

وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان سلماس در سال ۱۳۸۹

مراد علی زارعی پور^{۱*}، دکتر حسن افتخار اردبیلی^۲، دکتر کمال اعظم^۳، احسان موحد^۴

۱- کارشناس ارشد بهداشت ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۲- متخصص اطفال، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۳- دکترای آمار، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۴- کارشناس ارشد بهداشت ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان هریک از نوجوانان تا حد زیادی به میزان برخورداری خانواده از مواهب و امکانات رفاهی بستگی دارد. در دوره متوسطه، قسمت اعظم استعدادهای اختصاصی نوجوان بروز می کند. در صورت عبور موفقیت در پایان این دوره، نوجوان مهارت های اجتماعی را بدست می آورند و به هویت مستقل خویش دست می یابند. هدف این مطالعه، بررسی وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان سلماس در سال ۱۳۸۹ می باشد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) می باشد که بر روی ۱۶۰ نفر از دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان سلماس انجام گرفت. تعداد نمونه ها از هر مدرسه به صورت سهمیه ای و برحسب تعداد دختر و پسر به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور انجام پژوهش از پرسشنامه استاندارد GHQ-28 و همچنین پرسشنامه رفاه خانواده که توسط پژوهشگران طراحی شد استفاده و اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج این بررسی نشان داد ۴۸/۹ درصد دختران و ۳۵/۷ درصد از پسران نوجوان مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی می باشند. افرادی که رفاه خانواده آن ها خوب، متوسط و نامطلوب بود، به ترتیب ۲۲/۲ درصد، ۴۸/۸ درصد و ۶۱/۱ درصد دارای اختلال روانی بودند. با استفاده از آزمون مجذور کای بین متغیرهای قید حیات بودن والدین، تحصیلات مادر، زندگی مشترک والدین، تعداد افراد خانواده و تمام ابعاد رفاه خانواده با سلامت روان ارتباط معنی داری مشخص شد ($p < 0/05$)، اما با آزمون رگرسیون لجستیک با متد Backward فقط بین متغیرهای جنس، تحصیلات مادر، زندگی مشترک والدین، بعد فعالیت های تفریحی و بعد وضعیت اقتصادی و امکانات رفاهی خانواده با سلامت روان ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: رابطه ای که بین سلامت روان و رفاه خانواده مشاهده شد، نیازمند راه گشای سیاست گذاری های مناسب دولت و خانواده در قالب فعالیت های امنیت و آسایش، فعالیت های تفریحی و رفاهی، آموزش، اقتصاد و... بوده تا موجب ارتقای سلامت نوجوانان فراهم گردد.

کلید واژه ها: سلامت روان، رفاه خانواده، نوجوان، پرسشنامه GHQ-28

*نویسنده مسئول: مراد علی زارعی پور، پست الکترونیکی: z.morad@yahoo.com

نشانی: ارومیه، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری ها. تلفن: ۰۴۴۱)۲۲۲۸۹۳۶

وصول مقاله: ۹۰/۱۱/۹، پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۰

مقدمه

سلامت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌های مطلوب تری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند (۱). مشکلات سلامت روان در دوران نوجوانی یا در ادامه مشکلات روانی دوران کودکی و یا شروع یک بیماری جدید است. این مشکلات به طور کلی شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائل درارتباط با خودکشی می‌باشند (۲).

اختلالات روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و معنی‌دارترین اجزای بار کلی بیماری‌ها می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰، اختلالات روانی و عصبی از بارکلی بیماری‌ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار درمانی بیماری‌ها برسد (۴).

شیوع اختلالات روانی در نوجوانان شهرستان‌های مختلف ایران از ۱۰ درصد تا ۴۰ درصد گزارش شده است و آمارها نشانگر افزایش این اختلالات در نوجوانان می‌باشد (۵ و ۶ و ۷).

یکی از مهم‌ترین اموری که در شکل‌گیری شخصیت انسان نقش دارد خانواده است. انسان از ابتدای تولد تا هنگام مرگ در خانواده رشد می‌کند و رشد و تکامل سلامت جسمی-روانی و اجتماعی آدمی ریشه در خانواده دارد، لذا نحوه رفتار و وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها می‌تواند در شکل‌گیری شخصیت افراد و سلامت روانی آنان نقش بسیار مهمی ایفا کند (۸). سلامت روان هر یک از فرزندان تا حد زیادی به میزان برخورداری خانواده از مواهب و امکانات رفاهی بستگی دارد.

خانواده، اولین نهاد حمایتی در جامعه است که حمایت از فرزندان و تامین هزینه‌ها و فراهم آوردن

شرایط و امکانات رفاهی آن‌ها را بر عهده دارد. رفاه عبارت از سطح استاندارد در مواردی از قبیل بهداشت، اشتغال، مسکن، درآمد، فرصت‌های مناسب برای خلاقیت، اوقات فراغت، محیط فیزیکی مناسب، دسترسی به خدمات و امکانات محلی و جامعه‌ای، احساس امنیت و سلامتی، ایجاد شرایط مناسب برای مشارکت‌های اجتماعی و سیاسی، توجه به کارکردها و وظایف خانواده و سعادت بشری به یک احساس امنیت و نیکبختی باشد (۹).

