

مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی دوره اول متوسطه و مقایسه آن با مدارس عادی دولتی در استان سمنان

محدثه پاک‌نظر^۱ (Ph.D)، مجید میرمحمدخانی^۲ (Ph.D, M.D)، نعمت ستوده اصل^۲ (Ph.D)، مهدی عاشوری^۴ (M.Sc)، بهناز بهنام^۲ (M.D)، فاطمه پاک‌نظر^۳ (Ph.D)

۱- گروه آموزش ریاضی، دانشگاه فرهنگیان، سمنان، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۳- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۴- گروه تحقیق و پژوهش، آموزش و پرورش استان سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۷

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۳۳۱۶۸۴۶ Paknazar2306@yahoo.com

چکیده

هدف: سلامت روان در دانش آموزان به عوامل متعددی مربوط است. این مطالعه با هدف بررسی مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی و مقایسه آن با مدارس عادی دولتی دوره اول متوسطه استان سمنان (۱۳۹۸) انجام شد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی و با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای، دانش آموزان با استفاده از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) از نظر مشکلات سلامت روان در پنج حیطه عاطفی، سلوک، بیش‌فعالی، روابط با همسالان و همیاری اجتماعی بررسی شدند.

یافته‌ها: تعداد ۶۲۴ دانش آموز (۳۰۴ پسر و ۳۲۰ دختر) از ۲۴ مدرسه دولتی منتخب در مطالعه شرکت کردند. فراوانی موارد دارای مشکلات در مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی ۲۹۱ نفر (۱۸/۶٪) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱۴/۱٪ تا ۲۳/۰٪ و در مدارس عادی دولتی ۳۳۱ نفر (۳۰٪) فاصله اطمینان ۹۵٪: ۲۵/۱٪ تا ۳۴/۹٪ بود ($P < ۰/۰۰۱$). شیوع کلی مشکلات پس از وزن‌دهی جمعیتی ۲۸/۸٪ برآورد شد. دانش آموزان مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی در حیطه‌های عاطفی و سلوک وضعیت بهتری را نشان دادند ($P < ۰/۰۰۱$). با تطبیق متغیرهای زمینه‌ای، تحصیل در مدارس عادی دولتی با افزایش معنی‌دار شانس وجود مشکلات سلامت روان همراهی نشان داد (نسبت شانس تطبیق‌یافته: ۱/۹۰، فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۰۶ تا ۳/۴۲، $P = ۰/۰۳۲$).

نتیجه‌گیری: تفاوت در شیوع گرچه می‌تواند تا حدی مربوط به تفاوت‌های فردی و اختلاف در محیط درسی مدارس باشد، اما نقش تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی نباید از نظر دور بماند. با عنایت به شیوع نسبتاً بالای مشکلات سلامت روان، توجه بیش‌تر به انجام موثر غربالگری و پایش دوره‌ای در دانش آموزان خصوصاً در مدارس عادی دولتی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، دانش آموزان، رفتار، عواطف، اختلال کمبود توجه با بیش‌فعالی، نوجوان

مقدمه

است [۳،۲]. در غیاب روش‌های موثر علمی برای غربالگری این مشکلات در خانه و مدرسه، اولیا کم‌تر قادر به قضاوت صحیح در خصوص وجود احتمالی این مشکلات در فرزندان خود هستند [۴-۶]. کم‌توجهی در این خصوص ضمن کاهش کیفیت زندگی فردی و اجتماعی دانش‌آموز، در آینده ممکن است باعث عوارضی نظیر شکست تحصیلی، بروز بیماری‌های روان-تنی، گرایش نسبت به سوء مصرف سیگار، الکل یا مواد، اقدام به بزهکاری و یا حتی خودکشی در وی گردد [۷-۱۰]. مطالعات رابطه معنی‌داری بین سلامت روانی دانش‌آموزان و

حفظ و ارتقای سلامت روان در همه گروه‌های سنی یک ضرورت بهداشتی اجتناب‌ناپذیر است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان شامل آن درجه از "احساس خوب بودن" است که فرد را قادر به شناسایی توانایی‌های خود و تطابق با استرس‌های معمول زندگی و کار جهت سازندگی در جامعه می‌کند [۱]. درصد قابل ملاحظه‌ای از دانش‌آموزان در مدارس دارای درجاتی از مشکلات سلامت روان هستند و شیوع مشکلات شدید در آن‌ها، بین ۳ تا ۱۸ درصد تخمین زده شده

اختلالات و مشکلات روانی در دانش‌آموزان در دوره متوسطه شیوع نسبتاً بالایی دارد و توجه مسئولین و محققین را در این زمینه بیش‌تر طلب می‌کند [۱۸، ۱۷، ۱۲].

طبق نظام آموزشی کشور، تفکیک مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی از مدارس عادی، با هدف کمک به رشد علمی دانش‌آموزان با استعداد، ارتقاء توانمندی ایشان و استفاده بهینه و هدفمند از امکانات آموزشی موجود در دوره اول متوسطه اتفاق می‌افتد. این تفکیک، ضمن ایجاد فرصت با انتقادات و چالش‌هایی نیز همراه بوده است که ایجاد استرس در دانش‌آموزان و خانواده‌های آن‌ها از آن جمله است، به طوری که منتقدین بر این اعتقادند که شرایط مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی می‌تواند باعث افت نسبی سطح سلامت روان دانش‌آموزان حداقل در برخی حیطه‌ها گردد [۱۹-۲۱]. تحقیقات در کشور برای مقایسه سلامت روان میان این دو گروه از دانش‌آموزان کاملاً محدود و همراه با نتایج متفاوت بوده است. نتایج یک مطالعه در شهر بیرجند نشان داد شیوع افسردگی در دانش‌آموزان تیزهوش نسبت به دانش‌آموزان عادی بالاتر بوده است (۲۴/۴٪ در برابر ۱۴/۵٪) [۲۲]. اما مطالعه انجام شده در شهر آباد موید سطح بالاتر سلامت روان در دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان بوده است [۲۳]. نتایج یک مطالعه دیگر در کشور نشان می‌دهد میزان اعتماد به نفس در دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان بیش‌تر بوده است [۲۴]. هدف از انجام این مطالعه، بررسی مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی و مقایسه آن با دانش‌آموزان مدارس عادی دولتی در استان سمنان با در نظر گرفتن مشخصات فردی، خانوادگی و اجتماعی دانش‌آموزان در استان سمنان به تفکیک حیطه‌های آن در سال ۱۳۹۸ بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بر اساس یک طرح تحقیقاتی مشترک بین دانشگاه علوم پزشکی سمنان و اداره آموزش و پرورش استان سمنان پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1397.278 مورخ ۹۷/۱۱/۳۰ انجام شد. جامعه پژوهش را دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شاغل به تحصیل در مدارس دولتی استان سمنان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ تشکیل می‌دادند. با در نظر گرفتن شیوع مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان معادل ۲۰٪ بر اساس نتایج مطالعات مشابه [۲۵] و با فرض حداقل ۱۰٪ تفاوت در شیوع مشکلات سلامت روان میان دو نوع مدرسه مورد مطالعه، با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪، توان ۸۰٪ و اثر طرح ۱/۲ حجم نمونه برای هر گروه حداقل ۲۹۰ نفر برآورد شد. در این مطالعه نمونه‌گیری به

مشخصات خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی نظیر سن، محل سکونت، وضعیت مسکن، شغل و تحصیلات والدین، معدل و تعداد افراد خانواده و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی نشان داده‌اند [۱۲، ۱۱].

مشکلات سلامت روان در پنج حیطه عاطفی، سلوک، بیش‌فعالی، ارتباط با همسالان و همیاری اجتماعی تعریف می‌شود. مشکلات عاطفی به بروز تشدید یافته و غیر طبیعی احساسات و عواطف نسبت به سن فرد گفته می‌شود که با علایمی نظیر داشتن مداوم شکایت‌های جسمی، احساس نگرانی یا غم، گریه کردن، احساس خجالت داشتن، هول شدن در موقعیت‌ها و احساس ترس و اضطراب خود را نشان می‌دهند [۱۳]. مشکلات سلوک به یک الگوی رفتاری مکرر اطلاق می‌شود که در آن حقوق دیگران یا هنجارهای اجتماعی در تناسب با سن فرد زیر پا گذاشته می‌شود. زود عصبانی شدن، دعوا کردن با بچه‌های هم‌سن و سال و کتک‌کاری، خیلی مطیع و فرمانبردار بودن، دروغ‌گویی، دشنام دادن، فریب‌کاری و دزدی رفتارهایی هستند که می‌توانند نشانه وجود مشکلات سلوک در دانش‌آموز باشند [۱۴]. بیش‌فعالی، یا بی‌قراری و نداشتن تمرکز فکری خود را نشان می‌دهد. دانش‌آموز بیش‌فعال خیلی آسان حواسش پرت می‌شود، قیل از انجام کارها خوب فکر نمی‌کند و معمولاً موفق نمی‌شود آن‌ها را تا آخر و درست به سرانجام برساند [۱۳]. دانش‌آموزی که در ارتباط با همسالان خود مشکل دارد اغلب تنهاست و دوستان زیادی ندارد، فکر می‌کند که افراد هم‌سن و سالش او را دوست ندارند، به او زور می‌گویند، او را مسخره می‌کنند و گاهی با افراد بزرگ‌تر از خودش بیش‌تر احساس راحتی می‌کند. همیاری اجتماعی نوعی توانمندی است که کمبود آن می‌تواند مشکل تلقی شود. توجه به احساسات دیگران، داشتن حس کمک و مهربانی، داوطلب شدن برای مشارکت در کارها و به‌راحتی قسمت کردن چیزهای متعلق به خود با دیگران مواردی هستند که بر همیاری اجتماعی بالا دلالت می‌کنند [۱۴، ۱۳].

دانش‌آموز با پشت سرگذاشتن دوره ابتدایی و هم‌زمان با ورود به دوره دبیرستان وارد دوره نوجوانی می‌شود. نوجوانی، مرحله‌گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که میان کودکی و جوانی روی می‌دهد که با تغییرات مهم زیستی شامل بلوغ جنسی، اجتماعی و روان‌شناختی همراه است [۱۵]. سلامت روان در دانش‌آموزان نوجوان به شدت تحت تاثیر محیط خانه و مدرسه است که هر دو مستقیم یا غیر مستقیم با سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده دانش‌آموز ارتباط دارند [۱۶].

تاکنون در خصوص سلامت روان دانش‌آموزان و نوجوانان مطالعات متعددی انجام شده است و نتایج نشان می‌دهد که

است [۲۸، ۱۷] در این مطالعه نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی گویه‌های پرسش‌نامه (بر اساس آلفای کرونباخ)، ۰/۷۸۱ محاسبه شد که تاییدی بر پایایی پرسش‌نامه می‌باشد. پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات توسط دانش‌آموزان و اطلاعات دموگرافیک شامل محل سکونت (شهر/روستا)، تحصیلات، شغل والدین و کفایت درآمد خانواده توسط والدین تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد. علاوه بر گزارش میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده از پرسش‌نامه تحقیق، فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان بعد از تبدیل نمرات به کدهای تشخیصی در زیرگروه‌های مورد مطالعه گزارش شد. برای برآورد شیوع کل وزن‌دهی جمعیتی انجام شد. مقایسه میان زیر گروه‌ها با استفاده از آزمون کای دو و یو من‌ویتنی در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد. سنجش ارتباط میان هر یک از متغیرهای توضیحی با نمره سلامت روان بر اساس آنالیز رگرسیون لجستیک ساده و چندگانه صورت گرفت. برای دستیابی به مدل نهایی فروکاسته از روش گام به گام استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۶۲۴ دانش‌آموز شاغل به تحصیل در دوره اول متوسطه در استان سمنان، از ۲۴ مدرسه دولتی شهرهای سمنان (۹ مدرسه، ۲۷۹ دانش‌آموز)، شاهرود (۹ مدرسه، ۲۰۲ دانش‌آموز)، دامغان (۳ مدرسه، ۷۰ دانش‌آموز) و گرمسار (۳ مدرسه، ۷۳ دانش‌آموز) شرکت کردند. از کل شرکت‌کنندگان تعداد ۳۰۴ نفر پسر و ۳۲۰ نفر دختر بودند. میانگین و انحراف معیار سنی دانش‌آموزان $13/81 \pm 0/98$ سال بود. تعداد دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پایه‌های اول، دوم و سوم دوره اول متوسطه (معادل هفتم، هشتم و نهم) به ترتیب ۲۰۴، ۱۹۷ و ۲۲۳ نفر بود. دویست و نود و یک دانش‌آموز (۴۶/۶٪) مربوط به مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی (طبق تعریف شامل مدارس تیزهوشان و مدارس نمونه دولتی/هیأت امنایی) بودند و بقیه دانش‌آموزان (۳۳۳ نفر) شاغل به تحصیل در مدارس عادی بودند (۵۳/۴٪).

از میان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در طرح، ۴۱۱ پرسش‌نامه (۶۵/۹٪) مربوط به اطلاعات دموگرافیک دانش‌آموزان، توسط والدین ایشان تکمیل و عودت گردید (درصد بی‌پاسخی: ۳۴٪). جدول ۱، توزیع فراوانی این اطلاعات را به تفکیک نوع مدرسه نشان می‌دهد.

روش طبقه‌ای - خوشه‌ای انجام شد. خوشه در این مطالعه یک کلاس از مدرسه بوده است. با انجام طبقه‌بندی، چارجوب نمونه‌گیری به گونه‌ای تعریف شد که انتخاب خوشه‌ها از میان مدارس دخترانه/پسرانه و تیزهوشان و نمونه دولتی/عادی دولتی و پایه‌های هشتم/نهم/دهم به‌طور متوازن صورت گیرد (۱۲ طبقه). از هر طبقه به‌طور تصادفی دو خوشه انتخاب شد به‌طوری‌که از میان ۱۰۰ مدرسه دولتی ۲۴ مدرسه انتخاب شد. در هر مدرسه از میان کلاس‌های آن پایه به‌طور تصادفی یک کلاس انتخاب و همه دانش‌آموزان آن کلاس وارد مطالعه شدند. با این تعریف جامعه آماری دانش‌آموزان مدارس دولتی دوره اول متوسطه شهرهای سمنان، شاهرود، دامغان و گرمسار تعیین شدند که ۱۰٪ از این دانش‌آموزان در مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی تحصیل می‌کردند. حضور در محیط مدارس پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با اداره کل آموزش و پرورش استان سمنان، ادارات شهرستان‌ها و مدیر مدرسه صورت گرفت. تمام اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه و مشارکت در طرح کاملاً آزادانه بوده است.

ابزار مورد استفاده جهت سنجش سلامت روان دانش‌آموزان، ویرایش فارسی استاندارد شده پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات مربوط به سنین نوجوانی بوده است که جهت غربالگری مشکلات سلامت روان در نوجوانان ۱۷-۱۱ ساله مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است و از ۵ حیطه عاطفی، سلوک، بیش‌فعالی، ارتباط با همسالان و همیاری اجتماعی تشکیل شده است (هر حیطه ۵ سوال). برای هر یک از سوالات فرد می‌تواند گزینه "درست نیست" یا "احتمالاً درست است" یا "کمی درست است" را انتخاب کند. پس از تکمیل پرسش‌نامه با توجه به پاسخ‌های داده شده به هر سوال امتیاز ۰، ۱ یا ۲ تعلق می‌گیرد. امتیاز کلی، حاصل جمع امتیازهای چهار زیرگروه اول (به‌جز همیاری اجتماعی) است که بدین ترتیب نمره مشکلات از صفر تا ۴۰ به دست می‌آید (نمره زیر ۱۵ نزدیک به طبیعی و بالاتر از آن دارای درجاتی از مشکل تعریف می‌شود) و نمره همیاری اجتماعی از صفر تا ۱۰ مشخص می‌گردد. حساسیت و اختصاصی بودن این مقیاس بسیار بالا گزارش شده، به‌گونه‌ای که طبق مطالعات انجام شده شیوع مشکلات سلامت روان تعیین شده بر اساس این پرسش‌نامه تنها ۱-۲٪ با شیوع واقعی آن‌ها تفاوت نشان می‌دهد [۱۳]. روایی و پایایی پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی تایید شده [۲۷، ۲۶، ۱۴] و از پرسش‌نامه مذکور تاکنون در تعدادی از مطالعات در کشور ایران نیز استفاده شده

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه بر اساس اظهار والدین

مقدار پی*	مدارس عادی		مدارس تیزهوشان/ نمونه دولتی		مشخصات	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
<۰,۰۰۱	۴۶,۸	۹۶	۱۲,۸	۲۵	زیر دیپلم	سطح تحصیلات پدر
	۲۷,۳	۵۶	۲۷,۷	۵۴	دیپلم	
	۷,۳	۱۵	۸,۷	۱۷	فوق دیپلم	
	۱۱,۲	۲۳	۲۷,۷	۵۴	لیسانس	
	۶,۸	۱۴	۱۹,۰	۳۷	فوق لیسانس	
	۰,۵	۱	۴,۱	۸	دکتر	
<۰,۰۰۱	۴۴,۳	۹۴	۱۱,۷	۲۳	زیر دیپلم	سطح تحصیلات مادر
	۳۹,۶	۸۴	۲۹,۱	۵۷	دیپلم	
	۲,۸	۶	۷,۱	۱۴	فوق دیپلم	
	۹,۹	۲۱	۳۸,۸	۷۶	لیسانس	
	۲,۴	۵	۱۲,۲	۲۴	فوق لیسانس	
	۰,۹	۲	۱,۰	۲	دکتر	
۰,۳۷†	۹۱,۴	۱۳۸	۹۶,۹	۱۵۶	شهر	محل سکونت
	۸,۶	۱۳	۳,۱	۵	روستا	
<۰,۰۰۱	۶,۳	۱۳	۱۳,۷	۲۶	بیشتر از نیاز	کفایت درآمد
	۳۷,۶	۷۷	۵۲,۶	۱۰۰	در حد نیاز	
	۳۶,۱	۷۴	۳۰,۰	۵۷	کافی با مدیریت هزینه	
	۲۰,۰	۴۱	۳,۷	۷	غیرکافی	
	-	۱۲۸	-	۱۰۱	بدون پاسخ	
<۰,۰۰۱†	۲۰,۰	۴۱	۳۹,۶	۷۶	کارمند	شغل پدر
	۴۰,۰	۸۲	۱۲,۰	۲۳	کارگر	
	۳,۹	۸	۳,۶	۷	کشاورز/دامدار	
	۶,۸	۱۴	۱۷,۷	۳۴	کاسب	
	۱۲,۷	۲۶	۹,۴	۱۸	بازنشسته	
	۳,۹	۸	۱,۰	۲	بیکار	
	۱۲,۷	۲۶	۱۶,۷	۳۲	سایر	
<۰,۰۰۱†	۸۵,۲	۱۷۹	۶۷,۹	۱۳۱	خانه دار	شغل مادر
	۱۴,۸	۳۱	۳۲,۱	۶۲	شاغل	

*آزمون یومن-ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه‌ای پس از حذف موارد بی پاسخی
†آزمون استقلال کای دو برای متغیرهای کیفی پس از حذف موارد بی پاسخی

تیزهوشان/نمونه دولتی به صورت معناداری بیش از مدارس عادی می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره کل دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه از نظر مشکلات سلامت روان $۱۰/۵۱ \pm ۵/۸۹$ و نمره حیطه مشکلات همیاری اجتماعی $۷/۱ \pm ۹۸/۷۲$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به سلامت روان به طور کلی و به تفکیک حیطه‌ها در جدول ۲ نمایش داده شده است. مقادیر میانگین در جدول ۲ مویید وجود تفاوت میان نمرات به طور کلی و در همه حیطه‌ها به نفع مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی می‌باشد. این تفاوت به جز در دو حیطه همیاری فعالی و همیاری اجتماعی، در بقیه موارد از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < ۰/۰۵$).

توزیع جنسی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه در زیرگروه‌های تعریف شده بر اساس نمرات کل به تفکیک مدارس

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، تفاوت معنی‌داری میان دو گروه مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی و غیر خاص از نظر توزیع هر یک از متغیرهای تحصیلات و شغل والدین، محل سکونت و کفایت درآمد قابل گزارش است. اغلب دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه ساکن شهر بوده‌اند (۹۴/۲٪). تعداد دانش‌آموزان ساکن روستا در مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی کم‌تر است (۳/۱٪ در مقابل ۸/۶٪). هم‌چنین درصد خانواده‌های با درآمد ناکافی در مدارس عادی از مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی بیش‌تر است (۲۰٪ در مقابل ۳/۷٪). از نظر شغل پدر به‌جز کارمندان، کسبه و افرادی که شغل خود را سایر موارد اظهار کرده‌اند (شامل پزشکان، وکلا و تجار)، فراوانی نسبی بقیه مشاغل شامل کارگران، کشاورزان و دامداران، بازنشستگان و افراد فاقد شغل در مدارس عادی بیش‌تر بوده است. از نظر شغل مادر نیز درصد مادران شاغل، در مدارس

تیزهوشان/نمونه دولتی بیش‌تر بوده است ($P < 0/001$). همان‌طور که در جدول ۵ قابل ملاحظه است، درصد بیش‌تری از دانش‌آموزان دارای مشکلات سلامت روان در حیطه‌های عاطفی و سلوک در مدارس عادی تحصیل می‌کنند ($P < 0/001$). پس از وزن‌دهی جمعیتی شیوع مشکلات سلامت روان در کل دانش‌آموزان ۲۸/۸٪ برآورد شد.

نتایج بررسی رابطه میان نوع مدرسه با مشکلات سلامت روان با استفاده از مدل‌های ساده و چندگانه رگرسیون لجستیک در جدول ۶ نشان داده شده است. بر اساس مدل‌های ساده، شانس داشتن درجاتی از مشکلات سلامت روان برای دانش‌آموزان در شرایط تحصیل در مدارس عادی و اشتغال پدر به شغلی غیر از کارمند بودن به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. این در حالی است که افزایش پایه تحصیلی، افزایش سطح تحصیلات پدر و مادر با کاهش شانس داشتن مشکلات سلامت روان همراهی دارد. بر اساس مدل چندگانه و بعد از تطبیق تاثیر همه متغیرهای مستقل پیش‌گفت، تحصیل در مدارس عادی با افزایش معنی‌داری با شانس وجود مشکلات سلامت روان همراهی دارد (نسبت شانس تطبیق یافته: ۱/۹۰، فاصله اطمینان ۹۵٪: ۱/۰۶ تا ۳/۴۲، $P = 0/032$).

تیزهوشان/نمونه دولتی و عادی در جدول ۳ نمایش داده شده است. با توجه به جنسیت دانش‌آموز، شیوع مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان دختر ۲۴/۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹/۹ تا ۲۹/۴) و در دانش‌آموزان پسر ۲۴/۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹/۸ تا ۲۹/۵) برآورد شده است. تفاوت معنی‌داری میان دو جنس از نظر فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان قابل گزارش نمی‌باشد ($P = 0/442$).

مقایسه مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی و عادی از نظر وضعیت کلی و حیطه‌های مشکلات سلامت روان دانش‌آموزان در جدول ۴ قابل ملاحظه است. از کل دانش‌آموزان، ۴۷۰ نفر نمره نزدیک به طبیعی داشتند و در ۱۵۴ دانش‌آموز میانگین نمره بالاتر از نمره طبیعی بوده است. بر این اساس فراوانی نسبی درجات کم تا زیاد مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان به‌طور کلی ۲۴/۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲۱/۳٪ تا ۲۸/۱٪) برآورد می‌شود. این مقادیر برای مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی ۱۸/۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۴/۱ تا ۲۳/۰)، برای مدارس عادی ۳۰٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲۵/۱ تا ۳۴/۹) برآورد شده است. فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان در مدارس غیر خاص به‌طور معنی‌دار از مدارس

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسش‌نامه مشکلات سلامت روان به‌طور کلی و به تفکیک حیطه (۶۲۴ نفر)

مقدار بی*	مدارس عادی (۳۳۳ نفر)		مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی (۲۹۱ نفر)		حیطه (دامنه نمرات)
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
< ۰,۰۰۱	۶,۲۴	۱۱,۴۵	۵,۲۶	۹,۴۳	کل (۰-۴۰) [†]
۰,۰۰۱	۲,۳۲	۲,۹۸	۲,۰۰	۲,۳۶	عاطفی (۰-۱۰)
< ۰,۰۰۱	۲,۰۰	۲,۴۳	۱,۶۷	۱,۸۱	سلوک (۰-۱۰)
۰,۰۰۷۱	۲,۲۳	۳,۲۳	۲,۰۳	۲,۸۷	بیش‌فعالی (۰-۱۰)
۰,۰۰۳	۱,۸۵	۲,۸۱	۱,۷۸	۲,۳۹	روابط با همسالان (۰-۱۰)
۰,۰۷۴۲	۱,۸۳	۷,۹۲	۱,۵۸	۸,۰۵	همیاری اجتماعی (۰-۱۰)

*نمره کل برابر است با مجموع نمرات حیطه‌های عاطفی، سلوک، بیش‌فعالی و روابط با همسالان
[†]آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه‌ای پس از حذف موارد بی‌پاسخی

جدول ۳. فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان پسر و دختر مورد مطالعه به تفکیک مدارس

جنس (تعداد)	وضعیت (دامنه نمرات)		مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی (۲۹۱ نفر)		مدارس عادی (۳۳۳ نفر)		کل (۶۲۴ نفر)
	درصد شیوع	تعداد	درصد شیوع	تعداد	درصد شیوع	تعداد	
پسر (۳۰۴ نفر)	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	۱۱۲	۷۹,۴	۱۱۷	۷۱,۸	۲۲۹	۷۵,۳
	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)	۱۶	۱۱,۳	۲۱	۱۲,۹	۳۷	۱۲,۲
	افزایش یافته (۱۸-۱۹)	۳	۲,۱	۱۱	۶,۷	۱۴	۴,۶
	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)	۱۰	۷,۱	۱۴	۸,۶	۲۴	۷,۹
دختر (۳۲۰ نفر)	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	۱۲۵	۸۳,۳	۱۱۶	۶۸,۲	۲۴۱	۷۵,۳
	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)	۱۶	۱۰,۷	۲۳	۱۳,۵	۳۹	۱۲,۲
	افزایش یافته (۱۸-۱۹)	۴	۲,۷	۹	۵,۳	۱۳	۴,۱
	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)	۵	۳,۳	۲۲	۱۲,۹	۲۷	۸,۴

جدول ۴. مقایسه مشکلات سلامت روان مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی و عادی به‌طور کلی و به تفکیک حیطه

مقدار پی*	کل (۶۲۴ نفر)		مدارس عادی (۳۳۳ نفر)		مدارس تیزهوشان/ نمونه دولتی (۲۹۱ نفر)		وضعیت (دامنه نمرات)	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
<۰,۰۰۱	۷۵,۳	۴۷۰	۷۰,۰	۲۳۳	۸۱,۴	۲۳۷	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	کل
	۲۴,۷	۱۵۴	۱۳,۲	۴۴	۱۱,۰	۳۲	کمی افزایش یافته (۱۷-۱۵)	
			۶,۰	۲۰	۲,۴	۷	افزایش یافته (۱۹-۱۸)	
			۱۰,۸	۳۶	۵,۲	۱۵	خیلی افزایش یافته (۴۰-۲۰)	
<۰,۰۰۱	۸۰,۸	۵۰۴	۷۵,۷	۲۵۲	۸۶,۶	۲۵۲	نزدیک به طبیعی (۰-۴)	عاطفی
	۱۹,۲	۱۲۰	۷,۵	۲۵	۵,۵	۱۶	کمی افزایش یافته (۵)	
			۷,۸	۲۶	۳,۱	۹	افزایش یافته (۶)	
			۹,۰	۳۰	۴,۸	۱۴	خیلی افزایش یافته (۱۰-۷)	
<۰,۰۰۱	۷۷,۴	۴۸۳	۷۰,۹	۲۳۶	۸۴,۹	۲۴۷	نزدیک به طبیعی (۰-۳)	سلوک
	۲۲,۶	۱۴۱	۱۳,۸	۴۶	۹,۶	۲۸	کمی افزایش یافته (۴)	
			۶,۶	۲۲	۲,۴	۷	افزایش یافته (۵)	
			۸,۷	۲۹	۳,۱	۹	خیلی افزایش یافته (۱۰-۶)	
۰,۱۴۹	۸۵,۶	۵۳۴	۸۳,۸	۲۷۹	۸۷,۶	۲۵۵	نزدیک به طبیعی (۰-۵)	بیش فعالی
	۱۴,۴	۹۰	۹,۹	۳۳	۸,۶	۲۵	کمی افزایش یافته (۶)	
			۲,۱	۷	۲,۴	۷	افزایش یافته (۷)	
			۴,۲	۱۴	۱,۴	۴	خیلی افزایش یافته (۱۰-۸)	
۰,۶۳۵	۵۱,۴	۳۲۱	۴۷,۱	۱۵۷	۵۶,۴	۱۶۴	نزدیک به طبیعی (۰-۲)	روابط با همسالان
	۴۸,۶	۳۰۳	۱۷,۴	۵۸	۱۹,۲	۵۶	کمی افزایش یافته (۳)	
			۱۸,۳	۶۱	۱۲,۴	۳۶	افزایش یافته (۴)	
			۱۷,۱	۵۷	۱۲,۰	۳۵	خیلی افزایش یافته (۱۰-۵)	
۰,۲۲۷	۸۲,۷	۵۱۶	۸۲,۳	۲۷۴	۸۳,۲	۲۴۲	نزدیک به طبیعی (۰-۱۰)	همیاری اجتماعی
	۱۷,۳	۱۰۸	۸,۴	۲۸	۱۰,۳	۳۰	کمی کاهش یافته (۶)	
			۳,۹	۱۳	۴,۵	۱۳	کاهش یافته (۵)	
			۵,۴	۱۸	۲,۱	۶	خیلی کاهش یافته (۴-۰)	

* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه‌ای

جدول ۵. مقایسه مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی و عادی از نظر فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان دانش آموزان به تفکیک مشخصات دانش آموزان

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی		مشخصات	
	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل		
۰,۱۲۳	۲۴,۷	۷۵/۳۰۴	۲۸,۲	۴۶/۱۶۳	۲۰,۶	۲۹/۱۴۱	پسر	جنس
۰,۰۰۲	۲۴,۷	۷۹/۳۲۰	۳۱,۸	۵۴/۱۷۰	۱۶,۷	۲۵/۱۵۰	دختر	
۰,۰۳۷	۲۹,۹	۶۱/۲۰۴	۳۶,۰	۴۰/۱۱۱	۲۲,۶	۲۱/۹۳	اول	پایه
۰,۰۵۱	۲۴,۴	۴۸/۱۹۷	۳۰,۳	۳۰/۹۹	۱۸,۴	۱۸/۹۸	دوم	
۰,۰۸۲	۲۰,۲	۴۵/۲۲۳	۲۴,۴	۳۰/۱۲۳	۸۵,۰	۱۵/۱۰۰	سوم	
۰,۰۶۵	۲۶,۴	۶۱/۲۳۱	۳۰,۳	۴۶/۱۵۲	۱۹,۰	۱۵/۷۹	دیپلم و زیر دیپلم	تحصیلات پدر
۰,۳۲۹	۲۱,۱	۲۳/۱۰۹	۲۶,۳	۱۰/۳۸	۱۸,۳	۱۳/۷۱	فوق دیپلم و لیسانس	
۰,۶۸۹	۱۶,۷	۱۰/۶۰	۱۳,۳	۲/۱۵	۱۷,۸	۸/۴۵	فوق لیسانس و بالاتر	
۰,۱۸۱	۲۶,۷	۶۹/۲۵۸	۲۹,۲	۵۲/۱۷۸	۲۱,۳	۱۷/۸۰	دیپلم و زیر دیپلم	تحصیلات مادر
۰,۰۴۱	۱۹,۷	۲۳/۱۱۷	۳۳,۳	۹/۲۷	۱۵,۶	۱۴/۹۰	فوق دیپلم و لیسانس	
۰,۷۶۳	۱۸,۲	۶/۳۳	۱۴,۳	۱/۷	۱۹,۲	۵/۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	
۰,۳۰۵	۱۷,۱	۲۰/۱۱۷	۲۲,۰	۹/۴۱	۱۴,۵	۱۱/۷۶	کارمند	شغل پدر
۰,۰۳۲	۳۱,۴	۳۳/۱۰۵	۳۶,۶	۳۰/۸۲	۱۳,۰	۳/۲۳	کارگر	
۰,۳۱۰	۲۶,۷	۴/۱۵	۳۷,۵	۳/۸	۱۴,۳	۱/۷	کشاورز/دامدار	

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی		مشخصات
	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل	
۰,۳۹۷	۲۰,۸	۱۰/۴۸	۲۸,۶	۴/۱۴	۱۷,۶	۶/۳۴	کاسب
۰,۵۰۶	۲۲,۷	۱۰/۴۴	۱۹,۲	۵/۲۶	۲۷,۸	۵/۱۸	بازنشسته
۰,۷۴۷	۴۰,۰	۴/۱۰	۳۷,۵	۳/۸	۵۰,۰	۱/۲	بیکار
۰,۶۰۰	۲۲,۴	۱۳/۵۸	۱۹,۲	۵/۲۶	۲۵,۰	۸/۳۲	سایر
۰,۰۱۵	۲۴,۵	۷۶/۳۱۰	۲۹,۶	۵۳/۱۷۹	۱۷,۶	۲۳/۱۳۱	خانه دار
۰,۲۹۳	۲۲,۶	۲۱/۹۳	۲۹,۰	۹/۳۱	۱۹,۴	۱۲/۶۲	شاغل
۰,۰۰۵	۲۲,۴	۶۶/۲۹۴	۲۹,۷	۴۱/۱۳۸	۱۶,۰	۲۵/۱۵۶	شهر
۰,۶۴۸	۲۷,۸	۵/۱۸	۳۰,۸	۴/۱۳	۲۰,۰	۱/۵	روستا
>۰,۹۹۹	۲۳,۱	۹/۳۹	۲۳,۱	۳/۱۳	۲۳,۱	۶/۲۶	بیشتر از نیاز
۰,۶۱۴	۲۰,۳	۳۶/۱۷۷	۲۲,۱	۱۷/۷۷	۱۹,۰	۱۹/۱۰۰	در حد نیاز
۰,۰۱۳	۲۶,۷	۳۵/۱۳۱	۳۵,۱	۲۶/۷۴	۱۵,۸	۹/۵۷	کافی با مدیریت هزینه
۰,۰۱۶	۲۹,۲	۱۴/۴۸	۳۱,۷	۱۳/۴۱	۱۴,۳	۱/۷	غیرکافی

* آزمون استقلال کای دو برای متغیرهای کیفی پس از حذف موارد بی پاسخی

جدول ۶. نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک ساده، چندگانه و چندگانه فروکاسته برای تعیین رابطه نوع مدرسه (عادی نسبت به خاص) با مشکلات سلامت

روان

مقدار پی	چندگانه فروکاسته*			چندگانه			ساده			نسبت شانس خام	متغیر	
	فاصله اطمینان ۹۵ %		نسبت شانس تطبیق یافته	فاصله اطمینان ۹۵ %		نسبت شانس تطبیق یافته	فاصله اطمینان ۹۵ %		نسبت شانس خام			
	حد حدفوقانی	حد تحتانی		حد حدفوقانی	حد تحتانی		حد حدفوقانی	حد تحتانی				
۰,۰۳۲	۳,۴۲	۱,۰۶	۱,۹۰	۰,۰۳۸	۳,۹۳	۱,۰۴	۲,۰۲	۰,۰۰۱	۲,۷۴	۱,۲۹	۱,۸۸	تحصیل در مدرسه عادی
-	-	-	-	۰,۰۹۹	۱,۰۵	۰,۵۴	۰,۷۶	۰,۰۲۱	۰,۹۶	۰,۶۱	۰,۷۶	افزایش پایه تحصیلی
-	-	-	-	۰,۳۰۰	۲,۴۷	۰,۷۶	۱,۳۷	۰,۹۹۶	۱,۴۴	۰,۶۹	۱,۰۰	دانش آموز دختر
-	-	-	-	۰,۹۷۲	۱,۳۳	۰,۷۴	۰,۹۹	۰,۰۲	۰,۹۷	۰,۷۰	۰,۸۲	افزایش سطح تحصیلات پدر
۰,۰۹۲	۳,۷۹	۰,۹۱	۱,۸۴	۰,۱۷۹	۴,۱۷	۰,۷۷	۱,۷۹	۰,۰۴۸	۳,۰۱	۱,۰۱	۱,۷۴	شغل پدر غیر از کارمند
-	-	-	-	۰,۹۱۷	۱,۳۹	۰,۷۴	۱,۰۲	۰,۰۴۱	۰,۹۹	۰,۶۹	۰,۸۳	افزایش سطح تحصیلات مادر
-	-	-	-	۰,۵۷۹	۲,۹۵	۰,۵۴	۱,۲۷	۰,۷۰۲	۱,۵۵	۰,۵۱	۰,۸۹	شاغل بودن مادر
-	-	-	-	۰,۸۲۴	۲,۹۳	۰,۲۶	۰,۸۷	۰,۶۰۲	۳,۸۶	۰,۴۵	۱,۳۲	سکونت در روستا
-	-	-	-	۰,۷۲۱	۱,۵۳	۰,۷۵	۱,۰۷	۰,۱۸۹	۱,۵۹	۰,۹۱	۱,۲۰	کاهش سطح کفایت درآمد

* فروکاسته با روش Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

بحث و نتیجه گیری

هم‌زمانی دارد. چنانچه مدارس غیرانتفاعی را به دلیل کثرت نسبی دانش‌آموزانی از خانواده‌های مرفه‌تر و با سطح مالی بالاتر کنار بگذاریم، مدارس دولتی در کشور ایران در دوره متوسطه از شروع تا پایان به دو دسته مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی و مدارس عادی دولتی تقسیم می‌شوند، به طوری که برای ورود به مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی داشتن شواهدی مبتنی بر

حفظ و ارتقا سلامت روان در دانش‌آموزان نوجوان به دلیل شرایط سنی گذر از مرحله کودکی به مرحله جوانی و مواجهه با تغییرات زیستی و روان‌شناختی بلوغ دارای اهمیت ویژه‌ای است. در ایران پایان دوره شش سال آغازین مدرسه و ورود به دوره سه ساله اول دبیرستان با شروع نوجوانی دانش‌آموز

بوده‌اند [۲۵]. ج) حضور این دانش‌آموزان در جو مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی باعث شده به سطوح بالاتری از توانمندی دست یابند یا مشکلات کم‌تری داشته باشند. دو عامل اول بیش‌تر مربوط به فرد و خانواده و عامل سوم مربوط به تاثیر محیط مدرسه است. چنان‌چه تاثیر عامل سوم چشم‌گیر باشد انتظار داریم با افزایش مدت زمان حضور دانش‌آموز در مدرسه تفاوت مشاهده شده بیش‌تر شود. در حالی که نتایج مطالعه ما عکس این وضعیت را نشان می‌دهد. تفاوت میان دو نوع مدرسه در دانش‌آموزان پایه اول معنی‌دار است، اما این فاصله در دو پایه بعدی در حدی کاهش می‌یابد که از حالت معنی‌داری آماری خارج می‌شود (جدول ۶). البته در تفسیر بایستی به این یافته نیز تاکید شود که با افزایش سن دانش‌آموزان فراوانی نسبی مشکلات هم کم‌تر می‌شود و شاید به همین دلیل تفاوت میان دو نوع مدرسه نیز کم‌رنگ‌تر شود. هم‌چنین توجه به این یافته هم دارای اهمیت است که فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان در خانواده‌های نسبتاً برخوردار از نظر اقتصادی که اظهار داشته‌اند از سطح درآمد بیش از حد نیاز بهره‌مند هستند از گروهی که سطح درآمد خود را برابر و متناسب با هزینه‌ها بیان کرده‌اند بیش‌تر بوده است (۲۳٪ در مقابل ۲۰٪) گرچه دو گروه ضعیف‌تر هم‌چنان دارای مشکلات بیش‌تری بوده‌اند (۲۶٪ و ۲۹٪) که این نتایج همسو با نتایج مطالعه مشابهی در امارات متحده عربی می‌باشد که در آن بین پایین بودن سطح اقتصادی-اجتماعی خانواده با بیش‌تر شدن مشکلات سلامت روان ارتباط معنی‌داری گزارش شد [۲۵].

تفاوت معنی‌داری میان دانش‌آموزان دو نوع مدرسه در حیطه‌ی همیاری اجتماعی مشاهده نشد. به نظر می‌رسد به علت تقویت همیاری‌های اجتماعی در مدارس نزدیک‌تر به بافت جامعه این حیطه کم‌تر تحت تاثیر محیط مدرسه باشد که با نتایج مطالعه رجبی و همکاران همسو می‌باشد [۲۳].

نتایج یک مطالعه مروری نظام‌مند نشان داد، بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیکی انجام شده برای مقایسه سلامت روانی دانش‌آموزان ممتاز و تیزهوش با سایر دانش‌آموزان عمدتاً جامعه‌ای را می‌سنجد که دانش‌آموزان به آن تعلق دارند و حقیقتاً خود دانش‌آموزان مورد قیاس قرار نمی‌گیرند. لذا دقت در شرایط افراد و تطبیق تاثیر احتمالی عوامل زمینه‌ای دانش‌آموزان تاکید می‌شود [۱۶]. همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، تفاوت میان مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی با مدارس عادی دولتی در همه متغیرهای مرتبط با سطح اقتصادی و اجتماعی متفاوت است. این طور به نظر می‌رسد که فرایند انتخاب دانش‌آموزان، زمینه را برای جذب طبقات خاصی از سطوح اقتصادی و اجتماعی فراهم می‌نماید. با توجه به این امر،

توانایی تحصیلی بالاتر در دانش‌آموز ضروری است. به همین دلیل دانش‌آموزان پس از احراز شرایط اولیه برای ورود به این مدارس از طریق آزمون ورودی با یک‌دیگر رقابت می‌کنند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، شیوع مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان استان سمنان ۲۸/۸٪ برآورد گردید. در یک مطالعه معروف در کشور آلمان با نام "مطالعه بلا" شیوع این مشکلات روانی در میان ۱۵۵۴ نفر از نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ ساله در سال ۲۰۰۸، ۱۱٪ گزارش شده بود. در این مطالعه هم از پرسش‌نامه توانایی‌ها و مشکلات استفاده شد [۱۱]. مطالعه دیگری در همین کشور، با استفاده از همین پرسش‌نامه، شیوع کلی اختلالات روانی را در این گروه سنی ۱۸/۵٪ برآورد نمود [۲۹]. در مطالعه مشابهی که در امارات متحده عربی انجام شد شیوع مشکلات سلامت روان ۲۳/۹٪ گزارش شد [۲۵]. در یک مطالعه انجام شده روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ریاض عربستان نشان داده شد تقریباً ۴۸٪ دانش‌آموزان دارای درجاتی از مشکل در سلامت روان بوده‌اند [۵]. نتایج مطالعه ما نشان داد که شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان در مقایسه با مطالعات انجام شده در کشورهای غربی نظیر آلمان نسبتاً بالاست، اما در مقایسه با کشورهای منطقه، کمی بالاتر یا به مراتب کم‌تر از آن‌هاست (به ترتیب در مقایسه با امارات و عربستان).

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از مطالعه ما، شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس عادی به‌طور معنی‌دار از مدارس تیزهوشان و نمونه دولتی بیش‌تر بود که این امر کاملاً هم‌سو با نتایج مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان دختر مدارس عادی و تیزهوش شهرستان آباد در ایران، در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ می‌باشد [۲۳]. در مطالعه انجام شده در شهر ریاض نیز وجود مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان ممتاز کم‌تر از سایر دانش‌آموزان گزارش شد که نتایج مطالعه ما با این مطالعه نیز از این نظر هم‌سو می‌باشد [۵].

این یافته شاید به سه عامل قابل انتساب باشد: الف) دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی با آزمون ورودی انتخاب می‌شوند. لذا لازم است این دانش‌آموزان بیش‌تر از بقیه تلاش کنند و از توانایی‌های علمی و هوشی بیش‌تری بهره‌مند باشند. البته این انتظار هم می‌رفت که افرادی که عنوان دانش‌آموز ممتاز شناخته شوند، علاوه بر هوش ذهنی و عواطف، از نظر هوش و توانایی‌های اجتماعی که خود را در نحوه رفتار با دیگر اعضای اجتماع و همسالان نشان می‌دهند برتری نسبی داشته باشند [۲۴]. ب) این دانش‌آموزان تحت تاثیر محیط خانواده‌هایی قرار می‌گیرند که از نظر اجتماعی موفق‌تر بوده‌اند و لذا به‌طور مستقیم از توجه و عنایت بیش‌تری برخوردار

این تحقیق با تایید و حمایت مشترک مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و اداره کل آموزش و پرورش استان سمنان انجام شد. ضمن قدردانی از راهنمایی‌های ارزنده استاد محترم جناب آقای دکتر قربانی، نویسندگان مراتب قدردانی خود را از اعضای محترم شوراهای پژوهشی و مسئولین ارشد پژوهشی و اجرایی هر دو سازمان اعلام می‌دارند. هم‌چنین از دانشجو معلمان علاقمند و ساعی دانشگاه فرهنگیان استان سمنان خانم‌ها ریحانه رهبر، سیده فاطمه کسایان، زهرا یوردخانی و مهدیه اصفهانی‌فرد و آقایان مهدی خراشی، علی گلی و حمیدرضا یونسین که در جمع‌آوری و ثبت داده‌ها نهایت همکاری و کمک را داشته‌اند، تشکر می‌گردد.

منابع

- [1] Organization WH. WHO (2014) Mental health: a state of well-being. 2016.
- [2] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581> PMID:15173149
- [3] Fletcher J, Wolfe B. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *J Health Economics* 2008; 27: 794-800. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.10.010> PMID:18221807
- [4] Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of psychological disorders amongst children in urban areas of Tehran. *Iran J Psychiatry* 2010; 5: 55.
- [5] Al-Sughayr AM, Ferwana MS. Prevalence of mental disorders among high school students in National Guard Housing, Riyadh, Saudi Arabia. *J Fam Commun Med* 2012; 19: 47. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.94015> PMID:22518359 PMCid:PMC3326771
- [6] Arman S, Keypour M, Maracy M, Attari A. Epidemiological study of youth mental health using strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14: 371. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.04.518> PMID:22924116 PMCid:PMC3420028
- [7] Brand R, Wolff W, Hoyer J. Psychological symptoms and chronic mood in representative samples of elite student-athletes, deselected student-athletes and comparison students. *School Mental Health* 2013; 5: 166-174. <https://doi.org/10.1007/s12310-012-9095-8>
- [8] Moradi S, Ghorbani R, Radbakhsh N. Attitudes toward drugs abuse and some related factors among Iranian high school students. *Koomesh* 2018; 325-335. (Persian).
- [9] Sotodehasl N, Kahouei M, Fodaji F. Social and psychological capital and its relation with academic achievement among medical sciences students of Semnan university of medical sciences, Semnan, Iran. *Koomesh* 2018; 256-262. (Persian).
- [10] Wille N, Bettge S, Wittchen HU, Ravens-Sieberer U, Group BS. How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 42-51. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y> <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1005-0> PMID:19132303 PMCid:PMC2757610

در مطالعه حاضر با تطبیق متغیرهای زمینه‌ای، تحصیل در مدارس عادی با افزایش معنی‌دار شانس وجود مشکلات سلامت روان همراهی نشان داد.

طبق نتایج مطالعه حاضر بیش‌ترین اختلالات در دانش‌آموزان مورد مطالعه در حیطه روابط با همسالان بود (۴۸/۶٪) به طوری که شیوع آن در مدارس عادی (۵۲/۹٪) بیش از مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی (۴۳/۶٪) بوده است. در مطالعه مشابه در کشور آلمان بیش‌ترین اختلالات مربوط به بعد عاطفی (۱۶/۳٪) بوده است [۲۹]. این تفاوت تا حد زیادی می‌تواند مربوط به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان دو کشور مورد بررسی و نیز برنامه‌های آموزشی و پرورشی در خصوص تقویت روابط با همسالان می‌باشد. به نظر می‌رسد در کشور ما به دلیل محوریت خانواده مشکلات عاطفی کم‌تر و مشکلات مربوط به ارتباط با همسالان بیش‌تر نمایان می‌شود که توجه بیش‌تر به تقویت و اصلاح آن در آموزش و پرورش ضروری است.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استانی بودن و حجم نمونه قابل قبول اشاره کرد. از مهم‌ترین نقاط ضعف مطالعه می‌توان به نبود اطلاعات دانش‌آموزان محصل در مدارس غیر انتفاعی اشاره کرد که در مطالعات آتی لازم است این گروه از دانش‌آموزان هم از نظر سلامت روان مورد مطالعه قرار بگیرند. مشکلات سلامت روان در مدارس عادی نسبت به مدارس تیزهوشان/نمونه دولتی بیش‌تر است. از آن‌جا که مطالعات قبلی نشان داده‌اند سرمایه و حمایت اجتماعی می‌توانند باعث ارتقا سطح سلامت روان در نوجوانان و جوانان شوند [۳۰، ۱۶]، بازنگری یا توجه بیش‌تر به انجام موثر برنامه‌های غربالگری و پایش دوره‌ای در دانش‌آموزان - خصوصاً در مدارس عادی - توصیه می‌شود. انتظار می‌رود کارایی این برنامه‌ها با افزایش زمان حضور مربیان بهداشتی آموزش‌دیده در زمینه بهداشت روان در مدارس و نیز آموزش و آگاه‌سازی بیش از پیش والدین و معلمان افزایش داشته باشد. تفاوت در شیوع گرچه می‌تواند تا حدی مربوط به تفاوت‌های فردی و اختلاف در محیط درسی مدارس باشد، اما نقش تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی نابسستی از نظر دور بماند. مطالعه روی دانش‌آموزان مدارس غیرانتفاعی و مقایسه آن با مدارس دیگر در مطالعات بعدی قابل پیشنهاد است.

تشکر و قدردانی

- [21] Introducing different types of schools in Iran. Sedaye Moshaveran; 2019 [cited 2020 March 3]; Available from: <https://sedayemoshaveran.com/>.
- [22] Riasi HR, Mogharrab M, Abarqui MS, Taheri EH, Taheri MH. A comparative study of depression in gifted and normal students in Birjand city during 2008-2009 school year. *Modern Care Journal*. 2012;9(2)..
- [23] Rajabi F, Shiralipor A. A review and comparison of the relationship between personality characteristics and mental health among female students in regular and gifted schools in Abadeh. *JSR* 2016; 17: 107-115. (Persian).
- [24] Zadbar T, Taghvaei D. Comparison of the Self-esteem components of gifted students and normal schools. second national conference on school psychology; Ardebil Univ Mohaghegh Ardabil 2016. (Persian).
- [25] Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh M. Mental health problems among schoolchildren in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1998; 37: 880-886. <https://doi.org/10.1097/00004583-199808000-00019> PMID:9695451
- [26] Ghanizadeh A, Izadpanah A. Scale validation of the strengths and difficulties questionnaire in Iranian children. 2007. (Persian).
- [27] Gharehbaghy F, Aguilar-Vafaie M. Psychometric properties of Persian parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a sample of Iranian children. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2009; 15: 231-241.
- [28] Tehranidoost M, Mahmoudi-Gharaei J, Alavi A, Mohammadi MR, Shahrivar Z, Saadat S. Children mental health problems: parent report form of strength and difficulties questionnaire. *Iran J Psychiatry* 2008; 26-31.
- [29] Hölling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 34-41. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1004-1> PMID:19132302
- [30] Cheng Y, Li X, Lou C, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *J Adol Health* 2014; 55: S31-S38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.020> PMID:25454000
- [11] 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: 22-33. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1003-2> <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1002-3>
- [12] Soltanian A, Bahreiny F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan G. Mental Health of high school students and its effective factors in Bushehr Province. *ISMJ* 2005; 7: 173-182.
- [13] Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *J Abnorm Child Psychol* 2010; 38: 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x> PMID:20623175
- [14] Shahrivar Z, Tehrani-Doost M, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in an Iranian community sample. *J Res Med Sci* 2009; 14: 69.
- [15] Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ* 2005; 330: 301-304. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301> PMID:15695279 PMCid:PMC548185
- [16] McPherson KE, Kerr S, McGee E, Morgan A, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychol* 2014; 2: 7. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-7> PMID:25566380 PMCid:PMC4270040
- [17] Hashemi MS, Yarian E, Bahadoran P, Jandaghi J, Khani MM. Prevalence of mental health problems in children and its associated socio-familial factors in urban population of Semnan, Iran (2012). *Iran J Pediatr* 2015; 25. <https://doi.org/10.5812/ijp.175> PMID:26195992 PMCid:PMC4505996
- [18] Undheim AM, Sund AM. Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12-to 15-year-old Norwegian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 803-811. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0131-7> PMID:20814707 PMCid:PMC2952771
- [19] Iran Education System. Roshd National School Network [cited 2020 March 3]; Available from: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/>.
- [20] A Look at Schools in Iran. Aftab Online; 2009 [cited 2020 March 3]; Available from: https://www.aftabir.com/articles/view/science_education/education_training/.

A comparative study on mental health problems of talented junior and ordinary high school students in Semnan, Iran

Mohadeseh Paknazar (Ph.D)¹, Majid Mirmohammadkhani (Ph.D, M.D)^{2,3}, Nemat Sotodehasl (Ph.D)², Mehdi Ashouri (M.Sc)⁴, Behnaz Behnam (M.D)², Fatemeh Paknazar (Ph.D)^{*2,3}

1 - Dept. of Mathematics Education, Farhangian University, Semnan, Iran

2 - Social determinants of health research center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3- Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

4- Education Research Group, Semnan Province, Iran

* Corresponding author. +98 9123316846 Paknazar2306@yahoo.com

Received: 31 Aug 2020; Accepted: 16 Jan 2021

Introduction: Mental health in students is related to several factors. The study was conducted to investigate the mental health problems of talented students in special schools and students from ordinary ones in Semnan province in Iran (2019).

Materials and Methods: In a cross-sectional study using cluster sampling, a group of junior high school students were evaluated using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) for evaluation of mental health in five domains: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity/inattention, peer relationship problems and prosocial behavior.

Results: From 24 selected public schools, 624 students (304 boys and 320 girls) participated in the study. The relative frequency of problems in special schools (291 people) was 18.6% (95% CI: 14.1 to 23.0) and in ordinary schools (331 people) was 30% (95% CI: 25.1 to 34.9) ($P<0.001$). The overall prevalence of problems after population weighting was estimated at 28.8%. Talented students showed better status in the areas of emotional and conduct ($P<0.001$). Adjusting for other variables education in ordinary schools was associated with a significant increase in the chance of having mental health problem (Adjusted OR=1.90, 95% CI: 1.06, 3.42; $P=0.032$)

Conclusion: Differences in the prevalence of mental health problems may be partly related to individual and the school environment differences. However, the role of socio-economic differences should not be ignored. Given the relatively high prevalence of mental health problems, it is recommended that more attention be paid to effective and periodic screening and monitoring of students, especially in ordinary schools.

Keywords: Mental Health, Students, Emotions, Behavior, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Adolescent