

علایم استرس در کودکان مدارس ابتدایی شهر تبریز

دکتر لیلا ولیزاده: دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دکتر علیرضا فرنام: متخصص روانپزشکی، دانشیار دانشکده پزشکی تبریز

ماهنی رهکار فرشی: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Email: mahni_farshi@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۹/۱۷ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: تجربه استرس مزمن در کودکان نقش مهمی را در افزایش مشکلات آتی جسمانی، روانی و اجتماعی به عهده دارد. بسیار مهم و حیاتی است که خانواده‌ها، معلمان و گروه‌های حرفه‌ای توانایی‌های لازم برای تشخیص علایم استرس کودکان را داشته باشند. در حالی که مطابق آمار آموزش و پرورش، سال ۸۸-۱۳۸۷ حدود ۵/۵ میلیون دانش آموز ابتدایی در کشور ما وجود دارد ولی مطالعه در خصوص استرس در سنین ۷ تا ۱۲ ساله بسیار محدود می‌باشد، این مطالعه با هدف بررسی علایم استرس در کودکان سن مدرسه انجام شد.

مواد و روشها: پژوهش توصیفی با شرکت دانش آموزان کلاس سوم تا پنجم ابتدایی شهر تبریز و حجم نمونه ۸۳۹ نفر انجام شد که ابتدا از مناطق پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز مدارس به صورت تصادفی سهمیه‌ای انتخاب و سپس در داخل مدارس به روش تصادفی ساده نمونه‌گیری انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مقیاس علایم استرس کودکان (CSSS) پس از روایی ترجمه و محتوایی و پایایی به روش باز آزمایی، از طریق مصاحبه با کودکان جمع آوری شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از فراوانی مطلق و درصدی و آزمون کای دو، در نرم افزار SPSS/Ver 13 انجام شد.

یافته‌ها: تمامی بیست و شش گزینه پرسشنامه توسط کودکان به عنوان علامت استرس گزارش شد و از این میان، بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش، موارد نگرانی، افزایش ضربان قلب، ترسیدن، لرز و غصه خوردن را از علایم استرس خود گزارش نمودند و سردرد در ۴۶/۶ درصد و خستگی در ۴۱/۸ درصد موارد گزارش شد. در بررسی تک تک علایم استرس با متغیرهای جنس، پایه کلاس و نوع مدرسه، ارتباط آماری معنی داری بین برخی از علایم و این متغیرها وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: کودکان دامنه وسیعی از علایم را در مقابل رخدادهای استرس‌زا نشان می‌دهند که شناسایی دقیق علایم می‌تواند والدین، معلمان و کادر حرفه‌ای سلامت را از وضعیت جسمی و روانی کودکان سن مدارس ابتدایی، مطلع سازد و منجر به مداخله جهت کاهش استرس‌های آن‌ها شود.

کلمات کلیدی: استرس / سن مدرسه / علایم / کودک

مقدمه

جزء اول پاسخ‌های جسمی که با برانگیختگی پاسخ‌های اتونومیک باعث ایجاد علایمی می‌گردند (۴)، مربوط به تحریک و پاسخ هورمونی در محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال است که در نهایت منجر به ترشح مینرالوکورتیکوئیدها و گلوکوکورتیکوئیدها از غده فوق کلیه می‌شود و بدن را برای عکس -

استرس زمانی ایجاد می‌شود که نیازهای یک موقعیت بیشتر از توانایی‌های فرد برای مقابله با آن موقعیت باشد (۱،۲). در واقع استرس واکنشی است که در مقابل استرس‌ساز ایجاد می‌شود (۳). پاسخ به رخدادهای استرس آمیز سه جزء دارد: پاسخ‌های هیجانی و جسمی، راهبردهای مقابله‌ای و مکانیسم‌های دفاعی.

