

مقایسه کیفیت زندگی معلولین جسمی - حرکتی با افراد سالم با استفاده از پرسشنامه WHOQOL 100

محمود بختیاری^۱، مسعود صالحی^۲، فرید زایری^۳، پروین یآوری^۴، علی دل‌پیشه^۵، فرزانه مباحثی^۶، مسعود کریملو^۷

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۲ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۳ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران

^۶ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۷ دانشیار آمار زیستی، گروه آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده رابط: مسعود کریملو، نشانی: تهران، میدان دانشجو، خیابان دانشجو، کوچه کودک‌بار. تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۶، پست الکترونیک: Mkarimlo@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۲۹؛ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۳

مقدمه و اهداف: هدف از اندازه‌گیری کیفیت زندگی، ارزیابی ماهیت ذهنی کیفیت زندگی، دستیابی به ادراک خود فرد از وضعیت موجود زندگی و سلامتی است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۸، ۱۰۰۰ نفر از جمعیت ۱۵ تا ۷۵ ساله شهر تهران شامل دو گروه افراد سالم و معلولین جسمی - حرکتی، با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-100 از نظر کیفیت زندگی مورد مقایسه قرار گرفتند. نمونه‌گیری از افراد سالم به صورت نمونه‌گیری تصادفی انجام شد، افراد معلول نیز از مرکز جامع توانبخشی هلال احمر که یک مرکز مرجع برای این افراد است، انتخاب شده‌اند. تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، و آزمون‌های تی مستقل و رگرسیون چندگانه انجام شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سن افراد سالم مشارکت کننده در مطالعه برابر با $35/88 \pm 12/75$ و میانگین و انحراف معیار سن معلولین مشارکت کننده در پژوهش برابر با $35/88 \pm 12/86$ به دست آمد. تنها در حیطه‌های سلامت جسمی و استقلال نمره کیفیت زندگی این دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی داری داشتند ($P < 0.01$)، به طوری که میانگین نمره هر دو حیطه در افراد سالم بیشتر از افراد معلول بود. در سایر حیطه‌ها اختلاف آماری معنی داری بین کیفیت زندگی این دو گروه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: افراد معلول به دلیل محدودیت‌های موجود در حیطه‌های جسمی و استقلال دارای نمره کیفیت زندگی کمتری نسبت به دیگر اقشار جامعه بوده و این قشر نیازمند دریافت خدمات ویژه از سازمان‌های ذیربط جهت کم کردن هرچه بیشتر فاصله بین افراد سالم و معلول از دید کیفیت زندگی هستند.

واژگان کلیدی: معلولین، کیفیت زندگی، پرسشنامه WHOQOL 100

مقدمه

کیفیت زندگی امری نسبی و دارای مفهومی گسترده با ماهیت انتزاعی است و سنجش ضایعه، ناتوانی و معلولیت را همزمان شامل می‌شود (۴) و به علت دارا بودن ابعاد گوناگون دست یافتن به تعریفی جامع و واحد از این واژه بسیار سخت است، لذا در جوامع گوناگون برای گروه‌های مختلف مردم، بر اساس کاربرد و نقش آن‌ها معنا و تفسیر می‌شود. در حال حاضر بیش از یک صد تعریف از کیفیت زندگی در متون علمی وجود دارد که تمامی این تعاریف بر این دلالت دارند که در مفهوم کیفیت زندگی دو بعد از زندگی

بر خلاف اعصار گذشته که به زندگی تنها از جنبه کمی آن توجه می‌شد؛ امروزه بهبود کیفیت زندگی به عنوان مفهوم جدیدتری از سلامتی مطرح شده است که به جنبه‌های اجتماعی، روانشناختی، عملکردی و جسمی سلامتی مربوط می‌شود و معمولاً ارزیابی شخصی و درونی از تفاوت بین عملکرد ایده آل و عملکردی که در نتیجه بیماری به وجود آمده است را انعکاس می‌دهد (۱) و به عنوان یکی از پیامدهای مهم در مطالعات بهداشتی نقشی کلیدی در ارزشیابی بیماران و پیامدهای درمان بازی می‌کند (۲،۳).

سازمان جهانی بهداشت، گامی در جهت آشنایی بیشتر با مشکلات این گروه از افراد جامعه برداشته و اطلاعاتی مفید را به منظور برنامه‌ریزی‌های آتی برای ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها فراهم آوریم.

روش کار

مطالعه حاضر پژوهشی از نوع مقطعی (Cross sectional) می‌باشد که بر روی افراد ۱۵ تا ۷۵ سال شهر تهران، در سال ۱۳۸۸ انجام شد. گروه‌های مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو جمعیت سالم و معلول جسمی- حرکتی بوده، و برای ارزیابی کیفیت زندگی در آن‌ها از پرسشنامه استاندارد WHOQOL-100 که روایی و پایایی آن قبلاً سنجیده شده است، استفاده شده است (۱۶، ۱۷).

