ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

Journal of Police Medicine

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 Heidari[1 PhD Candidate], Mohammad Narimani[1* PhD], Seyfollah Aghajani[1 PhD], Sajad Basharpoor[1 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, Basharpoor 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

Copyright © 2022, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

INTRODUCTION

... [1]. Individuals with conduct disorder exhibit a repetitive and persistent pattern of behavior in which the basic rights of others or age-appropriate social norms and regulations are violated [2]. Conduct disorder usually appears in childhood or adolescence and affects between 2 and 10% of the general population and an average of 4% of people [2]. Significantly, both factors of childhood maltreatment and childhood conduct disorder increase the risk of recidivism. ... [3]. Childhood maltreatment is also considered a clear risk for violence against parents among adolescents [4, 5] and adults [6]. ... [7]. Children and adolescents with conduct disorder have more verbal and physical aggression and poor social skills compared to their peers, as a result, most of them are rejected by their peers [8]. ... [9, 10]. One-third of children and adolescents in school report social rejection by their peers [11]. *Dodge et al*. [12] have shown that peer rejection in middle childhood predicts current and future antisocial behavior. Longitudinal studies show that socially deprived children are at high risk of social maladjustment and maladaptive thinking patterns in adulthood [10, 13]. *Massing-Schaffer et al*. [14] and *Cheek et al*. [15] have also shown in a study aimed at investigating the relationship between social rejection and suicidal ideation that there is a relationship between acute cases of social rejection and suicidal ideation. ... [16]. People with conduct disorder usually engage in unethical behavior using moral apathy, without feeling guilt or self-blame. Loss aversion includes a series of cognitive mechanisms (such as moral justification, thoughtful labeling, dehumanization, and shame attributions) that allow people to engage in unethical behavior and avoid its negative consequences on their self-esteem. Previous studies show that adolescents who resort to moral apathy to a large extent engage in more aggressive behaviors [17]. ... [18, 19]. Also, moral apathy is related to peer rejection in school [20]. ... [21-23].

AIM(s)

The present study was conducted to determine the mediating role of moral apathy in the relationship between child abuse and peer rejection with conduct disorder symptoms in adolescents.

RESEARCH TYPE

The method of this research is descriptive-correlation of structural equation modeling type.

RESEARCH SOCIETY, PLACE & TIME

The statistical population of this research was all the students of the first and second grades of high school who were studying in Urmia, Iran in the academic year of 2020-2021.

SAMPLING METHOD & NUMBER

Considering that in modeling studies, the minimum sample size is 10-40 people for each observed variable [24], in this study 15 samples were considered for each observed variable. Therefore, the sample size was selected according to the presence of 14 observed variables, and taking into account the attrition of subjects, 220 people were selected by the multi-stage sampling method.

USED DEVICES & MATERIALS

To collect data, the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [25, 26], the Childhood Injuries Questionnaire [27, 28], the peer social rejection scale [10], and the moral apathy scale [29, 30] were used.

METHODS

After receiving permission from Mohaghegh Ardabili University, Department of Education of West Azerbaijan Province in Iran was approached and one district was randomly selected from the two education districts of Urmia, Iran. Then, the selected district was referred and a list of all girls' and boys' schools for the first and second grades of high school was obtained. In the next step, one girls' and one boys' school from each grade (four schools), and after referring to the selected schools from each of the three grades, one class was selected and the link of the research questionnaires was sent to them through the Shad application for answering.

ETHICAL PERMISSION

This research was approved by the ethics committee of Ardabil University of

Medical Sciences with the code of ethics IR.ARUMS.REC.1400.088.

STATISTICAL ANALYSIS

Data were analyzed using descriptive statistical tools and to test hypotheses structural equation modeling was used through SmartPLS 3 software.

FINDING by TEXT

In this research, 220 students from the first and second grades of high school in the age range of 12-19 years old with an average age of 16.15±1.54 years participated. The frequency of subjects based on demographic variables is shown in Table 1.

