

بررسی مقایسه ای اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان ساکن مراکز شبهانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آنها در شهر تهران

شماره ۱۵ / بهار ۱۳۹۸ / ص ۱۱۸-۱۳۰

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال پنجم)

بهنوش حامدعلی^۱، مهشید پاک روح^۲

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد واحد امارات

^۲ کارشناس ارشد مدیریت دولتی شاخه منابع انسانی

نویسنده مسئول:

بهنوش حامدعلی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی نوجوان ساکن مراکز شبهانه روزی بهزیستی و همتایان عادی آنها در شهر تهران انجام شد. پژوهش حاضر جزء پژوهش های توصیفی از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبهانه روزی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همتایان عادی آنها در شهر تهران بود. نمونه آماری به روش انتخاب در دسترس و روش تصادفی با حجم نمونه به تعداد ۵۰ نفر از نوجوانان ساکن در مراکز شبهانه روزی بهزیستی و ۵۰ نفر از همتایان عادی آنها انتخاب شدند، گروه تحت سرپرستی بهزیستی میزان افسردگی و اضطرابی کمتر از گروه عادی داشته و از خودکارآمدی بالا تری نسبت به همتایان عادی برخوردار هستند، مطالعه و بررسی با کمک روانشناسان در بهزیستی و میان خانواده ها و با ابزارهای اضطراب و افسردگی بک و همچنین خودکارآمدی بندورا و مقیاس هوش و کسلر تجدید نظر شده ۳ بزرگسالان مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین ها برای توصیف و از آزمون t مستقل برای استنباط داده ها استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد نوجوانان ساکن در مراکز شبهانه روزی بهزیستی نمرات کمتر معناداری در افسردگی نسبت به همتایان عادی خود داشتند. اما تفاوت معناداری در میزان نمرات اضطراب و خودکارآمدی آنها مشاهده نشد. پیشنهاد می شود به نوجوانان و خانواده ها و همچنین نوجوانان ساکن در بهزیستی آموزش هایی در جهت کاهش سطح اضطراب و افسردگی و همچنین ارتقاء سطح خودکارآمدی ارائه شود.

واژه های کلیدی

اضطراب، افسردگی، خودکارآمدی، نوجوانان، مراکز شبهانه روزی بهزیستی.

۱. مقدمه

نوجوانی دوره ای است که یک پنجم جمعیت مردم جهان در آن قرار داشته و ۸۵ درصد از این جمعیت ۱/۲ میلیاردی ساکن کشورهای در حال توسعه اند. سالانه یک میلیون نوجوان به علت حوادث، خودکشی، خشونت، عوارض مربوط به بیماری های قابل پیشگیری و درمان جان خود را از دست می دهند. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، علت ۷۰ درصد مرگ ها، رفتارهایی هستند که در نوجوانی ایجاد شده و قابل اصلاح می باشند. سالانه چهار میلیون نوجوان، دست به خودکشی می زنند که یک صد هزار مورد از آنها منجر به مرگ می گردد [۱].

نوجوانی دوره ی گذاری است که در آن افراد تغییرات جسمانی، روان شناختی و اجتماعی بسیاری را در طول فرایند رشد خود از کودکی به بزرگسالی تجربه می کنند و موضوعاتی مثل بلوغ زیستی و اجتماعی، اضافه شدن نقش های بزرگسالی و فعالیت های استرس زایی که زندگی فرد را تهدید می کنند تأثیرات مهمی در ایجاد مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی برای نوجوانان در بر دارد. حدود ۱۰ درصد از دانش آموزان نوجوان ایرانی از برخی نشانگان روان شناختی رنج می برند و آنچه بیش از همه مشاهده شده و مورد توجه قرار گرفته است اضطراب^۱ و افسردگی^۲ است [۲]. نشانه ها و اختلال های افسرده وار در نوجوانان، احتمال اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مشکلات رفتاری و ارتباطی را در حد قابل ملاحظه ای افزایش می دهند و به افت سطح صلاحیت و پیشرفت تحصیلی منجر می شوند. افزون بر این، زیان اقتصادی که این اختلال به گونه ای مستقیم بر خانواده ها و جوامع تحمیل می کند نیز بسیار سنگین است. در سبب شناسی افسردگی الگوهای شناختی - رفتاری جایگاه خاص خود را دارند. اضطراب و افسردگی در این الگوها نتیجه مجموعه طرحواره های شناختی منفی، درماندگی آموخته شده و سبک اسناد منفی، فقدان تقویت کننده های مثبت، نقص در خودگردانی و عدم خودکارآمدی^۳ فرض شده است [۳].

اضطراب حالتی از خلق است که با هیجان منفی شدید در واکنش به وقایع یا شرایط (ذهنی یا واقعی) تهدیدکننده مشخص می شود [۴]. اضطراب پدیده ی پیچیده ای است که از طریق سیستم واکنشی وابسته به هم شامل سیستم های جسمی، شناختی و رفتاری نمایان می شود. در سطح شناختی یک موقعیت خاص به عنوان موقعیتی تهدیدکننده یا ترسناک ادراک می شود. عناصر شناختی اضطراب شامل افکار اضطرابی همچون نگرانی، ترس از ناتوانی در سازگاری با موقعیت و تردید نسبت به آینده می شود که در واکنش به تعبیرهای تحریف شده ی فرد رخ می دهند. در سطح جسمانی، ادراک یا پیش بینی خطر قریب الوقوع منجر به فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک می شود تا بدن را برای انجام واکنش مناسب آماده کند. در سطح رفتاری نیز پاسخ جنگ/گریز راهکاری برای پایان دادن به موقعیت تهدیدکننده است. پاسخ های رفتاری در نوجوانان ممکن است شامل رفتارهایی مثل ناخن جویدن یا ضربه زنی با پا یا انگشتان شود. البته بیشتر پاسخ های رفتاری شامل گریز از محرک (مانند تونل) یا موقعیت (مانند سخنرانی در جمع) اضطراب آور می شود [۵]. اضطراب در ابتدای نوجوانی می تواند منجر به بروز حساسیت در روابط بین فردی و کاهش سازگاری گردد. نوجوانان مضطرب مشکلات روانشناختی بیشتری نسبت به گروه همسالان خود تجربه می کنند [۶]. مطالعات انجام شده در رابطه با شیوع شناسی اختلالات اضطرابی نشان داده است که ۵ تا ۱۰ درصد نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی

^۱. anxiety

^۲. depression

^۳. self-efficacy

اختلال اضطرابی مواجه اند به گونه ای که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آنها را مختل می نماید. اضطراب می تواند با عوارض دیگری مانند افسردگی و کاهش سطح خودکارآمدی نیز همراه باشد [۷].

افسردگی واکنش فرد در برابر فشارهای زندگی است و یک اختلال روانی است که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می گذارد و به قدری شایع است که در هر مقطعی از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند [۸]. نوجوانان مبتلا به افسردگی خطر بالایی برای سوء استفاده دارویی، مشکلات تحصیلی، مشکلات جسمی، مشکلات رفتاری و اقدام به خودکشی دارند [۹]. مهمترین علائم افسردگی نوجوانان شامل: کندی روان - حرکتی، احساس بی ارزشی، بدبینی به آینده، سوء مصرف مواد، عملکرد تحصیلی پایین، فرار از مدرسه و خانه و خودکشی می باشد. امروزه در سبب شناسی اختلالات روانی در کنار نظریات درون فردی^۴، نظریات بین فردی^۵ نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و امروزه مطالعاتی که در حوزه ی اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب انجام می شوند همگی به اتفاق از مدل بیماری پذیری ارثی - استرس^۶ حمایت می کنند. بر اساس این مدل عوامل ژنتیکی، کودکان و نوجوانان را در برابر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب آسیب پذیر می کنند و تعامل این عوامل با عوامل محیطی ممکن است منجر به نمایان شدن این اختلالات بشود یا نشود [۱۰]. همانگونه که پیشتر نیز بیان شد اضطراب و افسردگی در نوجوانان به مرور زمان می تواند تبعات فردی و اجتماعی برای آنان داشته باشد که از جمله آنها عدم کارایی و افت سطح خودکارآمدی در آنان است.

خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیت های خاص است و الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی را در سطوح مختلف تجربه انسانی تحت تأثیر قرار می دهد و تعیین کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد فرد چه مقدار تلاش برای انجام آن خواهد داشت و در رویارویی با مشکل چه مقدار استقامت از خود نشان خواهد داد [۱۱]. مطابق این الگو، خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی دارد. باور به ناتوانی در اثرگذاری بر وقایع و شرایطی که به طور معنادار بر زندگی فرد تأثیر دارند، احساس پوچی، بیهودگی، غمگینی و آسیب پذیری نسبت به رویدادهای فشارآور را برمی انگیزاند. هنگامی که افراد خود را در به دست آوردن پیامدهای بارز ناتوان می بینند، افسرده می شوند. قضاوت های فرد در کارایی خود، هسته اصلی احساس بی کفایتی افراد افسرده است که هنگام ناتوانی در تأثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی تجربه می کنند. نظریه خودکارآمدی چهارچوبی مفید در تبیین افسردگی ایجاد نموده است. نوجوانان به دلیل دوره خاص رشد خود ناچارند با رویدادهای انتقالی بسیاری از نظر زیست شناختی، تحصیلی و اجتماعی روبرو شوند. آنان می بایست راه حل هایی برای حل مشکلات و مقابله با آن ها بیابند. موفقیت آنان در چالش های بی شمار این دوره رشد، با خودکارآمدی آنان ارتباط دارد. نوجوانی که باور ضعیفی به کارآمدی خود دارد، منفعلانه تحت تأثیر این فشارها قرار می گیرد [۱۲].

گروه های آسیب پذیری که در قالب نهادهای حمایتی قرار دارند، با مشکلات عاطفی و اجتماعی دست و پنجه نرم می کنند. از طرفی، هر جامعه ای متناسب با شرایط رشد و توسعه یافتگی خود با انواعی از مشکلات که گروه های آسیب پذیر را تهدید می کند روبروست، که باید برنامه های ارتقاء سلامت برای آنها در نظر گرفته شود. بنابراین شناسایی آسیب های روانی این گروه ها و کمک به شناسایی روش های

^۴. intrapersonal

^۵. interpersonal

^۶. diathesis-stress model

کارآمدی که توان مقابله با مشکلات را در این افراد بالا ببرد، می تواند به سلامت این گروه ها و در نهایت به سلامت جامعه کمک کند [۱۳]. پژوهش حاضر با توجه به پیامدهای خطرناک اختلالات رفتاری نوجوانان در آینده و با تأکید بر مدیریت منابع انسانی در مراکز بهزیستی و استفاده از روانشناسان زبده در بهزیستی جهت بهبود خودکارآمدی و روحیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی، در پی شناسایی اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی در میان نوجوانان مراکز شبانه روزی بهزیستی در مقایسه با افراد عادی می باشد تا بدینوسیله جهت بهبود سطح خودکارآمدی و کاهش سطح اضطراب و افسردگی، راهکارهای پیشنهادی و برنامه های درمانی موثر در آینده ارائه گردد.

۲. روش

پژوهش حاضر جزء پژوهش های توصیفی از نوع علی - مقایسه ای است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و همتایان عادی آنها در شهر تهران می باشند. نمونه آماری به روش انتخاب در دسترس و روش تصادفی ساده انتخاب گردید. حجم نمونه ها تعداد ۵۰ نفر از نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی که شامل ۲۵ پسر و ۲۵ دختر بوده اند و ۵۰ نفر از همتایان عادی آنها نیز که شامل ۲۵ پسر و ۲۵ دختر بوده اند، می باشد. لازم به ذکر است که برای حصول اطمینان از دامنه هوش طبیعی آزمودنی ها، از هر دو گروه پژوهشی آزمون هوش وکسلر نیز به عمل آمده که هر دو گروه پژوهشی دامنه هوشی نرمال بین ۹۰ تا ۱۵۰ را دارا بودند. با مراجعه به مرکز بهزیستی تهران و معرفی طرح و دعوت از آنها جهت شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز ورود به مراکز شمیوانات، شهری، اسلام شهر و پیچ شمیران، و نهایتاً گرفتن مجوز ورود به مراکز شبانه روزی نگهداری نوجوانان بی سرپرست در فرمانیه، چیدر، اوین، درکه، لواسان، شهری و مراجعه به این مراکز و دعوت از مسئولین این مراکز به شرکت در پژوهش و در نهایت دعوت از نوجوانان داوطلب این مراکز و معرفی طرح و توجیه آنان به شرکت در تحقیق و انجام آزمون های ارائه شده در طرح طبق برنامه انجام شده است. مراجعه به مرکز آموزش و پرورش شهر تهران و معرفی طرح و دعوت به شرکت در پژوهش و گرفتن مجوز برای مناطق تهران و انتخاب تصادفی مناطق آموزش و پرورش 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 و دعوت از مسئولین آنها و همچنین دانش آموزان و توجیه آنها جهت شرکت در پژوهش و انجام آزمون های ارائه شده در طرح طبق برنامه در میان نوجوانان عادی اقدام گردید. معیارهای ورود به تحقیق شامل محدودیت سنی نوجوانان در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ شهر تهران، برخورداری از سلامت جسمانی و نداشتن بیماری روانی، عدم استفاده از داروهای خاص و همچنین کسب نمره بین ۹۰ تا ۱۵۰ از آزمون هوش وکسلر بوده است. معیارهای خروج از تحقیق نیز شامل عدم رضایت آزمودنی ها برای شرکت در تحقیق و عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها بوده است. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین ها برای توصیف و از آزمون t مستقل و آزمون همبستگی برای استنباط داده ها استفاده شد. در زمینه ملاحظات اخلاقی تحقیق نیز می توان به موارد زیر اشاره کرد: (۱) به منظور آگاهی بیشتر افراد شرکت کننده، اهداف، روش ها و کاربرد نتایج برای آنها به صورت کامل 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 شد؛ و (۵) به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که نتایج کاملاً محرمانه بوده و جز در مطالعه در جای دیگر منعکس نمی شود.

ابزارهای تحقیق

- **اضطراب:** اضطراب یا تشویش یا دلشوره عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. در این پژوهش اضطراب آزمودنی‌ها به وسیله پرسشنامه اضطراب بک که شامل ۲۱ پرسش است، سنجیده می‌شود. پرسش‌ها با چهار گزینه اصلا، خفیف، متوسط و شدید پاسخ داده می‌شوند. در پایان آزمونگر با جمع نمراتی که به هر پرسش تعلق می‌گیرد می‌تواند میزان اضطراب آزمودنی را مشخص کند. نحوه تفسیر این پرسشنامه بدین صورت است که کسب نمره صفر تا ۷، نشان دهنده هیچ یا کمترین اضطراب است و کسب نمره بین ۸ تا ۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف است و کسب نمره ۱۶ تا ۲۵، نشان دهنده اضطراب متوسط و کسب نمره ۲۶ تا ۶۳، نشان دهنده اضطراب بالا (شدید) است [۱۴].
- **افسردگی:** به صورت کلی منظور هیجان‌ها، خلق، و احساسات است. به صورت جزئی منظور حالت و لحن هیجانی است که انسان نشان می‌دهد یعنی تجلی بیرونی یا نمود هیجان. در این پژوهش میزان افسرده بودن آزمودنی به وسیله پرسشنامه بک سنجیده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۱ حالت روحی و هیجانی است که هر کدام از این سؤالات با چهار پاسخ مشخص شده که آزمودنی باید یک پاسخی که به حالات روحی و خلقی او نزدیک تر است را انتخاب و علامت بزند. این پاسخ‌ها از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. بعد از اتمام آزمایش، آزمونگر به هر پاسخی که آزمودنی داده نمره مناسب می‌دهد و در انتها نمره‌ها را با هم جمع کرده و میزان افسردگی آزمودنی مشخص می‌شود. نحوه تفسیر این پرسشنامه بدین صورت است که نمره کسب شده از ۱ تا ۱۰، نشان دهنده این است که آزمودنی افسردگی ندارد و طبیعی است. کسب نمره ۱۱ تا ۱۶، نشان دهنده کمی افسردگی است، کسب نمره ۱۷ تا ۲۰، نشان دهنده این است که آزمودنی نیاز به مشورت با روان‌شناس یا روانپزشک دارد. کسب نمره ۲۱ تا ۳۰، نشان دهنده این است که آزمودنی نسبتاً افسرده است. کسب نمره ۳۱ تا ۴۰ نشان دهنده افسردگی شدید است و سرانجام کسب نمره ۴۱ به بالا نشان دهنده افسردگی بیش از حد است [۱۵].
- **خودکارآمدی:** مفهوم خودکارآمدی از نظریه شناختی اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۹۲)، روان‌شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. در چارچوب این مفهوم چنین بیان می‌شود که افراد با باورهای قوی به تواناییهای خود نسبت به افرادی که به توانایی‌های خود تردید دارند، در انجام تکالیف کوشش و پافشاری بیشتری از خود نشان می‌دهند و در نتیجه عملکرد آنها در انجام تکالیف بیشتر است. خودکارآمدی، ادراکی است که فرد تصور می‌کند می‌تواند به طور موفقیت آمیزی رفتارهای لازم را برای ایجاد یک پیامد مطلوب و خوشایند انجام دهد. بنابراین، خودکارآمدی ادراک شده نقش تعیین کننده ای بر خودانگیزی افراد دارد؛ زیرا باور خودکارآمدی بر گزینش اهداف چالش آور، میزان تلاش، استقامت، پشتکار و تحمل فشارها اثر می‌گذارد و باور خودکارآمدی از طریق این تعیین کننده‌ها بر رفتار انسان نقش اساسی را ایفا می‌کند. پرسشنامه خودکارآمدی که در این پژوهش مورد استفاده است توسط بندورا ساخته شده که از ۲۵ گویه تشکیل شده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ نقطه ای می‌باشد که برای گزینه‌های «غیرممکن»، «بسیار

سخت»، «سخت»، «کمی سخت»، «ساده»، «بسیار ساده» و «بیش از حد ساده» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ در نظر گرفته می شود. بازه مجموع نمرات بین ۲۵ تا ۱۷۵ می باشد که افرادی با نمره بین ۲۵ تا ۷۵، دارای خودکارآمدی ضعیف، افرادی با نمره بین ۷۵ تا ۱۲۵ دارای خودکارآمدی متوسط و افرادی با نمره بین ۱۲۵ تا ۱۷۵ دارای خودکارآمدی بالا هستند [۱۶].

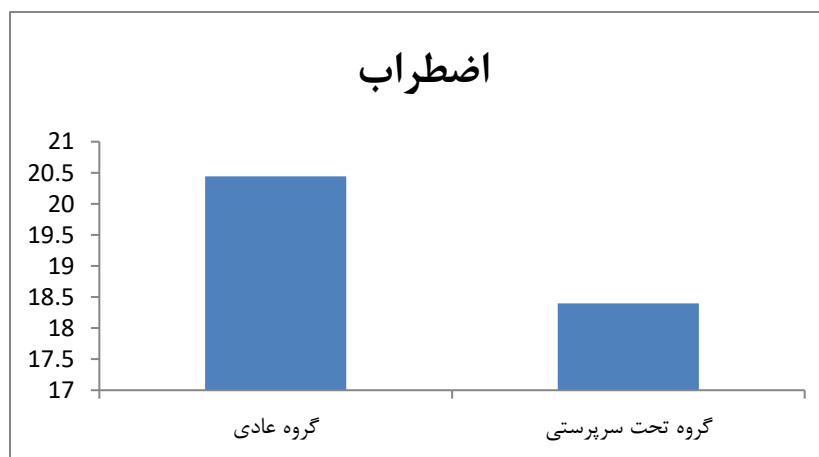
۳. یافته ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات سه آزمون اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان به تفکیک گروه عادی و گروه تحت سرپرستی ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه عادی و تحت سرپرستی

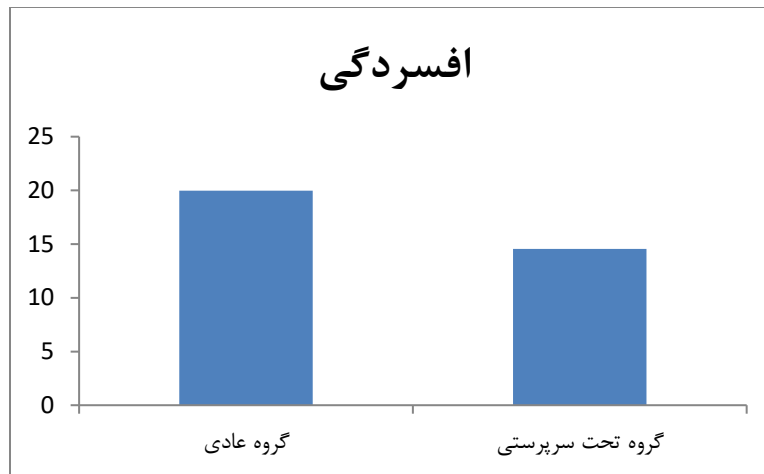
متغیر	گروه عادی		گروه تحت سرپرستی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۲۰/۴۴	۱۰/۵۷۴	۱۸/۴۰	۱۱/۹۹۳
افسردگی	۱۹/۹۶	۱۱/۹۳۰	۱۴/۵۶	۱۱/۸۳۸
خودکارآمدی	۱۱۳/۳۸	۲۲/۳۵۵	۱۱۷/۰۲	۲۲/۰۹۹

جدول بالا میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی دو گروه پژوهش را مورد ارزیابی قرار می دهد. برای درک بهتر تفاوت ها نمودارهای ۱ تا ۳ نیز ارائه می شود.



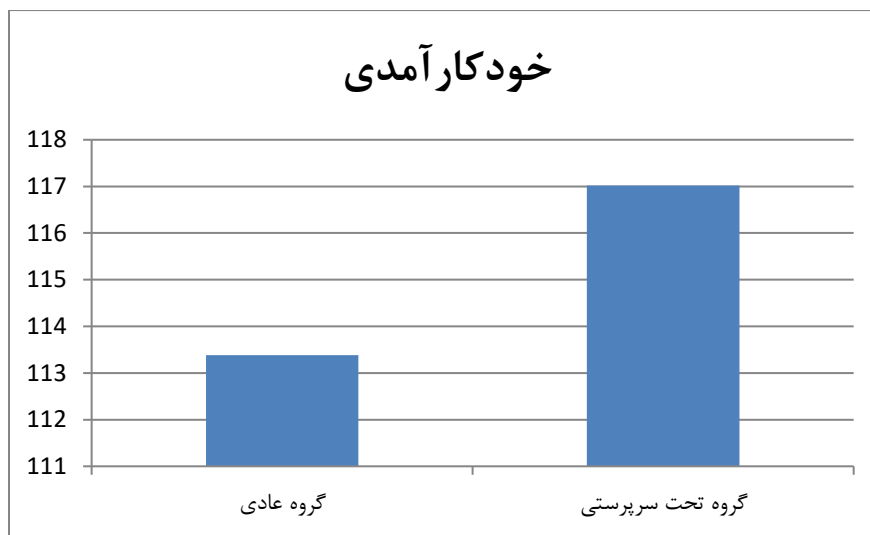
نمودار ۱. میانگین اضطراب به تفکیک دو گروه عادی تحت سرپرستی

نمودار ۱ نشان می دهد که میانگین نمره اضطراب گروه عادی در مقایسه با گروه تحت سرپرستی بهزیستی بالاتر بوده است. در نمودار بعدی افسردگی دو گروه نمایش داده می شود.



