

## وضعیت سلامت روان دانش آموزان دختر ۱۷-۱۲ ساله ی شهرستان آران و بیدگل در طی همه گیری کووید-۱۹

سعیده نصیری<sup>۱</sup>، ماهرخ دولتیان<sup>۲</sup>، فهیمه رضوانی<sup>۳</sup>، اعظم باقری<sup>۴</sup>، حمید علوی مجد<sup>۵</sup>، زهره محمودی<sup>۶</sup>، فاطمه افصحی<sup>۷</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** ترس و استرس ناشی از کووید-۱۹، حس ناامنی را در کودکان و نوجوانان افزایش می دهد و اگر اقدام به موقعی صورت نگیرد، باعث مشکلات جدی سلامت روان در آنان خواهد شد. مطالعه حاضر، با هدف تعیین وضعیت سلامت روان دختران ۱۷-۱۲ ساله ی شهرستان آران و بیدگل در دوران پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

**روش ها:** این مطالعه ی توصیفی- مقطعی بر روی ۳۹۰ دانش آموز دختر شهرستان آران و بیدگل در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها، چک لیست اطلاعات دموگرافیک- خانوادگی و پرسش نامه های سلامت کودک (Child health questionnaire یا CHQ)، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سنجش اثرات طولانی مدت سانحه بر سلامت روانی کودکان بود که به صورت الکترونیکی تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری ANOVA، Independent t، Pearson correlation و Multiple linear regression با سطح معنی داری ۰/۰۵۰ استفاده شد.

**یافته ها:** ۶۵/۱۰ درصد دختران نمره ی ۵۰-۲۵ را از پرسش نامه ی سلامت روان کسب کردند که نشان دهنده ی مشکل روانی خفیف بود. ۳۴/۴۰ درصد نمره ی ۷۵-۵۰ به دست آوردند و هیچ یک نمره ی بالای ۷۵ کسب نکردند. مدل Regression نشان داد که ۲ الگوی ارتباطی خانواده (گفت و شنود و هم نوایی) و سلامت وجودی دختران، نمره ی سلامت روان دختران را پیش گویی کردند.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد الگوی ارتباطی خانواده و سلامت وجودی در سلامت روان نوجوانان اثر دارد. بنابراین، پیشنهاد می شود بهترین الگوی نظارتی و عملکردی خانواده ها با تأکید بر سلامت وجودی نوجوانان شناسایی شود تا با کسب توانایی ارزش گذاری مثبت، سلامت روان آنان بهبود یابد.

**واژگان کلیدی:** سلامت روان؛ دختر؛ دانش آموز؛ نوجوان؛ کووید-۱۹

**ارجاع:** نصیری سعیده، دولتیان ماهرخ، رضوانی فهیمه، باقری اعظم، علوی مجد حمید، محمودی زهره، افصحی فاطمه. وضعیت سلامت روان دانش آموزان دختر ۱۷-۱۲ ساله ی شهرستان آران و بیدگل در طی همه گیری کووید-۱۹. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۲۱): ۲۷۶-۲۷۰.

### مقدمه

کشورهای آسیب دیده تحمیل کرد (۲).  
وضعیت موجود به طرز استثنایی کودکان، نوجوانان و خانواده های آنان را تحت تأثیر قرار داد. مهد کودک ها و مدارس تعطیل شدند، تماس های اجتماعی به شدت محدود و فعالیت های تفریحی خارج از منزل لغو شد. از والدین خواسته شد تا فرزندان را در درس خواندن در

در ۳۰ ژانویه سال ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت بروز یک کروناویروس جدید را اعلام کرد که یک اورژانس سلامت عمومی و نگرانی بین المللی است (۱). ویروس کووید-۱۹، انزوا، محدودیت های تماس، افت اقتصادی و تحول کامل در فضای روانی- اجتماعی

- ۱- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
- ۵- گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
- ۷- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**نویسنده مسؤل:** ماهرخ دولتیان؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
Email: mhdolatian@gmail.com

منزل حمایت کنند. حمایت سایر اعضای خانواده و سیستم‌های حمایت اجتماعی از بین رفت (۲). برای تکامل روان‌شناختی طبیعی و بهزیستی، مصاحبت و همراهی کودکان الزامی است (۳). قرنطینه، ممکن است اثرات روان‌شناختی معکوسی بر کودکان بگذارد. برای کودکانی که در منزل با والدین یا بستگان قرنطینه می‌شوند، استرس ناشی از چنین تغییرات سریعی در محیط، ممکن است تا حدودی کاهش یابد، اما کودکانی که از مراقبین خود جدا می‌شوند (ابتلای والد یا خود فرزند) نیاز به توجه ویژه دارد (۴). Silman و Sprang، گزارش کردند ۳۰ درصد کودکانی که قرنطینه می‌شوند، معیار بالینی برای اختلال استرس بعد از حادثه را دارا خواهند بود (۵).