Table 1) Multiple numbers and percentages based on demographic information

Variable		Number	Percentage
Gender	Boy	115	52.3
	Girl	105	47.7
birth rank	First	143	65
	Second	37	16.8
	Third	21	9.5
	higher	19	8.2
Family income	Less than 2 million tomans	21	9.5
	Between 2 and 5 million tomans	64	29.1
	Between 5 and 10 million tomans	89	40.5
	Above 10 million tomans	46	20.9
Grade	seventh	13	5.9
	Eighth	21	9.5
	ninth	34	15.5
	the tenth	74	33.6
	Eleventh	29	13.2
	twelfth	49	22.3
Father's job	Governmental positions	145	56.9
	Self-employment	46	20.9
	unemployed	15	8.6
	Retired	14	6.4
mother's job	Governmental positions	9	4.1
	Self-employment	11	5
	Housewife	196	89.1
	Retired	4	1.8
Father's education	Diploma and less	46	20.91
	Masters	97	44.09
	Masters and higher	77	35
mother's education	Diploma and less	117	53.18
	Masters	53	24.09
	Masters and higher	50	22.73

According to Table 2, the values of skewness and kurtosis of some variables were not in the range of -2 to +2, therefore, the data did not have a normal distribution, and PLS software was used to perform structural equations for abnormal data. The obtained results showed that all values of Cronbach's alpha and composite reliability of the research constructs were more than 0.7. Also, the value of AVE for the constructs was more than 0.5, which indicated the convergent validity and reliability of the research model. The results of the divergent validity of the variables showed that the average square root of the variance extracted for each of the constructs was higher compared to the correlation of that construct with other constructs; therefore, it can be said that in the research model, the existing variables interacted more with the items related to themselves than with other structures. In other words, the model had good validity. Also, the value of R square for the structure of moral apathy was 0.34 and the structure of symptoms of conduct disorder was 0.56, which indicated a suitable value. The Q2 values showed

that the endogenous variables of both constructs had a good predictive ability with their respective constructs.

Table 2) The average scores of the subjects in the symptoms of conduct disorder, childhood maltreatment, peer rejection, and moral apathy

Variables		Mean	Standard deviation	skewness	kurtosis
Signs of behavior		2.62	1.41	1.26	1.90
Child maltreatment	Child maltreatment (total score)	28.62	6.81	0.46	2.14
	Physical tolerance	7.77	2.19	-1.00	1.28
	Emotional maltreatment	2.27	2.57	-0.83	0.98
	Physical maltreatment	7.75	2.16	1.48	2.13
	sexual maltreatment	2.95	2.44	0.19	-0.36
	Emotional forgiveness	5.35	2.09	1.13	1.31
	Denial	0.504	1.10	1.10	4.74
peer rejection	peer rejection (total score)	31.91	12.41	1.83	3.13
	insult	7.64	3.92	1.92	3.21
	ignore	13.10	4.75	1.84	3.70
	Slander and accusation	5.33	2.34	2.48	6.77
	Physical attacks	5.83	2.86	1.81	2.74
Moral apathy	Moral apathy (total score)	33.64	14.83	0.46	0.18
	Moral justification	9.29	2.83	0.10	-0.41
	Smart labeling	8.45	3.48	0.52	0.69
	Useful comparison	5.82	2.34	1.86	5.78
	Shifting responsibility	10.15	3.78	0.12	-0.70
	Distribution of responsibility	4.94	1.54	1.92	3.86
	Distortion of results	9.89	3.10	0.45	0.48
	documents of shame	9.61	3.78	0.51	-0.19
	Dehumanize	6.15	2.42	1.45	2.56

The effect size values in Table 3 indicated the appropriate effect size for the constructs of peer rejection, childhood maltreatment, and moral apathy, and the greatest effect was related to moral apathy on symptoms of conduct disorder. According to charts 1 and 2 and table 4, the results of the bootstrap significance test for the significance test of the path coefficients showed that the direct path coefficients of childhood maltreatment ($p<0.001$; $\beta=0.38$) and moral apathy ($p<0.001$; 40 ($\beta=0$) were significant to the symptoms of conduct disorder. 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 ($p<0.01$; $\beta=0.10$) and peer rejection ($p<0.01$; $\beta=0.06$) had an indirect effect on conduct disorder symptoms through the mediation of moral apathy.

