

The Role of Response Inhibition in Predicting the Symptoms of Behavioral Disorders in Educable Children with Intellectual Disability at Primary School with the Mediating Role of Parenting Styles

Mehran Soleymani, Ph.D.¹,
Ali Akbar Taheri, M.A.²,
Rahim Yousefi, Ph.D.³

Received: 06. 23. 2017

Revised: 11.12.2017

Accepted: 07.01.2018

نقش بازداری پاسخ در پیش‌بینی علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری

دکتر مهران سلیمانی^۱، علی‌اکبر طاهری^۲،
دکتر رحیم یوسفی^۳

تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۲

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۴/۱۰

چکیده

Abstract

Objective: The aim of the present study was to investigate the role of response inhibition in prediction of symptoms of behavioral disorders in educable children with intellectual disability at primary school with the mediating role of parenting styles. **Method:** This study was applied and correlational. In this research, 150 educable students with intellectual disability were selected using purposive sampling from the schools of Tabriz, Iran. Then, the Child Behavior Checklist (CBCL) and Baumrind's Parenting Style Questionnaire were completed by parents, and the go/no-go neuropsychological test of risk-taking was taken by the subjects using a computer. The data were analyzed by structural equation modeling with a partial least squares (PLS) approach. **Results:** The results that there is a negative and significant relationship between response inhibition and symptoms of behavioral disorders, and also between the authoritative parenting style and the symptoms of behavioral disorders ($p \leq 0.001$). Moreover, most parents had an authoritative parenting style (79.1%). In addition, the results of PLS structural equation modeling revealed that response inhibition and authoritative parenting style were able to predict the symptoms of behavioral disorders ($p \leq 0.001$). **Conclusion:** It is suggested that new therapeutic interventions be designed to rehabilitate the response inhibition of children with intellectual disability, and educational sessions be held for parents about parenting style.

Keywords: Response inhibition, behavioral disorders, intellectual disability, parenting styles

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش بازداری پاسخ در پیش‌بینی علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری بود. **روش:** رویکرد این پژوهش کاربردی است و برای انجام آن از روش همبستگی بهره‌گرفته شده است. در این پژوهش ۱۵۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از مدارس تبریز انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و سبک‌های فرزندپروری بامیرند توسط والدین تکمیل گردید و آزمون نوروسایکولوژیک ریسک‌پذیری برو-نرو-برو به صورت کامپیوتری توسط شرکت‌کننده‌ها انجام شد. همچنین داده‌های گردآوری‌شده با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد بین بازداری پاسخ با علائم اختلالات رفتاری و همچنین بین سبک فرزندپروری مقتدرانه با علائم اختلالات رفتاری رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین نتایج نشان داد که اکثر والدین دارای سبک فرزندپروری مقتدرانه (۷۹/۱٪) بودند. علاوه بر این نتایج معادلات ساختاری PLS نشان داد که بازداری پاسخ و سبک فرزندپروری مقتدرانه توانایی پیش‌بینی علائم اختلالات رفتاری را دارند ($P < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود که مداخلات درمانی نوین در ترمیم بازداری پاسخ کودکان کم‌توان ذهنی طراحی شود و همچنین جلساتی برای آموزش والدین کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر درباره شیوه‌های فرزندپروری برگزار شود.

واژه‌های کلیدی: بازداری پاسخ، اختلالات رفتاری، کم‌توان ذهنی، سبک‌های فرزندپروری.

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology of Exceptional Children, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Email: ataheri13@yahoo.com

2. M.A in Psychology of Exceptional Children, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۳. دانشیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

مقدمه

کم توانی ذهنی وضعیتی ویژه است که در کودکی آغاز می‌شود و ویژگی آن محدودیت در هوش و مهارت‌های سازگاری است. کودک کم‌توان ذهنی^۱ آموزش‌پذیر در مقایسه با هم‌سالان خود که رشدی عادی دارند، در تعاملات اجتماعی پختگی کمتری دارد. برای مثال، ممکن است نتواند علایم و اشارات غیرمستقیم اطرافیان و دوستان را متوجه شود. ارتباط برقرار کردن، گفت‌وگو و زبان فرد از آنچه از سن او انتظار می‌رود غیر انتزاعی‌تر یا ناپخته‌تر است. در تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای خود به شیوه‌های متناسب با سن خود مشکلاتی دارد (گنجی، ۱۳۹۴). به گزارش DSM-5، حدود ۱ درصد جمعیت مردم عادی جامعه (جمعیت غیر بالینی) معلولیت ذهنی دارند و نرخ شیوع تابعی از سن است و بر اساس آن تغییر می‌کند (گنجی، ۱۳۹۴).

مطالعات انجام‌شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است که درصد قابل توجهی از کودکان به ویژه کودکان کم‌توان ذهنی سنین مدرسه دچار مشکلات رفتاری هستند. دورشاک، ریتز و واگنر (۲۰۱۶) دریافتند که شیوع رفتارهای چالش‌برانگیز به‌عنوان یکی از سطوح اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی ۵۲ درصد است؛ و همچنین اینفلد، ایلپس و امرسون (۲۰۱۱) شیوع اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی را سه تا هفت برابر بیشتر از کودکان عادی می‌دانند.

بیش از نیمی از کودکان کم‌توان ذهنی دارای نقص‌های رفتاری، شناختی و ناسازگاری‌هایی هستند که به‌نوعی در کلیه عملکردهای هیجانی و رفتاری آن‌ها تأثیر مخربی بجا می‌گذارد و باعث ایجاد رفتارهای سازش‌نا یافته می‌شود (رایبسون و رایبسون؛ ترجمه ماهر، ۱۳۸۵). رفتارهای قالبی، رفتار خود آسیب‌رسان، پرخاشگری، تخریب و رفتار مخرب معمولاً نشان‌دهنده مشکلات رفتاری در میان جمعیت کم‌توان ذهنی است (کیمبرلی، اسمیت، جانی و ماتسون، ۲۰۱۰)؛ و این امر نیاز به توجه بیشتر را برای

شناخت دلایل این اختلال نمایان می‌سازد.

اختلالات رفتاری به شرایطی گفته می‌شود که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد در مدرسه با هنجارهای سنی، فرهنگی و قومی در تناقض باشد و بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی و سازگاری فردی نیز تأثیر منفی بگذارد. این اختلالات باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت بروز کنند (آخنباخ و ادلبرگ، ۱۹۷۸؛ به نقل از ترک، درویزه، دهشیری و خسروی، ۱۳۹۵). به‌طور معمول اختلالات رفتاری نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند و بین سنین ۸ الی ۱۵ سالگی به اوج می‌رسند و به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به بیماری روانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (گامپل و استرلند، ۲۰۱۰).

یکی از مسائلی که می‌تواند اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد مسئله بازداری پاسخ، از زیر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی است، زیرا کارکردهای اجرایی بر رفتار و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد. اسکویورینگ و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که عملکرد بازداری پاسخ کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تا مرزی با اختلالات رفتاری برون‌نمود رابطه منفی معنی‌داری دارد. ون نیوونیوجزن، وربیو دکاسترو، وان اکن و ماتیس (۲۰۰۹) معتقدند شواهد مربوط به ارتباط بین کارکردهای اجرایی و وقوع اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تا مرزی بسیار کم است. با این وجود، می‌توان ارتباطی بین بازداری با پرخاشگری و بزهکاری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تا مرزی یافت. این پژوهشگران در مطالعه‌ای که انجام دادند یک رابطه واضح بین بازداری پاسخ و پرخاشگری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تا مرزی پیدا کردند. رایجمکرس و همکاران (۲۰۰۸) و اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داده‌اند که اختلال بازداری پاسخ در کودکان پیش‌دبستانی با پرخاشگری و برون‌رفتاری یا اختلالات

رفتاری مخرب رابطه معنی‌داری دارد. همچنین اوسترلان، شِرز و سرجنت (۲۰۰۵) و اوسترلان و سرجنت (۱۹۹۶) دریافتند که اختلال در بازداری پاسخ می‌تواند منجر به یک نتیجه نامناسب، پاسخ تکانشی به صورت رفتار پرخاشگرانه شود. در مطالعات ماتیز و همکاران (۲۰۰۴) و اوسترلان و همکاران (۱۹۹۸) نیز رابطه معنی‌داری بین کودکان مبتلا به اختلالات رفتار از هم گسیخته (مخرب) با عملکرد ضعیف در بازداری پاسخ گزارش شده است. بکس کنس و همکاران (۲۰۱۳) نیز مشخص کردند که کودکان کم‌توان ذهنی اختلال در بازداری پاسخ دارند. همچنین اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود، اختلال بازداری پاسخ را در کودکان مبتلا به مشکلات برون رفتاری با هوش متوسط یافتند.

