

دوره دوم، شماره ۳، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۱۵۷ تا ۱۶۴ http://ch.sbmu.ac.ir	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مقاله اصیل
---	--	---------------

مقایسه سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجانی نوجوانان مراکز نگهداری بهزیستی با نوجوانان عادی

لیلا باوی^۱، آناهیتا خدابخشیشی کولایی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات گیلان، رشت، ایران
۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشیشی کولایی، تهران، دانشگاه غیر انتفاعی خاتم، گروه مشاوره
anna_khodabakhshi@yahoo.com

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۴ تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۴

نحوه استناد به این مقاله:

Bawi L, Khodabakhshi Koolae A. Comparison of Mental Health, Happiness, and Emotion Control with Adolescents' Residential Centers of State Welfare Organization and Family Reared Adolescents. *Community Health* 2015; 2 (3): 157-64.

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات بسیاری نشان دادند امکان ابتلا به اختلالات روانی در نوجوانان مقیم مراکز نگهداری بالا می باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجانی نوجوانان مراکز نگهداری بهزیستی می باشد. **روش و مواد:** پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه ای است. ۸۰ نوجوان از مراکز نگهداری به شیوه نمونه گیری هدفدار و ۸۰ نوجوان عادی مشغول به تحصیل به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی از استان البرز انتخاب شدند. تحلیل آماری با استفاده از تی مستقل انجام شد. پرسشنامه های تحقیق شامل پرسشنامه کنترل هیجان، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد می باشد.

یافته ها: تفاوت معناداری در سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجانی نوجوانان مراکز نگهداری بهزیستی در دو گروه نوجوانان مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که مراکز نگهداری سطح سلامت روانی، شادکامی و کنترل هیجانی را در نوجوانان کاهش می دهد. لذا، مشاوران در جهت بالابردن سلامت روانی نوجوانان مراکز نگهداری باید به این عوامل در مداخلات درمانی خود توجه داشته باشند.

واژگان کلیدی: نوجوانان، مراکز نگهداری، سلامت روانی، شادکامی، کنترل هیجانی

مقدمه

تعامل والدین و کودک نقش اساسی در تحول طبیعی و بهنجار کودک و به عبارتی سلامت روان ایفا می کند (۲). سلامت روان شامل استعداد روان جهت هماهنگی و کارکرد مؤثر، انعطاف پذیری در موقعیت های دشوار، ارزیابی خود و داشتن تعادل می باشد (۳). در مقابل، انحراف از تحول رفتارهای دلبستگی، عدم حمایت و مراقبت والدین، کودکان را مستعد اختلال های روانی در بزرگسالی می کند (۲). روانشناسان معتقدند خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی،

عوامل بسیاری سبب ایجاد تأثیرات منفی بر سلامت و تکامل نوجوان می شود، که یکی از آنها بی سرپرستی است. در حقیقت بی سرپرستی یکی از پدیده هایی است که فشار روحی فراوان را در گروه های سنی خاص و از جمله نوجوانی ایجاد می کند. همچنین، مرگ والدین، مشکلات جسمانی و روانی، طلاق والدین، مشکلات خانوادگی و مالی برخی از مهم ترین دلایل سپردن کودکان به پرورشگاه است (۱). از سوی دیگر، چگونگی

اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و فقدان انگیزه بر سلامت روانی افراد مؤثر است (۴). سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانان و ارزیابی درست از موقعیت تنش زا است (۵). مطالعات نشان داده اند که کودکانی که بخش اول زندگیشان را در پرورشگاه یا خانواده های ناکارآمد گذرانده اند، با مشکلات بسیاری مثل: فقر، اختلالات دلبستگی، کمبود مهارت های اجتماعی و مشکلات سلامت روانی مواجه می شوند. این نوجوانان به دلایل گوناگونی در معرض خطر بالا برای مشکلات رشد هیجانی و رفتاری مثل اضطراب و افسردگی، عدم تنظیم هیجانی هستند (۶). از بین این دلایل مرگ والدین، کودکان را در برابر خطرات جسمی و روانی آسیب پذیر و مستعد می کند (۷). از سوی دیگر، تنظیم شناختی هیجان از مهم ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان می باشد (۶). هیجان رویدادی پیچیده و چند مؤلفه ای است که فرد را آماده انجام عمل می کند هر هیجان شدید حداقل شش مؤلفه دارد. ارزیابی شناختی، تجربه ذهنی، ارتباط نزدیکی، پاسخ های جسمانی درونی، حالت چهره، واکنش های شخص به هیجان. هیچ یک از این شش مؤلفه به تنهایی گویای هیجان نیستند، بلکه ترکیبی از همه این ها، هیجان خاصی را به وجود می آورد (۸). علاوه بر این، نتایج پژوهش ها نشان می دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب شناسی روانی آمیختگی کامل دارد برای مثال، اختلال های اضطرابی و افسردگی نتیجه مشکلات تنظیم هیجان است. در واقع، هیجانان و کنترل هیجان از ارزیابی های مرتبط با اهداف، استانداردها و ادراکات فرد ناشی می شوند و این ارزیابی ها در طی تبادلات فردی- محیطی که فرد با جهان بیرونی برقرار می کند، شکل می گیرند. افزایش در فراوانی تجربه هیجانی مثبت باعث مراقبه مؤثر با موقعیت های استرس زا می شود (۵). تحقیقات پیشین نشان دادند رشد بهینه هیجانی در کودکان به محرک های محیطی حمایتی و رابطه قوی با مراقبان اولیه مانند والدین بستگی دارد. میزان تأثیر والدین تا حدودی به فراوانی، مدت و شدت و کیفیت

تماس های اجتماعی آنان با فرزندانشان مرتبط است (۹). مؤلفه دیگری که با سلامت روان رابطه مستقیم دارد شادکامی است. از نظر سلیگمن احساس شادکامی به عنوان یک پدیده هیجانی مثبت، برای انسان ضروری است و به زندگی او معنا می بخشد. هیجانان مثبت، موجب گسترش دامنه توجه و در نتیجه افزایش آگاهی نسبت به شرایط جسمانی و محیطی می شود (۱۰). استیوارت (۲۰۱۰) بیان می کند که شادکامی یکی از حوزه های مهم و مورد توجه در تحقیقات روانشناسی مثبت است و اخیراً به طور وسیع در حوزه کودک و نوجوان مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۱). شادکامی دارای سه مؤلفه اصلی به این شرح است: ۱) میزان درجه عاطفه مثبت (۲) فقدان احساسات منفی همچون افسردگی و اضطراب (۳) سطح متوسطی از رضایتمندی طی یک دوره خاص از زندگی. نتایج تحقیقات صورت گرفته نشان می دهد مداخلاتی که حالت های مثبت ایجاد می کنند در کاهش و تسکین افسردگی کودکان و نوجوانان مؤثرند (۱۱). در پژوهش دیگری، به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با سطوح بالای شادکامی، مشکلات هیجانی و رفتاری کمتری را تجربه می کنند (۱۲). با استناد به تحقیقات انجام شده و نظریه های مختلف می توان به چند عامل مهم و مؤثر در شادکامی از جمله شخصیت (برون گرایی)، عزت نفس، سبک های فرزندپروری و برخی متغیرهای جمعیت-شناختی (سطح اقتصادی و رفاه اجتماعی)، موفقیت و تایید اجتماعی، ارتباطات اجتماعی و روابط دوستانه، خانواده از جمله منابع و عوامل اجتماعی شادی می باشند (۱۳ و ۱۴). با توجه به اهمیت وجود خانواده در سرپرستی فرزندان، می توان انتظار داشت که نوجوانانی که در کنار والدین خود زندگی می کنند، با نوجوانانی که بنا به دلایل مختلف از خانواده جدا شده اند و در مراکز نگهداری از بچه های بی سرپرست و پرورشگاه ها به سر می برند در بسیاری از رفتارها و ویژگی های شخصیتی تفاوت داشته باشند. از این رو در این پژوهش به بررسی تفاوت سلامت روان و شادکامی و به تبع آن میزان مشکلات تنظیم هیجانی در دو گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی و نوجوانان عادی پرداخته شد.

روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان مقیم در مراکز تحت سرپرستی شبانه روزی بهرستی استان البرز (۹۴-۱۳۹۳) می باشد. از این جامعه ۸۰ نوجوان به شیوه نمونه گیری هدفدار با توجه به رده سنی نوجوانان از دو مرکز دخترانه و پسرانه و از هر مرکز ۴۰ نفر انتخاب شدند. همچنین، ۸۰ نوجوانان عادی مشغول به تحصیل به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی به این طریق که با تقسیم بندی مناطق استان البرز، دو مدرسه دخترانه و پسرانه و سپس دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. در نهایت از هر کلاس به طور تصادفی ۲۰ دانش آموز پرسشنامه های مورد نظر را با نظارت روانشناس مرکز تکمیل کردند و در نهایت، دو گروه با هم همتا سازی شدند.

پرسشنامه کنترل هیجانی راجر و نشوور (۱۵) ساختار اولیه پرسشنامه کنترل هیجانی را تنظیم و راجر و نجاریان این پرسشنامه را تجدید نظر نمودند که نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه در پژوهش حاضر استفاده گردید (۱۶). این پرسشنامه دارای ۵۶ گویه است و هر زیر مقیاس ۲۱ ماده دارد. نمره یک فرد در هر زیر مقیاس از صفر تا ۲۱ و در کل مقیاس صفر تا ۱۶ خواهد بود. نمره بالاتر بیان گر کنترل هیجانی بالاتر است. چهار زیر مقیاس آن عبارت است از کنترل پرخاشگری، نشخوار یا مرور ذهنی، کنترل خوش خیم، بازداری هیجانی است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ها به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۵۸ می باشد (۱۶). رفیعی نیا ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس های یاد شده به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۵۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ گزارش نمود. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۰۶ می باشد (۱۷). برای اندازه گیری سلامت عمومی از پرسشنامه ۱۸ عبارتی سلامت عمومی گلدنبرگ (۱۸) استفاده شد که یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خود گزارش دهی است. در پرسشنامه سلامت عمومی به دو طبقه اصلی از پدیده ها توجه می شود: توانایی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده. فرم اصلی آن دارای ۶۴ عبارت است و فرم های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸

عبارتی نیز ترجمه و مطالعات روان سنجی بر روی آن انجام شد. فرم ۲۸ عبارتی دارای چهار زیر مقیاس: نشانه های بدنی (A)، اضطراب و بی خوابی (B)، نارسا کنش وری اجتماعی (C)، افسردگی (D) می باشد. نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهند بود. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است. گویه های پرسشنامه سلامت عمومی به صورت لیکرت است که به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) می باشد. گلدنبرگ و ویلیامز (۱۹) پایایی تصنیف ۰/۹۵ ثبات درونی پرسشنامه سلامت عمومی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمودند. تقوی ضرایب اعتبار، بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرد (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۱ می باشد. در این تحقیق، برای سنجش شادکامی از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) استفاده شد (۲۱). این آزمون دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف ارگایل از شادکامی است (آنها به منظور ارائه تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه ای دارای سه بخش مهم دانسته اند، فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی). این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل ارگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI-۱۹۷۶) ساخته شده است (۲۲). ۲۱ عبارت این پرسشنامه از BDI گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است. هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ و ۴۲ است. ارگایل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرده اند (۲۱). علی پور و آگاه هریس آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ گزارش کرده اند (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸ می باشد. در نهایت، داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی شامل شاخص میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

طبق داده های جدول ۱، میانگین سنی نوجوانان در گروه عادی ۱۴/۵ با انحراف استاندارد ۲/۱ و در گروه نوجوانان تحت مراقبت بهزیستی ۱۶/۹ با انحراف استاندارد ۲/۲ می باشد. بر اساس داده های جدول ۲ می توان گفت تفاوت

