

مقایسه سلامت روان دختران دانش آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران دانش آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان

منصور شکبیا^۱، مریم ضیایی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱/۲۱

۱. استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زاهدان

۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه، مقایسه سلامت روان دختران دانش آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی با دختران دانش آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع میدانی و به صورت مقطعی، بر روی ۴۰ نفر از دختران تحت پوشش بهزیستی و دختران مدارس عادی دبیرستان‌های زاهدان انجام شده است که با روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به منظور مقایسه سلامت روانی این دو گروه از پرسشنامه SCL-90-R استفاده شده است. از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، فراوانی نسبی) و آزمون *t* برای آنالیز داده‌ها استفاده گردیده و سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین سلامت روان دانش آموزان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی و دانش آموزان ساکن در خوابگاه دبیرستان دانشگاه سیستان و بلوچستان اختلاف معنی داری وجود دارد. شایع‌ترین اختلالات روانی بین دانش آموزان دختر تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی به ترتیب عبارت است از، افسردگی (۹۰٪)، فوبیا (۹۰٪)، اضطراب (۸۰٪) و حساسیت در روابط بین فردی (۸۰٪)، در حالی که شیوع این اختلالات بین دانش آموزان ساکن در خوابگاه دخترانه دبیرستان دانشگاه شامل افسردگی (۵۰٪)، افکار پارانوئید (۴۵٪) و وسواس و اجبار (۳۵٪) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ سلامت روان وجود دارد. افسردگی و فوبیا در بین دختران تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی و افسردگی و افکار پارانوئید در بین دختران دبیرستان شبانه‌روزی دانشگاه، شایع‌ترین اختلال روانی بود. با توجه به شیوع قابل توجه اختلال افسردگی در دو گروه، ضمن تاکید بر نقش بی‌بدیل خانواده در حمایت روانی از فرزندان به ویژه نوجوانان، پیشنهاد می‌شود زمینه ارتباط اجتماعی بیشتر بین این دانش آموزان با سایر گروه‌های جامعه مهیا شود. [م ت ع پ ز، ؛ () -]

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، بهزیستی، دانش آموز، نوجوانی

مقدمه

بچه‌ها و نوجوانان از حداقل یک مشکل سلامت روانی رنج می‌برند.^۵ بنا بر گزارشی ۱۱ درصد دانش آموزان دبیرستانی در طول زندگی اقدام به خودکشی می‌کنند.^۶ محمدی شیوع مشکلات روانی بین بچه‌ها و نوجوانان در کشورهای مختلف را از ۳ تا ۲۴ درصد متغیر اعلام کردند.^۷ دانش آموزان نوجوان چینی و آمریکایی تنش‌های زیادی را ناشی از مدرسه، آزمون‌های رقابتی، همکلاسی‌ها، تکالیف، انتظارات فرزند و والدین و مقررات مدرسه تجربه کرده‌اند و این تنش‌ها را به عنوان مهم‌ترین عوامل فشار روانی در زندگی‌شان معرفی کرده‌اند.^۸ کیمیا بیگی و اشرفی، تحقیقی را روی ۱۰۶۲ دانش آموز دبیرستانی در شهرستان ساری انجام دادند. آن‌ها دریافتند که بر اساس آزمون GHQ-28 و SCL-90-R دانش آموزان مورد مطالعه به ترتیب به میزان ۳۹/۱ درصد و ۵۸/۷ درصد مشکوک به مشکلات روانی بودند.^۹

منابع علمی به نقش عوامل متعدد در سلامت روانی افراد تاکید دارند. یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر بهداشت روانی افراد جامعه، که صاحب نظران مختلف نسبت به آن متفق القول می‌باشند، خانواده است. اساساً خانواده، مدرسه و جامعه سه عامل مهم در بروز و ظهور اختلالات روانی-رفتاری در کودکان و نوجوانان محسوب می‌گردند. خانواده به‌عنوان یکی از این عوامل، در تربیت فرزندان در سنین مختلف به‌ویژه در کودکی و نوجوانی نقش به‌سزایی دارد. خانواده تحت شرایط صحیح کودکان را آماده می‌سازد تا

سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد و عوامل موثر بر آن همواره مورد توجه روان‌شناسان بوده است. از آنجایی که سلامتی و بیماری کودکان، در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثرگذار است. لذا بهداشت روانی و مطالعه در نحوه سازگاری کودکان و نوجوانان به رشد و باروری آنان در زمان بزرگسالی کمک نموده و عدم توجه به شرایط رشدی دوران کودکی، صدمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی جامعه وارد خواهد کرد.^۱ نوجوانی دوره کسب دانش و تجربه است، در این دوران نوجوانان ارزش‌های فرهنگی و معنوی را در تصمیمات خود به کار می‌گیرند^۲ و مفاهیم تعهد، تصمیم‌گیری و ارزیابی را می‌آزمایند.^۳ تاثیر این مقطع سنی در زندگی افراد و جامعه بسیار قابل توجه است زیرا رفتار بزرگسالان در نوجوانی تثبیت می‌شود.^۴ این در حالی است که بیشتر مشکلات سلامت روان در سنین نوجوانی و ابتدای جوانی شکل می‌گیرد. نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که در ۲-۸ درصد بیماران مبتلا به افسردگی 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.^۱ طبق مبانی نظری بیش از یک پنجم

یافته‌ها

در این بررسی که با هدف تعیین سلامت روانی دختران می‌باشد. تعداد ۴۰ نفر از دختران تحت سرپرستی بهزیستی (۵۰٪) و دختران دبیرستان دانشگاه (۵۰٪) مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد در گروه نمونه (۱۰ درصد دیپلم؛ ۲۰ درصد پایه سوم و ۵۰ درصد دارای تحصیلات قبل از دبیرستان ۱۰ درصد پایه دوم، ۱۰ درصد پایه اول)، در گروه کنترل (۲۵ درصد دیپلم؛ ۷۵ درصد در سه پایه دیگر) انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه گروه کنترل بر اساس میزان تحصیلات

سطح تحصیلات	تعداد (درصد)
قبل از دبیرستان	نمونه ۱۰ (۵۰) کنترل ۰ (۰)
اول دبیرستان	نمونه ۲ (۱۰) کنترل ۵ (۲۵)
دوم دبیرستان	نمونه ۲ (۱۰) کنترل ۵ (۲۵)
سوم دبیرستان	نمونه ۴ (۲۰) کنترل ۵ (۲۵)
پیش دانشگاهی	نمونه ۲ (۱۰) کنترل ۵ (۲۵)

دو گروه مورد نظر از نظر سلامت روانی با پرسشنامه SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌ها (طبق آزمون *t*) نشان دادند که بین دو گروه در اختلالات روانی، تفاوت معنی دار وجود دارد ($p=0/001$). و همچنین بر اساس شاخص GSI در گروه نمونه ۰/۲۰ با ضریب کلی علائم مرضی افراد سالم ولی در گروه کنترل ۰/۶۰ از سلامت روانی برخوردار بودند (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی اختلالات روانی و میانگین و انحراف معیار و نتایج آزمون *t* درده گروه نمونه و کنترل در ضریب کلی علائم مرضی (GSI)

گروه	فراوانی (درصد)	Mean±SD	p
نمونه	۱۶ (۸۰)	۲/۰۸±۰/۵۴۶	۰/۰۰۱
کنترل	۶ (۳۰)	۱/۲۱±۰/۵۷۵	

طبق نمره GSI، دختران تحت سرپرستی بهزیستی و دختران دبیرستان دانشگاه به ترتیب بالاترین درصد را در مقیاس (افسردگی و فوبیا)؛ (افسردگی و افکار پارانویید) و کمترین درصد را در مقیاس شکایات جسمانی نشان دادند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی علائم روانی در دختران تحت سرپرستی بهزیستی و دختران دبیرستان دانشگاه

شاخص	تعداد (درصد)
شکایات جسمانی	نمونه ۱۰ (۵۰) کنترل ۲ (۱۰)
وسواس و اجبار	نمونه ۱۲ (۶۰) کنترل ۷ (۳۵)
حساسیت در روابط فردی	نمونه ۱۶ (۸۰) کنترل ۶ (۳۰)
افسردگی	نمونه ۱۸ (۹۰) کنترل ۱۰ (۵۰)
اضطراب	نمونه ۱۶ (۸۰) کنترل ۶ (۳۰)
پرخاشگری	نمونه ۱۳ (۶۵) کنترل ۳ (۱۵)
فوبیا	نمونه ۱۸ (۹۰) کنترل ۳ (۱۵)
افکار پارانویید	نمونه ۱۵ (۷۵) کنترل ۹ (۴۵)
روان پریشی	نمونه ۱۵ (۷۵) کنترل ۵ (۲۵)

توانایی‌های بالقوه خود را شناسایی کنند و به عنوان افراد بالغ، نقش‌های سودمندی را در جامعه بر عهده گیرند.^{۱۱} به عبارتی می‌توان گفت نوع تربیتی که والدین برای رشد و تعالی فرزندان انتخاب و اجرا می‌کنند، زندگی آینده فرزندان را رقم می‌زند.^{۱۱} صاحب نظران معتقدند محیط گرم و دوستانه خانواده که در آن پدر و مادر و اعضای دیگر خانواده دارای روابط خوب و صمیمانه‌ای هستند معمولاً کودکانی سالم، با شخصیتی مثبت بار می‌آورد و بالعکس عدم وجود خانواده یا زندگی در خانواده‌ای از هم پاشیده یا خانواده‌های مقتدر و سهل‌انگار، اساس کجروی‌ها را در کودکی را پایه گذاری می‌کند.^{۱۲،۱۳}

بر اساس آنچه گفته شد، هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای سلامت روان دختران دانش آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه روزی بهزیستی با دختران دانش آموز دبیرستان دانشگاه سیستان و بلوچستان واقع در زاهدان است.

روش کار

این مطالعه به روش میدانی و به صورت مقطعی، بر روی ۴۰ نفر از دختران دبیرستانی در دو گروه (تحت پوشش بهزیستی و گروه عادی که از نظر سن و جنس و پایه تحصیلی هم‌خوانی لازم را داشتند) و به روش تصادفی- طبقه‌ای انتخاب شدند، صورت گرفت. در این بررسی از پرسشنامه SCL-90-R به منظور بررسی سلامت روانی این دو گروه استفاده گردید. اطلاعات به- دست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی از جمله (محاسبه فراوانی، فراوانی نسبی) و همچنین از آزمون استنباطی *t* و با نرم افزار SPSS-17 مورد ارزیابی قرار گرفت. در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از متن ترجمه و استاندارد شده SCL-90-R که قبلاً بارها در ایران مورد استفاده قرار گرفته است، استفاده شد و برای آن که با این مطالعات هم- خوانی داشته باشد، در جمعیت بالای ۱۱ سال انجام گرفت. در مطالعه باقری یزدی،^{۱۴} پایایی آزمون ($r=97\%$) و اعتبار آن (ویژگی ۹۸ درصد و حساسیت ۹۴ درصد) در حد مناسب و قابل قبول بوده است. این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزیابی علایم روانی می‌باشد که توسط پاسخگو گزارش می‌شود، پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از موارد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مشخص می‌شود. (۰=هیچ، ۱=کمی، ۲=تاحدی، ۳=زیاد و ۴=شدت). با این ۹۰ سوال و پاسخ به آن‌ها ۹ مقیاس مختلف، اندازه گیری می‌شود شامل:

شکایات جسمانی (۱۲ سوال)، وسواس و اجبار (۱۰ سوال)، حساسیت در روابط متقابل (۹ سوال)، افسردگی (۱۳ سوال)، اضطراب (۱۰ سوال)، پرخاشگری (۶ سوال)، ترس مرضی (۷ سوال)، افکار پارانوییدی (۶ سوال)، روان پریشی (۱۰ سوال)، ۱۰-سوالات اضافی (۷ سوال)، سوالات این قسمت در هیچ کدام از سوالات ۹ گانه نیامده است ولی از نظر بالینی اهمیت خاص داشته و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند.

نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص است: ۱: ضریب کلی علایم مرضی (GSI): که از جمع نمرات سوالات ۹۰ گانه و تقسیم بر ۹۰ به- دست می‌آید، ۲: معیار ضریب ناراحتی (PSDI): با تقسیم مجموع نمرات سوالات ۹۰ گانه بر PST به دست می‌آید، ۳: جمع علایم مرضی (PST): از جمع تعداد سوالاتی که نمره غیر صفر کسب کرده‌اند به دست می‌آید.

دانشگاه بیشترین شیوع را داشته که می‌توان وجود این اختلاف را با نقش محیط گرم و دوستانه خانواده در سلامت روان افراد مرتبط دانست. برخی از مولفان نیز بروز اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان را از عمده‌ترین عوارض موجود اختلافات خانوادگی خانواده‌های گسسته یا خانواده‌هایی می‌داند که بنا به عللی فرزندان خود را رها کرده‌اند.^{۱۵} میلانی فر یاد آور می‌شود که اختلاف خانوادگی لزوماً باعث ایجاد اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان نمی‌شود زیرا کسانی بوده‌اند که با وجود خانواده ناآرام توانسته‌اند به خوبی با محیط خود سازش یابند و زندگی سالمی داشته باشند. اما او نیز تأیید می‌کند که اغلب کودکانی که در خانواده‌های غیر عادی پرورش می‌یابند از عوارض آن تأثیر می‌پذیرند.^{۱۶}

محیط گرم و دوستانه خانواده و روابط عاطفی خوب بین افراد خانواده موجب پرورش افرادی با سلامت روان و شخصیت سالم و بالعکس خانواده‌های از هم پاشیده و فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین موجب کجروی‌های اجتماعی و مشکلات روانشناختی و تزلزل سلامت روانی می‌گردد. به علاوه فراوانی بیشتر علائم روانی در گروه دختران تحت سرپرستی بهزیستی نسبت به گروه کنترل با نظر محققانی از قبیل میلانی فر و Sadock و همکاران، که بیانگر مشکلات روانی بیشتر در بین کودکان بی سرپرست است، هم‌خوان می‌باشد.^{۱۵،۱۶}

ستوده، Kapanee و Keisha، Kiran و همکاران و شاملو معتقدند فقدان خانواده سالم سبب می‌شود کودکان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری‌های سالم محروم شده و وجود نشانه‌های متعدد روانی در این نوع خانواده‌ها می‌تواند تغییراتی را در رفتار کودکان ایجاد نموده و موجب بروز مشکلاتی از قبیل افسردگی یا بروز اختلالات شدید روانی از قبیل اسکیزوفرنی را فراهم نماید. هم‌چنین بزهرکاری، رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری، فرار از منزل، خودکشی و افسردگی در خانواده‌های از هم پاشیده بیشتر دیده می‌شود. لذا بالا بودن میزان افسردگی در نمونه‌های تحت سرپرستی بهزیستی با یافته‌های محققین ذکر شده، هماهنگ می‌باشد.^{۱۰،۱۲-۱۴}

