

طراحی الگوی جامع ارتقای سلامت روان در مدارس دخترانه

شهر تهران

معصومه پرپنجی^۱، علی دلاور^۲، نورعلی فرخی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۲

تاریخ وصول: ۹۷/۰۸/۱۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، طراحی الگوی جامع ارتقای سلامت روان در مدارس دخترانه شهر تهران بود. روش تحقیق حاضر از نوع آمیخته (کمی - کیفی) است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان مدارس دخترانه شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ مشغول به تحصیل بودند، است. نمونه‌ی این پژوهش متشکل از ۱۵۰ نفر از دانش‌آموزان دختر شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته‌شده، پرسشنامه‌های سلامت عمومی، شخصیت‌نوی، سنجش خانواده، حمایت اجتماعی و عوامل آموزشی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و تحلیل مسیر استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ویژگی شخصیتی (۰/۶۳) نسبت به سایر عوامل؛ روابط خانوادگی (۰/۴۳)، عوامل اجتماعی (۰/۳۷) و عوامل آموزشی (۰/۵۱) توانست واریانس بیشتری از سلامت روان در دانش‌آموزان را تبیین کند. روابط خانوادگی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان دانش‌آموزان دارند و از میان عوامل خانوادگی، مؤلفه واکنش‌های عاطفی در خانواده با ضریب مسیر ۰/۷۵ توانست نقش مهم‌تری را ایفا کند. ضریب مسیر رفتار معلمان با سلامت روان دانش‌آموزان برابر با ۰/۵۹ و معنادار است. همچنین، ضریب مسیر کادر آموزشی مدرسه با سلامت روان دانش‌آموزان برابر با ۰/۵۱ و معنادار است. به عبارت دیگر، عوامل آموزشی اعم از رفتار معلمان و کادر آموزشی مدارس می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشند. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان پیشنهاد کرد با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌های

۱. کارشناسی ارشد تحقیقات آموزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استاد ممتاز گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

delavarali@yahoo.com

۳. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

آموزشی مرتبط برای دانش‌آموزان (فراهم کردن جزوات)، ضمن روشن ساختن تأثیر عوامل مختلف بر سلامت روان آن‌ها، جهت رفع نقص‌های موجود در این زمینه قدم برداشت.

واژگان کلیدی: سلامت روان، عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی، عوامل آموزشی، دانش‌آموزان.

مقدمه

سلامت روان^۱ یکی از مسائل مطرح در دنیای امروز است که در عصر حاضر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، و یکی از فاکتورهای باارزشی از شاخص جهانی است (معینی، بابامیری، محمدی، براتی و رشیدی، ۱۳۹۵).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۱۱)، سلامتی، رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری است. بنا بر این تعریف، مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلال‌ها روانی است که شامل خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است. طبق این تعریف، چگونگی سازگاری فرد با محیط از عوامل مهم سلامت روان افراد است. به عبارت دیگر، فرد باید بتواند بین آن چه که انجام می‌دهد یا مایل است انجام دهد از یک سو و آن چه محیط از وی انتظار انجام آن را دارد، از سوی دیگر تعادل ایجاد کند. به عبارت دیگر، سازگاری فرد مستلزم برآوردن نیازهای شخصی خویش مطابق با واقعیت‌های محیطی است (فرخ‌نیا و سلیمانی، ۱۳۹۳).

یکی از قشرهایی که سلامت روان آن‌ها در معرض خطر است، دانش‌آموزان نوجوان^۳ هستند. برنامه‌درسی مدارس نقشی اساسی در بهزیستی هیجانی و سلامت روانی دانش‌آموزان دارند. آنچه مهم است توجه هر چه بیشتر به آموزش و ارتقاء سطح بهداشت روانی دانش‌آموزان است که موجب افزایش رشد مهارت‌های عاطفی و هیجانی آنان می‌شود (عنایتی نوین فر، حسنی و معروفی، ۱۳۹۴). ژانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۹) گزارش نموده‌اند که دانش‌آموزان آسیایی در معرض خطر ابتلاء به افسردگی هستند که ممکن

-
1. Mental health
 2. World Health Organization
 3. adolescent students
 4. Zhang

است منجر به جلوگیری از حضور آن‌ها در کلاس درس در مدارس شود. آمارهای موجود شیوع بالای مشکلات روانی، به ویژه افسردگی را در میان نوجوانان ۱۶ تا ۳۰ درصد برآورد کرده‌اند (برنز و گرو^۱، ۲۰۱۰). بروفائرتز^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعات خود گزارش نمودند که مشکلات روحی و روانی دانش‌آموزان در سال‌های اول نوجوانی بسیار شایع هستند و به طور قابل توجهی با عملکرد تحصیلی پایین در ارتباط است. همچنین، وایت، اوزوالت و اوکوآ^۳ (۲۰۱۷) نشان دادند که شیوع و شدت مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان و دانش‌آموزان افزایش یافته است و این مسائل تهدیدی برای سلامت و عملکرد تحصیلی آن‌هاست. اثرات سلامت روان بر ۹/۱۱ درصد از کودکان و نوجوانان همانند اثرات سلامت روان بر روی بزرگسالان مشاهده می‌شود. در حالی که، کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان از آسیب‌پذیری‌های خاصی رنج می‌برند. و همچنین، کودکان و نوجوانان با بزرگسالان وابستگی‌هایی دارند که می‌تواند قرار گرفتن در معرض خطرات استرس‌زا و مشکل‌زای سلامت روان را کنترل کند (گرین، گروز، لامسل و هاون^۴، ۲۰۱۸). شیوع افسردگی در میان نوجوانان کل دنیا به طور شوک‌آوری بالا رفته است. برآورد می‌شود افسردگی نسبت به ۵۰ سال اخیر ۱۰ برابر شده است و امروزه نوجوانان را ویران می‌کند. در پنجاه سال گذشته متوسط شروع آن در ۳۰ سالگی بود اما حالا به زیر سن ۱۵ سالگی رسیده است (سلیگمن^۵، ۲۰۱۱؛ به نقل از پارسا، ۱۳۹۲).

امروزه در بسیاری از کشورها با استفاده از شعار «سلامت روان برای همه» سیاست‌گذاری‌های لازم به منظور توسعه و تقویت اقدامات در راستای ارتقاء سلامت روان صورت پذیرفته است، در واقع نیل به سلامت روان مثبت و تندرستی برای همه می‌تواند سبب دستیابی به طیف وسیعی از اهداف بهداشتی و اجتماعی بلند مدت گردد. از طرفی، مطالعات مختلف بیانگر آن است که سلامت روان و تندرستی روانی عناصر اساسی در کیفیت زندگی محسوب شده، افراد، خانواده‌ها، جوامع و مردم را قادر می‌سازد که زندگی را پرمعنی تلقی نموده، خلاقیت لازم را داشته و به عنوان یک شهروند فعال مطرح

1. Burns & Grove
2. Bruffaerts
3. Wyatt, Oswald & Ochoa
4. Greene, Gross, Amsel & Hoven
5. Seligman
6. mental health for everyone

باشند (فیشر و بوم^۱، ۲۰۱۰). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ (۲۰۱۱)، ارتقاء سلامت روان به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که سبب ایجاد شرایط زندگی و محیطی حمایت‌کننده در زمینه سلامت روان شده و مردم را قادر به تطبیق و حفظ سبک زندگی سالم می‌نماید. این فعالیت‌ها موجب می‌شوند تا احتمال تجربه سلامت روان بهتر برای مردم بیشتری افزایش یابد. توصیه سازمان جهانی بهداشت، جهت ارتقاء سلامت روان، به کارگیری استراتژی‌های چندجانبه و گسترده‌ای می‌باشد که عبارتند از: مداخلات لازم در دوران کودکی و حتی قبل از تولد (مانند ویزیت خانگی زنان باردار، فعالیت‌های روانی اجتماعی قبل از مدرسه و غیره)؛ حمایت از کودکان در قالب برنامه‌های مهارت‌آموزی و توانمندسازی اقتصادی اجتماعی زنان در قالب ارائه برنامه‌های آموزشی؛ حمایت اجتماعی از افراد سالمند؛ حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر شامل اقلیت‌ها، مهاجرین و غیره؛ برنامه‌های ارتقاء سلامت روان در مدارس؛ مداخلات سلامت روان در محیط کار؛ برنامه‌های مقابله با خشونت و برنامه‌های اجتماع محور توسعه (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

عوامل مؤثر در سلامت روان دانش‌آموزان نقش دارند، از بین این عوامل در این پژوهش به عوامل شخصیتی، خانوادگی و آموزشی پرداخته شده است. صفائی راد، غلامعلی لواسانی و افروز (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی مادران با سلامت روان و میزان خلاقیت فرزندان دختر پرداختند. نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی مادران با سلامت روان و میزان خلاقیت فرزندان دختر رابطه وجود دارد. رجیبی و شیرعلی پور (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه و بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان در دانش‌آموزان دختر مدارس عادی و تیزهوش شهرستان آبادیه پرداختند. نتایج نشان داد که میزان دروغ‌گویی و روان‌رنجورخویی، در بین دانش‌آموزان مدارس عادی بیشتر از مدارس تیزهوش است و همچنین دانش‌آموزان تیزهوش از سلامت روان بالاتری در زیرمقیاس‌های علایم جسمانی و افسردگی برخوردار بودند که باعث شده آنان سبک روی‌آوری بهتر و مؤثرتری برای حل مسائل زندگی داشته باشند، کمتر دچار اضطراب و نگرانی شوند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار گردند. حسنی، اصغری،

1. Fisher & Baum
2. World Health Organization

کاظم زاده و عبدلی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی مدارس بر رضایت از زندگی دانش‌آموزان: آزمون نقش میانجی رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی با شایستگی، خودکارآمدی، رضایت از مدرسه و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار هستند. هم‌چنین بین متغیرهای شایستگی، خودکارآمدی و رضایت از مدرسه با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد. در عین حال با میانجی‌گری رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی مدارس می‌تواند رضایت از زندگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند. بنابراین، هر گونه افزایش در حمایت اجتماعی مدارس همراه با افزایش در رضایت از زندگی، رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی از طرف دانش‌آموزان می‌باشد. رحیمی نژاد و پاک نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روانشناختی با سلامت روان نوجوان پرداختند. یافته‌ها نشان داد که بین عملکرد خانواده‌ها و سلامت روان فرزندان نوجوان آن‌ها را معنادار وجود دارد. زارعی پور، افتخار اردبیلی، اعظم و موحد (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی پرداختند. نتایج نشان داد که بین متغیرهای جنس، تحصیلات مادر، زندگی مشترک والدین، بعد فعالیت‌های تفریحی و بعد وضعیت اقتصادی و امکانات رفاهی خانواده با سلامت روان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. پرسون، روزین-اسلاتر^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی نابسامانی‌های خانوادگی، استرس و سلامت روان در دانش‌آموزان پرداختند. نتایج نشان داد که نابسامانی‌های خانوادگی در افراد منجر به افزایش استرس آن‌ها می‌شود. و در نتیجه با افزایش یافته میزان استرس، سلامت روان آن‌ها نیز در خطر قرار می‌گیرد. از جمله عوامل استرس‌زا در این پژوهش، عوامل اقتصادی مانند بیکاری بود که می‌تواند منجر به نابسامانی‌های خانوادگی شود. بروفائرتز و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی مشکلات سلامت روان در دانش‌آموزان و ارتباط آن عملکرد تحصیلی پرداختند. نتایج نشان داد که مشکلات روحی و روانی دانش‌آموزان در سال‌های اول نوجوانی بسیار شایع هستند و به طور قابل توجهی با عملکرد تحصیلی پایین در ارتباط است. تالمایر^۲ (۲۰۱۸) در

1. Persson & Rossin-Slater
2. Thalmayer

پژوهشی به بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و درمان سلامت روان پرداختند. نتایج نشان داد که تمام ویژگی‌های شخصیتی به جز گشودگی به تجربه با سلامت روان ارتباط معناداری دارند. در مجموع، نتایج به دست آمده از نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیش بینی درمان سلامت روان حمایت می‌کند. شارما، کاوری و یاداوا^۱ (۲۰۱۰) در پژوهش خود با عنوان عوامل شخصیتی به عنوان عاملی مرتبط با بهداشت در میان بزرگسالان به این نتیجه رسیدند که بین توافق‌پذیری با سلامت عمومی، رابطه منفی و بین گشودگی به تجربه با سلامت عمومی، رابطه مثبت وجود دارد. همچنین، لاندمن پیترز، هارتمن و وندر^۲ (۲۰۰۵) در پژوهشی که انجام دادند، عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی را به طور طبیعی سودمند دانستند و بیان کردند که حمایت اجتماعی موجب سلامت روان افراد می‌شود. بدین صورت که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند.

از آن جهت که دانش‌آموزان نوجوان (مقطع متوسطه) قشر وسیعی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند و در همه کشورهای دنیا به طور اعم و در کشور ما به طور اخص مسائل آموزشی و مشکلات روان‌شناختی میان دانش‌آموزان دامنه وسیعی به خود می‌گیرد و به نظر می‌رسد که عوامل متعددی سلامت روان آنها را به خطر می‌اندازد. همچنین، مشکلات سلامت روان از جمله افسردگی و اضطراب مفرط در بین نوجوانان به طور کلی و دانش‌آموزان اغلب به شکست تحصیلی، مشکلات سلامت جسمانی، ضعف در عملکرد و ترک تحصیل، احساس ناامیدی، پوچی، مصرف مواد مخدر و در برخی موارد به خودکشی و دیگر کشی منجر می‌شود. بنابراین آسیب‌پذیری قشر دانش‌آموز در مقابل اضطراب و افسردگی و دیگر مشکلات خلقی و عاطفی باعث در هم ریختن سلامت روان و فروپاشی سازمان روانی آنها می‌گردد. لذا، هدف از انجام این پژوهش، طراحی الگوی جامع ارتقای سلامت روان در مدارس دخترانه شهر تهران است که به بررسی فرضیه‌های زیر می‌پردازد:

1. Sharma, Kaveri & Yadava
2. Landman-Peeters, Hartman & Van der

- ۱- ویژگی شخصیتی در مقابل سایر عوامل خانوادگی، اجتماعی و آموزشی، واریانس بیشتری از سلامت روان را تبیین می کند.
- ۲- روابط خانوادگی نقش تعیین کننده‌ای در سلامت روان دانش آموزان دارد.
- ۳- رفتار معلمان و کادر آموزشی می تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان دانش آموزان داشته باشد.

