

بررسی کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۲

علی غلامی*^۱، جواد برجی^۳، رضا چنارانی^۳، عاطفه بهاور^۴، اسماعیل زارعی^۵

^۱ مربی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
^۲ دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
^۴ دانشجوی کارشناس ارشد ویروس شناسی، گروه ویروس شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۵ مربی، کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای، گروه بهداشت حرفه ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: نیشابور، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، علی غلامی

E-mail: aagholami80@yahoo.com

وصول: ۹۳/۸/۸، اصلاح: ۹۳/۹/۵، پذیرش: ۹۳/۱۰/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: زنان نیمی از جمعیت هر جامعه ای را تشکیل می دهند و سلامت آنها زیر بنای سلامت خانواده ها و جوامع است. لذا، هر چه کیفیت زندگی آنها بالاتر باشد می تواند بر کیفیت زندگی سایر افراد خانواده تأثیر مثبتی بگذارد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان مراجعه کننده مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور انجام شده است.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ و بر روی ۳۸۷ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شده است. داده ها توسط پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) جمع آوری گردیده است. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شده است.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد بررسی 47.56 ± 7.72 سال می باشد. طبق نتایج میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان در کل 13.87 ± 1.69 بود و در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، کمترین میانگین نمرات در بعد سلامت جسمانی (12.8 ± 1.87) و بیشترین میانگین نمرات در بعد روابط اجتماعی (14.65 ± 2.82) مشاهده شد. طبق مدل رگرسیون خطی چند متغیره رابطه معنی داری بین کیفیت کلی زندگی افراد با سن، سطح درآمد خانواده، سطح تحصیلات همسر و سابقه بیماری مزمن در خانواده آنها مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج کیفیت زندگی زنان مورد بررسی در سطح نسبتاً متوسطی می باشد و متغیرهای درآمد و سابقه بیماری مزمن در خانواده مهم ترین متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها می باشد. با توجه به نقش کلیدی زنان در خانواده به نظر می رسد لازم است مداخلات مقتضی توسط مسئولین ذی ربط جهت افزایش کیفیت زندگی آنها انجام گیرد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، زنان، نیشابور.

مقدمه

طی سال های اخیر توجه ویژه ای جهت ارزیابی میزان سلامتی افراد و اثر بیماری ها بر روی فعالیت های روزانه و رفتارهای آن ها به عمل آمده است. این ارزیابی به صورت یک رویکرد کلی به نام کیفیت زندگی شناخته می شود (۱). کیفیت زندگی، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی است که به عنوان شاخصی در سلامت عمومی و بهداشت روان تلقی می شوند (۲). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را "پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر او" تعریف می کند (۳). کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی و پیچیده است که در بر گیرنده عوامل ذهنی و عینی می باشد و فرد را در مورد رفاه و آسایش در جنبه های مهم زندگی مورد ارزیابی قرار می دهد (۴). از جمله عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی سلامتی می باشد.

انسان ها از آن رو به سلامتی اهمیت می دهند که بر همه جنبه های زندگی آن ها تأثیر می گذارد. وجود مشکلات اجتماعی می تواند مسبب بروز مشکلات بهداشتی شده و این مشکلات می توانند بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذار باشند (۵). زنان نیمی از جمعیت هر جامعه ای را تشکیل می دهند و سلامت آن ها زیر بنای سلامت خانواده ها و در سطح کلان تر زیر بنای سلامت جامعه است. مشکلات زنان می تواند بر سلامت جسمی و به ویژه سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسل های بعدی تأثیر گذار باشد (۱). با توجه به این که زنان در خانواده و جامعه وظایف متعددی را ایفا می کند و با توجه به طبع و روحیه حساس آنها، می توان آن ها را در زمره ی افراد آسیب پذیر هر جامعه ای قرار داد. عوامل متعددی می تواند بر سلامتی و کیفیت زندگی زنان تأثیر گذار باشد. از جمله این عوامل می توان به سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وجود یا عدم وجود فرزند، شاغل بودن، درآمد خانواده، سابقه

بیماری در فرد یا سایر افراد خانواده و سایر موارد اشاره کرد. از این رو مطالعه کیفیت زندگی و سلامت زنان بسیار دارای اهمیت بوده و توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است.

