

Quality of Parent-Child and Sibling Relationships in Families of Children with Symptoms of Oppositional Defiant Disorder

Faeze Khodakarami Janbaz¹, Abbas Ali Hossein Khanzadeh*², Abbas Abolghasemi³

1. M.A. Student of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: February 7, 2018

Accepted: July 12, 2018

Abstract

Background and Purpose: Oppositional defiant disorder is one of the most common behavioral disorders in children, which causes severe destruction of the child's interpersonal relationships. Therefore, the aim of this study was to investigate the parent-child and sibling relationships quality in families with and without children with symptoms of oppositional defiant disorder.

Method: The design of this research is a causal-comparative. The statistical population included all male and female students of elementary school (from grade three to six) with and without symptoms of oppositional defiant disorder in Rudsar in the academic year of 2017-18, and the sample included 130 of them (65 students in each group) who were selected through convenient sampling method. The tools used for this research included the *oppositional defiant disorder rating scale* (Hommersen & et al, 2006), *parent-child relationship scale (PCRS)* (Fine & et al, 1983), *sibling inventory of behavior (SIB)* (Hetherington & et al, 1999), and *clinical interview*. Data were analyzed using t-test and multivariate analysis of variance.

Results: The results showed that there is a significant difference between the group with and without symptoms of oppositional defiant disorder in terms of quality of father-child relationship, mother-child relationship, parent-child relationship, as well as the sibling relationships. The mean of group with symptoms of oppositional defiant disorder in each of these variables was significantly less than the group without symptoms of disorder ($P < 0.001$).

Conclusion: The behaviors of a child with oppositional defiant disorder, mutually, lead to inappropriate parenting behaviors and conflicts between siblings, and, as a result, weaken the quality of relationships between family members.

Keywords: Oppositional defiant disorder, parent-child relationships, sibling relationships

Citation: Khodakarami Janbaz F, Hosseinkhanzadeh AA, Abolghasemi A. Quality of parent-child and sibling relationships in families of children with symptoms of oppositional defiant disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(1): 95-111.

***Corresponding author:** Abbas Ali Hossein Khanzadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Email: Abbaskhanzade@gmail.com

Tel: (+98) 013-33333217

کیفیت رابطه والد-کودک و خواهر-برادر در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

فائزه خداکرمی جانباز^۱، عباسعلی حسین‌خانزاده^{۲*}، عباس ابوالقاسمی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در کودکان است که موجب تخریب شدید روابط بین فردی کودک می‌شود. از این‌رو هدف پژوهش حاضر مطالعه کیفیت رابطه والد-کودک و خواهر-برادر در خانواده‌های با و بدون فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: طرح این پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی (پایه سوم تا ششم) با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ شهرستان رودسر بود که ۱۳۰ نفر از آنها (۶۵ نفر در هر گروه) به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هومرسون و همکاران، ۲۰۰۶)، مقیاس رابطه والد-فرزند (فاین و همکاران، ۱۹۸۳)، پرسشنامه شاخص‌های رفتاری خواهر-برادران (هترینگتون و همکاران، ۱۹۹۹) و نیز مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میان گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از لحاظ کیفیت رابطه پدر-کودک، کیفیت رابطه مادر-کودک، کیفیت رابطه کلی والد-کودک، و نیز کیفیت رابطه خواهر-برادر تفاوت معنادار وجود دارد؛ به طوری که میانگین گروه دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در هریک از این متغیرها به صورت معناداری کمتر از گروه بدون نشانه‌های اختلال است ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: رفتارهای کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به طور متقابل، منجر به رفتارهای والدگری نامناسب از سوی پدر و مادر، تعارضات بین خواهر و برادر و در نتیجه تضعیف کیفیت روابط بین اعضای خانواده می‌شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کیفیت رابطه والد-کودک، کیفیت رابطه خواهر-برادر

*نویسنده مسئول: عباسعلی حسین‌خانزاده، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۳۲۱۷

ایمیل: Abbaskhanzade@gmail.com

مقدمه

اختلالات رفتاری کودکان فشار قابل توجهی را بر فرد، خانواده، و جامعه وارد می‌کنند و مطالعات متعدد، شیوع بالای هشداردهنده این اختلالات را در جمعیت کودکان گزارش کردند (۱). یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است (۲) که اختلالی تحولی (۳) و یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری مخرب در کودکان است (۴) و اغلب شامل مشکلات رفتاری در داخل و خارج از خانه می‌شود (۵) و حدود ۳ درصد از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال به عنوان یک الگوی عودکننده از منفی‌کاری، بی‌اعتنایی، نافرمانی، و رفتار خصمانه نسبت به مراجع قدرت تعریف می‌شود (۳). مهم‌ترین مشخصه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی مداوم و تکراری از خصومت، خشم، تحریک‌پذیری، نزاع کلامی، بی‌اعتنایی، کله‌شقی، نافرمانی، و کینه‌جویی است که ممکن است قبل از ۳ سالگی اتفاق بیفتد، اما معمولاً شیوع آن از ۸ تا ۱۲ سالگی است (۵). شواهد آخرین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که به‌طور کلی شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران نسبت به دختران ۱/۵۹ به ۱ (که می‌تواند به نسبت شیوع ۱/۷۵ به ۱ هم برسد) است (۶). اختلال نافرمانی مقابله‌ای با دیگر رفتارهای مخرب مانند اختلال رفتار هنجاری^۲، پرخاشگری، و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی^۳ همبستگی بالا دارد (۷). کودکان مبتلا به این اختلال، به دلیل داشتن مهارت‌های اجتماعی کمتر، اساساً در روابط با والدین، معلمان، و همسالان دچار نارسایی هستند (۸)، در دوره‌های بعدی زندگی از نظر قابلیت‌های تحصیلی و شغلی ضعیف‌تر بوده (۹) و بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های وابسته به مواد قرار دارند (۱۰). همچنین، نشانه‌های خلقی تحریک‌پذیر در کودکان مبتلا به این اختلال، پیش‌بینی‌کننده سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی در سنین بعدی است (۱۱).

مطالعات مختلف، نشان دادند که نوع رفتار والدین و کیفیت رابطه والد-کودک تأثیر بسیار مهمی در بروز و تشدید نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته و به طور قابل توجهی خطر بروز رفتارهای سازش‌نیافته را افزایش می‌دهد (۱۲ و ۱۳). رابطه والد-کودک مفهومی است که از دل‌بستگی تا سبک‌های سنتی والدگری را شامل می‌شود و جنبه‌هایی از اقتدارطلبی در برابر سهل‌گیری و ملایمت در برابر خشونت را در برمی‌گیرد (۱۴). کیفیت بالای روابط والد-کودک با درآمیختگی، ساختار و احترام متقابل زیاد، و تعارض کم مشخص می‌شود؛ از این رو، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارای کیفیت روابط والد-کودک ضعیف‌تری هستند، زیرا تعارض بیشتر و احترام متقابل کمتری را در ارتباط با والدین خود تجربه می‌کنند (۱۵). بیشتر شواهد تجربی، تأثیر منفی بدر رفتاری والدین را با مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داده‌اند (۱۶) و تأیید کردند که کیفیت تعاملات والد-کودک در خانواده‌های این کودکان، ضعیف‌تر و نامناسب‌تر است (۱۷) و رفتار والدینی و کیفیت تعاملات والد-کودک به طور چشمگیری تحول کودک را شکل می‌دهند (۱۸). کودکان و نوجوانانی که مورد بی‌مهری و محرومیت عاطفی قرار می‌گیرند، رفتارهای تضادورزانه، خشونت‌آمیز، و پرخاشگرانه از خود بروز می‌دهند که این علائم در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای نمود بیشتری می‌یابد (۱۹). در همین راستا، دانسمور، بوکر و اولندیک (۲۰) نشان دادند که احساسات منفی والدین، به خصوص مادر، نسبت به این کودکان، پیش‌بینی‌کننده رفتار پرخاشگرانه، ناپایداری هیجان، و مشکلات اجتماعی بیشتر است. طبق پژوهش بهروزی، فرزادی و فرامزی (۲۱) خشونت عاطفی و فیزیکی والدین تأثیر مستقیمی بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد به طوری که رابطه مناسب والد-فرزند به عنوان یک عامل حفاظتی برای

3. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

1. Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2. Conduct Disorder

از نزدیک با یکدیگر آشنایی دارند (۳۵). رابطه خواهر-برادرها با سطح بهزیستی کودکان مرتبط است (۳۶). در پژوهش‌های اخیر برآورد شده است که حدود ۹۰ درصد از کودکان در ایالات متحده حداقل با یک خواهر یا برادر، بزرگ می‌شوند و نسبت به دیگر افراد مانند والدین، زمان زیادی را با آنها می‌گذرانند (به نقل از ۳۷). تعاملات خواهر-برادرها ممکن است به سطحی از درگیری و خصومت آغشته باشد که به ندرت در تعاملات کودکان با والدین یا همسالان قابل مشاهده است. در سال‌های پیش دبستانی، درگیری در روابط خواهر-برادر بیش از یک بار در هر ۱۰ دقیقه رخ می‌دهد و بسیار متداول است (۳۸). مطالعات محدودی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در مقایسه با کودکان بدون اختلال، مشکلات بیشتری در روابط با خواهر-برادریشان نشان می‌دهند (۳۹). اما برخی پژوهش‌ها نشان دادند که بین کیفیت رابطه خواهر-برادری و میزان بروز مشکلات رفتاری، همبستگی وجود دارد (۴۰ و ۴۱). پیاتوفسکی، تیلور و گرمیر (۴۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در روابط خواهر-برادرها سطوح بالای خصومت، سطوح پایین صمیمیت، و سطوح بالای قطع روابط هر کدام به‌طور معناداری سازش‌یافتگی کودک را پیش‌بینی می‌کنند. محبت و علاقه میان خواهر-برادرها در دوران کودکی به طور مثبت و معناداری با همدلی و رفتارهای اجتماع‌پسند^۲ در دوره نوجوانی در ارتباط است (۴۳). پایک و آلیور (۴۴) در پژوهش خود گزارش کردند که پیوندهای دوطرفه بین روابط خواهر-برادر و مشکلات رفتاری کودکان معنادار هستند. آنها دریافتند که رفتار شخصی کودک پیش‌بینی‌کننده کیفیت روابط خواهر-برادر، و روابط خواهر-برادری پیش‌بینی‌کننده رفتار بعدی کودک است. به نظر می‌رسد که بهبود در هر یک از این موارد (کیفیت روابط خواهر-برادر یا رفتار فردی کودک) می‌تواند منجر به بروز اثر مثبتی شود.

بدرفتاری‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای عمل می‌کند و تعامل منفی والد-کودک نقش مهمی در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. از سویی دیگر، سهل‌انگاری و بی‌تفاوتی والدین نیز می‌تواند میزان بروز رفتارهای مقابله‌ای را افزایش دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر چه مادران در تربیت فرزندان خود سهل‌گیرتر باشند به احتمال زیاد فرزندان آنها مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای خواهند شد (۲۲ و ۲۳). شواهد حاکی از نقش حیاتی و مهم پدران در تحول و سازش‌یافتگی کودک دارد (۲۴، ۲۵ و ۲۶)، به طوری که ارتباط بیشتر بین پدر و فرزند و والدگری مناسب‌تر پدر به طور مستقیم و معنادار با میزان کمتر مشکلات رفتاری کودک در ارتباط است (۲۷-۲۹). والدگری پدران از طریق اثرات غیرمستقیمی که بر تعارض پدر-کودک دارد، پیش‌بینی‌کننده مشکلات روانی کودکان است. خانواده‌هایی که با والدگری منفی پدر مشخص می‌شوند، به احتمال بیشتری درگیر تعارض پدر-کودک هستند (۲۵). از سویی دیگر نتایج مطالعات نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای روابط منفی بیشتری با مادرشان دارند (۱۷ و ۳۰). شواهد نشان می‌دهد که رفتارهای والدگری مادران (پاسخ‌دهی مادرانه و انضباط خشن مادران) در اوایل کودکی با رفتارهای پرخاشگرانه آتی کودکان مرتبط است (۳۱) که این نتایج نقش حیاتی رابطه مادر-کودک را در ارتقاء سازش‌یافتگی کودک برجسته می‌کند. در مجموع بر اساس دوجانبه بودن روابط بین کیفیت پایین تعامل والد-کودک و شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۳۲) می‌توان نتیجه گرفت که هرچقدر علائم اختلال شدیدتر باشد، شیوه والدگری والدین و روابط کودک با پدر، مادر، همسالان، و معلم ضعیف‌تر است و برعکس (۳۳ و ۳۴). رابطه والدین و فرزندان گرچه بسیار مهم است اما رابطه خواهر-برادری^۱ شاید مهم‌تر نیز باشد زیرا خواهر-برادرها مدت زمان زیادی را با هم سپری می‌کنند و به واسطه تعاملات مداوم مثبت (مانند بازی) و منفی (مانند تعارض و کشمکش)،

روانی صورت گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال، فقدان ناتوانی جسمانی، فقدان سایر اختلال‌های روان‌شناختی همبود، زندگی با هر دو والد، و داشتن حداقل یک خواهر یا برادر؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل وجود اختلالات همبود در دانش‌آموز، مصرف داروهای روان‌پزشکی توسط دانش‌آموز، تک‌والد بودن، تک‌فرزند بودن، و عدم همکاری دانش‌آموز یا اولیای وی بود. سوالاتی بر اساس نشانه‌های بالینی اختلالاتی که همبود با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بروز می‌کند بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط پژوهشگر تهیه و از طریق مصاحبه اجرا شد. در نهایت دانش‌آموزانی که ملاک‌های سایر اختلال‌ها را برآورده کردند از پژوهش کنار گذاشته شدند.

(ب) ابزار

۱. *مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای*^۱: این مقیاس توسط هومرسون، موری، اوهان و جانسون^۲ (۲۰۰۶) و بر اساس ملاک‌های نسخه تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است که ملاک‌های این مقیاس با ملاک‌های تشخیصی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نیز منطبق است. این مقیاس که به روش دیگر گزارش‌دهی است و والدین یا مربیان به آن پاسخ می‌دهند، دارای ۸ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۰=اصلاً تا ۳=خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد و برای کودکان ۵ تا ۱۵ ساله استفاده می‌شود. ملاک تشخیص اختلال بدین صورت است که وقتی فرد در ۴ گویه (و بالاتر) از این مقیاس نمره نسبتاً زیاد یا خیلی زیاد را کسب کرد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین از نظر روایی، این مقیاس به طور معناداری با تمامی زیرمقیاس‌های

مطالعات نشان می‌دهند، وجود اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ۵۰ درصد موارد با اختلالات روانی نیز همراه است (۱)، بنابراین شناسایی کودکان در معرض خطر نافرمانی مقابله‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کودک موجود منفعلی نیست و در تعامل دائم با اطرافیان خود قرار دارد. نقش خانواده و تعامل کودک با والدین، بسیار مهم است و شناخت این روابط در پیدا کردن زمینه‌های رشد مشکلات رفتاری بسیار حائز اهمیت است. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در ایران کیفیت رابطه پدر و مادر با کودک و نیز کیفیت روابط خواهر-برادرها را در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسنجیده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت روابط والد-کودک و نیز کیفیت روابط خواهر-برادرها در خانواده‌های با و بدون کودک مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی (پایه سوم تا ششم) با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ شهرستان رودسر و حومه (کلاچای و رحیم‌آباد) بود که از میان آنها ۶۵ دانش‌آموز دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ۶۵ دانش‌آموز بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (و سایر مشکلات هیجانی-رفتاری) از طریق نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود به پژوهش، انتخاب شدند. جهت انتخاب نمونه، مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تمامی معلمان مدارس مورد نظر داده شد و تمام اعضای نمونه با استفاده از این مقیاس مورد شناسایی و غربالگری قرار گرفتند، و جهت اطمینان از تشخیص نهایی مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته بر اساس نشانه‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های

2. Hommersen, Murray, Ohan, & Johnston

1. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale

آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به پدر ۰/۷۹ تا ۰/۹۱، ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به مادر، و ۰/۹۲ برای رابطه کلی به دست آمد.