Table 3) The values of the effect size index (f2) of the predictor variables on the variable of conduct symptoms and moral apathy

Indicator	Conduct Symptoms	Moral apathy
child abuse	0.18	0.17
peer rejection	0.02	0.05
Moral apathy	0.24	-

Table 4) Direct and indirect effects of childhood maltreatment and peer rejection on conduct disorder indicators: the mediating role of moral apathy

predictor variables	Moral apathy			Conduct Symptoms		
	Direct effect	Indirect effect	total	Direct effect	Indirect effect	Total
Child maltreatment	**0.42	-	**0.42	**0.38	*0.10	**0.48
peer rejection	*0.23	-	*0.23	0.10	*0.06	*0.16
Moral apathy	-	-	-	**0.40	-	**0.40

**Significance at the level of $p<0.001$; * Significance at the level of $p<0.01$

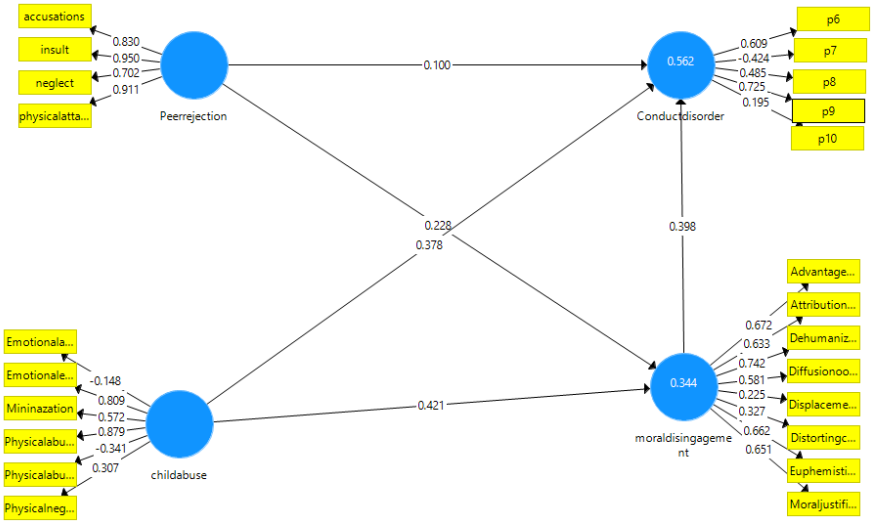


Chart 1) Path coefficients of the measurement model

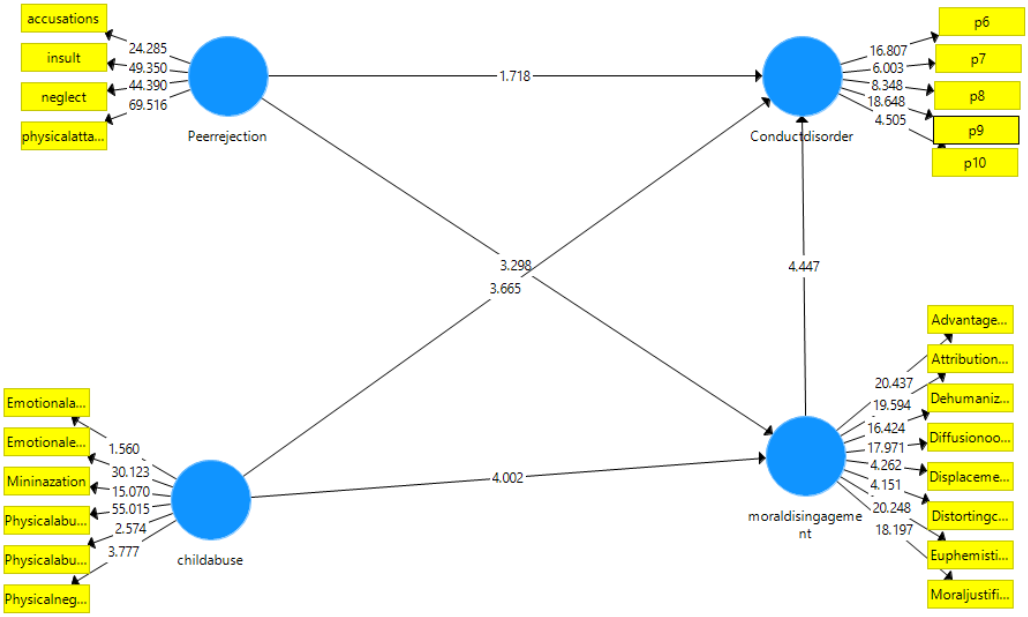


Chart 2) T values of measurement model

MAIN COMPARISION to the SIMILAR STUDIES

The results of this study showed that childhood maltreatment had a direct effect on the symptoms of conduct disorder. These results are consistent with the results of the study by Desanctisa et al. [3] who showed that moderate to severe childhood maltreatment increases the risk of childhood conduct disorder, and both factors of childhood maltreatment and conduct disorder significantly increases the risk of recidivism. *Hoeve et al*. [4], *Wang et al*. [5], *and Richey et al*. [6] have also shown that childhood maltreatment is a clear risk factor for committing violence against parents and adults. *Schwartz et al*. [7] have also stated that exposure to adverse childhood experiences is associated with alcohol use problems and high levels of antisocial behavior. ... [31]. The obtained results showed that the direct path of peer rejection to conduct disorder symptoms was not significant. These results are inconsistent with the results of *Dodge et al*. [12] who showed that peer rejection in middle childhood predicts current and future antisocial behavior. These results are also inconsistent with the results of *Massing-Schaffer et al*. [14] and *Cheek et al*. [15], which revealed the association between social exclusion and negative psychological outcomes. The lack of a direct relationship between peer rejection and behavior disorder

