

سلامت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام بر اساس تفاوت جنسیتی

اسحاق قیصریان^۱

امیدعلی باپیری^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام بر اساس تفاوت جنسیتی انجام شد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ اجرا کمی است و به شیوه توصیفی انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دوره اول متوسطه استان ایلام در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ است که از این جامعه، نمونه‌ای به تعداد ۳۷۸ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شد. داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی گلدبرگ و مصاحبه تشخیصی جمع‌آوری گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که بر اساس نمرات پرسشنامه، ۲۰/۷ درصد و با توجه به نتیجه مصاحبه، ۱۷/۷۴ درصد از افراد نمونه آماری، مشکلاتی در زمینه سلامت روان دارند. میزان مشکلات سلامت روان در میان پسران ۱۶/۳ درصد و در بین دختران ۲۵/۳ درصد بود. در ابعاد چهارگانه سلامت نیز در نارساکنش‌وری اجتماعی ۲۹/۸ درصد، در اضطراب و بیخوابی ۱۹/۱ درصد، در افسردگی ۱۶/۱ درصد و در نشانه‌های جسمانی ۱۴ درصد مشکل داشتند. تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که مشکلات دختران در متغیرهای سلامت، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی از پسران بیشتر است و این تفاوت از نظر آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). یافته‌ها همچنین نشان داد که تفاوتی بین میزان سلامت دانش‌آموزان بر حسب سن والدین، پایه تحصیلی و شغل آنها وجود ندارد. نتایج پژوهش بیانگر ضرورت اجرای برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان در دوره نوجوانی توسط متصدیان امر سلامت و اولیای تعلیم و تربیت است.

واژگان کلیدی: سلامت روان، دانش‌آموزان، دوره اول متوسطه، ابعاد سلامت، استان ایلام.



موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدنی مورد توجه انسان بوده و بیشتر بعد جسمانی آن مورد نظر قرار گرفته و به بعد روانی آن کمتر توجه شده است. تاکنون تعاریف گوناگونی از سلامت روان در روانشناسی ارائه گردیده است. از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی به حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری گفته می‌شود که بین این سه بعد تأثیر متقابل و پویا وجود دارد (چانگ و همکاران، ۲۰۰۹: ۲۱۵). بر اساس این تعریف سلامتی تنها جنبه جسمانی افراد را شامل نمی‌شود؛ بلکه باید به جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز توجه کرد (جیاگوراتان، و همکاران، ۲۰۱۷: ۸۸). مفهوم سلامت روانی احساس خوب بودن، اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (حدادی و همکاران، ۱۳۸۵: ۶۹). علاوه بر تعریف ذکر شده هریک از دیدگاه‌ها و مکاتب روانشناسی نیز تعریف ویژه‌ای از سلامت روان ارائه داده‌اند؛ دیدگاه زیست‌شناختی، سلامت روان را در عدم وجود و حضور علائم بیماری‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس و ... می‌داند. بر اساس این دیدگاه، انسان سالم کسی است که نشانه‌های بیماری روانی در او دیده نشود. از دیدگاه تحلیل روانی و به‌طور خاص فروید، سلامت روان به معنای تعادل بین سه ساختار شخصیتی انسان یعنی «نهاد»، «من» و «من برتر» است. به نظر او، ایده‌آلی است که اکثر مردم از آن برخوردار نیستند. طبق دیدگاه رفتارگرایی نیز سلامت روان به معنای وجود رفتار سازگارانه و نبود رفتار ناسازگارانه می‌باشد و رفتاری سازگارانه است که فرد را به اهدافش می‌رساند. دیدگاه انسان‌گرایی از منظر دیگری به موضوع نگریسته است و سلامت روان را به معنای رشد، شکوفایی و تحقق استعدادها و نیروهای درونی می‌داند. در این الگو هدف انسان سالم، رسیدن به کمال و شکوفاسازی تمام استعدادهای ذاتی است. دیدگاه هستی‌گرایی هرچند از جهاتی به دیدگاه انسان‌گرایی شبیه است؛ اما برخلاف دیدگاه انسان‌گرایی که در توصیف سلامت روان بر فرآیند خود شکوفایی تأکید دارد، این دیدگاه بر احساس معنا در زندگی تأکید می‌کند.

سلامت روان نقش برجسته‌ای در رشد و تکامل اجتماعی - روانی در دوره‌های مختلف زندگی؛ به‌ویژه در دوره نوجوانی ایفا می‌کند؛ چراکه مشکلات سلامت روان می‌تواند سرمنشأ یک بیماری جدید باشد (شکیب و نوروزی، ۱۳۹۴: ۲۲۱). دانش‌آموزان بخش عظیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند و گردانندگان جامعه فردا خواهند بود. یکی از دلایل موفقیت نظام آموزشی در هر کشور، داشتن دانش‌آموزانی سالم است. وجود مشکلات روانی و جسمی در امر آموزش دانش‌آموزان تأثیر جدی دارد و افت تحصیلی و گاهی ترک تحصیل از عواقب آن است (موسوی‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۷). شیوع اختلالات روانی در ایران ۱۸-۲۳ درصد گزارش شده است. اختلالات روانی دانش‌آموزان، خانواده، مدرسه و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و افت تحصیلی و اختلال در رشد شناختی، عاطفی، اخلاقی و اجتماعی آنان را در پی دارد (توکلی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۵۰). بر اساس اطلاعات سازمان بهداشت جهانی، یک پنجم از جوانان زیر ۱۸ سال، دچار اشکال پیشرفته مشکلات رفتاری یا عاطفی هستند و پیش‌بینی می‌شود که میزان



بروز این اختلالات تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۵۰ درصد برسد (یانگ^۱، ۲۰۰۴: ۲۰۳). در بررسی ملی وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور، ۲۹/۸ درصد از افراد مورد مطالعه، مشکوک به اختلال روانی بودند (طاووسی و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۳۲). مطالعه امامی میزان اختلالات روانی در دختران را ۳۴/۱ درصد و در پسران ۲۳/۷ گزارش کرده است (فاتحی زاده و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۷). پژوهش صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر همدان» نشان داد که ۶۰/۲ از دانش آموزان مورد پژوهش از سلامت روانی خوبی برخوردار نیستند.

با مطالعه وضعیت سلامت روان دانش آموزان، می‌توان اطلاعات ارزشمندی را در زمینه برنامه‌ریزی‌های آموزشی، درمان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در اختیار مسئولان، برنامه‌ریزان و مدیران ارائه‌کننده خدمات قرار داد. پایش سلامت و تعیین‌کننده‌های آن، هم برای توسعه و هم برای برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت ضروری است؛ بنابراین پرداختن به سلامت روانی دانش آموزان نوجوان یکی از محورهای مهم و پایه برای بهداشت و سلامت روانی جامعه است. در این پژوهش با تأکید بر این موضوع که برای داشتن سلامت روانی، رهایی از بیماری روانی به تنهایی کافی نیست، سعی شده است به نخستین گام ضروری سلامتی که همانا فقدان بیماری است توجه بیشتری شود و شیوع اختلالات روانی و عاطفی به عنوان مهمترین و ضروری‌ترین عنصر پیش‌نیاز سلامتی مورد مطالعه قرار گیرد؛ زیرا هر تلاشی که برای رشد و گسترش رفاه کامل روانی، جسمانی و اجتماعی صورت گیرد، بدون توجه به مقدمه آن؛ یعنی نداشتن بیماری روانی و عاطفی، چندان اثربخش نخواهد بود. بنابراین سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که: تفاوت سلامت روان دانش آموزان دوره اول متوسطه در استان ایلام بر اساس جنسیت چگونه است؟

اهداف پژوهش

هدف اصلی این پژوهش، بررسی تفاوت سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه اول استان ایلام بر اساس جنسیت است.

اهداف فرعی:

- ۱- بررسی وضعیت ابعاد سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه اول استان ایلام؛
- ۲- بررسی وضعیت سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه اول استان ایلام به تفکیک جنسیت؛
- ۳- بررسی وضعیت سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه اول استان ایلام به تفکیک پایه تحصیلی.



سؤالات پژوهش

- ۱- وضعیت سلامت روان دانش آموزان پسر دوره متوسطه اول استان ایلام چگونه است؟
- ۲- وضعیت سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول استان ایلام چگونه است؟
- ۳- وضعیت دانش آموزان دوره متوسطه اول استان در خرده مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی چگونه است؟
- ۴- آیا بین سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه اول استان ایلام با توجه به ویژگی‌های جنسیت، پایه تحصیلی و شهر محل سکونت تفاوت وجود دارد؟

پیشینه تجربی تحقیق

زارعی (۱۳۹۷) به منظور بررسی وضعیت سلامت روان، نمونه‌ای ۱۹۶ نفری از دانش‌آموزان دوره اول متوسطه منطقه چوار را به شیوه چندمرحله‌ای انتخاب کرد. نتایج پژوهش وی، میانگین کل نمره سلامت عمومی دانش‌آموزان مورد مطالعه را ۲۸/۰۸ و میانگین نمره ابعاد چهارگانه سلامت را نیز به ترتیب ۵/۹ برای نشانه‌های جسمانی، ۶/۸۳ برای اضطراب، ۸/۲۳ برای نارسا کنش‌وری اجتماعی و ۶/۹۹ برای افسردگی نشان داد. کاظمی و همکاران (۱۳۹۶) به مطالعه سلامت روان دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان ری پرداختند و به این منظور، تعداد ۵۵۰ نفر از دانش‌آموزان و ابزار پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را انتخاب کردند. نتایج مطالعه آنان، ۶۷۹ درصد از دانش‌آموزان را مشکوک به اختلال روانی و بیشترین اختلال را در عملکرد اجتماعی (۵۶ درصد) نشان داد. ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای را با هدف بررسی میزان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان کوهدشت انجام دادند. مطالعه آنان، ۶۵ درصد از نمونه آماری را مبتلا به افسردگی (خفیف، متوسط یا شدید) نشان داد. افسردگی آنان با تحصیلات مادر، نوع مدرسه و تعداد افراد خانواده، رابطه معنادار نداشت؛ اما شیوع آن، با سن و سابقه افسردگی در خانواده ارتباط داشت. عنایتی و بینات (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی تأثیر بازی‌های رایانه‌ای بر سلامت روان دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر گرگان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که از نظر سلامت روان کلی، مشکلات جسمانی و اضطراب، بین دو جنس، تفاوت معناداری وجود دارد و سلامت روان دختران نسبت به پسران از وضعیت بهتری برخوردار است؛ و این در حالی بود که از نظر پایه تحصیلی، تفاوتی در نمره سلامت روان دانش‌آموزان وجود نداشت. شکیب و نوروزی (۱۳۹۴) در پژوهش خود به بررسی نقش عوامل آموزشی و غیرآموزشی در سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر بوشهر پرداختند و نشان دادند که دانش‌آموزان از سطح سلامت روان متوسطی برخوردارند و سلامت روان با عوامل غیرآموزشی، مانند تحصیلات پدر، شغل پدر و شغل مادر رابطه ندارد. تنها مادرانی که سطح تحصیلات آنها دیپلم بود فرزندانشان میزان سلامت روان بالاتری داشتند. حبیبزاده (۱۳۹۳) نیز در تحقیقی به بررسی وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم پرداخت و با تحلیل داده‌ها نشان داد که در همه عوامل میانگین بالاتر از خط



برش آزمون است و از نظر میزان شیوع مشکلات روانشناختی، عامل افسردگی با شیوع ۶۷ درصد از بالاترین مقدار و فوبیا با شیوع ۲۱/۶ درصد از کمترین مقدار برخوردار است. رجایی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی وضعیت سلامت روان دانش آموزان دبستانی شهر مشهد را بررسی کردند و نشان دادند که ۱۵ درصد از کل دانش آموزان دوره دبستان دچار مشکلات بالینی هستند و بیشترین میزان شیوع مشکلات رفتاری مربوط به پایه پنجم و کمترین میزان شیوع مربوط به پایه سوم دبستان است. یافته‌های پژوهش رجایی و حریرزوی (۱۳۹۱) در مورد وضعیت سلامت روان دانش آموزان دبیرستانی شهرستان حمیدیه، در مجموع ۳۱/۴ درصد از دانش آموزان را مشکوک به اختلال روانی نشان داد که ۳۵/۵ درصد از دختران و ۳۳/۵ درصد از پسران را شامل می‌شد. بالاترین درصد اختلالات نیز به ترتیب مربوط به اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی و شکایات بدنی بود. بین دانش آموزان دختر و پسر از نظر نمره کلی سلامت و ابعاد چهارگانه هم تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که تفاوت میانگین نمره نوجوانان دختر و پسر در مؤلفه‌های سلامت عمومی، معنادار است؛ یعنی میانگین نمره نوجوانان دختر در مقایسه با پسران در مؤلفه‌های علائم روان‌تنی، اضطراب و بیخوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید بالاتر است. میانگین نمره نوجوانان دختر در مقایسه با پسران در نمره کلی سلامت عمومی نیز بیشتر است؛ به این معنا که دختران در مقایسه با پسران سلامت عمومی کمتری دارند. صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان به این نتیجه رسیدند که ۶۰/۲ از افراد نمونه مورد پژوهش، در مقیاس کلی سلامت، نمره ۲۳ و بالاتر، ۳۳/۷ درصد نیز در مقیاس شکایات بدنی، ۶۷/۵ درصد در مقیاس اضطراب، ۴۹/۵ درصد در مقیاس بدکارکردی اجتماعی و ۴۵/۸ درصد در مقیاس افسردگی، نمره ۷ و بالاتر را کسب کردند. بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳) پژوهشی را در مورد سلامت روانشناختی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ ساله شهر تهران، با انتخاب یک نمونه ۴۶۴ نفری به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با استفاده از آزمون ۲۸ ماده‌ای سلامت روان انجام دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ۲۹/۳ درصد از افراد مشکوک به اختلال روانی هستند. میانگین نمره سلامت عمومی در بین آنان ۳۰/۶۱ بود.

چوهان^۱ و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که شیوع افسردگی در گروه‌های سنی ۱۶ و ۱۸ سال در حدود ۳۸ درصد، در دختران ۴۱/۸ درصد و در پسران ۳۵ درصد است. در مطالعه ورمای^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نیز از بین ۳۲۱ نفر دانش آموز با طیف سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، ۴۰/۴۹ درصد مبتلا به افسردگی خفیف و ۱۹ درصد مبتلا به افسردگی شدید بودند. شیوع افسردگی در زنان نیز ۵۹/۴۹ درصد و در مردان ۵۶/۲۴ بود. چنزین فنگ^۳ و همکاران (۲۰۱۱) با بررسی سلامت روان دانش آموزان دبیرستانی مشاهده کردند که شیوع کلی اختلالات روانی ۱/۸ درصد است که از بین آنها ۵۳/۷ درصد مشکلات اضطرابی، ۱۸/۴ درصد احساس کهنتری و ۱۶/۲ درصد شکایات جسمانی داشتند. مریکانگاس^۴ و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی شیوع اختلالات

1. Chauhan
2. Verma
3. Chen Xin-feng
4. Merikangas

روانی در نوجوانان آمریکایی مشاهده کردند که به طور کلی ۲۲/۲ درصد از نوجوانان اختلالات عمیق روانی دارند. کولیشاوا^۱ و همکاران (۲۰۰۸) نیز در یک مطالعه طولی ۲۵ ساله مشاهده کردند که افزایش معناداری در بروز اختلالات روانی در بین نوجوانان و جوانان بدون توجه به جنسیت، طبقه اجتماعی و نوع خانواده رخ داده است. لی^۲ و همکاران (۲۰۰۷) در ارتباط با شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی نشان دادند که در بین آنها اضطراب به میزان ۵۰/۸ درصد، روابط بین فردی به میزان ۱۹/۱ درصد و شکایات جسمانی به میزان ۱۸/۷ درصد وجود دارد. کیو چنگ پینگ^۳ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که ۱۰/۶ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی مورد مطالعه آنها در چین اختلالات عمیق و ۷۱/۲ درصد اختلالات روانی خفیف دارند. سالیوجا و همکاران^۴ (۲۰۰۴) نیز در پژوهشی که بر روی ۹۸۶۳ نوجوان ۱۱ تا ۱۵ ساله انجام دادند، نشان دادند که ۲۵ درصد از دختران و ۱۰ درصد از پسران علائم افسردگی دارند.

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که در برخی از تحقیقات انجام گرفته سلامت روان متغیر وابسته بوده و تأثیر عوامل مختلف روی این متغیر بررسی شده است. در تعداد اندکی نیز بحث در مورد وضعیت سلامت روان به صورت توصیفی بوده است. در این پژوهش‌ها معمولاً جامعه آماری، دانش‌آموزان دوره دبیرستان و دانشجویان بوده‌اند و بیشتر از ابزار خودسنجی سلامت عمومی برای پایش سلامت استفاده شده است. پژوهش حاضر از نظر جامعه آماری و ابزار سنجش با تحقیقات گذشته متفاوت است؛ به گونه‌ای بر روی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول تمرکز دارد و ابزار مورد استفاده آن نیز علاوه بر مقیاس سلامت عمومی، فرم مصاحبه تشخیصی بر اساس پنجمین طبقه‌بندی تشخیصی اختلالات روانی است. در این مطالعه با تأکید بر این موضوع که برای داشتن سلامت روانی حقیقی، رهایی از بیماری روانی کافی نیست، سعی شده است به نخستین گام ضروری سلامتی که همانا فقدان بیماری است، توجه شود و شیوع اختلالات روانی و عاطفی به عنوان عاملی تأثیرگذار بر سلامتی مورد مطالعه قرار گیرد؛ زیرا هر تلاشی که برای رشد و گسترش رفاه کامل روانی، جسمانی و اجتماعی صورت گیرد، بدون توجه به مقدمه آن؛ یعنی نداشتن بیماری روانی و عاطفی، چندان اثربخش نخواهد بود.

روش‌شناسی پژوهش

به منظور بررسی تفاوت سلامت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام بر اساس جنسیت، از روش پیمایشی استفاده شد؛ در این روش غالباً با تعیین افراد نمونه که معرف جامعه آماری هستند، به طرح سؤالاتی برای گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و پرسشنامه اقدام می‌گردد و از گروهی از افراد خواسته می‌شود تا به تعدادی از آن سؤالات خاص پاسخ دهند. غالباً در تحقیقات پیمایشی واحد تحلیل، فرد است. منظور از واحد تحلیل، گروه، فرد، طبقه یا پدیده‌ای است که ویژگی‌های آن بررسی می‌شود (دلاور، ۱۳۸۴: ۱۲۰).

1. Collishaw

2. Li

3. QIU. Cheng-ping

4. Saluja



جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه اول (مدارس دولتی) استان ایلام است که طبق اسناد اداره کل آموزش و پرورش، تعداد آنها ۲۳ هزار و ۲۷۲ نفر می‌باشد که از این تعداد، ۱۲ هزار و ۳۵ نفر پسر و ۱۱ هزار و ۲۳۷ نفر دختر هستند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر ۳۷۸ نفر بود:

$$n = \frac{Nt^2 \times pq}{Nd^2 + t^2pq} = \frac{23272 (3.84) \times (0.5)(0.5)}{23272 (0.0025) + 3.84(0.5)(0.5)} \approx 378$$

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شده است. در این روش، افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی (از واحدهای بزرگتر به کوچکتر) از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند (سرمد و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۸۵). در طرح حاضر، از بین مناطق و شهرستان‌های مختلف استان بر اساس تشابه و تفاوت در سلامت روان بر اساس مطالعات قبلی، ۶ شهرستان انتخاب شد و از هر شهرستان، حجم نمونه متناسب با جمعیت دانش‌آموزی آن شهرستان محاسبه گردید؛ سپس از میان مدارس، چند مدرسه و از میان آنها چند کلاس و از هر کلاس، چند دانش‌آموز انتخاب شد. با به کار بردن نمونه‌گیری چندمرحله‌ای می‌توان یک نمونه معرف از جامعه انتخاب کرد.

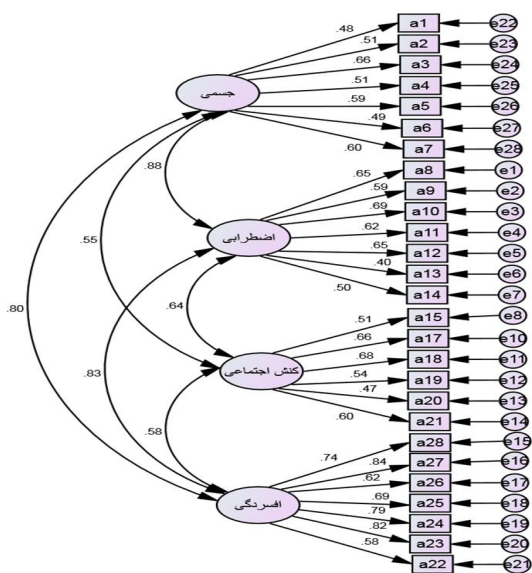
جدول شماره (۱). توزیع نمونه بر اساس جنسیت به تفکیک شهرستان

جمع	دختر			پسر			جنسیت و پایه شهرستان
	سوم	دوم	اول	سوم	دوم	اول	
۲۱۴	۳۲	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۸	ایلام
۴۱	۶	۷	۷	۷	۷	۷	ایوان
۱۹	۳	۳	۳	۲	۴	۴	سیروان
۴۲	۶	۶	۸	۸	۷	۷	دره‌شهر
۳۵	۵	۶	۶	۵	۶	۷	دهلران
۲۷	۴	۴	۵	۴	۵	۵	مهران
۳۷۸	۵۶	۶۲	۶۵	۶۲	۶۵	۶۸	جمع

ابزار اندازه‌گیری یا روش‌های جمع‌آوری داده‌ها

سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه که از مناسب‌ترین ابزارهای غربال‌گری است، از مجموعه سؤالاتی تشکیل یافته است که پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلالات مختلف روانی وجود دارد بررسی می‌کند و می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی، از افراد سالم متمایز کند (استورا، ۱۳۷۷: ۱۲۷). پرسشنامه مذکور علاوه بر یک نمره کلی برای سلامت عمومی، ۴ نمره را نیز در هریک از خرده‌مقیاس‌های خود؛ یعنی نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به دست می‌دهد که می‌توان بر اساس آن، میزان شیوع اختلالات مذکور را در جمعیت مورد مطالعه بررسی کرد.

پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای طراحی شده است و پاسخ آزمودنی به هر سؤال در یک طیف چهاردرجه‌ای مشخص می‌شود. در همه گزینه‌ها، درجات پایین حاکی از سلامتی و درجات بالا نشان‌دهنده وجود اختلال در افراد است. با توجه به اینکه برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (۰-۱-۲-۳) استفاده می‌شود، حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ است. نقطه برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام‌شده در ایران نمره ۲۳ می‌باشد. به طور معمول دو شاخص بسیار مهم برای اعتبار پرسشنامه‌های غربال‌گری وجود دارد که عبارتند از: حساسیت و ویژگی. حساسیت آزمون به معنای نسبت بیماران درست شناسایی شده یا مثبت واقعی است. ویژگی نیز به معنای تشخیص درست افراد سالم از گروه بیمار است. یعقوبی (۱۳۷۴) در مطالعه خود، حساسیت و ویژگی این آزمون را بر روی نمونه ۶۲۵ نفری از ساکنان ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا، ۸۲ و ۸۶۵ درصد به دست آورد. نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول متغیر سلامت عمومی نشان داد که روایی تمامی سؤالات به دلیل اینکه بار عاملی آنها بالاتر از ۰/۳ است، تأیید می‌شود. شاخص‌های برازش مدل عاملی مرتبه اول نیز در جدول شماره (۲) نشان‌دهنده این است که مدل اندازه‌گیری از برازش خوبی برخوردار است.



شکل (۱). تحلیل عاملی تأییدی ابعاد سلامت

جدول شماره (۲). شاخص‌های مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی مرتبه اول متغیر سلامت

IFI	CFI	AGFI	PCFI	GFI	RMSEA	CMIN	شاخص
>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۵۰	>۰/۸۰	<۰/۰۸	<۵	مقادیر استاندارد شاخص
۰/۹۲۵	۰/۹۲۵	۰/۸۸	۰/۸۳۸	۰/۹۰	۰/۰۴۷	۱/۸۳	مقادیر به دست آمده شاخص

با توجه به اطلاعات جدول شماره (۳)، متغیرهای نهفته سلامت جسمی، افسردگی، اضطراب و نارساکنش‌وری اجتماعی می‌توانند متغیر سلامت روان را اندازه‌گیری کنند. بیشترین میزان بار عاملی مربوط به متغیر اضطراب با ۰/۹۶۳ و کمترین میزان مربوط به متغیر نارساکنش‌وری



اجتماعی با ۰/۶۵۰ است. شاخص‌های اندازه‌گیری تحلیل عاملی مرتبه دوم نیز در جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که مدل از برازش خوبی برخوردار است.

جدول شماره (۳). تحلیل عاملی مرتبه دوم متغیر سلامت عمومی

بار عاملی	معناداری	نسبت بحرانی	خطای معیار	برآورد غیراستاندارد	سلامت	جسمانی
۰/۹۱۴				۱.۰۰۰	سلامت	<---
۰/۸۶۸	***	۸.۱۳۶	۰.۲۱۱	۱.۷۱۴	سلامت	<---
۰/۹۶۳	***	۷.۸۶۰	۰.۲۲۰	۱.۷۲۸	سلامت	<---
۰/۶۵۰	***	۶.۰۷۴	۰.۱۳۱	۰.۷۹۸	سلامت	<---

جدول شماره (۴). شاخص‌های مدل اندازه‌گیری تحلیل عاملی مرتبه دوم متغیر سلامت

شاخص	CMIN	RMSEA	GFI	PCFI	AGFI	CFI	IFI
مقادیر استاندارد شاخص	<۵	<۰/۰۸	>۰/۸۰	>۰/۵۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰
مقادیر به دست آمده شاخص	۱/۸۳۴	۰/۰۴۷	۰/۹۰	۰/۸۴۳	۰/۸۸	۰/۹۲۴	۰/۹۲۵

مصاحبه تشخیصی

در مصاحبه تشخیصی با هماهنگی ناظر طرح و بررسی پیشینه موضوع، بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی و ویرایش پنجم (DSM) نشانه‌های اختلال وسواس، اختلال بدشکلی بدن، اختلال خواب، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال فوبیای خاص، اختلال افسردگی و اختلال سلوک مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج به دست آمده، ۱۹۰ نفر (۵۱/۱ درصد) از افراد نمونه آماری پسر و ۱۸۲ نفر (۴۸/۹ درصد) دختر بودند. شغل پدر ۵۵/۴ درصد از افراد نمونه، آزاد و شغل مادر ۸۳/۶ درصد از آنان خانه‌دار بود. از نظر سطح تحصیلات، بیشتر پدرانشان (۳۶ درصد) مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم و ۳۴/۷ درصد از مادرانشان تحصیلات دیپلم داشتند. میانگین سن پدران آنها نیز ۴۵/۹۹ و میانگین سن مادران آنها ۴۰/۱۶ بود. کمترین نمره مشکلات سلامت روان مربوط به نمونه آماری پدرانی بود که در گروه سنی ۶۰ سال و بیشتر قرار داشتند و بیشترین نمره نیز مربوط به گروه‌های سنی ۴۰ تا ۴۹ و ۵۰ تا ۵۹ سال بود.

پیش‌پردازش داده‌ها

در این قسمت پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از طریق شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی شود.



جدول شماره (۵). تست نرمال بودن متغیرها از نظر چولگی و کشیدگی

متغیرها	کشیدگی	چولگی
سلامت	۳/۰۳	۱/۶۷
مشکلات جسمانی	۲/۷۵	۱/۵۷
اضطراب و بیخوابی	۲/۲۰	۱/۴۷
نارضا کنش‌وری اجتماعی	۲/۷۴	۱/۱۹
افسردگی	۳/۶۴	۲

جدول‌های بالا نشان می‌دهند که تمامی چولگی‌ها و کشیدگی‌های متغیرها بین مقادیری که به عنوان مرز اعلام شده‌اند، قرار گرفته است؛ بنابراین فرض صفر مبنی بر توزیع داده‌های نرمال برقرار است.

بررسی سؤالات پژوهش

سؤال (۱). وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام چگونه است؟

جدول شماره (۶). توزیع فراوانی نمره سلامت نمونه آماری بر اساس نقطه برش

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
سلامت عمومی	کمتر از ۲۳	۲۹۵	۷۹/۳
	۲۳ و بالاتر	۷۷	۲۰/۷

جدول شماره (۶) نشان می‌دهد که ۷۹/۳ درصد از افراد نمونه آماری، نمره کمتر از نقطه برش داشته‌اند و مشکلی از نظر سلامت روانی ندارند. فراوانی دانش‌آموزانی که در زمینه سلامت روان مشکوک هستند، ۲۰/۷ درصد است.

سؤال (۲) و (۳). وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر دوره اول متوسطه استان ایلام چگونه است؟

جدول شماره (۷). توزیع فراوانی نمره سلامت بر اساس نقطه برش در نمونه آماری بر حسب جنسیت

متغیر	گروه	جنسیت		جمع
		پسر	دختر	
سلامت عمومی	کمتر از ۲۳	۱۵۹	۱۳۶	۲۹۵
		۸۳/۷	۷۴/۷	۷۹/۳
	۲۳ و بالاتر	۳۱	۴۶	۷۷
		۱۶/۳	۲۵/۳	۲۰/۷

جدول بالا نشان می‌دهد که با توجه به نقطه برش، ۸۳/۷ درصد از پسران و ۷۴/۷ درصد



از دختران مشکلی در زمینه سلامت روان ندارند. درصد دخترانی که مشکلاتی در زمینه سلامت روان دارند ۲۵/۳ است؛ در حالی که این میزان در پسران ۱۶/۳ درصد می‌باشد.

سؤال پژوهشی شماره (۴). وضعیت دانش‌آموزان استان در خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی چگونه است؟

جدول شماره (۸). توزیع فراوانی نمره ابعاد سلامت بر اساس نقطه برش در نمونه آماری

ابعاد سلامت	جنسیت	نمره ۷ و بالاتر		جمع کل افراد با نمره ۷ و بیشتر		نمره ۱۴ و بالاتر		جمع کل افراد با نمره ۱۴ و بیشتر	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
افسردگی	دختر	۳۷	۲۰	۱۴	۷/۵	۱۷	۴/۶	۱۶/۱	۶۰
	پسر	۲۳	۱۲/۱	۳	۱/۶	۱۴	۴/۶	۱۶/۱	۶۰
اضطراب و بیخوابی	دختر	۳۹	۲۱/۴	۹	۴/۸	۱۴	۳/۸	۱۹/۱	۷۱
	پسر	۳۲	۱۶/۸	۵	۲/۶	۱۴	۳/۸	۱۹/۱	۷۱
نشانه‌های جسمانی	دختر	۳۳	۱۸/۱	۳	۱/۶	۴	۱/۱	۱۴	۵۲
	پسر	۱۹	۱۰	۱	۰/۵	۴	۱/۱	۱۴	۵۲
نارساکنش‌وری اجتماعی	دختر	۵۵	۳۰/۲	۶	۳/۲	۹	۲/۴	۲۹/۸	۱۱۱
	پسر	۵۶	۲۹/۵	۳	۱/۵	۹	۲/۴	۲۹/۸	۱۱۱

جدول شماره (۸) بر اساس نقطه برش نمره ۱۴ و بالاتر نشان می‌دهد که افسردگی با ۴/۶ درصد و اضطراب و بیخوابی با ۳/۸، دارای بیشترین درصد در میان نمونه آماری هستند؛ در حالی که با توجه به نقطه برش نمره ۷ و بالاتر، نارساکنش‌وری اجتماعی با ۲۹/۸ درصد و اضطراب و بیخوابی با ۱۹/۱ درصد، بیشترین درصد را در نمونه آماری دارند.

جدول شماره (۹). نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA)

آماره	F	sig	Observed power
اثر پیلایی	۳/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۲
لامبدای ویلکز	۳/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۲
اثر هتلینگ	۳/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۲
ریشه‌روی	۳/۱۸	۰/۰۱	۰/۸۲

به منظور بررسی تفاوت بین دختران و پسران در متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های چهارگانه آن، از آزمون مانوا استفاده شد. در جدول شماره (۹) چهار روش محاسباتی ذکر شده که نتایج یکسانی در بر داشته‌اند و تفاوت بین سنتروئیدهای دو گروه با توجه به ۵ متغیر ذکر شده معنی‌دار است؛ یعنی دو جامعه با توجه به ۵ متغیر وابسته تفاوت دارند. توان آماری آزمون بالاتر از



۰/۸۰ بود و این نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری‌ها کافی بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره در جدول شماره (۱۰) نشان می‌دهد که بین دو گروه دختران و پسران در متغیر سلامت روان، اضطراب و بیخوابی، نشانه‌های جسمانی و افسردگی؛ تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما در متغیر نارساکنش‌وری اجتماعی بین دو جنس، تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

جدول شماره (۱۰). نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره بین دو گروه دختران و پسران در متغیر سلامت روان و ابعاد آن

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	df	f	sig
نشانه‌های جسمانی	۱۰۰/۵۰۲	۱۰۰/۵۰۲	۱	۱۰/۷۷	۰/۰۰۱
اضطراب و بیخوابی	۵۲/۲۴۴	۵۲/۲۴۴	۱	۳/۷۵	۰/۰۰۵
نارساکنش‌وری اجتماعی	۱۸/۸۶	۱۸/۸۶	۱	۱/۸۹	۰/۱۷
افسردگی	۱۵۷/۶۰۱	۱۵۷/۶۰۱	۱	۸/۴۵	۰/۰۰۴
سلامت عمومی	۱۱۶۶/۲۱	۱۱۶۶/۲۱	۱	۸/۳۸	۰/۰۰۴

جدول شماره (۱۱). شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت برحسب منطقه محل سکونت دانش‌آموزان

منطقه محل سکونت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ایلام	۲۱۴	۱۷/۹۵	۱۳/۶۴
دهلران	۳۵	۱۶/۳	۹/۸۴
سیروان	۱۹	۱۳/۶۸	۸/۴۸
دره‌شهر	۳۵	۱۲/۸	۹/۳
ایوان	۴۱	۱۱/۸۸	۷/۵۶
مهران	۲۸	۱۱/۴۶	۴/۹۶

جدول شماره (۱۱) نشان می‌دهد که میزان مشکلات سلامت در شهرستان‌های ایلام و دهلران، بیشتر و در شهرستان‌های ایوان و مهران کمتر از بقیه مناطق است.

جدول شماره (۱۲). آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره سلامت روانی دانش‌آموزان براساس منطقه محل سکونت

منبع	مجموع	میانگین	درجه	F	sig
منطقه	۲۵۵۱/۴۴۳	۵۱۰/۲۸۹	۵	۳/۷۲۸	۰/۰۰۳
خطا	۵۰۱۰۲/۱۳۵	۱۳۶/۸۹۱	۳۶۶		
کل	۱۴۷۴۵۱		۳۷۲		

نتایج آزمون تک‌متغیره سلامت روان برحسب منطقه محل سکونت نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان مناطق مختلف از نظر میانگین نمره سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان شهر ایلام و دانش‌آموزانی که محل سکونت آنان شهر ایوان و مهران می‌باشد از نظر میانگین نمره سلامت روان، تفاوت وجود دارد.



چون نمره سلامت روان دانش‌آموزان شهر ایلام نسبت به این دو منطقه بیشتر است می‌توان گفت مشکلات بیشتری در حوزه سلامت روان دارند؛ در حالی که بین دانش‌آموزان سایر مناطق، تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود.

جدول شماره (۱۳). شاخص‌های توصیفی متغیر سلامت و مؤلفه‌های آن برحسب پایه تحصیلی

متغیر	پایه تحصیلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سلامت	اول	۱۲۶	۱۵/۴۳	۱۱/۱۴۸
	دوم	۱۲۶	۱۶/۵۷	۱۳/۰۶۵
	سوم	۱۲۰	۱۵/۸	۱۱/۴۸۳
اضطراب	اول	۱۲۶	۴/۱۴	۳/۶۶۷
	دوم	۱۲۶	۴/۱۶	۳/۸۴۸
	سوم	۱۲۰	۴/۲۲	۳/۷۴۴
نشانه‌های جسمانی	اول	۱۲۶	۳/۱۱	۲/۹۲۴
	دوم	۱۲۶	۳/۵۷	۳/۴۷۲
	سوم	۱۲۰	۳/۵۶	۲/۸۴۲
نارساکنش‌وری اجتماعی	اول	۱۲۶	۵/۵۲	۳/۳۹۸
	دوم	۱۲۶	۵/۵۴	۳/۰۶۶
	سوم	۱۲۰	۵/۳۳	۳/۰۱۶
افسردگی	اول	۱۲۶	۲/۶۵	۴/۰۳۰
	دوم	۱۲۶	۳/۳۰	۴/۹۱۵
	سوم	۱۲۰	۲/۷	۴/۰۶۸

بر اساس جدول شماره (۱۳)، میانگین نمره مشکلات سلامت در دانش‌آموزان پایه دوم بیشتر از بقیه پایه‌ها می‌باشد. در مؤلفه‌های چهارگانه سلامت نیز میانگین نمره افسردگی در دانش‌آموزان پایه دوم بیشتر از بقیه پایه‌هاست. در بقیه مؤلفه‌های سلامت؛ یعنی اضطراب، نشانه‌های جسمانی و نارساکنش‌وری اجتماعی، تفاوتی دیده نمی‌شود.

به منظور بررسی تفاوت بین دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی مختلف در متغیر سلامت روان و مؤلفه‌های چهارگانه آن از آزمون مانوا استفاده شد. مفروضات لازم برای این آزمون؛ یعنی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع رعایت گردید. تفاوت بین سستروئیدهای سه گروه با توجه به ۵ متغیر وابسته در مجموع معنادار نیست. فرضیه برابری سستروئیدها در جامعه در تحلیل مانوا به کار می‌رود. در جدول، چهار روش محاسباتی ذکر شده که نتایج یکسانی در بر داشته‌اند و آن این است که تفاوت بین سستروئیدهای سه گروه با توجه به ۵ متغیر ذکر شده معنی‌دار نیست؛ یعنی سه گروه با توجه به ۵ متغیر وابسته تفاوت ندارند.



جدول شماره (۱۴). نتایج مصاحبه تشخیصی

اختلال	تعداد	درصد
اضطراب اجتماعی	۱۴	۳/۷۶
اضطراب فراگیر	۴	۱/۰۷
فوبیای خاص	۱۴	۳/۷۶
افسردگی	۲۵	۶/۷۲
وسواس	۳	۰/۸۱
سلوک	۶	۱/۶۱
جمع	۶۶	۱۷/۷۴

مصاحبه تشخیصی به عمل آمده نشان می‌دهد که از مجموع ۷۷ نفر (۲۰/۷ درصد) از دانش آموزان دختر و پسر، که بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالاتر از نقطه برش (۲۳ و بالاتر) داشتند، ۶۶ نفر (۱۷/۷۴ درصد) دارای علائم و نشانه‌های بالینی اختلالات روانی هستند. بر اساس جدول شماره (۱۴)، بیشترین درصد دانش آموزان (۶/۷۲) دارای علائم افسردگی و بعد از آن، دارای علائم اضطراب اجتماعی (۳/۷۶ درصد) و فوبیا (۳/۷۶ درصد) هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی سلامت روان دانش آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام بر اساس تفاوت جنسیتی انجام شد. روش پژوهش توصیفی بود و گردآوری داده‌ها به شیوه میدانی انجام شد. جامعه آماری نیز شامل تمامی دانش آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام بود که تعداد آنها بر اساس آمار اداره کل آموزش و پرورش استان ایلام برابر با ۲۳ هزار و ۲۷۲ نفر است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای نمونه پژوهش انتخاب شد.

سؤال اول پژوهش در مورد وضعیت سلامت روان دانش آموزان استان ایلام بود و نتایج تحلیل آماری نشان داد که بر اساس نمره پاسخگویان و نقطه برش ابزار اندازه‌گیری که نمره ۲۳ و بالاتر است، ۲۰/۷ درصد از دانش آموزان استان مشکلاتی در زمینه سلامت روان دارند. علاوه بر پرسشنامه سلامت عمومی، از دانش آموزانی که نمره ۲۳ و بالاتر در پرسشنامه داشته‌اند، بر اساس معیارهای پنجمین طبقه‌بندی تشخیصی اختلالات روانی DSM مصاحبه تشخیصی به عمل آمد. نتایج نشان داد که ۱۷/۷۴ درصد از دانش آموزان دوره متوسطه اول دارای نشانه‌های اختلال روانی هستند که این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های رجایی و همکاران (۱۳۹۲)، سالیوجا و همکاران (۲۰۰۴) و مریکانگاس و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های پژوهش‌های صادقیان و همکاران (۱۳۸۹)، رجبی و حریرزوی (۱۳۹۱) و بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳) هماهنگ نیست. برخی از پژوهش‌هایی که در مناطق دیگر و در زمان‌های متفاوت انجام گرفته‌اند، درصد دانش آموزانی که در زمینه سلامت روان مشکل دارند را حتی ۶۰/۲ (صادقیان و همکاران، ۱۳۸۹) نیز اعلام کرده‌اند. به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی و زمان متفاوت بررسی‌ها؛ همچنین دوره آموزشی که در بیشتر آنها متوسطه دوم بوده است، شاید از دلایل این اختلاف درصدها



باشد. آمار ۲۰/۷ درصد بر اساس پرسشنامه یا ۱۷/۷۴ درصد با توجه به مصاحبه تشخیصی برای دانش‌آموزان استان ایلام می‌تواند زنگ خطری برای متولیان تعلیم و تربیت و متصدیان سلامت جامعه باشد.

سؤال دوم پژوهش در مورد سلامت روان دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه بود که تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد ۱۶۳ درصد از دانش‌آموزان پسر، مشکلاتی در زمینه سلامت روان دارند. این یافته با نتایج پژوهش رجبی و حریرزوی (۱۳۹۱) همخوانی ندارد؛ زیرا آنان درصد دانش‌آموزان پسر دارای مشکلات سلامت را ۳۳/۵ ذکر کرده‌اند. پژوهش آنان مربوط به چند سال قبل و دوره متوسطه دوم است و شاید یکی از دلایل این ناهمخوانی جامعه آماری متفاوت دو پژوهش باشد؛ چنانکه جامعه مورد پژوهش آنها دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه بوده‌اند که در این دوره، اوج مشکلات مربوط به دوران بلوغ را تجربه می‌کنند و هرچه به سال‌های پایانی این دوره نزدیک می‌شوند، میزان اضطراب و نگرانی آنها به خاطر آینده شغلی و ادامه تحصیل بیشتر می‌شود.

سؤال سوم پژوهش در مورد سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه استان ایلام بود. نتایج پژوهش نشان داد که ۲۵/۳ درصد از آنها دارای مشکلاتی در زمینه سلامت روان هستند. تأمین سلامت روانی همه افراد جامعه از مهمترین مسائل اساسی در هر کشور است که در سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی ملاحظه می‌شود. در صورتی که بعد روانی بهداشت به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مسائل و مشکلات روانی رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت، تا حدی که عوارض ناشی از بی-توجهی به آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرات سوء و غیرقابل جبرانی بر جای می‌گذارد.

سؤال چهارم این پژوهش به بررسی خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی و نارساکنش‌وری اجتماعی در میان دانش‌آموزان استان پرداخته است. بر اساس پیشینه پژوهش برای اظهار نظر در خصوص خرده‌مقیاس‌های چهارگانه سلامت دو نقطه برش در نظر گرفته شده است که در اینجا با توجه به هر دو شاخص داده‌ها تفسیر می‌شوند. اگر نقطه برش برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها، عدد ۷ و بالاتر در نظر گرفته شود، به ترتیب ۲۹/۸ درصد مشکلات نارساکنش‌وری اجتماعی، ۱۹/۱ درصد اضطراب و بیخوابی، ۱۶/۱ درصد افسردگی و ۱۴ درصد مشکلات جسمانی داشته‌اند و در صورتی که نقطه برش، نمره ۱۴ و بالاتر فرض شود، به ترتیب ۴/۶ درصد افسردگی، ۳/۸ درصد اضطراب و بیخوابی، ۲/۴ درصد نارساکنش‌وری اجتماعی و ۱/۱ درصد مشکلات جسمانی داشته‌اند. این یافته‌ها به نتایج پژوهش‌های زارعی (۱۳۹۷)، ابراهیمی (۱۳۹۶) و کاظمی و همکاران (۱۳۹۶) نزدیک است و با پژوهش صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) و بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳) همخوانی ندارد. در خرده‌مقیاس مربوط به نارساکنش‌وری اجتماعی ۲۷/۴ درصد از دانش‌آموزان استان اظهار داشته‌اند که خیلی کمتر از حد معمول توانسته‌اند برای انجام کارها وقت بگذارند.

در خرده‌مقیاس مربوط به افسردگی، ۱۲/۳ درصد از افراد نمونه آماری، به فکر خاتمه دادن به زندگی خود بوده و ۱۳ درصد در حد بیشتر و خیلی بیشتر از حد معمول، آرزوی مرگ داشته‌اند. بر اساس نتایج این پژوهش، ۱۶/۱ درصد از نوجوانان در زمینه افسردگی مشکل داشتند،



احساس ناامیدی می‌کردند و احساسات منفی شدید داشتند. دونالد (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۵-۲۴ ساله انجام داد، مشاهده کرد که یک سوم آنها افکار خودکشی دارند، ۱/۲ درصد از آنها نیز حدود ۴ هفته قبل از مطالعه برای کشتن خود طرح داشته‌اند و حدود ۶۹ درصد نیز اقدام به خودکشی کرده‌اند. یکی از نقاط مشترک موجود در میان اشخاص افسرده، عدم تحمل شکست‌ها و سختی‌هاست؛ چنانکه در مدت‌زمان کوتاهی امید خود را از دست می‌دهند و دست از تلاش برمی‌دارند (لی و کرانفورد، ۲۰۰۸: ۲۱۳).

در خرده‌مقیاس اضطراب، ۱۹/۱ درصد از آنان عصبانیت و بدخلقی و ۱۴/۷ درصد بیخوابی بر اثر نگرانی را گزارش کرده‌اند. مشکلات خواب و مسائل روحی و روانی هرکدام به تنهایی از نگرانی‌های بهداشت عمومی هستند و تأثیر قابل توجهی در سلامت افراد و به تبع آن، سلامت جامعه دارند. سلامت انسان با کیفیت و کمیت خواب در ارتباط است. نداشتن خواب منظم می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد؛ به گونه‌ای که با افزایش بیخوابی، احتمال ابتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی افزایش می‌یابد و احساس خستگی روانی، توانایی مقابله مؤثر و کارآمد با استرس‌های روزمره را برای افراد کاهش می‌دهد. کمبود خواب سیستم ایمنی بدن را تضعیف می‌کند و می‌تواند بر حافظه و یادگیری دانش‌آموزان تأثیر بگذارد و مشکلات تحصیلی را برای آنان به دنبال داشته باشد.

سؤال پنجم این پژوهش، سلامت روان دانش‌آموزان را با توجه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نظیر جنسیت و پایه تحصیلی مقایسه کرده است. آزمون‌های آماری انجام‌گرفته نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان دوره اول متوسطه از نظر پایه تحصیلی و میزان سلامت روان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های شکیب و نوروزی (۱۳۹۴)، ریاحی و همکاران (۱۳۹۶) و عنایتی و بینات (۱۳۹۵) همخوانی دارد؛ اما از نظر جنسیتی بین دانش‌آموزان دختر و پسر در مقیاس کلی سلامت روان، تفاوت معناداری وجود دارد و مشکلات سلامت روان در بین دانش‌آموزان دختر بیشتر است. تنها در نارساکنش‌وری اجتماعی تفاوتی بین دو جنس وجود ندارد و این در حالی است که میانگین نمرات دختران در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و بیخوابی و مشکلات جسمانی، بیشتر از پسران است و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. نتایج مربوط به تفاوت دو جنس با نتایج پژوهش بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳) همخوانی دارد و با نتایج پژوهش‌های رجبی و حریراوی (۱۳۹۱) و عنایتی و بینات (۱۳۹۵) ناهمخوان است. وضعیت بهتر پسران در سلامت روان را می‌توان به عوامل ساختاری جامعه و نقش و پایگاه اجتماعی آقایان در جامعه نسبت داد. جامعه قدرت و فرصت بیشتری را در اختیار پسران قرار می‌دهد؛ بنابراین احساس خودکارآمدی و عزت نفس بالاتر، سلامت روانی بهتری را به دنبال خواهد داشت. همچنین در نمره سلامت روان با توجه به محل سکونت دانش‌آموزان، تنها بین دانش‌آموزان شهر ایلام با شهرهای مهران و ایوان، تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میانگین نمره دانش‌آموزان شهر ایلام از این دو شهر بیشتر است و تفاوتی بین بقیه شهرها وجود ندارد.

ورود به دوره نوجوانی با تغییرات مهمی از جمله بلوغ جنسی، رفتار ریسک کردن و توانایی‌های جدید شناختی همراه است و به عقیده برخی، نوجوانی برزخی بین کودکی و بزرگسالی است



و در واقع دوره انتقالی است که در آن، فرد از امنیت کودکی به سوی مسئولیت پذیری و امتیازات بزرگسالی حرکت می‌کند (موگلر، ۲۰۰۹: ۵۵). در این میان، او شبکه اجتماعی گسترده خانواده، مدرسه، دوستان، خویشاوندان، همسایگان و رسانه‌ها را مدام مشاهده می‌کند و به ذهن می‌سپارد. او در پی کشف خود است و باید بتواند در این دنیای جدید، بدون کمک دیگران به تعادل برسد، هویت خود را شکل دهد و به تدریج استقلال پیدا کند (لیسر و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۵۲). نوجوانان به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض مشکلاتی چون: خشونت، تنش‌های زندگی، افسردگی، اضطراب، خودکشی و انحرافات مختلف اجتماعی، همچون: بزهکاری و مصرف سوء مواد مخدر، ترک تحصیل، افت تحصیلی و ... قرار دارند. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بر اساس پرسشنامه غربال‌گری، که در اکثر پژوهش‌ها نیز از آن استفاده شده است، میزان شیوع مشکلات روانی در میان دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان ایلام، ۲۰/۷ درصد و بر اساس مصاحبه تشخیصی به عمل آمده، ۱۷/۷۴ درصد است. وجود بیماری یا اختلال موجب تخریب آنها می‌شود و سازگاری اجتماعی آنها را نشانه می‌گیرد. امروزه در رویکردی کلی‌نگر، گستره سلامت بسیار فراتر از بیماری‌های جسمانی در نظر گرفته می‌شود؛ از این رو، کوشش برای افزایش سلامت، متضمن کوشش و برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت افراد جامعه نیز می‌شود. آماده‌سازی افراد برای مواجهه با مسائل اجتماعی و بحران‌های فردی تا قبل از ابتلای آنها به اختلالات روانی، ضرورتی انکارناپذیر است که همه کشورهای در قالب نظام‌های آموزشی به آن می‌پردازند.

پیشنهادات

- با توجه به نتایج پژوهش که ۲۰/۷ درصد از دانش‌آموزان دوره متوسطه اول را در زمینه سلامت روان دارای مشکلاتی نشان داد؛ اجرای نشست‌ها، سمینارهای تخصصی و دوره‌های آموزشی ویژه ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان با حضور متخصصان و صاحب‌نظران حوزه روانشناسی و سلامت ضروری است.

- دانش‌آموزان از نظر نشانه‌های افسردگی و اضطراب غربال شوند و مواردی که نیازمند مداخلات روانشناختی هستند، شناسایی گردند.

- اجرای برنامه‌های آموزشی منظم جهت ارتقای سطح آگاهی افراد جامعه، بخصوص والدین و معلمان در زمینه مشکلات مربوط به حوزه سلامت روان مد نظر قرار گیرد.

- بر اساس نتایج این مطالعه، درصد قابل توجهی از دانش‌آموزان دوره اول متوسطه، مشکلاتی در زمینه سلامت روان دارند که می‌تواند عملکرد اجتماعی و تحصیلی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. شناسایی به موقع و ارجاع آنان به مراکز خدمات روانشناختی اقدامی ضروری و مهم است.

- نتایج مطالعه حاضر، میزان شیوع مشکلات حوزه سلامت روان را در دختران بیش از پسران نشان می‌دهد؛ بنابراین لزوم تقویت امر مشاوره و جلسات آموزشی در مدارس

دخترانه دوره اول متوسطه از اهمیت خاصی برخوردار است.

- از آنجایی که مدارس نقش بسیار مهمی در برآوردن نیازهای جسمانی و روانی دانش‌آموزان ایفا می‌کنند و با گروه‌های مختلف دانش‌آموزان، که از نظر ویژگی‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی با یکدیگر متفاوتند، سروکار دارند، لازم است برای رسیدن به عملکرد رضایت‌بخش، مسائل مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان مورد توجه قرار دهند.

- با توجه به اینکه میزان شیوع مشکلات روانی در میان دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه بیش از دانش‌آموزان پسر در این مقطع است، پیشنهاد می‌شود که مدیران مدارس دوره اول متوسطه، برنامه‌هایی را برای ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان از طریق ایجاد فضای بانشاط و زمینه‌سازی مناسب برای فعالیت‌های فرهنگی و هنری و ورزشی تدارک ببینند.



الف) فارسی

- ابراهیمی، ملیحه (۱۳۹۶)، رابطه سلامت روان با هراس اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر مرودشت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- احمدی، خدابخش، وحید نجاتی و محمدرضا عبدی (۱۳۹۰)، «مقایسه سلامت عمومی و ارتباط آنم با ویژگی های شخصیتی در نوجوانان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و یکم، شماره ۸۱، صص ۲۹-۳۶.
- استورا، جین بنجامین (۱۳۷۷)، تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن، ترجمه پریرخ دادستان، تهران: رشد.
- بیابانگرد، اسماعیل و فاطمه جوادی (۱۳۸۳)، «سلامت روانشناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران»، رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۱۲۷-۱۴۴.
- توکلی زاده، جهانشیر، علیرضا سلطانی و محمود پناهی (۱۳۹۲)، «سازگاری زناشویی: نقش پیش بین هوش معنوی و راهبردهای مقابله ای با استرس»، افق دانش، ۱۹ (۵)، صص ۳۰۵-۳۱۱.
- حبیب زاده، عباس (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم»، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال پانزدهم، شماره ۳ (پیاپی، ۵۷)، ۱۰۸-۱۱۷.
- حدادی، کوهسار، علی اکبر، رسول روشن و علی اصغر اصغر نژاد فرید (۱۳۸۵)، «مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان با روابط عاطفی آنان در خانواده»، روانشناسی دانشگاه تبریز، سال اول، شماره ۴، ۶۹-۸۷.
- دلاور، علی (۱۳۸۴)، روش های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
- رجایی، علی، سیدامیر امین یزدی، حسین کارشکی و سیدجواد کریمیان ناری (۱۳۹۳)، «وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبستانی شهر مشهد»، اصول بهداشت روانی، سال شانزدهم، شماره ۱، ۹۴-۸۴.
- رجبی، غلامرضا و مهدی حرزبوی (۱۳۹۱)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز»، مجله علمی پژوهشی علوم بهداشتی جندی شاپور، سال چهارم، شماره ۴، ۳۶-۲۵.
- ریاحی، فروغ، مریم ایزدی مزیدی، اشرف تشکری و مریم منصوری (۱۳۹۶)، «افسردگی در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان کوهستان»، مجله علمی پزشکی جندی شاپور، دوره ۱۶، شماره ۴، صص ۴۳۳-۴۴۲.
- زارعی، مجتبی (۱۳۹۷)، «بررسی رابطه جهت گیری هدف و عزت نفس با سلامت روان دانش آموزان دوره اول متوسطه شهر چوار»، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی ایلام.
- سرمد، زهره، عباس بازرگان و الهه حجازی (۱۳۸۶)، روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگه.
- شکیب، زهره و آریتا نوروزی (۱۳۹۴)، «بررسی نقش برخی عوامل آموزشی و غیر آموزشی در سلامت روان دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر بوشهر سال ۱۳۹۳»، طب جنوب، دوره هجدهم، شماره ۶، صص ۱۲۲۱-۱۲۳۵.
- صادقیان، عفت، مهناز کوشا و سمیرا گرجی (۱۳۸۹)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستان های شهر همدان»، مجله علوم پزشکی همدان، دوره هفدهم، شماره ۳.
- طاووسی، محمود، علی اصغر حائری مهریزی، اکرم هاشمی، فاطمه نقی زاده و علی منتظری (۱۳۹۵)، «وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور: یک مطالعه ملی»، پایش، دوره ۱۵، شماره سوم، صص ۲۳۹-۲۲۲.
- عنایتی، ترانه و کلثوم بینات (۱۳۹۵)، «تأثیر بازی های رایانه ای بر سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه شهر گرگان»، فناوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، سال هفتم، شماره اول، صص ۲۳-۳۷.
- فاتحی زاده، مریم السادات، طاهر امامی و بهمن نجاریان (۱۳۸۶)، «بررسی میزان شیوع علائم اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، خودشیفته، نمایشی و مرزی در بین دانشجویان»، دانشور رفتار، دوره ۱۴، شماره ۲۲، صص ۴۷-۵۸.
- کاظمی، اسماعیل، غلامرضا گرامرودی، الهام شکیبازاده و میرسعید یکانی نژاد (۱۳۹۶)، «میزان پیشگویی کندیگی عوامل زمینه ای و مهارت های زندگی بر سلامت روان دانش آموزان پسر شهرستان ری»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۵، شماره ۴، صص ۳۲۵-۳۳۶.
- موسوی مقدم، سیدرحمت الله، حامد توان، کوروش سایه میری و سوسن نادری (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت سلامت عمومی دانش آموزان دختر و پسر مدارس مقطع راهنمایی شهر ایلام در سال ۹۲-۱۳۹۱»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲ (۴).
- یعقوبی، نوراله (۱۳۷۴)، بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران.

ب) انگلیسی

- Chauhan S, Lal P, Nayak H. (۲۰۱۴) Prevalence of Depression among School Children aged ۱۰ years and above in a Public School in Noida, Uttar Pradesh. Journal of Academia and Industrial Research, ۲۷۳-۲۶۹: (۱)۳.
- Chen Xin-feng, YU Ying-hui, XU Zeng-long. (۲۰۱۱). Analysis on the mental health status and its related factors of the grade one senior high school students in the key high school in Zhangjiagang. Jiangsu Journal of Preventive Medicine, ۸-۶, ۶.
- Chung PJ, Chiou CJ, Chou FH, (۲۰۰۹). Relationships between health status, depression and



cognitive functions of institutionalized male veterans, Archives of Gerontology and Geriatrics. No: ۴۹, Pp: ۲۱۹-۲۱۵.

- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickies, A. (۲۰۰۸). Time Trend in Adolescent Mental Health. JOURNAL OF Child PSYCHOLOGY AND Psychiatry, ۱۳۶۲-۱۳۵۰, (۸) ۴۵.
- Donald, M. (۲۰۰۱). Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behavior among a community sample of young people aged ۲۴-۱۵ years. Aust N Z J Public Health, ۴۳۲-۴۲۶, (۵) ۲۵.
- Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Seow, E., Pang, S., Picco, L., Chong, S, A., & Subramaniam, M. (۲۰۱۷). Gender differences in Possitive Mental health among individuals with Schizophrenia. Comperhensive psychiatry, ۹۵-۸۸, ۷۴.
- Laser, J. A., Nicotera, N., & Jenson, J. M. (۲۰۱۰). Working with adolescents: A guide for practitioners. US: Guilford Press.
- Lee, H. H., & Cranford, J. A. (۲۰۰۸). Does resilience moderate the association between parental problem drinking and adolescents internalizing and externalizing behavior? A study of Korean adolescent. Drug and Alcohol Dependence, ۲۲۱-۲۱۳, ۹۶.
- Li, Y. H., Meng, X.P., Pang, G., Yang, X., Wei, Q., & et.al. (۲۰۰۷). An analysis on the mental health of senior high school student and its related factors. Chinese Journal of Health Hducation, ۱۳۳-۱۰۸, ۳.
- Merikangas, K.R., He, M.J., Burstein, M., Swanson, M.S.A., Avenevoli, S., Cui, M.L., et al. (۲۰۱۰). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescent: Results from the National Comorbidity Study- Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, ۹۸۰, (۱۰) ۴۹.
- Mogler, C. (۲۰۰۹). The physical, cognitive, social, personality, moral and faith development of adolescence. English: Sprache.
- Qiu Cheng-ping, WU Chen-xi, TANG Li. (۲۰۰۷). the Condition of Mental Health of the Senior High School Student. Health Medicine Research and Practice, ۴۱-۳۳, ۳.
- Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck M, Sun W, Giedd JN. (۲۰۰۴) Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med, ۷۶۵-۷۶۰, (۸) ۱۵۸.
- Shikhy G. Internet addiction, its causes and consequences [Internet]. Azarbayjan: cited ۲۰۱۱ [updated ۲۰۱۴ November ۱۳]. Available from: www.torbatgam.com. (Persian).
- Yang M. Globalization and mental health status in Taiwan. International Medical Journal ۱۱-۱۱:۲۰۳; ۲۰۰۴.