دوفصلنامه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، سال هفتم، شماره اول، بهار و تابستان ۱۳۹۷، صفحات ۱۵۰-۱۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۰۴/۲۳

سنجش کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی سلامت WHOQOL-BREF

غلامرضا غفاری[۱]

ابراهیم شیرعلی[۲]

چکیده

مطالعه حاضر از نوع توصیفی است و هدف آن سنجش و بررسی میزان کیفیت زندگی مردم در شهر تهران براساس پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی سلامت WHOQOL-BREF است. این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت در چهار حیطه (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و وضعیت محیط) و با ۲۶ گویه تدوین شده و در کشورهای مختلف جهان اعتبار و روایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. در مطالعه حاضر جامعه آماری شامل شهروندان بالای ۱۸سال ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در زمان اجرای پژوهش (۱۳۹۳)، هستند. شیوه نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای چندمرحله‌ای است و حجم نمونه برابر ۱۵۱۵ می‌باشد. یافته‌ها و نتایج پژوهش نشان می‌دهد امتیاز کل کیفیت زندگی در بازه (۱۰۰-۰) برابر با ۵۴٫۵ و در بازه (۲۰-۴) برابر ۱۲٫۷ می‌باشد که می‌توان گفت پاسخگویان میزان کیفیت زندگی خویش را متوسط ارزیابی نموده‌اند. بین متغیر کیفیت زندگی و متغیرهای جنس و وضعیت تأهل در شهر تهران تفاوت معناداری وجود ندارد. بین تحصیلات و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ افراد با تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد با تحصیلات غیردانشگاهی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. همچنین بین گروه‌های مختلف سن و میزان کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ افراد ۲۱ تا ۳۰ سال در شهر تهران دارای بالاترین میزان کیفیت زندگی نسبت به سایر گروه‌های سنی هستند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سازمان جهانی سلامت، شهر تهران.

۱ـ استاد گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی. Email:ghaffary@ut.ac.ir

۲ـ کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، پژوهشگر مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) (نویسنده مسئول).
Email:ebrahim.shirali@ut.ac.ir

مقدمه و طرح مسأله

بسیاری از صاحب‌نظران بر این عقیده هستند که کیفیت زندگی موضوعی پر از ابهام و ارائه تعریفی دقیق و مورد توافق از آن دشوار بوده که بخشی از این ابهام، ناشی از وجود تعداد زیاد حوزه‌ها و رشته‌های علمی درگیر در موضوع کیفیت زندگی است؛ به‌طوری که هر کدام از آن‌ها، از روان‌شناسی و پزشکی تا جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی شهری، با رویکردی ویژه به موضوع نگریسته و همگی دارای نقاط تأکید ویژه‌ای در تعریف و معیارهای اندازه‌گیری آن هستند. با وجود زیاد بودن حوزه‌های علمی فعال در این زمینه، طبقه‌بندی کیفیت زندگی در زیرمجموعه رشته علمی خاص، بسیار دشوار و بحث‌برانگیز است. رومنی[1] و همکارانش (۱۹۹۴) مجموعه استدلال‌هایی برای پاسخ به این پرسش ارائه می‌دهند که چرا تعاریف پذیرفته شده جهان‌شمولی برای کیفیت زندگی وجود ندارد. این مجموعه عبارتند از؛ ۱) فرآیندهای روان‌شناختی مرتبط با تجربه کیفیت زندگی را می‌توان از دریچه زبان‌ها و فیلترهای مفهومی مختلف توصیف و تفسیر کرد، ۲) مفهوم کیفیت زندگی تا حد زیادی با ارزش داوری همراه است و ۳) مفهوم کیفیت زندگی متأثر از رشد درک انسانی و فرایندهای توسعه در طول زندگی افراد در اجتماع محلی و میزان تحت تأثیر قرار گرفتن این فرایندهای روان‌شناختی توسط عوامل محیطی و سامانه‌های ارزش فردی است؛ از این‌رو به دلیل کمبود تعریف عملیاتی واحد از کیفیت زندگی، واژه‌های مرتبط دیگری مانند بهزیستی، سطح زندگی، استاندارد زندگی، رضایت‌مندی از زندگی و خشنودی ظهور کرده‌اند (ماسام، ۲۰۰۲؛ به نقل از مهندسان مشاور خدمات مدیریت ایرانیان، ۱۳۹۵: ۲۲). همچنین غفاری و امیدی (۱۳۸۸) تعدد تعاریف مربوط به کیفیت زندگی را ناشی از چندبعدی بودن سازه کیفیت زندگی، کاربرد آن در حوزه‌های حرفه‌ای متفاوتی چون پزشکی، روان‌شناسی، جغرافیای انسانی، جامعه‌شناسی، مطالعات توسعه و در نهایت سطح تحلیل که می‌تواند مربوط به عاملان، فرایندها، موقعیت‌ها و یا ساختارها باشند، می‌دانند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸: ۳).

بنابراین می‌توان گفت کیفیت زندگی در رشته‌های مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است که از آن جمله می‌توان به عرصه مطالعات اجتماعی، مطالعات اقتصادی، بهداشتی و پزشکی،

1- Romney

مطالعات محیطی و انواع دیگری از زمینه‌ها و رشته‌ها اشاره نمود. در حوزه‌های جدیدتر کیفیت زندگی، گونه‌ای ترکیب و تلفیق این حوزه‌های مطالعاتی را در جایگاه ارائه توصیف دقیق‌تری از خوشبختی جمعی گروه‌ها و جمعیت‌ها شاهد هستیم. از سوی دیگر این مفهوم گاه در حالت ایجابی آن، نوعی احساس مثبت برشمرده شده و دارای نمودهایی همچون رضایت از زندگی (داینر و لوکاس[1]، ۲۰۰۰)، احساس خوشبختی (شاین و جانسون[2]، ۱۹۷۸) و شادکامی (آندروز و وایتی[3]، ۱۹۷۶) که جنبه‌هایی از سلامتی انسان هستند، دانسته شده است.

چندوجهی بودن مفهوم کیفیت زندگی سبب می‌شود آن از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود. از سوی دیگر در اکثر روش‌های سنجش، کیفیت زندگی طی ارزیابی پاسخگو از وضعیت خود احصاء مـی‌شود و او نیز در این ارزیابی، آنـچه را که واقعیت زندگی خویش می‌پندارد با انتظارات و توقعات خود مقایسه کرده و داوری می‌کند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت، کیفیت زندگی را ادراک و دریافت افراد از موقعیت‌های زندگی‌شان با توجه به زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و تعاملات آن‌ها تعریف می‌کند. این تعریف از کیفیت زندگی ارزیابی ذهنی فرد از موقعیت خویش با توجه به زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و محیطی را مورد توجه قرار می‌دهد و ادعا دارد، دریافت فرد از کیفیت زندگی، ملاک تعیین میزان کیفیت زندگی وی می‌باشد (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت، ۱۹۹۶: ۵).

در دهه‌های گذشته ابزارها و پرسشنامه‌های زیادی با رویکردهای مختلف (سلامت، زیست‌پذیری شهری، اقتصاد، کیفیت محیط، استانداردهای زندگی، نیازهای اساسی و ...) تدوین و طراحی شده‌اند که هر کدام از نگاه و جنبه خاصی کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این میان یکی از ابزارهایی که کیفیت زندگی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد، پرسشنامه «کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت-کوتاه‌شده»[4] است. همانطور که گفته شد این ابزار توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت تدوین و اعتبارسنجی

1- Diener & Lucas
2- Shin & Johnson
3- Andrews & Withey
4- WHOQOL-BREF

شده است. طبق تعریفی که این گروه از کیفیت زندگی ارائه می‌دهد، نباید انتظار داشت که برای همه ابعاد زندگی و برای تمام موقعیت‌ها، علائم، بیماری و ... بتوان ابزار و پرسشنامه تدوین کرد، بنابراین دریافت و ادراک فرد از موقعیت خویش اساس کیفیت زندگی فرد را تشکیل می‌دهد و این دریافت ناشی از وضعیت سلامت یا بیماری یا موقعیت‌های دیگر فرد است.

کیفیت زندگی از شاخص‌های مهم توسعه اجتماعی محسوب می‌شود که سنجش و رصد وضعیت آن ضروری است. اطلاعات مربوط به وضعیت کیفیت زندگی شهروندان می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای و شواهد آماری در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ای مدنظر قرار گیرد. طبق مطالعات گذشته بر اساس پرسشنامه «سازمان جهانی سلامت» (نجات و همکاران، ۱۳۸۶) وضعیت کیفیت زندگی در شهر تهران چندان مطلوب نیست. با توجه به جایگاه و اهمیت شهر تهران و به‌منظور مطالعه روندی بر روی کیفیت زندگی شهروندان در مقاله حاضر کیفیت زندگی مردم شهر تهران (۱۳۹۳) بر اساس پرسشنامه «سازمان جهانی سلامت» مورد سنجش قرار می‌گیرد و ابعاد مختلف آن با متغیرهای زمینه‌ای آزمون می‌شود. همچنین در قسمت آخر و نتیجه‌گیری، برخی از یافته‌های مطالعه مذکور با مطالعه (نجات و همکاران، ۱۳۸۶) مورد مقایسه قرار خواهد گرفت.

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

یکی از ارزنده‌ترین اقدامات صورت‌گرفته در توسعه و تدقیق مفهوم کیفیت زندگی، طرح کیفیت زندگی «سازمان جهانی سلامت» است که برای نخستین بار در سال ۱۹۹۱ با هدف ایجاد ابزاری بین‌المللی در کشورهای جهان به‌طور همزمان به اجرا درآمد. مقیاس به‌کار گرفته شده در این طرح WHOQOL-100 است و مفاهیم و ترکیب سؤالات آن برای فرهنگ‌های متفاوت یکسان است (بونومی و همکاران[1]، ۲۰۰۰). باتوجه به این‌که کیفیت زندگی نمی‌تواند معادل درستی برای عبارات وضعیت سلامتی، سبک زندگی، رضایت از زندگی، وضعیت ذهنی یا بهزیستی باشد و طبیعتی چندوجهی دارد، در ساختار WHOQOL-100 زمینه

1- Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin

شناخت این طبیعت فراهم شده است. در طراحی و ساخت این مقیاس، ۱۵ مرکز تحقیقات میدانی از فرهنگ‌ها و مناطق گوناگون جهان مشارکت نمودند (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت[۱]، ۱۹۹۶: ۴).

پرسشنامه WHOQOL-BREF در سال ۱۹۹۶ از همین مقیاس استخراج شده است که به‌دلیل کاهش حیطه‌ها و گویه‌ها و راحتی استفاده و دستورالعمل نمره‌دهی، به زبان‌های مختلف ترجمه و در مناطق گوناگون اعتباریابی شده است که از آن‌جمله می‌توان؛ ایران (مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، ۱۳۹۳؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۱۰)، بنگلادش (ایزوتسو[۲] و همکاران، ۲۰۰۵)، نیوزلند (کراگول[۳] و همکاران، ۲۰۱۳)، ایالات متحده امریکا (ردکو[۴] و همکاران، ۲۰۱۵)، اسپانیا (بنتز- بورگو و همکاران[۵]، ۲۰۱۴)، مالاوی (کلبرن[۶] و همکاران، ۲۰۱۲)، زلاندنو (هسو[۷]، ۲۰۰۹)، برزیل (کروز[۸] و همکاران، ۲۰۱۱)، فنلاند (وارما و همکاران[۹]، ۲۰۱۴)، چین (سایا و همکاران، ۲۰۱۲)، نپال (ویکرم و سینگ[۱۰]، ۲۰۱۴) و تایوان (یئو و همکاران[۱۱]، ۲۰۰۲) را نام برد. این پرسشنامه شامل چهار حیطه سلامت جسمانی[۱۲] (۷ گویه)، سلامت روانی[۱۳] (۶ گویه)، روابط اجتماعی[۱۴] (۳ گویه) و وضعیت محیط[۱۵] (۸ گویه) می‌باشد و دو سؤال کلی نیز از کیفیت زندگی و وضعیت عمومی سلامت می‌پرسد که جمعاً ۲۶ گویه را تشکیل می‌دهد.

در ایران این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۳۸۵ ترجمه و اعتباریابی شده است

1- The WHOQOL Group
2- Izutsu
3- Kra¨geloh
4- Redko
5- Benitez-Borrego, Guàrdia-Olmos & Urzúa-Morales
6- Colbourn
7- Hsu
8- Cruz
9- Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen-Porras
10- Vikram & Singh
11- Yao, Chung, Yu, & Wang
12- Physical Health
13- Psychological
14- Social Relationships
15- Environment

(نجات و همکاران، ۱۳۸۵). برای اعـتباریابی ابـتدا بر روی ۵۶ نفر نمونـه در دسترس، پیش‌آزمون و بررسی‌های روایی ظاهری[1] انجام شده و پس از اعمال برخی تغییرات، ۱۲۱۰ پرسشنامه در ۲۲ منطقه شهرداری تهران به‌روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی‌شده توزیع، و پس از جمع‌آوری داده‌ها جهت بررسی پایایی در بعد سازگاری درونی[2] از آزمون آلفای کرونباخ و همبستگی درون‌خوشه‌ای استفاده شده است.

در مقیاس سازمان جهانی سلامت که مبنای پژوهش جاری را نیز تشکیل می‌دهد، کیفیت زندگی باتوجه به چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌گیرد. سازمان جهانی سلامت برای هریک از این ابعاد مصادیقی را نیز ارائه می‌نماید.

بعد سلامت جسمانی

این بعد به معنی وضعیت جسمانی مطلوب فرد و رضایت وی از این وضعیت است. سلامت جسمانی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت است. اساساً یکی از دلایل نخستین گرایش به مفهوم کیفیت زنـدگی به‌خصوص در مطالعات پزشـکی، توجه به بـیمارانی بود که می‌بایست تـوأم با بیماری‌شان از کیفیت بالایی از زندگی برخوردار بودند. نظریات اولیه مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی‌ها و اولویت‌های فردی تأکید داشتند اما در سال‌های اخیر مباحث نظری، از فرد محوری به سمت نگرانی‌های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه سوق پیدا کرده است.

در ایران نیز همانند سایر کشورها مطالعات کیفیت زندگی تغییراتی را تجربه کرده است. برای شناسایی روند تغییرات مطالعات کیفیت زندگی در ایران، در یک تحقیق تمامی کارهای منتشر شده در سطح کشور در قالب پایان‌نامه‌ها و پروژه‌های تحقیقاتی انجام گرفته در دانشگاه و مقالات علمی – پژوهشی که عبارت «کیفیت زندگی» در عنوان یا چکیده آنها

1- Face Validity
2- Internal Consistency

بوده است جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که اگرچه در سال‌های اخیر بر تعداد حوزه‌های مطالعاتی غیرپزشکی کیفیت زندگی در ایران افزوده شده است ولی تعداد کارهای انجام شده در مقایسه با حوزه مطالعات پزشکی بسیار کم است. میزان مطالعات کیفیت زندگی در ایران در حوزه پزشکی بیش از ۸ برابر این تعداد مطالعات در حوزه علوم اجتماعی است.

پیشینه سنجش بعد جسمانی کیفیت زندگی عمدتاً فردی و مرتبط با مسائل پزشکی است. یک گرایش غالب در سنجش این بعد در ایران، مطالعه بر بیماران خاص بوده است.

زندی‌پور (۱۳۹۱) نگرش بیماران مولتیپل اسکلروزیس[1] (MS) را نسبت به ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش مورد ارزیابی قرار داده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) همین موضوع را با استفاده از پرسشنامه‌های مقایسه با جمعیت سالم و عوامل مؤثر بر آن مورد مطالعه قرار داده‌اند. پاک‌پور و همکاران(۱۳۸۵) کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را در بیمارستان امام خمینی بررسی نموده‌اند. از آنجا که تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی در اکثر مناطق به اثبات رسیده است، می‌توان با مراجعه به آمارهای بیماران و انواع اصلی بیماری‌ها در یک کشور، تا حدودی درباره کیفیت زندگی ایشان نیز اظهار نظر کرد. در تحقیق جاری نیز وجود یا فقدان بیماری مزمن مورد پرسش قرار گرفته و ارتباط آن با مؤلفه‌های دیگر سنجیده شده است.

بعد سلامت روانی

سلامت روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهر بدنی‌اش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری، حافظه و تمرکز است. به‌نظر برخی روانشناسان، نخستین عامل تعیین‌کننده در مطالعه کیفیت زندگی بررسی نگرش فرد نسبت به زندگی است و بعد روانی کیفیت زندگی باتوجه به دو مقوله احساس به‌زیستی و احساس رضایت مورد توجه ایشان قرار گرفته است.

به اعتقاد لئونارد[2] (۱۹۹۳) وجود یا عدم فشارهای روانی به‌ویژه در زندگی شهری، تأثیر

1- Multiple Sclerosis
2- Leonard

به‌سزایی در تعیین احساس به‌زیستی دارد. زندگی شهری معمولاً مملو از فشارهای روانی مزمنی است که افراد به‌واسطه قرار گرفتن در مناسبات شهری گریزی از تجربه آن‌ها ندارند. مراقبت و توجه مداوم به بچه‌های کوچک در خارج از خانه، رانندگی در ترافیک سنگین روزانه، احساس سنگینی و فشار کار و کمبود وقت، مثال‌هایی از این نوع استرس‌ها در زندگی روزانه انسان‌های شهرنشین است (لئونارد، ۱۹۹۳).

بعد محیط زندگی

عامل دیگر تعیین‌کننده کیفیت زندگی، محیط زندگی است. محیط زندگی نیز شامل منابع مادی و مالی، آزادی، ایمنی، میزان در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی، فرصت‌های پیش‌رو برای کسب اطلاعات و مهارت‌های جدید، امکان فعالیت‌های تفریحی، سلامت محله‌ای که شخص در آن زندگی می‌کند و امکانات آن و سلامت محیط خانه می‌باشد. مطالعه‌ای که کمپبل و همکاران[1](۱۹۷۶) در سطحی ملی در کشور آمریکا به انجام رسانیدند مشخص کرد که نُه ویژگی اجتماعی مانند مدارس، آب‌وهوا، خیابان‌ها و جاده‌ها، پارک‌ها و زمین‌های بازی و حفاظت پلیس، ۱۹ درصد واریانس رضایت از زندگی در اجتماع را تبیین می‌کند.

گودی[2] (۱۹۷۷) میزان رضایت مردم از خدماتی نظیر تسهیلات زندگی، محافظت در مقابل حریق، روشنایی معابر، تعمیر خیابان‌ها و سیستم دفع زباله و فاضلاب را جویا شد و چنین به‌دست آورد که: «...شهروندان، آن محله‌هایی را بیش از سایر محله‌ها رضایت‌بخش تلقی می‌کنند که در آن‌ها روابط از نوع گروه نخستین و قوی باشد، جایی که مردم محلی در امور مدنی مشارکت کرده و به این کار افتخار کنند، جایی که فرآیندهای تصمیم‌گیری به‌صورت همگانی و با مشارکت سایرین اجرا شوند، جایی که شهروندان همگن باشند و به اجتماع و حفظ آن اهمیت دهند.»

مورو و همکاران[3] (۲۰۰۸) با استفاده از شاخص‌های ذهنی مربوط به کیفیت زندگی، بر

1- Campbell et al.
2- Goudy
3- Moro, Brereton, Ferreira, & Clinch

اساس سه روش متفاوت اقدام به رتبه‌بندی مناطق مختلف ایرلند نمودند: در روش اول داده‌ها را به‌صورت خام و بدون تغییر مورد استفاده قرار دادند. در روش دوم متغیرهای مربوط به شخصیت افراد و محدودیت‌های محیطی را به‌صورت کنترلی مورد استفاده قرار دادند و در روش سوم با اختصاص وزن به ذخایر طبیعی مناطق مختلف، شاخص دیگری را برای کیفیت زندگی تعیین نمودند. نتایج به‌دست آمده نشان می‌داد همبستگی قوی میان نتایج این سه روش وجود دارد و تفاوت‌های موجود در کیفیت زندگی مناطق مختلف تصادفی نبوده و ذخایر طبیعی و محیط زندگی نقش مهمی در پراکندگی این تفاوت‌ها دارند.

بعد سلامت اجتماعی

طبق مقیاس سازمان جهانی سلامت، روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های جنبی است.در کنار احساس به‌زیستی، برخی محققان از احساس نارضایتی از زندگی در اجتماع نیز به‌عنوان عاملی مؤثر در افت کیفیت زندگی سخن گفته‌اند (داینر[1]، ۲۰۰۰) که حتی تمایل به جابجایی به اجتماعی دیگر را موجب می‌شود (زوچر[2]، ۱۹۸۱). کاساردا و جانویتز[3] (۱۹۷۴) یک مدل نظام‌مند تدوین کردند تا با استفاده از شاخص‌های طول مدت اقامت، موقعیت اجتماعی و چرخهٔ زندگی شخص، میزان پیوستگی به اجتماع را پیش‌بینی کنند.

بخش دیگری از مطالعات صورت گرفته پیرامون کیفیت زندگی، وضعیت این متغیر را در میان گروه‌های اجتماعی و سنی مختلف در جامعه مدّ نظر قرار داده است. به‌عنوان مثال علی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) باتوجه به رشد جمعیت سالمندان، توجه به کیفیت زندگی این قشر و شناسایی عوامل مؤثر بر آن جهت سیاستگذاری‌های جامع و صحیح را مورد تأکید قرار داده و به بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۲ تهران پرداخته‌اند. نجاتی و عشایری (۱۳۸۷) این موضوع را در میان سالمندان شهرستان کاشان مورد بررسی قرار داده‌اند. این موضوع در مطالعات مختلفی برای گروه‌های دیگری مانند پرستاران، معلولان،

1- Diener
2- Zuiches
3- Kasarda & Janowitz

دانشجویان (رضایی و همکاران، ۱۳۸۶) و سایر گروه‌های خاص نیز مورد توجه قرار گرفته است.

روش پژوهش

ابزار WHOQOL-BREF

پرسشنامه WHOQOL-BREF شامل چهار حیطه سلامت جسمانی[1] (۷ گویه)، سلامت روانی[2] (۶ گویه)، روابط اجتماعی[3] (۳ گویه) و وضعیت محیط۴ (۸ گویه) می‌باشد و دو سؤال کلی نیز از کیفیت زندگی و وضعیت عمومی سلامت می‌پرسد که جمعاً ۲۶ گویه را تشکیل می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف جهان ترجمه و اعتبارسنجی شده است. گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار می‌تواند در شهر تهران نیز مورد استفاده قرار گیرد؛ به‌صورتی که شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای پرسشنامه در آزمون مجدد در فاصله دو هفته در چهار دامنه، از ۰,۷۵ تا ۰,۸۴ به دست آمده است. از طرفی مقادیر آلفای کرونباخ و روایی سازه[5] نیز حاکی از روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت تهران است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵: ۱).

جامعه آماری این طرح، مجموعه افراد بالای ۱۸ سال خانوارهای معمولی ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران در مهرماه ۱۳۹۳ است. جهت اجرای طرح از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. ابتدا مناطق منتخب گزینش و سپس از هر منطقه بلوک‌هایی انتخاب شده و متناسب با جمعیت آن بلوک و تعداد خانوارها و با توجه به گروه سنی و جنس، نمونه انتخاب شده است. به‌طور معمول در هر بلوک ۱۰ خانوار به روش نمونه‌گیری سیستماتیک مورد بررسی قرا گرفته‌اند.

اندازه نمونه آماری با توجه به فرمول خطای حاشیه‌ای $E = Z^2\left(\frac{\alpha}{2}\right)\left(\frac{\partial}{\sqrt{n}}\right)$ بر اساس بازه اطمینان ۹۵ درصد و با در نظر گرفتن σ=0.5، e=0.026 و z=1.96 برابر با ۱۴۲۰

1- Physical Health
2- Psychological
3- Social Relationships
4- Environment
5- Construct Validity

به‌دست می‌آید. در نهایت با در نظر گرفتن محدودیت‌ها، اندازه نمونه برابر با ۱۵۱۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

تعداد پاسخگویان برابر ۱۵۱۵ نفر است که از این تعداد، ۴۹٫۴ درصد را مردان و ۵۰٫۶ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. ۲۶٫۳ درصد پاسخگویان مجرد، ۶۶٫۱ درصد متأهل و ۷٫۶ درصد مجرد به‌علت فوت یا طلاق همسر هستند. ۵٫۵ درصد از پاسخگویان کمتر از ۲۰ سال دارند. ۲۶٫۴ درصد در بازه سنی ۳۰-۲۱ سال، ۲۴٫۹ درصد در بازه سنی ۴۰-۳۱ سال، ۲۰٫۳ درصد بین ۵۰-۴۱ سال، ۱۳٫۸ درصد بین ۶۰-۵۱ و ۹٫۱ درصد بالای ۶۰ سال سن دارند.۳٫۶ درصد از افراد نمونه بی‌سواد، ۹٫۹ درصد دارای سواد خواندن و نوشتن و ابتدایی، ۱۲ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۳٫۷ درصد دارای مدرک دیپلم، ۱۰٫۵ درصد دارای مدرک کاردانی، ۲۱٫۷ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۸٫۶ درصد دارای مدارک کارشناسی ارشد و دکتری هستند. از بین افراد نمونه ۷۱٫۱ درصد اعلام کردند که سالم هستند و بیماری خاصی ندارند. ۱۵٫۹ درصد دارای بیماری مزمن، ۷٫۷ درصد دارای بیماری غیرمزمن و ۴٫۷ درصد دارای بیماری مزمن و غیرمزمن هستند.

همانطور که بیان شد پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی سلامت، دارای ۲۶ گویه است که دو گویه به‌طور کلی و عمومی کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار می‌گیرد و ۲۴ گویه در قالب چهار حیطه کیفیت زندگی را گزارش می‌کند. در جدول شماره ۱ توزیع پاسخگویان در ۲۶ گویه مشخص است:

جدول شماره ۱: توزیع پاسخگویان (٪) در هر یک از گویه‌های WHOQOL-BREF (n=۱۵۱۵)

گویه‌ها/ حیطه	۱ ضعیف	۲	۳	۴	۵ مطلوب
کیفیت زندگی عمومی	۲,۴	۵,۱	۴۶,۰	۳۷,۸	۸,۸
سلامت عمومی	۳,۴	۷,۹	۴۴,۶	۳۲,۸	۱۱,۳
۱. سلامت جسمانی					
درد جسمانی، چقدر مانع انجام کارهای مورد نظر شما می‌شود؟	۶,۹	۱۵,۷	۲۵,۶	۲۶,۳	۲۵,۴
جهت انجام فعالیت‌های روزمره، چقدر به درمان‌های طبی نیازمند هستید؟	۵,۷	۱۲,۳	۲۱,۵	۲۹,۶	۲۸,۶
آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۵,۱	۱۲,۲	۴۱,۰	۳۲,۱	۹,۶
تحرک و چابکی شما چقدر است؟	۶,۰	۱۶,۱	۴۰,۴	۲۸,۱	۹,۴
چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	۸,۴	۱۴,۸	۳۷,۹	۲۹,۴	۹,۵
چقدر از توانایی خود در انجام فعالیت‌های روزمره راضی هستید؟	۵,۰	۱۲,۶	۴۱,۶	۳۲,۱	۸,۶
چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خویش، از خود رضایت دارید؟	۵,۷	۱۴,۵	۴۰,۵	۳۰,۹	۸,۴
۲. سلامت روانی					
چقدر از زندگی لذت می‌برید؟	۸,۳	۱۵,۴	۳۹,۸	۲۷,۴	۹,۰
زندگی شما تا چه حد معنی‌دار است؟	۶,۴	۱۱,۷	۳۷,۳	۳۳,۲	۱۱,۴
در امور مربوط به خود تا چه حد قادر به تمرکز هستید؟	۴,۶	۱۲,۹	۳۶,۷	۳۵,۶	۱۰,۲
آیا قادرید شکل ظاهری بدن خود را بپذیرید؟	۵,۰	۸,۲	۲۷,۴	۳۶,۷	۲۲,۷
چقدر دچار حالاتی مثل دل‌گرفتگی، ناامیدی و اضطراب می‌شوید؟	۱۱,۹	۱۸,۲	۲۹,۲	۲۷,۳	۱۲,۶
در مجموع چقدر از خود رضایت دارید؟	۵,۲	۹,۱	۴۳,۹	۳۱,۱	۱۰,۸
۳. روابط اجتماعی					
چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۳,۰	۸,۸	۳۸,۴	۳۸,۸	۱۱,۰
چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۱۲,۰	۱۴,۵	۳۸,۴	۲۴,۲	۱۰,۸
چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می‌کنید، رضایت دارید؟	۸,۴	۱۹,۶	۴۲,۹	۲۴,۹	۴,۲
۴. وضعیت محیط					
در زندگی روزمره چقدر احساس امنیت می‌کنید؟	۶,۵	۱۲,۲	۳۸,۶	۳۳,۸	۹,۰
محیط اطراف شما تا چه حد سالم است؟	۱۰,۶	۱۶,۸	۴۰,۷	۲۳,۸	۸,۱
آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟	۱۵,۳	۱۹,۳	۴۷,۳	۱۴,۷	۳,۴
اطلاعات مورد نیاز روزمره به چه میزان در دسترس شماست؟	۶,۴	۱۶,۵	۴۹,۵	۲۲,۸	۴,۹

ادامه جدول شماره ۱

گویه‌ها/ حیطه	۱ ضعیف	۲	۳	۴	۵ مطلوب
به چه میزان امکان فعالیت‌های تفریحی دارید؟	۱۷,۷	۲۷,۰	۳۹,۱	۱۲,۴	۳,۹
چقدر از شرایط محل زندگی خود رضایت دارید؟	۹,۶	۱۵,۷	۴۳,۱	۲۵,۹	۵,۶
چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۹,۲	۱۸,۱	۴۲,۵	۲۴,۱	۶,۱
چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۷,۲	۱۸,۳	۴۶,۶	۲۳,۲	۴,۷

۳-۳- امتیاز کیفیت زندگی به تفکیک حیطه‌های چهارگانه

طبق دستورالعمل پرسشنامه که توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت تدوین شده است، نحوه امتیازدهی به حیطه‌های چهارگانه به‌صورت بازه‌های (۱۰۰-۰) و (۲۰-۴) می‌باشد. در جدول شماره ۲ امتیاز کیفیت زندگی در شهر تهران در بازه‌های مذکور و به تفکیک حیطه‌های چهارگانه آمده است:

جدول شماره ۲: امتیاز کیفیت زندگی شهر تهران در حوزه‌های چهارگانه

کیفیت زندگی	نمره خام	میانگین (۱۰۰-۰)	میانگین (۲۰-۴)	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۲۳.۲	۵۸.۰	۱۳.۲	۲.۷
سلامت روانی	۱۹.۷	۵۷.۲	۱۳,۱	۲.۸
روابط اجتماعی	۹.۴	۵۳,۹	۱۲.۶	۳.۰
وضعیت محیط	۲۳.۶	۴۸.۹	۱۱.۸	۲.۶
شاخص کل	۷۶.۲	۵۴.۴	۱۲.۷	۲.۲

نمرات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که امتیاز شهر تهران در حوزه سلامت جسمانی و سلامت روانی تقریباً برابر است. امتیاز حوزه وضعیت محیط، پایین‌ترین امتیاز را در بین حوزه‌های چهارگانه به‌خود اختصاص داده است. گفتنی است امتیاز کل کیفیت زندگی در بازه (۱۰۰-۰) برابر با ۵۴,۵ و در بازه (۲۰-۴) برابر ۱۲,۷ می‌باشد که می‌توان گفت پاسخگویان امتیاز کیفیت زندگی خویش را متوسط ارزیابی نموده‌اند. در ادامه شخاص کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک متغیرهای زمانه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرد.

وضعیت شاخص سلامت جسمانی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

در ادامه وضعیت شاخص سلامت جسمانی به تفکیک متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، گروه‌های سنی و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۳: امتیاز شاخص سلامت جسمانی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

	سلامت جسمانی	میانگین (۲۰-۴)	انحراف معیار	مقدار آزمون	معنی‌داری
جنسیت	مردان	۱۳.۳۵	۲.۷	۱.۰۵۹	۰.۲۹۰
	زنان	۱۳.۲۰	۲.۸		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳.۶۳	۲.۸	۳.۶۷۱	۰.۰۰۰
	متأهل	۱۳.۰۹	۲.۷		
تحصیلات	دانشگاهی	۱۳.۹۹	۲.۳	۸.۰۲۸	۰.۰۰۰
	غیردانشگاهی	۱۲.۸۷	۲.۸		
وضعیت سلامت	سالم	۱۴.۰۲	۲.۴	۱۳۶.۲۸۱	۰.۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۱.۷۱	۲.۸		
	دارای بیماری غیرمزمن	۱۱.۹۰	۲.۲		
	دارای بیماری مزمن و غیرمزمن	۹.۴۹	۲.۷		
گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال	۱۴.۸۹	۲.۷	۳۳.۳۶۵	۰.۰۰۰
	۲۱- ۳۰ سال	۱۳.۸۲	۲.۵		
	۳۱- ۴۰ سال	۱۳.۵۲	۲.۳		
	۴۱- ۵۰ سال	۱۳.۳۲	۲.۷		
	۵۱- ۶۰ سال	۱۲,۴۴	۲,۵		
	بیش از ۶۰ سال	۱۱,۲۵	۳,۴		

اطلاعات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد با توجه به سطح معناداری، بین متغیر سلامت جسمانی و متغیر جنس و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد. اگر چه سطح معناداری در آزمون وجود رابطه بین میزان سلامت جسمان‌ی وضعیت تأهل برابر ۰,۰۰۰ است، اما با کنترل متغیر سن، این رابطه از نوع کاذب است. اما بین تحصیلات و سلامت جسمانی در شهر تهران، رابطه معناداری وجود دارد و افراد دانشگاهی نسبت به افرادی که تحصیلات دانشگاهی ندارند از سلامت جسمانی بالاتری برخوردارند.

سطح معناداری آزمون F نشان می‌دهد بین متغیر سلامت جسمانی و وضعیت سلامت در شهر تهران تفاوت معناداری وجود دارد. افراد سالم با میانگین ۱۴,۰۲ از سلامت جسمانی بیشتری نسبت به افراد بیمار برخوردارند.

همچنین با توجه به سطح معناداری، بین متغیر سلامت جسمانی و گروه‌های سنی تفاوت معناداری در بین پاسخگویان دیده می‌شود. با مقایسه میانگین می‌توان گفت که افراد زیر ۲۰ سال نسبت به بقیه گروه‌های سنی از سلامت جسمانی بالاتری برخوردارند.

وضعیت شاخص سلامت روانی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

وضعیت شاخص سلامت روانی به تفکیک متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، گروه‌های سنی و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۴: امتیاز شاخص سلامت روانی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

	سلامت روانی	میانگین (۲۰-۴)	انحراف معیار	مقدار آزمون	معنی‌داری
جنسیت	مردان	۱۳.۱۴	۲.۹	-۰.۲۵۷	۰.۷۹۷
	زنان	۱۳.۱۸	۲.۷		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۳.۱۲	۳.۰	۰۳۴۵.	۰.۷۳۰
	متأهل	۱۳.۱۷	۲.۷		
تحصیلات	دانشگاهی	۱۳.۸۸	۲.۶	۷.۸۸۷	۰.۰۰۰
	غیردانشگاهی	۱۲.۷۵	۲.۸		
وضعیت سلامت	سالم	۱۳.۶۳	۲.۷	۴۶.۸۲۹	۰.۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۲.۰۹	۲.۶		
	دارای بیماری غیر مزمن	۱۲.۴۰	۲.۵		
	دارای بیماری مزمن و غیرمزمن	۱۰.۷۳	۳.۰		
گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال	۵۸.۱۳	۳.۳	۸.۲۷۲	۰.۰۰۰
	۲۱- ۳۰ سال	۱۳.۵۲	۲.۷		
	۳۱- ۴۰ سال	۱۳.۲۵	۲.۷		
	۴۱- ۵۰ سال	۱۳.۳۳	۲.۸		
	۵۱- ۶۰ سال	۱۲.۶۸	۲.۵		
	بیش از ۶۰ سال	۱۲.۰۲	۳.۲		

اطلاعات جدول نشان می‌دهد که بین متغیر سلامت روانی و متغیر جنس و متغیر وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین متغیر سلامت روانی و تحصیلات و در شهر تهران تفاوت معناداری وجود دارد. با کنترل متغیر سن، افراد دانشگاهی در مقایسه با افراد غیردانشگاهی از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

میزان آزمون F و سطح معناداری نشان می‌دهد که بین متغیر سلامت روانی و وضعیت سلامت در شهر تهران تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که افراد سالم در مقایسه با سایر افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

طبق اطلاعات جدول بالا و سطح معناداری آزمون F بین متغیر سلامت روانی و متغیر گـروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد کـمتر از ۲۰ سال در مقایسه با سایر گروه‌های سنی در شهر تهران از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

جدول شماره ۵: امتیاز شاخص روابط اجتماعی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

	روابط اجتماعی	میانگین(۲۰-۴)	انحراف معیار	مقدار آزمون	معنی‌داری
جنسیت	مردان	۱۲,۵۳	۲,۹	-۱,۵۳۵	۰,۱۲۵
	زنان	۱۲,۷۸	۳,۰		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲,۰۷	۳,۳	-۰,۹۱۹	۰,۳۶۵
	متأهل	۱۲,۹۰	۲,۸		
تحصیلات	دانشگاهی	۱۲,۹۹	۲,۹	۳,۳۷۸	۰,۰۰۱
	غیردانشگاهی	۱۲,۴۲	۳,۰		
وضعیت سلامت	سالم	۱۳,۰۵	۲,۹	۲۰,۹۸۱	۰,۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۱,۹۱	۲,۹		
	دارای بیماری غیر مزمن	۱۱,۷۱	۲,۸		
	دارای بیماری مزمن و غیرمزمن	۱۰,۷۰	۳,۰		
گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال	۱۲,۹۶	۳,۶	۴,۸۱۴	۰,۰۰۰
	۲۱- ۳۰ سال	۱۳,۰۰	۳,۲		
	۳۱- ۴۰ سال	۱۲,۸۱	۲,۸		
	۴۱- ۵۰ سال	۱۲,۷۵	۲,۹		
	۵۱- ۶۰ سال	۱۲,۰۷	۲,۷		
	بیش از ۶۰ سال	۱۱,۷۱	۲,۸		

وضعیت شاخص روابط اجتماعی به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

در ادامه وضعیت شاخص روابط اجتماعی به تفکیک متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، گروه‌های سنی و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اطلاعات جدول نشان می‌دهد، بین متغیر روابط اجتماعی و متغیرهای جنس و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد. با کنترل متغیر سن، سطح معناداری آزمون T نشان می‌دهد که بین افراد دانشگاه‌ی و افراد با تحصیلات غیردانشگاهی در تهران در برخورداری از روابط اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد و رابطه بین روابط اجتماعی و تحصیلات از نوع کاذب است.

با توجه به سطح معناداری باید گفت که بین افراد سالم و بیمار در برخورداری از روابط اجتماعی در شهر تهران تفاوت وجود دارد. افراد سالم نسبت به افراد بیمار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌های مختلف سنی در برخورداری از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها بیانگر آنست که افراد ۲۱ تا ۳۰ سال در شهر تهران با امتیاز ۱۳ دارای بالاترین روابط اجتماعی نسبت به سایر گروه‌های سنی هستند.

وضعیت شاخص سلامت محیط به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

در ادامه وضعیت شاخص سلامت محیط به تفکیک متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، گروه‌های سنی و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

با توجه به اطلاعات جدول می‌توان گفت که بین متغیر سلامت محیط و متغیر جنس در شهر تهران تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه میانگین‌ها می‌توان گفت زنان بیشتر از مردان از سلامت محیط برخوردارند. اما بین سلامت محیط و وضعیت تأهل در شهر تهران رابطه معناداری وجود ندارد. گفتنی است رابطه بین وضعیت محیط و تحصیلات در شهر تهران علی‌رغم سطح معناداری (۰٫۰۰۰) از نوع کاذب است. با کنترل متغیر سن، بین سلامت محیط و تحصیلات در شهر تهران رابطه معنادار وجود ندارد.

جدول شماره ۶ : امتیاز شاخص وضعیت محیطبه تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

	سلامت محیط	میانگین (۲۰-۴)	انحراف معیار	مقدار آزمون	معنی‌داری
جنسیت	مردان	۱۱,۵۲	۲,۶	-۳,۸۷۳	۰,۰۰۰
	زنان	۱۲,۰۷	۲,۵		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱,۹۰	۲,۶	۱,۱۷۴	۰,۲۴۰
	متأهل	۱۱,۷۲	۲,۶		
تحصیلات	دانشگاهی	۱۲,۳۱	۲,۵	۶,۱۳۳	۰,۰۰۰
	غیردانشگاهی	۱۱,۴۳	۲,۶		
وضعیت	سالم	۱۲,۰۲	۲,۶	۸,۸۵۲	۰,۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۱,۳۸	۲,۵		
سلامت	سالم	۱۲,۰۲	۲,۶	۸,۸۵۲	۰,۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۱,۳۸	۲,۵		
	دارای بیماری غیر مزمن	۱۱,۳۴	۲,۶		
	دارای بیماری مزمن و غیرمزمن	۱۰,۶۸	۲,۷		
گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال	۱۱,۹۷	۳,۱	۳,۴۱۳	۰,۰۰۵
	۲۱- ۳۰ سال	۱۲,۰۴	۲,۶		
	۳۱- ۴۰ سال	۱۱,۵۰	۲,۵		
	۴۱- ۵۰ سال	۱۲,۰۶	۲,۷		
	۵۱- ۶۰ سال	۱۱,۳۳	۲,۲		
	بیش از ۶۰ سال	۱۱,۷۱	۲,۸		

جدول فوق نشان می‌دهد که بین متغیر سلامت محیط و وضعیت سلامت افراد تفاوت معناداری وجود دارد. سطح معناداری و نیز مقایسه میانگین‌ها نشان‌دهد که افراد سالم از وضعیت محیط بهتری نسبت به گروه‌های دیگر برخوردارند.

اطلاعات جدول نشان مـی‌دهد که تفاوت در برخورداری از سـلامت محیط در بین گروه‌های مختلف سنی در شهر تهران معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در شهر تهران افراد ۴۱ تا ۵۰ سال از وضعیت محیط بهتری نسبت به بقیه برخوردارند.

وضعیت کیفیت زندگی (کل) به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

در پایان وضعیت کیفیت زندگی (کل) به تفکیک متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، گروه‌های سنی و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

اطلاعات جدول نشان می‌دهد که بین متغیر کیفیت زندگی و متغیرهای جنس و وضعیت تأهل در شهر تهران تفاوت معناداری وجود ندارد. با کنترل متغیر سن، سطح معناداری آزمون T نشان می‌دهد که بین تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد، افراد با تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد با تحصیلات غیردانشگاهی از کیفیت بالاتری برخوردارند.

با توجه به سطح معناداری باید گفت که بین افراد سالم و بیمار در میزان کیفیت زندگی در شهر تهران تفاوت وجود دارد. افراد سالم نسبت به افراد بیمار از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه‌های مختلف سنی و میان کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها بیانگر آن است که افراد ۲۱ تا ۳۰ سال در شهر تهران دارای بالاترین میزان کیفیت زندگی نسبت به سایر گروه‌های سنی هستند.

جدول شماره ۷: امتیاز کیفیت زندگی کل به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

	کیفیت زندگی	میانگین (۲۰-۴)	انحراف معیار	مقدار آزمون	معنی‌داری
جنسیت	مردان	۱۲.۶۴	۲.۲	-۱.۰۹۶	۰.۲۷۶
	زنان	۱۲.۷۸	۲.۲		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲.۶۳	۲.۲	-۰.۷۰۹	۴۷۸.۰
	متأهل	۱۲.۷۳	۲.۲		
تحصیلات	دانشگاهی	۱۳.۳۵	۲.۰	۸.۴۴۸	۰.۰۰۰
	غیردانشگاهی	۱۲.۲۹	۲.۲		
وضعیت سلامت	سالم	۱۳.۱۵	۲.۱	۵۵.۵۰۷	۰.۰۰۰
	دارای بیماری مزمن	۱۱.۷۳	۲.۱		
	دارای بیماری غیر مزمن	۱۱.۸۲	۱.۸		
	دارای بیماری مزمن و غیرمزمن	۱۰.۲۵	۲.۲		
گروه‌های سنی	کمتر از ۲۰ سال	۱۲.۵۱	۲.۵	۱۳.۱۵۸	۰.۰۰۰
	۲۱- ۳۰ سال	۱۳.۱۴	۲.۱		
	۳۱- ۴۰ سال	۱۲.۸۵	۱.۹		
	۴۱- ۵۰ سال	۱۲.۹۶	۲.۳		
	۵۱- ۶۰ سال	۱۲.۱۶	۱.۹		
	بیش از ۶۰ سال	۱۱.۴۵	۲.۷		

نتیجه‌گیری

بررسی شاخص نهایی کیفیت زندگی نشان داد که میانگین این شاخص در بازه صفر تا صد، ۵۴,۴ و در بازه ۴ تا ۲۰ برابر با ۱۲,۷ به‌دست آمد. در اینجا رقم به‌دست آمده وضعیت متوسطی را نشان می‌دهد. همچنین در میان ابعاد، قوی‌ترین بعد کیفیت زندگی در بین مردم شهر تهران بعد «سلامت جسمانی» با امتیاز ۵۸,۰ است و ضعیف‌ترین بعد، بعد «سلامت محیط» با امتیاز ۴۸,۹ می‌باشد.

در بخش یافته‌ها ملاحظه نمودیم که با افزایش سن، سطح بسیاری از مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. به بیان دیگر افراد سالمند کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر گروه‌ها دارند. سالمندی به معنای بیماری نیست، اما در مطالعات صورت گرفته مشخص شده است که بیش از ۸۰ درصد سالمندان به یک یا چند اختلال یا بیماری مزمن مبتلا می‌باشند که مشکلات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای آنها ایجاد می‌نماید (اسملسر و بار، ۲۰۰۸؛ به نقل از درویش‌پور و عابد سعیدی، ۱۳۹۲: ۹). تنهایی، فوت همسر، برخورداری از تسهیلات رفاهی، نوع حمایت اجتماعی، وضعیت سلامتی، شرایط محیطی و ... از جمله عواملی هستند که بر کیفیت زندگی افراد در سنین پیری و سالمندی تأثیرگذارند (زحمت‌کشان و همکاران، ۱۳۹۱). نجاتی و همکاران (۱۳۹۰) بیان می‌کنند اولویت افراد در طول زندگی ثابت باقی نمی‌ماند و افراد در طول زندگی خود کیفیت زندگی خویش را متفاوت ارزیابی می‌نمایند و این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نیاز افراد در طول زندگی باشد. آنها در پژوهش خود نشان دادند بین سلامت عمومی، درد جسمانی و سلامت روانی و سن رابطه مستقیم وجود دارد. افراد سالمند از سلامت جسمانی و روانی کمتری نسبت به سایر گروه‌های سنی برخوردارند. بنابراین توجه به این مطلب ضروری است که در دهه اخیر، سیاست‌های کلان تمرکز بر ساختار هرم سنی جمعیت ایران که یک تورم جوانی را تجربه می‌نمود تنظیم می‌شده است. باتوجه به اینکه تا چند دهه آینده تورم کهنسالی را تجربه خواهیم نمود، سیاست‌ها و به‌خصوص استراتژی‌های فعلی باید به سمتی باشد تا افت کیفیت زندگی شدیدی در جمعیت ایران مشاهده نشود.

گفتنی است متغیر تحصیلات از دیگر عواملی است که طبق یافته‌های مطالعه حاضر با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد. افراد با تحصیلات بالا و کسانی که آموزش عالی را تجربه کردند، ارزیابی مثبت‌تری نسبت به کیفیت زندگی خویش دارند. بنابراین تأکید بر آموزش و توسعه آن می‌تواند یکی از عوامل مؤثر و مفید در جهت ارتقاء کیفیت زندگی افراد قلمداد شود. در این راستا شالر[1] معتقد است یادگیری و سوادآموزی تأثیر مثبت و مستقیمی بر وضعیت سلامت و رضایت از زندگی فرد دارد. در سطح اجتماعی نیز موجب انسجام و افزایش اعتماد اجتماعی می‌شود. افراد با دانش و سوادی که دارند روابط اجتماعی خود با دیگران را شکل می‌دهند و این امر فرایند ادغام اجتماعی را تسهیل می‌نماید (شالر، ۲۰۰۷: ۸). پیفر[2] (۲۰۰۷) بیان می‌کند تحصیلات با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و تحصیلات بالا موجب پیشرفت اجتماعی و اقتصادی فرد می‌گردد. از نظر وی تحصیلات، فرد را توانمند می‌کند و به او کمک می‌کند تا در جامعه فعال باشد و گزینه‌ها و انتخاب‌هایش افزایش یابد (خان و ویلیامز، ۲۰۰۶: ۲). تحصیلات سبب می‌شود که افراد چیزهایی به دست آورند که مستقیماً به کیفیت زندگی مرتبط است. هلیول[3] (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد افرادی که از تحصیلات بالا برخوردارند، تمایل دارند میزان رضایت از زندگی و بهزیستی زندگی خویش را بهتر گزارش کنند. همچنین چنین افرادی از سلامت بالاتری برخوردارند و مشارکت فعالی در جامعه دارند (سلامت اجتماعی).

مقایسه مطالعه حاضر با مطالعه (نجات و همکاران، ۱۳۸۶) که در سال ۱۳۸۴ اجرا شده است، نشان می‌دهد که تفاوت امتیاز سلامت جسمانی بین مردان در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۳ چندان زیاد نیست، اما در کل امتیاز سلامت جسمانی در سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ بیشتر است. در مورد وضعی‌ت سلامت باید گفت که امتیاز از سلامت جسمانی در سال ۱۳۹۳ در بین افراد سالم نسبت به افراد بیمار در مقایسه با سال ۱۳۸۴ کمتر است. می‌توان گفت: افراد کمتر از ۲۰ سال از سلامت جسمانی بالاتری در شهر تهران نسبت به سایر

1- Schuller
2- Pfeifer
3- Helliwell

گروه‌های سنی برخوردارند. این وضعیت هم در مطالعه سال ۱۳۹۳ و هم در سال ۱۳۸۴ مشاهده می‌شود.

بین امتیاز سلامت روانی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۸۴ تفاوت چندان معناداری بین دامنه امتیازات مشاهده نمی‌شود. افراد کمتر از ۲۰ سال از سلامت روانی بالاتری در شهر تهران نسبت به سایر گروه‌های سنی برخوردارند. و در مقابل افراد بیش از ۶۰ سال کمترین میزان سلامت روانی را دارند. این وضعیت هم در مطالعه سال ۱۳۹۳ و هم در سال ۱۳۸۴ مشاهده می‌شود.

وضعیت سلامت محیط در بین زنان و مردان در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۳ متفاوت است. به‌طور کلی مردان و زنان از سلامت محیط بیشترین در سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ برخوردارند. گفتنی است در هر دو مطالعه میزان سلامت محیط در بین زنان بیشتر از مردان است. مقایسه وضعیت سلامت نشان می‌دهد که افراد سالم، سلامت محیط بیشتری نسبت به افراد بیمار در هر دو مطالعه دارند. مقایسه امتیازات گروه‌های سنی نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۴ بیشترین سلامت محیط در شهر تهران متعلق به افراد کمتر از ۲۰ سال است، درحالی‌که در سال ۱۳۹۳ این میزان متعلق به افراد ۲۱ تا ۳۰ سال می‌باشد. در مقابل کمترین میزان سلامت محیط طبق مطالعه سال ۱۳۸۴ متعلق به افراد بالای ۶۰ سال است درحالی‌که در سال ۱۳۹۳ متعلق به افراد ۵۱ تا ۶۰ می‌باشد.

مقایسه امتیازها نشان می‌دهد که وضعیت روابط اجتماعی در بین زنان و مردان در سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ در شهر تهران بهتر است. هم در سال ۱۳۹۳ و هم ۱۳۸۴ زنان بیشتر از مردان از سلامت اجتماعی برخوردارند. گفتنی است افراد سالم طبق مطالعات صورت گرفته نسبت به افراد بیمار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. مقایسه امتیازات کسب شده در گروه‌های مختلف سنی بیانگر آن است که افراد پاسخگو در سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ سلامت اجتماعی بیشتری دارند. مقایسه گروه‌های سنی نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۴ افراد کمتر از ۲۰ سال از بیشترین سلامت اجتماعی برخوردارند و در مقابل در سال ۱۳۹۳ افراد ۲۱ تا ۳۰ سال بیشترین میزان سلامت اجتماعی را دارند.

منابع

ـ پاکپور حاجی‌آقا، امیر؛ پناهی چناقبلاغی، داود؛ یکانی‌نژاد، میرسعید؛ عبادی فردآذر، فربد و حسین ایزی (۱۳۸۵) مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران همودیالیزی و افراد سالم، ***فصلنامه مدیریت سلامت***، ۲۵: ۵۵–۶۲.

ـ درویش‌پور، علی و ژیلا عابدسعیدی (۱۳۹۲) بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران، ***نشریه دانشکده پرستاری و مامایی***، ۸۲: ۱۶–۸.

ـ رضایی، فاطمه؛ احدی، حسن؛ پاشاشریفی، حسن و یوسف کریمی (۱۳۸۶) رابطه کیفیت زندگی والدین با عملکرد مدرسه‌ای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اصفهان ۱۳۸۶– ۱۳۸۵، ***نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی***، ۳۳: ۱۳۱–۱۴۸.

ـ زحمت‌کشان، نسرین؛ باقرزاده، راضیه؛ اکابریان، شرافت و ... (۱۳۹۱) بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر، ***مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا***، ۲(۱): ۵۸– ۵۳.

ـ زندی‌پور، طیبه (۱۳۹۱) درمان کل‌نگر و کیفیت زندگی بیماران MS در ایران پژوهشی ملی، مصوب دانشگاه الزهرا (س)، ***فصلنامه مطالعات روانشناختی***، شماره ۳۲، صص ۲۷–۶۶.

ـ علی‌پور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه و اکبر بیگلریان (۱۳۸۸) نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان، ***فصلنامه رفاه اجتماعی***، ۳۳: ۱۴۷–۱۶۶.

ـ غفاری، غلامرضا و رضا امیدی (۱۳۸۸) ***کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی***، تهران: انتشارات شیرازه.

ـ مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (۱۳۹۳) پیمایش ملی کیفیت زندگی مردم ایران بر اساس پرسشنامه سازمان جهانی سلامت، طرح پژوهشی، تهران: مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا).

ـ مهندسان مشاور خدمات مدیریت ایرانیان (۱۳۹۵) **شناخت کیفیت زندگی در شهر تهران**، تهران: انتشارات مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

ـ نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش و محمدکاظم مجدزاده (۱۳۸۵) استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت :(WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، ***مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی***، ۴(۴): ۱۲–۱.

ـ نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش و محمدکاظم مجدزاده (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF، ***مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم***، ۱۰(۳): ۸–۱.

ـ نجاتی، وحید و حسن عشایری (۱۳۸۷)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، ***مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران***، ۵۲: ۵۶–۶۱.

ـ نجاتی، وحید؛ احمدی، خدابخش؛ شریفیان، مریم و فاطمه شعاعی (۱۳۹۰)، مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دهه‌های سنی مختلف: پیش‌بینی برای سالمندان، ***مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا***، ۱(۴): ۲۳۲– ۲۲۷.

-Andrews, F.M., & Withey, S. (1976) ***Social indicators of well-being: American perceptions of quality of life***, The Management Group.

-Benitez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J., & Urzúa-Morales, A. (2014) Factorial structural analysis of the Spanish version of WHOQOL-BREF: an exploratory structural equation model study, ***Quality of Life Research***, 23(8), 2205–2212.

-Bonomi, A.E., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., & Martin, M. (2000) Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument, ***Journal of Clinical Epidemiology***, 53(1), 1–12.

-Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976) ***Quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*** (p. 594). Russell Sage Foundation.

-Colbourn, T, Masache, G and Skordis-Worrall, G (2012) ***Development, reliability and validity of the Chichewa WHOQOL-BREF in adults in lilongwe***, Malawi.

-Cruz, L, Polanczyk, C, Camey, S, Hoffmann, J and Fleck, M (2011) Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample, ***Qual Life Res***, 20:1123–1129.

-Diener, E. & Lucas, R.E. (2000) Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory, ***Journal of Happiness Studies***, 1(1), 41–78.

-Diener, E. (2000) Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index, ***American Psychologist***, 55(1), 34–43.

-Goudy, W.J. (1977) Evaluations of local attributes and community satisfaction in small towns, Rural Sociology.

-Hsu, P. (2009). ***Development of a New Zealand version of the World Health Organisation of Quality of Life Survey (WHOQOL) instrument***, Auckland University of Technology.

-Helliwell, J.F (2008) Life Satisfaction and Quality of Development, working paper 14507, ***National Bureau of Economic Research***, Cambridge.

-Kra¨geloh, C, Kersten, P, Billington, D, Hsien-Chuan Hsu, P, Shepherd, D, Landon, J and Feng, x (2013), Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for general use in New Zealand: confirmatory factor analysis and Rasch analysis, ***Qual Life Res***, 22:1451–1457.

-Kasarda, J.D. & Janowitz, M. (1974) Community attachment in mass society, ***American Sociological Review***, 328–339.

-Khan, H., Williams, J.B (2006) ***Poverty Alleviation through Access to Education: Can E-Learning Deliver?*** Working Paper No. 002/2006.

-Leonard, S. (1993) ***What Can Planners Do to Promote the Health and Well-Being of People in City Regions***? In 29th Congress City Regions and Well-Being. Glasgow, Great Britain.

-Moro, M., Brereton, F., Ferreira, S. & Clinch, J.P. (2008) Ranking quality of life using subjective well-being data, ***Ecological Economics***, 65(3), 448–460.

-Pfeifer, A (2007) ***Good Practices in Basic Education in Latin America***, OECD Conference, Istanbul, Turkey.

-Redko, C, Rogers, N, Bule, L, Siad, H and Choh, A. (2015) Development and validation of the Somali WHOQOL-BREF among refugees living in the USA, ***Qual Life Res***, 24: 1503–1513.

-Shin, D.C. & Johnson, D.M. (1978) Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life, ***Social Indicators Research***, 5(1-4), 475–492.

-Schuller, T. (2007) ***Understanding the social outcomes of learning***, Second OECD World Forum on Statistics, Knowledge and Policy, Istanbul, Turkey.

-Takashi Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Matsuo, Y., Yamada, H., Kurita, H. and Wakai, S. (2005) Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh, ***Quality of Life Research***, 14: 1783–1789.

-Usefy, A.Y Ghassemi, GH.Y Sarrafzadegan, N.Y Mallik, S.Y Baghaei, S. & Rabiei, K. (2010) Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult Sample, ***Community Ment Health J***, 46: 139–147.

-Vaarama, M., Luoma, M.-L., Siljander, E. & Meriläinen-Porras, S. (2014) ***Validity and Reliability of Finnish Version of WHOQOL-Bref on Adult***

Population in Finland, Available at SSRN 2373890.

-Vikram, M. & Singh, V.P. (2014) Translation and validation of the Nepalese version of oral health impact profile (OHIP-14) questionnaire, ***Oral Biology and Dentistry***, 2(1), 3.

-WHO Quality of Life Group (1996) ***WHOQOL-BREF Introduction, Adminstration and scoring, Field Trial version***, World Health Organization.

-Xia, P, Li, N, Hau, K, Liu, C and Lu, Y (2012) Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF, BMC ***Medical Research Methodology***, 12: 37.

-Yao, G., Chung, C.-W., Yu, C.F. & Wang, J.D. (2002) Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version, ***Journal of the Formosan Medical Association***, 101(5), 342–351.

-Zuiches, J.J. (1981) ***Residential preferences in the United States***.