



A Comparative Study of Adolescent and Youth Health Status: A Systematic Review

Razieh Moghaddam¹, Seyyed Jameledin Tabibi^{2,*}, Leila Riahi³, Kamran Hajinabi³

¹ PhD Candidate of Health Services Management, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Seyyed Jameledin Tabibi, Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: sjtabibi@yahoo.com

Received: 23 Oct 2019

Accepted: 26 Dec 2019

Abstract

Introduction: Adolescence is in fact a transition from childhood to adulthood. The health of adolescents and youth is very important given the large percentage of the population in each country. The purpose of this study was to determine the health status of adolescents and youth in Iran and some selected countries.

Methods: In a systematic review comparative study, all articles published during the last two decades (2019-2000) in Persian and English in the field of adolescent and youth health 10-24 years, in Iran and Selected countries were evaluated on the basis of macro-economic indicators. This information is provided through the SID, Iran Medex, Iran Doc, Magi Ran, PubMed, Ovid, Science Direct, Google Scholar CINAHL was obtained using keywords, Health Status, Adolescent, Youth, Health Status. For data collection, a "Data Extraction Form" designed based on the purpose of the study was used.

Results: The search resulted in 103 internal and external articles related to the subject, 83 of which were excluded due to lack of inclusion criteria and eventually 20 were included in the study. Among adolescents and young people in Iran, the prevalence of physical health problems is 33%, mental health is 17% to 72% in different regions and the prevalence of high risk behaviors is 44%. Among the selected countries, the least prevalent health problems among adolescents and youth were in Australia and the highest in the United States.

Conclusions: Comparing the health status of adolescents and youth in Iran and selected countries showed that the health status of adolescents and youth is a serious problem and the health of this age group is not sufficiently considered. It is suggested that policy making be carried out to optimize the management structure, health of adolescents and youth in Iran.

Keywords: Comparative Study, Health Status, Adolescents, Youth



مطالعه تطبیقی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان: مرور نظام‌مند

راضیه مقدم^۱، سیدجمال‌الدین طبیبی^{۲*}، لیلا ریاحی^۳، کامران حاجی نبی^۴

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سیدجمال‌الدین طبیبی، استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: sjtabibi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

چکیده

مقدمه: دوره نوجوانی در واقع مرحله گذار از دوره کودکی به بزرگسالی و جوانی است. سلامت نوجوانان و جوانان، با توجه به اینکه درصد زیادی از جمعیت هر کشور را تشکیل می‌دهند از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان در ایران و چند کشور منتخب می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه تطبیقی از نوع مروری نظام مند، کلیه مقالات چاپ شده در طول دوده گذشته (۱۳۸۱-۱۳۹۸)، (۲۰۱۹-۲۰۰۰) به دو زبان فارسی و انگلیسی در زمینه سلامت نوجوانان و جوانان ۱۰-۲۴ سال، در ایران و کشورهای منتخب، بر اساس شاخص‌های کلان سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. این اطلاعات از طریق پایگاه علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (IranMedex)، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (Iran Doc)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، Ovid، PubMed، Science Direct، Google Scholar و CINAHL و با استفاده از کلید واژه‌های، وضعیت سلامت، نوجوانان و جوانان، (Adolescent, Youth) به دست آمد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از "فرم استخراج داده‌ها" (Data Extraction Form) که بر اساس هدف پژوهش طراحی شده بود، استفاده گردید.

یافته‌ها: نتیجه این جستجو دستیابی به ۱۰۳ مقاله داخلی و خارجی، مرتبط با موضوع بود که ۸۳ مقاله به علت دارا نبودن معیارهای ورود از مطالعه حذف و نهایتاً ۲۰ مطالعه وارد پژوهش شدند. در نوجوانان و جوانان ایران میزان مشکلات سلامت جسمی ۳۳ درصد، روانی ۱۷ تا ۷۲ درصد در مناطق مختلف و شیوع رفتارهای پرخطر ۴۴ درصد می‌باشد. در بین کشورهای منتخب کمترین میزان مشکلات سلامت در نوجوانان و جوانان مربوط به استرالیا و بیشترین مربوط به امریکا بود.

نتیجه‌گیری: مقایسه وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان در ایران و کشورهای منتخب، نشان داد وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان یک مشکل جدی محسوب می‌گردد و به سلامت این گروه سنی توجه کافی نشده است. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاری برای بهینه کردن ساختار مدیریتی، سلامت نوجوانان و جوانان در ایران انجام شود.

واژگان کلیدی: مطالعه تطبیقی، وضعیت سلامت، نوجوانان، جوانان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بهبود شاخص‌های کلی سلامت برای آحاد جامعه از جمله نوجوانان و جوانان، گردد [۲-۵].

سازمان جهانی بهداشت دامنه سنی نوجوانی را ۱۰ تا ۱۹ و جوانی را ۱۵ تا ۲۴ سال تعریف می‌کند [۲]. آمار جمعیت نوجوانان سراسر جهان بیش از ۱/۱ بلیون نفر، یعنی از هر ۵ نفر یک نفر در دامنه سنی ۱۰

سلامتی از حقوق اولیه انسانی است و از نظر سازمان جهانی بهداشت، عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو [۱]. نظام‌های بهداشتی با هدف ایجاد جامعه سالم، خدمات بهداشتی را به صورت یکپارچه و با دیدگاه مشتری محور و جامعه مدار به گونه‌ای ارائه می‌نمایند، که در نهایت منجر به

بررسی کیفیت مطالعات از چک لیست معیار استروب (STROBE Statement checklist) استفاده شد [۱۵]. چک لیست دارای ۲۲ قسمت می‌باشد که نمره دهی بر اساس اهمیت هر قسمت با توجه به مطالعه حاضر انجام شد. نمره نهایی چک لیست ۳۰ و مقالاتی که نمره بالاتر از ۲۰ را کسب نموده بودند وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها

از میان مقالات مورد بررسی ۱۶ مقاله (۸۰ درصد) در مجلات، سایت‌های سازمان جهانی بهداشت، وزارت خانه‌های متولی سلامت نوجوانان و جوانان و مراکز ملی آمار کشورهای منتخب و ۴ مقاله (۲۰ درصد) در مجلات و سایت وزارت خانه‌های بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ورزش و جوانان و مرکز آمار ایران به چاپ رسیده و یا موجود بودند. نتایج، در قالب دو موضوع نظام مند، تاریخچه توجه جهانی به سلامت نوجوانان و جوانان و وضعیت سلامتی آنان در ایران و کشورهای منتخب ارائه می‌شود.

