

بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دانش‌آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال

زینب خانجانی^۱، جعفر بهادری خسروشاهی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دانش‌آموزان دختر و پسر ۵ تا ۱۱ سال بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال شهر تبریز بودند که به این منظور ۱۵۰ نفر از دختران و پسران سنین ۱۱-۵ سال پیش‌دبستانی و دبستانی شهرستان تبریز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از مناطق پنجگانه آموزش و پرورش انتخاب شدند. بدین ترتیب پنج گروه سنی شامل گروه سنی ۵ ساله، ۶ ساله، ۷ ساله، ۹ ساله و ۱۱ ساله در هر گروه سنی ۳۰ نفر (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو ابزار شامل پرسشنامه علائم مرضی کودکان و مقیاس همدلی دادس استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کواریانس و t دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد بین دختران و پسران در متغیرهای اختلالات درونی‌سازی، برونی‌سازی و همدلی تفاوت معناداری وجود دارد. در واقع اختلالات درونی‌سازی و همدلی در دختران بیشتر و اختلالات برونی‌سازی در پسران بیشتر است. همچنین نتایج نشان داد که میانگین اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دختران ۵ و ۶ سال تفاوتی ندارد، اما در گروه سنی ۷، ۹ و ۱۱ ساله میانگین اختلالات برونی‌سازی بیشتر از درونی‌سازی است. از سویی میانگین اختلالات برونی‌سازی در پسران در گروه سنی ۵، ۶، ۷ و ۹ بیشتر و در گروه سنی ۱۱ اختلالات درونی‌سازی بیشتر

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان
(نویسنده مسئول) پست الکترونیکی: jafar.b2010@yahoo.com

است. از طرفی گروه سنی ۱۱ سال بالاترین همدمی و گروه سنی ۵ سال پایین‌ترین همدمی را داشتند. بنابراین همدمی، نقش ارتباطات عاطفی را در سلامت روانی و سازگاری اجتماعی کودکان تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: تحول، همدمی، اختلالات درونی‌سازی، اختلالات برونی‌سازی

مقدمه

کودکان و نوجوانان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان به خصوص کشورهای جهان سوم را تشکیل می‌دهند و در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد. تحقیقات نشان داده است که درصد قابل توجهی از کودکان دچار مشکلات رفتاری هستند (میری، فرخی و کریمیان، ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر توجه به مسائل و مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یکی از موضوع‌های عمده روان‌شناسی و روانپزشکی افزایش یافته است. از یک سو کودکان قسمت عمده‌ای از جمعیت هر جامعه را تشکیل می‌دهند و از سوی دیگر بسیاری از کودکان در سال‌های نخستین کودکی دارای مشکلات عاطفی و رفتاری هستند که نه تنها به سادگی از آن عبور نمی‌کنند؛ بلکه ممکن است این امر تا دوران بلوغ و حتی بزرگسالی نیز تداوم یابد (ساطوریان، هراتیان، طهماسیان و احمدی، ۱۳۹۴).

تاکنون طبقه‌بندی‌های مختلفی برای مشکلات و اختلال‌های رفتاری کودکان صورت گرفته است. طبقه‌بندی مشکلات دوران کودکی در قالب مشکلات درونی‌سازی^۱ و برونی‌سازی^۲ شده از گسترده‌ترین و پرکاربردترین طبقه‌بندی اختلال‌های دوران کودکی است که از روی آورد ابعادی پیروی می‌کند (آخنباخ و رسکورلا^۳، ۲۰۰۱). اختلالات دورنی‌سازی، به اختلالاتی اشاره دارند که بیشتر به طرف خود است تا دیگران. این اختلالات مواردی نظیر؛ افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، هراس، شکایت فیزیکی، نگرانی، خیالپردازی، و ... را شامل می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی به عنوان رفتارهایی توصیف می‌شوند که بیشتر متوجه دیگران است تا خود فرد. این رفتارها دامنه‌ای از پرخاشگری، قلدری، رفتارهای بزهکارانه، دزدی، دروغ‌گویی، نافرمانی، دعواکردن، بیش

1. internalizing disorders
2. externalizing disorders
3. Achenbach & Rescorla

فعالی و ... را شامل می‌شوند. اختلالات برونی‌سازی در مقایسه با اختلالات درونی‌سازی، برای معلمان، والدین و خواهر و برادرهای فرد، آشکارتر و قابل مشاهده‌تر هستند (شریفی‌درآمدی و قاسمی‌داوری، ۱۳۹۱).

کودکان دچار اختلالات درونی‌سازی با مشکلات فراوانی همچون سطح پایین حرمت‌نفس، ضعف تحصیلی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان و پیامدهای زیان‌بار در بزرگسالی روبه‌رو هستند (بولم‌لیک^۱، ۲۰۰۷؛ بایر، سامسون و همفیل^۲، ۲۰۰۶). در مقابل اختلال‌های درونی‌سازی، اختلال‌های برونی‌سازی هستند که از بارزترین نشانه‌های آن می‌توان خصومت، رفتارهای اغتشاش‌آمیز شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران و ... دانست (کیل و پرایس^۳، ۲۰۰۶). نشانه‌های برونی‌سازی شده، به طور کلی، پایداری قابل توجهی طی زمان نشان می‌دهند و طی فرآیند تحول به شکل‌های مختلف بروز می‌کنند. اشکال زودرس نشانه‌های برونی‌سازی شده که از دومین سال زندگی قابل مشاهده‌اند به صورت بی‌قراری، بدقلقی، گریه زیاد و لجبازی ظاهر می‌شوند (گیلیوم و شاو^۴، ۲۰۰۴). در سال‌های بعد پرخاشگری جسمانی، تضادورزی و نخستین شکل‌های نقض قوانین در خانه و محیط آموزشی در صدر جدول نشانه‌شناسی قرار می‌گیرند و در نوجوانی، پرخاشگری کلامی، اشکال پنهان‌تر پرخاشگری مانند سرقت و سوءمصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی جدی که می‌توانند در تضاد آشکار با قوانین جامعه قرار گیرند و نوجوان را به سمت بزهکاری سوق دهند غلبه می‌یابند (حسینی‌یزدی، کیمیایی و عاطمی، ۱۳۹۴). بنابراین هرچند الگوهای رفتار برونی‌سازی شده طی زمان پایدار هستند، اما مؤلفه‌های این الگوهای رفتاری دستخوش تغییرات قابل پیش‌بینی می‌شوند. درمقابل، مشخصه اصلی اختلال‌های درونی‌سازی شده، رفتارهای بیش از حد مهارشده‌ای است. مشکلات درونی‌سازی شده شامل نوعی آشفستگی اصلی در هیجان‌ها و خلیات است. نشانه‌شناسی این اختلالات غالباً دربرگیرنده احساس‌های حقارت،

1. Bolm-Lake
2. Bayer, Sanson & Hemphill
3. Keil & Price
4. Gilliom & Shaw

خودآگاهی زیاد، کناره‌گیری اجتماعی، کمروبی، ترس، دلبستگی بیش از حد، غم و اندوه مزمن است.

