



ORIGINAL ARTICLE

OPEN ACCESS

The Mediating Role of Moral Apathy in the Relationship between Childhood Maltreatment and Peer Rejection with Conduct Disorder Symptoms in Adolescents

Fazeleh Heidari¹ PhD Candidate, Mohammad Narimani^{1*} PhD, Seyfollah Aghajani¹ PhD, Sajad Basharpour¹ PhD

¹ Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

ABSTRACT

AIMS: Behavioral problems in childhood and adolescence can be a background for delinquency and antisocial behavior in adulthood. The present study aimed to determine the mediating role of disengagement in relationships between Childhood Maltreatment and Peer Rejection with Conduct Disorder Signs in Adolescents.

MATERIALS AND METHODS: The method of this study is a descriptive correlation. The statistical population of this research was all the students of the first and second courses of Urmia city in the academic year of 2019-2020. 220 people were selected by multi-stage random sampling method and to the self-report version of the abilities and problems questionnaire (Cronbach's alpha 0.78), childhood trauma scale (Cronbach's alpha 0.83), peer social rejection scale (Cronbach's alpha 0.95) and apathy scale Ethical (Cronbach's alpha 0.91) answered. For data analysis, structural equation modeling was used in the form of SmartPLS 3 software.

FINDINGS: 220 people with an average of 16.15 years and a standard deviation of 1.54 participated in this research. The results of structural equation modeling showed that the direct path coefficients of childhood maltreatment ($p < 0.001$; $\beta = 0.38$) and moral apathy ($p < 0.001$; $\beta = 0.40$) were significant. Also, the direct path coefficients of childhood maltreatment ($p < 0.001$; $\beta = 0.42$) and peer rejection ($p < 0.01$; $\beta = 0.23$) on moral apathy were significant. In addition, childhood maltreatment and peer rejection had an indirect effect on conduct disorder symptoms through the mediation of moral apathy.

CONCLUSION: These results show that in addition to the direct effect of childhood maltreatment on conduct disorder symptoms, moral apathy acts as a mediator, and the effects of childhood maltreatment and peer social rejection on conduct symptoms. The results of this study can be used in the design of preventive programs and early intervention in behavioral disorders.

KEYWORDS: [Conduct Disorder](#); [Apathy](#); [Morality](#); [Disruptive behavior disorder](#)

How to cite this article:

Heidari F, Narimani M, Aghajani S, Basharpour S. *The Mediating Role of Moral Apathy in the Relationship between Childhood Maltreatment and Peer Rejection with Conduct Disorder Symptoms in Adolescents.* J Police Med. 2022;11(1):e24.

*Correspondence:

Address: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil-University Street, Ardabil, Iran.
Postal Code: 56199-11367.
Tel: +984531505625
Mail: narimani@uma.ac.ir

Article History:

Received: 04/04/2022
Accepted: 21/06/2022
ePublished: 26/07/2022



نشریه طب انتظامی

دسترسی آزاد

مقاله اصیل

نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی در روابط بدرفتاری دوره کودکی و طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در نوجوانان

فاضله حیدری¹ PhD Candidate، محمد نریمانی^{1*} PhD، سیف‌اله آجاجانی¹ PhD، سجاد بشرپور¹ PhD

¹ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

اهداف: مشکلات سلوک در دوره کودکی و نوجوانی می‌تواند پیش‌زمینه‌ای برای بزهکاری و رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی در روابط کودک‌آزاری و طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در دانش‌آموزان بود.

مواد و روش‌ها: روش این مطالعه، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌های اول و دوم متوسطه شهر ارومیه در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و به نسخه خودگزارشی پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (آلفای کرونباخ ۰/۷۸)، مقیاس آسیب‌های دوره کودکی (آلفای کرونباخ ۰/۸۳)، مقیاس طرد اجتماعی همسال (آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی (آلفای کرونباخ ۰/۹۱) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادله ساختاری در قالب نرم‌افزار SmartPLS ۳ استفاده شد.

یافته‌ها: ۲۲۰ نفر با میانگین سنی ۱۶/۱۵ سال و انحراف معیار ۱/۵۴ در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری دوره کودکی ($\beta=0/38; p<0/001$) و بی‌اشتیاقی اخلاقی ($\beta=0/40; p<0/001$) به نشانه‌های اختلال سلوک معنادار بود. همچنین ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری کودکی ($\beta=0/42; p<0/001$) و طرد همسال ($\beta=0/23; p<0/01$) بر بی‌اشتیاقی اخلاقی معنادار بود. علاوه بر این، بدرفتاری دوره کودکی و طرد همسال با میانجی‌گری بی‌اشتیاقی اخلاقی، اثر غیرمستقیمی بر نشانه‌های اختلال سلوک داشت. نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که علاوه بر اثر مستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر نشانه‌های اختلال سلوک، بی‌اشتیاقی اخلاقی به عنوان میانجی، اثرات بدرفتاری کودکی و طرد اجتماعی از طرف همسال بر نشانه‌های سلوک عمل می‌کند. نتایج این مطالعه می‌تواند در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله زودهنگام در اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال سلوک، بی‌اشتیاقی، اخلاق، اختلالات رفتاری اختلال گرانه

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۵
پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱
انتشار: ۱۴۰۱/۰۵/۰۴

نویسنده مسئول*:

آدرس پستی: اردبیل- خیابان دانشگاه- دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
کد پستی: ۱۱۳۶۷-۵۶۱۹۹
تلفن: ۰۴۵۳۱۵۰۵۶۲۵
پست الکترونیکی: narimani@uma.ac.ir

نحوه استناد به مقاله:

Heidari F, Narimani M, Aghajani S, Basharpour S. The Mediating Role of Moral Apathy in the Relationship between Childhood Maltreatment and Peer Rejection with Conduct Disorder Symptoms in Adolescents. J Police Med. 2022;11(1):e24.

مقدمه

مشکلات سلوک (Conduct Problems) در کودکان و نوجوانان یکی از نگرانی‌های جدی اجتماعی است و به عنوان یک عامل پیش‌بین مهم برای بزهکاری و رفتارهای ضداجتماعی در بزرگسالی محسوب می‌شود. با این حال، علی‌رغم توجه زیاد عمومی، علمی و حرفه‌ای، تعداد زیادی از نوجوانان، همچنان مرتکب رفتارهای ضداجتماعی و ویرانگر و خشونت‌آمیز می‌شوند که بسیاری از آنها از دید جامعه عمومی پنهان می‌ماند. بسیاری از انواع مشکلات سلوک دوره نوجوانی، طی دهه‌های اخیر به میزان زیادی افزایش یافته و این تغییر بر مردان و زنان، تمام طبقات اجتماعی و انواع خانواده‌ها اثر گذاشته است [۱]. افراد مبتلا به اختلال سلوک، یک الگوی رفتاری تکراری و مداوم نشان می‌دهند که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارها و مقررات اجتماعی متناسب با سن نقض می‌شود. ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، علائم این اختلال را در چهار دسته طبقه‌بندی می‌کند: پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات (مانند قلدری، خشونت فیزیکی)، تخریب اموال (به عنوان مثال، آتش‌افروزی، تخریب اموال عمومی)، فریب‌کاری و سرقت (به عنوان مثال، دزدیدن چیزی از مغازه) و نقض جدی قوانین (به عنوان مثال، مدرسه‌گریزی و فرار از خانه) [۲]. اختلال سلوک معمولاً در کودکی اولیه یا نوجوانی ظاهر می‌شود و بین ۲ تا ۱۰ درصد جامعه عمومی و به طور متوسط ۴ درصد افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال در کودکان زیر ۱۸ سال که دارای نشانه‌های فوق هستند، تشخیص داده می‌شود و زمانی که این کودکان به دوره بزرگسالی (بالای ۱۸ سال) می‌رسند، در صورتی که نشانه‌ها همچنان دوام داشته و بر زندگی خانوادگی و شغلی اثر بگذارد، تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌تواند مد نظر قرار گیرد [۲].