symptoms in this study can be related to the collection of data in this study during the Corona epidemic period, in which due to compliance with social distancing guidelines, students had less contact with their peers, in this way, they were less likely to be rejected by their peers. On the other hand, the important affecting factor of social exclusion on behavioral abnormalities is the level of emotional arousal, and this level of arousal is also dependent on the degree of intimacy with the rejecter's peer and their social status. Therefore, in addition to experiencing less social rejection in Corona conditions, the subjects of the present study may have lacked deep intimacy with their peers and experienced less emotional arousal in the event of rejection, and this factor may have reduced the negative consequences of rejection. According to the results of this study, moral apathy had a direct effect on the symptoms of conduct disorder. These results are in line with the results of *Shulman et al*. [21] and *Espejo-Siles et al*. [22] who showed that moral apathy is an important predictor of aggressive behavior and violence towards peers in children and adolescents. Also, the results of this study showed that childhood maltreatment has an indirect effect on conduct disorder symptoms due to moral apathy. These results are consistent with the results of *Wang et al*. [5] and *Fang et al*. [19]. Also, peer rejection through moral apathy had an indirect effect on conduct disorder symptoms. These results are in line with the results of *Gini et al*. [17] and *Muratori et al*. [18] who have shown that in adolescents with disruptive behavior disorders, more tendencies of moral apathy are related to high levels of inclemency traits. *Fontaine et al*. [33] have also shown that adolescents who experience high social rejection from their peers resort to moral apathy processes more than other adolescents. In the explanation of this hypothesis, it can be said that the person's concern about social life or the person's previous memories of rejection may reduce their attention on the self-regulation of their disorder and lead them to maladaptive coping strategies such as the use of moral apathy mechanisms and have an indirect effect on conduct disorder problems.

LIMITATIONS

This study had several limitations. First, the measurement of childhood maltreatment in this study was only based on the subjects' self-report. Although many studies confirm the reliability and validity of the childhood injury questionnaire, any self-report instrument is vulnerable to many biases such as social desirability, the person's mood at the time of reporting, and the person's memory. The lack of use of clinical samples with conduct disorder was another limitation of the present study.

SUGGESTIONS

It is suggested that in future studies, other tools such as observation and interview be used to measure the variables, and to increase the generalizability of the results to those suffering from conduct disorder, clinical samples with this disorder be used.

CONCLUSIONS

The results of this study show that in addition to the direct effect of childhood maltreatment on conduct disorder symptoms, moral apathy acts as a mediator of the effects of childhood maltreatment and peer social rejection on conduct symptoms.

CLINICAL & PRACTICAL TIPS in POLICE MEDICINE

Considering the greater involvement of those with conduct disorder with the law and their high vulnerability for antisocial behavior in the present and future, the results of this study can be used in the design of preventive programs and early intervention in conduct disorder.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors of the article express their gratitude to the management of the Education Department of West Azerbaijan province in Iran and all school principals and students participating in this research.

CONFLICT of INTEREST

The authors state that there is no conflict of interest in the present study.

FUNDING SOURCES

This research is a part of the findings of

the Ph.D. thesis of the first author of this article, which was implemented with the financial support of the Research Vice-Chancellor of Mohaghegh Ardabili University.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

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

فاضله حیدری[1] PhD Candidate، محمد نریمانی[1*] PhD، سیف‌اله آقاجانی[1] PhD، سجاد بشرپور[1] PhD

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

چکیده

اهداف: مشکلات سلوک در دورۀ 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. جامعۀ آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دوره‌های اول و دوم متوسطۀ شهر ارومیه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. ۲۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب و به نسخه خودگزارشی پرسش‌نامۀ توانایی‌ها و مشکلات (آلفای کرونباخ ۰/۷۸)، مقیاس آسیب‌های دورۀ 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 دورۀ کودکی (β=۰/۳۸؛p<۰/۰۰۱) و بی‌اشتیاقی اخلاقی (β =۰/۴۰؛p<۰/۰۰۱) به نشا

نه‌های اختلال سلوک معنادار بود. همچنین ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری کودکی (β=۰/۴۲؛p<۰/۰۰۱) و طرد همسال (β=۰/۲۳؛p<۰/۰۱) بر بی‌اشتیاقی اخلاقی معنادار بود. علاوه بر این، بدرفتاری دورۀ 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 دورۀ 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 مداخلۀ زودهنگام در اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد.

