



Comparison of social health and the level of depression, anxiety and aggression experienced in adolescents with high and low quality of life: Evidence from afghan adolescents living in Tehran

Azar Achak¹, Seyed Saeid Pournaghash Tehrani², Zohre Azizi³

1. Master of Clinical Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: azar.achak@ut.ac.ir

2. Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: Spnaghash@ut.ac.ir

3. Lecturer, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: zazizi@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 22 February 2023

Received in revised form 26 March 2023

Accepted 03 May 2023

Published Online 23 July 2023

Keywords:

Psycho-social health, quality of life, depression, anxiety, aggression, Afghan teenagers

ABSTRACT

Background: Adolescents' mental health is related to many aspects of their daily functioning. According to research, poor quality of life is known to cause mental health problems in teenagers. As a deprived demographic group, Afghan teenagers living in Iran face many challenges in various fields such as education, job, identity, exile, and discrimination, negatively impacting their quality of life. Considering that the health of Iranian society is affected by the presence of Afghan teenagers, there is a need for analytical research in this field. However, not enough research has been done in this area.

Aims: The aim of the present study was to compare social health and the level of depression, anxiety, and aggression experienced in Afghan teenagers with high and low quality of life living in Tehran.

Methods: The current research is a descriptive study, using the causal-comparative method, which compares Afghan teenagers with high and low quality of life. The statistical population of this research included all Afghan boys and girls living in Tehran who were studying in the second semester of the academic year 2019-2019. Sampling was done in a purposeful and random way. In this way, first, according to the cut score of 78 in the quality of life questionnaire, 30 teenage girls with high quality of life, 30 teenage girls with low quality of life, 30 teenage boys with high quality of life, and 30 teenage boys with low quality of life, for Each group was selected. Then, other research tools including the Beck depression questionnaire, Beck anxiety questionnaire, Bass and Perry aggression questionnaire, and social health questionnaire (KSWBQ) were also implemented and scored. Data were analyzed by one-way analysis of variance (ANOVA), James-Huall post hoc test, and Tukey's post hoc test.

Results: In general, except for depression, which was not significant among the groups, Afghan teenage girls and boys with low quality of life were significantly different in terms of anxiety and aggression compared to Afghan teenage girls and boys with high quality of life. However, boys and girls with low quality of life did not differ from boys and girls with high quality of life in terms of social health.

Conclusion: Timely diagnosis and intervention regarding the mental and social health problems of Afghan teenagers living in Iran can reduce the occurrence of more severe mental health and social problems in the future and has a positive effect on the career and overall life of this group. Therefore, it is necessary to design and implement preventive, therapeutic, and educational interventions to improve the quality of life of Afghan teenagers.

Citation: Achak, A., Pournaghash Tehrani, S.S., & Azizi, Z. (2023). Comparison of social health and the level of depression, anxiety and aggression experienced in adolescents with high and low quality of life: Evidence from afghan adolescents living in Tehran. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 845-863. [10.52547/JPS.22.125.845](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.845)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 125, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.125.845](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.845)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Saeid Pournaghash Tehrani, Associate Professor. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: Spnaghash@ut.ac.ir, Tel: (+98) 9122074388

Extended Abstract

Introduction

Numerous physical, emotional, and social changes, including exposure to poverty, substance abuse, or violence, can make adolescents vulnerable to health and mental health problems. Promoting psychological well-being and protecting adolescents from maladaptive experiences and risk factors that may affect their potential is critical to their well-being during adolescence and their physical and mental health in adulthood. Adolescence is a critical period for developing and maintaining social and emotional habits important for mental well-being. This issue includes adopting a healthy sleep pattern; regular exercise; development of coping skills, interpersonal problem-solving; and learning to manage emotions and feelings. Supportive environments in the family, school, and wider community are also important (Kessler et al., 2007). Media influence and gender norms can exacerbate the discrepancy between a teenager's lived reality and his perception or aspirations for the future. Other important determining factors are the quality of life at home and relationships with peers. Violence (including violent, strict, and overbearing parents) and socio-economic problems are well-known mental health risks. Some adolescents are at greater risk for mental health due to living conditions, stigma, discrimination or deprivation, or lack of access to quality support and services. These include adolescents with chronic illness, autism spectrum disorder, intellectual disability, or other neurological illness; pregnant teenagers, teenage parents, or people with early or forced marriage; orphans; and teenagers from ethnic or sexual minorities or other discriminatory groups. Addressing the needs of adolescents with health and mental health problems is very important. Avoiding institutionalization and over-medication, prioritizing non-pharmacological approaches, and respecting children's rights in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child and other human rights instruments for adolescents is key (World Health Organization, 2020).

If the efforts that adolescents make to manage their physical, mental, and social conditions do not lead to

their ability to adapt to the needs of life, this ability, usually referred to as psychological adjustment, will lead to depression and anxiety. Depression and anxiety usually appear when people are unable to achieve successful adjustment. Some studies (Dasilva-Junior et al., 2018), by analyzing different components of quality of life (for example, physical, psychological, or social) have found that male adolescents usually have a higher score in each component than female adolescents and Students from impoverished areas score lower than those from other types of neighborhoods (Sawahel et al., 2013). In the epidemiology of child and adolescent psychiatry, it is well established that boys have more externalizing disorders (hyperactivity, conduct disorder, aggression, and antisocial behavior) and girls tend to have more internalizing disorders like depression, anxiety, somatization, and self-esteem (Maughan et al., 2004). Although girls describe themselves as having a higher quality of life than boys, the female gender is associated with better mental health and better school performance. The fact that girls show more emotional and emotional symptoms, which are subjectively understandable, and boys have more behavioral problems, which are often not noticed by them, may be a factor for this discrepancy between QOL Perceived and actual characteristics in mental health screening and school performance (Worst et al., 2002). Research shows that both physical illness (Alonso et al., 2004) and psychological disorders (Reo et al., 2003; Hoprich & Fritsch, 2004; Grant et al., 2004) are associated with decreased QOL.

In addition to depression and anxiety, another issue that teenagers, especially those who have problems solving physical, mental, and social issues and are not able to adapt socially, is the issue of aggression among teenagers. Aggression, as one of the important factors that play an effective role as an inhibitor in relation to the health of adolescents, may show itself in different ways. Aggression during adolescence not only harms the victims but also endangers the growth of the aggressive adolescent. Aggressive adolescents are more likely to be rejected by their peers, exhibit antisocial behaviors, and have lower academic achievement than non-aggressive adolescents. The

level of social support has a positive relationship with the quality of life in people. People with stronger levels of social support have a better health-related quality of life, except for the physical domain. This finding is supported by other studies on Argentina (Bincato et al., 2001), Germany (Koehner, & Borger, 2005), and China (Khiang et al., 2012). It seems that people with stronger social support can have better social relationships, safety, and interaction with society (Hsiong et al., 2010).

Afghan teenagers will definitely face a low quality of life if they cannot enjoy educational, health, and social facilities at a low cost. On the other hand, since the quality of life is defined as a set of subjective perceptions about mental health, psychological status, personal beliefs, and social well-being, psychological adjustment and quality of life are interconnected concepts (Haisu Ryu, 2016). Of course, health is defined by the World Health Organization (WHO) as a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. As a result, mental health is defined as a state of psychological well-being determined by biological, economic-social, and environmental factors and not simply the absence of mental disorders. This state includes neurological, psychological, and social conditions that allow people not only to manage their thoughts, emotions and emotions, behaviors, and social interactions but also to find a place for themselves in their communities and enjoy life (Organization Global Health, 2013). Therefore, this research focused on the mental and social health of four categories of Afghan teenagers (1- teenage girls with high quality of life, 2- teenage girls with low quality of life, 3- teenage boys with high quality of life, teenage boys with low quality of life), and examine the impact of quality of life on depression, anxiety, aggression, and social health in Afghan adolescents (considering their gender).

Method

The current research is a descriptive study that compares two groups of Afghan teenagers - with high quality of life and with low quality of life - using a causal-comparative method. The statistical population of this study included all Afghan boys and

girls living in Tehran who were studying in the 10th, 11th, and 12th grades in the second semester of the academic year 2019-2020. Sampling in this research was done purposefully and by screening. In this way, taking into account that for comparative research, it is recommended to select at least 30 subjects for each of the groups (Delaware, 2013), the purposeful sampling progressed to the point where according to the scores of the quality of life questionnaire, 30 adolescent girls with high quality of life, 30 adolescent girls with low quality of life, 30 adolescent boys with high quality of life, and 30 adolescent boys with low quality of life were selected for each group and included in the study. To collect data, after obtaining the necessary permits, all 5 research tools were given to Afghan teenagers living in Tehran to be completed. Then, at the beginning, the quality of life questionnaire was scored to determine which participants have a low quality of life (score less than 78) and which participants have a high quality of life (score greater than 78) (the cutoff score of this questionnaire by the organization World Health in 1993 has declared a score of 78).

The tools used in this research include the Beck depression questionnaire, Beck anxiety questionnaire, Bass and Perry aggression questionnaire, and social health questionnaire (KSWBQ).

Results

In this study, 120 Afghan teenagers—30 girls with good life quality, 30 girls with low life quality, 30 males with high life quality, and 30 boys with low life quality—took part. ANOVA test has been used to analyze the data and all relevant assumptions were checked before its implementation.