تحولات سلامت نوجوانان و جوانان جهان و ایران

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت نوجوانان و جوانان یا به عبارتی مراکز دوستدار خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان، یکی از سیاست‌های مهم دولت‌ها در جهت بهبود سلامت این قشر می‌باشد. ضعف ارائه این گونه خدمات در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط می‌تواند یکی از معضلات نظام سلامت باشد [۱۶].

وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان، در مطالعه "رفتارهای بهداشتی کودکان سن مدرسه"، (Health Behavior in School-Aged Children) (HBSC)، توسط سازمان جهانی بهداشت در ۳۰ کشور اروپایی و آمریکایی در بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۰ انجام شد. بر اساس یافته‌ها روند سیاست‌گذاری در سلامت به سوی تغییرات ساختاری در جهت نهادینه کردن مراکز ارائه خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان در این کشورها متحول گردد [۱۲، ۱۷]. نوجوانان در کشورهای در حال توسعه در دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشتی با محدودیت‌های زیادی روبرو هستند که علل این محدودیت‌ها فقر، نابرابری جنسیتی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین و اختلافات نژادی می‌باشد [۱۸].

مطالعه‌ای توسط سازمان جهانی بهداشت، در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۶، در ۱۶ کشور از منطقه غرب اقیانوس آرام و ۳۲ کشور در مناطق در حال توسعه آسیا و آفریقا و آمریکای لاتین انجام شد. میزان مشکلات جسمانی، روانی و رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان در اغلب کشورهای در حال توسعه، بیشتر از اغلب کشورهای غرب اقیانوس آرام بالاحص استرالیا گزارش شده است. در بین کشورهای آمریکا، کانادا، اروپا و منطقه اسکندیناوی، کمترین میزان مشکلات جسمانی، روانی و رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان کانادا، سوئد و دانمارک بود که مهمترین علت این تفاوت را وجود سیاست‌گذاری‌های کلان در حیطه مدیریت ارائه خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان ذکر شده است [۱۹-۲۲].

مطالعات مرتبط در ایران نشان می‌دهد، بیش از ۵۰ درصد جمعیت نوجوانان و جوانان، مهارت‌های لازم سالم زیستن را ندارند، زود رنجی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در ۷۲ درصد، نوجوانان و جوانان ایران

تا ۱۹ سال قرارداد و حدود ۱/۵ بلیون نفر به عنوان افراد جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله می‌باشند که ۸۵ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۶]. در ایران نیز حدود ۳۰ درصد از جمعیت کشور ۱۰ تا ۲۴ ساله هستند [۷].

مطالعات مختلف در مورد وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ایران، وجود مشکلات جسمی و اختلالات روانی را، در یک سوم جمعیت این گروه سنی گزارش کرده است [۸، ۹]. که توجه بیشتر سیاست‌گذاران بهداشتی را می‌طلبد [۱۰، ۱۱]. سلامت نوجوانان و جوانان یکی از اولویت‌های اساسی جامعه و اهداف توسعه هزاره سوم است [۱۲]. با وجود تحولات به وجود آمده در سیاست‌های بهداشتی بین‌المللی، هنوز کاستی‌های زیادی نسبت به وضعیت سلامت این قشر آسیب‌پذیر، به‌خصوص در کشورهای فقیر درمقایسه با کشورهای توسعه یافته وجود دارد [۱۳].

یکی از شاخص‌های توسعه کشورها وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان می‌باشد [۱۰]. لذا با بهبود وضعیت سلامت این قشر، می‌توان جهت ارتقاء سلامت آنان و پیشگیری از مشکلات بهداشتی اقدامات ضروری انجام داد. هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان در ایران و چند کشور منتخب می‌باشد.

روش کار

در این مطالعه مروری نظامند، کلیه مقالات فارسی تمام متن چاپ شده در مجلات و سایت‌های آماری معتبر که کلمات وضعیت سلامت، نوجوانان و جوانان، در آن‌ها ذکر شده بود و در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Iran Medex، Iran Doc، Magi ran، Doc Iran از سال ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۹۸ بررسی شدند. مقالات انگلیسی تمام متن چاپ شده در مجلات معتبر که کلمات، Health Status، Youth، Adolescents، در عنوان آن‌ها ذکر شده بود، در پایگاه‌های اطلاعاتی، Ovid، Pub Med، ScienceDirect، CINAHL، Google Scholar، در مجلات معتبر که کلمات، Health Status، Youth، Adolescents، در عنوان آن‌ها ذکر شده بود، در پایگاه‌های اطلاعاتی، Ovid، Pub Med، ScienceDirect، CINAHL، Google Scholar سازمان جهانی بهداشت، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ جستجو شد. علاوه بر بانک‌های اطلاعاتی، از آمار وزارت خانه‌های متولی سلامت نوجوانان و جوانان ایران و کشورهای منتخب (استرالیا، انگلستان، آمریکا و کانادا) نیز استفاده گردید. انتخاب کشورها بر اساس معیارهایی مانند پیشرفته بودن نظام سلامت، مطلوبیت شاخص‌های بهداشتی، قرارگرفتن در یکی از محورهای معتبر تقسیم بندی کشورها بر اساس نوع نظام سلامت و انواع بیمه‌های درمانی تقسیم بندی Folland [۱۴]. قابلیت دست یابی به اطلاعات مورد نیاز، امکان الگوبرداری و قابلیت اجرای شیوه‌های جدید، بود.

معیارهای ورود مقالات شامل ۱- مقالات منتشر شده در مجلات علمی پژوهشی ۲- انجام پژوهش در ایران و کشورهای منتخب ۳- پژوهش‌های مرتبط در خصوص وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان دامنه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال ۴- انتشارمقاله به زبان فارسی یا انگلیسی ۵- تمام متن بودن مقالات بود. برای بررسی مقالات از فرم استخراج داده‌ها (Data Extraction Form) که بر اساس هدف پژوهش توسط پژوهشگر طراحی شده بود استفاده گردید. این فرم شامل بخش‌هایی از جمله مشخصات روش شناسی مطالعه (هدف، روش نمونه‌گیری، اندازه نمونه، مکان پژوهش، نوع مطالعه، ابزار جمع‌آوری اطلاعات)، اطلاعات مرتبط با فراوانی انواع مشکلات در حیطه سلامت نوجوانان و جوانان بود برای

سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ گزارش گردیده است و ۴۰۱۴ درصد بیماری‌های مقاربتی و ۱۴ درصد بارداری ناخواسته اتفاق افتاده است [۴۴].

