

## وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران

**منصوره علی پور:** دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**مهدی یاسری:** استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**آق بابک ماهری:** دانشجوی دوره دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
**غلامرضا گرمارودی:** استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران-  
نویسنده رابط: [garmaroudi@tums.ac.ir](mailto:garmaroudi@tums.ac.ir)

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۹

### چکیده

**هدف و هدف:** این مطالعه به منظور بررسی وضعیت کیفیت زندگی به عنوان پیامد خدمات بهداشتی در بین دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران، انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی بر روی ۱۵۰۰ دانش آموز دوره متوسطه شهر تهران انجام شد. داده ها توسط پرسشنامه استاندارد ۲۷ سوالی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه کیداسکرین، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد و نتایج در سطح آماری ( $p < 0/05$ ) معنی دار تلقی شد.

**نتایج:** وضعیت کیفیت زندگی افراد تحت بررسی در حد متوسط بود. بیشترین میانگین مربوط به بعد ارتباط با والدین و کمترین مربوط به ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی بود. براساس رگرسیون خطی چند متغیره، جنسیت پیش بینی کننده معنی دار بعد بهزیستی جسمی بود. متغیرهای جنسیت و انتخاب افراد خانواده برای زندگی، پیش بینی کننده معنی دار بعد بهزیستی روان شناختی بودند. متغیرهای تحصیلات مادر، انتخاب افراد خانواده برای زندگی و ترکیب اعضای خانواده پیش بینی کننده معنی دار بعد ارتباط با والدین بودند. متغیر شغل پدر پیش بینی کننده معنی دار بعد حمایت اجتماعی و هم سالان بود. و در نهایت متغیر "انتخاب افراد خانواده برای زندگی" پیش بینی کننده معنی دار بعد محیط مدرسه بود.

**نتیجه گیری:** وضعیت کیفیت زندگی افراد تحت بررسی در حد متوسط بود که قابل قبول نمی باشد و اجرای انواع مداخلات جهت بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه با تاکید بر ابعاد بهزیستی جسمی و روان شناختی پیشنهاد می شود.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، دانش آموزان، دوره متوسطه

### مقدمه

و در نتایج عملکرد و مراقبت های بهداشتی اهمیت یافت (Tayebi et al. 2010). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۶، کیفیت زندگی دریافتی است که افراد از وضعیت زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم های ارزشی که در

از سال ۱۹۴۰، زمانی که سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامتی را به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی تعریف کرد، مساله کیفیت زندگی به طور پیوسته در تحقیقات

(Sieberer et al. 2005). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، نوجوانی دوره ای بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال می‌باشد. حدود یک پنجم جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند. در کشورهای کمتر توسعه یافته، ۲۳٪ جمعیت، در کشورهای در حال توسعه ۱۹٪ جمعیت و در کشورهای صنعتی ۱۲٪ جمعیت را نوجوانان تشکیل می‌دهند و بیش از نصف جمعیت نوجوان جهان در قاره آسیا زندگی می‌کنند (Cappa et al. 2012). که این آمارها، اهمیت توجه به نوجوانان و وضعیت کیفیت زندگی آنها را نشان می‌دهد. تا چندی پیش مفهوم HRQOL، برای بررسی کیفیت زندگی بزرگسالان استفاده می‌شد، اما در سال‌های اخیر، با توجه به اهمیت دوره کودکی و نوجوانی، این مفهوم بطور فزاینده ای در بررسی کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مورد توجه قرار گرفته است (Haraldstad et al. 2011; Tzavara et al. 2005; Ravens-Sieberer et al. 2012). در سال‌های اخیر با تغییر الگوی بیماری‌ها و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی، به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و نقشی که این مفهوم در سلامت روان کودکان و نوجوانان دارد، توجه بیشتری شده است. یکی از پیامدهای کیفیت زندگی پایین، افزایش آسیب‌های اجتماعی و روانشناختی است (Ravens-Sieberer et al. 2008). بر اساس یافته‌های حاصل از تحقیقات انجام شده باید به احساس، خلق و خو، پیشرفت روانشناختی و مهارت‌های کودکان و نوجوانان توجه بیشتری شود (Haraldstad et al. 2005; Ravens-Sieberer et al. 2011) و جنبه‌های ویژه زندگی نوجوانان از جمله نوع ارتباط آنها با اعضای خانواده، دوستان، و مدرسه باید مد نظر قرار بگیرد (Berra et al. 2010). که همه این ابعاد در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان می‌باشد. یکی از ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان نوع ارتباط آنها با والدین می‌باشد و نتایج تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که توقع-

آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های شان دارند (Nejati et al. 2012). رایج ترین تفسیر از مفهوم کیفیت زندگی به عنوان یک ساخت پنهان چند بعدی، در تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، از مفهوم سلامت شامل: رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، قابل جستجو است (WHO 2005). بنابراین موضوع های متعددی با اندازه گیری کیفیت زندگی سر و کار دارند. در ارتباط با مطالعه کیفیت زندگی دو رویکرد متفاوت وجود دارد. یکی کیفیت زندگی ویژه بیماری که فقط برای ارزیابی وضعیت عملکرد اجتماعی و روانی افراد بیمار قابل اجراست و اغلب در حوزه پزشکی بکار می‌رود (Spieth and Harris 1996). رویکرد دیگر کیفیت زندگی عمومی است که نگاه کلی افراد به زندگی را نشان می‌دهد. به عنوان مثال این مفهوم، نوع نگاه و نگرش فرد نسبت به روابط خانوادگی، روابط با دوستان، وضعیت شغلی، وضعیت مدرسه و اهداف فرد را شامل می‌شود. کیفیت زندگی دارای دو بعد عینی و ذهنی می‌باشد، اندازه گیری بعد ذهنی کیفیت زندگی بطور ویژه به رضایت شخص از زندگی برمی‌گردد، در حالی که اندازه گیری بعد عینی کیفیت زندگی، شامل اطلاعات واقعی از خواسته‌های شخص در زندگی است (Koot and Wallander 2001). به منظور داشتن یک معیار عینی، مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بکار می‌رود که یک مفهوم چند بعدی است و با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت مرتبط است (Haraldstad et al. 2011). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health-Related Quality of Life)، یک مفهوم کاربردی و چند بعدی است که در حوزه تحقیقات علمی، رایج شده است. این مفهوم بر جنبه های مختلف زندگی تاثیر می‌گذارد و بیانگر وضعیت سلامتی افراد یک جامعه است (Haraldstad et al. 2011; Tzavara et al. 2012; Ravens-

