

سیروس سورگی

کارشناس ارشد مشاوره



سلامت روان و افت تحصیلی



ناظر طرح:

امیر قمرانی

هیئت علمی دانشگاه اصفهان

مقایسه سلامت روان دانش آموزان دارای افت تحصیلی با دانش آموزان دارای وضعیت تحصیلی مطلوب در دوره متوسطه

چکیده

پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-28 (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۸۱) با هدف مقایسه وضعیت سلامت روان دانش آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش آموزان با وضعیت تحصیلی مطلوب، روی ۹۳۶ نفر (۴۷۰ دختر و ۴۶۶ پسر) دانش آموز دوره متوسطه استان خراسان جنوبی، در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ اجرا شد. این افراد به روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند. برای تعیین دانش آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی، نمونه مورد نیاز از هر آموزشگاه بر اساس ۲۵ درصد پایین ترین معدل نوبت اول و به همان تعداد از بالاترین معدل هر پایه تحصیلی، انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین سلامت روان دانش آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش آموزان با وضعیت تحصیلی مطلوب در نمره کل آزمون سلامت روان و در مقیاس‌های «علائم مرضی جسمانی»، «علائم اضطرابی» و «اختلال خواب» و «افسردگی»، از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. ولی در مقیاس «اختلال در کنش اجتماعی»، این تفاوت معنادار نیست. همچنین ارتباط بین متغیرهای جنسیت، پایه، شاخه و رشته تحصیلی و سلامت روان معنادار بوده است و ارتباط بین منطقه و شهرستان محل سکونت و سلامت روان از نظر آماری معنادار نیست.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، ضعف و افت تحصیلی، وضعیت تحصیلی مطلوب، دانش آموزان

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت معتقد است که میزان مسائل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به ازدیاد است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی مانند: شهرنشینی، فروپاشی شکل سنتی خانواده تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات

اقتصادی است. دانشجویان و دانش آموزان از جمله افرادی هستند که گستره وسیعی از گرفتاری‌ها و مشکلات عاطفی و بیماری‌های خفیف روانی را تجربه می‌کنند. برخی از این مشکلات مستقیماً به عوامل محیطی مدارس و دانشگاه‌ها و بخش زیادی نیز به مراحل تکاملی دوره نوجوانی مربوط می‌شوند (مک‌میلن^۱، ۱۹۷۵).

مفهوم بهداشت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است. فرهنگ روان‌شناسی «لاروس»^۲، بهداشت روان، را چنین تعریف می‌کند: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خویش توانایی داشتن».

بهداشت روان بخش جدایی ناپذیری از بهداشت عمومی است که فرد را از عناصر شناختی، عاطفی و همچنین از توانایی‌های خود در ایجاد رابطه با دیگران آگاه می‌گرداند. کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را این گونه تعریف می‌کنند: «قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» (میلانی فر، ۱۳۷۳).

دانش آموزان مقطع دبیرستان به دلیل واقع شدن در دوره حساس نوجوانی آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلالات روانی و عاطفی دارند که لازم است جوانب و زمینه‌های آن مورد بررسی دقیق و علمی قرار گیرد تا بتوان از زمینه‌های آسیب‌زای سلامت روان پیشگیری به عمل آورد و شرایط تحقق اهداف نظام تعلیم و تربیت را تسهیل کرد.

افت تحصیلی امروزه یکی از نگرانی‌های مهم خانواده‌ها و دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت است و همه‌ساله تعداد زیادی از دانش‌آموختگان در کشورهای مختلف جهان، با این پدیده مواجه می‌شوند. این وضعیت علاوه بر زیان‌های هنگفت اقتصادی که به دلیل تکرار پایه یا صرف هزینه مجدد برای دانش‌آموخته دارد، آثار سوئی در سلامت روحی و عاطفی او برجا خواهد گذاشت (میرزا احمدیان، ۱۳۸۴). افت تحصیلی، کاهش عملکرد تحصیلی و درسی دانش‌آموز از سطحی رضایت‌بخش به سطحی نامطلوب است. به عبارت دیگر، مقایسه و سنجش سطح عملکرد تحصیلی قبلی و فعلی دانش‌آموز بهترین شاخص افت تحصیلی اوست (افروز، ۱۳۷۵، به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۰: ۹).