Table 1. Results of one-way analysis of variance to examine the difference in the mean of the dependent variables in the groups

variable	Source	SS	df	MS	F	Sig
depression	between groups	491.91	3	163.97	1.33	0.269
	within groups	14344.5	116	123.66		
	total	14836.37	119			
anxiety	between groups	1532.29	3	510.76	4.05	0.009
	within groups	14634.63	116	126.16		
	total	16166.93	119			
aggression	between groups	22671.27	3	7557.09	25.65	0.001
	within groups	34172.6	116	294.59		
	total	56843.87	119			
Social health	between groups	22671.27	3	7557.09	25.65	0.001
	within groups	34172.6	116	294.59		
	total	56843.87	119			

According to Table 1, the difference observed in the average depression in four groups (1. Afghan girls with high quality of life, 2. Afghan girls with low quality of life, 3. Afghan boys with high quality of life, 4. Afghan boys with low quality of life) is not significant ($F_{2, 116} = 1.33, P = 0.269$). A significant difference can be seen in the average anxiety in the four groups ($F_{3, 116} = 4.05, P = 0.009$). However, since the assumption of homogeneity of the variance of the scores in the groups was not established, to check the averages, the results of the powerful and strict Welch and Brown-Forsythe tests were also checked for the anxiety variable and according to the results of the Welch test ($P=0.013$), and the Brown-Forsyth test ($P=0.009$), a significant difference was seen in the average anxiety in the four research groups. Therefore, according to the significance of the difference in the average of the four groups for anxiety, and according to the non-establishment of the assumption of homogeneity of the variance of the scores of the groups, the Game's Howell post hoc test

was performed to find the root of the difference between the groups regarding anxiety. The results show that with more than 99% confidence, the anxiety of boys with low quality of life is significantly higher than the anxiety of boys with high quality of life ($p<0.01$). But other groups had no significant difference in terms of anxiety.

According to the significance of the difference in the mean of aggression in the four research groups, Tukey's post hoc test was performed to find the root of the difference and compare the groups two by two. The results show that with more than 99% confidence, the aggression of boys and girls with low quality of life is significantly higher than the aggression of boys and girls with high quality of life. Even, the aggression of girls with low quality of life is significantly more than the aggression of boys with high quality of life ($p<0.01$). It should be noted that the average aggression in girls and boys with similar quality of life (either low or both high) was not significantly different.

Table 2. Tukey's post hoc test for two-by-two group comparisons in the social health variable

Group	Group	Mean difference	SD	Sig
Girls with high quality of life	Girls with low quality of life	7.73	4.07	0.241
Girls with high quality of life	Boys with high quality of life	25.79**	4.22	0.001
Girls with high quality of life	Boys with low quality of life	21.06**	3.51	0.001
Girls with low quality of life	Boys with high quality of life	18.07**	4.63	0.001
Girls with low quality of life	Boys with low quality of life	13.33**	3.99	0.008
Boys with high quality of life	Boys with low quality of life	-4.37	4.15	0.666

The comparison of the groups shows that, in general, the social health of girls (whether with low or high quality of life) is higher than the social health of boys (whether with low or high quality of life) ($p<0.01$). However, girls with low quality of life and girls with

high quality of life did not differ in terms of social health.

It was the same with boys. That is, boys with low quality of life did not differ from boys with high quality of life in terms of social health. That means;

In terms of social health, gender (girl) is more important than quality of life.

Conclusion

The aim of the present study was to compare social health and the level of depression, anxiety, and aggression experienced in Afghan teenagers with high and low quality of life living in Tehran. According to the findings of this research, there was no significant difference in the mean of depression in the four groups. Despite this, a significant difference was seen in the mean of the anxiety variable in the four groups. The anxiety of boys with low quality of life was significantly higher than the anxiety of boys with high quality of life. Whereas other groups had no significant difference in terms of anxiety. Regarding aggression, it was observed that the aggression of girls and boys with low quality of life was significantly higher than the aggression of girls and boys with high quality of life. Even, the aggression of girls with low quality of life was significantly more than the aggression of boys with high quality of life. Also, the social health of Afghan girls (whether with low or high quality of life) was higher than the social health of Afghan boys (whether with low or high quality of life). However, girls with low quality of life and girls with high quality of life did not differ in terms of social health. Although in recent years there has been a lot of interest among scientists, politicians, and national and international institutions to investigate the quality of life of immigrants, but the research on the quality of life of Afghan immigrants is still in its early stages. Therefore, the possibility of comparing the findings of this study with previous studies was very limited.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals.

Funding: This study was conducted as a Master thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Thanks are hereby given to the supervisors and advisors of this research and the people who participated in this research.



مقایسه سلامت اجتماعی و میزان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تجربه شده در نوجوانان دارای کیفیت زندگی بالا و

پایین: شواهدی از نوجوانان افغانستانی مقیم شهر تهران

آذر آچاک^۱، سید سعید پورنقاش تهرانی^۲، زهره عزیزی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. مدرس مدعو، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۳

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

سلامت روانی - اجتماعی،

کیفیت زندگی،

افسردگی،

اضطراب،

پرخاشگری،

نوجوانان افغانستانی

زمینه: سلامت روان نوجوانان با بسیاری از جنبه‌های عملکرد روزانه آن‌ها ارتباط دارد و مطابق با پژوهش‌ها، کیفیت زندگی ضعیف زمینه‌ساز مشکلات سلامت روان در نوجوانان شناخته شده است. نوجوانان افغانستانی مقیم ایران به عنوان گروه جمعیتی محروم، با چالش‌های فراوانی در زمینه‌های مختلف همچون تحصیل، شغل، هویت، تبعید و تبعیض روبرو هستند که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی داشته است. با توجه به اینکه سلامت جامعه ایرانی از حضور نوجوانان افغانستانی متأثر است نیاز به پژوهش‌های تحلیلی در این زمینه احساس می‌گردد؛ با این حال، تحقیقات کافی در این زمینه صورت نگرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت اجتماعی و میزان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تجربه شده در نوجوانان افغانستانی دارای کیفیت زندگی بالا و پایین مقیم شهر تهران بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، به روش علی-مقایسه‌ای است که به مقایسه نوجوانان افغانی دارای کیفیت زندگی بالا و پایین، پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر افغانی مقیم شهر تهران بود که در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری بصورت هدفمند و با سرند کردن انجام گرفت. بدین نحو که، ابتدا با توجه به نمره برش ۷۸ در پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی، ۳۰ نوجوان دختر دارای کیفیت زندگی بالا، ۳۰ نوجوان دختر دارای کیفیت زندگی پایین، ۳۰ نوجوان پسر دارای کیفیت زندگی بالا، و ۳۰ نوجوان پسر دارای کیفیت زندگی پایین، برای هر گروه انتخاب شدند. سپس، سایر ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۶۳)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۳)، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) بود نیز اجرا و نمره‌گذاری شدند. داده‌ها با تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA)، آزمون تعقیبی جیمز-هونل، و آزمون تعقیبی توکی، تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: به‌طور کلی به استثناء افسردگی که در میان گروه‌ها معنادار نبود، دختران و پسران نوجوان افغانستانی با کیفیت زندگی پایین از نظر اضطراب و پرخاشگری به‌طور معناداری (در سطح $p < 0.05$) نسبت به دختران و پسران نوجوان افغانستانی با کیفیت زندگی بالا متفاوت بود. اما، دختران و پسران دارای کیفیت زندگی پایین با دختران و پسران دارای کیفیت زندگی بالا، به لحاظ سلامت اجتماعی با هم تفاوتی نداشتند.

نتیجه‌گیری: تشخیص و مداخله‌ی به موقع در مورد مشکلات سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان افغانی مقیم ایران، می‌تواند از بروز مشکلات شدیدتر سلامت روان و مشکلات اجتماعی در آینده بکاهد و تأثیر مثبتی بر آینده‌ی شغلی و در کل زندگی این قشر دارد. بنابراین لازم است برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان افغانی، مداخلات پیشگیرانه و درمانی و آموزشی طراحی و اجرا گردد.

استناد: آچاک، آذر؛ پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ و عزیزی، زهره (۱۴۰۲). مقایسه سلامت اجتماعی و میزان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تجربه شده در نوجوانان دارای کیفیت

زندگی بالا و پایین: شواهدی از نوجوانان افغانستانی مقیم شهر تهران. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۵، ۸۴۵-۸۶۳

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.125.845](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.845)



© نویسنده‌گان.

