کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF، سال ۱۳۸٤

دکتر سحرناز نجات[۱،۲]*، دکتر علی منتظری[۳]، دکتر کوروش هلاکوئی[۱]، دکتر کاظم محمد[۱]، دکتر سیدرضا مجدزاده[۱،۲]

۱- گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاهی در نظام سلامت ۳- پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

دریافت:۸۵/۱۱/۲۸ پذیرش: ۸۶/۷/۲۵

Title: *Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005*

Authors: *Nedjat S, (MD, PhD); Montazeri A, (PhD);, Holakouie K, (PhD); Mohammad K, (PhD); Majdzadeh R, (PhD).*

Introduction: *Besides calculation of mortality indicators and prevalence and severity of diseases, measurement of health and assessment of health interventions currently take into account also other human values such as the quality of life; therefore, information about the quality of life in the general population of Tehran can be considered as baseline information to which can be referred in assessment of interventions. The aim of the present study was to assess the quality of life in the general population of Tehran. In this study, the World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-BREF) questionnaire was used, whose range of scores in each of its four domains, namely physical health, psychological health, social relationships, and environment, is from 4 to 20, and higher scores indicate better quality of life. This questionnaire is composed of a total of 26 questions.*

Methods: *In this cross-sectional study, 1164 people from the general population of 22 zones of Tehran Municipality filled the WHOQOL-BREF through a multi-stage stratified sampling scheme, and the results were compared with similar information gathered from completion of the same questionnaire in 23 other countries of the world.*

Results: *Mean (standard deviation) of domain scores of the aforementioned questionnaire in the population under study were 14.3 (SD=2.6) for physical health, 13.4 (SD=2.6) for psychological health, 13.9 (SD=2.6) for social relationships, and 12.3 (SD=2.4) for environment. Mean scores of all domains were significantly higher for the participants in the WHO study as a whole than those for participants in this study. In analysis of different age bands, scores of the environment and the psychological health for Tehran's population were significantly lower than those for other parts of the world as a whole and in the same age band. Scores of the psychological health, social relationships, and environment in the group of patients participated in the population studied by WHO were either similar to or higher than the healthy people living in Tehran.*

Conclusion: *Since a representative sample of Tehran's population participated in this study, the results provide useful information on this population's quality of life in different domains. Overall, the differences between scores achieved by Tehran's population and those obtained in other countries for different domains signify the importance of effective interventions in these domains, and warrant consideration.*

Keywords: *Quality of Life, health, WHOQOL-BREF, WHO, Tehran*

Hakim Research Journal 2007; 10(3): 1- 8.

* نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی. تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳ نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۷
پست الکترونیک: nejatsan@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

چکیده

مقدمه: *امروزه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ، فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه می‌نماید؛ لذا اطلاعات در مورد کیفیت زندگی جمعیت عمومی شهر تهران می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای در نظر گرفته شده و در هنگام ارزیابی مداخلات مورد استناد واقع شود. هدف مطالعه حاضر بررسی کیفیت زندگی در جمعیت عمومی در شهر تهران بود. در این مطالعه از پرسش‌نامه World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-BREF) استفاده‌شده که در هر یک از چهار حیطه آن که شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و وضعیت محیط می‌باشد امتیازات از ٤ تا ۲۰ بوده و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این پرسش‌نامه در مجموع ۲٦ سوال دارد.*

روش کار: *در این مطالعه مقطعی، ۱۱٦٤ نفر از جمعیت عمومی ۲۲ منطقه شهرداری تهران پرسش‌نامه WHOQOL-BREF را طی نمونه‌گیری به صورت لایه‌بندی شده چند مرحله‌ای تکمیل نمودند، سپس اطلاعات به‌دست آمده با نتایج حاصل از تکمیل همین پرسش‌نامه در ۲۳ کشور دیگر جهان، مقایسه شد.*

یافته‌ها: *میانگین (انحراف معیار)امتیاز پرسش‌نامه مذکور در جمعیت مورد مطالعه در دامنه سلامت جسمانی (۲/٦ =SD) ۱٤/۳، سلامت روان (۲/٦ =SD) ۱۳/٤، سلامت اجتماعی (۲/٦ =SD) ۱۳/۹ و وضعیت محیط (۲/٤ =SD) ۱۲/۳ به‌دست آمد. میانگین امتیاز تمام دامنه‌ها در مجموع شرکت‌کنندگان مطالعه سازمان جهانی بهداشت به صورت معناداری بالاتر از امتیاز دامنه‌های شرکت کنندگان در این مطالعه بود. امتیازات دامنه‌های وضعیت محیط و سلامت روان در تجزیه و تحلیل در لایه‌های مختلف سنی در جمعیت شهر تهران به صورت معناداری پایین‌تر از نتیجه کلی سایر نقاط جهان در همین لایه‌های سنی بود. امتیاز دامنه‌های سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط گروه بیمار در کل جمعیت مورد مطالعه سازمان بهداشت جهانی مانند یا بالاتر از مردم سالم شهر تهران بود.*