بررسی ارتباط بین سلامت و شاخص‌های موقعیت اقتصادی و اجتماعی در جمعیت‌های مختلف، این نتیجه عمومی را دربرداشته که موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالا با سلامت بهتر و عمر طولانی‌تر مرتبط است (۱۰ و ۱۱ و ۱۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح تحصیلات پایین درارتباط است. احتمال به تاخیر انداختن درمان در بیماران واجد موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین به دلایل مختلف بیشتر است؛ آنکه اطلاعات آن‌ها در مورد بیماری کمتر از افرادی است که از موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر و تحصیلات بیشتری برخوردارند و دلیل دوم، رابطه طولانی مدت با یک پزشک برقرار نمی‌کنند و بالاخره بدون انجام توصیه‌های درمانی، پزشک معالج را تغییر می‌دهند (۱۳).

به طور کلی بر مبنای پژوهش‌های مختلف می‌توان گفت رابطه مستقیمی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و سلامت فرد در جوامع صنعتی وجود دارد؛ به عبارت دیگر شیب خط سلامت موازی با شیب خط موقعیت اقتصادی و اجتماعی است، این شیب نشان می‌دهد که بیش از یک عامل در این امر نقش دارد. شواهد نشان می‌دهد که آنچه اثر موقعیت اقتصادی و اجتماعی را بر

سهمیهای برحسب تعداد دختر و پسر به طور تصادفی ساده انتخاب شد. پس از ارائه توضیحات لازم توسط پرسشگر و آشنایی با اهداف مطالعه به دانش آموزان واجد شرایط و کسب اطلاع و رضایت از آمادگی آنان برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه توسط خود دانش-آموزان با حضور و راهنمایی پرسشگر تکمیل شد.

بازارگردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که با توجه به اهداف در سه قسمت عمده تدوین گردید؛ قسمت اول پرسشنامه دموگرافیک که اطلاعات فردی جامعه مورد مطالعه را بدست می آورد، قسمت دوم پرسشنامه رفاه خانواده که توسط گروه تحقیق طراحی شده بود و مشتمل بر چهار بعد امنیت و آسایش، فعالیت‌های تفریحی، وضعیت اقتصادی-امکانات رفاهی(عینی) و وضعیت اقتصادی-ادراکی(ذهنی) بود که انجام پایلوت، روایی پرسشنامه با نظراساتید مربوطه و پایایی پرسشنامه از طریق آزمون آلفا کرونباخ بررسی شد و مورد تایید قرار گرفتند ($\alpha=0/83$).

قسمت دوم، پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28) بود. پرسشنامه GHQ-28، یک وسیله معتبراندازه‌گیری اختلالات روانی است که در تعداد متفاوتی از سؤال طراحی شده است.

در این پژوهش پرسشنامه ۲۸ سئوالی مورد بررسی قرار گرفت. در این پرسشنامه اختلالات در چهار بعد است که شامل ابعاد اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی قابل سنجش می باشد که در هر بعد نمره ۲ و بیشتر و در کل نمره ۶ و بیشتر به عنوان خط برش مشکوک به اختلال در نظر گرفته شده است.

در مطالعات مختلف شاخص‌های اعتبار آن مورد ارزیابی قرار گرفته است و میزان حساسیت آن ۸۸-۸۴ درصد و ویژگی آن ۸۲-۷۹ درصد برآورد شده است (۱۵ و ۱۶). اطلاعات در طول یک ماه جمع آوری شد، سپس با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون

سلامت تعدیل می کند، وضعیتی است که در نتیجه تعامل افراد با موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی مختلف پیش می آید. باور و اعتقاد فرد، تعیین کننده تر از موقعیت اقتصادی و اجتماعی به تنهایی است. اگر فرد بر این باور باشد که به اقتصادی و اجتماعی بالاتری تعلق دارد، این باور اثر حمایت کننده‌ای بر سلامت او خواهد داشت، به عبارت دیگر می توان گفت که عملکرد افراد فقیر در جوامع فقیر بهتر از عملکرد آن ها در جوامع ثروتمند است (۱۴).

با توجه به اینکه نوجوانان سرمایه های بالقوه جامعه و آینده سازان کشور هستند، توجه به نیازهای مادی و معنوی آن ها از اهمیت خاصی برخوردار است. در کنار تلاشی که برای سلامت جسمی آن ها می کنیم و تمهیداتی که برای رفاه آنان می اندیشیم، باید به سلامت روان آن ها نیز توجه داشته باشیم. چه بسیار دانش-آموزانی که در همان مراحل ابتدایی تحصیلات دبیرستانی در اثر نداشتن رفاه و امکانات رفاهی دچار مشکلات روانی شده و از ادامه تحصیل باز می ماندند.