در پژوهش حاضر، شایع‌ترین اختلال روانی در بین دختران تحت سرپرستی بهزیستی، افسردگی و فوبیا است که با نتایج، داویدیان، باقری، و بخشانی، هماهنگ می‌باشد.^{۱۷،۱۸-۱۹} نتایج این پژوهش وجود اختلاف معنی‌دار در مورد شاخص‌های وسواس و اجبار، افکار پارانوئید را در گروه‌های مورد آزمایش مورد تأیید قرار نداد. از یافته‌های قابل توجه در پژوهش این است که بسیاری از افراد تحت بررسی به بیش از یک اختلال روانی دچار بودند. به‌عنوان مثال بعضی از افراد تحت مطالعه چه در دبیرستان دانشگاه و چه در بهزیستی با توجه به شاخص‌های آزمون SCL-90-R درجات مختلفی از هر ۹ بعد علائم روانی را دارا بودند که البته میزان ابتلاء به اختلالات روانی در بین دختران بهزیستی به مراتب بیشتر از دختران دبیرستان دانشگاه بود. به‌طوری‌که از دختران تحت سرپرستی بهزیستی (۲۰٪) و دختران دانشگاه (۷۰٪)، به هیچ یک از موارد اختلال روانی مبتلا نبودند. ضمن این‌که شایع‌ترین اختلال روانی در نمونه بهزیستی (افسردگی (۹۰٪) و فوبیا (۹۰٪) و در نمونه دبیرستان افسردگی (۵۰٪) و افکار پارانوئید (۴۵٪) بوده است. بنابراین نتایج تحقیق در

بررسی نشان داد که شایع‌ترین علت اقامت دختران در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی به علت فوت والدین و کمترین درصد مربوط به زندانی شدن والدین آن‌ها می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴: توزیع فراوانی علل اقامت گروه نمونه در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی

علت جدایی از خانواده	تعداد (درصد)
طلاق	۵ (۲۵)
اعتیاد	۵ (۲۵)
فوت	۹ (۴۵)
زندانی شدن	۱ (۵)
جمع کل	۲۰ (۱۰۰)

با توجه به این‌که t محاسبه شده بین دو گروه در شکایات جسمانی (۴/۷۹)، حساسیت در روابط بین فردی (۴/۹۲)، افسردگی (۳/۷۸)، اضطراب (۴/۲۶)، پرخاشگری (۳/۸۶)، فوبیا (۵/۳۹) و روانپریشی (۳/۷۴) از t جدول (۲/۰۲۱)، بزرگ‌تر است. این مطلب حاکی از آن است که دختران تحت سرپرستی بهزیستی، نسبت به دختران دبیرستان دانشگاه در مقیاس شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا و روانپریشی به ترتیب نمره بالاتری داشته‌اند و وضعیت بدتری در این مقیاس‌ها برخوردار بودند (جدول ۵).

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار نمرات گروه نمونه و کنترل در ابعاد آزمون SCL-90-R

شاخص	Mean±SD	p
شکایات جسمانی	نمونه	۱/۹۴۶±۰/۷۶۶
	کنترل	۰/۹۲۵±۰/۵۳۶
وسواس و اجبار	نمونه	۱/۷۴۵±۰/۸۰۸
	کنترل	۱/۴۱۱±۰/۷۴۸
حساسیت در روابط بین فردی	نمونه	۲/۴۰۶±۰/۶۱۷
	کنترل	۱/۳۳۳±۰/۷۵۵
افسردگی	نمونه	۲/۲۹۰±۰/۷۶۲
	کنترل	۱/۴۳۳±۰/۶۷۴
اضطراب	نمونه	۲/۳۷۵±۰/۷۷۱
	کنترل	۱/۲۵۵±۰/۸۷۷
پرخاشگری	نمونه	۱/۹۵۵±۰/۷۵۱
	کنترل	۱/۰۷۷±۰/۶۸۳
فوبیا	نمونه	۱/۸۲۸±۰/۶۶۵
	کنترل	۰/۶۳۳±۰/۷۳۷
افکار پارانوئید	نمونه	۲/۳۶۵±۰/۹۱۷
	کنترل	۱/۹۱۱±۰/۹۸۳
روانپریشی	نمونه	۱/۷۷۷±۰/۷۵۷
	کنترل	۰/۹۳۳±۰/۶۵۲
CSI	نمونه	۲/۰۸۳±۰/۵۴۶
	کنترل	۱/۲۱۱±۰/۵۷۵

