

رابطه سبک های رویارویی و تاب آوری با رفتارهای قانون شکنانه در کودکان

نوشین تقی نژاد^{۱*}

فریبرز درتاج^۲

فرح نادری^۳

نورعلی فرخی^۴

راضیه خسروانی^۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه سبک های رویارویی و تاب آوری با رفتارهای قانون شکنانه در کودکان شهر بندرعباس بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوم و سوم راهنمایی دختر و پسر ناحیه دو شهر بندرعباس بود که در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه تعداد ۲۰۰ نفر بر اساس جدول مورگان با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین ۲۰ مدرسه انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های تاب آوری (کانر و دیویدسون) و راهبردهای رویارویی کودکان (آیز) و سیاهه رفتاری کودک (CBCL) استفاده شد. برای تحلیل داده ها علاوه بر روش های آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. یافته ها نشان داد که سبک های رویا رویی و تاب آوری با رفتارهای قانون شکنانه در کودکان شهر بندرعباس رابطه چند گانه دارد. سبک های رویارویی حواس پرتی و حمایتی رابطه منفی معنی داری در پیش بینی رفتارهای قانون شکنانه دارند. نتایج این پژوهش برای پژوهشگران علاقه مند به رفتارهای اجتماعی نابهنجار میتواند مفید باشد.

واژه های کلیدی: تاب آوری، راهبردهای رویارویی، رفتارهای قانون شکنانه.

۱. دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.
(nooshin.taghinejad@gmail.com)

۲. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. نویسنده مسؤل (dortajf@gmail.com)

۳. دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.

۴. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۵. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

مقدمه

کودکان و نوجوانان، سرمایه های بنیادین هر جامعه ای هستند و بقای هر جامعه و وضعیت آن بیش از هر چیز به کودکان و نوجوانان آن بستگی دارد. جامعه ای که به منابع انسانی خود بها ندهد به همان اندازه متحمل خسارت ناشی از این غفلت خواهد شد (عباسچی، ۱۳۸۰؛ به نقل از ابراهیمی قوام، فرخی و طاهری، ۱۳۸۹). از جمله اختلالهای دوران کودکی و نوجوانی، که در آن قوانین اجتماعی، خانوادگی و اخلاقی زیر پا گذاشته می شوند: اختلال نافرمانی مقابله ای^۱، اختلال سلوک، اختلال نقص توجه-بیش فعالی است که باعث ارجاع کودکان به کلینیک های روانشناسی و مشاوره می شود. براساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلال نافرمانی مقابله ای، الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است. برای اینکه به کودکی برچسب اختلال نافرمانی مقابله ای زده شود، باید حداقل ۴ ملاک از ملاکهای تعیین شده را در طی ۶ ماه داشته باشد که عبارتند از: لجبازی، جر و بحث با بزرگسالان، امتناع از اطاعت کردن و درخواست های دیگران، آزار عمدی دیگران، سرزنش کردن دیگران، زود رنجی در برابر دیگران، خشمگین شدن و رنجیدن، غرض ورزی و انتقام جویی. درضمن این رفتار باید فراوان تر از آنچه متناسب سن است باشد و تخریب قابل ملاحظه ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی و شغلی ایجاد کند. این اختلال معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۷، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۸). کودکان با علایم اختلال نافرمانی مقابله ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند. در روابط بین فردی ضعیف هستند، دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می باشند و عمدتاً فاقد مهارت های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگتر می باشند (هومرسن، مورای، اهانوجانستون^۳، ۲۰۰۶). این مشکلات ممکن است باعث عزت نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۷، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۸). پیش آگهی^۴ این اختلال، نامطلوب بوده و کودکان مبتلا، در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی^۵، رفتار ضد اجتماعی^۶، سو مصرف مواد^۷، ترک تحصیل^۸ (به نقل از صفری و همکاران، ۱۳۹۱) و اختلالاتی همچون اختلال سلوک^۹، رفتار ضد

1. oppositional defiant disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental
3. Hommersen , Murray , Ohan , Johnston
4. Prognosis
5. Juvenile delinquency
6. Antisocial behavior
7. substance abuse
8. school dropout
9. conduct disorder

اجتماعی^۱، اختلالات خلقی^۲ و اضطراب هستند (لابر، برک و پاردرینی، ۲۰۰۹ و ناک، کرزین، هیری و کسلر، ۲۰۰۷).

