



مقایسه سلامت روانی دانش‌آموزان عادی و قلدر دوره‌ی اول متوسطه

نادر محمدی^{۱*}، حسین بلوتک^۲، افشین پا آهو^۳

مشخصات نویسنده اول

۱ و * - نویسنده مسوول: مربی، کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان پارس‌آباد
(mohammadi_n@hotmail.com)

مشخصات نویسنده دوم

۲ - دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشگاه ارومیه
(hosseinblutak@gmail.com)

مشخصات نویسنده سوم

۳ - مربی، کارشناسی ارشد، برنامه‌ریزی آموزشی، مدیریت آموزش و پرورش شهرستان پارس‌آباد
(paho1363@gmail.com)

چکیده

این پژوهش باهدف مقایسه ابعاد سلامت روانی دانش‌آموزان قلدر و عادی انجام شد. برای این منظور ۱۲۸ دانش‌آموز پسر (۶۴ قلدر و ۶۴ عادی) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی از میان کلیه دانش‌آموزان دوره‌ی اول متوسطه (۲۱۳۶ نفر)، شهر اصلاندوز (استان اردبیل) انتخاب شدند. برای غربال‌گری دانش‌آموزان قلدر از میان ۵۰۳ دانش‌آموز که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند، از پرسشنامه‌های قلدری ایلی نویز (IBS) استفاده شد پس از گزینش ۶۴ دانش‌آموز از کرانه بالای نمرات، به تعداد ۶۴ نفر دانش‌آموز عادی نیز از بین دانش‌آموزان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و هر دو گروه به چک‌لیست بهداشت روان (MHC) پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون t مستقل، به وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های دانش‌آموزان عادی و قلدر در هر دو بعد روانی و جسمانی و تمامی سطوح ۱۱ گانه آن اشاره داشت. مقایسه میانگین‌ها حاکی از آن بود که دانش‌آموزان قلدر از سلامتی روانی پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی برخوردارند. لذا وجود برنامه‌های مداخله‌ای در جهت افزایش میزان سلامت روانی این دانش‌آموزان با در نظرگیری عوامل متعدد و مرتبط آسیب‌رسان و تهدیدکننده سلامتی این دانش‌آموزان، در مدارس از سوی دست‌اندرکاران توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: بهداشت روان، قلدری، سلامت روانی، سلامت جسمانی



Compare the mental health of Normal and bullies in high school students

Abstract

The purpose of this study was comparison mental health of the normal and bullies students in high school. In order of this research ۱۲۸ boy's (۶۴ bullies and same normal) students of Aslandooz cities (in ardabil province) were selected by random sampling method (۲۱۳۶ cases). For screening of bullies through ۵۰۳ student, used for illinois bullying scale (IBS). After selecting ۶۴ students from the upper grades, ۶۴ normal students selected likewise by random sampling method and then both of the group's responded for mental health checklist (MHC). The method of data analysis was independent t test, analysis with spss ۲۲ software. The results of independent t test refer than significant differences between normal and bullies students groups in both of mental and physical dimensions and all of ۱۱ levels of mental health variable. The statistical comparison showed that the bullies are lower than normal students in mental health dimension. Therefore intervention programs to improve the mental health of students considering multiple factors related whith malicious and threatening health for practitioners is recommended.

Keywords: mental health, bullying, physical health

۱- مقدمه

پیدا کردن یک تعریف عملیاتی از سلامت روان مشکل بوده و موضوعی چالش برانگیز و متأثر از بینش متخصصان است و بسیاری از تعاریف پیشنهادی شامل جنبه‌های روانی، اجتماعی و جسمانی است (آدلر^۱، ۱۹۷۹؛ اریکسون^۲، ۱۹۵۹). بر این اساس روانشناسی نوین در تلاش است که توجه خود را صرفاً معطوف مشکلات روانی نسازد و بیش تر بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید کند و از مدت‌ها پیش این علم علاقه‌مند به کشف عواملی بوده که کنش وری مثبت روان‌شناختی را به ارمغان آورد (ریف و سینگر^۳، ۲۰۰۲). سلامت یک مفهوم چندبعدی است که در سال‌های اخیر گروهی از محققان آن را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی در نظر گرفته‌اند و معتقدند که سلامت علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی‌گیرد (لارسون^۴، ۱۹۹۱). امروزه اکثر پژوهشگران و تعاریف سلامت روان اشاره به یک ساختار چندبعدی دارند یکی از این مدل‌های چندبعدی را کیز^۵ (۲۰۰۲؛ ۲۰۰۷) پیشنهاد کرده است به نظر او مدل سلامت روانی کامل دارای دو بعد است که بعد سلامت روانی و بیماری روانی را با هم ترکیب می‌کند به عبارتی سلامت روانی کامل متشکل از سطوح بالای نشانه‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی و درعین حال عدم ابتلا به بیماری‌های روانی را شامل می‌شود. سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش بسیار مهم دارد (صفایر و فتاح زاده^۶، ۲۰۰۳). از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روان عبارت است از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود (میرکمالی^۷، ۱۳۸۱). به عقیده آدلر، (۱۹۷۹) سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هموعان و کنترل عواطف و احساسات خود (وردی^۸، ۱۳۸۰ به نقل از محمد امینی^۹، ۱۳۸۶). در طول تاریخ روانشناسی، بهداشت و سلامت روان در عبارت مثبت (حضور یک کیفیت مثبت: خوب بودن) همیشه مطرح بوده است که انسان‌ها برای دستیابی به آن کوشیده‌اند (گلسو و فریتز^{۱۰}، ۲۰۰۱).

^۱. Adler

^۲. Erikson

^۳. Ryff & Singer

^۴. Lareson

^۵. Keyes

^۶. Safairs & Fattahzadeh

^۷. Verdi

^۸. Gelso & Fretz



ریف و کیز^۱، (۱۹۹۵) الگوی سلامت روانی یا روانشناسی مثبت نگر را ارائه کرده‌اند که از شش عامل تشکیل شده است این عوامل؛ پذیرش خود^۲، رابطه‌ی مثبت با دیگران^۳، خودمختاری^۴، زندگی هدفمند^۵، رشد شخصی^۶ و تسلط بر محیط^۷ هستند. الگوی پیشنهادی آن‌ها به‌طور گسترده مورد توجه محققان در سراسر جهان قرار گرفته است (چانگ و چن^۸، ۲۰۰۵). شواهد فراوانی وجود دارند که نشان می‌دهند رویدادهای ناگوار زندگی می‌توانند سلامت روان شناختی را تحت تأثیر قرار داده و آن را مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (سگستر و میلر^۹، ۲۰۰۴). علاقه و رضایت‌مندی از عوامل بسیار مهم در سلامت روان به شمار می‌رود و محیط مدرسه به اشکال مختلف نقش مهمی در حفظ سلامت روان دانش‌آموزان ایفا می‌کند از این‌رو عواملی مانند برنامه‌های بهداشتی و امکانات آموزشی، مشاوره، مداخله در بحران، پیشگیری مشکل، در ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و رشد عاطفی دانش‌آموزان مؤثر است (ادلمن^{۱۰}، ۱۹۹۳؛ کامر^{۱۱}، ۱۹۸۸؛ دی و روبرتس^{۱۲}، ۱۹۹۱؛ گودوین، گودوین و کانتریل^{۱۳}، ۱۹۸۸؛ هنگیلر^{۱۴}، ۱۹۹۵؛ کنیتزر، استینبرگ و فلیسک^{۱۵}، ۱۹۹۰؛ سیتول، دمیرس و نیگوتی^{۱۶}، ۱۹۸۵؛ ادلمن، ۱۹۹۶؛ ویست^{۱۷}، ۱۹۹۷). بیماری‌های روانی از آغاز پیدایش بشر وجود داشته‌اند و هیچ انسانی در مقابل این بیماری‌ها مصونیت ندارد و این خطر همیشه بشر را تهدید می‌کند (استنسفلد، هید و مارمو^{۱۸}، ۲۰۰۰). همه بخش‌های جامعه نقش مهمی در بهبود سلامت روانی و جسمانی افراد بر عهده‌دارند و در این میان پزشکان در تسهیل و جلوگیری از آسیب‌دیدگی قربانیان و در ارتقا و پیشگیری اولیه یک گروه مهم هستند. اکثر بیماری‌های روانی قبل از دوران بلوغ شروع می‌شوند و اغلب در طول دوران زندگی ادامه می‌یابند. بهبود سلامت روان در اوایل زندگی از بروز اختلالات رفتاری می‌کاهد چون هرچه قدر روابط در این دوران صمیمی و دوستانه‌تر باشد افراد در سال‌های بعد مشکلات رفتاری کمتری از خود نشان می‌دهند. بهبود سلامت موجب افزایش کیفیت زندگی و عملکرد مطلوب اجتماعی می‌شود (روبال کالج^{۱۹}، ۲۰۱۰). فردی که از سلامت روانی برخوردار است، کسی است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است، می‌تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و نیز قادر به مقابله با فشارهای زندگی است (فرح‌بخش، غلامرضایی و نیک‌پی، ۱۳۸۶). پژوهش‌ها حاکی از شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان مناطق مختلف کشور است این اختلال‌ها دارای اثرات ناگوار فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی است؛ و برخلاف بیماری‌های جسمی پیامدهای آن بیشتر غیرمستقیم گزارش شده است. همچنین دانش‌آموزان دارای اختلالات روانی-عاطفی، از کیفیت زندگی پایین‌تر، عزت‌نفس ضعیف‌تر و عملکرد تحصیلی نامناسب‌تری برخوردارند (بیانی و سمیعی، ۱۳۹۳). از آنجاکه مدارس نقش بسیار مهمی در برآوردن احتیاجات اساسی جسمانی و روانی بخش نسبتاً بزرگی از افراد جامعه یعنی دانش‌آموزان ایفا می‌کنند و با گروه‌های مختلف دانش‌آموزان که از نظر ویژگی‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی با یکدیگر متفاوت‌اند، سروکار دارند، لازم است برای رسیدن به عملکرد رضایت‌بخش، مسائل مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان را مورد توجه قرار دهند (آدلمان و تایلور^{۲۰}، ۲۰۰۰). در همین راستا تحقیقات نیز همبستگی مثبت بین توجه به بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان با پیشرفت تحصیلی و رشد شخصیت آنان را نشان می‌دهد (راهنما و غلامی، ۱۳۸۳). شکایت از دردهای جسمانی، بی‌انگیزه بودن، دعوا و درگیری، داشتن مسائل انضباطی، اختلال کمبود توجه، اختلال نافرمانی لجوجانه، مردودی طی و تکانشی عمل کردن را از مشکلات دانش‌آموزان در مدرسه

۱. Ryff & Keyes
۲. self-acceptance
۳. positive relationship with others
۴. autonomy
۵. purpose in Life
۶. personal development
۷. dominate the environment
۸. Cheng & CHan
۹. Segerstrom & Miller
۱۰. Adelman
۱۱. Comer
۱۲. Day & Roberts
۱۳. Goodwin, Goodwin & Cantrill
۱۴. Henggeler
۱۵. Knitzer, Steinberg & Fleisch
۱۶. Sitwell, Demers & Niguette
۱۷. Weist
۱۸. Stansfeld, Head & Marmo
۱۹. Royal College
۲۰. Adelman & Taylor



به حساب می‌آورد (شاو^۱، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد بتوان با مداخلات مؤثر و آموزش اصول بهداشت روانی از میزان این مشکلات کاست. نتایج تحقیق اصغرنژاد (۱۳۷۷)، در مورد تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، نشان داد که اثر این آموزش‌ها در افزایش توان سازش یافتگی نوجوانان مؤثر است. یافته‌های تحقیق پارسای و شاهماری (۱۳۹۱)، حاکی از آن است که بین نوجوانانی که رفتار پرخطر دارند و آن‌هایی که رفتار پرخطر ندارند در اغلب شاخص‌های منفی و مثبت سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد. خانواده‌ها نیز با استفاده از مراکز فرهنگی مانند شبکه‌ای همگام با مدارس از طریق شرکت در برنامه‌ها و آموزش و آشنایی با مهارت‌های مقابله‌ای و کسب آگاهی می‌تواند نقش مهم در رشد و سلامت روانی-اجتماعی دانش‌آموزان و شیوه‌های صحیح مهارت‌های زندگی داشته باشد (وایت و وهلیج^۲، ۱۹۹۵). سلامت حالت کامل آسایش و کامیابی زیستی، روانی و اجتماعی است و صرف فقدان بیماری یا معلولیت (ناتوانی) سلامت نیست (فیشر، کابرال دمرلو، ایزوتسو و همکاران^۳، ۲۰۱۱). همچنین از دید کبیز (۲۰۰۲)، میزان سلامت و زندگی افرادی که به بیماری‌های روانی مبتلا نیستند یکسان و مشابه نیست و لزوماً افراد سالم زندگی سالم‌تری در مقایسه با بیماران روانی ندارند. برای مثال کسانی که مبتلا به بیماری‌های روانی نیستند از سطح بهزیستی بالایی برخوردارند و همچنین این گروه در مقایسه با گروهی که از سطح بهزیستی پایین برخوردارند کمتر دچار بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شوند. به نظر می‌رسد یکی از رفتارهای پرخطر و تهدیدکننده سلامت روانی دانش‌آموزان در مدارس رفتار قلدری^۴ باشد. قلدری تاکنون به‌طور فزاینده تبدیل به یک مشکل رفتاری در سراسر جهان شده است که در مدارس رخ می‌دهد و نیازمند آگاهی و توجه هر چه بیشتر همه‌ی نهادهای آموزشی می‌باشد. محققان در مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این پدیده در حال حاضر به‌طور منظم در مدارس اتفاق می‌افتد. (ریگی، ۲۰۰۷؛ نیتو، ۲۰۰۵). این پژوهش درصدد آن است که مشخص سازد، آیا سلامت روانی دانش‌آموزان عادی و قلدر با یکدیگر تفاوت دارد یا نه؟

روش‌شناسی تحقیق

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق، کلیه دانش‌آموزان پسر دوره‌ی اول متوسطه شهر اصلاندوز (استان اردبیل) در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ می‌باشد. تعداد جامعه آماری این تحقیق ۲۱۳۶ نفر بود. که به‌صورت غربالگری از کرانه بالای نمره کسب‌شده هر فرد در پرسشنامه قلدری ایلی نوبز تعداد ۶۴ دانش‌آموز از بین ۵۰۳ دانش‌آموز که به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی پرسشنامه را پر کردند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. با در نظر گرفتن تعداد نمونه‌ها در متغیر قلدری به تعداد ۶۴ نفر از دانش‌آموزان عادی نیز به‌صورت تصادفی انتخاب و در محیط مدارس به پرسش‌نامه‌ها باره‌انمایی محققان پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

الف - پرسشنامه قلدری ایلی نوبز (IBS)^۵:

مقیاس قلدری ایلی نوبز (۲۰۰۱) شامل ۱۸ گویه و سه بعد می‌باشد. اسپالگه و هولت^۶ (۲۰۰۱) روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند. نمره‌گذاری بر اساس یک شاخص پنج‌درجه‌ای از مقیاس لیکرت با دامنه: یک (هرگز) تا پنج (هفت بار یا بیشتر) صورت می‌گیرد. هر بُعد از این پرسشنامه نمره‌گذاری جداگانه‌ای دارد. در این تحقیق از بعد قلدری این پرسشنامه استفاده شد. اسپالگه و هولت (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب پایایی برای این پرسشنامه ۰/۷۳ محاسبه گردید.

ب - چک‌لیست سلامت روان (MHC)^۷:

این مقیاس توسط پرمود کومار^۸ (۱۹۹۱) طراحی شده و شامل ۱۱ آیتم و دو بعد است که ابعاد روانی (اضطراب و تنش، بی‌قراری، ناآرامی، تنهایی، ناامیدی و خشم) و جسمانی (سردرد، خستگی، اختلال خواب، سوء‌هضمه و ترش

^۱. Shaw

^۲. White & Wehlage

^۳. Fisher, Cabral de Mello, Izutsu & et al.

^۴. bullying

^۵. Illinois Bully Scale

^۶. Espelage & Holt

^۷. Mental Health Checklist

^۸. Pramod kumar



کردن) را در ۴ طیف لیکرتی (۱: به‌ندرت تا ۴: همیشه) در نوجوانان اندازه‌گیری می‌کند. موندادا و هاتکانگالکار^۱ (۲۰۱۳)، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند در این تحقیق نیز برای این پرسشنامه ضریب پایایی برابر ۰/۷۱ محاسبه شد.

شیوه اجرا و جمع‌آوری اطلاعات

پس از غربال‌گری دانش‌آموزان قلدر متعاقب آن پرسشنامه‌ها برای دانش‌آموزان عادی نیز اجرا گردید. قبل از اجرا در مورد نحوه پاسخگویی و اهداف مطالعه توضیحاتی به نمونه‌ها داده شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۲ تجزیه و تحلیل گردیده و نتایج استخراج شد.

یافته‌ها

در جدول (۱) داده‌های توصیفی نمونه‌های مورد مطالعه گزارش شده است. بیشترین میزان میانگین در گروه قلدرها در بعد روانی مربوط به متغیر خشم ($M= ۳/۲۸$, $SE= ۰/۷۶۶$) و کمترین مقدار آن مربوط به متغیر ناامیدی ($M= ۲/۴۲$, $SE= ۰/۹۵۶$) می‌باشد. از بعد جسمانی نیز بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب برای متغیر سردرد ($M= ۳/۰۲$, $SE= ۰/۷۶۶$) و کمترین مقدار مربوط به متغیر سوءهاضمه ($M= ۲/۲۰$, $SE= ۰/۸۳۹$) مشاهده می‌شود. در گروه دانش‌آموزان عادی نیز به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار میانگین در بعد روانی مربوط به متغیرهای اضطراب ($M= ۲/۵۰$, $SE= ۰/۹۴۳$) و ناآرامی ($M= ۱/۶۶$, $SE= ۱/۰۸۷$) محاسبه شده است. در بعد جسمانی نیز بیشترین مقدار میانگین متعلق به متغیر سردرد ($M= ۲/۰۹$, $SE= ۱/۱۰۹$) و کمترین آن مربوط به ترش کردن ($M= ۱/۵۰$, $SE= ۰/۹۲۶$) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار برای سایر متغیرهای پژوهش نیز، در جدول ذیل آمده است.

جدول (۱) آمار توصیفی آزمودنی‌ها در سطوح متغیر پژوهش

متغیر	بعد روانی		بعد جسمانی		شاخص							
	اضطراب؛ تنش	بی‌قرار	ناآرام	تنها		ناامید	خشم	سردرد	خستگی	اختلال	ترش کردن	
مقدار	۲/۸۹	۲/۹۲	۲/۷۳	۲/۵۸	M	۲/۴۲	۳/۲۸	۳/۰۲	۲/۷۵	۲/۳۳	۲/۲۰	۲/۵۵
انحراف معیار	۰/۹۶۱	۰/۷۱۹	۱/۰۱۲	۰/۹۲۲	S	۰/۸۳۹	۰/۷۶۶	۰/۸۵۴	۰/۹۶۰	۰/۸۳۹	۰/۸۳۹	۱/۰۸۳
عادی	۲/۵۰	۲/۰۸	۱/۶۶	۱/۶۹	M	۱/۵۹	۱/۷۸	۲/۰۹	۲/۰۸	۱/۹۷	۱/۵۹	۱/۵۰
سردرد	۰/۹۴۳	۰/۸۷۸	۱/۰۸۷	۰/۹۵۷	S	۰/۸۶۸	۰/۹۲۶	۱/۰۸۸	۱/۰۸۸	۰/۹۲۶	۰/۸۶۸	۰/۹۲۶
ترش کردن					D			۱	۱			

همچنین جهت بررسی تفاوت بین گروه‌های قلدر و عادی در سطوح متغیر سلامت روان از آزمون t مستقل بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ذیل آمده است. جدول (۲).

جدول (۲) جدول t مستقل برای سطوح متغیر سلامت روان

^۱. Mundada & Hatkanagalekar



Sig	T	F	Df	سطوح متغیر	ابعاد
۰/۰۲۲	-۲/۳۲۱	۰/۴۶۹	۱۲۶	اضطراب و تنش	روانی
۰/۰۰۰۱	-۵/۹۴۵	۳/۰۰۰	۱۲۶	بی‌قراری	
۰/۰۰۰۱	-۵/۸۰۸	۰/۰۶۹	۱۲۶	ناآرامی	
۰/۰۰۰۱	-۵/۵۵۹	۰/۲۰۸	۱۲۶	تنهایی	
۰/۰۰۱	-۳/۳۵۱	۰/۶۶۹	۱۲۶	نامیدی	
۰/۰۰۰۱	-۹/۳۴۵	۶/۶۸۲	۱۲۶	خشم	
۰/۰۰۰۱	-۵/۴۷۲	۳۹/۰۲۱	۱۲۶	سردرد	جسمانی
۰/۰۰۰۱	-۳/۸۸۵	۱/۱۴۶	۱۲۶	خستگی	
۰/۰۳۹	-۲/۰۸۳	۰/۰۳۸	۱۲۶	اختلال خواب	
۰/۰۰۰۱	-۴/۰۳۹	۱/۹۰۷	۱۲۶	سوءهضمه	
۰/۰۰۰۱	-۵/۸۷۹	۴/۵۵۷	۱۲۶	ترش کردن	

مقدار t مشاهده شده در جدول بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار در بین گروه‌های دانش‌آموزان عادی و قلدر می‌باشد. چنانچه مشاهده می‌گردد در تمامی سطوح سلامت روان بین دانش‌آموزان عادی و قلدر تفاوت معنی‌دار وجود دارد. چنین استنباط می‌شود که دانش‌آموزان قلدر هم از بابت بعد روانی و هم از بابت بعد جسمانی نسبت به دانش‌آموزان عادی میانگین بالاتری داشته و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به مقایسه سلامت روانی در دانش‌آموزان عادی و قلدر دوره‌ی اول متوسطه پرداخت. نتایج آزمون t به وجود تفاوت معنی‌دار در بین گروه‌های دانش‌آموزان عادی و قلدر اشاره داشت. تجزیه و تحلیل داده‌ها همواره به نمره بالای دانش‌آموزان قلدر در دو بعد جسمانی و روانی و سطوح ۱۱ گانه‌ی متغیر سلامت روان اشاره داشت. این بدان معنی است که دانش‌آموزان قلدر سلامت روانی پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند. شادابی، نشاط و احساس خوشبختی یکی از موهبت‌های الهی است که در سایه تندرستی و سلامت روانی به انسان‌ها عطا شده است، فردی که از سلامت روانی برخوردار است، کسی است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است، می‌تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و نیز قادر به مقابله با فشارهای زندگی است. علاوه بر آن، سلامت روانی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود. دانش‌آموزان دارای اختلالات روانی-عاطفی، از کیفیت زندگی پایین‌تر، عزت‌نفس ضعیف‌تر و عملکرد تحصیلی نامناسب‌تری برخوردارند و میزان مصرف مواد مخدر، خودکشی و کشیدن سیگار در آن‌ها بیشتر از سایرین گزارش شده است (بیانی و سمیعی، ۱۳۹۳). توجه ناکافی به سلامت دانش‌آموزان می‌تواند آینده هر جامعه‌ای را با خطرات جدی روبرو کند. از آنجاکه مدارس نقش بسیار مهمی در برآوردن احتیاجات اساسی جسمانی و روانی دانش‌آموزان ایفا می‌کنند و با گروه‌های مختلف دانش‌آموزان از نظر ویژگی‌های شناختی، عاطفی و اجتماعی سروکار دارند، لازم است برای رسیدن به عملکرد رضایت‌بخش، در خصوص مسائل مرتبط با بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان، فعالیت سازنده‌تری داشته باشند (آدلمان و تایلور، ۲۰۰۰). به عبارتی امروزه رویکردهای جامع و یکپارچه در تعلیم و تربیت توجه بیشتر به مشکلات یادگیری و ایجاد زمینه‌های رشد سالم در شاگردان را فراهم آورده است. می‌توان گفت که تقریباً اکثریت افراد متخصص و اهل فن پذیرفته‌اند که نقایص و کاستی‌های مرتبط با سلامت اجتماعی، عاطفی و جسمانی و سایر موانع یادگیری دانش‌آموزان در مدارس باید به‌گونه‌ای برطرف گردد تا یادگیرندگان به سطوح بالایی از پیشرفت تحصیلی دست یابند؛ بنابراین تمام کسانی که در مدرسه نقشی به عهده‌دارند باید بتوانند به‌عنوان عامل تسهیل‌کننده و تسریع‌گر ارائه خدمات بهداشت روانی عمل کنند و توانایی ارائه خدمات جسمانی، سلامت روانی و اجتماعی در قالب برنامه‌های بهداشتی در مدارس داشته باشند (راهنما و غلامی، ۱۳۸۳).

محدودیت‌هایی را می‌توان برای این تحقیق برشمرد. یکی از این محدودیت‌ها در مطالعه حاضر اختصاص نمونه‌ها به دانش‌آموزان دوره اول متوسطه است لذا تمیم یافته‌ها به دانش‌آموزان سایر دوره‌ها و مقاطع با احتیاط باید صورت گیرد. محدودیت دیگر پژوهش استفاده از روش خود گزارشی در قالب پرسشنامه به‌عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات بود که تحت تأثیر



ارزش‌های فرهنگی و فردی و خانوادگی است. لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بعدی در جوامع مختلف با زمینه‌های فرهنگی متفاوت و مقاطع تحصیلی متفاوت صورت گیرد.

منابع

- ۱) اصغرزاد، علی‌اصغر (۱۳۷۷). تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، آموزش و پرورش شهر تهران.
- ۲) بیانی، علی‌اصغر؛ سمیعی، رضا (۱۳۹۳). نقش استرس شغلی و فرسودگی شغلی بر سلامت روانی معلمان ابتدایی. **فصلنامه آموزش بهداشت، ۲(۴)**، ۳۲۱-۳۱۲.
- ۳) پارسای، علی؛ شاهماری، فضایل (۱۳۹۱). سلامت روان و ارتباط آن با رفتارهای پرخطر نوجوانان، **ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان ایران**، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۴) راهنما، اکبر؛ غلامی، مهرداد (۱۳۸۳). بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی در مدارس استان همدان، **دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار، ۱۱(۳۵)**، ۴۵-۹.
- ۵) راهنما، اکبر؛ غلامی، مهرداد (۱۳۸۳). بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دیرآموز و عادی در مدارس استان همدان، **دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۱۱(۳۵)**، ۴۵-۹.
- ۶) فرح‌بخش، سعید؛ غلامرضایی، سیمین؛ نیک‌پی، ایرج (۱۳۸۶). بررسی بهداشت روانی دانشجویان در رابطه با عوامل تحصیلی، **فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۸(۳۳)**، ۶۶-۶۱.
- ۷) محمدامینی، زرار (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پسر شهرستان اشنویه. **فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، ۱۹**، ۱۵۴-۱۴۱.
- ۸) میر کمالی، سید محمد (۱۳۸۱). **مدیریت و روابط انسانی**. چاپ دوم تهران: نشر یسپرون.
- ۹) Adelman, H. S. (۱۹۹۳). School-linked mental health interventions: Toward mechanisms for service coordination and integration. *Journal of Community Psychology*, ۲۱, ۳۰۹-۳۱۹.
- ۱۰) Adelman, H. S. (۱۹۹۶a). *Restructuring support services: Toward a comprehensive approach*. Kent, OH: American School Health Association.
- ۱۱) Adelman, h. s., & Taylor, I. (۲۰۰۰). Looking for health and school reform policy through the lens of addressing barriers to learning. *Children's service: social policy research & practice*, ۳, ۱۱۷-۱۳۲.
- ۱۲) Adler, A. (۱۹۷۹). *Superiority and social interest*. New York: Norton. American Psychiatric Association. (۲۰۰۰). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (۴th ed., text rev). Washington, DC: Author.
- ۱۳) Cheng, s., & Chan, A. (۲۰۰۵). Measuring psychological: well-being, *Chinese personality and individual difference*. ۳۸, ۱۳۰۷-۱۳۱۶.
- ۱۴) Comer, J. (۱۹۸۸). Educating poor minority children. *Scientific American*, ۲۵۹, ۴۲-۴۸.
- ۱۵) Day, C., & Roberts, M. C. (۱۹۹۱). Activities of the Children and Adolescent Service System Program for improving mental health services for children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, ۲۰, ۳۴۰-۳۵۰.



- ۱۶) Espelage, D. L., & Holt, M. (۲۰۰۱). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, ۲, ۱۲۳-۱۴۲.
- ۱۷) Erikson, E. (۱۹۵۹). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, ۱, ۱۸-۱۶۴.
- ۱۸) Fisher, J., Cabral de Mello, M., Izutsu, T., Vijayakumar, L., Belfer, M., & Omigbodun, O. (۲۰۱۱). Adolescent mental health in resource-constrained settings: A review of the evidence of the nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*, ۵۷(Suppl. ۱), v-vii, ۹-۱۱۶.
- ۱۹) Gelso, C., & Fretz, B. (۲۰۰۱). *Counseling psychology* (۲nd Ed.) Fort Worth, TX: Harcourt.
- ۲۰) Goodwin, L. D., Goodwin, W. L., & Cantrill, J. L. (۱۹۸۸). The mental health needs of elementary school children. *Journal of School Health*, ۷, ۲۸۲-۲۸۷.
- ۲۱) Henggeler, S. W. (۱۹۹۵). A consensus: Conclusions of the APA Task Force report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology*, ۲۳, ۳-۶.
- ۲۲) Keyes, C. L. M. (۲۰۰۲). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, ۴۳, ۲۰۷- ۲۲۲.
- ۲۳) Keyes, C. L. M. (۲۰۰۷). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, ۶۲, ۹۵-۱۰۸.
- ۲۴) Knitzer, J., Steinberg, Z., & Fleisch, B. (۱۹۹۰). *At the schoolhouse door: An examination of programs and policies for children with behavioral and emotional problems*. New York: Bank Street College of Education.
- ۲۵) Kumar, P. Development & standardizations of mental health check list (MHC). *Psychological studies*, ۱۹۹۱, ۳۶, ۱, ۲۱۵-۲۱۷.
- ۲۶) Lareson, j. s. (۱۹۹۱). *The measurement of health: concepts and indicators*. New York: Green wood press.
- ۲۷) Mundada, N, D., Hatkanagalekar. P. (۲۰۱۳). *Living Arrangements and Adjustment of Elderly Persons*, the Asian Conference on Psychology & the Behavioral Sciences, Official Conference Proceedings, Osaka, Japan.
- ۲۸) Neto, A. A. (۲۰۰۵). Bullying- aggressive behavior among students. *Journal de Pediatria*. Brazilian Multi-professional Association for Children and Adolescent Protection
- ۲۹) Rigby, K. (۲۰۰۷). Bullying in schools. What do we know about bullying in schools? Retrieved August ۱۵, ۲۰۱۳ from <http://www.kenrigby.net/what-do-we-know.html>.



- ۳۰) Royal College of Physicians (۲۰۱۰). *How Doctors can Close the Gap: Tackling the Social Determinants of Health through Culture Change, Advocacy and Education*. Rcp
- ۳۱) Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (۱۹۹۵). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۶۹, ۷۱۹-۷۲۷.
- ۳۲) Ryff, c. D., & Singer, B. h. (۲۰۰۲). *from social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being*. In c. r. Snyder & s. j. Lopez (eds.) *handbook of positive psychology*. London: oxford university press.
- ۳۳) Safair S, Fattahzadeh A A .Global health report in ۲۰۰۳, The Cultural institute of great ibne sina. The Ministry of Health and Medical Education. ۲۰۰۳; p. ۱۲-۵.
- ۳۴) Segerstrom, s., & Miller, G, (۲۰۰۴). Psychological stress and the human immune system. A meta-analytic study of ۳۰ years of inquiry, *psychological bulletin*, ۱۳۰, ۶۱۰-۶۳۰.
- ۳۵) Shaw, Steven. (۲۰۰۰). Slow learning and mental health issues. *The national association of school psychologists*.
- ۳۶) Sitwell, W. E., DeMers, S. T., & Niguette, G. F. (۱۹۸۵). Mental health programs in the schools: Primary, secondary, and tertiary interventions. In S. I. Pfeiffer (Ed.), *Clinical child psychology: An introduction to theory, research, and practice* (pp. ۳۶۵-۳۹۸). New York: Grune and Stratton.
- ۳۷) Stansfeld, S., Head, J., Marmo, M. (۲۰۰۰). *Work Related Factors and Health: The Whitehall Study*. Suffolk: HSE.
- ۳۸) Weist, M. D. (۱۹۹۷). Expanded school mental health services: A national ovement in progress. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. ۱۹, pp. ۳۱۹-۳۵۲). New York: Plenum Press.
- ۳۹) White, J. A., & Wehlage, G. (۱۹۹۵). Community collaboration: If it is such a good idea, why is it so hard to do? *Educational Evaluation and Policy Analysis*, ۱۷, ۲۳-۳۸.