Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 6/ No. 3/ 2019
Page: 71-82

Frequency of psychological disorders symptoms and their effects on high school students in Divandareh city in 2018

Karo Servatyari[1], Pooya Valizadeh Ardalan[1], Shima Yazdnpanah[2], Nabi Mardani[1], Hero Yazdan Panah[1]

1-Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2- Student of Primary Education, Faculty of Pardis Bentolhoda Sadr Kurdistan, Farhangian University, Sanandaj, Iran.
Corresponding Author: Hero Yazdan Panah, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Email: hero.yazdanpanah@yahoo.com
Karo Servatyari ORCID: 0000-0002-6269-3573
Pooya Valizadeh ardalan ORCID: 0000-0001-5175-3262
Hero YazdanPAnah ORCID: 0000-0001-8610-6030
Nabi Mardani ORCID: 0000-0002-7840-0499
Shima Yazdan Panah ORCID: 0000-0003-3648-5055

Received: 08/03/2019 **Accepted:** 27/05/2019

Abstract

Introduction: Psychological disorders are defined as emotional, individual and behavioral disorders such as aggression, which certainly has many negative consequences.

Aim: Determine the prevalence of psychological disorders symptoms and their effect on high school students in Divandareh city in 2018**.**

Method: This is a cross-sectional study. All high-school students (16-18 year) residing Divandareh city, Kurdistan, Iran, in 2018 were included in the study. Stratified sampling was selected and according to Cochran formula, the sample size was 386. Data were collected using the standard questionnaire of psychological disorder symptoms (SCL-25) and Pittsburgh sleep quality questionnaire. Descriptive statistics used for descriptive results and analytical results were analyzed by Chi-square, Fisher test and Mann-Whitney test.

Results: 370 students were included in this study, which 107 (28%) of them, had low psychological disorders, 204 (55%) had moderate psychological disorders and 59 (17%) had high psychological disorders. On the other hand, only 76 (20.5%) students had favorable sleep quality. According to the results of this study, there was a significant relationship between sleep quality and gender (P=0.011) and grade (P<0.001). Also, there was a significant relationship between psychological disorder and gender (P = 0.015), grade (P <0.001) and average (P = 0.016).

Conclusion: To reduce mental disorders and improve sleep quality, first of all, attention and spiritual support of the family and then the development of educational and preventive policies of institutions such as primary schools and high schools.

Keywords: Psychological disorders, Sleep quality, High school, Students, Divandareh

How to cite this article : Servatyari K, Valizadeh Ardalan P, Yazdnpanah Sh, Mardani N, Yazdan Panah H. Frequency of psychological disorders symptoms and their effects on high school students in Divandareh city in 2018. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (3): 71-82 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-709-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال ششم، شماره ۳، ۱۳۹۸
صفحات: ۸۲-۷۱

بررسی فراوانی نشانه‌های اختلالات روانی و تأثیر آن در کیفیت خواب در میان دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷

کارو ثروت یاری[۱]، پویا والیزاده اردلان[۱]، شیما یزدان پناه[۲]، نبی مردانی[۱]، هیرو یزدان پناه[۱]

۱.دانشجو پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجوئی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. دانشجو کارشناسی آموزش ابتدایی، دانشکده بنت الهدی صدر سنندج، دانشگاه فرهنگیان، سنندج، ایران.
مولف مسئول: هیرو یزدان پناه، دانشجو پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجوئی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
ایمیل: hero.yazdanpanah@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۰۳/۰۶

چکیده

مقدمه: اختلالات روانی به‌عنوان اختلالات عاطفی، فردی و اختلالات رفتاری همچون پرخاشگری بیان می‌شود که قطعاً با بسیاری از پیامدهای منفی همراه است.

هدف: تعیین شیوع نشانه های اختلالات روانی و تاثیر آن در کیفیت خواب در میان دانش آموزان دبیرستان های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷ می باشد.

روش: مطالعه حاضر مقطعی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مقطع دبیرستان (۱۶-۱۸ سال) شهرستان دیواندره (استان کردستان- ایران) در سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه گیری به صورت طبقه‌ای و حجم نمونه طبق فرمول کوکران، ۳۸۶ نفر براورد شد. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه های استاندارد نشانه اختلالات روانی (SCL-25) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ بود. نتایج توصیفی با آمار توصیفی و نتایج تحلیلی با آزمون کای اسکوئر، فیشر و آزمون من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۳۷۰ نفر دانش آموز مطالعه حاضر، ۱۰۷ نفر (۲۸٪) از دانش آموزان اختلالات روانی کم، ۲۰۴ نفر (۵۵٪) اختلالات روانی متوسط و ۵۹ نفر (۱۷٪) دارای اختلالات روانی زیاد بودند. از سوی دیگر، تنها ۷۶ نفر (۲۰/۵٪) از دانش آموزان کیفیت خواب مناسبی داشتند. طبق نتایج، رابطه معناداری بین کیفیت خواب با جنسیت (P= ۰/۰۱۱) و پایه (P<۰/۰۰۱)، مشاهده شد. همچنین این رابطه معنی دار بین نشانه اختلال روانی با جنسیت (P= ۰/۰۱۵)، پایه (P<۰/۰۰۱) و معدل (P= ۰/۰۱۶) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: جهت کاهش اختلالات روانی و بهبود کیفیت خواب، در وهله اول توجه و حمایت های معنوی خانواده و سپس تدوین سیاست های آموزشی و پیشگیرانه نهادهایی مانند مدارس ابتدایی و دبیرستان ها را می طلبد.

