

مطالعه کیفی عوامل زمینه ساز اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان*

محمود شریفی اصفهانی^۱، کیومرث فرحبخش^۲، معصومه اسمعیلی^۳، حسین سلیمی بجنستانی^۴، محمد عسگری^۵

Contributing factors of oppositional defiant disorder: qualitative research

Mahmood Sharifi Esfahani¹, Kiumars Farahbakhsh², Masumeh Esmaeili³, Hossein Salimi Bajestani⁴, Mohammad Asgari⁵

چکیده

زمینه: اختلالات و بیماری های مختلفی کودکان را تهدید می کند. شناسایی و درمان زودهنگام این اختلالات می تواند ضامن سلامت کودکان، خانواده و جامعه باشد. مسأله این است که چه عواملی زمینه ساز اختلال نافرمانی مقابله ای به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات دوران کودکی است؟ **هدف:** این پژوهش با هدف مطالعه کیفی عوامل زمینه ساز اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان انجام شد. **روش:** در این پژوهش از رویکرد کیفی، روش زمینه ای به منظور جمع آوری و تحلیل داده ها استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی والدین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در مقطع پیش دبستانی و ابتدایی و مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. به این منظور والدین ۱۲ کودک دارای معیارهای ورود به پژوهش به صورت نمونه گیری هدفمند و با کمک دو پرسشنامه علائم مرضی کودکان، فرم والد (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) انتخاب شدند. تحلیل داده ها به روش استراوس و کوربین (۱۹۸۶) انجام شد. **یافته ها:** در تجزیه و تحلیل در مرحله کدگذاری باز ۱۵۷ کد اولیه، و در کدگذاری محوری براساس شباهت موضوعی ۱۳ زیرمقوله، و در نهایت در مرحله کدگذاری انتخابی به سه مقوله عوامل فردی، بین فردی و بیرونی دست یافتیم. **نتیجه گیری:** مجموعه عوامل زمینه ساز فردی، بین فردی و بیرونی، سهم چشمگیری در تبیین بروز و تداوم اختلال نافرمانی مقابله ای و نقش مهمی در درمان آن دارند. **واژه کلیدها:** اختلالات کودکی، اختلال نافرمانی مقابله ای، عوامل زمینه ساز

Background: Various disorders and diseases threaten children. Diagnosis and early treatment of these diseases can guarantee the health of children, family and society. The problem is which factors contribute to develop Oppositional Defiant Disorder (ODD) as one of the most prevalent childhood disorder. **Aims:** The present study was a qualitative one to determine the contributing factors of ODD in children. **Method:** Research data was collected and analysed through qualitative approach and grounded theory. The study population included all the parents of ODD children (aging 6-12) of pre and primary schools of Isfahan in the year of 2019. In pursuit of this goal, 12 parents meeting the criteria to enter the research were chosen according to the targeted convenience sampling with two questionnaires of Child Symptom Inventory, parent-form (Gadow and Sprafkin, 1994) and General Health Questionnaire (Goldberg, 1972). Data analysis was conducted using Strauss & Corbin (1986). **Results:** The obtained findings were as follows: 157 primary codes through open coding, 13 subcategories through axial coding on the basis of subject similarity, and finally 3 categories of individual, interpersonal and external factors through selective coding. **Conclusions:** A set of individual, interpersonal and external factors plays a crucial role in the interpretation of the onset and persistence of ODD and in its treatment as well. **Key Words:** Childhood disorder, oppositional defiant disorder, contributing factors

Corresponding Author: es.sharifi@iaukhsh.ac.ir

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱. Ph.D Student in Candidate, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۲. Associated Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

^۳. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۳. Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

^۴. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۴. Associated Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

^۵. دانشیار، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۵. Associated Professor, Psychometry Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۵/۲۷

دریافت: ۹۹/۰۵/۱۱

مقدمه

کودکان به عنوان یکی از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر، در معرض انواع اختلالات روانشناختی قرار دارند. بر اساس مطالعات انجام شده بین ۱۵ تا ۲۲ درصد کودکان در طول زندگی خود اختلالات عاطفی یا رفتاری را به شدت تجربه می‌کنند (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۲).

اختلالات کودکی معمولاً به دو طبقه «درون‌نمود» و «برون‌نمود»، تقسیم می‌شود. اختلالات درون‌نمود که از حدود ۸ سالگی ظاهر می‌شوند، از نظر ماهیت درون‌فردی هستند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی شده و بیش از آنکه اطرافیان را آزار دهند، موجب رنجش خود کودک می‌گردند. در مقابل، اختلالات برون‌نمود در رفتار بیرونی و مخرب کودکان ظاهر می‌شوند و ضمن حکایت از عمل منفی کودک بر محیط بیرونی (لایو، ۲۰۰۴)، با محتوای ضد اجتماعی و تضادورزانه خود، بیش از آنکه بر فرد اثر گذارند، موجب ایجاد مشکل برای دیگران خواهند شد (دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸).

در این میان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی به حساب می‌آید که با شیوع یک تا یازده درصد در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه و در مرحله قبل از نوجوانی بروز می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). مهمترین مشخصه‌های این اختلال که هر دو نوع مشکلات «درون‌نمود» و «برون‌نمود» را با خود به همراه دارد (بهروزی، فرزادی و فرامیزی، ۱۳۹۵)، وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری از قبیل الگوهای رفتاری خصمانه، نافرمانی، منفی‌گرایی و عدم اطاعت‌پذیری، خلق‌وخوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی و رد درخواست‌ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می‌شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه‌ها یا رفتارهای نابه‌جای خود، زودرنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه‌توز و مغرضانه رفتار کردن است که دست کم چهار مورد از نشانه‌ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳).

این اختلال با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط بوده (اسپنسر همکاران، ۲۰۰۶)، کودکان مبتلا به دلیل انجام رفتارهای مقابله‌ای و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران، دارای خودپنداره ضعیف، عزت‌نفس پایین، درماندگی آموخته‌شده، افسردگی، تحمل کم برای ناکامی و پرخاشگری هستند (جهانبخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰؛ شریفی درآمدی، بگیان کوله مرز، پادروند و گراوند، ۱۳۹۲).

پژوهش‌های سبب‌شناسی، بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ناشی از ترکیب عوامل مختلف زیستی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به حساب آورده‌اند (صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیاثی، ۱۳۹۵؛ پورواتی و محمدجابر، ۲۰۱۷؛ فرامیزی و عابدی، ۱۳۹۱). در برخی مطالعات مجموعه فاکتورهای خطرسازی که کودک را در معرض این اختلال قرار می‌دهند، در قالب مدل مورد اشاره قرار گرفته است. لاوین، خوزه، هاپکینز، بریانت و لیالی (۲۰۱۲) در مدل چندجانبه خود از عوامل زمینه‌ای، افسردگی والدین، فرزندپروری و ویژگی‌های کودک سخن گفته‌اند. لین، لی، ژو، شن و فنگ (۲۰۱۳)، نیز این عوامل خطرساز را در مدل سه سطحی شامل: ۱. نظام خانواده ۲. روابط دوتایی شامل رابطه همسران و رابطه هر یک از والدین با کودک و ۳. تک تک افراد خانواده مورد بررسی قرار داده‌اند.

در کنار این دسته مطالعات، در پژوهش‌های فراوان داخلی و خارجی عوامل متعددی به عنوان زمینه‌ساز اختلالات رفتاری مخرب کودکان و به خصوص نافرمانی مقابله‌ای مورد اشاره قرار گرفته است. در تمامی این پژوهش‌ها با فهرست گسترده‌ای از عوامل سرشتی و ژنتیک، مزاج (داوودی، کلهر و علی بابایی نوغان سفلی، ۱۳۹۷)، سطح پایین ثبات فیزیولوژیک، آسیب‌های دوران کودکی شامل: مشکلات پیش‌تولدی، آسیب‌دیدگی‌ها و بیماری‌های جسمانی دوران کودکی همچون آسیب جمجمه و بیماری‌های مزمن نظیر آسم، (کردستانی و امیری، ۱۳۹۱)، فرزندپروری نامناسب، نگرش والدینی سرد و ضعف در قانون‌گذاری، (قدرتی میرکوهی، شریفی درآمدی و عبداللهی بقرآبادی، ۱۳۹۴؛ بوکر، کاپریولا هال، دانس‌مور، گرین و اولندیک، ۲۰۱۹)، غفلت والدین از روند شکل‌گیری اختلال (فولادوند، نادی، عابدی و سجادیان، ۱۳۹۷؛ امیری، موللی، نسائیان، حجازی و اسدی گندمانی، ۱۳۹۶)، تعارض کودک

^۱. Oppositional Defiant Disorder

به مشارکت در پژوهش، از طریق اجرای پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۲ فرم والد و کسب نمره معیار چهار از هشت در سؤالات ۱۹ تا ۲۶ انتخاب شدند. معیارهای ورودی والدین در این مرحله عبارت بود از: تحصیل کودک در مقطع ابتدایی، سلامت روانی عمومی والدین، در قید حیات بودن والدین و تمایل پدر به همکاری و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از عدم تمایل والدین به مشارکت در پژوهش، مخالفت والدین با ضبط مصاحبه و غیبت پدر در مصاحبه.

در ادامه ضمن تماس با والدین اولین کودک، پس از دادن اطلاعات لازم در خصوص شرایط مشارکت آگاهانه در تحقیق و امضای «فرم اخذ رضایت جهت شرکت در مصاحبه» از سوی والدین، ابتدا پرسشنامه سلامت عمومی^۳ روی والدین اجرا شد و پس از حصول اطمینان از تعلق به جمعیت غیربالینی (کسب حداقل نمره ۲۳)، مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ای با آنان انجام شد. این روند به صورت هدفمند درباره سایر والدین نیز انجام شد. روند کدگذاری پس از اولین مصاحبه آغاز شد و فرآیند مصاحبه تا دستیابی به اشباع نظری که در مصاحبه دوازدهم به دست آمد، متوقف شد. به منظور گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته از چهار پرسش کلی «الگوهای رفتاری والدین در برابر نافرمانی کودک»، «نحوه تعامل والدین در برابر کودک»، «فضای عمومی خانواده» و «کیفیت رابطه زناشویی در والدین» استفاده شد. پس از طراحی پرسش‌ها، در گام نخست به صورت مقدماتی با والدین یک کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند مصاحبه و متن مصاحبه روی کاغذ پیاده شد. در گام بعدی، متن مصاحبه در اختیار دو متخصص قرار گرفت تا با توجه به سؤال‌های مصاحبه تعیین کنند، می‌توان به اهداف پژوهش دست یافت یا خیر. پس از اصلاحات مدنظر متخصصان، فرآیند مصاحبه‌های اصلی را آغاز کردیم. هر مصاحبه، بعد از ضبط، بازخوانی و براساس روش استراوس و کوربین در سه مرحله باز، محوری و انتخابی کدگذاری شد.

