

Investigating the Mental Health of Female High School Students in The city of Qom

Abbas Habibzadeh, Ph.D.

Academic member, University of Qom

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the high school students' mental health in the city of Qom. This study was a survey research. Statistical population included all the female high school students in Qom city (15872). Statistical sample was 340 students who were selected based on a random classification and multi phase cluster sampling method from districts 1, 2 and 3 of the office of education in the city of Qom. The measurement instrument was SCL-90-R (Derogotis, 1994) which was performed on a group method in different schools. Data analysis revealed that the means were higher than the test margin (0.7) for all the factors. Regarding the prevalence of psychological problems, depression factor showed a prevalence of 67 percent which was the highest and phobia factor with 21.6 percent which was the lowest. Comparing the mean psychological problems of female high school students by ANOVA showed that there was a significant difference only on depression factor and there were no significant differences in other factors. The findings in this study indicated that mental health among female high school students was not favorable. Therefore it seems necessary to provide female high school students with psychological mental health and mental hygiene.

Keywords: female high school mental health, psychological problems, SCL-90-R.

بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم

عباس حبیب‌زاده
عضو هیأت علمی دانشگاه قم

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر شهرستان قم انجام شد. روش پژوهش از نوع زمینه‌یابی است. جامعه آماری همه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهرستان قم (۱۵۸۷۲ نفر) است که تعداد ۳۴۰ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و خوشه‌ای چندمرحله‌ای از نواحی یک، دو و سه اداره آموزش و پرورش شهر قم انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری آزمون SCL-90-R (دراگوتیس، ۱۹۹۴) بود که به‌طور گروهی در مدارس اجرا شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که در تمام عامل‌ها میانگین بالاتر از خط برش آزمون (۰/۷) است. از نظر میزان شیوع مشکلات روان‌شناختی، عامل افسردگی با شیوع ۶۷ درصد بالاترین مقدار و فوبیا با ۲۱/۶ درصد از کمترین مقدار برخوردار است. مقایسه میانگین مشکلات روان‌شناختی دختران دبیرستانی نواحی مختلف شهر قم با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) نشان داد که فقط در عامل افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و در سایر عامل‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس نتایج می‌توان گفت که سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و شایسته است تلاش بیشتری برای تأمین بهداشت و سلامت روانی آنها صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی دختران دبیرستانی، مشکلات روان‌شناختی، SCL-90-R.

مقدمه

محیط مدرسه، معلمان، دوستان، خانواده و جامعه را نخواهد داشت و مشکلات او روز به روز گسترده‌تر می‌شود (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸).

شواهد موجود و یافته‌های مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شیوع و فراوانی مسائل و مشکلات روان‌شناختی به‌خصوص در بین نوجوانان در حال گسترش است (راتر و اسمیت^۱، ۱۹۹۵). در حالی که در گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) از وضعیت سلامت روانی جامعه ایران، میزان شیوع اختلالات روانی برابر ۲۱/۹ درصد عنوان شده است. در آخرین بررسی شیوع‌شناسی بیماری‌های روانی در سالهای ۸۹ و ۹۰ شیوع اختلال‌های روانی در ایران ۲۳/۶ درصد گزارش شده است (ملکی، ۱۳۹۱).

در جمعیت عمومی پژوهش‌های؛ رئیسون، میری، دستجردی و شریف‌زاده (۱۳۹۱) و احمدوند، سپهرمنش، قریشی، عصاریان، موسوی، و همکاران (۱۳۸۹) درباره شیوع اختلالات روانی در بیرجند و کاشان نشان‌دهنده شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی است. به‌طور مثال در بیرجند ۵۵ درصد جمعیت از اختلالات روانی رنج می‌برند.

در جمعیت دانش‌آموزی؛ معروفی، یوسف‌زاده و بخشکار (۱۳۹۱) گزارش کردند که ۸۱/۶ درصد از دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی همدان مشکوک به اختلالات روانی هستند. عبدی خطیبی (۱۳۹۱) از پژوهش خود نتیجه گرفت که ۶۳/۳ درصد از دانش‌آموزان منطقه اهر دارای علایم اختلالات روانی هستند و بیشترین شیوع به ترتیب مربوط به پارانوئا (۷۶/۳ درصد)، وسواس و اجبار (۶۷/۶ درصد) و افسردگی (۶۳/۷ درصد) می‌شود. طباطبائیان، هادی‌نژاد و امیری (۱۳۹۰) از پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که وسواس و اجبار و افسردگی بالاترین میزان و فوبیا و روان‌پریشی پایین‌ترین میزان گرایش به آسیب روانی را در بین دانشجویان به خود اختصاص دادند و تفاوت بین دو جنس معنادار نبود. الماسی (۱۳۸۶) در پژوهش خود مشاهده کرد که در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر همدان به ترتیب اختلالات شکایات جسمانی (۱۷/۳ درصد)، افسردگی (۶/۳ درصد) و حساسیت میان‌فردی (۴/۳ درصد) از بیشترین میزان شیوع برخوردارند و بین پسران و دختران تفاوت معناداری وجود ندارد. صادقیان، مقدری‌کوشا و گرجی (۱۳۸۹) ضمن بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸ به این نتیجه رسیدند که ۶۰/۲ درصد از دانش‌آموزان مشکوک به یکی از اختلال‌های روانی هستند. از این میزان

در دهه‌های گذشته بهداشت و سلامت جسمانی در اولویت اول کشورها قرار داشت و یکی از شاخص‌های توسعه محسوب می‌شد، ولی امروزه بهداشت و سلامت روانی از اهمیت برابر یا بالاتری برخوردار است. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی در سالهای اخیر بهداشت و سلامت روانی را در دستور کار کشورهای عضو قرار داده و اهداف، برنامه‌ها و شعارهای خود را بر این موضوع مهم متمرکز کرده است. یکی از علت‌های این اولویت و اهمیت این است که علی‌رغم پیشرفت‌های سریع و شگفت‌انگیز در زمینه دانش و فناوری و توانایی بشر برای تسلط بر نیروهای طبیعی به‌منظور تأمین رفاه و آسایش خویش به نظر می‌رسد، نه فقط احساس آرامش و آسایش انسان نسبت به گذشته بیشتر نشده است، بلکه پیچیدگی‌های اخیر نگرانی‌ها و مسائل روحی و روانی جدیدی را نیز به ارمغان آورده است. مطالعه این نگرانی‌ها و مسائل روحی و روانی جدید در مدارس و بین دانش‌آموزان به‌خصوص در مراحل رشدی حساس و پرتنش، مثل نوجوانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. زیرا نوجوانی دوره‌ای است که از نظر جسمی و روان‌شناختی تحولات بسیاری را به همراه دارد. روان‌شناسان از این دوره با عنوان‌هایی مثل دوره بحرانی، دوره طوفان و تنش، دوره تعارض با خانواده و جامعه یاد کرده‌اند که خود به‌خود مشکلاتی را برای نوجوانان ایجاد می‌کند. اضافه شدن پیچیدگی‌های جامعه صنعتی به مشکلات رشدی این دوره موجب به مخاطره انداختن سلامتی نیروهای بالقوه جامعه می‌شود (لطف‌آبادی، ۱۳۸۵).

از طرف دیگر تمام امیدها و آمال و آرزوهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه به نوجوانان برمی‌گردد، آنها سرمایه‌های بالقوه جامعه هستند و سالیانه هزینه‌های انسانی و مادی فراوانی صرف تعلیم و تربیت آنها می‌شود. اگر آنها در وضعیتی قرار گیرند که از سلامت روانی و جسمی برخوردار باشند و از فرایند تعلیم و تربیت بهره کافی ببرند، به بزرگسالانی سالم، متخصص و متعهد تبدیل می‌شوند و تمامی ابعاد جامعه از وجود آنها بهره‌مند می‌شود. اگر این شرایط فراهم نشود، هیچ‌یک از آرزوها و آمال اشاره شده به واقعیت نمی‌پیوندد (شعاری‌نژاد، ۱۳۸۶).

بنابراین پرداختن به سلامت روانی دانش‌آموزان نوجوان یکی از محورهای مهم و پایه برای بهداشت و سلامت روانی جامعه است. مطالعات نشان می‌دهد که اگر دانش‌آموز مشکلات و تضادهای روانی داشته باشد، قدرت سازگاری با

محیط خانواده، محیط فرهنگی و اجتماعی و خود دانش‌آموز به‌عنوان عوامل مؤثر بر سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی مشخص شده‌اند. چنزین فنگ، یو یینگ‌های و زوزنگ لانگ^۱ (۲۰۱۱) با بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان مشاهده کردند که شیوع کلی اختلالات روانی ۱۸/۸ درصد است که از بین آنها ۵۳/۷ درصد مشکلات اضطرابی، ۱۸/۴ درصد احساس کهنتری و ۱۶/۲ درصد شکایات جسمانی داشتند. میانگین دختران بیشتر از میانگین پسران بود. میانگین اضطراب و شکایات جسمانی دانش‌آموزان با افزایش نمرات تحصیلی کاهش می‌یافت. حمایت عاطفی خانواده با نمرات اختلال روانی رابطه منفی معناداری داشت. انتظار بیش از حد، دخالت زیاد و حمایت بیش از حد با نمرات اختلال روانی به‌خصوص شکایات جسمانی و تمایل به پرخاشگری رابطه مثبت معناداری داشت. لی، منگ، پانگ، یانگ، وی^۲ و همکاران (۲۰۰۷) گزارش می‌کنند که شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی به ترتیب عبارت‌اند از: اضطراب (۵۰/۸ درصد)، روابط بین‌فردی (۱۹/۱ درصد) و شکایات جسمانی (۱۸/۷ درصد). آنها همچنین نتایج دیگری را نیز گزارش کرده‌اند از جمله اینکه نمرات سلامت روانی دختران به‌طور معناداری ($\alpha=0/01$) کمتر از پسران است، مدارس مرکز شهر از سلامت روانی بیشتری ($\alpha=0/05$) نسبت به مدارس حاشیه‌ای برخوردارند، نمرات سلامت روانی دانش‌آموزان کلاس‌های اول و سوم به‌طور معناداری ($\alpha=0/05$) بیشتر از نمرات سلامت روانی دانش‌آموزان کلاس دوم است. نمرات سلامت روان با ارزشمندی شخصی، توانایی مطالعه، روابط با همکلاس‌ها و عزت نفس رابطه معناداری ($\alpha=0/01$) دارد.

مریکانگاس، هی، بورستین، سوانسون، اونولوی^۳ و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی شیوع اختلالات روانی در نوجوانان آمریکایی مشاهده کردند که ترتیب شیوع عبارت است از: اضطراب (۳۱/۹ درصد)، اختلال رفتاری (۱۹/۱ درصد)، اختلالات خلقی (۱۴/۳ درصد) و سوء‌مصرف مواد (۱۱/۴ درصد) و به‌طور کلی گزارش می‌کنند که ۲۲/۲ درصد از نوجوانان اختلالات عمیق روانی دارند. کولیشاو، موگان، گودمن و پیکلس^۴ (۲۰۰۸) 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

درصد دارای اختلال خودبیمارانگاری، ۶۷/۵ درصد دارای اختلال اضطراب، ۴۹/۵ درصد دارای اختلال در روابط و عملکرد اجتماعی و ۴۵/۸ درصد دارای اختلال افسردگی هستند. نتایج بررسی فهمی (۱۳۸۵) از میزان شیوع افسردگی در نوجوانان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان قم نشان می‌دهد که ۳۵/۸ درصد از دانش‌آموزان افسردگی خفیف، ۱۴ درصد افسردگی نسبتاً شدید و ۱۷/۶ درصد افسردگی شدید دارند. وی در مجموع نتیجه گرفت که ۶۷/۴ درصد از دانش‌آموزان به نحوی با افسردگی دست و پنجه نرم می‌کنند. همچنین نتیجه گرفته است که بین میزان افسردگی خفیف دانش‌آموزان نواحی قم تفاوت معناداری وجود ندارد. حسینی‌فرد، بیرشک و عاطف وحید (۱۳۸۴) نتایج همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رفسنجان را این‌گونه گزارش کرده‌اند که میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی در نمونه مورد بررسی ۱۶/۶ درصد (دختران ۲۱/۶ درصد و پسران ۱۰/۶ درصد) است. همچنین بیشترین اختلال‌های مشاهده شده؛ افکار پارانوئیدی (۶۰/۵ درصد)، افسردگی (۵۲/۷ درصد) و پرخاشگری (۵۲/۵ درصد) بود.

