

بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان مدارس عادی دوره متوسطه استان مازندران

سیده زهرا ساداتی^{۱*}، فاطمه بابایی زاده^۲

۱) عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائم شهر، گروه (علوم تربیتی)، قائم شهر، ایران

۲) کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری (روان سنجی)

*نویسنده مسول: sadati.zahra@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۳/۶/۱۸ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۳/۷/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله ۹۳/۹/۱۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دوره ی متوسطه استان مازندران انجام شد. روش مورد استفاده در این پژوهش توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری تحقیق را کلیه دانش آموزان متوسطه که تعداد ۱۵۲۱۷۰ نفر (۷۵۶۱۰ دختر و ۷۶۵۶۰ پسر) در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بودند تعداد ۸۰۰ نفر (۳۹۹ دختر و ۴۰۱ پسر) با استفاده از روش نمونه گیری ترکیبی (طبقه ای - خوشه ای چند مرحله ای) به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت سنجش و جمع آوری اطلاعات از آزمون SCL-90 (R-) و پرسشنامه مشخصات فردی - تحصیلی استفاده شد. به منظور بررسی رابطه بین نمرات سلامت روانی دانش آموزان با متغیرهای جنسیت و پایه تحصیلی از شاخص های آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه استفاده گردید. یافته های این بررسی نشان داد ۲۹/۶ درصد نمونه ها دارای اختلال سلامت روان بودند، یافته های پژوهش حاضر مؤید این امر است که میانگین توزیع اختلال دختران در ۹ مقیاس آزمون بیشتر از دانش آموزان پسر است. بین اختلال روانی و مؤلفه های وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی و ترس مرضی در پایه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری وجود داشت. در مؤلفه های روان پریشی، پرخاشگری، اضطراب، شکایات جسمانی و تصورات پارانوئیدی تفاوت معناداری مشاهده نگردید. در تحلیل واریانس چند عاملی در مؤلفه تصورات پارانوئیدی بین سه پایه تحصیلی تفاوت معناداری وجود نداشت ولی در آزمون تعقیبی شفه بین میزان تصورات پارانوئیدی در پایه اول و سوم تفاوت معناداری مشاهده شد.

کلید واژگان: سلامت روانی، اختلالات روانی، دانش آموزان دوره متوسطه.

مقدمه

بدنی، روانی، اجتماعی، خشنودی و شاد زیستن می باشد که در آن افراد قادرند توانایی های خود را شکوفا ساخته، با فشار های روانی روزمره مواجه شده و بر آنها فایق شوند، به طور مولد کار و کوشش کنند و با ویژگی های بیان شده در جامعه ی خود مشارکت نمایند (اتکینسون و هورنبی^۲، ۲۰۰۸، به نقل از رجایی و همکاران، ۱۳۹۳، صص ۸۷). دوران نوجوانی به عنوان یکی از مراحل بسیار مهم و بحرانی فرایند رشد و تحول انسان محسوب می شود و از این دوران به عنوان دوران بحران، طوفان، استرس، دوره زایش دوباره، هویت طلبی و جزآن یاد کرده اند. مشخصه نوجوانی بلوغ

بهداشت روانی یکی از مسائلی می باشد که امروزه از اهمیت بسیاری برخوردار است. اصطلاح بهداشت روانی این گونه تعریف می شود: این اصطلاح به معنی بهزیستی جسمانی، هیجانی و نداشتن بیماری روانی است. همچنین این اصطلاح به توانایی ادامه ی یک زندگی فعال و انعطاف پذیری در مقابله با فشارهایی که در زندگی رخ می دهد اشاره دارد اما در میان تعاریف متفاوت رایج شده، تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ جامع تر و کامل تر می باشد. در این تعریف آمده است که بهداشت روانی برابر با سلامت

بهداشتی بدون در نظر آوردن رفاه روانی جامعه با شکست مواجه خواهد شد. جهت تأمین سلامت روان جامعه دستیابی به اطلاعات صحیح بر اساس تحقیقات علمی یکی از مهم ترین جنبه های توفیق در این زمینه است. توجه ویژه به جمعیت نوجوان به ویژه دانش آموزان به عنوان آینده سازان جامعه از عوامل اساسی توسعه پایدار و همه جانبه است. به علاوه توجه به مسایل و مشکلات عدیده فرا روی نوجوانان و چاره اندیشی برای حل آنها از وظایف اساسی نظام آموزش و پرورش است. آموزش و پرورش باید ضمن تربیت دانش آموزان و آماده سازی آنان برای پذیرش مسئولیت های آینده، اقدام به پرورش سلامت عاطفی و اجتماعی هماهنگ با باورها و ارزشهای فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، دینی و تاریخی نماید تا از طریق تحقق استقلال فردی، هویت او را که در این دوران در حال شکل گیری است، در جهت رسیدن به کمال رهنمون سازد. (پور قاز و رقیبی، ۱۳۸۴، ص ۷۲-۷۱). رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی از والدین و استحکام روان شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه ای شکل می گیرد. نکته بسیار مهم این که، بسیاری از آسیب های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). اریک اریکسون^۲ (۱۹۵۰)، معتقد بود یکی از مسایل عمده نوجوان با آن رو به رو می شود مسئله تکوین هویت شخصی است. به این معنی که نوجوان باید به پرسش هایی نظیر من کیستم؟ و مقصدم کجاست؟ پاسخ دهد. اریکسون تحول «من» را بر اساس اصل «پدید آیی جنبی»^۳ استوار می داند بر اساس این اصل، آنچه که در هر مرحله از تحول واقع می شود بر آنچه که در مراحل قبل روی داده است استوار است و چنانچه تعارض های دوره قبل بخوبی حل نشده باشد، با آغاز مرحله جدید آن تعارض ها دوباره فعال می شوند. لذا خطر اصلی این مرحله را می توان تداوم حالت

است. بلوغ یک فرایند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرایند و تغییر روانشناختی است متفاوت می باشد. در شرایط مطلوب این دو فرایند همزمان روی می دهند ولی وقتی که بلوغ و نوجوانی هم زمان روی ندهد (که اغلب چنین است) نوجوان ناچار است با این عدم توازن که خود یک استرس اضافی است مدارا کند. نکته بسیار مهم این که بسیاری از آسیب های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است. اگر دوره ی نوجوانی بدون مشکل سپری شود نوجوان به بزرگسالی سالم تبدیل خواهد شد و نقش بزرگسالی را خوب ایفا خواهد کرد اما اگر در این رهگذر دشواری هایی به وجود آید و بهداشت روانی نوجوان از جاده اصلی انحراف پیدا کند به بیراهه کشیده خواهد شد (صادقیان و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۴۰-۳۹). در سال های اخیر شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می برند و این احتمال وجود دارد که خیلی از آنها اغلب مشکلات را از دوران کودکی با خود به همراه داشته باشند. رافائل^۱ گزارش داد که اضطراب و افسردگی، همراه با اختلال انطباقی از مسائل عمده سلامت روان هستند که در دوران نوجوانی رخ می دهد (به نقل از سپهر منش و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۴۴). چه بسیار افرادی که در همان مراحل ابتدائی تحصیلات دبیرستانی به دلیل استرس های روانی و متعاقب آن ابتلای به بیماری های روانی از تحصیل کناره گرفته اند و یا عده ای پس از ورود به دانشگاه به دلیل مشکلات روانی که از سال های قبل داشته اند دچار کاهش بازده فکری و عملی شده و یا پس از فراغت از تحصیلات، سلامت روانی آن ها به خطر افتاده است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۲، ص ۹۴-۹۳). اهمیت پرداختن به جنبه های سلامت روانی کاملاً مشخص است سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از کشورها به این نتیجه رسیده اند که فراموش کردن و غافل شدن از بهداشت روان یکی از خطاهای بزرگ نظام های بهداشتی است و هر برنامه

2.Epigenesis

1.Erik Erikson

باشد و به علاوه شروع بیماری روانی ۵۰٪ از بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده است. یانگ (۲۰۰۳) در پژوهشی که بر روی نوجوانان کره ای انجام داد عنوان کرد که ۷۴/۳ درصد از نوجوانان در بعد حساسیت بین فردی و ۵۶/۹ درصد در بعد افسردگی و ۴۸/۸ درصد در مقیاس پرخاشگری دچار مشکل بودند. قابل ذکر است که مطالعه ای در ایالات متحده امریکا، تقریباً ۵۰ درصد از بیماری های روان پزشکی در سن ۱۴ سال و کمتر از آن مشاهده شده اند و ۷۵ درصد از بیماری ها در سن کمتر از ۲۴ سال رخ داده اند (مجله روان پزشکی امریکا، ۲۰۱۰). ماری سوند و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به بررسی شیوع اختلال افسردگی در اوایل نوجوانی بر روی ۲۴۳۲ دانش آموز دبیرستانی از دو ایالت در مرکز نروژ به این نتیجه دست یافتند که تقریباً یک چهارم (۲۳٪) نوجوانان مبتلا به افسردگی بوده اند.

در سوئد ۱/۴ به ۱ (السون و ون نورینگ، ۱۹۹۹) و در سوئیس ۸/۹ به ۱ (استنها سن و وینکلر، ۲۰۰۳) مشاهده شده است. بنابراین نرخ پایین تر افسردگی نوجوانان در اروپا ممکن است ناشی از شیوع پایین تر افسردگی در پسران باشد.

گارسیا و همکاران (۲۰۰۸) به پژوهشی با عنوان بررسی بهداشت روانی دانش آموزان نوجوان امریکایی پرداختند؛ نتایج پژوهش آنها نشان داد که تقریباً ۲۰ درصد دانش آموزان در سالهای اخیر در فکر خودکشی بودند. ۳۰ تا ۴۰ درصد دانش آموزان دختر در فکر خودکشی و قصد انجام آن بودند و اضطراب بیشتر در بین دانش آموزانی مشاهده شد که از نژادهای مختلف ترکیبی بودند.

جعفر نژاد (۱۳۸۹) در پژوهشی، با عنوان ((بررسی میزان و علل شیوع مشکلات روانی دوران بلوغ و عوامل مؤثر بر آن در دانش آموزان متوسطه و پیش دانشگاهی)) به این نتیجه رسید که بین درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین، سن والدین و شیوع مشکلات روانی دانش آموزان رابطه معنا دار وجود دارد. شیوع اختلالات روانی در تحقیق توکلی زاده و خدادادی (۱۳۸۹) در دانشجویان (۳۶٪)،

سردرگمی و مهلت خواهی نوجوان، عدم تصمیم گیری در زمینه های مهم مانند مذهب، جنس، سیاست، شغل، امور شخصی، و نظایر آن و دست نیافتن به ظرفیت ها و توانمندی های روان شناختی خود دانست. تداوم این منزلت سلامت روانی نوجوان را تهدید کرده و واکنش های بیمارگونه در این موارد مشاهده می شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۳؛ به نقل از مکوند حسینی، ۱۳۸۶، ص ۱۶۸). مشکلات سلامت روان در نوجوانی یا ناشی از ادامه مشکلات روانی از دوران کودکی است و با آغاز یک بیماری جدید است. این مشکلات، به طور کلی، شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائلی در ارتباط با خودکشی هستند (جانسن، ۱۹۹۱). افسردگی و سایر اختلالات روانی، منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود. افرادی که به دلایلی دچار آشفتگی های هیجانی هستند و بهداشت روانی آنها تضعیف شده است به شیوه های متفاوت آشفتگی های خود را بروز می دهند. این افراد اغلب دارای مشکلاتی از قبیل خود پنداره ضعیف، افت تحصیلی، طرد اجتماعی و ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و عدم پایبندی به قوانین اجتماعی هستند، این مشکلات روانی - اجتماعی تأثیری مستقیم بر فرایند یادگیری آنها می گذارد (سلحشور، ۱۳۸۲، ص ۴۰). در این میان یافته های مطالعات تاکید بر تفاوت های جنسیتی و بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق با نظریه های روانپزشکی می باشد. شایع تر بودن میزان شیوع اختلال روانی در دختران نسبت به پسران می تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و هم چنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳، ص ۷۹).

بیفلر (۲۰۰۸) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی اختلال کودکان و نوجوانان در کشورهای مختلف گزارش کرد که ۲۰٪ از کودکان و نوجوانان دارای اختلال روانی هستند و خودکشی سومین علت مرگ و میر در بین نوجوانان می

معنوی هر کشور و آینده‌سازان جامعه می‌باشند از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است که پرداختن به آن ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش به بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان پسر و دختر دوره متوسطه استان مازندران مشغول به تحصیل بودند انجام شده است. با توجه به مطالب عنوان شده هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخ دادن به این سؤالات می‌باشد.

تعیین وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان متوسطه استان مازندران.

آیا تفاوت معناداری بین سلامت روانی دختران و پسران وجود دارد.

آیا پایه تحصیلی دانش‌آموزان باعث تفاوت معناداری در سلامت روانی می‌شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش توصیفی - مقطعی و هدف بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان مازندران انجام شد جامعه مورد بررسی پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در مدارس استان مازندران مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌دهند. که طبق آمار اداره آموزش و پرورش استان مازندران کل دانش‌آموزان ۱۵۲۱۷۰ نفر (۷۵۶۱۰ دانش‌آموز دختر و ۷۶۵۶۰ دانش‌آموز پسر) در این دوره مشغول به تحصیل بوده‌اند تعداد نمونه ۷۹۰ نفر از دانش‌آموزان دوره متوسطه به دست آمده است که با در نظر گرفتن خطای غیرنمونه‌گیری و عدم همکاری تعداد ۸۰۰ نفر در نظر گرفته شده است که تعداد ۳۹۹ نفر دختر و ۴۰۱ نفر پسر بوده‌اند به روش نمونه‌گیری ترکیبی (طبقه‌ای و خوشه‌ای چند مرحله‌ای) استفاده شده است. بدین ترتیب ابتدا استان مازندران به سه منطقه شرق، مرکز و غرب تقسیم شد و سپس دو الی سه شهر به طور تصادفی از هر منطقه انتخاب گردید و از هر شهر به تناسب جمعیت دانش‌آموزان متوسطه آن ۴ دبیرستان پسرانه و دخترانه به تصادف انتخاب گردیدند (دو دبیرستان دخترانه

سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان، نتایج پژوهش نشان داد که نوجوانان دبیرستان شهر کاشان ۱۰ درصد دانش‌آموزان مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند. شایع‌ترین علائم روانی براساس ابعاد ۹ گانه آزمون به ترتیب: (افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری)، بود. بین جنسیت و سلامت روانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ولی در بعد افسردگی، حساسیت بین فردی و اضطراب بین نوجوانان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده شد. در پژوهشی دیگر بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل موثر بر آن به این نتیجه دست یافتند که (۴۰/۷ درصد کل دانش‌آموزان دچار اختلال روانی بوده (سلطانیان و همکاران، ۱۳۸۳).، در تحقیق جهانی هاشمی و نوروزی (۱۳۸۳) در دانشجویان (۸۱/٪)، مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۲) پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان شهر ساری انجام دادند؛ نتیجه نشان داد که نیمی (۵۰٪) از دانش‌آموزان مشکوک به اختلال روانی بودند، بین جنسیت و سلامت روانی تفاوت معناداری وجود داشته است. در تحقیق رمضان‌پور، (۱۳۸۲) که به بررسی میزان سلامت روانی دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه استان مازندران پرداخت، ۲۴ درصد دانش‌آموزان دوره راهنمایی دارای مشکل قابل توجه ۶ درصد دارای مشکل روانی جدی بوده و در دوره متوسطه ۳۵ درصد دانش‌آموزان مشکل قابل توجه و ۹ درصد دارای مشکل روانی جدی داشتند. در تحقیق حسینی و موسوی (۱۳۷۹) میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران را ۵۱/۸ درصد گزارش کرده‌اند و در نهایت حسینی و همکاران (۱۳۸۲)، اختلال روانی در دانش‌آموزان ۴۲٪ در تحقیق یوسفی (۱۳۷۶) اختلال روانی در دانش‌آموزان ۳۷/۲ نشان داده است. بحث بهداشت روان و نقش آن در تضمین پویایی، کارآمدی، یادگیری و افزایش آگاهی علمی هر جامعه خصوصاً دانش‌آموزان که از سرمایه‌های فکری و

و دو دبیرستان پسرانه) و از هر دبیرستان ۳ کلاس که شامل دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم بودند، انتخاب شد و پرسشنامه ها جهت پاسخگویی به دانش آموزان این کلاس ها داده شد. برای تحلیل داده های بدست آمده از روش های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه استفاده به عمل آمد.

جدول ۱. میزان شیوع اختلالات روانی به تفکیک منطقه جغرافیایی، پایه تحصیلی و جنسیت

منطقه	پایه	جنس	سلامت روانی	پرخاشگری	اضطراب و سواس	حساسیت فردی	شکایات جسمانی	روان پریشی	تصورات پارانوئیدی	افسردگی	ترس مرضی
شمال	اول	پسر	۱۱۶/۶	۸/۶	۱۱/۶	۱۲/۸	۱۴	۱۱/۳	۱۱/۹	۱۷/۷	۵/۷
		دختر	۱۱۵/۳	۷/۳	۱۲/۷	۱۲/۱	۱۶/۳	۹/۴	۹/۴	۱۹/۲	۶/۸
	دوم	پسر	۹۴/۱	۷/۳	۸/۶	۱۲/۸	۱۱/۷	۶/۸	۷/۶	۱۶/۴	۳/۵
		دختر	۱۰۹/۳	۸/۲	۱۱/۵	۱۲/۵	۱۳/۶	۸	۱۰/۳	۱۹/۱	۵/۲
	سوم	پسر	۱۱۲/۲	۸/۸	۱۰/۶	۱۲/۶	۱۲/۱	۱۰/۱	۱۰/۹	۱۹/۳	۵/۶
		دختر	۱۲۴/۶	۸/۳	۱۳/۱	۱۴/۱	۱۳/۹	۱۵/۷	۱۱	۱۱/۷	۲۰/۱
مرکزی	اول	پسر	۵۶/۳	۴/۵	۴/۶	۶/۸	۷/۲	۴/۱	۵/۹	۸/۱	۲/۴
		دختر	۱۱۶/۸	۷/۸	۱۲/۲	۱۴/۱	۱۲/۴	۹/۲	۱۲/۲	۱۹	۶/۶
	دوم	پسر	۸۳/۶	۶/۲	۷/۴	۱۱/۱	۱۰	۸/۱	۷/۵	۱۴/۴	۳/۸
		دختر	۹۶	۵/۵	۹/۸	۱۲/۱	۱۱/۲	۱۱/۶	۷/۸	۱۶/۹	۴/۹
	سوم	پسر	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		دختر	۱۲۳/۴	۷/۶	۱۲/۳	۱۵/۹	۱۵/۹	۱۳/۸	۱۱/۸	۱۰/۸	۱۹/۵
جنوب	اول	پسر	۷۳/۱	۶/۵	۶/۴	۸/۵	۹/۲	۷/۲	۶/۹	۱۰/۱	۴/۶
		دختر	۹۲/۵	۶/۷	۹/۵	۸/۴	۱۱/۱	۸/۳	۸/۶	۱۵/۵	۴/۶
	دوم	پسر	۶۵/۶	۵/۲	۶	۷/۹	۷/۱	۷/۸	۵/۷	۸/۸	۴/۵
		دختر	۱۱۶	۷/۴	۱۱/۹	۱۴/۲	۱۳/۲	۱۳/۴	۱۰/۱	۱۱/۱	۱۹/۳
	سوم	پسر	۸۲/۹	۵/۵	۷	۱۰/۲	۹	۱۰/۷	۶/۹	۱۳	۶/۱
		دختر	۹۹/۱	۶/۵	۹/۹	۱۱/۷	۱۰/۹	۱۱/۷	۸/۵	۹/۸	۱۶/۱

جدول ۲. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر

سلامت روانی کلی	پرخاشگری	اضطراب	وسواس	حساسیت فردی	شکایات جسمانی	روان پریشی	تصورات پارانوئیدی	افسردگی	ترس مرضی
۰/۹۷	۰/۷۵	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۸۳	۰/۷۸	۰/۷۳	۰/۸۸	۰/۷۲

کمی = ۱؛ تاحدی = ۲؛ زیاد = ۳ و بسیار زیاد = ۴) قرار می گیرد. از پاسخ های فرد به این مقیاس سه نمره متفاوت یعنی معیار کلی علائم مرضی (GSI) جمع علائم مرضی (PST) ^۲ و معیار ضریب ناراحتی (PSDI) ^۳ و یک مقیاس سؤالیهای اضافی است به دست خواهد آمد. بررسی های دراگو تیس (۱۹۹۲) و دراگو تیس و همکاران (۱۹۷۳) ضرایب پایایی درونی و اعتبار بازآزمایی این ابزار را بین ۰/۷۳ و ۰/۹۸ نشان داده اند. همچنین در پژوهش های کارلوزی و لانگ (۲۰۰۸)، والیجو (۲۰۰۸) و هسل (۲۰۰۱) اعتبار یابی و هنجاریابی آزمون در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. در داخل کشور در زمینه ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه (SCL-90) تحقیقی توسط (میرزایی، ۱۳۵۹) صورت گرفته است پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ گزارش و ضریب روایی همزمان آن را با آزمون سیاهه چند وجهی مینه سوتا برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است. هومن (۱۳۷۶) ضریب همسانی درونی زیر مقیاس این ابزار را در سطح قابل قبول و بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و مقدار این ضریب را برای کل مجموعه برابر با ۰/۷۹ گزارش کرده است. این یافته ها حاکی از روایی و پایایی این آزمون است. روایی فهرست نشانگان بیماری نیز توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) نشان داده شده است. ضریب پایایی ابزار در پژوهش حاضر که روی ۳۰ نفر از جامعه آماری که کاملاً به صورت تصادفی انتخاب شده اند به شرح زیر است.

چنان که در جدول ۲ مشاهده می شود ضریب پایایی آزمون مذکور در دامنه ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ گزارش شده که دال بر رضایت بخش بودن آنهاست.

یافته ها

نتایج نشان داد از مجموع ۸۰۰ نفر دانش آموز مورد بررسی ۵۰/۱ درصد پسر و ۴۹/۹ درصد دختر بودند. ۴۰/۴ پایه

بر اساس اطلاعات مندرج جدول، بیشترین میزان شیوع اختلال روانی در حساسیت بین فردی، تصورات پارانوئیدی و افسردگی مشاهده شده است و کمترین اختلال، مربوط به روان پریشی، ترس مرضی و اضطراب بوده است. در همه مقیاس ها، شیوع اختلالات روانی در دختران بیشتر از پسران بوده است. بدین ترتیب در دختران افسردگی، حساسیت بین فردی و تصورات پارانوئیدی، بیشترین شیوع را داشت و در پسران پس از حساسیت بین فردی و افسردگی، خشونت بیشترین شیوع را دارا بود. اختلالات در پایه اول بیشتر بود. همچنین دانش آموزان غرب استان به نسبت دو منطقه مرکزی و شرقی از اختلال بیشتری برخوردار بودند و بیشترین اختلال غرب مازندران مربوط به افسردگی، حساسیت بین فردی، تصورات پارانوئیدی و پرخاشگری می باشد در مرکز مازندران بیشترین اختلال مربوط به حساسیت بین فردی و افسردگی است و در شرق مازندران هم بیشترین اختلال مربوط به افسردگی، حساسیت بین فردی و تصورات پارانوئیدی می باشد.

ابزار و مقیاس های پژوهش

جهت گردآوری داده های مورد نظر از پرسشنامه فهرست نشانگان استفاده شد. این پرسشنامه ۹۰ ماده ای از توانایی لازم برای ارزیابی نشانه های مرضی روان شناختی برخوردار بود (دونالد سون و همکاران، ۲۰۰۳) و ابزار معتبری برای تشخیص، تمیز و غربالگری است که هم برای بیماران روانی و هم برای افراد وابسته به الکل و مواد مخدر به کار برده می شود میرزایی (۱۳۵۹). این پرسشنامه ۹۰ سؤال دارد که میزان آسیب دیدگی فرد را در ۹ حیطه روانی مشخص می کند. این حیطه ها عبارت اند از: پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، شکایات جسمانی، روان پریشی، تصورات پارانوئیدی، افسردگی و ترس مرضی. پاسخ های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس پنج درجه ای (هیچ = ۰؛

3. Positive Symptom Distress Index (PSDI)

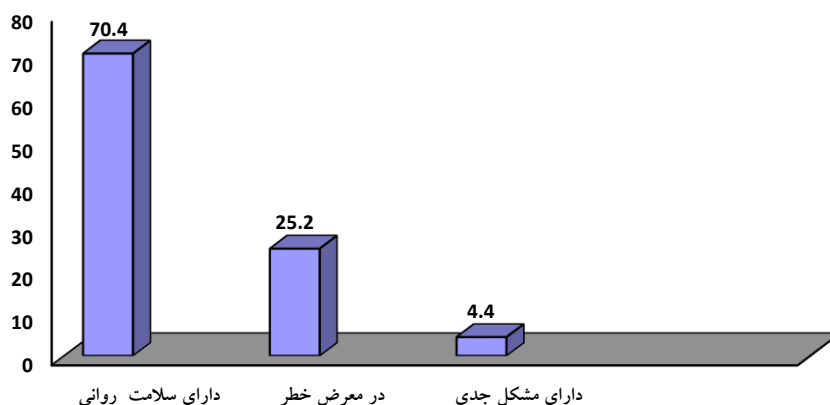
1. Global Seventy Index (GSI)
2. Positive Symptom Total (PST)

تحصیلات دانشگاهی داشته اند. شغل پدر دانش آموزان ۹/۹ درصد کارگر، ۵۴/۱ درصد آزاد، ۲۵/۵ درصد کارمند و ۱۳/۱ دانش آموزان دارای مادران شاغل بوده اند. -وضعیت سلامت روانی دانش آموزان پایه متوسطه چگونه است؟

اول، ۳۷/۶ پایه دوم و ۲۲ درصد پایه سوم . ۲۰/۸ در غرب استان، ۲۶/۶ در مرکز و ۵۲/۶ در شرق استان زندگی می کرده اند و نیز سطح سواد ۴۷/۳ درصد پدران زیر دیپلم، ۲۵/۳ درصد دیپلم، ۲۸/۳ درصد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی بوده اند و سطح سواد مادران ۵۳/۷ درصد زیر دیپلم، ۲۴/۹ درصد دیپلم و ۱۱ درصد دارای سطح

جدول ۳. توزیع فراوانی میتلایان احتمالی به اختلال روانی بر اساس آزمون SCL_90_R

درصد	فراوانی	سلامت روان
۷۰/۴	۵۶۳	دارای سلامت روانی
۲۵/۲	۲۰۲	در معرض خطر
۴/۴	۳۵	دارای مشکل جدی
۱۰۰	۸۰۰	جمع



جدول ۴. میانگین ابعاد مختلف آزمون SCL_90_R بر حسب جنسیت و اختلال کلی

جنس	اختلال روانی (کل)	پرخاشگری	اضطراب	وسواس	حساسیت بین فردی	شکایات جسمانی	روان پریشی	تصورات پارانوئیدی	افسردگی	ترس مرضی
پسر	۷۴/۶۹	۵/۹۷	۶/۵۴	۹/۲۸	۸/۲۹	۹	۶/۸۰	۶/۹۹	۱۱/۱۹	۴/۲۰
دختر	۱۰۳/۶۱	۷/۰۳	۱۰/۴۵	۱۲/۱۷	۱۱/۸۳	۱۱/۹۷	۸/۰۱	۹/۹۳	۱۷/۱۱	۵/۷۳

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آزمون پیلای، هتلینگز، ویلکز و روی)

متغیر	آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری
پایه تحصیلی	آزمون اثر پیلای ^۱	۰/۵۰	۲/۰۳۶	۲۰/۰۰۰	۱/۵۷۲	۰/۰۰۴
	آزمون لامبدای ویلکز ^۲	۰/۹۵۰	۲/۰۳۷	۲۰/۰۰۰	۱/۵۷۰	۰/۰۰۴
	آزمون اثر هتلینگز ^۳	۰/۵۲	۲/۰۳۸	۲۰/۰۰۰	۱/۵۶۸	۰/۰۰۴
	آزمون بزرگترین ریشه روی ^۴	۰/۳۶۰	۲/۸۱۸	۱۰/۰۰۰	۷۸۶	۰/۰۰۲
جنسیت	آزمون اثر پیلای	۰/۰۹۵	۸/۲۶۳	۱۰/۰۰۰	۷۸۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۰۵	۸/۲۶۳	۱۰/۰۰۰	۷۸۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
	آزمون اثر هتلینگز	۰/۱۰۵	۸/۲۶۳	۱۰/۰۰۰	۷۸۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۱۰۵	۸/۲۶۳	۱۰/۰۰۰	۷۸۵/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) سلامت روانی و مؤلفه های آن به تفکیک پایه و جنسیت در دانش

آموزان استان مازندران، سال ۹۰-۱۳۸۹

منبع تغییر	مؤلفه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پایه تحصیلی	روان پریشی	۶۲۴/۸۵۴	۲	۳۱۲/۴۲۰	۲/۹۶۶	۰/۰۵۲
	پر خاشگری	۹/۶۴۴	۲	۴/۸۲۲	۰/۰۸۲	۰/۹۲۱
	اضطراب	۴۵۴/۸۸۳	۲	۲۲۷/۴۴۱	۲/۱۸۲	۰/۱۱۴
	وسواس	۱۷۴۵/۸۱۸	۲	۸۷۲/۹۰۹	۷/۹۷۴	۰/۰۰۰
	حساسیت بین فردی	۷۱۰/۴۲۱	۲	۳۵۵/۲۱۱	۳/۳۶۴	۰/۰۳۵
	شکایات جسمانی	۷۲۳/۴۴۰	۲	۳۶۱/۷۲۰	۲/۴۷۵	۰/۰۸۵
	افکار پارانوییدی	۲۵۹/۹۱۵	۲	۱۲۹/۹۵۷	۲/۱۶۹	۰/۱۱۵
	افسردگی	۲۳۴۹/۰۴۰	۲	۱۱۷۴/۵۲۰	۴/۷۵۷	۰/۰۰۹
	ترس مرضی	۳۳۷/۸۵۵	۲	۱۶۸/۹۲۸	۳/۰۲۵	۰/۰۴۹
اختلال کل	۵۲۵۳/۳۲۳	۲	۲۶۲۶۷/۱۶۲	۳/۸۳۹	۰/۰۲۲	
جنسیت	روان پریشی	۱۳۶۳/۵۲۳	۱	۱۳۶۳/۵۲۳	۱۲/۹۴۶	۰/۰۰۰
	پر خاشگری	۲۹۳/۱۲۶	۱	۲۹۳/۱۲۶	۴/۹۹۵	۰/۰۰۰
	اضطراب	۴۷۳۸/۹۵۸	۱	۴۷۳۸/۹۵۸	۴۵/۴۶۱	۰/۰۰۰
	وسواس	۲۳۹۳/۴۰۳	۱	۲۳۹۳/۴۰۳	۲۱/۸۶۵	۰/۰۰۰
	حساسیت بین فردی	۳۶۵۵/۷۹۶	۱	۳۶۵۵/۷۹۶	۳۴/۶۲۲	۰/۰۰۰
	شکایات جسمانی	۲۳۰۲/۲۴۶	۱	۲۳۰۲/۲۴۶	۱۵/۷۵۶	۰/۰۰۰
	افکار پارانوییدی	۲۷۶۱/۲۱۹	۱	۲۷۶۱/۲۱۹	۴۶/۰۹۲	۰/۰۰۰
	افسردگی	۹۱۰۶/۴۸۴	۱	۹۱۰۶/۴۸۴	۳۶/۸۸۴	۰/۰۰۰
	ترس مرضی	۴۹۸/۴۹۷	۱	۴۹۸/۴۹۷	۸/۹۲۷	۰/۰۰۰
اختلال کل	۲۳۳۸۳۲/۰۷۴	۱	۲۳۳۸۳۲/۰۷۴	۳۴/۱۷۴	۰/۰۰۰	

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

ادامه جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) سلامت روانی و مؤلفه های آن به تفکیک پایه و جنسیت

در دانش آموزان استان مازندران، سال ۹۰-۱۳۸۹

منبع تغییر	مؤلفه ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
	روان پریشی	۸۳۶۲۵/۰۴۴	۷۹۴	۱۰۵/۳۲۱		
	پر خاشگری	۴۶۵۹۴/۶۸۶	۷۹۴	۵۸/۶۸۳		
	اضطراب	۸۲۷۶۷/۷۴۰	۷۹۴	۱۰۴/۲۴۱		
	وسواس	۸۶۹۱۴/۲۳۲	۷۹۴	۱۰۹/۴۶۴		
خطا	حساسیت بین فردی	۸۳۸۳۹/۹۵۱	۷۹۴	۱۰۵/۵۹۲		
	شکایات جسمانی	۱۱۶۰۲۱/۳۲۸	۷۹۴	۱۴۶/۱۲۳		
	افکار پارانوئیدی	۴۷۵۶۶/۱۰۸	۷۹۴	۵۹/۹۰۷		
	افسردگی	۱۹۶۰۳۶/۷۷۱	۷۹۴	۲۴۶/۸۹۸		
	ترس مرضی	۴۴۳۳۸/۱۶۸	۷۹۴	۵۵/۸۴۲		
	اختلال کل	۵۴۳۲۸۸۴/۲۲۷	۷۹۴	۶۸۴۲/۴۲۳		

جدول ۷: آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه تفاوت میانگین اختلالات روانی و مؤلفه های آن به تفکیک پایه های تحصیلی

متغیر	پایه تحصیلی	مقایسه پایه تحصیلی	سطح معناداری	متغیر	پایه تحصیلی	مقایسه پایه تحصیلی	سطح معناداری
روان پریشی	اول (۷/۲۵)	دوم (۸/۴۱)	۰/۰۲۱	شکایت جسمانی	اول (۹/۸۵)	دوم (۱۰/۷۱)	۰/۳۹۳
	اول (۷/۲۵)	سوم (۸/۸۷)	۰/۰۱۴		اول (۹/۸۵)	سوم (۱۱/۷۹)	۰/۰۳۷
	دوم (۸/۴۱)	سوم (۸/۸۷)	۰/۸۴		دوم (۱۰/۷۱)	سوم (۱۱/۷۹)	۰/۳۸۱
پر خاشگری	اول (۶/۴۹)	دوم (۶/۵۰)	۰/۹۹	تصورات	اول (۷/۹۷)	دوم (۸/۷۴)	۰/۱۷۱
	اول (۶/۴۹)	سوم (۶/۶۵)	۰/۹۵		اول (۷/۹۷)	سوم (۹/۳۶)	۰/۰۱۶
	دوم (۶/۵۰)	سوم (۶/۶۵)	۰/۹۴		دوم (۸/۷۴)	سوم (۹/۳۶)	۰/۴۴۷
اضطراب	اول (۷/۸۱)	دوم (۹/۱۵)	۰/۰۶۱	افسردگی	اول (۱۲/۷۴)	دوم (۱۵/۴۲)	۰/۰۰۵
	اول (۷/۸۱)	سوم (۹/۲۶)	۰/۰۷۷		اول (۱۲/۷۴)	سوم (۱۵/۵۹)	۰/۰۱۵
	دوم (۹/۱۵)	سوم (۹/۲۶)	۰/۹۸		دوم (۱۵/۴۲)	سوم (۱۵/۵۹)	۰/۹۸۵
وسواس	اول (۹/۵۴)	دوم (۱۱/۷۹)	۰/۰۰۰	ترس مرضی	اول (۴/۵۴)	دوم (۵/۱۳)	۰/۳۲۵
	اول (۹/۵۴)	سوم (۱۱/۶۷)	۰/۰۰۵		اول (۴/۵۴)	سوم (۵/۷۵)	۰/۰۳۴
	دوم (۱۱/۷۹)	سوم (۱۱/۶۷)	۰/۹۸۴		دوم (۵/۱۳)	سوم (۵/۷۵)	۰/۴۲۱
حساسیت بین فردی	اول (۹/۲۶)	دوم (۱۰/۸۶)	۰/۰۱۲	اختلال کلی	اول ()	دوم (۹۴/۴۶)	۰/۰۲۱
	اول (۹/۲۶)	سوم (۱۰/۷۵)	۰/۰۶۶		اول ()	سوم (۹۷/۵۲)	۰/۰۱۴
	دوم (۱۰/۸۶)	سوم (۱۰/۷۵)	۰/۹۸۶		دوم (۹۴/۴۶)	سوم (۹۷/۵۲)	۰/۸۴

یافته های جدول (۴) نشان می دهد در همه ابعاد فوق الذکر میانگین دانش آموزان دختر به طور معنی داری بیشتر از میانگین دانش آموزان پسر به دست آمده است، نشانگر آسیب های روانی بیشتر در بین دانش آموزان دختر می باشد.

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول (۳) ۷۰٪ (۳) درصد از پاسخ گویان دارای سلامت روان ، ۲۵/۲ درصد دارای مشکل قابل توجه در علائم مرضی و ۴/۴ درصد دارای مشکل جدی بوده اند.

- آیا بین سلامت روانی دانش آموزان دختر و پسر دوره متوسطه استان تفاوت معناداری وجود دارد؟

۲۹/۶ درصد (۲۳۷ نفر) از دانش آموزان دارای اختلال روانی که ۲۵/۲ درصد (۲۰۲ نفر) در معرض خطر و ۴/۴ درصد (۳۵ نفر) دارای مشکل جدی بودند. داده های این پژوهش با نتایج مطالعات توکلی زاده و خدادادی در سال (۱۳۸۹) شیوع اختلال روانی را ۳۱/۶ درصد گزارش نمودند همخوانی دارد، هم چنین با نتایج مطالعه بیلر (۲۰۰۸) که شیوع اختلال روانی را ۰/۲۰ گزارش کرد و رمضان پور (۱۳۸۲) شیوع اختلال روانی را در دانش آموزان مقطع راهنمایی ۰/۲۴ دارای مشکل قابل توجه و ۰/۶ دارای مشکل جدی گزارش نمود مطابقت دارد. ولی با نتایج پژوهش سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷) بر روی دانش آموزان دبیرستانی شهر کاشان انجام دادند و نرخ ۰/۱۰ را برای شیوع اختلال روانی ذکر کردند، هم چنین با نتایج مطالعه صادقیان و همکاران (۱۳۸۹) در شهر همدان بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی بر اساس آزمون GHQ-28 انجام دادند نرخ ۶۰/۲ را برای شیوع اختلال روانی، هم چنین پژوهش مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳) در شهر ساری انجام دادند شیوع اختلال روانی را ۵۸/۸ گزارش دادند و حسینی و موسوی (۱۳۷۹) ۵۱/۸ درصد تفاوت فاحشی دارد. این تفاوت برآورد را می توان متأثر از تفاوت در جهت نمونه، شرایط خاص سنی، اجتماعی، اقتصادی و تنش های ناشی از تحصیل، جمع آوری اطلاعات و زمان انجام پژوهش، ابزارها و... بدانیم.

سوال دوم، مقایسه سلامت روانی دانش آموزان نشان می دهد از نظر جنسیت تفاوت معنی داری بین آزمودنی ها وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر در این زمینه مؤید این امر است که میانگین توزیع اختلال دختران در ۹ مقیاس آزمون به طور معنی دار بیشتر از دانش آموزان پسر است که نشانگر آسیب های روانی بیشتر در دانش آموزان دختر می باشد. پژوهش حاضر با نتایج یافته های حسینی و موسوی (۱۳۷۹)، مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۳) همسو می باشد که به درصد بیشتر اختلال روانی دختران نسبت به پسران دست یافته بودند. همچنین در پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۰)، سلطانیان و همکاران (۱۳۸۳)، پورقاز و رقیبی

همان طوری که در جدول ۵ ملاحظه می شود، سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن است که در ابعاد سلامت روانی بین پایه های تحصیلی و جنسیت تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن تفاوت به تفکیک نتایج حاصل را در جدول ۶ نشان داده است.

همان طور که نتایج جدول ۷ نشان می دهد، تفاوت این چهار بعد یعنی؛ روان پریشی، شکایات جسمانی، تصورات پارانوئیدی و ترس مرضی در پایه اول و سوم معنادار می باشد، ولی این چهار بعد بین دانش آموزان پایه دوم با اول و سوم تفاوت معنادار نمی باشد. همچنین در دو بعد دیگر یعنی پرخاشگری و اضطراب تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

میزان حساسیت بین فردی بین پایه اول و دوم تفاوت معنادار وجود دارد اما بین میزان حساسیت بین فردی پایه اول و سوم، دوم و سوم تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتایج جدول فوق بیانگر این است که در ابعاد نمره کل آزمون، وسواس و افسردگی تفاوت معناداری بین دانش آموزان مشاهده می شود به عبارتی نشانگر آسیب های روانی بیشتر بین پایه های دوم و سوم نسبت به پایه اول می باشد اما بین پایه های دوم و سوم تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. لازم به ذکر است که در تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) بین میزان تصورات پارانوئیدی سه پایه تفاوت معنادار نشان نداد اما در آزمون تعقیبی شفه بین میزان تصورات پارانوئیدی پایه اول و سوم تفاوت معنادار نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

همچنان که بیان شد پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی ۸۰۰ نفر دانش آموزان مقطع متوسطه استان مازندران در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ با به کار گیری آزمون SCL-90-R اجرا شد. در این بخش با در نظر گرفتن سوالات پژوهش، یافته ها مورد بحث قرار می گیرد. سوال اول در مورد بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان می باشد با توجه به یافته های پژوهش نشان داد

(۱۳۸۴) که دانش آموزان دختر سلامت روانی کمتری نسبت به دانش آموزان پسر داشته اند هماهنگ می باشد. هم چنین این یافته ها تأکیدی بر تفاوت های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق نظریه های روان پزشکی می باشد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۹). شایع تر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در دختران نسبت به پسران، می تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و هم چنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران در جامعه باشد (مسعود زاده و همکاران، ۱۳۸۳).

پژوهش حاضر با برخی تحقیقات دیگر همسو نیست از جمله پژوهش رمضان پور (۱۳۸۲) به بررسی میزان سلامت روانی دانش آموزان راهنمایی و متوسطه مازندران پرداخت، دانش آموزان دختر را در وضعیت مناسب تری از نظر سلامت روان در مقایسه با پسران دیده است. هم چنین با نتایج مطالعه یوسفی در شهر سنندج بر روی دانش آموزان دبیرستانی انجام داد شیوع اختلال روانی دانش آموزان پسر (۲۹/۲۷) نسبت به دانش آموزان دختر (۲۲/۴۶) بیشتر گزارش داده شد، با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی ندارد.

با توجه به نتایج آماری دانش آموزان در مؤلفه های بهداشت روانی از جمله میانگین نمره پرخاشگری دانش آموزان دختر بیشتر از میانگین پرخاشگری دانش آموزان پسر بوده همچنین میزان اضطراب در دانش آموزان دختر نسبت به دانش آموزان پسر، درصد بیشتری را نشان می دهد. یافته فوق با نتایج حسینی و همکاران (۱۳۸۰)، رمضان پور (۱۳۸۲) سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷) همسو می باشد. نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد، وسواس در دانش آموزان دختر به طور معناداری بیشتر از دانش آموزان پسر بوده است. این نتیجه با نتایج تحقیق رمضان پور (۱۳۸۲) همخوانی دارد نتایج حاضر نشانگر آن است که بین میزان حساسیت بین فردی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد و با پژوهش حسینی و

همکاران (۱۳۸۰)، رمضان پور (۱۳۸۲)، سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی دارد. نتایج میزان شکایات جسمانی در دانش آموزان دختر نسبت به پسران بیشتر بوده است. این مقوله در تحقیقات دیگر به طور خاص بررسی نشده است و یا نتایج آن ارائه نشده است. میزان روان پریشی در دانش آموزان دختر به میزان معناداری بیشتر از دانش آموزان پسر بوده است. بین میزان تصورات پارانوییدی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود داشته است. این یافته با نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۰)، رمضان پور (۱۳۸۲)، سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی دارد؛ یعنی میزان تصورات پارانوییدی در دانش آموزان دختر بیشتر از تصورات پارانوییدی در دانش آموزان پسر بوده است. در این پژوهش میانگین افسردگی دانش آموزان دختر به میزان معناداری بیشتر از دانش آموزان پسر بوده است. نتایج حاصل با نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۰)، رمضان پور (۱۳۸۲)، سپهر منش و همکاران (۱۳۸۷)، السون و همکاران (۱۹۹۹)، استنهاوسن و همکاران (۲۰۰۳)، همخوانی دارد. بین میزان ترس مرضی دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنادار وجود دارد؛ به نحوی که میزان ترس مرضی در دانش آموزان دختر نسبت به پسران بیشتر مشاهده شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۸۰)، رمضان پور (۱۳۸۲) همسو می باشد. در حال حاضر وضعیت سلامت روانی دانش آموزان استان نسبت به گذشته تغییر چندانی نکرده است. در صورتی که انتظار می رود با وجود تأکیدی که بخش مشاوره در آموزش و پرورش به بهداشت روان در مدارس دارد، وضعیت سلامت روانی دانش آموزان بهتر از این باشد.

سوال سوم، وجود رابطه بین سلامت روانی و پایه تحصیلی دانش آموزان بود. جدول (۲، ۳، ۴) و نیز نتایج محاسبه آماری انجام شده بر روی نمره کل، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، ترس مرضی تفاوت معنادار است. چرا که سطح معناداری در این مؤلفه ها کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد اما در مؤلفه های روان پریشی، پرخاشگری

- - تمنای فر، محمد رضا؛ سلامی محمد آبادی، فاطمه و دشتیان زاده، سمیه. (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و شادکامی با موفقیت تحصیلی دانشجویان. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۴۷. ۱۵ (۲)، ص ۶۳-۴۶.
- - توکلی زاده، جهان شیر و خدادادی، زهره. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی ۸۸-۸۹. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد، ۱۶(۲)، ص ۵۲-۴۵.
- - جعفرنژاد، عبدالرضا. (۱۳۸۹). بررسی میزان و علل شیوع مشکلات روانی دوران بلوغ و عوامل موثر بر آن در دانش آموزان دوره متوسطه و پیش دانشگاهی استان مازندران. پایان نامه دوره دکترا - دانشگاه آکادمی علوم ارمنستان.
- - جهانی هاشمی، حسن و نوروزی، کبری. (۱۳۸۱). سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۱ دانشگاه علوم پزشکی قزوین. فصلنامه پایش. شماره ۲، ص ۱۵۲-۱۴۵.
- - حسینی، سید حمزه و موسوی، سید ابراهیم. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۹-۷۸ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مجله علوم پزشکی مازندران، سال دهم شماره ۲۸، ص ۳۲-۲۳.
- - حسینی، سید حمزه؛ موسوی سید ابراهیم و رضازاده، حسین. (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانش آموزان سوم راهنمایی شهرساری. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۵ (۱۹ و ۲۰)، ص ۹۹-۹۲.
- - رمضان پور، علی. (۱۳۸۲). بررسی میزان سلامت روانی دانش آموزان راهنمایی و متوسطه مازندران. شورای تحقیقات استان مازندران، ص ۷۲-۶۱.
- - سپهر منش، زهرا؛ احمدوند، افشین؛ یآوری، پروین و ساعی، رضوان. (۱۳۸۷). سلامت روان نوجوانان دبیرستان شهر کاشان. مجله اپیدمیولوژی ایران، ۲ (۴)، ص ۴۹-۴۳.
- - سلحشور، ماندانا. (۱۳۸۲). الفبای بهداشت روانی. نشریه پیوند. شماره ۲۹۱، ص ۴۱-۴۰.
- - سلطانیان، علیرضا؛ بحرینی، فاطمه؛ نمازی، سودابه؛ امیری، محمد؛ قائدی، حسین و کهن، غلامرضا. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل موثر بر آن. فصلنامه طب جنوب. (۲) ۷، ص ۱۸۲-۱۷۳.

اضطراب، شکایات جسمانی و تصورات پارانوئیدی بین پایه های تحصیلی تفاوت معنادار نیست، چرا که سطح معناداری در این مؤلفه ها بزرگتر از ۰/۰۵ مشاهده شد. اما در آزمون تعقیبی شفه بین میزان تصورات پارانوئیدی پایه اول و سوم تفاوت معنادار نشان داد. میانگین اختلالات روانی در پایه سوم بیشتر از دوم و در دوم بیشتر از اول بوده است. ضمن آنکه این یافته در تأیید برخی پژوهش های پیشین (رمضان پور، ۱۳۸۲) همخوانی دارد. در پژوهش حاضر پایه سوم از سلامت روانی کمتری نسبت به دو پایه دیگر برخوردارند. به نظرمی رسد چون دانش آموزان پایه سوم در معرض آمادگی برای کنکور هستند، فشار روانی بیشتری را تحمل می کنند، بنابراین دچار آسیب های روانی بیشتر می شوند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و مقایسه آن با نتایج پژوهش های دیگر و فزونی یافتن شیوع اختلالات روانی در نسل نوجوان (دانش آموزان)، ضروری است تا مسؤولان مراکز آموزشی، معلمان و نیز والدین با در نظر گرفتن امر تحصیل، در جهت ارتقاء سطح سلامت روانی نوجوانان با استفاده از روان شناسان تربیتی و بالینی در آموزش و برگزاری کارگاه های روان شناسی برای دانش آموزان به صورت ماهانه و اعطای گواهی نامه در پایان دوره ی کارگاه به دانش آموزان، هم چنین تهیه و تدوین شناسنامه ی سلامت برای دانش آموزان؛ به نحوی که در شروع سال تحصیلی، مورد بررسی رفتاری و روانی قرار گیرند.

منابع

- اتکینسون، ریتال؛ اتکینسون، ریچارد سی و هیلگارد، ارنست روپیکوت. (۱۳۸۳). زمینه روان شناسی (ترجمه محمد نقی براهنی، سعید شاملو، نیمان گاهان، یوسف کریمی، کیانوش هاشمیان). تهران: انتشارات رشد.
- - اتکینسون، ماری و هورنبری، گری. (۱۳۸۸). بهداشت روانی در مدارس (ترجمه اکبر رهنما و محمد رضا فریدی). تهران، آبیژ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- - پورقاز، عبدالوهاب و رقیبی، مهوش. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه سلامت روان دانش آموزان مقطع متوسطه شهر زاهدان. مجله علوم تربیتی و روانشناسی (۲)، ص ۸۴-۶۹.

- Jensen ,P.(1991) . Mental health and disorder in children and adolescents :current status and research needs . community health. 143.pp1-7 .
- Kaplan HI, Sadock BJ .(1998) . synopsis of psychiatry & ed Philadelphia : Wiliam ,Wilkins company.
- Mari sund , Anne , Larsson , B& Wichstron Lars. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in Central Norway . Child andazAZ Adolescent Psychiatry and Mental Health.
- Olsson GI , von Knorring AL. (1999). Adolescent depression prevalence in Swedish high –school students.Acta Psychiatr yScand,99(5): 324 -331.
- Steinhausen H-C,Winkler M.(2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents : findings from the Zurich Epidemiological Studies .Acta Psychiatry Scand , 108 (suppl 418) : 20 – 23.
- Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI Comeche MI, Ortega J. (2007) . Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General HealthQuestionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90- R).J Med Internet Res. Jan 31;9(1).
- Word Health organization .(2010) .Global contest for mental health .
- Young Ho kim.(2003)Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final result from a2-years study. International journal of Nursing studies .v(40)Issue2 ,pages115-124.
- صادقان،عفت؛ مقدری کوشا،مهناز؛ گرجی، سمیرا.(۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر همدان در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۳، ۱۷، ص ۳۹-۴۵.
- مسعود زاده، عباس؛ خلیلیان، علیرضا؛ اشرفی، مهسا و کیمیاییگی، کامران. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی شهر ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران . ۱۴ (۴۵) ، ص ۸۳-۷۴.
- میرزایی، رقیه .(۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL_90_R در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران، ص ۵۳-۵۱.
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران . (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی (SCL_25) فرم کوتاه شده . (SCL_90_R مجله روان شناسی ۵ (۱۸) ، ص ۱۴۹-۱۳۶.
- هومن،عباس.(۱۳۷۶). استاندارد سازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، موسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته .
- یوسفی، محمدحسین. (۱۳۷۶). بررسی سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان های شهر سنندج و عوامل مرتبط با آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی سنندج ۴(۱۳)، ص ۲۷-۲۴.
- Befler ,MI.(2008) . Child and Adolescent Mental Disorders : the magnitude of the problem across the globe . J child psycho psychiatry .Jan21.
- - Carlozzi NE, Long PJ. (2008) . Reliability and validity of the SCL-90-R PTSD subscale. J Interpers Violence. Sep;23(9): 1162-76.
- Derogatis, L. R; Lipman, R. S; & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient . psychiatric rating scale: Preliminary report. Psychopharmacology Bulletin, 9, 13–26.
- Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R. Minneapolis, MN: National Computer Services.
- Donaldson, M ; Mueller, H ; Donaldson, S ; & Sello, G. (2003). QEEG patterns, psychological status and pain reports of fibromyalgia sufferers. Journal of Clinical Psychology, 57(7), 933-952.
- Garcia, Carolyn: Skay, and etal. (2008). Family and Racial Factors Assciated with suicide and Emotional Distress among lationo students.

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 5, No. 4, winter 2015, No 20



Journal of Educational
Psychology

"The Relationship between Influencing Factors of Cognitive Failure and Students' Academic Failure"

S.Zahra Sadati^{1*}, Fatemeh Babaie Zadeh²

1) Department of Education, Islamic Azad University, Ghaemshahr, Iran

2) M.A of Measurement (psychometric)

*Corresponding author: sadati.zahra@yahoo.com

Abstract

The present study investigated Factors affecting cognitive failure including, Age, Sex, occupation, type of degree, Terms of conditional and also Cognitive failure associated with Academic failure. The study is descriptive and correlation. Statistical Society Includes all students of Azad University, Yadegar-e-Emam Khomeini (RH) SHahreray Branch (N=22904). Students were studying in 93-92 first term. Relative cluster random sampling method was used. 384 samples were selected as the main studied participants. Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) and Personal profile were the data collection instruments. Cronbach's alpha for the Cognitive Failures Questionnaire .79 Obtained. In order to investigate the relationship between variables and comparing them appropriate statistical procedure, Pearson correlation coefficient, Path Analysis, T-Test and one – way ANOVA were used. There was not significant discrepancy between cognitive failure and academic failure. Also the relationship between cognitive failure and Sex, occupation, type of degree, Terms of conditional was not significant. The relationship between Age and cognitive failure was Positive. Although cognitive failure predicted Occupational accidents and traffic, but cognitive failure could not be a predictor of Academic failure. Could be due to the anxiety of test conditions. Because it increases the level of consciousness and cognitive control students.

Key words: Cognitive failure, Academic failure, Influencing Factors, Students
