

مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دختر
عادی و فرزندان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی

Comparison of Behavioral-Emotional Disorders and Social Skills Between Normal Adolescent Girls and Children of Boarding Centers of the Welfare Organization.

Behzad Shalchi¹, Behzad Vahidnia²

Mehrnaz Dadkhah², Mina Alipouri Niaz³,
Parisa Moghimifam⁴

Introduction: There is currently no standard definition of "adolescent." Although often captured as an age range, chronological age is just one way of defining adolescence. Adolescence can also be defined in numerous other ways, considering such factors as physical, social, and cognitive developments well as age. Media portrayals of adolescents often seem to emphasize the problems that can be a part of adolescence. Gang violence, school shootings, alcohol-related accidents, drug abuse, and suicides involving teens are all too frequently reflected in newspaper headlines and movie plots. In the professional literature, too, adolescence is frequently portrayed as a negative stage of life a period of storm and stress to be survived or endured. So, it may not be surprising that a 1999 survey of the general public by Public Agenda reported that for 71%

بهزاد شالچی^۱، بهزاد وحیدنیا^۲، مهرناز دادخواه^۲،
مینا علیپوری‌نیا^۳، پریسا مقیمی‌فام^۴

مقدمه: نوجوانان به دلیل ساختار فکری خاص، یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی را می‌گذرانند. با توجه به اینکه، فرزندان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی افرادی هستند که در معرض انواع خطرات و آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار دارند، هدف از این تحقیق، مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان عادی و فرزندان مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی است.

روش: مطالعه مذکور یک پژوهش توصیفی از نوع تحقیقات پس‌رویدادی و یا به عبارت دیگر علی‌مقایسه‌ای بود. حجم نمونه شامل ۱۱۴ نفر از نوجوانان دختر عادی و ۱۰۲ نفر از نوجوانان دختر تحت سرپرستی بهزیستی بود. ابزارهای گردآوری اطلاعات، شامل فرم فارسی پرسشنامه خودسنجی در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) که توسط مینایی (۱۳۸۵) برای جامعه ایرانی انطباق و هنجاریابی شده و مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون بود. به منظور تحلیل آماری

* دکتر روانشناس، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان،

(نویسنده مسئول)، <shalchi.b@gmail.com>

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد تبریز

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

** کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم

بهزیستی و توانبخشی

1. Ph.D. in Psychology,

<shalchi.b@gmail.com>

2. MA in General psychology

3. MA in Social Welfare

4. MA in Educational psychology

of those polled, negative terms, such as “rude,” “wild,” and “irresponsible,” first came to mind when they were asked what they thought about American teenagers. Many other negative attitudes were also expressed by those surveyed. At the same time, however, the survey found that 89% of the respondents believed that “almost all teenagers can get back on track” with the right kind of guidance and attention. In fact, most adults agree about the kinds of things that are important for adults to do with young people—encourage success in school, set boundaries, teach shared values, teach respect for cultural differences, guide decision making, give financial guidance, and so on. However, fewer actually act on these beliefs to give young people the kind of support they need. Because of the specific mind structure, adolescents spend one of the most critical stages of life, given that, children and adolescents belonging to the group institutional children of Social Welfare Bureau are persons who are at types of risk and psychological and social damages, The aim of this study was to Compare Affective -Behavioral Disorders and social skills among normal adolescents and institutional children of Social Welfare Bureau in East Azerbaijan province.

Method: This study is a descriptive

داده‌های جمع‌آوری شده، آزمونهای آماری فریدمن و تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) چندگانه اجرا شد.

یافته‌ها: مشکلات توجه، اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، رفتار پرخاشگرانه، شکایات جسمانی و رفتار قانون شکنی به ترتیب از مشکلات عاطفی رفتاری در گروه فرزندان مراکز شبانه روزی سازمان بهزیستی بود. همچنین، دختران مراکز شبانه روزی بهزیستی در مقایسه با دختران نوجوان عادی، مشکلات عاطفی رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند و در زمینه مهارتهای اجتماعی مشکلات بیشتری داشتند. مشکلات اجتماعی در دو گروه فرزندان مراکز شبانه روزی و نوجوانان عادی متفاوت بود. مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و اطمینان زیاد به خود داشتن در دو گروه از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود.

بحث: بسیاری از مشکلات برون سازی و درون سازی ناشی از نقص در رشد مهارتهای زندگی اساسی است. نقص در مهارتهای اجتماعی افراد را از اجتماع دور کرده و آنها را به سمت انزوا سوق داده و مستعد اختلالات عاطفی، انزوا و در نتیجه افسردگی می‌کند. مهارتهای اجتماعی، شناختی، هیجانی و بین فردی قادرند افراد را در مواجهه مؤثر با چالشهای روزمره آماده سازند. نوجوانان مراکز شبانه روزی چون از محیط خانوادگی که مناسب‌تری محیط از نظر رشد و شکوفایی استعدادهای کودکان و نوجوانان و همچنین سالم‌ترین آنها از نظر ارضای نیازهای اجتماعی محسوب می‌شود، محروم اند. میزان مشکلات درون سازی و برون سازی بیشتری نسبت به نوجوانان عادی نشان داده اند. شناسایی زود هنگام اختلالات رفتاری نوجوانان می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و به کارگیری آن، یاری

study in term of post- event research or in other words, it was a comparative-reasoning study. The sample consisted of 114 normal adolescents and 102 institutional children of Social Welfare Bureau. Data gathering tools, including the Persian form of self-evaluation questionnaire on the measurement system based on experience Achenbach (ASEBA) that have been standardization by Minaei (1385) for Iranian community adaptation and Matson's social skills measure scale. For statistical analysis of collected data, Friedman statistical tests, analysis of multivariate variance (MANOVA) were performed.

Findings: The results showed that adolescent girls of Social Welfare Organization compared with normal adolescent girl, experience more behavioral and emotional problems. Adolescent girls of Social Welfare Organization compared with normal adolescent girl, had more problems in terms of social skills. There is no significant relation between appropriate social skills and any of the emotional-behavioral disorders components. Only social problems in two groups of children of boarding enters of social welfare organization and normal adolescents were statistically significant. Good social skills, inappropriate

دهد. برنامه‌های غنی سازی اجتماعی که ارتقاء مهارت‌های کودکان و نوجوانان چون مدیریت خشم، همملی، حل مسئله و حل تعارض در زندگی روزمره را مورد هدف قرار داده اند، با تقویت مهارت‌های اجتماعی از پرخاشگری و سایر مشکلات کودکان و نوجوانان جلوگیری می‌کنند. این برنامه‌های تقویتی به‌ویژه برای کودکان و نوجوانان محروم از خانواده بسیار مفید است. سودمندی برنامه‌های ارتقاء مهارت‌های اجتماعی برای مقابله با پرخاشگری و سایر مشکلات حتی تا بزرگسالی تا اوم می‌یابد و اثرات مثبتی بر سایر مشکلات سلامت همچون سوء مصرف مواد و رفتارهای جنسی ناایمن دارد.

کلیدواژه‌ها : اختلالات عاطفی رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، نوجوانان مراکز شبانه روزی بهزیستی
تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۲۷
تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱۵

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که یک پنجم جمعیت مردم جهان در آن قرار داشته و ۸۵ درصد از این جمعیت ۱/۲ میلیاردی ساکن کشورهای درحال توسعه اند. سالانه یک میلیون نوجوان به علت حوادث، خودکشی، خشونت، عوارض مربوط به بیماری‌های قابل پیشگیری و درمان جان خود را از دست می‌دهند. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، علت ۷۰ درصد مرگ‌ها،

audacity and high self-esteem had a significant difference between two groups of normal adolescents under the care of welfare. Also, this study, attention problems, anxiety, social problems, thinking problems, aggressive behavior, physical complaints, and abusive behavior were respectively emotional-behavioral problems of the children of boarding centers of the social welfare organization.

