

مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان نوجوان مصروع و غیرمصروع

مجید عیدی بایگی^۱، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۲، یحیی اکبری شایه^۳، بهمن زارع زادگان^۴ و

علی احمدیان^۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان نوجوان مصروع و غیر مصروع ۱۸-۱۲ سال دوره‌های راهنمایی و متوسطه شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بود. روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان مقاطع راهنمایی و متوسطه شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۴ دانش آموز مصروع بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، ۲۴ دانش آموز عادی به عنوان گروه گواه نیز با آنان هم‌تا شدند. سپس پرسشنامه سلامت روان فرم ۲۸ سوالی در مورد هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. جهت بررسی عملکرد تحصیلی آزمودنی‌ها معدل تحصیلی سال گذشته آنان در نظر گرفته شد. داده‌های بدست آمده با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین دانش آموزان مصروع و دانش آموزان غیر مصروع در سلامت روان کلی و تمامی حیطه‌های آن (به جز اضطراب) و هم‌چنین بین عملکرد تحصیلی دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). به طوری که دانش آموزان مصروع از نظر سلامت روان کلی، نشانه‌های جسمی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی وضعیت نامطلوب‌تر و عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری داشتند. ابتلا به صرع می‌تواند سلامت روان و عملکرد تحصیلی نوجوانان مصروع را کاهش دهد. پیشنهاد می‌گردد آموزش‌هایی در جهت آموزش بهداشت روانی این دانش آموزان و هم‌چنین آموزش‌هایی به اولیا و مربیان این افراد در جهت بهبود سلامت روان و عملکرد تحصیلی فرزندان‌شان داده شود.

واژگان کلیدی: صرع، سلامت روان، عملکرد تحصیلی، نوجوانان.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت حیدریه.

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز
M-mehrabizadeh@yahoo.com

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور

صرع از شایع‌ترین اختلال‌های مزمن عصبی و از مهم‌ترین مشکلات سلامت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد که شیوع آن به ۵/۷ درصد می‌رسد (بی‌شاپ و بوآگک^۱، ۲۰۰۶). بیمار مصروع فردی است که همواره دچار ناآگاهی نسبت به محیط و تغییرات در کنش‌های الکتروشیمیایی مغز می‌شود (به نقل از شاملو، ۱۳۸۶). تشخیص صرع می‌تواند منجر به برخی مشکلات روانی در افراد شود. چنین تشخیصی در افراد می‌تواند واکنش شبیه سوگ (شوگ)، اضطراب، چانه‌زنی، افسردگی، خشم و پذیرش) ایجاد نماید (ساکلارس^۲، ۱۹۹۶، به نقل از دهیلس^۳، ۲۰۰۷). غیر قابل پیش‌بینی بودن و هم‌چنین مزمن بودن این بیماری می‌تواند عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد (باکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع دو برابر بیشتر از کودکان مبتلا به بیماریهای مزمنی است که سیستم عصبی مرکزی را درگیر نمی‌کنند و چهار برابر بیشتر از کودکان سالم است (بهرمن^۵، ۲۰۰۴). با توجه به اینکه بیماری صرع یک اختلال مزمن است و بیمار مصروع جهت برآوردن نیازهای خود وابستگی‌های زیادی به اطرافیان خود دارد (بینبورگ، میشل، اسچمیدت، الگ و اروبر^۶، ۲۰۰۵)، این وضعیت می‌تواند بر سلامت روان فرد مصروع، به خصوص در صورت عدم استفاده از روش‌های صحیح مقابله با استرس مؤثر باشد. این اختلال فراگیر نه تنها شامل تشنج است، بلکه سبب مشکلات رفتاری، تحصیلی و اجتماعی نیز هست. این بیماری می‌تواند بر کل نظام خانواده و از جمله روابط کودک والد تأثیر قابل توجهی داشته باشد (رودنبرگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش‌هایی که در زمینه سلامت بیماران مصروع انجام شده است نشان می‌دهند که افراد مبتلا به صرع زمینه ایجاد مشکلات رفتاری و عاطفی مثل افسردگی و اضطراب را دارند و ممکن است به مشکلات جسمی مبتلا شوند که این امر می‌تواند باعث مشکلاتی در تحصیل

