

سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن

نادر رجبی گیلان¹؛ سیدرامین قاسمی^{1*}؛ سهیلا رشادت²؛ علیرضا زنگنه¹؛ شهرام سعیدی¹

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی مفهومی کاربردی و مهم در عرصه مباحث حوزه رفاه و سلامت اجتماعی است. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است. نمونه‌ای به تعداد 555 نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از بین 6 محله منتخب حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه) و احساس امنیت را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و با کمک آزمون‌های آماری تی‌مستقل، ANOVA، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان $32/5 \pm 12/7$ بوده و $65/9$ درصد آنان متأهل بودند. بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی پاسخگویان در حیطه سلامت جسمانی ($55/6 \pm 17/4$) و کم‌ترین نمره در حیطه سلامت محیط ($44/7 \pm 16/0$) بود. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که متغیرهای «احساس امنیت» و «وضعیت بیماری»، مهم‌ترین تبیین‌کننده‌های ابعاد کیفیت زندگی زنان بوده و پس از آن‌ها متغیرهای «وضعیت تأهل» و «فعالیت ورزشی» دارای بیشترین تأثیرگذاری بودند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه در سطحی مطلوب قرار ندارد و متغیرهایی همچون احساس امنیت، وضعیت بیماری، فعالیت ورزشی و وضعیت تأهل از مهم‌ترین تبیین‌کننده‌های آن هستند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان، احساس امنیت اجتماعی، محلات حاشیه‌نشین

«دریافت: 1393/7/14 پذیرش: 1393/9/11»

1. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

2. قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، شهرک مسکن، انتهای بلوار گل‌ها، داخل محوطه آپارتمان‌ها، طبقه فوقانی درمانگاه ثامن‌الائمه، مرکز تحقیقات توسعه

Email: qasemi_sr@yahoo.com

تلفن: 09187268933، کد پستی: 59167-67159

مقدمه

عمومی کیفیت زندگی وابسته به سلامت نمودند و آن‌را برای جمعیت‌های عمومی، گروه‌های خاص و بیماران مختلف در سطح گسترده به‌کار گرفتند (1). مفهوم کیفیت زندگی، ارتباطی نزدیک با برداشت افراد از شادکامی و رضایت از زندگی دارد (2) که نشان‌دهنده اهمیت این مفهوم در سراسر زندگی افراد است. کیفیت زندگی این موضوع را بیان می‌کند که چگونه یک فرد جنبه‌های مختلف زندگی‌اش را ارزیابی می‌نماید. این ارزیابی شامل واکنش‌های عاطفی فرد به رخدادهای زندگی، احساس کامل بودن زندگی و

طی سال‌های اخیر، شکل‌گیری و گسترش مفهوم کیفیت زندگی، آن را به مفهومی کاربردی و مهم در عرصه مباحث حوزه رفاه، علوم اجتماعی و پزشکی تبدیل کرده است. این مفهوم از سال 1940 در تحقیقات پزشکی مانند سرطان‌شناسی مورد استفاده قرار گرفت تا کیفیت زندگی بیماران مورد اندازه‌گیری قرار گیرد. در سال‌های بعد، این نوع پژوهش‌ها در پزشکی بیشتر مورد توجه قرار گرفت تا این‌که در دهه 90 و 2000 میلادی سازمان‌ها و پژوهشگران مبادرت به ساخت ابزار سنجش

تأثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی می‌باشد. برای نمونه، جیانولی و همکاران (2012) در پژوهش بر روی زنان میانسال یونانی دریافتند که وضعیت خوب مالی، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی آنان دارد (13). حیدرنیا و همکاران (1391) نیز در تحقیقی در تهران، به رابطه فقر با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دست یافتند (14). موضوع سکونتگاه‌های غیررسمی و حاشیه‌نشینی نیز به‌عنوان یکی از معضلات شهرهای بزرگ، می‌تواند از طریق ایجاد یک محیط نامناسب، بر سلامت افراد تأثیر منفی داشته باشد. برخی ویژگی‌های این محلات مانند کمبود امکانات شهری همچون نواقص فراوان در روشنایی معابر می‌تواند با کاهش سطح امنیت، تأثیری نامطلوب بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد. از طرفی، ساکنان این محلات، غالباً جزو اقشار کم‌درآمد جامعه بوده و با محرومیت‌های مختلف مواجه‌اند، بنابراین افراد ساکن در محلات حاشیه‌نشین، با ترکیبی از حداقل دو عامل «محیط نامناسب» و «فقر و محرومیت» مواجه‌اند که می‌تواند عاملی مخرب برای کیفیت زندگی آنان محسوب گردد. حاشیه‌نشینی در کرمانشاه و عمده شهرهای ایران با الگوی حاشیه‌نشینی و زاغه‌نشینی در دیگر کشورهای جهان متفاوت است. حاشیه‌نشینان در ایران عمدتاً از امکانات شهری برخوردارند، لذا تعریف حاشیه‌نشینی در این تحقیق ناظر بر محلاتی است که با شاخص‌هایی نظیر تراکم جمعیت بالا، فقر در ابعاد کالبدی، فرهنگی و اجتماعی و محلات پست و کثیف شهر شناخته می‌شود.

در این پژوهش زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین به چند دلیل مورد توجه قرار گرفته‌اند: اول این‌که تأثیر مشکلات جامعه همچون فقر، کمبود امنیت و احساس آن و محیط نامناسب زندگی، زنان را بیش از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ دوم این‌که نتایج پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی بیانگر سطح پایین‌تر کیفیت زندگی زنان در مقایسه با مردان بوده است (15-18) و از این لحاظ گروهی آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و سوم این‌که پژوهش در این حیطه بسیار محدود و اندک است. از

خرسندی از آن و رضایت از شغل و روابط شخصی می‌باشد (3). پیشرفت‌های مختلف در ابعاد گوناگون زندگی بشر، علاقه به اندازه‌گیری کیفیت زندگی به‌عنوان یک پیامد سلامتی را افزایش داده است و محققان بسیاری در سراسر دنیا به بررسی این موضوع پرداخته‌اند (4). کیفیت زندگی در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و در عین‌حال از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری مستقل آن، در تحقیقات مختلف سلامتی به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم، لازم و ضروری است (5). با توجه به اهمیت این مفهوم، پژوهشگران حوزه سلامت با طرح مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن را موضوع پژوهش‌های فراوانی قرار داده و به‌عنوان شاخصی اساسی در ارزیابی مداخلات مختلف در حوزه بهداشت و سلامت مورد استناد قرار داده‌اند (6). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یکی از پیامدهای مهم مداخلات سلامت است که سنجش جامع و دقیق آن به‌منظور سیاست‌گذاری‌های سلامت مبتنی بر شواهد، امری کاملاً ضروری است (7). درحالی‌که شاخص‌های سلامت در سال‌های اخیر بهبود یافته‌اند، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ادراک ذهنی افراد از سلامت بدتر شده است (8). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند معیاری مفید و کاربردی در خصوص ادراک ذهنی افراد از سلامت در همه جنبه‌های جسمانی، روانی، محیطی و اجتماعی به‌دست دهد.

یکی از عوامل مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی افراد، محیطی است که در آن زندگی می‌کنند (9) و در واقع سلامت افراد نه تنها به تعداد پزشکان و بیمارستان‌ها وابسته است، بلکه به محیط سالم و ایمن نیز مرتبط است (10). برای مثال به‌نظر می‌رسد زندگی در محیط شهر فرصت‌هایی را برای بهبود سلامت فراهم می‌کند (11)، اما از سوی دیگر، شهر می‌تواند محرک‌های عصبی را تشدید نموده (12) و از این طریق بر سلامت تأثیر منفی بگذارد. در این بین، شرایط اقتصادی اجتماعی نیز که خود متأثر از محیط زندگی است، از فاکتورهای مهم

کم‌سواد، فرم‌ها را به صورت مصاحبه تکمیل کنند. ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه جمعیت‌شناختی (شامل سؤالاتی در خصوص سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند، سطح تحصیلات، میزان ورزش و وضعیت بیماری)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه احساس امنیت بود.

