

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نوجوانان: تفاوت‌های بهداشت روانی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، جنس و سن

Health Related Quality of Life in Adolescents: Mental Health, Socio-Economic Status, Gender, and Age Differences

Amir Nik-Azin
MA in Clinical Psychology

Mohammad Reza Shairi, PhD
Shahed University

محمد رضا شعیری
دانشیار دانشگاه شاهد

امیر نیک‌آزین
کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی

Mohammad Reza Nainian, PhD
Shahed University

محمد رضا نائینیان
استادیار دانشگاه شاهد

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دانش‌آموزان با توجه به تفاوت‌های موجود در وضعیت بهداشت روانی، اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن انجام گرفت. ۵۵۱ نفر از دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر یزد (۲۷۵ دختر، ۲۷۶ پسر) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین-۵۲ (ریونز- سیبرر و دیگران، ۲۰۰۵)، پرسشنامه بررسی نقاط قوت و مشکلات (گودمن، ۱۹۹۷) و پرسشنامه ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی (گرمارودی و مرادی، ۱۳۸۹) پاسخ دادند. نتایج نشان دادند که ۱) در مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، بهزیستی روانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی، حمایت اجتماعی و همسالان و خودمختاری، پسران وضعیت بهتری نسبت به دختران دارند، ۲) دانش‌آموزان مقطع راهنمایی در تمام ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ به جز سه بعد حمایت اجتماعی و همسالان، پذیرش اجتماعی و مزاحمت و منابع مالی وضعیت بهتری نسبت به دانش‌آموزان دبیرستانی به دست آوردند، و ۳) در مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی، منابع مالی و بهزیستی روانی بین دانش‌آموزان دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیری در مورد مقایسه گروه‌های بهنجار، مرزی و نابهنجار نشان داد که گروه بهنجار وضعیت بهتری در مقیاس‌های خلق و هیجان، پذیرش اجتماعی و مزاحمت، بهزیستی روانی و ادراک خود نسبت به گروه نابهنجار دارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، بهداشت روانی

Abstract

The present study was aimed to examine Health-Related Quality of Life (HRQOL) regarding mental health, socio-economic status, gender and age differences in students. Five hundreds and fifty one middle school and high school students (275 females, 276 males) were selected using multistage cluster sampling. The participants completed the KIDSCREEN-52 Health-Related Quality of Life Questionnaire (Raven-Sieberer & et al, 2005), the Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997), and the Socio-economic Status Questionnaire (Garmaroodi & Moradi, 2010). The results indicated that 1) boys scored higher than girls in physical well-being, social support and peers, self-autonomy, psychological well-being, relationships with parents, and family life scales, 2) the middle school students had higher scores than the high school students in all KIDSCREEN scales except for social supports and peers, social acceptance, bullying, and financial resource, and 3) the differences between students with low and high socioeconomic status were significant in physical well-being, relationships with parents and family life, financial resource, and psychological well-being. The results of one way analysis of variance (ANOVA) for comparison of normal, borderline and abnormal groups indicated that normal group scored higher than abnormal group in mood and emotions, social acceptance, bullying, psychological well-being, and self perception.

Keywords: quality of life, health, socioeconomic status, mental health

received: 22 September 2012

accepted: 31 January 2013

دریافت: ۹۱/۷/۱۶

پذیرش: ۹۱/۱۱/۱۱

Contact information: anikazin@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

مقدمه

بی‌تردید سازگاری افراد هر جامعه جز در پرتو سلامت جسمانی و روانی امکان‌پذیر نخواهد بود. یکی از شاخص‌های بهداشت روانی میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۱ است. این شاخص بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت تأکید دارد و به نظر می‌رسد حیطه مجزا و روشنی است که توسط تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (تستا و سیمونسون، ۱۹۹۶). ونتگات، مریک و اندرسون (۲۰۰۳) از کیفیت زندگی روی‌آوردی هستی‌گرایانه در طیف ذهنی- وجودی-عینی ارائه می‌دهند. این طیف با ترکیب تعدادی از نظریه‌های کیفیت زندگی، نظریه کیفیت زندگی یکپارچه^۲ نامیده شده است. عدم رضایت‌مندی از زندگی نیز منجر به کاهش سلامت روانی و بروز عوامل منفی متعدد مانند افسردگی، عدم برقراری روابط اجتماعی و نیز مشکلات رفتاری و شخصیتی خواهد شد (زولینگ، جالویس، هوبنر، اولتمن و دران، ۲۰۰۱).

بررسی‌ها در قلمرو کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان نشان داده‌اند (دینر و دینر، ۱۹۹۵؛ هوبنر، ۱۹۹۱) سطوح بالای رضایت از زندگی یا کیفیت زندگی ادراک‌شده^۳ (PQOL) فردی به عنوان نیرو یا سرمایه روان‌شناختی عمل می‌کند. تحقیقات انجام‌شده وجود روابط معناداری بین کیفیت زندگی و انواع رفتارهای پرخطر در نوجوانان (مانند خودکشی، مصرف الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، رژیم غذایی و رفتارهای ورزشی) و شاخص‌های بیماری جسمانی و مشکلات تحصیلی را گزارش کرده‌اند (هوبنر، گیلن و سالدو، ۲۰۰۷). پژوهش در مورد کودکان و نوجوانان دارای اختلال‌های روانی نیز نشان داده است که شدت نشانه عامل مهمی در کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (دی، لندولت و موهلر-کوا، ۲۰۱۲الف). برای مثال، در کودکان و نوجوانان دارای فلج مغزی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نشانه‌های آسیب‌شناختی کمتر، رفتار اجتماعی‌پسند بیشتر و نیاز کمتر به فعالیت‌های اجتماعی ارتباط معنادار دارد (فرانتینی، کرسپو، کارونا و کانارو، ۲۰۱۲). مطالعه مروری در مورد کیفیت زندگی کودکان دارای اختلال‌های روانی نشان داده است که ابعاد مختلف زندگی