بهداشت روان و پیشرفت تحصیلی ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. دانش‌آموزانی که از سطح بهداشت روانی مطلوبی برخوردار نیستند، قادر به پیشرفت تحصیلی نخواهند بود و نمی‌توانند از توانایی‌های خود به نحو مطلوب استفاده کنند (محمد خانی، ۱۳۸۴).

با توجه به موارد فوق و به منظور کسب یافته‌های بیشتر در رابطه بین سلامت روان و وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان، پژوهش حاضر به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر است:

۱. بین نشانه‌های مرضی جسمانی دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.
۲. بین علائم اضطرابی و اختلال خواب دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

۳. بین اختلال در کنش اجتماعی دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

۴. بین میزان افسردگی دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

۵. بین سلامت روان دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت تحصیلی مطلوب، تفاوت معناداری وجود دارد.

۶. بین سلامت روان دانش‌آموزان پایه اول، دوم و سوم دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

۷. بین سلامت روان دانش‌آموزان دوره متوسطه در شاخه نظری، فنی و حرفه‌ای و کار دانش، تفاوت معناداری وجود دارد.

۸. بین سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

طرح پژوهشی حاضر در زمره تحقیقات توصیفی و از نوع پس‌رویدادی است.

آزمودنی‌ها

در این پژوهش جامعه آماری، شامل کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه استان خراسان جنوبی در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷ است. نمونه مورد نیاز به تعداد ۹۳۶ نفر (۴۷۰ دختر و ۴۶۶ پسر) می‌باشد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای به تناسب جامعه، از مناطق و شهرستان‌های ده‌گانه استان انتخاب شده‌اند.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار سنجش در این پژوهش پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) است. این پرسش‌نامه آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به منظور کشف اختلالات غیر روان‌پریشانه که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی و عملکردهای نابهنجار و وجود

حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرنوشت کردن افراد در شرایط حاد استفاده کرد. (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰).

پرسش‌نامه سلامت عمومی را اولین بار گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم کرد. پرسش‌نامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است. از فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی در مطالعات مختلف استفاده شده است، این پرسش‌نامه به ۳۸ زبان مختلف ترجمه شده و تحقیقات مختلفی روی آن در هفتاد کشور به انجام رسیده است (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷، نقل از تقوی، ۱۳۸۰).

تحلیل آماری

در این پژوهش برای سنجش وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان از اسناد و مدارک تحصیلی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

فرضیه اول: بین نشانه‌های بیمارگونه (مرضی) جسمانی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۱. مقایسه نشانه‌های بیمارگونه جسمانی در دو گروه دانش‌آموزان با افت تحصیلی و وضعیت تحصیلی مطلوب

نشانه‌های جسمانی	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۸/۳۶	۹۳۴	۴/۶۷	۰/۰۰۰	۱/۱۸	۰/۱۸
با فرض واریانس نابرابر		۹۱۶/۲۷	۴/۶۷	۰/۰۰۰	۱/۱۸	۰/۱۸

فرضیه اول تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه‌گیری کرد، بین نشانه‌های مرضی جسمانی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر میانگین نمره دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی در مقیاس علائم جسمانی به‌طور معنادار، بیش از میانگین نمره دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی می‌باشد. فرضیه دوم: بین علائم اضطرابی و اختلال خواب دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲. مقایسه علائم اضطرابی و اختلال خواب در دو گروه دانش‌آموزان با افت تحصیلی و وضعیت تحصیلی مطلوب

علائم اضطرابی	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۱۱/۴۵	۹۳۴	۴/۰۵	۰/۰۰۰	۱/۰۹	۰/۲۷
با فرض واریانس نابرابر		۹۲۲/۸۲	۴/۰۵	۰/۰۰۰	۱/۰۹	۰/۲۷

فرضیه تأیید شده است یعنی بین علائم اضطرابی و اختلال خواب دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، میانگین نمره دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی در مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب به‌طور معنادار بیش از نمرات دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی می‌باشد.

