

نقش شدت درگیری با کرونا و استرس کرونا در پیش‌بینی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری پرخاشگری والدین

The role of Corona Involvement Severity and Corona Stress in Predicting Oppositional Defiant Disorder Mediated by Parental Aggression

Ziba Kasbi, MA ✉

زیبا کسبی^۱

Abstract

This study was done aimed to investigate the role of corona involvement severity and corona stress in predicting oppositional defiant disorder (ODD) mediated by parental aggression. The method of this study was descriptive and path analysis. The statistical population included all children and adolescents with ODD of Hormozgan province in 2021, whose parents requested counseling services due to their child's defiant problems that 260 subject were selected using convenience sampling method. Corona Stress Scale (CSS-18), Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS), Ahvaz Aggression Questionnaire (AAQ), and a researcher-made question to measure the involvement severity of corona disease were used for gathering data. Data Analyzing was conducted with Pearson correlation and path analysis and also SPSS-26 and AMOS-23 software. The results showed that the involvement severity with corona disease (0.20), corona stress (0.27) and aggression (0.25) can predict the symptoms of ODD. The involvement severity with corona disease (0.33) and corona stress (0.32) can predict aggression. The involvement severity with corona disease (0.08) and corona stress (0.08) can indirectly predict the syndrome of ODD through the mediation of aggression. According to the findings, it can be concluded that the corona involvement severity and corona stress in parents can directly and indirectly develop the symptoms of ODD in children by increasing aggression in parents.

Keywords: Corona Involvement, Corona Stress, Aggression, Oppositional Defiant Disorder

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش شدت درگیری و استرس کرونا در پیش‌بینی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری پرخاشگری والدین انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان و نوجوانان استان هرمزگان در سال ۱۴۰۰ بودند که والدین آنها به علت مشکلات نافرمانی فرزند درخواست خدمات مشاوره‌ای داشتند که ۲۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کار گرفته شده، مقیاس استرس کرونا (CSS-18)، مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODDRS)، پرسشنامه پرخاشگری اهواز (AAQ) و یک سؤال محقق‌ساخته برای اندازه‌گیری شدت درگیری با بیماری کرونا بود. داده‌ها از طریق همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد شدت درگیری با بیماری کرونا (۰/۲۰)، استرس کرونا (۰/۲۷) و پرخاشگری (۰/۲۵) می‌تواند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی کند. شدت درگیری با بیماری کرونا (۰/۳۳) و استرس کرونا (۰/۳۲) می‌تواند پرخاشگری را پیش‌بینی کند. شدت درگیری با بیماری کرونا (۰/۰۸) و استرس کرونا (۰/۰۸) می‌تواند با میانجی‌گری پرخاشگری، به صورت غیرمستقیم نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی کند. با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که شدت درگیری و استرس کرونا در والدین می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم و از طریق افزایش پرخاشگری در والدین باعث پیدایش نشانگان اختلال نافرمانی در فرزندان شود.

واژه‌های کلیدی: درگیری با کرونا، استرس کرونا، پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۸/۲۱ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول).

● مقدمه

کودکان و نوجوانان نیز ممکن است همانند بزرگسالان دچار مشکلات و اختلال‌های روانی شوند. یکی از رایج‌ترین اختلال‌های بالینی در کودکان و نوجوانان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (oppositional defiant disorder; ODD) است که با الگویی از خلق و رفتار بی‌قرار، تضادورزی و نافرمانی، گستاخی، کینه‌توزی، زودرنجی، از کوره در رفتن، رعایت نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون‌شکنانه مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیش‌آگهی مطلوبی ندارد و کودکان مبتلا به آن در معرض رشد مشکلات و اختلال‌های بسیار دیگری در دوران نوجوانی و بزرگسالی هستند (بورک و همکاران، ۲۰۱۴؛ سرا-پینهریو و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌هایی که در کشورهای مختلف انجام شده برای این اختلال شیوع متفاوتی را گزارش داده‌اند؛ اما در جدیدترین پژوهشی که در چندین کشور انجام شده است به‌نظر می‌رسد، میزان شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ سال حدود ۳/۳ درصد باشد (باریکان و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد میزان این اختلال قبل از بلوغ در پسران بیشتر ولی بعد از بلوغ تقریباً در هر دو جنس یکسان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در زمینه دلایل و علت این اختلال عوامل متعددی ذکر شده است و به‌نظر می‌رسد که به‌طور کلی مجموعه‌ای از خصوصیات و ویژگی‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی، محیط خانوادگی و فرزندپروری و عوامل اجتماعی در این اختلال نقش داشته باشند (اسزیتینوایی و بالاز، ۲۰۱۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که شرایط خانوادگی و محیط آن یکی از علت‌های اثرگذار در این اختلال است. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به‌طور عمده روابط خانوادگی خوبی ندارند و رفتار ناکارآمد والدین، زمینه‌ساز شروع و حفظ این اختلال است (لی و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع تعاملات خانوادگی این کودکان بر اساس فرزندپروری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، قوانین سخت و خشک، همدلی کم و فقدان روابط مثبت قرار دارد (زیسر- ناسنون و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد که وقتی خانواده یا والدین دچار استرس شوند ممکن است نوع تعاملات آنها با کودکان دستخوش تغییر شود و همین باعث بروز تعارض‌ها و مشکلات والدین با فرزندان شود و در نتیجه زمینه را برای شروع یا رشد اختلال نافرمانی مقابله‌ای هموار سازد (گلدشتاین و همکاران، ۲۰۰۷؛ میراندا و همکاران، ۲۰۰۷). در این زمینه اشمیت و همکاران (۲۰۲۱) هشدار می‌دهند در عصر کنونی که خانواده‌ها درگیر بیماری همه‌گیر و ناشناخته‌ای شده‌اند که تلفات زیادی را در برداشته ممکن است میزان استرس در خانواده‌ها بالا رفته است و باعث شروع و شدت یافتن علائم و نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان شود که نیاز است به آن توجه شود.