در مطالعه کوتسلو، موستیلو، کیلر و آنگولد^۱ (۲۰۰۳) شیوع ۳ تا ۶ ماهه اختلالات درونی‌سازی در بین کودکان و نوجوانان برای اختلالات افسردگی بین ۳/۷ درصد و ۴/۸ درصد و برای اختلالات اضطرابی بین ۵/۵ درصد و ۸/۱ درصد به دست آمد. مری کانگز، هی، برودی، بوردن و کورتز^۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که کودکان آمریکایی دارای ۸/۶ درصد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، ۳/۷ درصد اختلالات خلقی، ۲/۱ درصد اختلالات سلوک و ۰/۷ درصد اختلال اضطراب فراگیر داشتند. همچنین غباری-بناب، پرند، حسین‌خانزاده، موللی و نعمتی (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که میزان شیوع اختلالات رفتاری بر اساس طبقه‌بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی است. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلالات درونی‌سازی و کمترین فراوانی به اختلالات اضطرابی اختصاص دارد. از سویی بر طبق آمار سال‌های اخیر، میزان شیوع اختلالات درونی‌سازی و برون‌سازی در سراسر جهان در حال افزایش است (خانجانی، شریعتی و یادگار، ۱۳۹۳). در واقع تحقیقات نشان می‌دهند که دختران بیشتر دچار اختلالات درونی‌سازی و پسران بیشتر دارای اختلالات برون‌سازی هستند. با نسبت دو به یک یا سه به یک، پسران بیشتر از دختران مشکلات برون‌سازی را نشان می‌دهند (میچل و کرولی^۳، ۲۰۰۲).

تجربه‌های نخستین کودکان با مراقبان، به ویژه مادر در شکل‌گیری و تحول ساختار روانی مانند هیجان، شخصیت و رفتار نقش مهمی دارند. یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط بین کودکان با مراقبان و نحوه مراقبت از کودکان در برابر بسیاری از مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی، همدلی^۴ است. اصطلاح همدلی برای اولین بار توسط تئودور

-
1. Gilliom & Shaw
 2. Merikanges, He, Brody, Bourden & Korte
 3. Michael & Crowley
 4. empathy

لیپی^۱ در اوایل قرن بیستم به منظور تبیین تجربیات زیبایی‌شناختی به کار برده شد. از آن تاریخ تاکنون تلاش‌های گسترده‌ای به منظور ارائه یک تعریف عملی از سازه همدلی صورت گرفته است. ماحصل این تلاش‌ها تعاریف متنوعی را به دست داده است که همدلی را به عنوان بیش از همه اجتماعی (مونسر و لینگ^۲، ۲۰۰۶)، توانایی درک موقعیت‌های عاطفی و شناختی دیگران (دادس، هاتر، هاوس، فراست، واسالو^۳ و همکاران، ۲۰۰۸)، احساسات همخوانی با موقعیت شخص دیگری (هافمن^۴، ۲۰۰۰)، تجربه هیجان‌های مشابه با دیگران و سهم شدن در حالت‌های هیجانی دیگران (جینی، آلبرو، بنلی و آلتو^۵، ۲۰۰۷) و هیجان مشاهده‌ای دیگر محور (لایبل، کارلو و روسچ^۶، ۲۰۰۴) مفهوم‌سازی کرده‌اند.

همدلی توانایی درک و سهم شدن در حالات عاطفی دیگران است که ترکیبی از دو بعد شناختی و عاطفی را شامل می‌شود و در مدیریت موفقیت روابط متقابل انسانی ضروری است. بعد شناختی به توانایی دیدگاه‌گیری و درک هیجان‌های دیگران اشاره دارد و بعد عاطفی توانایی سهم شدن در هیجان‌های دیگران است (پتر، میستر و پیر^۷، ۲۰۱۴). همدلی، توانایی مهمی است که فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی ترسیم می‌کند و از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند. همدلی نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد (جولیف و فارینگتو^۸، ۲۰۰۶). از سویی همدلی در مشکلات رفتاری-عاطفی کودکان نقش اساسی دارد و نقص در همدلی می‌تواند باعث ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان شود (مصعومی، شجاعی و همتی علمدارلو، ۱۳۹۵).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سطح تحول همدلی کودکان با اختلالات برونی‌سازی رابطه وجود دارد و کودکانی که همدلی بالاتری دارند، جامعه پذیرتر بوده (لایبل و

1. Theodore Lippi
2. Muncer & Ling
3. Dadds, Hunter, Hawes, Frost & Vassallo
4. Hoffman
5. Gini, Albiero, Benelli & Altoe
6. Laible, Carlo & Roesch
7. Peter, Meister & Pier
8. Jolliffe & Farringto

همکاران، ۲۰۰۴) و کودکانی که همدلی پایین‌تری دارند، رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگری در آن‌ها بالاتر (آمبروسیو، اولیور، دیدون و بسچ، ۲۰۰۹)، رفتارهای قلدرمآبانه به ویژه در پسران بیشتر (جولیفی و فارینگتون، ۲۰۱۱) و جامعه‌ستیزی بیشتری (وید، وید و بوگستل، ۲۰۱۰) دارند. در پژوهش دیگری مشخص شد که همدلی پایین با رفتارهای قلدرگری در پسران رابطه دارد و در مقابل سطوح بالای همدلی با کمک فعال به قربانیان هم مدرسه‌ای ارتباط دارد (آوانتی، بوتی، گالاتی و آگلیوتیس، ۲۰۰۵). کریستوفر، ساندرز، جاکوبویتز، بورتون و هازن^۵ (۲۰۱۳) در پژوهش دیگری نشان دادند که همدلی می‌تواند دل‌پستی را در کودکان رشد دهد که خود بر رفتارهای کودکان در نوپایی اثر می‌گذارد و باعث کاهش رفتارهای ضد اجتماعی در تعامل با همسالان‌شان و مشکلات برونی‌سازی می‌شود. با توجه به پژوهش دسچامپس، بین و متسیس^۶ (۲۰۱۴) مبنی بر اینکه همدلی در مدیریت موفقیت روابط متقابل والدین و کودک ضروری است و باعث ایجاد رفتارهای جامعه‌پسند از جمله کمک کردن به دیگران و مانع از بروز رفتارهای آزاردهنده می‌شود. داس و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان و همچنین تحول همدلی ۲۶۱۲ کودک سنین ۴ تا ۱۶ سال پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. همچنین مشخص شد که با افزایش سن، میزان همدلی افزایش می‌یابد و نمرات دختران در مقیاس همدلی بیشتر از پسران است. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که اختلال اضطراب جدایی و فویبای اجتماعی در دختران بیش از پسران است. همچنین مشخص شد که انواع اختلالات اضطرابی در دختران دو برابر بیش از پسران است (لیو، ایزنبرگ، لوسویا، فابس، گوتتری و مورفی، ۲۰۰۳).