فرضیه سوم: بین اختلال در کنش اجتماعی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

سلامت روان: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خویش توانایی داشتن»

جدول ۳. مقایسه اختلال در کنش اجتماعی در دو گروه دانش‌آموزان با افت تحصیلی و وضعیت تحصیلی مطلوب

اختلال در کنش اجتماعی	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۰/۶۸	۹۳۴	۱/۶۲	۰/۱	۰/۳۴	۰/۲۱
با فرض واریانس نابرابر		۹۲۹/۷۴	۱/۶۲	۰/۱	۰/۳۴	۰/۲۱

فرضیه سوم رد می‌شود این نتیجه به این معناست که بین اختلال در کنش اجتماعی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرضیه چهارم: بین میزان افسردگی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های دو گروه دانش‌آموزان با افت تحصیلی و وضعیت تحصیلی مطلوب

افسردگی	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۴۵/۳۲	۹۳۴	۷/۲۷	۰/۰۰۰	۲/۳۸	۰/۳۳
با فرض واریانس نابرابر		۸۹۱/۶۵	۷/۲۷	۰/۰۰۰	۲/۳۸	۰/۳۳

این فرضیه تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین میزان افسردگی دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر میانگین نمره دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی در مقیاس افسردگی بیش از دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی می‌باشد.

فرضیه پنجم: بین سلامت روان دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت تحصیلی مطلوب، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. مقایسه سلامت روان در دو گروه دانش‌آموزان با افت تحصیلی و وضعیت تحصیلی مطلوب

سلامت روان	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۱۳/۳۹	۹۳۴	۶/۰۱	۰/۰۰۰	۴/۹۹	۰/۸۳
با فرض واریانس نابرابر		۹۱۵/۱۸	۶/۰۱	۰/۰۰۰	۴/۹۹	۰/۸۳

فرضیه پنجم تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین بهداشت روان دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر دانش‌آموزان با وضعیت مطلوب تحصیلی در مقایسه با دانش‌آموزان دارای ضعف و افت تحصیلی از نظر ملاک‌های سلامت روان، وضعیت بهتری دارند.

فرضیه ششم: بین سلامت روان دانش‌آموزان پایه اول، دوم و سوم دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. مقایسه سلامت روان در پایه تحصیلی

پایه تحصیلی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	میزان f	سطح معناداری
بین گروهی	۱۹۹۰/۶۸	۲	۹۹۵/۳۴	۵/۹۹	۰/۰۰۳
درون گروهی	۱۵۵۰۲۳/۰	۹۳۳	۱۶۶/۱۵		
کل	۱۵۷۰۱۳/۷	۹۳۵			

مدرسه‌ای یا اجتماعی، ایجاد یا گسترش می‌یابد، می‌تواند سلامت روان دانش‌آموز را به مخاطره اندازد و زمینه‌ساز بروز اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، کاهش عزت‌نفس و بروز اختلالات عاطفی و رفتاری شود.

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که بین سلامت روان دانش‌آموز دختر و پسر دوره متوسطه تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنا که پسران از وضعیت سلامت روان مطلوب‌تری نسبت به دختران برخوردارند. این نتیجه با یافته‌های بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳)، یوسفی (۱۳۷۶)، یزدی و همکاران (۱۳۷۲)، خسروی (۱۳۸۵)، یعقوبی (۱۳۷۶)، هماهنگ و همسوست ولی با نتایج رمضان‌پور (۱۳۸۱)، رفعتی و همکاران، کافی و همکاران (۱۳۷۷). مبنی بر اینکه بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در دختران نسبت به پسران، می‌تواند به‌دلیل عوامل بیولوژیکی و نقش جنس و استرس‌های محیطی و محدود بودن منبع رضایت و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی دختران باشد (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۳)، همخوانی ندارد. همچنین این یافته تأکیدی بر تفاوت‌های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان مطابق نظریه‌های روان‌پزشکی است (کاپلان و سادوک^۴، ۱۹۹۸).

