مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱٤، آبان ۱۳۹٤، ٦٥٤-٦٤٣

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستان‌های شهر اهواز در سال ۱۳۹۳

اعظم ارسنجانی شیرازی[۱]، ناهید جوادی فر[۲]، مژگان جوادنوری[۳]، محمدحسین حقیقی‌زاده[۴]

دریافت مقاله: ۹۴/۱/۲۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۳/۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۴/۱۶ پذیرش مقاله: ۹۴/۴/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت به ویژه در دختران نوجوان است که ارتقاء آن با افزایش کارآیی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه بیشتر جامعه ارتباط دارد. از این رو، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۷۰ دانش‌آموز دختر ۱۹-۱۴ ساله شهر اهواز در سال ۱۳۹۳ انجام شد. دانش‌آموزان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه کیفیت زندگی استاندارد نوجوانان (Kidscreen-52) جمع‌آوری و با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی ۱۲/۹۳±۱۷۶/۲۷ بود و کیفیت زندگی اکثر دانش‌آموزان (۵۵/۱٪) در محدوده خوب قرار داشت. دانش‌آموزان در بُعد خودمختاری (استقلال) کمترین و در بُعد پذیرش اجتماعی بالاترین نمرات را کسب نمودند. میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در پایه تحصیلی اول تا سوم به ترتیب ۱۴/۱۰±۱۷۹/۹۱، ۱۲/۴۰±۱۷۸/۳۱ و ۱۲/۳۱±۱۷۰/۶۱ بود و با افزایش پایه تحصیلی کیفیت زندگی نوجوانان کاهش یافت (p=۰/۰۰۱). در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز ابعاد حمایت اجتماعی و هم سالان، محیط مدرسه و منابع مالی اختلاف معناداری بین پایه‌های مختلف تحصیلی مشاهده شد (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی کلی اکثر دانش‌آموزان در محدوده خوب قرار داشت. از آن جا که داشتن جامعه‌ای سالم مستلزم ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی است، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذران حیطه سلامت یک برنامه‌ریزی منظم برای ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی نوجوانان دختر در نظر گیرند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، نوجوانان دختر، دانش‌آموز

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
تلفن: ۰۶۱-۳۳۳۳۲۳۶۸، دورنگار: ۰۶۱-۳۳۳۶۱۵۴۴، پست الکترونیکی: nahidjavadifar_341@yahoo.com
۳- دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

مرحله نوجوانی یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی برای هر فرد و خانواده او محسوب می‌شود. با ورود به دوره نوجوانی، تحولات بسیار عمیقی از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی در نوجوانان به وجود می‌آید که موجب بر هم خوردن تعادل و توازن جسم و روان آنها می‌شود [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت [World Health Organization; (WHO)] ، نوجوانی دوره‌ای بین سنین ۱۹-۱۰ سال می‌باشد که حدود یک پنجم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد [۲]. بر طبق سرشماری سال ۲۰۱۱، حدود ۱۲ میلیون نوجوان ۱۹-۱۰ ساله در ایران وجود دارد که نیمی از آنها را دختران تشکیل می‌دهند [۳]. دختران نقش مهمی در سلامت جامعه امروز و آینده دارند و سرمایه گذاری بر روی این گروه سنی و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی آنها یکی از مهم‌ترین راهکارها برای تحقق اهداف سازمان‌های بهداشتی محسوب می‌شود [۴].

امروزه تنها حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه ارتقاء کیفیت زندگی در زمینه‌های متعدد هدفی مهم به شمار می‌آید [۵]. بر اساس تعریف WHO، سلامتی نه تنها با شاخص‌های بدنی شناخته می‌شود، بلکه احساسات فرد را از جوانب فیزیکی و روانشناختی و همچنین، چگونگی مدیریت خود و نحوه فائق آمدن بر زندگی روزانه را نشان می‌دهد. امروزه این نوع درک از سلامتی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت [Health-Related Quality of Life; (HRQoL)] شناخته می‌شود [۲]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی‌اش، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند [۶].

