



# The Mediating Role of Self-Controlled and Conflict Parents-Child in Relationship between Psychological Neural Function with Oppositional Defiant Disorder in Deaf Children

Alireza Sangani<sup>1,\*</sup>, Paria Jangi<sup>2</sup>, Leilasadat Azizi<sup>3</sup>, Nahid Ramak<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Ph.D. Psychology and Exceptional Children Education, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Ph.D. Educational Psychology, Department of Psychology, Assistant Professor, Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

<sup>4</sup> Expert of Health and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

\* **Corresponding author:** Alireza Sangani, Assistant Professor, Ph.D. Psychology and Exceptional Children Education, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: Sangany.psycho@gmail.com

Received: 03 Apr 2019

Accepted: 23 Sep 2019

## Abstract

**Introduction:** Hearing impairment in children can cause psychological and communication problems, So the purpose of this research was to investigate the mediating role of Self-Controlled and conflict parents-child in relationship between Psychological Neural Function with Oppositional Defiant Disorder in Deaf Children.

**Methods:** The research method was descriptive-correlational (Structural Equation Modeling) (SEM). The population of this study was deaf children aged 9 to 12 years with oppositional defiant disorder in the Baghcheban complexes of Tehran in 2019. According to the observed 11 variables and assigning a coefficient of 20 to 220 deaf children were selected as sample by single stage cluster sampling. Conners' Psychological Neural Function Scale (2004), Self-Control (1982), conflict parents-child Questionnaire (1979), and the Pediatric Symptoms Questionnaire (1984) were used. The model was evaluated using regression equation method and with using the Spss 24 and Amos 23 software.

**Results:** The results showed that there is a significant relationship between self-control, conflict parents-child and Psychological Neural Function with Oppositional Defiant Disorder in deaf children and 36% of Oppositional Defiant Disorder in deaf children affected by self-control, conflict parents-child and Oppositional Defiant Disorder. Also self-control (-0.28) and conflict parents-child (0.14) mediate the relationship between Psychological Neural Function with Oppositional Defiant Disorder in deaf children ( $P \geq 0.01$ ).

**Conclusions:** In the field of evaluation and treatment of Oppositional Defiant Disorder in Deaf children, special attention is paid to Psychological Neural Function problems with emphasis on developing self-control skills and improving communication environment and can play a decisive role.

**Keywords:** Deaf, Oppositional Defiant Disorder, Psychological



# نقش میانجی خود کنترلی و تعارضات والد فرزندی در ارتباط بین عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا

علیرضا سنگانی<sup>۱\*</sup>، پریا جنگی<sup>۲</sup>، لیلا سادات عزیز یی<sup>۳</sup>، ناهید رامک<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، دکتری روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران  
<sup>۴</sup> کارشناس مرکز تحقیقات سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: علیرضا سنگانی، استادیار، دکتری روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: Sangany.psycho@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۱۴

## چکیده

**مقدمه:** نقض شنوایی در کودکان می‌توان باعث مشکلات روانشناختی و ارتباطی شود. بنابراین هدف این پژوهش تعیین نقش میانجی خود کنترلی و تعارضات والد فرزندی در ارتباط بین عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا بود.  
**روش کار:** روش پژوهش همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی مورد مطالعه کودکان ناشنوا ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در مجتمع‌های باغچه بان شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. با توجه به تعداد ۱۱ متغیر مشاهده شده و اختصاص ضریب ۲۰ تعداد ۲۲۰ کودک ناشنوا به روش نمونه گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. از مقیاس عملکرد عصبی روان شناختی کانرز (۲۰۰۴)، خود کنترلی (۱۹۸۲)، پرسشنامه تعارضات والد فرزندی (۱۹۷۹) و پرسشنامه علایم مرضی کودکان (۱۹۸۴) فرم معلمان استفاده گردید. ارزیابی مدل با استفاده از روش معادلات رگرسیونی با استفاده از نرم افزار SPSS 24 و Amos 23 انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین خود کنترلی، تعارضات والد فرزندی و عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا رابطه معنی داری وجود دارد و ۳۶ درصد از اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا تحت تأثیر خود کنترلی، تعارضات والد فرزندی و عملکرد عصبی روان شناختی است، همچنین خود کنترلی (-۰/۲۸) و تعارضات والد فرزندی (۰/۱۴) در رابطه‌ی بین عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا میانجی گری می‌نمایند ( $P \leq 0/01$ ).  
**نتیجه‌گیری:** در حوزه‌ی ارزیابی و درمانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا توجه ویژه به مسائل عصبی روان شناختی با تاکید در ایجاد مهارت خود کنترلی و بهبود فضای ارتباطی بسیار با اهمیت می‌باشد و می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای دارا باشد.  
**واژگان کلیدی:** ناشنوا، نافرمانی مقابله‌ای، عملکرد روان شناختی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله جویانه (Oppositional Defiant Disorder) در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) به عنوان یک الگوی خلق عصبی/ تحریک پذیر، رفتار مجادله/مقابله‌ای، یا تلافی جویانه که حداقل شش ماه تداوم داشته باشد تعریف شده‌است، این کودکان معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند، در روابط بین فردی مشکل دارند، همچنین دارای مشکلات در

عملکردهای اجرایی (Executive Functions) می‌باشند [۱، ۲] و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی و اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگسالان می‌باشند [۳، ۴]. کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری (behavioral disorders) چالش‌های زیادی را برای والدینشان به وجود می‌آورند. این کودکان، رفتارهایی را از خودشان نشان می‌دهند که تأثیر منفی بر اطرافیان و جامعه می‌گذارد [۵]. افزایش شیوع اختلالات روانی در کودکان در سال‌های اخیر، یکی از

صحیح هیجان‌ها معرفی می‌نمایند و اعتقاد دارند که قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین دادن خود، درک کردن اضطراب‌ها، افسردگی‌ها یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود. خودکنترلی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای در هر سطحی می‌تواند به ابعاد درون فردی و میان فردی تقسیم شود. خودکنترلی ضعیف که حاصل ناکارآمد بودن خانواده و ناکارآمدی جامعه‌پذیری فرد است وقتی با نشانگان عزت نفس پایین، وجدان و کنترل درونی کم، احساس درماندگی همراه می‌شود بعد درون فردی خود را به نمایش می‌گذارد و وقتی با نشانگان ابراز خشم، شتابزدگی، خودمحوری، فقدان همدلی، خطرپذیری، بزهکاری، رفتارهای تکانشی مطالعه می‌شود حکایت از بعد میان فردی خودکنترلی ضعیف دارد [۲۰].

