

بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز

غلامرضا رجبی^{۱*}، مهدی حریرزوی^۲

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر، از نوع تحلیلی بود. ۳۰۵ نفر (۹۳ دختر و ۲۱۲ پسر) در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ از دانش آموزان پایه‌های اول تا پیش‌دانشگاهی به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی و بر اساس جدول کرجسی و مورگان برگزیده و به پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای گلدبرگ و هیلر پاسخ دادند. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک‌راهه با رعایت پیش‌فرض‌ها و با استفاده از نرم‌افزار آماري ۱۶-SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۳۴/۱ درصد دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی (۳۵/۵ درصد دختران و ۳۳/۵ درصد پسران) هستند. بالاترین درصدها به ترتیب مربوط به اختلال‌های اضطرابی ۳۴/۱ درصد (دختران ۳۸/۷ درصد و پسران ۳۲/۱ درصد)، بدکارکردی اجتماعی ۲۵/۶ درصد (دختران ۲۲/۶ درصد و پسران ۲۶/۹ درصد)، افسردگی ۱۷/۷ درصد (دختران ۱۱/۸ درصد و پسران ۲۰/۳ درصد) و شکایات بدنی ۱۷/۴ درصد (دختران ۱۷/۲ درصد و پسران ۱۷/۵ درصد) بود. بین دانش آموزان دختر و پسر در سلامت عمومی به طور کلی ($p=0/994$)، شکایات بدنی ($p=0/978$)، نشانه‌های اضطراب ($p=0/094$)، بدکارکردی اجتماعی ($p=0/956$) و افسردگی ($p=0/574$) و بین دانش آموزان گروه‌های سنی در سلامت روانی به طور کلی ($p=0/718$)، شکایات بدنی ($p=0/266$)، نشانه‌های اضطراب ($p=0/178$)، بدکارکردی اجتماعی ($p=0/946$) و افسردگی ($p=0/199$) تفاوت دیده نشد. اما بین دانش آموزان پایه‌های تحصیلی اول، دوم و سوم با دانش آموزان پیش‌دانشگاهی فقط از نظر نشانه‌های اضطراب ($p < 0/027$) تفاوت مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نسبت قابل ملاحظه اختلال‌های روانی در میان دانش‌آموزان دبیرستانی برنامه‌ریزی‌های گسترده و جامع توسط مسئولان بهداشت روانی در نظام آموزش و پرورش به منظور ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای و افزایش و ارتقای سطح بهداشت روان الزامی است.

کلید واژگان: سلامت روان، دانش آموزان، اهواز، سلامت عمومی.

۱- دانشیار گروه مشاوره.

۲- دانش آموخته کارشناسی مشاوره.

۱- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲- گروه مشاوره و مشاور آموزش و پرورش بخش حمیدیه اهواز، حمیدیه، ایران.

* نویسنده مسؤول:

غلامرضا رجبی؛ گروه مشاوره، دانشکده

علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تلفن: ۰۰۹۸۶۱۱۳۳۳۱۳۶۶

Email:rajabireza@scu.ac.ir

اعلام قبولی: ۱۳۹۱/۸/۲۳

دریافت مقاله اصلاح‌شده: ۱۳۹۱/۷/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۳۱

مقدمه

سال، ۶/۵ درصد؛ کودکان سنین ۱۰-۷ سال، ۳/۶ درصد؛ و کودکان سنین ۱۷-۱۱ سال ۹/۴ درصد برآورد شده است (۸). شایع‌ترین اختلال در نوجوانان سنین ۱۷-۱۴ سال افسردگی (۳/۳ درصد)، اختلال فزون‌کنشی با کمبود توجه (attention deficit hyperactivity disorder) (۳ درصد)، فوبیا (۲/۵ درصد)، اختلال عناد (۱/۸ درصد)، اختلال اضطراب فراگیر (۱/۴ درصد) و اختلال وسواس-جبری (۱/۲ درصد) بودند. در مطالعه‌ای فارب اشتاین و همکاران (Farbstein, et al) نشان دادند که میزان اختلال‌های اضطراب جدایی (در دختران ۱/۳ درصد و در پسران ۲/۰ درصد)، فوبیا خاص (در دختران ۳/۷ درصد و در پسران ۴/۰ درصد)، اختلال استرس پس از سانحه (در دختران ۱/۵ درصد و در پسران ۰ درصد) و افسردگی (و در دختران ۴/۷ درصد و در پسران ۱/۸ درصد) در دختران بیشتر از پسران است (۹). همچنین در این مطالعه، مشاهده شد که اختلال درونی‌سازی (مانند: اختلال‌های اضطراب جدایی، فوبیا خاص، فوبیا اجتماعی، هراس، استرس پس از سانحه، وسواس-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی عمده) مربوط به جنس دختر و اختلال برونی‌سازی (مانند اختلال‌های نقص توجه و فزون‌کنشی، عناد و سلوک) مربوط به جنس پسر هستند. یک مطالعه فرا-تحلیل از ۲۵ مطالعه انجام شده در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ گزارش می‌دهد که ۵۳ درصد پسران ملاک‌های لازم را برای اختلال سلوک، ۱۲ درصد برای اختلال فزون‌کنشی همراه با کمبود توجه، ۱۱ درصد برای اختلال افسردگی عمده و ۳ درصد برای اختلال سیکوتیک (روان پریشی) و نیز ۵۳ درصد دختران ملاک لازم را برای اختلال‌های سلوک، ۲۹ درصد برای افسردگی عمده، ۱۹ درصد برای ADHD و ۳ درصد برای بیماری روانی دارند (۱۰). شافر و همکاران (Shaffer, et al) نشان دادند که افسردگی تقریباً بر ۵ درصد نوجوانان اثر می‌گذارد (۱۱) و چهارمین بیماری مهم در میان بیماری‌ها است (۱۲). فرگوسن و وود وارد (Fergusson, &