در کودکان و نوجوانان، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهوم نسبتاً جدیدی است، که اخیراً یکی از دغدغه‌های ارائه دهندگان خدمات سلامت بوده و محققان تمرکز زیادی بر روی آن نموده‌اند [۸-۷]. برخی از صاحب نظران، کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را احساس ذهنی و قابل تغییر آن‌ها در مورد سلامتی شان می‌دانند و معتقدند که این احساس انعکاسی از خواسته‌ها، امیدها، انتظارات آنها در ارتباط با وضعیت کنونی و آینده زندگی آنها می‌باشد که تحت تأثیر عواملی از قبیل جنسیت، سن، خصوصیات فردی و خانوادگی و همچنین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد [۹]. مطالعات نشان داده‌اند که سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی دختران نوجوان نامطلوب‌تر از پسران می‌باشد [۱۲-۱۰]. نتایج مطالعه Viira و همکارش که بر روی نوجوانان استونی با هدف تعیین تفاوت کیفیت زندگی بین دختران و پسران در زمینه‌های جسمی، روانی، عملکرد مربوط به مدرسه و اجتماعی انجام شد، نشان می‌دهد که نمره کل کیفیت زندگی نوجوانان دختر کمتر از پسران می‌باشد و همچنین، دختران در هر یک از دامنه‌های سلامت جسمی، روانی، عملکرد عاطفی، اجتماعی نمره کمتری نسبت به پسران داشتند [۱۱]. Shahraki-Sanavi و

همکاران نیز کیفیت زندگی نوجوانان دختر را بیشتر از نوجوانان پسر گزارش نموده‌اند [۱۲].

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شاخص مهمی در ارزیابی مداخلات و درمان‌های سلامتی است و می‌تواند در تخصیص منابع سلامت، مشخص کردن و اولویت‌بندی مشکلات مربوط به سلامت، مشکلات ناشناخته و غیرمنتظره و همچنین تصمیم گیری و پایش تغییرات در شرایط سلامت افراد و مشخص کردن پاسخ آنها به مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. از آن جا که در ارتقاء سلامت کودکان و نوجوانان بایستی عواملی را در نظر داشت که عملکرد و خوب بودن آن ها را تحت تأثیر قرار دهد، ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در همه کودکان و نوجوانان با یا بدون بیماری مزمن و یا هر گونه تفاوت فردی- اجتماعی و فرهنگی الزامی است [۱۳]. اگرچه مطالعات متعددی در رابطه با بررسی کیفیت زندگی، ابعاد و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است، اما اکثر این مطالعات بر روی جمعیت های خاص و به ویژه بیماران بوده است[۱۳، ۷]. از آنجا که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یکی از عوامل مؤثر در سطح سلامت به ویژه در دختران نوجوان بوده و ارتقاء آن با افزایش کارآیی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه بیشتر جامعه ارتباط دارد، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستان‌های شهر اهواز انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر شهر اهواز در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه نوجوانان دختر دانش‌آموز مقطع متوسطه (پایه اول، دوم و سوم) بین سنین ۱۹-۱۴ سال که همراه با خانواده زندگی می‌کردند، وارد مطالعه شدند. معیار خروج از مطالعه اختلال شناخته شده روانی، سابقه هرگونه بیماری طبی عمده حاد یا مزمن، بیماری صعب‌العلاج و معلولیت و تجربه حادثه استرس‌زای شدید طی ۶ ماه گذشته بود.

جهت تعیین حجم نمونه ابتدا یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ دانش‌آموز ۱۹-۱۴ سال انجام شد و سپس بر اساس فرمول حجم نمونه

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} \times S)^2}{d^2}$$

با در نظر گرفتن $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، S=۲۸/۱ (کیفیت زندگی نوجوانان) و d=۳، حجم نمونه ۳۳۸ نفر محاسبه شد که جهت پیش‌بینی ۱۰٪ ریزش نمونه ها، حجم نمونه به ۳۷۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که از بین ۱۳۲ دبیرستان دخترانه چهار ناحیه آموزش و پرورش، ۱۶ مدرسه و سپس از بین کلاس‌های موجود در هر مدرسه سه کلاس شامل پایه‌ها اول، دوم و سوم انتخاب و سپس از هر کلاس ۸ نفر به صورت تصادفی ساده وارد مطالعه شدند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسش نامه استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوان Kidscreen-52 استفاده شد. پرسش نامه استاندارد شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوان در پروژه Kidscreen در ۱۰ بُعد با ۵۲

سؤال طراحی شده است. ابعاد این پرسشنامه به شرح زیر می‌باشد:

۱- سلامت جسمانی (Physical well-being) (۵ سؤال): این بُعد سطحی از فعالیت بدنی نوجوان را از لحاظ انرژی و تناسب بدن بررسی می‌کند. ۲- سلامت روانی (Psychological well-being) (۶ سؤال): این بُعد به بررسی سلامت نوجوان که شامل احساس مثبت و رضایت از زندگی می‌باشد، می‌پردازد. ۳- احساسات و خلق (Moods and emotions) (۷ سؤال): این بُعد به بررسی این که تا چه حد نوجوان حالات افسردگی و عواطف و احساسات استرس‌زا را تجربه کرده است، می‌پردازد. ۴- خود ادراکی (Self-perception) (۵ سؤال): این بُعد به بررسی درک نوجوان از خود می‌پردازد. ۵- خودمختاری (Autonomy) (۵ سؤال): این بُعد به بررسی آزادی انتخاب، خودکفایی و استقلال نوجوان می‌پردازد. ۶- رابطه والدینی و زندگی خانوادگی (Parent relations and home life) (۶ سؤال): این بُعد به بررسی رابطه نوجوان با والدین خود در محیط خانه و نیز کیفیت رابطه بین نوجوان و والدین و احساس او به والدینشان می‌پردازد. ۷- حمایت اجتماعی و هم سالان (Social support and peers) (۶ سؤال): این بُعد به بررسی ماهیت رابطه نوجوان با نوجوانان دیگر و هم چنین روابط اجتماعی با دوستان و هم سالان می‌پردازد. ۸- محیط مدرسه (School environment) (۶ سؤال): این بُعد به بررسی درک نوجوان از نظر ظرفیت شناختی، یادگیری و تمرکز آنها در مدرسه می‌پردازد. ۹- پذیرش اجتماعی (Social acceptance/bullying) (۳ سؤال): این بُعد به بررسی احساس نوجوان از نظر ترس از هم سالان و احساس طرد شدن از جانب آن ها می‌پردازد و ۱۰- منابع مالی (Financial resources) (۳ سؤال): این بُعد به ارزیابی کیفیت درک شده توسط نوجوان از منابع مالی شان می‌پردازد.

نحوه پاسخ‌دهی به این پرسش نامه به صورت لیکرت ۵ قسمتی از هرگز (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) و در بعضی سؤالات از اصلاً (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) می‌باشد. بالاترین نمره برای هر سؤال پنج و کمترین نمره یک و در نهایت بالاترین نمره کیفیت زندگی ۲۶۰ و پایین‌ترین آن ۵۲ می‌باشد و امتیازهای بالاتر نشان دهنده این است که نوجوان از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطلوب‌تری برخوردار است [۱۴]. براساس جمع نمرات به دست آمده در کل سؤالات، کیفیت زندگی در چهار طیف ضعیف (۱۰۴-۵۲)، متوسط (۱۵۶-۱۰۵)، خوب (۲۰۸-۱۵۷) و عالی (۲۶۰-۲۰۹) طبقه بندی می‌شود [۱۲]. نسخه فارسی این آزمون توسط Parizi و همکاران تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷ گزارش شده است [۱۵]. همچنین، Shahraki-Sanavi و همکاران نسبت روایی محتوای ۰/۶۹، شاخص روایی محتوای ۰/۸۸ و پایایی پرسش نامه را بر اساس آزمون مجدد ۰/۹۳ گزارش نمودند و این پرسش نامه را تأیید نموده‌اند [۱۲]. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آمد و مورد تأیید قرار گرفت.

پژوهش‌گر پس از کسب مجوز کمیته اخلاق و بعد از کسب مجوز کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اهواز و آموزش و پرورش کل استان، به مدارس منتخب مراجعه نموده و با اخذ رضایت از دانش‌آموزان و توجیه شرکت کنندگان در

مورد اهداف مطالعه و اطمینان‌دهی از نظر محرمانه ماندن اطلاعات، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارش‌دهی انجام شد.

داده ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند. برای توصیف نتایج از فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. از آزمون آماری مجذور کای و آنالیز واریانس یک طرفه به منظور بررسی ارتباط کیفیت زندگی و ابعاد آن با پایه تحصیلی و سایر متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. در تمام آزمون‌ها P<۰/۰۵ به عنوان اختلاف آماری معنادار در نظر گرفته شد.

نتایج

از مجموع ۳۷۰ پرسش نامه توزیع شده، یک پرسشنامه به علت ناقص پاسخ دادن به سؤالات از مطالعه خارج شد و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۳۶۹ نوجوان انجام شد. میانگین سنی نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش ۱/۷۰±۱۶/۳۲ سال بود. رتبه تولد نوجوانان مورد مطالعه بین ۴-۱ نفر متغیر بود (با میانگین ۱/۵۱±۲/۲۱) و بیشترین فروانی (۵۸/۶٪) مربوط به رتبه تولد دوم بود. خانواده اکثر (۶۸/۷٪) دانش‌آموزان از ۴ فرزند تشکیل شده بود. از نظر بُعد خانوار، تعداد افراد خانوار نوجوانان مورد مطالعه بین ۶-۲ نفر (با میانگین ۲/۶۳±۴/۳۱) بود. از نظر پایه تحصیلی اکثر نوجوانان (۳۴/۲٪) در پایه اول دبیرستان قرار داشتند. بر اساس نتایج ۳۲ نفر (۸/۶٪) از دانش‌آموزان با هر دو والد زندگی نمی‌کردند و علت کنار هم نبودن والدین در ۱۹ نفر (۵۹/۴٪) طلاق گزارش شد.

اکثر مادران (۲۷/۶٪) و اکثر پدران (۳۲/۵٪) دارای تحصیلات راهنمایی و زیر دیپلم بودند. شغل اکثر مادران (۸۶/۲٪) خانه‌دار و اکثر پدران (۳۷/۹٪) شغل آزاد داشتند. از نظر درآمد والدین، اکثر (۷۰/۸٪) خانواده‌ها بین ۱/۰۰۰/۰۰۰- ۵۰۰/۰۰۰ تومان در ماه درآمد داشتند (جدول ۱).

کیفیت زندگی اکثر دانش‌آموزان (۵۵/۱٪) در سطح خوب قرار داشت و در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین فراوانی در سطح ضعیف و عالی کیفیت زندگی به ترتیب مرتبط با بُعد خودمختاری (۲۰/۲٪) و پذیرش اجتماعی (۵۹/۶٪) بود (جدول ۲). میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی دانش‌آموزان ۱۲/۹۳±۱۷۶/۲۷ و کمترین میانگین مرتبط با بُعد خودمختاری و بیشترین میانگین مرتبط با بُعد پذیرش اجتماعی بود (جدول ۳).

بر اساس جدول ۳، آزمون آماری مجذور کای بین کیفیت زندگی کلی و تمام ابعاد کیفیت زندگی (به جز بُعد حمایت اجتماعی، محیط مدرسه و منابع مالی) با پایه تحصیلی ارتباط معنی‌دار نشان داد (p<۰/۰۵). بر اساس آنالیز واریانس یک طرفه نمره کلی کیفیت زندگی با افزایش پایه تحصیلی کاهش معنی‌داری یافت (p=۰/۰۰۱). نتایج آزمون آماری مجذور کای نشان داد بین کیفیت زندگی کلی نوجوانان و داشتن فرزند بیمار در خانواده (p=۰/۰۰۲) ارتباط معکوس معنی‌دار و بین تحصیلات پدر (p=۰/۰۰۵) و درآمد (p=۰/۰۰۱) با کیفیت زندگی کلی ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود داشت.

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک دختران نوجوان دبیرستان‌های شهر اهواز در سال ۱۳۹۳

متغیرهای دموگرافیک		تعداد	درصد
پایه تحصیلی	اول دبیرستان	۱۲۶	۳۴/۲
	دوم دبیرستان	۱۲۴	۳۳/۶
	سوم دبیرستان	۱۱۹	۳۲/۲
با هم زندگی کردن والدین	بلی	۳۳۷	۹۱/۴
	خیر	۳۲	۸/۶
علت کنار هم نبودن پدر و مادر	طلاق	۱۹	۵۹/۴
	فوت	۱۳	۴۰/۶
تحصیلات مادر	بی سواد	۶۰	۱۶/۲
	خواندن و نوشتن	۸۲	۲۲/۳
	راهنمایی و زیر دیپلم	۱۰۲	۲۷/۶
	دیپلم	۹۳	۲۵/۳
	عالی	۳۲	۸/۶
شغل مادر	خانه دار	۳۱۸	۸۶/۲
	شاغل	۳۲	۸/۶
	دانشجو	۱۹	۵/۲
تحصیلات پدر	بی سواد	۳۲	۸/۷
	خواندن و نوشتن	۴۶	۱۲/۵
	راهنمایی و زیر دیپلم	۱۲۰	۳۲/۵
	دیپلم	۱۱۸	۳۱/۹
	عالی	۵۳	۱۴/۴
شغل پدر	کارمند	۹۶	۲۶/۱
	کارگر	۴۸	۱۳/۱
	آزاد	۱۴۰	۳۷/۹
	هیأت علمی	۱۴	۳/۷
	بازنشسته	۳۹	۱۰/۵
	بی کار	۳۲	۸/۷
درآمد خانواده (در ماه)	کمتر از ۵۰۰/۰۰۰ تومان	۴۹	۱۳/۳
	بین ۱/۰۰۰/۰۰۰- ۵۰۰/۰۰۰ تومان	۲۶۱	۷۰/۸
	بیشتر از ۱/۰۰۰/۰۰۰ تومان	۵۹	۱۵/۹
سابقه ابتلاء به بیماری مزمن در اعضای خانواده	بلی	۵۵	۱۴/۹
	خیر	۳۱۴	۸۵/۱

جدول ۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن در دختران نوجوان دبیرستان‌های شهر اهواز در سال ۱۳۹۳

ابعاد	ضعیف (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	خوب (درصد) تعداد	عالی (درصد) تعداد
سلامت جسمی	۲۰(۵/۴)	۱۱۷(۳۱/۷)	۱۶۹(۴۵/۸)	۶۳(۱۷/۱)
سلامت روانی	۲۵(۶/۷)	۱۳۴(۳۶/۳)	۱۲۸(۳۴/۷)	۸۲(۲۲/۳)
احساسات وخلق	۵۱(۱۳/۸)	۱۲۵(۳۳/۸)	۱۴۸(۴۰/۲)	۴۵(۱۲/۲)
خود ادراکی	۲۰(۵/۴)	۷۶(۲۰/۶)	۱۲۸(۳۴/۶)	۱۴۵(۳۹/۴)
خودمختاری	۷۴(۲۰/۲)	۱۱۶(۳۱/۴)	۱۱۲(۳۰/۳)	۶۷(۱۸/۱)
رابطه والدینی و زندگی خانوادگی	۴۶(۱۲/۴)	۷۹(۲۱/۴)	۱۲۵(۳۳/۸)	۱۱۹(۳۲/۴)
حمایت اجتماعی و هم سالان	۳۹(۱۰/۶)	۱۰۹(۲۹/۶)	۱۴۹(۴۰/۳)	۷۲(۱۹/۵)
محیط مدرسه	۸(۲/۲)	۸۴(۲۲/۸)	۱۸۰(۴۸/۷)	۹۷(۲۶/۳)
پذیرش اجتماعی	۲(۰/۶)	۳۹(۱۰/۶)	۱۰۸(۲۹/۲)	۲۲۰(۵۹/۶)
منابع مالی	۵۸(۱۵/۸)	۶۵(/.۱۷/۷)	۹۷(۲۶/۲)	۱۴۹(۴۰/۳)
کیفیت زندگی کلی	۵(۱/۴)	۹۱(۲۴/۶)	۲۰۳(۵۵/۱)	۷۰(۱۸/۹)

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره ابعاد ده گانه کیفیت زندگی دختران نوجوان دبیرستان‌های شهر اهواز بر حسب پایه تحصیلی در سال ۱۳۹۳

ابعاد / پایه تحصیلی	انحراف معیار±میانگین پایه اول (n=۱۲۶)	پایه دوم (n=۱۲۴)	پایه سوم (n=۱۱۹)	انحراف معیار±میانگین کلی	مقدار p*
سلامت جسمی	۷۲/۸۱±۱۴/۴۱	۶۷/۲۲±۱۴/۰۱	۶۳/۲۰±۱۶/۱۱	۶۷/۷۴±۱۴/۸۴	<۰/۰۰۱
سلامت روانی	۷۲/۶۱±۱۸/۶۰	۶۷/۳۲±۱۹/۳۱	۶۴/۳۱±۱۹/۶۰	۶۸/۰۸±۱۹/۱۷	۰/۰۰۴
احساسات و خلق	۶۶/۰۰±۱۸/۳۱	۶۰/۶۱±۱۴/۸۰	۵۷/۷۰±۱۶/۸۱	۶۱/۴۳±۱۶/۶۴	۰/۰۰۱
خود ادراکی	۷۷/۲۳±۱۷/۲۱	۷۲/۸۱±۱۹/۲۰	۷۱/۲۱±۱۸/۰۱	۷۳/۷۵±۱۸/۱۴	۰/۰۳۰
خودمختاری	۶۴/۸±۱۸/۰۱	۶۲/۴۱±۲۰/۴۰	۵۶/۲۰±۲۱/۲۱	۶۱/۱۳±۱۹/۸۷	۰/۰۰۲
رابطه والدینی	۷۳/۰۲±۲۲/۰۱	۶۹/۱۰±۲۰/۶۰	۶۵/۳۰±۲۱/۰۰	۶۹/۱۴±۲۱/۲۰	۰/۰۲۰
حمایت اجتماعی و هم سالان	۶۸/۳۱±۱۸/۰۰	۶۶/۰۱±۱۷/۳۰	۶۳/۳۱±۱۷/۰۰	۶۵/۸۷±۱۷/۴۳	۰/۰۸۱
محیط مدرسه	۷۲/۰۰±۱۷/۶۳	۷۴/۰۰±۱۴/۳۱	۷۱/۰۰±۱۴/۶۲	۷۲/۳۳±۱۵/۵۲	۰/۳۲۳
پذیرش اجتماعی	۸۶/۶۱±۱۴/۰۱	۸۶/۶۱±۱۴/۶۳	۸۲/۰۱±۱۳/۴۱	۸۵/۰۷±۱۴/۰۱	۰/۰۲۲
منابع مالی	۷۳/۳۱±۲۶/۰۱	۷۰/۶۱±۲۵/۳۰	۷۳/۵۱±۲۴/۰۰	۷۲/۴۷±۲۵/۱۰	۰/۶۵۸
کیفیت زندگی کلی	۱۷۹/۹۱±۱۴/۱۰	۱۷۸/۳۱±۱۲/۴۰	۱۷۰/۶۱±۱۲/۳۱	۱۷۶/۲۷±۱۲/۹۳	۰/۰۰۱

