

مقایسه‌ی میزان خودکارآمدی اجتماعی، احساس تنهایی و امیدواری در دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد

فاطمه سنگ سفیدی^{۱*}، علیرضاملازاده^۲، مجتبی تمدنی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحدتهران جنوب، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحدآشتیان، آشتیان، ایران.

^۳ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحدتهران جنوب، تهران، ایران.

چکیده

این مقاله با هدف مقایسه‌ی میزان خودکارآمدی اجتماعی، احساس تنهایی و امیدواری دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده‌ی مواد شهر تهران در سال ۹۷ انجام شد. جامعه آماری کلیه دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده‌ی مواد شهر تهران بود. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۱۰۰ نفر دختر نوجوان دارای با و بدون پدر مصرف‌کننده‌ی مواد از جامعه مذکور می‌باشد. برای نمونه‌گیری از هر گروه ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب شدند. نوع پژوهش علی - مقایسه‌ای می‌باشد. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شده است: پرسشنامه تنهایی راسل، پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی، پرسشنامه امید به زندگی (LH). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از تحلیل واریانس (مانوا) با نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در بین دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده‌ی مواد، احساس تنهایی بیشتر و تحمل پریشانی کمتری را نسبت به گروه دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده‌ی مواد دارند. بین متغیر امیدواری تفاوت معناداری بین افراد دو گروه دیده نشد.

کلمات کلیدی: خودکارآمدی اجتماعی، احساس تنهایی، امیدواری، دختران نوجوان، مصرف مواد

مقدمه

یکی از رفتارهای والدین که اثرات مخربی بر فرزندان خواهد گذاشت، اعتیاد والدین است. از این رو اعتیاد والدین خصوصاً پدر موجب می‌شود روابط او با نوجوان مختل شده و تعهدات خود در قبال فرزند را نادیده بگیرد. چنین شرایطی برای نوجوان که در برهه‌ی حساس و پرتنش از زندگی قرار دارد و برای گذر از این مرحله به حمایت و محبت همه‌جانبه‌ی پدر نیاز دارد آسیب‌های فراوانی را به دنبال دارد، از قبیل این‌که نوجوان تحت تربیت پدر مصرف‌کننده نمی‌تواند از خود و توانایی‌هایش در جامعه درک صحیحی داشته باشد؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت این امر بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوان تاثیر مخرب دارد. خودکارآمدی از نظریه شناختی اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۹۷) گرفته شده است که اجمالا به معنای احساس رضایت و خشنودی نوجوان از حضور در میان گروه همسالان و خانواده و احساس پذیرش از جانب ایشان است. علاوه بر آنچه ذکر شد نوجوانی دوره ای است که در آن شخص مستعد ابتلا به اختلالات روانی می‌گردد. به ویژه علایم افسردگی، احساس تنهایی و کاهش امیدواری در بین دختران شایع تر است.

امید به زندگی را میتوان به طور ساده، میزان متوسط سال‌هایی که انتظار می‌رود یک فرد در یک کشور به آن عمر برسد، تعریف کرد امید به زندگی مقیاسی مستقیم برای سنجش طول زندگی مردم نیست چرا که می‌تواند با ارتباطات مختلف کاهش یا افزایش یابد و عوامل اجتماعی و روانی در افزایش آن، نقش دارند به عنوان مثال سوئیس کشوری است که طرفدار صلح و آرامش است و همین امر سبب شده مردم این کشور مانند دیگر کشورهای اطراف مدیترانه، امید به زندگی بالایی داشته باشند. از سوی دیگر امید درمانی از نظریه اشنایدر و اندیشه‌های بر گرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی و روایتی مشتق می‌شود. (اشنایدر و پترسون، ۲۰۰۵) و بر این هدف استوار است که به درمانجویان کمک کند تا اهداف را فرمول بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آنها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف بر انگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب بندی می‌کنند.

با توجه به این‌که نوجوانان به ویژه نوجوانان دختر دارای والدین دچار مصرف مواد از گروه‌های آسیب پذیر جامعه محسوب می‌گردند، یافتن راهکاری برای امیدواری در زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین با توجه به نقش منفی والدین مصرف‌کننده‌ی مواد در زندگی دختران و مطالب ذکر شده فوق، این افراد در معرض مشکلات گوناگون مربوط در چرخه‌ی زندگی بلوغ روبرو هستند. پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین میزان خودکارآمدی، احساس تنهایی و امیدواری در دختران نوجوان دارای والدین با و بدون سوء مصرف مواد تفاوت وجود دارد؟

مبانی نظری

مفاهیم و ماهیت تنهایی

احساس تنهایی^۱ یکی از نیازهای انسان، نیاز به تعلق داشتن است. این نیاز شامل آرزوی فرد برای ایجاد و حفظ حداقل روابط بین فردی مثبت و پایدار با دیگران است. نیاز به تعلق داشتن موجب انگیزش و هدایت افکار و هیجانات و رفتار بین فردی افراد می‌شود. البته در میزان و چگونگی ارضای این نیاز، تفاوت‌هایی نیز به چشم می‌خورد و ارضای آن نیز مستلزم داشتن تعاملات مثبت و زیاد با دیگران در یک موقعیت بادوام است که موجب خشنودی طرفین می‌شود. در نتیجه، افرادی که در ایجاد روابط رضایت بخش با دیگران مشکل دارند، دچار نوعی احساس کمبود می‌شوند که در آشفتگی‌هایی مانند احساس تنهایی تجلی پیدا می‌کند (هنریچ و گلونه^۲، ۲۰۰۶). به عبارتی دیگر احساس تنهایی، فرد را با احساس خلا غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تاثیر می‌گذارد. احساس تنهایی احساس ناخوشایندی است که در نتیجه کاستی در روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و عدم دسترسی به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید (منصوریان، صلحی، ادب و لطیفی، ۱۳۹۳).

^۱. Feeling Loneliness

^۲. Henrich & Gullone

علل احساس تنهایی

منشأ واقعی احساس تنهایی و یأس، در کودکی طفل است. وقتی که باید مورد توجه و مواظبت بوده، از وی مواظبت نکرده اند. وقتی در محیطی زندگی می کرده که در آن محیط از وی حمایت نمی شده است، دیگر این که نه تنها به او احترام نمی گذاشته اند، او را تحقیر هم می کرده اند. احساس تنهایی متعلق به موجود درمانده ای است که از هر طرف می رفته، با در بسته روبرو می شده است. متعلق به جوانی است که از کارهای مختلف عذرش را خواسته باشند. احساس تنهایی های ما ناشی از خاطرات گذشته است، روابطی که منجر به درگیری شده و اثرش در ذهن و حافظه مانده است. نتوانسته ایم این خاطرات را فراموش کنیم، چرا که این خاطرات به شکل های دیگر همچنان تجدید و تکرار شده اند. رفتار ما از یک سو ناشی از خلیات ماست، از سوی دیگر ناشی از تجربه های ماست. به علاوه هر لحظه در هر شرایطی حال ما ممکن است تغییر کند. (آزاد، ۱۳۸۵)

دو تجربه اصلی از دوران باستان تا امروز موجب شده که مردم دچار تنهایی شوند و از آن رنج ببرند، مرگ و تبعید هر دوی این تجربه ها از آن زمان تاکنون جزو واقعیت های زندگی بوده و هستند. ما با این دو تجربه می فهمیم برای اینکه در درون خویش و به دنبال آن در جهان خاج احساس انس و الفت کنیم، لازم است تا چه اندازه احساس ارتباط و پیوند را در درون خود بپرورانیم. (برستون، ۱۳۸۷).

