مقاله پژوهشی

بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان شهرستان ایذه در سال ۱۳۹۹

غلامرضا رجبی[۱*]، عظیمه مرادی[۲]

۱- دکتری تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

***نویسنده مسئول:** خوزستان، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه مشاوره، تلفن و نمابر۰۶۱۱۳۳۳۳۱۳۶۶، ایمیل: rajabireza@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰**

چکیده

مقدمه: *اختلال رفتاری-روانی عبارت است از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکّر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با اختلال در کارکرد زندگی همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان ایذه در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در یک طرح زمینه یابی [مقطعی] انجام گرفت.*

روش کار: *پژوهش حاضر در یک پژوهش زمینه‌یابی از نوع مقطعی و از نظر هدف کاربردی انجام گرفت. ۳۶۲ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از میان دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دوم متوسطه شهرستان ایذه از استان خوزستان انتخاب شدند. دانش‌آموزان فهرست علائم اختلال‌های روانی [SCL-90-R] را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری فراوانی و درصد فراوانی و روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و SPSS-۲۲ تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *یافته‌ها نشان داد که ۲۲/۷ درصد (۸۲ نفر) کل نمونه [$CI_{./۹۵}$= ۱۸/۴۲-۱۷/۰۲] ، ۳۲/۶ درصد (۵۹ نفر) دختران و ۱۲/۷ درصد (۲۳ نفر) پسران، ۱۷/۵ درصد (۲۱ نفر) از دانش‌آموزان پایه دهم، ۲۴/۸ درصد (۳۰ نفر) از دانش‌آموزان پایه یازدهم و ۲۵/۶ درصد (۳۱ نفر) از دانش‌آموزان پایه دوازدهم و ۲۰/۴ درصد (۲۸ نفر) از دانش‌آموزان رشته علوم انسانی، ۲۵/۵ درصد (۴۸ نفر) از دانش‌آموزان رشته علوم تجربی و ۱۶/۲ درصد (۳۷ نفر) از دانش‌آموزان رشته ریاضی-فیزیک مشکوک به اختلال‌های روانی بودند.*

نتیجه‌گیری: *بر اساس گزارش های به‌دست آمده مسئولان بهداشت روان سازمان آموزش و پرورش و مسئولان ذی‌ربط جامعه باید اقدامات مناسبی را در راستای ارتقای سلامت روان و بهداشت دانش‌آموزان نوجوان دختر و پسر انجام دهند.*

واژگان کلیدی: *شیوع، اختلال‌های روانی، دانش‌آموزان*

مقدمه

اختلال‌های روانی[۱] در کودکان و نوجوانان از طریق اختلال قابل‌ملاحظه در تنظیم هیجان، شناخت یا رفتار فرد مشخص می‌شود، به‌طوری که کارکرد شخص را در زمینه‌های مهم مختل می‌کند [۱]. اکثر اختلال‌های روانی در جامعه عمومی در ۱۴ سالگی ظاهر می‌شوند [۱، ۲]. اختلال‌های روانی که معمولاً در سن کودکی ظاهر می‌شوند شامل اختلال‌های عصب-رشدی، ازجمله اختلال‌های کمبود توجه/بیش‌فعالی[۲]، طیف اوتیسم[۳]، افسردگی[۴]، اضطراب[۵]، اختلال‌های خوردن[۶] و سوءمصرف مواد[۷] هستند [۲]. اغلب این اختلال‌ها در دوران

1. mental disorders

2. attention deficient- hyperactivity disorder
3. autism
4. depression
5. anxiety
6. eating
7. substance abuse

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

بزرگسالی بدون تشخیص و درمان مناسب باقی می‌مانند [۳]. دلایل درمان نشدن و تشخیص داده نشدن در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند ناشی از انگ و بدنامی جامعه و مردم [۳]، باور اشتباه والدین [۴]، دشواری معلم در تشخیص اختلال‌های روانی، فقدان برنامه‌های غربالگری و ناآگاهی [۴]، محدودیت دسترسی به خدمات [۳] و انتظار طولانی‌مدت با دسترسی ضعیف خدمات [۳] باشد. اختلال‌های روانی درمان‌نشده در دوران کودکی با بیماری کوتاه‌مدت و بلندمدت مرگ‌ومیر در ارتباط هستند [۵]. نوجوانان با اختلال‌های درمان‌نشده ممکن است در کل زمینه‌های زندگی مشکل داشته باشند؛ یعنی، اختلال در توانایی برای دستیابی به توان بالقوه آموزشی و دشواری در حفظ دوستی‌ها [۶]. به‌علاوه، درمان نشدن در دوره نوجوانی باعث محدود شدن فرصت‌های شغلی در دوره بزرگسالی [۶]، نیاز برای خدمات اجتماعی [۷] و درگیری در جرم و جنایت [۷، ۸] می‌شود که تأثیر منفی بر جامعه خواهد گذاشت.

تعداد کودکان و نوجوانان با اختلال‌های روانی در مقایسه با جمعیت عمومی در دهه‌های اخیر افزایش یافته است [۹، ۱۰]. نسبت‌های تشخیص اساساً افزایش یافته‌اند و تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان در حال حاضر نیازمند خدمات دارودرمانی و روان‌درمانی، مداخلات آموزشی و نوعی از خدمات ویژه هستند [۱۱]. در یک مطالعه فراتحلیل[8] در سال ۲۰۲۰ از ۴۳ مطالعه در کشورهای آسیایی، آفریقایی، آمریکا، اروپایی و اقیانوسیه بر روی نوجوانان با نقطه برش ۳، شیوع اختلال‌های روانی شایع (افسردگی و اضطراب) ۳۱ درصد و در میان دختران شایع‌تر بود. [۱۲]. فراتحلیل دیگر در سال ۲۰۱۵ بر روی کودکان و نوجوانان سراسر دنیا از ۴۱ مطالعه انجام شده در ۲۷ کشور، شیوع اختلال‌های روانی در کل ۱۳/۴ درصد، اختلال‌های اضطرابی ۶/۵ درصد، افسردگی ۲/۶ درصد، بیش‌فعالی/کمبود توجه ۳/۴ درصد و عناد ۵/۷ درصد گزارش شد [۱۰]. در سال ۱۹۹۱ از ۳۸ مطالعه انتشاریافته بین سال‌های ۱۹۶۵ تا ۱۹۹۰ با استفاده از یک مطالعه فراتحلیل، با یک میزان میانه شیوع اختلال‌های روانی ۱۳ درصد، دامنه‌ای از ۳ درصد تا ۳۰ درصد [۱۳] و در مطالعه دیگر در سال ۲۰۲۰ در ۵ کشور بر روی کودکان پناهنده و پناهجو، شیوع اختلال‌های استرس پس از سانحه ۲۲/۷۱ درصد، افسردگی ۱۳/۸۱ درصد، اضطرابی ۱۵/۷۷ درصد، بیش‌فعالی/کمبود توجه ۸/۶ درصد و عناد ۰/۶۹ به‌دست آمد [۱۴]. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۲ بر روی کودکان ۳ تا ۱۷ ساله از زمینه‌یابی ملی سلامت کودکان در سال ۲۰۱۸ نشان داده شد که ۸/۶ درصد کودکان مبتلا به اختلال ADHD، ۶/۹ درصد مبتلا به اختلال‌های رفتاری، ۵ درصد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، ۳/۷ درصد مبتلا به اختلال افسردگی بودند و ۱۶/۱ درصد از کودکان تمام چهار حالت را داشتند [۱۵]. در پژوهشی از ۸ مطالعه ارائه شده در سال ۲۰۱۶ درمورد شیوع اختلال‌های روانی بر روی ۳۱۰۴ کودک و نوجوان، تقریباً یک کودک و نوجوان از هر دو نفر (۴۹ درصد) دارای ملاک‌های لازم برای اختلال‌های روانی شناخته شدند. در این پژوهش، شایع‌ترین اختلال روانی اختلال رفتاری با ۲۷ درصد، ازجمله اختلال سلوک (۲۰ درصد) و اختلال عنادی (۱۲ درصد)، شیوع اختلال ADHD ۱۱ درصد، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به ترتیب ۱۱ درصد و ۱۸ درصد و اختلال استرس پس از سانحه ۴/۹ درصد بودند [۱۶].

