www.mums.ac.ir
Medical Journal of Mashhad
University of Medical Sciences
Vol 69, No.5, P: 567-581
Mary 2026

مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
سال ۶۹، شماره ۵
مرداد ۱۴۰۵ ، صفحه ۵۸۱-۵۶۷

مقاله اصلی

مدل علی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان براساس همدلی معطوف به کودک با نقش واسطه‌ای سبک‌های فرزندپروری مادران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۲- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۰

فاطمه حاجی آقائی[۱]
فهیمه فضل اله همدانی*[۲]

[۱] *گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران*
[۲] *گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران. ایران (نویسنده مسئول).*

Email: fahimehamedanii@gmail.com

خلاصه

مقدمه: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از مشکلات شایع رفتاری در کودکان است که تحت تأثیر عوامل فردی و خانوادگی قرار دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل علی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس همدلی معطوف به کودک با نقش واسطه‌ای سبک‌های فرزندپروری مادران انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بود که ۳۲۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در نهایت داده‌های ۳۱۰ نفر تحلیل شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای هومرسن و همکاران، پرسشنامه واکنش‌گری بین‌فردی دیویس و پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری بامریند بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد همدلی معطوف به کودک و سبک فرزندپروری مقتدرانه با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه منفی و معنادار داشتند، در حالی که سبک‌های سهل‌گیرانه و مستبدانه با این نشانه‌ها رابطه مثبت و معنادار نشان دادند. همچنین اثر مستقیم همدلی معطوف به کودک بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای منفی و معنادار بود ($P<۰/۰۵$). افزون بر این، سبک‌های فرزندپروری مقتدرانه، سهل‌گیرانه و مستبدانه در رابطه بین همدلی معطوف به کودک و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش واسطه‌ای معنادار ایفا کردند. شاخص‌های برازش نیز نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که همدلی معطوف به کودک به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، از طریق سبک‌های فرزندپروری مادران، با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارتباط دارد. بنابراین، مداخلات مبتنی بر ارتقای همدلی مادران و اصلاح سبک‌های فرزندپروری می‌تواند در کاهش نشانه‌های این اختلال مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، همدلی معطوف به کودک، سبک‌های فرزندپروری، مادران، مدل‌یابی معادلات ساختاری

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری در دوران کودکی است که با الگوی پایدار رفتارهای منفی‌گرایانه، نافرمان، تحریک‌پذیر و خصمانه نسبت به والدین، معلمان و دیگر افراد صاحب قدرت مشخص می‌شود (۱). این اختلال که در منابع تخصصی با عنوان **ODD**[1] شناخته می‌شود، معمولاً در سال‌های اولیه کودکی آشکار می‌گردد و در صورت عدم مداخله مناسب می‌تواند پیامدهای جدی برای رشد اجتماعی، هیجانی و تحصیلی کودک به همراه داشته باشد (۲). کودکان مبتلا به این اختلال اغلب در پیروی از قوانین مشکل دارند، به سرعت خشمگین می‌شوند، دیگران را مقصر مشکلات خود می‌دانند و به طور مکرر با بزرگسالان وارد بحث و جدل می‌شوند (۳). تداوم چنین الگوهایی نه تنها روابط کودک با والدین و همسالان را مختل می‌کند، بلکه احتمال بروز مشکلات رفتاری شدیدتر در نوجوانی، از جمله اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی را نیز افزایش می‌دهد (۴). از این رو، شناسایی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های این اختلال در کودکان اهمیت ویژه‌ای در حوزه روان‌شناسی تحولی و آسیب‌شناسی روانی دارد.

پژوهشگران در دهه‌های اخیر تلاش کرده‌اند تا عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مرتبط با بروز نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را شناسایی کنند (۵). در میان این عوامل، ویژگی‌های هیجانی و شناختی کودک و همچنین شیوه‌های تعامل والدین با فرزندان نقش مهمی ایفا می‌کنند. یکی از سازه‌های مهم در این زمینه همدلی معطوف به کودک[2] است (۶). همدلی به طور کلی به توانایی درک و سهیم شدن در احساسات دیگران اشاره دارد، اما همدلی معطوف به کودک به طور خاص به توانایی والد یا مراقب در درک نیازها، احساسات و دیدگاه‌های کودک و پاسخ‌دهی حساس و حمایتگرانه به آنها اشاره می‌کند (۷). زمانی که والدین از سطح بالاتری از همدلی نسبت به کودک برخوردار باشند، احتمال بیشتری دارد که رفتارهای کودک را در چارچوب نیازهای رشدی او تفسیر کنند و به جای واکنش‌های تنبیهی یا خصمانه، از راهبردهای حمایتی و تنظیم‌کننده استفاده نمایند. چنین رویکردی می‌تواند به شکل‌گیری رابطه‌ای ایمن و گرم میان والد و کودک منجر شود و در نتیجه از بروز رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانانه در کودک جلوگیری کند (۸).

در مقابل، فقدان همدلی معطوف به کودک می‌تواند به سوءتعبیر رفتارهای کودک و واکنش‌های سخت‌گیرانه یا طردکننده از سوی والدین منجر شود (۹). زمانی که والدین قادر نباشند هیجان‌ها و نیازهای کودک را درک کنند، احتمال دارد رفتارهای طبیعی یا ناشی از ناکامی کودک را به عنوان لجبازی یا نافرمانی تعبیر کرده و با روش‌های تنبیهی به آن پاسخ دهند (۱۰). چنین تعاملاتی می‌تواند چرخه‌ای منفی از تعارض میان والد و کودک ایجاد کند که در آن رفتارهای منفی کودک و واکنش‌های سخت‌گیرانه والد یکدیگر را تقویت می‌کنند. این چرخه تعاملی به تدریج می‌تواند الگوی پایدار رفتارهای نافرمانانه و مخالفت‌جویانه را در کودک تثبیت کند (۱۱). بنابراین بررسی نقش همدلی معطوف به کودک در پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند درک عمیق‌تری از فرایندهای هیجانی و تعاملی مؤثر بر شکل‌گیری این اختلال فراهم آورد (۱۲).

با این حال، همدلی والدین تنها عامل تعیین‌کننده در بروز یا کاهش مشکلات رفتاری کودکان نیست و نحوه اعمال این همدلی در چارچوب سبک‌های تربیتی والدین اهمیت دارد. در ادبیات روان‌شناسی خانواده، سبک‌های فرزندپروری[3] به عنوان الگوهای نسبتاً پایدار تعامل والدین با فرزندان تعریف

[1] Oppositional Defiant Disorder (ODD)
[2] Child-Oriented Empathy
[3] Parenting Styles

می‌شوند که شامل ترکیبی از نگرش‌ها، رفتارها و شیوه‌های انضباطی والدین است (۱۳). مشهورترین طبقه‌بندی سبک‌های فرزندپروری توسط بامریند ارائه شده است که سه سبک اصلی شامل سبک فرزندپروری مقتدرانه[4]، سبک فرزندپروری مستبدانه[5] و سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه[6] را معرفی می‌کند (۱۴). سبک مقتدرانه با ترکیبی از گرمی عاطفی، پاسخ‌دهی بالا و در عین حال کنترل منطقی مشخص می‌شود، در حالی که سبک مستبدانه بر کنترل سخت‌گیرانه و اطاعت بدون چون‌وچرا تأکید دارد و سبک سهل‌گیرانه با گرمی زیاد اما کنترل اندک همراه است (۱۵).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که سبک‌های فرزندپروری می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان داشته باشند (۱۶). به طور کلی، سبک فرزندپروری مقتدرانه با پیامدهای مثبت رشدی از جمله مهارت‌های اجتماعی بهتر، تنظیم هیجانی مناسب‌تر و سطح پایین‌تر مشکلات رفتاری در کودکان مرتبط دانسته شده است (۱۷). در مقابل، سبک‌های مستبدانه و سهل‌گیرانه در بسیاری از مطالعات با سطوح بالاتر رفتارهای پرخاشگرانه، تکانشی و نافرمانانه در کودکان همراه بوده‌اند. والدینی که از سبک مستبدانه استفاده می‌کنند اغلب بر اطاعت فوری و کنترل شدید تأکید دارند و فضای کمی برای ابراز نظر یا هیجان کودک باقی می‌گذارند (۱۸). چنین محیطی ممکن است احساس خشم و مقاومت را در کودک برانگیزد و در نهایت به رفتارهای مقابله‌ای منجر شود. از سوی دیگر، در سبک سهل‌گیرانه، فقدان حدود و قوانین مشخص ممکن است موجب شود کودک مهارت‌های لازم برای کنترل تکانه‌ها و پذیرش قواعد اجتماعی را به طور کامل فرا نگیرد (۱۹).

در این میان، نقش مادران در شکل‌دهی به الگوهای رفتاری و هیجانی کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا در بسیاری از فرهنگ‌ها مادران بیشترین زمان تعامل روزمره با کودک را دارند و بخش عمده‌ای از فرایندهای مراقبت و تربیت را بر عهده می‌گیرند (۲۰). سبک‌های فرزندپروری مادران می‌تواند زمینه‌ای فراهم آورد که در آن همدلی معطوف به کودک به شکل‌های متفاوتی بروز پیدا کند. برای مثال، مادری که دارای سطح بالایی از همدلی است اما از سبک فرزندپروری مستبدانه استفاده می‌کند، ممکن است در عمل نتواند این همدلی را به رفتارهای حمایتی تبدیل کند، زیرا چارچوب تربیتی او بر کنترل و تنبیه استوار است (۲۱). در مقابل، مادری که از سبک مقتدرانه استفاده می‌کند احتمالاً بهتر می‌تواند همدلی خود با کودک را در قالب گفت‌وگو، راهنمایی و تنظیم هیجان‌ها نشان دهد. بنابراین سبک‌های فرزندپروری می‌توانند به عنوان سازوکاری عمل کنند که از طریق آن تأثیر همدلی والدین بر رفتار کودک شکل می‌گیرد (۲۲).

از این نظر، بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های فرزندپروری مادران در رابطه میان همدلی معطوف به کودک و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند دیدگاه جامع‌تری نسبت به تعامل این متغیرها ارائه دهد. در چارچوب این پژوهش، فرض بر این است که همدلی معطوف به کودک ممکن است به طور مستقیم بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثر بگذارد، اما بخش مهمی از این اثر احتمالاً از طریق سبک‌های فرزندپروری مادران منتقل می‌شود. به عبارت دیگر، مادرانی که همدلی بیشتری با کودک دارند ممکن است بیشتر به سمت استفاده از سبک‌های فرزندپروری سازگارانه مانند سبک مقتدرانه گرایش پیدا کنند و همین سبک تربیتی در نهایت به کاهش رفتارهای مقابله‌ای و نافرمانانه در کودک منجر شود (۲۳).

