

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال سوم. شماره دهم. زمستان ۱۳۹۰

صفحات: ۱۲۲ - ۱۱۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۷/۴ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۷

رابطه سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان دختر

مهدی غیائی زاده*

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روانی و عملکرد تحصیلی بارشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهرستان ملکشاهی است. بدین منظور از میان کلیه دانش آموزان دختر مقطع تحصیلی سوم راهنمایی شهرستان ملکشاهی که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول به تحصیل بوده، تعداد ۱۴۰ نفر به شیوه نمونه گیری خوشه ای انتخاب گردید. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت روانی (۲۵SCL)، پرسشنامه فرم کوتاه رشد قضاوت اخلاقی (DIT) و معدل نیمسال اول تحصیلی به عنوان سنجش عملکرد تحصیلی استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که حدود ۲۰٪ واریانس متغیر رشد قضاوت اخلاقی توسط متغیرهای پیش بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی قابل پیش بینی می باشد.

کلید واژگان: رشد قضاوت اخلاقی، سلامت روان، عملکرد تحصیلی.

* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، اهواز، ایران؛ (نویسنده مسئول -

com@gmail@ghaisy.Mehdi)

دوره راهنمایی دوره ای است که از یک سو با پیچیده ترین مقطع تحول روانی انسان همراه است و از سوی دیگر، درگستره نظام های آموزشی در سراسر جهان به عنوان مقطعی غربال کننده، تعیین کننده وجهت دهنده قلمداد می شود و گره اصلی به کاربرتن اصول راهنمایی تحصیلی و راهنمایی حرفه ای به مقیاس ملی را در هر کشور در دست دارد و از اینجاست که این دوره را باید دوره تنظیم و تعادل در نظام آموزشی هر کشور دانست. از یک سو، بنابر روانشناسی عملیاتی^{۱۲۴}، دوره راهنمایی باید دست کم با آغاز دوره عملیات انتزاعی همراه باشد و از سوی دیگر، دگرگونیهای بنیادی ناشی از گذار از کودکی به نوجوانی در قلمرو عاطفی و اجتماعی در نظر گرفته شوند، دگرگونیهایی که بر اثر اهمیت روابط دوستانه با همسالان با هدف دستیابی به لذت ناشی از این روابط، تمایل به دریافت تأیید اجتماعی و جستجوی هویت شخصی متمایز می شوند. بیش از هفت دهه است که بررسی تحول اخلاقی یکی از محورهای اصلی پژوهشهای روانشناختی را تشکیل داده است. روانشناسان رشد اخلاقی را جریان دستیابی به احساس عدالت در رابطه با دیگران، درستی یا نادرستی این یا آن امر و چگونگی رفتار فرد در هر یک از این امور می دانند. در این تعریف، آن گونه که روانشناسانی چون پیاژه و کلبرگ می گویند، رشد اخلاقی به معنای تغییر در چگونگی استدلال کودکان در امور اخلاقی، نگرش آنان نسبت به قانون شکنی و رفتار آنان در مواجهه با مسائل اخلاقی است. ژان پیاژه^{۱۲۵} در شمار نخستین روانشناسانی است که مسئله چگونگی رشد اخلاقی را مورد پژوهش قرار داده است. او می گوید که رشد اخلاقی، همانند رشد شناختی، طی مراحل صورت می گیرد (ژان پیاژه، ۱۹۳۲). نخستین مرحله که از ۴ تا ۷ سالگی است از شکلی بسیار گسترده از تفکر اخلاقی ناهمخوان و متضاد که اخلاقیات منشأ گرفته از خارج^{۱۲۶} نامیده می شود و فرد تصور می کند که قواعد اخلاقی ثابت و تغییرناپذیرند. اخلاق ناهمخوان یا نشأت گرفته از خارج بعداً به صورت دو مرحله متوالی اخلاقی دیگر بروز می کند همکاری اولیه و همکاری خود مختارانه، در مرحله اخلاق مبتنی بر همکاری اولیه با دیگران^{۱۲۷}، که در ۷ تا ۱۰ سالگی نمود می کند، بازی کودکان حالت اجتماعی به خود می گیرد و آنان قواعد بازیها را فرامی گیرند و بر اساس دانش خود درباره این قواعد بازی می کنند. آنان هنوز فکرمی کنند که قواعد بازی تغییرناپذیر است. در مرحله سوم، یعنی مرحله اخلاق نشأت گرفته از درون یا اخلاق

