کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد بالای ۴۰ سال ساکن مازندران

رضاعلی محمد پور تهمتن: * دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۱۴۹-۱۴۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

کاربرد اندازه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در تحقیقات پزشکی در دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است. بدین منظور پرسشنامه Short Form 36 (SF-36) در کشورهای مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. هدف این مقاله، بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد تحت مطالعه در استان مازندران بود.

پژوهش حاضر به صورت مطالعه‌ای مقطعی طراحی شده که طی آن اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی و برخی از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی به صورت همزمان جمع آوری گردید. جامعه آماری، تعداد ۱۱۸۳ نفر از افراد بالای ۴۰ سال ساکن در مناطق شهری و روستایی مازندران هستند که پس از طبقه بندی تصادفی و خوشه‌ای، مورد مطالعه قرار گرفتند و برای هر فرد دارای شرایط در خانوار، یک پرسشنامه SF-36 و یک پرسشنامه حاوی متغیرهای اقتصادی ـ اجتماعی تکمیل و نمره کیفیت زندگی تعیین گردید. برای مقایسه نمرات در مردان و زنان و افراد شهری و روستایی، آزمون t مورد استفاده قرار گرفت.

تعداد ۵۶۳ نفر (۴۶/۸ درصد) به طور کلی سلامتی خود را در سطح عالی یا خیلی خوب اعلام کردند و میانگین نمرات کیفیت زندگی در زنان نسبت به مردان کمتر بود ($P<۰/۰۰۱$). در ضمن، بجز شادابی و نشاط در سایر حیطه‌ها شهرنشینان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در کیفیت زندگی مردان و زنان و افراد شهری و روستایی وجود دارد. برای کاهش این نابرابری، اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌های متناسب، پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، SF-36، بررسی بهداشتی، مازندران

* نویسنده پاسخگو: ساری، جاده خزرآباد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تلفن: ۰۱۵۱-۳۵۴۲۴۷۳
Email: mohammadpour2002@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.1.8]

مقدمه

بررسی‌های بهداشتی (Health Surveys) ابعاد مختلفی دارند. یکی از این ابعاد، بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد است. کاربرد اندازه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health-Related Quality of Life-HRQOL) در تحقیقات پزشکی در دهه گذشته رشد چشمگیری داشته است [۲، ۱].

مفهوم کیفیت زندگی در علوم اجتماعی مانند جامعه شناسی، در فلسفه و نیز در علوم پزشکی مدت طولانی است که مورد پژوهش قرار گرفته است [۳].

در علوم اجتماعی از مشخصه‌های اجتماعی برای تعریف «کیفیت زندگی» سالهاست که استفاده می‌شود و در فلسفه و در دین و سایر بخش‌ها نیز مفاهیم چگونه زیستن یا خوب بودن، بحث‌های زیادی را ایجاد کرده است. ولی این مفهوم از سال ۱۹۴۰ در تحقیقات پزشکی مثلاً سرطان شناسی مورد استفاده قرار گرفت تا کیفیت زندگی بیماران مورد اندازه گیری قرار گیرد. درسال‌های بعد، این نوع پژوهش‌ها در پزشکی مورد توجه قرار گرفت [۵، ۴] تا این که در سال ۱۹۹۱ در آمریکا پرسشنامهSF-36 که یک ابزار سنجش عمومی کیفیت زندگی وابسته به سلامت است، ارایه شد و برای جمعیت‌های عمومی، گروه‌های خاص و بیماران مختلف در سطح گسترده بکار رفت [۱۰-۶].

بررسی‌ها در زمینه اعتبار و صحت و ابعاد مربوط به بکارگیری و ترجمه پرسشنامه SF-36 بر حسب فرهنگ‌های مختلف از جمله کشور ما صورت گرفت و کارآیی آن مورد اتفاق نظر است و حتی در مقایسه با پرسشنامه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای موارد ارزیابی از سلامتی و کیفیت زندگی فرد به وسیله خودش، کارآمدتر تشخیص داده شده است.