مقالات مرتبط با وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان در کانادا نشان داد: ۳۰ درصد جمعیت کشور کانادا را طبق آمار سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ سنین ۱۵ تا ۱۹ سال و ۳۴ درصد را ۲۰ تا ۲۴ سال تشکیل می‌دهد. از نظر وضعیت سلامت عمومی ۲۴ درصد نوجوانان و جوانان کانادا چاق، ۲۵ درصد فعالیت‌های ورزشی منظم انجام می‌دهند و ۶ درصد نوجوانان و جوانان کانادایی دچار دیابت می‌باشند [۴۵]. در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ اختلالات خلقی و روان نوجوانان و جوانان کانادایی ۶۶ درصد و خودکشی دومین علت شیوع مرگ در نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ سال می‌باشد [۴۶]. از نظر رفتارهای پرخطر، در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ میزان مصرف سیگار بین پسران و دختران ۱۵ تا ۲۴ ساله به ترتیب ۳۱ و ۱۶ درصد و میزان موارد بستری ناشی از مصرف مواد افیونی در بین نوجوانان و جوانان کانادایی ۲۷ درصد و میزان مصرف نوشابه‌های الکلی در پسران و دختران ۱۰ تا ۲۴ سال به ترتیب ۲۶ و ۱۶ درصد در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴ گزارش گردیده است [۴۷]. در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷، ۹۴ درصد دختران ۱۵ تا ۱۹ ساله دارای رابطه جنسی و ۶۶ درصد آن‌ها از کاندوم و ۳۰ درصد از قرص‌های ضد بارداری، استفاده کرده‌اند [۴۸]. از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰ میزان بارداری ناخواسته در سنین ۱۰ تا ۱۷ سال روندی کاهشی داشته است [۴۷].

مطالعات وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۱۸ نشان داد در این کشور ۶۴ میلیون نوجوان و جوان در طیف سنی ۱۰ تا ۲۴ سال می‌باشد. از نظر وضعیت عمومی سلامت، ۵۰ درصد مردان و زنان ۱۵ تا ۲۵ ساله آمریکایی در سال ۲۰۱۶ چاق و یا اضافه وزن داشتند [۴۹]. از نظر سلامت روان، در سال ۲۰۱۶، خودکشی دومین علت شایع مرگ در جوانان آمریکایی بوده و در ۱۸/۷ درصد جوانان اختلالات روانی از نوع افسردگی گزارش گردیده است [۵۰-۵۳]. از نظر رفتارهای پرخطر، ۹۰ درصد افراد سیگاری در ۱۸ سالگی مصرف سیگار را در آمریکا شروع می‌کنند و سن شروع مصرف الکل در ایالت‌های مختلف آمریکا، از ۱۸ تا ۲۱ سال می‌باشد. ۴۰ درصد از نوجوانان در سال ۲۰۱۷ روابط جنسی داشتند که ۵۴ درصد آن‌ها از کاندوم استفاده نمی‌کردند [۵۴]. در سال ۲۰۱۷، ۲۰ میلیون مورد بیماری مقاربتی گزارش گردیده است که ۵۰ درصد مبتلایان را جمعیت ۱۳ تا ۲۴ سال تشکیل می‌داد و بیشترین میزان بارداری ناخواسته (۳۷ درصد) در افراد ۲۰ تا ۲۴ ساله رخ داده است که اکثریت آن‌ها به سقط ختم شده‌اند [۵۵، ۵۶].

وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ایران

بررسی وضعیت عمومی سلامت در ایران سال ۱۳۸۰ نشان می‌دهد که اغلب نوجوانان و جوانان ایران وضعیت جسمانی خوبی ندارند در سال ۱۳۸۸، ۱۸ درصد جوانان ایران اضافه وزن داشتند و ۳۰ درصد چاق محسوب می‌شوند [۷]. از نظر وضعیت سلامت روان، در سال ۱۳۷۵، ۲۵ درصد دانش‌آموزان ایرانی افسرده و ۷۸ درصد دختران و ۵۷ درصد پسران نوجوان ۱۳ تا ۱۷ ساله در اصفهان، افسردگی خفیف تا بسیار شدید داشته و در سال ۱۳۸۸ در دختران نوجوان ۱۷ درصد افسردگی خفیف و در سال ۱۳۸۲ در جوانان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی گلستان، تا ۷۲ درصد افکار پارانوییدی، اختلال وسواسی

وجود دارد [۲۳]. بعلاوه، اکثر رفتارهای پرخطر، در سن ۱۶ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهد [۲۴-۲۶].

سلامتی نوجوانان و جوانان در سیاستگذاری‌های بهداشتی کشور ایران مورد توجه نمی‌باشد و هیچ طرح مشخصی برای خدمت‌رسانی در حوزه سلامت به این گروه وجود ندارد و نیز هیچ گونه اطلاعات نظام‌مندی نیز در این عرصه تولید نمی‌شود. بعلاوه گفتگوهای رسانه‌ای در این مورد نیز تنها مربوط به ادعاهایی چون سند یا برنامه سلامت جوانان می‌باشد [۵].

وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان کشورهای منتخب

مطالعات مربوط به کشور استرالیا نشان داد: ۲۲ درصد جمعیت استرالیا را نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ سال تشکیل می‌دهند و از نظر وضعیت سلامت عمومی، در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴، ۵۷ درصد نوجوانان و جوانان سال دارای وزن طبیعی و بقیه دارای اضافه وزن و چاق بودند و نیمی از آن‌ها فعالیت‌های بدنی خوبی داشته و آسب و آلرژی شایع‌ترین بیماری این گروه را تشکیل می‌دادند [۲۷-۳۰]. در سال ۲۰۱۴ از نظر وضعیت سلامت روان، ۱۴ درصد از نوجوانان و جوانان از سلامت روانی خوبی برخوردار نبوده و اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی، به ترتیب شایع‌ترین اختلالات روان در نوجوانان و جوانان استرالیا بودند [۳۱]. در سال ۲۰۱۴ مرگ به علت خودکشی در پسران نوجوان و جوان ۲/۲ برابر بیشتر از دختران گزارش گردیده است. البته این آمار در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است [۳۲]. از نظر رفتارهای پرخطر، استفاده نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله استرالیایی از سیگار و الکل ۳۹ درصد در سال ۲۰۱۳ گزارش گردیده است [۳۳]. در سال (۲۰۱۳) ۴۳ درصد نوجوانان و جوانان استرالیایی روابط جنسی داشته‌اند که اکثریت آن‌ها از کاندوم استفاده می‌کردند و به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، ۲ مورد بیماری مقاربتی و از هر ۱۰۰ هزار دختر نوجوان، ۱۳ مورد زایمان اتفاق افتاده است [۳۴].

مطالعات مربوط به انگلستان حاکی از آن است که جمعیت نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ سال انگلستان، ۲۰ درصد کل جمعیت این کشور را شامل می‌شود (۱۲ میلیون نفر) و مقام پنجم در بین ۱۹ کشور اروپایی از نظر تعداد جمعیت را داراست [۳۵]. از نظر وضعیت سلامت عمومی در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴، ۵۱ درصد نوجوانان انگلیسی فعالیت فیزیکی و ورزش داشته و ۱۹/۲ درصد از آن‌ها چاق بوده‌اند [۳۶]. آسب از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در نوجوانان و جوانان انگلستان است و در مقام دوم نیز دیابت نوع ۲ قرار دارد [۳۷-۳۹]. از نظر وضعیت سلامت روان، ۴۱/۹۲ درصد نوجوان و جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله انگلیسی، در سال ۲۰۱۴ به علت صدمات ناشی از آسیب به خود در بیمارستان‌ها بستری شدند. میزان مراجعه نوجوانان و جوانان به مراکز ارائه خدمات سلامت روان ۶۴ درصد در سال ۲۰۱۴ بوده است [۴۰-۴۲]. از نظر رفتارهای پرخطر، در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۳ مصرف سیگار اولین و قابل پیشگیری‌ترین علت مرگ در انگلستان بوده و از هر سه نفر سیگاری یک نفر، سیگار را از ۱۸ سالگی شروع کرده است و میزان استفاده از الکل و حشیش در نوجوانان و جوانان انگلیسی، به ترتیب ۱۲ و ۹ درصد در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴، گزارش گردیده است [۴۳، ۴۴]. شروع رابطه جنسی در ۲۹ درصد دختران و ۳۰ درصد پسران قبل از ۱۵ سالگی در

استفاده نکرده‌اند [۵، ۲۵، ۶۳]. طبق گزارش مرکز ملی جوانان در سال ۱۳۸۵، آلودگی حدود ۱۰۰ هزار جوان ۱۵ تا ۲۹ ساله به بیماری‌های مقاربتی گزارش گردیده است و سنین ۲۵ تا ۳۵ سال ۴۵ درصد مبتلایان به ایدز را تشکیل می‌دادند که از طریق جنسی آلوده شده بودند و بدیهی است که با توجه به دوره کمون طولانی این بیماری، درصد بسیاری از موارد آلودگی به ویروس در زمان نوجوانی اتفاق افتاده است [۵]. با وجود این که هر روز رفتارهای پر خطر نوجوانان و جوانان و نیز مشکلات جنسی بیش از پیش می‌شود ولی در اکثر نظام‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، ارائه خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان مورد غفلت قرار گرفته است [۶۴].

و افسردگی گزارش گردیده است [۵۷، ۵۸]. در رابطه با رفتارهای پرخطر، سال ۱۳۸۸، ۴۴ درصد جوانان ایران تجربه مصرف مواد دخانی (قلیان و سیگار) را داشته‌اند. [۵۹]. در سال ۱۳۸۵، ۴۵ درصد از معتادان کشور راه جوانان تشکیل می‌دادند در برخی مناطق، مصرف حشیش حدود ۱۰ تا ۱۷ درصد گزارش گردیده است [۲۵، ۶۰، ۶۱]. سابقه مصرف یکبار یا بیشتر مشروبات الکلی در سال ۱۳۸۶ در جوانان کردستان ۱۷ درصد و در سال ۱۳۸۴ در جوانان خرم آباد ۹ درصد گزارش گردیده است [۵، ۶۲، ۶۳]. در سال ۱۳۸۶، ۵۵ درصد نوجوانان و جوانان با جنس مخالف رابطه داشته اند که ۲۴ درصد آن‌ها از نوع رابطه جنسی بوده است و ۴۰ درصد آن‌ها از هیچ روش پیشگیری

جدول ۱. ویژگی‌های مطالعات صورت گرفته پیرامون وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ایران و کشورهای منتخب

نویسنده/سال/کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه گیری/تعداد نمونه	ابزار	نتایج پژوهش
بنی جمالی [۵]، ۱۳۹۵، وزارت ورزش و جوانان- ایران	بررسی وضعیت سلامت و بهداشت جوانان و چالش‌ها	مروری-کیفی فراتحلیل (متاآنالیز)	۳۶ مطالعه داخلی و خارجی در مورد وضعیت سلامت جوانان و مقایسه با مطالعه "رفتارهای بهداشتی کودکان سن مدرسه" Health Behavior in School-aged Children (HBSC)	تحلیل کیفی	سلامت جوانان در سیاست‌های عمومی کشورها، امری حاشیه‌ای است که توجه چندانی بدان نمی‌شود. وضعیت عمومی سلامت جوانان ایران از سطح وضعیت سلامت ۴۱ کشور مورد بررسی، پایین‌تر است.
سازمان جهانی بهداشت [۱۷]-مطالعه "رفتارهای بهداشتی کودکان سن مدرسه"، ۲۰۰۹-۲۰۱۰، Health Behavior in School-aged Children (HBSC)	بررسی وضعیت سلامت نوجوانان ۱۱ تا ۱۵ سال در ۴۱ کشور اروپایی و ایالت متحده آمریکا	توصیفی -	تصادفی/چند مرحله‌ای، ۱۵۳۶ نفر در هر گروه سنی از ۴۱ کشور	"پرسشنامه بررسی جهانی" (World Health Survey (WHS) Questionnaire)	۱۸ درصد از نوجوانان خود ارزیابی خوبی از سلامت خود داشتند. ۲۸ درصد احساس می‌کردند جلق هستند، ۴۵ درصد صبحانه نمی‌خورده‌اند، ۳۰ درصد یک بار میوه می‌خورند، ۲۵ درصد نوشابه‌های غیرالکلی حاوی شکر مصرف می‌کردند. به ترتیب ۲۲ و ۱۵ درصد روزانه فعالیت متعادل تا شدید داشتند. توصیه به توجه بیشتر نظام سلامت، به نهادهای کردن مراکز دوستدار نوجوان شده است.
Prakash canal [۱۸] و همکاران نیپال (۲۰۱۶) آسیایانپال	بررسی دیدگاه نوجوانان در مورد وضعیت سلامت جنسی و بهداشت باروری	مطالعه کیفی	نمونه گیری هدفمند-۱۰ نفر در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال از هر استان در کشور نیپال	"پرسشنامه مصور برای مصاحبه- بررسی با افراد جوانان" (Illustrative Questionnaire for Interview-Surveys with Young People)	۸۰ درصد شرکت کنندگان عدم اطلاع و عدم دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری را اظهار کردند. ۵۰ درصد پاسخگویان کسب اطلاعات در مورد بهداشت باروری را نابو می‌دانستند.
سازمان جهانی بهداشت [۱۹] ۲۰۱۳	چهارچوب مفهومی بررسی وضعیت سلامت نوجوانان در کشورهای غرب پاسیفیک	توصیفی - کاربردی	انتخاب تصادفی/چند مرحله‌ای ۱۵۳۶ نفر در هر گروه سنی از ۴۱ کشور ۲۰۰۹-۲۰۰۸	"پرسشنامه بررسی جهانی" (World Health Survey (WHS) Questionnaire)	کمترین میزان مشکلات جسمانی، روانی و رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان مربوط به استرالیا بود که علت آن را وجود مراکز دوستدار بهداشت نوجوان و جوان و توجه بیشتر سیاستگذاران به موضوع سلامت نوجوانان و جوانان بوده است.
Michelle [۲۱] و همکاران (۲۰۰۹) جنوب آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین)	بررسی وضعیت بهداشت باروری و جنسی نوجوانان در حال توسعه	مروری تطبیقی	سایت‌های آماری و استفاده از مقالات منتشر شده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸	"فرم استخراج داده‌ها" (Data Extraction Form)	۷۰ درصد مبتلایان به ایدز را سنین ۱۰ تا ۲۴ سال تشکیل می‌دهند و بیش از ۲۰ درصد دختران بارداری ناخواسته و بیش از ۱۵ درصد دارای شرکای جنسی متعدد بودند. ۹۰ درصد بیان کردند که مطرح کردن مسائل جنسی با والدین را نابو می‌دانستند. پیشنهاد نهادهای کردن مراکز ارائه خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان شده است.
پرویزی و همکاران [۲۳] ۱۳۸۵ ایران تهران	تبیین نظرات نوجوانان در مورد گروه همسالان و وضعیت سلامت آنان	کیفی	نمونه گیری هدفمند- ۴۱ نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله تهرانی	"مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته" (In-depth, Semi-Structured Interviews)	گروه همسالان آثار منفی و مثبت زیادی بر سلامت نوجوانان دارند. تغییر الگوی دوستی‌ها در نوجوانان یکی از چالش‌های فرهنگی و بهداشتی است. توجه به آموزش می‌تواند به بهبود وضعیت سلامت نوجوانان منجر شود.
گرمارودی و همکاران [۲۵] ۱۳۸۸ ایران تهران	تعیین میزان رفتارهای پرخطر بهداشتی در نوجوانان تهران	توصیفی- تحلیلی- مقطعی	چند مرحله‌ای تصادفی - ۲۴۰۰ دانش آموز دختر و پسر به طور مساوی از مدارس دولتی عادی شهر تهران	"پرسشنامه استاندارد رفتارهای پرخطر جوانان" (Youth Risk Behavior Survey Standard Questionnaire (YRBS))	با توجه به میزان بالای رفتارهای پرخطر، به بازنگری آموزش نوجوانان و نهادهای کردن مراکز بهداشتی خاص نوجوانان در مدیریت بهداشتی توصیه گردیده است.
گزارش مرکز آمار، استرالیا [۲۹] ۲۰۱۵-۲۰۱۴	گزارش وضعیت جسمی نوجوانان و جوانان استرالیا	طرح کشوری سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان استرالیا	"پرسشنامه جسمی" (Physical Health Questionnaire (PHQ))	۵۷ درصد نوجوانان و جوانان استرالیایی ۱۰ تا ۲۴ سال دارای وزن طبیعی و ۵۸ درصد آن‌ها، در طی یک هفته، حدود ۵ بار فعالیت بدنی ۱۵۰ دقیقه‌ای را گزارش کرده‌اند. یکی از دلایل بهبود میزان سلامت جسمی نوجوانان و جوانان استرالیا به دلیل وجود مراکز بهداشتی و مدارس دوستدار نوجوان و جوان ذکر شده است.
گزارش مرکز ملی آمار، استرالیا [۳۰] ۲۰۱۴-۲۰۱۵	گزارش سلامت عمومی نوجوانان و جوانان استرالیا	طرح کشوری، عمومی ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان استرالیا	"پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire (GHQ))	در سال ۲۰۱۴، شایع‌ترین علت بستری به دلیل جراحیات در نوجوانان و جوانان استرالیایی خودآزاری که در دختران ۳ برابر پسران بوده است. توجه بیشتر به مراکز مشاوره روان در تمامی مراکز ارائه خدمات بهداشتی نوجوانان و جوانان و مدارس، تاکید شده است.
مرکز آماروزارت سلامت استرالیا [۳۱] ۲۰۱۵	میزان رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان استرالیا	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ۱۲-۲۴ ساله استرالیا در تمامی ایالت‌ها	"پرسشنامه استاندارد رفتارهای پرخطر جوانان" (Youth Risk Behavior Survey Standard Questionnaire (YRBS))	۳۹ درصد از افراد جوان استرالیا سیگاری هستند، ۲۵ درصد جوانان در سال ۲۰۱۴ از مواد مخدر استفاده می‌کردند.
مرکز ملی آمار سلامت استرالیا [۳۶] ۲۰۱۵	بررسی وضعیت سلامت روان در نوجوانان و جوانان استرالیا	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان ۱۲-۲۴ ساله استرالیا در تمامی ایالت‌ها	"پرسشنامه سلامت عمومی- ۲۸" (General Health Questionnaire (GHQ-28))	۱۴ درصد از جوانان و نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله استرالیایی، دچار اختلالاتی از قبیل اضطراب (۷ درصد)، بیش فعالی از نوع کمبود توجه (۶/۳ درصد) و افسردگی (۰/۷ درصد)، می‌باشند. یکی از مهمترین دلایل اختلالات روان ضعف در امر مشاوره و نظام ارجاع ذکر شده است.
مرکز ملی آمار ملی انگلستان [۳۸] ۲۰۱۷	وضعیت سلامت عمومی و جنسی نوجوانان و جوانان انگلستان	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان ۱۲-۲۴ ساله استرالیا در تمامی ایالت‌ها	"پرسشنامه سلامت عمومی- ۲۸" (General Health Questionnaire (GHQ-28))	میزان چاقی در نوجوانان و جوانان انگلستان ۱۹/۳ درصد گزارش گردیده است. ۲۹ درصد دختران و ۳۰ درصد پسران قبل از ۱۶ سالگی رابطه جنسی را شروع کرده‌اند. ۱۴ درصد بیماری‌های مقاربتی مربوط به گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال می‌باشند. میزان بارداری و زایمان دختران ۱۵ تا ۱۹ سال ۱۴/۴ به ازای ۱۰۰۰ نفر می‌باشد.