پس باتوجه به اهمیت ذکر شده، هدف این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان سلماس در سال ۱۳۸۹ می باشد تا شاید بتوانیم یکی از مشکلات این قشر آینده ساز را برطرف نماییم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) می باشد که روی ۱۶۰ نفر از دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان سلماس انجام شد. با هماهنگی هایی که با آموزش و پرورش شهرستان سلماس شد، تعداد مدارس پیش دانشگاهی و تعداد دانش آموزان آن ها مشخص شد که در کل ۴ مدرسه پیش دانشگاهی وجود داشت (۲) مدرسه پسرانه و ۲ مدرسه دخترانه) و کل دانش آموزان پیش دانشگاهی ۵۸۸ دانش آموز (۲۶۰ نفر پسر و ۳۲۸ دختر) بود. تعداد نمونه ها از هر مدرسه به صورت

موارد مشکوک به اختلالات روانی دانش آموزان در بعد کارکرد اجتماعی می باشد (۶۷/۹ درصد) و کمترین آن در بعد علائم جسمانی است (۳۳/۱ درصد) (جدول ۱).

جدول ۱: وضعیت سلامت روان دانش آموزان پیش دانشگاهی

شهرستان سلماس			
وضعیت سلامت (ابعاد سلامت)	سالم		مشکوک به اختلال تعداد درصد
	تعداد	درصد	
اضطراب	۹۸	۶۱/۳	۳۸/۷
کارکرد اجتماعی	۸۵	۵۳/۱	۴۶/۹
افسردگی	۱۰۱	۶۳/۱	۲۶/۹
علائم جسمانی	۱۰۷	۶۶/۹	۳۳/۱
کل (مجموع ۴ بعد)	۹۱	۵۶/۹	۴۳/۱

بررسی وضعیت رفاه خانواده نشان داد در کل ۲۸/۱ درصد دانش آموزان رفاه مطلوب، ۴۹/۴ درصد دانش آموزان رفاه متوسط و ۲۲/۵ درصد دانش آموزان رفاه نامطلوب دارند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی سطوح مختلف امنیت کلی (آسایش و امنیت،

فعالیت های تفریحی، اقتصاد عینی و ذهنی) بر حسب وضعیت

سلامت روانی (در مجموع چهار بعد)

وضعیت سلامت روان (سطوح رفاه)	سالم		مشکوک به اختلال		جمع
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	
مطلوب	۳۵	۳۸/۵	۱۰	۱۴/۵	۲۸/۱
متوسط	۴۲	۴۶/۲	۳۷	۵۳/۶	۴۹/۴
نامطلوب	۱۴	۱۵/۴	۲۲	۳۱/۹	۲۲/۵
جمع	۹۱	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۱۶۰

با توجه به نتایج پژوهش، با افزایش رفاه خانواده سلامت روان دانش آموزان افزایش یافته و با کاهش رفاه خانواده، سلامت روان دانش آموزان سیر نزولی داشته و اختلالات روانی افزایش می یابد و ارتباط معنی دار آماری بین سلامت روان کلی و رفاه کلی وجود دارد ($p < 0.001$).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آزمون کای دو بین متغیرهای دموگرافیک فقط قید حیات بودن والدین، تحصیلات مادر، زندگی مشترک والدین و تعداد افراد خانواده با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد و با آزمون رگرسیون لجستیک با متد Backward که حساسیت بیشتری از کای دو دارد، بین متغیرهای دموگرافیک فقط جنس ($p = 0.02$)، تحصیلات مادر ($p = 0.003$) و زندگی مشترک والدین ($p = 0.01$) ارتباط معنی داری وجود دارد که قید حیات بودن والدین

مجذوری و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ($P < 0.05$) معنی دار تلقی گردید و در کلیه مراحل تحقیق، ملاحظات اخلاقی که عبارتند از رضایت از تکمیل پرسشنامه ها، بدون اسم بودن پرسشنامه ها و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید.

یافته ها

نتایج حاصل از پرسشنامه دموگرافیک نشان داد که ۲۳/۸ درصد از دانش آموزان ۱۷ ساله، ۵۹/۴ درصد دانش آموزان ۱۸ ساله و ۱۶/۸ درصد دانش آموزان ۱۹ ساله بودند. ۴۳/۸ درصد از دانش آموزان پسر و ۵۶/۲ درصد از دانش آموزان دختر بودند و با توجه به محل سکونت دانش آموزان مشاهده شد که ۷۵ درصد از دانش آموزان در شهر و ۲۵ درصد در روستا زندگی می کنند. ۹۱/۳ درصد از افراد پدر یا مادرشان در قید حیات بودند و ۸/۷ درصد از افراد پدر یا مادرشان فوت کرده بودند. با مقایسه تحصیلات پدر و مادر دانش آموزان مشاهده شد که بی سواد و تحصیلات ابتدایی مادر دانش آموزان (۵۳/۸ درصد) بیشتر از پدر (۳۶/۳ درصد) است، اما تحصیلات دانشگاهی پدر دانش آموزان (۱۶/۳ درصد) بیشتر از مادر دانش آموزان (۶/۳ درصد) می باشد. ۲۶/۳ درصد از دانش آموزان شغل پدرشان کشاورز و دام پرور، ۳۱/۳ درصد کارمند و ۴۲/۴ درصد شغل آزاد بودند. ۹۰ درصد دانش آموزان شغل مادرشان خانه دار و ۱۰ درصد کارمند بودند. ۶/۹ درصد از دانش آموزان والدینشان جدا از هم (بیوه، مطلقه و...) و ۹۳/۱ درصد با هم زندگی می کردند. تعداد افرادی که زیر یک سقف زندگی می کردند با خود دانش آموز، کمتر از ۴ نفر ۳۶/۹ درصد، ۴ تا ۵ نفر ۳۰ درصد و ۶ و بیشتر ۳۳/۱ درصد بودند. در کل نتایج بررسی سلامت روان نشان داد که ۴۳/۱ درصد از دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی و ۵۶/۹ درصد سالم هستند.

با توجه به نتایج چهار بعد سلامت (اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و علائم جسمانی) بیشترین

برخوردارند ۷/۴ برابر بیشتر است و از طرفی نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزانی که از اقتصاد رفاهی عینی نامطلوب برخوردارند، نسبت به دانش آموزانی که از اقتصاد رفاهی عینی خوب برخوردارند ۴/۵۸ برابر کمتر است.

جدول ۳: بررسی ارتباط بین متغیرهای رفاه خانواده و متغیر سلامت روان

با آزمون کای دو

نتجه آزمون	مشکوک به اختلال		سالم		متغیر وابسته (سلامت روان) متغیرهای مستقل
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	
امنیت و آسایش	$X^2=7/796$	۱۷ (۳۰/۹)	۲۸ (۶۹/۱)	خوب	متوسط
	$df=2$	۴۴ (۴۶/۸)	۵۰ (۵۳/۲)	متوسط	
	$(p=0/02)$	۸ (۷۲/۷)	۳ (۲۷/۳)	نامطلوب	
فعالیت های تفریحی	$X^2=18/33$	۳ (۱۲/۵)	۲۱ (۸۷/۵)	خوب	متوسط
	$df=2$	۴۶ (۴۲/۶)	۶۲ (۵۷/۴)	متوسط	
	$(p=0/00)$	۲۰ (۷۱/۴)	۸ (۲۸/۶)	نامطلوب	
وضعیت اقتصادی امکانات رفاهی	$X^2=17$	۲۰ (۶۲/۵)	۱۲ (۳۷/۵)	خوب	متوسط
	$df=2$	۳۶ (۵۱/۴)	۳۴ (۴۸/۶)	متوسط	
	$(p=0/00)$	۱۳ (۲۲/۴)	۴۵ (۷۷/۶)	نامطلوب	
وضعیت اقتصادی ادراکی	$X^2=11/17$	۲۴ (۳۰/۸)	۵۴ (۶۹/۲)	خوب	متوسط
	$df=2$	۴۳ (۵۳/۸)	۳۷ (۴۶/۳)	متوسط	
	$(p=0/04)$	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)	نامطلوب	
رفاه کلی	$X^2=13/30$	۱۰ (۲۲/۲)	۳۵ (۷۷/۸)	خوب	متوسط
	$df=2$	۳۷ (۴۶/۸)	۴۲ (۵۳/۲)	متوسط	
	$(p=0/01)$	۲۲ (۶۱/۱)	۱۴ (۳۸/۹)	نامطلوب	

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در کل ۴۳/۱ درصد دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی هستند و ۵۶/۹ درصد از نظر سلامت روانی سالم می باشند که در کل ۴۸/۹ درصد دختران و ۳۵/۷ درصد از پسران مشکوک به اختلال روانی بودند که با مطالعات مشابه که در دانش آموزان صورت گرفته است، همخوانی و تفاوت-هایی وجود دارد.

با مطالعات مسعود زاده و همکاران (۲۰۰۲-۲۰۰۳) که شیوع اختلالات روانی در دانش آموزان ۳۹/۱ درصد با مقیاس GHQ- 28 و ۵۸/۸ درصد با مقیاس 90-R SCL- (۶)، سید حمزه حسینی و همکاران (۲۰۰۳) اختلالات روانی در دانش آموزان ۴۲/۶ درصد (۷)، Hayashi Maya در ژاپن (۲۰۰۸) در مطالعه خود در دانش آموزان، شیوع اختلالات روانی را ۴۷/۶ درصد (۱۷)، علیرضا سلطانیان و همکاران (۲۰۰۴) حدود ۴۰/۷

و تعداد افراد خانواده با آزمون رگرسیون لجستیک معنی-دار نبود ($p>0/05$).

با توجه به نتایج رگرسیون لجستیک و محاسبه نسبت شانس، اگر از تحصیلات دانشگاهی مادر به بی-سواد برویم، نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزان ۹/۲۵ (OR=۹/۲۵) برابر افزایش می یابد. همچنین اگر از تحصیلات دیپلم مادر به بی سواد برویم، نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزان ۳/۷۵ (OR=۳/۷۵) برابر افزایش می یابد. بنابراین هرچه قدر تحصیلات مادر کمتر باشد، نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی بیشتر می شود و نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزانی که والدینشان جدا از هم زندگی می کنند، نسبت به دانش آموزانی که والدینشان با هم زندگی می کنند ۴/۸ برابر افزایش می یابد. نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزان دختر ۱/۵ برابر دانش آموزان پسر می باشد.

با سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل رفاه خانواده (امنیت و آسایش، فعالیت های تفریحی، وضعیت اقتصادی، امکانات رفاهی، وضعیت اقتصادی- ادراکی و رفاه کلی) با متغیر وابسته سلامت روان نشان داد، با آزمون کای دو بین تمام ابعاد رفاه (آسایش و امنیت، فعالیت های تفریحی، اقتصاد عینی و ذهنی) و رفاه کلی با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد (جدول ۳)؛ یعنی با افزایش رفاه سلامت روان نیز افزایش می یابد، به جز بعد اقتصادی امکانات رفاهی که با افزایش این بعد، سلامت روان نیز کاهش می یابد.

با آزمون رگرسیون لجستیک با متد Backward فقط بین متغیرهای فعالیت های تفریحی ($p=0/02$) و وضعیت اقتصادی- عینی ($p=0/09$) با سلامت روان ارتباط معنی داری مشاهده شد، بدین ترتیب که نسبت شانس ابتلا به اختلالات روانی در دانش آموزانی که از فعالیت های تفریحی نامطلوب برخوردارند، نسبت به دانش آموزانی که از فعالیت های تفریحی خوب

همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد.

بررسی عوامل اجتماعی-اقتصادی خانواده بر سلامت روان نوجوانان از اهمیت بسزایی برخوردار است. در این مطالعه میزان سلامت روان نوجوانان با توجه به وضعیت تحصیلی والدین سنجیده شد. وضعیت تحصیلی والدین، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سنجش وضعیت اجتماعی-اقتصادی می باشد که به نوعی می تواند تعیین کننده جایگاه اجتماعی یک خانواده باشد. نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر، نشان دهنده اختلاف معنی دار بین فرزندان مادر زیر دیپلم در مقایسه با فرزندان مادر دارای مدرک دیپلم و بالاتر است.

بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی مادر و تاثیر آن بر روی میزان استرس و سلامت روان فرزندان در طی مطالعه‌ای توسط Lemper و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بدست آمده، حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روان در بین فرزندان متعلق به مادرانی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در سطح پایین تری قرار دارند می باشد (۲۶). همچنین نتایج بررسی متقی پور و همکاران که نشان دهنده اختلاف معنی دار در دو مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در فرزندان مادر دارای تحصیلات زیر دیپلم در مقایسه با فرزندان متعلق به مادران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بود که نتایج حاصل از مطالعه حاضر را تایید می کند (۲۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که با افزایش اعضای خانواده، مشکلات روانی بیشتر شده که با نتایج داود ادهم (۲۳) و همچنین شکوفه رادفر (۲۲) که نشان داد در خانواده‌های پر جمعیت میزان بروز علائم بیماری روانی بیشتر می گردد همخوانی دارد. افزایش استرس‌ها، افزایش مشکلات اقتصادی و افزایش تعامل‌ها و تعارض‌های بین فردی می تواند دلیل این یافته باشد.

فوت یا طلاق یکی از والدین، از دیگر مشکلات اجتماعی هستند که موجب آسیب روانی در خانواده‌ها

درصد از کل دانش آموزان (۳۷/۹ درصد از پسران و ۴۴/۱ درصد از دختران) مشکوک به اختلال روانی بودند همخوانی دارد (۸).

با مطالعات زهرا سپهرمنش (۲۰۰۸) ۱۰ درصد نوجوانان مشکوک به اختلال روانی (۵)، حبیب امامی و همکاران (۲۰۰۷) ۳۴/۱ درصد دختر و ۲۳/۷ درصد پسر مشکوک به اختلال روانی (۱۸)، Befler (۲۰۰۸) که ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان دارای اختلال روانی (۲۸)، سید مهدی حسینی فرد و همکاران (۲۰۰۶) شیوع اختلالات روانی را در دانش آموزان ۱۶/۶ درصد (۲۹) برآورد کردند همخوانی ندارد که این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در ابزار گردآوری اطلاعات، نحوه جمع‌آوری اطلاعات، اختلاف در محل زندگی و افزایش اختلالات روانی با گذشت زمان در دانش آموزان باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آزمون کای دو بین متغیرهای دموگرافیک، فقط قید حیات بودن والدین، تحصیلات مادر، زندگی مشترک والدین و تعداد افراد خانواده با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد و با آزمون رگرسیون لجستیک که حساسیت بیشتری از کای دو دارد، بین متغیرهای دموگرافیک فقط جنس، تحصیلات مادر و زندگی مشترک والدین ارتباط معنی داری وجود دارد که قید حیات بودن والدین و تعداد افراد خانواده با آزمون رگرسیون لجستیک معنی دار نبود.

بالاتر بودن شیوع اختلالات روانی در دانش آموزان جنس مونث، تاکید بر تفاوت های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان، مطابق نظریه های روانپزشکی می باشد (۲۴) و با یافته های حسینی و همکاران، مسعودزاده و همکاران، Fergusson و همکاران همخوانی دارد (۲۵ و ۲۹).

شایع بودن میزان اختلالات روانی در دختران نسبت به پسران، می تواند به دلیل عوامل بیولوژیک، نقش جنس، استرس های محیطی، محدود بودن منبع رضایت و

می شود. در مطالعه حاضر نیز دانش آموزانی که والدینشان از هم جدا شده یا فوت کرده بودند، بیشتر دچار اختلالات روانی بودند که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۲۲ و ۲۹).

رفتار محبت آمیز والدین به عنوان یک عامل مهم در سلامت روانی دانش آموزان موثر می باشد و کارشناسان علوم رفتاری نیز تاکید می کنند که فرزند نیاز به محبت دارد و محرومیت از محبت به ویژه محبت مادری، روحیه فرزند را سخت می آزارد (۲۷).

با آزمون کای دو بین تمام ابعاد رفاه (آسایش و امنیت، فعالیت های تفریحی، اقتصاد عینی و ذهنی) و رفاه کلی با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد؛ یعنی با افزایش رفاه سلامت روان نیز افزایش می یابد، به جز بعد اقتصادی امکانات رفاهی که با افزایش این بعد سلامت روان نیز کاهش می یابد. با آزمون رگرسیون- لجستیک فقط بین متغیرهای فعالیت های تفریحی و وضعیت اقتصادی عینی با سلامت روان ارتباط معنی- داری مشاهده شد.

با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای بدین صورت سازمان یافته که ابعاد مختلف رفاه خانواده را بسنجد انجام نگرفته است که البته یکی از مزایای این تحقیق محسوب می شود، در بحث نتایج برای مقایسه مطالعه- ای وجود نداشته است. در هر صورت تا جایی که امکان آن وجود داشته با مطالعات پراکنده و جزئی نتایج را مقایسه و بررسی نموده ایم.

در بعد فعالیت های تفریحی نتایج نشان داد که با افزایش فعالیت های تفریحی، سلامت روان نیز افزایش می یابد که در مطالعات مختلف بین سلامت روان و ورزش که یکی از اجزای فعالیت های تفریحی می باشد ارتباط معنی داری مشاهده شده است. برخی از نتایج مبین آن است که ورزش و تحرک در حد متوسط با کاهش افسردگی، اضطراب، اختلالات روان تنی،

وسواس، روان پریشی و روان نژندی همراه است (۲۸ و ۲۹).

درک فرد از وضعیت اقتصادی در سلامت روان تاثیر- گذار است. باور و اعتقاد فرد، تعیین کننده تراز موقعیت اقتصادی و اجتماعی به تنهایی است. اگر فرد بر این باور باشد که به موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتری تعلق دارد، این باور اثر حمایت کننده ای بر سلامت او خواهد داشت؛ به عبارت دیگر می توان گفت که عملکرد افراد فقیر در جوامع فقیر بهتر از عملکرد آن ها در جوامع ثروتمند است (۲۳).

هر چه قدر محیط خانه، مدرسه و جامعه از امنیت و آسایش بیشتری برخوردار باشد، فرد از لحاظ روحی و روانی نیز آسایش بیشتری خواهد داشت و سلامت روانی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. مطالعه حاضر نیز گویای این واقعیت است که با افزایش امنیت و آسایش، سلامت روان دانش آموزان نیز بیشتر می شود.

وضعیت اقتصادی امکانات رفاهی (وضعیت اقتصادی عینی) از جمله تلویزیون، کامپیوتر، موبایل و... با اینکه باعث پیشرفت و تکنولوژی می شود، اما در مطالعه حاضر ارتباط معکوس بین وضعیت اقتصادی امکانات رفاهی با سلامت روان دیده شد. بدین ترتیب که با افزایش این امکانات، سلامت روان افراد کاهش می یابد که به نظر می رسد دلیل این موضوع مربوط به تاخر فرهنگی باشد. در بیشتر کشورهای جهان سوم به دلیل تاخر فرهنگ معنوی از فرهنگ مادی، درست و صحیح استفاده کردن از امکانات رفاهی و تفریحی را یاد نگرفته- ایم و به دلیل سوء استفاده از این وسایل، به جای اینکه برای افراد مفید واقع گردند باعث ضرر و زیان به فرد و در نهایت کاهش سلامت روان می شود.

در کل پژوهش حاضر نشان می دهد که بین رفاه کلی با سلامت روان ارتباط معنی داری وجود دارد. بررسی- های ارتباط بین سلامت روان و شاخص های موقعیت

شیوع اختلالات روانی در این قشر بالاست. رابطه ای که بین سلامت روان و رفاه خانواده مشاهده شد، نیازمند راه گشای سیاستگذاری های مناسب دولت و خانواده در قالب فعالیت های امنیت و آسایش، فعالیت های تفریحی و رفاهی، آموزش مهارت های زندگی، افزایش آگاهی و سطح تحصیلات والدین، افزایش آگاهی و تغییر نگرش معلمان نسبت به مقوله های سلامت روان، گسترش و توسعه برنامه های بهداشت روان برای نوجوانان (دفتر مشاوره در مدارس، تدوین پروتکل جامع بهداشت روان، ارائه خدمات بهداشت روان و...)، افزایش نقش دولت در زمینه تامین اجتماعی، آموزش، خدمات درمانی و افزایش درآمد بوده تا موجبات ارتقای سلامت نوجوانان فراهم گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از نتایج طرح پژوهشی بدست آمده در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت با کد ۶۲۹۹ در تاریخ ۸۸/۹/۱۸ با راهنمایی استاد ارجمند جناب آقای دکتر افتخار اردبیلی اجرا شد. از کلیه همکاران و کارکنان آموزش و پرورش شهرستان سلماس به خصوص خانم مرضیه پاکی فر که در جمع آوری اطلاعات ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Zamanian A. Nurses Health Study in Shiraz hospitals, Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2007;5(4): 47-54.
2. Ventis LW. The Relationships between Religion and Mental Health Journal of Social, 1995; 51(2):33-48.
3. Uslu G, et al. prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 22(4): 462-9.
4. Banaian SH, Parvin N, Kazemian A. The Investigation of the Relationship Between Mental Health Condition and Martital Satisfaction Scientific, Journal Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2006; 4(2):52-8. [Persian]

اقتصادی و اجتماعی در جمعیت های هدف، این نتیجه عمومی را در برداشته که موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالا با سلامت بهتر و عمر طولانی تر مرتبط است (۱۰). پژوهش ها نشان می دهند که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح تحصیلات پایین در ارتباط است. احتمال به تاخیر انداختن درمان در بیماران واجد موقعیت اقتصادی و اجتماعی پایین به دلایل مختلف بیشتر است؛ نخست آنکه اطلاعات آن ها در مورد بیماری کمتر از افرادی است که از موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر و تحصیلات بیشتری برخوردارند و دلیل دوم، رابطه طولانی مدت با یک پزشک برقرار نمی کنند و بالاخره بدون انجام توصیه های درمانی، پزشک معالج را تغییر می دهند (۳۰ و ۳۱). به طور کلی بر مبنای پژوهش های مختلف می توان گفت که رابطه مستقیمی بین موقعیت اقتصادی و اجتماعی و سلامت فرد در جوامع وجود دارد؛ به عبارت دیگر شیب خط سلامت، موازی با شیب خط موقعیت اقتصادی و اجتماعی است (۳۲).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش، نوجوانان از جمله گروه های در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند و

5. Sepehr Manesh Z. Adolescent mental health in high school in Kashan, Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 4(2):43-9. [Persian]
6. MasoodZadeh A, Ashrafi M, Kimia Beigi K. Mental status of highschool students of Sari city in 2002-03 Journal of mazandran university of medical sciences. 2002-2003;45(14):74-82. [Persian]
7. Hosseinifard SM, Moosavi E, RezaZadeh H, Assessment of Mental Health in Students of Junior High Schools in the City of Sari, Iran, The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2003; 6(19-20): 92-9. [Persian]
8. Soltanian A, Bahrain F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H. mental health of secondary school students in Bushehr and its related factors in the academic

- year 83-1382, Iranian South Medical Journal. 20047(-2):173-182.[Persian]
9. AliPour A. Impact on family welfare status of the third year of high school girls education public schools Regions 1 and 17 in Tehran, receiving MS Social Sciences, Tehran University. 2007. [Persian]
10. Daley M, Williams P. Optimal indicators of socio-economic status for health research. American Journal of public health, 2003; 92(7): 1151- 57.
11. Ecob R, Smith GD. Income and health: what is the nature of the relationship? Social Science and Medicine. 1999; 48(5): 693- 705.
12. Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality Retrieved October, 21, 2009, from: <http://www.elsevier.com/healthplace>. 40(6):57-63.
13. Gallo L, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role Psychological Bulletin. 2003; 129(1): 19-51.
14. Adames P. Healthy wealthy, and wise Tests for direct casual paths between health and ocioeconomic status Journal of Econometrics. 2003;11(2):39- 56.
15. Bagheri yazdi SA, Bolhari JA, Perovi H Assessing mental health student in the academic year 73-74, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar). First Year, 1998; (4): 30-39.[Persian]
16. Noorbala A, et al. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2004; 184(1): 70- 3.[Persian]
17. Hayashi M, Motomura N. Mental Health of High School Students: Sense of Coherence and Self-esteem. Memoirs of Osaka Kyoiku University. The Division III, Science and Applied Science. 2008; 57(1): 49-54.
18. Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H. Richter J Mental health of adolescents in Tehran, Iran J Adolesc health. 2007; 41(6):571-6.[Persian]
19. Noorbala A, et al. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2004; 184(1): 41-8.[Persian]
20. Hosseini Fard SM, Birashk B, Atef Vahid MK. Epidemiology of mental disorders in high-school students in Rafsanjan, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. (Andeesheh Va Raftar) 2005; 11(40): 71-80.[Persian]
21. MotaghiPour Y, Amiri P, Padyab M, Valaei F, Mehrabi Y, Azizi F. General mental health status among adolescents: Tehran Lipid and Glucose Study, Journal of The Shaheed Beheshti Univeesity of Medical Sciences And Health Services .2005;29(2):-141-5.[Persian]
22. Radfar S, Haghani H, Tavalaei A, Modirian E, Falahati M. Evaluation of Mental Health State in Veterans Family (15-18 Y/O Adolescents). Journal of Military Mediccine. 2005; 7(3): 203-9.[Persian]
23. Adham D. Mental health review entering class of Medical Sciences, Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2008; 6(3): 229-34.[Persian]
24. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry 8th ed Philadelphia : William, Wilkins company, 1998.
25. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental Health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry. 2002; 50(5): 225-31.
26. Lemper JD, Clark-Lempers DS. Economic hardship, family relationships and adolescent distress: An evaluation of a stress-distress mediation model in mother-daughter and mother son days, Adolescence. 1997; 12(6): 340-56.
27. Salehi A. Family mental health, Journal of Nursing Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences. 1998; 1(8): 123-28.[Persian]
28. Belfler ML. Child and Adolescent Mental Disorders ; the magnitude of the problem across the globe. J Child psychol psychiatry Jan. 2008;
29. Hosseini SH, Kazemi SH, Shahbaznezhad L. Relationship between exercise and mental health of students, Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2006;15(53): 97-104.[Persian]
30. Benyamini Y, Solomon Z. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health. Social science & Medicine, 2005; 61(4):1267-77.
31. Bazazeyan S, Rajaei Y. Relationship between economic status - social psychological and physical, Iranian Journal of Psychology, 2008; 3(11): 237-248.[Persian]
32. Wilkinson R, Kater P. Income Inequality and Population Health: A Reviw and Explanation of the Evidence, Social Sience & Medicine. 2006; 62(8):38-45.

Study of Mental health and its Relationship with Family Welfare in Pre-university Students in Salmas City in 2010

MoradAli Zareipour (MSc)*¹, Hasan Eftekhara Ardabili (MD)², Kamal Azam (PhD)³, Ehsan Movahed (MSc)⁴

¹MSc in Health Promotion, Oroomieh University of Medical Sciences. ² Assistant Professor, Tehran University of Medical Sciences. ³ PhD in Statistics, Tehran University of Medical Sciences. ⁴ MSc in Health Education, Kerman University of Medical Sciences

Abstract

Background and Objective: Mental health of adolescents largely depends on family welfare. In secondary school period, most of teenagers' talents can emerge and at the end of this time, they acquire social skills and independent identity. We aimed at evaluating the mental health and its relationship with family welfare in pre-university students in Salmas city.

Material and Methods: The subjects of this cross-sectional study were 160 pre-university students selected via stratified random sampling, based on gender. We collected the data by standard GHQ-28 and research-made family welfare questionnaires, and analyzed by chi square and logistic regression, using SPSS software.

Results: Based on the results, 48.9% of girls and 35.7% of boys are suspected to have mental disorder. The percentage of mental disorder among Students whose family welfare are excellent, intermediate and poor is 22.2%, 48.8% and 61.1%, respectively. Using chi square, there is significant relation between variables such as living with parents, maternal education, parental cohabitation, number of family members and all aspects of family welfare and mental health ($p < 0.05$). By performing logistic regression, using Backward method, significant relationship is shown between mental health and variables such as gender, maternal education, parental cohabitation, leisure activities, economic status and family facilities ($p < 0.05$).

Conclusion: The relationship found between mental health and family welfare is needed to have appropriate policies of government and family, in the form of welfare and leisure activities, to improve adolescents' well-being.

Keywords: Mental health, Family welfare, Adolescent, GHQ-28 Questionnaire

***Corresponding Author:** MoradAli Zareipour (MSc), **Email:** z.morad@yahoo.com