۹۰).

## ۲-۱-۸ معیارهای رفتار نابهنجار

۱- **تناوب با سن و جنس کودک:** کودکان در سنین گوناگون به گونه‌های متفاوت رفتار می‌کنند. بنابراین کسانی که با کودک کار می‌کنند باید با دامنه رفتار در سنین گوناگون آشنا باشند تا بتوانند رفتار بهنجار را از نابهنجار تفکیک کنند. علاوه بر این باید به آثار جنسی روی رفتار نیز توجه نمود این آثار می‌تواند ناشی از کروموزوم‌های جنسی یا انتظارات متفاوت بزرگسالان از دخترها و پسرها باشد.

۲- **تداوم:** هنگام بررسی درباره رفتار نابهنجار باید دقت کرد که رفتار دشوار از چه زمانی شروع شده، چه نوساناتی داشته و چه مدت ادامه داشته است.

۳- **شرایط زندگی:** هنگام قضاوت درباره رفتار نابهنجار باید شرایط زندگی کودک را در نظر گرفت و برخی از رفتارهای به ظاهر نابهنجار می‌توانند واکنش‌های طبیعی نسبت به یک موقعیت

غیرطبیعی خانوادگی، اجتماعی یا غیره باشند.

**۴- موقعیت فرهنگی - اجتماعی:** عوامل فرهنگی همواره یکی از عوامل اساسی در شکل‌گیری رفتار کودکان هستند از این رو برای شناختن دقیق‌تر رفتار کودک باید موقعیت فرهنگی - اجتماعی خانواده را در نظر گرفت. رفتاری که در یک فرهنگ غیرعادی تلقی می‌شود، ممکن است در فرهنگ دیگری کاملاً عادی باشد.

**۵- دامنه اختلال:** دامنه اختلال از کجا تا کجاست؟ مشکلات محدود نگرانی کمتری را ایجاد می‌کند در حالی که هر چه مشکل فراگیر باشد موجب نگرانی بیشتری می‌شود.

**۶- نوع علائم:** علائم تکی و منحصر به فرد ممکن است جای نگرانی زیادی نداشته باشد در حالی که هر چه علائم شدیدتر، متنوع‌تر و بیشتر می‌شوند علائم مشکلات و در نتیجه نگرانی‌ها و ناتوانایی‌های بیشتری بوجود می‌آورند در نتیجه قضاوت در مورد رفتار آسانتر خواهد بود.

**۷- موقعیت بودن:** رفتار کودک وابسته به موقعیت است ممکن است رفتار در یک موقعیت طبیعی و در موقعیت دیگر کاملاً غیرطبیعی باشد.

**۸- تغییرات اخیر:** باید توجه کرد که اخیراً چه تغییراتی در رفتار ایجاد شده‌اند و این تغییرات متعاقب چه وقایعی بوده است.

**۹- خلق و خو در کودک:** ویژگی‌هایی مانند خجالتی بودن، درون‌گرایی، برون‌گرایی، حساس بودن و نظایر آنکه معمولاً از ابتدای تولد تا سال‌های اولیه کودکی قابل مشاهده هستند و در طول زمان تغییر چندانی نمی‌کنند. خلق و خوی تا زمانی که آثار سویی در رشد کودک ایجاد نکرده است باید بعنوان یکی از واقعیت‌های وجودی کودک یا یکی از تفاوت‌های فردی او پذیرفته شود.

## ۲-۱-۹ ملاک‌های رفتار نابهنجار

### ۱- انحراف از هنجارهای آماری

کلمه نابهنجار یعنی دور از هنجار. وقتی که بسیاری از ویژگی‌هایی مثل قد و وزن و هوش را در جمعیتی اندازه‌گیری کنیم. دامنه‌ای از مقادیر بدست می‌آید اکثر مردم در گستره میانی توزیع قد قرار

می‌گیرند و چند نفری هستند که به طور استثنایی بلند یا بطور استثنایی کوتاه هستند. یکی از تعاریف بهنجاری بر بسامدی، آماری استوار است. رفتار نابهنجار رفتاری است که از لحاظ آماری کم بسامد است و از هنجار انحراف دارد. اما بر اساس این تعریف فردی هم که بسیار باهوش یا بسیار خوشحال است در زمره افراد نابهنجار به حساب می‌آید. بنابراین، برای تعریف رفتار نابهنجار، به چیزی بیش از بسامدی آماری نیاز داریم (دادستان، ۱۳۹۰).

## ۲- انحراف از هنجارهای اجتماعی

هر جامعه معیارهای ویژه یا هنجارهای برای رفتارهای قابل قبول دارد. رفتاری که بطور مشخصی از این معیارها منحرف شده باشد. رفتار نابهنجار شناخته می‌شود. معمولاً اما نه همیشه چنین رفتاری در آن جامعه از لحاظ آماری کم بسامد است. اما وقتی انحراف از هنجارهای اجتماعی را بعنوان ملاکی برای تعریف نابهنجاری در نظر می‌گیریم. مشکلات خاصی پیش می‌آید. رفتاری که در یک جامعه بهنجار تلقی می‌شود ممکن است در جامعه دیگری نابهنجار در نظر آید. مثلاً شنیدن صدای آدمی وقتی که واقعاً کسی صحبت نمی‌کند و یا دیدن پندارهای در غیاب اشیاء در نظر مردمان برخی قبایل آفریقایی اصولاً امور غیرعادی به حساب نمی‌آید، حال آنکه چنین رفتاری در اکثر جوامع نابهنجار تلقی می‌شود. مشکل دیگر این است که مفهوم نابهنجاری در طول زمان در یک جامعه نیز تغییر می‌کند (داوسیون؛ ترجمه صالحی فدردی، ۱۳۸۶).

بیست و پنج سال پیش، اکثر آمریکائی‌ها کشیدن ماری جوانا یا عریان ظاهر شدن در کنار دریا را رفتاری بهنجار می‌دانستند. امروزه اینگونه رفتارها اغلب بعنوان تفاوت‌هایی در سبک زندگی به حساب می‌آید. تا علایمی از نابهنجاری. بنابراین، معانی بهنجاری و نابهنجاری از جامعه‌ای به جامعه دیگر و از زمانی به زمان دیگر در یک جامعه فرق می‌کند. هر تعریفی از بهنجاری بایستی شامل چیزی علاوه بر هم‌نوایی اجتماعی<sup>۱</sup> باشد.

---

<sup>۱</sup>- Social compliance



### ۳- غیرانطباقی بودن رفتار

بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی به جای آنکه رفتار بهنجار را بر حسب انحراف از هنجارهای آماری یا اجتماعی تعریف کنند. معتقدند که مهمترین ملاک در این مورد این است که چگونگی رفتاری بر بهزیستی فرد با گروه اجتماعی اثر می‌گذارد بر طبق این ملاک رفتاری نابهنجار است که غیرانطباقی باشد.<sup>۱</sup> یعنی پیامدهای زیانباری برای فرد یا اجتماع داشته باشد و بعضی از رفتارهای انحرافی، بهزیستی فرد را مختل می‌کنند (موردی که چنان از جمعیت می‌ترسد که نمی‌تواند با اتوبوس به محل کارش برود، یک فرد الکلی که به قدری مشروب می‌خورد که نمی‌تواند شغل خود را حفظ کند، زنی که قصد خودکشی دارد) (خاکیه، ۱۳۸۹).

شکل‌های دیگری از رفتارهای انحرافی هستند که برای جامعه زیان‌بارند نوجوانی که طغیان‌های شدید تهاجمی دارد، یک فرد پارانویای که نقشه قتل رهبران ملی را می‌چیند.

### ۴- پریشانی شخصی

چهارمین ملاک نابهنجاری به احساس پریشانی فرد توجه دارد. همه نه، اما اغلب کسانی که بیمار روانی شناخته می‌شوند، به شدت احساس رنج و ناراحتی می‌کنند. این گونه افراد مضطرب، افسرده یا تحریکاتی<sup>۲</sup> هستند. ممکن است تنها نشانه، نابهنجاری باشد و رفتار وی از نگاه یک ناظر اتفاقی، نابهنجار به نظر آید.

---

<sup>۱</sup>- Maladaptive

<sup>۲</sup>- Agitated

## ۲-۱-۱۰ دیدگاه‌های مختلف درباره رفتار نابهنجار

۱- دیدگاه زیست‌شناختی: بر نقش عوامل بدنی در ایجاد ارتباط بیماری‌های روانی تاکید می‌کند. در این دیدگاه اهمیت دستگاه عصبی، غدد درون‌ریز، ژن‌ها و انتقال دهندگان عصبی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. این دیدگاه قدیمی‌ترین دیدگاه محسوب می‌شود با این وجود اهمیت خود را درباره اختلالات روانی همچنان حفظ کرده است.

بویژه فنون معینی وجود دارد که با کمک آنها می‌توان اختلالات مغز و سلسله اعصاب را بررسی نمود. مثلاً امواج الکتریکی مغز<sup>۱</sup> یا EEG غده‌نگاری کامپیوتری مغز<sup>۲</sup> یا سی‌تی‌اسکن، برش‌نگاری و عکسبرداری‌های بسیار دقیق مغز، P.E.T در این دیدگاه مربوط مغز و رفتار و تاثیرات محیط و وراثت مورد بحث واقع می‌شود.

و از آن جمله تاثیر ژن‌ها که از طریق مولکول‌های D.N.A ممکن است فرد را برای ظهور خصوصیات معین آماده سازند، نوع محیطی که در آن زندگی می‌کند، احتمال دارد که نقش عمده‌ای در ظهور و بروز این خصوصیات بازی کند و تاثیرات متقابل وراثت و محیط که می‌تواند در ظهور یک رفتار خاص، اهمیت داشته باشد و مطالعه تاریخچه خانوادگی و دوقلوها روش‌هایی هستند که بررسی نقش علل ارثی در اختلالات روانی را میسر می‌سازد مثلاً بررسی‌ها نشان داده‌اند که امکان ابتلای یکی از دوقلوها همسان به یک اختلال روانی در صورتی که دیگری مبتلا به همین اختلال باشد بسیار بالا است، هر چند با وجود وراثت یکسانی که دوقلوهای همسان دارند این امکان همواره صد در صد نبوده است. در دیدگاه زیست‌شناسی نه تنها علل رفتار نابهنجار مورد بررسی قرار گرفته است بلکه راهنمای درمان شیمیایی این اختلالات نیز مطالعه شده است. این مطالعات موجب کشف و استفاده داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی، ضد سیکوتیک، در درمان این اختلالات شده است تاثیر داروهای آرامبخش، خواب‌آور، محرک درونی و توهم‌زا در مورد بسیاری از اختلالات روانی مورد آزمایش واقع شده و آشکار گردیده است که هیچ‌یک از این داروها رفتار جدیدی را ایجاد نمی‌کنند. بلکه جریان‌های بدنی را که قبلاً وجود

---

<sup>۱</sup>- Electroencephalography

<sup>۲</sup>- Computer axial tomography scan

داشته‌اند تغییر می‌دهند و بدین ترتیب، موجب تغییر و بهبود می‌شوند (منشی طوس، ۱۳۹۲).

**۲- دیدگاه روان‌پویایی:** این دیدگاه عوامل روانی را به عنوان علل رفتار مورد توجه قرار می‌دهد. هر چند، تفاوت‌هایی در نظریه‌های معتقدان به این مکتب وجود دارد، فروید تحلیل روانی (روانکاوی) رویکرد تحلیل روانی که توسط زیگموند فروید پایه‌گذاری شود مکتبی بود بر علیه دیدگاه زیست‌شناسی. در این دیدگاه به جای تأکید بر عوامل بدنی و زیست‌شیمیایی، عوامل روانی از قبیل هیجان، اضطراب، ناکامی و استرس مورد تأکید واقع شده است.

فروید از طریق تحلیل روانی به درمان و معالجه بیماران روانی می‌پرداخت او پیش فرض<sup>۳</sup> جبر روانی را اظهار داشت که بر اساس آن رفتار خواه آشکار مانند خشم و ترس، خواه ناآشکار مانند افکار و سواسی ریشه در گذشته خود دارند. به تعبیر دیگر هر رفتاری علتی دارد که ریشه آن انگیزه‌های ناخودآگاه روانی است و از گذشته خود سرچشمه می‌گیرد ناخودآگاه شامل افکار احساسات و خاطراتی است که بدون آگاهی شخصی بر روی هم تأثیر می‌گذارند. این دیدگاه تأثیر عمیقی بر روان‌شناسی داشته و بر مفاهیم بنیادی زیادی مانند اضطراب، دستگاه روانی، مکانیزم‌های دفاعی، مراحل رشد جنسی و از این قبیل استوار است (ولف؛ ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۹).

**۳- دیدگاه یادگیری:** این دیدگاه نیز مانند دیدگاه روان‌پویایی جبری محسوب می‌شود زیرا برای هر نوع رفتاری علتی قائل است اما منبع جبر و علت را از زاویه متفاوتی مورد توجه قرار می‌دهد، یعنی به جای توجه به نتایج به وقایع روانی درونی و جستجوی گذشته بیمار برای فهم علت رفتار مواردی از قبیل منابع تقویت‌کننده و تغییر آشکار محیط مورد تأکید واقع می‌شود تقویت‌کننده پاداشی است به احتمال ایجاد پاسخی معین یا عدم ظهور آنرا در برابر محرکی خاص موجب می‌شود اگر پاداش مطلوب باشد و موجب آمادگی خود برای پاسخ دادن صحیح می‌گردد. به تعبیر دیگر تقویت مثبت نسبت احتمال بروز پاسخ صحیح را افزایش می‌دهد، در حالی که تقویت منفی، موجب دور ساختن محرک تنفرانگیز در

---

<sup>۱</sup>- Psycho Dynamic

<sup>۲</sup>- Psychoanalytic

<sup>۳</sup>- Psycho Determinism

صورت ظهور رفتار مطلوب می‌گردد، به هر حال در این دیدگاه رفتار را خواه بهنجار و خواه نابهنجار یاد گرفته شده می‌دانند که می‌تواند بر اثر شرطی شدن کلاسیک (پاولف)<sup>۱</sup> شرطی شدن عاملی<sup>۲</sup> که اسکینر<sup>۳</sup> واضع آن است و بر اساس آن قبل از آنکه تقویت به عمل آید موجود زنده باید پاسخ خاصی را ظاهر سازد (نیکخو، ۱۳۹۴).

مدل‌سازی<sup>۴</sup> که طبق نظر بندورا<sup>۵</sup> یادگیری از طریق مدل قرار دادن و مشاهده رفتار دیگران بدون آنکه همیشه تقویت و تمرین وجود داشته باشد ایجاد می‌گردد.

**۴- دیدگاه شناختی:** گرچه دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان‌پویایی به انگیزه‌های درونی اعتقاد دارد اما برخلاف آن دیدگاه، انگیزه‌ها، احساسات و تعارض‌ها را که به سادگی به آگاهی می‌آیند مورد تاکید قرار می‌دهند، نه ناخودآگاهی و پنهان بودن آنها را به عبارت دیگر جریان‌های شناختی و ذهنی که شخص از آنها آگاهی دارد، علت رفتار محسوب می‌شود. انگیزه‌های درونی که شخص از آن بی‌خبر است. این دیدگاه انسان را بعنوان یک پردازشگر اطلاعات و حل‌کننده مسائل می‌نگرد در حالی که این دیدگاه اعتبار وقایع درونی و پنهان را که مورد تاکید نظریه پردازان روان‌پویایی است، بر حالات، احساسات و شناخت‌های کنونی تاکید بیشتری داشته، تاریخچه گذشته فرد را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد.

**۵- دیدگاه انسان‌گرایی و اصالت وجودی ریشه‌های دیدگاه انسان‌گرایی و اصالت وجودی را باید در نظام‌های فلسفی و مذهبی جستجو کرد.** ظهور این دیدگاه ناشی از عکس‌العمل‌های است در برابر مفاهیم وسیع و مبهم ویژگی‌های انسان که توسط نظریه پردازان روان‌پویایی و رفتار‌گرایان افراطی ابراز گردیده است (نلسون؛ ترجمه منشی طوس، ۱۳۹۲).

یکی از فرضیه‌های اصلی دیدگاه انسان‌گرایی، خودشکوفایی یا کمال‌خویشتن است که به صورت نیروی فعال در انسان وجود دارد وقتی که شخصیت انسان در محیطی مساعد رشد نماید. نیروهای

---

<sup>۱</sup>- Pavlof

<sup>۲</sup>- Operant

<sup>۳</sup>- Skinner

<sup>۴</sup>- modeling

<sup>۵</sup>- bandura

خلاق آزاد می‌شود و طبیعت مثبت درونی انسان را آشکار می‌سازند. بنابراین، اختلال روانی و پریشانی نتیجه مسدود شدن راههای رسیدن به تحقق خود و تمایلات معطوف به کمال است. نظریه پردازان اصالت وجود بر اراده و مسئولیت انسان برای تسلط بر نیروهای محیطی تاکید می‌ورزند و معتقدند که انسان محصول انتخاب‌های خویشتن است وجود انسان و معنی آن به طور کامل در اختیار خودش است و تنها اوست که می‌تواند درباره نگرش‌ها و رفتارهای خویشتن تصمیم بگیرد بر اساس نظریه اصالت وجودی انسان در انتخاب راههای خود برای پیشرفت و فعالیت آزاد است. کسانی که ناراضی و ناخشنود هستند، یا رفتار ناسازگارانه دارند، انتخاب صادقانه و صحیح را انجام نداده‌اند عمل درست بدان معنی است که شخص آزادانه هدف‌های خود را انتخاب نماید و عمل نادرست هنگامی است که دیگران هدف‌های شخص را تعیین نماید (نیکخو، ۱۳۹۴).