مرکز آمار ملی انگلستان [۳۹] ۲۰۱۷	بررسی وضعیت سلامت روان در نوجوانان و جوانان انگلستان	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان ۲۴-۱۲ ساله	"پرسشنامه سلامت عمومی- ۲۸" (General Health Questionnaire) GHQ-28	آمار خودکشی در نوجوانان ۱۰ تا ۱۴ سال ۱۴۰۰/۲ تا ۱۹ سال ۲۰۱۶ و ۲۰ تا ۲۴ سال ۲۴ تا ۹/۲ درصد به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، گزارش گردیده است. میزان مراجعه نوجوانان و نوجوانان به مراکز ارائه خدمات سلامت روان، حدود ۶۴ درصد در سال ۲۰۱۵ بوده است.
مرکز طب ملی انگلستان [۴۰] ۲۰۱۶	میزان مصرف الکل و سیگار در نوجوانان و جوانان انگلستان	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان ۲۴-۱۲ ساله	"پرسشنامه استاندارد بررسی رفتارهای پرخطر جوانان" (Youth Risk Behavior Survey (YRBS) Standard Questionnaire)	۱۵ درصد جوانان ۱۸ تا ۲۴ ساله سیگاری و میزان مصرف الکل در نوجوانان پسر و دختر ۱۵ ساله به ترتیب ۱۲ درصد و ۱۰ درصد و میزان مصرف حشیشی در ۹ درصد پسران و ۸ درصد دختران گزارش شده است.
مرکز ملی آمار کشور کانادا [۴۷] ۲۰۱۲	وضعیت سلامت روان نوجوانان و جوانان کانادایی ۲۰۱۲-۲۰۱۱	طرح کشوری ۲۰۱۱-۲۰۱۲	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان	"پرسشنامه سلامت عمومی- ۲۸" (General Health Questionnaire) GHQ-28	خودکشی دومین علت شایع مرگ در نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله (۱۵/۷ درصد در پسران و ۶/۵ درصد در دختران به ازای ۱۰۰ هزار نفر) گزارش گردیده است
مرکز آمار ملی سلامت کانادا [۴۸] ۲۰۱۴-۲۰۱۵	وضعیت سلامت جسمی و فعالیت‌های فیزیکی نوجوانان و جوانان کانادایی	طرح کشوری ۲۰۱۳-۲۰۱۴	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان	"پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) GHQ	۲۴ درصد نوجوانان و جوانان کانادا چاق و یا اضافه وزن دارند. از هر ۵ نفر فقط یک نفر فعالیت‌های ورزشی منظم ۱۵۰ دقیقه‌ای در هفته را انجام می‌دهند.
Kane L. و همکاران آمریکا [۵۰] ۲۰۱۸	وضعیت مصرف سیگار و الکل در نوجوانان و جوانان ایالت متحده آمریکا	توصیفی مقطعی	تصادفی چند مرحله‌ای ایالت‌های مختلف آمریکا	"پرسشنامه استاندارد بررسی رفتارهای پرخطر جوانان" (Youth Risk Behavior Survey (YRBS) Standard Questionnaire)	بیشترین آمار مصرف سیگار در آمریکا مربوط به جوانان ۱۸ تا ۲۴ سال می‌باشد. از هر سه جوان زیر ۲۶ سال یک نفر سیگاری است. سن شروع مصرف الکل در ایالت‌های مختلف آمریکا، از ۱۸ تا ۲۱ سال می‌باشد که بیشترین علت تصادفات باموتور را در این طیف سنی سبب می‌گردد. در ۱۸/۷ درصد از افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله انواع اختلالات افسردگی و اضطراب و اقدام به خودکشی گزارش گردیده است. ۱۸/۹ درصد از جوانان اعتیاد به مواد مخدر دارند.
مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (آمریکا) [۵۲] ۲۰۱۸-۲۰۱۶	بررسی جسمی و فعالیت‌های فیزیکی نوجوانان و جوانان آمریکا	طرح کشوری ۲۰۱۶-۲۰۱۷	غربالگری ملی نوجوانان و جوانان	"پرسشنامه سلامت عمومی" (General Health Questionnaire) GHQ	۵۰ درصد نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله آمریکایی، اضافه وزن دارند و یا چاق هستند. میزان فعالیت بدنی از نوع حریف در نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله ۷/۴ ساعت در هفته و در جوانان ۱۸ تا ۲۴ ساله ۶/۵ ساعت در هفته گزارش شده است. میزان فعالیت بدنی مربوط به نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله در مقایسه با جوانان ۱۸ تا ۲۴ ساله به ترتیب ۵/۷ ساعت و ۸ ساعت در هفته بوده است
مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا [۵۳] ۲۰۱۸-۲۰۱۶	وضعیت بهداشت جنسی و باروری نوجوانان و جوانان ایالت متحده آمریکا	آمارگیری سراسری ۲۰۱۶-۲۰۱۷	آمار نوجوانان و جوانان ۱۲-۲۵ ساله مبتلا به بیماری‌های مقاربتی	بررسی پرونده‌های مراجعین ۱۲ تا ۲۵ ساله به مراکز درمانی خصوصی و دولتی	۴۰ درصد نوجوانان روابط جنسی داشتند که ۵۴ درصد از آن‌ها از کاندوم استفاده نمی‌کردند. بیشترین میزان حاملگی ناخواسته در افراد ۲۰ تا ۲۴ ساله گزارش گردید. میزان بارداری‌های ناخواسته منجر به سقط بین افراد ۱۵ - ۱۹ ساله ۲۷ درصد و ۲۰ - ۲۴ ساله ۴۱ درصد می‌باشد. ۵۰ درصد مبتلایان به عفونت‌های مقاربتی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ می‌باشند. ضعف ارائه خدمات بهداشتی ویژه نوجوان و جوانان به علت عدم پوشش کافی بیمه‌ها از علل میزان بالای رفتارهای پرخطر در آمریکا ذکر گردیده است.
تازیکی و همکاران [۵۸] ۱۳۸۲	توزیع فراوانی علائم اختلال روانی در دانشجویان علوم پزشکی گلستان	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	۲۱۸ نفر نمونه از مجموع رشته‌های مختلف	"چک لیست علائم -۹۰-اصلاح شده" (The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)	۷۲ درصد دانشجویان دارای اختلالات روان از نوع خفیف تا شدید در یکی از ابعاد نه گانه چک لیست علائم بودند که شایعترین آن‌ها افکار پارانوییدی، افسردگی و اختلال وسواسی بودند و ۷/۳۴ درصد اختلال شدید داشتند. دانشجویان مجرد و ساکن خوابگاه و نیز دختران اختلال روانی شدید در یکی از مقیاس‌های نه گانه داشتند. شیوع اختلالات روان در دانشجویان نسبتاً بالاتر و نیازمند انجام اقدامات بنیادین مدیریتی و بهداشتی است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان در ایران و چند کشور منتخب انجام شد. یافته‌ها نشان داد که وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان استرالیا و کانادا و انگلستان پس از نهادهای شدن نظام مدیریتی مختص نوجوانان و جوانان بخصوص در قسمت کنترل و پیشگیری از رفتارهای پرخطر و بیماری‌های مقاربتی و بارداری های ناخواسته در حدی فراگیر و گسترده، رو به بهبودی بوده است. علت بهبود وجود بسته‌های خدمتی، پزشکی از راه دور و تجهیز و راه اندازی مراکز ارائه خدمات دوستدار نوجوان و جوان می‌باشد [۱۶، ۱۷]. ولی در آمریکا وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان تفاوتی نداشته و یا بدتر شده است که می‌تواند به علت عدم پوشش همگانی ارائه خدمات سلامت و نظام فردگرایی که از بارزترین مشخصات نظام سلامت آمریکاست، در مقایسه با سایر کشورهای منتخب، باشد [۲، ۱۰، ۲۷-]. در ایران نیز با توجه به مطالعات و مقالات محدود، به نظر می‌آید وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان به علت فراگیر نبودن مدیریت در امر سلامت این طیف سنی، وضعیت خوبی ندارد [۳۶-۴۳].

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه مروری نشان می‌دهد وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان یک مشکل جدی می‌باشد و با توجه به میزان بالای مشکلات سلامتی این طیف سنی، پیشنهاد می‌گردد سیاستگذاری در حوزه سلامت نوجوانان و جوانان یکی از اولویت‌های اصلی نظام سلامت باشد. محدودیت موجود در این مطالعه عدم دسترسی به متن کامل برخی مقالات و بانک‌های اطلاعاتی بود.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی راضیه مقدم است که با راهنمایی‌های ارزنده و دقیق استاد بزرگوار جناب آقای دکتر سید جمال الدین طیبی انجام شده است و در کمیته اخلاق و پژوهش‌های زیست پزشکی دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات به شماره IR.IAU.SRB.REC.1398.0 26 به تصویب رسیده است.

References

- Cappa C, Wardlaw T, Langevin-Falcon C, Diers J. Progress for children: a report card on adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2323-5. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60531-5 pmid: 22538182
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the*. 2009;2010:271.
- West P, Sweeting H, Young R. Transition matters: pupils' experiences of the primary–secondary school transition in the West of Scotland and consequences for well-being and attainment. *Res Papers Edu*. 2008;25(1):21-50. doi: 10.1080/02671520802308677
- Coleman J, Hagel A. *Adolescence, Risk and Resilience: Against the Odds*: John Wiley & Sons; 2007.
- Bani Jamali S. [Youth Health; Review the Situation and Challenges Youth, Strategic Studies and Research Center]. Tehran, Iran: Ministry of Sports and Youth; 2016.
- UNICEF. *Orientation Programmed on Adolescent Health for Health-care Providers, Orientation Programmed modules*. New York: UNICEF Eastern and Southern African Regional office, Nairobi and UNICEF headquarters, 2007 9882295649.
- Ahmadnia S. [Health Psychological and development of teens]. Tehran, Iran: National Youth Organization, 2001.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs Population Division). *World Population Prospects The 2012 Revision Highlights and Advance Tables*. New York: The Institute, 2013.
- Babazadeh R, Najmabadi KM, Masomi Z. Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):82-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.07.021 pmid: 23073227
- World Health Organization. *Adolescent Friendly Health Services an Agenda for Change*. WHO/FCH/CAH/02.14, 2002.
- WHO. *A Framework for the integration of adolescent health and development concepts into pre-service health professional educational curricula WHO Western Pacific Region*. World Health Organization, 2002.
- Naderi H, Jahed M, Khodabakhshi Hafshajani N. [Multidimensional measure of anomy feeling among young people]. *Social Security Studies*. 2011;1(25):179-210.
- Ghazi Nezhad M. [Objective and subjective youth exclusion in Iran; Dimensions and Indicators]. *Strat Stud Sport Youth*. 2014;14(29):79-49.
- Folland S, Goodman A, Myron S. *The Economics of Health and Health Care*. 7th ed: Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2013.
- Poorolajal J, Tajik P, Yazdzideh B, Sehat M, Salehi AR, Rezaei M, et al. [Quality assessment of the reporting of cohort studies before STROBE statement]. *Iran J Epidemiol*. 2009;5(1):17-26.
- World Health Organization. *Making health services adolescent friendly Developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, 2012.
- World Health Organization. *Library Cataloguing in Publication Data (Health Policy for Children and Adolescents; No. (6). Social determinants of health and well-being among young people: Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010*. WHO, 2016.
- Parkas K. *Adolescent's knowledge and perception of sexual and reproductive health services*. Nepal: University of Eastern Finland, Kuopio February; 2016.
- World Health Organization. *Health Behavior in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report Address for correspondence: Health Promotion and Investment for Health*. Copenhagen Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.
- Currie C, Roberts C, Settertobulte W, Morgan A, Smith R, Samdal O, et al. *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
- Hindin MJ, Fatusi AO. *Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions*. *Int Perspect Sex Reproduct Health*. 2009;35(2):58-62.
- Danielle E, Annemieke V. *A description of structure and functioning, and of health outcomes and costs Work Package 3: Effective Models of School Health Services and Adolescent Health Services*. *School and Adolescent Health Services in 30 European countries*, 2018.
- Parvizi S, Ahmadi F. *Peer group and adolescent health: A qualitative study*. *Fayz Res J*. 2006;10(4):46-51.
- Zadehmohammadi A, Ahmadabadi Z. *The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran*. *J Family Res*. 2008;4(13):87-100.
- Grammaroudi GR, Makarem J, Alavi SS, Abbasi Z. *Health related risk behaviors among high school students in Tehran, Iran*. *Payesh J*. 2010;9(1):13-9.
- MirzaieNajmabadi K, Babazadeh R. *Iranian teenage girls and reproductive information and sex: A qualitative study*. *J Obstetric Gynecol Infertil*. 2014;17(92):69-86.
- Australian Bureau of Statistics. *Births*. Australia: ABS (Australian Bureau of Statistics), 2014.
- Australian Bureau of Statistics. *Deaths*. Australia, Canberra:: ABS (Australian Bureau of Statistics), 2015.
- Australian Bureau of Statistics. *National Health Survey, customized report*. Canberra: ABS (Australian Bureau of Statistics), 2014.
- Council of Australian Governments Health Council. *Healthy, Safe and Thriving: National Strategic*

