

## Research Article

# Construction, Validation and Reliability of Oppositional Defiant and Conduct Disorder Questionnaire for Boys in Elementary School in Tabriz based on DSM-5\*

A. Motamedin<sup>1</sup>, D. Hosseinasab<sup>2\*</sup> & M. Alivandie Vafa<sup>2</sup>

1. Ph.D. Student of Educational Psychology, Department of Literature and Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2. Prof., Dept. of Psychology, Department of Literature and Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: d.hosseinasab@gmail.com

3. Assistant Pro., Dept. of Psychology, Department of Literature and Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was making a questionnaire for diagnosis of Oppositional Defiant and Conduct Disorder in primary boys' school (6-12 years old) and to assess its validity and reliability. **Method:** The research method was descriptive correlational. A total of 1200 male elementary school students in Tabriz were selected by multi-stage random sampling method and with the cooperation of mothers of the same students, the questionnaire was constructed based on DSM-5. **Results:** The results of exploratory factor analysis using independent Varimax rotation introduced three independent conduct factors, argumentative/defiant behavior and angry/irritable mood that explained 15.79%, 14.75% and 14.06% of the variance of variables and 44.61% of the total variance of variables, respectively. In order to assess the validity, the Eigenvalue method was used more than 1 and the results showed that both the three factors and the whole questionnaire have good validity. Cronbach's alpha coefficient in assessing the reliability of the three factors of the questionnaire was 0.74, 0.60, 0.74 and for the whole questionnaire ( $\alpha=0.77$ ), respectively. The mean prevalence of conduct disorder, argumentative/defiant behavior and angry/irritable mood behavior of children in the sample group were 2.7%, 7.8% and 15.6%, respectively, based on DSM-5 dimensional approach. **Conclusion:** Considering the desirable behavioral characteristics of Oppositional Defiant and Conduct Disorder Questionnaire, this tool can be used for research and clinical applications.

**Key words:** Reliability, Factor Analysis, Conduct, Oppositional Defiant, DSM- 5

**Citation:** Motamedin, A., Hosseinasab, D., & Alivandie Vafa, M. (2021). Construction, Validation and Reliability of Oppositional Defiant and Conduct Disorder Questionnaire for Boys in Elementary School in Tabriz based on DSM-5\*. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(2):227-248.

## ساخت، رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز بر اساس DSM-5\*

آیدین معتمدین<sup>۱</sup>، سیدداود حسینی‌نسب<sup>۲\*</sup> و مرضیه علیوندی وفا<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: d.hosseininasab@gmail.com
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

### چکیده

**هدف:** از پژوهش حاضر ساخت پرسشنامه‌ای برای تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک در کودکان پسر مقطع ابتدایی (۶ الی ۱۲ ساله) و بررسی روایی و پایایی آن بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. تعداد ۱۲۰۰ نفر دانش‌آموز پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با همکاری مادران همان دانش‌آموزان پرسشنامه مورد نظر بر اساس DSM-5 ساخته شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از چرخش مستقل واریماکس، سه عامل مستقل سلوک، رفتار جروبحث و خلق خشمگین و تحریک‌پذیر را معرفی کرد که به ترتیب ۱۵/۷۹٪، ۱۴/۷۵٪ و ۱۴/۰۶٪ واریانس متغیرها و بر روی هم ۴۴/۶۱٪ کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کردند. برای بررسی روایی از روش ارزش ویژه بیشتر از ۱ استفاده شد و نتایج نشان داد که هم عوامل سه‌گانه و هم کل پرسشنامه از روایی مطلوب برخوردارند. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در بررسی پایایی عوامل سه‌گانه پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۶۰، ۰/۷۴ و برای کل پرسشنامه (۰/۷۷)  $\alpha$  به دست آمد. میانگین شیوع اختلال سلوک، رفتار جر و بحث و خلق خشمگین و تحریک‌پذیر کودکان گروه نمونه، طبق تعیین وضعیت اختلالات بر اساس رویکرد ابعادی DSM-5 در وضعیت «متوسط تا شدید» به ترتیب برابر با ۲/۱۷٪، ۷/۱۸٪ و ۱۵/۰۶٪ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به خصوصیات رفتارسنجی مطلوب پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان می‌توان از این ابزار برای کاربردهای تحقیقاتی و بالینی استفاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** پایایی، تحلیل عاملی، سلوک، لجبازی و نافرمانی، DSM-5

استناد به این مقاله: معتمدین، آیدین، حسینی‌نسب، داود، و علیوندی وفا، مرضیه (۱۴۰۰). ساخت، رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز بر اساس DSM-5: فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۲ پیاپی ۵۸): ۲۴۸-۲۲۷.

## مقدمه

سلامت روانی و رفتاری کودکان همچون بزرگسالان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هرچند، تنوع رفتاری و عملکردی کودکان امری طبیعی است، اما در مواردی عده‌ای از کودکان رفتارهایی را از خود نشان می‌دهند که می‌توان از آن‌ها با عنوان «اختلال رفتاری»<sup>۱</sup> نام برد. در تبیین علل اختلالات رفتاری کودکان، دیدگاه‌ها و نظریه‌های متعددی در حوزه روان‌شناسی کودک متمرکز شده‌اند که از برجسته‌ترین آن‌ها می‌توان به الگوهای نظری زیست‌شناختی و رفتارگرایی اشاره کرد. یکی از روش‌های مهم تحقیقات در زمینه شناسایی و تشخیص اختلالات رفتاری کودکان، آزمون‌سازی است که تلاش می‌کند با تهیه ابزارهای تشخیصی استاندارد و مناسب در تشخیص درست و افتراقی اختلالات رفتاری کودکان به متخصصان و درمانگران کودک در کنار معاینه‌های بالینی کمک کند. کودکان دارای اختلال حاد رفتاری معمولاً در بدو ورود به دبستان و در مقطع ابتدایی (۶ الی ۱۲ سالگی) بیشتر شناخته می‌شوند (شرودر و گوردون، ۱۳۹۳؛ مقدم، یاسمی، بینا، عبدالمالکی و باقری‌یزدی، ۱۳۸۱). بر اساس پنجمین نسخه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)<sup>۲</sup> همه اختلالات رفتاری با مشکلاتی در کنترل هیجانی و رفتاری مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۱۳۹۶). منظور از اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان، ناسازگاری‌های رفتاری و هیجانی است (کاپلند، انگلد، کاستلو و ایگر، ۲۰۱۳)، که از حدود هنجاری خارج شده (شفیع‌پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد لیلی، ۱۳۹۴)، دائمی بوده و ضمن عدم تناسب با سن کودک، منجر به مشکلات تحصیلی می‌شوند (حیدری، عظیمی، محمودی و محمدپور، ۱۳۸۵). متخصصان در بحث هنجارها، گاه به هنجارهای «اجتماعی- فرهنگی»، گاه به هنجارهای «آماری» و گاه به هنجارهای «رشدی» روی آورده (نجمی، ۱۳۹۵؛ عابدی و قوام، ۱۳۸۸) و وجود یا عدم وجود اختلال رفتاری در کودکان را تشخیص می‌دهند (حمید، ۱۳۹۸). در بررسی ادبیات و الگوهای نظری پژوهش با پنج الگوی نظری زیست‌شناختی<sup>۴</sup>، روان‌پویشی (روان‌کاوی<sup>۵</sup>)، رفتارگرایی<sup>۶</sup>، شناخت‌گرایی<sup>۷</sup> و انسان‌نگری- هستی‌نگر<sup>۸</sup> (هیئت مؤلفان، ۱۳۹۱) مواجه می‌شویم که علل و عوامل اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان را تبیین و توجیه می‌کنند.

<sup>1</sup> Behavioral disorder

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5)

<sup>3</sup> American Psychiatric Association (APA)

<sup>4</sup> Biological

<sup>5</sup> psychoanalysis

<sup>6</sup> behaviorism

<sup>7</sup> cognitivism

<sup>8</sup> humanism- existentialism

طبق نظریه‌های مکانیسم‌های دفاعی فروید<sup>۱</sup>، دلبستگی بالبی<sup>۲</sup>، یادگیری اجتماعی و مشاهده‌ای بندورا<sup>۳</sup>، سلسله مراتب نیازهای مزلو<sup>۴</sup>، رشد روانی- اجتماعی اریکسون<sup>۵</sup> و رشد روانی- جنسی فروید<sup>۶</sup> علل شکل‌گیری اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان از دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلف قابل تبیین و تفسیر است (آگاروال، لیندگارد و مارواها، ۲۰۲۰؛ گرانکوویست، میکولینکر و شاور، ۲۰۲۰؛ بندورا و هال، ۲۰۱۸؛ کدیور، ۱۳۹۶؛ پرک، ۱۳۹۶؛ یوربان، ۲۰۲۰؛ لی، ۲۰۲۰؛ وینی‌کات، ۲۰۱۹؛ دانفورث و دیلر، ۲۰۲۰).

