ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین با کیفیت زندگی فرزندان آنها: مطالعه قند و لیپید تهران

سارا جلالی فراهانی [۱]، پریسا امیری[۱*]، آذین ذوالفقاری پور[۲]، مهرداد کریمی[۱]، فریدون عزیزی[۳]

۱. مرکز تحقیقات تعیین کننده های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران

۲. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران

نشریه پایش

سال نوزدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۹ صص ۵۶۸- ۵۵۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۵/۶

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ مهر ۹۹]

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه، بررسی ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مادر و پدر با کیفیت زندگی فرزندان آنها بود.

مواد و روش کار: این مطالعه در چارچوب مطالعه قندولیپید تهران برروی ۵۶۴ خانواده شامل فرزند، مادر و پدر که در مرحله ششم مطالعه (۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶) شرکت کرده بودند، انجام شد. داده های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در فرزندان و والدین به ترتیب با استفاده از نسخه ایرانی پرسشنامه های PedsQoL و Sf-12v2 از طریق مصاحبه جمع آوری گردید. رابطه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین و فرزندان با استفاده از مدل های رگرسیونی و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ ارزیابی شد.

یافته ها: میانگین(انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان این مطالعه (۳/۱)۱۳/۸ سال و ۵۲/۷٪ آنها پسر بودند. مقایسه امتیازهای کیفیت زندگی نشان دهنده وضعیت بهتر پسران در مقایسه با دختران در زیرمقیاس های عملکرد جسمانی (p=۰/۰۱۹) و عاطفی (p=۰/۰۰۳) بود. نتایج مقایسه امتیاز کیفیت زندگی والدین فرزندان دختر و پسر نشان داد تنها امتیاز زیرمقیاس های مشکلات جسمانی، مشکلات روحی و سلامت روان مادران فرزندان دختر بطورمعنادار بالاتر از مادران فرزندان پسر بود. ارتباط کیفیت زندگی جسمانی مادر و پدر با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی فرزندان معنادار نبود. کیفیت زندگی روانی مادر با عملکرد جسمانی (β=۰/۱۶، p=۰/۰۲) و اجتماعی (β=۰/۲۶، p=۰/۰۰۶) دختران، عملکرد در مدرسه پسران (β=۰/۱۹، p=۰/۰۰۷) و عملکرد عاطفی در فرزندان دختر (β=۰/۲۴، p=۰/۰۴) و پسر (β=۰/۲۳، p=۰/۰۰۸) و کیفیت زندگی روانی پدر تنها با عملکرد در مدرسه پسران (β=۰/۲۳، p=۰/۰۰۴) ارتباط معنادار داشتند.

نتیجه گیری: ارتباط بین کیفیت زندگی والدین و فرزندان از یک الگوی مبتنی بر جنسیت والد و فرزند پیروی می کند. بعد روانشناختی کیفیت زندگی مادران در هردوجنسیت و بعد روانشناختی کیفیت زندگی پدران عمدتا در فرزندان پسر با ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرزندان مرتبط بود.

کلیدواژه: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کودکان، نوجوانان، والدین، مطالعه قند و لیپید تهران

کد اخلاق: IR.SBMU.ENDOCRINE.REC.1396.517

* نویسنده پاسخگو: تهران، ولنجک، خیابان یمن، خیابان پروانه، پلاک ۲۳

E-mail: amiri@endocrine.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]

[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

مقدمه

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مفهومی چند بعدی است که دربرگیرنده جنبه هایی از کیفیت زندگی است که می تواند تحت تاثیر ابعاد مختلف سلامت ازجمله سلامت جسمانی، روانشناختی و اجتماعی افراد باشد [۱]. ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، هدف نهایی کلیه فعالیت‌ها و مداخلات مرتبط با سلامت در دوره های مختلف زندگی از جمله کودکی و نوجوانی می باشد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال های ابتدایی زندگی، تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله ویژگی های جمعیت شناختی، اجتماعی و اقتصادی والدین است. بر اساس شواهد موجود، سن مادر با پیامدهای سلامت و سبک زندگی فرزندان و ارزیابی آنها از وضعیت سلامتشان در ابتدای بزرگسالی مرتبط بوده است [۳, ۲]. عوامل دیگری نظیر وضعیت اشتغال، تحصیل و درآمد والدین نیزبا ایجاد تفاوت در دسترسی به منابع مادی و اجتماعی یا واکنش در برابر شرایط ناشی از استرس توسط کودکان و همچنین والدین آنها بر وضعیت سلامت فرزندان تاثیر گذارند [۴]. در همین راستا، مطالعات موجود نیز رابطه عوامل جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، اشتغال و درآمد والدین از عوامل مرتبط با ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان را نشان داده اند [۹-۵] . علاوه بر عوامل جمعیت شناختی، وضعیت سلامت جسمانی و روانی هر یک از افراد خانواده می تواند بر وضعیت سلامت سایر افراد خانواده موثر باشد. نتایج مطالعات پیشین نشان داده اند که مشکلاتی مانند علائم افسردگی، اضطراب و استرس و رفتارهای پرخاشگرانه درکودکان والدین مبتلا به بیماری های مزمن در مقایسه با کودکان دارای والدین سالم بیشتر است و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها به ویژه در بعد رواشناختی بدتر از همتایان دارای والدین سالم است که نشان دهنده تاثیر وضعیت سلامت جسمانی والدین بر ابعاد مختلف سلامت فرزندان است [۱۱, ۱۰]. همچنین بر اساس شواهد موجود، علاوه بر بیماری های جسمانی، مشکلات سلامت روان والدین نیز می تواند تأثیر عمده ای بر کودکان داشته باشد و باعث افزایش خطر بروز مشکلات رفتاری، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی در کودکان گردد [۱۲]. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد فرزندان والدین مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب در معرض خطر بالای ابتلا به اختلالات خلقی، اضطراب و افسردگی هستند [۱۵-۱۳]. از طرف دیگر علاوه بر بعد روانی سلامت، وضعیت سلامت روانی مادر می تواند بر بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فعلی و آتی کودکان و نوجوانان نیز اثر بگذارد [۱۶].

