

بررسی وضعیت سلامت عمومی در دانش آموزان دختر شهر قم در دوران بلوغ و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۱

زهرا دشتی^۱، طاهره رضانی^۱، شهرام ارسنگ^۲، سیامک محبی^{۳*}

^۱ دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۲ مربی، عضو هیات علمی گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات سیاست گذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

نشانی نویسنده مسؤول: قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، سیامک محبی
E-mail: mohebisiamak@yahoo.com

وصول: ۹۳/۳/۲۲، اصلاح: ۹۳/۴/۱۵، پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: مسائل دوران بلوغ و چگونگی گذر از این دوران حائز اهمیت بوده و توجه به سلامت دختران در دوران بلوغ از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد. چرا که این گروه، افزون بر گذر از دوران حساس بلوغ، از لحاظ جنسیت خود و مسؤولیت مورد انتظار جامعه دارای شرایط ویژه ای می باشند. لذا سلامت عمومی این قشر از جامعه همواره مورد نظر محققان بوده است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی در دانش آموزان دختر شهر قم در دوران بلوغ و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه در سال ۱۳۹۱ به صورت مقطعی و در بین دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر قم صورت گرفت. تعداد نمونه ی حاضر در مطالعه، ۱۹۱ بوده که به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله از مدارس راهنمایی دخترانه شهر قم انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه ی مشخصات دموگرافیک و نیز پرسش نامه ی استاندارد GHQ28 بود. در نهایت داده ها توسط نرم افزار SPSS در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ توسط آزمون های توصیفی و تحلیلی نظیر آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در این مطالعه، ۶۹/۶٪ در مقطع سوم و ۳/۰/۴٪ در مقطع دوم راهنمایی بودند. ۳۱/۴٪ از مادران این دانش آموزان، از سطح سواد متوسطه برخوردار و ۸/۹٪ از آنها نیز بیسواد بودند. همچنین ۴۱/۴٪ از پدران دارای تحصیلات عالی و ۲/۱٪ بیسواد بودند. ۸۵/۹٪ از مادران، خانه دار و ۱۳/۱٪ شاغل بودند. میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی دانش آموزان $26/87 \pm 14/72$ بود. این نتایج نشان داد که ۴۸/۲٪ دارای سلامت طبیعی، ۳۱/۴٪ دارای ناراحتی خفیف، ۱۸/۳٪ دارای ناراحتی متوسط و ۲/۱٪ دارای ناراحتی شدید بودند.

نتیجه گیری: در نهایت مطالعه ی حاضر نشان داد که باتوجه به طبقه بندی نمره ی سلامت عمومی، نمره ی دانش آموزان تحت مطالعه در محدوده ی ناراحتی خفیف قرار می گیرد و متأسفانه دانش آموزان مورد بررسی از لحاظ سلامت عمومی وضعیت طبیعی ندارند.

واژه های کلیدی: سلامت عمومی، دانش آموزان، بلوغ.

مقدمه

به بزرگسالی با تغییرات گسترده ی جسمانی و شناختی مواجهه است و از سویی با مسایلی مانند تحول هویت، دستیابی به استقلال، پذیرش نقش های اجتماعی در ارتباط

نوجوانی، دوره ای از رشد، همراه با تغییرات برجسته می باشد که فرد از سویی با گذر از مرحله کودکی

در ارتباط با خودکشی هستند (۴).

افسردگی یکی از اختلالات روانی شایع در نوجوانی است. بروز افسردگی در کودکان ۲/۵ - ۰/۴ درصد و در نوجوانان ۸/۳ - ۰/۴ درصد می‌باشد. ۲۰ درصد نوجوانان در ۱۸ سالگی افسردگی را تجربه می‌کنند و تعداد بسیار زیادی از آنها در بزرگسالی مجدداً بازگشت به افسردگی دارند. اختلالات خلقی، یکی از عوامل خطر خودکشی می‌باشد و ۱۵ درصد را در نوجوانان، به خود اختصاص می‌دهد. بروز افسردگی در نوجوانی زنگ خطر محسوب می‌گردد. زیرا که نوجوانان در روند فعالیت‌های تکاملی دچار مشکل شده و نوجوانی مرحله‌ای است که باید به خوبی طی شود تا در بزرگسالی توانایی‌های روانی لازم برای سلامت را دارا باشد (۵).