آنان به خطر می‌افتد و در این بین حوزه‌های روان‌شناختی و خانوادگی بیشترین آسیب و حوزه‌های مربوط به بهزیستی جسمانی کم‌ترین آسیب را می‌بینند (دی و موهلر-کوا و لندولت، ۲۰۱۲ب). افزون بر وجود بیماری، وضعیت اجتماعی و اقتصادی نیز در کیفیت زندگی نقش دارد (پارک، تورنبال و تورنبال، ۲۰۰۲؛ منصور و دیگران، ۲۰۰۳). بررسی ۶۴۱۴ کودک و نوجوان ۴ تا ۱۵ ساله اسپانیایی نشان داد، افرادی که مادران‌شان تحصیلات ابتدایی و یا راهنمایی دارند و متعلق به طبقه فقیر جامعه هستند نسبت به افرادی که مادران‌شان تحصیلات دانشگاهی دارند و یا از سایر طبقات اقتصادی هستند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری دارند (باریسو-لاپرسا، هرناندو-آریزالتا و راجمیل، ۲۰۱۲). همچنین درآمد و تحصیلات پدر، نوع مدرسه، نحوه رفتن به مدرسه و مدت زمانی که کودک در کلاس‌های آموزشی تقویتی می‌گذراند متغیرهایی هستند که در میزان کیفیت زندگی کودکان تأثیر دارند. اهمیت این متغیرها تحت تأثیر بافتی قرار می‌گیرد که کودکان در آن زندگی می‌کنند، برای مثال نشان داده شده است که فعالیت‌های ورزشی اوقات فراغت باعث افزایش کیفیت زندگی کودکان شهری می‌شود، در حالی که کیفیت زندگی کودکانی که پدران‌شان کارگر هستند، به طور مستقیم به درآمد و تحصیلات پدر بستگی دارد (جیروجاناکول، اسکوینگتونا و هادسون، ۲۰۰۳). برادلی و کرون (۲۰۰۲) ارتباط بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی را با بهزیستی کودک و نوجوان با استفاده از چند فرایند توضیح می‌دهند که مهم‌ترین آنها شامل دستیابی به منابع مادی و اجتماعی و واکنش به تنش‌هایی است که از منابع مختلف و والدین به کودک و نوجوان وارد می‌شود.

در پژوهش‌های زیادی ارتباط کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان با جنس و سن مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه اکثر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پسران نسبت به دختران و کودکان نسبت به نوجوانان دارای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری هستند (ریونز- سبیرر و دیگران، ۲۰۰۵؛ تبه و دیگران، ۲۰۰۸؛ آنالیتیز و دیگران، ۲۰۰۹؛ کوالو و دیگران، ۲۰۰۶؛ برگمن و اسکات، ۲۰۰۱) ولی ناهمسانی‌هایی در پژوهش‌های مختلف یافت

حد متوسط قابل مشاهده است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که زنان در مقایسه با مردان در تجربه عواطف منفی نمره‌های بالاتری گزارش می‌کنند (نولن- هوکسما، ۲۰۰۵) که تبیین‌های مختلفی از جمله تبیین‌های اجتماعی (کودک‌آزاری، آزار جنسی و احساس فشار به علت محدودیت اجتماعی) و روان‌شناختی (جهت‌گیری بین فردی، نشخوار ذهنی^۲ و سبک‌های مقابله با تنیدگی^۳) برای آن مطرح شده است (شکری و کدیور و دانشورپور، ۱۳۸۶). در نهایت تغییرات بدنی در دختران مانند شروع قاعدگی و عدم توازن هورمونی منجر به کاهش بهزیستی روانی آنها نسبت به پسران می‌شود (مایکل، بیسگر، فوهر و ایبل، ۲۰۰۹).

در دوره نوجوانی نسبت به دوره کودکی، به طور خاص، تغییرات در سیستم عصبی و هورمونی زیربنای تغییرات در بهزیستی عاطفی نوجوانان است. ارنست، پین و هاردین (۲۰۰۶) در مدل زیستی-عصبی برانگیختگی رفتار به برتری نظام پاداش بر نظام اجتناب از آسیب در نوجوانان اشاره می‌کنند که هنوز نمی‌تواند به وسیله یک نظام ناظر رشدنایافته، متعادل شود. از طرف دیگر نظریه‌های روان‌شناختی بر این باورند که دوران نوجوانی با چالش‌های مرتبط با جنس و سن همراه است که یکی از مهم‌ترین آنها ایجاد و نگهداری هویتی ثابت و حرکت به سمت استقلال و فردی‌سازی است. این موضوع افزایش جهت‌گیری به سوی همسالان و فعالیت‌های مرتبط با همسالان را توجیه می‌کند.