بازداری پاسخ ظرفیت تفکر قبل از عمل است. این توانایی برای مقاومت در برابر میل به گفتن چیزی یا انجام کاری است و گاهی به فرد فرصت می‌دهد تا موقعیت را ارزیابی کند و تعیین نماید که رفتار چه تأثیری بر موقعیت دارد (داوسون و گوئیر؛ ترجمه ابراهیمی، عابدی، فرامرزی، آگاهی و منیر، ۱۳۹۳). برای کودک بازداری گام اول است و اصلی‌ترین گام خودکنترلی است چون به کودک قدرت می‌دهد تا به یک محرک یا رویداد واکنش نشان بدهد یا ندهد. در طی زندگی، ما از این توانایی، هم برای متوقف کردن یا به تأخیر انداختن پاسخ‌هایمان، هم برای هدایت رفتار خود هم برای تأثیرگذاری روی رفتار دیگران استفاده می‌کنیم. بازداری پاسخ به کودک این توانایی را می‌دهد تا روی آنچه می‌خواهد پاسخ دهد، کنترل داشته باشد و در موقعیت فعلی باقی بماند. صرف‌نظر از نوع حافظه، این توانایی نمایانگر بازنمایی افراد و وقایع واقعی در ذهن است و کودک می‌تواند فقط به آنچه می‌تواند ببیند، بشنود، لمس کند در حال حاضر و در این مکان و زمان پاسخ دهد (داوسون و گوئیر؛ ترجمه ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳).

علاوه بر کارکردهای اجرایی که می‌تواند بر

سبک‌های فرزندپروری: مجموعه‌ای از نگرش‌ها و باورهای والدین نسبت به فرزندان است که به آن‌ها منتقل می‌کنند (دارلینگ و استینبرگ، ۱۹۹۳). بامیرند در مطالعات خود سه ویژگی را آشکار می‌سازد که روش مؤثر را از روش‌های نه‌چندان مؤثر جدا می‌سازد. این سه ویژگی عبارتند از: ۱- پذیرش و روابط نزدیک، ۲- کنترل، و ۳- استقلال دادن. از تعامل این سه ویژگی سه سبک فرزندپروری مشخص می‌شود: مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه. سبک مقتدرانه با پذیرش و روابط نزدیک، روش کنترل سازگارانه و استقلال دادن مناسب مشخص می‌شود. سبک مستبدانه از نظر پذیرش و روابط نزدیک ضعیف، از نظر کنترل اجباری قوی و از نظر استقلال دادن ضعیف است. والدین با سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، روشی مهرورزانه و پذیرا دارند، متوقع نیستند و کنترل کمی بر رفتار فرزندان خود اعمال می‌کنند، این والدین به فرزندان خود اجازه می‌دهند که در هر سنی خودشان تصمیم‌گیری کنند حتی اگر هنوز قادر به انجام آن کار نباشند (دایز، ۲۰۰۵؛ به نقل از حسینی دولت‌آبادی، سعادت و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۲).

ابزار سنجش

آزمون ریسک‌پذیری برو-نرو-برو (GO-NO-GO): کنترل بازداری مفهوم گسترده‌ای است و دارای اشکال مختلفی از بازداری در حوزه‌های ادراک، توجه، شناخت و حرکت است. تکلیف برو-نرو-برو (حرکت-توقف) به‌طور گسترده‌ای برای بررسی مهار بازداری حرکتی مورد استفاده قرار گرفته است (کلی و همکاران، ۲۰۰۴).

آزمون‌های برو-نرو-برو به دو نوع آسان و پیچیده تقسیم می‌شود. در دسته آسان محرک NO-GO همواره ثابت است. در دسته پیچیده محرک NO-GO متغیر بوده و در طول آزمون تغییر می‌کند و پاسخ صحیح احتیاج به عملکرد حافظه کاری دارد. در این آزمون‌ها نوع محرک با توجه به اهداف مطالعه، از حروف تا اشکال ساده رنگی قابل تغییر است. تعداد محرک‌ها نیز در مطالعات مختلف از ۴۸ تا ۱۲۶۰ متفاوت است. مدت زمان ارائه محرک می‌تواند از ۲۰۰ تا ۱۱۰۰ میلی‌ثانیه و فاصله بین دو نمایش از ۸۰۰ میلی‌ثانیه تا ۱۲ ثانیه متغیر باشد. معیارهای فوق را هدف و گروه مورد مطالعه تعیین می‌کند (موتوفسکی و همکاران، ۲۰۰۳). نوع دوم ساده بوده و تعداد کل محرک‌ها می‌تواند از ۴۰ تا ۲۰۰ مورد باشد که هر یک به مدت ۰/۲ تا ۳ ثانیه آشکار می‌شود. فاصله بین دو رایه نیز، از ۱ تا ۵ ثانیه می‌تواند باشد. علاوه بر این رنگ محرک‌ها نیز قابل تغییر است. در تمامی موارد محرک‌های GO ۷۰ درصد کل محرک‌ها را تشکیل می‌دهد؛ بنابراین سوگیری آزمودنی به سمت پاسخ GO- است. عدم بازداری مناسب یا خطای ارتکاب به معنی پاسخ، در هنگام ارائه محرک NO-GO است. (فاسبندر و همکاران ۲۰۰۴؛ لیدل، کیهل و سمیت، ۲۰۰۱).

این آزمون که برای اندازه‌گیری بازداری رفتاری استفاده می‌شود، شامل دو دسته محرک است (اریکا و همکاران، ۲۰۰۷). آزمودنی‌ها باید به دسته‌ای از این محرک‌ها (go) پاسخ دهند و از پاسخ‌دهی به دسته

بیشتر مطالعات انجام‌گرفته در این زمینه، رابطه بازداری پاسخ و اختلالات رفتاری در کودکان با هوش متوسط بوده است و افراد کم‌توان ذهنی بسیار کم مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در داخل کشور مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بازداری پاسخ با علائم اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری پرداخته باشد، مشاهده نشد.

همچنین با در نظر گرفتن نقش مهم بازداری پاسخ و سبک‌های فرزندپروری در کارکردهای تحصیلی، شناختی و رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی، می‌توان دلایل علائم اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی را بهتر تبیین نمود و با توجه به نبودن برنامه درمانی در زمینه بازداری پاسخ در کودکان کم‌توان ذهنی، به نظر می‌رسد با بررسی رابطه بازداری پاسخ با علائم اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری بتوان برنامه‌ای درمانی را طراحی نمود. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی رابطه بازداری پاسخ با علائم اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری در نظر گرفته شده است.

روش

رویکرد این پژوهش کاربردی است و برای انجام آن از روش تحقیق همبستگی بهره‌گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی است که در شهر تبریز، در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انجام پذیرفت. در نهایت، ۱۵۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی انتخاب شدند.

از نمونه‌ها در این مطالعه آزمون ریسک‌پذیری برو-نرو-برو گرفته شد و پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک (C-CD) و سبک‌های فرزندپروری توسط والدین این کودکان تکمیل گردید.

