DOI: *10.29252/rbs.18.3.336*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 3

Exploring of Moderating Factors of Oppositional Defiant Disorder: A Qualitative Research

Mahmood Sharifi Esfahani[1], Kiumars Farahbakhsh[2], Masumeh Esmaeili[3], Hossein Salimi Bajestani[4], Mohammad Asgari[5]

1. (Corresponding author)* PhD Candidate, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
2. Associated Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4. Associated Professor, Counseling Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
5. Associated Professor, Psychometry Department, Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

Abstract

Aim and Background: In recent years, simultaneously with the high incidence of psychological disorders, the worry about children's mental health and its influence on their growth and functions has been increased. Children's behavioral disorder plays an important role in this regard. Oppositional Defiant Disorder (ODD) is known as the third prevalent childhood disorder. Since the management of destructive outcomes of ODD disorder can be considered as both treatment and prevention, specialists have placed particular emphasis on the assessment, diagnosis, and early treatment of this psychological disorder. The goal of the present study was to investigate and identify the moderating factors of ODD in children.

Methods and Materials: Research data was collected and analyzed 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).

Findings: The obtained findings were as follows: 73 primary codes through open coding, 5 subcategories through axial coding based on subject similarity, and finally 2 categories of parenting and non-parenting factors through selective coding.

Conclusions: A set of parenting and non-parenting factors plays a crucial role in moderating and managing children's oppositional behaviors.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder, parent-child relationship, moderating factors.

Citation: Sharifi Esfahani M, Farahbakhsh K, Esmaeili M, Salimi Bajestani H, Asgari M. **Exploring of Moderating Factors of Oppositional Defiant Disorder: A Qualitative Research**. Res Behav Sci 2020; 18(3): 336-348.

*** Mahmood Sharifi Esfahani,**
Email: esmsharifi8797@gmail.com

کشف عوامل تعدیل‌کننده اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان: یک مطالعه کیفی

محمود شریفی اصفهانی[۱]، کیومرث فرحبخش[۲]، معصومه اسمعیلی[۳]، حسین سلیمی بجستانی[۴]، محمد عسگری[۵]

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

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۵- دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر و هم‌زمان با افزایش شیوع اختلالات روانی، نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد و عملکرد آن‌ها، به‌طور چشمگیری افزایش‌یافته است. سهم قابل‌توجهی از این نگرانی به اختلالات رفتاری کودکان اختصاص دارد. نافرمانی مقابله‌ای سومین اختلال رفتاری شایع در دوران کودکی به‌حساب می‌آید. ازآنجاکه مدیریت پیامدهای مخرب ناشی از این اختلال، هم جنبهٔ درمانی داشته و هم نوعی پیشگیری محسوب می‌شود، متخصصان بر اهمیت ارزیابی، شناسایی و درمان به‌موقع این اختلال روان‌شناختی تأکید دارند. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی و شناسایی عوامل تعدیل کنندهٔ اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بود.

مواد و روش‌ها: به‌منظور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از رویکرد کیفی و روش زمینه‌ای استفاده شد. جامعهٔ موردمطالعه شامل تمامی والدین کودکان ۶ تا ۱۲ سالهٔ 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 به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و با کمک دو پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان، فرم والد (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲) انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها به روش استراوس و کوربین انجام شد.

یافته‌ها: در تجزیه‌وتحلیل در مرحلهٔ کدگذاری باز ۷۳ کد اولیه و در کدگذاری محوری بر اساس شباهت موضوعی ۵ زیرمقوله و درنهایت در مرحلهٔ کدگذاری انتخابی دو مقولهٔ عوامل والدینی و غیر والدینی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: مجموعه عوامل والدینی و غیر والدینی نقش مهمی در تعدیل و مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودکان به عهده دارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رابطه والد- کودک، عوامل تعدیل‌کننده.

ارجاع: شریفی اصفهانی محمود، فرحبخش کیومرث، اسمعیلی معصومه، سلیمی بجستانی حسین، عسگری محمد. **کشف عوامل تعدیل‌کننده اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۳): ۳۴۸-۳۳۶.

*- **محمود شریفی اصفهانی**

رایان نامه: esmsharifi8797@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

مقدمه

اختلالات رفتاری کودکان، اختلالات ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای خانواده، مدرسه و خود کودک مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند (۱). کودکان مبتلا به این اختلالات، نسبت به کودکان بهنجار از سازگاری اجتماعی کمتر (۲) و تجربهٔ عاطفهٔ منفی بیشتری برخوردارند (۳). سومین اختلال شایع روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای است که با الگویی از رفتارهای مداوم و غیرقابل انطباق و با تحریک‌پذیری و خشم شناخته می‌شود و اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۴). البته رفتارهای مقابله‌جویانهٔ کودک در سال دوم زندگی برای بروز خودمختاری و دفاع از امیال خود و مقابله با خواسته‌های دیگران به‌منزلهٔ بروز اختلال نیست. این تلاش هنگامی شکل آسیب به خود می‌گیرد که رفتار مقابله‌ای کودک بسیار فراتر از حد متعارف و بهنجار خود ظاهر می‌گردد یا والدین به خاطر نیازهای خود از قدرت استفاده کرده و در برابر رفتارهای کودک واکنش شدید نشان دهند. اینجاست که کشمکشی پدید می‌آید که زمینه را برای پیدایش اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم می‌کند (۵).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب در روابط بین‌فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان باوجود هوش کافی، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. این مشکلات موجب کاهش اعتمادبه‌نفس، تحمل کم در برابر ناکامی، افسردگی و کج‌خلقی می‌شود (۶). گذشته از تأثیرات مذکور، چنانچه این اختلال بدون درمان رها شود، می‌تواند کودکان مبتلا را در سال‌های آینده با خطر بروز مشکلات دیگری همچون اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلال سلوک، مصرف مواد و الکلیسم و نیز اختلال شخصیت ضداجتماعی و رفتارهای بزهکارانه مواجه سازد (۷).

