

بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز

ایراندخت فیاض^۱

ژاله کیانی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۱۰

تاریخ وصول: ۹۰/۴/۵

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی نوجوانان بی سرپرست پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز انجام گردیده است. تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و شیوه انجام آن زمینه‌ای است، جامعه آماری این پژوهش کل نوجوانان ساکن در پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی در شهر شیراز در سال ۱۳۸۹ است، نمونه با جامعه آماری برابر است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه گلدبرگ^۳ GHQ-۲۸ بوده است. از روش‌های آماری: میانگین، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون دوجمله‌ای و آزمون من-ویتی استفاده شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که الف) وضعیت سلامت روانی ساکنین هر دو پرورشگاه در حد قابل قبولی قرار دارد. ب) در ابعاد (علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید) بین سلامت پسران و دختران در مؤلفه اضطراب و اختلال خواب این اختلاف معنی دار بوده و اضطراب و اختلال خواب در دختران شایع تر است. ج) میزان سلامت در دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستانی با هم تفاوت ندارد. د) بین مؤلفه‌های سلامت روان با سن دانش آموزان مورد مطالعه یک همبستگی منفی و جزئی مشاهده می‌شود،

۱- استاد یار دانشگاه علامه طباطبایی

۲- کارشناس ارشد فلسفه تعلیم و تربیت دانشگاه علامه طباطبایی

3. Gold berg

که در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است. نتایج تحقیق نشان داد که بر خلاف انتظار کودکان تحت سرپرستی در پرورشگاه‌های دستغیب و نمازی از لحاظ سلامت روانی در وضعیت بدی قرار ندارند.

با توجه به فراوانی پایین موارد مبتلا به اختلالات روانی حاصل از نتایج آزمون، لزوم برنامه ریزی متناسب و اقدامات پیشگیری از طریق آموزش بهداشت روانی و فعال کردن مراکز مشاوره از طرف مسئولین امر ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: سلامت، سلامت روانی، نوجوانی، بی سرپرست، پرسشنامه گلدبرگ.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است حد فاصل بین کودکی و بزرگسالی، زمانی که فرد با یک سری از موانع و مشکلاتی از قبیل تکالیف بهنجاری (مانند رشد هویت، استقلال از خانواده توأم با ادامه ارتباط و قرار گرفتن در گروه‌های همسالان) و انتقال از کودکی به بزرگسالی که واجد ویژگی‌هایی چون تغییرات فیزیولوژیکی در بدن و تحولات شناختی است، مواجه می‌شود (احمدی، ۱۳۸۲). این مواجهه آغاز شروع یک بحران خواهد بود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد. در این روند نقش خانواده به عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی که هسته اصلی جامعه و سرچشمه اجتماع بزرگ‌تر را تشکیل می‌دهد غیرقابل انکار است.

کانون خانواده، تنها پناهگاه و تکیه‌گاه فرزند است؛ زمانی که نوزاد چشم به جهان می‌گشاید، با افکار، احساسات، نظرها، آرزوها و انتظارات اعضای خانواده احاطه می‌شود. محیط خانواده، محلی است که کودک چگونگی زندگی کردن را یاد می‌گیرد؛ شیوه‌های فرهنگ را به طور عام و فرهنگ خانواده را به طور خاص می‌آموزد. در این محیط عواطف و احساسات هیجانی کودک در پناه امنیت و آرامش نضح می‌گیرد و پرورش می‌یابد.

زندگی هر کودک و نوجوانی همراه با یک تعامل هماهنگ با والدینش در زیر یک سقف، یک انتظار معمول و قابل قبول می‌باشد. در چنین چارچوبی خواه ناخواه انتظار می‌رود

که تحول در رشد دارای روند خوب و سریع باشد. انحراف از این هنجار و محرومیت کودکان از والدین و خانواده و زندگی در مؤسسات شبانه‌روزی برای آنهایی که به دلایلی یکی از والدین خود را از دست داده‌اند و شرایط زندگی با فامیل برای آنها وجود ندارد و ضرورتاً در کانون‌ها، مؤسسات و مراکزی نگهداری و مراقبت می‌شوند که کمتر شباهت به خانواده دارد، کودکان و نوجوانان را با طیف وسیعی از مشکلات از جمله: پایین بودن حرمت ذات خود، بالارفتن خطر آسیب‌های جسمی و روانی بخصوص اختلال افسردگی و نظایر آنها روبرو خواهد کرد. در تمامی دنیا بی‌شک عده زیادی از نعمت خانواده محرومند و در مؤسسات شبانه‌روزی مراقبت می‌شوند و دقیقاً در این مقطع سنی قرار گرفته‌اند سنینی که هر عاملی تأثیر غیرقابل انکاری بر زندگی حال و آینده آنان دارد. لذا ضروری است که به آثار محرومیت از خانواده و زندگی در این گونه مؤسسات پرداخته شود و مشکلات مبتلا به این قشر شناسایی و راهکارهای مناسب ارائه شود.

سلامتی

تعریف از «سلامت» بر اعمال حکومتی، آموزشی، درمانگری، پدر و مادری کردن و همه تلاش‌هایی که با هدف تغییر آدمی برای بهتر شدن صورت می‌گیرد تأثیر می‌گذارد (رایان، دسی^۱، ۲۰۰۱). امروزه تجربه نشان می‌دهد که علت بسیاری از مشکلات جسمی و مرگ و میر صرفاً از تغییرات کلان در بهره‌مندی از دانش زیست پزشکی تبعیت نمی‌کند. در نتیجه به منظور استمرار در بهبود وضعیت سلامت افراد، با تغییر پارادایم مواجه می‌شویم (والاندر^۲، ۲۰۰۰ به نقل از نیکوگفتار، ۱۳۸۵).

سلامت سازه‌ای پیچیده‌ای است که منظور از آن تجربه و کنش بهینه روان‌شناختی می‌باشد، اگر چه سؤال «حال شما چطور است» بسیار ساده به نظر می‌آید با این حال نظریه

1. Rayan ,F.M,Daci
2. Wallandar.j.l.

پردازان معتقد هستند که موضوع سلامت بسیار بحث برانگیز است. از شروع تلاش‌های عقلانی آدمیان تاکنون بحث‌های قابل ملاحظه‌ای در مورد تجربه بهینه و این که زندگی خوب^۱ چگونه بنا می‌شود صورت گرفته است (رایان، ۲۰۰۱).

پارادایم غالب قرن گذشته برای میزان وقوع و سیر مشکلات جسمی از منظره زیست پزشکی بوده است. این دیدگاه اثر مهمی بر پیشگیری و مهار مشکلات جسمی داشته است. در واقع در نیمه اول قرن بیستم نتایج موفق آمیز زیادی در کاهش بیماری‌های مختلف مرگ و میر به دست آمده است. با این حال عوامل اصلی به وجود آورنده مرگ و معلولیت در آغاز قرن ۲۰ متفاوت از گذشته است (والاندر، ۲۰۰۰).

کپتین و ونیسن^۲ (۲۰۰۴) تمایز بین روان‌شناختی و جسمی پزشکی را با گسترش مرزهای دانش امری بیهوده می‌دانند و معتقدند تحولات جدید در حوزه ایمنی شناسی عصبی روانی یا در حوزه رابطه بین عوامل ژنتیکی و رفتاری تنها بخشی از حقیقت برای روان‌شناسان است و استفاده از این اصول برای بیماران با اختلال‌های جسمانی مختلف الهام بخش بوده است.

امروز سلامت روان توجه روزافزون محققان شاخه‌های علوم را به خود جلب کرده و به تبع آن شمار قابل توجهی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده است. از این روست که می‌توان در ادبیات سلامت از تعاریف متعدد با روی آوردهایی متکثر سراغ گرفت (چاهن^۳، ۲۰۰۰).

ماتارازو^۴ (۱۹۸۲) اولین پایه مطالعات در حوزه سلامتی را، حفظ و ترویج آن ذکر می‌کرد که شامل شناخت و اصلاح رفتارهای مربوط به سلامت، ارتباطات همگانی درباره سلامت یا گشودن مسیرهایی می‌شد که در سطح عمومی می‌توانند سلامتی را تحت تأثیر قرار دهند. در این

1. the good life
2. Kaptin.A. Weinman.j
3. Chanhan.s.s
4. Matarazzo

زمینه توجه به دو نکته را ضروری می‌داند: ۱- پیشگیری اولیه ۲- پیشگیری ثانویه (کاپلان^۱، ۲۰۰۰ به نقل از نیکو گفتار، ۱۳۸۵).

اقداماتی که می‌تواند به بهداشت روانی فرد کمک کند عبارتند از:

۱- **شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری:** شناخت موقعیت‌هایی که فرد را خشمگین می‌کند یا واکنش تنیدی در او ایجاد می‌کند، می‌تواند شخص را در برابر فشارهای روانی محافظت کند.

۲- **توانایی احترام به خود:** تجربه نشان داده است افرادی که برای خود ارزش قائل‌اند، توانایی‌های خود را خوب تشخیص می‌دهند، نه خود بزرگ بین هستند و نه خود کم بین و این امر به بهداشت روانی آنها کمک می‌کند.

۳- **پذیرش نقاط قوت و ضعف:** انسان سالم، انسانی است که بداند در چه زمینه‌هایی ضعف عمده دارد، آنگاه سعی کند که متناسب با توانایی‌هایش نقاط ضعف خود را جبران کند. نیز چنین فردی لازم است نقاط قوت خود را تشخیص دهد و در پی تقویت این نقاط برآید.

۴- **توانمند ساختن آنها در برقراری روابط صمیمانه با دیگران:** صمیمت نوعی تعهد درونی نسبت به برقراری روابط و ادامه آن است، زیرا همه به اطمینان خاطری که از جانب دیگران تأمین می‌شود، نیاز داریم، لذا از راه در میان گذاشتن نگرانی‌های خود با افراد مجرب و بزرگترها، می‌توانید بیشتر مشکلات خود را ساده‌تر و روشن‌تر نمایید.

۵- **آموزش دادن مهارت گرفتن کمک از دیگران:** انسان در هر سنی باشد به راهنمایی و مشورت دیگران نیازمند است. تقاضای کمک به موقع از دیگران نشان از پختگی است.

۶- افزایش دید مثبت با فراهم کردن محیط‌های خوشایند و شاد.

سلامت روانی

شفیع آبادی سلامت روانی^۱ را داشتن هدفی انسانی در زندگی، سعی در حل عاقلانه مشکلات، سازش با محیط اجتماعی بر اساس موازین علمی و اخلاقی و سرانجام ایمان کاری و مسئولیت پیروی از اصل نیکوکاری و خیرخواهی می‌داند (شفیع آبادی و ناصری ۱۳۶۵).

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را این طور تعریف کرده اند: «قابلیت ارتباط موزن و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» (میلانی فر ۱۳۷۴).

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت آمده است: «سلامتی عبارت است از حالت کامل رفاه اجتماعی، روانی و اجتماعی به منظور نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی است که خود می‌تواند نسبت به ایجاد سیستم با ارزشی در مورد ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی، ملی و بین‌المللی کمک نماید. زیرا وقتی سلامت روانی شناخته شد نسبت به دستیابی آن اقدام می‌شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی باز می‌گردد (حسینی، ۱۳۷۴).

ونتیز^۲ (۱۹۹۵) تعریف سلامت روان را براساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می‌داند: ۱- فقدان بیماری ۲- رفتار اجتماعی مناسب ۳- رهایی از نگرانی و گناه ۴- خودبستگی و خودمهارگری ۵- خویشتن‌پذیری و خودشکوفایی ۶- توحید یافتگی و سازمان‌دهی شخصیت ۷- گشاده فکری و انعطاف‌پذیری.

سلامت روان و نوجوانی

دوره نوجوانی از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و از آن به عنوان دوره بحرانی طوفان، استرس و دوره زایش دوباره یاد کرده‌اند (ویسر^۳، ۲۰۰۰).

1. Mental health
2. Ventis.l.w
3. Visser

نوجوانی دوره‌ای از رشد، همراه با تغییرات برجسته می‌باشد که شامل عبور شخص از مرحله طفولیت به بزرگسالی است که طیف سنی ۱۱-۲۰ سال را در بر می‌گیرد. در طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد. مشخصه نوجوانی، بلوغ است. بلوغ یک فرایند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرایند و تغییر روان‌شناختی است متفاوت می‌باشد (حیدری بهلولیان و همکاران، ۱۳۷۹).

استیون^۱ (۲۰۰۰) رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به صورت تغییر در نحوه تفکر، به صورت انتزاعی، مفهومی و آینده‌نگر شدن می‌باشد. بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. نوجوان تدریجاً ارزش‌های گوناگونی را از منابع متفاوت وارد نظام اعتقادی خود می‌کند و این نظام اعتقادی برای تطابق با واقعیت‌های زندگی جدید باید انعطاف‌پذیری، تغییر و تکامل داشته باشد. وقتی نوجوان احساس استقلال می‌کند خانواده این پختگی و بالیدگی در حال ظهور نوجوان را تشویق و حمایت می‌کند، او برای این سؤالات (من کیستم و به کجا می‌روم؟) پاسخی در خود می‌یابد. تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب نوعی احساس اطمینان از خویشتن است (به نقل از مسعود زاده، ۱۳۸۲). کاپلان (۱۹۹۸) رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی از والدین و استحکام روان‌شناختی فرد، برای هر نوجوان به طور جداگانه‌ای شکل می‌گیرد. نکته بسیار مهمی که وجود دارد این است که، بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (به نقل از مسعود زاده، ۱۳۸۲).

با توجه به اینکه سال‌های نوجوانی، دوره شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی می‌تواند قابلیت‌ها و در نهایت آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این رو توجه به نیازهای مادی و معنوی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. در کنار تلاشی که برای تحصیلات آنان

می‌اندیشیم، باید عوامل آسیب‌رسانی به ساختار روحی روانی آنها را بهتر درک کرد تا بتوان راه حل شایسته‌ای را برای پیشگیری و جبران آن‌ها یافت. در این راه، شاید نخستین گام؛ بررسی میزان شیوع اختلالات و آسیب‌شناسی روانی و شناخت آن‌ها در نوجوانان باشد (رابرت^۱ و همکاران، ۱۹۹۸).

یکی از عللی که می‌تواند این آسیب‌ها را افزایش دهد. محرومیت از والدین و عدم زندگی در کنار آنهاست نوجوانان ساکن در پرورشگاه‌ها از این نعمت بی‌بهره هستند و این محرومیت می‌تواند آسیب‌ها و آثار نامطلوبی برای آنها در پی داشته باشد.

محرومیت از والدین

مرگ والدین یا جدایی از آنها در کودکی و نوجوانی با آثار نامطلوبی همراه است و احتمال افزایش مسائل هیجانی به خصوص آسیب‌پذیری بیشتر در مقابل افسردگی را تشدید می‌کند. فقدان یک رابطه گرم و صمیمی با والدین در سال‌های نخست زندگی می‌تواند تأثیر عمیقی بر رشد هیجانی و اجتماعی بگذارد. عدم دلبستگی به والدین نتایج طولانی مدت دارد و یکی از نتایج مهم آن عدم امنیت عاطفی برای کودک می‌باشد (اتیکنسون و همکاران ۱۳۷۰).

در صورتی که فرد در سال‌های نخستین زندگی خود والدینش را از دست بدهد. نمی‌تواند الگوهای رفتاری، خصوصیات اخلاقی، انگیزه‌ها و نگرش‌ها و ارزش‌های والدین خود را از طریق تقلید و مشاهده الگو کسب کند. در نتیجه از لحاظ اجتماعی دچار عقب‌افتادگی خواهد شد. عدم رشد اجتماعی در کودکانی که والدین خود را در کودکی از دست داده‌اند موجب می‌شود که این افراد بعدها در روابط اجتماعی دچار مشکل شوند (رتبی، ۱۹۹۹، ص ۳۲۲).

پراونس و لیپتون^۲ (۱۹۶۲) رفتار کودکانی را که در مؤسسات زندگی می‌کردند با کودکانی که در خانه به سر می‌برند مورد تحقیق قرار دادند، نتایج این بخش نشان می‌دهد که

1. Rabert
2. lipton

کودکان که در مؤسسات زندگی می‌کردند در مقایسه با کودکان هم سن خود در خانه نوعی نارسایی نشان می‌دادند به این معنی که به ندرت برای کسب راحتی و شادی نزد بزرگسالان می‌آمدند و نشانه‌ای از همبستگی قوی به هیچ فردی نشان نمی‌دادند (آزاد، ۱۳۵۶).

لاوری^۱ (۱۹۴۰) اظهار می‌دارد که تحقیقات روانشناسی انجام شده در مورد افراد ساکن در مراکز شبانه‌روزی حاکی از اختلال شدید رفتاری است. پارانل (۱۹۴۱) علائم بارزی در افراد مستقر در کانون‌ها مشخص شده است، آن‌ها را کودکان روان دردمند یا کودکان مؤسسه‌ای و پرورشگاهی نامید که دارای سه فاز کلینکی، حالت ضداجتماعی یا رفتار تهاجم‌آمیز، عدم توانایی کودک برای برقراری رابطه ثابت با افراد بزرگسال و انواع گوناگون علائم از قبیل شب‌اداری و اعمال تغییر حالت نارسیم هستند.

کودکان ونوجوانانی که از وجود خانواده به هر دلیلی محروم هستند و در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند با احساس ترس، اضطراب و عدم امنیت رشد می‌کنند. زیرا از امن‌ترین مکان، که کانون خانواده است محروم هستند. آنها تحت محبت‌هایی که براساس وظیفه به آنها می‌شود قرار دارند و ممکن است این احساس را داشته باشند که نباید به هیچ عنصری در این مکان دل ببندند و هیچ چیزی را در این مکان قابل باور و اعتماد نمی‌دانند.

سیف (۱۳۷۲) سلامت و عدم سلامت روان را به مقدار زیادی ناشی از تجارب موفق و ناموفق دانش‌آموزان در دوران تحصیلی می‌داند.

موسوی و همکاران (۱۳۷۷) در پژوهشی تحت عنوان شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۷ ساله دبیرستان‌های ناحیه بندرعباس، شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۵-۱۷ ساله دبیرستان‌های بندرعباس را ۵/۴۴ درصد اعلام کرده است.

احمدخانی (۱۳۸۰) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه و بررسی سلامت روان بین سه گروه دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان دارای پدر و فاقد پدر و شاهد پرداخت. نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه‌ها عدم معناداری تفاوت بین میانگین‌ها را نشان داد.

1. Lawry. M.

مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۱-۱۳۸۲) در پژوهشی تحت عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان شهر ساری شیوع اختلالات روانی را در دانش آموزان دبیرستانی این شهر را ۳۹/۱ درصد گزارش کرده‌اند.

حیدرنیا (۱۳۸۳) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه سلامت روان و عزت نفس پسران تحت حضانت پدر، و پسران تحت حضانت مادر، و پسران خانواده‌های عادی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و عزت نفس کوپر اسمیت استفاده کرد. نتایج به دست آمده نشان داد عزت نفس و سلامت عمومی خانواده‌های عادی بالاتر از پسران خانواده‌های طلاق (تحت حضانت مادر یا پدر) است. سلامت روان پسران تحت حضانت مادر بالاتر از پسران تحت حضانت پدر بود که در دو خرده مقیاس علائم جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی نیز نسبت به کودکان تحت حضانت پدر نمره بالاتری را کسب کردند.

احمد و کرمنج (۱۹۹۶) در پژوهشی به بررسی زندگی اجتماعی هیجانی ایتام پرورشگاهی مراقبت و تربیت سنتی در کردستان عراق یک سال توأم با پیگیری روی ۱۹ نفر کودکانی که هر دو والدین خود را از دست داده بودند و در پرورشگاه زندگی می‌کردند و مقایسه با ۱۸ نفر فرزند خوانده که در خانه زندگی می‌کردند در کردستان عراق پرداختند. نتایج نشان داد که ایتام پرورشگاهی نسبت به فرزند خوانده‌ها اختلال و استرس پس از ضربه بیشتری داشتند.

اهداف کلی

- ۱- بررسی وضعیت سلامت عمومی کودکان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی؛
- ۲- واکاوی مشکلات نوجوانان پرورشگاهی که اغلب مغفول می‌ماند.

سؤالات پژوهش

۱. سلامت عمومی کودکان ساکن (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) در چه حدی است؟

۲. آیا بین سلامت عمومی پسر و دختر ساکن (پرورشگاه شهید و دستغیب و پرورشگاه نمازی) تفاوتی وجود دارد؟

۳. آیا بین دختران و پسران دبیرستان با دختران و پسران راهنمایی ساکن (پرورشگاه شهید و دستغیب و پرورشگاه نمازی) از نظر سلامت عمومی تفاوتی وجود دارد؟

۴. آیا بین سن و سلامت روان دختران و پسران ساکن در (پرورشگاه شهید و دستغیب و پرورشگاه نمازی) همبستگی وجود دارد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و شیوه انجام آن زمینه‌ای است، جامعه آماری این پژوهش کل نوجوانان ساکن در پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی که ۵۹ نفر در سال ۱۳۸۹ در شهر شیراز است، نمونه با جامعه آماری برابر است. ۵۱ نفر به پرسشنامه پاسخ کامل داده‌اند و ۸ نفر افت نمونه داشته است.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش ابزار اندازه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه ۲۸ آیتمی گلدبرگ (GHQ) است. این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیرروان‌پریشی تدوین و تنظیم گردید که «به‌طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربالگری اختلالات روان‌شناختی (غیر روان‌پریش) در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف» استفاده می‌شود.

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلر با استفاده از روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند تدوین گردید. دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارتند از:

۱. علایم جسمانی؛ ۲. اضطراب و اختلال خواب؛ ۳. اختلال در کارکرد اجتماعی؛ ۴. افسردگی شدید.

روایی و پایایی آزمون

گلدبرگ (۱۹۸۰) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش نمود. خزاییلی (۱۳۷۵) می‌نویسد «به نظر گلدبرگ (به نقل از آریا و همکاران، ۱۹۹۲) فرم‌های مختلف GHQ دارای روایی و کارایی بالایی هستند.

در کشور ما نیز تحقیقات متعددی روی جمعیت‌های مختلف آماری دانشجویان، دانش‌آموزان، و کارمندان به عمل آمده است. برای نمونه، می‌توان از تحقیق (هومن ۱۳۷۶؛ پالاهنگ ۱۳۷۴؛ یعقوبی ۱۳۷۵؛ مجاهد ۱۳۷۴؛ یزدان پناه ۱۳۷۵؛ میرخشتی ۱۳۷۵؛ صولتی ۱۳۷۷ و شیرازی ۱۳۷۸) یاد نمود. پایایی پرسش‌نامه نسخه فارسی GHQ-28 در این تحقیقات به ترتیب میزان ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۶۲، ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. به این معنی که در تمامی این تحقیقات پایایی در حد خوب و عالی برآورد شده است.

شیوه تجزیه تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، میانگین، آزمون رتبه‌ای^۱، ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون دوجمله‌ای^۲ و آزمون من-ویتنی^۳ استفاده گردیده است.

یافته‌های پژوهش

در سطور ذیل به پردازش داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های توزیع شده در میان پاسخگویان پرداخته شده است. در بخش‌های الف). توصیف وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان ساکن در پرورشگاه شهید و دستغیب و نمازی ب). تجزیه و تحلیل وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان ساکن در پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی با توجه به مقیاس‌های چهارگانه و به تفکیک سن و جنسیت و مقاطع تحصیلی.

1. Rank test
2. testBinomial
3. Mann-whiteny

الف) بررسی سؤال اول پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

۱- سلامت عمومی کودکان ساکن (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) در چه حدی است؟

در جداول چهارگانه زیر وضعیت سلامت روانی دانش آموزان، در مؤلفه‌های چهارگانه (علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱. نمرات علایم جسمانی در دانش آموزان مورد مطالعه

نمرات درمقیاس ۲۱ تا ۰	فراوانی درصد	درصد اظهارشده	درصد تجمعی
۰	۳	۵/۱	۵/۱
۱	۵	۸/۵	۱۳/۶
۲	۵	۸/۵	۲۲/۰
۳	۴	۶/۸	۲۸/۸
۴	۴	۶/۸	۳۵/۶
۴/۲	۱	۱/۷	۳۷/۳
۵	۹	۱۵/۳	۵۲/۵
۶	۳	۵/۱	۵۷/۶
۷	۵	۸/۵	۶۶/۱
۸	۷	۱۱/۹	۷۸/۰
۸/۲	۲	۳/۴	۸۱/۴
۹/۳	۱	۱/۷	۸۳/۱
۱۰	۲	۳/۴	۸۶/۴
۱۱	۵	۸/۵	۹۴/۹
۱۲/۸	۱	۱/۷	۹۶/۶
۱۵	۲	۳/۴	۱۰۰/۰
جمع	۵۹	۱۰۰	

۳۳ □□□□ بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز

۹۸/۳	۱/۷	۱/۷	۱	۱۵/۱۷
۱۰۰	۱/۷	۱/۷	۱	۱۶
	۱۰۰	۱۰۰	۵۹	جمع

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود حدود ۵/۱ درصد از دانش‌آموزان هیچ‌کدام از علائم اضطراب و اختلال خواب نداشته‌اند، ۵/۱ درصد هم تنها یکی از علائم ۷ گانه را به صورت خفیف ابراز نموده‌اند. ۳۰/۵ درصد نمره کمتر از ۳ (درمقیاس ۲۱) داشته‌اند. ۵۰/۸ درصد (نیمی از نمونه) نمره کمتر از ۶ داشته‌اند ۶۷/۸ درصد نمره ۱۰ و کمتر (حد وسط) داشته و هیچکس نمره بیشتر از ۱۶ نگرفته است.

جدول ۳. نمرات اختلال در کارکرد اجتماعی در دانش‌آموزان مورد مطالعه

نمرات درمقیاس ۲۱ تا ۰	فراوانی	درصد	درصد اظهار شده	درصد تجمعی
۰	۱	۱/۷	۱/۷	۱/۷
۱	۳	۵/۱	۵/۲	۶/۹
۲	۲	۳/۴	۳/۴	۱۰/۳
۳	۱	۱/۷	۱/۷	۱۲/۱
۴	۹	۱۵/۳	۱۵/۵	۲۷/۶
۴/۶۷	۱	۱/۷	۱/۷	۲۹/۳
۵	۷	۱۱/۹	۱۲/۱	۴۱/۴
۶	۴	۶/۸	۶/۹	۴۸/۳
۷	۴	۶/۸	۶/۹	۵۵/۲
۸	۴	۶/۸	۶/۹	۶۲/۱
۹	۷	۱۱/۹	۱۲/۱	۷۴/۱
۹/۳۳	۱	۱/۷	۱/۷	۷۵/۹
۱۰	۴	۶/۸	۶/۹	۸۲/۸
۱۱	۳	۵/۱	۵/۲	۸۷/۹
۱۲	۱	۱/۷	۱/۷	۸۹/۷

۹۶/۶	۶/۹	۸/۶	۴	۱۳
۹۸/۳	۱/۷	۱/۷	۱	۱۵
۱۰۰	۱/۷	۱/۷	۱	۱۵/۱۷
	۱۰۰	۹۸/۳	۵۸	جمع
		۱/۷	۱	اظهارنشده
		۱۰۰	۵۹	جمع کل

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، ۱/۷ درصد دانش‌آموزان هیچکدام از علائم اختلال در کارکرد اجتماعی نداشته‌اند، ۶/۹ درصد هم تنها یکی از علائم ۷ گانه را به صورت خفیف ابراز نموده‌اند. ۱۲/۱ درصد نمره کمتر از ۳ (در مقیاس ۲۱) داشته‌اند. ۵۵/۲ درصد (نیمی از نمونه) نمره کمتر از ۷ داشته‌اند. ۸۲/۸ درصد نمره ۱۰ و کمتر (حدوسط) داشته و هیچکس نمره بیشتر از ۱۶ نگرفته است.

جدول ۴: نمرات افسردگی شدید در دانش‌آموزان مورد مطالعه

نمرات در مقیاس ۲۱ تا ۱۰	فراوانی	درصد	درصد اظهارشده	درصد تجمعی
۰	۱۸	۳۰/۵	۳۱/۶	۳۱/۶
۱	۳	۵/۱	۵/۳	۳۶/۸
۲	۳	۵/۱	۵/۳	۴۲/۱
۳	۴	۶/۸	۷	۴۹/۱
۴	۴	۶/۸	۷	۵۶/۱
۵	۴	۶/۸	۷	۶۳/۲
۶	۱	۱/۷	۱/۸	۶۴/۹
۷	۴	۶/۸	۷	۷۱/۹
۸/۱۷	۲	۳/۴	۳/۵	۷۵/۴
۹	۴	۶/۸	۷	۸۲/۵
۱۰	۱	۱/۷	۱/۸	۸۴/۲
۱۱	۱	۱/۷	۱/۸	۸۶

است، افسردگی و علائم جسمانی در مقایسه با اضطراب و اختلال خواب و اختلال در کارکرد اجتماعی وضعیت بهتری دارند.

ب) بررسی سؤال اول پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل استنباطی

۱- سلامت عمومی کودکان ساکن (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) در چه حدی است.

جدول ۶. دو جمله‌ای (Binomial Test) به منظور بررسی وضعیت سلامت

مؤلفه‌های سلامت روان	گروه‌ها	تعداد	نسبت مشاهده شده	نسبت مورد آزمون	سطح معنی داری
علائم جسمانی، ۳ تا ۰	≤ 1.5	۵۱	۰/۸۶	۰/۵	(a)۰۰۰.
	> 1.5	۸	۰/۱۴		
		۵۹	۱		
اضطراب و اختلال خواب، ۳ تا ۰	≤ 1.5	۴۰	۰/۶۸	۰/۵	(a)۰۰۹.
	> 1.5	۱۹	۰/۳۲		
		۵۹	۱		
اختلال در کارکرد اجتماعی، ۳ تا ۰	≤ 1.5	۴۸	۰/۸۳	۰/۵	(a)۰۰۰.
	> 1.5	۱۰	۰/۱۷		
		۵۸	۱		
افسردگی شدید، ۳ تا ۰	≤ 1.5	۴۸	۰/۸۴	۰/۵	(a)۰۰۰.
	> 1.5	۹	۰/۱۶		
		۵۷	۱		
وضعیت کلی بیماری، همه ۴ بعد، ۳ تا ۰	≤ 1.5	۵۱	۰/۸۶	۰/۵	(a)۰۰۰.
	> 1.5	۸	۰/۱۴		
		۵۹	۱		

۱/۰۱	۰/۸۱	۰/۹۵	۱/۳۳	۰/۹۴	میانگین	دختر
۰/۴۲	۰/۷۹	۰/۴۳	۰/۶۱	۰/۴۹	انحراف استاندارد	
۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۰۱	۰/۸۷	۰/۷۸	میانگین	پسر
۰/۵۱	۰/۷۳	۰/۵۲	۰/۶۸	۰/۵۷	انحراف استاندارد	
۰/۸۹	۰/۷۳	۰/۹۹	۱/۰۴	۰/۸۴	میانگین	Total
۰/۴۹	۰/۷۵	۰/۴۹	۰/۶۹	۰/۵۴	انحراف استاندارد	

همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود در آزمون مورد نظر اختلاف بین پسران و دختران در ابعاد (علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید) بین سلامت پسران و دختران اختلاف معنی داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد ملاحظه نمی‌شود ($p > 0.05$)، در صورتی که در مؤلفه اضطراب و اختلال خواب این اختلاف معنی دار بوده و می‌توان ادعا نمود ($p = 0.017 < 0.05$) اضطراب و اختلال خواب در دختران شایع‌تر است.

جدول ۸. مقایسه رتبه‌ها در ابعاد سلامت پسران و دختران

مؤلفه‌های سلامت روانی	جنسیت	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها
علایم جسمانی، ۳ تا ۰	دختر	۲۰	۳۱/۰۵	۶۲۱
	پسر	۳۴	۲۵/۴۱	۸۶۴
	جمع	۵۴		
اضطراب و اختلال خواب، ۳ تا ۰	دختر	۲۰	۳۴/۱۸	۶۸۳/۵
	پسر	۳۴	۲۳/۵۷	۸۰۱/۵
	جمع	۵۴		
اختلال در کارکرد اجتماعی، ۳ تا ۰	دختر	۲۰	۲۵/۶۸	۵۱۳/۵
	پسر	۳۳	۲۷/۸	۹۱۷/۵
	جمع	۵۳		
افسردگی شدید، ۳ تا ۰	دختر	۲۰	۲۸/۹۸	۵۷۹/۵
	پسر	۳۳	۲۵/۸	۸۵۱/۵
	جمع	۵۳		
وضعیت کلی بیماری، همه ۴ بعد، ۳ تا ۰	دختر	۲۰	۳۱/۹۳	۶۳۸/۵
	پسر	۳۴	۲۴/۹	۸۴۶/۵
	جمع	۵۴		

همانطور که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌کنید رتبه علائم جسمانی در دختران ۳۱/۰۵ از رتبه پسران با رتبه ۲۵/۴۱ بالاتر است در مؤلفه اضطراب و اختلال خواب در دختران با رتبه ۳۴/۱۸ از پسران با رتبه ۲۳/۵۷ بالاتر است. در مؤلفه اختلال در کارکرد اجتماعی در دختران با رتبه ۲۵/۶۸ از پسران با رتبه ۲۷/۸ پایینتر است. در مؤلفه افسردگی شدید در دختران با رتبه ۲۸/۹۸ از پسران با رتبه ۲۵/۸ بالاتر است. رتبه پایین‌تر نشانه وضعیت بهتر و رتبه بالاتر نشان وضعیت بدتر در سلامت روان است.

(ب) بررسی سؤال دوم پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل استنباطی

۲- آیا بین سلامت عمومی پسر و دختر ساکن (پرورشگاه شهید و دستغیب و پرورشگاه نمازی) تفاوتی وجود دارد؟

جدول ۹. آزمون (Mann-Whitney) به منظور مقایسه سلامت پسران و دختران

مؤلفه‌های سلامت روانی	علایم جسمانی،	اضطراب و اختلال خواب،	اختلال در کارکرد اجتماعی،	افسردگی شدید،	وضعیت کلی بیماری، همه بعد،
۳ تا ۰	۳ تا ۰	۳ تا ۰	۳ تا ۰	۳ تا ۰	۳ تا ۰
Mann-Whitney U	۲۶۹	۲۰۶/۵	۳۰۳/۵	۲۹۰/۵	۲۵۱/۵
Wilcoxon W	۸۶۴	۸۰۱/۵	۵۱۳/۵	۸۵۱/۵	۸۴۱/۵
Z	-۱/۲۷۷	-۳/۳۹۷	-۰/۴۸۹	-۰/۷۳۸	-۱/۵۸۶
Asymp. Sig. (۲-tailed)	۰/۲۰۲	۰/۰۱۷	۰/۶۲۵	۰/۴۶۱	۰/۱۱۳

همانطور که در جدول شماره ۹ ملاحظه می‌شود، در سه مورد از ۴ بعد سلامت روانی در دختران علائم بیماری بیشتری ابراز شده است، و تنها در اختلال در کارکرد اجتماعی، است که وضعیت دختران بهتر است، در وضعیت کلی هم دختران بانمره ۰/۱ / ۱ (در مقیاس ۰ تا ۳) در مقایسه با پسران که نمره ۰/۸۳ / ۰ گرفته‌اند، از وضعیت سلامتی روانی کمتر برخوردارند.

الف) بررسی سؤال سوم پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

۳- آیا بین دختران و پسران دبیرستان با دختران و پسران راهنمایی ساکن (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) از نظر سلامت عمومی تفاوتی وجود دارد؟

جدول ۱۰. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد ۴ گانه سلامت در دوره راهنمایی و دبیرستان

بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز □□□□ □ ۴۱

دوره تحصیلی	علایم جسمانی، ۳ تا ۰	اضطراب و اختلال خواب، ۳ تا ۰	اختلال در کارکرد اجتماعی، ۳ تا ۰	افسردگی شدید، ۳ تا ۰	وضعیت کلی بیماری، همه ۴ بعد، ۳ تا ۰
دبیرستان	میانگین ۰/۷۰	۱/۰۴	۰/۸۴	۰/۶۴	۰/۸۰
	انحراف استاندارد ۰/۵۳	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۸۱	۰/۴۵
راهنمایی	میانگین ۰/۸۸	۱/۰۳	۱/۰۷	۰/۷۲	۰/۹۲
	انحراف استاندارد ۰/۵۴	۰/۷۱	۰/۵۹	۰/۶۹	۰/۴۹
جمع	میانگین ۰/۸۲	۱/۰۳	۰/۹۹	۰/۶۹	۰/۸۸
	انحراف استاندارد ۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۵۳	۰/۷۳	۰/۴۸

همانطور که در جدول شماره ۱۰ ملاحظه می‌شود، در اضطراب و اختلال خواب، افسردگی شدید، وضعیت دانش‌آموزان دبیرستانی کمی بهتر بوده، و در علایم جسمانی، افسردگی شدید، است که وضعیت دانش‌آموزان دوره راهنمایی کمی بهتر از دانش‌آموزان متوسطه است، در وضعیت کلی هم دانش‌آموزان راهنمایی بانمره ۰/۹۲ (در مقیاس ۰ تا ۳) در مقایسه با دانش‌آموزان دبیرستانی که نمره ۰/۸۰ گرفته‌اند، از سلامتی بهتری برخوردارند.

جدول ۱۱. مقایسه رتبه‌ها در ابعاد سلامت در دوره راهنمایی و دبیرستان

مؤلفه‌های سلامت روانی	دوره تحصیلی	N	Mean Rank	Sum of Ranks
علایم جسمانی، ۳ تا ۰	دبیرستان	۱۸	۲۳/۱۴	۴۱۶/۵
	راهنمایی	۳۳	۲۷/۵۶	۹۰۹/۵
	مجموع	۵۱		
اضطراب و اختلال خواب، ۳ تا ۰	دبیرستان	۱۸	۲۶/۲۵	۴۲۷/۵
	راهنمایی	۳۳	۲۵/۸۶	۸۵۳/۵
	مجموع	۵۱		

۳۹۵/۵	۲۱/۹۲	۱۸	دبیرستان	اختلال در کارکرد اجتماعی، ۳۰ تا ۳۰
۸۸۰/۵	۲۷/۵۲	۳۲	راهنمایی	
		۵۰	مجموع	
۴۰۸/۵	۲۲/۶۹	۱۸	دبیرستان	افسردگی شدید، ۳۰ تا ۳۰
۸۱۶/۵	۲۶/۳۴	۳۱	راهنمایی	
		۴۹	مجموع	
۴۳۹	۲۴/۳۹	۱۸	دبیرستان	وضعیت کلی بیماری، همه ۴ بعد، ۳۰ تا ۳۰
۸۸۷	۲۶/۸۸	۳۳	راهنمایی	
		۵۱	مجموع	

همانطور که در جدول شماره ۱۱ مشاهده می‌کنید رتبه علائم جسمانی در مقطع راهنمایی ۲۷/۵۶ از رتبه مقطع راهنمایی با رتبه ۱۴/۲۳ بالاتر است در مؤلفه اضطراب و اختلال خواب در مقطع راهنمایی با رتبه ۲۵/۸۶ از مقطع دبیرستان با رتبه ۲۶/۲۵ پایین تر است. در مؤلفه اختلال در کارکرد اجتماعی در مقطع راهنمایی با رتبه ۲۷/۵۲ از مقطع دبیرستان با رتبه ۲۱/۹۲ بالاتر است. در مؤلفه افسردگی شدید در مقطع راهنمایی با رتبه ۲۶/۳۴ از مقطع دبیرستان با رتبه ۲۲/۶۹ بالاتر است. رتبه پایین تر نشانه وضعیت بهتر و رتبه بالاتر نشان وضعیت بدتر در سلامت روان است.

ب) بررسی سؤال سوم پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل استنباطی

۳- آیا بین دختران و پسران دبیرستان با دختران و پسران راهنمایی ساکن (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) از نظر سلامت عمومی تفاوتی وجود دارد؟

جدول ۱۲. (Mann-Whitney) به منظور مقایسه سلامت دانش آموزان راهنمایی

ودبیرستان					
مؤلفه‌های سلامت روانی	علایم جسمانی،	اضطراب و	اختلال در	افسردگی	وضعیت کلی
۳تا۰	اختلال خواب،	کارکرد	شدید، ۳تا۰	بیماری، همه	۴
۳تا۰	اجتماعی،	اجتماعی،	۳تا۰	بعد، ۳تا۰	
Mann-Whitney U	۲۴۵/۵	۲۹۲/۵	۲۲۳/۵	۲۳۷/۵	۲۶۸
Wilcoxon W	۴۱۶/۵	۸۵۳/۵	۳۹۴/۵	۴۰۸/۵	۴۳۹
Z	-۱/۰۱۹	-۰/۰۸۹	-۱/۳۰۹	-۰/۸۸	-۰/۵۷۲
Asymp. Sig. (2-tailed)	۰/۳۰۸	۰/۹۲۹	۰/۱۹۱	۰/۳۷۹	۰/۵۶۷

همانطور که مشاهده می‌شود در جدول شماره ۱۲ اختلاف دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستانی، در هیچکدام از ابعاد چهار گانه سلامت سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار نیست ($p > 0.05$) بدین مفهوم، که نمی‌توان ادعا نمود میزان سلامت در دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستانی با هم تفاوت دارد.

بررسی سؤال چهارم پژوهش از زاویه تجزیه و تحلیل استنباطی

۴- آیا بین سن و سلامت روان دختران و پسران ساکن در (پرورشگاه شهید دستغیب و پرورشگاه نمازی) همبستگی وجود دارد؟

جدول ۱۳. ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون معنی داری آن به منظور بررسی ارتباط بین مؤلفه‌ها و سن آزمودنی‌ها

سن	مؤلفه‌ها
-۰/۱۹	علائم جسمانی، ضریب همبستگی
۰/۱۵۷	سطح معنی داری
۵۷	تعداد
۰/۰۲۷	اضطراب و اختلال خواب، ضریب همبستگی
۰/۸۴۴	سطح معنی داری
۵۷	تعداد
-۰/۱۷۴	اختلال در کارکرد اجتماعی، ضریب همبستگی
۰/۲	سطح معنی داری
۵۶	تعداد
-۰/۰۸۷	افسردگی شدید، ضریب همبستگی
۰/۵۲۹	سطح معنی داری
۵۵	تعداد

همانطور که در جدول شماره ۱۳ مشاهده می‌کنید بین علائم (علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید، اضطراب و اختلال خواب) با سن دانش آموزان مورد مطالعه یک همبستگی منفی و جزئی مشاهده می‌شود، که در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار نیست، این یافته با نتایج مشاهده شده در مقایسه دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان مغایرتی ندارد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که الف). در مجموع ۸۶٪ ساکنین پرورشگاه‌های مورد مطالعه، از سلامت روانی خوبی برخوردار هستند و ۱۴٪ آنها دارای اختلال در سلامت روان هستند. با توجه به اینکه در همه مؤلفه‌های سلامت، نسبت افراد سالم بیشتر است، می‌توان نتیجه گرفت، وضعیت سلامت روانی ساکنان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز، در حد

قابل قبولی قرار دارد. این نتیجه با تحقیقات حیدر نیا (۱۳۸۳)، احمد و کرمنج (۱۹۹۶)، لوری (۱۹۴۰) و رتبی، (۱۹۹۹) همسو نیست.

ب) در ابعاد (علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید) بین سلامت پسران و دختران اختلاف معنی داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد ملاحظه نمی‌شود، در صورتی که در مؤلفه اضطراب و اختلال خواب این اختلاف معنی دار بوده و اضطراب و اختلال خواب در دختران شایع‌تر است.

ج) اختلاف دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستانی، در هیچکدام از ابعاد چهار گانه سلامت در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی دار نیست بدین مفهوم که میزان سلامت در دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستانی با هم تفاوت ندارد. مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۱-۱۳۸۲) همسو نیست و با نتایج تحقیق احمد خانی (۱۳۸۰) و موسوی و همکاران (۱۳۷۷) همسو است.

د) بین علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید، اضطراب و اختلال خواب با سن دانش آموزان مورد مطالعه یک همبستگی منفی و جزئی مشاهده می‌شود، که در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار نیست، این یافته با نتایج مشاهده شده در مقایسه دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان همسو است.

نتایج تحقیق نشان داد که بر خلاف انتظار کودکان تحت سرپرستی در پرورشگاه‌های دستغیب و نمازی از لحاظ سلامت روانی در وضعیت بدی قرار ندارند. برای ۱۴ درصدی که دارای اختلال خفیفی هستند باید راهکارهایی اندیشید تا اختلال در آنها تشدید نشود. علت همبستگی منفی بین سن و اختلال در سلامت روانی هم ممکن است به دلیل دوره‌های طولانی سکونت در این مکان‌ها باشد که باعث افزایش اختلال می‌شوند. حفظ سلامت روانی مستلزم رعایت نکاتی از قبیل: توجه به سبک زندگی، تماس اجتماعی، بررسی زندگی از لحظه‌ای به لحظه دیگر، آگاهی از نحوه تعامل ذهن و بدن، داشتن کسی در زندگی که بتوانیم به او اعتماد کنیم، آگاهی نسبت به امور، برداشتن گام‌هایی برای حل مشکلات، است چنانچه فرد فاقد این مهارت‌ها باشد در زندگی دچار مشکل خواهد شد. باید تدابیری اندیشید که افراد ساکن در این

پرورشگاه‌ها کمتر در معرض این آسیب‌ها قرار گیرند. تأمین بهداشت روانی افراد ساکن در پرورشگاه‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری از وقوع ناراحتی‌ها و اختلال‌های جزئی رفتار و ارتقای سلامت است. در این زمینه لازم است جامعه از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی از ابتلای جمعیت سالم به بیماری‌های روانی جلوگیری کند و افراد را علیه بیماری‌ها واکسینه کند، زیرا علاج واقعه، قبل از وقوع باید گردد. پیشنهادهایی که می‌تواند در سلامت روان کودکان و نوجوانان ساکن در این مکان‌ها کمک کند:

- استفاده از مشاورین مجرب در این پرورشگاه‌ها می‌تواند بسیار کمک دهنده باشد و از این کودکان و نوجوانان در برابر فشار شرایط خاصی که در آن قرار دارند محافظت کند.
- تا حد امکان فضای این مکان‌ها به فضای خانه و خانواده مشابهت یابد، قوانین و انعطافی را که در یک خانواده خوب و موفق به کار می‌رود در این جا به کار رود.
- در این کانون‌ها افرادی به کار گمارده شوند که با بچه‌ها ارتباط‌گیری خوبی داشته باشند و به علم روان‌شناسی تربیتی مجهز باشند، این افراد باید در عین درک نوجوانان برای آنها حس ترحم نداشته باشند.
- سلامت روان در تحقیقات بسیاری با مذهب همبستگی مثبتی دارد بچه‌ها را با مذهب مأنوس کنند تا تحمل و بردباری و پذیرش تقدیر در آنها تقویت شود و بدین وسیله آرامش بیشتری داشته باشند. از مشاورین مذهبی که تخصص کودکان و نوجوانان دارند استفاده شود.
- شناسایی زمینه‌های آسیب‌پذیری افرادی که در این پرورشگاه‌ها ساکن هستند می‌تواند از بروز مشکلات جدی برای این افراد پیشگیری کند.
- به کودکان و نوجوانان ساکن در این مکان‌ها مهارت‌های ارتباطی، توانایی احترام به خود، مهارت کمک گرفتن از دیگران، پذیرش نقاط ضعف و قوت، و افزایش دید مثبت آنها به زندگی توسط افراد که کودکان در این مکان‌ها با آنها بیشترین ارتباط را دارند انجام شود که این خود منوط به آموزش دیدن این افراد در این موارد نیز می‌شود.

هومن، علی. (۱۳۷۶). *استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بر روی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.*

منابع لاتین

- Ahmad, and Mohmad k. (1996). *The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraq*; research vol. 80, 143
- Chauhan, s.s. (2000). *Mental Hygiene new Delhi*, Alied Publishers .
- Gold berg, p.p. (1978). *Manual of the eneralhelt h questionnaire*, Windsor. NFER/NELSON
- Keeny GB. (2005). Cassatal . MCE Lmury B . *Adolescent healt and Midwifery eductim* Retrieved November : 25.
- Kaptein, A, &weinman, j. (2004). *Health Psycho bgy. Some introductory remarks.* In Kaptein. A & Weinman. j. (Eds), *Health psychology*. BPS Blackwell
- Kaplan , R.M. (2000). "Two pathways to prevention " *American psychologist* 55, 382-396
- Kaplan HI, Sadock BJ. (1998). *Synopsis of psychiatry 8th ed* Philadelphia : William, wilkins company.
- Matarazzo. j.p. (1982). *Behavioral. Health, s challenge to academic, scientific , and professional psychology* *Amercanpsgchologist* 3701-14
- Rayan , F.M , Daci , E.L. (2001). on human potentials; arr view of research on hedonic and endudaimonic well-being *anna.re.psychol* 52, 141-166
- Repetti, R. (1999) . *Hand book of podiatric and Adolescent Health psychology daily stress and coping in childhood and adolescence* . America, Allyn & Bacin
- Rabert, cifford, adram. (1998). prevalence of psychopathology among children and adolescents. *AMJ psychiatry* june; 715-725
- Steven, plizka. (2000). *Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary*. *AM J psychiatr*; 157; 130-132
- Visser, verhusht. (2000). *predicorts of psychopatolyhn young adult refered to mental health services in clinical or adolescent*. *BJP*; 177: 57-73
- Vent is, L.w. (1995). The relation ships between Religlon and Mental Health, *journal of social Issues*. Vol 51, No. 2, pp, 33-48
- Wallander. j.l . (2000). *Social – emotional competence and physical Health. The collaborative to Advance social oand emotional learning and center for advancement of health* .