شکست و خواریها به آسانی موجب محدود ساختن حوزه معاشرت می گردند، آدمی از ترس آنکه مبادا دوباره همان رنج ها را احساس کند؛ نقش خود را رها می کند، به وظیفه خود پشت پا می زند، از قبول وظایف خود می گریزد و از روابط خود با دیگران روگردان می شود و در مواردی که این حالت شدید باشد، فرد ممکن است از همه گریزان گردد. از هر نوع تماس عاطفی بپرهیزد. پناه بردن به بیماری و شدید ساختن علائم آن و ناچیز دانستن، نشانه ای بهبود یک نوع گریز از تماس با دیگران است. بیماری شخص را از عمل معاف می دارد، تکالیف و وظایف را از میان برمی دارد و سبب می شود دیگران نسبت به او احترام و ملاحظه عمل کنند. (منصور، ۱۳۷۵. نقل از حسینی تیلکو، ۱۳۸۸).

هنوز و به درستی و به صورت قطعی روشن نیست که علت احساس تنهایی چیست. شاید آن هم به دلیل این باشد که حصول اطمینان درباره علل تنهایی مستلزم آزمایشات غیراخلاقی است که متضمن شرایطی می باشد که افراد را وادار به احساس تنهایی نماید. با وجود این پژوهشها، همبستگی چندین علت موجه و محتمل را به دست داده است. نخست افرادی که احساس تنهایی می کنند معمولاً از مهارت های اجتماعی ضعیفی برخوردارند و احساس می کنند که دیگران آنها را در بعضی از زمینه های اجتماعی نسبتاً غیرماهر می دانند (هور، ونیز، فرنچ ۱۹۷۹). نقل از تهی دست، (۱۳۸۲).

الگوهای نظری احساس تنهایی نیز بر اهمیت ادراک ناپستگی های موجود در روابط میان فردی به عنوان منبع احساس تنهایی و در مقابل ویژگی های عینی روابط فردی با دیگران از قبیل دوستان، فراوانی تماس اجتماعی تأکید کرده اند. (کاترونا، ۱۹۸۲، پیلاو و پرلمن ۱۹۸۲). نقل از تهی دست، (۱۳۸۲).

کاترونا عنوان کرده است که مقادیر کیفی مثلاً رضایت از روابط اجتماعی پیش بینی های بهتری برای احساس تنهایی هستند، تا اندازه ای شبکه میان فردی و یا فراوانی و مقدار تماس اجتماعی افراد مبتلا به احساس تنهایی همچنین نسبت به مهارت های اجتماعی خود مستعد، تجربه اضطراب زیادی هستند، این بدان معناست که حتی اگر یک فرد از مهارت های اجتماعی بسیار مناسبی برخوردار باشد، احساس اضطراب نسبت به آن مهارت ها ممکن است تا اندازه ای باشد که احساس تنهایی را ایجاد کند و دو عامل کلی مرتبط با این عمل را عزت نفس پایین و عدم تمایل به استفاده از منابع حمایت اجتماعی می داند. (دو^۳ و دیگران ۱۹۹۳) (نقل از جابری، ۱۳۸۵)

خانواده نیز می تواند به عنوان یکی از علت های احساس تنهایی مورد بررسی قرار گیرد. اگر خانواده را به شکل زنجیره به هم پیوسته ای در نظر بگیریم برخلاف باورهای موجود باید گفت که هر یک از حلقه های این زنجیره متناسب با جایگاه خود مسائل و مشکلات خود را دارد. (احدی، ۱۳۷۸)

در نتیجه عوامل به دست آمده، پنج عامل بیرونی ممکن است باعث بروز تنهایی شوند و غالباً به صورت منظم تکرار می شوند:

³ Doo

- ۱- فقدان شبکه اجتماعی
- ۲- سوءاستفاد یا طرد
- ۳- شکست عشقی
- ۴- گمگشتگی
- ۵- ناهمخوانی با محیط

فقدان شبکه اجتماعی از پراکنده ترین موضوعاتی است که اغلب نویسندگان از آن نام می برند. مردم دور هم جمع می شوند و صحبت می کنند؛ اما این افراد به طریقی اندیشه هایشان سالم نیست و منابع حمایت اجتماع را برای خود می خواهند. سوءاستفاده یا طرد از سوی منابع متعددی چون والدین، دوستان صمیمی اعمال می شود. (Sean, ۲۰۰۱) (نقل از جابری، ۱۳۸۵)

مفهوم خودکارآمدی

خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت باندورا روان شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوتهای فرد به تواناییهای خود در انجام وظایف و مسئولیتها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان شناختی اشاره دارد، تأکید می کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می گذارند. باندورا (۲۰۰۳) اثرات یک بعدی محیط بر رفتار فرد که یکی از فرضیه های مهم روان شناسان رفتار گرا بوده است، را رد کرد. انسانها دارای نوعی نظام خود کنترلی و نیروی خود تنظیمی هستند و توسط آن نظام برافکار، احساسات و رفتار های خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین کننده ای ایفا می کنند (کرامتی، ۱۳۹۲).

خودشناسی از طریق پردازش مهارتهای شناختی، انگیزشی و عاطفی که عهده دار انتقال دانش و تواناییها به رفتار ماهرانه هستند، فعال می شود. به طور خلاصه، خودکارآمدی به داشتن مهارت یا مهارتها مربوط نمی شود، بلکه داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیتهای مختلف شغلی، اشاره دارد. باور کارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف توسط افراد مختلف با مهارتهای مشابه در موقعیتهای متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای کارآمدی آنان وابسته است. مهارتها می توانند به آسانی تحت تأثیر خودشکی یا خود تردیدی قرار گیرند، در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، از تواناییهای خود استفاده کمتری می کنند. به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می سازد تا با استفاده از مهارتها در برخورد با موانع، کارهای فوق العاده ای انجام دهند. بنابراین، خودکارآمدی درک شده عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد و مهارتهای اساسی لازم برای انجام آن است (عبدالهی، ۱۳۹۰).

حالت های فیزیولوژیکی و هیجانی

افراد یادگرفته اند که عملکرد ضعیف یا ادراک شکست را با برپایی فیزیولوژیکی آزار دهند و موقعیت را با حالت های احساس لذت بخش تداعی کنند؛ بنابراین وقتی افراد از برپایی فیزیولوژیکی ناخوشایند در مقایسه با برپایی فیزیولوژیکی خوشایند آگاه می شوند، صلاحیت خودشان را زیر سوال برند. البته باید توجه داشت نشانگرهای فیزیولوژیکی با برپایی خودکارآمدی متفاوت است. وقتی برپایی فیزیولوژیکی و هیجانی بالا باشد، سطح خود کارآمدی او پایین خواهد بود. مردم واکنش های استرسی و تنش هایشان را به عنوان علامت آسیب پذیری شان در برابر عملکرد ضعیف تفسیر می کنند. در فعالیت های قدرتی مردم شکست و درد را به عنوان نشانه های ضعیف جسمانی می پندارند. خستگی، از نفس افتادن و درد، نشانه های عدم کارایی بدنی است. به علاوه عدم برانگیختگی دستگاه عصبی خود مختار احساس کارآمدی فرد را زیاد می کند و برانگیختگی زیاد، نشانه عدم کارآمدی است و سطح برانگیختگی بر خود کارآمدی موثر است و بسته به این است که این برانگیختگی چگونه

تفسیر می‌شود اگر موقع روبه روشن شدن با تکلیف، مضطرب و نگران باشید خودکارآمدی پایین می‌آید. اگر هیجان زده باشید خودکارآمدی بالا می‌رود. با بکاربردن این چهار منبع اطلاعاتی، بندورا دریافته است که امکان دارد سطح خودکارآمدی یک فرد رابه راه‌های ویژه‌ای بالا ببریم:

۱) قراردادن او در معرض تجربه‌های موفق از طریق ترتیب دادن هدف‌های قابل دسترس و همچنین افزایش امکان حصول عملکرد او.

۲) قراردادن شخص در معرض الگوهای مناسبی که در عمل موفق هستند. افزودن تجربه‌های جانشینی موفق او.

۳) فراهم کردن متقاعدسازی و تشویق‌های کلامی از قبیل گفتن به او که توانایی عملکرد موفق را دارد.

۴) تقویت برانگیختگی فیزیولوژیایی از طریق مثلاً رژیم غذایی یا برنامه‌های ورزشی و در واقع افزایش دادن نیرومندی و انرژی حیاتی (فوشه، ۱۳۹۸).

پیشینه پژوهش

در پژوهش پور کرد، ابوالقاسمی، نریمانی، رضایی جمالویی (۱۳۹۲) تحت عنوان «بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم خودکارآمدی، تکانشگری، فعالسازی - بازداری رفتاری و مهارت‌های اجتماعی بر سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان» نشان دادند که افزایش سطوح تکانشگری و سیستم فعالسازی رفتاری و مهارت‌های اجتماعی میزان سوء مصرف مواد را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد

دارابیگی و اسلامیه (۱۳۹۴) تحقیقی با عنوان بررسی رابطه بین مدیریت دانش با خودکارآمدی، خلاقیت و هوش سازمانی در بین کارکنان معاونت‌های آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام دادند. یافته‌های تحقیق نشان داد که وضعیت مدیریت دانش خلاقیت خودکارآمدی و هوش سازمانی در بین کارکنان معاونت‌های آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بالاتر از متوسط می‌باشد همچنین رابطه معناداری بین مدیریت دانش با خلاقیت خودکارآمدی و هوش سازمانی در بین کارکنان مورد مطالعه وجود دارد استقرار مدیریت دانش در فضای سازمان خلاقیت خودکارآمدی و هوش سازمانی کارکنان را در جهت رشد و تعالی سازمانی در پی خواهد داشت.

جانگ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی که به منظور بررسی پیامدهای روانشناختی احساس تنهایی بر روی نمونه وسیعی از دختران کره‌ای انجام داد، نتیجه‌گیری که مشکلات دوران بلوغ می‌تواند تهدیدی برای سلامت روان شناختی دختران محسوب شود و افسردگی را برای آنان به همراه آورد. آنها همچنین در پژوهش خود نتیجه‌گیری کردند که به منظور بهبود وضعیت روانشناختی و جسمانی در این افراد باید اقداماتی در جهت کاهش مولفه‌های درماندگی روانشناختی از جمله افسردگی برداشته شود.

جانسون (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان داد که مجروحین جنگی دچار استرس پس از سانحه که دارای سطوح پایینی از امید بودند، پس از افزایش میزان امید، کیفیت زندگی بهتری داشتند.

کاو و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند افرادی سطوح بالاتری از امید را داشتند پرضمانی کمتری از خود نشان می‌دادند.

دامرون رودریگز و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود بیان کردند آموزش امید می‌تواند باعث افزایش بهداشت و پذیرش همسران جانبازان در مراقبت از خود می‌باشد.

مارکز و همکاران (۲۰۱۱) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر امید بر افزایش امید، رضایت از زندگی، عزت نفس و سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع متوسطه به انجام رساندند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مداخله کوتاه مدت مبتنی بر امید (مداخله طی ۵ هفته انجام شد) منجر به افزایش امید، رضایت از زندگی، و عزت نفس و احساس خودارزشمندی دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است و این آثار تا ۱۸ ماه پس از اجرای درمان تداوم داشته است.

روش تحقیق

هدف از روش تحقیق این است که مشخص شود برای بررسی موضوعی خاص چه روش تحقیقی لازم است و محقق چه روشی یا شیوه‌ای را اتخاذ کند تا او هر چه دقیق تر و سریع تر به پرسش یا پرسش‌های موردنظر دست یابد. از آنجایی که در تحقیق حاضر، جمع آوری اطلاعات برای آزمون فرضیه‌ها یا پاسخ به سوال‌های مربوط به وضعیت فعلی می‌پردازد. پژوهش حاضر از نظر هدف در حیطه تحقیقات کاربردی خواهد بود و با توجه به اینکه در این پژوهش از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای و نیز روش‌های میدانی نظیر پرسشنامه استفاده خواهد شد، می‌توان بیان کرد که پژوهش حاضر بر اساس ماهیت و روش، یک پژوهش علی-مقایسه‌ای خواهد بود.

پرسشنامه احساس تنهایی

پرسشنامه احساس تنهایی توسط دهشیری، برجعلی، شیخی و حبیبی عسکر آباد (۱۳۸۷) شامل ۳۸ سوال تهیه شده است. این پرسشنامه سه مولفه «احساس تنهایی ناشی از ارتباط خانواده با سوالات ۴، ۲، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷»، «احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان با سوالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۸» و «نشانه‌های عاطفی تنهایی ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۴، ۳۶» را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری آن به صورت ۵ درجه‌ای به این صورت که خیلی زیاد نمره ۰، زیاد نمره ۱، متوسط نمره ۲، کم نمره ۳ و خیلی کم نمره ۴ تعلق می‌گیرد. سوالات ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که خیلی زیاد نمره ۴، زیاد نمره ۳، متوسط نمره ۲، کم نمره ۱ و خیلی کم نمره ۰ نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس احساس تنهایی و سه خرده مقیاس آن از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۰، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ است. اعتبار بازآزمایی مقیاس در مورد ۳۷ نفر از دانشجویان با فاصله‌ی زمانی دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۴، خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است (صدری دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵). در پژوهش بر روی افراد سالمند شهر تهران برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب کل سوالات ۰/۸۷ به دست آمده که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است (نجفی، دبیری، دهشیری و جعفری، ۱۳۹۲).

پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه ی امید به زندگی میلر (۲۰۰۱) مشتمل بر ۳۳ ماده است که آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌گویند. حداکثر نمره در این آزمون ۹۹ است، هرچه فرد نمره ی بالاتری کسب کند نشان دهنده ی امید به زندگی بیشتر است.

مقیاس خود کار آمدی اجتماعی نوجوانان (۱۲-۱۹)

مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان در سال ۱۹۸۹ توسط کنلی یه منظور سنجش میزان خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان ساخته شد. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که دارای ۲۵ عبارت است، آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۷ درجه ای (از غیرممکن = ۱ تا بیش از حد ساده = ۷) مشخص سازد که هر یک از عبارات آزمون تا چه حد معرف شخصیت اوست. مقیاس خودکارآمدی نوجوان دارای ۵ زیر مقیاس: قاطعیت اجتماعی (۵ عبارت)، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی (۵ عبارت)، شرکت در گروه‌های اجتماعی (۵ عبارت)، جنبه‌های دوستی و صمیمیت (۷ عبارت)، و کمک کردن یا کمک گرفتن (۳ عبارت). نمره کل آزمون بین ۲۵ تا ۱۷۵ قرار دارد و نمرات بالاتر حاکی از سطح بالای خودکارآمدی اجتماعی آزمودنی هستند.

شیوه ی نمره گذاری

شیوه ی نمره گذاری گزینه‌های مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان به این شرح است:

L غیر ممکن = ۱ بسیار سخت = ۲ سخت = ۳ کمی سخت = ۴ ساده = ۵ بسیار ساده = ۶ بیش از حد ساده = ۷

برای به دست آوردن نمرات زیرمقیاس های، مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان باید نمره ی همه ی عبارات مربوط به زیر مقیاس موردنظر را با هم جمع کنید.

عبارات مربوط به هر زیر مقیاس:

زیر مقیاس قاطعیت اجتماعی: ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۰، ۲

زیر مقیاس عملکرد در موقعیت های اجتماعی: ۲۳، ۱۵، ۸، ۷، ۶

زیر مقیاس شرکت در گروه های اجتماعی: ۱۹، ۱۳، ۱۱، ۹، ۳

زیرمقیاس جنبه های دوستی و صمیمیت: ۲۵، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۴، ۴، ۱

زیر مقیاس کمک کردن یا کمک گرفتن: ۲۴، ۱۸، ۵

برای به دست آوردن نمره کلی کافی است امتیاز همه ی ۲۵ عبارت را با هم جمع کنید.

ویژگی های روانسنجی

هنجار یابی: به منظور هنجار یابی مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان این آزمون بر روی سه گروه نمونه از دانش آموزان اجرا شد. نمونه اول شامل ۸۷ نوجوان ۱۴ تا ۱۹ ساله یک دبیرستان بزرگ حومه ی شهر بود. نمونه دوم شامل ۷۶ نوجوان ۱۳ تا ۱۶ ساله از یک دبیرستان کوچک حومه شهر و نمونه سوم ۷۹ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله یک مرکز درمان اختلالات روانی که مبتلا به نشانگان برونی سازی، درونی سازی یا ترکیبی از این دو بودند، می شد. نمره میانگین د گروه اول ۱۲۲/۲۷ (۱۸/۴۸=اس دی)، در گروه دوم ۱۲۸/۷۶ (۱۸/۴۸=اس دی) و در گروه سوم ۱۱۲/۸۱ (۲۸/۴۱=اس دی) بود.

اعتبار

ضریب آلفای کرونباخ در گروه اول ۰/۹۰، در گروه دوم ۰/۹۲ و در گروه سوم ۰/۹۵ گزارش شده است. پایایی حاصل از روش بازآزمایی در گروه اول در یک فاصله ی دو هفته ای ۰/۹۴ بوده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی برای مردان ۰/۸۱ و برای زنان ۰/۸۶ گزارش شده است. اعتبار: اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان از طریق همبستگی معناداری با تعدادی از مقیاس های خود پنداره و سازگاری به اثبات رسیده است. همبستگی مثبت معناداری بین نمرات مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان و مقیاس نیم رخ ادراک خود (هارتر، ۱۹۸۲) در گروه اول و دوم دیده شد. همچنین بین نمرات این مقیاس و مقیاس سازگاری برای ارزیابی گروه سنجی دانش آموزان دبیرستانی (پرینز و همکاران، ۱۹۷۸) نیز همبستگی معناداری مشاهده شده است. نمرات مقیاس خودکارآمدی اجتماعی دو گروه نوجوانان دبیرستانی با زیر مقیاس های کناره گیری اجتماعی (۷=۰/۳۹) و صلاحیت اجتماعی (۷=۰/۲۳) و نمرات گروه نوجوانان مبتلا به اختلالات روان تنی با نمره زیر مقیاس کناره گیری اجتماعی (۷=۰/۲۵) همبستگی داشت.

تجزیه و تحلیل داده ها

یافته های استنباطی

برای آزمون فرضیه فوق از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شده است. این آزمون روش آماری است که اجازه می دهد اثر متغیر مستقل بر متغیر های وابسته مورد بررسی قرار گیرد. تمام این کارها را به طور همزمان انجام می دهد؛ بنابراین می تواند تفاوت بین سطوح مختلف یک متغیر وابسته را واریانس و همچنین تفاوت آنها را در ترکیبی جدید از چندین متغیر وابسته نیز سنجد. قبل از اجرای تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) لازم است موارد زیر مورد بررسی قرار گیرد. ۱- وجود همگنی ماتریس های واریانس و کوواریانس ۲- نرمال بودن توزیع داده های چند متغیری ۳- یکسانی واریانس ها فرضیه اصلی: بین خود کار آمدی اجتماعی، احساس تنهایی و امیدواری نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد تفاوت وجود دارد.

جدول (۱) نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف

متغیر	مقدار Z	سطح معنی داری
خود کار آمدی اجتماعی	۱/۵۳	۰/۰۱۱۸
احساس تنهایی	۱/۵۴	۰/۲۱۰
امیدواری	۱/۱۱۰	۰/۰۵۱

با توجه به جدول ۱؛ سطح معنی داری متغیر های خود کار آمدی اجتماعی، احساس تنهایی و امیدواری بیشتر از $p > 0/01$ است با توجه به مقدار p و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها نرمال است و انجام آزمون مانوا بلا مانع است.

جدول (۲) آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس

۵۳/۰۱۰	Box's M
۰/۵۴۱	F
۶	Df ₁
۶/۹۵	Df ₂
۰/۲۱۰	Sig

همانطور که آزمون باکس (جدول ۲) نشان می دهد با توجه به معنی دار نبودن مقدار $P \geq 0/01$ ، $F(6,6/95) = 6/95$ ، فرض تساوی ماتریس های واریانس کواریانس تایید می شود و توزیع چند متغیری نرمال بوده؛ لذا می توان نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری گزارش کرد.

جدول (۳) آزمون لون برای بررسی همگنی یا یکسانی واریانس

متغیر	F	df1	df2	Sig
خود کار آمدی اجتماعی	۰/۴۳۴	۱	۹۸	۰/۰۴۰
احساس تنهایی	۰/۵۲۲	۱	۹۸	۰/۰۲۴
امیدواری	۰/۲۱۶	۱	۹۸	۰/۵۱۰

آزمون لون (جدول ۳) برای بررسی فرض یکسانی واریانس ها انجام می پذیرد. با توجه به نتایج آزمون لون معنی دار نبودن لون، برابری واریانس ها متغیر های وابسته برقرار بوده و اجرای آزمون مانوا امکان پذیر است.

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	F	Sig	ایتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۶۱	۳	۹۶	۶/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۹۹۴	۱

جدول ۴. نشان می دهد که f محاسبه شده در همه آزمون ها معنی دار است. مقدار توان آماری ۱ به دست آمده است؛ یعنی در صورتی که این آزمایش ۱۰۰ مرتبه تکرار شود در ۱۰۰ درصد از موارد فرضیه صفر غلط رد می شود. لازم به ذکر است که توان آماری ۱ به معنی کفایت حجم نمونه نیز می باشد.

جدول ۵) نتایج مقایسه خود کار آمدی اجتماعی، تکانشی بودن و سبک دلبستگی نوجوانان با و بدون پدر

مصرف کننده مواد

منابع تغییرات	مجموع مجذورات Ss	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری
خود کار آمدی اجتماعی	۲۶۸۹۶	۱	۲۶۸۹۶	۴۲۴/۱۷۳	۰/۰۰۰
احساس تنهایی	۴۵۹۶۷/۳۶	۱	۴۵۹۶۷/۳۶	۹۴۶/۲۱۲	۰/۰۰۰
امیدواری	۲۱۲۱۵۲/۳۶	۱	۲۱۲۱۵۲/۳۶	۸۳۲/۹۶۸	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص شد، بین خود کار آمدی اجتماعی، احساس تنهایی و امیدواری دختران دارای پدر با و بدون مصرف کننده‌ی مواد تفاوت معنادار وجود دارد. (۰/۰۱)

فرضیه ۱: بین خود کار آمدی اجتماعی دختران با و بدون پدر مصرف کننده مواد تفاوت وجود دارد.

جدول ۶) نتایج آزمون تی مستقل مقایسه خود کار آمدی اجتماعی دختران با و بدون پدر مصرف کننده‌ی مواد

منابع تغییرات	میانگین تفاوت ها	درجه آزادی Df	تی مستقل T	F	سطح معنی داری
خود کار آمدی اجتماعی	-۳۲/۸۰	۹۸	-۲۰/۵۹۵	۴/۳۵	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۶ بین خود کار آمدی اجتماعی نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد $T(۹۸) = ۲۰/۵۹۵$ تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱).

فرضیه ۲: بین احساس تنهایی دختران نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد تفاوت وجود دارد.

جدول ۷) نتایج آزمون تی مستقل مقایسه احساس تنهایی نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد

منابع تغییرات	میانگین تفاوت ها	درجه آزادی Df	تی مستقل T	F	سطح معنی داری
احساس تنهایی	-۴۲/۸۸	۹۸	-۳۰/۷۶۱	۵/۳۲	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۷ احساس تنهایی دختران نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد $T(۹۸) = ۳۰/۷۶۱$ تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱).

فرضیه ۳: بین امیدواری نوجوانان دختر با و بدون پدر مصرف کننده مواد تفاوت وجود دارد.

جدول ۸) نتایج آزمون تی مستقل مقایسه امیدواری نوجوانان با و بدون پدر مصرف کننده مواد

منابع تغییرات	میانگین تفاوت ها	درجه آزادی Df	تی مستقل T	F	سطح معنی داری
امیدواری	-۹۰/۱۷	۹۸	-۲۷/۸۶۰	۲۱/۶۰۰	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۸ بین امیدواری دختران با و بدون پدر مصرف کننده مواد $T(۹۸) = ۲۷/۸۶۰$ تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱).

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش: فرضیه اصلی پژوهش

بین میزان خودکار آمدی، احساس تنهایی و امیدواری در دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود دارد. برای آزمون فرضیه فوق از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شده است. این آزمون روش آماری است که اجازه می‌دهد اثر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گیرد و این موارد را به طور همزمان انجام می‌دهد؛ بنابراین می‌تواند تفاوت بین سطوح مختلف یک متغیر وابسته را واریسی و همچنین تفاوت آنها را در ترکیبی جدید از چندین متغیر وابسته نیز می‌سنجد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌هایی که بر اهمیت نقش خانواده و به طور کلی کارکرد مناسب خانواده به عنوان عامل محافظی برای نوجوانان در برابر مشکلات مصرف مواد والدین اشاره کرده‌اند (شوارتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ سالی و همکاران، ۲۰۰۵؛ شوارتز و همکاران، ۲۰۰۹؛ پرادو و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترسا و همکاران، ۲۰۱۱؛ جسور و همکاران، ۲۰۰۳)، همسو است. در ایران نیز نتایج پژوهش‌هایی از جمله سلمانی و همکاران (۱۳۹۳)، ابراهیمی ثانی و همکاران (۱۳۹۲)، خسروی و همکاران (۱۳۸۶) و زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۸۵) بر نقش کلیدی خانواده در گرایش نوجوانان به رفتارهای مشکل‌زا تاکید کرده‌اند. کارکرد ضعیف خانوادگی حاصل از مصرف مواد در پدر، می‌تواند موجب بروز مشکلات رفتاری برای نوجوان شود. به علاوه، با توجه به این واقعیت که مشکلات رفتاری کودکی احتمالاً در نوجوانی ادامه پیدا می‌کنند (برویدی و همکاران، ۲۰۰۳)، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد بهبود مصرف مواد در پدر خانواده می‌تواند افزایش مشکلات رفتاری در نوجوانی را هم به شکل مستقیم و هم از طریق کاهش مشکلات احساس تنهایی، متوقف کند. خانواده می‌تواند نقش خود را از طریق صمیمیت و نزدیکی متعادل، قواعد و نقش‌های مشخص و منظم که به نظارت بهتر بر رفتار نوجوان کمک کند، سبک والدگری صحیح که شامل میزان متعادلی از توجه به استقلال فردی در کنار کنترل و نظارت باشد بر احتمال درگیری نوجوان در رفتار مشکل‌زا تاثیر می‌گذارد. محیط خانوادگی نوجوانانی که بیشتر درگیر رفتارهای مشکل‌زا می‌شوند عمدتاً شرایط را برای شروع این رفتارهای و ادامه دادن به آن فراهم می‌کند. مواردی که در ادامه ذکر می‌شود حاصل مصرف مواد در پدر است و شامل صمیمیت ناکافی در بین اعضای خانواده، نظارت ضعیف بر رفتارهای فرزندان، انعطاف‌ناپذیری خانواده در قوانین و نقش‌های خود، خصومت بین والدین (مرد مصرف‌کننده و همسرش) یا با فرزندان در خانواده‌های دارای نوجوان درگیر در رفتارهای مشکل‌زا بیشتر دیده می‌شود (ترسا و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش‌های فراوانی نیز به وجود ارتباط مستقیم میان حمایت خانواده و بهداشت روانی نوجوان اشاره کرده‌اند، پس طبیعی است که در خانواده‌های درگیر مصرف مواد، شاخص‌های سلامت روانی و انسجام پایین باشد. خانواده باید بکوشد تا به طور همزمان هم اجازه تغییر و تجربه کردن را به نوجوان بدهد و از تلاش او برای کسب شایستگی‌های فردی حمایت کند و هم رابطه ای با ثبات با نوجوان برقرار کند تا از او در مقابل انحرافات رفتاری محافظت نماید (پترسون^۴، بوش^۵ و ساپل^۶، ۱۹۹۹).

فرضیه فرعی اول

- بین میزان خودکار آمدی در دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود دارد. این فرضیه مورد آزمون قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که بین خودکارآمدی دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی دختران نوجوان با پدر مصرف‌کننده مواد کمتر از گروه دیگر است. این یافته با نتایج پژوهشی صلیحی (۱۳۹۱)، مسعودنیا (۱۳۸۷)، جهان ملکی (۱۳۸۸)، ملکی پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، رودباخ (۲۰۰۶) و هاسلم و همکاران (۲۰۰۶) همسو است. نتایج پژوهش ملکی پیربازاری (۱۳۹۱) نشان داد که خودکارآمدی نقش واسطه‌ای در رابطه با حمایت اجتماعی و افسردگی داشته و بیشترین تاثیر را بر علایم افسردگی افراد مورد مطالعه داشت. بندورا (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد که میزان خودکارآمدی بر سلامت ذهنی تأثیرگذار است و احساس کارایی پایین در نمونه‌ای از نوجوانان با افسردگی رابطه‌ی معناداری داشته است.

⁴ Peterson

⁵ Bush

⁶ Supple

در همین راستا روش های درمانی به ویژه شناختی- رفتاری، قادر است علاوه بر اینکه احساس تنهایی و ناامیدی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را کاهش دهد، با افزایش خود کارآمدی عمومی آنها، از میزان مشکلات این بیماران نیز بکاهد. در بعد نظری، خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالات هیجانی دارد و چهارچوبی مفید در تبیین افسردگی است (موریس، ۲۰۰۲). بدین نحو که 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 برمی‌انگیزاند. در این حالت، فرد مسأله دار که خود را در به دست آوردن پیامدهای با ارزش ناتوان می‌بیند، افسرده می‌شود. از نظر بندورا (۲۰۰۲) افرادی که احساس کارآمدی پایینی دارند، احساس می‌کنند که درمانده هستند و نمی‌توانند رویدادهای زندگی خود را کنترل کنند. آنها معتقدند که هرگونه تلاشی که می‌کنند بیهوده است؛ بنابراین، می‌توان گفت که قضاوت‌های فرد در کارایی خود، هسته‌ی اصلی احساس بی‌کفایتی افراد افسرده است که هنگام ناتوانی در تاثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی تجربه می‌کنند.

فرضیه فرعی دوم

- بین میزان احساس تنهایی در دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود دارد. طبق تحلیل آماری به عمل آمده این فرضیه پذیرفته شده و بین افراد دو گروه تفاوت معنا دار دیده می‌شود
این یافته با نتایج پژوهشی محمدیان (۱۳۷۶) کریمی و همکاران (۱۳۹۲)، عابدینی نسب (۱۳۸۳) و رنجبر و همکاران (۱۳۸۹) و نیز پژوهش اسمیت (۱۹۹۱)، اکسو (۲۰۰۱)، هاپس و همکاران (۲۰۱۱) همسو است.
در تبیین معناداری این فرضیه باید گفت که هرچند احساس تنهایی هستی‌گرا در هر فردی به صورت فطری وجود دارد (اتما و همکاران^۷، ۲۰۱۰)، که می‌تواند ریشه در عواملی مانند غفلت از خداوند و منبع یاری‌رسان حقیقی داشته باشد، اما در زندگی اجتماعی، احساس تنهایی حالتی است که در آن فرد فقدان روابط با دیگران را ادراک یا تجربه می‌کند. این احساس تنهایی شامل عناصر اصلی و مهمی مانند احساس نامطلوب در فقدان یا از دست دادن همدم، جنبه‌های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگری است (دی یانگ گیرولد^۸، ۱۹۹۸). درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، می‌تواند یکی از عمده‌ترین ناراحتی‌های اختلال افسردگی اساسی یعنی احساس تنهایی را در این بیماران کاهش دهد و به آنها کمک کند که در برخورد با مشکلات ناشی از احساس تنهایی، رفتار و کارکرد مناسب‌تری داشته باشند. از سویی، هر چند احساس تنهایی با مشکلات دیگری مانند افسردگی، کمرویی، خشم، رفتار خودانزواطلبانه و مانند این‌ها تداخل دارد (تیکه^۹، ۲۰۰۹)؛ اما از آنجا که احساس تنهایی، به عنوان یک متغیر پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی نیز مطرح هست (اکسو، ۲۰۰۱)، در این پژوهش به عنوان یک سازه‌ی روان شناختی مستقل از دیگر مشکلات در نظر گرفته شد. همچنین با توجه به فرهنگ جامعه، عواملی مانند تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نیز نشانه‌های عاطفی تنهایی (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷) مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

همچنین، از آن جا که احساس تعلق به خانواده و دوستان، داشتن نقاط مشترک با عقاید و باورهای آنها و نیز حمایت‌های مالی و عاطفی از جانب آنها، احساس‌های عمیقی را در فرد برمی‌انگیزد. پژوهش حاضر نشان داد که این یافته‌ی نظری و تجربی که در افراد افسرده، احساس تعلق و نیز روابط متقابل به نوعی دچار اختلال است و در این بیماران یک احساس منفی در زمینه‌ی نیاز به صمیمیت، احساس طرد شدگی، ادراک عدم تعلق، بی‌لذتی، بدبینی و زودرنجی در آنها تجربه می‌شود (اسپینر^{۱۰}، ۱۹۹۳)، قابل ترمیم است. یافته‌ی پژوهش‌های مختلف بیانگر آن است که گروه درمانی شناختی- رفتاری نه تنها قادر است احساس تعلق و پیوند به خانواده و دوستان را در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی زنده کند، بلکه ماهیت این روابط را به طور نسبی تغییر داده و احساس مثبت عاطفی فرد را نسبت به خود نیز بهبود می‌بخشد.

در زمینه‌ی تأثیر روش درمان گروهی شناختی- رفتاری بر افزایش خودکارآمدی عمومی همسو است. نتایج پژوهش عابدینی نسب (۱۳۸۳) نشان داد که احساس تنهایی در بیماران افسرده بیشتر از گروه سالم است و تجربه‌ای است که به طور ویژه‌ای در

⁷.Ettema et al

⁸.De Jong Gierveld

⁹.Theeke

¹⁰.Speener

جداسازی گروه بیمار از گروه سالم کمک می‌کند. ملکی پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت از جانب دوستان به طور مستقیم و حمایت خانواده به طور غیرمستقیم بر علایم افسردگی اثر دارد. نتایج این پژوهش همچنین از جهاتی با یافته‌های پژوهشی کاپلیز (۲۰۰۰)، کاش و فلمینگ (۲۰۰۰)، موریس و همکاران (۲۰۰۱)، سمپسون و کارلسون (۲۰۰۱)، هویچن (۲۰۰۶)، هاسلم و همکاران (۲۰۰۶)، روبیت و همکاران (۲۰۰۷)، دانیال و استرانک (۲۰۱۰) و هاپس و همکاران (۲۰۱۱) هماهنگ است. علاوه بر این، نتایج این پژوهش در زمینه اثر مستقیم خودکارآمدی بر افسردگی، با نتایج تحقیقات بندورا و همکاران (۱۹۹۹)، دوینس (۱۹۸۲)، موریس و همکاران (۲۰۰۱) همسویی دارد.