سازمان بهداشت جهانی سن جمعیت ۱۹ - ۱۰ ساله را سن نوجوانی محسوب می‌کند. با توجه به این که نوجوانان؛ یعنی افراد کمتر از ۱۸ سال، سهم عظیمی از کل جمعیت کشورمان را تشکیل می‌دهند، لذا شناخت صحیح مشکلات روانی این قشر و ارزشیابی کاستی‌های تربیتی عاطفی آنها می‌تواند یکی از موضوعات عمده برای پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی باشد (۶). در هر جامعه‌ای جوانان و نوجوانان، سرمایه‌های بالقوه‌ی آن جامعه هستند که سلامت روانی آنها حائز اهمیت می‌باشد و بیماری‌های روانی سبب اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی افراد می‌گردد که با کاربرد تمهیدات لازم به مقدار قابل توجهی قابل کنترل می‌باشند.

Belfer در سال ۲۰۰۸ در مطالعه‌ی خود گزارش -

کرد که ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان دارای اختلال روانی هستند و خودکشی سومین علت مرگ و میر در بین نوجوانان است. ضمن این‌که، شروع بیماری روانی ۵۰ درصد از بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده‌است (۷). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ در ایران در زمینه‌ی سلامت روان نوجوانان تهرانی صورت‌گرفت، نشان داد که ۳۴/۱ درصد از دختران و ۲۳/۷ درصد از پسران براساس

با همسالان و تصمیم‌گیری در ارتباط با آینده و شغل دست به‌گریبان است. مشخصه‌ی نوجوانی، بلوغ است. بلوغ، یک فرایند و تغییر فیزیکی است که با نوجوانی که یک فرایند و تغییر روان‌شناختی است، متفاوت می‌باشد. در شرایط مطلوب، این دو فرایند همزمان روی می‌دهند، ولی وقتی که بلوغ و نوجوانی همزمان روی ندهد (که اغلب چنین است)، نوجوان ناچار است با این عدم توازن که خود یک استرس مضاعف است، مدارا کند (۱).

مسائل دوران بلوغ و چگونگی گذر از این دوران در هر دو جنس بسیار مهم است، اما توجه به بهداشت دختران در دوران بلوغ از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد، چرا که دختران نوجوان افزون‌برگذر از دوران حساس بلوغ، از لحاظ جنسیت خود (زن‌بودن) و مسؤولیت مورد انتظار جامعه دارای شرایط ویژه‌ای می‌باشند. دختران امروز، مادران فردا هستند و در زمینه‌ی وضعیت بهداشت خود و جامعه، نقش کلیدی ایفا می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲).

با وجود تلاش‌های متعدد به‌منظور تعریف سلامت روانی، اما تاکنون تعریف واحدی از آن موجود نیست. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف می‌کند. Buka سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی در حال تغییر می‌داند (۲).

Raphael گزارش کرد که اضطراب و افسردگی همراه با اختلال انطباقی از مسائل عمده‌ی سلامت روان هستند که در دوران نوجوانی رخ می‌دهند (۳). مشکلات سلامت روان در نوجوانی یا ادامه‌ی مشکلات روانی دوران کودکی و یا شروع یک بیماری جدید است. این مشکلات به‌طور کلی شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائلی

پرسش‌نامه‌ی ۲۸-GHQ مشکوک به اختلال بودند. میانگین نمره‌ی سلامت روان نوجوانان ۱۸ ساله بیشتر از نوجوانان ۱۷ ساله بود (۸). بنابراین، توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه و فراهم آوردن زمینه‌ی لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامت آن جامعه برای نسل‌های آینده می‌باشد.