Discussion: many of the problems of extravasation and in vitro digestion can be attributed to a defect in the development of essential life skills. Disadvantages in social skills keep people away from the community and lead them to isolation and being prone to emotional disorders, isolation, and depression. Social, cognitive, emotional and interpersonal skills, prepare individuals to face day-to-day challenges effectively. Adolescent girls in boarding centers are deprived from a family environment which is a the most suitable environment in terms of growth of children and adolescents' talents as well as the healthiest one in terms of satisfying the social needs. This leads adolescent of boarding centers to have more internalization and extroversion problems in comparison to normal adolescents. Early identification of behavioral disorders in adolescents can help

رفتارهایی هستند که در نوجوانی ایجاد شده و قابل اصلاح می‌باشند. سالانه چهار میلیون نوجوان، دست به خودکشی می‌زنند که یک صد هزار مورد از آنها منجر به مرگ می‌گردد (پرویزی، احمدی و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۴). همچنین سالانه هفت هزار نوجوان به ویروس ایدز آلوده می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ اعلام کرده است، ۴۵ درصد افراد آلوده به ویروس ایدز در بازه سنی ۱۵-۲۴ سال قرار دارند (رودرمن بروس^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). سیصد میلیون نوجوان سیگار استعمال می‌کنند که پانزده میلیون از آنان در سنین بزرگسالی به دلیل عوارض ناشی از استعمال سیگار فوت خواهند کرد. در جهان غرب تا سن ۱۸ سالگی بیش از دو سوم نوجوانان تجربه مصرف الکل، تقریباً نصف آنها تجربه مصرف سیگار و بیش از یک سوم آنان تجربه مصرف ماری جوآنا را دارند (کلین جان و انگلس^۲، ۲۰۱۱). آمارهای نگران

1. Rotheram-Borus
2. Kleinjan and Engels

us design and implement intervention programs. Social enrichment programs that promote children and adolescents' skills such as managing anger, empathy, problem-solving and conflict resolution in everyday life and prevent social aggression and other problems for children and adolescents by strengthening social skills. These reinforcement programs are especially useful for children and young people who are deprived from having a family. It is necessary that the benefits of social skills promotion programs continue to cope with aggression and other problems, even up to adulthood, as they have positive effects on other health problems, such as substance abuse and insecure sexual behaviors.

Keywords: Children of boarding centers of social welfare organization, Emotional behavioral disorders, Social skills

از اختلال‌های کودکی که بیشتر بر پایه تجربه استوار است؛ آخنباخ و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند، هم رفتارهای طبیعی و هم رفتارهای نابهنجار کودکی و نوجوانی را می‌توان مطابق با دو بعد کلی برونی‌سازی (مانند پرخاشگری و رفتار قانون شکنی) و درونی‌سازی (مانند افسردگی و گوشه‌گیری) بهتر توصیف نمود (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). نشانگان درونی‌سازی و برونی‌سازی دو سازه ابعادی تجربی هستند که به وفور عملیاتی‌سازی

کننده، از بحران‌هایی حکایت دارند که به شدت با اختلالات عاطفی رفتاری^۱ نوجوانان در ارتباط هستند (ابوبکار، آددوکون و امیچوون^۲، ۲۰۱۷).

آخنباخ و ادلبروک^۳ (۱۹۹۱ و ۱۹۸۳، به نقل از آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) از جمله روانشناسانی هستند که به تحلیل گسترده مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند. آنها مشکلات رفتاری نوجوان را در هشت زمینه به قرار زیر مد نظر خویش قرار داده‌اند: (۱) کناره‌گیری (۲) شکایت جسمی (۳) افسردگی / اضطراب (۴) مشکلات اجتماعی (۵) مشکلات توجه (۶) مشکلات تفکر (۷) رفتارهای بزهکارانه (۸) رفتارهای پرخاشگرانه. در یک طبقه بندی

1. affective and behavioral disorders
2. Abubakar-Abdulleatef, Adedokun, and Omigbodun
3. Edelbroek

اختلالات عاطفی رفتاری کودکان و نوجوانان در قالب این دو مقیاس صورت پذیرفته است (دکوویچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). در مدل سنجش مبتنی بر تجربه چندمحوری آخنباخ، نشانگان درونی سازی طبقه‌ای از مشکلات هم‌آیند را که عموماً با ناراحتیهای درونی مشخص می‌شود، در بر می‌گیرد، درحالی که نشانگان برونی سازی مشکلاتی هستند که اکثراً به تعارض با دیگران و آداب و رسوم اجتماع مربوط می‌شوند (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱). مشکلات برونی سازی اساساً شامل پرخاشگری و بزهکاری می‌شوند، درحالی که مشکلات درونی سازی دو مؤلفه اصلی اضطراب و افسردگی را در بر می‌گیرد. به یک معنای وسیع‌تر مشکلات درونی سازی را می‌توان طبقه‌ای متشکل از افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری تعریف کرد (دکوویچ و همکاران، ۲۰۰۴). نشانگان برونی سازی در بسیاری از منابع با رفتارهای مربوط به پرخاشگری، خرابکاری، بیش‌فعالی، ضد اجتماعی و بزهکاری توصیف گردیده است (لوو^۲، ۲۰۰۴). مطالعات نشان می‌دهند، نشانگان برونی سازی نوعاً بیشتر از نشانگان درونی سازی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند (نیسی و شهنی بیلاق، ۱۳۸۰). در ایالات متحده ۸۰ درصد از افراد ذکور قبل از بزرگسالی به دلایل جرایم کوچک با پلیس برخورد داشته و ۶۰ درصد از کودکان در دوران نوجوانی خود به برخی از اشکال مشکلات رفتاری مبادرت می‌ورزند (ریتز^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). ارقام بالای این اماراها ممکن است به معنای فراگیری وسیع این مشکل در میان کودکان و نوجوانان و به‌ویژه پسران باشد، اما در نهایت برخی از محققان باور دارند، این رفتارها نه تنها بهنجار هستند بلکه بخشی از تحول محسوب می‌شوند (مفیت، ۱۹۹۳). نشانگان درونی سازی نیز در دوره نوجوانی شایع می‌باشند. در ایالات متحده امریکا خلق افسرده در میان ۳۰-۴۰ درصد از نوجوانان تجربه شده و ۳-۴ درصد از آنها نشانگان افسردگی چندگانه را تجربه می‌کنند. بخش کوچکی از نمونه در

1. Deković
2. Liu
3. Reitze

حدود ۴-۲ درصد نیز تشخیص افسردگی بالینی را دریافت می‌کنند (کامپس^۱ و همکاران، ۱۹۹۳). شیوع اختلال افسردگی در دوران نوجوانی بنا به تعریف نسخه تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-IV-TR) در کانادا، ۱۰/۲ درصد برآورد شده است (گوین^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). افزایش اختلالات روانپزشکی و مشکلات رفتاری قبل از دوران بلوغ و بعد از آن نشانگر افزایش آسیب پذیری فرد در دوره نوجوانی می‌باشد (زان-واکسلر^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). تحولات بیولوژیکی، تحصیلی، اجتماعی و آسیب پذیریهایی ناشی از آنها در دوره نوجوانی از آن جهت شایان نگاهی نو و موشکافانه است که این تحولات در بستر دگرگونیهای سریع اجتماعی و فرهنگی عصر سرعت به وقوع می‌پیوندد. تغییراتی که تلاش برای کنار آمدن با آنها در نوع خود مولد فشار بسیار زیادی برای نوجوانان و جوانان امروزی می‌باشد. حال اگر بر این موقعیت آسیب پذیر نوجوان، شرایط ویژه‌ای که موجب می‌شود یک کودک یا نوجوان جدای از خانواده اصلی خود و تحت سرپرستی یک سازمان شبانه روزی زندگی کند، مشکلات آن بسیار پیچیده‌تر شده و حمایت‌های اجتماعی و عاطفی مضاعف‌تری را طلب می‌کند. تأثیر موقعیت اجتماعی اقتصادی در سطوح همسایگی، خانوادگی و فردی خود را نشان داده و تحول بهنجار کودکان و بهزیستی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نوجوانانی که متعلق به سطح اجتماعی اقتصادی پایین هستند در مقایسه با آنان که در موقعیت اجتماعی اقتصادی متوسط یا بالا به سر می‌برند، از نظر شکل دهی مکانیزم‌های مقابله‌ای غیرانطباقی، مانند استفاده از مواد مخدر، ضعف در تصمیم‌گیریهای جنسی و بزهکاری، بسیار آسیب پذیر هستند (جونز^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). یکی دیگر از مشکلاتی که گریبانگیر این نوجوانان می‌شود نداشتن صراحت در بیان و قاطعیت در رفتار در مقابل بسیاری از خطراتی است که آنها را تهدید

1. Compas

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition (DSM-IV)

3. Nguyen

4. Zan-Waxler

5. Jones

می‌کند و برای رفع این معضل نیاز به آموزش مهارت اجتماعی ابراز وجود در مدارس ضروری به نظر می‌رسد (نیسی و شهنی، ۱۳۸۰). هالینگر^۱ مهارت‌های اجتماعی را عبارت از مهارت‌هایی می‌داند که برای داشتن ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش توسط آنها ضروری هستند. گرشام^۲ مهارت‌های اجتماعی را رفتارهایی می‌داند که احتمال دریافت تقویت را به حداکثر می‌رسانند و احتمال تنبیه موقوف به رفتار اجتماعی فرد را کاهش می‌دهند. از نظر او مهارت‌های اجتماعی، رفتارهایی هستند که در موقعیت‌های معین، پیامدهای اجتماعی مهم را پیش‌بینی می‌کنند (به نقل از گرشام و الیوت^۳، ۲۰۱۵). و شنایدر و همکاران^۴ مهارت‌های اجتماعی را به‌عنوان وسیله ارتباط میان فرد و محیط تعریف می‌کنند و معتقدند که این وسیله برای شروع و ادامه ارتباط سازنده و سالم با همسالان به‌عنوان بخش مهمی از بهداشت روانی، مورد استفاده واقع می‌شود (به نقل از یوسفی و مخیر، ۱۳۸۱). مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از تواناییها هستند که روابط اجتماعی مثبت و مفید را آغاز و حفظ نماید، دوستی و صمیمیت با همسالان را گسترش دهد، سازگاری رضایت‌بخشی را در مدرسه ایجاد کند، به افراد اجازه دهد که خود را با شرایط وفق دهند و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرند (گوشام^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). مهارت‌های اجتماعی با سازش یافتگی روانشناختی فرد رابطه دارد (الکساندر و موهاپاترا^۶، ۲۰۱۵). فقدان یا نارسایی در مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی یک بخش عمده ملاک‌های تشخیص بیشتر اختلال‌های روانشناختی به حساب می‌آید (مایلس و استیک^۷، ۲۰۰۶).

اگر چه در حیطه روانشناسی نوجوان، ادبیات پژوهشی پرباری وجود دارد، لیکن پیچیدگی مسائل نوجوانان در تعامل با دگرگونی‌های سریع اجتماعی و فرهنگی همچنان بر بایستگی پژوهش در این حوزه می‌افزاید. تغییراتی که در دوره نوجوانی از نظر زیستی، اجتماعی و شناختی به وقوع می‌پیوندد، حکایت از دوره‌ای با آسیب پذیری بالا دارد (رینز

1. Halinger

2. Garsham

3. Gresham and Elliott

4. Shandier

5. Gresham

6. Alexander and Mohapatra

7. Miles and Stipeck

و همکاران، ۲۰۰۵). مشکلات اجتماعی و محیطی اثرات قابل ملاحظه‌ای روی نوجوانان می‌گذارند. اختلالات عاطفی و رفتاری باید در مراحل اولیه شناسایی شده و مورد توجه قرار گیرد، در غیر این صورت مشکلات سلامت روان به مشکلات روانی - اجتماعی گسترده‌تری تبدیل شده و در نتیجه به خدمات سلامت روان بیشتری نیاز پیدا می‌کنند (حیات^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). نجات و همکاران (۱۳۸۷) به بررسی مقایسه‌ای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران تحت سرپرستی خانواده پرداختند. بین میانگین نمره رفتارهای بهداشتی تغذیه، خواب و استراحت، ورزش و بهداشت فردی به تفکیک و میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی خانواده با دختران تحت سرپرستی بهزیستی اختلاف معناداری دیده شد و آزمونهای آماری بین میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی و متغیرهای مورد مطالعه به جز سن واحدهای مورد پژوهش در گروه تحت سرپرستی خانواده ارتباط معناداری را نشان نداد. نمره رفتارهای بهداشتی دختران تحت سرپرستی شبانه روزی از دختران تحت سرپرستی خانواده پایین‌تر بود که این امر نیازمند بررسی و برنامه‌ریزی آموزشی و بهداشتی جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی و سلامت آنان می‌باشد. مفلحی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خویش به مقایسه پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در بین نوجوانان دختر تحت سرپرستی پانسیونهای شبانه روزی با نوجوانان دختر هم سن آنها در مدارس عادی پرداختند. بر اساس نتایج به دست آمده دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی نمرات بالاتری در مولفه‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری کسب نمودند. بر اساس نتایج زندگی با اعضای خانواده اثرات مثبت بر سلامت روان و سایر مولفه‌های روانی نوجوانان دارد. ویلسا^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود به بررسی امکانات پانسیونهای شبانه روزی برای دانش آموزان فقیر پرداختند. هدف از

1. Hyatt

2. Vilsa

انجام تحقیق بررسی مفید بودن تغییرات محیطی دانش آموزان به عنوان یک راهبرد مثبت برای افزایش پیشرفت تحصیلی افراد فقیر بود. نتایج نشان داد حضور در مراکز شبانه روزی موجب پیشرفت در خواندن و پیشرفت در ریاضیات شد، که این پیشرفت در دانش آموزان دختر تحت سرپرستی بیشتر از پسران بود.

به گونه ای که قابل تصور است، کودکان و نوجوانان متعلق به گروه مراکز شبانه روزی بهزیستی افرادی هستند که در معرض انواع خطرات و آسیبهای روانی و اجتماعی قرار دارند. خانواده به عنوان عنصر بی بدیل تکوین شخصیت و موقعیت اجتماعی اقتصادی به عنوان عامل پیش بینی کننده سلامت روان در نوجوانان مذکور به دلایلی از قبیل اعتیاد، طلاق، فقر و سایر آسیبهای اجتماعی، کفایت و خاصیت حمایتی خود را از دست داده و آنان را در کارزار زندگی تنها و بی پناه رها ساخته اند. پژوهش حاضر با توجه به پیامدهای خطرناک اختلالات عاطفی رفتاری نوجوانان در آینده در پی شناسایی اختلالات مذکور در میان نوجوان مراکز شبانه روزی بهزیستی در مقایسه با افراد عادی می باشد. در این پژوهش همچنین میزان اختلالات عاطفی رفتاری در ارتباط با عوامل اثرگذار مهمی همچون میزان مهارتهای اجتماعی و جنسیت نوجوانان، مورد مطالعه قرار گرفته است.

روش

۱- ماهیت و روش تحقیق

تحقیق حاضر بر حسب هدف بنیادی بوده و بر حسب نحوه گردآوری داده ها، توصیفی و از نوع علی مقایسه ای محسوب می شود.

۲- جامعه و نمونه آماری و شیوه نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله مراکز شبانه روزی بهزیستی

استان آذربایجان شرقی بود. در خصوص گروه نوجوانان مراکز شبانه روزی بهزیستی افراد به صورت تمام شماری مورد مطالعه قرار گرفتند. اما برای انتخاب نوجوانان عادی به شکل هدفمند اقدام شد، زیرا تمام شماری افراد عادی جامعه آماری امکان پذیر و منطقی نبوده و از طرفی شرکت کنندگان عادی باید با گروه مطالعه هم‌تاسازی می‌شدند. براین اساس ۲۱۶ نفر نوجوان در دو گروه از شهرستانهای استان شناسایی و مورد مطالعه قرار گرفتند.

۳- تحلیل داده‌ها و اطلاعات

برای تحلیل داده‌های به دست آمده، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) برای مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری نوجوانان عادی و مراکز شبانه روزی بهزیستی و آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی اختلالات عاطفی رفتاری استفاده شد. پردازش آماری داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت.

۴- تعاریف نظری و عملی مفاهیم

اختلالات عاطفی رفتاری: منظور از اختلالات عاطفی رفتاری هم رفتارهای طبیعی و هم رفتارهای نابهنجار کودکی و نوجوانی بر اساس دو بعد کلی برونی سازی (مانند پرخاشگری و رفتار قانون شکنی) و درونی‌سازی (مانند افسردگی و گوشه‌گیری) می‌باشد (آخنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر به منظور سنجش مشکلات عاطفی رفتاری نوجوانان از فرم فارسی پرسشنامه خودسنجی در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ که توسط مینایی (۱۳۸۵) برای جامعه ایرانی انطباق و هنجاریابی شده است، استفاده می‌شود. این فرم که برای افراد ۱۱-۱۸ ساله به کار می‌رود توسط خود نوجوان تکمیل می‌شود. پاسخ دهنده ابتدا به سؤالاتی در خصوص شایستگیها، ناتوانیها و بیماریهای خود پاسخ داده و سپس در ادامه، مشکلات هیجانی، رفتاری و اجتماعی وی در قالب ۱۱۳ سؤال سه گزینه‌ای مورد ارزیابی

قرار می‌گیرد. نوجوان در این قسمت بر اساس وضعیت شش ماه قبل خود، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. فرم YSR شامل هشت مقیاس، گوشه‌گیری، اضطراب/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، رفتارهای بزهکارانه و رفتارهای پرخاشگرایانه می‌شود که دو بعد کلی مشکلات برونی سازی و درونی سازی نیز به واسطه ترکیب مقیاسهای یاد شده ارزیابی می‌شود.

مهارت اجتماعی: نلسون^۱ (۲۰۰۹) بیان می‌دارد که مهارتهای اجتماعی، مجموعه‌ای پیچیده از مهارتها می‌باشند که برای سازگاری و کنار آمدن با موقعیتهای فشارزا حیاتی بوده، روابط سالم را پرورش داده و عملکرد کلی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. برای سنجش میزان مهارتهای اجتماعی از مقیاس سنجش مهارتهای اجتماعی ماتسون^۲ که توسط ماتسون و همکاران در سال ۱۹۸۳ برای سنجش مهارتهای اجتماعی افراد ۴ تا ۱۸ ساله تدوین گردیده است، استفاده شد. این مقیاس دارای ۶۲ عبارت است که مهارتهای اجتماعی کودکان را توصیف می‌کنند. پاسخ به سؤالات بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. برای این مقیاس، پنج مقیاس فرعی: (۱) مهارتهای اجتماعی مناسب^۳، (۲) جسارت نامناسب^۴، (۳) تکانشی عمل کردن و سرکش بودن^۵، (۴) اطمینان زیاد به خود داشتن^۶، (۵) حسادت و گوشه‌گیری^۷، در نظر گرفته شده است. علاوه بر نمراتی که پاسخگو در هر کدام از عوامل یادشده به دست می‌آورد، جمع نمرات ۶۲ عبارت موجود در مقیاس نیز یک نمره کلی که بیانگر مهارت اجتماعی آزمودنی است به دست می‌دهد.

1. Nelson

2. Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY)

3. appropriate social skills

4. inappropriate assertiveness

5. impulsive/recalcitrant

6. overconfident

7. jealousy/withdrawal

۵- روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری

مینایی (۱۳۸۵) برای بررسی همسانی درونی مقیاس‌های مربوط به درونی سازی و برونی سازی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، به ضرایب $0/88$ برای برونی سازی و $0/87$ برای درونی سازی دست یافته است. پژوهشگر مذکور همچنین روایی افتراقی و ثبات زمانی پرسشنامه خودسنجی نوجوان را بسیار رضایت بخش گزارش کرده است. علاوه بر این، محقق نیز در مطالعات خود ضرایب آلفا برای ۱۰ مقیاس ملحوظ در YSR را از $0/70$ تا $0/94$ به دست آورده است. تحقیقات نشان داده‌اند که مقیاس اجتماعی ماتسون از ثبات روان‌سنجی، پایایی بالای بازآزمایی و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است.

یافته‌ها

در جدول (۱) اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دختر و پسر عادی و تحت سرپرستی بهزیستی ارائه شده است.

جدول (۱) اطلاعات توصیفی مربوط به اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان دختر و پسر عادی و تحت سرپرستی بهزیستی

متغیر	دختران گروه عادی	پسران گروه عادی	دختران تحت سرپرستی بهزیستی	پسران تحت سرپرستی بهزیستی
اضطراب / افسردگی	۹/۰۸±۵/۱۹	۷/۱۵±۴/۸۸	۹/۴۶±۴/۹۷	۶/۵۴±۴/۵۲
گوشه‌گیری / افسردگی	۵/۵۴±۳/۳۶	۴/۴۶±۳/۲۷	۵/۲۲±۲/۹۰	۳/۹۳±۲/۵۱
شکایات جسمانی	۴/۲۷±۳/۴۵	۳/۱۲±۳/۴۷	۵/۱۰±۳/۹۵	۴/۳۰±۴/۳۲
مشکلات اجتماعی	۴/۸۷±۳/۷۷	۵/۲۴±۳/۶۵	۷/۲۴±۳/۶۲	۵/۳۸±۳/۴۵
مشکلات تفکر	۵/۱۰±۴/۴۸	۶/۷۵±۴/۶۰	۶/۴۱±۴/۱۹	۶/۲۷±۵/۰۲
مشکلات توجه	۵/۳۷±۳/۷۴	۵/۶۶±۴/۲۰	۶/۶۸±۲/۸۸	۴/۸۶±۳/۲۴
رفتار قانون‌شکنی	۲/۹۳±۳/۳۰	۶/۰۱±۴/۹۱	۶/۵۳±۴/۹۹	۴/۶۱±۴/۴۸
رفتار پرخاشگری	۶/۵۸±۵/۰۳	۷/۰۳±۵/۴۴	۹/۳۹±۵/۴۵	۶/۶۳±۵/۱۶
نشانگان درونی‌سازی	۱۸/۸۹±۱۰/۳۶	۱۴/۷۴±۱۰/۴۳	۱۹/۷۹±۹/۸۱	۱۴/۶۸±۹/۵۳
نشانگان برونی‌سازی	۹/۵۲±۷/۷۷	۱۳/۰۴±۹/۸۱	۱۵/۹۳±۹/۵۲	۱۱/۲۵±۹/۰۸
مهارت اجتماعی مناسب	۷۴/۱۰±۷/۳۳	۷۳/۶۳±۶/۸۵	۶۵/۶۲±۱۳/۴۸	۶۹/۳۶±۹/۲۷
جسارت نامناسب	۱۹/۷۹±۷/۱۸	۲۰/۵۶±۵/۸۲	۲۶/۱۰±۷/۴۶	۲۲/۷۵±۷/۲۸
تکانشی و سرکش بودن	۲۵/۶۲±۷/۱۱	۲۵/۴۳±۶/۳۲	۲۸/۴۶±۶/۹۵	۲۵/۰۲±۸/۲۹
اطمینان‌زیاده‌خودداشتن	۱۹/۶۰±۴/۶۸	۱۹/۹۰±۴/۴۷	۱۸/۱۰±۴/۳۵	۱۵/۶۸±۴/۷۰
حسادت و گوشه‌گیری	۲۷/۶۸±۴/۱۰	۲۷/۱۳±۳/۸۹	۲۷/۳۶±۶/۲۶	۲۷/۳۴±۳/۵۹

با توجه به جدول (۱) می‌توان گفت که دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی در مقایسه با دختران نوجوان عادی، مشکلات عاطفی رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند.

همچنین دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی در مقایسه با دختران نوجوان عادی، در زمینه مهارت‌های اجتماعی مشکلات بیشتری دارند.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی با در نظر گرفتن جنسیت آنها در جدول (۲) آورده شده است. به گونه‌ای که در این جدول ملاحظه می‌شود، تفاوت نوجوانان دو گروه از لحاظ اختلالات عاطفی رفتاری معنادار بوده ($\eta^2 = 0/097$, Partial $\eta^2 = 0/097$, $F_{3,204} = 2/746$, $p = 0/007$). اندازه اثر پیلای) و در نتیجه می‌توان چنین استنباط نمود که حداقل یک مؤلفه از اختلالات عاطفی رفتاری در میان دو گروه از نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی، متفاوت است. همچنین یافته‌ها نشان داد تفاوت نوجوانان در اختلالات عاطفی رفتاری با توجه به جنسیت آنها معنادار می‌باشد ($\eta^2 = 0/204$, Partial $\eta^2 = 0/204$, $F_{3,204} = 6/521$, $p = 0/000$). اندازه اثر پیلای) یعنی حداقل یکی از مؤلفه‌های اختلالات عاطفی رفتاری بین نوجوانان دو جنس از تفاوت معناداری برخوردار است. تعامل وضعیت نوجوانان از نظر عادی یا تحت سرپرستی بودن با جنسیت آنها در مقایسه میزان اختلالات عاطفی رفتاری معنادار بوده ($\eta^2 = 0/120$, Partial $\eta^2 = 0/120$, $F_{3,204} = 3/476$, $p = 0/001$). اندازه اثر پیلای) و حکایت از آن دارد که تفاوت این دو گروه در جنس دختر و پسر به یک صورت نمی‌باشد.

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات اختلالات عاطفی رفتاری در دو گروه

با در نظر گرفتن جنسیت

منبع	آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	p
گروه	اثر پیلای	۰/۰۹۷	۸	۲۰۴	۲/۷۴۶	۰/۰۰۷
	لامبدای ویلکز	۰/۹۰۳	۸	۲۰۴	۲/۷۴۶	۰/۰۰۷
	اثر هتلینگ	۰/۱۰۸	۸	۲۰۴	۲/۷۴۶	۰/۰۰۷
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۰۸	۸	۲۰۴	۲/۷۴۶	۰/۰۰۷
جنسیت	اثر پیلای	۰/۲۰۴	۸	۲۰۴	۶/۵۲۱	<۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۷۹۶	۸	۲۰۴	۶/۵۲۱	<۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۲۵۶	۸	۲۰۴	۶/۵۲۱	<۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۵۶	۸	۲۰۴	۶/۵۲۱	<۰/۰۰۱
تعامل گروه باجنسیت	اثر پیلای	۰/۱۲۰	۸	۲۰۴	۳/۴۷۶	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۸۸۰	۸	۲۰۴	۳/۴۷۶	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۱۳۶	۸	۲۰۴	۳/۴۷۶	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۳۶	۸	۲۰۴	۳/۴۷۶	۰/۰۰۱

به منظور بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از اختلالات عاطفی رفتاری، نتایج آزمون تحلیلی واریانس دو راهه به شرح جدول (۳) ارائه شده است. این نتایج نشان می‌دهند که صرفاً مشکلات اجتماعی در دو گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی و نوجوانان عادی، از تفاوت آماری معناداری برخوردار می‌باشد ($p < 0.05$, $F = 6.631$).

جدول (۳) نتایج اثرات بین آزمودنیها از لحاظ نمرات اختلالات عاطفی رفتاری در دو گروه

منبع	متغیرها	SM	df	MS	F	p
گروه	اضطراب / افسردگی	۰/۱۸۳	۱	۰/۱۸۳	۰/۰۰۸	۰/۹۳۱
	گوشه‌گیری / افسردگی	۷/۶۳۱	۱	۷/۶۳۱	۰/۱۱۹	۰/۳۶۶
	شکایات جسمانی	۵۳/۰۲۰	۱	۵۳/۰۲۰	۳/۶۹۸	۰/۰۵۶
	مشکلات اجتماعی	۸۷/۶۴۵	۱	۸۷/۶۴۵	۶/۶۳۱	۰/۰۱۱
	مشکلات تفکر	۱۲/۳۱۹	۱	۱۲/۳۱۹	۰/۵۹۵	۰/۴۳۱
	مشکلات توجه	۵/۱۰۳	۱	۵/۱۰۳	۰/۳۹۷	۰/۵۲۹
	رفتار قانون‌شکنی	۶۹/۳۳۳	۱	۶۹/۳۳۳	۳/۳۶۲	۰/۰۶۸
	رفتار پرخاشگری	۸۰/۴۵۵	۱	۸۰/۴۵۵	۲/۸۵۳	۰/۰۹۳
جنسیت	اضطراب / افسردگی	۲۹۴/۵۲۹	۱	۲۹۴/۵۲۹	۱۲/۲۱۳	۰/۰۰۱
	گوشه‌گیری / افسردگی	۶۷/۵۴۳	۱	۶۷/۵۴۳	۷/۲۵۱	۰/۰۰۸
	شکایات جسمانی	۴۹/۷۵۵	۱	۴۹/۷۵۵	۳/۴۷۱	۰/۰۶۴
	مشکلات اجتماعی	۲۵/۹۵۲	۱	۲۵/۹۵۲	۱/۹۶۴	۰/۱۶۳
	مشکلات تفکر	۳۵/۹۵۲	۱	۳۵/۹۵۲	۱/۷۳۵	۰/۱۸۹
	مشکلات توجه	۲۶/۴۱۱	۱	۲۶/۴۱۱	۲/۰۵۴	۰/۱۵۳
	رفتار قانون‌شکنی	۲۰/۸۹۳	۱	۲۰/۸۹۳	۱/۰۱۳	۰/۳۱۵
	رفتار پرخاشگری	۶۶/۳۰۴	۱	۶۶/۳۰۴	۲/۳۵۱	۰/۱۲۷
تعامل گروه با جنسیت	اضطراب / افسردگی	۱۰/۱۸۴	۱	۱۰/۱۸۴	۰/۴۲۲	۰/۵۱۷
	گوشه‌گیری / افسردگی	۰/۲۱۷	۱	۰/۲۱۷	۰/۰۲۳	۰/۸۷۹
	شکایات جسمانی	۱/۵۸۸	۱	۱/۵۸۸	۰/۱۱۱	۰/۷۴۰
	مشکلات اجتماعی	۶۰/۰۸۵	۱	۶۰/۰۸۵	۴/۵۴۶	۰/۰۳۴
	مشکلات تفکر	۳۵/۵۳۶	۱	۳۵/۵۳۶	۱/۷۱۵	۰/۱۹۲
	مشکلات توجه	۵۲/۵۴۰	۱	۵۲/۵۴۰	۴/۰۸۶	۰/۰۴۵
	رفتار قانون‌شکنی	۳۱۲/۸۰۴	۱	۳۱۲/۸۰۴	۱۵/۱۷۰	<۰/۰۰۱
	رفتار پرخاشگری	۱۲۹/۳۹۴	۱	۱۲۹/۳۹۴	۴/۵۸۸	۰/۰۳۳

