

Assessment of health related quality of life by SF-36 Version 2 in general population of Qom city

Ghafari R¹, Rafiei M^{2*}, Taheri-Nejad MR

1- Student of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Department of Biostatistics and Epidemiology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 11 Nov 2013, Accepted: 18 Dec 2013

Abstract

Background: Today, the self-assessed health status is a standard part of epidemiologic and community based studies. This study was done to determine and Analysis the health related quality of life in Qom city.

Materials and Methods: This study was an analytical cross sectional that was carried out on 340 people over 18 years of age in Qom city entered the study by filling the questionnaires. To collect data a two-part questionnaire was used that the first part was about demographic data including age, sex, marital status, education, occupation and place of residence and second part, the second version of the SF-36 questionnaire was used to assess the quality of life.

Results: Generally, considering the all aspects of quality of life in this study, Results showed that the mean (\pm SD) of quality of life was 67.69 ± 14.78 . This average was 67.28 ± 15.91 in men and 67.97 ± 14.03 in women which There was statistical significance between the mean of quqlity of life in them ($p=0.030$).

Conclusion: In this study the scores of women and single subjects were higher than other people. By the Persian version of 2nd version of SF-36 questionnaire, the quality of life of people in different situations might be realized and impact of different demographic factors on quality of life could be measured.

Keywords: Mental Health, Quality of Life, 2nd version of SF-36 Questionnaire, Qom.

*Corresponding author:

Adress: Department of Biostatistics and Epidemiology, azam payambar academical Paradise, basije Square, Arak

Email: Rafeie@arakmu.ac.ir

ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جمعیت عمومی شهر قم با استفاده از نسخه دوم پرسش نامه SF-36

رضا غفاری¹، محمد رفیعی²، محمدرضا طاهری نژاد¹

1- کارورز پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 92/8/20 تاریخ پذیرش: 92/9/27

چکیده

زمینه و هدف: امروزه ارزیابی وضعیت سلامت به وسیله خود فرد یک قسمت استاندارد پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی و مبتنی بر جامعه می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جمعیت عمومی شهر قم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مشاهده‌ای مقطعی تحلیلی تعداد 340 نفر از افراد بالای 18 سال جمعیت عمومی شهر قم با رجوع به درب منازل و پر کردن پرسش نامه وارد مطالعه شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی استفاده گردید که قسمت اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال و محل سکونت بود. در قسمت دوم نیز جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد از نسخه دوم پرسش‌نامه SF-36 استفاده شد.

یافته‌ها: به طور کلی با در نظر گرفتن همه ابعاد کیفیت زندگی در این مطالعه، میانگین امتیازات برابر با $67/69 \pm 14/78$ بود. این میانگین در مردان برابر با $67/28 \pm 15/91$ و در زنان برابر با $67/97 \pm 14/03$ بود که بین دو جنس اختلاف معنی داری وجود داشت ($p=0/030$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه امتیازات زنان و افراد مجرد بالاتر از سایر افراد بود. با استفاده از گونه فارسی نسخه دوم پرسش‌نامه SF-36 می‌توان به سطح کیفیت زندگی مردم در شرایط مختلف پی برد و اثر عوامل مختلف دموگرافیک را بر سطح کیفیت زندگی اندازه گیری نمود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، پرسش‌نامه SF-36 نسخه دوم، قم.

*نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، پردیس دانشگاهی پیامبر اعظم، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی

Email: Rafeie@arakmu.ac.ir

مقدمه

امروزه ارزیابی وضعیت سلامت به وسیله خود فرد یک قسمت استاندارد پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی و مبتنی بر جامعه می‌باشد (1). چنین استفاده گسترده‌ای از این روش نشان‌گر اهمیت درک فرد از سلامت خویش و طبیعت چند بعدی سلامت می‌باشد (2). بنابر این، سلامت ادراکی (perceived health) یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامتی است که امروزه مورد مطالعه قرار می‌گیرد (3، 4). چنین مطالعاتی برای ارزیابی افکار عمومی در مورد سیاست‌های بهداشتی و کیفیت نظام سلامت ایده آل هستند و ثابت شده است که آنها ابزاری کاربردی برای مدیریت، برنامه ریزی و ارزیابی سلامت می‌باشند (2). در تحقیقات و ارزیابی‌های امروزه علوم پزشکی، علاقه فزاینده‌ای به ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality Of Life) در تحقیقات جمعیت عمومی وجود دارد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مفهومی چند بعدی است که شامل حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (5).