کلید واژه‌ها: اختلال روانی، کیفیت خواب، دانش آموزان، دبیرستان، دیواندره

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

مقدمه

اختلالات روانی به‌عنوان اختلالات عاطفی، فردی و اختلالات رفتاری همچون بی مهارتی، ساده‌لوحی، بی‌مسئولیتی، اضطراب، استرس و تردید بیان می‌شود که قطعاً با بسیاری از پیامدهای منفی همراه است؛ اما امروزه افسردگی، اضطراب و پریشانی روانی به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی مطرح هستند. برآورد شده که ۱ درصد از مردم آمریکای شمالی دارای اختلالات روانی می‌باشند که قسمتی از این آمار متعلق به دانشجویان و دانش آموزان است (عیسی و همکاران[1]، ۲۰۱۷). در ایران نیز نسبت‌هایی بین ۴/۲ درصد تا ۳۷ درصد را در مطالعات مختلف برای اختلال روانی افسردگی گزارش کرده‌اند که این آمار برای جامعه دانشجویی حتی بین ۲۰ الی ۶۰ درصد بیان‌شده است (محمد بیگی و همکاران[2]، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای که احمدوند و همکاران با عنوان بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی ۲۹ درصد بوده است (احمدوند و همکاران[3]، ۲۰۱۰). در مطالعه‌ای دیگر که موسوی بزاز و همکاران در شهرستان بشاگرد بر روی دانش آموزان دبیرستانی با میانگین سنی ۱۶/۳ سال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلالات روانی ۵۱/۱۱ درصد بود که این اختلال در جنس مؤنث به علت محدودیت‌های اجتماعی و نقش جنسیتی و دلایل زیستی بیشتر بوده است (موسوی بزاز و همکاران[4]، ۲۰۱۵). تعداد زیادی از جمعیت ما را دانش‌آموزانی تشکیل می‌دهند که در دوره حساس نوجوانی هستند. در این دوران تغییرات هنجاری بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی در نوجوانان ایجاد می‌شود. فرد در این مرحله به دنبال شناخت خود هست که همین موضوع و انتظارات جامعه از وی باعث به وجود آمدن تنش‌های روانی در فرد می‌شود که روی عوامل زیادی ازجمله کیفیت خواب آنان تأثیر می‌گذارد (موسوی بزاز و همکاران، ۲۰۱۵). کودکان و نوجوانان با توجه به اینکه در مرحله حساسی از نظر رشد قرار دارند، حداقل به ۹ ساعت خواب در روز احتیاج دارند (ونگ[5]، ۲۰۰۳). خواب یکی از عناصر مهم در چرخه‌های شبانه‌روزی است که باعث بازسازی قوای فیزیکی و روحی می‌شود و بر اساس هرم مازلو جزو نیازهای پایه و اساسی هر فرد محسوب می‌شود (ایتون و همکاران[6]، ۲۰۱۰). مراحل خواب دارای تقسیم‌بندی‌های مختلفی است (شارما و همکاران[7]، ۲۰۱۸). ولی خواب به‌طورکلی دارای چهار مرحله است که مرحله اول مرحله عبور از بیداری به خواب است که معمولاً بین ۱ الی ۵ دقیقه طول می‌کشد. مرحله دوم به‌طورمعمول ۴۵ الی ۵۰ درصد از یک خواب معمولی را در برمی‌گیرد. مرحله سوم در یک‌سوم ابتدای یک خواب کامل شبانه معمولی وجود دارد و ۴ الی ۶ درصد از کل زمان خواب را شامل می‌شود. آخرین مرحله یعنی مرحله چهارم ۱۲ الی ۱۵ درصد از کل خواب را شامل می‌شود که به مجموع مراحل سوم و چهارم نیز خواب عمیق گفته می‌شود (ابراهیمی و میکائیلی[8]، ۲۰۱۰). از طرفی دیگر کیفیت خواب به هفت خرده مقیاس تقسیم می‌شود که عبارت‌اند از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه است

[1] - Issa et al
[2] - Mohammad Beigi et al
[3] - Ahmadvand et al
[4] - Mousavi Bazaz et al
[5] - Wong et al
[6] - Eaton et al
[7] - Sharma et al
[8] - Ebrahimi, Mikaili

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

(لیما و همکاران[1]، ۲۰۰۲). عوامل زیادی خواب و کیفیت آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند که تغذیه، فعالیت بدنی و فشارهای روحی ازجمله این موارد است اما متغیرهای مؤثر بر کیفیت خواب و میزان اهمیت آن‌ها ممکن است بین افراد مختلف متفاوت باشد (روسترهولز و آچرمن[2]، ۲۰۱۱). از پیامدهای کیفیت نامطلوب خواب می‌توان به تغییرات خلقی مانند پرخاشگری و اختلال دوقطبی (هیدالگو و کاموّ[3]، ۲۰۰۲) و افزایش رفتارهای ناسالم مانند مصرف مواد مخدر، الکل، سیگار (تایلور و براموث[4]، ۲۰۱۰) و همچنین منجر به خواب‌آلودگی روزانه (بانک و دینگز[5]، ۲۰۰۷) خواهد شد. این پیامد به صورتی است که در افرادی همانند کارکنان بالینی بهداشت و درمان که به‌صورت نوبتی کار می‌کنند و ریتم خواب آن‌ها به هم می‌خورد، اختلال خواب موجب افزایش اشتباهات درمانی، تمایل به مصرف الکل و سایر داروها، پایین آمدن عملکرد مناسب و ایجاد تنش‌های روانی می‌شود (اوهیدا و همکاران[6]، ۲۰۰۱). اثرات منفی ناشی از کمبود خواب یا خواب نامطلوب می‌تواند منجر به مشکلات قلبی عروقی و روانی شود تا حدی که بیان شده است پس از ۲۴ ساعت محرومیت از خواب عملکرد سایکو موتور در ساعات اولیه روز بعد تا حد مسمومیت با الکل کاهش پیدا می‌کند؛ بنابراین کیفیت خواب نقش عمده‌ای بر روی اختلالات روانی فرد دارد (شمشیری و همکاران[7]، ۲۰۱۴). در کودکان و نوجوانان، اختلالات خواب، یکی از شایع‌ترین اختلالات در این سنین به حساب آمده و می‌تواند در صورت تداوم و عدم اصلاح الگوی خواب، بر روی عملکرد اجتماعی، عاطفی و تحصیلی آنان تأثیرگذار باشد (اونز و دالزل[8]، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای دیگر ، شیوع شیوع اختلالات خواب در کودکان حدود ۲۵ درصد و در نوجوانان ۴۰ درصد گزارش گردیده است (میندل و همکاران[9]، ۱۹۹۹). در مطالعه‌ای که توسط به پژوه و همکاران انجام شد، به این نتیجه رسیدند که یک ارتباط علیّ دوطرفه بین افسردگی و اختلال در خواب وجود دارد، به‌طوری‌که بی‌خوابی می‌تواند به افسردگی که یکی از بارزترین اختلالات روانی است، منجر شود و بالعکس؛ بنابراین اگر نشانه‌های افسردگی درمان نشود، به‌مرور بر کیفیت خواب تأثیر منفی می‌گذارد (به پژوه و سلیمانی[10]، ۲۰۱۶). از سوی دیگر در مطالعه‌ی ثروت یاری و همکاران اثبات شد که رابطه معناداری بین سبک فرزند پروری با پرخاشگری (ثروت یاری و همکاران[11]، ۲۰۱۸) و همچنین کودک‌آزاری (ثروت یاری و همکاران، ۲۰۱۸) در کودکان وجود دارد، لذا می‌توان چنین تصور کرد که با آموزش خانواده‌ها به‌عنوان مهم‌ترین نهاد در زندگی هر فرد، می‌توان از بروز اختلالات رفتاری جلوگیری نمود. با توجه به اهمیت خواب در رشد فیزیکی و روانی دانش آموزان و نقش سلامت روانی و فیزیکی آن‌ها در جامعه و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی آن‌ها؛ لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع اختلالات روانی و ارتباط آن باکیفیت خواب در میان دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷ است.

روش

مطالعه حاضر مقطعی از نوع تحلیلی است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مقطع دبیرستان (۱۶-۱۸ سال) شهرستان دیواندره (استان کردستان- ایران)

[1] - Lima et al
[2] - Rusterholz & Achermann
[3] - Hidalgo & Caumo
[4] - Taylor & Bramoweth
[5] - Banks & Dinges
[6] - Ohida et al
[7] - Shamshri et al
[8] - Owens & Dalzell
[9] - Mindell et al
[10] - Beh-Pajooh & Soleymani
[11] - Servatyari et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

در سال ۱۳۹۷ بود. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای و در داخل هر طبقه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. حجم نمونه طبق فرمول کوکران، ۳۸۴ نفر برآورد شد. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل و رضایت آگاهانه و همچنین تکمیل کامل، صحیح و دقیق پرسشنامه‌ها و معیار خروج شامل عدم تمایل شخصی و یا عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود. بعد از کسب مجوز از اداره آموزش‌وپرورش کل استان کردستان و موافقت مدیران مدارس انتخاب‌شده و با دانش آموزان هر مدرسه انتخاب شده در مورد اهداف پژوهش ارائه می‌شود و پس از اخذ رضایت آگاهانه از کلیه دانش آموزان مبنی بر تکمیل اطلاعات مندرج در پرسشنامه ضمن دعوت از آنان برای شرکت در مطالعه رضایتشان جهت حضور در مطالعه جلب و همچنین بر محفوظ ماندن کل اطلاعات مربوط به آنان تأکید گردید. پرسشگران آموزش دیده طبق برنامه زمانی از قبل تعیین شده در مدارس حضور یافتند و در یکی از کلاس‌های درس، سؤالات پرسشنامه را برای دانش آموزان قرائت و از آنان درخواست می‌نمایند جواب را در پرسشنامه علامت بزنند، یک تن از پرسشگران جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی دانش آموزان در کلاس درس حاضر شد.

ابزار

ابزارهای این پژوهش، پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، پایه تحصیلی، معدل و وضعیت تحصیل، شغل و تحصیلات والدین) و ۲ پرسشنامه استاندارد نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-25) و پرسشنامه کیفیت خواب بود (PSQL) بود

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسشنامه نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در چهار هفته گذشته را بررسی می‌کند. این پرسشنامه ۷ مقیاس دارد که هر مقیاس، نمره‌ای از صفر تا سه می‌گیرد. مؤلفه‌های پرسشنامه شامل موارد زیر است.

۱.توصیف کلی فرد از کیفیت خواب ۲. تأخیر در به خواب رفتن ۳. طول مدت خواب مفید ۴. کفایت خواب (بر پایه نسبت طول مدت خواب مفید بر کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می‌شود) ۵. اختلال‌های خواب (به صورت بیدار شدن شبانه فرد اندازه‌گیری می‌شود) ۶. میزان داروی خواب‌آور مصرفی ۷. عملکرد صبحگاهی (به صورت مشکلات ناشی از بدخوابی که توسط فرد در طول روز تجربه شده است تعریف می‌شود).

در نمره‌گذاری پرسشنامه کیفیت خواب باید ۷ مؤلفه را مورد بررسی گیرد. حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مؤلفه در نظر گرفته شده است از ۰ (نبودن مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) است. در انتها نمره‌های هر مؤلفه با هم جمع شده و به یک نمره کلی تبدیل می شود (۰ تا ۲۱). نمره بالا در هر مؤلفه و یا در نمره کلی نشان دهنده کیفیت خواب نامناسب است. نمره‌های ۰-۱-۲-۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب است. هر یک از زیر مقیاس‌های هفت‌گانه، میزان اعتبار و سطح اطمینان داخلی حدود ۸۲/ ۰ و ۰/۷۸ قابل قبولی دارند (جانسون و همکاران[1]، ۲۰۰۶). فراهی و همکاران همکاران نیز جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، مطالعه‌ای انجام دادند که در نتیجه حساسیت ۷۷ درصد و ویژگی ۷۲ درصد و آلفای کرونباخ ۹۸ درصد را برای نسخه فارسی این پرسشنامه به دست آوردند (فراهی و همکاران[2]، ۲۰۰۹).

[1] - Johnson et al
[2] - Farrahi et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

پرسشنامه نشانه‌های اختلالات روانی SCL-25 (فرم کوتاه شده SCL-90): این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی نشانه‌های اختلالات روانی است. پرسشنامه فوق دارای نه خرده مقیاس بوده که در زیر به آن اشاره شده است. ۱.SOM (شکایات جسمانی) ۲. O-C (وسواس-اجباری) ۳.INT ۴ . DEP (افسردگی) ۵. ANX (اضطراب) ۶. PHOB (ترس مرضی) ۷. PAR (افکار پارانوییدی) ۸. PSY (روان‌پریشی) ۹. ADI

امتیازات هر فرد از ۲۵ عبارت فوق با یکدیگر جمع شد. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ خواهد بود. نمره بین ۲۵ تا ۵۰: نشان‌دهنده اختلالات روانی کم، نمره بین ۵۰ تا ۷۵: نشان‌دهنده اختلالات روانی متوسط و نمره بالاتر از ۷۵ نشان‌دهنده اختلالات روانی زیاد در فرد است.

در پژوهش نجاریان (۱۳۸۰) مشاهده شد که این پرسشنامه با فرم اصلی آن (SCL-90) همبستگی کاملاً معنی‌دار دارد و در نتیجه یک ابزار روا برای سنجش نشانه‌های اختلالات روانی است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کوتاه شده اختلالات روانی برابر با ۰/۹۷ به دست آمد (نجاریان و داوودی، ۲۰۰۱).

یافته‌ها

از ۳۷۰ نفر دانش آموز مطالعه حاضر، ۱۹۸ نفر (۵۳/۵٪) پسر و ۱۷۲ نفر (۴۶/۵٪) دختر بودند. ۱۴۰ نفر (۳۷/۸٪) در پایه ۱۰، ۱۷۷ نفر (۴۷/۸٪) در پایه ۱۱ و ۵۳ نفر (۱۴/۴٪) در پایه ۱۲ مشغول تحصیل بودند. ۳۸ نفر (۱۰/۲٪) معدل زیر ۱۴، ۹۶ نفر (۲۶٪) معدل ۱۴- ۱۶، ۱۵۶ نفر (۴۲/۱٪) معدل ۱۶- ۱۸ و ۸۰ نفر (۲۱/۷٪) معدل ۱۸-۲۰ داشتند. میانگین و انحراف معیار سن دانش آموزان ۰/۰۳۷± ۱۶/۸ بود.

در مطالعه حاضر ۱۰۷ نفر (۲۸٪) از دانش آموزان، اختلالات روانی کم، ۲۰۴ نفر (۵۵٪) اختلالات روانی متوسط و ۵۹ نفر (۱۷٪) دارای اختلالات روانی زیاد بودند. از سوی دیگر، تنها ۷۶ نفر (۲۰/۵٪) از دانش آموزان کیفیت خواب مناسبی داشتند و ۲۹۴ نفر (۷۹/۵٪) کیفیت خواب نامطلوبی داشتند.

با توجه به جدول شماره ۱، کیفیت خواب با جنسیت رابطه معناداری داشت (P= ۰/۰۱۱) و در زنان نامناسب‌تر بود.

کیفیت خواب با پایه رابطه معناداری داشت (P<۰/۰۰۱) و در دانش آموزان پایه ۱۰، کیفیت خواب نامناسب‌تر از سایر پایه‌ها بود. از سوی دیگر، وضعیت تحصیلی (معدل) با کیفیت خواب نیز رابطه معناداری پیدا نکرد (P= ۰/۳۹۴).

جدول شماره ۱ رابطه بین کیفیت خواب با متغیرهای دموگرافیک در میان دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷

		کیفیت خواب		کل	مقدار معناداری
		مناسب	نامناسب		
جنسیت	مرد	۵۰ (۶۵/۸٪)	۱۴۸ (۵۰/۳٪)	۱۹۸ (۵۳/۵٪)	P=۰/۰۱۱
	زن	۲۶ (۳۴/۲٪)	۱۴۶ (۴۹/۷٪)	۱۷ (۴۶/۵٪)	
کل		۷۶ (۱۰۰٪)	۲۹۴ (۱۰۰٪)	۳۷۰ (۱۰۰٪)	
پایه	۱۰	۲۲ (۲۹٪)	۱۱۸ (۴۰/۱٪)	۱۴۰ (۳۷/۸٪)	P<۰/۰۰۱
	۱۱	۳۹ (۵۱/۳٪)	۱۳۸ (۴۷٪)	۱۷۷ (۴۷/۸٪)	
	۱۲	۱۵ (۱۹/۷٪)	۳۸ (۱۲/۹٪)	۵۳ (۱۴/۴٪)	

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

	کل	۷۶ (٪۱۰۰)	۲۹۴ (٪۱۰۰)	۳۷۰ (٪۱۰۰)	
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۲۸ (٪۳۶/۹)	۱۲۹ (٪۴۴/۳)	۱۵۷ (٪۴۲/۷)	P=۰/۱۷۳
	زیر دیپلم	۳۷ (٪۴۸/۶)	۱۲۳ (٪۴۲/۲)	۱۶۰ (٪۴۳/۶)	
	دیپلم	۹ (٪۱۱/۸)	۱۸ (٪۶/۲)	۲۷ (٪۷/۳)	
	دانشگاهی	۲ (٪۲/۷)	۲۱ (٪۷/۳)	۲۳ (٪۶/۴)	
	کل	۷۶ (٪۱۰۰)	۲۹۱ (٪۱۰۰)	۳۶۷ (٪۱۰۰)	
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۶ (٪۸/۳)	۲۴ (٪۸/۲)	۳۰ (٪۸/۲)	P=۰/۳۹۷
	زیر دیپلم	۵۱ (٪۷۰/۸)	۱۷۸ (٪۶۱/۴)	۲۲۹ (٪۶۳/۳)	
	دیپلم	۱۰ (٪۱۳/۸)	۴۶ (٪۱۵/۹)	۵۶ (٪۱۵/۵)	
	دانشگاهی	۵ (٪۷/۱)	۴۲ (٪۱۴/۵)	۴۷ (٪۱۳)	
	کل	۷۲ (٪۱۰۰)	۲۹۰ (٪۱۰۰)	۳۶۲ (٪۱۰۰)	
شغل مادر	خانه‌دار	۷۳ (٪۹۶)	۲۶۴ (٪۹۰/۴)	۳۳۷ (٪۹۱/۶)	P=۰/۰۹۷
	آزاد	۰ (٪۰)	۳ (٪۱)	۳ (٪۰/۸)	
	کشاورز	۰ (٪۰)	۳ (٪۱)	۳ (٪۰/۸)	
	کارمند	۳ (٪۴)	۲۲ (٪۷/۶)	۲۵ (٪۶/۸)	
	کل	۷۶ (٪۱۰۰)	۲۹۲ (٪۱۰۰)	۳۶۸ (٪۱۰۰)	
شغل پدر	بیکار	۱ (٪۱/۳)	۴(٪۱/۵)	۵ (٪۱/۳)	P=۰/۰۳۱
	آزاد	۲۰ (٪۲۷/۷)	۱۲۴ (٪۴۲/۷)	۱۴۴ (٪۳۹/۸)	
	کشاورز	۳۲ (٪۴۴/۴)	۷۴ (٪۲۵/۵)	۱۰۶ (٪۲۹/۲)	
	کارمند	۱۳ (٪۱۸)	۶۱ (٪۲۱)	۷۴ (٪۲۰/۴)	
	کارگر	۶ (٪۸/۶)	۲۷ (٪۹/۳)	۳۳ (٪۹/۳)	
	کل	۷۲ (٪۱۰۰)	۲۹۰ (٪۱۰۰)	۳۶۲ (٪۱۰۰)	
معدل	بد	۱۲ (٪۷۲/۹)	۱۳۴ (٪۴۵/۷)	۱۳۴ (٪۳۶/۲)	P=۰/۳۹۴
	خوب	۶۴ (٪۲۷/۱)	۱۶۰ (٪۵۴/۳)	۲۳۶ (٪۶۳/۸)	
	کل	۷۶ (٪۱۰۰)	۲۹۴ (٪۱۰۰)	۳۷۰ (٪۱۰۰)	