روش

تحقیق حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر روش جزء تحقیقات آمیخته محسوب می شود.

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی دانش آموزان مدارس دخترانه شهر تهران می باشد که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ مشغول به تحصیل هستند. به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شده است. بدین صورت که از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، پنج منطقه ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۷ و ۲۲ به صورت تصادفی انتخاب و از هر منطقه ۱ مدرسه دخترانه مقطع متوسطه اول به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. سپس از هر مدرسه، ۳۰ نفر از دانش آموزان به صورت تصادفی و در مجموع ۱۵۰ دانش آموز به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده‌اند. در این پژوهش از دو شیوه گردآوری داده‌ها استفاده شد. یکی از این شیوه‌ها، روش کتابخانه‌ای و دیگر شیوه، روش زمینه‌ای بود. در روش کتابخانه‌ای به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز جهت جمع‌آوری مبانی نظری و پیشینه این تحقیق از مقالات و کتاب‌هایی در این زمینه وجود داشت، استفاده گردید. و همچنین از روش میدانی به منظور گردآوری داده‌هایی جهت سنجش متغیرهای این پژوهش در میان نمونه آماری استفاده شد. ابزارهایی که در روش میدانی به کار برده شده عبارتند از:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه، شناخته‌ترین آزمون غربالگری است که توسط گلدبرگ^۱ (۱۹۸۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلال‌ها روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. سؤالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است که سؤالات از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. در کل نمرات پایین

1. Goldberg

نشان‌دهنده‌ی سلامت روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت روانی است. این پرسشنامه، چهار مقیاس فرعی را در بر می‌گیرد که بدین شرح است: الف) نشانه‌های جسمانی (بدنی): ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می‌دهد. ب) علائم اضطراب: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که اضطراب، بی‌خوابی، تحت فشار بودن و عصبانیت و دل شوره را مورد بررسی قرار می‌دهد. ج) اختلال در عملکرد اجتماعی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی را بررسی می‌کند. د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی بودن زندگی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می‌دهد. شیوه‌ی نمره‌گذاری در این پرسشنامه به ترتیب از ۱ تا ۴ برای گزینه‌های الف تا د می‌باشد. نمرات آزمودنی در هر مقیاس فرعی می‌تواند حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ باشد. نمره‌ی کل هر فرد نیز از حاصل جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می‌آید. نمره‌ی بالاتر از ۱۴ برای هر زیر مقیاس قابل بحث است و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره برش برای کل آزمون ۲۳ می‌باشد. به این معنا که به هر میزان که نمره کل آزمون از ۲۳ بیشتر باشد سلامت عمومی آزمودنی، خطرناک‌تر است. مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی دلالت بر روایی و پایایی بالای آزمون را داشته است (نوربالا، باقری یزدی و محمدکاظم، ۱۳۸۷؛ به نقل از تقی زاده، ۱۳۹۲). ویلکینسون^۱ و رنزولی (۱۹۸۹) روی ۴۳ پژوهش که این ابزار را به کار برده بودند فراتحلیل انجام دادند و به حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۴ دست یافتند. پالاهنگ (۱۳۷۲) در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی عمومی، بر اساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بر اساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه (با روش بازآزمایی) ۰/۹۱ بوده است. ضریب پایایی در پژوهش حاضر نیز برابر با ۰/۸۴ به دست آمد (به نقل از تقی زاده، ۱۳۹۲).

پرسشنامه سنجش خانواده مک مستر (FAD)^۱ (۱۹۸۳): در این پژوهش، به منظور ارزیابی ویژگی‌های خانوادگی از پرسشنامه سنجش خانواده مک مستر استفاده شده است. ابزار سنجش خانواده (FAD) یک مقیاس خودگزارشی است که مبتنی بر مدل عملکرد خانواده مک مستر^۲، ساختار و نظم مناسب خانواده و الگوهای تعاملاتی بین اعضای گروه را مشخص می‌کند. این مقیاس دارای ۶۰ سوال است که شامل ۷ مقیاس می‌باشد که ۶ بعد خانوادگی و ۱ بعد عملکرد کلی خانوادگی را می‌سنجد. ۶ بعد عملکرد خانواده در شیوه سنجش خانوادگی مک مستر که مورد سنجش قرار می‌گیرد، عبارتند از: حل مشکل (سؤال های ۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۶۰، ۵۰)، ارتباط (سؤال های ۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲، ۵۹)، نقش‌ها (سؤال های ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳)، واکنش‌های عاطفی (سؤال های ۵، ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۹، ۴۹، ۵۷)، آمیزش یا درگیری عاطفی (سؤال های ۱۳، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۴۲، ۵۴)، کنترل رفتار (سؤال های ۷، ۱۷، ۲۷، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۵، ۵۸) و عملکرد کلی (۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱، ۵۶). برای نمره‌گذاری آزمون، به هر سوال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید واژه‌ها داده می‌شود: کاملاً موافقم: ۱، موافق: ۲، مخالف: ۳ و کاملاً مخالف: ۴. به سوال‌ها (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم‌اند، یعنی سوال‌های شماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸ نمره معکوس داده می‌شود. در مرحله بعد برای بدست آوردن نمرات هر کدام از خرده مقیاس‌ها، نمره‌های سوال‌های مربوط به هر کدام از آنها را با هم جمع می‌کنیم و بعد میانگین می‌گیریم. نمرات بدست آمده بیان‌گر نمره هر فرد در هر کدام از خرده مقیاس‌ها است. در این آزمون نمرات کمتر بیانگر عملکرد سالم‌تر است (ثنایی، ۱۳۸۷). در پژوهش یوسفی (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای ۶۰ ماده و ۷ خرده مقیاس به ترتیب معادل ۰/۸۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین، ضرایب روایی همگرا و واگرا شیوه سنجش خانوادگی مک مستر با پرسشنامه الگوهای ارتباطی، پرسشنامه کانون مهار، خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی و آمیزش عاطفی به ترتیب ۰/۳۶، ۰/۴۱، -۰/۴۳، -۰/۴۳ به دست آمده است که در سطح ($P < 0/001$) معنادار می‌باشد.

1. Family Assessment Device
2. McMaster Model of Family Functioning

همچنین، ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش ثنایی و امینی (۱۳۷۹)، به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۱، ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش رضایی (۱۳۷۸)، همین ضرایب آلفا، برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۴۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۳ گزارش شده است. جدای از خرده مقیاس کارکرد کلی، شش خرده مقیاس دیگر این ابزار از استقلال مناسبی برخوردارند و تا حدی دارای روایی همزمان و پیش‌بین هستند. به علاوه این ابزار با قدرت متمایزسازی اعضای خانواده‌های بالینی و خانواده‌های غیربالینی، در هر هفت خرده‌مقیاس دارای روایی خوبی برای گروه‌های شناخته شده است (اپستاین، بالدوین و بیشاپ، ۱۹۸۳؛ به نقل از پروندی، عارفی و مرادی، ۱۳۹۵).

پرسشنامه شخصیتی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI): در این پژوهش، به منظور ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموزان از پرسشنامه شخصیتی نئو استفاده شده است. پرسشنامه شخصیتی نئو یکی از جدیدترین ابزارها در زمینه‌ی شخصیت است که توسط مک کری و کوستا در سال ۱۹۸۵ معرفی شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم بلند و کوتاه می‌باشد. فرم بلند این پرسشنامه در ۲۴۰ سوال به منظور اندازه‌گیری پنج عامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلدپذیر بودن و مسئولیت‌پذیری طراحی شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه نیز ۶۰ سوال دارد که برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. روش ساخته شدن این فرم پرسشنامه به این صورت بود که با استفاده از روش تحلیل عوامل ۱۲ پرسشی را که بر روی هر پنج عامل بیشترین ضریب بار را داشتند، انتخاب شدند. شیوه‌ی نمره‌گذاری سؤالات به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، نظری ندارم (۲)، موافق (۳)، کاملاً موافقم (۴) است. مدت زمان لازم جهت تکمیل پرسشنامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است و پرسشنامه به صورت خودسنجی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نظر به اینکه فرم کوتاه در جامعه‌ی ایرانی هنجاریابی نشده است، پرسشنامه دارای نرم ایرانی نیست ولیکن در پژوهشی که توسط فرنام، سرامی، فرهنگ و یثرب‌نیا (۲۰۰۷) بر روی گروهی از دانشجویان ایرانی انجام شد، میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های آزمون به شرح زیر به دست آمده است. فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو به بسیاری از زبان‌های دنیا ترجمه و اعتباریابی شده است (تقوی، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه مک کری و

کاستا (۱۹۹۵) نشان داده است که زیر مقیاس‌های فرم کوتاه از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند. آن‌ها ضریب آلفای بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ را برای ویژگی‌های شخصیتی گزارش نموده‌اند. همچنین، همبستگی بین فرم کوتاه و فرم بلند از ۰/۷۵ برای با وجدان بودن تا ۰/۸۹ برای روان‌رنجوری متغیر بود. اعتبار بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ قرار داشت. در هنجاریابی این آزمون که توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب همبستگی پنج عامل اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و با وجدان بودن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده گر (R)، استفاده شد، که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود (به نقل از تقوی، ۱۳۹۴).

تجزیه تحلیل داده‌ها در این پژوهش، در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آماری به میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است. در بخش استنباطی نیز با توجه به نوع پژوهش، تحلیل مسیر استفاده شده است. لازم به ذکر است که فرایند تجزیه و تحلیل آمار توصیفی به وسیله نرم افزار آماری SPSS-20 انجام شده است.

نتایج

در ابتدای این بخش، اطلاعات توصیفی داده‌های به دست آمده از مقیاس‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

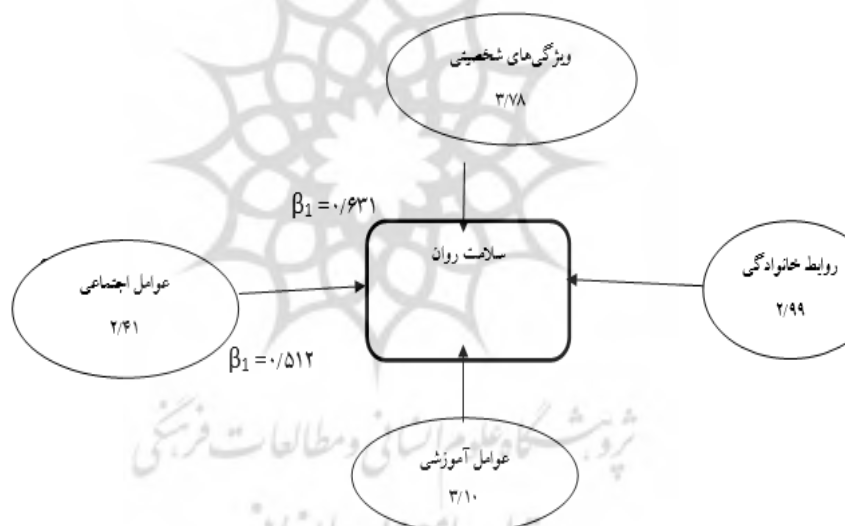
متغیر	آزمودنی‌ها	
	تعداد	میانگین
سلامت روان	۱۵۰	۶۳/۴۱
انعطاف‌پذیری	۱۵۰	۱۲/۰۸
مسئولیت‌پذیری	۱۵۰	۱۴/۰۲
برون‌گرایی	۱۵۰	۹/۱۸

۲/۹۸	۱۱/۸۶	۱۵۰	دلپذیر بودن
۳/۶۷	۱۰/۱۶	۱۵۰	روان‌رنجوری
۲۱/۶۹	۱۶۸/۲۱	۱۵۰	روابط خانوادگی
۴/۷۰	۱۶/۶۵	۱۵۰	حمایت اجتماعی

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سلامت روان برابر با ۶۳/۴۱ درصد، ویژگی‌های انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن، روان‌رنجوری به ترتیب برابر با ۱۲/۰۸، ۱۴/۰۲، ۹/۱۸، ۱۱/۸۶، ۱۰/۱۶، و ویژگی‌های خانوادگی برابر با ۱۶۸/۲۱ و ویژگی‌های اجتماعی نیز برابر با ۱۶/۶۵ درصد است.

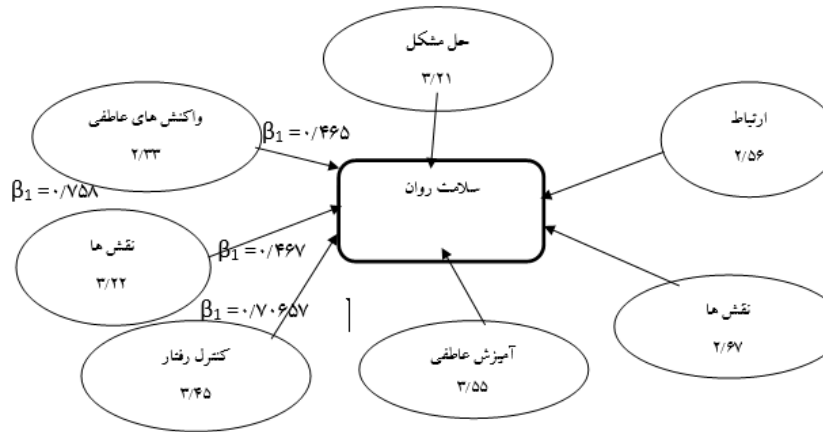
در ادامه به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است.

فرضیه اول: ویژگی‌های شخصیتی در مقابل سایر عوامل ذکر شده در مسئله، واریانس بیشتری از سلامت روان را تبیین می‌کند.



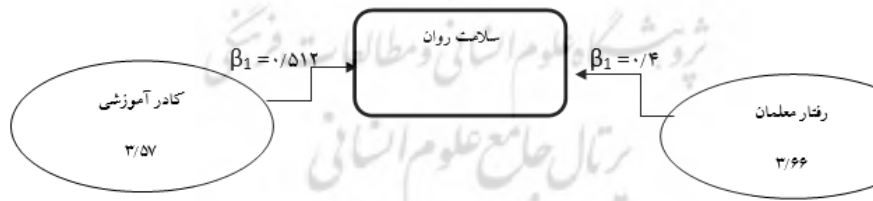
همان‌طور که در دیاگرام ۱ مشاهده می‌شود، ویژگی‌های شخصیتی (۰/۶۳) نسبت به سایر عوامل؛ روابط خانوادگی (۰/۴۳)، عوامل اجتماعی (۰/۳۷) و عوامل آموزشی (۰/۵۱) توانست واریانس بیشتری از سلامت روان در دانش‌آموزان را تبیین کند.

فرضیه دوم: روابط خانوادگی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان دانش‌آموزان دارد.



دیاگرام ۲. مدل ساختاری فرضیه دوم

همان طور که در دیاگرام ۲ مشاهده می‌شود، روابط خانوادگی نقش تعیین کننده‌ای در سلامت روان دانش‌آموزان دارند. به عبارت دیگر، هر یک از مؤلفه‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، آمیزش عاطفی، واکنش‌های عاطفی، کنترل رفتار در خانواده در برآورد سلامت روان دانش‌آموزان نقش مهمی دارند. همچنین، از میان این مؤلفه‌ها، مؤلفه واکنش‌های عاطفی در خانواده با ضریب مسیر ۰/۷۵ توانست نقش مهم تری را ایفا کند. فرضیه سوم: رفتار معلمان و کادر آموزشی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشد.



دیاگرام ۳. مدل ساختاری فرضیه سوم

همان طور که در دیاگرام ۳ مشاهده می‌شود، ضریب مسیر رفتار معلمان با سلامت روان دانش‌آموزان برابر با ۰/۵۹ و معنادار است. همچنین، ضریب مسیر کادر آموزشی مدرسه با سلامت روان دانش‌آموزان برابر با ۰/۵۱ و معنادار است. به عبارت دیگر، عوامل

آموزشی اعم از رفتار معلمان و کادر آموزشی مدارس می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به دنبال آن بود تا به طراحی الگوی جامع ارتقای سلامت روان در مدارس دخترانه شهر تهران بپردازد. در این راستا، یافته‌های پژوهش نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی قادرند تا واریانس سلامت روان دانش‌آموزان را به میزان بالاتری نسبت به سایر عوامل خانوادگی، اجتماعی و آموزشی تبیین نمایند. بنابراین، فرض صفر رد شده و فرض محقق مبتنی بر تبیین بیشتر واریانس سلامت روان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی نسبت به سایر عوامل تأیید می‌شود.

این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش تالمیر (۲۰۱۸)، شارما، کاوری و یاداوا (۲۰۱۰)، باروز^۱ (۲۰۰۶)، فرخ‌نیا و سلیمانی (۱۳۹۳)، صفائی‌راد، غلامعلی لواسانی و افروز (۱۳۹۷)، رجبی و شیرعلی‌پور (۱۳۹۵) و احمدی، نجاتی و عبدی (۱۳۹۱) همسو است. در این راستا، تالمیر (۲۰۱۸) نشان داد که تمام ویژگی‌های شخصیتی به جز گشودگی به تجربه با سلامت روان ارتباط معناداری دارند. در مجموع، نتایج به دست آمده از نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی درمان سلامت روان حمایت می‌کند. شارما، کاوری و یاداوا (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین توافق‌پذیری با سلامت عمومی، رابطه منفی و بین گشودگی به تجربه با سلامت عمومی، رابطه مثبت وجود دارد. صفائی‌راد، غلامعلی لواسانی و افروز (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که بین ویژگی‌های شخصیتی مادران با سلامت روان و میزان خلاقیت فرزندان دختر رابطه وجود دارد. رجبی و شیرعلی‌پور (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که ویژگی‌های روانشناختی مانند روان‌رنجوری با سلامت روان ارتباط منفی برقرار است و دانش‌آموزان تیزهوشی که از ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری پایین‌تری برخوردار بودند، کمتر دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار می‌گردند. احمدی، نجاتی و عبدی (۱۳۹۱) گزارش کردند که بررسی ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان می‌تواند احتمال تغییر ابعاد مختلف سلامت عمومی آن‌ها را بسنجد. همچنین، باروز (۲۰۰۶)؛ به نقل از میرعب، عزیزی

1. Baroz

و مرادی، ۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی ویژگی های شخصیتی و سلامت روان دانشجویان پرداخته است. نتایج بدست آمده بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی، فراوان ترین علایم مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی بود و همچنین، بین ویژگی شخصیتی و سلامت روان دانشجویان رابطه مثبت و معنی داری مشاهده شد و سهم نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی غیر طبیعی در زنان بیشتر از مردان می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که ویژگی های شخصیتی، اغلب به عنوان نیروی سازمان دهنده رفتار آدمی در نظر گرفته می شود و از این رو همواره جایگاه برجسته ای در روانشناسی داشته است؛ واقعیت آن است که تمام چیزهایی را که تاکنون انسان به دست آورده یا انتظار دارد در آینده کسب کند و حتی حالت سلامت عمومی انسان می تواند تحت تأثیر شخصیت خود و شخصیت افرادی قرار گیرد که با آنها تعامل دارند. به نظر می رسد که تفاوت های شخصیتی و عوامل روانشناختی عامل مهمی است که باعث واکنش های متفاوت به استرس ها می شود و ممکن است زیربنای مرگ و میر انسان ها در اثر ابتلا به بیماری های مختلف باشد. در واقع، در درمان بیماری های مختلف جسمانی و ارتقاء سطح سلامت افراد، تغییر ویژگی های شخصیتی منفی که در بروز بیماری ها نقش دارند و همچنین توجه بر جنبه های مثبت شخصیتی که باعث مقاومت افراد می شود کاملاً ضروری است (اونیل و آبدی^۱، ۱۹۹۶).

یافته بعدی این پژوهش این بود که روابط خانوادگی دانش آموزان نقش تعیین کننده ای در سلامت روان آنها دارد. بنابراین، فرض صفر رد شده و فرض محقق مبتنی بر رابطه بین روابط خانوادگی با سلامت روان دانش آموزان تأیید می شود. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش پرسون، روزین-اسلاتر (۲۰۱۸)، ویلیامز، کیاروچی و هیاون^۲ (۲۰۱۲)، مرادی، انصاری و کشکولی (۱۳۹۴)، رحیمی نژاد و پاک نژاد (۱۳۹۳)، ساربان، عیسی مراد و طیبی (۱۳۹۲) همسو است. در این راستا، پرسون، روزین-اسلاتر (۲۰۱۸) نشان دادند که نابسامانی های خانوادگی در افراد منجر به افزایش استرس آنها می شود. و در نتیجه با افزایش یافته میزان استرس، سلامت روان آنها نیز در خطر قرار می گیرد. از جمله عوامل استرس زا در این پژوهش، عوامل اقتصادی مانند بیکاری بود که می تواند منجر

1. Onil & Abedi
2. Williams, Ciarrochi & Heaven

به نابسامانی‌های خانوادگی شود. تحقیقات ویلیامز، کیاروچی و هیاون (۲۰۱۲) در زمینه تأثیر نگرش‌های تربیتی مثبت و منفی والدین بر ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان تأیید کننده یافته‌های پژوهش حاضر است. او نگرش‌های مثبت والدین را شامل: پذیرش والدینی، استقلال روانی-منطقی و دانش والدینی می‌پنداشت. در مقابل نگرش‌ها منفی را کنترل روانی-منطقی، نظم شدید و نظم ناهماهنگ بین والدین می‌دانست که در بروز رفتارهای انحرافی، پرخاشگری و افسردگی نقش مهمی دارند. مرادی، انصاری و کشکولی (۱۳۹۴) گزارش کردند که بین عملکرد خانواده و استرس و همچنین بین عملکرد خانواده و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد. رحیمی نژاد و رحیمی نژاد (۱۳۹۳) نشان دادند که بین عملکرد کلی خانواده‌ها و سلامت روان فرزندان نوجوان آن‌ها رابطه معنادار وجود دارد. نتایج دیگر نشان دهنده رابطه منفی بین عملکرد پایین خانواده‌ها و ارضای نیازهای اساسی فرزندان آن‌هاست. ساریان، عیسی مراد و طیبی (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که مؤلفه‌های نگرش تربیتی والدین بر ابعاد سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان تأثیر معنادار دارد. بدین معنا که هر چقدر والدین در سبک تربیتی خود از طرح‌واره‌های منفی بیشتر استفاده کنند، سطح سلامت روانی-اجتماعی فرزندان پایین‌تر خواهد بود. در مقابل، والدینی که در سبک تربیتی آن‌ها وجود طرح‌واره‌های منفی کمتر دیده شده است، از فرزندانی با خودپنداره و خودکارآمدی بالا و هم‌چنین سازگاری روانی و اجتماعی قوی برخوردارند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که محیط خانواده اولین مکانی است که الگوهای شخصیتی، فکری و عاطفی و جسمی هر فرد در آن شکل می‌گیرد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، سلامت جامعه در گرو سلامت خانواده می‌دانند. خانواده تأمین کننده نیازهای روانی و جسمانی هر فرد است و شکست در وظایف آن معضلاتی به همراه دارد که توجه به آن و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات واحد کوچک اجتماعی می‌تواند نوید بخش جامعه ای سالم و ارزشمند و متعالی باشد در واقع، هیچ جامعه ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آنکه از خانواده‌های سالم برخوردار باشند. خانواده، برآیند یا انعکاسی از کل جامعه است. نقش اصلی و آشکار خانواده، انتقال سینه به سینه‌ی ارزش‌ها و میراث فرهنگی و اعتقادی، حفظ روابط خویشاوندی، پرورش و تربیت نسل و تأمین نیازهای اساسی انسانی و بالاخره تعادل روانی و عاطفی در افراد است. همچنین، خانواده به عنوان یک محیط

بیرونی است که فرد در آن قرار دارد هنگامی که عملکرد خانواده به نوعی ناکارآمد باشد و به دنبال آن سازگاری فرد دچار عدم تعادل می‌گردد و سلامت روانی او دچار مشکل می‌گردد. حتی می‌توان اشاره کرد که نوع روابط درون خانوادگی و میزان صمیمیت در خانواده از عوامل مهم مصون‌سازی افراد از آسیب‌های مختلف از جمله استفاده از فضاهای مجازی است. با استفاده زیاد و نامناسب از اینترنت می‌تواند موجب اشکال در روابط اجتماعی و خانوادگی، افزایش استرس و اضطراب و حتی افزایش احساس افسردگی و تنهایی شود (اردلان و اردلان، ۱۳۹۵). بنابراین، خانواده، یکی از عوامل محیطی در رشد افراد است و یکی از محیط‌های مرتبط با سلامت جسمی و روانی فرد است. وجود ادراکی مبنی بر فقدان محبت، تعارض و خصومت، نقش بسیار مهمی بر سلامت روان آنها می‌گذارد به طوری که نتایج تحقیقات مختلف، حاکی از آن است که خانواده در ایجاد جو سالم و فضای حاکی از آرامش و امنیت نفس‌آسانی در سلامت روان هر یک از اعضای خود دارد. آنچه مسلم است خانواده جایگاه رشد و تعالی افراد محسوب می‌شود، برقراری فضای خشم‌آلود و آکنده از ارباب در محیط خانواده منجر به آسیب رساندن به سلامت روانی اعضای آن می‌گردد.

یافته آخر این پژوهش حاکی از آن بود که نشان داد، عوامل آموزشی از قبیل رفتار معلمان و کادر آموزشی مدارس می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشد. بنابراین، فرض صفر رد شده و فرض محقق مبتنی بر رابطه بین رفتار معلمان و کادر آموزشی مدرسه و سلامت روان دانش‌آموزان تأیید می‌شود. این یافته به طور ضمنی با نتایج پژوهش جویسیک (۲۰۱۳)، حسنی و همکاران (۱۳۹۵) و معینی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در این راستا، جویسیک (۲۰۱۳) به بررسی نقش کمک‌کننده متخصصین سلامت روان در پیشگیری و ارتقاء سلامت روان در نوجوانان پرداختند. با توجه به اینکه ۹ تا ۱۳ درصد نوجوانان دارای اختلال‌ها روانی بوده و یک پنجم آنان نیاز به دریافت خدمات سلامت روان می‌باشند و اکثر این افراد نیز بیشتر زمان خود را در مدرسه سپری می‌کنند، لذا نیاز به برقراری ارتباط متخصصین سلامت روان و اولیای مدرسه وجود دارد. مداخلات سلامت روان در این طرح از طرق مختلف انجام می‌شد که مشاوره فردی و مشاوره سازمانی از انواع آن محسوب می‌شود. انجام این امر به مشارکت و کمک سازمان‌ها و افراد در محیط مدرسه نیاز داشت. سازمان‌های درگیر شامل مدیریت

آموزش و پرورش، شهرداری، صدا و سیما، پلیس، سازمان‌های بهزیستی، مراکز بهداشتی درمانی و انجمن جوانان بودند. حسنی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که بین حمایت اجتماعی از طرف کارکنان مدارس با شایستگی، خودکارآمدی، رضایت از مدرسه و رضایت از زندگی دانش‌آموزان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت. همچنین، بین متغیرهای شایستگی، خودکارآمدی و رضایت از مدرسه با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد. در عین حال با میانجی‌گری رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی مدارس می‌تواند رضایت از زندگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند. بنابراین، هر گونه افزایش در حمایت اجتماعی مدارس همراه با افزایش در رضایت از زندگی، رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی از طرف دانش‌آموزان می‌باشد. لطیفی مهر، سلیمانی و نوروززاده (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که بین مهارت ارتباطی معلمان با سلامت روان دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مهارت ارتباطی معلمان ۳۹ درصد سلامت روان دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، بین هریک از مولفه‌های اصلی مهارت ارتباطی معلمان با سلامت روان دانش‌آموزان رابطه مثبت معناداری دیده شد. محمدیان شریف (۱۳۹۳) در پژوهشی گزارش کرده‌اند که شور و نشاط در مدارس با سلامت و بهداشت روانی دانش‌آموزان رابطه معناداری دارند. معینی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند تدوین برنامه آموزشی به منظور ارتقاء رفتارهای سلامت و تهیه مواد و متون آموزشی مناسب با نیازهای این گروه از افراد جامعه می‌تواند بسیار سودمند باشد و باعث ارتقاء سطح سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان گردد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که دانش‌آموزان در سنین نوجوانی به طور متوسط ۱۲۰۰۰ ساعت را در مدرسه می‌گذرانند. پس از خانواده، مدارس، کانون اصلی زندگی به شمار می‌رود و فعالیت‌های مدرسه‌ای در زندگی این گروه سنی به صورت فعالیت اصلی در می‌آید. تحقیقات نشان داده‌اند که مدرسه شکل دهنده‌ی ساختارهای شخصیتی و روانی دانش‌آموزان است. مدرسه محیطی است که دانش‌آموز در آن‌جا شایستگی، شکست، موفقیت، محبوبیت، انزوا، طرد و غیره را تجربه می‌کند. بهترین و مؤثرترین فرد در هر مؤسسه تربیتی و یا مدرسه، معلم و کارکنان آموزشی آن است. نقش الگویی معلم و نفوذی که او در انضباط دادن به رفتارهای دانش‌آموزان دارد، بر همگان روشن است. از

آنجایی که دانش‌آموزان یکی از الگوهای مهم رفتاری خود را معلمان قرار می‌دهند، اگر معلم از ویژگی الگودهی خوبی برخوردار باشد می‌تواند تأثیرات عمیقی در رشد شخصیت دانش‌آموزان باقی بگذارد. الگوها مستبدانه یا قدرت‌مدارانه و یا در نقطه مقابل آن الگوهای رها‌کننده معلم، نقش مخربی را در شکل‌گیری شخصیت پرخاشگرانه دانش‌آموزان خواهد داشت؛ در حالی که الگوهای تعاملی و متعادل بین معلم و دانش‌آموزان که در آن معلم به شخصیت و احتیاجات اساسی دانش‌آموزان توجه کافی مبذول می‌دارد و کارها را بر طبق استعداد و تمایلات میان شاگردان تقسیم می‌کند، نقش بهتری را در بهداشت روانی دانش‌آموزان ایفا خواهد کرد. اگر مدرسه و به ویژه معلم در مدرسه نتواند نقش مثبت خود را در بهداشت روانی دانش‌آموزان به خوبی ایفا کند، خود مدرسه به شرط فراهم بودن عوامل دیگری همچون عوامل خانگی و اجتماعی دیگر در ایجاد اختلال‌های روانی می‌تواند مؤثر باشد. دشواری‌های رفتاری دانش‌آموزان از قبیل پرخاشگری، انزوا طلبی، ترس‌های مرضی تا حدودی ناشی از رفتارهای نامناسب کارگزاران تعلیم و تربیت در مدرسه می‌باشد. در این گونه موارد از طریق آموزش‌های لازم، یعنی آموزش بهداشت روانی به کارگزاران تعلیم و تربیت تا حدودی می‌توان از بروز این گونه اختلال‌ها جلوگیری کرد.

نتایج مربوط به همبستگی بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی کاملاً قابل توجه و پذیرش است، زیرا هم افت تحصیلی می‌تواند باعث صدمه به سلامت روانی فرد گردد و هم اختلال‌ها روانی می‌توانند باعث افت عملکرد تحصیلی گردند. از طرف دیگر، توجه جدی به این موضوع جهت حل مشکلات بهداشت روانی دانش‌آموزان و فعال‌سازی مراکز مشاوره دانش‌آموزی، امری ضروری است. همچنین، توصیه می‌شود ضمن انجام بررسی‌های گسترده، با مشورت روان‌شناسان و روان‌پزشکان و با کمک مسئولان در جهت کاهش عوامل خطر قدم برداشته شود. علاوه بر این، نتایج این پژوهش می‌تواند مسئولان وزارت بهداشت، درمان آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها را به اهمیت برنامه‌ریزی جهت پیشگیری از اختلال‌ها روانی در دانش‌آموزان جلب نماید. شناسایی مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان توسط هسته‌های مشاوره در مدارس مخصوصاً مدارس دخترانه و برگزاری کارگاه‌های آموزشی و توانمندسازی کامل در زمینه سلامت روان و مدیریت بر خود، ارتقای سطح مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها، توجه جدی‌تر

به مقوله مشاوران از طریق افزایش سطح مهارت‌ها و انگیزه‌های ایشان، و پیوند منسجم‌تر بین این گروه از افراد و مراکز مشاوره دانش‌آموزی، از دیگر پیشنهادهای کاربردی این پژوهش می‌باشد.

همچنین، این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است که ایجاب می‌نماید در تعمیم نتایج به آن‌ها توجه شود. از آنجا که افراد مورد مطالعه همگی دختر بودند، قابلیت تعمیم نتایج را به پسران کاهش می‌دهد. همچنین، گروه نمونه این پژوهش فقط دانش‌آموزان شهر تهران بودند و تعمیم نتایج را به دیگر شهرها و استان دیگر با توجه به تنوع فرهنگی با مشکل روبرو می‌سازد. بنابراین، در پژوهش‌های مشابه آتی پیشنهاد می‌شود که جنسیت (دانش‌آموزان دختر و پسر در مقایسه با هم) و دیگر عوامل مؤثر در دوران دانش‌آموزی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- اردلان، مارلین؛ و اردلان، فراست. (۱۳۹۵). بررسی رابطه میان عملکرد خانواده و سلامت روانی در بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. *مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲)، ۱۲-۲۱.
- احمدی، خدابخش؛ نجاتی، وحید؛ و عبدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). بررسی مقیاس سلامت عمومی و ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۱(۸۱)، ۲۹-۳۶.
- بیرامی، منصور؛ اسدی، سامره؛ و حسینی، مریم. (۱۳۹۳). پیش‌بینی تغییرات رفتارهای بهداشتی بر اساس متغیرهای احساس انسجام، خودکارآمدی کلی، خوش‌بینی و بدبینی در جمعیت دانشجویی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۹(۳۶)، ۱۹-۳۶.
- پارسا، آزاده. (۱۳۹۲). *تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز تهران.
- پروندی، علی؛ عارفی، مختار؛ و مرادی، اسماء. (۱۳۹۵). نقش عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی زوجین در پیش‌بینی رضایت زناشویی زوجین. *دوفصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۲(۱)، ۵۳-۶۵.