†آنالیز واریانس یک طرفه *** p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار**

بحث

این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر ۱۹-۱۴ ساله شهر اهواز انجام شد. نتایج نشان داد کیفیت زندگی کلی نوجوانان در سطح خوب قرار دارد. در راستای نتایج پژوهش حاضر، Nik-Azin و همکارش کیفیت زندگی اکثر نوجوانان دختر و پسر ۱۹-۱۱ سال مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر یزد را خوب گزارش نمودند [۱۶]. نتایج مطالعه Huebner و همکاران بر روی نوجوانان دختر و پسر دبیرستانی آمریکا[۱۷] و Keenaghan و همکارش بر روی نوجوانان دختر و پسر ایرلندی [۱۸] نیز با پژوهش حاضر در یک راستا می‌باشد. همچنین، در مطالعه Riazi و همکاران که بر روی نوجوانان دبستانی و راهنمایی ۱۸-۸ سال کشور انگلستان انجام شد، نشان داده شد که کیفیت زندگی اکثر نوجوانان در سطح خوب قرار داشت [۱۹]. برخلاف نتایج پژوهش حاضر، Mazlomi Mahmoodabad و همکاران کیفیت زندگی نوجوانان دختر ۱۷-۱۵سال پایه اول متوسطه یزد را متوسط گزارش نموده‌اند [۲۰]. از علت اصلی متفاوت بودن کیفیت زندگی در مطالعه ذکر شده با پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت در ابزار پژوهش، سن و مقطع دانش‌آموزان، امکانات موجود و نحوه مدیریت در مدارس و همچنین تفاوت روابط والدین در جوامع مختلف اشاره کرد. در مطالعه حاضر از پرسش نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوان Kidscreen-52 استفاده شد، درحالی که در مطالعه ذکر شده از پرسش نامه کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد.

در این مطالعه نوجوانان در بُعد خودمختاری پایین‌ترین نمره را کسب نمودند. حیطه خودمختاری به بررسی آزادی انتخاب، خودکفایی و استقلال نوجوان می‌پردازد و فرصت‌های فرد برای خلق اوقات فراغت و فعالیت اجتماعی را مدنظر قرار می‌دهد [۱۳]. با ورود به نوجوانی تحولات بسیار عمیقی از نظر زیستی- روانی و اجتماعی در نوجوانان به وجود می‌آید. نیاز به پیوندجویی می‌تواند بین خواسته‌های نوجوان و خانواده تعارض ایجاد کند و نوجوان استقلال خود را در خطر ببیند [۱۶]. استقلال از والدین موضوع اصلی برای نوجوانان می‌باشد و معمولاً دختران نسبت به پسران از استقلال کمتری برخوردار می‌باشند. نتایج مطالعه Nasiri و همکاران نشان می‌دهد که نوجوانان در مورد نحوه ارتباط خود با والدین در زمینه استقلال طلبی، نمره کمتری را به خود اختصاص داده‌اند که خود حاکی از مشکلات ارتباطی بیشتر با والدین و در راستای نتایج پژوهش حاضر می‌باشد [۲۱].

در این مطالعه نوجوانان در حیطه پذیرش اجتماعی بالاترین میانگین نمره را کسب نمودند. این حیطه عدم پذیرش از سوی هم سالان در مدرسه و احساس اضطراب نسبت به همسالان را بررسی می‌کند [۱۳]. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Michel و همکاران [۲۲] و Nik-Azin و همکارش [۱۶] که نشان دادند بُعد پذیرش اجتماعی بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است، هم سو می‌باشد. نتایج مطالعه Awasthi و همکاران نیز نشان می‌دهد که نوجوانان در بُعد محیط اجتماعی بالاترین نمره را به دست آوردند که در راستای پژوهش حاضر است [۲۳]. بهتر بودن وضعیت نوجوان در این بُعد می‌تواند به این علت باشد که مستقل شدن از والدین و

پذیرش اجتماعی سبب می‌شود تا دوستان بیش از دیگران برای نوجوان اهمیت یابند و این مسأله در رشد اجتماعی نوجوان بسیار مؤثر است [۱۶].

نتایج نشان داد با افزایش پایه تحصیلی کیفیت زندگی دانش‌آموزان کاهش یافته است که مشابه با نتایج سایر مطالعات می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه Nik-Azin و همکارش دانش‌آموزان مقطع راهنمایی در تمام ابعاد پرسشنامه Kidscreen به جز سه بُعد حمایت اجتماعی و همسالان، پذیرش اجتماعی و منابع مالی وضعیت بهتری نسبت به دانش‌آموزان دبیرستانی به دست آوردند [۱۶]. Bisegger و همکاران [۲۴] و Goldbeck و همکاران [۲۵] نیز نتایج مشابه با پژوهش حاضر نشان می‌دهند. بر اساس نظر روانشناسان اعتماد به نفس با درک از سلامتی رابطه دارد. در نوجوانان بزرگتر اعتماد به نفس کاهش می‌یابد و در پی آن کیفیت زندگی نیز کاهش می‌یابد. از طرف دیگر با افزایش مقطع تحصیلی، نوجوانان با نگرانی در مورد آینده، خود و محیط، دنیا را مکانی چالش برانگیزتر ادراک می‌کنند که این امر در کاهش کیفیت زندگی آنها می‌تواند مؤثر باشد [۲۶].

این مطالعه دارای محدودیت هایی بود که باید در مطالعات بعدی به آنها توجه شود. مطالعه حاضر به صورت مقطعی می‌باشد که مانع رسیدن به یک رابطه علت و معلولی می‌شود. در مطالعه حاضر، پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش دهی بودند که این امر می‌تواند توصیف نادرست برخی متغیرهای گزارش شده را به همراه داشته باشد. همچنین، در مطالعه حاضر، فقط دختران نوجوان مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اهمیت بررسی کیفیت زندگی دختران در مناطق مختلف کشور جهت شناسایی هرچه زودتر مشکلات موجود آنها در این حوزه، انجام مطالعات مشابه با در نظر گرفتن محدودیت‌های این مطالعه در استان‌های مختلف کشور پیشنهاد می‌شود. هم چنین پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی با تأکید بیشتر بر نقش عوامل اقتصادی اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و رفتاری سلامت در این خصوص صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی کلی اکثر دانش‌آموزان در محدوده خوب قرار داشت. از آن جا که داشتن جامعه‌ای سالم مستلزم ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی است، سیاست‌گذران حیطه سلامت بایستی یک برنامه ریزی منظم برای ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی نوجوانان دختر در نظر بگیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و آموزش پرورش کل استان خوزستان و تمام نوجوانانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌نمایند.

References

[1] Hunt E, McKay EA. What Can Be Learned From Adolescent Time Diary Research. *J Adolesc Health* 2015; 56(3): 259-66.

[2] World Health Organization. Women's health. 2013; Available at: http://www.who.int/topics/womens _health/en/. Accessed: Dec 2, 2014.

[3] Statistical Center of Iran. Available at: http://www. amar. org.ir/ Default. aspx?tabid=133. Accessed: Dec 1, 2014.

[4] Rafferty JR. Where are the Boys Using Peer Leadership to Address Barriers to Male Adolescent Utilization of an Urban School-Based Health Center. *J Adolesc Health* 2014; 54(2): 73-8.

[5] Morou Z, Tatsioni A, Dimoliatis ID, Papadopoulos NG. Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: a systematic review of the literature. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2014; 24(6): 382-95.

[6] Drotar D. Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice. USA, Psychology Press; 2014.

[7] Huang Y, Zhong XN, Li QY, Xu D, Zhang XL, Feng C, et al. Health-related quality of life of the rural-China left-behind children or adolescents and influential factors: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13(1): 220-8.

[8] Ottova V, Erhart M, Rajmil L, Dettenborn-Betz L, Ravens-Sieberer U. Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. *Qual Life Res* 2012; 21(1): 59-69.

[9] Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, Buelow JM, Otte JL, Hanna KM, et al. Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012; 10(1): 134-8.

[10] Mitchison D, Mond J, Slewa-Younan S, Hay P. Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features: A general population study. *Int J Eat Disord* 2013; 46(4): 375-80.

[11] Viira R, Koka A. Gender differences in health-related quality of life among Estonian adolescents: a 6-month follow-up. *Acta Kinesiologiaet Universitatis Tartuensis* 2012; 18(1): 84-9.

[12] Shahraki-Sanavi F, Nvidyan A, Ansarimoghadam A, Farajishoy M. A study on Family communication patterns on quality of life in adolescents. *J of Counseling and Family* Therapy 2011; 1(1): 101-14. [Farsi]

[13] Quitmann J, Rohenkohl A, Bullinger M, Chaplin JE, Herdman M, Sanz D, et al. Parental perception of health-related quality of life in children and adolescents with short stature: literature review and introduction of the parent-reported QoLISSY instrument. *Pediatr Endocrinol Rev* 2013; 11(2): 147-60.

[14] Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European

KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res* 2014; 23(3): 791-803.

[15] Parizi AS, Garmaroudi G, Fazel M, Omidvari S, Azin SA, Montazeri A, Jafarpour S. Psychometric properties of KIDSCREEN health-related quality of life questionnaire in Iranian adolescents. *Qual Life Res* 2014; 23(7): 2133-8.

[16] Nik-Azin A, Shairi M. Health Related Quality of Life in Adolescents: Mental Health, Socio-Economic Status, Gender, and Age Differences. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists* 2013; 35(9): 271-81. [Farsi]

[17] Huebner ES, Drane W, Valois RF. Levels and demographic correlates of adolescent's life satisfaction reports. *School Psychology International* 2000; 21(3): 281-91.

[18] Keenaghan C, Kilroe J. A study on the quality of life tool kidscreen for children and adolescents in Ireland. Office of the Minister for Children. 2008; Available at: http://www.childandfamilyresearch.ie/sites/www.childandfamilyresearch.ie/files/a_study_on_the_quality_of_life_tool_kidscreen_for_children_and_adolescents_in_ireland.pdf. Accessed: Feb 2, 2015.

[19] Riazi A, Shakoor S, Dundas I, Eiser C, McKenzie S. Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8(1): 134-8.

[20] Mazlomi Mahmoodabad SS, Zolghadr R, Hassanbeigi A. The investigation relationship between chronic stress and quality of life of female high school student in the city Yazd in 2010. *Tolo-e-Behdasht* 2011; 10(2): 1-10. [Farsi]

[21] Nasiri M, Tefagh M, Maghsoudi J, Hasanzade. A Comparative investigation of adolescent's communicational problems with parents from the points of view of these two groups. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2001; 3(2): 31-8. [Farsi]

[22] Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Qual Lif Res* 2009; 18(9): 1147-57.

[23] Awasthi S, Agnihotri K, Singh U, Thakur S, Chandra H. Determinants of health related quality of life in school-going adolescents in Northern India. *The Indian Journal of Pediatrics* 2011; 78(5): 555-61.

[24] Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U. Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adole-scence. *Social and Preventive Medicine* 2005; 50(1): 281-91.

[25] Goldbeck L, Schmitz TG, Besier T, Herschbach P, Henrich G. Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research* 2007; 16(6): 969-79.

[26] Graber JA. Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Horm Behav* 2013; 64(2): 262-9.

A Study of Health-Related Quality of Life among Female High Schools Adolescents in Ahvaz in 2014

A. Arsanjani Shirazi[1], N. Javadifar[2], M. Javadnoori[3], M.H. Haghighi Zadeh[4]

Received: 18/04/2015 Sent for Revision: 26/05/2015 Received Revised Manuscript: 07/07/2015 Accepted: 11/07/2015

Background and Objective: The quality of life is one of the effective factors in individuals' health, especially in female adolescents, which its promotion improves performance and family accomplishment and makes bether health in society consequently. Therefore, this study aimed to assess the health-related quality of life among female high schools adolescents.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 370 female students with age range of 14-19 years old in Ahvaz during 2014. The students were selected by multi-stage cluster random sampling method. Data was collected by demoghraphical checklist and Kidscreen-52 health-related quality of life questionnaire and analyzed by one-way ANOVA and chi-square test.

Results: Mean and standard deviation of total quality of life score was 176.27±12.93 and the quality of life of most students (55.1%) was in a good level.The students obtained the lowest and highest scores in autonomy and social acceptance domains, respectively. Mean of quality of life in the 1st, the 2nd and the 3rd educational levels were 179.91±14.10, 178.31±12.40 and 170.61±12.31, respectively and by increasing educational levels, the quality of life decreased (p=0.001). It was found a significant difference between different educational levels of students regarding all quality of life domains except social support and peers, school environment and financial resources domains (p<0.05).

Conclusion: Based on the results, quality of life of most students were in good level. So that improvement of quality of life domains is necessary to reach a healthy society, hence, it is suggested that the authorities would consider appropriate programs to promote the quality of life domains of female adolescents.

Key words: Quality of life, Female adolescents, Student

Funding: This research was funded by Ahvaz University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Ahvaz University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Arsanjani Shirazi A, Javadifar N, Javadnoori M, Haghighi Zadeh MH. A Study of Health-Related Quality of Life among Female High Schools Adolescents in Ahvaz in 2014. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(8): 643-54. [Farsi]

1- MSc Student of Reproductive Health of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- PhD in Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran (Corresponding Author) Tel: (061) 33332368, Fax: (061) 33361544, Email: nahidjavadifar_341@yahoo.com

3- PhD in Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- MSc in Biostatistics, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran