

وضعیت روانی اجتماعی افراد ۱۶-۶ سال شهر اردبیل و آپگار خانواده آنها

عفت مظاهری^{۱*}، سعید صادقیه اهری^۲

۱. مربی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۴۵۱ ۷۷۲۸۰۰۵ فکس: ۰۴۵۱ ۷۷۲۸۰۰۴ ایمیل: e.mazaheri@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیماری و عدم صلاحیت از چالش‌های بسیار معمول در هر خانواده‌ای می‌باشد و مشکلات روانی اجتماعی که در زمان‌های بخصوصی توسط هر فردی از اعضای خانواده تجربه می‌شود، تاثیر غیر قابل انکاری بر روی کل سیستم خانواده دارد. بر اساس برآورد موسسه سرویس‌های بهداشتی، تعداد کودکانی که مشکلات بهداشت روانی دارند ۷/۷ تا ۱۲/۸ میلیون نفر می‌باشد. بعلاوه دو سوم افراد جوان که دارای مشکلات بهداشت روانی می‌باشند از دریافت هرگونه کمکی محروم هستند. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت روانی اجتماعی افراد ۱۶-۶ سال شهر اردبیل و آپگار خانواده آن‌ها در سال ۱۳۸۲ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی بوده و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده بود که ۳۸۰ نفر از دانش‌آموزان به عنوان نمونه بطور تصادفی از خوشه‌ها انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش چک لیست PSC حاوی ۳۵ سوال، و پرسش‌نامه آپگار خانواده حاوی ۲۵ سوال و ۵ سوال نیز مربوط به مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان بود. بررسی داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت و نتایج با استفاده از آمار توصیفی به صورت جداول توزیع فراوانی عددی و نسبی مطلق در ۶ جدول عیناً گزارش شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۵۱/۵٪ دانش‌آموزان دارای سن ۱۱-۶ سال، ۵۰٪ مذکر و ۵۰٪ مونث بودند و بر اساس چک لیست PSC ۵۵/۳٪ دانش‌آموزان دارای نمرات بالای ۲۸ بودند. بررسی وضعیت آپگار خانواده‌ها نشان داد که در ۸۹/۷٪ موارد، آپگار خانواده‌ها خوب بوده است.

نتیجه‌گیری: امتیازات کسب شده از پرسش‌نامه PSC اکثریت افراد بالاتر بود و این زنگ خطری است تا به مسائل و مشکلات افراد ۱۶-۶ سال توجه بیشتری شود. ولی آپگار اکثریت خانواده‌ها مطلوب بود.

واژه‌های کلیدی: وضعیت روانی اجتماعی، آپگار خانواده

پذیرش: ۹۱/۲/۴

دریافت: ۹۰/۱۰/۱۶

مقدمه

اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و غیره. عوامل موثر بر وضعیت سلامتی- بیماری و اعتقادات بهداشتی با ابعاد انسانی هر فرد، یعنی بعد جسمی، هوشی، اخلاقی، محیطی، فرهنگی و اجتماعی مرتبط است [۱]. در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و موسسات اجتماعی، خانواده مهمترین و اثربخش‌ترین نقش‌های تربیتی و اجتماعی را داراست. بنابراین تاثیر اعضای خانواده در

سلامتی عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی روانی اجتماعی و نه صرفاً عدم بیماری یا ناتوانی. عوامل متعددی می‌تواند بر اعتقادات مربوط به سلامتی و اعمال مددجو تاثیر بگذارد که تعدادی از این عوامل مثل رشد و تکامل زمینه ذهنی، درونی بوده و برخی نیز خارجی هستند. از قبیل عوامل