ای و چند مرحله ای انجام گرفت. تعداد نمونه‌ها ۱۴۰۰ نفر (۷۰۰ دختر و ۷۰۰ پسر) از ۲۰ مدرسه برآورد شد، با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه‌ها و برای افزایش دقت مطالعه تعداد پرسشنامه بطور مساوی بین دانش آموزان پسر و دختر توزیع شد و ۱۵۰۰ نفر (۹۷٪) به سوالات پاسخ دادند. قبل از اجرای مطالعه مجوزهای لازم برای اجرای مطالعه از کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران، سازمان آموزش و پرورش شهر تهران و آموزش و پرورش منطقه ۴ کسب شد. متناسب با جمعیت دانش آموزان هر دبیرستان، نمونه‌های مورد نیاز بر اساس معیارهای نمونه‌گیری و به روش در دسترس انتخاب شدند. مدارس و افرادی که تمایل به مشارکت داشتند در مطالعه وارد شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، شغل پدر، تحصیلات پدر، شغل مادر، تحصیلات مادر، ترکیب اعضای خانواده، انتخاب افراد خانواده برای زندگی، دفعات تعویض منزل در پنج سال گذشته، بعد خانوار و در قید حیات بودن پدر و مادر) و واحدهای پژوهش و بخش دوم پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه کیداسکرین. در این مطالعه از فرم ۲۷ سوالی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه کیداسکرین، فرم کوتاه شده نسخه ۵۲ سوالی ویژه کودکان و نوجوانان استفاده شد، روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط نیک آذین و همکاران در نمونه‌ای از دانش آموزان ایرانی در شهر یزد تایید شد (Azin et al. 2013; Parizi et al. 2014; Nik). در مطالعه نیک آذین و همکاران روایی پرسشنامه با استفاده از روایی سازه (با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی)، روایی افتراقی (آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره) و روایی همگرا و واگرا (ضریب همبستگی پیرسون) بررسی شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و آزمون مجدد به فاصله دو هفته استفاده شد. یافته‌های تحلیل عاملی تأییدی حاکی از برازندگی مناسب مدل با

های والدین از فرزندان در زمینه انتخاب رشته، ادامه تحصیل در دانشگاه و انتخاب شغل، زمینه استرس و آسیب‌های اجتماعی را در بین نوجوانان افزایش می‌دهد و سلامت روان آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Salimi et al. 2005). یکی دیگر از ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان محیط مدرسه می‌باشد، بر اساس نتایج حاصل از تحقیقات انجام شده، در میان نوجوانانی که ارتباط خوبی با محیط مدرسه خود دارند (اگرچه رابطه خوبی با خانواده خود نداشته باشند)، میزان بروز بیماری‌های رفتاری و اختلالات روانی از قبیل استرس کمتر می‌باشد (Brown et al. 2012) در مطالعه دیگری هم نشان داده شد، افرادی که از حمایت و ارتباط خوب با سرپرستان یا والدین خود برخوردارند، بهزیستی جسمانی و روانشناختی بیشتری دارند و درک بهتری از وضعیت سلامت خود دارند (Driscoll et al. 2007). سنجش کیفیت زندگی می‌تواند باعث بهبود تصمیم‌گیری بالینی، ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پزشکی، تخمین نیازهای مراقبت سلامتی در یک جمعیت خاص، فهم علل و پیامدهای متفاوت در سلامت و در نهایت سیاستگذاری در حوزه سلامت شود (Nik-Azin et al. 2013). با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر با هدف "بررسی وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران" انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مقطعی (توصیفی-تحلیلی) می‌باشد. جامعه پژوهش دانش‌آموزان دوره متوسطه (۱۶ تا ۱۸ سال)، ۲۰ دبیرستان منطقه ۴ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بود. علت انتخاب این منطقه به دلیل جمعیت بیشتر، پراکندگی، تنوع فرهنگی، اجتماعی-اقتصادی، مهاجرپذیری و موقعیت استراتژیک آن بود. نمونه‌گیری به روش خوشه

پرسشنامه چنانچه افراد تحت بررسی ۲۵ تا ۷۵٪ نمره کیفیت زندگی کلی و هریک از ابعاد آن را کسب کنند، وضعیت کیفیت زندگی آنها در حد متوسط در نظر گرفته می‌شود (Berman et al. 2016). داده‌های به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی کلموگروف-اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن داده‌ها)، تی تست مستقل (T-test)، تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) و رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج در سطح آماری ( $p < 0/05$ ) معنی دار تلقی شد. لازم به ذکر است برای در نظر گرفتن همبستگی احتمالی نتایج در درون خوشه‌ها (شامل مدارس و کلاس‌ها) از مدل‌های چند سطحی استفاده شد. به این منظور یکبار رابطه تک تک متغیرها با پاسخ‌های مدنظر (مدل تک متغیره) مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله بعد این روابط به صورت همزمان (مدل چند متغیره) مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضرایب رگرسیونی حاصل از این دو نوع مدل به همراه فاصله اطمینان ۹۵٪ آن در قسمت نتایج مطالعه گزارش شد.

## نتایج

تعداد کل افراد شرکت کننده در این مطالعه، ۱۵۰۰ نفر با میانگین سنی  $16/7 \pm 0/8$  سال بود. از نظر جنسیت، تعداد دانش‌آموزان دختر و پسر برابر بود (۷۵۰ نفر دختر، ۷۵۰ نفر پسر). بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، شغل پدر اکثر واحدهای پژوهش آزاد، شغل مادر خانه دار و میزان تحصیلات پدر و مادر دیپلم بود و اکثر واحدهای پژوهش با خانواده خود (پدر، مادر، خواهر و برادر) زندگی می‌کردند، برای زندگی خانواده فعلی خود را ترجیح می‌دادند، در طول پنج سال گذشته تعویض منزل نداشتند، دارای بعد خانوار ۴ بودند و پدر و مادر آنها در قید حیات بودند (جدول ۱). میانگین نمره کیفیت زندگی افراد تحت بررسی در بعد