در همین راستا یافته‌های پژوهشی از پلتا و گرانرو [۲۱] نشان می‌دهد که عملکردهای شناختی در کودکان ناشنوا مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تحت تأثیر عدم کنترل مناسب در بازداری و فعال سازی رفتاری است و از طرفی دیگر لی، بارنز، بیچین و بکر [۲۲] دریافتند که در کودکان ناشنوا در طیف اختلالاتی مانند بیش‌فعالی کم توجهی و اختلال نافرمانی علاوه بر مشکلات شناختی در سیستم عصبی می‌تواند به کنترل ادراکی ناقص کودک اشاره داشت، پژوهش وایمز، وایمز و دایسون [۲۳] نشان داد که در کودکان ناشنوا در اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مشکلات عصب شناختی خود را با کنترل ناقص بر این مشکلات به صورت تعارضات بین فردی با اعضا خانواده یا دوستان برون سازی می‌نماید. بروکس، برون و هاروی [۲۴] در کودکان ناشنوا دریافتند که در ایجاد اختلال نافرمانی در کودکان علاوه بر عوامل مداخله گر همانند ویژگی‌های عصب شناختی، عوامل بین فردی و روش‌های حل تعارضات می‌تواند به عنوان تعدیل گر در شدت این اختلال نقش دارا باشند. بنا بر یافته‌های لیتون و موراون [۲۵] خودکنترلی توانایی فرد در شناخت و به کار بستن استعدادهای برای کنترل احساسات و هیجان‌ها، رفتار و نیازها در ارتباط با خود و جامعه است.

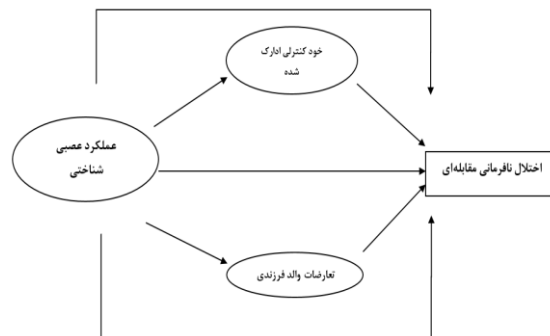
بنا بر مطالب فوق به نظر می‌رسد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای در طول یک مسیر و توالی با توجه به ویژگی‌های متفاوت شناختی، رفتاری و اجتماعی اتفاق می‌افتد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب در کودکان ناشنوا در مقایسه با همسالان شنوا بیشتر طول می‌کشد و معمول تر و شدیدتر است و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در این کودکان در خلال سال دوم زندگی وقتی کودکان نوعاً زبان را فرامی‌گیرند و بیش از آنچه می‌توانند بیان کنند را درک می‌کنند، معمول تر است. با فرض تأخیر زبان در بیشتر کودکان ناشنوا پیش بینی پذیر است که بسیاری از این کودکان وقتی نتوانند با آنچه فکر یا احساس می‌کنند ارتباط برقرار کنند، یا احساس گیجی کنند یا نهمند از آنها انتظار می‌رود چه چیزی را انجام داده یا چرا انجام دهند سرخورده شده و دچار تعارض می‌شوند، که می‌تواند عملکرد شناختی رفتاری و میزان خودکنترلی فرد نسبت به رفتارهای خود را تحت تأثیر بگذارد. از طرفی دیگر با توجه به پیشینه پژوهشی می‌توان بیان نمود که بررسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای تحت تأثیر عوامل شناختی رفتاری و ارتباطی در شکل یک مدل تا کتون انجام نشده است (تصویر ۱)، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی خود کنترلی و تعارضات والد فرزند در ارتباط بین عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا بود.

عوامل بروز نگرانی در مورد بهداشت روانی و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودکان شده است [۶]. در این بین، حدود ۷۵ درصد از اختلالات روانی تشخیص داده شده در کودکان و نوجوانان، در طبقه اختلالات رفتاری و ارتباطی جای می‌گیرند [۷]. هم‌چنین اختلالات رفتاری یکی از چالش‌های اصلی معلمان و والدین در برخورد با کودکان ناشنوا است [۸]. از سوی دیگر، اختلالات رفتاری شناختی یکی از دلایل اصلی ارجاع کودکان ناشنوا به مراکز درمانی نیز می‌باشد، که محدودیت شنوایی آنان سبب می‌گردد که نقایص ارتباطی و رفتاری ایجاد شود [۹]. اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز نوعی اختلال رفتاری پرخطر محسوب می‌شود، زیرا در بسیاری از کودکان ناشنوا دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقایص شناختی، اجتماعی و اختلال رفتاری همانند سایر انواع اختلالات رفتاری دیده می‌شود [۱۰] و هم‌چنین این اختلال یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بین مراجعان به مراکز درمانی روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که با بررسی علت شناسی آن در کودکان ناشنوا می‌تواند به محدودیت‌های جسمی که منجر به ایجاد نقایص ارتباطی و شناختی در این کودکان می‌شود، پی برد [۱۱]. پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را الگوی از عصیان / تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی / مقابله‌ای یا کینه‌جویانه معرفی می‌کند و ملاک‌های اختلال مذکور، باید حداقل هر هفته یکبار به مدت ۶ ماه دوام داشته باشد [۱۲]. کودکان نافرمانی مقابله‌ای، به طور قابل توجهی روابطشان با والدین، معلمان و همسالان تخریب شده است و این کودکان، نه تنها در مقایسه با همسالان دارای اختلال هستند، بلکه بیش از ۲ انحراف استاندارد پایین‌تر از مقیاس درجه‌بندی برای سازگاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی می‌باشند [۱۳]. در این بین بر اساس پژوهش‌های انجام شده یکی از عوامل دخیل بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ناهنجاری‌های عملکرد عصبی شناختی (Psychological Neural Function) می‌باشد، عمده‌ترین علل مشکل در عملکرد عصبی روان شناختی شامل اختلالات زیست شناختی، اختلالات ادراکی - حرکتی، اختلال در پردازش بینایی و شنوایی و اختلال حافظه و توجه می‌باشد که عمدتاً در دوره‌ی کودکی رخ می‌دهند [۱۴]. کودکان مبتلا به اختلال عصبی- روان شناختی تحولی از نظر مهارت‌های روانی حرکتی ضعیف، کند و بی‌سازمانند و در حرکت‌های ظریف و کنترل حرکتی مشکل دارند [۱۵]. ناتوانی‌های رشدی عصبی شناختی پیش درآمد ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات رفتاری در آینده است، که می‌تواند در شکل‌های تعارضات والد فرزند (conflict parents-child) و یا با همسالان در محیط‌های مدرسه بروز نماید [۱۶]. تعارض والد فرزند، تعاملی است ناراحت کننده بین دونفری که تمایل یا توانایی گوش کردن به ناراحتی‌های یکدیگر را ندارند و رفتار آن‌ها با تنش، خصومت و پرخاشگری همراه باشد و از چالش‌های ارتباطی و تعارضی که در حین رشد و تغییر اعضای خانواده ایجاد می‌شود [۱۷]. از این رو، می‌توان گفت تعارضات بین والدین منجر به مخدوش شدن فضای خانه و ارتباط والدین با فرزند می‌شود و در نتیجه زمینه را برای بروز تعارض والد-نوجوان مساعد می‌کند [۱۸]. در این بین یکی از سازه‌های روانشناختی که می‌تواند عملکرد افراد را تعدیل نماید، کنترل فردی بر روی رفتارها و نگرش‌ها می‌باشد، ماپر و سالووی [۱۹] خودکنترلی (self-controlled) را تحت عنوان کاربرد

۲۰۰۴ به منظور ارزیابی مهارت‌های عصب روان شناختی با ۲۶ سؤال برای کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده است. دارای خرده مقیاس‌های مشکلات کنش‌های اجرایی/ توجه، سازماندهی رفتاری-هیجانی، حل مساله- برنامه ریزی، کنش‌های حسی- حرکتی و حافظه و یادگیری است. نمره گذاری از به هیچ وجه (صفر)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) می‌باشد، نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر است، روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مشکلات کنش‌های اجرایی/ توجه ۰/۸۷، سازماندهی رفتاری-هیجانی ۰/۸۸، حل مساله- برنامه ریزی ۰/۸۰، کنش‌های حسی- حرکتی ۰/۹۰، حافظه و یادگیری ۰/۸۶ و کل آن ۰/۹۱ بدست آمد. این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی سازه و محتوا آن شده است [۲۸]. عابدی، عربی دانا، حاتمی، پرند [۲۹] پایایی به روش آلفای کرونباخ برابری خرده مقیاس‌های مشکلات کنش‌های اجرایی/ توجه ۰/۸۴، سازماندهی رفتاری-هیجانی ۰/۸۲، حل مساله- برنامه ریزی ۰/۷۷، کنش‌های حسی- حرکتی ۰/۸۲، حافظه و یادگیری ۰/۸۳ و کل آن ۰/۸۹ بدست آمد، همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی/ توجه ۰/۷۶، سازماندهی رفتاری-هیجانی ۰/۷۰، حل مساله- برنامه ریزی ۰/۸۲، کنش‌های حسی- حرکتی ۰/۷۱، حافظه و یادگیری ۰/۸۷ و کل آن ۰/۸۸ بدست آمد.

مقیاس خود کنترلی (children's self-control scale)، این مقیاس توسط هامفری [۳۰] در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است که از ۱۱ گویه و ۳ خرده مقیاس خودکنترلی میان فردی، خودکنترلی فردی و خودسنجی تشکیل شده است که به منظور سنجش ادراک کودکان از خودکنترلی خودشان بکار می‌رود. نمره گذاری به صورت ۱ (معمولاً بله) یا ۰ (معمولاً نه) پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر است. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خودکنترلی میان فردی ۰/۷۶، خودکنترلی فردی ۰/۷۰، خودسنجی ۰/۶۸ و کل آن ۰/۷۸ بدست آمد. در ایران توسط علی وردینیا و یوسفی [۳۱] روایی سازه و محتوا تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خودکنترلی میان فردی ۰/۷۱، خودکنترلی فردی ۰/۶۳، خودسنجی ۰/۵۶ و کل آن ۰/۷۴ بدست آمد [۳۱]. در این پژوهش، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس خودکنترلی میان فردی، خودکنترلی فردی و خودسنجی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۳، ۰/۶۶ و کل ۰/۷۰ بدست آمد.

پرسشنامه تعارض والد فرزند (Conflict-Tactics-Scales-Parents)، این پرسشنامه توسط استراوس [۳۲] در سال ۱۹۷۹ طراحی شده است، دارای ۱۵ سؤال است که سه تأکید حل تعارض یعنی: تاکتیک استدلال، پرخاش کلامی و پرخاش فیزیکی بین اعضای خانواده را اندازه گیری می‌کند. نمره گذاری پنج درجه از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) می‌باشد که میزان بروز رفتار در هر پرسش را نشان می‌دهد. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده تعارض و استفاده کمتر از راهبردهای استدلال می‌باشد. سازندگان روایی سازه و محتوا را تأیید نمودند و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای تاکتیک استدلال ۰/۷۸، پرخاش کلامی ۰/۷۷ و پرخاش فیزیکی بین اعضای خانواده ۰/۸۰ و کل ۰/۸۴ بدست آوردند. زابلی، زارکر، حمیدی [۳۳] روایی سازه و محتوا را تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای تاکتیک استدلال ۰/۷۵، پرخاش کلامی ۰/۵۸ و پرخاش فیزیکی بین اعضای خانواده ۰/۶۵ و کل



