

## ارتباط میان باورهای مربوط به کنترل با آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز در کودکان

دکتر مریم بختیاری\*، دکتر رخساره یزدان‌دوست\*\*،  
دکتر بهروز بیرشک\*\*\*، دکتر محمود قاضی طباطبائی\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میان باورهای مربوط به کنترل با آسیب‌های روانشناختی برون‌ریز و درون‌ریز در کودکان انجام شده است.

**روش:** در این پژوهش که از نوع علی-مقایسه‌ای است، ۸۰ کودک مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره و مطب که مبتلا به اختلال‌های برون‌ریز و درون‌ریز بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آسیب‌شناسی روانی جای داده شدند. ۴۰ کودک که از نظر سن و جنس با گروه مبتلا به آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان گروه بهنجار هم‌سازی شده بودند، انتخاب شدند. برای سنجش باورهای مربوط به کنترل در سه حوزه تحصیلی، رفتاری و اجتماعی از مقیاس ادراک کنترل، مقیاس ادراک شرایط رخداد و مقیاس ادراک کفایت بهره گرفته شد. تحلیل داده‌ها به کمک آماره‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

**یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد بین گروه‌های آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز، درون‌ریز و بهنجار در باورهای مربوط به کنترل و کفایت در سه حوزه تحصیلی، رفتاری و اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). بین دو گروه آسیب‌شناسی روانی درون‌ریز و برون‌ریز در باور کفایت در حوزه رفتاری ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌دار دیده شد. در باور شرایط رخداد بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** باورهای مربوط به کنترل و کفایت برای آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز اختصاصی‌اند و آسیب‌شناسی روانی را از بهنجاری متمایز می‌کنند. باور شرایط رخداد ارتباط معنی‌داری با آسیب‌شناسی روانی ندارد. باور کفایت رفتاری، گروه برون‌ریز را از گروه درون‌ریز متمایز می‌کند و برای آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز اختصاصی به‌شمار می‌آید.

**کلیدواژه:** باورهای کنترل، آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز، آسیب‌شناسی روانی درون‌ریز، کودکان

\* دکترای روانشناسی بالینی. استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع).  
دورنگار: ۰۲۱-۷۷۵۵۱۰۲۳ (نویسنده مسئول).  
E-mail: dr.m.bakhtiari@gmail.com

\*\* دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* دکترای روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\*\* دکترای جامعه‌شناسی، دانشیار دانشگاه تهران.

## مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که باور فرد بر توانایی وی در تعامل با دیگران، ارتباط با محیط و آغاز و استمرار رفتارهای هدفمند<sup>۱</sup> تأثیر می‌گذارد (بندورا<sup>۲</sup>، ۱۹۷۷، راتر<sup>۳</sup>، ۱۹۶۶، به نقل از هن<sup>۴</sup>، ویس<sup>۵</sup> و ویز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). هم‌چنین ادراک کنترل شخصی با انگیزش، پشتکار، برنامه‌ریزی<sup>۷</sup>، رفتارهای حل مسأله<sup>۸</sup>، انجام تکلیف<sup>۹</sup> و پیشرفت تحصیلی<sup>۱۰</sup> ارتباط نیرومندی دارد (اسکینر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵، به نقل از همان‌جا).

در برخی پژوهش‌ها به ارتباط بین ادراک کنترل<sup>۱۲</sup> و آسیب‌شناسی روانی<sup>۱۳</sup> تأکید شده است. در آسیب‌شناسی روانی کودک دو دسته مهم وجود دارد و هر نشانگان از اختلال‌های کودکی در یکی از این دو دسته جای می‌گیرد. دسته‌ای که بر رفتارهای هیجانی مانند گریه کردن، نگرانی و انزوا تأکید دارند با عنوان مشکلات درون‌ریز<sup>۱۴</sup> شناخته می‌شوند. دسته دوم بر مشکلات پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه متمرکز هستند که با اصطلاح مشکلات برون‌ریز<sup>۱۵</sup> شناخته می‌شوند. این مشکلات شامل درگیری، نافرمانی، سوء‌مصرف مواد و عضویت در گروه‌های بزهکار می‌شوند (کامینگز<sup>۱۶</sup>، دیویز<sup>۱۷</sup> و کمپبل<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۰).

در زمینه اختلال‌های درون‌ریز، بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین نشانگان افسردگی و اضطراب و ادراک کنترل همبستگی بالایی وجود دارد. کودکان افسرده اسنادهای علی<sup>۱۹</sup> درباره رویدادها می‌سازند که بازتاب درماندگی آموخته‌شده<sup>۲۰</sup> آنها است. بررسی‌های طولی اندکی درباره ادراک کنترل، خودکارآمدی و افسردگی انجام شده است، اما همین بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که کاهش ادراک کنترل و خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده افسردگی در کودکان است (ردولف<sup>۲۱</sup>، کورلاکوفسکی<sup>۲۲</sup> و کونلی<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۱). یک بررسی در ایران نشان داد که کودکان با افسردگی بیشتر، کفایت کمتری در زمینه‌های مختلف تحصیلی، بدنی و توانایی دوست‌یابی دارند (هادیان‌فرد، ۱۳۷۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشانگان اضطراب با مکان کنترل<sup>۲۴</sup> بیرونی همبستگی دارد. مکان کنترل بیرونی بازتاب این ادراک است که احتمال رخداد پیامدها را عوامل بیرون از فرد (دیگران، تصادف و شانس) تعیین می‌کنند نه کنترل شخص (هن و همکاران، ۲۰۰۱).

در بررسی‌های مربوط به ارتباط میان ادراک کنترل پایین و مشکلات برون‌ریز، نظریه پرخاشگری-ناکامی، اساس

توجیه ادراک کنترل پایین و برون‌ریزی است. برای نمونه، ناتوانی در کنترل محیط و ادراک این ناتوانی، موجب ناکامی می‌شود و در نهایت به پرخاشگری می‌انجامد (گاربر<sup>۲۵</sup> و هولون<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۱).

دوج<sup>۲۷</sup> (۱۹۸۶، به نقل از اپیز<sup>۲۸</sup> و کندال<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۵) سوگیری<sup>۳۰</sup> اسناد خصمانه را در تبیین پرخاشگری کودکان مؤثر دانست. پژوهشگران از این نظریه برای توضیح پرخاشگری در نوجوانان و بزرگسالان بهره گرفتند.

نگاهی به بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که دیدگاه شناختی، عوامل شناختی را میانجی و تعدیل‌کننده آسیب‌شناسی روانی کودک می‌داند و بر فرآیندهای علی و سبب شناختی میان عوامل شناختی و آسیب‌شناسی روانی کودک تأکید دارند. این رویکرد چشم‌اندازی رشدی-سبب‌شناختی<sup>۳۱</sup> به اختلال‌های روانشناختی کودک دارد و با بهره‌گیری از چهار چوب رشدی و تأکید بر عوامل سبب‌شناختی به پیش‌بینی<sup>۳۲</sup> و پیش‌گیری<sup>۳۳</sup> آسیب‌شناسی روانی کودک می‌پردازد (کول<sup>۳۴</sup> و ترنر<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۳).

در این پژوهش الگوی کنترل-شرایط رخداد-کفایت<sup>۳۶</sup> (CCC) برای بررسی ارتباط سازه‌های شناختی و آسیب‌شناسی کودک به کار گرفته شده است که آمیزه‌ای از پژوهش‌های رشدی درباره باورهای کنترل (ویز، ۱۹۹۰، ۱۹۸۶، به نقل از هن و همکاران، ۲۰۰۱) و مفهوم مکان کنترل و خودکارآمدی<sup>۳۷</sup> (باندورا، ۱۹۷۷، به نقل از همان‌جا) است. در این الگو، کنترل، توانایی ایجاد یک پیامد قصدشده (مانند گرفتن یک نمره مطلوب و دوست‌شدن) تعریف می‌شود. بر پایه این تعریف، از نظر منطقی کنترل با دو عامل دیگر، شرایط رخداد پیامد و

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- goal-directed behavior                 | 2- Bandura               |
| 3- Rotter                                 | 4- Han                   |
| 5- Weiss                                  | 6- Weisz                 |
| 7- planning                               | 8- problem-solving       |
| 9- task performance                       | 10- academic achievement |
| 11- Skinner                               | 12- perceived control    |
| 13- psychopathology                       | 14- internalizing        |
| 15- externalizing                         | 16- Cummings             |
| 17- Davies                                | 18- Campbell             |
| 19- causal attribution                    | 20- learned helplessness |
| 21- Rudolph                               | 22- Kurlakowsky          |
| 23- Conley                                | 24- locus of control     |
| 25- Garber                                | 26- Hollon               |
| 27- Doge                                  | 28- Epps                 |
| 29- Kendall                               | 30- bias                 |
| 31- developmental-etiological perspective |                          |
| 32- prediction                            | 33- prevention           |
| 34- Cole                                  | 35- Turner               |
| 36- control- contingency-competence model |                          |
| 37- self-efficacy                         |                          |

آن‌گاه پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و باورهای مربوط به کنترل برای آنها تکمیل شد. ملاک‌های شمول برای آزمودنی‌های گروه برون‌ریز، داشتن دست کم یکی از اختلال‌های کمبود توجه/بیش‌فعالی، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک (بر پایه چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانپزشکی<sup>۶</sup> [DSM-IV])، نداشتن یکی از اختلال‌های گروه درون‌ریز به شکل همبود و نداشتن سابقه بیماری جسمی مزمن بود. ملاک‌های شمول برای آزمودنی‌های گروه درون‌ریز، داشتن دست کم یکی از موارد اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، ترس مرضی، اختصاصی، هراس اجتماعی، گذرهراسی، اختلال هراس، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری، نداشتن یکی از اختلال‌های گروه برون‌ریز به شکل همبود و نداشتن سابقه بیماری جسمی مزمن؛ و ملاک‌های ورود برای آزمودنی‌های گروه بهنجار نداشتن سابقه اختلال‌های روانشناختی و نداشتن سابقه بیماری جسمی مزمن بود.

گردآوری داده‌ها به کمک ابزارهای زیر انجام شد:

**مقیاس پیش‌بین تشخیصی:** به شکل مصاحبه برای تشخیص اختلال‌های روانپزشکی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-IV) در کودکان برای جمعیت عمومی طراحی شده است (لوکاس<sup>۷</sup>، گرینوالد<sup>۸</sup>، ماتو<sup>۹</sup>، سولیمان<sup>۱۰</sup> و فیشر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). در این بررسی پس از به‌دست‌آوردن روایی محتوا، روایی پیش‌بین<sup>۱۲</sup> یعنی تشخیص روانپزشک به‌عنوان متغیر ملاک به کار برده شد. حساسیت و ویژگی در نسخه والدین به ترتیب ۸۸/۹٪ و ۶۶/۶٪ و در نسخه کودکان ۸۴/۶٪ و ۷۵٪ بود. پایایی به روش بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۸۰ بود.

**مقیاس ادراک کنترل برای کودکان<sup>۱۳</sup>:** این مقیاس یک ابزار خود-گزارشی است که باورهای کودکان را درباره توانایی کنترل پیامدها در حوزه‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی می‌سنجد (ویز، ۱۹۹۱). روایی محتوا پس از ترجمه و ترجمه برگردان به تأیید چند نفر از استادان روانشناسی (شامل دو تن دکترای روانشناسی بالینی، یک دکترای

کفایت شخصی ارتباط دارد. شرایط رخداد پیامد، میزانی از پیامد است که به رفتار افراد بستگی دارد. کفایت با در نظر گرفتن پیامد، سطح توانایی فرد برای ایجاد رفتاری است که به شرایط رخداد پیامد مطلوب می‌انجامد. ادراک کنترل به‌طور معنی‌داری با ادراک شرایط رخداد پیامد و ادراک کفایت شخصی ارتباط دارد. تفاوت این الگو با نظریه‌های دیگر در این است که بین کنترل و دست‌یابی به پیامد مطلوب تمایز قایل می‌شود و دیگر اینکه، لزومی به درگیرساختن میانجی "مسئول بودن فرد"<sup>۱</sup> نمی‌بیند، چون پیامد مطلوب می‌تواند به‌طور تصادفی یا به‌وسیله دیگران ایجاد شود. این الگو بین کنترل و مسئولیت شخصی تمایز قایل است (ویز، سوسام-گرو<sup>۲</sup> و مک‌کارتی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). پژوهش حاضر در این راستا و با هدف مقایسه باورهای مربوط به کنترل در کودکان مبتلا به آسیب‌های روانشناختی برون‌ریز و درون‌ریز با کودکان بهنجار انجام شده است. برای دستیابی به این هدف فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

بین باورهای کنترل، باورهای شرایط رخداد و باورهای کفایت در حوزه‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی کودکان دچار آسیب‌های روانشناختی درون‌ریز و برون‌ریز با کودکان بهنجار تفاوت وجود دارد.

## روش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. ابزارهای پژوهش پس از ترجمه و برگردان به زبان اصلی بر روی گروهی از کودکان اجرا شد و روایی و پایایی آنها به‌دست آمد. سپس سه گروه ۴۰ نفری از کودکان و نوجوانان در دامنه سنی ۹-۱۷ سال به روش خوشه‌ای-تصادفی از میان دانش‌آموزان انتخاب شدند. گروه‌های مبتلا به آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز از کلینیک‌های مشاوره و مطب روانپزشکی با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تشخیص روانپزشک و اجرای مقیاس پیش‌بین تشخیص<sup>۴</sup> (DPS)، پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و باورهای مربوط به کنترل برای آنها اجرا شد. مقیاس پیش‌بین تشخیص که مصاحبه‌ای ساخت‌یافته است توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام شد. گروه بهنجار با نمونه‌گیری تصادفی از دو منطقه آموزش و پرورش انتخاب و از نظر سن و جنس با دو گروه آسیب‌شناسی روانی هم‌تاسازی<sup>۵</sup> گردید.

1- personal casual agency

2- Southam-Gerow

3- MacCarty

4- Diagnostic Predictive Scales

5- match

6- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed)

7- Lucas

8- Greenwald

9- Matto

10- Soliman

11- Fisher

12- predictive

13- The Perceived Control Scale for Children

برای هر یک از آزمودنی‌ها کد تعریف گردید. پس از پایان مصاحبه و پرسش‌نامه‌ها، اطلاعاتی که آزمودنی‌ها را در فهم مشکلشان راهنمایی می‌کرد، ارائه گردید. در موارد ضروری راه‌کارهای درمانی و یا ارجاع به درمانگر در نظر گرفته شد.

برای تحلیل داده‌ها افزون بر روش‌های توصیفی از تحلیل واریانس چند متغیره<sup>۶</sup> (MANOVA) بهره گرفته شد.

## یافته‌ها

**جدول ۱** توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش را بر حسب جنس و گروه سنی، نمره‌های دو و سطح معنی‌داری بر حسب جنس نشان می‌دهد. همان‌طور که در **جدول ۱** دیده می‌شود در متغیر جنس بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

**جدول ۱- توزیع فراوانی سه گروه آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس و گروه سنی و مقایسه گروه‌ها\*** ( $N=120$ )

	سن			جمع
	۹-۱۱ سال	۱۲-۱۴ سال	۱۵-۱۷ سال	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
<b>بهنجار</b>				
دختر	۶ (۵)	۹ (۷/۵)	۸ (۶/۷)	۲۳ (۱۹/۱۵)
پسر	۸ (۶/۷)	۷ (۵/۸)	۲ (۱/۷)	۱۷ (۱۴/۱۵)
<b>برون‌ریز</b>				
دختر	۶ (۵)	۳ (۲/۵)	۶ (۵)	۱۵ (۱۲/۵)
پسر	۹ (۷/۵)	۱۲ (۱۰)	۴ (۳/۳)	۲۵ (۲۱)
<b>درون‌ریز</b>				
دختر	۶ (۵)	۱۱ (۹/۱)	۵ (۴/۲)	۲۲ (۱۸/۳)
پسر	۹ (۷/۵)	۷ (۵/۸)	۲ (۱/۷)	۱۸ (۱۵)
<b>جمع</b>	۴۴ (۳۶/۷)	۴۹ (۴۰/۷)	۲۷ (۲۲/۶)	۱۲۰ (۱۰۰)

\*  $\chi^2=3/80$ ;  $p>0/05$

- 1- The Perceived Contingency Scale for Children
- 2- Proffitt
- 3- Sweeney
- 4- The Perceived Competence Scale for Children
- 5- Harter
- 6- multivariate analysis of variance

روانشناسی عمومی و یک دکترای مشاوره) رسید. در بررسی با نمونه ۷۰ نفری، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. پایایی به روش بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۹ بود.

**مقیاس ادراک شرایط رخداد برای کودکان!** این مقیاس شامل ۳۰ ماده خود-گزارشی است که باورهای کودکان را درباره همراهی رفتار خاص با پیامد خاص ارزیابی می‌کند. این مقیاس در سه حوزه تحصیلی، رفتاری و اجتماعی باورهای مربوط به شرایط رخداد را در کودکان بررسی می‌کند (ویز، پروفیت<sup>۲</sup> و سوئینی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). پس از ترجمه و ترجمه برگردان، روایی محتوا به تأیید چند نفر از استادان روانشناسی (شامل دو نفر دکترای روانشناسی بالینی، یک دکترای روانشناسی عمومی و یک دکترای مشاوره) رسید. آلفای کرونباخ برای یک نمونه ۷۰ نفری برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۵۳ به فاصله سه هفته برای کل مقیاس ۰/۶۷ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۵۹ به دست آمد.

**مقیاس ادراک کفایت برای کودکان!** این مقیاس، کفایت شخصی و خودبستگی را در حوزه تحصیلی، ارزیابی می‌کند. این ابزار خود-گزارشی را هارتر<sup>۵</sup> (۱۹۸۵) طراحی نموده، دارای ۱۸ ماده است که سلوک رفتاری، مقبولیت اجتماعی، ظاهر جسمی و خودارزشمندی کلی را می‌سنجد. پس از ترجمه و ترجمه برگردان، روایی محتوا به تأیید چند نفر از استادان روانشناسی (شامل دو نفر دکترای روانشناسی بالینی، یک دکترای روانشناسی عمومی، یک دکترای مشاوره) رسید. آلفای کرونباخ در یک نمونه ۷۰ نفری برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰ و ۰/۵۹ و پایایی با روش بازآزمایی به مدت سه هفته برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۰ و ۰/۶۹ به دست آمد.

در هنگام گردآوری داده‌ها، نخست ماهیت پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها و والدین آنها گرفته شد. برای حفظ اصل رازداری، پس از اطمینان‌دادن به آزمودنی‌ها درباره محرمانه ماندن اطلاعات،

جدول ۲- نتایج آزمون‌های چندمتغیره سه مقیاس کنترل، شرایط رخداد و کفایت (N=1۲۰)

گروه	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۱/۲۸	۶۸/۷۲	۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
لانداى ويلكز	۰/۰۳	۱۸۱/۹۳	۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
اثر هتلینگ	۲۱/۷۸	۴۱۳/۷۶	۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱۶
بزرگترین ریشه اختصاصی ری	۲۱/۳۰	۸۲۳/۴۴۳	۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵

بر پایه جدول ۲، F به دست آمده برای خرده مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی معنی دار است. از این رو فرضیه مشابه بودن میانگین‌های سه گروه در خرده مقیاس‌های کنترل و کفایت رد می‌شود.

بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های کنترل و کفایت نشان می‌دهد که در خرده مقیاس‌های کنترل (کنترل تحصیلی،  $F=۵۷/۷۶$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ؛ کنترل رفتاری،  $F=۵۹/۴۶$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ؛ کفایت تحصیلی،  $F=۱۰۵/۷۲$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ؛ کفایت رفتاری،  $F=۳۷/۹۸$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ؛ کفایت اجتماعی،  $F=۳۴/۶۸$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ) محاسبه شده برای سه گروه از نظر آماری معنی دار است. برای به دست آوردن تفاوت میانگین‌های سه گروه در این خرده مقیاس‌ها، آزمون کمترین روش تفاوت معنی دار به کار برده شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۳- آزمون روش کمترین تفاوت معنی دار در مقیاس ادراک کنترل برای کودکان و مقیاس ادراک کفایت برای کودکان در سه گروه درون‌ریز ( $n=۴۰$ ) برون‌ریز ( $n=۴۰$ ) و بهنجار ( $n=۴۰$ )

مقیاس	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	انحراف معیار خطا	سطح معنی داری
ادراک کنترل برای کودکان	گروه بهنجار و برون‌ریز	۳۲/۲۰	۱/۷۹	۰/۰۰۰۱
	گروه بهنجار و درون‌ریز	۲۳/۲۰	۱/۷۹	۰/۰۰۰۱
	گروه برون‌ریز و درون‌ریز	۰	۱/۷۹	N.S.
	گروه بهنجار و برون‌ریز	۱۲/۵۲	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱
	گروه بهنجار و درون‌ریز	۱۵/۰۵	۱/۵۵	۰/۰۰۰۱
	گروه برون‌ریز و درون‌ریز	۲/۵۳	۱/۵۵	N.S.

برای پاسخ گویی به فرضیه نخست پژوهش (معنی دار بودن تفاوت میانگین‌های گروه‌های بهنجار، برون‌ریز و درون‌ریز در سه مقیاس)، از تحلیل واریانس چند متغیره بهره گرفته شد. در جدول ۲ نتایج آزمون‌های چندمتغیره سه مقیاس کنترل، شرایط رخداد و کفایت نشان داده شده است.

میانگین سنی در گروه بهنجار ۱۲/۷ سال (انحراف معیار ۲/۳۵)، در گروه برون‌ریز ۱۲/۷ سال (انحراف معیار ۲/۲۴) و در گروه درون‌ریز ۱۲/۷ سال (انحراف معیار ۲/۲۳) بود. تحلیل واریانس تفاوت میانگین سنی سه گروه را معنی دار نشان نداد.

همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، مقدار F به دست آمده معنی دار است. پس می‌توان فرضیه مشابه بودن میانگین‌های سه گروه بهنجار، برون‌ریز و درون‌ریز را در سه مقیاس کنترل، شرایط رخداد و کفایت رد کرد. آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها را در گروه‌های بهنجار، برون‌ریز و درون‌ریز در سه مقیاس بررسی شد و مقادیر F محاسبه شده در مقیاس‌های کنترل ( $F=۸۹۱/۳۳$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ) و کفایت ( $F=۵۳/۹۰$ ،  $df=۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ) اما مقادیر F محاسبه شده برای مقیاس شرایط رخداد معنی دار نبود. از این رو، فرضیه مشابه بودن میانگین‌های سه گروه در مقیاس‌های کنترل و کفایت رد می‌شود. برای کنترل تفاوت بین گروه‌ها در مقیاس کنترل و کفایت، آزمون روش کمترین تفاوت معنی دار در مقیاس کنترل و کفایت به کار برده شد (جدول ۳).

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، گروه‌های مبتلا به آسیب‌شناسی روانی و گروه بهنجار در مقیاس کنترل با یکدیگر متفاوت‌اند؛ اما گروه‌های برون‌ریز و درون‌ریز در این مقیاس با هم تفاوت معنی داری ندارند. در مقیاس کفایت، گروه‌های برون‌ریز و درون‌ریز با گروه بهنجار تفاوت معنی دار دارند. جدول ۲، نتایج آزمون‌های چندمتغیره را در خرده مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی برای سه گروه در مقیاس کنترل و کفایت نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون‌های چندمتغیره در خرده‌مقیاس‌های تحصیلی، رفتاری و اجتماعی

گروه	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۰/۹۲	۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۴
لانداى ويلکز	۰/۲۰	۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵۳
اثر هتلینگ	۳/۳۶	۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۷
بزرگترین ریشه اختصاصی ری	۳/۱۶	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۰

جدول ۵- نتایج آزمون کمترین روش تفاوت معنی‌دار در خرده‌مقیاس‌های کنترل و کفایت

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار خطا	سطح معنی‌داری
<b>کنترل تحصیلی</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۷/۸۰	۰/۸۴	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۷/۸۰	۰/۸۴	۰/۰۰۱
<b>کنترل رفتاری</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۷/۲۲	۰/۷۶	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۷/۲۲	۰/۷۶	۰/۰۰۱
<b>کنترل اجتماعی</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۸/۱۸	۰/۶۴	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۸/۱۸	۰/۶۴	۰/۰۰۱
<b>کفایت تحصیلی</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۵/۳۸	۰/۶۶	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۴/۴۵	۰/۶۶	۰/۰۰۱
<b>کفایت رفتاری</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۳/۲۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۵/۹۵	۰/۷۲	۰/۰۰۱
گروه برون‌ریز و درون‌ریز	۲/۷۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
<b>کفایت اجتماعی</b>			
گروه بهنجار و برون‌ریز	۳/۹۲	۰/۷۱	۰/۰۰۱
گروه بهنجار و درون‌ریز	۴/۶۵	۰/۷۱	۰/۰۰۱

در زمینه کنترل و کفایت تحصیلی، رفتاری و اجتماعی، نتایج تحلیل واریانس بین گروه‌های آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز با گروه بهنجار تفاوت معنی‌دار نشان داد؛ هم‌چنین بین گروه‌های برون‌ریز و درون‌ریز در کفایت رفتاری تفاوت معنی‌دار دیده شد.

### بحث

نتایج این پژوهش درباره ارتباط باورهای مربوط به کنترل با آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز نشان داد که این باورها با آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز ارتباط دارند و گروه‌های آسیب‌شناسی را از گروه بهنجار متمایز می‌کنند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بسیاری از بررسی‌های انجام شده (ردولف و همکاران، ۲۰۰۱؛ گاربر و هولون، ۱۹۹۱؛ هن و همکاران، ۲۰۰۱) پیرامون ارتباط میان ادراک پایین و آسیب‌شناسی روانی مبنی بر ادراک کنترل متمایزکننده گروه‌های برون‌ریز و درون‌ریز کودکان از گروه بهنجار هم‌سو است.

در این بررسی تفاوتی در ادراک کنترل بین گروه‌های برون‌ریز و درون‌ریز دیده نشد. این یافته نشان می‌دهد که ادراک کنترل ویژگی طبقات عمده آسیب‌شناسی روانی است و این تفاوت در حوزه‌های تحصیلی، رفتاری، اجتماعی و باور کنترل، بین گروه آسیب‌شناسی روانی و گروه بهنجار دیده شد. بین دو گروه برون‌ریز و درون‌ریز، تفاوتی در این سه حوزه دیده نشد.

گروه مبتلا به آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز، در زمینه رفتاری و اجتماعی احساس کنترل کمی بر ارتباطات و رفتار خود دارند (دیتر-دیکارد، ۲۰۰۱). این ویژگی، آنها را از گروه بهنجار متمایز می‌کند. بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه نشان داده‌اند که سبک‌های والدینی طردکننده و

و احساس منفی به هم‌سالان در اختلال‌های درون‌ریز دیده می‌شود (گارنفسکی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰). هم‌چنین بی‌کفایتی در حوزه‌های گوناگون موجب تأثیرات تجمعی<sup>۱۲</sup> بر جنبه‌های مختلف اختلال‌هایی مانند افسردگی می‌شود. بی‌کفایتی در چندین حوزه طرحواره - خود منفی را در پی دارد و فرد را برای آسیب‌شناسی روانی آماده می‌کند (کول، ۱۹۹۱؛ کول، مارتین<sup>۱۳</sup>، پیک<sup>۱۴</sup>، سروکزیسکی<sup>۱۵</sup> و هوفمن<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۸).

بر پایه یافته‌های این بررسی می‌توان گفت که بین باورهای کنترل و کفایت با آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز ارتباط اختصاصی وجود دارد و این باورها جنبه‌هایی از اختلال‌های روانشناختی را تبیین می‌کنند. به هر روی، معنی ضمنی این یافته این است که باورها به هر شکلی منفی، یا تحریف شده در کارکرد کودک تأثیر می‌گذارند و ممکن است در یک فرآیند علی، مشکلات کودک را در پی داشته باشند. هم‌چنین اگر این باورها بخشی از یک زنجیره سبب‌شناختی در آسیب‌شناسی روانی باشند، شناخت آنها درک بهتر آسیب‌شناسی روانی، پیش‌گیری و درمان اختلال‌های روانشناختی در کودکان و نوجوانان را به‌دنبال خواهد داشت. با پذیرش ارتباط باورها با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی کودک در حوزه‌های مختلف، اهمیت این باورها در مداخله آشکار می‌شود. توجه به شکل‌گیری باورها در سنین کودکی و استمرار طرحواره‌های آسیب‌رسان تا بزرگسالی، مداخله برای تغییر این باورها را ضروری نشان می‌دهد. افزون بر درمان اختصاصی علائم اختلال‌های روانشناختی، ایجاد احساس کنترل و کفایت در کودکان مبتلا به اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی منجر به کاهش تأثیر علائم بر جنبه‌های مختلف زندگی کودک می‌شود.

این پژوهش بر روی گروهی از کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک یا مطب اجرا شده است که این موضوع قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر جمعیت‌های هدف محدود می‌کند. هم‌چنین، داده‌های این پژوهش را نمی‌توان تفسیر علی کرد و به پژوهش‌های گسترده‌تری با کودکان ایرانی نیاز است. این بررسی از نوع مقطعی است؛ در حالی که بررسی باورها و ارتباط آنها با آسیب‌شناسی روانی نیازمند بررسی‌های طولی و بررسی پایایی یا تغییر باورها با شرایط سنی یا موقعیتی است.

منتقدانه، که فرصت تصمیم‌گیری را از کودک می‌گیرند و نیازهای کودک را طرد می‌کنند، موجب احساس درماندگی در موقعیت‌های تحصیلی، اجتماعی و رفتاری می‌شوند (رودولف و همکاران، ۲۰۰۱؛ اینگرام، ۲۰۰۱). در یک بررسی طولی پنج ساله، درماندگی اجتماعی و عدم محبوبیت کودک در هم‌سالان گزارش گردید (نولن - هوکسما<sup>۱</sup>، سیلگمن<sup>۲</sup> و جیرگاس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲).

در زمینه ادراک شرایط رخداد (فرضیه دوم) تفاوتی بین سه گروه آسیب‌شناسی روانی برون‌ریز و درون‌ریز و بهنجار دیده نشد. شاید نبود ارتباط میان باورهای شرایط رخداد و آسیب‌شناسی روانی در این پژوهش پیامد تمرکز بزرگسالان و کودکان بر رفتار و پیشرفت کودک باشد. کودکان برای جنبه‌های شخصی رفتار پاداش داده می‌شوند؛ اما به شرایط رخداد و محیط فراهم شده توسط دیگران مانند والدین و آموزگاران برای آنها توجه نمی‌شود (هن و همکاران، ۲۰۰۱).

در زمینه فرضیه سوم، یافته‌های مربوط به مقایسه دو طبقه عمده برون‌ریز و درون‌ریز با گروه بهنجار در ادراک کفایت و حوزه‌های مختلف، هم‌خوان با سایر پژوهش‌های انجام شده است که بین سه گروه برون‌ریز، درون‌ریز و بهنجار در زمینه کفایت، به‌ویژه کفایت اجتماعی و کفایت رفتاری تفاوت نشان داده‌اند. همان‌گونه که کمپس<sup>۴</sup>، فارس<sup>۵</sup>، بانز<sup>۶</sup> و هوول<sup>۷</sup> (۱۹۹۱) نشان داده‌اند کودکان گروه بالینی، رفتار خود را مشکل‌آفرین‌تر از گروه بهنجار ادراک می‌کنند و در مقایسه با گروه بهنجار ادراک کفایت پایین‌تری دارند. هم‌چنین کودکان گروه برون‌ریز، رفتار خود را بدتر از گروه درون‌ریز ادراک می‌کنند. کودکان گروه بالینی نگرش منفی‌تری به ارتباطات و رفتار خود دارند. بررسی‌هایی که در زمینه ادراک کفایت به‌دنبال تمایز بین اختلال‌های برون‌ریز و درون‌ریز بوده‌اند، تفاوتی میان این دو گروه در ادراک کفایت نشان نداده‌اند (کوهن<sup>۸</sup>، گوتلی، کرشنر<sup>۹</sup> و ورسپن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۵؛ به‌نقل از کمپس و همکاران، ۱۹۹۱).

این بررسی نشان داد که کودکان مبتلا به دو طبقه عمده آسیب‌شناسی روانی در کفایت تحصیلی، رفتاری و اجتماعی با گروه بهنجار تفاوت معنی‌دار دارند. به‌نظر می‌رسد ادراک کفایت مانند ادراک کنترل برای آسیب‌شناسی روانی اختصاصی و عامل مشترک طبقه عمده برون‌ریز و درون‌ریز است. البته کفایت رفتاری، بر پایه یافته‌های پژوهش کنونی، برای تمایز آسیب‌شناسی برون‌ریز و درون‌ریز، کارآمد است.

در زمینه کفایت تحصیلی و اجتماعی بررسی‌ها نشان داده‌اند، احساس منفی به مدرسه بیشتر در اختلال‌های برون‌ریز

1- Nolen-Hoeksema

2- Seligman

3- Girgus

4- Compass

5- Phares

6- Banez

7- Howell

8- Cohen

9- Kreshner

10- Werspann

11- Garnefski

12- cumulative

13- Martin

14- Peeke

15- Seroczynski

16- Hoffman

Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examination the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 565-579.

Epps, J., & Kendall, P. C. (1995). Hostile attributional bias in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 159-178.

Garber, J., & Hollon, S. D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? *Psychological Bulletin*, 110, 129-136.

Garnefski, N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1175-1181.

Han, S. S., Weiss, B., & Weisz, J. R. (2001). Specificity of relations between children's control-related beliefs and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 240-251.

Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver, CD: University of Denver.

Ingram, R. E. (2001). Developing perspective on the cognitive-developmental origins of depression: Back is the future. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 497-504.

Lucas, P. C., Greenwald, S., Matto, A. M., Soliman, I., & Fisher, P. W. (2001). *The Diagnostic Predictive Scales (PDS)*. Columbia: Columbia University.

Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M. E. P., & Girgus, J. S. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptom: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.

Rudolph, K. D., Kurlakowsky, K.D., & Conley, C. S. (2001). Developmental and social-contextual origins of depressive control-related beliefs and behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 55, 447-472.

Weisz, J. R. (1991). *The Perceived Control Scale for Children*. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles, Department of Psychology.

Weisz, J. R., Proffitt, V., & Sweeney, L. (1991). *The Perceived Contingency Scale for Children*. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles, Department of Psychology.

Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., & MacCarty, C. M. (2001). Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents: Developmental differences and model specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 97-109.

از آنجا که پایه ارزیابی باورها در این بررسی خود-گزارشی است، به نظر می‌رسد در کنار آن بهره‌گیری از روش‌های عینی‌تر مانند بررسی وضعیت پیشرفت تحصیلی کودک و ارزیابی عملکرد واقعی در محیط، ضروری باشد. هم‌چنین، انجام پژوهش با غربالگری اختلال‌ها در جمعیت عمومی محدودیت تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش را کاهش می‌دهد.

## سپاسگزاری

از همه کسانی که در این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، به‌ویژه استادان محترم گروه روانشناسی انستیتو روانپزشکی تهران صمیمانه سپاسگزاریم. از سرکارخانم مریم هادیان و جناب آقای هوشنگ رسولی که در گردآوری داده‌ها ما را یاری کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۶/۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۹/۲۸؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۴

## منابع

هادیان‌فرد، حبیب (۱۳۷۲). *رابطه کفایت و افسردگی در کودکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۰). *تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری*. تهران: چاپ بیک.

Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181-190.

Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L.G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 481-496.

Cole, D., & Turner, J. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 271-281.

Compass, B. E., Phares, V., Banez, G. A., & Howell, D. C. (1991). Correlates of internalizing and externalizing behavior problems: Perceived competence, casual attribution, and parental symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 197-218.

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.