نقش آموزشی پرستار به عنوان تأمین کننده مراقبت سلامتی پررنگ‌تر می‌شود تا مسائل مرتبط را به مربیان مدارس و والدین آموزش داده و یا خود به عنوان مشاور سلامت کودک و خانواده در این زمینه فعالیت نماید. اکثر مطالعات ذکر شده در رابطه با استرس دوره کودکی، مربوط به کشورهای خارجی بوده و در کشور ما مطالعات روی استرس کودکان سنین ابتدایی بسیار محدود می‌باشد. در حالی که مطابق آمار سال ۸۸-۱۳۸۷ آموزش و پرورش، حدود ۵/۵ میلیون دانش آموز ابتدایی در کشور ما وجود دارد. متأسفانه در ایران آمار دقیقی از بیماری‌های روانی (۱۲) و روان تنی در کودکان موجود نیست. بدین ترتیب انجام مطالعه‌ای با هدف بررسی علایم استرس در کودکان مدارس ابتدایی ضروری به نظر می‌رسد تا با توجه به نکات ذکر شده، وضعیت موجود توصیف گردد تا اطلاعات حاصل از این مطالعه در برنامه‌های آموزشی مربیان بهداشت مدارس و جلسات آموزشی اولیا و مربیان گنجانده شود.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود و جامعه پژوهش کلیه دانش آموزان در حال تحصیل در کلاس سوم تا پنجم دبستان مدارس ابتدایی شهر تبریز بودند. تعیین حجم نمونه با انجام مطالعه مقدماتی صورت گرفت. بدین ترتیب که از هر پایه تحصیلی ۳ نفر (۹ نفر از هر مدرسه) و از هر منطقه یک مدرسه دولتی پسرانه، دولتی دخترانه، غیرانتفاعی پسرانه و غیرانتفاعی دخترانه به صورت تصادفی انتخاب و جمعاً ۱۸۰ نفر دانش آموز در مطالعه مقدماتی وارد شد. پس از محاسبه $ICC = 0/02$ در SPSS، اندازه اثر طرح $1/52$ برآورد شد که در برآورد حجم نمونه اصلی، حجم نمونه موثر با فرمول $ESS = Mk/DE$ حدوداً ۶۰۰ نفر دانش آموز برآورد شد که جهت جلوگیری از افت نمونه، این مقدار ۲۵-۲۰ درصد افزایش داده شد. در صورتی مشخص می‌شد دانش آموزی به بیماری جسمی و روانی شناخته شده‌ای مبتلاست، سن او پایین‌تر از ۹ یا بالاتر از ۱۲ سال است و یا قادر به درک زبان فارسی نیست خارج از مطالعه قرار

عمل‌های جنگ و گریز آماده می‌نماید (۷، ۶، ۵). بسیاری از مراقبت دهنده‌های بهداشتی و بزرگ-سالان تصور می‌کنند که دوره کودکی زمانی است که انسان از هر فشار و مشکلی آزاد و رهاست، دنیای کودکان پر از بازی‌ها و خنده‌هاست و کودکان به دور از غم و غصه و بدون مسؤولیت این دوره را سپری می‌کنند (۸، ۱). در حالی که کودکان نیز می‌توانند از موقعیت‌های محیطی و اشخاص مشخصی احساس فشار روانی و عاطفی کنند (۲).

حدود ۳۵ درصد از کودکان آمریکا مشکلات سلامتی مربوط به استرس را تجربه می‌کنند (۱). به عقیده بسیاری از روان‌شناسان و متخصصین کودک و مراقبین بهداشتی تجربه استرس در کودکان نقش مهمی را در افزایش مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی به عهده دارد (۹، ۱۰). از طرفی دیگر امروزه مشکلات دیگری در خانواده‌ها و در زندگی کودکان وجود دارد که از عوامل ایجاد استرس به حساب می‌آیند. نقل مکان و جابه‌جایی در خانواده‌های امروزی بیش از گذشته است که باعث تعویض مدرسه و تغییر دوستان کودک و جدایی از آن‌ها می‌شود. این مسئله شاید مورد توجه زیاد والدین قرار نگیرد. از طرفی دیگر ساختار خانواده‌ها تغییر کرده است، بدین صورت که خانواده‌های گسترده و چند عضوی تبدیل به خانواده‌های هسته‌ای شده‌اند و چون برای تأمین معیشت، در بعضی از خانواده‌ها پدر و مادر هر دو در مشاغل بیرون از خانه مشغول بکار هستند، کودکان مدت زمان زیادی را پس از برگشت از مدرسه، در خانه به تنهایی سپری می‌کنند (۱). همه این تغییرات در جوامع روبه پیشرفت و در جامعه کنونی ما نیز رو به افزایش است و کودکان قشر مهم آسیب پذیر از این تغییرات هستند. تحقیقاتی که در خصوص علایم استرس در کودکان سن مدرسه انجام گرفته، نشان داده است که شکایات روانی و جسمانی در دهه اخیر در میان بچه‌های سن مدرسه روند رو به بالا دارد (۱۱، ۱۰). امروزه مربیان بهداشت در مدارس و مشاورین خانواده، از مهم‌ترین عناصر حوزه سلامت بشمار می‌آیند و باید اطلاعات کافی در مورد علایم شایع استرس کودکان را داشته باشند. اینجاست که

آیتم مورد سؤال واقع شده است. دامنه نمرات کسب شده مربوط به علایم استرس از صفر تا ۲۶ بوده و وجود علایم استرس در سه سطح کم، متوسط و زیاد گزارش شده است. پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه توسط محقق ترجمه شده و قبل از استفاده، روایی ترجمه و روایی محتوا بررسی شده است. پایایی پرسشنامه علایم استرس در مطالعه اسکیبو و بوک^۳ (۲۰۰۷) با ضریب آلفای کربناخ بررسی شده که برابر با ۰/۸۸ بوده است. پایایی ابزار در مطالعه حاضر با روش باز آزمایشی تعیین شد که ضریب همبستگی ۰/۷۶ بدست آمد. اطلاعات پس از هماهنگی‌های لازم بین ادارات آموزش و پرورش و تهیه مجوز برای جمع آوری داده‌ها در محیط ساکت در محل مدرسه و از طریق مصاحبه با کودکان در ساعات غیر درسی جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله آمار توصیفی با استفاده از فراوانی مطلق و درصدی انجام شد. همچنین برای بدست آوردن ارتباط بین متغیرها از آزمون کای دو استفاده شد. این عملیات در نرم افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها

در نمونه انتخاب شده ۴۷۰ دانش آموز دختر (۵۶٪) و ۳۶۹ دانش آموز پسر (۴۴٪) بودند. میانگین سنی دانش آموزان ۱۰/۴۶ سال با انحراف معیار ۱/۰۲ بود که در جدول زیر به تفکیک آمده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن

سن	تعداد (درصد)
۹ سال	۱۸۲ (۲۱/۸)
۱۰ سال	۲۳۸ (۲۸/۵)
۱۱ سال	۲۶۲ (۳۱/۴)
۱۲ سال	۱۵۳ (۱۸/۳)

می‌گرفت. حجم نمونه ۸۳۹ جمع آوری شد. بعد از هماهنگی با پنج ناحیه و مدارس، در هر مدرسه (خوشه)، از هر پایه تحصیلی ۱۰ دانش آموز (هر خوشه حداقل ۳۰ نفر) به وسیله نمونه گیری تصادفی، وارد مطالعه می‌شدند و به هر یک از آن‌ها برگه مشخصات دموگرافیک و رضایت نامه داده می‌شد تا به منزل برده و والدین آن‌ها برگه رضایت نامه را امضا و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک را کامل نمایند. همچنین دانش آموزان و والدین آن‌ها از اختیاری بودن شرکت در مطالعه مطلع بودند. بعلاوه جهت قدردانی از همکاری مدارس و دانش آموزان وسایل ورزشی در نظر گرفته شد. کودکانی که برگه مشخصات دموگرافیک و رضایت نامه را عودت می‌دادند، وارد مطالعه می‌شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خود گزارشی ۲۴ قسمتی مقیاس علایم استرس کودکان ساخته شزر، ریان-ونگر^۲ (۲۰۰۲) بدست آمد. این پرسشنامه تجارب مرتبط با استرس را در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله با یازده علامت مربوط به علایم شناختی هیجانی و سیزده علامت مربوط به علایم جسمی بررسی می‌نماید (۳). وجود یک علامت با عدد یک (وجود دارد=۱) و عدم وجود یک علامت با عدد صفر (وجود ندارد=۰) نمره دهی شده است. دو گزینه «تهوع استفراغ» و «غصه خوردن» پس از مطالعه سایر متون به گزینه‌ها اضافه شده است که جمعاً بیست و شش

3- Skybo, Buck

1- Children's Stress Symptom Scale(CSSS)
2- Sharrer, Ryan-wenger

«ترسیدن»، «افزایش ضربان قلب»، «لرز» و «غصه خوردن» در بیش از پنجاه درصد کودکان گزارش شده است. همچنین گزینه «سردرد» توسط ۴۶/۴ درصد از کودکان گزارش شده است. در جدول ۲ بیشترین علائم استرس در کودکان آورده شده است. لازم به ذکر است که موردهای «نگرانی»، «ترسیدن» و «غصه خوردن» جزء علائم شناختی-هیجانی استرس و موارد «افزایش ضربان قلب»، «لرز» و «سردرد» جزء علائم جسمی استرس می‌باشند. کمترین علائم استرس گزارش شده نیز، موارد «بدخلقی» ۱۶/۱ درصد، «خارش بدن» ۱۷/۱، «میل داشتن به زدن کسی» ۱۷/۶، «تهوع و استفراغ» ۱۸/۶ درصد، و «سفتی عضلات» ۲۳/۴ درصد بودند. همچنین توزیع علائم استرس به تفکیک جنس، پایه کلاس و مدارس دولتی و غیرانتفاعی در جدول ۳ آورده شد.

سرپرستی ۸۰۹ نفر از کودکان (۹۶/۴٪) با پدر مادر آنها بود. ۲۱ نفر (۲/۵٪) با مادر، ۴ نفر (۰/۵٪) با پدر و ۵ نفر (۰/۶٪) نیز با سایر افراد زندگی می‌کردند. بیشترین اتفاقات مهمی که یک سال اخیر در زندگی کودکان رخ داده بود شامل «اسباب کشی» ۱۲/۵ درصد، «هرگ فامیل نزدیک» ۹/۷ درصد، «تصادف اتومبیل» ۴/۱ درصد و «تولد خواهر یا برادر جدید» ۳/۷ درصد بود. نزدیک به سه درصد کودکان (۲/۹ درصد یا ۲۴ نفر) از کودکان به تعداد زیاد علائم (هجده مورد و بیشتر) اشاره کرده بودند، ۵۰/۴ درصد (۴۲۳ نفر) تعداد متوسطی از علائم (بین نه الی هفده علامت) را داشتند و ۴۶/۷ درصد (۳۹۴ نفر) تعداد علائم کمتری را (۸ مورد و کمتر) ذکر کردند. تمامی بیست و شش گزینه پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش به عنوان علامت استرس ذکر شد. از این ۲۶ مورد علامت استرس در کودکان، موارد «نگرانی»،

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و درصدی بیشترین علائم استرس در کودکان مدارس ابتدایی شهر تبریز

گزینه‌ها	وجود علامت استرس (درصد) تعداد	نبود علامت استرس (درصد) تعداد	پاسخ نداده تعداد	جمع تعداد
نگرانی	۵۸۰ (۶۹/۴)	۲۵۶ (۳۰/۶)	۳	۸۳۹
افزایش ضربان قلب	۴۵۸ (۵۵/۴)	۳۶۹ (۴۴/۶)	۱۲	۸۳۹
ترسیدن	۴۶۱ (۵۵/۳)	۳۷۲ (۴۴/۷)	۶	۸۳۹
لرز	۴۲۲ (۵۰/۸)	۴۰۸ (۴۹/۲)	۹	۸۳۹
غصه خوردن	۴۱۸ (۵۰/۳)	۴۱۳ (۴۹/۷)	۸	۸۳۹
سردرد	۳۸۴ (۴۶/۴)	۴۴۴ (۵۳/۶)	۱۱	۸۳۹
خستگی	۳۴۷ (۴۱/۸)	۴۸۳ (۵۸/۲)	۹	۸۳۹
خجالت و شرمندگی	۳۴۰ (۴۰/۹)	۴۹۱ (۵۹/۱)	۸	۸۳۹
گرسنه شدن	۳۲۶ (۳۹/۲)	۵۰۵ (۶۰/۸)	۸	۸۳۹
تعریق	۳۲۴ (۳۹/۲)	۵۰۲ (۶۰/۸)	۱۳	۸۳۹

جدول ۳: توزیع فراوانی درصدی علایم استرس به تفکیک جنس، پایه کلاس و مدارس دولتی و غیرانتفاعی در کودکان مدارس ابتدایی شهر تبریز

گزینه‌ها	جنس		پایه کلاس			مدرسه		آزمون کای دو (sig)	
	دختر	پسر	آزمون کای دو (sig)	سوم	چهارم	پنجم	دولتی		غیرانتفاعی
خشمگین شدن	۲۰/۳	۳۱/۵	<۰/۰۰۱	۱۹/۴	۲۲/۷	۳۳/۱	۲۴/۹	۲۶/۱	۰/۷۱
نگرانی	۷۲/۳	۶۵/۶	۰/۰۴	۶۴	۷۱/۲	۷۳	۶۷/۱	۷۵/۳	۰/۰۲
گریه کردن	۲۹/۲	۲۷/۱	۰/۵۳	۲۹/۲	۲۴/۴	۳۱	۲۹/۸	۲۴/۴	۰/۱۴
زود عصبانی شدن	۲۵/۸	۳۰/۲	۰/۱۸	۲۴	۲۵/۶	۳۳/۳	۲۷/۲	۲۹/۳	۰/۵۴
ترسیدن	۶۴/۶	۴۳/۶	<۰/۰۰۱	۵۳/۵	۵۵	۵۷/۴	۵۳/۶	۵۹/۳	۰/۱۱
بد خلقی	۱۴/۶	۱۸/۱	۰/۱۸	۱۵/۲	۱۴/۶	۱۸/۲	۱۶/۷	۱۴/۵	۰/۴۶
نداشتن فکر مشخص	۲۴/۷	۲۷/۴	۰/۲۹	۲۳/۲	۲۸/۳	۲۷/۲	۲۶/۶	۲۵/۲	۰/۷۲
اندیشیدن به مرگ	۲۲/۹	۲۷/۱	۰/۱۶	۱۸/۶	۲۳/۸	۳۱/۶	۲۵/۲	۲۳/۷	۰/۷۱
میل به زدن کسی	۱۵/۱	۲۰/۷	۰/۰۴	۱۱/۶	۱۵/۴	۲۵/۴	<۰/۰۰۱	۱۶	۰/۵۳
خجالت و شرمندگی	۴۳/۱	۳۸/۱	۰/۱۵	۳۸/۳	۴۱/۸	۴۲/۷	۳۹/۱	۴۵/۷	۰/۰۹
احساس خارق العادگی	۲۰/۴	۳۶/۴	<۰/۰۰۱	۲۶/۴	۲۶	۲۹/۸	۲۴/۹	۳۴/۲	۰/۰۰۹
غصه خوردن	۵۲/۸	۴۷/۱	۰/۱	۴۴/۳	۴۹/۲	۵۷/۱	۴۹/۴	۵۲/۶	۰/۴۳
سر درد	۴۷/۶	۴۴/۸	۰/۴۴	۴۸	۴۳/۸	۴۷/۱	۴۶/۲	۴۶/۹	۰/۸۷
درد معده	۳۹/۱	۲۶/۴	<۰/۰۰۱	۳۰/۱	۳۵/۶	۳۴/۸	۳۳/۷	۳۳	۰/۹۳
تعریق	۳۶/۴	۴۲/۷	۰/۰۷	۴۰/۴	۴۱/۹	۳۵/۷	۳۸/۸	۴۰/۴	۰/۶۹
افزایش ضربان قلب	۶۰/۵	۴۸/۹	۰/۰۰۱	۴۷/۵	۵۷/۱	۶۱/۵	۵۳/۳	۶۱	۰/۰۵
احساس ناخوشی	۳۰/۳	۲۸/۷	۰/۶۴	۳۲/۳	۳۰/۶	۲۶	۲۸/۶	۳۲/۲	۰/۳
لرز	۵۷/۵	۴۲/۳	<۰/۰۰۱	۵۰	۴۸/۹	۵۳/۴	۴۹/۱	۵۵/۵	۰/۱
خستگی	۳۹/۸	۴۴/۴	۰/۲	۳۹/۶	۴۵	۴۱	۴۱/۷	۴۲/۱	۰/۹۳
سفتی عضلات	۱۹/۲	۲۸/۹	۰/۰۰۲	۲۳/۱	۱۹/۴	۲۷/۵	۲۲/۴	۲۶/۲	۰/۲۶
گرم و سرخ شدن صورت	۳۹/۷	۳۵	۰/۱۷	۳۴/۹	۳۲/۴	۴۵/۱	۳۷/۵	۳۸	۰/۹۳
ضعف و سستی	۳۴/۸	۳۱	۰/۲۶	۲۸/۴	۳۴/۷	۳۶/۳	۳۱	۳۸/۶	۰/۰۴
خارش بدن	۱۶/۲	۱۸/۳	۰/۴۵	۱۹/۸	۱۵/۴	۱۶/۱	۱۷	۱۷/۵	۰/۹۱
احساس سرما	۳۸/۲	۳۱	۰/۰۳	۳۲/۳	۳۶/۶	۳۶/۲	۳۵/۵	۳۳/۸	۰/۶۸
گرسنه شدن	۳۳/۵	۴۶/۴	<۰/۰۰۱	۳۸/۹	۳۹/۹	۳۸/۹	۴۰/۸	۳۵/۲	۰/۱۵
تهوع استفراغ	۱۸/۷	۱۸/۵	۱	۲۴/۹	۱۵/۶	۱۵/۲	۱۸/۹	۱۷/۷	۰/۷۶
جمع	۴۷۰	۳۶۹	-	۲۸۴	۲۶۴	۲۹۱	۶۰۸	۲۳۱	-

نتایج پژوهش، کودکان دامنه وسیعی از علایم شناختی-هیجانی و جسمی را در مقابل رخدادهای استرس زا نشان می‌دهند. همه بیست و شش گزینه پرسشنامه توسط دانش آموزان کلاس سوم، چهارم و پنجم به عنوان علامت استرس ذکر شده است. بالغ بر پنجاه درصد (۵۳٪) کودکان از نظر تعداد، ۹ و بیشتر علامت استرس را دارا بودند. از علایم شناختی هیجانی استرس، موارد «نگرانی»، «ترسیدن» و

همان‌طور که در جدول نمایان است، گزینه‌هایی که مقادیر P آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، ارتباط معنی داری بین آن‌ها و متغیرهای مستقل یعنی جنس، پایه کلاسی و نوع مدرسه وجود دارد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی علایم استرس در کودکان مدارس ابتدایی تبریز انجام شده است. با توجه به

بود که دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی این علایم را بیشتر از دانش آموزان مدارس دولتی گزارش کرده بودند. برای بررسی بیشتر در خصوص این تفاوت‌ها انجام مطالعات مقایسه‌ای بیشتر پیشنهاد می‌شود. نتایج مطالعه حاضر تا حدودی مطابق با نتایج مطالعات شرر و ریان-ونگر (۲۰۰۲) و مطالعه اسکیبو و بوک (۲۰۰۷) می‌باشد و تفاوت‌هایی با مطالعه هجرن^۱ و همکارانش (۲۰۰۸) دارد. در مطالعه شرر و ریان-ونگر (۲۰۰۲) روی کودکان ۷-۱۲ ساله آمریکایی، موارد نگرانی، ناراحتی و ترسیدن از بیشترین علایم شناختی هیجانی بوده و گزینه‌های سردرد، درد شکم، تعریق و افزایش ضربان قلب از بیشترین علایم جسمی گزارش شده بودند (۳). البته در این مطالعه موارد خشمگین شدن و تحریک پذیری نیز جزء بیشترین علایم شناختی هیجانی استرس بوده است که در مطالعه حاضر این علایم کمتر گزارش شده‌اند. اسکیبو و بوک (۲۰۰۷) در مطالعه خود روی کودکان کلاس چهارم ابتدایی در اوهایو آمریکا به این نتایج دست یافته‌اند که، گرسنه شدن، سردرد و تحریک پذیری جزء بیشترین علایم استرس بوده است (۱۱). همچنین گزینه میل داشتن به زدن کسی در مطالعه آن‌ها از مواردی است که زیاد اشاره شده در حالی که در پژوهش کنونی ما این گزینه از کم‌ترین علایم گزارش شده می‌باشد. در مطالعه هجرن و همکارانش (۲۰۰۸) بر روی کودکان ۱۰ الی ۱۸ سال در سوئد نیز علایم جسمی سردرد و دردهای شکمی و سایر شکایات نظیر ناراحتی، تحریک پذیری و عصبانیت از شایع‌ترین علامت‌های استرس بوده است (۱۰). هسکیت^۲ و همکارانش (۲۰۰۹) وجود علایم جسمی ناشی از استرس را تأیید کرده‌اند (۱۳) و لاسل و لیندل^۳ (۲۰۱۰) نیز علایم استرس را در کودکان افسرده بررسی نموده‌اند که آن‌ها نیز به وجود علایم جسمی استرس و درک ذهنی از وجود احساس استرس پی برده‌اند (۱۴). به طور کلی در اکثر مطالعات یاد شده موارد سردرد و

«غصه خوردن» و از علایم جسمی استرس، «افزایش ضربان قلب»، «لرز»، «سردرد» توسط بیشتر کودکان گزارش شد.

در موارد زیر بین دانش آموزان دختر و پسر تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$) که گزینه‌های «خشمگین شدن»، «میل داشتن به زدن کسی»، «احساس خارق‌العاده بودن»، «سفتی عضلات» و «گرسنه شدن» پسرها بیشتر از دخترها گزارش کرده بودند و موارد «نگرانی»، «ترسیدن»، «شکم درد»، «افزایش ضربان قلب»، «لرز» و «احساس سرما کردن» در دانش آموزان دختر بیشتر بود. به نظر محقق این تفاوت‌ها بین دانش آموزان دختر و پسر احتمالاً مربوط به ماهیت و ویژگی‌های جنسیتی می‌باشد.

همچنین بین پایه‌های کلاسی، از نظر وجود برخی علایم استرس، تفاوت آماری معنی داری مشهود بود ($P < 0/05$). بدین ترتیب که موارد «خشمگین شدن»، «نگرانی»، «زود عصبانی شدن»، «اندیشیدن به مرگ»، «میل داشتن به زدن کسی»، «غصه خوردن» و «افزایش ضربان قلب»، به ترتیب افزایش پایه کلاسی بیشتر گزارش شده بود. همچنین مورد «گرم و سرخ شدن صورت» به ترتیب در دانش آموزان کلاس چهارم، سوم و پنجم بیشتر بود و گزینه «تهوع و استفراغ»، به ترتیب در دانش آموزان کلاس سوم، چهارم و پنجم بیشتر بود. به نظر محقق تفاوت آماری مربوط به گزینه‌های نگرانی، اندیشیدن به مرگ و غصه خوردن ناشی از تکامل شناختی بیشتر در دانش آموزان کلاس پنجم نسبت به دانش آموزان کلاس چهارم و سوم می‌باشد. با این همه برای بررسی بیشتر در خصوص این تفاوت‌ها انجام مطالعات مقایسه‌ای بیشتر پیشنهاد می‌شود.

تفاوت آماری معنی دار ($P < 0/05$) در علایم استرس، بین دانش آموزان مدارس دولتی و غیر انتفاعی نیز در گزینه‌های «نگرانی»، «احساس خارق‌العاده بودن»، «افزایش ضربان قلب» و «ضعف و سستی وبی‌حالی»

1- Hjern
2- Hesketh
3- Laessle, Lindel

حیطه عملکردی پرستاران از بعد جسمی به بعد اجتماعی گسترش می‌یابد و بنابراین محیط جامعه و مدارس را نیز در برمی‌گیرد. پرسنل حرفه‌ای سلامت باید بتوانند نیازهای عاطفی و روانی کودکان را کشف کرده و آن‌ها را به والدین و معلمان منعکس نمایند (۱۵، ۲، ۱). توجه به علایم استرس می‌تواند والدین، معلمان و کادر حرفه‌ای سلامت را از وضعیت جسمی و روانی کودکان، مطلع سازد و منجر به مداخله جهت کاهش استرس‌ها و علایم جسمی و روانی آن‌ها شود (۱۱). نتایج این مطالعه تأییدی بر وجود این علایم حاکی از استرس در کودکان سنین ۹ تا ۱۲ سال می‌باشد. شناسایی این موارد و اقدامات آتی در خصوص آن‌ها جهت بهبود زندگی کودکان این سنین مفید خواهد بود. از طرفی دیگر شناسایی علایم شایع استرس می‌تواند در خصوص طراحی مداخلات مدرسه محور یا خانواده محور و برنامه‌هایی جهت شناسایی علایم شایع که علل بسیاری از مشکلات جسمی و رفتاری کودکان سن مدرسه می‌باشد (۱۶)، موثر واقع شود. بنابراین انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و در دامنه سنی وسیع‌تر پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مساعدت و همکاری مسوولین اداره کل و نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی و مدیران و معلمین مدارس شهر تبریز، قدردانی می‌گردد. همچنین از دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر تبریز، والدین آن‌ها و کلیه تسهیل‌کنندگان مطالعه حاضر به خاطر همکاری صمیمانه‌ای که داشتند سپاسگزاری و تشکر می‌شود.

References

1. Lau B.W.K. (2002). *Stress in children: can nurse help? Pediatric nursing*, 28(1), 13-19.
2. Washington T.D. (2009). *Psychological stress and anxiety in middle to late childhood and early adolescence: manifestations and*

درد شکم از شایع‌ترین علایم استرس در کودکان سن مدرسه می‌باشد که در مطالعه حاضر نیز وجود سردرد در نزدیک به نیمی از کودکان گزارش شده است و درد شکم حدوداً در یک سوم کودکان مطالعه حاضر وجود داشته است.

این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی داشت که شامل موارد زیر بودند: ۱- ممکن است تفاوت‌های فردی کودکان در سنین مختلف بر نحوه پاسخگویی آن‌ها اثر گذارد. ۲- همچنین ممکن است نمونه‌ها اطلاعات واقعی خود را از طریق پرسشنامه در اختیار محقق قرار نداده باشند که البته سعی شده است با جلب رضایت و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، این مشکل تا حدی مرتفع شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین علایم استرس در کودکان ۹-۱۲ سال صورت گرفته است. با نگاهی دوباره به نتایج اخذ شده از این مطالعه و سایر پژوهش‌ها به این مهم دست می‌یابیم، که مریبان بهداشت و پرستاران مدارس باید توانایی‌های لازم برای تشخیص علایم استرس‌های عاطفی را داشته باشند و بتواند امکانات و ابزار لازم برای پیشگیری و کنترل موقعیت پر تنش را برای کودک و والدین فراهم سازد (۲). پرستاران کودک در برخورد با نیازهای فیزیکی، کودکان را آموزش می‌دهند، با در نظر گرفتن اینکه سلامتی کودک فقط با فاکتورهای بیولوژیکی تأمین نمی‌شود و ارتباطات پیچیده روانی و اجتماعی نیز در سلامت کودکان بسیار دخیل هستند،

management. Pediatric nursing, 24(4), 302-313.

3. Sharrer V, Ryan-wenger N. (2002). *School-age children's self-reported stress symptoms. Pediatric nursing*, 28(1), 21-27.

4. Gelder M, Mayou R, Cowen P (2001). *[Shorter oxford textbook of*

- psychiatry]. 1st ed, Tehran, Shahram & Ayande sazan publisher, 139-140. (Persian)
5. Lopata C, Volker M.A, Putnam S.K, Thomeer M.L, Nida R.E. (2008). Effect of social familiarity on salivary cortisol and self-reports of social anxiety and stress in children with high functioning autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 38, 1866-1877.
6. Asadi Nogabi A, Omid SH, Agajani S (2010). [Psychiatric nursing, Menta health1]. 3rd ed, Tehran, Boshra & Hakim hidji publisher, 105-111. (Persian)
7. Deire E. (1995). [Study of stress rate and stress source in high school students of Shiraz]. Unpublished masters' thesis, Shiraz university, Iran. (Persian)
8. Karen F, Charlotte W, Mick C. (2001). Helping children cope with stress in the classroom setting. *Childhood education*, 78, 17-24.
9. Snooks M.K (2009). Health psychology-biological and sociocultural perspectives, Jons and Bartlelt publishers, 1st ed. USA, 169-184.
10. Hjern A, Alfven G, Ostberg V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta pediatrica*, 97, 112-117.
11. Skybo T, Buck J. (2007). Stress and coping responses to proficiency testing in school-age children. *Pediatric nursing*, 33(5) , 410-418.
12. Mohammadi M.R, Davidian H, Noorbala A.A, Malekafzali H, Naghavi H.R, Pouretamad H.R. et al (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemol Ment Health*, 16(1), 1-8.
13. Hesketh T, Zhen Y, Lu L, Dong Z. X, Jun Y.X, Xing Z.W. (2009). Stress and psychosomatic symptom in Chinese school children: cross-sectional survey. *Arch Dis Child*, 95(2), 1-5.
14. Laessle R.G, Lindel B. (2010). Stress symptom and stress-related coping in Depressed Children. *German journal of psychiatry*, 13(2) , 74-78.
15. Alborzi S.H, Khaier K.H. (2001). [Study and comparison of behavioral self- evaluation in home, school and peer between girls and boys]. *Psychology and educational science J*, 6(1) , 105-124. (Persian)
16. Khalilian A, Hasanzade R, Zarghami M. (1999). [Study of relation between school stressors and physical complaints in students of Sari]. *Mazandaran Uni Med Sc J*, 10(26) , 56-61. (Persian)