نتیجه‌گیری: *از آن جا که نمونه‌ای گویا از جمعیت تهران در این مطالعه شرکت نمودند؛ نتایج آن اطلاعات مفیدی را در مورد کیفیت زندگی مردم این شهر در حیطه‌های مختلف فراهم می‌نماید. به هر حال اختلاف امتیازات مردم شهر تهران با سایر کشورهای جهان در این دامنه‌ها اهمیت مداخلات مؤثر در حیطه‌های مذکور را مشخص می‌نماید و قابل تأمل می‌باشد.*

گل‌واژگان: *کیفیت زندگی، سلامتی، پرسش‌نامه سازمان جهانی بهداشت، سازمان جهانی بهداشت، تهران.*

مقدمه

امروزه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر محاسبه شاخص‌های مرگ، فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه دارد (۴-۱). کیفیت زندگی از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری آن در تحقیقات مختلف سلامتی، لازم و ضروری می‌باشد (۵). از طرفی اطلاعات در مورد کیفیت زندگی جمعیت عمومی کشور می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای در نظر گرفته شده و در هنگام ارزیابی مداخلات، مورد استناد واقع شود. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی در جمعیت عمومی در شهر تهران می‌باشد. به این منظور از پرسش‌نامهWHOQOL-BREF استفاده شده است. مشخصات روان‌سنجی گونه ایرانی این پرسش‌نامه نشان داده است که این ابزار می‌تواند در ایران نیز مورد استفاده قرار گیرد؛ به صورتی‌که شاخص هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای[1] پرسش‌نامه در آزمون مجدد در فاصله ۲ هفته در چهار دامنه، از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. از طرفی مقادیر آلفای کرونباخ و شاخص‌های مربوط به روایی سازه[2] نیز حاکی از روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت ایران بودند (۶). پرسش‌نامه WHOQOL-BREF که کیفیت زندگی را به صورت کلی[3] و عمومی[4] می‌سنجد، دارای ۴

[1] Intra Class Correlation
[2] Construct Validity
[3] Overall
[4] General

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال است (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). در ضمن این پرسش‌نامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسش‌نامه در مجموع شامل ۲۶ سؤال می‌باشد. لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می‌پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می‌گیرد. حیطه روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می‌دهد. حیطه سلامت محیط این پرسش‌نامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صدا و هوا و غیره) و حمل و نقل را سؤال می‌نماید (۳ و ۷ و ۸).

پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه، به تفکیک به دست می‌آید که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر است. این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده‌است (۱۷ -۹)؛ لذا با توجه به وجود ابزار مشترک WHOQOL-BREF مقایسه کیفیت زندگی مردم شهر تهران با سایر نقاط جهان می‌تواند فرضیات متفاوتی را جهت مطالعات بعدی مطرح نماید.

روش کار

در این مطالعه پرسش‌نامه WHOQOL-BREF در ۱۲۱۰ نفر از جمعیت عمومی مردم تهران در یک بررسی مقطعی توزیع گردید که در نهایت ۱۱۶۴ نفر این پرسش‌نامه را تکمیل نمودند. سپس اطلاعات به دست آمده با نتایج حاصل از تکمیل همین پرسش‌نامه در ۲۳ کشور دیگر جهان، مقایسه شد.

جهت انتخاب نمونه با استفاده از اطلاعات سرشماری مرکز آمار در سال‌های قبل، نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی شده انجام گردید، به این ترتیب که ۲۲ منطقه شهرداری با توجه به جمعیت هر منطقه به عنوان طبقات مطالعه در نظر گرفته شدند و سپس از درون هر طبقه خوشه‌هایی که بلوک‌های آن منطقه محسوب می‌شدند با وزن‌های متناسب با تعداد افراد آن بلوک، به شکل تصادفی انتخاب شدند، سپس درون هر بلوک نمونه‌گیری سیستماتیک انجام گردید. فاصله لازم بین خانوارها در این نوع نمونه‌گیری یک دهم تعداد خانوارهای آن خوشه در نظر گرفته شد و نقطه شروع به شکل تصادفی انتخاب گردید. درون هر بلوک، نمونه‌گیری از نظر جنسی، سهمیه‌ای بود به طوری که ۵ نفر مرد و ۵ نفر زن از هر بلوک انتخاب شدند. از هر خانوار تنها یک نفر انتخاب می‌شد. در ضمن به پرسشگران توصیه گردید که پراکندگی سنی تا حد امکان رعایت شود. سن بالاتر یا مساوی ۱۸سال، معیار انتخاب مطالعه در نظر گرفته شد.

از افرادی که قادر به همکاری نبودند یا تمایل به این کار نداشتند، صرف‌نظر و از خانوار مجاور، نمونه‌گیری می‌گردید. نحوه تکمیل فرم‌ها، پرسشگری توسط افرادی بود که تحت آموزش‌های لازم قرار گرفته بودند. برای کنترل کیفیت پرسشگری در ۱۹۱ مورد از خانوارها مجدداً مراجعه و عملکرد پرسشگران کنترل شد. لازم به ذکر است که پرسشگری در ساعات متفاوتی از روز انجام می‌گرفت و محدود به ساعات اداری نبود. در این مطالعه بیمار به فردی اطلاق می‌شد که بنا به ادعای خود در زمان انجام مطالعه، بیماریی داشته که برای آن اقدام به درمان نموده و بیش از ۶ هفته به طول انجامیده است.

