

بررسی مقایسه‌ای افسردگی در داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده در کنکور سراسری:

تحلیل نقش تعدیل گرایانه حمایت اجتماعی

سوسن حاجی‌زاده شاهسوار^۱، علی اسماعیلی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد البرز، تهران، ایران.

۲. دانشیار روانشناسی، گروه رفتار حرکتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره سی، تابستان ۱۴۰۵، صفحات ۹۳-۸۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت افسردگی بین دو گروه و تبیین نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در این رابطه انجام شد. با توجه به اهمیت شاخص‌های مبتنی بر آستانه‌های بالینی، علاوه بر مقایسه میانگین نمرات افسردگی، توزیع شدت علائم نیز مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه به شیوه توصیفی-تحلیلی و با طرح مقطعی انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۱۲۰ نفر بود که در دو گروه مساوی (هر گروه ۶۰ نفر) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (BDI-II) و مقیاس حمایت اجتماعی گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون t مستقل، آزمون کای‌دو و رگرسیون سلسله‌مراتبی جهت بررسی اثر تعدیل‌گری استفاده شد. همچنین شیب‌های ساده برای تبیین تعامل محاسبه گردید. نتایج آزمون t مستقل نشان داد تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه وجود ندارد ($p > 0/05$). با این حال، آزمون کای‌دو تفاوت معناداری در توزیع شدت افسردگی بر اساس برش‌های استاندارد BDI-II نشان داد ($p < 0/01$). نتایج رگرسیون نشان داد اثر تعاملی وضعیت گروه و حمایت اجتماعی بر افسردگی معنادار است ($p < 0/01$) و ورود متغیر تعاملی موجب افزایش معنادار ضریب تعیین مدل شد ($\Delta R^2 = 0/143$). تحلیل شیب‌های ساده نشان داد در سطوح پایین حمایت اجتماعی، تفاوت افسردگی بین گروه‌ها برجسته‌تر است. یافته‌ها نشان می‌دهد که مقایسه میانگین‌ها به‌تنهایی نمی‌تواند تصویر کاملی از تفاوت‌های روان‌شناختی ارائه دهد و توجه به توزیع شدت علائم و نقش منابع حمایتی ضروری است. حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی، رابطه بین وضعیت گروه و افسردگی را تعدیل کند. این نتایج بر اهمیت طراحی مداخلات مبتنی بر تقویت حمایت اجتماعی تأکید دارد.

واژگان کلیدی: افسردگی، داوطلبان کنکور، سلامت روان، حمایت اجتماعی.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی، افت عملکرد اجتماعی و افزایش ناتوانی شناخته می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). این اختلال نه تنها موجب مشکلات روان‌شناختی در فرد می‌شود بلکه بر کارکردهای شناختی، اجتماعی و تحصیلی نیز تأثیرات منفی می‌گذارد (هامن، ۲۰۰۵). به‌ویژه در دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی، که افراد در حال شکل‌گیری هویت و مسیر شغلی خود هستند، افسردگی به یک مسئله جدی تبدیل می‌شود (آرنت، ۲۰۰۰). در این راستا، یکی از موقعیت‌های استرس‌زای برجسته در بافت آموزشی ایران، کنکور سراسری است که به‌عنوان یک رویداد سرنوشت‌ساز در زندگی بسیاری از جوانان مطرح می‌شود و می‌تواند فشار روانی قابل‌توجهی بر داوطلبان وارد کند (صادقی، ۲۰۱۸).

نتایج کنکور، به‌ویژه پذیرش یا عدم پذیرش در رشته‌ها و دانشگاه‌های موردنظر، پیامدهای هیجانی مهمی به همراه دارد. در این زمینه، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناکامی در دستیابی به اهداف تحصیلی و اجتماعی ممکن است منجر به افزایش علائم افسردگی و کاهش عزت‌نفس شود (بائومیستر و همکاران، ۲۰۰۳). بااین‌حال، نتایج مطالعات در این زمینه همواره یکدست نبوده و در برخی از پژوهش‌ها، تفاوت‌های میانگین افسردگی بین گروه‌های مختلف داوطلبان معنادار گزارش نشده است (بریون و همکاران، ۲۰۰۰). این ناهمگونی ممکن است به دلیل نادیده گرفتن عوامل زمینه‌ای یا تمرکز صرف بر مقایسه میانگین‌ها باشد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۷).

