

مقایسه سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی کودکان تحت سرپرستی بهزیستی و کودکان تحت سرپرستی خانواده

امیر یکانی‌زاد^{۱*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: سال‌های اولیه کودکی نقش مهمی در تحول شخصیت و آینده فرد دارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی کودکان پسر تحت سرپرستی بهزیستی و کودکان تحت سرپرستی خانواده بود.

روش: طرح پژوهش توصیفی، از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی پسران ۷ تا ۱۲ ساله تحت سرپرستی مراکز بهزیستی و تحت سرپرستی خانواده شهرستان خوی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. نمونه‌ای به حجم ۴۸ نفر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۱۳۶ نفر از کودکان تحت سرپرستی خانواده به صورت تصادفی طبقه‌ای (از مدارس ابتدایی) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روانی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹)، هراس اجتماعی (کالت و کانر، ۲۰۰۰)، و فهرست سلامت روانی (پارمود کومار، ۱۹۹۲) جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر تأثیر خانواده بر افزایش سلامت روانی، کاهش هراس اجتماعی و آشفتگی روانی کودکان است. نمرات سلامت روانی کودکان تحت سرپرستی خانواده به‌طور معناداری از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی بیشتر بود و نمرات هراس اجتماعی و آشفتگی روانی کودکان تحت سرپرستی خانواده به‌طور معناداری از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی کمتر بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده در این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان سلامت جسمانی و روانی کودک به شیوه ارتباطی او با خانواده و میزان برآورده شدن نیازهایش بستگی دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روانی، هراس اجتماعی، آشفتگی روانی

* نویسنده مسئول: امیر یکانی‌زاد، کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز،

تبریز، ایران.

تلفن: ۳۳۳۱۸۶۸۱ - ۰۴۱

ایمیل: Yekaniamir@gmail.com

مقدمه

خانواده عامل انتقال فرهنگ، تمدن، آداب و سنت‌های ما است و اهمیت آن همیشگی و موجب دوام و بقای جامعه و فرهنگ است، همچنین محیط شرایط خانوادگی می‌تواند عاملی تشویق‌کننده یا بازدارنده در مراحل تحول باشد (۱). روان‌شناسان معتقدند سال‌های اولیه کودکی نقش بسزایی در تحول شخصیت و آینده او دارد. بیشتر روان‌بندها^۱ و شناخت‌های کودک از خود، اطرافیان، و محیط در این دوران شکل می‌گیرد. میزان سلامت جسمانی و روانی کودک بسته به ارتباطی است که خانواده با وی دارد و تا چه حد تلاش می‌کند نیازهای او را برآورده سازد (۲). طبق نظریات استافورد (۱۳۷۷) شیوه و سبک تربیتی والدین نقش اصلی را در شکل‌گیری شخصیت کودک بازی می‌کند و به‌طور کلی خانواده در سلامت و نابهنجاری کودکان نقش اساسی ایفا می‌کند (۳). همچنین کیفیت تعامل با نوزاد (نه وسعت) در گرو ارتباط توأم پدر و مادر با اوست. پژوهش‌ها نشان داد که خواهران و برادران در پرورش سایر فرزندان نیز نقش‌هایی دارند و الگوهایی برای تقلید فرزندان کوچک‌ترند. کودکان به هنگام کنش متقابل با خواهران و برادران الگوهای وفاداری، کمک کردن به دیگران، محافظت از هم در کنار اختلاف‌ها، تسلط‌جویی و رقابت‌ها را می‌آموزند و این الگوها قابل‌تعمیم به سایر روابط اجتماعی است (۴).

برای کودکی که دارای پدر و مادر است خانواده اولین نهاد اجتماعی شدن محسوب می‌شود و برای کودکانی که در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند، مراقبان و مربیان آنها به عنوان نهاد اولیه آنها محسوب می‌شوند (۵). امروزه تعداد زیادی از افراد جامعه را کودکان و نوجوانان محروم از والدین تشکیل می‌دهند. منظور از بی‌سرپرستی، عدم وجود یک رابطه مؤثر کودک- والدین است که می‌تواند طیف وسیعی از کودکان شبانه‌روزی‌ها، کودکان بی‌خانمان، کودکان تک‌والد، کودکان خانواده‌های آواره و بی‌خانمان را شامل شود (۶).

فقدان پدر و مادر به عنوان یکی از عوامل عدم تحول سلامت روانی کودکان و نوجوانانی است که در مراکز و مؤسسات زندگی می‌کنند. فقدان نقش‌های والدین و فقدان نقش‌پذیری و الگوبرداری صحیح و عدم شناخت کافی از هنجارها به همراه مشکلات سلامت روانی ناشی از جدایی از والدین، اجتماعی شدن کودک بی‌سرپرست ساکن در مراکز شبانه‌روزی را با مشکل مواجه می‌سازد (۷). از سوی دیگر در مراکز و مؤسسات نگهداری کودکان، نبود الگوهای واحد دلبستگی، فقدان روابط متقابل گرم و صمیمانه، کمبود محرک‌های محیطی و زندگی دسته‌جمعی این کودکان در مقایسه با زندگی خانوادگی منجر به آسیب‌هایی در سنین مختلف تحول کودکان می‌شود (۸). بر همین اساس پژوهش‌های بارکلی، استیل‌ول، و بارکلی (۹) نشان داد کودکان فاقد پدر نسبت به سایر کودکان از سازش‌یافتگی اجتماعی پایین‌تر و خودپنداشت ضعیف‌تری (به لحاظ مهارت‌های اجتماعی) برخوردارند و به مراتب هراس اجتماعی بیشتری دارند.

استور و مک‌لن‌هان (۱۰) در مطالعه‌ای که در رابطه با ساختار خانواده در دبیرستان‌های آمریکا بر روی ۱۱۳ دانش‌آموز انجام دادند، بیان کردند که کودکان خانواده‌های فاقد پدر یا دارای ناپدری در مقایسه با کودکان دارای پدر و مادر به‌طور کلی در فعالیت‌های اجتماعی و مهارت‌های بین‌فردی و مقابله با هراس‌های اجتماعی توانایی کمتری داشتند. کوکسی و فوندل (۱۱) طی مطالعات خود که در آمریکا و در رابطه با ۸۵ کودک فاقد پدر دریافتند کودکان فاقد پدر و دارای ناپدری نسبت به کودکانی که با هر دو والد زندگی می‌کردند از نظری سازش‌یافتگی و سلامت روانی در سطح پایین‌تری قرار دارند. کاسن، کوهن، بروک، و هارتمارک (۱۲) نیز طی پژوهش‌های خود که در رابطه با اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان انجام دادند در یک نمونه ۷۵۰ نفری دریافتند که کودکان دارای پدر در عملکردهای اجتماعی، روابط بین‌فردی،

می شود فعالیت های جسمی و روانی او به حدی دچار اختلال می شود که باعث به هم ریختگی فعالیت های فردی و اجتماعی اش می شود. اگرچه آشفتگی روانی ممکن است در هر گروه سنی دیده شود، اما بیشتر در افراد جوان و نوجوان اتفاق می افتد (۲۰).

نتایج پژوهشی مارکس، ویلیامز و کلاریج (۲۱) و باتز و لیوری (۲۲) نشان می دهد هراس اجتماعی با برطرف کردن مسائل اجتماعی رابطه معکوس و معنی داری دارد و افزایش توان حل مسائل اجتماعی منجر به کاهش هراس اجتماعی می شود. مطالعه برخی ویژگی ها و مشکلات کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی این فرض را مطرح می کند که آنها در کسب مهارت های اجتماعی ناموفق بوده اند. همچنین پژوهش های طولی مؤید تأثیر منفی کمبود مهارت های اجتماعی بر سلامت روان کودکان و به تبع آن اختلال های ناشی از این مسئله است (۲۳). در این رابطه مطالعه صدیق بر روی کودکان مراکز شبانه روزی نشان داد که این کودکان به نسبت کودکان غیر شبانه روزی سازش یافتگی اجتماعی پایین تر، اضطراب اجتماعی حادتر و افسردگی بالاتری داشتند (۲۴). پژوهش شکبیا و ضیایی (۲۵) نشان داد در سلامت روانی دانش آموزان دختر تحت سرپرستی خانواده و بهزیستی تفاوت معنی داری وجود دارد و شایع ترین اختلال روانی در بین دانش آموزان به ترتیب افسردگی، هراس خاص و اضطراب است. نجات، کاشانی نیا و معماریان نیز (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند بین سلامت روانی دختران تحت سرپرستی بهزیستی و دختران تحت سرپرستی خانواده تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بابایی، باقری شیرجینی، استادحسین و آراء (۲۷) در تحقیقات خود نشان دادند نوجوانان بهزیستی ها دارای سطح حرمت خود پایین، اعتماد به خود و دیگری ضعیف و خودپنداشت ریش نیافته اند. مرتضوی (۲۸) در مورد کودکان شبانه روزی و غیر شبانه روزی مشخص کرد با بالا رفتن پایه تحصیلی، میزان اضطراب، افسردگی، پر خاشگری، و در

میزان حرمت خود، رفتارهای سازش یافته، تحمل کام نیافتگی، خوددرازی و سلامت روانی، نسبت به کودکان فاقد پدر وضعیت بهتری داشتند. همچنین کیشا، کنت، و دنی یا (۱۳) در بررسی خود نشان دادند فقدان خانواده سالم و وجود خانواده از هم پاشیده، اختلال های شدید روانی را برای کودکان خانواده ایجاد می کند. سلامت روانی حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را بازمی شناسد و قادر است با تنیدگی های تحت سرپرستی خانواده و معمول زندگی، سازش داشته و از نظر شغلی مفید و سازنده باشد (۱۴).

هراس اجتماعی (که گاهی اضطراب اجتماعی^۱ نیز خوانده می شود) به ترس شدید از قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی اطلاق می شود. این ترس آن قدر شدید است که برخی افرادی که دچار هراس اجتماعی هستند را در صورت امکان از قرار گرفتن در این موقعیت ها بازمی دارد؛ و همانند سایر هراس ها، این ترس متناسب با خطر واقعی که وجود دارد نیست (۱۵) افرادی که دچار هراس اجتماعی هستند معمولاً خطر شرمندگی و دستپاچه شدن را بیش از اندازه و در همان حال، توانایی خود برای رویارویی با آن موقعیت را کمتر از حد برآورد می کنند (۱۶). این اختلال، ترس پابرجا از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است که در آن موقعیت ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می گیرد و می ترسد به گونه ای خوار کننده یا تحقیر آمیز عمل کند (۱۷). بررسی ها نشان می دهد هراس اجتماعی تأثیر مستقیم بر سلامت روانی کودکان و نوجوانان دارد (۱۸). کودکان و نوجوانی که دارای هراس اجتماعی هستند قادر به برطرف کردن مسائل اجتماعی روزمره خود نیستند و در مقابل کوچک ترین مسئله دچار پریشانی، دستپاچگی و ناراحتی می شوند (۱۹). همچنین آشفتگی روانی به معنای وضعیت روانی غیرطبیعی است و اغلب به صورت «از دست دادن تماس با واقعیت» توصیف می شود. در این حالات علاوه بر قطع ارتباط با واقعیات، اختلال در تفکر، درک و قضاوت نیز بروز می کند. فردی که دچار آشفتگی روانی

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه وضعیت سلامت روانی^۱: این مقیاس توسط گلدبرگ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) به منظور شناسایی اختلال‌های روانی تدوین و تنظیم شده است و دارای ۲۸ گویه است. از این مقیاس برای تشخیص و غربالگری اختلال‌های غیرروان‌گسستگی در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود (۳۰). این مقیاس دارای ۴ خرده‌مقیاس ۱. علائم جسمانی^۳، ۲. اضطراب و اختلال خواب^۴، ۳. اختلال در کارکرد اجتماعی^۵، و ۴. افسردگی شدید^۶ است که هر خرده‌مقیاس حاوی ۷ گویه است. گلدبرگ (۱۹۸۰) همبستگی نمرات سلامت روانی و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلال‌ها را ۰/۸۰ گزارش نمود. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت روان عمومی را از سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن، و آلفای کرونباخ موردبررسی قرارداد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳، و ۰/۹۰ بدست آمد. برای مطالعه روایی مقیاس نیز از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل، و تحلیل عوامل استفاده کرد. ضریب همبستگی روایی همزمان پرسشنامه سلامت روان عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس ۰/۵۵ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسشنامه نشان داد و این چهار خرده‌مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کنند (۳۱). اعتبار پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه استاندارد هراس اجتماعی^۷: این مقیاس نخستین بار توسط کالوت و کانور^۸ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب

مجموع واکنش‌های روان‌آزردگی گرایانه افزایش می‌یابد و در سطح پایه ابتدایی یا اول راهنمایی به حداکثر خود می‌رسد. همچنین نتایج مطالعه پاشا، عارف نظری، و مظاهری (۲۹) در زمینه کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست نشان داد که این گروه مشکلات روانی و اجتماعی بیشتری دارند که علاوه بر مشکلات هویتی یا عدم شکل‌گیری دلبستگی می‌تواند ریشه در امکانات محدودتر و شرایط سخت زندگی آنها داشته باشد.

با در نظر گرفتن بیش از هفده میلیون کودک و نوجوان کشور که نیروی محرکه و پویای جامعه محسوب می‌شوند، قابل تأمل است تا به شناخت نگرش‌ها، مشکلات و خواسته‌های آنها توجه شود. برای رسیدن به چنین اهدافی، شناخت زبان ارتباطی، خصایص رفتار و شناخت و ویژگی‌های مربوط به این دوره سنی اهمیت دارد. بنابراین توجه به مشکلات آنها مانند پرداختن و توجه کردن به اصلی‌ترین سرمایه‌های ملی کشور است. با توجه به مطالب عنوان‌شده هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی کودکان پسر تحت سرپرستی بهزیستی و کودکان تحت سرپرستی خانواده است.

روش

الف) طرح مطالعه و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش توصیفی، از نوع علی — مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی پسران ۷ تا ۱۲ ساله تحت سرپرستی مراکز بهزیستی و تحت سرپرستی خانواده شهرستان خوی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که از بین آنها ۴۸ نفر از پسران تحت سرپرستی یکی از مراکز بهزیستی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۱۳۶ نفر از کودکان تحت سرپرست خانواده از بین دانش‌آموزان مدارس شهرستان خوی به صورت طبقه‌ای (از مدارس راهنمایی و دبیرستان) انتخاب شدند. و دو گروه از لحاظ سن و پایه تحصیلی همتا شدند.

5. Social Function

6. Depression symptoms

7. Social Phobia Inventory (SPIN)

8. Colette and Connor

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg and Hiller

3. Somatic symptoms

4. Anxiety and sleep disorder

با فاصله دو هفته، به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۶۵ بوده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (۳۲).

روش اجرا: برای انجام پژوهش ابتدا با کسب نامه از آموزش و پرورش و مراجعه به سازمان بهزیستی استان آذربایجان غربی، مجوز اجرای پژوهش گرفته شد و پس از مراجعه به چند خانه شبانه‌روزی در شهر خوی و طی تعاملی که با آنها صورت گرفت، یکی از این مراکز موافقت خود را برای اجرای این پژوهش اعلام کرد. همچنین مدارس موردنظر جهت اجرای مطالعه انتخاب و ابزارهای معرفی شده بر روی کودکان انتخاب شده هر دو گروه اجرا شد. لازم به ذکر است به منظور رعایت نکات اخلاقی ابتدا رضایت داوطلبانه مدیریت و مربیان مرکز شبانه‌روزی و والدین دانش‌آموزان جهت ورود کودکان به فرایند پژوهش به صورت کتبی گرفته شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده فقط برای انجام پژوهش به کار می‌رود و کاملاً محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به نوشتن نام نیست. به‌منظور بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج این پژوهش، در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد؛ و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیری برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده شد که این تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

یافته‌ها

توصیف میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مورد مطالعه برحسب مؤلفه‌های سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی برای کودکان تحت سرپرستی خانواده و تحت سرپرست بهزیستی به تفکیک گروه ارائه شده است.

اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ گویه‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ گویه)، اجتناب (۷ گویه) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ گویه) است. هر گویه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (=۰ به هیچ وجه، ۱= کم، ۲= تا اندازه‌ای، ۳= خیلی زیاد و ۴= بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌شود. اعتبار به روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۷۹ است. همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و برای ناراحتی فیزیولوژیکی معادل ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران نیز همسانی درونی این پرسشنامه در یک نمونه غیربالینی در نیمه اول آزمون ۰/۸۲ و در نیمه دوم آزمون ۰/۸۶، همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۷۶ و ضریب همبستگی اسپرمن براون را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. همچنین همسانی درونی در خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵، و ۰/۷۵ به‌دست آمده است (۳۰). ضریب آلفای کل مقیاس برای جامعه موردنظر در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. پرسشنامه میزان آشفتگی روانی (فهرست بهداشت روانی)^۱: پرسشنامه فهرست بهداشت روانی توسط پرامود کومار^۲ در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است. پرسشنامه مذکور از دو بخش بعد روانی (اضطراب، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامیدی و خشم) و بعد جسمانی (سر درد، خستگی، اختلال خواب، سوء هاضمه و ترش کردن) تشکیل شده است. نحوه نمره‌گذاری فهرست در هر بخش به شکل هرگز= صفر، بندرت= یک، گاهی= دو، اغلب= سه، و همیشه= چهار است. نمره کل از ۱۱ تا ۴۴ تغییر می‌کند. اعتبار این آزمون به روش دونیمه کردن (از طریق همبسته کردن سؤال‌های فرد و زوج) و روش آزمون-باز آزمون

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی در کودکان تحت سرپرستی خانواده و تحت سرپرستی

خردۀ آزمون‌ها		کودکان تحت سرپرستی خانواده n= ۱۳۶		کودکان بهزیستی n= ۴۸	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
سلامت روانی	علائم جسمانی	۱۹/۶۵	۲/۳۱	۱۵/۹۰	۲/۰۹
	اضطراب و اختلال خواب	۱۲/۲۰	۱/۹۸	۹/۱۴	۱/۳۱
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۴/۰۷	۲/۰۹	۱۰/۴۴	۱/۸۳
	افسردگی	۲۰/۳۴	۲/۸۱	۱۶/۱۰	۲/۴۲
هراس اجتماعی	ترس	۱۳/۸۸	۱/۱۲	۱۸/۰۱	۲/۶۵
	اجتناب	۱۵/۹۱	۲/۳۶	۱۹/۱۴	۳/۱۲
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۰/۵۰	۱/۰۷	۱۳/۱۹	۲/۳۳
	اضطراب	۱/۹۹	۱/۲۳	۲/۵۱	۱/۹۰
آشفتگی روانی	بی‌قراری	۲/۴۴	۱/۸۲	۳/۰۰	۲/۰۱
	ناآرامی	۲/۵۴	۱/۹۳	۳/۸۹	۲/۶۶
	تنهایی	۱/۰۵	۱/۰۷	۴/۲۲	۳/۱۳
	ناامید	۱/۰۰	۱/۰۱	۱/۹۱	۱/۱۰
	خشم	۱/۹۹	۱/۵۲	۳/۳۲	۲/۴۰
	سردرد	۱/۰۲	۱/۰۱	۱/۹۷	۱/۲۴
	خستگی	۱/۵۵	۱/۴۱	۲/۶۰	۲/۸۰
	اختلال خواب	۱/۱۰	۱/۰۴	۱/۸۱	۱/۱۲
	سوءهاضمه	۱/۸۷	۱/۴۹	۲/۷۶	۲/۸۳
	ترش کردن	۱/۰۹	۱/۰۴	۱/۹۹	۱/۲۴

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین مؤلفه‌های سلامت روانی کودکان تحت سرپرستی خانواده بیشتر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی است. همچنین میانگین مؤلفه‌های هراس اجتماعی و آشفتگی روانی کودکان تحت سرپرستی بهزیستی بیشتر از کودکان تحت سرپرستی خانواده است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری ارائه شده است. در ابتدا مفروضه‌های این آزمون بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون کلموگراف-اسمیرنف بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). برای بررسی همسانی ماتریس‌های کوواریانس‌های خردۀ مقیاس‌های سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی در بین سطوح مختلف متغیر مستقل، از آزمون ام باکس

استفاده شده است که نتایج به‌دست آمده برای خردۀ مقیاس‌های سلامت روانی ($\text{Box's } M = ۲۶/۴۶۸, F = ۰/۹۹۷, P = ۰/۵۰۱$) برای خردۀ مقیاس‌های هراس اجتماعی ($\text{Box's } M = ۱۹/۲۹۳, F = ۰/۹۰۱, P = ۰/۴۳۵$)، و برای خردۀ مقیاس‌های آشفتگی روانی ($\text{Box's } M = ۱۷/۱۲۴, F = ۰/۸۶۹, P = ۰/۳۴۷$) حاکی از برقراری این مفروضه است. بر اساس نتایج آزمون لوین، برای متغیر سلامت روانی در مؤلفه علائم جسمانی ($F = ۰/۶۶, P = ۰/۴۲$)، اضطراب و اختلال خواب ($F = ۱/۳۶, P = ۰/۲۴$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($F = ۱/۰۵, P = ۰/۳۲$)، افسردگی ($F = ۰/۲۶, P = ۰/۶۲$)، متغیر هراس اجتماعی در مؤلفه ترس ($F = ۱/۲۰, P = ۰/۲۹$)، اجتناب ($F = ۰/۵۶, P = ۰/۵۳$)، ناراحتی فیزیولوژیکی

($X^2 = 37/552, df = 12, P = 0/001$)، هراس اجتماعی ($X^2 = 25/101, df = 8, P = 0/000$) و آشفتگی روانی ($X^2 = 46/374, df = 21, P = 0/002$) از کروییت ارتباط بین متغیرهای وابسته بود. ضمناً برابری واریانس خطای مؤلفه‌های متغیرهای سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی که یکی از مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری محسوب می‌شود با استفاده از آزمون لون انجام گرفت و نتایج حاکی از عدم معنی‌داری تفاوت واریانس‌ها بین دو گروه بود ($P > 0/05$). پس از بررسی و اطمینان از برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$).

($F=1/60, P=0/12$)، برای متغیر آشفتگی روانی در مؤلفه اضطراب ($F=0/67, P=0/41$)، بی‌قراری ($F=1/89, P=0/19$)، ناآرامی ($F=0/86, P=0/38$)، تنهایی ($F=1/04, P=0/22$)، ناامید ($F=1/90, P=0/18$)، خشم ($F=1/01, P=0/23$)، سردرد ($F=1/01, P=0/23$)، اختلال خواب ($F=0/96, P=0/37$)، سوءهاضمه ($F=1/66, P=0/19$) و ترش کردن ($F=0/50, P=0/54$) حاکی از برقراری مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها در بین سطوح متغیر مستقل است. ازجمله مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری کروییت ارتباط بین متغیرهای وابسته است که با استفاده از آزمون بارتلت قابل‌بررسی است. در پژوهش حاضر آزمون کروییت بارتلت بر روی مؤلفه‌های سلامت روانی، هراس اجتماعی، و آشفتگی روانی انجام شد که مجذور کای به‌دست‌آمده برای خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی

جدول ۲: اثرات بین‌آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های سلامت روانی

سلامت روانی	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
علائم جسمانی	۱۱/۸۵	۱	۱۱/۸۵	۸/۵۲	۰/۰۰۱
اضطراب و اختلال خواب	۷/۱۱	۱	۷/۱۱	۳/۲۶	۰/۰۰۲
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۱۷	۱	۸/۱۷	۳/۸۵	۰/۰۰۲
افسردگی	۱۲/۱۴	۱	۱۲/۱۴	۸/۷۰	۰/۰۰۱

(آلفای ۰/۰۵ بخش بر تعداد مقایسه‌ها) در نظر گرفته شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت همه مؤلفه‌های سلامت روانی در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۲ معنی‌دار است. با توجه به میانگین دو گروه، می‌توان گفت کودکان تحت سرپرستی خانواده، در همه مؤلفه‌های سلامت روانی بالاتر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی هستند.

در ادامه تحلیل واریانس چند متغیری، خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی از طریق آزمون تأثیرات بین‌آزمودنی‌ها به صورت تک‌متغیری در بین گروه‌های کودکان مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به لزوم کنترل سطح خطای نوع اول با استفاده از روش بنفرونی، سطح معنی‌داری هر کدام از مقایسه‌ها (برای هر مؤلفه) ۰/۰۰۷

جدول ۳: اثرات بین‌آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های هراس اجتماعی

هراس اجتماعی	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
ترس	۱۰/۶۳	۱	۱۰/۶۳	۱۵/۳۰	۰/۰۰۱
اجتناب	۱۱/۶۸	۱	۱۱/۶۸	۱۶/۲۵	۰/۰۰۱
ناراحتی فیزیولوژیکی	۷/۸۹	۱	۷/۸۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱

بر اساس مندرجات جدول ۳ خرده‌مقیاس‌های هراس اجتماعی از طریق آزمون تأثیرات بین‌آزمودنی‌ها به صورت تک‌متغیری در بین گروه‌های کودکان مورد مقایسه قرار گرفت. با توجه به لزوم کنترل سطح خطای نوع اول با استفاده از روش بنفرونی، سطح معنی‌داری هر کدام از مقایسه‌ها (برای هر مؤلفه)، ۰/۰۰۷ (آلفای ۰/۰۵ بخش بر تعداد مقایسه‌ها) در

نظر گرفته شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت همه مؤلفه‌های هراس اجتماعی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به میانگین دو گروه، می‌توان گفت کودکان تحت سرپرستی خانواده، در همه مؤلفه‌های هراس اجتماعی بالاتر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی هستند.

جدول ۴: اثرات بین‌آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های آشفتگی روانی

آشفتگی روانی	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اضطراب	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۱/۰۵	۰/۰۰۳
بی‌قراری	۲/۷۲	۱	۲/۷۲	۱/۱۴	۰/۰۰۲
ناآرامی	۳/۲۱	۱	۳/۲۱	۱/۶۵	۰/۰۰۱
تنهایی	۲/۶۳	۱	۲/۶۳	۱/۰۹	۰/۰۰۱
ناامید	۲/۴۵	۱	۲/۴۵	۱/۰۲	۰/۰۰۳
خشم	۲/۶۵	۱	۲/۶۵	۱/۱۰	۰/۰۰۱
سردرد	۱/۴۹	۱	۱/۴۹	۰/۸۱	۰/۰۶۳
خستگی	۲/۷۵	۱	۲/۷۵	۱/۱۷	۰/۰۰۲
اختلال خواب	۱/۵۵	۱	۱/۵۵	۰/۸۹	۰/۰۶۰
سوء‌هاضمه	۲/۳۵	۱	۲/۳۵	۱/۰۳	۰/۰۰۳
ترش کردن	۱/۵۴	۱	۱/۵۴	۰/۹۰	۰/۰۶۰

