

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

غلامرضا رجبی^{۱*}، عظیمه مرادی^۲

۱- دکتری تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲- دانش‌آموخته 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 نمابر ۰۶۱۱۳۳۳۳۱۳۶۶، ایمیل: rajabireza@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷

چکیده

مقدمه: اختلال رفتاری-روانی عبارت است از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، 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 ایزده در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در یک طرح زمینه‌یابی [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 ایزده 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 گزارش‌های 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، از جمله 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

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

1. mental disorders

تا ۳۰ درصد [۱۳] و در مطالعه دیگر در سال ۲۰۲۰ در ۵ کشور بر روی کودکان پنهاننده 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 در مورد 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، از جمله 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 ۷-۱۲ سال ۵/۶ درصد، ۷-۱۰ سال ۶/۳ درصد (دختران ۳/۷ درصد و پسران ۸/۵ درصد) و ۱۱-۱۷ 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^۹ (۲/۵ درصد)، اختلال عناد (۱/۸ درصد)، اختلال اضطراب فراگیر^{۱۰}

9. phobia

10. generalized anxiety disorder

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^۸ 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

8. meta-analysis

و ۲۰۰۲ شیوع اختلال روانی در کل کشور ۲۱ درصد (۹ درصد) 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 ۱۵-۳۰ ساله شهر تهران ۲۹/۳ درصد مبتلا به اختلال روانی، یک درصد به اختلال اضطرابی، ۶/۵ درصد به اختلال بدنی، ۱۱ درصد به اختلال در کارکرد اجتماعی و ۹/۳ درصد به اختلال افسردگی مبتلا هستند. همچنین در این مطالعه زنان نسبت به مردان 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-90-R، به‌جز خرده‌مقیاس وسواس، نسبت به نوجوانان پسر از نمره‌های بالاتری بهره می‌برند اما 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 ابعاد نُه‌گانه آزمون SCL-90-R به ترتیب شامل، افکار پارانویا^{۱۴}، حساسیت

(۱/۴ درصد) و اختلال وسواسی-جبری^{۱۱} (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^{۱۲}، 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^{۱۳} 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

11. obsession-compulsive

12. panic

13. World Health Organization

14. paranoia ideations

یا در صورت 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 سؤالی 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 به صورت 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

در روابط متقابل، وسواس، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی^{۱۵}، شکایت جسمانی و ترس مرضی بود [۳۷]. در سال ۲۰۱۳ در مطالعه‌ای در مورد 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 به صورت 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

15. psychotic

در ابعاد نُه‌گانه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ بیماران سرپایی در دامنه ۰/۷۹ برای افکار پارانوئیدی 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 ابعاد ترس مرضی و اندیشه پردازی پارانوئیا 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] به دست آورده‌اند [۴۵]. تحقیقات سال‌های ۱۹۹۷، ۱۹۹۹ و ۲۰۱۴ مدل نُه‌عاملی SCL-90-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 جمعیتی 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 نشانه‌های اختلال‌های روانی در کل نمونه و در دانش‌آموزان دختر و پسر در جدول ۲ گزارش شده است.

توضیحاتی در مورد هدف و اجرای پژوهش و نکاتی در خصوص پاسخ دادن به ابزارهای پژوهش ارائه شد. کلیه ملاحظات اخلاق پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، خودداری از شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش به‌طور آشکار و روشن برای شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه و با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب پژوهانه [SCU.EM99.421] و با کد 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 نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. فرم اولیه این فهرست توسط دروگاتیس، لیپمن و کوپی^{۱۶} 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 پارانوئیدی 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 ابعاد نُه‌گانه نیست. این سؤال‌ها با اضافه شدن در آزمون، ملاک‌های آماری را خراب می‌کند، با این حال چون از نظر بالینی دارای اهمیت 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

16. Derogatis, Lipman, Covi

دانش‌آموزان دختر و پسر، پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم و رشته‌های علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی-فیزیک مقطع دوم متوسطه ذکر شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، با توجه به اعمال نقطه برش ۰/۷۰ و بالاتر در فهرست علائم اختلال‌های روانی [SCL-90] از ۳۶۲ دانش‌آموز، ۸۲ نفر (۲۲/۷ درصد)، از ۱۸۱ دانش‌آموز دبیرستانی دختر ۵۹ نفر (۳۲/۶ درصد) و از ۱۸۱ دانش‌آموز پسر ۲۳ نفر (۱۲/۷ درصد) مشکوک به اختلال‌های روانی هستند. شیوع نشانه‌های پرخاشگری و روان‌پریشی با ۸۷ نفر و ۲۴ درصد نسبت به اختلال‌های دیگر بیشتر است. شایع‌ترین اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دختر به ترتیب با درصدهای ۳۰/۹ (شکایات جسمانی) و ۲۸/۷ (افسردگی) و در دانش‌آموزان پسر به ترتیب با درصدهای ۲۰/۴ (ترس مرضی، پرخاشگری و روان‌پریشی) است.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میانگین اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دختر نسبت به دانش‌آموزان پسر در کل اختلال‌های روانی [$F = 7/39, p < 0/002$] و در خرده‌مقیاس‌های شکایات جسمانی [$F = 55/76, p < 0/001$], وسواس [$F = 16/93, p < 0/001$], حساسیت در روابط بین فردی [$F = 12/25, p < 0/001$], اضطراب [$F = 12/29, p < 0/001$], افسردگی [$F = 23/25, p < 0/001$] و پرخاشگری [$F = 5/04, p < 0/025$]

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 (۳۷/۱)	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)

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بالاترین ضریب آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۹۰) و کمترین ضریب مربوط به خرده‌مقیاس ترس مرضی ($\alpha = 0/60$) و در کل فهرست $\alpha = 0/97$ ، در دانش‌آموزان دختر دامنه ضرایب از ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ و در دانش‌آموزان پسر دامنه ضرایب از ۰/۴۳ تا ۰/۸۷ است.

در جداول ۳ تا ۵ میزان شیوع اختلال‌های روانی در

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیتی 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-90) در کل نمونه و در دانش‌آموزان دختر و پسر

نمونه	کل نمونه (n = 362)	دختر (n = 181)	پسر (n = 181)
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

اختلال‌های روانی (SCL-90) مشکوک به اختلال‌های روانی هستند. شیوع نشانه‌های اختلال‌هایی از جمله 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 از جمله وسواس و حساسیت در روابط بین فردی در دانش‌آموزان پایه یازدهم با ۲۶/۴ درصد و ۲۶/۴ درصد و شیوع نشانه‌های اختلال‌هایی از جمله حساسیت در روابط متقابل و وسواس در دانش‌آموزان پایه دوازدهم با ۲۸/۹ درصد و ۲۸/۱ درصد از سایر اختلال‌های روانی بالاتر است.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دانش‌آموزان پایه‌های تحصیلی دهم، یازدهم و دوازدهم در کل اختلال‌های روانی [$F = 5/54, p < 0/004$] و اختلال‌های وسواس [$F = 3/55, p < 0/030$]، افسردگی [$F = 3/55, p < 0/001$]، حساسیت در روابط متقابل [$F = 3/85, p < 0/022$] و افکار پارانویایی [$F = 6/25, p < 0/002$] تفاوت معنادار وجود دارد و در مابقی اختلال‌های روانی از جمله اضطراب [$F = 1/70, p = 0/184, F = 2/07$]، پرخاشگری [$F = 2/07, p = 0/127$]، ترس مرضی [$F = 0/8, p = 0/563$] و روان‌پریشی [$F = 1/10, p = 0/334$] تفاوت وجود ندارد. مقایسه جفتی (آزمون پیگیری بونفرونی^{۱۷}) 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 از جمله 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 [$F = 4/12, p < 0/017$] و در مابقی اختلال‌ها بین جنسیت و پایه تحصیلی تعامل دیده نشد.

17. Bonferroni

$p < 0/083, F = 3/29$ ، و افکار پارانویایی [$F = 3/29, p = 0/070$]. 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

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

پایه تحصیلی	دهم (n = 120)	یازدهم (n = 121)	دوازدهم (n = 121)
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

متغیر	کل نمونه (n = 362)		جنس
	دختر (n = 181)	پسر (n = 181)	
	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 (۲۸/۷)	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)