بر اساس یافته‌های تحقیقات، اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان غالباً در آغازین سال‌های دوره ابتدایی شروع شده و میزان شیوع آن‌ها در میان کودکان سن مدرسه بین دامن‌های از حتی کمتر از یک درصد تا ۴۰ درصد پراکنده و متفاوت است (به عنوان مثال: نرزیسی، پوسادا، باربیری، چریکونی، سیوفولینی، پینزینو و موراتوری، ۲۰۲۰؛ وادل، شپرد، سفارترز و بارینس، ۲۰۱۴؛ رواقی، مهرعلیان و شاهقلیان، ۱۳۸۰؛ کشکولی، ۱۳۸۲؛ مقدم و همکاران، ۱۳۸۱)؛ مسأله‌ای که بی‌شک نیازمند توجه جدی است. میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان در تحقیق کاپلند و همکاران (۲۰۱۳) از ۰/۸ درصد تا ۳/۳ درصد گزارش شده است؛ در حالی که جاری، کلیشادی، اردلان، طاهری، تسلیمی و مطلق (۱۳۹۵) میزان شیوع اختلالات رفتاری را در بین دانش‌آموزان اول ابتدایی ۲/۴۷٪ به دست آوردند.

بر اساس نتایج مطالعات در جوامع مختلف، شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی در کودکان متفاوت و گاهی ضد و نقیض گزارش شده است. به عنوان مثال، ماتسورا، اکوبو، تورو، کوچیما، هی، شن و لی (۱۹۹۳) در پژوهشی بر روی کودکان سه کشور ژاپن، چین و کره با استفاده از «پرسشنامه فرم راتر والدین<sup>۷</sup>»، میزان شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی را به ترتیب برابر با ۳/۹٪ الی ۱۲ درصد، ۷٪ الی ۸/۳ درصد و ۱۴/۱٪ الی ۱۹/۱ درصد گزارش کردند. انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۶) میزان شیوع «اختلال سلوک<sup>۸</sup>» در کودکان را از ۲ تا ۱۰ درصد با میانگین ۴ درصد؛ ستیوانی، آردانی، یونیار، آتیکا و سیلوتی (۲۰۲۰) در کودکان اندونزی ۳۳ درصد؛ میشر، میشر و دویودی (۲۰۱۵) در کودکان ۶٪ الی ۱۱٪ ساله هندی ۵/۵ درصد؛ سنول، یونالان، آکا و باشتورک (۲۰۱۸) ۱۴/۴ درصد؛ عربان، منتظری، استاین، کریمی و مهریزی (۲۰۲۰) ۷/۵ درصد؛ وادل و همکاران

<sup>1</sup> Freud's defense mechanisms theory

<sup>2</sup> Bowlby attachment theory

<sup>3</sup> Bandura's social and observational theory

<sup>4</sup> Maslow's hierarchy theory

<sup>5</sup> Erikson's theory of psychosocial development

<sup>6</sup> Freud theory of psychosexual development

<sup>7</sup> Rutter's parent form questionnaire

<sup>8</sup> Conduct Disorder (CD)

(۲۰۱۴) ۲/۱ درصد؛ شهرووری، ناطق، عظیم‌خانی و عزیزی جوان (۱۳۸۹) ۶ تا ۱۶ درصد در پسران و ۲ تا ۹ درصد در دختران گزارش کرده‌اند. امینی‌نغانی، نجاریپور و سماوی (۲۰۲۰) میزان شیوع «اختلال لجبازی و نافرمانی»<sup>۱</sup> را در کودکان ۶ الی ۹ درصد؛ آگاروال و همکاران (۲۰۲۰) از ۲ تا ۱۱ درصد؛ محمدی، سلیمانیان، هشیاری، شکیبیا، علوی، احمدی، ... و احمدی (۲۰۱۹) ۳/۹ درصد؛ یوسفی، شهوسی، شهوسی و ثروت‌یار (۲۰۲۰) ۹/۲ درصد و انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۶) بین ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد گزارش کردند. همچنین سکاران، کاماث، آشوک، کاماث، هجدی و دوارامان (۲۰۲۰) در کل اختلالات رفتاری در کودکان را از ۱۱/۳ درصد تا ۱۳/۶ درصد و اختلالات رفتاری برون‌سازی شده را از ۱/۹ تا ۲/۳ درصد و اختلالات رفتاری درون‌سازی شده را از ۷/۴ تا ۸/۶ درصد برآورد کردند.

همچنانکه از نتایج تحقیقات قبلی بر می‌آید در کشور ایران نیز همچون کشورهای دیگر، از میزان شیوع اختلالات رفتاری و روانی کودکان، گزارش‌های متفاوت و پرنوسانی ارائه شده است؛ گواه این ادعا - علاوه بر موارد بالا - کشکولی (۱۳۸۲) اختلالات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی را ۱۶/۸ درصد؛ رنجبر، نابدل و فخاری (۱۳۸۲) ۲۳/۳ درصد؛ رواقی و همکاران (۱۳۸۰) ۴۱/۳ درصد؛ شمس اسفندآبادی، امامی‌پور و صدرالسادات (۱۳۸۲) ۴۳/۳ درصد و جاری و همکاران (۱۳۹۵) از ۴/۱۵ تا ۳۱/۱ درصد گزارش کردند. درخشانیپور، ایزدیاری، شاهینی و وکیلی (۱۳۹۵) و چن، چن، لین، شن و گایو (۲۰۲۰) معتقدند که نتایج تحقیقات در زمینه میزان شیوع اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان با یکدیگر اختلاف زیادی دارند که این امر خود شک و شبهه بیشتری را نسبت به نتایج تحقیقات قبلی و شواهد موجود تجربی برمی‌انگیزد.

طبق بررسی‌های به عمل آمده توسط محققان، پرسشنامه استاندارد برای تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک که بر اساس آخرین ویراست DSM-5 ساخته و هنجاریابی شود، در کشور وجود ندارد و تحقیقات پیشین، از پرسشنامه‌های ساخته شده بر اساس نسخه‌های قدیمی DSM همچون «فهرست رفتار کودک آخنباخ»<sup>۲</sup> (آخنباخ، ۱۹۹۲)، «پرسشنامه رفتار کودک ایبرگ»<sup>۳</sup> (ایبرگ و پینکاس، ۱۹۹۹)، «پرسشنامه رفتاری راتر- والدین» (مقدم و همکاران، ۱۳۸۱) و «پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)»<sup>۴</sup> (تهرانی‌دوست، شهرووری، پاکباز، رضایی و احمدی، ۱۳۸۵) استفاده کرده‌اند. نتایج نگاه نقادانه به ابزارهای موجود بیانگر این است که همه

<sup>1</sup> Oppositional Defiant Disorder (ODD)

<sup>2</sup> Achenbach's Manual for the child behavior checklist

<sup>3</sup> Eyberg's Child Behavior Inventory

<sup>4</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

آن‌ها بر اساس معیارها و ملاک‌های نسخه‌های قدیمی DSM تهیه شده و بر روی جمعیت‌های آماری کشور بومی‌سازی نشده‌اند؛ بنابراین، خلأ ابزار حاضر کاملاً مشهود است.