داده‌ها بود. بررسی روایی همگرا و واگرا نشان داد. همبستگی میان ابعاد کیداسکرین، جز بعد حمایت اجتماعی و همسالان، با ابعاد مشابه در سایر پرسشنامه‌ها که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند، در حد متوسط و قوی بود ( $p < 0/01$ ). همچنین میان دو گروه با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین و سه گروه وضعیت روانشناختی (بهنجار، مرزی و نابهنجار) در بعضی از ابعاد کیداسکرین تفاوت وجود داشت ( $p < 0/05$ ). ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد، جز بعد محیط مدرسه بالاتر از  $0/7$  بود و ضرایب بازآزمایی دوهفته‌ای برای تمام ابعاد در حد قوی بود ( $p < 0/01$ ), که نمایانگر ثبات آزمون در طول زمان بود (Nik-Azin et al. 2013). این پرسشنامه دارای پنج بعد می‌باشد: ۱) بهزیستی جسمی که پنج گویه دارد و سطوح فعالیت فیزیکی، انرژی و برازندگی را می‌سنجد. ۲) بهزیستی روانشناختی که هفت گویه دارد و هیجان‌های مثبت، رضایت از زندگی و احساس‌های متعادل را می‌سنجد. ۳) ارتباط با والدین و خودمختاری که هفت گویه دارد و ارتباط با پدر و مادر، جو حاکم بر خانه، آزادی کافی مرتبط با سن و درجه رضایت از منابع مالی را می‌سنجد. ۴) حمایت اجتماعی و همسالان که چهار گویه دارد و ارتباط با همسالان را بررسی می‌کند. ۵) محیط مدرسه که چهار گویه دارد و ادراک کودک و نوجوان از ظرفیت شناختی، یادگیری و تمرکز و احساس راجع به مدرسه را بررسی می‌کند. این ابزار روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱=هیچ‌گاه تا ۵=همیشه یا از ۱=به‌هیچ‌وجه تا ۵=بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود و فراوانی رفتار یا احساس خاص یا شدت نگرش را نشان می‌دهد. چارچوب زمانی به هفته گذشته بر می‌گردد. نمره خرده‌مقیاس‌ها به صورت خطی به مقیاس صفر تا ۱۰۰ نقطه‌ای تبدیل می‌شود که ۱۰۰ نمایانگر بهترین و صفر نمایانگر بدترین وضعیت کیفیت زندگی می‌باشد (Nik-Azin et al. 2013). در این

جنسیت و انتخاب افراد خانواده برای زندگی پیش بینی کننده معنی دار بعد بهزیستی روان شناختی کیفیت زندگی بودند. پس از تطبیق اثر سایر متغیرهای دموگرافیک نیز این دو متغیر معنی دار شد. براساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره میانگین نمره بهزیستی روانشناختی دخترها نسبت به پسرها (رفرنس) به میزان (۶/۰۲) بالاتر بود ( $p < 0/001$ ). پس از تطبیق اثر سایر متغیرهای دموگرافیک مشاهده شد که میانگین نمره بهزیستی روانشناختی دخترها نسبت به پسرها به میزان (۷) پایین تر بود ( $p < 0/013$ ). بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره، متغیرهای شغل پدر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، انتخاب افراد خانواده برای زندگی، دفعات تعویض منزل در پنج سال گذشته و بعد خانوار پیش بینی کننده معنی دار بعد ارتباط با والدین کیفیت زندگی بودند. پس از تطبیق اثر سایر متغیرهای دموگرافیک از میان متغیرهای قبلی تنها تحصیلات مادر و انتخاب افراد خانواده برای زندگی معنی دار شد، علاوه براین، متغیر ترکیب اعضای خانواده که در آنالیز تک متغیره معنی دار نبود، پس از تطبیق اثر سایر متغیرها معنی دار شد. براساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره، متغیرهای جنسیت، شغل پدر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر و انتخاب افراد خانواده برای زندگی پیش بینی کننده معنی دار بعد حمایت اجتماعی و همسالان بودند، ولی پس از تطبیق اثر سایر متغیرها، فقط شغل پدر معنی دار شد. براساس نتایج آنالیز رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره فقط متغیر "انتخاب افراد خانواده برای زندگی" پیش بینی کننده معنی دار بعد محیط مدرسه کیفیت زندگی بود.

## بحث

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه وضعیت کیفیت زندگی افراد تحت بررسی در کل و از نظر ابعاد بهزیستی جسمی، بهزیستی روان شناختی، ارتباط با والدین، حمایت

بهزیستی جسمی ( $18/03 \pm 053/6$ )، بهزیستی روانشناختی ( $21/1 \pm 053/7$ )، ارتباط با والدین ( $20/6 \pm 063/3$ )، حمایت اجتماعی و همسالان ( $21/9 \pm 060/94$ )، محیط مدرسه ( $22/5 \pm 055/9$ ) و در کل ( $15/03 \pm 057/5$ ) بود. کمترین میانگین مربوط به به ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی و بیشترین مربوط به بعد ارتباط با والدین بود. میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد کیفیت زندگی و نمره کلی آن به تفکیک متغیرهای دموگرافیک افراد تحت بررسی در جدول ۲ گزارش شده است.

رابطه میان متغیرهای دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی بصورت تک متغیره و چند متغیره (تطبیق یافته براساس متغیرهای شغل پدر، تحصیلات پدر، شغل مادر، تحصیلات مادر، ترکیب اعضای خانواده، انتخاب افراد خانواده برای زندگی، دفعات تعویض منزل در پنج سال گذشته، بعد خانوار و در قید حیات بودن پدر و مادر)، در جدول ۳ گزارش شده است. بیشترین نمره کیفیت زندگی در میان هر دو جنس دختر ( $19/6 \pm 062/58$ ) و پسر ( $21/46 \pm 064/01$ ) مربوط به بعد ارتباط با والدین بود و کمترین نمره کیفیت زندگی دخترها در بعد بهزیستی جسمانی ( $17/81 \pm 049/51$ ) و پسرها در بعد محیط مدرسه ( $24/44 \pm 054/95$ ) بود. بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره، متغیرهای جنسیت، انتخاب افراد خانواده برای زندگی و بعد خانوار پیش بینی کننده معنی دار بعد بهزیستی جسمی کیفیت زندگی بودند. پس از تطبیق اثر سایر متغیرهای دموگرافیک فقط متغیر جنسیت معنی دار شد. بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره میانگین نمره بهزیستی جسمی دخترها نسبت به پسرها (رفرنس) به میزان (۸/۱) بالاتر بود ( $p < 0/001$ ). پس از تطبیق اثر سایر متغیرهای دموگرافیک مشاهده شد که میانگین نمره بهزیستی جسمی دخترها نسبت به پسرها به میزان (۸/۵) پایین تر بود ( $p < 0/002$ ). بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون خطی تک متغیره، متغیرهای