برای دستیابی به چنین هدف ارزشمندی، پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی، اضطرابی و افسردگی، امری لازم و اساسی می‌باشد. این اختلالات، علاوه بر اثرات نامطلوب شخصی در جوانان، مشکلات اجتماعی عدیده‌ای برای جوامع در برخواهند داشت. لذا شناخت، تشخیص، درمان و پیشگیری از آنها بسیار مهم است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر شهر قم در دوران بلوغ در شهر قم صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در سال ۱۳۹۱ به صورت مقطعی و در بین دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر قم صورت گرفت. در این مطالعه، باتوجه به فرمول حجم نمونه برای مطالعات توصیفی، حداقل تعداد نمونه مورد نیاز برابر ۱۷۸ به دست آمد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش و تعداد متغیرها برابر ۱۹۱ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، بدین طریق که پس از مشخص نمودن نواحی آموزشی و پرورش و مدارس تحت پوشش (۲۵۶ مدرسه راهنمایی)، با در نظر گرفتن نسبت دانش‌آموزان جامعه‌ی مورد نظر و باتوجه به حجم نمونه‌ی محاسبه شده، تعدادی از مدارس (خوشه‌ها) به صورت تصادفی ساده، انتخاب و از مدارس کلاسها نیز تصادفی انتخاب شده و کل کلاس‌های منتخب از نظر هدف، مورد نظر و بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده در مطالعه‌ی حاضر، پرسش‌نامه‌ی

مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی استاندارد GHQ-28 بود. در خصوص روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. مطالعات روان‌سنجی، نسخه‌های مختلف سلامت عمومی را نشان می‌دهد، نسخه‌ی ۲۸ سوالی (GHQ-28) نسبت به سایر نسخه‌های دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند نسخه‌ی ۲۸ سوالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب‌تری است. این نسخه، مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدبرگ هیلر (۱۹۷۹) انجام شد. ۴ عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید.

مواد این پرسش‌نامه به بررسی وضعیت سلامت فرد در یک ماهه‌ی اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تاکید دارد. پرسش‌نامه‌ی ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی از چهار زیرمقیاس تشکیل شده است که هرکدام از آنها هفت ماده دارد. ماده‌های ۱ تا ۷ آن مربوط به زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، ماده‌های ۸ تا ۱۴ آن مربوط به زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی، ماده‌های ۱۵ تا ۲۱ آن مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از ماده‌ی ۲۲ تا ۲۸ مربوط به زیرمقیاس افسردگی است. هر سؤال شامل ۴ گزینه بیش از معمول، در حد معمول، بد از معمول و بسیار بدتر از معمول بود که سیستم نمره‌گذاری سؤالات از ۰ تا ۳ را در بر می‌گیرد. نمره‌ی هر فرد در هر زیرمقیاس، از ۰ تا ۲۱ متغیر است. نمره‌ی ۰ تا ۷ نشانه‌ی وضع وخیم پاسخگو است. ۷ تا ۱۴ وضعیت در آستانه‌ی بیماری را نشان می‌دهد و نمره‌ی ۱۴ تا ۲۱ نشان‌دهنده و پاسخگوی وضع سلامت است. نمره‌ی کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. فردی که در

توسط شاخص‌های آمار مرکزی و نیز توزیع فراوانی و همچنین آزمون‌های ناپارامتریک نظیر کای دو و آزمون دقیق فیشر در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۰/۴٪ نمونه‌ها در مقطع دوم و ۶۹/۶٪ در مقطع سوم راهنمایی مشغول به تحصیل بودند. سایر مشخصات دموگرافیک نمونه‌های تحت پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده‌است.

در مطالعه‌ی حاضر میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی دانش‌آموزان $26/87 \pm 14/72$ نمره حاصل شد که جزئیات آن در ابعاد مورد نظر در جدول شماره ۲ ارائه شده‌است. در این مطالعه مشخص شد که ۴۸/۲٪

مجموع از چهار زیرمقیاس نمره‌ی ۰ تا ۲۸ را دریافت می‌کند، وضعیت وخیمی دارد. نمره‌ی ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه‌ی بیماری پاسخگو را نشان می‌دهد و فردی که نمره‌ی ۵۶ تا ۸۴ را کسب می‌کند، از وضعیت سلامت خوبی برخوردار است.

باتوجه به نقطه‌ی برش تعیین‌شده در مقالات پیشین، در مطالعه حاضر افراد با نمره‌ی GHQ کمتر از ۲۳ دارای سلامت عمومی مناسب و افراد بالاتر از ۲۳ به عنوان سلامت عمومی نامناسب در نظر گرفته شد.

بعد از تصویب طرح و مقدمات هماهنگی با آموزش و پرورش و موافقت مدیران مدارس راهنمایی دخترانه، پرسش‌نامه براساس روش نمونه‌گیری گفته‌شده‌ی مذکور، بین دانش‌آموزان، توزیع و بعد از توضیح لازم درخصوص اهداف مطالعه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه شد. درنهایت، داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸

وضعیت سلامت عمومی فرد	نمرات در خرده مقیاس‌ها	نمرات در کل پرسشنامه
طبیعی	۰ - ۶	۰ - ۲۲
ناراحتی خفیف	۷ - ۱۱	۲۳ - ۴۰
ناراحتی متوسط	۱۲ - ۱۶	۴۱ - ۶۰
ناراحتی شدید	۱۷ - ۲۱	۶۱ - ۸۴

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های تحت پژوهش

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
سواد مادر	بیسواد	۱۷	۸/۹
	ابتدایی	۴۴	۲۳
	راهنمایی	۲۰	۱۰/۵
	متوسطه	۶۰	۳۱/۴
	عالی	۴۹	۲۵/۷
سواد پدر	بیسواد	۴	۲/۱
	ابتدایی	۴۱	۲۱/۵
	راهنمایی	۲۰	۱۰/۵
	متوسطه	۴۱	۲۱/۵
	عالی	۷۹	۴۱/۴
شغل مادر	خانه دار	۱۶۴	۸۵/۹
	شاغل	۲۵	۱۳/۱
	دولتی	۶۸	۳۵/۶
نوع مدرسه	غیر دولتی	۹۳	۴۸/۷
	نمونه دولتی	۳۰	۱۵/۷
مریی بهداشت	دارد	۹۳	۴۸/۷
	ندارد	۹۸	۵۱/۳

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی به همراه ابعاد آن در نمونه تحت مطالعه

تعداد کل	ماکزیمم	مینیمم	انحراف معیار	میانگین	
۱۹۱	۱۸	۰	۳/۹۲	۵/۷۱	اختلالات نشانه های بدنی
۱۹۱	۲۱	۰	۴/۹۱	۷/۵۰	اختلالات اضطراب و بی خوابی
۱۹۱	۲۰	۰	۳/۹۱	۷/۶۲	نارسا کنش وری اجتماعی
۱۹۱	۲۰	۰	۴/۵۹	۶/۴۸	افسردگی
۱۹۱	۶۸	۴	۱۴/۷۲	۲۶/۸۷	سلامت عمومی

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی ابعاد سلامت عمومی در دانش آموزان مورد بررسی

انحراف معیار	میانگین	شدید		متوسط		خفیف		طبیعی		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳/۹۲	۵/۷۱	۱/۶	۳	۷/۳	۱۴	۲۸/۳	۵۴	۶۲/۸	۱۲۰	اختلالات بدنی
۴/۹۱	۷/۵۰	۵/۲	۱۰	۱۶/۲	۳۱	۲۷/۲	۵۲	۵۱/۳	۹۸	اختلالات اضطراب و بی خوابی
۳/۹۱	۷/۶۲	۲/۱	۴	۱۴/۱	۲۷	۴۰/۳	۷۷	۴۳/۵	۸۳	اختلالات نارساکنش وری اجتماعی
۴/۵۹	۶/۴۸	۳/۷	۷	۱۳/۱	۲۵	۲۰/۴	۳۹	۶۲/۸	۱۲۰	اختلالات افسردگی
۱۴/۷۲	۲۶/۸۷	۲/۱	۴	۱۸/۳	۳۵	۳۱/۴	۶۰	۴۸/۲	۹۲	سلامت عمومی

نمونه‌ها، دارای وضعیت سلامت عمومی طبیعی بودند. همچنین نتایج پژوهش عباس مسعودزاده نشان داد که تحصیلات مادر بر سلامت روانی دانش آموزان تأثیری ندارد (۹). اما در پژوهشی که توسط حمیده پرتو اعظم انجام شد، بین شدت افسردگی و میزان تحصیلات مادر ارتباط معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/05$) (۱۰).