نتایج پژوهش‌های حسینی، موسوی و رضازاده (۱۳۸۲)، کاوه، شجاعی‌زاده، شاه‌محمدی، افتخار اردبیلی، رحیمی و همکاران (۱۳۸۲)، مسعودزاده، خلیلیان، اشرفی، و کیمیایی (۱۳۸۳) و سلطانیان، بحرینی، نمازی، امیری، قایدی و همکاران (۱۳۸۳) به ترتیب نشان داد که ۴۲/۶ درصد، ۳۹ درصد، ۵۸/۸ درصد و ۴۰/۷ درصد از دانش‌آموزان اختلالات روانی دارند. مکارمی^۱ (۱۹۸۹) به این نتیجه رسید که اختلالات روانی با توجه به جنسیت و دوره تحصیلی دانش‌آموزان از شیوع متفاوتی برخوردارند. پژوهش حقیقت‌گو و پترسون^۲ (۱۹۹۵) نشان داد دانش‌آموزان ایرانی به‌طور متوسط علائم افسردگی بیشتری را نسبت به نوجوانان آمریکایی گزارش می‌کنند.

پژوهش‌ها در سایر کشورها نیز نشان‌دهنده شیوع نامطلوب اختلالات و مشکلات روان‌شناختی هستند. کیو چنگ‌پینگ، چنزی و تانگلای^۳ (۲۰۰۷) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که ۱۰/۶ درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی مورد مطالعه آنها در چین اختلالات روانی عمیق و ۷۱/۲ درصد از آنها اختلالات روانی خفیف دارند. در پژوهش آنها پسران دارای اختلال روانی بیشتری نسبت به دختران بودند و چهار عامل مدرسه،

1. Makaremi

3. QiuCheng-ping, Chen xia & Tang Li

5. Li, Meng, Pang, Yang & Wei

7. Collishaw, Maughan, Goodman, Pickles

2. Haghighatgou & Peterson

4. Chen Xin-feng, Yu yinghui & Xuzheng-long

6. Merikangas, He, Burstein, Swanson, Avenevoli

ناحیه دو ۶۲ نفر و ناحیه سه ۱۱۵ به‌دست آمد. در مرحله بعد به‌منظور مشخص شدن دانش‌آموزانی که باید آزمون را پاسخ می‌دادند از هر ناحیه چهار مدرسه، از هر مدرسه یک کلاس از هر رشته، و از هر کلاس به نسبت مشخص شده دانش‌آموزان به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزار سنجش

آزمون SCL-90-R: این آزمون یکی از پرکاربردترین آزمون‌های خودگزارشی است که در آسیب‌شناسی به‌کار می‌رود. SCL-90-R عبارت است از یک فهرست علایم روانی خودگزارشی ۹۰ سؤالی که از پژوهش‌های روان‌سنجی بالینی به وجود آمده و طرح آن بدین صورت بود که در اصل الگوهای علایم روانی بیماران جسمی و روانی را منعکس نماید. شرح اولیه این آزمون را دراگوتیس^۲ و همکاران او در سال ۱۹۷۳ معرفی کردند و براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به‌صورت و شکل فعلی (دراگوتیس، ۱۹۹۴) ارائه گردید. هر یک از سؤالات این آزمون از یک طیف پنج‌طبقه‌ای میزان ناراحتی (صفر تا چهار)، از هیچ تا بی‌نهایت تشکیل شده است.

نمره‌گذاری و تفسیر آزمون به‌صورت ۹ بُعد علایم اولیه و سه معیار کلی ناراحتی است. ابعاد و علایم اولیه عبارت‌اند از: شکایات جسمانی^۳، وسواس و اجبار^۴، حساسیت میان‌فردی^۵، افسردگی^۶، اضطراب^۷، پرخاشگری^۸، اضطراب فوبیا^۹، افکار پارانوئیدی^{۱۰}، روان‌پریشی‌گرایی^{۱۱}. شاخص‌های کلی آزمون عبارت‌اند از: شاخص علایم کلی^{۱۲}، شاخص علایم مثبت ناراحتی^{۱۳} و جمع علایم مثبت^{۱۴}. این آزمون به‌صورت فردی و گروهی قابل اجراست که در این پژوهش به‌صورت گروهی در هر مدرسه اجرا شد. پایایی و روایی این آزمون در مطالعات بسیاری مورد بررسی قرار گرفته و از ویژگی‌های بسیار مطلوبی برخوردار است. از جمله مدبرنیا، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیرپور (۱۳۸۹) گزارش کردند که بیشترین ضریب پایایی با روش بازآزمایی $I=0/93$ و با روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ $I=0/85$ در افسردگی مشاهده شد. همچنین بین ابعاد نه‌گانه پرسشنامه و مقیاس‌های MMPI همبستگی معناداری ($\alpha=0/05$) به‌دست آمد. آنها در مجموع نتیجه گرفتند که بر

خانواده رخ داده است. سایر، آرنی، بگهارست، کلارک، گریترز^۱ و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی سلامت روانی کودکان و نوجوانان استرالیایی گزارش کردند که ۱۴ درصد از آنها دارای مشکلاتی در سلامت روانی هستند.

در مجموع با توجه به موضوع‌ها و پژوهش‌های مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که مسأله سلامت روانی در دنیای پیچیده و متغیر امروزی با چالش‌هایی روبه‌رو شده و مطالعه آن از اهمیت بالایی برخوردار است. این مهم برای تمام برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی یکی از ملزومات اولیه است و ضرورت مطالعه و شناخت آن درباره نسل جوان به‌خصوص دختران که پرورش‌دهندگان نسل آینده هستند، بیشتر احساس می‌شود.

این پژوهش با قبول این پیش‌فرض که ریشه بسیاری از ناهنجاری‌های اجتماعی و شکست‌های تحصیلی نوجوانان در نداشتن سلامت روانی آنهاست و حل این معضل در مرحله اول مستلزم شناخت وضعیت موجود نوجوانان از بعد سلامت روانی است، در پی پاسخگویی به سؤالات زیر است:

- ۱- سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم در چه وضعیتی است؟
- ۲- آیا بین سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نواحی شهرستان قم تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش توصیفی از نوع زمینه‌یابی است. جامعه آماری همه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان قم است که به‌منظور انتخاب نمونه از روش‌های نمونه‌گیری طبقه‌ای (به‌منظور تساوی سهم هر منطقه در جامعه و نمونه) و خوشه‌ای چندمرحله‌ای (به‌منظور انتخاب تصادفی مدرسه، کلاس و دانش‌آموز) استفاده شد. بدین ترتیب که از بین نواحی مختلف؛ ناحیه یک، دو و سه به‌طور تصادفی انتخاب شد و با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۳۴۰ نفر به‌دست آمد. سپس هر یک از نواحی، کلاس‌ها و رشته‌های تحصیلی به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و سهم هر یک از حجم نمونه مشخص شد. در نهایت سهم ناحیه یک ۱۶۳ نفر،

1. Sawyer, Arney, Baghurst, Clark, Graetz
3. somatization
5. interpersonal sensitivity
7. anxiety
9. phobia anxiety
11. psychoticism
13. positive symptom distress index

2. Dragotis
4. obsessive- compulsive
6. depression
8. hostility
10. paranoid ideas
12. global symptom index
14. positive symptom total

پرخاشگری، شکایات جسمانی، اضطراب، روان‌پریشی‌گرایی و فوبیا. ترتیب عوامل از نظر میزان شیوع در بین حجم نمونه عبارت است از: افسردگی (۶۷ درصد)، روابط میان‌فردی (۴۹/۹۵ درصد)، افکار پارانوئیدی (۶۷/۱۱ درصد)، وسواس و اجبار (۴۵/۲۰ درصد)، پرخاشگری (۳۴ درصد)، شکایات جسمانی (۳۳/۳۱)، اضطراب (۲۹/۴۸ درصد)، روان‌پریشی‌گرایی (۲۷/۵۳ درصد)، فوبیا (۲۱/۶ درصد).
 با لحاظ کردن خط برش ۰/۷ براساس پژوهش‌های میرزایی (۱۳۵۹)، نوربالا و باقری (۱۳۷۸)، حسینی و همکاران (۱۳۸۲) و مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳) ملاحظه می‌شود که در تمام عامل‌ها میانگین‌ها بالاتر از خط برش قرار دارند. این مطلب با بررسی شاخص‌های کلی آزمون نیز قابل مشاهده است، زیرا میانگین شاخص علائم کلی برابر با ۱/۰۸ و میانگین شاخص علائم مثبت ناراحتی برابر ۱/۷۹ است که هر دو بسیار بالاتر از خط برش قرار می‌گیرند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار عامل‌های سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی قم

انحراف معیار	میانگین	ابعاد	درصد شیوع
۰/۷۰	۰/۹۵	شکایات جسمانی	۳۳/۳۱
۰/۶۴	۱/۲۲	وسواس و اجبار	۴۵/۲۰
۰/۸۲	۱/۴۰	حساسیت میان‌فردی	۴۹/۹۵
۰/۸۰	۱/۳۶	افسردگی	۶۷
۰/۷۱	۰/۸۹	اضطراب	۲۹/۴۸
۰/۷۹	۰/۹۸	پرخاشگری	۳۴
۰/۶۵	۰/۷۲	ترس مرضی	۲۱/۶
۰/۸۲	۱/۲۹	پارانویا	۴۶/۱۱
۰/۶۸	۰/۸۳	روان‌پریشی‌گرایی	۲۷/۵۳
۰/۶۲	۱/۰۸	شاخص علائم کلی	۴۲/۲۴
۰/۵۵	۱/۷۹	شاخص علائم مثبت ناراحتی	۶۷/۸۸
۱۷/۳۹	۵۱/۲۴	جمع علائم مثبت	--

در پاسخ به سؤال دوم داده‌های جدول ۲ و همچنین نمودار ۱ وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نواحی شهرستان قم را براساس عامل‌های آزمون SCL-90-R نشان می‌دهند. با بررسی داده‌ها مشخص می‌شود که بجز فوبیا در دختران ناحیه سه، در تمام موارد میانگین‌های محاسبه شده از خط برش بالاتر هستند و دانش‌آموزان از این اختلالات رنج می‌برند.

مبنای داده‌های به‌دست آمده، این آزمون روایی و پایایی قابل قبولی دارد. در پژوهش حسینی‌فرد، بیرشک و عاطف وحید (۱۳۸۴) میزان پایایی با روش بازآزمایی برای کل آزمون $r=0/86$ به‌دست آمد. دراگوتیس، ریچلز و راش^۱ (۱۹۷۶) گزارش کردند که پایایی ابعاد مختلف این آزمون در بررسی‌های مختلف با روش بازآزمایی بین $r=0/68$ تا $r=0/90$ و ضریب آلفای کرونباخ بین $\alpha=0/77$ تا $\alpha=0/90$ بوده است. در مطالعه آرتینز، استیلرمن و والدو^۲ (۲۰۰۵) بیشترین ضریب آلفا در ابعاد وسواس و اجبار و حساسیت بین‌فردی به‌دست آمد. نتایج یک مطالعه روی دانش‌آموزان فلسطینی بیشترین ضریب آلفا را در بعد شکایات جسمانی نشان داد (عبدالله، ۱۹۹۷).

در این پژوهش پایایی آزمون در ابعاد مختلف با استفاده از روش آزمون مجدد با فاصله سه هفته محاسبه شد که کمترین آن مربوط به اضطراب فوبیا (۰/۶۶) و بیشترین آن مربوط به شکایات جسمانی و افسردگی (۰/۸۷) و بقیه ابعاد بین اینها قرار داشتند. با محاسبه آلفای کرونباخ، بالاترین میزان پایایی به بُعد افسردگی (۰/۹۱) و پایین‌ترین میزان به بُعد فوبیا (۰/۷۱) اختصاص داشت. به‌منظور بررسی روایی آزمون دو بعد افسردگی و اضطراب انتخاب شد و همبستگی نمرات ۷۲ نفر از آزمودنی‌ها در این دو بعد با نمرات آزمون‌های اضطراب کتل و افسردگی بک محاسبه شد که همبستگی ۰/۶۹ در بعد اضطراب و ۰/۷۴ در بعد افسردگی نشان‌دهنده روایی قابل قبول این آزمون است. دو نمونه سؤال از این آزمون؛ «تفکرات ناخوشایند تکرارشونده که ذهن شما را ترک نمی‌کنند»، «اعتقاد به اینکه شخص دیگری می‌تواند افکار شما را کنترل کند».

روش اجرا و تحلیل

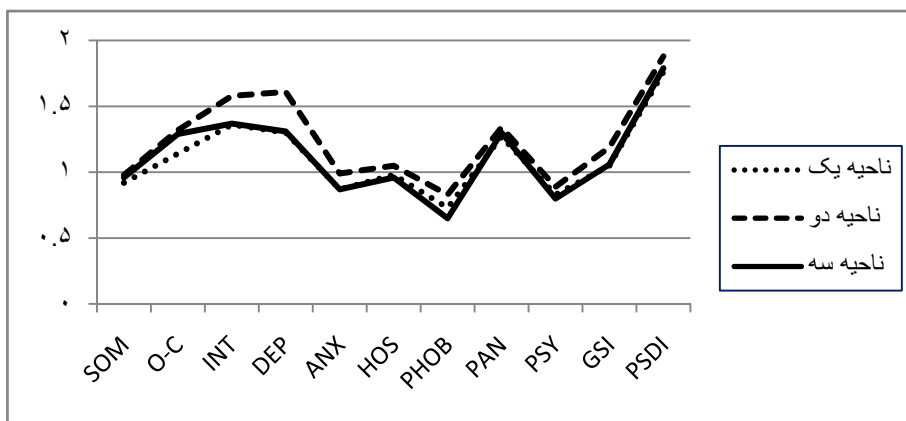
به‌منظور اجرای آزمون، پژوهشگر پس از مراجعه به مدارس انتخاب شده و هماهنگی با مدیر مدرسه، تعداد دانش‌آموزان مورد نظر را با توجه به کلاس و رشته تحصیلی به‌طور تصادفی از فهرست دانش‌آموزان انتخاب کرد و در سالن امتحانات یا نمازخانه مدرسه آزمون را اجرا نمود. پس از استخراج داده‌ها تحلیل آنها با استفاده از نرم‌افزار SPSS آغاز شد که علاوه بر تحلیل توصیفی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه مانوا استفاده گردید.

یافته‌ها

در پاسخ به سؤال اول، میانگین عامل‌های سلامت روانی در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طوری که مشاهده می‌شود، میانگین عامل‌ها از بزرگ به کوچک، به ترتیب عبارت است از: روابط میان‌فردی، افسردگی، افکار پارانوئیدی، وسواس و اجبار،

جدول ۲- شاخص‌های آماری سلامت روانی دختران دبیرستانی نواحی شهرستان قم

ابعاد	ناحیه یک		ناحیه دو		ناحیه سه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۰/۹۲	۰/۶۵	۰/۹۸	۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۷۹
وسواس و اجبار	۱/۱۴	۰/۶۲	۱/۳۲	۰/۵۵	۱/۲۹	۰/۶۹
حساسیت میان‌فردی	۱/۳۶	۰/۷۹	۱/۵۸	۰/۸۴	۱/۳۷	۰/۸۵
افسردگی	۱/۳۰	۰/۲۷	۱/۶۱	۰/۷۷	۱/۳۱	۰/۸۵
اضطراب	۰/۸۷	۰/۶۹	۰/۹۹	۰/۷۵	۰/۸۷	۰/۷۲
پرخاشگری	۰/۹۸	۰/۸۱	۱/۰۵	۰/۷۹	۰/۹۶	۰/۸۱
ترس مرضی	۰/۷۳	۰/۶۵	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۵۷
پارانویا	۱/۲۷	۰/۸۰	۱/۳۴	۰/۸۲	۱/۳۰	۰/۸۶
روان‌پریشی‌گرایی	۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۸۹	۰/۶۴	۰/۸۰	۰/۷۱
شاخص علایم کلی	۱/۰۵	۰/۵۹	۱/۱۹	۰/۶۱	۱/۰۶	۰/۶۵
شاخص علایم مثبت ناراحتی	۱/۷۶	۰/۵۲	۱/۸۸	۰/۵۶	۱/۷۹	۰/۵۸
جمع علایم مثبت	۵۰/۶۵	۱۶/۹۱	۵۵/۰۵	۱۸/۳۲	۵۰/۰۳	۱۷/۴۲



نمودار ۱- میانگین عامل‌های سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نواحی شهرستان قم

افسردگی با استفاده از آزمون تعقیبی شفه^۱ مشخص شد که تنها اختلاف بین میانگین‌های ناحیه ۱ و ۲ معنادار است و میانگین افسردگی دختران ناحیه ۲ بزرگتر از میانگین افسردگی دختران ناحیه یک است و سایر تفاوت‌ها معنادار نیست.

جدول ۳ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه درباره تفاوت میانگین نواحی در عامل‌های سلامت روانی را نشان می‌دهد. همان‌طوری که مشاهده می‌شود در تمام عامل‌ها بجز افسردگی تفاوت معناداری بین میانگین دختران دبیرستانی نواحی شهرستان قم وجود ندارد. در عامل

جدول ۳- برخی شاخص‌های آماری و نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس درباره تفاوت میانگین‌های نواحی در عامل‌های سلامت روانی

معنی‌داری	نسبت F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	منبع واریانس	انحراف معیار	میانگین	ناحیه	عامل
۰/۸۴	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۱۷	بین گروهی	۰/۶۵	۰/۹۲	یک	شکایات جسمانی
		۰/۴۹	۱۶۴/۵۶	درون گروهی	۰/۶۳	۰/۹۸	دو	
					۰/۷۹	۰/۹۶	سه	
۰/۰۶	۲/۸۱	۱/۱۳	۲/۲۶	بین گروهی	۰/۶۲	۱/۱۴	یک	وسواس و اجبار
		۰/۴	۱۳۵/۷	درون گروهی	۰/۵۵	۱/۳۲	دو	
					۰/۶۹	۱/۲۹	سه	
۰/۱۶	۱/۸۵	۱/۲۴	۲/۴۸	بین گروهی	۰/۷۹	۱/۳۶	یک	INT حساسیت در روابط بین فردی
		۰/۶۷	۲۲۶/۰۳	درون گروهی	۰/۸۴	۱/۵۸	دو	
					۰/۸۵	۱/۳۷	سه	
۰/۰۲	۳/۸۶	۲/۴۴	۴/۸۸	بین گروهی	۰/۲۷	۱/۳۰	یک	افسردگی
		۰/۶۳	۲۱۳/۱	درون گروهی	۰/۷۷	۱/۶۱	دو	
					۰/۸۵	۱/۳۱	سه	
۰/۴۹	۰/۷۲	۰/۳۶	۰/۷۳	بین گروهی	۰/۶۹	۰/۸۷	یک	اضطراب
		۰/۵۱	۱۷۱/۰۴	درون گروهی	۰/۷۵	۰/۹۹	دو	
					۰/۷۲	۰/۸۷	سه	
۰/۷۵	۰/۲۹	۰/۱۹	۰/۳۷	بین گروهی	۰/۸۱	۰/۹۸	یک	پرخاشگری
		۰/۶۳	۲۱۳/۴۶	درون گروهی	۰/۷۹	۱/۰۵	دو	
					۰/۸۱	۰/۹۶	سه	
۰/۲۰	۱/۶۴	۰/۶۸	۱/۳۷	بین گروهی	۰/۶۵	۰/۷۳	یک	ترس مرضی
		۰/۴۲	۱۴۰/۸۲	درون گروهی	۰/۷۶	۰/۸۳	دو	
					۰/۵۷	۰/۶۵	سه	
۰/۸۲	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۲۷	بین گروهی	۰/۸۰	۱/۲۷	یک	پارانویا
		۰/۶۸	۲۲۸/۹۵	درون گروهی	۰/۸۲	۱/۳۴	دو	
					۰/۸۶	۱/۳۰	سه	
۰/۷۱	۰/۳۵	۰/۱۶	۰/۳۲	بین گروهی	۰/۶۸	۰/۸۳	یک	روانپزشکی‌گرایی
		۰/۴۶	۱۵۶/۷۸	درون گروهی	۰/۶۴	۰/۸۹	دو	
					۰/۷۱	۰/۸۰	سه	
۰/۲۷	۱/۳۱	۰/۵۰	۰/۱	بین گروهی	۰/۵۹	۱/۰۵	یک	جمع علائم مثبت
		۰/۳۸	۱۲۷/۴۲	درون گروهی	۰/۶۱	۱/۱۹	دو	
					۰/۶۵	۱/۰۶	سه	
۰/۳۴	۱/۰۹	۰/۳۳	۰/۶۶	بین گروهی	۰/۵۲	۱/۷۶	یک	شاخص علائم مثبت ناراحتی
		۰/۳۰	۱۰۱/۲۱	درون گروهی	۰/۵۶	۱/۸۸	دو	
					۰/۵۸	۱/۷۹	سه	
۰/۱۶	۱/۸۷	۵۶۲/۶۹	۱۱۲۵/۳۸	بین گروهی	۱۶/۹۱	۵۰/۶۵	یک	علائم شاخص کلی
		۳۰۰/۸۶	۱۰۱۳۸۸/۸۴	درون گروهی	۱۸/۳۲	۵۵/۰۵	دو	
					۱۷/۴۲	۵۰/۰۳	سه	

بحث

بر اساس داده‌های به دست آمده میزان شیوع اختلال‌های روانی در بین دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم با توجه به شاخص کلی علایم مثبت ۴۲/۲۴ درصد می‌باشد. این میزان با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۲) که ۴۲/۶ درصد گزارش کرده بود مطابقت دارد، از نتایج گزارش شده پژوهش‌های صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) و مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳) که به ترتیب ۶۰/۲ درصد و ۵۸/۸ درصد بودند، کمتر است و از نتیجه پژوهش حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۴) که ۲۱/۶ درصد برای دختران گزارش کرده، بیشتر است.

نتایج آخرین بررسی شیوع‌شناسی بیماری‌های روانی در کشور که در سالهای ۸۹ و ۹۰ در سراسر کشور و در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال انجام گرفته است، نشان‌دهنده شیوع ۲۳/۶ درصدی بیماری‌های روانی در کشور است. این بیماری‌ها در زنان رتبه اول را دارد و در مردان بعد از حوادث عمدی و غیرعمدی که عمدتاً حوادث ترافیکی هستند، دومین بار بیماری‌ها را از نظر مرگ و میر و ناتوانی باعث می‌شوند (ملکی، ۱۳۹۱). افزایش نزدیک به دو برابری نتایج این پژوهش ممکن است دلایلی را به همراه داشته باشد. در همان شیوع‌شناسی در سطح ملی شیوع اختلالات در بین زنان ۲۶/۵ درصد به دست آمده است. چرا که در دختران و زنان به دلیل عوامل زیستی، نقش جنسیتی، تنش‌های محیطی، محدود بودن منبع رضایت، محدودیت مشارکت اجتماعی، و یکنواختی زندگی اختلالات روانی شایع‌تر است (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳). از طرف دیگر دانش‌آموزان دوره متوسطه در اواخر دوره نوجوانی قرار دارند که مسائل ناشی از تکامل جسمی، بحران هویت، احساس تعارض در ارزش‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی، آرمانگرایی، ترس از مسئولیت‌پذیری، نگرانی از آینده، فشارهای خانواده و اطرافیان، دلهره قبولی در آزمون ورودی دانشگاهها، ازدواج و بسیاری از مسائل دیگر موجب افزایش فشارهای روانی می‌شود. عامل دیگر به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شهرستان قم مربوط می‌شود. اگرچه فضای معنوی قم به میزان زیادی آرامش روانی همراه دارد، ولی نبود امکانات و اماکن تفریحی مناسب برای دختران، میانگین درآمد پایین خانواده‌ها و نابرابری درآمدی (واعظی و زارع، ۱۳۹۰)، تحصیلات پایین برخی از والدین، شرایط اقلیمی نامطلوب، ناهمگنی جمعیتی و مهاجرپذیری از عوامل ایجاد اختلال در سلامت روانی دختران نوجوان است. عامل دیگری که بیان آن لازم به نظر می‌رسد، اینکه معمولاً در طرح‌های شیوع‌شناسی پرسشگر سؤالات را از آزمودنی‌ها می‌پرسد و

خود در پاسخنامه علامت می‌زند. از این رو بسیاری از مردم تمایل ندارند مسائل و مشکلات روانی خود را به صراحت به دیگران اعلام نمایند، ولی در پژوهش‌هایی از این قبیل افراد نمونه خود سؤالات را پاسخ می‌دهند و با توجه به اینکه مشخصات فردی بیان نمی‌شود آنچه در مورد آنها صدق می‌کند را به طور شفاف اعلام می‌نمایند و در نتیجه نتایج به واقعیت نزدیکتر است.

همچنین نتایج نشان داد، اختلالات روانی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم به ترتیب شیوع عبارت‌اند از: افسردگی (۶۷ درصد)، روابط میان‌فردی (۴۹/۹۵ درصد)، افکار پارانوئیدی (۴۶/۱۱ درصد)، وسواس و اجبار (۴۵/۲۰ درصد)، پرخاشگری (۳۴ درصد)، شکایات جسمانی (۳۳/۳۱ درصد)، اضطراب (۲۹/۴۸ درصد)، روان‌پریشی‌گرایی (۲۷/۵۳ درصد)، فوبیا (۲۱/۶ درصد). درباره افسردگی، تطبیق یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های حسینی و همکاران (۱۳۸۲) و حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۴) مشخص می‌کند که شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم از میزان بیشتری برخوردار است و این تفاوت درصد، از نظر آماری ($\alpha=0.05$) معنادار است. این مطلب را پژوهش فهیمی (۱۳۸۵) نیز تأیید می‌کند که نشان می‌دهد ۶۷/۴ درصد از دانش‌آموزان راهنمایی و متوسطه شهرستان قم از افسردگی به درجات متفاوت آن رنج می‌برند. در سایر موارد نتایج با یافته پژوهش‌های مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳)، حسینی فرد و همکاران (۱۳۸۴) و صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) مطابقت بیشتر دارد و با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۲) مطابقت ندارد. ترتیب شیوع اختلالات روانی تقریباً منطبق با متون پژوهشی و نتایج طرح شیوع‌شناسی ملی است. به طور مثال در این طرح ۲۶ درصد بار اختلالات روانی به افسردگی مربوط می‌شود. همچنین نتایج بررسی معاونت سلامت وزارت بهداشت نشان داده است که فراوانی نوجوانان افسرده (بجز پسران ۱۵ تا ۱۹ ساله) بیش از ۴۰ درصد است (صادقیان و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین در رتبه‌های آخر قرار گرفتن روان‌پریشی و فوبیا منطبق با متون پژوهشی است (طباطبائیان، هادی‌نژاد و امیری، ۱۳۹۰). اما در مورد روابط میان‌فردی شرایط خاص فرهنگی و اجتماعی قم به خصوص درباره دختران موجب شده است، رتبه بالاتری را داشته باشد. از طرف دیگر محدودیت دامنه انتخاب و مشارکت دختران در شرایط اجتماعی موجب شده است اضطراب در رتبه‌های پایین‌تری قرار گیرد.

درباره شیوع اختلالات روانی بین دختران دبیرستانی نواحی مختلف قم مشاهده شد که بجز اختلال افسردگی در سایر

موارد تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد و در هر سه ناحیه انتخاب شده وضعیت شیوع اختلالات شبیه هم است. البته این نتیجه با نتیجه پژوهش فهیمی (۱۳۸۵) سازگار نیست که به نظر می‌رسد به دلیل مشارکت دوره راهنمایی در حجم نمونه و سهم بیشتر ناحیه چهار در حجم نمونه پژوهش فهیمی باشد. در مورد افسردگی مشاهده شد که ناحیه دو از بیشترین میانگین برخوردار است و ناحیه یک و سه تفاوت معناداری با هم ندارند. در بررسی تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مشخص می‌شود که ناحیه دو از یک ترکیب جمعیتی ناهمگن برخوردار بوده و بیشتر از نواحی دیگر مهاجرپذیر است. علاوه بر این شاخص‌های فرهنگی و اقتصادی نسبت به دو ناحیه دیگر به خصوص ناحیه یک از رشد کمتری برخوردار است. در مجموع به نظر می‌رسد سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهرستان قم در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. البته قسمتی از این نامطلوبی همان طوری که گفته شد به شرایط سنی و جنسیتی این دانش‌آموزان برمی‌گردد، ولی به هر حال شایسته است مسئولان امر با گسترش و توجه جدی‌تر به امر سلامت خانواده‌ها و مراکز راهنمایی و مشاوره و استفاده از متخصصان با تجربه در تأمین بهداشت و سلامت روانی خانواده‌ها، مدارس و دانش‌آموزان بکوشند.

این پژوهش سه محدودیت داشت. نخست اینکه نتایج این پژوهش مربوط به دختران دوره متوسطه است و قابل تعمیم به دختران سنین دیگر یا پسران نیست. دوم اینکه در برخی موارد تعداد زیاد سؤالات آزمون موجب امتناع آزمودنی‌ها از پاسخدهی شد. محدودیت سوم اینکه آزمون‌های خودگزارشی با آنکه محاسنی دارند، نیاز پژوهشگر به سایر منابع اطلاعاتی را برطرف نمی‌کنند و بهتر است در کنار آنها از روش‌هایی مانند مصاحبه بالینی استفاده شود.

منابع

- احمدوند، ا؛ سپهرمنش، ز؛ قریشی، ف؛ عصاریان، ف. موسوی، غ. ساعی، ر. و اعتصام، ف. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۲)، ۱۶-۲۱.
- الماسی، ع. (۱۳۸۶). همه‌گیرشناسی شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر همدان. *دانشگاه آزاد اسلامی کرج: پایان‌نامه کارشناسی ارشد*.
- حسینی فرد، س. م. بیرشک، ب. و عاطف وحید، م. (۱۳۸۴). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۱)، ۷۱-۸۰.
- حسینی، س. ح. موسوی، س. ا. و رضازاده، ح. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان سوم راهنمایی شهر ساری در سال ۷۹-۸۰. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۱۹ و ۲۰)، ۹۹-۹۲.
- رئیسون، م. میری، م. دستجردی، ر. و شریف‌زاده، غ. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات روانی در شهر بیرجند در سال ۱۳۸۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۹(۱)، ۸۱-۸۷.
- سلطانیان، ع. بحرینی، ف. نمازی، س. امیری، م. قانلی، ح. و کهن، غ. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل مؤثر بر آن در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۸۳. *مجله طب جنوب*، ۷(۲)، ۱۷۳-۱۸۲.
- شعاری‌نژاد، ع. ا. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی رشد*. تهران: اطلاعات.
- شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۸). *راهنمایی تحصیلی و شغلی*. تهران: سمت.
- صادقیان، ع. مقدری‌کوشا، م. و گرجی، س. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان*، ۱۷(۳)، ۳۹-۴۵.
- طباطبایان، م. هادی‌نژاد، ح. و امیری، ک. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه هنر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰. *فصلنامه سلامت روان*، ۵(۸ و ۹)، ۳۹-۴۶.
- عبدی‌خطیبی، ر. (۱۳۹۱). *بررسی میزان همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در دانش‌آموزان منطقه اهر*. شورای تحقیقات اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی.
- فهیمی، ر. (۱۳۸۵). *بررسی میزان شیوع افسردگی در نوجوانان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان قم*. شورای تحقیقات اداره کل آموزش و پرورش استان قم.
- کاوه، م. ح. شجاعی‌زاده، د. شاه‌محمدی، د. افتخارادیبیلی، ح. رحیمی، ع. و همکاران. (۱۳۸۲). نقش معلمان در زمینه بهداشت روانی در مدارس ابتدایی: نتایج یک مطالعه مداخله‌ای. *فصلنامه پایش*، ۲(۲)، ۹۵-۱۰۳.
- لطف‌آبادی، ح. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد ۲*. تهران: سمت.
- مدبرنیا، م. ج. شجاعی‌تهرانی، ح. فلاحی، م. و فقیرپور، م. (۱۳۸۹). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش‌آموزان دبیرستانی، پیش‌دانشگاهی استان گیلان*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹(۷۵)، ۵۸-۶۵.
- مسعودزاده، ع. خلیلیان، ع. اشرفی، م. و کیمیاییگی، ک. (۱۳۸۳). *بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر ساری - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۴(۴۵)، ۷۴-۸۲.
- معروفی، ی. یوسف‌زاده، م. ر. و بخشکار، ف. (۱۳۹۱). *رابطه بین مهارت‌های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی شهر همدان*. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان*، ۱۹(۱)، ۵۳-۶۱.
- ملکی، م. (۱۳۹۱). *شیوع‌شناسی بیماری‌های روانی*. *خبرنامه انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران*.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی و اعتباریابی آزمون SCL-90-R در ایران*. دانشگاه تهران: پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- نوربالا، ا. و باقری، ع. (۱۳۷۸). *بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران*. *مجله حکیم*، ۲(۴)، ۲۰-۲۷.

- Li, Y.H., Meng, X.P., Pang, G., Yang, X., Wei, Q., & et.al. (2007). an analysis on the mental health of senior high school students and its related factors. *Chinese Journal of Health Hducation*, 3, 108-133.
- Makaremi, A., (1989). Mental health of Iranian high school and collage students. *Psychological Report*, 64(1), 19-22.
- Merikangas, K.R., He, M.J., Burstein, M., Swanson, M.S.A., Avenevoli, S., Cui, M.L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980.
- QIU Cheng-ping, WU Chen-xi, TANG Li. (2007). The Conditions of Mental Health of the Senior High School Students. *Heath Medicine Research and Practice*, 3, 33-41.
- Rutter, M., & Smith, D. (1995). *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes*. Chichester: Wiley.
- Sawyer, M.G., Arney, F.M., Baghurst, P., Clark, J., Graetz, B., Kosky, R., et al. (2000). The mental health of young people in Australia. *Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra*.
- World health organization. (2005). *WHO Member States, Section 2. Mental health atlas*.
- واعظی، و. و زارع، ع. (۱۳۹۰). رابطه توزیع درآمد و اقتصاد سلامت در ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۲۸۱-۳۱۳.
- Abdollah, T. (1997). Reliability and validity of Palestinian Students Alienation Scale. *Adolescence*, 32(126), 367-371.
- Artinez, S., Stillerman, L., Waldo, M. (2005). Reliability and validity of SCL-90-R with Hispanic college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2(72), 254-261.
- CHEN Xin-feng, YU Ying-hui, XUZheng-long. (2011). Analysis on the mental health status and its related factors of the grade one senior high school students in the key high schools in Zhangjiagang. *Jiangsu Journal of Preventive Medicine*, 6, 6-8.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2008). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350-1362.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. USA.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., Roch, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 129, 280-289.
- Haghighatgou, H., Peterson, C. (1995). Coping and depressive symptoms among Iranian students. *Journal of Social Psychology*, 133(2), 175 - 180.