مقدمه

تغییرات جسمی، هیجانی و اجتماعی متعدد، از جمله قرار گرفتن در معرض فقر، سوء مصرف مواد، یا خشونت، می تواند نوجوانان را در برابر مشکلات بهداشت و سلامت روان آسیب پذیر کند (کمراتی و همکاران، ۱۴۰۱). ارتقاء بهزیستی روانشناختی و محافظت از نوجوانان در برابر تجارب ناسازگار و عوامل خطر ساز که ممکن است توانایی بالقوه آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، برای بهزیستی آن‌ها در دوران نوجوانی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها در بزرگسالی حیاتی است. نوجوانی، یک دوره حیاتی برای رشد و حفظ عادات اجتماعی و هیجانی مهم برای بهزیستی ذهنی است. این موضوع، شامل اتخاذ الگوی خواب سالم؛ ورزش منظم؛ توسعه مهارت‌های مقابله‌ای، حل مسأله بین فردی؛ و یادگیری مدیریت هیجانات و احساسات است. محیط‌های حمایتی در خانواده، مدرسه و جامعه گسترده نیز مهم است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۷). نفوذ رسانه‌ای و هنجارهای جنسیتی می تواند اختلاف بین واقعیت زیسته یک نوجوان و ادراک یا آرزوهای او برای آینده را تشدید کند. از دیگر عوامل مهم تعیین کننده می توان به کیفیت زندگی در خانه و روابط با همسالان اشاره کرد. خشونت (از جمله والدین خشن، سخت گیر و زورگو) و مشکلات اقتصادی - اجتماعی از خطرات شناخته شده سلامت روان هستند (بشارت و همکاران، ۱۴۰۱). برخی از نوجوانان به دلیل شرایط زندگی، انگ، تبعیض یا محرومیت، یا عدم دسترسی به پشتیبانی و خدمات با کیفیت، بیشتر در معرض خطر سلامت روانی قرار دارند. این‌ها شامل نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، اختلال طیف اوتیسم، ناتوانی ذهنی یا بیماری عصبی دیگر؛ نوجوانان باردار، والدین نوجوان، یا افرادی با ازدواج زودرس و یا اجباری، یتیمان و نوجوانان از اقلیت‌های قومی یا جنسی یا سایر گروه‌های تبعیض آمیز می‌باشد. رسیدگی به نیازهای نوجوانان با مشکلات سلامت و بهداشت روان، بسیار مهم است. پرهیز از نهادینه سازی و پزشکی بیش از حد، اولویت بندی رویکردهای غیر دارویی، و احترام به حقوق کودکان مطابق با کنوانسیون حقوق کودک در سازمان ملل و سایر اسناد حقوق بشری برای نوجوانان کلیدی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰).

اگر تلاشی که نوجوانان برای مدیریت شرایط جسمی، روانی و اجتماعی خود انجام می دهند، منجر به توانایی آن‌ها در تطبیق خود با نیازهای زندگی نشود، این توانایی که معمولاً به عنوان سازگاری روانشناختی گفته می شود، افسردگی و اضطراب به دنبال خواهد داشت. افسردگی و اضطراب، معمولاً در مواردی ظاهر می شوند که افراد قادر به دستیابی به سازگاری موفقیت آمیز نباشند. برخی از مطالعات (داسیلوا-جونور و همکاران، ۲۰۱۸)، با تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های مختلف کیفیت زندگی (به عنوان مثال جسمی، روانی یا اجتماعی) دریافته اند که نوجوانان پسر معمولاً در هر مؤلفه نمره بالاتری نسبت به نوجوانان دختر دارند و شرکت کنندگان از مناطق فقیرنشین، نمره کمتری نسبت به کسانی که از انواع دیگری از محله‌ها آمده‌اند، کسب می کنند (ساواحل و همکاران، ۲۰۱۳). در اپیدمیولوژی روان پزشکی کودک و نوجوان نیز، کاملاً ثابت شده که پسران دارای اختلالات بیرونی بیشتری هستند (بیش فعالی، اختلال سلوک^۱، پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی) و دختران تمایل به اختلالات درونی بیشتری دارند (افسردگی، اضطراب، جسمی سازی^۲ و عزت نفس پایین) (موغان و همکاران، ۲۰۰۴). گرچه دختران خود را با کیفیت زندگی بالاتر از پسران توصیف می کنند، اما جنسیت زن با سلامت روان بهتر و عملکرد مدرسه بهتری همراه است. این واقعیت که دختران علائم عاطفی و هیجانی بیشتری از خود نشان می دهند، که از نظر ذهنی قابل درک است و پسران دارای مشکلات رفتاری و سلوک بیشتری هستند، که اغلب توسط آن‌ها مورد توجه قرار نمی گیرد، ممکن است عاملی برای این ناسازگاری بین QOL درک شده و مشخصات واقعی در غربالگری سلامت روان و عملکرد مدرسه باشد (وورست و همکاران، ۲۰۰۲). تحقیقات نشان می دهد که هم بیماری جسمی (الونسو و همکاران، ۲۰۰۴) و هم اختلالات روانی (رئو و همکاران، ۲۰۰۳؛ هویپرچ و فریچ، ۲۰۰۴؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۴) با کاهش QOL در ارتباط هستند.

علاوه بر افسردگی و اضطراب، یکی دیگر از بحث‌هایی که نوجوانان، بخصوص نوجوانانی که در حل مسائل جسمی، روانی و اجتماعی مشکل دارند و قادر با سازگاری اجتماعی نیستند، بحث پرخاشگری نوجوانان است. پرخاشگری، به عنوان یکی از عوامل مهمی که به عنوان عامل

1. conduct disorder

2. somatization

هستند که می‌تواند بر رشد و توسعه شخصیت، هویت و خودکارآمدی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. نوجوانان افغانستانی که در شرایط سخت و ناامن زندگی می‌کنند، با چالش‌ها و مشکلات فراوانی روبرو هستند که ممکن است بر سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد؛ پژوهش درباره سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان افغانستانی از اهمیت بالایی برخوردار است، چرا که می‌تواند به شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روانی و اجتماعی این گروه کمک کند و راهکارهای مناسب برای بهبود و تقویت آن‌ها را ارائه دهد. طراحی و اجرای پژوهش‌های اینچنینی نه تنها به منافع آن‌ها بلکه به منافع جامعه ایرانی و جهانی نیز خدمت می‌کند. با این حال، تحقیقات کافی در این زمینه صورت نگرفته است و خلاء پژوهشی وجود دارد. بنابراین، این پژوهش بر آن بود سلامت روانی و اجتماعی چهار دسته از نوجوانان افغانی (۱. نوجوانان دختر با کیفیت زندگی بالا، ۲. نوجوانان دختر با کیفیت زندگی پایین، ۳. نوجوانان پسر با کیفیت زندگی بالا، نوجوانان پسر با کیفیت زندگی پایین) را مقایسه کند، و تأثیر کیفیت زندگی را بر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، و سلامت اجتماعی در نوجوانان افغانی (با مدنظر قرار دادن جنسیت آنان) بررسی کند. بر همین اساس سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که نوجوانان دختر و پسر افغانستانی مقیم ایران با کیفیت زندگی بالا و پایین از نظر میزان تجربه افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و سلامت اجتماعی چه تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که به روش علی-مقایسه‌ای، به مقایسه دو گروه از نوجوانان افغانی - با کیفیت زندگی بالا و با کیفیت زندگی پایین - پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر و پسر افغانی مقیم شهر تهران بود که در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در پایه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند و با غربالگری (سرنند کردن) انجام گرفته است برای این منظور به مدارس مراجعه شد. بدین نحو که، با توجه به اینکه برای تحقیقات مقایسه‌ای، انتخاب حداقل ۳۰ شرکت‌کننده برای هر کدام از گروه‌ها توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۳)، لذا نمونه‌گیری بصورت هدفمند، تا جایی پیش رفت که با توجه به نمرات پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی، ۳۰

بازدارنده در ارتباط با سلامت نوجوانان نقش مؤثری دارد، ممکن است به شیوه‌های متفاوتی خود را نشان دهد. پرخاشگری در دوران نوجوانی نه تنها به قربانیان آسیب می‌زند بلکه رشد خود نوجوان پرخاشگر را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد. نوجوانان پرخاشگر نسبت به نوجوانان غیر پرخاشگر به احتمال بیشتری از سوی همسالان طرد شده، رفتارهای ضد اجتماعی از خود نشان می‌دهند و پیشرفت تحصیلی پایین تری دارند. سطح حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در افراد ارتباط مثبتی دارد. افراد با سطح حمایت اجتماعی قوی‌تر، به جز حوزه جسمی، کیفیت زندگی بهتر مرتبط با سلامت دارند. این یافته توسط سایر مطالعات در مورد آرژانتین (بینکاتو و همکاران، ۲۰۰۱)، آلمان (کوهنر و بورگر، ۲۰۰۵) و چین (خیانگ و همکاران، ۲۰۱۲) پشتیبانی می‌شود. به نظر می‌رسد که افراد دارای پشتیبانی اجتماعی قوی‌تر می‌توانند از نظر روابط اجتماعی، ایمنی و تعامل با جامعه بهتر باشند (هسیونگ و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از گروه‌های نوجوانان که بیشتر در معرض خطر قرار دارند نوجوانان افغانستانی مقیم ایران هستند. کیفیت زندگی نوجوانان افغانستانی در ایران تحت تأثیر عوامل متعددی است. نوجوانان افغانی اگر نتوانند از امکانات آموزشی، سلامتی و بهداشتی، و اجتماعی مناسب، و با هزینه کم برخوردار شوند، قطعاً با کیفیت پایین زندگی روبرو خواهند بود. از طرفی، از آنجایی که کیفیت زندگی، مجموعه‌ای از ادراکات ذهنی در مورد سلامت روان، وضعیت روانشناختی، اعتقادات شخصی، و رفاه اجتماعی تعریف شده است، سازگاری روانشناختی و کیفیت زندگی مفاهیمی به هم پیوسته هستند (هایسو ریو، ۲۰۱۶). البته، سلامت و بهداشت توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) به عنوان یک وضعیت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی تعریف شده است. در نتیجه، سلامت روان به عنوان وضعیت بهزیستی روانشناختی تعیین شده با عوامل بیولوژیکی، اقتصادی - اجتماعی و محیطی و نه صرفاً عدم وجود اختلالات روانی، تعریف می‌شود. این حالت، شامل شرایط عصبی، روانشناختی و اجتماعی است که به افراد اجازه می‌دهد تا نه تنها افکار، عواطف و هیجانات، رفتارها و تعاملات اجتماعی خود را مدیریت کنند بلکه در جوامع خود جایی برای خود پیدا کنند و از زندگی لذت ببرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان افغانستانی یکی از مسائل مهم و حیاتی در علوم اجتماعی و بهداشت است. نوجوانان افغانستانی با چالش‌های فراوانی مواجه

تصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): این پرسشنامه در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک و همکاران مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت چهار گزینه‌ای (از صفر تا سه) می‌باشد. نشانه‌های این آزمون در سه گروه هفت ماده‌ای شامل نشانه‌های احساسی و عاطفی، نشانه‌های انگیزشی و شناختی، و نشانه‌های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می‌شوند. به طور کلی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در پژوهش‌های بالینی است. این پرسشنامه از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شد، پایایی آن در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شد (کاوایی و همکاران، ۱۳۸۶). نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده علائم افسردگی شدیدتر هستند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۸۷). مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران بدین شرح است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (موتابی و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه نیز مثل پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گزینه بوده و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. این پرسشنامه بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد و ۳ جمله از ۲۱ عبارت مربوط به خلق مضطرب و ۳ جمله مربوط به ترس‌های ویژه و علائم باقیمانده تمام علائم خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی را ارزیابی می‌کند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این آزمون از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی ۰/۹۲ و همبستگی داده‌ها بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ است (بیانزاده و همکاران، ۱۳۸۳). بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در پژوهشی در ایران، با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ گزارش شده است.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: به منظور اندازه‌گیری پرخاشگری نوجوانان از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۲۹ گویه و ۴ زیرمقیاس پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از شبیه من نیست (۱) تا کاملاً شبیه

نوجوان دختر دارای کیفیت زندگی بالا، ۳۰ نوجوان دختر دارای کیفیت زندگی پایین، ۳۰ نوجوان پسر دارای کیفیت زندگی بالا، و ۳۰ نوجوان پسر دارای کیفیت زندگی پایین، برای هر گروه انتخاب شده و وارد مطالعه شدند. برای گردآوری اطلاعات، پس از کسب مجوزهای لازم، ابتدا هر ۵ ابزار تحقیق در اختیار نوجوانان افغانی مقیم شهر تهران قرار داده شد تا تکمیل شوند. سپس، در ابتدا، پرسشنامه کیفیت زندگی نمره‌گذاری شد تا مشخص شود که کدام شرکت‌کنندگان دارای کیفیت زندگی پایین (نمره کمتر از ۷۸) و کدام شرکت‌کنندگان دارای کیفیت زندگی بالا (نمره بیشتر از ۷۸) هستند (نمره برش این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۳ نمره ۷۸ اعلام شده است). وقتی برای هر کدام از گروه‌ها (نوجوانان دختر با کیفیت زندگی بالا، نوجوانان دختر دارای کیفیت زندگی پایین، نوجوانان پسر دارای کیفیت زندگی بالا، نوجوانان پسر دارای کیفیت زندگی پایین) حداقل ۳۰ نوجوان شناسایی و انتخاب شد، ۴ پرسشنامه دیگر (پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز) نیز نمره‌گذاری شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ب) ابزار

پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی QOL سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این ابزار در مجموع ۲۶ سؤال دارد که ۲۴ سؤال آن در قالب ۴ حیطه (سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، و محیط زندگی) می‌باشد. اما دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. جمع نمرات ۴ حیطه، نمره کلی کیفیت زندگی محسوب می‌گردد. بازه نمرات این پرسشنامه از ۲۶ الی ۱۳۰ می‌باشد و نمره ۷۸ نقطه برش پرسشنامه می‌باشد. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). در نتایج گزارش شده توسط سازندگان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای،

شکوفایی اجتماعی (۱-۴)، همبستگی اجتماعی (۵-۷)، انسجام اجتماعی (۸-۱۰)، پذیرش اجتماعی (۱۱-۱۵)، و مشارکت اجتماعی (۱۶-۲۰) را مورد بررسی قرار می‌دهد. طیف پاسخگویی این پرسشنامه از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به گزینه کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۵ می‌باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۲۰ نوجوان افغانستانی (۳۰ دختر با کیفیت زندگی بالا، ۳۰ دختر با کیفیت زندگی پایین، ۳۰ پسر با کیفیت زندگی بالا، ۳۰ پسر با کیفیت زندگی پایین) شرکت داشتند.

من است (۵) می‌باشد. دو گویه ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (نقل از سامانی، ۱۳۸۶). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط سامانی (۱۳۸۶) مقدار ۰/۷۸ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز: پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز در سال ۲۰۰۴ توسط کبیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا و بر اساس مدل نظری وی درخصوص سلامت اجتماعی ساخته شده است. پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز شامل ۲۰ سؤال بوده و ۵ زیرمقیاس

جدول ۱. آماره‌های توصیفی سن، و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سن در گروه‌ها

متغیر	دختران با QOL بالا	دختران با QOL پایین	پسران با QOL بالا	پسران با QOL پایین	آماره
سن	۱۵/۶۳ ± ۱/۲۹	۱۶/۳۳ ± ۱/۲۱	۱۵/۶۷ ± ۱/۲۴	۱۶/۱۷ ± ۱/۱۸	$F_{3,116} = 2/46, P = 0/066$

طبق جدول ۱، گروه‌های مورد مقایسه، به لحاظ سنی تفاوت معناداری ندارند و همتا می‌باشند ($P > 0/05$). جدول ۲، آماره‌های توصیفی مربوط

جدول ۲. آماره‌های توصیفی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و سلامت اجتماعی در گروه‌ها

متغیر	دختران با کیفیت زندگی بالا		دختران با کیفیت زندگی پایین		پسران با کیفیت زندگی بالا		پسران با کیفیت زندگی پایین	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۲/۳۷	±۸/۴۹	۱۶/۵۳	±۱۴/۷۱	۱۲/۱۷	±۸/۴۷	۱۶/۰۷	±۱۱/۵۹
اضطراب	۱۸/۷۰	±۸/۹۷	۲۰/۲۷	±۱۲/۹۷	۱۵/۶۳	±۸/۳۴	۲۵/۵۰	±۱۳/۶۵
پرخاشگری	۴۲/۳۰	±۱۳/۰۲	۶۹/۴۷	±۲۰/۱۴	۴۸/۰۳	±۱۵/۲۷	۷۴/۷۳	±۱۹/۲۳
سلامت اجتماعی	۷۷/۶۹	±۱۳/۹۴	۶۹/۹۷	±۱۷/۴۳	۵۱/۹۰	±۱۸/۴۴	۵۶/۶۳	±۱۳/۲۶

مطابق جدول ۲، در میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، و سلامت اجتماعی در هر چهار گروه، تفاوت‌هایی دیده می‌شود. آزمون معناداری این تفاوت‌ها با تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) انجام یافته است. لازم به ذکر است که ابتدا پیش‌فرض‌های ضروری برای اجرای تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. خطی بودن رابطه بین متغیرها نیز با استفاده از نمودار نقطه‌ای مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی شد. کجی و چولگی تمام مقادیر کمتر از ± 1 بود و نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنوف نیز معنی‌دار نبود که نشان از نرمال بودن توزیع نمرات می‌داد.

همچنین تساوی واریانس گروه‌ها بررسی شدند که برای افسردگی آماره لون برابر با ۲/۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۸۴؛ برای اضطراب ۳/۳۲ در سطح معناداری ۰/۰۲۲؛ برای پرخاشگری ۱/۷۷ در سطح معناداری ۰/۱۵۷ و برای سلامت اجتماعی ۱/۸۲ در سطح معناداری ۰/۱۴۷ بود. با تأیید مفروضات مجوز ادامه تحلیل‌ها فراهم شد. برای بررسی یکسانی میانگین‌ها، نتایج تأثیرات بین‌گروهی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی یکسانی میانگین متغیرهای وابسته در گروهها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
افسردگی	بین گروهها	۴۹۱/۹۰	۳	۱۶۳/۹۷	۱/۳۳	۰/۲۶۹
	درون گروهها	۱۴۳۴۴/۵	۱۱۶	۱۲۳/۶۶		
	کل	۱۴۸۳۶/۳۷	۱۱۹			
اضطراب	بین گروهها	۱۵۳۲/۲۹	۳	۵۱۰/۷۶	۴/۰۵	۰/۰۰۹
	درون گروهها	۱۴۶۳۴/۶۳	۱۱۶	۱۲۶/۱۶		
	کل	۱۶۱۶۶/۹۳	۱۱۹			
پرخاشگری	بین گروهها	۲۲۶۷۱/۲۷	۳	۷۵۵۷/۰۹	۲۵/۶۵	<۰/۰۰۱
	درون گروهها	۳۴۱۷۲/۶	۱۱۶	۲۹۴/۵۹		
	کل	۵۶۸۴۳/۸۷	۱۱۹			
سلامت اجتماعی	بین گروهها	۲۲۶۷۱/۲۷	۳	۷۵۵۷/۰۹	۲۵/۶۵	<۰/۰۰۱
	درون گروهها	۳۴۱۷۲/۶	۱۱۶	۲۹۴/۵۹		
	کل	۵۶۸۴۳/۸۷	۱۱۹			

براون-فورسایت نیز برای متغیر اضطراب بررسی شدند و طبق نتایج آزمون ولچ (P= ۰/۰۱۳)، و آزمون براون-فورسایت (P= ۰/۰۰۹) نیز، تفاوت معناداری در میانگین اضطراب در گروههای چهارگانه پژوهش دیده شد. لذا، باتوجه به معناداری تفاوت میانگین چهار گروه برای اضطراب، و با توجه به عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس نمرات گروهها، آزمون تعقیبی جیمز هوئل برای یافتن ریشه تفاوت بین گروهها در مورد اضطراب انجام شد...