براساس یافته‌های این پژوهش بین وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان پایه‌های مختلف و شاخه‌ها و رشته‌های تحصیلی در دوره متوسطه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین منطقه و شهرستان محل سکونت و سلامت روان تفاوت معناداری مشاهده نشده است. همچنین بر اساس نقطه برش، در نمونه مورد بررسی حدود ۵۰ درصد دانش‌آموزان (۵۷ درصد دختران و ۴۳ درصد پسران) مشکوک به اختلال روانی هستند. این نتایج بیانگر ضرورت توجه ویژه به عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان دانش‌آموزان به‌خصوص در دوره نوجوانی و گسترش خدمات مشاوره به‌منظور به‌کارگیری این خدمات در جهت پیشگیری و درمان آسیب‌های روانی شایع است. همچنین بالاترین درصد شیوع اختلال مربوط به افسردگی و پایین‌ترین شیوع مربوط به مقیاس علائم جسمانی بوده است. با توجه به گسترده بودن مشکلات روانی

فرضیه ششم تأیید می‌شود به این معنا که بین بهداشت روان دانش‌آموزان پایه‌های مختلف تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به اینکه -- کلی معناداری شده، بنابراین آزمون تعقیبی شفه اجرا شد و نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که تفاوت سلامت روان بین دانش‌آموزان پایه اول و سوم معنادار است.

فرضیه هفتم: بین سلامت روان دانش‌آموزان دوره متوسطه در شاخه نظری، فنی و حرفه‌ای و کاردانش، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷. بررسی رابطه سلامت روان و شاخه تحصیلی

پایه تحصیلی	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	میزان f	سطح معناداری
بین گروهی	۳۰۷۷/۴۲	۲	۱۰۲۵/۸۱	۶/۲۱	۰/۰۰۰
درون گروهی	۱۵۳۹۳۶/۳	۹۳۳	۱۶۵/۱۷		
کل	۱۵۷۰۱۳/۷	۹۳۵			

فرضیه تأیید می‌شود و با توجه به نتایج آزمون تعقیبی شفه نتیجه می‌گیریم که بین بهداشت روان دانش‌آموزان دوره متوسطه در شاخه نظری، فنی و حرفه‌ای و کاردانش تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که میانگین نمرات سلامت روان در دانش‌آموزان شاخه نظری بیشتر از گروه‌های دیگر است. فرضیه هشتم: بین بهداشت روان دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸. مقایسه سلامت روان در دختران و پسران دوره متوسطه و فنی و حرفه‌ای

سلامت روان	F	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار
با فرض واریانس برابر	۲۰/۵۵	۹۳۴	۴/۹۹	۰/۰۰۰	۴/۱۸	۰/۸۳
با فرض واریانس نابرابر	۹۰۸/۰۴	۹۰۸	۵/۰۰	۰/۰۰۰	۴/۱۸	۰/۸۳

با توجه به نتایج در جدول ۸ این فرضیه تأیید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر دوره متوسطه تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر میانگین نمرات دختران در کل آزمون سلامت روان، بیشتر از پسران است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش بیانگر این است که بین وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دچار ضعف و افت تحصیلی و دانش‌آموزان با وضعیت تحصیلی مطلوب در نمره کل آزمون سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در خرده مقیاس‌های «علائم مرضی جسمانی»، «علائم اضطرابی» و «اختلال خواب» و «افسردگی»، آزمون سلامت روان، از نظر آماری تفاوت معنادار است ولی در مقیاس «اختلال در کنش اجتماعی»، این تفاوت معنادار نبوده است.

این نتایج با یافته‌های امینی (۱۳۸۶)، شعیری و چترچی (۱۳۸۳)، شکرکن و همکاران (۱۳۷۹)، مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۲)، نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۰)، صفایی (۱۳۸۱)، رفعتی و همکاران (۱۳۸۰)، عابدینی (۱۳۸۱)، شکرکن و همکاران (۱۳۷۹)، رسولی و همکاران (۱۳۸۰)، ترخان (۱۳۷۲)، رادزیوزوسکا^۶ و همکاران (۱۹۹۶)، ریچاردسون^۷ و همکاران (۱۹۹۳)، کندل و دیویس^۸ (۱۹۸۶)، ترمن و اودن^۹ (۱۹۵۹)، مارتینسون^{۱۰} (۱۹۷۳)، هماهنگ است ولی با یافته‌های نصیری (۱۳۷۵)، کیانی‌نژاد (۱۳۷۷)، فرح‌بخش و همکاران (۱۳۸۶)، کافی (۱۳۷۶)، بیابانگرد و جوادی (۱۳۸۳)، رزنولی^{۱۱} (۱۹۹۰)، فلد هاسن و نیلموس^{۱۲} (۱۹۹۳)، وستاوی و ولمرانس^{۱۳} (۱۹۹۳)، همسو نیست. بهداشت روان و پیشرفت تحصیلی ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. دانش‌آموزانی که سطح سلامت روان آن‌ها مطلوب نیست قادر به پیشرفت تحصیلی در حد قابل انتظار نخواهد بود و نمی‌توانند از توانایی‌های بالقوه خویش بهره کافی ببرند. از طرف دیگر ضعف و افت تحصیلی که به دلایل فردی، خانوادگی،

اجتماعی در بین کودکان و نوجوانان از یک سو و پیامدهای تحصیلی، اجتماعی، روانی و بهداشتی این اختلالات از سوی دیگر، اگر مداخله مناسبی صورت نگیرد، کودک و نوجوان با ضربات جبران ناپذیری مواجه خواهند شد. با توجه به گستردگی جمعیت کودکان و نوجوانان در کشور ما، که حدود یک سوم کل جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و اهمیت بسزای این دوره سنی از نظر رشد و تکامل جسمی- روانی، فراهم کردن زندگی سالم برای آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (محمدخانی، ۱۳۸۴).

پی‌نوشت‌ها

1. Mc michae
2. Larosl
3. Versatile
4. self- administered
5. screening
6. Radzizoska & etal
7. Richardson
8. Candel & Davis
9. Terman & oden
10. Martin son
11. Renzoly
12. Feldhasen & nelmos
13. We stave & Welmevans
14. Kaplan & Sadok

منابع

1. اسماعیلی، حسین؛ مقایسه بهداشت روانی دانش آموزان مدارس استعدادهای درخشان و عادی شهرستان اراک، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان مرکزی (۱۳۸۲).
2. افروز، غلامعلی؛ مقدمه‌های بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، چاپ یازدهم، انتشارات دانشگاه تهران (۱۳۷۱).
3. امینی، زور محمد؛ بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان شهرستان اشنویه، پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی (SID)، (۱۳۸۶).
4. باقری زیدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر و شاه محمدی، داوود؛ بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، اندیشه و رفتار، شماره ۱، (۱۳۷۳).
5. بحرینیان، سیدعبدالمجید، صدقتی، احمد؛ بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی، پژوهش در پزشکی، سال ۲۳- شماره ۲ (۱۳۷۸).
6. بهرامی، هادی؛ بهداشت روانی در قرن بیست و یکم و چالش‌های پیش رو، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال سی و دوم، شماره ۱.
7. بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه، سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. فصل‌نامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، (۱۳۸۳).
8. پالاهنگ و شاه‌محمدی، ارزیابی میزان اعتبار و پایایی (GHQ-۲۸).
9. پورقاز، عبدالوهاب؛ بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان زاهدان، شورای تحقیقات آموزشی سازمان آموزش و پرورش سیستان و بلوچستان، (۱۳۸۳).

۱۰. تقوی، محمدرضا؛ بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) (بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، مجله روان‌شناسی، سال پنجم شماره ۴ (۱۳۸۰)).

۱۱. جامه بزرگ، ابوالقاسم؛ بررسی رابطه درون‌گرایی- برون‌گرایی و روان رنجور خوبی با پیشرفت تحصیلی، فصل‌نامه پیام مشاور- شماره ۳۴، (۱۳۷۸).

۱۲. حدادی، علی‌اکبر، روشن، رسول و اصغرزاد، علی‌اصغر؛ بررسی مقایسه‌ای رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شاهد و غیر شاهد، دانشگاه تهران، پایگاه اطلاعاتی جهاد دانشگاهی (SID)، (۱۳۸۳).

۱۳. حق‌شناس و همکاران؛ مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستان‌های تیزهوشان و عادی شیراز، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، شماره ۲۹ و ۳۰، (۱۳۸۵).

۱۴. خسروی، زهره؛ وضعیت سلامت روان دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران با تأکید بر عامل جنسیت، رشد مشاور مدرسه، شماره ۱، (۱۳۸۵).

۱۵. رفعتی، فوزیه و همکاران؛ تأثیر وضعیت بهداشت روانی دانشجویان بر پیشرفت تحصیلی آنان، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، (۱۳۷۹).

۱۶. رمضان‌پور، علی؛ بررسی میزان سلامت روان دانش‌آموزان دوره‌های تحصیلی راهنمایی و متوسطه استان مازندران، شورای تحقیقات آموزش و پرورش مازندران، (۱۳۸۱).

۱۷. رهنما، اکبر و غلامی مهرداد، علی؛ بررسی وضعیت بهداشت روانی و جسمانی دانش‌آموزان دبیر آموز و عادی مدارس استان همدان، دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد، سال یازدهم، شماره ۹، اسفند ۱۳۸۳.

۱۸. سلطانیان، علی‌رضا و همکاران؛ بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل مؤثر بر آن، دو فصل‌نامه طب جنوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، شماره ۲، اسفند ۱۳۸۳.

۱۹. شاملو، سعید؛ بهداشت روانی، چاپ سیزدهم، انتشارات رشد، ۱۳۷۸.

۲۰. فرح‌بخش، سعید، غلامرضایی، سیمین و نیک‌پی، ایرج؛ بررسی بهداشت روانی دانشجویان درباره عوامل تحصیلی، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۴-۳۳، (۱۳۸۶).

۲۱. گلاسرو، ویلیام؛ مدارس بدون شکست، ترجمه ساسانه حمزه، چاپ اول، انتشارات رشد، (۱۳۷۳).

۲۲. محمدخانی، شهرام؛ بهداشت روانی مدرسه‌ها، رشد مشاور مدرسه، شماره ۱ (۱۳۸۴).

۲۳. مسعودزاده، عباس و همکاران، بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرسازی، مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۴۵، (۱۳۸۲).

۲۴. میلانی‌فر، بهروز؛ بهداشت روانی، چاپ اول، نشر توس، تهران، ۱۳۷۰.

۲۵. یوسفی، فایق و یوسفی، محمدحسین؛ بررسی سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر سمنندج و عوامل مرتبط با آن، مجله علوم پزشکی کردستان، شماره ۱۳، (۱۳۷۸).

26. windsor, NFER- Nelson 1988 Goldberg D, Williams P. A user, Guide to general health Questionnaire.

27. MC Michael. A, Hetzel. B, Mental health problems among university students and their relationship to academic failure and withdrawal. the medical journal of Australian, 1975; 499- 501

28. Beck. D. L, Strivasta. R, Perceived level and sources of stress in university professional school, journal of Nursing Education, 1997.

29. Kaplan, Sadock, Synopsis of psychiatry & thed philadelphia, william, wilkins company, 1998

30. World Health Organization, Technical report series, No. 98 Legislation affecting psychiatric treatment. Fourth report of the expert committee on mental health, july 1955.

31. Kaplan, I. Education and mental health, New york, Harper and Row, 1971: 105.