

بررسی تاریخیچه بزرگسالانی که دچار مشکلات روانی هستند نشان داده است که این افراد دوران کودکی نابسامانی داشته یا در دوره‌ای از رشد خود، برخی آشفتگی‌های هیجانی و رفتاری را تجربه کرده‌اند (۱). از آنجایی که گرایش به تداوم اختلالات دوران کودکی تا سنین بزرگسالی وجود دارد، توجه فزاینده‌ای به پیشگیری و درمان آن‌ها معطوف شده است (۲). یکی از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانه‌ای مقابله‌ای است که یکی از علت‌های مهم مراجعه به کلینیک‌های سلامت روان است (۳). این اختلال، اختلالی مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک ایجاد می‌کند (۴). براساس چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM. IV TR، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگویی از رفتارهای خصمانه، منفی و مخالفت‌جویانه را نسبت به مراجع قدرت نشان می‌دهند (۵). علاوه‌براین، این اختلال با عواملی چون از کوره‌دررفتن، مشاجره با بزرگسالان، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان یا عدم همکاری با آن‌ها، تعمد در ناراحت‌کردن دیگران، سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی، دلخوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی مشخص می‌شود (۶). علاوه‌براین ملاک‌ها، اختلال باید در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد اختلالات معناداری از نظر بالینی ایجاد کند (۷). این کودکان اغلب دوستی ندارند و روابط انسانی خود را رضایت‌بخش ارزیابی نمی‌کنند. آنان با وجود هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است رد شوند (۸). اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است از ۳ سالگی شروع شود. با این حال سن شروع آن از ۸ سالگی است و معمولاً همیشه پیش از نوجوانی در کودکان تشخیص داده می‌شود (۹). شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای دامنه گسترده‌ای از یک تا شانزده درصد برآورد شده است (۵). این اختلال در میان خانواده‌های با وضعیت اقتصادی پایین شایع‌تر

است و پسران سه‌برابر بیشتر از دخترها ملاک‌های DSM برای این اختلال را نشان می‌دهند (۳). در بحث توجه‌های اتیولوژیک این اختلال به عواملی نظیر: عامل ارث، عوامل زیست‌شناختی، شیوه‌های فرزندپروری و روابط والد-کودک و ویژگی‌های روان‌شناختی والدین برمی‌خوریم (۱۰). ابعاد مختلف این اختلال، به دلیل مشکلات فزاینده‌ای که در زندگی کودک و اطرافیان او ایجاد می‌کند، توجه بسیاری از پژوهشگران را به روش‌های درمانگری این اختلال جلب کرده است. به‌طورکلی می‌توان مداخلات مربوط به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در سه قلمرو درمانگری‌های کودک‌محور (۱۲، ۱۱)، درمانگری‌های مدرسه‌محور و درمانگری‌های خانواده‌محور (۱۳) قرار داد. دو روش از درمانگری‌های کودک‌محور، آموزش کارکردهای اجرایی و فراشناخت به این کودکان است. فراشناخت^۱، هرگونه دانش یا فعالیت شناختی است که موضوع آن شناخت یا تنظیم شناخت بوده و به دو بُعد دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی، تقسیم می‌شود (۱۴). بایلر و اسنومن^۲ فراشناخت را به‌عنوان دانش افراد، درباره فرآیندهای شناختی‌شان و چگونگی استفاده بهینه، جهت دستیابی به اهداف یادگیری تعریف کرده‌اند. فراشناخت اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط فلاول^۳ مطرح شد (۱۵). در مفهوم‌سازی فراشناخت دو نوع فراشناخت به‌هم پیوسته به نام «دانش درباره شناخت» و «تنظیم شناخت و نظارت بر آن» وجود دارد. شناخت، زمانی به‌وقوع می‌پیوندد که فرد از توانایی‌های شناختی خود آگاه است و بخش دوم فراشناخت، تفکری است که از طریق آن فکر تنظیم شده و بر آن نظارت می‌شود (۱۶). مؤلفه‌های فراشناختی دربرگیرنده اندیشه‌ها و باورها و مهارت‌های اجرایی کلی‌تر و مستقل از محتوا هستند که در حافظه بلندمدت شخص اندوخته می‌شوند و هنگامی که فرد با تکالیف شناختی خاصی مواجه می‌شود، از حافظه درازمدت فراخوانده می‌شوند (۱۷). درمان مبتنی بر