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل به شیوه گروهی بر استرس تحصیلی و صمیمیت اجتماعی در بین دانش‌آموزان پسر ناسازگار هم وجود دارد که توجه به مؤلفه صمیمیت و برقراری رابطه مؤثر در بین همسالان و اجتماع، روش مفید و ارزشمند است (ضیائی و روحانی، ۱۴۰۲). بااین‌حال، نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که این برنامه آموزشی جهت کنترل استرس دانش‌آموزان ناسازگار توسط مشاوران مدارس به کار گرفته شود. در زمینه متغیر صمیمیت اجتماعی، حضور افراد مقابل دانش‌آموزان ناسازگار مانند اولیای مدرسه و همکلاسی‌ها در برنامه آموزشی پیشنهاد می‌گردد.

اختلالات افسردگی در طی تاریخ روانشناسی به علت پیامدهای ناگوار و شیوع بالا همواره موردتوجه قرار گرفته است. شیوع افسردگی در زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد پیش‌بینی شده است. یکی از درمان‌ها برای این منظور درمان شناختی رفتاری است (صادقی، ۱۴۰۳). نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان - شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری تأثیر مثبت و معناداری دارد و به‌کارگیری درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان یک درمان مؤثر می‌تواند بر تعدیل افسردگی و علائم آن تأثیر گذاشته و بر بهبودی افراد مبتلا کمک کند.

افسردگی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی، با مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، هیجانی و جسمانی شناخته می‌شود که می‌تواند عملکرد تحصیلی و اجتماعی افراد را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فشارهای تحصیلی، رقابت‌های آموزشی و رویدادهای ارزیابی‌کننده مانند آزمون‌های سراسری می‌توانند سطح بالایی از استرس و نشانه‌های افسردگی را در دانش‌آموزان و دانشجویان ایجاد کنند (پاسکو و همکاران، ۲۰۲۰).

در بافت آموزشی ایران، کنکور سراسری به‌عنوان یک رویداد تعیین‌کننده مسیر تحصیلی و شغلی، فشار روانی قابل‌توجهی ایجاد می‌کند. برخی مطالعات داخلی گزارش کرده‌اند که میزان اضطراب و افسردگی در دوره پیش و پس از اعلام نتایج کنکور افزایش می‌یابد (رضایی و همکاران، ۱۴۰۰). بااین‌حال، نتایج درباره تفاوت افسردگی بین داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده همواره یکدست نبوده است.

بخش عمده‌ای از پژوهش‌های پیشین تفاوت گروه‌ها را صرفاً بر اساس مقایسه میانگین نمرات بررسی کرده‌اند. درحالی‌که پژوهش‌های روان‌سنجی نشان می‌دهد تحلیل صرف میانگین‌ها ممکن است تفاوت‌های بالینی مهم را پنهان کند (بیک و همکاران، ۱۹۹۶). استفاده از برش‌های بالینی و بررسی توزیع شدت علائم می‌تواند تصویر دقیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی ارائه دهد (کرونک و همکاران، ۲۰۰۱). برخی مطالعات نشان داده‌اند که گرچه میانگین افسردگی بین گروه‌ها ممکن است تفاوت معناداری نداشته باشد، اما درصد افراد در طبقات متوسط و شدید می‌تواند متفاوت باشد؛ پدیده‌ای که به «اثر آستانه‌ای» تعبیر می‌شود (جاکوبسن و تراکس، ۱۹۹۱). این رویکرد به‌ویژه در پژوهش‌های بالینی اهمیت دارد، زیرا تصمیم‌های مداخله‌ای اغلب بر اساس عبور از آستانه‌های تشخیصی اتخاذ می‌شوند.

به علاوه، بررسی افسردگی تنها بر اساس میانگین نمرات ممکن است تصویر کاملی از وضعیت روان‌شناختی افراد ارائه ندهد. در بسیاری از موارد، تفاوت‌های بالینی در سطح شدت علائم (بر اساس برش‌های تشخیصی) آشکارتر از تفاوت در میانگین کلی نمرات است (بیک و همکاران، ۱۹۹۶). توجه به توزیع شدت علائم می‌تواند درک دقیق‌تری از میزان آسیب‌پذیری روان‌شناختی گروه‌های مختلف فراهم کند و این رویکرد در تحلیل‌های مربوط به افسردگی مهم است (روجان و همکاران، ۲۰۲۱). در این راستا، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع روانی-اجتماعی شناخته می‌شود که می‌تواند نقش محافظتی در برابر فشارهای روانی ایفا کند (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). بر اساس نظریه «فرضیه ضربه‌گیر»، حمایت اجتماعی می‌تواند اثر رویدادهای استرس‌زا و شرایط آسیب‌پذیرکننده را بر سلامت روان کاهش دهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد برخوردار از حمایت اجتماعی بالاتر، در مواجهه با شکست‌ها یا ناکامی‌های تحصیلی، کمتر در معرض بروز علائم افسردگی قرار می‌گیرند (تیلور و استانتون، ۲۰۰۷). از این‌رو، احتمال دارد رابطه بین وضعیت قبولی در کنکور و افسردگی، وابسته به سطح حمایت اجتماعی افراد باشد.

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع روانی-اجتماعی شناخته می‌شود که می‌تواند پیامدهای منفی رویدادهای استرس‌زا را کاهش دهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). بر اساس فرضیه ضربه‌گیر، حمایت اجتماعی نه تنها به‌صورت مستقیم با سلامت روان مرتبط است، بلکه می‌تواند رابطه بین استرس و پیامدهای روان‌شناختی را تعدیل کند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی بالا با کاهش علائم افسردگی در دانش‌آموزان و دانشجویان مرتبط است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در شرایط شکست تحصیلی، افرادی که از شبکه حمایتی قوی‌تری برخوردارند، سطح پایین‌تری از افسردگی را تجربه می‌کنند (تیلور و استانتون، ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر، توجه به مدل‌های تعاملی در تبیین افسردگی افزایش یافته است. پژوهش‌های مبتنی بر تحلیل تعدیل‌گری نشان داده‌اند که اثر رویدادهای منفی زندگی بر افسردگی، بسته به سطح حمایت اجتماعی متفاوت است (رویگر و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، وضعیت‌های بالقوه آسیب‌زا لزوماً به افسردگی منجر نمی‌شوند، مگر آنکه منابع حمایتی ناکافی باشند. بااین‌حال، در زمینه کنکور سراسری و تفاوت بین داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده، پژوهش‌های اندکی به بررسی همزمان میانگین افسردگی، شدت علائم و نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی پرداخته‌اند. این خلأ پژوهشی ضرورت انجام مطالعه حاضر را تقویت می‌کند. بر این اساس، می‌توان فرض کرد که تفاوت میانگین افسردگی بین داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده ممکن است محدود یا غیرمعنادار باشد. و تفاوت در سطح شدت علائم می‌تواند آشکارتر از تفاوت در میانگین‌ها باشد؛ و همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند رابطه بین وضعیت قبولی و افسردگی را تعدیل کند.

باوجود اهمیت این موضوع، تاکنون پژوهش‌های محدودی به‌طور همزمان به مقایسه افسردگی در داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده و بررسی نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی پرداخته‌اند. همچنین کمتر مطالعه‌ای به بررسی همزمان میانگین افسردگی

و توزیع شدت علائم توجه کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت افسردگی بین داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده در کنکور سراسری و تحلیل نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در این رابطه انجام شد. این پژوهش تلاش دارد با اتخاذ رویکردی چندبعدی (مقایسه میانگین، بررسی شدت علائم و تحلیل اثر تعاملی)، تصویر جامع‌تری از وضعیت افسردگی در این گروه ارائه دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و با طرح مقطعی انجام شد. هدف اصلی این مطالعه بررسی تفاوت افسردگی بین داوطلبان پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده در کنکور سراسری و نیز تحلیل نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در رابطه بین وضعیت قبولی و افسردگی بود. در این راستا، علاوه بر مقایسه میانگین نمرات افسردگی، توزیع شدت علائم بر اساس برش‌های بالینی و همچنین اثر تعاملی وضعیت گروه و حمایت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت.

این پژوهش شامل داوطلبان شرکت‌کننده در کنکور سراسری سال ۱۴۰۲ بود. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت در آزمون سراسری همان سال و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل ناقص بودن پرسشنامه‌ها یا عدم پاسخ‌دهی کامل به ابزارها بود. در نهایت، ۱۲۰ نفر در پژوهش شرکت کردند که به‌طور مساوی در دو گروه پذیرفته‌شده (گروه اول و ۶۰ نفر) و پذیرفته‌نشده (گروه دوم و ۶۰ نفر) قرار گرفتند. تلاش شد ترکیب نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اصلی تا حد امکان متعادل باشد.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II): ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه استاندارد افسردگی بک نسخه دوم^۱ بود. این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال می‌باشد که هر سوال دارای ۴ گزینه با امتیاز ۰ تا ۳ است. نمره کل پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ متغیر است و سطوح مختلف افسردگی را بر اساس جدول ۱ مشخص می‌کند.

جدول ۱. پرسشنامه افسردگی بک

نمره پرسشنامه	سطح افسردگی
۱۳-۰	حداقل
۱۹-۱۴	خفیف
۲۸-۲۰	متوسط
۶۳-۲۹	شدید

پایایی و روایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد در ایران تأیید شده است. در مطالعه خداپناهی (۱۳۷۹) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۸۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار پژوهش می‌باشد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده: برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده از یک مقیاس استاندارد استفاده شد که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و منابع مهم دیگر) را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چنددرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر حمایت اجتماعی ادراک‌شده است.

شیوه اجرا

پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارشی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. شرکت‌کنندگان اطمینان یافتند که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به‌صورت گروهی گزارش می‌شود. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت

¹ Beck Depression Inventory – BDI-II

داوطلبانه انجام شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. در مرحله نخست، شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات برای متغیرها محاسبه گردید. برای بررسی تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، مفروضه‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها (با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk) و همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون Levene) بررسی شد. به منظور بررسی تفاوت در توزیع شدت افسردگی بین دو گروه، از آزمون کای دو استفاده گردید و اندازه اثر آن با شاخص Cramer's V گزارش شد.

برای تحلیل نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی، از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. بدین منظور، ابتدا متغیر وضعیت گروه و سپس حمایت اجتماعی وارد مدل شدند. در گام سوم، متغیر تعاملی (حاصل ضرب وضعیت گروه در حمایت اجتماعی) به مدل افزوده شد. پیش از تشکیل متغیر تعاملی، متغیر حمایت اجتماعی حول میانگین مرکزسازی شد تا از هم‌خطی چندگانه جلوگیری شود. تغییر در ضریب تعیین (ΔR^2) برای ارزیابی معناداری اثر تعاملی گزارش شد. در نهایت، برای تبیین دقیق‌تر اثر تعامل، تحلیل شیب‌های ساده در سطوح بالا و پایین حمایت اجتماعی (± 1 انحراف معیار) انجام گرفت. همچنین، سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۲۰ نفر شرکت داشتند که به دو گروه مساوی (۶۰ نفر در هر گروه) تقسیم شدند. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمره افسردگی در گروه دوم اندکی بالاتر از گروه اول بود؛ با این حال، پراکندگی نمرات در گروه دوم بیشتر گزارش شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
اول	۶۰	۱۶/۵۵	۸/۲۵	۳	۳۶
دوم	۶۰	۱۹/۳۲	۱۳/۶۴	۳	۴۶

پیش از اجرای آزمون t مستقل، مفروضه‌های آن بررسی شد. آزمون لوین نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳. آزمون لوین

آزمون لوین	F	سطح معناداری
برابری واریانس‌ها	۱/۸۷	۰/۱۷

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع نمرات افسردگی در هر دو گروه از توزیع نرمال برخوردار است ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین، استفاده از آزمون t مستقل با فرض واریانس‌های برابر مناسب تشخیص داده شد.

جدول ۴. آزمون شاپیرو-ویلک

گروه	W	سطح معناداری
اول	۰/۹۷	۰/۲۱
دوم	۰/۹۶	۰/۱۴

به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه، از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه از نظر آماری معنادار نیست ($p = ۰/۱۸۲$)؛ بنابراین، بر اساس نمره کلی BDI-II، تفاوت معناداری در سطح افسردگی بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمره افسردگی (BDI-II)

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	سطح معناداری
اول	۶۰	۱۶/۵۵	۸/۳۵	۱/۳۵	۱۱۸	۰/۱۸۲
دوم	۶۰	۱۹/۳۲	۱۳/۶۴			

به منظور بررسی تفاوت در الگوی شدت افسردگی، نمرات بر اساس برش‌های استاندارد BDI-II (حداقل، خفیف، متوسط و شدید) طبقه‌بندی شدند. نتایج در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. توزیع فراوانی شدت افسردگی در دو گروه

گروه	حداقل	خفیف	متوسط	شدید
اول	۳۰	۱۷	۱۷	۶
دوم	۲۹	۸	۶	۱۷

نتایج آزمون کای دو نشان داد توزیع شدت افسردگی بین دو گروه تفاوت معناداری دارد ($p = 0/001$). به‌طور خاص، فراوانی موارد افسردگی شدید در گروه دوم بیشتر از گروه اول بود، درحالی‌که در گروه اول توزیع افراد در سطوح خفیف و متوسط متعادل‌تر مشاهده شد.

اگرچه تفاوت معناداری در میانگین کلی افسردگی بین دو گروه مشاهده نشد، اما تحلیل توزیع شدت‌ها نشان داد الگوی پراکندگی نمرات در دو گروه متفاوت است. این یافته نشان می‌دهد که تفاوت‌های بین گروهی ممکن است در سطح آستانه‌های بالینی (Cutoff-based) آشکار شوند، نه در سطح میانگین کلی نمرات؛ به عبارت دیگر، درحالی‌که میانگین افسردگی دو گروه تفاوت معناداری نداشت، درصد بیشتری از افراد در یکی از گروه‌ها در طبقه افسردگی شدید قرار گرفتند. این امر می‌تواند بیانگر نوعی «قطبی شدن توزیع» یا اثر آستانه‌ای باشد که در تحلیل‌های مبتنی بر میانگین به‌تنهایی قابل شناسایی نیست.

جدول ۷. نتایج آزمون کای دو برای مقایسه توزیع شدت افسردگی

شاخص	مقدار
χ^2	۱۵/۱۰
درجه آزادی	۳
سطح معناداری	۰/۰۰۱

اگرچه تفاوت میانگین افسردگی بین دو گروه معنادار نبود ($p = 0/182$)، اندازه اثر کوهن کوچک بود ($d = 0/25$). در مقابل، آزمون کای دو تفاوت معناداری در توزیع شدت افسردگی نشان داد ($p = 0/001$) و اندازه اثر Cramer's V برابر با ۰/۳۶ بود که بیانگر اندازه اثر متوسط است.

جدول ۸. اندازه اثر آزمون‌های استنباطی

آزمون	شاخص آماری	سطح معناداری	اندازه اثر	تفسیر
t مستقل	۱/۳۵	۰/۱۸۲	$d = 0/25$	کوچک
کای دو	۱۵/۱۰	۰/۰۰۱	$V = 0/36$	متوسط

برای بررسی نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در رابطه بین وضعیت گروه و افسردگی، از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. پیش از ایجاد متغیر تعاملی، متغیر حمایت اجتماعی حول میانگین مرکزسازی شد. سپس در گام بعدی، حاصل ضرب وضعیت گروه و حمایت اجتماعی به مدل وارد شد.

نتایج نشان داد اثر اصلی وضعیت گروه بر افسردگی معنادار نبود. همچنین اثر مستقیم حمایت اجتماعی نیز معنادار گزارش نشد. با این حال، اثر تعاملی وضعیت گروه و حمایت اجتماعی بر افسردگی معنادار بود ($p = 0/002$). این یافته نشان می‌دهد رابطه بین وضعیت گروه و افسردگی بسته به سطح حمایت اجتماعی تغییر می‌کند. بدین معنا که یعنی:

- تفاوت افسردگی بین گروه‌ها ناچیز است → در سطح حمایت اجتماعی بالا
- یکی از گروه‌ها افسردگی بیشتری نشان می‌دهد → در سطح حمایت اجتماعی پایین

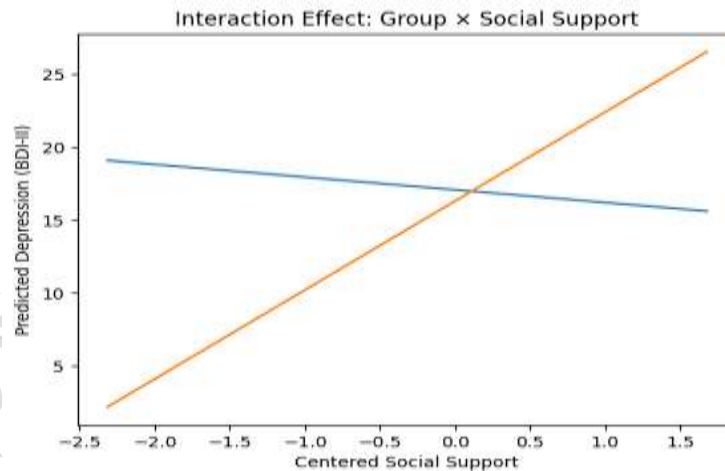
همچنین نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که ورود متغیر تعاملی منجر به افزایش معنادار ضریب تعیین شد ($p < 0/001$; $\Delta R^2 = 0/143$) که نشان‌دهنده نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در رابطه بین وضعیت گروه و افسردگی است.

جدول ۹. نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گری

متغیر	B	SE	β	t	p
گروه	۰/۵۱	۱/۸۹	۰/۰۳	۰/۲۶	۰/۷۸۹
حمایت اجتماعی	-۰/۳۵	۱/۹۶	-۰/۰۲	-۰/۱۷	۰/۸۵۸
گروه $\times$ حمایت اجتماعی	۸/۹۴	۲/۷۶	۰/۳۱	۳/۲۳	۰/۰۰۲
$\Delta R^2 = 0/143$					
$R^2 = 0/146$					

نمودار تعامل (شکل ۱) نشان می‌دهد که رابطه بین وضعیت گروه و نمره افسردگی بسته به سطح حمایت اجتماعی تغییر می‌کند. به‌طور مشخص، در سطوح پایین حمایت اجتماعی (یک انحراف معیار کمتر از میانگین)، تفاوت بین گروه‌ها در نمرات افسردگی برجسته‌تر است؛ به‌گونه‌ای که یکی از گروه‌ها افزایش قابل‌توجهی در افسردگی نشان می‌دهد. در مقابل، در سطوح بالای حمایت اجتماعی (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین)، این تفاوت کاهش یافته و شیب رابطه تعدیل می‌شود. این الگو حاکی از آن است که حمایت اجتماعی نقش محافظتی ایفا می‌کند و می‌تواند اثر وضعیت گروه را بر افسردگی تضعیف کند؛ به عبارت دیگر، در شرایطی که حمایت اجتماعی پایین است، آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد بیشتر آشکار می‌شود؛ اما با افزایش حمایت اجتماعی، این آسیب‌پذیری کاهش یافته و شکاف بین گروه‌ها محدود می‌گردد.

از منظر آماری، واگرایی خطوط در نمودار تعامل مؤید معناداری اثر تعاملی بین وضعیت گروه و حمایت اجتماعی است. این یافته نشان می‌دهد که بررسی صرف تفاوت‌های میانگین نمی‌تواند تصویر کاملی از روابط متغیرها ارائه دهد، بلکه نقش عوامل زمینه‌ای (مانند حمایت اجتماعی) در شکل‌دهی به این رابطه تعیین‌کننده است.



شکل ۱. نمودار تعامل وضعیت گروه و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تفاوت افسردگی بین دو گروه و نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی در این رابطه بود. نتایج نشان داد که اگرچه تفاوت معناداری در میانگین نمره افسردگی بین دو گروه مشاهده نشد، اما توزیع شدت افسردگی بر اساس برش‌های بالینی BDI-II تفاوت معناداری داشت. این یافته نشان می‌دهد که تفاوت‌های بین گروهی ممکن است در سطح آستانه‌های بالینی آشکار شوند، نه لزوماً در سطح میانگین کلی نمرات. این الگو می‌تواند حاکی از نوعی «قطبی‌شدن توزیع» باشد؛ به این معنا که در یکی از

گروه‌ها درصد بیشتری از افراد به سطوح بالینی شدید رسیده‌اند، درحالی‌که میانگین کلی تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد. چنین یافته‌ای با دیدگاه‌های مبتنی بر اثر آستانه‌ای در روان‌سنجی همخوان است، که بیان می‌کند تغییرات کوچک در اطراف برش‌های تشخیصی می‌تواند پیامدهای بالینی مهمی داشته باشد، حتی اگر تفاوت میانگین‌ها چشمگیر نباشد.

یافته مهم‌تر پژوهش حاضر، معنادار بودن اثر تعاملی وضعیت گروه و حمایت اجتماعی بود. تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی رابطه بین وضعیت گروه و افسردگی را تعدیل می‌کند. به‌طور مشخص، در سطوح پایین حمایت اجتماعی، تفاوت‌های افسردگی بین گروه‌ها برجسته‌تر بود، درحالی‌که در سطوح بالای حمایت اجتماعی این تفاوت کاهش می‌یافت. این نتیجه با فرضیه «نقش محافظتی حمایت اجتماعی» همسو است که بیان می‌کند حمایت اجتماعی می‌تواند اثر عوامل فشارزا را بر پیامدهای روان‌شناختی تضعیف کند. از منظر نظری، این یافته‌ها نشان می‌دهد که وضعیت گروه به‌تنهایی تعیین‌کننده سطح افسردگی نیست، بلکه تعامل آن با منابع اجتماعی در دسترس افراد اهمیت دارد. به‌بیان‌دیگر، آسیب‌پذیری روان‌شناختی زمانی بیشتر آشکار می‌شود که حمایت اجتماعی ناکافی باشد؛ بنابراین، مداخلات مبتنی بر تقویت شبکه‌های حمایتی می‌تواند در کاهش شدت پیامدهای هیجانی نقش مؤثری ایفا کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه مشاهده نشد؛ بااین‌حال، توزیع شدت افسردگی بر اساس برش‌های بالینی BDI-II تفاوت معناداری داشت. این یافته با برخی پژوهش‌ها همسو است که نشان داده‌اند تفاوت‌های روان‌شناختی ممکن است در سطح شاخص‌های بالینی آشکارتر از میانگین‌های کلی باشند (بیک و همکاران، ۱۹۹۶؛ روجان و همکاران، ۲۰۲۱). در مطالعاتی که به بررسی افسردگی در گروه‌های مختلف پرداخته‌اند، گزارش شده است که گرچه میانگین نمرات ممکن است تفاوت چشمگیری نشان ندهد، اما درصد افراد در سطوح متوسط و شدید می‌تواند متفاوت باشد (ساراسون و همکاران، ۲۰۱۵؛ تامز و همکاران، ۲۰۲۰). این امر اهمیت استفاده از شاخص‌های مبتنی بر آستانه‌های تشخیصی را برجسته می‌کند.

از سوی دیگر، یافته‌های مربوط به نقش تعدیل‌گر حمایت اجتماعی با چارچوب نظری «فرضیه ضربه‌گیر»^۱ همخوانی دارد. بر اساس این دیدگاه، حمایت اجتماعی می‌تواند اثر عوامل استرس‌زا یا شرایط آسیب‌پذیرکننده را بر سلامت روان کاهش دهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که در شرایط استرس‌زا، افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، سطوح پایین‌تری از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸؛ باریرا و همکاران، ۲۰۱۹). یافته‌های حاضر نیز نشان داد که در سطوح پایین حمایت اجتماعی، تفاوت افسردگی بین گروه‌ها برجسته‌تر است، درحالی‌که در سطوح بالای حمایت اجتماعی این تفاوت کاهش می‌یابد. این الگو با نتایج پژوهش‌هایی که نقش منابع روانی-اجتماعی را در تعدیل رابطه بین فشارهای محیطی و پیامدهای هیجانی بررسی کرده‌اند، همسو است (تیلور و استانتون، ۲۰۰۷؛ آچینو، ۲۰۰۶). این نتایج به‌ویژه با پژوهش‌های اخیر که در زمینه افسردگی شغلی و منابع حمایتی در محیط کار انجام شده‌اند، همخوان است (کوهن و پریسمان، ۲۰۰۶؛ کارور و اسچیر، ۲۰۱۴). در این مطالعات تأکید شده است که اثر شرایط یا وضعیت‌های خاص بر سلامت روان، به میزان دسترسی افراد به منابع حمایتی بستگی دارد؛ بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر نه‌تنها با ادبیات موجود همخوانی دارد، بلکه آن را در چارچوب یک تحلیل چندسطحی (میانگین، شدت، و تعامل) بسط می‌دهد. بااین‌حال، برخی مطالعات تفاوت‌های معنادار مستقیم در میانگین افسردگی بین گروه‌ها گزارش کرده‌اند (بریون و همکاران، ۲۰۰۰). تفاوت بین نتایج این پژوهش‌ها و یافته‌های حاضر ممکن است ناشی از تفاوت در ویژگی‌های نمونه، شرایط زمینه‌ای، یا نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر باشد. در پژوهش

^۱ Buffering Hypothesis

حاضر نشان داده شد که نادیده گرفتن عوامل زمینه‌ای مانند حمایت اجتماعی می‌تواند به نتیجه‌گیری‌های ساده‌انگارانه منجر شود.

منابع

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arnett, J. J. (2000). *Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties*. American Psychologist, 55(5), 469-480.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (2019). *Prevention of mental health problems in children of parents with major depression: A randomized controlled trial*. Journal of Abnormal Psychology, 128(3), 230-241.
- Baumeister, R. F., et al. (2003). *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 117(3), 497-529.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 748-766.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). *Positive affect and health*. Current Directions in Psychological Science, 15(3), 122-125.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kessler, R. C., et al. (2003). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Pascoe, E. A., et al. (2020). Psychological stress and depression in medical students: The role of coping strategies. Journal of Behavioral Medicine, 43(1), 45-56. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00058-w>
- Rezaei, M., Ahmadi, S., & Karimi, N. (2020). Investigating anxiety and depression in national entrance exam candidates before and after the announcement of results. Quarterly Journal of Applied Psychology, 15(3), 45-60. [In Persian]
- Rojahn, J., et al. (2021). *The effect of emotional support and stress on the mental health of college students*. Journal of Health Psychology, 26(6), 795-803.
- Rueger, S. Y., et al. (2016). Social support and depression: A meta-analysis of longitudinal studies. Journal of Social and Clinical Psychology, 35(1), 21-41. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.1.21>
- Sadeghi, A. (2018). *Impact of social stressors on the mental health of university entrance exam candidates*. Iranian Journal of Educational Sociology, 12(1), 23-33.
- Sadeghi, M. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination in people with depressive disorder. Quarterly Journal of Cognitive Analytical Psychology, 15(56), 52-63. [In Persian]
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (2015). *Social support and adjustment to stress: A selective review*. Journal of Social and Clinical Psychology, 3(1), 24-39.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). *Coping resources and the mental and physical health consequences of stress*. In R. C. Kessler & E. G. Strelau (Eds.), *Handbook of the Psychology of Stress: A Critical and Comprehensive Overview* (pp. 282-307). Wiley-Blackwell.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). *Coping resources and the mental and physical health consequences of stress*. In R. C. Kessler & E. G. Strelau (Eds.), *Handbook of the Psychology of Stress* (pp. 282-307). Wiley-Blackwell.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources and the mental and physical health consequences of stress. In R. C. Kessler & E. G. Strelau (Eds.), *Handbook of the Psychology of Stress* (pp. 282-307). Wiley-Blackwell.
- Thombs, B. D., Ziegelstein, R. C., & Stewart, D. E. (2020). *The role of social support in coping with depression: A critical review*. Canadian Journal of Psychiatry, 65(1), 22-30.
- Uchino, B. N. (2006). *Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes*. Journal of Behavioral Medicine, 29(4), 377-387.
- Zhang, Z., et al. (2017). *The role of coping strategies in moderating depressive symptoms among Chinese university students*. Journal of Social and Clinical Psychology, 36(4), 303-314.
- Zhang, Z., et al. (2017). The role of coping strategies in moderating depressive symptoms among Chinese university students. Journal of Social and Clinical Psychology, 36(4), 303-314. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.4.303>

- Ziaei Z., Rouhani, A. (2022). Investigating the effectiveness of the interactional behavior analysis psychotherapy program on academic stress and social intimacy of maladjusted male students of the first high school of Mobarakeh city. *Quarterly Journal of Cognitive Analytical Psychology*, 15(58), 34-44.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.