بحث

در بررسی حاضر، تفاوت معنی‌داری در سلامت روان دختران تحت سرپرستی بهزیستی و دختران دبیرستان دانشگاه مشاهده شده است. به گونه‌ای که افسردگی (۹۰٪)، فوبیا (۹۰٪)، اضطراب (۸۰٪) و حساسیت در روابط بین فردی (۸۰٪) در بین دختران تحت سرپرستی بهزیستی و افسردگی (۵۰٪)، افکار پارانوئید (۴۵٪) و وسواس و اجبار (۳۵٪) در بین دختران دبیرستان

علاوه بر مزایای بالقوه آن در حوزه سلامت، یکی از روش‌های شناخته شده در راستای پیش‌گیری از بروز رفتارهای پرخطر نیز می‌باشد،^{۲۲} اما در ایران مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه هنوز مطالعات و تحقیقات در حوزه سلامت روان و عوامل وابسته به آن در ابتدای مسیر قرار دارند و نیاز به پژوهش‌های گسترده و کاربردی در این زمینه به ویژه روی افراد و گروه‌هایی که در معرض خطر بالاتری قرار دارند کاملاً احساس می‌شود. حجم نمونه و نیز تفاوت نسبی دبیرستان دانشگاه (به عنوان یک دبیرستان خاص)، و تمرکز صرف این پژوهش روی دانش‌آموزان از محدودیت‌های اصلی آن می‌باشد.

سپاسگزاری

از مسئولین محترم خوابگاه دبیرستان دانشگاه سیستان و بلوچستان، همین‌طور مرکز شبانه‌روزی بهزیستی زاهدان سپاسگزاری می‌شود. این مطالعه حاصل پایان‌نامه دکتر مریم ضیایی به شماره ۶۵۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد.

مجموع نشان‌دهنده شیوع بیشتر علائم روانی در بین افراد بی‌سرپرست نسبت به کسانی است که از نعمت خانواده بهره‌مند هستند و این نتایج با نظریه محققانی هم‌چون کانتی و همکاران، کاپانی و کایرن، کیشا و همکاران، میلانی‌فر، کاپلان، مطابقت دارد.^{۵-۸،۱۰}

نقش خانواده در سلامت روان به اندازه‌ای است که در مطالعات مختلف تاثیر موقعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده‌ها بر سلامت روان فرزندان نیز بررسی و بر آن تاکید شده است. برای نمونه متقی‌پور و همکاران، در مطالعه سلامت روان گروهی از نوجوانان تهرانی، وجود اختلاف معنی‌دار در دو مقیاس اختلال عملکرد و افسردگی در فرزندان متعلق به مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم در مقایسه با فرزندان متعلق به مادران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر را تایید کردند.^{۲۰} همین موضوع توسط Lempers و همکاران نیز مورد بررسی قرار گرفته و نتایج مشابهی گزارش شده است.^{۲۱} در مجموع مطالعات مورد اشاره، حدود زیادی در راستای نتایج تحقیقات دیگر است. با وجود این که مطالعات نشان داده‌اند که ارتقاء سلامت روان نوجوانان