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

نحوه استناد به مقاله:

Heidari F, Narimani M, Aghajani S, Basharpoor 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.

نویسنده مسئول*:

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

تاریخچه مقاله:

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

Copyright © 2022, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 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 ویرانگر و خشونت‌آمیز می‌شوند که بسیاری از آنها از دید جامعه عمومی پنهان می‌ماند. بسیاری از انواع مشکلات سلوک دورهٔ 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 دورهٔ 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 مطالعهٔ آینده‌نگر روی جمعیت‌های بزرگ نشان داده‌اند که بدرفتاری دورهٔ کودکی (Childhood Maltreatment) به طور معنی‌داری خطر رفتار ضداجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی را افزایش می‌دهد. برای مثال *Desanctis* و همکاران نشان داده‌اند که بدرفتاری متوسط تا شدید دورهٔ 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 بدرفتاری کودکی و اختلال سلوک کودکی به طور معنی‌داری خطر تکرار جرم را افزایش می‌دهد. در این مطالعه، نوجوانان ADHD که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، سه و نیم برابر بیشتر از کودکان مبتلا به ADHD بدون تجربهٔ بدرفتاری کودکی بازداشت شده بودند [۳]. بدرفتاری دورهٔ 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 دورهٔ 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]. یک‌سوم کودکان و نوجوانان در طول سال‌های مدرسه، طرد اجتماعی به‌وسیلهٔ 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 طردشدهٔ 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 دربارهٔ قواعد رفتار اخلاقی چگونه فکر می‌کند و اخلاق عاطفی

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۱، شماره ۱، ۱۴۰۱

(Affective Morality)، اینکه فرد چه احساسی دربارهٔ موضوعات اخلاقی دارد، است. اهمیت مطالعهٔ این موضوعات از شواهدی بر می‌آید که نشان می‌دهند رشد اخلاقی نابهنجار می‌تواند به پیامدهای وخیمی چون اختلالات رفتاری اخلالگرانه (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 خودسرزنشی آشکار به رفتارهای غیراخلاقی دست می‌زنند. بی‌اشتیاقی اخلاقی شامل یکسری مکانیسم‌های شناختی (نظیر توجیه اخلاقی، برچسب‌زدن 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 اخلال‌گرانه، 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، به‌احتمال زیادی دارای بی‌اشتیاقی اخلاقی هستند و این دو بعد به‌طور منحصر 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، قربانی قلدری شدن نیز پیش‌بینی‌کنندهٔ 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 حالی‌که نتایج مربوط به آزمون این مدل می‌تواند تلویحات 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 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. جامعهٔ 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، ۴۰-۱۰ 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 ناحیهٔ آموزش و پرورش شهر ارومیه یک ناحیه به تصادف انتخاب شد. سپس به ناحیهٔ انتخاب شده مراجعه و لیست تمام مدارس دخترانه و پسرانهٔ دورهٔ اول و دوم متوسطه اخذ شد. در مرحلهٔ بعد تعداد یک مدرسه دخترانه و یک مدرسهٔ 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.

نسخهٔ 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 خرده مقیاس دارد. هر خرده مقیاس شامل ۵ آیتم با سه مقولهٔ 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 خرده مقیاس 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 خرده مقیاس‌های SDQ برای مشکلات هیجانی ۰/۷۰، مشکلات سلوک ۰/۵۱،

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

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 پنج عاملی 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 همگرای 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 *Bernstein* و *Fink* 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 استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده 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 سؤالات مربوط به خرده مقیاس سوء استفاده جنسی تا حدی تعدیل شد تا با معیارهای فرهنگی جامعه ایرانی منطبق باشند. ضریب آالفای کرونباخ کل این آزمون در مطالعه حاضر برای خرده‌مقیاس‌های سوءاستفادهٔ عاطفی، سوءاستفادهٔ فیزیکی، سوءاستفادهٔ 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 به‌دست 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 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 به‌دست آمد.

مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی: این مقیاس یک پرسش‌نامه ۳۲سئوالی است که برای ارزیابی استعداد فرد برای بی‌اشتیاقی اخلاقی طراحی‌شده 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. هریک از این هشت مکانیسم به‌وسیله چهار آیتم اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی‌ها به سئوالات 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 ۰/۸۳، ۰/۸۸، 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 جابجایی مسئولیت، ۰/۷۶ برای پخش مسئولیت، ۰/۷۵ برای تحریف پیامدها، ۰/۷۸ برای اسناد شرم، ۰/۷۹ برای انسانیت‌زدایی کردن و

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

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

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق شناسهٔ 1400.088.IR.ARUMS.REC در کمیتهٔ 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 درصورت 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 ۱/۵۴±۱۶/۱۵ 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 کرونباخ 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 همگرای مدل پژوهش بود. نتایج روایی واگرای 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 بی‌اشتیاقی اخلاقی بر نشانه‌های سلوک بود.

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

	متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۱۱۵	۵۲/۳
	دختر	۱۰۵	۴۷/۷
رتبه تولد	اول	۱۴۳	۶۵
	دوم	۳۷	۱۶/۸
	سوم	۲۱	۹/۵
	بالاتر	۱۹	۸/۲
میزان درآمد خانواده	کمتر از ۲ میلیون تومان	۲۱	۹/۵
	بین ۲ تا ۵ میلیون تومان	۶۴	۲۹/۱
	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	۸۹	۴۰/۵
	بالاتر از ۱۰ میلیون تومان	۴۶	۲۰/۹
پایه تحصیلی	هفتم	۱۳	۵/۹
	هشتم	۲۱	۹/۵
	نهم	۳۴	۱۵/۵
	دهم	۷۴	۳۳/۶
	یازدهم	۲۹	۱۳/۲
	دوازدهم	۴۹	۲۲/۳
شغل پدر	دولتی	۱۲۵	۵۶/۹
	آزاد	۴۶	۲۰/۹
	بیکار	۱۵	۸/۶
	بازنشسته	۱۴	۶/۴
شغل مادر	دولتی	۹	۴/۱
	آزاد	۱۱	۵
	خانه‌دار	۱۹۶	۸۹/۱
	بازنشسته	۴	۱/۸
تحصیلات پدر	دیپلم و پایین‌تر	۴۶	۲۰/۹۱
	کارشناسی	۹۷	۴۴/۰۹
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۷	۳۵
تحصیلات مادر	دیپلم و پایین‌تر	۱۱۷	۵۳/۱۸
	کارشناسی	۵۳	۲۴/۰۹
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۵۰	۲۲/۷۳

مطابق نمودارهای ۱ و ۲ و جدول ۴، نتایج مربوط به آزمون معنی‌داری بوت‌استراپ برای آزمون معنی‌داری ضرایب مسیر نشان داد که ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری دورهٔ کودکی ($p<0/001$؛ $\beta = 0/38$) و بی‌اشتیاقی اخلاقی ($p<0/001$؛ $\beta=0/40$) به نشانه‌های اختلال سلوک معنی‌دار بود. همچنین ضرایب مسیر مستقیم بدرفتاری کودکی ($p<0/001$؛ $\beta=0/42$) و طرد همسال ($p<0/001$؛ $\beta=0/23$) بر بی‌اشتیاقی اخلاقی معنی‌دار بود. علاوه بر این، بدرفتاری دوره کودکی ($p<0/01$؛ $\beta = 0/10$) و طرد همسال ($p<0/01$؛ $\beta = 0/06$) با

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

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	بدرفتاری کودکی (نمره کل)	۲۸/۶۲	۶/۸۱	۰/۴۶	۲/۱۴
	مسامحهٔ فیزیکی	۷/۷۷	۲/۱۹	-۱/۰۰	۱/۲۸
	سوءاستفادهٔ عاطفی	۲/۲۷	۲/۵۷	-۰/۸۳	۰/۹۸
	سوءاستفادهٔ فیزیکی	۷/۷۵	۲/۱۶	۱/۴۸	۲/۱۳
	سوءاستفادهٔ جنسی	۲/۹۵	۲/۴۴	۰/۱۹	-۰/۳۶
	مسامحهٔ عاطفی	۵/۳۵	۲/۰۹	۱/۱۳	۱/۳۱
	انکار	۰/۵۰۴	۱/۱۰	۱/۱۰	۴/۷۴
طرد همسال	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	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