پرسشنامه WHOQOL-BREF دارای 26 سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی (سؤالات شماره 3، 4، 10، 15، 16، 17 و 18 پرسشنامه - 7 سؤال)، سلامت روانی (سؤالات شماره 5، 6، 7، 11، 19 و 26 - 6 سؤال)، روابط اجتماعی (سؤالات شماره 20، 21 و 22 - 3 سؤال) و سلامت محیط (سؤالات 8، 9، 12، 13، 14، 23، 24 و 25 - 8 سؤال) می‌سنجد. سؤالات شماره 1 و 2 نیز سؤالاتی کلی از شخص در خصوص ارزیابی شخصی فرد از کیفیت زندگی و رضایت از سلامت خود می‌باشد. سؤالات در طیف لیکرت 5 حالتی پاسخ داده می‌شوند و هر سؤال یکی از نمرات صفر، 25، 50، 75 یا 100 را کسب می‌کند. سؤالات 3، 4 و 26 به‌طور معکوس نمره‌دهی می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. نمرات با توجه به دستورالعمل نمره‌دهی مخصوص پرسشنامه، در دامنه‌ای از 0-100 برای هر حیطه به تفکیک محاسبه شد (20). روایی و پایایی نسخه ایرانی این پرسشنامه (WHOQOL-BREF) توسط نجات و همکاران در سال 1385 مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است. مقادیر پایایی نیز با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی 0/77، حیطه روانی 0/77، حیطه روابط اجتماعی 0/75 و در حیطه سلامت محیط برابر 0/84 گزارش شده است (21).

پرسشنامه احساس امنیت اجتماعی، توسط عسکری و صادقی (1392) تدوین شده و شامل 5 سؤال می‌باشد. برای روایی پرسشنامه از روش اعتباریابی محتوایی استفاده شده که در آن مواد آزمون از بندهای قانون

سوی دیگر کسب اطلاعات در خصوص وضعیت کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جمعیتی (در این تحقیق زنان حاشیه‌نشین) می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای و ضرورتی غیرقابل انکار در نظر گرفته شده و در ارزیابی مداخلات مختلف در حوزه بهداشت و سلامت مورد استناد قرار گیرد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و رابطه آن با احساس امنیت و برخی عوامل مرتبط دیگر به انجام رسیده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی-تحلیلی است که در بهار 1393 در بین زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین کرمانشاه به انجام رسید. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر 384 نفر محاسبه شد که با ضرب آن در ضریب تأثیر (Design effect) 1/5، تعداد 576 نفر به عنوان نمونه نهایی تعیین گردید. در نهایت با حذف پرسشنامه‌های ناقص و نامعتبر، تعداد 555 پرسشنامه در پژوهش باقی ماند. افراد مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بر این اساس از بین 13 محله شهر کرمانشاه که به عنوان محلات حاشیه‌نشین شناخته شده است (19)، 6 محله (جعفرآباد، شاطرآباد، دولت‌آباد، صادقیه، باغ‌ابریشم و حکمت‌آباد) به تصادف انتخاب شدند. سپس به تناسب جمعیت زنان در هر محله، تعداد نمونه مربوط به هر یک از محلات منتخب مشخص گردید. در مرحله بعد، برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد. بدین صورت که در هر یک از محلات، از شمال شرقی هر محله، اولین منزل و سپس با فواصل مساوی 10 موردی، منزل 11، 21، 31 و الی آخر انتخاب شدند. در هر مورد یکی از زنان یا دختران ساکن آن خانه به عنوان نمونه انتخاب شد. به دلیل این که درک پرسشنامه‌ها برای کودکان تا حدودی مشکل بود، صرفاً افراد 15 سال به بالا وارد مطالعه شدند. به پرسشگران آموزش داده شد تا برای افراد بی‌سواد یا

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، رابطه بین احساس امنیت با کیفیت زندگی پاسخگویان در تمامی حیطه‌ها، رابطه‌ای مثبت و معنادار بود ($P < 0/01$). همچنین نتایج این آزمون نشان‌دهنده وجود یک همبستگی معکوس و معنادار بین سن پاسخگویان با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی بود ($P < 0/01$). نتایج بیانگر وجود همبستگی معکوس و معنادار بین تعداد فرزند با حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی بود ($P < 0/01$)؛ اما این رابطه با دو حیطه دیگر معنادار نبود ($P > 0/05$) (جدول 2).

به‌منظور تعیین عوامل مؤثر بر حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین، متغیرهای «سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند، سطح تحصیلات، میزان ورزش، وضعیت بیماری و متغیر احساس امنیت» وارد آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره شد.

نتایج رگرسیون خطی چندمتغیره نشان داد که متغیرهای «احساس امنیت» و «وضعیت بیماری» در تمامی حیطه‌ها با نمره آن حیطه مرتبط بوده و در مدل رگرسیون باقی مانده‌اند. متغیرهای «وضعیت تأهل» و «فعالیت ورزشی» نیز به‌جز حیطه سلامت جسمانی به‌طور معناداری با دیگر حیطه‌ها مرتبط‌اند. متغیر «سطح تحصیلات» تنها با حیطه روابط اجتماعی و متغیر «وضعیت اشتغال» تنها با حیطه سلامت روانی ارتباط معنادار داشته‌اند. متغیر «سن» نیز با دو حیطه سلامت جسمانی و سلامت روانی ارتباط معنادار داشته اما در مدل رگرسیونی دو حیطه، روابط اجتماعی و سلامت محیط باقی نمانده است. از میان متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش تنها متغیر تعداد فرزند از مدل رگرسیونی خارج شد. بخشی از واریانس نمرات دامنه‌های کیفیت زندگی که در مدل نهایی رگرسیون توسط متغیرهای پژوهش تعیین شده است (R^2) با عدد $0/295$ در دامنه سلامت جسمانی، از دیگر دامنه‌ها بیشتر بود (جدول 3).

اساسی مربوط به امنیت اجتماعی و دیدگاه صاحب‌نظران در این‌باره اقتباس شده است. ضریب آلفای به‌دست آمده برای این پرسشنامه $0/84$ بوده که حاکی از همسانی درونی مطلوب آن است (22). در پژوهش حاضر پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آلفای $0/81$ محاسبه گردید. در این پرسشنامه هر سؤال نمره‌ای بین $0-100$ گرفته و نمره کلی پرسشنامه نیز $0-100$ می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و با کمک آزمون‌های آماری تی‌مستقل، ANOVA، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

دامنه سنی پاسخگویان بین $15-81$ سال قرار داشته و میانگین سنی آنان $32/5 \pm 12/7$ بود. از نظر وضعیت تأهل، $65/9$ درصد پاسخگویان متأهل و 25 درصد مجرد بودند. میانگین تعداد فرزند در پاسخگویان برابر $1/86 \pm 1/29$ (دامنه $0-9$ فرزند) بود. از نظر سطح تحصیلات، $67/9$ درصد پاسخگویان، تحصیلاتی کم‌تر از دیپلم داشته و تنها $9/9$ درصد آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. تعداد 8 نفر ($1/14\%$) از پاسخگویان اعلام کرده بودند که سیگار استعمال می‌کنند. از نظر سطح فعالیت‌های ورزشی، $29/2$ درصد پاسخگویان اصلاً ورزش نمی‌کردند، $35/5$ درصد به‌میزان خیلی کم، $18/4$ درصد به‌میزان متوسط و $2/2$ درصد زیاد ورزش می‌کردند. همچنین $29/2$ درصد پاسخگویان نیز در زمان اجرای پژوهش مبتلا به بیماری مزمن یا حاد بوده و مابقی سالم بودند. میانگین نمره متغیر احساس امنیت در پاسخگویان از 100 نمره، $44/3 \pm 20/1$ بود.

در رابطه با میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پاسخگویان، نمره حیطه سلامت جسمانی ($55/6 \pm 17/4$) بیشتر و نمره حیطه سلامت محیط ($44/7 \pm 16/0$) کم‌تر از دیگر حیطه‌ها می‌باشد (جدول 1).

