

مطالعه کیفی عوامل زمینه‌ساز اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان*

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

Contributing factors of oppositional defiant disorder: qualitative research

Mahmood Sharifi Esfahani¹, Kiumars Farahbakhsh², Masumeh Esmaili³, Hossein Salimi Bajestani⁴, Mohammad Asgari⁵

چکیده

زمینه: اختلالات و بیماری‌های مختلفی کودکان را تهدید می‌کند. شناسایی و درمان زودهنگام این اختلالات می‌تواند ضامن سلامت کودکان، خانواده و جامعه باشد. مسأله این است که چه عواملی زمینه‌ساز اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است؟ **هدف:** این پژوهش با هدف مطالعه کیفی عوامل زمینه‌ساز اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان انجام شد. **روش:** در این پژوهش از رویکرد کیفی، روش زمینه‌ای به منظور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی والدین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در مقطع پیش‌دبستانی و ابتدایی و مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. به این منظور والدین ۱۲ کودک دارای معیارهای ورود به پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند و با کمک دو پرسشنامه علائم مرضی کودکان، فرم والد (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها به روش استراوس و کوربین (۱۹۸۶) انجام شد. **یافته‌ها:** 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، بین‌فردی و بیرونی دست یافتیم. **نتیجه‌گیری:** مجموعه عوامل زمینه‌ساز فردی، بین‌فردی و بیرونی، سهم چشمگیری در تبیین بروز و تداوم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و نقش مهمی در درمان آن دارند. **واژه کلیدی‌ها:** اختلالات کودکی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عوامل زمینه‌ساز

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 اندازه‌گیری، 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 «برون نمود»، 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 فرامرزی، ۱۳۹۵)، وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری از قبیل الگوهای رفتاری خصمانه، نافرمانی، منفی‌گرایی و عدم اطاعت‌پذیری، خلق‌وخوی عصبی، مشاچه 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 نابخجای 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 غیائی، ۱۳۹۵؛ پورواتی و محمدجایر، ۲۰۱۷؛ فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱). در برخی مطالعات مجموعه فاکتورهای خطر سازی که کودک را در معرض این اختلال قرار می‌دهند، در قالب مدل مورد اشاره قرار گرفته است. لاین، 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 فننگ (۲۰۱۳)، نیز این عوامل خطر ساز 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 (داودی، 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، دانس مور، گرین و اولندیک، ۲۰۱۹)، غفلت والدین از روند شکل‌گیری اختلال (فولادوند، نادى، عابدی و سجادیان، ۱۳۹۷؛ امیری، موللی، نسانیان، 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 ساختاریافته نهایی 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، پزشک، برجعلی، 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 نایمن در کودک (خیریه، شعیری، آزادفلاح و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۸)، ناهماهنگی در برخوردهای انضباطی (کاتزمن، دوپنر و دورتن، ۲۰۱۶) و تعارضات زناشویی (بلالی و آقاییوسفی، 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 پزشک 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 به دست 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 به دست 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، به دست 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				
تعداد فرزند	طول مدت ازدواج	شغل	تحصیلات	سن والدین	پدر	فاصله با همشیر	رتبه تولد	سن	جنسیت	مشارکت کننده
۲	۱۴	آزاد	دیپلم	۴۱	پدر	۳	اول	۷	دختر	۱
		خانه‌دار	لیسانس	۳۵	مادر					
۲	۱۷	آزاد	سیکل	۴۱	پدر	۵	دوم	۱۰	دختر	۲
		خانه‌دار	دیپلم	۲۸	مادر					
۲	۱۰	کارگر	سیکل	۳۹	پدر	۳	اول	۷	پسر	۳
		خانه‌دار	دیپلم	۳۵	مادر					
۲	۲۴	آزاد	دیپلم	۴۷	پدر	۱۶	دوم	۸	پسر	۴
		خانه‌دار	دیپلم	۴۳	مادر					
۳	۲۷	کارمند	دیپلم	۴۸	پدر	۱۲	سوم	۹	پسر	۵
		خانه‌دار	پنجم ابتدایی	۴۲	مادر					
۲	۱۱	آزاد	لیسانس	۴۰	پدر	۴	اول	۷	دختر	۶

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها									
اطلاعات مربوط به خانواده					کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای				
مشارکت‌کننده	جنسیت	سن	رتبه تولد	فاصله با همشیر	سن والدین	تحصیلات	شغل	طول مدت ازدواج	تعداد فرزند
۷	پسر	۹	اول	۶	۳۴	لیسانس	خانه‌دار	۱۱	۲
۸	پسر	۹	دوم	۱۱	۳۵	دیپلم	آزاد	۲۱	۲
۹	دختر	۶	تک	-	۳۵	لیسانس	خانه‌دار	۱۵	۱
۱۰	دختر	۸	سوم	۱۲	۴۲	لیسانس	کارمند	۱۴	۳
۱۱	پسر	۷	اول	۳	۴۹	دیپلم	آزاد	۹	۲
۱۲	پسر	۱۰	اول	۵	۴۳	دیپلم	خانه‌دار	۱۴	۲

جدول ۲. کدگذاری و مقوله‌بندی یافته‌ها		
کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
آمادگی‌های کودک	عوامل فردی	مزاج، هوش بالا، تلاش کودک برای جلب رضایت دوستان، شخصیت وابسته، مهارت ارتباطی ضعیف، ترس از قضاوت، عدم تحمل ناکامی، الگوگیری نامناسب، تن‌هایی ناشی از جایگاه تولد، اضطراب جدایی، ناخواسته بودن، نوسان خلقی، فاصله سنی زیاد با والدین
شخصیت والدین	عوامل فردی	کمال‌گرایی، استرس‌زایی مادر، مسئولیت‌گریزی پدر، انعطاف‌ناپذیری، مسئولیت‌پذیری مادر، مسئولیت‌پذیری افراطی پدر در روابط کاری، اضطراب مادر، مهرطلبی، ملاحظه‌کاری افراطی
ضعف والدین در تنظیم هیجان	عوامل فردی	خلق پایین، توجه و محبت افراطی، احساس درمانندگی در برابر کودک، تحریک‌پذیری، ایجاد احساس گناه در کودک، ترس از قضاوت دیگران، پرخاشگری
فقدان آگاهی‌های لازم	عوامل فردی	بی‌توجهی والدین به شرایط سنی و رشدی کودک، غفلت والدین از رشد جامعه‌پذیری کودک، فرزندپروری سردرگم، درک غلط والدین از مهارت‌های ارتباطی، باورهای ناکارآمد والدین
رابطه زوجی ناکارآمد	عوامل فردی	پاسخ‌گویی مکرر مادر به جای پدر در مصاحبه، مقصر دانستن همدیگر، ناهماهنگی در روش‌های تربیتی و رفتاری، بی‌توجهی به نقش‌های مکمل، مشاجره در برابر کودک، عقده‌گشایی نامناسب، فقدان درک متقابل، نزاع قدرت بین والدین، مچ‌گیری از هم، تعارض والدین، تمایل به تغییر دیگری، قهر و فاصله گرفتن از هم، سبک‌های ارتباطی متضاد
ساختار ناکارآمد خانواده	عوامل فردی	خنثی‌سازی اقدام یک والد توسط والد دیگر، بی‌اطلاعی مادر از تصمیمات شغلی پدر، انتظارات مبهم والدین از کودک، بی‌اعتبارسازی کلامی والد توسط والد دیگر، زندگی آشفته و بی‌نظم، پیام‌رسانی مبهم، فقدان قاعده و قانون در خانه، وجود مرزهای مبهم، ائتلاف مخرب با کودک
ضعف در مهارت‌های حل تعارض	عوامل فردی	گفتگوی بی‌نتیجه 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، تعارض‌گریزی والدین، عدم تفکیک مشکلات کار و خانه، شانه خالی کردن والدین از پیامد رفتار خود
نظام معیوب شکل‌دهی به رفتار	عوامل فردی	تنبیه بدنی، اصرار بر تکرار روش‌های نامؤثر، فقدان عمل‌گرایی در والدین، باج‌دهی والدین، کوتاهی در انجام قول، کوتاه‌آمدن والدین در برابر رفتار مخرب کودک، حمایت افراطی، محروم‌سازی، جریمه، برآورده کردن افراطی خواسته‌های کودک
فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک	عوامل فردی	وقت‌گذرانی کم با کودک، توجه تقسیم‌شده، کلیشه‌های جنسیتی، ایجاد احساس طرد (دوست داشتنی نبودن)، فقدان محبت والدین، ایجاد حس بی‌عدالتی و بی‌انصافی در فرزندان، قهر و بی‌محلی، ناتوانی در مدیریت روابط همشیره‌ها، فقدان تفریح و سرگرمی، دریغ کردن محبت از کودک، تحقیر کودک، طعنه و کنایه زدن والدین، رفتار تلافی‌جویانه والدین در مقابل کودک، در دسترس نبودن مادر، فاصله‌گیری از کودک، بی‌توجهی به علایق کودک، ذهنیت منفی درباره کودک، پیش‌گویی منفی، کاهش احساس خودکارآمدی کودک، عدم حمایت از کودک، مقایسه با همشیر، تکرار ملال‌آور 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
	نظارت ناکافی والدین	گناه در کودک، مقایسه کودک با همسالان، امر و نهی، مجادله با کودک، سرزنش کردن کودک در دسترس نبودن پدر، بی‌تفاوتی والدین، غفلت والدین از محتوای ماهواره، افراط و تفریط در مدیریت رفتار کودک، بی‌اطلاعی پدر از مسایل خانه، کنترل‌گری 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
عوامل بیرونی	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 تبعیض‌آمیز 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، بین‌فردی 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؛ شکوهی‌یکتا 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 آن که 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 جنبه 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 بین‌فردی 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 (گولدنبورگ و گولدنبورگ، ۲۰۱۲؛ ترجمه مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۴).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، وقتی زن و شوهر توان خود را صرف مشاجره و زور آزمایی 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.

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.

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 مسئولیت‌نگهداری 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

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؛ نساغان، عباس؛ حجازی، مسعود و اسدی گندمانی، رقیه (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت رفتار به مادران بر

- پروری مثبت بر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. علوم رفتاری، ۳(۱)، ۵۳-۵۸.
- دادستان، پریخ؛ 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؛ عزیززاده، حمید؛ پزشکی، شهاب؛ 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.
- شیرینی، سید محمد؛ عرب نوذری، 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.
- شیرینی در آمدی، پرویز؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ پادروند، حافظ و گراوند، فرشید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش کنترل تکانه و بهبود نشانه‌های مرضی دانش آموزان 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(۶)، 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)، ۸۴-۹۷.
- 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 فرامرزی، حمید (۱۳۹۵). رابطه علی‌خسوت 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؛ عزیززاده، 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؛ عابدى، احمد و سجاديان، اينلاز (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*، ۱۷(۱)، ۷۹-۹۶.
- نجمی، سیدبدرالدین؛ حسن‌زاده، اکبر (۱۳۸۹). رابطه الگوی صفات شخصیتی والدین کودکان و نوجوانان ۱۵-۵ 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.