در مرحله بعدی کیفیت زندگی مردم شهر تهران در ۴ بُعد سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط با نتیجه کلی به دست آمده از بررسی پرسش‌نامه مشابه در سایر کشورهای جهان و به تفکیک زن و مرد و در گروه‌های سنی مختلف، مقایسه شد.

اطلاعات مربوط به سایر نقاط جهان شامل کشورهای آرژانتین، استرالیا، برزیل، بلغارستان، چین، کرواسی، مجارستان، آلمان، یونان، هندوستان (شهرهای مَدرس و دهلی نو)، ایتالیا، ژاپن، مالزی، هلند، نیجریه، نروژ، رومانی، روسیه، اسپانیا، ترکیه، انگلستان، فلسطین اشغالی و آمریکا از مطالعه جهانی که در حین روان‌سنجی ابزار توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده، استخراج گردید. البته به داده‌های خام مطالعه مذکور، دسترسی وجود نداشت. توضیح این که نمونه‌گیری در این بررسی‌ها از جمعیت بزرگسال سالم و نیز بیماران مراجعه کننده به مراکز خدمات درمانی (اعم از سرپایی و بستری) انجام شده است (۹).

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS و STATA انجام و از آماره‌های توصیفی در کنار t test و chi-2 روند استفاده شد. خطای نوع اول در تفسیر با توجه به حجم نمونه بالا، ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

نتایج

تعداد موارد عدم تمایل به پاسخگویی در مجموع، ۳۰۹ مورد بوده است که بالاترین تعداد در منطقه ۲ شهرداری ۶۳ نفر و کمترین تعداد در منطقه ۱۹ شهرداری، بدون امتناع، مشاهده شد. از ۱۲۱۰پرسش‌نامه توزیع شده، ۲۶ مورد به علت داشتن بیش از ۵ سؤال بی پاسخ (۲۰٪) و ۲۰ پرسش‌نامه به علت عدم انطباق سن با ملاک ورود به مطالعه، حذف گردید. در نهایت، ۱۱۶۴پرسش‌نامه جهت تجزیه و تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند.

جدول ۱- توزیع جنس، سن، وضعیت تاهل و تحصیلات شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفیت زندگی مردم شهر تهران، سال ۱۳۸۴

		تعداد	درصد
جنس	مرد	۵۵۸	۴۷/۹
	زن	۶۰۶	۵۲/۱
شرایط تأهل	مجرد	۳۲۰	۲۷/۵
	متاهل	۷۸۷	۶۷/۶
	بی همسر بر اثر طلاق	۱۴	۱/۲
	بی همسر بر اثر فوت	۳۹	۳/۴
	بی پاسخ	۴	۰/۳
سطح سواد	بی‌سواد	۵۰	۴/۳
	ابتدایی	۱۹۴	۱۶/۷
	متوسطه	۶۲۰	۵۳/۲
	دانشگاهی	۲۹۹	۲۵/۷
	بی پاسخ	۱	۰/۱
سن به سال	۱۸-۲۰	۱۰۰	۸/۶
	۲۱-۳۰	۳۲۳	۲۷/۷
	۳۱-۴۰	۲۷۱	۲۳/۳
	۴۱-۵۰	۲۳۷	۲۰/۴
	۵۱-۶۰	۱۶۶	۱۴/۳
	+۶۱	۶۷	۵/۸
گروه	سالم	۹۰۶	۷۷/۸
	بیمار	۲۵۸	۲۲/۲
جمع کل		۱۱۶۴	۱۰۰

مشخصات شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نمایش داده‌شده‌است. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۱۸ تا ۷۰ سال با میانگین سنی ۳۷/۶ و انحراف معیار ۱۳/۲ بود. متوسط تعداد سال‌های تحصیل ۱۰/۸ با انحراف معیار ۴/۴ به دست آمد. گروه‌های سنی منطبق با مطالعه جهانی مورد مقایسه، تنظیم گردیده‌است.

نحوه پاسخ به هر یک از سؤالات در جدول ۲ نمایش داده شده است. امتیاز دامنه‌ها و انحراف معیار مربوطه به صورت کلی و به تفکیک جنس و سن، در جدول ۳ ، ۴ و ۵ نمایش داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشهود است امتیاز تمام دامنه‌ها در مجموع تمام شرکت‌کنندگان مطالعه سازمان جهانی بهداشت به صورت معناداری بالاتر از امتیاز دامنه‌های جمعیت شهر تهران می‌باشد. در این جدول امتیاز حیطه‌ها به تفکیک دو گروه سالم و بیمار در دو مطالعه ذکر شده‌است. از آن جا که از انحراف معیار گروه سالم و بیمار در مطالعه سازمان جهانی بهداشت اطلاعی در دست نبود؛ آزمون آماری در کل جمعیت تهران و ۲۳ کشور صرف‌نظر از سالم و بیمار انجام شد. در این جدول مشخص شده است که برآورد نقطه‌ای تمام حیطه‌ها به جز سلامت جسمانی در گروه بیمار جمعیت کلی سایر کشورها بالاتر یا برابر با جمعیت سالم شهر تهران می‌باشد. از طرفی امتیاز گروه بیمار این کشورها، از امتیاز بیماران شهر تهران، بالاتر بود.