چندین مطالعه آینده‌نگر روی جمعیت‌های بزرگ نشان داده‌اند که بدررفتاری دوره کودکی (Childhood Maltreatment) به طور معنی‌داری خطر رفتار ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی را افزایش می‌دهد. برای مثال *Desantis* و همکاران نشان داده‌اند که بدررفتاری متوسط تا شدید دوره کودکی، علاوه بر اینکه خطر اختلال سلوک را افزایش می‌دهد، بلکه خطر دستگیری نوجوان یا بزرگسال جوان را نیز افزایش می‌دهد. این در حالی است که هر دو عامل بدررفتاری کودکی و اختلال سلوک کودکی به طور معنی‌داری خطر تکرار جرم را افزایش می‌دهد. در این مطالعه، نوجوانان ADHD که مورد بدررفتاری قرار گرفته بودند، سه و نیم برابر بیشتر از کودکان مبتلا به ADHD بدون تجربه بدررفتاری کودکی بازداشت شده بودند [۳]. بدررفتاری دوره کودکی به عنوان خطر آشکاری برای ارتکاب خشونت نسبت به والدین در میان نوجوانان [۴]، [۵] و بزرگسالان [۶] نیز به حساب می‌آید. *Schwartz* و همکاران [۷] در یک مطالعه طولی از نوجوانی تا بزرگسالی

نشان داده‌اند که مواجهه با تجربه‌های ناگوار کودکی با شیوع بالای مشکلات مصرف الکل و سطوح بالای رفتار ضداجتماعی در بزرگسالی همراه است.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک نسبت به همسالان خود، پرخاشگری کلامی و فیزیکی بیشتری داشته و مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند، در نتیجه بیشتر آنها توسط همسالان خود طرد می‌شوند. طرد اجتماعی توسط همسال در دبستان یک عامل خطر قوی برای مشکلات سلوک در نوجوانی است، کودکانی که به مدت ۲ تا ۳ سال در مدرسه طرد می‌شوند، حدود ۵ برابر بیشتر از دیگران در دوره نوجوانی مشکلات سلوک از خود نشان می‌دهند [۸]. گروه همسال یک بافت کلیدی است که نوجوانان در آن به دنبال پذیرش و تعلق هستند. روابط با همسالان فرصت‌هایی برای نوجوانان فراهم می‌کند تا مهارت‌های بین‌فردی مهمی که متفاوت از مهارت‌های آموخته‌شده از والدین است، یاد بگیرند زیرا روابط با همسالان ارادی بوده و تساوی‌طلبی (Egalitarian) بیشتری نسبت به روابط با اعضای خانواده دارد. علاوه بر این، تعاملات با همسالان، رشد مهارت‌های بین‌فردی موردنیاز برای تشکیل و دوام روابط صمیمانه‌تر با دوستان نزدیک را تسهیل می‌کند [۹]. در مقابل، طرد اجتماعی (Social Rejection) زمانی رخ می‌دهد که دیگران اجازه نمی‌دهند افراد خاصی به گروه آنها وارد شوند و با آنها رابطه داشته باشند. طرد اجتماعی از آزار و اذیت‌های فیزیکی، تهمت‌ها، نادیده گرفتن، سرزنش دیگران تا محروم کردن فعالانه فرد از گروه یا روابط اجتماعی متغیر است. کودکانی که توسط همسالان خود طرد می‌شوند، در واقع به‌عنوان سپر بلای گروه عمل کرده و هدف قلدری، سوء استفاده و محرومیت قرار می‌گیرند [۱۰]. یک سوم کودکان و نوجوانان در طول سال‌های مدرسه، طرد اجتماعی به‌وسیله همسالان خود را گزارش می‌کنند [۱۱]. *Dodge* و همکاران [۱۲] نشان داده‌اند که طرد همسالان در کودکی میانه، رفتار ضد اجتماعی جاری و آتی را پیش‌بینی می‌کند، این نتیجه حتی بعد از کنترل اثر مشکلات برونی‌سازی اولیه نیز وجود دارد. مطالعات طولی نشان می‌دهند کودکان طردشده اجتماعی، در بزرگسالی در معرض خطر بالای ناسازگاری اجتماعی و الگوهای تفکر ناسازگارانه قرار دارند [۱۰، ۱۳]. *Massing-Schaffer* و همکاران [۱۴] و *Cheek* و همکاران [۱۵] نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه بین طرد اجتماعی و خیال‌پردازی خودکشی نشان داده‌اند که بین موارد حاد طرد اجتماعی و خیال‌پردازی خودکشی ارتباط وجود دارد.

از طرف دیگر، از آنجا که اخلاق (Morality) عنصر مرکزی هرگونه رفتار اجتماعی است، کودکان دچار مشکلات سلوک، رشد اخلاقی نابهنجاری نیز دارند. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که اخلاق شامل دو عنصر مهم اخلاق شناختی (Cognitive Morality)، اینکه فرد درباره قواعد رفتار اخلاقی چگونه فکر می‌کند و اخلاق عاطفی

طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در نوجوانان انجام گرفت و مدل مفروض زیر در این مطالعه مورد آزمون قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دوره‌های اول و دوم متوسطه تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهر ارومیه مشغول به تحصیل بودند. با توجه به اینکه در مطالعات مدل‌یابی، حداقل حجم نمونه، ۱۰۰-۴۰ نفر به ازای هر متغیر مشاهده‌شده، پیشنهاد شده است [۲۴]، در این مطالعه برای هر متغیر مشاهده‌شده ۱۵ نمونه در نظر گرفته شد. بنابراین حجم نمونه با توجه به وجود ۱۴ متغیر مشاهده‌شده، ۲۱۰ نفر کفایت می‌کرد که با در نظر گرفتن ریزش آزمودنی‌ها و برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه به این صورت بود که بعد از دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و اخذ مجوز از دانشگاه محقق اردبیلی به سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی مراجعه و از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر ارومیه یک ناحیه به تصادف انتخاب شد. سپس به ناحیه انتخاب شده مراجعه و لیست تمام مدارس دخترانه و پسرانه دوره اول و دوم متوسطه اخذ شد. در مرحله بعد تعداد یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه از هر دوره انتخاب (چهار مدرسه) و بعد از مراجعه به مدارس انتخابی از هر کدام از پایه‌های سه‌گانه تعداد یک کلاس انتخاب و لینک پرسش‌نامه‌های پژوهش از طریق برنامه شاد به آنها جهت پاسخگویی ارسال شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