دیگر (no-go) خودداری کنند (وربروگن و لوگن، ۲۰۰۸).

آزمون استفاده شده در این مطالعه، از نوع ساده است و تعداد محرک‌های اجرا شده ۴۰ مورد می‌باشد. هریک به مدت ۸۰۰ میلی‌ثانیه آشکار می‌شود و فاصله بین دو ارائه نیز ۱۵۰۰ میلی‌ثانیه است. اساس این تکلیف به‌گونه‌ای است که در آن فرد با یک پاسخ، حرکتی ساده (فشردن یک کلید) را با حداکثر سرعت ممکن هنگام ارائه محرک هدف انجام دهد و وقتی محرک غیر هدف ظاهر می‌شود، این پاسخ را بازداری کند، در ابتدا چند کوشش به‌صورت تمرینی ارائه می‌شود تا آزمودنی به آزمون و جایابی کلید پاسخ کاملاً آشنا شود سپس ۴۰ کوشش اصلی ارائه می‌شود. کلیه پاسخ‌ها و زمان واکنش آزمودنی‌ها ثبت می‌شود. از این آزمون، ۴ نمره جداگانه به دست می‌آید: ۱- تعداد و درصد خطای ارتکاب یا عدم بازداری مناسب (پاسخ دادن به NO-GO یا پاسخ اشتباه به GO)؛ ۲- تعداد و درصد بازداری یا از دست دادن پاسخ درست (پاسخ ندادن به GO)؛ ۳- میانگین زمان پاسخ؛ ۴- نمره اصلی بازداری که امتیاز کلی است. سه نمره اول مؤلفه فرعی بوده و مؤلفه اصلی نمره کل بازداری است. در مطالعه قدیری و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این آزمون ۰/۸۷ گزارش شده است.

سیاهه رفتاری کودک (C-CD)^۲

در این پژوهش جهت بررسی مشکلات رفتاری از سیاهه رفتاری کودک که برای افراد ۶ تا ۱۸ ساله است، استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط آخنباخ برای تعیین مشکلات رفتاری کودکان طراحی شده است. سیاهه را باید والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند یا هرکسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ دهنده، نخست به تعدادی سؤال در مورد شایستگی‌های (توانمندی‌ها) کودک پاسخ می‌دهد. سپس تعدادی سؤال باز-پاسخ را در مورد بیماری‌ها و

ناتوانی‌های کودک، عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده درباره کودک و بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات او تکمیل می‌کند (مینایی، ۱۳۸۴). پرسشنامه مبتنی بر تجربه‌های آخنباخ ۱۱ مقیاس، شامل مسائل برونی‌سازی (از قبیل رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنی) مسائل درونی‌سازی (از قبیل گوشه‌گیری، دردهای جسمانی و اضطراب/افسردگی) و مسائل کلی (از قبیل مشکلات توجهی، فکری، اجتماعی) است. مقیاس مبتنی بر شایستگی و کارکرد انطباقی، ۴ مورد (فعالیت‌های اجتماعی، مدرسه، شایستگی کلی) را شامل می‌شود. مقیاس‌های مبتنی بر DSM، ۶ مورد (مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی، مشکلات ADHD، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات سلوک) را دربرمی‌گیرد. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۱۲۰ سؤال است (اگر به پرسشنامه دقت کنید ۱۱۳ سؤال دیده می‌شود که با توجه به سؤالات باز پاسخ و چندقسمتی به ۱۲۰ سؤال افزایش می‌یابد) که پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰= نادرست؛ ۱= تا حدی یا گاهی درست؛ ۲= کاملاً یا غالباً درست درجه‌بندی می‌کند (مینایی، ۱۳۸۴). پرسشنامه‌های مبتنی بر تجربه‌های آخنباخ یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌هاست، همبستگی درونی این پرسشنامه، بالای ۰/۹۰ و به مدت یک سال ۰/۷۴ است (مکلری و رودریگوئز، ۲۰۰۸). ضرایب آلفای مقیاس‌های شایستگی و کنش انطباقی در هر سه فرم مقیاس بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۱، ضرایب آلفای مقیاس‌های مبتنی بر DSM هر سه فرم اکثراً رضایت‌بخش و مطلوب بوده و در دامنه‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (مینایی، ۱۳۸۴). ضریب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر تجربه نیز در سطح رضایت‌بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ برای فهرست رفتاری کودک است (خیریه و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری دینا بامریند:

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط دینا بامریند طراحی شد. ۳۰ ماده این پرسشنامه سه شیوه فرزندپروری را می‌سنجد که ۱۰ ماده آن به شیوه مقتدرانه، ۱۰ ماده به شیوه مستبدانه و ۱۰ ماده دیگر شیوه سهل‌گیرانه را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی آن در حد مطلوبی گزارش شده است (بوری، ۱۹۹۱؛ به نقل از مام قادری، ۱۳۹۳). با روش بازآزمایی، پایایی این ابزار را به ترتیب برای شیوه سهل‌گیرانه ۰/۸۱، شیوه مستبدانه ۰/۸۵ و شیوه مقتدرانه ۰/۹۲ برای پدران گزارش کرده است. وی همچنین روایی تشخیصی این پرسشنامه را معتبر گزارش کرده است. بر این اساس رابطه بین سهل‌گیر بودن و مستبد بودن را ۰/۵۵ و رابطه مقتدر بودن و مستبد بودن را ۰/۵۲- در مادران یافته است. در ایران (اسفندیاری، ۱۳۷۶؛ به نقل از مام قادری، ۱۳۹۳) میزان پایایی به روش بازآزمایی را برای سبک سهل‌گیرانه ۰/۶۹، برای سبک مستبدانه ۰/۷۷ و برای سبک مقتدرانه ۰/۷۳ گزارش نموده است. اعتبار این پرسشنامه به وسیله صاحب‌نظران روانشناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید واقع شده است. در این آزمون والدین آزمودنی‌ها با مطالعه هر ماده، نظر خود را با علامت ضربدر بر حسب یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌کنند که از صفر تا ۴ (کاملاً مخالفم = ۰ تا کاملاً موافقم = ۴) نمره‌گذاری می‌شود و با جمع‌بندی‌ها، ۳ نمره مجزا در مورد شیوه سهل‌گیرانه، مستبدانه و مقتدرانه برای هر آزمودنی به دست می‌آید.

روش تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل

مربعات جزئی (PLS) استفاده شده است. در ادامه برای سنجش روایی همگرا از شاخص متوسط واریانس استخراج شده و برای سنجش روایی تشخیصی یا واگرا از شاخص بار عرضی استفاده شده است. همچنین برای بررسی پایایی ابزار اندازه‌گیری، از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بهره گرفته شده است. برای بررسی کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی و برازش کلی مدل به ترتیب از شاخص اشتراک با روایی متقاطع و شاخص نیکویی برازش (GOF) استفاده گردیده است.

۱. روایی همگرا: این شاخص که به اندازه‌گیری میزان تبیین متغیر مکنون توسط متغیرهای مشاهده‌پذیر آن (مؤلفه‌ها) می‌پردازد، توسط شاخص AVE (متوسط واریانس استخراج‌شده) مورد سنجش قرار می‌گیرد که مقادیر بالای ۰/۵ نشان‌دهنده همسانی یا اعتبار درونی مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی است.

این مقدار برای مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی با یک متغیر مشاهده‌پذیر برابر ۱ است که اختلالات رفتاری ۰/۸۱۶ و بقیه متغیرها ۱ می‌باشد و نشان می‌دهد که شاخص AVE در مورد همه متغیرهای پژوهش از میزان ۰/۵ بیشتر است که خود دلیل بر روایی همگرای مناسب مدل اندازه‌گیری پژوهش است.

۲. روایی واگرا (تشخیصی): این شاخص توانایی یک مدل را در میزان افتراق مشاهده‌پذیرهای متغیر پنهان آن مدل با سایر مشاهده‌پذیرهای موجود در مدل می‌سنجد. جهت سنجش روایی واگرا از شاخص بار عرضی استفاده می‌شود، مقدار قابل قبول برای این شاخص این است که بار عاملی هر متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیر مکنون مربوط به خود باید حداقل ۰/۱ بیشتر از بار عاملی همان متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیرهای مکنون دیگر باشد.

جدول ۱. روایی واگرا یا تشخیصی در سطح بار عرضی

متغیرهای مکنون (سازه)		اختلالات رفتاری	بازداری پاسخ	سبک فرزندپروری
مشاهده‌پذیرهای مؤلفه‌ها	بازداری	۰/۴۳۳	۱/۰۰۰	۰/۰۴۲
	برونی‌سازی	۰/۸۹۶	۰/۴۰۹	۰/۲۰۸
	درونی‌سازی	۰/۸۷۳	۰/۳۲۲	۰/۱۶۵

سایر مشکلات	۰/۹۴۰	-۰/۴۵۴	-۰/۱۴۵
مقتدرانه	-۰/۱۹۰	-۰/۰۴۲	۱/۰۰۰
استبدادی	۰/۰۱۴	۰/۰۹۳	۱/۰۰۰
سهل‌گیرانه	-۰/۰۵۴	-۰/۰۱۳	۱/۰۰۰

نتایج روایی واگرا در جدول ۱ نشان می‌دهد اختلاف بارهای عاملی هر متغیر مشاهده‌پذیر بر روی متغیر مکنون مربوط به خود ۰/۱ بیشتر از بار عاملی همان متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیرهای مکنون دیگر بوده است. به عبارتی دیگر کلیه متغیرهای مشاهده‌پذیر، دارای بارهای عاملی بالاتری نسبت به متغیر مکنون دیگر بودند و روایی واگرا یا تشخیصی مورد تأیید قرار گرفت.

بررسی پایایی

جهت بررسی پایایی از شاخص پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج در جدول زیر آمده است. مقادیر بالاتر از ۰/۷ برای هر متغیر سازه نشان‌دهنده پایایی مناسب آن است. این مقدار برای مدل‌های اندازه‌گیری انعکاسی با یک متغیر مشاهده‌پذیر برابر ۱ است.

جدول ۲. بررسی پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ

شاخص پایایی ترکیبی					
متغیرمکنون	اختلالات رفتاری	بازداری پاسخ	سبک مقتدرانه	سبک استبدادی	سبک سهل‌گیر
۰/۹۳۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
شاخص آلفای کرونباخ					
متغیرمکنون	اختلالات رفتاری	بازداری پاسخ	سبک مقتدرانه	سبک استبدادی	سبک سهل‌گیر
۰/۸۸۸	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰

همان‌طور که از جدول ۲ مشخص است، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ تمامی متغیرهای مورد مطالعه بالاتر از ۰/۷ است. لذا پایایی ابزار اندازه‌گیری تأیید می‌شود.

اشتراک با روایی متقاطع^۲ (CVCom) یا شاخص کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی:

کیفیت مدل اندازه‌گیری انعکاسی توسط شاخص اشتراک با روایی متقاطع (CVCom) محاسبه می‌شود. هدف این شاخص بررسی توانایی مدل اندازه‌گیری انعکاسی در پیش‌بینی کردن است. این شاخص در واقع توانایی مدل مسیر را در پیش‌بینی متغیرهای مشاهده‌پذیر از طریق مقادیر متغیر پنهان متناظرشان می‌سنجد. معروف‌ترین و شناخته‌ترین معیار اندازه‌گیری این توانایی Q² استون‌گایسلر است. در صورتی که کلیه مقادیر به دست آمده برای شاخص (CVCom) مثبت باشد می‌توان گفت مدل اندازه‌گیری

انعکاسی از کیفیت مناسبی برخوردار است. شاخص اشتراک با روایی متقاطع (CVCom) برای کل مدل محاسبه گردید که کلیه مقادیر مثبت است و نشان می‌دهد که مدل اندازه‌گیری از کیفیت لازم برخوردار است. همچنین میزان Q² استون‌گایسلر در همه متغیرها مثبت و بیشتر از ۰/۳۵ بوده که این خود نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل اندازه‌گیری است. به عبارت دیگر، مدل می‌تواند نشانگرهای متغیرهای درون‌زای انعکاسی را پیش‌بینی نماید. با توجه به مطالب ارائه شده باید گفت که مؤلفه‌های مورد مطالعه شناسایی شده می‌توانند علائم اختلالات رفتاری را پیش‌بینی نمایند.

به طور کلی نتایج جداول بالا نشان می‌دهند که شاخص‌های روایی همگرا، روایی واگرا، پایایی ترکیبی، آلفای کرونباخ، اشتراک با روایی متقاطع (CVC) یا شاخص کیفیت مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مقطع ابتدایی با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری رابطه وجود دارد؟ جهت بررسی و پاسخ به موضوع پژوهش از معادلات ساختاری در برنامه pls استفاده شد. شکل (۱) مربوط به دیاگرام مدل خروجی پژوهش، اثرات مستقیم و غیرمستقیم رابطه بازنداری پاسخ و علائم اختلالات رفتاری با نقش واسطه‌ای سبک فرزندپروری مقتدرانه را نشان می‌دهد.

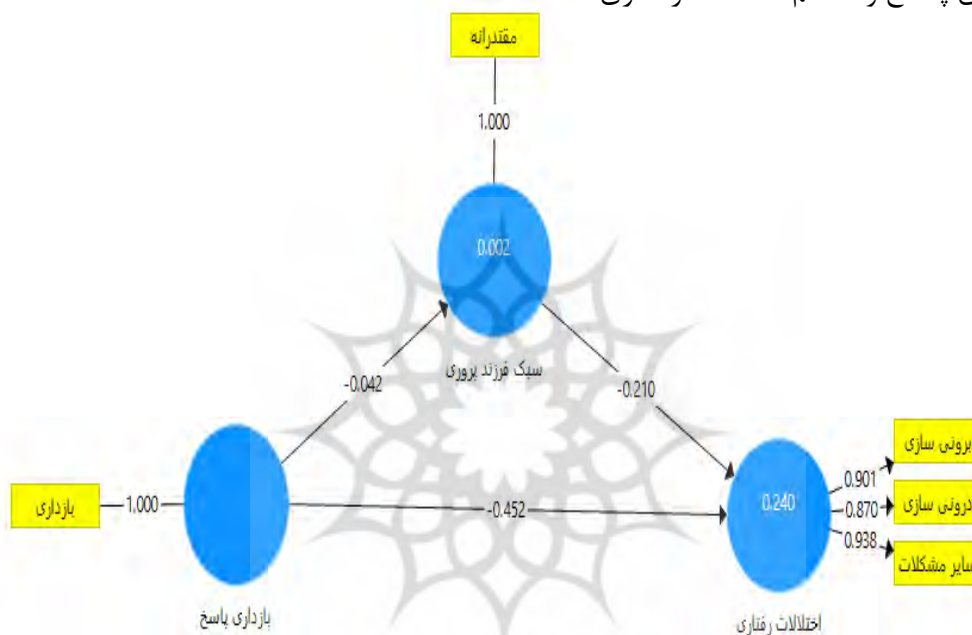
(اختلالات رفتاری، بازنداری پاسخ، سبک‌های فرزندپروری) مورد تأیید قرار می‌گیرند.

یافته‌ها

نمونه‌های این مطالعه ۱۵۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بودند که شامل ۹۶ پسر (معادل ۶۴ درصد) از کل نمونه و ۵۴ دختر (معادل ۳۶ درصد) از کل نمونه می‌باشند.

سؤال پژوهش

آیا بین بازنداری پاسخ و علائم اختلالات رفتاری



شکل ۱. دیاگرام مدل خروجی معادلات ساختاری روابط بین بازنداری پاسخ، سبک مقتدرانه و اختلالات رفتاری

دارد. ولی اثر مستقیم بازنداری پاسخ بر سبک فرزندپروری مقتدرانه ($p = 0/42$, $\beta = -0/42$) معنی‌دار نمی‌باشد.

ضریب تعیین اختلالات رفتاری برابر با $(R^2 = 0/240)$ است که نشان می‌دهد ۲۴ درصد از واریانس اختلالات رفتاری توسط بازنداری پاسخ و سبک فرزندپروری تبیین می‌شود.

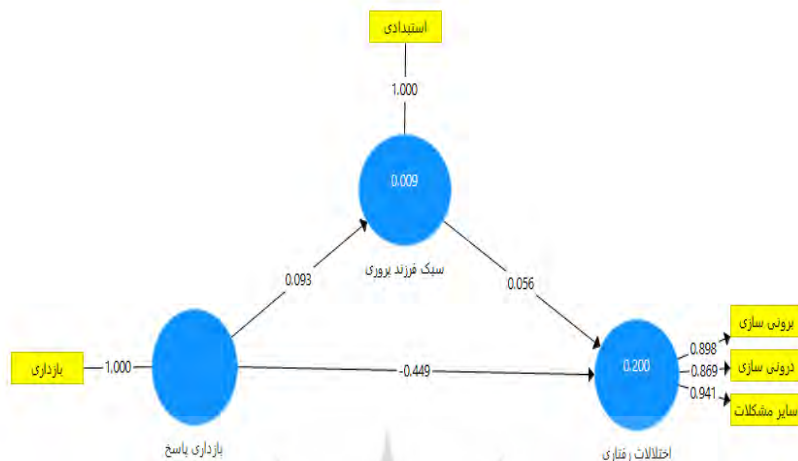
همچنین استخراج نتایج بوت استریپینگ از برنامه pls نشان داد که اثر غیرمستقیم بازنداری پاسخ بر اختلال رفتاری با واسطه سبک فرزندپروری مقتدرانه معنی‌دار نیست ($p = 0/640$, $\beta = 0/009$). لذا نتایج بالا نشان می‌دهد که تأثیر عملکرد اجرایی بازنداری پاسخ و

نتایج شکل ۱ نشان می‌دهد که اثر مستقیم بازنداری پاسخ بر اختلالات رفتاری برابر $(\beta = -0/452)$ به دست آمده است که با توجه به سطح معنی‌داری برآورد شده از $(p = 0/001)$ کمتر است. پس با اطمینان ۹۹٪ می‌توان گفت بین بازنداری پاسخ و اختلالات رفتاری رابطه معنادار منفی وجود دارد. به عبارتی، عملکرد ضعیف بازنداری پاسخ در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، میزان اختلالات رفتاری در آنان را افزایش می‌دهد.

همچنین اثر مستقیم سبک فرزندپروری مقتدرانه بر اختلالات رفتاری ($p = 0/006$, $\beta = -0/210$) نیز معنی‌دار است و رابطه معکوس با اختلالات رفتاری

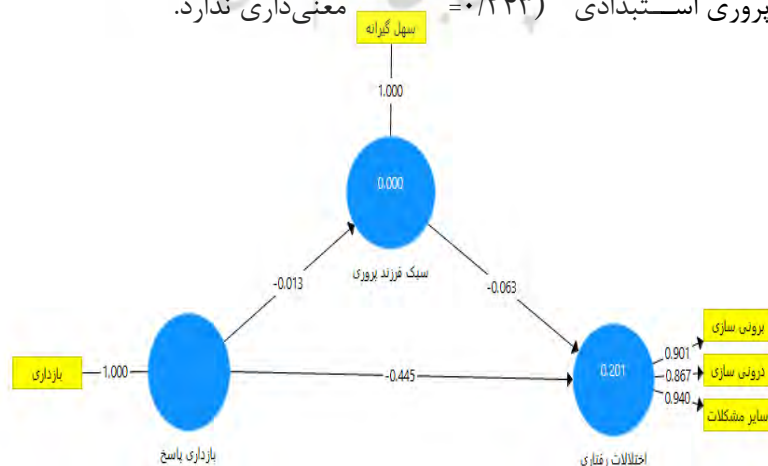
شکل ۲ مربوط به دیاگرام مدل خروجی پژوهش که اثرات مستقیم و غیرمستقیم رابطه بازداری پاسخ و علائم اختلالات رفتاری با نقش واسطه‌ای سبک فرزندپروری استبدادی را نشان می‌دهد.

سبک فرزندپروری مقتدرانه بر اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر تنها به صورت مستقیم می‌باشد.



شکل ۲. دیاگرام مدل خروجی معادلات ساختاری روابط بین بازداری پاسخ، سبک استبدادی و اختلالات رفتاری نتایج شکل ۲ نشان می‌دهند که اثر مستقیم بازداری پاسخ بر اختلالات رفتاری ($p=0/001$)، از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد و ضریب تعیین آن برابر با ($R^2=0/200$) است که نشان می‌دهد ۲۰ درصد از واریانس اختلالات رفتاری توسط بازداری پاسخ تبیین می‌شود و با اطمینان ۹۹ درصد بازداری پاسخ قدرت پیش‌بینی اختلالات رفتاری را دارد، به عبارتی، عملکرد ضعیف بازداری پاسخ در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، میزان اختلالات رفتاری را در آنان افزایش می‌دهد. ولی اثر مستقیم بازداری پاسخ بر سبک فرزندپروری استبدادی ($p=0/243$) معنی‌دار نیست.

همچنین اثر غیرمستقیم بازداری پاسخ بر اختلالات رفتاری از طریق سبک فرزندپروری استبدادی معنی‌دار نیست ($p=0/633$, $p=0/005$). لذا نتایج بالا نشان می‌دهد که تأثیر عملکرد اجرایی بازداری پاسخ بر روی اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر تنها به صورت مستقیم می‌باشد و سبک فرزندپروری استبدادی در این بین اثر واسطه‌ای معنی‌دار ندارد.



شکل ۳. دیاگرام مدل خروجی معادلات ساختاری روابط بین بازداری پاسخ، سبک سهل‌گیرانه و اختلالات رفتاری

زیر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی، با علائم اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری بود. علائم اختلالات رفتاری شامل مقیاس‌های مسائل برونی‌سازی (از قبیل رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنی) مسائل درونی‌سازی (از قبیل گوشه‌گیری، دردهای جسمانی و اضطراب/افسردگی) و مسائل کلی (از قبیل مشکلات توجهی، فکری، اجتماعی) بود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بازداری پاسخ با علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر رابطه منفی معنادار دارند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بازداری پاسخ توانایی پیش‌بینی علائم اختلالات رفتاری را دارد. به عبارتی دیگر عملکرد ضعیف بازداری پاسخ، باعث افزایش اختلالات رفتاری می‌شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات اسکیرینگ و همکاران (۲۰۱۶)، رایجمکرس و همکاران (۲۰۰۸)، اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۲)، همسو است. همچنین اوسترلان، شیرز و سرجنت (۲۰۰۵)، اوسترلان و سرجنت (۱۹۹۶) دریافتند که اختلال در بازداری پاسخ می‌تواند منجر به یک نتیجه نامناسب، پاسخ تکانشی و به‌صورت رفتار پرخاشگرانه باشد، همچنین ماتیز و همکاران (۲۰۰۴)، اوسترلان و همکاران (۱۹۹۸) نیز رابطه معنی‌داری بین کودکان مبتلا به اختلال رفتار از هم گسیخته (مخرب) با عملکرد ضعیف در بازداری پاسخ را گزارش کرده‌اند. همچنین بکس کنس و همکاران (۲۰۱۳) مشخص کردند که کودکان کم‌توان ذهنی اختلال در بازداری پاسخ دارند. همچنین ون نیو و نیونجزن و همکاران (۲۰۰۹) بین بازداری و پرخاشگری در کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تا مرزی رابطه پیدا کردند. اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود، اختلال بازداری پاسخ در کودکان مبتلا به مشکلات برون رفتاری با هوش متوسط را یافتند. همچنین چامبرلین و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی بین اختلال وسواس اجباری و وسواس‌کنندگی با نقص در بازداری پاسخ رابطه

شکل ۳ مربوط به دیاگرام مدل خروجی پژوهش که اثرات مستقیم و غیرمستقیم رابطه بازداری پاسخ و علائم اختلالات رفتاری با نقش واسطه‌ای سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه را نشان می‌دهد.

نتایج شکل (۳) نشان می‌دهد که اثر مستقیم بازداری پاسخ بر اختلالات رفتاری ($p=0/001$)، از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد و ضریب تعیین آن برابر با ($R^2=0/201$) است که نشان می‌دهد حدود ۲۰ درصد از واریانس اختلالات رفتاری توسط بازداری پاسخ تبیین می‌شود و با اطمینان ۹۹ درصد بازداری پاسخ قدرت پیش‌بینی اختلالات رفتاری را دارد، به عبارتی عملکرد ضعیف بازداری پاسخ در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، میزان اختلالات رفتاری در آنان را افزایش می‌دهد.

ولی اثر مستقیم بازداری پاسخ بر سبک فرزندپروری سهل‌گیری ($p=0/013$) و اثر مستقیم سبک فرزندپروری سهل‌گیری بر اختلالات رفتاری ($p=0/063$) معنی‌دار نیست.

همچنین اثر غیرمستقیم بازداری پاسخ بر اختلالات رفتاری از طریق سبک فرزندپروری سهل‌گیری معنی‌دار نیست ($p=0/001$). لذا نتایج بالا نشان می‌دهد که تأثیر عملکرد اجرایی بازداری پاسخ بر اختلالات رفتاری در کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر تنها به‌صورت مستقیم می‌باشد و سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه در این بین اثر واسطه‌ای معنی‌داری ندارد.

آزمون کلی مدل معادلات ساختاری

این شاخص به‌عنوان معیاری برای سنجش عملکرد کلی مدل به کار می‌رود. مقدار شاخص برازش مدل کلی این تحقیق ۰/۳۳۲ است که نمایانگر برازندگی خوب مدل بوده و مدل پژوهش حاضر مورد تأیید قرار می‌گیرد و مدل آزمون شده در پیش‌بینی متغیرهای مکنون درون‌زا موفق بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این مطالعه بررسی رابطه بازداری پاسخ، از

رفتار خصمانه با دیگران، ایجاد پاسخ‌های پرخاشگرانه، ارزیابی منفی از پاسخ قاطعانه و عدم بازداری پیش‌بینی کرد.

کودکان با عملکرد ضعیف در بازداری پاسخ ممکن است مشکلات فکر کردن از طریق پاسخ‌های اجتماعی و مشکل ارزیابی پاسخ‌های انتخابی قبل انجام رفتار داشته باشند (کوشمن، شکتوف، وارنون و کری، ۲۰۱۳؛ مکوید، ماری کلوس، شولبرگ و هوزا، ۲۰۱۳). و اسکوماکر و همکاران (۲۰۱۴) نیز معتقدند که بخشی از تأخیر رشدی بازداری پاسخ کودکان با اختلال بیش‌فعالی، نقص توجه و مشکلات برون‌رفتاری را از سنین قبل از مدرسه تا سن مدرسه می‌توان حل کرد.

علاوه بر این، نتایج این مطالعه نشان داد که سبک فرزندپروری مقتدرانه با علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر رابطه منفی معنادار دارد و سبک فرزندپروری مقتدرانه توانایی پیش‌بینی علائم اختلالات رفتاری را دارد. این یافته همسو با یافته همتی علمدارلو و همکاران (۱۳۹۳) است که نشان داده‌اند سبک فرزندپروری مقتدرانه پیش‌بینی کننده منفی و معنی‌دار مشکل رفتاری ترس، مشکل رفتار اجتماعی و پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی کم‌توان ذهنی است. همچنین با پژوهش‌های گالامبوس، بارکر و آلمیدا (۲۰۰۳)، کاندولا و بانوت (۲۰۰۸)، مبنی بر رابطه منفی سبک فرزندپروری مقتدرانه با رفتارهای ضداجتماعی همسو دارد. همچنین استینبرگ و همکاران (۱۹۹۴) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سبک فرزندپروری مقتدرانه منجر به کاهش علائم مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برون‌سازی شده است. همچنین مطالعه ریتز و همکاران (۲۰۰۶) نیز رابطه فرزندپروری مقتدرانه با کاهش مشکلات درونی‌سازی در کودکان را تأیید می‌کند. شفیع‌پور و همکاران (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که سبک فرزندپروری مقتدرانه، هم با مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده هم با مشکلات برون‌سازی شده رابطه منفی معنادار دارد. همچنین

معنی‌داری پیدا کردند. کولیج و همکاران (۲۰۰۴) بین اختلال بازداری و جوانانی که رفتار پرخاشگرانه داشتند رابطه معنی‌داری یافتند. همچنین (کلهوف، ۲۰۰۷؛ مفیت، ۱۹۹۰) دریافتند که پدیدارشدن اختلال بازداری پاسخ در علت‌شناسی بزهکاری، به ویژه در میان پسران با هوش کمتر مهم است. میکو و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که بین نقص بازداری پاسخ و افراد مبتلا به افسردگی رابطه وجود دارد. همچنین نتایج تحقیق کیم و همکاران (۲۰۰۱) مبنی بر نقص در کارکردهای اجرایی و بازداری پاسخ در نوجوانان با اختلال سلوک است. شیری و همکاران (۱۳۹۴) بین بازداری پاسخ با علائم ارتباطات و تعاملات اجتماعی کودکان اتیسم رابطه منفی و معنی‌دار یافتند. همچنین پریتچارد و همکاران (۲۰۱۵)، بین نوجوانان با اختلال رفتاری از هم‌گسیخته و سندرم داون، مشکلات قابل توجهی در مشخصه فراشناخت و بازداری پاسخ یافتند.

بازداری پاسخ توانایی توقف اطلاعات و تکانه‌های نامرتبط یا مزاحم است (راینسون، گودارد، دریت اسچل، ویسلی و هولین، ۲۰۰۹). نقص در بازداری پاسخ، منجر به این مسئله می‌شود که کودک به خودداری از فکر یا رفتار ایجادشده در زمان و مکان نامناسب قادر نیست و به همین دلیل به طور ناگهانی و بی‌موقع به سوالات پاسخ می‌دهد یا مکالمات دیگران را قطع می‌کند. چنین رفتارهایی، آنها را کودکانی عجول نشان می‌دهد و افزایش تنبیه، سرزنش و طرد آنها را در پی دارد (میکامی و همکاران، ۲۰۰۷).

دانشمندان ارتباط بین ضریب هوشی کمتر و بزهکاری را توسط عوامل متعددی، از جمله بازداری پاسخ ضعیف، بیش‌فعالی و عدم گناه پیش‌بینی کرده‌اند (لای نیم و همکاران، ۱۹۹۳؛ مفیت و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین ون نیو یونجنز، اروبیود کاسترو، ون ایکن و ماتیز (۲۰۰۹)، معتقدند که رفتار پرخاشگرانه و برون‌سازی در جوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر را می‌توان با رمزگذاری منفی اشارات،

آماری نداشت و ارتباط سبک مستبدانه نیز با هیچ‌کدام از مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی معنا دار نبود. نتایج مطالعه قنبری و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد که سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه با وجود همبستگی مثبت با مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و تمام زیر مقیاس‌های آن، پیش‌بینی‌کننده بروز مشکلات رفتاری نبود. یافته شیورز و همکاران (۲۰۱۰) با هدف تعیین مشکلات رفتاری درونی و برونی‌سازی در اولین سال مدرسه نشان داد که بین سبک‌های فرزندپروری والدین و مشکلات رفتاری درونی‌سازی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد.

این در حالی است که در بسیاری از مطالعات به ارتباط سبک سهل‌گیرانه با مشکلات رفتاری و سبک مستبدانه با مشکلات رفتاری اشاره شده است (گلامبوس، بارکر و آلمیدا، ۲۰۰۳؛ کاندولا و بانوت، ۲۰۰۸؛ استینبرگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹)، (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۹۳؛ سراجیان راد، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد هر دو سبک فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه از سبک‌های تربیتی ناکارآمد باشند که هرکدام به نوبه خود باعث بروز مشکلات رفتاری و عاطفی مختلفی در کودکان می‌شوند. اما اینکه در برخی پژوهش‌ها تأثیر هرکدام از این سبک‌های یادشده (مستبدانه و سهل‌گیرانه) بر یک رفتار خاص معنی‌دار و در برخی معنی‌دار نیست شاید ناشی از تفاوت در نوع ابزار به کار گرفته‌شده و شرایط جمع‌آوری داده‌ها یا نوع آزمونی باشد که در تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین اختلاف موجود را می‌توان به کم‌توان ذهنی بودن دانش‌آموزان و اینکه این کم‌توانی ذهنی می‌تواند شرایط خانوادگی، فرهنگی، روانی اجتماعی حاکم بر زندگی کودک را تحت تأثیر قرار دهد نیز نسبت داد.

این یافته‌ها در حمایت نقش مهم بازدارندگی پاسخ و سبک فرزندپروری مقتدرانه در رشد علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر است.

سراجیان راد (۱۳۹۰) نیز رابطه معناداری بین سبک فرزندپروری مقتدرانه والدین و پرخاشگری را گزارش کرد. در پژوهشی که مام‌قادی (۱۳۹۳) انجام داد تعیین و مقایسه سبک‌های فرزندپروری والدین کودکان زورگو با والدین کودکان عادی به این نتیجه رسید که شیوه فرزندپروری مقتدرانه در والدین کودکان عادی غالب است.

یافته‌ها حاکی از آن است که اکثر مطالعات انجام‌شده در ارتباط با سبک‌های فرزندپروری و مشکلات رفتاری در کودکان به رابطه منفی معنادار سبک مقتدرانه با بروز مشکلات رفتاری در کودکان اشاره کرده‌اند. سبک فرزندپروری مقتدرانه روشی منطقی است که در آن حقوق والدین و کودکان محترم شمرده می‌شود، والدین درخواست‌های معقولی از فرزندان خود دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و تأکید بر این که کودک باید از آن‌ها تبعیت کند، به اجرا می‌گذارند و در عین حال به آن‌ها صمیمیت و محبت نشان می‌دهند. این ویژگی‌ها، کودکان را در برابر مشکلات رفتاری مصون می‌دارد. بدین ترتیب کودکانی که والدینشان از سبک فرزندپروری مقتدرانه بهره می‌جویند در مقایسه با سایر کودکان از مشکلات رفتاری کمتری رنج می‌برند و چه بسا از رشد روانی، اجتماعی، عملکرد تحصیلی و مقبولیت اجتماعی بیشتری برخوردار شوند (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۶؛ پرند، ۱۳۸۹).

از دیگر یافته‌های این مطالعه آن بود که سبک فرزندپروری استبدادی و سهل‌گیرانه با علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر رابطه معنی‌دار آماری نداشت. این یافته‌ها همسو است با پژوهش گرجی و همکاران (۱۳۹۴) که میان سبک فرزندپروری والدین و گرایش به رفتارهای پرمخاطره در دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی رابطه‌ای ندیدند. همچنین شفیع‌پور و همکاران (۱۳۹۴) به این نتایج دست یافتند که سبک سهل‌گیرانه با هیچ‌کدام از مقیاس‌های مشکلات برونی رفتاری رابطه معنی‌دار

از جمله نقاط قوت این مطالعه می‌توان به بررسی رابطه بازداری پاسخ و سبک‌های فرزندپروری با علائم اختلالات رفتاری (درونی‌سازی، برونی‌سازی و مسائل کلی) و استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) اشاره کرد. این مدل به تعداد نمونه یا حجم نمونه‌گیری حساس نیست و نرمال بودن داده‌ها چندان ملاک محاسبه نبوده، برای تحقیقاتی که هدفشان پیش‌بینی است، رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) مناسب‌تر از روش کورایانس محور است.

در کل، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کارکرد اجرایی «بازداری پاسخ» و سبک فرزندپروری مقتدرانه می‌تواند تأثیر زیادی بر اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بگذارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در برنامه درمانی این گروه از افراد کارکرد اجرایی بازداری پاسخ بیشتر مورد توجه قرار گیرد و آموزش والدین در به کار بردن شیوه فرزندپروری صحیح می‌تواند در کاهش اختلالات رفتاری نقش به‌سزایی داشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود بازداری پاسخ به طور آزمایشی بر علائم اختلالات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی با واسطه‌گری سبک‌های فرزندپروری انجام شود و این پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

تشکر و قدرانی

در این مجال ضروری است از کلیه کودکان کم‌توان ذهنی که در این مطالعه حضور داشتند، کمال تشکر و قدرانی را به عمل آوریم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای علی اکبر طاهری است.

منابع

بهرامی، ا.، باقرپور کماچالی، ص.، فتحی آشتیانی، ع.، احمدی نوده، خ. و احمدی، ع. (۱۳۸۶). رابطه الگوهای فرزند پروری با میزان سلامت روانی و موفقیت تحصیلی. *مجله علوم رفتاری*. ۱۱(۱)، ۳۳-۴۰.
 پگ، د.، ریچارد، گ. (۲۰۱۰). *کارکردهای اجرایی در کودکان و نوجوانان: راهنمای سنجش و مداخله*. ترجمه علی‌اکبر ابراهیمی، احمد عابدی، سالار فرامرزی، بیبا آگاهی و منیر بهروز (۱۳۹۳). اصفهان: نشر نوشته.
 ترک، ف.، درویره، ز.، دهشیری، غ.، و خسروی، ز. (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلالات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در نوجوانان بر اساس

ابعاد سرشت و منش، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۳).
 حسینی دولت‌آبادی، ف.، سعادت، س.، و قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۲). رابطه بین سبک‌های فرزندپروری، خودکارآمدی و نگرش به بزهکاری در دانش‌آموزان دبیرستانی. *پژوهش نامه حقوق کیفر ۴d* (۲)، ۶۸-۸۸.

خیریه، م. س.، شعیری آزاد، ف.، رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۸). اثربخشی روش آموزش فرزندپروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مجله علوم رفتاری*، ۳، ۵۳-۵۸.
 رایبسون، ن. ا.، رایبسون، ه. ب. کودک عقب‌مانده ذهنی. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۸۵). مشهد، نشر آستان قدس رضوی.

سراجیان راد، م. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه بین سبک‌های فرزندپروری والدین، میزان دل‌بستگی به والدین و پرخاشگری در نوجوانان* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی.

شفیع‌پور، ز.، شیخی، ع.، میرزایی، م.، و کاظم نژاد لیلی، ا. (۱۳۹۴). سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۵ (۲)، ۴۹-۵۶.
 پزند، ا. (۱۳۸۹). تأثیر سبک‌های فرزندپروری بر رفتار فرزندان، شماره ۱۶۷.

شیری، و.، حسینی، ع.، پیشیاره، ا.، نجاتی، و.، و بیگلریان، ا. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط مهار پاسخ و انعطاف‌پذیری شناختی با علائم رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با عملکرد بالا. *پژوهش در علوم شناختی*، ۱۱ (۱)، ۷۶-۸۳.

قنبری، س.، نادعلی، ح.، و سادات سیدموسوی، پ. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های فرزندپروری با نشانه‌های درونی‌سازی شده در کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۲)، ۲۳-۲۴.