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه مهارتهای اجتماعی نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی با در نظر گرفتن جنسیت آنها در جدول (۴) آورده شده است. به گونه ای که در این جدول ملاحظه می شود، تفاوت نوجوانان دو گروه از لحاظ مهارتهای اجتماعی معنادار بوده ($F_{5,30,8} = 15/306$, $p < 0/001$, $\text{Partial } \eta^2 = 0/269$)، تفاوت نوجوانان دو گروه از لحاظ مهارتهای اجتماعی در میان دو گروه از نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی، متفاوت است. یافته ها نشان می دهند تفاوت نوجوانان در مهارتهای اجتماعی با توجه به جنسیت آنها معنادار نمی باشد ($F_{5,30,8} = 1/168$, $p = 0/326$, $\text{Partial } \eta^2 = 0/027$)، تفاوت نوجوانان از نظر عادی یا تحت سرپرستی بودن با جنسیت آنها در مقایسه میزان مهارتهای اجتماعی نیز معنادار به دست نیامده است ($F_{5,30,8} = 1/784$, $p = 0/118$, $\text{Partial } \eta^2 = 0/041$)، اندازه اثر پیلای).

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مهارت‌های اجتماعی در دو گروه

منبع	آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	p
گروه	اثر پیلای	۰/۲۶۹	۵	۲۰۸	۱۵/۳۰۶	<۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۷۳۱	۵	۲۰۸	۱۵/۳۰۶	<۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۶۸	۵	۲۰۸	۱۵/۳۰۶	<۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۶۸	۵	۲۰۸	۱۵/۳۰۶	<۰/۰۰۱
جنسیت	اثر پیلای	۰/۰۲۷	۵	۲۰۸	۱/۱۶۸	۰/۳۲۶
	لامبدای ویلکز	۰/۹۷۳	۵	۲۰۸	۱/۱۶۸	۰/۳۲۶
	اثر هتلینگ	۰/۰۲۸	۵	۲۰۸	۱/۱۶۸	۰/۳۲۶
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۲۸	۵	۲۰۸	۱/۱۶۸	۰/۳۲۶
تعامل گروه با جنسیت	اثر پیلای	۰/۰۴۱	۵	۲۰۸	۱/۷۸۴	۰/۱۱۸
	لامبدای ویلکز	۰/۹۵۹	۵	۲۰۸	۱/۷۸۴	۰/۱۱۸
	اثر هتلینگ	۰/۰۴۳	۵	۲۰۸	۱/۷۸۴	۰/۱۱۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۴۳	۵	۲۰۸	۱/۷۸۴	۰/۱۱۸

در جدول (۵) نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌های مربوط به مهارت‌های اجتماعی دو گروه مورد بررسی خلاصه شده است. این نتایج نشان می‌دهند که مهارت اجتماعی مناسب، جسارت نامناسب و اطمینان زیاد به خود داشتن دو گروه نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی از تفاوت آماری معناداری برخوردار می‌باشند.

جدول (۵) نتایج اثرات بین آزمودنیها از لحاظ نمرات مهارتهای اجتماعی در دو گروه

منبع	متغیرها	SM	df	MS	F	p
گروه	مهارت اجتماعی مناسب	۲۱۴۲/۳۷۳	۱	۲۱۴۲/۳۷۳	۲۳/۱۱۴	<۰/۰۰۱
	جسارت نامناسب	۹۵۱/۵۰۳	۱	۹۵۱/۵۰۳	۱۹/۹۹۲	<۰/۰۰۱
	تکانشی و سرکش بودن	۷۷/۳۵۱	۱	۷۷/۳۵۱	۱/۵۳۴	۰/۲۱۷
	اطمینان زیاد به خود داشتن	۴۳۱/۹۷۳	۱	۴۳۱/۹۷۳	۲۰/۹۷۶	۰/۰۰۰
	حسادت و گوشه‌گیری	۰/۱۹۲	۱	۰/۱۹۲	۰/۰۰۹	۰/۰۹۲۵
جنسیت	مهارت اجتماعی مناسب	۱۴۱/۲۲۵	۱	۱۴۱/۲۲۵	۱/۵۲۴	۰/۲۱۸
	جسارت نامناسب	۸۷/۹۴۴	۱	۸۷/۹۴۴	۱/۸۴۸	۰/۱۷۵
	تکانشی و سرکش بودن	۱۷۳/۳۳۳	۱	۱۷۳/۳۳۳	۳/۴۳۷	۰/۰۶۵
	اطمینان زیاد به خود داشتن	۵۸/۹۸۹	۱	۵۸/۹۸۹	۲/۸۶۴	۰/۰۹۲
	حسادت و گوشه‌گیری	۴/۳۱۲	۱	۴/۳۱۲	۰/۲۰۰	۰/۶۵۵
تعامل گروه با جنسیت	مهارت اجتماعی مناسب	۲۳۳/۴۳۸	۱	۲۳۳/۴۳۸	۲/۵۱۹	۰/۱۱۴
	جسارت نامناسب	۲۲۳/۷۴۳	۱	۲۲۳/۷۴۳	۴/۷۰۱	۰/۰۳۱
	تکانشی و سرکش بودن	۱۳۹/۶۸۱	۱	۱۳۹/۶۸۱	۲/۷۶۹	۰/۰۹۸
	اطمینان زیاد به خود داشتن	۹۷/۸۷۷	۱	۹۷/۸۷۷	۴/۷۵۳	۰/۰۳۰
	حسادت و گوشه‌گیری	۳/۶۹۸	۱	۳/۶۹۸	۰/۱۷۲	۰/۶۷۹

نتایج آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی اختلالات عاطفی رفتاری در کل گروه نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی نشان‌دهنده آن است که در پژوهش حاضر، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، مشکلات توجه، مشکلات تفکر، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه، شکایات جسمانی، رفتار قانون شکنی، به ترتیب از مشکلات عاطفی رفتاری در گروه نوجوانان عادی می‌باشند و مشکلات توجه، اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/

افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، رفتار پرخاشگرانه، شکایات جسمانی و رفتار قانون شکنی به ترتیب از مشکلات عاطفی رفتاری در گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی می‌باشند.

بحث

نتایج تحقیق مبنی بر مقایسه اختلالات عاطفی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی استان آذربایجان شرقی نشان داد دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی در مقایسه با دختران نوجوان عادی، مشکلات عاطفی رفتاری بیشتری را تجربه می‌کنند. صرفاً مشکلات اجتماعی در دو گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی و نوجوانان عادی، از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود. مهارت اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی و برتری طلبی دو گروه نوجوانان عادی و تحت سرپرستی بهزیستی از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود. همچنین در پژوهش حاضر، مشکلات توجه، اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، رفتار پرخاشگرانه، شکایات جسمانی و رفتار قانون شکنی به ترتیب از مشکلات عاطفی رفتاری در گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی بود.

اختلافات عاطفی رفتاری دامنه گسترده‌ای از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی را در بر می‌گیرند. این اختلالات، کارکردهای تحصیلی دانش آموزان را متأثر می‌سازند، به همین علت از اهمیت بسیاری برخوردارند. مشکلات برون سازی چون رفتارهای پرخاشگرانه که به‌عنوان یکی از پراهمیت‌تری مسائل دوره نوجوانی مورد توجه است، زمانی اتفاق می‌افتد که تعادل بین تکانه و کنترل درونی، به دلیل ناسازگاری فرد با اطرافیان و عدم رسیدن به هدف مطلوب در زندگی، بر هم می‌خورد. در این حالت فرد تمامی رویدادهای زندگی را (اعم از تهدید واقعی یا غیر واقعی) به‌صورت تهدید کننده ادراک کرده و قادر به تطابق

با مشکلات روزمره زندگی نیست، این امر به‌ویژه در نوجوانان که در دوره فوران هیجانهای شدید، احساس عدم اطمینان، بروز ناسازگارهای اجتماعی و زیر سوال بردن قوانین مرسوم خانواده و جامعه هستند، شدت می‌یابد (سادوک، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشهای مختلف نشان داده است که بین فوت و طلاق والدین و اختلالات رفتاری فرزندان رابطه معناداری وجود دارد. خلا عاطفی ناشی از عدم حضور والدین در بروز مشکلات رفتاری فرزندان نقش مؤثری دارد. از هم پایداری سازمان اصلی خانواده ضربه مهلکی به آینده فرزند در اجتماع می‌زند، تغییراتی که بر اثر مرگ والدین، یا یکی از آن دو، طلاق و ترک خانواده در اوضاع و شرایط زندگی فرزندان پدید می‌آید، نقش مؤثری در گرایش آنان به بزهکاری دارد (افلند و هانسن، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی و به‌ویژه دختران تحت سرپرستی اختلالات عاطفی - رفتاری بیشتری نسبت به نوجوانان عادی گزارش کرده اند. به نظر می‌رسد نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی چون از محیط خانوادگی که مناسب‌تری محیط از نظر رشد و شکوفایی استعدادها و کودکان و نوجوانان و همچنین سالم‌ترین آنها از نظر ارضای نیازهای اجتماعی محسوب می‌شود، محروم اند، میزان مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی بیشتری نسبت به نوجوانان عادی نشان داده اند. میرزایی (۱۳۸۶) به بررسی مشکلات شخصیتی ۴۵ نوجوان که در پرورشگاه زندگی می‌کردند، پرداخت و به این نتیجه دست یافت که سطوح بالای رفتارهای ضد اجتماعی بدون احساس گناه در این نوجوانان که تحت سرپرستی خانواده خود نبودند، مشاهده شد. کامان^۲ (۲۰۱۱) شیوع اختلالات روانشناختی مابین نوجوانان ۱۳-۱۶ ساله که در پرورشگاههای آنکارا زندگی می‌کردند را بررسی نمود. یافته‌ها نشان داد شیوع اختلالات روانشناختی مابین نوجوانان پرورشگاهی بیشتر از سایر نوجوانان عادی بود.

1. Efland and Hansen
2. Çaman

نتایج پژوهشها در ایران نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری دختران به ترتیب؛ مشکلات با همسالان، مشکلات شخصی، مشکلات تحصیلی، مشکلات اجتماعی و مشکلات والدینی است (انیسی، سلیمی، میرزمانی، رئیسی و نیکنام، ۱۳۸۶). نتایج به دست آمده در پژوهشهای انجام شده توسط میرزایی (۱۳۷۹) و راتر (۱۹۸۳) میزان اختلالات رفتاری در پسران را بیشتر از دختران عنوان داشته‌اند. در پژوهش حاضر نیز دختران گروه عادی نسبت به پسران میزان بالاتری از اضطراب/افسردگی و نشانگان درونی‌سازی گزارش کرده‌اند. پسران گروه عادی نیز نسبت به دختران در رفتار قانون‌شکنی و نشانگان برونی‌سازی از نمرات بالاتری برخوردار بودند. اما در گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی دختران مشکلات بیشتری در مهارت‌های اجتماعی و نیز مشکلات عاطفی رفتاری گزارش کرده بودند. این امر نشانگر آن است که دور بودن از محیط گرم خانواده در دوره حساس نوجوانی، دختران را بیشتر از پسران آسیب پذیر نموده، که این مساله توجه ویژه مسئولان به مشکلات ویژه دختران تحت سرپرستی را می‌طلبد. به نظر می‌رسد کودکان و نوجوانانی که قواعد اجتماعی گروه همسالان را به خوبی یاد می‌گیرند و نیز روابط قوی و مستحکمی با اعضای خانواده و اجتماع برقرار می‌کنند، به احتمال زیاد، سطح بالایی از سازگاری اجتماعی را از خود بروز خواهند داد؛ دانش آموزانی که به خوبی مهارت‌های اجتماعی را به دست می‌آورند و از نظر اجتماعی رفتارهای مطلوبتری از خود نشان می‌دهند، مفهوم خود مثبت‌تری دارند و این امر موجب می‌شود محدودیتها و تواناییهای خود را به شیوه صحیح‌تری ارزیابی، درک و پذیرش کنند (اوزونیا و ویتال، ۲۰۱۵). بیل (۱۹۹۳) مطرح می‌کند نوجوانان به دلیل رشد شناختی، فیزیکی، اجتماعی و آکادمیک در معرض سطوح بالای استرس و افسردگی قرار دارند که این آشفتگیها با فقدان حمایت خانواده و تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی قرار گرفتن تشدید می‌شود (به نقل از ویلسا و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش نوران فر و خانجانی (۱۳۹۳) نشان داد بین نقص در مهارت‌های اجتماعی

1. Uzunian and Vitale

با اضطراب و افسردگی در کودکان رابطه مثبت وجود دارد (وان و وگت، دکویک، پرینزی و آشر، ۲۰۱۳، به نقل از نوران فر و خانجانی، ۱۳۹۳). در تحقیق خود تحت عنوان ارزیابی آموزش مهارت‌های اجتماعی گروهی برای کودکان دچار مشکلات رفتاری با مطالعه بر روی ۱۶۱ نفر از کودکان ۷-۱۳ ساله به این نتیجه رسیدند که در هر دو گروه آزمایشی و کنترل مشکلات اجتماعی و مشکلات درونی سازی کمتری در پس آزمون مشاهده شد. زمانی که افراد مهارت‌های زندگی و اجتماعی اساسی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می‌کنند. آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود، نقش برجسته‌تری خواهد داشت. به‌طور یقین می‌توان گفت بسیاری از مشکلات برون سازی و درون سازی ناشی از نقص در رشد مهارت‌های زندگی اساسی است. نقص در مهارت‌های اجتماعی افراد را از اجتماع دور کرده و آنها را به سمت انزوا سوق می‌دهد و مستعد اختلالات عاطفی، انزوا و در نتیجه افسردگی می‌کند (پاجارس و اوردون، ۲۰۰۶). مهارت‌های اجتماعی، شناختی، هیجانی و بین فردی هستند و این مهارت‌ها قادرند افراد را در مواجهه مؤثر با چالش‌های روزمره آماده سازند. شواهد نشان می‌دهد برنامه‌های غنی سازی اجتماعی که ارتقاء مهارت‌های کودکان و نوجوانان چون مدیریت خشم، همدلی، حل مسئله و حل تعارض در زندگی روزمره را مورد هدف قرار داده اند، با تقویت مهارت‌های اجتماعی از پرخاشگری و سایر مشکلات کودکان و نوجوانان جلوگیری می‌کنند (پیر و همکاران، ۲۰۱۶). این برنامه‌های تقویتی به‌ویژه برای کودکان و نوجوانان محروم از خانواده بسیار مفید است. سودمندی برنامه‌های ارتقاء مهارت‌های اجتماعی برای مقابله با پرخاشگری و سایر مشکلات حتی تا بزرگسالی تداوم می‌یابد و اثرات مثبتی بر سایر مشکلات سلامت همچون سوء مصرف مواد و رفتارهای جنسی نایمن دارد (رینولد و

1. Pajares and Urdan
2. Peyre.

تمپل^۱، ۲۰۰۸). همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر اولویت بندی اختلالات در نوجوانان را نشان داد، بدین نحو که مشکلات تفکر، مشکلات توجه، اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه، رفتار قانون شکنی و شکایات جسمانی، به ترتیب از مشکلات عاطفی رفتاری در گروه نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی بود.

-پیشنهاد می‌شود، مدیران سازمان بهزیستی کشور با عنایت به نقش مربیان مراکز شبانه روزی در آموزش مهارت‌های اجتماعی نوجوانان تحت سرپرستی، این مسئولیت را مشخصا در شرح وظایف مربیان درج کنند و عملکرد آنان را در این زمینه کنترل و ارزشیابی نمایند و امکانات لازم جهت ارتقای مهارت‌های اجتماعی و کاهش اختلالات عاطفی رفتاری نوجوانان تحت سرپرستی فراهم آورند، همچنین در پژوهش‌های آتی سایر مشکلات نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی، به‌ویژه مشکلات دختران تحت سرپرستی بررسی گردد و از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه استفاده شود.

- انیسی، ج.، سلیمی، س.ح.، میرزمانی، س.م.، رئیسی، ف.د. و نیکنام، م. (۱۳۸۶). بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان. *مجله علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۷۰-۱۶۳.
- پرویزی، س.، احمدی، ف.ا. و نیکبخت نصرآبادی، ع.ر. (۱۳۸۴). از هویت تا سلامت: تبیین تئوریک مفهوم سلامتی از دیدگاه نوجوانان. *طب و تزکیه*، ۴، ۳۷-۲۷.
- میرزایی، م. (۱۳۷۹). *بررسی درصد شیوع انواع اختلالات رفتاری کودکان ۶ تا ۱۲ سال از دیدگاه معلمان و والدین در مدارس شهرستان قزوین در سال تحصیلی ۷۸-۷۹*. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران.
- میرزایی، م. (۱۳۸۶). *مقایسه نوروپسیسم و رفتارهای ضد اجتماعی مابین نوجوانان پرورشگاهی و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۱)، ۵۲۹-۵۵۸.
- نجات، ن.، کاشانی تیا، ز. و معماریان، ر. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای رفتارهای بهداشتی دختران نوجوان تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران تحت سرپرستی خانواده. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۴(۱)، ۴۹-۵۹.
- نوران فر، س. و خانیجانی، ز. (۱۳۹۳). رابطه نقص در مهارت‌های اجتماعی با اضطراب و افسردگی کودکان ۷-۱۲ ساله. *اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم رفتاری*. مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه تهران. بهمن ۱۳۹۳.
- نیسی، ع.ک. و شهنی بیلاق، م. (۱۳۸۰). تأثیر آموزش ابراز وجود بر عزت نفس، اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی دانش‌آموزان پسر مضطرب اجتماعی دبیرستانی شهرستان اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۸(۳)، ۳۰-۱۱.
- یوسفی، ف. و خیر، م. (۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستانی در این مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱۸(۲)، ۱۵۸-۱۴۷.
- Abubakar -Abdullateef, A., Adedokun, B. & Omigbodun, O. (2017). A comparative study of the prevalence and correlates of psychiatric disorders in Almajiris and public primary school pupils in Zaria, Northwest Nigeria. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 29.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, *Youth, & Families*.

- Alexander, A.E & Mohapatra, B, (2015). Effect of Social Skill Training on Emotional Intelligence of Adolescents with Specific Learning Disability. *International Journal of Science and Research (IJSR)* ISSN (Online), 2319-7064.
- Çaman, ÖK. (2011) Adolescents Living in Orphanages in Ankara: Psychological Symptoms, Level of Physical Activity, and Associated Fac-tors. *Turkish J Psychiat*, 22(2), 1–10.
- Compas, B., Ey, S. & Grant, K. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323-344.
- Deković, M., Buist, K. & Reitz, E. (2004). Stability and changes in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 1-12.
- Efland, D. F. & Hansen, M. (2009). Anxiety and depression in a village of Lesotho: a comparison with the United States British. *Journal of Psychiatry*, 159, 343- 350.
- Gresham, F. M., Watson, T. S, & Skinner, C. H. (2001). Functional behavioral assessment: Principles, procedure, and futute directions. *Journal School psychology Review*, 30, 150-172.
- Gresham, F. M. & Elliott, S N. (2015). Social Skills Rating System Manual-Circle Pines, MN: *American Guidance Service*.
- Hyatt, K. J. & Filler, J. W. (2007). A comparison of the effects of two social skill training approaches on teacher and child behavior. *Journal of research in childhood education*, 22(1), 850, 85-96
- Jones, S. M., Eidelman, H. & Yudron, M. (2011). Poverty and Adolescent Development. In: B. B. Brown & M. J. Prinstein (Eds.). *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, 269-277), London: Academic Press.
- Kleinjan, M. & Engels, R. C. M. E. (2011). Addictions in Adolescence. In: B. B. Brown & M. J. Prinstein (Eds.). *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 3, 1-10), London, Academic Press.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 93-103.

- Miles, S. B. & Stipeck, D. (2006). Contemporaneous and longitudinal associations between social behavior and literacy achievement in a sample of low-income elementary school children. *Child development*, 77, 103-117.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moflehi, E., Rajabnejad, M., Farrokhi, N., Ansari Moghaddam, A. & Shamohammadi, M. (2013). Comparing Aggression, Anxiety, and Depression in the Third and Fourth Grade High School Girl Students Living in Boarding Schools, With Their Peers in Regular High Schools. *Islam Life Center Health*, 1(4), 1-14
- Nelson, L. E. (2009). An observational study of social skills learning within third, fourth and fifth grade. Indiana University of Pennsylvania.
- Nguyen, C., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P. & Barrette, G. (2005). Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 620-628.
- Peyre, H. et al. (2016). Emotional, behavioral and social difficulties among high-IQ children during the preschool period: Results of the EDEN mother-child cohort. *Personality and Individual Differences*, 94, 366-371.
- Reitz, E., Deković, M. & Meijer, A. (2005). The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 577-588.
- Reynolds, A. J. & Temple, J. A. (2008). Cost-effective early childhood development programs from preschool to third grade. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 109-139.
- Rotheram-Borus, M. J. et al. (2011). AIDS. In B. B. Brown & M. J. Prinstein (Eds.). *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 3, 30-40), London: Academic Press.

- Rutter, M. A. (1983). Children's behavior questionnaire for completion by teachers; preliminary findings. *Jornal of Psychol Psychiatry*, 8, 1-11
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). Synopsis of Psychiatry: *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th Eds). New York: 127-130.
- Uzunian, L. G. & Vitalle, M. S. d. S. (2015). *Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents*. *Ciencia & saude coletiva*, 20(11), 3495-3508.
- Vilsa, E. C. & Fryer, R. J. (2015). The Potential of Urban Boarding Schools for the Poor: Evidence from SEED. *Journal of Labor Economics*, 32(1), 65-93.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466