انجام دهند تا بتوانند افراد سالمی تحویل جامعه نمایند. در غیر این صورت اختلالات روانی و ناهنجاری‌های شخصیتی در جامعه نمود پیدا خواهد کرد [۲]. نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد سلامت جسمی روانی ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی و عملکرد خانواده دارد [۱۱]. هدف از بررسی و شناخت خانواده، تعیین عملکرد خانواده شامل پنج جزء جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، تغذیه‌ای و محیطی است. پرسش‌نامه آپکار خانواده را از نظر پنج بعد تطابق، رشد، مشارکت، عاطفه و تصمیم‌گیری مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۱۲ و ۱۳]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که از بین خانواده‌هایی که نمرات آپکار پایین داشته‌اند، مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان دو برابر بوده است [۱۴]. لذا از آنجایی که شرایط نامساعد خانوادگی از جمله عوامل تاثیرگذار در شیوع اختلالات رفتاری می‌باشد، ضروری است که عملکرد خانواده‌ها بیشتر مورد بررسی قرار گیرد تا زمینه جهت انجام اقدامات پیشگیرانه برای بزرگسالی بعمل آید و آموزش‌های لازم به منظور ارتقای سطح آگاهی اعضای خانواده بویژه والدین در بکارگیری الگوهای صحیح تربیت فرزندان ارائه گردد. همچنین مشاوره با کودکان و نوجوانان و رهنمودهای لازم به آنان می‌تواند در پیشگیری از مشکلات روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان موثر واقع شود. تشخیص و درمان زودهنگام مشکلات روانی اجتماعی کودکان می‌تواند فواید بهداشتی بسیار زیادی داشته باشد. از آنجایی که مشکلات روانی اجتماعی شیوع بالایی دارد، هزینه‌های درمانی هنگفتی را نیز به خود اختصاص می‌دهد و عدم درمان این مشکلات محدودیت‌های قابل توجهی را در عملکرد روزانه فرد بوجود می‌آورد که در طولانی‌مدت علل عمده ناتوانی در عملکرد فرد است [۱۵ و ۱۶]. بررسی سموکر^۳ و همکاری‌ها نیز نشان داد که در بین خانواده‌هایی که نمرات آپکار پائین داشته‌اند مشکلات رفتاری کودکان

چگونگی شکل‌گیری شخصیت فرد، به برقراری ارتباط میان اعضای خانواده و نیز تربیت فرزندان و ایجاد زندگی سالم برای کودکان و نوجوانان بستگی دارد [۲]. مشکلات روانی اجتماعی که در زمان‌های بخصوصی توسط هر فردی از اعضای خانواده تجربه می‌شود، تاثیر غیر قابل انکاری روی کل سیستم خانواده دارد [۳-۶]. مشکلات رفتاری در کودکان، شامل اختلالات خوردن، اختلال توجه، مصرف مواد مخدر، مشکلات دفعی، اختلالات رفتاری، اختلالات خواب و ناسازگاری در مدرسه می‌باشد. مشکلات رفتاری ممکن است بازخورد منفی به فرد بدهد که باعث کاهش اعتماد به نفس می‌شود. اختلال نقص توجه^۱ و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۲ مهم‌ترین مشکلات رفتاری هستند و بیش از ۲ میلیون کودک و نوجوان مبتلا به اختلال نقص توجه و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی شناخته شده‌اند [۷]. آمار سال ۲۰۱۱ نشان می‌دهد که ۳۸/۲٪ جمعیت بیست و هفت کشور عضو اتحادیه اروپا، از اختلال روانی رنج می‌برند که در مقایسه با سال ۲۰۰۵ که این میزان ۲۷/۴٪ بوده است، افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد [۸]. سازمان بهداشت روانی امریکا گزارش می‌دهد که تعداد کودکانی که مشکلات بهداشت روانی دارند، ۷/۷ تا ۱۲/۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۹ می‌باشد. بعلاوه دو سوم افراد جوان با مشکلات بهداشت روانی، از دریافت هرگونه کمک محروم می‌باشند [۹]. متأسفانه در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای دنیا آمار اختلالات روانی در سطح بالایی قرار دارد. بر اساس آخرین آمار که مربوط به ۱۰ سال پیش است؛ و در حال حاضر آمار جدیدی وجود ندارد؛ اختلالات روانی در زنان ۲۶٪ و در مردان و کودکان به ترتیب ۱۶٪ و ۲۰٪ می‌باشد [۱۰]. بنابراین جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانی اجتماعی، خانواده‌ها باید وظیفه خود را در زمینه‌های مختلف زیستی، فرهنگی، تربیتی و روانی اجتماعی به درستی

1. ADD (Attention Deficit Disorder)

2. ADHD (Attention Deficit with Hyperactivity Disorder)

3. Smoker

سؤال بود که به صورت «بندرت» صفر امتیاز، «بعضی اوقات» ۱ امتیاز و «همیشه» ۲ امتیاز رتبه‌بندی شده و نمرات بالاتر از ۲۷ به‌عنوان اختلال رفتاری در نظر گرفته شد. همچنین ۵ سؤال نیز مربوط به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد بررسی بود. جهت رسیدن به اعتبار محتوا، پرسش‌نامه در اختیار پنج نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی قرار داده شد و تک تک سؤالات از نظر اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گرفت و علیرغم اینکه پرسش‌نامه ترجمه متن انگلیسی بود و نسخه فارسی نداشت، تغییر خاصی در آن داده نشد. پرسش‌نامه مذکور در حجم نمونه حدود ۲۵ نفر بصورت پایلوت اجرا گردید و مشکلات پرسشگری و دریافت مفهوم پرسش‌ها در جلسه‌ای با همکاران طرح مورد ارزیابی قرار گرفت و بعضی از سؤالات تعدیل گردید، ولی با توجه به انجام کارهای مشابه با همین پرسش‌نامه و احراز پایایی و اعتبار آن Test retest انجام شد.

یافته‌ها

در ارتباط با هدف اول پژوهش یعنی تعیین مشخصات دموگرافیک افراد ۱۶-۶ سال شهر اردبیل، یافته‌ها نشان داد که اکثریت (۵۱/۵٪) واحدها دارای سن ۱۱-۶ سال و کمترین آنان (۴۸/۵٪) دارای سن ۱۲ سال و بالاتر بودند (جدول ۱). ۵۰٪ درصد نمونه‌ها مذکر و ۵۰٪ درصد مؤنث بودند (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد دانش‌آموزان بر حسب سن

سن	تعداد	درصد
۱۱-۶ سال (سنین دبستان)	۲۰۱	۵۱/۵
۱۶-۱۲ سال (سنین راهنمایی)	۱۷۹	۴۸/۵
جمع	۳۸۰	۱۰۰

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و درصد دانش‌آموزان بر حسب جنس

جنس	تعداد	درصد
مؤنث	۱۹۰	۵۰
مذکر	۱۹۰	۵۰
جمع	۳۸۰	۱۰۰

دو برابر بوده است [۱۴]. لذا این مطالعه به‌منظور بررسی وضعیت روانی اجتماعی افراد ۶-۱۶ سال شهر اردبیل و آپگار خانواده آن‌ها در سال ۱۳۸۲ انجام شده است.

روش کار

نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش مقطعی توصیفی، افراد ۱۶-۶ ساله یعنی دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دبستان و راهنمایی بودند که با در نظر گرفتن $p=0.5$ و فرمول محاسبه مطالعات شیوع ZPq عدد تقریبی ۳۸۰ نفر استخراج گردید و البته تعداد حجم نمونه به تصویب کمیته پژوهش رسانده شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بود که در ابتدا لیست مدارس دبستان و راهنمایی مشخص شده و به‌صورت تصادفی مدارس راهنمایی و دبستان انتخاب گردیدند. از مدارس انتخاب‌شده نیز بصورت تصادفی کلاس‌های مورد مطالعه انتخاب شد که با مراجعه به مدارس و دعوت از والدین دانش‌آموزان پرسش‌نامه آپگار خانواده و چک لیست PSC^۱ بعد از راهنمایی والدین، توسط والدین و یا توسط نمونه‌گیر آموزش‌دیده، تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش یک پرسش‌نامه آپگار خانواده بود که توسط پژوهشگر، از جناب آقای زارع که تحقیقی با عنوان بررسی آپگار خانواده‌های دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انجام داده بودند؛ از طریق دورنما دریافت شده بود، که این ابزار از پایایی ۰/۹۵ برخوردار بود. پرسش‌نامه شامل ۲۵ سؤال بود که به صورت «بندرت» ۱ امتیاز، «بعضی اوقات» ۲ امتیاز و «همیشه» ۳ امتیاز رده‌بندی شده بود. امتیازات کسب شده از پرسش‌نامه آپگار خانواده در سه سطح «ضعیف» ۱-۲۵ امتیاز، «متوسط» ۲۶-۵۰ امتیاز و «خوب» ۵۱-۷۵ امتیاز تقسیم‌بندی شده بود. همچنین چک لیست PSC بعد از ترجمه متن آن به فارسی جهت بررسی مشکلات روانی اجتماعی افراد ۶-۱۶ مورد استفاده قرار گرفت. چک لیست فوق شامل ۳۵

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و درصد دانش‌آموزان برحسب

نمرات کسب شده از چک لیست PSC		
درصد	تعداد	نمرات کسب شده دانش‌آموزان از چک لیست PSC
۴۴/۷	۱۷۰	۰-۲۷
۵۵/۳	۲۱۰	۲۸-۷۰
۱۰۰	۳۸۰	جمع

افراد ۱۶-۶ سال، نتایج نشان داد که ۵۵/۳٪ دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری بوده و ۴۴/۷٪ فاقد این مشکل هستند (جدول ۳ و ۴).

در ارتباط با هدف سوم پژوهش یعنی تعیین آپکار خانواده افراد ۱۶-۶ سال، یافته‌ها نشان داد که آپکار خانواده‌های دانش‌آموزان مورد بررسی، ۱/۳٪ ضعیف، ۸/۹٪ متوسط و ۸۹/۷٪ خوب بوده است (جدول ۵ و ۶).

جدول ۵. توزیع فراوانی مطلق و درصد دانش‌آموزان بر حسب آپکار خانواده

درصد	تعداد	آپکار خانواده
۱/۳	۵	ضعیف ۱-۲۵
۸/۹	۳۴	متوسط ۲۶-۵۰
۸۹/۷	۳۴۱	خوب ۵۱-۷۵
۱۰۰	۳۸۰	جمع

۱۷/۹٪ نمونه‌ها در کلاس دوم دبستان و ۱۰/۳٪ آنان در کلاس چهارم دبستان مشغول تحصیل بودند. در دوره راهنمایی نیز ۱۴/۷٪ در کلاس سوم راهنمایی و ۱۱/۱٪ در کلاس اول و دوم راهنمایی مشغول تحصیل بوده‌اند. همچنین ۶۳/۹٪ پرسش‌نامه‌ها و چک لیست‌ها توسط پدران و ۳۶/۱٪ توسط مادران دانش‌آموزان تکمیل شده بود. در ارتباط با هدف دوم پژوهش یعنی تعیین مشکلات روانی اجتماعی

جدول ۴. توزیع فراوانی مطلق و درصدی دانش‌آموزان مورد پژوهش بر حسب پاسخ به چک لیست PSC

سئوالات	بندرت		بعضی اوقات		همیشه		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	۲۹۷	۷۸/۲	۶۸	۱۷/۹	۱۵	۳/۹	۳۸۰
۲	۲۰۴	۵۳/۷	۱۴۶	۳۸/۴	۳۰	۷/۹	۳۸۰
۳	۲۰۰	۵۲/۶	۱۳۷	۳۶/۱	۴۳	۱۱/۳	۳۸۰
۴	۱۷۸	۴۶/۸	۱۲۸	۳۳/۷	۷۴	۱۹/۵	۳۸۰
۵	۲۶۷	۷۰/۳	۸۴	۲۲/۱	۲۹	۷/۶	۳۸۰
۶	۲۷۹	۷۳/۴	۶۷	۱۷/۶	۳۴	۸/۹	۳۸۰
۷	۱۸۵	۴۸/۷	۱۴۵	۳۸/۲	۵۰	۱۳/۲	۳۸۰
۸	۲۰۰	۵۲/۶	۱۲۰	۳۱/۶	۶۰	۱۵/۸	۳۸۰
۹	۱۳۹	۳۶/۶	۱۶۰	۴۲/۱	۸۱	۲۱/۳	۳۸۰
۱۰	۱۵۷	۴۱/۳	۱۶۵	۴۳/۴	۵۸	۱۵/۳	۳۸۰
۱۱	۲۲۰	۵۷/۹	۱۲۹	۳۳/۹	۳۱	۸/۲	۳۸۰
۱۲	۱۵۹	۴۱/۸	۱۵۳	۴۰/۳	۶۸	۱۷/۹	۳۸۰
۱۳	۲۷۲	۷۱/۶	۷۰	۱۸/۴	۳۸	۱۰	۳۸۰
۱۴	۲۱۱	۵۵/۵	۱۱۸	۳۱/۱	۵۱	۱۳/۴	۳۸۰
۱۵	۲۵۳	۶۶/۶	۹۱	۲۳/۹	۳۶	۹/۵	۳۸۰
۱۶	۲۴۷	۶۵	۹۷	۲۵/۵	۳۶	۹/۵	۳۸۰
۱۷	۳۰۳	۷۹/۷	۵۲	۱۳/۷	۲۵	۶/۶	۳۸۰
۱۸	۳۳/۴	۸۷/۹	۳۳	۸/۷	۱۳	۳/۴	۳۸۰
۱۹	۲۲۹	۶۰/۳	۱۲۴	۳۲/۶	۲۷	۷/۱	۳۸۰
۲۰	۳۱۷	۸۳/۴	۴۲	۱۱/۱	۲۱	۵/۵	۳۸۰
۲۱	۳۰۸	۸۱/۱	۴۹	۱۲/۹	۲۳	۶/۱	۳۸۰
۲۲	۲۴۳	۶۳/۹	۱۰۷	۲۸/۲	۳۰	۷/۹	۳۸۰
۲۳	۱۲۰	۳۱/۶	۱۵۲	۴۰	۱۰۸	۲۸/۴	۳۸۰

ادامه جدول ۴.

سئوالات	بندرت		بعضی اوقات		همیشه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲۴	۳۰۹	۸۱/۳	۴۷	۱۲/۴	۲۴	۶/۳	۳۸۰	۱۰۰
۲۵	۳۰۰	۷۸/۹	۵۶	۱۴/۷	۲۴	۶/۳	۳۸۰	۱۰۰
۲۶	۲۸۰	۷۳/۷	۷۶	۲۰	۲۴	۶/۳	۳۸۰	۱۰۰
۲۷	۱۹۰	۵۰	۱۳۲	۳۴/۷	۵۸	۱۵/۳	۳۸۰	۱۰۰
۲۸	۳۲۳	۵۸	۳۷	۹/۷	۲۰	۵/۳	۳۸۰	۱۰۰
۲۹	۲۵۲	۶۶/۳	۸۹	۲۳/۴	۳۹	۱۰/۳	۳۸۰	۱۰۰
۳۰	۱۴۸	۳۸/۹	۱۷۱	۴۵	۶۱	۱۶/۱	۳۸۰	۱۰۰
۳۱	۱۸۵	۴۸/۷	۱۴۱	۳۷/۱	۵۴	۱۴/۲	۳۸۰	۱۰۰
۳۲	۲۰۸	۵۴/۷	۱۲۶	۳۳/۲	۴۶	۱۲/۱	۳۸۰	۱۰۰
۳۳	۲۱۶	۵۶/۸	۱۱۵	۳۰/۳	۴۹	۱۲/۹	۳۸۰	۱۰۰
۳۴	۲۹۱	۷۶/۶	۶۱	۱۶/۱	۲۸	۷/۴	۳۸۰	۱۰۰
۳۵	۲۰۸	۵۴/۷	۱۳۸	۳۶/۳	۳۴	۸/۹	۳۸۰	۱۰۰

جدول ۶. توزیع فراوانی مطلق و درصدی دانش آموزان مورد پژوهش بر حسب پاسخ به سئوالات آپگار خانواده

سئوالات	بندرت		بعضی اوقات		همیشه		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۴۶	۱۲/۱	۱۳۱	۳۴/۵	۲۰۳	۵۳/۴	۳۸۰	۱۰۰
۲	۳۱	۸/۲	۹۶	۲۵/۳	۲۵۳	۶۶/۶	۳۸۰	۱۰۰
۳	۴۰۲	۸۲/۱	۳۶	۹/۵	۳۲	۸/۴	۳۸۰	۱۰۰
۴	۱۰۶	۲۷/۹	۱۷۴	۴۵/۸	۱۰۰	۲۶/۳	۳۸۰	۱۰۰
۵	۶۷	۱۷/۶	۱۵۸	۴۱/۶	۱۵۵	۴۵/۸	۳۸۰	۱۰۰
۶	۴۱	۱۰/۸	۱۳۱	۳۴/۵	۲۰۸	۵۴/۷	۳۸۰	۱۰۰
۷	۴۲	۱۱/۱	۹۷	۲۵/۵	۲۴۱	۶۳/۴	۳۸۰	۱۰۰
۸	۱۰۴	۲۷/۴	۱۱۶	۳۰/۵	۱۶۰	۴۲/۱	۳۸۰	۱۰۰
۹	۴۹	۱۲/۹	۱۱۰	۲۸/۹	۲۲۱	۵۸/۲	۳۸۰	۱۰۰
۱۰	۳۲	۸/۴	۱۲۱	۳۱/۸	۲۲۷	۵۹/۷	۳۸۰	۱۰۰
۱۱	۵۴	۱۴/۲	۱۳۳	۳۲/۴	۲۰۳	۵۳/۴	۳۸۰	۱۰۰
۱۲	۲۵	۶/۶	۹۸	۲۵/۸	۲۵۷	۶۷/۶	۳۸۰	۱۰۰
۱۳	۲۶	۶/۸	۹۷	۲۵/۵	۲۵۷	۶۷/۶	۳۸۰	۱۰۰
۱۴	۳۵	۹/۲	۵۶	۱۴/۷	۲۸۹	۷۶/۱	۳۸۰	۱۰۰
۱۵	۱۵۴	۴۰/۵	۹۲	۲۴/۲	۱۳۴	۳۵/۳	۳۸۰	۱۰۰
۱۶	۳۸	۱۰	۸۴	۲۲/۱	۲۵۸	۶۷/۹	۳۸۰	۱۰۰
۱۷	۱۷۹	۴۷/۱	۹۱	۲۳/۹	۱۱۰	۲۸/۹	۳۸۰	۱۰۰
۱۸	۲۱	۵/۵	۸۰	۲۱/۱	۲۷۹	۷۳/۴	۳۸۰	۱۰۰
۱۹	۷۹	۲۰/۸	۱۰۹	۲۸/۷	۱۹۲	۵۰/۵	۳۸۰	۱۰۰
۲۰	۲۰	۵/۳	۴۳	۱۱/۳	۳۱۷	۸۳/۴	۳۸۰	۱۰۰
۲۱	۴۰	۱۰/۵	۱۳۱	۳۴/۵	۲۰۹	۵۵	۳۸۰	۱۰۰
۲۲	۴۹	۱۲/۹	۱۴۴	۳۷/۹	۱۸۷	۴۹/۲	۳۸۰	۱۰۰
۲۳	۳۵	۹/۲	۶۹	۱۸/۲	۲۷۶	۷۲/۶	۳۸۰	۱۰۰
۲۴	۳۳	۸/۷	۷۴	۱۹/۵	۲۷۳	۷۱/۸	۳۸۰	۱۰۰
۲۵	۵۷	۱۵	۱۲۱	۳۱/۸	۲۰۲	۵۳/۲	۳۸۰	۱۰۰

بحث

مهم‌ترین مسائل عاطفی و روانی دانش‌آموزان، نافرمانی، قانون‌شکنی، دزدی، دروغ‌گویی، ترس، اضطراب، کم‌رویی، حسادت و گوشه‌گیری است [۱۳]. بررسی‌ها نشان می‌دهد حفاظت بیش از حد و کنترل والدین، اختلالات رفتاری در دوران نوپایی و دوران مدرسه، فقدان بیش‌فعالی، سرخوشی و آگاهی در مورد علاقه جنسی به جنس مخالف یا همجنس از عوامل مهم ابتلا به اختلالات روانی در بزرگسالی می‌باشد [۹]. لذا در این پژوهش بررسی مشکلات روانی اجتماعی افراد ۶-۱۶ سال با استفاده از چک لیست PSC نشان داد که نمرات اکثریت افراد بالاتر از ۲۷ می‌باشد که نشان‌دهنده اختلال رفتاری در گروه مورد بررسی است. بررسی ری جان ولد و همکارانش در مورد اختلالات روانی اجتماعی، با استفاده از چک لیست PSC که روی ۶۸۷ کودک ۷-۱۲ سال انجام شده بود، نشان داد که ترجمه هلندی آن با آزمون آلفا کرونباخ ۰/۸۰ بود و جهت استفاده برای کودکان هلندی نیاز به تعدیل داشت و در مقایسه با ترجمه آمریکایی چک لیست، کودکان هلندی نمرات کمتری کسب کرده بودند [۱۵]. براساس آخرین اطلاعات آماری در ایران، میزان اختلال روانی در کودکان ۲۰٪ و در زنان و مردان به ترتیب ۲۶ و ۱۶٪ می‌باشد [۱۰]. لذا این یافته زنگ خطری است تا به مسائل کودکان و نوجوانان از دو جنبه اهمیت داده شود، ابتدا رسیدگی به مشکلات کودکان و نوجوانان و سپس انجام اقدامات پیشگیرانه برای بزرگسالی.

در ارتباط با هدف دیگر این پژوهش که تعیین وضعیت آپگار خانواده‌های افراد ۶-۱۶ سال بود، یافته‌ها نشان داد وضعیت آپگار خانواده بیشتر افراد در سطح خوب می‌باشد. بررسی رودریگز و همکارانش (۲۰۱۱) نشان داد که سلامت جسمی-روانی ارتباط نزدیکی با هر چهار بعد کیفیت زندگی

($p < 0.05$) دارد و کیفیت زندگی افراد نیز ارتباط معنی‌داری با آپگار خانواده دارد [۱۱]. بررسی زارعی نیز که با عنوان وضعیت آپگار خانواده‌های دارای کودکان معلول ذهنی انجام شده بود، نتایج مشابهی با پژوهش ما داشته است [۱۶].

در ارتباط با آخرین هدف پژوهش یعنی تعیین مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان، یافته‌ها نشان داد که ۵۱/۵٪ آنان در رده سنی ۱۱-۶ سال و ۴۸/۵٪ در رده سنی ۱۶-۱۲ سال بودند. همچنین ۵۰٪ مذکر و ۵۰٪ مونث بودند که این نتیجه با توجه به اینکه کلاس‌های انتخاب شده از خوشه‌ها از نظر تعداد مساوی بودند، قابل انتظار بود. همچنین اکثریت (۱۷/۹٪) دانش‌آموزان در پایه تحصیلی دوم دبستان و کمترین آنان (۱۰٪) در پایه تحصیلی پنجم دبستان بودند که این یافته نیز با توجه به تفاوت بودن تعداد دانش‌آموزان در کلاس‌ها قابل انتظار بود. از آنجایی که مشکلات روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان اغلب مربوط به ناکامی و عدم رفع نیازهای آنان و شرایط نامساعد خانوادگی می‌باشد، لذا ضروری است که خانواده‌ها وظیفه خود را در زمینه‌های مختلف زیستی، فرهنگی، تربیتی و روانی اجتماعی به درستی انجام دهند تا افراد سالمی به جامعه تحویل گردد. در غیر این صورت اختلالات روانی و ناهنجاری‌های شخصیتی در جامعه نمود پیدا خواهد کرد [۲].

نتیجه‌گیری

از آنجایی که نمرات کسب شده از پرسش‌نامه PSC اکثریت افراد ۶-۱۶ سال بالاتر بود که نشان‌دهنده اختلالات رفتاری در گروه مورد بررسی می‌باشد؛ ضرورت رسیدگی به مسائل و مشکلات این افراد بیش از پیش مشخص می‌گردد. همچنین بررسی وضعیت آپگار خانواده‌ها نشان داد که آپگار اکثریت خانواده‌ها در سطح مطلوب می‌باشد.

References

- 1- Astajy Z, Tvfyqyan T, Najjar L. techniques and care. Tehran. Publishers Andesheh Rafi . 2007: 20.
- 2- Heydari J, Mahmoudi G. Mental health. Prospective community published by the publishing community oriented. 2007: 103.
- 3- Glozman J. Quality of life caregivers. Neurophysiology Review. 2004; (14): 183-197.
- 4- Muhammad Z. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. BMC Psychiatry. 2010 : 10- 71.
- 5- Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients. Meta- analysis of randomized trial. CA Cancer J Clin. 2010: 317-139.
- 6- Haberstoh J, Hampel H, Pantel J. optimal management of Alzheimers disease patients, Clinical guidelines and family advice. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010: 243-253.
- 7- Hosseini SV, Jafari Varjoshani N. Community Health Nursing 2 second edition published by the publishing community oriented. 2009: 9.
- 8- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, ustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorder and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011: 655-79.
- 9- Shivers LR. Basic concepts of psychiatric. Mental Health Nursing Lippincott .2012: 488.
- 10- Naseh AA. Mental Health. [Http://migna.ir/news/health/5212-1390-12-10-51-05.html](http://migna.ir/news/health/5212-1390-12-10-51-05.html).
- 11- Rodriguez-Sanchez E, Perez-Penaranda A, Losada-Baltar A, Perez-Arechaederra D. Relation ships between quality of life and family function in caregiver. BMC Family Practice. 2011: 12-19.
- 12- Sijmen A, Anton GC, Femke H, Matty R . Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. BMC Public Health. 2006: 197.
- 13 - Ayldr Abadi I. community health nursing textbook for 1, 2 and 3. Tehran. Community oriented publications. 2009: 32-23.
- 14- Smucker WD, Wildmen BG, Lynch TR, Revolinsky MC. Relationship between the family APGAR and behavioral problem in children. Pediatric. study. Arch pediatric Adolescent Med. 1999: 254-60.
- 15- Sijmen A R, Anton GC, Femke H, Matty R . Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. BMC Public Health. 2006: 6:197
- 16- Alhani A, Zare M. Effects of home visits family Apgar. Journal of Medical Sciences Madras. 1987:1-3.

Psychosocial Status of Individuals Aged 6-16 Years and Their Family APGAR in Ardabil City

Mazaheri E*¹, Sadeghieh S²

1. MSc, Lecturer in Nursing, faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil university of Medical sciences, Ardabil, Iran.

2. MD, Specialist in Sociomedicine and prevention Medical of welfare organization of Ardabil.

* *Corresponding Author*: Tel: 00984517728005 Fax: 00984517728004 E-mail: e.mazaheri@arums.ac.ir

Received: 2012/01/06

Accepted: 2012/04/23

ABSTRACT

Background & Objectives: Disease and incapacity are common challenges for families. Psychosocial problems experienced by every member of the family have an impact on the whole family system. According to the Department of Health and Human Services estimates, the number of children with mental health problems ranges from 7.7 to 12.8 million. Furthermore, two thirds of young people with mental health problems are deprived from any support. This study was performed to investigate psychosocial status of 6-16 years individuals in Ardabil city and their family APGAR in 2004.

Methods: In a descriptive study 380 students were randomly selected using stratified cluster sampling method. Data were collected through PSC (pediatric symptoms checklist containing 35 questions) as well as the APGAR questionnaire containing 25 questions and 5 questions on students' demographic specification. Data analysis was performed by descriptive statistics and absolute and relative numerical frequency distribution using SPSS software and the results were reported in 8 tables.

Results: Findings indicated that 51.5% of samples aged 6-11 years, 50% being male and 50% female. Based on PSC, scores of 55.3% students were higher than 28. In 89.7% of cases family APGAR was categorized as good.

Conclusions: Scores achieved by the majority of students from PSC questionnaire was high. This implies to pay more attention to the problems of students aged 6-16 years. However, the APGAR scores in majority of families were good.

Keywords: Psychosocial status; Family APGAR.