نسخه خودگزارشی پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات یک ابزار غربالگری کوتاه برای ارزیابی کارکرد روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان است [۲۵]. این پرسش‌نامه پنج خرده‌مقیاس دارد. هر خرده‌مقیاس شامل ۵ آیتم با سه مقوله پاسخ است (نه اصلاً درست نیست=صفر، تاحدی درست است=یک، کاملاً درست است=دو). چهار مقیاس این پرسش‌نامه مربوط به مشکلات رفتاری هستند که عبارتند از بیش‌فعالی، مشکلات سلوک، مشکلات با همسال و علائم هیجانی. در هر کدام از این جنبه‌های مشکل حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰ است که نمره بالاتر، سطح بالاتر شدت مشکل را نشان می‌دهد. در خرده‌مقیاس توانایی که رفتار جامعه‌یار، سنجیده می‌شود نیز نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتار جامعه‌یار بیشتر و تمایل بالای فرد برای انجام رفتارهایی است که سودمند به حال اجتماع است. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های SDQ برای مشکلات هیجانی ۰/۷۰، مشکلات سلوک ۰/۵۱،

(Affective Morality)، اینکه فرد چه احساسی درباره موضوعات اخلاقی دارد، است. اهمیت مطالعه این موضوعات از شواهدی بر می‌آید که نشان می‌دهند رشد اخلاقی نابهنجار می‌تواند به پیامدهای وخیمی چون اختلالات رفتاری اختلال‌گرانه (Disruptive Behavior Disorders) نظیر اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional Defiant Disorder) و اختلال سلوک منجر شود [۱۶]. معمولاً مبتلایان به اختلال سلوک با استفاده از بی‌اشتیاقی اخلاقی (Moral Disengagement)، بدون داشتن احساس گناه یا خودسرزنی آشکار به رفتارهای غیراخلاقی دست می‌زنند. بی‌اشتیاقی اخلاقی شامل یکسری مکانیسم‌های شناختی (نظیر توجیه اخلاقی، برجسب‌زدن مدبرانه، انسانیت‌زدایی کردن و اسناد شرم) است که به افراد اجازه می‌دهد به رفتارهای غیراخلاقی بپردازند و از پیامدهای منفی آن برای عزت نفس خود اجتناب کنند. مطالعات قبلی نشان می‌دهند نوجوانانی که به میزان زیادی به بی‌اشتیاقی اخلاقی متوسل می‌شوند، به رفتارهای پرخاشگرانه شدیدتری دست می‌زنند [۱۷]. Muratori و همکاران نشان داده‌اند که در نوجوانان با اختلالات رفتاری اختلال‌گرانه، تمایلات بیشتر بی‌اشتیاقی اخلاقی با سطوح بالای صفات سنگدلی ارتباط دارد [۱۸]. Fang و همکاران نشان داده‌اند که بدرفتاری روان‌شناختی کودکی در خانواده به طور معنی‌دار مثبتی با بی‌اشتیاقی اخلاقی همراه است [۱۹]. در مدرسه نیز، بی‌اشتیاقی اخلاقی با قربانی‌شدن توسط همسال ارتباط دارد [۲۰]. همچنین نشان داده شده است، نوجوانانی که سطوح بالایی از صفات غیرهیجانی-سنگدلانه (callous-unemotional (CU) traits دارند، به احتمال زیادی دارای بی‌اشتیاقی اخلاقی هستند و این دو بعد به‌طور منحصراً به فردی با تخلف ارتباط دارد [۲۱]. نتایج Espejo-Siles و همکاران نشان داده‌اند که بی‌اشتیاقی اخلاقی پیش‌بین مهم رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت نسبت به همسال در کودکان و نوجوانان است، در این مطالعه، قربانی‌قلدری شدن نیز پیش‌بینی‌کننده مهم خشونت در خانه و مدرسه در یک سال بعد بود [۲۲].

مرور مطالعات موجود نشان می‌دهد که کودکان دچار مشکلات سلوک، در خانواده بدرفتاری تجربه کرده و در مدرسه نیز از طرف همسالان خود به میزان زیادی طرد می‌شوند. از طرف دیگر برخی مطالعات نشان می‌دهند که افراد دارای تجربه بدرفتاری کودکی و طرد از طرف همسالان به این دلیل به رفتارهای غیراخلاقی اقدام می‌کنند که حساسیت نسبت به رفتارهای اخلاقی در آنها کاهش می‌یابد [۲۳]. ولی این موضوع تاکنون در یک مدل مورد مطالعه قرار نگرفته است؛ در حالی که نتایج مربوط به آزمون این مدل می‌تواند تلوپحات مهمی برای برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات خانواده‌محور و مدرسه‌محور اختلال سلوک داشته باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی در روابط کودک‌آزاری و

هر گویه موقعیت‌های متفاوت طرد اجتماعی را توصیف می‌کند. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از یک (هرگز اتفاق نیافتاده) تا پنج (اکثر مواقع اتفاق افتاده است)، درجه‌بندی می‌شود. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۲۱ و حداکثر نمره ۱۰۵ است که نمره بالاتر به معنای طرد بیشتر از طرف همسالان است. روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و تحلیل مؤلفه‌های اولیه آزمون با چرخش واریماکس، یک ساختار چهارعاملی با بار عاملی بالای ۰/۴۰ را آشکار کرده است. پایایی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۰]. این آزمون در ایران برای اولین بار در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا نسخه لاتین این آزمون به فارسی ترجمه و متن ترجمه شده توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی ترجمه معکوس شد و بعد از اطمینان از صحت ترجمه، روایی محتوایی ابزار توسط سه نفر متخصص روان‌شناسی که عضو هیأت علمی دانشگاه بودند مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر برای خرده مقیاس‌های توهین، نادیده گرفتن، تهمت و اتهام و حملات فیزیکی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۹۱ و ۰/۹۵ به دست آمد.

مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی: این مقیاس یک پرسش‌نامه ۳۲ سئوالی است که برای ارزیابی استعداد فرد برای بی‌اشتیاقی اخلاقی طراحی شده است. مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی هشت مکانیسم بی‌اشتیاقی اخلاقی را ارزیابی می‌کند که عبارت‌اند از توجیه اخلاقی، برچسب زدن مدبرانه، مقایسهٔ سودمند، جابه‌جایی مسئولیت، پخش مسئولیت، تحریف پیامدها، اسناد شرم و انسانیت‌زدایی کردن. هر یک از این هشت مکانیسم به‌وسیله چهار آیتم اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی‌ها به سئوال‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای کاملاً مخالفم (یک) تا کاملاً موافقم (پنج) پاسخ می‌دهند. موارد بالاتر در هر خرده مقیاس نشانگر بالاتر بودن آن مکانیسم است، نمرات بالاتر در کل عامل‌ها نیز بی‌اشتیاقی بالای اخلاقی را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه همبستگی بالایی را با آزمون قضاوت اخلاقی نشان می‌دهد و ضریب پایایی آن نیز ۰/۸۲ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز در بی‌اشتیاقی اخلاقی ۰/۸۲ و در مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، برچسب زدن مدبرانه، مقایسهٔ سودمند، جابه‌جایی مسئولیت، پخش مسئولیت، تحریف پیامدها، اسناد شرم و انسانیت‌زدایی کردن به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۶۵ است [۲۹]. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ در یک نمونهٔ نوجوان ایرانی ۰/۷۷ برای توجیه اخلاقی، ۰/۷۶ برای برچسب‌زدن مدبرانه، ۰/۸۲ برای مقایسهٔ سودمند، ۰/۷۷ برای جابه‌جایی مسئولیت، ۰/۷۶ برای پخش مسئولیت، ۰/۷۵ برای تحریف پیامدها، ۰/۷۸ برای اسناد شرم، ۰/۷۹ برای انسانیت‌زدایی کردن و

