

## نقش پیش‌بین خودپنداره و ناامیدی در پیش‌بینی علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

زهرا السادات متغیر<sup>۱</sup>، هاجر ترکان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان).

نام نویسنده مسئول:

هاجر ترکان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۰

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بین خودپنداره و ناامیدی در پیش‌بینی علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان است. این پژوهش، در قالب طرح توصیفی-همبستگی با ماهیت کاربردی و از لحاظ زمانی مقطعی اجرا شد. نمونه آماری مورد پژوهش ۱۲۰ دانش‌آموز (۸۰ نفر پسر و ۴۰ نفر دختر) ۸-۱۲ ساله شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب گردیدند. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) CSI4 (۱۹۹۴) جهت تشخیص علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرسشنامه خود پنداره پیرز-هریس (۱۹۶۹) و ناامیدی کودکان کازدین (۱۹۸۶) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام با بسته نرم‌افزار علوم اجتماعی نسخه ۲۳ انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین ناامیدی و شادی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه آماری معنادار مثبت ( $P < 0/05$ ) و بین وضعیت عقلانی و تحصیلی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه آماری معنادار منفی وجود داشت ( $P < 0/05$ ). رگرسیون گام به گام نشان داد ناامیدی کودکان ۷/۲٪، ناامیدی و شادی ۱۱/۹ درصد و ناامیدی، شادی و وضعیت عقلانی و تحصیلی ۱۶/۸ درصد واریانس علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی می‌کنند. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد کودکان در زمان ناامیدی (خلق پایین) و شادی و رضایت (خلق بالا) بیشتر و کودکان با وضعیت عقلانی تحصیلی بالاتر، به میزان کمتر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را از خود بروز می‌دهند.

**واژگان کلیدی:** نافرمانی مقابله‌ای، خود پنداره، ناامیدی.

## مقدمه

یکی از اختلال‌های شایع دوران کودکی و نوجوانی و از جمله دلایل ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> در آن‌ها است که با الگوی مداوم منفی‌کاری، خشونت، نافرمانی نسبت به قوانین و مقررات بزرگسالان همراه است (گومز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم<sup>۳</sup> شیوع آن بین ۱ تا ۱۱ درصد است، به طوری که میانگین برآورد شیوع ۳/۳ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۱۳۹۶). میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای احتمالاً بسیار به جنس کودک وابسته است و تا قبل از نوجوانی شیوع آن در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است (ری<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). این اختلال سومین اختلال شایع روانی است که در کودکان ۲ تا ۱۶ ساله به‌دفعات گزارش شده است (ویتنی، برامر و استیو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

علائم اختلال لجبازی/ نافرمانی به سه گروه تقسیم شده است: خلق خشمگین/ تحریک پذیر(عصبانیت- تحریک‌پذیری)، رفتار مجادله‌آمیز/ چالش‌گرانه (جرو بحث/ چالش‌گری) و کینه توزی (کینه توزی/ بدجنسی)؛ که در کل شامل ۸ علامت است و زمانی کودک را می‌توان مبتلا به به این اختلال تشخیص داد که حداقل ۴ علامت از ۸ علامت را حداقل طی ۶ ماه داشته باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۶). بیشترین اختلال‌های همبود با این اختلال به ترتیب، اختلال نارسایی توجه- بیش‌فعالی، اختلال‌های یادگیری و اختلال‌های ارتباطی هستند (کرینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). روان‌تحلیل‌گران معتقدند که تعارض‌های حل نشده مرحله مقعدی، بی‌توجهی والدین و اطرافیان، محرومیت‌ها، نیازهای شدید، فشار بر خود، ولادتی جدید و استعداد ذاتی برخی کودکان برای نشان دادن قدرت و اظهار وجود در برابر اطرافیان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ایجاد می‌کند (لطفی‌کاشانی و وزیری، ۱۳۹۵).

در پژوهش‌های متعدد مشخص شده است که بدرفتاری با کودکان و تعامل نامناسب با آنها در محیط خانواده باعث تشدید رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (لین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ رانیون و دبلینگر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً دوست و رفیقی ندارند، عملکرد تحصیلی پایینی دارند، در روابط بین فردی ضعیف هستند، روابط انسانی برای آنها رضایت بخش نیست، این کودکان عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها می‌باشند (همرسن، مری، اوهان و جانستون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). افراد مبتلا اغلب خُلقشان پایین است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۳۹۶). کودکان نافرمان به علت رفتارهای مقابله‌ای و در نتیجه ضعف در عملکرد تحصیلی و برقراری رابطه با دیگران دارای خودپنداره ضعیف، درماندگی آموخته شده، افسردگی و پرخاشگری هستند (جهان بخش، بهادری، امیری، جمشیدی، ۱۳۹۰).