مطالعات همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دوران کودکی و نوجوانی در سراسر دنیا با میزان‌های شیوع متفاوت در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۷ بین ۷ درصد و ۱۶/۴ درصد انجام شده‌اند [۱۷، ۱۸]. تعدادی از مطالعات در سال ۲۰۰۹ در فرهنگ‌های مختلف مانند تایوان، برزیل و پورتوریکو شیوع بین ۱۲/۷ درصد و ۲۳ درصد گزارش کرده‌اند [۱۹]. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۸ مشکلات روانی کودکان ۱۲-۷ سال ۵/۶ درصد، ۱۰-۷ سال ۶/۳ درصد (دختران ۳/۷ درصد و پسران ۸/۵ درصد) و ۱۷-۱۱ سال ۴/۹ درصد (دختران ۴ درصد و پسران ۵/۷ درصد) برآورد شده است [۲۰]. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ شایع‌ترین اختلال در نوجوانان ۱۷-۱۴ سال افسردگی (۳/۳ درصد)، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه (۳ درصد)، فوبیا[9] (۲/۵ درصد)، اختلال عناد (۱/۸ درصد)، اختلال اضطراب فراگیر[10]

8. meta-analysis

9. phobia

10. generalized anxiety disorder

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

(۱/۴ درصد) و اختلال وسواسی-جبری[11] (۱/۲ درصد) و در دختران نسبت به پسران میزان بالاتری اختلال‌های اضطراب جدایی (۱/۳ درصد در برابر ۰/۲ درصد)، فوبیا خاص (۳/۷ درصد در برابر ۱/۴ درصد)، اختلال استرس پس از سانحه (۱/۵ درصد در برابر ۰ درصد) و افسردگی (۴/۷ درصد در برابر ۱/۸ درصد) گزارش شده است [۲۱]. همچنین در این مطالعه مشاهده شد که اختلال درونی‌سازی (مانند اختلال‌های اضطراب جدایی، فوبیا خاص، فوبیا اجتماعی، هراس[12]، استرس پس از سانحه، وسواسی-جبری، اضطراب فراگیر و افسردگی عمده) مربوط به جنس دختر و اختلال برونی‌سازی (مانند اختلال‌های کمبود توجه/بیش‌فعالی، عناد و سلوک) مربوط به جنس پسر هستند. یک مطالعه فراتحلیل در سال ۲۰۰۸ از ۲۵ مطالعه انجام‌شده بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ گزارش داد که ۵۳ درصد پسران ملاک‌های لازم را برای اختلال سلوک، ۱۲ درصد برای اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، ۱۱ درصد برای اختلال افسردگی عمده و ۳ درصد برای اختلال سایکوتیک [روان‌پریشی] 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 [۲۲]. در سال ۱۹۹۶ گزارش شد که افسردگی تقریباً بر ۵ درصد نوجوانان اثر می‌گذارد [۲۳]. پژوهشگران از تأثیر افسردگی نوجوان بر فرد و جامعه سخن می‌گویند، به این صورت که افسردگی در نوجوانان به‌طور معناداری خطر اختلال‌های افسردگی عمده، اضطراب، بدکارکردی-اجتماعی، وابستگی به نیکوتین، وابستگی و سوءمصرف به الکل، بیکاری، ترک تحصیل، تلاش برای خودکشی و خودکشی موفق را افزایش می‌دهد [۲۴]. پژوهشی در سال ۲۰۰۸ نشان داد که شیوع افسردگی ۳۰/۷ درصد، در پسران ۲۲/۶ درصد و در دختران ۳۹/۶ درصد است [۲۵]. سازمان بهداشت جهانی[13] در سال ۲۰۰۸ میزان شیوع اختلال روانی در ۱۴ کشور دنیا را بین ۴/۳ درصد گزارش داد. این رقم از شانگهای چین تا ۲۶/۴ درصد در ایالات متحده متغیر بوده است [۲۶]. در سال‌های ۲۰۰۰، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ شیوع اختلال روانی در کل کشور ۲۱ درصد (۹درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان)، در استان تهران ۲۱/۲ درصد و در شهر تهران ۲۱/۵ درصد [۲۷، ۲۸، ۲۹]، در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ شیوع اختلال‌های روانی در استان تهران ۱۴/۲۹ درصد [۳۰]، در سال ۲۰۰۵ و در سال ۲۰۱۱ شیوع اختلال روانی در شهر تهران ۳۴/۲ درصد (۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان) گزارش شده است [۳۱، ۳۲]. پژوهشگران در سال ۱۹۹۴ نشان دادند که ۱۲/۵ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال مبتلا به اختلال روانی‌اند. میزان اختلال خلقی ۵/۷ درصد، اختلال اضطرابی ۵/۵ درصد، اختلال‌های شبه‌جسمی و عضوی مغز هر کدام ۰/۵ درصد و اسکیزوفرنیا ۰/۲۵ درصد، زنان بیشتر از مردان و افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیش از افراد باسواد مبتلا به اختلال روانی‌اند و شایع‌ترین اختلال‌ها، اختلال‌های خلقی و اضطرابی بوده‌اند [۳۳]. در یک مطالعه همه‌گیرشناسی در سال ۲۰۰۵ نشان داده شد که ۱۶/۶ درصد دانش‌آموزان و دختران بیش از پسران مبتلا به اختلال روانی هستند و شیوع اختلال‌های اضطرابی با ۸/۴ درصد بیشتر از سایر اختلال‌هاست [۳۴]. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ دریافت که افراد ۳۰-۱۵ ساله شهر تهران ۲۹/۳ درصد مبتلا به اختلال روانی، یک در صد 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 به‌جز در اختلال کارکرد اجتماعی از وضعیت بدتری برخوردار بودند [۳۵]. پژوهشگران در مطالعه دیگری نشان دادند که ۱۰ درصد نوجوانان دبیرستانی مشکوک به اختلال روانی هستند و نوجوانان دختر در کلیه خرده‌مقیاس‌های SCL-۹۰، به جز خرده‌مقیاس وسواس، نسبت به نوجوانان پسر از نمره‌های بالاتری بهره می‌بردند امّا از نظر آماری با یکدیگر متفاوت نبودند [۳۶]. چند پژوهشگر در سال ۲۰۰۵ در مطالعه‌ای دریافتند که ۳۹/۱ درصد نوجوانان بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی مشکوک به اختلال روانی (دختران ۵۵/۳ درصد و پسران ۴۴/۷ درصد) هستند و شیوع انواع آسیب‌های روانی در اَبعاد نُه‌گانه آزمون SCL-90-R به ترتیب شامل، افکار پارانویا[14]، حساسیت