طبق نتایج مطالعه حاضر در جدول ۱، شغل پدر (P=۰/۰۳۱) با کیفیت خواب رابطه معنی‌داری داشت ولی شغل مادر (P=۰/۰۹۷)، تحصیلات پدر (P=۰/۳۹۷) و تحصیلات مادر (P=۰/۱۷۳) با کیفیت خواب رابطه معناداری نشان ندادند.

جدول شماره ۲ رابطه بین اختلالات روانی با متغیرهای دموگرافیک در میان دانش آموزان دبیرستان های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷

		اختلالات روانی			کل	مقدار معناداری
		اختلال روانی کم	اختلال روانی متوسط	اختلال روانی زیاد		
جنسیت	مرد	۶۸ (٪۶۳/۵)	۱۰۶ (٪۵۲)	۲۴ (٪۴۰/۷)	۱۹۸ (٪۵۳/۵)	P=۰/۰۱۵
	زن	۳۹ (٪۳۶/۵)	۹۸ (٪۴۸)	۳۵ (٪۵۹/۳)	۱۷۲ (٪۴۶/۵)	
	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۴ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۳۷۰ (٪۱۰۰)	
پایه	۱۰/۰۰	۳۲ (٪۳۰)	۸۲ (٪۴۰/۲)	۲۶ (٪۴۴)	۱۴۰ (٪۳۷/۸)	P<۰/۰۰۱
	۱۲/۰۰	۵۶ (٪۵۲/۳)	۹۳ (٪۴۵/۶)	۲۸ (٪۴۷/۵)	۱۷۷ (٪۴۷/۸)	
	۱۲/۰۰	۱۹ (٪۱۷/۷)	۲۹ (٪۱۴/۲)	۵ (٪۸/۵)	۵۳ (٪۱۴/۴)	

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۴ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۳۷۰ (٪۱۰۰)	
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱۳ (٪۱۲/۳)	۱۶ (٪۸)	۱ (٪۱/۶)	۳۰ (٪۸/۲)	P=۰/۴۰۶
	زیر دیپلم	۶۶ (٪۶۲/۸)	۱۲۵ (٪۶۳/۲)	۳۸ (٪۶۴/۵)	۲۲۹ (٪۶۳/۳)	
	دیپلم	۱۲ (٪۱۱/۴)	۳۳ (٪۱۶/۶)	۱۱ (٪۱۸/۶)	۵۶ (٪۱۵/۵)	
	دانشگاهی	۱۴ (٪۱۳/۵)	۲۴ (٪۱۲/۲)	۹ (٪۱۵/۳)	۴۷ (٪۱۳)	
	کل	۱۰۵ (٪۱۰۰)	۱۹۸ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۳۶۲ (٪۱۰۰)	
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۴۴ (٪۴۱/۱)	۸۷ (٪۴۲/۹)	۲۶ (٪۴۵/۶)	۱۵۷ (٪۴۳/۴)	P=۰/۱۱۵
	زیر دیپلم	۴۹ (٪۴۶)	۸۶ (٪۴۲/۳)	۲۵ (٪۴۳/۹)	۱۶۰ (٪۴۳/۶)	
	دیپلم	۵ (٪۴/۶)	۱۹ (٪۹/۴)	۳ (٪۵/۳)	۲۷ (٪۷/۴)	
	دانشگاهی	۹ (٪۸/۳)	۱۱ (٪۵/۴)	۳ (٪۵/۲)	۲۳ (٪۵/۶)	
	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۳ (٪۱۰۰)	۵۷ (٪۱۰۰)	۳۶۷ (٪۱۰۰)	
شغل پدر	بیکار	۲ (٪۱/۹)	۳ (٪۱/۵)	۰ (٪۰)	۵ (٪۱/۴)	P=۰/۱۲۹
	آزاد	۳۹ (٪۳۷/۱)	۸۱ (٪۴۰/۹)	۲۴ (٪۴۰/۷)	۱۴۴ (٪۳۹/۸)	
	کشاورز	۳۸ (٪۳۶/۲)	۵۰ (٪۲۵/۵)	۱۸ (٪۳۰/۵)	۱۰۶ (٪۲۹/۲)	
	کارمند	۲۲ (٪۲)	۳۸ (٪۱۹/۱)	۱۴ (٪۲۳/۷)	۷۴ (٪۲۰/۴)	
	کارگر	۴ (٪۳/۸)	۲۶ (٪۱۳/۳)	۳ (٪۵/۱)	۳۳ (٪۹/۲)	
	کل	۱۰۵ (٪۱۰۰)	۱۹۸ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۳۶۲ (٪۱۰۰)	
شغل مادر	خانه‌دار	۹۹ (٪۹۲/۵)	۱۸۸ (٪۹۲/۱)	۵۰ (٪۸۷/۷)	۳۳۷ (٪۹۱/۵)	P=۰/۲۷۶
	آزاد	۰ (٪۰)	۱ (٪۰/۴)	۲ (٪۳/۵)	۳ (٪۰/۸)	
	کشاورز	۰ (٪۰)	۳ (٪۱/۲)	۰ (٪۰)	۳ (٪۰/۸)	
	کارمند	۸ (٪۷/۵)	۱۲ (٪۶/۳)	۵ (٪۸/۸)	۲۵ (٪۶/۹)	
	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۴ (٪۱۰۰)	۵۷ (٪۱۰۰)	۳۶۸ (٪۱۰۰)	
معدل	بد	۳۷ (٪۳۴/۶)	۶۶ (٪۳۲/۳)	۳۱ (٪۵۲/۲)	۱۳۴ (٪۳۶/۲)	P=۰/۰۱۶
	خوب	۷۰ (٪۶۵/۴)	۱۳۸ (٪۶۷/۷)	۲۸ (٪۴۷/۵)	۲۳۶ (٪۶۳/۸)	
	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۴ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۳۷۰ (٪۱۰۰)	

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، اختلال روانی با جنسیت رابطه معناداری نشان داد (P=۰/۰۱۵)؛ بر اساس روش من ویتنی، میانگین نمره اختلال روانی در مردان ۱۷۲ و در دختران ۲۰۱ بود بنابراین اختلال روانی در دختران بیشتر بود.

اختلال روانی با معدل دانش آموزان نیز رابطه معناداری داشت (P=۰/۰۱۶) و ۵۲ درصد دانش‌آموزانی که اختلال روانی شدید داشتند، معدل بد نیز داشتند، همچنین ۶۵ درصد دانش‌آموزانی که اختلال روانی کمی داشتند، معدل خوبی داشتند.

اختلال روانی با پایه دانش آموزان نیز رابطه معناداری داشت (P<۰/۰۰۱) و در پایه ۱۰ بیشترین میزان و در پایه ۱۲ کمترین میزان را داشت. از سوی دیگر، طبق نتایج جدول۲، اختلال روانی با شغل پدر (P=۰/۱۲۹)، شغل مادر (P=۰/۲۷۶)، تحصیلات پدر (P=۰/۴۰۶) و تحصیلات مادر (P=۰/۱۷۳) رابطه معناداری نداشت.

جدول شماره ۳ رابطه بین اختلالات روانی با کیفیت خواب در میان دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان دیواندره در سال ۱۳۹۷

		اختلالات روانی			میانگین	کل	معناداری
		کم	متوسط	زیاد			
کیفیت	مناسب	۳۶ (٪۳۳)	۴۰ (٪۱۹)	۰ (٪۰)	۱۳۵	۷۶ (٪۲۰)	P<۰/۰۰۱

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

خواب	نامناسب	۷۱ (٪۶۶)	۱۶۴ (٪۸۰)	۵۹ (٪۱۰۰)	۱۹۸	۲۹۴ (٪۷۹)	
	کل	۱۰۷ (٪۱۰۰)	۲۰۴ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۱۰۰)		۳۷۰ (٪۱۰۰)	

طبق نتایج جدول شماره ۳، رابطه معناداری بین کیفیت خواب و نشانه‌های اختلالات روانی مشاهده شد (P<۰/۰۰۱).

بحث

پژوهش حاضر نشان داد شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در دانش آموزان شهرستان دیواندره به عنوان جمعیتی غیر بالینی قابل ملاحظه است. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۲۸ درصد دانش آموزان اختلال روانی کم، ۵۵ درصد اختلال روانی متوسط و ۱۷ درصد دانش آموزان اختلال روانی شدید داشتند. به طور میانگین ۳۶٪ از کل جمعیت دانش آموزان دارای اختلال روانی متوسط و شدید بودند. این میزان در مقایسه با نتایج به دست آمده در برخی مطالعات انجام شده در ایران از جمله احمدوند و همکاران در شهر کاشان با ۲۹٪ (احمدوند و همکاران، ۲۰۱۰)، همین‌طور مطالعات انجام شده در خارج کشور مانند حسین[1] در بنگلادش با ۱۶/۵٪(۲۲)، بالاتر و از نتایج مطالعات سید مصطفی موسوی بزاز و همکاران در شهرستان بشاگرد با ۵۲/۰۷٪ (موسوی بزاز و همکاران، ۲۰۱۵) کمتر است. از دلایلی که می‌توان برای توجیه میزان درصد بالای افسردگی را در میان دانش آموزان شهرستان کوچکی مانند دیواندره برشمرد، بحران هویت، عدم آگاهی از مسائل ناشی از تکامل جسمی، نگرانی نسبت به آینده نامعلوم، اضطراب و استرس امتحان های نهایی و قبولی در رشته دلخواه در کنکور سراسری، نبودن امکانات و اماکن تفریحی و همین‌طور فشارهای اقتصادی سال‌های اخیر بر والدین آن‌هاست.

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، اختلال روانی با جنسیت رابطه معناداری نشان داد (P=۰/۰۱۵)؛ بر اساس روش من ویتنی، میانگین نمره اختلال روانی در مردان ۱۷۲ و در دختران ۲۰۱ بود می‌توان نتیجه گرفت که اختلال روانی در دختران بیشتر بود که با نتایج مطالعات انجام شده در ایران ازجمله سید مصطفی موسوی بزاز و همکاران در شهرستان بشاگرد (موسوی بزاز و همکاران، ۲۰۱۵) و حبیب زاده (حبیب زاده[2]، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در دختران می‌تواند به دلیل زیستی، نقش جنسیتی، نقشهای محیطی، محدود بودن منبع رضایت، محدودیت مشارکت اجتماعی و یکنواختی زندگی باشد (مسعودزاده و همکاران[3]، ۲۰۰۳).

