

بررسی مقایسه‌ای مهارت‌های ارتباطی و اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی و همتایان عادی آنان

به‌نوش حامدعلی^۱، حسین سعادت^۲، دکتر پیمان ابهریان^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهشکده علوم شناختی

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهشکده علوم شناختی

^۳ استاد راهنما

نویسنده مسئول:

به‌نوش حامدعلی

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی مقایسه‌ای مهارت‌های ارتباطی و اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی و همتایان عادی آنان بود. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و به لحاظ جمع آوری داده‌ها از نوع علی مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران می‌باشد که از این میان جامعه آماری با حجم نمونه ۵۰ نفر به صورت در دسترس از میان نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و ۵۰ نفر از همتایان عادی آن‌ها انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل تست قلم و کاغذی مهارت‌های ارتباطی کوئین دام، تست قلم و کاغذی اضطراب بک و تست افسردگی بک بود و همچنین از مقیاس هوش تجدید نظر شده و کسپر جهت معیار ورود آزمودنی‌ها به پژوهش استفاده شد که آزمودنی‌ها باید در مقیاس هوش و کسپر نمره‌ای بین ۹۰ تا ۱۵۰ را کسب می‌کردند. برای تجزیه و تحلیل فرضیات پژوهش از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشانگر آن بود که بین مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد. بین اضطراب در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود ندارد. بین افسردگی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود ندارد. بین اضطراب در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد. بین افسردگی در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد.

واژگان کلیدی: مهارت‌های ارتباطی، اضطراب، افسردگی

مقدمه

در قرن حاضر شیوع مشکلات روانی به قدری بالا است که برخی از کارشناسان بهداشت روانی، قرن حاضر را قرن "گرسنگی عصبی" نامیده- اند. شاید به همین دلیل است که سلیگمن (۱۹۸۹)، روانشناسان افسردگی را به عنوان سرماخوردگی روانی می‌شناسند و این تشابه به خاطر شیوع فراوان این اختلال روانی است (نظری چگنی و همکاران، ۱۳۹۱).

افسردگی از اختلالات شایع روانپزشکی است، و یکی از شایعترین مسائلی که در پزشکی امروز دیده می‌شود، افسردگی نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتن توان، ناامیدی، بی‌فایده‌بودن، بی‌علاقگی و بدبینی است. افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی اساسی واژه‌ای است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علائم اختلال خلق برای DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت. افسردگی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کسانی و همکاران، ۱۳۹۳). این بیماری به عنوان چهارمین عامل ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی انسانها تبدیل شود (پاتی^۱، ۲۰۰۷). به افسردگی به دلیل تنوع نشانگان، عودهای مکرر و تحمیل آسیب‌های کارکردی به عنوان یکی از پیچیده‌ترین اختلالات مزمن نگریسته می‌شود که می‌تواند باعث تشدید درد، خستگی و انزوا گردد. افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی با احساس ناامیدی و غمگینی مزمن توصیف شده که تأثیر منفی شدیدی بر کیفیت زندگی ادراک شده فرد دارد (وینتر و همکاران^۲، ۲۰۱۰). بسیاری از افرادی که از افسردگی عمده رنج می‌برند، مجموعه کاملی از کل نشانگان را در طی دوره‌های کامل و یا نشانگان جزئی این اختلال را در طول دوره زمانی طولانی از کل زندگیشان تجربه می‌کنند (کسینگ و همکاران^۳، ۲۰۰۴). اختلال اضطراب به عنوان شایعترین اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳)، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی (لمپ^۵، ۲۰۰۹؛ گارسیا لوپز و همکاران^۶، ۲۰۰۶) و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی (فهم و همکاران^۷، ۲۰۰۸)؛ اضطراب شدید، نسبت به یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد، اطلاق می‌شود. شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد و یا مورد ارزیابی منفی قرار گیرد. شیوع کلی این اختلال ۱۳/۳ درصدی می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بررسی شیوع این اختلال در جامعه ایران، نشانگر شیوع ۱۰/۱ درصدی، با برتری زنان نسبت به مردان می‌باشد (طالع پسند و نوکانی، ۱۳۸۹). این اختلال اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد کرده و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (آدرکا و همکاران^۸، ۲۰۱۲). جوانان مضطرب اجتماعی به طور کلی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات

Patti^۱

Winters et al^۲

Kessing et al^۳

American Psychiatric Association^۴

Lampe^۵

Garcia-Lopez et al^۶

Fehm et al^۷

Aderka^۸

بیشتری روبرو می‌شوند (مک آلوی و همکاران^۹، ۲۰۱۴؛ دریمان و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۶). این اختلال زمینه‌ساز اختلال‌های شخصیتی، خلقی، اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با مواد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

با توجه به این که اختلالات اضطرابی بصورت بسیار فراگیر و ناتوان کننده در سنین خاصی بروز کرده و بهبود خود به خودی آن بسیار اندک است و با توجه به نقش مهم این اختلال در عملکرد اجتماعی و شخصی فرد، درمان هراس اجتماعی به منظور کاهش مشکلات فردی و ارتباطی ایشان نیز از اهمیت زیادی برخوردار است (وکیلان و عبادی، ۱۳۸۹). از آنجایی که نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی ناگزیر با بی توجهی و غفلت عاطفی مواجه می‌شوند که به تبع آن در طول زندگی خود به مشکلات رفتاری و عاطفی دچار می‌شوند که به شکل‌های مختلف مانند شکست تحصیلی، عدم موفقیت شغلی، طرد شدگی اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و ... خود را نشان می‌دهند. نظر به نقش مهمی که مهارت‌های ارتباطی در ایجاد سلامت رفتاری و روانی در زندگی افراد دارند، می‌توان این مهارت‌ها را به عنوان یکی از توانمندی‌های مهم برای افراد و به ویژه نوجوانان فاقد سرپرست مؤثر که در مراکز یا در خانواده جایگزین زندگی می‌کنند، محسوب کرد. مهارت‌های ارتباط مؤثر عبارتند از: آموزش مهارت‌های اجتماعی، جسارت آموزی و مهارت‌های گوش دادن (مک کی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۱۰). روابط بین فردی سخت ارزشمندند و به همین دلیل این افراد در برابر بسیاری از موانع یا مشکلات آسیب پذیر جلوه می‌کنند. این مهارت‌ها به درمانجو کمک می‌کند تا از جراتمندی بیشتری برخوردار شده و در روابط بین فردی خود چیزی را که می‌خواهد، به دست آورد، قدرت نه گفتن در او تقویت شود، با تعارض‌ها مقابله کرده و توانایی استمرار روابط بین فردی و حفظ احترام به خویشتن در او بالاتر برود. (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰).