11. obsession-compulsive

12. panic

13. World Health Organization

14. paranoia ideations

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

در روابط متقابل، وسواس، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی[15]، شکایت جسمانی و ترس مرضی بود [۳۷]. در سال ۲۰۱۳ در مطالعه‌ای درمورد وضعیت روانی دانش‌آموزان بخش حمیدیه شهر اهواز با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 مشخص شد که ۳۴/۱ درصد دانش‌آموزان 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 و پسران ۲۰/۳ درصد) و شکایات بدنی ۱۷/۴ درصد (دختران ۱۷/۲ درصد و پسران ۱۷/۵ درصد) بود و بین دانش‌آموزان دختر و پسر و گروه‌های سنی در سلامت روانی به‌طور کلی، شکایات بدنی، نشانه‌های اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی تفاوت دیده نشد [۳۸]. در سال ۲۰۱۷ در مطالعه‌ای بر روی کودکان ۶ تا ۱۸ ساله نشان داده شد که ۲۸/۱۹ درصد کودکان و نوجوانان (۳۱/۵ درصد پسران و ۲۵ درصد دختران) به اختلال‌های روانی مبتلا هستند، بین دختران و پسران تفاوت معناداری دیده شد و اختلال‌های اضطرابی (۱۳/۲ درصد) شایع‌ترین اختلال مشاهده شد [۳۹]. پژوهشگران در سال ۲۰۱۹ در مطالعه‌ای نشان دادند که شیوع اختلال‌های روانپزشکی در کودکان و نوجوانان در استان کردستان ۳۳/۸ درصد (۳۴/۴ درصد پسران و ۳۳/۱ درصد دختران) است و اختلال‌های اضطرابی و رفتاری بالاترین شیوع و اختلال‌های سوءمصرف مواد و روان‌پریشی کمترین میزان شیوع داشتند [۴۰].

نوجوانان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی در جامعه به‌عنوان گروه آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. شناخت و بررسی مشکلات روانی این گروه از افراد به‌صورت اعداد آماری می‌تواند بیانگر این باشد که این گروه سنی به کمک نیاز دارند تا بتوانند در جامعه زندگی سالم داشته باشند. در نتیجه برنامه‌ریزان آموزشی و کارشناسان سلامت موظف به ارائه خدمات مناسب و به‌موقع و پیشگیری در سطح نخست هستند تا از ابتلای آنها به بیماری‌های روانی پیشگیری کرده یا درصورت ابتلا، به آنها کمک کنند. برآوردهای دقیق از شیوع اختلال‌های روانی برای آگاهی از برنامه‌ریزی، اختصاص دادن منابع و آموزش و اولویت‌بندی پژوهشی مهم است. همچنین تعداد نسبتاً کم زمینه‌یابی‌های روانپزشکی همه‌گیرشناسی و ناهمگنی قابل توجه یافته‌ها، شاخصی از نیاز برای دستیابی دقیق به داده‌های همه‌گیرشناسی و هدایت سیاست‌های کلان مؤثر محسوب می‌شود. به‌علاوه، نتایج این پژوهش می‌تواند به مطرح کردن سؤال‌هایی در باره سبب‌شناسی و تدوین طرح برای مطالعات بعدی کمک کند. این پژوهش به سؤال زیر پاسخ می‌دهد:

میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دختر و پسر، پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم و رشته‌های تحصیلی علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی-فیزیک مقطع متوسطه دوم چقدر است؟

روش کار

پژوهش حاضر در یک زمینه‌یابی از نوع مقطعی و از نظر هدف کاربردی انجام گرفت. جامعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان ایذه در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. براساس آمار اداره آموزش و پرورش این شهرستان ۶۲۰۸ دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند که ۳۶۲ دانش‌آموز براساس جدول نمونه‌گیری کرجسی و مورگان به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند [۴۱]؛ یعنی، از ۲۵ دبیرستان (۱۳ دبیرستان پسرانه و ۱۲ دبیرستان دخترانه)، ۱۰ دبیرستان (۵ دبیرستان دخترانه حضرت خدیجه کبری (س)، معلّم، راضیه، کوثر و حضرت صدیقه کبری (س) و ۵ دبیرستان پسرانه شهید نوری ممبینی، الغدیر، آیت‌الله محمود طالقانی، شهید علی اسدپور و دکتر جعفر علاقه‌مندان) و از هر پایه یک کلاس و از هر کلاس ۱۲ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. مجوزهای لازم برای اقدامات و هماهنگی‌های اولیه و اجرای پژوهش از دفتر ارتباط با صنعت دانشگاه شهید چمران اهواز، اداره کل آموزش و پرورش استان خوزستان و اداره آموزش و پرورش شهرستان ایذه اخذ شد. همچنین به دانش‌آموزان انتخاب شده

15. psychotic

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

توضیحاتی درمورد هدف و اجرای پژوهش و نکاتی درخصوص پاسخ دادن به ابزارهای پژوهش ارائه شد. کلیه ملاحظات اخلاق پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، خودداری از شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطّلاعات پژوهش به‌طور آشکار و روشن برای شرکت کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه و با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه [SCU.EM99.421] و با کُد اخلاق EE/99.3.02.50014/scu.ac.ir انجام گرفته است.

ابزار اندازه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها فهرست نشانگان اختلال‌های روانی (SCL-90-R) بود. این فهرست شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم اختلالات روانی است که اولین بار برای نشان‌دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. فرم اولیه این فهرست توسط دروگاتیس، لیپمن و کویی[16] طراحی شده که براساس تجربیات بالینی و تجزیه تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و سپس فرم نهایی آن تهیه شد. سؤال‌های این فهرست در یک طیف لیکرت پنج رتبه‌ای (هیچ = ۰، کمی = ۱، تا حدی = ۲، زیاد = ۳ و به شدت = ۴) نمره داده می‌شود. این ابزار ۹ حیطه اختلال‌های روانی مانند شکایات جسمانی، وسواسی-جبری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این پژوهش برای تعیین شیوع علائم روانپزشکی و اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان از نقطه برش ۰/۷۰ بر اساس مطالعات انجام شده توسط محققان در این ابزار استفاده شد. ۷ سؤال در فهرست SCL-90 آمده که تحت هیچ‌یک از اَبعاد نُه‌گانه نیست. این سؤال‌ها با اضافه شدن در آزمون، ملاک‌های آماری را خراب می‌کند، با این حال چون از نظر بالینی دارای اهمّیّت هستند جزو سؤال‌های آزمون آمده‌اند و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند [۴۲]. در یک مطالعه ضرایب پایایی آلفای کرونباخ اختلال افسردگی ۰/۹۵ و اختلال روان‌گسسته‌گرایی ۰/۷۷، ضریب پایایی بازآزمایی ۹۴ بیمار روانی ناهمگون به فاصله یک هفته در ابعاد نُه‌گانه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ بیماران سرپایی در دامنه ۰/۷۹ برای افکار پارانوییدی تا ۰/۷۰ در اختلال افسردگی و این ضرایب در افراد با نشانه‌های بالینی در دامنه ۰/۷۷ در اختلال روان‌گسسته‌گرایی تا ۰/۹۰ در اختلال افسردگی [۴۳]، در مطالعات جداگانه‌ای ضرایب آلفای کرونباخ این فهرست از ۰/۷۶ برای اَبعاد ترس مرضی و اندیشه پردازی پارانویا و ۰/۸۹ برای بُعد اضطراب و ۰/۹۷ برای شاخص شدت کلی (GSI) [۴۴] و در مطالعه دیگر روایی هم‌گرا خرده‌مقیاس افسردگی از SCL-90-R با خرده‌مقیاس‌های انحراف اجتماعی [Pd] و افسردگی [D] از پرسشنامه MMPI به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۷۸ [$p < ۰/۰۰۱$] به‌دست آورده‌اند [۴۵]. تحقیقات سال‌های ۱۹۹۷، ۱۹۹۹ و ۲۰۱۴ مدل نُه عاملی SCL-۹۰-R تأیید شده و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ قابل قبول و بالا و همبستگی بالا [۰/۷۰ تا ۰/۹۰] بین فرم بلند و فرم‌های کوتاه شده این فهرست نشانه‌های اختلال روانی مشاهده شده است [۴۶].

برای بررسی سؤال‌های پژوهش از شاخص‌های آماری مانند فراوانی و درصد فراوانی بر اساس نقطه برش ۰/۷۰ و بالاتر و روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه دانش‌آموزان دختر و پسر، پایه‌های تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم و رشته‌های مختلف تحصیلی علوم انسانی، تجربی و ریاضی-فیزیک به‌عنوان متغیرهای مستقل یا عاملی دو و سه بخشی و اختلال‌های روانی به‌عنوان متغیرهای وابسته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیّتی گروه نمونه نشان داده شده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشتر شرکت‌کنندگان در رشته علوم تجربی و کمترین در رشته ریاضی-فیزیک بودند.

در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ فهرست نشانه-های اختلال‌های روانی در کل نمونه و در دانش‌آموزان دختر و پسر در جدول ۲ گزارش شده است.

16. Derogatis, Lipman, Covi

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

همان‌طـور که در جدول ۲ مشـاهده می‌شـود بالاترین ضریب آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۹۰ = α) و کمتریـن ضریب مربوط بـه خرده‌مقیاس ترس مرضی (۰/۶۰ = α) و در کل فهرسـت ۰/۹۷ = α، در دانش‌آمـوزان دختـر دامنه ضرایب از ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ و در دانش‌آموزان پسـر دامنه ضرایب از ۰/۴۳ تا ۰/۸۷ است.

در جـداول ۳ تا ۵ میزان شـیوع اختلال‌هـای روانی در دانش‌آموزان دختر و پسـر، پایه‌های دهـم، یازدهم و دوازدهم و رشته‌های علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی-فیزیک مقطع دوم متوسطه ذکر شده است.

همان‌طـور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شـود، با توجه به اعمال نقطه برش ۰/۷۰ و بالاتر در فهرسـت علائم اختلال‌های روانـی [SCL-90] از ۳۶۲ دانش‌آموز، ۸۲ نفر (۲۲/۷ درصد)، از ۱۸۱ دانش‌آموز دبیرسـتانی دختـر ۵۹ نفر (۳۲/۶ درصد) و از ۱۸۱ دانش‌آموز پسر ۲۳ (۱۲/۷ درصد) مشکوک به اختلال‌های روانی هسـتند. شیوع نشانه‌های پرخاشـگری و روان‌پریشی با ۸۷ نفر و ۲۴ درصد نسـبت به اختلال‌های دیگر بیشـتر است. شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دختر به ترتیب با درصدهای ۳۰/۹ (شکایات جسمانی) و ۲۸/۷ (افسردگی) و در دانش‌آموزان پسـر به ترتیب با درصدهای ۲۰/۴ (ترس مرضی، پرخاشگری و روان‌پریشی) است.

نتایـج تحلیل واریانس نشـان داد که میانگین اختلال‌های روانـی در دانش‌آمـوزان دختر نسـبت بـه دانش‌آموزان پسـر در کل اختلال‌هـای روانـی [F= ۷/۳۹، p < ۰/۰۰۲] و در خرده‌مقیاس‌های شکایات جسمانی [F = ۵۵/۷۶، p < ۰/۰۰۱]، وسـواس [F =۱۶/۹۳، p < ۰/۰۰۱]، حساسـیت در روابط بین فـردی [F =۱۲/۲۵، p < ۰/۰۰۱]، تـرس مرضی [F = ۵/۴۷، p < ۰/۰۲۰]، اضطراب [F = ۱۲/۲۹، p < ۰/۰۰۱]، افسردگی [F = ۲۳/۲۵، p < ۰/۰۰۱] و پرخاشـگری [F = ۵/۰۴، ۰/۰۲۵

جدول ۱- ویژگی‌های جمعِیتی گروه نمونه

جنسیت	فراوانی	درصد
پسر	۱۸۱	۵۰
دختر	۱۸۱	۵۰
جمع	۳۶۲	۱۰۰
پایه تحصیلی	**فراوانی**	**درصد**
دهم	۱۲۰	۳۳/۱
یازدهم	۱۲۱	۳۳/۴
دوازدهم	۱۲۱	۳۳/۴
جمع	۳۶۲	۱۰۰
رشته تحصیلی	**فراوانی**	**درصد**
علوم انسانی	۱۳۷	۳۷/۸
علوم تجربی	۱۸۸	۵۱/۹
ریاضی-فیزیک	۳۷	۱۰/۲
جمع	۳۶۲	۱۰۰

جدول ۲- نتایج ضرایب آلفای کرونباخ فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی (SCL-۹۰) در کل نمونه و در دانش‌آموزان دختر و پسر

نمونه	کل نمونه (n = ۳۶۲)	جنس	
		دختر (n = ۱۸۱)	پسر (n = ۱۸۱)
اختلال‌های روانی	۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۹۶
شکایات جسمانی	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۷۸
افسردگی	۰/۹۰	۰/۸۹	۰/۸۷
وسواس	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۷۳
حساسیت در روابط بین فردی	۰/۷۶	۰/۷۶	۰/۷۵
ترس مرضی	۰/۶۰	۰/۷۱	۰/۴۳
افکار پارانویایی	۰/۶۷	۰/۶۴	۰/۶۹
اضطراب	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۷۳
پرخاشگری	۰/۸۱	۰/۸۳	۰/۷۹
روان‌پریشی	۰/۷۶	۰/۷۵	۰/۷۸

جدول ۳- میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان رشته‌های مختلف تحصیلی

رشته تحصیلی	علوم انسانی	علوم تجربی	ریاضی-فیزیک
شاخص‌ها	**فراوانی (درصد)**	**فراوانی (درصد)**	**فراوانی (درصد)**
اختلال‌های روانی	۲۸ (۲۰/۴)	۴۸ (۲۵/۵)	۳۷ (۱۶/۲)
شکایات جسمانی	۲۸ (۲۰/۴)	۴۲ (۲۲/۳)	۴ (۱۰/۸)
افسردگی	۲۴ (۱۷/۵)	۵۱ (۲۷/۱)	۷ (۱۸/۹)
وسواس	۲۷ (۱۹/۷)	۴۲ (۲۲/۳)	۱۰ (۲۷)
حساسیت در روابط بین فردی	۲۴ (۱۷/۵)	۵۴ (۲۸/۷)	۶ (۱۶/۲)
ترس مرضی	۳۳ (۲۴/۱)	۴۷ (۲۵)	۷ (۱۸/۹)
افکار پارانویایی	۲۶ (۱۹)	۳۷ (۱۹/۷)	۵ (۱۳/۵)
اضطراب	۲۶ (۱۹)	۴۰(۲۱/۳)	۶ (۱۶/۲)
پرخاشگری	۳۳ (۲۴/۱)	۴۷(۲۵)	۷ (۱۸/۹)
روان‌پریشی	۲۷ (۱۹/۷)	۵۲ (۲۷/۷)	۶ (۲۱/۶)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

p <] بالاتر است و نه در خرده‌مقیاس‌های روان‌پریشی [۳/۰۲ = F، ۰/۰۸۳ > p]، و افکار پارانویایی [۳/۲۹ = F، ۰/۰۷۰ = p].

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، از ۱۲۰ دانش‌آموز پایه دهم مقطع متوسطه، ۲۱ نفر (۱۷/۵ درصد)، از ۱۲۱ نفر از دانش‌آموزان پایه یازدهم، ۳۰ نفر (۲۴/۸ درصد) و از ۱۲۱ نفر از دانش‌آموزان پایه دوازدهم، ۳۱ نفر (۲۵/۶ درصد) براساس نقطه برش ۰/۷۰ در فهرست نشانه‌های اختلال‌های روانی (SCL-۹۰) مشکوک به اختلال‌های روانی هستند. شیوع نشانه‌های اختلال‌هایی ازجمله روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی در دانش‌آموزان پایه دهم به ترتیب با ۲۱/۷ درصد، ۲۰/۸ درصد و ۲۰/۸ درصد، شیوع نشانه‌های اختلال‌هایی ازجمله وسواس و حساسیت در روابط بین فردی در دانش‌آموزان پایه یازدهم با ۲۶/۴ درصد و ۲۶/۴درصد و شیوع نشانه‌های اختلال‌هایی ازجمله حساسیت در روابط متقابل و وسواس در دانش‌آموزان پایه دوازدهم با ۲۸/۹ درصد و ۲۸/۱ درصد از سایر اختلال‌های روانی بالاتر است.

جدول ۴- میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان پایه‌های مقطع دوم متوسطه

پایه تحصیلی	دهم (n = ۱۲۰)	یازدهم (n = ۱۲۱)	دوازدهم (n = ۱۲۱)
شاخص‌ها	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
اختلال‌های روانی	۲۱ (۱۷/۵)	۳۰ (۲۴/۸)	۳۱ (۲۵/۶)
شکایات جسمانی	۱۹ (۱۵/۸)	۲۹ (۲۴)	۲۶ (۲۱/۵)
افسردگی	۲۱ (۱۷/۵)	۲۸ (۲۳/۱)	۳۳ (۲۷/۳)
وسواس	۱۳ (۱۰/۸)	۳۲ (۲۶/۴)	۳۴ (۲۸/۱)
حساسیت در روابط بین فردی	۱۷ (۱۴/۲)	۳۲ (۲۶/۴)	۳۵ (۲۸/۹)
ترس مرضی	۲۵ (۲۰/۸)	۳۰ (۲۴/۸)	۳۲ (۲۶/۴)
افکار پارانویایی	۲۳ (۱۹/۲)	۱۸ (۱۴/۹)	۲۷ (۲۲/۳)
اضطراب	۲۲ (۱۸/۳)	۲۱ (۱۷/۴)	۲۹ (۲۴)
پرخاشگری	۲۵ (۲۰/۸)	۳۰ (۲۴/۸)	۳۲ (۲۶/۴)
روان‌پریشی	۲۶ (۲۱/۷)	۳۰ (۲۴/۸)	۳۱ (۲۵/۶)

جدول ۵- میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دختر و پسر

نمونه	کل نمونه (n = ۳۶۲)	جنس	
		دختر (n = ۱۸۱)	پسر (n = ۱۸۱)
متغیر	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
اختلال‌های روانی	۸۲ (۲۲/۷)	۵۹ (۳۲/۶)	۲۳ (۱۲/۷)
شکایات جسمانی	۷۴ (۲۰/۴)	۵۶ (۳۰/۹)	۱۸ (۹/۹)
افسردگی	۸۲ (۲۲/۷)	۵۲ (۲۸/۷)	۳۰ (۱۶/۶)
وسواس	۷۹ (۲۱/۸)	۴۷ (۲۶)	۳۲ (۱۷/۷)
حساسیت در روابط بین فردی	۸۴ (۲۳/۲)	۵۲ (۸/۷)	۳۲ (۱۷/۷)
ترس مرضی	۸۷ (۲۴)	۵۰ (۲۷/۶)	۳۷ (۲۰/۴)
افکار پارانویایی	۶۸ (۱۸/۸)	۴۴ (۲۴/۳)	۲۴ (۱۳/۳)
اضطراب	۷۲ (۱۹/۹)	۴۸ (۲۶/۵)	۲۴ (۱۳/۳)
پرخاشگری	۸۷ (۲۴)	۵۰ (۲۷/۶)	۳۷ (۲۰/۴)
روان‌پریشی	۸۷ (۲۴)	۵۰ (۲۷/۶)	۳۷ (۲۰/۴)

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم در کل اختلال‌های روانی [۵/۵۴ =F، ۰/۰۰۴ > p] و اختلال‌های وسواس [۱۲/۰۲ = F، ۰/۰۰۱ > p]، افسردگی [۳/۵۵ = F، ۰/۰۳۰ > p]، حساسیت در روابط متقابل [۳/۸۵ = F، ۰/۰۲۲ > p] و افکار پارانویایی [۶/۲۵ = F، ۰/۰۰۲ > p] تفاوت معنادار وجود دارد و در مابقی اختلال‌های روانی ازجمله اضطراب [۱/۷۰ = F، ۰/۱۸۴ = p]، پرخاشگری [۲/۰۷ = F، ۰/۱۲۷ = p]، ترس مرضی [۰/۸ = F، ۰/۵۶۳ = p] و روانپریشی [۱/۱۰ = F، ۰/۳۳۴ = p] تفاوت وجود ندارد. مقایسه جفتی (آزمون پیگیری بونفرونی[17]) میانگین‌های دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی نشان داد که بین دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دهم و یازدهم و یازدهم و دوازدهم در کل اختلال‌های روانی تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که میزان اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان پایه‌های دوازدهم نسبت به دانش‌آموزان پایه‌های یازدهم و دهم بالاتر است و میزان شیوع اختلال‌های روانی ازجمله افسردگی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی و افکار پارانویایی در دانش‌آموزان پایه‌های دوازدهم و یازدهم بالاتر از دانش‌آموزان پایه دهم است. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین جنسیت و پایه تحصیلی فقط در ارتباط با اختلال پرخاشگری در دانش‌آموزان تعامل معنادار دیده شد [۴/۱۲ = F، ۰/۰۱۷ > p] و در مابقی اختلال‌ها بین جنسیت و پایه تحصیلی تعامل دیده نشد.

17. Bonferroni

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

در جدول ۵ مشـاهده می‌شـود ۲۸ نفـر [۲۰/۴ درصد] از دانش‌آموزان رشـته علوم انسـانی، ۴۸ نفر (۲۵/۵ درصد) از دانش‌آموزان رشته تجربی و ۶ نفر (۱۶/۲ درصد) از دانش‌آموزان رشـته ریاضی-فیزیک با نقطه برش ۰/۷۰ در فهرسـت علائم اختلال‌های روانی (SCL-90) مشـکوک بـه اختلال‌های روانی هسـتند. همچنیـن بالاتریـن درصدهای اختلال‌هـای روانی در دانش‌آموزان رشـته علوم انسـانی مربوط بـه اختلال‌های ترس مرضـی (۲۴/۱ درصـد) و پرخاشـگری (۲۴/۱ درصد)، در دانش‌آموزان رشـته علـوم تجربی مربوط بـه اختلال‌های روان‌پریشـی (۲۷/۷ درصد) و افسـردگی (۲۷/۱ درصد) و در دانش‌آمـوزان رشـته ریاضی-فیزیک مربوط بـه اختلال‌های وسـواس (۲۷ درصد) و روان‌پریشـی (۲۱/۶ درصد) هسـتند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دانش‌آموزان رشته‌های علوم انسـانی، علوم تجربـی و ریاضی-فیزیک در نشـانه‌های اختلال‌های روانی تفاوت مشاهده نشد ضمن اینکه تعاملی هم بین جنسـیت و رشـته تحصیلی در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه مشاهده نشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آمـوزان مقطعه دوم متوسـطه شهرسـتان ایذه انجام شـد. این مطالعه به‌وضوح نشـان داد که شیوع آسیب‌شناسی روانپزشـکی در میان نوجوانان شهرسـتان ایـذه ۲۲/۷ درصد است که درصد گزارش شده این مطالعه با سایر مطالعات انجام شـده داخلی و خارجی با میانه ۲/۲ درصد [۲۱]، ۱۴/۹ درصد [۲۰]، ۱۰ درصـد [۳۶]، ۲۹/۳ درصـد [۳۵]، ۷ درصد [۱۷]، ۱۶/۴ درصد [۱۸]، ۱۲/۷ درصد تا ۲۳ درصد [۱۹]، ۴/۳ درصد [۲۶]، ۲۱ درصـد [۲۹-۲۷]، ۱۲/۵ درصد [۳۳]، ۱۶/۶ درصد [۳۴] و چند مطالعه فراتحلیل در سـال ۲۰۲۲ میزان شـیوع اختلال‌هـای روانی ۱۵/۵ درصد [۱۱]، در سـال ۲۰۱۵ میزان شـیوع اختلال‌های روانی ۱۳/۴ درصد [۱۰]، در سـال ۱۹۹۱ میزان شـیوع اختلال‌های روانی را با میانه ۱۳ درصد [۱۳]، در سال ۱۹۹۵ میزان شیوع اختلال‌های روانی را با میانه ۱۲ درصد [۱۴] و در سال ۲۰۲۲ میزان شیوع اختلال‌های روانی با میانه ۶ درصد [۱۵] تا اندازه‌ای نزدیک است و با چند مطالعه که میزان بالاتر از ۳۰ درصد [۳۲، ۳۷] و در سـال ۲۰۱۶ میزان شـیوع اختلال‌هـای روانی ۴۶ درصد [۱۶] گزارش کرده‌اند، همخوانی ندارد. بنابراین، شـیوع اختلال‌های روانـی در نوجوانان جامعه مـورد مطالعه می‌تواند کمی برای والدین و مسـئولان آموزش و پرورش و سـازمان‌های ذی‌ربط نگران‌کننده باشد. البته این میزان از اختلال‌های روانی که به صورت رقم اشاره شده ممکن اسـت مربوط به گروه سنی نوجوان واقع در مرحله رشد و نمو باشد. از دیدگاه روان‌شناسان تحولی، نوجوانی یک مرحله رشد و نمو اسـت و نوجوان در این دوره سـنی با برخی از چالش‌ها، ازجملـه هویت‌یابـی و ارزش‌ها، احترام برای خـود و دیگران، افزایش مسـئولیت‌پذیری برای خود و افزایش مهارت‌های حل مسـئله روبه‌رو می‌شـود. شـاید دلیل دیگر که یافته‌های ما را مورد تبیین قرار دهد این باشـد که حساسیت خود دانش‌آموز، والدین و جامعه برای قبولی در رشـته‌های ممتاز دانشـگاهی مانند پزشکی که جامعه‌پسند است، می‌تواند علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی را در این دوره خاص از زندگی افزایش دهد. عوامـل خطر دیگـر از جمله زندگی با یـک والد طلاق گرفته، مشـکلات پیرامون مسـئولیت‌پذیری والدین، تعداد زیاد افراد خانواده و سـواد کـم والدین با افزایـش اختلال‌های روانی در ارتباطند [۱۸]. شـرایط منطقه جغرافیایـی و فقدان امکانات فرهنگی، رفاهی، تفریحی و ورزشـی و پزشکی و روان‌شناختی عامل‌های دیگری هسـتند که نوجوانان نمی‌توانند هیجان‌ها و عواطف خود را به صورت مناسب و مقتضی برون‌ریزی کنند. به هر حال باید گوشزد کرد که تفاوت نتایج تحقیقاتی مختلف در مناطق مختلف کشور ما و کشورهای دیگر ممکن است به دلیل روش‌های پژوهشـی متفاوت، اسـتفاده از مقیاس‌های مختلف در مطالعـات، اسـتفاده از مقادیر نقطه برش متفاوت توسـط نویسـندگان، روش‌های نمونه‌گیری متفاوت، جمعّیت مختلف و شرایط اجتماعی-اقتصادی متفاوت باشد که این مطالعات در آن انجام شده‌اند. بنابراین انتظار نمی‌رود که یافته‌های گزارش شده در مطالعات شیوع‌شناسی با هم یکی و نزدیک به یکدیگر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

باشند. به‌علاوه، گزارش‌های شخصی نویسندگان و درجه‌بندی کنندگان بدون بررسی این عامل‌ها می‌تواند منبع احتمالی ناهمگن بودن نتایج آنان باشد.

یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان دختر نسبت به دانش‌آموزان پسر درصد بیشتری از بیماری‌های روانپزشکی را دارند؛ یعنی، ۳۲/۶ در برابر ۱۲/۷ درصد. دانش‌آموزان دختر بیشتر از اختلال‌های شکایات بدنی و افسردگی و دانش‌آموزان پسر بیشتر از اختلال‌های ترس مرضی، پرخاشگری و روان‌پریشی رنج می‌برند (جدول ۳ را ببینید). این یافته‌ها با پژوهش‌هایی که گزارش دادند دختران نسبت به پسران در اختلال‌های اضطراب جدایی (۱/۳ درصد در برابر ۰/۲ درصد)، فوبیا خاص (۳/۷ درصد در برابر ۱/۴ درصد)، اختلال استرس پس از سانحه (۱/۵ درصد در برابر ۰ درصد) و افسردگی (۴/۷ درصددر برابر ۱/۸ درصد) بالاتر هستند [۲۱]، میزان افسردگی در دختران ۳۹/۶ درصد و در پسران ۲۲/۶ درصد [۲۵]، میزان افسردگی در دختران ۲۵/۹ درصد نسبت به پسران ۱۴/۹ درصد بالاتر است [۲۷، ۲۸، ۲۹] و مطالعات جداگانه دیگری میزان شیوع اختلال‌های روانی دختران ۳۵/۵ درصد در برابر ۳۳/۵ درصد پسران [۳۸]، در چند پژوهش دیگر [۳۰، ۳۱] و مطالعه دیگری ۵۵/۳ درصد دختران و ۴۴/۷ درصد پسران [۳۷] گزارش کردند، هماهنگ هستند. عوامل متعددی را می‌توان در تبیین این نتیجه مطرح کرد، از جمله اینکه زنان و دختران نسبت به مردان و پسران بیماری‌های خود را گزارش می‌دهند، عوامل زیست‌شناختی و نقش جنس و فشارهای محیطی، محدود بودن منابع رضامندی، محدودیت مشارکت اجتماعی و تأثیرگذار نبودن محیط از عوامل دیگر میزان بالاتر بودن اختلال‌های روانی در دختران و زنان است. این‌گونه هم می‌توان بیان کرد که در جامعه ما، زنان و دختران غمخوار اعضای خانواده و دوستان خود هستند و تمام مشکلات را درون‌ریزی می‌کنند، کنترل‌ها و محدودیت‌های غیرمنطقی توسط جامعه و نیز توسط خانواده‌ها در جنبه‌های مختلف رفتاری و زندگی دختران در مقایسه با پسران بیشتر اعمال می‌شوند. دلیل احتمالی دیگر پریشانی روانی ممکن است حاصل محدودیت‌های درک شده برای موفقیت در زندگی شخصی و زمینه‌های تخصصی باشد. این دلیل احتمالاً برای دختران نسبت به پسران بیشتر است و می‌تواند نسبت بالاتری از مشکلات مربوط به اختلال‌های روانپزشکی را در میان نوجوانان دختر ایجاد کند. این نتیجه این مطلب را خاطر نشان می‌کند که ضرورت ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان دختر در محیط‌های آموزشگاهی و خانوادگی، بهبود شرایط زندگی و مشارکت آنها در فعّالیت‌های اجتماعی و فرهنگی بیش از پیش گوشزد می‌کند و اگر شرایط خانوادگی و محیط آموزشگاه و جامعه بهبود پیدا نکند این احتمال وجود دارد که کارکردهای روانی-اجتماعی دختران دچار اختلال شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که دانش‌آموزان پایه دوازدهم (۲۵/۶ درصد) نسبت به دانش‌آموزان پایه‌های دهم و یازدهم بیشتر به اختلال‌های روانی مشکوک هستند. همچنین این دانش‌آموزان در اختلال‌های حساسیت در روابط بین فردی، وسواس و افسردگی بیشتر از دو پایه دیگر در معرض اختلال‌های روانی بودند (جدول ۴ را ببینید). این احتمال وجود دارد که روند آمادگی این دانش‌آموزان برای ورود به دانشگاه و کنکور و نیز انتظارات بالای والدین و خانواده و انتظارات خودشان برای قبولی در رشته‌های مورد علاقه‌شان، عامل‌هایی هستند که منجر به حساس شدن، درگیری و نشخوار فکری و گاهی غم و اندوه می‌شود و درنتیجه در این مقطع زمانی آنها دچار نوعی از مشکلات روحی و روانی می‌شوند. در این زمینه والدین، مسئولان آموزشگاه و مشاوره یا روان‌شناس مدرسه با هماهنگی با یکدیگر و حمایت عاطفی می‌توانند تا حدود زیادی از این استرس‌ها و نگرانی‌ها بکاهند و کارآیی لازم را دوباره به دانش‌آموزان تزریق کنند.

یافته دیگر مطالعه بیانگر این بود که دانش‌آموزان رشته تجربی نسبت به دانش‌آموزان رشته‌های علوم انسانی و ریاضی بیشتر به اختلال‌های روانی مبتلا هستند (جدول ۵ را ببینید). این نتیجه دور از انتظار نیست و در یک دهه اخیر والدین فرزندان خود را ناخودآگاه و بدون آگاهی از توانایی فرزندانشان برای انتخاب رشته تحصیلی در دبیرستان به سمت رشته علوم تجربی هدایت می‌کنند. این موضوع می‌تواند درگیری‌ها و نشخوارهای ذهنی، ناامیدی و حساسیت زیادی را در این

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

فرزندان برای قبولی در رشـــته‌های پزشکی که مقبولیت زیادی در بین افـــراد جامعه دارد، ایجاد کنـــد. در این پژوهش میزان اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان رشـــته تجربی ۲۵/۶ درصد بود که در مقایســـه با دانش‌آموزان رشـــته‌های علوم انســـانی و ریاضی-فیزیـــک بالاتر اســـت. همین اعداد و ارقـــام گویای این مســـئله است که والدین و جامعه باید در نگرش خود نسبت به ادامه تحصیل فرزندانشـــان در رشـــته‌های موردعلاقه خودشان هر چه ســـریع‌تر تجدیدنظر کنند، در غیر این صورت نوجوانانی افسرده و حتی پرخاشگر وارد جامعه خواهند شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌هـــای این پژوهش بیانگر نگرانی درمورد اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان مقطع دوم دبیرســـتان شهرســـتان ایذه از اســـتان خوزســـتان بود. این اعـــداد و ارقام از نظر ســـلامت روان‌شـــناختی و چشـــم‌انداز روان‌شناســـی قابل‌تأمل اســـت و مداخلـــه و پیگیری مســـئولان ســـلامت آموزش و پـــرورش را برای ایجاد محیط مناســـب برای دانش‌آمـــوزان در این منطقه جغرافیایی طلب می‌کند. اگر این آمارها با گذشت زمان کاهش پیدا نکنند و اقدام مقتضی در این رابطه برای از بین بردن موانع سلامت روان صورت نگیرد، پیامدهای خطرناکی ادامه تحصیل و مولد بـــودن این گروه از جامعه را به خطر می‌اندارد. بنابراین برنامه‌ریزی‌هـــای دقیق و ایجاد کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، کاهش استرس و پیشـــگیری از بیماری‌های روحی-روانی می‌تواند گام مؤثری در این زمینه باشد.

باید توجه داشـــت که این پژوهش در یک منطقه جغرافیایی در جنوب غربی ایران انجام شده و تعمیم دادن نتایج این پژوهش به جمّعیت و مناطق جغرافیایی دیگر که شـــرایط خاص خودشان را دارند، باید با احتیاط صورت گیرد. پیشـــنهاد می شـــود که این پژوهش در کل اســـتان خوزســـتان و به ویژه در شـــرایط بحرانی مختلـــف روی دانش‌آموزان ابتدایی و مقاطـــع دیگر در یک طرح تحقیقاتی اجرا شود. کار بعدی پژوهشگران این مطالعه این خواهد بود که با اســـتفاده از یـــک مطالعه فراتحلیـــل از تحقیقات انجام شـــده در کل کشور از سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ میزان همگنی و ناهمگن بودن شیوع اختلال‌های روانی را مورد بررسی قرار دهیم. به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که شیوع اختلال‌های روانی را در کـــودکان و نوجوانان با اســـتفاده از دو ابزار، یعنی، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و فهرست نشانگان SCL-90 مورد ارزیابی و بررســـی قرار دهند. همچنین پیشـــنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای تحلیل آماری دقیق‌تر از مدل‌های آماری چند ســـطحی اســـتفاده شـــود و در آن عوامـــل مربوط به وضعیت مدرسه و وضعیت کلاس هم بررسی شود.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

خانواده‌ها نسبت به دهه‌های قبل از شیوه‌های فرزندپروری تا انـــدازه‌ای آگاهی لازم را دارند امّا بـــه دلایل مختلف توانایی لازم را برای رفع مشکلات عاطفی فرزندان را ندارند. این فقدان ارتباط مؤثر بین والد-فرزند باعث ایجاد فاصله بین آنان می‌شود و در نتیجـــه نوجوانان چـــون نمی‌توانند به والدین خود نزدیک شـــوند، ممکن است به مشکلات روحی-روانی مبتلا شوند. این مشکل هزینه‌هایی را برای خانواده‌ها، سازمان آموزش و پرورش و دولت ایجاد می‌کند که اگر ســـازمان‌های مربوطه بسترسازی عاطفـــی مناســـب برای ایـــن قشـــر از جامعه را فراهـــم نکنند، پیامدهـــای زیانباری را در آینده و دوره‌هـــای بعدی زندگی به همراه دارد. بنابراین باتوجه بـــه نتایج این مطالعه آموزش‌های حل مســـئله، آموزش‌های تنش‌زدایی، آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی و ایجاد روابط سالم از جمله روش‌های کاهش استرس در این قشر از جامعه است.

سهم نویسندگان: غلامرضا رجبی طرح ایده، جستجوی اطّلاعـــات، ترجمـــه منابع اســـتخراج شـــده، تحلیـــل داده‌ها و نوشـــتن گزارش مقاله را بر عهده داشته است و عظیمه مرادی پرسشگری و ورود داده‌های مقاله را انجام داده است.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولان آموزش و پرورش شهرستان ایذه که این امـــکان را برای ما فراهم کردند تا این پژوهش را در مدت چهار ماه انجام دهیم، کمال تشکر را داریم.