اختلال روانی با معدل دانش آموزان نیز رابطه معناداری داشت (P=۰/۰۱۶) و ۵۲ درصد دانش‌آموزانی که اختلال روانی شدید داشتند، معدل بد نیز داشتند، همچنین ۶۵ درصد دانش‌آموزانی که اختلال روانی کمی داشتند، معدل خوبی داشتند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های انجام شده بر روی نوجوانان سودانی توسط گرن لاندل (گرن لندل وهمکاران[4]، ۲۰۰۹) است که اختلال اضطراب را به عنوان اختلال روانی در آن‌ها بررسی کرده بود.

اختلال روانی با پایه دانش آموزان نیز رابطه معناداری داشت (P<۰/۰۰۱) و در پایه ۱۰ بیشترین میزان و در پایه ۱۲ کمترین میزان را داشت. این با نتایج مطالعات گذشته از جمله مسعود زاده (مسعود زاده و همکاران، ۲۰۰۳) همسو بود.

[1] Hosain

[2] - Habibzadeh
[3] - Masoudzadeh et al
[4] - Gren-Landell et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

از سوی دیگر، طبق نتایج جدول۲، اختلال روانی با شغل پدر (P=۰/۱۲۹)، شغل مادر (P=۰/۲۷۶)، تحصیلات پدر (P=۰/۴۰۶) و تحصیلات مادر (P=۰/۱۷۳) رابطه معناداری یافت نشد که این نتایج همسو با نتایج حاصل از مطالعه سید مصطفی موسوی بزاز و همکاران بود (موسوی بزاز و همکاران، ۲۰۱۵) و با نتایج تحقیق مسعود زاده و همکاران که در آن بین سلامت روانی دانش آموزان و عواملی مانند شغل پدر، شغل مادر، تعداد افراد خانوار، محل سکونت خانواده و وضعیت مسکن تفاوت معناداری گزارش شد مغایرت داشت (موسی زاده و همکاران، ۲۰۰۳). شاید علت این نتایج را بتوان به بافت خانوادگی و فرهنگی این شهرستان نسبت داد به این صورت که تفاوت خاصی بین سطح اجتماعی – فرهنگی و اقتصادی آن‌ها نبود.

در این پژوهش مؤلفه دیگری که مورد بررسی قرار گرفت کیفیت خواب بود. دالاس معتقد است که استرس و اضطراب می‌تواند منجر به مشکلات خواب و اختلالات دیگر در دانشجویان گردد (جنسون[1]، ۲۰۰۳). نتایج این تحقیق نشان داد تنها ۷۶ نفر (۲۰/۵٪) از دانش آموزان کیفیت خواب مناسبی داشتند و ۲۹۴ نفر (۷۹/۵٪) کیفیت خواب نامطلوبی داشتند که همسو با دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه بود (تقوی لاریجانی و همکاران[2]، ۲۰۰۷).

با توجه به جدول شماره ۱، کیفیت خواب با جنسیت رابطه معناداری داشت (P=۰/۰۱۱) و در زنان نامناسب‌تر بود، این نتایج همسو با نتایج مطالعه علی میرزایی و همکاران در کرمان بود (علی میرزایی و همکاران[3]، ۲۰۱۵).

طبق نتایج مطالعه حاضر در جدول ۱، شغل مادر (P=۰/۰۹۷)، تحصیلات پدر (P=۰/۳۹۷) و تحصیلات مادر (P=۰/۱۷۳) با کیفیت خواب رابطه معناداری نشان ندادند ولی شغل پدر (P=۰/۰۳۱) با کیفیت خواب رابطه معنی داری داشت که با قلمداد کردن شغل پدر به عنوان منبع درآمد خانواده و میزان پول تو جیبی دانش آموزان این نتیجه همسو با نتیجه مطالعه قانعی و همکاران بود (قانعی و همکاران[4]، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، وضعیت تحصیلی با کیفیت خواب نیز رابطه معناداری نداشت (P=۰/۳۹۴). این یافته با نتیجه تحقیق ولفسون و کارسکادون[5] در این زمینه مغایرت داشت که در مطالعه خود نشان دادند دانش آموزان دبیرستانی که عملکرد تحصیلی بهتری از سایرین داشتند شب ها زودتر به خواب می‌رفتند و زمان خواب طولانی‌تری داشتند (ولفسون و کراسکادون، ۱۹۹۸).

نتیجه اینکه در مطالعه حاضر رابطه معناداری بین کیفیت خواب و شیوع نشانه‌های اختلالات روانی مشاهده شد (P<۰/۰۰۱) به این صورت که اختلالات روانی در افرادی که کیفیت خواب نامناسبی دارند، شایع‌تر است، این نتایج همسو با مطالعات انجام‌شده در ایران از جمله طاهره دهداری و همکاران (دهداری و همکاران[6]، ۲۰۱۶) و نیز خارج کشور مانند لما و همکاران (لما و همکاران[7]، ۲۰۱۲) است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش دلالت بر این دارد که افراد نوجوان مورد مطالعه، در مجموع شدیداً نیازمند خدمات بهداشت و روان می‌باشند؛ که در وهله اول نیازمند توجه و حمایت‌های معنوی خانواده و سپس تدوین سیاست‌های آموزشی و پیشگیرانه نهادهایی مانند

[1] - Jensen
[2] - Taghavi Larijani et al
[3] - Alimirzaei et al
[4] - Ghaneei et al
[5] Wolfson & Carskadon
[6] - Dehdari et al
[7] - Lemma et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

آموزش‌وپرورش و در مقیاس کوچک‌تر هر یک از مدارس است.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تشکر و سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کمیته تحقیقات دانشجویی و همچنین از کلیه مدیران و معلمان محترم مدارس شهرستان دیواندره و کلیه دانش‌آموزان و اولیای آنان که همکاری لازم را جهت جمع‌آوری صحیح داده‌ها با ما انجام دادند اعلام می‌دارند. مقاله حاضر از نتایج طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی با کد IR.MUK.REC.1398.015 است.

