

## بررسی تاثیر ارتباط والد-فرزند بر سلامت روان در دختران سال اول دبیرستان های تبریز

دکتر علی فخاری<sup>۱</sup>، محمود فرورشی<sup>۲</sup>، دکتر سید محمدعلی قریشی زاده<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۸۶/۰۲/۰۱، تاریخ پذیرش ۸۶/۰۳/۱۰

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** این پژوهش با هدف بررسی رابطه والد - فرزندی و ارتباط آن با سلامت روان در دختران سال اول دبیرستان های تبریز صورت گرفت. **مواد و روش ها:** با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای تعداد ۴۰۰ نفر دانش آموز سال اول دبیرستان انتخاب و با آزمون های CAM, و GHQ-28 مورد آزمون قرار داده شدند. میانگین سنی آزمودنی ها ۱۵ سال بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T میانگین های وابسته با نرم افزار SPSS-13 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که ۶۴/۲۵٪ دانش آموزان سلامت روان ندارند. ۸/۵٪ دارای شکایات جسمانی، ۱۲٪ اضطرابی و بی خوابی، ۳/۸٪ مشکلات کارکرد اجتماعی و ۱۵/۵٪ افسردگی بودند. کمتر از ۱٪ با مادر خود ارتباط طبیعی داشتند ۷۹/۲۵٪ دارای مشکل ارتباطی خفیف و ۲۰٪ مشکل ارتباطی شدید با مادر داشتند. بین معدل و متغیر های رابطه با مادر ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/15$ )، سلامت روان ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/18$ )، اضطراب و بی خوابی ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/20$ )، ناراحتی جسمانی ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/12$ ) و افسردگی ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/20$ ) همبستگی معنی دار وجود داشت. اما بین معدل و کارکرد اجتماعی همبستگی معنی دار وجود نداشت ( $p > 0/01$ ,  $r = -0/25$ ). بین رابطه والد-فرزند و سلامت روان همبستگی معنی دار وجود داشت ( $p < 0/01$ ,  $r = 0/54$ ) و فرضیه اصلی پژوهش تایید گردید.

**بحث و نتیجه گیری:** این تحقیق نشان داد که میزان اختلالات افسردگی و اضطراب و بی خوابی در بین دانش آموزان دختر سال اول دبیرستان بالا است. این امر باعث تعامل نادرست و عدم رضایت از رابطه دختر با مادر در بیش از ۷۹ درصد دانش آموزان شده است. ضروری است سلامت روان و مهارت های ارتباطی مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** والد-فرزند، سلامت روان، دانش آموزان دختر سال اول دبیرستان

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پنجم، شماره یکم، ص ۲۶-۲۰، بهار ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: تبریز- جاده ایل گلی- مرکز روانپزشکی رازی

E-mail: farvareshi-m@yahoo.com

### مقدمه

نوجوانان در آن رشد می کنند و مورد حمایت مادی و معنوی والدین و سایر اعضای خانواده قرار می گیرند. طبیعی است اگر روابط بین دختر و مادر معیوب باشد ناهنجاری های روانی بروز می کند. هر اندازه روابط دختران با والدین دوستانه و صمیمی تر باشد در سال های بعد مشکلات روانی و رفتاری کمتری خواهند داشت. اگر دختران احساس خوب و خوشایندی نسبت به والدین داشته باشند احساس تعلق و امنیت روانی بیشتری خواهند داشت (۱). دختران ۱۵ سال به بالا نسبت به پسران هم سال

کودکان و نوجوانان هر روز با کوله باری از کتاب، دفتر و خوراکی به مدرسه می روند تا بتوانند با کسب علم و دانش قدم در راه پیشرفت و ترقی بگذارند. عوامل بی شماری در این میان بر روند تحصیل و یادگیری آنان تاثیر می گذارند. از جمله رابطه والد فرزندی، بهداشت جسمی و روانی، روش های آموزش، توانایی های دانش آموزان و غیره. خانواده اولین نهادی است که

<sup>۱</sup> استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز-بیمارستان رازی -تلفن: ۳۸۰۴۴۸۶-۰۴۱۱

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی-دانشگاه علوم پزشکی تبریز-بیمارستان رازی

<sup>۳</sup> استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بیمارستان رازی