ابزار

پرسشنامه علائم مرضی کودکان: از ابزارهای تشخیصی رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است و سیزده اختلال رفتاری و

- والد و فقدان گرمی و صمیمیت در محیط خانواده (کردستانی و امیری، ۱۳۹۱؛ کازدین و همکاران، ۲۰۱۸؛ تانگ، لین، چی، ژو و هو، ۲۰۱۷)، استفاده از کنترل و تنبیه (خباز، علیزاده، دلاور، قوام، رستمی و بهجتی، ۱۳۹۴؛ سید محمودیان، علیزاده، پزشکی، برجعی، و فرخی، ۱۳۹۶)، روان‌رنجوری والدین (نجمی و حسن‌زاده، ۱۳۸۹؛ خانجانی و هداوندخانی، ۱۳۹۱)، عصبانیت و بی‌ثباتی هیجانی والدین (کارازه، عبدی و حیدری، ۱۳۹۴؛ شیرجنگ، مهریار، جاویدی و حسینی، ۱۳۹۷)، ایجاد دلبستگی ناایمن در کودک (خیریه، شعیری، آزادفلاح و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۸)، ناهماهنگی در برخوردهای انضباطی (کاتزمن، دوپنر و دورتن، ۲۰۱۶) و تعارضات زناشویی (بلالی و آقابوسفی، ۱۳۹۰؛ وسل هوفت و همکاران، ۲۰۱۸)، مواجه می‌شویم که لافل در نمونه‌های داخلی، هیچ‌یک مبتنی بر روش کیفی و اطلاعات دست اول و برگرفته از والدین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمی‌باشد.

پیش‌آگهی نامطلوب اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خطر ابتلای کودکان به مشکلات دیگری همچون اختلال سلوک، اختلالات خلقی و اضطرابی، سوء مصرف مواد و الکل (مارمورستین، ۲۰۰۶)، اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه (نوردال، ویلز و کرایگ، ۲۰۱۰) در بزرگسالی، توجه به عوامل زمینه‌ساز درون خانوادگی و برون‌خانوادگی این اختلال را ضرورت می‌بخشد. پژوهش حاضر می‌کوشد با روشی متفاوت و در حد توان خویش، عوامل مذکور را بررسی کند.

روش

این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای^۱ با شیوه استراوس و کوربین انجام شد. جامعه مورد مطالعه پژوهش شامل تمامی والدین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله مقطع پیش‌دبستانی و ابتدایی و مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری هدفمند از نوع در دسترس استفاده شد. در این راستا پس از اخذ مجوز از اداره کل آموزش و پرورش اصفهان و همکاری با مراکز مشاوره نواحی شش گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، کودکانی که توسط روان پزشکی مرکز، تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرفته بودند، شناسایی شده و پس از حصول اطمینان از تمایل والدین آنان نسبت

^۲. Child Symptoms Inventory(CSI-4)

^۳. General Health Questionnaire(GHQ)

^۱. Grounded Theory

روان‌پزشکی است. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل یافته که هر کدام هفت سؤال دارد. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به‌دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود (عبدی، بابورخیرالدین و صادری اسکویی، ۱۳۸۷). مطالعه نوربالا، باقری یزدی و محمد (۱۳۸۷) نشان داده است، بهترین نمره برش با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرتی ۲۳ می‌باشد. گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. تقوی (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرائب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳، و ۰/۹۰ به‌دست آمد.

یافته‌ها

والدین ۱۲ کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پژوهش حاضر شرکت کردند. دامنه سنی والدین شرکت کننده از ۲۸ تا ۵۲ سال و طول زندگی مشترک آنان از ۹ تا ۲۷ سال در نوسان بود. اغلب والدین به دلیل مشکلات فرزند خود در مدرسه به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه خود، فراخوانده شده بودند. جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش را نشان می‌دهد. با دستیابی به اشباع نظری در مصاحبه، ۱۵۷ کد اولیه شناسایی شدند، که در ۱۳ زیرمقوله و در سه مقوله اصلی طبقه‌بندی شدند. جدول ۲ دسته‌بندی کدهای استخراج شده را نشان می‌دهد.

هیجانی را غربال می‌کند. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافیکن، لانی، یونیتا و گادو توسط اسپرافیکن، لانی، یونیتا و گادو در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای کودکان ۶ تا ۱۴ سال و در قالب دو فرم والد با ۱۱۰ سؤال و معلم با ۸۷ سؤال تهیه شد. گادو و اسپرافیکن نسخه اولیه این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۴ بر اساس DSM-IV و با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار دادند. هر یک از گویه‌های پرسشنامه، در مقیاس چهاردرجه‌ای «هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات» پاسخ داده می‌شود. شیوه نمره‌گذاری روش نمره غربال‌کننده است که با جمع تعداد عباراتی که با گزینه‌های اغلب و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به‌دست می‌آید. نمره متوسط به بالای آزمودنی‌ها در هر یک از ۱۳ گروه به معنای وجود اختلال خواهد بود (محمداسماعیل، ۱۳۸۶). در پژوهشی که توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی نسخه سوم پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودکان انجام گرفت، حساسیت و پایایی آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ گزارش شد. در مطالعه محمداسماعیل (۱۳۸۶) نیز ضریب پایایی فرم والد پرسشنامه به روش اجرای مجدد آزمون با فاصله زمانی دو هفته برای ۱۱ اختلال این پرسشنامه از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد که به استثناء هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۵ تا ۰/۰۱ معنادار بودند.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ تدوین شد، شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها									
اطلاعات مربوط به خانواده					کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای				
مشارکت کننده	جنسیت	سن	رتبه تولد	فاصله با همشیر	سن والدین	تحصیلات	شغل	طول مدت ازدواج	تعداد فرزند
۱	دختر	۷	اول	۳	۴۱	دیپلم	آزاد	۱۴	۲
۲	دختر	۱۰	دوم	۵	۳۵	لیسانس	خانه‌دار	۱۷	۲
۳	پسر	۷	اول	۳	۴۱	سیکل	آزاد	۱۰	۲
۴	پسر	۸	دوم	۱۶	۲۸	دیپلم	خانه‌دار	۲۴	۲
۵	پسر	۹	سوم	۱۲	۳۹	سیکل	کارگر	۲۷	۳
۶	دختر	۷	اول	۴	۳۵	دیپلم	خانه‌دار	۱۱	۲