جدول 1- وضعیت حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پاسخگویان

حیطه‌های کیفیت زندگی				تعداد (درصد)		
سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی			
Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD			
44/7 ± 16/0	58/3 ± 18/3	48/7±18/4	55/6±17/4	555 (%100)	کل نمونه	
39/5±14/5	52/7±19/5	39/0±17/7	47/1±18/3	162 (%29/2)	بیمار	وضعیت
46/9±16/2	60/5±17/4	52/6±17/2	64/7±14/1	461 (%70/8)	سالم	بیماری
<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	-	P value	
45/8±15/4	59/9± 18/1	49/9± 17/3	59/4±20/6	366 (%65/9)	متأهل	
39/4±16/5	53/8±17/3	35/9±19/1	47/5±20/6	37 (%6/7)	بیوه	وضعیت
41/9±12/7	46/8±13/9	43/6±12/7	57/69±17/9	13 (%2/4)	مطلقه	تأهل
43/6±17/6	56/2±18/9	49/1±20/2	63/4±16/3	139 (%25)	مجرد	
0/078	0/008	<0/001	<0/001	-	P value	
41/5±14/4	52/9 ±19/3	40/0±18/9	46/9±20/8	95 (%17/1)	بی‌سواد	
44/8±14/8	59/9 ±17/2	49/6±17/1	60/7±15/7	131 (%23/6)	ابتدایی	
46/5±16/2	59/7±18/9	50/8±17/1	62/1±15/6	150 (%27/2)	راهنمایی و دبیرستان	تحصیلات*
45/3±16/5	61/7±16/5	51/5±18/8	62/9±15/2	123 (%22/2)	دیپلم	
44/2±19/3	52/1±18/8	49/3±19/4	64/2±14/6	55 (%9/9)	بالتر از دیپلم	
0/205	<0/001	<0/001	<0/001	-	P value	
44/6±16/2	58/8± 17/9	48/3± 18/1	58/9±17/5	468 (%87)	خانه دار	وضعیت
44/6±16/2	57/7±20/7	55/7±18/0	64/5±18/1	43 (%8)	در حال تحصیل	اشتغال*
42/6±17/9	55/4±19/9	47/9±20/1	62/3±13/9	27 (%5)	شاغل	
0/746	0/613	0/038	0/098	-	P value	

* با توجه به عدم پاسخگویی برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش، حجم نمونه معتبر در مورد متغیرهای "سطح تحصیلات" و "وضعیت اشتغال" به ترتیب برابر 554 و 538 بوده است.

جدول 2- ضرایب همبستگی پیرسون بین سن، تعداد فرزند و احساس امنیت با حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	
0/414**	0/250**	0/232**	0/224**	احساس امنیت
-0/111**	-0/120**	-0/261**	-0/405**	سن
-0/048	-0/062	-0/160**	-0/345**	تعداد فرزند

P<0/0 1

رگرسیون خطی چندمتغیره نیز نشان داد که متغیر «احساس امنیت» به عنوان یکی از مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در تمامی مدل های رگرسیونی مربوط به هر چهار حیطه کیفیت زندگی باقی مانده است. بنابراین افراد با احساس امنیت بالاتر، نمرات بیشتری در مقیاس کیفیت زندگی به دست آورده اند. در سلسله مراتب نیازهای انسانی که توسط مازلو ارایه شده است، امنیت یکی از اساسی ترین نیازهای انسانی پنداشته شده که ارضاء آن در سطح دوم اهمیت پس از نیازهای فیزیولوژیک دانسته شده است (25). در واقع به میزانی که احساس امنیت در حوزه فردی و اجتماعی بهبود پیدا کند به همان میزان متغیرهای شادابی، سرزندگی، سلامت فردی و اجتماعی، اعتماد، رضایتمندی و پویایی در خانواده ها و اجتماع آنان تبلور و افزایش می یابد (26). لذا این موضوع قابل استنتاج است که تأثیرگذاری مثبت بر احساس امنیت زنان حاشیه نشین، می تواند منجر به تغییراتی مثبت در کیفیت زندگی این گروه از جامعه گردد.