-
1. Bishop & Boag
 2. Sackellares
 3. D Hills
 4. Baki
 5. Behrman
 6. Beyenburg, Mitchell, Schmidt, Elge, Ereuber
 7. Rodenburg

فرد شود (ویلیامز^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ رودنبرگ، استمس، میجر، آلدنکامب و دکویک^۲، ۲۰۰۵). سلامت روان حالتی از بهزیستی روانشناختی است به طوری که فرد بتواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت بخش جلوه کند (سادوک^۳ و سادوک، ۲۰۰۷؛ به نقل از صفوی، پارسانیا و احمدی، ۱۳۸۹). پژوهش‌های مختلف ارتباط بین صرع و اختلال‌های روانپزشکی را نشان می‌دهند (بی‌شاپ، ۲۰۰۲؛ کانر^۴، لی^۵، ۲۰۰۷؛ لنتیمی، بارتولیمی و تینیز^۶، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افسردگی و اضطراب در افراد مصروع در مقایسه با جمعیت عادی از شیوع بالاتری برخوردار می‌باشد (اکینسی^۷ و همکاران، ۲۰۰۹).

مطالعات نشان داده است که افراد مصروع در معرض مشکلاتی مثل اختلال در شناخت، کارکرد روانی اجتماعی و افت تحصیلی در روند تحصیل خود هستند (جنسون^۸، ۲۰۱۱). پیشرفت تحصیلی تجلی جایگاه تحصیلی یک دانش آموز می‌باشد، این جایگاه ممکن است به نمره‌ای برای یک درس یا معدل مجموعه‌ای از دروس در یک گروه یا تمامی دروس اطلاق گردد (لوین^۹، ۱۹۶۷، به نقل از ذکایی، ۱۳۸۷). تحصیل بخش مهمی از زندگی فرد را تشکیل می‌دهد، افزون بر این کیفیت و کمیت این تحصیل نقش مهمی در آینده فرد ایفا می‌کند (آتش افروز، پاکدامن و عسگری، ۱۳۸۷).

بیماران مبتلا به صرع، بیش‌تر در معرض مشکلات شناختی هستند. این بیماری می‌تواند باعث آسیب‌های مغزی گردد و یا آسیب‌های موجود را تشدید نماید (ناینیان، ۱۳۸۳). افزون بر این افرادی که به این اختلال مبتلا هستند به احتمال بیشتری در روند تحصیلی خود دچار افت تحصیلی، قطع ارتباط با مدرسه و مشکلات آموزشی می‌شوند که این عوامل می‌تواند

-
1. Williams
 2. Rodenburg, Stams, Meijer, Aldenkamp, Dekovic
 3. Sadock
 4. Karnner
 5. Lee
 6. Lanteaume, Bartolomin & Toniazzo
 7. Ekinici
 8. Jenson
 9. Lewin

عملکرد تحصیلی، عزت نفس، خودپنداره و در نهایت سلامت روان این دانش آموزان را تحت تأثیر قرار دهد. افزون بر نقص شناختی سایر عوامل بالقوه مؤثر در ارتباط با مشکلات مربوط به مدرسه عبارتند از: نقص شناختی ویژه، مشکلات رفتاری و به تعویق انداختن تحصیلات (سیلانپا، ۲۰۰۴). رلی و نویل^۲ (۲۰۱۱) در پژوهش مروری که پیشرفت تحصیلی در افراد مصروع را از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۰ مورد بررسی قرار داده بودند، نشان دادند که پیشرفت تحصیلی در افراد مصروع از پیشرفت این افراد در زمینه‌های غیر تحصیلی پایین‌تر می‌باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان مبتلا به صرع از مشکلات روان‌شناختی به ویژه در حیطه سلامت روان، افت تحصیلات و مشکلات آموزشی رنج می‌برند و در همین راستا دچار مشکلاتی در تحصیل و مدرسه نیز می‌شوند و چنین وضعیتی می‌تواند بر سلامت روان و عملکرد تحصیلی این دانش آموزان مؤثر باشد و حتی تشکیل یک چرخه معیوب با کاهش عملکرد و سلامت را بدهد. با توجه به مطالب فوق این پژوهش به دنبال بررسی این سوال است، آیا بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان مصروع و دانش آموزان غیر مصروع در شهر اهواز تفاوتی وجود دارد؟

روش

در این پژوهش بر اساس سؤال‌های تدوین شده از پژوهش علی-مقایسه‌ای استفاده شده است. این روش اساساً برای تحقیق درباره‌ی روابط علی به کار می‌رود، اما از این روش برای تعیین اثر اختلاف‌های مشاهده شده در بین گروه‌ها نیز استفاده می‌شود. از این روش زمانی برای مشاهده اختلاف بین گروه‌ها استفاده می‌شود که با متغیرهای خصیصه‌ای مستقل سروکار داشته باشیم. در پژوهش حاضر نیز چون مصروع بودن یا نبودن یک متغیر خصیصه‌ای مستقل می‌باشد از این روش استفاده می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان ۱۲ تا ۱۸ سال مقاطع راهنمایی و متوسطه شهر اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در این مدارس مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۴ دانش آموز مصروع و ۲۴ دانش آموز غیر مصروع بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که به کمک

-
1. Sillanpaa
 2. Reilly & Nevill

لیست مدارس آموزش و پرورش و لیست پرونده‌های دانش آموزان صرعی مراکز بهداشت شهر اهواز، تعداد ۲۹ دانش آموز مبتلا به صرع دارای پرونده شناسایی و از بین آن‌ها فقط امکان دسترسی و انجام آزمون در مورد ۲۴ دانش آموز مصروع وجود داشت و همین تعداد انتخاب شد، برای انتخاب گروه گواه از شیوه هم‌تاسازی استفاده شد. بدین صورت که با در نظر گرفتن متغیرهایی مانند سن، جنسیت، مقطع تحصیلی از بین هم‌کلاسی‌های این دانش آموزان فردی با این افراد هم‌تا شد. میانگین سن دانش آموزان مصروع ۱۴/۹۶ با انحراف استاندارد ۱/۹۴ و میانگین سنی گروه هم‌تایشان ۱۴/۷۹ با انحراف استاندارد ۲/۱ بود. ۳۴ نفر از نمونه را دختران و ۱۴ نفر را پسران تشکیل می‌داد.

ابزار پژوهش: به منظور بررسی سلامت روان دانش آموزان از پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سوالی (GHQ-28) استفاده شد. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی می‌باشد. فرم ۲۸ سوالی در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سوالی (نشانه‌های جسمی، نشانه‌های اضطرابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) می‌باشد (گلدبرگ و هیلیر^۱، ۱۹۷۹؛ به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵). مطالعات روان‌سنجی مختلف حاکی از پایایی و روایی قابل توجه پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی می‌باشد (چانگ^۲ و اسپرز^۳ ۱۹۹۴، به نقل از ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹). در پژوهشی ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه GHQ-28 را با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته ۰/۵۵ بدست آوردند که ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌های چهارگانه بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ بوده است. در پژوهش آتش افروز (۱۳۸۶) ضرایب پایایی کل پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد و برای هر یک از خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، نشانه‌های اضطرابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۹۳ و ۰/۷۸ بدست آمد. روایی هم‌گرای این آزمون با مقیاس SCL-90 برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است (هومن، ۱۳۷۶).

هم‌چنین در پژوهش حاضر به منظور سنجش عملکرد تحصیلی دانش آموزان، معدل درسی سال تحصیلی گذشته آنان مورد استفاده قرار گرفت.

1. Goldberg & Hillier
2. Chung
3. Spears

روش گردآوری داده‌ها: پس از انجام نمونه‌گیری، پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) در هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. روند تکمیل پرسشنامه‌ها با همکاری مسئولین مدارس به صورتی انجام می‌شد که دانش‌آموزان مصروع و همتایان‌شان متوجه دلیل انتخاب خود و یا هدف پژوهش نمی‌شدند و از این لحاظ پژوهش یک سر کور بود. جهت بررسی عملکرد تحصیلی آزمودنی‌ها معدل تحصیلی سال گذشته آنان در نظر گرفته شد. داده‌های بدست آمده با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند راهه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سلامت روان و خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، نشانه‌های اضطرابی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه‌های افسردگی و همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های معدل تحصیلی دو گروه دانش‌آموزان مصروع و غیر مصروع در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سلامت روان، خرده مقیاس‌های آن و عملکرد تحصیلی در دو گروه دانش‌آموزان مصروع و عادی

مقیاس	تعداد	دانش‌آموزان مصروع		دانش‌آموزان عادی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های جسمی	۲۴	۸/۰۸	۳/۷۴	۵/۶۲	۲/۶۱
نشانه‌های اضطرابی	۲۴	۸/۶۶	۴/۴۰	۶/۳۷	۴/۶۲
بدکارکردی اجتماعی	۲۴	۱۱/۸۳	۲/۷۴	۹/۲۷	۳/۴۷
نشانه‌های افسردگی	۲۴	۸/۴۵	۵/۵۰	۲/۶۲	۳/۲۹
نمره کل سلامت روان	۲۴	۳۷/۰۴	۱۲/۷۲	۲۳/۹۲	۱۰
عملکرد تحصیلی	۲۴	۱۵/۵۱	۲/۲۹	۱۸/۲۰	۱/۶۵

همانطور که در جدول نشان داده شده است میانگین نمره کل سلامت روان در دانش‌آموزان مصروع ۳۷/۰۴ با انحراف استاندارد ۳/۷۴ و در گروه غیر مصروع ۲۳/۹۲ با انحراف استاندارد ۱۰ می‌باشد. یادآوری می‌شود که هر چه نمره فرد در پرسشنامه سلامت روان بالاتر باشد فرد از سلامت روان پایین‌تری برخوردار می‌باشد. هم‌چنین میانگین نمره‌های معدل

تحصیلی دانش آموزان مصروع ۱۵/۵۱ با انحراف استاندارد ۲/۲۹ و در گروه همتا ۱۸/۲۰ و با انحراف استاندارد ۱/۶۵ بدست آمد. میانگین نمره‌های خرده مقیاس نشانه‌های جسمی در گروه مصروع ۸/۰۸ با انحراف استاندارد ۳/۷۴ و در گروه غیر مصروع ۵/۶۲ با انحراف استاندارد ۲/۶۱ بدست آمد. میانگین نمره‌های علائم اضطرابی در گروه مصروع ۸/۶۶ با انحراف استاندارد ۴/۴۰ و در همتایان شان ۶/۳۷ با انحراف استاندارد ۴/۶۲ و میانگین نمرات بدکارکردی اجتماعی در دانش آموزان مصروع ۱۱/۸۳ با انحراف استاندارد ۲/۷۴ و در گروه همتا ۹/۲۷ با انحراف استاندارد ۳/۴۷ بدست آمد. در متغیر نشانه‌های افسردگی نیز میانگین نمره‌های در دانش آموزان مصروع ۸/۴۵ با انحراف استاندارد ۵/۵۰ و در دانش آموزان غیر مصروع ۲۳/۹۲ با انحراف استاندارد ۱۰ محاسبه شده است. برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه مصروع و غیر مصروع در سلامت روان و عملکرد تحصیلی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین‌های نمره کل سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دو گروه

شاخص‌های آماری آزمون‌ها	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۴۱۴	۲	۴۱	۱۴/۴۷	$P < ۰/۰۰۱$
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۸۶	۲	۴۱	۱۴/۴۷	$P < ۰/۰۰۱$
آزمون اثر هتلینگ	۰/۷۰۶	۲	۴۱	۱۴/۴۷	$P < ۰/۰۰۱$
آزمون ریشه روی	۰/۷۰۶	۲	۴۱	۱۴/۴۷	$P < ۰/۰۰۱$

$P < ۰/۰۵$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دانش آموزان مصروع و غیر مصروع از لحاظ متغیرهای سلامت روانی و عملکرد تحصیلی تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت پس از انجام تحلیل واریانس چند متغیری و اطمینان یافتن از تفاوت بین حداقل یکی از نمرات دو گروه برای مشخص شدن منبع این تغییر به انجام دو تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا اقدام شد، که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

فرضیه ۱ و ۲ بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانش آموزان نوجوان مصروع و غیر مصروع تفاوت وجود دارد.

جدول ۳ نتایج حاصل تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا جهت مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان دو گروه

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	مقیاس
P<۰/۰۰۱	۱۵/۷۷	۲۰۶۷/۱۸	۱	۲۰۶۷/۱۸	بین گروه‌ها	سلامت روان
		۱۳۱/۰۱	۴۶	۶۰۲۶/۷۹	درون گروه‌ها	
			۴۷	۸۰۹۳/۹۷	کل	
P<۰/۰۰۱	۲۱/۷۲	۸۶/۹۶	۱	۸۶/۹۶	بین گروه‌ها	عملکرد تحصیلی
		۴	۴۶	۱۸۴/۱۶	درون گروه‌ها	
			۴۷	۲۷۱/۱۳	کل	

P<۰/۰۵

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا (جدول سه) نشان داد که بین نمره‌های کل سلامت روان دانش‌آموزان مصروع و غیر مصروع تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). نمره‌های دانش‌آموزان مصروع بالاتر از دانش‌آموزان غیر مصروع می‌باشد و همان‌گونه که ذکر گردید هر چه نمره سلامت روان فرد بالاتر باشد فرد از سلامت روان پایین‌تری برخوردار می‌باشد، پس دانش‌آموزان مصروع از سلامت روان پایین‌تری از دانش‌آموزان غیر مصروع برخوردار می‌باشند. هم‌چنین بین نمره‌های این دو گروه در عملکرد تحصیلی تفاوت معناداری بدست آمد (p<۰/۰۰۱) و نمره‌های دانش‌آموزان مصروع پایین‌تر از دانش‌آموزان غیر مصروع می‌باشد.

پس از مشخص شدن تفاوت بین دو گروه در متغیر سلامت روان کلی جهت بررسی معناداری این تفاوت در حیطه‌های سلامت روان در دو گروه یک تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) انجام شد. نتایج حاصل در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی میانگین نمره‌های حیطه‌های سلامت روان در دانش‌آموزان دو گروه

سطح معناداری	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	مقدار	آزمون
P<۰/۰۰۱	۵/۸۷	۴۳	۴	۰/۳۵۳	آزمون اثر پیلاپی
P<۰/۰۰۱	۵/۸۷	۴۳	۴	۰/۶۴۷	آزمون لامبدای ویلکز
P<۰/۰۰۱	۵/۸۷	۴۳	۴	۰/۵۴۶	آزمون اثر هتلینگ
P<۰/۰۰۱	۵/۸۷	۴۳	۴	۰/۵۴۶	آزمون ریشه روی

$P < 0/05$

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین دانش آموزان مصروع و غیر مصروع از لحاظ حیطه های سلامت روانی تفاوت معنی داری در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد. فرضیه ۳ بین نشانه های جسمی، نشانه های اضطرابی، کارکردی اجتماعی و نشانه های افسردگی دانش آموزان نوجوان مصروع و غیر مصروع تفاوت وجود دارد. پس از انجام تحلیل واریانس چند متغیری و اطمینان یافتن از تفاوت بین حداقل یکی از نمرات دو گروه، برای مشخص شدن منبع این تغییر به انجام ۴ تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا اقدام شد، که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا جهت مقایسه میانگین حیطه های سلامت روان در دانش آموزان دو گروه

مقیاس	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
نشانه های جسمی	بین گروه ها	۷۲/۵۲	۱	۷۲/۵۲	۶/۹۵	۰/۰۱
	درون گروه ها	۴۷۹/۴۵	۴۶	۱۰/۴۲		
	کل	۵۵۱/۹۷	۴۷			
نشانه های اضطرابی	بین گروه ها	۶۳/۰۲	۱	۶۳/۰۲	۳/۰۹	۰/۸۵
	درون گروه ها	۹۳۶/۹۵	۴۶	۲۰/۳۶		
	کل	۹۹۹/۹۷	۴۷			
بدکارکردی اجتماعی	بین گروه ها	۷۷/۵۲	۱	۷۷/۵۲	۷/۹۱	۰/۰۰۷
	درون گروه ها	۴۵۰/۲۹	۴۶	۹/۷۸		
	کل	۵۲۷/۸۱	۴۷			
نشانه های افسردگی	بین گروه ها	۴۰۸/۳۳	۱	۴۰۸/۳۳	۱۹/۸۲	۰/۰۰۱
	درون گروه ها	۹۴۷/۵۸	۴۶	۲۰/۶۰		
	کل	۱۳۵۵/۹۱	۴۷			

$P < 0/05$

همان طور که جدول ها نشان داد، بین نمره های نشانه های جسمی، بدکارکردی اجتماعی و نشانه های افسردگی دانش آموزان مصروع و غیر مصروع تفاوت معناداری در سطح احتمال مورد نظر ($p < 0/05$) وجود دارد، اما بین دو گروه از لحاظ نشانه های اضطرابی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از لحاظ سلامت روانی کلی بین دانش‌آموزان مصروع و غیر مصروع تفاوت معناداری وجود دارد. به سخن دیگر دانش‌آموزان مصروع نسبت به دانش‌آموزان غیر مصروع از سلامت روان پایین‌تری برخوردار می‌باشند. هم‌چنین این پژوهش نشان داد که در تمامی ابعاد سلامت روان (نشانه‌های جسمی، روابط اجتماعی و افسردگی)، به جز اضطراب تفاوت در نمره‌های دانش‌آموزان مصروع و غیر مصروع معنادار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش صالحی، فیروز کوهی مقدم و نجفی (۱۳۸۶)، که به مقایسه وضعیت سلامت روان در افراد مصروع نسبت به گروه گواه پرداخته بودند و نتایج آن‌ها نشان داده بود که سلامت روان افراد مصروع نسبت به گروه گواه نامطلوب‌تر بوده و به ویژه نشانه‌های افسردگی، اضطراب، وسواس جبری، شکایت‌های جسمی و مشکلات در روابط بین فردی در این بیماران شیوع بالاتری از جمعیت عادی داشته است، همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این پژوهش هم‌چنین می‌توان بیان کرد که داروهای ضد صرع از طرفی باعث کاهش حمله‌های صرع شود و از طرف دیگر بر رفتارهای فرد و ویژگی‌های روان‌شناختی او اثر نامطلوبی می‌گذارد. اما اگر صرع و حمله‌های تشنجی آن ریشه آسیب مغزی داشته باشد و یا منجر به آن شود، این آسیب‌های مغزی هم، به صورت مستقیم روی حملات صرع، مشکلات رفتاری و مسائل روان‌شناختی اثر گذاشته و باعث شکل‌گیری آن‌ها در فرد می‌شود (کیلرمن، نایدن و پراکوئن^۱، ۲۰۰۳). داروهای ضد تشنج نیز که جهت کنترل و پیشگیری از آغاز حمله‌های صرعی به افراد داده می‌شود می‌توانند در ایجاد اضطراب و افسردگی این بیماران هم به صورت عارضه جانبی و هم به علت نشانه‌های ترک ناشی از قطع مصرف یا کاهش دوز دارو مؤثر باشند (دریل و باتزل^۲، ۱۹۸۹، به نقل از صالحی و همکاران، ۱۳۸۶). صرع هم‌چنین می‌تواند سلامت جسمی فرد را کاهش دهد، سلامت بدنی و جسمی نیز خود با رشد روانی اجتماعی در ارتباط است، بیمار مصروع همواره می‌خواهد از دیگران دور باشد و همین گوشه نشینی او

1. Kyllerman, Nyden, Praquin
2. Driel & Batsel

را از رشد اجتماعی مطلوب باز می‌دارد (مظاهری و افشار، ۱۳۸۸). طرز تفکر اشتباه فرد نسبت به خود و بیماریش باعث می‌شود که فرد از جامعه و فرصت‌هایی که حق اوست کناره‌گیری کند و این امر موجب می‌شود فرد بیمار توان باروری استعداد‌های خود را که تنها در پرتو حمایت‌های خانواده و اطرافیان و در سایه امنیت اجتماعی روی می‌دهد از دست دهد (خیراللهی، ۱۳۸۹). افزون بر این، رلی، اگنیو^۱ و نویل (۲۰۱۱) نشان دادند افسردگی در کودکان و نوجوانان مصروع در مقایسه با جمعیت عمومی از شیوع بالاتری برخوردار می‌باشد. در پژوهشی دیگر بحرینیان و کارآموز (۱۳۸۴) نشان دادند که شیوع اضطراب در بیماران مصروع نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو نمی‌باشد که این می‌تواند ناشی از اثر ضد اضطراب داروهایی باشد که افراد مصروع برای کنترل صرع استفاده می‌کنند که باعث می‌شود میزان اضطراب در این افراد کاهش پیدا کند و از این لحاظ تفاوت چندانی با گروه کنترل نداشته باشند، همچنان که در این پژوهش این نتیجه به دست آمد. پژوهش حاضر نشان داد که عملکرد تحصیلی دانش آموزان مصروع به طور معناداری پایین‌تر از دانش آموزان غیر مصروع می‌باشد. صرع همراه با افسردگی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان مصروع مؤثر می‌باشد، و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد (توزن^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). تأثیر صرع بر عملکرد تحصیلی می‌تواند نتیجه اختلال عملکرد سیستم عصبی مرکزی، تشنج، داروهای ضد صرع و یا واکنش والدین نسبت به فرد مصروع و یا نگرش خود بیمار باشد (رودنیورگ و همکاران، ۲۰۱۱). عقب‌افتادگی کودکان در امور تحصیلی با مسائل اجتماعی، شدت و مدت حمله‌های صرعی، آشفتگی‌های رفتاری، پرخاشگری و جنجال در کلاس و مدرسه، تحریکات و بی‌ثباتی خلقی، عاطفی و ناسازگاری با محیط ارتباط زیادی دارد (به نقل از میلانی فر، ۱۳۸۶). همانطور که بیان شد پژوهش‌هایی که در زمینه سلامت بیماران مصروع انجام شده است (از جمله ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۳؛ رودنیورگ و همکاران، ۲۰۰۵) نشان می‌دهند که افراد مبتلا به صرع زمینه ایجاد مشکلات رفتاری و عاطفی مثل افسردگی و اضطراب را دارند و ممکن است به مشکلات جسمی مبتلا شوند که این امر می‌تواند باعث

1. Agnew

2. Tosun

مشکلاتی در تحصیل فرد شود، که نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که بیماری صرع بر سلامت روان این دانش‌آموزان مؤثر بوده و باعث کاهش سلامت روان این دانش‌آموزان نسبت به دانش‌آموزان غیرمصروع می‌شود. هم‌چنین پیامدهای حاصل از بیماری سبب تأثیر بر عملکرد تحصیلی این افراد می‌گردد و سبب افت تحصیلی دانش‌آموزان مصروع در مقایسه با دانش‌آموزان غیرمصروع می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم حجم نمونه می‌باشد که باید در تعمیم‌پذیری نتایج جانب احتیاط رعایت شود. آشنایی با مسائل روان‌شناختی نوجوانان مصروع می‌تواند در آموزش و بهبود سلامت روان و عملکرد تحصیلی این نوجوانان مؤثر قرار گیرد و به این وسیله این نوجوانان را در برخورد با مشکلات جسمی، هیجانی و اجتماعی که ناشی از بیماری‌شان است، توانا تر سازد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد آموزش‌هایی در جهت آموزش بهداشت روانی این دانش‌آموزان و هم‌چنین آموزش‌هایی به اولیا و مربیان این افراد در جهت بهبود سلامت روان و عملکرد تحصیلی فرزندان‌شان داده شود. هم‌چنین با توجه به اثرات روان‌شناختی که بیماری صرع ممکن است به بار آورد پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در ارتباط با سایر عوامل روان‌شناختی در ارتباط با این دانش‌آموزان صورت گیرد.

منابع

- آتش افروز، ب؛ پاکدامن، ش و عسگری، ع. (۱۳۸۷). پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی از طریق میزان دل‌بستگی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۲۰۳-۱۹۳.
- آتش افروز، ع. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی، استرس شغلی و فرسودگی شغلی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی خوزستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه چمران اهواز.
- ابوالقاسمی، ع و نریمانی، م. (۱۳۸۵). آزمون‌های روانشناختی. اردبیل: باغ رضوان.
- بحرینیان، ع و کارآمد، ا. (۱۳۸۴). بررسی میزان اضطراب در بیماران مبتلا به انواع صرع مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب بیمارستان امام حسین تهران و انجمن صرع ایران. پژوهش در پزشکی، دوره بیست و نه، شماره ۳، صص ۳۳۸-۳۳۵.
- خیراللهی، ش. (۱۳۸۹). مشکلات اجتماعی- روانی و رفتاری در بیماران مبتلا به صرع. فصلنامه انجمن صرع ایران، سال هشتم، شماره ۲۱، ص ۲۳.
- ذکایی، ع. (۱۳۷۸). بررسی رابطه مفهوم خود و سبک‌های اسنادی با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر سال سوم علوم تجربی دبیرستان‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- ساعتچی، م؛ کامکاری، ک و عسگریان، م. (۱۳۸۹). آزمون‌های روانشناختی. تهران: نشر ویرایش. شاملو، س. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی روانی. تهران: انتشارات رشد.
- صالحی، م؛ فیروز کوهی مقدم، م و نجفی، م. ر. (۱۳۸۶). مقایسه وضعیت روانی بیماران مبتلا به صرع ژنرالیزه ایدیوپاتیک با گروه شاهد. مجله پژوهش‌های علوم پزشکی زاهدان. دوره نهم، شماره ۱، صص ۴۴-۳۷.
- صفوی، م؛ پارسانیا، ز و احمدی، ز. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس در خانواده بیماران مصروع مراجعه کننده به انجمن صرع ایران. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره بیست، شماره ۳، صص ۱۹۸-۱۹۴.
- مظاهری، م و افشار، ح. (۱۳۸۸). بررسی سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع (۱۸-۱۲) شهر اصفهان در سال ۱۳۸۴. مطالعات روانشناختی، دوره سوم، شماره ۵، صص ۱۱۶-۱۱۳.
- میلانی‌فر، ب. (۱۳۸۶). روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی. تهران: انتشارات قومس.
- نابینیان، م. (۱۳۸۳). مقایسه فرایندهای شناختی در بیماران صرعی قبل و پس از درمان. دو ماهنامه

علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، دوره‌ی هفتم، شماره‌ی ۱۱، صص ۱۷-۲۲.

هومن، ح.ع. (۱۳۷۶). استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. مؤسسه تحقیقات تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.

- Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp, L., & Yalcinkaya, C. (2004). Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behav*, 5(6), 958-964.
- Behrman, R. (2004). *Nelson Text book of Pediatrics*. Philadelphia: WB, Saunders Company.
- Beyenburg, S., Mitchell, A., Schmidt, D., Elge, C., & Ereuber, M. (2005). Anxiety in patient with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav*, 7, 161-171.
- Bishop, M., & Boag, E. (2006). Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: Results of a national survey. *Epilepsy & Behavior*, 8, 2, 397-405.
- Bishop, M. (2002). Employment for People with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 3, 2, 204.
- D Hills, M. (2007). The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia*, 12 (1), 10 – 12.
- Ekinci, O., Titus, J. B., Rodopman, A. A., Barkem, M., & Trevathan, E. (2009). Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: Pervallance, risk factor, and treatment. *Epilepsy & Behavior*, 14(1), 8-18.
- Jenson, z. E. (2011). Epilepsy as a spectrum disorder: Implications from novel clinical and basic neuroscience. *Epilepsia*, 52(1), 1-6.
- Kanner, A. M. (2003). Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy & Behavior*, 4, 2, 11-19.
- Kyllerman, M., Nyden, A., & Praquin, N. (2003). Transient, psychosis in a girl with epilepsy and continuous spikes and waves during slow sleep, *European Child and Adolescent Psychiatry*. 5 (4), 177-186.
- Lanteaume, L., Bartolomei, F., & Bastien-Toniazzo, M. (2009). How do cognition, emotion, and epileptogenesis meet? A study of emotional cognitive bias in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 15 (2), 218-224.
- Lee, E. J. (2007). A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A longitudinal study. *Ph.D dissertation, University of Wisconsin*.
- Reily, C., & Neville, B. R. (2011). Academic achievement in children with epilepsy: A review. *Epilepsy Research*, 97, 1, 112-123.
- Reily, C., Angew, R., & Neville, B. R. (2011). Depression and anxiety in childhood epilepsy: A review. *Seizure*, 20(8), 589-597.
- Rodenburg, R., Stams, G. J. Meijer, A. M., Aldenkamp, A. P., & Dekovic M. (2005). Psychopathology in children with epilepsy: A meta

- analysis. *J Pediatr Psychol*, 30(6),453-68.
- Roodenberg, R., Wanger, J. L., Austin, J. K., Kerr, M., & Dunn, D. W. (2011). Psychological issues for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 22(1), 47-54.
- Sillanpaa, M. (2004). Learning disability: Occurrence and long-term consequences in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy Behav*, 5 , 937-944.
- Tosun, A., Gokcen, S., Ozbaran, B., Serdaroglu, G., Polat, M., & et al. (2008). The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 13(3),494-498.
- Williams, J., Steel, C., Sharp, G. B., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., & et al. (2003). Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 4(6), 729-32.