اختلالات رفتاری در کودکان در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، احتمال ابتلای آنان به اختلالات روانپزشکی در نوجوانی (کوچلین، دونادو، بردی و کوسوسکی، ۲۰۱۸)، اختلالات روانی در بزرگسالی (ستیوانی و همکاران، ۲۰۲۰) و مشکلات اساسی دیگر چون بزهکاری، سوء‌مصرف مواد مخدر و اختلال شخصیت را افزایش داده (هندریکس، دی‌راک، ماراس، دایل‌من، گریتنس، پورپر-آکیل و استریت، ۲۰۲۰؛ یوربان، ۲۰۲۰؛ پاراباهاران و اسپادافورا، ۲۰۱۹؛ جاری و همکاران، ۱۳۹۵؛ لی، ۲۰۲۰؛ زانگ، لی، زانگ، پایلر و گویرتز، ۲۰۲۰؛ عابدی و قوام، ۱۳۸۸؛ مریل، مولینا، کاگس، گناکی، آلتزورا، مک‌فی و پلهام، ۲۰۱۹)، همچنین منجر به ابتلای کودکان به اختلالات دیگری از قبیل اختلالات یادگیری، اضطراب و افسردگی می‌گردد (تاندون و پرگ‌جیکا، ۲۰۱۷؛ ماگنین و مارس، ۲۰۱۷). بر این اساس، تشخیص و شناسایی اختلالات و مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان به عنوان عوامل مؤثر بر شاخص‌های یادگیری آموزشی بی‌تردید از اولین و اصلی‌ترین محورهای هدایت‌کننده غالب پژوهش‌های روان‌شناسی تربیتی است (درخشان، سیف، کیامنش و آحدی، ۱۳۹۶) که این امر دغدغه اصلی محققان را نیز شکل می‌دهد (وایت‌کمب، ۲۰۱۳؛ هینس، موری، مایز، هریس، ویگا، رابینسون و جکسون، ۲۰۲۰).

در کل، با توجه به آسیب‌پذیری قشر کودکان و اهمیت نیازهای بهداشت روانی آن‌ها در قالب پیشگیری نوع اول (آریایی‌نژاد و آریایی‌نژاد، ۱۳۹۶)، لزوم تشخیص زودهنگام و به‌موقع مشکلات و اختلالات رفتاری-هیجانی کودکان مقطع ابتدایی (داگلاس، ۱۳۹۳؛ دانشمند خوراسگانی و یوسفی، ۱۳۹۶؛ کارلسون، هوک، جورج، کمپی‌نی، یل، مک‌کارتنی و ویست، ۲۰۲۰)، قبول این واقعیت که برای تشخیص و درمان اختلالات و مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان باید ابزارها و مقیاس‌های تخصصی ویژه‌ای وجود داشته باشد (وایت‌کمب، ۲۰۱۳؛ نجمی، ۱۳۹۵)، از یک طرف، و بروز و ظهور منابع علمی غنی بین‌المللی همچون کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (DSM) - به عنوان یک روش معتبر و مقبول برای طبقه‌بندی اختلالات روانی کودکان و بزرگسالان در سطح بین‌المللی (پارک و پارک، ۲۰۲۰؛ روشن‌چسلی، جلالی و پورا احمدی افسستانی، ۱۳۹۷)، و تشکیل «اختلال لجبازی و نافرمانی» در DSM-5 از سه خرده مقیاس مستقل به نام‌های الف) خلق خشمگین/ تحریک‌پذیر<sup>۲</sup>، ب) رفتار جر و بحث/ نافرمانی<sup>۳</sup> و ج)

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

<sup>2</sup> angry/irritable mood

<sup>3</sup> argumentative/defiant behavior

کینه‌جویی<sup>۱</sup> از طرف دیگر، هدف اساسی پژوهش حاضر ساخت، رواسازی، تعیین پایایی و تعیین «وضعیت/شدت» برای دو اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز بر اساس DSM-5 بود.

با توجه به هدف پژوهش، سؤال اساسی تحقیق حاضر این بود که آیا تهیه و تدوین آزمونی برای تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز بر اساس DSM-5 امکان‌پذیر است؟ و آیا آزمون محقق‌ساخته تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر مقطع ابتدایی از روایی و پایایی لازم برخوردار است؟ همچنین این سؤال مطرح بود که آیا اختلال لجبازی و نافرمانی می‌تواند از ترکیب سه اختلال مستقل: «خلق خشمگین/ تحریک‌پذیر»، «رفتار جر و بحث» و «کینه‌جویی» مطرح شده در DSM-5 تشکیل شود؟

### روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی و مادران آن‌ها تشکیل می‌دادند که این دانش‌آموزان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در دبستان‌های شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب دانش‌آموزان از روش «نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای» استفاده شد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵). در زمینه حجم نمونه در ساخت آزمون به روش تحلیل عاملی، متخصصان و دانشمندان علم روانسنجی و آزمون‌سازی تعداد افراد نمونه ۱۰۰۰ نفر را عالی گزارش کرده‌اند (مایرز، ۱۳۹۵؛ سرمد و همکاران، ۱۳۹۵؛ و مصرآبادی، ۱۳۹۸)؛ بنابراین، در این مطالعه به منظور ساخت پرسشنامه مورد نظر، ۱۲۰۰ نفر دانش‌آموز مقطع ابتدایی و مادران آن‌ها به عنوان اعضای گروه نمونه انتخاب شدند. به علت مخدوش بودن ۱۰۹ پرسشنامه، در نهایت ۱۰۹۱ عدد پرسشنامه به کمک نرم افزار «بسته آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌های علوم اجتماعی» (SPSS) نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

ابزار پژوهش حاضر، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای بود که برای ساخت آن، با مطالعه منابع تحقیقاتی موجود در داخل و خارج از کشور، فیش‌برداری‌های لازم صورت گرفت؛ سپس فرایند ساخت

<sup>1</sup> vindictiveness

<sup>2</sup> Statistical Package for the Social  
Silences (SPSS)

پرسشنامه تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر شهر تبریز، به شرح روش اجرا و یافته‌ها پیش رفت.

## روش اجرا

برای ساخت پرسشنامه مورد نظر، تعداد ۲۰ گویه اولیه برای اختلال لجبازی و نافرمانی (۷ گویه از ابزارهای قبلی، ۵ گویه از نظر متخصصان و ۸ گویه از DSM-5) و ۳۰ گویه برای اختلال سلوک (۱۰ گویه از ابزارهای قبلی، ۵ گویه از نظر متخصصان و ۱۵ گویه از DSM-5) تهیه شد. با استفاده از روش دلفی (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵) به منظور تأیید روایی صوری و محتوایی سؤالات، این گویه‌ها در اختیار ۵ نفر از اساتید متخصص (۲ نفر روانشناس کودک و ۲ نفر روانشناس تربیتی و یک نفر روانپزشک) قرار گرفت. در این مرحله، ۱۰ گویه از گویه‌های لجبازی و نافرمانی و ۱۵ گویه از سؤال‌های اختلال سلوک به علل مختلف مانند تکراری بودن، داشتن همپوشانی نظری بالا با یکدیگر یا مغایرت نسبی با ملاک‌های تشخیص افتراقی DSM-5 (شولتز و شولتز، ۱۳۹۶) حذف شدند. در گام بعدی، سؤالات آماده شده به کمک یک نفر استاد زبان و ادبیات فارسی از لحاظ نگارش و دستور زبان بررسی و اصلاح شد. پس از بررسی نهایی گویه‌ها، دفترچه سؤالات و پاسخ‌نامه با پیروی از اصول ساخت پرسشنامه (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵؛ رضویه، ۱۳۹۶؛ سیف، ۱۳۹۴) طراحی شد. پس از گرفتن مجوز اجرای تحقیق بر روی مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز از اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی، سؤالات پرسشنامه اولیه به صورت مقدماتی در بین ۷۵ نفر از مادران دانش‌آموزان به منظور رفع ابهامات لازم اجرا شد. ضمن بررسی نظرات مادران برای اصلاح سؤالات و رفع اشکالات احتمالی، تعداد ۲ گویه از سؤالات اختلال لجبازی و نافرمانی و ۴ سؤال از گویه‌های اختلال سلوک به علت مبهم بودن برای مادران و داشتن اصطلاحات پیچیده علمی و ناآشنا از نظر آن‌ها - زیر نظر دو استاد روان‌شناسی و یک نفر روان‌پزشک کودک و نوجوان - مجدداً حذف شدند و نهایتاً پرسشنامه‌ای با ۱۹ سؤال (۸ سؤال برای اختلال لجبازی و نافرمانی و ۱۱ سؤال برای اختلال سلوک) که کاملاً با ملاک‌ها و معیارهای تشخیص افتراقی DSM-5 منطبق بودند، بر روی گروه نمونه (n=۱۲۰۰) اجرا شد. بدین منظور سؤالات پرسشنامه اولیه ۱۹ سؤالی در اختیار مادران دانش‌آموزان گروه نمونه مقطع ابتدایی قرار گرفت و مادران همان دانش‌آموزان از دیدگاه خودشان، به سؤالات اولیه پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پاسخ دادند.

## تحلیل داده‌ها و نتایج

برای یافتن پاسخ به سؤال اساسی پژوهش، ۱۹ ماده با روش تحلیل عوامل اکتشافی<sup>۱</sup>، چرخش متعامد<sup>۲</sup> از نوع واریماکس<sup>۳</sup> و حداقل بار عاملی ۰/۵۵ تحلیل عوامل شدند (مصرآبادی، ۱۳۹۸). پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل عاملی شامل میزان شاخص کایزر-مایر-آلکین (اندازه‌گیری کفایت نمونه‌گیری)، حدود خي اسکوتر، درجه آزادی و معناداری آزمون کرویت بارلت ( $p = ۰/۰۰۰۱$ ،  $df = ۱۷۱$ ،  $\chi^2 = ۵۱۰۷/۶۹۹$ ؛  $KMO$ ؛<sup>۴</sup> تحلیل عاملی بودند (مایرز، ۱۳۹۵؛ و مصرآبادی، ۱۳۹۸). با در نظر گرفتن میزان اشتراک اولیه حداقل ۱، مقادیر اشتراک برای تمامی گویه‌ها استخراج شد. در تحلیل عاملی اولیه ۳ عامل استخراج شد که از ارزش ویژه<sup>۵</sup> بیشتر از ۱ برخوردار بودند. ملاک نگهداری تعداد عامل‌ها حداقل مقدار ارزش ویژه ۱ لحاظ شد. جدول (۱) مؤلفه‌ها، مقادیر ویژه اولیه، واریانس و مجموع مجذورات بارهای عاملی قبل و بعد از چرخش مستقل واریماکس را بر اساس مایرز (۱۳۹۵) نشان می‌دهد.

### جدول ۱. واریانس و مقادیر ویژه قبل و بعد از چرخش عامل‌ها

مؤلفه	مقادیر ویژه اولیه		مجموع مجذورات بارهای عاملی استخراج شده (قبل از چرخش)			مجموع مجذورات بارهای عاملی (بعد از چرخش)		
	کل	%	کل	%	کل	%	%	
۱	۵/۷۷	۳۰/۳۸	۳۰/۳۸	۳۰/۳۸	۳/۰۰	۱۵/۷۹	۱۵/۷۹	
۲	۱/۶۸	۸/۸۳	۸/۸۳	۳۹/۲۱	۲/۸۰	۳۰/۵۵	۱۴/۷۵	
۳	۱/۰۳	۵/۴۰	۵/۳۹	۴۴/۶۱	۲/۶۷	۴۴/۶۱	۱۴/۰۶	
۴	۰/۱۷	۴/۵۶		۴۹/۱۶				
۵	۰/۱۳	۴/۳۴		۵۳/۵۰				

از ۳ مؤلفه کشف شده به کمک تحلیل مؤلفه‌های اصلی، مؤلفه اول قبل از چرخش به تنهایی ۳۰/۳۸٪ کل واریانس را تبیین می‌کرد، در حالی که بعد از چرخش، این تبیین به ۱۵/۷۹٪ کاهش و قدرت تبیین بقیه عامل‌ها نسبت به قبل از چرخش افزایش پیدا کرده است. در بررسی ماتریس مؤلفه‌های استخراج شده به روش مستقل واریماکس، معلوم شد که از ۱۹ سؤال، ۱۶ سؤال بر روی مؤلفه اول قرار گرفته‌اند. از

<sup>1</sup> Explanatory Factor Analysis (EFA)

<sup>2</sup> Orthogonal

<sup>3</sup> Varimax

<sup>4</sup> Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

<sup>5</sup> Eigenvalue

آن جایی که این یافته با داده‌های خام قبلی تفاوت چندانی نداشت (مایرز، ۱۳۹۵)؛ بنابراین دست به چرخش ماتریس زده شد. در ماتریس مؤلفه‌های چرخش یافته، عامل یابی همبستگی‌ها با مقدار زیر ۰/۵۵ (یک گویه از سؤال‌های سلوک) حذف شد و نهایتاً سه عامل مستقل با ۰/۷، ۰/۶ و ۰/۵ سؤال به طور مجزا به دست آمد. علت استفاده از چرخش مستقل واریماکس این بود که مشخص شد بین مؤلفه‌ها همبستگی پایینی وجود دارد. سؤالات نهایی برای هر سه عامل به ترتیب در جدول (۲) نشان داده شده است.

## جدول ۲. عامل‌ها، سؤال‌ها و بارهای عاملی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان به ترتیب استخراجی در تحلیل عاملی

عامل	شماره و سؤال	بار عاملی
اول: سلوک	۱. اغلب از مدرسه می‌گریزد یا جین فنگ می‌شود.	۰/۶۶
	۲. اغلب با وجود ممنوعیت‌های والدین، بدون اجازه بیرون می‌رود و یا شب دیر به خانه بر می‌گردد.	۰/۶۳
	۳. به زور وارد خانه، ساختمان یا اتومبیل کسی شده است.	۰/۶۱
	۴. عملاً به آتش افروزی، به قصد صدمه زدن جدی، مبادرت کرده است.	۰/۵۸
	۵. عمداً اموال دیگران را تخریب کرده است (غیر از آتش افروزی).	۰/۵۶
دوم: رفتار جر و بحث	۶. از لحظ جسمانی با حیوانات بی‌رحم بوده / یا بی‌رحم است.	۰/۵۵
	۷. اغلب برای به دست آوردن کالاها یا مساعدت، دروغ می‌گوید یا از تعهدات خود اجتناب می‌کند (دیگران را «گول می‌زند»).	۰/۴۷
	۱. از لحظ جسمانی با دیگران بی‌رحم است.	۰/۶۵
	۲. اغلب به طور عمدی دیگران را آزرده است.	۰/۶۳
	۳. اغلب دعوای جسمانی را شروع می‌کند.	۰/۵۸
	۴. اغلب با صاحبان قدرت مانند: رئیس، معلم، راننده یا بزرگسالان جر و بحث می‌کند.	۰/۵۶
لجبازی و نافرمانی	۵. اغلب با دیگران قلدری می‌کند، آنها را تهدید یا مرعوب می‌کند.	۰/۵۴
	۶. برای آسیب رساندن یا دزدی از دیگری از بطری، شیشه و وسایلی از این قبیل استفاده می‌کند / یا استفاده کرده است.	۰/۴۷
	۱. اغلب خشمگین و دلخور است.	۰/۶۷
	۲. اغلب زودرنج است یا به راحتی آزرده می‌شود.	۰/۶۶
	۳. اغلب از کوره در می‌رود.	۰/۶۲
سوم: خلق خشمگین و تحریک پذیر	۴. حداقل دوبار ظرف مدت شش ماه گذشته کینه‌توز بوده است.	۰/۶۰
	۵. اغلب دیگران را برای اشتباهات یا بدرفتاری‌های خودش سرزنش می‌کند.	۰/۴۹

در مرحله بعدی، برای قابل درک و معنادارسازی عامل‌ها (مایرز، ۱۳۹۵) و بر اساس مشابهت معنایی نشانگرها در داخل هر مؤلفه (مصرآبادی، ۱۳۹۸) برای عامل اول نام مستقل «اختلال سلوک» و برای عامل دوم نام «رفتار جر و بحث» و برای عامل سوم نام «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» (دقیقا بر اساس DSM-5) انتخاب شد. از آنجایی که DSM-5 دو خرده‌مقیاس «رفتار جر و بحث/ نافرمانی» و «خلق خشمگین/ تحریک‌پذیر» را ترکیب ذیل عنوان اختلال «لجبازی و نافرمانی» آورده است، در تحقیق حاضر نیز از ترکیب دو عامل دوم و سوم، سؤال‌های «اختلال لجبازی و نافرمانی» به دست آمد. در کل، می‌توان گفت پرسشنامه سه عاملی تشکیل یافته از ۱۸ سؤال، بیش از ۴۴/۶۱٪ داده‌ها را به ترتیب زیر تبیین می‌کردند: عامل اول (اختلال سلوک) ۷ سؤال با ۱۵/۷۹٪، عامل دوم (رفتار جر و بحث) ۶ سؤال با ۱۴/۷۵٪ و عامل سوم (خلق خشمگین و تحریک‌پذیر) ۵ سؤال با ۱۴/۰۶٪ واریانس تبیین شده.

### روایی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان

در تحلیل عاملی، ارزش ویژه نقش اساسی در ضرایب روایی آزمون دارد. زیرا ارزش ویژه هر عامل به عنوان ضریب روایی عاملی می‌باشد. در این روش ارزش‌های ویژه‌ای که بالاتر از ۱ باشند، انتخاب می‌شوند (مصرآبادی، ۱۳۹۸). همان‌طور که در جدول شماره (۱) پیداست، هر سه عامل استخراج شده از ارزش ویژه بالاتر از ۱ برخوردارند. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که عامل‌های استخراج شده از روایی مناسب برخوردارند. زیرا که روایی عاملی خود نوعی روایی سازه است که در روش تحلیل عاملی حاصل می‌شود (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵)؛ همچنین اگر بر اساس آزمون بارتلت همبستگی قابل ملاحظه‌ای بین متغیرها وجود داشته باشد، از روایی تحلیل عاملی حکایت می‌کند (مایرز، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر آزمون بارتلت معنادار بود ( $p = ۰/۰۰۰۱$ ) و مقدار  $\chi^2$  خیلی بالا ( $\chi^2 = ۵۱۰۷/۶۹۹$ ) و معنادار به دست آمد؛ بنابراین روایی تحلیل عاملی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان در حد بسیار بالا تأیید می‌شود.

### پایایی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان

به منظور پی بردن به میزان «دقیق و باثبات بودن» ابزار ساخته شده برای کل پرسشنامه و عامل‌های سه‌گانه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی عامل‌های «سلوک»، «رفتار جر و بحث» و «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۶۰، ۰/۷۴ و برای کل پرسشنامه ( $\alpha = ۰/۷۷$ ) به دست آمد که این ضرایب با توجه به نظر دانشمندان آمار که مقدار ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ را خیلی خوب برآورد کرده‌اند (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵)؛ مایرز،

۱۳۹۵؛ مصرآبادی، ۱۳۹۸)، بجز عامل «رفتار جر و بحث» که متوسط ارزیابی می‌شود، در سطح مطلوب برآورد شده است.

### تعیین وضعیت (شدت) اختلال سلوک و لجبازی و نافرمانی در کودکان

پس از اجرای پرسشنامه اختلال سلوک و لجبازی و نافرمانی کودکان که مادر به سؤالات آن پاسخ می‌دهد، باید ارزیاب اعم از روانپزشک، روانشناس، روان‌درمانگر یا مشاور مدرسه بتواند وجود یا عدم وجود اختلال در کودک را بر اساس DSM-5 دقیقاً ارزیابی و تعیین نماید تا تشخیص افتراقی نهایی این دو اختلال در کودک امکان‌پذیر گردد. نمرات تعیین وضعیت (شدت) پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان بر اساس DSM-5 در دانش‌آموزان پسر گروه نمونه ( $n = 1091$ ؛ میانگین سنی  $X = 8/94$  با انحراف معیار  $= 1/83$ ) در جدول شماره (۳) آمده است. در پژوهش حاضر، وجود حداقل ۲ ملاک از ۷ ملاک - با رعایت نسبت معیارهای DSM-5 که ۳ ملاک از ۱۵ ملاک است - برای وجود مشکل سلوک و وجود حداقل ۵ ملاک از ۱۱ ملاک با رعایت نسبت معیارهای DSM-5 که ۴ ملاک از ۸ ملاک است برای مشکل لجبازی و نافرمانی برای شروع اختلال در نظر گرفته شده است.

### جدول ۳. تعیین وضعیت (شدت) نمرات عامل‌های سه‌گانه پرسشنامه سلوک و لجبازی و

#### نافرمانی کودکان بر اساس DSM-5

عامل سوم: خلق خشمگین و تحریک‌پذیر	عامل دوم: رفتار جر و بحث	عامل اول: سلوک		
<b>لجبازی و نافرمانی</b>				
۱۰ - ۵	۱۲ - ۶	۱۵ - ۷	عادی	
۱۶ - ۱۱	۱۸ - ۱۳	۲۰ - ۱۶	خفیف	وضعیت
۲۰ - ۱۷	۲۵ - ۱۹	۳۰ - ۲۱	متوسط	(شدت)
۲۵ - ۲۱	۳۰ - ۲۶	۳۵ - ۳۱	شدید	

طبق داده‌های موجود در جدول (۳) می‌توان برای هر سه عامل از وضعیت عادی تا شدید، موقعیتی را از لحاظ ابتلا یا عدم ابتلای هر کودک به اختلال سلوک و لجبازی و نافرمانی تعیین کرد. به عنوان مثال، اگر دانش‌آموزی نمره کل وی در اختلال سلوک بر اساس طیف لیکرت (کاملاً مخالفم= ۱، مخالفم= ۲، نه موافق و نه مخالف= ۳، موافقم= ۴، و کاملاً موافقم= ۵) از ۷ الی ۱۵ باشد، در وضعیت «عادی» قرار می‌گیرد. اگر نمره وی ۱۶ الی ۲۰ باشد، میزان ابتلای وی به

اختلال سلوک روی هم رفته، «خفیف» ارزیابی می‌شود و الی آخر. همین نوع ارزیابی برای هر دو عامل دیگر پرسشنامه نیز حاکم است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درصد ابتلا دانش‌آموزان گروه نمونه حاضر ( $n = 1091$ ) با احتساب وضعیت «متوسط تا شدید» در عامل‌های «سلوک»، «رفتار جر و بحث» و «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» به ترتیب برابر با  $0.2/7$ ،  $0.15/6$  و  $0.15/6$  به دست آمد. از آن جایی که DSM-5 دو اختلال سلوک و لجبازی و نافرمانی را بر اساس معیارها و ملاک‌های تشخیص افتراقی، مستقلاً به عنوان دو اختلال مجزا، شناسایی و معرفی کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶)؛ از طرف دیگر، در تحقیق حاضر نیز پس از تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی از نوع چرخش مستقل واریماکس به عنوان دو اختلال کاملاً مستقل معرفی شدند؛ بنابراین، مطلبی از نمره کل پرسشنامه (شامل سلوک و لجبازی و نافرمانی) به میان نیامده و در صورت نیاز بهتر است به نمره کل هر اختلال به طور مستقل مراجعه کرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر ساخت پرسشنامه‌ای برای تشخیص اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان ۶ الی ۱۲ ساله بر اساس DSM-5 و بررسی روایی و پایایی آن بود. بدین منظور و در پاسخ به سؤال اول پژوهش، به کمک روش تحلیل عاملی اکتشافی از نوع تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش مستقل واریماکس پرسشنامه‌ای با عنوان پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان تهیه و تدوین شد.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، برای بررسی روایی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان از ارزش ویژه هر عامل به عنوان ضریب روایی عاملی استفاده شد. هر سه عامل استخراج شده به علت بالاتر بودن از ارزش ویژه ۱ از روایی مناسب برخوردار بودند. همچنین بر اساس آزمون بارتلت، همبستگی قابل ملاحظه‌ای بین متغیرها وجود داشت که بیانگر روایی تحلیل عاملی پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان بود. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و نتایج نشان داد که پایایی عامل‌های سه‌گانه «سلوک»، «رفتار جر و بحث» و «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» و کل پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان مطلوب است.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش، یافته‌های تحقیق حاضر سه عامل «سلوک»، «رفتار جر و بحث» و «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» را - منطبق با ملاک‌ها و معیارهای DSM-5 - جدا از هم و مستقل معرفی کرد. این یافته از نقاط قوت تحقیق حاضر محسوب شده و می‌توان گفت پاسخ علمی مناسبی برای سؤال سوم پژوهش است. زیرا اختلال سلوک که در DSM-5 به عنوان یک

اختلال مستقل معرفی و ملاک‌ها و معیارهای آن ذکر شده است، در تحقیق حاضر نیز به عنوان یک عامل مستقل شناسایی شد. نکته مهم دیگر، استفاده از عنوان «لجبازی و نافرمانی» برای دو عامل مستقل «رفتار جر و بحث» و «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» است که در این تحقیق به پیروی از DSM-5 هر دوی این عامل‌ها تحت عنوان اختلال لجبازی و نافرمانی معرفی شدند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین شیوع اختلال لجبازی و نافرمانی دانش‌آموزان پسر شرکت‌کننده در تحقیق حاضر از ۷/۸ درصد در عامل «رفتار جر و بحث» تا ۱۵/۶ درصد در عامل «خلق خشمگین و تحریک‌پذیر» متغیر است. این یافته با یافته تحقیقات قبلی از قبیل (امینی‌نغانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کشکولی، ۱۳۸۲) که میزان شیوع اختلال لجبازی و نافرمانی کودکان کشور را ۶ الی ۱۶/۸ درصد ارزیابی کردند، همخوان می‌باشد. این یافته، همچنین با یافته تحقیقات خارجی از جمله تحقیق (سکاران و همکاران، ۲۰۲۰؛ و ماتسورا و همکاران، ۱۹۹۳) که اختلالات رفتاری در کودکان را از ۳/۹ تا ۱۹/۱ درصد متغیر گزارش کردند، نسبتاً همخوان است. در کنار همخوانی‌های ذکر شده فوق، بین این یافته با یافته تحقیقات قبلی مانند (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶؛ آگاروال و همکاران، ۲۰۲۰) که میزان شیوع اختلال لجبازی و نافرمانی در کودکان را بین ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۴/۳ درصد گزارش کرده‌اند، مغایرت وجود دارد.

میزان شیوع اختلال سلوک در بین دانش‌آموزان مقطع ابتدایی گروه نمونه پژوهش حاضر ۲/۷ درصد به دست آمد. این یافته با یافته تحقیقات قبلی از جمله (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶؛ وادل و همکاران، ۲۰۱۴) که میانگین میزان شیوع اختلال سلوک را به ترتیب برابر با ۲/۱ درصد و ۴ درصد گزارش کرده‌اند، همخوان می‌باشد. مقایسه تطبیقی یافته تحقیق حاضر با یافته سایر تحقیقات قبلی بیانگر این نکته است که میزان شیوع اختلال سلوک در بین دانش‌آموزان گروه نمونه حاضر کمتر از میزان شیوع سایر گروه‌های تحقیقات قبلی است؛ به عنوان مثال، میزان شیوع اختلال سلوک در تحقیقات (میشرا و همکاران، ۲۰۱۵؛ عربان و همکاران، ۲۰۲۰؛ شهریوری و همکاران، ۱۳۸۹؛ سنول و همکاران، ۲۰۱۸؛ ستیوانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ جاری و همکاران، ۱۳۹۵) از حداقل ۴/۱۵ درصد تا حداکثر ۳۱/۱ درصد در نوسان است. وجود مغایرت و تفاوت‌های نسبتاً فاحش و اختلاف زیاد در نتایج تحقیقات شیوع‌شناسی از ۰/۸ درصد تا ۴۳/۳ (به عنوان مثال: کاپلند و همکاران، ۲۰۱۳؛ رنجبر و همکاران، ۱۳۸۲؛ رواقی و همکاران، ۱۳۸۰) مسأله مهم و درخور توجهی است که باید مدنظر محققان قرار گیرد.

هر چند در بررسی مقایسه‌ای دقیق‌تر یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج سایر تحقیقات در می‌یابیم که گاهی همسویی و گاهی مغایرت وجود دارد؛ با این حال، مطالعه و گزارش میزان شیوع هر

اختلالی اعم از لجبازی و نافرمانی و سلوک، باید با احتیاط و دقت نظر بیشتر صورت گیرد. زیرا ماهیت و نوع اختلالات و مشکلات رفتاری و روانی در سنین مختلف و حتی در دو مقطع زمانی نزدیک به هم همچون با فاصله ۶ ماه می‌تواند در نوسان باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶). شاید نتوان دو تحقیق را یافت که میزان شیوع اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان جامعه مورد مطالعه هر دوی آن‌ها دقیقاً برابر باشند و این امر کاملاً طبیعی است، زیرا تفاوت در ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص این اختلال‌ها در کودکان، روش‌های تشخیصی به کار رفته و نحوه اجرا نیز می‌تواند بر تنوع نتایج تأثیر بگذارد (درخشانپور و همکاران، ۱۳۹۵). نکته بسیار مهمی که متخصصان باید در شیوع‌شناسی و گزارش میزان دقیق آن رعایت کنند، استفاده از منبع و مأخذی است که برای تهیه ابزار مورد استفاده و یا برای جمع‌آوری اطلاعات خام از آن استفاده می‌کنند؛ به عنوان مثال، در DSM-5 رویکرد مقوله‌ای سنجش اختلالات به رویکرد ابعادی تبدیل شده است (شرودر و گوردون، ۱۳۹۳). رویکرد ابعادی در مقایسه با رویکرد مقوله‌ای (صرفاً بلی - خیر)، امکان مقایسه و سنجش شدت، مدت و تعداد نشانه‌های همراه با ویژگی‌های دیگر هر اختلال رفتاری یا روانی را چه در بزرگسالان و چه در کودکان و نوجوانان در روی طیفی از عادی تا شدید فراهم می‌سازد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶). این در حالی است که قریب به اتفاق ابزارهای موجود سنجش اختلالات روانی و رفتاری کودکان بر اساس نسخه‌های قدیمی DSM ساخته شده و آن ابزارها به علت پیروی از رویکرد مقوله‌ای، فاقد مزیت رویکرد ابعادی‌اند.

در تبیین علل پیدایش و شکل‌گیری اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک در کودکان طبق الگوی زیست‌شناختی می‌توان گفت، کودکان با ارث بردن برخی ویژگی‌ها و خصوصیات جسمانی، روانی و رفتاری به کمک ژن‌ها و کروموزوم‌ها از والدین خود، مستعد ابتلاء به برخی اختلالات روانی و رفتاری هستند (برک، ۱۳۹۶؛ گلدارد و گلدارد، ۱۳۸۹؛ آگاروال و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین، در سایه توارث، زمینه‌ی ابتلا به اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک در کودکان شکل می‌گیرد که از این عوامل با عنوان عوامل زمینه‌ساز یاد شده است (هیئت مؤلفان، ۱۳۹۱). طبق نظریه‌های زیست‌شناختی، ساختار فیزیکی مغز و سیستم نظام عصبی و غدد درون‌ریز علت برخی اختلالات رفتاری کودکان مانند سلوک است (وینی‌کات، ۲۰۱۹؛ گری، ۱۳۸۹؛ دانفورث و دیلر، ۲۰۲۰).

در یک بررسی عمیق‌تر و موشکافانه‌تر، به نظر می‌رسد که ترکیبی از عوامل زیستی، ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی در بروز و ظهور اختلالات لجبازی و نافرمانی و سلوک در کودکان نقش داشته باشند؛ زیرا، در کنار عوامل زمینه‌ساز، طبق الگوی رفتارگرایی می‌توان ریشه اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان را این‌چنین توجیه کرد که این محیط و تقویت‌کننده‌های محیطی از طرف والدین و جامعه است که وقوع و یا تکرار رفتارهای محل را تداوم بخشیده و به عنوان

عوامل آشکارساز باعث بروز و تداوم رفتارهای مخل می‌گردند؛ در نتیجه، کودک اختلالات رفتاری همچون لجبازی و نافرمانی و سلوک را از خود نشان می‌دهد (هیئت مؤلفان، ۱۳۹۱). طبق دیدگاه زیست‌شناختی، کودکانی که به اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک مبتلا هستند، ریشه این اختلال را از والدین خود به ارث می‌برند و مستعد بروز رفتارهای لجبازی و نافرمانی و سلوک هستند؛ حال، مدرسه و خانه به عنوان محیط پیرامونی کودک، می‌تواند طبق الگوی رفتارگرایی در تشدید یا کاستن از رفتارهای مخل کودک مانند لجبازی و نافرمانی و یا سلوک نقش بسزایی ایفا کند. همچنین سایر محرک‌های محیطی می‌توانند عامل مهمی در بروز این اختلالات در کودک باشند، زیرا که امروزه در سایه بروز و ظهور محرک‌های محیطی همچون فیلم‌های اکشن، رشد سریع فضای مجازی و تاثیر این عوامل محیطی در رفتارهای خشونت‌آمیز و تحریک‌پذیر کودکان دچار اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک (حمید، ۱۳۹۸) بیش از پیش مشهود است. در کنار دیدگاه‌های روانپزشکی و روانشناسی مطرح شده در این مقاله، نظریه‌ها و دیدگاه‌های توجیه‌کننده، علل شکل‌گیری و تداوم اختلالات لجبازی و نافرمانی و سلوک، دیدگاه دانشمندان علم تغذیه و علم پزشکی بویژه علوم اعصاب و روان است که خود مستلزم تحقیقات مستقل دیگری است.

در کل می‌توان گفت، پژوهش حاضر در راستای هدف اساسی خود به ساخت ابزاری استاندارد بر اساس اصول آزمون‌سازی با عنوان پرسشنامه اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان دست یافت. این پرسشنامه که بر اساس ملاک‌ها و معیارهای DSM-5 و طبق اصول علم روان‌سنجی و به کمک روش‌های آماری تخصصی با روش میدانی بر روی اعضای جامعه مورد مطالعه تهیه و تدوین شده است، می‌تواند توسط متخصصان، محققان و درمانگران در کارهای تحقیقاتی، بالینی، پیشگیری و یا درمان جهت تشخیص افتراقی اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان پسر ۶ الی ۱۲ ساله مورد استفاده قرار گیرد.

اجرای پژوهش بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر تبریز و استفاده صرف از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات، تعمیم یافته‌های آن را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد. انجام تحقیقات مستقل دیگر با ترکیبی از روش‌های مشاهده، مصاحبه، معاینه بالینی و گزارش والدین جهت تهیه پرسشنامه‌های بروز، استاندارد و بومی‌سازی شده مربوط به هر دو جنس مذکر و مونث به طور مستقل در سطح شهر، استان و کشور بر اساس DSM-5 برای محققان پیشنهاد می‌گردد. متخصصان اعم از روانپزشکان، روانشناسان و مشاوران مدارس ابتدایی، معلمان و روانشناسان مراکز مشاوره تخصصی روانشناسی و روانپزشکی می‌توانند از این آزمون به منظور تشخیص

افتراقی اختلال لجبازی و نافرمانی و سلوک کودکان بر اساس معیارها و ملاک‌های DSM-5 در کنار مشاوره‌ها و معاینه‌های بالینی خود استفاده کنند.

### موازین اخلاقی

این مطالعه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز قبل از اجرای پرسشنامه کد اخلاقی (IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.095) دریافت کرد و محققان در طول تمام مراحل تحقیق، موازین اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در تحقیق را رعایت کردند. این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است که در مورخه ۱۳۹۸/۱۱/۰۵ شمسی به تصویب رسیده است.

### سپاسگزاری

از همه مادران شرکت کننده در تحقیق حاضر، مدیران مدارس، معاونان و معلمان مقاطع ابتدایی پسر شهر تبریز، دانش‌آموزان گروه نمونه و همه عزیزانی که در تهیه این پرسشنامه محققان را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

آریایی‌نژاد، نرگس، و آریایی‌نژاد، امیر. (۱۳۹۶). *افت تحصیلی و راه‌های پیشگیری از آن*. تهران: نوروزی.

[پیوند]

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۶). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم*. ترجمه

یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۳). [پیوند]

پرک، لورا. (۱۳۹۶). *روانشناسی رشد: از لقاح تا کودکی*. جلد اول. ویراست ششم. ترجمه یحیی

سیدمحمدی. تهران: ارسباران. [پیوند]

تهرانی‌دوست، مهدی، شهرپور، زهرا، پاکباز، بهاره، رضایی، آریتا، و احمدی، فاطمه. (۱۳۸۵). روایی

نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). *تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۴)، ۳۹-۳۳. [پیوند]

جاری، محسن، کلیشادی، رویا، اردلان، گلابول، طاهری، مجذوبه، تسلیمی، مهناز، و مطلق،

محمداسماعیل. (۱۳۹۵). شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران. *مجله تحقیقات نظام سلامت*،

۱۲(۱)، ۱۱۳-۱۰۹. [پیوند]

حمید، نجمه. (۱۳۹۸). *روانشناسی مرضی کودک بر اساس DSM-5*. چاپ سوم. تهران: ارجمند. [پیوند]

- حیدری، جبار،، عظیمی، حمیده،، محمودی، قهرمان،، و محمدپور، رضاعلی. (۱۳۸۵). بررسی شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۶(۵۶)، ۱۰۰-۹۱. [پیوند]
- داگلاس، یو. (۱۳۹۳). *اصلاح رفتار کودکان (مشکلات رفتاری در کودکان)*. ترجمه سیاوش جمال‌فر، چاپ ششم. تهران: موسسه نشر ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲). [پیوند]
- دانشمند خوراسگانی، مینا، و یوسفی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی اصلاح سبک فرزندپروری بر اساس اصلاح طرحواره‌های ناسازگار به مردان بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۲)، ۷۱-۶۲. [پیوند]
- درخشان، نوشین، سیف، علی‌اکبر،، کیامنش، علی‌رضا، و آحدی، حسن. (۱۳۹۶). ساخت، اعتباریابی، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه انگیزش تحصیلی حالتی (ASM). *نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی*، ۱۰(۴۰)، ۱۰۴-۶۹. [پیوند]
- درخشانپور، فیروزه، ایزدی‌پار، حمیده،، شاهینی، نجمه،، و وکیلی، محمدعلی. (۱۳۹۵). بررسی سطح اضطراب در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهر گرگان. *پژوهنده*، ۲۱(۱)، ۳۰-۳۴. [پیوند]
- رضویه، اصغر. (۱۳۹۶). *روش‌های پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی*. شیراز: دانشگاه شیراز. [پیوند]
- رنجبر، فاطمه، نابدل، یونس،، و فخاری، علی. (۱۳۸۲). شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان منطقه شمال غرب تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ویژه‌نامه*، ۶۰-۵۶. [پیوند]
- رواقی، کیوان،، مهرعلیان، حسینعلی،، و شاهقلیان، ناهید. (۱۳۸۰). بررسی شیوع اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرکرد. *فصلنامه پرستاری و مامایی ایران*، ۱۳(۲۷)، ۴۱-۳۵. [پیوند]
- روشن‌چسلی، رسول،، جلالی، محسن،، و پوراحمدی اسفستانی، الناز. (۱۳۹۷). تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه غربالگری اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب کودک در دانش‌آموزان ۱۷-۱۰ ساله ایرانی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۸(۳۱)، ۹۷-۶۵. [پیوند]
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس،، و حجازی، الهه. (۱۳۹۵). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. چاپ سیزدهم. تهران: نشر آگه. [پیوند]
- سیف، علی‌اکبر. (۱۳۹۴). *ساختن ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی (آزمون و پرسشنامه)*. تهران: نشر دیدار. [پیوند]
- شرودر، کارولین، و گوردون، بتی. (۱۳۹۳). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روان‌شناسان بالینی و روانپزشکان*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. چاپ سوم. تهران: نشر دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳). [پیوند]
- شفیع‌پور، سیده زهرا،، شیخی، علی،، میرزایی، مهشید، و کاظم‌نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۴). سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۶)، ۵۶-۴۹. [پیوند]

شمس اسفندآبادی، حسن؛ امامی پور، سوزان و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۲). بررسی شیوع اختلال رفتاری در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر ابرهر. *مجله توان‌بخشی*. شماره ۱۲، صص. ۳۴-۴۱. [پیوند]

شهریوری، کتابون، ناطق، ابراهیم، عظیم‌خانی، امین، و عزیزی‌جوان، حبیب‌علی. (۱۳۸۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی تشخیص اختلال سلوک دانش‌آموزان مقطع پنجم ابتدایی شهر تهران (فرم معلمان). *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۵۸۳-۵۷۴. [پیوند]

شولتز، دوان پی، و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۹۶). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، ویراست دهم، چاپ ۳۶، تهران: نشر ویرایش. [پیوند]

عابدی، احمد، و قوام، علی، (۱۳۸۸). *روان‌شناسی و آموزش کودکان با نقص توجه/ بیش‌فعالی*. چاپ اول. اصفهان: نشر نوشته.

گری، جرال. (۱۳۸۹). *نظریه و کاربرد مشاوره و روان‌درمانی*. (ویراست هفتم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. چاپ پنجم. تهران: ارسباران. [پیوند]

کشکولی، فرامرز. (۱۳۸۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر. چکیده مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان، (۱۸ - ۱۶ مهر ماه)، ص ۴۶. [پیوند]

گلدارد، کاترین، و گلدارد، دیوید. (۱۳۸۹). *مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی*. ترجمه زهرا ارجمندی. چاپ سوم. تهران: اندیشه‌آور. [پیوند]

مایرز، اندرو. (۱۳۹۵). *مقدمه‌ای بر آمار و SPSS در روان‌شناسی*. ترجمه اکبر رضایی، چاپ اول، تبریز: آیدین، انتشارات یانار. (تارخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳). [پیوند]

مصراآبادی، جواد. (۱۳۹۸). *آمار استنباطی در علوم رفتاری (ویراست سوم)*. تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی آذربایجان. [پیوند]

مقدم، مرضیه، یاسمی، محمدتقی، بینا، مهدی، عبدالمالکی، فریدون، و باقری‌یزدی، سیدعباس. (۱۳۸۱). مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۱-۸۰ و بررسی اعتبار و پایایی فرم راتر معلم در سنجش اختلالات رفتاری آنها. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۷(۲۵)، ۷-۱۱. [پیوند]

نجمی، سید بدرالدین. (۱۳۹۵). *اختلالات رفتاری کودکان*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید. برگرفته از سایت: [nour.mui.ac.ir](http://nour.mui.ac.ir). مورخ: ۱۳۹۶/۱۱/۱۲. ساعت: ۱۰:۵۶. [پیوند]

هیئت مولفان. (۱۳۹۱). *روان‌شناسی عمومی (رشته روان‌شناسی)*. چاپ ششم. تهران: دانشگاه پیام نور. [پیوند]

Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the child behavior checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychoses.

[Link]

- Aggarwal, A., Lindegaard, V., & Marwaha, R. (2020). Oppositional Defiant Disorder. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. [\[Link\]](#)
- Amini Naghani, S., Najarpourian, S., & Samavi, S. A. (2020). Comparing the Effectiveness of the Triple P-Positive Parenting Program and Parenting Program of Acceptance and Commitment Therapy on Parent-Child Relationship and Self-efficacy of Mothers with Oppositional Defiant Disorder Children. *Journal of Research and Health*, 10(2), 111-122. [\[Link\]](#)
- Araban, M., Montazeri, A., Stein, L. A. R., Karimy, M., & Mehrizi, A. A. H. (2020). Prevalence and factors associated with disruptive behavior among Iranian students during 2015: a cross-sectional study. *Italian journal of pediatrics*, 46(1), 1-7. [\[Link\]](#)
- Bandura, A., & Hall, P. (2018). Albert bandura and social learning theory. *Learning Theories for Early Years Practice*, 63. [\[Link\]](#)
- Carlson, R. G., Hock, R., George, M., Kumpiene, G., Yell, M., McCartney, E. D., ... & Weist, M. D. (2020). Relational Factors Influencing Parents' Engagement in Special Education for High School Youth with Emotional/Behavioral Problems. *Behavioral Disorders*, 0198742919883276. [\[Link\]](#)
- Chen, Y. L., Chen, W. J., Lin, K. C., Shen, L. J., & Gau, S. S. F. (2020). Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29. [\[Link\]](#)
- Danforth, J. S., & Diller, J. W. (2020). The adaptive nature of coercive interactions between parents and their children with defiant Attention Deficit Hyperactivity Disorder: implications for treatment. In *Functional Analysis in Clinical Treatment* (pp. 123-149). Academic Press. [\[Link\]](#)
- Eyberg, S. m. & pincus ,D. (1999). *The eyberg Child Behanir Inventory and Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. [\[Link\]](#)
- Granqvist, P., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2020). An attachment theory perspective on religion and spirituality. In *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism* (pp. 175-186). Academic Press. [\[Link\]](#)
- Hendrickx, G., De Roeck, V., Maras, A., Dieleman, G., Gerritsen, S., Purper-Ouakil, D., ... & Street, C. (2020). Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bulletin*, 1-6. [\[Link\]](#)
- Hines, E. M., Moore III, J. L., Mayes, R. D., Harris, P. C., Vega, D., Robinson, D. V., ... & Jackson, C. E. (2020). Making student achievement a priority: The role of school counselors in turnaround schools. *Urban Education*, 55(2), 216-237. [\[Link\]](#)

- Koechlin, H., Donado, C., Berde, C. B., & Kossowsky, J. (2018). Effects of childhood life events on adjustment problems in adolescence: a longitudinal study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(8), 629-641. [[Link](#)]
- Li, M. (2020). Effect of Maslow's Hierarchy of Needs Theory on Psychotherapy of Patients with Depression. *Investigación Clínica*, 61(1). [[Link](#)]
- Magnin, E. & Maurs, C. (2017). Attention deficit/ hyperactivity disorder during adulthood. *Reviwe Neurologique*. 173(7-8): 506-515. [[Link](#)]
- Matsuura, M., Okubo, Y., Toru, M., Kojima, T., He, Y., Shen, Y., & Lee, C. K. (1993). A cross-national EEG study of children with emotional and behavioral problems: a WHO collaborative study in the Western Pacific Region. *Biological psychiatry*, 34(1-2), 59-65. [[Link](#)]
- Merrill, B. M., Molina, B. S., Coxe, S., Gnagy, E. M., Altszuler, A. R., Macphee, F. L., ... & Pelham, W. E. (2019). Functional outcomes of young adults with childhood adhd: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(2), 215-228. [[Link](#)]
- Mishra, N., Mishra, A., & Dwivedi, R. (2015). Prevalence of conduct disorder in primary school children of rural Area. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 4(12), 1917-1923. [[Link](#)]
- Mohammadi, M. R., Salmanian, M., Hooshyari, Z., Shakiba, A., Alavi, S. S., Ahmadi, A., ... & Ahmadi, N. (2019). Lifetime prevalence, sociodemographic predictors, and comorbidities of oppositional defiant disorder: The National Epidemiology of Iranian Child and Adolescent Psychiatric disorders (IRCAP). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 162-167. [[Link](#)]
- Narzisi, A., Posada, M., Barbieri, F., Chericoni, N., Ciuffolini, D., Pinzino, M., ... & Muratori, F. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder in a large Italian catchment area: a school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29. [[Link](#)]
- Park, S. C., & Park, Y. C. (2020). Korea in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Korean Medical Science*, 35(2), e6. [[Link](#)]
- [Prabaharan](#), N. & [Spadafora](#), N. (2019). *Rejected Children*. Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science, Publisher: Springer. [[Link](#)]
- Sekaran, V. C., Kamath, V. G., Ashok, L., Kamath, A., Hegde, A. P., & Devarmane, V. (2020). Parenting attitudes and dimensions as predictors of adolescent behavioural problems in the Indian context: A community-based study. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101941. [[Link](#)]
- Senol, V., Unalan, D., Akca, R. P., & Basturk, M. (2018). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behavior disorder

- symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 46(1), 122-134. [[Link](#)]
- Setiawati, Y., Ardani, I. G. A. I., Yuniar, S., Atika, A., & Syulthoni, Z. B. (2020). Validity and Reliability of the Indonesian Version of the Conduct Disorder Rating Scale (CDRS)-Parent and Teacher as an Initial Screening for Conduct Disorders in Elementary School Children. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(5), 744-749. [[Link](#)]
- Tandon, M., & Pergjika, A. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 523-538. [[Link](#)]
- Urban, J. R. (2020). Attachment Theory and Its Relationship with Anxiety. *The Kabod*, 6(2), 2. [[Link](#)]
- Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). Child and youth mental disorders: prevalence and evidence-based interventions. *Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University*. [[Link](#)]
- Whitcomb, S. A. (2013). Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents. Routledge. Available on: <https://www.amazon.com>. [[Link](#)]
- Winnicott, D. W. (2019). Attachment Theory. *Key Concepts in Mental Health*, 10, 421-8. [[Link](#)]
- Yousefi, F., Shahvesi, S., Shahvesi, M., & Servatyari, K. (2020). The prevalence of oppositional defiant disorder and related factors among students of primary schools in Sanandaj in 2014. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(1), 117-125. [[Link](#)]
- Zhang, N., Lee, S. K., Zhang, J., Piehler, T., & Gewirtz, A. (2020). Growth trajectories of parental emotion socialization and child adjustment following a military parenting intervention: A randomized controlled trial. *Developmental psychology*, 56(3), 652. [[Link](#)]