تصویر ۱: مدل مفهومی فرضی (پیشنهادی) پژوهش با توجه به پیشینه پژوهشی

## روش کار

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر روش مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل کودکان ناشنوا ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال ۱۳۹۷ در بازه‌ی زمانی مهر تا آذر، در ۵ مجتمع باغچه بان شهر تهران بودند، در این پژوهش برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری تعداد نمونه باید حداقل ۲۰ برابر متغیرهای مشاهده شده باشد [۲۶] و در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۲۲ برای هر متغیر مشاهده شده (۱۱×۲۰)، در مجموع ۲۲۰ کودک ناشنوا به عنوان حجم نمونه به روش نمونه گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای انتخاب شدند، به این گونه که ۱۵ کلاس به تصادف (منظور از خوشه در پژوهش حاضر کلاس‌های ۱۵ نفره است) از بین ۲۰ کلاس به عنوان گروه نمونه انتخاب گردید.

معیارهای ورود به پژوهش شامل؛ کودکان ناشنوا ۹ تا ۱۲ ساله، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تشخیص روان پزشک و روان شناس مراکز، عدم وجود اختلالات روان پزشکی همراه بر اساس ملاک‌های DSMV به تشخیص روان پزشک مراکز، عدم مصرف داور تأثیر گذار، تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توسط والدین. ملاک خروج شامل؛ هر هنگام که افراد تمایل داشته باشند از پژوهش خارج شوند، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، به تشخیص روان پزشک و ایجاد اختلالات جسمی و روانی همراه از مطالعه خارج گردد.

پس از کسب مجوزهای سازمانی از مجتمع باغچه بان، از جانب مجتمع یک فرد مسلط به زبان اشاره در مسیر کسب نمونه معرفی گردید، توضیحات مقدماتی به کودکان در اختیار داشتن توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و نحوه همکاری به دانش آموزان و معلمان داده شد؛ پس از توضیح در خصوص اهداف پژوهش و نحوه همکاری افراد فرم رضایت نامه‌ی آگاهانه از والدین کودکان دریافت شد و در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و در آمار استنباطی از همبستگی پیرسون، روش حداکثر درست نمایی و بوت استرپ در مدل ساختاری استفاده شد. رأی تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss24 و Amos23 استفاده شد.

مقیاس عملکرد عصبی روان شناختی کانرز (Connors neuropsychology inventory)، مقیاس توسط کانرز [۲۷] در سال

نشان می‌دهند مدل اندازه گیری متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب است.

با توجه به جدول ۴ تمامی عملکرد عصبی روان شناختی، خود کنترلی و تعارضات والد فرزند بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر مستقیم معناداری بر نافرمانی مقابله‌ای دارا هستند. همچنین نتایج نشان می‌دهد، مقادیر بتا در این سه مسیر به ترتیب برابر با ۰/۳۴، ۰/۲۸- و ۰/۱۴ می‌باشد و مقادیر واریانس مشترک ترتیب برابر با ۰/۱۴۶، ۰/۱۷۶ و ۰/۰۴۶ می‌باشد.

با توجه به جدول ۵، اثر مسیر غیر مستقیم عملکرد عصبی روان شناختی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای با واسطه‌ی خود کنترلی برابر با ۰/۲۸- است و اثر مسیر غیر مستقیم عملکرد عصبی روان شناختی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای با واسطه‌ی تعارضات والد فرزند ۰/۱۴- که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد، با این وجود می‌توان مدل ساختاری روابط بین متغیرهای آشکار و پنهان را رسم نمود.

مطابق با تصویر ۲، به طور کلی سه متغیر عملکرد عصبی روان شناختی، کنترلی و تعارضات والد فرزند توان پیش بینی ( $R^2=0/36$ ) از متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا می‌باشند، که ۳۶ درصد از این متغیر درون زا توسط این متغیرها قابل تبیین می‌باشد، و ۶۴ درصد از اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط دیگر متغیرهای خارج از پژوهش تبیین می‌گردد.

## بحث

هدف از این پژوهش بررسی نقش میانجی خود کنترلی و تعارضات والد فرزند در ارتباط بین عملکرد عصبی روان شناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا بود و با توجه به مدل پژوهش به طور کلی تمامی سه متغیر عملکرد عصب روانشناختی، تعارض والد فرزند و خودکنترلی ادراک شده با اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه دارا بودند و مدل پژوهش تأیید گردید و در مجموع توان پیش بینی ۳۶ درصدی متغیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند. این یافته‌ها همسو با برخی یافته‌ها می‌باشد، در همین راستا نتایج پژوهش لی، کلارک، کلامپ و بارت، [۱۷]، ماتیز و جان، [۱۳] و مک نیلز، مگان، گودمن و رو، [۸] نشان می‌دهد که بین عملکرد عصبی روانشناختی و ابعاد همسران با شناخت مانند خودکنترلی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ناشنوا رابطه وجود دارد که می‌تواند سبب ساز مشکلات ارتباطی و تعارضات بین فردی در خانواده و مدرسه شود. پژوهش کوی، اسپلتر، دخان و کومز [۳۶] که نشان می‌دهد پسران دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پردازش ذهنی اطلاعات ارتباطی، عملکرد ضعیفی بروز می‌دهند، بین عملکرد عصبی روانشناختی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه وجود دارد و معتقدند که کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کمیت و کیفیت راهبرهای حل مسأله دارای نقص هستند و برای حل مشکلات اجتماعی، راه حل‌های مثبت کمتری به کار می‌برند که منجر به ایجاد تعارضات بین فردی می‌گردد، به طور کلی تأیید کننده‌ی نظریه عصب روانشناختی با محوریت شناخت و رفتار اجتماعی می‌باشد. براساس یافته‌های پژوهشی [۳۶] کودک دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در رمزگردانی و پردازش اطلاعات عملکرد ضعیفی از خود نشان می‌دهد، بنابراین فقدان این توانمندی کنترلی بر خود به سبک شناختی سوگیرانه منتهی می‌شود و به نوبه خود رفتار سوء را گسترش

