

## مقایسه پرخاشگری، اضطراب و افسردگی نوجوانان دبیرستانی ۱۹-۱۴ سال شهر سراوان

حسین جناآبادی<sup>۱</sup>، ناصر ناستی زایی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۰۳، تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۲۵

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** پژوهش حاضر به مقایسه پرخاشگری، اضطراب و افسردگی نوجوانان دبیرستانی ۱۹-۱۴ سال شهر سراوان در آبان ماه ۱۳۸۹ پرداخته است. **مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بوده که به روش نمونه گیری طبقه‌ای - تصادفی تعداد ۱۲۵ دانش آموز دبیرستانی وارد مطالعه شدند. ابزار سنجش شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیکی و بخشی از آزمون SCL-90-R جهت سنجش پرخاشگری، اضطراب و افسردگی بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های T-test، F، برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم افزار SPSS15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** هیچ کدام از نوجوانان سابقه مصرف الکل، بیماری جسمی مزمن و نقص عضو نداشتند. ۶ درصد نوجوانان دارای پرخاشگری شدید، ۶/۸ درصد دارای اضطراب شدید، ۲۶/۵ درصد دارای افسردگی شدید و سلامت روان ۱۷/۹ درصد آنان در معرض خطر شدید بود. میزان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی دختران بیشتر از پسران بود. بین محل سکونت (خوابگاه یا منزل) و میزان پرخاشگری و اضطراب تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد اما میزان افسردگی نوجوانان ساکن خوابگاه بیشتر بود. بین (سطح تحصیلات، شغل، وضعیت حیات والدین) و (سن و رتبه تولد فرزند) با میزان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

**بحث و نتیجه گیری:** آموزش هرچه بهتر و ساده‌تر والدین خصوصاً مادران در زمینه بهداشت روانی نوجوانان و همچنین فعال سازی مرکز مشاوره مدارس و پر کردن اوقات فراغت نوجوانان ساکن خوابگاه با مجهز تر کردن کتابخانه، تجهیزات ورزشی، برگزاری مسابقات فرهنگی - تفریحی ضروری می‌نماید.

**کلید واژه‌ها:** پرخاشگری، اضطراب، افسردگی و نوجوانان

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره سوم، پی در پی ۳۲، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، ص ۱۵۶-۱۴۸

آدرس مکاتبه: دانشگاه سیستان و بلوچستان تلفن: ۹۱۵۱۹۰۲۰۴۷ (۹۸+)

Email: n\_nastie1354@yahoo.com

## مقدمه

برخوردار می‌سازد. ظهور پدیده بلوغ و تغییرات فیزیولوژیک ناشی از آن زمینه مساعدی را جهت بروز استرس و اختلالات روانی و اجتماعی فراهم می‌سازد (۲). نوجوان در این دوره از نظر جسمانی در حال رشد و از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از لحاظ فرهنگ اجتماعی بسیار شکننده و تحت تاثیر است (۳) و تنوع احوال، دگرگونی‌های رفتاری، خواسته‌ها، نیازها، حساسیت‌ها، طغیان‌ها، عصبانیت‌ها، همه و همه موقعیتی

نوجوانی<sup>۲</sup> را به عنوان دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی تعریف کرده‌اند که به وسیله تلاش جهت رسیدن به اهداف در ارتباط با انتظارات فرهنگی و جهش‌های رشد اجتماعی، عاطفی و جسمانی مشخص می‌شود (۱) و این دوره از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل رشد محسوب می‌شود زیرا بروز و ظهور صفات ثانویه جنسی و بلوغ<sup>۴</sup> در این دوره، آن را از اهمیت خاص

<sup>۱</sup> استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه سیستان و بلوچستان

<sup>۲</sup> دانشجوی دوره دکترای تخصصی مدیریت آموزشی دانشگاه تهران و عضو هیئت علمی دانشگاه سیستان و بلوچستان (نویسنده مسول)

<sup>۳</sup> Adolescere

<sup>۴</sup> puberty

اجتنابی است (۹). پرخاشگری ممکن است به اشکال گوناگونی بروز پیدا کند. شکل کلامی و جسمانی آن معرف مؤلفه‌های ابزاری یا رفتاری، خشم، معرف جنبه هیجانی و خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاشگری است (۱۰).