- Framework for Child and Youth Health. COAG (Council of Australian Governments Health Council), 2015.
31. Department of Health. National Notifiable Disease Surveillance System, customized reports Canberra 2015 [updated 2019; cited 2015]. Available from: <http://www9.health.gov.au/cda/source/cda-index.cfm>.
 32. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven de Haan K, Sawyer M, Ainley J, et al. The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra: Department of Health; 2015.
 33. Mitchell A, Patrick K, Heywood L, Pitts M. 5th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2013. Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health and Society, 2014.
 34. National Health and Medical Research Council. Australian Dietary Guidelines. Canberra: NHMRC, 2013.
 35. Office for National Statistics. Population Estimates for the UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid 2018 [updated 2019; cited 2017]. Available from: www.ons.gov.uk/people.
 36. Office for National Statistics Young People's Well-being 2017 [updated 2019; cited 2019]. Available from: www.ons.gov.uk.
 37. Asthma UK Briefing. The UK National Review of Asthma Deaths 2014 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.asthma.org.uk>.
 38. Asthma UK Briefing. The reality of asthma care in the UK: Annual asthma survey 2018 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.asthma.org.uk>.
 39. Department of Health Start Active. Stay Active: Report on physical activity in the UK 2017 [updated 2019; cited 2019]. Available from: www.gov.uk.
 40. NHS England Five Year Forward Views for Mental Health 2016 [updated 2019; cited 2019]. Available from: www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce.
 41. Kossarova L, Cheung R, Hargreaves D, Keeble E. Admissions of inequality: emergency hospital use for children and young people. London: Nuffield Trust; 2017.
 42. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239 pmid: 24046155
 43. NHS Digital. Smoking, Drinking and Drug Use among Young People 2015 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://digital.nhs.uk>.
 44. Foster J. The Licensing Act; Its uses and abuses 10 years 2003 [updated 2019; cited 2019]. Available from: www.ias.org.uk.
 45. Statistics Canada. 2014 Vital Statistics and 2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health 2018 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.150.statcan.gc.ca>.
 46. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey, 2014-2015 Canadian Health Measures Survey and 1978 Canadian Health Survey 2017 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.statcan.gc.ca>.
 47. Statistics Canada. Canadian Centre for Justice Statistics Incident -based Uniform Crime Reporting Survey and 2014 General Social Survey -Victimization 2018 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.statcan.gc.ca>.
 48. Boyce W, Doherty M, Fortin C, MacKinnon D. Canadian youth, sexual health and HIV/AIDS study: Factors influencing knowledge, attitudes and behaviours. Canada: Toronto, ON: Council of Ministers of Education,; 2003.
 49. USA, Statista Research Department 2018 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <https://www.statista.com>.
 50. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018;67(8):1-114. doi: 10.15585/mmwr.ss6708a1 pmid: 29902162
 51. Sexually Transmitted Disease Surveillance. Atlanta: U.S Department of Health and Human Services; 2017.
 52. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2014. Centers for Disease Control and Prevention, HIV surveillance report 25, 2015.
 53. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. Centers for Disease Control and Prevention, 2018.
 54. Clayton HB, Lowry R, August E, Everett Jones S. Nonmedical Use of Prescription Drugs and Sexual Risk Behaviors. *Pediatrics*. 2016;137(1). doi: 10.1542/peds.2015-2480 pmid: 26668299
 55. Okumu M, Mengo C, Ombayo B, Small E. Bullying and HIV Risk Among High School Teenagers: The Mediating Role of Teen Dating Violence. *J Sch Health*. 2017;87(10):743-50. doi: 10.1111/josh.12547 pmid: 28876474
 56. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med*. 2004;27(3):224-31. doi: 10.1016/j.amepre.2004.06.001 pmid: 15450635
 57. Safaralizadeh F, Partovazam H, Habibpoor Z. [Correlation of Depression and Body Mass Index in Adolescent Girls in Khoy]. *J Rafsanjan School Nurs Midwif Sci*. 2009;5(1):17-24.
 58. Taziki S, Besharat S, Rabiei MR. [Frequency distribution of mental disorder symptoms among students of Golestan University of Medical Sciences based on a questionnaire]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2005;7(1):72-4.
 59. Youssefi M. Young people's views on smoking (with emphasis on gender): National Youth Organization; 2009. Available from: <http://www.mshty.gov.ir>.
 60. Shahrokhi S. Prevalence of addiction to 5 drug addiction and addiction indices among adolescents and adolescents 25-29 years old in Mashhad, Isfahan Shahre -Kurd province: National Youth Organization; 2006 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <http://www.mshty.gov.ir>.
 61. Sedaghat KH, Sangi V. Report on youth health and wellness in year 2006. National Youth Organization 2019 [updated 2019; cited 2019]. Available from: <http://www.mshty.gov.ir>.

62. Shams Alizadeh N, Moghadam M, Mohsenpour B, Rostami Gooran N. Prevalence of substance abuse in medical students of Kurdistan University. *Sci J Kurdistan Uni Med Sci*. 2008;13(2):18-26.
63. Momennasab M, Najafi SA, Kaveh MH, Ahmad Pour V. [Prevalence of health risk behaviors among students of Khorramabad Higher Education Centers]. *J Lorestan Uni Med Sci*. 2006;8(2):23-9.
64. Khalaf I, Abu Moghli F, Froelicher ES. Youth-friendly reproductive health services in Jordan from the perspective of the youth: a descriptive qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(2):321-31. doi: [10.1111/j.1471-6712.2009.00723.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00723.x) pmid: 20233355