[4] Authoritative Parenting Style
[5] Authoritarian Parenting Style
[6] Permissive Parenting Style

اهمیت پرداختن به این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که در نظر بگیریم اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه تنها برای خود کودک بلکه برای خانواده، مدرسه و جامعه نیز پیامدهای گسترده‌ای به همراه دارد. کودکان دارای این نشانه‌ها اغلب در محیط‌های آموزشی با مشکلات انضباطی روبه‌رو می‌شوند، روابط پرتنشی با همسالان دارند و ممکن است در فرآیند یادگیری دچار اختلال شوند (۲۴). از سوی دیگر، تعارض‌های مداوم میان کودک و والدین می‌تواند سطح استرس خانوادگی را افزایش دهد و احساس ناکارآمدی در والدین ایجاد کند. در چنین شرایطی، شناسایی عوامل محافظتی مانند همدلی والدین و سبک‌های فرزندپروری سازگارانه می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌های آموزشی برای والدین کمک کند (۲۵).

با وجود اهمیت این موضوع، بسیاری از پژوهش‌های پیشین هر یک از این متغیرها را به صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و کمتر به مدل‌های جامع‌تری پرداخته‌اند که تعامل میان همدلی والدین، سبک‌های فرزندپروری و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به طور همزمان مورد توجه قرار دهند. همچنین در برخی از مطالعات تمرکز اصلی بر ویژگی‌های فردی کودک بوده و نقش فرایندهای رابطه‌ای در خانواده کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در حالی که دیدگاه‌های نوین در روان‌شناسی رشد تأکید می‌کنند که رفتار کودک نتیجه تعامل پویا میان ویژگی‌های فردی و محیط خانوادگی است (۲۶). بنابراین مطالعه مدلی که در آن همدلی معطوف به کودک و سبک‌های فرزندپروری مادران به طور همزمان در ارتباط با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی شوند می‌تواند به پر کردن بخشی از این خلأ پژوهشی کمک کند. بر این اساس، هدف از انجام پژوهش حاضر تبیین مدل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان بر اساس همدلی معطوف به کودک و با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای سبک‌های فرزندپروری مادران بود.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند که از بین آن‌ها ۳۲۹ نفر به دلیل نامحدود بودن جامعه آماری و عدم دسترسی به فهرست تمام اعضای جامعه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شد که درنهایت با بررسی و جمع‌بندی پرسشنامه‌های تکمیل‌شده توسط شرکت‌کننده‌ها، اطلاعات کسب‌شده از ۳۱۰ نفر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، مادر دارای فرزند دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و بیماری جسمی حاد و عدم اعتیاد (طبق فرم خود اظهاری شرکت‌کنندگان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه در زمان تعیین‌شده و ارسال دیر پاسخنامه توسط شرکت‌کنندگان بود. روش اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار شرکت قرار داده شد. ضمن تشریح چگونگی انجام پژوهش قبل از پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده به‌صورت کاملاً محرمانه و بدون دریافت و در نظر گرفتن مشخصات شناسنامه‌ای افراد خواهد بود. همین‌طور، همراه با سؤالات، فرم رضایت‌نامه نیز در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شده تا با رضایت کامل در فرایند پژوهش شرکت کنند. درنهایت پس از دریافت پاسخنامه‌های پژوهش، داده‌های پژوهش حاضر با روش

آماری مدل یابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۶ و **AMOS** نسخه ۲۴ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای (SODD[7]): این مقیاس توسط هومرسن و همکاران (۲۰۰۶) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای ساخته شده است و برای کودکان ۵ تا ۱۵ سال استفاده می‌شود. ضریب قابلیت اعتماد (همسانی درونی) مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب قابلیت اعتماد آن به روش بازآزمایی ۰/۹۵ در سطح (۰/۰۱) توسط سازندگان مقیاس گزارش شده است. این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش‌آموزان پایه اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان درستی سنجی و اعتمادیابی شده است و ضریب قابلیت اعتماد (همسانی درونی) این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب قابلیت اعتماد آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. ضمن اینکه این مقیاس به شیوه گزارش دهی است و والدین و مربیان این مقیاس را در مورد کودکان خود پاسخ می‌دهند. تعداد ماده‌های این پرسشنامه ۸ ماده بوده و با یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای ۰= اصلاً تا ۳= خیلی زیاد نمره گذاری می‌شود. بنابراین حداقل نمره آزمودنی در این آزمون ۰ و حداکثر نمره ۲۴ می‌باشد (۲۷).

پرسشنامه واکنش‌گری بین فردی (IRI[8]): پرسشنامه همدلی معطوف به کودک از پرسشنامه دیویس[9] (۱۹۸۳) با ۲۱ گویه برای سنجش همدلی مادر اقتباس شده است که شامل سه خرده مقیاس: چشم اندازگیری[10]، دغدغه‌های هیجانی[11] و برآشفتگی فردی[12] است. هر کدام از این خرده مقیاس‌ها دارای هفت گویه است که با استفاده از یک مقیاس پاسخگویی ۵ درجه‌ای با دامنه‌ای از ۰ = مرا به خوبی توصیف نمی‌کند تا ۴ = مرا به خوبی توصیف می‌کند به آن‌ها پاسخ داده می‌شود. نمرات بیشتر، همدلی بالاتر را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه در پژوهش دیویس با آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به‌دست آمده است. اعتبار این ابزار از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹/۰برای مردان و ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ برای زنان است. برای مؤلفه‌های پریشانی شخصی، دیدگاه‌گیری و توجه همدلانه به‌ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۶۹ به‌دست آمده است. همچنین، تحلیل عاملی اکتشافی برای سنجش روایی سازه، نتایج مطلوبی را نشان داد. در بررسی روایی همگرا، خرده‌مقیاس‌ها با خرده‌مقیاس‌های مشابه پرسشنامه همدلی هوگان، شاخص همدلی هیجانی با ضریب همبستگی بین ۰/۳۵ تا ۰/۶۳ همبستگی مثبت معنادار نشان دادند. روایی واگرا با مقیاس‌های نامرتبط مطلوبیت اجتماعی و برون‌گرایی با ضریب همبستگی زیر ۲۰/۰ که بیانگر پایین بودن همبستگی بود (۲۸). قربانی و همکاران در تحقیق خود به بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرداختند. برای بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نشان دادند که بار عاملی گویه‌ها بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۰ است و نشان‌دهنده سازه مطلوب پرسشنامه است. مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده همچنین برای مؤلفه‌های فوق به ترتیب ۰/۷۱ ۰/۸۳، ۰/۷۶ و ۰/۸۸ بوده است (۲۹). همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۵ و برای نمره کل ۰/۷۹ به‌دست آمد.