اضطراب، احساس ناراحتی مبهم توأم با دلهره است که در پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی ایجاد شده و می‌تواند به علایم شناختی، عاطفی، فیزیکی و رفتاری منجر شود (۱۱). اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی به شمار می‌رود طوری که در ایالات متحده آمریکا سالانه بیش از ۲۳ میلیون نفر به آن مبتلا می‌شوند و از هر چهار نفر یک نفر با اضطراب درگیر است (۱۲).

افسردگی افت فراگیر خلق است که همراه با احساس غمگینی و عدم توانایی تجربه لذت می‌باشد (۱۳). افسردگی واکنش فرد در برابر فشارهای زندگی است و یک اختلال روانی است که بر فکر احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد (۱۴). افسردگی شایع‌ترین بیماری روانی قرن حاضر است (۱۵) و در حال حاضر جدی‌ترین بیماری قرن تلقی شده و به گزارش دانشگاه هاروارد تا سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری‌های شایع قرار می‌گیرد (۱۶).

معمولاً نوجوانان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب پذیر در معرض انواع اختلالات روان‌پزشکی<sup>۹</sup> مطرح می‌شوند. شیوع این اختلالات در نوجوانان بسته به جمعیت مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیصی و گروه سنی، بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است (۱۷). آمار نشان می‌دهد که ۱۲ درصد تا ۲۲ درصد از نوجوانانی که اختلال روانی دارند پایین‌تر از ۱۸ سال سن دارند (۱۸). نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر

را به وجود آورده که روانشناسان این مرحله از حیات را مرحله‌ی بحرانی معرفی کرده‌اند و پذیرفته‌اند تغییرات بیولوژیکی که در دوره‌ی نوجوانی پدیدار می‌شود، نوجوان را دچار اضطراب و تنش روانی کرده و او را به منفی‌گرایی می‌کشاند (۴). اختلالات عاطفی و روانشناختی<sup>۱</sup> از عوامل مهم رو به افزایش ابتلا، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی<sup>۲</sup> در تمام جوامع است (۵). طبق آمار، اختلالات روانی و رفتاری<sup>۳</sup> شیوع بالایی دارد به نحوی که ۲۰ تا ۲۵ درصد از کل افراد در دوره‌ای از زندگی خود دچار این اختلالات می‌شوند (۶). متأسفانه شواهد بیانگر شیوع بالای اختلالات روانی در دوران کودکی و نوجوانی است به طوری که گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد درصد ابتلا به اختلالات روانی در کشورهای مختلف جمعیت زیر ۱۶ سال از ۱۲ تا ۲۹ درصد متغیر بوده است که تنها ۱۰ تا ۲۲ درصد موارد به وسیله سیستم مراقبت‌های پزشکی تشخیص داده شده‌اند (۷). تقریباً یک پنجم کودکان و نوجوانان دنیا ۱۷ ساله و کم‌تر، از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می‌برند و از آن‌ها تنها ۲۰ درصد یا حتی کم‌تر خدمات سلامت روان<sup>۵</sup> مورد نیاز را دریافت می‌کنند که وضعیت کشورهای در حال توسعه نگران‌کننده و احتمالاً در برخی مناطق وخیم‌تر است (۸).

سه اختلال روانی که سلامت افراد خصوصاً نوجوانان را به خطر می‌رساند پرخاشگری<sup>۶</sup>، اضطراب<sup>۷</sup> و افسردگی<sup>۸</sup> است. پرخاشگری عبارت است از هرگونه رفتاری که مستقیماً به قصد آسیب رساندن به فرد دیگری از یک فرد صادر می‌شود. در راستای کنترل این رفتارها، مرتکب شونده باید باور داشته باشد که رفتارش به هدف آسیب رساندن به دیگری بوده است که پیامد آن برانگیختن رفتاری

<sup>1</sup> Emotional and psychological disorders

<sup>2</sup> Quality of life

<sup>3</sup> Mental and behavioral disorders

<sup>4</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>5</sup> Mental health