در این جدول امتیاز حیطه‌های حداقل و حداکثر با ذکر نام کشور مربوطه، در ۲۳ کشور مورد بررسی سازمان بهداشت جهانی نیز نمایش داده شده است. در مردم شهر تهران امتیاز دامنه سلامت جسمانی رتبه دو از آخر، دامنه سلامت روان رتبه چهار از آخر، دامنه سلامت اجتماعی رتبه یازده از آخر و در نهایت در دامنه سلامت محیط رتبه پنج از آخر می‌باشد. به هر حال در هر چهار حیطه، امتیاز مردم شهر تهران از نمونه مورد مطالعه در کشور آرژانتین که پایین‌ترین امتیاز را در این ۲۳ کشور داشت، به صورت معناداری بالاتر بود.

در جدول ۴ نشان داده شده است که اختلاف امتیاز دامنه‌های کیفیت زندگی زنان و مردان، در جمعیت تهران با سایر کشورها در اکثر موارد معنا دار می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۵ نمایش داده شده امتیازات دامنه‌های سلامت محیط و سلامت روان در گروه‌های سنی مختلف جمعیت شهر تهران هم‌چنان به صورت معناداری پایین‌تر از نتیجه کلی سایر نقاط جهان است. امتیاز دامنه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط در جمعیت شهر تهران، با بالا رفتن گروه سنی به صورت معناداری کم می‌شود و تست آماری روند (Chi2 for Trend) در این موارد با $p< ۰/۰۰۱$ معنادار می‌باشد. در دامنه سلامت اجتماعی مقدار p مربوط به تست روند، برابر با ۰/۰۲ بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول۲- توزیع پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه WHOQOL-BREF در ۱۱۶۴ نفر از جمعیت شهر تهران، سال ۱۳۸۴

سؤالات	داده‌های گمشده (٪)	گزینه‌های سؤالات پرسش‌نامه (٪)WHOQOL-BREF					
		میانگین*	اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱- در کل چقدر از کیفیت زندگی خود رضایت دارید؟	۰/۲	۳/۴	۳/۰	۸/۹	۴۱/۱	۳۹/۹	۶/۹
۲- چقدر از وضعیت سلامت خود رضایت دارید؟	۰/۰	۳/۷	۲/۵	۱۲/۸	۱۷/۸	۵۱/۵	۱۵/۴
۳- درد جسمانی چقدر مانع انجام کارهای مورد نظر شما می‌شود؟	۰/۰	۳/۹	۴/۶	۱۱/۸	۱۶/۷	۲۱/۶	۴۵/۳
۴- جهت انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، چقدر به درمان‌های طبی نیازمند هستید؟	۰/۳	۳/۹	۳/۰	۱۱/۹	۱۶/۲	۲۷/۰	۴۱/۷
۵- چقدر از زندگی لذت می‌برید؟	۰/۱	۳/۱	۹/۵	۱۵/۱	۴۰/۹	۲۵/۳	۹/۱
۶- به نظر شما زندگی شما تا چه حد معنادار است؟	۰/۳	۳/۴	۶/۴	۱۲/۲	۳۵/۵	۳۰/۸	۱۴/۹
۷- در امور خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۰/۳	۳/۳	۴/۰	۱۵/۸	۳۴/۰	۳۵/۴	۱۰/۵
۸- در زندگی روزمره چقدر احساس امنیت می‌کنید؟	۰/۳	۳/۴	۵/۸	۱۲/۱	۳۱/۱	۳۶/۵	۱۴/۲
۹- محیط اطراف شما، تا چه حد سالم است؟	۰/۳	۳/۱	۱۰/۵	۲۱/۶	۲۹/۷	۲۶/۹	۱۱/۱
۱۰- آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۰/۱	۳/۴	۱۴/۶	۳۰/۸	۴۶/۰	۶/۶	۹۹/۹
۱۱- آیا قادرید شکل ظاهری بدن خود را بپذیرید؟	۰/۲	۳/۶	۲/۲	۷/۴	۲۶/۰	۵۳/۲	۱۱/۰
۱۲- آیا برای رفع نیازهای خود، پول کافی دارید؟	۰/۰	۳/۰	۵/۲	۲۳/۰	۴۶/۰	۲۳/۲	۲/۷
۱۳- اطلاعات مورد نیاز روزمره به چه میزان در دسترس شماست؟	۰/۷	۳/۱	۲/۴	۲۰/۷	۴۴/۰	۲۹/۱	۳/۱
۱۴- به چه میزان امکان فعالیت‌های تفریحی را دارید؟	۰/۳	۲/۴	۲۲/۳	۳۵/۵	۲۷/۱	۱۳/۰	۱/۸
۱۵- آیا از تحرک و چابکی خود رضایت دارید؟	۰/۳	۳/۵	۲/۳	۱۲/۵	۳۰/۷	۴۴/۴	۹/۸
۱۶ - چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	۰/۰	۳/۵	۵/۵	۱۶/۶	۱۸/۰	۴۷/۵	۱۲/۵
۱۷- چقدر از توانایی خود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، راضی هستید؟	۰/۳	۳/۵	۱/۹	۱۱/۴	۲۸/۰	۵۱/۳	۷/۱
۱۸- چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود، از خود رضایت دارید؟	۰/۵	۳/۴	۲/۳	۱۴/۸	۳۱/۳	۴۳/۴	۷/۷
۱۹- چقدر از خود رضایت دارید؟	۰/۲	۳/۵	۲/۷	۱۰/۰	۳۳/۳	۳۹/۲	۱۴/۶
۲۰- چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۰/۱	۳/۷	۱/۰	۷/۳	۲۶/۶	۵۱/۲	۱۳/۷
۲۱- چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۲/۵	۳/۵	۲/۷	۸/۴	۳۲/۲	۴۷/۸	۶/۴
۲۲- چقدر از حمایت دوستان خود راضی هستید؟	۰/۰	۳/۲	۶/۷	۱۷/۹	۳۰/۸	۳۵/۷	۸/۸
۲۳- چقدر از شرایط محل زندگی خود رضایت دارید؟	۰/۳	۳/۳	۵/۸	۱۳/۹	۳۱/۴	۳۸/۸	۹/۷
۲۴- چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۰/۳	۳/۳	۷/۳	۱۵/۸	۲۶/۰	۴۳/۴	۷/۲
۲۵- چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۰/۱	۳/۲	۸/۱	۱۸/۳	۲۸/۴	۳۹/۹	۵/۲
۲۶- چقدر دچار حالاتی مانند دل گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟	۰/۱	۳/۲	۸/۲	۲۲/۲	۳۰/۲	۲۰/۳	۱۹/۲