به طور کلی هنگامی که کنش‌وری اجتماعی و روانی کودکان و نوجوانان را بررسی می‌کنیم باید به این نکته توجه کنیم که آنها توسط بافت^۴‌های اجتماعی متعدد شامل خانواده، گروه همسالان، مدرسه و اجتماع احاطه شده‌اند که هر یک از این موارد می‌تواند در کیفیت زندگی آنها تأثیر گذارد. نظریه‌های تحولی بیان می‌کنند که ارتباط کودک و نوجوان با بافت اجتماعی، پیچیده و در عین حال شامل تأثیر متقابل هم‌زمان بین کودک و چند نوع بافت متفاوت است. به دو دلیل بافت از لحاظ کیفی در کودکان و بزرگسالان متفاوت است. اول اینکه بافت تأثیر بلندمدتی بر رشد اجتماعی و روانی کودکان می‌گذارد و دوم اینکه کودکان نسبت به بزرگسالان قدرت کمتری برای تغییر دادن معنادار بافت اطرافشان دارند (لویس، آندری، ایمولا،

می‌شود. هونبر، دران و والویس (۲۰۰۰) در پژوهشی در ۵۵۴۵ نوجوان دبیرستانی نشان دادند که بیشتر نوجوانان از سطوح بالای رضایت از زندگی به صورت کلی و در ابعاد خاص برخوردارند. نوجوانان بیشترین نارضایتی را در بعد مدرسه نسبت به سایر ابعاد نشان دادند. همچنین دختران در ابعاد دوستان و مدرسه رضایت بالاتری نسبت به پسران داشتند. دختران آمریکایی نمره‌های بیشتری در بعد خود نسبت به پسران به دست آوردند که چنین تفاوتی در نمونه آمریکایی-آفریقایی یافت نشد. در مطالعه دیگری در مورد ۱۲۷۴ نوجوان ۱۱ تا ۱۶ ساله آلمانی، گلدبک، اسمیت، بیسگر، هرچاباخ و هنریک (۲۰۰۷) نشان دادند که نوجوانان دختر و ۱۶ ساله به طور معناداری رضایت عمومی و رضایت مرتبط با زندگی پایین‌تری نسبت به نوجوانان پسر و ۱۱ ساله‌ها دارند. مقایسه نوجوانان ۱۱ و ۱۶ ساله با یکدیگر نشان داد که رضایت از دوستان در دو سن مذکور تغییر معناداری پیدا نکرد ولی رضایت از ارتباطات خانوادگی به طور معناداری در نوجوانان ۱۶ ساله کاهش پیدا کرد. در مطالعه دیگری بیسگر، کلوتا، ون‌رودن، ایبل و ریونز- سیبر (۲۰۰۵) ضمن اشاره به اینکه نوجوانان دختر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری در ابعاد سلامت جسمانی، خلق و هیجان و ادراک خود نسبت به نوجوانان پسر دارند به این نکته اشاره می‌کنند که این تفاوت‌ها از سن ۱۲ سالگی شروع و تا اواخر نوجوانی ادامه می‌یابد. همانند سایر مطالعات نشان داده شده است که بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی دختران کمتر از پسران و کیفیت حمایت اجتماعی و همسالان و محیط مدرسه آنها بیشتر از پسران است (دی و دیگران، ۲۰۱۲) و پسران در روابط خانوادگی و دوستی‌های نزدیک نمره‌های بالاتری نسبت به دختران به دست می‌آورند (تقی‌لو، شکری، طولایی و تقوایی‌نیا، ۱۳۹۰).

در تبیین تفاوت‌های جنس در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، هید (۲۰۰۵) در فرضیه شباهت‌های جنسی^۱ خود بیان می‌کند که جنس مذکر و مؤنث در بیشتر متغیرهای روان‌شناختی (از جمله بهزیستی روان‌شناختی) مشابهند. تنها در برخی متغیرها مانند رفتارهای حرکتی (از قبیل فاصله پرتاب) و برخی از جنبه‌های فعالیت جنسی تفاوت‌های زیادی در دو جنس مشاهده می‌شود. همچنین در متغیر پرخاشگری تفاوت جنس در

کریستینا و ناسی، ۲۰۰۴).

با توجه به ناهمسانی‌های موجود در پیشینه پژوهشی مبنی بر تفاوت جنس و سن در کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان و همچنین بررسی تفاوت‌های موجود در کیفیت زندگی افراد دارای وضعیت روانی و اجتماعی-اقتصادی مختلف، پژوهش حاضر به بررسی وضعیت کیفیت زندگی دانش‌آموزان مقطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان با توجه به تفاوت‌های موجود در وضعیت بهداشت روانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن، اختصاص یافته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی است. جامعه آماری دربرگیرنده تمامی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر یزد بود. تعداد دانش‌آموزان مقطع راهنمایی ۲۵۳۳۰ نفر و دبیرستان ۲۲۱۲۱ نفر، (۲۳۳۹۵ پسر و ۲۴۰۲۰ دختر) ناحیه یک و ناحیه دو در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بود. بر اساس روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۵۵۱ دانش‌آموز (۲۷۶ پسر و ۲۷۵ دختر) در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۹ سال، از دو مقطع راهنمایی (۲۸۷ نفر: ۱۵۱ پسر و ۱۳۶ دختر) و دبیرستان (۲۶۴ نفر: ۱۲۵ پسر و ۱۳۹ دختر) انتخاب شدند. میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان مقطع راهنمایی به ترتیب برابر با ۱۳/۲۵ و ۱/۰۳ و در مقطع دبیرستان ۱۶/۴۹ و ۱/۱۳ بود. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین^۱
(ریونز-سیبر و دیگران، ۲۰۰۵). پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عمومی برای افراد سالم و بیمار هشت تا ۱۸ ساله طراحی شده و شامل ۱۰ بعد است: ۱- بهزیستی جسمانی (۵ ماده): سطوح فعالیت فیزیکی، انرژی و تناسب^۲ را می‌سنجد. ۲- بهزیستی روانی (۶ ماده): هیجان‌های مثبت، رضایت از زندگی و احساساتی که از لحاظ هیجانی متعادل شده‌اند را می‌سنجد. ۳- خلق و هیجان^۳ (۷ ماده): هیجان، خلق افسرده و