برای بیش‌فعالی ۰/۷۱ و ۰/۴۱ برای مشکلات با همسال و برای رفتار جامعه یار ۰/۶۳ گزارش شده است [۲۹]. در ایران تحلیل عامل تأییدی این ابزار با استفاده از شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشان داده است که مدل پنج‌عاملی این آزمون از برازش مطلوب و مناسبی برخوردار است. ضریب همبستگی پیرسون خرده مقیاس مشکلات سلوک این آزمون با پرسش‌نامه صفات سایکوپاتیک نیز ۰/۶۷ به دست آمده که حاکی از روایی همگرایی این مقیاس است. پایایی خرده مقیاس‌های این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنهٔ ۰/۶۳ تا ۰/۹۳ به دست آمده است [۲۶]. در این مطالعه نیز از خرده مقیاس مشکلات سلوک این ابزار استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است که توسط *Fink* و *Bernstein* ساخته شده است و مشتمل بر ۲۸ گویه در شش خرده مقیاس سوء استفادهٔ عاطفی، سوء استفادهٔ فیزیکی، سوء استفادهٔ جنسی، مسامحهٔ عاطفی، مسامحهٔ فیزیکی و به حداقل رساندن/ انکار است که هر گویه در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره چهار) درجه‌بندی می‌شود. حداقل نمره در این پرسش‌نامه صفر و حداکثر نمره ۱۱۲ است که نمره بالاتر به معنای بدرفتاری بیشتر دوره کودکی است. علاوه بر جمع امتیازها بر اساس نقطهٔ برش برای هر یک از حیطه‌ها نوع متوسط تا شدید بدرفتاری نیز تعیین می‌شود [۲۷]. در ایران، تحلیل عاملی تأییدی این آزمون، ساختار شش‌عاملی این پرسش‌نامه را تأیید کرده است که نشان‌دهنده روایی این ابزار است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های سوء استفادهٔ عاطفی، سوء استفادهٔ فیزیکی، سوء استفادهٔ جنسی، مسامحه و به حداقل رساندن/انکار در یک نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۱، ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۸]. در این مطالعه با توجه به پیشنهاد اداره حراست سازمان آموزش و پرورش سئوال‌ات مربوط به خرده مقیاس سوء استفادهٔ جنسی تا حدی تعدیل شد تا با معیارهای فرهنگی جامعه ایرانی منطبق باشند. ضریب آلفای کرونباخ کل این آزمون در مطالعه حاضر برای خرده‌مقیاس‌های سوء استفادهٔ عاطفی، سوء استفادهٔ فیزیکی، سوء استفادهٔ جنسی، مسامحهٔ عاطفی، مسامحهٔ فیزیکی و به حداقل رساندن/ انکار و نمره کل به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۶۸، ۰/۶۳، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس طرد اجتماعی همسال: مقیاس طرد اجتماعی همسال توسط *Lev-Wiesel* و همکاران جهت مطالعه اثرات روان‌شناختی بلندمدت طرد اجتماعی همسالان ساخته شد. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که

جدول ۱) تعداد و درصد فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	تعداد	درصد	
جنسیت	پسر	۱۱۵	
	دختر	۴۷/۷	
رتبه تولد	اول	۱۴۳	
	دوم	۳۷	
	سوم	۲۱	
	بالتر	۱۹	
	کمتر از ۲ میلیون تومان	۲۱	
میزان درآمد خانواده	بین ۲ تا ۵ میلیون تومان	۶۴	
	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	۸۹	
	بالتر از ۱۰ میلیون تومان	۴۶	
پایه تحصیلی	هفتم	۱۳	
	هشتم	۲۱	
	نهم	۳۴	
	دهم	۷۴	
	یازدهم	۲۹	
	دوازدهم	۴۹	
	دولتی	۱۴۵	
	آزاد	۴۶	
	شغل پدر	بیکار	۱۵
		بازنشسته	۱۴
دولتی		۹	
شغل مادر	آزاد	۱۱	
	خانه‌دار	۱۹۶	
	بازنشسته	۴	
	دیپلم و پایین‌تر	۴۶	
تحصیلات پدر	کارشناسی	۹۷	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۷	
تحصیلات مادر	دیپلم و پایین‌تر	۱۱۷	
	کارشناسی	۵۳	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۵۰	

بی‌اشتیاقی اخلاقی بر نشانه‌های سلوک بود.

مطابق نمودارهای ۱ و ۲ و جدول ۴، نتایج مربوط

به آزمون معنی‌داری بوت‌استرپ برای آزمون معنی‌داری ضرایب مسیر نشان داد که ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری دوره کودکی ($\beta = 0.38$; $p < 0.001$) و بی‌اشتیاقی اخلاقی ($\beta = 0.40$; $p < 0.001$) به نشانه‌های اختلال سلوک معنی‌دار بود. همچنین ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری کودکی ($\beta = 0.42$; $p < 0.001$) و طرد همسال ($\beta = 0.23$; $p < 0.001$) بر بی‌اشتیاقی اخلاقی معنی‌دار بود. علاوه بر این، بدرفتاری دوره کودکی ($\beta = 0.10$; $p < 0.001$) و طرد همسال ($\beta = 0.06$; $p < 0.001$) با

برای نمره کلی بی‌اشتیاقی اخلاقی نیز ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۰].

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق شناسه 1400.088.IR.ARUMS.REC در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به تصویب رسید و تمامی ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌های انسانی در این مطالعه مد نظر قرار گرفت؛ از جمله اینکه تمامی آزمودنی‌ها از آزادی کامل برای شرکت در مطالعه برخوردار بودند و در صورت عدم تمایل برای ادامه همکاری می‌توانستند در هر مرحله‌ای از مطالعه خارج شوند. قبل از جمع‌آوری داده‌ها به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که داده‌های این مطالعه به صورت گروهی تجزیه و تحلیل خواهد شد و نتایج مربوط به آنها در اختیار شخص دیگری قرار داده نخواهد شد. همچنین

