

رابطه مؤلفه‌های مشکلات درونی سازی با راهبردهای مقابله‌ای دانش آموزان ابتدایی *Relationships between coping strategies of primary children with internalized disorder*

Maryam Tehranizadeh

Faculty of psychology, Payam Noor University of Karaj,
Iran, Assistance

مریم طهرانی زاده

استادیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور

tehranizadeh_maryam@yahoo.com

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigate the Relationships between coping strategies of primary children & internalized disorder & its problems in Tehran. **Methods:** This study was correlation research. The population of the study was all the primary school Students in Tehran, the sample of the study were 303 students (153=female & 150=male) were selected according to clinical interview based on DSM and questionnaire Form 143 students were diagnosed as internalized patients. The Questionnaires were included, coping strategies Questionnaire & Child Behavior check list(CBCL), Teacher Report Form(TRF) of Achenbach system of Empirically Based Assessment(Achenbach & Rescorla, 2001). **Results:** Results show; there are strong meaningful relationship between coping strategies & internalized disorders in Adjusted strategies & Emotional problems ($P>0.01$) & the less meaningful relationship between adjusted strategies & Physical problems ($P<0.01$). Adjusted strategies & Isolation predict directly & Maladjusted strategies predict indirectly Emotional problems. As well as, Adjusted strategies predict directly & Maladjusted strategies predict indirectly Physical problems. Also, isolated strategies have not meaningful effectiveness. **Conclusion:** Importance of coping strategies and internalized problems was salient.

Keywords: coping strategies, internalized disorder, primary school Students

چکیده

هدف: هدف این مطالعه پیش‌بینی مشکلات درونی سازی شده بر اساس رفتارهای مقابله‌ای دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. **روش:** روش پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. حجم نمونه ۳۰۳ نفر (۱۵۳ دختر و ۱۵۰ پسر) بود. ۱۴۳ نفر از آنها بر اساس پرسشنامه و مصاحبه بالینی دارای اختلالات درونی سازی شده شناسایی شدند. ابزارهای پژوهش، فهرست رفتاری کودک و فرم گزارش معلم از نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنای (آشنای و رسکورلا، ۲۰۰۱) و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (فرایدنبرگ و لويس ۱۹۹۳). **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که قوی‌ترین همبستگی بین راهبردهای مقابله‌ای و اختلالات درونی شده در راهبرد سازش یافته با مشکلات عاطفی ($P>0.01$) و کمترین مقدار ضریب همبستگی نیز بین راهبرد سازش یافته با مشکلات بدنی ($P<0.01$) بدست آمد. راهبردهای سازش یافته و انزوایی به شکل مستقیم و راهبردهای سازش نیافته به شکل معکوس مشکلات عاطفی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین راهبردهای سازش یافته به شکل مستقیم و راهبردهای سازش نیافته به شکل معکوس مشکلات بدنی را پیش‌بینی می‌کنند. راهبردهای انزوایی در این معادله تأثیر گذاری غیر معنی‌داری را داشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر ارتباط مشکلات درونی سازی شده با راهبردهای مقابله‌ای را آشکار ساخته است.

کلمات کلیدی: مشکلات درونی سازی شده، رفتارهای مقابله‌ای، دانش آموزان ابتدایی

مقدمه

از جمله اختلالاتی که در دوران نوجوانی با پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری همراه است و افراد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مشکلات رفتاری درونی سازی شده^۲ و برونی سازی^۳ شده است. نشانگان درونی سازی شده شامل پریشانی‌های درونی بوده و از علائم آن می‌توان به کناره‌گیری^۴، شکایات جسمانی و احساسهای اضطراب^۵ و افسردگی^۶ اشاره نمود (آشنباخ و همکاران، ۱۹۹۷). بنابراین؛ مشکلات درونی سازی شده به مشکلاتی اطلاق می‌شوند که نشانه‌های بیماری بر خود فرد متمرکز است؛ مانند افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی. کراوفورد و همکاران (۲۰۱۱) در مدلی مشاهده کردند که رابطه غیر مستقیمی میان تنظیم هیجانی^۷ و اختلال‌های درونی سازی شده کودکان وجود دارد و در این میان عاطفه منفی مادر نقش واسطه‌ای و تعیین کننده‌ای دارد. شیری و همکاران (۱۳۹۳) نیز طی مطالعه‌ای بر روی کودکان و نوجوانان ایرانی نشان دادند که مشکلات درونی سازی شده بالاترین میزان شیوع را با مشکلات جسمانی^۸ کردن دارند. عامل نوز گزایی^۹ مادران نیز می‌تواند پیش‌بینی کننده اختلال‌های برونی سازی شده و درونی سازی شده دختران باشد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱). نمره بالای والدین در نوز گزایی پیش‌بینی کننده مثبت افزایش هیجان‌های منفی در کودک و نمره بالای والدین در برون گزایی پیش‌بینی کننده مثبت کودک است (کومزی و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین بسیاری از اختلالات درونی سازی شده کودکان ریشه در نوز گزایی والدین دارند.