بنـــا به اظهار نویســـنده مســـئول مقاله، حمایـــت مالی از پژوهش و تعارض منابع وجود نداشته است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

References

1. World Health Organization. International classification of diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization; 2022. [Cited on 2022 Jul 24]. Available from: https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases
2. Collective Expert Reports, Mental disorders: Children and adolescents screening and prevention. Institute national de lasanté et de la recherché medical; 2002. [Cited on 2021 Jun 14]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7117/pdf/Bookshelf_NBK7117.pdf
3. Soneson E, Ford T. Identifying mental health difficulties in children & young people: The role of schools—ACAMH, The Association for Child and Adolescent Mental Health; 2020. [Cited on 2020 Sep 12]. Available from: https://www.acamh.org/blog/identifying-mental-health-difficulties-in-children-young-people-the-role-of-schools/
4. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. Eur Child Adolesc Psychiatry 2017; 26(6): 623–647.
5. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet 2007; 369(9569):1302–1313.
6. Sellers R, Warne N, Pickles A, Maughan B, Thapar A, Collishaw S. Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. J Child Psychol Psych 2019; 60(7): 813–821.
7. Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social security and mental illness: reducing disability with supported employment. Health Affective 2009; 28(3): 761–770.
8. Shaw M, Hodgkins P, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. BMC Med 2012; 10(1):1–15.
9. Achenbach TM, Rescorla LA, Ivanova MY. International epidemiology of child and adolescent psychopathology: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues. J Am Acad Child Adoles Psych 2012; 51: 1261–1272.
10. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psych 2015; 56: 345–365.
11. Schwarz A, Cohen S. A.D.H.D. Seen in 11% of U.S. Children as Diagnoses Rise New York Times March 31; 2013. [Cited on 2020 May 25] Available from: https://www.nytimes.com/2013/04/01/health/more-diagnoses-of-hyperactivity-causing-concern.html
12. Silva SA, Silva SU, Ronca DB, Gonc¸alves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB. Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. PLoS ONE 2020; 15(4): e0232007.
13. Verhulst FC, Koot HM. Child psychiatric epidemiology: Concepts, methods, and findings. Newbury Park: Sage Publications, p. 158; 1991.
14. Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, Misso M, Gibson-Helm M. Systematic review and meta-analysis: The prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. J Am Acad Child & Adoles Psych 2020; 59, 6: 705-714
15. Okwori G. Prevalence and correlates of mental health disorders among children & adolescents in U.S. Child Youth Serv Rev 2022; 136: 106441.
16. Bronsard G, Alessandri M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. Medicine 2016; 95(7): e2622.
17. 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 Psych 2004; 61(1): 85-93.
18. 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 Am Acad Child & Adoles Psych 2007; 46 (4): 438-447.
19. 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 Psych 2009; 50, 4: 386–395.
20. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, 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. Eure Child Adoles Psy 2008; 17: 22–33.
21. 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 Psychiat 2010; 51(5): 630–639.
22. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental disorders among

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and meta-regression analysis of 25 surveys. J the Am Acad Child Adoles Psychiat 2008; 47(9): 1010-1019.
23.Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman p, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arc Gen Psych 1996; 53: 339-348.
24.Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. Arc Gen Psyc. 2002; 59: 225-231.
25.Unsal A, Ayranci U. Prevalence of students with symptoms of depression among high school students in a district of western Turkey: Epidemiological Study. J School Health 2008; 78: 287-93.
26.World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107366
27.Noorbala A. A., Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami M. Study of prevalence of psychiatric disorders in Tehran. Hakim Res J 2000; 2(4): 212-223. (in Persian)
28.Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT. A view of mental health in Iran. Iranian Red-Crescent Society Publication; 2001; Tehran, Iran. (in Persian)
29.Noorbala A. A, Mohammad K, Bagheri Yazdi, SA, Yasami M. Survey of mental health of adult population in I.R. Iran in 1999. Hakim Res J 2002; 1: 1-10. (in Persian)
30.Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001. Hakim Res J 2003; 6(1): 55-64. (in Persian)
31.Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekfazeli H, Naghavi HR, Pouretemad, HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Prac Epid Ment Health 2005; 16(1): 1-8.
32.Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009. Iran J Psychiat Clin Psychol 2011; 16(4): 479-483. (in Persian)
33.Baghei Yazdi A, Bolhari J, Shahmohammadi D. An epidemiological study of psychological disorders in a rural area (Meibod, Yazd) in Iran. Iran J Psychiat Clin Psychol 1994; 1 (1): 32-41.
34.Hosseinifad SM, Birashk B, Atefvahid MK. Epidemiology of mental disorders in high-school students in Rafsanjan. Iran J Psychiat Clin Psychol 2005; 11(1): 71-80
35.Beyabangard E. Javadi F. Psychological mental in adolescents and adults Tehran city. Soc Welfare Q 2003; (14): 127-144. (Pension)
36.Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Yavari P, Saei R. Mental health in high school adolescents Kashan city in 1383 year. Iran J Epid 2008; 2 (4): 43-49. (in Persian)
37.Masoudzadeh A, Khalilian A, Ashrafi M, Kimiabigi K. Mental health students in Sari city. J Mazandaran Uni Med Sci 2004; 14(45): 74-83. (in Persian)
38.Rajabi Gh, Harizavi M. A study of mental health of high school students of Hamideyh, suburb of Ahvaz city. Jundishaapur J Health Sci 2013; 4(4): 25-36. (in Persian)
39.Sarraf N, Mohammadi MR, Ahmadi, N, Khaleghi A, Gharibi S, Atapour H, et al. Epidemiology of children and adolescents psychiatric disorders in Qazvin central areas 2016-2017 (A National Project). J Qazvin Uni Med Sci 2016-2017; 22 (6): 164-177. (in Persian)
40.Mohammadi M R, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents 6-18 years old in Kurdistan province in 2016. Scientific J Kurdistan Uni Med Sci 2019; 23 (6):115-127. (in Persian)
41.Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970; 30: 607-610.
42.Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmocol Bull 1973; 9(1): 13–28.
43.Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Brit J Psychiat 1976; 128: 280–289.
44.Ignatyev Y, Fritsch R, Priebe S, Mundt A. Psychometric properties of the symptom checklist-90. R in prison inmates. J Psychiat Res 2016; 239: 226-231.
45.Tomioka M, Shimura M, Hidaka M, Cobo C. The reliability and validity of a Japanese version of symptom checklist 90 revised. Bio Psychsoc Med 2008; 2(19): 1–8.
46.Sereda Y, Dembitskyi S. Validity Assessment of the Symptom Checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. BMC Psychiat 2016; 16: 300.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

Investigating the Prevalence of Mental Disorders in Students of Izeh City in 2019

Gholamreza Rajabi[1*], Azemh Moradi[2]

1- Ph.D. in Psychology, Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2- MA in School Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Abstract

Introduction: Psychological-behavioral disorder is a significant clinical condition that is associated with a change in thinking, mood, emotion, or specific behavior as well as life dysfunction. This study aimed to investigate the prevalence of mental disorders in high school students in Izeh city, Iran, in the academic year of 2019-2020, using a survey design [cross-sectional].

Methods: The current research was conducted following survey research of cross-sectional method with an applied purpose. A total of 362 students were selected using multistage random sampling among female and male high school students of Iezh city of Kuzestan Prominence. All participants filled Mental Disorders Symptoms Questionnaire (SCL-90-R). Data were analyzed using statistics measurements of frequency and frequency percent, and multivariate analysis of variance by SPSS version 22.

Results: The results indicated that 22.7% [n = 82] of the total sample [CI0.95 =18.42-17.02], 32.6% [n = 59] of girls and 12.7% [n = 23] of boys; 17.5% [n = 21] of tenth academic grade students; 24.8% [n = 30] of eleventh academic grade students and 25.6% [n = 31] of twelfth academic grade students; and 20.4% [n = 28] students of humanity science field, 25.5% [n = 48] students of experimental science field, and 16.2% [n = 37] students of mathematics-physics field students were suspected to mental disorders.

Conclusions: According to the obtained reports, the mental health officials of the Education Organization and the relevant community officials should take appropriate actions to promote the mental health and well-being of adolescent male and female students.

Keywords: Prevalence, Mental disorders, Students

Please cite this article as follows:
Rajabi Gh, Moradi A. Study of Prevalence of Mental Disorders in Students of Izeh City in 2019. Hakim Health Sys Res. 2022; 25(1) 78-90

***Corresponding Author:** Khuzestan, Ahvaz, Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Education & Psychology, Department of Counseling, Ahvaz, Iran. Tel:+98 06133331366, E-mail: rajabireza@scu.ac.ir

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]