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: داده‌ها با استفاده از ابزارهای آمار توصیفی و برای آزمون فرضیه‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار SmartPLS 3 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۲۰ دانش‌آموز از دوره‌های اول و دوم متوسطه در دامنه سنی ۱۲-۱۹ سال با میانگین سنی $16/15 \pm 1/54$ سال شرکت داشتند. فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۱ نشان داده شده است. مطابق جدول ۲، مقادیر چولگی و کشیدگی برخی متغیرها در بازه ۲- تا ۲+ قرار نداشتند، بنابراین داده‌ها توزیع نرمال نداشتند و بدین ترتیب از نرم‌افزار PLS که برای انجام معادلات ساختاری برای داده‌ها غیرنرمال مناسب است، استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که همه مقادیر آلفای کروناخ و پایایی ترکیبی سازه‌های پژوهش از ۰/۷ بیشتر بودند. همچنین مقدار AVE نیز برای سازه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۵ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی و روایی همگرایی مدل پژوهش بود. نتایج روایی واگرایی متغیرها نشان داد که جذر میانگین واریانس استخراج‌شده برای هر یک از سازه‌ها در مقایسه با همبستگی آن سازه با سازه‌های دیگر بیشتر بود؛ بنابراین می‌توان گفت که در مدل پژوهش متغیرهای مکنون بیشتر با گویه‌های مربوط به خودشان تعامل داشتند تا با سازه‌های دیگر. به بیان بهتر، مدل از روایی مطلوبی برخوردار بود. همچنین مقدار مجذور R برای سازه بی‌اشتیاقی اخلاقی ۰/۳۴ و سازه نشانه‌های سلوک ۰/۵۶ به‌دست آمده است که نشان‌دهنده مقدار مناسبی بود. مقادیر Q2 نشان داد که متغیرهای درون‌زای هر دو سازه قابلیت پیش‌بینی خوبی با سازه‌های مربوط به خود را داشتند.

مقادیر اندازه اثر در جدول ۳، نشان‌دهنده اندازه اثر مناسب برای سازه‌های طرد همسال، بدرفتاری کودکی و بی‌اشتیاقی اخلاقی بود و بیشترین تأثیر مربوط به

نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی در روابط بدرفتاری دوره کودکی و طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در نوجوانان

میانجی‌گری بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر غیرمستقیمی بر نشانه‌های اختلال سلوک داشت.

جدول ۲) میانگین نمرات آزمودنی‌ها در نشانه‌های اختلال سلوک، بدرفتاری کودکی و طرد همسال و بی‌اشتیاقی اخلاقی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نشانه‌های سلوک	۲/۶۲	۱/۴۱	۱/۲۶	۱/۹۰
بدرفتاری کودکی (نمره کل)	۲۸/۶۲	۶/۸۱	۰/۴۶	۲/۱۴
مسامحه فیزیکی	۷/۷۷	۲/۱۹	-۱/۰۰	۱/۲۸
سوءاستفاده عاطفی	۲/۲۷	۲/۵۷	-۰/۸۳	۰/۹۸
سوءاستفاده فیزیکی	۷/۷۵	۲/۱۶	۱/۴۸	۲/۱۳
سوءاستفاده جنسی	۲/۹۵	۲/۴۴	۰/۱۹	-۰/۳۶
مسامحه عاطفی	۵/۳۵	۲/۰۹	۱/۱۳	۱/۳۱
انکار	۰/۵۰۴	۱/۱۰	۱/۱۰	۴/۷۴
طرد همسال (نمره کل)	۳۱/۹۱	۱۲/۴۱	۱/۸۳	۳/۱۳
توهین	۷/۶۴	۳/۹۲	۱/۹۲	۳/۲۱
نادیده گرفتن	۱۳/۱۰	۴/۷۵	۱/۸۴	۳/۷۰
تهمت و اتهام	۵/۳۳	۲/۳۴	۲/۴۸	۶/۷۷
حملات فیزیکی	۵/۸۳	۲/۸۶	۱/۸۱	۲/۷۴
بی‌اشتیاقی اخلاقی (نمره کل)	۳۳/۶۴	۱۴/۸۳	۰/۴۶	۰/۱۸
توجیه اخلاقی	۹/۲۹	۲/۸۳	۰/۱۰	-۰/۴۱
برچسب زدن مدبرانه	۸/۴۵	۳/۴۸	۰/۵۲	۰/۶۹
مقایسه سودمند	۵/۸۲	۲/۳۴	۱/۸۶	۵/۷۸
جابجایی مسئولیت	۱۰/۱۵	۳/۷۸	۰/۱۲	-۰/۷۰
پخش مسئولیت	۴/۹۴	۱/۵۴	۱/۹۲	۳/۸۶
تحریف پیامدها	۹/۸۹	۳/۱۰	۰/۴۵	۰/۴۸
اسناد شرم	۹/۶۱	۳/۷۸	۰/۵۱	-۰/۱۹
انسانیت‌زدایی کردن	۶/۱۵	۲/۴۲	۱/۴۵	۲/۵۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی در روابط بدرفتاری کودکی و طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در نوجوانان انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که بدرفتاری کودکی اثر مستقیمی بر نشانه‌های اختلال سلوک داشت. این نتایج با نتایج مطالعه *Desanctisa* و همکاران [۳] همسو است که نشان داده‌اند بدرفتاری متوسط تا شدید دوره کودکی، خطر اختلال سلوک دوره کودکی را افزایش می‌دهد و هر دو عامل بدرفتاری کودکی و اختلال سلوک، به طور معنی‌داری خطر تکرار جرم را افزایش می‌دهند. *Hoeve* و همکاران [۴]، *Wang* و همکاران [۵]، *Richey* و همکاران [۶] نیز نشان داده‌اند که بدرفتاری دوره کودکی به‌عنوان عامل خطر آشکاری برای ارتکاب خشونت نسبت به والدین و بزرگسالان است. *Schwartz* و همکاران [۷] نیز بیان کرده‌اند که مواجهه با تجربه‌های ناگوار کودکی با مشکلات مصرف الکل و سطوح بالای رفتار ضداجتماعی همراه است. این پدیده به وسیله نظریه چرخه خشونت قابل تبیین

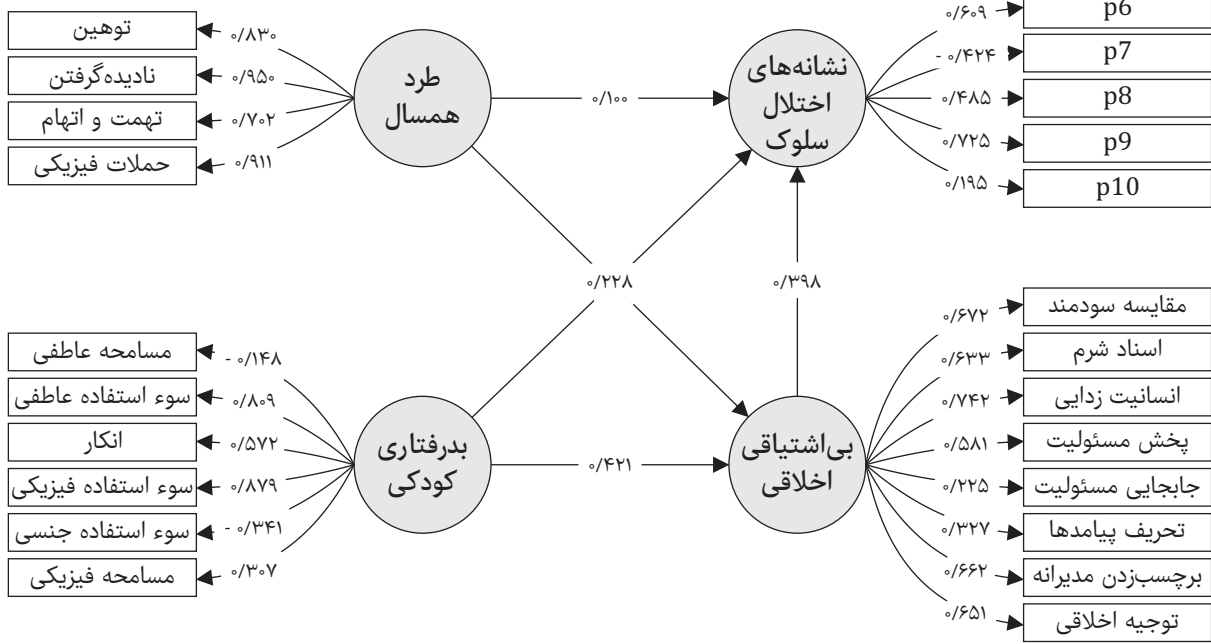
جدول ۳) مقادیر شاخص اندازه اثر (f2) متغیرهای پیش‌بین بر متغیر نشانه‌های سلوک و بی‌اشتیاقی اخلاقی