شود مداخلات آموزش بهداشت و راتقای سلامت جهت بهبود ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه، در مداخلاتی که به منظور بهبود کیفیت زندگی این افراد طراحی و اجرا می شوند، گنجانده شود. جهت دستیابی به این اهداف، می توان از توانایی های علم آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، توانایی متخصصین آموزش بهداشت و روانشناسان در مدارس استفاده کرد. در مطالعه انجام شده توسط Berman و همکاران با عنوان "کیفیت زندگی کودکان سوئدی براساس پرسشنامه کیداسکرین-۲۷" کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد بهزیستی جسمی بود و نمره سایر ابعاد در حد متوسط قرار داشت که هم راستا با یافته های حاصل از مطالعه ما می باشد (Berman et al. 2016). همچنین براساس یافته های حاصل از مطالعه Berman و همکاران، بین دو جنس دختر و پسر از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن تفاوت آماری معنی دار یافت نشد، در حالی که براساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر بین دو جنس از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی کل و ابعاد بهزیستی جسمی، بهزیستی روان شناختی و حمایت اجتماعی و همسالان تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (Berman et al. 2016). دلیل این تفاوت می تواند تفاوت فرهنگی و تفاوت در تعداد نمونه های تحت بررسی باشد. تفاوت جنسیتی میان دختران و پسران ایرانی از نظر میانگین نمره بهزیستی جسمی، روان شناختی و کلی کیفیت زندگی نسبت به جامعه سوئد می تواند به دلیل تفاوت فرهنگی و توجه بیشتر به جنس مذکر در فرهنگ ایران باشد، زیرا یکی از عوامل تاثیر بر تفاوت کیفیت زندگی دختر و پسر، نقش فرهنگ و ترجیح و توجه بیشتر به جنسیت پسر می باشد (Ravens-Sieberer et al. 2009). مطالعه انجام شده توسط Ravens و همکاران با عنوان "سلامت ذهنی، بار علائم و کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان در اروپا" نشان داد که نوجوانان در سنین بالاتر و دخترها وضعیت کیفیت زندگی

اجتماعی و همسالان و محیط مدرسه در حد متوسط قرار داشت. در مطالعه انجام شده توسط نیک آذین و همکاران در شهر یزد با عنوان "روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ گویه ای در نمونه ای از دانش آموزان ایرانی"، وضعیت کیفیت زندگی دانش آموزان تحت بررسی در حد متوسط گزارش شده بود (Nik-Azin et al. 2013). در مطالعه ای که در کشور سوئد با عنوان "کیفیت زندگی کودکان سوئدی بر اساس پرسشنامه کیداسکرین-۲۷" انجام شد نیز، کیفیت زندگی دانش آموزان تحت بررسی در وضعیت متوسط گزارش شد (Berman et al. 2016). که این یافته ها هم راستا با یافته های حاصل از مطالعه حاضر می باشد. در مقایسه با مطالعه انجام شده توسط Rajmil و همکاران در اسپانیا با عنوان "تاثیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر سلامت روان کودکان و نوجوانان"، میانگین نمره کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در مطالعه حاضر در سطح بالاتری قرار دارد (Rajmil et al. 2009). با این حال این سطح متوسط قابل قبول نمی باشد و طراحی و اجرای انواع مداخلات بالینی، آموزشی و مشاوره ای جهت بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه توصیه می شود. براساس یافته های حاصل از این مطالعه، کمترین میانگین مربوط به ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی و بیشترین مربوط به بعد ارتباط با والدین بود. در مطالعه انجام شده توسط نیک آذین و همکاران در نمونه ای از دانش آموزان شهر یزد کمترین میانگین مربوط به حمایت اجتماعی و همسالان بود و بیشترین مربوط به ارتباط با والدین بود. دلیل این یافته های متفاوت می تواند تفاوت مکانی، دامنه سنی متفاوت و حجم نمونه متفاوت باشد (Nik-Azin et al. 2013). با توجه به اینکه بر اساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر، از میان ابعاد کیفیت زندگی میانگین ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی نسبت به سایر ابعاد پایین تر بود، پیشنهاد می-

## نتیجه گیری

بر اساس یافته های حاصل از این مطالعه وضعیت کیفیت زندگی افراد تحت بررسی در وضعیت متوسط قرار داشت که این سطح متوسط قابل قبول نمی باشد و طراحی و اجرای انواع مداخلات بالینی، آموزشی و مشاوره ای جهت بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه پیشنهاد می شود. جهت دستیابی به این اهداف، می توان از تواناییهای علم آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، توانایی متخصصین آموزش بهداشت و روانشناسان در مدارس استفاده کرد. با توجه به اینکه از میان ابعاد کیفیت زندگی میانگین ابعاد بهزیستی جسمی و روانشناختی نسبت به سایر ابعاد پایین تر بود، پیشنهاد می شود، در طراحی مداخلات آموزش بهداشت و ارتقا سلامت نسبت به بهبود این ابعاد توجه بیشتری شود. در برنامه ریزی مداخلات مختلف جهت بهبود وضعیت سلامت کودکان و نوجوانان شناخت وضعیت کیفیت زندگی و عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها بسیار حائز اهمیت می باشد، چرا که بیانگر وضعیت فعلی سلامتی آنها می باشد. دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر کمک به درمان مؤثر، موجب ارتقای برنامه ها و اقدامات حمایتی نیز می شود. امید است یافته های این پژوهش بتواند به سیاستگذاران و مسئولین در جهت ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی برآورد نیازهای این گروه سنی کمک نماید. با توجه به کمبود مطالعات انجام شده با استفاده از پرسشنامه کیداسکرین-۲۷، مطالعه حاضر سرآغاز و راهنما برای مطالعات آینده می تواند باشد که از جمله نقاط قوت این مطالعه است، همچنین اعتبار علمی بالای این مطالعه به دلیل حجم بالای نمونه های تحت بررسی نقطه قوت دیگر این مطالعه می باشد. از محدودیت های این پژوهش این بود که مطالعه محدود به دانش آموزان مقطع تحصیلی متوسطه دوم بود، محدودیت دیگر عدم همکاری بعضی از مدارس بود که با هماهنگی قبلی با مدیران

پایین تری دارند، در این مطالعه دلیل پایین بودن کیفیت زندگی دخترها نسبت به پسرها نقش سنتی جنسیت و ترجیح جنس پسر نسبت به دختر عنوان شده است. همچنین بر اساس یافته های حاصل از این مطالعه ارتباط معنی داری بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی (شغل پدر، تحصیلات پدر و مادر) و کیفیت زندگی وجود داشت و در این مورد نیز با مطالعه حاضر همسو می باشد (Ravens-Sieberer et al. 2009). در مطالعه انجام شده توسط Von Rueden و همکاران نیز با عنوان "عوامل اجتماعی- اقتصادی مؤثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان و نوجوانان اروپایی" بین میزان تحصیلات والدین و ابعاد بهزیستی جسمی، روانشناختی و محیط مدرسه ارتباط معنی داری وجود داشت و در میان کودکان و نوجوانانی که میزان تحصیلات والدین آنها بالاتر بود، نمره ابعاد بهزیستی جسمی، روانشناختی و محیط مدرسه کیفیت زندگی بیشتر بود (Von Ruden et al. 2006).

در حالی که بر اساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر بین میزان تحصیلات والدین با ابعاد ارتباط با والدین و حمایت اجتماعی و همسالان ارتباط معنی دار یافت شد. دلیل این یافته های متفاوت می تواند به دلیل تفاوت فرهنگی، محیط زندگی متفاوت و سیستم ارزشی و هنجاری متفاوت حاکم بر واحدهای تحت بررسی باشد. ولی در کل نتایج حاصل از هر دو مطالعه نشان داد که افرادی که والدین آنها تحصیلات بالاتری دارند از نظر کیفیت زندگی وضعیت بهتری دارند. وضعیت کیفیت زندگی و بهزیستی نوجوانان در فواصل زمانی منظم و با حجم نمونه بالا در طی مطالعات مقطعی باید بررسی شوند و این قبیل مطالعات می تواند خلا بین نیازهای سلامت و خدمات سلامت را برای کمک به رشد نوجوانان به حداقل برساند تا در بزرگسالی افراد سالم، کامل و شاد باشند (Kielsing et al. 2011).

مدارسی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، این مشکل برطرف شد. همچنین لازم به توضیح است که ارتباط های آماری معنی دار یافت شده در این مطالعه، دلالت بر ارتباط علیتی ندارند و نمی توان بر اساس آنها حکم علیتی ابراز نماییم. با توجه به محدودیت های این مطالعه، سنجش همزمان کیفیت زندگی نوجوانان و والدین، در مناطق روستایی و شهرهای مختلف، با حجم نمونه بالاتر، در هر سه مقطع تحصیلی و انجام مداخلات آموزشی به منظور ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان پیشنهاد می شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق (IR.TUMS.REC-۱۳۹۴-۸۳۰) می باشد. لذا از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت پژوهشی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، مدیران مدارس، دانش آموزان، اساتید و کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاریم.



جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک دانش آموزان دوره متوسطه تحت بررسی شهر تهران

متغیر دموگرافیک	تعداد	درصد
جنسیت	دختر	۷۵۰
	پسر	۷۵۰
شغل پدر	بیکار	۶۷
	کارمند	۴۱۷
	شغل آزاد	۷۵۶
	بازنشسته و سایر	۱۷۹
	بی سواد	۱۸
	تحصیلات پدر	۱۸
شغل مادر	زیردیپلم	۳۹۴
	دیپلم	۵۴۷
	فوق دیپلم و لیسانس	۳۳۲
	بالتر از لیسانس	۱۲۰
	خانه دار	۱۱۸۴
	کارمند	۱۸۷
	شغل آزاد	۵۶
	بازنشسته و سایر	۱۵
	بی سواد	۲۶
	تحصیلات مادر	۲۶
ترکیب اعضای خانواده	زیردیپلم	۳۷۲
	دیپلم	۶۶۹
	فوق دیپلم و لیسانس	۲۹۶
	بالتر از لیسانس	۶۶
	والدین، خواهر و برادر	۱۰۷۹
	والدین	۳۲۲

۲/۳	۳۴	فقط یکی از والدین	
۳/۸	۵۷	خانواده بدون پدر و مادر	
۸۰	۱۱۹۰	خانواده فعلی	انتخاب افراده خانواده برای زندگی
۹/۱	۱۳۵	خانواده (پدر، مادر، خواهر و برادر)	
۲	۲۹	یکی از والدین	
۸/۹	۱۳۳	سایر	
۴۲/۶	۶۳۵	هیچ بار	دفعات تعویض منزل در پنج سال گذشته
۲۷/۳	۴۰۷	یک بار	
۳۰/۱	۴۴۸	۲ بار و بیشتر	
۱۴/۸	۲۱۷	۳ و یا کمتر	بعد خانوار
۵۶	۸۲۲	۴ نفر	
۲۲/۶	۳۳۲	۵ نفر	
۶/۶	۹۷	۶ نفر و بیشتر	
۹۵/۸	۱۴۲۵	بله	در قید حیات بودن پدر و مادر
۴/۲	۶۳	خیر	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک دانش آموزان دوره متوسطه تحت بررسی شهر تهران