۳. پرسشنامه شاخص‌های رفتاری خواهر-برادران^۴: در این مطالعه جهت سنجش کیفیت روابط خواهر-برادری از فرم تجدید نظر شده مقیاس شاخص‌های رفتاری خواهر-برادران که توسط هترینگتون، هندرسون و ریس (۱۹۹۹) ساخته شده استفاده گردید. این مقیاس دارای ۳۲ گویه است و برای نمره‌گذاری هر گویه، درجه‌ای بین ۱ تا ۳ (همیشه=۳، گاهی اوقات=۲، هرگز=۱) به هر آزمودنی تعلق می‌گیرد. روش نمره‌گذاری در برخی از گویه‌ها (۳۲-۱۶) معکوس است و دامنه نمرات برای هر آزمودنی بین ۳۲ تا ۹۶ قرار دارد. نمره ۳۲ مبین پایین‌ترین میزان روابط خواهران و برادران و نمره ۹۶ بالاترین میزان روابط خواهران و برادران را نشان می‌دهد. در این مقیاس، روابطی که جنبه مثبت دارند توسط سه خرده‌مقیاس مصاحبت، همدلی، و سرمشوق‌دهی/مراقبت؛ و روابطی که جنبه منفی دارند توسط سه خرده‌مقیاس رقابت، پرخاشگری/تعارض، و اجتناب اندازه‌گیری می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای این مقیاس بیان کردند. ضریب همبستگی درونی برای دو حیطه روابط مثبت و روابط منفی نیز به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۹۱ گزارش شده است (۴۹). این مقیاس جهت اجرا به یکی از والدین دانش‌آموزان داده شد تا گویه‌ها را با توجه به میزان انطباق آن با روابط فعلی فرزند سالم‌شان نسبت به فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای (و نیز فرزند غیرمبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه گواه) تکمیل کنند.

۴. مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته: برای تشخیص نهایی افراد نمونه و تشخیص وجود یا عدم وجود اختلال‌های روانی همبود در کودکان حاضر در پژوهش از مصاحبه بالینی نیمه

چک‌لیست رفتار کودک^۱ (شامل مشکلات رفتاری درون‌نمود، مشکلات توجه، پرخاشگری، و بزهداری) همبستگی دارد (۴۵). این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش‌آموزان ایرانی روان‌سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۶).

۲. مقیاس رابطه‌ی والد-فرزند^۲: جهت سنجش رابطه والدین با فرزندان از پرسشنامه رابطه والد-فرزند ساخته فاین، مورلند و شوبل^۳ (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۸ گویه (۲۴ گویه برای رابطه با پدر و ۲۴ گویه برای رابطه با مادر) است که دو صورت دارد، یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و یکی هم برای سنجیدن رابطه فرزند با پدر. هر دو فرم مقیاس یکسان است، به جز این که کلمه «پدر» و «مادر» عوض می‌شوند. خرده‌مقیاس‌های فرم پدر عبارت هستند از: عاطفه مثبت^۴، آمیزش پدرانه^۵، ارتباط یا گفت‌وشنود، و خشم؛ و برای پرسشنامه مادر عبارت هستند از: عاطفه مثبت، آزرده‌گی/سردرگمی نقش^۶، همانندسازی^۷، ارتباط یا گفت‌وشنود. در نمره‌گذاری نمره سؤال‌های منفی را معکوس کرده و سپس نمرات تک تک سؤال‌ها را جمع و حاصل جمع را بر تعداد سؤال‌های هر عامل برای به‌دست آوردن نمره (میانگین) آن خرده‌مقیاس، تقسیم می‌کنیم. نمره کل نیز عبارت است از جمع میانگین‌های کل خرده‌مقیاس‌ها. مقیاس تعامل والد-فرزند با ضریب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده-مقیاس‌های مربوط به پدر، ۰/۶۱ تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به مادر، و نیز آلفای کلی ۰/۹۶، دارای همسانی درونی بالا است. روایی مقیاس تعامل ولی-فرزندی در سطح مطلوبی قرار دارد و فرزندان خانواده‌های طلاق و یکپارچه را به طور معناداری از هم متمایز می‌کند (۴۷). در پژوهش میرزایی کوتنایی، شاکری‌نیا و اصغری (۴۸) نیز اعتبار این ابزار با روش

5. Father involvement
6. Resentment/Role confusion
7. Identification
8. Sibling Inventory of Behavior (SIB)

1. Child Behavior Checklist
2. Parent-Child Relationship Scale (PCRS)
3. Fine, Moreland & Schwebel
4. Positive affect

مراحل به معلمان، کودکان و والدین آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه می‌ماند و فقط به منظور اهداف پژوهشی استفاده می‌شود. بعد از دو ماه شناسایی دانش‌آموزان و تکمیل پرسشنامه‌ها، نمره‌گذاری و تحلیل داده‌ها انجام شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون چولگی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول قدر مطلق مقادیر چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرهای پژوهش کوچک‌تر از ۲ است. این نتیجه نشان می‌دهد توزیع متغیرها نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون t استفاده نمود.

ساختاریافته استفاده شد. این مصاحبه شامل ۱۵ سؤال محقق ساخته به صورت بازپاسخ در مورد شدت نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و افتراق آن از سایر اختلالات روانی بود که با استفاده از نشانه‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ساخته و اجرا شد.

ج) روش اجرا: پس از کسب مجوزهای لازم و مراجعه به تمامی دبستان‌های دخترانه و پسرانه‌ی شهرستان مورد نظر، افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها، پرسشنامه کیفیت رابطه‌ی والد-کودک به صورت انفرادی (در صورت کم بودن تعداد به صورت گروهی) توسط کودکان، با راهنمایی آزمونگر، تکمیل شد. پرسشنامه کیفیت رابطه خواهر-برادری نیز در اختیار کودکان قرار گرفت تا برای تکمیل به یکی از والدین خود (آن والدی که بیشتر روز در کنار آنهاست) داده و پس از تکمیل، برگشت دهند. در تمامی