مطالعات مختلفی در ایران در این زمینه انجام شده است که از آن جمله می توان به مطالعات عباس زاده، ویزه و خالدیان اشاره کرد (۶-۸). زنان یکی از ارکان اصلی هر جامعه و خانواده ای می باشند. بررسی کیفیت زندگی آن ها با توجه به نقش شان در جامعه و خانواده و اثر گذاری کیفیت زندگی آنان بر روی کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده حایز اهمیت می باشد. اکثر مطالعات کیفیت زندگی بر روی افرادی انجام می شود که دارای مشکل خاصی هستند. از این رو می توان این مطالعه را یکی از محدود مطالعاتی قلمداد کرد که جهت بررسی کیفیت زندگی زنان در ایران طراحی و اجرا شده است.

یافته های حاصل از بررسی کیفیت زندگی زنان می تواند اطلاعات ارزشمند و مفیدی به مسئولین ارایه نماید و مسئولین می توانند با استفاده از این اطلاعات مداخلات لازم را برای ارتقای سطح سلامتی زنان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آن ها انجام دهند. لذا، با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت موضوع این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی بر روی ۳۸۷ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. در این مطالعه از بین ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری نیشابور، ۶ مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و سپس حجم نمونه لازم با توجه به جمعیت زنان تحت پوشش هر مرکز بهداشتی به آن ها اختصاص داده شد. سپس، افراد مورد نیاز به صورت تصادفی سیستماتیک از بین زنان مراجعه کننده به آن مراکز بهداشتی درمانی

انتخاب گردیدند. معیار ورود افراد به مطالعه ساکن بودن در شهر نیشابور، رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه بوده است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ی کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود. این پرسشنامه ۲۶ سؤالی شامل چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد. سؤالات این پرسشنامه با مقیاس لیکرت می باشد که از ۱ تا ۵ به آن‌ها امتیاز داده شد. امتیازات خام به دست آمده در هر یک از بعد ها با استفاده از دستورالعمل به امتیاز بین ۴ تا ۲۰ تبدیل شد و در نهایت این امتیازات به دست آمده به درصد تبدیل گردید (۳). میانگین و درصد امتیاز هر یک از بعد ها جهت گزارش و تجزیه و تحلیل استفاده شده است. در این مطالعه اطلاعات افراد از قبیل سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، در آمد خانواده، وضعیت سکونت، فعالیت روزانه، وضعیت سلامتی، سابقه زایمان، وضعیت کنونی بارداری، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات همسر، شغل همسر، سابقه بیماری در خانواده و تعداد افراد خانواده نیز جمع آوری گردید. پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در مطالعه ای توسط نجات و همکاران به فارسی ترجمه و استاندارد سازی شده است (۹).

اطلاعات گردآوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، میان، انحراف معیار و دامنه تغییرات) و تحلیلی (آزمون های کای دو، تی تست، آنالیز واریانس و مدل رگرسیون خطی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. سطح معنی داری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. پس از اخذ رضایت شفاهی از افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه و ارایه توضیحات لازم توسط پژوهشگر، پرسشنامه توسط خود افراد یا در صورت لزوم با همکاری محققان تکمیل گردید. در این مطالعه پرسشگران متعهد شدند که اطلاعات جمع آوری شده نزدشان به صورت محرمانه محفوظ بماند.

یافته‌ها

در این مطالعه که ۳۸۷ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر نیشابور مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی آن‌ها $28/72 \pm 7/56$ سال می باشد. سطح تحصیلات ۶۴/۶ درصد افراد دیپلم و پایین تر و اکثر افراد متأهل (۹۰/۷ درصد) بودند. از نظر شغلی بیشتر افراد مورد مطالعه خانه دار (۷۳/۱٪) بودند.

