

نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در آشفته‌گی‌های روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست

لیلا اسدی شنگول آباد^۱، علی شیخ‌الاسلامی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد خلیخال، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد خلیخال، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس با آشفته‌گی‌های روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست انجام شد. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان ۱۸-۱۲ ساله شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ بود که در مراکز شبانه روزی نگهداری نوجوانان بی‌سرپرست سازمان بهزیستی اردبیل نگهداری می‌شوند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر بصورت در دسترس بود و با استفاده از این روش تعداد ۱۰۰ نفر از نوجوانان بی‌سرپرست شهر اردبیل به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های هوش معنوی کینگ، شیوه مقابله با استرس در موقعیت‌های استرس‌زا اندلر و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد و ابزار آماری SPSS بکار رفت. یافته‌ها نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس با آشفته‌گی‌های روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست رابطه منفی وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس قدرت پیش‌بینی‌کنندگی، آشفته‌گی‌های روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست را دارد. بر اساس این نتایج می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس از عوامل موثر در آشفته‌گی‌های روانشناختی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی، راهبردهای مقابله با استرس، آشفته‌گی‌های روانشناختی

۱. مقدمه

دوران نوجوانی^۱ به خاطر نقش و اهمیتی که در زندگی انسان دارد، در هر زمان مورد توجه دانشمندان، روانشناسان و نویسندگان آن عصر بوده است. روان شناسان مختلف این دوران را احساس گرایی، عاطفه پرستی، دوره بحران های سازنده و دوره فشار و طوفان نامیده اند (پروت^۲، ۱۳۸۳). همه این اشارات و توجهات نشان دهنده اهمیتی است که این دوره از زندگی می تواند داشته باشد. همه این ویژگی ها باعث می شود که التهابات، اضطراب ها و دگرگونی ها در نوجوان به وجود آید و جلوه های غیر معمول و به ظاهر غیر عادی در او ظاهر شود. طبیعی است که پدیدار شدن این حالت ها در نوجوان، رفتارهای ویژه ای را از سوی والدین و مربیان می طلبد. با توجه به اینکه ایران کشوری جوان می باشد مخاطراتی مثل بحران هویت در نوجوانان، افزایش روز افزون بیکاری و سردرگمی در جوانان و عدم استقلال آنها می تواند قابل پیش بینی باشد. لذا در این بین غیر طبیعی نیست که به علت مشکلات فوق الذکر بنیاد و بنیان خانواده ها سست شده و محصولات ناخوشایندی چون خانه های کودکان و نوجوانان بی سرپرست پدید خواهد آمد. در این مجتمع های شبانه روزی کودکان و نوجوانانی وجود دارند که شامل این طبقات می شوند: فرزندان که والدین آنها به علل اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر زندانی شده اند، آنهایی که به علت مشکلات درون خانوادگی و فوت والدین و عدم صلاحیت والدین که به هر حال رگه هایی از فقر فرهنگی، اقتصادی و اخلاقی از منزل فرار کرده اند (احمدی، ۱۳۸۰). به علت مشکلات ساختاری خانواده و از هم پاشیدن آن و از جهت اینکه فرزندان این مجتمع ها نوعاً از طفولیت طعم زندگی را لمس نکرده و همواره در تنش و کشمکش و بی مهری، در محیط های مملو از ترس و وحشت و بعضاً نا خواسته متولد شده و ادامه زندگی داده اند مشکلاتی برای آنها بوجود آمده است بدین ترتیب این فرزندان دچار مشکلاتی از جمله صرع، اختلالات تبدیلی و زمینه های اضطرابی و واکنش های نوروتیک و آشفتگی های روانشناختی شده اند (صدیق، ۱۳۸۴). آشفتگی روانشناختی که شامل زیر مولفه های اضطراب، تنیدگی و افسردگی می باشد، از جمله رایج ترین مسایل و مشکلات روانی و عاطفی در زندگی افراد امروزی به شمار می روند. بروز این گونه مسایل بر اغلب کنش های شناختی و عاطفی تاثیر می گذارد، سلامت و بهداشت روان افراد و جامعه را در معرض خطر قرار می دهد و فرد را به سوی نوعی تعادل روانی، عاطفی و شناختی سوق می دهد (کولز^۳، ۲۰۰۴). پژوهش های انجام شده توسط کاملی و همکاران (۱۳۹۰) بین دو گروه دختران بی سرپرست و عادی تفاوت معناداری در میزان آشفتگی فکری، افسردگی، ناسازگاری های اجتماعی، سوء ظن و بدبینی، گوشه گیری، افکار عجیب و غریب و احساس عدم امنیت را نشان داد (کاملی و همکاران، ۱۳۹۰).

یکی از عواملی که در بروز و شیوع آشفتگی روانشناختی نوجوانان نقش دارد، نداشتن حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک های مادی، طرح و توصیه بهداشتی و حمایت عاطفی از سوی دیگران که فرد به آنها علاقمند است یا برای فرد ارزشمند تلقی می شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می روند مانند والدین، بستگان، دوستان، همسر و نیز تماس با نهادهای مذهبی. نظریه پردازان این حوزه بر این باورند که روابطی، حمایت اجتماعی محسوب می شوند که فرد آن را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیاز هایش ارزیابی کند. در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود (کولاکت، ۲۰۱۰). تحقیقات انجام شده ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده خانواده و دوستان با بزهکاری نوجوانان (خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۳) رضایت مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران (قائدی و همکاران، ۱۳۸۷) را تایید نمود.

^۱ - adolescence

^۲ - Perot

^۳ - culez

یکی دیگر از متغیر روانشناختی که در آشفتگی روانشناختی نوجوانان نقش دارد، متغیر هوش معنوی^۴ می باشد. هوش معنوی به عنوان روش های چند گانه شناخت و یکپارچگی زندگی درونی (ذهنی و معنوی) با زندگی بیرونی در جهان نامیده می شود (امونس^۵، ۲۰۰۰). الکنز^۶ و همکاران (۱۹۸۸) چهار پیش فرض در خصوص هوش معنوی مطرح کرده اند: مؤلفه ی تحت عنوان بعد معنوی وجود دارد معنویت یک پدیده انسانی است و به صورت قابلیت و ظرفیت، در همه مردم وجود دارد معنویت مترادف با مذهبی بودن نیست معنویت قابل تعریف، تشریح و اندازه گیری است محققان و صاحب نظران پنج توانایی و مهارت را در مورد هوش معنوی اشاره کرده اند: توسعه و حفظ ارتباط با منشاء غایی همه موجودات کامیابی در جستجوی معنای زندگی، یافتن یک مسیر اخلاقی که بر هدایت ما در زندگی کمک می کند. درک معنویت و ارزشها در زندگی شخصی، تعاملات و روابط بین فردی. بنابراین می توان گفت که هوش معنوی تمام آن چیزهایی است که به آن معتقدیم و نقش باورها و هنجارها، عقاید و ارزشها را در فعالیتهای که بر عهده می گیریم، نشان می دهد (عبداله زاده، ۱۳۸۶). تحقیقات انجام شده رابطه هوش معنوی با بهزیستی روانشناختی (ستوده و همکاران، ۱۳۹۵) کاهش استرس ادراک شده، اضطراب و افسردگی (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲) را تایید نمود.

از میان متغیرهای مختلف روانشناختی که با آشفتگی روانشناختی در ارتباط است، می توان متغیر مهارتهای مقابله با استرس^۷ را گفت. مهارتهای مقابله با استرس دارای مفهوم گسترده و مؤلفه های شناختی و رفتاری چندی است. به طور کلی مقابله به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط یا تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است (لازاروس و فولکن^۸، ۱۹۸۴). پژوهشگران دو راه مهم مقابله با استرس را شیوه های سازگاری متمرکز بر مسأله که شامل فعالیتهای مستقیم به منظور تغییر یا اصلاح شرایطی است که تهدیدآمیز تلقی می شود و همچنین شیوه های سازگاری متمرکز بر هیجان که شامل فعالیت ها یا افکاری برای کنترل احساسات نامطلوبی است که از شرایط فشارزا به وجود آمده اند، بیان کرده اند. از سوی دیگر نقش حمایت اجتماعی به عنوان فرآیند ضربه گیر استرس اثرات زیان آور عوامل فشارزای درونی و برونی را دارد نیز مطرح شده است (ساراسون، پیرس و ساراسون، ۱۹۹۰). تحقیقات انجام شده بوسیله ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۰) رابطه شیوه های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان را تایید کردند. همچنین گاوبی و کوریج (۲۰۰۵) نشان دادند که مهارت های مساله مدار با سلامت روانی رابطه معنادار دارد و با آموزش این مهارت ها به دانشجویان پرستاری افسردگی و اضطراب آن ها به طور معناداری کاهش می یابد (به نقل از حسینیان، ۱۳۸۵). با توجه به مطالب فوق الذکر، پژوهش حاضر بدنبال پاسخ به این سوال بود که آیا حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست نقش دارد؟

فرضیه های پژوهش

- ۱- حمایت اجتماعی ادراک شده با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست ارتباط منفی دارد.
- ۲- هوش معنوی با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست ارتباط معکوس دارد.
- ۳- راهبردهای مقابله با استرس با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست ارتباط منفی دارد.

^۴ - Spiritual Intelligence

^۵ --amun

^۶ - elikenz

^۷ - Coping skills

^۸ - Lazarus & Folkman

۴- حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس توانایی پیش بینی آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست را دارد.

۲. روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده و در این پژوهش، حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس به عنوان متغیر مستقل و آشفتگی های روانشناختی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

۲-۱- جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی نوجوانان بی سرپرست ۱۸-۱۲ ساله شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ بود، که در مراکز شبانه روزی نگهداری نوجوانان بی سرپرست سازمان بهزیستی اردبیل نگهداری می شوند، و آمار دقیقی توسط هیچ ارگان و سازمان رسمی گزارش نشده است. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر بصورت دردسترس بود و با استفاده از این روش تعداد ۱۰۰ نفر از نوجوانان بی سرپرست شهر اردبیل به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. در تحقیقات همبستگی حداقل تعداد نمونه ۳۰ نفر مناسب می باشد (دلاور، ۱۳۸۵) در تحقیق حاضر به منظور افزایش اعتبار بیرونی و قابلیت تعمیم با اطمینان بیشتر ۱۰۰ نفر از حجم نمونه انتخاب شد.

۲-۲- ابزار های اندازه گیری

مقیاس هوش معنوی ۹: این پرسشنامه که توسط King ساخته شده است دارای ۲۳ آیتم می باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای پاسخ داده می شود. با استفاده از تحلیل اکتشافی در یک نمونه ۶۱۹ نفری از دانشجویان دانشگاه تورنتو کانادا در سال ۲۰۰۷ آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و پایایی از طریق تصنیف ۰/۸۳ و آلفای استاندارد نیز ۰/۹۲ بدست آمد (کینگ، ۲۰۰۸). همچنین نادری و همکاران در پژوهش خود روایی همگرایی پرسشنامه هوش معنوی را با استفاده از پرسشنامه تجربیات معنوی محاسبه کردند (نادری و همکاران، ۲۰۱۰).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده ۱۰ (MSPSS): توسط زیمت و همکاران (۱۹۹۸) برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کیفیت منابع حمایت اجتماعی شامل دوستان، خانواده و فرد مهم در زندگی آزمودنی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال اختصاصی است که با مقیاس رتبه های ۰ تا ۴ نمره دهی می شود. همه گویه ها، براساس یک طیف ۵ درجه ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، بسیارمخالف) درجه بندی شدند. دامنه نمرات از ۱۲ الی ۶۰ است (زیمت، ۱۹۹۸). این مقیاس نخستین بار توسط مسعود نیا به فارسی برگردانده شد. برای محاسبه میزان پایایی درونی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج مطالعه مد نظر نشان داد که میزان پایایی درونی آن مقیاس به طور کلی برابر با ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس حمایت از سوی دیگران ۰/۷۸، حمایت از سوی خانواده ۰/۸۱ و حمایت از طرف دیگران مهم ۰/۷۸ بوده است. پایایی درونی خرده مقیاس حمایت اجتماعی برابر با ۰/۷۸ محاسبه گردید (برزمانی، ۲۰۱۳).

پرسشنامه شیوه مقابله با استرس در موقعیت های استرس زا ۱۱ (CISS): این ابزار برای اولین بار توسط اندلر و پارکر (اندلر، ۱۹۹۴) در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است و در ایران توسط اکبرزاده، ترجمه و هنجاریابی و برای سبکهای مقابله با استرس نوجوانان تهران در سال ۱۳۹۰ به کار گرفته شده است (سرمد، ۲۰۰۴). این آزمون شامل ۴۸ عبارت است که پاسخ به هر عبارت به روش لیکرت، از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵)، مشخص شده است. آزمون مقابله با بحران چند زمینه اصلی رفتارهای مقابله ای را در بر می گیرد که عبارتند از: مسئله مدار (متمركز شدن در مورد مسئله و راه حلهای آن)؛ هیجان مدار (متمركز شدن در

۹ - Spiritual Intelligence Scale

۱۰ - Scale of Perceived Social Support

۱۱ - Coping with stress questionnaire in stressful situations

مورد هیجان های ناشی از مسئله؛ و اجتنابی (که در آن از مکانیسمهای فرار استفاده می شود). سبک مقابله ای غالب فرد، با توجه به نمره ای که در این آزمون کسب می کند، مشخص می شود یعنی در هر کدام از رفتارها نمره بالاتری در مقیاس کسب می کند. سه مقیاس (مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) به عنوان سبک مقابله فرد در نظر گرفته می شود. با توجه به یافته های سازندگان آزمون و داوری متخصصان و روانشناسان به ویژه روانشناسان بالینی چنین استنباط می شود که آزمون مورد نظر جهت سنجش سبک های مقابله با استرس از روایی خوبی برخوردار است. روایی مقیاس فوق در ایران در پژوهش قریشی (سرمد، ۲۰۰۴) توجیه شده است. اندلر و پارکر ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک مقابله مسئله مدار ۰/۹۲، سبک هیجان مدار ۰/۸۲ و اجتنابی را ۰/۸۵ برای نوجوانان پسر گزارش کردند که حاکی از اعتبار مقیاس است (افراسیابی، ۲۰۰۵). در ایران ضریب آلفای زیر مقیاس مقابله مسئله مدار ۰/۷۵ و زیر مقیاس مقابله هیجان مدار را ۰/۸۲ و مقیاس مقابله اجتنابی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند (شکری، ۲۰۰۷).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۱۲ (DASS-۲۱) : مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱-DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هر یک از سازه های روانی افسردگی اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. لویباند و لویباند (۱۹۹۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس DASS ($r=0/4$) همبستگی بالایی را نشان دادند. علاوه بر این آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) الگوی مشابهی از همبستگی را در نمونه های بالینی به دست آوردند. در ایران نیز توسط مرادی پناه و همکاران (۱۳۸۴) اعتبار این ابزار تایید شده است. به طوریکه در مطالعه مرادی پناه و همکاران، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است و روایی این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد.

۲-۳- شیوه اجرا، جمع آوری و تحلیل داده ها

برای جمع آوری داده ها ابتدا به بهزیستی شهر اردبیل مراجعه کرده و مجوز های لازم گرفته شد و در ادامه از بین نوجوانان بی سرپرست تعداد ۶۰ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شد و در ادامه اهداف پژوهش برای این افراد تشریح شد و پس از جلب رضایت این افراد پرسشنامه های مذکور در اختیار این افراد قرار داده شد و در ادامه داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد. برای تحلیل داده های بدست آمده از شاخص های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای بررسی فرضیات پژوهش از آزمون ضریب پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

۳- نتایج

۳-۱- یافته های جمعیت شناختی

جدول (۱) توزیع فراوانی و درصد جنسیت نوجوانان بی سرپرست

توزیع جنسی	فراوانی	درصد
مذکر	۶۲	۶۲
مونث	۴۸	۴۸
جمع	۱۰۰	۱۰۰

نتایج جدول (۱) نشان می دهد ۶۲ درصد پاسخگویان مذکر و ۴۸ درصد مونث بودند.

جدول (۲) توزیع فراوانی و درصد وضعیت سن نوجوانان بی سرپرست

توزیع سن	فراوانی	درصد
۱۳-۱۲	۲۷	۲۷
۱۵-۱۴	۳۰	۳۰
۱۷-۱۶	۳۳	۳۳
۱۸	۱۹	۱۹
جمع	۱۰۰	۱۰۰

نتایج جدول (۲) نشان می دهد ۲۷ درصد گروه نمونه ۱۲ تا ۱۳ سال، ۳۰ درصد ۱۴ تا ۱۵ سال، ۳۳ درصد ۱۶ تا ۱۷ سال، ۱۹ درصد ۱۸ سال داشتند.

۳-۲- یافته های توصیفی

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی، نوجوانان بی سرپرست

متغیر	میانگین	انحراف معیار
فرد مهم زندگی	۱۱/۴۰	۱/۵۴
دوستان	۱۲/۷۶	۲/۲۲
خانواده	۱۲/۹۶	۲/۲۵
نمره کل حمایت اجتماعی	۳۷/۱۳	۳/۹۱

همانطور که نتایج جدول (۳) نشان می دهد میانگین و (انحراف معیار) متغیر نمره کل حمایت اجتماعی در این تحقیق ۳۷/۱۳ (۳/۹۱) و میانگین و (انحراف معیار) برای زیر مولفه فرد مهم زندگی ۱۱/۴۰ (۱/۵۴) و دوستان ۱۲/۷۶ (۲/۲۲) و خانواده ۱۲/۹۶ (۲/۲۵) بدست آمد.

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار نمره هوش معنوی نوجوانان بی سرپرست

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تفکر وجودی انتقادی	۲۱/۲۶	۷/۸۷
ایجاد معناداری شخصی	۱۵/۲۶	۵/۳۵
هشیاری متعالی	۲۲	۷/۵۰
گسترش حالت هشیاری	۱۶/۴۰	۴/۴۵
نمره کل هوش معنوی	۷۴/۹۳	۲۴/۲۷

همانطور نتایج جدول (۴) نشان می دهد میانگین و (انحراف معیار) متغیر هوش معنوی در این تحقیق ۷۴/۹۳ (۲۴/۲۷) و تفکر وجودی انتقادی ۲۱/۲۶ (۷/۸۷)، ایجاد معناداری شخصی ۱۵/۲۶ (۷/۸۷)، هشیاری متعالی ۲۲ (۷/۵۰)، گسترش حالت هشیاری ۱۶/۴۰ (۴/۴۵) بدست آمد.

جدول (۵) میانگین و انحراف معیار راهبرد های مقابله با استرس نوجوانان بی سرپرست

متغیر	میانگین	انحراف معیار
مسئله مدار	۳۸/۲۶	۶/۷۵
هیجان مدار	۴۳/۳۳	۹/۰۵
اجتنابی	۴۲/۳۳	۱۶/۲۹

نتایج جدول (۵) نشان می دهد میانگین و (انحراف معیار) راهبردمسئله مدار(۳۸/۲۶ ۶/۷۵)، راهبرد هیجان مدار ۴۳/۳۳ (۹/۰۵)، راهبرد اجتنابی ۴۲/۳۳(۱۶/۲۹) بدست آمد.

جدول (۶) میانگین و انحراف معیار آشفستگی روانی و متغیرهای آن در نوجوانان بی سرپرست

متغیر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۳/۰۶	۳/۱۵
استرس	۱۴/۴۶	۲/۸۰
اضطراب	۱۱/۸۳	۲/۸۷
آشفستگی روانی	۱۱/۴۰	۱/۵۴

نتایج جدول (۶-۴) نشان می دهد میانگین و (انحراف معیار) افسردگی ۱۳/۰۶ (۳/۱۱۵)، استرس ۱۴/۴۶ (۲/۸۰)، اضطراب ۱۱/۸۳ (۲/۸۷) و میانگین و (انحراف معیار) آشفستگی روانی ۱۱/۴۰ (۱/۵۴) بدست آمد.

۳-۳- یافته های استنباطی

جدول (۷) ضریب همبستگی آشفستگی روانی و هوش معنوی

متغیر	آماره	افسردگی	اضطراب	استرس	آشفستگی روانی
هوش معنوی	ضریب همبستگی	-۰/۵۴	-۰/۸۷	-۰/۶۲	-۰/۹۰
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰
تفکر وجودی	ضریب همبستگی	-۰/۳۳	-۰/۲۸	-۰/۳۶	-۰/۴۲
انتقادی	سطح معناداری	۰/۰۰۵	۰/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵
ایجاد	ضریب همبستگی	-۰/۲۱	-۰/۳۰	-۰/۱۹	-۰/۲۹
معناداری شخصی	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵
هشیاری	ضریب همبستگی	-۰/۲۵	-۰/۱۸	-۰/۲۵	-۰/۳۴
متعالی	سطح معناداری	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۱۴	-۰/۱۸
گسترش	ضریب همبستگی	-۰/۴۲	-۰/۴۱	-۰/۲۸	۰/۱۷
حالت	سطح معناداری	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
هشیاری					

همانطور که جدول (۷) نشان می دهد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه های آن با نمره کل هوش معنوی ($r = -0/90$)، تفکر وجودی انتقادی ($r = -0/42$)، ایجاد معناداری شخصی ($r = -0/29$) و هشیاری متعالی ($r = -0/34$)، و گسترش حالت هشیاری ($r = -0/18$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

جدول (۸) ضریب همبستگی آشفتگی روانی و حمایت اجتماعی

متغیر	آماره	افسردگی	اضطراب	استرس	آشفتگی روانی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	-0/67	-0/74	-0/83	-0/93
	سطح معناداری	0/000	0/000	0/000	0/000
دوستان	ضریب همبستگی	-0/18	-0/12	-0/21	0/24
	سطح معناداری	0/005	0/000	0/005	0/005
خانواده	ضریب همبستگی	-0/31	-0/25	-0/18	0/59
	سطح معناداری	0/000	0/005	0/000	0/005
فرد مهم زندگی	ضریب همبستگی	-0/65	-0/74	-0/80	0/87
	سطح معناداری	0/005	0/005	0/000	0/005

همانطور که جدول (۸) نشان می دهد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه های آن با حمایت اجتماعی ($r = -0/93$) دوستان ($r = -0/24$)، خانواده ($r = -0/59$)، فرد مهم زندگی ($r = -0/87$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

جدول (۹) ضریب همبستگی نمرات آشفتگی روانی و راهبرد مقابله با استرس

متغیر	آماره	افسردگی	اضطراب	استرس	آشفتگی روانی
مسئله مدار	ضریب همبستگی	0/54	0/30	0/41	0/61
	سطح معناداری	0/005	0/000	0/005	0/005
هیجان مدار	ضریب همبستگی	0/14	0/21	0/19	0/26
	سطح معناداری	0/005	0/000	0/005	0/005
اجتنابی	ضریب همبستگی	-0/32	-0/13	-0/15	-0/18
	سطح معناداری	0/000	0/005	0/005	0/005

همانطور که جدول (۹) نشان می دهد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه های آن با راهبرد مسئله مدار ($r = 0/61$) هیجان مدار ($r = 0/26$) رابطه مثبت معنی داری و با راهبرد هیجان مدار ($r = -0/18$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

($p < 0/979$) با توجه به مقادیر بتا راهبرد مسئله مدار ($\beta = 0/102$)، هیجان مدار ($\beta = -0/05$)، اجتنابی ($\beta = 0/119$) و راهبردهای حل مسئله (۱/۰۲۴) نمی توانند تغییرات مربوط به آشفتگی روانی را به صورت معنی داری پیش بینی کند.

جدول (۱۲) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حمایت اجتماعی و متغیرهای آن، در پیش بینی آشفتگی روانی

مدل	Ss	df	Ms	F	P	
رگرسیون	۴/۲۴۵	۳	۱/۴۱۵	۲/۰۱۹	۰/۰۰۰	
باقیمانده	۱۹۴۰/۷۲۱	۲۶	۷۴/۶۳			
کل	۱۹۴۴/۹۶۷	۲۹				
متغیرهای پیش بین	R	Rs	ARS	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	
constant			B	Se	Beta	
			۴۰/۱۵۸	۱۹/۰۰۳	-	
					t	
					p	
دوستان	۰/۲۴۱	۰/۱۴۲	۰/۱۱۳	۰/۹۷۲	-۰/۲۲۹	۰/۸۱۵
خانواده	۰/۳۲۴	۰/۱۸	۰/۱۲۴	۱/۰۱۲	۰/۱۳۵	۰/۰۰۰
فرد مهم زندگی	۰/۳۲۷	۰/۳۱۰	۰/۲۱	۱/۱۱۹	۰/۳۴	۰/۰۰۰

برای تعیین تاثیر دوستان، خانواده، فرد مهم زندگی در پیش بینی آشفتگی روانی با تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش ورود تحلیل شدند. همانطور که در جدول (۱۲) مشاهده می شود میزان F مشاهده شده معنادار است و استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است ($F = 2/019$). و ۳۷ درصد از واریانس خانواده و ۳۴ درصد فرد مهم زندگی توسط آشفتگی روانی پیش بینی می شود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست انجام شد.

فرضیه اول این پژوهش عبارت بود از: حمایت اجتماعی ادراک شده با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست ارتباط منفی دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج نشان داد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه های آن با حمایت اجتماعی ($r = -0/93$)، دوستان ($r = -0/24$)، خانواده ($r = -0/59$)، فرد مهم زندگی ($r = -0/87$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد. نتایج بدست آمده همسو با نتایج پژوهش نیسی و همکاران (۱۳۸۴)، قادی و همکاران (۱۳۸۷)، زهرا کرمانی (۱۳۸۸)، مختاری و قاسمی (۱۳۸۹)، فرجی و همکاران (۱۳۸۹)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۱)، اصغری و همکاران (۱۳۹۳)، رکترو و همکاران (۲۰۰۷؛ نقل از مختاری و قاسمی، ۱۳۸۹)، باتینینگ و براتکوویچ (۲۰۰۸)، گولاکتی (۲۰۱۰)، یان و سلیک (۲۰۱۳) و آنالان و همکاران (۲۰۱۵) می باشد که نشان دادند وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش بینی کننده های بهتری برای رضایت مندی از زندگی و بالانس عاطفی هستند. در حقیقت، حمایت اجتماعی شامل محتوای کارکردی روابط که می توان آن را در چهار گروه از رفتارهای حمایتی قرار داد. پشتیبانی عاطفی شامل احساس همدردی، دوست داشتن، اعتماد به توجه که رابطه قوی با سلامتی دارد، حمایت مادی شامل کمک مادی و خدماتی به شخص نیازمند، حمایت اطلاعاتی مشتمل بر توصیه ها، پیشنهادات و اطلاعاتی که شخص از آن در رویارویی با مشکلات استفاده می کند (تولجامو و همکاران، ۲۰۰۱). حمایت اجتماعی به مدیریت تنیدگی های روانی و اصلاح روانبنه ها کمک می کند، احتمال بیمار شدن را کاهش می دهد، بهبود را تسریع، مرگ و میر را کاهش و سلامت روان را تامین می کند (آسس، فوسا، ومل ومو

۱۹۹۷) و به عنوان شبکه‌ی حمایتی به سیستمی با دامنه‌ی بزرگ تا کوچک از افراد اشاره دارد که نیاز به کمک، قابل دسترس باشند. در این مقوله فرد به وسیله‌ی اعضای شبکه‌ی اجتماعی مورد حمایت قرار می‌گیرد و ارزیابی‌های ذهنی افراد درباره‌ی روابط و رفتارهای حمایتی می‌باشد (سارسون، سارسون و پیرس، ۱۹۹۰) عوامل اجتماعی نقش مهمی در ایجاد، یا از میان رفتن سلامت انسان دارند افرادی که تصویر ذهنی مثبتی از حمایت اجتماعی از طرف دوستان خانواده و دیگران احساس می‌کند اضطراب افسردگی و ... در آنها کاهش می‌یابد که این امر به دلیل حس حمایت در مواقع لزوم و احساس آرامش حاصل از می‌باشد، بنابراین افراد سالم بیشتر احساس حمایت اجتماعی از طرف دوستان و افراد مهم دیگر در زندگی روزمره خود دارند و نوجوانان بی‌سرپرست این حس را کمتر دارند که منجر به بروز نشانه‌های اضطرابی و تنش در این افراد می‌شود. فرضیه دوم این پژوهش عبارت بود از: هوش معنوی با آشفتگی‌های روانشناختی نوجوانان بی‌سرپرست ارتباط منفی دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج نشان داد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه‌های آن با نمره کل هوش معنوی ($r = -0.90$)، تفکر وجودی انتقادی ($r = -0.42$)، ایجاد معناداری شخصی ($r = -0.29$) و هشیاری متعالی ($r = -0.34$)، و گسترش حالت هشیاری ($r = -0.18$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

نتایج بدست آمده همسو با نتایج پژوهش تسه و یایپ (۲۰۰۷)، کینگ (۲۰۱۵) بدری و همکاران (۱۳۹۱)، مرعشی و همکاران (۱۳۹۱)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) و ستوده و همکاران (۱۳۹۵) می‌باشد که نشان دادند، هوش معنوی بر بهزیستی روانشناختی تاثیر دارد، همچنین بین هوش معنوی با استرس ادراک شده، اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنی داری وجود دارد. هوش معنوی، موضوع جالب و جدیدی است که مطالب نظری و نیز یافته‌های پژوهشی و تجربی در مورد آن بسیار اندک است. اخیراً این موضوع نظر بسیاری از صاحب‌نظران و محققان را به خود جلب کرده است. هوش معنوی قادر است که هشیاری یا احساس پیوند با یک قدرت برتر یا یک وجود مقدس را تسهیل کند یا افزایش دهد (سیسکو تورنس، ۲۰۰۱). هوش معنوی سازه‌های معنویت و هوش را درون یکسازه جدید ترکیب می‌کند. در حالی که معنویت با جستجو و تجربه عناصر مقدس، معنا و هوشیاری اوج یافته و تعالی در ارتباط است، هوش معنوی مستلزم توانایی‌هایی است که از چنین موضوعات معنوی برای تطابق و کنش اثربخش و تولید محصولات و پیامدهای با ارزش استفاده می‌کند. به طور کلی می‌توان پیدایش سازه هوش معنوی را به عنوان کاربرد ظرفیت‌ها و منابع معنوی در زمینه‌ها و موقعیت‌های عملی در نظر گرفت. افراد زمانی هوش معنوی را به کار می‌برند که بخواهند از ظرفیت‌ها و منابع معنوی برای تصمیم‌گیری‌های مهم و اندیشه در موضوعات وجودی یا تلاش در جهت حل مسایل روزانه استفاده کنند. نازل (۲۰۰۴) معتقد است هوش معنوی یکی از جنبه‌های کاربردی برای مفهوم معنویت است. در واقع هوش معنوی استفاده از توانایی‌ها و منابع معنوی است به طوری که افراد بتوانند تصمیمات معناداری اتخاذ کنند.

شایان ذکر است که مطالب بسیاری در متون دینی ما در باب هوش معنوی و مؤلفه‌های آن وجود دارد. هوش معنوی کاملاً منحصر به فرد و مربوط به انسان می‌باشد. در واقع گفته می‌شود که هوش عمومی و هوش هیجانی پاسخگوی همه چیز نبوده و واقعاً نیستند بلکه انسان به عامل سومی هم نیازمند است که هوش معنوی نامیده می‌شود (سهرابی، ۱۳۸۵).

افراد برخوردار از معنویت، میزان بالاتری از شادکامی را گزارش می‌کنند. از آنجایی که هوش معنوی توانایی تجربه شده‌ای است که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد (جاین و همکاران، ۲۰۰۶). و نتایج پژوهش مه‌یرز (۲۰۰۱) بیانگر آن است که شادی در بهبود و افزایش سلامت جسمانی و روانی نقش موثری دارد و باعث احساس امنیت و رضایت در زندگی و روحیه مشارکت بالاتر می‌گردد، و افراد دارای زندگی معنوی، بدون شک از نظر روان شناختی افراد سالمی هستند (وست، ۱۳۸۳). پس می‌توان گفت که افراد برخوردار از هوش معنوی بالا از میزان شادی بالاتری بهره‌مند خواهند شد و چون هر دو مولفه ارتباط بسیار نزدیکی با سلامت روانی دارند که این تبیین با نتایج یافته‌های پژوهش یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷) که نشان داد که رابطه معناداری بین هوش معنوی و سلامت روانی در دانشجویان همسو می‌باشد. از طرفی دیکمن (۱۹۹۰) به تاثیر مثبت هوش معنوی در سلامت روانی اشاره می‌کند از دیدگاه پیترسون (۲۰۰۰) افراد شاد تمایل دارند خود و دیگران را مثبت ببینند و وقایع را مثبت تفسیر نمایند. بنابراین

می توان نتیجه گرفت که هوش معنوی به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی را در زمینه های گوناگون به ویژه ارتقاء و تامین سلامت روانی، ایفا نماید.

فرضیه سوم این پژوهش عبارت بود از: راهبردهای مقابله با استرس با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست ارتباط منفی دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد، که نتایج نشان داد بین آشفتگی روانی و زیر مجموعه های آن با راهبرد مسئله مدار ($r=0/61$)، هیجان مدار ($r=0/26$) رابطه مثبت معنی داری و بین راهبرد هیجان مدار ($r=-0/18$) رابطه منفی معنی داری وجود دارد. نتایج بدست آمده همسو با نتایج پژوهش مختاری و قاسمی (۱۳۸۹)، فرجی و همکاران (۱۳۸۹)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۰)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۱)، میکاییلی و همکاران (۱۳۹۱)، پاسگار (۲۰۰۳)، اصغری و همکاران (۱۳۹۳)، لازاروس، برلین و ساکولر (۱۹۸۴)، گلوبی و کوریچ (۲۰۰۵)، کیز و همکاران (۲۰۱۱)؛ نقل از محمودعلیلو و همکاران، (۱۳۹۱)، کوهن و همکاران (۲۰۰۸) می باشد که در پژوهش خود نشان دادند که مهارت های مساله مدار با سلامت روانی رابطه معنادار دارد.

مقابله می تواند به شیوه ای انجام پذیرد که به شخص کمک کند تا تنش را کاهش داده و بدن را به حالت تعادل خود برگشت دهد. این شیوه مقابله که از آن با عنوان راهبرد سازش یافته ی یاد می شود که به کارگیری راهبرهای سازش یافته مقابله پیامدهای مثبت و طولانی مدت دارد. به این ترتیب که تنش به وسیله تلاش های فرد کاهش می یابد و به دنبال آن سطح عزت نفس و مهارت وی افزایش پیدا می کند و سلامت او تأمین می شود. در عین حال شخص در برابر عوامل تنش زا که در آینده به آنها مواجهه می شوند نیز مقاوم تر می گردد (پاول و آنرایت، ۱۹۹۱) راهبرد مقابله مسئله مدار یکی از این راهبردهای سازش یافته می باشد که متمرکز بر درگیر شدن با مشکل به طور نظام دار و منظم است و شامل در نظر گرفتن دیدگاه ها یا راه های مختلف در جهت حل مشکل و بر خورد با مسئله است. مقابله سازش یافته ابتدا شامل تشخیص خواسته ها و عوامل تنش زای بیرونی و آگاهی از منابع شخصی مقابله می شود؛ به این معنی که شخص اول باید نسبت به آنچه در جریان است آگاهی پیدا کند. سپس به دنبال راه حل هایی برای کاهش خواسته های بیرونی و تغییر زندگی، تعیین هدف، تصمیم گیری در مورد اولویت ها در تنظیم زمان، ابراز وجود بیش از پیش، یافتن راه چاره برای کاهش خواسته های درونی (زمانی را صرف ایجاد آرامش بدنی خود کردن، تغییر الگوهای نامؤثر تفکر، ابراز هیجان های سرکوب شده و تلاش در جهت تغییر رفتار) بگردد و این راهبرد بیشتر در افراد سالم بکار برده می شود که منجر به سلامت روانی و عدم اختلال در این افراد می شود اما در افراد مبتلا به آشفتگی روانی این راهبرد کمتر بکار برده می شود که می توان خود این مسئله یکی از دلایل آشفتگی روانی بحساب آید.

فرضیه چهارم این پژوهش عبارت بود از: حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس توانایی پیش بینی آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست را دارد. برای بررسی این فرضیه از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان F مشاهده شده معنادار است ($p < 0/05$) با توجه به مقادیر بتا تفکر وجودی انتقادی ($\beta = 0/644$)، ایجاد معناداری شخصی ($\beta = -0/407$)، هشیاری متعالی ($\beta = 0/282$)، گسترش هشیاری ($\beta = 0/179$) می توانند تغییرات مربوط به آشفتگی روانی به صورت معنی داری پیش بینی می کند.

همچنین یافته ها نشان داد F مشاهده شده معنادار نمی باشد ($p < 0/979$) با توجه به مقادیر بتا راهبرد مسئله مدار ($\beta = 0/102$)، هیجان مدار ($\beta = -0/05$)، اجتنابی ($\beta = 0/119$) و راهبردهای حل مسئله ($1/024$) نمی توانند تغییرات مربوط به آشفتگی روانی را به صورت معنی داری پیش بینی کند.

در این مطالعه، ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز حاکی از قدرت پیش بینی کنندگی معنی دار حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس توانایی برای آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست بود. این نتایج هم خوان با نتایج تحقیقات ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۰)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۱)، میکاییلی و همکاران (۱۳۹۱)، پاسگار (۲۰۰۳)، اصغری و همکاران (۱۳۹۳) بود.

آشفتگی روانشناختی که شامل زیر مولفه های استرس، افسردگی و اضطراب می باشد، از جمله رایج ترین مسایل و مشکلات روانی و عاطفی در زندگی افراد امروزی به شمار می روند. بروز این گونه مسایل بر اغلب کنش های شناختی و عاطفی تاثیر می گذارد، سلامت و بهداشت روان افراد و جامعه را در معرض خطر قرار می دهد و فرد را به سوی نوعی تعادل روانی، عاطفی و شناختی سوق می دهد (کولز، ۲۰۰۴).

امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش زا و کاهش توان مقابله انسان در برابر آنها - به دلیل تغییر سبک زندگی - استرس به پدیده ای پیچیده و بزرگ تبدیل شده است، چرا که تحت تأثیر عوامل متعدد و تعامل میان آنها قرار دارد. از مهمترین پدیده هایی که به استرس می انجامد می توان به تغییر روابط خانوادگی، تغییر نقش اعضای خانواده، گسستگی روابط خانوادگی، بی سرپرستی و بد سرپرستی اشاره نمود (فریدنبرگ و لوپس، ۱۹۹۳).

نوجوانان بی سرپرست کودکانی هستند که در اثر عواملی چون عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادر، آزارهای جسمی و روحی و... به استناد ماده ۱۳۷۳ قانون مدنی به عنوان کودک فاقد سرپرست موثر و با صلاحیت و به موجب حکم دادگاه به مراکز نگهداری شبانه روزی منتقل می شوند. اما پدیده بدسرپرستی همچنان بر این قبیل کودکان سایه افکنده و موجب شده تا آنان در مقایسه با کودکان واجد سرپرست در وضعیت نامناسبتر جسمی و عاطفی قرار گیرند. زیرا اغلب آنان به دلیل وضعیت نامناسب خانوادگی در شرایط حاد عاطفی و جسمانی به سر می برند، غالباً از اختلالات عاطفی، نایمنی، احساس وابستگی یا طرد، گروه گریزی یا گروه گرایی حاد رنج می برند.

آشفتگی روانشناختی که شامل زیر مولفه های استرس، افسردگی و اضطراب می باشد، از جمله رایج ترین مسایل و مشکلات روانی و عاطفی در زندگی افراد امروزی به شمار می روند. بروز این گونه مسایل بر اغلب کنش های شناختی و عاطفی تاثیر می گذارد، سلامت و بهداشت روان افراد و جامعه را در معرض خطر قرار می دهد و فرد را به سوی نوعی تعادل روانی، عاطفی و شناختی سوق می دهد (کولز، ۲۰۰۴). در قرن حاضر استرس یکی از مهمترین زمینه های پژوهش در علوم مختلف به شمار می آید. این موضوع توجه دانشمندان رشته های مختلف اعم از پزشکان، روان شناسان، فیزیولوژیست ها، زیست شناسان و جامعه شناسان را به خود جلب کرده است و هر یک جنبه هایی از استرس و عوارض آن را مورد بررسی قرار داده اند. امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش زا و کاهش توان مقابله انسان در برابر آنها - به دلیل تغییر سبک زندگی - استرس به پدیده ای پیچیده و بزرگ تبدیل شده است، چرا که تحت تأثیر عوامل متعدد و تعامل میان آنها قرار دارد (فریدنبرگ و لوپس، ۱۹۹۳). بر این اساس پژوهش حاضر به منظور تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس با آشفتگی های روانشناختی نوجوانان بی سرپرست انجام شد که نتایج نشان داد حمایت دوستان و دیگران و همچنین راهبرد مقابله مسئله و هوش معنوی در آشفتگی روانشناختی نقش دارد.

از محدودیت های این پژوهش پژوهش می توان به نمونه گیری در دسترس، عدم کنترل مدت زمان ابتلا به آشفتگی روانشناختی، محدود بودن جامعه آماری به شهر اردبیل، محدود شدن جمع آوری اطلاعات به پرسشنامه ها اشاره کرد. پیشنهاد می شود مشاوران به منظور کمک به ارتقاء سلامت روانی نوجوانان بی سرپرست راهبرد های مقابله مسئله مدار در این افراد را تقویت کرده و در درمان نوجوانان دارای آشفتگی روانشناختی روش های مناسب حمایت درک شده از طرف دوستان و دیگران تقویت شود.

منابع

علی پور، احمد (۱۳۸۵) ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم : بررسی مدل تأثیر کلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، ۲۰-۱۳۴، (صص: ۱۳۹) (ایران) اندیشه و رفتار) ۱۲
 فرجی، آناهیتا؛ آریاپوران، سعید و عبدی، علی (۱۳۸۹). نقش سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی در تمیز دانشجویان دارای اضطراب امتحان بالا و پایین، فصلنامه روانشناسی تربیتی شماره ۱۹، سال ۶، صص ۴۸-۶۱.

فیش، فرنک (۱۹۹۸) روانپزشکی، مترجم پور افکاری، نصرالله (۱۳۸۵). چاپ اول، انتشارات: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

محمودعلیلو، مجید؛ سلطانی، رضا و رضایی، سعید. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و شیوه های مقابله ای استرس در افراد مبتلا به اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر و افراد عادی. فصلنامه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. سال اول، شماره ۲، ص ۶۹-۷۵.