۰/۸۲ بدست آوردند. در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای تاکتیک استدلال ۰/۷۴، پرخاش کلامی ۰/۶۹، پرخاش فیزیکی ۰/۸۰ و کل آن ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه علایم مرضی کودکان (Child Symptoms Inventory)، پرسشنامه توسط اسپرافکین، گادو و گایسون [۳۴] در سال ۱۹۸۴ به منظور غربال اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد. در پژوهش حاضر، از چک‌لیست معلمان استفاده شده است. فرم معلمان دارای ۴۱ سؤال است که ۴۱ عبارت آن (گروه A و B و C) مربوط به اختلال‌های رفتار ایدایی است. هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود، در پژوهش حاضر، جهت سنجش اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان از زیر گروه B با تعداد ۸ سؤال (سوالات ۲۶ تا ۱۹) استفاده شد. روایی سازه و محتوا پرسشنامه علایم مرضی کودکان توسط سازندگان تأیید شده است و پایایی به روش آلفا کرونباخ برای فرم معلمان ۰/۸۸ بدست آمده است، روایی سازه و محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل [۳۵] مورد تأیید ۹ نفر از روان‌پزشکان قرار گرفته است. در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ این خرده مقیاس ۰/۸۸ بدست آمد.

## یافته‌ها

در پیش از تحلیل توصیفی و استنباطی ویژگی جمعیت شناختی سن و جنس با استفاده از جدول ۱ فراوانی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۹-۱۰ ساله	۸۶	۳۹/۰۹
۱۱-۱۲ ساله	۱۳۴	۶۰/۹
جنسیت		
دختر	۱۰۱	۴۵/۹
پسر	۱۱۹	۵۴/۰۹

با بررسی پیش فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های، کشیدگی و چولگی، جعبه‌ای، کولموگروف-اسمیرنوف نرمالی داده‌ها تأیید شد و همچنین مدل اندازه گیری چهار متغیر پژوهش تأیید گردید. در جدول ۲ داده‌های توصیفی با توجه به دو شاخص گرایش به مرکز و شاخص پراکندگی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای قابل مشاهده می‌باشد. همبستگی معناداری بین خرده مقیاس‌های عملکرد عصبی روان شناختی، خود کنترلی و تعارضات والد فرزند بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان می‌دهد. بین عملکردهای عصبی روان شناختی و خود کنترلی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه‌ی معکوس معنادار و بین تعارضات والد فرزند بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه مستقیم معناداری مشاهده گردید.

نتایج مندرج در جدول ۳ مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۵۹ می‌باشد لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ است که نشان دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول می‌باشد. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (۲/۳۳۱) بین ۱ و ۳ می‌باشد و میزان شاخص CFI، GFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگتر از ۰/۹ می‌باشد که

## سنگانی و همکاران

پاسخ می‌دهند و در انتخاب علایم، سوگیرانه رفتار می‌کنند، لذا به طور نسبی تلاش آن‌ها در مهار مشکلات رفتاری، به نتیجه مفیدی ختم نمی‌شود [۱۷].

می‌دهد و تعارضاتی را در محیط‌های متفاوت ایجاد می‌نماید، به این ترتیب کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای توان نامگذاری رفتارهای منفی را ندارند، به نشانه‌ها و علایم خصمانه بیشتر از نشانه‌های خنثی

جدول ۲: آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی خرده مقیاس‌های متغیرهای عملکرد عصبی روان شناختی، کنترلی، تعارضات والد فرزندی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
کنش‌های اجرایی / توجه	۲۶/۶۳	۶/۱۰	۱													
سازماندهی رفتاری - هیجانی	۱۱/۲۸	۸/۴۸	۰/۰۷**	۱												
حل مساله - برنامه ریزی	۱۰/۳۷	۶/۸۸	۰/۰۷**	۰/۰۷**	۱											
کنش‌های حسی - حرکتی	۵/۷۷	۶/۳۷	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۶۳**	۱										
حافظه و یادگیری	۲۱/۳۶	۱۰/۴۷	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۱									
عملکرد عصبی روان شناختی	۸۸/۰۲	۱۹/۲۸	۰/۰۷**	۰/۰۷**	۰/۰۷**	۰/۰۷**	۰/۰۷**	۰/۰۶**	۱							
خودکنترلی میان فردی	۲/۳	۰/۴۴	۰/۰۹**	۰/۲۱**	۰/۱۴**	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۱						
خودکنترلی فردی	۲/۸	۰/۸۰	۰/۲۱**	۰/۲۲**	۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۱۳**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۱					
خودسنجی	۲/۸۹	۰/۸۹	۰/۰۹**	۰/۲۱**	۰/۱۶**	۰/۱۲**	۰/۱۴**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۱				
خودکنترلی	۵/۶	۱/۱۱	۰/۲۳**	۰/۱۷**	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۱			
مهارت استدلال	۱۲/۲۳	۷/۵۱	۰/۰۸**	۰/۲۷**	۰/۱۹**	۰/۱۵**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۲۰**	۰/۲۰**	۱		
برخاشگری کلامی	۱۰/۵	۶/۵۹	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۱۴**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۱	
برخاشگری فیزیکی	۸/۱۶	۶/۰۷	۰/۰۹**	۰/۲۰**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۱
تعارض والد فرزندی	۳۹/۲۴	۶/۱۱	۰/۲۳**	۰/۲۳**	۰/۱۰**	۰/۱۹**	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۱
نافرمانی مقابله‌ای	۱۵/۷۳	۶/۰۲	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۲۰**	۰/۲۱**	۰/۱۷**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۶**

\*در سطح ۰/۰۵ معنی داری است. \*\*در سطح ۰/۰۱ معنی داری است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از دو مرحله اصلاح