1. Ambrosio, Oliver, Didom & Besche
2. Jolliffe & Farrington
3. Wied, Weid, Boxel
4. Avenanti, Bueti, Galati & Aglioti
5. Christopher, Saunders, Jacobvitz, Burton & Hazen
6. Deschamps, Been & Matthys
7. Liew, Eisenberg, Losoya, Fabes, Guthrie & Murphy

با توجه به بروز اختلالات رفتاری در دوره کودکی و دبستانی، شناسایی و تشخیص زودهنگام اختلالات رفتاری دانش‌آموزان، در پیشگیری از مشکلات و مسائل آتی ناشی از اختلالات رفتاری می‌تواند مؤثر باشد. از سویی مرور پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که مطالعات شیوع اختلالات رفتاری مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی (بیشتر محدود به دوره دبیرستان و شهرهای خاص مانند تهران بوده و این در حالی است که با توجه به اهمیت دوره پیش‌دبستانی و دبستانی، بررسی میزان شیوع و فراوانی مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی این دوره ضروری است. از سویی دیگر با توجه به این مسئله که مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان تمام جنبه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد، انجام مطالعات با هدف بررسی مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان جهت شناسایی زودهنگام نوجوانان دارای مشکلات رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی و توجه به روابط کودک با دیگران و همدلی با آنها و به کارگیری مناسب این پژوهش با توجه به میزان شیوع اختلالات ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه نتایج به دست آمده از چنین مطالعاتی به متخصصان بهداشت روانی کمک می‌شود تا نسبت به اتخاذ تصمیم‌گیری‌های کلان در هر جامعه‌ای اقدام نمایند. علاوه بر این، پیش‌بینی می‌شود که به مدد نتایج حاصل از این پژوهش بتوان کمبودها و خلاءهای موجود در روند تحول همدلی در کودکان ایرانی را شناسایی و نسبت به رفع آن زمینه‌سازی جهت تحول بهتر این سازه در نزد این کودکان اقدام نمود؛ زیرا که براساس نتایج تحقیقات، می‌توان از طریق تعیین زودهنگام سطوح همدلی کودکان و تدارک برنامه‌های آموزشی برای کودکان و والدین آنها، به ارتقای سطح همدلی در کودکان کمک نمود. همچنین مطالعات پیشینه پژوهشی نشان داد که بررسی تحول همدلی و اختلالات رفتاری کودکان در شهر تبریز کمتر پرداخته شده است؛ لذا با توجه به این عوامل، هدف پژوهش حاضر بررسی تحول همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دختران و پسران ۵ تا ۱۱ سال بود.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال شهرستان تبریز بودند که از مهدکودک‌ها، مراکز پیش‌دبستانی و دبستان‌های شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. نمونه آماری از مراکز فوق‌الذکر بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از مناطق پنجگانه آموزش و پرورش انتخاب شدند. در انتخاب نمونه، از بین دختران و پسران به نسبت برابر انتخاب صورت گرفت. بر این اساس، پنج گروه سنی شامل؛ گروه سنی ۵ سال، گروه سنی ۶ سال، گروه سنی ۷ سال، گروه سنی ۹ سال و گروه سنی ۱۱ سال انتخاب شدند. در انتخاب حجم نمونه برای هر گروه سنی ۳۰ نفر (۱۵ دختر و ۱۵ پسر) منظور شد. بر این اساس با توجه به وجود ۵ گروه سنی، حجم نهایی نمونه بر اساس جدول مورگان ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر، نخست مجوز لازم از اداره آموزش و پرورش شهر تبریز گرفته شد و از جامعه آماری موجود، نمونه مناسب انتخاب شد و هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس انجام گردید. جمع‌آوری داده‌ها درباره مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان و همدلی آن‌ها به صورت انفرادی انجام گرفت. به این صورت که پرسشنامه مشکلات رفتاری-عاطفی و همدلی توسط پژوهشگران در اختیار مادران قرار گرفت. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل توسط مادران در مدت زمان معین، جمع‌آوری شد. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش بر عدم ضرورت ذکر نام و مشخصات و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد.

همچنین سن مادران از ۲۰ تا ۴۲ بود که ۴۹/۳ درصد بین ۲۶ تا ۳۱ سال، ۲۸ درصد بین ۳۲ تا ۳۷، ۱۸ درصد بین ۳۸ تا ۴۲ سال و ۷/۴ درصد بین ۲۰ تا ۲۵ سال قرار داشتند.. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو به منظور غربال اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۱۲-۵ سال طراحی شد و در

1. Children Symptom Inventory

سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است و در یک مقیاس ۴ امتیازی؛ هرگز، برخی اوقات، اغلب و بیشتر اوقات، نمره‌گذاری می‌شود. فرم والدین دارای ۹۷ سوال است که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سوال است که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است (گرایسون و کارلسون، ۱۹۹۱). این پرسشنامه در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار، روایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در مطالعه‌ای که بر روی CSI-3R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۸). مطالعه دیگری نیز همین ۳ اختلال را در فرم معلم مورد بررسی قرار دادند که حساسیت آن را برای اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال لجبازی-نافرمانی، ۰/۶۲، ۰/۵۱، ۰/۵۸ و ویژگی آن را نیز به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۹۱ تعیین نمودند (محمدزاده و نجفی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه به عنوان ابزار سنجش اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان ایرانی از پایایی نسبی خوبی در فرم والدین برخوردار است و به عنوان یک ابزار غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (رحمانی و محب، ۱۳۹۰).

مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه بندی والدین: این مقیاس یک مقیاس عینی مشتمل بر ۲۳ سوال می‌باشد که در یک طیف ۹ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً مخالفم ۴- تا کاملاً موافقم ۴+ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس بر اساس شاخص همدلی به رایانت انطباق‌سازی شده است و تنها مقیاسی است که قادر است همدلی کودکان سنین ۴ تا ۱۶ سال را ارزیابی نماید. روایی و پایایی مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است (دادس و همکاران، ۲۰۰۸). به منظور بررسی روایی مقیاس، از روش‌های روایی همگرا و تحلیل عوامل استفاده شد. نتایج روایی همگرا حکایت از روایی همگرایی مطلوب مقیاس همدلی شناختی و عاطفی کودکان: فرم درجه‌بندی والدین با «شاخص همدلی به

رایانت» داشت ($t=0/41$ ، $p \leq 0/01$). علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل مقیاس نشان داد که مقیاس شامل دو عامل شناختی و عاطفی می‌باشد. به منظور بررسی پایایی مقیاس نیز از روش همسانی درونی استفاده شد که بر این اساس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، $0/81$ برآورد گردید. در این راستا روایی مقیاس با روش‌های صوری و تحلیل عوامل بررسی شد. نتایج تحلیل عوامل نشان داد که مقیاس از دو عامل شناختی و عاطفی اشباع شده است. همچنین پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/88$ و برای خرده مقیاس‌های همدلی شناختی و عاطفی به ترتیب $0/87$ و $0/89$ به دست آمد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در نهایت داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون آماری t دو گروه مستقل و تحلیل کواریانس به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS.21 تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های آماری آزمودنی‌ها را در نمره‌های همدلی و اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای همدلی اختلالات برونی‌سازی

متغیرها	شاخص‌های آماری			
	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
همدلی	۴۱/۵۶	۱۱/۵۲	۱۹	۶۷
اختلالات برونی‌سازی	۵/۷۳	۲/۴۲	۱	۱۰
اختلالات درونی‌سازی	۸/۱۴	۲/۸۸	۳	۱۳

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌ها را در متغیرهای درونی‌سازی و برونی‌سازی بر حسب سن و جنس نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی بر سن و جنس

سن	جنسیت	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
۵ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۳/۹۳	۰/۸۸
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۳/۹۳	۰/۸۸
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۲/۰	۱/۰
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۷/۰	۱/۰
۶ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۵/۰	۰/۹۲
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۵/۰۶	۱/۰۳
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۳	۱
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۸	۱
۷ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۷	۰/۹۲
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۸	۰/۹۲
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۵	۱
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۱۱	۱
۹ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۰۶	۰/۹۶
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۹/۰۶	۰/۹۶
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۶	۱
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۱۲	۱
۱۱ ساله‌ها	دختر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۹۳	۰/۸۸
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۱۱/۹۳	۰/۸۸
	پسر	اختلالات درونی‌سازی	۱۵	۸/۴۰	۰/۸۲
		اختلالات برونی‌سازی	۱۵	۵/۴۰	۰/۸۲

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی در دختران ۵ ساله تفاوتی با یکدیگر ندارد؛ در حالی که در پسران ۵ ساله میانگین اختلالات درونی‌سازی ($M=2$) بسیار کمتر از میانگین اختلالات برونی‌سازی ($M=7$) است. این یافته در گروه‌های سنی ۶ ساله‌ها نیز تکراری می‌شود، اما در دختران ۷ ساله اندکی میزان اختلالات برونی‌سازی ($M=8$) بیشتر از اختلالات درونی‌سازی با ($M=7$) است و این در حالی است که در پسران ۷ ساله همچنان میانگین اختلالات برونی‌سازی

($M=11$) بیش از اختلالات درونی سازی با ($M=5$) است. در گروه سنی دختران ۹ ساله نیز همچنان اختلالات برونی سازی ($M=9/06$) یک نمره بیش از اختلالات درونی سازی ($M=8/06$) است ولی در گروه پسران ۹ ساله اختلالات برونی سازی دو برابر شده و اختلالات برونی سازی ($M=12$) در برابر ($M=6$) اختلالات درونی سازی افزایش یافته است. در گروه دختران ۱۱ ساله سه نمره تفاوت بین اختلالات درونی سازی ($M=8/93$) با اختلالات برونی سازی ($M=11/93$) مشاهده می شود و برعکس در گروه پسران ۱۱ ساله از میانگین اختلال برونی سازی ($M=5/40$) کاسته شده و کمتر از میانگین اختلالات درونی سازی ($M=8/40$) شده است. در مجموع می توان نتیجه گیری کرد که به تدریج که به سن دختران افزوده شده بر شدت اختلالات برونی سازی آنان اضافه شده است. در حالی که پسران این تفاوت آشکار بین اختلالات درونی سازی و برونی سازی را به نفع اختلالات برونی سازی حفظ کرده اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در نمره همدلی بر حسب سن

سن	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
۵	۳۰	۲۸/۵۳	۳۴/۷۲	۳۱/۶۳	۷/۲۳
۶	۳۰	۳۱/۴۳	۳۷/۶۲	۳۴/۵۳	۹/۸۸
۷	۳۰	۳۹/۲۷	۴۵/۴۶	۴۲/۳۶	۷/۶۵
۹	۳۰	۴۳/۰۷	۴۹/۲۶	۴۶/۱۶	۹/۱۱
۱۱	۳۰	۵۰/۰۳	۵۶/۲۲	۵۳/۱۳	۸/۷۲
کل	۳۰	-	-	۴۱/۵۶	۱۱/۵۲

نتایج جدول ۳ به خوبی بیانگر روند تحول همدلی در آزمودنی ها است. چنانچه مشاهده می شود در گروه های مذکور؛ گروه سنی ۱۱ سال بهترین عملکرد را در همدلی، داشته اند و گروه سنی ۵ سال به لحاظ همدلی در پایین ترین مرتبه قرار دارند. در واقع روند تحول همدلی در گروه های سنی مختلف صعودی است یعنی آنکه با افزایش سن عملکرد آزمودنی ها بهتر می شود و آزمودنی ها به سطوح بالاتر همدلی می رسند. به طور کلی ملاحظه می شود پایین ترین میانگین همدلی ($M=31/63$) متعلق به ۵ ساله ها می باشد و

بالاترین میزان همدلی ($M=53/13$) متعلق به گروه سنی ۱۱ ساله می‌شود و این افزایش صعودی بین سنین ۵ و ۶ سه نمره بین سنین ۶ و ۷ هشت نمره، بین سنین ۷ و ۹ چهار نمره و بین سنین ۹ و ۱۱ شش نمره می‌باشد. یعنی بیشترین افزایش همدلی بین سنین ۷ و ۹ سال و سپس ۱۱ و ۹ سال رخ داده است.