بر اساس نتایج این مطالعه میانگین و درصد نمرات کیفیت زندگی در زنان مورد مطالعه در کل ۱۳/۸۷ و ۶۱/۷۳ بود. در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، کمترین میانگین و درصد نمرات در بعد سلامت جسمانی (۱۲/۸ و ۵۵/۰۹) و بیشترین میانگین و درصد نمرات در بعد روابط اجتماعی (۶۶/۵۵ و ۱۴/۶۵) مشاهده شد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که بین تمام ابعاد کیفیت زندگی همبستگی آماری معنی داری وجود دارد. همچنین همبستگی معنی داری بین نمره کسب شده در کیفیت کلی زندگی (سؤال ۱) و سلامتی کلی (سؤال ۲) با چهار بعد کیفیت زندگی مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۱).

با استفاده از آزمون تی زوجی که به منظور مقایسه میانگین نمرات در ابعاد مختلف کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است، تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمرات ابعاد چهار گانه مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۲).

با استفاده از آزمون تی مستقل، میانگین نمرات چهار بعد کیفیت زندگی به تفکیک متغیرهای مستقل مورد بررسی قرار گرفته است. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد، میانگین نمرات کیفیت کلی زندگی و چهار بعد آن، در بین حالات مختلف تعدادی از متغیرهای مستقل مورد بررسی متفاوت می باشد و این تفاوت ها از نظر آماری معنی دار می باشد ($P < 0/05$).

در نهایت در این مطالعه با استفاده از مدل رگرسیون

جدول ۱: ضریب همبستگی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی

کیفیت کلی زندگی (سوال ۱)	سلامتی کلی (سوال ۲)	بعد سلامت جسمانی	بعد سلامت روانی	بعد روابط اجتماعی	بعد سلامت محیط
۱	۰/۳۹۱	۰/۳۵۷	۰/۴۴۸	۰/۳۲۶	۰/۵۰۴
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
۱	۰/۳۴۴	۰/۳۴۴	۰/۴۲۱	۰/۲۶۲	۰/۳۳۴
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
۱	۰/۵۰۰	۰/۵۰۰	۰/۵۰۰	۰/۳۹۶	۰/۴۰۲
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
۱	۰/۳۷۶	۰/۳۷۶	۰/۴۸۵	۰/۳۷۶	۰/۴۸۵
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
۱	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
۱	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹	۰/۴۱۹
ضریب همبستگی معنی داری	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات در ابعاد مختلف کیفیت زندگی با استفاده از آزمون تی زوجی

میانگین	تفاوت‌های زوجی		مقدار تی	درجه آزادی	معنی داری
	انحراف معیار	میانگین			
زوج ۱	۱/۹۳۵	-۱/۰۵۹	-۱۰/۷۶۹	۳۸۶	<۰/۰۰۱
زوج ۲	۲/۶۹۹	-۱/۸۴۲	-۱۳/۴۳۰	۳۸۶	<۰/۰۰۱
زوج ۳	۲/۳۶۸	-۱/۳۵۱	-۱۱/۲۲۸	۳۸۶	<۰/۰۰۱
زوج ۴	۲/۷۶۳	-۰/۷۸۳	-۵/۵۷۴	۳۸۶	<۰/۰۰۱
زوج ۵	۲/۲۰۶	-۰/۲۹۲	-۲/۶۰۴	۳۸۶	۰/۰۱
زوج ۶	۲/۸۱۳	۰/۴۹۱	۳/۴۳۳	۳۸۶	۰/۰۰۱

خطی چند متغیره (روش فوروارد) مشاهده شد که متغیرهای دارای رابطه معنی دار با کیفیت کلی زندگی و یا ابعاد مختلف آن عبارتند از: سن، سطح درآمد خانواده، سطح تحصیلات همسر و سابقه بیماری مزمن در خانواده (جدول ۳). همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود تمامی روابط مشاهده شده در جهت مثبت می باشد.