احساسات تنیدگی کودک و نوجوان را پوشش می‌دهد. ۴- ادراک خود^۴ (۵ ماده): ادراک آزمودنی از ظاهر بدنی خود به صورت مثبت و منفی را بررسی می‌کند. ۵- استقلال عمل^۵ (۵ ماده): فرصت‌های آزمودنی برای خلق اوقات فراغت و فعالیت اجتماعی را مد نظر قرار می‌دهد. ۶- ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی^۶ (۶ ماده): ارتباط با والدین و جو حاکم بر خانه را آزمون می‌کند. ۷- حمایت اجتماعی و همسالان^۷ (۶ ماده): ماهیت ارتباطات^۸ آزمودنی با سایر همسالان را بررسی می‌کند. ۸- محیط مدرسه (۶ ماده): ادراک کودک و نوجوان از ظرفیت شناختی، یادگیری و تمرکز و احساسات راجع به مدرسه را بررسی می‌کند. ۹- پذیرش اجتماعی^۹ (زورگویی)^{۱۰} (۳ ماده): آن جنبه از احساسات مربوط به طرد شدن و اذیت شدن به وسیله همسالان را می‌سنجد. ۱۰- منابع مالی (۳ ماده): ادراک آزمودنی از منابع مالی‌اش را می‌سنجد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرتی بوده، که فراوانی رفتار یا احساس خاص (۱=هیچ‌گاه، ۲=به ندرت، ۳=گاهی اوقات، ۴=اغلب، ۵=همیشه) و یا شدت بازخورد^{۱۱} (۱=اصلاً، ۲=تا حدی، ۳=به طور متوسط، ۴=خیلی، ۵=بی‌نهایت) را نشان می‌دهد. چهارچوب زمانی به هفته گذشته اشاره می‌کند. نمره‌های مقیاس‌ها سپس به صورت خطی به یک مقیاس صفر تا ۱۰۰ نقطه‌ای تبدیل شده که ۱۰۰ نمایانگر بهترین و صفر بدترین کیفیت زندگی است. اعتبار همسانی درونی ابزار به روش آلفای کرونباخ در تمام ابعاد بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین روایی همگرایی آن از طریق همبستگی با ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی مونیخ برای کودکان^{۱۲} (KINDL) بین ۰/۵۱ تا ۰/۶۸ گزارش شده است (ریونز-سیبر و دیگران، ۲۰۰۸). ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۹ و ضرایب بازآزمایی (به فاصله دو هفته) برای ابعاد ۱۰گانه پرسشنامه در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص‌های خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^{۱۳} (RMSEA) و برازندگی تطبیقی^{۱۴} (CFI) به ترتیب برابر با ۰/۰۵۳ و ۰/۹۷ بوده که نمایانگر برازندگی

1. Kidscreen-52 Health-Related Quality of Life Questionnaire
2. fitness
3. mood and emotions
4. self-perception
5. autonomy
6. relations with parents and home life
7. social support and peers

8. nature of relationships
9. social acceptance
10. bullying
11. attitude
12. Munich Quality of Life Questionnaire for Children
13. Root Mean Square of Approximation
14. Comparative Fit Index

شغل سرپرست خانواده و همسر سرپرست خانواده، هزینه‌ها و درآمد خانواده، مسکن و تسهیلات و اوقات فراغت (برای هر بعد یک ماده) است. اجرای پرسشنامه مذکور بر روی هزار خانوار تهرانی حاکی از همسانی درونی خوب برای ابعاد بوده است. با توجه به اینکه این پرسشنامه در جامعه تهران مورد بررسی قرار گرفته است لذا تغییراتی در برخی ماده‌ها و نمره‌گذاری این پرسشنامه صورت گرفت. به منظور تقسیم افراد به دو گروه دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین، نقاط ۱۰ و ۹۰ درصدی نمره پرسشنامه محاسبه شد و افرادی که پایین نقطه ۱۰ درصدی قرار داشتند دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و افرادی که بالای نقطه ۹۰ درصدی قرار داشتند دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا در نظر گرفته شدند. چنین انتظار می‌رفت که کودکان و نوجوانانی که در وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین قرار می‌گیرند در همه ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ نمره‌های کمتری به دست آورند (ریونز-سیبرر و دیگران، ۲۰۰۸).

پس از جمع‌آوری اطلاعات از آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی، جنس و سن در ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ استفاده شد. همچنین با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی شفه، تفاوت وضعیت بهداشت روانی در ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ نمره‌های افراد در ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس جنس، سن و وضعیت اجتماعی-اقتصادی مقایسه شده است.

نتایج آزمون t نشان می‌دهند که در مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، حمایت اجتماعی و همسالان و خودمختاری ($P < 0/01$) و مقیاس‌های بهزیستی روانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی ($P < 0/05$) بین دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد پسران نمره‌های بالاتری در تمام مقیاس‌های مذکور نسبت به دختران به دست آورده‌اند.

مناسب مدل ۱۰ عاملی پرسشنامه است (نیک‌آذین، ۱۳۹۰).

پرسشنامه نقاط قوت و مشکلات^۱ (SDQ): گودمن، ۱۹۹۷). این پرسشنامه توسط گودمن در انگلیس و بر مبنای ملاک‌های تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات تندرستی مرتبط نسخه دهم^۲ ساخته شده است. این پرسشنامه برای سنین سه تا ۱۶ سال کاربرد داشته و دارای پنج زیرمقیاس نشانه‌های هیجانی^۳، اختلال سلوک^۴، اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه^۵، مشکلات با همسالان^۶ و رفتارهای جامعه‌پسند یا مطلوب^۷ و هر مقیاس دارای پنج ماده است. پاسخ‌ها به صورت مقیاس سه نقطه‌ای لیکرت (درست نیست = صفر، تا حدی درست است = ۱، کاملاً درست است = ۲) نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین نمره‌گذاری برخی از سؤالات به صورت معکوس انجام می‌شود. از جمع نمره‌های آزمودنی در هر مقیاس نمره کل به دست می‌آید که با استفاده از جدول هنجاریابی وضعیت آزمودنی در سه حیطه بهنجار (صفر تا ۱۵)، مرزی (۱۶ تا ۱۹) و نابهنجار (۲۰ تا ۴۰) مشخص می‌شود.