<sup>6</sup> Hostility

<sup>7</sup> Anxiety

<sup>8</sup> Depression

<sup>9</sup> Psychiatric disorders

مشکوک به اختلال بودند. میانگین نمره سلامت روان نوجوانان ۱۸ ساله بیشتر از نوجوانان ۱۷ ساله بود (۲۴). باید متذکر شد که سلامت روان تنها از طریق فعالیت‌های جمعی در اجتماع به دست آمده و ارتقاء پیدا می‌کند و ارتقای سلامت روان به برنامه ریزی و سیاست‌های اصولی احتیاج دارد و در این برنامه ریزی‌ها باید به افراد کمک کرد تا این خصوصیات را کسب و توسعه دهند: ۱- پذیرش خود؛<sup>۵</sup> این ویژگی در برگزیده‌ی برگزیده‌ی دو مفهوم خودپنداره و عزت نفس<sup>۶</sup> است. چنانچه این دو مفهوم به اهم باشند، تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی یعنی پذیرش و دوست داشتن خود هستند. ۲- برقراری روابط با دیگران<sup>۷</sup>: زمانی که فرد خود پنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و دوست داشته باشد، آنگاه به خوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند. ۳- مقابله با نیازهای زندگی<sup>۸</sup>: مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی بخشی از سلامت‌های روانی است. این الزامات از جانب والدین، خانواده، دوستان، مدرسه، فعالیت‌ها، مشاغل و غیره می‌باشد. نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریت استرس<sup>۹</sup> است. زمانی که افراد تحت استرس هستند، باید مهارت‌های مقابله لازم را داشته باشند تا بدین وسیله بتوانند اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۱۰</sup> موثر موجود باشد قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله نماید. ۴- بروز مناسب افراد باید بتوانند هیجانات خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به طور مناسب بروز دهند. در غیر این صورت سلامت روان خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت (۲۵).

نشان می‌دهد که در ۸-۲ درصد بیماران مبتلا به افسردگی متوسط سن بروز اولین علائم ۱۶ سال بوده است. شواهد دیگری مبنی بر احتمال بیشتر ابتلاء این افراد به افسردگی شدید، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، افت تحصیلی و حتی تمایل به خودکشی در سال‌های آتی وجود دارد (۱۹). مطالعه‌ای که در کره انجام شد، نشان داد که ۱۷ درصد از نوجوانان اختلال اضطراب<sup>۱</sup> داشته، ۲۳ درصد در مقیاس حساسیت بین فردی<sup>۲</sup> دچار مشکل بوده و ۱۵ درصد دارای اختلال افسردگی<sup>۳</sup> تشخیص داده شدند (۲۰).

بر خلاف دوران‌های گذشته که مطالعات وسیعی بر روی سلامت روانی بزرگسالان در ایران و سایر کشورهای جهان انجام شده است، بررسی این بعد از سلامت در نوجوانان در دهه اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است زیرا این احتمال قوی وجود دارد که بسیاری از اختلالات روانی در جوانی و بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و نوجوانی دارد. گزارش مجمع عمومی جراحان آمریکا نشان می‌دهد ۷۴ درصد از جوانان ۲۱ ساله مبتلا به اختلالات روانی، سابقه بروز این اختلالات را در دوران نوجوانی ذکر کرده‌اند (۲۱). بفلر<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) در مطالعه خود گزارش کرد که شروع شروع بیماری روانی ۵۰ درصد بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده است (۲۲).

علاوه بر تحقیقات خارجی، تحقیقات داخلی نیز نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می‌برند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای که در رشت انجام گرفت نشان داد که شیوع آسیب‌پذیری در ابعاد ۹ گانه آزمون SCL90 از ۳/۲ درصد تا ۳۹/۱ درصد متفاوت بوده است (۲۳) یا مطالعه‌ای که در زمینه سلامت روان نوجوانان تهرانی صورت گرفت نشان داد که ۳۴/۱ درصد از دختران و ۲۳/۷ درصد از پسران

<sup>5</sup> Their acceptance

<sup>6</sup> Self-esteem

<sup>7</sup> Relationships with others

<sup>8</sup> confronting with Life needs

<sup>9</sup> Stress management

<sup>10</sup> Coping skills

<sup>11</sup> Appropriate emotions rise

<sup>1</sup> Anxiety disorder

<sup>2</sup> Interpersonal sensitivity

<sup>3</sup> Depressive disorder

<sup>4</sup> Belfer

وجود این باور غلط که اختلالات روانی در دوران نوجوانی بروز نمی‌کند موجب شده است که بخش عظیمی از نوجوانان که به نوعی از عدم سلامت روان رنج می‌برند از نظر مسئولین امر سلامت و بهداشت دور مانده و این قشر از جامعه کم‌ترین سهم را در برنامه‌ریزی‌های مربوط به پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی داشته باشند (۲۶) در حالی که تحقیقات بالا نشان داد اضطراب و افسردگی همراه با اختلال انطباقی<sup>۱</sup> از مسائل عمده سلامت روان هستند که در دوران نوجوانی رخ می‌دهند یا همچنین بررسی وضعیت سلامت روان در آمریکا نشان می‌دهد بیش از ۴ میلیون کودک و نوجوان ۹-۱۷ ساله اختلالات روانی را تجربه کرده‌اند که به نوعی زندگی روزمره آن‌ها را تحت تاثیر قرار داده است (۲۷). حال با توجه به مطالب فوق و همچنین جمعیت نوجوانان شهر سراوان مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت روان در زیر مقوله‌های پرخاشگری، اضطراب و افسردگی نوجوانان دبیرستانی انجام گرفت.

نمره گذاری آن به این صورت بود: (به هیچ وجه=۰، کمی=۱، تاحدی=۲، زیاد=۳ و خیلی زیاد=۴). در این آزمون حداقل نمره فرد صفر و حداکثر آن ۱۰۸ می‌باشد و هرچه نمره فرد پایین‌تر باشد نشانه سلامت روان می‌باشد و در این مطالعه نمرات ۰-۲۷ نشانه سلامت روان خوب، ۲۸-۵۴ نشانه سلامت روان متوسط و ۵۵-۱۰۸ نشانه در معرض خطر بودن جدی سلامت روان فرد می‌باشد. هرچند ابزار جمع‌آوری استاندارد بود ولی جهت تعیین روایی آن، پرسش‌نامه مجدداً مورد تایید صاحب نظران قرار گرفت و برای تعیین پایایی آن از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که مقدار ضریب به دست آمده ۰/۷۶۴ بود.

داده‌ها از طریق آزمون‌های F و T-test برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم افزار SPSS15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۱۲۵ نوجوان شرکت داشتند که ۸ نفر از آنان به علت نقص اطلاعات کنار گذاشته شدند و از ۱۱۷ نفر مورد مطالعه ۵۱/۳ درصد دختر، ۳۳/۳ درصد دارای سن ۱۷ سال، ۴۶/۲ درصد دارای پدران بی‌سواد و تحصیلات ابتدایی، ۸۳/۸ درصد دارای مادران بی‌سواد و تحصیلات ابتدایی، ۲۷/۴ درصد دارای پدران بی‌کار، ۹۹/۱ درصد دارای مادران خانه‌دار، ۴۴/۴ درصد فرزند چهارم و بالاتر و ۵۰/۴ درصد ساکن در منزل بودند و همچنین هیچ‌کدام سابقه مصرف الکل، بیماری جسمی مزمن و نقص عضو نداشتند (جدول شماره ۱).

