

بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان

شهر ساری سال ۱۳۸۱ - ۸۲

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

چکیده

سابقه و هدف : توجه به نیازهای روحی- روانی نسل جوان که درصد قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند 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 عمدها در این سنین می باشد، هدف این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر ساری (۸۱-۸۲) و تشخیص موارد مشکوک به اختلالات روانی می باشد.

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

یافته ها : براساس آزمون ۲۸-GHQ، ۳۹/۱ درصد از دانش آموزان و بر بنای آزمون ۹۰-SCL درصد از آنان مشکوک به اختلال روانی بودند. شیوع انواع آسیب های روانی در ابعاد ۹ گانه آزمون R-90-SCL به ترتیب شامل، افکار پارانوئید، حساسیت در روابط متقابل، وسوس و اجرار، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان پریشی، شکایت جسمانی و ترس مرضی بود. همچنین 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 شاخص های 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 برنامه ریزی متناسب جهت شناخت به موقع این اختلالات از طریق معاینات دوره ای و اقدامات پیشگیری از طریق آموزش بهداشت روانی و فعال کردن مراکز مشاوره دانش آموزی از طرف مسئولین امر ضروری می باشد و نیز با توجه به همبستگی بالای دو آزمون فوق در غربالگری آسیب روانی، تست ۲۸-GHQ با توجه به سهولت انجام آن به عنوان وسیله سرند اولیه پیشنهاد می شود.

واژه های 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 (استاد بار) 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

**** پژوهش عمومی

† تاریخ دریافت: ۸۲/۱/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۳/۲/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۳/۵/۷

مقدمه

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 این که، بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است^(۵). با توجه به این که سال‌های نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز ناسامانی‌ها 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 جرمان 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 ظاهرًاً 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 دیبرستان‌های بندرعباس را ۴۴/۵ درصد^(۹) و در نهایت حسینی و همکاران (۱۳۷۸-۷۹) میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران را ۵۱/۸ درصد گزارش کرده‌اند^(۱۰). با توجه به ملاحظات

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 خلاقيت 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 انعطاف پذیری، 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 درخود می‌یابد. تکلیف عمدۀ نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویشتن است^(۴).

بود. همچنین در این پژوهش از دو آزمون استاندارد سنجش میزان سلامت روانی GHQ-28 و SCL-90-R استفاده شد. پرسشنامه GHQ-28 توسط گلدبیرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ ساخته شد^(۱) و شامل ۲۸ سوال می‌باشد که در مقیاس ۴ درجه‌ای (۰-۳) نمره گذاری می‌شود. به طوری که نمره کلی آزمون از ۰ تا ۸۴ متغیر است و نقطه برش این آزمون ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. این آزمون ۴ بعد شکایات جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان کارکردهای اجتماعی و نشانگان افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. شرط انجام این آزمون حداقل سن ۱۵ سال و برای تمامی افراد جامعه قابل اجرا است. این آزمون در سال ۱۹۷۵ توسط پالانگ و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته و ۹۱ درصد اعتبار برای آن محاسبه شد^(۱۲).

پرسشنامه^۳ SCL-90-R^۴ شامل ۹۰ سوال در ۱۰ مقیاس می‌باشد که فرم اولیه آن توسط دراگوتیس و همکاران در سال ۱۹۷۳ ساخته شد^(۱۳). فرم فارسی این آزمون از آخرین چاپ آن (۱۹۸۳)^(۱۴) که توسط دراگوتیس و لئونارد در ایالات متحده آمریکا تهیه شده، اقتباس شده است. این آزمون که پاسخ‌های ۵ درجه‌ای (۰-۴) براساس میزان ناراحتی را شامل می‌شود، ابعاد ۹ گانه مختلف شامل شکایات جسمانی، وسوس و اجرار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص؛ ضریب کلی علائم مرض (GSI)^(۱۵)، معیار ضریب ناراحتی (PST)^(۱۶) انجام می‌گیرد. در بررسی که توسط میرزایی (۱۳۵۹) در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون صورت گرفت، پایایی آن در تمام مقیاس‌ها

خبر 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 دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ساری را با استفاده از ابزارهای جامع تر و دو آزمون SCL-90-R و GHQ-28 آسیب‌شناسی روانی^(۱۷) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

GHQ-28 به عنوان یک وسیله سرند اولیه و SCL-90-R به عنوان یک وسیله کمک تشخیصی دقیق‌تر که جزئیات تشخیصی بیشتری را می‌سنجد 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 می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش به روش مقطعی، توصیفی^(۱۸) و هدف بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان مقطع متوسطه ساری (۸۱-۸۲) و یافتن همبسته‌های احتمالی که می‌تواند سلامت روانی دانش‌آموزان را به مخاطره اندازد می‌باشد.

