Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 1/ 2020
Page: 117-125

The prevalence of oppositional defiant disorder and related factors among students of primary schools in Sanandaj in 2014

Fayegh Yousefi[1], Sara Shahvesi[2], Mohammad Shahvesi[2], Karo Servatyari[3]

1-Associate Professor, Department of Psychology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2- General Practice, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3- Medical Student, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
Corresponding Author: Karo Servatyari E-mail: k.servatyari@muk.ac.ir

Received: 14/11/2019 **Accepted:** 22/02/2020

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) includes children who have negatively oriented, aggressive behavior, capricious and disobedient to authority in during a minimum period of 6 months. Due to the difficulty in changing behavioral patterns in adulthood, early diagnosis can prevent potential threats in the future.

Aim: Determine the prevalence of oppositional defiant disorder and related factors among students in primary school in Sanandaj city in 2014.

Method: This study was a cross-sectional study. The study population consisted of primary school students living in the city of Sanandaj in 2014. The sample size based on Morgan's table was 377 people who were selected by stratified random sampling. Students who had other psychiatric disorders or had not informed consent were excluded from the study. Instruments of this study were Standard Child Symptom Inventory questionnaire. The questionnaire has two parent and teacher checklist. For data analysis, T-test and Pearson correlation coefficient were used.

Results: Among 377students, 62.6% (236 students) were male and 37.4% (141 students) were female. Results showed that the prevalence of ODD in respondents was 9.2%. In this study, there was no statistically significant relationship between ODD with age (P=0.8).There was no significant relationship ($p \geq 0.14$) between ODD and father's education, whereas, there was a significant relationship ($p \leq 0.0001$) between mothers' education and ODD ($p \leq 0.001$).

Conclusion: Due to the 2.9% prevalence of this disorder and its importance in shaping the personality and behavior of children, planning to reduce the risks posed by it, as well as the factors creating it, is necessary.

Keywords: Oppositional defiant disorder (ODD), Prevalence, Elementary students, Sanandaj

How to cite this article : Yousefi F, Shahvesi S, Shahvesi M, Servatyari K. The prevalence of oppositional defiant disorder and related factors among students of primary schools in Sanandaj in 2014. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (1): 117-125 . URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-691-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۱، ۱۳۹۹
صفحات: ۱۲۵-۱۱۷

بررسی شیوع نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهرستان سنندج و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۳

فایق یوسفی[۱]، سارا شاه‌ویسی[۲]، محمد شاه‌ویسی[۲]، کارو ثروت یاری[۳]

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. پزشک عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
مولف مسئول: کارو ثروت یاری ایمیل: k.servatyari@muk.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۲۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۱۲/۰۳

چکیده

مقدمه: اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل کودکانی است که در طول یک دوره حداقل ۶ ماهه، منفی گرا، دارای رفتار خصمانه، دمدمی‌مزاج و نسبت به مراجع قدرت نافرمان هستند. با توجه به‌دشواری تغییر الگوی رفتاری در بزرگ‌سالی، تشخیص زود هنگام آن‌ها می‌تواند سبب پیشگیری از خطرات بالقوه آن در آینده شود.

هدف: تعیین شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۳ بود.

روش: مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی بوده و جامعه موردمطالعه شامل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۳ بود. تعداد نمونه براساس جدول مورگان ۳۷۷ نفر بود که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. دانش‌آموزانی که اختلالات روان‌پزشکی دیگر داشتند و یا رضایت آگاهانه ندادند از مطالعه حذف شدند. ابزار موردمطالعه شامل پرسشنامه استاندارد علائم مرضی کودکان استفاده شد. این پرسشنامه، دارای دو چک‌لیست والد و معلم است. برای آنالیز داده‌ها از T-test و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: از تعداد ۳۷۷ دانش‌آموز موردمطالعه ۶۲/۶ درصد پسر و ۳۷/۴ درصد دختر بودند. نتایج مطالعه نشان داد شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در جمعیت موردمطالعه ۲/۹ درصد بود. بین اختلال نافرمانی با سن (P=۰/۸) و تحصیلات پدر (P≥۰/۱۴) در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. درحالی‌که بین تحصیلات مادر و اختلال نافرمانی افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع ۲/۹ درصدی این اختلال و اهمیت آن در شکل‌گیری شخصیت و رفتار کودکان، برنامه‌ریزی در جهت کاهش خطرات ناشی از آن و همچنین عوامل به وجود آورنده آن، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه ها: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شیوع، دانش‌آموزان ابتدایی، سنندج