پرسشنامه WHOQOL100

پرسشنامه WHOQOL-100 ابزاری است که در شش حیطه^۱ از کیفیت زندگی سازماندهی گردیده است. این شش حیطه عبارتند از: حیطه‌های جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیطی و حیطه معنوی (۱۸). هر یک از حیطه‌های فوق دارای یک سری زیر مجموعه‌هایی تحت عنوان "ابعاد"^۲ از کیفیت زندگی می‌باشند. ابزار WHOQOL-100 اندازه‌هایی از کیفیت زندگی فراهم می‌کند که شامل: نمرات ۲۴ بعد مجزا و شش نمره برای حیطه‌ها و نمرات دریافت کلی از کیفیت زندگی است.

نمرات ۲۴ بعد بیانگر ارزیابی شخص از عملکردش در آن بخش خاص از زندگی است که در بعد مورد نظر گنجانده شده است. نمرات شش حیطه هر یک به تنهایی دریافت‌های فرد در همان حیطه خاص از کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نمره دهی 100- WHOQOL بر اساس جمع‌پذیری بنا شده است. نکته حایز اهمیت این است که نمرات مربوط به گزینه‌های هر سوال از طیف یک تا پنج نمره‌گذاری می‌گردد. می‌توان نمرات ابعاد مختلف را به منظور تسهیل در مقایسه با یکدیگر به مقیاس صفر تا صد تبدیل نمود. این تبدیل کمترین مقدار ممکن را به صفر و بیشترین ممکن را به ۱۰۰ تبدیل می‌نماید. نمرات بین این دو مقدار درصدی را که حاصل شده است، نشان می‌دهند. نمرات خام با کسر از نمره چهار و تقسیم بر ۱۶ و در نهایت ضرب در عدد ۱۰۰ تبدیل می‌شوند.

انسان مطرح است نخست چگونگی زندگی مادی جوامع انسانی (سطح زندگی و یا استاندارد زندگی) و دوم، چگونگی محیط معنوی، فرهنگی، روانی و فرا مادی (۵) ولی به طور کلی می‌توان از این واژه با توجه به حیطه‌های در برگیرنده آن تعبیرهای مختلف کرد. این حیطه‌ها و قلمروها شامل سلامت روحی، سلامت جسمی، اعتماد به نفس، شادمانی و رضایت از زندگی و غیره هستند (۶). شاید مجموعه‌ای از رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود تعریف مناسبی از کیفیت زندگی باشد (۷).

تقریباً از دهه ۱۹۶۰ کاربرد واژه کیفیت زندگی، در زمینه توانبخشی رایج گردید (۸) و اخیراً رویکردهای مرتبط با سلامتی بیماران، در توانبخشی استفاده شده (۹) و بهبود کیفیت زندگی در افراد ناتوان جسمی به عنوان یک هدف بازتوانی مطرح شده است (۱۰). معلولیت واقعی‌انکارناپذیر است و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تا کنون در جوامع وجود داشته است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت؛ معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل فرهنگی و اجتماعی است کاسته یا جلوگیری می‌کند (۱۱).

اندازه‌گیری مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، در طی ۲۵ سال اخیر گسترش یافته است (۱۲) و پرسشنامه‌های زیادی بدین منظور طراحی شده است. در کل هدف از اندازه‌گیری کیفیت زندگی، ارزیابی ماهیت ذهنی کیفیت زندگی، دستیابی به احساسات خود فرد از وضعیت موجود زندگی و سلامتی است (۱۳) در کشورهای مختلف جهان پژوهش‌ها و مطالعاتی وسیع در زمینه بررسی کیفیت زندگی در بیماری‌ها و معلولیت‌های مختلف انجام شده است. در تحقیقی در امریکا دیده شد که بیشتر افراد سالم در مقایسه با افراد معلول کیفیت زندگی بهتری داشتند اما بین انواع معلولیت‌ها تفاوت مشخصی وجود نداشت (۱۴). دیژکرز در بررسی کیفیت زندگی پس از ابتلا به معلولیت ضایعه نخاعی مشاهده نمود که افراد معلول ضایعه نخاعی نسبت به افراد غیر معلول از سلامت روانی پائین تری برخوردار بودند (۱۵).

تا کنون در کشور ما مطالعه‌ای در زمینه بررسی کیفیت زندگی معلولین جسمی- حرکتی در مقایسه با افراد سالم انجام نشده است و تنها مطالعات اندکی به بررسی کیفیت زندگی در افراد با نوع خاصی از معلولیت پرداخته‌اند. به همین دلیل بر آن شدیم که با هدف بررسی و مقایسه کیفیت زندگی گروهی از معلولین جسمی- حرکتی با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-100

^۱ Domain
^۲ Facets

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

استفاده در این مطالعه پرسشنامه WHOQOL-100 بوده است، در هنگام نمونه‌گیری دقت شده است تا توزیع جنسی شرکت کنندگان، توزیعی یکسان بوده باشد. قبل از ورود افراد به مطالعه از آن‌ها رضایت نامه نیز گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری

برای توصیف متغیرهای کیفی از جداول توزیع فراوانی و برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه نمرات ابعاد و حیطه‌های پرسشنامه‌ی در دو گروه افراد سالم و معلول از آزمون‌های تحلیل رگرسیونی و آزمون t مقایسه میانگین‌های دو جامعه مستقل استفاده شد. به منظور بررسی اثر عوامل مختلفی همچون سن، جنس، سطح تحصیلات و ... بر روی حیطه‌های مختلف، از رگرسیون خطی چند گانه بهره گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۱۰۰۰ شرکت کننده در مطالعه که شامل ۵۰۰ نفر سالم و ۵۰۰ نفر معلول جسمی حرکتی بودند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. توزیع سنی افراد شرکت کننده در مطالعه نشان می‌دهد که نیمی از افراد مورد پژوهش در هر یک از گروه‌ها را افراد با سن کمتر ۳۵ سال تشکیل داده‌اند. میانگین و انحراف معیار سن افراد سالم مشارکت کننده در مطالعه برابر با $۱۲/۷۵ \pm ۳۵/۰۹$ و میانگین و انحراف معیار سن معلولین مشارکت کننده در پژوهش برابر با $۱۲/۸۶ \pm ۳۵/۸۸$ به دست آمد ($P=0.326$). طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۰،۲۰) و همان طور که از جدول ۱ بر می‌آید، توزیع جنسیت افراد شرکت کننده، از توزیع یکسانی برخوردار است. بنابراین از این جدول می‌توان نتیجه گرفت که نمونه‌ها برای انجام مطالعه به نحو مناسبی بین زنان و مردان توزیع شده‌اند.

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه شامل دو جمعیت، افراد سالم و معلولین جسمی حرکتی، ۱۵ تا ۷۵ ساله شهر تهران می‌باشند. برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز در هر گروه، از یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ فرد سالم و ۳۰ فرد معلول استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه مورد استفاده برای این ۶۰ فرد تکمیل و نمرات کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف مشخص گردید. سپس با ۹۵٪ اطمینان و توان آزمون ۹۰٪ و با توجه به مقادیر میانگین و انحراف معیار به دست آمده از نمونه مقدماتی، حجم نمونه مورد نیاز برای کمترین تفاوت بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی (حیطه معنوی) برابر با ۴۵۷ نمونه در هر گروه برآورد گردید. بنابراین در مطالعه ی حاضر نمونه‌ای ۵۰۰ نفری در هر گروه مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. جهت نمونه‌گیری از افراد سالم ساکن شهر تهران از مشابه روش استفاده شده توسط اداره مراقبت از عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر مرکز مدیریت بیماری‌ها استفاده شد. بدین صورت که نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی (طبقات شامل مناطق ۲۲ گانه شهر تهران) و سپس در داخل طبقات به صورت خوشه‌ای انجام گرفت. از اولین عدد کد پستی شهروندان که مربوط به طبقه‌بندی شهری است استفاده و سپس نمونه‌گیری در داخل آن‌ها به صورت تصادفی ساده انجام گرفت. با در دست داشتن فهرست خانوارهای شهر تهران به انتخاب سرخوشه‌ها پرداخته شد. گام بعدی تعیین محل دقیق سرخوشه‌ها در مناطق مختلف شهر تهران بر روی نقشه بود. لازم به ذکر است که کلیه کدهای پستی از بانک اطلاعاتی شرکت پست جمهوری اسلامی ایران استخراج شدند. جهت نمونه‌گیری از افراد معلول جسمی حرکتی، از مرکز معلولین جسمی و حرکتی جمعیت هلال احمر تهران که یک مرکز چند منظوره برای مراجعه معلولین کشور می‌باشد، استفاده شد. به دلیل مرجع بودن این مرکز در کشور، استفاده از این مرکز برای نمونه‌گیری از معلولین، دارای پایه‌ی علمی و منطقی است. با توجه به این که ابزار مورد

جدول شماره ۱ - توزیع جنسی افراد مشارکت کننده در مطالعه به تفکیک گروه‌های تحت مطالعه

جنسیت	افراد سالم		معلولین		کل افراد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۲۴۷	۴۹/۴	۲۸۸	۵۷/۶	۵۳۵	۵۳/۵
زن	۲۵۳	۵۰/۶	۲۱۲	۴۲/۲	۴۶۵	۴۶/۵
کل	۵۰۰	۱۰۰/۰	۵۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰۰	۱۰۰/۰

شده در جدول شماره ۲ بیان‌گر این موضوع هستند که تنها در حیطه‌های سلامت جسمی و استقلال کیفیت زندگی این دو گروه با یکدیگر اختلاف معنا داری دارند ($P < 0.001$) و در سایر حیطه‌ها اختلاف آماری معناداری بین کیفیت زندگی این افراد مشاهده نمی‌شود.

برای تعدیل اثر عوامل مختلف بر این نتایج و بررسی قدرت تشخیص این ابزار، از رگرسیون خطی چند گانه بهره گرفته شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که این ابزار هم‌چنان در حیطه‌های یادشده توان تمیز بین افراد سالم و معلول را ندارد. به عبارت دیگر پس از تعدیل اثر عوامل مختلفی مانند سن، جنس و ... بر کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف، هم‌چنان در حیطه‌های سلامت روانی، محیط، معنوی و ارتباطات اجتماعی اختلاف آماری معنا داری بین دو گروه مشاهده نشد.