در حالی که مطالعات رابطه عوامل جمعیت شناختی و ابعاد مختلف سلامت والدین و فرزندان را نشان داده اند با این وجود اکثر مطالعات موجود، متمرکز بر بررسی رابطه سلامت روانی یا جسمانی یکی از والدین با استفاده از ارزیابی های عینی بوده اند و این ارتباط کمتر با رویکرد انتزاعی و از دیدگاه مخاطبین با استفاده از ابزارهایی نظیر ابزارهای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بررسی شده است. این در حالی است که درک افراد از وضعیت سلامتشان تحت تاثیر عوامل گوناگونی است که می تواند لزوما نتیجه یکسانی با ارزیابی های عینی و محقق محور نداشته باشد. با توجه به این که تا کنون در ایران، مطالعه ای به بررسی ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هردو والد با کیفیت زندگی فرزندان نپرداخته است، از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط عوامل والدی شامل عوامل جمعیت شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مادر و پدر با کیفیت زندگی فرزندان انجام شده است .

مواد و روش کار

این مطالعه در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران انجام شد که مطالعه ای از نوع هم گروهی آینده نگر با هدف تعیین عوامل خطر بیماری های غیرواگیر بوده است که در سال ۱۳۷۸بر روی افراد ساکن منطقه ۱۳ تهران آغاز شده است، بخش اول این مطالعه، یک تحقیق مقطعی روی شیوع بیماری های قلبی- عروقی و عوامل خطر مربوط به آن بوده است و بخش دوم آن پیگیری بیست ساله آینده نگر می باشد. شرکت کنندگان این مطالعه بیش از ۱۵۰۰۰ فرد بالای ۳ سال بودند که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از منطقه ۱۳ شهر تهران در قالب خانوارهای تحت پوشش ۳ مرکز بهداشتی- درمانی واقع در شرق تهران به نام های لیله القدر، محمدیان و صلواتی انتخاب و وارد مطالعه شدند. جزییات مربوط به اهداف و روش انجام این مطالعه بطور مفصل پیش تر منتشر شده است [۱۷]. مطالعه حاضر برروی خانواده های شامل فرزند (کودکان و نوجوانان ۱۸-۸ سال)، مادر و پدر که در مرحله ششم مطالعه قند و لیپید تهران (سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶) شرکت کرده بودند و اطلاعات جمعیت شناختی و کیفیت زندگی آنها کامل بود، انجام شد. در کل ۵۶۴ خانوار واجد شرایط، وارد مطالعه شدند که فرزندان خانوارهای شرکت کننده در این مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

شامل ۲۹۷ پسر و ۲۶۷ دختر ۱۸-۸ ساله بودند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تصویب و از شرکت کننده گان رضایت نامه آگاهانه کتبی گرفته شد.

ابزارهای اندازه گیری: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در فرزندان پسر و دختر از طریق تکمیل پرسشنامه PedsQoL و در والدین با تکمیل پرسشنامه ۱۲ گویه ای Sf-12v2 اندازه گیری شد. پرسشنامه PedsQoL کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را در ۴ زیرمقیاس شامل عملکرد جسمانی، عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی و عملکرد در مدرسه ارزیابی می نماید و با در نظر گرفتن امتیاز حاصل از این ۴ زیرمقیاس، یک نمره ی کلی نیز برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کل محاسبه می شود. این پرسشنامه ۲۳ گویه داشته و در مجموع همه ی زیر مقیاس ها از ۰تا۱۰۰ امتیازدهی می شوند (امتیاز صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت کیفیت زندگی را نشان می دهد). روایی و پایایی گونه ایرانی پرسشنامه PedsQoL پیشتر توسط امیری و همکاران بررسی و تایید شده است[۱۹- ۱۸].

پرسشنامه SF-12v2 کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین را در ۲ بعد کلی روانشناختی MCS و جسمانی PCS و به طور جزئی تر در ۸ زیر مقیاس شامل ۴ زیر مقیاس روانشناختی (سرزندگی/عملکرد اجتماعی/نقش عاطفی/سلامت روانی) و ۴ زیر مقیاس جسمانی (عملکرد فیزیکی/نقش فیزیکی/درد جسمانی/سلامت عمومی) ارزیابی کرده است. این پرسشنامه ۱۲ گویه داشته و در مجموع امتیاز زیر مقیاس ها از صفر تا۱۰۰ اندازه گیری شده اند (صفر بدترین وضعیت و ۱۰۰ بهترین وضعیت کیفیت زندگی را نشان می دهد). روایی و پایایی گونه ایرانی پرسشنامه Sf-12v2 توسط منتظری و همکاران بررسی و تایید شده است[۲۰].

تجزیه و تحلیل آماری: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کمی و فراوانی (درصد) متغیرهای کیفی بعنوان شاخص های توصیفی در این مطالعه گزارش شده اند. توزیع فراوانی متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون کای دو و میانگین ابعاد کیفیت زندگی کودک بین دو گروه پسر و دختر با استفاده از آزمون t-test مقایسه شده است. رگرسیون چند متغیره برای آزمون اثر کیفیت زندگی پدر و مادر روی ابعاد کیفیت زندگی کودک استفاده شده است. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای انجام رگرسیون چند متغیره بر اساس قانون سرانگشتی Green محاسبه گردید [۲۱] که در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن ۸ متغیر پیش گویی کننده در هر مدل رگرسیون، حداقل نمونه مورد نیاز ۱۱۲ نفر می باشد که با توجه به انجام تحلیل ها در دو گروه جنسیتی، و تعداد ۲۹۷ پسر و ۲۶۷ دختر در هر گروه، تعداد نمونه ها برای انجام تجزیه و تحلیل آماری از کفایت لازم برخوردار بوده است. در رگرسیون چند متغیره، ابعاد کیفیت زندگی کودک بعنوان متغیرهای وابسته و کیفیت زندگی پدر و مادر در دو بعد جسمانی و روانشناختی بعنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته می شوند. تحلیل های رگرسیونی برای پسران و دختران جداگانه انجام شده است و تاثیر کیفیت زندگی پدر و مادر نیز در مدل های جداگانه روی کیفیت زندگی کودک ارزیابی شده است. پیش فرض های نرمال بودن توزیع متغیرهای پیوسته و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس نیز با آزمون های ماردیا (MArdia) و ام-باکس (Box's M) ارزیابی شده اند که در مواردی که این پیش فرض ها برقرار نبودند تبدیل لگاریتمی روی متغیرهای وابسته اعمال شده است. متغیرهای سن والدین، تحصیلات، شغل و وضعیت بیماری های مزمن والدین و همچنین سن کودک بعنوان مخدوشگرهای بالقوه در مدل های رگرسیونی وارد و اثر آنها تعدیل شده است. نرم افزار SPSS-23 برای تجزیه و تحلیل های آماری بکار گرفته شده است و مقدار p< ۰/۰۵ بعنوان سطح معنی داری در مقایسات و ارزیابی ها در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان مطالعه حاضر در کل ۵۶۴ کودک و نوجوان شامل ۲۹۷ پسر (۵۲/۷ ٪) با میانگین سنی (۳/۰) ۱۳/۷ سال و ۲۶۷ دختر (۴۷/۳ ٪) با میانگین سنی (۳/۲) ۱۳/۸ سال بودند. توزیع ویژگی های جمعیت شناختی والدین نوجوانان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ گزارش شده است. میانگین (انحراف معیار) سنی مادران و پدران مورد مطالعه به ترتیب برابر (۵/۳) ۴۱/۸ و (۵/۶) ۴۷/۶ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلات، بیشتر والدین تحصیلات متوسطه داشتند که درصد تحصیلات متوسطه در مادران و پدران به ترتیب ۵۷/۳ ٪ و ۴۸/۸ ٪ بود. از نظر وضعیت اشتغال ۸۲/۱ ٪ مادران خانه دار و ۹۴ ٪ پدران شاغل بودند. از نظر وضعیت ابتلا به بیماری های مزمن، ۴۰/۸ ٪ پدران و ۳۸/۳ ٪ مادران مبتلا به بیماری های مزمن بودند. نتایج آزمون های t-test و کای دو نشان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

داد توزیع هیچ کدام از متغیرهای مورد مطالعه والـدین در دو گـروه نوجوانان دختر و پسر اختلاف معنادار نداشتند.

میانگین و انحراف استاندارد شاخص های کیفیت زنـدگی نوجوانـان در حالت کلی و برحسـب جنسـیت نوجوانـان در جـدول شـماره ۲ گزارش شده است. نمره کل کیفیـت زنـدگی در دو گـروه نوجوانـان دختر و پسر تفاوت معنادار نداشـت. ولـی بـا در نظـر گـرفتن ابعـاد کیفیت زندگی، میانگین امتیازهای عملکرد جسمانی(p=۰/۰۱۹) و عملکرد عاطفی (p=۰/۰۰۳) در نوجوانان پسر به طور معنادار بیشتر از دختران بود. میانگین امتیازهای عملکرد اجتمـاعی و عملکـرد در مدرسه تفاوت معنادار در دو گروه نوجوانـان دختـر و پسـر نداشـت. نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین بـه تفکیـک جنسـیت نوجوانان در جدول ۳ گزارش شده است. براساس مقایسـات صـورت گرفته، خلاصه امتیاز جسمانی و خلاصه امتیاز روانشناختی کیفیـت زندگی مـادر در دو گـروه نوجوانـان پسـر و دختـر تفـاوت معنـادار نداشت. ولی با در نظر گرفتن زیرمقیاس های کیفیت زندگی، امتیـاز زیرمقیاس های ایفای نقش جسمانی، ایفای نقش عاطفی و سـلامت روان مادر در دو گروه نوجوانان پسر و دختر تفاوت معنادار داشـتند. در مقایسات مربوط به به کیفیت زندگی پدر در دو گـروه نوجوانـان پسر و دختر، خلاصه امتیازهای جسمانی و روانی کیفیت زندگی پدر و همچنین زیر مقیـاس هـای آن هـا در دو گـروه نوجوانـان پسـر و دختر اختلاف معنادار نداشتند.

نتایج ارزیابی ارتباط کیفیـت زنـدگی مـرتبط بـا سـلامت مـادران و پدران در دو بعد جسمانی و روانی بر روی زیر مقیاس هـای کیفیـت زندگی فرزندان پسر و دختر (به طور جداگانه) در جـدول شـماره ۴ گزارش شده است. تاثیر متغیرهـای جمعیـت شـناختی هـر یـک از والدین به همراه سن فرزندان در ایـن ارزیـابی تعـدیل شـده اسـت. براساس نتایج بـه دسـت آمـده کیفیـت زنـدگی جسـمانی مـادر بـا هیچکدام از زیر مقیاس های عملکـرد جسـمانی، عملکـرد عـاطفی، عملکرد اجتماعی و عملکرد در مدرسه فرزندان پسر و دختر ارتبـاط معنادار نداشت. در حالی که کیفیت زندگی روانی مادر ارتباط مثبت معنادار با عملکرد جسمانی فرزند دختر داشت (β=۰/۱۶، p=۰/۰۲). همچنین کیفیت زندگی روانی مادر ارتباط مثبت معنادار با عملکـرد عـاطفی فرزنـدان پسـر (β=۰/۲۳، p=۰/۰۰۸) و دختـر (β=۰/۲۴، p=۰/۰۴) داشت. در بررسی ارتباط کیفیـت زنـدگی روانـی مـادر بـا عملکرد اجتماعی و عملکرد در مدرسـه فرزنـدان، ارتبـاط مسـتقیم معنادار بین کیفیت زندگی روانی مادر با عملکرد اجتماعی فرزنـدان دختـر (β=۰/۲۶، p=۰/۰۰۶) عملکـرد در مدرسـه فرزنـدان پسـر (β=۰/۱۹، p=۰/۰۰۷) مشاهده شد. نتایج ارزیـابی ارتبـاط کیفیـت زندگی مرتبط با سلامت پدران در دو بعد جسمانی و ذهنی بـا ابعـاد مختلف کیفیت زندگی فرزندان پسر و دختر حاکی از ارتباط مثبـت کیفیت زندگی جسمانی و روانی پدر با اغلـب ابعـاد کیفیـت زنـدگی فرزندان پسر و دختر (مخصوصا پسران) بود اما این ارتباط از لحـاظ آماری معنادار نبود. تنها کیفیت زنـدگی روانـی پـدر بـا عملکـرد در مدرسه فرزندان پسر ارتباط معنادار داشت (β =۰/۲۳، p = ۰/۰۰۴).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

جدول ۱: مشخصات آماری-اجتماعی شرکت کننده های مطالعه

	تعداد کلی (تعداد=۵۶۴)	پسرها (تعداد=۲۹۷)	دخترها (تعداد=۲۶۷)	P value
سن فرزندان (سال)	۱۳/۸(۳/۱)	۱۳/۷(۳/۰)	۱۳/۸(۳/۲)	۰/۹۰
سن مادر (سال)	۴۱/۸(۵/۳)	۴۱/۹(۵/۴)	۴۱/۷(۵/۱)	۰/۶۳
سطح تحصیلات مادر(٪)				
-ابتدایی	۷۵(۱۳/۳)	۳۹(۱۳/۱)	۳۶(۱۳/۵)	۰/۸۸
-متوسطه	۳۲۳(۵۷/۳)	۱۷۳(۵۸/۲)	۱۵۰(۵۶/۲)	
-بالاتر	۱۶۶(۲۹/۴)	۸۵(۲۸/۶)	۸۱ (۳۰/۳)	
وضعیت اشتغال مادر(٪)				
-خانه دار/محصل	۴۶۳(۸۲/۱)	۲۴۱(۸۱/۱)	۲۲۲(۸۳/۱)	۰/۵۴
-شاغل	۱۰۱(۱۷/۹)	۵۶(۱۸/۹)	۴۵(۱۶/۹)	
بیماری های مزمن مادر(٪)				
-بله	۲۱۶(۳۸/۳)	۱۱۱(۳۷/۴)	۱۰۵(۳۹/۳)	۰/۶۳
-خیر	۳۴۸(۶۱/۷)	۱۸۶(۶۲/۶)	۱۶۲(۶۰/۷)	
سن پدر (سال)	۴۷/۶(۵/۶)	۴۷/۸(۵/۷)	۴۷/۴(۵/۴)	۰/۴۳
سطح تحصیلات پدر(٪)				
-ابتدایی	۱۱۰(۱۹/۵)	۵۷(۱۹/۲)	۵۳(۱۹/۹)	۰/۶۶
-متوسطه	۲۷۵(۴۸/۸)	۱۵۰(۵۰/۵)	۱۲۵(۴۶/۸)	
-بالاتر	۱۷۹(۳۱/۷)	۹۰(۳۰/۳)	۸۹(۳۳/۳)	
وضعیت اشتغال پدر(٪)				
-بیکار/محصل/بازنشسته	۳۴(۶/۰)	۱۹(۶/۴)	۱۵(۵/۶)	۰/۷
-شاغل	۵۳۰(۹۴/۰)	۲۷۸(۹۳/۶)	۲۵۲(۹۴/۴)	
بیماری های مزمن پدر(٪)				
-بله	۲۳۰(۴۰/۸)	۱۲۹(۴۳/۴)	۱۰۱(۳۷/۸)	۰/۱۸
-خیر	۳۳۴(۵۹/۲)	۱۶۸(۵۶/۶)	۱۶۶(۶۲/۲)	

جدول۲: امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در فرزندان

	تعداد کلی (تعداد=۵۶۴)	پسرها (تعداد=۲۹۷)	دخترها (تعداد=۲۶۷)	P value
-عملکرد جسمانی	۹۰/۲(۱۰/۷)	۹۱/۲(۱۰/۳)	۸۹/۱(۱۱/۱)	۰/۰۱۹
-عملکرد عاطفی	۷۵/۱(۱۸/۰)	۷۷/۲(۱۶/۹)	۷۲/۸(۱۸/۹)	۰/۰۰۳
-عملکرد اجتماعی	۸۹/۱(۱۳/۴)	۸۹/۲(۱۲/۲)	۸۹/۰(۱۴/۶)	۰/۹۲
-عملکرد در مدرسه	۸۴/۸(۱۳/۵)	۸۴/۱(۱۳/۳)	۸۵/۷(۱۳/۷)	۰/۱۷
امتیاز کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۸۵/۵(۱۰/۵)	۸۶/۲(۱۰/۰)	۸۴/۸(۱۱/۰)	۰/۱۲

داده ها به صورت میانگین (انحراف معیار) نشان داده شده اند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

جدول ۳: امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در والدین

	تعداد کلی (تعداد=۵۶۴)	پسرها (تعداد=۲۹۷)	دخترها (تعداد=۲۶۷)	P value
امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مادر				
-عملکرد جسمانی	۷۹/۴(۲۶/۲)	۷۷/۴(۲۷/۴)	۸۱/۷(۲۴/۷)	۰/۰۵۱
-مشکلات جسمانی	۷۲/۷(۲۳/۷)	۷۰/۲(۲۴/۶)	۷۵/۶(۲۲/۳)	۰/۰۰۷
-درد جسمانی	۷۲/۸(۲۴/۵)	۷۱/۸(۲۴/۹)	۷۴/۰(۲۴/۰)	۰/۲۹
-سلامت عمومی	۵۱/۶(۲۲/۶)	۵۱/۳(۲۳/۰)	۵۱/۹(۲۲/۲)	۰/۷۴
PCS	۴۶/۷(۸/۶)	۴۶/۳(۸/۹)	۴۷/۲(۸/۳)	۰/۲۱
-نشاط و سرزندگی	۶۰/۵(۲۳/۸)	۵۹/۵(۲۴/۰)	۶۱/۶(۲۳/۶)	۰/۲۹
-عملکرد اجتماعی	۷۶/۳(۲۷/۲)	۷۴/۷(۲۷/۸)	۷۸/۰(۲۶/۴)	۰/۱۵
-مشکلات روحی	۶۸/۹(۲۵/۰)	۶۶/۷(۲۶/۰)	۷۱/۳(۲۳/۷)	۰/۰۳
-سلامت روان	۶۷/۵(۲۱/۰)	۶۵/۷(۲۲/۱)	۶۹/۵(۱۹/۷)	۰/۰۳
MCS-	۴۶/۷(۱۰/۸)	۴۵/۹(۱۱/۳)	۴۷/۵(۱۰/۰)	۰/۰۸
امتیاز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پدر				
-عملکرد جسمانی	۸۹/۲(۲۱/۲)	۸۹/۴(۲۱/۱)	۸۸/۹(۲۱/۳)	۰/۷۶
-مشکلات جسمانی	۸۶/۱(۱۹/۳)	۸۷/۳(۱۷/۵)	۸۴/۸(۲۱/۱)	۰/۱۲
-درد جسمانی	۸۳/۷(۲۱/۴)	۸۴/۴(۲۰/۷)	۸۲/۹(۲۲/۲)	۰/۴۲
-سلامت عمومی	۵۴/۵(۲۲/۲)	۵۵/۳(۲۲/۳)	۵۳/۷(۲۲/۰)	۰/۴۱
PCS	۵۰/۰(۷/۵)	۵۰/۴(۷/۴)	۴۹/۵(۷/۶)	۰/۲۰
-نشاط و سرزندگی	۶۹/۸(۲۳/۳)	۶۹/۸(۲۲/۳)	۶۹/۸(۲۴/۴)	۰/۹۸
-عملکرد اجتماعی	۸۳/۰(۲۵/۳)	۸۲/۸(۲۴/۷)	۸۳/۱(۲۶/۰)	۰/۹۰
-نقش عاطفی	۸۰/۶(۲۱/۴)	۸۰/۷(۲۱/۷)	۸۰/۵(۲۱/۰)	۰/۸۹
-سلامت ذهنی	۷۳/۱(۲۰/۵)	۷۲/۴(۲۰/۰)	۷۳/۸(۲۱/۱)	۰/۴۳
MCS-	۵۰/۴(۱۰/۰)	۵۰/۲(۱۰/۲)	۵۰/۷(۱۰/۷)	۰/۶۱

داده ها به صورت میانگین (انحراف معیار) نشان داده شده اند. PCS: خلاصه امتیاز جسمانی. MCS: خلاصه امتیاز روانی

جدول ۴: ارتباط ابعاد مختلف کیفیت زندگی مادر و پدر با زیر مقیاس های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در فرزندان

زیر مقیاس ها	متغیرها	پسر ها			دختر ها		
		β	فاصله اطمینان۹۵٪	P-value	β	فاصله اطمینان۹۵٪	P-value
عملکرد جسمانی	PCS مادر[1]	۰/۰۹	-۰/۰۴ تا ۰/۲۳	۰/۱۷	۰/۰۷	-۰/۰۹ تا ۰/۲۳	۰/۳۹
	MCS مادر[1]	۰/۱۰	-۰/۰۰۳ تا ۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۰۲ تا ۰/۲۹	**۰/۰۲**
	PCS پدر[2]	۰/۰۵	-۰/۱۲ تا ۰/۲۱	۰/۵۹	۰/۰۵	-۰/۱۳ تا ۰/۲۲	۰/۶۱
	MCS پدر[2]	۰/۰۵	-۰/۰۷ تا ۰/۱۸	۰/۳۸	۰/۱۰	-۰/۰۳ تا ۰/۲۳	۰/۱۲
عملکرد عاطفی	PCS مادر[1]	۰/۰۳	-۰/۱۹ تا ۰/۲۵	۰/۷۹	۰/۲۷	-۰/۰۰۴ تا ۰/۵۴	۰/۰۵۴
	MCS مادر[1]	۰/۲۳	۰/۰۶ تا ۰/۴۱	**۰/۰۰۸**	۰/۲۴	۰/۰۱۳ تا ۰/۴۶	**۰/۰۴**
	PCS پدر[2]	۰/۲۲	-۰/۰۵ تا ۰/۴۹	۰/۱۱	۰/۰۶	-۰/۲۴ تا ۰/۳۶	۰/۶۹
	MCS پدر[2]	۰/۱۶	-۰/۰۴ تا ۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۰۹	-۰/۱۳ تا ۰/۳۰	۰/۴۲
عملکرد اجتماعی	PCS مادر[1]	۰/۰۸	-۰/۰۸ تا ۰/۲۵	۰/۳۱	۰/۰۹	-۰/۱۳ تا ۰/۳۰	۰/۴۳
	MCS مادر[1]	-۰/۰۰۳	-۰/۱۳ تا ۰/۱۳	۰/۹۷	۰/۲۶	۰/۰۸ تا ۰/۴۴	**۰/۰۰۶**
	PCS پدر[2]	-۰/۰۳	-۰/۲۳ تا ۰/۱۶	۰/۷۵	۰/۱۱	-۰/۱۳ تا ۰/۳۵	۰/۳۷
	MCS پدر[2]	-۰/۰۲	-۰/۱۷ تا ۰/۱۲	۰/۷۴	۰/۰۹	-۰/۰۷ تا ۰/۲۷	۰/۲۶
عملکرد در مدرسه	PCS مادر[1]	۰/۰۱۴	-۰/۱۶ تا ۰/۱۸	۰/۸۷	۰/۱۹	-۰/۰۱ تا ۰/۳۹	۰/۰۷
	MCS مادر[1]	۰/۱۹	۰/۰۵ تا ۰/۳۳	**۰/۰۰۷**	۰/۰۹	-۰/۰۸ تا ۰/۲۵	۰/۲۹
	PCS پدر[2]	۰/۱۰	-۰/۱۱ تا ۰/۳۱	۰/۳۵	-۰/۱۶	-۰/۳۸ تا ۰/۰۶	۰/۱۵
	MCS پدر[2]	۰/۲۳	۰/۰۷ تا ۰/۳۸	**۰/۰۰۴**	۰/۰۸	-۰/۰۷ تا ۰/۲۴	۰/۲۹

[1]اثر متغیرهای سن فرزند و متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات و سابقه ابتلا به بیماری های مزمن مادر در مدل تعدیل شده است. [2]اثر متغیرهای سن فرزند و متغیرهای سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات و سابقه ابتلا به بیماری های مزمن پدر در مدل تعدیل شده است. PCS: خلاصه امتیاز جسمانی. MCS: خلاصه امتیاز روانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین و فرزندان در جمعیت شرکت کننده در مطالعه قند و لیپید تهران انجام شده است. یافته های این مطالعه نشان داد ارتباط مذکور، منحصر به بعد روانشناختی والدین بوده و مبتنی بر جنسیت فرزندان است. در این راستا بعد روانی کیفیت زندگی مادر با ابعاد جسمانی، عاطفی و اجتماعی فرزندان دختر و ابعاد عاطفی و عملکرد در مدرسه فرزندان پسر ارتباط مستقیمی داشت. این در حالی است که تنها ارتباط مشاهده شده در کیفیت زندگی پدران و فرزندان، مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی پدر با عملکرد در مدرسه فرزندان پسر بود. بر اساس یافته های این مطالعه، امتیازهای کیفیت زندگی پسران در زیرگروه های عملکرد جسمانی و عاطفی بطور معنادار بیشتر از دختران بود. این یافته همسو با یافته مطالعات پیشین انجام شده در ایران [۲۳, ۲۲] و سایر کشورها می باشد [۲۴]. تفاوت جنسیتی در امتیازهای کیفیت زندگی و پایین تر بودن آن در دختران می تواند ناشی از مشکلات روانشناختی بیشتر در دختران به دنبال تغییرات هورمونی دوران بلوغ، شروع قاعدگی و چالش های اجتماعی و بیولوژیکی جدیدی که در اوایل نوجوانی با آن مواجه می شوند باشد [۲۶, ۲۵]. یافته دیگر این مطالعه نشان دهنده عدم وجود اختلاف معنادار در خلاصه امتیازهای جسمانی و روانی کیفیت زندگی مادر و پدر فرزندان دختر و پسر بود. با این وجود امتیاز کیفیت زندگی مادران فرزندان دختر در زیرمقیاس های مشکلات جسمانی، مشکلات عاطفی و سلامت روان بطورمعنادار بالاتر از مادران فرزندان پسر بود. همسو با یافته های مطالعه حاضر، یافته های مطالعات جوامع غربی (فرانسه و سوئد) حاکی از شیوع کمتر افسردگی بعد از زایمان و کیفیت زندگی بالاتر در مادران دارای فرزند دختر در مقایسه با مادران دارای فرزند پسر بوده است [۲۸, ۲۷]. این در حالی است که ترجیح والدین برای جنسیت فرزند، در کشورهای آسیایی نظیر هند، ژاپن، چین و ترکیه تولد فرزند پسر بوده و به دلیل ارزش های فرهنگی متفاوت این جوامع، تولد فرزند دختر در مقایسه با پسر با شیوع بیشتر افسردگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی پایین تر همراه بوده است[۳۰- ۲۹].