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقادیر قبل تصحیح	مقدار به دست آمده
$X^2/df$	کای اسکور نسبی	< ۳	۲/۸۸۷	۲/۳۳۱
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	< ۰/۱	۰/۰۸۱	۰/۰۵۹
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	> ۰/۹	۰/۸۶۴	۰/۹۰۱
NFI	شاخص برازش نرم	> ۰/۹	۰/۹۱۶	۰/۹۶۲
CFI	شاخص برازش مقایسه‌ای	> ۰/۹	۰/۸۸۹	۰/۹۳۴
DF	۶۸			

جدول ۴: برآورد مستقیم مدل به روش حداکثر درست نمایی (maximum likelihood)

متغیر	b	B	R <sup>2</sup>	t	P
عملکرد عصبی روان شناختی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای	-۰/۴۳	-۰/۳۴	۰/۱۴۶	-۹/۱۲	۰/۰۰۰
خودکنترلی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای	-۰/۶۳	-۰/۲۸	۰/۱۷۶	-۸/۰۴	۰/۰۰۰
تعارضات والد فرزندی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۰۴۶	۵/۳۱	۰/۰۰۰

جدول ۵: برآورد غیر مستقیم مدل با استفاده از روش تخمینی بوت استرپ (bootstrap)

متغیر	B	حد پایین	حد بالا	معناداری
عملکرد عصبی روان شناختی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای با واسطه‌ی خودکنترلی	-۰/۲۸	-۰/۴۷	-۰/۱۱	۰/۰۰۲
عملکرد عصبی روان شناختی بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای با واسطه‌ی تعارضات والد فرزندی	-۰/۱۴	-۰/۱۷	-۰/۳۴	۰/۰۰۱

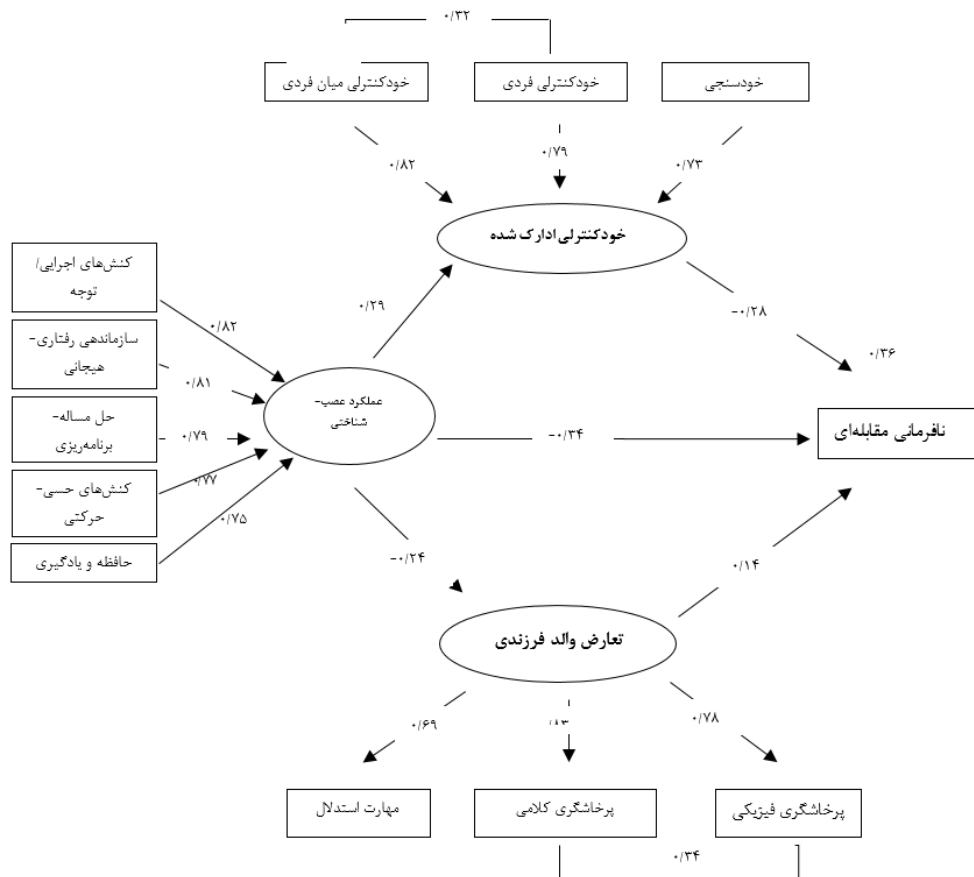
و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به کار می‌برند [۱۸]. پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این افراد انجام شده، وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی این افراد نشان داده‌است. این نقایص اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی، پردازش اطلاعات اجتماعی، حل مسئله و سازگاری نمایان است [۳۸]. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد و حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر شده و پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد [۳۹]. به عنوان نتیجه کاربردی حاصل از پژوهش حاضر می‌توان ابتدا به یافته لیتون و موراون [۲۵] اشاره کرد که معتقدند خودکنترلی و عملکرد مناسب سیستم عصبی روانشناختی از مهمترین نشانه‌ها و ابعاد سلامت روان

پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این کودکان انجام شده وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی این کودکان نشان داده است [۱، ۵]. نقص‌های شناختی اغلب در حوزه کارکردهای حافظه، توجه و تمرکز، تنظیم هیجان، پردازش زبانی و پردازش اطلاعات دیده می‌شود [۸]. برای مثال اگر یک کودک مهارت‌های زبانی لازم برای مقوله بندی هیجان‌ها و یا ارتباط با دیگران را نداشته باشد، با مشکلاتی در تفسیر و حل مسأله مواجه خواهد بود [۳۷]. کودکان دارای این اختلال، معمولاً در روابط اجتماعی با والدین، معلمان و همسالان دارای مشکل هستند. بسیاری از آن‌ها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و به ندرت از سوی همسالانشان پذیرفته می‌شوند. به علاوه، این کودکان در شناخت مشکلات و به کارگیری راهبردهای حل مسأله برای برطرف کردن آن‌ها دارای نقص هستند

دست اعلام می‌کنند که مداخلات موقت غالباً نمی‌تواند موقعیت‌هایی را که در دوره‌های تحولی ساخته و درونی شده‌اند به راحتی تغییر دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان بیان نمود که این پژوهش صرفاً بر روی کودکان ناشنوا و در بازه‌ی سنی ۹ تا ۱۲ ساله انجام شده است، محدود شدن به شهر تهران و بازه زمانی مهر تا آذر ۱۳۹۷ دیگر محدودیت این پژوهش می‌باشد.

فرد است که ارتقاء آن می‌تواند ابعاد دیگری مثل خودکنترلی میانفردی، خودنظارتی، توانمندی اجتماعی، خودتنظیمی فرد آسیب دیده را بهبود بخشد و از این راه بر بهزیستی روانی، افزایش عملکرد مناسب فردی و اجتماعی، کاهش آسیب‌های درونی سازی و برونی سازی شده او تأثیر بگذارد. پاکدامن، سیدموسوی و قنبری [۴۰] و گرایسون و کارلسون [۴۱] معتقدند نوع تعامل فرزندان و میزان خودنظارتی و خودکنترلی آنها در یک دوره تحولی و تحت تعامل و رابطه‌های مبتنی بر دل‌بستگی با پدر و مادر ساخته می‌شود، به همین دلیل در تبیین بی‌اثر بودن مداخله‌هایی از این



تصویر ۲: مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش بینی استاندارد شده

پیشگیری ثانویه وضعیت سلامت کلی جوامع آینده را ارتقا بخشید.

### سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در تاریخ ۱۳۹۷/۲/۰۱ در دانشگاه علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1397.036 می‌باشد. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه مدیریت محترم مجتمع‌های آموزشی باغچه بان در شهر تهران که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

### تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## نتیجه گیری

این پژوهش گویای آن است که عملکرد عصبی روان شناختی با واسطه‌ی نقش خود کنترلی و تعارضات والد فرزندی در کودکان ناشنوا توان پیشی بینی اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دارا می‌باشد و نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین، تأیید کننده نقش بسیار مؤثر و غیر قابل انکار مسائل عصبی شناختی، با توجه به تعدیل کننده‌هایی همانند؛ جو ارتباطی والدین، بر کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد.

بنابراین پیشنهاد می‌گردد با شناسایی و بهبود فرایندهای عصبی شناختی در کودکان ناشنوا همراستا با آموزش مدیریت والدین (PMT) و فراهم آوردن محیطی غنی در این کودکان می‌توان به طور کلی در پیشگیری اولیه در سطح نخست و با دورنمایی از

## References

1. Rey JM, Omigbodun OO. International dissemination of evidence-based practice, open access and the IACAPAP textbook of child and adolescent mental health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:51. doi: [10.1186/s13034-015-0084-1](https://doi.org/10.1186/s13034-015-0084-1) pmid: 26557872
2. Vidal-Ribas P, Pickles A, Tibu F, Sharp H, Hill J. Sex differences in the associations between vagal reactivity and oppositional defiant disorder symptoms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(9):988-97. doi: [10.1111/jcpp.12750](https://doi.org/10.1111/jcpp.12750) pmid: 28573761
3. Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: the importance of shared environment. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(4):516-25. doi: [10.1037/0021-843X.110.4.516](https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.516) pmid: 11727941
4. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale. *J Emotional Behav Disord*. 2016;14(2):118-25. doi: [10.1177/10634266060140020201](https://doi.org/10.1177/10634266060140020201)
5. Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L. Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *J Atten Disord*. 2017;21(5):381-9. doi: [10.1177/1087054713520221](https://doi.org/10.1177/1087054713520221) pmid: 24481934
6. Safari S, Faramarzi S, Abedi A. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapeutic Game Therapy on Reducing Symptoms of Copingual Disobedience Disorder in Students. *J Clin Psychol*. 2012;4(16):1-11.
7. Bradley MC, Mandell D. Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *J Exp Criminology*. 2005;1(3):343-65. doi: [10.1007/s11292-005-0062-3](https://doi.org/10.1007/s11292-005-0062-3)
8. McNeilis J, Maughan B, Goodman R, Rowe R. Comparing the characteristics and outcomes of parent- and teacher-reported oppositional defiant disorder: findings from a national sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(6):659-66. doi: [10.1111/jcpp.12845](https://doi.org/10.1111/jcpp.12845) pmid: 29230806
9. Keenan K. Mind the gap: assessing impairment among children affected by proposed revisions to the diagnostic criteria for oppositional defiant disorder. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(2):352-9. doi: [10.1037/a0024340](https://doi.org/10.1037/a0024340) pmid: 21707124
10. Utržan DS, Piehler TF, Dishion TJ. *The Role of Deviant Peers in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder*: Wiley; 2017. 339-51 p.
11. Weitmann D. *Internalizing and externalizing symptoms among children with oppositional defiant disorder, conduct disorder or depression*: Pace University; 2006.
12. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: American Psychiatric Pub; 2013.
13. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*: John Wiley & Sons; 2016.
14. Cohn N, Kutas M. What is your neural function, visual narrative conjunction? Grammar, meaning, and fluency in sequential image processing. *Cogn Res Princ Implic*. 2017;2(1):27. doi: [10.1186/s41235-017-0064-5](https://doi.org/10.1186/s41235-017-0064-5) pmid: 28603773
15. Barker ED, Walton E, Cecil CAM, Rowe R, Jaffee SR, Maughan B, et al. A Methylome-Wide Association Study of Trajectories of Oppositional Defiant Behaviors and Biological Overlap With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Dev*. 2018;89(5):1839-55. doi: [10.1111/cdev.12957](https://doi.org/10.1111/cdev.12957) pmid: 28929496
16. Wichstrom L, Belsky J, Steinsbekk S. Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: a dynamic panel model. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(11):1239-47. doi: [10.1111/jcpp.12754](https://doi.org/10.1111/jcpp.12754) pmid: 28543077
17. Li I, Clark DA, Klump KL, Burt SA. Parental involvement as an etiological moderator of middle childhood oppositional defiant disorder. *J Fam Psychol*. 2017;31(6):659-67. doi: [10.1037/fam0000311](https://doi.org/10.1037/fam0000311) pmid: 28263622
18. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen SHM, Swaab H. Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(7):805-13. doi: [10.1007/s00787-017-0950-x](https://doi.org/10.1007/s00787-017-0950-x) pmid: 28181041
19. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*. 2003;3(1):97-105. doi: [10.1037/1528-3542.3.1.97](https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.97) pmid: 12899321
20. Coyne MA, Wright JP. The stability of self-control across childhood. *Pers Individ Differences*. 2014;69:144-9. doi: [10.1016/j.paid.2014.05.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.026)
21. Ezpeleta L, Granero R. Executive functions in preschoolers with ADHD, ODD, and comorbid ADHD-ODD: Evidence from ecological and performance-based measures. *J Neuropsychol*. 2015;9(2):258-70. doi: [10.1111/jnp.12049](https://doi.org/10.1111/jnp.12049) pmid: 24966035
22. Lee S, Burns GL, Beauchaine TP, Becker SP. Bifactor latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)/oppositional defiant disorder (ODD) symptoms and first-order latent structure of sluggish cognitive tempo symptoms. *Psychol Assess*. 2016;28(8):917-28. doi: [10.1037/pas0000232](https://doi.org/10.1037/pas0000232) pmid: 26502205
23. Wymbs BT, Wymbs FA, Dawson AE. Child ADHD and ODD behavior interacts with parent ADHD symptoms to worsen parenting and interparental communication. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(1):107-19. doi: [10.1007/s10802-014-9887-4](https://doi.org/10.1007/s10802-014-9887-4) pmid: 24882503
24. Breaux RP, Brown HR, Harvey EA. Mediators and Moderators of the Relation between Parental ADHD Symptomatology and the Early Development of Child ADHD and ODD Symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(3):443-56. doi: [10.1007/s10802-016-0213-1](https://doi.org/10.1007/s10802-016-0213-1) pmid: 27752934
25. Layton RL, Muraven M. Self-control linked with restricted emotional extremes. *Pers Individ Differences*. 2014;58:48-53. doi: [10.1016/j.paid.2013.10.004](https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.004)
26. Mueller RO. *Basic principles of structural equation modeling: An introduction to LISREL and EQS*: Springer Science & Business Media; 1999.
27. O'Connor P, editor *Forensic neuropsychology: analysis of neuropsychology in the courts*. Archives Of Clinical Neuropsychology; 2004: Pergamon-Elsevier Science Ltd