گودمن (۱۹۹۷) اعتبار پرسشنامه را ۰/۸۲ برآورد کرده است. کسکلین، سوراندر و کالجونن (۲۰۰۰) همبستگی پرسشنامه مذکور را با پرسشنامه خودگزارشی نوجوانان^۸ ۰/۷۱ به دست آوردند. محمدی (۱۳۸۵) اعتبار به دست آمده برای فرم خودگزارشی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۳۸ تا ۰/۵۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از نمره کلی پرسشنامه بررسی مشکلات و نقاط قوت به منظور بررسی تفاوت‌های وضعیت بهداشت روانی در ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شده است. چنین فرض شده است که کودکان و نوجوانانی که بر اساس پرسشنامه بررسی مشکلات و نقاط قوت در قسمت نابهنجار قرار می‌گیرند، نسبت به کودکان بهنجار در همه ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲، مخصوصاً بعد بهزیستی روانی نمره پایین‌تری کسب خواهند کرد (ریونز سیبرر و دیگران، ۲۰۰۸).

پرسشنامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی^۹ (گرمارودی و مرادی، ۱۳۸۹). این پرسشنامه دارای چهار حیطه تحصیلات و

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
2. International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (ICD-10)
3. emotional symptoms
4. conduct problems

5. hyperactivity-attention deficit
6. peer problems
7. prosocially behaviors
8. Youth Self-report (YSR)
9. Socio-Economic Status Questionnaire

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t مربوط به ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس جنس و سن

متغیرها	جنس				t	سن			
	پسر		دختر			دبیرستان		راهنمایی	
	SD	M	SD	M		SD	M	SD	M
بهبودی جسمانی	۱۴/۲۵	۶۹/۲۶	۱۵/۸۲	۵/۲۹**	۱۴/۴۶	۷۷/۷۷	۱۴/۵۱	۶۷/۱۲	۸/۶۲**
بهبودی روان‌شناختی	۱۷/۰۴	۷۲/۷۷	۱۷/۱۴	۲/۵۹*	۱۶/۸۷	۷۹/۳۰	۱۶/۰۸	۶۹/۶۲	۶/۸۸**
خلق و هیجان	۱۸/۱۴	۶۸/۲۸	۱۷/۳۲	۱/۶۸	۷۳/۶۴	۱۷/۲۷	۱۶/۰۴	۶۵/۰۲	۶/۰۶**
ادراک خود	۱۶/۸۲	۷۶/۱۶	۱۵/۹۵	۱/۰۸	۸۰/۴۳	۱۶/۱۱	۱۵/۸۶	۷۳/۰۹	۵/۳۸**
خودمختاری	۱۶/۱۷	۶۴/۸۷	۱۶/۲۵	۳/۶۴**	۶۹/۸۴	۱۶/۷۱	۱۵/۶۴	۶۴/۷۲	۳/۶۹**
ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی	۱۸/۷۱	۷۲/۵۱	۱۹/۳۳	۲/۳۳*	۷۸/۸۷	۱۸/۵۴	۱۸/۵۴	۶۹/۵۴	۵/۸۹**
حمایت اجتماعی و همسالان	۱۶/۸۰	۶۱/۳۶	۱۵/۷۳	۳/۲۸**	۶۴/۶۹	۱۷/۵۱	۱۵/۰۹	۶۲/۴۸	۱/۵۷
محیط مدرسه	۱۵/۴۹	۶۹/۶۸	۱۴/۰۸	-۰/۲۳	۷۳/۶۶	۱۴/۳۳	۱۴/۱۷	۶۵/۶۶	۶/۵۷**
پذیرش اجتماعی و زورگویی	۸۷/۱۵	۱۳/۶۹	۱۵/۶۳	۱/۸۲	۸۵/۸۷	۱۵/۶۸	۱۳/۶۳	۸۶/۱۶	-۰/۲۲
منابع مالی	۷۰/۷۲	۲۲/۳۴	۲۰/۹۳	-۰/۹۰	۷۳/۲۴	۲۲/۸۳	۲۰/۱۵	۶۹/۷۲	۱/۹۱

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

نمره‌های بالاتر در ابعاد مورد نظر توسط دانش‌آموزان مقطع راهنمایی است. در جدول ۲ نمره‌های افراد در ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی مقایسه شده است.

همچنین در تمام ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ به جز سه بعد حمایت اجتماعی و همسالان، پذیرش اجتماعی (زورگویی) و منابع مالی بین دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). مقایسه میانگین‌ها حاکی از کسب

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t مربوط به ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی

متغیرها	وضعیت اجتماعی-اقتصادی			
	بالا		پایین	
	SD	M	SD	M
بهبودی جسمانی	۱۵/۱۷	۷۳/۷۵	۱۵/۶۸	۶۵/۸۱
بهبودی روان‌شناختی	۱۸/۱۴	۷۴/۰۳	۱۸/۰۳	۶۷/۱۲
خلق و هیجان	۱۷/۹۵	۶۹/۳۲	۱۸/۴۵	۶۳/۳۳
ادراک خود	۱۴/۷۳	۷۸/۷۳	۱۸/۳۰	۷۴/۰۶
خودمختاری	۱۸/۱۴	۶۶/۰۳	۱۶/۲۴	۶۲/۷۳
ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی	۱۹/۳۱	۷۵/۲۶	۲۱/۲۳	۶۵/۲۵
حمایت اجتماعی و همسالان	۱۴/۸۶	۶۱/۴۰	۱۷/۱۵	۶۳/۴۳
محیط مدرسه	۱۳/۱۴	۷۱/۸۷	۱۴/۸۴	۶۸/۰۳
پذیرش اجتماعی و زورگویی	۱۴/۳۹	۸۵/۳۸	۱۵/۸۷	۸۳/۰۳
منابع مالی	۱۸/۹۸	۷۹/۱۸	۲۱/۷۲	۵۹/۹۹

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

جدول ۳ مقایسه نمره‌های افراد در ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس وضعیت بهداشت روانی را نشان می‌دهد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌متغیری در مورد مقایسه گروه‌های بهنجار، مرزی و نابهنجار نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان بهنجار، مرزی و نابهنجار در مقیاس‌های بهبودی روانی، خلق و هیجان، ادراک خود، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی و پذیرش اجتماعی و زورگویی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱).

