

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 درون ریز 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 ۱۲-۱۹ 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 $6/9 \pm 5/1$ با میانگین و انحراف معیار مقیاسهای پرسشنامه شامل جسمانی سازی علائم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب $0/9 \pm 1/4$ ، $3/7 \pm 2/1$ ، $1/0 \pm 1/7$ و $3/7 \pm 2/1$ محاسبه گردید. میانگین مقیاسهای مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۴ و ۰ بود. در مقیاس عملکرد اجتماعی میزان سلامت روان کمتر از سایر موارد مشاهده گردید ($p < 0/001$). فراوانی نمرات ۶ و بالاتر در دختران به طور معنی داری بیشتر از پسران بود (۶۵٪ در مقابل ۳۵٪، $p < 0/001$).

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 می گردد. **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 می سازد (۱). نتایج حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک صورت گرفته در دو دهه اخیر نشان می دهد 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 از ۴ میلیون کودک و نوجوان ۹-۱۷ ساله اختلالات روانی را تجربه کرده اند که به نوعی زندگی روزمره آنها را تحت تاثیر قرار داده است (۳). گزارش 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 کرده اند (۴) در مقایسه با

آدرس نویسنده مسئول: تهران، بیمارستان آیت الله طالقانی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم،

دکتر فریدون عزیزی (email: azizi@erc-iran.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۳/۱۱

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 ۱۲-۱۸ 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 - ۱ - 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 $15/5 \pm 2/2$ سال بود.

میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسشنامه از مجموع ۲۸ امتیاز $6/8 \pm 5/1$ 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 $0/9 \pm 1/4$ ، $1/3 \pm 1/7$ ، $3/7 \pm 2/0$ و $1/0 \pm 1/7$ 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. ($8/0 \pm 5/5$ در مقابل $5/3 \pm 4/0$ ، $p < 0/001$) همچنین میانگین امتیازات کلیه مقیاسها در دختران به طور معنی داری بیشتر از پسران بود (جدول ۱).

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

متغیر	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	دختر (n=196)	پسر (n=150)	P
جسمانی سازی	۰	$0/9 \pm 1/4$	$1/1 \pm 1/6$	$0/55 \pm 1/0$	۰/۰۰۱
اضطراب و اختلال خواب	۱/۰	$1/3 \pm 1/7$	$1/6 \pm 1/9$	$0/9 \pm 1/3$	۰/۰۰۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۴/۰	$3/7 \pm 2/0$	$4/0 \pm 1/9$	$3/3 \pm 2/0$	۰/۰۰۱
افسردگی	۰	$1/0 \pm 1/7$	$1/2 \pm 1/8$	$0/6 \pm 1/4$	۰/۰۰۱
نمره کل	۶/۰	$6/8 \pm 5/1$	$8/0 \pm 5/5$	$5/3 \pm 4/0$	۰/۰۰۱

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 خطر ساز بیماریهای غیرواگیر در بین ساکنین منطقه ۱۳ شهر تهران و همچنین اصلاح شیوه زندگی بخشی از این افراد طراحی شده است. مهمترین عوامل خطر ساز 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 درون ریز 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

بحث

نتایج این مطالعه که بر روی گروهی از نوجوانان یک منطقه شهری تهران انجام شد نشان داد که ۵۳/۲٪ از افراد مورد بررسی مشکوک به اختلال روانی بودند. عدم تطابق سنی گروه مورد بررسی در مطالعه حاضر با سایر مطالعات صورت گرفته در داخل کشور امکان مقایسه نتیجه بدست آمده را با سایر مطالعات داخلی سلب نموده است (۱۲، ۱۱، ۸). درصد افراد مشکوک به اختلال روانی در این مطالعه از پژوهشهای پاتس و کیلیس، فرگوسن و وود وارد و هاگرو دراینونی بیشتر و از مطالعه هارینگتون و کلارک کمتر بود (۷-۲، ۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از منطقه جغرافیایی، ابزار اندازه‌گیری، نحوه تشخیص و همچنین زمان انجام مطالعه باشد. نتایج این مطالعه حاکی از وجود کمترین میزان سلامت روان در مقیاس عملکرد اجتماعی بود، بطوریکه بیش از یک چهارم نوجوانان مورد مطالعه اختلال در عملکرد اجتماعی را گزارش کرده بودند. یافته‌های حاصل از مطالعه آرکی و همکاران بر روی عملکرد اجتماعی گروهی از نوجوانان کانادایی مویید نتیجه بدست آمده در این مطالعه می‌باشد (۱۳).

دختران مورد بررسی در مقایسه با پسران از سلامت روان کمتری برخوردار بودند. مقایسه مقیاسهای روانی بررسی شده در این مطالعه نشان داد در کلیه مقیاسها به استثنای افسردگی، درصد گزارش اختلال روانی در دختران به طور معنی داری از پسران بیشتر بوده است. جنسیت به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز ابتلا به اختلال روانی در مطالعات پیشین مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (۱۵-۱۳، ۵، ۲). نتایج مطالعه‌ای که توسط هاگرو دراینونی بر روی سلامت کودکان و نوجوانان ایالت بوستون آمریکا صورت گرفت نشان داد که درصد بیشتری از دختران تجربه افسردگی را ذکر کرده‌اند در حالیکه اظهار تنهایی و عدم اطمینان در پسران فراوانی بیشتری داشته است (۵). نتایج حاصل از مطالعه آینده نگر فرگوسن و همکاران بر روی ۱۲۶۵ نوجوان مویید فراوانی بیشتر افسردگی، اضطراب و اقدام به خودکشی در دختران بود این در حالی است که اعتیاد به دخانیات، مصرف الکل، ترک تحصیل و بیکاری در پسران فراوانی بیشتری داشت (۲).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانی در گروه سنی ۱۶-۱۹ سال در مقایسه با افراد ۱۲-۱۵ ساله بود که با نتیجه بدست آمده در مطالعه فرگوسن همخوانی نداشت (۲).

در این مطالعه فراوانی دختران مشکوک به اختلال روانی به طور معنی داری بیشتر از پسران بود (۶۵٪ در مقابل ۳۵٪، $p < 0.001$).

میانمهره کل پرسشنامه در گروه سنی ۱۶-۱۹ سال به طور معنی داری بیشتر از گروه سنی ۱۲-۱۵ سال بود ($p < 0.001$).

مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاسها اختلاف معنی داری را در گروه سنی ۱۲-۱۵ سال و ۱۶-۱۹ سال نشان داد. این 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	۱۲-۱۵ سال (n=۱۶۳)	۱۶-۱۹ سال (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

بررسی مقیاسها با توجه به سطح تحصیلات والدین نشان دهنده اختلاف معنی دار در دو مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در فرزندان مادران دارای تحصیلات زیر دیپلم در مقایسه با فرزندان متعلق به مادران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بود ($p < 0.01$ و $p < 0.05$). در سایر مقیاسها اختلاف معنی دار نبود. بررسی مقیاسها با در نظر گرفتن سطح تحصیلات پدر در هیچ یک از موارد اختلافات معنی داری را نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی خرده مقیاسهای پرسشنامه با در نظر گرفتن میزان تحصیلات والدین براساس نمره برش ≤ 6

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

* اعداد داخل پرانتز نشان دهنده درصد می‌باشند

[†] $p < 0.01$ ، [‡] $p < 0.05$ در مقایسه با دیپلم و بالاتر

می‌باشد که به نوعی نتایج حاصل از مطالعه حاضر را تأیید 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 امتناع کنندگان (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.

بررسی عوامل اجتماعی - 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 - 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 فرزندان 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

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.

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. قشریندی 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.