باتوجه به جدول ۳، تفاوت مشاهده شده در میانگین افسردگی در چهار گروه (۱. دختران افغانی دارای کیفیت زندگی بالا، ۲. دختران افغانی دارای کیفیت زندگی پایین، ۳. پسران افغانی دارای کیفیت زندگی بالا، ۴. پسران افغانی دارای کیفیت زندگی پایین) معنادار نیست ($F_{2,116} = 1/333$ ، $P = 0/269$). همچنین، تفاوت معناداری در میانگین اضطراب در گروههای چهارگانه دیده می شود ($F_{3,116} = 4/05$ ، $P = 0/009$). اما، از آنجایی که مفروضه همگنی واریانس نمرات در گروهها برقرار نبود (جدول ۲)، برای بررسی یکسانی میانگینها، نتایج آزمونهای قدرتمند و سخت گیر ولچ و

جدول ۴. آزمون تعقیبی جیمز هوئل برای مقایسه دو به دو گروهها در اضطراب

گروه	تفاوت میانگینها	خطای معیار	سطح معناداری	فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
دختران با کیفیت زندگی بالا	-۱/۵۷	۲/۸۸	۰/۹۴۸	-۹/۲۱	۶/۰۸
دختران با کیفیت زندگی بالا	۳/۰۷	۲/۲۴	۰/۵۲۲	-۲/۸۵	۸/۹۸
دختران با کیفیت زندگی بالا	-۶/۸۰	۲/۹۸	۰/۱۱۶	-۱۴/۷۲	۱/۱۲
دختران با کیفیت زندگی پایین	۴/۶۳	۲/۸۱	۰/۳۶۳	-۲/۸۵	۱۲/۱۲
دختران با کیفیت زندگی پایین	-۵/۲۳	۳/۴۴	۰/۴۳۱	-۱۴/۳۳	۳/۸۶
پسران با کیفیت زندگی بالا	**۹/۸۷	۲/۹۲	۰/۰۰۸	-۱۷/۶۴	-۲/۰۹

*P<۰/۰۵, **P<۰/۰۱

باتوجه به معناداری تفاوت میانگین پرخاشگری در گروههای چهارگانه پژوهش (در جدول ۳)، برای یافتن ریشه تفاوت و مقایسه دو به دو گروهها، آزمون تعقیبی توکی انجام داده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است:

براساس جدول ۴، مقایسه دو به دو گروهها نشان می دهد که با اطمینان بیش از ۹۹ درصد، اضطراب پسران دارای کیفیت زندگی پایین به طور معناداری بیشتر از اضطراب پسران دارای کیفیت زندگی بالا است ($p < 0/01$). اما سایر گروهها، به لحاظ اضطراب، تفاوت معناداری نداشتند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین پرخاشگری دو به دو گروهها

فاصله اطمینان	سطح معناداری		خطای معیار	تفاوت میانگینها	گروه	گروه
	حد بالا	حد پایین				
	-۱۵/۵۳	-۳۸/۸۱	<۰/۰۰۰۱	۴/۳۸	۰۰-۲۲/۱۷	دختران با کیفیت زندگی بالا
	۳/۹۷	-۱۵/۴۳	۰/۴۰۷	۳/۶۶	-۵/۷۳	دختران با کیفیت زندگی بالا
	-۲۱/۱۷	-۴۳/۶۹	<۰/۰۰۰۱	۴/۲۴	۰۰-۳۲/۴۳	دختران با کیفیت زندگی بالا
	۳۳/۶۷	۹/۲۰	<۰/۰۰۰۱	۴/۶۱	۰۰۲۱/۴۳	دختران با کیفیت زندگی پایین
	۸/۱۸	-۱۸/۷۲	۰/۷۲۹	۵/۰۸	-۵/۲۷	دختران با کیفیت زندگی پایین
	-۱۴/۸۲	-۳۸/۵۸	<۰/۰۰۰۱	۴/۴۸	۰۰-۲۶/۷	پسران با کیفیت زندگی بالا

**P<۰/۰۱

باشد ($p < ۰/۰۱$). لازم به ذکر است که میانگین پرخاشگری در دختران و پسران با کیفیت زندگی مشابه (هر دو پایین، یا هر دو بالا)، تفاوتی نداشت. با توجه به معناداری تفاوت میانگین سلامت اجتماعی در گروههای چهارگانه پژوهش (در جدول ۳)، برای یافتن ریشه تفاوت و مقایسه دو به دو گروهها به لحاظ سلامت اجتماعی نیز، آزمون تعقیبی توکی انجام داده شد (جدول ۶):

براساس جدول ۵، مقایسه دو به دو گروهها نشان می‌دهد که با اطمینان بیش از ۹۹ درصد، پرخاشگری دختران و پسران دارای کیفیت زندگی پایین، بطور معناداری بیشتر از پرخاشگری دختران و پسران دارای کیفیت زندگی بالاست. حتی، پرخاشگری دختران دارای کیفیت زندگی پایین، بطور معناداری بیشتر از پرخاشگری پسران دارای کیفیت زندگی بالا می

جدول ۶. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو گروهها در متغیر سلامت اجتماعی

فاصله اطمینان	سطح معناداری		خطای معیار	تفاوت میانگینها	گروه	گروه
	حد بالا	حد پایین				
	۱۸/۵۲	-۳/۰۶	۰/۲۴۱	۴/۰۷	۷/۷۳	دختران با کیفیت زندگی پایین
	۳۶/۹۸	۱۴/۶۱	<۰/۰۰۰۱	۴/۲۲	**۲۵/۷۹	دختران با کیفیت زندگی بالا
	۳۰/۳۵	۱۱/۷۷	<۰/۰۰۰۱	۳/۵۱	**۲۱/۰۶	دختران با کیفیت زندگی بالا
	۳۰/۳۲	۵/۸۱	۰/۰۰۱	۴/۶۳	**۱۸/۰۷	دختران با کیفیت زندگی پایین
	۲۳/۹۳	۲/۷۴	۰/۰۰۸	۳/۹۹	**۱۳/۳۳	دختران با کیفیت زندگی پایین
	۶/۲۷	-۱۵/۷۳	۰/۶۶۶	۴/۱۵	-۴/۷۳	پسران با کیفیت زندگی بالا

**P<۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری
هدف پژوهش حاضر بررسی نقش کیفیت زندگی در سلامت اجتماعی و میزان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تجربه شده در نوجوانان افغانستانی مقیم شهر تهران بود. بنابه یافته‌های این پژوهش، تفاوت معناداری در میانگین افسردگی در چهار گروه (۱. دختران افغانی دارای کیفیت زندگی بالا، ۲. دختران افغانی دارای کیفیت زندگی پایین، ۳. پسران افغانی دارای کیفیت زندگی بالا، ۴. پسران افغانی دارای کیفیت زندگی پایین) مشاهده نشد. اما تفاوت معناداری در میانگین اضطراب در گروههای چهارگانه دیده شد. اضطراب پسران دارای کیفیت زندگی پایین بطور معناداری بیشتر از

براساس جدول ۶، مقایسه دو به دو گروهها نشان می‌دهد که در کل، سلامت اجتماعی دختران (چه دارای کیفیت زندگی پایین و چه دارای کیفیت زندگی بالا)، بیشتر از سلامت اجتماعی پسران (چه دارای کیفیت زندگی پایین و چه دارای کیفیت زندگی بالا) می‌باشد ($p < ۰/۰۱$). اما، دختران دارای کیفیت زندگی پایین با دختران دارای کیفیت زندگی بالا، به لحاظ سلامت اجتماعی با هم تفاوتی نداشتند. در مورد پسران نیز همین گونه بود. یعنی، پسران دارای کیفیت زندگی پایین با پسران دارای کیفیت زندگی بالا، به لحاظ سلامت اجتماعی با هم تفاوتی نداشتند. یعنی؛ در مورد سلامت اجتماعی، جنسیت (دختر)، مهمتر از کیفیت زندگی می‌باشد.

۱/۹۰، در سرویس های مرزی مانند ورود و خروج از ایران، به دنبال آن سیاست دولت ایران در قبال پناهندگان افغان، و عدم امکان بروز کافی توانایی های فردی مشاهده شد. علاوه بر این، مهمترین پیش بینی کننده های کیفیت زندگی مهاجران شامل شاخص های بهداشت، امنیت، وضعیت کار و درآمد بود که با دلایل اصلی مهاجرت افغان ها به ایران ارتباط تنگاتنگی دارند. پس از مهاجرت به ایران، وضعیت کیفیت زندگی مهاجران به ویژه در زمینه های امنیتی و آموزشی به طور قابل توجهی بهبود یافته بود. با این حال، اشتغال آن ها در مشاغل با مهارت و درآمد پایین، همراه با کاهش رشد اقتصادی ایران طی سال های اخیر، وضعیت اقتصادی و مالی مهاجران را با مشکل مواجه کرده است.

مطالعات در سایر مناطق جهان نیز، تشابه هایی با پژوهش حاضر دارند. مثلاً، یافته های چن و همکاران (۲۰۰۶) نشان می دهد که اختلالات روانی عمیقی در کسانی که در دوران نوجوانی در مناطقی که سلامت جسمی، روابط اجتماعی، رفاه روانشناختی، و زمینه و بافت محیطی ضعیفی دارند، مشاهده می شود. مثلاً در مورد بروز افسردگی، مطالعات مقطعی (بونیکاتو و همکاران، ۲۰۰۱) نشان می دهد که اختلالات افسردگی با نقص QOL همراه است. مطالعه ای در شهر دیگری در جنوب شرقی برزیل، میزان ۱۲/۵٪ از مشکلات احتمالی سلامت روانی را در نمونه کوچکی از ۱۱۲ کودک ۶ تا ۱۱ سال نشان داد (کوری و گولفتو، ۲۰۰۳). به نظر می رسد، کیفیت پایین زندگی منجر به میزان بالای عود یا برگشت افسردگی، ناتوانی در انجام فعالیت های شغلی و اجتماعی، اختلال در چشم انداز آینده، و افزایش کل هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی می شود (شیومی و همکاران، ۲۰۱۹).

این یافته ها نشان دهنده نیاز به بهبود کیفیت زندگی مهاجران مبتلا به مشکلات سلامت روان از طریق ادغام رویکرد مثبت سلامت روان و دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی همراه با درمان های دارویی است. علاوه بر این، تقویت حمایت اجتماعی، شناسایی و درمان به موقع مشکلات سلامت روان و پیشگیری از انگ نیز برای بهبود کیفیت زندگی نوجوانان افغانی مبتلا به مشکلات سلامت روان بسیار توصیه می شود. این در حالیست که، بررسی پیشینه ی تحقیق نشان می دهد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد مبتلا به مشکلات سلامت روان هنوز در کشورهای در حال توسعه، به خوبی

اضطراب پسران دارای کیفیت زندگی بالا بود. اما سایر گروه ها، به لحاظ اضطراب، تفاوت معناداری نداشتند. در مورد پرخاشگری، مشاهده شد که پرخاشگری دختران و پسران دارای کیفیت زندگی پایین، بطور معناداری بیشتر از پرخاشگری دختران و پسران دارای کیفیت زندگی بالا بود. حتی، پرخاشگری دختران دارای کیفیت زندگی پایین، بطور معناداری بیشتر از پرخاشگری پسران دارای کیفیت زندگی بالا بود. لازم به ذکر است که میانگین پرخاشگری در دختران و پسران با کیفیت زندگی مشابه (هر دو پایین، یا هر دو بالا)، تفاوتی نداشت. یعنی؛ در مورد پرخاشگری، داشتن کیفیت زندگی پایین، مهمتر بود نه جنسیت. همچنین، سلامت اجتماعی دختران افغان (چه دارای کیفیت زندگی پایین و چه دارای کیفیت زندگی بالا)، بیشتر از سلامت اجتماعی پسران افغان (چه دارای کیفیت زندگی پایین و چه دارای کیفیت زندگی بالا) بود. اما، دختران دارای کیفیت زندگی پایین با دختران دارای کیفیت زندگی بالا، به لحاظ سلامت اجتماعی با هم تفاوتی نداشتند. در مورد پسران نیز همین گونه بود. یعنی، پسران دارای کیفیت زندگی پایین با پسران دارای کیفیت زندگی بالا، به لحاظ سلامت اجتماعی با هم تفاوتی نداشتند. یعنی؛ در مورد سلامت اجتماعی، جنسیت، مهمتر از میزان کیفیت زندگی بود.

تا سال ۲۰۱۵، بیش از دو میلیون مهاجر افغانی، قانونی و غیرقانونی، در ایران زندگی می کردند. هرچند در سال های اخیر علاقه زیادی بین دانشمندان، سیاستمداران، مؤسسات ملی و بین المللی برای بررسی کیفیت زندگی مهاجران به وجود آمده، اما تحقیق درباره کیفیت زندگی مهاجران افغان هنوز هم در مراحل آغازین خود قرار دارد. لذا امکان مقایسه یافته های این مطالعه با مطالعات قبلی خیلی محدود بود. اما پژوهش هایی بطور غیرمستقیم، همسویی هایی با نتایج این مطالعه دارند. برای نمونه، هدف مطالعه منصوریان و رجایی (۱۳۹۷) مطالعه ی کیفیت زندگی مهاجران افغان در ایران و شناسایی عوامل و ابعاد مؤثر بر آن بود. در این مطالعه، میانگین رضایت از زندگی مهاجران افغان ۳/۲۲ بدست آمد که نشان دهنده کیفیت مطلوب مهاجران افغان در ایران بود. در تحقیق آنان، بالاترین سطح رضایت، با مقدار میانگین ۳/۹۶، مربوط به دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی و به دنبال آن رضایت در روابط اجتماعی با دوستان، اقوام و مهاجرانی بود که در ایران زندگی می کردند و دسترسی به مراکز فرهنگی مانند مسجد، کتابخانه و سینما. کمترین میزان رضایت، با مقدار متوسط

رعایت نشده است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوئی، ۲۰۱۵؛ بکله و همکاران، ۲۰۰۹).

در تبیین یافته‌های این مطالعه باید گفت که بنظر می‌رسد ماهیت علائم افسردگی و اضطراب، بیماری‌های همراه آن‌ها، اختلال در تصور از خود، اختلالات اجتماعی، شغلی و شناختی، و روابط اجتماعی ضعیف می‌تواند نقش زیادی در پایین آمدن کیفیت زندگی نوجوانان افغانی داشته باشد. در مورد پرخاشگری که در پژوهش حاضر، هم در نوجوانان پسر و هم در نوجوانان دختر دارای کیفیت زندگی پایین، بیشتر از نوجوانان همجنس دارای کیفیت زندگی بالا دیده شد، می‌توان بیان کرد که عدم رضایت از کیفیت زندگی، احتمالاً با کاهش عزت‌نفس، انزوای اجتماعی و تعامل ضعیف فرد با جامعه همراه می‌شود و خود این امر ممکن است منجر به رضایت کمتر از کیفیت زندگی و پرخاشگری بیشتر در نوجوانان دارای کیفیت زندگی پایین گردد. بنابراین، حمایت اجتماعی از نوجوانان افغان دارای کیفیت زندگی پایینتر می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی آنان را ارتقاء دهد. این یافته در سایر مطالعات مشابه در آرژانتین (بینکاتو و همکاران، ۲۰۰۱)، آلمان (کوهنر و بورگر، ۲۰۰۵) و چین (خیانگ و همکاران، ۲۰۱۲) نیز پشتیبانی می‌شود.

البته در برخی مطالعات، نتایج نسبتاً غیرهمسویی نیز مشاهده شده است. برای مثال، کوچیاری و دالگالاروندو (۲۰۰۷)، مطالعه‌ای با هدف برآورد شیوع مشکلات سلامت روان و ارزیابی کیفیت زندگی در نوجوانان در قیل و اوایل زندگی نوجوانی در دو منطقه متضاد شهری (مناطق مرفه مرکز شهر و فقیرتر در حومه‌ی شهر) در برزیل و همچنین شناسایی تأثیر عوامل جمعیت شناختی بر سلامت روان، کیفیت زندگی و عملکرد مدرسه، انجام دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که زندگی در شهرهای فقیرنشین حومه با سلامت روانی یا کیفیت زندگی بدتر در این نمونه ارتباطی ندارد. این در تضاد با یافته‌های مطالعه حاضر و برخی از مطالعات دیگر است. البته همین مطالعه کوچیاری و دالگالاروندو (۲۰۰۷)، در مورد اثر جنسیت، همسویی‌هایی با مطالعه حاضر دارد. زیرا همانطور که در مطالعه حاضر مشاهده شد که سلامت اجتماعی دختران افغان مقیم ایران (چه با کیفیت زندگی پایین و چه با کیفیت زندگی بالا) بیشتر از سلامت اجتماعی پسران افغان مقیم ایران (چه با کیفیت زندگی پایین و چه با کیفیت زندگی بالا) بود، در مطالعه کوچیاری و دالگالاروندو (۲۰۰۷) نیز عامل جنسیت (زن) از عوامل

محافظت‌کننده احتمالی بود. برخی از مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که جنسیت عامل مهمی در QOL، سلامت روان و موفقیت در مدرسه است (بیسگر و همکاران، ۲۰۰۵). این یافته‌ها، لزوم توجه بیشتر به نوجوانان افغان دارای کیفیت زندگی پایین، بخصوص پسران را نشان می‌دهد. زیرا، بنظر می‌رسد نوجوانان پسر، همانطوری که پژوهش حاضر نیز نشان داد علاوه بر اضطراب و پرخاشگری، مشکلات سلامت اجتماعی بیشتری نیز تجربه می‌کنند. این موضوع شاید به نقش نوجوانان پسر در خصوص کار و امر درآمد برمی‌گردد. به نظر می‌رسد که همین امر و احساس مسئولیت نوجوانان پسر در قبال خانواده که کیفیت زندگی پایینی دارد، باعث می‌شود که نوجوانان پسر دارای کیفیت زندگی پایین، اضطراب بیشتری نیز نسبت به نوجوانان پسر دارای کیفیت زندگی بالا، گزارش کنند.

