

تجربه افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان دارای بیماری مزمن

Experiencing Depression and Peer Rejection in Chronically

Ill Adolescents

Karineh Tahmasian, PhD

Shahid Beheshti University

Asieh Anari

Tarbiat Moalem University

آسیه اناری

مری جهاد دانشگاهی

واحد تربیت معلم

دکتر کارینه طهماسیان

استادیار پژوهشکده خانواده

دانشگاه شهید بهشتی

Samira Karamlo

M. A. in Familytherapy

Mahdieh Shafiee Tabar

PhD Candidate Student

Shahid Beheshti University

مهديه شفیعی تبار

دانشجوی دکتری

دانشگاه شهید بهشتی

سمیرا کرم‌لو

کارشناس ارشد

خانواده درمانگری

Abstract

Chronic illness can put adolescents at risk of such disorders as depression, which may lead to rejection by peers. This study compared depression and peer rejection in chronically ill and in healthy adolescents. 33 chronically ill and 33 healthy students from Tehran's high schools were selected by multistage sampling method. Participants completed the Peer Rejection Questionnaire (Tahmassian, 2005) and Child Depression Inventory (Kovacs, 1992). Results demonstrated a significant correlation between depression and peer rejection ($r=0.41$, $P=0.001$). The chronic patients' averages of depression and peer rejection were higher than that of healthy students ($P=0.001$). There was no gender difference in depression among chronically ill students. However, chronically ill boys reported more peer rejection than girls.

Key words: depression, peer rejection, chronic illness, adolescent.

Contact information : asiehanari@yahoo.com

چکیده

بیماری مزمن، نه تنها نوجوانان را در معرض خطر اختلال‌هایی مانند افسردگی قرار می‌دهد بلکه ممکن است به طردشدگی آنها از سوی همسالان نیز منجر شود. این پژوهش افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان را در نوجوانان دارای بیماری مزمن با نوجوانان سالم مقایسه کرد. نمونه‌ای متشکل از ۳۳ نوجوان بیمار مزمن و ۳۳ نوجوان سالم از دبیرستانهای شهر تهران به روش نمونه‌برداری چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه طردشدگی از سوی همسالان (طهماسیان، ۱۳۸۴) و فهرست افسردگی کودک (کوواکس، ۱۹۹۲) پاسخ دادند. نتایج، همبستگی مثبت و معنادار بین افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان ($r=0.41$, $P<0.001$) را نشان دادند. میانگین نمره‌های افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در بیماران مزمن بالاتر از دانش‌آموزان سالم بود ($P<0.001$). افسردگی پسران و دختران دارای بیماری مزمن، با یکدیگر تفاوت نداشت. در حالی که پسران بیمار مزمن در مقایسه با دختران، طردشدگی بیشتری از سوی همسالان را گزارش کردند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، طردشدگی از سوی همسالان، بیماری

مزمن، نوجوان.

received : 5 Apr 2009

دریافت : ۸۸/۱/۱۶

accepted : 27 Sep 2009

پذیرش : ۸۸/۷/۵

مقدمه

افسردگی از بیماریهای شایع روان‌شناختی است که با دوره‌های طولانی‌مدت، تنوع نشانه‌ها، بالابودن میزان بازگشت و اختلالات جسمانی و روانی زیادی همراه است. شیوع بیماری در جمعیت عمومی تا ۲۵ درصد و میزان بازگشت بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است (DSM-IV-TR, ۲۰۰۰). افسردگی در نوجوانان نه یک مرحله بهنجار تحول محسوب می‌شود و نه با گذشت زمان از بین می‌رود (انستیتو پزشکی، ۱۹۹۴). افزون بر این، در حیطه روان-شناسی مرضی تحولی^۱، وجود یا فقدان افسردگی در کودکان و نوجوانان، سالها مورد تردید بوده است. اما بررسیهای چند دهه اخیر نشان داده‌اند که در سنین تحول نیز نشانه‌ها و دوره‌های افسردگی تجربه می‌شوند (هارینگتن، ۲۰۰۲). همچنین نتایج پژوهشها حاکی از آنند که اختلالات افسردگی در دوران کودکی نسبت به بزرگسالی از فراوانی کمتری برخوردارند اما در نوجوانی شاهد افزایش این فراوانی هستیم (دادستان، ۱۳۸۲). نشاط‌دوست (۱۳۸۱) سابقه بیماری مزمن، سابقه آسیب روانی در خانواده و سابقه تجربه وقایع ناگوار را از جمله عوامل مرتبط با افسردگی در نوجوانان ایرانی دانسته است.

برخی از مؤلفان (پرین، ۱۹۸۵) «یک بیماری طولانی مدت یا بیماری ناتوان‌کننده‌ای را که در یک دوره زمانی ادامه پیدا می‌کند» بیماری مزمن نامیده‌اند. پلس و پینکرتون (۱۹۷۵) شرط بیماری مزمن را بیماری‌ای دانسته‌اند که بیش از سه ماه در سال تداوم یابد یا ضرورت بستری-شدن بیش از یک ماه در سال را ایجاد کند. آسم^۲، ایدز^۳، دیابت^۴، لوپوس^۵، سیستمیک فیبروزیس^۶، سرطان^۷، هموفیلی^۸، روان‌بی‌اشتهایی^۹ و اسپینابیفیدا^{۱۰} از شایعترین بیماریهای مزمن هستند (بویس، ۱۹۹۸). کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن با شرایط تنیدگی‌زای^{۱۱} هیجانی و جسمانی مانند: مدرسه‌نرفتن، مراقبتهای پزشکی و بهداشتی، نگرانی در مورد آینده، وابستگی به دیگران و ... مواجه

هستند. این زندگی سرشار از تنیدگی^{۱۲}، می‌تواند به ظهور نشانه‌های افسردگی در نوجوانان با بیماری مزمن منجر شود (کانر، همبرین و گری، ۲۰۰۳). در امریکا حدود ۱۰ درصد از نوجوانان از یک بیماری مزمن رنج می‌برند (بلام، ۱۹۹۲؛ کریمنتز، ۱۹۸۹؛ میلستاین و لیت، ۱۹۹۰). اما در مورد نوجوانان ایرانی آمار رسمی در دست نیست. افسردگی از رایجترین عوارض بیماریهای مزمن است و در حدود یک سوم از مبتلایان به بیماریهای جسمانی وخیم نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند (بندر، ۲۰۰۶). بدون شک، بیماری مزمن به معلولیت کنش‌وری^{۱۳} و وابستگی به افراد دیگر منجر خواهد شد و این دو عامل نیز می‌توانند به افسردگی - به خصوص در نوجوانان - منتهی شوند (برای مثال؛ میروکسی و راس، ۱۹۹۹؛ وسترهوف، کاتزکو، دیتمان-کوهلی و هیسلیپ، ۲۰۰۱).

پژوهشها نشان می‌دهند وجود بیماری مزمن، میزان شیوع افسردگی را در همه سنین افزایش می‌دهد (کانر، همبرین و جری، ۲۰۰۳). افزون بر این، تجربه‌های آزمایشگاهی رابطه بین افسردگی و شرایط بدنی را نشان داده‌اند (پیراگلیا، رز، هرمان، اولچانسکی، نیومن، ۲۰۰۴؛ راست، پین، دینکینسون و لوساسو، ۲۰۰۵) و رابطه متقابل بین افسردگی و انواع بیماریهای مزمن را برجسته کرده‌اند (چاپمن، پری، استرین، ۲۰۰۶؛ اورسون-رز، لوپس، ۲۰۰۵؛ گولدن، رافین، فیشر، ویلسون، ۲۰۰۳؛ کیتون، ۲۰۰۳). همچنین پژوهشگران مانند هاراسلیتا، مارتونن، کاپریو و آرو (۲۰۰۴) ارتباط نزدیک سلامت جسمانی و افسردگی در دوره نوجوانی را برجسته کرده‌اند. مطالعات طولی نیز احتمال وقوع افسردگی را در نوجوانان دارای بیماری مزمن بیش از نوجوانان سالم برآورد کرده‌اند (باردون، مافیت، کاسپی، دیکسون، استانتون، سیلوا، ۱۹۹۸). شواهد متعددی مبنی بر وجود نشانه‌های افسردگی و افسردگی مه‌اد^{۱۴} همراه با یک بیماری جسمانی در نوجوانان به دست آمده‌اند (کیتون، ۲۰۰۳).

1. developmental psychopathology
2. stigma
3. AIDS
4. diabetes
5. lupus

6. cystic fibrosis
7. cancer
8. hemophilia
9. anorexia nervosa
10. spinal bifida

11. stressor
12. stress
13. functional impairment
14. major depression

قرار می‌گیرند. افزون بر این، بستری‌شدن‌ها و دوره‌های درمان بیماری، موجب می‌شوند تا آنها زمان کمتری را در اجتماع بگذرانند و بنابراین بسیاری از فرصت‌های اجتماعی شدن را از دست می‌دهند. همچنین نحوه واکنش اعضای خانواده، مدرسه و گروه همسالان به کودک و نوجوان مبتلا به بیماری مزمن، می‌تواند به بهبود عملکرد جسمانی، سلامت روانی-اجتماعی و تحول طبیعی او کمک کند. به هر حال، بیماری مزمن بر کیفیت تعامل کودک و نوجوان با دیگران تأثیر می‌گذارد (میل و وود، ۱۹۹۱).

چند الگوی نظری برای توصیف ارتباط بین سلامت جسمانی و عملکرد روانی-اجتماعی به کار گرفته شده‌اند. نظریه انسانی‌نگر مزلو^۳ (۱۹۸۷) توصیف می‌کند که چگونه بیماری مزمن یا بیماری جسمی می‌تواند در توانایی فرد جهت رفع نیازهای اولیه روانی-اجتماعی (مانند حس خود اثربخشی^۴ و حرمت خود^۵) تداخل ایجاد کند. در نظریه تعامل پویا، لرنر (۱۹۷۸) نیز مطرح می‌کند که ویژگی‌های فردی، از قبیل بیماری مزمن می‌تواند روابط اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. نظریه نظام‌های محیطی^۶ نیز چهارچوبی را برای درک چگونگی تأثیر یک کودک مبتلا به بیماری مزمن، بر سیستم‌های پیرامون خود و اثربخشی نظام‌های بیرونی بر سازش‌یافتگی کودک در مواجهه با بیماری فراهم آورده است (مک‌کارول، ۲۰۰۳).

با توجه به اهمیت افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن و کمبود پژوهش‌هایی که این مؤلفه‌ها را مورد ارزیابی قرار دهند؛ این پژوهش در پی مقایسه افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان دارای بیماری مزمن و سالم بود. نظر به اینکه میزان شیوع افسردگی در دختران نوجوان، بیش از پسران گزارش شده است و طردشدگی از سوی همسالان در پسران شایع‌تر از دختران است؛ به مقایسه دختران و پسران مبتلا به یک بیماری مزمن در دو متغیر افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان نیز پرداخته شد.

مسئله سازش‌یافتگی نوجوانان دارای بیماری مزمن در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، چرا که براساس ادبیات نظری و بالینی، بیماری مزمن نوجوانان را در معرض خطر مشکلات رفتاری و روانی-اجتماعی قرار می‌دهد. در همین راستا، شواهد تجربی نشان داده‌اند که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، در مقایسه با نوجوانان عادی بیشتر دچار چنین مشکلاتی می‌شوند (مک‌کارول، ۲۰۰۳). نقش همسالان در زندگی یک کودک یا نوجوان جنبه حیاتی دارد. رابطه مثبت با همسالان با کفایت اجتماعی، موفقیت در مدرسه و سازش‌یافتگی عمومی همبسته است و کفایت اجتماعی ضعیف و طردشدگی از سوی همسالان به سازش‌نیافتگی‌های بعدی و ناکارآمدی‌های روانی-اجتماعی در بزرگسالی منجر می‌شود (روبم، باکوسکی و پارکر، ۱۹۹۷). از سوی دیگر درک اجتماعی کودکان از طریق تعامل با همسالان رشد و گسترش می‌یابد (ماراس، ۲۰۰۵) و فقدان مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن عدم پذیرش از سوی همسالان و کاهش تعامل را در پی دارد (گریزل، ۲۰۰۴).

برخی از پژوهشگران به رابطه معناداری بین ارتباط با همسالان و سازش‌یافتگی رفتاری و هیجانی دست یافته‌اند (لوپز و دوبوا، ۲۰۰۴). به این ترتیب کودکانی که توسط همسالان محبوب هستند، پذیرش شده و کودکانی که از نظر همسالان دوست‌داشتنی نیستند، طردشده محسوب می‌شوند (لندو و میلیچ، ۱۹۹۰). هیمل، رابین، رادن و لی مارک (۱۹۹۰) با بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی رابطه بین مشکلات اجتماعی در کودکان پیش‌دبستانی و پیامدهای درونی‌سازی شده^۱ (مانند انزوای اجتماعی) و برونی‌سازی شده^۲ (مانند پرخاشگری) در نوجوانی، به این نتیجه رسیدند که طردشدگی از سوی همسالان در خلال کودکی به طور معناداری، پیش‌بینی‌کننده مشکلات درونی‌سازی شده و نیز برونی‌سازی شده در دوران نوجوانی است.

دروتر (۱۹۸۱) بر این نکته تأکید دارد که کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن به دلیل وضع ظاهری و محدودیت در انجام فعالیت‌ها، از سوی دیگران مورد تبعیض

1. internalized
2. externalized

3. humanistic theory
4. self efficacy

5. self esteem
6. ecologic systems theory

روش

مقاله حاضر گزارش بخشی از یافته‌های یک پژوهش گسترده است (طهماسیان، ۱۳۸۴) که در نمونه‌ای به حجم ۹۴۶ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انجام گرفت و در آن آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز و از هر منطقه چهار دبیرستان (دو دبیرستان دخترانه و دو دبیرستان پسرانه)، از هر دبیرستان به طور متوسط یک کلاس به طور تصادفی انتخاب شدند. دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۹ سال بود. در مجموع از ۹۴۶ نفر، ۳۳ نفر به یک بیماری مزمن مبتلا بودند. از نمونه دانش‌آموزان بدون بیماری مزمن نیز ۳۳ نفر که براساس جنس، منطقه و پایه تحصیلی هم‌تا شده بودند؛ انتخاب شدند. جدول ۱ مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه را نشان می‌دهد.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شده است:

- پرسشنامه طردشدگی از سوی همسالان (طهماسیان، ۱۳۸۴)، احساس نوجوان از مطرود یا محبوب بودن در گروه همسالان را می‌سنجد. برای ساخت این پرسشنامه نخست براساس مبانی نظری موجود (نرثوی^۱، ۱۹۸۰/۱۳۶۵؛ بندورا، پاستورلی، باربارانلی و کاپرارا، ۱۹۹۹) و نظرات تعدادی از معلمان دبیرستان، فهرستی از موقعیتهایی که در آن دانش‌آموزان گردهم آمده و گروه تشکیل می‌دهند، فراهم شد و سرانجام پس از مطالعه آزمونهای گروه‌سنجی مؤسسه مطالعات کودکان دانشگاه تورنتو^۲ (کوهن و ویلس، ۱۹۸۵) فهرستی از موقعیتهای مرتبط با کار گروهی و تشکیل گروه در نوجوانان استخراج گردید. یک گروه متمرکز شامل چند دانشجوی دکترا و استادان روان‌شناسی فهرست استخراج شده را مورد ارزیابی قرار داده و ۱۵ گویه انتخاب کردند. با اجرای آزمون گروه‌سنجی^۳ سه سؤالی (نرثوی، ۱۹۸۰/۱۳۶۵) محبوب‌ترین و مطرودترین افراد کلاس شناسایی شدند که با نتایج آزمون طردشدگی از سوی همسالان همخوانی داشت. اعتبار این آزمون از طریق بازآزمایی به فاصله دو هفته در ۴۳ دانش‌آموز دبیرستانی برابر با ۰/۹۳ و همسانی درونی آن از طریق

ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد. روایی همگرایی این آزمون از طریق مقایسه، قضاوت گروه متمرکز و آزمون گروه‌سنجی تأیید شد (طهماسیان، ۱۳۸۴).

- فهرست افسردگی کودک^۴ (کوواکس، ۱۹۹۲)، نشانه‌های افسردگی از قبیل خلق پایین، ناتوانی در لذت‌بردن، رفتارهای بین فردی، ارزیابی خود و مسائل تحصیلی را با ۲۷ گویه می‌سنجد. هر گویه سه گزینه دارد که بین صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر افسردگی است. کوواکس (۱۹۹۲) ضریب اعتبار آن را برابر با ۰/۸۶ و بندورا، باربارانلی، کاپرارا و پاستورلی (۱۹۹۹) نیز ضریب همسانی درونی و ضریب اعتبار آن را به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۹۲ گزارش داده‌اند. کوواکس (۱۹۹۲) روایی همگرایی این آزمون (همبستگی با سنجش خلق افسرده توسط معلمان و همسالان) را نیز قابل قبول و همبستگی عاملهای آن را با نمره کل بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۲ گزارش کرده است. اعتبار این آزمون در جمعیت ایرانی از طریق بازآزمایی با فاصله دو هفته در ۴۳ دانش‌آموز دبیرستانی تهرانی برابر با ۰/۸۳ و همبستگی فهرست افسردگی کودک با فهرست افسردگی یک نسخه دوم برابر با ۰/۶۸ به دست آمد (طهماسیان، ۱۳۸۴).

جدول ۱. مشخصه‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیرها	n	%
جنس		
دختر	۱۵	۴۳/۸
پسر	۱۸	۵۶/۳
تحصیلات		
اول دبیرستان	۹	۲۸/۱
دوم دبیرستان	۱۱	۳۴/۴
سوم دبیرستان	۷	۲۱/۹
پیش‌دانشگاهی	۵	۱۵/۶

یافته‌ها

جدول ۲ بیانگر میانگین و انحراف استاندارد دو گروه

1. Neirthway, M.

2. Institute of Child Study University of Toronto

3. sociometric

4. Child Depression Inventory (CDI)

همسالان بیشتری را نشان دادند. با آنکه بین دو جنس تفاوتی در نمره افسردگی وجود نداشت اما پسران مبتلا به یک بیماری مزمن در مقایسه با دختران، طردشدگی از سوی همسالان را به گونه معناداری تجربه می‌کنند. همچنین نتایج جدول ۳ عدم تعامل معنادار بین جنس و بیماری مزمن را منعکس می‌کند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با نوجوانان عادی از افسردگی بیشتری رنج می‌برند و طردشدگی از سوی همسالان را بیشتر تجربه می‌کنند. در همین چهارچوب پژوهش هاراسلیتا و دیگران (۲۰۰۴) نیز رابطه نزدیکی را بین سلامت جسمانی و افسردگی در دوره نوجوانی نشان می‌دهد. از سوی دیگر، مطالعات طولی نیز احتمال وقوع افسردگی را در نوجوانان دارای بیماری مزمن بیش از نوجوانان سالم برآورده کرده‌اند (باردون و دیگران، ۱۹۹۸).

کودکان مبتلا به بیماری مزمن به دلیل وضع ظاهری و محدودیت در انجام فعالیتها، از سوی دیگران مورد تبعیض قرار می‌گیرند (دروتار، ۱۹۸۱). افزون بر این، بستری شدن‌ها و دوره‌های مکرر درمان، باعث می‌شود تا آنها مدت زمان کمتری را در اجتماع بگذرانند و بنابراین بسیاری از فرصت‌های اجتماعی شدن را از دست می‌دهند. اگرچه، نحوه واکنش اعضای خانواده، مدرسه و گروه همسالان نسبت به کودک مبتلا به بیماری مزمن، می‌تواند به بهبود عملکرد جسمی، سلامت روانی-اجتماعی و رشد طبیعی او کمک کند، اما به هر حال بیماری مزمن بر کیفیت تعامل کودک با دیگران مؤثر است (میل و وود، ۱۹۹۱) و می‌تواند به گوشه‌گیری و در نهایت طردشدن از سوی همسالان منتهی شود.

بی‌تردید، بیماری مزمن به معلولیت کنش‌وری و وابستگی به افراد دیگر منجر می‌شود و این دو عامل نیز می‌توانند به افسردگی و طردشدگی - به خصوص در نوجوانان - منتهی شوند (برای مثال، میروکسی و راس، ۱۹۹۹؛ وسترهوف و دیگران، ۲۰۰۱). شواهد روزافزونی مبنی بر وجود نشانه‌های افسردگی و افسردگی مه‌اد همراه با

سالم و بیمار در افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان است و نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های گروه بیمار در افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان بالاتر از گروه عادی است.

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در دو گروه سالم و بیمار

متغیر	پسر		دختر	
	SD	M	SD	M
بیمار				
طردشدگی از سوی همسالان	۱۰/۶۰	۴۳/۳	۹/۵	۳۵/۲
افسردگی	۷/۲	۴۰/۸	۷/۵	۴۳/۷
سالم				
طردشدگی از سوی همسالان	۱۱/۳	۳۷/۶	۷/۶	۳۳/۸
افسردگی	۵/۵	۳۸/۳	۳/۳	۳۳/۸

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس عاملی (چند متغیری) استفاده شد. جدول ۳ حاکی از تفاوت معنادار دو گروه سالم و بیمار در نمره‌های افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان است. بدین معنا که نوجوانان با بیماری مزمن نسبت به گروه سالم، افسردگی و طردشدگی از سوی

جدول ۳.

خلاصه تحلیل واریانس چند متغیری رابطه بین بیماری مزمن و جنس در افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان

منبع	<u>P</u>	<u>F</u>	<u>MS</u>	<u>SS</u>
بیماری مزمن				
افسردگی	۰/۰۰۱	۱۳/۴	۵۳۳/۷	۵۳۳/۷
طردشدگی از سوی همسالان	۰/۰۲۵	۵/۴	۴۸۸/۷	۴۸۸/۷
جنس				
افسردگی	۰/۳۸۴	۰/۸	۳۰/۸	۳۰/۸
طردشدگی از سوی همسالان	۰/۰۰۷	۷/۹	۷۲۶/۸	۷۲۶/۸
جنس × بیماری مزمن				
افسردگی	۰/۱۰۷	۲/۷	۱۰۷/۴	۱۰۷/۴
طردشدگی از سوی همسالان	۰/۵	۰/۵	۴۲/۳	۴۲/۳

توجه: لا ندای ویلکز چند متغیری = ۰/۷۷۵

یک بیماری پزشکی در نوجوانان به دست آمده‌اند (کیتون، ۲۰۰۳).

در واقع پژوهشها نشان داده‌اند وجود بیماری مزمن، میزان شیوع افسردگی را در همه سنین افزایش می‌دهد (کانر و دیگران، ۲۰۰۳). افزون بر این، تجربه‌های آزمایشگاهی رابطه بین افسردگی و شرایط بدنی را نشان داده‌اند (پیراگلیا و دیگران، ۲۰۰۴؛ راست و دیگران، ۲۰۰۵) و مطالعات دقیق تجربی نیز رابطه متقابلی را بین افسردگی و انواع بیماریهای مزمن به اثبات رسانده‌اند (چاپمن و دیگران، ۲۰۰۶؛ اورسون-رز، لويس، ۲۰۰۵؛ گولدن و دیگران، ۲۰۰۳؛ کیتون، ۲۰۰۳).

افراد مبتلا به یک بیماری مزمن، از محدودیت جسمانی و بدنی رنج می‌برند. این مشکل جسمانی می‌تواند به ضعف خوداثربخشی جسمانی منتهی شود. بندورا و دیگران (۱۹۹۹) معتقدند که ضعف خود اثربخشی - در هر یک از ابعاد - افسردگی را در پی دارد. از این رو، وجود افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن با توجه به نظریه خوداثربخشی بندورا نیز قابل تبیین است.

افزون بر این، طردشدگی از سوی همسالان در پسران مبتلا به بیماری مزمن، بیش از دختران است. به نظر می‌رسد توانمندیهای ورزشی و ویژگیهای جسمانی در پسران نوجوان بیش از دختران حائز اهمیت است. در پژوهشی (طهماسیان، جزایری، محمدخانی، قاضی طباطبایی، ۱۳۸۴) در گروه نوجوانان پسر ایرانی مشخص شد. نوجوانانی که به اثربخشی خود در ارائه مهارتهای جسمانی و کسب ارزیابی مثبت باور ندارند، از بسیاری از فعالیتهای گروهی اجتناب می‌کنند. بنابراین وجود یک مشکل جسمانی می‌تواند به طردشدگی از سوی همسالان در پسران منجر شود در حالی که در دختران با این پیامد همراه نیست. افزون بر این، در پسران نوجوان خوداثربخشی جسمانی رابطه مستقیمی با طردشدگی از سوی همسالان دارد در حالی که در دختران خوداثربخشی هیجانی با طردشدگی از سوی همسالان مرتبط است (اهرنبرگ، کوکس و کوپمن، ۱۹۹۱). بنابراین پسران مبتلا به بیماری مزمن - بیش از دختران - در معرض مشکلات و آسیبهای اجتماعی قرار دارند.

این مطالعه همسو با پژوهشهای دیگر این نتیجه را مورد تأیید قرار می‌دهد که افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان دارای بیماری مزمن بیش از نوجوانان سالم است، در نتیجه لزوم انجام مداخله‌هایی برای کاهش این نشانه‌ها و مشکلات و همچنین افزایش سطح عملکرد این نوجوانان بیش از پیش احساس می‌شود. حجم اندک گروه نمونه و مشخص نشدن نوع بیماری مزمن از جمله محدودیتهای این پژوهش به شمار می‌آیند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حجمی گسترده‌تر، با استفاده از ابزارهای بیشتر و در گروه کودکان و نوجوان دارای یک بیماری مزمن مشخص انجام شود.

منابع

- دادستان، پ. (۱۳۸۲). *روان‌شناسی مرضی تحولی*. تهران: سمت، ۲۶۹-۲۷۵.
- طهماسیان، ک. (۱۳۸۴). *مدل‌یابی خوداثربخشی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- طهماسیان، ک.، جزایری، ع.، محمدخانی، پ.، قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۴). *مدل‌یابی خوداثربخشی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی*. فصلنامه توانبخشی، ۱، ۳۹-۳۴.
- نرثوی، م. (۱۳۶۵). *درآمدی بر گروه‌سنجی و پویایی گروهی*. ترجمه: غ. توسلی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۸۰).
- نشاط‌دوست، ح. (۱۳۸۱). افسردگی نوجوانان و عوامل مرتبط فردی و خانوادگی. *مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان*، ۱۴ (۲)، ۱۸۰-۱۵۷.

Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1999). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self efficacy path ways to childhood Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-259.

Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson,

- formation and behavior on older adolescents: Perceptions of peers with chronic illness. Thesis for master of science, Texas University.
- Haarasilta, L. M., Marttunen, M. J., Kaprio, J. A., & Aro, H. M. (2004).** Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *European Journal of Public Health, 14*, 280–285.
- Harrington, R. C. (2002).** *Depressive disorders in children and adolescents*. Manchester: John Wiley and Sons Ltd.
- Hymel, S., Rubin, K., Rowden, L., & LeMarc, L. (1990).** Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development, 61*, 2004–2021.
- Institute of Medicine (1994).** *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kanner, S., Hamrin, V., & Grey, M. (2003).** Depression in adolescents with diabetes. *Journal of Child And Adolescent Psychiatric Nursing* (online available: Jan-Mar 2003).
- Katon, W. J. (2003).** Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biological Psychiatry, 54*, 216–226.
- Kovacs, M. (1992).** *Child Depression Inventory*. New York: Multi Health Systems Inc.
- Kremetz, J. (1989).** *How it feels to fight for your life*. Boston: Little Brown.
- Landau, S., & Milich, R. (1990).** Assessment of children's social status and peer relations. In A. M. L. Greca (Ed.), *Childhood assessment: Through the eyes of a child* (pp. 259–291). New York:
- N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998).** Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 594–601.
- Bender, B. G. (2006).** Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 173*, 953–957.
- Blum, R. W. (1992).** Chronic illness and disability in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 13*, 364–368.
- Boice, M. M. (1998).** Chronic illness in adolescence. *Adolescence, 33* (online available).
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2006).** The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prevention of Chronic Disorders, 2* (1), 480–486.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985).** Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98* (2), 310–357.
- Drotar, D. (1981).** Psychological perspectives of chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology, 6*, 211–228.
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991).** The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence, 26*, 361–374.
- Everson-Rose, S. A., & Lewis, T. T. (2005).** Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health, 26*, 469–500.
- Goldney, R. D., Ruffin, R., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2003).** Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: A population survey. *Medical Journal of Australia, 178*, 437–441.
- Grizzle, J. C. (2004).** *The influence of contagion in-*

(pp. 328-347). New York: Cambridge.

- Perrin, J. M. (1985).** Introduction. In N. Hobbs & J. M. Perrin (Eds.), *Issues in the care of children with chronic illness: A sourcebook on problems, services, and policies* (pp. 1-10). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pirraglia, P. A., Rose, A. B., Hermann, R. C., Olchanski, N. V., & Neumann, P. (2004).** Cost utility studies of depression management: A systematic review. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2155-2162.
- Pless, I. B., & Pinkerton, P. (1975).** *Chronic childhood disorder: Promoting patterns of adjustment*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Rost, K., Pyne, J. M., Dickinson, L. M., & Lossasso, A. T. (2005).** Cost effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *American Family Medicine*, *3*, 7-14.
- Rubm, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (1997).** Peer interactions, relationships, and groups. In N. Eisenberg (Ed.), W. Damon (Series Ed.), *Handbook of Medical psychology* (Vol 3). *Social, emotional and personality development* (5 ed., pp. 619-700). New York: Wiley.
- Westerhof, G. J., Katzko, M. W., Dittman-Kohli, F., & Hayslip, B. (2001).** Life contexts and health-related selves in old age: Perspectives from the United States, India, and Congo/Zaire. *Journal of Aging Studies*, *15*, 105-126.
- Allyn & Bacon.
- Learner, R. M. (1978).** Nature, nurture, and dynamic interactionism. *Human Development*, *21*, 1-20.
- Lopez, C., & DuBois, D. L. (2004).** Peer victimization and rejection: Investigation of an integrative model of effects on emotional, behavioral and academic adjustment in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34* (1), 25-36.
- Maras, M. A. (2005).** *An evaluation of the relationship between peer rejection and reciprocated friendship*. Miami University, thesis for Master of Science.
- Maslow, A. H. (1987).** *Motivation and Personality*. (3rd ed.). Waltham, MA: Brandeis University.
- McCarroll, E. M. (2003).** *Linkages between children health status and social competence with peers*. Texas University, Human Development and Family Studies Center.
- Millstein, S. G., & Litt, I. F. (1990).** Adolescent health. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 431-617). Cambridge: Harvard University Press.
- Mill, B. D., & Wood, B. L. (1991).** Childhood asthma in interaction with family, school, and peer systems: A developmental model for primary care. *Journal of Asthma*, *28*, 405-414.
- Mirowski, J., Ross, C. E. (1999).** Well-being across the life course. In A. V. Horwitz, & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health*