متغیر دموگرافیک	ابعاد کیفیت زندگی		بهبودی جسمی		بهبودی روانشناختی		ارتباط با والدین		حمایت اجتماعی و همسالان		محیط مدرسه		کیفیت زندگی کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنسیت	دختر	۴۹/۵۱	۱۷/۸۱	۵۰/۷۳	۲۰/۸۷	۶۲/۵۸	۱۹/۶	۶۲/۲۹	۱۹/۳۲	۵۶/۹۷	۲۰/۳۱	۵۶/۴۱	۱۳/۷۴	۵۶/۴۱
	پسر	۵۷/۷	۱۷/۳۱	۵۶/۷۵	۲۱/۱	۶۴/۰۱	۲۱/۴۶	۵۹/۵۸	۲۴/۱۸	۵۴/۹۵	۲۴/۴۴	۵۸/۶۰	۱۶/۱۵	۵۸/۶۰
	$p^a$													
		۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۱۸	۰/۰۲*	۰/۰۸۲	۰/۰۰۵**					
شغل پدر	بیکار	۵۲/۱۶	۱۶/۸۳	۵۱/۹۹	۱۹/۳۱	۵۶/۲۳	۲۲/۶۹	۵۳/۹۱	۲۰/۹۰	۵۶/۵۲	۲۱/۹۸	۵۴/۱۶	۱۴/۸۰	۵۴/۱۶
	کارمند	۵۴/۷۶	۱۷/۱۸	۵۴/۶۹	۲۰/۳۷	۶۵/۶۰	۱۹/۵۹	۶۱/۴۰	۲۰/۷۷	۵۷/۰۱	۲۱/۹۷	۵۸/۶۹	۱۴/۵۵	۵۸/۶۹
	شغل آزاد	۵۳/۴۹	۱۸/۳۸	۵۳/۵۳	۲۱/۴۹	۶۲/۷۱	۲۰/۱۹	۶۰/۶۶	۲۲/۳۸	۵۶/۴۰	۲۲/۲۶	۵۷/۳۶	۱۴/۹۰	۵۷/۳۶
	بازنشسته و سایر	۵۲/۵۲	۱۷/۹۰	۵۴/۳۱	۲۱/۶۶	۶۴/۸۵	۲۰/۳۳	۶۵/۲۵	۱۹/۳۴	۵۴/۲۲	۲۳/۷۲	۵۸/۲۳	۱۵/۰۴	۵۸/۲۳
	$p^b$		۰/۴۲	۰/۷	۰/۰۰۲**	۰/۰۰۲**	۰/۰۹۷	۰/۵۷	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**
تحصیلات پدر	بی سواد	۵۰/۵۶	۱۸/۹۳	۵۷/۱۱	۲۳/۸۷	۶۷/۴۵	۱۹/۷۶	۶۲/۸۵	۲۸/۳۲	۵۷/۶۴	۲۷/۱۶	۵۹/۳۲	۱۸/۲۸	۵۹/۳۲
	زیردیپلم	۵۴/۷۳	۱۸/۲۸	۵۳/۷۲	۲۱/۴۱	۶۰/۴۳	۲۱/۰۶	۵۷/۶۷	۲۲/۰۵	۵۶/۴۴	۲۲/۶۰	۵۶/۵۹	۱۵/۱۶	۵۶/۵۹
	دیپلم	۵۳/۰۴	۱۷/۷۰	۵۳/۸۰	۲۱/۳۹	۶۳/۵۵	۲۰/۵۴	۶۱/۹۴	۲۲/۰۳	۵۷/۸۴	۲۱/۹۶	۵۷/۸۳	۱۵/۰۸	۵۷/۸۳
	فوق دیپلم و لیسانس	۵۳/۱۷	۱۷/۸۶	۵۳/۶۴	۱۹/۹۱	۶۴/۷۷	۱۸/۴۲	۶۱/۹۹	۲۰/۰۳	۵۴/۸۶	۲۲/۰۵	۵۷/۶۸	۱۳/۸۵	۵۷/۶۸
	بالتر از لیسانس	۵۵/۷۷	۱۷/۶۷	۵۶/۵۰	۲۱/۲۳	۷۰/۶۷	۱۹/۲۰	۶۵/۳۱	۲۰/۹۹	۵۷/۱۴	۲۳/۲۲	۶۱/۰۷	۱۴/۴۷	۶۱/۰۷
	$p^b$	۰/۳۵	۰/۶۸	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**
شغل مادر	خانه دار	۵۳/۴۰	۱۸/۰۵	۵۳/۹۶	۲۰/۸۷	۶۳/۴۲	۲۰/۴۱	۶۱/۰۹	۲۱/۶۲	۵۶/۴۹	۲۲/۱۹	۵۷/۶۷	۱۴/۹۰	۵۷/۶۷
	کارمند	۵۵/۸۶	۱۷/۱۵	۵۶/۰۶	۲۱/۴۴	۶۵/۶۴	۱۹/۵۱	۶۲/۰۳	۲۱/۲۸	۵۶/۱۵	۲۳/۸۳	۵۹/۱۴	۱۴/۷۶	۵۹/۱۴
	شغل آزاد	۵۵/۳۶	۱۶/۱۸	۴۹/۵۵	۲۰/۳۵	۶۲/۷۰	۱۷/۰۳	۶۱/۲۷	۲۱/۲۳	۵۵/۰۲	۱۷/۳۳	۵۶/۷۸	۱۱/۹۹	۵۶/۷۸
	بازنشسته و سایر	۴۸/۶۷	۱۹/۵۰	۵۳/۸۱	۲۸/۶۵	۶۷/۱۴	۲۷/۸۰	۷۶/۶۷	۱۵/۷۵	۵۰/۴۲	۲۶/۴۶	۵۹/۳۴	۱۶/۳۶	۵۹/۳۴
	$p^b$		۰/۲	۰/۲۳	۰/۴۷	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**	۰/۰۰۳**
تحصیلات مادر	بی سواد	۵۳/۴۶	۱۹/۷۴	۴۹/۵۷	۲۱/۹۱	۵۸/۶۵	۲۳/۷۶	۵۴/۵۷	۲۳/۲۹	۵۲/۶۴	۲۳/۵۳	۵۳/۷۷	۱۷/۵۵	۵۳/۷۷
	زیردیپلم	۵۳/۳۰	۱۸/۴۷	۵۴/۰۵	۲۱/۴۳	۶۰/۴۹	۲۱/۲۹	۵۷/۷۱	۲۱/۹۱	۵۶/۹۴	۲۳/۰۹	۵۶/۴۹	۱۵/۳۷	۵۶/۴۹
	دیپلم	۵۳/۳۴	۱۷/۴۸	۵۳/۶۶	۲۱/۰۰	۶۴/۱۶	۱۹/۸۹	۶۲/۰۸	۲۱/۳۷	۵۵/۹۱	۲۱/۴۴	۵۷/۸۳	۱۴/۵۱	۵۷/۸۳
	فوق دیپلم و لیسانس	۵۴/۸۲	۱۷/۶۳	۵۵/۳۸	۲۰/۲۱	۶۶/۴۴	۱۸/۳۸	۶۳/۴۷	۲۱/۳۷	۵۷/۵۶	۲۲/۱۱	۵۹/۵۳	۱۳/۸۶	۵۹/۵۳
	بالتر از لیسانس	۵۵/۸۰	۱۹/۸۱	۵۴/۳۳	۲۲/۳۷	۶۸/۳۱	۲۱/۵۱	۶۶/۵۷	۱۹/۲۹	۵۳/۷۹	۲۵/۲۸	۵۹/۷۵	۱۵/۷۱	۵۹/۷۵
	$p^b$	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**