نمودار ۲. میانگین افسردگی به تفکیک دو گروه عادی و تحت سرپرستی

نمودار ۲ نشان می دهد که میانگین افسردگی گروه عادی در مقایسه با گروه تحت سرپرستی بالاتر بوده است. در نمودار بعدی خودکارآمدی دو گروه ارائه می گردد.



نمودار ۳. میانگین خودکارآمدی به تفکیک دو گروه عادی و تحت سرپرستی

نمودار ۳ نشان می دهد که میانگین خودکارآمدی گروه تحت سرپرستی در مقایسه با گروه عادی بیشتر بوده است. در جدول و نمودار بعدی میانگین سه نمره اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی به تفکیک جنسیت نمایش داده می شود.

جدول ۲. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت

متغیر	دختران		پسران	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۱۹/۹۴	۱۱/۴۳۵	۱۸/۹۰	۱۱/۲۴۵
افسردگی	۱۸/۰۴	۱۳/۲۱۲	۱۶/۴۸	۱۱/۰۲۴
خودکارآمدی	۱۱۸/۹۶	۲۰/۳۵۵	۱۱۱/۴۴	۲۳/۴۸۸

جدول ۲ میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی را به تفکیک جنسیت نشان می دهد و نمودار ۴ نیز این تفاوت ها را نشان می دهد.



نمودار ۴. میانگین اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی به تفکیک جنسیت

جدول ۲ و نمودار ۴ نشان می دهد که میانگین اضطراب و افسردگی و همچنین خودکارآمدی دختران در مقایسه با پسران بالاتر بوده است.

در جدول بعدی با استفاده از آزمون t مستقل، میانگین اضطراب، افسردگی و خودکارآمدی دو گروه عادی و تحت سرپرستی مورد آزمون قرار می گیرد.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت نمرات دو گروه عادی و تحت سرپرستی

متغیر	گروه عادی	گروه تحت سرپرستی		درجه آزادی	T	سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار			
اضطراب	۲۰/۴۴	۱۰/۵۷۴	۱۸/۴۰	۱۱/۹۹۳	۰/۹۰۲	۰/۳۶۹
افسردگی	۱۹/۹۶	۱۹/۹۳۰	۱۴/۵۶	۱۱/۸۳۸	۲/۲۷۲	۰/۰۲۵
خودکارآمدی	۱۱۳/۳۸	۲۲/۳۵۵	۱۱۷/۰۲	۲۲/۰۹۹	-۰/۸۱۹	۰/۴۱۵

همانطور که مشاهده می شود تفاوت میزان اضطراب و خودکارآمدی دو گروه عادی و تحت سرپرستی بهزیستی معنادار نیست. همچنین تفاوت میزان افسردگی دو گروه معنادار بوده و مقادیر میانگین ها نشان می دهد که افسردگی گروه عادی دارای میانگین بالاتری نسبت به گروه تحت سرپرستی بهزیستی است.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر در بخش توصیفی نشان داد که سطح اضطراب و افسردگی گروه تحت سرپرستی بهزیستی نسبت به گروه عادی پایین تر بوده و گروه تحت سرپرستی بهزیستی دارای اضطراب و افسردگی کمتری هستند اما میزان تفاوت اضطراب بین این دو گروه در آزمون فرضیات معنادار نبود و نشان از تفاوت محسوسی نداشت. این در حالی است که تفاوت نمرات افسردگی در میان دو گروه در آزمون فرضیات معنادار بود نشان داد که میزان افسردگی گروه عادی به طور معناداری در مقایسه با گروه تحت سرپرستی بالاتر است. در خصوص نمرات خودکارآمدی نیز، نتایج بخش توصیفی پژوهش تفاوتی را نشان داد اما در آزمون فرضیات، این تفاوت معنادار نبود و نشان داد که تفاوت نمرات خودکارآمدی دو گروه عادی و تحت سرپرستی بهزیستی مورد تأیید نبود. در خصوص اختلال افسردگی روانی نتایج این پژوهش با [۱]، [۱۷] و [۱۸] همسو بوده است. اما در خصوص میزان اضطراب و خودکارآمدی در دو گروه با نتایج پژوهش های مذکور ناهمسو است.

آنچه از اهمیت بالایی در این پژوهش برخوردار است، میانگین افسردگی و اضطراب نوجوانان تحت پوشش بهزیستی است که با توجه به آنکه در مقایسه با نوجوانان عادی پایین تر بوده اما همچنان این نوجوانان از اضطراب و افسردگی در سطح خفیف و کم رنج می برند. باید توجه داشت که میزان اضطراب و بخصوص افسردگی نوجوانان عادی از این میزان بالاتر بوده است و این شاید بتواند نشانگر عدم تربیت صحیح فرزندان برای مواقع سخت و پرتنش زندگی از سوی والدین باشد. این امر نشان می دهد که گاه وجود والدین و حضور آنها در محیط خانه نیز نمی تواند دلیل محکمی بر براءت فرزندان از هرگونه اختلالات روانی باشد و در اینجا نقش خطیر خانواده و والدین نمایان می شود.

در بخشی دیگر از تحلیل ها نشان داده شد که علی رغم بالاتر بودن سطح خودکارآمدی دختران نسبت به پسران اما، سطح اضطراب و افسردگی دختران نسبت به پسران بالاتر بوده است و این امر گاهی موجب کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس در دختران خواهد شد که می تواند عواقب جبران ناپذیری را در آینده ی این نوجوانان داشته باشد. بنابراین رسیدگی و توجه به این جنبه پژوهش نیز قابل تأمل است.

در تبیین نتایج مربوط به اختلاف میانگین اضطراب و افسردگی و خودکارآمدی گروه عادی در مقایسه با گروه تحت حمایت بهزیستی می توان گفت، اختلاف خانوادگی لزوماً باعث ایجاد اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان نمی شود؛ زیرا کسانی بوده اند که با وجود خانواده ناآرام توانسته اند به خوبی با محیط خود سازش یابند و زندگی سالمی داشته باشند؛ اما باید اذعان داشت اغلب کودکانی که در خانواده های غیرعادی پرورش می یابند از عوارض آن تأثیر می پذیرند [۱۹]. محیط گرم و دوستانه خانواده و روابط عاطفی خوب بین افراد خانواده موجب پرورش افرادی با سلامت روان و شخصیت سالم و بالعکس خانواده های از هم پاشیده و فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین موجب کجروی های اجتماعی و مشکلات روانشناختی و تزلزل سلامت روانی می گردد. همچنین فقدان خانواده سالم سبب می شود که کودکان و نوجوانان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری های سالم محروم شده و وجود نشانه های متعدد روانی در این نوع خانواده ها می تواند تغییراتی را در رفتار آنها ایجاد نموده و موجب بروز مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی یا مشکلاتی در روابط اجتماعی و خودکارآمدی شود [۱۸].

وجود والدین و مراقبانی که کودکان و نوجوانان را دوست داشته باشند، آنان را تشویق و رفتارهای مثبتشان را تقویت کنند، باعث می شود که آنان خود را بهتر بشناسند، خودپنداره مثبتی شکل دهند و به توانایی و قابلیت های خود اعتماد داشته باشند [۱۷].

نتایج به دست آمده در دو بعد قابل بررسی و مطالعه است. بعد اول مربوط به نوجوانانی است که علی رغم زندگی در محیط خانواده و دارا بودن پدر و مادر، اما از اضطراب و افسردگی رنج می برند. این امر می تواند نشان دهد که خانواده ها نیاز به آموزش های بیشتری دارند تا پیش از تربیت فرزندان، خود در مقابل موانع و مشکلات زندگی، قدرت حل مسئله و مشکلات را بیابند و سپس توان آموزش و تربیت فرزندان را به دست آورند. بعد دوم نتایج مربوط به میزان اضطراب و افسردگی پایین تر و خودکارآمدی بالاتر نوجوانان تحت پوشش بهزیستی نسبت به نوجوانان عادی است اما نتایج نشان می دهد که با این حال هنوز نوجوانان تحت پوشش بهزیستی از سطوحی از افسردگی و اضطراب رنج برده و میزان خودکارآمدی آنان نیز می تواند افزایش یابد تا به سطح مناسب تری برسد. بنابراین پیشنهاد می شود جهت پیشگیری از اختلالات روانی و مشکلات اجتماعی در نوجوانان، محیط را برای آموزش های مؤثرتر آماده ساخت، آموزش به وسیله افراد متخصص در روانشناسی و استفاده از مدیریت صحیح منابع انسانی در مراکز مختلف بهزیستی و همچنین در آموزش و پرورش و مدارس می توان اقدام مفیدی در این زمینه باشد. به نظر می رسد آموزش هایی که همراه با بازی و تحرک و همزمان توأم با آموزش حل مسئله باشد و تحت نظر متخصصان روانشناس می تواند بسیار مفید باشد. از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم همکاری نوجوانان در جهت پاسخگویی مناسب به پرسش ها بوده است. همچنین تعداد کم نمونه نیز می تواند قدرت تعمیم پذیری یافته ها را کاهش دهد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده تعداد نمونه بیشتری از جامعه اخذ گردد و همچنین بررسی در رده های بالاتر سنی انجام پذیرد تا صحت نتایج قابل اعتمادتر باشد.

منابع

- [۱] شالچی، بهزاد؛ وحیدنیا، بهزاد؛ دادخواه، مهرناز؛ علیپوری نیاز، مینا و مقیمی فام، پریسا. (۱۳۹۶). مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت های اجتماعی در نوجوانان دختر عادی و فرزندان مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفدهم، شماره ۶۷.
- [۲] امانی، رزیتا. (۱۳۹۴). نقش کارکرد خانواده در اضطراب و افسردگی نوجوانان. دوفصلنامه علمی - پژوهشی روان شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۳، شماره ۲ (پیاپی ۲۵)، ۷۷-۸۴.
- [۳] طهماسیان، کارینه. (۱۳۸۸). رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در نوجوانان. فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال ۳، شماره ۱ (۹)، ۸۳-۹۳.
- [4] Essau, C. A., Olaya, B., & Ollendick, T. M. (2013). Classification of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In C. Essau, & T. Ollendick, Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety Disorders. London: Wiley-Blackwell.
- [5] Ghamari, M. (2012). Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2(5), 101-5.
- [6] Compton SN, Walkup JT, Albano AM, Piacentini JC, Birmaher B, Sherrill JT. (2010). Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): rationale, design, and methods. Child Adolesc psychiatry Ment Health; 4(1): 1-15.
- [7] Bos AE, Muris P, Mulken S, Schaalma HP. (2006). Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. Neth J Psychol. 62(1):26-33.
- [۸] ملاباقری، معصومه؛ جلال منش، شمس الملوک و زراعتی، حجت. (۱۳۸۵). بررسی میزان نشانه های افسردگی نوجوانان و ارتباط آن با زناشویی مادران آنان در شهرستان تویسرکان در سال ۱۳۸۳. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، شماره ۲۹ و ۳۰، ۴۳-۵۰.
- [9] Jeremy D, Jewel Ph, Keven D, Stark Ph. (2003). Comparing the family environments of adolescent with conduct or depression. Journal of child a family, vol 12. No 1, pp. 77-89.
- [۱۰] دواجی، اقدس. پرستاری روان (۱). تهران: انتشارات سنجش، چاپ دوم.
- [11] Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agnatic perspective. In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). Self-efficacy beliefs of Adolescent, 5, 143-146. Greenwich: Information age publishing.
- [12] Muris, P. (2002). Relationship between self-efficacy and Symptoms of Anxiety Disorders and Depression in a Normal Adolescent Sample, Personality and Individual Differences, 32, 337-348.
- [۱۳] حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر علائم اضطراب اجتماعی و شیوه های مقابله ای با استرس در نوجوانان خانواده های تحت پوشش سازمان بهزیستی. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال پنجم، شماره اول، پیاپی (۸)، ۲۱-۳۶.
- [۱۴] فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون های روانشناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. انتشارات بعثت.
- [۱۵] دابسون، کیت استفن و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه نامه توانبخشی در بیماریها و اختلالات روانی، شماره مسلسل ۲۹، ۸۶-۸۰.

- [۱۶] مرادپور، علیرضا؛ جهانبخش گنجه، سحر و حسینی نیک، سلیمان. (۱۳۹۰). میزان اثربخشی روش های ایمن سازی روانی و حساسیت زدایی منظم و روش ترکیبی بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی و خودکارآمدی دانشجویان پسر. مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال اول، شماره اول، پیاپی (۱)، ۷۲-۵۹.
- [۱۷] رضایی، الهام و حاجی علیزاده، کبری. (۱۳۹۶). مقایسه رفتارهای پرخطر، مهارت های ارتباطی و خودکارآمدی در نوجوانان پرورشگاهی، خانواده های جایگزین و عادی شهر بندرعباس. نشریه آموزش پرستاری، دوره ۶، شماره ۵، ۶۱-۵۴.
- [۱۸] شکیبا، منصور و ضیایی، مریم. (۱۳۹۰). مقایسه سلامت روان دختران دانش آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران دانش آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان. مجله تحقیقات علوم پزشکی - زاهدان، دوره ۱۴، شماره ۲، ۶۰-۵۶.
- [۱۹] میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۷). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قومس، چاپ پانزدهم.