در واقع، درخصوص پرخاشگری نیز چنین است که احتمالاً نوجوانان افغانی دارای کیفیت زندگی پایین (چه دختر و چه پسر)، با توجه به ناکامی‌هایی که تجربه می‌کنند، پرخاشگری بیشتری نیز نشان می‌دهند. البته بنظر می‌رسد پرخاشگری دختران و پسران باهمدیگر تفاوت‌هایی داشته باشد. زیرا، علی‌رغم اینکه نتایج آزمون فرضیه سوم پژوهش حاضر نشان داد که پرخاشگری حتی در نوجوانان دختر دارای کیفیت زندگی پایین بیشتر از نوجوانان دارای کیفیت زندگی بالا است، اما آزمون فرضیه چهارم این پژوهش، نشان داد که در کل، صرف‌نظر از بحث کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی دختران افغانی مقیم ایران، بیشتر از پسران افغانی مقیم ایران بود. یعنی سبک پرخاشگری دختران، گویا، خیلی با سلامت اجتماعی در آنان مرتبط نیست.

در مورد یافته‌های پژوهش حاضر، همچنین می‌توان مطرح کرد که در مورد نوجوانان افغانی مقیم ایران، شاید خشونت علیه پسران، بیشتر از دختران می‌باشد. حال این خشونت می‌تواند از سوی خود خانواده (بخصوص در خانواده‌هایی با کیفیت زندگی پایین)، یا همسالان و محله و جامعه اعمال شود. بویژه در خانواده‌هایی با کیفیت زندگی پایین، شاید نوجوانان بیشتر در معرض خشونت قرار دارند و انتظارات خانواده از نوجوانان (بخصوص پسران) بیشتر بوده و این امر موجب اضطراب بیشتر و پرخاشگری در نوجوانان پسر می‌گردد. این مورد با مطالعات انجام شده در جمعیت نوجوان برزیلی در معرض خشونت نیز، سازگار و همسو است (داسریز و همکاران، ۲۰۱۳). اثرات منفی بر نتایج بهداشت روان کودکان در جامائیکا نیز در

اجتماعی قوی‌تری برخوردارند معمولاً لحظات خوشبختی خود را با فردی نزدیک به خود قسمت می‌کنند و از پریشانی خود راحت می‌شوند (ریباس و لام، ۲۰۱۰). درحالی‌که در نوجوانان با کیفیت زندگی پایین که با انواع مشکلات و فشارها و استرس‌ها سر و کار دارند، استرس تأثیر منفی و قابل توجهی بر سلامت کلی می‌گذارد (پیکو و پیکزیل، ۲۰۱۲) و ممکن است باعث مشکلات روانی، تغییرات مضر در رژیم غذایی (ایسبرگ و همکاران، ۲۰۱۲) شود. افزایش درک استرس ممکن است با سطح متوسط علائم افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی، سرخوردگی و ناتوانی همراه باشد (فیرث و همکاران، ۲۰۱۲). هنگامی که استرس با اضطراب و افسردگی همراه است، می‌تواند بر کیفیت زندگی وی تأثیر بگذارد و حتی عملکرد تحصیلی او را به دلیل عملکرد شناختی دشوار ناشی از اضطراب، مانند اختلالات حافظه، انسداد، ناتوانی در تصمیم‌گیری، و افزایش حساسیت به ارزیابی دیگران، کاهش دهد (میکولاجزیک و همکاران، ۲۰۰۸؛ نیچتا و همکاران، ۲۰۱۴). زیرا، به عنوان یک حالت روانشناختی و فیزیولوژیکی، اضطراب به عنوان یک پاسخ طبیعی به استرس در نظر گرفته می‌شود. نوجوانان هنگامی که در طول تحصیل سطح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند، اغلب مایل به دستیابی به کیفیت پایین‌تر عملکرد کلی هستند، که معمولاً به آن‌ها این احساس را می‌دهد که خواسته‌های موقعیتی بیش از توانایی‌های آن‌هاست، که این امر استرس ادراک شده را عمیق‌تر می‌کند، و در نتیجه باعث پریشانی روانشناختی فرد می‌شود (کوهن و همکاران، ۲۰۰۷). استرس‌های موقعیتی در نوجوانان افغانی مقیم ایران، عاملی را برای افزایش اضطراب حالت نشان می‌دهد، احتمالاً به این دلیل که متوجه می‌شوند که مورد قضاوت قرار خواهند گرفت و موفقیت‌های آن‌ها با دستاوردهای دیگران مقایسه می‌شود. این فرآیند می‌تواند موجب پرخاشگری نوجوانان افغانی مقیم ایران و بروز مشکلات در روابط با همسالان ایرانی و یا حتی نوجوانان افغانی دارای کیفیت زندگی بالا گردد و منجر به رفتارهایی بر خلاف سلامت اجتماعی در این نوجوانان شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود. از جمله اینکه: به دلیل شیوع کرونا دسترسی به نوجوانان افغانستانی به عنوان نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش به آسانی صورت نگرفت و در بسیاری از موارد افراد حاضر به همکاری با پژوهشگران نبودند. همچنین در برخی موارد نوجوانان برای پاسخدهی به سؤالات از از والدین و خانواده کمک گرفتند که این امر

رابطه با قرار گرفتن در معرض خشونت نشان داده شده است (سامز-ووغان و لامبرت، ۲۰۱۷). تحقیق کامپنی-کوردوبا و همکاران (۲۰۲۰)، نشان می‌دهد نوجوانانی که بیشتر در معرض خشونت قرار دارند، سطح بالاتری از افسردگی و اضطراب و همچنین سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را گزارش کردند. تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند که مواجهه با خشونت، با افسردگی و اضطراب، ارتباط مثبت، و با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، ارتباط منفی (هامبی و همکاران، ۲۰۲۰) دارد. رابطه کیفیت زندگی با ابعاد سلامت جسمی و روانی و اجتماعی، دوسویه است. تحقیقات نشان می‌دهد که هم بیماری جسمی (اسپرنگرز و همکاران، ۲۰۰۰؛ الونسو و همکاران، ۲۰۰۴) و هم اختلالات روانی (رئو و همکاران، ۲۰۰۳؛ هوپریچ و فریچ، ۲۰۰۴؛ گرت و همکاران، ۲۰۰۴) با کاهش QOL در ارتباط هستند. کیفیت زندگی پایین و وقایع استرس‌زای زندگی نه تنها از طریق ارتباط با آسیب‌شناسی روانی نوجوان بر کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد، بلکه مستقیماً کیفیت زندگی را نیز پیش‌بینی می‌کند. زیرا، سلامت روان کودکان با بسیاری از جنبه‌های عملکرد روزانه آن‌ها ارتباط دارد و QOL ضعیف با مشکلات سلامت روان مرتبط است (باستیانس و همکاران، ۲۰۰۵؛ راجمیل و همکاران، ۲۰۰۹). یعنی، همانطور که کیفیت زندگی می‌تواند سلامت جسمی و روانی و اجتماعی نوجوانان را تحت تأثیر قرار دهد، بعدها سلامت جسمی و روانی و اجتماعی نیز کیفیت زندگی در بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کرید و همکاران، ۲۰۰۲). باید توجه داشت که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در معرض خطر بیشتری برای آسیب‌شناسی روانی قرار دارند و برخی از تأثیرات مشکلات روانی بر کیفیت زندگی ممکن است از طریق تأثیر محدودیت‌های عملکردی ناشی از شرایط جسمی مرتبط ایجاد شود. بنابراین، ضرورت دارد که کیفیت زندگی مهاجران افغان (به‌خصوص نوجوانان دارای کیفیت زندگی پایین)، بطور طولی نیز رصد و بررسی شود. زیرا محرومیت‌های کودکی و نوجوانی، همانطور که ذکر شد، تا بزرگسالی و حتی تمام عمر بر زندگی فرد سایه می‌افکنند.

در مورد نوجوانان دارای کیفیت زندگی بالا که از امکانات رفاهی و حمایت اجتماعی قوی‌تری برخوردارند، به نظر می‌رسد این افراد با پشتیبانی اجتماعی قوی‌تر می‌توانند از نظر روابط اجتماعی، ایمنی و تعامل با جامعه بهتر باشند (هسیونگ و همکاران، ۲۰۱۰). بعلاوه، افرادی که از حمایت

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

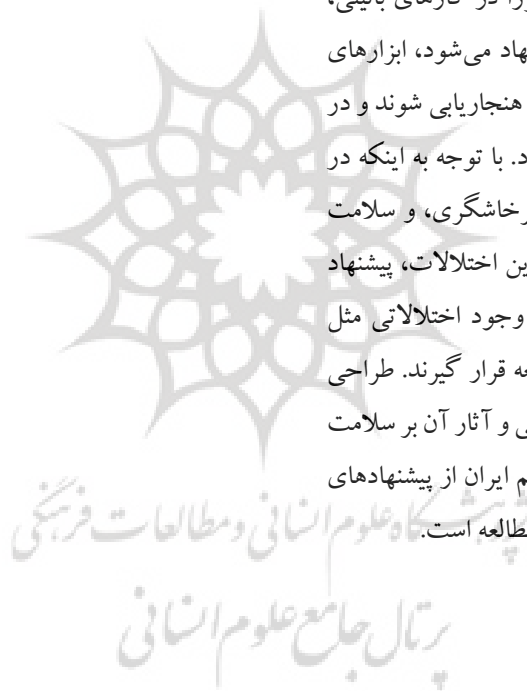
نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده سوم و به راهنمایی نویسنده اول و مشاوره نویسنده دوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ممکن است پاسخ نوجوانان را تحت تأثیر توضیح دیگران قرار داده باشد. همچنین محدودیت دیگری که ممکن است بر یافته‌ها اثر گذاشته باشد تعداد زیاد پرسشنامه‌ها و آیتم‌های هر پرسشنامه بود و این محدودیت باعث می‌شد، برای سؤالات آخر، نوجوانان احساس خستگی کنند.

