



**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان**  
**معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه**

**مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت**

**گزارش نهایی طرح تحقیقاتی تحت عنوان:**

**مقایسه دانش آموزان مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) با دانش آموزان  
مدارس عادی از نظر ویژگی های روانشناختی (مشکلات و توانایی ها) (۱۳۹۸)**

**مجریان :**

**دکتر مجید میرمحمدخانی**

**دکتر محدثه پاک نظر**

**همکار طرح:**

**دکتر نعمت ستوده اصل**

**سال اجرای طرح: ۱۳۹۸**

این طرح‌های تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه به شماره طرح .....،  
دارای تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان به شماره:  
IR.SEMUMS.REC.1397.278 مورخ ۹۷/۱۱/۳۰، و دارای شماره ثبت در مرکز  
کارآزمایی بالینی ایران به شماره: ..... می‌باشد.

## آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در ارتباط با نتایج پژوهش های علمی

### دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان

**مقدمه:** با عنایت به سیاست های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش های علمی که تحت عنوانین پایان نامه، رساله، و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حق نشر و تکثیر پایان نامه، رساله، گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدیدآورندگان محفوظ خواهد بود.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه، رساله، و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه باشد.

**تبصره ۱:** در مقالاتی که پس از دانش آموختگی به صورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه، رساله، و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، ...) حاصل از نتایج پایان نامه، رساله، و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی و فناوری اطلاعات دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام شود.

**تبصره ۱:** در انتشار کتب یا مقاله استخراج از پایان نامه ها (یا رساله) و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی لازم است آدرس اول نویسنده اول و مسئول (دانشجو یا اساتید) از دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان باشد، حتی اگر محققین از این دانشگاه فارغ التحصیل یا به مؤسسه دیگری منتقل شده باشند. در مواردی که بودجه پژوهش با مشارکت مرکز خارج دانشگاه تأمین شده باشد، آدرس یکی از نویسندگان اول یا مسئول باید دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان باشد.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان نامه، رساله، و تمامی طرح های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی مجری طرح و از طریق معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه انجام گیرد.

«اینجانب ..... مجری طرح های تحقیقاتی شماره ..... متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش های علمی دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان را در انتشار یافته های علمی مستخرج از پایان نامه، رساله، و گزارش نهایی طرح های تحقیقاتی رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق به دانشگاه وکالت می دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله بر اساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدین وسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.»

امضا:

تاریخ:

**تقديم به :**

همه تلاشگران عرصه‌های

**تعليم و تربيت**

و

**بهداشت و سلامت**

که دوشادوش برای ارتقاء دانش و سلامت

**نوجوانان و جوانان**

این مرز و بوم

تلاش می‌کنند.



## تشکر و قدردانی

این تحقیق با تایید و حمایت مشترک مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی سمنان و اداره کل آموزش و پرورش استان سمنان انجام شد. بدینوسیله از اعضای شوراهای پژوهشی و مسئولین ارشد پژوهشی و اجرایی هر دو سازمان تشکر و قدردانی می‌گردد.

مجریان طرح لازم می‌دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از دانشجو معلمان علاقمند و ساعی دانشگاه فرهنگیان استان سمنان (به شرح اسامی ذیل) که در جمع آوری و ثبت داده‌ها نهایت همکاری و کمک را داشته اند، اعلام نمایند:

خانمها: ریحانه رهبر، سیده فاطمه کسایان، زهرا یوردخانی و مهدیه اصفهانی فرد

آقایان: مهدی خراشی، علی گلی و حمیدرضا یونسین

همچنین از زحمات و همکاری‌های جناب آقای مهدی عاشوری (ناظر اجرائی از طرف آموزش و پرورش)، سرکار خانم دکتر بهناز بهنام (روانپزشک و ناظر علمی طرح از طرف دانشگاه) و جناب آقای دکتر راهب قربانی (متخصص آمار زیستی و ناظر علمی طرح از طرف آموزش و پرورش) تشکر و قدردانی می‌گردد.

## چکیده

**مقدمه و هدف:** تاکنون در خصوص ویژگی‌های روانشناختی نوجوانان مطالعات متعددی انجام شده است، اما با توجه به تجربه تفکیک مدارس خاص از مدارس عادی در دوره متوسطه این سوال مطرح است که آیا این ویژگی‌ها با نوع مدرسه ارتباط دارد یا نه. هدف از انجام این مطالعه، مقایسه ویژگی‌های روانشناختی دانش‌آموزان مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) استان سمنان با دانش‌آموزان مدارس عادی از نظر سلامت روان بوده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی در مدارس دولتی پسرانه و دخترانه دوره اول متوسطه استان سمنان در دوگروه خاص (تیزهوشان و نمونه) و عادی انجام شد. اطلاعات زمینه‌ای با استفاده از پرسشنامه از دانش‌آموزان و والدین ایشان اخذ شد. برای سنجش سلامت روان از پرسشنامه استاندارد توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) استفاده شد. تحلیل آماری با SPSS-24 و در سطح معنی‌داری ۵٪ انجام شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۶۲۴ (۳۰۴ پسر و ۳۲۰ دختر) دانش‌آموز شاغل به تحصیل در دوره اول متوسطه در استان سمنان، از ۲۴ مدرسه دولتی شهرهای سمنان، شاهرود، دامغان و گرمسار شرکت کردند. ۲۹۱ دانش‌آموز (۴۶٫۶٪) محصل مدارس خاص و بقیه (۳۳۱ نفر) محصل مدارس عادی بودند (۵۳٫۴٪). از نظر وضعیت کلی سلامت روان، شیوع درجات کم تا زیاد مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان به طور کلی ۲۴٫۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲۱٫۳٪ تا ۲۸٫۱٪) برآورد شد به طوری که این عدد در دانش‌آموزان دختر ۲۴٫۷٪ و در دانش‌آموزان پسر ۲۴٫۷٪ بود که تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ( $p=0.442$ ). شیوع مشکلات در مدارس خاص ۱۸٫۵٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۴٫۱ تا ۲۳٫۰) از در مدارس عادی ۲۹٫۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹٫۹ تا ۲۹٫۴) به طور معنی‌دار بیشتر بود ( $p<0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس عادی نسبت به مدارس خاص بیشتر بود. غربالگری به هنگام و مداخلات صحیح و علمی با تاکید و توجه به دانش‌آموزان مدارس عادی -به‌خصوص دختران پایه اول- پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** سلامت روان، دانش‌آموزان، دبیرستان، استعدادهای درخشان





## فهرست مطالب

۱-۱	بیان مسئله و ضرورت انجام تحقیق:	۱۱
۱-۲	اهداف	۱۴
۱-۲-۱	اهداف اصلی	۱۴
۱-۲-۲	اهداف فرعی	۱۴
۱-۳	فرضیات پژوهش (یا سوالات پژوهش)	۱۴
۱-۴	تعریف واژه‌ها	۱۵
۲-۱	کلیات پژوهش	۱۷
۲-۲	مرور بر مطالعات مشابه	۱۹
۳-۱	نوع پژوهش	۲۳
۳-۲	جامعه پژوهش	۲۳
۳-۳	نمونه پژوهش	۲۳
۳-۳-۱	روش نمونه‌گیری	۲۳
۳-۳-۲	حجم نمونه	۲۴
۳-۳-۳	مشخصات واحدهای مورد پژوهش	۲۵
۳-۴	محیط پژوهش	۲۶
۳-۵	ابزار گردآوری داده‌ها	۲۶
۳-۵-۱	اعتماد و اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها	۲۶
۳-۶	روش کار	۲۷
۳-۷	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	۲۸
۳-۸	محدودیت‌های پژوهش	۲۸
۳-۹	ملاحظات اخلاقی	۲۸
۳۰	نتایج پژوهش	۳۰
۱-۴	توزیع فراوانی دانش آموزان	۳۰
۲-۴	وضعیت سلامت روان دانش آموزان	۳۶
۳-۴	مقایسه مدارس خاص و غیر خاص به تفکیک مشخصات دانش آموزان	۴۳
۵-۱	بحث یافته‌ها	۵۰
۵-۲	نتیجه‌گیری	۵۳
۵-۳	پیشنهادهای	۵۳
۵۵	فهرست منابع	۵۵

# فصل اول

معرفی پژوهش

## ۱-۱. بیان مسئله و ضرورت انجام تحقیق:

"سلامت روان" یک واژه کلی است که با ویژگی های روانشناختی انسان ها ارتباط تنگاتنگی دارد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان شامل "احساس خوب بودن" است که فرد را قادر به شناسایی توانایی های خود و تطابق با استرس های معمول زندگی و کار تولیدی جهت سازندگی جامعه خودمی کند. لذا توانمندی ها و مشکلات افراد تا حد زیادی مربوط به سطح سلامت روانی ایشان است [۱].

در جوامع امروز حفظ و ارتقای سلامت روان به یک دغدغه مهم تبدیل شده است به طوری که بار مالی و روانی زیادی را به مردم تحمیل می کند. در این میان متأسفانه در صد قابل ملاحظه ای از کودکان و نوجوانان دارای علائم و نشانه های مشکلات روحی و رفتاری هستند، به گونه ای که شیوع مشکلات جدی در میان این گروه سنی ، ۳ تا ۱۸ درصد تخمین زده شده است [۲، ۳].

مشکلات مربوط به سلامت روان در کودکان و نوجوانان شامل مواردی نظیر اضطراب، افسردگی ، بیش فعالی و وجود مشکل در برقراری ارتباط با افراد جامعه یا با همسن و سالان می باشد . عدم شناسایی این اختلالات و بی توجهی نسبت به تشخیص و درمان آنها ، نه تنها در سطح فردی بر روی عملکرد و کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان اثر منفی می گذارد، بلکه بدلیل آن که معلول عوامل متعدد و پیچیده اجتماعی است ، مسئولیت مهمی را بر دوش جامعه خصوصا سیاست گذاران بهداشتی می گذارد. این مشکلات خود باعث ایجاد عوارض بد در زندگی کودکان و نوجوانان و آینده ایشان می شود که شامل اختلال در فرایند تحصیل ، سو مصرف مواد ، اقدام به خودکشی و بروز اختلالات و علائم جسمی است [۴-۹].

علیرغم وجود قابل توجه مشکلات روانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان ، تعداد زیادی از آنها کمک مناسبی جهت رفع این مشکلات در یافت نمی کنند و مهمترین علت این است که خانواده ها در اغلب موارد قادر به قضاوت صحیح در خصوص وجود احتمالی مشکل در رفتارهای کودک و نوجوان خود نبوده ، درک درستی از احساسات و نیاز های روانی ایشان

ندارند. در کنار مشکلات، شناسایی و تقویت توانمندی های کودکان و نوجوانان نیز می تواند به آنها در داشتن زندگی بهتر و رشد و تکامل موثر تر کمک کند [۴, ۹].

سلامت روان در طیف مشکلات و توانمندی ها در کودکان و نوجوانان حیطه های گوناگونی دارد. طبق یک نوع طبقه بندی این حیطه ها شامل مشکلات عاطفی، اختلالات سلوک، اختلال بیش فعالی، مشکل با همسالان و مشکلات همیاری اجتماعی می شود. مشکلات عاطفی به بروز تشدید یافته و غیر طبیعی احساسات و عواطف کودک یا نوجوان نسبت به سن تکامل او گفته می شود، مانند ترس، اضطراب و غم. اختلال سلوک، یک الگوی رفتاری مکرر و دایمی است که در آن حقوق اساسی دیگران یا قوانین و هنجارهای اجتماعی اصلی البته در تناسب با سن زیر پا گذاشته می شود. بیش فعالی و همیاری اجتماعی نیز مربوط به تعامل یا ارتباط کودک، و یا نوجوان با همسن و سالان و همکلاسی ها در محیط بیرون از خانه و اعضای فامیل و خانواده می شود [۱۰, ۱۱].

در برنامه آموزشی جاری در کشور ایران مدارس دولتی از نظر محیط و ساختار در دوره متوسطه به دو دسته مدارس خاص (شامل مدارس استعداد های درخشان و نمونه دولتی) نیز مدارس عادی تقسیم می شوند. محتوای آموزشی تمامی این مدارس یکسان است ولی دانش آموزان مدارس خاص از طریق آزمون ورودی برگزیده می شوند. در این مدارس بر برخی از دروس علوم پایه و علوم انسانی تاکید بیشتری می گردد. علاوه بر این کادر آموزشی و اداری مدارس خاص گزینش می شوند و سعی بر این است که افراد با توانایی بالاتری در این مدارس بکار گرفته شوند. بطور خلاصه می توان گفت تفاوت اصلی مدارس خاص با مدارس عادی در میزان حجم تکالیف درسی، شیوه های آموزشی و تدریس و برنامه آموزشی متفاوت است. این تفکیک علی رغم فرصتهایی که مورد انتظار است برای دانش آموزان ایجاد نماید، در عمل چالش هایی نیز ایجاد نموده است [۱۲-۱۴].