از طرفی؛ مفهوم تنیدگی^{۱۰} به بروز یک حادثه تهدیدآمیز و ارزیابی شناختی شخص دارد و مقابله، تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور کنترل موقعیتهای تهدیدآمیز تعریف شده است (سارافینو، ۲۰۰۲). بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۵ رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با تنیدگی شامل دو فرایند می‌شود: فرایند مسئله‌مدار که طی آن فرد با مسئله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است، مواجه می‌شود و فرایند هیجان‌مدار که بر اساس آن فرد تلاش می‌کند پاسخهای هیجانی خود را تنظیم کند (برانون و همکاران، ۲۰۰۶). کودکانی که از مشکلات درونی سازی رنج می‌برند، اغلب در حین تنیدگی از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد^{۱۱} و سازگارانه^{۱۲} استفاده می‌کنند (تامپسون و همکاران، ۱۹۹۳).

یانوس و همکاران (۲۰۰۸) پس از مطالعه‌ای بر روی نوجوانانی که با اختلالات درونی سازی تشخیص داده شدند، نشان دادند که نوجوانان مضطرب و افسرده بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی^{۱۳} استفاده می‌کنند و همین امر موجب از دست رفتن امیدواری و عزت نفس در آنها می‌شود.

در مطالعه‌ای روشن‌چسلی (۱۳۹۲) با هدف تأثیر قصه‌گویی مبتنی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی^{۱۴}، نتیجه گرفت که این شیوه بر افزایش معنادار میزان همکاری، ابراز وجود^{۱۵}، کنترل خود^{۱۶} و مهارت‌های اجتماعی تأثیر داشته و کاهش معناداری در مشکلات رفتاری آنها دیده شده

² Internalized behavioral problem

³ Accommodation

⁴ Resignation

⁵ Anxiety

⁶ Depression

⁷ Emotional regulation

⁸ Physical problem

⁹ Neuroticism

¹⁰ Stressor

¹¹ Inefficient coping

¹² Maladaptive

¹³ Avoidance

¹⁴ Indifference

¹⁵ Self-assertiveness

است. قاسم‌پور و همکارانش (۱۳۹۳) نیز طی مطالعه‌ای نشان دادند که نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و نوجوانان بدون نافرمانی^{۱۷} مقابله‌ای از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیشتری استفاده می‌کنند. طهرانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) نقش راهبردهای مقابله‌ای را در اختلال‌های درونی سازی شده دختران و پسران مشخص کرده‌اند. همپل و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه در کودکان با مشکلات سازگاری آنها ارتباط معناداری دارد. پرتو و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند نوع رفتار مقابله‌ای می‌تواند خود کارآمدی^{۱۸} و سلامت روان فردی را پیش‌بینی کند. مسئله اصلی این است که مطالعه‌ای تا کنون به بررسی ارتباطی بین مشکلات درونی سازی و رفتارهای مقابله‌ای و پیش‌بینی پذیری رفتار مقابله‌ای بر اساس مشکلات درونی سازی نپرداخته است لذا پژوهش حاضر سعی بر آن دارد که خلأهای برشمرده شده را پر کند.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری مورد نظر در این تحقیق عبارتند از کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران که در سال ۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بوده‌اند و حجم نمونه مورد نظر از طریق فرمول کوکران ۳۲۰ نفر محاسبه گردید. که با احتساب ریزش ۳۰۳ نفر (۱۵۳ دختر و ۱۵۰ پسر) و ۱۴۳ نفر از آنها براساس پرسشنامه و معاینات بالینی دارای اختلالات درونی سازی شده شناسایی شده‌اند.

