

مقاله‌ی پژوهشی

کیفیت زندگی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی استان کردستان

خلاصه

مقدمه: کیفیت زندگی از فاکتورهای مهم در ارزیابی مشکلات سلامت در جوامع مختلف می‌باشد.

روش کار: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، ۷۰۰ نفر از جمعیت ۱۵-۶۴ ساله‌ی استان کردستان را در سال ۱۳۸۶ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و توسط پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی یوروهایس بررسی نموده است. تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS و آزمون‌های تی مستقل، ANOVA، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه کیفیت زندگی در مردان به طور معنی‌داری بهتر از زنان ($P=0/001$)، و در مناطق روستایی بهتر از مناطق شهری بود ($P=0/01$). افراد دارای فعالیت ورزشی بیشتر کیفیت زندگی بهتری داشتند ($P=0/002$). کیفیت زندگی در افراد سیگاری پایین‌تر بود ($P<0/05$). کیفیت زندگی با افزایش سن، بدتر ($r=-0/197$ و $P<0/001$) ولی با افزایش وزن ($r=0/095$ و $P=0/01$) و قد بهتر می‌شد ($r=0/193$ و $P<0/001$). افراد بی‌سواد کیفیت زندگی پایین‌تر ($F=13/246$ و $P<0/001$) و افراد دارای درآمد بیشتر کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($F=13/814$ و $P<0/001$).

نتیجه‌گیری: در جمعیت بزرگسال استان کردستان کیفیت زندگی در زنان به طور بارزی پایین‌تر است و با افزایش سن، عدم فعالیت ورزشی و مصرف سیگار کیفیت زندگی مشخصاً کاهش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: ایران، زنان، سن، کیفیت زندگی، مردان

نرگس شمس علی‌زاده

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

* بهزاد محسن پور

متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

ابراهیم قادری

دستیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرزین رضاعی

استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

علیرضا دل‌آوری

استادیار غدد، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*مؤلف مسئول:

ایران، سنندج، بیمارستان توحید
تلفن: ۰۸۷۱۳۲۸۵۹۹۰

behzadmohsenpour@yahoo.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۱۱/۱۲

تاریخ تایید: ۱۳۸۸/۱۲/۱۹

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی کردستان انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. در انجام این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از نهادهای دولتی و غیردولتی دریافت نشده است. از تمام همکاران گروه پیش‌گیری و مبارزه با بیماری‌های شهرستان‌های استان کردستان، سرکار خانم سیران نیلی و خانم دکتر رستمی گوران و کارشناسان محترم معاونت پژوهشی دانشگاه تشکر می‌شود.

Original Article

Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran

Abstract

Introduction: Quality of life is one of the important factors in evaluating health problems in different societies.

Materials and Methods: In this descriptive-analytic study 700 individuals aged 15 to 64, were selected through the random sampling method in Kurdistan, western part of Iran, in 2007 and their quality of life was evaluated by Euro His questionnaire. Data was analyzed by SPSS software using independent t, ANOVA, Pearson correlation and multi-variable regression tests.

Results: In this study, quality of life in men was significantly better than women ($P=0.001$), and in rural regions was better than urban regions ($P=0.01$). People with more exercise activities had better quality of life ($P=0.002$), while the smokers ($P<0.05$) and also the elder people had worse quality of life ($P<0.001$, $r=-0.197$); the heavier ($P=0.01$, $r=0.095$) and the taller ones had better quality of life ($P<0.001$, $r=0.193$). Uneducated people had lower quality of life ($P<0.001$, $F=13.246$), while more income was leading to higher quality of life ($P<0.001$, $F=13.814$).

Conclusion: Between adults of Kurdistan, western part of Iran, quality of life was worse significantly in women, elder people, people with lack of exercise and with smoking habit.

Keywords: Age, Females, Iran, Males, Quality of life

Narges Shams Alizadeh

Assistant professor of psychiatry,
Kurdistan University of Medical
Sciences

**Behzad Mohsenpour*

Specialist in infectious diseases,
Kurdistan University of Medical
Sciences

Ebrahim Ghaderi

Resident of epidemiology, Shiraz
University of Medical Sciences

Farzin Razaee

Assistant professor of psychiatry,
Kurdistan University of medical
Sciences

Alireza Delavari

Assistant professor of
endocrinology, Endocrine
Research Center, Tehran
University of Medical Sciences

***Corresponding Author:**

Touhid Hospital, Sanandaj, Iran
behzadmohsenpour@yahoo.com
Tel: +988713285990

Received: Feb. 01, 2010

Accepted: Mar. 10, 2010

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Kurdistan University of Medical Sciences. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results. The authors thank all of the members of health services of Kurdistan province, especially Mrs. Siran Nili and Dr. Rostami Guran, and employees of vice chancellor for research of Kurdistan University of medical Sciences.