۸۱/۳ درصد از زنان خانه‌دار، دارای فرزندان با سلامت عمومی طبیعی و تنها ۱۸/۷ درصد از زنان شاغل، دارای فرزندان با سلامت عمومی طبیعی بودند و به نظرمی‌رسد که علت وضعیت بهتر سلامت عمومی فرزندان که مادران آنها خانه‌دار بودند، ارتباط بیشتر مادران با فرزندان خود و داشتن زمان و فرصت بیشتر برای حل مشکلات آنان باشد. با این حال، بین شغل مادر با سلامت عمومی نمونه‌ها، ارتباط آماری معناداری یافته نشد ($p = 0/131$). همچنین نتایج پژوهش سید حمزه حسینی نشان داد که تفاوت معناداری بین سلامت روانی با متغیرهای میزان تحصیلات والدین و شغل مادر وجود نداشته است (۱۱).

۳۷/۸ درصد از پدران با شغل آزاد، دارای فرزندان با سلامت عمومی طبیعی، ۲۵ درصد پدران معلم، دارای فرزندان با ناراحتی شدید و ۳۵/۳ درصد از پدران کارگر،

نمونه‌ها، دارای وضعیت سلامت عمومی طبیعی بودند. همچنین در بین ابعاد سلامت عمومی دانش آموزان تحت بررسی مشخص شد که میزان شیوع وضعیت طبیعی خرده مقیاس "نارساکنش وری اجتماعی" کمتر از سایر خرده-مقیاس‌ها محاسبه گردید. در جدول شماره ۳، وضعیت اختلالات سلامت عمومی به تفکیک ابعاد آن آورده شده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالات اضطراب و بی‌خوابی در دانش آموزان مورد مطالعه، نسبت به سایر اختلالات بیشتر بود و ۵/۲ درصد از کل دانش آموزان مورد بررسی، دچار اختلالات شدید اضطراب و بی‌خوابی بودند.

بحث

این مطالعه، درخصوص سواد مادر نشان داد که ۳۱/۹ درصد از مادران با تحصیلات عالی، دارای فرزندان با سلامت عمومی طبیعی و ۸/۶ درصد از مادران بی‌سواد، دارای فرزندان با ناراحتی متوسط بودند. گرچه به نظر می‌رسد که فراوانی فرزندان با سلامت عمومی طبیعی در مادران تحصیل کرده، بیشتر باشد، ولی بین سواد مادر با سلامت عمومی نمونه‌ها، ارتباط آماری معناداری یافته نشد

های زیادی که در طول دوره‌ی تحصیل خود، به‌علت آزمون‌ها و شرایط خاص محیط آموزشی که تجربه می‌کنند، بالطبع بیشتر از دانش‌آموزان مدارس دولتی در معرض اختلالات اضطراب و سایر مشکلات قرار دارند. این موضوع نیز در ماحصل تحلیل آزمون‌های آماری به‌دست‌آمد. به‌طوری‌که میان نوع مدرسه با سلامت عمومی نمونه‌ها، ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($p=0/002$). همچنین در پژوهش دکتر حسن حق‌شناس نتایج حاکی از آن بود که دانش‌آموزان دبیرستان‌های تیزهوشان نسبت به دبیرستان‌های عادی میانگین نمرات پایین‌تری در دو خرده‌مقیاس اضطراب و افسردگی کسب‌کردند و از وضعیت سلامت روانی بهتری نسبت به گروه عادی برخوردارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مدارس تیزهوشان دارای نمرات کمتری در شاخص‌های اضطراب و افسردگی هستند. پسران مدارس عادی شکایات جسمی کمتر از پسران مدارس تیزهوشان دارند، درحالی‌که دختران مدارس عادی، شکایات جسمی را بیشتر از دختران مدارس تیزهوشان نشان می‌دهند. پسران مدارس تیزهوشان به‌طورنسبی اضطراب و افسردگی بیشتری را از این مدارس تجربه می‌کنند. درحالی‌که دختران مدارس عادی اضطراب و افسردگی بیشتری نسبت به پسران این نوع مدارس دارند (۱۴).

در مورد مربی بهداشت، ۶۷/۲ درصد از دانش‌آموزان دارای مربی بهداشت، ناراحتی خفیف داشتند و ۲/۲ درصد از دانش‌آموزان دارای مربی بهداشت، ناراحتی شدید داشتند. این درحالی است که ۴۳/۹ درصد از دانش‌آموزان فاقد مربی بهداشت، به‌لحاظ سلامت عمومی در وضعیت طبیعی قرار داشتند. وجود مربی بهداشت، می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات بهداشتی و سلامتی دانش‌آموزان داشته باشد، ولی در اینجا مشاهده شد که باوجود این که ۳۰۰۰ مربی در بخش سلامت در سال‌های اخیر به تعداد مربیان سلامت اضافه شده، اما همچنان براساس نظر متخصصان بهداشتی، بازهم حداقل

دارای فرزندان با ناراحتی متوسط بودند. بین شغل پدر با سلامت عمومی نمونه‌ها نیز، ارتباط آماری معناداری پیدا نشد ($p=0/20$).

