رویش روان شناسی، سال ۸ شماره ۱، شماره پیاپی ۳۴، فروردین ماه ۱۳۹۸
*Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8*(1), 2019

# مقایسه عملکرد خانواده در دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عادی

# Comparison of Family Performance in Students with oppositional defiant disorder And normal

**عباس اصغری شربیانی**(نویسنده مسئول)
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی
**دکتر اکبر عطادخت**
دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانواده در دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عادی بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع ابتدایی شهرستان بستان‌آباد در سالتحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۲۲ مادر بود. بدین منظور با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تعداد ۳۰۰ نفر از مادران دانش‌آموزان به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند و پس از تکمیل پرسشنامه علایم مرضی کودک CSI-4، توسط آنها تعداد ۶۱ مادر با دانش‌آموز اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده شد و سپس ۶۱ مادر با دانش‌آموز عادی بر اساس سن، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان با این گروه همتاسازی شدند. جهت اطمینان کامل از تمونه‌گیری دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای مصاحبه ساختاری براساس DSM-5 اجرا شد. سپس پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD) توسط مادران هر دو گروه تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون لوین و t-test برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین عملکرد کلی خانواده‌ی دو گروه به جزء در بعد آمیزش عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). نتایج بیان می‌دارد عملکرد خانواده در دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ناسالم و ناکارآمد می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** عملکرد خانواده، دانش‌آموزان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

**Abbas Asghari Sharabiani**
M.A in Clinical Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
*abbas.asghari04@gmail.com*
**Dr Akbar Atadokht**
Associate Professor, department of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

## Abstract

The purpose of this study was to compare the family function in students with oppositional defiant disorder and normal. The research method was causal-comparative. The population of this study includes all mothers of female students who were studying at elementary schools in Bostan Abad city during the education year of 1394-95. The sample consisted of 122 mothers. Using multi-stage random sampling, 300 mothers of students were selected as the primary sample. After completing the Childhood Symptom Inventory (CSI-4), 61 mothers were diagnosed as having students with Oppositional Defiant Disorder and then 61 mothers were matched with this group including normal students according to age, education level, and number of children. Also, structural interviews were also performed based on DSM-5 in order to complete assurance of sample students with Oppositional Defiant Disorder. The Family Assessment Device (FAD) was then completed by the mothers of both groups. To analyze the collected data independent samples T-test was used. results showed that except in terms of emotional involvement there was a significant difference between the overall performances of the families. The results indicate that familie function in students with oppositional defiant disorder are unhealthy and inefficient.

**Keywords:** Family function, students, Oppositional defiant disorder

## مقدمه

ورود به دبستان یکی از مراحلی است که کیفیت ورود کودک به مراحل بعد زندگی را تعیین می‌کند و از لحاظ عاطفی، شناختی، اجتماعی، و حرکتی از اهمیت بسزایی در روانشناسی رشد برخوردار است (سیف، ۱۳۸۶). مشکلات کودکان در این دوران سبب-ساز مشکلاتی در مدرسه و خانواده می‌گردد. از جمله‌ی این مشکلات اختلال نافرمانی-لجبازی است که از طیف اختلالات رفتار ایذایی می‌باشد (انجمن روانپزشکی امریکا[1]، ۲۰۱۳). معیار اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD[2]) بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Dsm-5[3]) مجموعه‌ای از لجبازی، نافرمانی، بی‌توجهی، دشمنی، کینه‌توزی، مجادله کردن و تلاش برای ناراحتی دیگران است که بصورت پایدار و تکرار شونده مشاهده می‌گردد (گنجی، ۱۳۹۳). در مطالعه‌ای که با موضوع بررسی شیوع این اختلال انجام

[1] . American Psychiatric Association (APA)
[2] . *Oppositional defiant disorder*
[3] . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

گرفت، بین ۶/۲ تا ۱۵/۶ درصد در نمونه‌ی جامعه و در نمونه‌های بالینی ۲۸ تا ۶۵ درصد شیوع اختلال نافرمانی گزارش داده شد ( بویلان، وایلان کورت، بویلی و سزاتماری[۱]، ۲۰۰۷). بعضی یافته‌ها نشان می‌دهد کـه اخـتلال نافرمـانی مقابله‌ای می‌تواند به عنوان یک پیش‌بین برای اختلال سـلوک و رفتار ضداجتماعی بوده و اخـتلالات خلقـی و اضطرابی را پیش‌بینی نماید (بویلان و همکاران، ۲۰۰۷). اغلب کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی-ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان، کاهش می‌یابد (براون و پرسی[۲]، ۲۰۰۷). به عبارتی این کودکان در مهارت‌های اجتماعی دچار نارسایی هستند (لاگاس[۳]، ۲۰۱۴)، و شناخت‌های تحریف شده‌ای نسبت به خود و دیگران دارند (دلااوسا، گرانرو، دومنیک، شامای-تسوری و ازپلتا[۴]، ۲۰۱۶). به کارگیری روش‌های نامناسب تربیتی علاوه بر مشکلات رفتاری بر سایر حوزه‌ها از جمله ارتباط با دیگران و تحصیل بویژه در مقاطع پایین تاثیر منفی دارد (فلانگان و اسکیول[۵]، ۲۰۰۶). از عواملی که در به وجود آمدن اختلال نافرمانی مقابله‌ای دخالت دارند می‌توان به ترکیبی از خصوصیات و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست شناختی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و رفتارهای مخرب خود کودک اشاره کرد (لی[۶] و همکاران، ۲۰۱۶).