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹، بیماران در ووهان چین گزارش کردند که به دلیل پاتوژن میکروبی ناشناخته، مشکلات تنفسی دارند. در پی آن ویروس کرونا (Coronavirus) به‌عنوان عامل بیماری‌زا شناسایی شد و به‌طور موقت این ویروس، کرونا ویروس جدید ۲۰۱۹ (nCoV-2019) نام‌گذاری شد و به کووید-۱۹ (COVID-19) شهرت یافت (لو و همکاران، ۲۰۲۰). در تاریخ ۳۰ ژانویه سال ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که ظهور ویروس کرونا جدید (nCoV-2019) یک اورژانس بهداشت عمومی و نگرانی بین‌المللی است (لیانگ و همکاران، ۲۰۲۰). تصور می‌شود این بیماری از یک حیوان شروع شده و بعداً تکامل یافته است و از طریق انتقال انسان به انسان گسترش می‌یابد. این شیوع با انتقال سریع خود به‌سرعت توجه جهانیان را برانگیخت و منجر به یک نبرد جمعی جهانی شد تا تمدن بشری را از مرگ نامشخص آن محافظت کند (احمد و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به ویژگی انتقال ویروس کرونا از انسان به انسان، همه کشورهای آسیب‌دیده به‌عنوان یک واکنش اضطراری برای جلوگیری از شیوع سریع ویروس در قرنطینه کامل یا جزئی قرار گرفته‌اند. با این حال، با ایجاد قرنطینه شدید، شیوع همه‌گیری می‌تواند مشکلات روانی ایجاد کند. بسیاری از مطالعات تأثیر شیوع بیماری‌های عفونی بر سلامت روانی عمومی، مانند سندرم حاد تنفسی حاد (severe acute respiratory syndrome; SARS) در سال ۲۰۰۳ (کو و همکاران، ۲۰۰۶) و اپیدمی جدید آنفلوآنزای A در سال ۲۰۰۹ را نشان داده‌اند (یئونگ و همکاران، ۲۰۱۷). این نوع اپیدمی‌ها مردم را به سمت تجربه مشکلات روان‌شناختی مختلفی سوق می‌دهد و باعث می‌شود که مردم دچار استرس و آشفتگی شوند (کیو و همکاران، ۲۰۱۴). در این میان مردم ممکن است به دلیل شرایط ناگوار این بیماری دچار استرس‌هایی مرتبط با کرونا شوند و موجب مشکلات مختلف در زندگی آنان شود (سلیمی و همکاران، ۱۴۰۰). استرس کرونا به نوعی شامل پاسخ‌های جسمی، روانی و رفتاری فرد به دلیل ترس و اضطراب از کرونا است که در این حالت فرد فکر می‌کند

توانایی مقابله با این بیماری و اثرات آن را ندارد. این استرس ممکن است ناشی از ترس از ابتلای خود و بستگان به بیماری، چگونگی مراقبت از شخصی که بیمار شده، مراقبت بیش از اندازه برای آلوده نشدن و آلوده نکردن دیگران و نیز ترس از عواقب اقتصادی-اجتماعی ایجاد شود (تیلور و همکاران، ۲۰۲۰).