تقی زاده، حسین. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ای حمایت اجتماعی دریافت شده، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی و سلامت روان دانش آموزان تیزهوش و دانش آموزان با هوش متوسط. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

تقوی، سیده معصومه. (۱۳۹۴). مقایسه سبک های مقابله ای، ویژگی های شخصیت و کیفیت زندگی در زنان متأهل مبتلا به دیابت نوع ۲ با زنان متأهل سالم شهرستان دامغان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات شاهرود.

حسینی، محمد؛ اصغری، مهسا؛ کاظم زاده، مهدی؛ و عبدلی، جواد. (۱۳۹۵). نقش حمایت اجتماعی مدارس بر رضایت از زندگی دانش آموزان: آزمون نقش میانجی رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی. مجله روان شناسی مدرسه، ۵ (۴)، ۳۱-۵۱.

رحیمی نژاد، عباس؛ پاک نژاد، محسن. (۱۳۹۳). بررسی رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان شناختی با سلامت روان نوجوانان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۰ (۳۷)، ۹۹-۱۱۱.

رجبی، فهیمه؛ و شیرعلی پور، عبدالهانی. (۱۳۹۵). مقایسه و بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی و سلامت روان در دانش آموزان دختر مدارس عادی و تیزهوش شهرستان آباد. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۷ (۶۳)، ۱۰۷-۱۱۵.

زارعی پور، مرادعلی؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ اعظم، کمال؛ و موحد، احسان. (۱۳۹۱). وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش آموزان پیش دانشگاهی. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، ۹ (۱)، ۸۴-۹۳.

ساریان، حمیده؛ عیسی مراد، ابوالقاسم؛ و طیبی، زهرا. (۱۳۹۲). ارتباط نگرش های تربیتی والدین با ابعاد سلامت روانی - اجتماعی (خودپنداره و تعامل اجتماعی) نوجوانان دختر. مجله روان شناسی مدرسه، ۹۷-۱۲۴.

صفائی راد، ایرج؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی مادران با سلامت روان و میزان خلاقیت فرزندان دختر. پژوهش نامه زنان، ۹ (۲۳)، ۱۰۱-۱۲۲.

لطیفی مهر، منصوره؛ سلیمانی، نادر؛ و نوروززاده، رضا. (۱۳۹۴). رابطه مهارت‌های ارتباطی معلمان با سلامت روانی دانش‌آموزان در مدارس متوسطه شهرستان ورامین. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۶ (۲۱)، ۸۲-۹۰.

فرخ‌نیا؛ الناز؛ و سلیمانی، مهران. (۱۳۹۳). نقش ویژگی‌های شخصیتی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان (دختر و پسر). *مجله مطالعات ناتوانی*، ۴ (۴)، ۳۳-۴۲.

عنایتی نوین فر، علی؛ حسنی، حسین؛ و معروفی، یحیی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین سلامت روانی با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه. *نشریه پژوهش در آموزش*، ۱ (۵)، ۱-۱۲.

معینی، بابک؛ بابامیری، محمد؛ محمدی، یونس؛ براتی، مجید؛ و رشیدی، سهیلا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین شادکامی و وضعیت سلامت روان در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴ (۸)، ۹۴۲-۹۵۱.

محمدیان شریف، کویستان. (۱۳۹۳). *عوامل موثر بر شادکامی مدارس و ارتباط آن با بهداشت روانی دانش‌آموزان*. اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

مرادی، روح‌اله؛ انصاری، سمیرا؛ و کشکولی، فرج. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه عملکرد خانواده با استرس و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه*. چهارمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، همایشگران مهر اشراق. میرعرب، رضا؛ عزیزی، انوشیروان؛ و مرادی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *پیش‌بینی رابطه سلامت روان و عملکرد شغلی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی افسران وظیفه نیروی دریایی ارتش جمهوری اسلامی ایران*. *نشریه آموزش علوم دریایی*، ۱ (۱)، ۴۸-۶۰.

ویسکرمی، حسنعلی؛ منصوره؛ لیلا؛ و روشن‌نیا، سمیه. (۱۳۹۶). *اثربخشی نقاشی درمانی بر معنای زندگی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر دارای پیشرفت تحصیلی پایین*. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸ (۳۲)، ۳۹-۶۲.

Bruffaerts R., Mortier P., Kiekens, G., Auerbach. R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018).

- Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *J Affect Disord*, 1 (225), 97-103.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. 5th Edition, Elsevier Health Sciences.
- Fisher, & Baum, M. F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (12), 1057-1063.
- Greene, T., Gross, R., Amsel, L., & Hoven, C. W. (2018). The mental health of children and adolescents exposed to 9/11: Lessons learned and still to be learned. *World Trade Center Pulmonary Diseases and Multi-Organ System Manifestations*, 5, 121- 136.
- Landman-Peeters, K., Hartman, M. C., Van der Pomp, C. A. (2005). Genderdifferences in the relation between social supports, problems in parent offspring communication and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine*, 60, 2549-2559.
- Onil, H., & Abedi, J. (1996). Reliability and validity of a state Metacognitive Inventory: Potential for Alternative Assessment. *Journal of Educational Research*, 89 (4), 234-245.
- Organization, W. H. (2011). Río political declaration on social determinants of health. Rio de Janeiro, Brazil 21.
- Persson, P., & Rossin-Slater, M. (2018). Family ruptures, stress, and the mental health of the next generation. *American Economic Review*, 108 (4-5), 1214-1252.
- Sharma, M., Kaveri, S. N., Yadava, A. (2010). Personality factors as correlates of Health among Adults. *J Indian Acad Appl Psychol*, 36 (2), 328° 333.
- Thalmayer, A. G. (2018). Personality and mental health treatment: Traits as predictors of presentation, usage, and outcome. *Psychological Assessment*. Advance online publication.
- Vitterso, J. (2001). Personality traits and subjective wellbeing: Emotional stability, and extraversion is probably the important predictor. *Personality and individual difference*, 71, 907-914.
- Wyatt, T. J., Oswald, S. B., & Ochoa, Y. (2017). Mental health and academic performance of first-year college students. *International Journal of Higher Education*, 6 (3), 178-187.
- Williams, K. E., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. L. (2012). Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 51 (6), 306-314.
- Zhang, X., Yeung, T. S., Yang, Y., Chandra, R. M., Dana Wang, L., Sukhmani, K., Bal, S. K., & Zhu, Y. (2019). Cross-cultural approaches to mental health challenges among students. *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*, 10.1007/978-3-319-97241-1_6.