ویژگی‌های مختلف در مناطق گوناگون باعث شده است که این پرسشنامه در دنیا در سطح گسترده‌ای مورد استفاده قرار گیرد. عوامل فردی و ویژگی‌های محیطی مختلفی بر روی نتایج سنجش سلامتی افراد تأثیر دارد، اگر چه مداخله‌های پزشکی در تغییر کیفیت زندگی مؤثر است، ولی بخشی از این تغییرات مربوط به ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی، روانشناسی و فرهنگی است [۹، ۸]. از این رو، بررسی‌های بهداشتی که متکی بر سلامت افراد و نحوه زندگی آنها در فعالیت‌های روزانه است، اهمیت دارد. گرایش‌های جدیدتر حاکی از آن است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد از بررسی‌های موردی بر روی بیماران مختلف مانند مبتلایان به سرطان‌ها، دیابتی‌ها، بیماری‌های مزمن، بیماران با درد زیاد، بیماران جراحی شده و غیره به سمت افراد سالم یا جمعیت عمومی سوق داده شود [۱۳-۱۱].

در بررسی‌های عمومی بهداشتی، گرایش‌هایی در جامعه پزشکی ما مبنی بر استفاده از HRQOL به صورت اختصاصی‌تر در جمعیت غیربیمار ایجاد شد و از همین رو مطالعه حاضر، در استان مازندران با ویژگی‌های اقتصادی، بهداشتی و پزشکی مربوط انجام شد. بنابر این هدف اصلی، تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (جسمانی و روانی) افراد بالای ۴۰ سال مازندرانی بر حسب بعضی از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی است.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر به صورت مقطعی طراحی و طی آن به صورت همزمان، اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی و برخی از متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی جمع آوری گردید. جامعه آماری، کلیه افراد بالای ۴۰ سال ساکن در مناطق شهری و روستایی مازندران بودند که به صورت تصادفی، تعداد ۱۱۸۳ نفر از آنها مورد مطالعه قرار گرفتند.

این تعداد بر اساس تعیین P=٪۲۰ و فرمول $n=\frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$ با خطای d=۰/۰۱۵ محاسبه شد. p نسبت کسانی است که در ارزیابی جامعه عمومی دارای نمرات کیفیت زندگی پایین بوده‌اند [۹، ۷].

با استفاده از روش تصادفی طبقه بندی شده، در هر شهرستان نمونه‌هایی مشخص شد. در نواحی شهری و روستایی از طریق خوشه بندی، تعدادی از خوشه‌ها انتخاب شدند و برای هر فرد بالای ۴۰ سال در خانوار، یک پرسشنامه SF-36 و یک پرسشنامه حاوی متغیرهای اقتصادی اجتماعی و جمعیتی تکمیل شد.

SF-36 یک پرسشنامه استاندارد شامل ۸ حیطه بوده که روایی و پایایی آن در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گرفته [۱۰، ۹، ۱] و روان سنجی نسخه فارسی آن نیز در ایران انجام شده است [۱۵، ۱۴]. همه مقیاس‌های لیکرت در فاصله صفر تا ۱۰۰ نمره گزاری شدند که نمره بیشتر، نشان دهنده سلامت بیشتر است.

پس از جمع آوری اطلاعات با استفاده از آمارهای توصیفی، نمره کیفیت زندگی را تعیین کردیم. برای مقایسه نمرات در مردان و زنان و افراد شهری و روستایی از آزمون t استفاده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.1.8]

یافته‌ها

مشخصات نمونه از نظر ویژگی‌های جمعیتی مانند سن، جنسیت، محل سکونت، شغل، وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار سن افراد بالای ۴۰ سال مورد مطالعه به ترتیب ۵۱/۵ و ۱۰/۳ سال و در مردان و زنان میانگین سنی به ترتیب ۵۱/۹ و ۵۱/۲ سال بود که در مقایسه، تفاوت معنی‌داری نداشتند. از نظر شغلی بیشتر زنان در گروه خانه دار و کارمند تقسیم بندی شده‌اند، ولی مشاغل دیگر بیشتر مربوط به مردان بوده است. علاوه بر تعیین نمرات سلامتی افراد بر حسب ۸ مؤلفه‌ای که در پرسشنامه SF-36 در نظر گرفته شده، توزیع فراوانی پاسخ‌های افراد نمونه به دو سؤال اول پرسشنامه درباره سلامت عمومی خود در زمان مطالعه و در مقایسه با سال قبل در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۱- مشخصات افراد بالای ۴۰ سال ساکن مازندران (n=۱۱۸۳)

	تعداد	درصد
سن (سال)		
۴۰-۴۹	۶۲۳	۵۲/۴
۵۰-۵۹	۳۲۶	۲۷/۷
۶۰ و بالاتر	۲۳۴	۱۹/۹
جنسیت		
زن	۵۸۱	۴۷/۹
مرد	۶۳۳	۵۲/۱
محل سکونت		
شهر	۶۰۳	۴۹/۳
روستا	۶۱۱	۴۹/۹
وضعیت تأهل		
متأهل	۱۰۵۹	۸۷/۲
مجرد	۳۱	۲/۶
مطلقه	۱۱	۰/۹
همسر از دست داده	۹۸	۸/۱
شغل		
خانه دار	۳۳۵	۲۷/۶
کشاورز	۱۲۴	۱۰/۲
کارگر	۳۸	۳/۱
کاسب	۶۱	۵
آزاد	۶۶	۵/۴
فنی/بازنشسته	۳۸	۳/۱
بی‌کار	۲۵۶	۲۱/۱
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	۳۲	۲/۶
ابتدایی/راهنمایی	۳۶۹	۳۰/۴
دبیرستان/دیپلم	۳۸۸	۳۲
کاردانی/کارشناسی	۲۴۵	۲۰/۲
کارشناسی ارشد/دکتری/حوزوی	۱۶۷	۱۳/۸

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی افراد نمونه بر حسب پاسخ‌های دو سؤال اول پرسشنامه SF-36 در افراد بالای ۴۰ سال مازندران (n=۱۱۸۳)

	تعداد	درصد
به طور کلی درباره سلامتی خود چه نظری دارید؟		
عالی	۶۸	۶/۷
بسیار خوب	۴۹۵	۴۱/۱
خوب	۵۳۶	۴۴/۶
نه خوب نه بد (مناسب)	۸۴	۷
بد	۲۰	۱/۷
در مقایسه با سال قبل میزان سلامتی تان چگونه است؟		
خیلی بهتر	۵۷	۴/۷
تا اندازه‌ای بهتر	۳۵۴	۲۹/۴
در حد سال قبل	۴۸۹	۴۰/۶
تا اندازه‌ای بدتر	۲۷۷	۲۳
خیلی بدتر	۲۶	۲/۲

به رغم این که زنان و مردان از نظر میانگین سنی، اختلاف معنی‌داری نداشتند، مؤلفه‌های سلامت در زنان نمرات کمتری را نسبت به مردان نشان داده و آزمون t در این مورد حاکی از اختلاف معنی‌داری بود (جدول شماره ۳). مقایسه کیفیت زندگی شهرنشینان و افراد روستایی نشان داد که افراد شهری در تمامی مقیاس‌ها به جز شادابی و نشاط وضعیت بهتری نسبت به روستائیان داشتند (نتایج در جدول نیامده و در صورت نیاز از نویسنده پاسخگو قابل دریافت است).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج تحقیق، ۴۷/۸ درصد از افراد بالای ۴۰ سال مازندرانی سلامتی خود را در سطح عالی یا خوب اعلام کرده‌اند. در مطالعه گشتاسبی و همکاران [۱۶] در تهران برای افراد بالای ۱۵سال، این نسبت ۴۸/۲ درصد اعلام شد که تفاوت، به دلیل سن پایین‌تر است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که نمرات سلامت به جنسیت بستگی دارد و در زنان میانگین نمرات در همه مؤلفه های SF-36 کمتر از مردان بوده است. این نتیجه با مطالعات مختلف در کشور ما نیز همخوانی دارد [۱۶] و همینطور با مطالعه Lai در سال ۲۰۰۴ درباره سالمندان چینی و مقایسه آن با کانادایی‌ها و چینی‌های مقیم آمریکا مطابقت دارد [۱۸، ۱۷].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.1.8]

بر اساس نتایج این تحقیق، سطح سلامت در نقاط شهری بالاتر از روستایی بوده است که با نتایج مطالعات دیگران همخوانی دارد [۱۶].

از عوامل مؤثر در این خصوص بر نابرابری بهداشتی، محل سکونت و تفاوت در امکانات شهری و روستایی تأکید شده است. در این مطالعه نیز شهر و روستا از نظر نمرات سلامتی در بیشتر مؤلفه‌ها بجز شادابی و نشاط اختلاف داشتند که شاید از این جهت که روستائیان به رغم کاهش نمرات سلامتی در ابعاد مختلف، همچنان خود را سرزنده و با نشاط می‌دانند، جالب توجه باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاران حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه و کارشناسان و بهورزان مراکز بهداشت شهرستان‌ها و آقای خلیل اکبری و خانم گلجهان تقیان و دانشجویان دانشکده بهداشت که در اجرای طرح مذکور همکاری نمودند قدردانی می‌شود.

جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی SF-36 بر حسب جنسیت در افراد بالای ۴۰ سال مازندران

	کل (n=۱۱۸۳)	زن (n=۵۶۶)	مرد (n=۶۱۷)	P
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
سلامت عمومی	۶۳/۲ (۱۷/۹)	۶۰/۵ (۱۸/۵)	۶۵/۱ (۱۷/۴)	۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۷۰/۷ (۲۵/۵)	۶۴/۷ (۲۶/۲)	۷۵/۷ (۲۴/۰)	۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۶۰/۷ (۳۶/۰)	۵۶/۲ (۳۷/۸)	۶۴/۱ (۳۳/۹)	۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۶۰/۳ (۳۸/۳)	۵۵/۷ (۳۹/۹)	۶۳/۹ (۳۶/۳)	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۶۴/۱ (۲۴/۸)	۵۹/۱ (۲۵/۴)	۶۸/۳ (۲۳/۳)	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۶۴/۶ (۲۳/۱)	۶۱/۷ (۲۳/۲)	۶۶/۷ (۲۲/۷)	۰/۰۰۱
شادابی و نشاط	۵۹/۳ (۱۹/۷)	۵۵/۱ (۱۹/۵)	۶۲/۹ (۱۹/۱)	۰/۰۰۱
سلامت روان	۶۴/۶ (۱۷/۷)	۶۱/۶ (۱۷/۹)	۶۷/۰ (۱۶/۹)	۰/۰۰۱

منابع

1. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international Quality of life assessment (IQOLA) project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 903-12

2. Calvert MJ, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: Why evaluate health-related quality of life? Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2003; 28: 513-21

3. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. Social Science and Medicine 1995; 41: 1337-38

4. Cohen SR, Mount BM, Macdonald N. Defining quality of life, European Journal of Cancer 1996; 32: 753-54

5. Wood D. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? Journal of Clinical Epidemilog 1999; 52: 355-63

6. Stewart SH. Mos 20-item short-form health survey (SF-20) user's manual, 1992

7. Svend J, Rose MS. Comparing health-related quality of life to general population norms. Journal of Clinical Epidemiology 2000; 53: 884

8. Voelker MD, Kenneth GS, Schwartz DA. Health-related quality of life in gulf war Era military personnel. American Journal of Epidemiology 2002; 155: 899-907

9. Burstram K, Johannesson M, Diderichsen F. health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. Health Policy 2001; 55: 51-69

10. Sullivan M, Karlosson Y, Ware JEGR. The Swedish SF-36 health survey-I: evaluation of data quality, scaling assumption, reliability and construct validity across general population in Sweden. Social Science and Medicine; 1: 1349-58

11. Ros MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. Statistical issues encountered in the comparison of health-related quality of life in diseased patients to published general population norms: problems and solutions. Journal of Clinical Epidemiology 1999; 52: 405-12

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.1.8]

12. Juul S. Comparing health- related quality of life to general population norms. Journal of Clinical Epidemiology 2000; 53: 884

13. Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. Social Science Medicine 1996; 42: 363-77

14. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and Validation Study of Iranian Version. Quality Life Research 2005; 14: 875-82

15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia MS. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh (Health Monitor) 2006; 5: 49-56 [Persian]

16. Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi A, Mohammad K. Self-reported health and socioeconomic status results from a population-based study in Tehran, Iran. Payesh (Health Monitor) 2003; 2: 183-89

17. Lai DWL. Health status of older Chinese in Canada, findings from the SF-36 health survey. Canadian Journal of Public Health 2004; 95: 193-97

18. Ren XS, Chang K. Evaluating health status of elderly Chinese in Boston. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 429-35

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.1.8]