تاکنون در خصوص مشکلات و توانایی های دانش آموزان از دیدگاه سلامت روان در گروه های مختلف سنی مطالعات متعددی انجام شده است [۲, ۴, ۵, ۸, ۱۵, ۱۶]. اما با توجه به تجربه تفکیک مدارس خاص از مدارس عادی در دوره متوسطه این سوال مطرح می شود که آیا این تفکیک ارتباطی با ویژگی های روانشناختی دانش آموزان - خصوصاً وضعیت سلامت روانی ایشان - دارد یا نه.

استرس و فشار روانی مخرب حاصل از آزمون ورودی این مدارس بر دانش آموزان - خصوصا دانش آموزان پایه ششم ابتدایی و پایه نهم (سال آخر متوسطه اول) - همواره از دغدغه های والدین و متولیان آموزش و پرورش در سالهای اخیر بوده است [۷، ۹، ۱۷-۱۹]. ورود موسسات علمی گوناگون جهت آماده سازی برای این آزمونها با هدف اصلی سود آوری (بعضا بدور از کیفیت آموزشی و علمی لازم)، چاپ کتابهای کمک آموزشی غیر استاندارد و ... از دیگر آسیبهای این آزمونهاست [۱۴]. سرخوردگی و کاهش اعتماد به نفس دانش آموزان علاقمند و مستعدی که به دلایل مختلف، موفق به ورود به مدارس خاص نشده اند نیز قابل توجه است [۹، ۱۳، ۱۴، ۱۹].

علی رغم توجه جدی مسئولین بهداشتی و محققین در کشورهای توسعه یافته به این امر مهم، و به نسبت اقداماتی که در آن کشور ها انجام شده است، نیاز به انجام مطالعات بیشتر اپیدمیولوژیک و جامعه نگر به خصوص در کشورهای در حال توسعه در زمینه سلامت روان در کودکان و نوجوانان و ارتباط آن با عوامل خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی وجود دارد و کشور ایران نیز از این مسئله مستثنی نیست. یکی از مهمترین عوامل اجتماعی محیط آموزشی یا همان مدرسه است که نباید نقش آن را بر سلامت روان کودکان و نوجوانان از یاد برد [۱۱].

با توجه به تفاوت های موجود میان مدارس خاص و عادی در نظام آموزشی دولتی کشور، هم در مرحله گزینش و پذیرش دانش آموز و هم از نظر سطح، کیفیت و محتوای آموزشی قابل ارائه به دانش آموزان در این دو نوع مرکز آموزشی، این سوال وجود دارد که آیا دانش آموزان شاغل به تحصیل در این دو گروه از مدارس از نظر مشکلات سلامت روان با یکدیگر تفاوتی دارند یا نه و نقش احتمالی مهمترین عوامل زمینه ای شامل جنسیت دانش آموز، مقطع و رشته تحصیلی او بر این تفاوت ها چیست؟

هدف از پیشنهاد انجام این مطالعه، مقایسه ویژگی های روانشناختی دانش آموزان مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) شهرستان سمنان با دانش آموزان مدارس عادی از نظر مشکلات و توانمندی های ایشان به عنوان ابعادی مهم از سلامت روان با در نظر گرفتن شرایط تحصیلی، زمینه ای و اجتماعی دانش آموزان می باشد. بدیهی است نتایج مطالعه می تواند در شناسایی گروه های در معرض خطر در جمعیت دانش آموزان دوره متوسطه و پیش بینی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه به مسئولین ذی ربط کمک نماید.

## ۱-۲. اهداف

### ۱-۲-۱. اهداف اصلی

تعیین شیوع و مقایسه مشکلات سلامت روان دانش آموزان مقطع دوره اول متوسطه مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) استان سمنان با دانش آموزان مدارس عادی

### ۱-۲-۲. اهداف فرعی

-تعیین شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مقطع دوره اول متوسطه مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) استان سمنان به طور کلی و به تفکیک هر حیطه (عاطفی،سلوک، بیش فعالی، مشکل با همسالان و همیاری اجتماعی)

-تعیین شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مقطع دوره اول متوسطه مدارس عادی استان سمنان به طور کلی و به تفکیک هر حیطه (عاطفی،سلوک، بیش فعالی، مشکل با همسالان و همیاری اجتماعی)

-تعیین شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مقطع دوره اول متوسطه مدارس خاص (استعدادهای درخشان و نمونه دولتی) و عادی استان سمنان به تفکیک جنس، پایه تحصیلی، شغل و تحصیلات والدین، محل سکونت، وضعیت درآمد خانواده، شهر محل تحصیل

-مقایسه دانش آموزان مقطع دوره اول متوسطه مدارس خاص و عادی از نظر مشکلات سلامت روان با در نظر گرفتن سایر متغیرها (جنس، رتبه تولد، پایه تحصیلی، شغل و تحصیلات والدین، محل سکونت، وضعیت درآمد خانواده، شهر محل تحصیل)

### ۱-۳. فرضیات پژوهش (یا سوالات پژوهش)

شیوع مشکلات سلامت روان دانش آموزان مدارس خاص و عادی دوره اول متوسطه با یکدیگر متفاوت است.

## ۴-۱. تعریف واژه‌ها

### مشکلات سلامت روان:

تعریف نظری: "سلامت روان" یک واژه کلی است که با ویژگی‌های روانشناختی انسان‌ها ارتباط تنگاتنگی دارد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان شامل "احساس خوب بودن" است که فرد را قادر به شناسایی توانایی‌های خود و تطابق با استرس‌های معمول زندگی و کار تولیدی جهت سازندگی جامعه خودمی‌کند (لذا توانمندی‌ها و مشکلات افراد تا حد زیادی مربوط به سطح سلامت روانی ایشان است [۱، ۲۰]). برای سلامت روان از بعد مشکلات (و توانمندی‌ها) در کودکان و نوجوانان حیطه‌های گوناگونی تعریف شده است. طبق یک نوع طبقه‌بندی این حیطه‌ها شامل مشکلات (یا توانمندی‌های) عاطفی (Emotional)، سلوک (Conduct)، بیش‌فعالی (ADHD)، ارتباط با همسالان (Peer) و نیز یک حیطه کاملاً جداگانه و تاحدی مستقل با عنوان همپاری اجتماعی (Prosocial) می‌شود [۱۰، ۱۱].

تعریف عملیاتی: در این مطالعه مشکلات سلامت روان به طور کلی و به تفکیک هریک از حیطه‌های فوق براساس نمرات محاسبه شده طبق پرسشنامه SDQ که توسط دانش‌آموز و والدین او تکمیل و توسط محقق نمره دهی می‌گردد گزارش شده و افراد در چهار گروه نزدیک به طبیعی، کمی افزایش یافته، افزایش یافته و خیلی افزایش یافته قرار می‌گیرند. درواقع انتظار می‌رود افراد نزدیک به طبیعی دارای توانایی‌های طبیعی باشند، اما بقیه ممکن است درجاتی از مشکل را از کم تا زیاد در آن حیطه داشته باشند. این گروه بندی با توجه به معکوس بودن نمرات در حیطه همپاری اجتماعی به صورت نزدیک به طبیعی، کمی کاهش یافته، کاهش یافته و خیلی کاهش یافته تعریف می‌شوند.

# فصل دوم

کلیات پژوهش  
و مروری بر مطالعات مشابه



## ۱-۲. کلیات پژوهش

### نظام آموزش و پرورش ایران

نظام آموزش و پرورش نوین ایران، همانند سایر نظام‌ها در کوشش برای تدارک امکانات و تسهیلات آموزشی، با در نظر گرفتن اهداف و نیازهای جامعه از کودکان، دبستان‌ها، دبیرستان‌ها، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تشکیل شده است. مقدمات ایجاد این نظام، از زمان تأسیس دارالفنون، در سال ۱۲۲۸ هجری شمسی و وزارت علوم در ۱۳۳۲ هجری شمسی فراهم شد و بعد از انقلاب مشروطیت به تدریج سازمان و جایگزین مکتب‌خانه‌ها شد [۱۲].

انقلاب مشروطیت، به صدور فرمان و تدوین قانون اساسی و متمم آن در سالهای ۱۲۸۵ و ۱۲۸۶ هجری شمسی در خصوص نظام آموزش و پرورش انجامید و همزمان با آن، تقاضاهای اجتماعی برای آموزش و پرورش افراد جامعه نیز فزونی گرفت. اصل هجدهم متمم قانون اساسی مشروطیت تحصیل و تعلیم علوم و معارف و صنایع را مگر آنچه شرعاً ممنوع باشد، آزاد اعلام می‌کرد و اصل نوزدهم به متمرکز بودن آموزش و پرورش و مسئولیت دولت در تأسیس و اداره مدارس اشاره می‌کرد [۱۲].

در اوان سلطنت رضا شاه بیشترین کوشش‌ها در جهت تقویت و تجدید سازمان ارتش و تحکیم وحدت ملی و استقرار یک حکومت مرکزی قدرتمند مصروف شد. لذا، به آموزش و پرورش توجه چندانی مبذول نشد. مع هذا، قدم‌های برداشته شده مبنای اقدامات آتی شد. در این دوره، برنامه تحصیلات ابتدایی و متوسطه تدوین شد که به موجب آن، آخر هر شش سال، می‌بایستی امتحانات نهایی عمومی به عمل آید. [۱۲].

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی در ایران دوگونه مدرسه (مدارس دولتی و مدارس ملی) فعالیت داشتند. مدارس پولی که به آنها لقب ملی داده شده بود و عمدتاً برای آن دسته از خانواده‌های دایر شده بود که از توانائی پرداخت هزینه‌های بیشتر

جهت تحصیل فرزندان خود برخوردار بودند. تعداد مدارس ملی بسیار اندک بوده و به لحاظ سطح آموزش با مدارس عادی یا دولتی تفاوتی نداشت. پس از پیروزی انقلاب بحث یکسان سازی مدارس طرح گردیده و جهت جلوگیری از نظام طبقاتی در آموزش و پرورش، کلیه مدارس غیر دولتی بر مبنای تصمیم شورای انقلاب منحل و مسوولیت برنامه ریزی آموزشی کشور و نظارت بر اجرای این گونه برنامه ها مستقلا به دولت واگذار گردید. این درحالی بود که چند سال پس از پیروزی انقلاب بحث مدارس خصوصی به دلایل رشد جمعیت و محدودیت های دولت مطرح گردید و باردیگر اجازه صدور مجوز جهت احداث مدارس خصوصی به مناطق آموزشی اعطا گردید. در خرداد سال ۱۳۶۷، قانون مدارس غیر انتفاعی که طی لایحه ای تسلیم مجلس شورای اسلامی شده بود، در قالب ۲۱ ماده و ۱۵ تبصره به تصویب رسیده و به این ترتیب، مدارس غیر دولتی، به از سرگیری فعالیت خود مبادرت نمودند [۱۲]. مع الوصف آموزش در کشور ایران خدمت دولتی محسوب می گردد. بر اساس مواد قانونی ۱۹، ۲۰ و ۳۰ قانون اساسی حکومت جمهوری اسلامی ایران، دولت موظف به ارائه برنامه های آموزش ابتدایی و متوسطه رایگان به کلیه شهروندان ایرانی بدون در نظر گرفتن جنسیت، رنگ، نژاد، قومیت و... آنان می- باشد [۱۳].

## انواع مدارس در نظام فعلی آموزش و پرورش کشور

مدارس کشور در قالب ۳ گروه ذیل طبقه بندی می شوند:

(۱) مدارس دولتی

(۲) مدارس نیمه دولتی (نمونه مردمی)

(۳) مدارس غیردولتی (غیرانتفاعی)

در حال حاضر در کل کشور ۷۵ درصد مدارس، به مدارس دولتی، ۱۷ درصد به مدارس نیمه دولتی و ۸ درصد به مدارس غیردولتی اختصاص دارد [۱۳].

## مراکز آموزشی خاص برای دانش‌آموزان ممتاز

تأسیس مراکز آموزشی خاص برای دانش‌آموزان ممتاز از سال ۱۳۵۵ آغاز شده، مدارس استعدادهای درخشان زیر نظر دفتر آموزش کودکان و دانش‌آموزان استثنائی از قبل فعالیت داشته است. به موجب مصوبه یکصد و پنجاهمین جلسه مورخ ۱۳۶۷/۳/۱۰، شورای عالی انقلاب فرهنگی، کلیه امور مربوط به این‌گونه مدارس را به سازمانی با عنوان سازمان ملی پرورش استعدادهای درخشان وابسته به وزارت آموزش و پرورش محول کرده است. این سازمان متولی دسته‌ای از مدارس دولتی در کشور است که تحت عنوان مدارس سمپاد یا تیزهوشان نامگذاری شده‌اند. این مدارس با انجام آزمون ورودی و به صورت گزینشی اقدام به انتخاب و پذیرش دانش‌آموزان می‌کند [۱۴].

