

مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی*

سیمه صباغی^۱، ایران مهدی زادگان^۲

Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students

Somayeh Sabaghi¹, Iran Mahdi Zadeegan²

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش آموزان پرداخته‌اند. اما پیرامون مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی شهر اصفهان انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و نوجوانان عادی در مقطع دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در شهر اصفهان بود. حجم نمونه شامل ۵۰ دانش آموز دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و ۵۰ نوجوان عادی شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱)؛ ناگویی طبیعی (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴)، مقیاس مقبولیت اجتماعی (فورد و رابین، ۱۹۷۰) و پرسشنامه عوامل دموگرافیک بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده در مقایسه با دانش آموزان عادی از میزان مقبولیت اجتماعی کمتر و ناگویی طبیعی بالاتری برخوردارند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان چنین نتیجه گرفت که اختلال رفتار درونی سازی شده به دلیل آسیب‌پذیری روانشناختی، هیجانی و اجتماعی، مقبولیت اجتماعی پایین و ناگویی طبیعی بالا را به همراه دارد.

واژه کلیدها: اختلال رفتار درونی سازی شده، مقبولیت اجتماعی، ناگویی طبیعی

Background: Numerous studies have addressed social acceptance and natural disability among students. But there is a gap in the comparison between social acceptance and natural disability among students with internalized behavioral disorders and normal students. **Aims:** Therefore, The present study was conducted aiming to compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students in the city of Isfahan. **Method:** The research method was causal-comparative. The statistical population included all first high school adolescents with internalized behavioral disorder and normal ones in academic year 2017-18 in the city of Isfahan. The sample size in the study included 50 students with internalized behavioral disorder and 50 normal adolescents in the city of Isfahan who were selected through multi-stage clustered random sampling method. The applied instruments included children and adolescents behavioral inventory, alexithymia, social desirability scale and demographic factors questionnaire. The data from the study were analyzed through repeated measurement MANOVA method. **Results:** The results showed that there is a significant difference between social desirability, alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students in the city of Isfahan ($p < 0/001$). Thus, students with internalized behavioral disorder have lower social acceptability and higher alexithymia than normal students. **Conclusions:** It can be concluded that internalized behavior disorder is associated with psychological, emotional and social vulnerability, low social acceptability and high natural cognition. **Key Words:** Internalized behavioral disorder, social desirability, alexithymia

Corresponding Author: i.mahdeyzadegan@khuisf.ac.ir

* مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۱ M.A of clinical psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

مقدمه

در یک طبقه‌بندی کلی، اختلال‌های روانشناختی و رفتاری دوران کودکی و نوجوانی به دو دسته کلی اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده در مقابل اختلال‌های رفتاری برون‌سازی شده تقسیم شده است که هر گروه به نوبه خود دارای ویژگی‌های جداگانه‌ای هستند (لاندرز، بلامی، دانس و هاوک، ۲۰۱۷). اختلال‌های رفتاری برون‌سازی شده مشکلات و الگوهای سازش نیافته‌ای را در برمی‌گیرد که در تعارض با دیگر افراد و محیط خود را آشکار می‌سازد (لیستاگ - لاند و همکاران، ۲۰۰۵) که مبتنی بر رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرگرایانه است که از آن جمله این اختلال‌ها می‌توان به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ اشاره کرد (وو، باستین، اهنما و گلرس، ۲۰۱۸؛ دراوشی و حاج‌یحیی، ۲۰۱۸).

در برابر اختلال‌های رفتاری برون‌سازی شده، اختلال‌های درونی‌سازی شده قرار دارند. این اختلال، برخلاف اختلال‌های برون‌سازی شده ماهیتی درون‌فردی داشته و به صورت کناره‌گیری از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی نمایان می‌شود (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلال، کمتر منجر به آزار دیگران و یا آسیب‌رسانی به آنها می‌شود، بلکه بیشتر با هدف قرار دادن هیجانات و عواطف کودک و نوجوان، سبب آزار دیدن خود کودک و نوجوان می‌شود. علاوه بر این، اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده با سکوت زیاد، ناامیدی و شکایات جسمانی همراه است که سبب می‌شود کودک و نوجوان احساس حقارت، کمرویی، ترس، دل‌بستگی بیش از حد و غم و اندوه نماید (ولگاست و دونات، ۲۰۱۹). بر طبق آمارها ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده هستند (چن، لوییز و لئو، ۲۰۱۱). مشکلات درونی‌سازی شده می‌توانند بسیار زود و از سنین بسیار پایین (افسردگی از نوزادی و اضطراب از هفت سالگی) آغاز شوند (پرل و همکاران، ۲۰۱۳). به علاوه درصد قابل توجهی از اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده در طول تحول و تا سال‌های بزرگسالی پایدار می‌مانند و پیامدهای زیانباری برای فرد به همراه دارند (هادسون، دونی و تیلور، ۲۰۰۵). عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند ارتباط والد فرزندی^۲ نامطلوب، سبک‌های تربیتی

والدینی ناکارآمد، منفی‌گرایی، مادرانه بیش از حد و نیز نارسایی در توانش‌های اجتماعی، در پیدایش، گسترش، تداوم و یا تشدید نشانه‌های اختلال‌های درونی‌سازی شده نقش مؤثری ایفا می‌کنند (هیگز، سود، دیراگو، پاکونو و مک‌کی، ۲۰۰۹).

اختلال‌های رفتار درونی‌سازی شده، حرمت‌نفس، خودپنداره، کارآیی اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودک و نوجوان مبتلا را در زمان حال و آینده تهدید می‌کند و می‌تواند خودپنداره، کارآیی اجتماعی و سازش‌یافتگی اجتماعی کودک و نوجوان را به سطح پایینی تنزل دهد (مور، دنولت و لاکل، ۲۰۱۸) که این فرآیند نیز می‌تواند مقبولیت اجتماعی پایینی را برای آنها در پی داشته باشد. پذیرش همسالان و مقبولیت اجتماعی، نقش مهمی در رشد شخصیت اجتماعی کودکان و نوجوانان دارد و پیش‌بینی‌کننده سازگاری بعدی آنها است (دادستان، عسکری، رحیم‌زاده و بیات، ۱۳۸۹). مقبولیت اجتماعی تحت تأثیر عوامل گوناگونی از جمله سبک دل‌بستگی دوران کودکی، هم‌رنگی با هنجارهای گروه همسالان، شخصیت و توانش‌های اجتماعی، اعتماد به نفس و خودپنداره و متناسب عمل کردن در موقعیت‌های گوناگون است. نوجوانانی که از دوستان خود حمایت می‌کنند و توانایی برقراری ارتباط با همسالان خود را دارند، از مقبولیت اجتماعی بالایی برخوردار هستند (مگنوس، ویسوران و جوزف، ۲۰۰۶). در حالی که نوجوانانی که موفق به پذیرش گروه همسالان قرار نمی‌گیرند و از سوی آنها طرد می‌شوند با مشکلات زیادی از جمله عملکرد تحصیلی ضعیف، حرمت‌نفس پایین، فرار از مدرسه، ترک تحصیل و مشکلات رفتاری و هیجانی روبرو می‌شوند (قربانیان، محمدلو، خانبانی و یوسفی‌کیا، ۱۳۹۵).

علاوه بر این باید اشاره کرد که نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده دارای کارآیی اجتماعی و توانش‌های اجتماعی ضعیفند (مانسینی، ریگولی، رابرتس و پیک، ۲۰۱۹؛ مونتلا - کاستینا، پستیگو، پرادو - گاسکو و پرز - مارین، ۲۰۱۸) که این فرآیند ممکن است این افراد را در ابرازگری هیجانی، مدیریت و بیان هیجانات دچار مشکل سازد و آنها را در مسیر ابتلا به ناگویی طبیعی قرار دهد. ناگویی طبیعی به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و

2. internalizing behavior problems

1. obedient defensive disorder (ODD)

انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش‌گانه ادارات آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد (آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان). در مرحله بعد، از بین مدارس دوره متوسطه اول، تعداد ۸ مدرسه انتخاب و با مراجعه به مدارس انتخابی، از مشاوران و معلمان آنها درخواست گردید، دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری را معرفی نمایند. در گام اول تعداد ۸۹ دانش‌آموز معرفی گردید. سپس به دانش‌آموزان معرفی شده، سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود مشکلات درونی‌سازی شده در نزد این دانش‌آموزان اطمینان حاصل گردد. پس از اجرای پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، تعداد ۶۸ دانش‌آموز دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده تشخیص داده شد. در گام بعد از بین دانش‌آموزانی که دارای اختلال رفتاری درونی‌سازی شده تشخیص داده شدند (با استفاده از پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان) تعداد ۵۰ دانش‌آموز به تصادف انتخاب شدند. تعداد ۵۰ دانش‌آموز عادی نیز به شکل تصادفی از همین مدارس انتخاب شد. اعضای دو گروه در ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن و میزان تحصیلات هم‌تا شدند. دلیل انتخاب این تعداد حجم نمونه رجوع به منابع علمی مربوطه بوده است. چنانکه دلاور (۱۳۸۹) بیان می‌کند که در روش پژوهش علی مقایسه‌ای می‌توان برای هر گروه ۵۰ نفر را انتخاب نمود و بر اساس این تعداد نمونه، یافته‌های پژوهش قابل تعمیم است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن علائم افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری، کسب نمره ۶۳ و بالاتر در سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان، برخورداری از سلامت جسمی و عملکرد انضباطی مناسب بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پر کردن ناقص و یا مخدوش پرسشنامه‌ها و بروز رخداد پیش‌بینی نشده همانند بیماری بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل پژوهش آگاه شدند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

ابزار

سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان: در پژوهش حاضر برای تشخیص مشکلات درونی‌سازی شده از سیاهه رفتاری کودکان و نوجوانان آخنباخ و رسکورلا استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱

نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند. این ویژگی با هیجان نامنظم و نهایتاً در بعضی موارد با بیماری روانی و فیزیکی ارتباط دارد. این سازه شامل دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار است. این مشخصه‌ها که سازه ناگویی خلقی را تشکیل می‌دهند بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات است (چایه و آلاچ، ۲۰۱۷؛ موتان و گنکوز، ۲۰۰۷).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که بررسی اختلال‌های رفتاری درونی‌سازی شده در سنین نوجوانی جهت طراحی و آماده ساختن خدمات درمانی مناسب با هدف کاهش پیامدهای منفی و رشد اختلالات روانی بعدی و بهبود کارکرد نوجوانان ضروری است که البته این فرآیند باید بر اساس شناسایی مؤلفه‌های روانشناختی، هیجانی و اجتماعی آسیب‌پذیر در این نوجوانان صورت پذیرد. چرا که قبل از درمان باید مشخص شود که چه مؤلفه‌هایی در این نوجوانان آسیب‌پذیر بوده است؛ هدفی که این پژوهش به دنبال آن است. حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی در نوجوانان دارای اختلال‌های رفتار درونی‌سازی شده و نظر به یافته‌های پژوهش‌های پیشین که حاکی از تفاوت این نوجوانان با نوجوانان عادی در فرایندهای هیجانی همچون افسردگی، ابرازگری هیجانی، ارتباطات اجتماعی ثمربخش و... داشت، و از طرفی نظر به اینکه تاکنون پژوهشی با عنوان مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی صورت نپذیرفته است، پژوهشگران بر آن شد تا در پژوهش حاضر به مقایسه مولفه‌های بیان شده در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی بپردازد. بر این اساس مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی این نکته است که آیا بین مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای است. هدف از بکارگیری روش علی - مقایسه‌ای، یافتن علل احتمالی یک الگوی رفتاری بود. جامعه‌آماري پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی در مقطع دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در شهر اصفهان بود. جهت

در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس - های آن تأیید شده است (حاتمی، خورشیدی، بهرامی، رحیمی و حاتمی، ۱۳۹۲). سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی خلقی است (بگبی و همکاران، ۱۹۹۷). قربانی و همکاران (۲۰۰۲)؛ به نقل از شاه‌قلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴ برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۷۶ به دست آورده‌اند. محمد (۱۳۸۰)؛ به نقل از شاه‌قلیان و همکاران، ۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و راستی‌آزمایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و برای تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ و برای نمره کل ناگویی طبیعی ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه مقبولیت اجتماعی: مقیاس مقبولیت اجتماعی توسط فورد و رایین در سال ۱۹۷۰ برای کودکان و نوجوانان معرفی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است. فرم اصلی این مقیاس دارای ۲۸ عبارت و برای ارزیابی مقبولیت اجتماعی تهیه شد. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۳۴ است. سموعی (۱۳۸۴)؛ به نقل از خادمی، علی‌اکبری و سلیمانپور، ۱۳۹۷) پرسشنامه ۲۸ سؤالی فورد و رایین را مورد بررسی قرار دادند. همسانی درونی سؤالات پرسشنامه حکایت از آن داشت که تعدادی از سؤالات با نمره کل همبستگی ندارد، بنابراین از فرم اصلی حذف شدند و فرم نهایی پرسشنامه با ۱۷ سؤال ۳ گزینه‌ای بله، محدودی و خیر تنظیم و نمره گذاری به صورت ۲-۱-۰ بود. سؤالات ۹ و ۱۰ برعکس نمره گذاری می‌شود. در پژوهش حاضر از فرم ۱۷ سؤالی استفاده شد. با توجه به شیوه نمره گذاری این پرسشنامه، کسب نمرات بالاتر بیانگر مقبولیت اجتماعی پایین‌تر است و بالعکس. اعتبار همزمان پرسشنامه را نیز بر اساس بهره‌ی هوش کلامی محاسبه کردند که حاکی از همبستگی معنادار دو متغیر داشته است. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۷۷ و ضریب اعتبار به روش دو نیمه سازی ۰/۶۶ به دست آمد. در پژوهش یراقی (۱۳۹۵) نیز با استفاده از روش بازآزمایی، اعتبار آزمون و همسانی درونی پرسشنامه مقبولیت اجتماعی توسط آلفای کرونباخ به دست آمد. مقدار ضریب

توسط آخنباخ و رسکورلا برای سنجش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان تهیه شده است. پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود: شامل سه گزینه نادرست است (نمره صفر)، گاهی درست است (نمره یک) و غالباً درست است (نمره دو). نمره مشکلات هیجانی و رفتاری از طریق جمع نمره‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده (شامل محورهای گوشه‌گیری، مشکلات بدنی، اضطراب و افسردگی، مشکلات برونی‌سازی شده (شامل محورهای پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات توجه، مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی به دست می‌آید. دامنه نمرات مشکلات رفتاری و هیجانی از صفر تا ۲۴۰ و گستره نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی در نظر گرفته شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). گلاسر (۲۰۱۱) در نتایج پژوهش خود اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکلات برونی‌سازی شده ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکلات درونی‌سازی شده ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش ناکامورا، اباتانی، برنستاین و چوریتا (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ سیاهه رفتاری کودکان ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان قابلیت اعتماد سیاهه رفتاری کودکان، مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات درونی‌سازی شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی طبیعی: برای اندازه‌گیری ناگویی طبیعی از نسخه فارسی پرسشنامه ناگویی طبیعی تورنتو استفاده شد که توسط بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته شده و یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای ۲۰ سؤال و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون (۸ ماده) است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. جمع نمره‌های این سه زیرمقیاس به عنوان نمره کلی ناگویی طبیعی محسوب می‌شود. بشارت (۱۳۸۶) نسخه فارسی مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو را تهیه و ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف هیجان‌ها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر را به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس نیز در نمونه ۶۷ نفری

ساله، ۷ نفر (۷ درصد) ۱۵ ساله و ۴ نفر (۴ درصد) ۱۶ ساله بودند. در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده نیز ۵ نفر (۵ درصد) ۱۲ ساله، ۱۴ نفر (۱۴ درصد) ۱۳ ساله، ۲۲ نفر (۲۲ درصد) ۱۴ ساله، ۶ نفر (۶ درصد) ۱۵ ساله و ۳ نفر (۳ درصد) ۱۶ ساله بودند. بالاخره نتایج نشان داد که در گروه دانش‌آموزان عادی، ۱۳ نفر (۱۳ درصد) کلاس هفتم، ۲۵ نفر (۲۵ درصد) کلاس هشتم و ۱۲ نفر (۱۲ درصد) نیز کلاس نهم بودند. در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده، ۱۶ نفر (۱۶ درصد) کلاس هفتم، ۲۷ نفر (۲۷ درصد) کلاس هشتم و ۱۰ نفر (۱۰ درصد) نیز کلاس نهم بودند.

نتایج حاصل از جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین نمرات مقبولیت اجتماعی گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده از میانگین گروه دانش‌آموزان عادی بیشتر است. لازم به ذکر است که مطابق با شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه، کسب نمره بالاتر نشانگر مقبولیت اجتماعی پایین‌تر است و بالعکس. همچنین نتایج توصیفی نشان داد که میانگین نمرات ناگویی طبیعی در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده از میانگین نمرات دانش‌آموزان عادی بیشتر است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در دو گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$).

با معناداری آزمون واریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی بین دو گروه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی تفاوت معنادار وجود داشته باشد. لذا جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدامیک از متغیرهای مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی بوده، به بررسی واریانس تک‌متغیری پرداخته می‌شود.

آلفای کرونباخ برای ۱۷ سؤال مورد بررسی برابر ۰/۸۰۶ می‌باشد که مقدار بسیار بالا و خوبی می‌باشد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این پرسشنامه است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش خادمی و همکاران (۱۳۹۷) نیز میزان قابلیت اعتماد این پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش: پس از مراجعه به مدراس منتخب، از بین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتار درونی‌سازی شده، تعداد ۵۰ دانش‌آموز به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. پس از آن تعداد ۵۰ دانش‌آموز عادی نیز که در متغیرهای دموگرافیک مانند جنسیت، سن و میزان تحصیلات با دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتار درونی‌سازی شده هم‌تا بودند، انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش به این افراد ارائه و از آنها درخواست گردید که با حوصله و دقت کافی به سؤالات مربوط به عوامل دموگرافیک، مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی پاسخ دهند. سپس این پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که در تعداد نمونه‌ها ریزشی وجود نداشت.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه دانش‌آموزان عادی، تعداد ۲۸ نفر (۲۸ درصد) دارای جنسیت دختر و تعداد ۲۲ نفر (۲۲ درصد) دارای جنسیت پسر بودند. در گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده، تعداد ۱۱ نفر (۱۱ درصد) دارای جنسیت دختر و تعداد ۳۹ نفر (۳۹ درصد) دارای جنسیت پسر بودند. همچنین در گروه دانش‌آموزان عادی، ۸ نفر (۸ درصد) ۱۲ ساله، ۱۲ نفر (۱۲ درصد) ۱۳ ساله، ۱۹ نفر (۱۹ درصد) ۱۴

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در دو گروه دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده				
گروه دانش‌آموزان عادی		گروه دانش‌آموزان با اختلال رفتار درونی‌سازی شده		متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۲/۹۸	۳/۳۴	۲۳/۲۸	۶/۱۹	مقبولیت اجتماعی
۴۸/۷۸	۷/۷۳	۶۳/۳۴	۱۱/۰۱	ناگویی طبیعی

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری جهت مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی				
ارزش	مقدار F	درجه‌آزادی فرض	درجه‌آزادی خطا	سطح معناداری
۰/۸۳	۱۱۴/۶۱	۲	۹۷	اثر پیلایی
۰/۱۷	۱۱۴/۶۱	۲	۹۷	لامبدای ویلکز
۴/۸۲	۱۱۴/۶۱	۲	۹۷	اثر هتلینگ
۴/۸۲	۱۱۴/۶۱	۲	۹۷	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری جهت مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی								
متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مقبولیت اجتماعی	عضویت گروهی	۲۶۵۲/۲۵	۱	۲۶۵۲/۲۵	۲۲۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	خطا	۱۱۵۳/۰۶	۹۸	۱۱/۷۶	-	-	-	-
	کل	۳۶۶۷۵	۱۰۰	-	-	-	-	-
ناگویی طبیعی	عضویت گروهی	۵۲۹۹/۸۴	۱	۵۲۹۹/۸۴	۵۸/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
	خطا	۸۸۳/۸۰	۹۸	۹۰/۶۵	-	-	-	-
	کل	۳۲۸۴۵۶	۱۰۰	-	-	-	-	-

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی در مؤلفه‌های مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). چنانکه یافته‌های توصیفی نیز بیانگر آن بود که میانگین نمرات مؤلفه‌های مقبولیت اجتماعی در گروه دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده نسبت به دانش‌آموزان عادی کمتر و در مؤلفه ناگویی طبیعی بیشتر است. این بدان معناست که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده به شکل معناداری از میزان مقبولیت اجتماعی پایین‌تر و ناگویی طبیعی بالاتری نسبت به دانش‌آموزان عادی برخوردارند. همچنین یافته‌ها بیانگر آنند که به ترتیب ۶۹ و ۳۷ درصد واریانس تغییرات در مؤلفه‌های مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی به وسیله متغیر گروه بندی (داشتن یا نداشتن اختلال رفتاری درونی‌سازی شده) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و

یافته اول پژوهش مبنی بر تفاوت متغیر مقبولیت اجتماعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی با نتایج پژوهش دراوشی و حاج‌یحیی (۲۰۱۸) همسو است. چنان‌که این پژوهشگران به بررسی اختلال‌های رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان پرداختند. آنها نشان دادند که خودکار آمدی فردی و اجتماعی می‌تواند اختلالات رفتاری درونی و برونی‌سازی شده کودکان را تحت تأثیر قرار دهد و بر این اساس یکی از زمینه‌های متأثر از این اختلال، فرآیندهای اجتماعی کودکان و نوجوانان است. در تبیین یافته حاضر باید بیان کرد که اختلال رفتار درونی‌سازی شده، سبب کاهش حرمت‌نفس، امید و افزایش شکایات خلقی و کمروبی در نوجوانان می‌شود (ولگاست و دونات، ۲۰۱۹).

معناداری بین ناگویی طبیعی دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده با دانش‌آموزان عادی مشاهده می‌شود. محدود بودن دامنه تحقیق به دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش‌آموزان عادی شهر اصفهان و عدم استنباط علی از نتایج پژوهش حاضر (به دلیل علی - مقایسه‌ای بودن روش پژوهش) از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر گروه‌های سنی و با بکارگیری روش‌های مداخله‌ای مناسب اجرا شود. با توجه به تفاوت معنادار مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش‌آموزان عادی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود روش‌های درمانی مناسبی همچون درمان ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان‌محور و آموزش توانش‌های اجتماعی و هوش هیجانی به این دانش‌آموزان ارائه تا بدین وسیله در جهت بهبود مقبولیت اجتماعی و کاهش ناگویی طبیعی این دانش‌آموزان گامی عملی برداشته شود. تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *مجله تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*، ۲(۱)، ۱۴۵-۱۲۰.
- حاتمی، جواد؛ خورشیدی، محمدمهدی؛ بهرامی‌احسان، هادی؛ رحیمی، سیدعلی سینا و حاتمی، امیرجلال (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه‌های هیجانی در افراد ناگویی خلقی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱(۷)، ۸۳-۶۹.
- خادمی، علی؛ علی‌اکبری، مینا و سلمانیپور، حمزه (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین مقبولیت اجتماعی و نگرش به مادر با اضطراب به مدرسه دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی ناحیه ۲ شهرستان ارومیه، *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، ۱۱(۴۳)، ۱۳۰-۱۱۳.
- دادستان، پریرخ؛ عسکری، علی؛ رحیم زاده، سوسن و بیات مریم (۱۳۸۹). مهارت‌های اجتماعی هیجانی کودکان پیش از دبستان: یک مقایسه جمعیت شناختی. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۷(۱۱)، ۴۴-۲۷.
- دلاور علی (۱۳۸۹). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران: نشر ویرایش.
- شاه‌قلیان، مهناز؛ مرادی، علیرضا و کافی، سیدموسی (۱۳۸۶). رابطه الکسی تایمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۴۸-۲۳۸.

با دقت در موارد آسیب‌پذیر نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده (همچون احساس حقارت، کمرویی، ترس و ارتباط و تعاملات اجتماعی همراه با غم) می‌توان به تبیین تفاوت مؤلفه مقبولیت بین نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و نوجوانان عادی پرداخت. بدین صورت که نوجوانان در جمع خود بیشتر پذیرای دوستانی هستند که دارای توانایی ارتباطی بالا همراه با شادی و شور و شوق باشد. بر این اساس نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده به دلیل رنج بردن از علائم افسردگی و اضطراب، دارای کمرویی و ترس از ارتباط هستند. بنابراین این نوجوانان با به دلیل عدم بهره‌مندی از توانش‌های اجتماعی مناسب و احساس حقارت حاصل از آن، از جمع همسالان به مرور طرد می‌شوند. این فرآیند عاملی است که سبب می‌شود نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده نمره مقبولیت اجتماعی پایینی را کسب نمایند.

یافته دوم پژوهش مبنی بر تفاوت متغیر ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش‌آموزان عادی با نتایج پژوهش مانسینی و همکاران (۲۰۱۹) و مونتلا - کاستینا و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. چنان‌که این پژوهشگران نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده به دلیل پردازش‌های هیجانی ناکارآمد در فرآیند درک و ابراز هیجان دچار مشکل‌اند. در تبیین این یافته باید گفت کودکان و نوجوانان دچار اختلال‌های رفتاری درونی سازی شده با مشکلات فراوانی روبرو هستند که از آن میان می‌توان به سطح پایین حرمت خود، ضعف تحصیلی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان و مشکلات هیجانی اشاره کرد. این مشکلات نیز می‌توانند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش‌وری و سازش‌یافتگی هیجانی کودک و نوجوان تأثیر منفی داشته باشند. بر این اساس بروز اختلال رفتار درونی سازی شده فرآیندهای شناختی، فراشناختی، عاطفی و هیجانی را دچار آسیب کرده و آنها را با ناگویی طبیعی مواجه می‌سازد و این عاملی است که تفاوت معناداری بین ناگویی طبیعی این دانش‌آموزان با دانش‌آموزان دیگر مشاهده شود. علاوه بر این موتان و گنگوز (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند که ارتباط قابل ملاحظه‌ای بین نمره کل ناگویی طبیعی و علائم افسردگی (به عنوان یکی از مقیاس‌های اختلال رفتار درونی سازی شده) وجود دارد. در نهایت باید این‌گونه جمع‌بندی نمود که دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده به دلیل دارا بودن علائم عمده اختلال اضطراب و افسردگی مستعد ناگویی طبیعی می‌گردند. بر همین اساس تفاوت

- and emotional intelligence. *Psychology Science*, 48(3), 336-356.
- Mancini, V., Rigoli, D., Roberts, L., Piek, J. (2019). Motor skills and internalizing problems throughout development: An integrative research review and update of the environmental stress hypothesis research. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 96-111.
- Montoya-Castilla, I., Postigo, S., Prado-Gasco, V., Perez-Marin, M. (2018). Relationships between affective states and childhood internalizing disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 591-598.
- Moor, E.L., Denollet, J., Laceulle, O.M. (2018). Social inhibition, sense of belonging and vulnerability to internalizing problems. *Journal of Affective Disorders*, 225, 207-213.
- Motan, I., Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 333-43.
- Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A., Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 178-189.
- Perle, J.G., Levine, A.B., Odland, A.P., Ketterer, J.L., Cannon, M.A., Marker, C.D. (2013). The Association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 1-24.
- Silva, C.T.B., Costa, M.A., Kapczinski, F., Aguiar, B.W., Salum, G.A., Manfro, G.G. (2017). Inflammation and internalizing disorders in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 77, 133-137.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge university press. 359p.
- Wolgast, A., Donat, M. (2019). Cultural mindset and bullying experiences: An eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. *Children and Youth Services Review*, 99, 257-269.
- Wu, X.Y., Bastian, K., Ohinmaa, A., Veugelers, P. (2018). Influence of physical activity, sedentary behavior, and diet quality in childhood on the incidence of internalizing and externalizing disorders during adolescence: a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 28(2), 86-94.
- قربانیان، الهام؛ محمدلو، هادی؛ خانبانی، مهدی و یوسفی کیا، مجتبی (۱۳۹۵). پیش‌بینی سازگاری اجتماعی و مقبولیت اجتماعی بر اساس سبک‌های دلبستگی در دانش‌آموزان دختر ۱۲-۱۰ ساله دوره ابتدایی شهر تهران. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷(۱)، ۹۹-۱۰۶.
- یراقی، مریم (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر هوش هیجانی بر مقبولیت اجتماعی و اشتیاق برقراری ارتباط با دیگران در کودکان دختر دوره پیش دبستانی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران.
- Achenbach, T.M., Resocorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms and profiles*, Burlington VT; University of Vermont. Research Center for Children, Yout & Families.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Chalah, M.A., Ayache, S.S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 104: 31-47.
- Chen, X., Lewis, G., Liu, J. (2011). Childhood internalizing behavior: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10): 884-894.
- Darawshy, N.A., Haj-Yahia, M.M. (2018). Palestinian adolescents' exposure to community violence and internalizing and externalizing symptoms: Parental factors as mediators, *Children and Youth Services Review*, 95, 397-406.
- Glosser, R. (2011). *Examination of the relationship between the Child Behavior Checklist/ 6-18 and the Social Responsiveness Scale Parent Forms using individuals with high functioning autism*. Doctoral Dissertation, Indiana University of Pennsylvania.
- Hicks, B.M., South, S.C., Dirago, A.C., Iacono, W.G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders, *Archives of General Psychiatry*, 66 (6), 640-648.
- Hudson, J., Deveny, C., Taylor, L. (2005) Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. *Pediatric annals*, 34(2): 97-106.
- Landers, A.L., Bellamy, J.L., Danes, S.M., Hawk, S.W.(2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81: 413-421.
- Listug-lunde, L., Bredmeier, K., Tyan, W.D. (2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 124-130.
- Magnus, J., Viswesvaran, C.H., & Joseph, J. (2006). Social desirability: the role of over-claiming, selfesteem,