*امتیاز هر سؤال از ۱ تا ۵ است و منظور از میانگین، متوسط امتیازی است که ۱۱۶۴ نفر به هر سؤال داده‌اند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۳- امتیاز دامنه‌های پرسش‌نامه WHOQOL-BREF مردم شهر تهران در سال ۱۳۸۴ و مقایسه آن با نتیجه کلی در سایر نقاط جهان (۹)

جمعیت		سلامت جسمانی (انحراف معیار) میانگین	سلامت روانی (انحراف معیار) میانگین	سلامت اجتماعی (انحراف معیار) میانگین	سلامت محیط (انحراف معیار) میانگین
تهران	سالم (n=۹۰۶)	۱۴/۸(۲/۳)	۱۳/۷(۲/۵)	۱۴/۰(۲/۴)	۱۲/۶(۲/۴)
	بیمار (n=۲۵۸)	۱۲/۵(۲/۷)	۱۲/۳(۲/۶)	۱۳/۳(۲/۹)	۱۱/۵(۲/۴)
سایر کشورها در کل*	سالم (n=۶۲۷۰)	۱۵/۴	۱۴/۸	۱۴/۸	۱۴/۱
	بیمار (n=۵۵۶۰)	۱۳/۱	۱۳/۷	۱۴/۰	۱۳/۸
تهران (سالم و بیمار) (n=۱۱۶۴)		۱۴/۳(۲/۶)	۱۳/۴(۲/۶)	۱۳/۹ (۲/۶)	۱۲/۳(۲/۴)
سایر کشورها در کل (n=۱۱۸۳۰)		۱۶/۲(۲/۹)	۱۵/۰(۲/۸)	۱۴/۳(۳/۲)	۱۳/۵ (۲/۶)
حداقل امتیاز حیطه(انحراف معیار)		۱۲/۱(۲/۲)	۱۰/۶(۲/۹)	۱۰/۸(۳/۵)	۱۰/۷(۲/۳)
نام کشور		آرژانتین (n=۱۰۶)	آرژانتین	آرژانتین	آرژانتین
حداکثر امتیاز حیطه(انحراف معیار)		۱۸/۳(۳)	۱۶/۶(۲/۸)	۱۵/۸(۳/۳)	۱۵/۹(۲/۸)
نام کشور		هلند (n=۴۱)	هلند	هلند	هلند
P.Value بین تهران و سایر کشورها در کل		۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >

* انحراف معیار حیطه‌ها به تفکیک سالم و بیمار در مقاله سازمان بهداشت جهانی ذکر نشده بود، لذا آزمون آماری تنها در کل جمعیت ۲ مطالعه صرف نظر از سالم و بیمار بودن انجام گرفت.

