

# بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان

شهر ساری سال ۸۲ - ۱۳۸۱

عباس مسعودزاده (M.D.) \* علیرضا خلیلیان (Ph.D.) \*\*  
مسها اشرفی (M.D.) \*\*\* کامران کیمیایی (M.D.) \*\*\*

## چکیده

سابقه و هدف : توجه به نیازهای روحی- روانی نسل جوان که درصد قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند بسیار حائز اهمیت است. با توجه به آسیب پذیری زیاد این قشر جمعیتی و لزوم شناخت به موقع بسیاری از اختلالات روانی که شروع آنها عمدتاً در این سنین می‌باشد، هدف این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر ساری (۸۱-۸۲) و تشخیص موارد مشکوک به اختلالات روانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها : پژوهش حاضر به روش توصیفی- مقطعی بر روی ۱۰۶۸ دانش آموز مقطع دبیرستان با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و آزمون‌های استاندارد SCL-90-R, GHQ-28 انجام و نتایج حاصله با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : براساس آزمون GHQ-28، ۳۹/۱ درصد از دانش آموزان و بر مبنای آزمون SCL-90، ۵۸/۸ درصد از آنان مشکوک به اختلال روانی بودند. شیوع انواع آسیب‌های روانی در ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90-R به ترتیب شامل، افکار پارانوئید، حساسیت در روابط متقابل، وسواس و اجبار، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان پریشی، شکایت جسمانی و ترس مرضی بود. هم چنین نتایج تفاوت معنی داری را بین سلامت روانی دانش آموزان با جنسیت، احساس نیاز به مشاوره و مقطع تحصیلی در تمامی ابعاد ۹ گانه آزمون نشان داد. هیچ گونه تفاوت معنی داری بین سلامت روانی و تحصیلات مادر در ابعاد آزمون وجود نداشت و نیز بین سلامت روانی دانش آموزان و شاخص‌های سن، محل سکونت خانواده، وضعیت مسکن، شغل پدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، معدل سال قبل و معدل ترم گذشته و تعداد افراد خانواده حداقل در برخی از ابعاد آزمون، تفاوت معنی داری وجود داشت. اما همچنین از لحاظ آماری، همبستگی معنی داری بین دو آزمون انجام شده در تحقیق وجود داشت.

استنتاج : با توجه به فراوانی بالای موارد احتمالی مبتلا به اختلالات روانی حاصل از نتایج هر دو آزمون، لزوم برنامه‌ریزی متناسب جهت شناخت به موقع این اختلالات از طریق معاینات دوره‌ای و اقدامات پیشگیری از طریق آموزش بهداشت روانی و فعال کردن مراکز مشاوره دانش آموزی از طرف مسئولین امر ضروری می‌باشد و نیز با توجه به همبستگی بالای دو آزمون فوق در غربالگری آسیب روانی، تست GHQ-28 با توجه به سهولت انجام آن به عنوان وسیله سرنده اولیه پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی : پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، چک لیست علایم مرضی (SCL-90-R)، دانش آموزان، سلامت روانی

این تحقیق طی شماره ۵۲-۸۱ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

\* متخصص روان پزشکی، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران ☐ ساری: جاده نکا- مرکز آموزشی درمانی زارع

\*\* دکترای آمار، عضو هیئت علمی (دانشیار) دانشکده پزشکی و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران

\*\*\* پزشک عمومی

تاریخ دریافت: ۸۳/۱۱/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۲/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۳/۵/۷

## مقدمه

سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان یکی از اصول اولیه مراقبت‌های بهداشت روانی قلمداد می‌شود (۱). دوره نوجوانی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و از آن به عنوان دوران بحرانی طوفان، استرس و دوره زایش دوباره یاد کرده‌اند (۲).

نوجوانی، دوره‌ای از رشد، همراه با تغییرات برجسته می‌باشد که شامل عبور شخص از مرحله طفولیت به بزرگسالی است. و طیف سنی ۱۱-۲۰ سال را در بر می‌گیرد. در طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد. مشخصه نوجوانی، بلوغ است. بلوغ یک فرآیند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرآیند و تغییر روان‌شناختی است، متفاوت می‌باشد. در شرایط مطلوب، این دو فرآیند هم‌زمان روی می‌دهند ولی وقتی که بلوغ و نوجوانی هم‌زمان روی ندهد، (که اغلب چنین است) نوجوان ناچار است با این عدم توازن که خود یک استرس اضافی است، مدارا کند (۳). رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به صورت تغییرات در نحوه تفکر، به صورت انتزاعی، مفهومی و آیند نگر شدن می‌باشد و بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. نوجوان تدریجاً ارزش‌های گوناگونی را از منابع متفاوت، وارد نظام اعتقادی خود می‌کند و این نظام اعتقادی برای تطابق با واقعیت‌های زندگی جدید باید انعطاف‌پذیری، تغییر و تکامل داشته باشد. وقتی نوجوان احساس استقلال می‌کند و خانواده این پختگی و بالیدگی در حال ظهور نوجوان را تشویق و حمایت می‌کند، او برای این سوالات (من کیستم. به کجا می‌روم؟) پاسخی در خود می‌یابد. تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویشتن است (۴).

رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی از والدین و استحکام روان‌شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه‌ای شکل می‌گیرد. نکته بسیار مهم این‌که، بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۵). با توجه به این‌که سال‌های نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تاثیر جدی قرار دهد. از این‌رو توجه به نیازهای مادی و معنوی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. در کنار تلاشی که برای سلامت جسمی فرزندان می‌کنیم و تمهیداتی که برای تحصیلات آنان می‌اندیشیم، باید عوامل آسیب‌رسانی به ساختار روحی و روانی آن‌ها را بهتر درک کرد تا بتوان راه حل شایسته‌ای را برای پیشگیری و جبران آن‌ها یافت. در این راه، شاید نخستین گام؛ بررسی میزان شیوع اختلالات و آسیب‌شناسی روانی و شناخت آن‌ها در نوجوانان باشد (۶). بررسی برخی مطالعات انجام گرفته قبلی در این زمینه ظاهراً گویای افزایش شیوع اختلالات روانی در سیر زمان است. بدین ترتیب که بواله‌ری و همکاران (۱۳۷۳) شیوع اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد را ۱۶/۵ درصد (۷)، و همچنین یوسفی و همکاران (۱۳۷۹) میزان شیوع اختلالات روانی دانش‌آموزان دختر و پسر را ۳۷/۲ درصد گزارش نموده‌اند (۸). موسوی و همکاران (۱۳۷۷) شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۵-۱۷ ساله دبیرستان‌های بندرعباس را ۴۴/۵ درصد (۹) و در نهایت حسینی و همکاران (۷۹-۱۳۷۸) میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران را ۵۱/۸ درصد گزارش کرده‌اند (۱۰). با توجه به ملاحظات

اخیر و افزایش روز افزون شیوع اختلالات روانی در سطح جامعه و به خصوص نسل نوجوان و جوان و نیز عدم وجود مطالعه جامع و با ابزار مناسب در منطقه، شیوع اختلالات روانی دانش آموزان مقطع متوسطه شهر ساری را با استفاده از ابزارهای جامع تر و دو آزمون سنجش آسیب شناسی روانی GHQ-28 و SCL-90-R مورد ارزیابی قرار می گیرد.

GHQ-28 به عنوان یک وسیله سرند اولیه و SCL-90-R به عنوان یک وسیله کمک تشخیصی دقیق تر که جزئیات تشخیصی بیشتری را می سنجد در این مطالعه به کار رفته و به عنوان یک هدف فرعی در این پژوهش توانایی غربالگری و همبستگی این دو ابزار تشخیصی در یک جمعیت معیار نیز مورد بررسی قرار می گیرد.

## مواد و روش ها

پژوهش به روش مقطعی، توصیفی<sup>۱</sup> و هدف بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان مقطع متوسطه ساری (۸۲-۸۱) و یافتن همبسته های احتمالی که می تواند سلامت روانی دانش آموزان را به مخاطره اندازد می باشد.

تعداد ۱۰۶۸ نفر از ۳۳۰۰۱ دانش آموز مقطع دبیرستان به روش نمونه گیری خوشه ای طبقه بندی شده از مناطق دوگانه آموزش پرورش انتخاب شدند و پس از توجه هدف از طرح، دانش آموزان تکمیل پرسشنامه ها را در حضور روان شناس و پژوهشگر نمودند. مشخصه های دموگرافیک مورد بررسی شامل جنس، سن، محل سکونت (شهر یا روستا)، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، معدل سال جاری، وضعیت مسکن خانواده، احساس نیاز به مشاوره و مقطع تحصیلی

بود. همچنین در این پژوهش از دو آزمون استاندارد سنجش میزان سلامت روانی GHQ-28 و SCL-90-R استفاده شد. پرسش نامه GHQ-28<sup>۲</sup> توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ ساخته شد (۱۱) و شامل ۲۸ سوال می باشد که در مقیاس ۴ درجه ای (۰-۳) نمره گذاری می شود. به طوری که نمره کلی آزمون از ۰ تا ۸۴ متغیر است و نقطه برش این آزمون ۲۳ در نظر گرفته می شود. این آزمون ۴ بعد شکایات جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان کارکردهای اجتماعی و نشانگان افسردگی را اندازه گیری می کند. شرط انجام این آزمون حداقل سن ۱۵ سال و برای تمامی افراد جامعه قابل اجرا است. این آزمون در سال ۱۳۷۵ توسط پالاهنگ و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته و ۹۱ درصد اعتبار برای آن محاسبه شد (۱۲).

پرسشنامه SCL-90-R<sup>۳</sup> شامل ۹۰ سوال در ۱۰ مقیاس می باشد که فرم اولیه آن توسط دراگویتس و همکاران در سال ۱۹۷۳ ساخته شد (۱۳). فرم فارسی این آزمون از آخرین چاپ آن (۱۹۸۳) که توسط دراگویتس و لئونارد در ایالات متحده آمریکا تهیه شده، اقتباس شده است. این آزمون که پاسخ های ۵ درجه ای (۴-۰) براساس میزان ناراحتی را شامل می شود، ابعاد ۹ گانه مختلف شامل شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان پریشی را مورد بررسی قرار می دهد. تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص؛ ضریب کلی علائم مرض (GSI)<sup>۴</sup>، معیار ضریب ناراحتی (PST)<sup>۵</sup> انجام می گیرد. در بررسی که توسط میرزایی (۱۳۵۹) در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون صورت گرفت، پایایی آن در تمام مقیاس ها

2- Symptom check list-90-Rewised

3- General Health Questionnaire

4- Positive symptom Distress Index

5- Positive symptom To al

1- Cross Sectional- Descriptive

می‌باشند که از این تعداد، ۵۵/۳ درصد را دختران و ۴۴/۷ درصد را پسران شامل می‌شوند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پرسش به تفکیک مقطع تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر ساری، سال ۱۳۸۱-۸۲

| مقطع تحصیلی (دبیرستان) | فراوانی<br>تعداد (درصد) |
|------------------------|-------------------------|
| اول                    | ۵۲۴ (۴۹)                |
| دوم                    | ۱۹۲ (۱۷/۹)              |
| سوم                    | ۱۲۵ (۱۱/۷)              |
| پیش دانشگاهی           | ۲۲۷ (۲۱/۲)              |
| مجموع کل               | ۱۰۶۸ (۱۰۰)              |

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مبتلایان احتمالی به اختلال روانی براساس آزمون‌های (GHQ-28, SCL-90-R) به تفکیک جنس در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر ساری سال ۱۳۸۱-۸۲

| نتیجه آزمون | جنس      | پسر<br>تعداد (درصد) | دختر<br>تعداد (درصد) | جمع<br>تعداد (درصد) |
|-------------|----------|---------------------|----------------------|---------------------|
| مشکوک       | GHQ-28   | ۱۸۷ (۱۷/۵)          | ۲۳۱ (۲۱/۶)           | ۴۱۸ (۳۹/۱)          |
|             | SCL-90-R | ۲۵۱ (۲۳/۵)          | ۳۷۸ (۳۵/۳)           | ۶۲۹ (۵۸/۸)          |
| سالم        | GHQ-28   | ۴۰۵ (۳۷/۹)          | ۲۴۵ (۲۳)             | ۶۵۰ (۶۰/۹)          |
|             | SCL-90-R | ۳۴۱ (۳۱/۹)          | ۹۸ (۹/۳)             | ۴۳۹ (۴۱/۲)          |
| جمع کل      |          | ۵۹۲ (۵۵/۴)          | ۴۷۶ (۴۴/۶)           | ۱۰۶۸ (۱۰۰)          |

براساس آزمون SCL-90-R، تعداد ۶۲۹ نفر (۵۸/۵ درصد) از دانش‌آموزان مشکوک به اختلال روانی بوده که ۶۰/۱ درصد آن‌ها را دختر و ۳۹/۹ درصد آن‌ها را پسر شامل می‌شوند. همچنین شیوع انواع آسیب‌های روانی در ابعاد ۹ گانه به ترتیب شامل، افکار پارانوئید، حساسیت در روابط متقابل، وسواس و اجبار، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، شکایات جسمانی و ترس مرضی بود (جدول شماره ۳).

به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیش‌تر از ۰/۸ بوده و اعتبار سازه و تسخیص به دست آمده نشان‌دهنده این مطلب بود که آزمون فوق می‌تواند به عنوان وسیله سرند خوب بیماران روانی از غیر آن و تشخیص احتمالی به کار رود (۱۴). در مطالعه میرزایی، پایای بازآزمایی ( $r=0.79$ ) و در مقایسه با مصاحبه روان‌پزشکی براساس ملاک‌های DSM-III-R، دارای حساسیت ۰/۹۴ و ویژگی ۰/۹۵ بوده است. ابزار، بر مبنای بررسی انجام شده توسط نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) در این ابزار نقطه برش براساس  $GSI=0.7$  می‌باشد (۱۵). در این پژوهش نیز افرادی که  $GSI$  بالاتر از ۰/۷ دارند مشکوک به اختلال روانی تلقی می‌شوند.

جهت ارزیابی و تفسیر یافته‌ها و آزمون فرضیه‌های آماری، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل مقایسه میانگین‌ها، تحلیل واریانس یک طرفه ANOVA استفاده شد.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد ۵۵/۴ درصد دانش‌آموزان پسر و ۴۴/۶ درصد دختر می‌باشند و اکثر نمونه‌ها در گروه سنی ۱۷ و ۱۶ سال (۵۰/۶ درصد) قرار دارند. ۹۱/۸ درصد آنان ساکن شهر و ۴۱ درصد پدران و ۵۰/۴ درصد مادران دانش‌آموزان کارمند می‌باشند و نیز سطح سواد ۲۸/۱ درصد پدران لیسانس و بالاتر و بیش‌ترین سطح سواد مادران (۳۳/۵ درصد) سیکل تا دیپلم می‌باشد. اکثر دانش‌آموزان در خانواده‌های ۶-۴ نفره (۷۲/۴ درصد) زندگی می‌کنند. درصد قابل ملاحظه‌ای از دانش‌آموزان (۲۳/۹ درصد) احساس نیاز به مشاوره روان‌پزشکی را گزارش کردند. جدول شماره ۱ مقطع تحصیلی دانش‌آموزان را نشان می‌دهد.

نتایج بررسی پرسشنامه GHQ-28 نشان داد که، ۳۹/۱ درصد از دانش‌آموزان مشکوک به اختلال روانی

**جدول شماره ۳:** میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R به تفکیک جنس در دانش آموزان دبیرستان های شهر ساری سال ۸۲-۱۳۸۱ میانگین انحراف معیار (درصد)  $64.5 \pm 4.9$

| SIG  | جنس  |      | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                            | ابعاد SCL-90-R         |
|------|------|------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
|      | پسر  | دختر | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                        |
| ۰/۰۰ | ۰/۷۹ | ۰/۵۲ | ۰/۶۵                       | ۰/۴۹                       | شکایات جسمانی          |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۸ | ۰/۵۵ | ۰/۷۹                       | ۰/۵۵                       | وسواس اجبار            |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۹ | ۰/۶۳ | ۰/۸۳                       | ۰/۵۸                       | حساسیت در روابط متقابل |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۳ | ۰/۶۲ | ۰/۷۳                       | ۰/۵۸                       | افسردگی                |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۲ | ۰/۵۷ | ۰/۷۲                       | ۰/۵۳                       | اضطراب                 |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۶ | ۰/۶۴ | ۰/۷۹                       | ۰/۶۲                       | پرخاش گری              |
| ۰/۰۰ | ۰/۷۷ | ۰/۵۲ | ۰/۶۲                       | ۰/۵۳                       | ترس مرضی               |
| ۰/۰۰ | ۱/۱۹ | ۰/۶۹ | ۰/۸۶                       | ۰/۶۲                       | افکار پارانوئید        |
| ۰/۰۰ | ۰/۸۱ | ۰/۵۵ | ۰/۶۸                       | ۰/۵۵                       | روان پریشی             |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۴ | ۰/۴۶ | ۰/۷۵                       | ۰/۴۶                       | کل (GSI)               |

**جدول شماره ۴:** میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R برحسب احساس نیاز به مشاوره به تفکیک جنس در دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر ساری سال ۸۲-۱۳۸۱

| SIG  | جنس  |      | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                            | شکایات جسمانی          |
|------|------|------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
|      | پسر  | دختر | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میانگین $\pm$ انحراف معیار |                        |
| ۰/۰۰ | ۰/۸۴ | ۰/۵۰ | ۰/۶۷                       | ۰/۰۰                       | شکایات جسمانی          |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۶ | ۰/۵۴ | ۰/۸۲                       | ۰/۰۰                       | وسواس اجبار            |
| ۰/۰۰ | ۱/۱۰ | ۰/۶۰ | ۰/۸۹                       | ۰/۰۰                       | حساسیت در روابط متقابل |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۵ | ۰/۶۰ | ۰/۸۹                       | ۰/۰۰                       | افسردگی                |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۷ | ۰/۵۴ | ۰/۷۶                       | ۰/۰۰                       | اضطراب                 |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۱ | ۰/۶۱ | ۰/۸۲                       | ۰/۰۰                       | پرخاش گری              |
| ۰/۰۰ | ۰/۸۲ | ۰/۵۲ | ۰/۶۴                       | ۰/۰۰                       | ترس مرضی               |
| ۰/۰۰ | ۱/۲۱ | ۰/۶۵ | ۰/۹۵                       | ۰/۰۰                       | افکار پارانوئید        |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۱ | ۰/۵۳ | ۰/۶۹                       | ۰/۰۰                       | روان پریشی             |
| ۰/۰۰ | ۰/۴۷ | ۰/۴۶ | ۰/۷۸                       | ۰/۰۰                       | کل (GSI)               |

بین سلامت روانی دانش آموزان و جنس، احساس نیاز به مشاوره پزشکی و مقطع تحصیلی در تمامی ابعاد ۹ گانه آزمون تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). به این ترتیب که از نظر جنسیت، در تمامی ابعاد ۹ گانه، میانگین نمره دختران بیش تر از پسران (جدول شماره ۳) و از نظر شاخص احساس نیاز به مشاوره روان پزشکی، میانگین نمره افراد با پاسخ مثبت در تمامی ابعاد بیش تر از افراد با پاسخ منفی (جدول شماره ۴) و از نظر مشخصه مقطع تحصیلی در تمامی ابعاد آزمون، بیش ترین میانگین نمره مربوط به مقطع تحصیلی پیش دانشگاهی و کم ترین میانگین نمره مربوط به مقطع تحصیلی اول دبیرستان (جدول شماره ۵) بود.

هیچ گونه تفاوت معنی داری بین وضعیت سلامت روانی دانش آموزان و تحصیلات مادر در ابعاد ۹ گانه پرسشنامه SCL-90-R وجود نداشت اما در تمامی ابعاد ۹ گانه غیر از بعد افکار پارانوئید، بین سلامت روانی و سن دانش آموزان و شغل پدران تفاوت معنی داری وجود داشته به طوری که، بیش ترین میانگین نمره آزمون مربوط به سنین بالاتر از ۱۷ سال و کم ترین میانگین نمره آزمون مربوط به دانش آموزان با محدوده سنی ۱۴ و ۱۵ سال بود و نیز بیش ترین میانگین نمره مربوط به شغل آزاد پدر و کم ترین میانگین نمره مربوط به شغل هیات علمی و مشاغل دانشگاهی بود.

**جدول شماره ۵:** میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R برحسب مقطع تحصیلی در دانش آموزان دبیرستان شهر ساری، سال ۸۲-۱۳۸۱

| SIG  | پیش دانشگاه |      | سوم  |      | دوم  |            | اول  |          | مقطع تحصیلی دبیرستان   | ابعاد SCL-90-R |
|------|-------------|------|------|------|------|------------|------|----------|------------------------|----------------|
|      | Mean        | SD   | Mean | SD   | Mean | $\pm$ SD   | Mean | $\pm$ SD |                        |                |
| ۰/۰۰ | ۰/۸۷        | ۰/۵۴ | ۰/۶۷ | ۰/۴۷ | ۰/۷۹ | $\pm 0.55$ | ۰/۶۲ | ۰/۴۷     | شکایات جسمانی          |                |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۷        | ۰/۶۰ | ۰/۷۹ | ۰/۵۳ | ۰/۹۷ | ۰/۵۸       | ۰/۷۸ | ۰/۵۱     | وسواس اجبار            |                |
| ۰/۰۰ | ۱/۱۰        | ۰/۶۹ | ۰/۹۰ | ۰/۵۹ | ۱/۰۹ | ۰/۵۹       | ۰/۸۳ | ۰/۵۷     | حساسیت در روابط متقابل |                |
| ۰/۰۰ | ۱/۰۵        | ۰/۶۳ | ۰/۷۸ | ۰/۵۴ | ۱/۰۴ | ۰/۶۶       | ۰/۷۴ | ۰/۵۷     | افسردگی                |                |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۵        | ۰/۵۵ | ۰/۷۵ | ۰/۵۲ | ۰/۹۲ | ۰/۶۲       | ۰/۷۲ | ۰/۵۳     | اضطراب                 |                |
| ۰/۰۰ | ۱           | ۰/۶۶ | ۰/۸۵ | ۰/۶۲ | ۱/۰۱ | ۰/۶۶       | ۰/۷۶ | ۰/۵۹     | پرخاش گری              |                |
| ۰/۰۰ | ۰/۷۸        | ۰/۵۳ | ۰/۷۰ | ۰/۵۷ | ۰/۸۴ | ۰/۵۷       | ۰/۵۸ | ۰/۴۹     | ترس مرضی               |                |
| ۰/۰۰ | ۱/۱۷        | ۰/۶۷ | ۰/۸۰ | ۰/۵۰ | ۱/۱۶ | ۰/۷۴       | ۰/۹۴ | ۰/۶۵     | افکار پارانوئید        |                |
| ۰/۰۰ | ۰/۸۱        | ۰/۵۲ | ۰/۷۱ | ۰/۵۵ | ۰/۸۷ | ۰/۶۲       | ۰/۶۷ | ۰/۵۳     | روان پریشی             |                |
| ۰/۰۰ | ۰/۹۸        | ۰/۴۸ | ۰/۷۸ | ۰/۴۶ | ۰/۹۶ | ۰/۵۱       | ۰/۷۴ | ۰/۴۲     | کل (GSI)               |                |

در مورد شاخص تعداد افراد خانواده، تنها در بعد پرخاشگری، بین وضعیت سلامت روانی آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت به طوری که بیش‌ترین میانگین نمره در خانواده‌های ۳-۱ نفره و کم‌ترین میانگین نمره در خانواده‌های ۶-۴ نفری رویت شد. بین سلامت روانی دانش‌آموزان و سایر متغیرهای دموگرافیک شامل، محل سکونت خانواده، شغل مادر، تحصیلات پدر، معدل ترم گذشته سال جاری، معدل سال گذشته و وضعیت مسکن در بعضی از ابعاد آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. نکته قابل توجه این‌که، از نظر آماری ( $P = 0/00$  و  $r = 0/58$ ) همبستگی معنی‌داری بین نمرات کسب شده دو آزمون (GHQ-28, SCL-90-R) در جمعیت مورد مطالعه وجود داشت.

#### بحث

در این پژوهش میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی طبق آزمون GHQ-28 برابر ۳۹/۱ درصد و بر مبنای آزمون SCL-90-R برابر با ۵۸/۸ درصد بود. نتایج حاصل با نتایج مطالعه یوسفی و همکاران (۱۳۷۶) ۳۷/۲ درصد (۸) و موسوی و همکاران (۱۳۷۷) ۴۴/۵ درصد (۹) هم‌خوانی داشته اما با نتایج مطالعه بواله‌ری و همکاران (۷۴-۷۳) ۱۶/۵ درصد (۷) و حسینی و همکاران (۷۹-۷۸) ۵۱/۸ درصد (۱۰) متفاوت می‌باشد. دو مطالعه اخیر، بر روی جمعیت دانشجویی و با ابزار مشابه انجام شده است. گرچه مقایسه مطالعات انجام شده در سیر زمان در نگاه اول نشان می‌دهد که، با گذشت زمان میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت جوان کشور رو به فزونی است (که آن را می‌توان ناشی از افزایش فشارهای مربوطه به وضعیت اقتصادی-اجتماعی جامعه دانست) اما، این تفاوت می‌تواند ناشی از متفاوت بودن شرایط خاص فرهنگی-اجتماعی جمعیت‌های آماری مورد مطالعه در مناطق مختلف مطالعات فوق باشد.

مقایسه سلامت روانی دانش‌آموزان نشان می‌دهد که از نظر جنس، احساس نیاز به مشاوره و مقطع تحصیلی تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌ها وجود دارد این یافته با یافته‌های حسینی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۶ و ۱۰) و همچنین این یافته‌ها تأکیدی بر تفاوت‌های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق نظریه‌های روان‌پزشکی می‌باشد (۵). شایع‌تر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در دختران نسبت به پسران، می‌تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس‌های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و هم‌چنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد.

نتایج پژوهش همچون یافته‌های صفاپور (۱۷) نشان داد، تحصیلات مادر بر سلامت روانی دانش‌آموزان تأثیری ندارد (۱۷).

از نظر شاخص سن، بین سلامت روانی آزمودنی‌ها در بعضی از ابعاد بالاخص، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P = 0/01$ ) و با بالاتر رفتن سن اختلالات افزایش می‌یابد امید و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۱۸).

مقایسه وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان نشان داد که از نظر محل سکونت خانواده (شهر یا روستا)، تنها در ابعاد شکایات جسمانی و روان‌پریشی تفاوت معنی‌داری بین دانش‌آموزان وجود دارد در صورتی‌که از نظر وضعیت مسکن، تفاوت آشکار معنی‌داری در ابعاد آزمون به غیر بعد پارانویید وجود دارد و این اختلالات در دانش‌آموزان با وضعیت مسکن شخصی در کم‌ترین میزان قرار دارد که می‌تواند ناشی از کاهش فشارهای اقتصادی بر خانواده و در نهایت بر دانش‌آموزان باشد. این یافته نیز با یافته پژوهش صفاپور یکسان است (۱۷).

سلامت بهداشت روانی و سلامت روحی و روانی نوجوانان و جوانان در کنار برآورده کردن نیازهای مادی آنها و گسترده تر نمودن فعالیت مرکز مشاوره روان پزشکی دانش آموزی، ضروری به نظر می رسد.

#### محدودیت ها و پیشنهادات

عدم همکاری برخی مسئولین دبیرستان های شهر، علی رغم داشتن معرفی نامه از اداره آموزش و پرورش که می تواند ناشی از آگاهی ناکافی و واقف نبودن آنان به اهمیت موضوع و عدم توجه به سلامت روانی دانش آموزان باشد. هم چنین از محدودیت های دیگر پژوهش، اجرای آن در سطح شهر بود. بهتر است که جمعیت روستایی نیز مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد. پیشنهاد می گردد که با همکاری مستمر و لازم مسئولین محترم ذیربط، پژوهش ها و تحقیقات گسترده تری نه تنها در شهرستان ساری بلکه در دیگر شهرهای استان و کشور انجام گیرد. بر هیچ کس ضرورت توجه به نیازهای روحی و روانی نسل نوجوان و جوان که قشر قابل توجه ای از جمعیت کشور ما را شامل می شوند، پوشیده نیست. پس چه بهتر که آموزش بهداشت روانی نوجوانان و جوانان و گسترده نمودن فعالیت مراکز مشاوره روان پزشکی دانش آموزی و دانشجویی در اولویت برنامه های بهداشتی کشور قرار گیرد.

#### سپاسگزار

از معاونت و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت تصویب و تامین اعتبار پژوهش و نیز از مسئولین محترم اداره آموزش و پرورش و دبیرستان های نواحی دوگانه شهر ساری به خاطر همکاری صمیمانه ایشان در اجرای طرح، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

از نظر شاخص بعدی یعنی شغل والدین، تفاوت معنی داری بین وضعیت سلامت روانی دانش آموزان در بعضی از ابعاد به خصوص ترس مرضی و پرخاشگری وجود دارد به طوری که فرزندان اعضای هیئت علمی کمترین میزان این اختلالات را به خود اختصاص دادند که خود نشان دهنده بهبود وضعیت روانی خانواده در صورت دارا بودن تکیه گاه محکم و جایگاه بالا در سطح جامعه از نظر مشاغل اجتماعی است. در بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان از نظر شاخص درسی و معدل به این نتیجه رسیده شد که نه تنها تفاوت معنی داری در ابعاد افسردگی و ترس مرضی بین دانش آموزان وجود دارد، بلکه در دانش آموزان با معدل بیش تر، احتمال این اختلالات بالاتر است که می تواند ناشی از فشارهای روانی بر روی دانش آموزان با معدل بهتر جهت رقابت و کمال طلبی و یا تحت فشار و مراقبت بیش تر قرار گرفتن از طرف خانواده باشد.

بین وضعیت سلامت روانی دانش آموزان و تعداد افراد خانواده، تنها در بعد پرخاشگری تفاوت معنی داری وجود داشت که این نتیجه، با نتایج تحقیق حیدری و همکاران مطابقت دارد (۳).

شیوع انواع آسیب های روانی در ابعاد ۹ گانه آزمون در دانش آموزان مورد مطالعه به ترتیب عبارت است از؛ افکار پارانوئید - حساسیت در روابط متقابل و سواس و اجبار - پرخاشگری - افسردگی - اضطراب - روان پریشی - شکایات جسمانی و ترس مرضی. که این یافته نیز با نتایج حاصل از پژوهش های قبلی هم خوانی دارد (۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۹). با توجه به نتایج تحقیق و مقایسه آن با نتایج پژوهش های مشابه قبلی، افزایش روز افزون شیوع اختلالات روانی به خصوص در نسل نوجوان و جوان، توجه بیش تر مسئولین به آموزش بهداشت روانی و

- فهرست منابع
1. Mayyinic, Ampulin P. The parma high school Epidemiological survey ocd symptoms. *Acta psychiatry scand.* 2001 Jun; 103: 441- 446.
  2. Visser, Verhust. Predicorts of psychopatology in young adult refered to mental health services in clinical or adolescent. *BJP.* 2000; 177: 57-73.
  3. حیدری بهلولیان احمد، فرزاد سیر کامران، اقبالیان معصومه، بررسی عوامل روانی، اجتماعی، آموزشی موثر بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان استان همدان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۱، تابستان ۷۹، صفحات ۷۷-۶۸.
  4. Steven, Plizka. Affective disorder in juvenile offenders: A prelinmaly. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 130- 132.
  5. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry* 8<sup>th</sup> ed Philadelphia : William, Wilkins company. 1998.
  6. Robert, cifford, adram, prevalence of psychopathology among children and adolescents. *AMJ psychiatry.* 1998 June; 715- 725.
  7. باقری یزدی، بوالهری ج، شاه محمدی د، بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۱، ۱۳۷۳، صفحات ۴۲-۳۲.
  8. فائق یوسفی، عرفانی ن، خیرآبادی غ ر قانع ح، بررسی شیوع اختلال‌های سلوک نافرمانی در دانش - آموزان راهنمایی استان کردستان *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم شماره ۲ و ۳، پائیز و زمستان ۷۹، صفحات ۵۴-۴۸.
  9. موسوی سید محمد، عدلی مهرداد، نیکویی پویه، شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۷ ساله دبیرستان‌های ناحیه بندرعباس در سال ۱۳۷۷. *مجله پزشکی هرمزگان*، سال سوم شماره دوم، تابستان ۷۸، صفحات ۱۹-۱۶.
  ۱۰. حسینی سید حمزه، موسوی سید ابراهیم، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان وردی سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، *مجله نامه دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دهم شماره ۲۸، صفحات ۲۳-۳۲.
  11. Goldberg D.P. *The detection of psychiatric illness by Question psychological medical.* Oxford university press, London, 1973.
  ۱۲. پالاهنگ نصر، شاه محمدی ارزیابی میزان اعتبار و پایایی GHQ-28 *آزمون سنجش روان شناسی ۱۳۷۵ در ایران*. طرح تحقیقاتی، کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی تهران.
  13. Deragotis KR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-AR outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho pharmalogy Bull.* 1973: 9 13-27.
  ۱۴. میرزائی رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران*، ۱۳۵۹، صفحات ۵۳-۵۰.
  ۱۵. نوربالا احمدعلی، باقری ع، کاظم م، بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران، *مجله حکیم*، دوره شماره ۴.
  ۱۶. نوربالا احمدعلی، فخرایی سیدعلی، بررسی فراوانی نشانه‌های روان‌پزشکی در دانشجویان سال آخر پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه تهران،

۸۰ صفحات ۳۷-۳۰.

۱۷. صفاپور شراره، بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع سوم راهنمایی شهر ساری در سال تحصیلی ۸۰-۷۹، *پایان نامه دکترای عمومی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران.

۱۸. امیدی عبدالله، طباطبایی اعظم، سازور سید علی، عکاشه گودرز، همه‌گیری شناسی شهرستان نظنز اصفهان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، بهار ۸۲، صفحات ۳۸-۳۲.

۱۹. احسان‌منش مجتبی، همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، بهار ۸۰، صفحات ۵۴-۶۹.

۲۰. ...

۲۱. ...

۲۲. ...

۲۳. ...

۲۴. ...

۲۵. ...