سبک های فرزندپروری

پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری توسط بامریند (۱۹۶۷) طراحی و اعتبار یابی شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ است، که سبک‌های فرزند پروری سهل‌گیرانه، مقتدرانه

[7] Symptoms of Oppositional Defiant Disorder
[8] Interpersonal Reactivity Index (IRI)
[9] Davis
[10] perspective taking
[11] empathic concern
[12] personal distress

و مستبدانه را می‌سنجد. که ۱۰ ماده آن به شیوه سهل‌گیر (۱ تا ۱۰)، ۱۰ ماده به شیوه مستبد (۱۱ تا ۲۰) و ۱۰ ماده دیگر به شیوه مقتدرانه (۲۱ تا ۳۰) به امر پرورش فرزند مربوط می‌شود. الگوی پاسخ‌دهی به این سؤال‌ها، مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. آلفای کرونباخ این ابزار برای سبک مقتدرانه ۰/۶۳، سبک مستبدانه ۰/۶۹ و سبک سهل‌گیرانه ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۰). بورای (۱۹۹۱) جهت بررسی روایی این پرسشنامه از روش افتراقی استفاده نمود و مشاهده کرد که شیوه مستبدانه ۰/۳۸ رابطه منفی با شیوه سهل‌گیرانه و ۰/۵۲رابطه منفی با شیوه مقتدرانه دارد و شیوه سهل‌گیرانه رابطه معناداری با شیوه مقتدرانه نداشت. در ایران رجایی زاده و خیاطان در پژوهش خود پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای سبک‌های فرزند پروری مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آوردند. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای سنجش روایی نیز برای سبک‌های فرزند پروری به ترتیب سبک مقتدرانه ۰/۶۴، مستبدانه ۰/۷۳ و سهل‌گیرانه ۰/۷۱ گزارش کردند (۳۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای محاسبه شده برای سبک مقتدرانه ۰/۷۹، مستبدانه ۰/۸۷ و سهل‌گیرانه ۰/۷۶ محاسبه شد.

نتایج

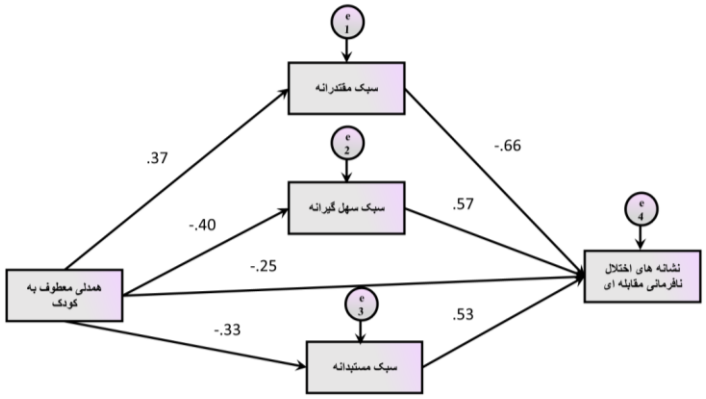
نمونه موردمطالعه شامل ۳۱۰ نفر بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۳/۰۸ و ۶/۵۸ بود. ازنظر تحصیلات ۳۶/۱ درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۲۵/۴ درصد از آن‌ها کاردانی و ۳۸/۵ درصد از آن‌ها دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بودند.

جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	٤	۵
۱. همدلی معطوف به کودک	۱				
۲. سبک مقتدرانه	۰/۵۵۳**	۱			
۳. سبک سهل گیرانه	-۰/۲۴**	۰/۲۸۱**	۱		
٤. سبک مستبدانه	-۰/۳۷۴**	-۰/۳۱**	۰/۰۹	۱	
۵. نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای	-۰/۵۲۸**	-۰/۴۰۲**	۰/۲۴۷**	۰/۳۳۲**	۱
میانگین	۳۵/۳۸	۲۱/۷	۴۲/۴	۳۹/۱	۲۲/۰۱
انحراف معیار	۱۲/۱	۹/۵۶	۱۳/۳	۱۰/۳	۹/۰۶
کجی	۰/۲	۰/۴۴	۰/۰۴	-۰/۳۱	-۰/۵۴
کشیدی	-۰/۶۸	-۰/۳۵	-۰/۰۱	-۰/۸۲	-۱/۱۴

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ نشان می‌دهد سبک مقتدرانه و هدلی معطوف با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح ۰/۰۱رابطه معکوس و معنادار و سبک سهل گیرانه و مستبدانه رابطه مثبت و معنادار دارند. با توجه به این‌که شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همگی در محدوده ۲+ و ۲- قرار دارند، بنابراین شکل توزیع متغیرها در شرایط نرمالی است. علاوه بر مقادیر گزارش‌شده در جدول ۱، مقادیر آماره تحمل برای متغیرها بیشتر از ۰/۴۰ و همچنین مقادیر آماره VIF همگی کم‌تر از ۱۰ بود. بنابراین میزان هم خطی میان متغیرهای

پیش‌بین نگران‌کننده نبود. از طرفی مقدار آماره آزمون دوربین واتسون برابر ۲/۰۳ است و بین مقدار مناسب ۱/۵ و ۲/۵ قرار داشت. بنابراین می‌توان گفت فرض استقلال مقادیر خطا از یکدیگر نیز رعایت شده است.



شکل ۱. مدل نهایی

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به‌صورت بررسی پیش‌بینی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس همدلی معطوف به کودک با میانجی‌گری سبک‌های فرزندپروری در محیط AMOS به همراه ضرایب مسیر آن ارائه‌شده است.

جدول ۲. نتایج ضرایب اثرات مستقیم در الگوی ساختاری موردمطالعه

مسیر	B	Beta	SE	T	P
همدلی معطوف به کودک ← نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای	-۰/۲۲	-۰/۲۵	۰/۰۷	-۳/۱۴	۰/۰۰۲
سبک مقتدرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	-۰/۵۸	-۰/۶۶	۰/۰۶	-۹/۶۶	۰/۰۰۱
سبک سهل گیرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	۰/۴۹	۰/۵۷	۰/۰۶	۸/۱۶	۰/۰۰۱
سبک مستبدانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	۰/۴۴	۰/۵۳	۰/۰۵	۸/۸۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد اثر مستقیم همدلی معطوف به کودک بر نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای منفی و معنی‌دار (β=-۰/۲۵ ،p <۰/۰۰۱)، اثر سبک مقتدرانه بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای منفی و معنی‌دار (β=-۰/۶۶ ،p <۰/۰۰۱) و اثر سبک سهل گیرانه (β=۰/۵۷ ،p <۰/۰۱) و مستبدانه بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مثبت و معنی‌دار (β=۰/۵۳ ،p <۰/۰۰۱).

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل میانجی به روش بوت استراپ

مسیر	B	Beta	P
همدلی معطوف به کودک ← سبک مقتدرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	-۰/۲۱	-۰/۲۴	۰/۰۰۱

همدلی معطوف به کودک ← سبک سهل گیرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	-۰/۱۹	-۰/۲۳	۰/۰۰۱
همدلی معطوف به کودک ← سبک مستبدانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای	-۰/۱۵	-۰/۱۷	۰/۰۰۵

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول۳، مسیر غیرمستقیم همدلی معطوف به کودک ← سبک مقتدرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای با اندازه اثر استانداردشده ۰/۲۴- (P =۰/۰۰۱) و مسیر غیرمستقیم همدلی معطوف به کودک ← سبک سهل گیرانه ← نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای با اندازه اثر استانداردشده ۰/۲۳- (P =۰/۰۰۱) معنادار گزارش شدند و مسیر غیرمستقیم همدلی معطوف به کودک ← سبک مستبدانه ← نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اندازه اثر استانداردشده ۰/۱۷- (P=۰/۰۰۵) معنادار است.

جدول ٤. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازش	Chi-square / df	RMSEA	NFI	CFI	GFI
ملاک برازش	<۵	<۰/۱۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰
آماره	۲/۵۴	۰/۰۷	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۱

برای برازندگی مدل هرگاه مقدار شاخص کای دو تقسیم بر درجه آزادی کوچک‌تر از ۵ باشد، برازندگی مدل بهتر است. مقدار به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر۲/۵۴ بود که حاکی از برازش تقریبی مدل بود. همچنین به‌طورکلی هر چه مقدار شاخص‌های CFI، GFI و NFI، IFI به یک نزدیک‌تر باشد حاکی از برازش مطلوب مدل است. با توجه به اینکه مقادیر به‌دست‌آمده برای شاخص‌های ذکرشده نزدیک به ۰/۹۰ بوده، بنابراین مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. برای شاخص RMSEA نیز مقدار ۰/۰۸ بیانگر برازش مطلوب است که برای مدل پژوهش حاضر ۰/۰۷۱ برابر بود

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل علی نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان براساس همدلی معطوف به کودک با نقش واسطه‌ای سبک های فرزندپروری مادران انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مدل علی نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان براساس همدلی معطوف به کودک با نقش واسطه‌ای سبک های فرزندپروری مادران دارای برازش مناسبی است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهش (۱۴)، (۱۸)، (۱۹) و (۲۱) همسو است.

پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند که اختلال نافرمانی مقابله‌ای پدیده‌ای چندبعدی است که از تعامل ویژگی‌های فردی کودک با عوامل خانوادگی، به‌ویژه سبک‌های فرزندپروری، شکل می‌گیرد. مرورهای نظام‌مند نیز تأکید کرده‌اند که متغیرهای خانوادگی مانند شیوه‌های تربیتی، کیفیت تعامل والد–کودک و الگوهای ارتباطی والدین از مهم‌ترین پیش‌بین‌های نشانه‌های این اختلال هستند (۱۴،۲۱). همچنین شواهد نشان می‌دهد که سبک‌های فرزندپروری مادران می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با شدت رفتارهای مقابله‌ای کودکان مرتبط باشند و در کنار آن، متغیرهای هیجانی و اجتماعی کودک مانند همدلی، تنظیم هیجان و مهارت‌های بین‌فردی نقش واسطه‌ای در این رابطه ایفا می‌کنند (۱۸،۱۹). بر همین اساس، مدل علی حاضر با تمرکز بر همدلی معطوف به کودک و سبک‌های فرزندپروری مادران در تلاش است تا سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را روشن‌تر سازد.

یکی از یافته‌های مهم در پژوهش حاضر نقش همدلی معطوف به کودک در تبیین نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. تبیین این رابطه را می‌توان در چارچوب نظریه‌های رشد اجتماعی–هیجانی توضیح داد. همدلی به‌عنوان توانایی درک و پاسخ هیجانی به حالات دیگران، یکی از مؤلفه‌های اساسی رشد اخلاقی و رفتارهای اجتماعی محسوب می‌شود (۲۸). زمانی که کودک قادر به درک هیجانات دیگران و پیامدهای رفتاری خود بر دیگران باشد، احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه و مقابله‌ای کاهش می‌یابد. در واقع، نقص در همدلی می‌تواند موجب کاهش حساسیت نسبت به پیامدهای منفی رفتارهای نافرمانانه شود و زمینه را برای بروز رفتارهای مخالفت‌آمیز فراهم کند. پژوهش‌های تجربی نیز نشان داده‌اند که تقویت توانایی‌های هیجانی مانند تشخیص هیجان و همدلی در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند به بهبود خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشانه‌های رفتاری منجر شود (۸). علاوه بر این، پژوهش‌های حوزه آسیب‌شناسی رشد نشان می‌دهند که یکی از ویژگی‌های کلیدی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و کنترل تکانه‌ها است (۵). در چنین شرایطی، همدلی می‌تواند به‌عنوان یک سازوکار تنظیمی عمل کند. زمانی که کودک قادر به درک هیجانات دیگران باشد، پاسخ‌های رفتاری او بیشتر تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی و اخلاقی قرار می‌گیرد و از واکنش‌های تکانشی و مخالفت‌آمیز کاسته می‌شود. این مسئله با یافته‌های پژوهش‌هایی که رابطه بین خودتنظیمی و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نشان داده‌اند نیز همسو است، زیرا ضعف در خودتنظیمی با افزایش رفتارهای مقابله‌ای و تعارض با بزرگسالان مرتبط دانسته شده است (۴).

در کنار ویژگی‌های فردی کودک، سبک‌های فرزندپروری مادران نیز نقش مهمی در بروز یا کاهش نشانه‌های این اختلال دارند. نظریه کلاسیک بامریند سه الگوی اصلی فرزندپروری شامل مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیرانه را مطرح می‌کند که هر یک پیامدهای متفاوتی برای رشد اجتماعی و هیجانی کودکان دارند (۳۰). در سبک فرزندپروری مقتدرانه، ترکیبی از حمایت عاطفی و نظارت رفتاری وجود دارد که به رشد مهارت‌های خودتنظیمی و مسئولیت‌پذیری در کودکان کمک می‌کند. در مقابل، سبک‌های مستبدانه یا سهل‌گیرانه می‌توانند به شکل‌گیری الگوهای رفتاری ناسازگار منجر شوند.

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد، به‌ویژه سبک‌های سختگیرانه یا متناقض، با افزایش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مرتبط هستند (۱۳،۱۹). در این سبک‌ها معمولاً تعامل والد–کودک با تنبیه، کنترل افراطی یا عدم ثبات در قوانین همراه است که می‌تواند مقاومت و مخالفت کودک را تشدید کند. در واقع، کودک در چنین محیطی یاد می‌گیرد که از طریق رفتارهای مخالفت‌آمیز یا چالش‌برانگیز به خواسته‌های خود دست یابد. از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین می‌تواند موجب بهبود شیوه‌های تربیتی و در نتیجه کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان شود (۲۰).

یافته‌های پژوهش حاضر درباره نقش واسطه‌ای سبک‌های فرزندپروری مادران نیز با دیدگاه‌های تعاملی در آسیب‌شناسی رشد همخوانی دارد. بر اساس این دیدگاه، رفتار کودک و شیوه‌های فرزندپروری والدین در یک چرخه تعاملی بر یکدیگر اثر می‌گذارند. به عبارت دیگر، نه تنها سبک‌های تربیتی بر رفتار کودک اثر می‌گذارند، بلکه رفتارهای کودک نیز می‌تواند واکنش‌های تربیتی والدین را شکل دهد (۱۵). این چرخه تعاملی ممکن است در خانواده‌هایی که کودک دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است، تشدید شود؛ زیرا رفتارهای چالش‌برانگیز کودک می‌تواند موجب افزایش فشار روانی والدین و استفاده بیشتر از روش‌های تنبیهی یا کنترل‌گرانه شود.

از دیدگاه دلبستگی نیز می‌توان رابطه میان سبک‌های فرزندپروری و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را توضیح داد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت رابطه عاطفی والد–کودک و الگوهای دلبستگی نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی و هیجانی کودک دارند (۱۷). زمانی که کودک در محیطی حمایتگر و امن رشد می‌کند، احساس امنیت بیشتری داشته و احتمال کمتری دارد که از رفتارهای مقابله‌ای برای جلب توجه یا ابراز نارضایتی استفاده کند. در مقابل، روابط والد–کودک مبتنی بر تعارض یا بی‌ثباتی می‌تواند به افزایش رفتارهای مخالفت‌آمیز و نافرمانانه منجر شود.

همچنین پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی کودکان و ویژگی‌های روان‌شناختی آنان می‌تواند نحوه اثرگذاری سبک‌های فرزندپروری را تعدیل کند. برای مثال، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که کودکان دارای نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از نظر ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی خانواده‌ها تفاوت‌هایی دارند و همین تفاوت‌ها می‌تواند الگوهای تعامل والد–کودک را شکل دهد (۱). بنابراین، درک دقیق این تعاملات نیازمند توجه همزمان به ویژگی‌های کودک و محیط خانوادگی است.

از سوی دیگر، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر والدین، مانند آموزش مدیریت والدگری، می‌تواند به‌طور قابل توجهی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد (۳). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تغییر در شیوه‌های فرزندپروری می‌تواند یکی از مؤثرترین راهبردها برای کاهش رفتارهای مقابله‌ای کودکان باشد. همچنین برنامه‌های آموزشی که بر افزایش انعطاف‌پذیری والدین و بهبود تعاملات ارتباطی در خانواده تمرکز دارند، توانسته‌اند به بهبود عملکرد کودکان مبتلا به این اختلال کمک کنند (۲).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب مدل‌های چندعاملی آسیب‌شناسی رشد تبیین کرد؛ مدل‌هایی که بر تعامل ویژگی‌های فردی کودک با عوامل خانوادگی تأکید دارند. همدلی به‌عنوان یکی از مهارت‌های هیجانی–اجتماعی کلیدی می‌تواند از طریق افزایش حساسیت نسبت به هیجانات دیگران و بهبود خودتنظیمی، احتمال بروز رفتارهای نافرمانانه را کاهش دهد. در عین حال، سبک‌های فرزندپروری مادران می‌توانند زمینه‌ساز تقویت یا تضعیف این فرایندها باشند. به عبارت دیگر، محیط خانوادگی حمایتگر و مبتنی بر تعامل مثبت می‌تواند رشد همدلی و مهارت‌های تنظیم هیجان در کودک را تسهیل کند و در نتیجه احتمال بروز نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهد. در مقابل، سبک‌های تربیتی ناکارآمد ممکن است این فرایندهای رشدی را مختل کرده و زمینه را برای تداوم رفتارهای مقابله‌ای فراهم کنند.

اولین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به روش نمونه‌گیری در دسترس بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. محدودیت دوم این بود که نمونه موردپژوهش مربوط به مادران دارای فرزند با نافرمانی مقابله‌ای در شهر تهران بود و همین امر نتایج را برای تعمیم به‌کل جامعه محدود می‌کرد. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش محدوده تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در سایر شهرها و در پدران تکرار شود تا تناسب مدل ارائه‌شده موردبررسی بیشتر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Tomlinson CS, Gallagher HD, Pilkonis P, Vaughn-Coaxum RA, Yu L, Kolko DJ, Lindhiem O. Beyond "One Size Fits All": Differences in Parenting and Mental Health Among Children With Oppositional Defiant Disorder Symptoms. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2026 Apr 20:13591045261446028.
2. Mohammed HG, Mohammed HO. A multidisciplinary intervention targeting pragmatic language and maternal flexibility in Egyptian children with oppositional defiant disorder. BMC psychology. 2026 Feb 10.
3. Döpfner M, Görtz-Dorten A, Häge A, Handermann F, Sulprizio L, Hellmich M, Vogel D, Ruhmann M, Althen H, Karus M, Banaschewski T. Efficacy of a mobile-based self-directed parent management training for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder with or without oppositional defiant disorder–a randomized controlled trial. European Child & Adolescent Psychiatry. 2025 Jun 27:1-3.
4. Zhang W, Qiao L, Wang M, Liu Z, Chi P, Lin X. Bidirectional relation of self-regulation with oppositional defiant disorder symptom networks and moderating role of gender. Development and Psychopathology. 2025 Aug;37(3):1616-27.
5. Narducci C, Donno F, Milone A, Placini F, Glennon JC, Masi G, Coghill D, Zuddas A, Carucci S, Balia C. Emotional dysregulation, executive functions and callous-unemotional traits in children and adolescents with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and Autism Spectrum Disorder: a direct comparison. Journal of Psychiatric Research. 2025 Nov 1;191:507-15.
6. Darzi M, Yarmohamadi Vasel S, Yaghoobi A, Kord Noghabi R. The Effect of Self-Compassion Training on Reducing Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Adolescents. Empowering Exceptional Children. 2025 Apr 26;16(1):42-54.
7. Kimonis ER, Neo B. Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, Psychopathic Traits, and Youth. The Wiley Handbook of What Works with Adolescents Who Have Offended: Theory, Research, and Practice. 2026 Mar 18:41.
8. Rigi K, Shahriari Ahmadi M, Tajali P, Ghodsi P. Effectiveness of Emotional Recognition Intervention on Emotional Self-Regulation and Empathy in Children with Oppositional Defiant Disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2024;14(54):43-75.
9. Kimonis ER, Neo B. Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, Psychopathic Traits, and Youth. The Wiley Handbook of What Works with Adolescents Who Have Offended: Theory, Research, and Practice. 2026 Mar 18:41.
10. Woolrych T, Eady MJ, Green CA. Authentic empathy: A cultural basis for the development of empathy in children. Journal of Humanistic Psychology. 2024 Sep;64(5):954-73.
11. Spinrad TL, Eisenberg N, Xiao SX, Xu J, Berger RH, Pierotti SL, Laible DJ, Carlo G, Gal-Szabo DE, Janssen J, Fraser A. White children's empathy-related responding and prosocial behavior toward White and Black children. Child Development. 2023 Jan;94(1):93-109.
12. Golshani Jorshari M. Predicting Aggression in Children with Oppositional Defiant Disorder Based on Parenting Styles and Mothers' Patience. Journal of Exceptional Children. 2023 Aug 10;23(2):23-34.

13. Cong KO, Zhao-Min WU, Juan LI, Xiao-Lan CA, Bin-Rang YA. Association between oppositional defiant disorder and parenting style in children with attention deficit hyperactivity disorder. Chinese Journal of Contemporary Pediatrics. 2022 Aug 15;24(8):869.
14. Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. International journal of environmental research and public health. 2022 Aug 31;19(17):10866.
15. Allmann AE, Klein DN, Kopala-Sibley DC. Bidirectional and transactional relationships between parenting styles and child symptoms of ADHD, ODD, depression, and anxiety over 6 years. Development and psychopathology. 2022 Oct;34(4):1400-11.
16. Hawes DJ, Gardner F, Dadds MR, Frick PJ, Kimonis ER, Burke JD, Fairchild G. Oppositional defiant disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2023 Jun 22;9(1):31.
17. Kaźmierczak-Mytkowska A, Butwicka A, Lucci KD, Wolańczyk T, Bryńska A. Attachment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. Psychiatria Polska. 2022 Jun 30;56(3):535-49.
18. Fooladvand M, Nadi MA, Abedi A, Sajjadian I. Parenting styles for children with oppositional defiant disorder: Scope review. Journal of education and health promotion. 2021 Jan 1;10(1):21.
19. Rostami M, Saadati N. Role of maternal parenting styles in predicting oppositional defiant, behavior, conduct, mood, and separation anxiety disorders among students. Journal of Research & Health. 2018 Sep 1;8(5).
20. Malekzadeh H, Deyreh E, Amini N, Narimani M. The effectiveness of group education to improve parenting style to mothers on symptoms of oppositional defiant disorder in students. Journal of School Psychology. 2021 Jun 22;10(2):138-54.
21. Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. International journal of environmental research and public health. 2022 Aug 31;19(17):10866.
22. Çöp E, ÇENGEL KÜLTÜR SE, ŞENSES DİNÇ G. Association Between Parenting Styles and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Turkish Journal of Psychiatry. 2017 Mar 1;28(1).
23. Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. Journal of abnormal child psychology. 2002 Dec;30(6):555-69.
24. Sun F, Wang Y. The impact of family parenting styles on behavioral and emotional problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the mediating role of mobile phone addiction. Frontiers in Psychology. 2026 Mar 4;17:1729300.
25. Zhang Y, Liu C, Li B, Fu X, Fong H, Yu Z, Wang S, Jin W, Shi L. The effectiveness and feasibility of the new Forest parenting programme for Chinese children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their families. Acta Psychologica. 2026 Apr 1;264:106492.
26. Gaur K. Modern Parenting Styles and Behavioral Challenges in Children: A Neurodiversity-Informed Perspective. The Family Journal. 2026:10664807261440851.
27. Shirjangi L, Mehyar AH, Javadi H, Hosseini S. The effect of social skills training on reducing symptoms of oppositional defiant disorder in children. Methods and Models of Psychology. 2018;9(34):175-203.
28. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of personality and social psychology. 1983 Jan;44(1):113.

29. Raoofi Adegani N, Zarnaghash M, Barzegar M, Sohrabi Shegefti N. The causal model of parental burnout in the mothers of children with cancer based on empathy for the child, with the mediating role of maternal mindfulness. Rooyesh. 2026;15(2):201-210.
30. Baumrind D. Current patterns of parental authority. Developmental psychology. 1971 Jan;4(1p2):1.
31. Rajaeizadeh MS, Khayatan F. The effectiveness of schema therapy on distress tolerance, resilience, emotional regulation, and parenting styles of mothers with children with attention deficit/ hyperactivity disorder. Rooyesh. 2025;14(2):123-134.

Original Article

The Relationships among Information Technology-Based Knowledge Management, Organizational Health, and Employee Empowerment in Sport and Youth Affairs Department

Received: 11/02/2026 - Accepted: 10/06/2026

Fatemeh haji aghaei[1]
Fahimeh Fazlollah Hamedani[2*]

[1] *Department of Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran.*
[2] *Department of psychology, CT.C., Islamic Azad University,Tehran, Iran. (Corresponding Author)*

Email: fahimehamedanii@gmail.com

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common behavioral disorders in children and is influenced by various individual and family-related factors. The present study aimed to examine a causal model of Oppositional Defiant Disorder symptoms based on child-oriented empathy, with the mediating role of mothers' parenting styles.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted using structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of all mothers of children diagnosed with Oppositional Defiant Disorder who attended counseling centers in Tehran, Iran. A total of 329 participants were selected through convenience sampling, and data from 310 mothers were ultimately analyzed. The research instruments included the Oppositional Defiant Disorder Symptoms Scale developed by Hommersen et al., the Interpersonal Reactivity Index (IRI) by Davis, and Baumrind's Parenting Styles Questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 26 and AMOS version 24 through structural equation modeling.

Results: The findings indicated that child-oriented empathy and authoritative parenting style were significantly and negatively associated with symptoms of Oppositional Defiant Disorder, whereas permissive and authoritarian parenting styles showed significant positive associations with these symptoms. Furthermore, the direct effect of child-oriented empathy on ODD symptoms was negative and statistically significant ($p < .05$). In addition, authoritative, permissive, and authoritarian parenting styles significantly mediated the relationship between child-oriented empathy and ODD symptoms. The model fit indices also demonstrated an acceptable fit of the proposed model.

Conclusion: The results suggest that child-oriented empathy is associated with symptoms of Oppositional Defiant Disorder both directly and indirectly through mothers' parenting styles. Therefore, interventions aimed at enhancing maternal empathy and modifying parenting styles may be effective in reducing the symptoms of this disorder.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder (ODD), Child-Oriented Empathy, Parenting Styles, Mothers, Structural Equation Modeling (SEM).