

## بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷

عفت صادقیان\*، مهناز مقدری کوشا\*\*، سمیرا گرجی\*\*

دریافت: ۸۹/۱/۱۷، پذیرش: ۸۹/۵/۲۶

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** امروزه ارزیابی سلامت روانی دانش آموزان یکی از محورهای مهم بهداشت روانی جامعه است. دلایل بسیاری وجود دارد که سازماندهی خدمات روانی در مدارس، راهبرد اساسی برای ارتقای سلامت روان دانش آموزان و در نهایت کل جامعه است. از آنجایی که نوجوانی یکی از بحرانی ترین دوره های زندگی است و دانش آموزان با فشارهای دوره نوجوانی مواجه هستند احتمال می رود که مستعد مشکلات عاطفی باشند لذا مطالعه ای به منظور تعیین سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی مدارس شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ صورت گرفت.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۶۰۰ نفر از دانش آموزان دختر سال های اول، دوم و سوم دبیرستانهای شهر همدان به روش خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده ها پرسش نامه ی GHQ-28 بود. نقطه ی برش در مقیاس کلی، برای تشخیص افراد بیمار ۲۳ و بالاتر و برای تشخیص افراد بیمار در هر یک از مقیاس های فرعی ۷ منظور شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و توسط آزمونهای آماری ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

**نتایج:** نتایج نشان داد ۶۰٪ و ۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش از مقیاس کلی نمره ۲۳ و بالاتر، ۳۶٪ درصد از مقیاس فرعی خود بیمار انگاری، ۴۶٪ درصد در مقیاس فرعی اضطراب، ۴۹٪ درصد از مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و ۴۵٪ درصد از مقیاس افسردگی، نمره ۷ و بالاتر را کسب نموده اند. نتایج دلالت داشت که رشته تحصیلی، پایه تحصیلی و سن واحدهای مورد پژوهش با میانگین نمره سلامت روانی ارتباط معنی داری داشته است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه نهایی:** با توجه به نتایج بدست آمده، سلامت روانی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در خطر است که به ترتیب مستعد اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب، افسردگی و خود بیمار انگاری می باشند، پس توجه ویژه مسئولین به این گروه ضروری است.

**کلید واژه ها:** اضطراب / افسردگی / بهداشت روانی / دانش آموزان

### مقدمه:

با همین پیش فرض از خدمات مراقبتی پیش گیری بی بهره مانده اند (۳). مشخصه نوجوانی بلوغ است. بلوغ یک فرایند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرایند و تغییر روانشناختی است متفاوت می باشد. در شرایط مطلوب این این دو فرایند همزمان روی می دهند ولی وقتی که بلوغ و نوجوانی هم زمان روی ندهد (که اغلب چنین است) نوجوان ناچار است با این عدم توازن که خود یک استرس اضافی است مدارا کند. نکته بسیار مهم این که بسیاری از آسیب های روانی در دوران بزرگسالی در

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کار آمدی هر جامعه ایفا می کند (۱). دوران نوجوانی به عنوان یکی از مراحل بسیار مهم و بحرانی فرایند رشد و تحول انسان محسوب می شود و از این دوران به عنوان دوران بحران، طوفان، استرس، دوره زایش دوباره، هویت طلبی و جز آن یاد کرده اند (۲). با این حال غالباً نوجوانی را دوره سلامتی می پندارند و این قشر از جامعه

\* عضو هیأت علمی گروه پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان (sadeghian\_e@umsha.ac.ir)

\*\* کارشناس پرستاری

واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۴). اگر دوره ی نوجوانی بدون مشکل سپری شود نوجوان به بزرگسالی سالم تبدیل خواهد شد و نقش بزرگسالی را خوب ایفا خواهد کرد اما اگر در این رهگذر دشواری هایی به وجود آید و بهداشت روانی نوجوان از جاده ی اصلی انحراف پیدا کند به بیراهه کشیده خواهد شد (۵). چه بسیار افرادی که در همان مراحل ابتدائی تحصیلات دبیرستانی به دلیل استرس های روانی و متعاقب آن ابتلای به بیماری های روانی از تحصیل کناره گرفته اند و یا عده ای پس از ورود به دانشگاه به دلیل مشکلات روانی که از سال های قبل داشته اند دچار کاهش بازده فکری و عملی شده و یا پس از فراغت از تحصیلات، سلامت روانی آن ها به خطر افتاده است (۲). در این میان یافته های مطالعات تاکید بر تفاوت های جنسیتی و بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق با نظریه های روانپزشکی می باشد. شایع تر بودن میزان شیوع اختلال روانی در دختران نسبت به پسران می تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و هم چنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد (۴). تقریباً ۲۱ درصد کودکان و نوجوانان در طی یک سال علایم و نشانه های اختلالات روانشناختی را بر طبق DSM-IV تجربه می کنند، علاوه بر این تعداد زیادی در معرض خطر آسیبهای آینده یا به خاطر مشکل رفتاری، فشار عاطفی یا روانی نیازمند یاری وجود دارند، اما هنوز به مرحله ای نرسیده اند که معیارهای مذکور در مورد آنها صدق کند (۶). در ایران ۳۹ درصد دانش آموزان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری هستند (۷). مطالعه ای که بر روی دانش آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر یزد انجام گرفت، نشان داد که میزان شیوع اضطراب در دانش آموزان ۱۹/۰۱ درصد است (۸). نتایج مطالعه ای دیگری که به بررسی میزان و شدت افسردگی در دانش آموزان سال آخر پرداخته، نشان داد بطور کلی میانگین افسردگی دانش آموزان پسر کمتر از دختران است (۱۵/۹۱) در برابر (۱۹/۷۴) و این تفاوت معنی دار بوده است (۹). مطالعه مسعود زاده و همکاران نشان داد که ۳۹/۱ درصد دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی می باشند که بطور معنی داری در دختران بیش از پسران بود (۴). در یک بررسی اخیر ۶۴ درصد از دانش آموزان دختر اضطراب بالینی و ۱۵ درصد افسردگی را نشان دادند. افسردگی،

خودکشی موفق، افکار خودکشی و سوء مصرف مواد در بین نوجوانان افزایش پیدا کرده است (۱۰). نتایج مطالعه ی لایکتسر دلالت داشت که ۲۰ درصد دانش آموزان دبیرستانی از علائم اضطراب و ۳۵ درصد از احساس غمگینی و افسردگی رنج می برند (۱۱). کشور ما جزء کشورهای جوان و در حال توسعه محسوب می گردد، که تعداد متنابهی از جمعیت آن را دانش آموزان تشکیل می دهند، خصوصاً دانش آموزان مقطع متوسطه که دوره حساس جوانی را سپری می کنند. جوانان در این دوران ممکن است بنا به دلایل مختلفی از جمله تکامل جسمی و جنسی، احساسات افراطی، جستجوی هویت، ترس از مسئولیت پذیری، دلهره ورود به دانشگاه یا انتخاب مشاغل و برخی مسائل دیگر تحت فشارهای روانی زیادی قرار گرفته و بشدت در معرض آسیب روانی باشند (۱۲). دانش آموزان شاید بیش از هر کس دیگری نیازمند مقبولیت و حمایت اجتماعی می باشند. زمانی که شرایط و امکانات مناسب فراهم نباشد بر بهداشت روانی و جسمانی دانش آموز صدمه وارد می شود. علاوه بر به وجود آوردن مشکلات فردی، جامعه را نیز دچار مشکلات و مسائلی می کند که حمل آن مستلزم صرف هزینه های بسیار هنگفت و از دست دادن نیروی انسانی می شود. مطالعات نشان می دهد که اگر دانش آموز دارای مشکلات و تضادهای روحی باشد قدرت سازگاری با محیط مدرسه، معلمان، دوستان و خانواده را نخواهد داشت (۵). بنابراین توجه به این قشر و بررسی مشکلات آنها خصوصاً در زمینه ی بهداشت روانی اگر به درستی صورت گیرد و سلامت روانی این قشر را تأمین کنیم می توانیم انتظار فردایی بهتر و روشن تر و جامعه ای سالم تر در زمینه های سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی داشته باشیم (۱۳).

از آنجایی که گروه دانش آموزان با فشارهای دوره نوجوانی مواجه هستند احتمال می رود که مستعد مشکلات عاطفی باشند لذا پژوهشگران در این مطالعه درصدد هستند به بررسی و تعیین سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی مدارس شهر همدان بپردازند تا با مشخص شدن آنها مدیران و برنامه ریزان بخش های مختلف اداره آموزش پرورش استان همدان و همچنین مدیران و مسئولین بهداشت مدارس با ویژگی خاص مرحله نوجوانی ضمن بازنگری، اصلاح و سازماندهی مجدد برنامه های خود، با شناسایی منابع و تعریف مجدد نقش ها،

واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (۴). اگر دوره ی نوجوانی بدون مشکل سپری شود نوجوان به بزرگسالی سالم تبدیل خواهد شد و نقش بزرگسالی را خوب ایفا خواهد کرد اما اگر در این رهگذر دشواری هایی به وجود آید و بهداشت روانی نوجوان از جاده ی اصلی انحراف پیدا کند به بیراهه کشیده خواهد شد (۵). چه بسیار افرادی که در همان مراحل ابتدائی تحصیلات دبیرستانی به دلیل استرس های روانی و متعاقب آن ابتلای به بیماری های روانی از تحصیل کناره گرفته اند و یا عده ای پس از ورود به دانشگاه به دلیل مشکلات روانی که از سال های قبل داشته اند دچار کاهش بازده فکری و عملی شده و یا پس از فراغت از تحصیلات، سلامت روانی آن ها به خطر افتاده است (۲). در این میان یافته های مطالعات تاکید بر تفاوت های جنسیتی و بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق با نظریه های روانپزشکی می باشد. شایع تر بودن میزان شیوع اختلال روانی در دختران نسبت به پسران می تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و هم چنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد (۴). تقریباً ۲۱ درصد کودکان و نوجوانان در طی یک سال علایم و نشانه های اختلالات روانشناختی را بر طبق DSM-IV تجربه می کنند، علاوه بر این تعداد زیادی در معرض خطر آسیبهای آینده یا به خاطر مشکل رفتاری، فشار عاطفی یا روانی نیازمند یاری وجود دارند، اما هنوز به مرحله ای نرسیده اند که معیارهای مذکور در مورد آنها صدق کند (۶). در ایران ۳۹ درصد دانش آموزان مبتلا به مشکلات عاطفی - رفتاری هستند (۷). مطالعه ای که بر روی دانش آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر یزد انجام گرفت، نشان داد که میزان شیوع اضطراب در دانش آموزان ۱۹/۰۱ درصد است (۸). نتایج مطالعه ای دیگری که به بررسی میزان و شدت افسردگی در دانش آموزان سال آخر پرداخته، نشان داد بطور کلی میانگین افسردگی دانش آموزان پسر کمتر از دختران است (۱۵/۹۱) در برابر (۱۹/۷۴) و این تفاوت معنی دار بوده است (۹). مطالعه مسعود زاده و همکاران نشان داد که ۳۹/۱ درصد دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی می باشند که بطور معنی داری در دختران بیش از پسران بود (۴). در یک بررسی اخیر ۶۴ درصد از دانش آموزان دختر اضطراب بالینی و ۱۵ درصد افسردگی را نشان دادند. افسردگی،

اعتبار این پرسشنامه را هم در حد خوب و عالی به دست آورده اند (۱۵).

پس از تکمیل پرسشنامه توسط دانش آموزان نمره گذاری آنها انجام شد، ابتدا به هر سوال نمره مربوطه داده شد، بدین صورت که با استفاده از روش ساده ی لیکرت به هر سؤال نمره صفر تا سه اختصاص داده شد، سپس نمرات سوالات هر معیار با یکدیگر جمع شد و در نهایت نمرات همه معیارها با هم جمع و نمره سلامت روان بدست آمد. نقطه ی برش در مقیاس کلی ۲۳ و برای هر یک از مقیاس های فرعی ۷ در نظر گرفته شد. پس از کد گذاری اطلاعات، تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از SPSS نسخه ۱۰ صورت گرفت. جهت دسته بندی اطلاعات و تعیین میزان اختلالات روانی از آمار توصیفی استفاده گردید و نتایج بدست آمده به صورت جداول آماری ارائه شد. جهت ارتباط سنجی اطلاعات دموگرافیک با سلامت روانی از آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA استفاده شد.

### نتایج:

نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۱۷-۱۶ سال داشتند، میانگین سن واحدهای مورد پژوهش ۱۵/۵۷ سال بود. اکثریت (۳۸/۵٪) در پایه ی اول دبیرستان، (۲۹/۷٪) در پایه ی دوم و (۳۱/۸٪) در پایه ی سوم مشغول به تحصیل بودند. ۳۸/۵٪ در رشته عمومی ۸/۵٪ در رشته ریاضی ۳۱/۳٪ در رشته تجربی ۵/۲٪ در رشته انسانی و ۱۶/۵٪ در رشته ی کار و دانش تحصیل می کردند. مادر اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۹۵/۸٪) و پدر ۹۳/۸٪ از واحد های مورد پژوهش در قید حیات بودند. تحصیلات مادر اکثر واحدهای مورد پژوهش (۵۰/۵٪) زیر دیپلم و تحصیلات پدر ۴۲/۸٪ از آنها نیز زیر دیپلم بود. شغل مادر ۸۴/۲٪ از نمونه ها خانه دار و شغل پدر ۵۷/۵٪ از آنان آزاد بود و حدود نیمی از نمونه ها وضعیت اقتصادی خود را خوب ارزیابی کرده بودند. ۴۸/۸٪ از مادران آنها در محدوده ی سنی ۲۸-۳۸ سال و پدران آنها ۴۳-۳۳ سال قرار داشتند. در این مطالعه ۳۶۱ نفر (۶۰/۲٪) نمره ی کلی بیشتر از ۲۳ و ۲۳۹ نفر (۳۹/۸٪) از آنها نمره ی مساوی و کمتر از ۲۳ را کسب نمودند. در مقیاس ها فرعی ۳۶/۷٪ در مقیاس خود بیمار انگاری، ۴۶/۵٪ در مقیاس اضطراب، ۴۹/۵٪ در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و ۴۵/۸٪ در مقیاس افسردگی نمره

شرایط لازم را برای توسعه سلامت روان دانش آموزان فراهم نمایند.

### روش کار:

در این پژوهش توصیفی- مقطعی ۶۰۰ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان که با توجه به جمعیت کل آنها و استفاده از فرمول آماری محاسبه شده بود، بصورت خوشه ای از مقاطع اول تا سوم انتخاب شدند. با توجه به اینکه شهر همدان به دو منطقه آموزشی تقسیم می شود، پژوهشگران از هر منطقه به صورت تصادفی سه مدرسه را انتخاب کرده و در هر مدرسه برای انتخاب نمونه های خود، از بین مقاطع اول تا سوم به طور تصادفی چند کلاس را انتخاب نموده و در هر کلاس از لیست دانش آموزان آن کلاس تعدادی را بصورت تصادفی انتخاب کرده و پس از جلب اعتماد آنها پرسشنامه را در اختیارشان قرار دادند.

در این مطالعه اطلاعات لازم به وسیله پرسشنامه GHQ-28 که یک پرسشنامه خودایفایی است، جمع آوری گردید. بدین صورت که پس از توضیح در مورد روش پژوهش، روش تکمیل پرسشنامه، جلب همکاری، اعتماد و اطمینان یافتن از محرمانه ماندن پاسخ ها به آزمودنی ها ۱۵ دقیقه فرصت داده شد تا آنرا تکمیل نمایند.

پرسشنامه سلامت عمومی برای اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص نشانه های خفیف روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی در موقعیتهای مختلف به کار برده شده است. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال می باشد که تا کنون در مطالعات مختلف به طور گسترده ای مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه ی سلامت عمومی فرم ۲۸ ماده ای GHQ-28 در سال ۱۹۷۹ توسط "گلدبرگ و هیلدگ" برای غربالگری اختلالات روانشناختی غیر پسیکوتیک طراحی گردید. این فرم دارای چهار مقیاس فرعی بوده و هر مقیاس فرعی هفت پرسش دارد که عبارتند از الف- علائم جسمانی ب- علائم اضطراب ج- کارکرد اجتماعی د- علائم افسردگی.

پایایی این پرسشنامه توسط پالانگ و همکاران ۹۱٪ محاسبه شده است (۱۴).

گلدبرگ و بکدون پایایی ضریب همبستگی نمرات (GHQ) را با نتیجه ارزیابی شدت اختلالات بالینی ۸۰٪ گزارش کرده اند. تحقیقات به عمل آمده در ایران نیز

روان و پایه ی تحصیلی ( $P < 0/003$ ) (جدول ۳) سن و نمره ی سلامت روان ( $P < 0/0001$ ) (جدول ۴) نشان داد.

بالای ۷ را کسب کرده بودند (جدول ۱). آزمون آماری ارتباط معنا داری را بین میانگین نمرات سلامت روان و رشته های مختلف تحصیلی ( $P < 0/001$ ) (جدول ۲) سلامت

جدول ۱: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره هریک از مقیاس های فرعی

نمره	خود بیمار انگاری		اضطراب		اختلال در عملکرد اجتماعی		افسردگی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
> 7	۳۶/۷	۲۲۰	۴۶/۵	۲۷۹	۴۹/۵	۲۹۷	۴۵/۸	۲۷۵
≤ 7	۶۳/۳	۳۸۰	۵۳/۵	۳۲۱	۵۰/۵	۳۰۳	۵۴/۲	۳۲۵
میانگین	۶/۸۲		۷/۸۰		۷/۹۶		۷/۹۵	
انحراف معیار	۴/۰۹		۴/۸۱		۳/۷		۶/۱۷	

جدول ۲: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب رشته ی تحصیلی و نمره ی سلامت روان

نمره سلامت روان	عمومی		ریاضی		تجربی		انسانی		کار و دانش		جمع	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
< 23	۴۷/۶	۱۱۰	۵۲/۹	۲۷	۶۴	۳۴	۹	۲۹	۲۹	۲۹/۳	۲۳۹	۳۹/۸
> 23	۵۲/۴	۱۲۱	۴۷/۱	۲۴	۱۲۴	۶۶	۲۲	۷۱	۷۰	۷۰/۷	۳۶۱	۶۰/۲
جمع	۱۰۰	۲۳۱	۱۰۰	۵۱	۱۸۸	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۹۹	۱۰۰	۶۰۰	۱۰۰
میانگین	۲۸/۲۹		۲۵/۶۱		۳۱/۴۵		۳۴/۴۸		۳۴/۸۵		۳۰/۴۶	
انحراف معیار	۱۴/۶۶		۱۳/۸۳		۱۵/۵۷		۱۵/۸۸		۱۸/۲۷		۱۵/۸۰	
نتیجه آزمون			df= 4		F=5.016						P<0.001	

جدول ۳: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب پایه ی تحصیلی و نمره ی سلامت روان

نمره سلامت روان	اول		دوم		سوم		جمع
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
< 23	۴۷/۶	۱۱۰	۳۹/۳	۷۰	۳۰/۹	۵۹	۲۳۹
> 23	۵۲/۴	۱۲۱	۶۰/۷	۱۰۸	۶۹/۱	۱۳۲	۳۶۱
جمع	۱۰۰	۲۳۱	۱۰۰	۱۷۸	۱۰۰	۱۹۱	۶۰۰
میانگین	۲۸/۲۹		۳۰/۰۵		۳۳/۴۵		۳۰/۴۶
انحراف معیار	۱۴/۶۶		۱۶/۱۸		۱۶/۳۶		۱۵/۸۰
نتیجه آزمون			df=2		F=5.73		p< 0.003

جدول ۴: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن و نمره ی سلامت روان

نمره سلامت روان	۱۴-۱۵ سال		۱۶-۱۷ سال		۱۸-۱۹ سال		پاسخ نداده		جمع
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
< 23	۴۷/۹	۱۱۴	۳۷/۴	۱۱۹	۱۷/۱	۶	۰	۰	۲۳۹
> 23	۵۲/۱	۱۲۴	۶۲/۶	۱۹۹	۸۲/۹	۲۹	۹	۹	۳۶۱
جمع	۱۰۰	۲۳۸	۱۰۰	۳۱۸	۱۰۰	۳۵	۹	۹	۶۰۰
نتیجه آزمون			r= 0.15						P<0.0001

**بحث:**

یافته های پژوهش نشان داد که از تعداد ۶۰۰ نفر شرکت کننده در مطالعه ۳۶۱ نفر برابر با ۶۰/۲٪ مستعد اختلال روانی می باشند و میزان شیوع این اختلالات در بین گروه تحت مطالعه بیش از سایر افراد جامعه است، بطوریکه نتایج طرح سلامت و بیماری که با استفاده از همین پرسشنامه نسبت به اندازه گیری وضعیت سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال جامعه ایران اقدام نموده، شیوع اختلالات روانی را در کل کشور ۲۱٪ بدست آورده است که در استان چهارمحال بختیاری با بیشترین شیوع برابر با ۳۹/۱٪ بوده است (۷). ممکن است بتوانیم دلیل این شیوع بالاتر را در شرایط خاص سنی، اجتماعی-اقتصادی، تنش های ناشی از تحصیل و ... ردیابی نماییم. البته ممکن است درصدی از این اختلاف شیوع نیز به روش جمع آوری اطلاعات ارتباط داشته باشد، بطوریکه پرسشنامه GHQ-28 به صورت خودایفایی طراحی شده است و باید فرد شرکت کننده شخصاً پرسش ها و گزینه های مربوطه را خوانده و یکی از آنها را انتخاب کند، اما در طرح سلامت و بیماری که افراد بالای ۱۵ سال (اعم از باسواد و بی سواد) را از این نظر بررسی نموده است، پرسشنامه توسط پرسش گران تکمیل گردیده است. به نظر می رسد پرسیدن سؤالات به خصوص در مورد وضعیت سلامت روانی از افراد، می تواند پاسخ آنها را تحت تأثیر قرار دهد چرا که بسیاری از مردم تمایل ندارند مسائل و مشکلات روانی خود را صراحتاً به دیگران اعلام نمایند. هم چنین احتمال دارد که برداشت پرسش گران دقیقاً منطبق بر نظر پاسخ دهندگان نباشد.

سید مهدی حسینی فرد، شیوع اختلالات روانی را ۱۶/۶٪ (در دختران ۲۱/۶٪ و در پسران ۱۰/۶٪) گزارش نمود (۱۶) که به نتایج حاصل از پژوهش ما نزدیک نیست. همچنین آنتاش محمدی شیوع اختلالات روانی را ۴/۳۴٪ (۱۷) و مطالعه ی یعقوبی ۲۳/۸۳٪ برآورد نموده است (۱۸) تفاوتی موجود می تواند ناشی از روش ها و ابزارهای به کار برده شده، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی گوناگون و گروه های سنی متفاوت، باشد.

در مطالعه ای که در دانشگاه گلاسکو بین سال های ۱۹۹۷-۱۹۹۵ با استفاده از پرسش نامه GHQ-12 انجام شد دریافتند که وضعیت سلامت روانی دانشجویان با

نزدیک شدن به آزمون های پایان سال تحصیلی بدتر می شود (۱۹)، پدیده ای مشابه ممکن است مطالعه ی ما را نیز تحت تأثیر قرار داده باشد چرا که جمع آوری داده های این مطالعه نیز تقریباً مدت کوتاهی بعد از امتحانات انجام شد و شاید یکی از علل بالا بودن شیوع اختلالات در مقایسه با مطالعات دیگر همین عامل باشد، از طرفی پرسشنامه GHQ-28 در سؤالات خود از وجود علائم عنوان شده در یک ماه گذشته سؤال می کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اختلال در عملکرد اجتماعی نسبت به ۳ اختلال دیگر بیشترین درصد فراوانی را به خود اختصاص داده است و بعد به ترتیب اضطراب، افسردگی و خود بیمار انگاری از شیوع بالایی برخوردار بودند. در مطالعه ی جهانی هاشمی نیز اختلال در عملکرد اجتماعی بیشترین میزان شیوع را داشته است (۱۳) که با مطالعه ما مطابقت دارد. اما در مطالعه ی شمس (۲۰) مطالعه ی یعقوبی (۱۸) و مطالعه ی حسینی (۱۶) اضطراب بیشترین میزان شیوع را داشته است.

در مطالعه ی حاضر شیوع افسردگی ۴۵/۸٪ بدست آمد که نتایج پژوهش مهدی صفری (۲۱) و احمد آریایی نژاد (۲۲) مؤید نتایج به دست آمده است.

نتایج بررسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت در سال ۱۳۷۸ نشان داد که فراوانی نوجوانان مشکوک مبتلا به افسردگی به جز در مورد پسران ۱۹-۱۵ ساله در سایر افراد بیش از ۴۰٪ بوده است که مؤید نتایج مطالعه حاضر است و در پسران ۱۴-۱۰ ساله ی شهری این میزان حتی به ۵۷٪ نیز می رسد. هم چنین در این مطالعه میزان فراوانی نوجوانان مشکوک به ابتلا به اضطراب بیش از ۴۳٪ برآورد شده است (۲۳) که تأیید کننده ی نتایج پژوهش حاضر است.

از نظر شاخص سن در مطالعه مسعودزاده و همکاران بین سلامت روان آزمودنی ها در بعضی از ابعاد بالاخص افسردگی و اضطراب تفاوت معنی دار دیده شد. به طوریکه با بالا رفتن سن میزان اختلالات افزایش یافته است (۴). در مطالعه حاضر نیز بین سن و هر یک از اختلالات خود بیمار انگاری، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط معنی دار دیده شده، پژوهش امیدی و همکاران (۲۴) نیز مؤید نتایج مطالعه حاضر است.

در مطالعه ما بین پایه تحصیلی و برخی از ابعاد سلامت روان از جمله خودبیمار انگاری، اضطراب و

- Journal of Fundamentals of Mental Health 2003; 6(19-20): 92-99. (Persian)
3. Eslami A, Shojaie zadeh D, Kamali P, Gobari banab B, Bateni A. [Assessment of depression and its relation with individual attitude to religion in Slamshar students]. *Teb and Tazkie Journal* 1999; 34:29-34. (Persian)
  4. Masod zadeh A, Khalilian A, Eshrafi M, Kimibegi K. [Mental health student in Sari city]. *Mazandaran Medical University Journal* 2005; 74-82. (Persian)
  5. Jafari F. [Stressor in adolescence in Kermanshah city]. *Behbod Journal* 2003; 8(1):35-42. (Persian)
  6. Sadeghian E, Farhadi nasab A, Falahinia Gh. [The study of mental health students in the Hamadan university of medical science]. *The Journal of Evaluation and Development in Medical Education* 2009;1(1): 44-54. (Persian)
  7. Kaveh MH, Shojaei zadeh, Shah Mohamadi D, Eftekhari Ardabili H, Rahimi A, Bolhari J. [Determination of teachers role in mental health students]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2003; 2(2):95-103. (Persian)
  8. Ali Asgar Nejad F. [Determination of effect ion of mental health education in Tehran high school students]. Thesis for MSc. Tarbiat Modares University. (Persian)
  9. Royal College of Psychiatrists. *The mental health of students in high education*. London, 2003: 1-66.
  10. Farsi A, Amirian J. [Assessment of mental health in students boy and girl in Shiraz]. Thesis for MSc. Shiraz Univ Med Sci, 2001. (Persian)
  11. The mental health foundation. *Promoting student mentalhealth*. January 2001. Available from : <http://www.meantalhealth.org>
  12. Asadi H, Ahmadi M R. [Comparison students mental health athlete and nonathlete in Sanandaj]. *Harakt Journal* 2000;5:49-84. (Persian)
  13. Jahani Hashemi H, Noroozi K. [Mental health in students in Qazvin University of Medical Sciences]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2004; 2(3): 145-152. (Persian)
  14. Shariati M, Kaffashi A, Ghaleh Bandy MF, Fateh A, Ebadi M. [Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2002; 3(1): 29-37. (Persian)
  15. Montazari A, Shariati M, Harirchi AM, Garma-rod G, Ebadi M. [Assessment of quality of life and mental health in Iranian adolescences]. *Pajohesh kadeh Health Science Jahad Daneshgahi* 2003:24-35. (Persian)
  16. Hosseini Fard S M, Birashk B, Atef Vahid M K. [Prevalance of mental disorder high school students in Rafsanjan city]. *Iranian Journal of*

افسردگی ارتباط معنی دار دیده شد. مطالعات مسعودزاده و همکاران نیز بیشترین میانگین نمره سلامت روان را مربوط به مقطع تحصیلی پیش دانشگاهی و کمترین آنرا مربوط به مقطع تحصیلی اول دبیرستان بدست آورد(۴).

### نتیجه نهایی:

نتایج نگران کننده ی این مطالعه حاکی از احتمال شیوع بالای اختلال روانی در بین دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان می باشد، چرا که ۶۰٪/۲ واحدها مستعد اختلال روانی بوده اند که بسیار قابل توجه بوده و توجه بیش از پیش مسئولین و محققین را در این زمینه طلب می کند تا با تغییر عوامل شناخته شده مؤثر بر وضعیت سلامت روانی نسبت به بهبود وضعیت اقدام کنند. در نهایت اگر بخواهیم با رویکرد اجتماعی به این مشکل نگاه کنیم می بایست ضمن فراهم کردن امکان مشاوره ، پیش گیری و درمان این افراد ، شرایط حاکم بر محیط های آموزشی جامعه را به وسیله ی ارگان های ذی ربط به نوعی تغییر دهیم که نه تنها باعث بروز مشکلات روانی در افراد نشود بلکه آنان را در مقابل بروز چنین اختلالاتی محافظت نماید. با توجه به نتایج مطالعه شروع آموزش های مربوط به سلامت روانی از سنین نوجوانی، ارائه خدمات مشاوره جهت کاهش مشکلات، برگزاری کارگاه های آموزش مهارتهای زندگی، توسعه فعالیتهای فوق برنامه و تفریحی، فراهم آوردن امکانات رفاهی مناسب ترو انجام مطالعات مشابه بر روی سایر دانش آموزان پیشنهاد می گردد.

### سپاسگزاری:

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از اعضای محترم کمیته ی پژوهشی دانشجویان ، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان ، مدیران گرامی و معاونین محترم دبیرستانهایی که در جمع آوری اطلاعات مساعدت نمودند و کلیه دانش آموزانی که در اجرای پژوهش همکاری نمودند، تقدیم می دارند.

### منابع:

1. Sadeghian E, Heidarian pour A. [Determination of mental health and related stressors in student of Hamadan medical university]. *The Hayat of official scientific quarterly publication of the School of Nursing & Midwifery* 2009;15(1):71-81. (Persian)
2. Hosseini S H, Moosavi S E, Reza zadeh H. [Assessment of mental health in students of junior high schools in the city of Sari]. *The Quarterly*

- Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 2002;11(131):71-80. (Persian)
17. Mohamadi A. [Assessment of mental disorder in high school students]. Theses for Msc in clinical psychology, 2001. (Persian)
  18. Eagobi N, Nasr M, Shamohamadi D. [Prevalence of mental disorder in Somesara city. (Gilan)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar). 1995;4:55-65. (Persian)
  19. Morrison JM, Moffat KJ. More on medical students stress. Medical Education 2001;35:617-18.
  20. Shams Alizadeh N, Shah Moamadi D, Bolhari S J. [Prevalence of mental disorder in village on Tehran city]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar). 2001; 25-26: 19-26. (Persian).
  21. Safari M. [Determination of depression and factor effective in shahed children in Hamadan city]. Theses for general doctorate degree, 1999, (Persian).
  22. Aryaei nejad A. [Assessment of frequency of depression in high school students in Hamadan city]. Theses for general doctorate degree, 1999. (Persian).
  23. Ministry of health and Medical Education. Si-maie Salamat. 1999. (Persian).
  24. Omidi A, Tabatabaie A, Sazor SA, Akashe G. [Prevalance of mental health in natanz. Esfehan city]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology(Andeesheh Va Raftar). 2003; 8(4): 32-38. (Persian).

Archive of SID