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

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

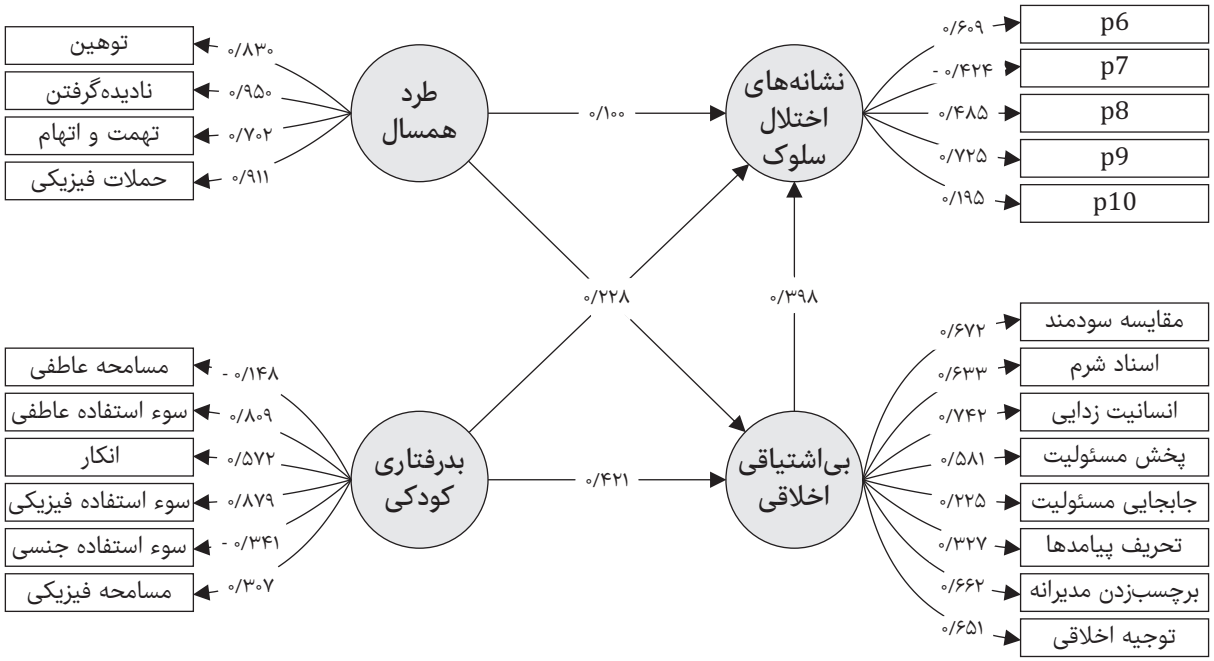
جدول ۴) اثرات مستقیم و غیرمستقیم بدرفتاری کودکی، طرد همسال بر نشانه‌های اختلال سلوک: نقش میانجی بی‌اشتیاقی اخلاقی

متغیرهای پیش‌بین	بی‌اشتیاقی اخلاقی			نشانه‌های سلوک		
	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	کل
بدرفتاری کودکی	۰/۴۲**	-	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۱۰*	۰/۴۸**
طرد همسال	۰/۲۳*	-	۰/۲۳*	۰/۱۰	۰/۰۶*	۰/۱۶*
بی‌اشتیاقی اخلاقی	-	-	-	۰/۴۰**	-	۰/۴۰**