بحث

در این مطالعه که با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان انجام شده است، مشاهده شد که کیفیت کلی زندگی زنان مورد بررسی ۶۱/۷۳٪ می باشد. در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی، کمترین امتیاز به دست آمده در بعد سلامت جسمانی (۵۵/۰۹٪) مشاهده شد. این امر نشان می دهد حدود نیمی از زنان مورد بررسی در طول ۲ هفته قبل از تکمیل پرسشنامه ها از نظر فعالیت‌های روزانه در سطح

نسبتاً نامطلوبی بودند. از انرژی و پتانسیل کاری نسبتاً کافی برخوردار نبودند. در زمینه خواب و تحرک کافی مشکل داشتند. همچنین درد و رنج بیشتری داشتند و وابستگی نسبتاً بیشتری به مواد دارویی داشتند. همچنین در این مطالعه بیشترین امتیاز به دست آمده در بعد روابط اجتماعی (۶۶/۵۵٪) مشاهده شد، که نشان می دهد حدوداً دو سوم از زنان مورد بررسی در طول ۲ هفته قبل از تکمیل پرسشنامه ها از نظر ارتباطات شخصی، حمایت های اجتماعی و فعالیت‌های جنسی در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشتند. نتایج مطالعه عباس زاده که به بررسی کیفیت زندگی زنان باردار پرداخته بود، نشان داد که کمترین امتیاز کسب شده در این مطالعه مربوط به بعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی و بیشترین امتیاز کسب شده مربوط به بعد سلامت روانی می باشد (۶). با توجه به تغییراتی که در دوران بارداری در بدن زن باردار اتفاق می افتد، انتظار می

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای مستقل

متغیرها	بعد سلامت جسمانی	بعد سلامت روان	بعد روابط اجتماعی	بعد سلامت محیط	کل
	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$	$\mu \pm \sigma$
کل	۱۲/۸۰±۱/۸۷	۱۳/۸۶±۱/۹۱	۱۴/۶۵±۲/۸۲	۱۴/۱۶±۲/۳۵	۱۳/۸۷±۱/۶۹
سن					
≥ ۳۰ سال	۱۲/۶۵±۱/۸۸	۱۳/۸۹±۲/۰۱	۱۴/۵۶±۲/۹۷	۱۴/۱۵±۲/۴۷	۱۳/۸۱±۱/۷۶
< ۳۰ سال	۱۳/۱۰±۱/۸۰	۱۳/۸۲±۱/۶۹	۱۴/۸۲±۲/۴۷	۱۴/۱۷±۲/۱۲	۱۳/۹۷±۱/۵۳
مقدار P	-/۰۲۶	-/۷۲۸	-/۳۵۲	-/۹۳۳	-/۳۶۳
سطح تحصیلات					
۱۲- سال	۱۲/۸۳±۱/۸۰	۱۳/۷۸±۱/۸۸	۱۴/۴۰±۲/۸۱	۱۳/۸۴±۲/۳۰	۱۳/۷۱±۱/۶۸
> ۱۲ سال	۱۲/۷۵±۱/۹۹	۱۴/۰۲±۱/۹۵	۱۵/۱۰±۲/۷۷	۱۴/۷۴±۲/۳۴	۱۴/۱۵±۱/۶۶
مقدار P	-/۶۸۷	-/۲۲۷	-/۰۱۸	<۰/۰۰۱	-/۰۱۳
وضعیت تأهل					
متاهل	۱۲/۹۴±۱/۶۲	۱۴/۵۰±۱/۷۳	۱۱/۶۹±۳/۳۸	۱۴/۷۸±۲/۸۱	۱۳/۴۷±۱/۵۲
متاهل	۱۲/۷۹±۱/۸۹	۱۳/۸۰±۱/۹۲	۱۴/۹۵±۲/۵۷	۱۴/۰۹±۲/۳۰	۱۳/۹۰±۱/۷۰
مقدار P	-/۶۳۶	-/۰۳۶	<۰/۰۰۱	-/۰۹۶	-/۱۴۸
شغل					
شاغل	۱۳/۰۵±۲/۰۱	۱۴/۱۹±۲/۰۵	۳/۱۱±۱۴/۵۹	۱۴/۵۹±۲/۵۰	۱۴/۱۰±۱/۷۹
شاغل	۱۲/۷۱±۱/۸۱	۱۳/۷۴±۱/۸۴	۱۴/۶۷±۲/۷۰	۱۴/۰۰±۲/۲۸	۱۳/۷۷±۱/۶۴
مقدار P	-/۱۲۱	-/۰۴۰	-/۸۳۳	-/۰۲۸	-/۰۹۲
درآمد					
> ۸۰۰۰۰۰ ریال	۱۲/۶۴±۱/۸۰	۱۳/۶۳±۱/۸۶	۱۴/۵۲±۲/۷۸	۱۳/۷۱±۲/۲۰	۱۳/۶۲±۱/۶۰
≤ ۸۰۰۰۰۰ ریال	۱۳/۱۲±۱/۹۶	۱۴/۳۱±۱/۹۳	۱۴/۸۹±۲/۸۷	۱۳/۷۱±۲/۲۰	۱۴/۳۳±۱/۷۵
مقدار P	-/۰۱۶	-/۰۰۱	-/۲۳۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
وضعیت سکونت					
ملکی	۱۲/۶۹±۱/۸۲	۱۳/۷۹±۱/۹۴	۱۴/۹۱±۲/۵۸	۱۳/۹۹±۲/۴۲	۱۳/۸۴±۱/۶۷
ملکی	۱۲/۹۰±۱/۹۰	۱۳/۹۳±۱/۸۸	۱۴/۴۱±۲/۹۹	۱۴/۳۰±۲/۲۹	۱۳/۸۸±۱/۷۰
مقدار P	-/۲۶۶	-/۴۸۲	-/۰۷۹	-/۱۹۴	-/۸۱۴
فعالیت روزانه					
بلی	۱۲/۸۵±۱/۸۲	۱۴/۰۸±۱/۸۹	۱۴/۹۳±۲/۶۷	۱۴/۴۴±۲/۳۲	۱۴/۰۷±۱/۵۹
خیر	۱۲/۷۶±۱/۹۱	۱۳/۶۹±۱/۹۱	۱۴/۴۲±۲/۹۱	۱۳/۹۳±۲/۳۶	۱۳/۷۰±۱/۷۴
مقدار P	-/۶۳۹	-/۰۵۱	-/۰۷۸	-/۰۳۲	-/۰۳۰
وضعیت سلامت					
سالم	۱۲/۸۴±۱/۸۳	۱۳/۸۹±۱/۹۰	۱۴/۶۸±۲/۷۶	۱۴/۲۳±۲/۲۷	۱۳/۹۱±۱/۶۳
بیمار	۱۲/۳۰±۲/۳۸	۱۳/۳۹±۱/۹۴	۱۴/۰۴±۳/۵۳	۱۳/۰۰±۳/۲۱	۱۳/۱۸±۲/۲۸
مقدار P	-/۳۰۵	-/۲۲۳	-/۴۰۲	-/۰۱۵	-/۱۴۷
سابقه زایمان					
بلی	۱۲/۸۲±۱/۸۷	۱۳/۷۰±۱/۸۷	۱۴/۷۹±۲/۵۸	۱۳/۹۷±۲/۲۸	۱۳/۸۲±۱/۶۸
خیر	۱۲/۷۶±۱/۸۷	۱۴/۱۸±۱/۹۵	۱۴/۳۵±۳/۲۱	۱۴/۵۲±۲/۴۶	۱۳/۹۵±۱/۶۹
مقدار P	-/۷۵۳	-/۰۲۱	-/۱۷۷	-/۰۳۲	-/۴۸۲
وضعیت کنونی بارداری					
باردار	۱۲/۵۶±۱/۷۹	۱۳/۸۱±۱/۸۴	۱۴/۹۴±۲/۷۳	۱۴/۲۱±۲/۳۴	۱۳/۸۸±۱/۶۱
غیر باردار	۱۲/۹۵±۱/۹۰	۱۳/۹۰±۱/۹۵	۱۴/۴۶±۲/۸۵	۱۴/۱۲±۲/۳۷	۱۳/۸۵±۱/۷۳
مقدار P	-/۰۴۴	-/۶۷۳	-/۱۰۷	-/۷۲۱	-/۹۰۴
تعداد فرزندان					
≥ یک فرزند	۱۲/۶۷±۲/۰۳	۱۳/۶۹±۱/۹۰	۱۴/۹۴±۲/۴۶	۱۳/۹۸±۲/۴۰	۱۳/۸۱±۱/۶۸
≤ دو فرزند	۱۲/۹۸±۱/۷۰	۱۳/۷۰±۱/۸۵	۱۴/۷۰±۲/۶۶	۱۳/۹۷±۲/۱۸	۱۳/۸۳±۱/۷۰
مقدار P	-/۱۸۱	-/۹۳۵	-/۴۴۴	-/۹۸۳	-/۹۲۳
سطح تحصیلات همسر					
۱۲- سال	۱۲/۷۶±۱/۸۰	۱۳/۶۵±۱/۸۴	۱۴/۶۹±۲/۵۹	۱۳/۷۱±۲/۱۴	۱۳/۷۰±۱/۶۳
> ۱۲ سال	۱۲/۸۶±۲/۰۵	۱۴/۱۵±۲/۰۱	۱۵/۴۸±۳/۴۴	۱۴/۹۰±۲/۴۲	۱۴/۳۴±۱/۷۳
مقدار P	-/۶۲۲	-/۰۲۰	-/۰۰۶	<۰/۰۰۱	-/۰۰۱
شغل همسر					
کارمند	۱۲/۷۵±۱/۸۵	۱۳/۹۷±۱/۸۰	۱۵/۳۷±۲/۳۲	۱۴/۷۱±۲/۰۷	۱۴/۲۰±۱/۵۰
ازاد	۱۲/۸۲±۱/۸۷	۱۳/۸۳±۱/۹۵	۱۴/۳۹±۲/۹۳	۱۳/۹۶±۲/۴۲	۱۳/۷۵±۱/۷۳
مقدار P	-/۷۴۰	-/۵۱۷	-/۰۰۱	-/۰۰۶	-/۰۲۲
سابقه بیماری مزمن در خانواده					
بلی	۱۲/۳۴±۲/۰۲	۱۳/۲۸±۱/۶۱	۱۳/۲۵±۲/۹۶	۱۲/۷۲±۲/۶۷	۱۲/۸۹±۱/۶۲
خیر	۱۲/۸۵±۱/۸۵	۱۳/۹۱±۱/۹۳	۱۴/۷۹±۲/۷۶	۱۴/۲۹±۲/۲۹	۱۳/۹۵±۱/۶۶
مقدار P	-/۱۴۳	-/۰۷۵	-/۰۰۳	<۰/۰۰۱	-/۰۰۱
تعداد افراد خانواده					
> ۴	۱۲/۷۰±۱/۹۶	۱۳/۸۹±۱/۹۵	۱۵/۱۰±۲/۴۹	۱۴/۲۳±۲/۳۸	۱۳/۹۸±۱/۶۸
≤ ۴	۱۲/۹۴±۱/۷۲	۱۳/۸۳±۱/۸۵	۱۴/۰۳±۳/۱۱	۱۴/۰۳±۳/۳۲	۱۳/۷۰±۱/۶۸
مقدار P	-/۲۱۱	-/۷۳۴	<۰/۰۰۱	-/۴۱۲	-/۱۱۸

μ = میانگین σ = انحراف معیار

زنان شهر مشهد انجام شده است، مشاهده شد که بعد عملکرد جسمی دارای بیشترین امتیاز و بعد محدودیت

رود که کیفیت زندگی زنان در بعد عملکرد جسمی پایین تر باشد. در مطالعه ای که به منظور بررسی کیفیت زندگی

جدول ۴: متغیرهای مستقل مرتبط با کیفیت زندگی و ابعاد آن با استفاده از مدل رگرسیون خطی چند متغیره (روش فوروارد)

ابعاد کیفیت زندگی	متغیر مستقل	ضریب استاندارد شده بتا	مقدار تی	معنی داری
بعد سلامت جسمانی	سن	۰/۱۰۶	۲/۱	۰/۰۳۶
	درآمد خانواده	۰/۱۱۶	۲/۳	۰/۰۲۲
بعد سلامت روانی	درآمد خانواده	۰/۱۶۲	۳/۱۱	۰/۰۰۲
بعد روابط اجتماعی	سطح تحصیلات همسر	۰/۱۳۳	۲/۵۴	۰/۰۱۲
	سابقه بیماری مزمن در خانواده	۰/۱۴	۲/۶۷	۰/۰۰۸
	درآمد خانواده	۰/۱۸۷	۳/۳۱	۰/۰۰۱
بعد سلامت محیط	سطح تحصیلات همسر	۰/۱۴۲	۲/۵۲	۰/۰۱۲
	سابقه بیماری مزمن در خانواده	۰/۱۳۷	۲/۷۱	۰/۰۰۷
	درآمد خانواده	۰/۱۴۲	۲/۴۵	۰/۰۱۵
کیفیت کلی زندگی	سابقه بیماری مزمن در خانواده	۰/۱۳۴	۲/۵۹	۰/۰۱

دارای رابطه معنادار با کیفیت زندگی زنان مورد بررسی در این مطالعه سابقه بیماری مزمن در خانواده می باشد. بیماری علاوه بر هزینه های مالی جهت درمان، باعث ایجاد مشکلات روحی و روانی نیز می شود که باعث کاهش کیفیت زندگی خود فرد و سایر افراد خانواده مخصوصاً زنان (به دلیل روحیه حساس تری) می شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که میانگین امتیازات کسب شده توسط زنان مورد بررسی در بعد جسمانی در سطح نسبتاً پایینی می باشد و در سه بعد (سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) در سطح نسبتاً متوسطی می باشد. در کل نیز کیفیت زندگی آنها در سطح نسبتاً متوسطی می باشد. همچنین متغیرهای درآمد خانواده و سابقه بیماری مزمن در خانواده از جمله مهم ترین متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها می باشد. با توجه به نقش کلیدی زنان در خانواده به نظر می رسد لازم است مداخلات مقتضی توسط مسئولین ذی ربط جهت افزایش کیفیت زندگی آنها انجام گیرد.

تشکر و تقدیر

بدین وسیله از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه به ما یاری رساندند کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

نقش ناشی از مشکلات روحی دارای کم ترین امتیاز می باشد (۱). همچنین در مطالعه ای که توسط منتظری در تهران انجام شده است، مشاهده شد که بیشترین امتیاز کیفیت زندگی در زنان مورد بررسی مربوط به بعد عملکرد جسمی و کم ترین امتیاز مربوط به بعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات روحی می باشد (۱۰). همچنین در مطالعه کرمان ساروی مشاهده شد که بیشترین و کم ترین امتیاز کیفیت زندگی در زنان مورد بررسی به ترتیب مربوط به بعد عملکرد جسمی و بعد سلامت روانی می باشد (۱۱). در این مطالعه رابطه معناداری بین کیفیت کلی زندگی زنان مورد بررسی و یا ابعاد مختلف با سن آنها، سطح درآمد خانواده، سطح تحصیلات همسر و سابقه بیماری مزمن در خانواده مشاهده شد. در مطالعه عباس زاده و همکاران ارتباط آماری معنی داری بین سن، سن بارداری، تعداد بارداری، میزان تحصیلات، کفایت درآمد، وضعیت بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و رضایت مندی از زندگی با میانگین امتیازهای کیفیت زندگی زنان باردار مورد بررسی در برخی ابعاد مشاهده شد (۶). در مطالعه نوروزی و همکاران که کیفیت زندگی زنان پس از یائسگی مورد بررسی قرار گرفته است، مشاهده شد که ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی زنان مورد بررسی با سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال آنها وجود دارد (۱۲). همان طور که در بالا ذکر شد از جمله عوامل

References

1. Bayat M, Bayat M. Quality of life for women in the city of Mashhad. *Journal of Women and Family*. 1012:575-87. [Persian]
2. Zaki M. Review and assess the quality of women's lives. Conference women's role in the development of science, culture and Islamic culture. Centre for Information and Statistics of Social Cultural Council of Women. 2008.
3. WHOQOL Group. What is quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*. 1996;17: 354-6.
4. Bridges K, Huxley P, Mohamad H, Oliver J. *Quality of life and health services*, 1th ed. 1997.
5. Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U, eds. *Quality of life and health*. Berlin, Vienna: Blackwell Wissenschafts-Verlag. 1995:41-53.
6. Abaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women. *Hayat*. 2009;15(3): 41-8. [Persian]
7. Vise A, Moradi Sh. Quality of life and related factors in HIV-infected women in Tehran. *Journal of Family Studies*. 2006; (8): 310-25. [Persian]
8. Khaledian Z. Quality of life in terms of different stages of menopause among women in Tehran [MSc Thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2001. [Persian]
9. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version *Sci J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2004;4:1-12. [Persian]
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
11. Saravi FK, Navidian A, Rigi SN, Montazeri A. Comparing health-related quality of life of employed women and housewives: a cross sectional study from southeast Iran. *BMC Womens Health*. 2012;12:41.
12. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. *Health System Res*. 2011;7(3):267-77. [Persian]

A survey on Quality of Life in Women Referred to Health Centers of Neyshabur-2012

**Ali Gholami,*

Dept. of Public Health, School of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran
PhD Candidate in Epidemiology, Dep. of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Javad Borji,

Student of nursing, Students' Research Committee, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

Reza Chenarani,

Student of nursing, Students' Research Committee, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

Atefe Bahavar.,

Student of Virology, Dept. of Virology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Esmail Zarei.,

Academic Member, Dept. of Occupational Health, School of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

Received:30/10/2014, Revised:26/11/2014, Accepted:17/01/2015

Corresponding Author:

Ali Gholami,
Neyshabur University of Medical
science, School of Public Health
E-mail: aagholami80@yahoo.com

Abstract

Backgrounds and Objectives: Women make up half of the population of every society and their health builds up families' and societies' health. Therefore the higher quality of life of them in families can put a great positive effect on the quality of life of other family members. The objective of this study was to assess the quality of life in women referred to health centers of Neyshabur.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 387 women referring to health centers of Neyshabur who were chosen randomly in 2012. The data required in this study was gathered through World Health Organization Brief Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Data analysis was performed by descriptive statistics and analytic statistics by means of SPSS software, version 16.

Results: The mean age of studied women was 28.72 ± 7.56 . According to the result, the mean score of quality of life among women was 13.87 ± 1.69 . The lowest and the highest mean scores were observed in physical health dimension (12.8 ± 1.87) and social relationship dimension (14.65 ± 2.82), respectively. According to multivariate linear regression model there was a meaningful relation between overall quality of life with age, family income, spouse education levels, history of chronic disease in family ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results, quality of life of studied women are in moderate level and variables such as family income and history of chronic disease in family are the most effective factors on their quality of life. So according to the vital role of women in families, it seems appropriate interventions should be carried out by concerning authorities to improve QoL of them.

Keyword: *Quality of life, women, Neyshabur.*