

## بررسی سلامت روانی فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان

شکوفه رادفر<sup>۱</sup> \* M.D.، حمید حقانی<sup>۲</sup> \* Ph.D.، سیدعباس تولایی<sup>۳</sup> \* M.D.، احسان مدیریان<sup>۴</sup> \* M.D. و  
مریم فلاحتی<sup>۵</sup> \* B.Sc.

آدرس مکاتبه: \* دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>۱</sup> - دانشکده پزشکی - گروه روانپزشکی - تهران - ایران

\*\* دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده آمار و اطلاع رسانی - گروه آمار - تهران - ایران

\*\*\* دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>۲</sup> - دانشکده پزشکی - گروه روانپزشکی و پژوهشکده طب رزمی -

مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

\*\*\*\* پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان - گروه پژوهشی پیشگیری - تهران - ایران

\*\*\*\*\* پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان - تهران - ایران

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۴/۱/۱۷ تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۸/۴ تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۴/۹/۱۰

### خلاصه

**مقدمه:** طبق مطالعات جهانی حدود ۲۵-۲۰ درصد گروه کودکان و نوجوانان دچار اختلالات روانپزشکی هستند. عوامل خانواده به خصوص بیماری روانی والدین یکی از عوامل خطر برای ایجاد سایکوپاتولوژی در این گروه سنی می باشد.

**مواد و روش کار:** در این مطالعه توصیفی کلیه فرزندان نوجوان جانبازان مراجعه کننده به اردوگاه تابستانی امام خمینی (ره) در لواسان، در سال ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع ۵۳۱۷ نوجوان ۱۸-۱۵ ساله که از ۲۸ استان کشور در این اردو شرکت داشتند، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده در تحقیق، پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** سطوح احساس سلامت در دختران و پسران در هر چهار خرده مقیاس اختلاف دارد. در کل احساس سلامت عمومی در دختران ۶۴ درصد و در پسران ۷۲/۲ درصد بوده است. احساس سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد. تعداد خواهر و برادر و میزان تحصیلات پدر و مادر و نیز وضعیت شغلی پدر بر سطح سلامت فرزندان در هر چهار خرده مقیاس مؤثر است. بین میزان پیشرفت تحصیلی و سلامت عمومی نیز همبستگی معنی‌داری وجود دارد. فرزندان که پدرانشان مشکل مجروحیت اعصاب و روان دارند نسبت به سایر گروه‌ها احساس سلامتی کمتری دارند. نوجوانان استان گیلان کمترین احساس سلامت عمومی را نسبت به سایر استان‌ها دارند.

**بحث:** بر اساس نقطه برش ۵/۵ برای مقیاس‌های پرسشنامه GHQ-28 در مجموع ۳۶ درصد دختران و ۲۶/۸ درصد

۱- فوق تخصص روانپزشکی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>۱</sup> - نویسنده مسئول

۲- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>۲</sup>

۴- پزشک عمومی - پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

۵- کارشناس روانشناسی بالینی - پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

پسران از علایم بیماری روانی رنج می‌برند. دلیل بالا بودن میزان شیوع علایم بیماری روانی در افراد مورد مطالعه در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از مشکلات و استرس‌های پدر دانست که نه تنها بر خود او بلکه بر اعضای خانواده و بر ابعاد مختلف زندگی تأثیرگذار است.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روانی، نوجوانی، جانباز، GHQ

## مقدمه

کودکان و نوجوانان به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در معرض انواع اختلالات روانپزشکی قرار دارند. شیوع این اختلالات در نوجوانان بسته به جمعیت مورد مطالعه، ملاک‌های تشخیصی و گروه سنی، بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر است [۱]. میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۱۵-۲۴ ساله مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور در سال ۱۳۷۸ با استفاده از پرسشنامه سلامت روانی GHQ-28، ۱۷/۶ درصد گزارش شده است؛ این در حالی است که میزان شیوع این اختلالات در افراد ۱۵ ساله و بالاتر در کشور در همان سال ۲۱ درصد گزارش گردیده است [۲] و میزان شیوع افسردگی در جمعیت ۱۵ سال به بالا در ایران ۲۴/۴۳ درصد اعلام شده است [۳]. سن، جنس، طبقه اجتماعی، قومیت و فرهنگ روی شیوع و نوع اختلال روانپزشکی در دوران کودکی و نوجوانی مؤثر هستند [۴]. یکی از عوامل خطر برای ایجاد سایکوپاتولوژی نوجوانان «عوامل خانوادگی» است که شامل طبقه اجتماعی پایین، تعارض خانواده، عدم سازماندهی خانواده، انحراف ارتباطات در خانواده، پیوستگی ضعیف والد - کودک و بیماری روانی در اعضاء خانواده می‌باشد. سبک والدی، تعامل والد - کودک و بیماری روانی والد مهم هستند [۴].