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($n=130$)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	
کیفیت رابطه‌ی پدر-کودک	عاطفه مثبت پدرانه	با نشانه‌های اختلال	۵/۵۴	۱/۱۵	-۱/۳۳۷	-۱/۸۰۸
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۴۴	۰/۵۹	-۱/۱۶۳	۰/۸۶۱
	آمیزش پدرانه	با نشانه‌های اختلال	۵/۲۰	۰/۸۷	-۰/۹۶۱	۱/۱۶۰
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۰۷	۰/۶۸	-۰/۴۵۹	-۰/۴۳۴
	ارتباط پدرانه	با نشانه‌های اختلال	۴/۷۳	۱/۱۶	-۰/۵۲۲	-۰/۵۶۵
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۱۳	۰/۷۹	-۰/۹۲۰	-۰/۳۰۷
	خشم	با نشانه‌های اختلال	۴/۵۴	۱/۹۴	-۰/۶۳۲	-۰/۶۵۸
		بدون نشانه‌های اختلال	۵/۸۶	۱/۲۷	-۱/۵۶۰	۱/۷۷۳
	کیفیت رابطه پدر-کودک	با نشانه‌های اختلال	۲۰	۴/۱۲	-۱/۰۶۳	۱/۰۳۴
		بدون نشانه‌های اختلال	۲۴/۵۰	۲/۶۰	-۰/۶۶۹	-۰/۰۰۵
کیفیت رابطه‌ی مادر-کودک	عاطفه مثبت مادرانه	با نشانه‌های اختلال	۵/۷۷	۰/۷۵	-۰/۴۸۴	-۰/۴۲۳
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۵۶	۰/۴۴	-۰/۹۵۲	۰/۲۱۵
	آزردگی/سرردگمی نقش	با نشانه‌های اختلال	۵/۸۰	۱/۱۰	-۱/۴۰۰	۱/۱۶۷
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۶۰	۰/۶۶	-۱/۰۴۵	۱/۸۰۸
	هماندسازی	با نشانه‌های اختلال	۴/۵۸	۱/۵۰	-۰/۵۴۹	-۰/۲۸۵
		بدون نشانه‌های اختلال	۵/۹۶	۱/۱۱	-۱/۲۸۸	۱/۳۳۷
	ارتباط مادرانه	با نشانه‌های اختلال	۵/۵۸	۰/۹۹	-۱/۲۷۳	۱/۶۰۲
		بدون نشانه‌های اختلال	۶/۵۳	۰/۵۲	-۱/۷۱۱	۱/۳۲۷
	کیفیت رابطه مادر-کودک	با نشانه‌های اختلال	۲۱/۳۴	۳/۲۶	-۰/۴۱۰	-۰/۱۸۶
		بدون نشانه‌های اختلال	۲۵/۶۵	۲/۲۶	-۱/۰۰۳	۰/۵۱۶

کل	کیفیت رابطه کلی والد-کودک	با نشانه‌های اختلال	۴۱/۷۳	۶/۰۹	-۰/۷۲۹	۰/۱۴۳
کیفیت رابطه‌ی خواهر-برادر	مصاحبت	بدون نشانه‌های اختلال	۵۰/۱۷	۴/۴۰	-۰/۷۵۳	-۰/۰۱۹
		با نشانه‌های اختلال	۱۲/۱۲	۲/۶۵	۰/۱۲۸	-۰/۱۹۶
	همدلی	بدون نشانه‌های اختلال	۱۴/۴۵	۲/۰۴	-۰/۳۱۴	-۰/۵۸۳
		با نشانه‌های اختلال	۱۲/۸۰	۲/۰۳	-۱/۲۲۳	۱/۳۰۵
	آموزش/مدیریت	بدون نشانه‌های اختلال	۱۳/۹۸	۱/۱۴	-۱/۳۴۵	۰/۱۹۱۰
		با نشانه‌های اختلال	۸/۴۶	۲/۰۵	۰/۰۲۳	-۰/۴۱۵
	رقابت	بدون نشانه‌های اختلال	۱۰/۴۸	۱/۵۴	-۰/۸۵۲	-۰/۳۳۸
		با نشانه‌های اختلال	۱۶/۱۱	۳/۰۴	-۰/۹۸۳	۰/۶۳۹
	پرخاصگری/کشمکش	بدون نشانه‌های اختلال	۱۸/۸۹	۱/۶۷	-۱/۴۲۷	-۱/۸۰۴
		با نشانه‌های اختلال	۱۰/۱۲	۲/۵۲	-۰/۰۲۲	-۰/۲۱۷
کیفیت رابطه کلی خواهر-برادر	اجتناب یا کناره‌گیری	بدون نشانه‌های اختلال	۱۳	۱/۷۴	-۰/۹۷۱	۱/۰۴۹
		با نشانه‌های اختلال	۱۲/۹۷	۲/۳۹	-۱/۸۱۶	۱/۹۴۲
	کیفیت رابطه کلی خواهر-برادر	بدون نشانه‌های اختلال	۱۴/۴۵	۱/۰۲	-۱/۲۰۱	۱/۶۰۳
		با نشانه‌های اختلال	۷۲/۵۵	۱۲/۰۳	-۰/۸۴۷	۱/۲۱۸
		بدون نشانه‌های اختلال	۸۵/۲۵	۶/۱۷	-۰/۴۰۶	۰/۴۱۰

واریانس‌های خطای این متغیرها در گروه‌ها همگن است. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای رابطه کلی والد-کودک ($F=7/45$ و $P < 0/01$) و رابطه کلی خواهر-برادر ($F=10/10$ و $P < 0/002$) در دو گروه معنادار است اما با توجه به برابر بودن تعداد نمونه در دو گروه فرض همگنی واریانس‌های خطای این متغیرها برقرار است؛ بنابراین در جدول ۳ نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

جهت بررسی تفاوت دانش‌آموزان مبتلا و غیر مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در متغیرهای رابطه کلی پدر-کودک، مادر-کودک، والد-کودک و نیز خواهر-برادر از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای رابطه کلی پدر-کودک ($F=0/64$ و $P > 0/42$) و رابطه کلی مادر-کودک ($F=1/11$ و $P > 0/29$) نشان می‌دهد که

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیرهای کیفیت رابطه کلی پدر-کودک، مادر-کودک، والد-کودک و خواهر-برادر

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت رابطه پدر-کودک	با نشانه‌های اختلال	۲۰	۴/۱۲	-۴/۵۰	-۷/۴۹	۱۰۳	۰/۰۰۱
	بدون نشانه‌های اختلال	۲۴/۵۰	۲/۶۰				
کیفیت رابطه مادر-کودک	با نشانه‌های اختلال	۲۱/۷۴	۳/۲۶	-۳/۹۱	-۷/۹۶	۱۲۸	۰/۰۰۱
	بدون نشانه‌های اختلال	۲۵/۶۵	۲/۲۶				
کیفیت رابطه والد-کودک	با نشانه‌های اختلال	۴۱/۷۳	۶/۰۹	-۸/۴۴	-۹/۰۵	۱۲۸	۰/۰۰۱
	بدون نشانه‌های اختلال	۵۰/۱۷	۴/۴۰				
کیفیت رابطه خواهر-برادر	با نشانه‌های اختلال	۷۲/۵۵	۱۲/۰۳	-۱۲/۷	-۷/۵۷	۱۲۸	۰/۰۰۱
	بدون نشانه‌های اختلال	۸۵/۲۵	۶/۱۷				

با توجه به جدول ۲، در متغیر کیفیت رابطه پدر-کودک میانگین دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال (۲۰) به صورت معناداری کمتر از میانگین دانش آموزان بدون نشانه‌های اختلال (۲۴/۵۰) است ($t=-7/49, df=103, P<0/001$). در متغیر کیفیت رابطه مادر-کودک نیز میانگین دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال (۲۱/۷۴) به صورت معناداری کمتر از میانگین دانش آموزان بدون نشانه‌های اختلال (۲۵/۶۵) است ($t=-7/96, df=128, P<0/001$). والد-کودک میانگین دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال (۴۱/۷۳) به صورت معناداری کمتر از میانگین دانش آموزان بدون نشانه‌های اختلال (۵۰/۱۷) است ($t=-9/05, df=128, P<0/001$). همچنین در متغیر کیفیت رابطه خواهر-برادر نیز میانگین دانش آموزان دارای نشانه‌های اختلال (۷۲/۵۵) به صورت معناداری کمتر از میانگین دانش آموزان بدون نشانه‌های اختلال (۸۵/۲۵) است ($t=-7/57, df=128, P<0/001$).