سیستمی که بیش از همه بر فرد موثر است و رفتارهای او را هر آن شکل می‌دهد، خانواده است. تحقیقات گسترده‌ای نشان داده‌اند خانواده در رشد و پیشرفت کودکان عاملی اثرگذار است و اگر فرزندان بخواهند به رشد حداکثری برسند نیاز به حمایت والدین خود دارند (برای مثال؛ آفولابی[۷]، ۲۰۱۴؛ بیست و گرا[۸]، ۲۰۱۵). اسکات[۹] (۲۰۰۸) بیان می‌دارد نحوه‌ی رفتار والدین مخصوصاً مادر و نحوه‌ی فرزندپروی او در ایجاد دلبستگی نقش داشته و خود عاملی در ایجاد اختلالات رفتاری در کودکان است. عملکرد خانواده به چگونگی روابط اجتماعی و احساسی اعضای خانواده با حفظ روابط خویشاوندی اشاره دارد که در آن اعضاء برای حل مشکلات خود تصمیم‌گیری می‌کنند (بوتی و کولیگ[۱۰]، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده است عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (شارف[۱۱]، ۲۰۰۸).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با چگونگی تعامل مراقبت کنندگان و رفتار والـدین مرتبط است (دیوید، کلکو-لوراح، دورن، جفری و بروک[۱۲]، ۲۰۰۷). نوع رفتار والدین به خصوص خشونت جسمی و عاطفی تاثیر بسیار زیادی در بروز و تشدید نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته و به طور قابل ملاحظه‌ای خطر ابتلا به رفتارهای سازش‌نایافته را افزایش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی نتایج نشان داد مادران کودکان در خطر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نارساکنش‌وری خانوادگی بیشتری گزارش کردند و احساس شایستگی کمتری به عنوان والد داشتند (بدرسون و فیت[۱۳]، ۲۰۱۴). همچنین هالوی و ناگیس[۱۴] (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند رابطه غیرمستقیمی بین سبک‌های فرزندپروری و رفتار مناسب اجتماعی فرزندان از طریق میانجیگری همدلی وجود دارد و نوع برخورد والدین تاثیر مهمی در شکل‌گیری هم‌دردی و همدلی در کودکان ایفا می‌کند. در تحقیق کارزاره، عبدی و حیدری (۱۳۹۴) نتایج نشان داد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با خرده مقیاس ارتباط در کارکرد خانواده رابطه‌ی منفی و اختلال اضطراب جدایی با همراهی عاطفی کارکرد خانواده، رابطه‌ی مثبت معنادار دارد. در تحقیق عباسی‌مکوندی، موسوی، مرادی و اکبری (۱۳۸۷) با عنوان اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای یافته‌ها نشان داد که خانواده درمانی ساختاری، نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش اسماعیل‌پور، افروز و زارعی (۱۳۹۵) نشان داد مشکلات دلبستگی نقش قدرتمندی در پیش‌بینی شدت اختلال

1 . Boylan, Vaillancourt , Boyle, & Szatmari
2 . Brown & Percy
3 . LaGasse
4 . De La Osa, Granero, Domenech, Shamay-Tsoory, & Ezpeleta
5 . Flanagan & Esquivel
6 . Li
7 . Afolabi
8 . Bist, & Gera
9. Scott
10 . Botey, & Kulig
11 . Sharf
12 . David, Kolko-Lorah, Dorn, Jeffrey & Burke
13 . Pederson, & Fite
14 . Holloway, & Nagase

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دبستانی دارد. نتایج پژوهشی نیز نشان داد آموزش مبتنی بر دلبستگی در کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله ای موثر بوده است (صدری، یهرام آبادی و غیاثی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش کاکاوند، شمس-اسفندآبادی و بیرانوند (۱۳۹۴) نشان داد آموزش تفکر مثبت به مادران دارای اختلالات بیرونی شده باعث کاهش نمرات بیش فعالی/کمبود توجه و اختلال نافرمانی مقابله‌ای-لجبازی می‌شود. به طور کلی کودکانی که مورد بی‌مهری و محرومیت عاطفی قرار می‌گیرند رفتارهای تضادورزانه، خشونت آمیز و پرخاشگرانه انجام می‌دهند که این علایم در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمود بیشتری دارد (لاند، دی، اشمیت، سایگال و ایشات[1]، ۲۰۱۶). از جنبه دینی نیز آیات مقدس ۶ تحریم، ۵۵ مریم، ۱۳ و ۱۷ لقمان، ۴۴ هود و همچنین خطبهٔ ۸۴ نهج البلاغه حاکی از آن است که در دین مبین اسلام، خانواده نخستین و مهمترین نهاد تربیتی است که بر رفتار، روان و شخصیت انسان تأثیر می‌گذارد (صمدی و رضایی، ۱۳۹۰).

مطالعات گسترده‌ای متغیرهای خانواده نظیر از هم‌پاشیدگی خانواده، ناهماهنگی والدین، بیماری‌های روانی والدین و طرد از طرف والدین را به عنوان علت یا در ارتباط با اختلالات رفتاری و مخاطره‌آمیز برجسته کرده‌اند (سیف، ۱۳۷۸). شناخت عوامل تاثیرگذار بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌تواند درمانگران را در ارائه‌ی درمان‌های موثر یاری دهد. بنابراین پژوهش حاضر در جستجوی آن است که نقش عملکرد خانواده در خانواده‌های کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در مقایسه با خانواده‌های کودکان بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقایسه نماید و مشخص نماید آیا عملکرد خانواده در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به کودکان عادی تفاوت معناداری دارد؟

## روش

ایـــن پژوهش پس‌رویدادی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهرستان بستان‌آباد در سالتحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه پژوهش ۱۲۲ مادر بود. برای انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۰۰ مادر انتخاب شد. به این نحو که ابتدا از میان مدارس پسرانه ابتدایی شهرستان بستان آباد ۵ دبستان به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس از بین کلاس‌های هر دبستان از هر پایه ۱۰ نفر بر اساس شماره‌ی دفتر و بصورت تصادفی انتخاب گردیدند که دانش‌آموزان انتخاب شده ۳۰۰ نفر بودند. سپس در مرحله‌ی اول با هماهنگی‌های قبلی مدارس، مادران دانش آموزان انتخاب شده به پرسشنامه‌ی علائم مرضی کودکان CSI-4 پاسخ دادند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۱ نفر به دلیل پاسخ ناقص به سوالات پژوهش حذف و نمونه به ۲۸۹ نفر رسید. سپس پس از مشخص شدن نمرات کسب شده از پرسشنامه ۶۳ دانش‌آموز که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای نمره‌ی بالاتر از نمره برش (نمره ۴ به بالا) کسب کرده بودن انتخاب گردیدند. برای تشخیص نهایی و دقیق اختلال نافرمانی مقابله‌ای با مادران هر یک از دانش‌آموزان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای موجود در Dsm-5 مصاحبه‌ای انجام شد و در این مرحله ۲ نفر از نمونه بر اساس مصاحبه با علائم اختلال نافرمانی مطابقت نداشتند که حذف شدند و تعداد دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به ۶۱ نفر کاهش یافت. سپس براساس مشخصات جمعیت شناختی مانند سطح تحصیلات مادران، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، پایه‌ی تحصیلی، نوع خانواده (تک والدی، طلاق، تعداد اعضا ) بررسی گردیدند و از بین ۲۲۶ نمونه‌ی فاقد نشانه‌های اختلال نافرمانی، ۶۱ نمونه با گروه دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای همتاسازی شدند. پس از هماهنگی با مدیران مدارس که نمونه‌های پژوهش در آن مدارس حضور داشتند، مدیران مدارس از مادران دانش‌آموزان جهت تکمیل فرایند پژوهش و پاسخ دادن به سوالات پژوهش برای حضور در مدارس دعوت شدند و از آنها خواسته شد به دقت به سوالات پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک شاخص‌های توصیفی و آمار استنباطی (آزمون لوین و t-test برای دو گروه مستقل) تجزیه و تحلیل شدند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

**پرسشنامه علائم مرضی کودکان[2] CSI-4**: از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روان‌پزشکی است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه‌ی اولیه‌ی پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین[3]، لانی[4]، یونیتات[5].

1. De La Osa, Granero, Domenech, Shamay-Tsoory, & Ezpeleta
2. Child Symptom Inventory
3. Asprafkyn
4. Lanny
5. unytat

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

گادو[1] (SLUG) را اسپرافین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3 آن نیز ساخته شد، تا اینکه CSI-4 در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 همان نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. شیوه‌ی نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در اکثر پژوهش‌ها به علت کارآمدی و اطمینان بیشتر، روش غربال‌کننده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش، شیوه‌ی نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید (محمداسماعیل و علی‌پور، ۱۳۸۱). پرسشنامه علائم مرضی کودکان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، پایایی، حساسیت و ویژگی آن، محاسبه شده است. در پژوهشی که گرایسون و کارلسون[2] (۱۹۹۱) بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. در تحقیق کلانتری، نشاط دوست و زارع (۱۳۸۰) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش تنصیف برای فرم معلمان ۰/۹۱ و برای فرم والدین ۰/۸۵ به‌دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمداسماعیل (۱۳۸۰) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین شده است.

**ابزار سنجش خانواده**[3]: این پرسشنامه را اپشتاین، لارنس، بالدوین و بیشاب[4] ۱۹۸۳ با هدف سنجش عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر[5] در قالب ۶۰ سؤال طراحی نمودند. الگوی مک‌مستر خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی را مشخص می‌نماید. مقیاس پاسخ‌دهی به این پرسشنامه براساس لیکرت چهار قسمتی از (کاملا موافق) نمره ی ۱ تا (کاملا مخالف ) نمره ی ۴ می‌باشد. عملکرد خانواده شامل؛ ۱. حل مشکل: عبارت است از توانایی خانواده برای حل مساله به گونه‌ای که تعاملات مؤثر خانواده استمرار یابد. ۲. نقش‌ها: عبارت است از الگوهای تکراری از رفتارها که افراد به وسیله آنها کنش‌های خانواده را تحقق می‌بخشد. ۳. همراهی عاطفی: به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم گفته می‌شود. ۴. ارتباط: یعنی خانواده چگونه اطلاعات را مبادله می‌کند. ۵. درگیری عاطفی: به میزان مشارکت و همکاری اعضا در خانواده گفته می شود. ۶. کنترل رفتار: الگویی که خانواده برای اداره کردن رفتار در سه موقعیت (جسمانی، روانی زیستی، اجتماعی) اتخاذ می‌کند. لذا مقیاس "ابزار سنجش خانواده" متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجیدن آنها، به علاوه یک خرده مقیاس دیگر مرتبط با عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است. طبق این مقیاس نمرات پایین‌تر نشانه آسیب کمتر و بهبود عملکرد خانواده است (ثنایی، ۱۳۸۷). روایی و پایایی این ابزار در مطالعات خارج از کشور به اثبات رسیده و در ایران نیز توسط زاده‌محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس‌ها ۰/۹۴ بوده است. همچنین یوسفی نیز به بررسی روایی و پایایی و تایید علمی آن پرداخته، ضمن تایید روایی و برازش پرسشنامه، پایایی هر یک از حیطه‌های ارتباط (۰/۸۷)، آمیختگی عاطفی (۰/۸۹)، ایفای نقش (۰/۸۷)، عملکرد کلی (۰/۸۲)، حل مشکل (۰/۸۶) و همراهی عاطفی (۰/۸۱) و پایایی کل پرسشنامه را (۰/۸۳) ذکر نموده است (نقل از میرزایی علویجه، ۱۳۹۲).

**مصاحبه ساختاری:** ساختار مصاحبه بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) در DSM-5 طرح‌ریزی شد.

## یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی مادران شرکت کننده در این پژوهش به ترتیب ۳۳/۲۴ و ۰/۴۹۱ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی به ترتیب ۸/۹۴ (۰/۲۴۷) و دانش‌آموزان بدون اختلال به ترتیب ۹/۴۱ (۰/۳۲۴) بود.

[1] . Gadow
[2] . Grayson, & Carlson
[3] . Family Assessment Device (FAD)
[4] . Epstein, Lawrence, Baldwin & Bishop
[5] . Mc Master Model

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار عملکرد کلی خانواده دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عادی**

| متغیر | گروه‌ها | N | میانگین | انحراف معیار | خطای استاندارد میانگین |
|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد کلی خانواده | دارای اختلال نافرمانی | ۶۱ | ۱۴۵/۳۲ | ۳۱/۳۲ | ۱۲/۱۲ |
| | بدون اختلال | ۶۱ | ۸۵/۲۳ | ۱۴/۴۵ | ۹/۲۳ |

بر اساس جدول ۱ میانگین و انحراف معیار عملکرد کلی خانواده در گروه دارای اختلال نافرمانی به ترتیب ۳۲ /۱۴۵+(۳۱/۳۲۱) و در گروه فاقد اختلال نافرمانی به ترتیب میانگین و انحراف معیار (۸۵/۲۳)+۱۴/۴۵۸ می‌باشد.

**جدول ۲- تست لوین جهت همگنی واریانس‌ها و T مستقل جهت مقایسه میانگین عملکرد کلی خانواده دو گروه**

| متغیر | نتایج تست لوین | | | نتایج آزمون T | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | همگنی/ ناهمگنی واریانس | F | Sig. | T | Df | Sig. (2.tailed) | تفاوت میانگین‌ها | خطای انحراف معیار |
| **عملکرد خانواده** | همگنی واریانس | ۰/۴۵۹ | ۰/۳۲۴ | ۰/۳۲۷ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۳ | ۶۰/۰۹ | ۱۲/۳۵ |
| | ناهمگی واریانس | | | ۰/۱۱۲ | ۱۶/۲ | ۰/۰۰۳ | ۶۰/۰۹ | ۱۲/۲۳ |

قبل از استفاده از آزمون t-test جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون لوین استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن، شرط همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد واریانس عملکرد خانواده در دو گروه همگن می‌باشد (F=۰/۴۵۹ و P>۰/۰۵). جدول ۲ نشان می‌دهد عملکرد خانواده‌ی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به عملکرد خانواده‌ی کودکان فاقد اختلال نافرمانی به طور معناداری متفاوت و ناکارآمد است (P<۰/۰۵ و T=۰/۳۲۷). جهت بررسی تفاوت میانگین هر یک از ابعاد عملکرد خانواده در گروه دارای اختلال نافرمانی و گروه بدون اختلال آزمون لوین و t-test انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

**جدول ۳- تست لوین جهت همگنی واریانس ها و T مستقل جهت مقایسه میانگین ابعاد عملکرد خانواده دو گروه**

| ابعاد عملکرد خانواده | با فرض همگنی/ناهمگنی واریانس | نتایج تست لوین | | نتایج آزمون T | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | Sig. | T | Df | Sig. (2.tailed) | تفاوت میانگین‌ها | خطای انحراف استاندارد |
| عملکرد عمومی | همگنی واریانس | ۱/۲۱ | ۰/۱۲ | -۰/۰۳ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۲ | ۱۳/۰۱ | ۲/۲۱ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۱۲ | -۰/۰۳ | ۱۱۶/۲ | ۰/۰۰۲ | ۱۳/۲۱ | ۲/۲۱ |
| حل مشکل | همگنی واریانس | ۱/۶۹ | ۰/۴۵ | -۰/۰۵ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۶/۱۱ | ۱/۱۴ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۴۵ | -۰/۰۵ | ۱۱۶/۲ | ۰/۰۰۱ | ۶/۱۱ | ۱/۱۴ |
| ایفای نقش | همگنی واریانس | ۲/۳۱ | ۰/۴۸ | -۰/۰۶ | ۱۲۰ | ۰/۰۴۲ | ۱۲/۱۹ | ۲/۱۱ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۴۸ | -۰/۰۶ | ۱۱۶۲/ | ۰/۰۴۲ | ۱۲/۲۲ | ۲/۱۱ |
| همراهی عاطفی | همگنی واریانس | ۱/۴۹۰ | ۰/۳۱ | -۰/۰۵۷ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۰ | ۵/۹۹ | ۱/۴۷ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۳۱ | -۰/۰۵۷ | ۱۱۶/۲ | ۰/۰۰۰ | ۵/۹۴ | ۱/۴۷ |
| ارتباط | همگنی واریانس | ۱/۵۸۴ | ۰/۷۱ | -۰/۰۴۷ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۵ | ۶/۹۷ | ۲/۳۲ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۷۱ | -۰/۰۴۷ | ۱۱۶/۲ | ۰/۰۰۵ | ۴/۷۲ | ۲/۳۲ |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| درآمیختگی عاطفی | همگنی واریانس | ۲/۱۲۱ | ۰/۲۴ | -۰/۰۱۴ | ۱۲۰ | ۰/۲۱۴ | -۱/۲۲ | ۳/۱۲ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۲۴ | -۰/۰۱۴ | ۱۱۶/۲ | ۰/۲۱۴ | -۱/۳۴ | ۳/۱۲ |
| کنترل رفتار | همگنی واریانس | ۱/۱۲۳ | ۰/۱۱ | -۰/۰۳۳ | ۱۲۰ | ۰/۰۰۷ | ۱۵/۸۶ | ۲/۴۵ |
| | ناهمگنی واریانس | | ۰/۱۱ | -۰/۰۳۳ | ۱۱۶/۲ | ۰/۰۰۷ | ۱۵/۷۸ | ۲/۴۵ |

بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون لوین در جدول ۳ که همگنی واریانس‌ها در همه‌ی ابعاد عملکرد کلی خانواده را نشان می‌دهد، پیش‌فرض استفاده از آزمون t-test در مورد هر یک از ابعاد عملکرد خانواده رعایت شده است($P>۰/۰۵$). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد عملکرد خانواده در ابعاد عملکرد عمومی، حل مشکل، ایفای نقش، همراهی عاطفی، ارتباط و کنترل رفتار بین گروه کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بدون اختلال تفاوت معنادار دارد و خانواده‌های کودکان دارای اختلال نافرمانی به طور معناداری در هر یک از این شش بعد ناکارآمدتر از خانواده های کودکان بدون اختلال می‌باشند ($P<۰/۰۵$). همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین درآمیختگی عاطفی بین دو گروه اختلاف معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$ و $T=-۰/۰۱۴$).

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به بررسی نقش عملکرد خانواده در دانش‌آموزان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عادی پرداخت. نتایج نشان داد که عملکرد کلی خانواده‌های دارای کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با خانواده‌هایی که کودکان عادی داشتند به صورت معناداری ناکارآمدتر می‌باشد ($P<۰/۰۵$). نتایج این تحقیق به طور مستقیم و غیرمستقیم با یافته‌های لی و همکاران (۲۰۱۶)، لاندا و همکاران (۲۰۱۶)، بدرسون و فیت (۲۰۱۴)، هالوی و ناگیس (۲۰۱۴)، دیوید و همکاران (۲۰۰۷)، اسماعیل‌پور، افروز و زارعی (۱۳۹۵)، صدری، یهرام‌آبادی و غیاثی (۱۳۹۵) و کاکاوند، شمس‌اسفندآبادی و بیرانوند (۱۳۹۴) در یک جهت می باشد. در هر یک از این پژوهش‌ها نتایج نشانگر این مطلب می‌باشد که اختلال در عملکرد خانواده و روابط والد-فرزند باعث ایجاد مشکلات رفتاری، عملکردی و روانشناختی به صورت اختلالات درون‌نمودی و برون‌نمودی می‌شود. در توجیه یافته‌های پژوهش می‌توان به میزان اثرپذیری کودک در تعامل با خانواده اشاره کرد و اینکه گاهی کودک در درون نظام خانواده مانند ترموستات عمل می‌کند که ناکارآمدی را به گونه‌ای رفتاری نمایان می‌سازد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان بر اساس این تحقیق به طور معنادارای تحت تاثیر این ناکارآمدی در نظام خانواده می‌باشد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که ابعاد حل مشکل، ارتباط، همراهی عاطفی، ایفای نقش، کنترل رفتار، عملکرد عمومی در خانواده‌های دارای کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با خانواده‌های کودکان فاقد این اختلال به گونه‌ای معنادار ناکارآمدتر می‌باشد ($P<۰/۰۵$). در همین راستا نتایج تحقیق کارزاره و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد اختلال نافرمانی مقابله‌ای با خرده مقیاس ارتباط در کارکرد خانواده رابطه‌ی منفی و اختلال اضطراب جدایی با همراهی عاطفی کارکرد خانواده، رابطه‌ی مثبت معناداری دارد. در تبیین یافته‌ی تحقیق در مورد تفاوت کارکرد ارتباط خانواده‌های دارای کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، می‌توان گفت در چنین خانواده‌هایی والدینی که کنترل، مراقبت و رفتارهای مناسبی با کودکان خود ندارند اکثرا کودکان بی‌کفایت دارند. بنابراین پیامد منفی چنین امری مشکلات برون‌سازی شده از جمله اختلال نافرمانی و لجبازی و اختلال رفتاری و کرداری در کودک است (آینولا و نورمی[1]، ۲۰۰۵). همسو با این نتیجه، نتایج پژوهش صادق‌خوانی، علی‌اکبری و کاکوجویباری (۱۳۹۱)، نشان داد مادران کودکان با اختلال لجبازی- نافرمانی نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر از شیوه‌ی فرزندپروری مستبدانه و سهل‌گیرانه و کمتر از شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه استفاده می‌کنند. همچنین در رابطه با بعد عملکرد کنترل رفتار در خانواده، یافته‌های پژوهشی خسروی، کیامنش، بنی جمالی و نیک‌منش (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که بعد کنترل و نظارت مؤثر بر رفتار نوجوان اگر با روش‌های متقاعد سازی همراه باشد در پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان پسر عامل مهمی می‌باشد که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو می‌باشد. ریان، اپیشتاین، کیتنر، میلر و بیشاپ[2] (۲۰۰۵) دریافتند که کنترل بدون قاعده و نبود قوانین مشخص و پذیرفته شده از سوی اعضای خانواده، به ناامنی روانی، اضطراب ناشی از عدم پیش‌بینی و عدم ثبات در خانواده منتهی می‌گردد. در ادامه نتایج پژوهش آنها نشان داد بعد ایفای نقش در خانواده‌های دارای کودکان اختلال نافرمانی مقابله‌ای بصورت معناداری با ناکارآمدی بیشتری نسبت به خانواده‌های دارای کودکان فاقد این اختلال همراه بود. به عبارت دیگر یکی از مشخصه‌های خانواده‌های کارآمد متناسب بودن نقش‌ها با مهارت‌ها و توانایی اعضا می‌باشد و نقش‌ها در اینگونه خانواده‌ها روشن می‌باشد. در مورد بعد عملکرد حل مسئله یافته‌ها با تحقیقات دیوید و همکاران (۲۰۰۷) و عباسی مکوند و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی دارد. به عبارتی در

[1] . Aunola & Nurmi
[2] . Ryan, Epstein, keitner, Miller & bishop

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

خانواده‌هایی که کارکرد مناسبی ندارند میزان حل مسئله به صورت صحیح، و یافتن راه‌های متناسب با موقعیت پایین است. نتایج تحقیق حاضر در بعد آمیزش عاطفی نشان می‌دهد که در این بعد بین خانواده‌های دارای کودکان با اختلال نافرمانی و خانواده‌های کودکان فاقد نشانه‌های اختلال نافرمانی تفاوت معناداری وجود ندارد که با بیشتر تحقیقات هم سو نمی باشد، با این حال نتایج تحقیق ایروانی و یوسفی حمیدی (۱۳۸۸) نشانگر آن است که بین بحران هویت با کارکردهای خانواده، نوع روابط خانوادگی، توانایی حل مشکلات خانوادگی و میزان کنترل رفتار رابطه معناداری وجود دارد ولی بین آمیزش عاطفی با بحران هویت رابطه معناداری وجود ندارد. در توجیه این یافته متناقض می‌توان به ابزار مورد استفاده از پژوهش و همچنین بافت فرهنگی که پژوهش در آن اجرا می‌شود اشاره کرد. این یافته تحقیق نیاز به مطالعه‌ی بیشتر دارد. به طور کلی در خانوادهایی که از کارکرد مناسبی برخوردارند، فرایند حل مسئله به خوبی طی می‌شود، نقش‌ها و مسئولیت‌ها به خوبی روشن شده و انعطاف پذیر هستند، ارتباطات بین اعضای خانواده شفاف و مستقیم است، عواطف اعضا به خوبی در میان گذاشته می‌شود و مورد احترام قرار می‌گیرد و تعارضات به وضوح مطرح و حل می شوند (امانی، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد که تاثیر خانواده بر اعضا را می‌توان بر اساس مدل استرس-آسیب‌پذیری تبیین نمود به این صورت که احتمالاً فرد دارای آسیب‌پذیری ارثی یا ژنتیکی است که وی را مستعد بیماری می‌نماید و در صورتی که با رخدادهای تنش‌زایی مثل رفتارهای نامناسب والدینی، بدکارکردی‌های بین فردی و خانوادگی مواجه شود، مبتلا به اختلال می‌گردد (گالاگر و کارترایت-هاتون[1]، ۲۰۰۸). ارتباط تعاملی و عاطفی بین فرزندان و والدین، انتظارات و پاسخ‌های آینده فرزندان را تشکیل می دهد، به این صورت که والدینی که قادر هستند روابط مثبت را با فرزندان خود حفظ کنند، رشد اجتماعی فرزندان را تسهیل کرده و این پتانسیل را دارند تا رفتارهای ناسازگارانه فرزندان را کاهش دهند (لورنس لارا، هیدالگو گارسیا و دکو ویک[2]، ۲۰۱۳).

## منابع

اسماعیل پور، خلیل؛ میر، افروز و زارعی، احمد (۱۳۹۵). رابطه مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۳)، ۷۳-۸۳.

ایروانی، محمدرضا و یوسفی‌حمیدی، سلیمه (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و بحران هویت نوجوانان خمینی شهر در سال ۱۳۸۸. مجله مطالعات جامعه شناختی، ۱(۴)، ۱۴۱-۱۶۱.

امانی، رزیتا (۱۳۹۴). نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۲)، ۸۴-۷۷.

ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.

خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا؛ بنی جمالی، شکوه‌السادات و نیک‌منش، زهرا (۱۳۸۶). بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان. مجله مطالعات روانشناختی، ۳(۴)، ۴۵-۶۸.

زاده‌محمدی، علی و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD). مجله خانواده پژوهی، ۲(۵)، ۶۹-۸۹.

سیف، سوسن ( ۱۳۷۸ ). خانواده و اعتیاد. مجموعه مقالات همایش علمی کاربردی اعتیاد و خانواده (ص ۱۱۶). ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران، دانشگاه الزهرا.

سیف، علی اکبر (۱۳۸۶). روانشناسی پرورشی نوین: روانشناسی یادگیری و آموزش. تهران: نشر دوران.

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

صادق خوانی، اسدالله، علی اکبری دهکردی، مهناز و کاکوجویباری، علی اصغر (۱۳۹۱). مقایسه‌ی شیوه‌های فرزندپروری مادران دانش‌آموزان پسر ۷ تا ۹ سال دوره‌ی ابتدایی با اختلال لجبازی-نافرمانی و عادی در شهرستان ایلام. فصلنامه افراد استثنایی، ۳(۶)، ۹۵-۱۱۴.

صمدی، معصومه و رضایی، منیژه (۱۳۹۰). بررسی نقش تربیتی خانواده در نظام تربیت رسمی و عمومی از دیدگاه علم و دین. پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی، ۱۹(۱۲)، ۹۵-۱۱۷.

عباسی‌مکوند، زینب؛ موسوی، رقیه؛ مرادی، علیرضا؛ اکبری زرد خانه، سعید (۱۳۸۷). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی- لجبازی. فصلنامه فرهنگی- دفاعی زنان و خانواده، ۵(۱۵)، ۱۰۵-۱۲۲.

کاکاوند، علیرضا؛ شمس اسفندآبادی؛ حسن و بیرانوند، معصومه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش تفکر مثبت به مادران بر کاهش اختلال‌های بیرونی شده کودکان آن‌ها. مجله روانشناسی مدرسه، ۴(۴)، ۱۲۵-۱۴۲.

[1] . Gallagher &Cartwright-Hatton
[2] . Lorence Lara, Hidalgo Garcia & Dekovic

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]

کارزاره، شکیلا؛ عبدی، منصور و حیدری، حسن (۱۳۹۴). بررسی عملکرد خانواده و سبک های فرزند پروری مادران در پیش بینی مشکلات رفتاری. مجله اندیشه و رفتار، ۹(۳۶)، ۱۷-۲۶.

کلانتری، مهرداد؛ نشاط دوست، حمید طاهر و زارعی، محمد باقر (۱۳۸۰). بررسی تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارودرمانی بر میزان علائم پیش فعالی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه. مجله روانشناسی، ۲(۵)، ۱۱۸-۱۳۵.

گنجی، مهدی و گنجی، حمزه (۱۳۹۳). آسیب شناسی بر اساس Dsm5. تهران: انتشارات سبلان.

میرزایی علویجه، مهدی؛ نصیرزاده، مصطفی؛ اسلامی، احمدعلی؛ شریفی‌راد، غلامرضا و حسن زاده، اکبر (۱۳۹۲). تاثیر عملکرد خانواده در وابستگی جوانان به مواد مخدر صنعتی. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۱(۲)، ۱۹-۳۰.

الهه، محمد اسماعیل و علی پور، احمد (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). مجله کودکان استثنایی، شماره ۵، ۲۳۹-۲۵۴.

Afolabi, O. A. (2014). Do self – Esteem and family relations predict prosocial behavior and social adjustment of fresh students?. Higher education of social science, 7(1), 26-34.

America Psychiatric Association. (2013). Diagnostic statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

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

Bist, S., & Gera, M. (2015). Role of parental involvement in adjustment of children with learning disability. International journal on recent trends in life science and mathematics, 2(2), 7-10.

Botey, A. P., & Kulig, J. C. (2014). Family functioning following wildfires: recovering from the 2011 slave lake fires. Journal of Child and Family Studies, 23(8), 1471-1483.

Boylan, K., Vaillancourt , T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. European Child and Adolescent Psychiatry, 16(8),484-94.

Brown, I., & Percy, M. (2007). A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental. London: Brookes Publishing.

David, J., Kolko-Lorah, D., Dorn, O. B., Jeffrey, D., & Burke, D. (2008). Clinically Referred ODD Children with or without CD and Healthy Controls: Comparisons Across Contextual Domains. Journal of Child and Family Studies, 7(15), 714-734.

De La Osa, N., Granero, R., Domenech, J. M., Shamay-Tsoory, S., & Ezpeleta, L. (2016). Cognitive and affective components of theory of mind in preschoolers with oppositional defiance disorder: Clinical evidence. Psychiatry Research, 241, 128-134.

Flanagan, R., & Esquivel, G. B. (2006). Emprical and clinical methods in the assessment of personality and psychopatology: An integrative approach for training. Journal of psychology in the schools, 43(4), 514-525.

Gallagher, B., & Cartwright-Hatton, S. (2008). The relationship between parenting factors and trait anxiety: mediating role of cognitive errors and meta cognition. Journal of Anxiety Disorders, 22(4), 722-33.

Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screeing child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30(5), 69-673.

Holloway, S. D., & Nagase, A. (2014). Parenting Across Cultures: Child Rearing, Motherhood and Fatherhood in non-Western Cultures. New York: Springer Dordrecht Heidelberg.

LaGasse, A. B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. Journal of Music Therapy, 51(3), 250-275.

Lorence Lara, B., Hidalgo Garcia, V., & Dekovic, M. (2013). Adolescent adjustment in atrisk families: the role of psychosocial atress and parental socialization. Salud mental, 36(1), 49-57.

Li, L., Lin, X., Chi, P., Heath, M. A., Fang, X., Du, H., & Wang, Z. (2016). 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, 12(1), 1-25.

Lund, J. L., Day, K. L., Schmidt, L. A., Saigal, S., & Lieshout, R. J. V. (2016). Adult mental health outcomes of child sexual abuse survivors born at extremely low birth weight. Child Abuse & Neglect, 59(11), 36-44.

Pederson, C. A., & Fite, P. J. (2014). The impact of parenting on the associations between child aggression subtypes and oppositional defiant disorder symptoms. Child Psychiatry and Human Development, 45(6), 728-35.

Ryan, E., Epstein, B., keitner, G., Miller, I., & bishop, D. (2005). Evaluating and treating families: the Mc Master approach. New York: Routledge & fransic group.

Scott, M. (2008). A cognitive-behavioral approach to clients problems. New York: Routledge.

Sharf , R. (2008). Theories of psychotherapy counseling concepts and cases. New York: Guilford Press.

Smith, C. (1996). Developing parenting programmes. London: National Children's Bur.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.18.4 ]