**۶- دیدگاه اجتماعی:** بر اساس این دیدگاه اختلال روانی دست کم تا حدی ناشی از شکست نظام اجتماعی حمایت کننده فرد است. گرچه علل اختلالات روانی کمتر ممکن است زیست‌شناختی مانند نارسائی‌های هورمونی یا انتقال دهنده‌های عصبی باشد یا روان‌شناختی از قبیل ضایعه روانی مربوط به دوره‌های اولیه زندگی ولی وجود فشارهای اجتماعی نیز می‌تواند به همان اندازه حائز اهمیت باشند. این نکته تایید می‌شود که هیچ یک از دیدگاهها به تنهایی نمی‌تواند علل اختلالات روانی را تعیین کند، بلکه دو دیدگاه نقطه نظر خاص و جنبه‌های ویژه‌ای را مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین، از طریق نظریه تعامل یعنی عطف توجه به همه دیدگاهها می‌توان تمام علل یک اختلال را بررسی کرد.

## ۲-۲ کارکردهای اجرایی

### ۱-۲-۲ تعریف کارکردهای اجرایی

کارکردهای اجرایی<sup>۱</sup> یک فرآیند نیست بلکه فراتر از یک فرایند است. کارکردهای اجرایی، فرایندهای پراکنده نمی‌باشد بلکه مجموعه‌ای از فرایندهای مرتبط باهم‌اند. کارکردهای اجرایی با مدیریت، ساماندهی، هدایت و رهنمودبخشی سر و کار دارند و می‌توان آنها را مسئول هدف‌محوری و

---

<sup>۱</sup> Central executive

برنامه‌ریزی زندگی انسانها در نظر گرفت. به بیانی دیگر، کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرایندهایی می‌باشند که برای هدایت، جهت‌دهی و مدیریت کارکردهای شناختی، هیجانی و رفتاری مسئولیت دارند تا انسانها بتوانند مسئله‌گشایی نوین توأم با هدف‌محوری را در سر لوحه زندگی خویش قرار دهند؛ زیرا فرایندهای عالی مغز از کارکردهای اجرایی ناشی می‌شوند.

بارون (۲۰۰۴) پژوهش‌های متعددی را پیرامون شناسایی فعالیت‌های مرتبط با کارکرد اجرایی انجام داده است. او اعتقاد دارد که مسئله‌گشایی<sup>۱</sup>، استدلال سیال<sup>۲</sup>، برنامه‌ریزی<sup>۳</sup>، سازمان‌بندی<sup>۴</sup>، تنظیم هدف<sup>۵</sup>، حافظه فعال<sup>۶</sup>، بازداری<sup>۷</sup>، انعطاف‌پذیری ذهنی<sup>۸</sup>، ابتکارگری<sup>۹</sup>، کنترل توجه<sup>۱۰</sup>، تنظیم رفتاری<sup>۱۱</sup> و تغییر از یک موقعیت به موقعیتی<sup>۱۲</sup> دیگر به عنوان اقدامات اصلی کارکردهای اجرایی شناسایی می‌شود.

مهمترین کارکردهای اجرایی که با مدیریت فرایندهای مرتبط رفتاری، شناختی و هیجانی تعریف شده است، مسئله‌گشایی هدف محور می‌باشد. از پیامدهای کارکردهای اجرایی مطلوب می‌توان به برنامه‌ریزی، انتخاب، هدف، کنترل خویشتن و اکتساب موفقیت مبتنی بر اهداف زندگی اشاره کرد. سطوح عالی کارکردهای شناختی با قضاوت، خودآگاهی و تصمیم‌گیری همراه است؛ در حالیکه سطوح میانی با کنترل و مدیریت هیجانی - شناختی در راستای نمایش رفتار مطلوب همراه است. در پایین‌ترین سطح کارکردهای اجرایی می‌توان به توانایی زبان، حافظه و تجسم دیداری-فضایی اشاره داشت. از آنجائیکه کارکردهای اجرایی با ساختار سلسله‌مراتبی<sup>۱۳</sup> همراه است، باید بالاترین سطح را تحت‌عنوان مسئله

---

<sup>۱</sup> Baron

<sup>۲</sup> Problem Solving

<sup>۳</sup> Abstract reasoning

<sup>۴</sup> Planning

<sup>۵</sup> Organization

<sup>۶</sup> Goal setting

<sup>۷</sup> Working memory

<sup>۸</sup> Inhibition

<sup>۹</sup> Mental flexibility

<sup>۱۰</sup> Initiation

<sup>۱۱</sup> Attention control

<sup>۱۲</sup> Behavioral regulation

<sup>۱۳</sup> Shifting

<sup>۱۴</sup> Hierarchical model

گشایی هدفمند در نظر گرفت که پس از آن، انتخاب هدف<sup>۱</sup> و برنامه‌ریزی به عنوان سنگ زیربنای مسئله‌گشایی هدفمند تعریف می‌شود. دیاگرام زیر با بالاترین سطوح شناخت که با کارکردهای اجرایی متبلور می‌شود، مربوط است.



در راستای انتخاب هدف یا هدف‌چینی<sup>۲</sup> و پس از آن، برنامه‌ریزی و سپس مسئله‌گشایی هدفمند که گاهی اوقات می‌تواند به مسئله‌گشایی خلاق<sup>۳</sup> نیز منجر شود و دستاوردی بی‌همتا و کاربردی را از خود برجای بگذارد، باید بتوان کنترل و نظارت بر فرایندهای شناختی را به دست آورد. مجموعه‌ای از فرایندهایی که به‌عنوان کارکردهای مدیریتی یا تنظیمی شناخته می‌شوند و در سطح میانی کارکردهای اجرایی جای دارند با بازداری رفتاری همراه بوده و در ارزیابی نظارت زمینه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، مسئولیت دارند. از این رو، بازداری شناختی، هیجانی و رفتاری با اقداماتی از قبیل راهبردهای خودتنظیمی، کنترل رفتارهای حاشیه‌ای و راهبردهای شناختی از قبیل توجه و تمرکز مربوط است. اینگونه راهبردهای شناختی می‌تواند به پایین‌ترین سطح کارکردهای اجرایی که کنش‌های شناختی پایه می‌باشند، مربوط گردد.

کنش‌های شناختی پایه که در پایین‌ترین سطح کارکردهای اجرایی قرار دارند، با توانایی‌های حافظه، زبان و مواردی از قبیل تجسم دیداری- فضایی همراه‌اند که از یکسو با نیمرخ هوش و خلاقیت مرتبط و از سوی دیگر با ظرفیت‌های زبان و حافظه مربوط‌اند. اگر بتوان از اینگونه کنش‌های شناختی پایه به مانند استدلال سیال و استدلال کمی بهره‌مند شد و با راهبردهای کنترل و مدیریت شناختی، هیجانی و رفتاری آنها را نظارت و ساماندهی نمود، آنگاه کنش‌های اجرایی سطح پایین به سطح میانی انتقال یافته

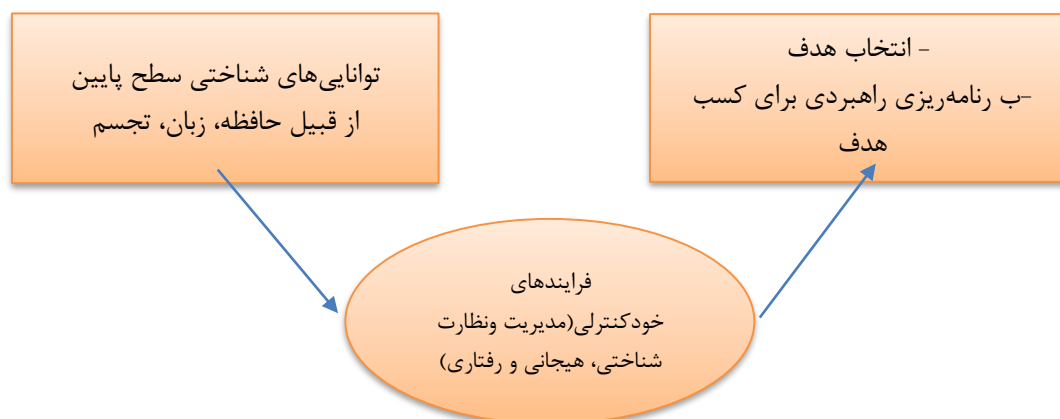
---

<sup>۱</sup> Goal selection

<sup>۲</sup> Goal setting

<sup>۳</sup> Creative problem solving

و می‌توان شاهد این بود که به سطوح عالی یا مسئله‌گشایی هدفمند تحول یابد. دیاگرام زیر به ارتباط سطوح پایین و میانی با سطوح عالی مربوط است:



با توجه به مدل سلسله مراتب کارکردهای اجرایی، نقش واسطه‌ای کارکردهای مدیریتی و اجرایی حائز اهمیت بوده زیرا می‌تواند توانایی‌های شناختی بالقوه از قبیل نیمرخ هوشی و استعداد تحصیلی را به عملکردهای موثر و بارور تبدیل کند. مساله‌گشایی پیچیده چند مرحله‌ای که در بالاترین سطح کارکردهای اجرایی قرار دارد، به نیمرخ هوشی فراتر از سطح متوسط نیاز دارد. که باید توسط فرایندهای تنظیمی و مدیریتی، هدایت و ساماندهی شود. خودهوشیاری از جمله دستاوردهای انسان متعالی است که به راحتی نمی‌توان به آنها دست یافت مگر اینکه قابلیت‌های شناختی فراتر از سطح متوسط وجود داشته باشد (پایین‌ترین سطح کنش‌های اجرایی) و توسط کارکردهای مدیریتی و نظارت در حوزه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، ساماندهی و هدایت شوند (سطح میانی کارکردهای اجرایی) که در نهایت بتوان مسئله‌گشایی خلاق را در برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر ارزیابی نقاط ضعف و قوت شخصی، مشاهده کرد.

فقط زمانی می‌توان از قابلیت‌های شناختی و نیمرخ هوشی، استعداد تحصیلی و دیگر توانایی‌های شناختی فراتر از سطح متوسط بهره‌برداری نمود که نظام مبتنی بر کارکردهای مدیریتی و تنظیمی در حوزه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری استوار باشند. انسان با بازدارنده شناختی، هیجانی و رفتاری که تحت تاثیر ویژگی‌های شخصیتی قرار دارد، ظرفیتی را برای باروری توانایی‌های شناختی به دست آورد. که پس از تنظیم هدف، به برنامه‌ریزی و مسئله‌گشایی نوین منجر می‌شود. در این مواقع است



که قضاوت و پیش بینی پذیری به اوج رسیده و خودآگاهی در بالاترین سطح تجربه می‌شود؛ زیرا انسان قابلیت را به دست آورده است که نقاط ضعف و قوت خویش را شناخته و بتواند از حداقل امکان، حداکثر استفاده را به عمل آورد.

جایگاه کارکردهای شناختی در کورتکس مغز جای گرفته و بدون هیچ شکلی جایگاه عالی ترین کارکردهای اجرایی، در بخش پیش پیشانی جای دارد. هرچند در لوب پیشانی، کارکردهای برنامه‌ریزی، قضاوت و ارزیابی قرار گرفته است ولی در بخش پیش پیشانی با ویژگی سلول های عصبی ارتباطی، بخش های متفاوت مغز به یکدیگر مرتبط گردیده و حتی با سیستم‌های پایین تر از سطح کورتکس و به خصوص لیمبیک نیز مرتبط می‌گردد. هرگونه آسیب به نواحی پیش پیشانی و پیشانی می‌تواند تخریب شدیدی را در کارکردهای اجرایی به وجود آورد.

## ۲-۲-۲ درآمدی بر پرسشنامه کارکردهای اجرایی

یکی از مهم‌ترین عناصری که در ارزیابی کودکان و نوجوانان مشکوک به اختلال نقص توجه، اختلال یادگیری، اختلالات هیجانی و رفتاری و اختلالات طیف اتیسم مهم است، کارکردهای اجرایی یا کنش‌های مجری است. پرسشنامه رتبه بندی رفتار کنش اجرایی که به بخش رفتارهای کنش اجرایی می‌پردازد، توسط والدین و معلمان دانش آموزان در دوره ی آموزشگاهی تکمیل می‌شود. بنابراین، برای دانش آموزان ۵ تا ۱۸ ساله مشکوک به اختلالات عصبی-تحوالی کاربرد دارد.

پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی<sup>۱</sup> دارای دو فرم متفاوت والدین و معلمان می‌باشد. در فرم معلمان و والدین، ۸۱ سوال جای دارد که از ۸ مقیاس بالینی استخراج شده است. این ۸ مقیاس بالینی نه تنها از لحاظ نظری بلکه از لحاظ تجربی نیز مبنای قوی ای داشته و جنبه های متنوع از کارکردهای اجرایی

---

<sup>۱</sup> Behavior Rating Inventory Of Excecutive Function (BRIEF)

همچون بازداری، تغییر موضع، کنترل هیجانی، خودمختاری، حافظه فعال، برنامه ریزی، سازمان بندی مواد<sup>۷</sup> و به تصویر کشیدن<sup>۸</sup> را اندازه گیری می کند.

علاوه بر ۸ مقیاس بالینی، دو مقیاس روایی نیز در پرسشنامه رتبه بندی رفتار کنش اجرایی جای دارد که با ۸۶ سوال می تواند طیف وسیعی از کارکردهای اجرایی را اندازه گیری کند. دو مقیاس روایی تناقض و منفی گرایی با ۸ مقیاس بازداری، تغییر موضع، کنترل هیجانی، خودمختاری، حافظه فعال، برنامه ریزی، سازمان بندی مواد و به تصویر کشیدن می توانند دو خوشه بالینی تحت عنوان حافظه فعال و بازداری را ایجاد کنند.

دو مقیاس روایی، ۸ مقیاس بالینی و ۲ خوشه بالینی، اطلاعات مهمی را در تمایز گذاری و تشخیص زیرمجموعه های اختلال بیش فعالی-نقص توجه بر عهده دارند (پنینگتون، بنتو، مک آلیر و رابرتز، ۱۹۹۶).

یکی از ابزارهای معتبری که می تواند کارکردهای اجرایی را سنجش نماید و در تشخیص اختلالات عصبی-تحولی کاربرد دارد، پرسشنامه رتبه بندی رفتار کنش اجرایی است. این ابزار از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است و کاربرد تشخیصی<sup>۹</sup> را در سنجش کارکردهای اجرایی کودکان به نمایش می گذارد. این ابزار به راحتی تفسیر می شود و تمامی معلمان و مربیان می توانند از آن بهره مند شوند. دامنه سنی این ابزار به دوره آموزشی یا ۵ تا ۱۸ سالگی معطوف است (دوپائول، پاور، آناستوپولوس و رید، ۱۹۹۸).

---

<sup>۱</sup> Inhibition

<sup>۲</sup> shift

<sup>۳</sup> Emotional control

<sup>۴</sup> Initiate

<sup>۵</sup> Working memory

<sup>۶</sup> Plan organize

<sup>۷</sup> Organization of materials

<sup>۸</sup> Monitor

<sup>۹</sup> Pennington, Benneto, MC.Aller & Roberts

<sup>۱</sup> Diagnostic otility

<sup>۱</sup> Du paul, Power, Anastopoulos & Reid

پرسشنامه کارکردهای اجرایی، مجموعه‌ای از فرآیندها را اندازه‌گیری می‌کند که مسئولیت هدایت، رهنمودبخشی و مدیریت کارکردهای شناختی، هیجانی و رفتاری را بر عهده دارد. از طریق این ابزار می‌توان مسئله‌گشایی نوین و فعال را در آزمودنی اندازه‌گیری کرد. به بیانی دیگر، رفتار مسئله‌گشایی، هدفمند و فعال در راستای کسب هدف از جمله مواردی است که می‌توان آن را در آزمودنی اندازه‌گیری کرد.

هرچند که کارکردهای اجرایی با مهم‌ترین جنبه‌های شناختی-رفتاری و انگیزشی سروکار دارد ولی دارای "مدل سلسله‌مراتبی" است. در سطوح بالای آن پیش‌بینی، قضاوت، خودهوشیاری و تصمیم‌گیری جای دارد ولی در سطوح پایین‌تر، ظرفیت‌های حافظه، زبان و قابلیت‌های دیداری-فضایی عنوان می‌گردد. پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی با تاکید بر زمینه‌های بالینی به ارزیابی کارکردهای اجرایی سطح پایین می‌پردازد؛ زیرا توانایی‌های زبان، حافظه و تجسم دیداری-فضایی، از جمله مواردی است که در اختلالات عصبی-تحوالی با نقص رو به رو است.