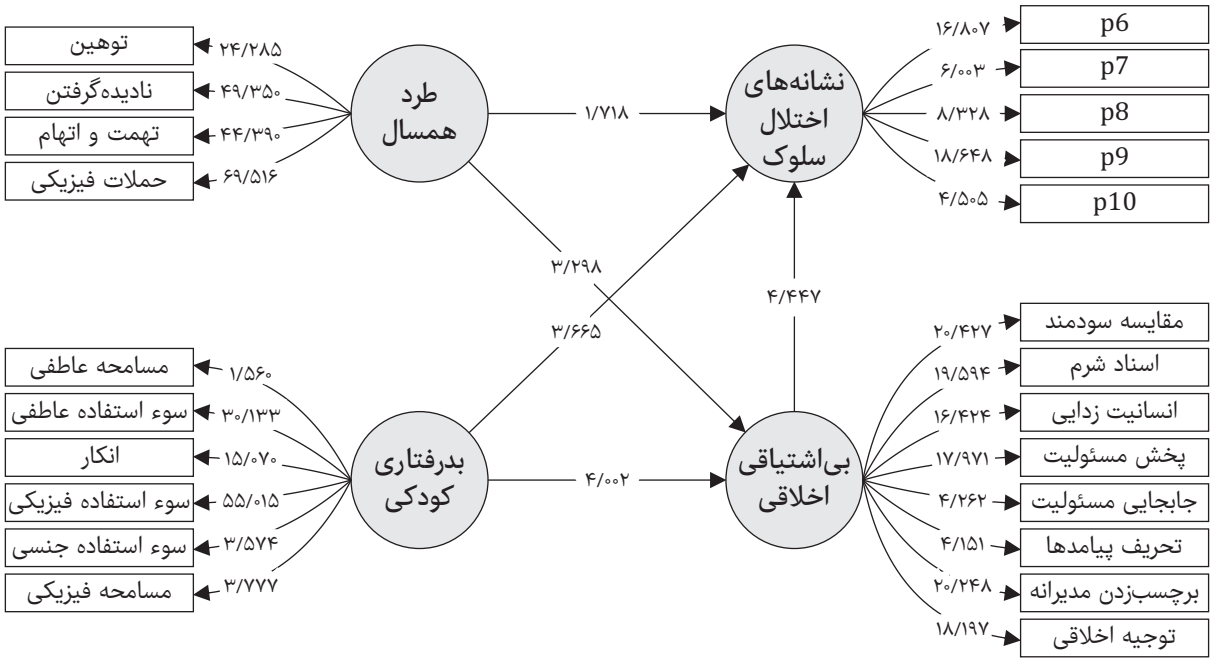
** معنی داری در سطح p<۰/۰۰۱؛* معنی‌داری سطح p<۰/۰۱

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 دورهٔ کودکی، خطر اختلال سلوک دورهٔ 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 دورهٔ 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 نظریهٔ چرخه خشونت قابل تبیین



نمودار ۱) ضرایب مسیر مدل اندازه‌گیری



نمودار ۲) مقادیر T مدل اندازه‌گیری

است. این نظریه بیان می‌کند قربانیان بدرفتاری کودکی تمایل دارند، همان خشونتی 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 ارائهٔ نصیحت‌های متناسب با آن رفتار، خودکنترلی آنها را به تدریج رشد می‌دهند. به نظر می‌رسد والدینی که کودکان 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

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

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 دورهٔ 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 نابهنجاری‌های رفتاری، میزان برانگیختگی هیجانی متعاقب آن است و این میزان برانگیختگی نیز به میزان صمیمت با همسال طردکننده و موقعیت اجتماعی او وابسته است. بنابراین علاوه بر تجربه کمتر طرد اجتماعی در شرایط کرونا، ممکن است آزمودنی‌های مطالعه حاضر فاقد صمیمت 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 واسطهٔ بی‌اشتیاقی اخلاقی اثر غیرمستقیمی بر نشانه‌های سلوک دارد. این نتایج همسو با نتایج *Wang* و همکاران [۵] و *Fang* و همکاران [۱۹] است. مطابق نظریهٔ 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 نظرهاست و به این دلیل ممکن است مشکلات سلوک از خود نشان دهند. علاوه بر این، تجربه بدرفتاری کودکی می‌تواند نگرش‌ها و باورهای نوجوانان دربارهٔ 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 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 اخلال‌گرانه، تمایلات بیشتر بی‌اشتیاقی اخلاقی با سطوح بالای 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 دربارهٔ زندگی اجتماعی یا خاطرات قبلی فرد از طرد شدن ممکن است توجه نوجوانان بر روی خودتنظیمی آشفتگی 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 حافظهٔ فرد آسیب‌پذیر است. دوماً عدم استفاده از نمونه‌های بالینی مبتلا به اختلال سلوک نیز محدودیت دوم مطالعه حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، از ابزارهای دیگری نظیر مشاهده و مصاحبه برای اندازه گیری 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 دورهٔ 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 بالای آنها برای رفتارهای ضداجتماعی در زمان حال و آینده، نتایج این مطالعه می‌تواند در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلهٔ زودهنگام 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

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2022;11(1):e24

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: بدین وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان: حیدری، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ نریمانی، طراحی مطالعه؛ آقاجانی، طراحی مطالعه؛ بشرپور، 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 رسالهٔ 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, Newcornc 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: Associations 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/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 Psychol32–1619:(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 Rev118:105337;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 LISERL 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://jpmed.ir/browse.php?a_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, Hassein 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