برای بررسی وضعیت شغلی افراد شرکت کننده در مطالعه از وضعیت‌های شغلی خانه‌دار، بیکار، بازنشسته، شاغل، دانشجو یا محصل، بی‌پاسخ و سایر مشاغل استفاده شد. بررسی توزیع وضعیت شغلی افراد شرکت کننده در مطالعه نشان داد که در هر دو گروه افراد سالم و معلول بیشترین فراوانی را افراد شاغل به خود اختصاص داده‌اند (به ترتیب ۴۵/۲٪ و ۴۱/۵٪). همچنین میانگین و انحراف معیار تعداد افراد خانوار در کل افراد مشارکت کننده در مطالعه برابر با $4/95 \pm 9/21$ به دست آمد. این میانگین و انحراف معیار در دو گروه افراد سالم و معلول شرکت کننده در مطالعه به ترتیب عبارت از $5/75 \pm 12/73$ ، $4/12 \pm 1/37$ بودند که از نظر آماری نیز اختلاف معنی داری نشان ندادند ($P = 0.068$).

به منظور مقایسه کیفیت زندگی بین افراد سالم و معلول، بدون در نظر گرفتن متغیرهای مختلفی همچون سن، جنس از آزمون t برای مقایسه میانگین‌های دو جامعه مستقل بهره گرفته شد. داده‌های ارایه

جدول شماره ۲ - مقایسه نمرات ابعاد و حیطه‌های پرسشنامه WHOQOL-100 در دو گروه افراد سالم و معلولین

حیطه یا بعد	سالم		بیمار		مقدار احتمال		رگرسیون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	(آزمون تی)	ضریب	
۱. درد و ناراحتی	۱۳/۱۸	۳/۱۵	۱۱/۷۵	۲/۷۷	<۰/۰۰۱	-۱/۳۶۴	<۰/۰۰۱
۲. انرژی و خستگی	۱۳/۷۱	۲/۱۵	۱۳/۴۷	۲/۰۲	۰/۰۲۷	-۰/۳۰۰	۰/۰۶۵
۳. خواب و استراحت	۱۳/۷۱	۳/۳۴	۱۲/۲۷	۳/۲۷	<۰/۰۰۱	-۱/۳۹۶	<۰/۰۰۱
۴. اثر مثبت	۱۱/۰۳	۲/۴۵	۱۲/۰۲	۲/۲۱	<۰/۰۰۱	۱/۰۹۵	<۰/۰۰۱
۵. تفکر، آموزش، حافظه و تمرکز	۱۳/۲۲	۲/۶۱	۱۳/۰۷	۲/۵۷	۰/۷۰۳	-۰/۱۹۵	۰/۳۳۷
۶. عزت نفس	۱۲/۰۰	۲/۴۰	۱۳/۲۱	۲/۳۲	۰/۱۷۶	۰/۳۰۴	۰/۱۰۸
۷. تصویر بدن و ظاهر	۱۳/۱۳	۲/۳۹	۱۲/۶۰	۲/۳۷	<۰/۰۰۱	-۰/۵۳۸	۰/۰۰۴
۸. اثر منفی	۱۱/۴۲	۲/۳۶	۱۱/۳۷	۲/۲۴	۰/۵۰۶	-۰/۰۲۰	۰/۹۱۳
۹. تحرک	۱۳/۸۸	۳/۰۸	۱۲/۸۶	۲/۳۴	<۰/۰۰۱	-۱/۱۶۱	<۰/۰۰۱
۱۰. فعالیت‌های روزمره	۱۱/۸۱	۲/۰۶	۱۱/۷۴	۲/۱۱	۰/۹۸۷	۰/۰۴۱	۰/۷۹۹
۱۱. استقلال از دارو و درمان	۱۵/۹۴	۲/۹۲	۱۴/۶۷	۳/۵۰	<۰/۰۰۱	-۱/۱۵۶	<۰/۰۰۱
۱۲. ظرفیت کاری	۱۴/۶۲	۳/۱۱	۱۳/۴۴	۳/۶۶	<۰/۰۰۱	-۰/۹۵۱	<۰/۰۰۱
۱۳. ارتباطات شخصی	۱۳/۷۳	۲/۵۷	۱۳/۷۹	۲/۶۹	۰/۸۶۸	۰/۱۱۵	۰/۵۶۳
۱۴. حمایت اجتماعی	۱۱/۵۵	۳/۴۰	۱۲/۳۱	۳/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۰۰۲
۱۵. فعالیت جنسی	۱۲/۵۷	۲/۴۹	۱۱/۹۴	۳/۰۷	<۰/۰۰۱	-۰/۷۵۶	<۰/۰۰۱
۱۶. سلامت و امنیت جسمی	۱۳/۰۵	۲/۹۴	۱۲/۸۲	۲/۱۹	۰/۲۴۳	-۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
۱۷. محیط خانه	۱۲/۶۵	۲/۳۶	۱۲/۴۶	۳/۴۵	۰/۲۲۲	۰/۱۴۰	۰/۴۳۸
۱۸. منابع مالی	۱۲/۵۸	۲/۲۳	۱۱/۹۸	۲/۷۴	۰/۴۱۶	-۰/۱۰۴	۰/۶۸۱
۱۹. سلامت و مراقبت اجتماعی، دسترسی و کیفیت	۱۱/۷۳	۲/۷۸	۱۲/۳۶	۲/۹۷	۰/۱۷۵	۰/۱۸۹	۰/۳۹۲
۲۰. فرصت طلبی برای اطلاعات و مهارت‌های جدید	۱۱/۷۴	۲/۸۱	۱۰/۵۹	۲/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۶۵۴	۰/۰۰۳
۲۱. فعالیت‌های اوقات فراغت	۱۰/۱۴	۲/۸۰	۱۲/۳۴	۲/۱۶	۰/۰۱۸	۰/۳۹۵	۰/۰۷۳
۲۲. محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک، آب و هوا)	۱۲/۰۷	۲/۳۳	۱۲/۸۹	۳/۵۰	۰/۱۳۱	۰/۲۸۸	۰/۱۰۴

ادامه جدول شماره ۲ - مقایسه نمرات ابعاد و حیطه‌های پرسشنامه WHOQOL-100 در دو گروه افراد سالم و معلولین

حیطه یا بعد	سالم		بیمار		مقدار احتمال		رگرسیون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	(آزمون تی)	ضریب	
۲۳. نقل و انتقال	۱۳/۱۲	۳/۰۸	۱۴/۶۵	۲/۸۸	۰/۱۸۹	-۰/۳۲۰	۰/۱۸۶
۲۴. معنویت / مذهب/ عقاید شخصی	۱۴/۶۵	۳/۳۹	۱۳/۵۳	۲/۷۵	۰/۸۸۸	۰/۰۲۸	۰/۹۱۵
۲۵. کیفیت زندگی کلی	۱۳/۹۸	۲/۸۹	۱۳/۶۳	۳/۱۹	۰/۱۰۶	-۰/۳۷۴	۰/۱۱۲
I سلامت جسمی	۱۳/۵۳	۲/۲۵	۱۲/۵۰	۲/۱۵	<۰/۰۰۱	-۱/۰۲۰	<۰/۰۰۱
II سلامت روانی	۱۲/۱۶	۱/۰۸	۱۲/۲۵	۱/۰۲	۰/۰۹۶	۰/۱۲۹	۰/۱۲۱
III سطح استقلال	۱۴/۰۶	۱/۷۶	۱۳/۱۸	۲/۲۹	<۰/۰۰۱	-۰/۸۰۷	<۰/۰۰۱
IV ارتباطات اجتماعی	۱۲/۶۲	۱/۸۳	۱۲/۶۸	۱/۹۱	۰/۴۶۶	۰/۰۶۵	۰/۶۵۶
V محیط	۱۲/۱۴	۱/۷۶	۱۲/۳۰	۱/۸۶	۰/۳۰۶	۰/۱۵۵	۰/۲۶۳
VI معنوی	۱۴/۶۵	۳/۳۹	۱۴/۶۶	۳/۵۰	۰/۸۸۸	۰/۰۲۸	۰/۹۱۵

جدول شماره ۳ - ضرایب عوامل مختلف برای هر یک از حیطه‌های پرسشنامه WHOQOL-100 در افراد تحت مطالعه

گروه	حیطه	جنس	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	بیماری	وضعیت اقتصادی اجتماعی	
سالم	I سلامت جسمی	برآورد	۰/۰۴۰-	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۰/۳۶۲	۱/۹۲۲	
		مقدار احتمال	۰/۸۳۰	۰/۹۰۵	۰/۰۱۵*	۰/۰۹۷	<۰/۰۰۱**	۰/۱۸۷
	II سلامت روانی	برآورد	۰/۱۲۴-	۰/۰۰۲-	۰/۰۸۰-	۰/۱۵۸	۰/۰۳۸-	۰/۰۰۴-
		مقدار احتمال	۰/۲۱۰	۰/۶۱۹	۰/۲۸۳	۰/۱۷۳	۰/۷۴۸	۰/۱۱۳
	III سطح استقلال	برآورد	۰/۱۲۸	۰/۰۰۹-	۰/۳۶۱	۰/۲۹۴	۱/۰۲۳	۰/۰۰۱
		مقدار احتمال	۰/۴۰۰	۰/۲۰۵	۰/۰۰۴**	۰/۱۰۱	<۰/۰۰۱**	۰/۶۹۱
	IV ارتباطات اجتماعی	برآورد	۰/۱۰۲-	۰/۰۰۶-	۰/۱۸۴-	۰/۵۹۰	۰/۶۸۶	۰/۰۰۷
		مقدار احتمال	۰/۵۳۷	۰/۴۴۶	۰/۱۶۸	۰/۰۰۲**	<۰/۰۰۱**	۰/۰۵۹
	V محیط	برآورد	۰/۳۱۷	۰/۰۰۳-	۰/۲۵۹	۰/۱۵۴	۰/۷۲۱	۰/۰۰۸
		مقدار احتمال	۰/۰۴۴*	۰/۷۰۴	۰/۰۴۲*	۰/۴۰۱	<۰/۰۰۱**	*۰/۰۳۸
VI معنوی	برآورد	۰/۰۹۶	۰/۰۱۰	۰/۲۸۱	۰/۶۲۹	۰/۴۷۱	۰/۰۰۵-	
	مقدار احتمال	۰/۷۵۷	۰/۴۸۴	۰/۲۶۴	۰/۰۸۳	۰/۲۰۱	۰/۴۷۲	
معلول	I سلامت جسمی	برآورد	۰/۰۱۳	۰/۰۳۰-	۰/۴۰۴	۰/۳۲۷-	۰/۰۲۲	۰/۰۱۴
		مقدار احتمال	۰/۹۶۱	۰/۰۲۷*	۰/۰۶۶	۰/۳۵۳	۰/۹۸۰	۰/۰۵۲
	II سلامت روانی	برآورد	۰/۰۴۵	۰/۰۰۲-	۰/۰۵۸-	۰/۰۳۰	۰/۲۵۴	۰/۰۰۵-
		مقدار احتمال	۰/۷۴۴	۰/۷۷۲	۰/۵۹۶	۰/۸۶۶	۰/۵۵۸	۰/۰۸۱
	III سطح استقلال	برآورد	۰/۳۹۸	۰/۰۲۵-	۰/۵۱۸	۰/۰۷۱-	۰/۴۵۸	۰/۰۱۱
		مقدار احتمال	۰/۱۷۳	۰/۰۸۰	۰/۰۲۷*	۰/۸۴۹	۰/۶۱۷	۰/۱۰۸
	IV ارتباطات اجتماعی	برآورد	۰/۲۲۸	۰/۰۳۰	۰/۱۲۷	۰/۷۶۲	۰/۲۰۶	۰/۰۰۲-
		مقدار احتمال	۰/۳۴۹	۰/۰۱۲*	۰/۵۱۱	۰/۰۱۵*	۰/۷۸۸	۰/۶۷۱
	V محیط	برآورد	۰/۴۰۱	۰/۰۴۴-	۰/۰۲۷	۰/۵۰۲	۰/۳۰۶	۰/۰۰۹
		مقدار احتمال	۰/۱۰۴	<۰/۰۰۱**	۰/۸۹۰	۰/۱۱۱	۰/۶۹۲	۰/۰۹۶
VI معنوی	برآورد	۰/۵۴۷-	۰/۰۰۲	۰/۷۹۵	۰/۴۴۷-	۰/۷۴۹-	۰/۰۰۱	
	مقدار احتمال	۰/۲۲۴	۰/۹۱۵	۰/۰۲۷*	۰/۴۳۶	۰/۵۹۵	۰/۹۱۰	

*معنی دار در سطح ۵٪

**معنی دار در سطح ۱٪

می‌توان دریافت که محدود بودن فعالیت فیزیکی در بیرون از خانه و در مجموع حساسیت بیشتر زنان نسبت به مسایل روزمره و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با جنسیت در جوامع مختلف، بر روی کیفیت زندگی دو جنس تاثیرهای متفاوتی داشته است (۲۵). وضعیت تاهل نیز تنها بر حیطه ارتباطات اجتماعی کیفیت زندگی افراد سالم اثر معنی‌داری داشته است ($P=0/002$). سطح تحصیلات این افراد در حیطه‌های سلامت جسمی ($P=0/015$)، استقلال ($P=0/004$) و محیط ($P=0/042$) کیفیت زندگی افراد سالم اثر معنی‌داری داشته است. در مطالعات دیگر انجام شده نیز همواره سطح تحصیلات با نمره کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار مثبتی داشته است (۲۶،۲۷).

همچنین با توجه به یافته‌های ارایه شده در جدول شماره ۳ می‌توان دریافت که عوامل جنس، بیماری و وضعیت اقتصادی اجتماعی بر روی هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی افراد معلول اثر معنی‌داری نداشته‌اند. عامل سن بر روی حیطه‌های سلامت جسمی ($P=0/027$)، ارتباطات اجتماعی ($P=0/012$) و محیطی ($P<0/001$) افراد معلول اثر معنی‌داری داشته است. بدین صورت که با افزایش سن در افراد معلول نمره کیفیت زندگی نیز کاهش یافته است، که این یافته با یافته‌های سایر مطالعات نیز همخوانی دارد (۳۰-۲۸). عامل سطح تحصیلات نیز برای حیطه‌های استقلال و معنوی ($P=0/027$) اثر معنی‌داری در افراد معلول داشته است. در نهایت وضعیت تاهل افراد معلول تنها در حیطه ارتباطات اجتماعی این افراد اثر معنی‌داری به جای گذاشته است. در کشورهای مختلف جهان پژوهش‌ها و مطالعاتی وسیع در زمینه بررسی کیفیت زندگی در بیماری‌ها و معلولیت‌های مختلف انجام شده است. در تحقیقی در امریکا دیده شد که بیشتر افراد سالم در مقایسه با افراد معلول کیفیت زندگی بهتری داشتند اما بین انواع معلولیت‌ها تفاوت مشخصی وجود نداشت (۱۴).

برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی دو رویکرد عمده وجود دارد، اکثر ابزارهای موجود برای یک بیماری خاص یا گروه خاصی از بیماران مورد استفاده واقع می‌شود، در حالی که نوع مفیدتر این ابزار قادر به اندازه‌گیری کیفیت زندگی در گروه‌های سالم و افراد با بیماری‌های متفاوت می‌باشد و مخصوصاً در مواردی که افراد بیمار نیستند ولی کیفیت زندگی آنان به دلایل متفاوت پائین است، تعیین کننده هستند (۳۱،۳۲).

به منظور بررسی اثر عوامل مختلفی همچون سن، جنس، سطح تحصیلات و ... بر روی حیطه‌های مختلف WHOQOL- 100، از رگرسیون چند گانه استفاده شد. برآورد اثر هر عامل در حیطه‌های مختلف برای دو گروه افراد برآورد اثر هر عامل در حیطه‌های مختلف برای دو گروه افراد سالم و بیماران در جدول شماره ۳ ارایه شده است.

بحث

نتایج حاصل از مطالعه ما نشان می‌دهند که کیفیت زندگی افراد معلول و سالم تنها در دو حیطه سلامت جسمی و سطح استقلال متفاوت است و در سایر حیطه‌ها اختلاف معنی‌داری را نشان نمی‌دهند (جدول شماره ۲). این یافته از نگاه منطقی، نیز صحیح به نظر می‌رسد چرا که افراد معلول به دلیل محدودیت‌های جسمی تنها در این دو حیطه نسبت افراد سالم دارای تفاوت می‌باشند. همچنین مشاهده می‌شود که تفاوت بین ابعاد کیفیت زندگی افراد سالم و معلول در بسیاری از موارد، با یکدیگر دارای اختلافات معنی‌داری هستند (جدول شماره ۲)، برای مثال افراد سالم و بیمار در ابعاد درد و ناراحتی، خواب و استراحت، تحرک و فعالیت جنسی دارای اختلافات معنی‌دار آماری با یکدیگر هستند ($P<0/001$). اما از نظر نمره کیفیت زندگی کلی اختلاف معنی‌داری با هم ندارند ($P=0/112$). نیاز به ارزیابی درونی افراد بیمار جامعه از کیفیت زندگی خود بسیار مهم‌تر از ارزیابی بیرونی کیفیت زندگی آنان می‌باشد، مطالعات مختلف صورت گرفته در عرصه جهانی نیز به نوعی نشانگر این موضوع هستند، برای مثال مطالعات زیادی نشان داده‌اند که ارزیابی‌های پزشکان از کیفیت زندگی بیماران مزمن به طور معنی‌داری کمتر از ارزیابی خود این بیماران از کیفیت زندگیشان است (۲۱،۲۲).

همان‌گونه که از برآوردهای ارایه شده در جدول ۳ می‌توان دریافت، وجود یا عدم وجود بیماری یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر روی غالب حیطه‌های کیفیت زندگی (به غیر از حیطه‌های سلامت روانی و معنوی) افراد سالم است ($P<0/001$). در افراد سالم، عامل جنس ($P=0/044$) و وضعیت اقتصادی اجتماعی ($P=0/038$) که با شاخص حاصل از تقسیم مساحت منزل مسکونی به تعداد افراد خانوار محاسبه شده است، تنها برای حیطه محیط تاثیر گذار بوده و در سایر حیطه‌ها اثر معنی‌داری نداشته‌اند. در مطالعه شمس‌علیزاده بین دو جنس از نظر کیفیت زندگی اختلاف معنی‌دار وجود داشته، اما در مطالعه بهمنی این اختلاف مشاهده نشده است (۲۳،۲۴). البته با نگاهی منطقی نیز

تشکر و قدردانی

توانبخشی که مسئولیت تامین بودجه این پژوهش را متقبل شده است، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و

منابع

1. Ware JE. Conceptualization and measurement of health-related quality of life comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 43-51.
2. Sloan JA, Frost MH, Berzon R, Dueck A, Guyatt G, Moinpour C, et al. Clinical Significance Consensus Meeting Group: The clinical significance of quality of life assessments in oncology: a summary for clinicians. *Support Care Cancer* 2006; 14: 988-98.
3. Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol* 2003; 56:395-407.
4. Van Straten RJ, de Hann, Limburg M. Clinical meaning of the stroke-adapted sickness impact profile-30 and the sickness impact profile-136. *Stroke* 2000; 31: 2610.
5. Haj Yousefi A. Quality of life and breeding strategies. *Welfare and Rehabilitation Sciences university of Tehran, social worker J* 2001; 8:30-8.
6. Kashefi B. Quality of Life of mentally and physically disabled children. *Psychiatric occupational therapy masters thesis. IUMS, 2005:32.*
7. Said Naziri F. Effect of community-based rehabilitation programs in the quality of life for physical-move disabled people 15 to 65 years in Esfahan Khomeini, psychiatric occupational therapy master's thesis. IUMS, 2001.
8. Karbala'i Noori A. Needs and quality of life in chronic schizophrenic patients for outpatient services based at the psychiatric center, Shaheed Ismaili community in Tehran. *Psychiatric occupational therapy master's thesis. IUMS, 1997: 26.*
9. Dijkers MP. Individualization in quality of life measurement instruments and approaches. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 3-14.
10. Shahandeh H, Wameghi R, Hatamizadeh N, Kazemnejad A. Quality of life among people with spinal cord injuries. *Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches* 2004; 3: 1-8.
11. World Health organization, Bulletin of world Health organization, Eric Barbotte, Farcis Guillemin, Neurkasen and Lord handicap Group, 2001; 79: 1047-55.
12. Theodoropoulou S, Leotsakou C, Baltathakis I, Christonakis A, Xirodima M, Karakasis D, et al. Quality of life and psychopathology of 53 long-term survivors of allogeneic bone marrow transplantation. *Hippokratia*. 2006; 6(1):19.
13. Pibernik-Okanović M. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001; 51(2):133-43.
14. Dijkers M. A meta-analysis of the effect of disablement components. *Adapted Physical Activity Quarterly* 2007; 15(3), 829-840.
15. Eisenberg MG, Salts CC. Quality of life among aging spinal cord injured Persons: long term rehabilitation outcomes, paraplegia. 1991; 29: 514-20.
16. Karimlou M, Zayeri F, Salehi M. Psychometric properties of the Persian version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100). *Arch Iran Med*. 2011; 14: 281-7.
17. Karimlou M, Salehi M, Zayeri F, Massah Choolabi O, Hatami A, Moosavy Khattat M. Developing the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life-100 Questionnaire. *J of rehabilitation*. 2011; 11 :73-82
18. Bonomi A, Patric D, Bushnell D. Validation of the United States, Version of the World Health Organization Quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical Epidemiology* 2001; 53: 2.
19. The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-1585.
20. Ginieri-Coccosis M, Antonopoulou V, Triantafillou E, and Christodoulou GN: Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece: parts I & II. *Psychiatry Today* 2001; 32:5-16.
21. Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology* 1988; 43: 25-30.
22. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer* 1988; 57: 109-112.
23. Shams Alizadeh N, Mohsenpour B, Ghaderi E, Razaeei F, Delavari A. Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12: 448-56.
24. Bahmani B, Tamadoni M, Asgari M. [Quality of life and its relation to religion attitude in students of south unite of Azad University in Tehran]. *Teb va Tazkieh* 2004; 53: 32-44.
25. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 14: 56-61.
26. Meek S. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative effect. *J Age Health* 2001; 13: 92-119.
27. Vahdani-Nia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life and elderly population in Iran: A population-based study]. *Payesh* 2005; 4: 113-20.
28. Albou Kordi M, Ramezani MA, Arizi F. A study on the quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004. *Sci Med J* 2007; 51: 701-7.
29. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 14: 56-61.
30. Kranciukaite D, Rastenyte D, Jureniene K. Evaluation of the quality of life in the population of Kaunas city using the SF-12 questionnaire. *Medicina* 2007; 43: 501-7.
31. Fayers PM, Machin D: *Introduction In Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation*. UK: John Willy and Sons; 2000: 3-10.
32. Bonomi A, Patric D, Bushnell D. Quality of Life measurement Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 19-23.

Iranian Journal of Epidemiology 2012; 8(2): 65-72.

Original Article

Quality of life among Disabled and Healthy Individuals A Comparative Study

Bakhtiyari M¹, Salehi M², Zayeri F³, Mobasheri F⁴, Yavari P⁵, Delpishe A⁶, Karimlou M⁷

1- Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Informatics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Proteomics Research Center, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical sciences, Tehran, Iran

5- Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

7- Associate Professor, Department of Biostatistics and Computer, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Karimlou M., Mkarimlo@yahoo.com

Background & Objectives: The aim of this study was to identify the quality of life (QOL) measures commonly used to assess disabled people compared to healthy individuals.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 1000 disabled and healthy individuals aged between 15 to 75 years old during 2009 year. These groups were selected by random multistage cluster sampling from Crescent Comprehensive Rehabilitation Center located in Tehran. WHO's Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire was used to measure quality of life.

Results: The Mean age were 35.9 ± 12.9 and 35.1 ± 12.7 years amongst disabled and non disabled groups, respectively. There was a significant difference between two groups in terms of somatic health and independence of quality of life ($P < 0.001$), in which the mean score in both domains were high in healthy individuals. No significant difference was observed between two groups in other scopes.

Conclusion: Findings of this study highlighted the lower quality of life in disabled people in Tehran, Therefore this group should be targeted for any relevant intervention in order to improve their care.

Keywords: Disables, Quality of life, WHOQOL-100