یکی از مهم‌ترین دلایل به کارگیری آموزش مهارت‌های ارتباط، تاثیر آن در درمان اختلال هراس اجتماعی این است که این اختلال علاوه بر ناتوانی در عملکرد اجتماعی، در برخی از افراد بازتابی از کمبودهای مهارتی واقعی است، در عملکرد فردی مشکل ایجاد می‌کند و باعث افسردگی در کنار این اختلال می‌شود. در نهایت با توجه به قابلیت انعطاف پذیری این رویکرد، این طور به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های ارتباطی و متغیرهای آن به صورت مجزا باعث کاهش اضطراب، افسردگی می‌شود و تاثیر این مهارت در برای افرادی که کمبود مهارت‌های بین فردی مؤثر دارند، می‌تواند اثربخش باشد (زمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

مطالعات گذشته:

نتایج پژوهش کرانیان و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان تاثیر آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی بر افسردگی دانش آموزان دختر دبیرستانی، نشانگر آن بود که بین قبل و بعد از آموزش در میزان افسردگی؛ بین دو گروه تفاوت معنی دار آماری وجود داشت؛ در واقع شدت افسردگی گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت. در نتیجه برنامه آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر تاثیر مثبت داشته است. نتایج پژوهش شرفی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش علائم جسمی و ترس و اجتناب اختلال اضطراب دانش آموزان پسر دبیرستانی مستعد اختلال اضطراب نشانگر آن

بود که آموزش مهارت های ارتباطی بر کاهش علائم فیزیولوژیک و ترس و اجتناب دانش آموزان پسر مستعد اختلال اضطراب تاثیر دارد. نتایج پژوهش ایرانمنش و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثر بخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر اضطراب و سازگاری زناشویی زوجین شاغل نشانگر آن بود که آموزش مهارت های ارتباطی بر اضطراب و سازگاری زناشویی زوجین شاغل تاثیر دارد و زوجین گروه آزمایش نسبت به زوجین گروه کنترل در پس آزمون به طور معناداری، کاهش اضطراب و افزایش سازگاری زناشویی داشتند. در نتیجه آموزش مهارت های ارتباطی بر اضطراب و سازگاری زناشویی زوجین شاغل موثر است و به عنوان یکی از روش های آموزشی روان شناختی توسط مشاوران در ادارات و ارگان های دولتی و خصوصی می تواند استفاده شود. نتایج پژوهش براون و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۰) با عنوان مداخله برای بهبود ارتباطات پرستار و پزشک در مراقبت از افسردگی، نشانگر آن بود که مداخله به طور قابل توجهی توانایی پرستار مراقبت در خانه را برای انجام دادن پرونده در قالب یک فرمت کامل و استاندارد قبل و بعد از مداخله بهبود داد. مداخله همچنین افزایش اطمینان گزارش شده توسط پرستار را برای ارتباط اطلاعات مربوط به افسردگی به پزشک افزایش داد. نتایج پژوهش لورینو و همکاران^{۱۳} (۲۰۱۱) با عنوان نگرش و سطوح اضطراب دانشجویان پزشکی به منظور کسب مهارت در مهارت های ارتباطی، نشانگر آن بود که همبستگی منفی معنی داری بین سطوح اضطراب و نگرش نسبت به یادگیری مهارت های ارتباطی به طور کلی و همچنین فرایند یادگیری و یادگیری وجود دارد. در پایان دوره دانشجویان گزارش دادند که در مقایسه با شروع، مهارت های ارتباطی آنها کمتر کافی است. تانی، لوتان و برنستین^{۱۴} (۲۰۱۵) در بررسی پیامدهای آموزشی ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و اضطراب می شود. رنر و همکاران^{۱۵} (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی مکانیزم های تغییر طرحواره درمانی در افسردگی مزمن پرداختند. نتایج نشانگر آن بود که تغییر باورهای هسته ای پیش از تغییر در علائم پیش نمی آید. در عوض، تغییر در این متغیرها همزمان رخ می دهد. علاوه بر این، به نظر می رسد که رتبه های اتحاد به طور جزئی با تغییرات در وضعیت خلق و خوی فعلی همخوانی دارند. باربوسا و همکاران^{۱۶} (۲۰۱۹) در پژوهشی به اثربخشی یک برنامه آموزشی کوتاه در مهارت های ارتباطی / رابطه ای برای ساکنین پزشکی پرداختند. نتایج نشانگر آن بود که اثربخشی برنامه آموزشی مهارت های ارتباطی / رابطه ای به منظور بهبود توانایی پزشکان پزشکی برای پاسخگویی به نشانه ها و نگرانی های بیمار و رفع یک روابط بد مفید می باشد.

با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت آنان و همچنین مطالعات انجام شده در این زمینه، در این پژوهش به بررسی مقایسه ای مهارت های ارتباطی و اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی و همتایان عادی آنان پرداخته می شود.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر، به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع آوری داده ها از نوع علی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همتایان عادی آن ها در شهر تهران می

Brown et al^{۱۲}

Loureiro et al^{۱۳}

Tanay, Lotan & Bernstein^{۱۴}

Renner et al^{۱۵}

Barbosa et al^{۱۶}

باشد که از این میان جامعه آماری با حجم نمونه ۵۰ نفر به صورت در دسترس از میان نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و ۵۰ نفر از همتایان عادی آن ها انتخاب شدند. سپس توسط ابزارهای تست قلم و کاغذی مهارت های ارتباطی کوئین دام، اضطراب و افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش:

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه های استاندارد قلم و کاغذی مهارت های ارتباطی کوئین دام، پرسشنامه های استاندارد قلم و کاغذی اضطراب و افسردگی بک می باشد.

پرسشنامه مهارت های ارتباطی توسط کوئین دام:

پرسشنامه مهارت های ارتباطی کوئین دام در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است. این پرسشنامه برای سنجش مهارت های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده است دارای ۳۴ گویه است که مهارت های ارتباطی را توصیف می کند. برای تکمیل آن پاسخگو باید هر گویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه ای از هرگز تا همیشه مشخص می کند. نمره بین ۳۴ تا ۶۸ بیانگر مهارت های ارتباطی ضعیف است. نمره بین ۶۸ تا ۱۰۲ بیانگر مهارت های ارتباطی متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۲ بیانگر مهارت های ارتباطی بالا است. برای سنجش اعتبار آزمون مهارت های ارتباطی، ابتدا با استفاده از روش آلفای کرونباخ، اعتبار کل آزمون محاسبه شد که مقدار عددی آن برابر با ۰/۶۹ و حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون بود. این مقدار برای آزمودنی های دانشجوی ۰/۷۱ و برای دانش آموزان دبیرستانی برابر با ۰/۶۶ بود. همچنین ضریب اعتبار کل آزمون با استفاده از روش تنصیف برابر با ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI):

این پرسشنامه که به وسیله بک، استیر و بروان برای سنجش شدت اضطراب ساخته شده از ۴۱ ماده تشکیل شده که هر ماده تمره ای بین صفر تا ۷ دارد. هر فرد می تواند نمره بین ۰ تا ۶۳ را کسب کند و هرچه نمرات بالاتر باشند نشان دهنده اضطراب بیشتر است، نمره صفر تا ۷ نشان دهنده اضطراب جزئی یا عدم وجود اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵ نشان دهنده اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ نشان دهنده اضطراب شدید می باشد. یک و همکاران ثبات درونی این پرسشنامه را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ ضریب آلفا را ۰/۸۸ گزارش کرده اند.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI):

این پرسشنامه که به وسیله بک، استیر و بروان برای سنجش شدت افسردگی ساخته شده از ۴۱ ماده تشکیل شده که هر ماده تمره ای بین صفر تا ۳ دارد. هر فرد می تواند نمره بین ۰ تا ۶۳ را کسب کند و هرچه نمرات بالاتر باشند نشان دهنده افسردگی بیشتر است، نمره ۱ تا ۱۰ نشان دهنده افسردگی جزئی یا عدم وجود افسردگی، نمره ۱۱ تا ۱۶ نشان دهنده افسردگی خفیف، نمره ۲۱ تا ۳۰ نشان دهنده

افسردگی متوسط و نمره ۳۱ تا ۴۰ نشان دهنده افسردگی شدید، نمره ۴۰ به بالا نشان دهنده افسردگی بیش از حد می باشد. یک و همکاران ثبات درونی این پرسشنامه را ۰.۷۳ تا ۰.۹۲ با میانگین ۰.۸۶ ضریب آلفا را ۰.۸۶ گزارش کرده اند. همچنین از پرسشنامه هوش تجدید نظر شده وکسلر ۳ جهت شرایط ورود به پژوهش استفاده شد که شرط ورود به پژوهش کسب نمره بین ۹۰ تا ۱۵۰ در آزمون هوش وکسلر بود .

مقیاس تجدیدنظرشده هوش وکسلر برای بزرگسالان:

این مقیاس از ۱۱ خرده آزمون تشکیل شده است که ۶ تای آن مقیاس کلامی و ۵ تای دیگر مقیاس غیرکلامی یا عملی را تشکیل می دهند.

مراحل اجرایی پژوهش :

۱.مراجعه به مرکز بهزیستی تهران و معرفی طرح ودعوت از آنها جهت شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز ورود به مراکز شمیرانات، شهرری، اسلام شهر و پیچ شمیران، و نهایتا گرفتن مجوز ورود به مراکز شبانه روزی نگهداری نوجوانان بی سرپرست در فرمانیه، چیتیز، اوین درکه، لواسان، شهرری و مراجعه به این مراکز و دعوت از مسئولین این مراکز به شرکت در پژوهش و در نهایتا دعوت از نوجوانان داوطلب این مراکز و معرفی طرح و توجیه آنان به شرکت در تحقیق وانجام آزمون های ارائه شده در طرح طبق برنامه. ۲.مراجعه به مرکز آموزش و پرورش شهر تهران و معرفی طرح ودعوت به شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز برای مناطق تهران و انجام انتخاب تصادفی مناطق آموزش و پرورش تهران و انتخاب منطقه ۳ و گرفتن مجوز ورود به آنجا و معرفی طرح به مسئولین آموزش و پرورش منطقه ۳ و همینطور گرفتن مجوز از حراست این منطقه جهت ورود به دبیرستان ها ، معرفی طرح دعوت از آنها جهت شرکت در پژوهش و انجام آزمون های ارائه شده در طرح طبق برنامه .

معیارهای ورود به تحقیق:

- ۱- کلیه نوجوانان دختر و پسر ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران.
- ۲- تمامی شرکت کنندگان باید از سلامت جسمانی برخوردار باشند.
- ۳- کلیه شرکت کنندگان باید بیماری روانی خاصی نداشته باشند.
- ۴- شرکت کنندگان در این پروژه نباید داروی خاصی مصرف کنند.
- ۵- کلیه شرکت کنندگان باید در آزمون هوش وکسلر نمره ای بین ۹۰ تا ۱۵۰ را کسب کنند.

معیارهای خروج از تحقیق:

- ۱- عدم رضایت آزمودنی ها برای شرکت در تحقیق ۲- عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها توسطه آزمودنی ها

تجزیه و تحلیل داده ها:

نتایج یافته ها بدین صورت بود که وضعیت افراد پاسخ دهنده از نظر جنسیت، تعداد ۵۰ نفر (۵۰٪) پسر و تعداد ۵۰ نفر (۵۰٪) دختر هستند. در رابطه با سن، تعداد ۸ نفر (۸٪) ۱۵ ساله؛ ۳۰ نفر (۳۰٪) ۱۶ ساله؛ ۳۸ نفر (۳۸٪) ۱۷ ساله، و ۲۴ نفر (۲۴٪) ۱۸ ساله می باشند. از نظر میزان تحصیلات، تعداد ۸ نفر (۸٪) پایه نهم، ۳۳ نفر (۳۳٪) پایه دهم، تعداد ۳۷ نفر (۳۷٪) پایه یازدهم و تعداد ۲۲ نفر (۲۲٪) پایه دوازدهم هستند. برای تجزیه و تحلیل فرضیات پژوهش از آزمون t مستقل استفاده شد.

بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرها: برای استفاده از تکنیک های آماری ابتدا باید مشخص شود که داده های جمع آوری شده از توزیع نرمال برخوردار است یا خیر؟ زیرا در صورت نرمال بودن توزیع داده های جمع آوری شده برای آزمون فرضیه ها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون های ناپارامتریک استفاده کرد. برای این منظور در این پژوهش از آزمون چولگی - کشیدگی استفاده شد. داده ها زمانی پارامتریک (نرمال) می باشند که میزان کشیدگی - چولگی آنان در بازه (۲، -۲) باشد، در غیر این صورت داده ها ناپارامتریک (غیرنرمال) می باشند.

جدول (۱): آماره های تعداد، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای تحقیق

	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی		کشیدگی	
				خطا	آماره	خطا	آماره
مهارت ارتباطی پسران	۵۰	۸۲.۲۰	۲۴.۳۳	-۰.۶۴۶	۰.۶۶۲	-۰.۳۷۶	۰.۳۳۷
مهارت ارتباطی دختران	۵۰	۱۰۷.۷۶	۱۵.۶۳	۰.۵۹۴	۰.۶۶۲	۰.۱۷۶	۰.۳۳۷
اضطراب پسران	۵۰	۱۸.۶۰	۱۱.۸۰	۰.۴۲۶	۰.۶۶۲	۰.۵۶۸	۰.۳۳۷
اضطراب دختران	۵۰	۱۹.۹۲	۱۱.۴۲	-۰.۲۲۹	۰.۶۶۲	۰.۶۲۸	۰.۳۳۷
فسردگی پسران	۵۰	۱۶.۰۸	۱۱.۵۵	۱.۱۰۷	۰.۶۶۲	۱.۰۸۳	۰.۳۳۷
فسردگی دختران	۵۰	۱۷.۹۸	۱۳.۴۷	۰.۱۰۵	۰.۶۶۲	۰.۸۸۱	۰.۳۳۷

همانطور که در جدول بالا مشاهده می شود، مقدار چولگی مشاهده شده تمامی متغیرها در بازه (۲، -۲) قرار دارد. بنابراین، از لحاظ کجی متغیرها نرمال بوده و توزیع آن ها متقارن است. مقدار کشیدگی تمامی متغیرها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

آزمون فرضیات پژوهش

فرضیه اول: به نظر می رسد بین مهارت های ارتباطی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم تایان عادی آن ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد.

جدول (۲): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۳.۵۰	۱۷.۵۰	۷۰.۲۰	۲۵	پسران بهزیستی	مهارت های ارتباطی
۲.۴۵	۱۲.۲۸	۱۰۸.۲۰	۲۵	پسران عادی	

جدول (۲): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون تی		آزمون لون						
				حد بالا	حد پایین	خطای تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	معنی داری دو طرفه آزادی	معنی داری	F آزمون
مهارت های ارتباطی	همسانی واریانس			-۲۹.۴۰	-۴۶.۵۹	۴.۲۷	-۳۸.۰	۰.۰۰۰	۴۸	-۸.۸۸۶
	ناهمسانی واریانس			-۲۹.۳۷	-۴۶.۶۲	۴.۲۷	-۳۸.۰	۰.۰۰۰	۴۳.۰۲۳	-۸.۸۸۶
									۰.۱۱۷	۲.۵۴۴

جهت تفسیر نتایج آزمون تی با دو نمونه مستقل در خصوص تفاوت میانگین نمره مهارت های ارتباطی پسران ساکن بهزیستی و پسران

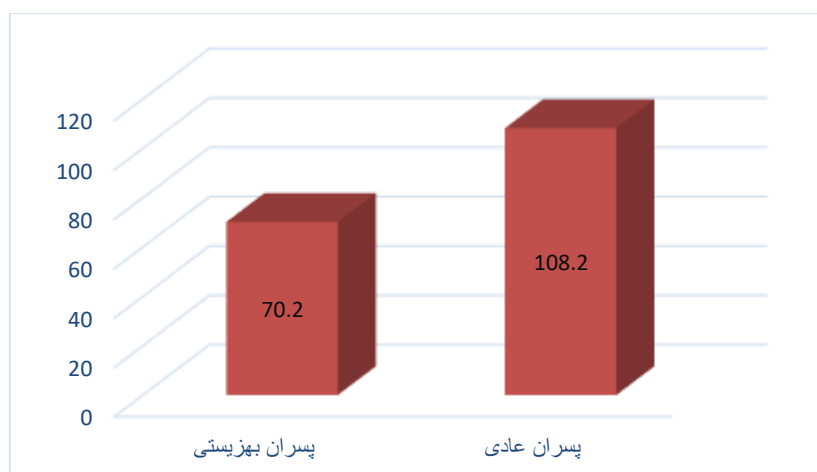
عادی به اینکه سطح معناداری آزمون لون ($Sig = 0.11$) بوده و بزرگتر از ۰.۰۵ می باشد، بنابراین برابری واریانس ها مورد توجه قرار می

گیرد. همچنین نتایج آزمون تی ($Sig = 0.00$) گویای آن است که میانگین دو گروه پسران از نظر مهارت های ارتباطی، تفاوت معنی داری با

یکدیگر داشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵٪ در میانگین نمره مهارت های ارتباطی با هم متفاوت هستند. نتایج نشان می دهد که

میانگین نمره مهارت های ارتباطی دو گروه با هم یکسان نبوده و یا هر دو گروه از میانگین نمره متفاوتی برخوردارند و فرضیه یک آماری

تایید می گردد. همچنین نتایج نشان می دهد که میانگین مهارت های ارتباطی در پسران عادی بیشتر از پسران بهزیستی است.



نمودار (۱): میانگین مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد بین اضطراب در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد.

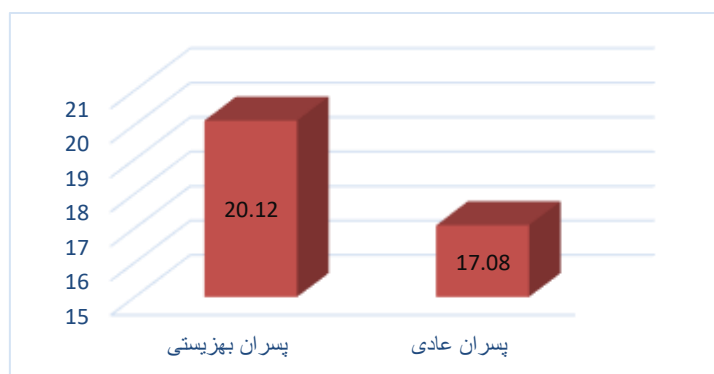
جدول (۳): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۲.۸۴	۱۴.۲۱	۲۰.۱۲۰	۲۵	پسران بهزیستی	اضطراب
۱.۷۶	۸.۸۱	۱۷.۰۸۰	۲۵	پسران عادی	

جدول (۴): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون تی		آزمون تی						
		معنی داری	F	آزمون تی	درجه آزادی	معنی داری دو طرفه	تفاوت میانگین	خطای تفاوت میانگین	فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	
									حد بالا	حد پایین
اضطراب	همسانی واریانس	۰.۰۳۱	۴.۹۲۵	۰.۹۰۹	۴۸	۰.۳۶	۳.۰۴۰	۳.۳۴	-۳.۶۸	۹.۷۶
	ناهمسانی واریانس			۰.۹۰۹	۴۰.۰۸ ۱	۰.۳۶	۳.۰۴۰	۳.۳۴	-۳.۷۱	۹.۷۹

جهت تفسیر نتایج آزمون تی با دو نمونه مستقل در خصوص تفاوت میانگین نمره اضطراب پسران ساکن بهزیستی و پسران عادی به اینکه سطح معناداری آزمون لون ($Sig = 0.031$) بوده و کوچکتر از ۰.۰۵ می باشد، بنابراین عدم برابری واریانس ها مورد توجه قرار می گیرد. همچنین نتایج آزمون تی ($Sig = 0.36$) گویای آن است که میانگین دو گروه پسران از نظر اضطراب، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵٪ در میانگین نمره اضطراب تا حدودی با هم مشابه هستند. نتایج نشان می دهد که میانگین نمره اضطراب دو گروه تا حدودی با یکدیگر مشابه بوده و فرضیه صفر آماری تایید می گردد.



نمودار (۲): میانگین اضطراب در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی

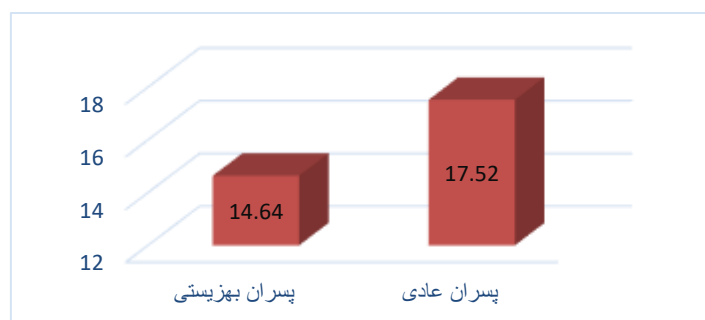
فرضیه سوم: به نظر می رسد بین افسردگی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد. جدول (۵): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۲.۲۹	۱۱.۴۶	۱۴.۶۴	۲۵	پسران بهزیستی	افسردگی
۲.۳۳	۱۱.۶۹	۱۷.۵۲	۲۵	پسران عادی	

جدول (۶): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون لون		آزمون تی						
				معنی داری	معنی داری دو درجه آزادی	تفاوت میانگین	خطای تفاوت میانگین	فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪		
								حد بالا	حد پایین	
افسردگی	همسانی واریانس	۰.۳۸۱	۰.۵۴۰	-۰.۸۷۹	۴۸	۰.۳۸	-۲.۸۸	۳.۲۷	-۹.۴۶	۳.۷۰
	ناهمسانی واریانس			-۰.۸۷۹	۴۷.۹۸	۰.۳۸	-۲.۸۸	۳.۲۷	-۹.۴۶	۳.۷۰

جهت تفسیر نتایج آزمون تی با دو نمونه مستقل در خصوص تفاوت میانگین نمره افسردگی پسران ساکن بهزیستی و پسران عادی به اینکه سطح معناداری آزمون لون ($Sig = 0.540$) بوده و بزرگتر از ۰.۰۵ می باشد، بنابراین برابری واریانس ها مورد توجه قرار می گیرد. همچنین نتایج آزمون تی ($Sig = 0.38$) گویای آن است که میانگین دو گروه پسران از نظر افسردگی، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵٪ در میانگین نمره افسردگی تا حدودی با هم مشابه هستند. نتایج نشان می دهد که میانگین نمره افسردگی دو گروه تا حدودی با یکدیگر مشابه بوده و فرضیه صفر آماری تایید می گردد.



نمودار (۳): میانگین افسردگی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی

فرضیه چهارم: به نظر می رسد بین مهارت های ارتباطی در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن ها در

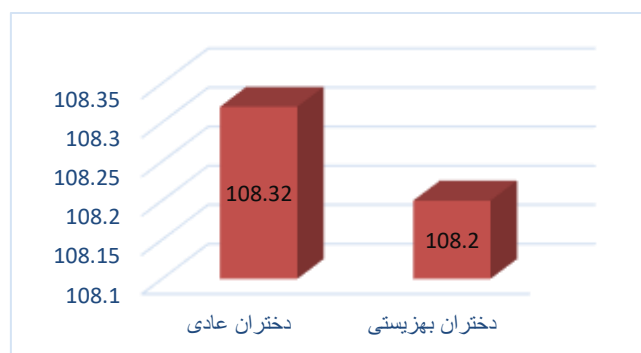
شهر تهران تفاوت وجود دارد. جدول (۷): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه
۳.۷۰	۱۸.۵۱	۱۰۸.۲۰	۲۵	دختران بهزیستی
۲.۴۹	۱۲.۴۸	۱۰۸.۳۲	۲۵	دختران عادی

