



بررسی عوامل مرتبط با وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران

زهرا خرمی^۱، شهربانو قهاری^{۱*}، نادره معماریان^۲، محمدرضا پیرمرادی^۳، لاله قدیریان^۴

- ۱- گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه آموزشی سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۴- مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، تهران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه مشکلات مرتبط با سلامت روان افراد زیادی را در جامعه درگیر خود نموده است که این امر در نوجوانان بارزتر است. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران می‌باشد. مواد و روش‌ها مطالعه حاضر از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی بوده و جامعه آماری در این مطالعه تمام دانش‌آموزان دبیرستانی مدارس شهر تهران بود. نمونه آماری شامل ۲۰۳۸ نفر و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. از پرسشنامه GHQ-28 به عنوان ابزار بررسی میزان سلامت روان استفاده شد. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و جهت تحلیل اطلاعات حاصل از آزمون t گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. یافته‌ها در مطالعه حاضر در ارتباط با ۹۸۲ نفر (۵۲/۱) از شرکت کنندگان احتمال اختلال روانی مطرح بوده است. که میزان شیوع اختلالات اضطرابی، ۹۱۹ نفر (۴۵/۷) از آزمودنی‌ها نسبت به سایر زیرمقیاس‌ها آزمون GHQ از درصد بالاتری برخوردار بود. وضعیت سلامت روان در گروه‌های مختلف به لحاظ جنسیت، مقطع تحصیلی، پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمانی، رابطه والدین با یکدیگر، سطح اجتماعی-اقتصادی خانواده متفاوت بود. نتیجه‌گیری با توجه به نتایج تقریباً نیمی از دانش‌آموزان دبیرستانی از سلامت روان پایین برخوردار هستند که بر لزوم توجه ویژه به سلامت روان این قشر از جامعه اشاره دارد. کلیدواژه‌ها سلامت روان، نوجوان، دانش‌آموزان، اطلاعات جمعیت شناختی	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۹ *نویسنده مسئول: شهربانو قهاری؛ گروه سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۴۴۲۹۱۷۴۵ پست الکترونیک: ghahhari.sh@iums.ac.ir



مقدمه

نوجوانی زمان تغییر است؛ تغییر در هورمون‌های بدن، تغییر در محیط اجتماعی و تغییر در مغز و ذهن که این تغییرات می‌توانند ابعاد مختلف سلامت از جمله سلامت روان این قشر از جامعه را مورد تهدید قرار دهند (۱). دوره نوجوانی دوره‌ای بسیار سازنده می‌باشد؛ به طوری که آسیب پذیری در برابر اختلالات روانی در این دوره می‌تواند به طور جدی بر توانایی‌ها و زندگی افراد تاثیر بگذارد (۲). عدم توجه به سلامت روان دانش‌آموزان ممکن است منجر به بروز اختلالات روانی در آغاز جوانی گردد (۳) و متأسفانه اختلالات روانپزشکی این دوره، اختلالاتی ادامه دار هستند (۴). اختلالاتی از قبیل اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی و اختلال سلوک، شایع‌ترین مشکلات سنین ۱۱-۱۸ سال محسوب می‌شوند (۵). عوامل متعددی از جمله مشکلات یادگیری و تحصیلی، درگیری خانوادگی و سوءمصرف مواد (۶) در سلامت روانی ضعیف نقش دارند. همچنین در دوران حاضر مسائل جدیدی ظهور پیدا کرده‌اند که سلامت روان نوجوانان را در معرض آسیب قرار داده‌اند که از آن جمله می‌توان به استفاده بیش از حد از تلفن همراه و برخی الگوهای نادرست استفاده از اینترنت اشاره نمود (۷).

شیوع جهانی مشکلات سلامت روان در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌باشد (۸). در جمعیت ایران بررسی سلامت روان بر روی نمونه بزرگی از افراد ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی در سال ۱۳۷۸ با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) نشان داد که در ۲۱ درصد افراد احتمال وجود اختلال روانی مطرح است (۹). نوربالا و همکاران در سال ۲۰۱۷ نشان دادند که در ۲۳/۴۴ درصد از ایرانیان بالای ۱۵ سال احتمال وجود اختلال روانی مطرح است که این احتمال در زنان بیشتر از مردان است. در این پژوهش میزان اضطراب و نشانه‌های جسمانی نسبت به

افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی بالاتر گزارش شد (۱۰). در مطالعه سال ۲۰۱۶ هیزمی و همکاران ۶۲٪ از نوجوانان دارای مشکلات سلامت روان بودند (۱۱). در پژوهش مهربادی و همکاران (۲۰۱۷) ۳۴/۹۶٪ از دانش‌آموزان مقطع متوسطه ایلام حداقل از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌بردند (۱۲). طبق این مطالعات که در بازه‌های زمانی مختلف صورت گرفته‌اند متأسفانه میزان سلامت روان در نوجوانان ایران رو به افول است و رابطه میان سلامت روان و ویژگی‌های جمعیت شناختی هنوز در ابهام قرار دارد. از آنجایی که آگاهی از میزان شیوع مشکلات سلامت روان اولین گام در جهت رسیدن به مداخلات پیشگیرانه و درمانی موثر است و پژوهش‌های قبلی به دلیل کم بودن حجم نمونه قادر به تعیین درست بزرگی مسئله نبوده‌اند، در مطالعه حاضر وضعیت سلامت روان نمونه بزرگی از دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی بوده و جامعه آماری آن شامل تمام دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و با استناد به جدول نمونه‌گیری مورگان و با احتساب سه ضریب خوشه (مناطق آموزش و پرورش، مدارس، کلاس درس) حجم نمونه ۱۹۰۰ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن امکان وجود پرسشنامه‌های ناقص، پرسشنامه‌های بیشتری در میان دانش‌آموزان توزیع گردید. به منظور کاهش سوگیری در انتخاب نمونه پژوهش، از مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران به طور تصادفی پنج منطقه از (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران) انتخاب شدند تا بتوانیم تأثیر متغیرهای مزاحم مختلف که بر نتیجه



پژوهش تاثیرگذار هستند را کنترل کنیم؛ این مناطق که به ترتیب منطقه ۲، ۴، ۷، ۹ و ۱۵ بودند، به عنوان شاخه‌ها در نظر گرفته شدند اما بخاطر اینکه این خوشه‌ها جامعه‌ی وسیعی را نیز شامل می‌شدند از بین هر منطقه به طور تصادفی دو مدرسه (دخترانه و پسرانه) انتخاب شدند و از هر کدام از این مدارس نه کلاس درسی انتخاب شدند یعنی از هر کدام از مدارس دخترانه و پسرانه از هر پایه‌ی تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم و از هر رشته تحصیل ریاضی، تجربی و انسانی یک کلاس را انتخاب کردیم. در مجموع ۹۰ کلاس درسی انتخاب شد در هر کلاس درسی به طور میانگین ۳۰ دانش‌آموز مشغول تحصیل بودند و پرسشنامه‌های مورد نظر توسط تمام دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در این کلاس‌ها تکمیل شدند. در مجموع با احتساب ریزش تعداد ۲۰۳۸ نفر دانش‌آموز در این پژوهش شرکت کردند.

اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته که شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنسیت، مذهب، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، وضعیت تحصیلی، سن مادر، سن پدر، ارتباط والدین، سطح تحصیلات مادر، شغل مادر، تحصیلات پدر، شغل پدر، وضعیت اجتماعی اقتصادی و ناحیه محل تحصیل بود و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): GHQ-28 توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) جهت بررسی وضعیت روان فرد در یک ماهه اخیر طراحی شد (۱۳). این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال و ۴ خرده مقیاس علائم جسمانی، علائم اضطرابی و خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی است. جهت نمره‌گذاری این ابزار از روش لیکرتی استفاده شد به گونه‌ای که سوالات ۷-۱۰ نشانه‌های جسمانی، سوالات ۱۴-۸

اضطراب، سوالات ۱۵-۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و سوالات ۲۲-۲۸ افسردگی را می‌سنجند. جهت نمره‌گذاری این ابزار از روش سنتی ۰-۱-۱۰-۱ استفاده شد. بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند طبق این نمره‌گذاری کسب نماید ۲۸ می‌باشد. نمره برش برای نمره کل ۶ و برای هر ۴ خرده مقیاس برابر ۲ می‌باشد. نمره‌های برش مذکور از طریق هنجاریابی GHQ در ایران به دست آمده است به گونه‌ای که میزان حساسیت ۸۴/۲٪ و میزان اختصاصی بودن ۹۴/۴٪ گزارش شده است. در پژوهش نوربالا (۲۰۱۷) نیز از این روش استفاده شده است (۱۴). پرسشنامه مذکور از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. در ایران نیز اعتبار باز آزمون ۰/۷۰، دونیمه کردن ۰/۹۳ و الفای کرونباخ ۰/۹۰ برای این ابزار گزارش شده است (۱۵).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده گردید. اطلاعات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از تعداد، درصد، میانگین و انحراف استاندارد نشان داده شده است. جهت تحلیل اطلاعات بدست آمده از آزمون t گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس یک راهه و آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

جهت کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان، قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، هدف از اجرای پژوهش، اصول رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و ذکر این موضوع که شرکت در پژوهش امری داوطلبانه بوده و هر موقع که مایل باشند می‌توانند از ادامه همکاری صرف نظر نمایند؛ توضیح داده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه، $16/8 \pm 3/24$ می‌باشد. در جدول شماره ۱ سایر اطلاعات جمعیت شناختی مورد مطالعه نیز نشان داده شده است. به طور کلی میانگین سلامت روان نمونه مورد مطالعه $17/1 \pm 8/76$ بود که با در



نظر گرفتن نقطه‌ی برش ۶ با توجه به اینکه در پرسشنامه GHQ-28 نمرات بالاتر از ۶ در هر خرده مقیاس نشان دهنده وجود اختلالات روانی است در ۵۲/۱٪ از شرکت کنندگان احتمال ابتلا به بیماری روانی مطرح بوده است. میانگین و انحراف استاندارد سلامت روان و همچنین تعداد و درصد افراد مشکوک به ابتلا به بیماری روانی به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی مذکور در جدول شماره ۱ آورده شده است. با توجه به متغیر جنسیت، میانگین سلامت روان در دختران ۱۰/۲۶ و در پسران ۷/۲۶ بود. ۵۹/۹۳٪ از دختران و ۴۴/۲۷٪ از پسران مشکوک به ابتلا به بیماری روانی بودند که با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد که این تفاوت میانگین به لحاظ آماری معنادار است و دختران از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند ($P=0/000$). همچنین طبق این آزمون تفاوت معناداری بین دو گروهی که به لحاظ جسمانی سالم و بیمار هستند مشاهده شد به گونه‌ای که گروه افراد بیمار با میانگین سلامت روان ۱۱/۹۵ سلامت روان پایین‌تری داشتند ($P=0/001$). افرادی که خود را نیازمند استفاده از مراقبت‌های بهداشت روان می‌دانند نسبت به دیگر افراد نیز میزان سلامت روان پایین‌تری را گزارش کردند ($P=0/001$). همچنین این آزمون نشان داد که متغیرهای جمعیت شناختی دیگر از قبیل نوع دین، سن مادر، سن پدر، در قید حیات بودن مادر و پدر، وضعیت اشتغال مادر و شغل پدر منجر به ایجاد تفاوت در بین دانش‌آموزان به لحاظ میزان سلامت روان نمی‌گردد ($p>0/05$).

استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که بین گروه‌های مختلف به لحاظ رشته تحصیلی، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر و منطقه محل تحصیل از نظر میزان سلامت روان تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p>0/05$). در حالی که نتایج این آزمون به همراه آزمون تعقیبی توکی نشان داد افرادی که در مقطع یازدهم مشغول تحصیل هستند نسبت به محصلین مقطع دهم از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند ($p=0/02$). این در حالیست که بین میزان سلامت روان دانش‌آموزان مقاطع دهم با دوازدهم و مقطع یازدهم با دوازدهم تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. دانش‌آموزانی که معدل تحصیلی آن‌ها کمتر از ۱۵ بود با کسب میانگین ۱۰/۳۷ در پرسشنامه GHQ نسبت به دانش‌آموزانی با معدل بالاتر، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار بودند و افرادی که معدلشان بین ۱۵-۱۸ بود نسبت به افرادی با معدل بالاتر از ۱۸ سلامت روان کمتری داشتند ($P=0/001$). افرادی که روابط والدین خود را خوب ارزیابی می‌کنند نسبت به افرادی که آن را بد ارزیابی می‌نمایند یا نسبت به کسانی که والدینشان از یکدیگر جدا شده‌اند از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند ($P=0/001$). در حالی که بین افرادی که روابط والدین خود را بد ارزیابی می‌کنند و کسانی که والدینشان از هم جدا شده‌اند به لحاظ سلامت روان تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. در نهایت افرادی با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین نسبت به افراد دارای سطح اجتماعی اقتصادی متوسط و بالا سلامت روان پایین‌تری را گزارش کردند ($P=0/001$).



جدول ۱- میزان احتمال ابتلا به اختلالات روانی در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	تعداد افراد شرکت کننده (درصد)	تعداد افراد مشکوک مبتلا به بیماری روانی (درصد)	میانگین GHQ (انحراف استاندارد)	P-value
جنسیت	دختر	۱۰۰۸ (۴۹.۵)	۱۰.۲۶ (۷.۴۶)	<۰.۰۰۱
	پسر	۱۰۳۰ (۵۰.۵)	۷.۲۶ (۶.۵۴)	
دین	اسلام	۱۸۹۷ (۹۸.۶)	۸.۷۰ (۷.۱۷)	۰.۹۹
	غیراسلام	۲۷ (۱.۴)	۸.۷۲ (۶.۱۸)	
سال تحصیلی	دهم	۶۵۷ (۳۲.۲)	۸.۰۰ (۷.۲۱)	۰.۰۲
	یازدهم	۶۹۵ (۳۴.۱)	۹.۰۴ (۷.۲۸)	
	دوازدهم	۶۸۶ (۳۷.۷)	۸.۷۸ (۶.۸۹)	
رشته تحصیلی	ریاضی	۶۳۳ (۳۱.۱)	۸.۳۵ (۷.۱۶)	۰.۳۰
	تجربی	۷۱۶ (۳۵.۱)	۸.۶۸ (۷.۲۳)	
	انسانی	۶۸۹ (۳۳.۸)	۸.۸۲ (۷.۰۳)	
معدل تحصیلی	بالاتر از ۱۸	۷۸۵ (۳۸.۸)	۷.۷۳ (۶.۶۸)	<۰.۰۰۱
	۱۵-۱۸	۹۶۸ (۴۷.۸)	۸.۸۸ (۷.۲۸)	
	پایین تر از ۱۵	۲۷۱ (۱۳.۴)	۱۰.۳۷ (۷.۵۹)	
سلامت جسمانی	سالم	1901 (۹۵.۴)	۸.۵۸ (۷.۱۱)	<۰.۰۰۱
	بیمار	۹۱ (۴.۶)	۱۱.۹۵ (۷.۵۲)	
تعداد اعضای خانواده	۳ نفر	۳۱۴ (۱۵.۵)	۸.۷۷ (۷.۱۲)	۰.۲۰
	۴ نفر	۱۰۷۹ (۵۳.۲)	۸.۶۳ (۷.۱۳)	
	بیش از ۴ نفر	۶۳۷ (۳۱.۴)	۸.۵۵ (۷.۱۷)	
نیاز به مراقبتهای بهداشت روان	دارم	۴۸۶ (۲۵.۱)	۱۳.۶۹ (۷.۲۳)	<۰.۰۰۱
	ندارم	۱۴۵۱ (۷۴.۹)	۷.۰۵ (۶.۳۳)	
سن مادر	کمتر از ۴۵	۱۴۶۹ (۷۴.۵)	۸.۶۱ (۷.۱۵)	۰.۲۵
	بیشتر از ۴۵	۵۰۲ (۲۴.۴)	۹.۰۴ (۷.۲۸)	
سن پدر	کمتر از ۴۵	۷۵۸ (۳۹.۵)	۸.۹۶ (۷.۱۳)	۰.۲۱
	بیشتر از ۴۵	۱۱۶۲ (۶۰.۵)	۸.۵۳ (۷.۱۷)	
در قید حیات بودن مادر	بله	۲۰۰۵ (۹۸.۷)	۸.۷۱ (۷.۱۷)	۰.۰۶
	خیر	۲۶ (۱.۳)	۱۱.۴۴ (۷.۰۴)	
در قید حیات بودن پدر	بله	۱۹۷۵ (۹۷.۵)	۸.۷۲ (۷.۱۶)	۰.۳۱
	خیر	۵۱ (۲.۵)	۹.۸۶ (۷.۵۰)	
روابط والدین	خوب است	۱۶۹۳ (۸۶.۲)	۸.۱۲ (۷.۰۳)	<۰.۰۰۱
	خوب نیست	۱۸۰ (۹.۲)	۱۲.۳۸ (۶.۸۷)	
	جدا شده اند	۹۲ (۴.۷)	۱۰.۸۱ (۷.۰۷)	
تحصیلات مادر	بی سواد	۶۱ (۳.۰)	۷.۸۳ (۶.۴۷)	۰.۵۳
	زیردیپلم	۴۲۸ (۲۱.۲)	۸.۷۵ (۶.۹۷)	
	دیپلم	۱۰۶۴ (۵۲.۸)	۸.۶۲ (۷.۱۶)	
	کارشناسی	۳۶۷ (۱۸.۲)	۸.۷۰ (۷.۳۵)	
	بالاتر از کارشناسی	۹۷ (۴.۸)	۸.۲۷ (۷.۵۸)	



متغیر	تعداد افراد شرکت کننده (درصد)	تعداد افراد مشکوک مبتلا به بیماری روانی (درصد)	میانگین GHQ (انحراف استاندارد)	P-value
وضعیت اشتغال مادر	خانه دار (۱۰.۷)	۶۹۳ (۵۰.۸۸)	۸.۶۹ (۷.۲۳)	۰.۲۴
	شاغل (۱۹.۳)	۱۸۳ (۵۷.۹۱)	۹.۲۰ (۷.۰۴)	
	بی سواد (۲.۴)	۲۱ (۴۶.۶۶)	۷.۲۵ (۶.۵۳)	
تحصیلات پدر	زیردیپلم (۲۲.۶)	۲۲۱ (۵۲.۷۴)	۸.۶۹ (۶.۸۸)	۰.۹۲
	دیپلم (۴۵.۴)	۴۳۹ (۵۲.۰۷)	۸.۶۷ (۷.۳۴)	
	کارشناسی (۲۰.۶)	۱۹۳ (۵۰.۹۲)	۸.۴۴ (۶.۹۰)	
	بالتر از کارشناسی (۹.۰)	۸۷ (۵۳.۰۴)	۸.۹۳ (۷.۵۴)	
شغل پدر	شخصی (۵۷.۸)	۵۶۰ (۵۰.۴۰)	۸.۴۴ (۷.۰۸)	۰.۱۵
	دولتی (۲۹.۸)	۲۹۸ (۵۳.۱۱)	۸.۹۶ (۷.۱۸)	
	بالا (۷.۳)	۶۴ (۴۶.۰۴)	۷.۴۴ (۷.۲۳)	
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	متوسط (۷۹.۴)	۷۵۶ (۵۱.۰۱)	۸.۴۸ (۷.۱۰)	<۰.۰۰۱
	پایین (۱۳.۴)	۱۵۸ (۶۱.۷۱)	۱۰.۰۰ (۷.۱۴)	
منطقه ی محل تحصیل	شمال (۱۷.۰)	۱۸۳ (۵۶.۸۳)	۹.۳۶ (۷.۵۲)	۰.۰۹
	شرق (۲۲.۲)	۲۴۴ (۵۷.۱۴)	۹.۰۳ (۷.۰۴)	
	غرب (۲۰.۱)	۱۸۳ (۴۸.۹۳)	۸.۶۴ (۷.۶۳)	
	جنوب (۲۰.۸)	۱۸۷ (۴۷.۹۴)	۷.۹۷ (۶.۶۸)	
	مرکز (۱۹.۹)	۱۸۵ (۴۹.۷۳)	۸.۱۵ (۶.۸۱)	

جدول ۲- توزیع نمرات زیرمقیاس های سلامت روان

ابعاد	میانگین (انحراف استاندارد)	تعداد (درصد)	P-value
جسمانی سازی	۱.۹۳ (۱.۹۸)	۶۷۱ (۳۳.۷)	<۰.۰۰۱
دختر	۲.۴۰ (۲.۰۸)	۴۳۲ (۴۳.۴۶)	
پسر	۱.۴۸ (۱.۷۷)	۲۳۹ (۲۳.۹)	
اضطراب	۲.۵۱ (۲.۱۵)	۹۱۹ (۴۵.۷)	<۰.۰۰۱
دختر	۳.۰۱ (۲.۲۳)	۵۴۷ (۵۵.۰۳)	
پسر	۲.۰۲ (۱.۹۶)	۳۷۲ (۳۶.۶۱)	
کارکرد اجتماعی	۲.۳۸ (۲.۰۹)	۸۱۰ (۳۹.۴)	<۰.۰۰۱
دختر	۲.۶۱ (۲.۱۹)	۴۵۱ (۴۵.۶۹)	
پسر	۲.۱۳ (۱.۹۷)	۳۵۹ (۳۵.۷۵)	
افسردگی	۱.۹۳ (۲.۳۳)	۶۶۰ (۳۳.۱)	<۰.۰۰۱
دختر	۲.۲۳ (۲.۴۴)	۳۷۲ (۳۷.۷۶)	
پسر	۱.۶۲ (۲.۱۶)	۲۸۸ (۲۸.۵۱)	

اطلاعات مرتبط با زیر مقیاس های GHQ به صورت کلی و به تفکیک جنسیت در جدول شماره ۲ آمده است.

همانگونه که در جدول نشان داده شده است، اضطراب با میانگین 2.15 ± 2.51 و در ۴۵/۷ درصد از آزمودنی ها نسبت به سایر زیرمقیاس ها از میزان شیوع بالاتری برخوردار است.

استفاده از آزمون t گروه های مستقل نشان داد که بین دختران و پسران به لحاظ هر ۴ زیر مقیاس تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به طوری که میزان جسمانی سازی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در دختران بالاتر از پسران است.



بحث

نتایج نشان دادند که احتمال وجود اختلال روانی تقریباً در نیمی از نمونه مورد مطالعه (۵۱/۲٪) مطرح است. در مطالعات دیگر در ایران با گروه‌های سنی مختلف و در مقاطع زمانی گوناگون میزان شیوع احتمالی اختلالات روان از ۲۱ تا ۶۲ درصد (۹، ۱۰) گزارش شده است که بالاترین درصد مربوط به گروه نوجوانان می‌باشد (۱۱). در کشورهای دیگر از جمله ترکیه نیز بررسی میزان سلامت روان نوجوانان نشان داده است که ۵۲ درصد از نوجوانان در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روان بوده و گروه پرخطر محسوب می‌شوند (۱۶). نوجوانی مرحله منحصر به فردی از تحول است که با تغییرات عظیم جسمانی، هورمونی و محیط اجتماعی همراه است و مغز به سرعت دچار تحول شده و ظرفیت‌های شناختی پیچیده‌تر می‌گردند که در برخی افراد این تغییرات می‌توانند دوره نوجوانی را به دوره آسیب پذیری در برابر اختلالات روانی تبدیل نمایند (۱).

در این مطالعه احتمال بروز اختلالات روانی در دختران نسبت به پسران بالا بود. این یافته همسو با بسیاری از مطالعات دیگر است که نشان داده‌اند زنان بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات روانی هستند (۹، ۱۴، ۱۶). این تفاوت جنسیتی ممکن است ناشی از عواملی همچون هورمون‌های جنسی و نوسان عادات ماهانه‌ی آنها، عزت نفس پایین زنان، مواجهه با میزان بالایی از استرس‌ورهای بین فردی، مواجهه با خشونت مبتنی بر جنسیت و خشونت‌های خانگی، نابرابری و تبعیض جنسیتی و بسیاری از عوامل زیستی-روانشناختی-اجتماعی دیگر باشد (۱۷). هر چند پژوهش‌های پیشین تاکید بر میزان شیوع بالای اختلالات اضطرابی و اختلال در کارکرد اجتماعی در مردان و اختلالات افسردگی و جسمانی سازی در زنان دارند (۱۴)، در این مطالعه میزان هر ۴ زیر مقیاس جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و اختلال در

کارکرد اجتماعی در دختران بیشتر از پسران بود که این یافته همسو با نتایج مطالعه نوربالا و همکاران می‌باشد (۱۴) که این تفاوت می‌تواند ناشی از شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زنان جامعه ایران باشد.

وجود رابطه مثبت بین ادیان مختلف از جمله مسیحیت، اسلام، بوداییسم و سلامت روان در مطالعات بسیاری نشان داده شده است (۱۸). در ادیان مختلف افراد برای مقابله با چالش‌ها و فشارهای زندگی به آموزه‌ها، اعتقادات و رفتارهای مقابله‌ای خاص مبتنی بر دین خود تکیه می‌کنند که این امر موجب رابطه مثبت بین سلامت روان و دینداری، صرف نظر از نوع آن می‌گردد (۱۹). چنانچه در مطالعه حاضر نیز این عدم وجود تفاوت بین دین اسلام و سایر ادیان نشان داده شده است.

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری بین مقطع تحصیلی و میزان سلامت روان دانش‌آموزان مشاهده شد که این یافته همسو با نتایج مطالعه مهرداد و همکاران می‌باشد (۱۲). در پژوهش حاضر تفاوت معنادار بین مقطع یازدهم با مقاطع دهم و دوازدهم بود که لزوم انجام بررسی‌های بیشتر در جهت کشف علل احتمالی این تفاوت از جمله شرایط خاص تحصیلی را نشان می‌دهد.

همچنین در مطالعه حاضر ارتباطی میان رشته تحصیلی و میزان سلامت روان مشاهده نشد که این یافته همسو با نتایج مطالعه موحدی راد و همکاران می‌باشد (۲۰). وجود رابطه مثبت بین سلامت روان و معدل و پیشرفت تحصیلی در مطالعه حاضر، در مطالعات مختلف (۲۱، ۲۲) دیگری نیز نشان داده شده است، لیکن در همه این مطالعات پیشرفت تحصیلی به عنوان پیامد سلامت روان در نظر گرفته شده است. این امر که آیا معدل تحصیلی پایین می‌تواند منجر به افت میزان سلامت روان گردد یا خیر نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد.



اصلی وجود ارتباط بین این دو متغیر در نظر گرفته شده‌اند (۲۶).

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری میان فوت یکی از والدین و سلامت روان مشاهده نشد. مبنی بر سایر مطالعات، ۷۵ تا ۸۰ درصد کودکانی که والدین خود را از دست می‌دهند دچار مشکلات سلامت روان نمی‌گردند و مشکلات روان، پیش از فقدان، پیش بینی کننده مشکلات سلامت روان پس از فوت والدین می‌باشد (۲۷). طبق نتایج مطالعه حاضر رابطه‌ای بین سن والدین و میزان سلامت روان مشاهده نشد. هر چند مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که سن بالای مادر به هنگام تولد نوزاد با پیامدهای ناگوار بسیاری از جمله علائم افسردگی، اضطراب و عملکرد اجتماعی ضعیف کودک همراه است، نتایج مطالعات دیگر بیانگر وجود رابطه مثبت بین سن والدین و رشد اجتماعی کودک هستند به گونه‌ای که کودکان والدین مسن‌تر، عملکرد بهتری در مدرسه و در محیط کار دارند، در آزمون‌های هوش نمرات بالاتری می‌گیرند و میزان بالاتری از بهزیستی را گزارش می‌نمایند. بنابراین هر چند سن بالای والدین آنها را به لحاظ زیستی در موقعیت نامناسبی قرار می‌دهد به لحاظ روانشناختی- اجتماعی والدین کارآمدتری محسوب می‌شوند و محیط مناسب‌تری را برای کودکان خود فراهم می‌آورند (۲۸).

عدم وجود رابطه بین میزان تحصیلات والدین با سلامت روان دانش‌آموز در مطالعه حاضر ناهمسو با یافته‌ی مطالعه مهرداد و همکاران (۱۲) و همسو با نتایج حاصل از پژوهش سونگو و همکاران (۲۰۱۳) و شیخ احمدی و همکاران (۲۰۱۴) می‌باشد. در مطالعه اخیر سطح تحصیلات والدین با میزان سلامت روان کودکان ۴-۱۱ سال رابطه معناداری داشت در حالی که این رابطه در کودکان سنین ۱۵-۱۲ سال معنادار نبود. در تبیین این یافته می‌توان به میزان ساعات گذرانده شده با والدین در این دو گروه سنی

در مطالعه حاضر رابطه معناداری میان سلامت روان و سلامت جسمانی وجود داشت. مطالعات دیگر نیز حاکی از وجود رابطه قوی بین سلامت فیزیکی و سلامت روان هستند (۲۳). علاوه بر تاثیرات مستقیم این دو نوع سلامت بر یکدیگر، سبک زندگی از جمله فعالیت فیزیکی، تعداد سیگارهای مصرفی و تعاملات اجتماعی متغیرهای میانجی ارتباطات غیرمستقیم این دو متغیر می‌باشند (۲۳). در این مطالعه تعداد اعضای خانواده نیز مورد بررسی قرار گرفت و رابطه معناداری با میزان سلامت روان نشان نداد. این یافته همسو با نتایج مطالعه موحدی راد و همکاران و در تناقض با این باور است که خانواده‌های با جمعیت بیشتر از سطح اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری برخوردار بوده و والدین نمی‌توانند توجه و رسیدگی کافی به فرزندان خود داشته باشند (۲۰).

تاثیر رابطه والدین با یکدیگر بر سلامت روان نوجوانان از جمله متغیرهای دیگری است که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. طبق این بررسی دانش‌آموزانی که روابط والدین خود با یکدیگر را خوب ارزیابی می‌کنند نسبت به دانش‌آموزانی که این رابطه را بد ارزیابی می‌کنند یا دانش‌آموزانی که والدینشان از هم جدا شده‌اند از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. روابط والدینی بد و جدا شدن والدین از یکدیگر هر دو با سلامت روان پایین نوجوانان ارتباط دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعه توسینت و جورجنسن می‌باشد که نشان دادند تعارض‌های بین والدینی با سلامت روان و سازگاری نوجوانان رابطه معناداری دارد (۲۴). رابطه بین تعارض‌های والدین با میزان خودکارآمدی (۲۵) و موفقیت تحصیلی (۲۶) فرزندان نیز مورد بررسی قرار گرفته‌اند که این دو متغیر می‌توانند به عنوان پیامد سلامت روان در نظر گرفته شوند. در این مطالعات خودسرزنشی کودکان به خاطر اختلاف والدین با یکدیگر به عنوان عامل



نتیجه‌گیری

طبق مطالعه حاضر تقریباً نیمی از دانش‌آموزان دبیرستانی از سلامت روان پایین برخوردار هستند که این میزان در گروه‌های مختلف به لحاظ جنسیت، مقطع تحصیلی، پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمانی، رابطه والدین با یکدیگر، سطح اجتماعی-اقتصادی خانواده آنان متفاوت است. با توجه به اینکه برخورداری از وضعیت سلامت روان پایین در نوجوانان نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر است، لزوم توجه ویژه به سلامت روان این قشر از جامعه محسوس می‌باشد. امید است در پژوهش‌های آینده مکانیسم‌های زیربنایی رابطه میان سلامت روان و متغیرهای مذکور بیشتر مورد بررسی قرار گیرد تا مسیر پیشگیری و ارتقای سطح سلامت روان نوجوانان را سهل‌تر نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت روان مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1396.9411704005 و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران به انجام رسید. به این وسیله بر خود لازم می‌دانیم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مدیران مناطق ۲، ۴، ۷، ۹ و ۱۵ آموزش و پرورش تهران، کادر اجرایی مدارس مقطع متوسطه دوم در این مناطق و دانش‌آموزان عزیز و همچنین تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری نماییم.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی از طرف نویسندگان وجود ندارد.

اشاره نمود به طوری که نوجوانان ساعات کمتری را در کنار والدین خود هستند و کنترل و تاثیر والدین با افزایش سن کاهش می‌یابد و تاثیرات همسالان پررنگ‌تر می‌شود (۲۹). در تضاد با نتایج مطالعه فعلی، مطالعه مهرداد و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که بین شغل والدین و سلامت روان دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد به طوری که فرزندان پدرانی با مشاغل غیردولتی، دو برابر بیشتر از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند (۱۲). این در حالی است که نتایج مطالعات دیگر حاکی از عدم وجود چنین رابطه‌ای هستند (۲۹، ۳۰). این مطالعات نشان داده‌اند که سطح اجتماعی-اقتصادی خانواده و نه شغل والدین با میزان سلامت روان مرتبط است. مبتنی بر نتایج حاصل در این مطالعه نیز بین سطح اجتماعی-اقتصادی خانواده با میزان سلامت روان دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد. افرادی با سطح اجتماعی-اقتصادی پایین از بسیاری استرس‌ورهای مرتبط با وضعیت مالی، ارتباطات اجتماعی و وضعیت اشتغال رنج می‌برند که این نابرابری اجتماعی-اقتصادی نه تنها والدین بلکه فرزندان آنها را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد به طوری که کودکان این والدین به لحاظ مشارکت اجتماعی و تحصیلی در موقعیت بدتری قرار می‌گیرند. کودکان و نوجوانان با سطح اقتصادی-اجتماعی پایین دو تا ۳ برابر بیشتر از سایرین در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان هستند. مواجهه بیشتر با وقایع منفی زندگی و وجود استرس در خانواده تا حدی توجیه کننده وجود رابطه بین سطح اجتماعی اقتصادی و سلامت روان است (۳۱).



References

1. Blakemore SJ. Adolescence and mental health. *Lancet* (London, England). 2019;393(10185):2030-1.
2. Bakhteyar K, Bastami F, Ebrahimzadeh F, Almasian M, Hosseinabadi R, Farhadi A. Factors associated with mental health of high-school students in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2018;24(4):368-76.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
4. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet* (London, England). 2014;383(9926):1404-11.
5. 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
6. Assana S, Laohasiriwong W, Rangseekajee P. Quality of Life, Mental Health and Educational Stress of High School Students in the Northeast of Thailand. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2017;11(8):Vc01-vc6.
7. Bezinovic P, Rovis D, Roncevic N, Bilajac L. Patterns of internet use and mental health of high school students in Istria County Croatia: cross-sectional study. *Croatian medical journal*. 2015;56(3):297-305.
8. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* (London, England). 2011;378(9801):1515-25.
9. FARHADI M. Mental Health Survey Results. *IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY*. 2001;6(4):89-90.
10. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Yazdi SAB, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Archives of Iranian medicine*. 2017;20(3):0-.
11. Stress and Predicting Factors of Psychological Well-being among Adolescents. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):78-91.
12. Mehrdadi A, Sadeghian S, Direkvand-Moghadam A, Hashemian A. The prevalence and risk factors of mental disorders among students in Ilam: A cross-sectional study. *International Journal of Epidemiologic Research*. 2017;4(1):31-6.



13. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
14. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental Health Survey of the Iranian Adult Population in 2015. *Archives of Iranian medicine*. 2017;20(3):128-34.
15. Taghavi smr. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *Journal of psychology*. 2002;5(4 (20)): -.
16. Neslihan Lök KB, Muammer Canbaz. Factors Affecting Adolescent Mental Health. *Journal of Depression and Anxiety*. 2017;6(4).
17. Riecher-Rossler A. Sex and gender differences in mental disorders. *The lancet Psychiatry*. 2017;4(1):8-9.
18. Dein S. Against the Stream: religion and mental health - the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. *BJPsych Bull*. 2018;42(3):127-9.
19. Abu-Raiya H, Pargament KI. Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*. 2015;7(1):24-33.
20. Narjes khatoun Movahhedi rad HaA, Maryam Ahmadi, Fatemeh Fakhar Moghadam, Mahdi Akbarian, Isa Malmir. A comparison of prevalence of clear anxiety among the students with different demographic characteristics instruction and evaluation. 2012;5(17):131-46.
21. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, et al. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225:97-103.
22. Eisenberg D, Golberstein, E., Hunt, J. Mental Health and Academic Success in College. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*. 2009;9.(۱)
23. Ohnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*. 2017; 195:42-9.
24. Loren Toussaint KMJ. Inter-Parental Conflict, Parent-Child Relationship Quality, and Adjustment in Christian Adolescents: Forgiveness as a Mediating Variable. *Journal of Psychology and Christianity*. 2008;27.(۴)
25. Parsa N, Yaacob SN, Redzuan Mr, Parsa P, Esmaeili NS. Parental attachment, inter-parental conflict and late adolescent's self-efficacy. *Asian Social Science*. 2014;10(8):123-31.
26. Harold GT, Aitken JJ, Shelton KH. Inter-parental conflict and children's academic attainment: a longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(12):1223-32.



27. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Reitz E, Vollebergh WAM, van Baar AL. Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(1):49-59.
28. Zondervan-Zwijnenburg MAJ, Veldkamp SAM, Neumann A, Barzeva SA, Nelemans SA, van Beijsterveldt CEM, et al. Parental Age and Offspring Childhood Mental Health: A Multi-Cohort, Population-Based Investigation. *Child development*. 2019.
29. Shaikhahmadi Shilan PT, Fayegh Yousefi, Daem Raoshani. The relationship between education level and occupation of parents of students with internet dependency, depression and anxiety in Sanandaj. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2014;1(2).
30. Stenmark H, Bergström E, Hägglöf B, Öhman A, Petersen S. Mental problems and their socio-demographic determinants in young schoolchildren in Sweden, a country with high gender and income equality. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016;44(1):18-26.
31. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberger U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLOS ONE*. 2019;14(3): e02137002.



Investigating the factors related to the mental health status of high school students in Tehran

Zahra Khorrami¹, Shahrbanoo Ghahari^{*1}, Nadereh Memaryan², Mohammadreza Pirmoradi³, Laleh Ghadiriyan⁴

1- Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Spiritual Health Research Center, Mental Health Department, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Clinical Psychology, Center of Excellence in Psychiatry, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Center for Academic and Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Received: 29 Feb 2020

Accepted: 19 May 2021

*Corresponding Author:

Shahrbanoo Ghahari;
Department of Mental Health,
School of Behavioral
Sciences and Mental Health,
University of Medical
Sciences, Tehran, Iran.

TEL: 09122405180

Email:

ghahhari.sh@iums.ac.ir

ABSTRACT

Introduction

Mental health problems have involved many people in the community, which is more pronounced in adolescents. The purpose of this study was to investigate the mental health status of high school students in Tehran.

Materials and Methods

The present study is a cross-sectional and descriptive-analytical study and the statistical population of this study was all high school students in Tehran. The sample consisted of 2038 students who were selected by multistage cluster sampling. GHQ-28 questionnaire was used as a tool for assessing mental health. The results were analyzed by SPSS 18 software.

Results

In the present study, the possibility of mental disorder was raised in relation to 982 (52.1) participants. The prevalence of anxiety disorders was higher in 919 (45.7) subjects than other GHQ subscales. Mental health status was different in different groups in terms of gender, educational level, academic achievement, physical health, parents' relationship with each other, socio-economic level of the family.

Conclusion

According to the results, almost half of high school students have poor mental health, which indicates the need for special attention to the mental health of this community.

Keywords

Mental Health, Adolescence, Student, demographic information

► Please cite this article as: Khorrami Z, Ghahari SH, Memaryan N, Pirmoradi M, Ghadiriyan L. Investigating the factors related to the mental health status of high school students in Tehran. J Neyshabur Univ Med Sci 2022;9(4):18-30.