علاوه بر مدارس تیزهوشان دسته‌ای دیگر از مدارس دولتی تحت عنوان مدارس نمونه دولتی نیز وجود دارند که به طور خاص برای آموزش دانش‌آموزان ممتاز تأسیس شده‌اند. مدارس نمونه دولتی نیز ساختاری مشابه مدارس استعداد درخشان یا همان سمپاد دارند. مدارس نمونه دولتی نیز به صورت گزینشی عمل کرده و دانش‌آموزان خود را با آزمون برمی‌گزینند. ولی اهداف آن با مدارس تیزهوشان متفاوت است. مدارس نمونه دولتی زیر نظر مستقیم آموزش پرورش بوده و جهت حمایت از دانش‌آموزان دولتی با استعداد ایجاد شده است. فراموش نکنید که مدارس سمپاد زیر نظر سازمان پرورش استعدادهای درخشان بوده و هدف اصلی آن پرورش خلاقیت و استعداد افراد است.

### ۲-۲. مرور بر مطالعات مشابه

در مطالعه‌ای که در آلمان در سال ۲۰۰۷ توسط هولینگ و همکارانش انجام شد با استفاده از پرسشنامه‌ی مشکلات و تواناییها شیوع اختلالات روانی در گروه سنی ۳ تا ۱۶ سال بررسی شد که طبق نتایج به دست آمده شیوع کلی اختلالات ۱۸/۵٪ برآورد شد که شامل ۲۲٪ پسران و ۱۴/۸٪ دختران میشد. طبق نتایج این مطالعه بیشترین اختلالات مربوط به بعد عاطفی بود (۱۶/۳٪) به طوری که شیوع آن در دختران (۱۷/۲٪) بیشتر از پسران (۱۵/۵٪) بوده است و سایر اختلالات، اعم از اختلال سلوک، بیش‌فعالی، اختلال همیاری اجتماعی و اختلال رفتار با همسالان در پسران شایع‌تر بوده است [۲۱].

-رجبی و همکاران، در مطالعه ای به مقایسه و بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی و سلامت روان در دانش آموزان دختر مدارس عادی و تیزهوش شهرستان آباءه در ایران، در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ پرداختند. تحلیل یافته های این پژوهش نشان داد بین دانش آموزان تیزهوش و عادی در سطوح ویژگی های شخصیتی روان رنجورخویی و دروغگویی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت روان و همه سطوح آن بجز کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود داشت. ضریب همبستگی بین روان رنجور خویی و سلامت روان، پرخاشگری و سلامت روان، دروغگویی با سلامت روان در دانش آموزان تیزهوش معنادار شد. این پژوهش نشان داد که میزان دروغگویی و روان رنجورخویی، در بین دانش آموزان مدارس عادی بیشتر از مدارس تیزهوش است و همچنین دانش آموزان تیزهوش از سلامت روان بالاتری در زیرمقیاسهای علایم جسمانی و افسردگی برخوردار بودند که باعث شده آنان سبک روی آوری بهتر و مؤثرتری برای حل مسائل زندگی داشته باشند، کمتر دچار اضطراب و نگرانی شوند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار گردند[۲۲].

-نتایج بدست آمده از مطالعه ای که توسط ریاسی و همکاران در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ بر روی دانش آموزان دختر و پسر مدارس عادی و تیزهوش مقطع متوسطه شهر بیرجند در ایران انجام شد، نشان داد شیوع افسردگی در دانش آموزان تیزهوش ۲۴,۴٪ (۶۱,۱٪ خفیف، ۳۰٪ متوسط و ۶,۷٪ شدید) و در دانش آموزان عادی ۱۴,۵٪ (۴۲,۷٪ خفیف، ۲۱,۸٪ متوسط و ۶,۴٪ شدید) بود؛ شیوع افسردگی به طور معنی داری در دانش آموزان تیزهوش بالاتر از دانش آموزان عادی بود. افسردگی دانش آموزان تیزهوش نیز به طور معنی داری بالاتر از دانش آموزان عادی بود [۴].

در یک مطالعه مروری نظام مند و فراتحلیل این طور نتیجه گیری شد که بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیکی انجام شده برای مقایسه سلامت روانی دانش آموزان ممتاز و تیزهوش با سایر دانش آموزان عمدتاً جامعه ای را می سنجد که دانش آموزان به آن تعلق دارند و حقیقتاً خود دانش آموزان مورد قیاس قرار نمی گیرند. نویسندگان توصیه می کنند مطالعات با دقت در شرایط افراد و با تطبیق تاثیر احتمالی عوامل زمینه ای دانش آموزان انجام شود [۲۳].

در یک مطالعه انجام شده روی دانش آموزان دبیرستانی شهر ریاض عربستان نشان داده شد تقریباً ۴۸٪ دانش آموزان دارای درجاتی از مشکل در سلامت روان بوده اند. وجود مشکل در دانش آموزان ممتاز کمتر از سایر دانش آموزان بود. اما ارتباطی میان متغیرهای خانوادگی شامل بعد خانوار، رتبه تولد با وجود این مشکلات گزارش نشد [۵].

در مطالعه مشابهی که در امارات متحده عرب و روی دانش آموزان ۶ تا ۱۵ ساله انجام شد شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان ۲۳,۹٪ گزارش شد. در این مطالعه بین سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده با مشکلات سلامت روان ارتباط معنی داری گزارش شد [۲۴].

در یک مطالعه معروف در کشور آلمان با نام "مطالعه BELLA" شیوع مشکلات روانی در میان نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله در سال ۲۰۰۸، ۱۴,۵٪ برآورد شد [۸].

در یک مقاله مروری در سال ۲۰۱۴ نویسندگان به استناد مطالعات انجام شده قبلی نشان دادند که سرمایه اجتماعی می تواند با ترغیب خانواده ها و مسئولین مدارس به سمت توجه درست به فرزندان و دانش آموزان باعث ارتقا سطح سلامت روان ایشان شود [۲۵].

در یک تحقیق دیگر محققین نشان دادند که حمایت های اجتماعی می تواند باعث ارتقا و بهبود سطح سلامت روان نوجوانان و جوانان شود [۲۶].

در بررسی و جستجوی مقالات و تحقیق های انجام شده روی جامعه ایرانی برای مقایسه دانش آموزان تیزهوش و معمولی به مقالات ارائه شده در دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه می رسیدیم. زادبر و تقوایی در دو مقاله جداگانه نشان دادند که گرچه تفاوت معنی داری میان نمره عزت نفس دانش آموزان مدارس تیزهوش و عادی قابل گزارش نمی باشد، اما دانش آموزان مدارس خاص به طور معنی داری از هوش هیجانی بیشتری برخوردار هستند [۲۷، ۲۸].

# فصل سوم

روش پژوهش

### ۱-۳. نوع پژوهش

مقطعی توصیفی-تحلیلی

### ۲-۳. جامعه پژوهش

دانش آموزان دوره اول متوسطه شاغل به تحصیل در مدارس دولتی استان سمنان سال تحصیلی ۹۸-۹۹

### ۳-۳. نمونه پژوهش

یک نمونه تصادفی از جامعه آماری انتخاب شد. نمونه شامل دانش آموزان انواع مدارس دولتی خاص و عادی و از هر دو جنس انتخاب شد. مدارس خاص شامل مدارس استعدادهای درخشان و نمونه و مدارس عادی شامل بقیه مدارس بودند.

### ۱-۳-۳. روش نمونه‌گیری

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای-خوشه‌ای انجام شد. از میان همه مدارس دولتی به طور تصادفی ۲۴ مدرسه به عنوان خوشه انتخاب و در هر مدرسه دانش آموزان یک کلاس همگی وارد مطالعه شدند. با انجام طبقه‌بندی، چارچوب نمونه‌گیری به گونه‌ای تعریف شد که انتخاب خوشه‌ها از میان مدارس دخترانه / پسرانه و خاص / عادی به طور متوازن صورت گیرد. با این تعریف جامعه آماری دانش آموزان مدارس دولتی دوره دوم متوسطه شهرهای سمنان، شاهرود، دامغان و گرمسار تعیین شدند. طبق چارچوب نمونه‌گیری، توزیع ۱۰۰ مدرسه دولتی شهری در دوره دوم متوسطه در ۴ شهرستان اصلی استان به تفکیک نوع مدرسه به شرح جدول ذیل بوده است:

جدول ۳-۱. توزیع فراوانی کل مدارس و مدارس انتخاب شده به عنوان خوشه های نمونه گیری در مطالعه

ردیف	نوع مدرسه	سمنان		شاهرود		دامغان		گرمسار		جمع		کل	خوشه
		پسرانه	دخترانه	پسرانه	دخترانه	پسرانه	دخترانه	پسرانه	دخترانه	پسرانه	دخترانه		
۱	استعدادهای درخشان	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۴	۸	۶
۲	نمونه دولتی/هیات امنایی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۴	۴	۸	۶
۳	شاهد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۳	۳	۶	۲
۴	عادی / هیات امنایی	۲	۴	۹	۶	۱	۱	۰	۰	۱۲	۱۱	۲۳	۴
۵	عادی	۱۱	۷	۵	۹	۵	۷	۴	۴	۲۵	۲۷	۵۲	۶
۶	سایر(ورزش/عشایری)	۰	۰	۰	۰	۲	۱	۰	۰	۲	۱	۳	-
-	جمع	۱۶	۱۴	۱۷	۱۸	۱۱	۱۲	۶	۶	۵۰	۵۰	۱۰۰	۲۴

طبق جدول فوق ۲۴ مدرسه (۱۲ مدرسه خاص شامل ۶ مدرسه استعدادهای درخشان و ۶ مدرسه نمونه دولتی/هیات امنایی و ۱۲ مدرسه عادی) (از میان مدارس با در نظر گرفتن توازن جنسی و به تناسب جمعیت هر شهرستان انتخاب شدند).

## ۲-۳-۳. حجم نمونه

با در نظر گرفتن شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان معادل ۲۰٪ بر اساس نتایج مطالعات مشابه و با فرض حداقل ۱۰٪ تفاوت در شیوع مشکلات سلامت روان میان دو نوع مدرسه مورد مطالعه، حداقل حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G\*Power، با فرض ۹۵٪ اطمینان و ۸۰٪ توان در هر گروه ۲۴۹ و به طور کلی ۴۹۸ نفر برآورد گردید.

**Exact** – Proportions: Inequality, two independent groups (Fisher's exact test)

**Options:** Exact distribution

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

**Input:** Tail(s) = One  
Proportion p1 = 0.20  
Proportion p2 = 0.30  
 $\alpha$  err prob = 0.05  
Power (1- $\beta$  err prob) = 0.8  
Allocation ratio N2/N1 = 1  
**Output:** Sample size group 1 = 249  
Sample size group 2 = 249  
Total sample size = 498  
Actual power = 0.8008608  
Actual  $\alpha$  = 0.0410868



### ۳-۳-۳. مشخصات واحدهای مورد پژوهش

مشخصات مدارس انتخابی به عنوان خوشه یا واحدهای مورد پژوهش در جدول ۳-۲ قابل ملاحظه هستند:

جدول ۳-۲. مشخصات مدارس انتخاب شده در مطالعه

ردیف	نام مدرسه	پایه	شهر	جنسیت	نوع
۱	شهید بهشتی	۱	سمنان	پسرانه	استعدادهای درخشان
۲	باقرالعلوم	۲	سمنان	پسرانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۳	شاهد	۱	سمنان	پسرانه	شاهد
۴	۱۵ خرداد	۲	سمنان	پسرانه	عادی / هیات امنایی
۵	باهنر	۳	سمنان	پسرانه	عادی
۶	فرزانگان	۳	سمنان	دخترانه	استعدادهای درخشان
۷	نخبگان	۳	سمنان	دخترانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۸	سمیه	۳	سمنان	دخترانه	عادی / هیات امنایی
۹	۱۹ دی	۱	سمنان	دخترانه	عادی
۱۰	شهید بهشتی	۲	شاهرود	پسرانه	استعدادهای درخشان
۱۱	طباطبایی	۳	شاهرود	پسرانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۱۲	حافظ	۱	شاهرود	پسرانه	عادی / هیات امنایی
۱۳	اخلاص	۱	شاهرود	پسرانه	عادی
۱۴	فرزانگان	۱	شاهرود	دخترانه	استعدادهای درخشان
۱۵	۱۵ خرداد	۲	شاهرود	دخترانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۱۶	پورحیدری	۲	شاهرود	دخترانه	شاهد
۱۷	زینب	۳	شاهرود	دخترانه	عادی / هیات امنایی
۱۸	آسیه	۲	شاهرود	دخترانه	عادی
۱۹	شهید بهشتی	۳	دامغان	پسرانه	استعدادهای درخشان
۲۰	فراستی	۲	دامغان	پسرانه	عادی
۲۱	محراب	۱	دامغان	دخترانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۲۲	شیخ مفید	۱	گرمسار	پسرانه	نمونه دولتی/هیات امنایی
۲۳	فرزانگان	۲	گرمسار	دخترانه	استعدادهای درخشان
۲۴	زهرا	۳	گرمسار	دخترانه	عادی

## ۴-۳. محیط پژوهش

مدارس دولتی دوره اول متوسطه و در سطح استان سمنان

## ۵-۳. ابزار گردآوری داده‌ها

۱- پرسشنامه سلامت روان (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ شامل دو پرسشنامه یکی برای دانش آموز (پیوست ۱) و دیگری برای والدین (پیوست ۲) است. پرسشنامه دانش آموز توسط خود او و در محیط مدرسه در حضور محقق تکمیل می گردد. پرسشنامه والدین توسط دانش آموز باید به دست یکی از والدین برسد و در منزل توس یک یا هر دو والد تکمیل گردد. امضای یکی از والدین به عنوان تکمیل کننده پرسشنامه لازم است.

۲- پرسشنامه دموگرافیک: این پرسشنامه خود ایفا توسط والدین دانش آموز تکمیل می شود و منضم به پرسشنامه SDQ والدین می باشد. پرسشنامه ساده ای است شامل سوالاتی در خصوص سن، جنس، نام مدرسه، محل سکونت (شهر/روستا) نوع مدرسه، تحصیلات و شغل والدین، رتبه تولد و سابقه ابتلا یا تشخیص هرگونه بیماری یا مشکل روحی (بنا بر اظهار نظر والدین دانش آموز) می باشد. (پیوست شماره ۳). از دانش آموز خواسته می شود پرسشنامه را به پدر یا مادر خود بدهد. این پرسشنامه توسط یکی از والدین (با یا بدون کمک گرفتن از والد دیگر یا دانش آموز) تکمیل و امضا می شود.

### ۱-۵-۳. اعتماد و اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار مورد استفاده جهت سنجش سلامت روان دانش آموزان، ویرایش فارسی استاندارد شده پرسشنامه توانایی ها ومشکلات (SDQ) مربوط به سنین نوجوانی بوده است که جهت غربالگری مشکلات روحی و رفتاری در نوجوانان ۱۱-۱۷ ساله مورد استفاده قرار می گیرد. پرسشنامه شامل ۲۵ گویه است و از ۵ حیطه مشکلات عاطفی، اختلالات سلوک، اختلال بیش فعالی، مشکل با همسالان و مشکلات همیاری اجتماعی تشکیل شده است. برای هر یک از سوالات فرد می تواند گزینه "درست نیست"، "یا حتما درست است"، "یا کمی درست است" را انتخاب کند. پس از

تکمیل پرسشنامه با توجه به پاسخهای داده شده به هر سوال امتیاز ۰ و ۱ یا ۲ تعلق می گیرد. امتیاز کلی حاصل جمع امتیازهای چهار زیر گروه اول ( به جز همیاری اجتماعی ) است که بدین ترتیب نمره مشکلات از صفر تا ۴۰ بدست می آید. و نمره توانایی های فرد بر اساس زیر گروه مشکلات همیاری اجتماعی از صفر تا ۱۰ مشخص می گردد. این مقیاس از حساسیت و اختصاصیت بالایی برخوردار است به گونه ای که طبق مطالعات انجام شده شیوع مشکلات روحی رفتاری تعیین شده بر اساس این پرسشنامه تنها ۲-۱ در صد با شیوع واقعی آنها تفاوت نشان می دهد [۱۰]. روایی و پایایی پرسشنامه برای جمعیت ایرانی تایید شده [۱۱, ۲۹-۳۱] و از پرسشنامه مذکور تاکنون در تعدادی از مطالعات در کشور ایران نیز استفاده شده است [۱۵]. در این مطالعه نیز با استفاده از معیار ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) بر روی یک نمونه پیلوت از نظر پایایی چک و تایید شد.

#### ۳-۶. روش کار

از میان معلم دانشجویان علاقمند به فعالیت های پژوهشی تعدادی به عنوان همکاران طرح برای شرکت در یک جلسه آموزشی توجیهی جهت حضور در مدارس و انجام فرایند توزیع، تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها تعیین و معرفی شدند. بعد از برگزاری جلسه توجیهی - آموزشی فرایند نمونه گیری و جمع آوری داده ها انجام شد. برای نمونه گیری همکاران طرح طبق یک برنامه زمان بندی شده (با اعتبار خود طرح) و پس از اخذ مجوزهای قانونی (مدارک پیوست) لازم در مدارس حضور یافته پس از توجیه دانش آموزان، اقدام به توزیع و جمع آوری پرسشنامه ها نمودند. طی مراجعات بعدی جمع آوری پرسشنامه های والدین نیز پیگیری و انجام شد. به منظور ثبت و مدیریت داده ها، یک شیت نرم افزاری در اکسل توسط مجریان طرح تدوین شد. نحوه ورودی داده ها برای همکاران طرح در جلسه آموزشی دوم برای ایشان توضیح داده شد. داده های جمع آوری شده توسط مجریان طرح پس از انجام پالایش و تصحیح از نرم افزار اکسل به در نرم افزار SPSS-24 وارد شد و مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

### ۳-۷. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

علاوه بر گزارش میانگین و انحراف معیار نمرات بدست آمده از پرسشنامه تحقیق، فراوانی نسبی (یا همان شیوع) مشکلات سلامت روان بعد از تبدیل نمرات به کدهای تشخیصی در زیر گروه‌های مورد مطالعه گزارش شد. مقایسه میان زیر گروه‌ها با استفاده از آزمون کای دو و یو من ویتنی در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد. بری سنجش ارتباط میان هریک از متغیرهای توضیحی با نمره سلامت روان از آنالیز رگرسیون لجستیک ساده و چندگانه استفاده شد.

### ۳-۸. محدودیتهای پژوهش

- عدم همکاری درصدی از والدین برای تکمیل پرسشنامه
- عدم ورود مدارس غیرانتفاعی در مطالعه

### ۳-۹. ملاحظات اخلاقی

انجام پس از تصویب در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و تایید در شورای پژوهشی آموزش و پرورش استان سمنان و پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه (کد اخلاق: IR.SEMUMS.REC.1397.278) انجام شد. حضور در محیط مدارس پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با اولیا و مسئولین مدرسه صورت گرفت. اطلاعات جمع‌آوری شده کاملاً محرمانه بوده است. مشارکت در طرح کاملاً آزادانه بوده است. نحوه اطلاع والدین از وضعیت غربالگری دانش‌آموز توسط خود ایشان تعیین گردید.

# فصل چهارم

نتایج پژوهش

## نتایج پژوهش

### ۴-۱. توزیع فراوانی دانش آموزان

در این مطالعه ۶۲۴ دانش آموز شاغل به تحصیل در دوره اول متوسطه در استان سمنان، از ۲۴ مدرسه دولتی شهر-های سمنان، شاهرود، دامغان و گرمسار شرکت کردند. جدول ۴-۱، توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه را به تفکیک شهر، نوع مدرسه، جنسیت، پایه و نام هر مدرسه نشان می دهد.

سیصد و چهار نفر از دانش آموزان، پسر و ۳۲۰ نفر دختر بودند. میانگین و انحراف معیار سنی دانش آموزان  $0.98 \pm 13.81$  سال بود. تعداد دانش آموزان شرکت کننده در پایه های اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۹۷، ۲۰۴ و ۲۲۳ نفر بود. جدول ۴-۲ و ۴-۳ به ترتیب توزیع جنسی و میانگین و انحراف معیار سن دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه و نیز توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه برحسب پایه تحصیلی را نشان می دهند.

دویست و نود و یک دانش آموز (۴۶,۶٪) مربوط به مدارس خاص (طبق تعریف شامل مدارس استعدادهای درخشان و مدارس نمونه دولتی/هیات امنایی) بودند و بقیه دانش آموزان (۳۳۱ نفر)، شاغل به تحصیل در مدارس شاهد، عادی/هیات امنایی و عادی بودند (۵۳,۴٪). توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه برحسب نوع مدرسه در جدول ۴-۴ نمایش داده شده است.

جدول ۴-۱. توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک مدرسه

شهر	جنسیت	نام مدرسه	نوع	پایه	تعداد	درصد
سمنان (۲۷۹ نفر)	پسرانه	شهید بهشتی	استعدادهای درخشان	۱	۲۰	۳,۲
		باقرالعلوم	نمونه دولتی/هیات امنایی	۲	۳۵	۵,۶
		شاهد	شاهد	۱	۳۰	۴,۸
		۱۵ خرداد	عادی / هیات امنایی	۲	۳۰	۴,۸
		باهنر	عادی	۳	۳۳	۵,۳
دخترانه	دخترانه	فرزندگان	استعدادهای درخشان	۳	۲۴	۳,۸
		نخبگان	نمونه دولتی/هیات امنایی	۳	۳۴	۵,۴
		سمیه	عادی / هیات امنایی	۳	۳۶	۵,۸
		۱۹ دی	عادی	۱	۳۷	۵,۹
شاهرود (۲۰۲ نفر)	پسرانه	شهید بهشتی	استعدادهای درخشان	۲	۱۸	۲,۹
		طباطبایی	نمونه دولتی/هیات امنایی	۳	۲۸	۴,۵
		حافظ	عادی / هیات امنایی	۱	۲۱	۳,۴
		اخلاص	عادی	۱	۲۳	۳,۷
	دخترانه	فرزندگان	استعدادهای درخشان	۱	۱۷	۲,۷
		۱۵ خرداد	نمونه دولتی/هیات امنایی	۲	۲۶	۴,۲
		پورحیدری	شاهد	۲	۱۶	۲,۶
		زینب	عادی / هیات امنایی	۳	۲۶	۴,۲
		آسیه	عادی	۲	۲۷	۴,۳
		شهید بهشتی	استعدادهای درخشان	۳	۱۴	۲,۲
دامغان (۷۰ نفر)	پسرانه	فراتی	عادی	۲	۲۶	۴,۲
	دخترانه	محراب	نمونه دولتی/هیات امنایی	۱	۳۰	۴,۸
گرمسار (۷۳ نفر)	پسرانه	شیخ مفید	نمونه دولتی/هیات امنایی	۱	۲۶	۴,۲
	دخترانه	فرزندگان	استعدادهای درخشان	۲	۱۹	۳,۰
		زهرا	عادی	۳	۲۸	۴,۵

جدول ۴-۲. توزیع جنسی و میانگین سنی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه

جنس	تعداد	درصد	میانگین سن (سال)	انحراف معیار
پسر	۳۰۴	۴۸,۷	۱۳,۵۲	۰,۹۱
دختر	۳۲۰	۵۱,۳	۱۴,۰۸	۰,۹۶
کل	۶۲۴	۱۰۰	۱۳,۸۱	۰,۹۸

جدول ۴-۳. توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه برحسب پایه تحصیلی

پایه تحصیلی	تعداد	درصد
پایه اول	۲۰۴	۳۲,۷
پایه دوم	۱۹۷	۳۱,۶
پایه سوم	۲۲۳	۳۵,۷
کل	۶۲۴	۱۰۰

جدول ۴-۴. توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه برحسب نوع مدرسه

نوع مدرسه		تعداد	درصد	تعداد	درصد
خاص	استعدادهای درخشان	۱۱۲	۱۷,۹	۲۹۱	۴۶,۶
	نمونه دولتی/هیات امنایی	۱۷۹	۲۸,۷		
عادی	شاهد	۴۶	۷,۴	۳۳۱	۵۳,۴
	عادی / هیات امنایی	۱۱۳	۱۸,۱		
	عادی	۱۷۴	۲۷,۹		



از میان دانش آموزان شرکت کننده در طرح، ۴۱۱ پرسشنامه (۶۵,۹٪) توسط والدین ایشان تکمیل و عودت گردید (درصد بی پاسخی: ۳۴٪). توزیع فراوانی والدین شرکت کننده در مطالعه از نظر سطح تحصیلات در جدول ۴-۵ قابل مشاهده است. همانطور که در جدول ۴-۵ ملاحظه می شود، میان دو گروه مدارس خاص و غیر خاص از نظر سطح تحصیلات والدین تفاوت معنی داری قابل گزارش است، به طوری که در مدارس عادی درصد والدین با تحصیلات زیر دیپلم، و در مدارس خاص درصد والدین با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بیشتر است ( $p < 0.001$ ).

جدول ۴-۵. سطح تحصیلات والدین دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک نوع مدرسه

سطح تحصیلات	مدارس خاص		مدارس عادی		کل		مقدار پی*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پدر	زیر دیپلم	۲۵	۱۲,۸	۹۶	۴۶,۸	۱۲۱	<۰,۰۰۱
	دیپلم	۵۴	۲۷,۷	۵۶	۲۷,۳	۱۱۰	
	فوق دیپلم	۱۷	۸,۷	۱۵	۷,۳	۳۲	
	لیسانس	۵۴	۲۷,۷	۲۳	۱۱,۲	۷۷	
	فوق لیسانس	۳۷	۱۹,۰	۱۴	۶,۸	۵۱	
	دکتر	۸	۴,۱	۱	۰,۵	۹	
	بدون پاسخ	۹۶	-	۱۲۸	-	۲۲۴	
مادر	زیر دیپلم	۲۳	۱۱,۷	۹۴	۴۴,۳	۱۱۷	<۰,۰۰۱
	دیپلم	۵۷	۲۹,۱	۸۴	۳۹,۶	۱۴۱	
	فوق دیپلم	۱۴	۷,۱	۶	۲,۸	۲۰	
	لیسانس	۷۶	۳۸,۸	۲۱	۹,۹	۹۷	
	فوق لیسانس	۲۴	۱۲,۲	۵	۲,۴	۲۹	
	دکتر	۲	۱,۰	۲	۰,۹	۴	
	بدون پاسخ	۹۵	-	۱۲۱	-	۲۱۶	

\*آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای پس از حذف موارد بی پاسخی

توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه از نظر شرایط خانوادگی شامل شغل والدین، محل سکونت و کفایت درآمد در جدول ۴-۶ قابل مشاهده است. همانطور که در جدول فوق الذکر ملاحظه می شود، تفاوت معنی داری میان دو گروه مدارس خاص و غیر خاص از نظر توزیع هریک از متغیرهای شغل والدین، محل سکونت و کفایت درآمد قابل گزارش است. اغلب دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه ساکن شهر بوده اند (۹۴,۲٪). تعداد دانش آموزان ساکن روستا در مدارس خاص کمتر است (۳,۱٪ در مقابل ۸,۶٪). همچنین درصد خانواده های با درآمد ناکافی در مدارس غیر خاص از مدارس خاص بیشتر است (۲۰٪ در مقابل ۳,۷٪). از نظر شغل پدر بجز کارمندان، کسبه و افرادی که شغل خود را سایر موارد اظهار کرده اند (شامل پزشکان، وکلا، تجار و ...)، فراوانی نسبی بقیه مشاغل شامل کارگران، کشاورزان و دامداران، بازنشستگان و افراد فاقد شغل در مدارس عادی بیشتر بوده است.

جدول ۴-۶ وضعیت سکونت، شغل والدین و درآمد خانواده دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک نوع مدرسه

مقدار پی*	تحصیلات		مدارس خاص		مدارس عادی		کل	
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰,۰۳۷	محل سکونت	شهر	۱۵۶	۹۶,۹	۱۳۸	۹۱,۴	۲۹۴	۹۴,۲
		روستا	۵	۳,۱	۱۳	۸,۶	۱۸	۵,۸
		بدون پاسخ	۱۳۰	-	۱۸۲	-	۳۱۲	-
<۰,۰۰۱ <sup>†</sup>	کفایت درآمد	بیشتر از نیاز	۲۶	۱۳,۷	۱۳	۶,۳	۳۹	۹,۹
		در حد نیاز	۱۰۰	۵۲,۶	۷۷	۳۷,۶	۱۷۷	۴۴,۸
		کافی با مدیریت هزینه	۵۷	۳۰,۰	۷۴	۳۶,۱	۱۳۱	۳۳,۲
		غیر کافی	۷	۳,۷	۴۱	۲۰,۰	۴۸	۱۲,۲
		بدون پاسخ	۱۰۱	-	۱۲۸	-	۲۲۹	-
<۰,۰۰۱	شغل پدر	کارمند	۷۶	۳۹,۶	۴۱	۲۰,۰	۱۱۷	۲۹,۵
		کارگر	۲۳	۱۲,۰	۸۲	۴۰,۰	۱۰۵	۲۶,۴
		کشاورز/دامدار	۷	۳,۶	۸	۳,۹	۱۵	۳,۸
		کاسب	۳۴	۱۷,۷	۱۴	۶,۸	۴۸	۱۲,۱
		بازنشسته	۱۸	۹,۴	۲۶	۱۲,۷	۴۴	۱۱,۱
		بیکار	۲	۱,۰	۸	۳,۹	۱۰	۲,۵
		سایر	۳۲	۱۶,۷	۲۶	۱۲,۷	۵۸	۱۴,۶
		بدون پاسخ	۹۹	-	۱۲۸	-	۲۲۷	-
<۰,۰۰۱	شغل مادر	خانه دار	۱۳۱	۶۷,۹	۱۷۹	۸۵,۲	۳۱۰	۷۶,۹
		شاغل	۶۲	۳۲,۱	۳۱	۱۴,۸	۹۳	۲۳,۱
		بدون پاسخ	۹۸	-	۱۲۳	-	۲۲۱	-

\*آزمون استقلال کای دو برای متغیرهای کیفی پس از حذف موارد بی پاسخی از داده ها، <sup>†</sup> آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه‌ای پس از حذف موارد بی پاسخی

## ۲-۴. وضعیت سلامت روان دانش آموزان

ضریب همبستگی درونی گویه های پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰,۷۸۱ محاسبه شد که به معنای پایایی خوب پرسشنامه است. از دامنه نمرات ۰ تا ۴۰، میانگین و انحراف معیار نمره کل دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه از نظر سلامت روان  $10.51 \pm 5.88$  بوده و از دامنه نمرات ۰ تا ۱۰، نمره قابل گزارش برای حیطه همیاری اجتماعی  $7.98 \pm 1.71$  می باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه سلامت روان به طور کلی و به تفکیک حیطه ها در جدول ۷-۴ نمایش داده شده است. مقادیر میانگین در جدول ۷-۴ موید وجود تفاوت میان نمرات پرسشنامه سلامت روان به طور کلی و در همه حیطه ها به نفع مدارس خاص می باشد. این تفاوت به جز در دو حیطه بیش فعالی و همیاری اجتماعی، در بقیه موارد از نظر آماری معنی دار می باشد ( $p > 0.05$ ).

جدول ۷-۴. میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه سلامت روان به طور کلی و به تفکیک حیطه (۶۲۴ نفر)

حیطه (دامنه نمرات)	مدارس خاص		مدارس عادی		کل		مقدار پی*
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کل (۰-۴۰) <sup>†</sup>	۹,۴۳	۵,۲۵	۱۱,۴۵	۶,۲۴	۱۰,۵۱	۵,۸۸	$< 0.001$
عاطفی (۰-۱۰)	۲,۳۶	۲,۰۰	۲,۹۸	۲,۳۲	۲,۶۹	۲,۱۹	$0.001$
سلوک (۰-۱۰)	۱,۸۱	۱,۶۷	۲,۴۳	۲,۰۰	۲,۱۴	۱,۸۷	$< 0.001$
بیش فعالی (۰-۱۰)	۲,۸۷	۲,۰۲	۳,۲۳	۲,۲۳	۳,۰۶	۲,۱۴	$0.071$
روابط با همسالان (۰-۱۰)	۲,۳۹	۱,۷۸	۲,۸۱	۱,۸۵	۲,۶۱	۱,۸۳	$0.003$
همیاری اجتماعی (۰-۱۰)	۸,۰۵	۱,۵۷	۷,۹۸	۱,۷۱	۷,۹۸	۱,۷۱	$0.742$

<sup>†</sup>نمره کل برابر است با مجموع نمرات حیطه های عاطفی،سلوک،بیش فعالی و روابط با همسالان، \*آزمون یو-من ویتنی

برای مقایسه متغیرهای رتبه ای پس از حذف موارد بی پاسخی

توزیع فراوانی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه در زیرگروه های تعریف شده براساس نمرات کل و هرحیطه به تفکیک مدارس خاص و عادی در جدول ۴-۸ و نمودار نمایش داده شده است. با توجه به جنسیت دانش آموز، شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان دختر ۲۴,۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹,۹ تا ۲۹,۴) و در دانش آموزان پسر ۲۴,۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹,۸ تا ۲۹,۵) برآورد شده است. تفاوت معنی داری میان دو جنس از نظر شیوع مشکلات سلامت روان قابل گزارش نمی باشد ( $p=0.442$ ).

مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر وضعیت کلی سلامت روان دانش آموزان در جدول ۴-۹ قابل ملاحظه است. همان طور که در این جدول و جدول ۴-۸ ملاحظه می شود، از کل دانش آموزان، ۴۷۰ نفر نمره نزدیک به طبیعی داشتند و در ۱۵۴ دانش آموز میانگین نمره بالاتر از نمره طبیعی بوده است. بر این اساس شیوع درجات کم تا زیاد مشکلات سلامت روان در دانش آموزان به طور کلی ۲۴,۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲۱,۳٪ تا ۲۸,۱٪) برآورد می شود. این مقادیر برای مدارس خاص ۱۸,۵٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۴,۱ تا ۲۳,۰)، برای مدارس عادی ۲۹,۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹,۹ تا ۲۹,۴) برآورد شده است. شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس غیر خاص به طور معنی دار از مدارس خاص بیشتر بوده است ( $p<0.001$ ).

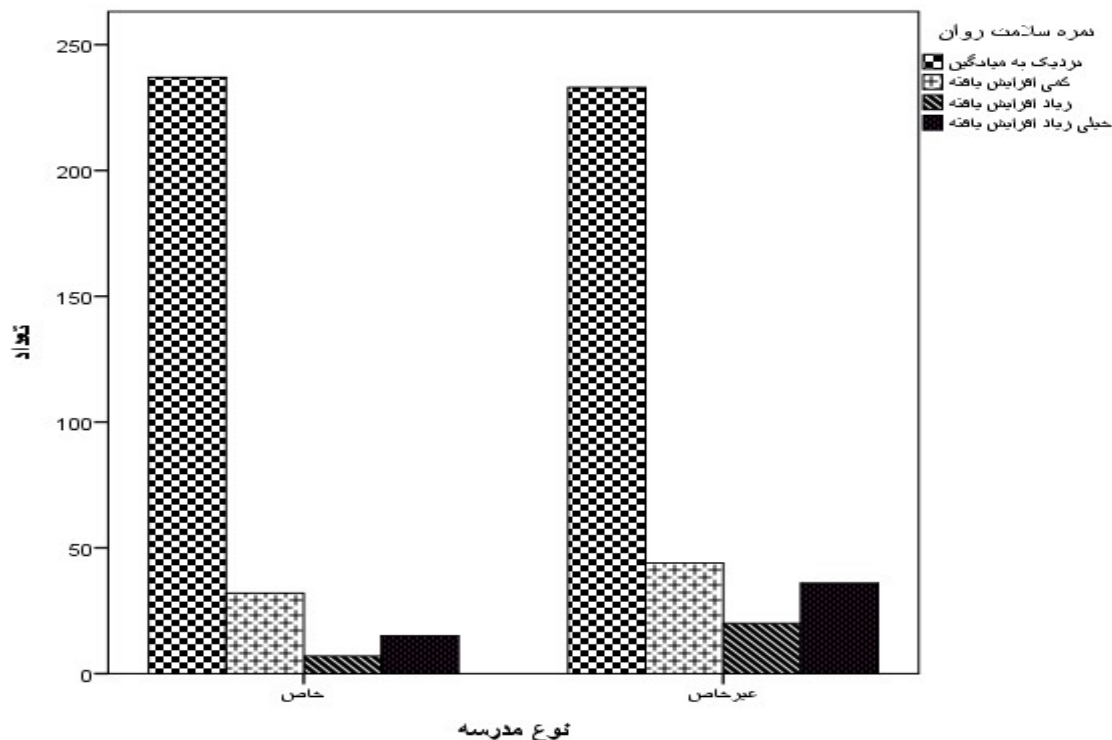
جدول ۴-۸. شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان مورد مطالعه به تفکیک هر حیطه برای مدارس خاص، غیر خاص و کل (۶۲۴ نفر)

جنس	وضعیت (دامنه نمرات)	مدارس خاص		مدارس عادی		کل	
		تعداد	درصد شیوع	تعداد	درصد شیوع	تعداد	درصد شیوع
پسر	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	۱۱۲	۷۹,۴	۱۱۷	۷۱,۸	۲۲۹	۷۵,۳
	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)	۱۶	۱۱,۳	۲۱	۱۲,۹	۳۷	۱۲,۲
	افزایش یافته (۱۸-۱۹)	۳	۲,۱	۱۱	۶,۷	۱۴	۴,۶
	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)	۱۰	۷,۱	۱۴	۸,۶	۲۴	۷,۹
دختر	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	۱۲۵	۸۳,۳	۱۱۶	۶۸,۲	۲۴۱	۷۵,۳
	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)	۱۶	۱۰,۷	۲۳	۱۳,۵	۳۹	۱۲,۲
	افزایش یافته (۱۸-۱۹)	۴	۲,۷	۹	۵,۳	۱۳	۴,۱
	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)	۵	۳,۳	۲۲	۱۲,۹	۲۷	۸,۴
کل	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)	۲۳۷	۸۱,۴	۲۳۳	۷۰,۰	۴۷۰	۷۵,۳
	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)	۳۲	۱۱,۰	۴۴	۱۳,۲	۷۶	۱۲,۲
	افزایش یافته (۱۸-۱۹)	۷	۲,۴	۲۰	۶,۰	۲۷	۴,۳
	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)	۱۵	۵,۲	۳۶	۱۰,۸	۵۱	۸,۲

جدول ۴-۹. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر وضعیت کلی سلامت روان دانش آموزان (۶۲۴ نفر)

مقدار پی*	مدارس خاص		مدارس عادی		کل		وضعیت (دامنه نمرات)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
<۰,۰۰۱	۲۳۷	۵۰,۴	۲۳۳	۴۹,۶	۴۷۰	۱۰۰	نزدیک به طبیعی (۰-۱۴)
	۳۲	۴۲,۱	۴۴	۵۷,۹	۷۶	۱۰۰	کمی افزایش یافته (۱۵-۱۷)
	۷	۲۵,۹	۲۰	۷۴,۱	۲۷	۱۰۰	افزایش یافته (۱۸-۱۹)
	۱۵	۲۹,۴	۳۶	۷۰,۶	۵۱	۱۰۰	خیلی افزایش یافته (۲۰-۴۰)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای



نمودار ۴-۱. توزیع فراوانی دانش آموزان مدارس خاص و عادی از نظر وضعیت کلی سلامت روان دانش آموزان بر اساس نمره پرسشنامه (۶۲۴ نفر)

توزیع فراوانی وضعیت سلامت روان دانش آموزان بر اساس نمرات پرسشنامه به ترتیب برای حیطه های عاطفی، سلوک، بیش فعالی و روابط با همسالان در جداول ۴-۱۰ الی ۴-۱۳ قابل ملاحظه می باشد. همانطور که در جداول ۴-۱۰ و ۴-۱۱ قابل ملاحظه است، درصد بیشتری از دانش آموزان دارای مشکلات سلامت روان در حیطه های عاطفی و سلوک در مدارس عادی تحصیل می کنند ( $p < 0.001$ ). گرچه این تفاوت عددی در توزیع فراوانی موارد دارای نمرات افزایش یافته در خصوص دو حیطه بیش فعالی و روابط با همسالان هم صادق است، اما تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نیست ( $p > 0.05$ ).

جدول ۴-۹. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر حیطه عاطفی سلامت روان دانش آموزان (۶۲۴ نفر)

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		وضعیت (دامنه نمرات)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<۰,۰۰۱	۱۰۰	۵۰۴	۵۰,۰	۲۵۲	۵۰,۰	۲۵۲	نزدیک به طبیعی (۰-۴)
	۱۰۰	۴۱	۶۱,۰	۲۵	۳۹,۰	۱۶	کمی افزایش یافته (۵)
	۱۰۰	۳۵	۷۴,۳	۲۶	۲۵,۷	۹	افزایش یافته (۶)
	۱۰۰	۴۴	۶۸,۲	۳۰	۳۱,۸	۱۴	خیلی افزایش یافته (۷-۱۰)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای

جدول ۴-۱۰. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر حیطه سلوک سلامت روان دانش آموزان (۶۲۴ نفر)

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		وضعیت (دامنه نمرات)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<۰,۰۰۱	۱۰۰	۴۸۳	۴۸,۹	۲۳۶	۵۱,۱	۲۴۷	نزدیک به طبیعی (۰-۳)
	۱۰۰	۷۴	۶۲,۲	۴۶	۳۷,۸	۲۸	کمی افزایش یافته (۴)
	۱۰۰	۲۹	۷۵,۹	۲۲	۲۴,۱	۷	افزایش یافته (۵)
	۱۰۰	۳۸	۷۶,۳	۲۹	۲۳,۷	۹	خیلی افزایش یافته (۶-۱۰)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای



جدول ۴-۱۱. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر حیطه بیش فعالی سلامت روان دانش آموزان (۶۳۴نفر)

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		وضعیت (دامنه نمرات)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰,۱۴۹	۱۰۰	۵۳۴	۵۲,۲	۲۷۹	۴۷,۸	۲۵۵	نزدیک به طبیعی (۵-۰)
	۱۰۰	۵۸	۵۶,۹	۳۳	۴۳,۱	۲۵	کمی افزایش یافته (۶)
	۱۰۰	۱۴	۵۰,۰	۷	۵۰,۰	۷	افزایش یافته (۷)
	۱۰۰	۱۸	۷۷,۸	۱۴	۲۲,۲	۴	خیلی افزایش یافته (۱۰-۸)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای

جدول ۴-۱۲. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر حیطه روابط با همسالان سلامت روان دانش آموزان (۶۳۴نفر)

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		وضعیت (دامنه نمرات)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰,۶۳۵	۱۰۰	۳۲۱	۴۸,۹	۱۵۷	۵۱,۱	۱۶۴	نزدیک به طبیعی (۲-۰)
	۱۰۰	۱۱۴	۵۰,۹	۵۸	۴۹,۱	۵۶	کمی افزایش یافته (۳)
	۱۰۰	۹۷	۶۲,۹	۶۱	۳۷,۱	۳۶	افزایش یافته (۴)
	۱۰۰	۹۲	۶۲,۰	۵۷	۳۰,۰	۳۵	خیلی افزایش یافته (۱۰-۵)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای

توزیع فراوانی وضعیت سلامت روان دانش آموزان بر اساس نمرات پرسشنامه به ترتیب برای حیطه همپاری اجتماعی در جدول ۴-۱۳ قابل ملاحظه می‌باشد. همان طور که در جدول قابل ملاحظه است، گرچه درصد بیشتری از دانش آموزان با نمرات خیلی کاهش یافته در مدارس غیر خاص تحصیل می‌کنند (۷۵٪ در مقایسه با ۲۵٪)، دانش آموزان دو نوع مدرسه از این نظر تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته اند ( $p=0.227$ ).

جدول ۴-۱۳. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر حیطه همپاری اجتماعی سلامت روان دانش آموزان (۶۲۴ نفر)

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		وضعیت (دامنه نمرات)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰,۲۲۷	۱۰۰	۵۱۶	۵۳,۱	۲۷۴	۴۶,۹	۲۴۲	نزدیک به طبیعی (۷-۱۰)
	۱۰۰	۵۸	۴۸,۳	۲۸	۵۱,۷	۳۰	کمی کاهش یافته (۶)
	۱۰۰	۲۶	۵۰,۰	۱۳	۵۰,۰	۱۳	کاهش یافته (۵)
	۱۰۰	۲۴	۷۵,۰	۱۸	۲۵,۰	۶	خیلی کاهش یافته (۴-۰)

\* آزمون یو-من ویتنی برای مقایسه متغیرهای رتبه ای

### ۳-۴. مقایسه مدارس خاص و غیر خاص به تفکیک مشخصات دانش آموزان ۱-۳-۴. به تفکیک جنسیت و پایه تحصیلی

مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۴۰-۱۵) دانش آموزان به تفکیک جنس و پایه تحصیلی در جدول ۴-۱۴ نشان داده شده است. همانطور که ارقام موجود در جدول ۴-۱۴ نشان می‌دهد، تفاوت در شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس دخترانه ( $p=0.002$ ) و در دانش آموزان پایه اول ( $p=0.037$ ) از نظر آماری معنی دار هستند. علی رغم وجود تفاوت در فراوانی‌های نسبی، معنی داری آماری برای جنس پسر و پایه های دوم و سوم قابل گزارش نمی باشد.

جدول ۴-۱۴. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۴۰-۱۵)  
دانش آموزان به تفکیک جنس و پایه تحصیلی (۶۲۴ نفر)

مشخصات	مدارس خاص		مدارس عادی		کل		مقدار پی*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	بر کل	شیوع	بر کل	شیوع	بر کل	شیوع	
جنس	پسر	۲۹/۱۴۱	۲۰٫۶	۴۶/۱۶۳	۲۸٫۲	۷۵/۳۰۴	۲۴٫۷
	دختر	۲۵/۱۵۰	۱۶٫۷	۵۴/۱۷۰	۳۱٫۸	۷۹/۳۲۰	۲۴٫۷
پایه	اول	۲۱/۹۳	۲۲٫۶	۴۰/۱۱۱	۳۶٫۰	۶۱/۲۰۴	۲۹٫۹
	دوم	۱۸/۹۸	۱۸٫۴	۳۰/۹۹	۳۰٫۳	۴۸/۱۹۷	۲۴٫۴
	سوم	۱۵/۱۰۰	۸۵٫۰	۳۰/۱۲۳	۲۴٫۴	۴۵/۲۲۳	۲۰٫۲
	کل دانش آموزان	۵۴/۲۹۱	۱۸٫۶	۱۰۰/۳۳۳	۳۰٫۰	۱۵۴/۶۲۴	۲۴٫۷

\*آزمون استقلال کای دو برای منغیرهای کیفی

### ۴-۳-۲. به تفکیک سطح تحصیلات و شغل پدر و مادر

مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۴۰-۱۵) دانش آموزان به تفکیک سطح تحصیلات پدر و مادر در جدول ۴-۱۵ نشان داده شده است. همانطور که ارقام موجود در جدول ۴-۱۵ نشان می‌دهد، علی‌رغم وجود تفاوت در فراوانی‌های نسبی، معنی‌داری آماری میان دو نوع مدرسه صرفاً در گروه مادران با تحصیلات فوق‌دیپلم و لیسانس قابل گزارش است ( $p=0.041$ ). تغییرات درصد کلی و تفکیکی شیوع موید این یافته است که با افزایش سطح تحصیلات پدر ( $r=-0.125$ )،  $p=0.012$  و مادر ( $r=-0.112$ ,  $p=0.024$ ) شیوع مشکلات روند کاهشی به خود می‌گیرد.

مقایسه دانش آموزان به تفکیک وضعیت شغلی والدین در جدول ۴-۱۶ نشان داده شده است. همانطور که در جدول ۴-۱۵ قابل ملاحظه است، علی‌رغم وجود تفاوت در فراوانی‌های نسبی معنی‌داری آماری صرفاً در پدران با شغل کارگر ( $p=0.032$ ) و مادران خانه‌دار ( $p=0.015$ ) قابل گزارش می‌باشد. همبستگی میان مشکلات سلامت روان و اشتغال مادر معنی‌دار نیست ( $p=0.703$ ).

جدول ۴-۱۵. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۴۰-۱۵) دانش آموزان به تفکیک سطح تحصیلات والدین

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		سطح تحصیلات	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	پدر	مادر
	شیوع	بر کل	شیوع	بر کل	شیوع	بر کل		
۰,۰۶۵	۲۶,۴	۶۱/۲۳۱	۳۰,۳	۴۶/۱۵۲	۱۹,۰	۱۵/۷۹	دپلم و زیر دپلم	پدر
۰,۳۲۹	۲۱,۱	۲۳/۱۰۹	۲۶,۳	۱۰/۳۸	۱۸,۳	۱۳/۷۱	فوق دپلم و لیسانس	
۰,۶۸۹	۱۶,۷	۱۰/۶۰	۱۳,۳	۲/۱۵	۱۷,۸	۸/۴۵	فوق لیسانس و بالاتر	
۰,۱۸۱	۲۶,۷	۶۹/۲۵۸	۲۹,۲	۵۲/۱۷۸	۲۱,۳	۱۷/۸۰	دپلم و زیر دپلم	مادر
۰,۰۴۱	۱۹,۷	۲۳/۱۱۷	۳۳,۳	۹/۲۷	۱۵,۶	۱۴/۹۰	فوق دپلم و لیسانس	
۰,۷۶۳	۱۸,۲	۶/۳۳	۱۴,۳	۱/۷	۱۹,۲	۵/۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	

\* آزمون استقلال کای دو برای متغیرهای کیفی پس از حذف موارد بی‌پاسخی

جدول ۴-۱۶. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۱۵-۴۰)  
دانش آموزان به تفکیک شغل والدین

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		شغل	
	درصد شیوع	تعداد بر کل	درصد شیوع	تعداد بر کل	درصد شیوع	تعداد بر کل		
۰,۳۰۵	۱۷,۱	۲۰/۱۱۷	۲۲,۰	۹/۴۱	۱۴,۵	۱۱/۷۶	کارمند	پدر
۰,۰۳۲	۳۱,۴	۳۳/۱۰۵	۳۶,۶	۳۰/۸۲	۱۳,۰	۳/۲۳		کارگر
۰,۳۱۰	۲۶,۷	۴/۱۵	۳۷,۵	۳/۸	۱۴,۳	۱/۷		کشاورز/دامدار
۰,۳۹۷	۲۰,۸	۱۰/۴۸	۲۸,۶	۴/۱۴	۱۷,۶	۶/۳۴		کاسب
۰,۵۰۶	۲۲,۷	۱۰/۴۴	۱۹,۲	۵/۲۶	۲۷,۸	۵/۱۸		بازنشسته
۰,۷۴۷	۴۰,۰	۴/۱۰	۳۷,۵	۳/۸	۵۰,۰	۱/۲		بیکار
۰,۶۰۰	۲۲,۴	۱۳/۵۸	۱۹,۲	۵/۲۶	۲۵,۰	۸/۳۲		سایر
۰,۰۱۵	۲۴,۵	۷۶/۳۱۰	۲۹,۶	۵۳/۱۷۹	۱۷,۶	۲۳/۱۳۱		خانه دار
۰,۲۹۳	۲۲,۶	۲۱/۹۳	۲۹,۰	۹/۳۱	۱۹,۴	۱۲/۶۲		شاغل

\* آزمون استقلال کای دو برای منبرهای کیفی پس از حذف موارد بی پاسخی

#### ۴-۳-۳. به تفکیک رتبه تولد، محل سکونت و کفایت درآمد

مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۱۵-۴۰) دانش آموزان به رتبه تولد، محل سکونت و کفایت درآمد مادر در جدول ۴-۱۷ نشان داده شده است. تفاوت معنی داری میان فرزندان اول با فرزندان بعدی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان قابل گزارش نبود ( $p=0.241$ ). در هیچ یک از دو گروه فوق الذکر تفاوت قابل ملاحظه میان مدارس خاص و عادی نیز معنی دار نبوده است.

از نظر محل سکونت تفاوت معنی داری میان ساکنین شهر با روستا از نظر شیوع مشکلات سلامت روان قابل گزارش نبود ( $p=0.595$ ). تفاوت در شیوع میان مدارس خاص و عادی در دانش آموزان ساکن شهر معنی دار بود ( $p=0.005$ ).

از نظر کفایت درآمد به عنوان یک شاخص از وضعیت اقتصادی خانواده دانش آموز، ملاحظه می شود گرچه با کاهش کفایت درآمد شیوع مشکلات بیشتر می شود، اما این افزایش معنی دار نیست ( $p=0.167$ ). تفاوت میان دو نوع مدرسه مورد مطالعه از نظر شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان در خانواده هایی که درآمد ناکافی ( $p=0.016$ ) یا کافی به شرط مدیریت هزینه ها ( $p=0.013$ ) دارند معنی دار می باشد.

جدول ۴-۱۷. مقایسه مدارس خاص و عادی از نظر شیوع مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۱۵-۴۰) دانش آموزان به تفکیک رتبه تولد، محل سکونت و کفایت درآمد

مقدار پی*	کل		مدارس عادی		مدارس خاص		شغل	
	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل	درصد	تعداد بر کل		
۰,۰۶۴	۲۱,۳	۴۴/۲۰۷	۲۶,۱	۲۴/۹۲	۱۷,۴	۲۰/۱۱۵	فرزند اول	رتبه تولد
۰,۱۲۹	۲۶,۳	۵۰/۱۹۰	۳۱,۳	۳۵/۱۱۲	۱۹,۲	۱۵/۷۸	غیر از فرزند اول	
۰,۰۰۵	۲۲,۴	۶۶/۲۹۴	۲۹,۷	۴۱/۱۳۸	۱۶,۰	۲۵/۱۵۶	شهر	سکونت
۰,۶۴۸	۲۷,۸	۵/۱۸	۳۰,۸	۴/۱۳	۲۰,۰	۱/۵	روستا	
>۰,۹۹۹	۲۳,۱	۹/۳۹	۲۳,۱	۳/۱۳	۲۳,۱	۶/۲۶	بیشتر از نیاز	کفایت درآمد
۰,۶۱۴	۲۰,۳	۳۶/۱۷۷	۲۲,۱	۱۷/۷۷	۱۹,۰	۱۹/۱۰۰	در حد نیاز	
۰,۰۱۳	۲۶,۷	۳۵/۱۳۱	۳۵,۱	۲۶/۷۴	۱۵,۸	۹/۵۷	کافی با مدیریت هزینه	
۰,۰۱۶	۲۹,۲	۱۴/۴۸	۳۱,۷	۱۳/۴۱	۱۴,۳	۱/۷	غیر کافی	

\* آزمون استقلال کای دو برای منغیرهای کیفی پس از حذف موارد بی پاسخی

#### ۴-۳-۴. تعیین رابطه میان نوع مدرسه با مشکلات سلامت روان

نتایج بررسی رابطه میان نوع مدرسه با مشکلات سلامت روان با استفاده از مدل‌های ساده و چندگانه رگرسیون لجستیک با و بدون حضور سایر متغیرهای زمینه‌ای یا مخدوش‌کننده مطالعه در جدول ۴-۱۸ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۸. نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک ساده و چندگانه برای تعیین رابطه نوع مدرسه (غیر خاص در مقایسه با خاص) با مشکلات سلامت روان (دامنه نمرات: ۴۰-۱۵) با و بدون تطبیق سایر متغیرها

متغیر	نسبت شانس خام	۹۵٪ فاصله اطمینان		نسبت شانس تطبیق یافته	۹۵٪ فاصله اطمینان		مقدار پی
		حد تحتانی	حد فوقانی		حد تحتانی	حد فوقانی	
تحصیل در مدرسه عادی	۱,۸۸	۱,۲۹	۲,۷۴	۰,۰۰۱	۲,۱۴	۴,۳۹	۰,۰۳۶
تحصیل در غیر از مرکز استان	۱,۴۶	۱,۰۱	۲,۱۳	۰,۰۴۳	۱,۳۸	۲,۶۹	۰,۳۳۹
افزایش پایه تحصیلی	۰,۷۶	۰,۶۱	۰,۹۶	۰,۰۲۱	۰,۷۸	۱,۱۱	۰,۱۷۴
فرزند اول خانواده بودن	۰,۷۵	۰,۴۷	۱,۲۰	۰,۲۳۷	۰,۸۰	۱,۴۸	۰,۴۸۵
دانش آموز دختر	۱,۰۰	۰,۶۹	۱,۴۴	۰,۹۹۶	۱,۳۲	۲,۴۱	۰,۳۶۲
افزایش سطح تحصیلات پدر	۰,۸۲	۰,۷۰	۰,۹۷	۰,۰۰۲	۱,۰۰	۱,۳۵	۰,۹۵۳
شغل پدر غیر از کارمند	۱,۷۴	۱,۰۱	۳,۰۱	۰,۰۴۸	۱,۸۳	۴,۳۱	۰,۱۶۷
افزایش سطح تحصیلات مادر	۰,۸۳	۰,۶۹	۰,۹۹	۰,۰۴۱	۱,۰۵	۱,۴۶	۰,۷۵۱
شاغل بودن مادر	۰,۸۹	۰,۵۱	۱,۵۵	۰,۷۰۲	۱,۱۹	۲,۸۶	۰,۶۸۷
سکونت در روستا	۱,۳۲	۰,۴۵	۳,۸۶	۰,۶۰۲	۰,۷۸	۲,۷۲	۰,۷۰۷
افزایش سطح کفایت درآمد	۱,۲۰	۰,۹۱	۱,۵۹	۰,۱۸۹	۱,۰۷	۱,۵۴	۰,۷۰۸

همانطور که در جدول ۴-۱۸ قابل ملاحظه است، بر اساس مدل‌های ساده، شانس داشتن درجاتی از مشکلات سلامت روان برای دانش‌آموزان (بر اساس داشتن نمره ۱۵ تا ۴۰ پرسشنامه) در شرایط تحصیل در مدارس عادی، تحصیل در مدارس مرکز استان، و اشتغال پدر به شغلی غیر از کارمند بودن به طور معنی‌داری افزایش می‌باشد. این در حالی است که افزایش پایه تحصیلی، افزایش سطح تحصیلات پدر و مادر با کاهش شانس داشتن مشکلات سلامت روان همراهی دارد.

بر اساس مدل چندگانه و بعد از تطبیق تاثیر همه متغیرهای مستقل پیشگفت، تحصیل در مدارس عادی با افزایش معنی‌دار شانس وجود مشکلات سلامت روان همراهی دارد (Adjusted OR=2.14, 95% CI:1.05, 4.39; P=0.036).



# فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

## ۵-۱. بحث یافته‌ها

آگاهی از شیوع مشکلات روحی و روانی در کودکان و نوجوانان اولین و مهمترین قدم برای مدیریت کلان آن‌ها انجام مداخلات پیشگیرانه در سطح اجتماع تلقی می‌شود. همچنین عوامل خانوادگی و اجتماعی همواره نقشی تعیین کننده در بروز و شیوع و تاثیر آنها دارند. با شناخت شیوع این مشکلات در این گروه سنی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن، می‌توان جامعه را به زیر گروههایی تقسیم کرد که در خود دارای افرادی هستند که به یک اندازه در معرض ابتلا به مشکلات و اختلالات مربوط به سلامت نمی‌باشند.

در این مطالعه ۶۲۴ (۳۰۴ پسر و ۳۲۰ دختر) دانش آموز شاغل به تحصیل در دوره اول متوسطه در استان سمنان، از ۲۴ مدرسه دولتی شهرهای سمنان، شاهرود، دامغان و گرمسار شرکت کردند. دویست و نود و یک دانش آموز (۴۶٫۶٪) مربوط به مدارس خاص (طبق تعریف شامل مدارس استعدادهای درخشان و مدارس نمونه دولتی/هیات امنایی) بودند و بقیه دانش آموزان (۳۳۱ نفر)، شاغل به تحصیل در مدارس شاهد، عادی /هیات امنایی و عادی بودند (۵۳٫۴٪). شیوع مشکلات سلامت روان در دانش آموزان دختر ۲۴٫۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹٫۹ تا ۲۹٫۴) و در دانش آموزان پسر ۲۴٫۷٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹٫۸ تا ۲۹٫۵) برآورد شد که تفاوت معنی داری با هم نداشتند. از نظر وضعیت کلی سلامت روان، از کل دانش آموزان، ۴۷۰ نفر نمره نزدیک به طبیعی داشتند و در ۱۵۴ دانش آموز میانگین نمره بالاتر از نمره طبیعی بود. بر این اساس شیوع درجات کم تا زیاد مشکلات سلامت روان در دانش آموزان به طور کلی ۲۴٫۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲۱٫۳٪ تا ۲۸٫۱٪) برآورد شد. این مقادیر برای مدارس خاص ۱۸٫۵٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۴٫۱ تا ۲۳٫۰)، برای مدارس عادی ۲۹٫۶٪ (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۱۹٫۹ تا ۲۹٫۴) بود.

نتایج مطالعه ما نشان داد که شیوع مشکلات مربوط به سلامت روان در مقایسه با مطالعات انجام شده در کشورهای غربی نظیر آلمان نسبتاً بالاست، اما درمقایسه با کشورهای منطقه در حد آنها (نظیر امارات) یا به مراتب بهتر از آنهاست (نظیر عربستان).

طبق یافته های بدست آمده از مطالعه ما، شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس عادی به طور معنی دار از مدارس خاص بیشتر بود. مطالعه ما نشان داد دانش آموزان مدارس خاص در حیطه های عاطفی، سلوک و روابط با همسالان دارای وضعیت به مراتب بهتری نسبت به دانش آموزان مدارس عادی هستند. این یافته به سه عامل قابل انتساب است: الف) دانش آموزان مدارس خاص با آزمون ورودی انتخاب می شوند. لذا لازم است این دانش آموزان بیشتر از بقیه تلاش کنند و از توانایی های علمی و هوشی بیشتری بهره مند باشند. در واقع بایستی انتظار می رفت که افرادی به عنوان دانش آموز ممتاز شناخته شوند که علاوه بر هوش ذهنی و عواطف، از نظر هوش و توانایی های اجتماعی که خود را در نحوه رفتار با دیگر اعضای اجتماع و همسالان نشان می دهد برتری نسبی داشته باشند. ب) این دانش آموزان تحت تاثیر محیط خانواده هایی قرار می گیرند که از نظر اجتماعی موفق تر بوده اند و لذا به طور مستقیم از توجه و عنایت بیشتری برخوردار بوده اند. ج) حضور این دانش آموزان در مدارس خاص باعث شده به سطوح بالتری از توانمندی دست یابند یا مشکلات کمتری داشته باشند. دو عامل اول مربوط به فرد و خانواده و عامل سوم مربوط به تاثیر محیط مدرسه است. نتایج مطالعه موید این حقیقت است که با افزایش سطح تحصیلات والدین درصد کمتری از دانش آموزان دارای مشکلات سلامت روان هستند (جدول ۱۵-۴). چنانچه تاثیر عامل سوم چشمگیر باشد انتظار داریم با افزایش مدت زمان حضور دانش آموز در مدرسه تفاوت مشاهده شده بیشتر شود. در حالی که نتایج مطالعه ما عکس این وضعیت را نشان می دهد. تفاوت میان دو نوع مدرسه در دانش آموزان پایه اول معنی دار است، اما این فاصله در دو پایه بعدی در حدی کاهش می یابد که از معنی داری آماری می افتد (جدول ۴-۱۴). البته در تفسیر بایستی به این یافته نیز تاکید شود که با افزایش سن دانش آموزان فراوانی نسبی مشکلات هم کمتر می شود و شاید به همین دلیل تفاوت میان دو نوع مدرسه نیز کم رنگ تر شود. همچنین توجه به این یافته هم دارای اهمیت است که

فراوانی نسبی مشکلات سلامت روان در خانواده های نسبتاً برخوردار از نظر اقتصادی که اظهار داشته اند از سطح درآمد بیش از حد نیاز بهره مند هستند از گروهی که سطح درآمد خود را برابر و متناسب با هزینه ها بیان کرده اند بیشتر بوده است (۲۳٪ در مقابل ۲۰٪) گرچه دو گروه ضعیف تر همچنان دارای مشکلات بیشتری بوده اند (۲۶٪ و ۲۹٪). از نظر عددی تفاوت مشاهده شده میان دانش آموزان دو نوع مدرسه در حیطه های بیش فعالی و همیاری اجتماعی معنی دار نبود که مورد اول به نظر می رسد به دلیل تشابه قوانین و مقررات انضباطی در مدارس و دومی به علت تقویت همیاری های اجتماعی در مدارس نزدیک تر به بافت جامعه کمتر تحت تاثیر محیط مدرسه باشند. گرچه از نظر شیوع کلی مشکلات تفاوتی میان دو جنس قابل گزارش نبود، اما تفاوت میان مدارس خاص و عادی در دانش آموزان دختر بیشتر از دانش آموزان پسر بود، به طوری که شیوع این مشکلات در دختران مدارس غیرخاص به طور معنی داری از مدارس خاص بیشتر بود (جدول ۴-۱۴).

در یک مطالعه مروری نظام مند و فراتحلیل این طور نتیجه گیری شد که بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیکی انجام شده برای مقایسه سلامت روانی دانش آموزان ممتاز و تیزهوش با سایر دانش آموزان عمدتاً جامعه ای را می سنجد که دانش آموزان به آن تعلق دارند و حقیقتاً خود دانش آموزان مورد قیاس قرار نمی گیرند. نویسندگان توصیه می کنند مطالعات با دقت در شرایط افراد و با تطبیق تاثیر احتمالی عوامل زمینه ای دانش آموزان انجام شود [۲۳]. مطالعات قبلی نشان داده اند که سرمایه و حمایت اجتماعی می توانند باعث ارتقا سطح سلامت روان نوجوانان و جوانان شوند [۲۵، ۲۶].

همانطور که در جدول ۴-۱۸ قابل ملاحظه است، وقتی ارتباط متغیرها را به صورت حاشیه ای با نمره سلامت روان بررسی می کنیم، شانس داشتن درجاتی از مشکلات سلامت روان برای دانش آموزان در شرایط تحصیل در مدارس غیرخاص، تحصیل در مدارس مرکز استان، و اشتغال پدر به شغلی غیر از کارمند بودن به طور معنی داری افزایش می باشد. این در حالی است که افزایش پایه تحصیلی، افزایش سطح تحصیلات پدر و مادر با کاهش شانس داشتن مشکلات سلامت روان همراهی دارد. اما وقتی همه متغیرها را در کنار هم بررسی می کنیم، تحصیل در مدارس غیرخاص با افزایش معنی دار شانس وجود مشکلات

سلامت روان همراهی دارد و تقریباً ۲ برابر شانس وجود این مشکلات افزایش پیدا می کند. این یافته نشان می دهد انتخاب دانش آموزان در مدارس خاص در حد بسیار بالایی به طبقه یا اقتصادی اجتماعی خانواده های دانش آموزان بستگی دارد و عملاً این مدارس دانش آموزانی را انتخاب می کنند که قبلاً در طبقه بندی اجتماعی از دیگر دانش آموزان جدا شده اند. برای نتیجه گیری بهتر شاید خوب بود مدارس غیر انتفاعی نیز در مطالعه وارد می شدند. مقایسه با مدارس غیرانتفاعی در مطالعات بعدی اکیدا پیشنهاد می شود.

## **۵-۲. نتیجه گیری**

شیوع مشکلات سلامت روان در مدارس عادی نسبت به مدارس خاص بیشتر بود. غربالگری به هنگام و مداخلات صحیح و علمی با تاکید و توجه به دانش آموزان مدارس عادی -به خصوص دختران پایه اول- پیشنهاد می شود.

## **۵-۳. پیشنهادات**

-انجام غربالگری دانش آموزان در بدو ورود به مدارس درپایه اول خصوصاً برای دانش آموزان مدارس عادی و دخترانه

-مقایسه دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی با دولتی در مطالعات بعدی

# فهرست منابع

## فهرست منابع

- [1] Organization WH. WHO (2014) Mental health: a state of well-being. 2016.
- [2] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J, Angermeyer MC, Bernert S, Morosini P, Polidori G. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291: 2581-90.
- [3] Fletcher J, Wolfe B. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *Journal of health economics* 2008; 27: 794-800.
- [4] Alavi A, Mohammadi MR, Joshaghani N, Mahmoudi-Gharaei J. Frequency of psychological disorders amongst children in urban areas of Tehran. *Iranian journal of psychiatry* 2010; 5: 55.
- [5] Al-Sughayr AM, Ferwana MS. Prevalence of mental disorders among high school students in National Guard Housing, Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine* 2012; 19: 47.
- [6] Arman S, Keypour M, Maracy M, Attari A. Epidemiological study of youth mental health using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012; 14: 371.
- [7] Brand R, Wolff W, Hoyer J. Psychological symptoms and chronic mood in representative samples of elite student-athletes, deselected student-athletes and comparison students. *School Mental Health* 2013; 5: 166-74.
- [8] Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry* 2008; 17: 22-33.
- [9] Wille N, Bettge S, Wittchen H-U, Ravens-Sieberer U, Group BS. How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 17: 42-51.
- [10] Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology* 2010; 38: 1179-91.
- [11] Tehranidoost M, Mahmoudi-Gharaei J, Alavi A, Mohammadi MR, Shahrivar Z, Saadat S. Children mental health problems: parent report form of strength and difficulties questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry* 2008: 26-31.
- [12] Iran Education System. Roshd National School Network [cited 2020 March 3]; Available from: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/>.
- [13] A Look at Schools in Iran. Aftab Online; 2009 [cited 2020 March 3]; Available from: [https://www.aftabir.com/articles/view/science\\_education/education\\_training/](https://www.aftabir.com/articles/view/science_education/education_training/).
- [14] Introducing different types of schools in Iran. Sedaye Moshaveran; 2019 [cited 2020 March 3]; Available from: <https://sedayemoshaveran.com/>.

- [15] Hashemi MS, Yarian E, Bahadoran P, Jandaghi J, Khani MM. Prevalence of mental health problems in children and its associated socio-familial factors in urban population of Semnan, Iran (2012). *Iranian journal of pediatrics* 2015; 25.
- [16] Undheim AM, Sund AM. Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12-to 15-year-old Norwegian adolescents. *European child & adolescent psychiatry* 2010; 19: 803-11.
- [17] Golparvar M, Atashpoor H, Hadipoor M. A Comparative Study on Psychological Well-Being of Gifted Female Students in Regular Schools and Schools for Gifted Students. *Journal of Exceptional Children* 2012; 12: 85-94.
- [18] Zadbar M, Taghvaei D. Comparison of Emotional Intelligence Components of Gifted Students and Normal Students. *Second National Conference on School Psychology; University of Mohaghegh Ardebili* 2017.
- [19] Zadbar M, Taghvaei D. Comparison of Self-esteem Components of Gifted Students and Normal Students. *Second National Conference on School Psychology; University of Mohaghegh Ardebili* 2017.
- [20] Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 2015; 14: 231-3.
- [21] Hölling H, Kurth B-M, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European child & adolescent psychiatry* 2008; 17: 34-41.
- [22] Rajabi F, Shiralipor A. A Review and Comparison of the Relationship between Personality Characteristics and Mental Health among Female Students in Regular and Gifted Schools in Abadeh. *JSR* 2016; 17: 107-15.
- [23] Martin LT, Burns RM, Schonlau M. Mental disorders among gifted and nongifted youth: A selected review of the epidemiologic literature. *Gifted Child Quarterly* 2010; 54: 31-41.
- [24] Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, ABOU-SALEH M. Mental health problems among schoolchildren in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 880-6.
- [25] McPherson KE, Kerr S, McGee E, Morgan A, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC psychology* 2014; 2: 7.
- [26] Cheng Y, Li X, Lou C, Sonenstein FL, Kalamar A, Jejeebhoy S, Delany-Moretlwe S, Brahmbhatt H, Olumide AO, Ojengbede O. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health* 2014; 55: S31-S8.
- [27] Zadbar T, Taghvaei D. Comparison of the Emotional Intelligence Components of Gifted and Normal School Students. *Second National Conference on School Psychology; Ardebil, University of Mohaghegh Ardabil* 2016.
- [28] Zadbar T, Taghvaei D. Comparison of the Self-esteem Components of Gifted Students and Normal Schools. *Second National Conference on School Psychology; Ardebil, University of Mohaghegh Ardabil* 2016.



- [29] Ghanizadeh A, Izadpanah A. Scale validation of the strengths and difficulties questionnaire in Iranian children. 2007.
- [30] Gharehbaghy F, Aguilar-Vafaie M. Psychometric properties of Persian parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a sample of Iranian children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2009; 15: 231-41.
- [31] Shahrivar Z, Tehrani-Doost M, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Normative data and psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in an Iranian community sample. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2009; 14: 69.

# پیوست‌ها

## Abstract

**Introduction:** Many studies have been done on the psychological characteristics of adolescents, but it is questionable whether these characteristics are related to the type of school, depending on the experience of separating special schools (named SAMPAD & Nemooneh in Iran) for talent/gifted students from ordinary schools. The purpose of this study was to compare the psychological characteristics of the special school students in Semnan province with the ordinary school students in terms of mental health.

**Materials & Methods:** This cross-sectional descriptive-analytic study was conducted in boys 'and girls' high schools of Semnan province in two special and ordinary groups. Background information was obtained from a questionnaire of students and their parents. To assess mental health, a standard questionnaire of strenghtes and difficulties (SDQ) was used. Statistical analysis was performed using SPSS-24 at the significant level of 5%.

**Results:** In this study 624 (304 boys and 320 girls) jounior high school students from Semnan, Shahroud, Damghan and Garmsar public schools participated. 291 students (46.6%) were special school students and the rest (331 students) were ordinary school students (53.4%). In terms of overall mental health status, the prevalence of low to high degrees of mental health problems among students was estimated to be 24.6% (95% CI: 21.3% to 28.1%, 24.7% in female and 24.7% in males with no significant difference) ( $p = 0.442$ ). The prevalence of problems in special schools was 18.5% (95% confidence interval: 14.1 to 23.0). It was significantly more than the ordinary ones (29.6%, 95% confidence interval: 19.9 to 29.4) ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The prevalence of mental health problems in ordinary schools was higher than in special schools. Timely screening and proper and scientific interventions are recommended with emphasis on ordinary school students - especially first grade girls.

**Keywords:** Mental Health, Students, High School, Talent