پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۹، شماره ۲، صفحات ۱۴۱ تا ۱۴۵ (تابستان ۸۴)

Original Article

بررسی میزان سلامت روان نوجوانان: مطالعه قند و لیپید تهران

دکتر یاسمن متقی پور، پریسا امیری، مژگان پادیاب، دکتر فراز والایی، دکتر یداله محرابی، دکتر فریدون عزیزی *

* مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در دنیای امروز و نظر به اهمیت بروز این اختلالات در سنین نوجوانی، مطالعه حاضر به منظور آگاهی از وضعیت سلامت روان نوجوانان منطقه ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از مطالعه قند و لیپید تهران انجام شد.*

مواد و روشها: *در یک مطالعه مقطعی از مجموع موارد مورد بررسی در طرح ملی قند و لیپید تهران، ۳۴۶ نوجوان ۱۹-۱۲ سال به تصادف انتخاب شدند. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ۲۸ سئوالی سلامت عمومی (GHQ-28) که قبلاً برای جمعیت ایرانی معتبر شده بود، توسط جمعیت مورد مطالعه تکمیل گردید. در این پرسشنامه امتیاز ۶ و بالاتر مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته شد. جهت مقایسه امتیازات کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها بین دو جنس از آزمونهای کای دو و من ویتنی و برای مقایسه مقیاسها از آزمون فریدمن استفاده شد.*

یافته ها: *نمونه‌ها شامل ۱۵۰(۴۳/۴٪) پسر و ۱۹۶ (۵۶/۶٪) دختر بودند. ۱۸۴ نفر (۵۳/۲٪) نمره ۶ و بالاتر داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه ۵/۱±۶/۹ با میانه ۶ و میانگین و انحراف معیار مقیاسهای پرسشنامه شامل جسمانی سازی علائم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۴±۰/۹، ۱/۷±۲/۱،۰/۳±۳/۷ و ۱/۷±۱/۰ محاسبه گردید. میانه مقیاسهای مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۴ و ۰ بود. در مقیاس عملکرد اجتماعی میزان سلامت روان کمتر از سایر موارد مشاهده گردید (p<۰/۰۰۱). فراوانی نمرات ۶ و بالاتر در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران بود (۶۵٪ در مقابل ۳۵٪، p<۰/۰۰۱).*

نتیجه گیری: *بیش از نیمی از نوجوانان مورد بررسی تهرانی مشکوک به اختلال روانی بودند که در این میان دختران سهم بیشتری داشتند. با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و با عنایت به نقش سلامت روان به عنوان یکی از ارکان سلامت عمومی، بررسی علل زمینه ساز اختلالات روانی در نوجوانان و راههای پیشگیری از آن بویژه در مقیاس عملکرد اجتماعی در مطالعات بعدی توصیه می‌گردد.*

واژگان کلیدی: *سلامت روان، نوجوان، تهران.*

مقدمه

ظهور پدیده بلوغ و تغییرات فیزیولوژیک ناشی از آن زمینه مساعدی را جهت بروز استرس و اختلالات روانی و اجتماعی فراهم می‌سازد (۱). نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که در ۸-۲٪ بیماران مبتلا به افسردگی متوسط سن بروز اولین علائم ۱۶ سال بوده است. شواهد دیگری مبنی بر احتمال بیشتر ابتلاء این افراد به افسردگی شدید، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، افت تحصیلی و حتی تمایل به خودکشی در سالهای آتی وجود دارد (۲). در سال ۱۹۹۸ بررسی وضعیت سلامت روان نوجوانان در آمریکا نشان داد بیش از۴ میلیون کودک و نوجوان ۱۷-۹ ساله اختلالات روانی را تجربه کرده اند که به نوعی زندگی روزمره آنها را تحت تاثیر قرار داده است (۳). گزاش مجمع عمومی جراحان آمریکا در سال ۱۹۹۹ با عنوان "سلامت روان کودکان و نوجوانان" نشان می دهد ۷۴٪ از جوانان ۲۱ ساله مبتلا به اختلالات روانی، سابقه بروز این اختلالات را در دوران نوجوانی ذکر کرده‌اند (۴) در مقایسه با

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان آیت ا... طالقانی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دکتر فریدون عزیزی (**email:** azizi@erc-iran.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۳/۱۱

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

مطالعات وسیعی که بر روی سلامت روانی بزرگسالان در ایران و سایر کشورهای جهان انجام شده است، بررسی این بعد از سلامت در نوجوانان در دهه اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. وجود این باور که اختلالات روانی در دوران نوجوانی بروز نمی‌کند موجب شده است که بخش عظیمی از نوجوانان که به نوعی از عدم سلامت روان رنج می‌برند از نظر مسئولین امر سلامت و بهداشت دور مانده و این قشر از جامعه کمترین سهم را در برنامه‌ریزیهای مربوط به پیشگیری و درمان بیماریهای روانی داشته باشند (۷-۵). این مسئله در کشور ما که دارای جمعیت جوانی است از اهمیت به سزایی برخوردار بوده، لزوم انجام مطالعات گسترده به منظور سنجش سلامت عمومی روان و راههای پیشگیری و درمان زودهنگام از این اختلالات را مطرح می‌سازد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سلامت عمومی روان نوجوانان منطقه ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از طرح ملی " بررسی تاثیر تغییر شیوه زندگی بر بیماریهای عمده غیرواگیر: مطالعه قند و لیپید تهران" انجام شد.

مواد و روشها

مطالعه قند و لیپید تهران پژوهشی آینده‌نگر است که به منظور بررسی عوامل خطرساز بیماریهای غیرواگیر در بین ساکنین منطقه ۱۳ شهر تهران و همچنین اصلاح شیوه زندگی بخشی از این افراد طراحی شده است. مهمترین عوامل خطرساز مورد بررسی در این مطالعه شامل اختلالات لیپیدی، پرفشاری خون، چاقی، سیگار و استرس می‌باشند. جهت ارزیابی استرس و اختلالات روانی از مجموع نوجوان تحت پوشش طرح قند و لیپید تهران تعداد ۳۴۶ نوجوان مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات توسط پرسشگران آموزش دیده جمع آوری گردید. با هماهنگی گروه مددکاری مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دو پرسشگر همزمان به منزل افراد مراجعه کرده ضمن توضیح طرح، قسمت اطلاعات دموگرافیک پرسشنامه شامل متغیرهای سنی، جنس، تحصیلات را تکمیل نموده و از افراد می‌خواستند که پرسشنامه‌ها را طی سه روز آینده تکمیل نمایند. به افراد تاکید می‌شد که پرسشنامه هر فرد تنها توسط خود او و بدون استعانت از سایر افراد خانواده تکمیل گردد. بدین ترتیب تعداد ۳۴۶ پرسشنامه کامل بدست آمد. در این مطالعه ابزار سنجش میزان سلامت عمومی روان، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی GHQ-28 بود. این پرسشنامه در مطالعات قبلی انجام شده بر روی جمعیت ایرانی ۱۵ سال به بالا استفاده شده بود (۸). منابع موجود امکان استفاده از این پرسشنامه را در نوجوانان ذکر می‌کنند. در مطالعات صورت گرفته در خارج از ایران GHQ-28 در گروه سنی ۱۸-۱۲ سال به عنوان بهترین نسخه این پرسشنامه معرفی شده است (۹،۱۰). این پرسشنامه توانایی سنجش سلامت عمومی روان را در چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی داراست. نمره گذاری این پرسشنامه به روش ۰ ـ ۰ ـ ۱ ـ ۱ و نمره ۶ و بالاتر در کل و در خرده مقیاس‌ها مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری کای دو، فریدمن و من ویتنی استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۳۴۶ نوجوان ۱۹-۱۲ سال، ۱۵۰ (۴۳/۴٪) پسر و ۱۹۶ (۵۶/۶٪) دختر بررسی شدند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد ۲/۲±۱۵/۵ سال بود.

میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه از مجموع ۲۸ امتیاز ۵/۱±۶/۸ با میانه ۶ و میانگین و انحراف معیار هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه شامل جسمانی سازی علائم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۴±۰/۹، ۱/۷±۱/۳، ۲/۰±۳/۷ و ۱/۷±۱/۰ محاسبه گردید. میانه مقیاسهای مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۴ و ۰ بود.

در مجموع ۱۸۴ نفر (۵۳/۲٪) نمره ۶ و بالاتر کسب کردند. میانگین نمره کل پرسشنامه در دختران به طور معنی داری بیشتر از پسران بود. (۵/۵±۸/۰ در مقابل ۴/۰±۵/۳، p<۰/۰۰۱) همچنین میانگین امتیازات کلیه مقیاسها در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران بود (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین، میانه و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه و مقیاسهای آن به تفکیک جنس

متغیر	میانه کل	میانگین و انحراف معیار	دختر (n=۱۹۶)	پسر (n=۱۵۰)	P
جسمانی سازی	۰	۱/۴±۰/۹	۱/۶±۱/۱	۱/۰±۰/۵۵	۰/۰۰۱
اضطراب و اختلال خواب	۱/۰	۱/۷±۱/۳	۱/۹±۱/۶	۱/۳±۰/۹	۰/۰۰۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۴/۰	۲/۰±۳/۷	۱/۹±۴/۰	۲/۰±۳/۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۰	۱/۷±۱/۰	۱/۸±۱/۲	۱/۴±۰/۶	۰/۰۰۱
نمره کل	۶/۰	۵/۱±۶/۹	۵/۵±۸/۰	۴/۰±۵/۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

در این مطالعه فراوانی دختـــران مشکوک به اختلال روانی به طور معنـــی داری بیشتر از پســـران بـود (۶۵٪ در مقابـل ۳۵٪، p<۰/۰۰۱).

میانه نمره کل پرسشنامه در گروه سنی ۱۹-۱۶ سال بـه طـور معنـی داری بیـشتر از گـروه سـنی ۱۵-۱۲ سـال بـود (p<۰/۰۰۱).

مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاسها اختلاف معنی‌داری را در گروه سـنی ۱۵-۱۲ سـال و ۱۹-۱۶ سـال نـشان داد. ایـن اختلاف در تمامی مقیاسها معنی دار بود (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه و مقیاسهای آن به تفکیک گروه سنی

متغیر	۱۵-۱۲سال (n=۱۶۳)	۱۹-۱۶سال (n=۱۸۳)	P
جسمانی سازی علائم	۰/۷±۱/۳	۱/۰±۱/۶	۰/۰۵
اضطراب و اختلال خواب	۰/۹±۱/۵	۱/۶±۱/۹	۰/۰۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۳/۵±۲/۰	۴/۰±۲/۰	۰/۰۱
افسردگی	۰/۷±۱/۵	۱/۲±۱/۹	۰/۰۱
کل	۵/۸±۴/۶	۷/۸±۵/۴	۰/۰۰۱

بررسـی مقیاسـها بـا توجـه بـه سـطح تحـصیلات والـدین نشان دهنده اختلاف معنی دار در دو مقیاس اختلال عملکـرد اجتماعی و افسردگی در فرزندان مادران دارای تحـصیلات زیـر دیـپلم در مقایـسه بـا فرزنـدان متعلـق بـه مـادران بـا سـطح تحصیلات دیپلم و بـالاتر بـود (p<۰/۰۱ و p<۰/۰۵). در سـایر مقیاسها اختلاف معنی دار نبود. بررسـی مقیاسـها بـا در نظـر گرفتن سطح تحصیلات پدر در هـیچ یـک از مـوارد اختلافـات معنی داری را نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی خرده مقیاسهای پرسشنامه با در نظر گرفتن میزان تحصیلات والدین براساس نمره برش ≤ ۶

متغیر	تحصیلات پدر		تحصیلات مادر	
	دیپلم و بالاتر	زیر دیپلم	دیپلم و بالاتر	زیر دیپلم
جسمانی سازی علائم	۲(۱/۶)*	۳(۲/۳)	۱(۰/۹)	۷(۳/۵)
اضطراب و اختلال خواب	۷(۵/۶)	۴(۳/۰)	۵(۴/۸)	۸(۴/۴)
اختلال عملکرد اجتماعی	۲۸(۲۲/۶)	۳۳(۲۵/۰)	۱۷(۱۶/۲)	۵۹(۲۹/۲)†
افسردگی	۳(۲/۴)	۲(۱/۵)	-	۹(۴/۲)‡