اختلال سلوک در برنامه های درمانی سرپایی و بستری ویژه کودکان، از سایر اختلال ها بیشتر تشخیص داده شده است: برآوردها از ۱ تا بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت خبر می دهند. اختلالات رفتاری نافرمانی مقابله ای، سلوک و بیش فعالی و نقص توجه در کودکی با انواع اثرات بلند مدت منفی مثل افزایش احتمال مشروب خواری افراطی (انگلاند، اگلاند، الیوا و کولینز، ۲۰۰۸)، مصرف الکل و ماری جوانا (انگلاند و سینبرونر، ۲۰۱۲)، شایستگی تحصیلی کمتر (ماسن و همکاران، ۲۰۰۵) بیکاری بلند مدت (وایسنر، وندراکک، کاپالدی و پروفلی، ۲۰۰۳)، مصرف حشیش (گریفید لندرینگ، هوجربتس، مویجارت، ولنبرقو سواب، ۲۰۱۱)، سوء مصرف مواد مخدر (کورهنن، لاتاوا، دیک، پولکینن، رز، کاپریو و هویزینک، ۲۰۱۲) و حتی مرگ زود رس (جولکا، فربه و کیوی ماک، ۲۰۰۹) در نوجوانی و بزرگسالی مرتبط می باشد (به نقل از دادستان، قبری و حیدری، ۱۳۹۲).

از دهه ۱۹۶۰ روانشناسان و روانپزشکان علاقه مند به سبب شناسی آسیب های روانی، به مطالعه طولی کودکانی پرداختند که پیش بینی می شد به دلیل عوامل بیولوژیک خاص، آسیب های تولد یا فقر محیطی در خطر آسیب روانی باشند. مشاهده عملکرد طبیعی برخی از این کودکان منجر به ارائه مفهومی به نام تاب آوری شد: داشتن عملکرد مناسب در یک بافت خطرزا (گارمزی و ماستن^۳، ۱۹۹۱). تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های روان شناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود (لاتاروچیچی^۴، ۲۰۰۰) و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است (بونانو^۵، ۲۰۰۴). فرد تاب آور به طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره حل مسائل است یعنی هر وقت نیاز داشته باشد از افراد دیگر کمک می خواهد و در حل مشکلات مربوط به خود و دیگران کاردانی نشان می دهد. افراد تاب آور درجه هایی از سلامتی و استقلال را نشان می دهند. آنها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند (آلوورد و همکاران^۶، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از مولفه هایی که در اختلالات روانی نقش پیشگرا و محافظتی ایفا می کند راهبردهای رویارویی است. راهبردهای رویارویی به شیوه هایی اشاره دارد که برای تغییر شرایط، یا تفسیر شرایط استفاده می شود تا آن شرایط، مطلوب تر و کمتر تهدید آمیز تلقی شود (لازاروس^۷، ۱۹۹۳). راهبردهای مقابله ای رفتارهایی هستند که افراد در واکنش به رویدادهای

1. antisocial behavior
2. mood disorders
3. Garmez & Masten
4. Luthar & Cicchetti
5. Bonanno
6. Alvord & Bcgar & Diana
7. Lazarus

فشار آفرین و یا به هنگام تجربه هیجانهای شدید در پیش می گیرند. این راهبردها به یکی از چهار شکل راهبردهای هیجان مدار، مساله مدار و اجتنابی و حمایتی نمود می یابند (کیلوک، نیک و کارول^۱، ۲۰۱۱). رویارویی فرایندی پویا و مداوم است. فرد در راهبردهای رویارویی ارزیابی می نماید که آیا تلاش های صورت گرفته موقعیت استرس زا را بهتر یا بدتر کرده است و اینکه آیا راهبردهای به کار گرفته شده سازگارانه است یا خیر. زمانی که رویارویی موثر است فرد با موقعیت سازگار می شود و استرس کاهش می یابد. متأسفانه تلاشهای رویارویی همیشه به سلامت روان کمک نمی کند. رویارویی نابهنجار می تواند شامل افکار یا رفتارهایی باشد که ناراحتی را تشدید یا تداوم می بخشد یا اینکه منجر به شکست فرد می شوند (هاکنبری و هاکنبری^۲، ۱۹۹۸). سبک مقابله با استرس مساله محور و حمایت اجتماعی در نوجوانان عادی و بزهکار، پیش بینی کننده تاب آوری است و حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب آوری در نوجوانان عادی از بزهکار بیشتر است. درحالیکه مقابله هیجان محور در نوجوانان بزهکار بیشتر از نوجوانان عادی است (طاهری و قوام، ۱۳۸۹). کودکان صرف نظر از جنسیت و داشتن و یا نداشتن مشکلات یادگیری، راهبردهای اجتنابی و فعال را به عنوان راهبرد غالب خود معرفی می کنند و نسبت به راهبردهای حواس پرتی و حمایتی، تمایل کمتری نشان می دهند (محسنی، اسکندری، ۱۳۸۲). یافته های حاصل از مطالعه (میر نسب، ۱۳۹۰)، حاکی از همبودی بالای اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی با اختلالات برون نمودی و درون نمودی است. همبودی اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی با اختلال رفتار مهار یافته، تضادورزی و پرخاشگری به خصوص حایز اهمیت است.

مقایسه سن و تفاوت های جنسیتی در استفاده از راهبردهای رویارویی نوجوانان عمانی (البحرانی، الحرفی، الخروسی، کاظم، الزبیدی، ۲۰۱۳) نشان داد نوجوانانی که مشکلات بیشتری در زندگی داشتند در مقایسه با نوجوانانی که مشکلات کمتری داشتند، از راهبردهای رویارویی ناسازگارانه تری استفاده می کردند. در پژوهش های آندرسونینا^۳ (۲۰۰۰) و تور کلسون^۴ (۲۰۰۴)، مشخص گردید کسانی که از راهبردهای رویارویی هیجانی استفاده می کنند، مشکلات کمتری در حیطه سلامت روانی و جسمانی داشته اند. در ماندگی والدین، سو استفاده های جنسی تجربه شده درون خانواده و دل بستگی سازمان نیافته، سطوح بالینی مشکلات رفتاری درون نمود را، پیش بینی می کنند. سطوح بالینی مشکلات رفتاری برون نمود بوسیله سن کودک و دل بستگی اجتنابی و دل بستگی سازمان نیافته پیش بینی می شود. دل بستگی سازمان نیافته، در پیش بینی سو استفاده جنسی از کودکان و مشکلات درون نمود و برون نمود بالینی، نقش مهمی دارد (بیودوینوهرت^۵، ۲۰۱۳). از این رو با توجه به تحقیقات فوق الذکر و پیامدهای ناخوشایند و

1. Kiluk., Nich& Carroll
2. Hockenbury&Hockenbury
3. Dinah
4. Torkelson
5. Beaudoin•Hébert

گریز ناپذیری که گریبان گیر کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا نشانه های رفتارهای قانون شکنانه در کودکان با در نظر گرفتن تاب آوری و راهبردهای رویارویی، قابل پیش بینی است؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوم و سوم راهنمایی دختر و پسر ناحیه دو شهر بندرعباس بود که در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه تعداد ۲۰۰ نفر بر اساس جدول مورگان با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از بین ۲۰ مدرسه انتخاب شدند. والدین به پرسشنامه سیاهه رفتاری و کودکان به پرسشنامه های راهبردهای رویارویی و تاب آوری پاسخ دادند. تکمیل هر پرسشنامه حدوداً به ۳۰ دقیقه زمان نیاز داشت. تاریخ اجرای این پژوهش پاییز ۹۱ بود و یک ماه به طول انجامید. برای تحلیل داده ها علاوه بر روش های آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. برای گرد آوری اطلاعات از پرسشنامه های زیر استفاده گردید.