این پیش‌آگهی نامطلوب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کانون توجه پژوهش‌ها و مداخلات درمانی مختلف قرار داده است. پژوهش‌های مذکور را می‌توان در پنج گروه طبقه‌بندی نمود. مطالعات «کودک محور»، اولین گروهی است که با تمرکز بر کاهش نشانه‌های مرضی کودکان طراحی‌شده است (۸– ۱۰). «والد–محوری» به‌ویژه مادر، جهت‌گیری اصلی دومین دسته از پژوهش‌های مذکور را مشخص می‌کند. محققان زیادی در این گروه سعی کرده‌اند با ارائهٔ «برنامه‌های آموزشی»(۱۱-۱۴) یا اعمال مداخلات درمانی متنوع (۱۵-۱۷)، ضمن اصلاح و بازسازی الگوهای والدینی، تعدیل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان آنان را نیز مدنظر قرار دهند. دغدغهٔ ورود هم‌زمان کودکان نافرمان و والدین آنان به فرایند پژوهش و درمان، رویهٔ غالب سومین دسته از پژوهش‌های موجود را تشکیل می‌دهد که با رویکردی «ترکیبی» به سراغ این اختلال رفتاری رفته است (۱۸،۱۹). پژوهشگران دستهٔ چهارم، البته نه به فراوانی سه گروه پیشین، با رویکردی «سیستمی»، کل خانواده را موردتوجه قرار داده و کوشیده‌اند با به چالش کشیدن ساختار، الگوهای ارتباطی اعضاء و قواعد حاکم بر بافت خانواده، اختلال به وجود آمده در کودک را بهبود بخشند (۲۰-۲۲). در گروه پنجم نیز دامنهٔ مداخلات گسترده‌تر شده و کادر آموزشی مدرسه را نیز دربرگرفته است (۲۳،۲۴).

با بررسی پژوهش‌های داخلی مذکور دو نکته حائز اهمیت به نظر می‌رسد: اول آنکه در هیچ‌یک از این مطالعات، محوریت درمان بر عوامل تعدیل‌کنندهٔ برگرفته‌شده از مطالعهٔ کیفی تعاملات والدین و فرزندانشان، مبتنی نبوده و جملگی با اتکا به روش‌های کمی تحقیق، یا صرفاً به بررسی میزان اثربخشی رویکردهای درمانی مطرحی نظیر درمان آدلری (۲۵)، ایماگوتراپی (۱۷)، درمان مبتنی بر دلبستگی (۱۶)، رابطه‌درمانی (۱۵) و درمان شناختی رفتاری (۲۶) پرداخته‌اند و یا از برنامه‌های «آموزش مدیریت والدین» تولیدشده در خارج نظیر «کودک نافرمان» (۱۲)، «آموزش والدینی بارکلی» (۱۳)، «فرزندپروری مثبت» (۲۷)، «پرورش کودک اندیشمند» (۱۱)، «آیبرگ» (۲۸)، «برنامهٔ پیوند علائق میان خانواده‌ها و معلمان» (۲۳) و «برنامهٔ والدگری کازدین»(۲۹) استفاده کرده‌اند. این در حالی است که با توجه به نقش فرهنگ، امکان تعمیم یافته‌های خارجی با محدودیت روبرو است. ضمن آنکه تدوین مداخلات درمانی کارآمد مبتنی بر فهم عمیق تجارب و تعاملات والدین دارای کودکان نافرمان و کشف راهکارهای مبتکرانهٔ آنان است و این مهم، تنها با اتکا به روش کیفی قابل تحقق به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر حتی اگر بپذیریم علائم شدیدتر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با روابط ضعیف‌تر مادر-کودک در ارتباط است (۳۰)، بااین‌حال نمی‌توان از نقش محوری پدر در تعاملات والد– فرزند چشم‌پوشی نمود. درواقع نه‌فقط میزان حضور پدر، بلکه کیفیت رابطهٔ پدر با کودک نیز در کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان تأثیرگذار است (۳۱). علاوه بر این، تفاوت فهم پدر و مادر از رفتار کودک، بررسی دیدگاه آن‌ها را به‌صورت جداگانه ضرورت می‌بخشد (۳۲)، اما بررسی‌ها

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

حاکی از آن است که در اغلب پژوهش‌های داخلی اثری از حضور پدر در فرایند پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و مداخلات درمانی به چشم نمی‌خورد. توجه به این دو کاستی، در کنار پیش‌آگهی نگران‌کنندهٔ اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ضرورت استفاده از برنامه‌های پیشگیرانه و درمان‌های جامع و کارآمدتر داخلی را دوچندان می‌کند. برداشتن این دو گام حیاتی، هم خدمتی است به کودک و والدین او و هم تضمین‌کنندهٔ سلامت نسل‌های بعد.

با توجه به این نکته که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در محیط خانواده فراگرفته می‌شود (۳۳)، پژوهش حاضر می‌کوشد با برخورداری از اطلاعات دست‌اول به‌دست‌آمده از والدین این قبیل کودکان و با در نظر گرفتن توأم نقش مادر و پدر، مجموعه عوامل درون خانوادگی و برون خانوادگی تعدیل‌کنندهٔ رفتارهای مقابله‌ای در کودکان را شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریهٔ زمینه‌ای با شیوهٔ استراوس و کوربین انجام شد. مزیت این روش نسبت به دیگر روش‌های رویکرد کیفی آن است که می‌توان از طریق آن، برای تعاملات والدین و کودکان نافرمان، هم «تبیین علی» (پاسخ به چرایی از طریق امور واقعی بیرون از ذهن) و هم «تبیین دلیلی» (پاسخ به چرایی از طریق دلایل ذهنی) ارائه داد. به‌عبارت‌دیگر روش نظریهٔ زمینه‌ای می‌تواند شرایط و علل را دربارهٔ سطح کیفیت والدگری مناسب یا نامناسب در خانواده موردبررسی قرار داده و طبقه‌بندی کند، چگونگی فرآیندها و تعاملات والدین و کودکان و نیز پیامدهای مرتبط با آن را نیز موردبررسی و تحقیق قرار دهد (۳۴). جامعهٔ مورد مطالعهٔ پژوهش شامل تمامی والدین کودکان ۶ تا ۱۲ سالهٔ 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 ادارهٔ کل آموزش‌وپرورش اصفهان و همکاری با مراکز مشاورهٔ نواحی شش‌گانهٔ آموزش‌وپرورش شهر اصفهان، کودکانی که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای گرفته بودند، شناسایی شده و پس از حصول اطمینان از تمایل والدین آنان نسبت به مشارکت در پژوهش، از طریق اجرای پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان فرم والد و کسب نمرهٔ 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 پرسشنامهٔ سلامت عمومی روی والدین اجرا شد و پس از حصول اطمینان از تعلق به جمعیت غیر بالینی (کسب حداقل نمرهٔ ۲۳)، مصاحبهٔ نیمه ساختاریافتهٔ نهایی با آنان انجام شد. این روند به‌صورت هدفمند دربارهٔ سایر والدین نیز انجام شد. روند کدگذاری پس از اولین مصاحبه آغاز شد و فرایند مصاحبه تا دستیابی به اشباع نظری که در مصاحبهٔ دوازدهم به دست آمد، متوقف شد. به‌منظور گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته از چهار پرسش کلی «الگوهای رفتاری والدین در برابر نافرمانی کودک»، «نحوهٔ تعامل والدین در برابر کودک»، «فضای عمومی خانواده» و «کیفیت رابطهٔ زناشویی در والدین» استفاده شد. پرسش‌های اولیه بر مبنای مرور ادبیات پژوهش، مشورت با متخصصان خانواده و کودک و کار میدانی مقدماتی تهیه گردید. پس از طراحی پرسش‌ها، در گام نخست به‌صورت 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، آیا می‌توان به اهداف پژوهش دست‌یافت یا خیر. پس از اعمال اصلاحات مدنظر متخصصان، فرایند مصاحبه‌های اصلی آغاز گردید. هر مصاحبه به‌طور متوسط ۵۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها بعد از ضبط، بازخوانی شده و بر اساس روش استراوس و کوربین در سه مرحله باز، محوری و انتخابی کدگذاری شدند. در مرحلهٔ کدگذاری باز، داده‌ها به بخش‌های مجزا، خرد شده و با دقت موردبررسی قرار گرفتند تا با محوریت شباهت‌ها و تفاوت‌ها، مقایسه و دسته‌بندی شوند. سپس بر اساس شباهت‌های موجود بین کدهای باز، کدگذاری محوری انجام شد. این مرحله به مرتبط کردن مقوله‌ها با زیرمقوله‌ها در راستای ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها انجام گرفت. در کدگذاری محوری از تحلیل داده‌ها به چگونگی تلاقی مقوله‌ها با ابعاد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

یکدیگر و نحوهٔ اتصال آن‌ها توجه می‌شود. این کار برای عمق و ساختار بخشیدن به مقولات انجام شده و منجر به نظریه‌سازی می‌شود (۳۵). کدگذاری انتخابی به‌منزلهٔ سومین مرحلهٔ کار، فرایند یکپارچه‌سازی و پالایش نظریه است. در یکپارچه‌سازی، مقوله‌ها حول یک محور مرکزی که قدرت توضیح‌دهندگی دارد، مرتب می‌شوند. فرایند یکپارچه‌سازی و بهبودبخشی نظریه در مرحله کدگذاری انتخابی، از طریق نگارش خط داستان که مقوله‌ها را به هم متصل می‌کند صورت می‌گیرد. درواقع کدگذاری انتخابی یافته‌های مراحل قبلی را گرفته، مقوله مرکزی را انتخاب می‌کند، به شکلی نظام‌مند آن را به دیگر مقوله‌ها ربط می‌دهد و آن روابط را اثبات می‌نماید (۳۴).

در راستای تأمین اعتبار پژوهش سعی گردید ملاک‌های باورپذیری، اتکاپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری (۳۵) موردتوجه قرار گیرد. برای تضمین باورپذیری داده‌ها پس از تحلیل هر مصاحبه مجدداً به آزمودنی‌ها مراجعه کرده و صحت مطالب تأیید و تغییرات لازم اعمال شده است. برای تضمین قابلیت اتکاپذیری سعی شد روند تحلیل اطلاعات و فرآیند تصمیم‌گیری در پژوهش حاضر، فرآیند کار به‌صورت تیمی و با مشورت صاحب‌نظران انجام شود. به‌منظور ضمانت تأییدپذیری تلاش شد پژوهشگر پیش‌فرض‌های خود را در فرآیند گردآوری اطلاعات دخیل نکند. به‌منظور افزایش قابلیت انتقال‌پذیری و تعمیم به سایر موقعیت‌ها سعی شد تا حد امکان از خانواده‌های ساکن در هر شش ناحیه آموزش‌وپرورش شهر اصفهان برای شرکت در پژوهش استفاده شود تا لایه‌های مختلف جمعیتی و آزمودنی‌های متعلق به طبقات متنوع اجتماعی و اقتصادی را در برگیرد. ابزار ذیل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شدند.

پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان: این پرسشنامه را گادو، اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند. به دنبال انتشار نسخهٔ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، پرسشنامه در سال ۱۹۹۴ با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. پرسشنامه علائم مرضی کودکان سیزده اختلال رفتاری و هیجانی را غربال می‌کند و برای کودکان ۶ تا ۱۴ سال و در قالب دو فرم والد با ۱۱۰ سؤال و معلم با ۸۷ سؤال تهیه‌شده است. هر یک از عبارات پرسشنامه، در مقیاس چهاردرجه‌ای «هرگز، گاهی، اغلب و بیشتر اوقات» پاسخ داده می‌شود. شیوهٔ نمره‌گذاری روش نمرهٔ غربال‌کننده است که با جمع تعداد عباراتی که با گزینه‌های اغلب و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به‌دست‌آمد می‌آید. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش غربال‌کننده مورداستفاده قرار می‌گیرد. در این روش، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمع‌زن تعداد عباراتی که با گزینه‌های اغلب و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید. نمرهٔ متوسط به بالای آزمودنی‌ها در هر یک از ۱۳ گروه به معنای وجود اختلال خواهد بود (۳۶). پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی موردبررسی قرارگرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده‌است. در پژوهشی که توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی نسخهٔ سوم پرسشنامهٔ نشانه‌های مرضی کودکان انجام گرفت، حساسیت و پایایی آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ گزارش شد. در مطالعهٔ محمداسماعیل (۳۷) نیز ضریب پایایی فرم والد پرسشنامه به روش اجرای مجدد آزمون با فاصلهٔ زمانی دو هفته برای ۱۱ اختلال این پرسشنامه از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد که به‌استثناء هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۵ تا ۰/۰۱ معنادار بودند.

پرسشنامهٔ سلامت عمومی: این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ تدوین شد، شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه از چهار مقیاس تشکیل یافته که هرکدام هفت سؤال دارد. نمره‌گذاری بر اساس 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 (۳۸). مطالعهٔ نوربالا، باقری یزدی و محمد (۳۹) نشان داده است که بهترین نمرهٔ برش با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرتی ۲۳ می‌باشد. گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸ پایایی به روش دونیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل‌شده بود، ۰/۹۵ گزارش کردند.تقوی (۴۰) اعتبار این پرسشنامه را از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب 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. دامنهٔ سنی والدین شرکت‌کننده از ۲۸ تا

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

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 مشاورهٔ آموزش‌وپرورش ناحیهٔ خود، فراخوانده شده بودند.

جدول یک اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان تحقیق

ردیف	مشارکت کننده	سن	تحصیلات	مدت ازدواج	شغل	تعداد فرزندان	فرزند مبتلا به ODD			
							جنسیت	سن	رتبه تولد	فاصله سنی با همشیر
۱	پدر	۴۱	دیپلم	۱۴	آزاد	۲	دختر	۷	اول	۳
	مادر	۳۵	لیسانس		خانه‌دار					
۲	پدر	۴۱	سیکل	۱۷	آزاد	۲	دختر	۱۰	دوم	۵
	مادر	۲۸	دیپلم		خانه‌دار					
۳	پدر	۳۹	سیکل	۱۰	کارگر	۲	پسر	۷	اول	۳
	مادر	۳۵	دیپلم		خانه‌دار					
۴	پدر	۴۷	دیپلم	۲۴	آزاد	۲	پسر	۸	دوم	۱۶
	مادر	۴۳	دیپلم		خانه‌دار					
۵	پدر	۴۸	دیپلم	۲۷	کارمند	۳	پسر	۹	سوم	۱۲
	مادر	۴۲	پنجم ابتدایی		خانه‌دار					
۶	پدر	۴۰	لیسانس	۱۱	آزاد	۲	دختر	۷	اول	۴
	مادر	۳۴	لیسانس		خانه‌دار					
۷	پدر	۳۵	دیپلم	۱۱	آزاد	۲	پسر	۹	اول	۶
	مادر	۳۵	دیپلم		خانه‌دار					
۸	پدر	۵۲	لیسانس	۲۱	کارمند	۲	پسر	۹	دوم	۱۱
	مادر	۴۲	لیسانس		خانه‌دار					
۹	پدر	۳۵	لیسانس	۱۵	آزاد	۱	دختر	۶	تک	–
	مادر	۳۵	فوق‌دیپلم		خانه‌دار					
۱۰	پدر	۴۹	دیپلم	۱۴	آزاد	۳	دختر	۸	سوم	۱۲
	مادر	۴۳	دیپلم		خانه‌دار					
۱۱	پدر	۳۵	لیسانس	۹	نظامی	۲	پسر	۷	اول	۳
	مادر	۳۴	فوق‌لیسانس		خانه‌دار					
۱۲	پدر	۳۹	دیپلم	۱۴	آزاد	۲	پسر	۱۰	اول	۵
	مادر	۳۱	دیپلم		خانه‌دار					

پس از رسیدن به اشباع نظری در مصاحبهٔ دوازدهم، جهت بررسی محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته در سطح تحلیل خرد، استخراج مفاهیم اولیه و نظم‌دهی مفهومی، داده‌ها با استفاده از سه مرحلهٔ کدگذاری، طبقه‌بندی شدند. جدول ۲ دسته‌بندی کدهای استخراج‌شده را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در نتیجهٔ تحلیل محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته با والدین مشارکت‌کننده، در مرحلهٔ نخستین کدگذاری ۷۳ کد اولیه، در مرحلهٔ دوم ۵ مقولهٔ فرعی شامل توافق، کنترل، حمایت، نظارت و پشتیبانی و درنهایت ۲ مقولهٔ اصلی عوامل والدینی و غیر والدینی استخراج گردید.

توافق والدینی: اولین عاملی که والدین مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر را در مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودک خود یاری نموده است همفکری، گفتگو، هماهنگی و وحدت رویه در برخورد با رفتارهای کودک است. پدر نهم: «سرانجام سه تا بازی چونه می‌زد! من می‌گفتم نه مامانش گفت: بابا حالا بگذار یه بازی دیگه بره، وقتی رفت اون بازی رو مامان گفت دیگه تمام

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

شد بریم». مادر چهارم: «نه مثلاً چیزی پیش بیاید می‌گذاریم در اتاق بدون حضور بچه. مثلاً من می‌گم چرا این کار را کردی؟».

جدول ۲. کدگذاری مقوله‌ها

کدگذاری باز	کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
همسویی والدین در سبک فرزندپروری، تصمیم‌گیری منطقی والدین متناسب با شرایط، اجتناب والدین از تشدید بحران، گفتگوی مؤثر والدین درباره تربیت فرزند، جبران کاستی‌های پدر از جانب مادر، حمایت از والد توسط والد دیگر، مکمل بودن نقش والدین در برابر کودک، اجتناب از مشاجره در برابر کودک، تلاش در جهت رسیدن به درک مشترک	توافق	عوامل والدینی
تشویق، مواجه ساختن کودک با پیامدهای منطقی رفتار، صمیمیت با کودک در عین پایبندی به اصول، نادیده گرفتن رفتارهای مخرب، راهنمایی و آموزش رفتار مناسب، شفاف‌سازی و قانع کردن، تقسیم وظائف متناسب با سن، ایجاد تغییر مؤثر فوری، پرت کردن حواس کودک، سازمان‌دهی به رفتار کودک، تقویت رفتار، استفاده از قصد متناقض، لحن و کلام مقتدرانه، رفتار قاطع والدین، محروم‌سازی موقت، آموزش جبران به کودک، پاداش مؤثر، واکنش سنجیده و مبتکرانه	کنترل	
صبوری و خویشتن‌داری والدین، مدارا کردن با کودک، همدلی با کودک، دل‌جویی از کودک، در آغوش گرفتن و نوازش جسمی کودک، نوازش کلامی کودک، پذیرش کودک، ایجاد فرصت گفتگو با کودک، درک نیازها و توانایی‌های کودک، اجتناب والدین از تشدید بحران، شوخ‌طبعی والدین، مشارکت دادن کودک در امور و تصمیم‌گیری‌های خانواده، دادن حق انتخاب در امور شخصی، حفظ شأن کودک در برابر دیگران، اجتناب از توهین به کودک، اجتناب از مقایسه کردن، خوش برخوردی با کودک، دادن حق اظهارنظر، دادن فرصت تجربه کردن به کودک، تقویت حس خودکارآمدی در کودک، تفکیک رفتار کودک از شخصیت وی، اجتناب از تنبیه بدنی، احترام به حریم خصوصی کودک، همبازی شدن با کودک، انجام فعالیت‌های مشترک خانوادگی، مشارکت در فعالیت‌های موردعلاقه کودک، صرف وقت کیفی پدر با کودک	حمایت	
مدیریت رسانه‌ها، کنترل حضور کودک در محیط‌های تنش‌زا، عدم انتقال استرس‌های شغلی به فرزندان، تغذیهٔ سالم، بیان شفاف قوانین و انتظارات، نظارت بر بازی با همسالان، مستقل بار آوردن کودک، تقویت احساس مسئولیت در کودک، افزایش آستانهٔ تحمل کودک (ناکامی بهینه)، برآورده کردن منطقی خواسته-ها، قانونمندسازی رفتار	نظارت	
تعامل مثبت والد- مدرسه، کمک گرفتن از متخصصان، کمک گرفتن از الگوها و محیط‌های جذاب، نوع شغل و میزان فراغت کاری پدر، استفاده از قصه، تقویت رقابت سالم با همسالان، حمایت مؤثر اطرافیان، دعوت از همسال برای لذت‌بخش‌تر کردن تفریح کودک	پشتیبانی	عوامل غیر والدینی

کنترل والدینی: استفاده والدین از راهبردهای کارآمد مدیریت رفتار و اعمال مرزبندی روشن عامل مؤثر دیگری است که توانسته است از شدت نافرمانی کودکان در حد قابل قبولی بکاهد. مادر دوم: «من تهدیدهام خیلی تهدیدهای سنگینی نیست در حد سنشه». پدر چهارم: «بعضی چیزها را اصرار میکنه باید بخری! مثلاً وسط زمستان میگه بستنی میخام میگم میریم جلوتر کارمون را بکنیم بعد میگه نه! پافشاری میکنه. ما اون موقع نمی‌خریم رفتیم جلوتر تا صبر را یاد بدیم. یک کمی گذشت می‌خریم ولی بعضی‌اوقات نخریدیم زمستان بوده سرد بوده».

۳- حمایت والدینی: تقویت احساس ارزشمندی در کودک، صرف وقت مناسب و حضور مؤثر در موقعیت‌های بحرانی، سومین عامل تعدیل‌کنندهٔ رفتارهای مقابله‌ای کودکان است که از جانب والدین مشارکت‌کننده مورداستفاده قرارگرفته است. مادر اول: «یک وقتایی می‌گم بیا با هم حرف بزنیم می شینیم، میگم چه حرفی داری میگه دلم می‌خواد با هم بریم یه جا! یک موقع وقت داشته باشم می‌برم می‌گم بیا با هم بریم هر جا گفتی می‌برمت اگر خواستی پارک بری می‌برم هر جا گفتی میریم باهم، هستیم روزها باهم هستیم می‌برمش این‌طرف اون طرف اگر وقت کنم». پدر پنجم: «خیلی اهمیت میدم بهشون بااینکه نیستم خیلی وقت براشون میزارم».

۴- نظارت والدینی: رفتارهای مراقبتی والدین، توجه به کیفیت تعاملات بیرون از خانوادهٔ کودک چهارمین دسته از تدابیر کارساز والدین مشارکت‌کننده در این پژوهش است. پدر هشتم:

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

«به نظرم بازی و تفریح عادیه ولی خب مثلاً بعضی وقتا که یه کاری می‌کنه بهش میگم انجام نده! میگم با دوچرخه نرو توی کوچه! میگم بابا تو این محدوده فقط برو!». مادر دهم: «قبلاً کمتر می‌رفتم سر میزدم بهش که چه‌کار می‌کنه، گرم صحبت می‌شدم ولی وقتی‌که ببینم دفعه قبل این‌طوری بوده میرم حواسم هست تا میره برخورد کنه میگم مامان نه!».

۵- پشتیبانی غیر والدینی: استفادهٔ هوشمندانهٔ والدین از سرمایه‌های مثبت بیرون از خانواده نظیر معلم، مشاور و اقوام، آخرین عاملی است که توانسته در کاهش و تعدیل رفتارهای مقابله‌ای کودکان نقشی قابل‌توجه داشته باشد. مادر دهم: «میره پایین زن عموش بچه نداره خیلی دوستش داره چون مشارکتش میده توی کارها، حتی بعضی مشکل‌ها هم که هست میاد باهاش صحبت می‌کنه»، پدر هفتم: «با معلمش صحبت کردیم صبحگاه رو بهش داده بود، قشنگ اجرا می‌کرد همه‌چیز را اجرا می‌کرد یه خرده بهتر شد! وقتی معلم بهش بیشتر مسئولیت داد بهتر شد».

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش اکتشافی پیش رو با هدف شناسایی مؤلفه‌های تعدیل و مدیریت رفتار نافرمانی مقابله‌ای در کودکان انجام شد. بر اساس تحقیقات انجام‌شده، همان‌طور که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی بسیاری از رفتارهای مقابله‌ای را در محیط طبیعی خانواده خود فرامی‌گیرند، پژوهشگران نیز لازم است عوامل کاهش‌دهنده را در همان محیط جستجو نمایند (۳۳). در همین راستا و پس از تحلیل تجارب والدین شرکت‌کننده در پژوهش حاضر می‌توان به پنج عامل تعدیل‌کنندهٔ رفتارهای مقابله‌ای در دو مقولهٔ والدینی و غیر والدینی دست یافت.

ازآنجاکه قدرت ناشی از صف‌بندی والدین در مقابل کودکان اغلب به نفع فرایند فرزندپروری عمل می‌کند (۴۱)، نخستین عاملی که می‌تواند والدین را در تعدیل و مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودکان یاری نماید، توافق در شیوهٔ رویارویی با رفتار کودکان است. از میان والدین مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، آن گروه که با هدف رسیدن به درک مشترک، زمانی را به گفتگو در خصوص روش برخورد با رفتارهای کودک نافرمان خود اختصاص داده و در عمل نیز حمایت‌کننده و مکمل، رفتار کرده‌اند در مدیریت رفتارهای مقابله‌ای از موفقیت بیشتری برخوردار بوده‌اند. در تبیین این توفیق می‌توان گفت همفکری و تعامل مثبت والدین، ضمن کاهش استرس والدینی، آن‌ها را با طرح و برنامهٔ قبلی وارد صحنهٔ مدیریت رفتارهای فرزند خودساخته و به ایجاد روابط بهتر با کودک کمک می‌کند. این یافته با سایر پژوهش‌ها (۴۲، ۲۷، ۱۳) همسویی دارد.

علاوه بر لزوم توافق والدین در روش مواجهه با رفتارهای ناسازگارانه کودکان نافرمان، چگونگی ایجاد ساختار مناسب و تعامل مثبت با کودک نیز حائز اهمیت است. بر اساس مطالعات متعدد رفتارهای منفی والدین مانند پرخاشگری و تهدید می‌تواند رفتارهای منفی کودک مانند لجبازی، نافرمانی و قلدری را تقویت کرده و دو طرف را وارد یک چرخهٔ معیوب رفتاری و فزاینده نماید (۲۹).

برای متوقف ساختن چرخهٔ مذکور، آشنایی و به‌کارگیری راهبردهای تغییر رفتار از جانب والدین نقشی تعیین‌کننده دارد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، با استفاده از روش‌هایی نظیر تشویق و تقویت رفتار، صمیمیت با کودک در عین پایبندی به اصول، قانونمندسازی رفتار، لحن و رفتار مقتدرانه، بیان شفاف قوانین و انتظارات، محروم‌سازی موقت، آموزش جبران به کودک، نقش تعدیل کنندهٔ راهبردهای کنترل رفتار را در کودکان خویش به نمایش گذاشتند. اهمیت به‌کارگیری این راهبردها به حدی است که بخش قابل‌توجهی از برنامه‌های آموزش والدین را به خود اختصاص داده است (۴۳، ۴۴، ۲۵، ۱۳).

مطالعات مختلف بیانگر آن است که کیفیت رابطه والد- کودک تأثیر قابل‌توجهی بر تشدید یا تعدیل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد (۴۵، ۴۶). به نظر می‌رسد همان‌طور که کنترل مناسب والدین، به‌سلامت این رابطه کمک می‌کند، «حمایت» یا همان تأمین منابع عاطفی کودک از جانب والدین نیز می‌تواند ضمن آرام نمودن محیط خانه برای کودک باعث ایجاد افزایش حداکثر عملکرد او شده و کاهش رفتارهای مقابله‌ای وی را به دنبال داشته باشد (۴۲). در پژوهش حاضر نیز وجود رابطهٔ گرم، صمیمی و ایمن والدین با کودکان خود، بیانگر همین نقش تعدیل‌کننده می‌باشد. این یافته در راستای مطالعات (۲۹، ۱۲، ۴۷، ۴۸) می‌باشد. جنبهٔ دیگری از حمایت والدینی تلاش والدین در تقویت احساس ارزشمندی کودک است. والدین از طریق مشارکت‌دادن کودکان در تصمیم‌گیری‌های خانواده، دادن حق انتخاب در امور شخصی و فرصت تجربه به کودک، ضمن بهبود رابطهٔ والد- کودک، هم به تقویت اعتمادبه‌نفس و خودگردانی کودکان خود کمک کرده (۴۹) و هم آن‌ها را به مدیریت رفتارهای مقابله‌ای دلگرم می‌سازند. پژوهش‌های (۵۰-۵۳) نیز این یافته از پژوهش حاضر را تأیید می‌کند. مشکلات و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

دغدغه‌های اقتصادی، اغلب والدین را در وقت‌گذرانی مؤثر با فرزندان با محدودیت مواجه می‌سازد. بااین‌حال استفاده از کمترین فرصت‌های موجود در جهت خلق لحظات لذت‌بخش، تمام اعضای خانواده و به‌ویژه کودکان را شاد و باروحیه می‌کند. مشارکت والدین در فعالیت‌های موردعلاقه کودک و همبازی شدن با او، انجام فعالیت‌های مشترک خانوادگی و از همه مهم‌تر صرف وقت کیفی پدر با کودک خواه در انجام تکالیف مدرسه، خواه بازی و تفریح ازجمله اقداماتی است که شدت رفتارهای ناسازگارانهٔ کودکان نافرمان را تعدیل می‌کند. این یافته با پژوهش‌های (۱۵، ۵۴، ۵۵) همسویی دارد.

«نظارت» عامل تعدیل‌کنندهٔ دیگری است که به‌موازات «کنترل» و «حمایت»، والدین را در مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودکان یاری می‌کند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد والدین شرکت‌کننده با مدیریت بر زمان و محتوای برنامه‌های تلویزیونی، کنترل حضور کودک در محیط‌های تنش‌زا، نظارت بر بازی با همسالان و مراقبت از کیفیت رژیم غذایی کودک، نقش تعدیل‌کنندهٔ عوامل نظارتی مذکور را نشان داده‌اند. آن‌ها ضمن پایبندی به قوانین و انتظارات والدینی خویش، با به تأخیر انداختن میل کودک به افزایش آستانهٔ تحمل او نیز کمک نموده‌اند. پژوهش‌های (۴۲، ۴۷، ۵۶) نیز مؤید این موضوع می‌باشد. در تبیین یافتهٔ مذکور می‌توان گفت در پیوستار کارآمدی نظام خانواده در یک سمت فقدان نظارت و مراقبت لازم والدین، ضمن تقویت احساس بی‌کفایتی در کودکان، آن‌ها را گرفتار اختلالات رفتاری ازجمله اختلال نافرمانی می‌سازد (۵۷) و در سمت دیگر وجود نظارت کافی، قوانین شفاف و انعطاف‌پذیر، نقش‌ها و مسئولیت‌های روشن (۵۸) و مرزسازی واضح موجب بالا رفتن عملکرد خانواده شده و نشانه‌های مرضی اختلال را کاهش می‌دهد (۲۱).

در مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودکان علاوه بر عوامل والدینی یادشده، سایر روابط و مناسبات اجتماعی پیرامون کودک نیز از سهم بسزایی برخوردارند. به‌عبارت‌دیگر، بین شدت بروز رفتارهای مقابله‌جویانه در کودک و کیفیت روابط بین‌فردی او اعم از روابط والد-کودک، همسال-کودک و معلم-کودک، همبستگی وجود دارد (۵۴، ۵۵). این همبستگی می‌تواند محصول یادگیری مشاهده‌ای باشد. درواقع کودکان نافرمان ممکن است در فرایندی پویا، رفتارهای مثبت و منفی را از طریق تعاملات کارآمد و ناکارآمد اطرافیان خود، آموخته و آن را به سایر زمینه‌ها تعمیم دهد (۵۹). یافته‌های این پژوهش نیز بیانگر همین مطلب است زیرا رابطهٔ مثبت معلم و کادر مدرسه با والدین، ارتباط و رقابت سالم همسالان و همشیرها و بهره‌مندی از مشاوره همه از مواردی است که والدین مشارکت‌کننده در پژوهش را در مدیریت رفتارهای مقابله‌ای کودک خویش با توفیق بیشتری همراه کرده است. توجه به نقش پشتیبان روابط غیر والدینی تا بدانجاست که امروزه در برنامه‌های آموزشی و مداخله‌های پیشگیرانه، به مدرسه و معلمان نیز پرداخته می‌شود تا در قالب برنامه‌ای چند مؤلفه‌ای علاوه بر خانه و خانواده، به مدرسه و مشکلات اجتماعی کودکان در روابط با همسالان و معلمان در مدرسه نیز توجه ویژه مبذول گردد (۲۳، ۲۴).

زمینهٔ 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 شیوه‌های افزایش توافق والدینی، آموزش مدیریت رفتار با کودکان، تقویت مهارت تنظیم هیجان در والدین و کودکان، و استفاده از برنامه‌های چند مؤلفه‌ای، تمرکز بیشتری شود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از والدین محترمی که باوجود تمامی گرفتاری‌ها و مسئولیت‌های زندگی، قبول زحمت کرده و در این پژوهش شرکت کردند، سپاسگزاری می‌کنیم.

References

1. Eslami M. Prevalence of behavioral disorders in primary school students in Tehran. Research in the field of exceptional children. 2015; 8(1):68-109. [In Persian].
2. Sigurdson F, Wallander J, Sund A M. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood. Child Abuse & Neglect. 2014; 38(10):1607-1617.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

3. Granero R, Louwaars L, Ezpeleta L. Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: Parenting practices and executive functioning as ediating variables. Frontiers in Psychology. 2015; 4(6):1-33.
4. Whitney A, Brammer B, Steve S. Impairment in Children With and Without ADHD: Contributions From Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. Journal of Attention Disorders. (2012); 16(7):535-543.
5. Sadock B J, Sadock V A, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Eleventh Edition. Translated by Favzin Rezaei, Tehran: Arjmand, 1398. [In Persian].
6. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. Indian Journal of Psychiatry. 2013; 55(3): 220-223.
7. Ghosh A, Malhotra S, Basu D. Oppositional defiant disorder (ODD), the forerunner of alcohol dependence: A controlled study. Asian Journal of Psychiatry. 2014; (11): 8-12.
8. Radfar Sh, Molazamani F, Kavei S. The comparison of the effectiveness of acceptance/commitment therapy and dialectical behavior therapy in oppositional defiant disorder In a Military Hospital. Journal of military Psychology. 2019; 7(25): 5-19. [In Persian].
9. Longfeng L, Lin X, Chi P, Fang X, Du H, Wang Z. Maltreatment and emotional and behavioral problems in Chinese Children with and without oppositional defiant disorder: The mediating role of the parent–child relationship. Journal of Interpersonal Violence. 2016; 31(18): 2915–2939.
10. Movahedi M, Khaleghipour Sh. Effectiveness of Strategies of Excitement Process Management on the Impulsivity of Adolescent Girls with Oppositional Defiant Disorder: A Single Case Study. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2015; 14(4):516-524. [In Persian].
11. Shokoohi Yekta M, Shahabi R. The effectiveness of the workshop "Training a thinking child" on children's behavioral problems and self-efficacy of parenting. Psychological sciences. 2018; 17(68): 419-426. [In Persian].
12. Haji Seyedrazi H, AzKhosh M, Tahmasian K, Bayat M, Biglarian A. The Efficacy of “Parenting the Strong-Willed Child” Program for Mothers’ Parenting Practices and Children’s Behavioral Problems. Family Research. 2009; 1 (34):29-38. [In Persian].
13. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley’s parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. Journal of school psychology. 2014; 3 (2):82-103. [In Persian].
14. Forehand R, ParentJ, Sonuga-BarkeE, Peisch D, Abikoff B.Which type of parent training works best for preschoolers with comorbid ADHD and ODD? A secondary analysis of a randomized controlled trial comparing generic and specialized programs. Journal of Abnormal Child Psychology. 2016; 44(8):1503–1513.
15. Rahimi C, Sajadi M, Mohamadi N, Khormai F. Effectiveness of Filial Therapy on Symptom Reduction in Children with Oppositional Defiant Disorder. Journal of Exceptional Children. 2014; 14(3): 31-42. [In Persian].
16. Sadri M, Zare Bahramabadi M, Ghiasi M. Effectiveness of Attachment-Oriented Therapy on the Quality of Attachment and Social Skills in Children with Oppositional Defiant Disorder. Journal of Child Mental Health. 2016; 3(2): 21-30. [In Persian].
17. Karimi Z. The effectiveness of teaching psychological educational concepts based on imagotherapy theory in increasing intimacy and commitment of mothers and reducing confrontational disobedience of children [dissertation].Tehran: Shahid Rajaee Teacher Training University, Faculty of Literature and Humanities; 2015.
18. Sadri E. The effectiveness of the DIR approach, a family-based fluorithmic approach, on improving children's coping disobedience syndrome and reducing maternal stress [dissertation]. Mashhad: Ferdowsi University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2017.
19. Khaddouma A, Coop Gordon K, Bolden J. Mindful M&M’s: Mindfulness and parent training for a preschool child with disruptive behavior disorder. Clinical Case Studies. 2015; 14(6): 407–421.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

20. Ismailpour Kh. The effectiveness of functional family therapy approach on the treatment of oppositional defiant disorder and designing an appropriate model. Family and Research. 2007; 1(5):64-90. [In Persian].
21. Abasi Makvand Z, Mousavi R, Moradi A, Akbari S. The effectiveness of structural family therapy in improving children with disobedience-stubbornness disorder. Cultural-Defense Quarterly of Women and Family. 2009; 5 (15): 105-122. [In Persian].
22. Hughes-Scalise A, Przeworski A. All in the family: Family-based behavioral treatment of child obsessive-compulsive disorder and oppositional defiant disorder within the context of marital and family discord. Clinical Case Studies. 2014; 13(1): 52–67.
23. Ghodrati Mirkouhi M, Bigdeli B, Mokhatab M. The Effectiveness of Linking the Interests of Families and Teachers Program in Preventing Oppositional Defiant Disorder and Social Problems. Family and Research Quarterly. 2018; 14(4):29-46. [In Persian].
24. Masi G, Milone A, Paciello M, Lenzi M, Muratori P, Manfredi A, Muratori F. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems. Psychiatry Research. 2014; 219(3): 617-624.
25. Khodabakhsh R, Jafari M. Exploring the efficacy of parental training with Adlerian approach on coping styles of mothers of children with oppositional defiant disorder & on reduction 0f ODD symptoms. Journal of Psychological Studies. 2014; 10(1): 7-30. [In Persian].
26. Ghodrati Mirkouhi M, Sharifi M. The effect of Parental Management Training base on Cognitive-Behavior Therapy on Children with Oppositional Defiant Disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2015; 5(20): 109-123. [In Persian].
27. Pour Ahmadi E, Shaeiri MR, Tahmassian K. Investigating Short-Term Triple P-Positive Parenting Program Effectiveness in Modification of Parenting Styles of Mothers of Children with Oppositional Defiant Disorder (ODD). Family Research.2009; 5(4); 519-532. [In Persian].
28. Abbasi M, Neshatdoost H. Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy on Reduction of Symptoms in Oppositional Defiant Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2013; 5(3): 59-67. [In Persian].
29. Fooladvand M, Nadi M A, Sajjadian I. The Effectiveness of the Kazdin Method for Parenting on Parent-Child Relationships among the Students with Oppositional Defiant Disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2018; 16(4):453-465. [In Persian].
30. Li L, Lin X, Hinshaw S, P Du, HQin S, Fang X. Longitudinal associations between oppositional defiant symptoms and interpersonal relationships among Chinese children. Journal of Abnormal Child Psychology. 2018; 46(6): 1267–1281.
31. Flouri E, Midouhas E, Narayanan MK. The relationship between father involvement and child problem behaviour in intact families: A 7-year cross-lagged study. J Abnorm Child Psychol. 2016; 44(5): 1011–1021.
32. Symeou M, Georgiou S. Externalizing and Internalizing Behaviours in Adolescence, and the Importance of Parental Behavioural and Psychological Control Practices. Journal of Adolescence, 2017; (60): 104-113.
33. Jalali M, Shaeeri M, Tahmasian K, Pourahmadi E. The Effects of Triple P-Positive Parenting Program on 7-10 Year old Children with Oppositional Defiant Disorder. (ODD). Journal of Clinical Psychology & Personality. 2009; 1(34):29-38. [In Persian].
34. Strauss A, Carbin J. Basics of qualitative research: techniques and stages of production of grounded theory. Translated by Ebrahim Afshar, Tehran: Ney, 1394. [In Persian].
35. Bazargan A. An introduction to qualitative and mixed research methods, 2018. Tehran: Didar. [In Persian].
36. Mohamadesmaiel E, Alipour A. Preliminary evaluation of validity, validity and determination of cutting points of disorders in children's symptom questionnaire (CSI)4. Exceptional Children's Magazine. 2002; 2 (3):239-254. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

37. Mohammad Esmaeel E. Adaptation and Standardization of Child Symptom Inventory-4 (CSI-4). 2007; 7 (1):79-96. [In Persian].
38. Abdi S, Babapour J, Saderi E. The relationship between personality traits and psychological health with "conscious attention to the present" in students. Principles of mental health. 2008; 10(40): 281-288. [In Persian].
39. NourBala A, Bagheri Yazdi A, Mohammad K. Validation of 28-item general health questionnaire as a screening tool for psychiatric disorders in Tehran. Hakim Health System Research. 2008; 11 (4):47-53. [In Persian].
40. Taghavi S. The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ-28). Journal of Clinical Psychology & Personality. 2008; 1 (28):1-12. [In Persian].
41. Goldenberg, H and Goldenberg, Irene. (1394). Family Therapy. Translated by Mehrdad Firoozbakht, Tehran: Rasa, 1394. [In Persian].
42. Afzali L, Ghsemzadeh S, Hahemi bakhshi M. The effectiveness of family-centered interventions on clinical symptoms of children with oppositional defiant disorder. Empowering Exceptional Children. 2016; 7(4): 87-94. [In Persian].
43. Kazdin L, Glick A, Pope J, Kaptchuk T, Lecza B, Carrubba E, McWhinney E, Hamilton N. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018; 18(2): 91-101.
44. Otero T, Schatz R, Merrill A, Bellini S. Social skills training for youth with autism spectrum disorders: A follow-up. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2015; 24(1): 99-115.
45. Lin X, Li L, Chi P, Wang Z. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. Child Abuse Neglect. 2016; (51): 192–202.
46. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. Developmental Psychology. 2017; 53(5): 873–932.
47. Honarparvaran N, Khatoni Z, Bagheri S, Namjoo F, Haromizadeh Z. Effectiveness of mother-child Transactional Analysis (TA) group therapy on attachment security in 6 to 10 years old boys suffering from oppositional defiant disorder. Journal of Applied Psychology. 2018;11(44): 557-578. [In Persian].
48. Allen, B. The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children, Diagnosis and assessment. Trauma Violence Abuse. 2011; 12(1): 3-12.
49. Karzareh S, Abdi M, Heidari H. Study of family function and the role of mothers' parenting styles in predicting behavioral problems. 2015; 10(36): 17-26. [In Persian].
50. 50.Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of Behavior Management Training for Mothers With Children having ODD Symptoms. Journal of Rehabilitation. 2017; 18 (2): 84-97. [In Persian].
51. Hashemian P, Jarahi L, Hebrani P. Effectiveness of multimedia-parent management training on treatment of children with oppositional defiant disorder in Mashhad, Northeastern part of Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2013; 15(58): 127-135. [In Persian].
52. Damodaran D K. Parent child interaction therapy (PCIT): Child well- being through an effective parenting intervention. Asian Journal of Nursing Education and Research. 2013; 3(1): 37-39.
53. Sheperis C, Sheperis D, Monceaux A, Davis JR, Lopez B. Parent- child interaction therapy for children with special needs. The Professional Counselor. 2015; 5(2): 248-260.
54. 54.Khodakarami Janbaz F, Hossein Khanzadeh A, Abolghasemi A. Quality of Parent-Child and Sibling Relationships in Families of Children with Symptoms of Oppositional Defiant Disorder. Child mental health. 2019; 6 (1):95-111. [In Persian].
55. Ghosh, A. Ray, A. & Basu, A. Oppositional defiant disorder: current insight. Psychology Research and Behavior Management. 2017; (10): 353-367.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]

56. Seyyed Mahmoodian S M, Alizadeh H, Pezeshk S, Barajali A, Farrokhi N. Developing a maternal training program based on Adler-Glasser techniques and examining its effectiveness in improving mother-child relationships among children with Oppositional Defiant Disorder. Journal of Family Psychology. 2018; 4 (2):19-28. [In Persian].

57. Aunola K, Nurmi J. The role of parenting style in children problem behavior. Journal of Child Development, 2005; 76 (6): 1144-1159.

58. Amani R. The role of family function in teenagers anxiety and depression. Clinical Psychology & Personality. 2016; 13 (2):77-84. [In Persian].

59. Buist L, Deković M, Prinzie P. Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2013; 33(1): 97-106.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.9.3]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.336]