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، تنها بعد روانی کیفیت زندگی والدین با ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرزندان مرتبط بود که این ارتباط محدود به کیفیت زندگی روانی مادر با هردو بعد جسمانی و روانشناختی کیفیت زندگی در دختران و کیفیت زندگی روانی هردو والد با زیرمقیاس های روانشناختی کیفیت زندگی در پسران بود. بر اساس یافته های این مطالعه، عمدتا کیفیت زندگی روانی مادران با ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هردوجنسیت به ویژه بعد روانشناختی آن مرتبط است. همسو با یافته های این مطالعه، مطالعات پیشین نیز اهمیت سلامت روان مادر و ارتباط آن با سلامت روان کودکان را نشان داده اند و مشکلات روانشناختی مادر مانند افسردگی و اضطراب در دوران های مختلف قبل [۳۲, ۳۱] و بعد از تولد [۳۳, ۳۲] با سلامت روان کودکان و مشکلات عاطفی و رفتاری در آنها مرتبط بوده است. در جامعه ما، نقش اصلی مراقبت از کودک برعهده مادران است و بر اساس یافته های این مطالعه نیز درصد قابل توجهی از مادران خانه دار بوده (بیش از ۸۰ درصد) و از این رو زمان بیشتری را با فرزندان خود سپری می کنند، بنابراین در مقایسه با پدر، وضعیت سلامت مادران از پتانسیل بالاتری برای تاثیر بر کیفیت زندگی فرزندان برخوردار است که یافته های این مطالعه نیز این موضوع را تائید می نماید. با این وجود، بر اساس یافته های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی روانی پدران با عملکرد در مدرسه پسران ارتباط معنادار داشت. اگرچه اکثر مطالعات موجود به بررسی ارتباط وضعیت سلامت روان مادران با فرزندان پرداخته اند و ارتباط وضعیت سلامت روان پدران و مشکلات روانشناختی آنها با وضعیت سلامت روان فرزندان کمتر بررسی شده است، یافته های تعدادی از مطالعات پیشین نشان داده اند که سلامت روان پدر مستقل از سلامت روان مادر، می تواند با مشکلات عاطفی، رفتاری و روانشناختی در فرزندان مرتبط باشد [۳۵, ۳۴, ۱۵]. همچنین همسو با یافته های مطالعه حاضر، یافته های پیشین نشان می دهد اختلالات روانشناختی پدر، فرزندان پسر را بیشتر از فرزندان دختر در خطر بروز مشکلات عاطفی و رفتاری قرار می دهد و در مقایسه با مشکلات روانشناختی مادر، بیشتر سبب بروز مشکلات رفتاری در فرزندان می شود تا مشکلات عاطفی[۳۴].

مطالعه ی حاضر اولین مطالعه ای است که به بررسی الگوی ارتباطی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین با کیفیت زندگی فرزندان در جمعیت شهری ایران پرداخته است و از ابزارهای شناخته شده و معتبر کیفیت زندگی در آن استفاده شده است. از محدودیت های این مطالعه، می توان به طراحی مقطعی آن اشاره نمود که امکان بررسی روابط علیتی را محدود و امکان ناپذیر می سازد. همچنین جمعیت مورد بررسی در این مطالعه شرکت کنندگان مطالعه قند و لیپید تهران بوده اند این امر امکان تعمیم

پذیری نتایج به جوامع غیر شهری و یا ساکن شهرهای کوچک را محدود می نماید. یافته های این مطالعه نشان داد عوامل والدی مرتبط با کیفیت زندگی فرزندان عمدتا مربوط به بعد روانی کیفیت زندگی والدین بوده و متاثر از جنسیت فرزندان است. علاوه بر عوامل جمعیت شناختی، بعد روانشناختی کیفیت زندگی مادران در هردوجنسیت و بعد روانشناختی کیفیت زندگی پدران عمدتا در فرزندان پسر با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فرزندان مرتبط بود. یافته های این مطالعه، اطلاعات ارزشمندی را جهت طراحی مداخلات خانواده محور با هدف ارتقاء کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان ایرانی فراهم می نماید.

سهم نویسندگان

سارا جلالی فراهانی: طراحی مطالعه، تفسیر داده ها، نگارش مقاله

پریسا امیری: طراحی مطالعه، تفسیر داده ها، نظارت بر اجرای طرح و بازبینی مقاله

آذین ذوالفقاری پور: تهیه و تنظیم جداول و نگارش نتایج

مهرداد کریمی: تجزیه و تحلیل داده ها، نگارش بخش تجزیه و تحلیل آماری

فریدون عزیزی: طراحی مطالعه، نظارت بر اجرای طرح و بازبینی مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از شرکت کنندگان مطلعه ی قند ولیپید تهران و همچنین پرسنل محترم واحد بررسی قند و چربی های خون که امکان انجام این تحقیق را فراهم نمودند، قدردانی و تشکر می نمایند.

منابع

1. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. Social Science & Medicine 1995; 41:1383-94

2. Nassar AH, Usta IM. Advanced maternal age. Part II: long-term consequences. American Journal of Perinatology 2009; 26:107-12

3. Barclay K, Myrskylä M. Maternal age and offspring health and health behaviours in late adolescence in Sweden. SSM-population Health 2016; 2: 68-76

4. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annual Review of Psychology 2002; 53:371-99

5. Houben-van Herten M, Bai G, Hafkamp E, Landgraf JM, Raat H. Determinants of health-related quality of life in school-aged children: A general population study in the Netherlands. PloS One 2015; 10: e0125083

6. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. Journal of Epidemiology & Community Health 2006; 60:130-5

7. Sonego M, Llácer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. Quality of Life Research 2013; 22:203-11

8. Park AL, Fuhrer R, Quesnel-Vallée A. Parents' education and the risk of major depression in early adulthood. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013; 48:1829-39

9. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. Social Science & Medicine 2013; 90:24-31

10. Sieh D, Meijer A, Oort F, Visser-Meily J, Van der Leij D. Problem behavior in children of chronically ill parents: a meta-analysis. Clinical Child and Family Psychology Review 2010; 13:384-97