جدول (۸): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون لون		آزمون تی						
		F آزمون	معنی داری	آزمون تی	معنی داری دو درجه آزادی	معنی داری دو درجه آزادی	تفاوت میانگین	خطای تفاوت میانگین	فاصله اطمینان در سطح ۹۵٪	
									حد بالا	حد پایین
مهارت های ارتباطی	همسانی واریانس	۲.۲۰	۰.۱۴۵	۰.۱۹۷	۴۸	۰.۸۴۵	۰.۸۸۰	۴.۴۶	-۸.۱۰	۹.۸۶
	ناهمسانی واریانس			۰.۱۹۷	۴۲.۰۹	۰.۸۴۵	۰.۸۸۰	۴.۴۶	-۸.۱۰	۹.۸۶

جهت تفسیر نتایج آزمون تی با دو نمونه مستقل در خصوص تفاوت میانگین نمره مهارت‌های ارتباطی دختران ساکن بهزیستی و دختران عادی به اینکه سطح معناداری آزمون لون ($Sig = 0.145$) بوده و بزرگتر از ۰.۰۵ می باشد، بنابراین برابری واریانس ها مورد توجه قرار می گیرد. همچنین نتایج آزمون تی ($Sig = 0.84$) گویای آن است که میانگین دو گروه دختران از نظر مهارت‌های ارتباطی، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵٪ در میانگین نمره مهارت‌های ارتباطی تا حدودی با هم مشابه هستند. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره مهارت‌های ارتباطی دو گروه تا حدودی با یکدیگر مشابه بوده و فرضیه صفر آماری تایید می گردد.



نمودار (۴): میانگین مهارت‌های ارتباطی در نوجوانان دختران ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی

فرضیه پنجم: به نظر می رسد بین اضطراب در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم‌تایان عادی آن‌ها در شهر تهران

تفاوت وجود دارد. جدول (۹): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۲۰۰۶	۱۰۰۳۲	۱۵۰۲۸	۲۵	دختران بهزیستی	اضطراب
۲۰۱۴	۱۰۰۷۲	۲۴۰۵۶	۲۵	دختران عادی	

جدول (۱۰): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون لون		آزمون تی						
		F آزمون	معنی داری	آزمون تی	درجه آزادی	معنی داری دو طرفه	تفاوت میانگین	خطای تفاوت میانگین	صله اطمینان در سطح ۹۵٪	
									حد بالا	حد پایین
اضطراب	همسانی واریانس	۰.۲۹۸	۰.۵۹۹	-۳.۱۱	۴۸	۰.۰۰۳	-۹.۲۸	۲.۹۷	-۱۵.۲۶	-۳.۲۹
	ناهمسانی واریانس			-۳.۱۱	۴۷.۹۳	۰.۰۰۳	-۹.۲۸	۲.۹۷	-۱۵.۲۶	-۳.۲۹

Category	Percentage
دختران عادی	24.56
دختران بهزیستی	15.28

فرضیه ششم: به نظر می رسد بین افسردگی در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد.

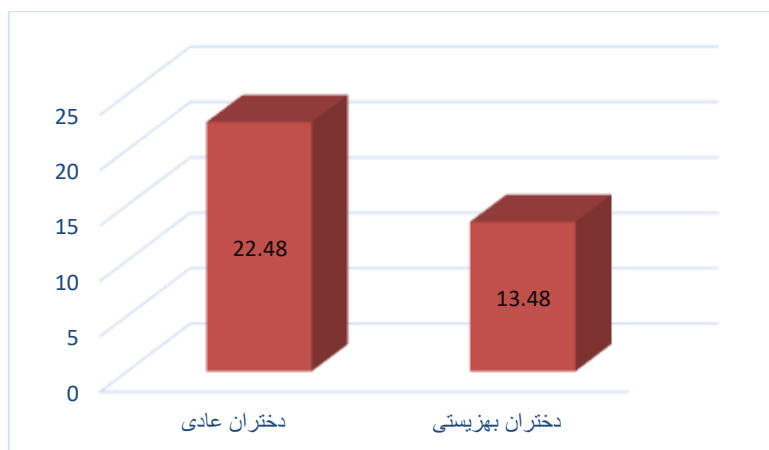
جدول (۱۱): وضعیت آماری متغیرهای فرضیه اول

خطای میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۲.۶	۱۳.۰۵	۱۳.۴۸	۲۵	دختران بهزیستی	فسردگی
۲.۵	۱۲.۵۶	۲۲.۴۸	۲۵	دختران عادی	

جدول (۱۲): آزمون تی دو نمونه مستقل فرضیه اول

		آزمون تی								
		آزمون لون		ناضله اطمینان در سطح ۹۵٪						
		معنی آزمون F	معنی آزمون تی	معنی داری دو درجه آزادی	تفاوت میانگین	خطای تفاوت میانگین	حد			
پایین	بالا									
افسردگی	همسانی واریانس	۰.۰۸۹	۰.۷۶۷	-۲.۴۸	۴۸	۰.۰۱۷	-۹.۰۰	۳.۶۲	-۱۶.۲۸	-۱.۷۱
	ناهمسانی واریانس			-۲.۴۸	۴۷.۹۳	۰.۰۱۷	-۹.۰۰	۳.۶۲	-۱۶.۲۸	-۱.۷۱

جهت تفسیر نتایج آزمون تی با دو نمونه مستقل در خصوص تفاوت میانگین نمره افسردگی دختران ساکن بهزیستی و دختران عادی به اینکه سطح معناداری آزمون لون ($Sig = 0.76$) بوده و بزرگتر از 0.05 می باشد، بنابراین برابری واریانس ها مورد توجه قرار می گیرد. همچنین نتایج آزمون تی ($Sig = 0.017$) گویای آن است که میانگین دو گروه دختران از نظر افسردگی، تفاوت معنی داری با یکدیگر داشته و این دو گروه با سطح اطمینان 95% در میانگین افسردگی با هم متفاوت هستند. نتایج نشان می دهد که میانگین نمره افسردگی دو گروه با هم یکسان نبوده و یا هر دو گروه از میانگین نمره متفاوتی برخوردارند و فرضیه یک آماری تایید می گردد. همچنین نتایج نشان می دهد که میانگین افسردگی در دختران عادی بیشتر از دختران بهزیستی است.



نمودار (۶): میانگین افسردگی در نوجوانان دختران ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی

نتیجه گیری

اختلال افسردگی از مهم ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است (انگستو همکاران^{۱۷}، ۲۰۰۹). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علاقه و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. هم چنین فرد باید دست کم چند نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و کارهای روان - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، عدم تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (ایمل و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۸). نوجوانان به عنوان سرمایه های ملی و نیروی سازنده فردا همواره مورد توجه خاص برنامه ریزان و سیاست گذاران جامعه بوده اند. اکثر این دانش آموزان در سنین نوجوانی قرار دارند و مشکلات زیادی در حوزه سلامت روان از قبیل افسردگی، اضطراب و ... این قشر را تهدید می کند که در این بین اضطراب به عنوان یک مشکل شایع، پیامدهای زیان باری در زمینه سلامت روانی نوجوانان دارد و فرآیند آموزش و پرورش را متاثر می سازد (جلالی و همکاران، ۱۳۹۱). اضطراب، به طور شایع با احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم تشویش با منبع درونی یا بیرونی مشخص می شود. حالت اضطراب توسط اسپیلبرگر به عنوان یک حالت هیجانی گذرا تعریف شده است و رگه اضطراب اشاره به تفاوت های فردی نسبتاً با ثبات در آمادگی به اضطراب دارد، بدین معنا که بین مردم، تمایل به پاسخ به موقعیت های تهدید کننده متفاوت است (فاطمی راد و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش های متعدد و گسترده ای تاثیر مثبت آموزش مهارت های زندگی را در پیشگیری از رفتارهای خشونت آمیز، تقویت اتکا به نفس، افزایش مهارت های مقابله با فشارها و استرس ها، برقراری روابط مثبت و موثر اجتماعی نشان داده اند (کوشان^{۱۹}، ۲۰۰۹). مهارت های ارتباطی نیز بخش مهمی از مهارت های زندگی هستند که به عنوان توانایی برقراری ارتباط موثر و کارآمد با دیگران که منجر به بروز پاسخ می شود، تعریف می شوند (فینی و فینی، ۱۳۹۵). همچنین به نظر می رسد که حوزه های زیر مجموعه مهارت های ارتباطی (مهارت گوش کردن، توانایی دریافت و ارسال پیامهای کلامی و غیر کلامی، ارتباط توأم با قاطعیت، بینش نسبت به فرآیند ارتباط و کنترل عاطفی)، متناسب با اثربخشی و اهمیت خود، مورد توجه قرار نگرفته اند، چرا که پژوهش های انگشت شماری در رابطه با اهمیت و اثربخشی آنها انجام شده است. در حالی که آموزش این مهارتها منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سالم در سطح جامعه می گردند. مهارت های ارتباطی بعنوان بخشی از مهارت های ارتباطی هم به صورت یک راهکار جهت ارتقای سلامت روانی و هم به صورت ابزاری قوی در دست متولیان سلامت روانی جامعه در جهت توانمندسازی جوانان در ابعاد روانی اجتماعی می توانند مورد استفاده قرار گیرند (همان منبع).

در این پژوهش به بررسی مقایسه ای مهارت های ارتباطی و اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی و هم تایان عادی آنان پرداخته شد. نتایج نشانگر آن بود که بین مهارت های ارتباطی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم تایان عادی آنها در شهر تهران تفاوت وجود دارد و بدین معنی ست که سطح و میزان بهره مندی نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و هم تایان عادی آنها از مهارت های ارتباطی، دارای اختلاف زیادی نمی باشد و هر دو مهارت های ارتباطی را در سطحی همسان از یکدیگر

Angst^{۱۷}

Imel^{۱۸}

Kooshan^{۱۹}

کسب کرده اند. بین اضطراب در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود ندارد و بدین معنی ست که میزان وجود اضطراب در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی به یک میزان می باشد و تفاوت فاحشی در این میان وجود ندارد. بین افسردگی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود ندارد و بدین معنی ست که میزان وجود افسردگی در نوجوانان پسر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی به یک میزان می باشد و تفاوت فاحشی در این میان وجود ندارد. بین مهارت های ارتباطی در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود ندارد و بدین معنی ست که سطح و میزان بهره مندی نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها از مهارت های ارتباطی، دارای اختلاف زیادی نمی باشد و هر دو مهارت های ارتباطی را در سطحی همسان از یکدیگر کسب کرده اند. اضطراب در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد و این بدین معنی ست که اضطراب این دو گروه با یکدیگر یکسان نیست و براساس میانگین های بدست آمده می توان گفت که میزان اضطراب در دختران عادی بیشتر از دختران بهزیستی بوده است. بین افسردگی در نوجوانان دختر ساکن مراکز شبانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آن‌ها در شهر تهران تفاوت وجود دارد و بدین معنی ست که افسردگی این دو گروه با یکدیگر یکسان نیست و براساس میانگین های به دست آمده می توان گفت که میزان افسردگی دختران عادی بیشتر از میران افسردگی دختران عادی می باشد. نتایج پژوهش با تحقیقات زیر همخوانی و همسویی داشته است: نتایج پژوهش کرانیان و همکاران (۱۳۹۶)، شرفی و همکاران (۱۳۹۶)، ایرانمنش و همکاران (۱۳۹۷)، براون و همکاران (۲۰۱۰)، لوریرو و همکاران (۲۰۱۱)، تانی، لوتان و برنستین (۲۰۱۵)، رنر و همکاران (۲۰۱۸)، باربوسا و همکاران (۲۰۱۹).

جنبه جدید بودن و نوآوری طرح در چیست؟

مطالعات انجام شده در زمینه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی، جنبه های مختلفی را مورد ارزیابی قرار داده است ولی موضوع عملکردهای شناختی، انگیزه پیشرفت کمتر مورد توجه محققان فرگرفته است. اکثر مطالعات، در میان دانشجویان دانشگاه ها صورت گرفته است و مطالعه جامعی در دوره سنی کودکان و نوجوانان در کشور انجام نشده است. بنابراین با توجه به اهمیت عملکردهای شناختی و تاثیر آن بر انگیزه پیشرفت نوجوانان پرورشگاهی ، انجام مطالعاتی در این زمینه بسیار با اهمیت می باشد، چرا که زندگی آینده این افراد را رقم خواهد زد.

چه کاربردهایی از انجام این پژوهش متصور است؟

هدف کاربردی پژوهش حاضر این است که در صورتی که کودکان و نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی و همچنین کودکان و نوجوانان عادی نیاز به خدمات خاص توانبخشی و یا توانمند سازی شناختی دارند ، نیاز سنجی کرده و پروتوکل های لازم را بر آن اساس طراحی کنیم.

پیشنهادهای پژوهشی

- بررسی پژوهش های مشابه با حجم نمونه های بزرگتر در جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج.
- بررسی پژوهش های مشابه با ارزیابی سایر انواع کارکردهای اجرایی.

پیشنهادهای کاربردی

- ارائه خدمات توانبخشی شناختی به نوجوانان ساکن مراکز بهزیستی.
- استفاده از توانبخشی شناختی در جهت تقویت کارکردهای اجرایی نوجوانان.
- غربالگری نوجوانان در حوزه کارکردهای اجرایی و ارائه برنامه های روانشناختی و توانبخشی شناختی لازم.

-ملاحظات اخلاقی:

- ۱- به منظور آگاهی بیشتر افراد شرکت کننده، اهداف، روش ها و کاربرد نتایج برای آنها توضیح داده شد.
- ۲- فرم رضایت نامه از تک تک افراد شرکت کننده کسب شد.
- ۳- در صورت عدم رضایت شرکت کنندگان اجازه خروج از طرح داده شد.
- ۴- در صورت بروز خستگی اجرای تست ها به جلسات بعدی موکول می شد.
- ۵- به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که نتایج کاملاً محرمانه بوده و جز در مطالعه در جای دیگر منعکس نمی شود.

منابع و مآخذ

ایرانمنش، صالحه؛ سیدمحمد موسی موسوی و الهام محمدی، ۱۳۹۷، اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی و سازگاری زناشویی زوجین شاغل، یازدهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.

جلالی آریا، ک. آسایش، ح. سدهی، م. قنبری، م. ۱۳۹۱. تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با اضطراب بر رضایت از زندگی دانش‌آموزان در یکی از دبیرستان‌های دخترانه شهرستان گرگان سال ۱۳۸۹. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. ۹ (۱).

شرفی، محسن؛ محمدسینا حنیفی و محمد ضیایی، ۱۳۹۶، تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش علائم جسمی و ترس و اجتناب اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مستعد اختلال اضطراب اجتماعی شهر همدان، دومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، بوشهر، موسسه پژوهشی برین سازان.

فاطمی‌راد، م. رضائی ورکانی، ر. نجاتی ورکانی، ع. ۱۳۹۵. اختلالات اضطرابی. تهران: نشر وانی.

کرانیان، فرحناز؛ لیلا کرانیان و مریم خدایار، ۱۳۹۶، تأثیر آموزش مهارت حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی بر افسردگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران، انجمن روانشناسی ایران.

کسانی، ع. نیازی، م. منتی، ر. محمدی، ع. منتی، و. ۱۳۹۳. ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری. فصلنامه مدیریت پرستاری. ۳ (۲).

نظری چگنی، ا. بهروزی، ن. شیخ شبانی هاشمی، ا. مهرابی‌زاده هنرمند، م. ۱۳۹۱. رابطه سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن اجتنابی با افسردگی و رضایت از زندگی با میانجیگر خوشبینی و حمایت اجتماعی در دانشجویان. مجله دستاوردهای روانشناختی. ۴ (۲).

Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393-400.

University for borderline personality disorder]. Tehran: Tehran Alilou M, Sharifi M. [Dialectical behavior therapy Press; 2012.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM 5)*. New school library, Washington. DC London. England.

Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V., & Klein, D. N. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*, 115(1), 112-121.

Barbosa, M., Del Piccolo, L., & Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient education and counseling*.

Brown, E. L., Raue, P. J., Klimstra, S., Mlodzianowski, A. E., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2010). An intervention to improve nurse-physician communication in depression care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 483-490.

- Dryman, Taylor. M., a, Gardner, Sh., Weeks, J. W., Heimberg, R.G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38: 1-8.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 257-265.
- Fini, F. M., & Fini, A. A. S. (2016). A Study on the Relationship between Communication Skills and Mental Health and Job Empowerment. *Journal of Exploratory Studies in Law and Management*, 3(2).
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 175-191.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of affective disorders*, 110(3), 197-206
- . Course of illness in depressive and bipolar disorders.)2004(Kessing, L. V., Hansen, M. G., & Andersen, P. K. *The British Journal of Psychiatry*, 185(5), 372-377.
- .Andishe Rafi. [In Persian] psychology book for nursing students Kooshan, M., 2009. General social
- Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(10), 887-898.
- Loureiro, E. M., Severo, M., Bettencourt, P., & Ferreira, M. A. (2011). Attitudes and anxiety levels of medical students towards the acquisition of competencies in communication skills. *Patient education and counseling*, 85(3), e272-e277.
- McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 45(1), 21-35.
- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2010). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance*. ReadHowYouWant. com.
- Patti, E., Acosta, J., Chavda, A., Verma, D., Marker, M., & Anzisi, L. (2007). Prevalence of anxiety and depression among emergency department staff. *Nursing*, 48(2), 8.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- sociodemographic correlates. *Archives of Talepasand*, S. Nokani M. (2010). Social phobia symptoms: Prevalence and .Iranian medicine; 13(6): 522-7

Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2015). Salutary Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Intervention. *Behavior Therapy*, 43(3), 492–505.

Vakilian, S., Abadi, G. H., & Tabatabaee, S. M. (2008). Investigation of the adding social skills training on group cognitive-behavioral therapy in treatment of social anxiety of Ferdousi Mashhad students. *Scientific and Research Journal of Mental Health principles*, 10, 87-97.

. Expressions of depression in rural women with chronic illness.)2010(Winters, C. A., Cudney, S., & Sullivan, T. *Rural and remote health*, 10(4), 1533

Zamani, N. farhadi M, Jamilian HR.(2012). [The effectiveness of dialectical behavior group therapy on expulsive anger and impulsive behaviors]. *J Hamedan Islamic Azad Uni*, 5, 123-7.