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای[1] یک مشکل شایع کلینیکال در کودکان و بزرگ‌سالان محسوب شده و به عنوان یک الگوی خلق عصبی - تحریک‌پذیر، رفتار مجادله - مقابله‌ای تلافی‌جویانه که حداقل شش ماه تداوم داشته باشد، تعریف شده است (پاردینی، فریک و مفیت[2]، ۲۰۱۰). اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله اختلالات رفتاری ایذایی[3] است که بر اساس تعریف جدید DSM5، الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد (موسسه پژوهشی آمریکا[4]، ۲۰۱۳). فاکتورهایی که بر شیوع این اختلال تأثیر می‌گذارند شامل جنس (یوسفی و همکاران[5]، ۲۰۱۸)، سن (کازدین، هیریپی, ناک، کسلر[6]، ۲۰۰۷) و وضعیت اقتصادی- اجتماعی (لوبر، بورک، لاهی، وینتر و زرا[7]، ۲۰۰۰) است. از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی، بیشترین شیوع در بین افرادی بوده که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری داشتند (لوبر و همکاران، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای با جنس رابطه داشته به نحوی که در کودکی در پسران شایع‌تر از دختران است (نجفی، فولادچنگ و علیزاده، ۲۰۰۹). در بیش از نیمی از کودکان، این اختلال همراهی دارد با اختلالات روان‌پزشکی دیگر که از شایع‌ترین اختلال همراه با آن، می‌توان به اختلال کم توجهی بیش فعالی۸ اشاره کرد (هازل[9]، ۲۰۱۰).

شیوع نافرمانی مقابله‌ای در جمعیت‌های مختلف متفاوت بوده، به عنوان مثال طبق آمار موسسه پژوهشی آمریکا در سال شیوع میانگین ۳/۳ درصد بوده (موسسه پژوهشی آمریکا، ۲۰۱۳) اما در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ در شیراز انجام شد، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان دبستانی ۳/۶ درصد برآورد کرده بودند (نجفی و همکاران، ۲۰۰۹).

از علل به وجود آورنده آن می‌توان به جنسیت و سابقه اختلالات روان‌پزشکی در خانواده (یوسفی و همکاران[10]، ۲۰۱۷)، فاکتورهای ژنتیک (میکولاجوسکی، تیلور، یاکونو[11]، ۲۰۱۷)، فاکتورهای محیطی، عوامل نوروبیولوژیک (اسکورل، وان ریجین، دیوید، وان گوزن و سواب[12]، ۲۰۱۷)، عوامل و عوارض دوران بارداری و تولد (مصرف سیگار در مادر باردار یا سوءتغذیه مادر باردار) و عوامل اجتماعی- شناختی اشاره نمود (هامیلتون و آرماندو[13]، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالعه ثروت یاری و همکاران، اختلالات روانی از جمله نافرمانی مقابله‌ای، بیش فعالی و افسردگی می‌تواند تأثیر مخربی بر کیفیت خواب در دانش آموزان داشته باشد (ثروت یاری و همکاران[14]، ۲۰۱۹) که خود آن سبب کاهش کیفیت تمرکز در کلاس درس و در نهایت افت تحصیلی در کودکان را شامل می شود (ثروت یاری و همکاران، ۲۰۱۹).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بزرگ‌سالی هم دیده خواهد شد و در نتیجه با نتایج منفی عملکرد مرتبط هستند (جانستون، درلا، بورک[15]، ۲۰۱۸). کنترل کردن این اختلال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چراکه این رفتارها می‌تواند به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده برای

[1]- Oppositional Defiant Disorder (ODD)
[2] - Pardini, Frick, Moffitt
[3]- Disruptive Behavior
[4]- Association America
[5]- Yousefi et al
[6] - Kazdin, Hiripi, Nock, Kessler
[7]- Loeber, Burke, Lahey, Winters, Zera
[8]- Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
[9]- Hazell
[10]- Yousefi et al
[11]- Mikolajewski, Taylor, Iacono
[12]- Schoorl, Van Rijn, de Wied, Van Goozen, Swaab
[13]- Hamilton SS, Armando
[14]- Servatyari et al
[15]- Johnston, Derella, Burke

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

بزهکاری، سوءمصرف مواد، نافرمانی و افت تحصیلی در آینده باشد (ترنر و ساندرز[16]، ۲۰۰۶). رویکردهای درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل آموزش مدیریت والدین، روان‌درمانی فردی، خانواده‌درمانی، درمان شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی است (استینر و رمسینگ[17]، ۲۰۰۷). از سوی دیگر در مطالعه گادو و همکاران، نشان دادند که دارو درمانی در کنار آموزش والدین بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر بسزایی دارد (گادو و همکاران[18]، ۲۰۱۴). بنابراین به نظر می‌رسد که از رایج‌ترین و مفیدترین روش‌های درمانی این اختلال، فرزند پروری مناسب و مداخلات خانوادگی با استفاده از آموزش مستقیم والدین و آموزش نشانه‌ها و مهارت‌های والدین در کنترل کودکان است. در مطالعه‌ی ثروت یاری و همکاران مشاهده شد که در خانواده‌های با سبک فرزند پروری مقتدرانه، بروز مشکلات رفتاری در کودکان آن‌ها اعم از خشونت، کمتر دیده می‌شود (ثروت یاری و همکاران[19]، ۲۰۱۸).

با توجه به اهمیت اختلال نافرمانی مقابله‌ای در شکل‌گیری شخصیت و رفتار کودکان و همچنین تأثیرات آن بر سلامت کودکان و خانواده‌های آن‌ها، هدف از این پژوهش، تعیین شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان سنندج در ۱۳۹۳ است.

روش

مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی است. جامعه موردمطالعه شامل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ساکن در شهر سنندج بودند که معیار ورودی دانش‌آموزان مقطع ابتدائی و معیار خروجی آن دانش‌آموزانی که دارای اختلالات روان‌پزشکی، به جزء اختلال نافرمانی بودند. جامعه آماری از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده[20] و براساس جدول مورگان، ۳۷۷ نفر نمونه از ۲۷۵۵۲ نفر جامعه آماری انتخاب گردیدند.

ابزار

ابزار مطالعه حاضر شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان[21] بود این پرسشنامه، دارای دو چک‌لیست والد و معلم است .***چک‌لیست والد:*** چک‌لیست والد، ۹۷ سؤال داشت و ۱۷ اختلال را می‌سنجید.

چک‌لیست معلم: چک‌لیست معلم با ۷۷ سؤال،۱۳ اختلال را موردسنجش قرار می‌داد، که ۱۲ سؤال آن مربوط به ارزیابی اختلال نافرمانی کودکان است. نسخه ایرانی پرسش‌نامه را محمد اسماعیل و علی‌پور (۱۳۸۱) تهیه و ترجمه کرده و روایی و پایایی آن را نیز تائید کردند (محمد اسماعیل[22] و علی‌پور[23]،۲۰۰۲).

جهت جمع‌آوری اطلاعات، در مرحله اول، هماهنگی‌های مورد نظر با اداره کل آموزش و پرورش استان انجام شد؛ ازآنجاکه مدارس آموزش‌وپرورش شهر سنندج به دو منطقه اول و دوم تقسیم‌شده است، لذا تعداد مدارس هر منطقه به نسبت کل مدارس محاسبه گردید و در مرحله بعد مدارس فوق از میان کل مدارس هر منطقه، به شکل تصادفی تعیین گردید و تعداد نمونه‌ها به نسبت تعداد دانش‌آموز هر مدرسه و بر اساس جنسیت آن‌ها، مشخص گردید. سپس نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در هر مدرسه انتخاب شدند و پرسشنامه فرم معلم (CSI-4) به معلمین مربوطه داده شد که در مورد نمونه‌های انتخابی پر کنند. در این خصوص قبل از اجرا معلمین توجیه شدند که بر اساس پرسشنامه نظر خویش را در مورد

[16]- Turner KM, Sanders MR
[17]- Steiner, Remsing
[18]- Gadow et al
[19]- Servatyari et al
[20]- Stratified random sampling Method
[21]- Child Symptom Inventory
[22]- Mohamadesmaiel
[23]- Alipour

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

دانش‌آموز خود بنویسند. درنهایت، اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS-18 گردید. اطلاعات حاصل از تکمیل پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ گردید. برای آنالیز تفاوت‌ها از آزمون تی تست مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که از میان ۳۷۷ دانش‌آموز مورد بررسی ۲۳۶ نفر (۶۲/۶ درصد) پسر و ۱۴۱ نفر (۳۷/۴ درصد) دختر بودند و شیوع اختلال مقابله‌ای در جمعیت موردمطالعه ۲/۹ است. ۴۵ نفر (۱۱/۹ درصد) از افراد موردمطالعه سابقه طلاق والدین در آن‌ها وجود دارد، در ۱۷ نفر (۴/۵ درصد) از افراد موردمطالعه سابقه جدایی والدین در آن‌ها وجود داشت، بیشترین شغل پدر افراد موردمطالعه (۴۳/۸ درصد) شغل آزاد بوده است و کمترین شغل پدر افراد موردمطالعه (۱/۳ درصد) بیکار بود. بیشترین شغل مادر افراد موردمطالعه (۴۳/۸ درصد) خانه‌دار بوده است و کارگر نیز با ۰/۵ درصد کمترین شغل مادر افراد موردمطالعه را تشکیل می‌دادند. بیشترین تحصیلات پدر افراد موردمطالعه (۴۳ درصد) لیسانس و بالاتر بوده است و بیشترین تحصیلات مادر افراد موردمطالعه (۳۵ درصد) لیسانس و بالاتر بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره اختلال نافرمانی در بین پسران و دختران باهم تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۰۲). از سوی دیگر، میانگین نمره اختلال نافرمانی بر اساس سابقه جدایی والدین از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار داشته است (P=۰/۰۰۱).

جدول ۱ تعیین تفاوت میانگین نمره اختلال نافرمانی با توجه به سابقه جدایی والدین در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهر سنندج و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۳

		فراوانی (نفر)	میانگین	انحراف معیار ±	درجه آزادی	آماره t	سطح معناداری
سابقه جدایی والدین	ندارد	۳۶۰	۷/۱۴	۵/۱۲	۳۷۵	-۳/۳۷	۰/۰۰۱
	دارد	۱۷	۱۱/۴۱	۴/۶۲			

جدول ۲ رابطه بین اختلال نافرمانی با تحصیلات پدر و تحصیلات مادر در بین دانش‌آموزان ابتدائی شهر سنندج و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۳

		ندارد	دارد	جمع	سطح معناداری
		فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۲۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۲۱ (۱۰۰)	P=۰/۱۴۲
	ابتدایی	۱۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	۱۵ (۱۰۰)	
	راهنمایی و سیکل	۲۰ (۹۵/۲)	۱ (۴/۸)	۲۱ (۱۰۰)	
	دبیرستان	۳ (۷۵)	۱ (۲۵)	۴ (۱۰۰)	
	دیپلم	۹۴ (۹۷/۹)	۲ (۲/۱)	۹۶ (۱۰۰)	
	فوق‌دیپلم	۵۵ (۹۴/۸)	۳ (۵/۲)	۵۸ (۱۰۰)	
	لیسانس و بالاتر	۱۵۸ (۹۷/۵)	۴ (۲/۵)	۱۶۲ (۱۰۰)	
	جمع	۳۶۶ (۹۷/۱)	۱۱ (۲/۹)	۳۷۷ (۱۰۰)	
	بی‌سواد	۸۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۸۷ (۱۰۰)	P<۰/۰۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

تحصیلات مادر	ابتدایی	۲۰ (۹۵/۲)	۱ (۴/۸)	۲۱ (۱۰۰)
	راهنمایی و سیکل	۱۹ (۹۵)	۱ (۵)	۲۰ (۱۰۰)
	دبیرستان	۲ (۵۰)	۲ (۵۰)	۴ (۱۰۰)
	دیپلم	۷۰ (۹۸/۵)	۱ (۱/۴)	۷۱ (۱۰۰)
	فوق‌دیپلم	۴۰ (۹۵/۲)	۲ (۴/۵)	۴۲ (۱۰۰)
	لیسانس و بالاتر	۱۲۸ (۹۷)	۴ (۳)	۱۳۲ (۱۰۰)
	جمع	۳۶۶ (۹۷/۱)	۱۱ (۲/۹)	۳۷۷ (۱۰۰)

جدول فوق نشان می‌دهد که بین اختلال نافرمانی با تحصیلات پدر رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد (P=۰/۱۴۲) در صورتی که بین اختلال نافرمانی با تحصیلات مادر رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

و در انتها، بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، بین اختلال نافرمانی با سن در افراد موردمطالعه رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت (P>۰/۰۵ و R=۰/۸۸).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدایی شهر سنندج ۲/۹ درصد است این نتایج همسو با نتایج مطالعه نجفی و همکاران (نجفی و همکاران[۲۴]، ۲۰۰۹) بود که شیوع این اختلال را در شیراز در سال ۱۳۸۴- ۱۳۸۵ برابر ۳/۶ گزارش کرده بودند از سوی دیگر، این نتایج نزدیک به مطالعه پرن کریسنسن و همکاران (پرن کریسنسن[۲۵]، ۲۰۱۷) است که شیوع این اختلال را ۵/۷ درصد گزارش کرده بودند؛ همچنین در مطالعه‌ی جانستون و همکاران که بر روی افراد ۱۸-۲۴ ساله انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در افراد موردمطالعه، ۳/۳۹ درصد بود که مطابق با نتایج مطالعه حاضر نیز است (جانستون و همکاران[۲۶]، ۲۰۱۸)؛ اما به نسبت مطالعه‌ای ارشان و همکاران (ارشان[۲۷] و همکاران، ۲۰۰۴) که در ترکیه انجام‌شده بود و در آن مطالعه شیوع ۱۱/۵ درصد ثبت شده بود و مطالعه فیلیتلیچ- بیلیک و همکاران (فیلیتلیچ-بیلیک[۲۸] ,گوودمن[۲۹]، ۲۰۰۴) که شیوع ۱۱/۳ درصد را گزارش کرده بودند و همچنین مطالعه میشرا و همکاران که بر روی دانش آموزان ابتدایی شهر ایندور[۳۰] در کشور هند انجام شد، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای برابر ۷/۷۳ به دست آمد (میشرا[۳۱] و همکاران، ۲۰۱۴) همخوانی ندارد؛ شاید دلیل مغایرت را بتوان به تعداد نمونه‌ها، ابزار گردآوری داده‌ها و همچنین تفاوت‌های فردی و قومی در بین مطالعه‌ی حاضر با مطالعات اشاره شده نسبت داد، به طوری که تعداد نمونه‌های مطالعه حاضر ۳۷۷ و تعداد نمونه‌های مطالعه‌های ذکر شده به ترتیب ۱۴۲۵ و ۹۲۸۲ و ۳۱۹۹ نفر بود ربط داد. از سوی دیگر شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین کودکان پیش‌دبستانی در مطالعه نیمکزیک و همکاران، ۱۰/۳ درصد بود که این آمار نیز بیشتر از مطالعه حاضر است (نیمکزیک و همکاران[۳۲]، ۲۰۱۵). شاید بتوان دلیل آن را تفاوت در ابزار گرداوری اطلاعات، سال انجام مطالعه و تفاوت‌های فرهنگی جوامع مذکور در نظر گرفت.

[24]- Najafi M et al
[25]- Prehn-Kristensen et al
[26]- Johnston et al
[27]- Erşan
[28]- Fleitlich-Bilyk
[29]- Goodman
[30]- Indore
[31]- Mishra
[32]- Niemczyk et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

از دیگر نتایج مطالعه حاضر این بود که اختلال نافرمانی مقابله‌ای با سابقه جدایی والدین در افراد موردمطالعه رابطه معنی‌دار آماری دارد (P=۰/۰۰۱). این نتایج همسو با نتایج مطالعه ارشان و همکاران (ارشان و همکاران[۳۳]) بود که در آن مطالعه خانواده‌هایی که جدایی در بین همسران اتفاق افتاده بود شیوع اختلالات به نسبت خانواده‌هایی که زندگی آرامی داشتند بیشتر گزارش شد. این یافته می‌تواند قابل درک و تفسیر باشد زیرا که جدایی والدین سبب بروز استرس شدید و در نتیجه سبب بروز اختلال سازگاری در طی زندگی کودک شده و کودکان با توجه به تجربه محدود توانایی مقابله صحیح با این استرس شدید را ندارند و سبب بروز اختلالت رفتاری در آن‌ها می‌شود.

در مطالعه حاضر، بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای با تحصیلات پدر رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد (P>۰/۰۵) اما بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای با تحصیلات مادر رابطه معنی‌دار آماری دیده شد (P=۰/۰۰۱). این یافته به نقش مهم تحصیلات مادر در تربیت و ارتباط مناسبی که با فرزند برقرار می‌کند بیشتر تأکید می‌کند که این یافته با نتایج شنک و همکاران (شنک[۳۴] و همکاران، ۲۰۱۴) که در مطالعه‌ای قرار گرفتن در معرض خشونت بین فردی و پاسخ به درمان طولانی‌مدت در بیماران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را بررسی کرده بودند و در آن مطالعه نیز تحصیلات والدین رابطه معنی‌داری با این اختلال داشت و مطالعه لاهی و همکاران (لاهی و همکاران[۳۵]، ۱۹۹۴) که از نقش مؤثر تحصیلات والدین نام‌برده است همخوانی و مطابقت دارد. از سوی دیگر در مطالعه نجفی و همکاران (نجفی و همکاران، ۲۰۰۹) تحصیلات پدر در بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای به اثبات رسید که این نتایج برخلاف مطالعه حاضر است، شاید دلیل این مسئله را بتوان به سال انجام مطالعه، ابزار و تفاوت قومیتی و فرهنگی بین دو جامعه مورد نظر نسبت داد. در هر صورت تحصیلات مادر خانواده، نقش بسیار مهمی در بروز اختلالت رفتاری کودکان در مطالعات مختلف داشته است.

از آنجا که اختلال نافرمانی مقابله‌ای، سبب بروز خشونت در کودکان می شود، لذا با توجه به مطالعه ثروت یاری و همکاران، کودک آزاری در کودکان سبب بروز پرخاشگری در آن‌ها شده که خود به ریسک فاکتور برای بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (ثروت یاری و همکاران، ۲۰۱۸).

در مطالعه حاضر، جنس و سن نقش مهمی در میزان این اختلال داشت، به‌نحوی‌که اختلال نافرمانی مقابله‌ای به‌تدریج در سال‌های پیش‌دبستانی پیشرفت می‌کند و آشکار می‌شود (ناک و همکاران[۳۶]، ۲۰۰۷). این یافته مطابق با مطالعات مختلف است که در آن‌ها اختلال نافرمانی مقابله‌ای با افزایش سن کاهش می‌یابد به‌نحوی‌که دریکی از مطالعات (نیمکزیک و همکاران، ۲۰۱۵)، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان پیش‌دبستانی ۱۰/۳ و در مطالعه‌ای دیگر (جانستون و همکاران، ۲۰۱۸) شیوع آن در دانشجویان ۳/۳۹ بود، این نتایج به این معنا است که اختلال نافرمانی مقابله‌ای تنها مربوط به کودکی نبوده و در سنین جوانی نیز خود را نشان خواهد داد.

نتیجه‌گیری

شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین دانش‌آموزان ابتدایی شهر سنندج ۲/۹ درصد است و عواملی مانند جنسیت، سابقه جدایی والدین و تحصیلات مادر بر آن تأثیر دارند؛ بنابراین با توجه به اهمیت دوران کودکی

[33]- Erşan et al
[34]- Shenk et al
[35]- Lahey et al
[36]- Nock et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

در شکل‌گیری رفتار و شخصیت یک فرد و همچنین اهمیت بسیار زیاد نافرمانی مقابله‌ای، لذا برنامه‌ریزی در جهت شناسایی و کاهش خطرات ناشی از آن و عوامل به وجود آورنده آن و همچنین انتقال آن به والدین و کسانی که به‌طور مستقیم با کودکان در ارتباط هستند، ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به خاطر حمایت از طرح زیر اعلام می‌دارد. این مقاله استخراج یافته از پایان‌نامه دوره‌ی دکتری عمومی دانشجویان آقای دکتر محمدشاه ویسی و سرکار خانم دکتر سارا شاه ویسی با همین عنوان که در تاریخ ۱۹ آبان ۱۳۹۲ تصویب شده بود، است.

References

Association AP. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.

Erşan EE, Doğan O, Doğan S, & Sümer H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. European child & adolescent psychiatry, 13(6), 354-361.

Fleitlich-Bilyk B, & Goodman R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43(6), 727-734.

Gadow KD, Arnold LE, Molina BS, Findling RL, Bukstein OG, Brown NV, . . . Aman MG2. (2014). Risperidone added to parent training and stimulant medication: effects on attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and peer aggression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 53(9), 948-959. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.008

Hamilton SS, & Armando J. (2008). Oppositional defiant disorder. Am Fam Physician, 78(7), 861-866.

Hazell P. (2010). Review of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder. Australas Psychiatry, 18(6), 556-559. doi: 10.3109/10398562.2010.498049

Johnston OG, Derella OJ, & Burke JD. (2018). Identification of Oppositional Defiant Disorder in Young Adult College Students. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 40(4), 563-572.

Lahey BB, Applegate B, Barkley RA, Garfinkel B, McBurnett K, Kerdyk L, . . . Newcorn J. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. American journal of psychiatry, 151(8), 1163-1171.

Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, & Zera M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(12), 1468-1484.

Mikolajewski AJ, Taylor J, & Iacono WG. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58(6), 702-710.

Mishra A, Garg S, & Desai SN. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder and conduct disorder in primary school children. Journal of Indian Academy of Forensic Medicine, 36(3), 246-250.

Mohamadesmaiel E, & Alipour A. (2002). A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). Journal of Exceptional Children, 2(3), 239-254.

Najafi M, Foladchang M, Alizadeh H, & MA, M. (2009). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder. Research on Exceptional Children, 9(3), 239-254.

Niemczyk J, Equit M, Braun-Bither K, Klein AM, & von Gontard A. (2015). Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]

preschool children. European child & adolescent psychiatry, 24(7), 837-843.

Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, & Kessler RC. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(7), 703-713.

Pardini DA, Frick PJ, & Moffitt TE. (2010). Building an evidence base for DSM–5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Introduction to the special section. Journal of abnormal psychology, 119(4), 683.

Prehn-Kristensen A, Molzow I, Förster A, Siebenhühner N, Gesch M, Wiesner CD, & Baving L. (2017). Memory consolidation of socially relevant stimuli during sleep in healthy children and children with attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: What you can see in their eyes. Biological psychology, 123, 196-204.

Schoorl J, Van Rijn S, de Wied M, Van Goozen SH, & Swaab H. (2017). Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study. European child & adolescent psychiatry, 26(7), 805-813.

Servatyari K, Mardani N, Servatyari B, & Yazdanpanah H. (2019). The study of factors affecting concentration in classroom among high school students in Divandarreh City, Iran, in 2018. Chronic Diseases Journal, 7(3), 153-159. doi: http:// dx.doi.org/10.22122/cdj.v0i0.425

Servatyari K, Valizadeh Ardalan P, Yazdnpanah S, Mardani N, Yazdan Panah H. (2019). Frequency of psychological disorders symptoms and their effects on high school students in Divandareh city in 2018. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 6 (3), 71-82.

Servatyari K, Yousefi F, Kashefi H, Bahmani MP, Parvareh M, & Servatyari S. (2018). The relationship between parenting styles with the aggression of their children in sanandaj primary students. International Journal of Biomedicine and Public Health, 1(3), 141-147. doi: 10.22631/ijbmph.2018.117376.1018

Servatyari K, Yazdanpanah H, Rasouli M, Yousefi F. (2018). Surveying of relationship between child abuse and aggression in primary school students in Sanandaj City-Iran. International Journal of Biomedicine and Public Health, 1(4), 162-168. doi: 10.22631/ijbmph.2018.120807.1030

Shenk CE, Dorn LD, Kolko DJ, Rausch JR, & Insana SP. (2014). Prior Exposure to Interpersonal Violence and Long- Term Treatment Response for Boys With a Disruptive Behavior Disorder. Journal of traumatic stress, 27(5), 585-592.

Steiner H, & Remsing L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(1), 126-141.

Turner KM, & Sanders MR. (2006). Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. Behav Ther, 37(2), 131-142. doi: 10.1016/j.beth.2005.05.004

Yousefi F, Shahvesi S, Shahvisi M, & Servatyari K. (2017). The Relationship between Gender Difference and the History of Psychiatric Disorders in the Family with Oppositional defiant disorder among Primary School Students in Sanandaj in 2014. Shenakht J Psychol Psychiat, 4(3), 58-64.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-14]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.1.4.1]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.1.117]