مطابق با تئوری Clark، تجربه‌ی یک پدیده‌ی تروماتیک و طرح‌واره‌های ناکارآمد در اوایل زندگی از طریق تعاملات منفی با مراقبین، افراد را در دوره‌ی نوجوانی و بزرگسالی در برابر مشکلات روانی آسیب‌پذیر می‌کند (۶).

وجود ابزارهای دیجیتالی، شاید بتواند برخی اثرات بحران را کاهش دهد. دستگاه‌های دیجیتالی و دسترسی به اینترنت، منابع با ارزشی را برای کودکان، والدین، مسؤولان و مراقبین فراهم می‌کند تا بتوانند آموزش و تدریس را ادامه دهند، فعالیت‌های تفریحی را ارائه کنند و تعامل‌های اجتماعی بین کودکان را تسهیل نمایند، اما استفاده از این ابزارها نقایص و خطراتی نیز دارد از جمله کیفیت پایین‌تر تماس‌های خانه-مدرسه و تماس‌های اجتماعی، سوء استفاده‌ی جنسی و حملات سایبری در موارد عدم نظارت والدین می‌باشد. همچنین، می‌تواند نابرابری‌هایی را بین کودکان گسترش دهد؛ از جمله این که کودکانی که فقیر هستند، به ابزارهایی برای آموزش آنلاین دسترسی ندارند. این شکاف آموزشی، اثرات منفی بر کودکان خواهد داشت (۷). در جوامع، دختران نوجوان بیش از پسران در معرض خطر هستند؛ چرا که دو سال زودتر از پسران به بلوغ می‌رسند، در سنین پایین ازدواج می‌کنند و بیشتر دچار مشکلات بهداشت باروری و سلامت روان می‌شوند و آسیب‌ها و مشکلات ایجاد شده در آنان نقش مهمی در شکستن چرخه‌ی فقر و پیشرفت کشور دارد (۸).

این مطالعه، با هدف تعیین وجود مشکلات سلامت روان در همه‌گیری کووید-۱۹ بین دختران گروه سنی ۱۷-۱۲ سال و وجود ارتباط مشکلات روان‌شناختی با متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی انجام شد تا با شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان این گروه سنی، پیشنهادهایی برای مداخله در جهت بهبود سلامت روان آنان در دوران پاندمی ارائه گردد.