می‌توان انتظار داشت بیماری روانی والد و پیامدهای آن از قبیل بروز اختلال در روابط بین فردی، بیکاری و از دست دادن شغل، کاهش سطح اقتصادی اجتماعی خانواده و سایر مسایل، بر نظام خانواده به ویژه فرزندان تأثیر بگذارد و زمینه را برای آسیب‌پذیری آنان نسبت به مسایل رفتاری افزایش دهد. بررسی‌های متعددی نقش اختلال روانی والدین در افزایش میزان اختلالات روانی کودکان نظیر بیش‌فعالی، اختلال سلوک، گریز از مدرسه، اختلالات اضطرابی و افسردگی و شیدایی، وسواس، اختلال وابستگی و بی‌اختیاری ادرار را نشان داده است [۵].

طبق آمار سازمان بنیاد جانبازان در خرداد ماه ۱۳۸۱، ۴۳۹۱۳۰ نفر جانباز (نخاعی، شیمیایی، روانی و قطع عضو) در کشور در قید حیات هستند. در خانواده‌های این جانبازان حدود بیست هزار فرزند در سنین نوجوانی حضور دارند [۶].

در تحقیقی نشان داده شده که نوجوانانی که یک والد بیمار (با تشخیص اختلال عاطفی اساسی یا تشخیص اسکیزوفرنی) دارند نسبت به نوجوانان گروه کنترل (والدین سالم) دارای انگیزه کمتر، هارمونی کمتر، ثبات کمتر و ارتباط کلامی منفی‌تر بودند [۷]. در مطالعه‌ای مشخص گردیده که افسردگی مادر با تشخیص‌های کودکان و rating رفتاری کودکانش تعامل می‌کند [۸]. به نظر می‌رسد خشونت در والدینی که از بازماندگان جنگ ویتنام هستند در روابط والد-کودک مؤثر است، زیرا فرزندان این والدین اختلال رفتاری بیشتری نسبت به سایر بازماندگان جنگ ویتنام داشته‌اند [۹]. تحقیقات متعدد نشان دهنده نقش مؤثر حضور و رفتار هر دو والد در رفتار فرزندان (کودکی و نوجوانی) می‌باشد. در مطالعه‌ای که روی افراد مذکر ۱۶-۲۸ ساله‌ای که در خانواده‌های تک والدی بزرگ شده‌اند نشان دهنده افزایش خیلی زیاد در خطر خودکشی و خطر مورتابلیتی عمومی آنهاست (در مقایسه با آنهايي که در خانواده‌های دو والدی بزرگ می‌شوند) [۱۰].

در مطالعه‌ای که ۸۴۴۱ عضو مطالعه ملی تحول کودک<sup>۱</sup> در آن شرکت داده شده بودند و برای تعیین ارتباط بین تعامل پدر در ۷ سالگی و مسایل هیجانی و رفتاری در ۱۶ سالگی و تعیین ارتباط بین تعامل پدر در ۱۶ سالگی و دیسترس روانشناختی در ۳۳ سالگی انجام گرفت، مشخص گردید تعامل پدر در ۷ سالگی از ناسازگاری روان‌شناختی در نوجوانی حفاظت می‌کند و تعامل پدر در ۱۶ سالگی از پریشانی روان‌شناختی در بزرگسالی زنان جلوگیری می‌کند [۱۱].

خانواده و ایجاد علایمی در بچه‌ها از جمله اعتماد به نفس پایین و میزان بیشتر علایم و اختلالاتی شبیه والد آسیب دیده شود [۱۴]. با دقت به مطالب فوق‌الذکر پی می‌بریم پدر علاوه بر تأثیر مستقیم، به طور غیرمستقیم نیز نقش حساسی در زندگی فرزند دارد. به هر حال ارزش و موقعیت شغلی پدر، زندگی اخلاقی او، وضع و تناسب بدنی، توانایی هوشی، قدرت، ماجراجویی و اقتدارش مورد توجه است و ایده‌آل‌های فرزند را شکل می‌دهد. تا جایی که روانکاو معتقدند احساساتی که کودک از دو سالگی نسبت به پدر خود دارد در زندگی عاطفی او وارد می‌شود و بخشی از منش و شخصیت او را تشکیل می‌دهد [۱۵].

از این رو، هدف از این مطالعه فراهم آوردن اطلاعات لازم و دقیقی از چگونگی سلامت روانی فرزندان نوجوان جانبازان است تا ضمن بیماریابی (یعنی تعیین افراد مستعد بیماری و یا افرادی که مبتلا به بیماری، حتی خفیف شده‌اند)، بتوان بر اساس آن برنامه‌ریزی‌های مناسب را برای اقدامات بعدی (مانند پیشگیری از ابتلا در افراد مستعد، تشخیص قطعی در افراد مبتلا و درمان) انجام داد.

### مواد و روش کار

**جامعه مورد مطالعه:** در این مطالعه کلیه فرزندان ۱۸-۱۵ ساله جانبازان در سال ۱۳۸۱ که به اردوی تابستانی در محل اردوگاه امام خمینی (ره) اعزام شده بودند، توسط پرسشنامه‌های استاندارد مورد سؤال قرار گرفتند. در پایان مرحله اجرا، تعداد پرسشنامه‌های تکمیلی ۶۷۷۰ عدد بود که از بین آنها ۵۳۱۷ پرسشنامه توسط افراد ۱۸-۱۵ ساله تکمیل شده بود و در پژوهش وارد شدند. به دو دلیل تعداد زیادی از پرسشنامه‌ها (۱۴۵۳ عدد) وارد پژوهش نشدند: ۱- ناقص بودن تعدادی از آنها ۲- افراد اعزام شده به اردوگاه ۱۸-۱۲ ساله بودند و با توجه به تاریخ تولد افراد تکمیل‌کننده پرسشنامه‌ها، آنهایی که زیر ۱۵ سال بودند حذف گردیدند.

**نحوه جمع‌آوری اطلاعات:** پس از انتخاب پرسشنامه‌هایی که بر اساس اهداف پژوهش انتخاب شده و از اعتبار و پایایی لازم نیز برخوردار بودند و پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین محترم اردوگاه، پرسشگران (لیسانس روانشناسی) به محل اردو اعزام شدند و پس از توضیح مختصری در مورد هدف نهایی

نتایج مطالعه‌ای که روی ۳۶۵ دانش‌آموز دوره راهنمایی در چین به عمل آمد، نشان داد که درک نوجوان از روش‌های والدی، عملکرد خانوادگی و تعارض والد - نوجوان به طور قابل ملاحظه‌ای با نمرات معیارهای خوب بودن روان‌شناختی (ناخوشی روانپزشکی عمومی، رضایت از زندگی، هدف در زندگی، ناامیدی و اعتماد به نفس)، انطباق با مدرسه (عملکرد تحصیلی، رفتار مدرسه) و رفتار مسئله‌دار (سوء استفاده از داروهای روان‌گردان و تدخین) در ارتباط بود. یافته‌ها نشان می‌دهند که عوامل خانوادگی یک نقش مهم در تأثیرگذاری روی انطباق روانی - اجتماعی نوجوانان چینی خصوصاً سلامت روانی مثبت آنان دارد [۱۲].

اقتدار پدر در خانواده ممکن است به سه صورت کاسته شود: غیبت دائمی یا مرگ، غیبت موقت که ممکن است در دوره‌های معین اتفاق افتد (مانند پدرانی که به علت شغل خود مجبور به مسافرت هستند) و پدرانی که در خانه هستند ولی به هر دلیل (از جمله معلولیت و جانبازی) نقش پدری را ایفا نمی‌کنند. در هر سه صورت کمبود اقتدار پدر، بلافاصله در خانواده اثرات نامطلوبی بر جای می‌گذارد و علاوه بر آن اثرات مخرب بعدی را نیز به دنبال می‌آورد [۵]. با توجه به تحقیقاتی که نقش همسران یا مادران را در خنثی کردن اثر علایم PTSD جانبازان روی کودکان نشان می‌دهند، متوجه می‌شویم نه تنها مادران افسرده قادر به ایفای این نقش نیستند، بلکه تحقیقات نشان می‌دهند، افسردگی مادر با مسایل رفتاری و هیجانی فرزندان و همچنین با انگیزه کمتر، هارمونی کمتر، ثبات کمتر و ارتباط کلامی منفی‌تر در فرزندان ارتباط دارد [۷، ۱۳]. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) یکی از اختلالاتی است که نه تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز بلکه خانواده و جامعه او را تحت تأثیر قرار دهد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد که خانواده این جانبازان از مشکلات روانی رنج می‌برند. در مطالعه‌ای نشان داده شده که در مقایسه با خانواده‌های بازماندگان مرد جنگ ویتنام که در حال حاضر مبتلا به PTSD نیستند با خانواده‌های بازماندگان مرد جنگ ویتنام که مبتلا به PTSD می‌باشند، سطوح بالاتری از مسایل شدید و عمیق در انطباق خانوادگی و زناشویی، مهارت‌های والدی و رفتار خصمانه را نشان دادند [۸]. همچنین PTSD می‌تواند منجر به اختلال عملکرد

پژوهش برای مریبان و دانش‌آموزان هر استان، آنها را در تکمیل هر چه دقیق‌تر و بهتر پرسشنامه ترغیب کردند. سپس پرسشنامه‌ها با نظارت مریبان بین آنها توزیع گردید و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. این اقدامات هر هفته برای نوجوانان جدید اعزام شده به اردوگاه تکرار گردید.

**روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:** بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده، اطلاعات پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و کدگذاری شده و سپس جهت تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون در اختیار متخصص آمار پزشکی قرار گرفت.

**ابزار پژوهش:** در این پژوهش از دو پرسشنامه زیر استفاده شده است: پرسشنامه خصوصیات فردی یا دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ (General Health Questionnaire).

در پرسشنامه GHQ به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک عملکرد سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه مقصود اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است [۱۶]. GHQ از اعتبار مناسبی برخوردار است. مقصود از اعتبار آزمون، پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آزمون چه چیزی را می‌سنجد و تا چه اندازه از این لحاظ کارایی دارد؟ همچنین به منظور بررسی میزان پایایی این آزمون تاکنون پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است [۴]. با تحقیقات متعدد، اعتبار GHQ برای جمعیت جوانان مورد ارزیابی قرار گرفته است [۱۷]. در ایران نیز اخیراً پژوهشی با منظور اعتباریابی پرسشنامه GHQ-28 بر روی ۳۵۰۱۴ نفر از افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارهای کشور با استفاده از GHQ-28 انجام گرفته است و اعتبار پایایی GHQ برای این گروه سنی از جمعیت کشور تأیید گردیده است [۲]. با تحقیقات متعدد مشخص شده که GHQ از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است [۱۸].

سیستم نمره‌گذاری می‌تواند مقیاس پاسخ لیکرت (Likert Scale) باشد که به هر یک موقعیت‌های چهارگانه نمره‌ای داده می‌شود (۰، ۱، ۲، ۳)، یا مقیاس پاسخ دوگانه (Bimedal) با نمرات

(۰، ۱، ۲، ۳) انتخاب شود. در سیستم نمره‌گذاری لیکرت شدت علائم ارزیابی می‌گردد و نمره بیشتر افزایش علائم را نشان می‌دهد. دامنه نمرات لیکرت می‌تواند از ۰-۸۴ باشد. در مقیاس پاسخ دوگانه انحراف آسیب‌شناسی از بهنجار در هر مقیاسی به کار برده می‌شود. در پژوهش حاضر از این روش نمره‌گذاری استفاده شده است. سیستم نمره‌گذاری پاسخ دوگانه برای تشخیص موارد بیماری به کار برده می‌شود. حد نصاب‌های متفاوتی تاکنون مورد استفاده واقع شده است که بیشترین حد نصاب مورد استفاده نمره ۵ بوده است. اما نمره حد نصاب بیشتر، میزان موارد مثبت کاذب را کاهش می‌دهد. پرسشنامه ۲۸ سوالی GHQ دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی، افسردگی. از مجموع چهار زیر مقیاس نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. هر مقیاس ۷ سؤال دارد. زیر مقیاس‌ها جنبه‌های علامت‌شناسی را نشان می‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روانی نیستند [۱۹].