از متغیرهایی که می‌تواند بر میزان رفتارهای لجبازی/ نافرمانی کودکان مؤثر باشد خودپنداره است. در دیدگاه معاصر خود پنداره یک طرحواره شناختی محسوب می‌شود. خود پنداره یا مفهوم خود همان درک فرد از خویش است که در نتیجه تجربیات وی با محیط و ارتباط او با دیگران شکل می‌گیرد (کرک، گالاگان، کولمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵). خودپنداره تصویری است که افراد از خود دارند (پاسترینو و دوپل-پورتیلو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). در واقع خودپنداره مجموعه‌ای از صفات، توانایی‌ها، نگرش‌ها و ارزش‌هایی که فرد به وسیله آنها خود را توصیف می‌کند، است و ممکن است از خیلی ضعیف یا منفی تا خیلی قوی یا مثبت در نوسان باشد با خود پنداره مثبت فرد احساس کفایت کرده و در انطباق با دنیای پیرامون خود توانایی بیشتری دارد (دولگان، ساواسر و یازگان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۴).

1. oppositional defiant disorder (ODD)

2. Gomez

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5 (DSM-5)

4. American Psychological Association (APA)

5. Rey

6. Whitney, Brammer & Steve

7. Kring

8. Lin

9. Runyon

10. Hommersen, Murray, Ohan, Johnston

11. Kirk, Galager, & Colman

12. Pastorino & Doyle-Portillo

13. Dolgun, Savaser & Yazgan

خودپنداره<sup>۱۴</sup> دارای سه سطح می‌باشد سطح اول، خود پنداره فردی است که به ضعف و توانایی‌های فردی اشاره دارد، سطح دوم، خودپنداره ارتباطی می‌باشد که خود را بر اساس نوع ارتباط با دیگران دآوری می‌کند و سطح سوم، خود پنداره جمعی است که به مقدار عضویت در گروه باز می‌گردد (خاکسار، گل پرور و نوری، ۱۳۹۱). یکی از دلایلی که خودپنداره یا مفهوم خود مورد تأکید قرار می‌گیرد این است که چگونگی احساس انسان از خود در بسیاری از موقعیت‌ها بر رفتار او اثر می‌گذارد (جلالی، ۲۰۰۷ به نقل از البرزی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷). روانشناسان و جامعه‌شناسان، خودپنداره و اجزای آن را به عنوان عنصر اصلی تشکیل دهنده شخصیت و هسته مرکزی سازگاری اجتماعی قلمداد می‌کنند. خودپنداره مثبت نشان‌دهنده این است که فرد خودش را در مقام شخصی با نقاط ضعف و قوت می‌پذیرد و این امر موجب بالارفتن اعتماد به نفس او در روابط اجتماعی می‌شود (رقیبی و میناخانی، ۲۰۱۲) و طبق نظر هانت<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۷)، یک خود پنداره خوب موجب سازگاری بهتر نوجوان با اجتماع می‌شود (حسینی، عاشوری و زرندی، ۱۳۹۵).

از دیگر متغیرهایی که می‌تواند سبب‌ساز رفتارهای لج‌بازی/ نافرمانی کودکان شود، ناامیدی<sup>۱۶</sup> است. ناامیدی نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (آپیک<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰). به عقیده اسنایدر (۱۹۹۶) ناامیدی یعنی این تفکر که شرایط دشوار فعلی همچنان ادامه خواهد داشت و امکان تغییر و بهبود شرایط کم است و چنین برداشتی به خود پنداره، عزت نفس و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۵). ناامیدی از مظاهر بی‌معنایی زندگی است. کسی ناامید است که هیچ معنایی در زندگی آینده‌اش نمی‌بیند (سوری، ۱۳۹۴). پی‌آمدهای ناامیدی در افراد مختلف متفاوت است، اما به‌نظر می‌رسد تحمل ناامیدی برای کودکان به مراتب دشوارتر باشد؛ زیرا آنها توانایی کمتری در خلق یک دورنما دارند (ویلیامز<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸). کودک ناامید برای چالش با محیط تلاش نمی‌کند و در شرایط خاص دچار ترس و اضطراب می‌شود. او اشتیاق اندکی دارد و از بی‌حسی، نقایص شناختی- اجتماعی، افسردگی، رفتار پرخاشگرانه، درماندگی و خودکنترلی اندک رنج می‌برد (فرانکوویز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸). احساس ناامیدی منجر به ارزیابی‌های منفی بیشتری از موقعیتهای جدید و تأثیرگذاری کمتر و راهبردهای کنار آمدن می‌گردد (اوسی، اکنلی، کربالاتلو و بیگیلی<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۹). ناامیدی شخص را سریعاً در هم شکسته و او را در برابر عوامل فشار آور بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. افراد ناامید از بازخوردهای ناشی از تجربه شکست درس نمی‌گیرند تا عملکرد آینده خود را بهبود بخشند و در عوض به خود شک می‌کنند و دچار نشخوارهای فکری منفی می‌شوند و این نشخوارهای فکری منفی می‌تواند منجر به افسردگی گردد و در استرس‌های بین فردی آشفتگی روانشناختی فرد را مزمن سازد (آزاد، ۱۳۹۳). با توجه به مطالب ذکر شده درباره اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پیامدهای آن که در کودکان منجر به افت تحصیلی و عملکردهای نامناسب اجتماعی می‌شود و نیز مطالب عنوان شده در مورد خودپنداره و ناامیدی که خودپنداره ضعیف و ناامیدی هر دو می‌تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه و نمودهای رفتاری شبیه به رفتارهای لج‌بازی/ نافرمانی گردد و همچنین نظر به این که کودکان آینده‌سازان و پایه‌های هر جامعه‌ای هستند و با التفات به این موضوع که پژوهشی در دسترس قرار نگرفت که به رابطه بین این سه متغیر به‌طور همزمان پرداخته باشد، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این پرسش است که آیا خودپنداره و ناامیدی در پیش‌بینی علائم نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر است؟

## روش و ابزارهای پژوهش

این تحقیق، در قالب طرح توصیفی- همبستگی با ماهیت کاربردی و از لحاظ زمانی مقطعی اجرا شد. نمونه آماری مورد پژوهش ۱۲۰ دانش‌آموز (۸۰ نفر پسر و ۴۰ نفر دختر) ۸-۱۲ ساله شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب گردیدند. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مطالعات میدانی بوده و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. ابزارهای این

14 . Self-concept

15 . Hunt

16 . Despair

17 . Ipek

18 . Williams

19 . François

20 . Avci, Ocanli, Karabulutlu, Bigili

پژوهش ابزارهای این پژوهش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والدین) CSI4 (۱۹۹۴) جهت تشخیص علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرسشنامه خودپنداره پیرز-هریس (۱۹۶۹) و مقیاس ناامیدی کودکان کازدین (۱۹۸۶) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام با بسته نرم‌افزار علوم اجتماعی نسخه ۲۳ انجام شد.

## ابزارهای پژوهش

### پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4)

به منظور دستیابی به هدف پژوهش از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4) فرم والدین استفاده شد. این سیاهه از ابزارهای غربالگری رایج اختلالهای روانپزشکی است که بر اساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی ساخته شده است. نسخه اولیه سیاهه بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی تهیه و پس از تجدیدنظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3 آن نیز ساخته شد. گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، با تغییرات اندک در پرسشنامه علائم مرضی کودکان تجدیدنظر کردند. آخرین ویرایش سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI4) دارای دو فرم والدین و معلمان است. فرم والدین این سیاهه ۶۷ ماده دارد. بر این اساس، اختلالات رفتاری کودکان شامل فزون‌کنشی و نارسایی توجه، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی بررسی شد. سایر اختلالات (به غیر از اختلال نافرمانی مقابله‌ای) در این فرم برای سنجش تشخیص افتراقی اختلال نافرمانی مقابله‌ای با دیگر اختلالات بررسی شده است. این سیاهه در طیف لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، اغلب اوقات، همیشه) طراحی و از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری شده است (شیرجنگ و همکاران، ۱۳۹۷). این پرسشنامه توسط فرزند، امامی‌پور و وکیل قاهانی در سال ۱۳۹۰ در ایران هنجاریابی شده است. مقدار ضریب اعتبار به روش هماهنگی درونی برای فرم والد ۰/۹۴ به دست آمده است (فرزاد و همکاران، ۱۳۹۰).

### پرسشنامه خود پنداره پیرز-هریس (۱۹۶۹)

مقیاس خودپنداره پیرز-هریس جهت سنجش میزان خودپنداره کودکان و نوجوانان در سال ۱۹۶۹ توسط پیرز و هریس طرح ریزی شده است و در جهت نگرش و احساس فرد نسبت به خودش، خلاصه می‌شود. به بیان دیگر، خودپنداره ای که در این مقیاس سنجش می‌شود، به عنوان مجموعه نسبتاً ثابت نگرش فرد نسبت به خود، تعریف شده است. این پرسشنامه شامل ۸۰ سوال است که سوالات پرسشنامه به صورت گزارش شخصی درباره اینکه کودکان و نوجوانان درباره خودشان چه احساسی دارند، طرح ریزی شده است. سوالات این مقیاس هم در جهت مثبت و هم در جهت منفی و در بعد خودسنجی، نمره‌گذاری شده است. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودسنجی مثبت و نمره پایین، نشان دهنده خودسنجی منفی است. هر عبارت پرسشنامه به صورت دو بخشی بلی یا خیر طرح ریزی شده است. این مقیاس ۶ بعد دارد: ۱- رفتار ۲- وضعیت مدرسه و وضعیت شناختی و ذهنی ۳- ظاهر و ویژگی فیزیکی ۴- اضطراب ۵- جامعه پسندی (محبوبیت) ۶- شادی و رضایتمندی تمام مقیاس‌ها در جهت خودپنداره مثبت نمره‌گذاری می‌شوند؛ به طوری که نمره بالا در کل مقیاس و هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشان دهنده سطح بالای خودپنداره است (در خرده مقیاس اضطراب در جهت عکس عمل شده است و نمره صفر نشان دهنده اضطراب بالا می‌باشد). روش نمره‌گذاری برای مقیاس خودپنداره به این‌گونه است که سوالات مطابق الگوی نمره‌گذاری در جهت خودپنداره بالا (کافی)، نمره داده می‌شوند. نمره بالاتر، خودپنداره مثبت تر پاسخ دهنده را نشان می‌دهد. نمره کل عبارت است از تعداد پاسخ‌هایی که در جهت مثبت، نمره گرفته‌اند. روایی محتوایی مقیاس خودپنداره با روش ترجمه - بازترجمه مجدد تعیین گردید. مشخص شد که تمام سوالات کاملاً همان اندیشه‌هایی را بازنمایی می‌کنند که در مقیاس اصلی منعکس است و این ابزار از روایی صوری و محتوایی در سطح بالایی برخوردارند. برای اطمینان از روایی همزمان مقیاس خودپنداره همبستگی نمرات هر مقیاس فرعی با هم نیز به دست آمد. نشان داده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ نیز معنادار هستند (ساعتچی، کامکاری، عسکریان، ۱۳۹۵).

### مقیاس ناامیدی کودکان کازدین (۱۹۸۶)

این مقیاس توسط کازدین، رادجرز و کولباس در سال ۱۹۸۳ و براساس مقیاس ناامیدی بک ساخته شد و در سال ۱۹۸۶ مورد بازنگری قرار گرفت مقیاس ناامیدی کودکان دارای ۱۷ جمله است که کودکان باید بعد از خواندن هر جمله نظر خود را به صورت صحیح یا غلط در جلوی آن مشخص کنند. بالاترین نمره (در این مقیاس، ۱۷) نشان دهنده بالاترین حد ناامیدی در کودک و پایین ترین نمره (در این مقیاس، صفر) نشان دهنده پایین ترین سطح ناامیدی در کودک است. پایایی آزمون - بازآمون مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان مبتلا به اختلال های روانی در فاصله ۶ هفته، ۵۷٪. و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ده هفته، ۴۹٪. گزارش شده است که این میزان بیانگر ثبات متوسط آزمون است (فرانسیوس<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۸). نمره کل این مقیاس، میزان ناامیدی کودکان و نوجوانان را نشان می دهد. این مقیاس جهت کودکان ۱۶-۸ ساله معتبر و پایا می باشد (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۳).

### یافته های پژوهش

یافته ها: جدول همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول (۱) نشان داده شده است. در پژوهش حاضر افراد نمونه از لحاظ جنسیت ۸۰ نفر پسر و ۴۰ نفر دختر بودند و سن آن ها بین ۸ تا ۱۲ سال بود که کودکان گروه سنی ۱۰ ساله با ۲۵ درصد تعداد نمونه بیشترین تعداد را در این نمونه دارا بودند. جدول ۱: ضریب همبستگی بین علائم نافرمانی/مقابله ای با ناامیدی و ابعاد خودپنداره (شادی و رضایت، شهرت، وضعیت عقلانی و تحصیلی، ظاهر جسمانی و نگرش ها، رفتار و اضطراب)

ضریب همبستگی							
علائم اختلال نافرمانی/مقابله ای	همبستگی	ناامیدی	شادی و رضایت	شهرت و تحصیلی	ظاهر جسمانی و نگرش ها	رفتار	اضطراب
همبستگی	۰/۲۶۸	۰/۲۳۵	۰/۱۵۷	-۰/۱۹۰	۰/۱۷۷	۰/۱۴۱	۰/۱۲۰
مقدار-P	۰/۰۰۳	۰/۰۱۰	۰/۰۸۶	۰/۰۴۵	۰/۰۵۳	۰/۱۲۵	۰/۱۹۲

طبق این جدول همبستگی، بین ناامیدی و شادی و رضایت با علائم اختلال نافرمانی/مقابله ای رابطه آماری معنادار مثبت وجود دارد ( $P < 0,05$ ) و همچنین بین وضعیت عقلانی و تحصیلی با این اختلال رابطه معنادار آماری منفی وجود دارد ( $P < 0,05$ ). در جداول ۲ و ۳ نتایج رگرسیون گام به گام بین متغیرهای پیش بینی کننده ناامیدی و ابعاد خودپنداره و متغیر ملاک علائم اختلال نافرمانی/مقابله ای در کودکان نشان داده شده است.

مفروضه های رگرسیون چندگانه اعم از (۱) اندازه نمونه، طبق نظر استیونس<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۶) حداقل نمونه مورد نیاز  $10.5 = 15 \times 7$ ، ۱۰۵ نفر است که تعداد نمونه پژوهش حاضر ۱۲۰ نفر می باشد؛ (۲) چند هم خطی و تکینی هم در متغیرهای پژوهش وجود ندارد؛ (۳) متغیرها داده های پرت ندارد؛ رعایت شده است.

جدول ۲: نتایج رگرسیون گام به گام بین متغیرهای پیش بینی کننده ناامیدی و ابعاد خودپنداره و متغیر ملاک علائم اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان

مقدار-p	آماره t	ضرایب			مقدار ثابت (C)
		بتا	خطای معیار	B	
۰/۰۰۱	۴/۶۰۳	-	۰/۳۹۴	۱/۸۱۴	۱ ناامیدی
۰/۰۰۳	۳/۰۱۶	۰/۲۶۸	۰/۰۹۲	۰/۲۷۷	

<sup>21</sup> . Francois

<sup>22</sup> . Stevens

۰/۲۰۸	۱/۲۶۷	-	۰/۵۷۷	۰/۷۳۱	۲ مقدار ثابت (C)
۰/۰۰۴	۲/۹۲۲	۰/۲۴۵	۰/۰۹۰	۰/۲۶۳	ناامیدی
۰/۰۱۳	۲/۵۲۱	۰/۲۱۹	۰/۰۶۷	۰/۱۶۹	شادی
۰/۰۴۶	۲/۰۱۲	-	۰/۵۹۰	۱/۱۸۷	۳ مقدار ثابت (C)
۰/۰۰۲	۳/۲۴۸	۰/۲۷۷	۰/۰۸۸	۰/۲۸۶	ناامیدی
۰/۰۰۱	۳/۶۰۲	۰/۵۵۷	۰/۱۱۹	۰/۴۳۰	شادی
۰/۰۱۰	-۲/۶۱۳	-۰/۴۰۶	۰/۰۶۷	-۰/۱۷۶	وضعیت عقلانی و تحصیلی

جدول ۳: نتایج رگرسیون مربوط به جدول R و R Square و R Square change

مقدار p	آماره F	R Square change	R <sup>2</sup>	R	منابع تغییرات متغیرهای پیش بینی کننده
۰/۰۰۳	۹/۰۹۸	۰/۰۶۴	۰/۰۷۲	۰/۲۶۸	۱ ناامیدی کودکان
۰/۰۰۱	۷/۹۳۲	۰/۱۰۴	۰/۱۱۹	۰/۳۴۶	۲ ناامیدی کودکان و شادی
۰/۰۰۰	۷/۸۲۸	۰/۱۴۷	۰/۱۶۸	۰/۴۱۰	۳ ناامیدی کودکان، شادی و وضعیت عقلانی و تحصیلی

نتایج جداول ۲ و ۳ رگرسیون گام به گام حاکی از آن است که در گام نخست مؤلفه ناامیدی با ضریب B ۰/۲۷۷ در حضور سایر متغیرهای پیش‌بینی کننده وارد مدل شد و ۷/۲ درصد واریانس علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان را پیش‌بینی کرد. در گام دوم شادی از ابعاد خودپنداره نیز وارد مدل شده و به همراه ناامیدی کودکان ۱۱/۹ درصد واریانس علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان را تبیین نمودند. در گام سوم وضعیت عقلانی و تحصیلی از ابعاد خودپنداره نیز وارد مدل گردیده و به همراه ناامیدی و شادی ۱۶/۸ درصد از واریانس این علائم را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین نتایج آماره R و R Square change نشان دهنده رابطه معنادار بین ناامیدی کودکان، شادی و وضعیت عقلانی و تحصیلی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان می‌باشد.

### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش فوق یافته‌ها نشان داد بین ناامیدی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه آماری معنادار مثبت ( $P < 0.05$ ) و طبق رگرسیون گام به گام ناامیدی کودکان ۷/۲٪ علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را تبیین می‌کنند.

این یافته با پژوهش، قاسم پور و همکاران (۱۳۹۲)، اسکورل و همکاران (۲۰۱۶)، موراتوری (۲۰۱۰)، هایون کیم (۲۰۱۰)، لابر (۲۰۰۹)، ویلیامز (۲۰۰۸)، فرانکوئیز (۲۰۰۸)، بک من (۲۰۰۷)، همسو است و همان گونه که عنوان شد ناامیدی و عزت نفس منفی که با کناره گیری اجتماعی و انزوا همبستگی زیادی دارد، احتمالاً باعث احساس پوچی ادراک شده، درماندگی و فقدان اعتماد به نفس در برخوردهای اجتماعی می‌شود (کوین، ۱۹۷۶) و نیز افراد ناامید در موقعیت استرس‌زا راه حلی برای خود نمی‌یابند (زیمرن، ۲۰۰۵). توانایی کم در کنترل خلق، خودمحوری، فقدان خود نظم بخشی هیجانی و عدم پاسخ منعطفانه به رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، تجربه ناامیدی را برای کودکان نسبت به بزرگسالان سخت‌تر می‌کند (ویلیامز، ۲۰۰۸). کودک ناامید برای چالش با محیط تلاش نمی‌کند و در شرایط خاص دچار ترس و اضطراب می‌شود. اشتیاق اندکی دارد و از بی‌حسی، نقایص شناختی-اجتماعی، افسردگی، رفتار پرخاشگرانه، درماندگی و خودکنترلی اندک رنج می‌برد (فرانکوئیز، ۲۰۰۸). همچنین همان گونه که بارکلی (۲۰۱۳) در سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای خلق و خوی تحریک پذیر و عصبانی و منفی را نام برده و عنوان می‌کند این خلق منفی کودک مکرراً با تضاد گرایشی و مخالفت جویی وی در ارتباط است. مطالب ذکر شده در رابطه با ناامیدی و تبعات آن در کودکان به خوبی رابطه بین ناامیدی و علائم اختلال نافرمانی/مقابله‌ای در کودکان را تبیین می‌نماید.

در پژوهش فوق یافته‌ها نشان داد بین بعد شادی از ابعاد خودپنداره با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه آماری معنادار مثبت ( $P < 0.05$ ) و بین وضعیت عقلانی و تحصیلی از ابعاد خود پنداره با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه آماری معنادار

منفی وجود دارد ( $P < 0.05$ ). شادی ۴/۷٪ و وضعیت عقلانی و تحصیلی ۴/۹ درصد واریانس علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در مدل تبیین می‌کنند.

نتایج به دست آمده با نتایج علیزاده (۱۳۹۶)، نعامی و پیمان نیا (۱۳۹۳)، توتونچی و قشقایی (۱۳۹۱)، مشکی و همکاران (۱۳۸۹)، هایون کیم (۲۰۱۰)، گوتز (۲۰۱۰)، دونلان و همکاران (۲۰۰۵)، پارکر و بنسون (۲۰۰۴)، همسو است و همچنین با پژوهش هانت (۱۹۹۷) که عنوان می‌کند خود پنداره خوب موجب سازگاری بهتر نوجوان با اجتماع می‌شود و با پژوهش کلایر (۱۹۹۷) که اذعان می‌دارد رفتاری که کودکان از خود بروز می‌دهند انعکاسی از خود پنداره آنان است همسو می‌باشد. و همان گونه که عنوان شد با خود پنداره مثبت فرد احساس کفایت کرده و در انطباق با دنیای پیرامون خود توانایی بیشتری دارد (دولگان و همکاران، ۲۰۱۴) و طبق نظر هانت<sup>۲۴</sup> (۱۹۹۷)، یک خود پنداره خوب موجب سازگاری بهتر نوجوان با اجتماع می‌شود (حسینی، عاشوری و زرنیدی، ۱۳۹۵) و عدم سازگاری و تمرد کودک دارای علائم نافرمانی مقابله‌ای را که براساس نتایج پژوهش از خود پنداره پایین بر خوردار است را می‌توان بر همین اساس تبیین نمود و براساس نظر راجرز خود پنداره مجموعه احساسات، افکار و برداشتهای فرد از خویش است که این خویش ادرک شده به نوبه خود هم بر ادراک فرد از جهان و هم بر رفتار او اثر می‌گذارد (پور آقایی، ۱۳۹۲). مطالب عنوان شده رابطه خود پنداره با علائم اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای را تبیین می‌نماید ولیکن به نظر می‌رسد رابطه مثبت بین شادی از ابعاد خود پنداره با بروز علائم نافرمانی مقابله‌ای به این سبب باشد که کودکان هم در هنگام خلق بسیار پایین و هم در زمان شادی بر رفتار خود کنترل کمتری داشته و بیشتر رفتارهایی که به نوعی رفتارهای نافرمانی تعبیر می‌شود از خود بروز می‌دهند. در مورد رابطه منفی وضعیت عقلانی و تحصیلی از ابعاد خود پنداره با علائم اختلال نافرمانی/ مقابله‌ای نیز چنین می‌توان اظهار نمود که وضعیت عقلانی و تحصیلی بالا نشان دهنده خود پنداره مثبت کودک بوده و یک خود پنداره خوب موجب سازگاری بهتر نوجوان با اجتماع می‌شود.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که کودکان در زمان ناامیدی (خلق پایین) و شادی و رضایت (خلق بالا) بیشتر و کودکان با وضعیت عقلانی تحصیلی بالاتر کمتر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را از خود بروز می‌دهند.

با توجه به در نظر گرفتن محدوده سنی در پژوهش حاضر جهت تعمیم نتایج یافت شده به دیگر گروههای سنی باید جانب احتیاط در نظر گرفته شود و با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد برای والدین و مراقبین کودکان و نوجوانان در ارتباط با عوامل زمینه ساز اختلالات رفتاری (عوامل زمینه ساز ارثی و عوامل محیطی) دوره‌های آموزشی برگزار گردد تا بدین وسیله از میزان نمودهای رفتاری این اختلالات در کودکان و نوجوانان کاسته شود. همچنین به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود، پژوهشی در زمینه اثر درمانهایی مبتنی بر بهبود خود پنداره و ناامیدی کودکان و درمانهایی مبتنی بر بهبود طرحواره‌های شناختی، بلوغ عاطفی و ناگویی خلقی والدین انجام دهند.

## منابع و مراجع

- [۱] آزاد، حسین. (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- [۲] احمدی، ع؛ آقامحمدیان شعراف، ح؛ اصغری ابراهیم آباد، م. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ناامیدی، پریشانی روان شناختی و خستگی روانی در مبتلایان به لوپوس، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۳] افضلی ل؛ قاسم زاده س؛ هاشمی بخشی م. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات خانواده محور بر نشانه های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای (ODD)، فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۷(۲۰): ۸۷-۹۴
- [۴] البرزی، ژیلا؛ دشتبزرگی، بهمن. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه‌ای خودپنداره دانشجویان رشته‌های مختلف شاغل به تحصیل در دانشکده پرستاری مامایی اهواز. مجله توسعه آموزش جندیشاپور، فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، سال نهم، شماره ۴، صص ۲۵۲-۲۴۳.
- [۵] انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم). ترجمه: هامایاک آوادیس یانس، حسن هاشمی میناباد و داوود عرب قهستانی، تهران: رشد.
- [۶] پورآقایی، احمد. (۱۳۹۲). مقایسه سبک‌های دلبستگی و خود پنداره و استرس در مادران دارای فرزند معلول و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. گروه روان شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- [۷] جهان بخش، م؛ بهادری، م ح؛ امیری، ش و جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر اختلال بی‌اعتنایی مقابله ای در دخترهای دارای مشکلات دلبستگی، مجله روان شناسی بالینی، ۳(۴): ۴۹-۴۱.
- [۸] حسینی، سید فخرالدین؛ سلطانی، فائزه. (۱۳۹۷). ارتباط حمایت‌های اجتماعی با پرخاشگری و ناامیدی در پرستاران. نشریه پژوهش پرستاری ایران، دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۷۹-۷۴.
- [۹] حسینی ج؛ عاشوری م؛ زرنندی ع. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط کارکردهای اجرایی با ویژگی های شخصیتی و خود پنداره در دانش آموزان دوره اول دبیرستان، فصلنامه توانمند سازی کودکان استثنایی، ۷(۲۰): ۷۶-۸۶
- [۱۰] خاکسار، س؛ گل پرور، م و نوری، ا. (۱۳۹۱). نقش میانجی عدالت سازمانی ادراک شده در رابطه بین خودپنداره مزمن کارکنان با رضایت آنها از نتیجه، سرپرست و مدیریت، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۴: ۲۶-۱.
- [۱۱] ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ عسکریان، مهناز. (۱۳۹۵). آزمون‌های روانشناختی. تهران: نشر ویرایش.
- [۱۲] سوری، حسین. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش معنادرمانی گروهی بر ناامیدی و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دبیرستان. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال شانزدهم، شماره ۱، صص ۱۲۵-۱۱۸.
- [۱۳] شیرجنگ، لیلا؛ مهریار، امیرهوشنگ؛ جاویدی، حجت‌اله؛ حسینی، سید ابراهیم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی به والدین بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال پانزدهم، شماره ۵: ۱۳۷-۱۲۷.
- [۱۴] فرزاد، ولی‌اله؛ امامی‌پور، سوزان؛ وکیل قاهانی، فرشته. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار، روایی و هنجار یابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان. فصلنامه تحقیقات روانشناختی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی واحد تهران مرکزی، دوره ۳، شماره ۱۱: ۵۷-۴۷.
- [۱۵] لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام. (۱۳۹۵). روان شناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات ارسباران.
- [۱۶] محمد اسماعیل ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI4)، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۷(۱): ۹۵-۷۹.
- [۱۷] نجاتی و؛ اسماعیلیان ن و امانی ا. (۱۳۹۳). ویژگی های روان سنجی و ساختار عاملی مقیاس ناامیدی کودکان و نوجوانان. مجله اندیشه و رفتار، ۹(۳۴): ۶۷-۶۷
- [18] Avci I. A, Ocanli A, Karabulutlu & Bilgili N. (2009). Women's marital adjustment and hopelessness levels after mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4):299-303.
- [19] Barkley R. (2013). *Oppositional Defiant Disorder: The Four Factor Model for Assessment and Management*. Courses for Mental Health Professionals 1-41 .



- [20] Dolgun G, Savaser S & Yazgan Y. 2014. Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7):601-608.
- [21] Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW, Moffitt TE, Caspi A., (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency, *Psychol Sci*, 16: 328-35.
- [22] Francois E.D. (2008). Children conceptions and hopefulness and hopelessness. An unpublished thesis for Master of psychology, Department of Psychology, Franklin and Marshal Collage.
- [23] Gomez R. (2014). Malaysian parent and teacher ratings of the oppositional defiant disorders symptoms: Measurement invariance and parent-teacher agreement. *Asian Journal of Psychiatry*, 11: 35-38.
- [24] Hyo-Won Kim, Soo-Churl Chob, Boong-Nyun Kim, Jae-Won Kim, Min-Sup Shin, Jin-Young Yeoc. (2010). Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Journal Comprehensive Psychiatry* 51: 412-418.
- [25] Hommersen P, Murray C, Ohan J. L & Johnston C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scale preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2): 118-125.
- [26] Ipek N. (2010). The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*. 9(1): 23-30.
- [27] Kirk S. Gallagher M.R. (2015). *Educating Exceptional Children* (14 th Ed). Cengage learning. Printed in the united states of America
- [28] Kring A, Davison G, Neale J. *Abnormal Psychology* T, 2014. editor. Washington : John Wiley & Sons.
- [29] Lin, X., Li, L., Chi, P., Wang, Z., Heath, M. A., Du, H., & Fang, X. (2016). Child maltreatment and interpersonal relationship among Chinese children with oppositional defiant disorder. *Child Abuse & Neglect*, 51, 192-202.
- [30] Muratori P, Lochman J. E, Lai E, Milone A, Nocentini A, Pisano S & Masi G. (2016). Which dimension of parenting predicts the change of callous unemotional traits in children with disruptive behavior disorder?. *Comprehensive psychiatry*, 69: 202-210.
- [31] Parker J.S, and Benson M.J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency, *Adolescence*, 39(155): 519-530.
- [32] Pastorino, E.E; & Doyle- Portillo, S.M. (2013). *What Is Psychology?: Essentials*. Belmont, CA: Wadsworth.
- [33] Raghbi M, Minakhany GH. (2012). Body Management and its Relation with Body Image and Self concept. *Knowledge and research in Applied Psychology*, Vol. 12, No.4, Pp.72-81. [In Persian]
- [34] Rey, J. M. (2012). *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. IACAPAP, Geneva. Section D, D2.
- [35] Runyon, M. K., & Deblinger, E. (2014). *Combined Parent- Child Cognitive Behavioral Therapy (CPCCBT): An approach to empower Families at-risk for child physical abuse (Programs that work)*. New York, NY: Oxford University Press.
- [36] Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen S, & Swaab, H. 2016. Emotion Regulation Difficulties in Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder and the Relation with Comorbid Autism Traits and Attention Deficit Traits. *PloS one*, 11(7),
- [37] Whitney, A., Brammer, B., & Steve, S. (2011). Impairment in Children with and without ADHD: contributions from Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Attention Disorders*, 16, 7, 535- 543.

- [38] Williams K. (2008). Childhood disappointment and the recession holidays. *Journal of Childstudy Center*, 7(4):154-160.
- [39] Zimmerman B. (2005). Orphans living situation in Malawi: A comparison of orphanages and foster homes. *Journal of Review of policy Research*, 22(6):881-899.