11. Guo VY, Wong CK, Wong RS, Esther Y, Ip P, Lam CL. Spillover Effects of Maternal Chronic Disease on Children's Quality of Life and Behaviors Among Low-Income Families. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research 2018; 11:625-35

12. Singleton L. Parental mental illness: the effects on children and their needs. British Journal of Nursing 2007; 16:847-50

13. Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen A, Nauta MH, Penninx B, Schoevers R, et al. Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. The Journal of Clinical Psychiatry 2017; 78: 8-17

14. Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Olino TM. Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. Psychological Medicine 2005; 35:353-65

15. Ramchandani PG, Stein A, O'CONNOR TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. Journal of the American

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2008; 47:390-8
16. Mishra GD, Black S, Stafford M, Cooper R, Kuh D. Childhood and maternal effects on physical health related quality of life five decades later: the British 1946 birth cohort. PloS One 2014; 9: e88524
17. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hajipour R, Madjid M, et al. Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran lipid and glucose study (phase 1). Sozial-und präventivmedizin 2002; 47:408-26
18. Amiri P, Eslamian G, Mirmiran P, Shiva N, Jafarabadi MA, Azizi F. Validity and reliability of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) Generic Core Scales in children. Health and Quality of Life Outcomes 2012; 10:3
19. Amiri P, Ardekani EM, Jalali-Farahani S, Hosseinpanah F, Varni JW, Ghofranipour F, et al. Reliability and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in adolescents. Quality of Life Research 2010; 19:1501-8
20. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health 2009; 9:341
21. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? Multivariate Behavioral Research 1991; 26:499-510
22. Jalali- Farahani S, Chin Y, Amiri P, Mohd Taib M. Body mass index (BMI) forage and health related quality of life (HRQOL) among high school students in Tehran. Child: Care, Health and Development 2014; 40:731-9
23. Jalali-Farahani S, Abbasi B, Daniali M. Weight associated factors in relation to health-related quality of life (HRQoL) in Iranian adolescents. Health and Quality of Life Outcomes 2019; 17:3
24. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. Quality of Life Research 2009; 18:1147
25. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. The Lancet 2007; 369:1130-9
26. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological Bulletin 1994; 115:424
27. Myers S, Johns SE. Male infants and birth complications are associated with increased incidence of postnatal depression. Social Science & Medicine 2019; 220:56-64
28. De Tychey C, Briançon S, Lighezzolo J, Spitz E, Kabuth B, De Luigi V, et al. Quality of life, postnatal depression and baby gender. Journal of Clinical Nursing 2008; 17:312-22
29. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. International Journal of Nursing Studies 2009; 46:1355-73
30. Xie R-h, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Fetal sex, social support, and postpartum depression. The Canadian Journal of Psychiatry 2009; 54:750-6
31. Leis JA, Heron J, Stuart EA, Mendelson T. Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter? Journal of Abnormal Child Psychology 2014; 42:161-71
32. Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. Depression and Anxiety 2011; 28:696-702
33. Fihrer I, McMahon CA, Taylor AJ. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. Journal of Affective Disorders 2009; 119:116-23
34. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. The Lancet 2009; 374:646-53
35. Azuine RE, Singh GK. Father's Health Status and Inequalities in Physical and Mental Health of US Children: A Population-Based Study. Health Equity 2019; 3:495-503

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]
[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1399.19.5.5.1]

[DOI: 10.29252/payesh.19.5.559]

ABSTRACT

The association between parents and offspring health-related quality of life: Tehran Lipid and Glucose Study

Sara Jalali-Farahani [1], Parisa Amiri [1*], Azin Zolfaghari poor [2], Mehrdad Karimi [1], Fereidoun Azizi [3]

1. Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2020; 19 (5): 559 – 568
Accepted for publication: 27 July 2020
[EPub a head of print-29 September 2020]

Objective (s): The current study aimed to investigate the association between health-related quality of life (HRQoL) of parents and their offspring.
Methods: This study conducted in the framework of the Tehran Lipid and Glucose study (TLGS) on 564 families including children (297 boys and 267 girls), mothers and fathers. Data on HRQoL of children and parents was collected by interviews using Persian version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0) and the Short-Form Health Survey version 2 (SF-12v2) respectively. Asssociations between HRQoL of parents and offspring were assessed using regression models by SPSS software (Version 23).
Results: Mean(sd) age of participants was 13.8(3.1) years and 52.7% were boys. Comparision of HRQol scores in boys and girls indicated that boys had higher HRQoL scores in physicql functioning [91.2(10.3) vs. 89.1(11.1), p=0.019] and emotional functioning [77.2(16.9) vs. 72.8(18.9), p=0.003]. Parental physical and mental HRQoL scores did not significantly differ between male and female offspring; however, physical functioning, role emotional and mental health scores were significantly higher in mothers of female compared to male offspring. Both maternal and paternal physical HRQoL scores were not significantly assocaited with offspring's HRQoL. Maternal mental HRQoL score was significantly associated with physical functioning (β= 0.16, p=0.02) and social functioning (β=0.26, p=0.006) in girls, school functioning in boys (β= 0.19, p=0.007) and emotional functioning in both boys (β= 0.23, p=0.008) and girls (β= 0.24, p=0.04) and paternal mental HRQoL score was significantly associated with only school functioning in boys (β= 0.23, p=0.004).
Conclusion: The relationship between the HRQoL in parents and children follows a pattern related to the gender of the parent and the child. Maternal mental HRQoL in offspring of both sexes and paternal mental HRQoL only in boys were associated with different subscales of offspring's HRQoL.

Key Words: Health-related quality of life, children, adolescents, Parents, Tehran Lipid and Glucose Study

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: amiri@endocrine.ac.ir