Vancouver referencing:

Shams Alizadeh N, Mohsenpour B, Ghaderi E, Razaee F, Delavari A. Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(1): 448-56.

مقدمه

کیفیت زندگی عبارت است از برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی که با توجه به زمینه‌ی فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف و انتظارات و استانداردهای فرد می‌باشد (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت به صورت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری و معلولیت باعث گسترش توجه از بیماری به عملکرد و سایر جنبه‌های مثبت سلامتی شده است (۲،۳).

کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی در نظر گرفت و در حال حاضر از آن به عنوان یک شاخص کلیدی که باید به صورت معمول در پژوهش‌های بهداشتی در نظر گرفته شود، یاد می‌کنند (۳،۴). هم‌چنین در حال حاضر بحث کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده‌ی سیاست‌مداران و متخصصان بهداشت عمومی بوده و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات‌های بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود (۵،۶). استفاده از پرسش‌نامه‌های کوتاه بررسی کیفیت زندگی به صورت یک ابزار اقتصادی درآمده و این ابزار نه فقط برای پایش‌های بهداشتی، بلکه برای غربال‌گری در مطالعه‌های بالینی نیز می‌تواند کاربرد داشته باشد. یکی از این پرسش‌نامه‌ها، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی یوروویس ۸ سئوالی^۱ است که از تلخیص WHOQOL-BREF تهیه شده است. این پرسش‌نامه در چند کشور اروپایی استفاده شده و در مطالعات از روایی هم‌گرا و متمایزکننده‌ی^۲ قابل قبولی برخوردار بوده است (۷-۹).

تا کنون در ایران کیفیت زندگی به صورت گسترده و در جمعیت عمومی بررسی نشده و بررسی‌های محدود نیز با پرسش‌نامه‌های قدیمی و با تعداد سئوال‌ها بسیار زیاد صورت گرفته است. در حالی که سازمان بهداشت جهانی به منظور تهیه‌ی یک ابزار بین‌المللی کیفیت زندگی و به جهت تعهد به رویکرد جامع بهداشتی پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-BREF را با جمع‌آوری سئوال‌ها از ۱۵ مرکز و فرهنگ مختلف در جهان

تهیه نموده است. این پرسش‌نامه به ۲۹ زبان ترجمه شده و در ۳۲ مرکز در دنیا به صورت گسترده مورد استفاده قرار گرفته است (۹). از آن جا که بررسی‌هایی که چندین شاخص سلامتی را در نظر می‌گیرند نیاز به اندکس‌های کوتاه دارند، پرسش‌نامه‌ی ۸ سئوالی EUROHIS-QOL تهیه گردیده است (۸). در این مطالعه، پرسش‌نامه‌ی مذکور ترجمه و روایی محتوایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت و سپس کیفیت زندگی در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی استان کردستان با استفاده از آن مطالعه گردید.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بوده و جامعه‌ی آماری آن را جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی استان کردستان در سال ۱۳۸۶ تشکیل می‌دادند. با توجه به انجام مقدماتی مطالعه در ۳۰ نفر، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی ۲۶/۰۶ و واریانس ۲۳/۹ به دست آمده و حجم نمونه با دقت ۲ نمره و α برابر ۵ درصد برابر ۵۵۷ محاسبه گردید که در این مطالعه ۷۰۰ نفر بررسی شدند. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی (طبقات شامل شهرها و روستاها) و در داخل طبقات به صورت خوشه‌ای بود. از اولین رقم کدپستی که مربوط به تقسیم‌بندی شهر است استفاده و نمونه‌گیری در داخل آن با روش تصادفی انجام گرفت. با استفاده از فهرست خانواری شهری و روستایی به صورت تصادفی سرخوشه‌ها تعیین و نقشه‌ی هر خوشه با توجه به مشخصات جغرافیایی همراه با آدرس و محدوده‌ی آن مشخص شد. محل دقیق سرخوشه نیز همراه با آدرس بر روی نقشه، معین گردید. نشانی پستی سرخوشه‌ها از بانک اطلاعات کدهای پستی شرکت پست جمهوری اسلامی ایران استخراج شد.

قابل ذکر است که تمام این فعالیت‌ها توسط مرکز مدیریت بیماری‌های کشور و جهت اجرای نظام مراقبت عوامل خطر غیرواگیر انجام گرفت. بررسی از سرخوشه‌ها آغاز و گروه بررسی از سمت راست حرکت نموده و اعضای واجد شرایط خانوارها در پنج گروه سنی ۲۴-۱۵، ۳۴-۲۵، ۴۴-۳۵، ۵۴-۴۵ و ۶۴-۵۵ سال بررسی شدند و دقت شد تا در هر گروه

^۱EUROHIS-QOL 8-item^۲Discriminate and Convergent Validity

شده در ۱۰ کشور مختلف نشان داده شده است که این پرسش‌نامه از پایایی هم‌گرا و متمایزکننده‌ی قابل قبولی برخوردار است (۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، پرسش‌نامه‌ی مذکور در اختیار ۳۰ نفر قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۵ به دست آمد و روایی محتوایی آن نیز به تایید ۴ نفر روان‌پزشک رسید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آن‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری لازم انجام شد. جهت مقایسه‌ی نمره‌ی کیفیت زندگی برحسب متغیرهای مستقل اسمی از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و برای بررسی همبستگی دو عامل کمی از ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی از نظر مخدوش‌کننده‌ها از رگرسیون چندگانه استفاده شد. انجام مصاحبه با رضایت کامل فرد و رازداری کامل انجام شد.

جدول ۱- پرسش‌نامه‌ی Euro His ترجمه شده به فارسی

کیفیت زندگی شما چطور است؟				
خیلی بد	بد	متوسط	خوب	خیلی خوب
چقدر از سلامتی‌تان راضی هستید؟				
خیلی ناراضی	ناراضی	متوسط	راضی	خیلی راضی
آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟				
اصلا	کمی	متوسط	اکثرا	کاملا
چقدر از توانایی‌تان برای انجام کارهای روزمره راضی هستید؟				
خیلی ناراضی	ناراضی	متوسط	راضی	خیلی راضی
چقدر از خودتان رضایت دارید؟				
خیلی ناراضی	ناراضی	متوسط	راضی	خیلی راضی
چقدر از روابط‌تان با دیگران راضی هستید؟				
خیلی ناراضی	ناراضی	متوسط	راضی	خیلی راضی
آیا پول کافی برای برآوردن نیازهای‌تان دارید؟				
اصلا	کمی	متوسط	اکثرا	کاملا
چقدر از شرایط محل سکونت‌تان راضی هستید؟				
خیلی ناراضی	ناراضی	متوسط	راضی	خیلی راضی

نتایج

در این مطالعه ۷۰۰ نفر شرکت داشتند که ۲ نفر از مطالعه حذف شدند. این مطالعه شامل ۳۵۲ نفر (۵۰/۴٪) مرد و ۳۴۶ نفر (۴۹/۶٪) زن بود. بیشترین فراوانی آزمودنی‌ها از نظر سطح

سنی، ۱۴۰ نفر (۷۰٪ نفر زن و ۷۰ نفر مرد) مورد پرسش قرار گیرند. از هر خانواده بیش از یک نفر برای هر گروه سنی - جنسی انتخاب نمی‌شد و اگر در خانواری بیش از یک فرد برای یک خانه‌ی جدول وجود داشت، از بین آن‌ها فردی انتخاب می‌گردید که روز و ماه تولدش به روز آمارگیری نزدیک‌تر بود. در صورت عدم حضور فرد واجد شرایط در محل، مجدداً به آن مکان مراجعه می‌شد و در صورتی که پس از یک بار مراجعه امکان مصاحبه وجود نداشت، فرد یا افراد دیگری از یک خانوار جدید جایگزین می‌شدند. کار بررسی فقط در بعد از ظهرها و روزهای تعطیل انجام و قبل از انجام مصاحبه از افراد اجازه گرفته می‌شد.

پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در این مطالعه پرسش‌نامه‌ی ۸ سئوالی یورو هیس بود (۸). ابتدا پرسش‌نامه توسط روان‌پزشک از انگلیسی به فارسی ترجمه و سپس توسط کارشناس زبان انگلیسی از فارسی به انگلیسی بازگردانده شد. با مقایسه‌ی دو متن انگلیسی به دست آمده، اصلاحات لازم در ترجمه صورت پذیرفت و متن نهایی فارسی تهیه گردید.