زیرمجموعه‌های ویژه‌ای را که می‌تواند به شکل‌گیری مجموعه کارکردهای مدیریتی یا تنظیم‌کننده منجر می‌شود. توانایی برای رفتار خودانگیخته<sup>۱</sup>، کنش‌های رقابت‌کننده بازداری<sup>۲</sup>، انتخاب اهداف مرتبط با وظیفه<sup>۳</sup>، برنامه‌ریزی و سازمان‌بندی را در برمی‌گیرد. اینگونه موارد نه تنها در ارزیابی اختلال یادگیری با استناد به ظرفیت حافظه به کار می‌روند بلکه در ارزیابی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی با تاکید بر کنترل رفتار، از اهمیت بالایی برخوردارند (ماهون، ۲۰۰۰).

با استناد به اینکه پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی می‌تواند کنترل تنظیم‌کننده پاسخ‌های هیجانی و کنش‌های رفتاری را ارزیابی نماید، ۸ مقیاس بالینی و دو مقیاس روایی را در ساختار درونی جای داده است. با استناد به تعداد سوالات و مقیاس‌های بالینی، جدول زیر ارائه می‌شود:

---

<sup>۱</sup> Hierarchical model

<sup>۲</sup> Initiative behavior

<sup>۳</sup> Inhibit competing action

<sup>۴</sup> Select relevant task goal

<sup>۵</sup> Mahone

تعداد سوالات		مقیاس بالینی
والد	معلم	
۱۰	۱۰	بازداری
۸	۱۰	تغییر موضع
۱۰	۹	کنترل هیجانی
۸	۷	خودمختاری
۱۰	۱۰	حافظه فعال
۱۲	۱۰	برنامه ریزی
۶	۷	سازمان بندی مواد
۸	۱۰	به تصویر کشیدن
مقیاس های روایی		
۱۹	۱۷	تناقض
۹	۹	منفی گرایی

ولچ و پنینگتون (۱۹۹۸) دیدگاه رایجی را در زمینه سازمان بندی عصبی-آناتومی کنش های اجرایی در بخش پیش پیشانی ارائه می دهند و بر این باورند که در این بخش، ارتباط های دوسویه ای وجود دارد که از یکسو نواحی مغز را با یکدیگر و از سوی دیگر، آنها را با سیستم لیمبیک مرتبط می کند. هرگونه

<sup>۱</sup> Welch & Pennington

<sup>۲</sup> Bidirectional connections

آسیب به ناحیه پیش پیشانی<sup>۱</sup> ناحیه پیوندگرایی<sup>۲</sup> این ناحیه را مختل ساخته و کنترل تنظیم کننده را که در مغز قرار دارد، با نقص رو به رو می‌سازد. همچنین، مشکلات در نارسایی انتقال دهنده‌های عصبی از قبیل دوپامین که نقش تعیین کننده‌ای در اختلالات هیجانی دارد، با نقص در ناحیه پیش پیشانی مرتبط است. از این رو، با استفاده از ارزیابی کارکردهای اجرایی و به خصوص پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی می‌توان به آسیب‌های مغزی در ناحیه پیش پیشانی دست یافت.

دیاموند، گلافمن و راکیک (۱۹۸۹)، به ارزیابی خودتنظیمی هیجان و رفتار توجه کردن و این اقدام را به عنوان عاملی موثر در اکتساب ثبات شی مطرح می‌کنند. آنان اعتقاد دارند که هرگونه مشکل در خودتنظیمی هیجانی و رفتار در ۱۲ ماهگی می‌تواند ثبات شی را خدشه دار نموده و رشد شناختی را به مخاطره اندازد. همچنین، مشکلات در توانایی‌های ویژه خودکنترلی<sup>۳</sup> از دیگر مواردی است که می‌تواند موجبات بروز مشکلات شناختی را در کودکان با زمینه بالینی در حیطه‌های هیجانی و رفتاری به وجود آورد.

اینگونه مشکلات در سنین ۱۸ تا ۳۰ ماهگی به اوج می‌رسد و کودک نمی‌تواند در «موقعیت محرک بیرونی»<sup>۴</sup> استمرار را در دریافت محرک بیرونی نشان دهد. اینگونه موارد باعث می‌شود تا در سنین آموزشگاهی، زمینه برای اختلال نقص توجه، اختلالات یادگیری و دیگر اختلالات عصبی-تحوالی به وجود آورد. بنابراین، ضروری است تا کارکردهای اجرایی سطح پایین را در دانش آموزان مشکوک به اختلالات عصبی-تحوالی مورد ارزیابی قرار داد. پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی از جمله ابزارهایی است که والدین و معلمان را به سوی شناسایی مشکلات تحوالی مرتبط با اختلالات عصبی-تحوالی سوق می‌دهد.

اجرا و نمره‌گذاری پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی از سهولت فزاینده‌ای برخوردار است و همواره بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد. برای تکمیل فرم معلم یا والد، حداقل یک ماه آشنایی

---

<sup>۱</sup> Preprontal region

<sup>۲</sup> connectivity

<sup>۳</sup> Specific self control abilities

<sup>۴</sup> External stimulus situation

برای معلم یا والد ضروری است. پاسخگویی به ۸۶ سوال در طیف سه گزینه‌ای جای می‌گیرد و پاسخ-دهنده با توجه به ارزیابی آزمودنی برای هر شاخص، یکی از سه گزینه بیشتر اوقات، گاهی اوقات و هرگز را انتخاب می‌کند. پاسخ‌دهنده باید با توجه به رفتارهای شش ماه اخیر آزمودنی به آن پاسخ دهد و پیشنهاد می‌شود که معلمان در اوایل آشنایی با آزمودنی به فرم مزبور پاسخ ندهند و تا حداکثر امکان، زمان آشنایی با کودک را افزایش دهند. که روایی پاسخدهی افزایش یابد. همچنین، از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود که برای هر سوال فقط یک گزینه را پاسخ دهد و از خالی گذاشتن گزینه یا پاسخدهی چندگانه اجتناب ورزد. تاکید بر پاسخدهی به اطلاعات دموگرافیک ضروری نیست: زیرا اطلاعات دموگرافیک در فرایند تفسیر جایی ندارد.

با توجه به نحوه پاسخگویی والدین، معلمان به پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی اولین اقدام محاسبه پاسخ‌های از دست رفته است. پاسخ‌های از دست رفته در مواقعی به وجود می‌آید که پاسخ‌دهنده به یک سوال، بیش از یک گزینه را انتخاب کرده است. همچنین، اگر آزمودنی برای یک سوال، پاسخی را ارائه نکرده است و یک سوال را بدون پاسخ گذاشته است، بازهم اصطلاح بدون پاسخ ارائه می‌شود. در پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی هنگامیکه آزمودنی بیش از چهارده گزینه را بدون پاسخ یا پاسخدهی چندگانه انجام داده است، نتایج ابزار قابل تفسیر نمی‌باشد. همچنین، اگر تعداد سوالات از دست رفته (بدون پاسخ یا بیش از یک پاسخ) بین ۹ تا ۱۴ باشد. بازهم باید نتایج را با احتیاط تفسیر نمود.

## ۲-۲-۳ درآمدي بر کارکردهای اجرایی

کارکردهای اجرایی با مجموعه‌ای از فرایندها سروکار دارد که در سه حیطه شناختی، هیجانی و رفتاری جای می‌گیرند. به بیانی دیگر، کارکردهای اجرایی شناختی، هیجانی و رفتاری به عنوان بخش اصلی فرایندهای عالی ذهن محسوب می‌شود که مسئولیت تصمیم‌گیری و حل مسئله را دارد. تمامی

فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری کارکردهای اجرایی با یکدیگر تنیده هستند و به عنوان کارکردهای مرتبط با هم برای مسئله گشایی و هدف محوری مسئولیت دارند (پنینگتون، ۱۹۹۷)

تحول اولیه کارکردهای اجرایی در راستای توانایی اکتساب مجموعه مناسب مسئله گشایی تعریف می شود. هنگامیکه کودک بتواند از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری در راستای مسئله گشایی مناسب استفاده کند. می تواند هدف محوری را در زندگی آینده خویش به دست آورد. بنابراین، کودکانی که امروزه توانایی حل مساله را به دست می آورند، به عنوان جوانانی شناخته می شوند که در آینده هدف محورند (رابیت، ۱۹۹۷)

با استناد به پژوهش های متعدد می توان دریافت که مجموعه ای از فرایندهای مرتبط باهم دست اندر کار هستند تا برنامه ریزی، گزینش هدف، پیش بینی پذیری، نظارت و بهره گیری از بازخورد را در راستای تصمیم گیری ایجاد کند. اینگونه فرایندهای سطح بالای شناختی که از همه مهمتر تصمیم گیری پس از آن، برنامه ریزی و سپس انتخاب هدف را در بر می گیرد، تحت عنوان کارکردهای اجرایی شناخته می - شوند. به بیان دیگر، بالاترین سطح شناخت در کارکردهای اجرایی قرار دارد که از فرایندهای شناختی سطوح پایین به مانند زبان، توانایی دیداری-فضایی و حافظه تاثیر می گیرد. اینگونه ساختار سلسله مراتبی در توانایی های شناختی که ... آن با کارکردهای اجرایی سروکار دارد، در ارزیابی و تشخیص اختلالات عصبی-تحولی به خصوص اختلال نقص توجه کاربردهای بسزایی را نشان می دهد (دنکلا، ۱۹۸۹)

روت، اسکویت و جیویا (۲۰۰۵) اعتقاد دارند که پرسشنامه رتبه بندی رفتار کنش اجرایی که برای بزرگسالان طراحی شده است می تواند رفتارهای هدف محور، انتخاب، خودمختاری و تنظیم شناخت، هیجان و رفتار را برعهده داشته باشد. علاوه برآن، بر طیف وسیعی از کارکردهای حسی و حرکتی موثر است. از این رو، ابزار مزبور می تواند با سنجش و ارزیابی کارکردهای تنظیم رفتار، شناخت و هیجانات بزرگسالان را مرتبط باشد و در طیف وسیعی از اختلالات بزرگسالان به کار رود. نسخه بزرگسالان

---

<sup>۱</sup> Pennington

<sup>۲</sup>Rabbit

<sup>۳</sup>Denckla

<sup>۴</sup>Roth, Isquith, Gioia

پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش مجری یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری ادراک بزرگسالان از کنش اجرایی در فعالیتهای واقعی زندگی طراحی و تدوین شده است. این ابزار می‌تواند در ارزیابی مشکلات حافظه فعال در گروه‌های هنجاری نیز موثر باشد و تنها در تشخیص اختلالات نقص توجه بزرگسالی محدود نیست.

روت، اسکوئیت و جیویا (۲۰۰۵) به تدوین نسخه بزرگسال از پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی پرداختند. سازندگان این ابزار با تاکید بر کاربرد بالینی آن بر طیف وسیعی از اختلالات بزرگسالان از نسخه کودک و نوجوان که در دامنه سنی ۵ تا ۱۸ سال کاربرد داشت، ۱۶۰ گویه را استخراج کردند. در راستای استخراج گویه‌ها به بهسازی تدوین نوشتاری ارقام، برای دامنه سنی بزرگسالی پرداخته شد و مخزن سوالات نهایی با ۹ مقیاس بالینی و ۳ مقیاس روایی طراحی و تدوین گردید. تمامی ۱۶۰ سوال با "بیانات ویژه رفتار" سر و کار داشت که در راستای سنجش کارکردهای اجرایی تدوین شده بود. با استفاده از تحلیل‌های روان‌سنجی، به‌ویژه همبستگی هر سوال با کل آزمون و تحلیل عامل مولفه اصلی، تعداد ۱۶۰ سوال به ۷۵ سوال کاهش یافت. اینگونه اقدامات به دو ساختار درونی در سطح بالاتر<sup>۱</sup>، تحت عنوان "شاخص تنظیم رفتاری"<sup>۲</sup> و شاخص فراشناخت منجر گردید. در شاخص تنظیم رفتاری، بازداری، تغییر موضع، کنترل هیجانی و خودتظاهرسازی جای داشت. در حالیکه در شاخص فراشناخت<sup>۳</sup>؛ خودمختاری، حافظه فعال، برنامه‌ریزی، نمایش‌گیری وظیفه<sup>۴</sup> و سازمان‌بند مواد جای داشت. جدول زیر معرف روایی محتوایی است:

---

<sup>۱</sup>Modifying the wording of items

<sup>۲</sup>Behavior-specific statements.

<sup>۳</sup>Higher order

<sup>۴</sup>Behavioral regulation index

<sup>۵</sup>Metacognition

<sup>۶</sup>Self-monitor



تنظیم رفتاری	فراشناخت
بازداری	خودمختاری
تغییر موضع	حافظه فعال
کنترل هیجانی	برنامه ریزی
خودتظاهر سازی	نمایش گری وظیفه

نسخه بزرگسال مرتبط با پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی برای دامنه سنی ۱۸ تا ۹۰ سال کاربرد دارد. از طریق تحلیل عامل تاییدی مشخص گردید که دو عامل فراشناخت و تنظیم رفتاری در سطح اول و نه مقیاس بالینی در سطح دوم جای دارند. همچنین، دارای سه شاخص روایی تحت عنوان تناقض، منفی‌گرایی و نامتداولی است. این ابزار با اضطراب و افسردگی، همبستگی فراتر از ۰/۳ را نشان می‌دهد. هریسون، تی‌چیتانتوریا، ناومان و ترثرر (۲۰۱۲) به ارزیابی دقیق سبک‌های شناختی و کارکردهای هیجان اجتماعی در اختلالات تغذیه پرداختند تا از این طریق بتوانند به اهمیت و جایگاه کارکردهای مجری مرکزی در اختلالات تغذیه دست یابند. پژوهشگران متوجه شدند که نقص‌های شناختی در اکتساب اینگونه اختلالات موثر بوده و همواره می‌توان نقص در کارکردهای اجرایی را به عنوان عاملی مهم در اکتساب اختلالات تغذیه در نظر گرفت. از این‌رو، سنرواسکی، فرانسیس مندلا، بیسداواتاسکا (۲۰۱۴) تلاش نمودند تا به ارزیابی مقدماتی پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی در نمونه‌های بالینی با اختلالات تغذیه پرداخته و بتوانند داده‌های تجربی را پیرامون ویژگی‌های روان‌سنجی به خصوص اعتبار و روایی به دست آورند.

سیزواسکی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) با حجم نمونه ۲۵۲ زن که در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۹ سال جای داشتند توانستند به ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی مقیاس بزرگسالان

<sup>۱</sup>Harison, Tchanturia, Naumann, Treasure.

<sup>۲</sup> Ciszewski

(BRIF-A) پیردازند. یافته‌های تحقیق نشان داد که ابزار مزبور در نمونه‌های بالینی با اختلال تغذیه دارای روایی تشخیصی است و ضریب اعتبار فراتر از ۰/۷۰ را نشان می‌دهد.

با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی مشخص گردید که دو عامل در سطح بالا و نه عامل در سطح دوم یا میانی جای دارند. همچنین، همبستگی فراتر از ۰/۴ بین نمرات دو عامل سطح بالا با محور اضطراب و افسردگی از پرسشنامه سنجش شخصیت (موری، ۲۰۰۷) به دست آمد که معرف روایی ملاکی بود. مقادیر آنها همه فراتر از ۰/۷۰ بود که نشان‌دهنده تجانس درونی می‌باشد ولی میزان آلفا کرانباخ دو عامل سطح بالا فراتر از ۰/۹ به دست آمد. همچنین، جدول زیر معرف یافته‌ها در تحلیل عامل تأییدی و اکتشافی می‌باشد.

تحلیل عامل تائیدی		تحلیل عامل اکتشافی		مقیاس
تنظیم رفتاری	فراشناخت	عامل دوم	عامل اول	
	۰/۹۱	-۰/۰۲	۰/۹۳	برنامه‌ریزی و سازمان‌بندی
	۰/۸۵	۰/۰۴	۰/۸۴	نمایش‌گری وظیفه
	۰/۶۴	-۰/۰۹	۰/۷۲	سازمان‌بندی مواد
	۰/۸۱	۰/۱۴	۰/۶۸	خودمختاری
	۰/۷۸	۰/۳۰	۰/۵۲	حافظه فعال
۰/۷۱		۰/۸۵	-۰/۱۱	کنترل هیجانی
۰/۸۲		۰/۷۷	۰/۰۷	خودتظاهر سازی
۰/۷۴		۰/۷۰	۰/۰۷	تغییر موضع
۰/۸۱		۰/۴۴	۰/۴۱	بازداری

کارکردهای اجرایی دوره تحولی<sup>۱</sup> داشته و با توجه به ناحیه پیش‌پیشانی مغز از تحول عصب-شناختی تاثیر می‌گیرد. سازمان‌بندی عصب شناختی از کنش اجرایی به جایگاه آن در ناحیه پیش‌پیشانی معطوف است. مرکزی که سازمان‌بندی پیچیده مغز را در بردارد. هرچند در برخی از تحقیقات به جایگاه لوب پیشانی نیز اشاره شده است، ولی بازهم به علت پیوستگی بخش پیشانی و پیش‌پیشانی می‌توان ناحیه مجری مرکزی را در بخش قدامی مغز عنوان کرد.

<sup>۱</sup> Developmental course

از آنجا که جایگاه زمینه‌های انگیزشی در سیستم لیمبیک مطرح می‌شود، باید به ارتباط لوب پیشانی با سیستم لیمبیک تاکید داشت. لوب پیشانی ارتباط فزاینده‌ای را با نواحی کورتکس از یکسو و نواحی پایین کورتکس از سوی دیگر دارد. یکی از مهم‌ترین اقدامات بخش پیش‌پیشانی برقراری ارتباط است و اساس عصبی-آناتومی لوب پیشانی که در آن پیش‌پیشانی نیز قرار دارد. برقراری ارتباط‌های دو سویه<sup>۱</sup> است. با توجه به ساختار عصبی-آناتومی عصب شناختی، این بخش پیوندهای متعددی را در نواحی کورتکس برقرار می‌کند و موجبات فعالیت مغز را به عنوان یک سیستم با راهبرد پیوندهای دوسویه فراهم می‌نماید. بنابراین، بخش پیشانی به عنوان بخش ارتباطی مغز است که تمامی نواحی کورتکس مغز را با یکدیگر مرتبط می‌سازد. فرایند برقراری ارتباط بین نواحی کورتکس به برقراری ارتباط با سیستم تورینه‌ای و سیستم لیمبیک نیز معطوف است؛ زیرا بخش پیشانی می‌تواند به فعال‌سازی سیستم تورینه‌ای و لیمبیک نیز دست یابد.

در نهایت، به علت ساختار کورتکس پیش‌پیشانی و فرایندهای ارتباطی، این بخش از یکسو با سیستم انگیزشی و به خصوص لیمبیک و سیستم تورینه‌ای یا فعال‌سازی مرتبط است و فرایندهای هیجانی و رفتاری را به یکدیگر پیوند می‌دهد. با تاکید بر اینکه کورتکس در ناحیه پیشانی از بالاترین بخش تداعی برخوردار است و تمامی کارکردهای کورتکس را به یکدیگر مرتبط می‌سازد. پس می‌تواند فرایندهای شناختی کورتکس مغز را از یکسو و سیستم انگیزشی لیمبیک و فعال‌کننده رفتاری شبکه را از سوی دیگر به یکدیگر پیوند دهد. به راستی بخش پیشانی، بخش ارتباط است. ارتباط بین لوب‌های چهارگانه مغز در زمینه‌های شناختی، سیستم انگیزشی و لیمبیک و از همه مهمتر، تعامل سیستم لیمبیک و فرایندهای کورتکس با سیستم تورینه‌ای که همگی به تنیدگی فرایندهای شناختی، رفتاری و انگیزشی معطوف می‌باشد. هرگونه نقص در لوب پیشانی، موجبات نقص در عملکرد نواحی کورتکس یا کارکردهای شناختی و نواحی پایین کورتکس یا کارکردهای هیجانی-رفتاری را موجب می‌شود. بنابراین، بی‌علت

---

<sup>۱</sup> Bidirectional connection

نیست که اختلالاتی از قبیل اختلال نقص توجه، اختلال یادگیری و دیگر اختلالات عصبی-تحوالی با مشکلاتی در لوب پیشانی همراه است.

## ۲-۳ پیشینه تحقیق

### ۲-۳-۱ پیشینه تحقیق داخلی

در پژوهش ثنایی (۱۳۹۷) که به «ویژگی‌های روانسنجی نسخه سوم نظام سنجش رفتار کودکان در دانش آموزان با اختلالات یادگیری» پرداخته شده، سؤال اصلی بدین ترتیب تدوین شده است که آیا نسخه سوم نظام سنجش رفتار کودکان در دانش آموزان با اختلالات یادگیری دارای ویژگیهای روانسنجی مطلوب است؟ تحقیق حاضر در حیطه طرحهای روانسنجی جای می‌گیرد. جامعه تحقیق حاضر را تمامی دانش آموزان با اختلالات یادگیری که به مراکز اختلال یادگیری شهر تهران رجوع کرده اند، تشکیل می‌دهند. در تحقیق حاضر با پیروی از روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این تحقیق از نسخه سوم نظام سنجش رفتار کودکان، به عنوان ابزار استفاده شده است که دارای روایی و اعتبار مطلوب در نسخه اصلی بوده است. در نهایت، یافته‌های تحقیق نشان داد که نسخه سوم نظام سنجش رفتار کودکان با استفاده از دو روش آلفا کرانباخ  $0/84$  و دو نیمه کردن آزمون با اصلاح اسپیرمن- براون  $0/83$  بوده که نشان دهنده تجانس درونی مطلوب بوده و همچنین، ضریب ثبات در پژوهش حاضر  $0/83$  به دست آمده که نشان دهنده ویژگی تکرارپذیری ابزار مذکور میباشد. در نهایت، مشخص گردید که نسخه سوم نظام سنجش رفتار کودکان دارای بار عاملی مشترک در پژوهش حاضر  $67/03$  میباشد که بیش از  $0/40$  بوده که بیان میکند نسخه سوم نظام غربالگری هیجانی و رفتاری در دانش آموزان با اختلالات یادگیری میتواند برای تبیین اختلال ناتوانی یادگیری مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت، مشخص گردید با توجه به اینکه تمامی سؤالات در ۴ عامل دسته بندی میشوند.

**قاسمی و خاکی (۱۳۹۵)** پیرامون «ویژگی‌های روانسنجی مقیاس نشانه‌شناسی مشکلات رفتاری-هیجانی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی» پرداخته است و مطرح نمود که ابزار مذکور مشکلات رفتاری-هیجانی (اضطراب، افسردگی، مشکلات سلوکی، اختلالات جسمانی) دانش‌آموزان را بررسی می‌کند. این پژوهش بر روی ۲۴۰ دانش‌آموز پایه سوم تا پنجم مقطع ابتدایی (۱۰۰ دانش‌آموز دختر و ۱۴۰

دانش آموز پسر) که به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند، صورت گرفته است. یافته‌ها نشان داد که ضریب آلفا کرانباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین، این ضریب برای مقیاس اضطراب ۰/۷۴، افسردگی ۰/۷۳، مشکلات سلوکی ۰/۶۴ و برای مقیاس جسمانی شدن ۰/۶۱ به دست آمده است. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز نشان داد که مقادیر به دست آمده برای شاخص‌ها نشان‌دهنده این می‌باشد که مدل تحلیل عاملی تأییدی در جهت تبیین و برازش پرسشنامه مذکور از وضعیت مناسبی برخوردار است.

حاجی سیدرضی، ازخوش، طهماسیان، بیات و بیگلریان (۱۳۹۱) به «معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزندپروری مادران و مشکلات رفتاری کودکان» پرداختند و مطرح نمودند، تحقیق مذکور شبه‌آزمایشی بوده و گروه نمونه شامل ۲۵ مادر (میانگین سنی ۳۰ سال) مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت و اسباب‌بازی منطقه ۱۰ شهرداری تهران که دارای کودک ۴ تا ۶ سال می‌باشند و داوطلب شرکت در پژوهش بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، دو گروه سیاهه رفتاری والدین و نیز سیاهه رفتاری کودک آبیگ را تکمیل کردند. ۶ جلسه برنامه آموزش والدین در طول ۲ ساعت برای گروه آزمایش اجرا شد. با استفاده از مدل تحلیل کوواریانس تحلیل‌های آماری انجام گرفته و یافته‌ها نشان داد که برنامه آموزش والدین، بهبود روش‌های فرزندپروری و بعد کنترل قاطعانه مادران گروه آزمایش را به دنبال داشت. تفاوت معناداری در دیگر ابعاد روش‌های فرزندپروری و مشکلات رفتاری کودکان بین گروه‌های آزمایشی و گواه مشاهده نشد.

در پژوهش واحدی، اسماعیل‌پور و حاجی‌پور (۱۳۹۱) پیرامون «بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس مشاهده معلم از رفتار انطباقی در کلاس» مطرح نمودند که این مطالعه بر روی ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان سوم و چهارم ابتدایی شهر تبریز انجام گرفته که به روش نمونه‌گیری تک‌مرحله‌ای در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ انتخاب شدند. معلمان مدارس، مقیاس مشاهده معلم از رفتار انطباقی در کلاس و والدین دانش‌آموزان مقیاس درجه‌بندی رفتار مخرب (DBRS) را تکمیل کردند. در این پژوهش، به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه)، روایی همگرا و پایایی از

تحلیل عاملی اکتشافی، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب آلفا کرانباخ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که برای محاسبه روایی سازه، تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس، سه عامل بی‌توجهی، پرخاشگری و رفتارهای جامعه‌پسندانه استخراج گردید. همسانی درونی این مقیاس نشان داد که مقیاس مشاهده معلم از رفتار انطباقی در کلاس (TOCA-R) از پایایی قابل قبولی برخوردار است. ضریب همبستگی بین سه زیرمقیاس رفتار انطباقی در کلاس با خرده‌مقیاس‌های رفتار مخرب معنی‌دار بود.

**یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰)** در تحقیق خود به «هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان» پرداختند و مطرح نمودند، این سیاهه مذکور بر روی ۱۸۸۰ نفر از پدران/مادران و معلمان دانش‌آموزان ۷ تا ۱۱ سال شهر اصفهان انجام شده است. ابزار مورد بررسی سه نسخه کودک، پدر/مادر و معلم سیاهه رفتار کودک (CBCL) بوده که این ابزار شامل دو بخش مهارت‌ها و مشکلات رفتاری-هیجانی می‌باشد که پس از ترجمه و بررسی اعتبار صوری و ظاهری آن بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان آلفا کرانباخ سه نسخه پدر/مادر، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ بوده و در مورد روایی سیاهه مذکور از ضریب همبستگی استفاده گردید و مشخص گردید که همبستگی بین سه نسخه پدر/مادر، معلم و کودک بالاتر از ۰/۸۸ می‌باشد و در نهایت مشخص گردید که سیاهه رفتار کودک (CBCL) دارای روایی و اعتبار مطلوب می‌باشد.

در پژوهش **قره‌باغی، آگیلار-وفایی (۱۳۸۸)** به «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در نمونه کودکان ایرانی» پرداخته شده است و عنوان گردید، پژوهش مذکور بر روی ۴۱۳ نفر از مادران و آموزگاران کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال انجام شده است. ابزار مورد بررسی در پژوهش حاضر برای سنجش مشکلات رفتاری و عاطفی و رفتارهای نوع‌دوستی کودکان می‌باشد و دارای پنج خرده-مقیاس نشانه‌های عاطفی، مشکلات سلوکی، بیش‌فعالی/کمبود توجه، مشکلات با همسالان و رفتار نوع‌دوستی می‌باشد و یافته‌ها نشان داد که برای همه خرده‌مقیاس‌ها اعتبار متوسط رو به بالا به دست آمده ولی از ساختار پنج عاملی اصلی مقیاس تأیید نشده است. همچنین، روایی پرسشنامه مذکور مطلوب می‌باشد.

کاکابرای، حبیبی عسگرآباد و فدایی (۱۳۸۶) به «هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودکان و نوجوانان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه» پرداختند و مطرح نمودند، در پژوهش حاضر به ویژگی‌های روانسنجی و هنجاریابی نسخه فارسی مشکلات رفتاری ایشنباخ (YSR) فرم خودگزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودکان و نوجوانان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان کرمانشاه (۳۸۸ دختر و ۳۹۸ پسر) پرداخته است. یافته‌ها نشان داد که همسانی درونی، اعتبار بازآزمایی، روایی ملاکی همگرای و روایی سازه این مقیاس بر روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان کرمانشاه رضایت‌بخش بود. عوامل به دست آمده از تحلیل عاملی شبیه عوامل مطالعه اصلی بود و به ترتیب با عناوین گوشه‌گیری / افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی / اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری نامگذاری شدند. در نهایت، نتایج حاکی از وجود شواهد لازم در خصوص کارایی این مقیاس از نظر ویژگی‌های روانسنجی روی دانش‌آموزان استان کرمانشاه و روایی بین فرهنگی این مقیاس است.

شهیم، یوسفی و قنبری مزیدی (۱۳۸۶) در پژوهشی به «ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری کوی و پترسون» پرداختند و مطرح نمودند، این پژوهش بر روی ۴۵۸ دانش‌آموز (۲۵۵ پسر و ۲۰۳ دختر) دبستانی که از نواحی چهارگانه آموزشی شیراز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی انتخاب شده بودند به کمک چک‌لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری کوی و پترسون بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد که روایی چک‌لیست به روش همبستگی گویه‌ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمرات چک‌لیست با نمرات پرسشنامه رفتار کودک راتر (۰/۸۸) به دست آمد و تحلیل عوامل یا مؤلفه‌های اصلی و سپس چرخش واریماکس، استخراج چهار عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ را در پی داشت که عبارتند از اختلال سلوک، مشکلات توجه، ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب-گوشه‌گیری. اعتبار چک‌لیست با روش بازآزمایی برای نمرات کل چک‌لیست ۰/۸۸، اختلال سلوک ۰/۹۰، مشکلات توجه- ناپختگی ۰/۸۵، پرخاشگری اجتماعی ۰/۷۹ و اضطراب- گوشه‌گیری ۰/۷۸ بود. ضرایب آلفا کرانباخ برای نمرات کل چک‌لیست ۰/۹۸ و برای اختلال سلوک ۰/۹۷، مشکلات توجه- ناپختگی ۰/۹۷، پرخاشگری اجتماعی ۰/۸۲ و اضطراب- گوشه‌گیری ۰/۸۵ به دست آمد.



مینایی (۱۳۸۵) به «انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم» در ۱۴۳۷ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره ابتدایی، راهنمایی و متوسطه شهر تهران که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، پرداخت و مطرح نمود دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها از  $0/63$  تا  $0/95$  بوده و ضریب ثبات با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده و دامنه ضرایب از  $0/32$  تا  $0/67$  به دست آمده است. در نهایت، مطرح گردید که این ابزار در هر سه فرم از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن‌ها برای سنجش اختلالات عاطفی- رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال استفاده نمود.

## ۲-۳-۲ پیشینه تحقیق خارجی

ویولا، بالسامو، نگلیا، بروئرز. ایگزیومی و کادان-لوتیک (۲۰۱۷)، به «ارزیابی آسیب‌های عصب-شناختی در بیماران در معرض خطر سرطان خون» پرداختند و از طریق پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی سنجش عصبی-شناختی را انجام دادند با توجه به تعداد ۲۱۹ نمونه مشکوک به سرطان خون، سنجش عصبی-شناختی از طریق پرسشنامه مزبور انجام گرفت و تحلیل‌های آماری دو خوشه تنظیم رفتاری و فراشناخت در سطح بالا و هشت مقیاس بالینی در سطح میانی انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که مشکلات عصب-شناختی متعددی در بیماران با سرطان خون مشهود بوده و ابزار مزبور در سنجش آسیب‌های شناختی اینگونه بیماران از روایی تشخیصی برخوردار است.

جیویا، اسکویت، رتزلاف و اسپای (۲۰۱۶)، به «ساختار درونی پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی» پرداختند و از تحلیل عامل تائیدی استفاده نمودند تا از این طریق در نمونه‌های بالینی شاخص-های نیکویی برازش را در زمینه عوامل سطح بالا و میانی تفسیر کنند. یافته‌ها نشان داد که در سطح بالاتر، عامل فراشناخت جای دارد و حافظه فعال، خودمختاری، برنامه‌ریزی، سازمان‌بندی مواد و تنظیم

---

<sup>۱</sup>Viola, Balsamo, Neglia, Brouwers, Xiaomei, Kadan-Lottick

<sup>۲</sup>Gioia, Isruith, Retzlaff, Espy

وظایف به عنوان زیر مجموعه‌های آن محسوب می‌شود. علاوه بر آن، می‌توان مقیاس‌های خودمختاری، کنترل خویشتن و تنظیم هیجانی را به عنوان زیرمجموعه‌هایی از عامل تنظیم رفتار در نظر گرفت. لیزاک<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)، یکی از متخصصین مطرح در حیطه سنجش روان‌شناختی عصب‌نگر می‌باشد که کتاب معروفی را تحت‌عنوان سنجش روان‌شناسی عصب‌نگر منتشر کرده است. وی در کتاب خویش از کنش‌های اجرایی به عنوان یکی از مهمترین سازه‌های روان‌شناختی عصب‌نگر یاد نموده که می‌تواند مجموعه‌ای از توانایی‌های مرتبط با یکدیگر را تشکیل دهد. از این رو، کنشهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های در هم تنیده می‌باشند که رفتار هدفمند یا هدف محور را تسهیل می‌کنند. او اعتقاد دارد که باید در روان‌شناسی عصب‌نگر به نقش کارکردهای اجرایی در فرایندهای تنظیم شناخت و رفتار تاکید قابل توجهی داشت.