¹. Meta cognitive

². Bieler, R.F., & Snowman, Flavell,⁸

فراسناخت اول بار توسط آدرین ولز^۱ استفاده شد. این شیوه درمانی از روش استاندارد CBT^۲ متفاوت است، زیرا به جای این که درمان چالش با افکار و باورها درباره ضربه روانی و رفتاری یا رویارویی های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به ضربه روانی باشد، شامل ارتباط با افکار و رفتار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود. این امر به فرد کمک می کند تا بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار یا نسنجیده درباره نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر رفتار را از بین ببرد. نظریه های شناختی درباره آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکری و رفتاری می شوند، توضیحات مختصری را ارائه داده اند. آنچه در اینجا لازم است، به حساب آوردن عواملی است که تفکر و رفتار را کنترل می کند و وضعیت ذهن را تغییر می دهد. این عوامل، اساس نظریه فراسناختی است (۱۸). کارکردهای اجرایی^۳، کارکردهای عالی دستگاه شناختی هستند که به مجموعه ای از توانایی های شناختی، شامل خودگردانی، خودآغازگری و بازداری شناختی، برنامه ریزی مبتنی بر راهبرد، منعطف بودن در فرآیند شناختی و کنترل تکانش اطلاق می گردد (۱۹، ۲۰). کارکردهای اجرایی عالی، فرآیندی است که تمامی فعالیت های شناختی پیچیده را که در انجام تکالیف هدف مدار^۴ دشوار یا جدید ضروری هستند، در خود جای می دهد (۲۱). پنینگتون و اوزونوف^۵ کارکردهای اجرایی را حوزه خاصی از توانایی ها می دانند که شامل سازمان دهی در فضا و زمان، بازداری انتخابی، آماده سازی پاسخ، هدف مداری، برنامه ریزی و انعطاف می شود. در واقع کارکردهایی همچون سازمان دهی، تصمیم گیری، حافظه کاری، حفظ و تبدیل، کنترل حرکتی، احساس و ادراک زمان، پیش بینی آینده، بازسازی، زبان درونی و قدرت حل مسئله را می توان از کارکردهای اجرایی بسیار مهم عصب شناختی عالی دانست که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش های هوشی به انسان کمک

می کنند (۲۲). اگرچه وظیفه اصلی و اولیه کارکردهای اجرایی را مشارکت در کنترل شناختی^۶ دانسته اند، ولی تأکید می شود که کارکردهای اجرایی دربردارنده مؤلفه ها یا خرده کارکردهایی نیز هستند. این مؤلفه ها شامل حافظه کاری، انعطاف پذیری توجه، برنامه ریزی و غیره است. این خرده کارکردها در جهت رفتار خودفرمان و حل مسئله با یکدیگر همکاری می کنند و به نوعی هماهنگ با نظریه ذهن^۷ عمل می کنند تا از این رهگذر رفتار هدف مند ایجاد کرده تا معنای نهادها و واژه ها را بفهمند (۲۳). قابل ذکر است که در رابطه با پژوهش حاضر، تحقیقات کمی صورت گرفته ولی اثربخشی فراسناخت در زمینه اختلال هایی دیگر، بررسی و تأیید شده است. به عنوان مثال رس و ون کوزرلد (۲۴) به ترتیب اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال پس از سانحه نشان داده اند. نتیجه پژوهش آنان نشان داد که به کارگیری دانش فراسناختی به بهبود معنادار علائم این اختلالات منجر شده است. در پژوهشی دیگر، بهادری و همکاران (۲۵)، به بررسی تأثیر دانش فراسناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی پرداختند. یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس در تحقیق آنان نشان داد که درمان فراسناختی در کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تأثیر معناداری داشته است. از طرفی اثربخشی فراسناخت بر بهبود یادگیری در پژوهش های مختلف نشان داده شده است. به عنوان مثال یارمحمدیان و اصلی آزاد (۲۶)، در پژوهشی به بررسی تأثیر دانش فراسناختی بر بهبود عملکرد تحصیلی ریاضی کودکان دارای ناتوانی یادگیری ریاضی پرداختند. نتیجه پژوهش آنان نشان داد که آموزش فراسناخت به شکل معناداری به بهبود عملکرد تحصیلی ریاضی این کودکان انجامیده است. همچنین پژوهشگران مختلف (۳۱-۲۷) نشان داده اند که به کارگیری دانش فراسناختی با یادگیری مثبت و افزایش قدرت حل مسئله، رابطه مثبت دارد. از طرفی پژوهش های مختلف نشان داده اند که آسیب در