ابزار پژوهش

فهرست رفتاری کودک و فرم گزارش معلم: نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آشناباخ که یک نظام تشخیصی مبتنی بر طبقه بندی ابعدادی است، سنجش جامعی از طیف وسیعی از مشکلات و کنش‌وری سازشی کودک را در بر می‌گیرد و برای انواع مطالعات جمعیتی و همچنین پژوهش در نمونه‌های بالینی قابل کاربرد است. در این پژوهش برای سنجش اختلال‌های درونی سازی شده کودکان در بافت‌های مختلف، از فرم‌های گزارش معلم (TRF) و (CBCL) نظام آشناباخ استفاده شد. این فرم‌ها دارای دو بخش مجزا هستند: بخش نخست به ارزشیابی صلاحیت‌ها و کنش‌وری سازشی^{۱۹} کودک می‌پردازد و بخش دوم شامل ۱۱۲ ماده درباره مشکلات خاص کودکان است و وضعیت کودک در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه نادرست (۰)، تا حدی درست (۱) و کاملاً درست (۲) مشخص می‌شود که هم بر مبنای مقوله‌های DSM و هم بر اساس نتایج مبتنی بر تجربه، قابل نمره گذاری و تفسیر است. در پژوهش حاضر، بخش اول پرسشنامه که به ارزشیابی صلاحیت‌ها و کنش‌وری سازشی کودک منجر می‌شود، حذف و از معلمان و والدین خواسته شد تنها قسمت دوم پرسش نامه را تکمیل کنند.

مطالعات تحلیل عاملی آشناباخ و همکاران (۱۹۹۵) به شکل‌گیری ۸ عامل یا بعد به نام‌های "اضطراب/افسردگی"، "گوشه‌گیری/افسردگی"، "شکایت‌های جسمانی"، "مشکلات اجتماعی"، "مشکلات تفکر"، "مشکلات توجه"، "نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه" منجر شده است. ۹ سؤال نیز که در هیچ یک از این ۸ مقیاس جای نگرفتند، در مقیاسی با عنوان "مشکلات دیگر" قرار داده شدند. در مقیاس نشانگان اضطراب/افسردگی شاهد نشانگانی نظیر گریه کردن، ترسو و مضطرب بودن و وجود ترس‌هایی نظیر هراس‌های مرتبط با حیوانات یا موقعیت‌های خاص، ترس از مدرسه و ترس از افکار یا اعمال بد، شکایت از دوست داشتنی نبودن برای دیگران، احساس بی‌ارزشی و کهنتری، حساس بودن و زودرنجی، منزوی بودن و صحبت درباره خودکشی هستیم. در مقیاس گوشه‌گیری/افسردگی والدین و معلمان به توصیف نشانه‌های تمایل به تنهایی در کودک، خودداری از صحبت

¹⁶ Self- control

¹⁷ Indodence

¹⁸ Self-efficiency

¹⁹ Adjusted Function

کردن و تودار بودن، کمرویی، غمگینی، لذت کم و کند و بدون انرژی بودن وی می‌پردازند و نشانگان شکایت‌های جسمانی دربرگیرنده مشکلات جسمانی نظیر درد و ناراحتی، سردرد و دل درد، حالت تهوع و استفراغ، مشکلات دیداری و پوستی است که علت پزشکی مشخصی برای آنها وجود نداشته باشد (آشنباخ و ادلبروک، ۱۹۸۱). نمره "اختلال‌های درونی‌سازی شده" با جمع نمره‌های سه عامل "اضطراب/افسردگی"، "گوشه‌گیری/افسردگی" و "شکایت‌های جسمانی" به دست می‌آید. آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) برای کمک به متخصصان و پژوهشگرانی که با کودکان سن مدرسه کار می‌کنند، با استفاده از پرسش‌هایی که به نظر روان‌پزشکان و روان‌شناسان با تجربه، همسانی زیادی فراهم کردند TRF و CBCL داشتند، مقیاس‌هایی برای نمره‌گذاری DSM با مقوله‌های تشخیصی و مقوله‌های اختلال‌های عاطفی (شامل افسرده‌خویی و افسردگی مهاد^{۲۰})، اختلال‌های اضطرابی (شامل اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^{۲۱}، اضطراب جدایی^{۲۲} و هراس خاص)، اختلال فزون‌کنشی^{۲۳}/نارسایی توجه^{۲۴} و انواع فزون‌کنش و فزون‌کنش/برانگیخته^{۲۵}، اختلال شخصیت اجتنابی؛ اختلال رفتار؛ اختلال وسواس بی‌اختیاری^{۲۶}؛ اختلال رفتار مقابله‌ای و اختلال‌های بدنی (بدنی‌سازی ۱ و بدنی شکل ۲) را مشخص کردند.

در این میان، اگر چه افسردگی و اضطراب به عنوان نشانگان متفاوت از تشخیص بالینی این اختلال‌ها هستند، اما این دو مفهوم تا حد زیادی با هم همپوشی دارند. به عنوان مثال، مطالعات در و زیر CBCL مورد کودکان مشخص کرده‌اند که ارتباط معناداری بین گزارش‌های والدین در مقیاس‌های اضطراب/افسردگی و گوشه‌گیری/افسردگی و تشخیص بالینی اختلال افسردگی مهاد و افسرده‌خویی در کودکان و نوجوانان وجود دارد (ادلبروک و کاستلو، ۱۹۸۸). با مراجعه به هنجارهای ارائه شده به تفکیک سن و جنس در ایران معلوم می‌شود که هر کودک در کدام یک از سه قلمرو بالینی (نمره‌های T بالاتر از ۶۳)، مرزی (نمره‌های T بین ۶۰ تا ۶۳) یا بهنجار (نمره T پایین‌تر از ۶۰) قرار دارد. در انطباق و هنجاریابی فرم‌های نظام‌سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ (ASEBA) ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ جای گرفته و ضرایب آلفای مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های CBCL و TRF بین ۰/۷۳ و ۰/۸۳ می‌باشد. اعتبار آزمون-باز آزمون (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نشان داد که همه ضرایب همبستگی با ۹۵ درصد احتمال معنا هستند و بین دامنه ۰/۹۷ (برای مقیاس برونسازي شده) و ۰/۳۸ (برای مقیاس مشکلات تفکر) قرار دارند (مینایی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، اعتبار فرم گزارش معلم در پیش آزمون ۰/۹۳ و در پس آزمون معادل ۰/۹۴ است؛ و در فرم گزارش معلم، ضریب به دست آمده برای پیش آزمون معادل ۰/۹۵ و در پس آزمون ۰/۹۳ تعیین شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این مقیاس را که فرایدنبرگ و لوپس در سال ۱۹۹۳ در استرالیا بر اساس داده‌های حاصل از گروه‌های سنی مختلف با اجرای تحلیل عاملی، طراحی کرده‌اند، قادر است تفاوت‌های درون فردی و بین فردی را در ساختار کلی مقابله‌ها و منطبق با فرم ویژه متمایز کند. در فرم ویژه از فرد خواسته می‌شود تا با تمرکز بر یک مشکل خاص به پرسش‌ها پاسخ دهد اما در فرم کلی، راهبردهای متداولی که فرد در مجموعه‌ای از شرایط اتخاذ می‌کند تا با مشکلاتش مقابله کند، تعیین می‌شود. مقیاس فرم ویژه که در این پژوهش به کار رفته است، شامل ۸۰ سؤال است و ۱۸ راهبرد مقابله‌ای را تحت سه سبک مقابله‌ای "حل مسئله"، "مراجعه به دیگران" و "راهبردهای غیر سازنده" می‌سنجد. فرایدنبرگ و لوپس، (۲۰۰۴). هر یک از ۱۸ راهبرد شامل سه تا پنج سؤال

²⁰ Major depression

²¹ Generalized anxiety

²² Separation anxiety

²³ Hyper action disorder

²⁴ Dysattendance

²⁵ Activate

²⁶ Obsessive- Compulsive disorder

است و نمره گذاری آنها بر اساس مقیاس لیکرت به صورت همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز انجام می‌شود (فرایدنبرگ ولویس، ۲۰۰۴). اعتبار همه مقیاس‌ها با آلفای کرونباخ در جامعه استرالیا ۰/۷ و ثبات آن مطابق با اندازه‌گیری پیوستار ضریب همبستگی بازآزمایی، ۰/۴۴ و ۰/۸۱ (فرایدنبرگ و ولویس، ۲۰۰۴) بوده است. در جامعه ایرانی، حاجی‌زادگان (۱۳۸۵) به اعتباریابی و روا سازی آزمون راهبردهای مقابله‌ای فرایدنبرگ و ولویس (۱۹۹۳) در جامعه نوجوانان شهر تهران پرداخت. نتایج تحلیل عاملی مواد سه سبک مقابله‌ای سازش یافته (کمک طلبی، پیوند جویی، تلاش و پیشاپیش‌نگری، مثبت‌نگری و مذهب‌گرایی) و سازش نیافته (نگرانی‌پذیری، انکار، پرخاشگری فعل‌پذیر و فعالیت بدنی) و انزوای مایوسانه را متمایز کرد.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک گروه نمونه مانند پایه تحصیلی و وضعیت بالینی بیمار به تفکیک جنسیت گزارش شده است.

جدول ۱- پایه تحصیلی و گروه در نمونه به تفکیک جنسیت

متغیر	دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پایه				
کلاس دوم	۱	٪۰.۰	۱	٪۰.۳
کلاس سوم	۵۱	٪۱۶.۸	۵۱	٪۱۶.۸
کلاس چهارم	۴۱	٪۱۳.۵	۴۴	٪۱۴.۵
کلاس پنجم	۶۱	٪۲۰.۱	۵۴	٪۱۷.۸
گروه				
درونی سازی شده	۷۳	٪۲۴.۱	۷۰	٪۲۳.۱
عادی	۸۰	٪۲۶.۴	۸۰	٪۲۶.۴
کل	۱۵۳	٪۵۰.۵	۱۵۰	٪۴۹.۵

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۱۵۳ دختر و ۱۵۰ پسر در گروه نمونه حضور دارند که در کل ۱۴۳ نفر از آنها بر اساس پرسشنامه و معاینات بالینی دارای اختلالات درونی سازی شده شناسایی شده‌اند. قوی‌ترین همبستگی بین متغیرهای ملاک (راهبردهای مقابله‌ای) با پیشبین (اختلالات درونی شده) در راهبرد سازش یافته با مشکلات عاطفی به مقدار ۰/۵۷ به دست آمده است که در سطح $p > ۰/۰۱$ معنی دار می‌باشند. کمترین مقدار ضریب همبستگی نیز بین راهبرد سازش یافته با مشکلات بدنی به مقدار ۰/۴۱۵- مشاهده شد که در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی دار است (جدول ۲).

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی و ماتریس ضرایب همبستگی نمرات متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	اضطرابی	عاطفی	بدنی	سازش نیافته	سازش یافته	انزوا
اضطرابی	۵.۱۷	۳.۷۶	۱					
عاطفی	۴.۶۶	۳.۴۵	**۰.۷۵۰	۱				
بدنی	۴.۷۰	۳.۰۶	**۰.۶۰۹	**۰.۵۶۷	۱			
سازش نیافته	۶۱.۱۶	۱۰.۸۳	**۰.۴۵۷	**۰.۵۷۰	**۰.۴۷۵	۱		
سازش یافته	۱۴۴.۳۵	۲۱.۰۰	**۰.۴۲۰	**۰.۴۳۸	**۰.۴۱۵	**۰.۴۲۵	۱	
انزوا	۳۲.۶۱	۹.۳۳	**۰.۵۲۲	**۰.۵۵۰	**۰.۴۵۶	**۰.۶۴۹	**۰.۶۸۰	۱

** $p < 0/01$, * $p < 0/05$, $r^2 N =$

به منظور بررسی دقیق رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با مشکلات درونی سازی شده از روش رگرسیون چندمتغیری استفاده شد که خلاصه‌ای از نتایج حاصل این تحلیل‌ها در جدول ۳ گزارش شده است. در این تحلیل رگرسیون هر مشکل به تنهایی یک متغیر ملاک در نظر گرفته شده است.

نتایج گزارش شده در جدول ۳ نشان می‌دهد راهبردهای سازش یافته و انزوایی به شکل مستقیم با مقدار ضریب تعیین استاندارد ۰.۲۹۹ در سطح معنی داری $p < ۰.۰۰۰۱$ مشکلات اضطرابی را پیش‌بینی می‌کنند. راهبردهای سازش نیافته در این معادله تأثیر گذاری معکوس و غیر معناداری را نشان داده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون رفتارهای مقابله‌ای با مشکلات درونی سازی شده

متغیر ملاک	متغیر پیشین	Beta	T	p	R2	F	P
اضطرابی	سازش نیافته	۰.۲۰۸	۳.۲۸۶	۰.۰۰۱			
	سازش یافته	-۰.۱۲۷	-۱.۹۲۴	۰.۰۵۵	۰.۲۹۹	۴۳.۸۸	۰.۰۰۰
	انزوا	۰.۳۰۱	۳.۸۵۰	۰.۰۰۰			
عاطفی	سازش نیافته	۰.۳۷۲	۶.۲۶۵	۰.۰۰۰			
	سازش یافته	-۰.۱۲۹	-۲.۱۰۰	۰.۰۳۷	۰.۳۸۴	۶۳.۶۹	۰.۰۰۰
	انزوا	۰.۲۲۰	۳.۰۰۶	۰.۰۰۳			
بدنی	سازش نیافته	۰.۳۱۵	۴.۹۰۱	۰.۰۰۰			
	سازش یافته	-۰.۲۰۶	-۳.۰۸۵	۰.۰۰۲	۰.۲۷۹	۳۹.۸۵	۰.۰۰۰
	انزوا	۰.۱۱۱	۱.۴۰۳	۰.۱۶۲			

در جدول ۳ مشاهده می‌شود راهبردهای سازش یافته و انزوایی به شکل مستقیم و راهبردهای سازش نیافته به شکل معکوس با مقدار ضریب تعیین استاندارد ۰.۳۸۴ در سطح معنی داری $p < ۰.۰۰۰۱$ مشکلات عاطفی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین راهبردهای سازش یافته به شکل مستقیم و راهبردهای سازش نیافته به شکل معکوس با مقدار ضریب تعیین استاندارد ۰.۲۷۹ در سطح معنی داری $p < ۰.۰۰۰۱$ مشکلات بدنی را پیش‌بینی می‌کنند. راهبردهای انزوایی در این معادله تأثیر گذاری غیر معنی داری را نشان داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف پیش‌بینی مشکلات درونی سازی شده بر اساس رفتارهای مقابله‌ای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی می‌باشد و نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای با اختلالات درونی شده در راهبرد سازش یافته با مشکلات عاطفی همبستگی معنی دار و زیادی دارد و همبستگی بین راهبرد سازش یافته با مشکلات بدنی معنی دار، اما کم است. راهبردهای سازش یافته و انزوایی به شکل مستقیم مشکلات اضطرابی را پیش‌بینی می‌کنند. راهبردهای سازش نیافته در این معادله تأثیر گذاری معکوس و غیر معنی داری را نشان داده است.

نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های تامپسون و همکاران (۱۹۹۳)، یانوس و همکاران (۲۰۰۸)، روشن چسلی (۱۳۹۲)، قاسم‌پور و همکارانش (۱۳۹۳)، طهرانی زاده و همکاران (۱۳۹۳)، همپل و همکاران (۲۰۰۵) و پرتو و همکاران (۲۰۱۱) می‌باشد. نشانگان رفتاری به خصوص هنگامی که کودکان شرایطشان را به صورت تهدیدکننده و برانگیزاننده اضطراب دریافت می‌کنند اغلب منبعث از الگوهای شناختی منفی هستند و به تعمیم واکنش‌های هیجانی تنیدگی‌زا منجر می‌شوند. احساس اضطراب، درماندگی و پریشانی کودکان را به هم می‌ریزد و در توانایی‌هایشان برای مقابله با محرک‌های محیطی تداخل می‌کند. رایج‌ترین رفتار در این موقعیت، اجتناب و دور شدن از موقعیت یا بازداری است.

رویدادهای فعال‌کننده و عوامل محیطی زندگی روزمره کودکان، رفتارها و عواطف یکسانی در همه کودکان بر نمی‌انگیزند. بعلاوه در یک چهارچوب رفتاری - شناختی، شناخت‌ها میانجی تجربه‌های هیجانی و رفتارهای کودک محسوب می‌شوند. تجسم شناختی رمزگردانی شده کودکان از محیط بیرونی، تعیین‌کننده پاسخ‌های رفتاری و هیجانی کودکان است. این تجسم‌های شناختی، با فعالیت‌های ذهنی متفاوتی مانند عقاید، معانی و تصاویر ذهنی، باورها، اسنادها و انتظارات مرتبط‌اند.

آموزش مهارت‌های مختلف مثل مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در تشویق کودکان و نوجوانان به افزایش تعامل‌های اجتماعی و ارتباط با همسالان مؤثر باشد. این مهارت‌ها که اغلب برای کودکان مبتلا به درونی سازی استفاده می‌شود، از شدت برانگیختگی، تحریک پذیری و نوسان‌های خلقی در مبتلایان به اختلال‌های درونی سازی شده می‌توانند، بکاهند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه این است که محدود به جامعه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران می‌باشد و همین امر امکان تعمیم آنرا محدود می‌کند. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود تا بر روی نمونه بزرگتر و در دیگر شهرها نیز این مطالعه یا مطالعاتی از این دست صورت گیرند.

منابع

- آشناباخ، ت. و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرمهای سن مدرسه نظام سنجش (ASEBA) مبتنی بر تجربه آشناباخ (ا. مینایی، مترجم)*. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱)
- حاجی زادگان، م. (۱۳۸۵). *اعتبار یابی و روا سازی آزمون راهبردهای مقابله‌ای نوجوانان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- خانجانی، ز، و هداوندخانی، ف. (۱۳۹۱). رابطه ابعاد شخصیت مادران با اختلال‌های برونی سازی و درونی سازی دختران، *روانشناسی معاصر*، ۱۰۸-۹۹، (۱)۷
- شیری، ا.، ولی‌پور، م.، مظاهری، م.، و رودباری سقایی، ب. (۱۳۹۳). بررسی شیوع مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی پسر شهرستان زنجان، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲، ۲، (۳۶) ۱۶۵-۱۷۹
- روشن چسلی، ر. (۱۳۹۲). تأثیر قصه‌گویی مبتنی بر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر هشت تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنائی، *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۰، ۳۵، ۱، (۱) ۷۳-۹۳
- طهرانی‌زاده، م.، پورمحسنی کلوری، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه رفتار درمانگری شناختی بر راهبردهای مقابله‌ای: مقایسه کودکان مبتلا به اختلال‌های درونی سازی شده، *فصلنامه علمی تخصصی روانشناسی بالینی و آزمایشی*، ۱، (۱) ۲۱-۳۵
- قاسم‌پور، ع.، رضایی، و.، و کلهری، ع. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی در نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار، *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۳، ۳، (۳) ۱۶۰-۱۵۳
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (1997). *Empirically Based Assessment of Child and Adolescent Psychopathology: Practical Applications*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 56.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington, VT: university of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Brannon L & Feist J. (2006). *Health Psychology: Stress, Pain and Coping*. United States: Congrace Learning.
- Crawford, N. A., Schrock, M., & Woodruff- Borden, J. (2011). Child internalizing symptoms: Contributions of child temperament, maternal negative affect personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). "The coping strategies used by capable adolescents". *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 3 (1), 1-9.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2005). *Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents*. Center of Clinical Psychology and Rehabilitation. University of Bremen, Bremen, Germany.
- Komsi, N., Rääkkö nen, K., Heinone, K., Pesonen, A., Keskiivaara, P., Järvenpää, A., & Strandberg, T. E. (2008). Transactional development of parent personality and child temperament. *European Journal of Personality*, 22, 553- 573.
- Parto, M. Besharat, MA. (2011). the direct and indirect effects of self- efficacy and problem solving on mental health in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. *Social and Behavioral Sciences*. 639 – 643.

- Sarafina, E. P. (2002). *Health Psychology, Biopsychosocial Interactions: Stress, Illness, and Coping*. John Wiley & Sons, USA, 2002.
- Thompson, R.J. Gil, K.M. Burbach, D.J. Keith, B.R. Kinney, T.R. (1993). Role of child and maternal processes in the psychological adjustment of children with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(3), 468-474.
- Yanos, P.T. Roe, D. Markus, M. Lysaker, P.H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatry Serv.* 59(12): 1437-1442.