## نتایج

نتایج حاصل از پرسشنامه دموگرافیک نشان می‌دهد که ۵۳۱۷ نوجوان ۱۵-۱۸ ساله به تفکیک ۲۴۱۱ پسر (۴۵/۳ درصد) و ۲۹۰۶ دختر (۵۴/۷ درصد) این پرسشنامه را تکمیل کرده‌اند (جدول ۱). تفکیک سنی نیز به ترتیب زیر است:

جدول ۱: توزیع نمونه مورد مطالعه از لحاظ ترکیب سن و جنس

سن	پسر	دختر	جمع - تعداد (درصد)
۱۵ ساله	۵۹۲	۷۴۸	۱۳۴۰ (۲۵/۲ درصد)
۱۶ ساله	۷۶۰	۸۵۸	۱۶۱۸ (۳۰/۴ درصد)
۱۷ ساله	۶۲۷	۷۱۷	۱۳۴۴ (۲۵/۳۶ درصد)
۱۸ ساله	۴۳۲	۸۵۳	۱۰۱۵ (۱۹/۱۶ درصد)
جمع - تعداد (درصد)	۲۴۱۱ (۴۵/۳ درصد)	۲۹۰۶ (۵۴/۷ درصد)	۵۳۱۷ (۱۰۰ درصد)

۱۳۴۰ نوجوان ۱۵ ساله، ۱۶۱۸ نوجوان ۱۶ ساله، ۱۳۴۴ نوجوان ۱۷ ساله و ۱۰۱۵ نوجوان ۱۸ ساله. بیشتر افراد فوق در پایه

جدول ۲: درصد فرزندان جانبازان مورد مطالعه که بر اساس پرسشنامه GHQ احساس سلامتی کرده‌اند، برحسب سن - سال ۸۱

سن (سال) علایم	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
جسمانی	۶۹/۶	۶۸/۹	۷۰/۱	۶۱/۵
اضطرابی	۷۰/۴	۶۵/۷	۶۵/۵	۵۸
کارکرد اجتماعی	۶۳	۵۹/۲	۵۸/۵	۵۲/۱
افسردگی	۷۲/۹	۷۴/۵	۷۴/۱	۷۱/۲
کل	۷۲/۵	۶۸/۵	۶۹/۳	۶۰/۱

همچنین نتایج به‌دست آمده در این طرح نشان داد که احساس سلامتی فرزندان جانبازان در هر چهار بعد سلامتی، با افزایش میزان تحصیلات پدر، افزایش می‌یابد. ولی در فرزندان که پدرشان دانشجویست این احساس در بعد سلامت جسمانی و اجتماعی کاهش یافته است. افزایش میزان تحصیلات مادر در کارکرد اجتماعی فرزندان تأثیر عمده نداشته و حتی در سطوح تحصیلی بالاتر احساس سلامتی در این بعد کمتر می‌شود. در ابعاد سلامتی جسمانی و اضطرابی، سطح سواد مادر تا مقطع دیپلم نمی‌تواند تأثیرگذار باشد ولی از دیپلم تا لیسانس درصد فرزندان جانبازان که در این دو بعد احساس سلامت کرده‌اند، افزایش می‌یابد، به‌جز مادران دانشجوی که این درصد کاهش نشان می‌دهد. در بعد افسردگی دو مقطع تحصیلی فوق‌دیپلم و لیسانس نسبت به سایر مقاطع تحصیلی بالاتر است. نکته قابل ملاحظه آنکه در مقطع فوق لیسانس درصدها در تمام ابعاد به شدت کاهش می‌یابد. یافته‌های قسمت دیگری از این طرح نشان می‌دهد که همبستگی مثبت معنی‌داری بین پیشرفت تحصیلی و میزان سلامت عمومی فرزندان نوجوان جانبازان وجود دارد.

در هر چهار بعد، بیکاری و فوت پدر تعداد فرزندان جانبازان که احساس سلامتی می‌کنند را به حداقل می‌رساند. در بعد اجتماعی این میزان از سایر سطوح سلامتی کمتر بوده ولی با وضعیت اشتغال پدر ارتباط ندارد.