جدول ۴- امتیاز دامنه‌های پرسش‌نامه WHOQOL-BREF مردم شهر تهران بر حسب جنس در سال ۱۳۸۴ و مقایسه آن با نتیجه کلی در سایر نقاط جهان (۹)

		زن	مرد	P.value اختلاف زنان و مردان
سلامت جسمانی (انحراف معیار) میانگین	تهران	۱۴/۱(۲/۶)	۱۴/۶(۲/۵)	۰/۰۰۱ >
	سایر نقاط جهان	۱۴/۲(۳/۱)	۱۴/۳(۲/۹)	۰/۰۷۰
P.value اختلاف تهران و سایر نقاط دنیا		۰/۴۴	۰/۰۲	
سلامت روانی (انحراف معیار) میانگین	تهران	۱۳/۳(۲/۵)	۱۳/۵(۲/۷)	۰/۱۹۰
	سایر نقاط جهان	۱۴(۲/۸)	۱۴/۲(۲/۸)	۰/۰۰۱ >
P.value اختلاف تهران و سایر نقاط دنیا		۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >	
سلامت اجتماعی (انحراف معیار) میانگین	تهران	۱۴/۱(۲/۵)	۱۳/۶(۲/۶)	۰/۰۰۱ >
	سایر نقاط جهان	۱۴/۴(۳/۱)	۱۴/۱(۳/۲)	۰/۰۰۱ >
P.value اختلاف تهران و سایر نقاط دنیا		۰/۰۲	۰/۰۰۱ >	
سلامت محیط (انحراف معیار) میانگین	تهران	۱۲/۷(۲/۳)	۱۲/۰(۲/۵)	۰/۰۰۱ >
	سایر نقاط جهان	۱۳/۹(۲/۶)	۱۳/۸(۲/۷)	۰/۰۴۰
P.value اختلاف تهران و سایر نقاط دنیا		۰/۰۰۱ >	۰/۰۰۱ >	

جدول ۵: امتیاز دامنه‌های پرسش‌نامه WHOQOL-BREF مردم شهر تهران بر حسب گروه‌های سنی در سال ۱۳۸۴ و مقایسه آن با نتیجه کلی در سایر نقاط جهان (۹)

	سلامت جسمانی (انحراف معیار) میانگین		سلامت روانی (انحراف معیار) میانگین		سلامت اجتماعی (انحراف معیار) میانگین		سلامت محیط (انحراف معیار) میانگین	
	تهران	سایر کشورها	تهران	سایر کشورها	تهران	سایر کشورها	تهران	سایر کشورها
کمتر از ۲۰	۱۵/۴ (۱/۹)	۱۵/۶(۲/۹)	۱۴/۴(۲/۲)	۱۴/۸(۲/۸)	۱۴/۴(۲/۴)	۱۴/۹(۳/۱)	۱۳/۴(۲/۲)	۱۴/۴(۲/۴)
P.value	۰/۶۰۰		۰/۳۰۰		۰/۲۰۰		<۰/۰۰۱	
۲۱-۳۰ سال	۱۵/۰(۲/۳)	۱۵/۰(۲/۹)	۱۳/۷(۲/۵)	۱۴/۳(۲/۸)	۱۴/۰(۲/۵)	۱۴/۵(۳/۴)	۱۲/۵(۲/۴)	۱۳/۷(۲/۶)
P.value	۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۱۰		<۰/۰۰۱	
۳۱-۴۰ سال	۱۴/۴(۲/۵)	۱۴/۰(۳/۰)	۱۳/۲(۲/۶)	۱۳/۹(۲/۸)	۱۳/۸(۲/۶)	۱۴/۰(۳/۲)	۱۲/۱(۲/۵)	۱۳/۶(۲/۷)
P.value	۰/۰۴۰		<۰/۰۰۱		۰/۳۰۰		<۰/۰۰۱	
۴۱-۵۰ سال	۱۴/۱(۲/۴)	۱۳/۹(۲/۹)	۱۳/۲(۲/۵)	۱۴/۰(۲/۷)	۱۳/۸(۲/۶)	۱۴/۱(۳/۱)	۱۲/۴(۲/۳)	۱۳/۹(۲/۶)
P.value	۰/۳۰۰		<۰/۰۰۱		۰/۲۰۰		<۰/۰۰۱	
۵۱-۶۰ سال	۱۳/۴(۲/۷)	۱۳/۳(۲/۹)	۱۳/۲(۲/۸)	۱۳/۸(۲/۸)	۱۳/۸(۲/۶)	۱۴/۱(۲/۹)	۱۲/۱(۲/۴)	۱۴/۰(۲/۶)
P.value	۰/۶۰۰		۰/۰۱۰		۰/۲۰۰		<۰/۰۰۱	
بیش از ۶۰	۱۲/۳(۳/۰)	۱۴/۲(۳/۰)	۱۲/۸(۲/۸)	۱۴/۱(۲/۸)	۱۳/۳(۲/۶)	۱۴/۲(۳/۲)	۱۱/۷(۲/۵)	۱۳/۸(۲/۶)
P.value	<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۲۰		<۰/۰۰۱	