آزمون تاب آوری کودکان کانر-دیویدسون:

این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال است که توسط کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) تهیه شده است. روش نمره گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرتی از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه گیری تاب آوری یک نمره کل محاسبه می شود. روایی مقیاس (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ) سازندگان آزمون در گروه های مختلف (عادی و درمخاطره) احراز شده است (کانرو دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران، جوکار (۱۳۸۶) پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۹۳٪ گزارش کرده است. در همین تحقیق گزارش شده که نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک استخراج عوامل شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۹۱٪ و ضریب کرونباخ برابر ۲۱۷۴ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. نتایج حاضر با یافته های دیگر مثل سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) و محمدی (۱۳۸۴) به نقل از؛ سامانی، جوکار و صحراگرد، (۱۳۸۶) که روایی و پایایی این مقیاس را بررسی نموده اند، همخوانی دارد. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۷۹٪ به دست آمد.

آزمون CCSC (راهبردهای رویارویی کودکان)

۱- برای ارزیابی راهبردهای رویارویی کودکان CCSC^۲ در هنگام مواجهه با مشکل، از

1. Connor and Davidson

2. Children s coping strategies checklist

سیاهه راهبرد های رویارویی کودکان استفاده شد. این سیاهه یک پرسشنامه خودسنجی است که در آن کودکان فعالیت های رویارویی خودشان را شرح می دهند (برنامه ای برای تحقیقات به منظور پیشگیری^۱، ۱۹۹۱).

این سیاهه شامل چهار بعد اصلی (فعال^۲، حواسپرتی^۳، اجتنابی^۴ و حمایتی^۵) و ده بعد فرعی (تصمیم گیری شناختی^۶، حل مساله به طور مستقیم^۷، در پی درک مساله بودن^۸، بازسازی شناختی مثبت^۹، تخلیه هیجانی با فعالیت های جسمی^{۱۰}، اعمال حواس پرتی^{۱۱}، اجتناب رفتاری^{۱۲}، اجتناب شناختی^{۱۳}، حمایت مساله محور^{۱۴}، حمایت هیجان محور^{۱۵}) است.

نسخه اصلی آن شامل ۴۵ ماده است. اسکندری (۱۳۸۵) بیان کرد اکثریت ماده های سیاهه، همبستگی بالایی را با کل خرده مقیاس های مربوط دارند و تنها چهار ماده ۸ و ۱۶ و ۴۰ و ۴۱ همبستگی پایینی را با کل خرده مقیاس های مربوط نشان می دهند لذا با توجه به ضرایب اعتبار محاسبه شده، این چهار ماده از کل ماده های سیاهه کنار گذاشته شدند و با انجام این عمل ضریب اعتبار مقیاس اندازه گیری راهبردهای رویارویی کودکان افزایش یافت. در نتیجه سیاهه با ۴۱ ماده اجرا شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۸۱٪ به دست آمد.

سیاهه رفتاری کودک آخن باخ (CBCL)

سیاهه رفتاری کودک (CBCL) آخن باخ و رسکورلا، (۲۰۰۰) توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می کند و با هر کسی که کودک در محیط های خانوادگی برخورد دارد و او را به طور دقیق تر می شناسد تکمیل می گردد. پاسخ دهندگان به این سیاهه رفتاری، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سوال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی درست است؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست است؛ درجه بندی می کنند. نمره صفر، بدین معنی است که وجود این اختلال رفتاری در مورد فرزندشان صدق

1. Program For Prevention Research

2. Active

3. Distraction

4. Avoidence

5. Support

6. Cognitive Decision making

7. Direct problem solving

8. Seeking understanding

9. positive cognitive Restructuring

10. physical Release of Emotions

11. Distraction Actions

12. Avoidant Actions

13. Cognitive Avoidance

14. Problem Focused support

15. Emotion Focused support