تعداد ۱۰۶۸ نفر از ۳۳۰۰۱ دانش‌آموز مقطع دبیرستان به روش نمونه‌گیری خوش‌های طبقه‌بندی شده از مناطق دو گانه آموزش پرورش انتخاب شدند و پس از توجیه هدف از طرح، دانش‌آموزان تکمیل پرسشنامه‌ها را در حضور روان‌شناس و پژوهشگر نمودند. مشخصه‌های 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

2- Symptom check list-90-Rewised

3- General Health Questionnaire

4- Positive symptom Distress Index

5- Positive symptom To al

1- Cross Sectional- Descriptive

میباشد 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)	فرافراغی 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 آزمون های (SCL-28)، GHQ-28، براساس آزمون های (SCL-90-R) به تفکیک جنس در دانشآموزان دبیرستان‌های شهر ساری سال ۱۳۸۱-۸۲

نتیجه آزمون	جنس	پسر	دختر	جمع	تعداد (درصد)
مشکوک	GHQ-28	۱۸۷ (۱۷/۵)	۲۲۱ (۲۱/۶)	۴۱۸ (۳۹/۱)	۵۸/۵
	SCL-90-R	۲۵۱ (۲۳/۵)	۳۷۸ (۳۵/۳)	۶۲۹ (۵۸/۸)	۶۴/۶
سالم	GHQ-28	۴۰۵ (۳۷/۹)	۲۴۵ (۲۳)	۶۰/۹	۵۰/۶
	SCL-90-R	۳۴۱ (۳۱/۹)	۹۸ (۹/۳)	۴۳۹ (۴۱/۲)	۴۱/۴
جمع کل		۵۹۲ (۵۵/۴)	۴۷۶ (۴۴/۶)	۱۰۶۸ (۱۰۰)	۹۱/۸

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 بیش تر از ۸/۰ بوده و اعتبار سازه و تشخیص به دست آمده نشان دهنده 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 میرزاچی، پایایی بازآزمایی (۰/۷۹) 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 نوربala و همکاران GSI=۰/۷ (۱۳۷۸) در این ابزار نقطه برش براساس ۰/۷ 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 ۶۴/۶ درصد دختر میباشد و اکثر نمونه‌ها در گروه سنی ۱۷ و ۱۶ سال (۵۰/۶ درصد) قرار دارند. درصد آنان ساکن شهر و ۴۱ درصد پدران و ۵۰/۴ درصد مادران دانشآموزان کارمند میباشد 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 (۲۲/۹ 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 ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R بر حسب احساس نیاز به مشاوره به تفکیک جنس در دانشآموزان مقطع دبیرستان شهر ساری سال ۱۳۸۱-۸۲

SIG	دختر		پسر		جنس	
	میانگین ± انحراف		میانگین ± انحراف			
	معیار	معیار	معیار	معیار		
.000	.077	.050	.084	.054	شکایات جسمانی	
.000	.082	.054	.106	.056	وساس اجبار	
.000	.089	.060	.110	.063	حساسیت در روابط مقابل	
.000	.089	.060	.105	.062	افسردگی	
.000	.076	.054	.097	.059	اضطراب	
.000	.082	.061	.101	.076	پرخاش گری	
.000	.064	.052	.082	.056	ترس مرضی	
.000	.095	.065	.121	.070	افکار پارانوئید	
.000	.069	.053	.091	.058	روانپریشی	
.000	.078	.046	.099	.047	کل (GSI)	

هیچ گونه تفاوت معنی‌داری بین وضعیت سلامت روانی دانشآموزان 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 دانشآموزان و شغل پدران تفاوت معنی‌داری وجود داشته به طوری که، بیشترین میانگین نمره آزمون مربوط به سنین بالاتر از ۱۷ سال و کمترین میانگین نمره آزمون مربوط به دانشآموزان با محدوده سنی ۱۴ و ۱۵ سال بود و نیز بیشترین میانگین نمره مربوطه به شغل آزاد پدر و کمترین میانگین نمره مربوطه به شغل هیات علمی و مشاغل دانشگاهی بود.

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R به تفکیک جنس در دانشآموزان دبیرستان‌های شهر ساری سال ۱۳۸۱-۸۲ میانگین انحراف معیار (درصد) 645 ± 49

SIG	دختر		پسر		جنس	
	میانگین ± انحراف		میانگین ± انحراف			
	معیار	معیار	معیار	معیار		
.000	.079	.052	.086	.049	شکایات جسمانی	
.000	.098	.050	.079	.050	وساس اجبار	
.000	.109	.063	.083	.058	حساسیت در روابط مقابل	
.000	.103	.062	.073	.058	افسردگی	
.000	.092	.057	.072	.053	اضطراب	
.000	.096	.064	.079	.062	پرخاش گری	
.000	.077	.052	.062	.053	ترس مرضی	
.000	.119	.069	.086	.062	افکار پارانوئید	
.000	.081	.050	.068	.055	روانپریشی	
.000	.094	.046	.070	.046	کل (GSI)	

بین سلامت روانی دانشآموزان و جنس، احساس نیاز به مشاوره پزشکی و مقطع تحصیلی در تمامی ابعاد ۹ گانه آزون تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$). به این ترتیب که از نظر جنسیت، در تمامی ابعاد ۹ گانه، میانگین نمره دختران بیشتر از پسران (جدول شماره ۳) و از نظر شاخص احساس نیاز به مشاوره روان‌پزشکی، میانگین نمره افراد با پاسخ مثبت در تمامی ابعاد بیشتر از افراد با پاسخ منفی (جدول شماره ۴) و از نظر مشخصه مقطع تحصیلی در تمامی ابعاد آزمون، بیشترین میانگین نمره مربوطه به مقطع تحصیلی پیش‌دانشگاهی و کمترین میانگین نمره مربوطه به مقطع تحصیلی اول دبیرستان (جدول شماره ۵) بود.

جدول شماره ۵: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R بر حسب مقطع تحصیلی در دانشآموزان دبیرستان شهر ساری، سال ۱۳۸۱-۸۲

SIG	پیش‌دانشگاه		سوم		دوم		اول		مقطع تحصیلی دبیرستان	ابعاد SCL-90-R
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	±SD	Mean	±SD		
	.087	.054	.077	.047	.079	.050	.062	.047	شکایات جسمانی	
.000	.107	.060	.079	.053	.097	.058	.078	.051	وساس اجبار	حساسیت در روابط مقابل
.000	.110	.069	.090	.059	.109	.059	.083	.057	افسردگی	
.000	.100	.063	.078	.054	.104	.066	.074	.057	اضطراب	پرخاش گری
.000	.095	.055	.075	.052	.092	.062	.072	.053	ترس مرضی	
.000	.1	.066	.080	.062	.101	.066	.076	.059	افکار پارانوئید	روانپریشی
.000	.078	.053	.070	.057	.084	.057	.058	.049	ترس مرضی	
.000	.117	.072	.080	.050	.116	.074	.094	.065	افکار پارانوئید	کل (GSI)
.000	.081	.052	.071	.050	.087	.072	.078	.053	روانپریشی	
.000	.098	.048	.078	.046	.096	.051	.074	.042	کل (GSI)	

مقایسه سلامت روانی دانشآموزان نشان می‌هد که از نظر جنس، احساس نیاز به مشاوره و مقطع تحصیلی تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌ها وجود دارد این یافته با یافته‌های حسینی و همکاران هم خوانی دارد(۱۶ و ۱۰) و همچنین این یافته‌ها تاکیدی بر تفاوت‌های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق نظریه‌های روانپژوهشی 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 صفایپور(۱۷) نشان داد، تحصیلات مادر بر سلامت روانی دانشآموزان تاثیری 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 می‌باید امیدی 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 صورتی که از نظر وضعیت مسکن، تفاوت آشکار معنی‌داری در ابعاد آزمون به غیر بعد پارانوئید 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 صفایپور یکسان است(۱۷).

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 ۱-۳ نفره و کمترین میانگین نمره در خانواده‌های ۴-۶ 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 این که، 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 $39/1$ درصد و بر مبنای آزمون SCL-90-R برابر با $58/8$ درصد بود. نتایج حاصل با نتایج مطالعه یوسفی و همکاران (۱۳۷۶) $44/5$ درصد(۸) و موسوی و همکاران (۱۳۷۷) $37/2$ درصد(۹) هم خوانی داشته اما با نتایج مطالعه بوواله‌ری و همکاران (۷۴-۷۳) $16/5$ درصد(۱۰) متفاوت می‌باشد. دو مطالعه اخیر، بر روی جمعیت دانشجویی و بازار 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 می‌توان ناشی از متفاوت بودن شرایط خاص فرهنگی- اجتماعی جمیعت‌های آماری مورد مطالعه در مناطق مختلف مطالعات فوق باشد.

سلامت بهداشت روانی و سلامت روحی و روانی نوجوانان و جوانان در کنار برآورده کردن نیازهای مادی آنها و گستردگر نمودن فعالیت مرکز مشاوره روانپزشکی دانشآموزی، ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

عدم همکاری برخی مسؤولین دیبرستان‌های شهر، علی‌رغم داشتن معرفی‌نامه از اداره آموزش و پرورش که می‌تواند ناشی از آگاهی ناکافی و واقف نبودن آنان به اهمیت موضوع و عدم توجه به سلامت روانی دانشآموزان باشد. هم‌چنین از محدودیت‌های دیگر پژوهش، اجرای آن در سطح شهر بود. بهتر است که جمعیت روستایی نیز مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد که با همکاری مستمر و لازم مسؤولین محترم ذیربسط، پژوهش‌ها و تحقیقات گستردگر تری نه تنها در شهرستان ساری بلکه در دیگر شهرهای استان و کشور انجام گیرد. بر هیچ‌کس ضرورت توجه به نیازهای روحی و روانی نسل نوجوان و جوان که قشر قابل توجهی از جمعیت کشور ما را شامل می‌شوند، پوشیده نیست. پس چه بهتر که آموزش بهداشت روانی نوجوانان و جوانان و گستردگر نمودن فعالیت مرکز مشاوره روان‌پزشکی دانشآموزی و دانشجویی در اولویت برنامه‌های بهداشتی کشور قرار گیرد.

سپاسگزاری

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 دیبرستان‌های نواحی دوگانه شهر ساری به خاطر همکاری صمیمانه ایشان در اجرای طرح، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

از نظر شاخص بعدی یعنی شغل والدین، تفاوت معنی‌داری بین وضعیت سلامت روانی دانشآموزان در بعضی از ابعاد به خصوص ترس مرضی و پرخاشگری وجود دارد به طوری که فرزندان اعضاً هیئت علمی کم‌ترین میزان این اختلالات را به خود اختصاص دادند که خود نشان‌دهنده 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 دانشآموزان از نظر شاخص درسی و معدل به این نتیجه رسیده شد که نه تنها تفاوت معنی‌داری در ابعاد افسردگی و ترس مرضی بین دانشآموزان وجود دارد، بلکه در دانشآموزان با معدل بیش‌تر، احتمال این اختلالات بالاتر است که می‌تواند ناشی از فشارهای روانی بر روی دانشآموزان با معدل بهتر جهت رقابت و کمال طلبی و یا تحت فشار و مراقبت بیش‌تر قرار گرفتن از طرف خانواده باشد.

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

شیوع انواع آسیب‌های روانی در ابعاد ۹ گانه آزمون در دانشآموزان مورد مطالعه به ترتیب عبارت است از؛ افکار پارانوئید- حساسیت در روابط مقابل وسوس و اجبار- پرخاشگری- افسردگی- اضطراب- روان‌پریشی- شکایات جسمانی و ترس مرضی. که این یافته نیز با نتایج حاصل از پژوهش‌های قبلی هم خوانی دارد^(۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۰). با توجه به نتایج تحقیق و مقایسه آن با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی، افزایش روز افزون شیوع اختلالات روانی به خصوص در نسل نوجوان و جوان، توجه بیش‌تر مسؤولین به آموزش بهداشت روانی و

1. Mayyinic, Ampulinin P. The parma high school Epidemiological survay ocd symptoms. *Acta psychiatry scand.* 2001 Jun; 103: 441- 446.
2. Visser, Verhust. Predictors of psychopathology in young adult refered to mental health services in clinical or adolescent. *BJP.* 2000; 177: 57-73.
۳. 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 ۶۸-۷۷.
4. Steven, Plizka. Affective disorder in juvenile offenders: A prelimnaly. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 130- 132.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry* 8th ed Philadelphia : William, Wilkins company. 1998.
6. Robert, cifford, adram, prevalence of psychopathology among children and adolescents. *AMJ psychiatry.* 1998 June; 715- 725.
۷. باقری یزدی، بوالهری ج، شاه محمدی د، بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۱، ۱۳۷۳، صفحات ۴۲-۳۲.
۸. فائق یوسفی، عرفانی ن، خیرآبادی غ ر قانعی 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.

فهرست منابع

۹. موسوی سید محمد، عدلی مهرداد، نیکویی پویه، شیوع افسردگی در دانشآموزان ۱۵ تا ۱۷ ساله دیبرستانهای 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 ۲۳-۲۲.
11. Goldberg D.P. *The detection of psychiatric illness by Question psychological medical.* Oxford university press, London, 1973.
۱۲. پلاهنگ 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 pharmacology 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*، ۱۳۵۰، 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،

۱۹. احسان منش مجتبی، همه گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، بهار ۸۰، صفحات ۵۴-۶۹.
۲۰. صفایور شراره، بررسی سلامت روانی دانش آموزان مقطع سوم راهنمایی شهر ساری در سال تحصیلی ۷۹-۸۰، پایان نامه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران.
۲۱. امیدی عبدالله، طباطبایی اعظم، سازور سید علی، عکاشه گودرز، همه گیری شناسی شهرستان نظری اصفهان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، بهار ۸۲، صفحات ۳۸-۴۲.