نتایج آزمون t به منظور مقایسه نمرات کیفیت زندگی افراد بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی نشان می‌دهد که در مقیاس‌های بهبودی جسمانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی و منابع مالی (P<۰/۰۱) و مقیاس بهبودی روانی (P<۰/۰۵) بین دانش‌آموزان دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا و پایین تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که گروه دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر میانگین بالاتری در مقیاس‌های مذکور به دست آورده‌اند.

میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس یک متغیری مربوط به ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ بر اساس وضعیت بهداشت روانی

متغیرها	وضعیت بهداشت روانی						
	ناپه‌نچار		مرزی		په‌نچار		
	F (۲، ۹۳)	SD	M	SD	M	SD	
بهزیستی جسمانی	۰/۱۴	۲۳/۸۵	۷۲	۱۶/۷۸	۷۴	۱۴/۳	۷۴/۶۲
بهزیستی روان‌شناختی	۶/۳۰**	۱۷/۹۸	۶۲	۱۸/۵۴	۶۸/۹۳	۱۶/۷۴	۷۹/۲۸
خلق و هیجان	۶/۳۵**	۲۴/۴۴	۵۴/۵۷	۲۱/۷۹	۶۳/۸۹	۱۴/۸۵	۷۱/۴۷
ادراک خود	۵/۱۶**	۱۵/۴۱	۶۴	۱۴/۳۰	۶۸/۹۰	۱۵/۴۸	۷۸/۸۱
خودمختاری	۰/۱۸	۱۱/۷۸	۶۴	۱۵/۵۸	۶۶/۱۸	۱۳/۰۳	۶۷/۰۱
ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی	۵/۳۲**	۱۷/۹۹	۶۴/۳۳	۱۶/۳۹	۶۳/۶۳	۱۵/۰۳	۷۶/۶۱
حمایت اجتماعی و همسالان	۰/۴۳	۲۳/۳۵	۶۴/۹۹	۲۳/۱۱	۶۷/۱۲	۱۴/۴۴	۶۳/۷۷
محیط مدرسه	۲/۳۲	۲۳/۸۵	۶۵	۱۶/۷۸	۶۶/۰۶	۱۴/۹۹	۷۲/۶۷
پذیرش اجتماعی و زورگویی	۸/۱۵**	۱۷/۹۸	۶۵/۳۳	۱۸/۵۴	۸۶/۳۶	۱۳/۷۱	۸۴/۹۱
منابع مالی	۱/۹۳	۲۴/۴۴	۶۳/۳۳	۲۱/۷۹	۷۴	۲۰/۶۲	۷۴/۶۲

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

دیگران، ۲۰۰۶). در دوران بلوغ، تغییر در نظام هورمونی و وضعیت ظاهری بدن باعث تغییر خودپنداره و کاهش بهزیستی جسمانی در دوران نوجوانی می‌شود. همچنین سیستم پاداش رفتار قوی و نیاز به پیوندجویی از جمله تغییراتی است که می‌تواند میان خواسته‌های نوجوان با جهان اجتماعی و خانواده خود تعارض ایجاد کند و نوجوان خودمختاری خود را در خطر ببیند. در تبیین روان‌شناختی این موضوع باید اشاره کرد که چالش‌های هویتی و دستیابی به استقلال، شیوع رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و عدم برخورداری از مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این دوره از زندگی می‌شود (مایکل و دیگران، ۲۰۰۹). از طرف دیگر با افزایش تفکر صوری و منطقی، نوجوان با نگرانی در مورد آینده، خود و محیط، دنیا را مکانی چالش‌برانگیزتر ادراک می‌کند و همین امر در کاهش بهزیستی روانی و افزایش خلق افسرده او موثر است.

پسران در مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، حمایت اجتماعی و همسالان و خودمختاری، بهزیستی روانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی نمره بالاتری نسبت به دختران به دست آورده‌اند. هوبنر و دیگران (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که دختران در ابعاد مدرسه و دوستان نمره بالاتری نسبت به پسران به دست آوردند. این در حالی است که در پژوهش‌های دیگر اشاره شده که دختران از سلامت جسمانی، خلق و هیجان، ادراک خود و بهزیستی روانی پایین‌تری نسبت به

نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین گروه په‌نچار و ناپه‌نچار در مقیاس‌های خلق و هیجان، پذیرش اجتماعی (P<۰/۰۱)، بهزیستی روانی و ادراک خود (P<۰/۰۵) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین گروه په‌نچار و مرزی در مقیاس پذیرش اجتماعی (P<۰/۰۱) و ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی (P<۰/۰۵) تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در تمام موارد گروه ناپه‌نچار نمره کمتری نسبت به گروه په‌نچار به دست آورده است.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی تفاوت‌های جنس، سن، اجتماعی-اقتصادی و وضعیت بهداشت روانی در کیفیت زندگی دانش‌آموزان ایرانی صورت گرفت. نتایج نشان داد میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر از متوسط (۵۰) بود این نتایج همسو با نتایج هوبنر و دیگران (۲۰۰۰) است. همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (بیسگر و دیگران، ۲۰۰۵ و گلدبک و دیگران، ۲۰۰۷) نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که دانش‌آموزان مقطع راهنمایی در تمام ابعاد پرسشنامه کیداسکرین-۵۲ به‌جز سه بعد حمایت اجتماعی و همسالان، پذیرش اجتماعی و زورگویی و منابع مالی نمره‌های بالاتری نسبت به دانش‌آموزان مقطع دبیرستان به دست آورده‌اند. این نتایج از دیدگاه مدل زیستی-عصبی و مدل روان‌شناختی قابل تبیین است (ارنست و

پسران برخوردارند (بیسگر و دیگران، ۲۰۰۵؛ برگمن و اسکات، ۲۰۰۱). این تفاوت در یافته‌ها در درجه اول به ابزارهای اندازه‌گیری مربوط می‌شود. به طوری که در برخی پرسشنامه‌ها تمرکز بیشتر بر روی جنبه‌های عینی و مرتبط با سلامت و در برخی دیگر تمرکز بر روی جنبه‌های ذهنی و رضایت‌مندی است. بنابراین در پژوهش‌هایی که ابزارهای به کار گرفته شده بر جنبه‌های عینی و مرتبط با سلامت تأکید می‌کنند، پسران وضعیت بهتری نسبت به دختران خواهند داشت. در حالی که با به کارگیری ابزارهایی که تمرکز بر روی ویژگی‌های ذهنی است نمی‌توان تفاوتی میان پسران و دختران یافت. از سوی دیگر، تغییرات جسمانی در حین بلوغ و تعارض با هنجارهای فرهنگی اغراق‌آمیز در مورد زیبایی، باعث می‌شود دختران احساس عدم توازن بیشتری در جنبه‌های بهزیستی جسمانی و روانی خود داشته باشند (مایکل و دیگران، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که دانش‌آموزان دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالا در مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی، منابع مالی و بهزیستی روانی نمره‌های بالاتری نسبت به دانش‌آموزان دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین به دست آورده‌اند. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه است (بارک و دیگران، ۲۰۰۲؛ منصور و دیگران، ۲۰۰۳؛ باریسو-لاپرسا و دیگران، ۲۰۱۲). بعد ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی شاد بودن کودک در خانه، میزان زمانی که والدین به کودک اختصاص می‌دهند، رفتار مناسب و منصفانه والدین با کودک و صحبت کردن با کودک را در برمی‌گیرد (ریونز-سیبرر و دیگران، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش نشان می‌دهد که برخورداری از وضعیت اجتماعی (تحصیلات بالاتر پدر و مادر) و اقتصادی (درآمد بالاتر، تعداد اتاق‌ها و داشتن کامپیوتر و...) باعث می‌شود که کودک و نوجوان از لحاظ ارتباط با والدین و زندگی خانوادگی در وضعیت بهتری قرار گیرد. دسترسی به منابع مادی و کمتر بودن تنش‌هایی که از سوی والدین و دیگر منابع به کودکان و نوجوانان دارای وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا نسبت به پایین وارد می‌شود، از جمله عواملی است که باعث افزایش بهزیستی جسمانی و روانی این گروه می‌شود (برادلی و کرون، ۲۰۰۲).

نهایتاً یافته‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانانی که وضعیت روانی بهتری دارند از بهزیستی جسمانی و روانی بالاتری برخوردار بوده، احساس افسردگی و غمگینی کمتری دارند (خلق و هیجان)، ارتباط بهتری با والدین خود برقرار می‌کنند (ارتباط با والدین و جو خانه) و مقبولیت بیشتری در بین گروه همسالان داشته و کمتر مورد آزاد و اذیت قرار می‌گیرند (پذیرش اجتماعی و زورگویی). این نتایج همسو با یافته‌های دی و دیگران، (۲۰۱۲الف)؛ دی و دیگران، (۲۰۱۲ب)؛ هوبنر، سالدو، والیوس و دران، (۲۰۰۷) است. همچنین ۹/۳ درصد از ۹۳ دانش‌آموز بر اساس پرسشنامه نقاط قوت و مشکلات در قسمت نابهنجار قرار گرفتند که این مقدار در مطالعه ریونز-سیبرر و دیگران (۲۰۰۸) بر روی ۲۲ هزار کودک و نوجوان هشت تا ۱۸ ساله اروپایی ۵/۲ درصد (۳/۹ درصد برای آلمان و ۱۰/۴ درصد برای انگلستان) بود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتباطات ضعیف خانوادگی نقش مهمی در سلامت روانی کودکان بازی می‌کند (مستن^۱ و رید^۲، ۲۰۰۲ نقل از ریونز-سیبرر و دیگران، ۲۰۰۸). همچنین حمایت اجتماعی ضعیف با احتمال خطر بیشتر مشکلات سلامت روانی در نوجوانان همراه هست به طوری که برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان عامل افزایش تاب‌آوری^۳ عمل کند (ریونز-سیبرر و دیگران، ۲۰۰۸). نهایتاً نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نوجوانان دارای اختلال روانی (افسردگی) بیشتر از طرف همسالان طرد می‌شوند (طهماسیان، اناری، کرملو و شفیع‌تبار، ۱۳۸۸).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر نگرفتن کودکان (سنین هشت تا ۱۱ سال) است. همچنین با توجه به اینکه داشتن وضعیت اجتماعی بالاتر بالطبع با وضعیت اقتصادی بالاتری نیز همراه است، اگر چه عکس آن نمی‌تواند صادق باشد، لذا نتیجه‌گیری در مورد اینکه کدام عامل اجتماعی یا اقتصادی در بهزیستی کودک و نوجوان اثر بیشتری دارد در پژوهش حاضر میسر نیست. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی نقش عامل اقتصادی و اجتماعی در کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان به طور مجزا مورد بررسی قرار گیرد. مقایسه گروه‌های دارای اختلال‌های روانی که بر اساس

Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence, 24* (2), 183-197.

