

مقایسه سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی با توجه به جنس و محل سکونت

نویسندگان: دکتر رسول روشن چسلی^{۱*}، انوشیروان شربتی^۲ و زهرا رحیمی^۳

۱. دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه شاهد

۲. کارشناسی روان شناسی دانشگاه شاهد

۳. کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی

*Email: rasolroshan@yahoo.com

چکیده

تحقیق حاضر با هدف، مقایسه سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی؛ ماسال - شاندرمن و رضوان شهر، انجام گرفت. ۳۰۰ نفر از دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی از طریق نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان گروه نمونه، انتخاب شد. از پرسشنامه GHQ- ۲۸ که دارای چهار مقیاس فرعی؛ نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی است جهت غربالگری و تعیین میزان شیوع اختلالات فوق، استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که؛ ۱۴/۳ درصد نوجوانان مورد بررسی فاقد سلامت روانی می‌باشند و دختران از سلامت روانی کم تری نسبت به پسران برخوردارند. از نظر اضطراب و نارساکنش وری بین دختران و پسران از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد و دختران، دچار اضطراب بیشتر و از نارساکنش وری اجتماعی بالاتری برخوردارند. میزان شیوع؛ اضطراب و نارساکنش وری در میان نوجوانان ۱۶/۷ درصد و ۱۷ درصد می‌باشد، افسردگی نیز با ۱۴/۳ درصد و نشانه‌های بدنی با ۱۵/۳ درصد در میان نوجوانان، مورد مطالعه شیوع داشته ولی بین دختران و پسران تفاوت معنادار، مشاهده نشد.

کلید واژه ها: سلامت روان، افسردگی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی، نشانه‌های بدنی

دانشور

رفتار

تربیت و اجتماع

• دریافت مقاله: ۹۱/۵/۱۶

• پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱۵

Scientific-Research Journal
of Shahed University
Seventeenth Year,
No.45
Feb.-Mar. 2011
Education and Society

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال هفدهم - دوره جدید

شماره ۴۵

اسفند ۱۳۸۹

مقدمه

وجود بیماری‌های روانی هر چند در جوامع از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته، لیکن تا قرن حاضر هیچ گونه روش آماری برای برآورد و تخمین حجم مساله وجود نداشت [۱].

تا جنگ دوم جهانی بیشتر پژوهشگران در زمینه بیماریابی اختلالات روان پزشکی، متکی به گزارشات واصله از مراکز بیمارستانی و افراد کلیدی در جامعه بوده و هیچگونه کنترلی بر فرایند بیماریابی، ثبت گزارش‌ها و حتی بر تشخیص بیماری نداشته‌اند و فقط کسانی بیمار تلقی شدند که سابقه بستری در بیمارستان را داشته باشند. بعد از جنگ دوم جهانی - مطالعات به سمت جامعه سوق داده شد و محققان در بررسی‌های خود، نمونه‌ای از جمعیت را انتخاب و بر اساس مصاحبه با لینی روان پزشکی از تمام افراد، میزان شیوع این اختلالات را تعیین نموده‌اند. در طول سه دهه اخیر در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روان پزشکی - از استراتژی‌های چند مرحله‌ای و ملاک‌های تشخیصی بر اساس طبقه‌بندی‌های رایج استاندارد استفاده گردیده است و سعی شده تا از ابزارهای معتبر غربالگری^۱ و مصاحبه‌های بالینی استاندارد استفاده شود. با به کارگیری این ابزارها محققان توانسته‌اند افراد بیمار را در جامعه شناسایی کرده موجبات پیشگیری و بهبودی پیش آگهی را در مورد آنها فراهم آورند [۲]. محققان روش‌های مختلفی برای بیماریابی اختلالات روانی بکار برده‌اند. یکی از شیوه‌های مرسوم بیماریابی از طریق مطالعات دو مرحله‌ای است بدین معنی که در مرحله اول از یک آزمون غربالگری و در مرحله دوم از مصاحبه بالینی توسط یک متخصص بالینی استفاده می‌گردد. پرسشنامه پزشکی کرنل^۲، آزمون غربالگری روانپزشکی ساسلو و از جمله ابزارهای لازم برای بیماریابی اختلالات روانی می‌باشد [۳].

در مطالعه‌ای که بر روی افراد مراجعه کننده به مرکز

مراقبت‌های اولیه مارشفیلد^۳ ویسکاتیسین ایالات متحده در طول سه ماه انجام دادند. از شیوه دو مرحله‌ای پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) جهت غربالگری و جدول تشخیص اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) استفاده نمودند. این نتایج نشان داد که میزان شیوع انواع اختلالات روانی در این مطالعه حدود ۱۹/۹ درصد بوده که از این میزان افسردگی اساسی ۵/۸ درصد، افسردگی مزمن ۵ درصد، افسردگی تخفیف ۳/۴ درصد و اختلال اضطراب منتشر ۱/۶ درصد را دارا بوده‌اند. میزان شیوع انواع اختلالات افسردگی در زنان بیش از مردان و در افراد مجرد بیش از متاهلین بوده در حالی که میزان اختلال اضطراب منتشر در افراد متاهل، بیش از این گزارش گردی [۴]. در مطالعه‌ای دیگر در ناحیه بالتیمور و از شیوه دو مرحله‌ای شامل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) جهت سرند و جدول مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های طبقه‌بندی DSM III انجام دادند، میزان شیوع انواع اختلالات روانی ۲۵ درصد بوده که از این ۵ درصد افسردگی اساسی، ۳/۷ درصد افسرده خویی^۴ و ۸/۵ درصد دچار انواع اختلالات اضطرابی و سایر افسردگی‌ها بودند [۵].

در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت با لای ۳ سال تورکن فنلاند با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و مصاحبه بالینی انجام دادند. میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت مورد مطالعه ۱۷/۴ درصد گزارش گردید. شایع ترین نوع اختلال در این بررسی ترس مرضی و اختلال اضطراب منتشر با ۶/۲ درصد و میزان شیوع اسکیزوفرنیا ۱/۳ درصد بوده است [۶].

در مطالعه‌ای دو مرحله‌ای دیگر با استفاده از فرم ۳۰ سؤال GHQ به عنوان ابزار غربالگری و فرم مصاحبه وضعیت موجود (PSE)، ۱۶۷۰ نفر از اهالی پالمبانک اندونزی را مورد بررسی قرار دادند. در مرحله دوم فقط ۱۰۰ نفر آنها که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. میانگین نمره GHQ

³ Marshfield

⁴ Dysthymia

¹ Screening

² The Cornell Medical Inventory (CMI)

پسران و میزان اختلالات سلوکی در پسران بیشتر از دختران بود [۸].

با توجه به بررسی‌های به عمل آمده هدف از تحقیق حاضر سرند نمودن دانش‌آموزان شهرهای ماسال - شاندرمن و رضوانشهر از لحاظ سلامت روانی است. همچنین در این تحقیق مقایسه دختران و پسران از لحاظ سلامت روانی و مناطق روستایی و شهری نیز مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی میزان شیوع اضطراب، افسردگی و کنش وری اجتماعی و نشانه‌های بدنی و مقایسه آنها در دختران و پسران از جمله اهداف دیگر این تحقیق می‌باشد. بر اساس این اهداف سؤال اصلی تحقیق این است که چند درصد کل افراد نمونه مورد مطالعه فاقد سلامت روانی می‌باشند؟

- بر اساس سؤال اصلی فرضیات زیر ارائه گردید
- بین سلامت روان دختران و پسران تفاوت وجود دارد
- بین میزان اضطراب در دختران و پسران تفاوت وجود دارد
- بین افسردگی و ناکش وری اجتماعی و نشانه‌های جسمانی در دختران و پسران تفاوت وجود دارد.
- بین دانش‌آموزان بر اساس سال تحصیلی از لحاظ سلامت روانی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

الف: جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دبیرستان (دختر و پسر) از ۱۴ تا ۱۸ سال شهرستان های ماسال - شاندرمن و رضوان شهر می‌باشند. جمعیت دانش‌آموزی این دو شهرستان در مقطع متوسطه ۱۶۲۰۰ نفر می‌باشد.

با توجه به پراکندگی مدارس در مناطق شهری و روستایی، از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. در ابتدا چند مدرسه از مناطق شهری و روستایی به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر مدرسه چند کلاس و از هر کلاس به صورت تصادفی

برابر با ۳/۷۶ با انحراف استاندارد ۳/۹ بود. بین میانگین نمرات زنان و مردان تفاوتی وجود نداشت. با توجه به نمره برش، حدود ۳۰ درصد افراد به عنوان موارد روان پزشکی تشخیص داده شدند. نتایج به دست آمده از مصاحبه PSE نشان داد که ۱۰/۶ درصد مردان و ۱۴/۳ زنان مبتلا به اختلالات روانی بودند به علاوه رابطه معنی داری بین وجود اختلالات روانی و فقر به دست آمد [۷].

گروهی از محققان، تحقیقی را در شهر لندن انجام دادند و نتایج بدست آمده حکایت از آن دارد که به طور متوسط ۷ درصد از کودکان به اختلالات رفتاری شدید و در حدود ۱۵ درصد از کودکان به اختلالات رفتاری خفیف مبتلا هستند [۸].

همچنین طی مطالعه‌ای که گروهی از محققان در اوتناریو انجام دادند؛ دریافتند که ۱۹ درصد پسرها و ۱۷ درصد دخترها دارای یک یا چند اختلال هستند [۹].

یعقوبی و وقاری، دانشجویان ورودی سالها ۷۷ تا ۸۰ دانشگاه شاهد را که مشتمل بر ۲۳۴۲ بودند. از لحاظ سلامت روانی با استفاده از پرسشنامه GHQ ۲۸ مورد مطالعه قرار دارند. نتیجه تحقیق نشان داد که بین پسران و دختران از نظر سلامت روانی در هر ۴ سال تحصیل تفاوت معنادار وجود داشته و پسران از سلامت روانی بهتر برخوردار بودند. مروری بر مطالعات اپیدمیولوژی انجام گرفته در طول سه دهه گذشته نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف به علت تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری انواع ابزارهای مورد استفاده، تکنیک‌های مختلف مصاحبه و نوع نظام طبقه‌بندی، متفاوت و متنوع گزارش گردیده است [۱۰].

میزان شیوع این اختلالات در مطالعات مختلف ۱۵، ۱۹/۹، ۳۹/۸، ۲۲، ۲۶/۵ درصد بوده است [۱۱-۱۵].

همچنین در مطالعه‌ای که در مدارس عادی و دولتی شهر شیراز انجام شده است، نشان داد که ۱۷/۸ درصد دانش‌آموزان نمونه دارای اختلال سلوکی و هیجانی بودند که اختلال هیجانی با ۷ درصد بالاترین میزان را دارا بود. و میزان اختلالات هیجانی در دختران بیشتر از

آزمون سلامت عمومی نشان می‌دهد که ۲۰/۸ درصد دختران و ۱۳/۷ درصد پسران از اضطراب رنج می‌برند و در کل ۱۶/۸ درصد افراد نمونه مضطرب می‌باشند. با توجه به جدول فوق، سلامت روان در دختران و پسران دبیرستانهای مناطق ماسال دشاندرمن و رضوانشهر در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. دختران از سلامت روانی کمتری (۲۶/۱۴) نسبت به پسران (۲۲/۱۰) برخوردارند.

همچنین میزان اضطراب پسران و دختران در سطح ۰/۵ معنادار می‌باشد و با توجه به میانگین نمره دختران ۶/۳۷ در مقایسه با میانگین نمره پسران ۴/۹۸ دختران از اضطراب بیشتری نسبت به پسران برخوردارند.

مقایسه نارساکنش وری اجتماعی دختران و پسران نشانگر معنادار بودن در سطح ۰/۰۵ می‌باشد که با توجه به میانگین نمره دختران ۷/۷ و پسران ۶/۷، دختران از عملکرد اجتماعی پایین‌تری برخوردارند.

اما از نظر نشانه‌های بدنی و افسردگی بین دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد.

۲۰ درصد دختران و ۱۲ درصد پسران و ۱۵/۳ درصد کل افراد نمونه از علائم جسمانی رنج می‌برند. همچنین ۱۸/۴ درصد دختران و ۱۶ درصد پسران در کل ۱۷ درصد افراد گروه نمونه فاقد عملکرد اجتماعی مناسب می‌باشند. ۲۱/۶ درصد دختران و ۹/۱ درصد پسران و در کل ۱۴/۳ درصد از افراد از افسردگی رنج می‌برند.

با توجه به یافته‌های جدول ۲، در اضطراب، نشانه‌های جسمانی و نارساکنش وری اجتماعی بین پایه‌ها تحصیلی تفاوت معناداری وجود ندارد. ولی در مقیاس افسردگی با توجه به آزمون تعیین شفه بین دانش‌آموزان پایه اول و دوم تفاوت معناداری وجود دارد و دانش‌آموزان سال اول از افسردگی بیشتری نسبت به دانش‌آموزان سال دوم برخوردارند.

همچنین تحلیل واریانس سلامت روانی خرده مقیاس‌های آن بر اساس محل سکونت (روستا و شهر) و رشته‌های تحصیلی (تجربی، انسانی، ریاضی) از لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان نداد.

تعدادی انتخاب و آزمون بر روی آنها اجرا گردید. تعداد ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان (۱۲۵ نفر دختر) و ۱۷۵ نفر پسر به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. محقق با مراجعه به مدرسه و برقرار رابطه با آنها از آنها تقاضا می‌نمود تا پرسشنامه را با دقت تکمیل نمایند و بعد از جمع‌آوری، با استفاده از SPSS به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام نموده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28

متن اصلی این پرسشنامه توسط گلدبرک در سال ۱۹۷۲ طراحی و تدوین شده است. هدف پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است [۱۶]. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی است که نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناکش وری اجتماعی را اندازه می‌گیرد.

چیسونگ و اسپیرز ۱۹۹۴ ضریب پایایی این پرسشنامه را در دو گروه کامبوجی‌های ساکن نیوزلند به کمک روش باز آزمایی با فاصله ۲ تا ۴ هفته با استفاده از فرمول ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرین به میزان ۵۵٪ برآورد شده و ضریب هماهنگی درونی (روائی) این پرسشنامه را با روش نمره گذاری لیکرت به میزان ۸۵٪ گزارش شده است [۱۷].

در بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان ضریب پایانی پرسشنامه را با روش باز آزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰۰ نفری به میزان ۹۱٪ برآورد شده است [۱۸].

یافته‌ها

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که در کل ۱۴/۳ افراد مورد بررسی زیر خط سلامت روانی هستند. این وضعیت برای دختران ۱۸/۴ درصد و برای پسران ۱۱/۴ درصد می‌باشد.

یافته‌های فوق درباره خرده مقیاس‌های مربوط به

جدول ۱: فراوانی و درصد مربوط به افراد دارای سلامت روانی و فاقد سلامت روان

فاقد سلامت روانی		دارای سلامت روانی		شاخص / جنسیت		مقیاس / اضطراب
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۲۰/۸	۲۶	۷۹/۲	۹۹		دختر	اضطراب
۱۳/۷	۲۴	۸۶/۳	۱۵۱		پسر	
۱۶/۷	۵۰	۸۳/۳	۲۵۰		کل	
۲۰	۲۵	۸۰	۱۰۰		دختر	علائم جسمانی
۱۲	۲۱	۸۸	۱۴۵		پسر	
۱۵/۳	۴۶	۸۴/۷	۲۵۴		کل	
۱۸/۴	۲۳	۸۱/۶	۱۰۲		دختر	نارساکنش وری اجتماعی
۱۶	۲۸	۸۴	۱۴۷		پسر	
۱۷	۵۱	۸۳	۲۴۹		کل	
۲۱/۶	۲۷	۷۸/۴	۹۸		دختر	افسردگی
۹/۱	۱۶	۹۰/۹	۱۵۹		پسر	
۱۴/۳	۴۳	۸۵/۷	۲۵۷		کل	
۱۸/۴	۲۳	۸۱/۶	۱۰۲		دختر	کل
۱۱/۴	۲۰	۸۸/۶	۱۵۵		پسر	
۱۴/۳	۴۳	۸۵/۷	۲۵۷		کل	

جدول ۲: مقایسه سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در دختران و پسران

P	ارزش T	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	شاخص / جنسیت	
					مقیاس	جنسیت
۰/۰۵	۳/۸۴	۳/۲۳	۶/۳۷	۱۲۵	دختر	اضطراب
					پسر	
۰/۰۶۷	۱/۸۳	۳/۹۳	۷/۱	۱۲۵	دختر	علائم جسمانی
					پسر	
۰/۰۲۵	۲/۲۸	۳/۷۸	۷/۷۰	۱۲۵	دختر	نارساکنش وری اجتماعی
					پسر	
۰/۰۹۶	۱/۷۰	۴/۴۳	۴/۹۷	۱۲۵	دختر	افسردگی
					پسر	
۰/۰۰۴	۳	۱۲/۴۸	۲۶/۱۴	۱۲۵	دختر	کل
					پسر	

جدول ۲: تحلیل واریانس سلامت روان و خرده مقایسه‌های آن بر اساس پایه تحصیلی

متغیر	منابع	D.F	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	Sig
سلامت روانی	بین گروهی	۲	۳۷۶/۷۹۱۷	۱۸۸/۳۹۵۹	۱/۳۶۹۳	.۲۴۹۱
	درون گروهی	۲۹۷	۴۰۰۷۲/۳۸۸	۱۳۴/۹۲۴۹		
	کل	۲۹۹	۴۰۴۴۹/۰۰۸۴			
اضطراب	بین گروهی	۲	۶/۴۸۴۲	۳/۲۴۲۱	۰/۳۹۶۳	۰۲۸/۷۲
	درون گروهی	۲۹۷	۲۹۶۳/۴۳۵۸	۹/۹۷۷۹		
	کل	۲۹۹	۲۹۶۹/۹۲۰۰			
نشانه‌های جسمانی	بین گروهی	۲	۴/۶۴۰۰	۲/۳۲۰۰	۰/۱۴۲۲	۰/۱۸۶۷۵
	درون گروهی	۲۹۷	۴۸۴۷/۱۵۶۷	۱۶/۳۲۰۴		
	کل	۲۹۹	۴۸۵۱/۷۹۶۷			
نارسا کنش وری	بین گروهی	۲	۵۴/۱۱۰۳	۲۷/۰۵۵۱	۲/۰۶۷۵	۰/۱۲۸۳
	درون گروهی	۲۹۷	۳۸۸۶/۵۵۶۴	۱۳/۰۸۶۰		
	کل	۲۹۹	۳۹۴۰/۶۶۶۷			
افسردگی	بین گروهی	۲	۱۴۴/۳۸۳۳	۷۲/۱۹۱۷	۴/۲۱۱۹	۰/۰۱۵۷
	درون گروهی	۲۹۷	۵۰۹۰/۵۳۳۳	۱۷/۱۳۹۸		
	کل	۲۹۹	۵۲۳۴/۹۱۶۷			

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه تحقیق بیانگر شیوع ۱۶/۷ درصدی اضطراب در میان نوجوانان پسر و دختر شهرستانهای فوق می‌باشد و دختران نسبت به پسران از اضطراب بیشتری برخوردارند. نتیجه این تحقیق با تحقیقات روشن [۱۹] که میزان اضطراب دختران دانشجو را بیشتر از پسران نشان داده بود. همخوانی دارد.

اضطراب از اختلالات شایع در دوران نوجوانی و منشأ اکثر اختلالات روانی محسوب می‌شود. عوامل مختلفی در بروز اضطراب نوجوانان نقش دارد، از جمله عوامل زیستی، تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوره نوجوان نگرانی‌هایی را همراه دارد که در صورت مواجهه نادرست با این پدیده طبیعی منجر به بروز اضطراب و افسردگی و دیگر اختلالات روان شناختی در نوجوانان خواهد شد. نگرانی نسبت به آینده، احساس عدم توانایی حل مشکلات، ناامیدی نسبت به آینده، انتظار استقلال و ترس از مسئولیت پذیری، نگرانی ناشی از طرد شدن توسط والدین، مشکلات درسی، عدم توانایی در برقراری ارتباطات اجتماعی و فرایند دوست یابی و دلایل دیگر از جمله عوامل مهم ایجاد اضطراب در نوجوانان می‌باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده، ۱۴/۳ درصد نوجوانان شهرستانهای ماسال - شاندرمن و رضوانشهر فاقد سلامت روانی هستند. یعنی این تحقیق با برخی از تحقیقات همچون [۱۷ و ۱۰] همخوانی دارد. با توجه به نتیجه بدست آمده مشخص گردید که درصد قابل توجهی از نوجوانان مورد مطالعه از مشکلات روان شناختی رنج می‌برند. عوامل مختلفی ممکن است که در شکل گیری مشکلات نقش داشته، ورود به دوران نوجوانی و پیامدهای آن و تغییر مقطع تحصیلی و فراهم نبودن امکان غلبه بر هیجانات از جمله دلایل بروز مشکلات روان شناختی محسوب می‌شوند.

همچنین نتیجه تحقیق نشان داد که دختران در مقایسه با پسران از سلامت روانی کمتری برخوردارند. نتیجه این تحقیق با تحقیق یعقوبی و همکاران همخوانی دارد [۱۰] و در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آسیب پذیری بیشتر دختران و محدودیت‌های خاصی که جامعه بیشتر برای دختران در نظر می‌گیرد و فقدان ارتباط صمیمانه با والدین از جمله دلایلی است که دختران را بیشتر از پسران مستعد اختلالات روان شناختی می‌نماید.

نارساکنش وری اجتماعی در بین نوجوانان روستایی و شهر دیده نشد. البته فاصله کم بین شهرها و روستاها و افزایش امکانات روستاها که اطلاع رسانی را برای آنها آسانتر نموده و از جمله دلایل این عدم تفاوت محسوب می‌شود.

همچنین نتیجه تحقیق نشان داد که دانش‌آموزان پایه اول از افسردگی بیشتری نسبت به دانش‌آموزان سال دوم برخوردارند، اما بین بیشتر دانش‌آموزان از لحاظ سلامت روانی و اختلالات دیگر روان شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت. تغییر مدرسه و ورود به مقطع بالاتر، از دست دادن دوستان و معلمین قبلی، آشنا نبودن با محیط مدرسه و کادر مدرسه، فقدان مهارت دوست یابی، مشکل تردد برای برخی از دانش‌آموزان از جمله عواملی است که دانش‌آموزان سال اول را نسبت به سایر دانش‌آموزان دچار افسردگی بیشتر نموده است.

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌گردد:

۱- مسولان و برنامه ریزان امور تربیتی و خانواده‌ها، باید توجه داشته باشند که تعداد قابل توجهی از دانش‌آموزان فاقد سلامت روانی هستند که تداوم آن برای جامعه و خانواده و نوجوانان عواقب منفی را در برخواهد داشت. لذا فراهم نمودن زمینه لازم برای تأمین بهداشت روانی، امکانات سالم تفریحی، ایجاد مراکز مشاوره با حضور متخصصین و برنامه ریزی برای پیشگیری، از مهمترین اقداماتی است که مانع اختلالات روان شناختی نوجوانان خواهد شد.

۲- برگزاری جلسات گروه‌های رویاروی، برگزاری اردوهای هدفمند به منظور بالا بردن عملکردهای اجتماعی نوجوانان، راهنمایی به نوجوانان جهت دوست یابی، سپردن مسئولیت‌ها در زندگی در حد توان به نوجوانان جهت مراوده با افراد جامعه، مشارکت دادن نوجوانان در برخی از امور مدرسه و موجب افزایش عملکرد اجتماعی آنان خواهد شد

- توجه خاص به نوجوانان پایه اول و کمک به آنها جهت سازگاری بهتر با محیط جدید و ایجاد ارتباط نزدیک در ماه‌های اول و فراهم نمودن زمینه مشارکت آنها در تشکلهای دانش‌آموزی، از جمله عواملی است که مانع افسردگی و سرخوردگی

نتیجه تحقیق همچنین نشان داد که ۱۶٪ کل نوجوانان از نارساکنش وری اجتماعی رنج می‌برند و بین دختران و پسران از لحاظ آماری تفاوت معناداری دیده می‌شود در دختران کنش‌ها و عملکرد اجتماعی ضعیف تری نسبت به پسران برخوردارند. آداب و رسوم و محدودیت‌های اجتماعی که والدین در مواردی برای دختران اعمال می‌نمایند، عدم امکانات کافی جهت تفریحات سالم برای دختران و کمبود انجمن‌ها و تشکلهای برای فعالیت‌های اجتماعی دختران از جمله عواملی است که عملکرد اجتماعی دختران را نسبت به پسران در مرتبه پایین تری قرار داده است. با توجه به اینکه نیاز به تعلق از سومین نیاز، سلسله مراتب نیازهای انسان محسوب می‌شود و افراد جهت رفع نیازهای مادی و معنوی خود نیازمند ارتباط می‌باشد، لذا عدم مهارت ۱۶٪ از افراد جامع مورد مطالعه از لحاظ کنش‌های اجتماعی، توجه جدی و ضروری را جهت رفع این معضل بزرگ را می‌طلبد.

همچنین، مقایسه میزان افسردگی و نشانه‌های بدنی در گروه نمونه نشان داد که ۱۴/۳ درصد از افسردگی و ۱۵/۳ درصد از نشانه‌های جسمانی یا علائم جسمانی رنج می‌برند، علیرغم اینکه نتیجه تحقیق تفاوت معناداری را بین دختران و پسران نشان نداد ولی میزان شیوع این دو عامل در دختران بیشتر از پسران بود. افسردگی یکی از اختلالات رایج در دوران نوجوانی است که تغییرات جسمانی و روان شناختی ایجاد شده ناشی از تحولات دوران بلوغ و برخورد نادرست و ناشناخته والدین و اطرافیان نسبت به این پدیده، موجب ناامیدی و بعضاً افسردگی در نوجوانان می‌شود. همچنین به دلیل شرم و خجالتی که در میان مردم از بیان مشکلات روانی در جامعه وجود دارد، اکثر افراد - ناراحتی‌های روانی خود را به صورت نشانه‌های بدنی بروز می‌دهد و این احتمالاً یکی از دلایل بروز نشانه‌های بدنی در دوران نوجوانی است.

برخلاف تحقیقات انجام شده که میزان اختلال روان شناختی را در محیط شهری بیشتر از روستایی برآورد کرده بودند، در این تحقیق تفاوتی از لحاظ سلامت روانی، اضطراب، افسردگی، نشانه‌های بدنی و

شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران

[9]Boyle, M.H, offord, D; Rho fman, H.G; Catin, G.P: bales, J.A. cadman. D. T; Crawford, J,W; Links, P.s; and szatmarlei, P.(1987), a child health study: A methodology; Archives of Psychiatry, 44, 826-831.

[۱۰]بعقوبی و همکاران، بررسی وضعیت روان شناختی دانشجویان ورودی دانشگاه شاهد ۸۰-۱۳۷۷ مقاله منتشر نشده.

[11]Weissman, M.M; Mayers, J.K. and Harding, P.S; (1987), psychiatric Disorders in a U.S.Urban Community: 1975-1976 American Jornal of Psychiatry, 135(4):459-462.

[12]Hopper,E.W; Nycz, G. R;Cleary,P.D; Regier,D.A a Goldekg, I.D.(1979). Estimated prevalence of RDE mental disorder in primary care. International Medical Journal of Mental Health, 1979,8: 6-15.

[13]Lee, C.K; Kwak.Y.S; yamamoto, J; Rhee, H. and kim, Y.S; Han, J.H; chol, J.O; Lee Y.H.(1990). Journal of Nervous and Mental disease, 178(4):242-246

[14]Stansfield, S.A; and Marmot, M.G;(1992). Social class and minor psychiatric disorder in british civil servants: A Validated screening survey using the General health questionnaire. Psychological Medicine, 22: 739- 749.

[15]Barrett, J.E; Barrett,J.A; Oxman, T.E; Gerber, P.O; (1988). The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. Archives of General psychiatry, 45: 1100-1105.

[۱۶]استورا ۱۳۷۷، تنیدگی یا استرس، ترجمه پریخ دادستان، انتشارات رشد.

[۱۷]هومن عباس ۱۳۷۶، استاندارد سازی و هنجاریابی پرسشنامه عمومی برای دانشجویان دوره روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، توسعه تحقیقات دانشگاه تربیت معلم

[۱۸]پالاهنگ، خ، ۱۳۷۴، بررسی همه‌گیرشناسی و اختلالات روانی در شهر کاشان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان پزشکی تهران

[۱۹]روشن. رسول. ۱۳۶۹، مقایسه اضطراب و افسردگی در دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه تهران پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

نوجوانان پایه اول خواهد شد. لذا همکاری بین مدرسه و اولیاء در کاهش این مشکل روان شناختی کمک خواهد نمود.

- جهت کاهش مشکلات روان شناختی دختران نوجوان، با توجه به شرایط فرهنگی جامعه، لزوم برنامه‌ریزی برای تشکل‌ها و فعالیت تفریحی و اجتماعی آنها متناسب با ارزش‌های جامعه ضروری است تا از بروز اختلالات روان شناختی جلوگیری به عمل آید.

منابع

[1]Goldberg, and williams, P. 1988. The user's guide to psychiatric care. Loxdorn tavistock.

[2]Dohrenwend, B.p; Dohrenwend, B.S. 1982. Perspectives on the past and fatuer psychiatric epidemiology American Journal of Public Health, 72(11): 1271-1279.

[3]Goldberg, D.P; Rickels,K.Downing,R. and Hesbacher.p.(1976).A comparison of two psychiatric screeing tests, British Journal of psychiatry, 129:61-67

[4]Hopper,E.W; Nycz, G.R; Cleary. P.D; Regier, DA and Golderg, I.D.(1979). Estimated perevalence of RDE mental disorder in primary care, International medical Journal of Mental Health, 1979,8:6-15

[5]Vonkroff , M. and et al. (1987). Prevalence of treated and untreated DSM III schizophrenia: Results of two stage community survey. Journal of Nervous and Mental Diseas, 173(10) : 577-81

[6]Lehtinen, V; Joukamaa, M; Lahtela, K; Raita salo, R; Jyrkinen, E; Mautela, J; Aromaa, A; (1990). Prevalence of mental disorders among adults in finland: Basic results from the minifinland health survey, Acta Psychiatric scandinavica,418,18-425.

[7]Bahar, E; Henderson, A.S; Mackinon, A.J;(1992), An epidemiological study of mental health and socio econo mic conditions in sumatra, Ind onesia, Acta psychiatric , scand , Inavica, 85: 257-63.

[۸]بهره دار - محمد جعفر (۱۳۷۷)، بررسی همه گیر شناسی اختلالات سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی مدارس عادی ودولتی شهر شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان