

سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳

زهرا سپهرمنش^۱، افشین احمدوند^۲، پروین یاوری^۳، رضوان ساعی^۴

^۱استادیار، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۲استادیار، روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۳استاد، گروه اپیدمیولوژی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۴کارشناس روانشناسی بالینی، بیمارستان اخوان، کاشان

نویسنده رابط: زهرا سپهرمنش، نشانی: کاشان، خیابان اباذر، روبروی شهرداری، بیمارستان اخوان، تلفن: ۰۹۱۳۱۶۲۵۹۸۷، پست الکترونیک: Z.Sephermanesh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۱۲/۱؛ پذیرش: ۱۳۸۷/۷/۶

مقدمه و اهداف: نوجوانی از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان است که ویژگی‌های رشدی آن می‌تواند زمینه ساز بروز انواع اختلالات رفتاری، بزهکاری، سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی باشد. با توجه به افزایش تعداد نوجوانان و جوانان در ساختار جمعیتی ایران، شناخت سریع و برنامه‌ریزی مناسب برای کنترل این اختلالات حائز اهمیت است. بر این اساس در پژوهش حاضر، وضعیت سلامت روانی نوجوانان شهر کاشان در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار: در این پژوهش مقطعی، ۴۰۰ نفر از دانش آموزان دبیرستانی شهر کاشان، به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای- تصادفی وارد مطالعه شدند. در این مطالعه ابزار سنجش شامل دو بخش بود. بخش اول شامل مشخصات جمعیت شناختی دانش آموز و بخش دوم پرسشنامه SCL-90-R بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، سن پدر و مادر، سن بلوغ جنسی، معدل تحصیلی، سابقه مصرف مواد و اختلال روانی بود. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون کروسکال والیس و T-test) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: بر اساس نتایج بدست آمده، ۱۰ درصد از نوجوانان دبیرستانی، مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند. شایع‌ترین علائم روانی بر اساس ابعاد ۹ گانه آزمون بترتیب: افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بود. میانگین ابعاد روانی در نوجوانان با سابقه تنبیه بدنی، وجود سابقه ترک تحصیل، سابقه اعتیاد و اختلال روانی در خانواده افزایش داشت که از لحاظ آماری این افزایش معنادار بود ($P < 0/05$). در نوجوانان پسر با سابقه مصرف مواد، میانگین ابعاد روانی افسردگی و پرخاشگری بالاتر از سایر ابعاد بود. GSI (کلید ابعاد روانی) در پسران مصرف کننده مواد ۱/۹ و در نوجوانان دیگر ۰/۸۷ بدست آمد که این تفاوت معنی‌دار بود. ($p < 0/05$). در این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و سلامت روان (میانگین کلی ابعاد روانی) مشاهده نشد؛ ولی در بعد افسردگی، حساسیت بین فردی و اضطراب بین نوجوانان دختر و پسر اختلاف معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش و میزان بالای موارد مشکوک به اختلال روانی در نوجوانان، توجه بیشتر مسئولین جهت حل مشکلات بهداشت روانی دانش آموزان و فعال‌سازی مرکز مشاوره مدارس ضروری بنظر می‌رسد و انجام برنامه‌ریزی‌های جامع به منظور ارائه خدمات مشاوره روانپزشکی و اجرای برنامه‌های منظم و مستمر آموزش بهداشت روانی و گنجاندن مطالب درسی در زمینه بهداشت روانی می‌تواند در جهت ارتقاء سلامت روانی دانش آموزان مفید باشد.

کلمات کلیدی: سلامت روان، نوجوانان، ایران

مقدمه

بزرگسالی را توصیف می‌کند (۱). ابعاد نوجوانی از لحاظ زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی تعریف شده است (۲).

واژه نوجوانی معادل کلمه لاتین Adolescere به معنای بزرگ شدن گرفته شده است و دوره زمانی بین بلوغ و رسیدن به

از نوجوانان حداقل به یک درمان‌گر شامل روانشناس، روانپزشک، مددکار اجتماعی و مشاور مراجعه کرده بودند (۱۳).

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ در ایران در زمینه سلامت روان نوجوانان تهرانی صورت گرفت نشان داد که ۳۴/۱٪ از دختران و ۲۳/۷٪ از پسران بر اساس پرسشنامه GHQ-۱۲ مشکوک به اختلال بودند. میانگین نمره سلامت روان نوجوانان ۱۸ ساله بیشتر از نوجوانان ۱۷ ساله بود (۱۴). Sawyer در سال ۲۰۰۱ در استرالیا گزارش نمود که ۴۰٪ از کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۷ ساله دارای مشکلات سلامت روان هستند و تنها ۲۵٪ از آنها برای درمان به متخصص مراجعه کرده بودند (۱۵). پژوهشی که به منظور بررسی تاثیر عوامل خانوادگی بر فرار دختران نوجوان شیرازی انجام گرفت نشان داد که بالاترین میزان فرار دختران در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال بوده است و ۶۴٪ از مادران دختران فراری خانه دار بودند. ۲۶ درصد از مادران فوت کرده یا طلاق گرفته بودند. ۳۷ درصد از دختران نوجوان سابقه مردودی در دوران تحصیل را داشته‌اند. حدود ۲۳٪ از آنها سابقه خودکشی و ۲۳٪ جمعیت مطالعه شده سابقه آزار جنسی را در دوران کودکی داشتند (۱۶).

این گروه به علت آسیب‌پذیری بالا، در معرض خطر روز افزون مشکلاتی همچون افسردگی، اضطراب، خودکشی، بزهکاری و سوء مصرف مواد قرار دارند. لذا توجه به نیازهای بهداشتی-روانی این نسل از اولویت‌های برنامه توسعه بهداشت کشور است. براین اساس بررسی شیوع آسیب‌شناسی روانی نوجوانان و عوامل موثر، کمک شایانی به یافتن راهکارهای مناسب در برنامه ریزی‌های آینده خواهد بود.

روش کار

مطالعه به روش مقطعی (Cross-Sectional) می‌باشد که به منظور تعیین میزان سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳ انجام شده است. جامعه مورد نظر در این پژوهش دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه شهر کاشان بودند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای-تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه ۴۰۰ نفر انتخاب گردید که با در نظر گرفتن $d=0/05$, $P=0/50$ محاسبه گردیده است. شهر کاشان به پنج منطقه تقسیم شد (مرکز، شمال، جنوب، غرب و شرق). از هر منطقه ۲ دبیرستان به تصادف انتخاب گردیدند (یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه) و از هر دبیرستان ۴۰ نفر به طور تصادفی از لیست دانش‌آموزان دبیرستان انتخاب شدند.

Kenny و Job نوجوانی را به عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی تعریف کرده‌اند که بوسیله تلاش جهت رسیدن به اهداف در ارتباط با انتظارات فرهنگی و جهش‌های رشد اجتماعی عاطفی و جسمانی مشخص می‌شود (۳). در سالهای اخیر اشاره شده است که شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می‌برند (۴) و این احتمال وجود دارد که خیلی از آنها اغلب مشکلات را از دوران کودکی با خود به همراه دارند. Raphael گزارش کرد که اضطراب و افسردگی همراه با اختلال انطباقی از مسائل عمده سلامت روان هستند که در دوران نوجوانی رخ می‌دهند (۵). مشکلات سلامت روان در نوجوانی یا ادامه مشکلات روانی دوران کودکی است و یا شروع یک بیماری جدید است. این مشکلات بطور کلی شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائلی در ارتباط با خودکشی هستند (۶). Kashani در سال ۱۹۸۷ در مطالعه خود گزارش کرد که ۴۱٪ از نوجوانان یک مساله روانی داشته و ۱۹٪ از آنها از نظر عاطفی و عملکرد دچار مشکل بودند (۷). آمار کشور آمریکا نشان می‌دهد که ۱۲٪ تا ۲۲٪ از نوجوانانی که اختلال روانی دارند پایین‌تر از ۱۸ سال سن دارند (۸). مطالعه‌ای که در کره انجام شد نشان داد که ۱۷٪ از نوجوانان اختلال اضطراب داشته، ۲۳٪ در مقیاس حساسیت بین فردی دچار مشکل بوده و ۱۵٪ دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند (۹). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ در رشت انجام گرفت نشان داد که شیوع آسیب‌پذیری در ابعاد نه گانه آزمون SCL-90 از ۳/۲٪ تا ۳۹/۱٪ متفاوت بوده است (۱۰). Belfer در سال ۲۰۰۸ در مطالعه خود گزارش کرد که ۲۰٪ از کودکان و نوجوانان دارای اختلال روانی هستند و خودکشی سومین علت مرگ و میر در بین نوجوانان است و بعلاوه شروع بیماری روانی ۵۰٪ از بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده است (۱۱). Young در پژوهشی که در نوجوانان کره‌ای در سال ۲۰۰۳ انجام داد عنوان کرد که ۷۴/۳٪ از نوجوانان در بعد حساسیت بین فردی و ۵۶/۹٪ در بعد افسردگی و ۴۸/۸٪ در مقیاس پرخاشگری دچار مشکل بودند (۱۲). در سال ۲۰۰۲ در آمریکا گزارش شد که ۱۹/۵٪ از نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال مشاوره درمانی دریافت کردند که نوجوانان سفید پوست (۲۰/۱٪) بیشتر از نوجوانان سیاه پوست (۱۹/۳٪) مورد درمان قرار گرفته بودند. نوجوانان Hispanic ۱۷/۵٪ و نوجوانان آسیایی ۱۳/۴٪ مورد درمان قرار گرفته بودند. بیشترین علت برای درمان، احساس افسردگی (۴۹/۵٪) قانون شکنی، کنش نمایی ۲۶/۷٪، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی ۱۹/۵٪ و احساس ترس و تنش (۱۹/۵٪) بوده است. حدود ۴۷/۶٪

خانواده اعلام می‌شد.

پرسشنامه مشخصات فردی که در راستای هدف تحقیق طرح‌ریزی شد در برگیرنده: سن نوجوان، رشته تحصیلی، معدل، سابقه مصرف مواد، سابقه مصرف مواد در خانواده، سابقه اختلال روانی در خانواده، سن پدر، سن مادر، وضعیت اقتصادی، سن بلوغ جنسی (سن اولین قاعدگی در دختران و سن اولین احتلام در پسران)، شغل پدر و میزان تحصیلات والدین بود. در این مطالعه آزمون SCL-90-R جهت تعیین آسیب‌شناسی روانی دانش‌آموزان بکار رفته است. این آزمون شامل ۹۰ سوال در ۹ مقیاس شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی است. همچنین دارای ضریب آسیب‌شناختی کلی (GSI)^۱ جهت بدست‌آوردن شیوع آسیب‌شناسی روانی است. برای هر کدام از مقیاس‌ها، مجموع نمرات سوالات مربوط به هر ملاک به تعداد سوالات تقسیم شده و با توجه به اینکه حداقل نمره یک فرد در هر مقیاس ۰ و حداکثر ۴ است طبق دستور العمل آزمون، نمرات بالاتر از ۲ برای تعیین افراد آسیب‌پذیر در نظر گرفته شد. ملاک GSI، حاصل تقسیم مجموع نمرات ۹۰ سوال به ۹۰ بود (۱۷ و ۱۸). پایایی و روایی این آزمون توسط میرزایی در سال ۱۳۵۹ و سپس توسط باقری یزدی در سال ۱۳۷۳ مورد تایید قرار گرفته است (۱۹ و ۲۰). در مطالعه یاد شده پایایی آن ۰/۹۷ و در مقایسه با مصاحبه روانپزشکی بر اساس ملاک‌های DSM-IV دارای حساسیت ۰/۹۴ و ویژگی ۰/۹۸ بوده است. براساس این آزمون هر چه میانگین نمره کلی (GSI) افراد بالاتر باشد از سلامت روانی کمتری برخوردار هستند. تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS انجام شد. جهت تفسیر نتایج از آزمون آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های استنباطی شامل Kruskal Wallis و آزمون آماری t-test استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نوجوانان مورد مطالعه $17/2 \pm 0/7$ بود. از نظر وضعیت اقتصادی ۶۸٪ از جمعیت مورد مطالعه در سطح متوسط و ۲۴٪ ضعیف بودند و ۸٪ از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردار بودند. از نظر رتبه تولد در خانواده، ۶۰٪ از جمله فرزندان وسط، ۲۷٪ فرزند اول و ۱۳٪ فرزند آخر بودند. از نظر تعداد فرزندان خانواده،

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90 بر حسب جنسیت در نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان (۱۳۸۳)

ابعاد روانی	Mean + SD		P-value t-test
	پسر n=۲۰۰	دختر n=۲۰۰	
ترس مرضی	۰/۴۵_+۰/۶۰	۰/۴۹_+۰/۵۰	NS
پرخاشگری	۰/۸۱_+۰/۷۲	۰/۹۰_+۰/۸۱	NS
اضطراب	۰/۷۷_+۰/۶۸	۰/۹۸_+۰/۹۲	P<۰/۰۵
وسواس	۱/۰۳_+۰/۶۳	۰/۹۲_+۰/۷۶	NS
حساسیت بین فردی	۱/۰۳_+۰/۶۳	۱/۲۱_+۰/۵۰	P<۰/۰۵
شکایات جسمانی	۰/۸۲_+۰/۶۱	۰/۸۷_+۰/۷۲	NS
روان‌پریشی	۰/۸۵_+۰/۶۴	۰/۹۲_+۰/۷۷	NS
پارانوئید	۱/۳۲_+۰/۷۷	۱/۳۳_+۰/۸۷	NS
افسردگی	۰/۹۷_+۰/۷۳	۱/۲۲_+۰/۶۳	P<۰/۰۵
کلیت ابعاد روانی (GSI)	۰/۹۶_+۰/۵۸	۱/۰۴_+۰/۶۹	NS

جدول ۲- کلیت ابعاد روانی بر حسب جنسیت و مشخصات فردی در نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان (۱۳۸۳)

GSI	دختر		پسر		n
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن پدر	۱/۰۷	۰/۶۳	۰/۷۵	۰/۴۵	۴۰ (n=۴۸)
۶۰-۴۰	۰/۹۷	۰/۴۵	۰/۹۰	۰/۵۷	۶۰ (n=۲۰۸)
بالاتر از ۶۰	۱/۰۴	۰/۶۹	۰/۹۲	۰/۷۳	۶۰ (n=۱۴۴)
سن مادر	۰/۹۸	۰/۸۶	۰/۹۰	۰/۷۷	۳۰ (n=۲۲۴)
۵۰-۳۰	۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۹۲	۰/۶۴	۵۰ (n=۱۳۲)
۵۰ بالاتر	۱/۳	۰/۵۲	۱	۰/۶۳	۵۰ (n=۴۴)
سن بلوغ	۱/۵	۰/۶۲	۰/۸۱	۰/۶۸	۱۱-۱۳ (n=۱۲۰)
جنسی	۰/۹۶	۰/۵۹	۰/۸۶	۰/۵۰	۱۶-۱۴ (n=۲۲۸)
۱۶ به بالا	۱/۳	۰/۶۷	۱/۲	۰/۷۹	۱۶ (n=۵۲)
رتبه تولد	۰/۸۸	۰/۵۲	۰/۸۸	۰/۴۵	فرزند اول (n=۱۰۸)
فرزند وسط	۱	۰/۴۸	۰/۸۷	۰/۴۵	فرزند وسط (n=۲۴۰)
فرزند آخر	۱/۲	۰/۵۴	۱/۱	۰/۵۲	فرزند آخر (n=۵۲)
معدل	۱/۰۸	۰/۷۰	۱/۹	۰/۸۸	زیر ۱۲ (n=۸)
تحصیلی	۱/۲	۰/۶۲	۰/۷۰	۰/۵۷	۱۴-۱۲ (n=۹۶)
	۱/۲	۰/۶۴	۰/۹۲	۰/۴۰	۱۷-۱۵ (n=۱۷۶)
	۰/۷۶	۰/۳۹	۱/۰۷	۰/۵۹	بالاتر از ۱۷ (n=۱۲۰)

پرسشنامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه SCL-90 بدون نام با کد اختصاصی در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحی راجع به نحوه کار به آنها داده شد و از دانش‌آموزان و خانواده آنها رضایت کتبی جهت شرکت در تحقیق گرفته شد. دانش‌آموزان جهت شرکت در تحقیق، اختیار داشته و در صورت درخواست آنها، نتیجه آزمون به دانش‌آموز و

^۱Global Severity Index

جدول ۳- میانگین وانحراف معیار کلیت ابعاد روانی بر حسب عوامل مرتبط در نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۸۳

P-Value t-test	میانگین		GSI
	انحراف معیار	انحراف معیار	
P<۰/۰۵	۰/۵۵	۰/۸۵	سن نوجوانان ۱۷-۱۵ (n=۲۴۰)
	۰/۶۸	۱/۱	۲۰-۱۸ (n=۱۶۰)
P<۰/۰۵	۰/۵۳	۰/۸۳	سابقه تنبیه ندارد (n=۲۳۲)
	۰/۵۹	۱/۵۹	بدنی دارد (n=۱۶۸)
P<۰/۰۵	۰/۴۵	۰/۹۳	سابقه ترک ندارد (n=۳۸۸)
	۰/۶۲	۱/۶	تحصیل دارد (n=۱۲)
P<۰/۰۵	۰/۴۰	۰/۸۵	سابقه اختلال ندارد (n=۲۷۲)
	۰/۶۸	۱/۱۶	روانی در دارد (n=۱۲۸)
P<۰/۰۵	۰/۵۶	۰/۸۸	سابقه اعتیاد ندارد (n=۳۴۸)
	۰/۷۳	۱/۵۶	در خانواده دارد (n=۵۲)

جدول ۴- بررسی ابعاد روانی نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان بر حسب سابقه مصرف مواد و سابقه جدایی در والدین ۱۳۸۳

ابعاد روانی	بدون سابقه		با سابقه	
	اعتیاد (n=۸)	بدون سابقه (n=۳۹۲)	اعتیاد (n=۸)	بدون سابقه (n=۳۹۲)
ترس مرضی	۱/۰۷	۰/۴۲	۰/۴۷	۰/۵۷
پرخاشگری	۲/۲	۰/۷۵	۰/۸۵	۱/۳۳
اضطراب	۱/۷	۰/۷۴	۰/۸۸	۱/۸
وسواس اجبار	۱/۹	۱	۰/۹۸	۱/۵
حساسیت بین فردی	۱/۶	۱/۰۱	۱/۲۱	۱
شکایات جسمانی	۲/۰۸	۰/۷۷	۰/۸۵	۲
روانپریشی	۲/۰۵	۰/۸۰	۰/۸۸	۱/۴
پارانوئیدی	۲	۱/۳	۱/۳۳	۲/۳۳
افسردگی	۲/۵	۰/۹۱	۱/۱	۰/۸۵
کلیت ابعاد روانی	۱/۹	۰/۸۷	۰/۹۶	۱/۴۲
p-value t-test		۰/۰۰۰	۰/۰۱	

نوجوانان مورد مطالعه (بر اساس کلیت ابعاد روانی) دچار اختلال بودند.

بر حسب معدل تحصیلی، بطور کلی کسانی که معدل تحصیلی آنها زیر ۱۲ بود میانگین ابعاد روانی بالاتری داشتند و از سلامت روان کمتری برخوردار بودند. در این میان میانگین کلیت ابعاد روانی پسران بیش از دختران بود. میانگین ابعاد روانی در نوجوانانی

۵۶٪ از آنها به خانواده‌هایی تعلق داشتند که ۴-۶ فرزند می‌بودند. ۲۲٪ از آنان از خانواده‌های ۶ فرزند و ۲۲٪ از آنها ۱ تا ۳ فرزند می‌بوده‌اند. سن پدر ۵۲٪ از نوجوانان بین ۴۰ تا ۶۰ سال، ۳۶٪ بالای ۶۰ سال و ۱۲٪ کمتر از ۴۰ سال سن بود. از نظر سن مادر، ۵۶٪ زیر ۳۰ سال و ۳۳٪ ۳۰ تا ۵۰ سال و ۱۱٪ بالای ۵۰ سال سن داشتند. سن بلوغ جنسی نوجوانان در ۵۷٪ در گروه سنی ۱۴ تا ۱۶ و در ۳۰٪ در گروه سنی ۱۱ تا ۱۳ سال و در ۱۳٪ موارد بالاتر از ۱۶ سال بود. ۵۰٪ از دختران بلوغ جنسی را بین ۱۱ تا ۱۳ سال و ۴۲٪ بین ۱۴ تا ۱۶ سال و ۸٪ بالاتر از ۱۶ سال تجربه کردند. در حالیکه ۷۲٪ از پسران سن بلوغ جنسی را بین ۱۴ تا ۱۶ سال، ۱۸ درصد بالاتر از ۱۶ سال و ۱۰٪ بین ۱۱ تا ۱۳ سال ذکر کردند. از نظر وضعیت تحصیلی و معدل، ۴۴ درصد از نوجوانان معدل بین ۱۵ تا ۱۷ و ۳۰٪ معدل بالای ۱۷، ۲۴٪ معدل بین ۱۲ تا ۱۴ و ۲٪ معدل زیر ۱۲ داشتند. در ۴۲٪ از نوجوانان سابقه تنبیه بدنی وجود داشت؛ بطوریکه در ۱٪ سابقه تنبیه بدنی شدید گزارش شده بود و ۵۸٪ موارد دیگر تنبیه بدنی نداشتند. در ۳۲٪ از نوجوانان سابقه بیماری روانی در خانواده وجود داشت. سابقه مصرف مواد مخدر و سیگار در ۲٪ از نوجوانان پسر، ذکر شده بود و سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده ۱۳٪ از آن‌ها وجود داشت. بطور کلی ۳٪ از نوجوانان سابقه ترک تحصیل داشتند؛ بطوریکه در ۴٪ از نوجوانان دختر و ۲٪ از نوجوانان پسر، سابقه ترک تحصیل وجود داشت. سابقه جدایی یا طلاق هم در ۲٪ خانواده‌های نوجوانان گزارش شد. میانگین GSI کل نوجوانان (دختر و پسر) ۰/۹۹ بدست آمد که ابعاد پارانوئیدی، افسردگی و حساسیت بین فردی بترتیب میانگین بالاتری داشتند. میانگین GSI پسران ۰/۹۶ و میانگین GSI دختران ۱/۰۴ بدست آمد که از لحاظ آماری بین جنس و سلامت روان تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ ولی در بعد افسردگی و حساسیت بین فردی و اضطراب بین دختر و پسر اختلاف معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵) (جدول شماره ۱).

نوجوانان دختر در تمامی ابعاد به استثنای بعد وسواس اجبار نسبت به نوجوانان پسر دارای میانگین بیشتری بودند. هر چند این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود. با در نظر گرفتن خط برش ۲ برای هر یک از ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90 R (بالاتر از ۲ بعنوان اختلال در نظر گرفته شد) ۲۳٪ در بعد پارانوئیدی، ۱۸٪ در بعد افسردگی، ۱۶٪ در بعد حساسیت بین فردی، ۱۲٪ در بعد اضطراب، ۱۱٪ در بعد پرخاشگری، ۹٪ در بعد وسواس اجبار، ۹٪ در بعد روان‌پریشی، ۷٪ در بعد شکایت جسمانی و ۱٪ از نوجوانان مورد مطالعه در بعد ترس مرضی دچار اختلال بودند. بطور کلی ۱۰٪ از

اسلامشهر همخوانی دارد. این مطالعه شیوع افسردگی را ۱۵/۹٪ در پسران و ۱۹/۷٪ در دختران گزارش نموده است (۲۳) و همچنین این یافته با مطالعه ضربایی و همکاران در شهر رشت و حسینی در شهر ساری شباهت داشت (۲۱، ۱۰).

نوجوانان مورد مطالعه به ترتیب در ابعاد پارانوئیدی، افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و پرخاشگری، بیشترین میانگین را داشتند. این یافته با نتایج مطالعات حسینی و همکاران در شهر ساری، حسینی فرد و همکاران در رفسنجان (۲۴) و ضربایی و همکاران در رشت همخوانی دارد (۱۰).

لطف‌آبادی در مورد اختلالات عاطفی نوجوانان عنوان می‌کند که نوجوانانی که از نظر روانی در مرز پایین پارانوئیا هستند، غالباً و بطور مستمر به افراد بزرگسال و همسالان خود بدگمانند و به همین دلیل برای حفاظت روانی از خود به پرخاشگری و خشونت متوسل می‌شوند. در مطالعه ما مقیاس پرخاشگری به همراه پارانوئیا دارای میانگین قابل ملاحظه‌ای بوده است که وجود پرخاشگری در نوجوانان ممکن است یا به دلیل مقابله با تهدیدهای جسمی و روانی و یا نیاز شخصی به داشتن قدرت باشد. از دیگر عواملی که می‌توانند نوجوان را به پرخاشگری سوق دهند وجود والدین سلطه‌گر و خشن، معلمان سرد و بی‌تفاوت و همسالان پرخاشگر باشد (۲۵).

دو مقیاس حساسیت بین فردی و افسردگی در نوجوانان مورد مطالعه فراوانی قابل توجهی داشت که با مطالعه Young در سال ۲۰۰۳ میلادی مطابقت دارد. از طرفی مطالعه حاضر نشان داد که GSI نوجوانان سنین ۲۰-۱۸ سال بیشتر از ۱۵ تا ۱۷ سال بود. مطالعه‌ای که در نوجوانان کره ای سال ۲۰۰۳ انجام شده است این نتیجه را تایید می‌کند (۱۲).

میانگین GSI کلی در بین دختران ۱/۰۴ و در بین پسران ۰/۹۶ بدست آمده که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود، هر چند تقریباً در کلیه ابعاد، میانگین نمره دختران بالاتر از پسران دانش‌آموز بود که با پژوهشی که در سال ۱۳۸۳ توسط دکتر حسینی، دکتر اسلامی و ماجنی انجام گرفت هماهنگی دارد (۲۶ و ۲۱ و ۱۰).

تفاوت معنادار نمرات دختران در بعد افسردگی با اکثر نتایج بدست آمده در پژوهش‌های روانپزشکی همخوانی دارد (۲۷ و ۲۸). طبق مطالعات Cooper و همکارانش با بالا رفتن سن دختران، افسردگی افزایش می‌یابد که در مطالعه حاضر نیز چنین افزایشی مشهود بوده است (۲۹) و مطالعه Verhulst در Duch طی سال ۱۹۸۹ میلادی نشان داد که نمرات کلی مشکلات دختران با

که سن پدرشان بیش از ۶۰ سال بود بیشتر از دیگر نوجوانان بود بطوریکه در نوجوانان پسر همراه با افزایش سن پدر سلامت روانی آنها کاهش نشان می‌داد اما در مورد دختران چنین رابطه‌ای مشاهده نشد. میانگین شدت ابعاد روانی نوجوانان با افزایش سن مادران رابطه مستقیم داشت بطوریکه هر چه سن مادر بالا می‌رفت بر میزان GSI افزوده می‌شد. نوجوانانی که مادرشان بیش از ۵۰ سال سن داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. فرزندان آخر خانواده نسبت به فرزندان اول و وسط در مقیاس کلی ابعاد روانی میانگین بیشتری داشتند. ولی از لحاظ آماری این تفاوت‌ها معنی‌دار نبود (براساس آزمون کروسکال والیس) (جدول شماره ۲).

نمره GSI نوجوانان گروه سنی ۱۸-۲۰ سال بیشتر از گروه ۱۵-۱۷ سال بود. سابقه تنبیه بدنی در نوجوانان باعث بالا رفتن میانگین ابعاد روانی شده و نکته قابل توجه این که تنبیه در دختران اثرات روانی شدیدتری (۱/۹۷) نسبت به پسران (۱/۲۱) داشته است. نوجوانان با سابقه ترک تحصیل، سابقه اختلال روانی در خانواده و سابقه اعتیاد در خانواده نسبت به سایر نوجوانان میانگین ابعاد روانی بالاتری داشتند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$) و در نوجوانان با سابقه ترک تحصیل بعد افسردگی در دختران و بعد پرخاشگری در پسران بالاتر بود (جدول شماره ۳).

نوجوانانی که سابقه جدایی (طلاق) بین والدینشان وجود داشت میانگین ابعاد روانی بالاتری نسبت به سایرین داشتند ($P < 0/001$). همچنین نوجوانانی که سابقه اعتیاد داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند بطوریکه بیشترین میانگین را در ابعاد افسردگی (۲/۵) و پرخاشگری (۲/۲) داشتند. در حالیکه نوجوانانی که سابقه طلاق در خانواده داشتند در بعد پارانوئیدی (۲/۳۳) بیشترین میانگین را بدست آوردند که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p < 0/01$) (جدول شماره ۴).

بحث

در این مطالعه شیوع کلی آسیب‌شناسی روانی در دانش‌آموزان، ۱۰٪ بدست آمده است که یافته بدست آمده تاحدود زیادی با میزان ارائه شده توسط حسینی در سال ۱۳۸۳ و ضربایی در سال ۱۳۸۰ همخوانی دارد (۱۰، ۲۱). همچنین این نتایج با مطالعه Robert & Clifford که شیوع اختلال روانی را ۱۲٪ گزارش کرده‌اند تا حدود زیادی مطابقت دارد (۲۲).

شیوع افسردگی در نوجوانان مورد مطالعه ۱۸٪ بود که این یافته با نتایج مطالعه اسلامی و همکاران در سال ۱۳۷۵ در

مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۳). عامل دیگری که در این مطالعه بررسی شد معدل تحصیلی نوجوانان بود. هرچه معدل و وضعیت تحصیلی آزمودنی بدتر شده و افت پیدا کرده بود در مقیاس‌های پرخاشگری، وسواس و اضطراب و حساسیت بین فردی میانگین بالاتری مشاهده شد. پژوهشی که در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت نشان داد که هر چه نمره معدل بهبود و پیشرفت داشته باشد میانگین ابعاد اضطراب و حساسیت بین فردی بالاتر می‌رود است که عکس نتیجه بدست آمده است (۲۳). در این مطالعه کسانی که سابقه ترک تحصیل داشته‌اند در ابعاد روانی مختلف میانگین بالاتری داشتند. مطالعه‌ای که در شیراز در زمینه عامل فرار دختران نوجوان انجام گرفت نشان داد که ۸۰ درصد از دختران نوجوان پیش از ترک منزل، مدرسه را ترک گفته بودند. این مطالعه سابقه ترک تحصیل را عامل زمینه ساز برای آسیب‌پذیری روانی عنوان کرده است. نوجوانانی که سابقه اعتیاد در خانواده آنها وجود داشت از نظر روانی آسیب‌پذیرتر از سایر نوجوانان بودند که این مطالعه عنوان کرده نابسامانی‌های خانوادگی، از جمله جدایی والدین، اعتیاد خصوصا اعتیاد پدر و اعضای بزرگتر خانواده بیشترین تاثیر را در زمینه فراهم کردن انحراف نوجوانان دارد (۱۶).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه، اطلاعات مهمی درباره سلامت روان نوجوانان و عوامل متعدد مرتبط با آن رانشان داد. از آنجائیکه در ایران توجه به حیطه سلامت روان نوجوانان در حال رشد است و تامین سلامت روان نوجوان سلامت روان نسل آینده را تضمین خواهد کرد، همچنین با توجه به شروع بسیاری از اختلالات در این دوره و عواقب ناشی از عدم تشخیص و درمان این اختلالات مانند سوء مصرف مواد و بزهکاری و این تحقیق لزوم توجه بیشتر به بهداشت روانی نوجوانان جامعه بویژه فعال کردن مراکز مشاوره دانش آموزی و انجام برنامه‌ریزی جامع به منظور ارائه خدمات مربوط به درمان روانشناختی و مشاوره را آشکار می‌سازد. از طرفی پیشنهاد می‌گردد که جهت تعمیم‌پذیری نتایج، تحقیقات وسیعتری در این زمینه در رابطه با هریک از متغیرهای ذکر شده و سلامت روان انجام پذیرد.

منابع

1. Bennett, B. Problems for adolescent and youth in in the community (1962) new doctor, march 19-21.
2. Hurrelman, K. Losel, F. Health hazards in adolescence, De Gruyter. Berlin (1990).

افزایش سن زیادتر شده بود و دختران جوانتر نمرات پایین‌تری داشتند. نمرات دختران بالاتر از نمرات پسران بود. طبق این مطالعه، نوجوانان خود می‌توانند علاوه بر والدین و معلمین گزارشگری با ارزش درباره عملکرد روانشناختی خود باشند (۳۰). عامل دیگری که در این پژوهش بررسی شد رابطه سلامت روانی با تحصیلات مادر بوده است و نتایج نشان داد که میانگین ابعاد مختلف روانی در دانش آموزان با مادر بی‌سواد و مادرانی که تحصیلاتی در حد ابتدایی داشتند بالاتر بوده است که این موضوع از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است و با مطالعه دکتر حسینی (۲۱) مطابقت ندارد. کسانی که سابقه مصرف مواد داشته‌اند میانگین بیشتری در مقیاس پارانوئید و افسردگی نسبت به سایر مقیاس‌ها داشتند که تا حدودی با مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ توسط ضرابی انجام گرفت همخوانی دارد (۱۰). پژوهش حاضر در زمینه بررسی سابقه تنبیه بدنی و سلامت روان نوجوانان به این نتیجه دست یافت که نوجوانان با سابقه تنبیه بدنی، میانگین بالاتری در ابعاد روانی داشتند. پژوهش کاپلان و همکاران در سال ۱۹۹۹ میلادی نشان داد که نوجوانانی که مورد آزار جسمی قرار گرفته بودند و این مسئله از طریق خود نوجوان و معلم و والدین گزارش شده بود در مقایسه با سایر نوجوانان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌بردند و بر اساس مصاحبه بالینی، این نوجوانان بطور معناداری دچار اختلال عملکرد بودند (۳۱).

این پژوهش به بررسی سن بلوغ جنسی نوجوانان، سن پدر و مادر در ارتباط با سلامت روانی نوجوانان پرداخته که این عوامل به گونه‌ای با بالا رفتن میزان میانگین کلی ابعاد روانی همراه بوده است؛ اگر چه از لحاظ آماری این افزایش معنادار نیست. علت این یافته می‌تواند کم بودن حجم نمونه باشد. نوجوانانی که سن بلوغ جنسی آنها بالاتر از ۱۶ سالگی بود از میزان سلامت روانی کمتری برخوردار بودند و تاکنون به مطالعه‌ای که به طور جدی به بررسی چنین عواملی پرداخته باشد برخورد نکرده‌ایم.

نوجوانان خانواده‌هایی که از نظر اقتصادی از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند آسیب‌پذیری روانی بیشتری نسبت به سایرین دارند که مطالعه Toumbourou و همکاران در سال ۲۰۰۷ میلادی نیز نشان داد که وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین تا حدود زیادی با رشد خشونت و جرم و همچنین سوء مصرف مواد در ارتباط است (۳۲). همچنین Johnson در سال ۲۰۰۸ میلادی مطالعه‌ای در این زمینه انجام داده و به این نتیجه رسید که نوجوانان فقیر نسبت به نوجوانانی که متعلق به خانواده‌های با درآمد بالا بودند از نظر سلامتی وضعیت بدتری داشتند که با یافته

19. Mirzaei R .,Evaluation Validity and Reliability of SCL90-R in Iran.Thesis of Psychology,Tehran University1991:50-53.
20. Bagheri Yazdi A,Bolhari J,Shahmohammadi V.,Epidemiology of Mental Disorder in Maybod Rural Population of Yazd.J of Andeeshah Va Raftar1994;1:32-41.
21. Hosseini H,Khalilian A,Ahadi A. Screening Mental Psychopatology of High School Students in Sari With SCL-90-R,2002-2003.J of Mazandaran University of Medical Sciences2004 Fall;14(44):60-67.
22. Robert, Clifford, Abram. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. A M. J psychiatry. 1998. June; 155. 715 -725.
23. Eslami AA,Shojaezadeh D,Kamali P.,Prevalence of Depression and Its Relation With Religious Attitude in Senior High School Students in Eslam Shahr,1996-1997.J of Teb Va Tazkieh 1998 Fall;34:29-34.
24. Hosseinfard M,Birashk B,Atefvahid K.Epidemiology of Mental Disorder in High School Students in Rafsanjan.J of Andeeshah Va Raftar 2005Spring;11(1):71-79.
25. Lotfabadi H.Development Psychology; Adolescence,Youth, Adulthood(1).Tehran Press,Samt Publications2000:176
26. Maggini C. Ampullini P. The parma High school epidemiological survey: Oco symptoms. Acta psychiatry Scand 2001; 103(6): 441-6.
27. Kaplan H & sadocks B. Synopsis of psychiatry . Eighth edition. Baltimor; Williams & Wikins . 200742-45.
28. Nacyin Cotton PHD. Normal adolescence in sadock benjamin , sadock viriginia A . Kaplan sadock, s comprehensive text book of psychiatry . Seven addition Philadelphia Lippincott William, S & Wilkins. 2000, 2550-2557.
29. Cooper peter J , good yer ton , ucabindge winnicott, study of ed pression in adolescence girl estimates of symptom and symptom prevalence. British Journal of psychiatry 1993. 163.369- 374.
30. Verhulst FC. Prince J , Vervurt -poot C .Detong J . Mental health in Dutch adolescents self-reported competencies and problems for ages 11-18.acta psychiatr scand suppl-1989, 356:-1-48.
31. Kaplan SJ. Labruna V .Oelcovitz D. Salzinger S . Mandel F Weiner M . Psychiatry abused adolescents: behavior problems, functional impairment, and comparison of in formants . pediatrics, 1999 Jul; 104 (1 pt 1):43-9
32. Toumbourou J w. Hemphill S A. Tresidder J. Humphreys C. Edwards J. Murray D. mental health promotion and socio-economic disadvantage: lesson abuse, violence and crime prevention and child health. Health promot j Austr .2007 Dec; 18(3) :184-90.
33. Johnson SB, Wang C, Why do adolescents say they are less healthy than their parents think they are?the importance of mental health varies by social class in a nationally representative sample . Pediatrics .2008 feb; 121(2): e 307-13.
3. Kenney, D T. Job, R F S. Australia's adolescent: a health risk ,Health Psychology perspective ,university of new England press(1995) , Armidale, Australia.
4. Heaven P C L. Adolescent health: the role of individual Difference Rout ledge, London (1996).
5. Kazdin A. Adolescent mental health : Prevention and treatment programs American psychologist 48(1993).pp127-141.
6. Jensen , P. Mental health and disorder in children and adolescents : current status and research needs . community health 143(1991)pp1-7.
7. Kashani JH. Beck N. Hoe per, E W. Fallahi C. Corcoran C M. Maallister J A. Rosenberg T K. Reid J C. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. Adolecent Journal of psychiatry 144(1987) pp584-589.
8. Wallston, K.A.Wallston RS.Devellis R. Development of the multidimensional health locus of control scale. Us department of health and human services (1990)Health education monogerahp6.pp 160-170.
9. Hyun S K. the effects of physical activity on health related psychological constructs in the old females, master thesis , HanYong university Korea(2001).
10. Zarrabi H,Koosha M,Mohtashame Amiri Z.Prevalence of Psychopatology in High School Students in Rasht.J of Guilan University ofMedical Sciences 2000 Fall,Winter;10(39,40):50-54.
11. Befler ML.Child and Adolescent Mental Disorders ; the magnitude of the problem across the globe . J Child psychol psychiatry 2008 Jan 21.
12. Young Ho kim .Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final result from a 2-years study. International journal of Nursing studies .v(40)Issue 2 , February 2003,pages115-124.
13. [http:// www. Child 20%Health 20%USA202004%20Mental20%health 2004.](http://www.Child20%Health20%USA202004%20Mental20%health2004)
14. Emami H.Ghazinour M. Rezaeishiraz H. Richter J. Mental health of adolescents in Tehran,Iran .JAdolesc health .2007 dec ;41(6):571-6 Epub 2007sep 26.
15. Sawyer MG. Arney FM. Baghurst PA. clark JJ. Graetz BW. Kosky RJ. Nurcombe B. Patton GC, Prior MR. Raphael B. Rey JM. Whites LC. Zubrick S R. thr mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and weii-being. Aust NZJ psychiatry .2001 Dec,35(6): 606-14. [http:// main.uswr.ac.ir/SWQ/refah13/so4/htm.](http://main.uswr.ac.ir/SWQ/refah13/so4/htm)
16. Drogatis KR , Lipman RS. Covil. SCL- 90- R out patient psychiatric rating scale preliminary report. Psycho pathology Bull.(1973),p:13-27
17. Drogatis LR. Rickets K. Rock A. The Scl-90 and the MMPI: Astep in the validation of new self report scale. British, J. psychiatry 1976(128) 280-289