شرایط بیماری کرونا به گونه‌ای بود که مشکلات بسیاری را برای افراد ایجاد کرد و موجب ایجاد استرس در آنان شد (آروند و همکاران، ۱۴۰۰). عزیزاده فرد و صفاری‌نیا (۱۳۹۸) عنوان می‌کنند که اثرات مخرب این بیماری به گونه‌ای است که حتی افرادی که بیمار نشده‌اند و در خانواده خود هیچ مبتلایی به این بیماری نداشته‌اند نیز از اثرات روانی آن مصون نیستند و ممکن است این افراد دچار مشکلات و آسیب‌های روانی شوند. این در حالی است که ممکن است شدت درگیری افراد با این بیماری آسیب بیشتری را رقم بزند. ممکن است افرادی که خود تجربه این بیماری را داشته‌اند، این بیماری را در یکی از اعضای نزدیک خانواده خود دیده‌اند یا بدتر از آن، اگر عضوی از خانواده را به دلیل این بیماری از دست داده باشند شرایط ناگوارتری را تجربه کنند و چنین درگیری با این بیماری بدون شک با واکنش‌هایی همراه خواهد بود. بر اساس پژوهش‌های انجام شده، وقتی عضوی در خانه به این بیماری مبتلا می‌شود، تعادل خانواده به هم می‌خورد و خانواده دچار استرس، سردرگمی و خستگی روانی می‌شود؛ بنابراین هر اندازه خانواده درگیر این بیماری شود و اعضای بیشتری به آن مبتلا شوند ممکن است سایر اعضا نیز تنش زیادی را احساس کنند؛ چرا که بدون شک وجود یک یا چند بیمار در خانواده باعث می‌شود تا اعضای دیگر در کنار مشکلاتی در زمینه حفظ فاصله، گرفتاری‌های زیادی را در زمینه مراقبت و پرستاری از عضو بیمار نیز تجربه کنند؛ بنابراین، تجربه بیماری در خانواده و میزان درگیری با آن می‌تواند نظام خانواده را با استرس و تنش بزرگ‌تری مواجه سازد. هر اندازه میزان درگیری اعضای خانواده با این بیماری زیاد باشد می‌تواند بر نوع واکنش‌های اعضا اثرگذار باشد (پاور، ۲۰۲۰).

به نظر می‌رسد که میزان درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس‌های مرتبط با آن می‌تواند با بروز پرخاشگری (aggression) همراه باشد و این پرخاشگری بر سلامت روانی کودکان اثر بگذارد (مارچتی و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی خانواده‌ای دچار تجربیات و استرس‌های مرتبط با کرونا باشد می‌تواند به دلیل فشارها و تجربیات مختلفی که تجربه می‌کند تعاملات ناسالم و پرخاشگرانه‌ای را شکل دهد (سلیمی و همکاران، ۱۴۰۰). پرخاشگری تعامل آشکار یا پنهانی، غالباً مضر، با هدف وارد کردن صدمه یا سایر آسیب‌ها به فرد دیگر است که ممکن است به صورت واکنشی یا بدون تحریک رخ دهد (دی‌بنو و موراون، ۲۰۱۴). در شرایط کنونی که کرونا آسیب‌های زیادی را به وجود آورده است، می‌توان انتظار داشت که میزان استرس در خانواده‌ها و خصوصاً والدین افزایش یابد و این می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی همراه باشد (مهدوی میدانی و همکاران، ۱۴۰۱). دونان و همکاران (۲۰۲۰) گزارش داده‌اند که در دوران همه‌گیری، به‌خصوص میزان خصومت و پرخاشگری افزایش قابل توجهی داشته است. این بیماری باعث شده تا اعضای خانواده بیشتر در کنار همدیگر باشند و این می‌تواند به دلیل ایجاد استرس و آشفتگی در افراد زمینه‌ساز پرخاشگری آنان شود. در این زمینه، لی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که در دوران همه‌گیری، حدود ۲۰ درصد از والدین گزارش داده‌اند که فرزند خود را کتک زده و با او به صورت پرخاشگرانه برخورد داشته‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در دوران کرونا میزان مشکلات روان‌شناختی والدین سطح قابل توجهی داشته و این حالت در والدینی که دارای فرزند مبتلا به مشکلات رفتاری بوده شیوع بالایی نشان می‌دهد (آریان‌پور و نیساری، ۱۴۰۲). افزایش اثرات کرونا در میان والدین بدون شک فرزندان را نیز متأثر می‌سازد. از دست دادن شغل والدین و مشکلات مالی از عواملی هستند که ممکن است منجر به کاهش مراقبت‌های روانی از کودکان و نوجوانان شود؛ چون این موارد بر استرس والدین تأثیر می‌گذارد و به نوبه خود بر سلامت روانی و سلامت کودک و نوجوانان نیز اثر دارد (راسل و همکاران، ۲۰۲۰؛ وان سوست و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به مطالب عنوان شده کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ممکن است شرایط بدی را تجربه کنند و این می‌تواند ناشی از شرایط ناکارآمد خانواده باشد. در شرایط همه‌گیری کرونا که خانواده‌ها شرایط ناگواری را به خاطر بیماری کرونا تجربه می‌کنند ممکن است جو خانواده برای این کودکان و نوجوانان چندان مساعد نباشد. به نظر می‌رسد که شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن در والدین باعث بروز رفتارهای ناکارآمد شود و با پرخاشگری والدین همراه باشد و این نیز به نوبه خود باعث افزایش نشانه‌ها و علائم مرتبط با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان شود. از این رو با توجه به پژوهش‌های محدود و حتی

فقدان پژوهش‌های داخلی در زمینه چگونگی اثرگذاری شرایط مرتبط با بیماری کرونا در بروز نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن در پیش‌بینی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری پرخاشگری والدین انجام شد.

• روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان و نوجوانان استان هرمزگان در سال ۱۴۰۰ بودند که والدین آنها به علت مشکلات نافرمانی فرزند درخواست خدمات مشاوره‌ای داشتند. از میان جامعه آماری ۲۶۰ نفر (۲۲۰ پسر و ۴۰ دختر) به صورت در دسترس انتخاب و در پژوهش حاضر شرکت کردند. برای انتخاب این افراد، ابتدا با مراجعه به کلینیک‌های درمانی استان هرمزگان و بررسی پرونده‌ها، با بیش از ۳۵۰ نفر از والدین این افراد تماس تلفنی حاصل شد تا ابتدا پس از بررسی ملاک‌های ورود و داشتن رضایت در پژوهش حاضر شرکت کنند که از میان این افراد تنها ۲۶۰ والد در این پژوهش شرکت کردند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای سهولت پاسخگویی این افراد، سؤالات به صورت تحت وب طراحی شد و آدرس اینترنتی آن به والدین ارسال شد. قابل ذکر است که معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل تماس حضوری یا تلفنی برای دریافت خدمات مشاوره‌ای برای مشکلات نافرمانی فرزند، قرار داشتن کودک و نوجوان در محدوده سنی ۵ تا ۱۵ سال، زندگی در استان هرمزگان و همچنین رضایت کامل در جهت پاسخ دادن به ابزارهای پژوهش بود. به منظور رعایت جوانب اخلاقی، ضمن تبیین اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان بیان شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه است و در صورت عدم رضایت می‌توانند در پژوهش حاضر شرکت نکنند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-23 صورت پذیرفت.

• ابزارها

الف: مقیاس استرس کرونا (corona stress scale; CSS-18): سلیمی و همکاران (۱۳۹۹) با ۱۸ ماده این مقیاس را طراحی کردند. این مقیاس دارای ۳ زیرمقیاس حالت‌های روانی استرس (۱۰ ماده)، حالت‌های جسمانی استرس (۵ ماده) و رفتارهای مرتبط با استرس کرونا (۳ ماده) است. نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه از هرگز (امتیاز صفر) تا همیشه (امتیاز ۴) قرار دارد و نمرات بالاتر به معنای استرس بیشتر است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد که این مقیاس از سه زیرمقیاس تشکیل شده و میزان ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس حالت‌های روانی استرس کرونا ۰/۹۲، حالت‌های جسمانی استرس کرونا ۰/۸۲، رفتارهای مرتبط با استرس کرونا ۰/۵۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ بود. نتایج بررسی روایی همگرایی مقیاس استرس کرونا با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (depression, anxiety and stress scale; DASS-21) نشان از روایی مناسب آن بود. میزان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس استرس کرونا در این پژوهش ۰/۹۵ به دست آمد.

ب: مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (depression, anxiety and stress scale; ODDRS): این مقیاس توسط هامرسن و همکاران (۲۰۰۶) با ۸ ماده برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و نوجوانان سنین ۵ تا ۱۵ سال ساخته شده است و توسط والدین یا مراقب پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری این مقیاس در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (امتیاز صفر) تا خیلی زیاد (امتیاز ۳) قرار دارد که نمرات بالاتر نشانه اختلال است و والدین هر نشانه کودک را بر اساس ۶ ماه گذشته توصیف می‌کنند. هامرسن و همکاران (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. فرامرزی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود ضمن تأیید روایی محتوایی این ابزار، گزارش داده‌اند که ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش بازآزمایی ۰/۹۴ بوده است. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

ج: پرسشنامه پرخاشگری اهواز (Ahvaz aggression questioner; AAQ): این پرسشنامه توسط زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) با ۳۰ ماده ساخته شده است. نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از هرگز (امتیاز صفر) تا همیشه (امتیاز ۳) قرار دارد و نمرات بالاتر به معنای پرخاشگری بیشتر است. روایی این مقیاس در پژوهش زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) مطلوب عنوان

شده است. همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

د: شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا (involvement severity of corona disease; ISCD): لازم به ذکر است که

برای بررسی شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا از یک سؤال محقق ساخته استفاده شد. در این سؤال از آزمودنی خواسته شد تا مشخص کند کدام یک از وضعیت‌های ذکر شده را تجربه کرده است: وضعیت اول: عدم ابتلای خود فرد و اعضای خانواده به بیماری کرونا (امتیاز صفر)؛ وضعیت دوم: ابتلای خود فرد یا برخی از اعضای خانواده به کرونای خفیف (امتیاز ۱)؛ وضعیت سوم: ابتلای خود فرد یا برخی از اعضای خانواده به کرونای شدید (امتیاز ۲)؛ فوت برخی از اعضای خانواده به دلیل بیماری کرونا (امتیاز ۳). برای بررسی روایی این سؤال از ۱۰ تن از اساتید و دانشجویان دکتری روانشناسی و مشاوره نظرخواهی شد که روایی صوری و نسبت روایی محتوایی (content validity ratio; CVR) آن با میزان ۰/۹۵ تأیید شد.

• یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌ها $11/06 \pm 2/05$ و برای والدین آنها $35/97 \pm 6/75$ بود.

جدول ۱. نتایج همبستگی و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	میانگین	انحراف معیار
۱. اختلال نافرمانی مقابله‌ای	۱				۱۶/۷۰	۳/۴۴
۲. استرس کرونا	۰/۴۶**	۱			۲۷/۵۶	۴/۴۵
۳. شدت درگیری	۰/۴۲**	۰/۳۷**	۱		۱/۳۹	۰/۹۱
۴. پرخاشگری	۰/۴۶**	۰/۴۴**	۰/۴۵**	۱	۴۱/۱۰	۷/۴۱

$p < 0/01^{**}$ و $p < 0/05^*$

بر اساس نتایج به دست آمده، بین نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با استرس کرونا به میزان ۰/۴۶، با شدت درگیری ۰/۴۲ و با پرخاشگری با میزان ۰/۴۶ همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین بین پرخاشگری با استرس کرونا به میزان ۰/۴۴ و با شدت درگیری به میزان ۰/۴۵ همبستگی معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۲. نتایج اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل استاندارد شده

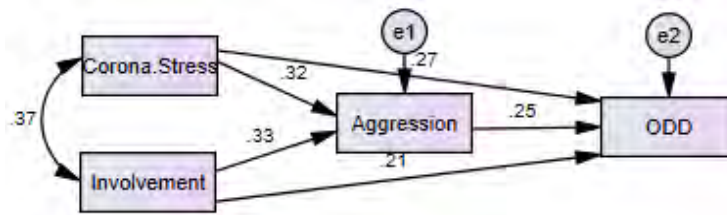
متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	اثر مستقیم	سطح معناداری	اثر غیرمستقیم	سطح معناداری	اثر کل	سطح معناداری
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	استرس کرونا	۰/۲۷	۰/۰۲۱	۰/۰۸	۰/۰۱۹	۰/۳۵	۰/۰۰۱
	شدت درگیری	۰/۲۰	۰/۰۲۱	۰/۰۸	۰/۰۱۹	۰/۲۹	۰/۰۰۱
	پرخاشگری	۰/۲۵	۰/۰۱۹	-	-	۰/۲۵	۰/۰۱۹
	استرس کرونا	۰/۳۲	۰/۰۰۱	-	-	۰/۳۲	۰/۰۰۱
	شدت درگیری	۰/۳۳	۰/۰۰۱	-	-	۰/۳۳	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده، استرس کرونا، شدت درگیری و پرخاشگری به ترتیب با میزان ۰/۲۷، ۰/۲۰ و ۰/۲۵ سهم معناداری در اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند. همچنین استرس کرونا و شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا به ترتیب با میزان ۰/۳۲ و ۰/۳۳ سهم معناداری در پرخاشگری والدین دارند.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های برازش مدل

شاخص	χ^2	P	χ^2/df	GFI	RMSEA	RFI
دامنه پذیرش	$P > 0/05$		< 3	$> 0/9$	$< 0/1$	$> 0/9$
نتیجه	۱۶/۴۴	۰/۰۳۶	۲/۰۵	۰/۹۷	۰/۰۶	۰/۸۸
شاخص	CFI	TLI	IFI	NFI	PNFI	PCFI
دامنه پذیرش	$> 0/9$	$> 0/9$	$> 0/9$	$> 0/9$	$> 0/5$	$> 0/5$
نتیجه	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۵۰	۰/۵۱

بر اساس نتایج به دست آمده از شاخص‌های برازش، مشاهده می‌شود که به غیر از شاخص‌های χ^2 و RFI سایر شاخص‌ها نشان می‌دهد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. شکل مدل به صورت زیر است:



شکل ۱. مدل تجربی پژوهش

• بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن در پیش‌بینی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای با میانجی‌گری پرخاشگری والدین انجام شد. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد که شدت درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن در والدین می‌تولند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی نماید. مارچتی و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که طی همه‌گیری بیماری کرونا والدین دچار استرس و ترس مرتبط با این بیماری شدند و از این رو رفتارهای آنها باعث افزایش مشکلات و آسیب‌های روانی در فرزندان آنها شده است. گاسمن-پاینز و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که در خانواده‌هایی که سختی‌های متعدد مرتبط با بحران بیماری کرونا و ویروس را تجربه کرده‌اند، بهزیستی و سلامت روانی والدین و فرزندان بدتر شده است. ویروس کرونا به دلیل شرایط ناشناخته، بیماری و مرگ و میری که به وجود آورد باعث ایجاد استرس در افراد شد. این استرس می‌تواند تعاملات و آرامش روانی والدین را کاهش دهد و در نتیجه با ایجاد تعاملات منفی با فرزند خود باعث افزایش نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در آنها شود. وقتی والدین به‌نوعی درگیر این بیماری شوند یا عضوی از خانواده را به دلیل این بیماری از دست داده باشند ممکن است، عواقب و پیامدهای این بیماری را جدی بگیرند و برای همین نظارت و کنترل بیشتری روی فرزندان خود داشته باشد تا وی قوانین بهداشتی و خودمراقبتی را رعایت کند. این کنترل و نظارت ممکن است با سرپیچی فرزند همراه شود و در نتیجه باعث شود تا والدین کنترل و نظارت خود را افزایش دهند و در مقابل فرزندشان نافرمانی بیشتری را انجام دهد. کولیزی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند وقتی والدین درگیر بیماری کرونا و دچار استرس کرونا شوند تعاملات ناکارآمدی را با فرزند خود شکل می‌دهد و این باعث می‌شود تا فرزندان که از قبل دارای مشکلات روانی بودند، مشکلات بیشتری را نشان دهند. این نتایج نشان می‌دهد که جو خانواده و آرامش روانی والدین تا چه میزان در بهبود یا تشدید نشانگان نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است. والدین کودکان مبتلا به نشانگان نافرمانی مقابله‌ای اغلب مهارت فرزندپروری خوبی ندارند و در الگوهای انضباطی شان اغلب افرادی پرخاشگر و ناهماهنگ هستند (زیسر- ناسنسون و همکاران، ۲۰۱۷). این درحالی است که وقتی چنین والدینی درگیر بیماری کرونا شود و استرس زیادی را به خاطر آن تجربه کنند ممکن است، رفتارها و تعاملات ناهماهنگ و مخرب به مراتب زیادتری را به کار بگیرند و باعث تشدید نشانگان نافرمانی در فرزندشان شوند. اشمیت و همکاران (۲۰۲۱) نیز عنوان می‌کنند که با افزایش درگیری و استرس والدین با بیماری کرونا بهزیستی و سلامت روانی فرزندان به خطر می‌افتد چرا که والدین ممکن است نتوانند فضای گرم و صمیمانه‌ای را شکل دهند و وظایف والدگری خود را به درستی اعمال کنند.

از نتایج دیگر این پژوهش نقش پرخاشگری والدین در بروز نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان بود. در واقع نتایج نشان داد که هر اندازه والدین دست به پرخاشگری بزنند به مراتب نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان آنها افزایش پیدا می‌کند. لی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که در دوران همه‌گیری کرونا، والدین رفتارهای پرخاشگرانه‌ای با فرزندان خود داشته‌اند. ادواردز و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند وقتی روابط بین والدین و فرزندان خصمانه باشد، فرزندان ممکن است از خود نشانگان نافرمانی مقابله‌ای را بروز دهند. وقتی والدین رفتار پرخاشگرانه‌ای را نشان دهند باعث می‌شود که فضای صمیمانه و عاطفی بین والد-فرزند کاهش پیدا کند و در نتیجه فرزند رفتارهای نافرمانی از خود نشان دهند. در شرایط امروزی که والدین درگیر بیماری و آسیب‌های ناشی از کرونا هستند ممکن

به راحتی دست به پرخاشگری بزنند. از همین رو، نتایج این پژوهش نشان داد که درگیری خانواده با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن در والدین می‌تواند زمینه‌ساز پرخاشگری در والدین شود و این پرخاشگری می‌تواند باعث افزایش نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان شود. فشاری که به واسطه همه‌گیری کرونا در سطوح مختلف فردی، بین‌فردی، اجتماعی، اقتصادی و غیره بر والدین تحمیل می‌شود باعث می‌شود تا آنها نتوانند آرامش خود را حفظ کنند و در نتیجه به راحتی دست به پرخاشگری بزنند. سلیمی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که استرس‌ها و فشارهای ناشی از بیماری کرونا می‌تواند باعث به وجود آمدن فضای خصمانه و پرخاشگرانه‌ای در خانواده شود و کیفیت روابط اعضا را تحت تأثیر قرار دهد. فینبرگ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که فشارها و استرس‌های ناشی از بیماری کرونا باعث می‌شود تا کیفیت والدگری و نحوه مراقبت از فرزندان دستخوش تغییر گردد و باعث شود تا جوی به وجود آید که در آن فرزندان مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری از خود نشان دهند. بنابراین وقتی استرس به والدین غلبه کند و آنها نتوانند آن را به درستی مدیریت کنند این استرس می‌تواند باعث بروز رفتارهای خصمانه شود و در نتیجه نتیجه‌ای جز افزایش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان نداشته باشد.