متغیر «وضعیت بیماری» نیز در مدل مربوط به هر چهار حیطه باقی مانده و بیشترین میزان تبیین کنندگی را در حیطه سلامت جسمانی نشان داده است. بر این اساس افرادی که در زمان اجرای پژوهش حاضر فاقد بیماری مزمن یا حادی بوده اند، از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد بیمار برخوردار بوده اند. به طور مشابهی، قاسمی و همکاران (1392) در مطالعه زنان روستایی شهرستان کرمانشاه و ارسال تاس و همکاران در مطالعه سالمندان در ترکیه به رابطه معنادار بین وضعیت بیماری و کیفیت زندگی دست یافته اند (23 و 27).

متغیر سن، هرچند در تحلیل دو متغیره، ارتباط معکوس و معناداری با تمامی حیطه های کیفیت زندگی نشان داد، اما در تحلیل رگرسیون، تنها در مدل مربوط به حیطه های سلامت جسمانی و روانی باقی ماند و با دو حیطه دیگر ارتباط معناداری نشان نداد. به طور مشابهی در مطالعه شمسعلی زاده و همکاران (1389) نیز، با افزایش سن، کاهش معناداری در نمره کیفیت زندگی مشاهده شد

سلامت محیط به ترتیب برابر 58/3، 48/7، 55/6 و 44/7 بود که سطح مطلوبی از نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را نشان نمی دهد. در مقایسه با این یافته، میانگین نمره کیفیت زندگی زنان روستایی شهرستان کرمانشاه برای 4 حیطه مذکور در مطالعه قاسمی و همکاران (1392) به ترتیب برابر 61/5، 51/2، 60/6 و 47/9 بوده (23) که در تمامی حیطه ها، میانگین نمره زنان روستایی از زنان محلات حاشیه نشین و فقیر شهری بیشتر بوده است. شمسعلی زاده و همکاران (1389) نیز در پژوهشی در استان کردستان دریافتند که کیفیت زندگی مناطق روستایی بهتر از مناطق شهری بوده است (24). این در حالی است که در مطالعه قاسمی و همکاران (1392)، حدود 53 درصد پاسخگویان اعلام نموده بودند که در زمان پژوهش دارای بیماری بوده اند و این درصد در مطالعه حاضر 29/2 درصد بوده است که این موضوع تفاوت موجود را دارای اهمیت بیشتری می کند؛ چرا که با وجود سطح بالاتر بیماری ها در روستا، عملاً زنان روستایی ادراک بهتری از کیفیت زندگی خود نسبت به زنان شهری مطالعه حاضر داشته اند. مکانیزم های به وجود آورنده این موضوع، احتمالاً می تواند بالاتر بودن تنش ها و فشارهای روانی در شهر یا کم تر بودن فعالیت های جسمانی زنان شهری در مقایسه با روستائینان باشد، اما با توجه به این که ارزیابی کیفیت زندگی در این پژوهش مربوط به برداشت و احساس ذهنی افراد نسبت به آن است، شاید مشاهده و احساس نابرابری بیشتر در محیط شهری، توجیه دیگری برای این امر باشد.

همچنین میانگین نمره متغیر احساس امنیت در پژوهش حاضر، 44/3 از 100 نمره بود که نمره ای کم تر از نصف را نشان می دهد و بیانگر احساس امنیت پایین در بین زنان ساکن محلات حاشیه نشین می باشد. این وضعیت منجر به کسب نمرات پایین تر در متغیر کیفیت زندگی شده است. در این رابطه، بررسی عوامل تبیین کننده کیفیت زندگی زنان ساکن در محلات حاشیه نشین با استفاده از تحلیل

سلامت محیط، بیوه بودن، تأثیری منفی بر کیفیت زندگی داشته و در حیطه روابط اجتماعی، مطلقه بودن تأثیری منفی از خود نشان داده است. این در حالی است که متأهل بودن، پیش‌بینی‌کننده نمرات بالاتر در هر سه حیطه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بوده است. این یافته، مشابه نتایج جیانولی و همکاران (2012) در خصوص تأثیر مثبت متأهل بودن بر کیفیت زندگی زنان یونانی است (13). با توجه به نتایج فوق می‌توان چنین استنباط نمود که طلاق یا مرگ همسر، با تغییری که در جایگاه و نقش اجتماعی زنان بیوه و مطلقه ایجاد می‌کند و به دلیل مشکلات پدیدآمده حاصل از این وضعیت، بر کاهش کیفیت زندگی آنان مؤثر بوده است.

نظر به پیچیده بودن مفهوم کیفیت زندگی و سلسله متغیرهای مرتبط با آن، از متغیرهای جمعیت‌شناختی گرفته تا برخی زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، به‌طور قطعی نمی‌توان متغیر خاصی را در تبیین وضعیت کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین به‌عنوان عامل تعیین‌کننده به حساب آورد؛ اما شواهد نظری و تجربی، به‌ویژه نتایج تحقیق حاضر حکایت از آن دارد که وضعیت کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین، به‌عنوان یک گروه اجتماعی در معرض آسیب، ناشی از شرایط محیط زندگی (حاشیه‌نشینی)، احساس امنیت و برخی متغیرها همچون وضعیت بیماری است که این موارد باید در مطالعات آینده مورد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج کلی بیانگر این بود که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه در سطحی مطلوب قرار ندارد و متغیرهایی همچون احساس امنیت، وضعیت بیماری، فعالیت ورزشی و وضعیت تأهل از مهم‌ترین تبیین‌کننده‌های آن در پژوهش حاضر بوده‌اند. با توجه به اهمیت احساس امنیت در فضای جامعه، به‌خصوص در نواحی حاشیه‌ای شهری و نقشی که در این مطالعه بر همه ابعاد سلامت داشته است افزایش فعالیت نهادهای ذی‌ربط جهت بهبود احساس امنیت در این مناطق توصیه می‌شود.

(24). رابطه افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از تضعیف جسمی و روانی افراد و افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های مختلف باشد، چنان‌که سارنی و همکاران (2007) نیز در مطالعه خود نشان دادند که تأثیر بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد، با افزایش سن تشدید می‌شود که این تأثیر بیشتر به دلیل افزایش شیوع و همچنین افزایش شدت بیماری‌ها در سنین بالاتر می‌باشد (7). رابطه بیماری با کیفیت زندگی، موضوع مهمی است که باید در پژوهش‌ها مدنظر قرار گیرد. افرادی که داری بیماری‌های مزمن هستند، عمدتاً رنج ناشی از بیماری را به‌عنوان یک تجربه شخصی، جدا از ابعاد خانوادگی و اجتماعی آن درک می‌کنند و این مسأله سبب تغییر برخی ادراکات و تصورات نسبت به خود و دیگر اعضای جامعه شده و احساس نارضایتی را در فرد تقویت می‌کند. با توجه به این‌که بیماری و سلامت در معنای معکوس هم (وقتی بیماری دیگر سالم نیستی) به‌کار می‌رود این نارضایتی به نزدیک‌ترین مفهوم یعنی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی تسری پیدا می‌کند.

متغیر فعالیت ورزشی نیز به‌جز حیطه سلامت جسمانی، در مدل رگرسیونی سایر حیطه‌ها باقی ماند به‌طوری‌که انجام ورزش با نمرات بالاتر کیفیت زندگی در این سه حیطه همراه بوده است. جیانولی و همکاران (2012) در مطالعه‌ای بر روی زنان میانسال یونانی نشان دادند که زنان دارای فعالیت فیزیکی، نمرات کیفیت زندگی بالاتری کسب کرده‌اند (13). بیز و همکاران (2007) نیز با انجام یک مرور نظام‌مند بر مطالعات در خصوص رابطه بین فعالیت ورزشی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دریافتند که بین این دو متغیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (28).

وضعیت تأهل نیز در مدل مربوط به حیطه‌های سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط باقی مانده و به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار کیفیت زندگی در این سه حیطه شناخته شد. در حیطه سلامت روانی و

تشکر و قدردانی

می‌شود. همچنین از پرسشگرانی که با انجام پرسشگری در مناطق مختلف شهر کرمانشاه با محققان همکاری نمودند، قدردانی می‌گردد.

از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که از این پژوهش حمایت مالی نمودند سپاسگزاری

References

- Mohammadpour RA. [Health-related quality of life of a general population over 40 years old in Mazandaran province, Iran (Persian)]. *Payesh*. 2011;10(2):145-9.
- Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature. [cited Feb 12 2014]. Available at: URL: <http://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/17177>
- Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 2013;9(1):150-62.
- Ghanbari A, Yekta P, Atrkar Roushan Z. [Effective factors on quality of life in diabetic patients (Persian)]. *J Med Fac*. 2001;10(37-38):82-9.
- King CR, Hinds PS. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective*. 1st ed. New York: Jones and Bartlett publishers. 2003;3-4.
- Rajabi Gilan N, Ghasemi SR, Reshadat S, Rajabi S. [The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers (Persian)]. *J Zanjan University Medical Sciences*. 2013;21(88):95-107.
- Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Harkanen H, Lonnqvist J. The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1288-97.
- Rief W, Glaesmer H, Baehr V, Broadbent E, Brähler E, Petrie KJ. The relationship of modern health worries to depression, symptom reporting and quality of life in a general population survey. *J Psychosom Res*. 2012;72(4):318-20.
- Motlagh ME, Olliaeimanesh A, Beheshtian M. [Health and Social Determinants of it (Persian)]. 1st ed. Tehran: Movafagh Publication 2008; 20-4.
- Sundari S. Quality of life of Migrant household in urban Slums. [cited Agu 22 2014]. Available at: URL: http://www.yorku.ca/bunchmj/ICEH/proceedings/Sundari_S_ICEH_papers_537to552.pdf
- Gong P, Liang S, Carlton EJ, Jiang Q, Wu J, Wang L, et al. Urbanisation and health in China. *Lancet*. 2012;379(3):843-52.
- Fijalkow Y. *Sociologie de la ville*. Nikgozar A. (Persian translator). 2nd ed. Tehran: Agah Publishing House. 2002;85.
- Giannouli Panayota, Zervas Ioannis, Armeni Eleni, Koundi Kalliopi, Spyropoulou Areti, Alexandrou Andreas, et al. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*. 2012;71(2):154-61.
- Heidarnia MA, Ghaemian T, Abadi A, Fathian F, Montazeri A. [Health-related quality of life and poverty(Persian)]. *Payesh*. 2013;11(4):491-5.
- Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. [The Quality of Life among Rural Elderlies; A Cross-sectional Study (Persian)]. *Salmand- Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(20):38-46.
- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(1):30.
- Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution, and its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. *Soc Sci Med*. 2006;59(7):1423-33.
- Izutsu T, Tsutsumi A, Islam AMD, Kato S, Wakai S, Kurita H. Mental health, quality of life and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Soc Sci Med*. 2006;63(6):1477-88.
- Zanganeh AR. [Spatial Pattern of Urban Poverty, expansion of knowledge using Geographic Information System (GIS) (Case Study in Kermanshah City (1996-2006) (Persian)]. MSc thesis in Geography and Urban Planning. Zanjan: Faculty of Human Sciences, University of Zanjan. 2011;82-5.
- World Health Organization, Division of Mental Health. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version. 1st ed. Geneva: World Health Organization. 1996; 1-16.
- Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version(Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2007;4(4):1-12.
- Askari S, Sadeghi S. [The relationship between religious commitment and compromising specificity with the feeling of social security among male prisoners (Persian)]. *Amniat Pajouhi: A Quarterly Scientific Research Journal*. 2013;12(43):93-106.

23. Ghasemi SR, Rjabi Gilan N, Reshadat S. [The Survey of Health-Related Quality of Life in Kermanshah Rural Women and Some Related Factors (Persian)]. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014;24(109):186-94.
24. Shams-alizade N, Mohsenpour B, Ghaderi E, Rezaei F, Delavari AR. [Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran (Persian)]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010;12(45):448-56.
25. Gawel JE. Herzberg's theory of motivation and Maslow's hierarchy of needs. [cited Jul 18 2014]. Available at: URL: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED421486.pdf> .
26. Pourmoazen AM. [Study the relationship between the social role of police and families security (Persian)]. *Nazm va Amniat-e-Entezami*. 2009;2(3):101-26.
27. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009(48):127-31.
28. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2007(45):401-15.