[۱۴] و در سال ۲۰۲۲ میزان شیوع اختلال‌های روانی با میانگین ۶ درصد [۱۵] تا اندازه‌ای نزدیک است و با چند مطالعه که میزان بالاتر از ۳۰ درصد [۳۲، ۳۷] و در سال ۲۰۱۶ میزان شیوع اختلال‌های روانی ۴۶ درصد [۱۶] گزارش کرده‌اند، همخوانی ندارد. بنابراین، شیوع اختلال‌های روانی در نوجوانان جامعه مورد مطالعه می‌تواند کمی برای والدین و مسئولان آموزش و پرورش و سازمان‌های ذی‌ربط نگران‌کننده باشد. البته این میزان از اختلال‌های روانی که به صورت رقم اشاره شده ممکن است مربوط به گروه سنی نوجوان واقع در مرحله رشد و نمو باشد. از دیدگاه روان‌شناسان تحولی، نوجوانی یک مرحله رشد و نمو است و نوجوان در این دوره سنی با برخی از چالش‌ها، از جمله هویت‌یابی و ارزش‌ها، احترام برای خود و دیگران، افزایش مسئولیت‌پذیری برای خود و افزایش مهارت‌های حل مسئله روبه‌رو می‌شود. شاید دلیل دیگر که یافته‌های ما را مورد تبیین قرار دهد این باشد که حساسیت خود دانش‌آموز، والدین و جامعه برای قبولی در رشته‌های ممتاز دانشگاهی مانند پزشکی که جامعه‌پسند است، می‌تواند علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی را در این دوره خاص از زندگی افزایش دهد. عوامل خطر دیگر از جمله زندگی با یک والد طلاق‌گرفته، مشکلات پیرامون مسئولیت‌پذیری والدین، تعداد زیاد افراد خانواده و سواد کم والدین با افزایش اختلال‌های روانی در ارتباطند [۱۸]. شرایط منطقه جغرافیایی و فقدان امکانات فرهنگی، رفاهی، تفریحی و ورزشی و پزشکی و روان‌شناختی عامل‌های دیگری هستند 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 پژوهشی متفاوت، استفاده از مقیاس‌های مختلف در مطالعات، استفاده از مقادیر نقطه برش متفاوت توسط نویسندگان، روش‌های نمونه‌گیری متفاوت، جمعیت 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

در جدول ۵ مشاهده می‌شود ۲۸ نفر [۲۰/۴ درصد] از دانش‌آموزان رشته علوم انسانی، ۴۸ نفر [۲۵/۵ درصد] از دانش‌آموزان رشته تجربی و ۶ نفر [۱۶/۲ درصد] از دانش‌آموزان رشته ریاضی-فیزیک با نقطه برش ۰/۷۰ در فهرست علائم اختلال‌های روانی (SCL-90) مشکوک به اختلال‌های روانی هستند. همچنین بالاترین درصدهای اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان رشته علوم انسانی مربوط به اختلال‌های ترس مرضی (۲۴/۱ درصد) و پرخاشگری (۲۴/۱ درصد)، در دانش‌آموزان رشته علوم تجربی مربوط به اختلال‌های روان‌پریشی (۲۷/۷ درصد) و افسردگی (۲۷/۱ درصد) و در دانش‌آموزان رشته ریاضی-فیزیک مربوط به اختلال‌های وسواس (۲۷ درصد) و روان‌پریشی (۲۱/۶ درصد) هستند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین دانش‌آموزان رشته‌های علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی-فیزیک در نشانه‌های اختلال‌های روانی تفاوت مشاهده نشد ضمن اینکه تعاملی هم بین جنسیت و رشته تحصیلی در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه مشاهده نشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان مقطعه دوم متوسطه شهرستان ایذه انجام شد. این مطالعه به‌وضوح نشان داد که شیوع آسیب‌شناسی روانپزشکی در میان نوجوانان شهرستان ایذه ۲۲/۷ درصد است که گزارش شده این مطالعه با سایر مطالعات انجام شده داخلی و خارجی با میانگین ۲/۲ درصد [۲۱]، ۱۴/۹ درصد [۲۰]، ۱۰ درصد [۳۶]، ۲۹/۳ درصد [۳۵]، ۷ درصد [۱۷]، ۱۶/۴ درصد [۱۸]، ۱۲/۷ درصد تا ۲۳ درصد [۱۹]، ۴/۳ درصد [۲۶]، ۲۱ درصد [۲۷-۲۹]، ۱۲/۵ درصد [۳۳]، ۱۶/۶ درصد [۳۴] و چند مطالعه فراتحلیل در سال ۲۰۲۲ میزان شیوع اختلال‌های روانی ۱۵/۵ درصد [۱۱]، در سال ۲۰۱۵ میزان شیوع اختلال‌های روانی ۱۳/۴ درصد [۱۰]، در سال ۱۹۹۱ میزان شیوع اختلال‌های روانی را با میانگین ۱۳ درصد [۱۳]، در سال ۱۹۹۵ میزان شیوع اختلال‌های روانی را با میانگین ۱۲ درصد

باشند. به علاوه، 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 درصد در 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 آموزشی و خانوادگی، بهبود شرایط زندگی و مشارکت آنها در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی بیش از پیش گوشزد می‌کند و اگر شرایط خانوادگی و محیط آموزشی 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 در نتیجه 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

به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که شیوع اختلال‌های روانی را در کودکان و نوجوانان با استفاده از دو ابزار، یعنی، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و فهرست نشانگان SCL-90 مورد ارزیابی و بررسی قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای تحلیل آماری دقیق‌تر از مدل‌های آماری چند سطحی استفاده شود و در آن عوامل 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 اندازه‌ای آگاهی لازم را دارند اما به 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 نتیجه نوجوانان چون نمی‌توانند به والدین خود نزدیک شوند، ممکن است به مشکلات روحی-روانی مبتلا شوند. این مشکل هزینه‌هایی را برای خانواده‌ها، سازمان آموزش و پرورش و دولت ایجاد می‌کند که اگر سازمان‌های مربوطه بستر سازی عاطفی مناسب برای این قشر از جامعه را فراهم نکنند، پیامدهای زیانباری را در آینده و دوره‌های بعدی زندگی به همراه دارد. بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه آموزش‌های حل مسئله، 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 اطلاعات، ترجمه منابع استخراج شده، تحلیل داده‌ها و نوشتن 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 ایزده که این امکان را برای ما فراهم کردند تا این پژوهش را در مدت چهار ماه انجام دهیم، کمال تشکر را داریم. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منابع وجود نداشته است.

فرزندان برای قبولی در رشته‌های پزشکی که مقبولیت زیادی در بین افراد جامعه دارد، ایجاد کند. در این پژوهش میزان اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان رشته تجربی ۲۵/۶ درصد بود که در مقایسه با دانش‌آموزان رشته‌های علوم انسانی و ریاضی-فیزیک بالاتر است. همین اعداد و ارقام گویای این مسئله است که والدین و جامعه باید در نگرش خود نسبت به ادامه تحصیل فرزندانشان در رشته‌های موردعلاقه خودشان هر چه سریع‌تر تجدیدنظر کنند، در غیر این صورت نوجوانانی افسرده و حتی پرخاشگر وارد جامعه خواهند شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش بیانگر نگرانی درمورد اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان مقطع دوم دبیرستان شهرستان ایزده از استان خوزستان بود. این اعداد و ارقام از نظر سلامت روان‌شناختی و چشم‌انداز روان‌شناسی قابل‌تأمل است و مداخله و پیگیری مسئولان سلامت آموزش و پرورش را برای ایجاد محیط مناسب برای دانش‌آموزان 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 بودن این گروه از جامعه را به خطر می‌اندازد. بنابراین برنامه‌ریزی‌های دقیق و ایجاد کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، کاهش استرس و پیشگیری از بیماری‌های روحی-روانی می‌تواند گام مؤثری در این زمینه باشد.

باید توجه داشت که این پژوهش در یک منطقه جغرافیایی در جنوب غربی ایران انجام شده و تعمیم دادن نتایج این پژوهش به جمعیت و مناطق جغرافیایی دیگر که شرایط خاص خودشان را دارند، باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در کل استان خوزستان و به ویژه در شرایط بحرانی مختلف روی دانش‌آموزان ابتدایی و مقاطع دیگر در یک طرح تحقیقاتی اجرا شود. کار بعدی پژوهشگران این مطالعه این خواهد بود که با استفاده از یک مطالعه فراتحلیل از تحقیقات انجام شده در کل کشور از سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ میزان همگنی و ناهمگن بودن شیوع اختلال‌های روانی را مورد بررسی قرار دهیم.

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 la santé et de la recherche médicale; 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 Adolesc 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, Gonçalves 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 & Adolesc 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 & Adolesc 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. *Eur Child Adolesc 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

- 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 Psc.* 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, Yasami 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, Pouretamad 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, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad, 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. *Psychopharmacol 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.

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

Gholamreza Rajabi^{1*}, Azemh Moradi²

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 Izeh city of Khuzestan 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.