یکی از مشکلات عمده‌ای که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی دارند، احساس تنهایی است. گستردگی ماهیت احساس تنهایی، بسیاری از پژوهشگران را بر آن داشته است تا افزون بر تعریف و مفهوم سازی و بررسی ارتباط آن با سایر متغیرها و مشکلات، به شناسایی عوامل تشکیل دهنده، ی آن بپردازند. در پژوهش حاضر، عوامل تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نیز نشانه، های عاطفی تنهایی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی- رفتاری در کاهش احساس تنهایی به ویژه تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در بیماران با افسردگی اساسی اثر معنادار دارد. از آنجا که احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه‌های افسردگی و نیز به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد آسیب‌های روانشناختی مورد توجه بوده است (شیبانی تدرجی، ۱۳۸۹)، گویای کاستی‌ها و کمبودهایی در برقراری پیوندهای عاطفی و اجتماعی است. قابل ذکر است که تنهایی و تنها ماندن با اینکه با هم رابطه دارند، اما این احساس به معنی دور ماندن فیزیکی از دیگران نیست. چیره‌شدن بر احساس تنهایی بی‌آنکه فرد تماس دائمی و منظمی با دیگران داشته باشد، کاری بسیار دشوار است. افراد افسرده که دچار احساس تنهایی هستند، بیشتر فرصت ارتباط‌های اجتماعی را از دست می‌دهند، زیرا گرایشی به انجام این کار ندارند (دیوریو^{۱۱}، ۲۰۰۳). مداخله‌ی شناختی- رفتاری بر روی افراد با افسردگی اساسی، احساس‌های عمیقی را در رابطه با احساس تعلق به خانواده و رابطه با دوستان در این بیماران برمی‌انگیزد و به آنها کمک کند تا در برخورد با مشکلات ناشی از احساس تنهایی، رفتار و کارکرد مناسب‌تری از خود نشان داده و از این طریق از مشکلات ناشی از افسردگی خود بکاهند.

فرضیه سوم فرعی

- بین میزان امیدواری در دختران نوجوان با و بدون پدر مصرف‌کننده مواد تفاوت وجود دارد. طبق تحلیل آماری به عمل آمده این فرضیه رد شده و بین افراد دو گروه تفاوت معنا دار دیده نمی‌شود. جزو علایم اصلی افسردگی احساس ناامیدی است. افراد افسرده توانایی تصمیم‌گیری را از دست می‌دهند و به دلیل اینکه خود را ناتوان ارزیابی می‌کنند، دچار احساس ناامیدی شکست و تنهایی می‌شوند.

پیشنهاد‌های کاربردی تحقیق

یکی از مهم‌ترین کاربردهای پژوهش، ایجاد بینشی جدید برای حصول کارکردهای بهینه و نتیجه‌ی مطلوب است و این مساله در پیشنهاد‌های پژوهش تبلور پیدا می‌کند. در این قسمت پیشنهادهایی در دو حوزه عملیاتی و تحقیقاتی با توجه به فرضیه‌ها و یافته‌های پژوهش ارائه می‌گردد، تا بتوانند با بهره‌گیری از این پیشنهادها و با استفاده از روش‌های مناسب سطح خودکارآمدی، احساس تنهایی و امیدواری در دختران نوجوان با پدر مصرف‌کننده مواد را ارتقا داد.

پیشنهاد‌هایی برای پژوهش‌های آتی

۱. تاثیر مولفه‌های دیگر مرتبط با مصرف مواد توسط پدر که در مبانی نظری نیز از آنها یاد شده است بر فرزندان سنجیده شود.
۲. مدل و فرضیه‌های بکار گرفته شده در این تحقیق افراد مختلف و سننین مختلف سنجش شود تا بتوان به نتایج گسترده و دقیق تری در این زمینه دست یافت و بتوان نتایج را تعمیم داد.
۳. نقش عوامل محافظت‌کننده در خانواده‌های افراد مصرف‌کننده مواد سنجیده شود.

¹¹. Devereux

۴. در تحقیقات دیگر هدف بررسی تفاوت میان نوجوانان دارای پدر و مادر مبتلا به سوء مصرف با افرادی که فقط پدر یا مادر مصرف‌کننده دارند، باشد.
۵. در پژوهش‌های آتی پیرامون مسایل مربوط به خانواده‌های افراد دارای والد مصرف‌کننده مواد، متغیرهایی مثل کارکرد خانواده، ادراک کارکرد خانواده مورد بررسی قرار گیرد.
۶. با بررسی یک گروه با سابقه بیماری‌های روانی همراه با مصرف مواد، اطلاعات مناسبی در این حیطه حاصل خواهد شد.
- ۷- پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های بعدی نقش متغیرهای واسطه‌ای مانند سطح تحصیلات والدین، نوع شخصیت آنها، انواع دیگر خودکارآمدی مثل خود کارآمدی تحصیلی، تکانشی بودن و دلبستگی نوجوانان دانش‌آموزان، بررسی شود.

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- با توجه به نتایج پژوهش حاضر، غربالگری و شناسایی دانش‌آموزان دارای پدرمعتاد از نظر بررسی سلامت عمومی روانی ضروری به نظر می‌رسد تا در مراحل اولیه تشخیص داده شوند. ارجاع آنها به روانشناس و روانپزشک و انجام مداخلات ضروری در مراحل اولیه می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات اجتماعی فرهنگی در آینده موثر باشد.
- ۲- با توجه به اکتسابی بودن خود کارآمدی، پیشنهاد می‌شود با برگزاری دوره‌های آموزشی به افزایش و ارتقاء آن در دانش‌آموزان مختلف به ویژه آنها که در خانواده‌های مشکل‌دار هستند، پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود دوره‌های خاص برای نوجوانان دارای والدین معتاد گذاشته شود.
- ۳- با توجه به اینکه یکی از دلایل اضطراب در دانش‌آموزان فشارهایی می‌باشد که از طرف خانواده برای برتر و اول بودن دانش‌آموز اعمال می‌شود، پیشنهاد می‌شود طی جلسات مدرسه با والدین در زمینه اثرات مخرب توقع زیاد داشتن از دانش‌آموز و توجه نکردن به ظرفیت‌های آنها صحبت شود. والدین توقعات خود را متناسب با ظرفیت و استعداد دانش‌آموز در نظر بگیرند.
- ۴- جدی گرفتن نقش روانشناس و داشتن نقش فعال روانشناسان در محیط آموزشی به ویژه در تعامل با دانش‌آموزانی که دارای والدین معتاد هستند، پیشنهاد می‌شود و در ارتباط با این دانش‌آموزان، روانشناس مدرسه باید حضور فعال داشته باشند.

منابع

- [۱] اکبری، ابوالقاسم (۱۳۹۵). مشکلات نوجوانی و جوانی. چاپ چهارم. تهران: ساوالان.
- [۲] باعزت، سارا؛ افلاکی فرد، حسین؛ شهیدی، نیما (۱۳۹۵) بررسی رابطه بین مدیریت دانش با خودکارآمدی و خلاقیت معلمان مراکز پیش دبستانی ناحیه دو شهر شیراز، فصلنامه علمی - پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، سال هفتم، شماره ۴.
- [۳] برک، لورا. ا. (۲۰۱۵). روانشناسی رشد، ترجمه یحیی سید محمدی، (۱۳۹۸)، تهران؛ نشر ارسباران، جلد دوم.
- [۴] دلاور، علی، (۱۳۹۷)؛ روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، انتشارات نشر ویرایش.
- [۵] شرفی، محمد رضا، (۱۳۸۰)؛ جوان و بحران هویت، نشر سروش.
- [۶] شولتز، دوان پی و همکاران (۱۳۹۶). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۴)، تهران، نشر ویرایش.
- [۷] ریو، ج، مارشال (۲۰۱۵) انگیزش و هیجان، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۸) انتشارات ویرایش.
- [۸] رجیبی، غلامرضا (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. نشریه اندیشه‌های نوین تربیتی. دوره ۲. شماره ۱ و ۲. صص ۱۲۲-۱۱۱.
- [۹] رحیم زاده، سوسن؛ بیات، مریم؛ اناری، آسیه (۱۳۸۸). احساس تنهایی و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسی تحولی. شماره ۲۲. صص ۸۷.
- [۱۰] کلینکه، کریس ال (۲۰۰۴). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمد خانی (۱۳۹۱). انتشارات رسانه تخصصی. چاپ

هشتم.

[۱۱] کری، جerald. (۱۳۹۰). «نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی». سیدمحمدی، یحیی. نشر ارسباران، تهران، چاپ

ششم.

[۱۲] جهان ملکی، سیفاله (۱۳۸۸). رابطه بین سطح آگاهی از مهارت‌های زندگی با باورهای خودکارآمدی در دانشجویان.

پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی

[۱۳] عابدینی نسب، زینب (۱۳۸۳). بررسی احساس تنهایی در گروهی از بیماران مضطرب و افسرده در مقایسه با گروه

کنترل سالم. پایان نامه، روانشناسی بالینی دانشگاه الزهرا (س).

[۱۴] عبدالهی، علی (۱۳۹۰)، رابطه بین کمال گرایی و عزت نفس با سلامت روانشناختی در دانشجویان دانشگاه های

دولتی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد

[۱۵] کلینکه، کریس ال (۲۰۰۴). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمد خانی (۱۳۹۱). انتشارات رسانه تخصصی. چاپ

هشتم.

[۱۶] صفایی، علی (۱۳۸۳) بررسی و مقایسه میزان باورهای غیر منطقی در افراد معتاد و افراد بهنجار (عادی) ۴۰-۲۰

ساله شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

[۱۷] فلاحی، فاطمه (۱۳۸۷) رابطه سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در زنان مطلقه تحت پوشش کمیته امداد

خمینی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه الزهرا

[۱۸] فوشه، قربانعلی (۱۳۹۸)، رابطه بین مدیریت دانش با خودکارآمدی و خلاقیت معلمان مقطع دوم متوسطه، پایان نامه

کارشناسی ارشد برنامه ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی.

[۱۹] قربانی، مجید، ملازاده، علیرضا (۱۳۹۳) روانشناسی اعتیاد، انتشارات دنیای درون، تهران.

[۲۰] گنجی، حمزه (۱۳۹۴) بهداشت روانی، ارسباران، تهران

[۲۱] لوئیس، جودیت. آ، دانا، رابرت. ک، مشاوره سوء مصرف مواد یک رویکرد فرد گرا، ترجمه دکتر محمد تقی گروسی

فرشی (۱۳۹۴)، چاپ اول، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[۲۲] زمانی، مهسا (۱۳۹۸) اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان بر

فرزندان طلاق و دارای والدین دچار تعارضات زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی

[۲۳] حسین آبادی، حمید رضا (۱۳۹۰)، بررسی باورهای معرفت شناختی و باورهای خودکارآمدی دانش آموزان و

دانشجویان پسر و دختر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

[۲۴] کدیور، پروین (۱۳۹۵)، بررسی سهم باور های خود کار آمدی، خود گردانی و هوش در پیشرفت درسی دانش آموزان

به‌منظور ارائه الگویی برای یادگیری بهینه. پایان نامه دکتری. دانشگاه تربیت معلم تهران.

[۲۵] کرامتی، هادی (۱۳۹۲)، بررسی رابطه خود کار آمدی ادراک شده دانش آموزان سال سوم راهنمایی شهر تهران و

نگرش آنها نسبت به درس ریاضی با پیشرفت ریاضی آنها در سال ۷۹-۸۰، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

[۲۶] کشاورز، صادق؛ سرخوش، فرنام (۱۳۹۴)، ارتباط خودکارآمدی شغلی مدیران و تعهد سازمانی کارکنان با رضایت

مشتریان اداره کل ورزش و جوانان استان کرمان. فصلنامه تازه های روانشناسی صنعتی-سازمانی

[۲۷] میر سمیعی، رضا (۱۳۹۲)، مقایسه باور های خود کار آمدی دانش آموزان پسر شاخه های نظری، فنی و حرفه ای و

کار و دانش، پایان نامه کار شناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

[۲۸] میرزایی، شهر ناز (۱۳۹۰)، روابط متقابل بین خودکارآمد پنداری و ادراک حمایت از سوی خانواده، معلمان و

دوستان نزدیک در ارتباط با رضایت از زندگی در نمونه هایی از دانش آموزان دبیرستان، فصلنامه علمی پژوهشی نوآوری های

آموزشی شماره ۸، صص ۳۹-۱۳.

[۲۹] مومنی، زینب (۱۳۹۳) اثر گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر احساس تنهایی و خود کارآمدی عمومی بیماران

مبتلا به افسردگی اساسی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات (گیلان)

- [30] Bandura A. "health Promotion by socio cognitive means health education behavior". *Journal of Health Education & Behavior*. 2004; 31(2): 143-164.
- [31] Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In: Locke EA. *Handbook of principles of organization behavior*. Oxford UK: Blackwell; 2000. 120-36.
- [32] Bandura, A. (1982). Self – efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122 – 147.
- [33] Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 231–255.
- [34] Chacon, C. T. (2006). Teachers' perceived efficacy among English as a foreign language teacher in middle schools in Venezuela. *Teaching and Teacher Education*, 21, 257-272.
- [35] Heinrich, L. M, & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.
- [36] Maibach E, Morphy D. (1995). Self efficacy in health Promotion research and practice conceptualization and measurement. *Self Education Research*. 10(1): 37-50.
- [37] Miler, m (2011), Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American journal of mental deficiency*, 88, 125-231.
- [38] Muris, V (2015), Bermer.A.Elizabeth.N.Mental Health Nursing. Sau Nders Compaany.
- [39] Nonaka & Takeuchi. (1995) "The Knowledge-Creating Company" Oxford University Press.
- [40] Pajares, F. (2011). Self-Efficacy Beliefs, Motivation, and Achievement In Writing: A Review of The Literature, Reading And Writing *Quarterly: Overcoming Learning Difficulties*, Vol.19, No.2, Pp: 139-158.
- [41] Schwarzer R (2000). Perceived self efficacy of teachers: longitudinal findings with a new instrument. *Zeitschrift fur Pädagogische psychologie*; 14(1): 12- 25.
- [42] Schwarzer R, Luszczynsk A. (2005) Self efficacy adolescence risk taking behavior and health. In: Self-Efficacy Beliefs of Adolescents. *Information age publishing*: 139-159.s
- [43] Haggard, E.R. (1949). Human motive and the concept of the self. *American Psychologist*, 4. 135-142.
- [44] Zimmerman, A (2012)"psychological Empowerment: issues and illustrations". *American journal of community psychology*. V 23, N5.pp581-599.
- [45] Zvolensky, M.J, Vujanovic, A.A, Bernstein, A, & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*; 19(6), 406-410