¹²⁴ . operational psychology

¹²⁵ . Jean Piaget

¹²⁶ . heteronomous morality

¹²⁷ . incipient cooperation stage

مبتنی بر همکاری خودمختارانه^{۱۲۸}، که در حدود ۱۰ سالگی آغاز می شود، کودکان کاملاً درک می کنند که قواعد رسمی بازی را با موافقت اعضای گروه می توان تغییر داد. در همین مرحله است که کودکان می فهمند قواعد و قوانینی که میان مردم رواج دارد، قابل تغییر است و آنان اگر بخواهند می توانند این قوانین را تغییر دهند. گذشته از نظریه رشد اخلاقی پیاژه، لارنس کلبرگ^{۱۲۹} (۱۹۵۸، ۱۹۷۶ و ۱۹۸۶) معتقد است که رشد اخلاقی نشأت گرفته از استدلال اخلاقی است که طی مراحل مختلف (از کودکی تا نوجوانی) شکل می گیرد. او طی سال ها تحقیق و آزمون و مصاحبه و طراحی ۱۱ داستان، حاوی معماهای اخلاقی (ارائه این داستانها به کودکان و نوجوانان و طرح چند سؤال درباره هریک از داستانها) به این نتیجه رسید که رشد قضاوت اخلاقی در سه سطح (که هر سطح دارای دو مرحله است) صورت می گیرد. این سطوح سه گانه اخلاقی عبارتند از: استدلال پیش قراردادی^{۱۳۰}. در این پایین ترین سطح از رشد اخلاقی، فرد هنوز هیچ یک از ارزشهای اخلاقی را در خود درونی نکرده است و استدلال اخلاقی او تابع پاداش و تنبیهی است که از بیرون موجب کنترل رفتار وی می شود. استدلال اخلاقی او تابع پاداش و تنبیهی است که از بیرون موجب کنترل رفتار وی می شود. و مبتنی بر هنجارهای دیگران نیست. فرد شخصاً می تواند جریانهای متفاوت اخلاقی را تشخیص دهد، راههای گوناگون اخلاقی را کشف کند، و بر این اساس برخورد اخلاقی مخصوص به خود را اتخاذ کند. هریک از این سه سطح اخلاقی مذکور دارای دو مرحله است که در مجموع به شش مرحله، به شرح زیر، تقسیم شده است: مرحله نخست) تنبیه و اطاعت^{۱۳۱}. تفکر اخلاقی مبتنی بر ترس از تنبیه است. مرحله دوم) قصد وسیله ای فردی یا لذت جویی ساده^{۱۳۲}. تفکر اخلاقی مبتنی بر پاداش و تمایل شخصی است. مرحله سوم) انتظارات بین فردی دو جانبه^{۱۳۳}. ارزشهای قابل قبول شخص، و مراقبت از دیگران و وفاداری نسبت به دیگران

¹²⁸ . autonomous cooperation stage

¹²⁹ . Kohlberg. L

¹³⁰ . Pre-conventional reasoning

¹³¹ . Conventional reasoning

¹³² . Punishment and obedience

¹³³ . Individual instrnmental purpose

¹³⁴ . Mutual interpersonal expectations

اساس قضاوت‌های اخلاقی است. مرحله چهارم) حفظ نظم اجتماعی^{۱۳۵}. درک کردن نظم و قانون و عدالت و وظیفه که پایه استدلال اخلاقی است. مرحله پنجم) تشخیص حقوق اساسی و قرارداد اجتماعی^{۱۳۶}. در این مرحله، درک ارزشها و قوانین برای هر فرد به صورتی مخصوص به خودی درمی آید و فرد تشخیص می دهد که قوانین برای جامعه اهمیت دارد و ارزشهایی چون عدالت و آزادی از قوانین نیز مهمترند. مرحله ششم) اصول اخلاقی جهانی^{۱۳۷}. هنجارهای اخلاقی جهانی، نظیر حقوق بشر، در ذهن فرد شکل می گیرد و او استدلال های خود را بر پایه این اصول و هنجارها قرار می دهد. کلبرگ براساس مطالعاتی که بعدها انجام داد مرحله ششم را به کلی از نظریه خود حذف کرد. او دریافت که اکثر قریب به اتفاق نوجوانان و جوانان و مردم کشورهای مورد مطالعه فقط تا مرحله دوم الی چهارم قضاوت اخلاقی رشد کرده اند و کسانی را نمی توان یافت که به سطح سوم رشد اخلاقی، به ویژه به مرحله ششم، رسیده باشند به هر حال کلبرگ معتقد است که این سطوح و مراحل در قضاوت اخلاقی به ترتیب و به تدریج که سن فرد بالا می رود، در او شکل می گیرد. گرچه کلبرگ بر این باور است که دوستان و والدین فرد می توانند تفکر وی را در برخورد با مسائل اخلاقی بهبود بخشند، اما فرض اصلی او این است که نوع استدلال فرد در برخورد با یک مسئله اخلاقی، که ناشی از سطح رشد تفکر اوست، نقش اساسی در عملکرد وی ایفا می کند. او معتقد است که قضاوت و رفتار اخلاقی به جای آنکه تابع مقتضیات زندگی و اجتماعی و فرهنگی باشد، ناشی از مرحله رشد شناختی است که در آن قرار دارد. کارول گیلیگان^{۱۳۸} (۱۹۸۲) مشهورترین شخصیتی است که اعتقاد دارد نظریه پیاژه و کلبرگ به قدر کافی اصول اخلاقی دختران و زنان را ترسیم نمی کند. او باور دارد اصول اخلاقی زنانه که بر «اخلاق اهمیت دادن به دیگران» تأکید دارد در نظریه کلبرگ دست کم گرفته شده است. البته چندین بررسی، ادعای گیلیگان را مورد آزمایش قرار داده و اغلب از آن حمایت نکرده اند (فارو^{۱۳۹}، ۲۰۰۰). در مسائل فرضی و نیز در مسائل اخلاقی روزمره، زنان نوجوان و بزرگسال، عقبتر از مردان نیستند (گرت^{۱۴۰}، ۲۰۰۵). اهمیت دادن به دیگران در پاسخ های هر دو جنس یافت می شود و وقتی دخترها مسائل میان فردی را مطرح می کنند در سیستم کلبرگ