در کل احساس سلامت، در فرزندان که پدرشان دارای مشکل اعصاب و روان است و یا بیشتر از یک مشکل دارد، نسبت به سایر افراد، کمتر است. هیچ یک از سطوح سلامتی با درصد جانبازی پدر

تحصیلی اول تا سوم دبیرستان (۸۱/۸ درصد) بوده‌اند و عمدتاً (۷۸/۸ درصد) فرزندان جانبازان ۲۵ تا ۵۹ درصد می‌باشند. معدل آخرین ترم در ۶۹/۳ درصد آنها ۱۵-۱۸ و با ارجحیت معدل ۱۷ (۲۰/۶ درصد) بوده است. میزان تحصیلات پدر عمدتاً در سطح ابتدایی (۲۲/۸ درصد) و یا دیپلمه (۲۱/۳ درصد) و میزان تحصیلات مادر نیز عمدتاً ابتدایی (۴۰/۳ درصد) و یا دیپلمه (۱۳/۵ درصد) بوده است. ۲۴/۴ درصد پدران، جانبازی اعصاب و روان داشته‌اند. اکثر پدران (۴۸/۹ درصد) شاغل بوده‌اند، گرچه ۲۰/۵ درصد پدران بازنشسته، ۱۹ درصد حالت اشتغال جانبازی و ۱۰/۱ درصد بیکار بوده‌اند. بیشترین گروه نمونه از استان‌های اصفهان (۱۳/۱ درصد)، خراسان (۱۲ درصد)، فارس (۷/۸ درصد) و کمترین استان شرکت کننده زنجان (۱ درصد) و کهگیلویه و بویراحمد (۱/۳ درصد) بوده است. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد به طور کلی سطوح احساس سلامت بر اساس نقطه برش ۵/۵ در دختران و پسران در هر چهار بعد اختلاف دارد. بر این اساس دختران احساس سلامتی کمتری نسبت به پسران دارند که این احساس سلامتی در دختران و پسران به ترتیب در ابعاد چهارگانه عبارتند از:

علایم اجتماعی (۵۷/۲ درصد در مقابل ۶۰/۴ درصد)

علایم اضطرابی (۶۱/۵ درصد در مقابل ۷۰/۱ درصد)

علایم جسمانی (۶۲/۷ درصد در مقابل ۷۴/۴ درصد)

علایم افسردگی (۷۲/۳ درصد در مقابل ۷۶/۸ درصد)

در کل احساس سلامت عمومی در دختران ۶۴ درصد در مقابل ۷۳/۲ درصد پسران بوده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، احساس سلامتی در هر یک از ابعاد چهارگانه با افزایش سن، کاهش می‌یابد. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که در هر چهار بعد، در واحدهای مورد پژوهش که خواهر یا برادر ندارند، کمترین میزان سلامتی را دارند و در فرزندان جانبازانی که ۲ یا ۳ خواهر و برادر دارند، این احساس سلامتی به بالاترین میزان خود می‌رسد و سپس روند کاهشی داشته و یا تغییر محسوسی نمی‌کند.

رابطه نشان نمی‌دهد. نوجوانان استان گیلان کمترین احساس سلامت عمومی (۵۵/۵ درصد) را نسبت به سایر استان‌ها دارند و پس از آن به ترتیب سیستان و بلوچستان (۵۸/۲ درصد)، کهگیلویه و بویراحمد (۵۸/۶ درصد)، سمنان (۷۴/۷ درصد)، همدان (۷۴/۳ درصد)، چهارمحال و بختیاری (۷۳ درصد) و قزوین (۷۲/۲ درصد) می‌باشند. تقریباً در تمام استان‌ها علایم افسردگی در نوجوانان کمتر از سایر علایم می‌باشد، یا به عبارتی احساس سلامتی از بعد افسردگی بیشتر از سایر ابعاد است و پس از آن احساس سلامتی از بعد جسمانی بیشتر از دو بعد اضطرابی و کارکرد اجتماعی است. به جز استان زنجان، کهگیلویه و بویراحمد و کرمانشاه در بقیه استان‌ها از بعد کارکرد اجتماعی کمترین احساس سلامتی در نوجوانان وجود دارد.

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد نوجوانان دختر و پسر به یک میزان (بدون اختلاف آماری) به پرسشنامه‌ها پاسخ گفته‌اند. همچنین این پژوهش نشان داد که بر اساس نقطه برش ۵/۵ برای مقیاس‌های پرسشنامه GHQ، در مجموع ۳۶ درصد دختران و ۲۶/۸ درصد پسران از علایم بیماری روانی رنج می‌برند. در جمعیت عمومی کشور ما در افراد ۱۵ سال به بالا میزان شیوع اختلالات روانی با استفاده از GHQ-28 با نمره برش ۶، ۲۱ درصد گزارش شده است [۲] و در سایر مطالعات نیز شیوع این اختلالات را در نوجوانان بین ۱۰ الی ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند [۱]. دلیل بالا بودن میزان شیوع علایم روانی در افراد مورد مطالعه در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از استرس‌های موجود در خانواده و حضور پدر مجروح ناشی از جنگ دانست که نه تنها مشکلات و استرس‌هایی را خود تحمل می‌کند بلکه احتمالاً از عهده مسئولیت‌های پدری خود نیز به خوبی بر نمی‌آید. از طرفی در این خانواده‌ها سطوح بالاتر مشکلات شدید و عمیق در انطباق خانوادگی و زناشویی، مهارت‌های والدی و رفتار خصمانه تأیید شده است.