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها									
اطلاعات مربوط به خانواده					کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای				
مشارکت کننده	جنسیت	سن	رتبه تولد	فاصله با همشیر	سن والدین	تحصیلات	شغل	طول مدت ازدواج	تعداد فرزند
۷	پسر	۹	اول	۶	مادر ۳۴	لیسانس	خانه دار	۱۱	۲
۸	پسر	۹	دوم	۱۱	پدر ۳۵	دیپلم	آزاد	۲۱	۲
۹	دختر	۶	تک	-	مادر ۳۵	لیسانس	کارمند	۱۵	۱
۱۰	دختر	۸	سوم	۱۲	پدر ۴۹	دیپلم	خانه دار	۱۴	۳
۱۱	پسر	۷	اول	۳	مادر ۴۳	دیپلم	کارمند	۹	۲
۱۲	پسر	۱۰	اول	۵	پدر ۳۵	لیسانس	خانه دار	۱۴	۲

جدول ۲. کد گذاری و مقوله بندی یافته ها		
کد گذاری انتخابی	کد گذاری محوری	کد گذاری باز
عوامل فردی	آمادگی های کودک	مزاج، هوش بالا، تلاش کودک برای جلب رضایت دوستان، شخصیت وابسته، مهارت ارتباطی ضعیف، ترس از قضاوت، عدم تحمل ناکامی، الگوگیری نامناسب، تن هایی ناشی از جایگاه تولد، اضطراب جدایی، ناخواسته بودن، نوسان خلق، فاصله سنی زیاد با والدین
عوامل بین فردی	ضعف والدین در تنظیم هیجان	کمال گرایی، استرس زایی مادر، مسئولیت گریزی پدر، انعطاف ناپذیری، مسئولیت پذیری مادر، مسئولیت پذیری افراطی پدر در روابط کاری، اضطراب مادر، مهر طلبی، ملاحظه کاری افراطی
عوامل بین فردی	فقدان آگاهی های لازم	خلق پایین، توجه و محبت افراطی، احساس درماندگی در برابر کودک، تحریک پذیری، ایجاد احساس گناه در کودک، ترس از قضاوت دیگران، پر خاشگیری
عوامل بین فردی	رابطه زوجی ناکارآمد	بی توجهی والدین به شرایط سنی و رشدی کودک، غفلت والدین از رشد جامعه پذیری کودک، فرزند پروری سردرگم، درک غلط والدین از مهارت های ارتباطی، باورهای ناکارآمد والدین
عوامل بین فردی	ضعف در مهارت های حل تعارض	پاسخ گویی مکرر مادر به جای پدر در مصاحبه، مقصر دانستن همدیگر، ناهماهنگی در روش های تربیتی و رفتاری، بی توجهی به نقش های مکمل، مشاجره در برابر کودک، عقده گشایی نامناسب، فقدان درک متقابل، نزاع قدرت بین والدین، میج گیری از هم، تعارض والدین، تمایل به تغییر دیگری، قهر و فاصله گرفتن از هم، سبک های ارتباطی متضاد
عوامل بین فردی	نظام معیوب شکل دهی به رفتار	خنثی سازی اقدام یک والد توسط والد دیگر، بی اطلاعی مادر از تصمیمات شغلی پدر، انتظارات مبهم والدین از کودک، بی اعتبار سازی کلامی والد توسط والد دیگر، زندگی آشفته و بی نظم، پیام رسانی مبهم، فقدان قاعده و قانون در خانه، وجود مرزهای مبهم، ائتلاف مخرب با کودک
عوامل بین فردی	فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک	گفتگوی بی نتیجه والدین درباره رفتارهای غلط خود، سردرگمی ناشی از برخورد با نظرات تربیتی دیگران، فقدان توافق زوج درباره ارزیابی شدت مشکل کودک، ناتوانی والدین در مدیریت روابط اجتماعی، ابهام وظائف و نقش والدین در مورد کودک، تعارض گریزی والدین، عدم تفکیک مشکلات کار و خانه، شانه خالی کردن والدین از پیامد رفتار خود
عوامل بین فردی	فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک	تنبیه بدنی، اصرار بر تکرار روش های نامؤثر، فقدان عمل گرایی در والدین، باج دهی والدین، کوتاهی در انجام قول، کوتاه آمدن والدین در برابر رفتار مخرب کودک، حمایت افراطی، محروم سازی، جریمه، برآورده کردن افراطی خواسته های کودک
عوامل بین فردی	فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک	وقت گذرانی کم با کودک، توجه تقسیم شده، کلیشه های جنسیتی، ایجاد احساس طرد (دوست داشتنی نبودن)، فقدان محبت والدین، ایجاد حس بی عدالتی و بی انصافی در فرزندان، قهر و بی محلی، ناتوانی در مدیریت روابط همشیره ها، فقدان تفریح و سرگرمی، دریغ کردن محبت از کودک، تحقیر کودک، طعنه و کنایه زدن والدین، رفتار تلافی جویانه والدین در مقابل کودک، در دسترس نبودن مادر، فاصله گیری از کودک، بی توجهی به علایق کودک، ذهنیت منفی درباره کودک، پیش گویی منفی، کاهش احساس خود کارآمدی کودک، عدم حمایت از کودک، مقایسه با همشیر، تکرار ملال آور درخواست، تهدید، مشاجره والد - کودک، دعوا و فریاد، توهین به کودک، نصیحت، ایجاد احساس

جدول ۲. کدگذاری و مقوله‌بندی یافته‌ها		
کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
عوامل بیرونی	نظارت ناکافی والدین	گناه در کودک، مقایسه کودک با همسالان، امر و نهی، مجادله با کودک، سرزنش کردن کودک در دسترس نبودن پدر، بی تفاوتی والدین، غفلت والدین از محتوای ماهواره، افراط و تفریط در مدیریت رفتار کودک، بی اطلاعی پدر از مسایل خانه، کنترل گری والدین
	رویدادهای استرس‌زا	تولد همشیر، بارداری مادر، مشغولیت ذهنی والدین به مشکلات شغلی، مشکلات مالی، فقدان عزیزان، تغییر محل زندگی، ورود به مدرسه، فاصله مدرسه از خانه، ازدواج همشیر، جدا شدن اجباری اعضای خانواده از هم، مهاجرت، سربازی همشیر، تغییر الگوی رفتاری اطرافیان به دلیل تغییر شرایط
	رفتار مخرب اطرافیان	اذیت شدن از جانب همشیر، رابطه نامطلوب همشیرها، آزار همسالان، بدآموزی بزرگسالان، انضباط دوگانه، لوس شدن کودک از جانب اطرافیان، نقض قوانین خانواده از سوی اطرافیان، رفتارهای تحقیرآمیز اطرافیان، رفتارهای تبعیض آمیز اطرافیان، الگودهی مخرب همسالان، همسایگان تحریک کننده، مشاجره اطرافیان با کودک
	تأثیر مخرب رسانه	تماشای فیلم‌های ماهواره، تماشای مداوم تلویزیون، بازی‌های رایانه‌ای

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش اکتشافی پیش رو با هدف شناسایی مؤلفه‌های شکل‌گیری و تقویت رفتار نافرمانی مقابله‌ای در کودکان انجام شد. تحلیل داده‌های کیفی ما را به ۱۳ عامل متنوع زمینه‌ساز در سه مقوله فردی، بین فردی و بیرونی رساند. دستیابی به این عوامل متنوع، با پژوهش‌هایی که بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ناشی از ترکیب عوامل مختلف زیستی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به حساب می‌آورند (صدری، زارع بهرام آبادی و غیائی، ۱۳۹۵؛ پورواتی و محمدجابر، ۲۰۱۷؛ فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱)، همسویی دارد. با وجود برخی تفاوت‌های ظاهری، می‌توان ردپای یافته‌های پژوهش حاضر را در سایر پژوهش‌ها مشاهده کرد.

یافته‌ها در اولین طبقه به جنبه‌های درونی کودک یا هر یک از والدین مربوط می‌شود و در عامل «آمادگی‌های کودک» با پژوهش‌های (کردستانی و امیری، ۱۳۹۱؛ داوودی، کلهر و علی بابایی نوغان سفلی، ۱۳۹۷)، در عامل «شخصیت والدین» (با نجمی و حسن‌زاده، ۱۳۸۹؛ خانجانی و هداوندخانی، ۱۳۹۱)، در عامل «مهارت تنظیم هیجان ضعیف والدین» (با کارازه، عبدی و حیدری، ۱۳۹۴؛ شیرجنگ و همکاران، ۱۳۹۷ و پورواتی و محمدجابر، ۲۰۱۷) و در عامل «فقدان آگاهی‌های لازم والدین» (با فولادوند و همکاران، ۱۳۹۷؛ امیری و همکاران، ۱۳۹۶)، همسویی دارد.

به نظر می‌رسد از میان عوامل مختلف به‌دست آمده در این طبقه، فقدان آگاهی‌های لازم در والدین از همه مهمتر باشد، چراکه به نظر (قدرتی میرکوهی و همکاران، ۱۳۹۴؛ شکوهی یکتا و شهابی، ۱۳۹۷) بسیاری از اختلال‌های رفتاری کودکان از آن رو ریشه‌دار می‌شوند که والدین به دلیل فقدان آگاهی، نمی‌توانند در برهه‌های

مهمی از رشد فرزند خود، با رفتارهای تهدیدکننده آنان به‌درستی مقابله کنند. ضعف در تنظیم هیجان والدین نیز ضمن آن‌که خود، پیامد فقدان آگاهی است می‌تواند با کم‌رنگ کردن انسجام خانواده احتمال بروز رفتار مقابله‌ای کودک را افزایش دهد (تانگ و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع با وجود ضعف علمی و مهارتی والدین، ناکارآمدی آنها در مدیریت دو جنبهٔ باثبات‌تر یعنی آمادگی‌های کودک و ویژگی‌های شخصیتی خود، دور از انتظار نیست.