تلاش‌های بسیاری در جهت طراحی ابزارهای اندازه‌گیری سلامت توسط خود فرد که برای استفاده به صورت جهانی و در جمعیت‌های متفاوت مناسب باشند صورت گرفته است. در نتیجه، در طی سه دهه گذشته چندین پرسش‌نامه شناخته شده بین‌المللی به وجود آمده‌اند (6). در میان پرسش‌نامه‌های عمومی ارزیابی کیفیت زندگی، پرسش‌نامه 36 سوالی The Short Form Health Survey (SF-36) یکی از ابزارهایی است که به صورت گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد (7). پایایی پرسش‌نامه SF-36 به صورت گسترده‌ای سنجیده شده است و این ابزار در جمعیت‌های عمومی یا در جمعیت‌های با مشکل یکسان در بسیاری از زبان‌ها و کشورها مورد استفاده قرار گرفته است (8-10). این پرسش‌نامه دارای هشت محور است که شامل عملکرد جسمی، کارکرد جسمی، دردهای جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد عاطفی و سلامت روانی می‌باشند (11). نسخه دوم

پرسش‌نامه (SF-36v2) در سال 1996 به جهان معرفی شد و در آن تغییرات و بهبودهای نسبی نسبت به نسخه اول به وجود آمد (12، 13). مطالعاتی که تاکنون با استفاده از این پرسش‌نامه بر روی جمعیت‌های عمومی انجام شده‌اند، نشان دهنده بهبود دقت، روایی و پایایی نسخه دوم نسبت به نسخه اول می‌باشند (14، 15). در ایران در سال 1384 روایی و پایایی نسخه اول این پرسش‌نامه مورد ارزیابی و اثبات قرار گرفته است (16). با توجه به لزوم ارزیابی کیفیت زندگی افراد در موقعیت‌ها و شرایط مختلف برای سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت در آن منطقه، در این مطالعه نیز ما به بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جمعیت عمومی شهر قم پرداختیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات مشاهده‌ای تحلیلی بود که با توجه به اهداف مطالعه به صورت مقطعی انجام گرفت. در این مطالعه تعداد 340 نفر از مردم بالای 18 سال جمعیت عمومی شهر قم در تابستان سال 1391 با رجوع به درب منازل و پر کردن پرسش‌نامه وارد مطالعه شدند. حجم نمونه مورد نیاز در این مواقع از قاعده $5q \leq n \leq 15q$ که در آن q تعداد سئوالات پرسش‌نامه می‌باشد، در این مطالعه با در نظر گرفتن 36 سوال تعداد حجم نمونه تعداد 340 نفر در نظر گرفته شده است. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای همراه با طبقه بندی بود که در آن ابتدا شهر قم به 5 طبقه شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم و حجم نمونه تقریباً به صورت مساوی به این 5 طبقه تخصیص یافته و سپس هر طبقه به 8 خوشه با استفاده از نقشه این شهر تقسیم و از هر طبقه به صورت تصادفی ساده 2 خوشه انتخاب گردید. از داخل خوشه‌های انتخابی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک و کد پستی منازل، نمونه‌ها انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه زندگی حداقل 1 سال در شهر قم و دارا بودن سن بالای 18 سال بود. معیار خروجی نیز عدم همکاری در پر کردن پرسش‌نامه کیفیت زندگی برای افراد شرکت کننده در این طرح در نظر گرفته شد.

1390/12/22 تصویب شده است. اطلاعات به کمک نرم افزار SPSS نسخه 16 جمع آوری شده و با آزمون‌های تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس یک و چند طرفه و آزمون مقایسه چندگانه توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری نیز کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع 340 نفر از جمعیت عمومی شهر وارد مطالعه شده و پرسش‌نامه توسط آنها تکمیل شد. همه افراد شرکت کننده در طرح به سوالات پاسخ داده و هیچ کدام از نمونه‌ها از مطالعه خارج نشدند. میانگین سنی افراد در این مطالعه برابر با $27/91 \pm 9/75$ سال بود و گستره سنی بین 18 تا 66 سال را در بر می‌گرفت. در میان افراد تکمیل کننده پرسش‌نامه 202 نفر (59/3 درصد) زن با میانگین سنی $24/87 \pm 7/90$ و 138 نفر (40/7 درصد) نیز مرد با میانگین سنی $32/08 \pm 10/34$ بودند.

در این مطالعه 82/9 درصد افراد ساکن شهر و 17/1 درصد نیز ساکن مناطق روستایی بودند. از لحاظ وضعیت تاهل، 46/5 درصد افراد مجرد، 51/7 درصد متاهل و 1/8 درصد نیز متارکه کرده بودند. شرکت کنندگان در این مطالعه از نظر سطح تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفتند که بر این اساس 22/3 درصد تحصیلات زیر دیپلم، 33/9 درصد دیپلم، 6/7 درصد کاردانی، 28/1 درصد کارشناسی، 5/5 درصد کارشناسی ارشد و 1/8 درصد نیز دارای مدرک دکترا بودند.

کیفیت زندگی کلی افراد شرکت کننده در مطالعه با استفاده از نسخه دوم پرسش‌نامه SF-36 در هشت بعد مورد ارزیابی قرار گرفت.

مقادیر توصیفی و میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه بر اساس جنسیت در شهر قم در جدول 1 نشان داده شده است، با استفاده از آزمون تی دو گروه مستقل اختلاف معنی دار بین میانگین بعد عملکرد جسمانی در دو جنس مذکر و مؤنث وجود داشت و میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی در زنان به طور معنی داری از مردان بیشتر بوده است ($p=0/033$).

جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی استفاده گردید که قسمت اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال و محل سکونت بود. در قسمت دوم نیز جهت ارزیابی کیفیت زندگی افراد از نسخه دوم پرسش‌نامه SF-36 استفاده شد.

به دلیل این که تاکنون مطالعه‌ای بر روی نسخه دوم پرسش‌نامه SF-36 انجام نشده است در ابتدا نسخه دوم فرم سلامت عمومی به صورت فارسی ترجمه و در یک نمونه مقدماتی به بررسی روایی محتوایی و ساختاری آن پرداخته شد (موارد فرهنگی و مذهبی نیز مورد نظر قرار گرفت). روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط مطالعات متعدد در کشورهای مختلف اثبات شده است (14، 17). هم‌چنین پایایی نسخه دوم این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه‌ای در شهر اراک انجام شده که 90/3 درصد می‌باشد، روایی ساختاری مناسب این پرسش‌نامه نیز در مطالعه فوق با استفاده از تحلیل عاملی سنجیده و گزارش شده است (18). این پرسش‌نامه متشکل از هشت بخش می‌باشد که شامل عملکرد جسمی (10 آیتم)، درد جسمی (2 آیتم)، عملکرد اجتماعی (2 آیتم)، سلامت روان (5 آیتم)، سلامت عمومی (5 آیتم)، نشاط (4 آیتم)، مشکلات جسمی (4 آیتم) و مشکلات روحی (3 آیتم) بوده و در مجموع شامل 36 سوال است. بنابر این پرسش‌نامه ذکر شده با بررسی وضعیت سلامت فرد در هشت بعد تلاش می‌کند تا ارزیابی جامعی از وضعیت فعلی سلامت فرد به محقق ابراز کند. در نهایت امتیاز فرد در هر بخش توسط 36 خرده سوال که فرد به آنها پاسخ می‌دهد امتیاز دهی می‌شود.

در صورتی که فرد در هر مورد دارای مشکل باشد نمره پایین و در صورتی که عاری از مشکل باشد نمره بالا را به آن مقیاس اختصاص می‌دهد. در نهایت میانگین نمره هر فرد در هر بعد به صورت کلی بیان می‌شود که حداقل آن صفر و حداکثر آن 100 می‌باشد.

این مطالعه با کد اخلاقی 3-122-90 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک در مورخ

بیشتر از جنس مذکر بود ولی از لحاظ آماری در سطح خطای بیان شده معنی دار نبود و میانگین نمره به دست آمده در ابعاد عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، نشاط و مشکلات روحی در جنس مذکر از این ابعاد در جنس مؤنث بیشتر بود که از لحاظ آماری در سطح خطای 5 درصد معنی دار نبود.