برای مقایسه و بررسی خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک (عاطفه مثبت، آمیزش پدرانه، ارتباط، خشم)، کیفیت رابطه مادر-کودک (عاطفه مثبت، آزرده‌گی/سردرگمی نقش، همانندسازی، ارتباط) و نیز کیفیت رابطه خواهر-برادر (مصاحبت، همدلی، آموزش/مدیریت، رقابت، پرخاشگری/کشمکش، اجتناب یا کناره‌گیری) در خانواده‌های با و بدون فرزند دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیر کیفیت رابطه پدر-کودک در تمامی خرده‌مؤلفه‌ها در دو گروه برابر است ($P>0/05$). واریانس متغیر کیفیت رابطه مادر-کودک تنها در خرده‌مؤلفه همانندسازی دو گروه برابر بود ($P>0/05$) و در

بقیه خرده‌مقیاس‌های این متغیر که آماره‌ی F لوین برای آنها معنادار بود می‌توان گفت که با توجه به برابر بودن تعداد نمونه در دو گروه فرض همگنی واریانس‌های خطای متغیرها برقرار است. واریانس متغیر کیفیت رابطه خواهر-برادر نیز در تمامی خرده‌مؤلفه‌ها در دو گروه برابر است ($P>0/05$). نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین دو گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک ($BoxM=15/22, F=1/47, P\geq0/11$), کیفیت رابطه مادر-کودک ($F=1/52, P\geq0/06$), و نیز کیفیت رابطه خواهر-برادر ($BoxM=32/65, F=1/48, P\geq0/07$). در دو گروه برابر است. نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک ($X^2=283/21$), خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه مادر-کودک ($X^2=96/27$), و نیز خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه خواهر-برادر ($X^2=377/12$) نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها همگی در سطح $0/001$ معنی‌دار است ($P<0/001$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک ($F=16/566, P<0/001$), $Wilk's\ Lambda=0/654$), خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه مادر-کودک ($F=16/148, P<0/001$), $Wilk's\ Lambda=0/656$), و نیز خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه خواهر-برادر ($F=11/474, P<0/001$), $Wilk's\ Lambda=0/641$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی اینکه گروه با و بدون اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کدام یک از مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک، مادر-کودک، و خواهر-برادر با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری تفاوت گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک، مادر-کودک و نیز خواهر-برادر

مؤلفه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات خطا	میانگین مجذورات خطا	F	P	اندازه اثر
عاطفه مثبت	۲۶/۳۴۳	۲۶/۳۴۳	۱۰۶/۴۶۲	۰/۸۳۲	۳۱/۶۷۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸
آمیزش پدرانه	۲۴/۹۳۱	۲۴/۹۳۱	۷۷/۵۳۰	۰/۶۰۶	۴۱/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳
ارتباط یا گفت‌وشنود	۶۳/۵۱۸	۶۳/۵۱۸	۱۲۶/۱۵۰	۰/۹۸۶	۶۴/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
خشم	۵۶/۸۹۲	۵۶/۸۹۲	۳۴۵/۹۰۸	۲/۷۰۲	۲۱/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱
عاطفه مثبت	۱۹/۹۲۹	۱۹/۹۲۹	۴۸/۰۹۸	۰/۳۷۶	۵۳/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۳
آزردگی/سردرگمی نقش	۲۰/۹۶۰	۲۰/۹۶۰	۱۰۵/۴۴۰	۰/۸۲۴	۲۵/۴۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶۶
هماندسازی	۶۱/۲۰۵	۶۱/۲۰۵	۲۲۱/۸۶۴	۱/۷۳۳	۳۵/۳۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۶
ارتباط یا گفت‌وشنود	۲۹/۵۸۸	۲۹/۵۸۸	۸۱/۳۴۱	۰/۶۳۵	۴۶/۵۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
مصاحبت	۱۷۵/۳۹۲	۱۷۵/۳۹۲	۷۱۵/۰۷۷	۵/۵۸۷	۳۱/۳۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷
همدلی	۴۸/۰۰۸	۴۸/۰۰۸	۳۴۶/۵۲۳	۲/۷۰۷	۱۷/۷۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲۲
آموزش/مدیریت	۱۳۲/۰۰۸	۱۳۲/۰۰۸	۴۲۰/۳۶۹	۳/۲۸۴	۴۰/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
رقابت	۲۵۲/۰۰۸	۲۵۲/۰۰۸	۷۶۸/۴۹۲	۶/۰۰۴	۴۱/۹۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
پرخاشگری/کشمکش	۲۶۸/۹۹۲	۲۶۸/۹۹۲	۵۹۹/۰۱۵	۴/۶۸۰	۵۷/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
اجتناب یا کناره‌گیری	۷۰/۸۹۲	۷۰/۸۹۲	۴۳۲/۰۰۰	۳/۳۷۵	۲۱/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱

با توجه به جدول ۳، دو گروه از نظر خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک باهم تفاوت معنی‌دار دارند زیرا آماره F برای عاطفه مثبت (۳۱/۶۷۲)، آمیزش پدرانه (۴۱/۱۶۰)، ارتباط (۶۴/۴۴۹) و خشم (۲۱/۰۵۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها نشان می‌دهد که تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه پدر-کودک در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمتر از گروه بدون اختلال است. از طرفی با توجه به حجم اندازه اثر، گروه‌ها قادرند ۱۹/۸ درصد از تغییرات عاطفه مثبت، ۲۴/۳ درصد از تغییرات آمیزش پدرانه، ۳۳/۵ درصد از تغییرات ارتباط یا گفت‌وشنود، و ۱۴/۱ درصد از تغییرات خشم را تبیین کنند. جدول ۴ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه مادر-کودک نیز باهم تفاوت معنی‌دار دارند زیرا آماره F برای عاطفه مثبت (۵۳/۰۳۶)، آزردگی/سردرگمی نقش (۲۵/۴۵۵)، همانندسازی (۳۵/۳۱۱) و ارتباط (۴۶/۵۶۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها نشان می‌دهد که تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه‌ی مادر-

کودک در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمتر از گروه بدون اختلال است. حجم اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۹/۳ درصد از تغییرات عاطفه مثبت، ۱۶/۶ درصد از تغییرات آزردگی/سردرگمی، ۲۱/۶ درصد از تغییرات همانندسازی، و ۲۶/۷ درصد از تغییرات ارتباط یا گفت‌وشنود ناشی از تغییرات دو گروه با و بدون نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. همچنین دو گروه از نظر خرده‌مؤلفه‌های کیفیت رابطه خواهر-برادری نیز باهم تفاوت معنادار دارند زیرا آماره F برای مصاحبت (۳۱/۳۹۶)، همدلی (۱۷/۷۳۳)، آموزش/مدیریت (۴۰/۱۹۶)، رقابت (۴۱/۹۷۴)، پرخاشگری/کشمکش (۵۷/۴۷۹) و اجتناب یا کناره‌گیری (۲۱/۰۰۵) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها نشان می‌دهد که تمامی مؤلفه‌های کیفیت رابطه خواهر-برادری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمتر از گروه بدون اختلال است. با توجه به حجم اندازه اثر، گروه‌ها قادرند ۱۹/۷ درصد از تغییرات مصاحبت، ۱۲/۲ درصد از تغییرات همدلی، ۲۳/۹ درصد از تغییرات آموزش/مدیریت، ۲۴/۷ درصد از تغییرات

رقابت، ۳۱ درصد از تغییرات پرخاشگری/کشمکش، و ۱۴/۱ درصد از تغییرات اجتناب یا کناره‌گیری را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه کیفیت رابطه والد-کودک و خواهر-برادر در خانواده‌های با و بدون فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج آزمون تی نشان داد که کیفیت رابطه کلی والد-کودک در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور معناداری کمتر از خانواده‌های بدون کودک مبتلا به این اختلال است. این یافته با نتایج پژوهش سنگ، کاواباتا و گائو که نشان دادند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از روابط منفی و نامناسب والد-کودک رنج می‌برند (۱۷) و همچنین با نتایج پژوهش لی و همکاران که بیان کردند هرچقدر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای شدیدتر باشد ارتباطات بین فردی کودک (از جمله روابط والد-کودک، همسال-کودک و معلم-کودک) ضعیف‌تر است (۳۴)، هم‌راستا است. همچنین پژوهش بهروزی و همکاران نیز نشان داد که خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با رفتار پرخاشگرانه این کودکان رابطه مستقیم معنادار دارد. طبق این پژوهش خشونت عاطفی نسبت به خشونت فیزیکی رفتار پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کند و نشان می‌دهد که آزار و اذیت احساسی و روانی که توسط والدین اعمال می‌شود از جمله تحقیر و طرد کردن، تأثیر به مراتب بدتری نسبت به خشونت فیزیکی برجای می‌گذارد و این حس را به کودک منتقل می‌کند که هیچ ارزشی ندارد و اعتماد به خود او را به شدت پایین می‌آورد (۲۱).

در تبیین این یافته می‌توان به پیوندهای طولی و دوجانبه بین علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و روابط والد-کودک اشاره کرد. فراتحلیل اخیر پینکارت نشان داد که شیوه‌های والدگری خشن و مشکلات رفتاری برون‌نمود کودک به صورت دوجانبه به هم مرتبط‌اند. طبق این پژوهش گرمی والدینی، مهار رفتاری،

دادن استقلال و سبک والدگری مقتدرانه، ارتباط همزمان و طولی بسیار کم و به همان اندازه منفی با مشکلات رفتاری برون‌نمود دارد. در مقابل، مهارگری خشن، والدگری مستبدانه، سهل‌گیرانه و مسامحه‌کار با سطوح بالاتری از مشکلات رفتاری برون‌نمود در ارتباط بود (۱۳). طبق نظریه چرخه اجبارگونه‌ی پترسون^۱ به خوبی می‌توان این پیوندهای دوطرفه را توضیح داد: کودکان با الگوهای رفتاری اخلاص‌گرانه به طور فزاینده‌ای انضباط و تربیت خشن را از سوی والدین بی‌تجربه و غیرمتخصص خود فرامی‌خوانند؛ در نتیجه این شیوه‌های خشن والدگری، به نوبه‌ی خود، کمک می‌کنند تا رفتارهای بعدی کودکان را بدتر کند. همراه با این چرخه‌ی معیوب، انتظار می‌رود که کیفیت روابط والد-کودک به طور چشمگیری کاهش یابد که ممکن است منجر به شدیدتر شدن علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای شود (به نقل از ۱۲).

نتایج آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که کیفیت رابطه کلی پدر-کودک و نیز خرده‌مؤلفه‌های آن در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور معناداری کمتر از خانواده‌های بدون کودک مبتلا به این اختلال است. در بررسی پیشینه، تنها پژوهش سنگ و همکاران که نشان دادند کیفیت روابط پدر-کودک در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور معناداری ضعیف‌تر است، با این یافته همسو است (۱۷). همچنین یافته حاضر با برخی از پژوهش‌ها که به همبستگی منفی بین کیفیت رابطه پدر-کودک و شیوه‌ی والدگری پدران با میزان مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان اشاره کرده‌اند، هم‌راستا است. به عنوان مثال، چوی و جکسون دریافتند که در آمیختگی پدران با فرزندانشان می‌تواند محافظی در برابر رفتارهای برون‌نمود کودک باشد به طوری که هرچقدر میزان تماس و درآمیختگی بین پدر و فرزندش بیشتر باشد و والدگری مناسب‌تری را از سوی پدر شاهد باشیم به طور غیرمستقیم میزان مشکلات رفتاری کودک به مراتب کمتر

1. Patterson's coercive cycles theory

بر کیفیت روابط تأثیر گذاشته و در چرخه‌ای دوجانبه و معیوب رفتارهای پرخاشگری و نافرمانی کودکان را دامن می‌زند.

نتایج آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که کیفیت رابطه کلی مادر-کودک و نیز خرده مؤلفه‌های آن در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور معناداری کمتر از خانواده‌های بدون کودک مبتلا به این اختلال است. همسو با این یافته، نتایج پژوهش بیرامی و عبادی آسایش (۲۲) و صادق‌خانی و همکاران (۲۳) نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پرورش فرزندان خود سهل‌گیرتر بوده و کمتر در ارتباط مادر-فرزندی خود مقتدر هستند. لی و همکاران (۳۴) و سنگ و همکاران (۱۷) نیز نشان دادند که علائم شدیدتر کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای با روابط ضعیف‌تر مادر-کودک در ارتباط است. درابیک، گادو و لونی (۳۰) نشان دادند که مادران کودکان ۶ تا ۱۰ ساله‌ای که میزان بالایی از نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان خود گزارش کردند، بیشترین میزان گسستگی عاطفی بین مادر-کودک و استفاده از مهارگری خصومت‌آمیز را از خود نشان داده‌اند. بیدار و آکچینار نیز اظهار داشتند که نظم‌وانضباط خشن مادر در ۳ سالگی با رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودک در سال‌های آتی زندگی‌اش همراه است، در حالی که پاسخ‌دهی مادرانه با ایجاد یک مدل رفتاری مثبت و تسهیل مفرات، رفتارهای پرخاشگرانه‌ی کودک را کاهش می‌دهد (۳۱).

در تبیین این یافته می‌توان گفت این تصور مشکل نیست که رفتارهای تضادورزانه مانند بحث و جدل با مادر و رد کردن تقاضاهای مادر به احتمال زیاد تعارض‌ها را در تعاملات مادر-کودک افزایش می‌دهد، در نتیجه کیفیت روابط مادر-کودک را کاهش می‌دهد (۱۷). شیوه‌هایی که مادران در تربیت فرزند خود به کار می‌گیرند، نقش اساسی در تأمین سلامت روانی فرزند و میزان کیفیت رابطه مادر-کودک دارد. نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که مادران کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای از شیوه‌ی والدگری مستبدانه‌تر

است (۲۷). کابرا و همکاران نیز نشان دادند که آنچه بیشتر از حضور یا عدم حضور پدر در خانه اهمیت دارد کیفیت رابطه پدر با کودک است؛ آنها دریافتند که کیفیت رابطه پدر-کودک به طور مستقیم با مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات آنها در روابط با دوستانشان در ارتباط است. طبق این پژوهش، حضور اولیه پدر در خانه در درازمدت با رشد اجتماعی کودک در ارتباط نبود اما در اواسط دوران کودکی کیفیت رابطه پدر-کودک، پیش‌بین مهم برای سازش‌یافتگی اجتماعی کودکان محسوب می‌شد (۲۸).

در حالی که مطالعات بسیار کمی به صراحت فرایندی را که پدران از طریق آن بر رفتار کودکانشان تأثیر می‌گذارند مورد بررسی قرار داده‌اند، شواهد روزافزون نشان می‌دهد که میزان ارتباط و گفت‌و شنود بین پدر و کودک نقش بسیار مهمی در سازش‌یافتگی کودکان دارد، به طوری که کودکانی که پدران آنها در خانه حضور دارند مشکلات رفتاری و عاطفی کمتری نسبت به کودکان با پدران غیرحاضر در منزل دارند (۲۹)؛ بنابراین کمتر بودن میزان ارتباط بین پدر و کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر کیفیت رابطه پدر-کودک تأثیر منفی گذاشته و منجر به بروز نشانه‌ها و یا تشدید آن می‌شود. در آمیختگی پدر-فرزند یکی از جنبه‌های مهم والدگری پدران است که از سه جزء اصلی فعالیت‌های مشارکتی مثبت، گرمی و پاسخ‌دهی، و مهارگری تشکیل می‌شود (۲۴). جنبه‌های مختلف در آمیختگی پدر-فرزند می‌تواند به شیوه‌های مختلف بر تحول کودک تأثیر بگذارد. شواهد نشان می‌دهد که، حتی پس از کنترل حساسیت و در آمیختگی مادر-فرزند، هر دو گرمی/حساسیت و در آمیختگی پدر-فرزند تأثیرات مثبتی بر رفتار و سازش‌یافتگی کودکان دارد (۲۹). قربانی، حسینی و الهی دریافتند که محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه محبت‌آمیز همراه با شوخ‌طبعی بین پدر و فرزند، عاملی مهم در جهت سازش‌یافتگی است (۲۶). در نتیجه به نظر می‌رسد روابط ضعیف، همراه با سردی عواطف و خشونت بین پدر-کودک

و سهل‌گیرانه‌تر استفاده می‌کنند و کمتر شیوه تربیتی مقتدرانه دارند (۲۲ و ۲۳). زمانی که سبک والدگری مادر از لحاظ مؤلفه‌هایی چون مراقبت، رابطه و ساختار نامناسب است، بستر تحول نامناسب فراهم شده و در نتیجه موجب رفتارهایی می‌شود که به عنوان منفی برچسب خورده است (۲۳).

نتایج آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که کیفیت رابطه کلی خواهر-برادر و نیز خرده مؤلفه‌های آن در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای به طور معناداری کمتر از خانواده‌های بدون کودک مبتلا به این اختلال است. گرین و همکاران (۳۹) و سنگ و همکاران (۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تعارض، تعاملات منفی و مشکلات فراوان‌تری در روابط با خواهر-برادرهای خود دارند که نتیجه این دو پژوهش با یافته مطالعه حاضر همسو است. پژوهش‌های زیادی به همبستگی بین کیفیت پایین روابط خواهر-برادری با انواع مشکلات رفتاری برون‌نمود کودکان و نوجوانان اشاره کرده‌اند. فراتحلیل بایست، دکویک و پرینزی (۴۰) و پژوهش بایست و ورماند (۴۱) نشان داد که تعارض خواهر-برادرها با سطوح بالاتر مشکلات رفتاری برون‌نمود بعدی کودک در ارتباط است. پایک و آلیور (۴۴) ماهیت دوجانبه بودن این روابط را به خوبی نشان دادند؛ اگرچه تعاملات خواهر-برادری صرفاً انعکاسی از رفتارهای هر کودک نیست و این ویژگی‌های فردی به وضوح بر این روابط دوجانبه تأثیر می‌گذارد.

رابطه بین کیفیت روابط خواهر-برادری و مشکلات رفتاری برون‌نمود را می‌توان توسط چندین فرایند توضیح داد. نظریه دلبستگی پیشنهاد می‌کند که همبستگی بین صمیمیت خواهر-برادری و اختلال‌های روانی کودک ممکن است توسط فرایندهای تنظیم هیجان و شناخت اجتماعی توضیح داده شود. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شناخت و پردازش نیت اعمال دیگران مشکل دارند درحالی‌که، تجربه دلبستگی

مثبت اولیه بین خواهر-برادرها به تحول مثبت شناختی کمک می‌کند و بر ویژگی‌های گرمی و اعتماد در تعاملات دوجانبه تأثیر می‌گذارد. یک کودک با دلبستگی خواهر-برادری نایمن ممکن است در تعاملات اجتماعی جدیدش با ترس، خشم، و یا عدم اعتماد بیشتر، عمل کند (دیکلین و گرین برگ^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از ۴۰). همچنین تعارض‌های خواهر-برادرها احتمالاً از طریق مکانیزم یادگیری اجتماعی بر مشکلات رفتاری تأثیر می‌گذارد: کودکان ممکن است رفتارهای منفی را از طریق درگیری با خواهر-برادرشان یا مشاهده رفتار خصمانه‌ی خواهر-برادرشان بیاموزند و این رفتارهای منفی را به سایر زمینه‌ها نیز تعمیم دهند (۴۰).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله عدم استفاده از روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی، پایین بودن حجم نمونه، و نیز محدود بودن نمونه تنها به یک شهرستان. همچنین به دلیل برابر نبودن تعداد دختر و پسر، نتایج این پژوهش به طور مجزا در دو جنس مقایسه نشد. برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود والدین نیز برای تشخیص اختلال در کودک مورد مصاحبه قرار گیرند، پرسشنامه روابط خواهر-برادری نیز توسط هر دو والد تکمیل شود، و با بررسی متغیرهای پژوهش حاضر بر روی نمونه‌هایی با حجم بالاتر و تعداد برابر دو جنس، نتایج در دو جنس با هم مقایسه شود. با توجه به پایین بودن کیفیت رابطه پدر-کودک و مادر-کودک در خانواده‌های دارای کودک مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیشنهاد می‌شود مهارت‌هایی همچون نحوه برخورد صحیح والدین با این کودکان، شیوه‌های والدگری مناسب، ارتباط مؤثر با کودک، و نیز حل معطلاتی که این والدین با آن روبرو هستند در قالب دوره آموزشی برای والدینی که دارای چنین فرزندان هستند آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود والدین و معلمان از نقش بسیار مهم و حیاتی خواهر-برادرها در پیشگیری از بیشتر مطلع شوند و جلساتی با والدین

1. DeKlyen & Greenberg

برای درک بهتر علل تعارض بین کودکان و روش‌های حل تعارض بین آنها برگزار شود.

تشکر و قدردانی: مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم فائزه خداکریمی در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان با راهنمایی دکتر عباسعلی حسین‌خانزاده و مشاورت دکتر عباس ابوالقاسمی با کد ۱۰۳۴۰ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان رودسر

با شماره نامه ۳۷۲۵ / ۲۲۰۹۴ / ۹۰۵ صادر شده است؛ بدین وسیله از مسئولین محترم اداره آموزش و پرورش مخصوصاً کارشناس هسته مشاوره که هماهنگی با مدارس را انجام دادند و نیز از کادر اداری و مربیان مدارس و افراد نمونه که در اجرای این طرح به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی انجام شده و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

References

1. Christenson JD, Crane DR, Malloy J, Parker S. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature. *J Child Fam Stud*. 2016; 25(9): 2649–2658. [\[Link\]](#)
2. Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(1): 126–41. [\[Link\]](#)
3. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen S, Swaab H. Boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder show impaired adaptation during stress: An executive functioning study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018; 49(2): 298–307. [\[Link\]](#)
4. Booker JA, Capriola-Hall NN, Dunsmore JC, Greene RW, Ollendick TH. Change in maternal stress for families in treatment for their children with oppositional defiant disorder. *J Child Fam Stud*. 2018; 27(8): 2552–2561. [\[Link\]](#)
5. Paliziyan A, Honarman MM, Arshadi N. Symptoms of oppositional defiant in students: the predicting role of emotion regulation, schema, and vandalism. *Int J High Risk Behav Addict*. 2018; 7(3): e67691. [\[Link\]](#)
6. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, McGillivray JA, Lum, JAG. Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: A Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45(2): 313–325. [\[Link\]](#)
7. Smith TE, Lee CA, Martel MM, Axelrad ME. ODD symptom network during preschool. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45(4): 743–748. [\[Link\]](#)
8. Skoulos V, Tryon G. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Journal of American Secondary Education*. 2007; 35(2): 103-115. [\[Link\]](#)
9. Leadbeater BJ, Ames ME. The longitudinal effects of oppositional defiant disorder symptoms on academic and occupational functioning in the transition to young adulthood. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45(4): 749–763. [\[Link\]](#)
10. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(7): 556–569. [\[Link\]](#)
11. Déry M, Lapalme M, Jagiellowicz J, Poirier M, Temcheff C, Toupin J. Predicting depression and anxiety from oppositional defiant disorder symptoms in elementary school-age girls and boys with conduct problems. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017; 48(1): 53–62. [\[Link\]](#)
12. Lin X, Li L, Chi P, Wang Z, Heath MA, Du H, et al. Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse Negl*. 2016; 51: 192–202. [\[Link\]](#)
13. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Dev Psychol*. 2017; 53(5): 873–932. [\[Link\]](#)
14. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2008; 36(2): 285–296. [\[Link\]](#)
15. McKinney C, Stearns M, Szkody E. Maltreatment and affective and behavioral problems in emerging adults with and without oppositional defiant disorder symptoms: mediation by parent-child relationship quality. *J Interpers Violence*. 2018; 1-21. [\[Link\]](#)
16. Li L, Lin X, Chi P, Heath MA, Fang X, Du H, et al. Maltreatment and emotional and behavioral problems in chinese children with and without oppositional defiant disorder: The mediating role of the parent-child relationship. *J Interpers Violence*. 2016; 31(18): 2915–2939. [\[Link\]](#)
17. Tseng WL, Kawabata Y, Gau SS-F. Social adjustment among taiwanese children with symptoms of ADHD, ODD, and ADHD comorbid with ODD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011; 42(2): 134–151. [\[Link\]](#)
18. Kildare CA, Middlemiss W. Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review. *Comput Human Behav*. 2017; 75: 579–593. [\[Link\]](#)
19. Lund JI, Day KL, Schmidt LA, Saigal S, Van Lieshout RJ. Adult mental health outcomes of child sexual abuse survivors born at extremely low birth weight. *Child Abuse Negl*. 2016; 59: 36–44. [\[Link\]](#)

20. Dunsmore JC, Booker JA, Ollendick TH. Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Soc Dev.* 2013; 22(3): 444-466. [Link]
21. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. Investigating the causal relationship of parents' physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with oppositional defiant disorder mediated by parent-child relationship and empathy. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2016; 3(3): 43-58. [Persian]. [Link]
22. Bayrami M, Ebadi Asayesh M. A comparison of the rate of oppositional defiant disorder (ODD) with regard to mothers' child rearing styles. *Woman and Family Studies.* 2009; 1(4): 49-62. [Persian]. [Link]
23. Sadeghkhan A, Aliakbari Dehkordi M, Jooybari A. Disorder and mothers of normal students of the same age in ilam city. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2012; 2(6): 95-114. [Persian]. [Link]
24. Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr Opin Psychol.* 2017; 15: 87-92. [Link]
25. Yin X, Li Z, Su L. Fathers' parenting and children's adjustment: The mediating role of father-child conflict. *Soc Behav Pers.* 2012; 40(8): 1401-1408. [Link]
26. Ghorbani R, Hosseinaei A, Elahi B. The relationship between father humor and coping styles with the level of children adaptation. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2017; 4(2): 92-103. [Persian]. [Link]
27. Choi JK, Jackson AP. Fathers' involvement and child behavior problems in poor African American single-mother families. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(5): 698-704. [Link]
28. Cabrera NJ, Cook GA, McFadden KE, Bradley RH. Father residence and father-child relationship quality: peer relationships and externalizing behavioral problems. *Fam Sci.* 2011; 2(2): 109-119. [Link]
29. 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. [Link]
30. Drabick DAG, Gadow KD, Loney J. Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 46(1): 92-101. [Link]
31. Baydar N, Akcinar B. Reciprocal relations between the trajectories of mothers' harsh discipline, responsiveness and aggression in early childhood. *J Abnorm Child Psychol.* 2018; 46(1): 83-97. [Link]
32. Besemer S, Loeber R, Hinshaw SP, Pardini DA. Bidirectional associations between externalizing behavior problems and maladaptive parenting within parent-son dyads across childhood. *J Abnorm Child Psychol.* 2016; 44(7): 1387-1398. [Link]
33. Brown CA, Granero R, Ezpeleta L. The reciprocal influence of callous-unemotional traits, oppositional defiant disorder and parenting practices in preschoolers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017; 48(2): 298-307. [Link]
34. Li L, Lin X, Hinshaw SP, Du H, Qin S, Fang X. Longitudinal associations between oppositional defiant symptoms and interpersonal relationships among Chinese children. *J Abnorm Child Psychol.* 2018; 46(6): 1267-1281. [Link]
35. Howe N, Ross HS, Recchia H. Sibling relations in early and middle childhood. In: Smith PK, Hart CR, editor. *The Wiley-Blackwell handbook of childhood social development.* 2th ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010, pp: 356-372. [Link]
36. Feinberg ME, Solmeyer AR, McHale SM. The third rail of family systems: sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012; 15(1): 43-57. [Link]
37. Woodard T, Copp JE. Maternal incarceration and children's delinquent involvement: The role of sibling relationships. *Child Youth Serv Rev.* 2016; 70: 340-348. [Link]
38. Caspi J. *Sibling aggression: assessment and treatment.* New York: Springer Publishing Company; 2012, pp: 1-23. [Link]
39. Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(7): 1214-1224. [Link]

40. Buist KL, Deković M, Prinzie P. Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33(1): 97–106. [\[Link\]](#)
41. Buist KL, Vermande M. Sibling relationship patterns and their associations with child competence and problem behavior. *J Fam Psychol.* 2014; 28(4): 529–537. [\[Link\]](#)
42. Piotrowski CC, Tailor K, Cormier DC. Siblings exposed to intimate partner violence: Linking sibling relationship quality & child adjustment problems. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(1): 123–134. [\[Link\]](#)
43. Harper JM, Padilla-Walker LM, Jensen AC. Do siblings matter independent of both parents and friends? Sympathy as a mediator between sibling relationship quality and adolescent outcomes. *J Res Adolesc.* 2016; 26(1): 101–114. [\[Link\]](#)
44. Pike A, Oliver BR. Child behavior and sibling relationship quality: a cross-lagged analysis. *J Fam Psychol.* 2017; 31(2): 250–255. [\[Link\]](#)
45. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord.* 2006; 14(2): 118–125. [\[Link\]](#)
46. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.* 2012; 34(2): 90-96. [Persian]. [\[Link\]](#)
47. Fine MA, Moreland JR, Schwebel AI. Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Dev Psychol.* 1983; 19(5): 703-713. [\[Link\]](#)
48. Mirzaei F, Shakerinia I, Asghari F. The associations between parent-child relationship and aggressive behavior among students. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2016; 2(4): 21-34. [Persian]. [\[Link\]](#)
49. Hetherington EM, Henderson SH, Reiss D, Anderson ER, Bridges M, Chan RW, et al. Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1999; 64(4): 1-222. [\[Link\]](#)