۱۴/۶۸	۵۸/۰۵	۲۲/۱۴	۵۶/۷۶	۲۱/۳۴	۶۱/۶۱	۲۰/۰۲	۶۳/۶۸	۲۱/۱۶	۵۴/۳۳	۱۷/۹۱	۵۳/۹۱	والدین، خواهر و برادر	ترکیب اعضای خانواده
۱۶/۰۱	۵۶/۵۷	۲۳/۹۷	۵۳/۷۱	۲۳/۶۴	۵۹/۴۵	۲۰/۹۰	۶۳/۷۸	۲۰/۹۷	۵۳/۲۰	۱۸/۸۲	۵۲/۷۴	والدین	
۱۴/۳۱	۵۵/۲۹	۱۹/۵۴	۵۹/۵۶	۲۱/۳۲	۵۷/۷۲	۲۴/۳۳	۵۸/۲۳	۲۱/۳۷	۴۹/۷۹	۱۹/۲۳	۵۱/۱۸	فقط یکی از والدین	
۱۵/۲۳	۵۵/۲۹	۲۰/۹۶	۵۲/۵۲	۲۳/۴۴	۶۰/۰۹	۲۳/۱۱	۵۹/۰۹	۲۱/۰۶	۵۰/۳۱	۱۵/۷۲	۵۴/۴۷	خانواده بدون پدر و مادر	
	۰/۲	۰/۰۸		۰/۳۴		۰/۱۷		۰/۳		۰/۶۱		<b>p<sup>b</sup></b>	
۱۴/۲۲	۵۹/۰۴	۲۱/۶۸	۵۷/۳۹	۲۱/۳۷	۶۱/۷۹	۱۹/۱۵	۶۵/۶۰	۲۰/۵۶	۵۵/۸۰	۱۷/۶۱	۵۴/۶۳	خانواده فعلی	انتخاب افراد خانواده
۱۵/۲۹	۵۵/۱۸	۲۳/۹۶	۵۶/۴۸	۲۰/۹۶	۵۸/۴۳	۲۰/۷۴	۵۸/۰۹	۱۹/۸۱	۵۱/۳۶	۱۹/۲۱	۵۱/۵۵	خانواده (پدر، مادر، خواهر و برادر)	برای زندگی
۱۳/۲۰	۴۷/۷۴	۲۱/۰۶	۴۹/۵۷	۲۱/۹۳	۵۲/۳۷	۱۹/۷۳	۴۹/۲۶	۲۱/۱۶	۴۰/۸۹	۱۸/۹۵	۴۶/۶۴	یکی از والدین	
۱۶/۹۵	۵۰/۱۱	۲۴/۳۷	۴۶/۰۵	۲۵/۷۹	۵۹/۹۲	۲۵/۰۲	۵۳/۲۹	۲۱/۲۶	۴۲/۳۵	۱۸/۶۶	۴۸/۹۸	سایر	
	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**		۰/۰۴۱*		۰/۰۰۱**		۰/۰۰۱**		۰/۰۰۱**		<b>p<sup>b</sup></b>	
۱۴/۳۲	۵۸/۱۲	۲۱/۹۳	۵۶/۸۰	۲۱/۱۵	۶۱/۰۷	۱۹/۵۰	۶۴/۶۷	۲۱/۰۲	۵۴/۸۳	۱۸/۰۲	۵۳/۲۶	هیچ بار	دفعات تعویض منزل در
۵۷/۴۸	۱۴/۵۵	۲۲/۷۴	۵۴/۹۸	۲۱/۱۵	۶۳/۰۰	۲۰/۴۷	۶۳/۸۶	۲۱/۳۶	۵۳/۴۰	۱۷/۹۸	۵۳/۱۹	یک بار	پنج سال گذشته
۱۶/۲۶	۵۶/۸۶	۲۲/۹۵	۵۵/۵۹	۲۳/۴۲	۶۰/۲۷	۲۱/۷۲	۶۱/۱۲	۲۱/۱۲	۵۲/۶۱	۱۸/۰۷	۵۴/۶۵	۲ بار و بیشتر	
	۰/۴	۰/۴۲		۰/۵۱		۰/۰۱۶*		۰/۲۱		۰/۳۷		<b>p<sup>b</sup></b>	
۱۴/۰۱	۵۷/۹۶	۲۰/۹۵	۵۴/۴۴	۲۲/۹۶	۶۱/۵۳	۲۰/۷۵	۶۵/۹۶	۲۰/۵۱	۵۳/۶۷	۱۶/۵۹	۵۴/۲۴	۳ و یا کمتر	بعد خانوار
۱۵/۰۰	۵۷/۵۸	۲۲/۹۹	۵۶/۳۶	۲۱/۵۵	۶۱/۳۲	۲۰/۰۲	۶۴/۰۰	۲۱/۰۳	۵۳/۴۳	۱۸/۳۴	۵۲/۸۳	۴ نفر	
۱۵/۱۱	۵۸/۱۱	۲۱/۸۶	۵۷/۷۴	۲۱/۷۹	۶۰/۷۱	۲۱/۱۰	۶۱/۶۷	۲۱/۱۳	۵۴/۵۱	۱۷/۸۱	۵۵/۹۲	۵ نفر	
۱۵/۷۷	۵۵/۸۸	۲۲/۶۴	۵۳/۳۵	۲۲/۳۳	۵۹/۸۲	۲۰/۴۳	۵۸/۵۹	۲۲/۵۸	۵۵/۹۹	۱۷/۰۷	۵۱/۷۰	۶ نفر و بیشتر	
	۰/۶۲	۰/۲۱		۰/۸۹		۰/۰۰۸**		۰/۶۴		۰/۰۴*		<b>p<sup>b</sup></b>	
۱۵/۱۰	۵۷/۵۰	۲۱/۵۵	۵۷/۳۴	۲۰/۶۸	۶۰/۱۲	۲۳/۲۱	۶۰/۱۱	۲۰/۶۰	۵۴/۲۰	۱۶/۹۷	۵۳/۲۵	بله	در قید حیات بودن پدر و مادر
۱۴/۰۹	۵۷/۰۰	۲۲/۵۸	۵۵/۸۴	۲۲/۰۱	۶۰/۹۴	۲۰/۴۸	۶۳/۴۵	۲۱/۲۲	۵۳/۷۴	۱۸/۱۳	۵۳/۵۹	خیر	
	۰/۸	۰/۶		۰/۷۷		۰/۲		۰/۸۶		۰/۸۸		<b>p<sup>a</sup></b>	

a: تی تست مستقل    b: آنوا    \*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵    \*\*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱

جدول ۳- برآورد ضرایب رگرسیونی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش آموزان دوره متوسطه شهر تهران در حیطه های پنج گانه برحسب جنسیت