1. Wells
2. Cognitive Behavioral Therapy
3. Executive function
4. Goal directed
5. Pennington, ozonoff

6. cognitive control
7. theory of Mind

کارکردهای اجرایی در کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال طیف اوتیسم، اختلال هماهنگی رشدی، اختلال یادگیری، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اثرات سوئی بر جای می‌گذارد (۳۲). همچنین دیاموند (۳۳) و بلایر، زلا و گرینتبرگ (۳۴)، در پژوهش‌های خود خاطرنشان کرده‌اند که کودکان دارای اختلال‌های ارتباطی و اجتماعی، دارای نواقصی در کارکردهای اجرایی هستند. حال با توجه به نقش فراشناخت در درمان اختلالات روانی و رفتاری و همچنین وجود نقص در کارکردهایی اجرایی کودکان دارای مشکلات رفتاری و ارتباطی که شرح آن رفت، فرض می‌شود که به‌کارگیری فراشناخت و کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای منجر به کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در نزد این کودکان شود؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی آموزش فراشناخت و کارکردهای اجرایی بر کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود که در آن از دو گروه آزمایش، با نام‌های فراشناخت و کارکردهای اجرایی و یک گروه گواه استفاده شد. متغیر مستقل دارای سه سطح آموزش فراشناخت، آموزش کارکردهای اجرایی و گروه گواه (که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد) و متغیر وابسته نیز میزان نافرمانی مقابله‌ای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دوره شش‌ساله دبستان و مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل دادند. در این پژوهش برای انتخاب کلاس‌هایی که آزمودنی‌های دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در آن تحصیل می‌کردند، از روش خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به آموزش و پرورش شهر

تهران، از بین نواحی این شهر، دو ناحیه آموزشی، به‌صورت تصادفی انتخاب شد، سپس با مراجعه به دو ناحیه انتخابی، ۱۰ دبستان پسرانه به‌صورت تصادفی از بین دو ناحیه مشخص شده و از بین مدارس ابتدایی پسرانه هر ناحیه آموزشی، ۲ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب گردید (جمعاً ۱۰ دبستان و ۲۰ کلاس). روش ورود یا خروج دانش‌آموزان این ۲۰ کلاس به گروه‌های آزمایشی و گواه و اختصاص تصادفی آن‌ها به گروه‌ها در ادامه تشریح می‌شود.

ابزار: پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۲ ساله (CSI-4)، براساس (DSM-IV):

پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱ (CSI-4) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که به‌منظور غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ ساله ساخته شده است (۳۵). در یکی از مطالعاتی که توسط گرایسون و کارلسون (۳۶)، بر روی فرم استونی بروک انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. در مطالعه‌های مختلفی، روایی و پایایی این آزمون تأیید شده است (۳۷، ۳۸، ۳۹).

