

ارتباط سنجی عوامل جمعیت شناختی با میزان واکنش‌های هیجانی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی یکی از شهرک های نظامی شهر تهران

Relationship between demographic factors and emotional reactions in middle school boys in the military Town of Tehran

محمد دانشمندی*، زهرا حاجی امینی**، امین اجلی***، عباس عبادی****

Abstract

Introduction: The transition from juvenile stage due to puberty, the most sensitive part and the most vulnerable segments of society and some reactions as emotional stress and anxiety and depression and mental health problems from this study are also in order to review the Relationship between demographic factors and emotional relations in middle school boys in the military Town of Tehran.

Method: A descriptive study - cross-sectional, all son students to one of the towns public schools affiliated to Tehran Total 172 students were measured their emotional reactions (depression, anxiety and stress) by DASS₂₁ questionnaire and then the data using SPSS₁₇ software test and Were analyzed by parametric statistical tests.

Results: The results shown that the students had 54.5% average stress and 28.7% severe stress, anxiety in 39.5% average and 10.6% have had severe anxiety and depression also comments 49.3% average and 14.2% showed severe depression. And demographic characteristics of the study, only direct contact between older father and communication with parents and interest in the religious with the emotional reactions of statistically significant inverse correlation was seen ($p < 0.05$)

Conclusion: Considering the prevalence of depression, anxiety and stress may trigger this response young age of accountability, is essential for the screening and more comprehensive studies in this field and necessary measures, including strengthening the relationship with the father or create interest in the field of religious schools, especially for crisis of puberty period in middle school should be considered.

Key words: Stress, Anxiety, Depression, Adolescence boy, Demographic factors

چکیده

مقدمه: نوجوانان به دلیل گذر از مرحله بلوغ، از نظر بروز واکنش‌های هیجانی جزء حساسترین و آسیب پذیرترین اقشار جامعه محسوب می‌شوند. توجه به دوران بلوغ و اهمیت آن، تشخیص و درمان زودرس عواقب ناشی از این دوران ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس این مطالعه با هدف ارتباط سنجی میزان واکنش‌های هیجانی با عوامل جمعیتی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی یکی از شهرک‌های نظامی شهر تهران انجام گرفته است.

روش: در یک مطالعه توصیفی - مقطعی، کلیه دانش آموزان پسر راهنمایی مدارس دولتی یکی از شهرک‌های نظامی تابعه تهران به تعداد ۱۷۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و واکنش‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) آن‌ها توسط پرسشنامه DASS₂₁ اندازه گیری شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS₁₇ و آزمون‌های آمار توصیفی پارامتریک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه نشان داد که ۵۴/۵٪ دانش آموزان استرس در حد متوسط و ۱۸/۷٪ استرس شدید داشتند. در زمینه اضطراب نیز ۳۹/۵٪ متوسط و ۱۰/۶٪ دارای اضطراب شدید بودند. همچنین از نظر افسردگی ۴۹/۳٪ متوسط و ۱۴/۲٪ افسردگی شدید را نشان دادند. از مشخصات دموگرافیک مطالعه شده فقط بطور مستقیم بین سن پدر با میزان واکنش‌های هیجانی و ارتباط با پدر و علاقه به مراسم مذهبی بطور معکوس ارتباط معنی دار آماری دیده شد ($p < 0.05$).

بحث: با توجه به شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان و احتمال تشدید این واکنش‌ها در دوران مسئولیت پذیری جوانی، ضروری است ضمن انجام غربالگری و مطالعات جامع‌تر در این زمینه، تدابیر لازم از جمله تقویت میزان ارتباط با پدر و یا ایجاد زمینه علاقه به مراسم مذهبی جهت کنترل یا کاهش این واکنش‌ها در مدارس بخصوص بدلیل بحران دوران بلوغ در مقطع راهنمایی اندیشیده شود

کلید واژه‌ها: استرس، اضطراب، افسردگی، نوجوانان پسر، مشخصات جمعیتی

* کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج).

E-mail: mdanesh44@yahoo.com

** کارشناس ارشد مامائی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج).

*** کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، سرپرستار بیمارستان رازی.

**** دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج).

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از مهمترین و ارزشمندترین دوران‌های زندگی هر فرد است زیرا سر آغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی است و نیز دوره‌ای بحرانی است که در آن بلوغ اتفاق می‌افتد (بروورن و موریس، ۲۰۰۸). در این دوران عمدتاً استرس و تنش ایجاد شده بدلیل عوامل بیولوژیکی و حوزه‌های اجتماعی مانند خانواده، مدرسه، گروه همسالان و جامعه بزرگتر ایجاد می‌شود که این استرس بیولوژیکی یا زیستی بدلیل تغییرات جسمی و بلوغ در دختران در سنین ۱۶-۱۲ سالگی و برای پسران ۱۵-۱۳ سالگی ایجاد می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). از مهم‌ترین تحولات این دوره می‌توان به تظاهرات بلوغ روانی اشاره کرد که شامل نگرانی‌های ناشی از تغییرات علائم بلوغ، توجه به هویت خود یا بحران شناسی خود، تردید و دودلی و بی‌ثباتی، شتاب و دوگانگی و برتری جویی و جلب توجه دیگران، تصورات و تخیلات نوجوانی، زود رنجی و احساسی بودن، کمرویی و گوشه‌گیری، درون‌گرایی و اعمال منفی، مخالفت جویی و فرافکنی، بیماری‌های روان‌تنی و تأثیر آن در پیشرفت و وضعیت تحصیلی می‌باشد (صدیقی، ۱۳۸۲).

اختلالات اضطرابی نیز یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانپزشکی دوران کودکی و نوجوانی محسوب می‌شوند (کارترایت-هاتون و همکاران ۲۰۰۶؛ واترز و همکاران ۲۰۰۸). در زمینه شیوع واکنش‌های هیجانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان مطالعات زیادی انجام شده است و به طور کلی طبق مطالعات اپیدمیولوژیکی تخمین زده شده است که ۲۰-۵ درصد کودکان و نوجوانان از نوعی اختلال اضطرابی رنج می‌برند (لینیان و همکاران ۲۰۰۸) و رین و همکاران (۲۰۰۷) که در ۶۱/۹-۱۵/۹ درصد موارد، اضطراب و افسردگی به طور همزمان دیده می‌شود (لینیان و همکاران ۲۰۰۸؛ ایساو ۲۰۰۰). در گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷) نیز آمده است که حدود ۱۰-۲۰٪ از نوجوانان کشورهای اروپائی یک یا چند مورد اختلال رفتاری دارند. می‌آدوس و همکاران (۲۰۰۷) نیز اضطراب توأم با افسردگی را در ۳۰ تا ۷۵ درصد دوره پیش نوجوانی و بین ۲۵ تا ۵۰ درصد در نوجوانان گزارش کرده‌اند. منگرپولکر (۲۰۰۱) نیز عنوان می‌کند در ۱۰ تا

۲۰ درصد کودکان سن مدرسه علائمی به شکل محرومیت اجتماعی، اضطراب، انزوا و حساسیت بالا، افسردگی و خود آگاهی بروز می‌کند؛ و حتی در آمار بالاتر آگللبان (۲۰۰۹) با بررسی بر روی ۵۴۵ دانش آموز دختر دوره متوسطه عربستانی در ۸۳/۷ درصد افراد با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت روان SCL-90^۱ نشانه‌ای از اختلال روانی گزارش نموده است و فقط ۱۶/۳ درصد دانش آموزان را فاقد هیچ نوع اختلالی ذکر کرده و در انتها پیگیری سلامت روان دانش آموزان بخصوص دختران را مورد تأکید قرار داده است.

مطالعات انجام شده در ایران نیز حاکی از شیوع این اختلالات در نوجوانان و جوانان می‌باشد به طوری که شریعتی (۱۳۸۱) به دست آورده است که ۳ درصد نمونه‌های روانپزشکی با سن ۱۵ سال و بالاتر مبتلا به اختلالات شدیدی بوده که در حالت هشدار دهنده‌ای برای درمان و مراقبت‌های ویژه روان پزشکی قرار دارند. ۱۵/۳ درصد از مشکلات روان پزشکی، مینور و ۲۶/۶ درصد، از سایر مشکلات احساسی رنج می‌بردند و شایع‌ترین تشخیص در این مطالعه اختلال افسردگی ۲۴/۳ درصد بوده است. کزلی (۱۳۸۲) نیز با مطالعه بر روی ۴۰۰۰ نوجوان تهرانی ۵۰ درصد دانش آموزان را دارای اختلالات اضطرابی گزارش نموده است.

در بررسی‌های انجام شده بر روی اضطراب کودکان دو فاکتور دموگرافیکی سن و جنس را موثر دانسته‌اند به طوری که برخی مطالعات نشان داده‌اند که دختران نسبت به پسران سطوح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهند (کاستلو و همکاران ۲۰۰۳؛ رنجبر و همکاران ۱۳۸۲). در واقع بیان شده است که دختران به دلیل تفاوت در سبک‌های تربیتی و فاکتورهای بیولوژیکی و تیپ شخصیتی مربوط به جنس خود علائم بیشتری از اضطراب را نشان می‌دهند (بوودن و همکاران ۲۰۰۹). همچنین فرض بر این است که اضطراب کودکان با افزایش سن آنها کاهش می‌یابد. زمانی که کودکان به سطح خاصی از تکامل شناختی می‌رسند، توانایی آن‌ها برای درک موقعیت‌های خطرناک افزایش می‌یابد و می‌توانند مهارت‌های لازم را برای کنترل و کاهش اضطراب فرا گیرند. گزارش معلمان، تصویری از وضعیت

کودک در کلاس درس و تعاملات اجتماعی او را چنین نشان می‌دهد، مثلاً کودک مبتلا به فوبیا، اضطراب خود را در خانه نشان نمی‌دهد، اما در کلاس درس این مشکل خود را با ترس زیادی که از ارزشیابی دارد، نشان می‌دهد (کن دال و همکاران، ۲۰۰۷؛ هان، ۲۰۰۹).

در بسیاری از مطالعات در زمینه رابطه صحیح والدین با فرزند به عنوان عامل موثر بر سلامت روان آن‌ها تاکید فراوان دارد از جمله بیرن و همکاران (۲۰۰۱) ارتباط موثر والدین با فرزندان را عامل کمتر بودن مشکلات رفتاری در فرزندان گزارش نموده‌اند و مارشال و همکاران (۲۰۰۱) نیز از نتایج مطالعه خود یافته‌اند که کودکان محروم از پدر افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری بیشتری را نشان می‌دهند و در این میان پسران به مراتب بیشتر از دختران به اختلالات روانی دچار می‌شوند؛ حتی شاهقلیان (۱۳۸۷) بیان داشته است که در مطالعه مورد شاهدهی گزارش شده ماموریت‌های پدران در خانواده توانسته است میزان بیش‌فعالی، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی را در کودکانی که پدران آن‌ها عدم حضور مستمر در منزل داشته‌اند بیشتر بوده است. آنچه مسلم است، وجود اضطراب در دوران کودکی ممکن است به عنوان زمینه ساز دیگر اختلالات روانی محسوب شود به طوری که حتی آن را پیش‌درآمد ناراحتی‌های خلقی و پیش‌بینی‌کننده بروز افسردگی دانسته‌اند و یا حتی در بسیاری از مطالعات علت‌شناسی، نتیجه‌گیری نموده‌اند که بین اختلالات دوقطبی در بزرگسالی و اختلالات اضطرابی در دوران کودکی ارتباط مستقیم وجود دارد (جولین و همکاران ۲۰۰۸ و ال مالاک وهالی فیلد، ۲۰۰۸).

در زمینه ارتباط بین مشخصه علاقمندی به شعائر مذهبی و سلامت روانی و اضطراب، مطالعات مختلفی گزارش شده‌اند از جمله آگارد و همکاران (۲۰۱۰) می‌یر و همکاران (۲۰۰۸) و بی اودوین و همکاران (۲۰۰۹) نیز ثمره ارتباط با خدای متعال را، سلامت روانی بهتر و کاهش استرس عنوان می‌کنند. در ایران نیز مطالعات بسیاری بر نقش مثبت دین در اختلالات روانی و رفتاری تاکید کرده است به عنوان مثال بهرامی و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهشی به رابطه مثبت و معنادار بین جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روان و کاهش اختلالات روانی دست یافتند و در

مطالعه عنصلیب و همکاران (۱۳۸۹) مشخص گردید که هرچه میزان توکل به خدا بیشتر باشد، اضطراب در افراد کاهش می‌یابد. همچنین نتایج پژوهش بلقان آبادی و همکاران (۱۳۸۹) که با هدف بررسی رابطه معنویت با شادکامی، کیفیت زندگی و بروز اختلالات روانی در دانشجویان صورت پذیرفت نشان داد که به گونه معنی داری کیفیت زندگی و شادکامی در دانشجویان شرکت‌کننده در نماز جماعت بیشتر و بروز اختلالات روانی در آنها کمتر بوده است. در مطالعه مجیدی و همکاران (۱۳۸۹) نیز مشخص گردید که آموزش آموزه‌های دینی باعث افزایش سلامت روان و کاهش معنی دار اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان می‌شود. در بسیاری از پژوهش‌ها به رابطه بین مذهب و سلامت عمومی تأیید شده است به عنوان مثال نتایج حاصل از مطالعات رجایی و همکاران (۱۳۸۸) که بر روی ۴۴۰ نفر از دانشجویان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد انجام پذیرفت نشان داد، افرادی که نمره‌های بالایی در باورهای مذهبی اساسی داشتند، در سنجش سلامت عمومی نمره‌های بیشتری کسب کردند.

به طور کلی مشکلات هیجانی در نوجوانان بعثت تکرار و شدت بروز هیجانات یکی از مسائلی است که رشد و تکامل و اجتماعی شدن آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و حتی افسردگی در نوجوانان می‌تواند منجر به ترک تحصیل در مدرسه، گریز از رفتارهای اجتماعی و حتی سوء مصرف مواد مخدر گردد (امیلی ۲۰۰۳). همچنین در مطالعه ای که توسط بلانچارد و همکاران (۲۰۰۳) بر روی نوجوانان آمریکایی صورت گرفته است علاوه بر مشکلات کم توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری و گفتاری و تأخیر در رشد، حدود ۳۶ درصد کودکان اضطراب و افسردگی را از خود نشان داده‌اند و فرنا ندو، (۲۰۰۴) نیز بیان می‌کند که حدود ۱۰ درصد نوجوانان اضطراب را در دوره نوجوانی تجربه می‌کنند که عمدتاً بصورت‌های غیبی از مدرسه و تمارض بروز می‌کند و این نکته را نیز یادآور می‌شود که عدم کنترل این اضطراب می‌تواند به مشکلات روانی در بزرگسالی منجر شود.

بنابراین غربالگری و تشخیص زودهنگام اضطراب، می‌تواند زمینه ساز انجام مطالعات دیگر در زمینه علل یابی و تدابیر مراقبتی و کنترل و درمان شود. لینه آم و همکاران، (۲۰۰۸) با توجه به میزان فراوانی واکنش‌های هیجانی در نوجوانان، در این مطالعه بر آن شدیم تا با هدف اصلی

در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار یعنی DASS₂₁ را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰، استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش نمودند و در سال ۲۰۰۵ نیز مجدد با مطالعه خود بر روی ۱۷۹۴ نفر اعتبار این پرسشنامه را مورد تاکید قرار دادند. همچنین در زمینه اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جوامع مختلف ادیمنسیا و همکاران (۲۰۱۰) و ان جی و همکاران (۲۰۱۱) در ایران نیز مرادی پناه (۱۳۸۴)، صاحبی (۱۳۸۲) پایایی این ابزار را اثبات نموده اند به طوری که در مطالعه مرادی پناه آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است و به طور مکرر در مطالعات مختلف از جمله ویلیامز و همکاران (۲۰۱۱) و زابوو و همکاران (۲۰۱۰) و حاجی امینی و همکاران (۱۳۸۹) و اسدزندی و همکاران (۱۳۹۰) از این پرسشنامه استفاده نموده اند.

در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری توصیفی پارامتریک و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و توکی استفاده شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی ضمن این که شرکت افراد در مطالعه کاملاً بر اساس تمایل افراد بود، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام تکمیل شد و نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل افراد کاملاً محرمانه و در پرونده افراد ثبت نگردید.

نتایج

در زمینه مشخصات دموگرافیک یافته‌های پژوهش نشان داد که سن پدر اکثر نمونه‌های مطالعه شده در محدوده ۵۰ - ۴۰ سال (۶۹٪)، سن مادر ۴۰-۳۰ سال (۶۵٪) تحصیلات پدر زیر دیپلم (۶۴٪)، تحصیلات مادر زیر سیکل (۶۰٪)، شغل کارمندی پدر (۵۶٪) و شغل خانه داری مادر (۸۹٪) بوده است. همچنین از نظر وضعیت تحصیلی و نمره معدل بیشتر از ۱۶ مربوط به سال قبل (۷۰٪)، تعداد ۳-۲ فرزند در خانواده (۶۳٪) و رتبه اولی فرزند دانش آموز در بین خواهر و برادر (۴۲٪)، مرگ افراد درجه ۱ یا ۲ در فامیل و تغییر محیط زندگی و آدرس منزل طی یکسال اخیر در اکثر موارد یعنی (۶۷٪) عدم رخداد بدست آمد (جدول شماره ۱).

ارتباط سنجی عوامل جمعیت شناختی با میزان واکنش‌های هیجانی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی یکی از شهرک‌های نظامی شهر تهران، ضمن بررسی میزان فراوانی و ارتباط سنجی آن با مشخصات فردی دانش آموزان؛ نسبت به جلب توجه مسئولین امور تربیتی، بهداشتی و فرهنگی سازمان‌های نظامی پیرامون اهمیت موضوع، تدابیر مدیریتی و بهداشتی لازم مانند آموزش مهارت‌های زندگی، حل مسئله و کنترل استرس و اضطراب و کاهش این واکنشها اندیشیده شود.

روش

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - مقطعی است و جامعه پژوهش در این تحقیق کلیه دانش آموزان مقطع راهنمایی که در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ در یکی از شهرک‌های نظامی منتخب اطراف تهران مشغول به تحصیل بودند. نمونه گیری بر اساس سرشماری کلیه افراد حائز شرایط، یعنی دانش - آموزان پایه سوم راهنمایی مدارس پسرانه دولتی (۱۷۲ دانش آموز) انجام گرفت. ابزار گرد آوری داده‌ها در این پژوهش، شامل فرم اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سن، شغل و میزان تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد فرزندان و رتبه فرزندی، معدل و وضعیت تحصیلی، میزان ارتباط با پدر و مادر، مرگ اعضای نزدیک در خانواده و یا تغییر آدرس طی یکسال اخیر و میزان علاقه به انجام فرائض مذهبی و همچنین پرسشنامه استاندارد DASS₂₁ می باشد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که برای هر یک از حالات هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ۷ سؤال در نظر گرفته شده است. پرسشنامه، در دو نسخه ۴۲ و ۲۱ سؤالی توسط لویباند و لویباند (۱۹۹۵) طراحی شده است که فرم ۲۱ سؤال آن در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، با پرسشنامه افسردگی بک همبستگی بالایی (۰/۷۴) را نشان داده است. این مقیاس دارای روایی همسان و افتراقی کافی است و در تحقیقات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. به طوری که پوستولو و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی مقایسه ای خود، همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه HAD² در جامعه پرتغالی بدست آوردند. کراوفورد و هنری ۲۰۰۳، نیز

1- Depression Anxiety and Stress scale₂₁.

2- Hospital Anxiety and Depression.

جدول شماره ۱ - فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک در دانش‌آموزان مطالعه شده

فراوانی		اکثریت	فراوانی
درصد	تعداد		
٪۶۹	۱۱۹	۵۰-۴۰ سال	سن پدر
٪۶۵	۱۱۲	۴۰-۳۰ سال	سن مادر
٪۶۴	۱۱۰	ابتدایی و دیپلم	تحصیلات پدر
٪۶۰	۱۰۳	ابتدایی	تحصیلات مادر
٪۵۶	۹۶	کارمند	شغل پدر
٪۸۹	۱۵۳	خانه دار	شغل مادر
٪۹۰	۱۵۵	متوسط و خوب	وضعیت اقتصادی خانواده
٪۶۳	۱۰۸	۲ و ۳ نفر	تعداد فرزندان خانواده
٪۴۲	۷۲	اول	رتبه در بین فرزندان
٪۷۰	۱۲۰	بیشتر از ۱۶	نمره معدل سال گذشته
٪۶۷	۱۱۵	عدم رخداد	مرگ اعضای نزدیک خانواده
٪۶۷	۱۱۵	عدم تغییر	تغییر آدرس منزل

میزان واکنش‌های هیجانی دانش‌آموزان مطالعه شده نشان داد که ۲۶/۸ درصد افراد مورد بررسی دارای استرس عادی و ۵۴/۵ درصد دارای استرس متوسط و ۱۸/۷ درصد دارای استرس شدید بودند. ۳۶/۴ درصد افراد از نظر افسردگی، عادی و ۴۹/۳ درصد دارای افسردگی متوسط و

۱۴/۲ درصد دارای افسردگی شدید بودند. ۴۹/۹ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی اضطراب عادی، ۳۹/۵ درصد دارای اضطراب متوسط و ۱۰/۶ درصد اضطراب شدید داشتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی نسبی و مطلق میزان واکنش‌های هیجانی در دانش‌آموزان مطالعه شده

نمره کل		افسردگی		اضطراب		استرس		واکنش‌های هیجانی وضعیت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۰/۸	۵۳	۳۶/۶	۶۳	۴۹/۹	۸۶	۲۶/۸	۴۶	نرمال
۵۶/۲	۹۷	۴۹/۳	۸۵	۳۹/۵	۶۸	۵۴/۵	۹۴	متوسط
۱۲/۹	۲۲	۱۴/۲	۲۴	۱۰/۶	۱۸	۱۸/۷	۳۲	شدید

همچنین از نظر ارتباط بین میزان واکنش‌های هیجانی و مشخصات دموگرافیک نتایج حاکی از آن بود که بین مشخصات سن مادر، تحصیلات پدر و مادریا شغل پدر و مادر، وضعیت اقتصادی خانواده و رتبه فرزندی و وضعیت ارتباط با مادر ارتباط آماری معنی دار نگریدید ولی بین سن پدر، ارتباط با پدر، ارتباط با

معلم و علاقه کمتر به مراسم مذهبی با حداقل یکی از واکنش‌های استرس، اضطراب و افسردگی ارتباط معنی دار آماری بدست آمد ($p < 0.05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و واکنش‌های هیجانی در دانش آموزان مطالعه شده

نمره کل	افسردگی	اضطراب	استرس	نوع واکنش هیجانی متغیر
۰/۱۱	*۰/۰۰۸	۰/۵۳	۰/۲۷	سن پدر
۰/۲۷	۰/۶۵	۰/۰۹	۰/۱۸	سن مادر
۰/۲۲	۰/۸۵	۰/۱	۰/۳۳	شغل پدر
۰/۸۵	۰/۲۵	۰/۸۳	۰/۳۰	شغل مادر
۰/۳۲	۰/۲۷	۰/۴۵	۰/۰۷	میزان تحصیلات پدر
۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۲۲	میزان تحصیلات مادر
۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۰۶	رتبه فرزندی
۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۲۷	وضعیت اقتصادی خانواده
۰/۰۹	۰/۳۰	۰/۲۵	*۰/۰۴	علاقمندی به فرائض مذهبی
۰/۰۶	۰/۲۵	۰/۲۱	*۰/۰۱	میزان ارتباط با پدر
۰/۳۷	۰/۱۹	۰/۴۴	۰/۸۵	میزان ارتباط با مادر
۰/۲۶	۰/۸۵	۰/۰۷	*۰/۰۳	میزان ارتباط با معلمین
۰/۱۲	۰/۳۰	۰/۱۶	۰/۳۱	نمره معدل سال گذشته

بحث و نتیجه گیری

یکی از مشکلات هیجانی نگران کننده ای که نوجوانان با آن درگیر هستند افسردگی می باشد. به طوری که سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵) افسردگی را یکی از دلایل ناتوانی عمده تا سال ۲۰۲۰ پیش بینی نموده و گزارش شده است که حدود ۹ درصد نوجوانان دوره ای از افسردگی را تجربه می کنند و نوجوانانی که این تجربه را دارند احتمال ابتلای آنها به افسردگی در سال‌های بعد بیشتر است.

اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان ممکن است در یکی از اشکال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب عمومی، اضطراب اجتماعی، اختلال هراس، اختلال وسواسی- جبری، فوبیای خاص، اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه وجود داشته باشد (موریس و همکاران، ۲۰۰۲). با توجه به شیوع بالای آن در بین کودکان و نوجوانان و پیامدهای ناشی از آن بخصوص در نوجوانی و جوانی و حتی بزرگسالی،

تشخیص زودرس و درمان آن جهت پیشگیری از عواقب آسیب زای آینده ضروری است. هدف اصلی این مطالعه نیز ارتباط سنجی عوامل جمعیت شناختی با میزان واکنش‌های هیجانی دانش آموزان پسر مقطع راهنمایی بوده است و نتایج آن نشان داد که، اضطراب در ۳۹/۵ درصد دانش آموزان مطالعه شده وجود داشت و میزان استرس هم فقط در حدود ۱/۳ دانش آموزان نرمال بوده و در ۵۴/۵ درصد افراد میزان استرس در حد متوسط بود. در مورد میزان افسردگی نیز تقریباً نتایج مشابهی بدست آمد به طوری که ۴۹/۳ درصد افراد افسردگی در حد متوسط را نشان داده اند. این یافته با مطالعه (بایارم و بیلگل، ۲۰۰۸) که در ترکیه بر روی ۱۶۱۷ دانشجو با استفاده از پرسشنامه DASS₄₂ انجام شده و میزان استرس را ۲۷٪، اضطراب را ۴۷/۱ درصد و افسردگی را ۲۷/۱ درصد گزارش نموده اند و مطالعه آل گلبان (۲۰۰۷)، که با بررسی بر روی ۱۷۲۳ دانش آموز عربستانی با استفاده از پرسشنامه DASS₂₁ میزان

نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهایی مانند سن مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، رتبه فرزند و وضعیت اقتصادی خانواده و همچنین میزان ارتباط با مادر با هیچکدام از واکنش‌های هیجانی مطالعه شده ی دانش‌آموزان ارتباط معنی داری نداشت ولی با سن بالاتر پدر و میزان افسردگی، ارتباط بیشتر با پدر و استرس و همچنین ارتباط با معلمین و استرس و علاقمندی به فرائض مذهبی و استرس ارتباط آماری معنی داری بدست آمد که این یافته با نتایج مطالعات بوما و همکاران (۲۰۰۷)، بروجنی و همکاران (۱۳۸۰) و جعفری (۱۳۸۰) در زمینه ارتباط مناسب و بیشتر والدین با نوجوانان و میزان استرس و اضطراب آنها همخوانی دارد و شاید بتوان سن بالاتر پدر و اختلاف سنی با فرزندان را زمینه ساز نداشتن نشاط کافی و ارتباط کمتر با فرزندان و بدنبال آن اختلالات رفتاری در فرزندان بخصوص نوجوانان پسر دانست. به طوری که در همین ارتباط گاربر (۲۰۰۶) و هاونستین (۲۰۰۳) بیان می‌دارند که علاوه بر مسائل محیطی که بر افسردگی نوجوانان تاثیر دارد فرزندان والدینی که افسرده هستند در مقایسه با والدین غیر افسرده، اختلالات خلقی بیشتری را نشان می‌دهند. در زمینه یکی از نتایج این مطالعه که بین میزان علاقمندی دانش‌آموزان با کمتر بودن میزان واکنش‌های هیجانی نیز نتایج مطالعاتی از قبیل آگارد و همکاران (۲۰۱۰)، مییر و همکاران (۲۰۰۸) و بی دووین و همکاران (۲۰۰۹) که ثمره دینداری را، سلامت روانی بهتر و کاهش استرس عنوان می‌کنند و یا مطالعات در ایران نیز که بر رابطه مثبت و معنادار بین جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روان و کاهش اختلالات روانی تاکید داشته‌اند همخوانی دارد (شجاعیان ۱۳۸۱، بهرامی ۱۳۸۳ و موران ۱۳۸۹).

آنچه مسلم است نتایج اکثر یافته‌های فوق با نتایج این پژوهش همخوانی دارند و تفاوت جزئی برخی از این مطالعات ممکن است بدلیل عواملی مانند ابزار بکار گرفته شده برای تعیین میزان واکنش‌های هیجانی، سن و مقطع تحصیلی دانش‌آموزانی که میزان واکنش‌های هیجانی در آنها مورد بررسی قرار گرفته

استرس را ۳۵/۵ درصد، اضطراب ۴۸/۹ درصد و افسردگی را ۳۸/۲ درصد بدست آورده‌اند تطابق دارد. همچنین با مطالعه ای که توسط جوزفین (۲۰۰۶)، از طریق اینترنت و با استفاده از ابزار DASS₂₁ بر روی ۷۹۱۵ دانش‌آموز کره ای صورت گرفته و در آن نشان داده است که ۳۱ درصد نمره واکنش‌های هیجانی نرمال و ۴۱ درصد نمره متوسط و ۲۷ درصد نمره واکنش هیجانی شدید داشته‌اند، همخوانی دارد.

در ایران نیز مطالعه کاملاً مشابهی انجام نشده است ولی با استفاده از ابزارهای استاندارد دیگر محققین به نتایج مشابهی رسیده‌اند از جمله مطالعه رنجبر و همکاران (۱۳۸۲) در تبریز نشان داد که ۳۳/۲ درصد از نوجوانان پسر ۶۵/۷ درصد نوجوانان دختر اختلالات اضطرابی داشتند. همچنین کزلی (۱۳۸۲) در مطالعه انجام شده بر روی حدود ۴۰۰۰ نوجوان تهرانی پسر و دختر در مقطع راهنمایی ۵۰ درصد افراد را دچار اختلالات اضطرابی گزارش نمود. از نظر افسردگی نیز بر اساس مطالعات بروجنی و همکاران (۱۳۸۰) در اصفهان شیوع افسردگی بالینی در نوجوانان حدود ۴۲/۴ درصد گزارش شده است. در مطالعه ای که توسط منیر پور و همکاران (۱۳۸۳) با عنوان بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران صورت گرفت ۳۸۸ دانش‌آموز با پرسشنامه بک مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد ۲۸/۸ درصد دانش‌آموزان فاقد افسردگی و ۷۱/۲ درصد آنها درجاتی از افسردگی را داشته‌اند. ظهیرالدین و همکاران (۱۳۸۳) نیز در بررسی خود در شهر فیروزکوه ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر را افسرده گزارش نموده‌اند که این یافته‌ها نیز در دانش‌آموزان پسر انجام شده با مطالعه ما همخوانی دارد. ولی در مورد دانش‌آموزان دختر تا حدودی اختلاف دارد و توجیه این اختلاف می‌تواند این باشد که بطور کلی شیوع اختلالات روانی در زنان و جنس مونث بیشتر می‌باشد.

در زمینه مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان مطالعه شده و ارتباط آنها با میزان واکنش‌های هیجانی

ماموریت‌های طولانی و متوالی می‌تواند اقتضای حرفه ای آنها باشد این نکته مد نظر مسئولین مربوطه قرار گیرد تا تدابیری جهت کنترل خلاء حضور پدر در خانواده بخصوص در سنین نوجوانی بگونه ای حداقل با کوتاه کردن دوران ماموریت اندیشیده شود. از طرف دیگر ایجاد تقویت زمینه‌های علاقمندی مذهبی در نوجوانان و همچنین غربالگری نوجوانان در سطح جامعه و انجام مطالعات مداخله ای در زمینه راهکارهای کنترل و کاهش این اختلالات توصیه می‌گردد.

است؛ همچنین وضعیت اجتماعی و اقتصادی و شهری که دانش آموزان در آن سکونت دارند باشند. ولی آنچه در همه مطالعات مورد تأکید واقع شده است نگاه واقع بینانه به شیوع نسبتاً بالای واکنش‌های هیجانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان و توجه به پیامدهای نگران کننده آن برای دوران‌های بعد زندگی این افراد ضروری می‌باشد و کم توجهی به اهمیت سلامت روانی نوجوانان در این مقطع سنی می‌تواند سلامت روانی آینده فرد را تحت تأثیر قرار دهد. بطوری که روتر و تیلو (۲۰۰۲)، در این زمینه عنوان می‌کنند مدارک تجربی زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد بین وقایع تلخ و منفی استرس زای زندگی و افسردگی در کودکان و نوجوانان ارتباط وجود دارد. لووین سو (۲۰۰۸)، نیز با مطالعه بر روی ۸۱۶ نوجوان دارای افسردگی و پیگیری آنها در سنین ۲۴ و ۳۰ سالگی بر این موضوع تأکید داشته‌اند. از طرفی حتی کریستی و همکاران (۲۰۰۷) و گاربر (۲۰۰۶) و هاونستین (۲۰۰۳) چانگ (۲۰۰۲)، پرورش مهارت‌های عاطفی، حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان و مهارت‌های ارتباطی به والدین آنها به منظور کنترل و کاهش خشم و عصبانیت و افسردگی و کاهش افکار خودکشی دانش آموزان را مورد تأکید قرار داده است. به همین دلیل لازم است در خانواده‌ها و بخصوص مدارس تدابیری مانند شناخت عوامل استرس زا و آموزش مهارت‌هایی برای تعدیل و کنترل آنها اندیشیده تا بتوانیم در راستای سلامت نسل آتی مؤثر باشیم.

عدم امکان تعمیم این یافته به جامعه ی دانش آموزان از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد و انجام مطالعات جامع‌تر بخصوص با بررسی علل و عوامل موثر و راههای کنترل و کاهش آن پیشنهاد می‌گردد.

نتایج این مطالعه نشان داد که درصد زیادی از دانش آموزان مطالعه شده دارای حداقل یکی از مشکلات روانی مانند استرس، اضطراب و یا افسردگی می‌باشند و با توجه به وجود چنین مشکلی در شهرک‌های نظامی و ارتباط آن با میزان ارتباط دانش آموز با پدر و همچنین میزان علاقه به فرائض مذهبی، پیشنهاد می‌شود بخصوص برای خانواده‌های نظامی که

منابع

- ۱- اسدزندی مینو، سیاری رقیه، عبادی عباس، سنائی نسب هرمز (۱۳۹۰). میزان فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران نظامی، مجله طب نظامی: ۱۳(۲): ۱۰۳-۸.
- ۲- بروجنی علی ضرغام، یزدانی محسن، یزدان نیک احمد (۱۳۸۰). ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره سوم، نوبت دوم: ۴۶-۵۴.
- ۳- بهرامی احسان، تاشک آناهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، ۳۴ (۲)، ۴۱-۶۳.
- ۴- جعفری فرانک (۱۳۸۳). عوامل استرس زا در نوجوانان ۱۳ ساله مدارس راهنمایی منتخب شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۰، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: ۸(۱): ۱۸-۲۱.
- ۵- حاجی امینی زهرا، زمانی محمد، فتحی آشتیانی علی، عبادی عباس، خمسه فریال، قریشی حمید (۱۳۸۹). ارتباط سنجی مشخصات دموگرافیک با میزان استرس، اضطراب و افسردگی سربازان یکی از پادگانهای آموزشی مجله طب نظامی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، ۴۱ (۴)، ۲۱۱-۲۱۶.
- ۶- رجایی علیرضا، بیاضی حسین، حبیبی پور حمید (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان، روان شناسی تحولی: روان شناسی ایرانی، ۶ (۲۲)، ۹۷-۱۰۷.
- ۷- رنجبر فاطمه، رباب دل یونس (۱۳۸۲). دانشگاه علوم پزشکی تبریز شیوع اختلالات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان منطقه شمال غرب تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- ۸- شجاعیان رضا، زمانی منفرد افشین (۱۳۸۱). ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۸ (۲)، ۳۳-۳۹.
- ۹- شریعتی محمد، فاتح ابوالفتح، عبادی مهدی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مجله پایش، سال ۱، شماره ۳، صفحه: ۲۹-۳۷.
- ۱۰- صاحبی علی (۱۳۸۲). اعتبار یابی آزمون DASS21 بر روی نمونه ایرانی، مشهد، معاونت پژوهش دانشگاه فردوسی: ۱۵.
- ۱۱- صدیقی (۱۳۸۲). نظریه‌های بنیادی دوره نوجوانی، تهران، ص: ۱۴.
- ۱۲- ظهیرالدین علیرضا، حسینی محمد، سمنانی یوسف (۱۳۸۳). بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان فیروز کوه. پژوهنده، ۹(۱): ۶۵-۶۱.
- ۱۳- عندلیب کواریم مرتضی، حیدرآباد مجتبی، پوراسمعیلی اصغر، خسرویان بهروز (۱۳۸۹). بررسی ارتباط دینداری و میزان
- اضطراب در دانشجویان همایش ملی سلامت از دیدگاه قرآن کریم با محوریت سوره کهف، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۱۴- کزلی هلن (۱۳۸۲). اختلالات اضطرابی، ترجمه سیروس مبینی، انتشارات رشد: ۲۸.
- ۱۵- مجیدی عابد، منصورى نادر، خوش کنش ابوالقاسم (۱۳۸۹). تاثیر آموزش آموزه‌های مذهبی بر سلامت روان دانش‌آموزان مدارس شبانه روزی مقطع راهنمایی شهرستان شازند همایش ملی سلامت از دیدگاه قرآن کریم با محوریت سوره کهف، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۱۶- مرادی پناه فرشته (۱۳۸۴). بررسی تاثیر موسیقی ملایم بر میزان اضطراب و استرس و افسردگی بیماران کاترئیس قلبی، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس تهران: ۱۸۲۱
- ۱۷- منیر پور نادر، یزدان دولت، خوشفی هلن، کاظم وحید (۱۳۸۳). بررسی ارتباط جمعیت شناختی با میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۴(۱۴): ۱۴-۳۴
- ۱۸- موران محمدرضا، خدایی اردکانی محمدرضا، یوسفی صیاد، احمدی ارسلان (۱۳۸۹). بررسی رابطه معنویت با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان مراکز صنعتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. همایش ملی سلامت از دیدگاه قرآن کریم با محوریت سوره کهف، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۵۲.
- ۱۹- بلقان آبادی مصطفی، سلطانی شال رضا، عبدخدائی محمدسعید، آقا محمدیان شعراف حمیدرضا (۱۳۸۹). تاثیر معنویت بر رضایتمندی و جهت گیری زندگی در دانشجویان همایش ملی سلامت از دیدگاه قرآن کریم با محوریت سوره کهف، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 20-Agardh A, Emmelin M, Muriisa R, Ostergren PO (2010). Social capital and sexual behavior among Ugandan university students, *Global Health Action J*; 3: 1-13
- 21-Al-Gelban KS (2007). Depression, anxiety and stress among Saudi adolescent school boys, *J R Soc Promot Health.*; 127(1):33-7
- 22- Al- Gelben KS (2009). Prevalence of psychological symptoms in Saudi secondary school in Abba Saudi- Arabia, *Ann Saudi Med.*; 29(4): 275-9.
- 23- Apostolo JL, Mendes AC, Azerodo ZA (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, anxiety, and Stress Scales (DASS), *Rev LQT Am Enfermagem*; 14(6): 863-71.
- 24-Bayarm N, Bilgel N (2008). The prevalence and socio-demographic colorations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psyatry Psychiatr Epidemiol*; 43(8): 667-72

- treatment and prognosis. *Psychiatry Q.* 79(2):139-50.
- 37-Emily J H (2003). Depression in Adolescence, *JOGNN*; 32(2): 239-248.
- 38-Fernando R.A(2004). Anxiety disorders in childhood and adolescence: Clinical and neurobiological aspects, *J. Pediatr (Rio J)*, 80 (2): 0- 12
- 39-Essau CA(2000). Frequency, co morbidity and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14: 263–279..
- 40-Garber J (2006). Depression in Children and Adolescents Linking Risk Research and Prevention *American Journal of Preventive Medicine*; 31(6S1): S105-S125.
- 41-Henry JD, Crawford JR(2005). The short – form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21): Construct validity and normative data in a large non – clinical sample: *Br clin psychol*; 44(pt2): 227-39
- 42-Hajiamini Z, Zamani M, Fathi-Ashtiani A. Ebadi A, Khamseh F, Ghoreyshi H(2010). Demographic characteristic correlate to emotional reactions of soldiers, *MilMed Journal*; 1(4):211-16
- 43-Han H-R(2009). Measuring Anxiety in Children: A Methodological Review of the Literature. *Asian Nursing Research*, 3(2).
- 44-Hauenstein Emily J (2003). Depression in Adolescence., *JOGNN*, 32(2):239-248.
- 45-Jolin EM, Weller EB, Weller RA(2008). Anxiety symptoms and syndromes in bipolar children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 10(2):123-9.
- 46-Josephin G(2006).Web based survey of depression anxiety and stress in first year tertiary education students, *Australian and new Zealand journal of psychiatry* ; 40(9): 777-782
- 47-Kendall PC, Puliafico AC, Barmish AJ, Choudhury MS, Henin A, Treadwell KS(2007). Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 1004–1015.
- 48-Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE(2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry.* 62: 593–602
- 49-Lewin Sohn PM (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ; 47(5): 548-55
- 50-Linyan S, Kai W, Fang F, Yi S, Xueping G (2008). Reliability and validity of the screen for
- 25- Beaudoin CE (2009). Bonding and bridging neighborliness: an individual-level study in the context of health. *Soc Sci Med J*; 68(12): 2129-36.
- 26- Blanchard, M L, Gurka. T. J, Blackman J. A(2006) Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health, *Journal Pediatrics*, 117(6): e1202
- 27- Bodden D HM, Bogels SM, Muris P(2009). The diagnostic utility of the screen for child Anxiety related emotional disorders-71 (SCARED-71) .*Behavior research and therapy*, 47: 418-425.
- 28-Broeren S, Muris (2008) P. Psychometric evaluation of two new parent-rating scales for measuring anxiety symptoms in young Dutch children. *Journal of Anxiety Disorders.* 22(6): 949–958.
- 29- Byrne B.A, Haddock C.K, Postom S.C (2002). Parenting style and adolescents smoking, *Journal of Adolescent Health*, 6: 418-25.
- 30-Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E(2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 27: 817–833
- 31-Chang Edward C(2002). Predicting suicide ideation in an adolescent population: examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator *Personality and Individual Differences* ,32 :1279–1291
- 32-Christie S. Blake, RN, MSN, APRN-BC, Vanya Hamrin, RN (2007). *Current Approaches to the Assessment and Management of Anger and Aggression in Youth:A Review*, *JCAPN*; 20 (4): 209-221
- 33-Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A(2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60: 837–844.
- 34- Crawford JR, Henry JD (2003). The depression, anxiety, stress scale .*British Journal of Psychology*: 111-131
- 35-Edimansyah A, Dusli N, Lin N (2010). Translation and validation of the Malay version of the short-form DASS-21 for the epidemiology survey of working population, *JOURNAL OF HAINAN MEDICAL UNIVERSITY*; 16(3).
- 36-El-Mallakh RS, Holyfield M (2008).Co morbid anxiety in bipolar disorder alters

- 59- Rynn M, Riddle MA, Yeung PP, Kunz NR, Pharm D (2007). Efficacy and safety of extended release venlaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents; two placebo- controlled trials, *AMJ Psychiatry* (164):290-300.
- 60-Szabo M (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample, *Journal of Adolescence*, 33(1): 1-8
- child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 612-621
- 51-Lyneham HJ, Street AK, Abbott MJ, Rapee RM(2008). Psychometric properties of the school anxiety scale- teacher report (SAS -TR) .*journal of anxiety disorders*, 22: 292-300.
- 52-Marshal D.B, English D.J, Stewart A.J(2001). The Effect of fathers or father figures on child behavioral problems service in families referred to child protect child maltreatment, 6(4):290-99
- 53-Mangrulkar LC(2001). Life skills approach to child and adolescent healthy human development. *Pan American health Education*, 110-16.
- 54- Meadus RJ(2007). Adolescents coping with mood disorders, *Canada University*; 14(2) p: 209-17
- 55-Muris P , Merckelbach H, Ollendick T, King N, Bogie N(2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample *Behavior Research and Therapy*, 40: 753-772.
- 56-Myer L, Stein DJ, Grimsrud A, Seedat S, Williams DR(2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Soc Sci Med J*; 66(8): 1828-40.
- 57-Ng F, Trauer T, Dodd S, Callaly T, Campbell Sh, Berk M (2011). The validity of the 21-item version of the depression anxiety stress scales as a routine outcome measure, *Acta neuropsychiatrica*; 19(5): 304-310
- 58-Rutter M 7 Taylor E(2002). *Child and Adolescent Psychiatry*, Fourth edi, Black well Science, Malden.

Archive