در دومین طبقه، بافت خانواده و روابط موجود بین اعضای آن مورد توجه قرار گرفته است. عوامل بین فردی در این مطالعه در «روابط زوجی ناکارآمد» (با بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰؛ کاتزمن، دوپنر و دورتن، ۲۰۱۶ و فولادوند، نادى، عابدی و سجادیان، ۱۳۹۷)، در «ساختار ناکارآمد خانواده» (با صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیائی، ۱۳۹۵؛ بهروزی، فرزادی و فرامرزی، ۱۳۹۵)، در «ضعف در مهارت‌های حل تعارض» (با خدابخش و جعفری، ۱۳۹۰ و تانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، در «نظام معیوب شکل‌دهی به رفتار» (با خباز و همکاران، ۱۳۹۴؛ سید محمودیان و همکاران، ۱۳۹۶؛ صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیائی، ۱۳۹۵؛ پورواتی و محمدجابر، ۲۰۱۷)، در «فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک» (با خیریه و همکاران، ۱۳۸۸؛ کازدین و همکاران، ۲۰۱۸) و در «نظارت ناکافی والدین» (با قدرتی میرکوهی، شریفی درآمدی و عبداللهی بقرآبادی، ۱۳۹۴ و پورواتی و محمدجابر، ۲۰۱۷) همسویی دارد. در تبیین عوامل این طبقه، می‌توان از مبنای نظری خانواده درمانگران ساخت‌نگر یاری جست که از میان سه خرده‌نظام همسران، والدین و همشیرها، خرده نظام همسران را، شاه کلید ثابت خانواده می‌دانند (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۲۰۱۲؛ ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۴).

خانواده‌های ایرانی است. بر اساس یافته‌های این مطالعه، کودکان ایرانی زمان زیادی را در کنار افرادی نظیر پدربزرگ و مادر بزرگ خود سپری می‌کنند و این امر در شکل‌گیری انضباط دوگانه و در نتیجه تقویت رفتارهای مقابله‌ای تأثیرگذار است. مطالعه خباز و همکاران (۱۳۹۴) مؤید همین مطلب است.

سومین عامل بیرونی برنامه‌های ماهواره‌ای و بازی‌های رایانه‌ای است. تحقیقات نشان می‌دهد بین شیوع اختلالات رفتاری در کودکان و میزان استفاده از بازی‌های رایانه‌ای (شیرینی و همکاران، ۱۳۹۵) و طول مدت استفاده کودکان (مسعودی و پورحیمنیان، ۱۳۹۵) رابطه معنی‌دار وجود دارد. در پژوهش حاضر نیز همسو با دو تحقیق مذکور، تماشای پیوسته برنامه‌های تلویزیون، به‌ویژه شبکه‌های ماهواره‌ای و استفاده از بازی‌های رایانه‌ای و موبایل آخرین عاملی است که سهم قابل توجهی در تداوم رفتارهای مقابله‌ای کودکان دارد.

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که اطلاعات حاصله از بررسی چندجانبه و جامع این مطالعه، ضمن آن که تصویری گویا از زمینه‌های بروز و تقویت رفتارهای مقابله‌ای در کودکان به نمایش در می‌آورد می‌تواند درمانگران و مشاوران را در تمرکز بر نقاط آسیب‌پذیرتر یاری نماید.

زمینه خانوادگی متفاوت کودکان مشارکت‌کننده (سن والدین، ترتیب تولد، تعداد همشیرها، میزان تحصیلات و شغل والدین) از محدودیت‌های این پژوهش بوده و ممکن است یافته‌های این پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین به دلیل تمرکز این پژوهش بر نمونه‌های داوطلب، در تعمیم نتایج آن باید احتیاط نمود. با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در کارگاه‌های آموزش والدین و مداخلات درمانی بر غنی‌سازی روابط زوجین، مدیریت حل تعارض، تقویت مهارت تنظیم هیجان، آموزش مدیریت رفتار با کودکان و اصلاح سبک فرزندپروری با تمرکز بر مشارکت پدر تمرکز بیشتری شود.

منابع

استراوس، آنسلم و کربین، جولیت. (۱۳۹۴). مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای. (ترجمه ابراهیم افشار). تهران: نشر نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۸۶).

امیری، محسن؛ موللی، گیتا؛ نساان، عباس؛ حجازی، مسعود و اسدی گندمانی، رقیه (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، وقتی زن و شوهر توان خود را صرف مشاجره و زورآزمایی می‌کنند، هم خود را به لحاظ جسمی و عاطفی فرسوده می‌سازند و هم در ایفای نقش والدینی متزلزل می‌شوند. این تزلزل ضمن افزایش سطح اضطراب کودک، و تقویت ناسازگاری او (تانگ و همکاران، ۲۰۱۷)، کودک را از حس اعتماد و امنیت که اساس تحول هیجانی سالم محسوب می‌شود، محروم می‌سازد (مک کارتی و همکاران، ۲۰۰۴ به نقل از کارازه، عبدی و حیدری، ۱۳۹۴). در این میان، با توجه به نقش محوری پدر در میزان سازگاری و رشد اجتماعی کودک (کاربرا، کوک، مک فادن و برادلی، ۲۰۱۱) و تأثیر نبود پدر بر بروز نشانه‌ها و تشدید آن (خداکریمی جانباز، حسین‌خانزاده، و ابوالقاسمی، ۱۳۹۸)، شرط حضور پدر برای انجام مصاحبه، علاوه بر آن که فرصت بهتری برای مشاهده مستقیم تعاملات همسران و زمینه‌های تفاهم یا اختلاف آنها در برخورد با کودک نافرمان خود را فراهم آورد، به غنی‌تر شدن این مطالعه نیز افزود.

به موازات عوامل درونی و بین‌فردی، می‌توان به مجموعه‌ای از عوامل بیرونی نیز اشاره نمود که در تقویت رفتارهای مقابله‌ای کودکان نقش آفرین می‌باشند. از آنجا که استرس در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دو تا چهار برابر بیشتر از سایر خانواده‌هاست (خدابخش و جعفری، ۱۳۹۰)، طبیعی است که در بیانات نمونه‌های داوطلب از رویدادهای استرس‌زای مختلفی سخن به میان آمده باشد. رویدادهایی که هم تعامل کودک را با خانواده و مدرسه دچار مشکل می‌کند و هم با واردآوردن فشار مضاعف بر والدین و کاهش احساس خودکارآمدی آنها (کاترمن، دوپنر و دورتن، ۲۰۱۶) به تداوم رفتارهای مقابله‌ای کودک منجر می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد نقش «رویدادهای استرس‌زا» با مطالعه فولادوند و همکاران (۱۳۹۷) و وسل هوفت و همکاران (۲۰۱۸) همسویی دارد.

از سوی دیگر به اعتقاد برخی محققین اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتر در خانواده‌هایی دیده می‌شود که مسئولیت نگهداری و تربیت کودکان به عهده افراد مختلف بوده است (اسکور، وان ریجن، وید، گازن و اسواب، ۲۰۱۶). این یافته نشان می‌دهد علاوه بر اعضای خانواده، دیگر اطرافیان کودک نیز می‌توانند با رفتارهای خود به ناآرامی فضای خانواده دامن بزنند. آنچه سهم مخرب حضور این قبیل افراد را مهم‌تر می‌کند، بافت فرهنگی و شرایط اقتصادی

پروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. علوم رفتاری، ۳(۱)، ۵۸-۵۳.

دادستان، پریرخ؛ بیات، مریم و عسگری، علی (۱۳۸۸). تأثیر بازی درمانگری کودک محور بر کاهش مشکلات برونی‌سازی شده کودکان. علوم رفتاری، ۳(۴)، ۲۶۴-۲۵۷.

داوودی، حسین؛ کلهر، اکرم و علی بابایی نوغان سفلی، الهام. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش والددرمانگری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان دختر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای. روانشناسی بالینی، ۱۰(۳)، ۹۱-۱۰۰.

سید محمودیان، سید محمد؛ عزیزاده، حمید؛ پزشک، شهلا؛ برجعلی، احمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). تدوین یک برنامه آموزش مادران مبتنی بر تکنیک‌های آدلرگلاس و بررسی اثربخشی آن بر بهبود روابط مادر - فرزند در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، روانشناسی خانواده، ۴(۲)، ۲۸-۱۹.

شیری، سید محمد؛ عرب نودری، فاطمه؛ کوهی، الهام؛ میبودی، حسین؛ لیلپور، نرگس و رشیدی، سحر (۱۳۹۵). بازی‌های رایانه‌ای و اثرات آن بر سلامت روانی دانش آموزان. روان پرستاری، ۴(۴)، ۱-۶.

شریفی درآمدی، پرویز؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ پادروند، حافظ و گراوند، فرشید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش کنترل تکانه و بهبود نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای روانشناسی بالینی، ۵(۴)، ۴۴-۲۹.

شکوهی یکتا، محسن و شهابی، روح‌اله (۱۳۹۷). اثربخشی کارگاه آموزشی «تربیت کودک اندیشمند» بر مشکلات رفتاری کودکان و خودکارآمدپنداری والدگری. علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸)، ۴۲۶-۴۱۹.

شیرجنگ، لیلا؛ مهریار، امیرهوشنگ؛ جاویدی، حجت‌اله و حسینی، سیدابراهیم (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۵(۵۸)، ۱۳۷-۱۲۷.

صدری، مریم؛ زارع بهرام آبادی، مهدی و غیائی، مهناز (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. سلامت روانی کودک، ۳(۲)، ۳۰-۲۱.

عبدی، سلمان؛ باباپور خیرالدین، جلیل و صادری اسکویی، الهه. (۱۳۸۷). رابطه ویژگی‌های شخصیت و سلامت روانشناختی با "توجه آگاهانه به حال" در دانشجویان. اصول بهداشت روانی، ۱(۴)، ۲۸۸-۲۸۱.

علائم اختلال و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، توانبخشی، ۱۸(۲)، ۹۷-۸۴.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: نسخه ۵. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۳).

بلالی، رقیه و آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، روانشناسی کاربردی، ۵(۴)، ۷۳-۵۹.

بهریزی، ناصر؛ فرزادی، فاطمه و فرامیزی، حمید (۱۳۹۵). رابطه علی‌خسونت فیزیکی و عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری رابطه والد - فرزند و همدلی. سلامت روانی کودک، ۳(۳)، ۹۵-۴۳.

تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. دانشگاه شاهد، ۱۵(۲۸)، ۱۳-۱.

جهانبخش، مرضیه؛ بهادری محمدحسین؛ امیری شعله و جمشیدی، آذر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی. روانشناسی بالینی، ۳(۴)، ۴۹-۴۱.

خانجانی، زینب و هداوندخانی، فاطمه (۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیت مادران با اختلال‌های برونی‌سازی و درونی‌سازی دختران. روانشناسی معاصر، ۷(۱)، ۱۰۸-۹۹.

خباز، محمود؛ عزیزاده، حمید؛ دلاور، علی؛ قوام، صغری؛ ابراهیمی؛ رستمی، رضا و بهجتی، زهرا (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزش علاقه اجتماعی (مادر - کودک) بر ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای. پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۶(۴)، ۳۰-۱۵.

خدابخش، روشنک و جعفری، مصطفی (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش والدین با رویکرد آدلری بر سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های اختلال. مطالعات روانشناختی، ۱۰(۱)، ۳۰-۷.

خداکرمی جانباز، فائزه؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۸). کیفیت رابطه والد - کودک و خواهر - برادر در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. سلامت روان کودک، ۶(۱)، ۱۱۱-۹۵.

خیریه، منصوره سادات؛ شعیری، محمدرضا؛ آزادفلاح، پرویز و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۸). اثربخشی روش آموزش فرزند

- Booker, J., A., Capriola-Hall, N., N., Greene, R., W., & Ollendick, T., H., (2019). The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405-419.
- Cabrera NJ, Cook GA, McFadden KE, Bradley RH. (2011). Father residence and father-child relationship quality: peer relationships and externalizing behavioral problems. *Fam Sci*, 2(2), 109-119.
- Chacko, A., Scott, A. J., Lowry, L., S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., Lee, D. & Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204-215.
- Katzmann, J., Döpfner, M. & Görtz-Dorten, A. (2018). Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(9), 1181-1192.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., & LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for odd symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 741-757.
- Lin, X., Li, W., Li, Y., Zhao, Y., Shen, J., & Fang, X. (2013). The family factors and family intervention program for child who have oppositional defiant disorder. *Advances in Psychological Science*, 21(11), 1983-1995.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
- Marmorstin, N. R. (2006). Relationship between anxiety and externalizing disorder in youth: The influences of age and gender. *Journal of Anxiety Disorder*, 31(1), 82-112.
- Nordahl, H. M., Wells, A., Olsson C. A., & Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9):852-858.
- Purwati & Japar, M. (2017). Parents' education, personality, and their children's disruptive behaviour. *International Journal of Instruction*, 10(3), 227-240.
- Schoorl, J.; van Rijn, S.; Wied, M.; Goozen, S.; & Swaab, H. (2016). The role of anxiety in cortisol stress response and cortisol recovery in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder, *Psychoneuroendocrinology*, 73, 217-223. available at <http://doi.Org/10.1016/i.psyneuen.2016.8.007>
- Spencer, T., J., Abikoff, H., B., Connor, D., F., Biederman, J., Pliszka, S., R., Boellner, S., Read, S., C., & Pratt, R. (2006). Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall xr) in the management of oppositional
- فولادوند، مریم؛ نادى، محمدعلی؛ عابدی، احمد و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۷). اثربخشی روش والدگری کازدین بر روابط والد - کودک در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۴)، ۴۵۳-۴۶۵.
- قدرتی میرکوهی، مهدی؛ شریفی درآمدی، پرویز و عبداللهی بقرآبادی، قاسم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۵(۲۰)، ۱۲-۲۴.
- کارازه، شیلا؛ عبدی، منصور و حیدری، حسن (۱۳۹۴). بررسی کارکرد خانواده و نقش سبک‌های فرزندپروری مادران در پیش‌بینی مشکلات رفتاری. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۶)، ۱۷-۲۶.
- کردستانی، داوود و امیری، محسن (۱۳۹۱). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، علت‌ها، عوامل خطر ساز و روش‌های درمانی. *رویش روانشناسی*، ۲(۲)، ۱۳۳-۱۵۳.
- گولدنبرگ، هربرت و گولدنبرگ، آیرین (۱۳۹۴). *خانواده درمانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۲).
- مسعودنیا، ابراهیم و پوررحیمیان، الهه (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین بازی‌های رایانه‌ای و بروز اختلالات رفتاری در میان دانش‌آموزان پسر دبستانی. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۷(۳)، ۵۵۱-۵۶۱.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۶). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک و ویرایش چهارم. *کودکان استثنایی*، ۷(۱)، ۷۹-۹۶.
- نجمی، سیدبدرالدین؛ حسن‌زاده، اکبر (۱۳۸۹). رابطه الگوی صفات شخصیتی والدین کودکان و نوجوانان ۵-۱۵ ساله مبتلا به اختلال‌های رفتاری با نوع اختلال آنها. *اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲)، ۵۳۳-۵۲۴.
- نوربالا، احمد؛ باقری یزدی، عباس؛ محمد، کاظم (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۱(۴)، ۴۷-۵۳.
- Andersson. G, Paxling. B, Wiwe. M, Vernmark. K, Felix. CB, Lundborg. L, Furmark. T, Cuijpers. P & Carlbring. P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 544-550.
- Booker, J., A., Capriola-Hall, N., N., Dunsmore, J., C., Greene, R., S. & Ollendick, T., H. (2018). Change in maternal stress for families in treatment for their children with oppositional defiant disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2552-2561.

- defiant disorder with or without comorbid attention- deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents. *Clinical Therapeutics*, 28(3), 402- 418.
- Tang, Y., Lin, X., Chi, P., Zhou, Q., & Hou, X. (2017). Multi-level family factors and affective and behavioral symptoms of oppositional defiant disorder in chinese children. *Frontier in Psychology*, 8, 1123. available at https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492043/#_ffn_sectitle
- Wesselhoeft, R., Stringaris, A., Sibbersen, C., Kristensen, R., V., Bojesen, A., B. & Talati, A. (2018). Dimensions and subtypes of oppositionality and their relation to comorbidity and psychosocial characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 351–365.