شاخص	نشانه‌های سلوک	بی‌اشتیاقی اخلاقی
کودک‌آزاری	۰/۱۸	۰/۱۷
طرد همسال	۰/۰۲	۰/۰۵
بی‌اشتیاقی اخلاقی	۰/۲۴	-

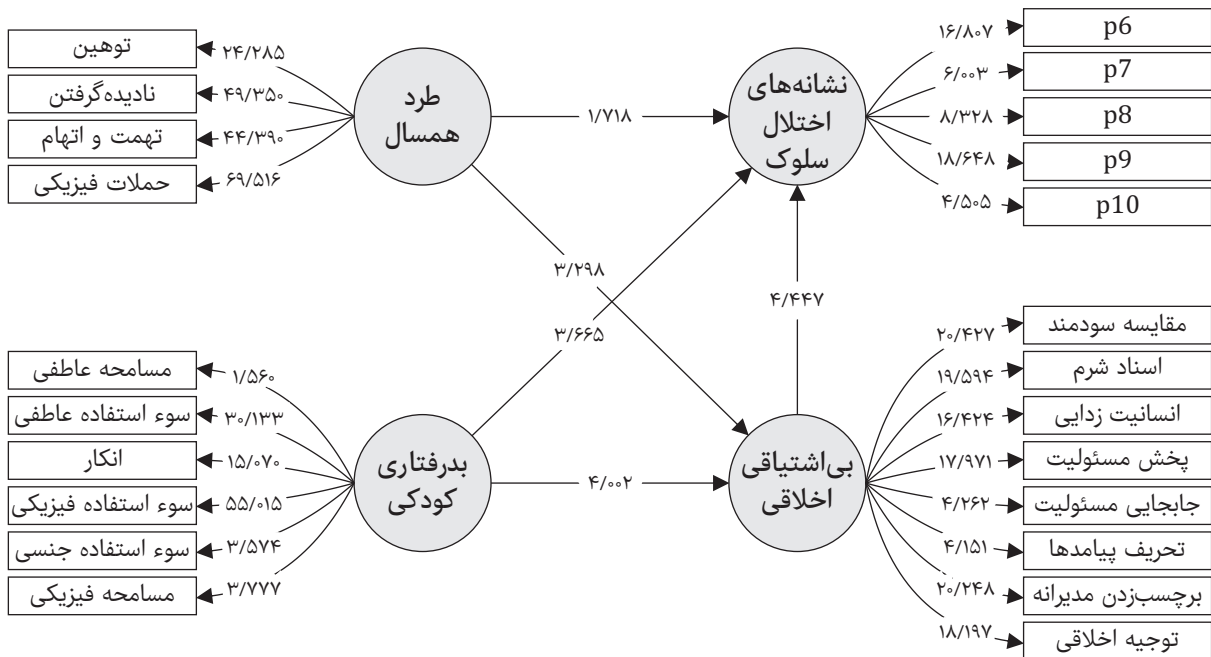
جدول ۴) اثرات مستقیم و غیرمستقیم بدرفتاری کودکی، طرد همسال بر نشانه‌های اختلال سلوک: نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی

متغیرهای پیش‌بین	بی‌اشتیاقی اخلاقی		نشانه‌های سلوک	
	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
بدرفتاری کودکی	۰/۴۷**	-	۰/۴۲**	۰/۳۸**
طرد همسال	۰/۲۲*	-	۰/۲۳*	۰/۱۰
بی‌اشتیاقی اخلاقی	-	-	-	۰/۴۰**

** معنی داری در سطح $p < 0/001$ * معنی داری سطح $p < 0/01$



نمودار (۱) ضرایب مسیر مدل اندازه‌گیری



نمودار (۲) مقادیر T مدل اندازه‌گیری

خود را تحت آزار قرار می‌دهند، نمی‌توانند خودکنترلی آنها را افزایش دهند و این نیز به مشکلات سلوک و رفتارهای ضداجتماعی منجر می‌شود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که مسیر مستقیم طرد همسال به نشانه‌های اختلال سلوک معنی‌دار نبود. این نتایج ناهمسو با نتایج Dodge و همکاران [۱۲] است که نشان داده‌اند طرد از طرف همسالان در کودکی میانه، رفتار ضداجتماعی جاری و آتی را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج همچنین ناهمسو با نتایج Massing-Schaffer و

است. این نظریه بیان می‌کند قربانیان بدرفتاری کودکی تمایل دارند، همان خشونت را که در سنین کودکی تجربه کرده‌اند، به دیگران نشان دهند [۳۱]. از طرف دیگر مبتلایان به اختلال سلوک، خودکنترلی ضعیفی دارند این در حالی است که خودکنترلی عمدتاً درون بافت خانواده رشد پیدا کرده و دوام می‌یابد. والدین معمولاً با نظارت مستمر بر فرزندان، شناسایی رفتارهای انحرافی و ارائه نصیحت‌های متناسب با آن رفتار، خودکنترلی آنها را به تدریج رشد می‌دهند. به نظر می‌رسد والدینی که کودکان

می‌تواند بر سطوح بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر گذاشته و آن نیز زمینه را بر مشکلات سلوک فراهم سازد. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که طرد همسال از طریق بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر غیرمستقیمی بر نشانه‌های اختلال سلوک دارد. این نتایج همسو با نتایج *Gini* و همکاران [۱۷] و *Muratori* و همکاران [۱۸] است که نشان داده‌اند در نوجوانان با اختلالات رفتاری اخلاقی بالایی تمایلات بیشتر بی‌اشتیاقی اخلاقی با سطوح بالایی صفات سنگدلی ارتباط دارد. *Fontaine* و همکاران [۳۳] نیز نشان داده‌اند، نوجوانانی که طرد اجتماعی بالایی از طرف همسالان خود تجربه می‌کنند، بیشتر از نوجوانان دیگر به فرآیندهای بی‌اشتیاقی اخلاقی متوسل می‌شوند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که نگرانی فرد درباره زندگی اجتماعی یا خاطرات قبلی فرد از طرد شدن ممکن است توجه نوجوانان بر روی خودتنظیمی آشفستگی خود را کم کرده و به سمت راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای نظیر استفاده از مکانیسم‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی هدایت کند و اثر غیر مستقیمی بر مشکلات سلوک داشته باشد.

این مطالعه چند محدودیت داشت. اولاً اندازه‌گیری بدرفتاری دوره کودکی در این مطالعه تنها بر اساس خودگزارشی آزمودنی‌ها بود. اگرچه مطالعات زیادی به اعتبار و روایی پرسش‌نامه آسیب‌های دوره کودکی اشاره دارند، ولی هر ابزار خودگزارشی به سوگیری‌های زیادی چون مطلوبیت اجتماعی، خلق فرد در زمان گزارش‌دهی و حافظه فرد آسیب‌پذیر است. دوماً عدم استفاده از نمونه‌های بالینی مبتلا به اختلال سلوک نیز محدودیت دوم مطالعه حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، از ابزارهای دیگری نظیر مشاهده و مصاحبه برای اندازه‌گیری متغیرها استفاده شود و برای افزایش قابلیت تعمیم نتایج به مبتلایان به اختلال سلوک از نمونه‌های بالینی مبتلا به این اختلال استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که علاوه بر اثر مستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر نشانه‌های اختلال سلوک، بی‌اشتیاقی اخلاقی به عنوان میانجی اثرات بدرفتاری کودکی و طرد اجتماعی از طرف همسال بر نشانه‌های سلوک عمل می‌کند.

نکات بالینی و کاربردی در طب انتظامی: با توجه به درگیری بیشتر مبتلایان به اختلال سلوک با قانون و آسیب‌پذیری بالایی آنها برای رفتارهای ضداجتماعی در زمان حال و آینده، نتایج این مطالعه می‌تواند در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله زود هنگام در اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. این نتایج غربالگری محیط‌های خانوادگی کودکان و نوجوانان با نشانه‌های اختلال سلوک از نظر بروز بدرفتاری از طرف اعضای خانواده توسط مددکاران اجتماعی مراکز

همکاران [۱۴] و *Cheek* و همکاران [۱۵] است که ارتباط طرد اجتماعی و پیامدهای منفی روان‌شناختی را آشکار کرده‌اند. عدم ارتباط مستقیم بین طرد همسال با نشانه‌های اختلال سلوک در این مطالعه می‌تواند به جمع‌آوری داده‌های این مطالعه در دوره همه‌گیری کرونا ارتباط داشته باشد که به دلیل رعایت دستورالعمل‌های مربوط به فاصله‌گیری اجتماعی، دانش‌آموزان ارتباط کمتری با همسالان خود داشته بدین ترتیب طرد از طرف همسالان به میزان کمتری در آنها تجربه می‌شد. از طرف دیگر، عامل مهم اثرگذار طرد اجتماعی بر ناپهنجاری‌های رفتاری، میزان برانگیختگی هیجانی متعاقب آن است و این میزان برانگیختگی نیز به میزان صمیمیت با همسالان طردکننده و موقعیت اجتماعی او وابسته است. بنابراین علاوه بر تجربه کمتر طرد اجتماعی در شرایط کرونا، ممکن است آزمودنی‌های مطالعه حاضر فاقد صمیمیت عمیق با همسالان خود بوده و در صورت طرد شدن نیز برانگیختگی هیجانی کمتری را تجربه کرده‌اند و این عامل نیز ممکن است پیامدهای منفی طرد را کاهش داده باشد.

مطابق نتایج این مطالعه، بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر مستقیمی بر نشانه‌های اختلال سلوک داشت. این نتایج همسو با نتایج *Shulman* و همکاران [۲۱] و *Espejo-Siles* و همکاران [۲۲] است که نشان داده‌اند بی‌اشتیاقی اخلاقی پیش‌بین مهم رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت نسبت به همسال در کودکان و نوجوانان هستند. اخلاق عنصر مرکزی هر گونه رفتار اجتماعی است که به عنوان یک عامل مهم بازدارنده رفتارهای ضداجتماعی عمل می‌کند. برعکس استفاده از مکانیسم‌های بی‌اشتیاقی اخلاقی می‌تواند خاصیت بازدارندگی اخلاقیات را کاهش داده و انجام رفتارهای ضداجتماعی را تسهیل کند. همچنین بی‌اشتیاقی اخلاقی یک فرآیند خودتنظیمی است که به افراد کمک می‌کند تا تنش ایجادشده به هنگام انجام یک رفتار ضداجتماعی که با معیارها و هنجارهای اجتماعی آنها مطابقت ندارد را بکاهد [۵].

این نتایج همچنین نشان داد که بدرفتاری کودکی به واسطه بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر غیرمستقیمی بر نشانه‌های سلوک دارد. این نتایج همسو با نتایج *Wang* و همکاران [۵] و *Fang* و همکاران [۱۹] است. مطابق نظریه شناخت اجتماعی، نوجوانان مورد بدرفتاری قرار گرفته ممکن است با مشاهده رفتار پرخاشگرانه والدین یاد بگیرند که خشونت به دیگران یک روش مقبول پاسخ‌دهی به اختلاف نظر است و به این دلیل ممکن است مشکلات سلوک از خود نشان دهند. علاوه بر این، تجربه بدرفتاری کودکی می‌تواند نگرش‌ها و باورهای نوجوانان درباره رفتارهای خشونت‌آمیز را تغییر داده و بی‌اشتیاقی اخلاقی بالایی را در آنها ایجاد کند که به آنها امکان می‌دهد، مشکلات رفتاری خود را توجیه، بازتعریف و عقلانی‌سازی کنند. بنابراین مطابق نتایج این مطالعه، تجربه بدرفتاری

حاضر وجود ندارد.

سهام نویسندگان: حیدری، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ نریمانی، طراحی مطالعه؛ آقاجانی، طراحی مطالعه؛ بشریور، ارائه ایده، تجزیه و تحلیل داده‌ها. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بوده و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی: این پژوهش بخشی از یافته‌های رساله دکتری نویسنده اول مقاله حاضر است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی اجرا شده است.

Reference:

1. Mash EJ, Wolfe DA. Abnormal child psychology. 7th edition. Amazon.2022. <https://www.amazon.com/Abnormal-Child-Psychology-Eric-Mash/dp/1337624268>
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Psychiatry. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. De Sanctisa VA, Nomurab Y, Newcorn JH, Halperinb JM. Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. *Child Abuse Neglect*. 2012;36:782–9. <https://doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2012.08.003>
4. Hoeve M, Colins O F, Mulder EA, Loeber R, Stams G J, Vermeiren RR. The association between childhood maltreatment, mental health problems, and aggression in justice-involved boys. *Aggress Behav*. 2015;41(5):488–501. <https://doi.org/10.1002/ab.21586>
5. Wang X, Yang L, Gao L, Yang J, Lei L, Wang C. Childhood maltreatment and Chinese adolescents' bullying and defending: The mediating role of moral disengagement. *Child Abuse Neglect*. 2017;69:134–44. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.016>
6. Richey A, Brown S, Fite PJ, Bortolato M. The role of hostile attributions in the associations between child maltreatment and reactive and proactive aggression. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2016;25:1043–57. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1231148>
7. Schwartz JA, Wright EM, Valgardson BA. Adverse childhood experiences and deleterious outcomes in adulthood: A consideration of the simultaneous role of genetic and environmental influences in two independent samples from the United States. *Child Abuse Negl*. 2019;88:420–31. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.022>
8. Brown BB, Larson J. Peer relationships in adolescence. *Handbook*. 2009. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>
9. Boisvert S, Poulin F. Romantic relationship patterns from adolescence to emerging adulthood: Associ-

انتظامی را پیشنهاد می‌کند. همچنین آموزش روابط مناسب اجتماعی با همسالان جهت کاهش طرد از طرف آنها و آموزش مکانیزم‌های مقابله با بی‌اشتیاقی اخلاقی در مدرسه به ویژه برای افراد آسیب‌پذیر را پیشنهاد می‌کند. تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله، مراتب تشکر و سپاس خود را از مدیریت محترم سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی و تمامی مدیران مدارس و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌کنند. تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منفعی در قبال مطالعه

ations with family and peer experiences in early adolescence. *J Youth Adolesc* 2016;45(5):945–58. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0435-0>

10. Lev-Wiesel R, Sarid M, Sternberg R. Measuring social peer rejection during childhood: Development and validation. *J Aggress*. 2013;22:482–92. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.785456>
11. O'hoyt D. Peer rejection in childhood as a risk factor for adult depression and maladaptive cognitive schemas: a retrospective study of undergraduate students. Dissertation. Chicago. Amazon. 2008. 108 P. <https://www.amazon.com/Rejection-Childhood-Depression-Maladaptive-Cognitive/dp/B00FGVX9ZG>
12. Wiley J and Sons. *Handbook of child psychology, sixth edition Social, emotional, and personality development*. 6th ed. 2006.1152 p. https://books.google.com/books/about/Handbook_of_Child_Psychology_Social_Emot.html?id=sg4Qr7qZrXYC
13. Platt B, Cohen Kadosh, K, Lau JYF. The role of peer rejection in adolescent depression. *Depression and Anxiety*. 2013;30(9):809-21. <https://doi.org/10.1002/da.22120>
14. Massing-Schaffer M, Helms SW, Rudolph KD, George M, Hastings PD, Giletta M et al. Preliminary associations among relational victimization, targeted rejection, and suicidality in adolescents: A prospective study. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48(2):288–95. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1469093>
15. Cheek SM, Goldston DB, Erkanli A, Massing Schaffer M, Liu RT. Social rejection and suicidal ideation and attempts among adolescents following hospitalization: A prospective study. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48(1):123–33. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00580-z>
16. Feilhauer J, Cima M, Benjamins C, Muris P. Knowing right from wrong, but just not always feeling it: relations among callous-unemotional traits, psychopathological symptoms, and cognitive and affective morality judgments in 8-to 12-year-old boys. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013;44:709–16. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00580-z>

- [org/10.1007/s10578-013-0363-0](https://doi.org/10.1007/s10578-013-0363-0)
17. Gini G, Pozzoli T, Hymel S. Moral disengagement among children and youth: a meta analytic review of links to aggressive behavior. *Aggress Behav.* 2014;40:56–68. <https://doi.org/10.1002/ab.21502>
 18. Muratori, P., Paciello, M., Buonanno, C., Milone, A., Ruglione, L., Lochman, J.E et al. Moral disengagement and callous-unemotional traits: a longitudinal study of Italian adolescents with a disruptive behavior disorder. *Crim Behav Ment Health.* 2017;27(5):514-24. <https://doi.org/10.1002/cbm.2019>
 19. Fang J, Wang X, Yuan K, Wen Z. Childhood psychological maltreatment and moral disengagement: A moderated mediation model of callous-unemotional traits and empathy. *Personal Individ Differenc.* 2020;157. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2020.109814>
 20. Thornberg R, Wänström L, Pozzoli T. Peer victimisation and its relation to class relational climate and class moral disengagement among school children. *Edu Psychol.* 2017;37(5):524–36. <https://doi.org/10.1080/01443410.2016.1150423>
 21. Shulman EP, Cauffman E, Piquero AR, Fagan J. Moral disengagement among serious juvenile offenders: A longitudinal study of the relations between morally disengaged attitudes and offending. *Dev Psychol*32–1619;(6)47;2011 .. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1934939
 22. Espejo-Siles R, Zych I, Farrington DP, Llorent VJ. Moral disengagement, victimization, empathy, social and emotional competencies as predictors of violence in children and adolescents. *Child Youth Services Rev*118:105337;2020 .. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105337>
 23. Palazzo G, Krings F, Hoffrage U. Ethical blindness. *J Business Ethics.* 2011;109(3):323–38. https://www.researchgate.net/publication/256046104_Ethical_Blindness
 24. Hooman HA. Structural Equation Modeling by using LISREL software. 8th ed. Tehran: SAMT pubs. 2005;352 p. <https://samt.ac.ir/en/book/4354/structural-equation-modeling-with-lisrel-application>
 25. VanWidenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12(6):281–9. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>
 26. Heidari F. The causal modeling of the signs of conduct disorder in adolescents basing on temperamental traits, childhood maltreatment, peer rejection: investigating the mediating role of anger rumination and moral disengagement. PhD Thesis in Psychology, University of Mohaghegh Arabili. 2022;96-8. [Persian]
 27. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio TX: The Psychological Corporation; 1998. <https://www.worldcat.org/title/childhood-trauma-questionnaire-a-retrospective-self-report-manual/oclc/728667748>
 28. Basharpoor S, Ahmadi S, Heidari F. The Pattern of structural relations of predicting craving based on childhood maltreatment, negative emotionality and impulsivity with the mediating role of behavioral emotion regulation. *J Police Med.* 2021;10(3):185-96. [Persian]. http://jpmmed.ir/browse.php?id=931&sid=1&slc_lang=en t0
 29. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Personal Soc Psychol.* 1996;71(2):364–74.
 30. Basharpoor S, Ahmadi S, Fallahi V, EiniArdi I. The role of Moral disengagement and anxiety sensitivity in predicting the tendency to alcohol in adolescents. *Shenakht J Psychol Psychiatr.* 2019;5(6):43-56. [Persian]. <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-541-en.html>
 31. Hong JS, Espelage DL, Grogan-Kaylor A, Allen-Meares P. Identifying potential mediators and moderators of the association between child maltreatment and bullying perpetration and victimization in school. *Edu Psychol Rev.* 2012;24(2):167–86. <http://dx.doi.org/10.1007/s10648-011-9185-4>
 32. Sutherland JE, Hasein U, Day DM, Easa SM. Modeling social rejection, physiological arousal, and peer influence on risky driving among adolescents and young adults. *Psychol Behav.* 2022;84:114–38. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2021.11.010>
 33. Fontaine RG, Fida R, Paciello M, Tisak MS, Caprara GV. The mediating role of moral disengagement in the developmental course from peer rejection in adolescence to crime in early adulthood. *Psychol Crime Law.* 2014;20(1):1–19. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2012.719622>