۶۷/۷ درصد از پدران با تحصیلات عالی، دارای فرزندان با سلامت عمومی طبیعی بوده، درحالی‌که ۳۳ درصد از پدران با سواد ابتدایی، دارای فرزندان با ناراحتی متوسط و ۲۵ درصد از پدران با سواد راهنمایی، دارای فرزندان با ناراحتی شدید بودند. مشاهده شد که اکثر افراد با سلامت عمومی طبیعی، دارای پدرانی با تحصیلات دانشگاهی‌اند، اما با این‌حال، ارتباط معناداری بین سواد پدر با سلامت عمومی نمونه‌ها یافته نشد ($p=0/09$).

همچنین در پژوهش دکتر یاسمن متقی‌پور نتایج حاکی از آن بود که سطح تحصیلات پدر در هیچ‌یک از موارد مربوط به اختلالات چهارگانه، اختلاف معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از وجود کمترین میزان سلامت روان در مقیاس عملکرد اجتماعی بود. به‌طوری‌که بیش از یک‌چهارم نوجوانان مورد مطالعه، اختلال در عملکرد اجتماعی را گزارش کرده بودند (۱۲). یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی ضیغمی و همکاران، مؤید نتیجه‌ی به‌دست‌آمده در این مطالعه می‌باشد (۱۳).

۶۰/۲ درصد از دانش‌آموزان مدارس غیردولتی، دارای سلامت عمومی طبیعی و ۲۶/۹ درصد از دانش‌آموزان مدارس غیر دولتی دارای ناراحتی خفیف بودند. ۳۰ درصد از دانش‌آموزان مدارس نمونه‌ی دولتی دارای سلامتی عمومی طبیعی و ۶۷ درصد از دانش‌آموزان مدارس نمونه‌ی دولتی دارای ناراحتی شدید بودند. ۳۹/۷ درصد از دانش‌آموزان مدارس دولتی، دارای سلامت عمومی طبیعی و ۲۹/۴ درصد از دانش‌آموزان مدارس دولتی، دارای ناراحتی متوسط بودند. به هر حال، دانش‌آموزانی که در مدارس نمونه‌ی دولتی مشغول به تحصیل هستند، دارای محیط آموزشی متفاوتی نسبت به دانش‌آموزان مدارس دولتی می‌باشند و باتوجه به فشارهای روانی و استرس-

تواند سهم قابل توجهی در تأمین سلامت عمومی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی قم می باشد. لذا پژوهشگران برخود فرض می دانند از همکاری آن واحد دانشگاهی و نیز نمونه های تحت پژوهش و همچنین مدیران و مسئولین مدارس تقدیر و تشکر نمایند.

۵۰۰۰ مربی بهداشت در سطح کشور، مورد نیاز سیستم های سلامت مستقر در مدارس می باشد. به هر روی، با عنایت به نوع مطالعه نمی توان رابطه ی دقیقی از ارتباط سلامت عمومی با سایر متغیرهای مورد بررسی داشت و این مورد از جمله مهمترین محدودیت های مطالعه بود. در نهایت مطالعه ی حاضر نشان داد که، با توجه به طبقه بندی نمره ی سلامت عمومی، نمره ی دانش آموزان تحت مطالعه در محدوده ی ناراحتی خفیف قرار می گیرد و متأسفانه دانش آموزان مورد بررسی از لحاظ سلامت عمومی، وضعیت طبیعی ندارند. همچنین این پژوهش نشان داد که وجود مربی بهداشت و نیز نوع مدرسه، می

References

1. Heidari Pahlavian A, Farzad Sear K, Eghbalian M. The effect of psychosocial and educational factors on school performance among Shahed students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2000;6(21):77-68. [Persian]
2. Buka SL, Monuteaux M, Earls F. The epidemiology of child and adolescent mental disorders. Tsuang MT, Tohen M, eds. *Textbook in Psychiatric Epidemiology.* 2nd ed. New York, NY: John Wiley and Sons Inc; 2002:629-55.
3. Kazdin AE. Adolescent mental health; Prevention and treatment programs. *Am Psychol.* 1993;48(2):127-41.
4. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialog Clin Neurosci.* 2009; 11(1): 7-20.
5. Cummings EM, Davies PT. Maternal Depression and Child Development. *J Child Psychol Psyc.* 1994; 35: 73-122.
6. Séguin M, Manion I, Cloutier P, McEvoy L, Cappelli M. Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2003; 12(1): 2-9.
7. 7-Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(3):226-36.
8. 8-Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H. Richter J. Mental health of adolescent in Tehran, Iran. *J Adolesc Health.* 2007;41(6):571-6.
9. 9- Masood Zadeh A, Khalilian AR, Ashrafi M, Kimia Beigi K. Mental status of high school students of Sari city. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2005;14(45): 82-74. [Persian]
10. 10- Partoazam H, Mokhtari L, Partoazam H. Investigation of frequency and intensity of depression among female high school students in Khoy. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2009;7(2): 89-93. [Persian]
11. 11-Hosseini SH, Moosavi SE, Reza Zadeh H. Assessment of Mental Health in Students of Junior High Schools in the City of Sari. *J Fundam Ment Health.* 2003;6(19-20): 92-9.
12. 12- Motaghi Pour Y, Amiri P, Padyab M, Valaei F, Mehrabi Y, Azizi F. General mental health status among adolescents: Tehran Lipid and Glucose Study. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2005;29(2):145-1. [Persian]
13. 13- Zeighami M, Pour Bahaadini Zarandi N. The Relationship Between Academic Achievement And Students' General Health And Coping Styles: A Study on Nursing, Midwifery And Health Students of Islamic Azad University – Kerman Branch. *Strides In Development of Medical Education, J Kerman Univ Med Sci.* 2011;8(1): 41-8. [Persian]
14. 14- Haghshenas H. Chamani AR. Firoozabadi A. Personality and mental health differences of gifted high schools students compared to ordinary high schools students. *J Fundam Ment Health.* 2006;8(29-30): 57-66.

A survey on general health status of female students during their puberty period and its relevant factors in Qom in 2012

Zahra Dashti.,

Public Health B.S., Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Tahereh Ramezani.,

Public Health B.S., Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Shahram Arsang.,

Lecturer, Faculty member, Department of Epidemiology and Biostatistics, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Siamak Mohebi.,

Assistant professor, Health Policy and Promotion Research Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Received:12/06/2014, Revised:06/07/2014, Accepted:02/08/2014

Corresponding Author:

Siamak Mohebi,
Qom University of Medical
Sciences, Qom, Iran,
E-mail:
mohebisiamak@yahoo.com

Abstract

Objective and background: Puberty problems and the ways dealing with them are very important and girls' health status in puberty is even more vital. Therefore, besides passing this sensitive puberty period, they have a special condition in terms of their expected role related to their gender in society. So the role of this group has always been considered by researchers. This study aimed to determine general health status of female students during their puberty period and its relevant factors in Qom in 2012.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive-analytic study was conducted among female guidance school students in Qom in 2012. Study sample consisted of 191 girls who were chosen according to multistage cluster sampling methods from Qom girls' schools. The study data was collected by means of Demographic questionnaire and GHQ-28 standard questionnaire. Eventually the data was analyzed by SPSS software in lower than 0.05 significance according to descriptive and analytic tests including Chi-2 and Fisher's exact test.

Results: In this study 69.9% of the students were junior students and 30.4% were in the second year (middle year) of guidance school. 31.4% of these students' mothers had high school degrees and 8.9% of them were illiterate. 41.6% of the fathers had university degrees and 2.1% were illiterate. 85.9% of the mothers were housewives and 13.1% were employed. Students' General Health Status mean and standard deviation were 26.87 ± 14.72 respectively. The results demonstrated that 48.2% of students had a normal health status, 31.4% had a minor inconvenience, 18.3% had an average inconvenience, and 2.1% had a serious inconvenience.

Conclusion: Eventually the current study demonstrated that according to General Health ranking, the health grades of studied students were in minor inconvenience range and unfortunately the studied students were not in normal general health status.

Key words: Students, general health, puberty.