نشان دهنده همبستگی معنی‌دار بین مقیاس‌های بهداشت روانی و رابطه نوجوانان با خانواده، مدرسه و نگرش آنان نسبت به آینده بود. همچنین تفاوت‌های جنسیتی مورد بررسی قرار گرفت؛ دختران بیش از پسران مضطرب و افسرده بودند و اختلال بیشتری در روابط اجتماعی و بین فردی از خود نشان دادند. در رابطه فرزند با والدین، دختران بیش از پسران اظهار ناراضی می‌کردند (۹). اختلال روانی از نظر شیوع سنی، برخلاف سایر بیماری‌های طبی در پربارترین و حساس‌ترین دوران زندگی به وجود می‌آید. برای نمونه در سال ۲۰۰۱ بین سن ۲۵ - ۱۸ سالگی، ۱۰٪ پسران، ۱۳/۵٪ دختران از بین سنین ۴۹-۲۶، ۵/۵٪ پسران و ۱۰/۱٪ دختران، از بین سنین ۵۰ و بالاتر ۴٪ پسران و ۵/۶٪ دختران از اختلال جدی روانی رنج می‌برند. در همه سنین نیز این شیوع اختلالات روانی در بین زنان بیشتر از پسران است (۱۰ و ۱۱). در سال‌های گذشته درگیری و ناسازگاری نوجوانان با خانواده‌شان از حد متعارف فراتر رفته و در پاره‌ای از موارد حتی قوام و دوام خانواده را مورد تهدید قرار داده است. والدین از چنین وضعیتی بسیار ناراضی هستند. آنان گرچه می‌دانند که دوره نوجوانی، حساسیت آفرین و بحران‌زاست اما به علل و دلایل آن چندان آگاه نیستند (۱۰). باتوجه به اهمیت مساله در پی یافتن رابطه سلامت روان دختران دانش آموز دبیرستانی، و رابطه والد-فرزندی طراحی شد.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. تعداد ۴۰۰ نفر دانش‌آموزان دختر از بین کلیه دبیرستان‌های دخترانه مناطق چهارگانه آموزش و پرورش تبریز به صورت روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های، مشخصات دموگرافیک، مقیاس CAM و تست سلامت عمومی GHQ ۲۸ سوالی در مورد آنها اجرا گردید. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۱۵ سال و انحراف معیار آن ۰/۸۹ بود. تعداد ۴۷/۳٪ دانش‌آموزان ۱۵ ساله بودند. حداقل و حداکثر سن آنها ۱۳ و ۱۸ سال بود. حداقل معدل آزمودنی‌ها ۸/۵ و حداکثر آن ۱۹/۹۴ بود. میانگین معدل ۱۶/۷۹ و انحراف معیار آن ۱/۹۹ بود. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T-Test با SPSS-13 آنالیز شدند. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ - 28 برای سنجش سلامت روانی عمومی به کار می‌رود که توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) ساخته شده است و آقایان یعقوبی و پالانگ (۱۳۷۴) آن را ترجمه کرده‌اند. فرم ۲۸ سوالی آن دارای ۴ خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و

خود بیشتر به اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی مبتلا می‌شوند (۲). دختران به دلایل بسیار زیادی که با مقام زنان و وضع اجتماعی آنها در جامعه ما ارتباط دارد نسبت به اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند. پسران از تغییرات اوضاع بدنی خود در سن بلوغ خرسند می‌شوند این در حالی است که دختران غالباً از تغییرات جدیدی که در بدن آنها روی می‌دهد دچار ناآرامی می‌شوند و دختران کم‌رو و خجالتی مستعد ابتلا به افسردگی هستند که اگر به عواطف آنها توجه نشود به سادگی مبتلا به افسردگی می‌شوند. مطالعات همه‌گیر شناسی در ایران که از سه دهه گذشته آغاز شده است، دامنه شیوع اختلالات روانی را بین ۱۱/۷ تا ۴۳/۷۲ درصد در نوسان می‌داند و پیش‌بینی می‌شود که شیوع اختلالات روانی و اثرات سوء آنها در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی با رشد جمعیت و شهرنشینی افزایش می‌یابد (۳) افرادی که رابطه سالم با دیگران دارند، از سلامت روان بهتری برخوردارند. در جامعه ما متأسفانه به علت مشکلات اقتصادی و اجتماعی به مسایل ارتباطی کمتر اهمیت داده می‌شود اما به امر پیشرفت تحصیلی فرزندان بیش از حد، بهاء داده می‌شود و حتی سلامتی روانی و ارتباطی فرزندان را فدای درس و مدرسه می‌کنند. در صورتی که عدم توجه به کیفیت ارتباطات درون خانواده و سلامت روان اعضاء آن تأثیر مخربی روی کارکردهای شغلی، فردی، اجتماعی و خانوادگی دارد (۴).

دخترانی که از سلامت عمومی برخوردارند وقت زیادتری با مادر خود صرف می‌کنند و به او اعتماد دارند. احساس نزدیکی و صمیمت به مادر دارند. درباره نقش مادر دچار ابهام نیستند و نسبت به مادر کمتر عصبانی می‌شوند و دوست دارند عین او زندگی کنند. همین دختران مایل‌اند مشکلات عشقی، روانی، جنسی، جسمی و تحصیلی را نزد مادر خود مطرح کنند نه نزد دوستان ناباب و از مادر خود راهنمایی بگیرند (۵). از ارتباط کلامی خود با مادر لذت می‌برند و احساس می‌کنند مادرشان خوب به حرف‌های آنها گوش می‌دهد و نیازها، احساسات و رفتار آنها را درک می‌کنند. اما دخترانی که دارای سلامت روانی نیستند در موارد مذکور با مادرشان مشکل دارند و به میزان زیادتری از علائم جسمی، اضطرابی افسردگی و افت کارکردهای اجتماعی رنج می‌برند. در زمینه‌های تحصیلی و روابط بین فردی دچار اختلال می‌گردند (۶). در پژوهش دیگر در مورد نقش حالات خلقی بر شیوه ارزیابی دانش‌آموزان دختر از توانایی مشکل‌گشایی خود روشن شد که دانش‌آموزان دارای خلق شاد در مقایسه با دانش‌آموزان غمگین و خنثی ارزیابی بالاتری از توانایی مشکل‌گشایی دارند و احساس کفایت بیشتری می‌کنند و ارتباط رضایت‌بخشی با اطرافیان دارند (۷) و (۸) پژوهش شهریار شهیدی

حل مشکلات وجود دارد. تعداد ۱۶ درصد (۶۴ نفر) پدران بیسواد، ۳۵ درصد (۱۴۳ نفر) دارای میزان تحصیلات ابتدایی، ۲۳ درصد (۹۳ نفر) راهنمایی، ۱۹ درصد (۷۷ نفر) دبیرستانی و ۵ درصد (۲۳ نفر) تحصیلات دانشگاهی دارند.

تعداد ۳۵ درصد (۱۴۳ نفر) مادر دانش‌آموزان بی سواد، ۳۴ (۱۳۷ نفر) دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۶ درصد (۶۴ نفر) راهنمایی، ۱۲ درصد (۵۰ نفر) دبیرستانی، و ۱/۵ درصد (۶ نفر) تحصیلات دانشگاهی دارند. ۹۶ درصد (۳۸۶ نفر) دانش‌آموزان متولد تبریز و بقیه متولد شهرهای اطراف تبریز بودند و تنها ۵ نفر متولد روستا بودند.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و واریانس GHQ-۲۸ و CAM

شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
شکایات جسمانی	۴۰۰	۶/۷۲	۴/۲۳	۱۷/۸۵
اضطراب و بی‌خوابی	۴۰۰	۷/۵۳	۴/۵۵	۲۰/۷۸
کارکرد اجتماعی	۴۰۰	۷/۰۹	۳/۰۹	۹/۵۵
افسردگی	۴۰۰	۷/۲۴	۵/۴۲	۲۹/۴۱
کل نمرات GHQ-۲۸	۴۰۰	۲۸/۵۷	۱۴/۲۵	۲۰۲/۹۴
کل نمرات CAM	۴۰۰	۵۸/۱	۱۹/۹۳	۳۹۷/۱۹

با توجه به جدول شماره ۱ میانگین نمرات شاخص‌های اضطراب و بی‌خوابی ( $\bar{x} = 7/53$ ) و افسردگی ( $\bar{x} = 7/24$ ) از سایر شاخص‌ها بالاتر می‌باشد. میانگین کل نمرات تست GHQ-28، ۲۸/۵۷ و تست CAM ۵۸/۱ است. بنابراین اختلال اضطراب و افسردگی در میان دانش‌آموزان دختر شیوع بالایی دارد.

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار دانش‌آموزان نرمال و بیمار در آزمون GHQ-۲۸

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بیمار	۱۴۳	۴۷/۷	۱۲/۱۵
سالم	۲۵۷	۶۳/۸۹	۲۱/۰۵

میانگین نمرات GHQ-۲۸ افراد سالم ( $\bar{x}_1 = 63/89$ ) بالاتر از میانگین نمرات افراد بیمار (۴۷/۷) است. چون T محاسبه شده (۸/۴۴) بزرگتر از T جدول (۲/۵۸) در سطح ۱٪ و درجه آزادی ۳۹۸ df است. تفاوت میانگین دو گروه سالم و بیمار در سطح ۱٪ معنی‌دار است. ۲۵ درصد (۱۰۰ نفر) شغل پدر دانش‌آموزان آزاد، ۵۳ درصد (۲۱ نفر) بازنشسته، ۳۳ درصد (۱۳ نفر) قالیباف، ۱۱ درصد (۴۷ نفر) کارگر، ۱۴٪ (۵۶ نفر) کارمند، ۲/۳ درصد

افسردگی است. به صورت لیکرت نمره گذاری می‌شود. بررسی‌های انجام‌شده نشان دهنده پایایی بالای آن است. چونگ و ۰/۵۵ و ضریب پایایی خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. و ضریب پایایی کلی آن ۰/۵۵ می‌باشد. ویلیامز، گلدبرگ و باری، (۱۹۸۸) چندین بررسی را انجام شده با استفاده از ۲۸-GHQ را فراتحلیل نموده و نتیجه گرفتند که اعتبار این آزمون در حدود ۰/۸۰ است. یعقوبی (۱۳۷۴) نیز حساسیت این آزمون را ۸۶٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نموده است (۱۲).

مقیاس نگرش و رابطه فرزند نسبت به مادر و پدر: این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط والتر دلبلیو هودسن<sup>۱</sup> برای اندازه‌گیری مشکلات فرزندان با والدین خود ساخته شده است ۲۵ سوال دارد در این پژوهش از شاخص نگرش فرزند به مادر<sup>۲</sup> استفاده شده و رابطه والد - فرزند را از دید فرزند اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. مقیاس نگرش فرزند نسبت به والدین (مادر) دارای میانگین آلفای ۰/۱۴ و خطای استاندارد ۴/۵۷ است از همسانی درونی عالی برخوردار است. همبستگی بازآزمایی خوبی دارد. که بیانگر پایایی و ثبات عالی است (۱۳).

## نتایج

یافته‌ها نشان می‌دهد تعداد ۳۵/۷۵ درصد (۱۴۳ نفر) دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان‌های تبریز نمره سلامت روان ندارند. تعداد ۶۴/۲۵ درصد (۲۵۷ نفر) نمره سلامت روان دارند و ۸ درصد (۳۴ نفر) از شکایات و ناراحتی جسمانی رنج می‌برند و مشکل جسمی دارند که ممکن است علامت و تظاهر اختلال روانی باشد. ۹۱/۵ درصد (۳۶۶ نفر) از نظر شکایات بدنی طبیعی هستند. ۱۲ درصد (۴۸ نفر) دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب و بی‌خوابی و ۸۸ درصد (۳۵۲ نفر) بدون اضطراب و بی‌خوابی بودند. تعداد ۳ درصد (۱۵/۵ نفر) دانش‌آموزان دختر توانایی مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره را نداشتند تعداد ۹۶ درصد (۳۸۵ نفر) کارکرد اجتماعی و حرفه‌ای طبیعی دارند و با موقعیت‌های متداول زندگی روزمره خوب کنار می‌آیند و ۱۵ درصد (۶۲ نفر) دانش‌آموزان افسردگی خفیف تا شدید دارند و تعداد ۸۴ درصد (۳۳۸ نفر) افسردگی ندارند همچنین ۱ درصد (۳ نفر) ارتباط عادی با مادر خود دارند. تعداد ۷۹ درصد (۳۱۷ نفر) دارای مشکل ارتباطی خفیف و ۲۰ درصد (۸۰ نفر) دارای استرس و مشکل ارتباطی شدید با مادر هستند و احتمال کاربرد نوعی خشونت برای

<sup>۱</sup> Walter-Whudson

<sup>۲</sup> Child's Attitude toward mother (CAM)

(۹ نفر) نانا، ۳ درصد (۱۲ نفر) نظامی، ۷/۸ درصد (۳۱ نفر) راننده و بقیه شغل‌های متفرقه داشتند. ۹۶/۳ درصد (۳۸۵ نفر) مادران خانه‌دار و بقیه شاغل دولتی و یا غیردولتی بودند. دخترانی که معدل بالا دارند ارتباط بهتری با مادر خود دارند ( $r=0.15$ ) و ( $P<0.01$ ). رابطه بین معدل و سلامت روان در سطح روان ۱/۱ معنی دار بود. هر چه معدل بالاتر باشد، فرد سلامت روان بهتری دارد. این رابطه به صورت خطی معکوس و نسبتاً ضعیف می‌باشد ( $r=-0.18$ )،  $P<0.01$ ). بین رابطه والد - دختر و سلامت روان همبستگی قوی و مثبت (۱+) وجود دارد و این رابطه در سطح روان ۱/۱ معنی دار می‌باشد دخترانی که سلامت روان دارند رابطه بهتری با مادر دارند. فرضیه اصلی ما که عبارت بود: سلامت روان با رابطه والد - فرزندی ارتباط دارد تایید گردید ( $r=0.54$ ) و ( $P<0.01$ ). بین معدل و افسردگی دانش‌آموزان همبستگی منفی وجود دارد و این رابطه در سطح ۱/۱ معنی دار است. هر چه نمره افسردگی بیشتر باشد، معدل کاهش می‌یابد ( $r=-0.2$ ) و ( $P<0.01$ ). بین معدل و کارکرد اجتماعی دانش‌آموزان همبستگی معنی دار وجود ندارد هر چه معدل بیشتر باشد میزان کارکرد اجتماعی بهتر خواهد شد ( $r=-0.25$ ) و ( $P>0.05$ ). بین معدل و اضطراب دانش‌آموزان دختر همبستگی ضعیف معنی دار در سطح ۱/۱ وجود دارد. هر اندازه اضطراب بیشتر باشد، معدل کاهش می‌یابد ( $r=-0.20$ ) و ( $P<0.01$ ). بین معدل و شکایات جسمانی همبستگی ضعیف منفی معنی دار در سطح ۵/۵ وجود دارد. هر اندازه نمره شکایات جسمانی بیشتر باشد، معدل دانش‌آموزان کاهش می‌یابد ( $r=-0.12$ ) و ( $P<0.05$ ).

## بحث

این پژوهش برای بررسی وضعیت سلامت روان دختران سال اول دبیرستان‌های تبریز، وضعیت رابطه مادر-دختر و نیز بررسی رابطه با مادر و سلامت روان انجام گرفت. پژوهش حاضر نشان داد که ۶۴/۲۵ درصد دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان نمره سلامت روان دارند و فقط ۳۵/۷۵ درصد نمره سلامت روان ندارند. از ۴۰۰ نفر تعداد ۲۵۷ نفر فاقد نشانه‌ها یا اختلال روانی و ۱۴۳ نفر دارای نشانه‌های اختلال روانی بودند. این یافته‌ها با تمامی تحقیقات صورت گرفته در ایران و خارج از کشور مطابقت دارد (دونالد و ویلیام<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱). در تحقیق آقای رضانی پور روی ۳۰۴۳ نفر دانش‌آموز دختر و پسر مقاطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان استان مازندران مشخص شد که دختران در مقایسه با پسران از نشانه‌ها و اختلالات روانی بیشتری رنج می‌برند. (۱۴) این بررسی

<sup>۱</sup> Donal & William

بیانگر این است که شیوع اختلالات روانی در دختران دو برابر پسران است. این یافته پژوهش در بیشتر بررسی‌ها از جمله هولی فیلد و همکاران (۱۹۹۰) بهار و همکاران (۱۹۹۲)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، خسروی (۱۳۷۳)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، نور بالا (۱۳۸۰)، محمدی (۱۳۸۰) گزارش شده است (۱۵).

دیده می‌شود که ۱۲٪ دانش‌آموزان از اختلال اضطرابی و بی‌خوابی رنج می‌برند و ۸۸٪ اضطراب ندارند. البته این امر نشان دهنده سلامت روان آنها نیست، ممکن است از سایر اختلالات روانی به غیر از اضطراب رنج ببرند. اصولاً اضطراب هسته اصلی تمام اختلالات روانی است. اختلال اضطرابی در بین نوجوانان دختر بیش از پسران نوجوان است و حدود نصف کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی از سایر اختلالات همراه مانند افسردگی و یا اختلالات رفتاری از قبیل پرخاشگری، کمرویی و احساس ناراحتی در موقعیت‌های ناآشنا رنج می‌برند. بالاترین سن شیوع اختلالات روانی در نوجوانان ۱۸ سال می‌باشد که از آن به بعد به تدریج از شیوع آن کاسته می‌شود (۱۶).

یک بررسی در ۲۰۰۱ در آمریکا نشان داد که ۱۱/۷٪ افراد ۱۸-۲۵ ساله، ۷/۹٪، ۴۶-۲۶ ساله، ۴/۹٪ افراد ۵۰ ساله و بالاتر اختلال روان‌پزشکی داشتند. در همه سنین مانند تحقیق حاضر درصد شیوع این اختلالات در بین دختران بیشتر از پسران بود (۸/۷٪ در برابر ۵/۶٪) (۱۷). تعداد ۳/۸٪ نوجوانان دختر در کارکرد اجتماعی اختلال دارند و ۹۶/۲۵٪ با موقعیت‌ها و مسایل روزمره به خوبی کنار می‌آیند (۱۸). برای بهبود روابط اجتماعی و بین فردی نوجوانان آموزش مهارت‌های اجتماعی و روش حل مساله نقش بسیار بسزایی دارند. در ناکامی و سرخوردگی‌های اجتماعی فرد عصبانی می‌شود و زمینه ساز ابتلا افسردگی، اضطراب و اختلالات روان تنی فراهم می‌گردد (۱۹). مهارت اجتماعی و ابراز وجود، نمره سلامت عمومی را کاهش می‌دهد (بهتر می‌شود)، ۱۵٪ دانش‌آموزان از افسردگی رنج می‌برند و ۸۴٪ فاقد افسردگی می‌باشند. در این پژوهش اضطراب و افسردگی شیوع بالایی در بین دانش‌آموزان دختر دارد. این امر با تحقیقات ایرانی و خارجی مطابقت دارد به نظر می‌رسد با افزایش سن حداکثر تا ۳۰ سالگی میزان شیوع افسردگی یقیناً از ۱۵٪ بالاتر می‌رود (۲۰). افسردگی به قدری شیوع دارد که از آن به عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود و تا ۲۰-۱۵ سال آینده دومین بیماری شایع در سطح جهان خواهد شد. این بیماری به علت‌های گوناگون مانند حوادث زندگی، آسیب پذیری‌های ژنتیکی، مزاجی و شخصیتی، شناختی، روابط بین فردی روی می‌دهد. به علت سن کم و تغییرات شناختی، اجتماعی، هیجانی و جسمانی علایم ویژه افسردگی

نوجوانان متفاوت از علایم افسردگی بزرگسالان است. نوجوانان از نظر شناختی، اجتماعی، هیجانی یا زیست شناختی توانایی تجربه و بیان علایم افسردگی مانند بزرگسالان را ندارند و کودکان به صورت خلق افسرده یا ابراز ناامیدی بیماری خود را بیان نمی‌کنند. نوجوانان افسردگی را بیشتر به صورت علایم جسمانی نشان می‌دهند. به تدریج لذت نبردن از زندگی و کندی روانی - حرکتی افزایش می‌یابد. شکایات بدنی و ظاهر فیزیکی افسرده‌وار با افزایش سن کاهش می‌یابد. شیوع افسردگی در بین نوجوانان ۵۰-۲۱٪ گزارش شده است. افسردگی در دوران کودکی ۳-۱ درصد شیوع دارد. اختلال افسردگی از دوران کودکی و بتدریج شروع می‌شود. ۷۵٪ افراد مبتلا تا سن ۲۶ سالگی قبلاً افسردگی را تجربه کرده‌اند و ۲۵٪ افراد بین سنین ۲۶-۲۱ سالگی برای اولین بار به افسردگی دچار می‌شوند. زنان دو برابر مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند. در ۴۰-۲۵ درصد دختران نوجوان به افسردگی مبتلا می‌شوند. در صورتی که ۳۵-۲۰ درصد پسران نوجوان به این بیماری مبتلا می‌شوند. (۲۱) یافته‌های جدید نشان می‌دهد که افسردگی نسبت به دهه‌های گذشته حتی قبل از دوران نوجوانی آغاز می‌شود و تا بزرگسالی تداوم می‌یابد. کودکان و نوجوانانی که به افسردگی مبتلا می‌شوند، ممکن است در بزرگسالی از بیماری‌های شدیدتری رنج ببرند. اگر افسردگی همراه اختلال رفتاری و کرداری، سوء مصرف مواد و الکل شود، خطر خودکشی مضاعف می‌شود. متأسفانه افسردگی اغلب توسط اعضای خانواده و حتی پزشکان خوب شناخته نمی‌شود و اصولاً ۵۰ درصد بیماران افسرده، بیماری خود را چیزی غیر از افسردگی می‌دانند و جهت درمان مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه بیماری آنها ناشناخته می‌ماند (۲۲). متأسفانه می‌توان گفت کمتر از یک درصد دانش آموزان دختر ارتباط نرمال با مادر خود دارند و از این ارتباط رضایت دارند. ۷۹ درصد مشکل ارتباطی خفیف و ۲۰ درصد مشکل ارتباطی شدید و خشونت گرا با مادرشان دارند. دلیل عمده ناراضی‌داری دختران از روابط با مادر عدم سلامت روان آنهاست. با این وجود ممکن است خود والدین از سلامت روان برخوردار نباشند و یا سبک تربیتی آسیب‌زا داشته باشند. یا مادران آنها زمان و وقت کافی جهت برقراری ارتباط کلامی و عاطفی به دختران خود اختصاص نمی‌دهند و غرق در کار و امور روزمره خود شده‌اند (۲۳). از طرف دیگر این ناراضی‌داری ارتباط ممکن است ناشی از تغییرات و بحران دوران بلوغ باشد. در دوران کودکی، دختران دیگر پیرو هستند اما در دوران نوجوانی این امر به عدم اطاعت و شورش علیه والدین و قوانین و مقررات جامعه منجر می‌گردد. در تحقیقی که درباره ارتباط با والدین روی ۳۷۵ پسر و ۴۹۶ دختر ۱۷-۱۶ ساله صورت گرفت، همسو و هماهنگ با نتایج پژوهش ما نشان داد افرادی که از حداقل روابط مادرانه برخوردار

بوده‌اند، علایم و ناراحتی‌های روانی بیشتری نشان داده‌اند (باچر ۱۹۹۸) (۲۴). در این پژوهش ناراضی‌داری دختران از رابطه با مادر احتمال دارد مربوط به شکاف نسل‌ها باشد. شکاف بین نسل‌ها یکی از مباحث روان‌شناسی خانواده در جهان معاصر است. بسیاری از دانشمندان علوم رفتاری معتقدند که این شکاف روز به روز عمیق‌تر و فاجعه‌آمیزتر می‌شود. یکی از مشکلات نوجوانان فرار از منزل است که بیانگر تعامل نادرست والدین و فرزندان می‌باشد. این پژوهش نشان داد که ۱۶٪ پدران و ۳۵/۷۵٪ مادران بی‌سواد بودند. میزان باسوادی در بین پدران در مقایسه با مادران در تمامی مقاطع تحصیلی بیشتر بود. این امر عمدتاً به مسایل فرهنگی - اجتماعی مربوط می‌شود. اما در دهه اخیر این رابطه برعکس شده است و در حدود ۶۰٪ دانشجویان دانشگاه‌ها را دختران تشکیل می‌دهند. در تحقیق فعلی بیش از ۹۶٪ دانش‌آموزان دختر متولد تبریز بودند و تعمیم نتایج این پژوهش به سایر شهرهای ایران باید با احتیاط صورت گیرد. ۹۶/۳٪ مادران خانه‌دار و ۲۵٪ پدران دارای شغل آزاد و ۱۴٪ کارمند بودند. حضور بیشتر مادر در منزل و شاغل نبودن آن سبب تعارض و درگیری بیشتر با فرزندان می‌شود. افرادی که دارای شغل بیرون از منزل هستند به علت برقراری روابط اجتماعی روابط بهتری با افراد خانواده برقرار می‌کنند. شاید فراوانی بالای اختلال ارتباطی دختر - مادر به دلیل حضور بیشتر مادر در منزل باشد (۲۵) (۲۶). بین معدل و ارتباط با مادر رابطه معنی‌دار وجود دارد. معدل بالا سبب ارتباط بهتر با مادر می‌شود و البته این به معنی رابطه علت و معلولی نمی‌باشد. شاید عامل دیگر مثلاً سلامت روان باعث این رابطه رضایت بخش بین مادر - دختر گردد. معدل بالا و عملکرد خوب شغلی بیانگر برخورداری از سلامت روان است. (۱۸)  $r = -0.11$ ,  $p < 0.01$  بین رابطه مادر- دختر و سلامت ارتباط قوی وجود دارد و در سطح ۱٪ این رابطه معنی‌دار است (۵۴)  $r = 0.01$  و  $p < 0.01$ . دخترانی که سلامت عمومی دارند مسلماً رابطه رضایت بخش‌تری با مادر دارند و تحقیقات خارجی و داخلی دال بر این مدعاست. بین معدل و افسردگی در سطح ۱٪ رابطه معنی‌دار وجود دارد (۲۰)  $r = -0.20$  و  $p < 0.01$ . با افزایش اضطراب و تشویش میزان معدل کاهش می‌یابد. این امر در تحقیقات صورت گرفته به اثبات رسیده است. بین معدل و جسمانی کردن و معدل در سطح ۵٪ همبستگی منفی ضعیف معنی‌دار وجود دارد (۱۲)  $r = 0.05$  و  $p < 0.05$ . با کاهش

-وضعیت رابطه دختر-پدر و پسر - مادر و ارتباط آن با سلامت روان در نوجوانان مقاطع راهنمایی و دبیرستان بررسی و مقایسه شود.

-هر سال حداقل یک بار دانش آموزان از نظر وجود اختلالات روانی با آزمون های تشخیصی بررسی گردند.

-کلاس های آموزش بهداشت روان و مهارت های زندگی برای نوجوانان برگزار شود و به کلاس های آموزش خانواده توجه بیشتری مبذول گردد.

### سیاسگزاری

از تمامی افرادی که ما را در این تحقیق یاری کردند، به ویژه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مدیران و کارشناسان نواحی آموزش و پرورش تبریز تشکر و قدردانی می نماید.

سلامت عمومی و افزایش ناراحتی بدنی و جسمی معدل دانش آموزان افت پیدا می کند (۲۶،۲۵).

بنابراین نتیجه می گیریم که اکثر دانش آموزان دبیرستان های دخترانه تبریز از سلامت روان برخوردار نیستند. اضطراب و افسردگی در بین آنها شیوع بالایی دارد. از طرف دیگر بیش از ۸۰ درصد دانش آموزان ارتباط و تعامل طبیعی با مادر خود ندارند و برای رسیدن به خواست های خود از خشونت و پرخاشگری استفاده می نمایند. مشخص شد دانش آموزانی که نمره سلامت روان خوبی دارند ارتباط بهتری با مادر و سایر اطرافیان دارند و در کارکردهای زندگی موفق تری باشند.

### پیشنهادهای

-سلامت روان دانش آموزان دختر سال دوم-سوم و پیش دانشگاهی بررسی و مقایسه گردد.

### منابع:

- آقایی ا. مشکلات ارتباطی خانواده و تاثیر آن بر بهداشت روان. ماهنامه پیوند، دی ۱۳۸۲، شماره ۲۹۱ صفحات ۲۱-۱۶
- نوشین پ، بهرامی م، یوسف س، واحدیان م، همه گیرشناسی اختلالات روانی. فصلنامه علمی-پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال هفتم، ۱۳۸۴ شماره ۲۵-۲۶ صفحه ۵۸
- ماهیار آ. بلوغ جسمی و روانی در دختران چاپ اول، تهران، انتشارات آزاده. ۱۳۸۲ صفحات ۷۴-۷۹
- پورافکاری ن. خلاصه روانپزشکی، جلد دوم، تهران، انتشارات آزاده، ۱۳۸۳، صفحات ۳۳۰-۳۲۵
- شفقی ع. تاثیر ارتباط های خانوادگی بر سلامت روان. ماهنامه پیوند، دی ۱۳۸۲، شماره ۲۹۷، صفحات ۲۱-۱۶
- کیهان نیا ا. نوجوانان چه می گویند. انتشارات مادر، چاپ دوم، سال ۱۳۷۶، صفحات ۲۹-۱۹
- حیدری پهلوان ا، فرزادسیر، ک، اقبالیان م. بررسی عوامل روانی-اجتماعی و آموزشی موثر بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان شاهد استان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار شماره ۲۱، تابستان ۱۳۷۹، صفحات ۷۶-۶۸.
- زهره خ، زهره د، رفعتی م. نقش حالت های خلقی بر ارزیابی دانش آموزان از توانایی مشکل گشایی خود. فصلنامه اندیشه و رفتار شماره ۱۳، تابستان ۱۳۷۷، صفحات ۴۲-۳۷.
- شهبیدی ش، قازیان ف، امامی م. رابطه با والدین و مدرسه، آینده نگری و بهداشت روانی در نوجوانان دختر و پسر. نخستین کنگره انجمن روانشناسی ایران، ۱۳۷۶، صفحه ۱۵
- موسوی ا. بررسی عملکرد نظام خانوادگی و بهداشت روانی اعضا خانواده. فصلنامه اندیشه و رفتار شماره ۲۲ و ۲۳، ۱۳۷۹، صفحات ۹۴-۸۸.
- Sarab LS, Stewart-Brown LF, Michael E.J. wads worth. Parent – child relationships and health problems in a adulthood in three UK national birth cohort studies. Eur Public Health Adv Aug 2005.pp.640-646
- دادستان پ. استرس. انتشارات رشد، چاپ اول ۱۳۷۷. صفحات ۱۸۳-۱۸۴.
- ثنایی ب، مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. انتشارات بعثت، چاپ اول، ۱۳۷۹. صفحات ۱۰۳-۱۰۱
- رمضانی پور ع. بررسی سلامت روانی دانش آموزان دوره های تحصیلی راهنمایی و متوسط استان مازندران. دومین کنگره انجمن روان شناسی ایران، اردیبهشت ۱۳۸۵. صفحات ۲۵۱-۲۴۷

21. Merrly S, Mcdowell H, Hetrick Bir S Mullers psychological and interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Rev* 2004, pp.90-104.
22. Petersen AL, B.E.Compa, J, Brooks- Gunand M. stemmler. Depression in adolescence. *Am Psycho*, 1993; 48: 155-68.
23. Allison BN, Schltz JB. Parent-adolescence conflict in early adolescence, spring, 2004. pp. 40-50
24. Cautin RL, Overholser JC. Relates to manifestation of adolescent psychopathology: assessment of mode of anger expression in adolescence psychiatric in patients. *Adolescence*, 2001; 36: 163-70.
۲۵. فخاری، ع و همکاران. آموزش بهداشت روان برای دانش آموزان سال اول دختران دبیرستانی تبریز و ارتباط آن با نمره سلامت عمومی، ۱۳۸۴. صفحات ۳۲-۳۰.
۲۶. سادات م ع، رفتار والدین با فرزندان. انتشارات انجمن اولیاء و مربیان، چاپ پنجم ۱۳۷۶. صفحات ۳۶-۳۵.
۱۵. حسینی فرد س م، بی رشک ب، عاطف وحید، م.ک. همه گیرشناسی اختلال های روانی در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان. اندیشه و رفتار، سال ۱۱، شماره ۱۰، بهار ۱۳۸۴. صفحات ۷۱-۸۰
16. Htlale WW, Engels R. Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent generalized anxiety disorder symptoms. *Adoles* 2002; 25: 231-42.
17. Bastom K. Adolescence with mental health problems: what do they say about health services? *Adoles* 2002; 25: 231-42
18. www.Hopelive.com
۱۹. حسینیان س. بررسی رابطه آموزش مهارت های زندگی و نگرش نسبت به زندگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان. دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، اردیبهشت ۱۳۸۵. صفحات ۱۴۰-۱۳۶
20. Muris, schwidt, lambrichs 8 Meesters. muris, H. Schmidt, R. protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Res therap* 2001; 39: 555-65