همچنین در راستای تحلیل داده‌های مربوط به این که دختران و پسران در متغیرهای همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی با هم تفاوت دارند از آزمون t استفاده شد که نتایج در جدول ۴ درج شده است.

یک از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطا است. نتایج آزمون لوین نشان داد که گروه‌های مورد مطالعه از نظر واریانس خطا در اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی و همدلی تفاوت معنی‌داری با هم ندارند؛ لذا پیش فرض همگنی متغیرها محقق شد.

جدول ۴. آزمون t مستقل برای مقایسه همدلی، اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی

در دختران و پسران

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	Sig
اختلالات درونی‌سازی	دختر	۶/۵۸	۲/۰۸	۱۴۸	۴/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پسر	۴/۸۸	۲/۴۶			
اختلالات برونی‌سازی	دختر	۷/۶۰	۳/۰۲	۱۴۸	۲/۳۲	۰/۰۲
	پسر	۸/۶۸	۲/۶۵			
همدلی	دختر	۴۵/۹۰	۱۰/۸۷	۱۴۸	۴/۹۶	۰/۰۰۱
	پسر	۳۷/۲۲	۱۰/۵۲			

بر این اساس نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میان دختر و پسر به لحاظ اختلالات درونی‌سازی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه دختران وجود دارد ($t=4/58$ و $P<0/0001$). به عبارت دیگر، میزان اختلالات درونی‌سازی دختران بیشتر می‌باشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میان دختر و پسر به لحاظ اختلالات برونی‌سازی تفاوت معنی‌داری به نفع گروه پسران وجود دارد ($t=2/32$ و $P<0/02$). همچنین میان دختران و پسران به لحاظ

همدلی تفاوت معنی داری به نفع گروه دختران وجود دارد ($t=4/96$ و $P<0/001$). بنابراین بر اساس یافته‌ها میزان اختلالات درونی سازی و همدلی در دختران بیشتر و میزان اختلالات برونی سازی در پسران بیشتر است.

همچنین به منظور کنترل نقش متغیر جنسیت در تأثیر همدلی و سن بر اختلالات درونی سازی از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج این تحلیل در جدول ۵ نشان داده شده است. همچنین پیش از انجام تحلیل کواریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت؛ لذا استفاده از تحلیل کواریانس در داده‌های پژوهش بلا مانع بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری تأثیر سن و همدلی بر اختلالات درونی سازی با کنترل جنسیت

متغیر وابسته	منابع تغییر	SS	df	MS	F	Sig
اختلالات درونی سازی	متغیر جنسیت	۶۲/۸۲	۱	۶۲/۸۲	۳۴/۹۷	۰/۰۰۰۱
	همپراش					
اختلالات درونی سازی	سن	۳۴/۲۸	۴	۸۵/۵۷	۴۷/۹۸	۰/۰۰۰۱
	همدلی	۷۶/۸۴	۴۲	۱/۸۳	۱۰/۱۳	۰/۰۰۰۱
	سن × همدلی	۱۸/۸۹	۵۳	۰/۳۵	۱/۹۷	۰/۰۰۹

همان گونه که جدول فوق نشان می‌دهد متغیر همگام (همپراش) جنسیت بر متغیر وابسته تأثیر معنی داری دارد ($F=34/97$, $P\leq 0/0001$). متغیر مستقل سن بر اختلالات درونی سازی تأثیر معنی داری دارد ($F=47/98$, $P\leq 0/0001$). متغیر مستقل همدلی بر اختلالات درونی سازی تأثیر معنی داری دارد ($F=10/13$, $P\leq 0/0001$). همچنین تعامل سن و همدلی بر اختلالات درونی سازی تأثیر معنی دار دارد ($F=1/97$, $P\leq 0/009$).

همچنین به منظور کنترل نقش متغیر جنسیت در تأثیر همدلی و سن بر اختلالات برونی سازی از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج این تحلیل در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری تأثیر سن و همدلی بر اختلالات برونی‌سازی با کنترل جنسیت

متغیر وابسته	منابع تغییر	SS	df	MS	F	Sig
اختلالات برونی‌سازی	متغیر همپراش جنسیت	۱/۴۱	۱	۱/۴۱	۰/۶۶	۰/۴۱
	سن	۴۱/۳۶	۴	۱۰۴/۵۹	۴۹/۴۷	۰/۰۰۰۱
	متغیر مستقل همدلی	۳۳/۴۶	۴۲	۷/۹۸	۳/۷۷	۰/۰۰۰۱
	سن × همدلی	۲۵/۱۴	۵۳	۴/۷۲	۲/۲۳	۰/۰۰۰۳

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که متغیر همگام (همپراش) جنسیت بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌داری ($F=۰/۶۶$ ، $P\leq ۰/۴۱$) ندارد. متغیر مستقل سن بر اختلالات برونی‌سازی تأثیر معنی‌داری دارد ($F=۴۹/۴۷$ ، $P\leq ۰/۰۰۰۱$) متغیر مستقل همدلی بر اختلالات برونی‌سازی تأثیر معنی‌داری دارد ($F=۳/۷۷$ ، $P\leq ۰/۰۰۰۱$). همچنین تعامل سن و همدلی بر اختلالات برونی‌سازی تأثیر معنی‌دار دارد ($F=۲/۳۳$ ، $P\leq ۰/۰۰۰۳$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که اختلالات درونی‌سازی در دختران بیش از پسران است. به طوری که شیوع اختلالات درونی‌سازی مثل اضطراب، افسردگی در دختران بیشتر است، اما تحقیقاتی در این مورد که مستقیماً تفاوت دو جنس را در اختلالات درونی‌سازی بررسی کرده باشد، وجود ندارد. در واقع تحقیقات نشان می‌دهند که دختران بیشتر دچار اختلالات درونی‌سازی و پسران بیشتر دارای اختلالات برونی‌سازی هستند. با نسبت دو به یک یا سه به یک، پسران بیشتر از دختران مشکلات برونی‌سازی را نشان می‌دهند (میچل و کرولی، ۲۰۰۲). به طوری که می‌توان گفت در کودکان کمتر از ۱۰ سال فراوانی هیستری رابطه‌ای با جنس ندارد؛ اما پس از ۱۲-۱۱ سالگی در دختران فراوان‌تر و پس از ۱۴-۱۵ سالگی فراوانی آن در زنان دو برابر مردان شده است (دادستان، ۱۳۹۰)، از لحاظ افسردگی نیز به تفاوتی در فراوانی افسردگی پسران و دختران قبل از ۱۱ سالگی دست نیافته‌اند؛ اما در سن ۱۶ سالگی تعداد دختران افسرده دو برابر پسران گزارش شده است (دادستان، ۱۳۹۰).

در تبیین این یافته می‌توان تبیین‌های متفاوت و احتمالی را برای این یافته پژوهش حاضر مطرح است یکی از آن‌ها تفاوت‌های زیست‌شناختی و هورمونی بین زنان و مردان است که می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به اختلالات به سمت خود باشد. از سوی دیگر به نظر می‌رسد که شیوه‌های تربیتی و فرهنگی متفاوت برای دختران و پسران که از همان ابتدای کودکی ممانعت‌های متعددی در مسیر ابراز خود را بری جنس مؤنث فراهم می‌سازد و از سوی دیگر زمینه احساس درماندگی محیطی، وابستگی و نایمینی را برای دختران شکل می‌دهد بتواند توجیه‌کننده این گرایش زنان به سوی مشکلات رفتاری باشد که متوجه درون است در اکثر جوامع پذیرش هنجارها، آرام و تبعیت‌جو بود و هنجارشکنی نکردن جزو ملزومات کلیشه‌های زنانه محسوب می‌شود که این‌ها گرایش زن را به سوی مشکلات رفتاری که به سمت درون فرد است را گسترش می‌دهد (لیو و همکاران، ۲۰۰۸).

کودکان نسبت به نوجوانان و بزرگسالان به خاطر سن کمی که دارند هنوز با تعداد زیادی حوادث ناگوار و یا خطرزا کمتر مواجه شده‌اند؛ در نتیجه عدم کثرت رویدادهای منفی این که احساس خطر و نایمینی را در آن‌ها گسترش دهد یا احساس شکست و ناکامی و احساس درماندگی و استیصال را در آن‌ها ایجاد کند، موجب می‌شود که احتمال مواجه شدن با اختلالات درونی سازی شدید را در سنین پایین کاهش می‌دهد و این نسبت به مرور زمان با افزایش سن و در نتیجه افزایش چنین تجارب دردناک و آسیب‌زایی بیشتر می‌شود (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که اختلالات برون‌سازی در پسران بیش از دختران می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گیلیوم و شاو (۲۰۰۴) و مری کانگز و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت دارد. به طوری که مری کانگز و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که کودکان آمریکایی دارای ۸/۶ درصد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، ۳/۷ درصد اختلالات خلقی، ۲/۱ درصد اختلالات سلوک و ۰/۷ درصد اختلال اضطراب فراگیر داشتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان در سنین پیش‌دستانی از شدت کمتری در اختلالات برون‌سازی برخوردار هستند و بالاترین میزان این اختلالات در سنین اوایل نوجوانی یعنی ۱۱-۱۲ سالگی بروز می‌کند. این مسئله را شاید بتوان از طریق تغییرات

و تحولات شناختی و اخلاقی که در این سنین رخ می‌دهد تبیین نمود. در اوایل نوجوانی، کودک در حال تغییرات هویتی می‌باشد و شروع بحران‌های هویت در حال شکل‌گیری است. در این سنین به تدریج ارزش‌های اجتماعی و خانوادگی زیر سوال می‌رود و نوعی شک و تردید و عدم مقبولیت هنجارها در نوجوان آغاز می‌شود. از لحاظ هیجانی ناپایداری بوجود می‌آید و تغییرات اساسی در خودتنظیمی هیجانی رخ می‌دهد و میزان اختلالات رفتاری افزایش می‌یابد (بار، ۲۰۰۶).

اختلالات برونی‌سازی اغلب آثاری رو به بیرون و به سمت اجتماع دارد و در اغلب زیرگروه‌های آن اطرافیان بیش از خود نوجوان یا کودک از آن اختلال در رنج و عذاب هستند؛ بنابراین به نوعی شکستن قواعد و هنجارهای خانوادگی و اجتماعی محور اغلب اختلالات برونی‌سازی است به نظر می‌رسد عوامل چندگانه‌ای در چنین گرایش جنسیتی به این نوع اختلالات دخالت دارند. از جمله فاکتور زیست‌شناختی و هورمونی که مردان را آماده مقابله و جنگ و گریز با خطر است بیرونی می‌سازد. در حالی که چنین آمادگی جسمانی و هورمونی و زیستی در زنان نسبت به مردان وجود ندارد. از سوی دیگر کلیشه‌های فرهنگی در اکثر جوامع از همان سنین پایین برخلاف جنس مؤنث تبعیت جویی و مطیع و آرام بودن را برای پسران تقبیح کرده و برعکس جرأت‌ورزی، پرتحرکی، استقلال و حتی تبعیت جو نبودن را در آنان تقویت می‌کند و این ویژگی‌ها را از خصایص مردانگی و شایسته این جنس قلمداد می‌کنند. چنین گرایشات فرهنگی / اجتماعی باعث می‌شود که هنجارشکنی‌های خانوادگی و اجتماعی / فرهنگی از سوی زنان از همان سنین ابتدایی با واکنش‌های شدیدتری مواجه می‌شود تا در پسران و در پسران چنین وضعیتی در کودکی و نوجوانی با مسامح بیشتری با آن برخورد می‌شود که همگی می‌توانند زمینه‌ساز گرایش جنس مذکر به سوی اختلالات برونی‌سازی باشد (میچل و کرولی، ۲۰۰۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که میزان همدلی در دختران بیش از پسران است. این یافته پژوهش حاضر هماهنگ با یافته تحقیق بارنت^۲ (۱۹۸۷) است که نشان داد زنان در همدلی

1. Barr
2. Barnett

خود گزارشی نمرات بالاتری نسبت به مردان به دست می‌آورند؛ اما با مطالعه لیو و همکاران (۲۰۰۳) که آشکار ساخت بین دختران و پسران در مورد ارتباط همدلی و هیجان مثبت با رفتارهای درونی سازی و پاسخ‌های مبتنی بر همدلی در وضعیت‌های خانوادگی تفاوتی وجود ندارد ناهمسو است. در تبیین این یافته کریستوفر و همکاران (۲۰۱۳) معتقد بودند که همدلی می‌تواند دلبستگی ایمن بیشتری را در کودکان رشد دهد که خود بر رفتارهای کودکان در نوپایی اثر می‌گذارد و باعث کاهش رفتارهای ضداجتماعی در تعامل با همسالان‌شان و مشکلات برونی‌سازی می‌شود. همدلی، توانایی مهمی است که فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند، کمک به دیگران را برای وی ترسیم می‌کند و از آسیب به دیگران جلوگیری می‌کند. همدلی نیروی برانگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد (جولیف و فارینگتو، ۲۰۰۶). از سویی همدلی در مشکلات رفتاری - عاطفی کودکان نقش اساسی دارد و نقص در همدلی می‌تواند باعث ایجاد مشکلات رفتاری در کودک شود (مصعومی و همکاران، ۱۳۹۵).

یافته دیگر پژوهش نیز نشان داد که بین سنین مختلف از لحاظ اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی پس از کنترل جنسیت تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین دو گروه همدلی بالا و پایین نیز پس از کنترل نقش جنسیت از لحاظ دو اختلال درونی‌سازی و برونی‌سازی تفاوت وجود دارد و همچنین نتایج کوواریانس اثر تعاملی سن و همدلی را نیز بر اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی تأیید کرد. جولیف و فرانینگتون (۲۰۱۱) معتقدند کودکانی که در معرض چنین رنج‌ها و دردهایی بوده‌اند از حساسیت بین فردی آن‌ها کاسته می‌شود و همین مسئله منجر به پاسخ‌های غیرهمدلانه و بی‌تفاوتی نسبت به همسالان می‌گردد و از این طریق میزان همدلی آن‌ها نیز کاهش می‌یابد. البته احتمال دارد برخی از ویژگی‌های شناختی و شخصیتی فرد نیز نقش میانجی را بازی کند؛ مثلاً توانایی شناختی بالا برای بررسی موقعیت‌های متضاد و توانایی دیدگاه‌گیری بالا باعث فهم بیشتر و درست‌تر از موقعیت شده و مانع تمرینات شناختی می‌گردد که در نهایت سطح رفتارهای پرخاشگرانه را کاهش می‌دهد. مدارک تجربی از نقش پردازش شناختی در اعمال ضد

اجتماعی و رفتارهای برونی‌سازی حمایت می‌کند. همچنین یافته لوت و شیفلد^۱ (۲۰۰۷) همسو با یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که نوجوانان مبتلا به اختلالات برون‌سازی از سطوح پایین تری از همدلی برخوردارند. کودکانی که سطوح بالای همدلی را تجربه را تجربه می‌کنند، احساس مسئولیت بیشتری نسبت به دیگران می‌کنند و به تبع آن تلاش آنان در جهت کاهش پریشانی آن‌ها بیشتر است. بنابراین احتمال آنکه این کودکان به اختلالات برونی‌سازی دست زنند که در آن موجبات آزار دیگران توسط کودک فراهم شود بسیار کاهش می‌یابد (لیبل و همکاران، ۲۰۰۴).

همچنین شاید بتوان از طریق مدل پردازش اطلاعات کاهش اختلالات برونی‌سازی را در سنین پایین کودکی را تبیین نمود. اگرچه کودکان در سنین پایین مانند بزرگسالان قادر به پردازش اطلاعات هستند؛ اما کیفیت فرآیند پردازشگری آن‌ها به دلیل عدم رشد سیستم اعصاب مرکزی و عدم اتوماتیک شدن راهبردهای ذهنی، همچنین عدم ظرفیت کافی در حافظه کاری و محتوایی که در حافظه بلندمدت، تفاوت‌های اساسی با نوجوانی و بزرگسالی داشته باشد. مطالعات این رویکرد نشان داده که اختلالات برونی‌سازی در نوجوانان از جمله رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری نتیجه نقص در فرآیند پردازش اطلاعات و تمرینات اسنادی آنان می‌باشد. نوجوانان دارای رفتارهای برونی‌سازی در فرآیند رمزگردانی اطلاعات در تغییر اطلاعات اجتماعی و در ارائه پاسخ‌های متناسب با موقعیت و ارزشیابی پاسخ‌های خود دارای اشکالات اساسی هستند (بار، ۲۰۰۶).

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجا که این پژوهش بر روی گروه سنی ۵-۱۱ سال اجرا شده و وضعیت همدلی را در قبل از ۵ سالگی و بعد از ۱۱ سالگی مورد بررسی قرار نداده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج کمال احتیاط می‌بایست صورت گیرد. از سویی با توجه به اینکه مواردی مانند روابط والدین، تعداد خانوار، ترتیب ولادت و وضعیت اقتصادی در این پژوهش بررسی نشده است؛ بنابراین به عنوان محدودیت در این پژوهش مطرح بوده که در پژوهش‌های دیگر بهتر است مورد بررسی قرار گیرند. همچنین

1. Lovett & Sheffield

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از روش گزارش‌دهی والدین در مورد فرزندانشان استفاده شده که ممکن است مسأله سوگیری نتایج را مطرح سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی داده را از طریق فرم مربی نیز بدست آورد و نتایج آن با داده‌های بدست آمده از فرم والدین مقایسه گردد. همچنین از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مشاهده، مصاحبه با خود کودکان استفاده شود.

از آنجا که یافته‌ها نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات برونی‌سازی در پردازش اطلاعات نواقص قابل ملاحظه‌ای دارند و از آن‌جا که مدل پردازش اطلاعات علاوه بر تبیین تعاملات اجتماعی دارای کاربردهایی به منظور تبیین علل و پیشگیری از مشکلات رفتار برونی‌سازی نیز می‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود براساس مدل‌های پردازش اطلاعات، کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلالات نسبت به تحریفات شناختی و عاطفی خود از اطرافیان و محیط آگاه ساخت و پردازش درست اطلاعات را به آن‌ها آموزش داد تا از ایجاد بزهکاری و گسترش اختلالات برونی‌سازی ممانعت به عمل آورد. همچنین پیشنهاد می‌شود که آموزش همدلی در مدارس دبستانی، راهنمایی و دبیرستان از طریق دفاتر مشاوره گذاشته شود و در طی چند جلسه نحوه تنظیم هیجانات به کودکان و نوجوانان آموزش داده شود تا از ایجاد و گسترش این اختلالات پیشگیری شود. از طرفی آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی به کودکان به ویژه نوجوانان می‌تواند نقش مهمی را در ابراز رفتارهای همدلانه و کاهش اختلالات برونی‌سازی و درونی‌سازی داشته باشد. از سوی دیگر این پژوهش یک طرح مقطعی در حیطه طرح‌های تحولی است و در مقایسه نتایج آن با طرح‌های طولی می‌بایست احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود با یک سرمایه‌گذاری انسانی و مالی بیشتر یک طرح طولی به منظور بررسی تحول همدلی از ۱۱-۵ سالگی به مدت ۶ سال اجرا گردد و نتایج آن با طرح فعلی مقایسه شود تا بدین ترتیب تمام متغیرهایی که در طول این ۶ سال احتمالاً در تحول همدلی مؤثر خواهد بود در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

از همکاری دانش‌آموزان و والدین شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

- حسینی‌یزدی، سیده‌عاطفه؛ کیمیایی، سیدعلی؛ و عاطمی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامهٔ مداخله‌ای ویژه کودکان طلاق بر مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده کودکان طلاق. *مجله روانشناسی خانواده*، ۲(۱)، ۳-۱۴.
- خانجانی، زینب؛ شریعتی، مریم؛ و یادگار، امین. (۱۳۹۳). مقایسه تحول همدلی در کودکان دارای اختلالات درونی‌سازی ۵ تا ۱۱ سال. *مجله آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۷)، ۳۹-۵۴.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۶). *روانشناسی مرضی کودک*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- رحمانی، پریسا؛ محب، نعیمه. (۱۳۹۰). بررسی شیوه‌های فرزند پروری و جو عاطفی خانواده کودکان مبتلا به اضطراب فراگیر و کودکان فاقد اضطراب. *مجله علوم تربیتی*، ۴(۱۳)، ۶۷-۷۸.
- ساطوریان، سیدعباس؛ هراتیان، عباسعلی؛ طهماسیان، کارینه؛ و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده در کودکان: ترتیب تولد و فاصله سنی. *مجله روانشناسی تحولی*، ۱۲(۴۶)، ۱۷۳-۱۸۶.
- شریفی‌درآمدی، پرویز؛ قاسمی‌داوری، لیلا. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی بینش هیجانی، میزان عزت نفس و افسردگی در دختران بزه‌دیده و بزه‌ندیده ۱۵ تا ۱۸ ساله در سال ۱۳۸۹-۹۰. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۷، ۱۱۵-۱۳۲.
- غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی؛ موللی، گیتی؛ نعمتی، شهرزاد. (۱۳۸۸). میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل. *پژوهش در حیطهٔ کودکان استثنایی*، ۹(۳)، ۲۲۳-۲۳۸.

- محمدزاده، علی؛ نجفی، محمود. (۱۳۸۸). نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۵۹-۶۶.
- معصومی، مریم؛ شجاعی، ستاره؛ همتی علمدارلو، قربان. (۱۳۹۵). پیش‌بینی مشکلات رفتاری-عاطفی دانش‌آموزان با ناتوانی هوشی بر اساس همدلی مادران‌شان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۶، ۶۸-۷۳.
- میری، انور؛ فرخی، نورعلی؛ و کریمیان، عدالت. (۱۳۹۵). مقایسه اثر بخشی مشاوره روایت مدار و راه حل مدار بر اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پایه سوم مقطع راهنمایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۵)، ۲۵-۴۳.

- Achenbach, T. M.; Rescorla, L. A. (2001). *ASEBA school age forms profiles*. Burlington: University of Vermont, research center for children, youth & families.
- Ambrosui, F. D.; Oliver, M. D.; Besche, V. (2009). The basic empathy scale: A french validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences* 46, 160-165.
- Avenanti, A.; Buetti, D.; Galati, G. Aglioti SM (2005) Transcranial magnetic stimulation highlights the sensorimotor side of empathy for pain. *Nature Neuroscience*, 8(7), 955-960.
- Barr, R. (2006). Developing social understanding in a social context. In K. McCartney & D. Phillips (Eds). *Blackwell Handbook of Early Child Development*, (pp 188-207). Malden, MA: Blackwell.
- Bayer, J. K.; Sanson, A. V.; Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 542-559.
- Barnett, M. A. (1987). Empathy and related responses in children. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 146-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolm-Lake, T. L. (2007). *Predicting internalizing problems in at risk children and adolescents*. A dissertation presented in partial fulfillment of the PhD degree, Capella University.
- Christopher, C.; Saunders, R.; Jacobvitz, D.; Burton, R.; Hazen, N. (2013). Maternal empathy and changes in mothers' permissiveness as predictors of toddlers' early social competence with peers: A parenting intervention study. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 769-778.
- Costello, E.J.; Mustillo, S.; Keeler, G.; Angold, A. (2003) Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8):837-44.

- Dadds, M.R.; Hunter, K.; Hawes, D.; Frost, A.J.; Vassallo, S.; Bunn, P.; Merz, S.; El Masry, Y. (2008). Measurement of empathy in children using parental ratings. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(2), 111-122.
- Deschamps, P.K.H.; Been, M.; Matthys, W. (2014). Empathy and Empathy Induced Prosocial Behavior in 6- and 7-Year-Olds with Autism Spectrum Disorder. *Journal Autism Dev Disord*, 44(7), 1749-58.
- Gilliom, M.; Shaw, D. S. (2004). Co- development of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Developmental Psychopathology*, 16, 313- 334.
- Gini, G.; Albiero, P.; Benelli, B.; Altoe, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior*, 33, 467-476.
- Grayson, P. & Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of child and Adolescents Psychiatry*, 30, 69-673.
- Hoffman, M. L. (2000), *Empathy and moral development: Implications for caring and justice* (New York: Cambridge University Press)
- Jolliffe, D.; Farrington, D.P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggress Behav*, 32 (6), 540 -550.
- Jolliffe, D.; Farrington, D. P. (2011) Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables? *Journal of Adolescence*, 34, 59-71.
- Keil, V.; Price, J, M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28 (7):761-79.
- Laible, D. J.; Carlo, G.; Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviors. *Journal of Adolescence*, 27, 703-716.
- Liew, J.; Eisenberg, N.; Losoya, S. H.; Fabes, R. A., Guthrie, I. K.,; Murphy, B. C. (2003). Children's physiological indices of empathy and their socioemotional adjustment: Does caregivers' expressivity matter? *Journal of Family Psychology*, 17(4), 584-597.
- Lovett, B. J.; Sheffield, R. A. (2007). Affective empathy deficits in aggressive children and adolescents: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 1-13.
- Merikanges, K.R., He, J.P., Brody, D.F., Bourden, K., Korte, D. S. (2009). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics Pediatrics*, 125(1): 75-81.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.

- Muncer, S. J.; Ling, J. (2006). Psychometric analysis of the empathy quotient (EQ) scale. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1111–1119.
- Peter, H., Meister, J.C., Pier, J. (2014). *Narrative Empathy*. 2nd. Berlin: DeGruyter.
- Wied, M.D.; Weid, C.G.D.; Boxtel, A. V. (2010). Empathy dysfunction in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *European Journal of pharmacology*, 626, (1), 97-103.

Archive of SID