روند اجرای پژوهش: از آموزگاران دوره شش‌ساله دبستان تقاضا شد، دانش‌آموزانی را که دارای علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مانند: از‌کوره‌دررفتن، مشاجره با کارمندان مدرسه، سرپیچی فعالانه از مقررات و درخواست‌های بزرگسالان یا عدم همکاری با آن‌ها، تعمد در ناراحت‌کردن دیگر دانش‌آموزان، سرزنش دیگران به‌خاطر اشتباهات و سوء رفتار خود، زودرنجی، دل‌خوری و عصبانیت و نیز کینه‌توزی و انتقام‌جویی هستند، معرفی نمایند. سپس ۵۸ دانش‌آموز که با پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۲ ساله (CSI-4)، دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شدند، انتخاب گردیدند؛ بنابراین ملاک‌های ورود، بودن در دوره

^۱. Children symptom inventory-4

کارکردهای اجرایی) را مطابق با برنامه آموزشی پیش‌بینی شده دریافت نمودند.

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین اثربخشی مداخلات آموزش فراشناخت و کارکردهای اجرایی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتیجه آزمون کولموگروف- اسمیرنف نشان داد که شرط نرمال بودن توزیع برقرار است ($P=0/47$).

شاخص‌های توصیفی عملکرد ریاضی گروه‌ها، قبل و بعد از آزمایش در جدول ۱ آمده است. جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها قبل و بعد از آزمایش

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه کارکردهای اجرایی	۴/۹۰	۰/۳۷	۲/۷۸	۰/۳۱
گروه فراشناخت	۴/۹۱	۰/۳۷	۲/۸۹	۰/۱۷
گروه گواه	۵/۱۲	۰/۲۷	۴/۷۶	۰/۳۴

شش‌ساله دبستان با جنسیت پسر و داشتن اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شده با پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۲ ساله (CSI-4) بود. معیارهای خروج نیز داشتن جنسیت دختر، نبودن در دوره شش‌ساله دبستان و داشتن اختلالی همراه بود. سپس ۴۵ نفر از این دانش‌آموزان، به صورت تصادفی انتخاب شده و در ۳ گروه ۱۵ نفری به صورت تصادفی (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایشی فراشناخت، ۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش کارکردهای اجرایی و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، متغیرهای مستقل (فراشناخت و

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش کارکردهای اجرایی و فراشناخت و کنترل، بر این دلالت دارد که میانگین نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون به دنبال مداخله درمانی، کاهش داشته است. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، برقرار بودن برخی از مفروضه‌های مهم‌تر آن بررسی شد. نتایج آزمون کلموگراف جهت بررسی نرمال بودن توزیع و آزمون لوین جهت بررسی یکسانی واریانس‌ها در ادامه آمده است. نتیجه آزمون کولموگروف- اسمیرنف نشان داد که شرط نرمال بودن توزیع برقرار است.

¹ Repeated Measures

جدول ۲. نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف

کولموگروف-اسمیرنف			
گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	مقدار P
گروه آزمایش کارکردهای اجرایی	۰/۲۰	۱۵	۰/۰۸
گروه آزمایش فراشناخت	۰/۱۹	۱۵	۰/۱۴
گروه گواه	۰/۲۱	۱۵	۰/۰۵۳

انجام شد. نتایج این آزمون نشان داد که تعامل گروه‌بندی و زمان اندازه‌گیری معنادار است ($\eta = 0/65$)، برای تعیین این که این تفاوت معنادار در کدام جفت از گروه‌ها است، از آزمون LSD استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون کمترین تفاوت معنادار (LSD)

مقدار P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌های تعدیل شده	جفت مورد مقایسه
<0/001	0/10	-1/98	گروه گواه با گروه آموزش کارکردهای اجرایی
<0/001	0/10	-1/87	گروه گواه با گروه آموزش فراشناخت
0/28	0/10	-0/11	گروه آموزش فراشناخت با گروه آموزش کارکردهای اجرایی فضایی

از طرفی نتیجه آزمون لوین نشان داد که شرط تساوی واریانس‌ها نیز برقرار است ($P > 0/05$). با احراز مفروضه‌های ذکرشده، آزمون این فرضیه که «آموزش کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی منجر به کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان پسر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوره دبستان در مقایسه با گروه کنترل می‌شود» به وسیله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

همکاران (۲۵)، یارمحمدیان و اصلی آزاد (۲۶)، سون و متکف (۲۷)، هافمن و اسپارتاریو (۲۸)، اسکیتکا (۲۹)، اسکینو و دال (۳۰)، زالکیلی، رادان کبت، ابدگانی و هدایه عباس (۳۱) است. چنان‌که تمام این پژوهشگران نیز نشان داده‌اند که فراشناخت به‌عنوان یک روش درمانی برای اختلالات رفتاری و روانی کاربرد فراوان دارد و کاربست فراشناخت به افزایش قدرت حل مسئله و تحلیل شرایط در افراد مختلف می‌انجامد. در باب پژوهش‌های هم‌راستا با موضوع اثربخشی کارکردهای اجرایی نیز پژوهشگرانی نظیر جنکس و شین‌اوت (۳۲)، دیاموند (۳۳) در پژوهش‌های خود خاطر نشان کرده‌اند که کودکان با نقص در کارکردهای اجرایی، دارای اختلالاتی در رفتار و تفکر خود هستند که می‌توان با آموزش این فرآیند به این کودکان، از میزان رفتارهای ناهنجار آن‌ها کاست. یافته‌های فوق را چنین می‌توان تبیین نمود: کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در به‌کارگیری شیوه‌های مناسب و هنجارمند، در تعاملات اجتماعی دچار ضعف و نقصند. هرچند که کاربست علائم نافرمانی

براساس جدول ۳، گرچه هر دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با گروه کنترل دارند، اما تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نمی‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی بر میزان نافرمانی مقابله‌ای کودکان پسر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوره دبستان صورت پذیرفت. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی منجر به کاهش میزان نافرمانی مقابله‌ای برای کودکان پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون گردیده است. همچنین نتیجه آزمون تعقیبی LSD نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی وجود ندارد ($P = 0/28$). درحالی‌که بین هریک از گروه‌های آزمایش کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. یافته‌های پژوهش حاضر، هم‌راستا با پژوهش‌های رس و ون کوزرلد (۲۴)، بهادری و

مقابله‌ای از طرف این کودکان در تعاملات با بزرگسالان (به‌خصوص بزرگسالان آشنا) به‌صورت عمدی باشد، ولی پرواضح است که به‌کارگیری این شیوه نیز از فقدان قدرت تحلیل مناسب، تدبیر، تفکر و حل مسئله هنجارمند نشأت می‌گیرد. منطقی است که اگر فردی در تعاملات اجتماعی، در فرآیند تفکر و حل مسئله خویش دارای مهارت به‌کارگیری شیوه‌های سازگارگرا و اجتماع‌پسند باشد، به‌یقین شیوه‌ای را که هم برای مخاطب و هم برای خود وی آسیب‌زا و آزاردهنده باشد، به کار نمی‌گیرد. چنان‌که آموزش دانش‌فراشناختی و کارکردهای اجرایی نیز چیزی جز آموزش همین فرآیندها نیست. به‌دلیل اینکه فراشناخت ناظر بر شناخت است، از همین‌رو به کودک می‌آموزد که در موقعیت‌های چالش‌برانگیز فکری و تعاملی و اجتماعی، فرضیه‌ها و راه‌حل‌های مختلف را در ذهن خود متصور شده و از بین آن‌ها بهترین را انتخاب نماید و پس از کاربست آن، به کرسی قضاوت درباره نتایج به‌کارگیری راه‌حل انتخاب‌شده بنشیند. فراشناخت به فرد می‌آموزد که نه تنها یک راه تعامل با محیط و اجتماع وجود ندارد، بلکه باید از بین راه‌ها و پاسخ‌های ساطع‌شده از ذهن، بهترین را انتخاب کرد. فراشناخت می‌آموزد که قبل از ابراز عکس‌العمل، به خواست‌ها و سیگنال‌های رفتاری، هیجانی و ارتباطی مثبت و منفی صادرشده از طرف محیط، بیندیشد و بدین‌روش سهم هیجان (به‌خصوص هیجان منفی) را در فرآیند پاسخ‌دهی به خواست‌های محیطی، کاهش دهد. این‌گونه آموزش دانش‌فراشناختی به بهبود عکس‌العمل‌های کودک با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در برابر محیط و به‌صورت خاص‌تر در تعامل با بزرگسالان می‌انجامد.

از طرفی کارکردهای اجرایی نیز به مثابه فراشناخت، دارای کارکردهایی نظیر انعطاف‌پذیری در توجه، برنامه‌ریزی، کنترل، بازداری انتخابی، آماده‌سازی پاسخ، سازمان‌دهی و تصمیم‌گیری است. توجه به این

نکته لازم است که کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً پاسخ‌های خود را در برابر محیط، بدون سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی فکری ابراز می‌دارند. بدیهی است که آموزش این کارکردها منجر به برنامه‌ریزی در سطح تفکر اجرایی، کنترل پاسخ‌های آنی صادرشده از طرف مغز، تصمیم‌گیری بهینه‌تر شده و در نتیجه سبب تعامل اجتماعی مناسب با محیط و در نهایت کاهش علائم ناسازگاری با اطرافیان و حرف‌نشنوی از بزرگسالان، در این کودکان می‌گردد.

نتیجه‌گیری

باتوجه به مطالب بیان شده و نقش فراشناخت و کارکردهای اجرایی در کنترل رفتارهای تکانشی، لازم است این دو فرآیند در نزد کودکان سنین دبستان، بررسی دقیق شود. از این‌رو پیشنهاد می‌شود که در دوره‌های آموزشی ضمن خدمت معلمان مقطع دبستان، آموزش‌هایی درباره کارکردهای اجرایی و دانش‌فراشناختی، مؤلفه‌های آن‌ها، اهمیت این کارکردها در بهبود قدرت تعاملی و ارتباطی کودکان به‌خصوص کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و شیوه‌های تقویت و آموزش این کارکردها به آنان داده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به این نکات اشاره نمود:

- الف. این پژوهش در دانش‌آموزان پسر دوره دبستان صورت پذیرفت، لذا در تعمیم آن به دخترها و دیگر مقاطع باید جانب احتیاط را رعایت نمود؛
- ب. گروه‌های نمونه، کوچک بوده‌اند و این احتمال وجود دارد که این نتایج دارای ثبات و پایایی کافی نباشد؛
- پ. این پژوهش در شهر تهران صورت گرفته، لذا بهتر است در تعمیم آن به دیگر شهرها جانب احتیاط را رعایت کرد.

References

1. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(12):1752–9.
2. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C, Verduyn C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005;18(2):45–52.
3. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handega BH, Mørch WT. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(1):42–52.
4. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. The disruptive behavior disorders in the psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(3):214–9.
5. Blanchard EL. Constructs of the child behavior checklist that predict treatment outcome in children with oppositional defiant disorder. 2008.
6. Nelson-Gray RO. The relation between DSM-IV: Oppositional defiant disorder and conduct disorder: Finding from the great smoky maintains study. *Journal Children Psychology Psychiatry*. 2006. 43:39-50.
7. Kazdin AE, Marciano PL, Whitley MK. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):726-30.
8. Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996;37(1):51–87.
9. Markward MJ, Bride B. Oppositional defiant disorder and the need for family-centered practice in schools. *Child Sch*. 2001;23(2):73–83.
10. Schaefer CE. Play therapy for preschool children. American Psychological Association; 2010.
11. Michael Harris, Samuel Turner. Diagnostic Interview. Translator: Shamlo Reza mohammdi. Tehran, Rosh pub. 2007. (Persian) .
12. Serra-Pinheiro MA, Schmitz M, Mattos P, Souza I. Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):273–6.
13. RSanders M, Morawska A. Can Changing Parental Knowledge, Dysfunctional Expectations and Attributions, and Emotion Regulation Improve Outcomes for Children? *Parent Ski*. 2007.
14. Cetinkaya P, Erktin E. Assessment of metacognition and its relationship with reading comprehension, achievement, and aptitude. *Bogazici Universitesi Egitim Derg*. 2002;19(1):1–11.
15. Efklides A. Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educ Res Rev*. 2006;1(1):3–14.
16. Perfect TJ, Schwartz BL. Applied metacognition. Cambridge University Press; 2004.
17. Mohseni, N. Theory in developmental psychology. First edition, Tehran: Pardis Pub. 2004. (Persian) .
18. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011.
19. Alizadeh, H. Relationship between neuro - cognitive executive function by developmentals disorders. *Journal of Cognitive Science*,2007. 8 (4) ,70-51. (Persian) .
20. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. Guilford Publications; 1998.
21. Locascio G, Mahone EM, Eason S, Cutting L. Executive dysfunction among children with reading comprehension deficits. *J Learn Disabil*. 2010.

22. Lauren PE. Relationship between primary neuropsychological deficits, executive functions, and social perception in nonverbal learning disabilities. [PhD. Thesis]. Widener University. 2004. Available at: <http://gradworks.umi.com>
23. Gates LL. Executive Function and False Recall in Nonverbal Learning Disability. York University Toronto; 2009.
24. Rees CS, Van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):451–8.
25. Bahadori MJM, Kajbaf M, Faramarz S. The efficacy of cognitive therapy on cognitive beliefs and cognitive trust in social anxiety disorder patients. *Journal of Clinical Psychology*.
26. Asli azad M, Yarmohammadian B. The effect of training metacognition and perception of spatial relationship on the improvement of mathematical operation in children with mathematics learning disabilities. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;4(2): 61-70. [Persian].
27. Son LK, Metcalfe J. Metacognitive and control strategies in study-time allocation. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 2000;26(1):204-221.
28. Hoffman B, Spatariu A. The influence of self-efficacy and metacognitive prompting on math problem-solving efficiency. *Contemp Educ Psychol*. 2008;33(4):875–93.
29. Skitka LJ. Do the means justify the ends, or do the ends justify the means. *Value Prot Model Justice*. 2002;28: 452-61.
30. Schleifer LL, Dull RB. Metacognition and performance in the accounting classroom. *Issues Account Educ*. 2009;24(3):339–67.
31. Zulkipli N, Kabit MR, Ghani KA. Metacognition: What roles does it play in students' academic performance? *Int J Learn*. 2008;15(11):97–105.
32. Jenks, K. & Lieshout, E. Arithmetic Difficulties in children with Cerebral Palsy are Related to Executive Function and Working memory, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*:Jul. 2009. vol. 50,Iss. V, pp. 824.
33. Diamond, A. Preschool children's, Performance in Cognitive function. , *Journal Developmental Neurophysiology*. 2000. vol. 28, pp. 689-729.
34. Blair, C. , Zela, D. & Greenberge, M. The Measurement of Executive Function in Early childhood. , *J. Deuolopmental neuropsychological*. 2005. vol. 28 (2) , pp. 561-571.
35. Gadow, K. D, Sparfkin, J. Child symptom inventories manual. Story brook, NY:Chechmate plus. 1994.
36. Grayson, P & Carlson, G. A. The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991. 30, 64-673.
37. Gadow, K. D, Sparfkin, J. Quick guide to using the youths inventory-4 screening kit. Stony brook, NY: Checkmate plus. 1997.
38. Ammerman, R. T. , Slomka, G. , Reigel, D. H. , Zapadka, M. E. & Kane, V. Neurocognitive and neurosurgical correlates of psychiatric symptomatology in spina bifida. In: *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. 13,12.
39. 39. Tavakoli, J. Epidemiological study of attention deficit disorders and behavior in school children Gonabad harassment. MS Thesis, University of Medical Sciences, Iran. 1997. (Persian)