جهت جمع‌آوری اطلاعات ابتدا در جلسه‌ی توجیهی، پرسشگران توسط مجری با پرسش‌نامه و نحوه‌ی تکمیل آن آشنا شدند. سپس پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی هم‌زمان با سایر پرسش‌نامه‌های طرح بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در اختیار جمعیت هدف قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ها از طریق مصاحبه‌ی پرسشگر با افراد مورد مطالعه تکمیل و شفاف‌سازی لازم در مورد سئوال‌ها انجام شد تا این که در مورد ساختار پرسش‌نامه یا سایر جنبه‌های سئوال‌ها هیچ نقطه‌ی ابهامی برای شرکت‌کننده‌ها وجود نداشته باشد. فرد می‌بایست پاسخ خود را بر اساس وضعیت دو هفته‌ی اخیر بیان می‌نمود.

پرسش‌نامه از ۸ سئوال تشکیل شده است که پاسخ‌ها ۵ گزینه‌ی خیلی ناراضی، ناراضی، متوسط، راضی و خیلی راضی را در بر می‌گیرند. متن پرسش‌نامه در جدول (۱) آمده است.

نمره‌دهی به صورت خیلی راضی=کاملا (نمره‌ی ۵) تا خیلی ناراضی=اصلا (نمره‌ی صفر) بود. بدیهی است که نمره‌های بالاتر نشانه‌ی کیفیت زندگی بالاتر است. در پژوهش‌های انجام

جدول ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی جمعیت ۶۵-۱۵ ساله‌ی

مورد مطالعه در استان کردستان

مشخصات	فرآوری	درصد
جنسیت	مرد	۳۵۲
	زن	۳۴۶
سطح سواد	بی‌سواد	۲۲۸
	ابتدایی	۲۰۷
	راهنمایی و متوسطه	۲۱۰
	دیپلم و بالاتر	۵۳
درآمد	خانه‌دار	۲۸۹
	کارمند دولتی یا خصوصی	۱۸
	آزاد	۱۸۹
	دانش‌آموز و دانشجو	۳۰
	بی‌کار	۲۸
قومیت	بازنشسته	۷۹
	سایر موارد	۶۵
	۲۰۰ هزار تومان و کمتر	۵۶۶
محل سکونت	۲۰۱ تا ۷۰۰ هزار تومان	۱۱۳
	۷۰۱ هزار تومان و بالاتر	۴
فعالیت ورزشی	پاسخ نداده	۱۵
	کرد	۶۶۱
سابقه‌ی مصرف سیگار	غیرکرد	۳۷
	شهری	۳۵۲
	روستایی	۳۴۶
	بلی	۱۰۲
	خیر	۵۹۶
	بلی	۱۱۱
	خیر	۵۸۷

تحصیلات با افراد بی‌سواد با تعداد ۲۲۸ نفر (۳۲/۷٪) بود. بیشترین شغل، خانه‌دار با تعداد ۲۸۹ نفر (۴۱/۴٪) و بعد از آن شغل آزاد بود. ۶۶۱ نفر (۹۴/۷٪) از آزمودنی‌ها قومیت گُرد داشتند.

در این مطالعه ۱۰۲ نفر (۱۴/۶٪) دارای فعالیت شدید ورزشی یا تفریحی بودند. تعداد ۱۱۱ نفر (۱۵/۹٪) سابقه‌ی حال حاضر نیز سیگار مصرف می‌کردند و ۵۸ نفر (۸/۳٪) سیگار را ترک کرده بودند (جدول ۲). میانگین شاخص مصرف سیگار داشتند که از این افراد ۱۰۱ نفر (۹۱٪) در توده‌ی بدنی برابر ۲۵/۹±۴/۸ بود. میانه‌ی بیشتر سئوال‌ها ۴ و

میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی ۲۸/۱۸±۴/۶ بود (جدول ۳). این میانگین در مردان ۲۸/۷۸±۴/۳ و در زنان ۲۷/۵۷±۴/۸ گزارش گردید ($P=۰/۰۰۱$).

تفاوت معنی‌داری بین افراد دارای فعالیت ورزشی یا تفریحی با شدت زیاد، با دیگر افراد وجود داشت ($P=۰/۰۰۲$) و میانگین نمره‌ی آن‌ها بیشتر از گروه بدون فعالیت بود. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در افراد شهری ۲۷/۸۲±۴/۴ و روستایی ۲۸/۶۶±۴/۸ بود ($P=۰/۰۱$) (جدول ۴).

همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی با وزن ($r=۰/۰۹۵$)، قد ($P=۰/۰۱$) و قد ($r=۰/۱۹۳$) وجود داشت به نحوی که افراد با وزن و قد بالاتر کیفیت زندگی بالاتری داشتند. میانگین کیفیت زندگی در افراد سیگاری پایین‌تر از افراد غیرسیگاری بود ($P=۰/۰۳$). افراد بی‌سواد دارای نمره‌ی کیفیت زندگی پایین‌تری از گروه‌های دیگر بودند ($F=۱۳/۲۴۶$) ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۴). هم‌چنین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی با افزایش درآمد افزایش داشت ($F=۱۳/۸۱۴$) ($P<۰/۰۰۱$) (جدول ۵).

رابطه‌ی معنی‌داری بین نمره‌ی کیفیت زندگی و شاخص توده‌ی بدنی مشاهده نشد. همبستگی بین سن و کیفیت زندگی معنی‌دار بود و با افزایش سن، نمره‌ی کیفیت زندگی کاهش نشان می‌داد ($r=-۰/۱۹۷$) ($P<۰/۰۰۱$).

هم‌چنین همبستگی مثبتی بین دفعات مصرف میوه ($r=۰/۲۵۶$) ($P<۰/۰۰۱$) و سبزی ($r=۰/۱۵۰$) ($P<۰/۰۰۱$) با کیفیت زندگی مشاهده شد. افراد مبتلا به پرفشاری خون، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد بدون ابتلا به آن داشتند ($P<۰/۰۰۱$).

در تحلیل رگرسیون متغیرهای سن، جنس، محل سکونت، شاخص توده‌ی بدنی، درآمد، سطح سواد، مصرف سیگار و ابتلا به فشار خون وارد شدند ولی همان‌طور که در جدول (۶) آمده است، متغیرهای شاخص توده‌ی بدنی، سطح سواد و محل سکونت از مدل خارج شدند ($R\ square=۰/۱۱$). در تحلیل مقادیر باقی‌مانده و پیش‌بینی‌کننده، نرمال بوده و رابطه‌ای نداشتند. بر این اساس درآمد زیر ۲۰۰ هزار تومان، جنسیت

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار، میانه و چولگی پاسخ‌های سئوال‌ها پرسش‌نامه در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی استان کردستان

سئوال	میانگین	انحراف معیار	میانه	چولگی
کیفیت زندگی شما چطور است؟	۳/۳۱	۰/۷۹	۳	-۰/۱۱
چقدر از سلامتی‌تان راضی هستید؟	۳/۶۸	۰/۹۲	۴	-۰/۶۵
آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۳/۵۳	۰/۹۵	۴	-۰/۳۴
چقدر از توانایی‌تان برای انجام کارهای روزمره راضی هستید؟	۳/۵۸	۰/۸۴	۴	-۰/۶۶
چقدر از خودتان رضایت دارید؟	۳/۶۴	۰/۹۱	۴	-۰/۴۵
چقدر از روابط‌تان با دیگران راضی هستید؟	۴/۰۸	۰/۶۹	۴	-۰/۸۲
آیا پول کافی برای برآوردن نیازهای‌تان دارید؟	۲/۷۹	۱/۰۳	۳	۰/۲۴
چقدر از شرایط محل سکونت‌تان راضی هستید؟	۳/۵۶	۰/۹۷	۴	-۰/۵
نمره‌ی کل	۲۸/۱۸	۴/۶۳	۲۸	-۰/۲۵

مطالعه‌ی دیگر نیز بین زن و مرد تفاوت‌هایی از نظر کیفیت زندگی وجود داشته است و زن‌ها دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بوده‌اند (۲۱-۱۸). ممکن است محدود بودن فعالیت فیزیکی زنان در بیرون از خانه، حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با روی‌دادهای ناگوار و سایر عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با جنسیت در جوامع مختلف روی کیفیت زندگی دو جنس تاثیرهای متفاوتی داشته باشند (۱۷).

در این مطالعه با افزایش سن، نمره‌ی کیفیت زندگی کاهش یافت ($P < 0/001$). در مطالعه‌های دیگر نیز افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی رابطه داشته است (۱۴، ۱۶، ۱۸) و به نظر می‌رسد افزایش سن تاثیرهای روانی و جسمی وسیعی بر روی فرد داشته باشد. از آن‌جا که با افزایش سن احتمال ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌ها نیز افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایتی و توانمندسازی افراد مسن جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان اهمیت دارد و باید سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان افزایش یابد (۱۷).

مونث، غیرسیگاری بودن و عدم ابتلا به پرفشاری خون برابر صفر و درآمد بالای ۲۰۱ هزار تومان، جنسیت مذکر، سیگاری بودن و ابتلا به پرفشاری خون برابر یک (۱) فرض شدند و فرمول زیر به دست آمد:

$$- (ابتلا به پرفشاری خون \times 1/28) = \text{نمره‌ی کیفیت زندگی} \\ + (\text{درآمد} \times 2/35) - (\text{سن} \times 0/048) - (\text{مصرف سیگار} \times 1/09) - \\ + 29/2 + (\text{جنس} \times 1/43)$$

بحث و نتیجه‌گیری

در طی دو دهه‌ی گذشته کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیق‌های بالینی بوده است.

در این مطالعه، کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بود ($P = 0/001$). در مکزیک بین دو جنس تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و در مطالعات مارتین فرناندز و بهمنی و زکی نیز بین دو جنس تفاوتی مشاهده نشد، ولی در مطالعه‌های وحدانی‌نیا، پورکاخکی، آلبوکردی و نجاتی نیز کیفیت زندگی بین دو جنسیت متفاوت بوده است (۱۷-۱۰). در چند

جدول ۴- مقایسه‌ی نمره‌ی کیفیت زندگی بر حسب وضعیت‌های مختلف در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی استان کردستان

مشخصات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	df	P
جنسیت	مرد	۲۸/۷۸	۴/۳	۳/۴۶۵	۶۹۶	۰/۰۰۱
	زن	۲۷/۵۷	۴/۸			
فعالیت ورزشی	بلی	۲۹/۵۱	۴/۲	۳/۱۶۲	۶۹۶	۰/۰۰۲
	خیر	۲۷/۹۵	۴/۶			
سکونت	شهری	۲۷/۸۲	۴/۴	۲/۳۷	۶۹۶	۰/۰۱
	روستایی	۲۸/۶۶	۴/۸			
سابقه‌ی مصرف سیگار	بلی	۲۷/۳۳	۴/۴	۲/۰۹۸	۶۹۶	۰/۰۳
	خیر	۲۸/۳۴	۴/۶			

* معنی‌داری

جدول ۵- مقایسه‌ی نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه‌های با سطح سواد و درآمد متفاوت در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی استان کردستان

متغیر	کیفیت زندگی	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	P
سطح سواد	بین گروهی	۸۱۰/۸۷۸	۳	۲۷۰/۲۹۳	۱۳/۲۴۶	<۰/۰۰۱
	داخل گروهی	۱۴۱۶۱/۰۹۳	۶۹۴	۲۰/۴۰۵		
	مجموع	۱۴۹۲۰/۳۷۹	۶۹۷			
درآمد	بین گروهی	۸۴۳/۶۶۸	۳	۲۸۱/۲۲۳	۱۳/۸۱۴	<۰/۰۰۱
	داخل گروهی	۱۴۱۲۸/۳۰۴	۶۹۴	۲۰/۳۵۸		
	مجموع	۱۴۹۷۱/۹۷۱	۶۹۷			

ارتقای کیفیت زندگی یک جامعه بوده و با توجه به تاثیر مستقیم ورزش در سلامتی، گسترش فرهنگ ورزش در جامعه باید به عنوان یکی از اصلی‌ترین فعالیت‌های آموزشی بهداشتی در نظر گرفته شود.

میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در افراد سیگاری پایین‌تر از افراد طبیعی بود ($P < 0/05$). در مطالعه‌ای که توسط پور کاخکی و همکاران در بیماران دیابتی انجام شد، رابطه‌ی معنی‌داری بین کیفیت زندگی و جنسیت و میزان تحصیلات مشاهده گردید (۱۵). در مطالعه‌ی ویدرین^۲ مصرف سیگار سبب کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ایدز شده بود (۲۸). در مطالعه‌ای در دانمارک مشخص شد که مصرف سیگار، فعالیت کم، چاقی و مصرف الکل زیاد تاثیر منفی روی کیفیت زندگی داشته است (۲۹) ولی در مطالعه‌ی گراهام^۳ بین مصرف سیگار و کیفیت زندگی رابطه‌ای وجود نداشت (۱۰). در مطالعه‌ی حاضر بین شاخص توده‌ی بدنی و کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد، ولی در مطالعه‌ی گراهام در مکزیک رابطه‌ی منفی بین این دو وجود داشته است و با افزایش شاخص توده‌ی بدنی کیفیت زندگی کاهش می‌یافته است (۱۰).

کیفیت زندگی در افراد ساکن در شهر پایین‌تر از افراد ساکن در روستا بود ($P = 0/01$) که می‌تواند ناشی از بالاتر بودن تنش و فشارهای روانی و یا فعالیت جسمانی کمتر در مردم شهرنشین باشد. هم‌چنین کیفیت زندگی در افراد کم درآمد پایین‌تر بود ($P < 0/001$). بدیهی است که مشکلات اقتصادی، رفاه کلی فرد را تحت تاثیر قرار داده و کیفیت زندگی نیز به‌عنوان

در این مطالعه میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در افراد دارای سطح تحصیلات کمتر از پنجم ابتدایی پایین‌تر از بقیه بود ($P < 0/001$). در مطالعه‌ی نبی این تفاوت وجود نداشت (۲۲). ولی در مطالعات دیگر دیده شده که افزایش سطح تحصیلات اثر مثبتی روی کیفیت زندگی داشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تحصیلات به عنوان یک نقطه‌ی مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم و باکیفیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۴، ۲۳).

جدول ۶- نتیجه‌ی تحلیل عوامل موثر بر نمره‌ی کیفیت زندگی با

رگرسیون چند متغیره

مدل	Unstandardized Coefficients		t	معنی‌داری
	B	Std. Error		
Constant	۲۹/۲	۰/۵۴	۵۳/۴۲	<۰/۰۰۱
سن	-۰/۰۴۸	۰/۰۱	-۳/۷۷	<۰/۰۰۱
درآمد	۲/۳۵	۰/۳۵	-۴/۲۴	<۰/۰۰۱
مصرف سیگار	-۱/۰۹	۰/۴۸	-۲/۲۵	۰/۰۲
پرفشاری خون	-۱/۲۸	۰/۵۹	-۲/۱۶	۰/۰۳
جنسیت	۱/۴۳	۰/۳۵	۴/۰۶	<۰/۰۰۱

در مطالعه‌ی ما هم‌چنین کیفیت زندگی افراد دارای فعالیت شدید ورزشی یا تفریحی بالاتر از افراد دیگر بود ($P = 0/002$). در مطالعات دیگری نیز فعالیت فیزیکی با سطح بالای کیفیت زندگی همراه بوده است (۲۴، ۲۵). در مطالعه‌ی وون مکسن^۱ نیز ورزش به عنوان عامل بهبود مشکلات روانی در بیماران مبتلا به هموفیلی ذکر شده است (۲۶). در مطالعه‌ی یک‌فلاح تمرین‌های ورزشی، نمره‌ی کیفیت زندگی را در بیماران آسمی افزایش داد (۲۷). پس ورزش یکی از عوامل مهم در

^۲Vidrine^۳Graham^۱Von Mackensen

مدل حذف گردیده است. از محدودیت‌های طرح می‌توان به حذف بررسی برخی از متغیرهای مورد نظر به دلیل الزام به کاهش حجم سئوال‌ها اشاره نمود. زیرا طرح هم‌زمان با طرح کشوری بررسی عوامل خطر غیرواگیر صورت پذیرفت و در صورت اختصاص سئوال‌ها بیشتر به کیفیت زندگی احتمال می‌رفت که به دلیل طولانی بودن سئوال‌ها و خستگی، پذیرش افراد کاهش یابد.

در این مطالعه کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان بود و لازم است عوامل موثر بر کاهش کیفیت زندگی در زنان مورد بررسی بیشتری قرار گیرد و در جهت رفع این عوامل منفی برنامه‌ریزی‌های لازم انجام شود. هم‌چنین با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی در افراد مسن، این قشر باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرند. به دلیل ارتباط ورزش و تفریح کم و مصرف سیگار با کیفیت زندگی پایین، لازم است این مسئله نیز مورد توجه بیشتری در جامعه قرار گیرد و برنامه‌ریزی‌های لازم در جهت تصحیح این عوامل در جامعه و ارتقای کیفیت زندگی صورت گیرد.

شاخص سلامت و رفاه کلی تحت تاثیر آن قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ی زکی نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی در کیفیت زندگی موثر بوده و در مطالعه‌ی وحدانی‌نیا نیز افراد شاغل کیفیت زندگی بالاتری نسبت افراد غیرشاغل داشتند (۱۴،۱۳). در مطالعه ما افرادی که از تغذیه‌ی مناسب برخوردار نبودند و میوه و سبزی کمتری مصرف می‌کردند کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند ($P < 0/001$) که این نیز می‌تواند ناشی از تاثیر تغذیه‌ی نامناسب بر سلامتی و یا بازتاب مشکلات اقتصادی در این‌گونه افراد باشد.

در تحلیل رگرسیون با تطبیق عوامل مختلف، جنس مرد $1/43$ نمره، درآمد بالا $2/35$ نمره، هر سال سن $0/048$ - نمره، سیگاری بودن $1/09$ - نمره و ابتلا به پرفشاری خون $1/28$ - نمره در میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی تاثیر داشتند. علت این که برخی عوامل در تحلیل رگرسیون تاثیری نداشته‌اند، می‌تواند مربوط به وجود ارتباط آن‌ها با دیگر عواملی باشد که در مدل وارد شده و تاثیر خود را از این طریق نشان داده‌اند. مثلاً سطح سواد می‌تواند با افزایش درآمد همراه باشد و لذا سطح سواد در

References

1. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DKL. Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
2. Kaplan H, Sadock B. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 12.
3. Kaplan H, Sadock B. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 2947.
4. Power M. Developing common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C. (editors). EUROHIS: Developing common instrument for health surveys. 1st ed. Portland: IOS; 2003: 145-64.
5. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272(8): 619-26.
6. Guggenmoss I. Quality of life. In: Hoziman I. (editor). Quality of life and health. Berlin: Black Well Wissenschaft; 1995: 350.
7. Smith GT, McCarthy DM, Anderson KG. On the sins of short-form development. *Psychol Assess* 2000; 12: 102-11.
8. Schmidt S, Mühlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Pub Health* 2006; 16(4): 420-8.
9. World Health Organization. Program on mental health. WHO QOL-Brief- Introduction, Administer scoring and generic version of the assessment field trial. 1999: 1-14.
10. Graham JE, Stoebner-May DG, Ostir GV, Al Snih S, Peek MK, Markides K, et al. Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 39.
11. Martin-Fernandez J, Gomez-Gascon T, Beamud-Lagos M, Cortes-Rubio JA, Alberquilla-Menendez-Asenjo A. Professional quality of life and organizational changes: A five-year observational study in primary care. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 101.

12. Bahmani B, Tamadoni M, Asgari M. [Quality of life and its relation to religion attitude in students of south unite of Azad University in Tehran]. *Teb va Tazkieh* 2004; 53: 32-44. (Persian)
13. Zaki MA. [Quality of life and its relationship with self-esteem in male and female student of Isfahan University]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 13(4): 416-9.
14. Vahdani-Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life and elderly population in Iran: A population-based study]. *Payesh* 2005; 4(2): 113-20.
15. Darvishpour Kakhki A, Etaati Z, Mirsaedi M, Masjedi MR, Velayati AA. [Quality of life of TB patients referred to Mahshid Daneshvari Hospital in 2005]. *Iranian journal of infectious diseases and tropical medicine* 2006; 11(32): 49-56.
16. Albou Kordi M, Ramezani MA, Arizi F. A study on the quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004. *Sci Med J* 2007; 51(4): 701-7.
17. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 14(1): 56-61.
18. Kranciukaite D, Rastenyte D, Jureniene K. Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using the SF-12 questionnaire. *Medicina* 2007; 43(6): 501-7.
19. Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *Eur J Epidemiol* 2007; 22(1): 19-26.
20. Knurowski T, Lazic D, Van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, Van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croat Med J* 2004; 45(6): 750-6.
21. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM. Age, sex, and co-morbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *J Clin Epidemiol* 2007; 60(11): 1164-75.
22. Nabaie B, Kheiltash A, Montazeri M, Sedaghat M, Meysamie A. [The comparison of quality of life in patients with leukemia and lymphoma]. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2005; 63(5): 399-404. (Persian)
23. Meek S. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative effect. *J Age Health* 2001; 13: 92-119.
24. Klein BE, Klein R, Moss SE. Self-rated health and diabetes of long duration. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 1998; 21: 236-40.
25. De Rekeneire N, Resnick HE, Schwartz AV, Shorr RI, Kuller LH, Simonsick EM, et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in nondisabled older individuals: The health, aging, and body composition study. *Diabetes Care* 2003; 26: 3257-63.
26. Von Mackensen S. Quality of life and sports activities in patients with haemophilia. *Hemophilia* 2007; 13(2): 38-43.
27. Yeke Fallah L. [The effect of physical exercise on the pulmonary function and quality of life in asthmatic patients]. *Journal of Sabzevar Faculty of Medical Sciences* 2006; 12(4): 14-9. (Persian)
28. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. The effects of smoking abstinence on symptom burden and quality of life among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(9): 659-66.
29. Bronnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M, Sorensen J. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. *Scand J Public Health* 2007; 35(5): 510-5.