دانش‌آموزان دختر تحت پوشش مراکز جامع سلامت آران و بیدگل که ۴۸۱۲ نفر بود و با استفاده از فرمول Cochran formula با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵۰ در ۶ گروه سنی تعداد حجم نمونه ۳۵۶ (در هر گروه سنی ۶۰ نفر) محاسبه شد و با توجه به احتمال ریزش واحدهای پژوهش، حجم نمونه به ۳۹۰ نفر (۶۵ نفر در هر گروه سنی) افزایش داده شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل دختران ۱۷-۱۲ سال با رضایت دانش‌آموز و مادر جهت شرکت در مطالعه بود. پرسش‌نامه‌ها به صورت الکترونیکی و به گونه‌ای طراحی گردید که در صورت عدم تکمیل یک مورد، افراد نمی‌توانستند به سؤال بعد بروند و در صورت تکمیل ناقص پرسش‌نامه، ثبت و ارسال به سایت مربوط صورت نمی‌گرفت. بعد از مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و استخراج اطلاعات تماس والدین، با آنان تماس گرفته شد و اهداف پژوهش بازگو و از آن‌ها درخواست شد در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، شماره‌ی تلفنی جهت ارسال لینک پرسش‌نامه از طریق واتساپ یا تلگرام اعلام نمایند. فرم رضایت آگاهانه در ابتدای پرسش‌نامه‌ی الکترونیک قرار داده شده بود که باید توسط مادر و دختر تکمیل می‌شد. جهت گردآوری داده‌ها در این مطالعه، از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و خانوادگی استفاده شد که شامل ۱۳ سؤال بود و توسط تیم پژوهش طراحی گردید. پرسش‌نامه‌ی سلامت کودک (Child health questionnaire یا CHQ) توسط Landgraf و Abetz برای کودکان ۱۸-۵ سال طراحی شد و توسط مادر تکمیل گردید. مجموع نمرات کل پرسش‌نامه بین ۱۰۵-۲۲ می‌باشد. روایی محتوایی و صوری و پایایی این ابزار توسط قائم‌پناه و همکاران تأیید شد (۹-۱۰). جهت سنجش وضعیت اجتماعی-اقتصادی از پرسش‌نامه‌ی قدرت‌نما (۱۳۹۲) که دارای ۴ مؤلفه‌ی میزان درآمد، طبقه‌ی اقتصادی، تحصیلات و وضعیت مسکن است، استفاده شد که توسط مادر تکمیل می‌شد. اسلامی و همکاران، روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار دادند. پایایی پرسش‌نامه، ۰/۸۳ به دست آمد (۱۱). پرسش‌نامه‌ی چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support یا MSPSS) یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که توسط Zimet و همکاران تهیه شده است. بیشترین و کمترین نمره برای هر مقیاس ۲۰ و ۴ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه، توسط سلیمی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲). پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison و Paloutzian مشتمل بر ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند و در این مطالعه، توسط دختران تکمیل می‌شد. دامنه‌ی نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. سلامت معنوی به سه سطح پایین ۴۰-۲۰، متوسط ۹۹-۴۱ و بالا ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم‌بندی می‌شود (۱۳).

## روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی در خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۹۰ دانش‌آموز دختر ۱۷-۱۲ سال انجام شد. با توجه به جامعه‌ی

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی شرکت کنندگان مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
تحصیلات مادر	دیپلم و پایین تر (۳۳۵/۸۶/۰۰)
	کارشناسی و بالاتر (۵۵/۱۴/۰۰)
تحصیلات پدر	دیپلم و پایین تر (۳۱۵/۸۱/۰۲)
	کارشناسی و بالاتر (۷۵/۱۸/۹۸)
نوع مدرسه دانش آموز	دولتی (۳۵۹/۹۲/۱۰)
	غیر دولتی (۳۱/۷/۹۰)
شغل مادر	خانه‌دار (۲۸۵/۷۳/۱۰)
	شاغل (۱۰۵/۲۶/۷۰)
شغل پدر	شغل آزاد (۱۶۰/۴۱/۳۰)
	سایر مشاغل (۲۳۰/۵۸/۵۰)
سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای در دختران	بلی (۱۷/۰/۵۰)
	خیر (۳۷۳/۹۵/۵۰)
قرنطینه در دوران پاندمی کووید-۱۹	بلی (۱۸۹/۴۸/۵۰)
	خیر (۲۰۱/۵۱/۵۰)

خرده مقیاس‌های سلامت روان و رضایت دختر از سلامتی خود، سلامت معنوی دختران و خرده مقیاس سلامت وجودی و نیز الگوی ارتباطی هم‌نوایی در خانواده با سلامت روان در این دوران ارتباط معنی‌داری را نشان داد (جدول ۲). ۶۵/۱۰ درصد دختران نمره‌ی ۲۵-۵۰ را از پرسش‌نامه‌ی سلامت روان کسب کردند که نشان دهنده‌ی مشکل روانی خفیف می‌باشد و ۳۴/۴۰ درصد نیز نمره‌ی ۵۰-۷۵ به دست آوردند و هیچ یک نمره‌ی بالای ۷۵ کسب نکردند. ۱۷ نفر از دختران، بستگان درجه‌ی یک یا دو خود را در اثر بیماری کرونا از دست داده بودند. میانگین نمرات بخش غم و اندوه طولانی مدت در این افراد  $15/58 \pm 5/73$  (محدوده‌ی ۷-۲۵) بود. نتایج آزمون Independent t نشان داد که نمرات سلامت روان (استرس-اضطراب-ترس و فشار اجتماعی) دخترانی که در بستگان خود فوت شده داشتند، تفاوت معنی‌داری با سایر دختران نداشت ( $P = 0/212$ ). نتایج آزمون Independent t نشان داد دخترانی که خانواده‌شان تحت قرنطینه بودند، از نظر نمره‌ی سلامت روان با سایر خانواده‌هایی که در قرنطینه به سر نمی‌بردند، نداشتند ( $P = 0/196$ ). آزمون Pearson correlation نشان داد که زمان قرنطینه بودن با نمره‌ی سلامت روان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد ( $P = 0/456$ ,  $r = 0/055$ ). نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که ارزیابی دختران از سلامت خود با نمرات سلامت روان آن‌ها تفاوت آماری معنی‌داری دارد ( $P = 0/003$ ). نتایج آزمون Independent t نشان داد که نمره‌ی سلامت روان دختران با توجه به نوع مدرسه‌ی آن‌ها ( $P = 0/774$ ) و وجود بیماری زمینه‌ای در دختران تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P = 0/808$ ).

در مطالعه‌ی سلیمانی و همکاران، روایی و پایایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفت (۱۴). پرسش‌نامه‌ی تجدید نظر شده‌ی الگوهای ارتباطی خانواده (Revised Family Communication Patterns) یا RFCP توسط Ritchie و Fitzpatrick، طراحی شد و سپس، توسط Koerner و Fitzpatrick تجدید نظر شده است (۱۵) که توسط دختران در این مطالعه تکمیل می‌شد. نمرات بعد گفت و شنود در دامنه‌ی ۰-۶۰ و بعد هم‌نوایی در دامنه‌ی ۰-۴۴ قرار دارند. کوروش‌نیا و لطیفیان، روایی ملاکی ابزار را بررسی کردند که همبستگی بالایی گزارش شد. ضریب پایایی Cronbach's alpha برای بعد گفت و شنود ۰/۸۷ و برای بعد هم‌نوایی ۰/۸۱ به دست آمد (۱۶). پرسش‌نامه‌ی سنجش اثرات طولانی مدت سانحه بر سلامت روانی کودکان توسط عطازاده طراحی گردیده و شامل ۲۸ سؤال است که دختران تکمیل می‌کردند. ۲۱ سؤال اول، نمرات حاصل از اثر عمومی حادثه، اضطراب، افسردگی، فشار روانی-اجتماعی و ترس و سؤالات ۲۸-۲۲ میزان غم و اندوه طولانی مدت نوجوانان را می‌سنجد. ۲۵-۲۱ بدون مشکل، ۵۰-۲۵ خفیف، ۷۵-۵۰ متوسط و بیش از ۷۵ شدید محسوب می‌شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط عطازاده تأیید شده است (۱۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  انجام شد. طبیعی‌سازی داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی گردید. برای داده‌های دموگرافیک از آمار توصیفی و جهت بررسی ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک و اجتماعی با نمرات سلامت روان دختران، از آزمون‌های آماری One-way ANOVA Independent t و Pearson correlation استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی دختران شرکت کننده در پژوهش  $14/54 \pm 1/71$  سال بود. از نظر وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ۶۴/۶۰ درصد خانواده‌ها متوسط به پایین بودند و طبقه‌ی اجتماعی بالا در بین شرکت کنندگان نبود. سایر مشخصات دموگرافیک و اجتماعی در جدول ۱ آمده است. طول مدت قرنطینگی در خانواده‌ها ۱ تا ۲۰ هفته (میانگین  $6/42 \pm 4/39$  هفته) بود. با توجه به تعطیلی مدارس در دوران پاندمی، عملکرد دختران در منزل در طول روز شامل انجام تکالیف مدرسه (۲/۵ ساعت)، ورزش کردن (۱ ساعت)، کمک به والدین در کارهای منزل (۲/۵ ساعت)، تماشای تلویزیون (۲ ساعت)، بازی‌های کامپیوتری (یک ساعت) و جستجو در شبکه‌های مجازی (۲ ساعت) بود. با توجه به آزمون Pearson correlation، سلامت کلی کودک و

جدول ۲. میانگین نمرات کسب شده توسط دختران در زمینه‌های حمایت اجتماعی، سلامت کودک، سلامت معنوی و الگوی ارتباطی خانواده

متغیر	امتیاز کسب شده (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	نمره‌ی سلامت روان (Correlation)	مقدار P*
سلامت کودک	۸۵/۵۶ $\pm$ ۱۱/۳۱	-۰/۱۳۰	۰/۰۱۱
سلامت روان	۱۸/۵۳ $\pm$ ۳/۸۱	-۰/۱۵۰	۰/۰۰۳
رضایت کودک از خود	۱۲/۲۸ $\pm$ ۲/۲۵	-۰/۱۳۲	۰/۰۰۹
تحرک کودک	۱۰/۹۶ $\pm$ ۱/۷۳	۰/۰۰۵	۰/۹۲۷
عملکرد کودک	۱۵/۶۶ $\pm$ ۳/۴۹	-۰/۰۷۹	۰/۱۱۹
نگرانی والدین	۷/۵۳ $\pm$ ۲/۵۶	-۰/۰۲۷	۰/۵۹۸
محدودیت کودک	۸/۵۸ $\pm$ ۱/۶۳	-۰/۰۲۵	۰/۶۲۹
سلامت عمومی	۱۱/۹۲ $\pm$ ۲/۳۹	-۰/۰۸۵	۰/۰۹۳
سلامت معنوی	۹۶/۸۵ $\pm$ ۱۶/۳۱	-۰/۱۶۴	۰/۰۰۱
سلامت مذهبی	۵۱/۶۷ $\pm$ ۹/۳۴	-۰/۰۴۹	۰/۳۳۷
سلامت وجودی	۴۵/۱۷ $\pm$ ۹/۲۰	-۰/۲۴۱	< ۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۴۷/۱۲ $\pm$ ۷/۱۸	-۰/۰۹۴	۰/۰۶۴
حمایت خانواده	۱۶/۴۹ $\pm$ ۲/۷۵	-۰/۰۶۸	۰/۱۷۸
حمایت دوستان	۱۴/۴۴ $\pm$ ۲/۸۶	-۰/۰۹۶	۰/۰۵۸
حمایت دیگران مهم	۱۶/۱۸ $\pm$ ۳/۱۳	-۰/۰۶۸	۰/۱۸۲
الگوی ارتباطی خانواده	۱۹/۸۱ $\pm$ ۱۰/۸۷	۰/۲۵۳	< ۰/۰۰۱
جهت‌گیری هم‌نوایی	۳۸/۶۲ $\pm$ ۱۳/۸۴	۰/۰۱۸	۰/۷۲۰
جهت‌گیری گفت و شنود			

\*آزمون Pearson correlation

کرونا را پیش‌بینی کند. با توجه به معنی‌دار بودن نتایج آزمون ANOVA مشخص شد که مدل Regression از برازش مطلوبی برخوردار است ( $F = 9/357, P < 0/001$ ). با بررسی اثر متغیرها در مدل Regression مشخص شد که ۲ الگوی ارتباطی خانواده (گفت و شنود و هم‌نوایی) و همچنین، سلامت وجودی دختران از موارد تأثیرگذار بر نمره‌ی سلامت روان دختران بودند.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هیچ یک از دختران، نمرات بالایی جهت مشکلات سلامت روان کسب نکردند و بیشتر آنان نمراتی در حد خفیف و متوسط داشتند. مطالعه‌ی مرادی و همکاران، نشان داد که سلامت روان با حمایت اجتماعی رابطه‌ی قوی دارد. درک حمایت اجتماعی با ایجاد تعهدات متقابل، تأثیر بالقوه‌ای بر کیفیت زندگی و مقابله با تنش‌های ناشی از بیماری روانی اعمال می‌کند (۱۸). توجه به حمایت بالا از سوی خانواده، دوستان و اطرافیان مهم در این مطالعه، شاید بتوان نتیجه گرفت درک خطر و افزایش نگرانی در دختران کمتر رخ می‌دهد و اضطراب و افسردگی در آن‌ها کمتر بروز می‌کند.

نتایج مطالعه‌ی فعلی نشان داد در دوران پاندمی، دختران به فعالیت‌هایی نظیر درس خواندن، تماشای تلویزیون و گذراندن وقت در

برای بررسی اثر متغیرهای مداخله‌گر، آزمون Multiple linear regression انجام شد که نتایج آن به طور خلاصه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. تحلیل Regression سلامت روان دختران نوجوان در دوران

پاندمی کرونا بر حسب متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	مقدار P	B	Beta	t(p)
سلامت کلی دختر	۰/۲۹۴	-۰/۰۴۳	-۰/۰۵۶	-۱/۰۵۱
طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی	۰/۰۹۷	-۰/۲۹۳	-۰/۸۱۰	-۱/۶۶۵
سلامت وجودی	< ۰/۰۰۱*	-۰/۲۷۰	-۰/۲۸۷	-۴/۳۴۱
سلامت مذهبی	۰/۱۴۷	۰/۰۷۷	۰/۰۸۴	۱/۴۵۱
الگوی ارتباطی هم‌نوایی با خانواده	< ۰/۰۰۱*	۰/۱۸۳	۰/۲۳۰	۴/۵۰۹
الگوی ارتباطی گفت و شنود با خانواده	< ۰/۰۰۱*	۰/۱۵۲	۰/۲۴۲	۴/۰۳۳
حمایت اجتماعی	۰/۶۱۷	-۰/۰۳۵	-۰/۰۲۹	-۰/۵۰۱

بر اساس آزمون Pearson correlation مدل تنها توانست ۱۳/۳ درصد از واریانس نمره‌ی سلامت روان دختران نوجوان در دوره‌ی پاندمی

ناراحتی‌های جسمی و روحی در او پدید می‌آید (۲۵). در مطالعه‌ی جعفری‌منش و همکاران (۲۶)، آقاخان‌ی و همکاران (۲۷) و قراملکی و همکاران (۲۸)، نتایج نشان داد که ابعاد وجودی و مذهبی سلامت معنوی بر سازگاری عاطفی نوجوان اثر مثبت دارند و با بروز افسردگی ارتباط معکوس دارند.

نتایج نشان داد نمره‌ی غم و اندوه در دخترانی که آشنایان و بستگان‌شان به دلیل کرونا فوت شده بودند، بالاتر بود. علاوه بر غم از دست دادن عزیزان، برخی شرایط مانند عدم توانایی شرکت در مراسم تشییع جنازه و احساس گناه در مورد عدم توانایی حفظ زندگی آنان، اوضاع را وخیم‌تر می‌کند (۱۹). Menzies و Menzies پیشنهاد می‌کنند مرگ اطرافیان باعث می‌شود فرد نگران سلامتی خود باشد و این مسئله، می‌تواند ترس و اضطراب ناشی از کووید-۱۹ را افزایش دهد (۲۹).

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه در زمینه‌ی اثر الگوی ارتباطی خانواده و نقش خانواده در بهبود عملکرد نوجوانان، پیشنهاد می‌شود بهترین الگوی نظارتی و عملکردی خانواده‌ها شناسایی شود و در جهت عملکرد بهتر خانواده‌ها، آموزش لازم ارائه گردد تا در دوران پاندمی که ساعات در کنار هم بودن افزایش می‌یابد، آن‌ها بتوانند سرگرمی لازم را برای فرزندان فراهم کنند و حمایت لازم را نیز از طریق گفت و شنود و کمک در تصمیم‌گیری‌ها برای وی به عمل آورند تا سلامت روان نوجوانان نیز افزایش یابد. همچنین، توصیه می‌شود در راستای بهبود سلامت روان دختران، با توجه به نقش سلامت معنوی به ویژه بعد سلامت وجودی، زمینه‌ای فراهم گردد تا نوجوانان، توانایی نزدیک شدن به خداوند، تعیین هدف در زندگی و ارزش‌گذاری مثبت را کسب کنند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (کد ۲۵۲۹۳) با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1399.841 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه و تمامی دختران و مادران شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

فضای مجازی و کمک به والدین، ورزش کردن و تماشای ماهواره در طول روز می‌پردازند. مؤسسه‌ی ملی سلامت روان در هند در دستورالعملی که در این رابطه منتشر کرد، به لزوم سازگاری بیشتر از طریق یادگیری آرام ماندن، مشغول کردن خود با فعالیت‌های روزانه‌ی ساده و پرهیز از برنامه‌های القاکننده‌ی ترس یا افسردگی در تلویزیون یا شبکه‌های اجتماعی و ارتباط با دیگران از طریق تلفن در این وضعیت تأکید کرد (۱۹).

مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان دختران نوجوان شرکت‌کننده در این مطالعه، دو الگوی ارتباطی گفت و شنود و هم‌نوایی و سلامت وجودی آنان بود. افزایش گفت و شنود در خانواده، موجب شادمانی نوجوانان و بهبود سلامت آنان می‌گردد (۲۰). این الگوی ارتباطی سبب می‌شود تا نوجوانان به راحتی احساسات و عواطف خود را با اعضای خانواده مطرح نمایند و در نتیجه، تأثیر مثبت بر کاهش اضطراب و استرس فرزندان دارد (۲۱). با توجه به مطالعات رحیمی و خیر (۲۲)، شهرکی ثنائی همکاران (۲۳) و کوروش‌نیا و لطیفیان (۲۴) انتظار می‌رفت در مطالعه‌ی فعلی جهت‌گیری گفت و شنود بالا، نمرات استرس و اضطراب را کاهش دهد؛ در حالی که با افزایش جهت‌گیری گفت و شنود، نمرات اضطراب و افسردگی نیز افزایش یافتند. یکی از دلایل احتمالی این تفاوت، می‌تواند وجود تعداد سوالات زیاد و عدم دقت کامل دختران در پاسخ‌گویی به سوالات باشد که می‌توان به عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه در نظر گرفت.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، پرسش‌نامه توسط والدین نیز تکمیل گردد تا با بررسی تطابق نظرات بتوان نتایج عینی و دقیق‌تری کسب کرد. جهت‌گیری هم‌نوایی تأکید بر همسانی نگرش‌ها، ارزش‌ها و عقاید اعضای خانواده دارد و مشخص شده است که در خانواده‌هایی که هم‌نوایی بالاست، اضطراب و افسردگی بیشتر رخ می‌دهد (۲۲)؛ همان‌طور نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که با نتایج مطالعه‌ی رحیمی و خیر (۲۲) هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه، مشخص شد نوجوانانی که از سلامت وجودی کمتر برخوردار هستند، نمرات سلامت روان پایین‌تری دارند. در دوران نوجوانی، مسایل مهمی همچون بحران وجودی رخ می‌دهد، نوجوان در زندگی خود هدفی ندارد و نمی‌تواند به زندگی معنی ببخشد و

### References

1. Irani M. Review on the symptoms, transmission, therapeutics options and control the spread of the disease of COVID-19. Alborz Univ Med J 2020; 9(2): 171-80. [In Persian].
2. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020; 14: 20.
3. World Health Organization. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
4. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate

- the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* 2020; 395(10228): 945-7.
5. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013; 7(1): 105-10.
  6. Xu W, Fu G, An Y, Yuan G, Ding X, Zhou Y. Mindfulness, posttraumatic stress symptoms, depression, and social functioning impairment in Chinese adolescents following a tornado: Mediation of posttraumatic cognitive change. *Psychiatry Res* 2018; 259: 345-9.
  7. Ramos G, Scarpetta S. Combatting COVID-19's effect on children. *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)* [Online]. [cited 2020 Aug 11]; Available from: URL: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-covid-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f/>
  8. Sajeda A, Austrian K, Chau M, Glazer K, Eric P. GD, Stoner M. The adolescent girls vulnerability index: Guiding strategic investment in Uganda. New York, NY: Population Council; 2013.
  9. Ghaempanah Z, Azadfalshah P, Rasoulzady Tabatabaie K. Standardization and psychometrics characteristics of Persian version of Child Health Questionnaire (CHQ-PF.28). *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013; 17(7): 431-41.
  10. Golzarpour M, Ghaedamini Harouni GH, Vameghi M, Sajjadi H, Tavangar F. Validity and reliability of Persian Version of Children's Health-Related Quality of Life. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2016; 8(3): 447-59. [In Persian].
  11. Eslami A, Mahmoudi A, Khabiri M, Najafiyani SM. The role of socioeconomic conditions in the citizens' motivation for participating in public sports. *Applied Research of Sport Management* 2014; 2(3): 89-104. [In Persian].
  12. Salimi AR, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychological Studies* 2009; 5(3): 81-102. [In Persian].
  13. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: L. A. Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1982. p. 224-36.
  14. Soleimani MA, Pahlevan SS, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif NH, Gorgulu O. Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. *J Relig Health* 2017; 56(6): 1981-97.
  15. Koerner A, Fitzpatrick M. Chapter 2: Understanding family communication patterns and family functioning: the roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Yearbook* 2002; 26: 36-68.
  16. Koroushnia M, Latifian M. An investigation on validity and reliability of revised family communication patterns instrument. *Journal of Family Research* 2008; 3(12): 855-75. [In Persian].
  17. Atazadeh N. Impact of the 2012 Iran's northwest earthquake on mental health of child survivors and its relation with the parents' cognition [MSc Thesis]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2017. [In Persian].
  18. Moradi A, Taheri S, Javanbakht F, Taheri A. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. *J Res Behav Sci* 2013; 10(6): 565-73. [In Persian].
  19. Manjunatha N, Kumar C, Bada Math S. Mental health in the times of COVID-19 pandemic guidelines for general medical and specialised mental health care settings. Bengaluru, India: National Institute of Mental Health and Neurosciences; 2020.
  20. Noorafshan L, Jowkar B, Hosseini FS. Effect of family communication patterns of resilience among Iranian adolescents. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 84: 900-4.
  21. Farokhzad P. Childrearing styles and family communication patterns among university students. *World Acad Sci Eng Technol* 2020; 9(5): 1711-6.
  22. Rahimi M, Kheir M. The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school. *Studies in Education and Psychology* 2009; 10(1): 5-25. [In Persian].
  23. Kouroush N, Latifian M. Relationship between dimensions of family communication patterns and children's level of anxiety and depression. *Journal of Family Research* 2007; 3(10): 587-600. [In Persian].
  24. Shahraki Sanavi F, Navidian A, Ansary Moghadam A, Farajy Shoy M. The relationship of family communication patterns on life quality in adolescents. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2011; 1(1): 101-14. [In Persian].
  25. Frankl VE. *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. New York, NY: Simon and Schuster; 2011.
  26. Jafari Manesh H, Ranjbaran M, Najafi Z, Jafari Manesh M, Alibazi A. Relationship between religious orientation and spiritual health with emotional adjustment of the hospitalized adolescents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 3(1): 1-11. [In Persian].
  27. Aghakhani N, Torabi M, Hazrati A, Alinejad V, Esm Hosseini GR, Nikonejad A. The relationship between spiritual wellbeing and depression in medical students of Urmia University of Medical Sciences. *Stud Med Sci* 2016; 27(8): 642-9.
  28. Gharamelki F, Mirmasab M, Ghobari Bonab B, Hashemi T. Relationship of spiritual intelligence with the religious against methods in Tabriz University students. *Proceedings of the 1<sup>st</sup> International Conference of Cognitive Science and Education*; 2011 Nov 23; Mashhad, Iran. [In Persian].
  29. Menzies RE, Menzies RG. Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *Cogn Behav Therap* 2020; 13: e19.

## The Mental Health Condition of 12-17-Year-Old Girl Students in Aran-Bidgol City, Iran, during COVID-19 Pandemic

Saeideh Nasiri<sup>1</sup>, Mahrokh Dolatian<sup>2</sup>, Fahimeh Ramezani-Tehrani<sup>3</sup>, Azam Bagheri<sup>4</sup>,  
Hamid Alavi-Majd<sup>5</sup>, Zohreh Mahmoodi<sup>6</sup>, Fatemeh Afsahi<sup>7</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Fear and stress caused by COVID-19 increases the feeling of insecurity in children and adolescents, and if not taken timely action, will cause serious mental health problems in them. The aim of this study was to determine the mental health status of girls aged 12-17 years in Aran-Bidgol City, Iran, during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** This descriptive cross-sectional study was performed on 390 girl students of Aran-Bidgol in 2020-21. Data collection tools were demographic/family information checklist and of child health questionnaire (CHQ), spiritual health, social support, and measuring the long-term effects of the accident on children's mental health, which were completed electronically. Data were analyzed using SPSS software with independent t, ANOVA, Pearson correlation, and multiple linear regression tests with a significance level of 0.05.

**Finding:** 65.10% of girls received a score of 25-50 from the Mental Health Questionnaire, which indicated a mild mental health problem. 34.40% got a score of 50-75 and none of them got a score above 75. The regression model showed that two patterns of family communication (dialogue and compliance) and girls' existential health predicted the girls' mental health score ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The results showed that the patterns of family communication and existential health in adolescents had effect on adolescents' mental health; so it is suggested to identify the best regulatory model and family function with an emphasis on existential health, to improve their mental health by gaining the ability to positive valuation.

**Keywords:** Mental health; Girls; Students; Adolescent, COVID-19

**Citation:** Nasiri S, Dolatian M, Ramezani-Tehrani F, Bagheri A, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, et al. **The Mental Health Condition of 12-17 Years Old Female Students in Aran-Bidgol during Covid-19 Pandemic.** J Isfahan Med Sch 2021; 39(621): 270-6.

1- PhD Student in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

5- Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

7- MSc Student, Department of Psychology, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Mahrokh Dolatian, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: mhdolatian@gmail.com