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بوده که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای - تصادفی تعداد ۱۲۵ دانش آموز دبیرستانی شهر سراوان وارد مطالعه شدند. ابزار سنجش شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیکی (جنسیت، سن، رتبه تولد، سابقه مصرف الکل، بیماری مزمن، نقص عضو، محل سکونت، سطح تحصیلات و شغل والدین) و بخشی از آزمون SCL-90-R جهت سنجش پرخاشگری، اضطراب و افسردگی بود. پرسش‌نامه دارای ۲۷ گویه و بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده بود. طریقه

<sup>1</sup> Adjustment disorder

جدول شماره (۱): وضعیت دموگرافیکی آزمودنی‌ها

مشخصات وضعیت		تعداد(درصد)	مشخصات	وضعیت	تعداد(درصد)
جنسیت	دختر	۶۰(۵۱/۳)	شغل پدر	بیکار	۳۲(۲۷/۴)
	پسر	۵۷(۴۸/۷)		کارگر	۲۸(۲۳/۹)
سن	۱۴ سال	۷(۶)	شغل مادر	کارمند	۲۰(۱۷/۱)
	۱۵ سال	۱۵(۱۲/۸)		بازنشسته	۱۳(۱۱/۱)
	۱۶ سال	۲۲(۱۸/۸)		سایر	۱۵(۱۲/۸)
	۱۷ سال	۳۹(۳۳/۳)	رتبه تولد	خانه دار	۱۱۴(۹۹/۱)
	۱۸ سال	۲۱(۱۷/۹)		کارمند	-
	۱۹ سال	۱۳(۱۱/۱)		بازنشسته	-
والدین	هر دو در قید حیات	۱۰۷(۹۱/۵)	سکونت	سایر	۱(۰/۹)
	هر دو فوت شده	۱(۰/۹)		اول	۲۴(۲۰/۵)
	یکی فوت شده	۹(۷/۷)		دوم	۲۵(۲۱/۴)
تحصیلات پدر	بی‌سواد و ابتدایی	۵۴(۴۶/۲)	تحصیلات مادر	سوم	۱۶(۱۳/۷)
	راهنمایی و متوسطه	۴۴(۳۷/۶)		چهارم و بالاتر	۵۲(۴۴/۴)
تحصیلات مادر	دانشگاهی	۱۰(۸/۵)	محل سکونت	خوابگاه	۵۸(۴۹/۶)
	بی‌سواد و ابتدایی	۹۸(۸۳/۸)		منزل	۵۹(۵۰/۴)
	راهنمایی و متوسطه	۱۵(۱۲/۸)			
	دانشگاهی	۲(۱/۷)			

برای بررسی وضعیت سلامت روان نوجوانان از آمار توصیفی فراوانی و درصد استفاده شد که یافته‌های آن در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره (۲): وضعیت سلامت روان نوجوانان

مقوله	خوب		متوسط		در معرض خطر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پرخاشگری	۸۰	۶۸/۴	۳۰	۲۵/۶	۷	۶
اضطراب	۱۰۹	۹۳/۲	-	-	۸	۶/۸
افسردگی	۴۵	۳۸/۵	۴۱	۳۵	۳۱	۲۶/۵
سلامت روان	۵۰	۴۲/۷	۴۶	۳۹/۳	۲۱	۱۷/۹

یافته‌های جدول فوق حاکی از آن است که سلامت روان یافته‌های جدول فوق حاکی از آن است که سلامت روان برای مقایسه سلامت روان نوجوانان بر اساس متغیرهای جنسیت و محل سکونت از آزمون تی برای گروه‌های مستقل استفاده شد که یافته‌های آن در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

۱۷/۹ درصد و در زیر مقوله‌های پرخاشگری ۶ درصد، اضطراب ۶/۸ درصد و افسردگی ۲۶/۵ درصد نوجوانان در معرض خطر بود.

جدول شماره (۳): مقایسه سلامت روان نوجوانان ۱۹-۱۴ سال بر اساس جنسیت

مقوله	آزمودنی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میزان T	P
پرخاشگری	دختر	۶۰	۶/۴۱۶۷	۴/۸۶۱	۱۱۵	۲/۲۰۵	۰/۰۲۹
	پسر	۵۷	۴/۶۶۶۷	۳/۵۹۲			
اضطراب	دختر	۶۰	۱۶/۰۵	۷/۷۶۴	۱۱۵	۴/۴۸۹	۰/۰۰۰
	پسر	۵۷	۹/۷۳۶۸	۷/۴۳۱			
افسردگی	دختر	۶۰	۲۰/۸۵	۱۰/۸۰۱	۱۱۵	۳/۶۴۴	۰/۰۰۰
	پسر	۵۷	۱۴	۹/۴۴۳			
سلامت روان	دختر	۶۰	۴۳/۳۱۶۷	۱۹/۸۷۲	۱۱۵	۴/۲۰۷	۰/۰۰۰
	پسر	۵۷	۲۸/۴۰۳۵	۱۸/۳۹۵			

یافته‌های جدول فوق حاکی از آن است که دختران در مقایسه با پسران از نظر وضعیت سلامت روان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

جدول شماره (۴): مقایسه سلامت روان نوجوانان ۱۹-۱۴ سال بر اساس محل سکونت

مقوله	سکونت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میزان T	P
پرخاشگری	خوابگاه	۵۸	۶/۰۵۱۷	۴/۵۰۸	۱۱۵	۱/۲۰۱	۰/۲۳۲
	منزل	۵۹	۵/۰۸۴۷	۴/۱۹۴			
اضطراب	خوابگاه	۵۸	۱۳/۵۵۱۷	۸/۶۱۶	۱۱۵	۰/۷۵۳	۰/۴۵۳
	منزل	۵۹	۱۲/۴۰۶۸	۷/۸۱۷			
افسردگی	خوابگاه	۵۸	۱۹/۵۸۶۲	۱۱/۱۱۶	۱۱۵	۲/۱۱۱	۰/۰۳۷
	منزل	۵۹	۱۵/۴۷۴۶	۹/۹۲۲			
سلامت روان	خوابگاه	۵۸	۳۹/۱۸۹۷	۲۱/۰۲	۱۱۵	۱/۶۵۴	۰/۱۰۱
	منزل	۵۹	۳۲/۹۶۶۱	۱۹/۶۶۵			

یافته‌های جدول فوق حاکی از آن است که بین نوجوانان ساکن خوابگاه و منزل از نظر وضعیت سلامت روان و دو زیر مقوله پرخاشگری و اضطراب آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی نوجوانان ساکن خوابگاه در مقایسه با نوجوانان ساکن منزل از افسردگی شدیدتری رنج می‌برند.

برای مقایسه سلامت روان نوجوانان بر اساس متغیرهای وضعیت حیات، وضعیت تحصیلات، اشتغال والدین، رتبه تولد و سن فرزند از آزمون F استفاده شد که یافته‌ها در تمام موارد معنی‌دار نبود.

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد سلامت روان ۱۷/۹ درصد و در زیر مقوله‌های پرخاشگری ۶ درصد، اضطراب ۶/۸ درصد و افسردگی ۲۶/۵ درصد نوجوانان در معرض خطر است که این آمار می‌تواند نگران کننده باشد که خود ضرورت بررسی مسائل روانی نوجوانان را می‌رساند. بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه سپهرمنش و دیگران، ۱۰ درصد از نوجوانان دبیرستانی، مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند که شایع‌ترین علایم روانی بر اساس ابعاد ۹ گانه آزمون به ترتیب: افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بود (۲۸). در مطالعه آراسته نیز شیوع عدم سلامت روان در میان افراد مورد مطالعه ۳۳/۵ درصد بود (۲۹). در مطالعه متقی پور و دیگران بیش از نیمی از نوجوانان مورد بررسی تهرانی مشکوک به اختلال روانی بودند (۳۰). یکی نبودن ابزار اندازه گیری سلامت روان ممکن است علت تفاوت نتایج به دست آمده باشد.

نتایج این تحقیق نشان داد که دختران در مقایسه با پسران از نظر وضعیت سلامت روان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) در معرض خطر بیشتری قرار دارند که این یافته با یافته‌های به دست آمده از مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در جهان و ایران هم‌خوانی دارد. در مطالعه رادفر و دیگران و متقی پور و دیگران نیز مشخص شد که احساس سلامت عمومی دختران به مراتب پایین‌تر از پسران است (۳۰، ۱۷).

یافته‌های ما نشان داد بین نوجوانان ساکن خوابگاه و منزل از نظر وضعیت سلامت روان و دو زیر مقوله پرخاشگری و اضطراب آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی نوجوانان ساکن خوابگاه در مقایسه با نوجوانان ساکن منزل از افسردگی شدیدتری رنج می‌برند. نتایج نشان می‌دهد افراد ساکن خوابگاه استرس و افسردگی بیشتری را نسبت به افراد ساکن در منزل تجربه می‌کنند (۳۱). دلتنگی و دوری از خانواده، عدم دریافت حمایت‌های عاطفی لازم از سوی خانواده، کاهش ارتباط با اقوام و بستگان، عدم شرکت

در مراسم و رویدادهای اجتماعی - خانوادگی و کم رنگ شدن هنجارها که ناشی از تبعات زندگی در خوابگاه می‌باشد می‌تواند در این یافته دخالت داشته باشد.

یافته‌های ما نشان داد بین وضعیت حیات والدین و سلامت روان نوجوانان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با تبیین احتمال می‌توان گفت چون اکثر نوجوانان مورد مطالعه در ویژگی وضعیت حیات والدین همگن بودند به طوری که ۹۱/۵ درصد نوجوانان مورد مطالعه دارای هر دو والدین در قید حیات و ۸/۵ درصد باقی مانده دارای یک والد (والده) در قید حیات یا هر دو والدین فوت شده بودند تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

طبق یافته‌های این تحقیق بین وضعیت تحصیلات والدین و سلامت روان نوجوانان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مطالعه سوکی و دیگران نیز مشخص شد که بین تحصیلات مادر و سلامت روانی نوجوانان رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۳۲). یافته‌ها نشان داد بین وضعیت شغلی پدر و سلامت روان نوجوانان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بر عکس این یافته تحقیق، در مطالعه رادفر و دیگران مشخص شد بین وضعیت شغلی پدر و سلامت روان نوجوانان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۷).

طبق یافته‌های این مطالعه بین رتبه تولد فرزندان و سلامت روان نوجوانان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با یافته سپهرمنش و دیگران (۲۸) هم‌خوانی دارد در حالی که بر عکس این یافته تحقیق، در مطالعه رادفر و دیگران و آراسته مشخص شد بین جمعیت خانواده و سلامت روان نوجوانان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۹، ۱۷). یافته‌های این مطالعه نشان داد بین سن و سلامت روان نوجوانان و زیر مقوله‌های آن (پرخاشگری، اضطراب و

نوجوانان ضروری می‌نماید. همچنین فعال سازی مرکز مشاوره مدارس و پر کردن اوقات فراغت نوجوانان ساکن خوابگاه با مجهزتر کردن کتابخانه، تجهیزات ورزشی، برگزاری مسابقات فرهنگی - تفریحی نیز ضروری می‌نماید.

افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مطالعه سوکی و دیگران و آقای و دیگران نیز همین یافته به دست آمده است (۳۳،۳۲).

## پیشنهادات

مطالعات نشان داد که در سال‌های اخیر شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می‌برند و با توجه به این که در این پژوهش اکثر مادران خانه دار و دارای تحصیلات سطح پایین بودند آموزش هرچه بهتر و ساده‌تر آنان (به علت ارتباط صمیمی فرزندان خصوصاً دختران با مادر) در زمینه بهداشت روانی

## تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌بینیم که از همه کسانی که ما را در انجام هر چه بهتر این مطالعه یاری رساندند خصوصاً مسولان آموزش و پرورش، مسولان اجرایی دبیرستان‌های شهرستان سراوان و سرکار خانم نازی ناستی زایی تشکر و قدردانی نماییم.

## References

1. Kenney DT, Job RFS. Australia's adolescent: a health risk, Health Psychology perspective, University of New England press (1995), Armidale, Australia.
2. Bologini M, Plancherel B, Nunez R, Bettschart W. Assessment of the effects of age at start of puberty on mental health in pre-adolescence: results of a longitudinal study (1989-1991). Rev Epidemiol Sante Publique 1993; 41: 337-45.
3. Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam M. A survey study on behavioral problems in adolescence, Behavioral Science 2007; 1(2):164-170.
4. Shafipur Motlag F. The effect of teaching lessons of puberty and adolescence on attitude change of students towards the problems of puberty, J of Education and Psychology of Sistan & Baluchestan University 2005; 2(3):95-110.
5. Flisher AJ, Chalton DO. Urbanisation and adolescent risk behaviour. South African Med J 2001, 91(3):243-249.
6. WHO. The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope, Geneva; WHO 2001.
7. WHO. The world health organization report 2005, mental health policy and service guidance package, Geneva; WHO 2005.
8. Kaveh MH, Shojaezade D, Shamohammadi D, Eftekhari Ardabili H, Rahimi A, Bolhari, J. Organizing mental health service in schools: assessing teacher's role, J School of Public Health and Institute of Public Health Research 2002; 1(4):1-14.
9. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. J Annu Rev Psychol 2002; 53: 27-51.
10. Boss AH, Perry M. The Aggression questionnaire. J Pers Soc 1992; 63: 452-9.
11. Boyd M. Psychiatric nursing contemporary practice. Philadelphia: Lippincott Co; 2002. P. 454.
12. Verna B, Carson B. Mental health nursing. Philadelphia: Saunders Co; 2000.
13. Molabageri M, Jalalmanesh Sh, Zeraati H. Evaluation of adolescent depressive symptoms and its relationship to marital satisfaction their mothers in the city Tuyserkan, J Fundamentals of Mental Health 2006, 8(29-30):43-50.
14. Butler R. Depressive disorder, American Family Physician 2002; 65(7):1393-6.



15. Lavar D. Late life Depression, *Geriatrics* 2002, 51(2), 198.
16. Anderia A. College student and depression pilot initiative. *National Mental Health Association* 2002; 24(30), 4-5. 68
17. Radfar. Sh, Hagani, H, Tulayi, S. A, Modiriyan, A, Falahati, M. Mental health of children of veterans aged 18-15, *J Military Med* 2005;7(3):203-9.
18. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978; 6 (2):160-70.
19. Fergusson DM, Wood ward LJ. Mental Health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 50: 225-31.
20. Hyun SK. The effects of physical activity on health related psychological constructs in the old females, master thesis, HanYong University Korea (2001).
21. Public Health Service (US). Report of the surgeon general's conference on children's mental health: a national action agenda, Washington: Department of Health and Human Services; 2000.
22. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49(3):226-236.
23. Zarrabi H, Koosha M, Mohtashame Amiri, Z. Prevalence of psychopathology in high school students in Rasht. *J Gilan Univer Med Scien* 2000; 10(39- 40):50- 54.
24. Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, Richter, J. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. *J Adolesc health*2007;41(6):571-6.
25. White J. Mental health concepts and skill. SK online, Salem-Keizer public schools, 2001.
26. Hacher K, Drainoni ML. Mental health and illness in Boston's children and adolescents: one city's experience and it's implications for mental health policy markers. *Public Health Reports* 2001; 116 (4): 317-26.
27. Manderscheid RW, Henderson MJ. *Mental Health, United States, 1998*. Washington: Substance abuse and mental health services administration (US); 1998. Pub. No. (SMA) 99; 3285.
28. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Yavari P, Saie R. Adolescent mental health in high school in Kashan, Iranian *J of Epidemiology*2008;4(2):43-49.
29. Araste M. Assessing mental health and related factors among high school teachers in the cities of Sanandaj and Bijar, *J Kordestan University of Med Scien*2008;12(4):53-62.
30. Motagipur Y, Amiri P, Padyab M, Valayi F, Mehrabi Y, Azizi F. Evaluation of adolescent mental health: Tehran Lipid and Glucose study, *Med research*2005; 29(2):141- 145.
31. *Salamat News*, residential student mental health are more threatened, publisher in: [www.salamatnews.com](http://www.salamatnews.com), 2009.
32. Sooky Z, Sharifi Kh, Tagharrobi Z, Akbari H, Mesdaghinia A. Depression prevalence and its correlation with the psychosocial need satisfaction among Kashan high-school female students, *J Kashan University of Med Scien* 2010; 14(3):256-263.
33. Agayi A, Rafieyan Esfahani M, Nikyar H, Mahdizadegan I. Comparison of three methods of drug therapy, cognitive therapy and behavior therapy in reducing adolescent depression, *Knowledge and research in psychology*2006;(29):68-80.