

اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی دختران فراری: پژوهش مورد منفرد

نویسندگان: سمیه آقامحمدی^{۱*}، دکتر محمدباقر کجباف^۲،
دکتر حمیدطاهر نشاط دوست^۳، دکتر احمد عابدی^۴ و زینب کاظمی^۱

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان
۲. دانشیار دانشگاه اصفهان
۳. استاد دانشگاه اصفهان
۴. استادیار دانشگاه اصفهان

* E-mail: somayeh.aghamohamadi@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی در دختران فراری شهر اصفهان است. در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح خط پایه چندگانه با شرکت‌کنندگان استفاده شده است. آزمودنی‌های این پژوهش سه دختر فراری ساکن در مرکز ارشاد بهزیستی شهر اصفهان هستند که پس از موقعیت خط پایه، به صورت پلکانی به طرح پژوهشی وارد شدند و طی دوازده جلسه مداخله انفرادی، آموزش خودکارآمدی را دریافت کردند و یک ماه پس از پایان مداخله به مدت دو هفته پی‌درپی تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. ابزار سنجش پژوهش حاضر، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. یافته‌های این پژوهش براساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد مداخله موردنظر درخصوص هر ۳ آزمودنی اثربخش بوده است (با PND ۱۰۰ درصد برای ۲ آزمودنی و ۹۱ درصد برای ۱ آزمودنی). نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که با افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی افراد بهبود پیدامی‌کند؛ بنابراین آموزش خودکارآمدی در این پژوهش، موجب افزایش کیفیت زندگی در دختران فراری شده است.

کلید واژه‌ها: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، دختران فراری، پژوهش مورد منفرد

• دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۴

• پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۲۴

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Nineteenth Year, No.6
Spring & Summer 2012

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم - دوره جدید - شماره ۶
بهار و تابستان ۱۳۹۱

مقدمه

افزایش فزاینده پدیده فرار از خانه در میان دختران در سال‌های اخیر و پیامدهای اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی آن، توجه محققان، روان‌شناسان، سیاست‌گزاران و جمعیت عمومی را به این پدیده معطوف ساخته است. در ایران شمار نوجوانان فراری به گونه‌ای نگران‌کننده در حال افزایش است. نتایج گزارش‌های منتشرشده از افزایش چشمگیر پدیده فرار از خانه در میان دختران ایرانی طی سال‌های اخیر حکایت دارد (۱)؛ بنابراین فرار دختران از خانه در ایران به‌عنوان یکی از مشکلات حاد روز مطرح است؛ این دختران خیابان‌ها را به‌عنوان راهی برای فرار از مشکلات انتخاب می‌کنند و به آواره‌های طردشده جامعه تبدیل می‌شوند. دختران فراری پس از ترک خانه با مسائل زیادی مواجه می‌شوند؛ مشکلاتی که سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی آنها را تهدید می‌کند؛ برای نمونه در معرض بیماری‌های مقاربتی، مشکلات جنسی، ضایعات پوستی، ضعف سیستم ایمنی بدن، سوءتغذیه و نابهنجاری‌های روان‌شناختی از قبیل افسردگی، کاهش عزت‌نفس و احساس کفایت و کارآمدی، پرخاشگری، اعتیاد و سوءمصرف مواد، اختلال‌های سلوک و رفتارهای ضداجتماعی و میزان بالای خودکشی قرار می‌گیرند (۲، ۳، ۴ و ۵).

دختران فراری، اغلب احساس حقارت و ناامنی می‌کنند و خودپنداره‌ی منفی دارند (۶). بیش از یک‌سوم زنان فراری به علائم و بیماری‌های روانی دچارند. اذیت و آزار به‌عنوان عاملی کلیدی، باعث ایجاد انزوای اجتماعی، احساس درماندگی و بی‌قدرتی در این افراد می‌شود؛ آنان با احساس درماندگی و بیگانگی از خود و اجتماع مواجه هستند. دختران فراری از طرفی به وابستگی و اتکا به دیگران نیاز دارند و از سوی دیگر، احساس بیگانگی اجتماعی می‌کنند؛ این کشش‌های دوگانه به‌طور مکرر به روابط متلاطم و آشفته‌ای منجر می‌شوند که روابط فرد را با دیگران مختل می‌کنند (۷).

کیفیت زندگی^۱، ابعاد مختلف سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را دربرمی‌گیرد؛

از آنجاکه این مفهوم در سال‌های اخیر به مثابه شاخصی مهم از سلامتی مطرح شده است و به‌علاوه می‌تواند کارایی تدابیر درمانی و کیفیت مراقبت را ارزیابی کند (۸)، در این پژوهش از مفهوم کیفیت زندگی برای بررسی سطوح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دختران فراری استفاده شده است. تعریف کیفیت زندگی، کاری دشوار است، چراکه مفهومی وسیع و پیچیده را دربرمی‌گیرد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود ولی به‌طور کلی به‌صورت ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی و میزان رضایت کلی فرد از زندگی تعریف شده است (۹). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی از چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط تشکیل شده است؛ طبق این تقسیم‌بندی، اجزای عملکرد جسمی شامل قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کار و انرژی، خستگی و بی‌خوابی، بی‌حسی و درد و وابستگی به مواد و تجهیزات پزشکی است.

در حیطه سلامت روانی، تصور درباره شکل ظاهری، احساسات منفی و مثبت، اعتماد به نفس، افکار، یادگیری، حافظه و تمرکز، وضعیت روحی، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اجزای عملکرد اجتماعی دربرگیرنده نحوه ایفای نقش‌ها، ارتباطات فردی، حمایت اجتماعی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خارج از منزل و فعالیت‌های جنسی است؛ و حیطه سلامت محیط، منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، امکانات تفریحی و کسب مهارت‌های جدید را ارزیابی می‌کند (۱۰).

یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و کیفیت زندگی، خودکارآمدی^۲ است. خودکارآمدی اغلب حسی از خودمختاری و مهارت در محیط است، این حس به کیفیت زندگی، بسیار کمک می‌کند. سطوح پایین خودمختاری و عزت‌نفس هر دو کیفیت پایین زندگی را پیش‌بینی می‌کنند (۱۱). بندورا در چهارچوب رویکرد شناختی- اجتماعی، باورهای خودکارآمدی را چنین تعریف کرده است: سطح اعتمادی که فرد بر توانایی

خویش در اجرای برخی فعالیت‌ها یا موفقیت در برخی عملکردها دارد. براساس رویکرد شناختی - اجتماعی، ادراک‌های فرد از خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند اهداف، تصمیم‌گیری‌ها، میزان تلاش برای انجام تکلیف، پشتکار در رویارویی با چالش‌ها، الگوی مثبت یا منفی تفکر و به صورت کلی بر چگونگی رفتار، تفکر و احساس اثر دارد (۱۲). خودکارآمدی بالا با تقویت دستگاه ایمنی بدن، کاهش آزادشدن هورمون‌های مربوط به استرس و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به عفونت‌های تنفسی مربوط بوده است. بندورا بیان می‌کند که خودکارآمدی، عملکرد روانی - اجتماعی افراد را در شرایط متنوع روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد و اختلال‌های خوردن تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). طبق پژوهش‌های انجام‌شده میان خودکارآمدی، افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و معنادار وجود دارد (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹). خودکارآمدی بالا سلامتی جسمانی و روانی بیشتری را به دنبال خواهد داشت؛ درحالی‌که خودکارآمدی پایین به استفاده از راهبردهای دفاعی انکار و سرزنش خود منجر می‌شود که آن نیز نشانگان جسمی و روانی اضطراب، درماندگی و افسردگی را در پی دارد (۲۰). براساس نظریه بندورا، خودکارآمدی دو مفهوم مشابه دارد: ۱) خودکارآمدی عمومی و ۲) خودکارآمدی کلی خودکارآمدی عمومی به برآورد توانایی‌های کلی اشاره دارد و خودکارآمدی کار به موفقیت در یک شغل خاص برمی‌گردد (۲۱). باورهای عمومی خودکارآمدی، می‌توانند به وسیله چهار منبع اصلی ایجاد و تقویت شوند. مؤثرترین روش به واسطه تجارب مستقیم است. موفقیت‌های افراد، باوری نیرومند در کارآمدی شخصی افراد ایجاد می‌کند، درحالی‌که شکست‌ها، آنان را ویران می‌کند. به‌ویژه اگر این شکست‌ها پیش از پابرجایی قوی خودکارآمدی رخ دهند؛ دومین روش تقویت و ایجاد باورهای خودکارآمدی به واسطه تجارب جانشینی است که توسط الگوهای اجتماعی به دست می‌آید. دیدن افراد مشابه با کسب موفقیت‌ها باعث تلاش بیشتر و برانگیختگی آنان شده و توانایی‌های لازم برای تسلط بر موانع را [در ایشان] ایجاد می‌کند و افراد، موفق می‌شوند؛

روش سوم، اقناع کلامی است. افرادی که به صورت شفاهی تشویق می‌شوند، زمانی که توانایی تسلط بر فعالیت‌ها را دارند باعث تلاش و تحمل بیشتر آنان می‌شود؛ چهارمین منبع مربوط به حالات فیزیولوژیک و هیجانی در داوری توانایی خود است. خلق مثبت، باعث افزایش خودکارآمدی شده، خلق محزون، معکوس عمل می‌کند. کاهش واکنش تنیدگی افراد و تفسیر نادرست حالات جسمانی در تغییر و اصلاح باورهای خودکارآمدی تأثیر دارد. بندورا بیان می‌کند که خودکارآمدی پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار است. در دیدگاه او، رفتار آدمی تنها در کنترل عوامل بیرونی و محیطی نیست؛ بلکه فرایندهای شناختی، نقشی تعیین‌کننده در رفتار دارند. فرایندهای شناختی به عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روانی موجب ایجاد انتظارات و ادراک‌های نادرستی می‌شود که فرد از کارآمدی خود دارد و این انتظارات می‌توانند به اضطراب و اجتناب‌های دفاعی (از جمله فرار) از موقعیت‌های تهدیدکننده منجر شوند. باورهای خودکارآمدی می‌توانند تأثیرهایی مثبت و منفی روی سلامت افراد داشته باشد (۱۹).

احساسی قوی از کارآمدی، بهزیستی شخصی و توانایی را افزایش می‌دهد. افراد با کارآمدی بالا به تکالیف مشکل نزدیک می‌شوند و اهدافی بالاتر را برای خود در نظر می‌گیرند (۲۰). احساس خودکارآمدی نه تنها عملکرد انسان را به خوبی تبیین می‌کند، بلکه از طریق مداخلات به راحتی قابل تغییر است. بندورا هنگامی که مؤلفه خودکارآمدی نظریه خود را معرفی کرد، ابزاری مناسب برای پژوهشگران و بالینیگران فراهم آورد تا به یاری آن بتوانند به افراد در پیگیری زندگی مثبت و بارآور کمک کنند؛ از طرفی، طبق پژوهش‌های انجام‌شده دختران فراری از میزان بالایی از آسیب‌های روانی، جسمانی و اجتماعی رنج می‌برند (۲۲). توجه به پیامدهای فرار و ارائه راه‌حل‌هایی برای مبارزه با مشکلات این قشر موجب می‌شود که فرار مکرر صورت نگیرد و فرد پس از رویارویی با پدیده آسیب‌زای فرار بتواند به راحتی به زندگی طبیعی بازگردد و توان مقابله با پیامدهای خطرناک آن را داشته باشد. توجه به مشکلات دختران فراری، کمک به رشد و شکوفایی

و از بیماری دوقطبی و سردرد میگرنی رنج می‌برد. به دلیل برقراری اولین رابطه جنسی نامشروع در خیابان و روابط به شدت مختل با مادر به بخش خانه سلامت بهزیستی ارجاع داده شده است.

م. الف. زنی ۲۶ ساله و متأهل است. براساس تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز بهزیستی، وسواس فکری- عملی شدید و خودشیفتگی دارد و از بی‌خوابی و دعوای مکرر با همسر رنج می‌برد. سابقه دو بار فرار و دو بار خودکشی دارد و اکنون به عنوان خودمعرف در مرکز بازپروری بهزیستی ساکن است.

ابزار اندازه‌گیری: برای بررسی کیفیت زندگی در این پژوهش از پرسش‌نامه ۲۶ پررشی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-BREF استفاده شده است؛ این پرسش‌نامه را سازمان جهانی بهداشت ساخته است و در ایران روی نمونه ۱۲۱۰ نفری از مردم تهران هنجاریابی شده است؛ ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در تمام حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی، سلامت محیط بالای ۰/۷ است که قابل قبول است؛ همچنین این پرسش‌نامه از اعتباری مناسب برای گروه‌های سالم و بیمار در ایران بهره‌مند است (۱۰).

جلسات آموزشی: در پژوهش حاضر، جلسات آموزش خودکارآمدی بر مبنای معیارهای یاد شده توسط بندورا برای افزایش خودکارآمدی تهیه شده است. مفاهیم و راهبردهای آموزشی که طی دوازده جلسه آموزش انفرادی اجرا شده، به قرار جدول ۱ است:

طرح پژوهشی: این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد^۱ است و در آن از طرح خط پایه چندگانه با شرکت کنندگان^۲ استفاده شده است. طرح خط پایه چندگانه شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی^۳ است؛ درواقع در این طرح ابتدا داده‌های خط پایه برای هر تعداد آزمودنی پژوهش گردآوری و سپس مداخله برای آزمودنی اول آغاز می‌شود؛ در صورتی که آزمودنی‌های دیگر، همچنان در موقعیت خط پایه قرار دارند.

آنان، تلاش برای بهنجارکردن زندگی این افراد و کمک به بازگرداندن آنها به زندگی عادی از موضوع‌های مهمی است که تا به حال کمتر به آنها پرداخته شده است. پژوهش حاضر به منظور کاربرد راهکارهای افزایش خودکارآمدی برای بهبود کیفیت زندگی دختران گریزان از خانه طراحی شده است. اگر آموزش خودکارآمدی بر بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد، بهبود باورهای خودکارآمدی در این افراد، آنها را به سمت سلامت روانی و کیفیت بالای زندگی رهنمون خواهد ساخت و به آنها در داشتن زندگی بهتر و شادتر کمک خواهد کرد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان آموزش انفرادی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی دختران فراری در موقعیت مداخله و پیگیری است. با فرض اینکه آموزش انفرادی خودکارآمدی موجب افزایش میزان نمرات کیفیت زندگی در موقعیت مداخله و پیگیری نسبت به موقعیت خط پایه می‌شود.

روش

جامعه و نمونه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر، همه دختران ساکن در مرکز ارشاد سازمان بهزیستی استان اصفهان بودند که در دو خوابگاه خانه سلامت و بازپروری سکونت داشتند. آزمودنی‌ها در این پژوهش ۳ دختر ساکن در مرکز ارشاد بودند که به تشخیص روان‌شناس، روان‌پزشک و مسئولان مرکز، دارای اختلال در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی تشخیص داده شدند (نمونه‌گیری هدفمند). ویژگی‌های این ۳ مورد به شرح زیرند:

الف. م. ۱۷ ساله و سومین فرزند خانواده و دارای سابقه فرار از خانه است؛ همچنین طبق تشخیص روان‌شناس مرکز بهزیستی، سابقه افسردگی و جنجال‌های لفظی و بدنی با مادر دارد. در زمان پژوهش براساس دستور قضایی، حکم پزشکی قانونی، برگه روان‌پزشکی و درخواست مادر به قسمت بازپروری بهزیستی ارجاع داده شده است.

الف. الف. ۲۳ ساله و تنها فرزندخوانده خانواده است. براساس گزارش روان‌پزشک و روان‌شناس مرکز ارشاد، توانایی کنترل میل جنسی و پرخاشگری را ندارد

1- Single Subject Research
2- Multiple baseline across participants
3- Time-staggered fashion

جدول ۱. رئوس مطالب مطرح شده طی دوازده جلسه آموزش انفرادی خودکارآمدی

جلسات	رئوس مطالب
اول	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی، تعریف و شرح مفهوم خودکارآمدی و بیان ویژگی‌های افراد خودکارآمد
دوم	آموزش روش آرام‌سازی عضلانی، اجرای روش ایفای نقش در مواجهه با استرس و ارائه تکلیف آرام‌سازی
سوم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل، آموزش مهارت‌های ارتباط اجتماعی از قبیل خلع سلاح، همدلی، نوازش و .. برای بالابردن عزت‌نفس
چهارم	معرفی نقش خلق در خودکارآمدی و ارائه راهکارهای بهبود خلق و حالات هیجانی مانند شیوه توقف فکر و
پنجم	بررسی عوامل سه‌گانه مؤثر در خودکارآمدی (فکر، عاطفه و عمل) و بررسی انواع تفکر (منطقی و غیرمنطقی)
ششم	ارائه راهکارهای مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزینی افکار منطقی.
هفتم	ایفای نقش درباره مفاهیم جلسات قبل، معرفی سه شیوه رویارویی با دیگران (پرخاشگری، بی‌جرتی، ابراز وجود) و ارائه راه‌های ارتباط ابرازگرانه.
هشتم	معرفی راهبردهای ناکارآمد و کارآمد در رویارویی با موقعیت‌های پر استرس (آشنایی با راهبردهای ناکارآمد اجتنابی، مصرفی، رفتارهای پرخطر و ...)
نهم	ارائه راهکارهای مقابله کارآمد با استرس (مقابله مسئله‌مدار و مقابله هیجان‌مدار)، ارائه تکلیف برای شناسایی راهبردهای غالب در فرد
دهم	آموزش اجرای پاسخ‌های کارآمد در موقعیت‌های پر استرس براساس جدول تنظیم‌شده آزمودنی با کمک ایفای نقش
یازدهم	آموزش تصویرسازی ذهنی و مراقبه مانترا برای کسب موفقیت
دوازدهم	انجام تصویرسازی ذهنی در حضور آزمایشگر و بحث و بررسی نتایج جلسات گذشته

انفرادی آغاز شد و دو آزمودنی دیگر در موقعیت خط پایه باقی‌ماندند؛ هم‌زمان با جلسه سوم مداخله آزمودنی شماره ۱، مداخله آزمودنی شماره ۲ که پنج نقطه خط پایه داشت آغاز شد و آزمودنی شماره ۳ همچنان در موقعیت خط پایه باقی‌ماند؛ هم‌زمان با جلسه پنجم آزمودنی ۱ و جلسه سوم آزمودنی ۲، آزمودنی ۳ با هفت نقطه در خط پایه به برنامه مداخله وارد شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها و شاخص روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ و درصد داده‌های همپوش^۵ استفاده شده است (۲۳).

نتایج

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر، طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جداول ۲ و ۳ آمده‌اند. یافته‌های جدول‌های ۲ و ۳ به صورت نمودار داده‌ها در نمودار ۱ آورده شده‌اند.

سپس در مرحله بعد، آزمودنی دوم نیز علاوه بر آزمودنی اول مداخله دریافت می‌کند و همچنان سایر آزمودنی‌ها در موقعیت خط پایه به سر می‌برند؛ در مرحله سوم، آزمودنی سوم نیز علاوه بر آزمودنی اول و دوم مداخله دریافت می‌کند و به همین ترتیب تا مداخله برای تمام آزمودنی‌های پژوهش اجرا شود (مدل زمانی پلکانی برای ارائه مداخله) (۲۳). منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی مورد منفرد همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یعنی مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود (۲۴).

طرح‌های خط پایه چندگانه قابلیت اثبات روابط علت و معلولی را در شرایط آزمایشی دارند؛ این طرح‌ها با ورود پلکانی آزمودنی‌ها، پژوهشگر را قادر می‌سازد که اثر متغیرهای مزاحم را حذف کند و تغییر متغیر وابسته را فقط براساس متغیر مستقل تبیین کند (۲۳). در پژوهش حاضر، پس از سه جلسه خط پایه برای آزمودنی شماره ۱، آموزش خودکارآمدی برای او به صورت

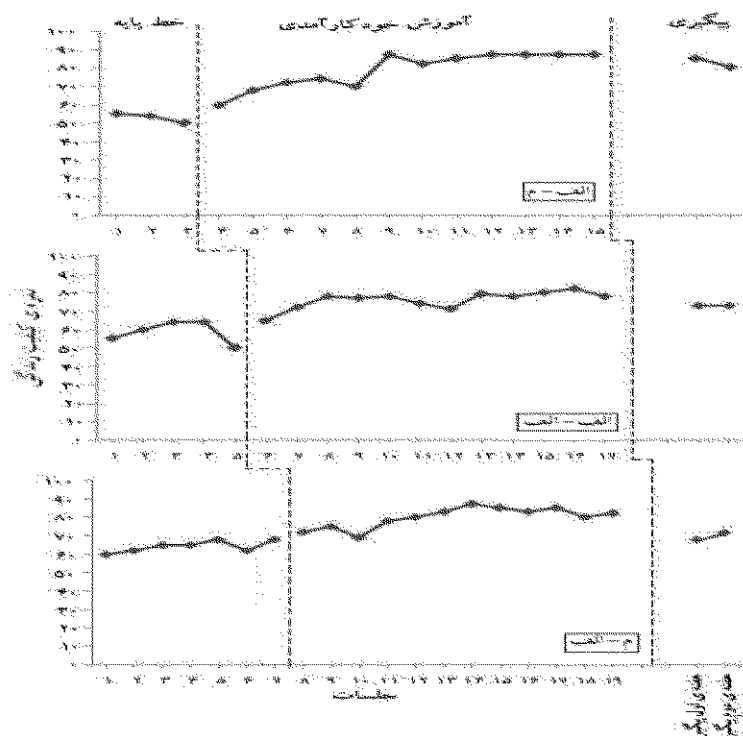
1- Visual analysis 2- Trending
3- Stability
4- Percentage of Non-Overlapping Data
5- Percentage of Overlapping Data

جدول ۲. نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در موقعیت خط پایه برای سه آزمودنی

آزمودنی	جلسات					
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
الف. م.	۵۵	۵۴	۵۰			
الف. الف.	۵۵	۶۰	۶۴	۶۴	۵۰	
م. الف.	۶۰	۶۲	۶۵	۶۵	۶۸	۶۸

جدول ۳. نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در موقعیت مداخله و پیگیری برای سه آزمودنی

آزمودنی	جلسات												
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم	یازدهم	دوازدهم	پیگیری
الف. م.	۶۰	۶۸	۷۲	۷۴	۷۰	۸۷	۸۲	۸۵	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۵
الف. الف.	۶۵	۷۲	۷۸	۷۷	۷۸	۷۴	۷۱	۷۹	۷۸	۸۰	۸۲	۷۸	۷۳
م. الف.	۷۲	۷۵	۶۹	۷۸	۸۰	۸۳	۸۷	۸۵	۸۳	۸۵	۸۰	۸۲	۶۸

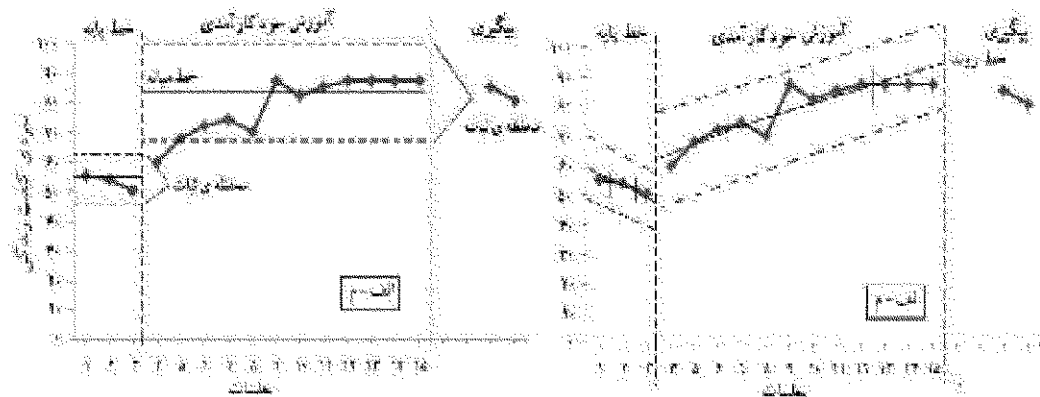


نمودار ۱: اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی

دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد (۲۳).

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور x کشیده شد و یک محفظه ثبات^۱ روی خط میانه قرار گرفت (نمودار شماره ۲ سمت چپ). محفظه ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه میان

1- Stability Envelope



نمودار ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۱ «الف.م».

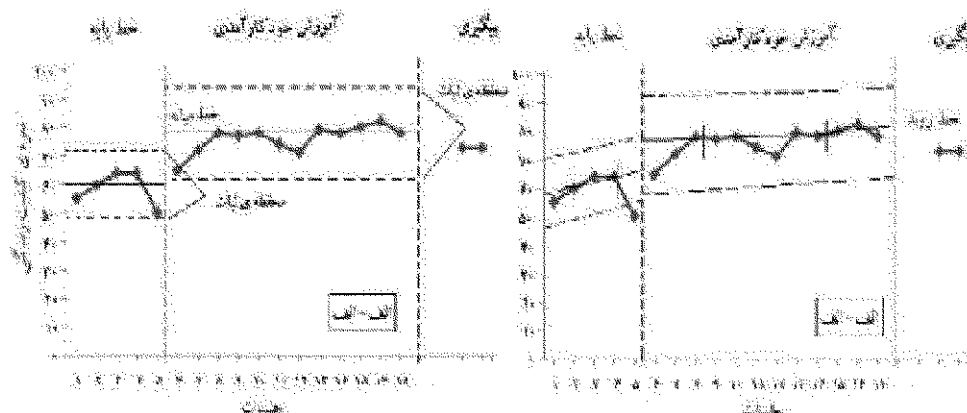
جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۱ «الف.م».

درون موقعیتی		بین موقعیت‌ها	
۱- توالی موقعیت‌ها	A	۱- مقایسه موقعیت	B
۲- طول موقعیت‌ها	۳	۲- تغییرهای روند	۱۲
۳- سطح		۲.۱- تغییر جهت	
۳.۱- میانه	۵۴	۲.۲- اثر وابسته به هدف	مثبت
۳.۲- میانگین	۵۳	۲.۳- تغییر ثبات	با ثبات
۳.۳- دامنه تغییرها	۵۰-۵۵	۳- تغییر در سطح	به با ثبات
۳.۴- دامنه تغییرهای محفظه ثبات	با ثبات	۳.۱- تغییر نسبی	۷۱
۲۰٪ از میانه هر موقعیت		۳.۲- تغییر مطلق	۵۴ به
۴- تغییر سطح		۳.۳- تغییر میانه	۶۰
۴.۱- تغییر نسبی	۵۰-۵۵	۳.۴- تغییر میانگین	۵۰ به
۴.۲- تغییر مطلق	۵۰-۵۵	۴- همپوشی داده‌ها	۸۳/۵
۵- روند		۴.۱- PND	۵۴ به
۵.۱- جهت	نزولی	۴.۲- POD	۶۰
۵.۲- ثبات	با ثبات		۵۰ به
۵.۳- مسیرهای چندگانه	خیر		۵۳ به

سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد.

پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دو نیم کردن^۱ استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد (نمودار شماره ۲ سمت راست).

پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی، مانند تغییر



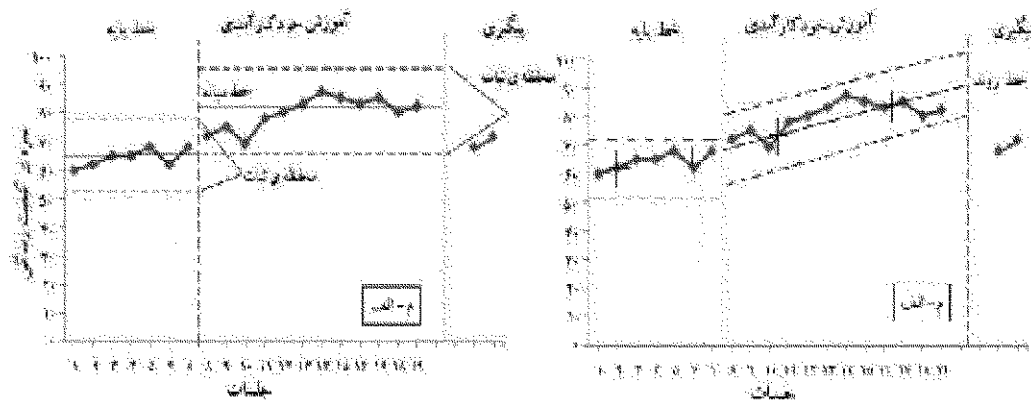
نمودار ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۲ «الف.الف»

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۲ «الف.الف»

درون موقعیتی		بین موقعیت‌ها	
۱- توالی موقعیت‌ها	A	۱- موقعیت	B
۲- طول موقعیت‌ها	۵	۲- تغییرهای روند	۱۲
۳- سطح		۲,۱- تغییر جهت	
۳,۱- میانه	۶۰	۲,۲- اثر وابسته به هدف	۷۸
۳,۲- میانگین	۵۹	۲,۳- تغییر ثبات	۷۶
۳,۳- دامنه تغییرها	۵۰-۶۴	۳- تغییر در سطح	۷۸-۶۵
۳,۴- دامنه تغییرهای محفظه ثبات	بایثبات	۳,۱- تغییر نسبی	بایثبات
۲۰٪ از میانه هر موقعیت		۳,۲- تغییر مطلق	
۴- تغییر سطح		۳,۳- تغییر میانه	
۴,۱- تغییر نسبی	۵۲/۵-۵۰/۵	۳,۴- تغییر میانگین	۷۸/۵-۷۶/۵
۴,۲- تغییر مطلق	۵۰-۵۵	۴- همپوشی داده‌ها	
۵- روند		۴,۱- PND	
۵,۱- جهت	صعودی	۴,۲- POD	
۵,۲- ثبات	بایثبات		
۵,۳- مسیرهای چندگانه	خیر		خیر

بالا تر (یا POD پایین تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (۲۳).
براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی شماره ۱، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها به قرار زیر به دست می‌آید (نمودار ۲):

به این معنی که تغییرهای اندک در مقادیر متغیر وابسته، طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرهای اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته‌است، کنترل آزمایشی کمتری دارد؛ همچنین، هرچه PND میان دو موقعیت مجاور



نمودار ۴. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۳ «م. الف».

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای آزمودنی شماره ۲ «م. الف».

درون موقعیتی		بین موقعیت‌ها	
۱- توالی موقعیت‌ها	A	۱- مقایسه موقعیت	B
۲- طول موقعیت‌ها	۷	۲- تغییرهای روند	۱۲
۳- سطح		۲,۱- تغییر جهت	
۳,۱- میانه	۶۵	۲,۲- اثر وایسته به هدف	۸۱
۳,۲- میانگین	۶۴	۲,۳- تغییر ثبات	۸۰
۳,۳- دامنه تغییرها	۶۸-۶۰	۳- تغییر در سطح	۸۲-۷۲
۳,۴- دامنه تغییرهای محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت	بائیات	۳,۱- تغییر نسبی	بائیات
۴- تغییر سطح		۳,۲- تغییر مطلق	۷۲
۴,۱- تغییر نسبی	۶۸-۶۲	۳,۳- تغییر میانه	۸۱
۴,۲- تغییر مطلق	۶۸-۶۰	۳,۴- تغییر میانگین	۸۰
۵- روند		۴- همپوشی داده‌ها	
۵,۱- جهت	صعودی	۴,۱- PND	٪۱۰۰
۵,۲- ثبات	بائیات	۴,۲- POD	٪۰
۵,۳- مسیرهای چندگانه	خیر		خیر

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها برای آزمودنی شماره ۲ طبق نمودار ۳ است.
خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها برای آزمودنی شماره ۳ طبق نمودار ۴ است.

جدول ۴، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی شماره ۱ طبق برگه تحلیل دیداری نشان می‌دهد (۲۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، افزایش میزان کیفیت زندگی دختران فراری با آموزش‌های مربوط به مهارت خودکارآمدی بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش خودکارآمدی بر بهبود کیفیت زندگی دختران فراری مؤثر بود. یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای هر سه آزمودنی نشان‌دهنده اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر افزایش کیفیت زندگی آنها بود. طبق پژوهش‌های پیشین، نگرش‌های ناکارآمد به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری، احتمال خطر فرار را افزایش می‌دهد (۲۲)؛ همچنین دختران فراری در مقابله با عوامل تنیدگی‌زا از راهبردهای ناکارآمد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و احساس فقدان تدابیر مشخص برای مقابله با مشکلات دارند که این خود، موجب پایین آمدن میزان رضایت آنها از زندگی می‌شود (۲۵). با توجه به هدف پژوهش، بسته آموزشی طبق نظریه بندورا تنظیم شد. بندورا معتقد است که چهار منبع اصلی: ۱- تجارب مستقیم موفقیت؛ ۲- تجارب جانشینی؛ ۳- اقناع کلامی و ۴- خلق و حالات هیجانی مثبت، خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. بسته آموزشی طراحی شده در این پژوهش شامل دوازده جلسه آموزشی (جدول ۱) است؛ که آموزش‌های رفتاری و شناختی را دربرمی‌گیرد. مفاهیم مورد آموزش با هدف افزایش تجارب مستقیم مثبت و بهبود خلق و حالات فیزیولوژیک مثبت طراحی شده است.

طبق شکل شماره ۱، نمودار داده‌های هر سه آزمودنی پس از دریافت آموزش و در جلسات پیگیری روندی صعودی در جهت هدف پژوهش (افزایش کیفیت زندگی) را نشان می‌دهد.

طبق نمودار شماره ۲، الف- م طی سه نقطه خط پایه روندی نزولی و ثابت در کیفیت زندگی نشان داده است؛ با شروع آموزش تغییر ناگهانی در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) در نمرات ایجاد شده و روند نمرات از نزولی به صعودی تغییر کرده است که این نشان‌دهنده اثربخشی آموزش‌ها بر رضایت از زندگی

بوده است. همان‌گونه که در جدول ۵ نشان داده شده است، میانگین نمرات کیفیت زندگی از ۵۳ در خط پایه به ۷۹ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده افزایش کیفیت زندگی در آزمودنی موردنظر است؛ همچنین شاخص PND نشان می‌دهد که هیچ‌گونه همپوشی میان نقاط خط پایه و مداخله وجود ندارد و مداخله با ۱۰۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است. درباره آزمودنی شماره ۲، نمرات خط پایه نشان می‌دهد که طی پنج جلسه خط پایه، داده‌ها روندی صعودی و ثابت داشته است (فقط یک نقطه بیرون از روند صعودی) (نمودار ۳). به نظر می‌رسد که روند صعودی نمرات کیفیت زندگی در موقعیت خط پایه به دلیل سکونت در مرکز ارشاد بوده است. طی پنج جلسه خط پایه با اینکه آزمودنی هیچ‌گونه آموزشی دریافت نمی‌کرده است، امکان مشاوره با روان‌شناس و مددکار اجتماعی مرکز را داشته و به نظر می‌رسد ارتباط با افراد متخصص، امنیت زندگی در مرکز ارشاد (بعد محیطی کیفیت زندگی) و دوری از کشمکش‌های خانوادگی، نمرات کیفیت زندگی را تغییر داده است.

پس از آغاز مداخله، تغییری ناگهانی در سطح نمرات ایجاد شده است (طبق شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی، میانگین نمرات از ۵۹ در خط پایه به ۷۶ در مداخله رسیده است؛ با این همه، روند صعودی نمرات در طول مداخله چشمگیر نبوده که با توجه به بیماری دوقطبی آزمودنی ممکن است تغییر حالات خلق در او مانع از بهبود وضعیت رضایت از زندگی شده باشد. درصد همپوشی داده‌ها ۸/۴ درصد بود؛ یعنی طبق شاخص PND درمان با ۹۱/۶ درصد اثربخش بوده است. در آزمودنی شماره ۳ نیز در خط پایه، روندی صعودی و البته ثابت در داده‌ها دیده می‌شود (نمودار ۴) که این نیز با دلایل ذکر شده درباره آزمودنی ۲ قابل تبیین است؛ به‌رحال در این آزمودنی نیز با شروع جلسه اول مداخله تغییری در سطح رخ داده است. م. الف. طبق گفته‌های روان‌شناس مرکز ارشاد از نظر سطح هوش و تحصیلات، پایین‌تر از دو آزمودنی اول بود؛ با توجه به این مطلب، آزمایشگر طی سه جلسه اول مداخله متوجه

مراجعه کننده به کلینیک‌ها که مشکلاتی در زمینه کیفیت زندگی و روابط اجتماعی دارند، برگزار شود؛ همچنین به نظرمی‌رسد که این آموزش‌ها درباره افراد مراکز شبه خانواده که در معرض خطرهای ناشی از بدسپرستی و بی‌سرپرستی (از جمله فرار) قرار دارند، مفید واقع شود؛ به علاوه به منظور پیشگیری از فرار و مشکلات متعاقب آن، آموزش خودکارآمدی می‌تواند در مراکز مشاوره آموزش و پرورش به نوجوانان عادی ارائه شود.

سپاسگزاری

از جناب آقای دکتر سعید صادقی، معاون امور اجتماعی بهزیستی استان اصفهان، سرکار خانم مریم بلونه، روان‌شناس مرکز ارشاد و تمامی مسئولان و کارکنان مرکز ارشاد شهر اصفهان که در امر پژوهش، مؤلفان را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

۱. حقیقت‌دوست، زهرا (۱۳۸۱)؛ «عوامل زمینه‌ساز فرار دختران از خانه»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۳، صص ۲۵۱ تا ۲۶۶.
2. Slesnich, N., Meyers, R. J., Meada, M. & Segelten, D. H. (2002). Bleak and hoplessness more engagement of relucatur substance abusing runaway. *Journal of research on adolescents*, 9, 53-66.
۳. سامانی، سیامک (۱۳۸۴)؛ *همبستگی خانوادگی و استقلال عاطفی در دختران فراری از خانه*؛ www.sid.ir.
۴. حیدری، شیما و کاظم رسول‌زاده طباطبایی (۱۳۸۶)؛ «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله در کاهش تمایل به فرار در دختران نوجوان در معرض فرار»، *خانواده پژوهی*، سال سوم، ش ۱۰، صص ۵۷۳ تا ۵۸۵.
۵. حمیدی، فریده، غلامعلی افروز، علیرضا کیامنش و کاظم رسول‌زاده (۱۳۸۳)؛ «بررسی ساخت خانواده دختران فراری و اثربخشی خانواده درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن»، *روان‌شناسی*، ۳۰؛ سال هشتم، ش ۲، صص ۱۱۴ تا ۱۲۷.
۶. رسول‌زاده، کاظم، محمدعلی بشارت و مهناز بازیاری (۱۳۸۴)؛ «بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی، شرایط اجتماعی و اقتصادی دختران فراری و غیرفراری»، *دانشور رفتار*، سال دوازدهم، ش ۱۰، صص ۲۳ تا ۳۴.
۷. اردلان، علی، فریبا سیدان و مصطفی ذوالفقاری (۱۳۸۵)؛ «فرار زنان همسردار از منزل: بررسی عوامل مؤثر اجتماعی-روانی»، *رفاه اجتماعی*؛ سال پنجم، ش ۲۱، صص ۱۸۵ تا ۲۰۴.

شد که تمرین‌های شناختی برای وی قابل‌درک و اجرا نخواهند بود و تأثیری چشمگیر در نمودار داده‌ها طی این سه جلسه رخ نداده است (نمودار ۴). در تبیین نتایج می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین امتیازهای پژوهش‌های مورد منفرد نسبت به پژوهش‌های گروهی، ماهیت پویای این گونه پژوهش‌ها است. به این صورت که در طی پژوهش و مداخله، امکان بررسی اثربخشی مداخله از طریق مشاهده روند نمودار وجود دارد و پژوهشگر در صورت اثربخش نبودن مداخله می‌تواند روش کار یا شیوه مداخله را تغییر دهد (۲۳)؛ طبق این اصل از جلسه سوم به بعد، آموزش‌های شناختی درباره این آزمودنی حذف و بیشتر آموزش‌های رفتاری به وی ارائه داده شد؛ (برای نمونه، آموزش مهارت‌های ارتباطی فقط به وسیله ایفای نقش ارائه شد و از این قبیل)؛ براین اساس از جلسه سوم به بعد، میزان اثربخشی مداخله و میانگین نمرات کیفیت زندگی بیشتر شد (نمودار ۴). میانگین نمرات کیفیت زندگی در این آزمودنی از ۶۴ در موقعیت خط پایه به ۸۰ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول است؛ همچنین طبق شاخص PND با ۱۰۰ درصد اطمینان می‌توان گفت که مداخله مؤثر بوده است.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته (۱۱ و ۲۶) نشان داد که افزایش خودکارآمدی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود؛ به علاوه، طبق نتایج، همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین، افزایش خودکارآمدی باعث بهبود نمره کیفیت زندگی در بعد روانی می‌شود (۱۹ و ۲۷)؛ همچنین مانند نتایج پژوهش‌های آدامز و بیرز افزایش خودکارآمدی رضایت از زندگی اجتماعی را که معادل با بعد اجتماعی کیفیت زندگی است، افزایش می‌دهد (۲۸) و در نهایت، همسو با نتایج مطالعه تری، این آموزش بر بعد جسمانی کیفیت زندگی اثرگذار بوده است (۲۰). با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود که دوره آموزشی خودکارآمدی برای افراد کانون‌های اصلاح و تربیت، زندان‌ها، مراکز ارشاد و همه نوجوانان و جوانان

17. Rambo, R.G.A. (1998). Relationship among Self-efficacy, anxiety, perceptional of clinical instructor effectiveness and senior bachlorate nursing students perception of learning in the clinical environment. *Journal of Dissertation abstracts International*, 56, 2960-2961.
18. Schwarer, R & Fuchs, H. (1995). Changing risk behaviors and adopting helath behaviors: The role of self efficacy belifes. *Selfefficacy in changing societies*. New york: Cambridge university Prsss.
۱۹. اعراییان، اقدس، محمدکریم خداینه‌ای، محمود حیدری و بهرام صدق‌پور (۱۳۸۳): «بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان»، *روان‌شناسی* ۳۲: صص ۳۶۰ تا ۳۷۱.
۲۰. افروز، غلامعلی و فرزانه معتمدی (۱۳۸۴): «خودکارآمدی و سلامت روانی در دانش آموزان عادی و تیزهوش»، *روان‌شناسان ایرانی*؛ ش ۶ صص ۵۸ تا ۶۹.
21. Tai, W.T. (2006). Effects of training framing, general self-efficacy and training motivation on trainees' training effectiveness. *Personnel Review*, 35(1), 51-65.
۲۲. طهرانی‌زاده، مریم، کاظم رسول‌زاده و پرویز آزادفلاح (۱۳۸۴): «بررسی مقایسه‌ای نگرش‌های ناکارآمد در دختران فراری و عادی»، *رفاه اجتماعی*؛ سال پنجم، ش ۱۹، صص ۲۰۵ تا ۲۲۴.
۲۳. فراهانی، حجت اله، احمد عابدی، سمیه آقامحمدی و زینب کاظمی (۱۳۹۰): *روشن‌شناسی طرح‌های مورد منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی)*؛ تهران: دانژه (زیر چاپ).
24. Kazdin, A. E. (1992). Research design in clinical psychology. *Allyn and Bacon*.
۲۵. بازیاری، مهنار، کاظم رسول‌زاده و پرویز آزادفلاح (۱۳۸۲): «بررسی مقایسه‌ای عوامل تنیدگی‌زا و شیوه‌های مقابله با آن در دختران فراری و عادی شهر تهران»، *روان‌شناسی* ۲۸: سال هفتم، ش ۴، صص ۳۸۷ تا ۳۹۷.
۲۶. البرزی، شهلا و محبوبه البرزی (۱۳۸۵): «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز»، *روان‌شناسی* ۳۹: سال دهم، ش ۳، صص ۳۲۱-۳۳۴.
27. Kim, J. E. & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Childhoo and Adolescent Psychology*, 23 (1), 106-117.
28. Perdue, v. , Reardon , R. & Peterson , G. (2007). person-environment congruence, self-efficacy, and environmental identity in relation to job satisfaction: a career decision theory perspective. *Journal of Employment Counseling*, 44, 112-124.
۸. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، سیدرضا مظلوم، مریم نثاری و فاطمه گودرزی (۱۳۸۷): «ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان»، *پایش*؛ سال هشتم، ش ۱، صص ۸۵ تا ۹۲.
۹. دهقان نیری، ناهید و محسن ادیب حاج باقری (۱۳۸۵): «تأثیر تن‌آرامی بر استرس و کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، *فیض*؛ سال دهم، ش ۲، صص ۵۰ تا ۵۷.
۱۰. نجات، سحرنا، علی منتظری، کوروش هلاکویی، محمد کاظم و سیدرضا مجدزاده (۱۳۸۵): «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*؛ دوره چهارم، ش ۴، صص ۱ تا ۱۲.
11. Murphy, H. & Murphy, E. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning. *Journal of Mental Health*; 15(3), 289 – 300.
۱۲. حجازی، الهه، معصومه فارسی‌نژاد و علی عسگری (۱۳۸۶): «سبک‌های هویت و پیشرفت تحصیلی: نقش خودکارآمدی تحصیلی»، *روان‌شناسی* ۴۴: سال یازدهم، ش ۴، صص ۳۹۴ تا ۴۱۳.
13. Pratt, S.I., Mueser, K.T., Smith, T. & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. *Journal of Schizophrenia Research*, 78, 187– 197.
14. Smit, G., Heather, M., Bets, A. & Noncy, E. (2002). An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adolthood. *Journal of counseling psychology*, 49, 438-449.
15. Muris, P. (2002). Relationship between Self-efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in a normal adolescent sample. *Journal of Personality and individual defrences*. 32, 337-348.
16. Endler, N., speer, R.L., Jhnson, J. & Fleet, G.L. (2001). General Self- efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. *current Psychology*. Spring, 20, Academic search premier.