با در نظر گرفتن یافته دیگر پژوهش‌ها که نشان‌دهنده افزایش میزان ابتلا به علایم روانی در نوجوانانی است که پدرانشان دچار مجروحیت اعصاب و روان هستند، اهمیت و تأثیرگذاری بیماری پدر

به خصوص بیماری روانپزشکی (عمدتاً PTSD) بر اعضای خانواده در جامعه ما نیز همانند سایر پژوهش‌های متعدد دنیا آشکار می‌گردد [۲۰، ۲۱]. در تمام بررسی‌های انجام شده این پژوهش به طور واضح نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله دختر از سلامتی عمومی کمتری نسبت به پسران برخوردار بوده و میزان ابتلا به بیماری در دختران بیشتر بوده است این یافته با یافته‌های به‌دست آمده در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران و جهان هم‌خوانی دارد. همچنین مطالعه نشان داد که بین سن و ابتلا به اختلال روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد و همانند پژوهش‌های قبلی [۲۲]، با بالا رفتن سن میزان شیوع اختلال روانی افزایش می‌یابد. با توجه به گروه مورد مطالعه که افراد سنین نوجوانی بوده‌اند می‌توان گفت با نزدیک شدن به زمان فارغ‌التحصیلی از دوره تحصیلی دبیرستان و نزدیک شدن به شرایط نامشخص بعدی (کنکور، شغل یا بیکاری، استقلال یا وابستگی، هویت و به طور کلی مشکلات اقتصادی و اجتماعی) و مواجهه با استرس‌هایی که به همراه آن وجود دارد، این افزایش قابل توجیه است. یافته دیگر پژوهش حاضر که نشان می‌دهد همبستگی آماری معنی‌دار بین پیشرفت تحصیلی و سلامت عمومی وجود دارد در تمام مطالعات و پژوهش‌های قبلی [۱۳] نیز تأیید شده است؛ به همین جهت تأکید می‌گردد، در صورت افت عملکرد تحصیلی حتماً فرد جهت ارزیابی روانپزشکی ارجاع داده شود. مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات [۲۲] نشان داد که در خانواده پرجمعیت میزان بروز علایم بیماری روانی بیشتر می‌گردد. افزایش استرس‌ها، افزایش مشکلات اقتصادی، افزایش تعامل‌ها و تعارض‌های بین فردی می‌تواند دلیل این یافته باشد. این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها [۲۲] نشان داد که شاغل بودن پدر می‌تواند باعث سلامتی عمومی و روانی بیشتری در اعضای خانواده شود. در پژوهش حاضر نوجوانانی که پدر آنها شاغل بوده صرف‌نظر از نوع شغل وی در تمام زیر مقیاس‌های پرسشنامه GHQ از سلامتی بیشتری برخوردار بوده‌اند. این پژوهش نیز تأکید دارد که در خانواده‌هایی که پدر حضور دارد، نوجوانان از سلامتی عمومی بیشتری برخوردار هستند. همچنین با افزایش میزان تحصیلات والدین احساس سلامتی عمومی در نوجوانان بیشتر بوده است. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد، نوجوانان

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با نظارت خاص و بودجه پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان و در آن مرکز انجام شد. در اینجا لازم می‌دانیم که از زحمات کلیه پرسنل این مرکز به خصوص ریاست مرکز جناب آقای دکتر محمدرضا سروش و معاونت پژوهش مرکز جناب آقای دکتر رضا امینی که در انجام این تحقیق ما را یاری کردند، قدردانی و تشکر نماییم.

بعضی استان‌های کشور از سلامتی عمومی کمتری برخوردار هستند که دلیل آن را می‌توان مسایل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی مناطق مختلف مورد مطالعه دانست. تمام بررسی‌های این پژوهش تأکید دارند، نوجوانان استان‌های گیلان (۵۵/۵ درصد) و تهران (۵۹/۹ درصد) کمترین احساس سلامتی و نوجوانان استان‌های زنجان (۸۱/۱ درصد) و کرمان (۷۶/۴ درصد) بیشترین احساس سلامتی را نسبت به نوجوانان سایر استان‌ها دارند.

## منابع

- Sep;11(3):284-6.
- 11- Flouri E and Buchana A. The role of Father Involvement in childrens later mental health. *J Adolesc* 2003 Feb;26(1):63-78.
- 12- Sheck DT. Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment and problem behavior: a pioneer study in a Chinese context. *J Genet psychol* 1997 Mar;58(1):113-28.
- 13- Wiener JM. *Textbook of child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. American Psychiatric press; 1997. p.68,337,139.
- 14- Davidson AC, Mellor DJ. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the Transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Aust NZJ psychiatry* 2001 jun;35(3):435-51.
- ۱۵- احمدی خدابخش. بررسی ویژگی‌های روانی اجتماعی و مشکلات موجود در خانواده‌های شهدا و متوفیان سپاه (شهر تهران). مهر ۱۳۸۰. طرح تحقیقاتی پژوهشکده طب رزمی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله(عج)، صفحات: ۱۴-۱۳.
- ۱۶- استوار ج ب. تنیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن. مترجم: دادستان، پریخ. تهران، انتشارات رشد، ۱۳۷۷؛ صفحات: ۱۷۹-۱۸۵.
- 18- Tait RJ, Hulse GK and Roberson SI. A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. *Aust N Z J psychiatry* 2002 Aug;36(4):550-7.
- ۱۹- کاویانی حسین، موسوی اشرف‌السادات و محیط احمد. مصاحبه و آزمون‌های روانی. انتشارات سنا، زمستان ۱۳۸۰. صفحات: ۲۱۰-۲۰۵.
- 19- Westerink J and Giarratano L. The impact of post-Traumatic Stress Disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry* 1999 Dec;33(6):841-7.
- 20- Escobar JI, Randolph ET, Puente G, Spiwak F, Asamen JK, Hill M et al. Post-Traumatic Stress Disorder in Hispanic Vietnam Velerans. *Clinical Phenomenology and Sociocultural characteristics*. *J Nerv ment Dis* 1983 oct;171(10):585-96.
- 21- Kaplan H and Sadock B. *Synopsis of Psychiatry*. 9th ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 879-880,1235.
- ۱- علاقی‌نادر جواد و فرهی حسن. شناخت درمانی در کودکان و نوجوانان، انتشارات بقیه، ۱۳۷۹، صفحه: ۱۷.
- ۲- نوربالا احمدعلی، محمدکاظم، باقری‌یزدی سیدعباس و یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. *مجله پژوهشی حکیم*، بهار ۱۳۸۱؛ دوره ۵، شماره ۱، صفحات: ۱-۱۰.
- ۳- صالحی بهمن، گل‌آقایی فرزانه و رفیعی محمد. بررسی شیوع افسردگی و عوامل موثر بر آن در جانبازان جسمی شهرستان اراک. *مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ*، انتشارات گلبن، ۱۳۷۹؛ صفحات: ۲۷-۱۵.
- 4- Kaplan H and Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins 2000. p: 2532-2534 , 505-506.
- ۵- رضائیان حمید و محمدی محمدرضا. بررسی میزان اختلالات رفتاری در فرزندان شهدا، مجروحین جسمی و روانی جنگ تحمیلی. *مجموعه مقالات سومین سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی و روانی ناشی از جنگ*. انتشارات گلبن، ۱۳۷۹؛ صفحات: ۸۱-۷۴.
- ۶- آمار جانبازان در خرداد ماه ۱۳۸۱، بنیاد شهید و امور جانبازان.
- 7- James CL, Weeks DG, Worland J. School Behavior in adolescent children of parents with mental disorder. *J Nerve ment Dis* 1983 Apr;141(4):234-40.
- 8- Lundy B, Field T, McBride C, Abrams S and Carraway K. Child psychiatric Patients interactions with their mothers. *child psychiatry Hum Dev* 1997;27(4):231-40.
- 9- Rosenheck R and Fontana A. Trans generational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress* 1998 Oct;11(4):731-42.
- 10- Sauvola A, Rasanen PK, Joukamaa MI, Jokelainen J, Jarvelin MR and Isohanni MK. Mortality of young adults in relation to single-parent family background. A prospective study of the northern finland 1966 birth cohort. *Eur J Public Health* 2001