¹³⁵. Social-order maintaining

¹³⁶. Prior rights and social contract

¹³⁷. Universal ethical principles

¹³⁸. Carol Gilligan

¹³⁹. Farrer

¹⁴⁰. Gert

نمره کمتری نمی گیرند (جاداک، هاید، موروو کلا^{۱۴۱}، ۱۹۹۵: کان^{۱۴۲}، ۱۹۹۲: واکر، پیتز، هنینگ و متسوبا^{۱۴۳}، ۱۹۹۵). این یافته ها حاکی از آن هستند که گرچه کلبرگ به جای اهمیت دادن به دیگران بر عدالت به عنوان عالی ترین آرمان اخلاقی تأکید کرده است، نظریه او هر دو نوع ارزش را در بردارد (برک^{۱۴۴}، ۲۰۰۱، ترجمه سید محمدی؛ ۱۳۸۵). با این حال، ادعای گیلیگان مبنی بر این که بررسی رشد اخلاقی با توجه خیلی زیاد به حقوق و عدالت (آرمان مردانه) و توجه خیلی کم به اهمیت دادن به دیگران و حساسیت متقابل (آرمان زنانه) محدود شده است، ادعای محکمی است (کدیور، ۱۳۸۵). اما افزون بر نظریه های مذکور، در حال حاضر با روی آوردی تلفیقی مواجه هستیم که در آن کوشش می شود ضمن توحید بخشیدن به نظریه های مختلف، تحول اخلاقی را در چارچوب نظریه پردازش خبر^{۱۴۵} قرار دهد. نظریه اخیر با پذیرش دواصل یعنی فطری نبودن ارزشهای اخلاقی و موروثی بودن ظرفیت گسترش وجدان اخلاقی، شکل گیری ساختار نظام اخلاقی را بر اساس تعامل بین ویژگیهای «محیط» و «صوابط» (شخصی) مورد توجه قرار می دهد (اسمیت^{۱۴۶}، ۱۹۹۸). این نکته پذیرفته شده است که نخستین گرده های وجدان اخلاقی توسط والدین القا می شوند و نخستین قواعد اخلاقی به موقعیت های خاص، وابسته اند. همچنین بی تردید، اکتساب و درک مفاهیم اخلاقی از همان روند تحول اجتماعی شدن و گسترش کنشهای شناختی تبعیت می کند. هنگام ورود به مدرسه، اغلب کودکان به مفهوم خوب و بد از زوایه ای علمی می نگرند و بر حسب آنچه در چارچوب خانواده فرا گرفته اند، بین افکار و اعمال آنها کم و بیش انسجام به وجود می آید. انسجامی که گاهی در تماس با همسالان می تواند دچار تزلزل شود. با گذار تدریجی به سوی نوجوانی، جهت گیری فکر و عمل کودک تغییر می کند، فرایندهای ذهنی بیش از پیش پیچیده می شوند و به وی امکان می دهند تا بین موقعیت خاص و یک اصل اخلاقی، ارتباط برقرار کند و نیازها و دیدگاههای دیگران را در نظر بگیرد. در واقع، در پایان کودکی و نوجوانی است که مفاهیم اخلاقی و بازخوردهایی که با آنها مطابقت دارند می توانند به بالاترین سطوح دست یابند و این تحول، با اکتسابهای شناختی فرد و تجربه زندگی اجتماعی وی مطابقت تنگاتنگی دارد. اما اگر توازی بین تحول اخلاقی و عقلی، انکارناپذیر است نمی توان این نکته را تأیید کرد

¹⁴¹ . Jadack, Hyde, Moore & Keller

¹⁴² . Kuhn

¹⁴³ . Walker, Pitts, Henning & Matsuba

¹⁴⁴ . Berks

¹⁴⁵ . Information processing

¹⁴⁶ . Smith

که یک سطح بالای عقلی الزاماً به درجه بالایی از تحول اخلاقی منجر می شود. از اینجاست که پژوهشگران (برای مثال، برگر^{۱۴۷}، ۲۰۰۱) به این نتیجه رسیده اند که کودکان واجد طراز عقلی بالاتر از متوسط، می توانند مانند کودکان دیگر، دارای یک سطح اخلاقی نوسانی باشند. جریان پژوهش دیگری که براساس آزمونهای پیاژه (۱۹۳۲، ۱۹۷۳) در مورد سطح استدلال اخلاقی کودکان گسترش یافت به بررسی ارتباط بین سطوح رفتار اخلاقی با قضاوت اخلاقی پرداخت. نخستین پژوهش ها در حدود ۷ دهه قبل توسط هارت شورن^{۱۴۸} و می (۱۹۸۲، نقل از فابس، کارلو، کوپانف و لیلیل، ۱۹۹۹) انجام شدند. این مؤلفان به بررسی انسجام قضاوت اخلاقی در موقعیت های مختلف پرداختند و به این نتیجه رسیدند که حتی بنیادی ترین عناصر وجدان اخلاقی با تغییر موقعیت، ثابت باقی نمی ماند، رفتار اخلاقی کودکان، پایدارتر از استدلال اخلاقی آنها نیست و بین قضاوت اخلاقی کودکان با رفتار آنها در زندگی واقعی رابطه ای وجود ندارد. بالعکس، پژوهش های کلبرگ^{۱۴۹}؛ هوستن^{۱۴۹} و کورت^{۱۵۰}، ۱۹۷۶، و لمینگ^{۱۵۱}، ۱۹۷۸ (نقل از گلیگان، ۱۹۹۰) درباره تقلب به نتایج متفاوتی دست یافتند و رفتار اخلاقی را با مراحل بالای تحول قضاوت اخلاقی مرتبط دانستند. به طور کلی، براساس پژوهش هایی که به نتایج برخی از آنها به اختصار اشاره شد می توان گفت که توالی سطوح اخلاقی با سنین معینی وابسته است و بین ۱۶ تا ۷ سالگی، سطوح پیش اخلاقی یا پیش قرار دادی و قضاوت های ارزشی مرتبط با این سطح، با افزایش سن پشت سر گذاشته می شوند. استدلالهای اخلاقی قراردادی تا سن ۱۳ سالگی افزایش می یابند و سپس ثابت باقی می ماند. اگر چه استدلالهای مشخص کننده سطح اصول اخلاقی شخصی (اخلاق پس قرار دادی) در حدود سن ۱۳ سالگی ظاهر می شوند، اما تا سن ۱۶ سالگی هم فقط بخش اندکی از قضاوت ها را تشکیل می دهند. نتایج فرید، سعدی پور، کریمی و فلسفی نژاد، (۱۳۸۹). نشان داده اند سلامت روانی^{۱۵۲} و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی رابطه دارند. موضوع سلامتی از بدو پیدایش انسان مطرح بوده است، اما هر گاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن در نظر گرفته شده و به بعد روانی آن کمتر توجه شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰، ترجمه شاه محمدی؛ باقری؛ و پالاهنگ، به نقل از سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳) اما سلامت بیش از اینکه ثابت باشد یک

¹⁴⁷. Berger

¹⁴⁸. Hartshorne, H

¹⁴⁹. Huston, T.L

¹⁵⁰. Korte, C

¹⁵¹. Leming, J.

¹⁵². Mental health

مفهوم پویاست (کازاریان^{۱۵۳} و اوانز^{۱۵۴}، ۲۰۰۱). سلامت به عنوان یک مقوله کلی هم سلامت جسمانی هم سلامت روانی (رضایتمندی روانی) را دربر می گیرد (کازاریان و اوانز، ۲۰۰۱). سلامت روان شاخه ای از علم بهداشت است که با پیشگیری از اختلالهای روانی، و حفظ بهینه ی زندگی و بهداشت عاطفی سروکار دارد. این علم با چهار هدف شکوفایی توان بالقوه، شادکامی، رشد و تحول هماهنگ، و زندگی مؤثر و کارآمد سعی می کند از طریق آموزش به کارکنان بهداشت روانی، پیشگیری، درمان اختلالهای روانی، و حفظ و تداوم بهداشت روانی در اشخاص سالم شرایطی ایجاد کند که شهروندان جامعه بتوانند در خانه، مدرسه، جامعه، محیطهای کاری، و نهایتاً با خود سازگار شوند (سپینگتون^{۱۵۵}، ۱۹۸۹، ترجمه حسین شاهی برواتی، ۱۳۸۵). منابع زیادی سلامت را تحت عنوان فقدان بیماری تعریف کرده اند (کازاریان و اوانز، ۲۰۰۱). اما در سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی، سلامت را اینگونه تعریف کرد: سلامت عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی (ریف و سینگر^{۱۵۶}، ۲۰۰۲). همچنین روانپزشکان فردی را از نظر روانی سالم می-دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. از این دیدگاه، انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می-شود که براساس تأثیر و تأثر متقابل عمل می-کنند (میلانی-فر، ۱۳۸۲). امروزه شاخص برخورداری از سلامت روان شناختی را با مفاهیم زیر تعریف می کنند: - رشد و تکامل مداوم - برخورداری از خودپنداره مثبت - وحدت شخصیت - ادراک واقعی از دنیا و اشخاص دیگر - تسلط بر محیط. سلحشور(۱۳۸۲)، در پژوهش های نشان داده اند که بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی رابطه وجود دارد. و همچنین نشان داده اند که میان سلامت روانی پایین (مثل اختلالات عاطفی واضطرابی) و مشکلات رفتاری مانند افت تحصیلی، ارتباط وجود دارد. منظور از افت تحصیلی کاهش عملکرد تحصیلی دانش آموزان از سطح رضایت به سطح نامطلوب می باشد. این مسئله هر ساله هزینه های بسیار بالایی را دربرداشته و دور نهای پیشرفت و توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها را مبهم می کند. آنچه در این رابطه شایان ذکر است این است که افت تحصیلی دارای ابعاد مختلف است که آن را می توان در سه بعد فرد، خانواده، مدرسه و جامعه خلاصه نمود که اختلال در هر کدام از آنها می تواند دانش آموزان را در معرض رفتارهای پرخطر قرار داد و سلامت روانی آنها را تهدید کند (افشاری، ۱۳۸۵). بررسی چگونگی

¹⁵³ . Kazarian

¹⁵⁴ . Evans

¹⁵⁵ . Sapingtons

¹⁵⁶ . Ryff.C.D & Singer

شکل گیری قضاوت اخلاقی در دانش آموزان و عوامل مؤثر بر آن از جمله مباحث پیچیده و بحث برانگیزی است که رویکردها، مکاتب و دیدگاههای مختلف را به چالش کشانیده است. مکاتب روانکاوی، رفتارگرایی و رشدی-شناختی هر کدام مسأله تحول اخلاقی را از زوایای مختلف مورد بررسی قرار داده و به یافته های ارزشمندی دست یافته اند. همچنین محققین مختلفی (پیاژه، کلبرگ، گلیگان، توریل^{۱۵۷} و دامون^{۱۵۸}) به تحقیق پیرامون رشد قضاوت اخلاقی پرداخته اند. اما از بین اینها ویلیام دامون اهمیت بیشتری به رابطه تعامل های خانواده و سلامت روانی اعضایش داده است. دامون معتقد است کودکان، موضوعات اخلاقی را در تعامل با انسانها و با شرکت در ارتباط های اجتماعی به سادگی و در هر جاتجربه می کنند. بعنوان مثال آنها موضوعات عدالت، صداقت، مسئولیت پذیری، محبت و اطاعت را در این ارتباطها تجربه می کنند. کنش و واکنش های که کودک با والدین، معلمان و دیگر بزرگسالان انجام می دهد، موجب می شود که او به قوانین و هنجارهای اجتماعی اهمیت بدهد. در این ارتباطها، کودک از دستورات اجتماعی که دارای اصول سازمانی و قدرت قانونی هستند آگاه می شود و به آنها احترام می گذارد. تعامل های مستحکم بزرگسال- کودک که موجب افزایش گفتگوی دوجانبه شود و نظارت غیر تنبیهی بزرگسالان را همراه با ارائه دستورهای درست، به دنبال داشته باشد، بهترین اثر مثبت را بر روی رفتار و قضاوت اخلاقی کودکان می گذارد. فرانکلین و هافربری^{۱۵۹} بر این عقیده اند که اعضای خانواده به عنوان یک گروه، تعامل های پیچیده ای با یکدیگر دارند و همانطور که ممکن است رفتار ناسازگار از طریق روابط نادرست کودک با یکی یا هر دو والدین شکل گرفته باشد و سلامت روانی کودک را به خطر می اندازد احتمال دارد متأثر از محیط کلی خانواده باشد. بنابراین با توجه به اهمیت نقش سلامت روانی، والدین و تعاملات خانواده و عملکرد تحصیلی بر قضاوت اخلاقی و سازگاری (اجتماعی، آموزشی و عاطفی) دختران و با توجه به این نکته که سلامت روانی و عملکرد تحصیلی می توانند به عنوان عوامل پیش بینی کننده رشد قضاوت اخلاقی در نظر گرفته شوند، پژوهشگر رابر آن داشت تا پژوهشی در این زمینه انجام دهد که آیا بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان رابطه وجود دارد؟

روش تحقیق

جامعه آماری و روش نمونه گیری

157. Turiel, E

158. Damon, W

159. Franklin & Haferbray

جامعه آماری کلیه دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهرستان ملکشاهی می باشد. بدین منظور از میان کلیه دانش آموزان دختر مقطع تحصیلی سوم راهنمایی شهرستان ملکشاهی که در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ مشغول به تحصیل بوده، با استفاده از نمونه برداری خوشه ای و جدول جرسی و مورگان، تعداد ۱۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه، انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار اندازه گیری

آزمون رشد قضاوت اخلاقی: ^۱ (DIT) آزمون رشد قضاوت اخلاقی در سال (۱۹۷۲) توسط رست ^۲ و گروه مینه سوتا تدوین و مورد استفاده قرار گرفته است از این آزمون جهت ارزیابی مراحل رشد اخلاقی آزمودنی ها استفاده می شود، آزمون دارای دوسطح کوتاه و بلند است که در پژوهش حاضر از فرم کوتاه آن استفاده شده است. این آزمون شامل ۳ داستان فرضی است و به دنبال هر داستان ۱۲ سؤال با طیف لیکرتی مطرح می شود که آزمون شونده بایستی آنها را از کم اهمیت تر تا با اهمیت تر، درجه بندی کند. همبستگی دو فرم کوتاه و بلند DIT ۰/۹۰ است (نارواکز، ۲۰۰۸).^۳ در مطالعات متعدد به منظور برآورد پایائی DIT، از روش بازآزمایی استفاده شده است. دیویسون ^۴ و رابینز ^۵ (۱۹۸۷)، بر روی چهار نمونه آزمون DIT را باز آزمایی کردند کردند که ضریب پایایی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۲ در نوسان بوده است (نقل از رست و همکاران، ۲۰۰۰). ضریب آلفای کرونباخ DIT نیز، توسط رست و همکاران او در طول یک دوره ی ۲۰ ساله (از ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۹) بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۰ به دست آمده است. آزمون DIT تاکنون در بیش از ۱۰۰۰ مطالعه مورد استفاده قرار گرفته و بر روی بیش از نیم میلیون نفر نیز اجرا شده است که همگی آنها ضریب پایایی بالایی گزارش داده اند (نارازو و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید. اعتبار این آزمون از طریق محاسبه همبستگی آن با MJI ^۶، ۰/۶۸ به دست آمده است.

پرسشنامه سلامت روان (SCL-۲۵): این پرسشنامه فرم کوتاه شده نسخه تجدید نظر شده فهرست فهرست نودنشانه ای یعنی SCL90^۱ می باشد، که توسط نجاریان و داودی در ۱۳۸۰ تهیه گردید.

^۱ Defining Issues Test

^۲ Rest

^۳ Narvaez

^۴ Davison

^۵ Robbins

^۶ moral judgment test (MJT)

^۷ Symptom Check list 25

که یک ابزار خود گزارش رایج برای سنجش آسیب شناسی روانی است. این مقیاس شامل ۲۵ ماده می باشد. نسخه اولیه فهرست ۹۰ نشانه ای یعنی SCL-90 با استفاده از ماده های اصلی « فهرست نشانه های هاپکینز» اضافه کردن ماده های جدید به مقیاس مذکور و همچنین ایجاد تغییراتی در شیوه درجه بندی و روش اجرا توسط دراگاتیس^۲ و همکاران (۱۹۷۳) ساخته شد. براساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل های روانسنجی که روی SCL-90 انجام گردید، اصلاحاتی در آن اعمال و SCL-90-R نامیده شد. نمره گذاری این پرسشنامه بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) است. ضرایب پایایی این پرسشنامه بر روی یک بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است (به نقل از وردی ۱۳۸۰). در تحقیق نجاریان و سودانی ضرایب پایانی همه ی ابعاد این آزمون با استفاده از روش همسانی درونی و ضرایب آماری بازآزمایی برابر ۰/۷۸ و از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۷ گزارش شده است. لازم به ذکر است، هرچه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بیشتر شود نشان دهنده اختلال در سلامت روان می باشد؛ و هر چه نمره کمتر باشد نشان از سلامت روان فرد است.

یافته های پژوهش

فرضیه اول: بین سلامت روان و رشد قضاوت اخلاقی رابطه وجود دارد.

جدول ۱: ضریب همبستگی ساده بین رشد قضاوت اخلاقی با سلامت روان دانش آموزان

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	شاخص آماری آزمودنی ها	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
سلامت روان	رشد قضاوت اخلاقی	دانش آموزان دختر	-۰/۴۱۴	۰/۰۳۲	۱۴۰

همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است بین سلامت روان و رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان رابطه معنی دار منفی و معکوسی وجود دارد (دارد $p \leq 0/001$ و $r = -0/414$). به عبارت دیگر هر چه نمرات فرد در رشد قضاوت اخلاقی افزایش یابد نمره فرد در سلامت روان کاهش می یابد و این نشان دهنده اینست که فرد از سلامت روان بهتر برخوردار است. (همان گونه که قبلا در معرفی پرسشنامه SCL ۲۵ توضیح داده شد نمره بیشتر نشان دهنده سلامت روان کمتر و بالعکس می باشد).

¹. Symptom Check list 90- Revised

². Deragutis

فرضیه دوم: بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی رابطه وجود دارد

جدول ۲: ضرایب همبستگی چندگانه بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان دختر با روش ورود مکرر (Enter)

الف متغیر ملاک	شاخص های آماری	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین RS	نسبت F احتمال p	ضرایب رگرسیون (β)		مقدار ثابت (a)
					سلامت روان	عملکرد تحصیلی	
رشد قضاوت اخلاقی	۱- سلامت روان	۰/۴۱	۰/۱۷۲	F=۶۸/۳۲ p<۰/۰۰۱	$\beta = -۰/۴۱۴$ t=-۸/۲۶ p=۰/۰۰۱	-	۲۰/۳۰
	۲- عملکرد تحصیلی	۰/۴۳	۰/۱۹۲	F=۳۹/۱۳ p<۰/۰۰۱	$\beta = ۰/۱۷۲$ t=۲/۹۰ p=۰/۰۰۱	$\beta = -۰/۳۲۰$ t=-۵/۳۹ p=۰/۰۰۱	۱۵/۲۲

همان طور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه و با روش ورود مکرر، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی دانش-آموزان برابر $MR=۰/۴۳$ و ضریب تعیین برابر $RS=۰/۱۷۲$ می باشد که در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنی دار است. بنابراین فرضیه ۲ تحقیق، تأیید می شود. با توجه به ضریب تعیین به دست آمده، مشخص شده است که حدود ۲۰ درصد واریانس متغیر رشد قضاوت اخلاقی دانش-آموزان توسط متغیرهای پیش-بین یعنی سلامت روان و عملکرد تحصیلی قابل پیش بینی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت روان و عملکرد تحصیلی با رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهرستان ملکشاهی است. کلبرگ یکی از بزرگترین نظریه پردازان رشدی شناختی است که نظریه خود را مبنی بر رشد استدلال و قضاوت اخلاقی کودکان و نوجوانان ارائه نموده که به این نتیجه رسیدند که درک کودکان از مفاهیم اخلاقی نیز همانند رشد شناختی طی توالی نامتغیری از مراحل صورت می گیرد که در میان تمامی فرهنگهای دنیا نمودی مشابه دارد و تنها تمایز و تفاوت آن در فرهنگهای مختلف، تسریع یا تأخیر دستیابی به مراحل است. آنان معتقدند که کودکان و نوجوانان به تناسب مجهز شدن به ساختهای شناختی و بالا رفتن سن، واجد ظرفیتهای جدید در گستره قضاوت اخلاقی شده و درک اخلاقیشان از سوگیری سطحی به قدرت جسمانی و پیامدهای بیرونی به ارزیابی عمیق تر روابط شخصی، نهادهای اجتماعی و نظامهای قانون گذاری تغییر می یابد. اما ممکن است فردی در اثر محدودیتهای شناختی و یا پذیرش اصول اخلاقی رایج در اجتماع خود در مراحل پایین تر بماند و توان تکامل و تعالی ارزشهای اخلاقی را نداشته باشد. وجود این نارساییها یا کمبودها

در استدلال اخلاقی و یا عدم تکامل ارزشهای اخلاقی می تواند منجر به بروز رفتارهای ضد اجتماعی شود. بعضی از نظریه پردازان، فرایند رشد قضاوت اخلاقی کودکان و نوجوانان با سلامت روانی مرتبط دانسته و اذعان داشتند که هر چند رشد اخلاقی با عبور از مراحل مشخصی صورت می گیرد، اما استدلالهای اخلاقی افرادی که از سلامت روانی پایینی برخوردارند در سطوح پایین تری از رشد قضاوت اخلاقی قرار دارد. نتایج پژوهش حاضر نیز دلالت بر آن دارد که مراحل رشد قضاوت اخلاقی آموزان دختر دوره راهنمایی در داستان های کلبه گ نشان داد که هرچه نمرات دانش آموزان در پرسشنامه سلامت روانی (scl25) بیشتر باشد رشد استدلالهای اخلاقی در آنان کمتر است بدین معنا که بین رشد قضاوت اخلاقی و سلامت روان دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهرستان ملکشاهی رابطه منفی و معکوسی وجود دارد بنابراین این نتایج بانظریه کلبه گ مبنی بر اینکه نوجوانان ممکن است در اثر محدودیت های شناختی، پذیرش اصول اخلاقی رایج یا در اثربیماریهای روانی که ممکن است در رشد استدلال های اخلاقی اختلالی به وجود بیاورند در مراحل پایینی تری از سطح رشد قضاوت اخلاقی قرار می گیرند هماهنگ است، همچنین این یافته ها با نتایج مطالعات جاداک، هاید، مورو کله (۱۹۹۵)، کان (۱۹۹۲)، سلحشور (۱۳۸۲) و افشاری (۱۳۸۵) مطابقت دارد. مطالعات مذکور نیز اظهار داشته اند که روند رشد استدلال اخلاقی افراد دارای اختلال سلوک کند تر از هنجار همسالان شان است. به همین دلیل آنان مرتکب رفتارهای ضد اجتماعی می شوند. زیرا تبعیت از اصول اخلاقی بدون درک آنها امکان پذیر نیست و این توانایی شناخت درست از نادرست است که مفاهیم ضروری اخلاقی، مسئولیت پذیری قانونی و رفتار اخلاقی را تحت الشعاع قرار می دهد. همچنین نتایج نشان داد که بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی بارشد قضاوت اخلاقی رابطه وجود دارد و این یافته ها با نتایج پژوهش های برگر (۲۰۰۱) کورت و لمینگ (۱۹۷۸) هماهنگ است. همچنین با یافته های سلحشور (۱۳۸۲) که نشان داد بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی رابطه وجود دارد همخوان است. در تبیین رابطه بین عملکرد تحصیلی و رشد قضاوت اخلاقی می توان گفت به توجه به اینکه در کشور ما جمهوری اسلامی ایران، براساس آرمان های انقلاب اسلامی و اهداف آموزش و پرورش، اخلاق و توجه به آن از جایگاه خاصی برخوردار است و این موضوع اهمیت آن به شیوه های مختلف خود را نشان داده و می توان با اندک دقتی تلاش برای برجسته کردن آن را در محتوای خیلی از کتاب ها به راحتی مشاهده نمود و حتی خط مشی خیلی از رسانه های گروهی از جمله صدا و سیما نیز این تأکید را در محتوای برنامه های مختلف خود به خوبی نشان می دهند (فرید، سعدی پور، کریمی و فلسفی نژاد، ۱۳۸۹). این عوامل در رشد قضاوت اخلاقی مؤثر است و دانش آموزانی که عملکرد تحصیلی بهتری دارند محتوای کتاب ها را بهتر و با جدیت بیشتری مطالعه می کنند و یاد گرفتن درس های اخلاقی که در محتوای درسی کتاب ها نهفته است در

رشد قضاوت اخلاقی دانش آموزان مؤثر است و عملکرد تحصیلی می تواند به عنوان پیش بینی کننده رشد قضاوت اخلاقی عمل کند. بنابراین براساس پژوهش های انجام گرفته توسط محققان مختلف و نتایج این پژوهش می توان گفت که سلامت روان و عملکرد تحصیلی از عوامل مؤثر بر رشد قضاوت اخلاقی هستند.

