

اختلالات روانی در دختران بالای ۱۵ سال ساکن مراکز حمایتی شهر کرمان در سال ۱۳۸۰

علیرضا غفاری نژاد^{۱*}، فاطمه پویا^۲، مهدی وحدتی^۳

خلاصه

سابقه و هدف: اختلالات روانی، اختلالات شایعی می‌باشند. این اختلالات باعث کاهش عملکرد اجتماعی افراد مبتلا می‌شوند. بعضی گروه‌های خاص مانند نوجوانان بی‌سرپرست نسبت به ابتلاء به این اختلالات بیشتر آسیب‌پذیر می‌باشند. هدف این مطالعه شناسایی مشکلات روانی در دختران بی‌سرپرست ساکن مراکز حمایتی در کرمان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۵۰ دختر بی‌سرپرست بالای ۱۵ سال که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. آنها از نظر سن و سطح تحصیلات با ۱۵۰ دختر دبیرستانی که پدر و مادرشان در قید حیات بودند هم‌تاسازی شدند. دو گروه به وسیله آزمون SCL-90-R مورد سنجش قرار گرفتند. آزمون SCL-90-R دارای ۹۰ ماده است و برای ارزشیابی علائم روانپزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نقطه برش این آزمون در ایران ۰/۴ گزارش شده است.

یافته‌ها: نمره و شیوع لحظه‌ای تمامی مقیاس‌ها در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود. بیشترین و کمترین نمره‌ها در دو گروه به ترتیب مربوط به مقیاس‌های افکار پارانوئیدی و ترس مرضی بود. بیشترین و کمترین شیوع لحظه‌ای در دو گروه به ترتیب مربوط به شکایات جسمانی و ترس مرضی بود. شیوع لحظه‌ای برای تمامی مقیاس‌ها در گروه مورد ۹۰/۳۳٪ بود.

نتیجه‌گیری: شیوع لحظه‌ای بالا برای تمامی مقیاس نشان‌دهنده آسیب‌پذیری زیاد ایتمام می‌باشد. ارزیابی منظم روانی و ارجاع به موقع برای درمان می‌تواند باعث افزایش سطح بهداشت روانی آنها گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روانی، مؤسسات حمایتی، آزمون SCL-90-R، کرمان

*۱- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

۲- مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شهر کرمان نگهداری می‌شدند، به صورت اتفاقی انتخاب شدند. این گروه پس از بررسی با ۱۵۰ نفر از دختران دبیرستانی که در خانواده خود زندگی می‌کردند و پدر و مادر هر دو در قید حیات بودند، از نظر سن و مقطع تحصیلی هم‌تاسازی شده و مورد مقایسه قرار گرفتند. گروه‌های مورد مطالعه پس از ثبت خصوصیات جمعیت‌شناختی توسط آزمون سنجش اختلالات روانی (SCL90-R) مورد سنجش قرار گرفتند. این مطالعه در سال ۱۳۸۰ شمسی و در یک فاصله شش ماهه از فروردین تا شهریور صورت گرفت. آزمون SCL 90-R دارای ۹۰ سؤال می‌باشد که علائم نه‌گانه شایع روان‌پزشکی، شامل افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را می‌سنجد. ضمناً ۷ سؤال متفرقه نیز در این آزمون وجود دارد.

هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد، ۴=به شدت) ارزیابی می‌گردند. علاوه بر اندازه‌گیری هر یک از مقیاس‌های فوق، سه شاخص این آزمون یعنی شدت کلی ناراحتی [Global Severity Index (GSI)] و شدت علائم مثبت [Positive Symptom Distress Index (PSDI)] و شمار علائم مثبت [Positive Symptom Total (PST)] را می‌سنجد. GSI نشان‌دهنده وضعیت روانی در فرد بدون تأکید بر نوع خاص آن اختلال می‌باشد که با جمع نمرات سؤالات نودگانه تقسیم بر نودکردن این جمع بدست می‌آید. شاخص PSDI با تقسیم مجموع نمرات سؤالات نودگانه بر PST بدست می‌آید و نوعی سنجش از شدت ناراحتی است. این آزمون برای ارزشیابی، علایم روانپزشکی توسط دراگوئیس^۱ و همکاران در سال ۱۹۷۳ معرفی شد [۶] و پس از چندی مورد تجدید نظر قرار گرفته و نسخه نهایی آن تهیه گردید [۷]. میرزایی در سال ۱۳۵۹ نقطه برش این آزمون را که بر روی ۷۸۰ نفر از اهالی روستاهای صومعه، ترکمن صحرا، شیراز و شماری از ساکنان تهران انجام گردیده بود ۰/۴ گزارش نمود [۴]. باقری یزدی و همکاران در سال ۱۳۷۳ ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۹۷ و

اختلالات روانی در جوامع بشری شایع می‌باشند. این اختلالات باعث کاهش عملکرد اجتماعی مبتلابان و تحمیل هزینه‌های زیادی بر دولت‌ها و سیستم‌های حمایتی می‌شوند. اختلالات روانی، همواره در جوامع بشری وجود داشته و هیچ فردی نمی‌تواند ادعا نماید که در برابر ابتلا به اختلالات روانی مصون می‌باشد. بعضی از گروه‌ها در معرض خطر بیشتری برای ابتلاء به اختلالات روانی قرار دارند. یکی از این فردی گروه‌ها، کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست هستند [۹، ۱۴]. این کودکان از دغدغه‌های سیستم‌های بهداشتی بوده و نیاز به توجه بیشتری دارند [۵]. کودکان مقیم پرورشگاه‌ها در مقایسه با کودکانی که با والدین خود زندگی می‌نمایند، مشکلات روانی بیشتری دارند. این کودکان عصبی و پرخاشگر بوده و در تحصیلات مشکل دارند، همچنین آنها احساس ناکامی داشته و افسرده می‌باشند [۱۳]. در یک مطالعه در تانزانیا نشان داده شده است که ۳۴٪ از کودکان مورد مطالعه در مراکز حمایتی در یک سال قبل از انجام مطالعه، اقدام به خودکشی داشتند. در همین مطالعه نشان داده شده که دختران بی‌سرپرست، بیشتر از پسران دچار مشکلات روانی بوده اند [۱۱]، به علاوه نشان داده شده است که کودکانی که در پرورشگاه‌ها و مراکز حمایتی زندگی می‌کنند در بزرگسالی بیشتر از سایر کودکان در معرض ابتلاء به افسردگی می‌باشند [۱۰].

تا جایی که نویسندگان اطلاع دارند، مطالعه جامعی در این خصوص در کشور ما صورت نگرفته است. در این تحقیق به مطالعه اختلالات روانی در دختران بی‌سرپرستی که در مراکز حمایتی شهر کرمان زندگی می‌کردند، پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

با توجه به محدودیت‌های موجود برای پژوهشگران، در این مطالعه مقدماتی مقطعی، دختران بی‌سرپرست که تصور می‌رود در معرض آسیب روانی بیشتری می‌باشند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

۱۵۰ نفر از دختران بی‌سرپرست بالای ۱۵ سال که حداقل یکی از والدین خود را از دست داده و در یکی از مراکز حمایتی

مرضی بوده و به ترتیب در دو گروه مورد و شاهد،
۰/۹۷±۰/۹۹ و ۰/۵۶±۰/۶۶ بود. کلیه شاخص‌های سنجش
شده آزمون، PST, PSDI, GSI در گروه مورد بیشتر از گروه
شاهد بود ($p < 0/0001$). نتایج در جدول ۱ نشان داده شده
است.

GSI در گروه مورد ۱/۶۲±۰/۶۹ و در گروه شاهد
۱/۰۴±۰/۵۹ بود. اختلاف دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود.
با توجه به دستورالعمل آزمون وجود بیماری و شدت آن در دو
گروه مورد سنجش قرار گرفت در گروه مورد ۱۴/۶۷٪ سالم،
۵۳/۳۳٪ مرزی، ۳۰/۶۷٪ بیمار و ۱/۳۶٪ به شدت بیمار ارزیابی
گردیدند. در حالی که هیچ مورد "به شدت بیمار" در گروه
شاهد یافت نشد.

بیشترین شیوع لحظه‌ای در گروه مورد مربوط به شکایات
جسمانی (۹۸٪) و کمترین آن مربوط به ترس مرضی (۶۲٪)
بود. در گروه شاهد بیشترین شیوع لحظه‌ای مربوط به شکایات
جسمانی (۸۴/۶۷٪) و کمترین آن مربوط به ترس مرضی
(۴۳/۳۳٪) بود. شیوع لحظه‌ای برای کلیه مقیاس‌های آزمون
در گروه مورد به صورت معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود.
نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است. شیوع لحظه‌ای برای
کل مقیاس‌ها در گروه مورد ۹۰/۳۳٪ و در گروه شاهد ۶۸/۶۷٪
بود ($P < 0/0001$).

حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸،
۰/۹۶ گزارش نمودند [۱].

این آزمون در مطالعات اپیدمیولوژیک در استان کرمان
توسط معتمدی و همکاران [۲،۳] مورد استفاده قرار گرفته
است. وجود بیماری و شدت آن در دو گروه مورد مطالعه بر
اساس دستورالعمل آزمون تعیین گردید. شیوع لحظه‌ای برای
کلیه مقیاس‌ها و نیز به طور جداگانه برای هر کدام از
مقیاس‌ها تعیین شد. درصدا فردی که در هر یک از مقیاس‌ها
نمره پاتولوژیک کسب نمودند، شیوع لحظه‌ای برای آن مقیاس
می‌باشد. درصد افرادی که حداقل در یکی از مقیاس‌ها نمره
پاتولوژیک دریافت نمایند شیوع لحظه‌ای برای کلیه مقیاس‌ها
تعریف می‌گردد. نتایج بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری
EPI6 و با استفاده از آزمون‌های آماری χ^2 و t مورد تجزیه و
تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی \pm انحراف معیار در گروه مورد
۱۷/۶۵±۲/۳۵ سال و در گروه شاهد ۱۷/۸۵±۲/۲۴ سال بود.
اختلاف سنی دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود. کلیه
مقیاس‌های سنجش شده توسط آزمون SCL 90-R در گروه
مورد به صورت معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود. بیشترین
نمره در هر گروه در مقیاس افکار پارانوئیدی کسب شد و به
ترتیب در گروه مورد و شاهد، ۲/۲۲±۰/۹۱ و ۱/۴۳±۰/۸۸
بود. کمترین نمره کسب شده در هر دو گروه در مقیاس ترس

جدول ۱: میانگین نمره مقیاس‌های آزمون SCL-90-R در دو گروه مورد و شاهد

تحلیل آماری	گروه شاهد		گروه مورد		مقیاس
	انحراف معیار ± میانگین	P Value	انحراف معیار ± میانگین	P Value	
<۰/۰۰۰۱	۰/۹۷±۰/۹۲		۱/۷۶±۱/۰۵		پرخاشگری
<۰/۰۰۰۱	۱/۰۸±۰/۷۴		۱/۶۶±۰/۷۸		اضطراب
<۰/۰۰۰۱	۱/۲۵±۰/۸۱		۱/۹۶±۰/۸۱		افسردگی
<۰/۰۰۰۱	۱/۲۶±۰/۸۲		۲/۰۰±۰/۸۰		حساسیت در روابط متقابل
<۰/۰۰۰۱	۱/۱۰±۰/۶۷		۱/۶۵±۰/۶۸		وسواس و اجبار
<۰/۰۰۰۱	۱/۱۰±۰/۶۲		۱/۵۵±۰/۷۶		شکایات جسمانی
<۰/۰۰۰۱	۰/۶۶±۰/۵۶		۰/۹۹±۰/۶۷		ترس مرضی
<۰/۰۰۰۱	۱/۴۳±۰/۸۸		۲/۲۲±۰/۹۱		افکار پارانوئید
<۰/۰۰۰۱	۰/۸۸±۰/۶۹		۱/۴۲±۰/۷۳		روان‌پریشی
<۰/۰۰۰۱	۱/۰۴±۰/۵۹		۱/۶۹±۰/۶۲		GSI
<۰/۰۰۰۱	۱/۸۱±۰/۵۲		۲/۳۳±۰/۵۴		PSDI
<۰/۰۰۰۱	۴۸/۵۹±۱۷/۷۵		۶۲/۹۲±۱۳/۲۱		PST

جدول ۲: شیوع لحظه‌ای برای مقیاس‌های نه‌گانه سنجش شده آزمون SCL 90-R در دو گروه مورد و شاهد

تحلیل آماری	گروه شاهد		گروه مورد		مقیاس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<۰/۰۰۰۱	۶۷/۳۳	۱۰۱	۹۰	۱۳۵	پرخاشگری
<۰/۰۰۰۱	۷۶/۶۷	۱۱۵	۹۵/۳۳	۱۴۳	اضطراب
<۰/۰۰۰۱	۷۷/۳۳	۱۱۶	۹۷/۳۳	۱۴۶	افسردگی
<۰/۰۰۰۱	۶۸	۱۰۲	۹۴	۱۴۱	حساسیت در روابط متقابل
<۰/۰۰۰۱	۵۸/۶۷	۸۸	۸۹/۳۳	۱۳۴	وسواس و اجبار
<۰/۰۰۰۱	۸۴/۶۷	۱۲۷	۹۸	۱۴۷	شکایات جسمانی
<۰/۰۰۰۱	۴۳/۳۳	۶۵	۶۲	۹۳	ترس مرضی
<۰/۰۰۰۱	۵۰	۷۵	۸۲/۶۷	۱۲۴	افکار پارانوئید
<۰/۰۰۰۱	۷۵/۳۳	۱۱۳	۹۵/۳۳	۱۴۳	روان‌پریشی

کل اختلالات سنجش شده در پژوهش حاضر بالاتر از شیوع جهانی آن‌ها می‌باشد. متأسفانه مشاهده شده که چنانچه امکان بازگشت کودکانی که به مدت طولانی در مراکز حمایتی نگهداری می‌شدند به منزل خود و نزد پدر و مادرشان فراهم گردد بهبود قابل توجهی در وضعیت روانی و رفتاری آنها مشاهده نمی‌شود [۱۷].

کودکان بی‌سرپرست و یا بدسرپرست که در مراکز حمایتی نگهداری می‌شوند مستعد ابتلاء به اختلالات روانی می‌باشند. این کودکان نهایتاً در بزرگسالی ضمن آن که آسیب دیده و بیمار هستند می‌توانند به نوبه خود باعث آسیب‌های اجتماعی و پیدایش مشکلات برای دیگران گردند، لذا توجه به وضعیت سلامت روانی آنها ضروری است و ارزیابی و مشاوره‌های دوره‌ای روانپزشکی و ارجاع به موقع برای درمان از اقداماتی است که می‌تواند در تأمین سلامت روانی آنها کمک کننده باشد [۱۶]. این پژوهش تنها بر روی دختران صورت گرفته که می‌تواند به عنوان یک محدودیت تحقیق تلقی گردد. هر چند به طور کلی دختران و زنان در برابر اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر از مردان می‌باشند، اما مطالعات جامعی که در برگیرنده هر دو جنس باشد و استفاده از ابزارهای دقیق‌تر که بیماری‌های روانی را به صورت خاص سنجش می‌نماید، می‌تواند در آینده وضعیت روانی این کودکان را در کشور ما مشخص‌تر سازد.

کودکانی که در کانون‌های حمایتی و پرورشگاه‌ها زندگی می‌کنند به نسبت همگنان خود در معرض خطرات اجتماعی و بیولوژیک بیشتری قرار دارند. این کودکان در پنج زمینه آسیب‌پذیرتر می‌باشند. آنها بیشتر در معرض بیماری‌های عفونی می‌باشند، امکان سوء تغذیه و اختلال رشد در آنها بیشتر است، در زمینه تمایز قدرت شناختی مشکل بیشتری داشته و بیشتر در معرض ابتلاء به اختلالات روانی می‌باشند و همچنین بیشتر از نظر جسمی و جنسی مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند [۸]. این کودکان در زمینه تحصیل دچار مشکل می‌باشند و معلمان آنان غالباً نمی‌دانند چگونه با مشکلات روانی و اجتماعی آنها کنار آمده و نهایتاً نمی‌توانند در کار خود به خوبی موفق باشند [۱۵]. در این مطالعه نشان داده شد که شیوع لحظه‌ای برای کل بیماری‌ها و نیز شیوع لحظه‌ای برای مقیاس‌های نه‌گانه از مطالعات مشابه انجام شده در استان کرمان بیشتر بود. شیوع لحظه‌ای در دانشجویان علوم پزشکی کرمان ۲۸/۱۲٪ [۲] و در روستاهای استان کرمان ۴۱/۰۹٪ بوده است [۳].

در ۵۴٪ از کودکانی که در مراکز حمایتی روانی نگهداری می‌شدند در این مطالعه درجاتی از اختلالات روانی مشاهده شد که محققین فراوانی این اختلالات را در محدوده گزارشات جهانی (۷۰٪-۴۱٪) ارزیابی نمودند [۱۲]. شیوع لحظه‌ای برای

منابع

- [۱] باقری یزدی، س ع، بوالهیری، ج، شاه‌محمدی، د. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد، فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۳ (شماره ۲ و ۳)، ص ۳۹-۳۲.
- [۲] معتمدی، س ه، نیکیان، ی، تارزی، ه. تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۸، دوره ششم، شماره ۳، ص ۱۵۶-۱۴۹.
- [۳] معتمدی، س ه، یاسمی، م ت، کرباسی، س ح، بنی‌واهب، ق. تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در روستاهای استان کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، دوره پنجم، شماره ۱، ص ۳۶-۳۱.
- [۴] میرزایی، ر. ارزیابی و پایایی اعتبار آزمون SCL 90-R در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران، ۱۳۵۹، ص ۵۳-۵۰.

[5] Brand AE, Brinich PM: Behavior problems and mental health contacts in adopted, foster, and

nonadopted children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(8): 1221-9.

- [6] Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scales-preliminary report. *Psycho pharmacol Bull*, 1973; 9(1): 13-27.
- [7] Derogatis LR, Rickels K, Rock A. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-289.
- [8] Frank DA, Klass PE, Earls F, Eisenberg L: Infants and young children in orphanages: one view from pediatrics and child psychiatry. *Pediatrics*. 1996; 97(4): 569-78.
- [9] Garwood MM, Close W: Identifying the psychological needs of foster children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2001; 32(2): 125-35.
- [10] Herman DB, Susser ES, Struening EL: Childhood out-of-home care and current depressive symptoms among homeless adults. *Am J Public Health*. 1994; 84(11): 1849-51.
- [11] Makame V, Ani C, Grantham-McGregor P: Psychological well-being of orphans in Dar El Salam, Tanzania. *Acta Padiatr*. 2002; 91(4): 459-65.
- [12] Pluye P, Lehingue Y, Aussilloux C, Popa I, et al. Mental and behavior disorder in children palced in long term care institutions in Hunedoara, Cluj and Timis, Romania. *Sante* 2001; 11(1): 5-12.
- [13] Raslaviciene G, Zaborskis A: The development of mixed emotional and behavioral disorders in children raised in foster care institutions. *Medicina (Kaunas)* 2002; 38(7): 759-68
- [14] Rosenfeld AA, Pilowsky DJ, Fine P, Thorpe M, et al: Foster care: an update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(4): 448-57.
- [15] Sengendo J, Nambi J: The psychological effect of orphanhood: a study of orphans in Rakai district. *Health Transit Rev* 1997; 7 supp: 105-24.
- [16] Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*. 2000; 106(4 supp): 909-18.
- [17] Taussig HN, Clyman RB, Landsverk J. Children who return home from foster care: a 6 year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics* 2001; 108(1): E10.