References

Ahmadvand, A, Sepehrmanesh, Z, Ghoreyshi, F, Assarian, F, Moosavi, GA, Saee, R, & Etesam, F. (2010). Prevalence of mental disorders in general population of Kashan City. Iranian Journal of Epidemiology, 6(2), 16-24

Alimirzaei, R, Forouzi, MA, Abazari, F, Mohammadalizadeh, S, & Haghdoost, A. (2015). Sleep quality and some associated factors in Kerman students of nursing and midwifery. Journal of Health and Development, 4(2), 146-157

Banks, S. (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. Journal of clinical sleep medicine, 3(05), 519-528

Beh-Pajooh, A, & Soleymani, S. (2016). The relationship between sleep quality and depression in older people living in 3 districts of Tehran, Iran. Iranian Journal of Ageing, 11(4), 72-79

Dehdari, T, Taatti, R, & Chaboksavar, F. (2016). The relationship between sleep quality and psychological condition in college students. Rahavard Salamat Journal, 2(1), 1-9

Eaton, DK, McKnight-Eily, LR, Lowry, R, Perry, GS, Presley-Cantrell, L, & Croft, JB. (2010). Prevalence of insufficient, borderline, and optimal hours of sleep among high school students–United States, 2007. Journal of Adolescent Health, 46(4), 399-401

Ebrahimi, F, & Mikaili, M. (2010). Assessment of Time, Frequency, and Wavelet Packet Transform Features Extracted from EEG for Sleep Staging using Self Organizing Maps (SOM). Iranian Journal of Biomedical Engineering, 4, 97-108

Farrahi, J, Nakhaee, N, Sheibani, V, Garrusi, B, & Amirkafi, A. (2009). Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). Sleep and Breathing, 13(3), 259

Ghaneei, R, Hemmati, M, Rezaei, K, Baghi V, & Makki, B. (2012). Sleep quality among nursing students reside in dormitories of Urimieeh University of Medical Sciences. Urmia J School Nurs Midwifery, 9(4), 277-282

Gren-Landell, M, Tillfors, M, Furmark, T, Bohlin, G, Andersson, G, & Svedin, CG. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 44(1), 1.

Habibzadeh, A. (2015). Investigating the Mental Health of Female High School Students in The city of Qom. JSR, 15(57), 109-118

Hidalgo, M, & Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. Neurological sciences, 23(1), 35-39

Issa Marie-Anne, Falkenbach Diana, M, Trupp Gabriele, F, Campregher, J G, & Lap, J. (2017). Psychopathy in Lebanese college students: The PPI-R considered in the context of borderline features and aggressive attitudes across sex and culture. Personality and individual differences, 105, 64-69

Jensen, DR. (2003). Understanding sleep disorders in a college student population. Journal of College Counseling, 6(1), 25-34

Johnson, EO, Roth, T, & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. Journal of psychiatric research, 40(8), 700-708

Lemma, S, Gelaye, B, Berhane, Y, Worku, A, & Williams, MA. (2012). Sleep quality and its

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]

psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. BMC psychiatry, 12(1), 237

Lima, P, Medeiros, A, & Araujo, J. (2002). Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class starting time. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 35(11), 1373-1377

Masoudzadeh, A, Khalilian, A, Ashrafi, M, & Kimiyabagi, K. (2003). The study of Mental Health Status in High School Students in Sari City. Journal of Mazandaran Univ Med Sci, 14(45), 74-82

Mindell, JA, Owens, JA, & Carskadon, MA. (1999). Developmental features of sleep. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 8(4), 695-725

Mohammad beigi, AAF, Mohammad salehi, N, Ghamari F, & Salehi B. (2009). Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008. Arak Medical University Journal, 12(3), 116-123

Mousavi Bazaz, S, Madani, A, & Zaree, F. (2015). Prevalence of psychological disorders and its social determinants among high school students in Bashagard, Iran, 2014. Journal of preventive medicine, 2(3), 40-46

Najarian, B, & Davoodi, I. (2001). Construction and validation of a short form of the SCL-90-r (SCL-25). Journal of Psychology, 5(2),136-49

Ohida, T, Kamal, A, Sone, T, ISHII, T, Uchiyama, M, Minova, M, & NOZAKI, S. (2001). Night-shift work related problems in young female nurses in Japan. Journal of occupational health, 43(3), 150-156

Owens, JA, & Dalzell, V. (2005). Use of the 'BEARS'sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Medicine, 6(1), 63-69

Rusterholz, T, & Achermann, P. (2011). Topographical aspects in the dynamics of sleep homeostasis in young men: individual patterns. BMC neuroscience, 12(1), 84

Servatyari, K, Yazdanpanah, H, Rasouli, MA, & Yousefi, F. (2018). Surveying of relationship between child abuse and aggression in primary school students in Sanandaj City-Iran. International Journal of BioMedicin and Public Health, 1(4), 162-168

Servatyari, K, Yousefi, F, Kashefi, H, Bahmani, MP, Parvareh, M, & Servatyari, S. (2018). The relationship between parenting styles with the aggression of their children in sanandaj primary students. International Journal of Biomedicine and Public Health, 1(3), 142-148

Shamshri, M, Moshki, M, & Mogharab, M. (2014). The survey of sleep quality and its relationship to mental health of hospital nurses. Iran Occupational Health Journal, 11(3),69-104

Sharma, M, Goyal, D, Achuth, P, & Acharya, UR. (2018). An accurate sleep stages classification system using a new class of optimally time-frequency localized three-band wavelet filter bank. Computers in biology and medicine, 98, 58-75

Taghavi Larijani, T, Ramezani, F, Khatoni, A, & Monjamed, Z. (2007). Comparison of the sources of stress among the senior Nursing and Midwifery Students of Tehran Medical Sciences Universities. Journal of hayat, 13(2), 61-70

Taylor, DJ, & Bramoweth, AD. (2010). Patterns and consequences of inadequate sleep in college students: substance use and motor vehicle accidents. Journal of Adolescent Health, 46(6), 610-612

Wolfson, AR, & Carskadon, MA. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. Child development, 69(4), 875-887

Wong JA. (2003). Nursing Care of Infants and Children: Saunders Company.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-01]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.3.12.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.3.71]