References

- Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(3): 225-31.
- Hosseini SH, Moosavi SE, Hosein RZ. [Assessment of mental health in student of junior high schools in the city of Sari, Iran] *Persian. J Fundam Ment Health* 2003; 6(19&20): 92-99.
- Balilashak N, Safavi M, Mahmoudi M. Comparative assessment of mental health of gifted and average student of junior high school. *Soc Behav Sci* 2010; 5(3): 2027-2033
- Schuster MA, Eastman KA, Fielding JE, et al. Promoting adolescent health. Worksites-based intervention with parents of adolescents. *J Pub Health Manag Pract* 2001; 7(2): 41-52.
- Cuner-Kucukkaya P, Isik I. Predictors of psychiatric symptom scores in a sample of Turkish high school students. *Nurs Health Sci* 2010; 12(4): 429-36.
- Forintash KM, Holoday-Worret P. *Psychiatric Nursing Care Plans*. 5th ed. Philadelphia: Mosby, Elsevier; 2006.
- Mohammadi M, Rahgozar M, Bagheriyazdi S, et al. Epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran Province. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2003; 9(2): 4-14.
- Granbaum JA, Kann L, Kinchen S and Williams B. A risk behavior surveillance, summaries. www.de.you/mn.2001.51.1-46.
- Kimiabigy K, Ashrafi M. [Assessment of mental health in student of junior] *Persian [dissertation]*. Sari: Mazandaran University of Medical Sciences; 2003.
- Sotoodeh H. *Social pathology*. 5th ed. Tehran: Avai-e-Noor Press; 1999.
- Lewis M. The child and its family: The social network model. *J Diversity Higher Educ* 2009; 2(1): 35-45.
- Kapanee AR, Kiran R. Attachment style in relation to family functioning and distress in college student. *J Indian Acad Appl psychol* 2007; 33(1): 15-21.
- Keisha L, Kenneth T, Deneia T, et al. Influence of multiple attachments on well-being: A model for African Americans attending historically black colleges and universities. *J Diversity Higher Educ* 2009; 2(1): 35-45.
- Shamloo S. *Mental Health*. 13th ed. Tehran; Roshd Press; 1999.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2003:672
- Milanifar B. *Mental Health*. 5th ed. Tehran: Qvms Press; 1997.
- Bagheri-Yazdi A. [Epidemiology of mental disorders in rural areas Meybod Yazd] *Persian [dissertation]*. Tehran: Psychiatric Institute; 1993.
- Bakhshani N. *Epidemiology of mental disorders in Zahedan*. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences; 1998.
- Davidian H. Preliminary study on the prevalence of psychiatric disorders in the Caspian region. *J Health Iran* 1973; 3(4):145-156.
- Motakhypoor Y, Amiri P, Padyab M, et al. Adolescent mental health evaluation. *Shahid Beheshti of Medical Sciences. J Med Res* 2005; 29(2): 141-145
- Lempers JD, Clark-Lempers DS. Economic hardship, family relationships and adolescent distress: An evaluation of a stress-distress mediation model in mother-daughter and mother-son dyads. *Adolescence* 1997; 32(126): 339-56.
- Soleimani L, Jazayeri A, Mohammad-Khani P. Role in the mental health of adolescent risky behaviors. *J Soc Welfare* 2002; 19(5): 75-90.

Comparative Study of Mental Health of Female Students Living in Dormitories of Welfare Organization and University of Sistan & Balouchestan

Mansoor Shakiba,¹ **Maryam Ziai**²

Background: The main purpose of this study was to assess and compare mental health of high school girl students living in dormitories of Welfare Organization and University of Sistan and Balouchestan.

Materials and Method: A cross-sectional study was done to evaluate the mental health of students living in dormitories. The sample of study consisted of 40 girl students recruited from students in dormitories of Zahedan welfare organization and the high school of Sistan and Balouchestan University. Mental health of participants was assessed by SCL-90-R and the data were analyzed using SPSS soft ware.

Results: Findings of study showed significant differences between students living in dormitories of Welfare Organization and University of Sistan and Balouchestan.. The most prevalent symptoms among students in dormitories of Welfare organization were depression (90%), phobia (90%), anxiety (80%) and sensitivity in interpersonal relationships (80%), while the most prevalent symptoms among students in dormitories of university were depression (50%), paranoid ideation (45%) and compulsion (35%).

Conclusion: High prevalence of psychological symptoms among students living in dormitories, especially among students in Welfare Organization suggests that effective strategies for preventing and treatment of psychological disorders must be developed and used in dormitories.

Keywords: Mental health, Welfare, Student, Adolescence

1. Assistant Professor of Psychiatry, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.
2. General Physician, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.