

مقاله اصلی

مقایسه علائم سایکوسوماتیک در دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهرستان رودسر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵

خلاصه

مقدمه: دانش آموزان مقطع متوسطه، پس از ورود به نوجوانی و تجربه بلوغ، مرحله بسیار حساس و سرنوشت سازی را سپری می کنند. در این مرحله تفاوت های جسمانی و روانی بین نوجوانان دختر و پسر بیش از پیش احساس می شود. بنابراین توجه به آثار روانشناختی حاصل از تفاوت های جنسیتی آنان، می تواند مسیر تأمین بهداشت روان و سلامت عمومی آنان را هموارتر کند. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه علائم سایکوسوماتیک در دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهرستان رودسر بود.

روش کار: این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان مقطع متوسطه دوم شهرستان رودسر در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به تعداد ۱۹۵۸ نفر بود. نمونه پژوهش نیز شامل ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر دانش آموز دختر و ۲۰۰ نفر دانش آموز پسر) بود که به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای دو مرحله ای انتخاب شدند و به پرسشنامه علائم روان تنی لاکورت و همکاران، (PSQ-۳۹) (۲۰۱۳) پاسخ دادند. تمام تجزیه و تحلیل های آماری این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۶ مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها در بخش آمار توصیفی با استفاده از نمره میانگین و انحراف معیار تحلیل شدند. در بخش آمار استنباطی نیز داده ها با آزمون تحلیل واریانس تک متغیره و چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند و از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس داده ها استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که دو گروه در متغیر سایکوسوماتیک ($F=109/59$ ، $P=0/00$)، باهم تفاوت معنادار داشتند.

نتیجه گیری: در متغیرهای علائم سایکوسوماتیک دختران نسبت به پسران میانگین نمرات بیشتری داشتند.

کلمات کلیدی: مقایسه، علائم سایکوسوماتیک، دانش آموزان.

فریما دهقان رودسری^۱

سیروان اسمایی مجد^{۲*}

^۱ گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

نویسنده مسئول: سیروان اسمایی مجد،

گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

Email: Samajd@iau.ac.ir

مقدمه

مدرسه به عنوان یک محیط آموزشی که نوجوانان وقت زیادی از روز خود را در آن سپری می‌کنند. با ایجاد حس ارزشمندی و امنیت، عاملی موثر در پیشرفت سلامت روان دانش‌آموزان خواهد بود. این نقش حمایتی مدارس باعث رشد جنبه‌های گوناگون فردی مانند رشد شخصیتی، رفتاری و تحصیلی فرد می‌شود. پژوهش‌ها بیان دارند که اجرای طرح‌ها و مداخلات هدفمند در مدارس، موجب تشخیص مشکلات درونی دانش‌آموزان و ارتقاء سلامت روان آنان می‌گردد (۱). گروهی از محققان معتقدند که تغییرات ساختاری انتقال از کودکی به نوجوانی موسوم به دوران بلوغ، بحرانی برای نوجوانان محسوب می‌شوند که ممکن است باعث ایجاد و تداوم مشکلات نوجوانی مانند افزایش اضطراب شود (۲).

اوج درگیری‌ها با مشکلات روانشناختی در همین محدوده سنی حساس نوجوانی در افراد رخ می‌دهد که در صورت نپرداختن به این مشکلات امکان بروز عواقب جبران‌ناپذیری چون ترک تحصیل یا مشکلات مرتبط با ادامه تحصیل، بهره‌وری پایین شغلی و اقتصادی، درگیری با بزهکاری و مصرف مواد افزایش می‌یابد (۳). تحقیقات به طور مداوم نشان داده‌اند که ورود به نوجوانی تفاوت‌های جنسیتی را، در ابراز و تنظیم هیجان، مشکلات رفتاری، رشد عاطفی و اختلالات روانشناختی، آشکار می‌سازند. این تفاوت‌های جنسیتی توسط ترکیبی از عوامل بیولوژیکی^۱، اجتماعی و زمینه‌ای شکل می‌گیرند (۴). جنسیت معمولاً به عنوان یک متغیر بیولوژیکی، یک وضعیت ذاتی تغییرناپذیر را در افراد، براساس عواملی مانند هورمون‌ها و کروموزوم‌ها، به عنوان زن و مرد طبقه‌بندی می‌کند. از سوی دیگر، جنسیت به ساختار اجتماعی-فرهنگی اشاره دارد که از طریق فرآیند اجتماعی شدن مداوم جنسیتی رخ می‌دهد که در آن فرد تحت تأثیر هنجارها، قوانین، نقش‌ها، کلیشه‌ها و انتظارات فرهنگ بر اساس جنسیت بیولوژیکی خود قرار

می‌گیرد. مقایسه‌های جنسیتی شامل تجزیه و تحلیل این است که چگونه این اجتماعی شدن جنسیتی ممکن است بر وضعیت سلامت روان از نظر تشخیص^۳، پیش‌آگهی^۴، درمان و تشخیص بیماری‌های همراه تأثیر بگذارد (۵). مسئله این است که در اغلب پژوهش‌ها به مقایسه ویژگی‌های روانشناختی وابسته به جنسیت در بزرگسالان و دانشجوین پرداخته شده اما تشخیص این تفاوت‌ها در نوجوانی و بخصوص دوران دانش‌آموزی در موارد کمتری مورد توجه محققان قرار گرفته است.

علائم سایکوسوماتیک به صورت نشانگان فیزیکی تحت تأثیر عوامل روانی، مانند درد مداوم، اختلالات گوارشی یا عوارض تنفسی ظاهر می‌شوند و لازم به ذکر است که استرس، اضطراب یا پریشانی عاطفی بیش از حد و مزمن ممکن است باعث شروع یا تشدید این اختلالات شود. در سال‌های اخیر، افزایش شیوع و پیشرفت سریع اختلالات روان‌تنی نگرانی‌های زیادی ایجاد کرده است. این افزایش را می‌توان به شرایط بیولوژیکی نامنظم و سبک زندگی پر استرس افراد نسبت داد که در نهایت منجر به اختلال در عملکرد اندام‌های حیاتی می‌شوند. علائم سایکوسوماتیک ناشی از تعاملات پیچیده‌ای است که شامل سیستم عصبی مرکزی، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی می‌شوند. وقتی بدن تحت تأثیر استرس و پریشانی روانی طولانی مدت قرار می‌گیرد، افزایش هورمون‌هایی چون کورتیزول^۵، اثرات مضر بر عملکرد ایمنی، التهاب و تعادل هموستاتیک^۶ دارند (۶). در تحقیقاتی روی نوجوانان ۱۰ الی ۲۵ سال، که علائم روان‌تنی را به ۵ دسته درد اسکلتی-عضلانی، شبه عصبی، گوارشی، قلبی-عروقی-تنفسی و پوستی قرار داده بود، زنان در مقایسه با مردان در هر ۵ دسته از علائم، بطور قابل توجه‌ای نمرات بالاتری کسب کردند (۷). در تحقیقات انجام شده در فرهنگ‌های غربی و اروپایی نیز پسران نوجوان نسبت به دختران

3. Diagnosis

4. Prognosis

5. Cortisol

6. Homeostatic balance

1. Biological

2. Chromosome

نوجوان، سطوح بالاتری از سلامت جسمی، سلامت روانی، خودپنداره^۱ و استقلال را تجربه می‌کند (۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از دانشجویان دانشگاه با علائمی که مشخصه اختلالات روان‌تنی^۲ هستند درگیرند، که به دلیل تأثیر چندوجهی‌شان بر جنبه‌های جسمی، روانی، تحصیلی و اجتماعی زندگی آن‌ها، عامل خطر مهمی محسوب می‌شوند. بدون مداخله، این علائم می‌توانند به مشکلات مزمن سلامتی تبدیل شوند و به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را مختل کنند (۹). در زمینه مشکلات سایکوسوماتیک در دانش‌آموزان پژوهش‌هایی صورت گرفته از جمله پژوهش‌ها بوکاوا^۳ و همکاران (۱۰) که به منظور مداخله زودهنگام برای علائم روان‌تنی نوجوانان در معاینات مدرسه انجام شد دانش‌آموزان پایه پنجم دبستان تا پایه سوم راهنمایی کشور ژاپن بود مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که شناسایی زودهنگام دانش‌آموزان پرخطر و مداخله فوری پزشکی می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از اختلالات روان‌تنی در نوجوانان داشته باشد و ضرورت گنجاندن ارزیابی سلامت روان در معاینات سلامت مدرسه را تأکید می‌کند. همچنین جی بروکس^۴ و همکاران (۱۱) پژوهشی با عنوان تفاوت‌های جنسیتی مهم در شکایات روان‌تنی و مرتبط با مدرسه در رابطه با وضعیت وزن نوجوانان انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که کم‌وزنی یا اضافه‌وزنی/چاقی با شکایات روان‌تنی و مدرسه‌ای مرتبط است و تفاوت‌های جنسیتی معناداری وجود دارد. به طور مشخص، پسران کم‌وزن احتمال بیشتری برای تجربه شکایات روان‌تنی داشتند، در حالی که این ارتباط در دختران کم‌وزن مشاهده نشد. پسران اضافه‌وزن/چاق نسبت به همسالان با وزن طبیعی بیشتر از سردرد، درد کمر/باسن و احساس افسردگی شکایت داشتند، و دختران اضافه‌وزن/چاق بیشتر احتمال داشت احساس افسردگی، اضطراب و دشواری در خواب رفتن را تجربه کنند. همچنین، نوجوانان دارای

اضافه‌وزن/چاق نسبت به کم‌وزن و همسالان با وزن طبیعی، شکایات مدرسه‌ای بیشتری از جمله شکست تحصیلی و تجربه زورگویی داشتند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت وزنی در نوجوانی با سلامت روان‌تنی و عملکرد مدرسه‌ای ارتباط دارد و توجه به مداخلات روان‌شناختی و تغذیه‌ای اهمیت دارد. همچنین والستروم^۵ و همکاران (۱۲) در پژوهشی که به بررسی شکایات روان‌تنی در سنین ۱۶-۱۵ سال و پیشرفت تحصیلی بالاتر در دبیرستان، در کشور سوئد و به روش همبستگی طولی پرداختند، نشان داد که شکایات روان‌تنی در نوجوانی می‌تواند پیامدهای بلندمدتی برای شرایط زندگی و سلامت افراد داشته باشد و با تأثیر بر عملکرد تحصیلی آینده، موفقیت آموزشی را تحت تأثیر قرار دهد.

با وجود بررسی‌های مداوم در زمینه آثار و دلایل بروز علائم سایکوسوماتیک مسئله این است که در پژوهش‌های اخیر داخل کشور، به مقایسه این علائم در دانش‌آموزان دختر و پسر پرداخته‌اند تا در صورت بروز نشانگان، با توجه به نقش جنسیت، توسعه بیماری‌های جسمی مختلف را در نوجوان کنترل شود. با توجه به آنچه بیان شد، علائم سایکوسوماتیک‌متغیری است که توجه به آن‌ها در قشر دانش‌آموزان نوجوان با نگرش به تفاوت‌های جنسیتی باعث پیشگیری از علائم بیشتر، تقویت توانایی‌های مثبت و گاهی بهره‌وری از مداخلات اثر بخش خواهند بود. بنابراین؛ پژوهش حاضر به دنبال پاسخ این مسئله اساسی است که آیا بین علائم سایکوسوماتیک دانش‌آموزان دختر و پسر دوره‌ی دوم متوسطه تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از منظر هدف استفاده از نتایج آن، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها و روش پژوهش، توصیفی-تحلیلی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهرستان رودسر بودند که طبق آمار اداره آموزش و پرورش شهرستان رودسر، جمعیت دانش‌آموزان در دوره دوم متوسطه ۱۹۵۸ نفر گزارش شد که در نیم سال دوم ۱۴۰۳_۱۴۰۴ در

1. Self-concept

2. Psychosomatic disorders

3. Chizu Habukawa

4. Samantha J Brooks

5. J. Wahlström

خرده مقیاس ۸ تا ۴۰ امتیاز است. علامت‌های اسکلتی-عضلانی که در گویه‌های (۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳) نشانه‌های اسکلتی عضلانی را می‌سنجند. دامنه امتیازات این خرده مقیاس ۶ تا ۳۰ امتیاز می‌باشد. علامت‌های عمومی بدن که در گویه‌های (۲۹-۳۳-۳۲-۳۱-۳۰) حالات عمومی بدن را می‌سنجند. دامنه امتیازات این خرده مقیاس ۵ تا ۲۵ امتیاز می‌باشد. علامت بغض (غم باد) که در گویه‌های (۳۶-۳۵-۳۴) نشانه‌های بغض گلو را می‌سنجند. دامنه امتیازات این خرده مقیاس ۳ تا ۱۵ امتیاز می‌باشد.

پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. نسخه فارسی این پرسشنامه در جهت تطبیق فرهنگی و اعتبار یابی به ۳۹ سوال کاهش یافت. حیدری و همکاران (۱۴) جهت بررسی روایی پرسشنامه ۳۹ سوالی، از روایی واگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و شربون^۱ (۱۹۹۲) استفاده کردند که نتیجه همبستگی منفی متوسط تا زیاد از ۰/۷۰- تا ۰/۲۵- را نشان داد و بطور کلی روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه را مناسب ارزیابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده نیز توسط حیدری و همکاران، بالای ۰/۷۰ به دست آمد. بهرامی نیا و همکاران (۱۵) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در پژوهش خود ۰/۹۵ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای علائم سایکوسوماتیک ۰/۷۸ بدست آمد.

نتایج

در بخش زیر به بررسی ویژگی‌های توصیفی متغیرهای سایکوسوماتیک پرداخته خواهد شد.

جدول ویژگی‌های توصیفی دانش‌آموزان دختر در متغیر سایکوسوماتیک را نشان می‌دهد. داده‌ها نشان می‌دهند که در نمره کلی روان‌تنی، پایین‌ترین نمره ۳۹ و بیشترین نمره ۱۶۳ می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمره کلی نیز $M=85/69$ ، $SD=29/81$ بود. جدول ۱ نیز نشان می‌دهد که در گروه پسران نیز، پایین‌ترین نمره کلی سایکوسوماتیک ۳۹ و بیشترین نمره ۱۱۷ و میانگین و انحراف استاندارد $M=60/75$ ، $SD=15/69$ می‌باشد.

دبیرستان‌های رودسر در حال تحصیل بودند. نمونه این تحقیق شامل ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر دانش‌آموز دختر و ۲۰۰ نفر دانش‌آموز پسر) بود که با توجه به فرمول کوکران و افزایش قابلیت تعمیم پذیری داده‌ها برای هرگروه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۱۳) گروه دانش‌آموزان دختر و دانش‌آموزان پسر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر عنوان، از پرسشنامه‌ی استاندارد علائم روان تنی لاکورت استفاده شد. این پرسشنامه توسط لاکورت و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی و ارائه شد که شامل ۴۷ علامت جسمانی بود که علائم گوارشی، قلبی، تنفسی، خستگی جسمی، عضلانی-اسکلتی، شناختی و سایر علائم را دربر می‌گرفت و بر اساس طیف لیکرت میزان درگیری فرد با این علائم طی ۷ روز گذشته را بررسی می‌کرد. درنمره‌گذاری این آزمون امتیاز هرگزینه (اصلا=۱)، (کم=۲)، (تاحدودی=۳)، (زیاد=۴) و (بسیار زیاد=۵) اینگونه است و هر جواب آزمودنی، نمره مشخصی دارد. برای محاسبه امتیاز آزمون نمره همگی گویه‌ها را جمع کردیم. دامنه امتیازات این پرسشنامه بین ۳۹ تا ۱۹۵ است. همچنین برای محاسبه امتیاز هر زیر مقیاس نیز می‌توان نمره تک تک گویه‌های مربوط به آن زیر مقیاس را باهم جمع کرد. هرچه امتیاز بدست آمده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر درگیری با علائم روان‌تنی خواهد بود و بالعکس. در این پرسشنامه ۷ علامت بصورت خرده مقیاس جداگانه بررسی می‌شوند. علامت‌های تعادل بدن که در گویه‌های (۶-۵-۴-۳-۲-۱) نشانه‌های تعادلی بدن را می‌سنجند. دامنه امتیازات در این خرده مقیاس ۶ تا ۳۰ امتیاز است. علامت‌های گوارشی که در گویه‌های (۱۰-۹-۸-۷) نشانه‌های گوارشی را می‌سنجند. دامنه امتیازات در این خرده مقیاس ۴ تا ۲۰ امتیاز است. علامت‌های روانشناختی که در گویه‌های (۱۱-۳۹-۳۸-۳۷-۱۴-۱۳-۱۲) نشانه‌های روانشناختی را می‌سنجند. دامنه امتیازات این خرده مقیاس ۷ تا ۳۵ امتیاز است. علامت‌های قلبی-تنفسی که در گویه‌های (۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۲۲) نشانه‌های قلبی-تنفسی را می‌سنجند. دامنه امتیازات این

¹. Ware & Sherbourne's MOS 36-Item Short Form Health Survey

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی متغیر سایکوسوماتیک در گروه دختران و پسران

گروه	مقیاس	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
دختر	نمره کلی	۳۹	۱۶۳	۸۵/۶۹	۲۹/۸۱
	قلبی تنفسی	۶	۴۰	۱۶/۱۴	۷/۹۶
	اسکلتي عضلانی	۶	۳۰	۱۳/۴۵	۶/۲۱
	روان شناختی	۶	۳۵	۱۹/۸۹	۷/۴۳
	گوارشی	۴	۲۰	۸/۸۲	۴/۰۹
	علائم عمومی	۴	۲۱	۹/۹	۴/۱۶
	تعادل بدن	۶	۲۷	۱۲/۴۱	۴/۶۶
	بغض	۲	۱۵	۴/۸۴	۲/۶۶
	نمره کلی	۳۹	۱۱۷	۶۰/۷۵	۱۵/۶۹
	قلبی تنفسی	۷	۲۸	۱۱/۰۹	۴/۲۸
پسر	اسکلتي عضلانی	۳	۲۵	۹/۸۱	۴/۱۱
	روان شناختی	۶	۳۲	۱۲/۴۰	۴/۹۲
	گوارشی	۴	۱۵	۵/۵۵	۲/۲۴
	علائم عمومی	۵	۲۰	۸/۳۹	۳/۳۴
	تعادل بدن	۵	۱۸	۸/۳۹	۲/۳۹
	بغض	۳	۱۵	۵/۲۹	۲/۷

همچنین در گروه دختران نمرات خرده مقیاس‌ها نیز به شرح زیر است: قلبی تنفسی ($M=16/14$, $SD=7/96$)، اسکلتي عضلانی ($M=13/45$, $SD=6/21$)، روان شناختی ($M=19/89$, $SD=7/43$)، گوارشی ($M=8/82$, $SD=4/09$)، علائم عمومی ($M=9/9$, $SD=4/16$)، تعادل بدن ($M=12/41$, $SD=4/66$) و بغض ($M=4/84$, $SD=2/66$).

همچنین در گروه پسران میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های قلبی تنفسی ($M=11/09$, $SD=4/28$)، اسکلتي عضلانی ($M=9/81$, $SD=4/11$)، روان شناختی ($M=12/40$, $SD=4/92$)، گوارشی ($M=5/55$, $SD=2/24$)، علائم عمومی ($M=8/39$, $SD=3/34$)، تعادل بدن ($M=8/39$, $SD=2/39$) و بغض ($M=5/29$, $SD=2/7$) بود.

جهت بررسی تفاوت بین دو گروه پسر و دختر از نظر متغیر علائم روان‌تنی و خرده مقیاس‌های آن از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به جدول ۲ نتایج آزمون چندمتغیره نشان داد که اثر متغیر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته به طور معناداری برجسته است. به‌طورخاص، شاخص پیلائی برابر با $0/381$ به دست آمد که با مقدار آماره F برابر با

جدول ۲. نتایج حاصل از واریانس چند متغیره در علائم

اثر	-	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی	خطای	Sig.
گروه	اثر پیلائی	۰/۳۸۱	۳۴/۵۲۱	۷	۳۹۲	۰/۰۰۰	
	لامبدا	۰/۶۱۹	۳۴/۵۲۱	۷	۳۹۲	۰/۰۰۰	
	ویلکز	۰/۶۱۶	۳۴/۵۲۱	۷	۳۹۲	۰/۰۰۰	
	اثر هتلینگ	۰/۶۱۶	۳۴/۵۲۱	۷	۳۹۲	۰/۰۰۰	
	ریشه روی	۰/۶۱۶	۳۴/۵۲۱	۷	۳۹۲	۰/۰۰۰	

همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروهی در متغیر روان‌تنی و خرده مقیاس‌های آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروهی در علائم روان‌تنی

اثر	متغیر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	Sig.
گروه	قلبی تنفسی	۲۵۵۵/۳۰۳	۱	۲۵۵۵/۳۰۳	۶۲/۴۹۶	۰/۰۰۰
	اسکلتی عضلانی	۱۳۲۱/۳۲۳	۱	۱۳۲۱/۳۲۳	۴۷/۶۶۲	۰/۰۰۰
	روان شناختی	۵۶۰۲/۵۲۳	۱	۵۶۰۲/۵۲۳	۱۴۱/۱۶۵	۰/۰۰۰
	گوارشی	۱۰۶۹/۲۹۰	۱	۱۰۶۹/۲۹۰	۹۸/۳۵۳	۰/۰۰۰
	عمومی	۲۲۶/۵۰۳	۱	۲۲۶/۵۰۳	۱۵/۹۲۸	۰/۰۰۰
	تعادل	۱۶۲۰/۰۶۳	۱	۱۶۲۰/۰۶۳	۱۱۹/۰۱۴	۰/۰۰۰
	بغض	۱۹/۸۰۳	۱	۱۹/۸۰۳	۲/۷۶۸	۰/۰۹۷
کل	قلبی تنفسی	۹۳۰۰۳	۴۰۰			
	اسکلتی عضلانی	۶۶۴۸۱	۴۰۰			
	روان شناختی	۱۲۵۶۹۵	۴۰۰			
	گوارشی	۲۶۰۴۶	۴۰۰			
	عمومی	۳۹۳۵۷	۴۰۰			
	تعادل	۵۰۲۸۱	۴۰۰			
	بغض	۱۳۱۳۹	۴۰۰			

دارد، اما در خرده مقیاس بغض ($F=۲/۷۶۸$ ، $P=۰/۰۹۷$) تفاوت معناداری مشاهده نشد. با مقایسه میانگین‌های متغیر علائم روان‌تنی، مشخص گردید که گروه دختران نسبت به پسران علائم بیشتری نشان می‌دهند.

این یافته‌ها با نتایج استیگلیک^۱ و همکاران (۱۶)، برگ و همکاران (۱۷)، کرکس^۲ و همکاران (۱۸)، و محبی و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد. اما با نتایج پیکو^۳ و همکاران (۲۰) و سون مارک^۴ و همکاران (۲۱) ناهمسو بود.

اختلالات روان‌تنی، گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مولفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات قلبی- عروقی، تنفسی، معدی-روده‌ای، استخوانی عضلانی، دستگاه‌های تناسلی- ادراری، پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آنها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که بین گروه دختر و پسر در متغیر نمره کلی علائم روان‌تنی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین خرده مقیاس‌های قلبی تنفسی ($F=۶۲/۴۹۶$ ، $P=۰/۰۰۰$)، اسکلتی عضلانی ($F=۴۷/۶۶۲$ ، $P=۰/۰۰۰$)، روان شناختی ($F=۱۴۱/۱۶۵$ ، $P=۰/۰۰۰$)، گوارشی ($F=۹۸/۳۵۳$ ، $P=۰/۰۰۰$)، عمومی ($F=۱۵/۹۲۸$ ، $P=۰/۰۰۰$)، تعادل بدن ($F=۱۱۹/۰۱۴$ ، $P=۰/۰۰۰$) تفاوت معناداری مشاهده شد، اما در خرده مقیاس بغض ($F=۲/۷۶۸$ ، $P=۰/۰۹۷$) تفاوت معناداری مشاهده نشد. با مقایسه میانگین‌های متغیر علائم روان‌تنی، مشخص گردید که گروه دختران نسبت به پسران علائم بیشتری نشان می‌دهند.

بحث نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره، فرضیه تفاوت بین علائم روان‌تنی دختران و پسران دانش آموز را تأیید کرد. نتایج فصل چهارم نشان داد که بین خرده مقیاس‌های قلبی تنفسی ($F=۶۲/۴۹۶$ ، $P=۰/۰۰۰$)، اسکلتی عضلانی ($F=۴۷/۶۶۲$ ، $P=۰/۰۰۰$)، روان شناختی ($F=۱۴۱/۱۶۵$ ، $P=۰/۰۰۰$)، گوارشی ($F=۹۸/۳۵۳$ ، $P=۰/۰۰۰$)، عمومی ($F=۱۵/۹۲۸$ ، $P=۰/۰۰۰$)، تعادل بدن ($F=۱۱۹/۰۱۴$ ، $P=۰/۰۰۰$) تفاوت معناداری وجود

1. Gregor Stiglic

2. Nóra Kerekes

3. Bettina F Piko

4. Kristina Sonmark

میزان شیوع و بروز علائم روان تنی در زنان و مردان هر جامعه ای بر اساس متغیرهای فرهنگی و نقش‌هایی که جامعه برای آنان در نظر می‌گیرد متفاوت می‌باشد. به همین ترتیب تأثیر بیماری‌های روان‌تنی و عوارض آن نیز در بین زنان و مردان متفاوت است. به طوری که زنان بیشتر به دلیل تغییرات تصویر ذهنی از جسم خویش، تصور جامعه و تصویر قالبی در مورد انفعال زنان و انتظارات متفاوت از آنها، دچار مشکلات روان‌شناختی و به تبع آن دچار علائم روان‌تنی می‌شوند (۲۶).

یکی از سازه‌هایی که نقش مهمی در بروز اختلالات روان‌تنی دارد، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی پایدار است که بیان‌کننده میل به تفسیر و تعبیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری زیان‌آور می‌باشد. افراد با حساسیت اضطرابی بالا، در مورد رویدادهای استرس‌زا دست به فاجعه‌سازی می‌زنند؛ در حالی که افراد با حساسیت اضطرابی پایین، این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده اما در مورد آنها فاجعه‌سازی نمی‌کنند. به این ترتیب ارزیابی فرد از یک موقعیت استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقش تعیین‌کننده دارد (۲۷). فرانک و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند زنان به دلیل ساختار زیست‌شناختی منحصر به فرد خود، بیشتر در معرض بروز مسائل و مشکلات روان‌تنی هستند (۲۸). فاجعه‌آمیز کردن مسائل روان‌شناختی و به تبع آن علائم روان‌تنی یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مزمن شدن علائم جسمی و ناتوانی ناشی از آن باشد. فاجعه‌آمیز کردن مشکلات روان‌شناختی، فرد را با چرخه‌ی معیوبی که از ترس مرتبط با حساسیت بالای اضطرابی، گوش‌بزرگی، عاطفه منفی^۱ و اجتناب تشکیل شده است روبرو می‌کند. نظریه‌ی استرس-آسیب‌پذیری^۲ بر این باور است که فاجعه‌آمیز کردن مسائل روان‌تنی با افزایش فعالیت محور آدرنال^۳ و ورود به یک چرخه‌ی باطل همراه است. اجتناب نیز موجب کاهش عملکرد جسمانی و اجتماعی، احساس ناتوانی و مشکلات روان‌شناختی می‌شود که این

تنگناکنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (۲۲). اختلالات روان‌تنی در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز از راه‌هایی که هنوز شناخته شده نیست، پیام‌های مختلفی ارسال می‌کند که بر آگاهی فرد تأثیر می‌گذارد و از وجود یک مشکل جدی در بدن خبر می‌دهد. به علاوه مکانیسم‌های ناشناخته‌ی روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در بیوشیمی و ایمنی‌شناسی عصبی ایجاد می‌کنند و باعث بروز این بیماری‌ها می‌گردند (۲۳). علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیکی درگیر، عوامل روان‌شناختی و هیجانی در ایجاد این بیماری‌ها دخیل هستند (۲۴). به طوری که اختلالات هیجانی از شایع‌ترین علائم روان‌شناختی در بیماران سایکوسوماتیک بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود. همان‌طور که شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، مکانیسم‌های اختلال در تنظیم هیجان با حضور بیماری‌های روان‌تنی از جمله سردرد، بیماری‌های التهابی روده، اختلالات گوارشی عملکرد و بیماری‌های پوستی مرتبط هستند (۲۳). تنظیم شناختی هیجان به عنوان فرآیندهایی که از راه آنها افراد هیجان‌هایشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود و شکلی ویژه از خودتنظیمی است. تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی کنش‌وری موفق بوده و نقش مهم در سازگاری با وقایع زندگی ایفا می‌کند (۲۵). با توجه به اینکه برخی از ویژگی‌های افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی از جمله اختلالات هیجانی، سبب می‌شود تا فرد در موقعیت‌های هیجانی قادر نباشد اطلاعات هیجانی ناشی از آن رویداد را به درستی پردازش و ادراک کند، در نتیجه برای محافظت خود در مقابل عواطف نگران‌کننده به ارزیابی‌های ناهشیار و ادراک تحریف شده روی می‌آورد. گاه نیز به دلیل ناتوانی در به کار بردن راهبردهای صحیح جهت تنظیم و مدیریت هیجان‌های خود، نیازمند استفاده از ساز و کارهای جایگزین می‌شود و علائم و مسائل روان‌شناختی را به علائم بدنی تبدیل می‌کند (۲۳). عاملی که می‌تواند در بروز بیماری‌های روان‌تنی نقش تعدیل‌کننده‌ای داشته باشد، جنسیت افراد مبتلا است. براساس آنچه در متون علمی مطرح شده است،

1. Negative Affect

2. Stress-Diathesis Model

3. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis

پدیده‌ها به نوبه خود باعث می‌شوند، تجربه فرد از علائم روان‌تنی شدت پیدا کند و دور باطل قبلی ادامه یابد (۲۷). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که فاجعه آفرینی ۱۳-۷ درصد واریانس مربوط به شدت علائم روان‌تنی را تبیین می‌کند؛ لذا این طور تصور می‌شود که فاجعه‌آمیز کردن علائم روان‌تنی با ناتوانی مرتبط با آن، شدت بروز و ناتوانی همراه با آن را بیشتر می‌کند. علائم روان‌تنی مزمن تا حد خیلی زیاد بر کارکرد روزانه و حرفه‌ای فرد مبتلا اثر منفی می‌گذارند و می‌توانند سطوح متفاوتی از محدودیت‌ها و ناتوانی‌های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی را برای فرد به همراه داشته باشند (۲۳).

همچنین در سال‌های اخیر اگرچه شیوع علائم بیرونی همچون سرکشی، تکانش‌گری و پرخاشگری در بین نوجوانان پایدار بوده است، اما بروز علائم درونی مثل علائم روان‌تنی، افسردگی و اضطراب در قرن بیست و یکم به ویژه در نوجوانان افزایش فزاینده‌ای داشته است (۱۸). یکی از عوامل احتمالی بروز علائم روان‌تنی در دختران به این دلیل است که زمانی که کودک وارد سن نوجوانی می‌شود با ورود به دوره متوسطه با حجم زیادی از دروس مواجه هستند. سخت‌تر شدن دروس و افزایش تکالیف درسی در دوره متوسطه نسبت به مقطع ابتدایی همراه با افزایش انتظار والدین، مدرسه و جامعه، رقابت با همسالان موجب شده تا دانش‌آموزان با مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مهمی مانند افسردگی، غیبت بیش از حد، کاهش انگیزش و افزایش درصد افت تحصیلی مواجه شوند (۱۶).

همچنین مکانیسم‌های روانی اجتماعی بالقوه‌ای می‌توانند واکنش روان‌تنی دختران را توجیه کنند. مثلاً مفهوم خود پنداره و تصویر بدنی که در دوره نوجوانی دست‌خوش تغییرات عظیمی می‌شود، می‌تواند دختران را به سمت واریس مکرر بدنی و ظاهر و به تبع آن واکنش‌های روان‌تنی سوق دهد. در جامعه ما با توجه به استفاده زیاد از مواد آرایشی و تبلیغات هنجارهای زیبایی، ناتوانی در انتخاب پوشش دلخواه، تبلیغات جراحی‌های متعدد که از طریق فضای مجازی در دسترس است، دختران را به سمت گرداب رقابتی بی پایان سوق می‌دهد که به تبع آن منجر به مشکلات روان‌شناختی عدیده در این قشر می‌شود. همچنین با

توجه به ویژگی‌های وابسته به جنسیت زنانه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مردانگی (پرخاشگری، تسلط و استقلال) نسبت به زنانگی (پذیرش، انفعال، حساسیت) با بهزیستی روانی^۱ اجتماعی و جسمی بالاتری همراه است (۱۶). مسئله‌ی دیگری که در بروز علائم روان‌تنی در دختران نقش بارزی دارد، شکل و اندازه‌ی حجم بدنی و قیافه می‌باشد. در طی نوجوانی، دختران وارد فاز زنانگی می‌شوند و به تبع آن افزایش وزن و افزایش انباشت چربی در بدن را تجربه می‌کنند. افزایش وزن و تغییر شکل ظاهری بدن می‌تواند موجب حساسیت بیشتر به نگاه‌های اطرافیان و بروز رفتارهایی برای جلب توجه در محیط شود. اگر جلب توجه از طرف محیط کافی نباشد، احتمالاً نوجوان مبادرت به رفتارهای نمایشی برای تطابق با نقشی که جامعه بر دوشش گذاشته است می‌کند (۲۸). افزایش میزان چربی و عدم توانایی تطابق با نقش زنانگی می‌تواند باعث کاهش عزت نفس و کم‌اشتهایی و رژیم‌های غذایی سخت‌گیرانه‌ای شود که موجب مشکلات جسمی و روان‌شناختی در دختران می‌شود. همچنین مشکلات مربوط به چرخه ماهیانه و تغییرات هورمونی ناشی از آن، در تعدادی از خانواده‌ها تبدیل به چالشی جدی برای نوجوان می‌شود. در این دوره نوجوان احساسات مختلفی مانند شرم و خجالت یا مشکلات جسمی را تجربه خواهد کرد (۲۹).

با توجه به اهمیت مشکلات سایکوسوماتیک در کیفیت زندگی، سلامت عمومی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، ارائه‌ی برنامه‌های جامع و کاربردی برای سنجش و ارزیابی علائم روان‌تنی و عوارض آن بر روی دانش‌آموزان و طراحی پروتکل‌های درمانی مؤثر برای غلبه بر این علائم، پیشنهاد می‌گردد. چون دانش‌آموزان در این سن، خود را برای کنکور آماده می‌کنند و این علائم می‌تواند بر روی کیفیت زندگی‌شان اثر منفی داشته باشد، لذا اجرای چنین برنامه‌هایی می‌تواند در بهبود نمرات تحصیلی و به تبع آن موفقیت در آزمون‌های ورودی دانشگاه‌ها اثرگذار باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت آگاه‌سازی والدین از نوع علائم و نشانه‌های شایع در این

^۱. Psychological Well-Being

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

حمایت مالی

هیچگونه حمایت مالی در انجام پژوهش دریافت نشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

سن، برنامه‌های آموزشی منظم و کاربردی جهت آگاه سازی والدین اجرا و آماده‌سازی شود.

ملاحظات اخلاقی

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران می-

باشد." و دارای کد اخلاق به شناسه

IR.IAU.LIAU.REC.1404.074 از کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان می‌باشد.

References

- Jafari H, abbasizadeh Lavayi R, shekari Y, Lenjani N. The Second National Conference on Humanities with a New Approach and the First International Research Conference on Modern Educators, Astara, 1404, <https://civilica.com/doc/2298420>.
- Mokari H, Khaleghparast S, Samani LN. Impact of puberty health education on anxiety of adolescents; International Journal of Medical Research & Health Sciences 2016; 5(5): 284-91.
- Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, Cost KT, Courtney DB, Georgiades K, Merikangas KR, Henderson JL. Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the global burden of disease study; JAMA psychiatry 2024; 81(4):347-56.
- Levkovich I, Yatzkar U, Shenaar-Golan V. Age and Gender Differences in Emotional and Behavioral Functioning Among Youth Referred to a Psychiatric Outpatient Clinic at a Public Hospital; Children 2025; 12(6):683.
- Farhane-Medina NZ, Luque B, Taberner C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review; Science progress 2022; 105(4):00368504221135469.
- Chauhan A, Jain CK. Psychosomatic disorder: the current implications and challenges; Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry 2024; 22(4):399-406.
- Vulić-Prtorić A. Somatic complaints in adolescence: Prevalence patterns across gender and age; Psiholgijske teme 2016; 25(1):75-105.
- Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents; Health and quality of life outcomes 2013; 11(1):176.
- Ramaiya, B. Psychosomatic Disorders in College Going Students: A Risk Factor; International Journal for Multidisciplinary Research 2024; 6 (1).
- Habukawa C, Nagamitsu S, Koyanagi K, Nishikii Y, Yanagimoto Y, Yoshida S, Suzuki Y, Murakami K. Early intervention for psychosomatic symptoms of adolescents in school checkup; Pediatrics International 2022; 64(1): e15117.
- Brooks SJ, Feldman I, Schiöth HB, Titova OE. Important gender differences in psychosomatic and school-related complaints in relation to adolescent weight status; Scientific Reports 2021; 11(1):14147.
- Wahlström J, Östberg V, Åhlén J, Låftman SB. Psychosomatic complaints at age 15-16 and later educational achievement in upper secondary school; European Journal of Public Health. 2023; 33: 160-833.
- Hooman HA, Statistical inference in behavioral research, 2020; Tehran: samt
- Heidari Z, Feizi A, Rezaei S, Roohafza H, Adibi P. Psychosomatic symptoms questionnaire (PSQ-39): a psychometric study among general population of Iranian adults; BMC psychiatry 2021; 21(1): 269.
- Bahraminia M, Khaleghipour Sh, Soltani F. The effectiveness of emotion-focused therapy on distress tolerance, fear of positive experience, and psychosomatic symptoms in individuals experiencing grief due to COVID-19. Ebnesina 2024; 27(1):23-35.
- Stiglic G, Cebe, M, Budle LC. Internet Use and Psychosomatic Symptoms among University Students: Cross-Sectional Study; International journal of environmental research and public health 2022; 19 (3): 17-74.
- Bergh D, Giota J. Student achievement goals and psychosomatic health complaints among Swedish adolescents: the role of sex; Journal of Public Health 2022; 30 (4): 1011-1022.

18. Kerekes N, Zouini B, Tingberg S, Erlandsson S. Psychological distress, somatic complaints, and their relation to negative psychosocial factors in a sample of Swedish high school students; *Frontiers in public health* 2021; 9 (2): 66-99.
19. Mohebi Z, Torkaman M, Rastaghi S, Rad M. Association between PMS with temperament in high school students; *IJOGI* 2017; 20 (5): 15-33.
20. Piko BF, Varga S, Mellor D. Are adolescents with high self-esteem protected from psychosomatic symptomatology?; *European Journal of pediatrics* 2016; 175 (6): 785-792.
21. Sonmark K, Godeau E, Augustine L, Bygren M, Modin B. Individual and contextual expressions of school demands and their relation to psychosomatic health a comparative study of students in France and Sweden; *Child Indicators Research* 2016; 9(1):93-109.
22. Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases: stress and skin: facts and controversies; *Clin Dermatol* 2013; 31(6):707-11.
23. Oskis A, Clow A, Hucklebridge F, Bifulco A, Jacobs C, Loveday C. Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style; *Personality and Individual Differences* 2013 ;54 (1):97-102.
24. Taylor GJ, Bagby RM, Kushner SC, Benoit D, Atkinson L. Alexithymia and adult attachment representations: associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment; *Compr Psychiatry* 2014; 55 (5):1258-68.
25. Joormann J, Siemer M. Emotion regulation in mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press. 2014; P361-375.
26. Zhu C, Ou L, Geng Q, Zhang M, Ye R, Chen J, Jiang W. Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou, China; *General hospital psychiatry* 2012; 34(2):113-20.
27. Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC. Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups; *A systematic review Ageing Res Rev* 2013; 12 (1): 151-156.
28. Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients; *Journal of psychosomatic research* 2004; 56 (4): 413-418.
28. Vulic-Prtoric A. Somatic complaints in adolescence: Prevalence patterns across gender and age; *Psihologijske teme* 2016; 25 (1): 75-105.
29. Nygren K, Hagquist C. Self-reported school demands and psychosomatic problems among adolescents—changes in the association between 1988 and 2011; *Scandinavian Journal of public health* 2019; 47 (2): 174-181.

*Original Article***Comparison of psychosomatic symptoms in male and female high-school students (second level) in Rudsar County**

Received: 29/09/2025 - Accepted: 04/04/2026

Farima Dehghan Rudsari¹
Sirvan Asmaee Majd^{2*}¹Department of Psychology, La.C.,
Islamic Azad University, Lahijan ,
Iran.²Department of Psychology, La.C.,
Islamic Azad University, Lahijan ,
Iran.**Corresponding author:** Sirvan
Asmaee Majd, Department of
Psychology, La.C., Islamic Azad
University , Lahijan , Iran.

Email: Samajd@iau.ac.ir

Abstract**Introduction:** High school students, after entering adolescence and experiencing puberty, go through a highly sensitive and formative stage. At this point, the physical and psychological differences between male and female adolescents become more evident. Therefore, paying attention to the psychological effects resulting from these gender differences can help pave the way for promoting their mental health and overall well-being. The aim of the present study was to compare psychosomatic symptoms among male and female students in the second stage of high school in Rudsar County.**Methods:** This study was a descriptive-analytical research with a causal-comparative design. The statistical population consisted of all second-grade high school students in Rudsar County during the 2024–2025 academic year, totaling 1,958 individuals. The sample included 400 students (200 female and 200 male), selected through a two-stage cluster random sampling method. Participants completed the Psychosomatic Symptoms Questionnaire (PSQ-39) developed by Lacourt et al. (2013). All statistical analyses were performed using SPSS-26 software. In the descriptive statistics section, data were analyzed using mean scores and standard deviations. In the inferential statistics section, data were analyzed using univariate and multivariate analysis of variance, and Levene's test was used to examine the homogeneity of variances.**Results:** The results of the multivariate analysis of variance indicated that the two groups differed significantly in the psychosomatic variable ($F = 109.59, P = 0.00$).**Keywords:** Comparison, Psychosomatic, Students