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی در مورد کیفیت زندگی مردم شهر تهران فراهم نماید. از طرفی از آن جا که نمونه‌ای از جمعیت تمام مناطق شهر تهران در این مطالعه شرکت نمودند و هم‌چنین مردم این شهر از قومیت‌های مختلف ایرانی تشکیل شده‌اند، لذا می‌توان ادعا نمود که نتایج این مطالعه بیشتر از جمعیت شهر تهران اهمیت داشته و ارایه‌دهنده الگوی قابل توجهی برای سایر نقاط شهری کشور نیز می‌باشد. به هر حال در استفاده از اطلاعات این مطالعه لازم است به توزیع سنی، میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان و نیز سایر متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان توجه نمود. از طرفی در این مطالعه عدم پاسخگویی با منطقه محل سکونت و وضعیت اقتصادی افراد مرتبط است به طوری که بیشترین میزان آن در منطقه ۲ شهرداری که از وضعیت اقتصادی مناسب‌تری برخوردار هستند، مشاهده گردید. به هر حال لازم است در تفسیر یافته‌ها به این موضوع توجه نمود هر چند این میزان پاسخگویی حتی در مطالعات هنجاریابی نیز قابل قبول گزارش شده است (۱۴).

از طرفی در مقاله‌ای که به بررسی کیفیت زندگی در ۲۳ کشور جهان پرداخته است به نمونه‌گیری از بیماران مراجعه کننده به مراکز ارایه خدمات در کنار خانوارهای سالم اشاره شده‌است؛ ولی در مطالعه حاضر تنها از خانوارها در منزل نمونه‌گیری شده‌است. همچنین در مطالعه سازمان بهداشت جهانی ۴۷٪ از شرکت‌کنندگان بیمار هستند ولی در این مطالعه تنها ۲۲/۲٪ از شرکت‌کنندگان بیمار می‌باشند؛ لذا به نظر می‌رسد میانگین امتیاز این دامنه‌ها درجمعیت عمومی کشورهای مذکور (در مقایسه به مراجعه کنندگان به مراکز ارائه خدمات) بیشتر از مقادیر گزارش شده در مطالعه سازمان بهداشت جهانی است. همانگونه که در جدول ۳ مشهود است امتیاز هر ۴ دامنه کیفیت زندگی در جمعیت تهران به صورت معناداری کمتر از میانگین امتیاز این دامنه‌ها در سایر نقاط جهان به صورت کلی می‌باشد و این در حالی است که با توجه به این که نمونه‌گیری در این مطالعه علاوه بر جمعیت عمومی از افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی نیز انجام شده است، این امتیازها کمتر از امتیاز مربوط به جمعیت عمومی خالص این کشورها خواهد بود. نکته دیگری که در جدول ۳ مشهود است شباهت امتیاز گروه سالم جمعیت شهر تهران در مقایسه با گروه بیمار جمعیت کلی مورد مطالعه در ۲۳ کشور مذکور می‌باشد. همانگونه که ملاحظه می‌شود برآورد نقطه‌ای امتیازات حیطه‌های سلامت روان (۱۳/۷) و اجتماعی (۱۴/۰) در این دو گروه دقیقاً مانند هم است و در حیطه سلامت محیط نیز گروه بیمار سایر کشورها، امتیاز بالاتری کسب نموده‌اند. در مورد گروه بیمار در این مطالعه و مطالعه جهانی نیز یافته‌ها قابل توجه است. با توجه به این‌که بیماران این مطالعه از خانوارها بودند در صورتی که بیماران مطالعه سازمان جهانی بهداشت از مراجعه‌کنندگان به مراکز ارایه خدمت نمونه‌گیری شده‌اند؛ پایین‌تر بودن امتیاز بیماران شهر تهران نسبت به این کشورها قابل توجه بوده و نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری می‌باشد. زمانی که امتیاز سلامت روان را در مطالعه سازمان جهانی بهداشت به تفکیک کشور بررسی کنیم در میان ۲۳ کشور تحت مطالعه امتیاز دامنه سلامت روان در ۳ کشور آرژانتین(۱۰/۶)، یونان(۱۲/۸) و ترکیه (۱۳/۲) از شهر تهران (۱۳/۴) کم‌تر است. هم‌چنین در ۲۳ کشور تحت مطالعه جهانی، امتیاز سلامت محیط در کشورهای آرژانتین (۱۰/۷)، یونان (۱۱/۹)، هندوستان (۱۲/۱) و آمریکا (۱۱/۷) از شهر تهران نیز (۱۲/۳) پایین‌تر است (۹). کم شدن امتیاز دامنه‌های کیفیت زندگی با افزایش سن مطابق با یافته‌های مربوط به مطالعه سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور مورد اشاره می‌باشد (۹). همان‌گونه که در جداول ۴ و ۵ مشهود است، این اختلاف‌ها پس از لایه‌بندی سنی و جنسی نیز در اکثر موارد هم‌چنان معنادار می‌باشد. در بررسی‌های آماری انجام شده با توجه به حجم نمونه بالا در گروه‌های تحت مقایسه، معنادار بودن آماری به تنهایی نباید مورد استناد واقع شود و لازم است به اختلافاتی که از نظر بالینی نیز قابل توجه هستند توجه گردد. به طور مثال اختلاف معنادار امتیاز سلامت محیط و سلامت اجتماعی در جدول ۳ از نظر بالینی چندان بزرگ نیست؛ ولی در دامنه‌های سلامت جسمانی و سلامت روان این تفاوت‌ها علاوه بر آن که از نظر آماری معنادار است، از نظر بالینی نیز بزرگ می‌باشد.

در مطالعه حاضر امتیاز دامنه سلامت جسمانی به صورت معناداری در مردان بیش از زنان بود. در حالی‌که در دو دامنه سلامت اجتماعی و سلامت محیط، امتیاز زنان به صورت معنادار از مردان بیشتر بود. هم‌چنین در جمعیت شهر تهران امتیاز دامنه سلامت روان در زنان و مردان اختلاف معنادار نداشت. در مطالعه‌ای که با پرسش‌نامه SF-36 در جمعیت ایرانی انجام شد امتیاز تمام دامنه‌ها در مردان بدون حذف اثر مخدوش کننده‌ها بیش از زنان بود (۱۸). پرسش‌نامه SF-36 تنها به اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت می‌پردازد و حیطه‌های سلامت اجتماعی و محیط را اندازه‌گیری نمی‌کند. این اختلافات در حالی است که در مطالعات سازمان بهداشت جهانی در ۲۳ کشور

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جهان، اختلاف امتیاز زنان و مردان در دامنه سلامت جسمانی و محیط معنادار نیست، ولی سلامت روانی و اجتماعی آنان به صورت معنادار با یک‌دیگر متفاوت می‌باشد (جدول ۳). از طرفی امتیاز زنان و مردان شهر تهران در دامنه‌های سلامت روانی و محیط و نیز سلامت اجتماعی مردان به صورت معناداری از سایر کشورها کمتر است. این اختلاف در گروه‌های سنی مختلف نیز مشهود می‌باشد به صورتی‌که همان‌گونه که در جدول ۵ مشهود است، امتیاز دامنه سلامت محیط در تمام گروه‌های سنی در کشورهای دیگر به صورت کلی بالاتر از جمعیت شهر تهران می‌باشد. سلامت روان نیز در تمام گروه‌های سنی بالاتر از ۲۰ سال در شهر تهران به صورت معنادار کمتر است. به هر حال اختلاف امتیازات در این دامنه‌ها اهمیت مداخلات مؤثر در این حیطه‌ها را مشخص می‌نماید و قابل تأمل می‌باشد. از طرفی با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی و محیط در کیفیت زندگی جامعه ایرانی در مواردی که ارزیابی مداخلات اجتماعی و محیطی مد نظر باشد، استفاده از ابزاری که شامل سؤالاتی است که به این حیطه‌ها می‌پردازد، توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی تهران و جهاد دانشگاهی به انجام رسیده‌است، هم‌چنین از مرکز افکارسنجی دانشجویی که پرسشگری از شرکت‌کنندگان را به عهده داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Fairclough DL. Introduction. In: Fairclough DL. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. 1st ed. New York: Champan & Hall/CRC; 2002: 4-15

2- Murray CJL. *Health Systems Performance Assessment; Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003:78-92

3- WHOQOL group. Measuring Quality of Life; The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL);. 1992.

4- Fayers PM, Machine D. Introduction. In: Fayers PM, Machine D. Quality of Life Assessment, Analysis and interpretation. 1st ed. UK: John Willy & Sons; 2000: 3-10.

5- King CR. Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In: King CR, Hinds PS. Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. 1st ed. New York: Jones and Bartlett publishers; 2003: 29-44

۶- نجات س، منتظری ع، هلاکوئی ک و همکاران. استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۸۵؛ ۴: ۱-۱۲.

7- WHOQOL group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring. Field Trial version; 1996:

8- Saxena S, Carlson D, Billington R. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref :(the importance of its items for cross-cultural research. Qual Life Res 2001; 10:711-721.

9- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res 2004; 13:299-310.

10- Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. Qual Life Res 2005; 14: 1783-1789.

11- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, et al. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53:1-12.

12- Hwang HF, Liang WM ,Chiu YN, et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. Age Ageing 2003; 32:593-600.

13- Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, et al. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. Qual Life Res 2005; 14:561-564.

14- Noerholm V, Groenvold M, Watt T, et al. Quality of life in the Danish general population--normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. Qual Life Res 2004; 13:531-540.

15- Jaracz K, Kalfoss M, Gorna K, et al. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL - Bref. Scand J Caring Sci 2006; 20:251-260.

16- Hanestad BR, Rustoen T, Knudsen O, et al. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF questionnaire for the Norwegian general population. J Nurs Meas 2004; 12: 147-159.

17- Min SK, Kim KI, Lee CI, et al. Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. Qual Life Res 2002; 11:593-600.

18- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14:875-882.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]