ابعاد کیفیت زندگی	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	تک متغیره		چندمتغیره					
				ضریب رگرسیونی	فاصله اطمینان ۹۵%	ضریب رگرسیونی	فاصله اطمینان ۹۵%				
					حدپایین	حدبالا	حدپایین	حدبالا			
بهبودی جسمی	دختر	۴۹/۵۱	۱۷/۸۱	۸/۱	۶/۴	۹/۹	۰/۰۰۱**	-۸/۵	-۱۳/۱	-۳/۹	۰/۰۰۲**
	پسر	۵۷/۷	۱۷/۳۱	رفرنس							
بهبودی روانشناختی	دختر	۵۰/۷۳	۲۰/۷۷	۶/۰۲	۳/۹	۸/۱	۰/۰۰۱**	-۷/۰	-۱۲/۱	-۲/۰	۰/۰۱۳*
	پسر	۵۶/۷۵	۲۱/۱	رفرنس							
ارتباط با والدین	دختر	۶۲/۵۸	۱۹/۶	۱/۴	-۰/۶۶	۳/۵	۰/۱۸	-۲/۴	-۶/۹	۲/۰	۰/۲۵
	پسر	۶۴/۰۱	۲۱/۴۶	رفرنس							
حمایت اجتماعی و همسالان	دختر	۶۲/۲۹	۱۹/۳۲	-۲/۷	-۴/۹	-۰/۴۸	۰/۰۱۷*	۲/۶	-۰/۶	۵/۷	۰/۱۱۵
	پسر	۵۹/۵۸	۲۴/۱۸	رفرنس							
محیط مدرسه	دختر	۵۶/۹۷	۲۰/۳۱	-۲/۰۱	-۴/۳	۰/۲۶	۰/۰۸	۰/۱	-۵/۸	۶/۱	۰/۹۶
	پسر	۵۴/۹۵	۲۴/۴۴	رفرنس							

\*\*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱

\*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵

## References

- Berman, A.H., Liu, B., Ullman, S., Jadback, I. and Engstrom, K., 2016. Children's Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PloS one*, 11, e0150545.
- Berra, S., Tebe, C., Esandi, M.E. and Carignano, C., 2012. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population. *Archivos argentinos de pediatria*, 111, pp. 29-35.
- Brown, S.C., Flavin, K., Kaupert, S., Tapia, M., Prado, G., Hirama, I., Lopez, G., Cano, N. and Pantin, H., 2012. The role of settings in family based prevention of HIV/STDs. *Family and HIV/AIDS*. Springer.
- Cappa, C., Wardlaw, T., Langevin-falcon, C. and Dlers, J., 2012. Progress for children: a report card on adolescents. *The Lancet*, 379, pp. 2323-2325.
- Driscoll, A.K., Russell, S.T. and Crockett, L.J., 2007. Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of family Issues*.
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G.K. and Helseth, S., 2011. Health related quality of life in children and adolescents: reliability and validity of the Norwegian version of KIDSCREEN-52 questionnaire, a cross sectional study. *International journal of nursing studies*, 48, pp. 573-581.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N. and Rahman, A., 2011. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378, pp. 1515-1525.
- Koot, H. and Wallander, J., 2001. Quality of Life in child and adolescent illness concepts, methods and findings: Health related Quality of Life measures for children and adolescent. New York: Taylor & Francis Group, (e. book).
- Nejati, V., Aamadi, K., Sharifian, M. and Shoaff, F., 2012. Comparing quality of life dimension in different age decades: prediction for aging. *Journal of Fasa university of medical sciences*, 1, pp. 227-232. [In Persian]
- Nik-Azin, A., Naeinian, M.R. and Sharifi, M.R., 2013. Validity and reliability of health related quality of life questionnaire "KIDSCREEN-27" in a sample of Iranian students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18, pp. 310-321. [In Persian]
- Parizi, AS., Garmaroudi, G., Fazel, M., Omidvari, S., Azin, SA. and Montazeri, A., 2014. Psychometric properties of KIDSCREEN health-related quality of life questionnaire in Iranian adolescents. *Quality of Life Research*. 23, pp. 2133- 2138.
- Rajmil, L., Palacio-vieira, J.A., Herdman, M., Lopez-Aguila, S., Villalonga-Olives, E., Valderas, J.M., Espallargues, M. and Alonso, J., 2009. Effect on health-related quality of life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and quality of life outcomes*, 7, P.1.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Brui, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T. and Czemy, L., 2005. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 5, pp. 353-364.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Valimaa, R., Ottova, V. and Erhart, M., 2009. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, pp. 151-159.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B. and CZEMY, L., 2008. The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in health*, 11, pp.645-658.
- Salimi, S.-H., Mirzamani, S.-M. and Shahiri-Tabarestani, M., 2005. Association of parental self-esteem and expectations with adolescents' anxiety about career and education. *Psychological reports*, 96, pp. 569-578.
- Spieth, L.E. and Harris, C.V., 1996. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review. *Journal of pediatric psychology*, 21, pp. 175-193.
- Tayebi, A., Raiesifar, A., Ebadi, A., Eynollahi, B., Rafiyan, Z. and Keyvanloo, F., 2010. Review the renal transplantation patients' quality of life by using kidney transplantation questionnaire (KTQ-25). *Journal of Critical Care Nursing*, 3, pp. 13-14.
- Tzavara, C., Tzonou, A., Zervans, I., Ravens-Sieberer, U., Dimitrakaki, C. and Tountas, Y., 2012. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire in a Greek adolescent population. *Annals of general psychiatry*, 11, P. 1.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C. and Ravens-Sieberer, U., 2006. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of epidemiology and community health*, 60, pp. 130-135.
- World Health Organization., 2005. *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*.

## Health-Related Quality of Life of High School Students in Tehran, Iran

*Alipour, M.*, Msc. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Yaseri, M.*, Ph.D. Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Maheri, A.*, Ph.D. Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Garmaroudi, GH.*, Ph.D. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: garmaroudi@tums.ac.ir

Received: Jul 19, 2016

Accepted: Oct 15, 2016

### ABSTRACT

**Background and Aim:** This study was conducted to assess the quality of life as an outcome of health services among high school students in Tehran, Iran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study included 1500 high school students in Tehran, Iran. Data were collected using the health-related quality of life questionnaire “KIDSCREEN-27” and analyzed using SPSS software version 23. The level of significance was set at  $p < 0.05$ .

**Results:** The quality of life amongst the participants was found to be moderate. The highest and lowest scores were for the parents’ relations and physical and psychological wellbeing dimensions, respectively. Based on multivariate linear regression, gender was a statistically significant predictor of the physical wellbeing dimension. Further analysis of the data showed gender and choosing a family to live with to be statistically significant predictors of psychological wellbeing dimension, while maternal education and choosing a family to live with were statistically significant predictors of parents’ relations and autonomy dimension. Finally, father’s job and choosing a family to live with were predictors of peer and social support and school environment dimensions, respectively.

**Conclusion:** The quality of life of the participants was moderate, which is not acceptable. It is recommended to design and implement intervention programs to improve the quality of life of high school students with an emphasis on physical and psychological wellbeing dimensions.

**Keywords:** Quality of life, Students, High School