منابع

- افشاری، علی. (1385). نگاهی به نقش و تأثیر شکست تربیتی و شکست تحصیلی، نشریه پیوند شماره 328، وزارت آموزش و پرورش تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان
- برک، لورا ای. (2001). روان شناسی رشد) از نوجوانی تا پایان زندگی. (ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران. جلد اول و دوم.
- سایپینگتون، (1989)، سلامت روانی. ترجمه حسین شاهی برواتی، 1385، صفحه 1
- سازمان بهداشت جهانی، (1990)، ترجمه شاه محمدی؛ باقری؛ و پالاهنگ، به نقل از سلطانیان و همکاران، 1383، صفحه 174
- سلحشور، ماندانا (1382) الفبای بهداشت روانی، نشریه پیوند، شماره 291، صفحه 41-40
- کدیور، پروین. (1385). روانشناسی تربیتی، تهران: انتشارات سمت
- میلانی فر، بهروز. (1382) بهداشت روانی) ویرایش سوم. (تهران: نشر قومس.
- فرید، ابوالفضل؛ سعدی پور، اسماعیل؛ کریمی، یوسف و فلسفی نژاد، محمدرضا. (1389). اثربخشی روش های آموزش مستقیم، آموزش شناختی اخلاق، شفاف سازی ارزش ها و تلفیقی بر قضاوت اخلاقی دانش آموزان. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم. شماره 19
- وردی، مینا (1380) رابطه کمال گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دختر مرکز پیش دانشگاهی اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناختی
- Berger, K.S.(2001).The developing person through the life span. New York: Worth Publishers.
- Damon, W,& Hart. D. (1988). Self-understanding in child hood and adolescence.New York:Cambridge University Press.
- Damon, W,& Hart. D. (1992). Self-understanding and its role in socisl and moral development.In M. H. Bornstein &M. E. Lamb (Eds.),Developmental psychology:An advanced textbook (pp.421-464). Hillsdale.NJ:Lawrence Erlbaum
- Fabes, R.A., Carlo, G., Kupanoff, K., & Laible, D.(1999).Early adolescence and prosocial/ moral behaviore: The role of individual processes. Journal of Early Adolescence,19,5-16.
- Farrer, F. (2000).A Quiet Revaluation.The work of west kidlington School London,Rider.
- Gert, B. (2005). The Definition of Morality,"The Stanford Encyclopedia of philosophy Fall (2005 Edition),Edward N.zalta(Ed)UrL.
- Gert,Bernard (1998). Morality: A new justification of the moral rules.New York: Oxford University Press.
- Gilligan, C. (1982).In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge,MA:Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1990).Moral development beyond adolescence. In Charles N.Alexander & Ellen, J.Langer (Eds), Higher stages of human development. New York: Oxford University Press.

- Jadack, R. A., Hyde, J. S., Moore, C. F., & Keller, M. L. (1995). Moral reasoning about sexually transmitted diseases. *Childs development*, 66, 167-177.
- Kazarin, S.S., Events, D.R. (2001). *Health psychology and culture: embracing the 21st century*. Handbook of cultural health psychology. Academic press.
- Kohlberg, L & Gilligan, C. (1971). The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in a post-conventional world. *Daedalus*, 100, 1051-1086.
- Kohlberg, L (1958) The development of modes of moral thinking and choice in the years 10 to 16. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Kohlberg, L. (1969). *Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization theory and research*, Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1976). *Moral stages and moralization: The cognitive- development approach*. In T. Lickona (Ed). *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Narvaez, Darcia. (2008). Triune Ethics: The Neurological Roots of Our Multiple Moralities, *New Ideas in Psychology* 26, 95-119
- Piaget, Jean (1932). *The moral judgement of the child*. New York: Harcourt.
- Piaget, Jean (1950). *The moral of the child*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rest, Jams R., Narvaez, Darcia, Toma, Stephen. J., Be Beau, Muriel. (2000). A Neo-kohlbergian Approach to Morality Research, *Journal of Moral Education*, Vol. 29, No. 4.
- Rest, Jams. R., Toma, Stephen. J., Narvaez, Darcia, Be beau, Muriel. J. (1997). *Alchemy and Beyond: Indexing the Defining Issues Test*, *Journal of Educational Psychology*, Vol. 89, No. 3, 498-507.
- Shaffer, j.w. (2001). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Fourth Edition. Boston: Brooks/cole
- Smith, P.K., Cowie, H., & Blades, J. (1998). *Under-Standing childrens development*. U.S.A: Blackwell Publishers.