هم چنین میانگین بعد درد جسمی در زنان به طور معنی داری بیشتر از این بعد در مردان شهر قم بوده است ($p=0/033$). ابعاد دیگر کیفیت زندگی در دو جنس مذکر و مؤنث اختلاف آماری معنی داری در سطح خطای 5 درصد نداشته اند. لازم به ذکر است که در ابعاد سلامت عمومی و مشکلات جسمی میانگین نمره اخذ شده در جنس مؤنث

جدول 1. مقادیر توصیفی و میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس جنسیت در شهر قم در سال 1391

مقدار احتمال p جهت مقایسه در دو جنس	میانگین بعد در مردان	میانگین بعد در زنان	میانگین کلی بعد	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول	ابعاد کیفیت زندگی
p=0/033	74/54±25/59	78/98±22/62	77/18±23/90	100	85	60	عملکرد جسمی
p=0/841	62/73±24/43	67/64±22/69	65/66±23/47	87/5	62	50	مشکلات جسمی
p=0/968	66/72±24/11	64/37±23/32	65/26±23/64	83/33	66/66	50	مشکلات روحی
p=0/740	62/45±21/78	58/93±20/84	60/42±21/26	75	62/50	50	نشاط
p=0/617	65/60±20/26	62/51±20/69	63/80±20/52	80	67/50	50	سلامت روانی
p=0/176	71/30±20/87	71/17±23/47	71/16±22/41	87/50	75	50	عملکرد اجتماعی
p=0/016	66/76±21/84	70/66±24/99	68/41±23/21	90	67/50	55	درد جسمی
p=0/907	61/09±15/22	63/08±15/09	62/28±15/13	75	65	55	سلامت عمومی

افراد مجرد بیشتر و افراد متارکه کرده کمترین مقدار را داشتند، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین این بعد از کیفیت زندگی بر اساس وضعیت تأهل وجود داشت ($p=0/045$)، با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه بیان شده، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین این بعد در افراد مجرد و متارکه کرده ($p=0/037$) و افراد متأهل و متارکه کرده وجود داشت ($p=0/035$). میانگین بعد نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی بر اساس سطوح تأهل اختلاف آماری معنی داری در سطح خطای 5 درصد نشان نداد. میانگین بعد سلامت روانی نیز در افراد متأهل بیشترین مقدار و در افراد متارکه کمترین مقدار را داشت و اختلاف آماری معنی داری بین میانگین این بعد از کیفیت زندگی بر اساس تأهل وجود داشت ($p=0/004$)، با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه توکی اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره بعد سلامت روانی در افراد مجرد و متارکه کرده ($p=0/004$) و افراد متأهل و متارکه کرده وجود داشت ($p=0/003$). هم چنین میانگین نمره بعد درد جسمی

میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس وضعیت تأهل در جدول 2 نشان داده شده است. اختلاف آماری معنی داری بین میانگین عملکرد جسمی در افراد مجرد، متأهل و متارکه کرده با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه وجود داشت ($p<0/0001$)، با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه توکی، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین این بعد از کیفیت زندگی در افراد مجرد و متأهل ($p=0/001$) و همین طور افراد مجرد و متارکه کرده ($p=0/001$) و افراد متأهل و متارکه کرده ($p=0/033$) وجود داشت. میانگین نمره بعد مشکلات جسمانی نیز در وضعیت مجرد بیشتر از افراد متأهل و افراد متأهل نیز بیشتر از افراد متارکه کرده بود و اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره مشکلات جسمی در سه وضعیت تأهل وجود داشت ($p=0/041$). با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه توکی، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین افراد مجرد و متارکه کرده ($p=0/032$) وجود داشت. در خصوص بعد مشکلات روحی، میانگین نمره بعد فوق در افراد متأهل از

در افراد مجرد بیشترین و در افراد متارکه کمترین مقدار را داشت و اختلاف آنها معنی دار بود ($p=0/002$)، با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه فوق، اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره این بعد در افراد مجرد و متارکه کرده ($p=0/001$) و افراد متأهل و متارکه کرده وجود داشت ($p=0/004$).

جدول 2. مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس وضعیت تأهل در شهر قم در سال 1391

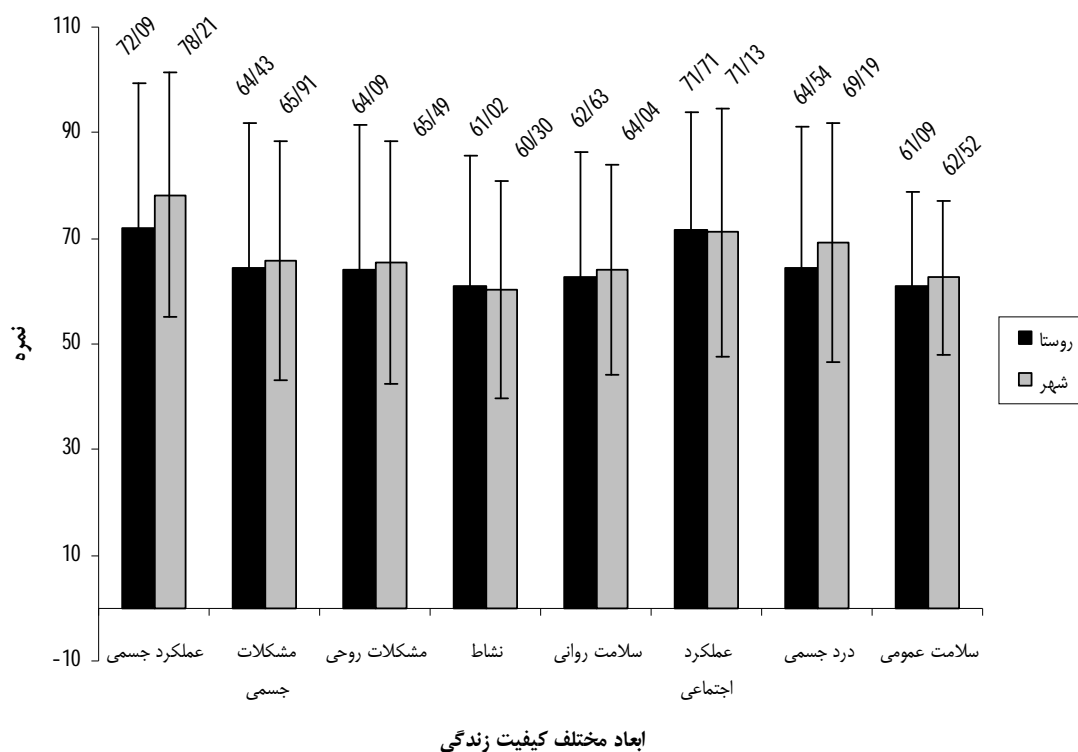
مقدار احتمال p جهت مقایسه در سه وضعیت تأهل	میانگین بعد در افراد متارکه کرده	میانگین بعد در افراد متأهل	میانگین بعد در افراد مجرد	میانگین کلی بعد	ابعاد کیفیت زندگی
<0/0001	49/16±30/06	82/88±20/77	73/30±24/77	77/18±23/90	عملکرد جسمی
0/041	42/70±30/72	65/40±21/71	67/13±24/55	65/66±23/47	مشکلات جسمی
0/045	41/66±25/82	65/92±22/87	65/73±23/93	65/26±23/64	مشکلات روحی
0/052	44/79±9/19	58/73±22/84	62/57±19/79	60/42±21/26	نشاط
0/004	36/66±16/32	64/91±19/91	63/74±20/73	63/80±20/52	سلامت روانی
0/149	54/16±18/81	70/94/43	72/17±20/32	71/16±22/41	عملکرد اجتماعی
0/002	36/66±27/91	67/65±21/96	70/51±23/64	68/41±23/21	درد جسمی
0/166	51/66±15/70	63/17±15/48	61/87±14/76	62/28±15/13	سلامت عمومی

میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس محل تولد افراد مورد بررسی در نمودار 1 نشان داده شده است. ظاهراً میانگین نمرات اکثر ابعاد کیفیت زندگی در متولدین شهر قم بیشتر از متولدین روستا بود ولی در کل در صورت استفاده از آزمون تی دو گروه مستقل، اختلاف آماری معنی داری در سطح خطای 5 درصد بین میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس محل تولد شهر یا روستا وجود نداشت.

مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس سطوح شش گانه تحصیلات افراد مورد بررسی در جدول 3 نشان داده شده است. در اکثر ابعاد با افزایش سطح تحصیلات میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش داشت ولی میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سطح خطای 5 درصد در سطوح شش گانه تحصیلات بیان شده اختلاف آماری معنی داری نداشت.

جدول 3. مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس سطوح تحصیلات در شهر قم در سال 1391

مقدار احتمال p جهت مقایسه در شش وضعیت تحصیلی	میانگین بعد در افراد با تحصیلات بالاتر از فوق لیسانس	میانگین بعد در افراد با تحصیلات فوق لیسانس	میانگین بعد در افراد با تحصیلات لیسانس	میانگین بعد در افراد با تحصیلات فوق دیپلم	میانگین بعد در افراد با تحصیلات دیپلم	میانگین بعد در افراد با تحصیلات زیر دیپلم	میانگین کلی بعد	ابعاد کیفیت زندگی
0/442	90/83±16/25	83/16±26/63	78/33±22/30	75/00±27/99	77/01±23/26	73/84±25/38	77/18±23/90	عملکرد جسمی
0/367	77/08±35/50	73/03±20/84	66/46±23/24	59/94±23/36	65/46±23/46	63/36±23/14	65/66±23/47	مشکلات جسمی
0/413	72/22±28/35	72/37±21/70	67/03±22/62	62/12±27/06	65/70±22/75	61/53±23/80	65/26±23/64	مشکلات روحی
0/774	67/71±26/34	65/46±15/50	60/48±20/48	63/35±15/10	59/65±22/34	59/33±22/83	60/42±21/26	نشاط
0/511	70/00±24/08	70/79±15/75	63/06±20/19	67/95±17/09	62/41±21/16	63/63±21/67	63/80±20/52	سلامت روانی
0/439	85/42±20/03	76/32±23/16	72/45±19/90	72/16±22/14	69/42±24/59	69/52±22/15	71/16±22/41	عملکرد اجتماعی
0/145	85/83±14/03	73/82±18/11	69/27±20/84	74/77±21/79	67/08±24/27	64/93±25/91	68/41±23/21	درد جسمی
0/878	65/00±15/81	63/42±13/23	63/33±14/93	62/73±17/02	62/32±14/75	60/48±16/05	62/28±15/13	سلامت عمومی



نمودار 1. توزیع میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس محل تولد در شهر قم در سال 1391

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با توجه به این که نمره 100 حداکثر نمره به دست آمده در هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد، حدوداً تمام ابعاد زندگی در شهر قم بالاتر از 50 بوده است. بین میزان کیفیت زندگی در زنان و مردان اختلاف معنی داری وجود داشت و زنان در این زمینه سطح کیفی بالاتری داشتند. اکثر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط به وضعیت تأهل افراد داشته است. هم‌چنین اکثر ابعاد کیفیت زندگی با افزایش سطح تحصیلات مقدار بالاتری را به خود اختصاص داده‌اند ولی از لحاظ آماری معنی دار نبود. با این که نمرات ابعاد کیفیت زندگی در متولدین شهر از روستا بیشتر بود ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار به دست نیامد.

در خصوص کیفیت زندگی بالاتر در جنس مؤنث، بین مطالعات مقطعی و مطالعات طولی انجام شده

اختلاف وجود داشت. در مطالعات مقطعی، زنان دارای امتیازات کمتری نسبت به مردان بوده‌اند در حالی که در مطالعات طولی چنین اختلافی بین دو جنس وجود نداشت (19). این در حالی است که هادی و همکارانش با بررسی کیفیت زندگی آموزگاران در شهر شیراز دریافتند که مردان از سطح سلامت جسمی و روانی بالاتری نسبت به زنان برخوردار می‌باشند (20). در مطالعه منتظری نیز که به بررسی روایی و پایایی نسخه اول پرسش‌نامه SF 36 پرداخته بود، مشخص شد که زنان به طور معنی داری دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان می‌باشند (16). حتی در مطالعه حبیبی نیز که به ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان پرداخته بود، در پایان مردان به صورت معنی دار امتیازات بالاتری را نسبت به زنان داشتند (21). در مطالعه جنکینسون نیز که به بررسی نسخه دوم پرسش‌نامه SF 36 در بریتانیا مبادرت کرده بود، زنان در تمامی ابعاد این

پرسش‌نامه امتیازات ضعیف‌تری نسبت به مردان داشتند (14). در مطالعه سرسیک و همکارانش نیز در پایان مشخص شد که زنان سطح سلامت و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان دارند (17) که در مجموع نتایج تمام مطالعات ذکر شده بر خلاف نتایج به دست آمده در مطالعه ما بود.

در مطالعه ما نتایج بیان‌گر این می‌باشد که کیفیت زندگی در افراد مجرد و متأهل به صورت معنی‌داری بالاتر از افراد متاهله کرده است. این در حالی است که سطح کیفیت زندگی در مجردها نسبت به افراد متأهل در سطح بالاتری قرار داشت ولی این اختلاف معنی‌دار نبود. در مطالعه لی و همکاران مشاهده شد که تاهل و وجود خانواده موجب افزایش سطح کیفیت زندگی خواهد گردید (22) و در مطالعه وحدانی‌نیا نیز مشخص گردید که افراد متأهل نسبت به مجردها و افراد متاهله کرده سطح کیفیت زندگی بالاتری دارند (23) که نتایج این دو مطالعه با نتایج مطالعه ما مطابقت ندارد. البته نتایج مطالعه حبیبی بیان‌گر این بود که تفاوتی بین کیفیت زندگی متأهلین و سایر افراد وجود ندارد (21). شاید دلیل بالاتر بودن سطح کیفیت زندگی در افراد مجرد به دلیل سن کمتر آنها و در نتیجه مواجه نشدن با بیماری‌های ناشی از افزایش سن باشد. از سوی دیگر با توجه به شرایط سخت اقتصادی و مشکلات ناشی از کار فراوان برای جبران هزینه‌های زندگی، سطح پایین‌تر کیفیت زندگی در افراد متأهل قابل توجیه می‌باشد.

در این مطالعه سطوح تحصیلاتی به صورت زیر دیپلم، دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا تعریف گردید. میانگین امتیازات کسب شده در این گروه‌ها نشان می‌دهد که با افزایش سطح تحصیلات میانگین امتیازات نیز افزایش می‌یابند اما در مجموع تفاوت معنی‌داری بین این گروه‌ها وجود نداشت. مطالعات گوناگونی که تاکنون به بررسی سطح تحصیلات و ارتباط آن با کیفیت زندگی پرداخته‌اند نشانگر نقش مثبت عامل تحصیلات در افزایش کیفیت زندگی می‌باشند (16، 22، 24-26). در مطالعه حبیبی نتایج یافته‌ها بیان‌گر آن بود که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری دارد و با افزایش سطح

تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته بود (21). در مطالعه لی و هم‌چنین در مطالعه لواسور نیز مشخص گردید که افزایش سطح تحصیلات منجر به کیفیت بهتر زندگی خواهد گردید (22، 27) که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه ما مطابقت داشت. اما در مطالعه هادی و همکارانش اختلاف معنی‌داری در سطح کیفیت زندگی افراد با سطوح تحصیلی مختلف وجود نداشت (20) که بر خلاف نتایج مطالعه ما بود.

در مطالعه ما ظاهراً میانگین نمره اخذ شده در افراد متولد شهر از این شاخص در افراد متولد روستا بالاتر بود، ولی این شاخص اختلاف آماری معنی‌داری نداشت که به نظر می‌رسد این اختلاف به دلیل عواملی هم‌چون دسترسی بیشتر به امکانات رفاهی و درمانی و احتمالاً سطح درآمد بهتر باشد.

مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات پرسش‌نامه‌ای این بود که درصدی از شرکت‌کنندگان در مطالعه به علت تعداد زیاد سوالات و به دلیل خستگی ناشی از سوالات با بی‌توجهی به سوالات پایانی پاسخ داده بودند که این با توجه به حجم نمونه این مطالعه قابل اغماض است.

نتیجه‌گیری

با استفاده از نسخه دوم پرسش‌نامه SF 36 میانگین کیفیت زندگی در تمام ابعاد هشت‌گانه آن در مردم شهر قم حدوداً در سطح قابل‌قبولی قرار دارد ولی با توجه به ارتباط آن با متغیرهای بیان شده در این تحقیق همانند وضعیت تاهل یا جنسیت، انجام مطالعات تخصصی‌تر جهت معین کردن علل آن پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای مصوب تحت عنوان "تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 نسخه 2" با کد 702 مورخ 1390/10/27. مصوب دانشکده پزشکی دانشگاه علوم

- cross-sectional study. *Clinical rheumatology*. 2000;19(3):195-9.
- 9- Koh E-T, Leong K-P, Tsou I, Lim V, Pong L, Chong S, et al. The reliability, validity and sensitivity to change of the Chinese version of SF-36 in oriental patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2006;45(8):1023-8.
- 10- Linde L, Sørensen J, ØSTERGAARD M, Hørslev-Petersen K, Hetland ML. Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, EQ-15D, EQ-5D, RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*. 2008;35(8):1528-37.
- 11- Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
- 12- Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
- 13- Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to score version 2 of the SF-36 health survey (standard & acute forms): QualityMetric Incorporated; 2000.
- 14- Jenkinson C, Stewart-Brown S, Petersen S, Paice C. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community health*. 1999;53(1):46-50.
- 15- Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Quality of Life Research*. 2004;13(1):251-6.
- 16- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005;14(3):875-82.
- 17- Maslić Seršić D, Vuletić G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian medical journal*. 2006;47(1):95-102.
- 18- Ghafari R, Rafiei M. Validity and reliability of Persian version of SF-36

پزشکی اراک می‌باشد که نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی صمیمانه خود را از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک و هم‌چنین تمام شرکت کنندگان ارجمند در طرح اعلام می‌دارند.

منابع

- 1- Congdon P. Health status and healthy life measures for population health need assessment: modeling variability and uncertainty. *Health & Place*. 2001;7(1):13-25.
- 2- McCallum J. The SF-36 in an Australian sample: validating a new, generic health status measure. *Australian journal of public health*. 1995;19(2):160-6.
- 3- McKee M, Ryan J. Monitoring health in Europe: opportunities, challenges, and progress. *The European Journal of Public Health*. 2003;13(suppl 1):1-4.
- 4- De Bruin A. Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments. WHO Regional Publications, European Series, No. 58: ERIC; 1996.
- 5- Steward AL, Ware JE. Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach: Duke University Press; 1992.
- 6- McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires: Oxford University Press New York; 2006.
- 7- Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, et al. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health*. 1997;19(2):179-86.
- 8- Birrell F, Hassell A, Jones P, Dawes P. How does the short form 36 health questionnaire (SF-36) in rheumatoid arthritis (RA) relate to RA outcome measures and SF-36 population values? A

- elderly: population based survey. Payesh. 2005;4:113-20.[persian]
- 24- Borglin G, Jakobsson U, Edberg A-K, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International journal of nursing studies*. 2005;42(2):147-58.
- 25- Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray LC. Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: validation of the Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument and comparison with the SF-36. *Journal of clinical epidemiology*. 2003;56(2):138-47.
- 26- Guallar-Castillón P, Redondo Sendino Á, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social science & medicine*. 2005;60(6):1229-40.
- 27- Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008;6(1):30-1.
- version 2. [GP thesis]. Arak University of Medical Sciences, Medical Faculty, 2012.[Persian]
- 19- Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study. *BMJ: British Medical Journal*. 1997;315(7118):1273-9.
- 20- Hadi N, Malek Makan L. Barresie sathé salamat va keifiatē zendegie amouzegarane madarese ebtedaeie shiraz. *Hormozgan Medical Journal*. 2006;10(4):387-92.[persian]
- 21- Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of Life and Prevalence of Chronic Illnesses among Elderly People: A Cross-Sectional Survey. *Ardebil Journal of Health and Hygiene*. 2012;3(1):58-66.[persian]
- 22- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*. 2006;43(3):293-300.
- 23- Vahdaninia M, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in