Bisegger, C., Cloetta, B., Von Rueden, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Social and Preventive Medicine, 50*, 281-91.

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socio-economic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*, 371-399.

Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., & Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research, 15* (10), 1577-1585.

Dey, M., Landolt, M. A., & Mohler-Kuo, M. (2012a). Health-related quality of life among children with mental disorders: A systematic review. *Quality of Life Research, 21* (10), 1797-1814.

Dey, M., Mohler-Kuo, M., & Landolt, M. A. (2012b). Health-related quality of life among children with mental health problems: A population-based approach. *Health and Quality of Life Outcomes, 10* (73), 71-78.

Diener, E., & Diener M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 653-663.

Ernst, M., Pine, D. S., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological Medicine, 36*, 299-312.

Frontini, R., Crespo, C., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2012). Health-related quality of life and its correlates in children with cerebralpalsy: An exploratory study. *Journal of Developmental and Physical Dis-*

ملاک‌هایی که دقیق‌تر شناسایی شده‌اند و پژوهش‌های مروری بیشتری به منظور دستیابی به یک دیدگاه جامع در زمینه تفاوت‌های جنس و سن در رضایت‌مندی و کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود.

منابع

شکری، ا.، کدیور، پ. و دانش‌پور، ز. (۱۳۸۶). تفاوت‌های جنسی در بهزیستی شخصی: نقش ویژگی‌های شخصیت. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۸۹-۲۸۰.

تقی‌لو، ص.، شکری، ا.، طولابی، س. و تقوایی‌نیا، ع. (۱۳۹۰). دشواری‌های بین فردی در نوجوانان: تفاوت‌های جنسی و سنی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷ (۲۸)، ۳۳۱-۳۳۸.

طهماسبیان، ک.، اناری، آ.، کرملو، س. و شفیعی‌تبار، م. (۱۳۸۸). تجربه افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان دارای بیماری مزمن. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶ (۲۱)، ۱۴-۷.

گرمارودی، غ. و مرادی، ع. (۱۳۸۹). طراحی ابزار سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی در شهر تهران. *فصلنامه پایش*، ۹ (۲)، ۱۴۴-۱۳۷.

محمدی، د. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط اختلالات رفتاری، راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

نیک‌آذین، ا. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و پایایی پرسشنامه کیداسکرین-۲۵ در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران.

Analitis, F., Velderman, M. K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., & Rajmil, L. (2009). Being bullied: Associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics, 123* (2), 569-577.

Barriuso-Lapresa, L., Hernando- Arizaleta, L., & Rajmil, L. (2012). Children in Spain social inequalities in mental health and health-related quality of life in Spain. *Pediatrics, 130* (3), 528-535.

- Finish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9 (4), 277-284.
- Louis, S. M., Andrine, R. S., Emuella, M. F., Kristina, S., & Nancy, K. L. (2004).** Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in Health*, 7(1), 79-92.
- Mansour, M. E., Kotogal, U., Rose, B., Ho, M., Brewer, D., Roy-Chadhury, A., Hornung, R. W., Wade, T. J., DeWitt, T. G. (2003).** Health-related quality of life in urban elementary school children. *Pediatrics*, 111, 1372-1381.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009).** Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality Of Life Research*, 18 (9), 1147-1157.
- Nolen-Hoeksema, S. (2005).** Gender differences in depression. In Gotlib, I. H., hammen, C. L., (eds.). *Handbook of depression*. New York: Guilford press.
- Park, J., Turnbull A. P., & Turnbull, H. R. (2002).** Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Council for Exceptional Children*, 68 (2), 151-170.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2008).** Mental health of children and adolescents in 12 European countries results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15 (3), 154-163.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. (2005).** KIDSCREEN-52 Quality-of-Life Measure for Children and Adolescents. *abilities*, 24 (2), 181-196.
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007).** Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16 (6), 969-979.
- Goodman, R. (1997).** The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), 581-586.
- Huebner, E. S., Gilman, R., & Suldo, S. (2007).** Assessing perceived quality of life in children and youth. In S. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (pp. 349-366). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Huebner, E. S., Suldo, S. M., Valois, R. F., & Drane, J. W. (2007).** The Brief Multi-dimensional Students' Life Satisfaction Scale: Sex, race, and grade effects for applications with middle school students. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 211-216.
- Huebner, E. S. (1991).** Further validation of the Students' Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect ratings. *Journal of Psycho-educational Assessment*, 9, 363-368.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000).** Levels and demographic correlates of adolescent's life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21(3), 281-291.
- Hyde, J. S. (2005).** The gender similarities hypothesis. *American Psychological Association*, 60 (6), 581-592.
- Jirojanakul, P., Skevington, S. M., & Hudson, J. (2003).** Predicting young children's quality of life. *Social Science & Medicine*, 57, 1277-1288.
- Koskelainen, M., Sournder, A., & Kaljonen, A. (2000).** The strengths and difficulties Questionnaire among

130 (17), 650-654.

Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334 (13), 835-840.

Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W. (2001). Relationship between selected substance abuse behaviors and adolescent self-perceptions of life satisfaction. *Journal of Adolescent Health*, 29 (4), 279-288.

Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5 (3), 353-364.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. (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 (4), 645-658.

Tebe, C., Berra, S., Herdman, M., Aymerich, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Reliability and validity of the Spanish version of the KIDSCREEN-52 for child and adolescent population. *Clinical Medicine*,