28. Jadidi M, Abedi A. [Adaptation and standardization of Connor neuroscience inventory for children aged 5 to 12 years old in Isfahan]. *J Educ Approaches*. 2011;3(1):56-71.
29. Abdi A, Arabi Dana A, Hatami J, Parand A. [Effectiveness of cognitive computer games on improving work memory, attention and cognitive flexibility in children with ADHD]. *QJ Excep Child*. 2013;14(1):19-34.
30. Humphrey LL. Children's and teachers' perspectives on children's self-control: the development of two rating scales. *J Consult Clin Psychol*. 1982;50(5):624-33. doi: [10.1037//0022-006x.50.5.624](https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.5.624) PMID: [7142538](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7142538/)
31. Aliverdina A, Younesi E. [Effect of self-control rate on crime]. *J Promot Cult Strategy*. 2013;3(26):37-43.
32. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam*. 1979;41(1):75. doi: [10.2307/351733](https://doi.org/10.2307/351733)
33. Zaboli P, Sanei Zaker B, Hamidi M. [Psychometric Utility Measurement in Improving Mental Conflict Elimination Skills with First-year High School Girls in District 2 of Tehran]. *QJ Consult Res*. 2005;4(13):81-100.
34. Sprafkin JN, Gadow KD, Grayson P. Television and the emotionally disturbed, learning disabled, and mentally retarded child: A review. *Adv Learn Behav Disabil*. 1984.
35. Mohammad Isma'il E. [Validity and determination of disruption points of the children's disease symptoms questionnaire on students aged between 14 and 6 years old in primary and secondary schools in Tehran]. Tehran: The Exceptional Children's Research Center; 2003.
36. Coy K, Speltz ML, DeKlyen M, Jones K. Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(2):107-19. doi: [10.1023/a:1005279828676](https://doi.org/10.1023/a:1005279828676) PMID: [11321626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11321626/)
37. Edwards JZ, Greene KA, Davis RS, Kovacik MW, Noe DA, Askew MJ. Measuring flexion in knee arthroplasty patients. *J Arthroplasty*. 2004;19(3):369-72. doi: [10.1016/j.arth.2003.12.001](https://doi.org/10.1016/j.arth.2003.12.001) PMID: [15067653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15067653/)
38. Hashemi T, Beyrami M, Ehbali A, Wahidi H, Rezaei R. [The Effect of Verbal Self-Learning on the Improvement of the Symptoms of Children with Conflict Disobedience Disorder]. *Exclusive Child Mag*. 2009;9(3):203-10.
39. Cupples L, Ching TYC, Leigh G, Martin L, Gunnourie M, Button L, et al. Language development in deaf or hard-of-hearing children with additional disabilities: type matters! *J Intellect Disabil Res*. 2018;62(6):532-43. doi: [10.1111/jir.12493](https://doi.org/10.1111/jir.12493) PMID: [29732729](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29732729/)
40. Pakdaman S, Seyed MP, Ghanbari S. [Quality Of Attachment And Behavioral-Emotional Problems In Adolescents: Exploring The Role Of Fathers]. *QJ Appl Psychol*. 2011;1(17):24-38.
41. Bigler D, Burke K, Laureano N, Alfonso K, Jacobs J, Bush ML. Assessment and Treatment of Behavioral Disorders in Children with Hearing Loss: A Systematic Review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;160(1):36-48. doi: [10.1177/0194599818797598](https://doi.org/10.1177/0194599818797598) PMID: [30200810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30200810/)