مختاری، رضا و قاسمی، سیروس. (۱۳۸۹). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و شیوه های مقابله ای استرس سالمندان مبتلا به اختلال پانیک در سالمندان ساکن/غیر ساکن سرای سالمندان. دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی میکاییلی، نیلوفر؛ مختاپور حبشی، الهام و میسی، سهیلا. (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبرد های مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس. مجله یافته های نو در روانشناسی، ۲۳(۷)، ص ۱۷-۵. نیسی، عبدالکازم؛ شهنی بیلاق، منیجه و فراشبندی، افسانه. (۱۳۸۴). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دوره ۳، سال ۱۲، شماره ۳، ص ۱۵۲-۱۳۷.

Batinic, B. & Trajkovic, G. (۲۰۰۸). Assessment of social support in the course of manifestation of panic disorder with agoraphobia, *European Psychiatry*, ۲۳, ۲, ۲۱۰-۲۱۱.

Bruwer -Kart, M & Guldo, O. (۲۰۰۸). Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. *Dial Transplant*, ۳۴(۱۰), ۶۶۲-۶۶۷.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V & Scheier, M.F. (۱۹۹۳). Robinson DS, Ketcham AS. How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and Social Psychology*, ۶۵: ۳۷۵-۳۹۰.

Cohen M, Ben-Zur, H & Rosenfeld, ML (۲۰۰۸). Sense of Coherence, Coping Strategies, and Test Anxiety as Predictors of Test Performance Among College Students. *International Journal of Stress Management*, ۱۵(۳): ۲۸۹-۳۰۳.

Colvin, M & .F. T. Cullen & T. Vander en. (۲۰۰۲). Coercion, Social Support, And Crime: an Emerging Theoretical Consensus", *Criminology*, No ۱۵۰-۱: ۱۳۹

Cooper, C. L & Masharl, J. (۱۹۷۶). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental health. *Journal of occupational psychology*, ۴۹, ۱۱-۲۸.

Cornman, Jennifer. C. et al., (۲۰۰۳). Social Ties and Perceived Support, *Journal of Aging & Health*, ۱۵(۴). pp: ۶۱۶-۴۴.

Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want ,but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical Psychology*, ۲۰۰۵, ۲۴ (۷). ۱۰۵۱-۱۰۷۶.

Emmons ,R.A.(۲۰۰۰). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the Psychology of Religion*. ۱۰ (۱), ۳-۲۶.

Folkman, S. (۱۹۸۴). Personal control and stress and coping processes; ۲۲-۲۶, ۵۵.

Glynn. Mary Ann. (۱۹۹۶), Innovative Genius: A Framework for Relating Individual and Intelligence in Action to Innovation, *Academy of Management Review*. ۲۱, ۴, pp ۱۰۸۱-۱۱۱.

Gülaçti, F. (۲۰۱۰). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences* ۲, ۳۸۴۴-۳۸۴۹.

Hughes, et al. (۲۰۰۴). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients ,*Annual Behavior Medicine*, Vol. ۲۸(۳): pp ۱۷۹-۱۸۵.

Kessler, R. C., Price, R. H & C. B. Worthman. (۱۹۸۵). Social Factor in Psychology: Stress, Social Support and Coping Processes *Annual Review Psychology*, No ۳۶: ۱۲۰-۱۴۱.

King, D. B. (۲۰۰۸). Rethinking clams spiritual intelligences: A definition, model, and measure, Master of science dissertation, Trent university , Ontario, Canada.

Landman-Peters, Karlien M.C. et al., (۲۰۰۵). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, *Social Sciences & Medicine*, ۶۰, pp ۲۵۴۹-۵۹.

- Langeland, M, House, S, & Mero, R. (۲۰۰۷). Determinants of coping . Journal of health and social behavior, ۴۶(۳), ۴۵۰- ۴۵۸.
- Lazarus, R & Folkman .S. (۱۹۸۴). Coping and adaptation In W. D. Gentry (Ed.), Hand book behavioral medicine (pp: ۸۷-۱۱۶). New York: Guilford press.
- Lazarus, R. S. (۱۹۹۳). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology, ۴۴(۱): ۱-۲۱.
- Li, Lydia et al., (۲۰۰۵). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do anger and source of support make difference? Social Sciences & Medicine, ۶۰, pp ۶۳۷-۴۷.
- Lu L.(۱۹۹۷). Social Support, reciprocity, and well-being. The Journal of Social Psychology, ۱۳۷ (۵) ۶۱۸-۶۲۸.
- Nasel, D. D.(۲۰۰۴). Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality; Unpublished thesis. Australia: The university of south Australia
- Pakenham,K.(۲۰۰۴). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. Journal of Psychology, Health, and Medicine, ۶: ۴۱۱-۴۲۸.
- Pearlin,L.I & Schooler,C.(۱۹۸۷). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, ۱۹: ۲-۲۱.
- Piko,B.(۲۰۰۱). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. Psychological Record, ۵۱, ۲۲۳-۲۳۶.
- Sacco, V. F. (۱۹۹۳).Social Support and the Fear of Crime. Canadian Journal of Criminology ,No ۳۵: ۲۵-۴۰.
- Salovey, P., S grewal, D .(۲۰۰۵). The science of emotional Intelligence .current directions in psychological Science, ۱۴, ۲۸۱-۲۸۵.
- Schaefer, C., Coyne, J. C & R. S. Lazarus. (۱۹۸۱).The Health Related Function Social Support. Journal of Behavior Medicine, No ۴: ۷۰-۹۶.
- Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf. (۲۰۰۴). Long- term effects of spousal support on coping with cancer after surgery, Journal of Social and Clinical Psychology, ۲۳(۵), pp ۷۱۶- ۳۲.
- Somerfield,M.R & Mc-Crae,R.R.(۲۰۰۰). Stress and coping research. American Psychologist: ۵۵۶- ۶۲۷.
- Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, Abakoumkin G.(۲۰۰۵). Does social support help in bereavement? Journal of social and clinical psychology, ۲۴(۷), ۱۰۳۰-۱۰۵۰.