با توجه به نتایج این پژوهش، لازم است با ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان افغانی، تاحدودی از خطرات احتمالی برای سلامت روانی و اجتماعی نوجوانان افغانی، کاست. از این رو، با توجه به یافته‌های این پژوهش، علاوه بر تلاش مسئولان و دست‌اندرکاران امورات اتباع خارجی جهت ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانان افغان مقیم ایران، پیشنهاد می‌شود مداخلات کاهش اضطراب برای نوجوانان پسر دارای کیفیت زندگی پایین، صورت گیرد. با توجه به اینکه متغیرهای مهمی مانند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اتباع خارجی مانند افغان‌ها می‌تواند مکرراً در کارهای بالینی، اجتماعی و پژوهشی مورد ارزیابی قرار گیرند، پیشنهاد می‌شود، ابزارهای سنجش این متغیرها روی اتباع خارجی مقیم ایران نیز هنجاریابی شوند و در مطالعات آتی، از این ابزارها برای اتباع استفاده گردد. با توجه به اینکه در این مطالعه فقط نشانه‌هایی از افسردگی، اضطراب پرخاشگری، و سلامت اجتماعی مدنظر بودند، نه وجود و تشخیص حتمی این اختلالات، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نوجوانان با تشخیص وجود اختلالاتی مثل افسردگی و اضطراب و بزهکاری و... نیز مورد مطالعه قرار گیرند. طراحی و اجرای پژوهش‌های طولی برای رصد کیفیت زندگی و آثار آن بر سلامت روانی و اجتماعی اتباع خارجی و افغانستانی‌های مقیم ایران از پیشنهادهای پژوهشی دیگری است که برخاسته از یافته‌های این مطالعه است.



منابع

کمراتی، سیده مریم؛ زنگنه مطلق، فیروزه و پیرانی، ذبیح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر کنترل عواطف نوجوانان دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۲۰)، ۲۴۸۶-۲۴۶۹.

بشارت، محمدعلی؛ ابراهیم نژاد مقدم، سمانه و نقش، زهرا. (۱۴۰۱). نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۸)، ۱۹۲۸-۱۹۱۳.

References

Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware, J. E., Jr, Aaronson, N. K., Mosconi, P., Rasmussen, N. K., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., Lepège, A., & IQOLA Project Group (2004). Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(2), 283-298. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018472.46236.05>

Bastiaansen, D., Ferdinand, R. F., & Koot, H. M. (2020). Predictors of Quality of Life in Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Child psychiatry and human development*, 51(1), 104-113. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00914-4>

Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(6), 1599-1612. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-7711-2>

Bastiaansen, D., Koot, H. M., Bongers, I. L., Varni, J. W., & Verhulst, F. C. (2004). Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: psychometric properties of the PedsQL 4.0 generic core scales. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(2), 489-495. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018483.01526.ab>

Bekele, Y. Y., Flisher, A. J., Alem, A., & Bahereteb, Y. (2009). Pathways to psychiatric care in Ethiopia.

Psychological medicine, 39(3), 475-483. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003929>

Besharat, M., Ebrahimnejad Moghadam, S., Naghsh, Z. (2022). The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in relation between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms. *Journal of Psychological science*, 21(118), 1913-1928. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.118.1913>

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Praventivmedizin*, 50(5), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2>

Bonicatto, S. C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social science & medicine* (1982), 52(6), 911-919. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00192-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00192-1)

Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J. G., Berenson, K., & Gordon, K. (2006). Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(1), 93-99. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.93>

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>

Company-Córdoba, R., Gómez-Baya, D., López-Gaviño, F., & Ibáñez-Alfonso, J. A. (2020). Mental Health, Quality of Life and Violence Exposure in Low-Socioeconomic Status Children and Adolescents of Guatemala. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7620. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207620>

Creed, F., Morgan, R., Fiddler, M., Marshall, S., Guthrie, E., & House, A. (2002). Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics*, 43(4), 302-309. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.4.302>

Cucchiario, G., & Dalgalarondo, P. (2007). Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 29(3), 213-221. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462007000300005>

- Cui R. (2015). Editorial: A Systematic Review of Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 480. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831123535>
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 25(3), 139–145. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000300005>
- dos Reis, D. C., de Almeida, T. A., Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. (2013). Health vulnerabilities in adolescence: socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(2), 586–594. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000200016>
- Eisenberg, D., Speer, N., & Hunt, J. B. (2012). Attitudes and beliefs about treatment among college students with untreated mental health problems. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(7), 711–713. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100250>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 948–958. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>
- Hamby, S., Taylor, E., Mitchell, K., Jones, L., & Newlin, C. (2020). Health-Related Quality of Life among Adolescents as a Function of Victimization, other Adversities, and Strengths. *Journal of pediatric nursing*, 50, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.001>
- Hays, R., & Reeve, B. B. (2016). *Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life*. In International Encyclopedia of Public Health; Heggenhougen, K., Quah, S., Eds., Academic Press: San Diego, CA, USA, Volume 4, pp. 570–578. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00336-1>
- Hsiung, P. C., Pan, A. W., Liu, S. K., Chen, S. C., Peng, S. Y., & Chung, L. (2010). Mastery and stigma in predicting the subjective quality of life of patients with schizophrenia in Taiwan. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 494–500. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4d310>
- Huprich, S. K., & Frisch, M. B. (2004). The Depressive Personality Disorder Inventory and its relationship to quality of life, hopefulness, and optimism. *Journal of personality assessment*, 83(1), 22–28. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8301_03
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
- Komarati, S. M., Zangeneh Motlagh, F., & Pirani, Z. (2023). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness therapy on emotions control of adolescents with self-injury behaviors. *Journal of Psychological science*, 21(120), 2469-2486. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2469>
- Kuehner, C., & Bueger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *Journal of affective disorders*, 86(2-3), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.01.014>
- Mansourian, H., & Rajaei, S. A. (2018). Quality of Life of Afghan Immigrants in Tehran city. *International Migration*, 56(2), 163-176. <http://dx.doi.org/10.1111/imig.12422>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(3), 609–621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Naydenova, V., Meier, S., & El Ansari, W. (2008). Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 4, 19. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-19>
- Nechita, F., Nechita, D., Pîrllog, M. C., & Rogoveanu, I. (2014). Stress in medical students. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 55(3)

- Suppl), 1263–1266.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25607418/>
- Pikó, B., & Piczil, M. (2012). Stress, coping és a pszichoszomatikus egészség vizsgálata leendő diplomás ápolók körében [Study of stress, coping and psychosomatic health among baccalaureate nurses-to-be]. *Orvosi hetilap*, 153(31), 1225–1233.
<https://doi.org/10.1556/OH.2012.29431>
- Rajmil, L., López, A. R., López-Aguilà, S., & Alonso, J. (2013). Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health and quality of life outcomes*, 11, 101.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-101>
- Rajmil, L., Palacio-Vieira, J. A., Herdman, M., López-Aguilà, S., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., Espallargues, M., & 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, 103.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-103>
- Ribas, A. C., & Lam, C. S. (2010). Social support and quality of life among Latinos with mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(2), 137–143.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc522d>
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*, 290(2), 215–221.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.2.215>
- Samms-Vaughan, M., & Lambert, M. (2017). The impact of polyvictimisation on children in LMICs: the case of Jamaica. *Psychology, health & medicine*, 22(sup1), 67–80.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1274411>
- Savahl, S., Isaacs, S., Adams, S., Carels, C.Z., September, R. (2013). An Exploration into the Impact of Exposure to Community Violence and Hope on Children's Perceptions of Well-Being: A South African Perspective. *Child Indic. Res*, 6, 579–592.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12187-013-9183-9>
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W., & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530–537. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010>
- Shumye, S., Belayneh, Z., & Mengistu, N. (2019). Health related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 169.
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1233-7>
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 15(1), 49–62.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x>
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A., & de Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of clinical epidemiology*, 53(9), 895–907.
[https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00204-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00204-3)
- World Health Organization, WHO. (2020). Social determinants of health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020; WHO: Geneva, Switzerland, Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf
- Wurst, E., Herle, M., Fuiko, R., Hajszan, M., Katkhouda, C., Kieboom, A., & Schubert, M. T. (2002). Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) [The quality of life of chronically ill and psychiatrically disturbed children. Initial experiences with an inventory for assessing quality of life in children and adolescents]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(1), 21–28. <https://doi.org/10.1024//1422-4917.30.1.21>
- Xiang, Y. T., Hou, Y. Z., Yan, F., Dixon, L. B., Ungvari, G. S., Dickerson, F., Li, W. Y., Li, W. X., Zhu, Y. L., Chan, S. S., Lee, E. H., & Chiu, H. F. (2012). Quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia in China. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(7), 584–587.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfc71>
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494–504.
<https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507>