* اعداد داخل پرانتز نشان دهنده درصد می‌باشند

† p<۰/۰۱، ‡ p<۰/۰۵ در مقایسه با دیپلم و بالاتر

بحث

نتایج این مطالعه که بر روی گروهی از نوجوانـان یـک منطقـه شهری تهران انجام شـد نـشان داد کـه ۵۳/۲٪ از افـراد مـورد بررسی مشکوک به اختلال روانی بودند. عدم تطابق سنی گروه مورد بررسی در مطالعه حاضر با سایر مطالعات صـورت گرفتـه در داخل کشور امکان مقایسه نتیجه بدست آمـده را بـا سـایر مطالعات داخلی سلب نمـوده اسـت (۱۲،۱۱،۸). درصـد افـراد مشکوک به اختلال روانی در این مطالعه از پژوهـشهای پـاتس وکیلیس، فرگوسـن و وود وارد و هـاکرو دراینـونی بیـشتر و از مطالعه هارینگتون و کلارک کمتـر بـود (۷-۲،۵). ایـن تفـاوت می‌تواند ناشی از منطقه جغرافیایی، ابـزار انـدازه‌گیـری، نحـوه تشخیص و همچنـین زمـان انجـام مطالعـه باشـد. نتـایج ایـن مطالعه حاکی از وجود کمترین میزان سلامت روان در مقیـاس عملکرد اجتماعی بود، بطوریکه بیش از یـک چهـارم نوجوانـان مورد مطالعه اخـتلال در عملکـرد اجتمـاعی را گـزارش کـرده بودند. یافته‌های حاصل از مطالعـه آرکـی و همکـاران بـر روی عملکرد اجتماعی گروهی از نوجوانـان کانـادایی مویـد نتیجـه بدست آمده در این مطالعه می‌باشد (۱۳).

دختران مورد بررسـی در مقایـسه بـا پـسران از سـلامت روان کمتری برخوردار بودند. مقایسه مقیاسهای روانی بررسی شـده در ایـن مطالعـه نـشان داد در کلیـه مقیاسـها بـه اسـتثنای افسردگی، درصد گزارش اخـتلال روانـی در دختـران بـه طـور معنی داری از پسران بیشتر بوده است. جنسیت به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز ابتلا به اختلال روانی در مطالعات پیـشین مورد بحث و بررسی قرار گرفتـه اسـت (۱۵-۱۳، ۵، ۲). نتـایج مطالعه‌ای که توسط هاکرودراینونی بر روی سلامت کودکـان و نوجوانان ایالت بوستون آمریکـا صـورت گرفـت نـشان داد کـه درصد بیشتری از دختران تجربه افسردگی را ذکر کـرده‌انـد در حالیکـه اظهـار تنهـایی و عـدم اطمینـان در پـسران فراوانـی بیشتری داشته است (۵). نتایج حاصـل از مطالعـه آینـده نگـر فرگوسن و همکاران بر روی ۱۲۶۵ نوجوان موید فراوانی بیشتر افسردگی، اضطراب و اقدام به خودکشی در دختران بود این در حالی است که اعتیاد به دخانیات، مصرف الکل، ترک تحـصیل و بیکاری در پسران فراوان بیشتری داشت (۲).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از شیوع بیشتر اخـتلالات روانـی در گروه سنی ۱۹-۱۶ سال در مقایسه با افراد ۱۵-۱۲ سـاله بـود که با نتیجه بدست آمده در مطالعه فرگوسن همخوانی نداشت (۲).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

بررسی عوامل اجتماعی ـ اقتصادی خانواده بر سلامت روان نوجوانان از اهمیت بسزایی برخوردار است. در این مطالعه میزان سلامت روان نوجوانان با توجه به وضعیت تحصیلی والدین سنجیده شد. وضعیت تحصیلی والدین یکی از مهمترین شاخصهای سنجش وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی می‌باشد که به نوعی می‌تواند تعیین کننده پایگاه اجتماعی یک خانواده باشد (۱۶).

نتیجه بدست آمده در پژوهش حاضر نشان دهنده اختلاف معنی دار فراوانی اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در میان فرزندان مادران زیر دیپلم در مقایسه با فرزندان مادران دارای مدرک دیپلم و بالاتر بود. بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی مادر و تاثیر آن بر روی میزان استرس و سلامت روان فرزندانشان در طی مطالعه‌ای توسط لمپر و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بدست آمده حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روان در بین فرزندان متعلق به مادرانی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در سطح پائین‌تری قرار دارند می‌باشد که به نوعی نتایج حاصل از مطالعه حاضر را تائید می‌کند (۱۷).

نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته در دهه اخیر مبنی بر آسیب پذیری بیشتر نوجوانان دارای اختلال روانی در ابتلا به بیماریهای در دوران بزرگسالی، اهمیت ارزیابی سلامت روان را در این گروه بیش از پیش مطرح ساخته و توجه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان ارتقاء سلامت را در جوامع مختلف به خود جلب نموده است. لحاظ نمودن نوجوانان به عنوان گروهی آسیب پذیر در برنامه‌های پیشگیری از ابتلاء به اختلالات روانی در بسیاری از مطالعات توصیه شده است (۲۲-۱۸،۵،۲).

صرف نظر از محدودیتهای مطالعه حاضر اعم از منطقه خاص جغرافیایی، تفاوت شرکت کنندگان با امتناع‌کنندگان(۲۳)، روش اجرا و گروه سنی خاص، یافته‌های حاصله لزوم بررسی دقیقتر در خصوص وضعیت سلامت روان نوجوانان، دلایل ایجاد کننده اختلالات روانی و برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری از این دسته بیماریها را مطرح می‌سازد.

REFERENCES

1. Bologini M, Plancherel B, Nunez R, Bettschart W. Assessment of the effects of age at start of puberty on mental health in pre-adolescence: results of a longitudinal study (1989-1991). Rev Epidemiol Sante Publique 1993; 41: 337-45.
2. Fergusson DM, Wood ward LJ. Mental Health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 2002; 50: 225-31.
3. Manderscheid RW, Henderson MJ. Mental Health, United States, 1998. Washington: Substance abuse and mental health services administration (US); 1998. Pub. No. (SMA) 99; 3285.
4. Public Health Service (US). Report of the surgeon general's conference on children's mental health: a national action agenda, Washington: Department of Health and Human Services; 2000.
5. Hacher K, Drainoni ML. Mental health and illness in Boston's children and adolescents: one city's experience and it's implications for mental health policy markers. Public Health Reports 2001; 116: 317-26.
6. Potts Y, Gillies M, Wood SF. Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? Family Practice 2001; 18: 95-100.
7. Harrington R, Clark A. Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1998; 248: 32-45.

۸. نوربالا احمد، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. چاپ اول، تهران، ۱۳۸۰.

9. Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. Aust N Z J Psychiatry 2002; 36: 550-7.
10. Tait RJ, French DJ, Hulse GK. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. Aust N Z J Psychiatry. 2003; 37: 374-81.

۱۱. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸؛ دوره دوم، شماره ۴، صفحات ۲۱۲ تا ۲۲۳.

۱۲. پالاهنگ حسن، نصر مهدی، شاه محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴؛ سال اول، شماره ۴، صفحات ۵۵ و ۵۶.

13. Arcy CD, Siddique CM. Psychological distress among Canadian adolescents. Psychological Medical 1984; 14: 615-28.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

14. Gilli M, Ferrer V, Roca M, Bernardo M. Gender differences in mental health: epidemiological study in the general population of the island of Formentera. Actas Luso Neurol Psiquiatr 1998; 26: 90-6.

15. Shek DT. Sex differences in the psychological of Chinese adolescents. J Psychol 1989; 123: 405-12.

۱۶. محسنی منوچهر. جامعه شناسی پزشکی. قشربندی اجتماعی، بهداشت و بیماری. چاپ پنجم، انتشارات طهوری، تهران، سال ۱۳۷۶، صفحات ۱۷۷ تا ۲۰۴.

17. Lempers JD, Clark–Lempers DS. Economic hardship, family relationships and adolescent distress: An evaluation of a stress-distress mediation model in mother-daughter and mother son days. Adolescence 1997; 126: 340-56.

18. Mahon NE, Yarcheski A. Mental health variables and positive health practices in early adolescents. Psychological Report 2001; 88: 1023-30.

19. Lowe ED. Identity, activity, and well-being of adolescents and youth: lessons from young people in a Micronesian Society. Cult Med Psychiatr 2003; 27: 187-219.

20. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. Int Rev Psychiatr 2003; 15: 185-7.

21. Davis M. Addressing the needs of youth in transition to adulthood. Adm Policy Ment Health 2003; 30: 495-509.

22. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. J Acad Child Adolesc Psychiatr 2001; 40: 1086-93.

۲۳. امامی حبیب، غفاری حامد، راد سروش، عزیزی فریدون. بررسی اختلاف بین شرکت کنندگان و امتناع کنندگان از شرکت در مطالعه قند و لیپید تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۳۸۳؛ سال ششم، شماره ۴، صفحات ۳۱۹ تا ۳۲۳.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]