پس از لئزاک که در اواخر قرن بیستم تاکید فراوانی را به ارزیابی کنش‌های اجرایی در حیطه روان‌شناسی عصب‌نگر داشت (لیزاک، ۱۹۹۵)، رینولدز<sup>۲</sup> از دیگر متخصصین سنجش روان‌شناسی عصب‌نگر به اهمیت سنجش کارکردهای اجرایی پرداخت. رومین<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) و رینولدز مدلی را برای کارکردهای لوب پیشانی مطرح نمودند تا از این طریق بتوانند مبانی نظری کارکردهای اجرایی را با استناد به کارکردهای لوب پیشانی تدوین نمایند. از طریق فراتحلیلی مشخص گردید که کارکردهای اجرایی نقش عمده‌ای را در کارکردهای لوب پیشانی بر عهده دارد.

اشلاگمولر و اشنايدر<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، به اهمیت کارکردهای اجرایی در زمینه مهارتهای حافظه و یادگیری پرداختند و هرگونه نقص در کارکردهای اجرایی را با مشکلات و اختلال یادگیری و حافظه مرتبط ساختند. پس از انتشار یافته‌های مزبور، پژوهشگرانی همچون مک کلند، کامرون، کانر، فارسیس، جوکیس و مورسیون در سال ۲۰۰۷ به نقش مثبت کارکردهای اجرایی در چیرگی خواندن و ریاضیات پرداختند.

---

<sup>۱</sup>Lezak

<sup>۲</sup>Raynolds

<sup>۳</sup>Romine

<sup>۴</sup>Schlugmuller, Schneider

<sup>۵</sup>Mcclelland, Cameron, Connor, Farris, Jewkes, Morrison

آنها اعتقاد داشتند که توانایی در کارکردهای اجرایی باعث چیرگی در امور تحصیلی می‌شود. همچنین، هر گونه نقص در کارکردهای اجرایی می‌تواند موجبات بروز نقص در زمینه‌های بالینی را به وجود آورد. پژوهشگران مزبور به ارتباط بین واژگان در توانایی‌های تحصیلی دانش‌آموزان پیش‌دبستان با تنظیم رفتار پرداختند و خودکنترلی در گفتارهای روزمره تحت عنوان معرفه‌ای از چیرگی تحصیلی معرفی نمودند.

ویل‌کات، ذیل، نیگ، فاراتون و پنینگتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، به کاربردهای نظریه کنش اجرایی پیرامون سبب-شناسی، تشخیص و درمان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانشی پرداختند. پژوهشگران با استفاده از روش فراتحلیلی دریافتند که نظریه کنش اجرایی کاربردی‌ترین نظریه در حیطه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی است. از این رو، میزان روایی نظریه کنش اجرایی را پیرامون تشخیص، سبب‌شناسی و درمان با شدت اثر فراتر از ۰/۵ مطرح نمودند.

مک‌آلی، چن، گوس، شاچار و کراسبی<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، به ارزیابی ارتباط بین یافته‌های به دست آمده از پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش اجرایی با آسیب و تخریب رفتاری پرداختند. با استفاده از حجم ۶۰ نمونه بالینی و ۳۷ نمونه غیر بالینی در دامنه سنی ۶ تا ۱۵ سال، مشخص گردید که پرسشنامه مزبور می‌تواند همبستگی بالایی را با آسیب و تخریب رفتاری را نشان دهد. از این رو، پژوهشگران نتیجه‌گیری نمودند که آسیب و تخریب رفتاری با مشکلات و کنش اجرایی مربوط بوده و از پرسشنامه رفتار کنش اجرایی می‌توان برای تشخیص آسیب و تخریب رفتاری استفاده به عمل آورد.

---

<sup>۱</sup>- Willcutt, Doyk, Nigg, Faraone, & Pennington

<sup>۲</sup>Mc Auley, Chen, Goos, Schachar & Crosbie.

فصل سوم

روش‌شناسی تحقیق

### ۳-۱ روش تحقیق

در فرایند سنجش استثنایی، تخصص‌هایی نوینی به وجود آمده است که از جمله می‌توان به سنجش سازه‌های شناختی همچون هوش، خلاقیت، توجه، استدلال، کارکردهای اجرایی و از همه مهمتر در حیطه دانش‌آموزان با اختلال رفتاری اشاره نمود. بنابراین، باید از سنجش کارکردهای اجرایی به‌عنوان اقدامی مؤثر و کارآمد بر تبلورسازی رشته تخصصی روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی یاد کرد. در سنجش استثنایی باید به اصول و فنون پژوهش‌های استثنایی توجه نموده و مفروضه‌های طرح‌های روش‌شناختی در استانداردسازی ابزارهای روان‌شناختی در نظر گرفت.

در طرح‌های هنجاریابی و استانداردسازی ابزارهای روان‌شناختی، مفروضه‌های طرح‌های روش‌شناختی به کار برده می‌شود و تلاش می‌گردد تا از اصول و فنون روان‌سنجی در افزایش ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارهای اندازه‌گیری استفاده به عمل آورد. همواره فرایند هنجاریابی به‌عنوان مطالعات روان‌سنجی محسوب گردیده و به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از طرح‌های روش‌شناختی قرار می‌گیرد. پژوهش‌های روان‌شناختی با تأکید بر فرایند هنجاریابی و استانداردسازی ابزارهای روان‌شناختی، از مراحل و فازهای متوالی عبور نموده و دستاوردهایی متفاوت را به ارمغان می‌آورد که از جمله می‌توان به تدوین نرْم اشاره نمود (شکرزاده، ۱۳۹۲).

به بیانی دیگر، در فرایند تدوین و استانداردسازی ابزارهای شناختی، باید اقدامات تخصصی را صورت داد. رعایت اصول روان‌سنجی، قواعد مرتبط با ساخت و استانداردسازی، هنجاریابی و دیگر اقدامات مرتبط با رواسازی و اعتباربخشی، باعث گردیده تا گرایش اندکی به سوی آزمون‌سازی و هنجاریابی بوجود آید. اینگونه موارد، تحت‌عنوان اقدامات مرتبط با مراحل تحقیق مطرح می‌شوند که از پیچیدگی

---

<sup>۱</sup> Development and Standardization

و ظرافت خاصی برخوردار بوده و حساسیت فزاینده‌ای را نیاز دارند (کامکاری، شکرزاده و کیومرثی، ۱۳۸۶).

از این رو، با تاکید بر موضوع پژوهش که به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» معطوف می‌باشد، روش تحقیق حاضر روان‌سنجی بوده و در حیطه تحقیقات روش‌شناختی جای می‌گیرد که به محاسبه روایی تشخیصی می‌پردازد.

### ۲-۳ جامعه آماری

در تحقیقات مرتبط با هنجاریابی و استانداردسازی، از اصطلاح جامعه هدف به عنوان جامعه آماری یاد می‌شود، ولی در تحقیق حاضر، تلاش شده است با تأکید بر اصطلاح جامعه هدف محدود به ذکر ویژگی‌های جامعه فوق پرداخته شود؛ از این رو، تمامی دانش‌آموزان با اختلال رفتاری تحت عنوان جامعه آماری، به عنوان جامعه هدف محدود در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه فهرست دقیقی برای اعضای جامعه فوق موجود نبوده و می‌توان لیستی از اعضاء را در اختیار داشت، از اصطلاح جامعه هدف نامحدود بهره‌گیری شده است. برای انتخاب جامعه بالینی یا جامعه هدف، که تحت عنوان دانش‌آموزان با تشخیص اختلال رفتاری شناخته می‌شوند، از مراکز استثنایی مرتبط با دانش‌آموزان استثنایی (اختلال رفتاری) شهر تهران نمونه‌گیری صورت گرفت.

### ۳-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به اینکه لایه‌های جامعه آماری را دانش‌آموزان دختر و پسر با اختلال رفتاری در بر می‌گیرند، برای انتخاب دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با تاکید بر روش نمونه‌گیری هدفمند از مراکز درمانی استثنایی - بالینی و غربال آنها از طریق نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون و چک‌لیست رفتاری منطبق بر DSM-5 استفاده شد. بنابراین، در مجموع تعداد ۶۰ دانش‌آموز با اختلال رفتاری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و تحلیل‌های آماری مرتبط با روایی تشخیصی برای دانش‌آموزان با اختلال رفتاری انجام گرفت.

---

<sup>1</sup> - Target Population finite

### ۳-۴ ابزار اندازه‌گیری

یکی از ابزارهای معتبری که می‌تواند کارکردهای اجرایی را سنجش نماید و در تشخیص اختلالات عصبی-تحوالی کاربرد دارد، مقیاس کارکردهای اجرایی بروان است. این ابزار از روایی و اعتبار بالایی برخوردار است و کاربرد تشخیصی<sup>۱</sup> را در سنجش کارکردهای اجرایی کودکان به نمایش می‌گذارد. این ابزار به راحتی تفسیر می‌شود و تمامی معلمان و مربیان می‌توانند از آن بهره‌مند شوند (دوپائول، پاور، آناستاپلوس و رید، ۱۹۹۸).

توماس. ای. براون<sup>۲</sup> متخصص صی است که به عنوان پرفسور روان‌شناسی بالینی بیش از بیست سال، فعالیت‌های چشمگیری را پیرامون ارزیابی اختلالات نقص توجه به نمایش گذاشته است. وی در سال ۱۹۹۶ مقیاس‌های اختلال نقص توجه براون را برای نوجوانان و بزرگسالان منتشر نمود. این اقدام برجسته که مورد تایید متخصصین شاغل در حیطه تشخیص و درمان اختلالات نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی بود، باعث شد که وی در سال ۲۰۰۱، مقیاس مزبور را برای کودکان منتشر نماید. براون<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) اعتقاد دارد که مقیاس کارکردهای اجرایی-توجه در راستای شناسایی نواقص آسیب-های کارکرد اجرایی طراحی شده است و در تمامی گروه‌های سنی کاربرد دارد. وی آن را به عنوان ابزاری معتبر در زمینه غربالگری و تشخیص برای آزمودنی‌های مشکوک به اختلال نقص توجه و گاهی اوقات اختلالات یادگیری معرفی می‌کند. در این ابزار، با تکمیل ۵۶ تا ۵۸ سوال می‌توان به ارزیابی کارکردهای اجرایی در ۶ خوشه بالینی دست یافت. هرچند مقیاس کارکردهای اجرایی-توجه دارای سه فرم والد-معلم و خودگزارشی است که چهار گروه سنی خردسال اولیه (۳ تا ۷ سال)، خردسالی (۸ تا ۱۲ سال)، نوجوانی (۱۳ تا ۱۸ سال) و بزرگسالی را پوشش می‌دهد. ولی فقط بخشی از ارزیابی جامع<sup>۴</sup> را محسوب می‌شود. پس از آن باید مصاحبه تشخیصی را با آزمودنی مشکوک و در صورت امکان، یک

---

<sup>۱</sup>Diagnostic utility

<sup>۲</sup>Thomase.E.Brown

<sup>۳</sup> Brown

<sup>۴</sup>Comprehensive Evaluation

یا دو فردی که آن را می‌شناسند (همواره والد یا معلم) انجام داد و از این طریق بتوان به اقدامات تشخیصی تاکید نمود.

براون (۲۰۰۶) عنوان می‌کند توصیف واضح از اینگونه آسیب‌های کارکردهای اجرایی به عنوان اولین گام در مفهوم سازی این اختلال محسوب می‌شود. پس از مفهوم سازی اینگونه آسیب‌های کارکردهای اجرایی است که می‌توان آنها را دریافت و بر اینگونه عوارض فائق آمد. وی اعتقاد دارد از طریق سالها تجربه، مشاهده عوارض و گوش کردن ماهرانه مراجعین با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی توانست تا پیچیدگی‌های آسیب‌های کنش اجرایی را در یابد. پس از اینگونه شناخت‌های تجربی بود که آنها را با مفاهیم نظری پیوند زد و به دور از هرگونه افراط در واژه پردازی تخصصی، کارکردهای اجرایی و خوشه‌های سازنده آن را مطرح نمود. مقیاسهای توجه-کنش اجرایی براون به مجموعه‌ای از مقیاس‌های رتبه بندی می‌گویند که برای ارزیابی کنش‌های اجرایی مرتبط با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در افراد از دامنه سنی ۳ سالگی تا بزرگسالی کاربرد دارد. هرچند که در سال ۱۹۹۶ اولین نسخه برای کودک و نوجوان و ۲۰۰۱ برای بزرگسالان منتشر شده است ولی با بازنگری پژوهش‌های متعدد پیرامون ویژگی‌های روان‌سنجی، این ابزار را در سال ۲۰۱۹ منتشر نمود.

از دیدگاه براون (۲۰۰۵) که ابزاری دقیق برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را از ۳ سالگی به بعد طراحی کرده است و دارای فرم والد، معلم و خودگزارشی است، همواره اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی به عنوان بخشی از عوارض کارکردهای اجرایی آسیب دیده محسوب می‌شود. وی با استفاده از پژوهش‌های بارکلی در زمینه اختلال مزبور، عنوان می‌کند که باید به موج نوین شناخت ADHD با رویکرد روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر تاکید نمود؛ زیرا در این رویکرد، اختلال مزبور ناشی از عوارض نظام مدیریت شناختی مغز است. نظام مدیریتی شناختی مغز که فرایندهای عالی ذهن را به نمایش می‌گذارد، تحت عنوان کارکردهای شناختی معرفی می‌شود.



مصاحبه تشخیصی اقدامی است که پس از اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر مقیاس کارکردهای اجرایی براون به کار می‌رود، زیرا ابزار مزبور بخشی از ارزیابی جامع بوده و به عنوان ابزار غربالگری و تشخیص در حیطه‌های نقص توجه و دیگر زمینه‌های مرتبط به کار می‌رود. تشخیص افتراقی اختلال نقص توجه با اختلالات هیجانی، رفتاری و یادگیری حساس و کاربردی بوده و باید از علائم موجود پیرامون اختلالات هیجانی، رفتاری و یادگیری با تاکید بر تشخیص افتراقی، تاکید داشت. برخی اوقات علاوه بر کاربرد ابزارهای غربالگری اختلالات هیجانی، رفتاری و یادگیری به اجرا و نمره‌گذاری و تفسیر مقیاسهای انفرادی شناختی در زمینه‌های بالینی تاکید می‌شود. نسخه دوم سنجش دامنه وسیع حافظه و یادگیری (WRAML-2003)، خرده آزمون حافظه داستان<sup>۲</sup> و از همه مهمتر نسخه چهارم مقیاس حافظه و کسلر<sup>۳</sup> (WMS-2009) به عنوان ابزارهای کاربردی در سنجش ADHD مطرح می‌شود (کندی، کوئین لان و براون،<sup>۴</sup> ۲۰۱۶).

بارکلی<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۸، فاراوان<sup>۶</sup> در سال ۲۰۱۰ و کسلر<sup>۷</sup> در سال ۲۰۱۰ به عنوان سه متخصص برتر در سنجش و درمان اختلال نقص توجه، عنوان نمودند که نظام‌های طبقه‌بندی DSM به عنوان منبع مهم تکمیلی اختلال نقص توجه شناخته می‌شوند. با استناد به اینکه نظام طبقه‌بندی DSM به آسیب‌های کارکردهای اجرایی پرداخته است. باید از آن به عنوان یک نظام مبتنی بر فراوانی یاد کرد. از این رو، متخصصین به سیستم‌های مبتنی بر شدت نیازمند بوده تا شدت عوارض را با استناد به آسیب‌های کارکردهای ارزیابی کنند. از این رو، مقیاس‌های رتبه‌بندی مبتنی بر کارکردهای اجرایی که برای غربالگری اختلال نقص توجه تدوین شده‌اند کارایی قابل توجهی را در این زمینه نشان می‌دهند. مقیاسهایی از قبیل

---

<sup>۱</sup>Wide range Assessment of memory and learning second edition

<sup>۲</sup>Story Memory subtest

<sup>۳</sup>Wechsler memory scale-fourth

<sup>۴</sup>Kennedy, Quin lan & Brown

<sup>۵</sup>Barkley

<sup>۶</sup>Faraone

<sup>۷</sup>kessler

مقیاس کارکردهای اجرایی براون، مقیاس رتبه‌بندی کارکردهای اجرایی دیلیس<sup>۱</sup> و مقیاس‌های رتبه‌بندی رفتارهای کارکردهای اجرایی از جمله مقیاس‌های مزبور است (فریک، باری و کامپهاوس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

مقیاس کارکردهای اجرایی - توجه در نقش ابزار غربالگری اولیه محسوب گردیده و پس از آن باید با بهره‌گیری از مصاحبه تشخیصی و آزمونهای روان‌شناختی به تشخیص افتراقی اختلال هیجانی، اختلال رفتاری، اختلال یادگیری و اختلال تحول ذهنی با آزمودنی مشکوک به اختلال نقص توجه تاکید داشت. در نهایت، شناخت عمیق و مرور معیارهای تشخیصی کتابچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات ذهنی پیرامون معیارهای نُه‌گانه پیشنهاد می‌شود تا از این طریق بتوان به تشخیص دقیق اختلال نقص توجه دست یافت. بنابراین، پس از تفسیر نیم‌رخ آزمودنی در مقیاس کارکردهای اجرایی - توجه، باید آزمونگر از خردمندی بالینی استفاده نموده و بتواند با استناد به معیارهای تشخیصی اختلالات عصبی - تحولی به تشخیص دقیق دست یابد (براون، ریچل و کوئین‌لن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

هرچند که مقیاس کارکردهای اجرایی براون دارای سه فرم والد، معلم و خودگزارشی است و چهار گروه سنی خردسال اولیه، خردسالی، نوجوانی و بزرگسالی را در بر می‌گیرد ولی همواره باید به محدودیت‌های روش تشخیصی و غربالگری<sup>۴</sup> که مبتنی بر مقیاس‌های رتبه‌بندی<sup>۵</sup> می‌باشند، توجه نمود. مقیاس‌های رتبه‌بندی از محدودیت‌های متعددی به عنوان روشهای غربالگری و تشخیصی برخوردارند زیرا همگی مبتنی بر اطلاعات به دست آمده توسط رتبه‌گذار از آزمودنی می‌باشند. فقط زمانی می‌توان به اینگونه شیوه‌های غربالگری و تشخیصی استناد نمود که رتبه‌گذار از ویژگی اطلاع‌دهندگی برخوردار باشد. ویژگی اطلاع‌دهندگی هم به شناسایی وی از آزمودنی باز می‌گردد و هم به توانایی رتبه‌گذار و صداقت آن در ارائه اطلاعات پیرامون رتبه‌گذار معطوف است. از این رو، رتبه‌گذار اطلاع‌دهنده<sup>۶</sup> به عنوان سنگ زیربنای

---

<sup>۱</sup>Delis rating of executive functions

<sup>۲</sup>Frick, Barry & Kamphaus

<sup>۳</sup> Brown, Reichel & Quinlan

<sup>۴</sup>Limitations of screening and Diagnostic Procedures

<sup>۵</sup>Based-rating scales

<sup>۶</sup>Informating rating

بهره‌گیری از مقیاس‌های رتبه‌گذاری به عنوان یکی از شیوه‌های غربالگری و تشخیص شناخته می‌شود (براون، ۲۰۱۹).

با استناد به اینکه مقیاس‌های مبتنی بر رتبه‌گذاری در حیطه سنجش روان‌شناختی از محدودیت‌های قابل توجهی برخوردارند، باید در فرایند غربالگری به جای استفاده از یک رتبه‌گذار، از چندین رتبه‌گذار<sup>۱</sup> استفاده شود. اسنجام بین دیدگاه‌های رتبه‌گذاران باعث می‌شود تا بتوان به یافته‌های حاصله از مقیاس‌های رتبه‌بندی استناد نمود. رتبه‌گذار اطلاع‌دهنده فردی شناخته می‌شود که می‌تواند در فرایند اجرای مقیاس‌های کارکردهای اجرایی براون مشارکت نماید. رتبه‌گذار اطلاع‌دهنده در دو چهارچوب سنتی مداد-کاغذی<sup>۲</sup> یا چهارچوب نوین کامپیوتر-تبلت<sup>۳</sup> در دامنه زمانی ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به سوالات پاسخ می‌دهد (براون، ۲۰۱۷).

تمامی سوالات که همواره تعداد آنها در فرم‌های سه‌گانه بین ۵۶ تا ۵۸ سوال است از شفافیت و وضوح برخوردار است و رتبه‌گذار اطلاع‌دهنده می‌تواند به آنها پاسخ دهد. سوالات مزبور از تجربه بالینی جامع نویسنده<sup>۴</sup> اقتباس شده است و مبتنی بر نظریه ساختار و محتوی منسجمی است. اینگونه سوالات از نظام مبتنی بر فراوانی<sup>۵</sup> فراتر رفته و نظام مبتنی بر شدت<sup>۶</sup> استوار است تا شدت عوارض<sup>۷</sup> را برای متخصصین ارائه کند. ساختار فرم سه‌گانه در چهار گروه سنی به شرح زیر است:

---

<sup>۱</sup>Multi rating

<sup>۲</sup>Traditional paper-pencil format

<sup>۳</sup>Modern computer-tablet format

<sup>۴</sup>Authors extensive clinical experience

<sup>۵</sup>Frequency based system

<sup>۶</sup>Sever based system

<sup>۷</sup>Symptom severity

جدول ۱-۳ ساختار فرم سه گانه در چهار گروه سنی

فرم‌ها	خردسالی اولیه ۳ تا ۷ سال	خردسالی ثانویه ۸ تا ۱۲ سال	نوجوانی ۱۳ تا ۱۸ سال	بزرگسالی ۱۹ سال به بالا
والدین	✓	✓	✓	
معلم	✓	✓		
خودگزارشی		✓	✓	✓

با استناد به سه فرم والد، معلم و خودگزارشی در چهار گروه سنی خردسال اولیه، خردسالی، نوجوانی و بزرگسالی می‌توان دریافت که در دوره بزرگسالی تنها فرم خودگزارشی به کار می‌رود و نیازی به استفاده از رتبه‌گذار نمی‌باشد؛ زیرا آزمودنی می‌تواند اطلاعات جامعی را از خویشتن ارائه دهد. همچنین برای آزمودنی در دوره خردسالی اولیه، فرم خودگزارشی وجود ندارد؛ زیرا آزمودنی به شناخت جامعی از خویشتن دست نیافته و نمی‌تواند خودگزارشی را انجام دهد. همچنین، در دوره نوجوانی و بزرگسالی، فرم معلم کاربرد چندانی ندارد و مورد استفاده قرار نمی‌گیرد؛ زیرا از معلمان نمی‌توان به‌عنوان منبع اطلاعات برای نوجوانان و بزرگسالان استفاده کرد. در نهایت، تمامی سوالات با زمینه‌های بالینی مرتبط بوده و با استفاده سه فرم در چهار گروه سنی می‌توان هم به شدت عوارض و هم به تغییرپذیری موقعیتی عوارض، دست یافت (براون، ۲۰۱۹).

از مفروضه‌های اجرا، نمره‌گذاری و تفسیر مقیاس‌های رتبه‌بندی این است که ارتباط مطلوبی بین آزمونگر و رتبه‌گذار به وجود آید. آزمونگر باید به چهار مبحث زیر تاکید نماید تا رتبه‌گذار، اثربخشی مطلوب را نشان دهد.

۱. کاربردهای هدفمند یافته‌ها را توضیح دهید.
۲. دلایل مرتبط با ارزیابی را عنوان کند.
۳. به محرمانه بودن اطلاعات اشاره نماید.
۴. به صداقت و همکاری دو سویه تاکید کند.

Delis rating of executive functions

Confidentiality

اینگونه اقدامات باعث می‌شود تا ارتباط مناسب برای کسب اطلاعات به دست آید و رتبه‌گذار به ارزش پاسخ‌های صادقانه<sup>۱</sup> دست یابد. (جیویا، ایسکوئیت، گای و کن ورثی،<sup>۲</sup> ۲۰۱۵) ارتباط مطلوب بین پاسخ دهنده و آزمونگر که تحت عنوان ارتباط پاسخ دهنده آزمونگر معرفی می‌شود، باید مبتنی بر همکاری و صداقت باشد. در این شرایط است که محصول این ارتباط پاسخ‌دهنده-آزمونگر<sup>۳</sup> ابعاد توافق<sup>۴</sup> است. این توافق باعث می‌شود تا پاسخ‌دهنده به عنوان رتبه‌گذار اقدام نماید و با احساس راحتی به آماده سازی سریع<sup>۵</sup> و تکمیل فرم‌های مزبور با صداقت<sup>۶</sup> و صرف وقت پردازد (رینولدز و کامپهاوس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵).

در راستای جمع‌آوری اطلاعاتی که از لحاظ بالینی مفید هستند باید همواره از رویکردهای چندگانه<sup>۸</sup> پیروی نمود و منابع چندگانه<sup>۹</sup> را به کار برد تا بتوان به اطلاعات بالینی در زمینه تشخیص و درمان دست یافت. همواره پاسخ دهنده باید آزمودنی مشکوک به اختلال نقص توجه را بشناسد تا از این طریق بتوان به روایی اطلاعات دست یافت. پاسخ دهنده که در نقش رتبه‌گذار اقدام می‌کند، باید دانش مکفی پیرامون رتبه‌گذار داشته باشد و فرصت‌هایی را برای مشاهده رفتار آن در موقعیت‌های طبیعی به وجود آورده باشد. انتخاب دقیق پاسخ دهنده که در نقش رتبه‌گذار اقدام می‌کند، حیاتی است (جیویا، ایسکوئیت، گای و کن ورثی،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۵).

هنگامیکه معلم در نقش رتبه‌گذار اقدام می‌کند باید احتیاط نمود که صادقانه و با اطلاعات مکفی از آزمودنی به رتبه‌گذاری مبادرت ورزد. سبک‌های تدریس متنوع، تقاضاهای تحصیلیو معیارهای انضباط-گری، به عنوان سه عامل موثر در استاندارد رفتاری شناخته می‌شوند که موجبات پراکندگی در رتبه‌گذاری معلمان را به وجود می‌آورند. انتخاب پاسخ دهنده به عنوان رتبه‌گذار در تکمیل صادقانه و دقیق فرم‌های

---

<sup>۱</sup>Value of honest responses

<sup>۲</sup>Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy

<sup>۳</sup>Rapport respondent-examiner

<sup>۴</sup>consent

<sup>۵</sup>Forthcoming

<sup>۶</sup>truthfully

<sup>۷</sup>Reynolds & Kamphaus

<sup>۸</sup>Multiple perspecives

<sup>۹</sup>Multiple sources

<sup>۱۰</sup> Gioia, Isquirth, Guy & Kenworthy

والد و معلم از مقیاس کارکردهای اجرایی براون حائز اهمیت است باید رتبه‌گذار در نقش معلم حداقل ۲ ماه و در نقش والد، نگهدارنده یا مراقبت کننده کودک، حداقل ۶ ماه رفتارهای او را در موقعیت‌های طبیعی<sup>۱</sup> مشاهده کرده باشد. برخی اوقات پیشنهاد می‌شود که از چندین پاسخ‌دهنده به عنوان رتبه‌گذار بهره‌مند شده تا طیف اطلاعات بالینی افزایش یابد (براون، ۲۰۱۹).

در تکمیل فرم‌های والد و معلم از مقیاس‌های کارکردهای اجرایی، آزمونگر باید به چارچوب زمانی<sup>۲</sup> در انتخاب رتبه‌گذار توجه کند. برای انتخاب والد رتبه‌گذار به شش ماه اخیر و معلم رتبه‌گذار به دو ماه اخیر توجه می‌نماید تا از این طریق بتواند رفتارهای روزمره معمولی فرد<sup>۳</sup> را در موقعیت‌های طبیعی، ارزیابی کند رتبه‌گذار اطلاعات مکفی را پیرامون رفتارهای روزمره آزمودنی به دست آورده است و از این طریق شایستگی یک پاسخ‌دهنده<sup>۴</sup> را دارد. لازم به ذکر است هرگونه نوسان از اجرای استاندارد، می‌تواند روایی یافته‌های آزمون را به مخاطره اندازد (براون، ۲۰۱۳).

استفاده از پاسخ‌دهندگان متفاوت باعث می‌شود به ارزیابی پراکندگی<sup>۵</sup> رتبه‌گذاران توجه شود و بتوان رفتارهای آزمودنی را از یک موقعیت تا موقعیتی دیگر مقایسه کرد. اینگونه مقایسه‌های رفتاری آزمودنی در زمینه‌های متفاوت با رتبه‌گذاران متنوع که همگی شایستگی پاسخ‌دهندگی را دارند، اطلاعات مطلوبی را در زمینه طراحی برنامه درمانی<sup>۶</sup> آراسته می‌کند (جیویا، ایسکوریت، گای و کنورثی، ۲۰۱۵).

مقیاس‌های براون برای اندازه‌گیری گروه پویا از کارکردهای اجرایی چندگانه طراحی شده است تا از این طریق بتواند به همپوشی خوشه‌های بالینی کارکردهای اجرایی توجه کند. مدل براون از آسیب‌های کارکردهای اجرایی مرتبط با اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی و اختلال یادگیری به شرح زیر است:

---

<sup>۱</sup>Naturalistic setting

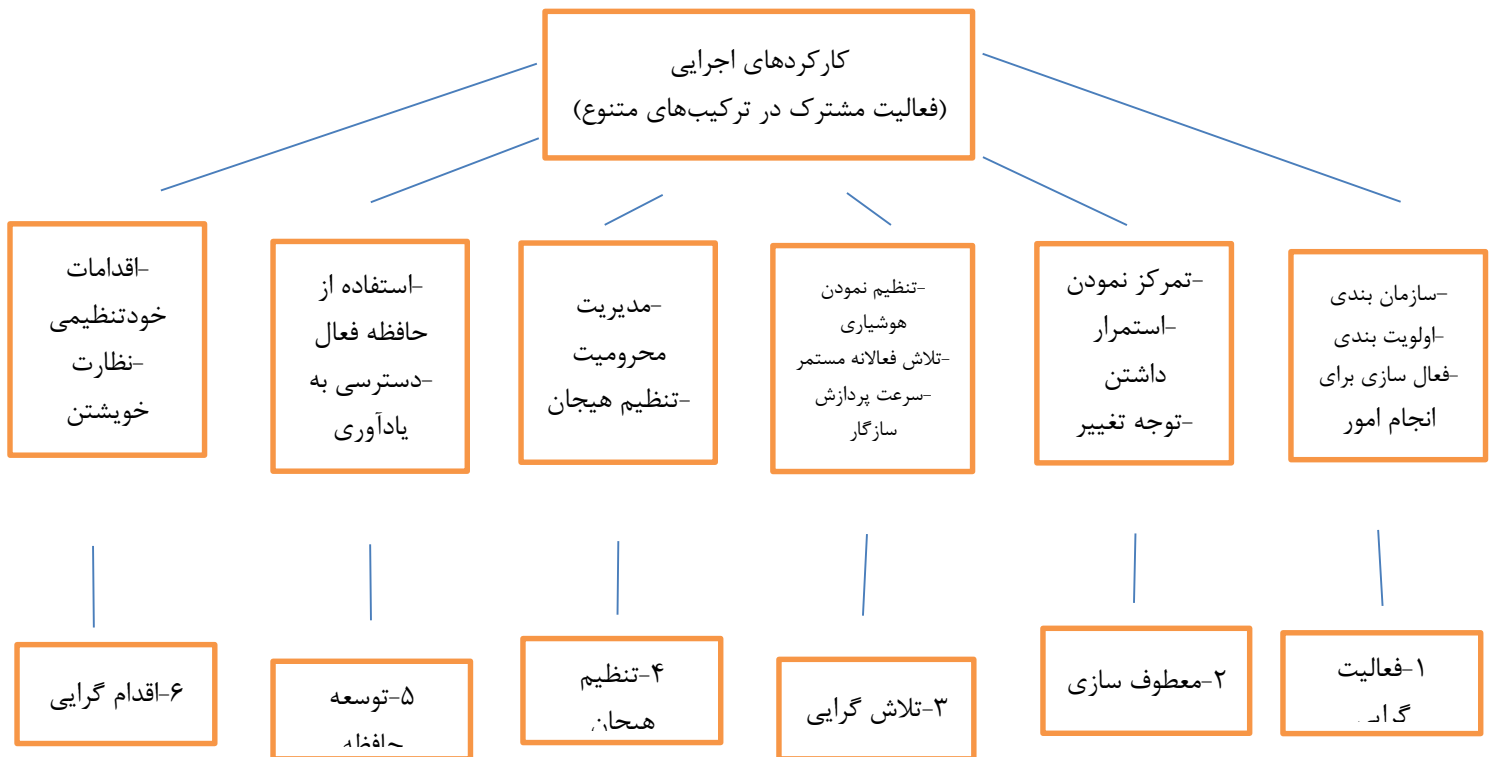
<sup>۲</sup>Time format

<sup>۳</sup>Individuals typical daily behaviors

<sup>۴</sup>Qualification of respondent

<sup>۵</sup>Discrepancy

<sup>۶</sup>Designing treatment plan



شکل ۳-۱ مدل براون از آسیب های کارکردهای اجرایی مرتبط با اختلال نقص توجه-بیش فعالی/تکانشی و اختلال یادگیری

گروه‌بندی شش‌گانه براون (۲۰۱۹) معرف این است که شش خوشه بالینی وجود دارد که هرکدام از این خوشه‌های بالینی برای تشخیص و درمان مفید می‌باشند. با تاکید بر گروه‌بندی کنش‌های مغز که با فعالیت‌های عالی ذهن مترادف می‌باشند، تلفیق گردیده و به عنوان شش خوشه بالینی پویا<sup>۳</sup> و متعامل<sup>۴</sup> شناخته می‌شوند زیرا با یکدیگر تعامل داشته و نه تنها بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند بلکه از همدیگر اثر

<sup>۱</sup>Clinical cluster  
<sup>۲</sup>Function of brain  
<sup>۳</sup>Dynamic  
<sup>۴</sup>Interaction

می‌پذیرند. این ساختار گروه‌بندی شش‌گانه مرتبط با زمینه‌های بالینی در چرخه تحولی تغییر می‌کند و از پویایی قابل توجهی برخوردار است.

خوشه‌های بالینی شش‌گانه، نقش مهمی در خود‌مدیریتی برعهده دارند و می‌توانند ساختار اصلی توانایی‌های بنیادین خود‌مدیریتی<sup>۱</sup> را تشکیل دهند. با توجه به مبانی نظری و پیشینه تحقیق از یکسو، تجارب و مدارک مستند مرتبط با کارکردهای خود‌مدیریتی مراجعین با نقص توجه از سویی دیگر، مهمترین جنبه‌های خود‌مدیریتی که نقش تعیین کننده‌ای در بروز اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشی را دارند، از این طریق استخراج گردید تا بتوان از فرایند تشخیص تا درمان گام برداشت (براون، ۲۰۱۳).

انواع متنوع کنش در مغز که به عنوان فعالیت‌های ذهن ایجاد می‌شوند، معرف این است که مغز دارای یک سیستم است و همواره جنبه‌های چندگانه از یکسو و شبکه‌های عصبی از سویی دیگر در ساختار مغز وجود دارند که می‌توانند سه کارکرد زیر را به وجود آورند:

۱- اقدامات زندگی روزمره<sup>۲</sup>

۲- افکار، باورها و فرایندهای مرتبط با خلاقیت حل مسئله

۳- انگیزش و شیوه‌های متنوع خود‌مدیریتی

بنابراین، همواره شش خوشه بالینی با یکدیگر فعالیت می‌کنند و می‌توانند افکار، انگیزش و رفتار انسان را در پرتو شبکه‌های عصبی مغز<sup>۳</sup> به نمایش بگذارند (براون، ۲۰۱۴).

---

<sup>۱</sup>Basic self-management abilities

<sup>۲</sup>Daily life

<sup>۳</sup>Neural network



### ۳-۵ تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه موضوع تحقیق حاضر به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» معطوف است، از این‌رو، در راستای روایی تشخیصی از روش‌های زیر استفاده شده است:

**الف) روش نمودار پراکنش (روش دیویس):** در این روش با استفاده از محاسبه میزان تفاوت تجربی و تفاوت بحرانی به مقایسه آن‌ها پرداخته شده و چنانچه میزان تفاوت تجربی بیشتر از تفاوت بحرانی باشد مشخص می‌گردد که آزمون‌ها دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

**ب) روش فاصله اطمینان:** که در این روش میزان میانگین تجربی و میانگین نظری با یکدیگر مقایسه گردیده و چنانچه فاصله اطمینان کمتر از یک انحراف استاندارد باشد نشان‌دهنده روایی تشخیصی است.

## فصل چهارم

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

## یافته‌ها

در این تحقیق با توجه به موضوع پژوهش که به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» معطوف می‌باشد، در راستای آزمون سؤال‌های پژوهش در زمینه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، تحلیل‌های آماری پژوهش با تاکید بر روایی تشخیصی با دو روش نمودار پراکنش (روش دیویس) و فاصله اطمینان به ترتیب زیر ارائه شده است:

### ۴-۱ روایی تشخیصی با تاکید بر روش نمودار پراکنش (روش دیویس):

در این روش با استفاده از محاسبه میزان تفاوت تجربی و تفاوت بحرانی به مقایسه آن‌ها پرداخته شده و چنانچه میزان تفاوت تجربی بیشتر از تفاوت بحرانی باشد مشخص می‌گردد که آزمون‌ها دارای روایی تشخیصی می‌باشند.

### ۴-۲ روایی تشخیصی با تاکید بر روش فاصله اطمینان:

که در این روش میزان میانگین تجربی و میانگین نظری با یکدیگر مقایسه گردیده و چنانچه فاصله اطمینان بیشتر از یک انحراف استاندارد باشد نشان‌دهنده روایی تشخیصی است.

۳-۴ روایی تشخیصی با تأکید بر روش نمودار پراکنش (روش دیویس)  
 - آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با

استفاده از روش نمودار نقاط پراکنش دارای روایی تشخیصی است؟

جدول ۴-۱: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «فعالیت‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
فعالیت‌گرایی	۸/۳۹	۱/۲۸	۷/۱۱	۰/۰۰۱	دارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «فعالیت‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «فعالیت‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

جدول ۴-۲: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «معطوف‌سازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
معطوف‌سازی	۷/۲۹	۱/۴۱	۵/۸۸	۰/۰۰۱	دارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «معطوف‌سازی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «معطوف‌سازی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

جدول ۴-۳: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تلاش‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
تلاش‌گرایی	۴/۹۸	۱/۰۲	۳/۹۶	۰/۰۰۱	دارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «تلاش‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «تلاش‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

جدول ۴-۴: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
تنظیم هیجان	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
تنظیم هیجان	۶/۸۷	۱/۳۲	۵/۵۵	۰/۰۰۱	دارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «تنظیم هیجان» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «تنظیم هیجان» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

جدول ۴-۵: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
توسعه حافظه	۲/۷۵	۱/۸۶	۰/۸۹	---	ندارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «توسعه حافظه» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/05$  وجود ندارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور کمتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «توسعه حافظه» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

جدول ۴-۶: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «اقدام‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش نمودار پراکنش در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میزان	میزان	میزان تفاوت	سطح	روایی
	تفاوت تجربی	تفاوت بحرانی	تجربی و بحرانی	معناداری	تشخیصی
اقدام‌گرایی	۷/۹۳	۱/۲۳	۶/۷۰	۰/۰۰۱	دارد

با تأکید بر میزان سطح معنی‌داری حاصله از مقدار تجربی و مقدار بحرانی، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری در بُعد «اقدام‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش‌آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در بُعد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که بُعد «اقدام‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌تواند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهد.

#### ۴-۴ روایی تشخیصی با تأکید بر روش فاصله اطمینان

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده

از روش فاصله اطمینان دارای روایی تشخیصی است؟

جدول ۴-۷: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «فعالیت‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم

#### مقیاس

کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

روایی تشخیصی	فاصله اطمینان	میانگین نظری	میانگین تجربی	کارکردهای اجرایی
دارد	بیشتر از ۲ انحراف معیار	۵۰	۲۶/۹۸	فعالیت‌گرایی

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/01$  بین میانگین تجربی (۲۶/۹۸) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «فعالیت‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود دارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «فعالیت‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، بیشتر از ۲ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «فعالیت‌گرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این رو، بُعد «فعالیت‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی می‌باشد.



جدول ۴-۸: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «معطوف‌سازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

روایی تشخیصی	فاصله اطمینان	میانگین نظری	میانگین تجربی	کارکردهای اجرایی
دارد	بیشتر از ۲ انحراف معیار	۵۰	۳۲/۴۷	معطوف‌سازی

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/01$  بین میانگین تجربی (۳۲/۴۷) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «معطوف‌سازی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود دارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «معطوف‌سازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، بیشتر از ۲ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «معطوف‌سازی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این رو، بُعد «معطوف‌سازی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی می‌باشد.

جدول ۴-۹: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تلاش‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

روایی تشخیصی	فاصله اطمینان	میانگین نظری	میانگین تجربی	کارکردهای اجرایی
دارد	بیشتر از ۲ انحراف معیار	۵۰	۲۴/۲۸	تلاش‌گرایی

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/01$  بین میانگین تجربی (۲۴/۲۸) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «تلاش‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود ندارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «تلاش‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، بیشتر از ۲ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «تلاش‌گرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این رو، بُعد «تلاش‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی می‌باشد.

جدول ۴-۱۰: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میانگین تجربی	میانگین نظری	فاصله اطمینان	روایی تشخیصی
تنظیم هیجان	۲۱/۴۵	۵۰	بیشتر از ۲ انحراف معیار	دارد

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/01$  بین میانگین تجربی (۲۱/۴۵) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «تنظیم هیجان» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود دارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، بیشتر از ۲ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «تنظیم هیجان» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این رو، بُعد «تنظیم هیجان» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی می‌باشد.

جدول ۴-۱۱: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

کارکردهای اجرایی	میانگین تجربی	میانگین نظری	فاصله اطمینان	روایی تشخیصی
توسعه حافظه	۴۵/۴۰	۵۰	کمتر از ۱ انحراف معیار	ندارد

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/05$  بین میانگین تجربی (۴۵/۴۰) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «توسعه حافظه» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود ندارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، کمتر از ۱ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «توسعه حافظه» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری نمی‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این رو، بُعد «توسعه حافظه» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی نمی‌باشد.

جدول ۴-۱۲: بررسی روایی تشخیصی مرتبط با بُعد «اقدام‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون با تأکید بر روش فاصله اطمینان در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری

روایی تشخیصی	فاصله اطمینان	میانگین نظری	میانگین تجربی	کارکردهای اجرایی
دارد	بیشتر از ۲ انحراف معیار	۵۰	۲۴/۷۲	اقدام‌گرایی

با توجه به تحلیل‌های آماری مرتبط با روش فاصله اطمینان برای محاسبه روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح  $\alpha=0/05$  بین میانگین تجربی (۲۴/۷۲) و میانگین نظری (۵۰) در بُعد «اقدام‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» وجود دارد و تفاوت بین میانگین تجربی و میانگین نظری در بُعد «اقدام‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی»، بیشتر از ۲ انحراف معیار می‌باشد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که بُعد «اقدام‌گرایی» نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری می‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد؛ از این‌رو، بُعد «اقدام‌گرایی» مقیاس «کارکردهای اجرایی» برای تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری دارای روایی تشخیصی می‌باشد.

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## ۵-۱ بحث و نتیجه‌گیری

در حیطه رشته‌های کاربردی روانشناسی، انشعابات گوناگونی وجود دارد که در برخی از اینگونه انشعابات می‌توان تبلور تلفیق رشته‌های کاربردی را مشاهده کرد. سنجش استثنایی، از جمله رشته‌های کاربردی است که با تلفیق مبانی روانشناختی آموزش و پرورش کودکان استثنایی از یکسو و فنون پیشرفته روانسنجی از سوی دیگر، تلاش دارد تا زمینه‌های مساعدی را برای ترسیم نیمرخ توانایی‌های شناختی افراد استثنایی در راستای آموزش و پرورش ویژه، فراهم سازد. این رشته کاربردی به‌عنوان یکی از چشم‌اندازهای نوین در قرن بیست و یک مشاهده می‌شود که دستاوردهای فراوانی را برای متخصصین آموزش و پرورش استثنایی به وجود آورده است (دانشور، ۱۳۹۴).

به بیانی دیگر، ابزارهای دقیق و پیشرفته‌ای در راستای تشخیص و شناسایی کودکان استثنایی نیاز می‌باشد که رشته‌ای نوین را به‌عنوان سنجش استثنایی پایه‌ریزی شده است. در سنجش استثنایی، از اصول و فنون روان‌سنجی استفاده شده و تلاش می‌گردد تا بتوان ابزارهایی دقیقی را با حساسیت مطلوب در زمینه‌های تشخیص کودکان استثنایی با تاکید بر سازه هوش و بخصوص کودکان کم‌توان ذهنی، تیزهوش، ناتوان یادگیری و بیش‌فعال استاندارد نمود (کامکاری، ۱۳۸۷).

اینگونه اقدامات نیازمند ساختار سازی، اعتباربخشی، روا سازی آزمون‌های متنوع روان‌شناختی است. آزمون‌های روان‌شناختی در ابعاد توانایی و شخصیت طبقه‌بندی می‌شوند که به راحتی می‌توان مجموعه خرده‌آزمون‌های توانایی‌های شناختی را به‌عنوان مهمترین و اصلی‌ترین آزمون روان‌شناختی در جنبش سنجش استثنایی مطرح کرد. با توجه به جنبش سنجش استثنایی از یک سو و اهمیت اقدامات مرتبط با

تشخیص و شناسایی این کودکان از سویی دیگر، ابزارهای معتبری درحیطه سنجش استثنایی برای تشخیص این کودکان طراحی شده‌اند که می‌توان به نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون اشاره نمود. از آنجائیکه روایی تشخیصی نسخه مزبور در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری مورد بررسی قرار نگرفته است، از این‌رو، در تحقیق حاضر به «روایی تشخیصی نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری» پرداخته شده و یافته‌های تحقیق با توجه به سؤال‌های پژوهش به شرح زیر مطرح شده‌اند:

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش نمودار نقاط پراکنش دارای روایی تشخیصی است؟

در راستای آزمون سؤال فوق، با استفاده از روش نمودار پراکنش مشخص شد که تفاوت معنی‌داری در ابعاد «فعالیت‌گرایی»، «معطوف‌سازی»، «تلاش‌گرایی»، «تنظیم هیجان» و «اقدام‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش-آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در ابعاد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که ابعاد مذکور مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تاکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهند. لازم به ذکر است که تنها در بُعد «توسعه حافظه» تفاوت معنی‌داری بین مقدار تجربی و مقدار بحرانی مشاهده نمی‌شود که این مطلب بیانگر این است که دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در بُعد مذکور (با تاکید بر روش نمودار نقاط پراکنش) دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد.

- آیا نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، با استفاده از روش فاصله اطمینان دارای روایی تشخیصی است؟

در راستای آزمون سؤال فوق، با استفاده از روش فاصله اطمینان مشخص شد که تفاوت معنی‌داری در ابعاد «فعالیت‌گرایی»، «معطوف‌سازی»، «تلاش‌گرایی»، «تنظیم هیجان» و «اقدام‌گرایی» مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد؛ از این‌رو، از آنجا که تفاوت مقدار تجربی (دانش-آموزان با اختلال رفتاری) با مقدار بحرانی (دانش‌آموزان هنجاری) در ابعاد مذکور بیشتر از رقم ۳ است، می‌توان عنوان نمود که ابعاد مذکور مرتبط با مقیاس «کارکردهای اجرایی» در نسخه دوم مقیاس کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری (با تأکید بر روش فاصله اطمینان) دارای روایی تشخیصی بوده و می‌توانند در تشخیص دانش‌آموزان با اختلال رفتاری، کارایی مطلوبی را نشان دهند. لازم به ذکر است که تنها در بُعد «توسعه حافظه» تفاوت معنی‌داری بین مقدار تجربی و مقدار بحرانی مشاهده نمی‌شود که این مطلب بیانگر این است که دانش‌آموزان با اختلال رفتاری در بُعد مذکور (با تأکید بر روش فاصله اطمینان) دارای روایی تشخیصی نبوده و نمی‌تواند دانش‌آموزان با اختلال رفتاری را از دانش‌آموزان هنجاری تشخیص دهد.

در نهایت، یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات ویولا، بالسامو، نگلیا، بروئرز، ایگریاومی و کادان-لوتیک (۲۰۱۷)، پیرامون «ارزیابی آسیب‌های عصب-شناختی در بیماران در معرض خطر سرطان خون»؛ جیویا، اسکویت، رتزلاف و اسپای (۲۰۱۶)، پیرامون «ساختار درونی پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش‌گرایی»؛ لیزاک (۱۹۹۵)، پیرامون «بررسی کنش‌های اجرایی به‌عنوان سازه روان‌شناختی»؛ رومین (۲۰۰۵) پیرامون «مدلی برای کارکردهای لوب پیشانی»؛ اشلاگمولر و اشنایدر (۲۰۰۲)، پیرامون «اهمیت کارکردهای اجرایی در زمینه مهارت‌های حافظه و یادگیری»؛ ویل‌کات، ڈیل، نیگ، فاراتون و پنینگتون (۲۰۰۵)، پیرامون «کاربردهای نظریه کنش‌گرایی پیرامون سبب‌شناسی، تشخیص و درمان اختلال نقص‌توجه و بیش-فعالی/تکانشی»؛ مک‌آلی، چن، گوس، شاپار و کراسی (۲۰۱۰)، پیرامون «ارزیابی ارتباط بین یافته‌های به دست آمده از پرسشنامه رتبه‌بندی رفتار کنش‌گرایی با آسیب و تخریب رفتاری» هماهنگ و همسو می‌باشد؛ زیرا در تمامی تحقیقات مذکور مطرح شده است که ابزارهای مرتبط با کنش‌های اجرایی می‌توانند دانش‌آموزان دارای اختلالات عصبی-تحولی را تشخیص دهند اما تحقیقی در زمینه استفاده از ابزارهای مرتبط با کنش‌گرایی به خصوص نسخه دوم کارکردهای اجرایی براون در دانش‌آموزان با اختلال رفتاری انجام نشده است و تحقیقاتی که در حیطه دانش‌آموزان با اختلال رفتاری انجام شده، از

این ابزار استفاده نکرده‌اند، از این رو، توان مقایسه‌پذیری یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات مذکور وجود ندارد. از این رو، تحقیق حاضر جدید بوده و می‌تواند به عنوان پیشینه تحقیقات آتی در زمینه اختلال یادگیری باشد.

## ۲-۵ محدودیت‌های تحقیق

### محدودیت‌های قابل کنترل توسط پژوهشگر

- ❖ ضعف در روایی اکولوژیک بخصوص فضا و فقدان صندلی مناسب برای آزمودنی در برخی از مراکز مشهود بود و محدودیتهایی را در فرایند اجرای ابزار اندازه‌گیری بوجود آورده است.
- ❖ عدم همکاری آزمودنی‌ها به علت زمان‌بر بودن اجرای نسخه دوم کارکردهای اجرایی براون.
- ❖ عدم همکاری برخی از مراکز خصوصی در راستای افزایش روایی بیرونی که این محدودیت با محدودسازی طرح نمونه برداری تا حدودی مرتفع گردید.

### محدودیت‌های غیر قابل کنترل توسط پژوهشگر

- ❖ عدم وجود داشتن تحقیقات معتبر در زمینه نسخه دوم کارکردهای اجرایی براون و محدودیت در زمینه مقایسه‌پذیری با پیشینه تحقیقات

## ۳-۵ پیشنهادهای تحقیق

◀ پیشنهاد می‌گردد که جنبش سنجش استثنایی فعال‌تر گردد و بتوان از فنون آماري پیشرفته روانسنجی در بستر نرم‌افزاری بهره‌مند شد و مباحث کاربردی نوین مرتبط با روایی تشخیصی را در محتوای آموزشی دانش‌آموزان در مدارس جایگزین نمود.

◀ از آنجائیکه یافته پژوهشی به روایی تشخیصی نسخه دوم کارکردهای اجرایی براون در راستای تشخیص اختلال رفتاری به خصوص دانش‌آموزان معطوف است و یافته‌ها نشان داد که پنج بُعد از مقیاس مزبور دارای روایی تشخیصی می‌باشند، پیشنهاد می‌گردد تا گروه تخصصی اختلال رفتاری در آموزش و پرورش کودکان استثنایی و به ویژه مراکز درمانی، از مقیاس مزبور استفاده نموده تا از این طریق بتوانند به تشخیص دانش‌آموزان اختلال رفتاری بپردازند.



## منابع

## منابع فارسی

- (۱) افروز؛ غلامعلی، کامبیز؛ کامکاری، (۱۳۹۰)، تاریخچه، رویکردها و نظریه‌های هوش و خلاقیت، انتشارات دانشگاه تهران.
- (۲) بیرجندی، پروین (۱۳۹۲)، روان‌شناسی رفتار غیرعادی، تهران، چاپ دوم، انتشارات دانا
- (۳) ثنایی؛ شیدا، (۱۳۹۷)، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه سوم نظام سنجش هیجانی-رفتاری کودکان در دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- (۴) حاجی سیدرضی؛ حمیده، ازخوش؛ منوچهر، طهماسیان؛ کارینه، بیات؛ مریم، بیگلریان؛ اکبر، (۱۳۹۱)، معناداری اثربخشی آموزش والدین کودکان نافرمان بر روش‌های فرزندپروری مادران و مشکلات رفتاری کودکان، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال هشتم، شماره ۳۲، زمستان ۱۳۹۱.
- (۵) خانی؛ هدی، (۱۳۹۷)، ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه رفتاری کودکان آبیبرگ در دانش‌آموزان پیش‌دبستانی با اختلال رفتاری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.
- (۶) شهیم؛ سیما، یوسفی؛ فریده، قنبری مزیدی؛ محبوبه، (۱۳۸۶)، ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تجدیدنظر شده مشکلات رفتاری کوی و پترسون، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶.
- (۷) غلامی؛ آزیتا، (۱۳۹۰)، بررسی ویژگی‌های شخصیتی و اختلالات رفتاری نوجوانان بزهکار، پرورشگاهی و عادی شهر تهران. دانشگاه پیام نور واحد کرج.
- (۸) فرجاد، محمدحسین. (۱۳۹۰). روان‌شناسی و جامعه‌شناسی جنائی. نشر همراه.

۹) قاسمی؛ امید، خاکی؛ احمد، (۱۳۹۵)، ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نشانه‌شناسی مشکلات رفتاری - هیجانی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی، *فصلنامه مطالعات پیش‌دبستان و دبستان*، سال اول، شماره سوم، بهار ۹۵.

۱۰) قره‌باغی؛ فاطمه، آگیلار- وفایی؛ مریم، (۱۳۸۸)، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات در نمونه کودکان ایرانی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸.

۱۱) کاکابرایی؛ کیوان، حبیبی عسگرآباد؛ مجتبی، فدایی؛ زهرا، (۱۳۸۶)، هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۱-۱۸ سال کودکان و نوجوانان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه، *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره اول، شماره چهارم.

۱۲) کامکاری؛ کامبیز، شکرزاده؛ شهره، کیومرثی؛ فیروز، (۱۳۸۶)، *اندازه‌گیری و سنجش*، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر.

۱۳) کیایی؛ اشرف السادات، (۱۳۹۶)، *بررسی میزان شیوع اختلال رفتاری (نافرمانی مقابله ای) در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.

۱۴) - کامکاری؛ کامبیز، کیومرثی؛ فیروز، شکرزاده؛ شهره (۱۳۸۶)، *روش پژوهش کاربردی و سنجش با تأکید بر سازه هوش*، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر.

۱۵) گورمن، جین چنگ، (۲۰۰۲)، *اختلالات هیجانی و ناتوانیهای یادگیری در کلاسهای ابتدایی*، ترجمه محمدنریمانی و ناصر دگرماندرواق (۱۳۹۱)، چاپ اول، اردبیل، انتشارات نیک آموز.

- ۱۶) لرنر، ژانت دلبیو، (۱۹۹۷)، *ناتوانیهای یادگیری؛ نظریه ها، تشخیص و راهبردهای تدریس*، ترجمه عصمت دانش (۱۳۹۰) چاپ دوم، تهران، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهیدبهبشتی.
- ۱۷) مفیدی؛ فرخنده، (۱۳۹۲)، آموزش و پرورش کودکان پیش دبستانی، چاپ دوم، انتشارات نشر دانشگاهی.
- ۱۸) مینایی؛ اصغر، (۱۳۸۵)، انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، *پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال ششم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵.
- ۱۹) واحدی؛ شهرام، اسماعیل پور؛ خلیل، حاجی پور؛ فرزانه، (۱۳۹۱)، بررسی ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی نسخه تجدید نظر شده مقیاس مشاهده معلم از رفتار انطباقی در کلاس، *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۴ (۱)، بهار ۱۳۹۱.
- ۲۰) واحدی؛ شهرام، اسماعیل پور؛ خلیل، حاجی پور؛ فرزانه، (۱۳۹۱)، بررسی ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی نسخه تجدید نظر شده مقیاس مشاهده معلم از رفتار انطباقی در کلاس، *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۴ (۱)، بهار ۱۳۹۱.
- ۲۱) وست وود؛ پیتر، (۱۹۹۷)، *آموزش و پرورش کودکان با نیازهای ویژه*، ترجمه شاهرخ مکوند حسینی، فرح شیانداری، (۱۳۹۱)، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۲) یزدخواستی؛ فریبا، عربی؛ حمیدرضا، (۱۳۹۰)، هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر/ مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۰.

۲۳) یوسفی، فریده (۱۳۸۷). هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. دوره سیزدهم. شماره های اول و دوم.

۲۴) - هالاهان؛ دانیل. پی، لوید؛ جان. و، کافمن؛ جیمز، *اختلال‌های یادگیری (مبانی، ویژگی‌ها و تدریس موثر)*، ترجمه علیزاده، حمید (۱۳۹۳)، چاپ پنجم، انتشارات ارسباران.

### منابع انگلیسی

- ۲۵) Brown; T.S, (2017), *OUTSIDE THE BOX: Rethinking ADD/ADHD in children and adults: A Practical guide* . Arlington, VA: *American Psychiatric Publishing*.
- ۲۶) Brown; T.S,(2005), *Attention deficit disorder The unfocused mind in children and adults*: New Haven, CT: Yale university press.
- ۲۷) -Ciszewski, Stefanie, Francis; Kylie, Mendella; Paul, Bissada; Hany, Tasca; Gioio, (2014), *Validity and reliability of the behavior rating inventory of Executive function-Adult version in the clinical sample with eating disorder, Eating Behaviors*, 151,175-181.
- ۲۸) -Denckla, M.B. (1989) *Executive function, the overlap zone between attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities. International pediatrics*, 4,155-160.
- ۲۹) -Dupaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998), *ADHD Rating scale-IV: checklist, norms and clinical interpretation*,New York, *guliford press*.
- ۳۰) -Fuster; J.M, (2015), *The prefrontal cortex (5th ed)*, London, England: *Academic Press*.
- ۳۱) -Gioia; GA, Isquith; PK, Retzlaff; PD, ESPY; KA,(2016), *Confirmatory factor analysis of the behavior Rating inventory of executive function (BRIF) In a clinical sample, children national medical center*, Washington, DC, 2016,USA, ggioia@cnmc.org.

- ٣٢) -Harison. A, Tchanturia, K. Naumann.U., & Treasure,J.(2012), Social emotional functioning cognitive styles in eating disorders. *British journal of clinical psychology*, 51(3),261-279.
- ٣٣) K.China Jennifer; Jenna, M.T wyforda Bridget V.Deverb., (2011), Factor analytic investigation of the BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System Parent Form: Psychometric properties, practical implications, and future directions. *Society for the Study of School Psychology*.
- ٣٤) -Leazak, M.D.(1995), *Neuropsychological assessment Newyork*, NY:Oxford university press.
- ٣٥) -Mahon, E. M, (2000) Behavior Rating inventory of Executive Function Rating in children with tourtte syndrome, *Unpublished raw data*.
- ٣٦) -McAvley; Tara, Chen, Shirley, Goos; Lisa, schachar; Russell, Crosbie; Jennifer, (2010) is the behavior rating inventory of executive function more strongly associated with measures of impairment of executive function; *Journal of the international neuropsychological society*, 16,495-505.
- ٣٧) Matson; Sara Mahan Johnny L., (2010), Spectrum Disorder-Problem Behavior for Children (ASD-PBC) against the Behavioral Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2). *Elsevier Ltd*.
- ٣٨) -Penington, B.F., Bennento, L., MC Aler, O.K, & Roberts, R.J. (1996). Excutive functions and working memory theoretical ana measurement issues . in GR Lyan & N.A kransnegor (EDS), *Attention, memory and executive function (PP.327-348) Baltimore*:paul H. Brooks.
- ٣٩) -Rabbitt.p.(1997) introduction, Methodologies and models in the study of executive function. Ln.P.Rabbitt (Ed), *Methodology of frontal executive function(PP.1-38) East Sussex, UK: psychology press*.
- ٤٠) -Romine. C.B., & Raynolds, C.R. (2005), A model of the development of frontal lobe functioning: findings from a meta-analysis. *APPLIED Neuropsychology*, 12, 190-201.
- ٤١) Rashell, J. (2003), *Powers of Mind*. New York: Ballantine.

- εϣ) Reynolds; C.R., & Kamphaus; R.W., (2015), BASC-3 Behavior and Emotional Screening System Manual, *Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington*, MN: 55437.
- εϣ) Reynolds; C.R., & Kamphaus; R.W., (2015), BASC-3 Behavior and Emotional Screening System Manual, *Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington*, MN: 55437.
- εε) Reynolds; C.R., & Kamphaus; R.W., (2015), Behavior Assessment System for Children, third edition (BASC-3), *Bloomington, MN: NCS Pearson*, Inc.
- εο)-Schlagmuller, M., & Schneider, W, (2002) the development of organization strategies in children evidence from a microgenetic longitudinal study. *Journal of Experimental child psychology*, 1,298-319.
- εϥ) Thompson; Elizabeth, Kline; Emily, Reeves; Gloria, Pitts; Steven C., Bussell; Kristin, Schiffman; Jason., (2014), Using parent and youth reports from the Behavior Assessment System for Children, Second Edition to identify individuals at clinical high-risk for psychosis. Elsevier B.V. *Published by Elsevier Inc.*
- εϣ) U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, (2013), Mental Health Surveillance Among Children- United States, 2005-2011, Morbidity and Mortality Weekly Report, 62 (2), 1-35, Retrieved From <http://WWW.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6202.pdf>.
- ε^) U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics, (2013), Table 204.30 Children 3 to 21 Years old Served under Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), Part B, by type of Disability: Selected Years, 1976-77 through 2011-12, Retrieved from <https://nces.ed.gov/programs/digest/d13/tables/dt13-204.30.asp>.
- εϣ) Understanding Abnormal Behavior; David Sue, Derald Wing Sue, Stanley Sue, Diane M. Sue; *Wadsworth Publishing, 10 edition*, (2012), ISBN: 1111834598
- οο) Understanding Abnormal Behavior; David Sue, Derald Wing Sue, Stanley Sue, Diane M. Sue; *Wadsworth Publishing, 10 edition*, (2012), ISBN: 1111834598

- ١) Upshur; C., Wenz-Gross; M. & Reed; G., (2009), A pilot study of early childhood mental health consultation for children with behavioral problems in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*, 24, 29–45.
- ٢) Vannest; K. J., Reynolds; C.R., & Kamphaus; R.W., (2015a), *BASC-3 Behavior Intervention Guide*, Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc.
- ٣) Vannest; K. J., Reynolds; C.R., & Kamphaus; R.W., (2015b), *Behavior and Emotinal Skill Building Guide*, Bloomington, MN: NCS Pearson, Inc.
- ٤) -Viola; Adrienne, Balsamo; LYN, Neglia; Joseph, Brouwers; pim, ma; xiaomei; Kadan-Lottick; Nina.s.(2017), The Behavior Rating inventory of Executive function (BRIEF) to identify pediatric Acute Lymphoblastic. *Leukemiac All survivors At Risk for neurocognitive Impairment*, Published in final edited form as : J Pediatr Hematol on col, 2017 Apr; 39(2):174-178.
- ٥) -Welch, M.C., Pennington, B.F,(1998) Assessing frontal lobe functioning in children: view from developmental psychology. *Developmental neuropsychology*,4,199-250.
- ٦) -Willcutt,E.G., Doyk, A.E., Nigg, J.T., Faraone, s.v., & Pennington , B.F.(2005) Validity of the executive function theory of attention deficit/hyperactivity disorder. A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57,1336-1346.
- ٧) Weinbery; B. (2008), Hypractive in the Child Used Computer Games, P: *Psychological*, Vol: 23 Number: 25.
- ٨) Weiss; W. U, Davis; R. D, Rostow; C. R & Kinsman; S, (2003), The MMPI-2 L scale as a tool in police selection, *Journal of Poloce and Criminal Psychology*, 18, 57-60



## **Abstract**

In this research, the "diagnostic validity of the second version of the Brown executive function scale in students with behavioral disorders" has been discussed. The current research method is in the field of psychological studies, which is a subset of the methodological research method. The research population consists of students diagnosed with behavioral disorder, and 60 students with behavioral disorder were selected as the sample size using the targeted sampling method. The measurement tool in this research is the second version of Brown's Executive Functions Scale (2019), which has good validity and reliability. The statistical model used in this research to determine the diagnostic validity is the distribution diagram method (Davis method) and the confidence interval method. Finally, the findings of the research showed that the dimensions of "activity", "orientation", "effort", "emotion regulation" and "action" in the second version of the Brown executive function scale in students with behavioral disorders, with both methods, have They have diagnostic validity and can distinguish students with behavioral disorders from other students.

**Key words: diagnostic validity, second edition, Brown executive function scale, behavioral disorder**



**Islamic Azad university**

**Islamshahr unit**

**Faculty of Educational Sciences and Psychology Department:**

**Psychology**

**Dissertation for obtaining a master's degree (M.A.)**

**On: clinical psychology**

Subject:

**Diagnostic validity of the second version of the Brown Executive**

**Function Scale in students with behavioral disorder**

Supervisor:

**Zohreh Esmailzadeh.PhD**

Advisor:

**Kambiz Kamkari.PhD**

By:

**Leila Bahrami Gheisar**

**Summer 2023**