طبق جدول ۴ خرده‌مقیاس‌های آشفتگی روانی از طریق آزمون تأثیرات بین‌آزمودنی‌ها به صورت تک‌متغیری در بین گروه‌های کودکان مورد مقایسه قرار گرفت. با توجه به لزوم کنترل سطح خطای نوع اول با استفاده از روش بنفرونی، سطح معنی‌داری هر کدام از مقایسه‌ها (برای هر مؤلفه) ۰/۰۰۷ (آلفای ۰/۰۵ بخش بر تعداد مقایسه‌ها) در نظر گرفته شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت مؤلفه‌های (اضطراب، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامید، خشم، خستگی و سوء‌هاضمه) در سطح ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۲ و ۰/۰۰۳ معنی‌دار است. سطح معنی‌داری مشاهده‌شده برای مؤلفه‌های (سردرد، اختلال خواب و ترش کردن) بیشتر از ۰/۰۰۵ است. با توجه به میانگین دو گروه، می‌توان گفت کودکان تحت سرپرستی خانواده، در مؤلفه‌های (اضطراب، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامید، خشم، خستگی و سوء‌هاضمه) بالاتر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی هستند.

و در مؤلفه‌های (سردرد، اختلال خواب و ترش کردن) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی سلامت روانی، هراس اجتماعی و آشفتگی روانی کودکان تحت سرپرستی بهزیستی در مقایسه با کودکان تحت سرپرستی خانواده بوده است. نتایج حاصل نشان داد که تفاوت معناداری بین سلامت روانی کودکان تحت سرپرستی خانواده و کودکان تحت سرپرستی بهزیستی وجود دارد. به عبارتی سلامت روانی کودکان تحت سرپرستی خانواده بیشتر از کودکان تحت سرپرستی بهزیستی بود و این نتیجه همسو با یافته‌های کوکسی و فوندل (۱۱)، شکبیا و ضیایی (۲۵) و نجات و همکاران (۲۶) است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت کودکان تحت سرپرستی بهزیستی از نقش بی‌بدیل خانواده در حمایت روانی از فرزندان

خانواده بود و این نتیجه با یافته‌های کاسن و همکاران (۱۲)، کیشا و همکاران (۱۳)، مرتضوی (۲۸) و پاشا و همکاران (۲۹) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد به نظر می‌رسد فرزندان به هنگام اضطراب و آشفتگی روانی، والدین خود را نسبت به افراد دیگر ترجیح می‌دهند و حس همدلی و رفاقت را با خواهران و برادران در زمان‌های حساس زندگی را پرورش می‌دهند که در کاهش تنش‌ها و آشفتگی‌های روانی مؤثر است؛ اما نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی از تمامی این موهبت‌ها بی‌بهره‌اند. چراکه طبق نظریه میشل لمب (۴) خواهران و برادران در پرورش سایر فرزندان نیز نقش‌هایی دارند و الگوهایی برای تقلید فرزندان کوچک‌ترند. کودکان به هنگام کنش متقابل با خواهران و برادران، الگوهای وفاداری، کمک کردن به دیگران، محافظت از هم در کنار اختلاف‌ها، تسلط‌جویی و رقابت‌ها را می‌آموزند و این الگوها قابل تعمیم به سایر روابط اجتماعی است. همچنین بر اساس نظریه مک گراو (۲) بیشتر روان‌بنه‌ها و شناخت‌های کودک از خود، اطرافیان و محیط در این دوران شکل می‌گیرد. میزان سلامت جسمانی و روانی کودک بسته به ارتباطی است که خانواده با وی دارد و تا چه حد تلاش می‌کند نیازهای او را برآورده سازد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد مهم‌ترین عامل در سلامت روانی و کاهش هراس اجتماعی و آشفتگی‌های روانی کودکان کیفیت روابط خانوادگی و کیفیت دلبستگی آنهاست (۳۵). فقدان خانواده سالم باعث می‌شود کودکان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیرهای سالم محروم شده و موجب بروز مشکلات روانی در کودکان می‌شود. گاهی اوقات خانواده‌هایی که در آن پدر و مادر از هم جدا نشده‌اند، نسبت به خانواده‌های گسسته اثر مخرب‌تری روی فرزندان دارند، بدین معنی که اگر اولیا با هم تجانس و توافق نداشته و همیشه در حال نزاع و مشاجره باشند، کودک احساس حقارت و ناامنی شدیدی خواهد کرد. اغلب اوقات منشأ اضطراب بزرگسالان را می‌توان در اختلاف پدر و مادر آنها در زمان کودکی یافت چرا که

به ویژه کودکان و نوجوانان و همراه بودن والدین در هر شرایطی کنار فرزندان بی‌بهره‌اند. میزان سلامت جسمانی و روانی کودک بسته به ارتباطی است که خانواده با وی دارد و تا چه حد تلاش می‌کند نیازهای او را برآورده سازد. سلامت خود خانواده، تعادل شخصیتی والدین و آشنایی آنها به اصولی که می‌تواند محیط خانواده را سالم‌تر سازد، بسیار حائز اهمیت است (۳۳). چراکه طبق نظریات استافورد (۳) شیوه و سبک تربیتی والدین نقش اصلی را در شکل‌گیری شخصیت کودک بازی می‌کند و به‌طور کلی خانواده در سلامت و نابهنجاری کودکان نقشی اساسی ایفا می‌کند.

نتایج ای پژوهش نشان داد هراس اجتماعی کودکان تحت سرپرستی بهزیستی بیشتر از کودکان تحت سرپرستی خانواده است و این نتیجه همسو با نتایج صدیق (۲۴)، بابایی و همکاران (۲۷)، بارکلی و همکاران (۹) و استور و مک‌لن‌هان (۱۰) است. در بررسی یافته حاضر می‌توان چنین تبیین کرد که جو عاطفی خانواده، احساس امنیت در خانواده، تحول مهارت‌های اجتماعی در خانواده و رابطه والد فرزندی زمینه ارتباط‌های اجتماعی بیشتری را برای فرزندان به‌خصوص نوجوانان مهیا می‌کند که نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی از این جو خانوادگی محروم هستند. همچنین به نظر می‌رسد کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی بهزیستی در کسب مهارت‌های اجتماعی ناموفق بوده‌اند زیرا یکی از ویژگی‌هایی که این افراد را در برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، مقابله با مشکلات، حل تعارض، ابراز وجود، همدلی با هم‌نوعان، کسب حمایت اجتماعی، سازش‌یافتگی اجتماعی، کاهش هراس اجتماعی و بسیاری از توانمندی‌های دیگر یاری می‌کند، برخورداری از مهارت‌های اجتماعی است (۳۴). مارکس و همکاران (۲۱) و باتز و همکاران (۲۲) معتقدند هراس اجتماعی با برطرف کردن مسائل اجتماعی رابطه معکوس و معنی‌داری دارد و افزایش توان حل مسائل اجتماعی منجر به کاهش هراس اجتماعی می‌گردد. همچنین نتایج نشان داد آشفتگی روانی کودکان تحت سرپرستی بهزیستی بیشتر از کودکان تحت سرپرستی

پژوهشگران پی برده‌اند که سازش‌نیافتگی زناشویی والدین با سازش‌نیافتگی زناشویی فرزندان‌شان در سال‌های بعدی رابطه دارد. وقتی والدین حسود، کج خلق، منتقد، و سلطه گر هستند، فرزندان آنها این روند را در روابط با همسرشان خودشان ادامه می‌دادند (۳۶).

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی همانند محدود بودن نتایج پژوهش به دوره تحصیلی و منطقه جغرافیای خاص و محدود بودن ابزارهای اندازه‌گیری به پرسشنامه مواجهه بوده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در سایر دوره‌های تحصیلی، جنس دختر، و سایر مناطق جغرافیایی انجام گیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، ارتقاء سلامت روان کودکان علاوه بر مزایای بالقوه آن در حوزه سلامت، یکی از روش‌های شناخته‌شده در راستای پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر نیز است، بنابراین پیشنهاد می‌شود بررسی برنامه‌ریزی‌های متناسب و اقدامات پیشگیری، ارائه مراکز مشاوره، افزایش سطح دانش مدیران و مربیان بهزیستی از

خصوصیات کودکان به عنوان یک موضوع مهم در مراکز بهزیستی در نظر گرفته شود. علاوه بر این می‌توان با ایجاد کارگاه‌های آموزشی، دعوت از کادرهای آموزشی و تربیتی توسط صداوسیما شیوه‌های صحیح والدگری را آموزش داد. همچنین آشنایی کودکان از ابتدا با تعلیمات مذهبی، آمادگی‌های روانی-اجتماعی، و آموزش‌های رفتار بهداشتی تأثیر بسزایی در نحوه مقابله با مشکلات در کودکان دارد.

تشکر و قدردانی: مجوز اجرای این پژوهش توسط سازمان بهزیستی شهرستان خوی با شماره ۹۱۳/۹۶/۱۱۳۶۴ صادر شده است. بدین وسیله از شرکت کنندگان این پژوهش و اداره بهزیستی شهرستان خوی به دلیل همکاری و مشارکت فعال در طول پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقل است که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و هیچ گونه تعارض منافع در این پژوهش وجود نداشته است.

References

1. Pourmoghadas A. Compatibility psychology. Second edition. Isfahan: Mashhal; 1989, pp: 35-38. [Persian].
2. McGraw PC. Family first: Your step-by-step plan for creating a phenomenal family. Shariat bagheri MM. (Persian translator). Eighth edition. Tehran: Danjeh; 2014, pp: 147- 180.
3. Stafford L, Bayer C. Interaction of parents and children. Dehganpoor M, Kharachi M. (Persian translator). Tehran: Roshd; 1998, pp: 185-211.
4. Lamb ME. The development of father-infant relationships. In: ME. Lamb (Ed.), The role of the father in child development. 3rd Ed. New York: Wiley; 1982, pp: 104-120.
5. Akbari A. children social pathologies. First edition. Tehran: Arvan; 2016, pp: 31-34. [Persian].
6. Ron Huber DR. Our abandoned children: History of the child welfare system. New York: IUniverse; 2013, pp: 35-47.
7. Catherine PB, Smith MT. Abandoned children. Cambridge: Cambridge University Press; 2000, pp: 98-109.
8. Berk L. Development through the lifespan. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Thirty first edition. Tehran: Arasbaran; 2016, pp: 345- 374.
9. Barclay JR, Stilwell WE, Barclay LK. The influence of parental occupation on social interaction measures in elementary school children. Journal of Vocational Behavior. 1972; 2(4). 433-446.
10. Astore NM, McLanahan SS. Family structure, parental practices and high school completion. American Sociological Review. 2012; 56(3): 309-320.
11. Cooksey EC, Fondell MM. Spending time with his kids: Effects of family structure on fathers and children's lives. J Marriage Fam. 2012; 58(3):693-707.
12. Kasen S, Cohen P, Brook JS, Hartmark C. A multiple - risk intraction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. J Abnorm Child Psychol. 2011; 24(2): 121-150.
13. Keisha L, Kenneth T, Deneia T. Influence of multiple attachments on well-being: A model for African Americans attending historically black colleges and universities. J Diversity Higher Educ. 2009; 2(1): 35-45.
14. Timms P. Mental health information. Jahangiri H, Norozi A, Davidian H. (Persian translator). Tehran: Alborz Farjad; 2016, pp: 241- 250.
15. Richard G, Robert E. Cognitive- behavioral group therapy for social phobia: Basic Mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press; 2012, pp: 183- 201.
16. Ostovar S, Khayer M, Taghavi M. Theoretical, research and therapeutic grounds of social anxiety disorder (cognitive approach). Shiraz: Eram-shiraz; 2013, pp: 65-79. [Persian].
17. Dadsetan P. Developmental psychopathology from infancy through adulthood . Fourteenth edition. Tehran: Samt; 2013, pp: 113-147. [Persian].
18. McMurran M, Oaksford M, Christopher G. Does social problem solving mediate the relationship between personality traits and personality disorder? An exploratory study with a sample of male prisoners. Pers MentHealth. 2010; 4(3): 180-192.
19. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000; 176 (4): 379- 386.
20. Davey G. Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology. Oraki H, Khodadoost S. (Persian translator). Tehran: Zeytoon Sabz; 2012, pp: 431-467.
21. Marx EM, Williams JM, Claridge GC. Depression and social problem solving. J Abnorm Psychol. 1992; 101(1): 78-86.
22. Bates GW, Lavery B. Social problem solving and vulnerability to depression in a clinical sample. Psychol Rep. 2003; 92(3): 1277-1283.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A. global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24(4): 385-396.

24. Siddiq B. Study of psychosocial features and cognitive teenage boy orphanage and normal. [Thesis for Master of Science]. [Roudehen, Iran]: Faculty of Psychology, Roudehen Islamic Azad University; 1998, 71- 78. [Persian].
25. Shakiba M, Ziai M. Comparative study of mental health of female students living in dormitories of welfare organization and university of sistan & balouchestan. Zahedan journal of research in medical sciences. 2012; 14(2): 56-60. [Persian].
26. Nejat N, Kashaninia Z, Memarian R. Healthy behaviors of female teenagers living in orphanage centers and living with their families. Journal of hayat. 2008; 14 (1):49-59. [Persian].
27. Babaei N, Bagheri shirehjini I, ostad hoseini H, ARA T. Attitude on phenomena no Supervisor and the problems of children away from the family. Tehran: Behzisti; 1990; pp: 155- 171. [Persian].
28. Mortazavi S. Surveying the psychological and behavioral status of children in the social security Organization of Tehran province. Tehran: Behzisti; 1994; pp: 50-60. [Persian].
29. Pasha G, Aref Nazari M, Mazaheri MA. Study and compare the attitudes of student's girl and boy of Islamic Azad University in relation to guardianless children. [Thesis for Master of Science]. [Ahvaz, Iran]: Faculty of Psychology, Ahvaz Islamic Azad University; 2000, 59- 68. [Persian].
30. Fathi Ashtiani A, Mohammadi B. Psychological tests: personality tests, personality assessment, psychometrics. Thirteen edition. Tehran: Besat; 2016; pp: 214- 247. [Persian].
31. Taghavi SM. Validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in College students of Shiraz university. Journal of Psychology. 2002; 5 (4): 381-398. [Persian].
32. Kumar P. Psychometric tests. Karami A. (Persian translator). Tehran: ravantajhiz sina; 2014, pp: 3- 10.
33. Sotoudeh H. Social pathology. Twenty-third edition. Tehran: Avayenoor; 2014, pp: 193-215. [Persian].
34. Milanifar B. Mental health. Thirteenth edition. Tehran: Ghoomes; 2015, pp: 181- 209. [Persian].
35. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr Scand. 2004; 109(6): 447-56.
36. Austin W, Fieldstone L, Pruett MK. Bench book for assessing parental gatekeeping in parenting disputes: Understanding the dynamics of gate closing and opening for the best interests of children. J Child Custody. 2013; 10 (1): 1-16.

Comparison Mental Health, Social Phobia and Psychological Distress of Children under the Care of the Welfare Organization and Children under the Care of the Family

Amir Yekanizad*¹

1. M.A. in Educational Psychology, Faculty of Humanities and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

Received: July 22, 2017

Accepted: November 11, 2017

Abstract

Background and Purpose: Early childhood plays an important role in the development of personality and the future of a person. The purpose of this study was to compare mental health, social phobia and psychological distress of children under the care of the welfare organization and children under the care of the family.

Method: The research method is a causal-comparative study. The statistical population consisted of 55 male children under the supervision of one of the welfare centers of Khoy city and 220 children under the supervision of the family of this city in the academic year of 2016-2017. A sample of 48 children under the care of welfare was selected by simple random sampling and 136 children were selected by stratified sampling method (primary school). Data were collected using the *General health questionnaire* (Goldberg and Hiller, 1979), *social phobia inventory* (Colette and Connor, 2000) and *mental health checklist* (Pramod Kumar, 1992). Data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: Findings show the effect of family on increasing mental health, reducing social phobia and mental disturbance in children. Mental health scores of children under the care of the family were significantly higher than the children under the supervision of welfare organization, and the scores of social phobia and mental disorder in the children under the supervision of the family were significantly lower than those under the care of the welfare organization ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the results obtained in this study, it can be concluded that the physical and psychological health of the child depends on his way of communicating with the family and the extent to which his needs are met.

Keywords: Mental health, social phobia, mental turmoil

Citation: Yekanizad A. Comparison mental health, social phobia and psychological distress of children under the care of the welfare organization and children under the care of the family. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 140-151.

***Corresponding author:** Amir Yekanizad, M.A. in Educational Psychology, Faculty of Humanities and Educational Sciences, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

Email: Yekaniamir@gmail.com

Tel: (+98) 041- 33318681