معناداری در نمرات میانگین سلامت روان ($sig=0/03$)، شادکامی ($t=2/6, df=158, sig=0/04$) و کنترل هیجانی ($t=3/7, df=158, sig=0/04$) در دو گروه نوجوانان عادی و نوجوانان تحت مراقبت بهزیستی وجود دارد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در هر دو گروه

گروه	آزمودنی های عادی	آزمودنی های تحت مراقبت بهزیستی
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین
پسر	۱۵ (۲/۰)	۱۶/۳ (۲/۲)
دختر	۱۴ (۲/۱)	۱۷/۵ (۲/۰)
جمع	۱۴/۵ (۲/۱)	۱۶/۹ (۲/۲)

جدول ۲- مقایسه متغیرهای سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجان در دو گروه نوجوانان عادی و تحت مراقبت بهزیستی

متغیر	گروه	(انحراف معیار) میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روان	عادی	۵/۲ (۴۳/۱)	۲/۶	۱۵۸	۰/۰۳
	تحت مراقبت بهزیستی	۵/۲ (۴۰/۰)			
شادکامی	عادی	۴/۸ (۴۱/۳)	۲/۱	۱۵۸	۰/۰۴
	تحت مراقبت بهزیستی	۴/۹ (۳۸/۹)			
کنترل هیجان	عادی	۶/۷ (۳۰/۲)	۳/۷	۱۵۸	۰/۰۴
	تحت مراقبت بهزیستی	۶/۷ (۲۴/۹)			

$P < 0.05$

بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه سطح سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجان نوجوانان تحت مراقبت سازمان بهزیستی با نوجوانان عادی انجام شد. طبق داده های به دست آمده در این تحقیق بین سطح سلامت روان بین نوجوانانی که در خانواده زندگی می کردند و نوجوانانی که تحت مراقبت بهزیستی بودند، تفاوت معنادار وجود دارد. یافته های پژوهش های حاضر با تحقیقات پیشین همسویی دارد (۲۴ و ۲۵). زاده محمدی و همکاران نشان دادند گروه درمانی به طور معناداری منجر به افزایش میزان عزت نفس و خودکارآمدی نوجوانان پسر ساکن

پرورشگاه می شود (۲۶). در پژوهش های دیگری، با هدف بررسی شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در بین کودکان ساکن در پرورشگاه دریافتند اختلالات رفتاری و هیجانی در بین کودکان و نوجوانان پرورشگاهی شیوع بالایی دارد (۲۷ و ۲۸). همچنین تحقیقی بر روی کودکان مقیم در مراکز نگهداری کودک در رومانی نشان داد که میزان ابتلا این کودکان به اختلالات روانپزشکی در مقابل کودکانی که با والدین خویش زندگی می کنند ۰/۵۳ به ۰/۲۲ است. به علاوه امکان ابتلا به اختلالات درونی شده در کودکانی که از این مراکز خارج و به فرزندخواندگی داده شدند، ۰/۲۲٪ در مقابل ۰/۴۴٪

از سوی دیگر مطالعات پیشین نشان دادند که شرایط خانوادگی از طریق سبک فرزندپروری، وابستگی خانوادگی و ابرازگری هیجانی در خانواده بر کنترل هیجان در نوجوان تأثیر بسزایی دارد (۳۶). از آنجا که منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس زا می باشد (۵). همچنین، مطالعه نشان دادند که استراتژی های منفی دارای همبستگی مثبت معنادار با افسردگی، اضطراب و استرس و استراتژی های مثبت دارای همبستگی منفی معنادار با این شاخص های سلامت روان می باشند (۳۷). این در حالی است که تحقیقات نشان دادند افسردگی در بین این کودکان ۲۱٪، اضطراب ۴۵٪، عزت نفس پایین ۲۳٪ و اختلالات رشدی ۶۱٪ می باشد (۳۸).

نتیجه گیری نهایی

نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر از دو منظر قابل بررسی است. نخست مزایای حضور در فضای خانواده از جمله مسائل مربوط به هویت یابی، همانند سازی با والد هم جنس، شکل گرفتن عزت نفس مطلوب که در خلال ارتباط مؤثر با والدین شکل می گیرد. دومین منظر مربوط به آسیب هایی است که متوجه فضاهای نگهداری شبانه روزی کودکان و نوجوانان می باشد. شرایط جبری چون خلا روابط صمیمانه، عدم توجه به نیازهای روحی و غفلت در مورد مسئله سلامت روانی که به توجه مبرم مسئولین این مراکز نیازمند است. لذا پیشنهاد می شود با ایجاد راهکارهای پیشگیری چون آموزش مهارت های زندگی، ایجاد فضای شاد از ابتلا نوجوانان و کودکان مقیم در این مراکز به اختلالات روانی جلوگیری شود. همچنین پیشنهاد می گردد در پژوهش های در زمینه حوزه سلامت روان با تمرکز بر دیگر خصوصیات و عملکرد شناختی کودکان و نوجوانان انجام شود. لازم به ذکر است که استفاده از پرسشنامه خودگزارش دهی یکی از محدودیت های این تحقیق به شمار می آید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش از تمامی مسئولین مراکز نگهداری نوجوانان و مدارسی که در تحقیق کنونی حاضر به همکاری شدند کمال تشکر و قدردانی و تشکر را دارند.

امکان ابتلا در مقابل کودکانی است که در مرکز باقی ماندند (۲۹). به عبارتی دیگر، حتی اگر این کودکان بعد از مدتی سکونت در پرورشگاه، به فرزندخواندگی پذیرفته شوند نیز دچار مشکلاتی مانند: تأخیر در رشد مهارت های اجتماعی و بروز رفتارهای اجتنابی خواهند شد (۳۰). یکی دیگر از یافته های این تحقیق، بر تفاوت معنادار شادکامی در کودکان تحت مراقبت بهزیستی و کودکان عادی دلالت دارد که با نتایج تحقیقات پیشین در این راستا همسو می باشد (۳۱ و ۳۲). اسلامی و همکاران در پژوهشی شادکامی را در بین دو گروه از نوجوانان بررسی کردند، کاهش شادکامی و حس ناخشنودی از مسائل مهمی است که در میان نوجوانان بدسرپرست شایع تر و بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است. محیط محترمانه، ابراز احساسات و درک همدلانه در گروه درمانی در افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی اثرگذار است (۳۳). پژوهش دیگری نشان داد که تفاوت معناداری بین کودکان پرورشگاهی و عادی در مؤلفه های خودآگاهی خود شکوفایی، همدلی، شادکامی و خوش بینی دارد (۳۴). با نگاهی گذرا به شرایط زندگی نوجوانانی که تحت مراقبت بهزیستی هستند می توان دریافت که بنا به شرایطی که نوجوانان تحت مراقبت بهزیستی با آنها درگیر هستند، این نوجوانان از تجربه کامل پاره ای احساسات چون محیطی پذیرا و حمایت گر ناتوان هستند و به تبع آن سطح شادکامی در نوجوانان در این مراکز به مراتب کمتر از نوجوانانی است که در خانواده زندگی می کنند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد سطح کنترل هیجانی در نوجوانانی که تحت مراقبت بهزیستی هستند به مراتب کمتر از نوجوانانی هستند که در خانواده زندگی می کنند که این یافته با نتایج پژوهش های پیشین همسو می باشد به عنوان مثال فوسکو و همکاران در تحقیقی نشان دادند کیفیت روابط درون خانواده (انسجام خانواده و تعارضات) بر سلامت هیجانی و اجتماعی نوجوانان تأثیر بسزایی دارد و یکی از عوامل حیاتی در تقابل با مشکلات و کنترل هیجانی محسوب می شود (۳۵).

REFERENCES

1. Rasouli M, Yaghmaei F. Spiritual coping in institutionalized adolescent girls. *IJN*. 2010; 23 (66): 43-53. (Full Text in Persian)
2. Fazeli Mehrabadi A, Mohamadi S, Aghababaei N, Izadpanah Sh, Panaghi L, Ghadiri F. Parental bonding and mental health: the role of gender. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 2012; 8(30): 197-206. (Full Text in Persian)
3. Gee Susan B, Croucher Matthew J, Beveridge J. 'Measuring Outcomes in Mental Health Services for Older People: An evaluation of the Health of the Nation Outcome Scales for elderly people. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2010; 57(2): 155 -174.
4. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2013; 56(6): 354-561. (Full Text in Persian)
5. Garnefski N, Koopman H, Kraaij M. Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescence. 2009; 32:449-454.
6. Loman M, Gunnar M. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2010; 34(1): 867-887.
7. Ibrahim A, El-Bilsha M, El-Gilany A, kahter M. Prevalence and predictors of matadptive cognitive schema among orphans in Dakahlia governorate orphanages, Egypt. *Middle east Journal of Psychiatry and Alzheimer's*. 2012; 3(1): 15-25.
8. Atkinson R, Hilgard ER. [Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology]. Translator; Baraheni M.14 ed. Tehran: Roshd, 2011. (Full Text in Persian)
9. Aslipour A, Kafi M, Javid M, Fakhri MK. Applying apperception test to Comparing psychological characteristics of foster students and normal in families. 2012; 1(2): 6-22.
10. Ahadi H, Bagheri N. Factors influencing the happiness of students. *Journal of Clinical Psychology (Andishe va Raftar)*, 2012; 6(24):69-78. (Full Text in Persian)
11. Stewart ME, Watson R, Clark A, Ebmeier KP, Deary IJ. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Peers Individual Dive*, 48(7), 845-855.
12. Rostami M, Younesi J, Movallali G, Farhood D, Biglarian A. The effectiveness of mental rehabilitation based on positive thinking skills training on increasing happiness in hearing impaired adolescents. *Bimonthly Audiology*. 2014; 23(3): 39-45. (Full Text in Persian)
13. Bayat M, Naami A, Esmailifar N. The parts of economical and social family scales to predict of happiness among female students. *Scientific research quartly of woman and culture*. 2013; 4(16): 9-22. (Full Text in Persian)
14. Wang P, Pan J, Luo Z. The Impact of Income Inequality on Individual Happiness: Evidence from China. *Social Indicators Research*. 2015; 121(2): 413-435.
15. Roger D, Nesselrover W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*. 1987; 8: 527-534.
16. Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*. 1989; 10: 845- 853.
17. Rafiee Nia P. [The relationship between emotional expression styles with mental health in students]. Master thesis. Tehran; university of Tarbiat Modares. 2002. (Full Text in Persian)
18. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
19. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor UK: NFER-Nelson; 1988.
20. Taghavi M. Investigation of reliability and validity of general health questionnaire. *Journal of Psychology*. 2002; 5(4): 381-398. (Full Text in Persian)
21. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*. 2002; 33(7): 1073-1082.

22. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North-Holland: Elsevier; 1989.
23. Alipour A, Agah haris M. The validity and reliability of Oxford happiness questionnaire in Iranian people. *Journal Iranian psychology*. 2007; 3(12): 287-298. (Full Text in Persian)
24. Gearing RE, Schwalbe CS, MacKenzie MJ, Brewer KB, Ibrahim RW. Assessment of Adolescent Mental Health and Behavioral Problems in Institutional Care: Discrepancies between Staff-Reported CBCL Scores and Adolescent-Reported YSR Scores. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015; 42(3): 279-287.
25. Sainero A, Bravo A, Valle JF. Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain An Empirical Study in an Autonomous Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2014; 22(1): 16-26.
26. Zade Mohammadi A, Khosravi Gh, Sadrosadat J, Birashk B. The influence of music therapy to decrease behavioral and emotional problem disorder among orphan children. *Journal psychology*. 2006; 10(2): 222-231. (Full Text in Persian)
27. Rahman, M S I Mullick, Mohammed Asraful Siddike Pathan, Nafia Farzana. Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders among the Orphans and Factors Associated with these Disorders. *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal*. 2012; 5(1): 29-34. (Full Text in Persian)
28. Farooqi Y , Intezar M. Difference in self-esteem of orphan children and children living with their parents. *J.R.S.P*. 2009; 46(2): 115-130. (Full Text in Persian)
29. Zeanah CH, Egger HL, Smyke AT, Nelson CA, Fox NA, Marshall PJ, Guthrie D. Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *The American journal of psychiatry*. 2009; 166(7), 777-785.
30. Tan T, Marfo K, Dedrick R. Early developmental and psychosocial risks and longitudinal behavioral adjustment outcomes for preschool-age girls adopted from china. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2010; 31(1), 306-314.
31. Zhuchyna O. Social–Psychological Difficulties of Orphans Raised in Social Institutions. *Theory and Practice of Communications*. 2013; 1(1).
32. Ohnishi M. Association between Orphans' Subjective Happiness and Their Daily Life in an Underserved Setting. *The annual review of health and medical sociology*. 2011; 22(1): 41-55.
33. Eslami R, Hashemian P, Jarahi L, Modarres Gharavi M. Effectiveness of Group Reality Therapy on Happiness and Quality of Life in Unsupervised Adolescents in Mashhad. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2013; 5(56): 300-306. (Full Text in Persian)
34. Ghanbari HA B. Comparing the emotional intelligence of orphanage children with ordinary children. *Quartily educational psychology*. 2011; 7(21): 73-89.
35. Fosco GM, Caruthers AS, Dishion TJ. A six-year predictive test of adolescent family relationship quality and effortful control pathways to emerging adult social and emotional health. *Journal of family psychology*. 2012; 26(4): 565.
36. Shewark EA, Blandon AY. Mothers' and Fathers' Emotion Socialization and Children's Emotion Regulation: A Within-Family Model. *Social Development*. 2015; 24(2): 266-284.
37. Samani S, Sohrabi SH, Mansori S. Mediation role of cognitive emotion regulation for parenting style and emotion disturbances. *Qurtly Journal of psychological models and method*. 2011; 1(3): 111- 124. (Full Text in Persian)
38. Fawzy N, Fouad A. Psychosocial and developmental status of orphanage children: epidemiological study. *Current psychiatry*. 2010; 17(2): 41-48.

Original Article

Comparison of Mental Health, Happiness, and Emotion Control with Adolescents' Residential Centers of State Welfare Organization and Family Reared Adolescents

Laila Bawi¹, Anahita Khodabakhshi Koolae^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, psychology Department, Islamic Azad University Branch of Science and research of Gillan, Rasht, Iran

2. Assistant Professor of Counseling, Counseling Department, Khatam Institute for Higher Education, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Anahita khodabakhshi koolae; Khatam Institute for Higher Education, Tehran, Iran.

Email: anna_khodabakhshi@yahoo.com

How to cite this article:

Bawi L B, Khodabakhshi Koolae A. Comparison of Mental Health, Happiness, and Emotion Control with Adolescents' Residential Centers of State Welfare Organization and Family Reared Adolescents. Community Health 2015; 2 (3): 157-64.

Abstract

Background and Objective: Many research indicated that adolescents' residential centers have the high possibility to diagnose with psychological disorders. Therefore, the aim of this study was investigated the mental health, happiness and emotion control among adolescents' residential centers of state welfare organization.

Materials and Methods: This research is a causal –comparative research. The 80 adolescents' residential centers were chosen through available sampling and 80 adolescents of schools of Alborz city were selected through cluster method. Statistical analysis was conducted by using the independent t-test. The research instruments were Emotion Control Questionnaire (ECQ), General Health Questionnaire (GHQ, Goldenberg), and Oxford Happiness Inventory (OHI).

Results: The significantly different was observed in mental health, happiness and emotion control between two adolescents groups ($p < 0.05$).

Conclusion: The results indicate that the institutional-reared decrease the level of mental health, happiness and emotion control in adolescents. Thus, counselors should be considered these factors in therapeutic intervention to enhancing the mental health of adolescents' residential centers.

Keywords: Adolescence, Institutional rearing, Mental health, Happiness, Emotion control