The World Health Organization) سلامت را "نه تنها نبود بیماری یا معلولیت" بلکه "حالت بهینه تندرستی جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف کرده است. مفهوم سلامت روانی نیز از نظر این سازمان (WHO) چیزی فراتر از فقدان اختلال روانی و شامل: ۱- خوب بودن ذهنی، ۲- ادراک خودکارآمدی، ۳- استقلال و خودمختاری، ۴- کفایت و شایستگی، ۵- وابستگی میان فردی و ۶- خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (۱). اختلال رفتاری-روانی شامل حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال در کارکرد زندگی همراه است. سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، که در بیشتر کشورها از جمله کشور ما کمتر به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت توجه شده است. این سازمان به نقش ۸۵ درصدی عوامل روانی-اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است، که کشورهای توسعه‌یافته به سرعت راه‌کارهایی را برای اصلاح بهداشت روانی جوامع خود تدارک دیدند. به نظر می‌رسد که کشور ما هم باید به این مسأله مهم بپردازد (۲). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در حدود ۴۵۰ میلیون انسان در سراسر دنیا از مشکلات روانی، عصب‌شناسی یا رفتاری در یک دوره زمانی رنج می‌برند (۱). مطالعات همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دوران کودکی و نوجوانی در سراسر دنیا با نسبت‌های شیوع متفاوت بین ۷ درصد تا ۱۶/۴ درصد انجام شده‌اند (۳، ۴). تعدادی از مطالعات در فرهنگ‌های مختلف مانند: تایوان، برزیل و پرتوریکو شیوع بین ۱۲/۷ تا ۲۳ درصد گزارش کرده‌اند (۵). در مطالعه دیگر شیوع ۱۸ درصد (۵، ۶) و ۸ و ۴۵ درصد برای هر نوع اختلال روان‌پزشکی گزارش شده است (۷). در مطالعه‌ای مشکلات روانی کودکان سنین ۱۲-۷

است. به علاوه، شیوع اختلال‌های اضطرابی با ۴/۴ درصد بیشتر از سایر اختلال‌ها است (۳۳). بیابان‌گرد و جوادی دریافتند که در شهر تهران ۲۹/۳ درصد افراد ۳۰-۱۵ ساله دچار اختلال روانی، و از این تعداد ۴/۱ درصد به اختلال اضطرابی، ۶/۵ درصد به اختلال بدنی، ۱۱ درصد به اختلال در کارکرد اجتماعی و ۹/۳ درصد به اختلال افسردگی مبتلا هستند. همچنین در این مطالعه زنان نسبت به مردان به جز در اختلال کارکرد اجتماعی از وضعیت بدتری برخوردارند (۲۴). مطالعه دیگر نشان داد که ۱۰ درصد نوجوانان دبیرستانی مشکوک به اختلال روانی هستند و نوجوانان دختر در کلیه خرده مقیاس‌های SCL-90 به جز خرده مقیاس وسواس-جبری نسبت به نوجوانان پسر از نمره‌های بالاتری بهره می‌برند، اما از نظر آماری با یکدیگر تفاوت ندارند (۲۵). مسعودزاده، خلیلیان، اشرفی و کیمیا بیگی در مطالعه‌ای دریافتند که ۳۹/۱ درصد نوجوانان بر اساس پرسش‌نامه GHQ-28 مشکوک به اختلال روانی (دختران ۵۵/۳ درصد و پسران ۴۴/۷ درصد) هستند. همچنین شیوع انواع آسیب‌های روانی در ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90 به ترتیب شامل: افکار پارانوئید، حساسیت در روابط متقابل، وسواس و اجبار، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان-پریشی، شکایت جسمانی و ترس مرضی بود (۲۶). اهمیت سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی در سامانه سلامت کشور ما تا حدودی نادیده گرفته شده است. بنابراین برای آینده سلامت روانی و اجتماعی ایران احساس نگرانی می‌شود و آمار اختلال‌های روانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها در وضعیت مناسبی قرار ندارد. آگاهی بخشی به همه اقشار جامعه و مسئولان اجرایی، نظامی، امنیتی و اطلاع-رسانی درباره عوامل سبب‌ساز اختلال‌های روانی و بار این اختلال‌ها بر سلامت فرهنگ و اقتصاد جامعه از اولویت‌های بسیار مهم است. به هر حال باید راهبردها و راهکارهایی برای اصلاح سلامت روانی-اجتماعی جامعه در ارتباط با پیش‌گیری سطح نخست سلامت روان ارائه گردد. مانند

Woodward) خاطر نشان کردند که افسردگی در نوجوانان به طور معناداری خطر اختلال‌های افسردگی عمده، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، وابستگی به نیکوتین، وابستگی و سوء مصرف به الکل، بیکاری، ترک تحصیل، تلاش‌های خودکشی و خودکشی موفق را افزایش می‌دهد (۱۳). آنسال و آیرانسی (Unsal, & Ayranci) دریافتند که شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی ۳۰/۷ درصد، در دانش‌آموزان پسر ۲۲/۶ درصد و در دانش‌آموزان دختر ۳۹/۶ درصد است (۱۴). سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع اختلال روانی را در ۱۴ کشور دنیا بین ۴/۳ درصد در کشور چین تا ۲۶/۴ درصد در ایالات متحده آمریکا گزارش کرده است (۱۵). نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی شیوع اختلال روانی در کل کشور ۲۱ درصد (در زنان ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد)، در استان تهران ۲۱/۲ درصد و در شهر تهران ۲۱/۵ درصد (۱۶، ۱۷)؛ محمدی و همکاران شیوع اختلال‌های روانی را در سال ۱۳۸۰ در کل کشور ۱۷/۱۰ درصد (در زنان ۲۳/۴ درصد و در مردان ۱۰/۸ درصد) و استان تهران ۱۴/۲۹ درصد (۱۸، ۱۹)؛ نوربالا، باقری یزدی، اسدی لاری، واعظ مهدوی و نوربالا، باقری یزدی و محمد شیوع اختلال روانی شهر تهران را ۳۴/۲ درصد (در زنان ۳۷/۹ درصد و در مردان ۲۸/۶ درصد) گزارش کردند (۲۰، ۲۱). باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی نشان دادند که ۱۲/۵ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال به اختلال روانی مبتلا هستند، و در این جامعه میزان اختلال خلقی ۵/۷۵ درصد، اختلال اضطرابی ۵/۵ درصد، اختلال‌های شبه جسمی و عضوی مغز هر کدام ۰/۵ درصد و اسکیزوفرنیا ۰/۲۵ درصد گزارش شده است. همچنین زنان بیشتر از مردان و افراد بی-سواد و کم‌سواد بیش از افراد با سواد مبتلا به اختلال روانی اند و شایع‌ترین اختلال‌ها، اختلال‌های خلقی و اضطرابی هستند (۲۲). در یک مطالعه همه‌گیرشناسی نشان داده شد که ۱۶/۶ درصد دانش‌آموزان مبتلا به اختلال روانی هستند و این میزان در دانش‌آموزان دختر بیش از دانش‌آموزان پسر

پرسشنامه را تکمیل نمودند ۱۹۷ پرسشنامه به صورت ناقص برگردانده شدند و در نهایت حجم نمونه به ۳۰۵ (۹۳ دختر و ۲۱۲ پسر) تقلیل یافت. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان به ترتیب ۱۶/۹۴ و ۱/۶۸ با دامنه ۲۳-۱۴ سال، در دانش‌آموزان دختر ۱۶/۲۲ (۳۰/۵ درصد) و ۱/۲۱ با دامنه ۲۱-۱۴ سال و در دانش‌آموزان پسر ۱۷/۲۶ (۶۹/۵ درصد) و ۱/۷۶ با دامنه ۲۳-۱۵ سال بود. اکثریت دانش‌آموزان در پایه اول تحصیلی ۴۰/۳ درصد، در پایه دوم ۲۴/۶ درصد، در پایه سوم ۲۷/۵ درصد و در دوره پیش‌دانشگاهی ۷/۵ درصد مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۴۷/۵ درصد دانش‌آموزان در گروه ۱۶-۱۴ سال، ۴۲/۶ درصد در گروه ۱۹-۱۷ سال و ۹/۸ درصد در گروه ۲۳-۲۰ سال تحصیل می‌کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای بدون نام و با کد استفاده شد. این ابزار سنجش در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر (Goldberg, & Hiller) برای غربالگری اختلال‌های روان‌شناختی غیرسیکوتیک ساخته شده و شامل چهار خرده-مقیاس شکایات بدنی، نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی است که هر خرده‌مقیاس آن شامل ۷ ماده و هر ماده در یک طیف لیکرتی چهار رتبه‌ای (۱-۰-۲-۳) تنظیم شده‌اند. تکمیل پرسش‌نامه GHQ-۲۸ توسط دانش‌آموزان به طور انفرادی در طی دو ماه از فصل زمستان در دبیرستان‌ها و در اتاقی که مدیران دبیرستان‌ها به این کار اختصاص داده بودند، انجام گرفت. کمینه و بیشینه نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۸۴ متغیر است. بدین صورت که نمره بالا بیانگر سلامت ضعیف است. نقطه برش برای کل پرسش‌نامه، ۲۳ و برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها ۷ در نظر گرفته شد. تقوی در سال ۱۳۸۰ ضرایب پایایی بازآزمایی، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ GHQ-۲۸ را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و ضریب روایی همزمان آن را با پرسش‌نامه بیمارستانی میدلسکس (Middlesex

انجام بررسی‌های دوره‌ای نیازسنجی با هدف به روز کردن اولویت‌های ارتقای سلامت روان جامعه، آموزش و آگاه-سازی قشر نوجوان در مورد سلامت روان، آموزش مهارت-های زندگی، فرزندپروری، شغلی و مهارت‌های زندگی سالم، ایجاد و تقویت سامانه‌های حمایت اجتماعی، تقویت شبکه‌های ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت-های محله‌ای و با توجه به مطالب فوق نوجوانان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند و بررسی مشکلات روان‌شناختی آن‌ها به صورت آمار و ارقام تاحدودی می‌تواند به برنامه‌ریزان آموزشی و سلامت در ارائه خدمات مناسب و به موقع و پیش‌گیری در سطح نخست آن‌ها از ابتلا به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب کمک کند. هدف دیگر این مطالعه در یک منطقه جغرافیایی با یک فرهنگ و قومیت خاص می‌تواند عوامل مؤثر بر اختلال‌های روانی و برنامه‌ریزی‌های و مداخله‌های به موقع را ارائه دهد. به هر حال این مطالعه یک بررسی همه‌گیرشناسی مختصر و شناسایی میزان اختلال‌های روانی، تفاوت‌های جنسیتی و اولویت‌بندی این اختلال‌ها در بین دانش‌آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز بوده است.

روش بررسی

این مطالعه، از نوع تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز (۱۸۲۹ نفر، دانش‌آموزان سال اول ۷۵۰ نفر، سال دوم ۴۴۵ نفر، سال سوم ۴۷۱ نفر و پیش‌دانشگاهی ۱۶۳ نفر؛ دانش-آموزان دختر ۶۴۰ نفر و دانش‌آموزان پسر ۱۱۸۹ نفر) بودند (بر اساس آمار موجود واحد آموزش و پرورش متوسطه بخش حمیدیه). از میان این دانش‌آموزان ۵۰۰ نفر (۱۷۵ دختر و ۳۲۵ پسر) در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ از پایه‌های اول تا پیش‌دانشگاهی از ۷ دبیرستان پسرانه و ۴ دبیرستان دخترانه به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و به نسبت بر اساس جدول کرجسی و مورگان (Krejcie, & Morgan) برگزیده شدند (۲۷). از ۵۰۰ دانش‌آموزی که

بالاترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در میان دانش‌آموزان هستند. شایع‌ترین اختلال‌های روانی در میان دانش‌آموزان دختر به ترتیب نشانه‌های اضطراب (۳۸/۷ درصد)، بدکارکردی اجتماعی (۲۲/۶ درصد)، شکایات بدنی (۱۷/۲ درصد) و نشانه‌های افسردگی (۱۱/۸ درصد) و در دانش‌آموزان پسر به ترتیب نشانه‌های اضطراب (۳۲/۱ درصد)، بدکارکردی اجتماعی (۲۶/۹ درصد)، نشانه‌های افسردگی (۲۰/۳ درصد) و شکایات بدنی (۱۷/۵ درصد) می‌باشند.

نتایج آزمون‌های t گروه‌های مستقل در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین دانش‌آموزان دختر (۱۵/۳۲) و میانگین دانش‌آموزان پسر (۱۵/۳۳) در سلامت روانی به طور کلی ($p=0/994, t=0/007$) و در خرده‌مقیاس‌های شکایات بدنی ($p=0/978, t=-0/03$), نشانه‌های اضطراب ($p=0/094, t=-1/68$)، بدکارکردی اجتماعی ($p=0/05, t=0/05$)، نشانه‌های افسردگی ($p=0/574, t=0/56$) تفاوت وجود ندارد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید، ۳۶/۱ درصد دانش‌آموزان سنین ۱۶-۱۴ سال، ۳۱/۵ درصد دانش‌آموزان سنین ۱۹-۱۷ سال و ۳۶/۷ درصد دانش‌آموزان ۲۳-۲۰ سال مشکوک به اختلال روانی می‌باشند. همچنین میزان شیوع نشانه‌های اضطراب در گروه سنی ۱۶-۱۴ سال (۳۹/۳ درصد) بالاتر از گروه‌های سنی ۱۹-۱۷ سال (۳۰ درصد) و ۲۳-۲۰ سال (۲۶/۷ درصد) است، و میزان شیوع شکایات بدنی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی در سه گروه سنی در جدول ۲ نشان داده شده است. تحلیل واریانس یک‌راهه نشان می‌دهد که بین میانگین‌های گروه‌های سنی سه‌گانه در سلامت روان به طور کلی ($F=0/33, p=0/718$), شکایات بدنی ($F=1/33, p=0/266$), نشانه‌های اضطراب ($F=1/73, p=0/178$), بدکارکردی اجتماعی ($F=0/05, p=0/946$) و نشانه‌های افسردگی ($F=1/62, p=0/199$) تفاوت دیده نمی‌شود. در جدول ۳ مشاهده می‌کنید، که ۳۶ درصد دانش‌آموزان پایه

(Hospital Questionnaire) ۵۵/۰، رضایی، صالحی، یوسف‌زاده چابک، موسوی و کاظم نژاد در سال ۱۳۹۰ ضرایب همسانی درونی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی ۲۸-GHQ به ترتیب ۹۲/۰ و ۸۱/۰ و آلفای کرونباخ خرده-مقیاس‌ها را از ۷۸/۰ تا ۹۱/۰ و ابراهیمی، مولوی، موسوی، برهان‌منش و یعقوبی ضریب روایی ملاکی این پرسش‌نامه و مصاحبه بالینی روان‌پزشک را بر اساس DSM-IV ۷۸/۰ و ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی به ترتیب ۹۷/۰ و ۹۰/۰ گزارش کردند (۲۸-۳۰). بعد از کد گذاری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-۱۶ انجام گرفت. در این پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) برای بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی و از آمار استنباطی (t گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک-راهه) برای مقایسه گروه‌های سنی، جنس، و پایه‌های تحصیلی دانش‌آموزان از نظر اختلال‌های روانی استفاده شد.

یافته‌ها

آزمون توزیع بهنجاری کالموگورف-اسمیرنف نشان داد که نمره‌های سلامت روان ($Z=0/16, p=1$) و چهار خرده-مقیاس آن در جامعه از توزیع نرمال پیروی می‌کند. همچنین آزمون همگنی واریانس لوین نشان داد که گروه‌های مختلف در متغیر وابسته دارای واریانس برابری هستند. همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌کنید، با توجه به نقطه برش ۲۳ و بالاتر در پرسش‌نامه سلامت روان از ۳۰۵ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۰۴ نفر (۳۴/۱ درصد)، از ۹۳ دانش‌آموز دختر ۳۳ نفر (۳۵/۵ درصد) و از ۲۱۲ دانش‌آموز پسر ۷۱ نفر (۳۳/۵ درصد) مشکوک به اختلال‌های روانی هستند. همچنین نشانه‌های اضطراب بالاترین با ۱۰۴ نفر (۳۴/۱ درصد) و بعد از آن اختلال‌های بدکارکردی اجتماعی با ۷۸ نفر (۲۵/۶ درصد)، نشانه‌های افسردگی با ۵۴ نفر (۱۷/۷ درصد) و شکایات بدنی با ۵۳ نفر (۱۷/۴ درصد)

بالا ترند. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که فقط بین دانش‌آموزان سال‌های اول، دوم و سوم با دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی در نشانه‌های اضطراب ($F=3/09$, $p<0/027$) تفاوت معنادار دیده می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین میزان نشانه‌های اضطراب در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی نسبت به سه پایه دیگر پایین‌تر است.

دوم تحصیلی نسبت به دانش‌آموزان پایه‌های اول (۳۵/۸ درصد)، سوم (۳۳/۳ درصد) و پیش‌دانشگاهی (۲۱/۷ درصد) بیشتر مشکوک به اختلال روانی می‌باشند. دانش‌آموزان پایه سال اول نسبت به دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دیگر به ترتیب در نشانه‌های اضطراب (۴۰/۷ درصد)، بدکارکردی اجتماعی (۲۷/۶ درصد)، شکایات بدنی (۱۹/۵ درصد) و نشانه‌های افسردگی (۱۶/۳ درصد)

جدول ۱: میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان

مقدار t (سطح p)	جنسیت		کل نمونه (n=305)	نمونه
	پسر	دختر		
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	متغیر
(p=0/994) t=0/007	۷۱ (۳۳/۵ درصد)	۳۳ (۳۵/۵ درصد)	۱۰۴ (۳۴/۱ درصد)	سلامت روانی
(p=0/978) t=-0/03	۳۷ (۱۷/۵ درصد)	۱۶ (۱۷/۲ درصد)	۵۳ (۱۷/۴ درصد)	شکایات بدنی
(p=0/094) t=-1/68	۶۸ (۳۲/۱ درصد)	۳۶ (۳۸/۶ درصد)	۱۰۴ (۳۴/۱ درصد)	نشانه‌های اضطراب
(p=0/956) t=0/05	۵۷ (۲۶/۹ درصد)	۲۱ (۲۲/۶ درصد)	۷۸ (۲۵/۶ درصد)	بدکارکردی اجتماعی
(p=0/574) t=0/56	۴۳ (۲۰/۳ درصد)	۱۱ (۱۱/۸ درصد)	۵۴ (۱۷/۷ درصد)	نشانه‌های افسردگی

جدول ۲: میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان گروه‌های سنی

نسبت F (سطح p)	۲۰-۲۳	۱۷-۱۹	۱۴-۱۶	گروه سنی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	شاخص‌ها
(p=0/718) F=0/33	۱۱ (۳۶/۷ درصد)	۴۱ (۳۱/۵ درصد)	۵۲ (۳۶/۱ درصد)	سلامت روانی
(p=0/266) F=1/33	۲ (۶/۷ درصد)	۲۴ (۱۸/۵ درصد)	۲۷ (۱۸/۶ درصد)	شکایات بدنی
(p=0/178) F=1/73	۸ (۲۶/۷ درصد)	۳۹ (۳۰ درصد)	۵۷ (۳۹/۳ درصد)	نشانه‌های اضطراب
(p=0/946) F=0/05	۷ (۲۳/۳ درصد)	۳۳ (۲۵/۴ درصد)	۳۸ (۲۶/۲ درصد)	بدکارکردی اجتماعی
(p=0/199) F=1/62	۸ (۲۶/۷ درصد)	۱۸ (۱۳/۸ درصد)	۲۸ (۱۹/۳ درصد)	نشانه‌های افسردگی

جدول ۳: میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی

نسبت F (سطح p)	پیش‌دانشگاهی	سوم	دوم	اول	پایه تحصیلی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	شاخص‌ها
(p=0/456) F=1/05	۵ (۲۱/۷)	۲۸ (۳۳/۳ درصد)	۲۷ (۳۶ درصد)	۴۴ (۳۵/۸ درصد)	سلامت روانی
(p=0/078) F=2/24	-	۱۹ (۲۳/۶ درصد)	۱۰ (۱۳/۳ درصد)	۲۴ (۱۹/۵ درصد)	شکایات بدنی
(p<0/027) F=3/09	۲ (۸/۷ درصد)	۲۷ (۳۲/۱ درصد)	۲۵ (۳۳/۳ درصد)	۵۰ (۴۰/۷ درصد)	نشانه‌های اضطراب
(p=0/803) F=0/33	۹ (۳۹/۱ درصد)	۱۷ (۲۰/۲ درصد)	۱۸ (۲۴ درصد)	۳۴ (۲۷/۶ درصد)	بدکارکردی اجتماعی
(p=0/388) F=1/01	۳ (۱۳ درصد)	۱۷ (۲۰/۲ درصد)	۱۴ (۱۸/۷ درصد)	۲۰ (۱۶/۳ درصد)	نشانه‌های افسردگی

بحث

در این گروه در ارتباط باشند (۴). عامل دیگر احتمالاً شرایط منطقه جغرافیایی و عدم امکانات فرهنگی-رفاهی-تفریحی-ورزشی باشد که این قشر از جامعه نمی‌توانند هیجان‌ها و عواطف خود را به صورت مناسب و مقتضی برون‌ریزی کنند. از دلایل دیگری که می‌توان در مورد تفاوت یافته‌های تحقیقاتی مختلف در ایران و کشورهای دیگر ذکر کرد، ممکن است به دلیل روش‌های پژوهشی متفاوت، وسایل سنجش مختلف، روش‌های نمونه‌گیری متفاوت، جمعیت مختلف و شرایط اجتماعی-اقتصادی متفاوت باشد که این مطالعات در آن، صورت گرفته است. بنابراین انتظار نمی‌رود که یافته‌های گزارش شده در مطالعات همه‌گیرشناسی با هم یکی و نزدیک هم باشند.

این پژوهش نشان داد که بین دانش‌آموزان دختر و پسر از نظر سلامت روانی و بیماری‌هایی مانند نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشانه‌های بدنی و بدکارکردی اجتماعی تفاوت وجود ندارد. اما درصد گزارش شده در این مطالعه و مطالعات بیابانگرد و جوادی (۲۴) که دریافتند زنان بیش از مردان دچار آسیب روانی می‌شوند؛ مسعودزاده و همکاران (۲۶) شیوع بالاتر اختلال روانی را در زنان گزارش دادند؛ شمس علیزاده، بوالهروی و شاه-محمدی (۳۲)؛ حسینی‌فرد و همکاران (۲۳)؛ هولیفیلد، لاتون، اسپاین و پل (۳۳)؛ آنسال و آیرانسی (۱۴) و نوربالا، محمدی، باقری یزدی و یاسمی (۱۶، ۱۷، ۳۴) تا حدودی همخوان و نزدیک به هم هستند. محمدی و همکاران (۱۸، ۱۹) و امامی، قازین پور، رضایی‌شیراز و ریچتر (۳۵) نشان دادند که به طور معناداری نمره‌های دانش‌آموزان دختر نسبت به پسر در سلامت روانی بالاتر است، که بیانگر تعدادی از مشکلات روان‌پزشکی می‌باشد، همخوان است. عوامل متعددی را می‌توان در تبیین این نتیجه مطرح نمود؛ از جمله این که زنان و دختران نسبت به مردان و پسران بیماری‌های خود را گزارش می‌دهند، عوامل زیست‌شناختی و نقش جنس و فشارهای محیطی، محدود بودن منابع رضایتمندی، محدودیت مشارکت اجتماعی و عدم تأثیرگذاری بر محیط از عوامل دیگر میزان بالاتر بودن اختلال روانی در دختران و زنان

یافته‌های مطالعه همه‌گیرشناسی حاضر نشان داد که از بین ۳۰۵ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۰۴ نفر برابر با ۳۴/۱ درصد درصد مشکوک به اختلال روانی هستند. درصد گزارش شده این مطالعه از سایر مطالعات از جمله فارب اشتاین و همکاران؛ راونز-سایبر و همکاران؛ سپهرمنش و همکاران؛ بیابانگرد و جوادی؛ کانینو و همکاران؛ هیروانگ و همکاران؛ بنجت و همکاران؛ روبرتز و همکاران؛ کاستلو و همکاران؛ سازمان بهداشت جهانی؛ نوربالا؛ محمدی و همکاران؛ باقری یزدی و همکاران و حسینی فرد و همکاران بالاتر است (۹، ۸، ۲۵، ۲۴، ۳-۷، ۱۵، ۲، ۱۸-۲۱، ۲۲، ۲۳). اما درصد گزارش شده این مطالعه از مطالعه صادقیان مقدری، کوشا و گرجی که اختلال روانی را در ۲۶۱ دانش‌آموز ۶۰/۲ درصد گزارش نمودند، کمتر است؛ و با مطالعات نوربالا و همکاران؛ نوربالا و همکاران شیوع اختلال روانی شهر تهران را ۳۴/۲ درصد (۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان) و مسعود زاده و همکاران که ۳۹/۱ درصد نوجوانان بر اساس پرسش‌نامه GHQ-۲۸ مشکوک به اختلال روانی (دختران ۵۵/۳ درصد و پسران ۴۴/۷ درصد) شناسایی نمودند، نزدیک است (۳۱، ۲۰، ۲۱، ۲۶). ممکن است بتوانیم دلیل این شیوع بالاتر را در شرایط سنی خاص، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، استرس‌ورهای ناشی از تحصیل، فشارهای خانوادگی و غیره دنبال کنیم. به هر حال چون جامعه مورد مطالعه نوجوانان هستند و خواسته و ناخواسته با یک‌سری از چالش‌ها از جمله هویت‌یابی و ارزش‌ها، احترام برای خود و دیگران، افزایش مسؤلیت-پذیری برای خود و افزایش مهارت‌های مسأله‌گشایی روبه‌رو می‌شوند، که این عوامل و عوامل دیگر روی هم می‌توانند مشکلات عاطفی و روحی-روانی را ایجاد نمایند. شاید تأثیر آزمون ورود به دانشگاه و عوامل خطر دیگر از جمله زندگی با یک والد طلاق گرفته، وضعیت گروه اقلیت، تعداد زیاد افراد خانواده، سواد کم والدین و حساسیت بین‌فردی با افزایش احتمال اختلال‌های روانی

سازی اندروپین‌ها می‌شود که به یک چشم‌انداز مثبت از زندگی می‌انجامد.

دانش‌آموزان گروه سنی ۱۹-۱۷ سال نسبت به دانش‌آموزان دو گروه سنی دیگر با اینکه از نظر درصد مشکوک به اختلال روانی بالاتر بودند، اما از نظر آماری با یکدیگر تفاوت نداشتند. همچنین بیشترین درصد مشکوک به اختلال روانی را دانش‌آموزان پایه‌های دوم (۳۶ درصد) و اول (۳۵/۸ درصد) نسبت به دانش‌آموزان پایه‌های سوم و پیش‌دانشگاهی کسب کردند، اما به لحاظ آماری در میزان سلامت با یکدیگر تفاوت نداشتند. به نظر می‌رسد که ورود به یک دوره تحصیلی دیگر برای تعدادی از دانش‌آموزان نگران‌کننده و اضطراب‌زا باشد و با گذشت زمان و حمایت‌های عاطفی اولیای دانش‌آموزان و آموزشگاه از این استرس تا حدودی خارج خواهند شد. این نتایج با یافته‌های مسعودزاده و همکاران (۲۶)، بیابانگرد و جوادی (۲۴) و صادقیان و همکاران (۳۱) هماهنگ نیست. زیرا این مطالعات نشان دادند که با افزایش سن بر میزان اختلال‌های روانی افزوده می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمانگران و پژوهشگران باید توجه داشته باشند که نتایج این مطالعه را با احتیاط لازم به جمعیت‌های مشابه جامعه مورد نظر تعمیم دهند. پیشنهاد می‌شود که در قالب یک طرح تحقیقاتی در استان خوزستان یک مطالعه گسترده همه‌گیرشناسی از بیماری‌های روانی در بین دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستانی صورت پذیرد. توصیه دیگر این است که از ابزارهای دیگر برای اندازه‌گیری میزان اختلال‌های روانی که نقطه برش مناسب‌تری دارند، استفاده شود.

قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه کلیه مسئولان دبیرستان‌ها و دانش‌آموزان بخش حمیدیه که ما را در این تحقیق یاری رساندند، کمال تشکر را داریم. باید خاطر نشان کرد که کلیه هزینه‌های این پژوهش به صورت شخصی تامین شده است.

است. باید خاطر نشان کرد که میزان شیوع اختلال روانی در دختران ۳۵/۵ و در پسران ۳۳/۵ برآورد شد که با تعدادی از مطالعات مانند شمس‌علیزاده و همکاران (۳۲) مطابقت دارد و آمار به دست آمده از تعداد دیگری از مطالعات بالاتر است. در جامعه کنونی نقش‌های زنانه و مردانه تا حدودی یکی شده‌اند و نزدیکی این نقش‌ها به حدی رسیده است که هم دختران و هم پسران در نقش‌های اجتماعی با یکدیگر رقابت می‌کنند تا یک جایگاه با ثبات در جامعه و در بین خانواده و دوستان پیدا کنند. اما این رقابت‌ها بدون کشمکش و استرس نیست و هریک سهمی را از این ناملازمات دارند. در حال حاضر دختران و زنان مانند دهه‌های قبل نیستند که از فشارها و مشکلات بی‌اطلاع باشند و مشکلات را درون‌ریزی کنند، همانند پسران و مردان با مشکلات روبه‌رو می‌شوند و با آن‌ها مقابله می‌کنند.

شیوع انواع اختلال‌های روانی در کل دانش‌آموزان به ترتیب عبارت از نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، نشانه‌های افسردگی و شکایات بدنی؛ در دانش‌آموزان دختر به ترتیب نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، شکایات بدنی و نشانه‌های افسردگی و در دانش‌آموزان پسر به ترتیب نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، افسردگی و شکایات بدنی بودند. این یافته‌ها بیانگر این است که نگرانی و دلشوره‌هایی که افراد از ادامه تحصیل و سپس قبولی در دانشگاه، شغل، ازدواج و غیره دارند، باعث شده است که اضطراب و نگرانی بالاترین میزان اختلال در بین اختلال‌ها باشد. این یافته‌ها با مطالعه صادقیان و همکاران که میزان اضطراب را ۵۳/۵ درصد و افسردگی را ۵۴/۲ درصد گزارش دادند، یکی است (۳۱).

این‌گونه می‌توان بیان کرد که نوجوانانی که ارزیابی مثبت از خود و کیفیت زندگی‌شان دارند و از نظر بدنی فعال هستند از سلامت روان مناسب برخوردارند. به عبارت دیگر، فعالیت بدنی (ورزش، تمرین و تحرک) باعث یک-سری تغییرات شیمیایی در سیستم مغزی از جمله آزاد

منابع

- 1-World Health Organization Report. Mental health: New understanding. New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. Available at: URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. Accessed 2012/3/14.
- 2-Noorbala NN. Psycho-social mental and it recovery strategies. *Ir Psy Cli Psyc* 2011; 17(2):151-6. [In Persian]
- 3-Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(1):85-93.
- 4-Heiervang E, Stormark, KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Ame Acad Child Adolese Psychiatry* 2007; 46 (4):438-47.
- 5-Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(4): 386-95.
- 6-Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998;155 (6): 715-25.
- 7-Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10):972-86.
- 8-Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(Suppl1): 22-33.
- 9-Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, et al. Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51(5):630-639.
- 10-Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and meta-regression analysis of 25 surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(9):1010-9.
- 11-Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arc Gen Psychiatry* 1996; 53(4): 339-48.
- 12-Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367(9524): 1747-57.
- 13-Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(3): 225-31.
- 14-Unsal A, Ayranci U. Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of western Turkey: an epidemiological Study. *J Sch Health* 2008; 78(5): 287-93.
- 15-World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. Available at: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf. Accessed 2012/3/14.
- 16-Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami M. [Study of prevalence of psychiatric disorders in Tehran]. *Hakim J* 2000; 2(4): 212-23. [In Persian]
- 17-Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi, SA, Yasami M. [Survey of mental health of adult population in I.R. Iran in 1999]. *Hakim J* 2002; 1: 1-10. [In Persian]
- 18- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. [Epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001]. *Hakim J* 2003; 6(1): 55-64. [In Persian]
- 19- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. [An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran]. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 16(1):1-8. [In Persian]
- 20-Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. [Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 16(4):479-83. [In Persian]
- 21-Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. [The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool]. *Hakim J* 2009; 11(4): 47-53. [In Persian]
- 22-Baghei A, Bolhari J, Shahmohammadi D. [An epidemiological study of psychological disorders in a rural aea (Meibod, Yazd) in Iran]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 1994; 1(1): 32-41. [In Persian]
- 23-Hosseinifard SM, Birashk B, Atefvahid MK. [Epidemiology of mental disorders in high-school students in Rafsanjan]. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 2005; 11(1): 71-80. [In Persian]
- 24-Beyabangard E, Javadi F. [Psychological mental in adolescents and adults Tehran city]. *Soc Welf Quar* 2003; 14(4): 127-44. [In Persian]

- 25-Sepermanesh Z, Ahmanvand A, Yavari P, Sae R. [Mental health in high school adolescents Kashan city in 2004 year]. Iran J Epidemiol 2008; 4(2): 43-9. [In Persian]
- 26-Masoud zadeh A, Khililian A, Eshrafi M, Kimiabeygi K. [Mental health students in Sari city]. Mazandaran Med Uni J 2005; 14(45): 74-82. [In Persian]
- 27-Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ psychol meas 1970; 30: 607-10.
- 28-Taghavi M. [Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire]. J Psychol 2001; 5(4): 381-98. [In Persian]
- 29-Rezaei S, Salehi I, Yousefzadeh Chabok Sh, Moosavi HA, Kazemnejad E. [Factor structure, clinical cut off point and psychometric properties of 28-items version for General Health Questionnaire in patients with traumatic brain injury]. J Guilan Univ Med Sci 2011; 20(78): 56-70 [In Persian]
- 30-Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. [Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients]. J Res Behav Sci 2008; 5(1): 5-11. [In Persian]
- 31-Sadegeian E, Magdari Kosha M, Gachi S. [Study of mental health female high school students Hamedan city in 2008-2009 years]. J Ham Univ Med Sci 2009; 17(3): 39-45. [In Persian]
- 32-Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in a village in Tehran Province. J Psychiatry Clin Psychol 2001; 7(1& 2): 19-26. [In Persian]
- 33-Hollifield M, Laton W, Spain D, Pule I. Anxiety and depression in village of Lesotho: A comparison with the United States. Br J Psychiatr 1990; 156: 343-50.
- 34-Noorbala AA, Baghri Yazdi SA, Yasami MT, Mohammad K. Mental health survey of the aduith population in Iran. Br J Psychiat 2004; 184: 70-3.
- 35-Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, Richter J. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. J Adolesc Health 2007; 41(6): 571-6.

A study of the mental health of High school Students of Hamideyh, suburb of Ahvaz Township

Gholamreza Rajabi ^{1*}, Mehdi Harizavi ²

1- Associate Professor of psycholog.

2- Graduate counseling of psycholog.

1- Department of Counseling, School of Economic and Social Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.
2- Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Gholamreza Rajabi; Department of Counseling, School of Economic and Social Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran
Tel: +986113331366
Email: rajabireza@scu.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the mental health state of high school students of Hamideyh branch Ahvaz city.

Methods and Materials: The present survey was an analytical study. A sample of 305 (93 girl and 212 boy) students was selected using random stratified sampling and proportion and base of Krejcie and Morgan table from primary to college years high school students in Suburb of Ahvaz township and completed a General Health Questionnaire (CHO-28: Goldberg, & Hillier). The data were analyzed using descriptive and inferential methods and SPSS-16 software.

Results: Of the students, 305 (34.1%) achieved a GHQ-28 score above threshold and suffer from mental disorders (35.5% of girls and 33.5% of boys). Girl's relative risk of developing mental disorders was higher than that of boys. According to the Questionnaire, the prevalence of mental health disorders was anxiety 34.1% (38.7% of girls and 32.1% of boys), social dysfunction 25.6% (22.6% of girls and 26.9% of boys), depression 17.7% (11.8% of girls and 20.3% of boys), and somatic compliances 17.4% (17.2% of girls and 17.5% of boys), respectively. There were no significant differences between girl and boy students in mental health in general ($p=0.994$), somatic compliances ($p=0.978$), anxiety symptoms ($p=0.094$), social dysfunction ($p=0.956$, $p=0.946$), and depression symptoms ($p=0.574$), and among age-groups students in mental health in general ($p=0.718$), somatic compliances ($p=0.266$), anxiety symptoms ($p=0.178$), social dysfunction ($p=0.946$), and depression symptoms ($p=0.199$), respectively. There was a significant difference between primary to pre-college students in anxiety symptoms ($p<0.027$).

Conclusion: The prevalence of mental health disorders, such as anxiety and social dysfunction remains high in student populations around the world-demonstrating the need for suitable evidence-based interventions to address these issues. Future research should concentrate on mapping interventions available to students and evaluating their effectiveness.

Keywords: Mental Health, Students, Ahvaz, General Health.

Received: 21.7.2012

Revised: 13.10.2012

Accepted: 13.11.2012