می‌توان گفت که وقتی والدینی درگیری شدیدی با بیماری کرونا پیدا کنند و یا عضوی از خانواده را به خاطر این بیماری از دست بدهند دچار ترس و استرس زیادی خواهند شد و این تجربیات و استرس‌ها بدون شک اثر خود را نه تنها روی آنها، بلکه روی فرزندان نیز خواهد گذاشت. در چنین شرایطی ممکن است والدین ترس زیادی از آلوده شدن خود یا فرزندان داشته باشند و برای همین قوانین و قواعد سختی را برای خودمراقبتی و حفظ بهداشت ترتیب دهند. در چنین حالتی، فرزندی که دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای است و ویژگی‌هایی چون تضادورزی و نافرمانی و همچنین رعایت نکردن دستورها و قواعد دارد باعث می‌شود تا از قواعد و دستورهای والدین سرپیچی کنند. در چنین شرایطی ممکن است والدین از رفتارهای آنها به ستوه بیایند و در نتیجه برای ملزم کردن فرزندشان برای فرمان‌برداری دست به پرخاشگری بزنند که این دور باطل ممکن است به افزایش نافرمانی دامن زند. وانگ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند افرادی که تجارب بدی در زمینه بیماری کرونا دارند ممکن است، آرامش و تعادل روانی آنها کاهش پیدا کند و به دلیل تجربه استرس و فشاری ناشی از این تجارب کارکردهای شناختی و بین‌فردی در آنها کاهش پیدا کند. می‌توان گفت در چنین حالتی ممکن است والدین احساس کنند توانایی تعامل درست و کارآمد با فرزندان خود را ندارد. بنابراین در شرایط همه‌گیری، اعضای خانواده اوقات بیشتری را در کنار همدیگر سپری می‌کنند و این باعث افزایش تعاملات والد-فرزندی شده است. چنین شرایطی می‌تواند آسیب‌های بیشتری را به همراه داشته باشد. این شرایط می‌تواند باعث افزایش تعاملات ناسالم والدین با فرزندان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و در نتیجه باعث کاهش احساس توانایی در والدین شود. برای همین ممکن است در چنین شرایطی والدین برای هدایت و راهنمایی فرزندان به راحتی دست به پرخاشگری بزنند.

• نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که شدت درگیری والدین با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن می‌تواند باعث افزایش پرخاشگری والدین و همچنین نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان شود. در واقع، شدت درگیری والدین با بیماری کرونا و استرس مرتبط با آن می‌تواند زمینه‌ساز پرخاشگری در والدین شود و با ایجاد تعاملات ناسالم و ناکارآمد شرایطی را به وجود بیاورد که نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در فرزندان افزایش پیدا کند. نتایج این پژوهش بیانگر اثرات روانی مستقیم و غیرمستقیم بیماری کرونا در بروز اختلال‌های رفتاری و هیجانی در فرزندان بود. این نتایج نشان می‌دهد که ضروری است در کنار توجه به سلامت جسمانی ناشی از این بیماری، به ابعاد روانی آن نیز توجه شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که درمانگران و مسئولین به این امر مهم توجه داشته و سعی در ارائه مداخله‌ها و به‌کارگیری سیاست‌هایی در زمینه کاهش فشارها و استرس‌های روانی ناشی از بیماری کرونا در والدین داشته باشند تا فرزندان دچار مشکلات روانی نشوند. با این حال پژوهش حاضر به دلیل کم بودن تعداد نمونه، استفاده صرف از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها و نداشتن یک ابزار معتبر برای بررسی شدت درگیری والدین با بیماری کرونا با محدودیت‌هایی مواجه هست. از این رو پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران، در پژوهش‌هایی با تعداد نمونه بالاتر و همچنین بررسی این مدل بر روی سایر اختلال‌های

کودکان و نوجوانان دست به پژوهش بزنند. امید است این پژوهش بتواند قدم کوچکی در راستای کمک به بهبود نشانگان کودکان و نوجوانان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای برداشته باشد.

• تعارض منافع

در پژوهش حاضر تعارض منافی گزارش نشده است.

• تشکر و قدردانی

نویسنده بر خود لازم می‌داند از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش، مسئولان کلینیک‌های درمانی و سایر اساتید و دوستانی که حمایت‌گر این پژوهش بوده‌اند تشکر و قدردانی به عمل بیاورد.

• منابع

- آروند، حمید، عبدی، بهنام؛ عسکرزاد، نسرین و ارتقای، حمیده (۱۴۰۰). عوامل ارتقا تاب‌آوری کارکنان پرستاری درگیر در مراقبت‌های بالینی از بیماران مبتلا به کووید-۱۹. *مجله روانشناسی*، ۴(۲۵)، ۵۷۰-۵۶۰.
- آریان‌پور، سعید و نیساری، مریم (۱۴۰۲). مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به کاستی‌توجه-بیش‌فعالی در دوره کووید-۱۹: نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، حل مسئله اجتماعی و تاب‌آوری. *مجله روانشناسی*، ۱(۲۷): ۱۱۵-۱۰۶.
- زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۷(۱)، ۱۰۲-۷۳.
- سلیمی، هادی؛ حاجی‌علیزاده، کبری؛ عامری‌سیاهویی، مجتبی و بهدوست، پرینا (۱۴۰۰). نقش میانجی استرس کرونا در رابطه بین اعتیاد به اینترنت با تعارضات و خشونت زناشویی و خانوادگی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۵)، ۱۱۶-۹۵.
- سلیمی، هادی؛ عابدینی‌چمگردانی، سمیه؛ قاسمی‌نافچی، نیکو و تباشیر، سیروس (۱۳۹۹). ساخت و اعتباریابی مقیاس استرس کرونا (CSS-18) متناسب با سبک زندگی ایرانی. *قرآن و طب*، ۵(۴)، ۳۱-۲۳.
- علیزاده‌فرد، سوسن و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۸). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس اضطراب و همبستگی اجتماعی ناشی از بیماری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۹(۳۶)، ۱۴۱-۱۲۹.
- فرامرزی، سالار؛ عابدی، احمد و قنبری، آمنه (۱۳۹۱). تاثیر آموزش الگوی ارتباطی مادران بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) فرزندان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۴(۲): ۹۶-۹۰.
- مهدوی‌میدانی، محمد؛ شاهقلیان، مهناز و خانی‌پور، حمید (۱۴۰۱). ارتباط طرحواره‌های مقابله با استرس و فضایل در عمل با پریشانی روان‌شناختی در دوره همه‌گیری کرونا: نقش میانجی تاب‌آوری. *مجله روانشناسی*، ۳(۲۶)، ۲۹۰-۲۸۱.
- Ahmed, O., Ahmed, M. Z., Alim, S. M. A. H. M., Khan, M. A. U., & Jobe, M. C. (2020). COVID-19 outbreak in Bangladesh and associated psychological problems: An online survey. *Death Studies*, 1-10.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2021). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 0, 1-9.
- Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of child psychology and psychiatry*, 55(3), 264-272.
- Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zocante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: an online parent survey. *Brain sciences*, 10(6), 341.
- DeBono, A., & Muraven, M. (2014). Rejection perceptions: Feeling disrespected leads to greater aggression than feeling disliked. *Journal of Experimental Social Psychology*, 55, 43-52.
- Duan, H., Yan, L., Ding, X., Gan, Y., Kohn, N., & Wu, J. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health in the general Chinese population: Changes, predictors and psychosocial correlates. *Psychiatry research*, 293, 113396.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 557-572.
- Feinberg, M. E., A Mogle, J., Lee, J. K., Tornello, S. L., Hostetler, M. L., Cifelli, J. A., ... & Hotez, E. (2021). Impact of

- Gassman-Pines, A., Ananat, E. O., & Fitz-Henley, J. (2020). COVID-19 and parent-child psychological well-being. *Pediatrics*, 146(4).
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., & Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 125-136.
- Hommersen, P., Murray, C., Ohan, J. L., & Johnston, C. (2006). Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 118-125.
- Ko, C. H., Yen, C. F., Yen, J. Y., & Yang, M. J. (2006). Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(4), 397-403.
- Lee, S. J., Ward, K. P., Lee, J. Y., & Rodriguez, C. M. (2021). Parental social isolation and child maltreatment risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of family violence*, 1-12.
- Li, I., Clark, D. A., Klump, K. L., & Burt, S. A. (2017). Parental involvement as an etiological moderator of middle childhood oppositional defiant disorder. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 659.
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C., & Mei, S. (2020). The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric quarterly*, 91(3), 841-852.
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., ... & Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The lancet*, 395(10224), 565-574.
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Di Giandomenico, S., Mazza, C., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of parent psychological distress on child hyperactivity/inattention during the COVID-19 lockdown: testing the mediation of parent verbal hostility and child emotional symptoms. *Frontiers in psychology*, 11, 3417.
- Miranda, A., Marco, R., & Grau, D. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In *International perspectives*. Emerald Group Publishing Limited.
- Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 16(1), 67-73.
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J., & Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(5), 671-682.
- Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1901407.
- Serra-Pinheiro, M. A., Schmitz, M., Mattos, P., & Souza, I. (2004). Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 273-276.
- Szentiványi, D., & Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1-8.
- Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 102232.
- Von Soest, T., Bakken, A., Pedersen, W., & Sletten, M. A. (2020). Life satisfaction among adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(10), 32602316.
- COVID-19 patients: An altruistic perspective. *Nursing ethics*, 27(7), 1490-1500.
- Yeung, N. C., Lau, J. T., Choi, K. C., & Griffiths, S. (2017). Population responses during the pandemic phase of the influenza A (H1N1) pdm09 epidemic, Hong Kong, China. *Emerging infectious diseases*, 23(5), 813.
- Zisser-Nathenson, A. R., Herschell, A. D., & Eyberg, S. M. (2017). Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 103-121.