قدیری، ف.، جزایری، ع.، عشایری، ح.، و قاضی طباطبایی، س. م. (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی-اجباری بیماران اسکیزو-وسواسی. *مجله توانبخشی*، ۷، ۱۵-۲۴.

گرچی، ر.، کشاورزی، ف.، حاتمی، م.، دهقان، ا.، و وهابی، ر. (۱۳۹۴). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین و رفتارهای پرمخاطره دانش‌آموزان آسیب دیده شنوایی. *مجله تعلیم و تربیت*، ۴(۱۳۲).

گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). *روانشناسی کودکان استثنایی بر اساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.

مام قادری، کامران. (۱۳۹۳). *بررسی و مقایسه سبک‌های فرزندپروری والدین کودکان زورگو با والدین کودکان عادی* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی.

مینایی، ا. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخبناخ*. تهران: انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی.

همتی علمدارلو، ق.، حسین خانزاده، ع.، ارجمندی، م. ص.، تیموری آسفیچی، م. م.، و طاهر، م. (۱۳۹۳). نقش سبک فرزندپروری مادران در پیش‌بینی مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی با کم‌توانی ذهنی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳ (۱۲۵).

- Bexkens, A., Ruzzano, L., Collot d'Escury-Koenings, A. M. L., Van der Molen, M. W., & Huizinga, H. M. (2013). Inhibition deficits in individuals with intellectual disability: A meta-regression analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 1-13.
- Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. (2006). Motor Inhibition and Cognitive Flexibility in Obsessive-Compulsive Disorder and Trichotillomania. *Am J Psychiatry*. 163(7):1282-4.
- Chandola, A., & Bhanot.S. (2008). Role of parenting style in adjustment of high school children. *Journal of Human Ecology*, 24, 27-30.
- Coolidge, F. L., DenBoer, J. W., & Segal, D. L. (2004). Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1559-1569.
- Cheevers, C., Doyle, O., McNamara, K. A. (2010). Child externalising and internalising behaviour in the first year of school: The role of parenting in a low SES population. Irlan: *UCD Geary Institute Working Paper Series*; 10-39.
- Cushman, F., Sheketoff, R., Wharton, S., & Carey, S. (2013). The development of intent-based moral judgment. *Cognition*, 127(1), 6-21.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dworschak, W., Ratz, C., Wagner M. (2016). Prevalence and putative risk markers of challenging behavior in students with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 94-103.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143.
- Ericka, L., Wodka, E., Mark, M., Joanna, G., Blankner, J. C., Gidley, L. et al. (2007). Evidence that response inhibition is a primary deficit in ADHD. *J Clin Neuropsychol*, 29(4):345-56.
- Fassbender, C., Murphy, K., Foxe, J. J., Wylie, G. R., Javitt, D. C., Robertson, I. H., Garavan, H. (2004). A topography of executive functions and their interactions revealed by functional magnetic resonance imaging. *Brain Res Cogn Brain Res*. 20(2):132-43.
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, 578 - 594.
- Gumpel, T. P. Sutherland, K. S. (2010). The relation between emotional and behavioral disorders and school-based violence. *Aggression and Violent Behavior*, (15):349-356.
- Kelly, A. M., Hester, R., Murphy, K., Javitt, D. C., Foxe, J. J., Garavan, H. (2004). Prefrontal-subcortical dissociations underlying inhibitory control revealed by event-related fMRI. *Eur J Neurosci*. 19(11):3105-12.
- Kim, M. S., Kim, J. J., Kwon, J. S. (2001). Frontal P300 decrement and executive dysfunction in adolescents with conduct problems. *Child Psychiatry Hum Dev*. 32(2):93-106.
- Kimberly, R. M. Smith, Johnny L. Matson (2010). Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1062-1069.
- Koolhof, R., Loeber, R., Wei, E. H., Pardini, D., & Collot d'Escury, A. (2007). Inhibition deficits of serious delinquent boys of low intelligence. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17,274-292.
- Liddle. P. F., Kiehl, K. A., Smith, A. M. (2001). Event-Related fMRI study of response inhibition. *Hum Brain Mapp* 12:100-109.
- Lynam, D., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: Class, race, test motivation, school failure, or self-control? *Journal of abnormal psychology*, 102(2), 187-196.
- Mathys, W., Van Goozen, S. H. M., Snoek, H., & Van Engeland, H. (2004). Response perseveration and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 362-364.
- Mcelroy, E. M., Rodriguez, C. M. (2008). Mothers of children with externalizing behavior problems: Cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child abuse & neglect*, 32(8), 774-784.
- McQuade, J. D., Murray-Close, D., Shoulberg, E. K., & Hoza, B. (2013). Working memory and social functioning in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 115, 422-435.
- Mikami, A. Y., Huang-pollack, C.L., Pfiffner, L.J., MCB urnett, K., & Hangi, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of abnormal child psychology*, 35,509-521.
- Micco, J. A., Henin, A., Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Petty, C., Rindlaub, L. A., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2009). Executive functioning in offspring at risk for depression and anxiety. *Depression and anxiety*, 26(9), 780-790.
- Moffit, T. E., Caspi A., Silva, P.A., Stouthamer-Loeber, M. (1995). Individual differences in personality and intelligence are linked to crime: cross-context evidence from nations, neighbourhoods, genders, races, and age-cohorts. *Current perspectives on Aging and the Life Cycle* 4: 1-34.

- Mostofsky, S.H., Schafer, J. G., Abrams, M. T., Goldberg, M. C., Flower, A. A., Boyce, A., Conurtney, S. M., Calhoun, V. D., Kraut, M. A., Denckla, M. B., Pekar, J. J. (2003). FMRI evidence that the neural basis of response inhibition is task-dependent. *Brain Res Cogn Brain Res*, 17(2), 419-430.
- Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (1996). Inhibition in ADHD, aggressive, and anxious children: A biologically based model of child psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1), 19-36.
- Oosterlaan, J., Logan, G. D., & Sergeant, J. A. (1998). Response inhibition in AD/HD, CD, comorbid AD/HD + CD, anxious, and control children: A meta-analysis of studies with the stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(3), 411-425.
- Oosterlaan, J., Scheres, A., & Sergeant, J. A. (2005). Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/ HD +ODD /CD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 69-85.
- Pritchard, A. E., Kalback, S., McCurdy, M., & Capone, G. T. (2015). Executive functions among youth with Down Syndrome and existing neurobehavioural disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1130-1141.
- Raaijmakers, M. A. J., Smidts, D. P., Sergeant, J. A., Maassen, G. H., Posthumus, J. A., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2008). Executive functions in preschool children with aggressive behavior: Impairments in inhibitory control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1097-1107.
- Reitz, E., M. Dekovi, and A. M. (2006). Meijer. Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: Child behavior as moderator and predictor. *Journal of adolescence*, 29(3) , 419-436.
- Robinson, s., Goddard, L., Dritschel, B., Wisley, M & Howlin, P. (2009). Executive functions in children with autism spectrum disorders. *Brain and cognition*, 71,362-368.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Espy, K. A., Dekovi, M., & Matthys, W. (2014). Executive functions in preschool children with ADHD and DBD: An 18-month longitudinal study. *Developmental Neuropsychology*, 39(4), 302-315.
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Dekovi, M., & Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 111-119.
- Schoemaker, K., Mulder, H., Dekovi, M., & Matthys, W. (2013). Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 41(3), 457-471.
- Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2016). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23(4), 442-462.
- Steinberg, L., Lamborn, SD, Darling N., Mounts, NS, Dornbusch, SM. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 65(3), 754-70.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro B., Van Aken, M. A. G., & Matthys, W. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 233-242.
- Verbruggen F, Logan GD. (2008). Response inhibition in the stopsignalparadigm. *Trend Cogn Sci.* 12(11), 18-24.
- Williams, L. R., Degnan, K. A., Perez-Edgar K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., et al. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing from early children through adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 37(8) ,1063-75.



پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی