

کیفیت زندگی ساکنان بالای ۱۵ سال آپارتمان‌نشین، در مقایسه با ساکنان بالای ۱۵ سال غیر آپارتمان‌نشین شهر شیراز در سال ۹۰-۹۱

پژمان باقری^۱، علی اکبر حدووست^۲، اسحاق درتاج رابری^۳

^۱ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، پردیس بین‌المللی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲ استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: علی اکبر حدووست، کرمان، ابتدای بلوار جهاد، خیابان ابن سینا، روبه‌روی کلینیک بعثت، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، طبقه دوم، مرکز

تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، تلفکس: ۰۳۴۱-۲۲۶۳۷۲۵-۰۳۴۱، پست الکترونیک: ahaghdooost@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۲۸؛ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۷

مقدمه و اهداف: امروزه، برنامه‌های سنجش سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، افزون بر محاسبه شاخص‌های ابتلا و مرگ، به دیگر شاخص‌ها، مانند کیفیت زندگی نیز توجه می‌کنند. این تحقیق قصد دارد به بررسی تفاوت کیفیت زندگی ساکنان بالای ۱۵ سال آپارتمان‌نشین، نسبت به دیگر ساکنان بالای ۱۵ سال غیر آپارتمان‌نشین شهر شیراز بپردازد.

روش کار: مطالعه پیش‌رو یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است که به بررسی همزمان متغیرهای آپارتمان‌نشینی، به‌عنوان متغیر مستقل و ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی سلامت، به‌عنوان متغیر وابسته، در شهر شیراز، سال ۱۳۹۰ پرداخته‌است. در این مطالعه از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شده است.

نتایج: بر اساس تجزیه و تحلیل‌ها، میانگین نمره‌های ابعاد سلامت، پیش از تعدیل، برای متغیرهای جنسیت، سواد، تأهل، سن، شغل، بُعد خانوار، درآمد ماهیانه، نوع بیماری، مالکیت منزل و مساحت منزل در آپارتمان‌نشینان، نسبت به غیر آپارتمان‌نشینان، به‌ترتیب عبارت بودند از: جسمی ۱۳/۵۷ و ۱۶/۴۱، روانی ۱۰/۷۱ و ۱۴/۸۷، اجتماعی ۸/۵۷ و ۱۳/۸۴ و محیطی ۱۳/۵۹ و ۱۰/۱۸ که بعد از تعدیل در بُعد جسمی، به ۱۴/۴۱ و ۱۵/۶۱، روانی ۱۲/۶ و ۱۴/۴۷، اجتماعی ۸/۷۴ و ۱۳/۷۲ و محیطی ۱۵/۴۲ و ۹/۲۳ تغییر یافتند ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت آپارتمان‌نشینان حتی بعد از تعدیل در بیشتر حیطه‌ها، کمتر از غیر آپارتمان‌نشینان است که ارزیابی علل آن می‌تواند در ارتقای سلامت شهرنشینان بسیار مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: آپارتمان‌نشینی، کیفیت زندگی، ابعاد سلامت، پرسشنامه استاندارد WHOQOL-BREF، شیراز

مقدمه

ذهنی، برداشت ذهنی، ارزیابی و داوری هر فرد از وضعیت زندگی شخصی خود است و مرتبط با فرایندهای درونی است (۲). تقریباً تمام رشد جمعیت جهان در ۳۰ سال آینده در شهرها اتفاق می‌افتد. سرعت شهرنشینی، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، بیشتر است. بانک جهانی پیش‌بینی می‌کند تا سال ۲۰۳۵، قطب اصلی فقر در شهرها متمرکز خواهد بود (۵-۳). بر اساس گزارش سازمان آمار ایران نیز، طبق سرشماری سال ۹۰، نرخ شهرنشینی در کشور برابر با ۷۱٪ است که نسبت به سال ۸۵ (۶۸٪)، ۳٪ افزایش یافته‌است. سلامت شهری یکی از موضوعات مهمی است که در عرصه بین‌المللی توجه زیادی را به خود جلب

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی مجموعه‌ای از عوامل جسمی، روانی و اجتماعی، مانند شادی، رضایت، سلامت، ازدواج، خلاقیت و موقعیت اقتصادی است که شخص یا اشخاص آن را درک می‌کند. بنابراین، کیفیت زندگی را با سنجش احساسات ذهنی هر شخص درباره جنبه‌های گوناگون زندگی می‌توان ارزیابی کرد. از سوی دیگر، سلامت به مفهوم جامع آن، دربرگیرنده همه ارکان زندگی یا بسیاری از آن‌ها، اعم از جسمی، روانی، معنوی، محیط فیزیکی و اجتماعی است. بنابراین، پرداختن به سلامت نیازمند آگاهی از همه مسائلی است که به نوعی بر سلامت انسان و جامعه تأثیرگذارند (۱). منظور از احساسات

۵٪ از واریانس اضطراب‌های روانپزشکی، ۱۴٪ از واریانس کاهش قدرت تطابق و سازگاری، ۱۶٪ از واریانس بی‌رضایتی از محل سکونت و ۲٪ از واریانس کاهش عملکردهای تطبیقی با شرایط زندگی در افراد با انواع بیماری‌های عصبی- روانی در منازل را توجیه می‌کند (۱۵).

در مطالعه‌ای دیگر که کامران و همکاران برای بررسی مشکلات فرهنگی- اجتماعی زندگی آپارتمانی شهر جدید پردیس انجام دادند، میزان مشکلات اجتماعی در ساکنان زندگی آپارتمانی به‌طور معنادار بیشتر از زندگی ویلایی بود. در این بررسی، گزارش شد که میزان فاصله اجتماعی نیز در میان ساکنان ویلاها کمی بیشتر از آپارتمان‌نشین‌هاست. در این پژوهش، معلوم شد که تحصیلات رابطه‌ای معکوس با میزان سازگاری آپارتمان‌نشین‌ها دارد. در واقع، هرچه سطح سواد بالاتر رود، میزان سازگاری پایین‌تر است. از دیگر نتایج این مطالعه این بود که ساکنان دارای مدرک تحصیلی پایین، بیشترین میزان مشارکت اجتماعی را دارند، در حالی که مشارکت اجتماعی افراد با تحصیلات بالا کمتر است (۱۶).

با توجه به روند رو به رشد جمعیت، بزرگ‌شدن شهرها و همچنین، افزایش مشکلات اقتصادی، بیشتر فضاهای مسکونی شهری ما را آپارتمان تشکیل می‌دهد و در آینده نیز چنین خواهد بود. با توجه به شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ در روز جهانی سلامت، شهرنشینی و سلامت، توسعه پدیده آپارتمان‌نشینی و این که اطلاعات در این زمینه در ایران محدود است، و با درک این ضرورت در حال و آینده به نتایج چنین تحقیقاتی بسیار نیاز است، این تحقیق قصد دارد به بررسی تفاوت کیفیت زندگی ساکنان بالای ۱۵ سال آپارتمان‌نشین، نسبت به ساکنان بالای ۱۵ سال غیر آپارتمان‌نشین (ویلانشین) کلان شهر شیراز، به‌عنوان جامعه پژوهش در قالب بررسی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی سلامت بپردازد تا بتواند برخی حقایق پنهان بهداشتی این الگوی زندگی امروزی را برای برنامه‌ریزی‌های مناسب و کارآمد در این حوزه فراهم آورد.

روش کار

مطالعه پیش رو یک مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی است که به بررسی همزمان متغیرهای آپارتمان‌نشینی بعنوان متغیر مستقل و ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی سلامت، به‌عنوان متغیرهای وابسته در ساکنان بالای ۱۵ سال آپارتمان‌نشین و غیر آپارتمان‌نشین شهر شیراز، به‌عنوان جامعه

کرده‌است و به نظر می‌رسد اکنون، به دلیل زیاد شدن جمعیت شهرها، نابه‌سامانی بیشتر در مدیریت شهری به‌دلیل پیچیده‌تر بودن نظام شهرنشینی، تأمین نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی کل جامعه و مشکلات پیچیده در ارتباطات بین بخشی در شهرها، روند این مشکلات به سمت پیچیده‌تر شدن می‌رود.

آپارتمان‌نشینی، به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از زندگی شهری، یکی از موضوعاتی است که در سال‌های اخیر، به‌دلیل افزایش جمعیت و به‌دنبال آن، نیاز به مسکن جدید، ضمن گسترش، پیامدها و چالش‌هایی جدید را برای سلامت به وجود آورده‌است (۶). زندگی آپارتمان‌نشینی و از بین رفتن حیاط خانه‌ها در افزایش میزان کمبود ویتامین D مؤثر است. همچنین بر اساس نظرات کارشناسان، آپارتمان‌نشینی و اضافه وزن ارتباطی تنگاتنگ با یکدیگر دارند (۷). آپارتمان‌نشینی با فرایندهای جداسازی اجتماعی^۱، انواع جنایت‌ها، کاهش فضاهای شخصی افراد و فرصت‌های کمتر برای بازی‌های ایمن کودکان مرتبط است (۸). برخی تحقیقات شیوع‌شناختی ارتباطی مستقیم بین کاهش سطح سلامت روانی با ارتفاع منزل از زمین و آپارتمان‌های چنداتاقه نشان داده‌اند (۹). مهم‌ترین مؤلفه‌های محل زندگی که نوسانات سلامت را توجیه می‌کنند، عبارتند از: اجاره‌نشینی، درجه حرارت بیرون منزل، کیفیت هوای درون منزل، رطوبت و طرح منزل (آپارتمان‌نشینی، ویلانشینی) (۱۰).

سیگارکشیدن انفعالی یا مواجهه با دود سیگار دیگران^۲، یکی از مهم‌ترین عوامل خطر ساز برای سلامت انسان‌ها، به‌ویژه در اماکن بسته و کوچک مانند آپارتمان‌ها است. برخی مطالعه‌های بزرگ نشان داده‌اند که مواجهه طولانی‌مدت با دود سیگار دیگران در اماکن بسته، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی و مرگ در بالغان غیرسیگاری و بار کلی مرگ‌ومیر ملی را افزایش می‌دهد. همچنین، این عوارض در مورد نوزادان و کودکان نیز به قوت خود باقی است (۱۱-۱۳). برخی شواهد موجود نشان می‌دهند استفاده از انواع فناوری‌های مدرن و فراگیر امروزی در اماکن کوچک، مانند آپارتمان‌ها، بیشتر شیوع دارد و این ابزار آثار بالقوه قابل توجهی بر سلامت ساکنان دارند؛ تا آنجا که از این فناوری‌ها به‌عنوان ابزاری برای پایش سلامت آن‌ها، استفاده می‌شود (۱۴).

در مطالعه‌ای که Wright و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای بررسی ارتباط محیط منزل با پیامدهای سلامت روانی ساکنان انجام دادند، آمده‌است که الگوی زندگی آپارتمان‌نشینی به‌تنهایی

¹ Social Isolation

² Secondhand Smoke

مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰ پرداخته است.

در این مطالعه بر اساس اهداف اختصاصی تعریف شده، از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)^۱ برای بررسی، مقایسه و تعیین وضعیت کیفیت زندگی ساکنان مناطق آپارتمان نشین و غیر آپارتمان نشین استفاده شده است. این پرسشنامه، کیفیت زندگی را به صورت عمومی^۲ می‌سنجد. مشخصات روان‌سنجی گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار از روایی، پایایی و قابلیت پاسخگویی مناسب در جمعیت ایرانی برخوردار است و می‌توان آن را در این گونه پژوهش‌ها به کار برد (۱۷). پرسشنامه WHOQOL-BREF چهار حیطه (Domain) سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را با ۲۴ پرسش می‌سنجد. پس از انجام محاسبات لازم، امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه، به تفکیک، به دست خواهد آمد، که در آن امتیاز ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت در حیطه مورد نظر است.

با توجه به این که بیشتر پرسش‌های طرح شده در پرسشنامه، در بردارنده اطلاعات شخصی و محرمانه افراد است و این احتمال وجود داشت که در حضور محقق، نمونه‌ها نتوانند پاسخ‌هایی درست و معتبر بدهند، پرسشنامه‌های افراد باسواد را خودشان تکمیل کردند و سپس در موعدی مقرر که از سوی محقق برای جمع‌آوری همه پرسشنامه‌ها از همه آپارتمان‌های یک مجتمع خاص، اعلام شد، آن‌ها را به محقق تحویل دادند.

د. بنابراین به این افراد فرصت کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها، با دقت، داده شد و بدین گونه از تورش‌هایی که ممکن بود در اثر حضور محقق و مصاحبه حضوری پیش آیند، پیشگیری گردید. همچنین، همه پرسشگری‌ها در ساعت‌های غیر اداری انجام شد تا هنگام مراجعه به منازل بیشترین افراد دارای شرایط در منزل حضور داشته باشند. برای افراد بی‌سواد به‌ناچار پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه حضوری و خواندن پرسش‌ها (پرسشگری) برای آن‌ها و ثبت عین پاسخ، بدون دخالت در فرایند پاسخ‌دهی، تکمیل شد که خوشبختانه تعداد این افراد بسیار اندک بود. در زمان توزیع پرسشنامه نیز سعی شد پراکندگی سنی نمونه‌ها تا حد ممکن رعایت شود و در موارد امتناع نیز، تا دستیابی به حداقل حجم نمونه‌ها در هر گروه، همسایه‌های مجاور وارد مطالعه شدند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌طور کلی روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. با توجه به موجود نبودن مطالعات مشابه برای تعیین حجم نمونه، باید مطالعه‌ای پایلوت صورت می‌گرفت. شهر شیراز در مرحله اول نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس (Convenience)، به دلیل نزدیکی به محل سکونت محقق و آشنایی و آسانی رفت‌وآمد بیشتر انتخاب شد. روال انجام نمونه‌گیری برای مطالعه پایلوت به این صورت بود که از میان همه مناطق تقسیم‌بندی شده شهر شیراز، به روش نمونه‌گیری تصادفی، با استفاده از روش قرعه‌کشی، تعداد ۳ منطقه انتخاب شد. در مرحله بعد در هر منطقه، دوباره با استفاده از روش تصادفی، ۱ مجتمع آپارتمانی مسکونی انتخاب شد. در مرحله بعد در هر مجتمع، باز هم با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۵ خانوار برگزیده شدند. در پایان، حوالی هر مجتمع نیز، تعداد ۵ خانوار غیر آپارتمان نشین برای مقایسه انتخاب شدند. بنابراین در مجموع، ۳۰ خانوار (۱۵ آپارتمان نشین و ۱۵ غیر آپارتمان نشین) برای مطالعه پایلوت و تخمین میانگین و انحراف معیار نمره‌های هر ۴ حیطه برای اعمال در فرمول اصلی حجم نمونه و تعیین حجم نمونه اصلی مطالعه، تعیین شد. از مجموع ۱۵ خانوار آپارتمان نشین، ۳۰ نفر و از مجموع ۱۵ خانوار غیر آپارتمان نشین، ۴۵ نفر فرد بالای ۱۵ سال ارزیابی شدند. بر اساس نتایج مطالعه پایلوت، در حیطه سلامت جسمی میانگین حداقل حجم نمونه ۳۳، در حیطه روانی ۱۷، در حیطه اجتماعی ۳۵۵ و در حیطه محیطی ۵۴ نمونه به دست آمد که برای جبران نبود همکاری‌های احتمالی و همچنین، افزایش قدرت مطالعه، با در نظر گرفتن $\alpha=5\%$ و $\beta=20\%$ و در نظر گرفتن انحراف معیار نمره‌های سلامت هر حیطه تقریباً برابر $2/5$ و برای یافتن حداقل $0/5$ واحد تفاوت در نمره سلامت در هر حیطه و در نظر گرفتن $Design\ Effect=2$ ، برای تعدیل حجم نمونه برای اثر خوشه‌گیری، تصمیم گرفته شد حداقل حجم نمونه دارای شرایط (بالای ۱۵ سال = Criterion Eligibility) برای هر نوع محل سکونت ۴۰۰ عدد انتخاب شود. مجتمع‌های آپارتمانی، به‌عنوان خوشه‌های مطالعه و خانوارها در هر مجتمع، به‌عنوان نمونه‌های ما در نظر گرفته شدند. جزئیات نمونه‌گیری در مطالعه اصلی در شکل شماره ۱ آمده است.

با توجه به حجم نمونه‌ها و طرح نمونه‌گیری خوشه‌ای در ابتدای

¹ WHO Quality of Life BREF

² Generic

اندازه‌گیری‌های متواتر استفاده شده‌است. همه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS19 انجام شده‌اند.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، با توجه به ضرورت دسترسی به اطلاعات شخصی افراد و با توجه به تحلیل گروهی داده‌ها، در ابتدای مراجعه به خانوارها، محقق به‌صورت شفاهی رضایت افراد شرکت‌کننده در مطالعه را جلب کرد و در صورتی که به هر دلیل، خانواری به همکاری با طرح و تکمیل پرسشنامه‌ها تمایل نداشت، هیچ اجباری در کار نبود و از خانوارهای اطراف برای تکمیل پرسشنامه و کسب حداقل حجم نمونه‌ها اجازه گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در ابتدا از مجموع ۱۴۵۹ پرسشنامه جمع‌آوری شده، ۵۹ مورد به دلایل وجود بیش از ۲ پرسش بدون پاسخ (بیش از ۲۰ درصد) در حیطه‌های جسمی، روانی و محیطی و بیش از ۱ پرسش بی‌پاسخ در حیطه اجتماعی و شرایط سنی و موارد پاسخ‌های نامربوط حذف شدند و در پایان با توجه به معیار ورود بالای ۱۵ سال بودن نمونه‌ها، دو گروه برابر ۴۰۰ عددی از خانوارها، شامل ۶۰۰ نفر از ساکنان آپارتمان‌نشین و ۸۰۰ نفر از ساکنان غیر آپارتمان‌نشین (۱۴۰۰ نفر) وارد فرایند نهایی تجزیه و تحلیل شدند. در گروه آپارتمان‌نشین تعداد ۳۸۶ نفر مرد و ۲۱۴ نفر زن، با میانگین سنی کلی $31/38 \pm 1/62$ و نما و میانه ۲۹ و ۲۷ سال و در گروه غیر آپارتمان‌نشین ۵۹۰ مرد و ۲۱۰ زن، با میانگین سنی کلی $32/83 \pm 1/42$ و نما و میانه ۳۰ و ۲۹ سال قرار داشتند. ($P < 0/05$) دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۵ تا ۷۶ سال بود.

وضعیت پاسخگویی افراد به پرسش‌های پرسشنامه در جدول شماره ۱، فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه در جدول شماره ۲ و توزیع انواع بیماری‌ها در گروه‌ها در جدول شماره ۳ آمده‌است. ظاهراً گروه آپارتمان‌نشین تنها از نظر وجود دردهای جسمانی، نیاز به درمان برای امور روزمره، احساس سلامت محیط اطراف، داشتن انرژی کافی برای انجام امور روزمره، رضایت از ظاهر خود، رضایت از روابط خصوصی و رضایت از امکانات حمل و نقل، نسبت به گروه ویلانشین، در وضعیتی بهتر قرار داشتند که البته این برتری در مورد پرسش‌های وجود دردهای جسمانی، نیاز به درمان برای امور روزمره و رضایت‌مندی از امکانات حمل و نقل، معنی‌دار نبودند ($P > 0/05$). همچنین در مجموع، شایع‌ترین بیماری مزمن در هر دو گروه پرفشاری خون و شایع‌ترین بیماری حاد، بیماری حاد تنفسی بود. اختلاف فراوانی هیچ‌یک از بیماری‌ها

نمونه‌گیری، با در نظر گرفتن $design\ effect = 2$ سعی در تعدیل واریانس حاصل از نمونه‌گیری و تعدیل آثار آن بر نتایج مطالعه شده‌است. اما با توجه به این که اندازه نمونه نسبتاً بزرگ بود، برای اندازه‌گیری دقیق‌تر و تعدیل اثر خوشه‌ای مناطق شهری، از تجزیه و تحلیل *Generalized linear mixed model* استفاده شد. بر اساس این تحلیل مشخص شد مشاهدات داخل هر خوشه مربوط به هر یک از متغیرهای مورد بررسی، با هم همبسته‌اند، ولی با مشاهدات دیگر خوشه‌ها همبسته نیستند. در نتیجه مدل به‌صورت مدلی آمیخته با اثر تصادفی خوشه‌ها تعیین شد.

در این مطالعه، متغیرهای بُعد خانوار، سن، جنس، وضعیت تحصیلات به سال، وضعیت تأهل، شغل، درآمد ماهانه، نوع مالکیت منزل، مساحت منزل به‌ازای هر نفر، مدت زمان سکونت در محل، داشتن بیماری‌های مزمن و حاد (سالم، مزمن، حاد و مزمن-حاد) و تنها یا دسته‌جمعی زندگی کردن، به‌عنوان عوامل دموگرافیک و مخدوش‌کننده احتمالی تأثیرگذار بر وضعیت سلامت افراد به شمار رفته‌اند.

پس از محاسبات توصیفی، برای تعیین ارتباط متغیر آپارتمان‌نشینی با نمره‌های حیطه‌های چهارگانه سلامت، از آزمون دو نمونه‌ای، برای بررسی و کنترل آثار مخدوش‌کنندگی متغیرها از آزمون رگرسیون خطی، برای تعیین ارتباط متغیرها با نمره‌ها، از آزمون‌های *two sample T-test* و تحلیل پراش یک‌راهه^۱ و در صورت معنی‌داری، با آزمون *post ANOVA* توکی^۲، برای تعیین ارتباط متغیرهای عددی با یکدیگر از ضریب همبستگی پیرسون، برای تعیین ارتباط درون‌گروهی نمره‌ها، از آزمون تحلیل پراش برای اندازه‌های متواتر^۳ و در پایان برای بررسی ارتباط حیطه‌های سلامت در گروه‌های آپارتمان‌نشین و ویلانشین مطالعه، از ماتریس همبستگی استفاده شده‌است. با توجه به حجم نمونه بالا خطای نوع اول ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. در واقع با توجه به این که نمره سلامت افراد در ۴ وهله یا حیطه اندازه‌گیری و ثبت شده بود و به‌نوعی، اگرچه ابعاد چهارگانه سلامت بررسی شد، این متغیر سلامت بود که ۴ مرتبه اندازه‌گیری شد و نیز با توجه به مقیاس‌های یکسان در اندازه‌گیری حیطه‌ها، دامنه تغییرات یکسان حیطه‌ها و این که در یک فرد اندازه‌گیری‌های چند متغیر با هم صورت گرفته و در نتیجه، امتیازات آن‌ها به هم وابسته‌اند، از آزمون تحلیل پراش برای

¹ One Way ANOVA

² Tukey

³ Repeated Measure

واقعی جلوه داده بودند که پس از تعدیل و حذف آثار متغیرهای مخدوش کننده بالا، مقدار واقعی آن به ۵/۲۴ رسید. تفاوت بین نمره های سلامت همه حیطه ها در گروه های دو گانه آپارتمان نشین و غیر آپارتمان نشین و در هر دو مرحله معنی دار بود ($P < 0/0001$). میانگین نمره های همه حیطه های سلامت، به جز حیطه محیطی در گروه غیر آپارتمان نشین بالاتر از گروه آپارتمان نشین به دست آمد (نمودار شماره ۱).

بنابراین در مجموع، باید گفت بر اساس مدل خام، به ترتیب در گروه آپارتمان نشین و غیر آپارتمان نشین میانگین نمره سلامت جسمی برابر $13/57 \pm 3/47$ و $16/41 \pm 2/99$ ، میانگین نمره سلامت روانی $10/71 \pm 2/97$ و $14/87 \pm 2/72$ ، نمره سلامت اجتماعی $8/57 \pm 3/53$ و $13/84 \pm 2/98$ و میانگین نمره سلامت محیطی، به ترتیب برابر با $13/59 \pm 3/73$ و $10/18 \pm 3/52$ محاسبه شد. پس از تعدیل برای متغیرهای جنسیت، سواد، تأهل، سن، شغل، بُعد خانوار، درآمد ماهانه، نوع بیماری، مالکیت منزل و مساحت منزل، این نمرات در گروه آپارتمان نشین و غیر آپارتمان نشین در حیطه جسمی به $14/41$ و $15/61$ ، در حیطه روانی به $12/6$ و $14/47$ ، در حیطه اجتماعی به $8/74$ و $13/72$ و در حیطه محیطی به $15/42$ و $9/23$ تغییر یافتند. تفاوت برای همه گروه ها معنی دار بود ($P < 0/0001$).

در بخش تعیین ارتباط نمره های حیطه های ۴ گانه سلامت با متغیر جنسیت، ارتباط همه حیطه های سلامت جسمی ($P = 0/0001$) در زنان و $16/4 \pm 2/9$ و در مردان، روانی ($P = 0/0001$) در زنان و $14/4 \pm 2/3$ و در مردان، اجتماعی ($P = 0/0001$) در زنان و $12/4 \pm 4/1$ و در مردان و حیطه محیطی ($P = 0/0001$) در زنان و $13/4 \pm 3/4$ و $10/8 \pm 3/9$ در مردان) با متغیر جنس معنی دار شناخته شد، به طوری که در همه حیطه ها میانگین نمره های سلامت زنان به طور معنی دار بالاتر از مردان بود. همچنین در هر دو جنس نیز، میانگین نمره های سلامت غیر آپارتمان نشینان در همه حیطه ها، به جز حیطه محیطی بالاتر از آپارتمان نشینان بود ($P < 0/05$).

همچنین در بخش تعیین ارتباط نمره های حیطه های ۴ گانه سلامت با متغیر شغل، ارتباط همه حیطه های سلامت جسمی ($P = 0/0001$) در شاغلان و $17/5 \pm 1/6$ و در بیکاران، روانی ($P = 0/0001$) در شاغلان و $14/9 \pm 2$ و در بیکاران، اجتماعی ($P = 0/0001$) در شاغلان و $13/8 \pm 3/4$ و در بیکاران و $11/1 \pm 4$ در بیکاران) و حیطه محیطی ($P = 0/0001$) در شاغلان و $12/7 \pm 3/6$

به جز دیابت و پوکی استخوان در دو گروه معنی دار نبود ($P > 0/05$). در مدل خام نمره سلامت جسمی $2/84$ است. بعد از تعدیل نمره برای متغیرهای سن، جنسیت، تأهل، نوع بیماری، سواد، میزان درآمد ماهانه و بُعد خانوار، این تفاوت به ۲ رسید ($P = 0/0001$). با این حساب مشخص می شود که متغیرهای مذکور نمره سلامت جسمی آپارتمان نشینان را به طور کاذب، مقداری کاهش داده بودند که پس از تعدیل این تفاوت از بین رفت و تفاوت واقعی خود را نشان داد. در این بخش مشخص شد که دارندگان بیشترین اثر مخدوش کنندگی و دلیل اصلی مشاهده تفاوت بین مقدار خام و تعدیل شده متغیرهای جنسیت، تأهل، نوع بیماری، سواد، سن، میزان درآمد ماهانه و بُعد خانوار بودند.

همچنین در آنالیز خام، میانگین نمره سلامت روانی $3/29$ به دست آمد که بعد از تعدیل نمره برای متغیرهای سن، نوع بیماری، وضعیت تأهل، میزان درآمد ماهانه و سواد، این نمره به مقدار $2/81$ کاهش یافت ($P = 0/0001$) که بیانگر این نکته است که در بخش سلامت روانی نیز، متغیرهای پیش گفته نمره سلامت روانی آپارتمان نشینان را مقداری کاهش داده بودند که پس از تعدیل، میانگین این نمره مقداری بالاتر رفت و خود را به نمره سلامت روان آپارتمان نشینان نزدیک تر کرد. در این بخش نیز مشخص شد که دارندگان بیشترین اثر مخدوش کنندگی و دلیل اصلی مشاهده تفاوت بین مقدار خام و تعدیل شده، متغیرهای سن، نوع بیماری، وضعیت تأهل، میزان درآمد ماهانه و سواد بودند.

در آنالیز خام همچنین نمره سلامت اجتماعی $5/27$ تعیین شد، اما متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، نوع مالکیت منزل، میزان درآمد ماهانه و سواد، نمره مدل خام را به طور معنی دار ($P = 0/0001$)، به مقدار $5/1$ کاهش می دادند و به عنوان عوامل مخدوش کننده حیطه اجتماعی تعیین شدند. با توجه به کاهش نمره بعد از تعدیل، توضیحات قبلی در مورد این بخش نیز صادق است، یعنی نمره سلامت اجتماعی آپارتمان نشینان بعد از تعدیل افزایش یافت.

در مورد نمره سلامت محیطی نیز باید گفت در آنالیز خام این نمره برابر $3/41$ محاسبه شد که متغیرهای سن، شغل، مساحت منزل، میزان درآمد ماهانه و سواد، نمره مدل خام را به طور معنی دار ($P = 0/0001$)، به مقدار $5/24$ افزایش دادند و به عنوان عوامل مخدوش کننده حیطه محیطی تعیین شدند. در این بخش، متفاوت از بخش های پیشین، باید گفت متغیرهای مخدوش کننده نمره سلامت محیطی آپارتمان نشینان را به طور کاذب کمتر از حد

متغیر سن، بین گروه ۲۵-۱۵ ساله با ۳۵-۲۶ ساله) تفاوت‌های آماری معنی‌دار را نشان داد ($P=0/0001$). می‌توان گفت میانگین نمره‌های سلامت همه حیظه‌ها در سطوح تشکیل‌دهنده این متغیرها به‌جز موارد غیر معنی‌دار گفته شده، با یکدیگر اختلاف دارند.

نکته جالب توجه در آزمون تحلیل پراش این مطالعه، ارتباط متغیر سن با تمام ابعاد سلامت در هر دو گروه و به‌عبارتی، تفاوت معنی‌دار تمام گروه‌های سنی با یکدیگر در هر دو گروه از نظر نمره‌های سلامت است. در هر دو گروه و در تمام ابعاد سلامت، ضمن برتری نمره‌های سلامت گروه غیر آپارتمان‌نشین، نسبت به آپارتمان‌نشین، به‌جز در گروه سنی ۲۵-۱۵ ساله، از ابتدای ۱۵ سالگی تا انتهای ۵۵ سالگی میانگین نمره سلامت افزایش یافته و سیر صعودی داشته‌است و بلافاصله بعد از این سن تا پایان، میانگین نمره‌های سلامت کاهش پیدا کرده‌است و یک سیر نزولی را طی می‌کند.

در بخش تعیین ارتباط نمره‌های حیظه‌های ۴گانه سلامت با متغیر میزان درآمد ماهانه نیز در مرحله اول ارتباط آماری معنی‌دار دیده شد ($P=0/0001$) و مشخص شد میانگین نمره‌های سلامت سطوح مختلف درآمدی با یکدیگر تفاوت دارد. در ادامه نیز برای تعیین گروه‌هایی که با یکدیگر اختلاف دارند، آزمون توکی نشان داد که در همه سطوح درآمدی، به‌استثنای سطح درآمدی کمتر از ۳۰۰ هزار تومان با ۳۰۰-۶۰۰ هزار تومان، نمره‌های سلامت حیظه‌ها تفاوت‌های آماری معنی‌دار با یکدیگر دارند ($P=0/0001$).

برای تعیین ارتباط بین مساحت منزل با نمره‌های حیظه‌های سلامت، مشخص شد در گروه آپارتمان‌نشین بین مساحت منزل با نمره‌های حیظه جسمی ($r=0/56$) و حیظه اجتماعی ($r=0/71$) رابطه مستقیم و با نمره‌های حیظه محیطی ($r=-0/34$) رابطه معکوس وجود دارد. همچنین در گروه ویلانشین مشخص شد که بین متراژ منزل با نمره‌های حیظه اجتماعی ($r=0/61$) رابطه مستقیم و با نمرات حیظه محیطی ($r=-0/23$) رابطه معکوس وجود دارد. بقیه حیظه‌ها ارتباطی معنی‌دار با مساحت منزل نشان ندادند.

در بخشی دیگر از این مطالعه، بر اساس نتایج آزمون اندازه‌گیری متواتر^۱ مشخص شد که نمره سلامت افراد در کل در حیظه‌های مختلف برابر نیست ($P=0/0001$) و این تفاوت در گروه آپارتمان‌نشین بیشتر از گروه غیر آپارتمان‌نشین است.

در شاغلان و $11/3 \pm 4$ در بیکاران) با متغیر شغل معنی‌دار شناخته شد. در این بخش نیز مشابه بخش پیشین، در همه حیظه‌ها میانگین نمره‌های سلامت شاغلان به‌طور معنی‌دار بالاتر از گروه بیکار بود. در هر دو سطح نیز میانگین نمره‌های سلامت غیر آپارتمان‌نشینان در همه حیظه‌ها، به‌جز حیظه محیطی بالاتر از آپارتمان‌نشینان بود ($P<0/05$).

در مورد متغیر تنها زندگی‌کردن، ارتباط حیظه‌های سلامت روانی ($P=0/0001$)، $11/29 \pm 1/27$ در افراد غیر تنها و $8/9 \pm 3/35$ در افراد تنها) و اجتماعی ($P=0/0001$)، $10/36 \pm 3/12$ در افراد غیر تنها و $9/7 \pm 2/04$ در افراد تنها) معنی‌دار برآورد شد، به طوری که در این دو حیظه، میانگین نمره‌های سلامت افراد غیر تنها به‌طور معنی‌دار بالاتر از افراد تنها بود. در مورد حیظه‌های جسمی و محیطی ارتباطی معنی‌دار مشاهده نشد. در واقع، در این دو حیظه میانگین نمره‌های افراد غیر تنها با افراد تنها تفاوتی معنی‌دار نداشت. در هر دو سطح نیز، میانگین نمره‌های سلامت غیر آپارتمان‌نشینان در همه حیظه‌ها، به‌جز حیظه محیطی، بالاتر از آپارتمان‌نشینان بود ($P<0/05$).

بین متغیر مدت اقامت با حیظه‌های سلامت هیچ رابطه آماری معنی‌داری در هر دو گروه دیده نشد. در مورد متغیر نوع مالکیت منزل نیز ارتباط همه حیظه‌های سلامت جسمی ($P=0/0001$)، $14/7 \pm 3/44$ در مالکان و $13/6 \pm 3/67$ در اجاره‌نشینان)، روانی ($P=0/0001$)، $12/7 \pm 2/8$ در مالکان و $10/17 \pm 2/62$ در اجاره‌نشینان)، اجتماعی ($P=0/0001$)، $13/8 \pm 3/4$ در مالکان و $10/49 \pm 3/44$ در اجاره‌نشینان) و محیطی ($P=0/0001$)، $15/24 \pm 2/05$ در مالکان و $13/22 \pm 3/1$ در اجاره‌نشینان) با متغیر مالکیت منزل معنی‌دار شناخته شد. بنابراین، باز هم در همه حیظه‌ها میانگین نمره‌های سلامت مالکان به‌طور معنی‌دار بالاتر از گروه اجاره‌نشین بود. در هر دو سطح نیز میانگین نمره‌های سلامت غیر آپارتمان‌نشینان در همه حیظه‌ها، به‌جز حیظه محیطی بالاتر از آپارتمان‌نشینان بود ($P<0/05$).

در مورد متغیرهای سن، سواد، تأهل و بُعد خانوار، در مرحله اول در همه موارد ارتباطات آماری معنی‌دار مشاهده شد ($P=0/0001$). به سخن دیگر، مشخص شد میانگین نمره‌های سلامت گروه‌ها با یکدیگر اختلاف دارند. در ادامه، برای تعیین گروه‌هایی که با یکدیگر اختلاف دارند، آزمون توکی تقریباً در همه سطوح، به‌استثنای چند مورد (به لحاظ بُعد خانوار، بین خانوارهای ۲ نفره و ۵-۲ نفره، به‌لحاظ سواد، بین گروه ۸-۱ سال با ۱۲-۹ سال، به‌لحاظ تأهل، بین گروه بیوه فوتی با بیوه طلاق‌گرفته و به‌لحاظ

¹ Repeated Measure

معنی دار ($P < 0/05$)، به صورت مستقیم ($r = 0/67$)، با یکدیگر داشتند. در بخش تعیین ارتباط نوع بیماری با نمره‌ها، در مرحله اول ارتباطات آماری معنی دار بین این متغیر با ابعاد ۴ گانه سلامت دیده شد ($P = 0/0001$) و مشخص شد نمره‌های حیطه‌های مختلف سلامت در بیماری‌های مختلف با یکدیگر اختلاف دارند. آزمون توکی برای تعیین گروه‌های دارای اختلاف نشان داد که نمره‌های سلامت حیطه‌های مختلف در همه سطوح بیماری، تفاوت‌های آماری معنی دار با یکدیگر دارند ($P = 0/0001$).

در آزمون تعیین همبستگی بین نمره‌های حیطه‌های متناظر سلامت در دو گروه، ضریب همبستگی بالای ۰/۴ رضایت بخش انگاشته شده است (۱۸). در این بخش همه حیطه‌ها با یکدیگر ارتباطات مستقیم و ناقصی را نشان داده‌اند. بالاترین همبستگی مربوط به حیطه‌های جسمی با اجتماعی، روانی با اجتماعی و محیطی با اجتماعی بود (جدول شماره ۷).

($P = 0/0001$) با توجه به نتیجه پیش فرض یعنی، به دست آمدن مقدار $P = 0/0001$ در آزمون Mauchly's test of sphericity مقدار p-value مربوط به تفاوت توالی‌ها برابر $P = 0/0001$ محاسبه و گزارش شد. این بدان معناست که متغیر سلامت اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی به صورت معنی دار در سنجش‌های مکرر تفاوت دارد.

رابطه همه متغیرهای مستقل مورد مطالعه با پرسش کلی اول پرسشنامه، یعنی کیفیت کلی زندگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود، ولی در مورد پرسش کلی دوم، یعنی ارزیابی کلی سلامت، تنها متغیرهای سن، جنس، درآمد ماهانه خانوار، تحصیلات و شغل ارتباطی معنی دار در سطح ۰/۰۱ نشان دادند. از سویی، رابطه هر چهار حیطه با امتیاز پرسش کلی اول و دوم معنی دار بود و خود دو پرسش نیز، رابطه‌ای معنی دار با یکدیگر نشان دادند. در آزمون ضریب همبستگی پیرسون نیز امتیازات این دو پرسش رابطه‌ای

جدول شماره ۱- مقایسه وضعیت مطلوب در هر یک از حیطه‌ها و پرسش‌های پرسشنامه کیفیت زندگی در آپارتمان نشینان و غیر آپارتمان نشینان شهر شیراز، سال ۱۳۹۰

P	فراوانی (درصد) وضعیت مطلوب در غیر آپارتمان نشینان [‡]	فراوانی (درصد) وضعیت مطلوب در آپارتمان نشینان [‡]	پرسش
۰/۰۰۰۱	۲۱۳ (۲۶/۶)	۱۰۹ (۱۸/۱)	۱- کیفیت زندگی (کلی)
۰/۱	۲۱۰ (۲۶/۲)	۱۳۶ (۲۲/۶)	۲- رضایتمندی از سلامت (کلی)*
۰/۹	۱۲۳ (۱۵/۳)	۹۳ (۱۵/۵)	۳- وجود دردهای جسمانی* [†]
۰/۱	۹۷ (۱۲/۱)	۸۹ (۱۴/۸)	۴- نیاز به درمان برای امور روزمره* [†]
۰/۳	۱۱۱ (۱۳/۸)	۷۴ (۱۲/۳)	۵- لذت بردن از زندگی*
۰/۵	۸۶ (۱۰/۷)	۵۹ (۹/۸)	۶- احساس هدفمندی زندگی*
۰/۰۰۲	۲۱۸ (۲۷/۲)	۱۲۰ (۲۰)	۷- تمرکز
۰/۱	۱۰۲ (۱۲/۷)	۶۲ (۱۰/۳)	۸- احساس امنیت*
۰/۰۰۰۱	۱۹۶ (۲۴/۵)	۳۱۴ (۵۲/۳)	۹- احساس سلامت محیط اطراف [†]
۰/۰۳	۵۱۸ (۶۴/۷)	۴۲۱ (۷۰/۱)	۱۰- داشتن انرژی برای امور روزمره [†]
۰/۰۱	۱۹۳ (۲۴/۱)	۱۸۰ (۳۰)	۱۱- راضی بودن از ظاهر خود [†]
۰/۰۱	۱۷۹ (۲۲/۳)	۱۰۱ (۱۶/۸)	۱۲- نیاز به پول
۰/۰۰۷	۳۴۸ (۴۳/۵)	۲۱۸ (۳۶/۳)	۱۳- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز روزانه
۰/۰۰۰۱	۲۷۶ (۳۴/۵)	۹۶ (۱۶)	۱۴- داشتن امکان فعالیت‌های تفریحی
۰/۰۰۰۱	۴۱۱ (۵۱/۳)	۱۵۵ (۲۵/۸)	۱۵- توانایی جابه‌جایی و تحرک
۰/۰۸	۳۱۵ (۳۹/۳)	۲۰۹ (۳۴/۸)	۱۶- رضایتمندی از خواب*
۰/۰۰۱	۳۱۸ (۳۹/۷)	۱۸۹ (۳۱/۵)	۱۷- رضایتمندی از توانایی انجام امور روزمره
۰/۰۲	۱۷۵ (۲۱/۸)	۱۰۲ (۱۷)	۱۸- رضایتمندی از توانایی انجام شغل

۰/۰۰۴	(۳۳/۶) ۲۶۹	(۲۶/۵) ۱۵۹	۱۹- رضایت‌مندی از خود
۰/۰۰۰۱	(۳۱) ۲۴۸	(۴۵/۸) ۲۷۵	۲۰- رضایت‌مندی از روابط خصوصی [†]
۰/۰۰۰۱	(۳۴) ۲۷۲	(۲۳/۱) ۱۳۹	۲۱- رضایت‌مندی از روابط جنسی
۰/۰۰۰۱	(۲۷/۳) ۲۱۹	(۱۵/۸) ۹۵	۲۲- رضایت‌مندی از حمایت دوستان
۰/۰۰۰۱	(۳۹/۵) ۳۱۶	(۱۷) ۱۰۲	۲۳- رضایت‌مندی از محل سکونت
۰/۵	(۲۳/۳) ۱۸۷	(۲۲) ۱۳۲	۲۴- رضایت‌مندی از دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی*
۰/۹	(۳۴/۵) ۲۷۶	(۳۴/۶) ۲۰۸	۲۵- رضایت‌مندی از امکانات حمل و نقل [†]
۰/۰۰۰۱	(۲۷/۳) ۲۱۹	(۱۳/۱) ۷۹	۲۶- میزان دچار شدن به حالت‌های غمگینی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی

* تفاوت دو گروه معنی‌دار نیست ($P > 0/05$)، † پرسش‌های دارای میزان پاسخ‌های مطلوب بالاتر در گروه آپارتمان‌نشین، ‡ منظور از مطلوب انتخاب گزینه‌های خوب و بسیار خوب و منظور از نامطلوب انتخاب گزینه‌های بد و بسیار بد است.

جدول شماره ۲ - فراوانی نمونه‌ها، به تفکیک سطوح متغیرها در دو گروه

متغیر	فراوانی (درصد) آپارتمان‌نشینان	فراوانی (درصد) غیر آپارتمان‌نشینان
جنس*	مرد	(۶۴/۳) ۳۸۶
	زن	(۳۵/۷) ۲۱۴
شغل*	شاغل	(۸۵/۸) ۵۱۵
	بیکار	(۱۴/۲) ۸۵
سواد (سال)	بی‌سواد*	(۵/۳) ۳۲
	۱-۸*	(۲۶) ۱۵۶
سواد (سال)	۹-۱۲	(۴۷) ۲۸۲
	< ۱۲*	(۲۱/۷) ۱۳۰
تأهل	مجرد	(۶/۵) ۳۹
	متأهل*	(۶۰/۳) ۳۶۲
بیماری	بیوه- مطلقه*	(۱۹/۷) ۱۱۸
	بیوه- فوتی*	(۱۳/۵) ۸۱
بُعد خانوار	سالم*	(۵۶/۷) ۳۴۰
	مزمن	(۱۳/۸) ۸۳
مدت اقامت	حاد*	(۲۲/۷) ۱۳۶
	مزمن- حاد	(۶/۸) ۴۱
سن	۲ نفره*	(۵۴/۳) ۳۲۶
	۳-۵ نفره*	(۳۵/۲) ۲۱۱
بُعد خانوار	بیش از ۵ نفره*	(۱۰/۵) ۶۳
	۲-۵ سال	(۵۰) ۳۰۰
مدت اقامت	بیش از ۵ سال	(۵۰) ۳۰۰
	۱۵-۲۵ ساله	(۱۴) ۸۴
سن	۲۶-۳۵ ساله	(۲۴/۲) ۱۴۵
	۲۰-۲۵ ساله	(۲۴/۱) ۲۰۹

۲۵۹ (۳۲/۴)	۱۳۴ (۲۲/۳)	۴۵-۳۶ ساله*	
۱۱۹ (۱۴/۹)	۱۰۷ (۱۷/۸)	۵۵-۴۶ ساله	
۷۳ (۹/۱)	۸۶ (۱۴/۳)	۶۵-۵۶ ساله*	
۴۷ (۵/۹)	۳۴ (۷/۳)	بالاتر از ۶۶ سال	
۲۷۶ (۶۹)	۱۰۸ (۲۷)	مالک	نوع مالکیت منزل (خانوار)*
۱۲۴ (۳۱)	۲۹۲ (۷۳)	اجاره نشین	
۵۰ (۱۲/۵)	۱۲۷ (۳۱/۷)	>۳۰۰ هزار*	
۲۷۰ (۶۷/۵)	۲۰۵ (۵۱/۲)	۶۰۰-۳۰۰ هزار	درآمد ماهانه (تومان) (خانوار)
۸۰ (۲۰)	۶۸ (۱۷)	<۶۰۰ هزار	
۱۱ (۱/۳)	۲۲ (۳/۶)	تنها	تنها زندگی کردن*
۷۸۹ (۹۸/۶)	۵۷۸ (۹۶/۳)	با خانواده	
۱۰۶/۲۵ - ۲۳/۶۲ (میانگین = ۶۴/۹)	۳۷/۵ - ۱۲/۵ (میانگین = ۲۵)	مساحت منزل، به ازای هر نفر	

*اختلاف دو گروه معنی دار است ($P < 0/05$).

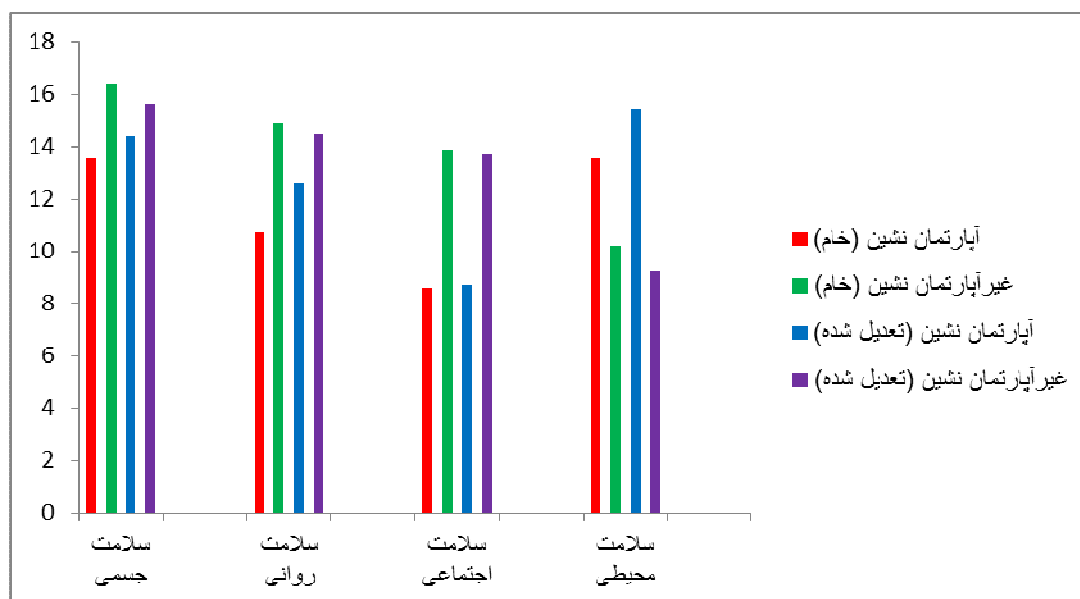
جدول شماره ۳ - توزیع انواع بیماری‌ها در گروه‌های آپارتمان نشین و غیر آپارتمان نشین شهر شیراز، سال ۱۳۹۰

بیماری	فراوانی (درصد) در آپارتمان نشینان	فراوانی (درصد) در غیر آپارتمان نشینان
مزمن		
فشار خون بالا	۳۱ (۵/۱)	۴۱ (۵/۱)
دیابت*	۱۶ (۲/۶)	۷ (۰/۸)
چربی خون بالا	۹ (۱/۵)	۱۰ (۱/۲)
ناتوانی جسمی	۶ (۱)	۴ (۰/۵)
روانی	۶ (۱)	۴ (۰/۵)
تنفسی	۴ (۰/۶)	۷ (۰/۸)
گوارشی	۴ (۰/۶)	۶ (۰/۷)
آب مروارید	۴ (۰/۶)	۴ (۰/۵)
پوکی استخوان*	۳ (۰/۵)	۱۷ (۲/۱)
حاد		
تنفسی	۵۳ (۸/۸)	۴۰ (۵)
گوارشی	۳۱ (۵/۱)	۳۶ (۴/۵)
حوادث	۲۹ (۴/۸)	۱۸ (۲/۲)
مسمومیت غذایی	۱۷ (۲/۸)	۱۵ (۱/۸)
سالک شهری	۶ (۱)	۷ (۰/۸)
انگلی روده‌ای	-	۱۰ (۱/۲)

*اختلاف دو گروه معنی دار است ($P < 0/05$).

جدول شماره ۴ - ماتریس همبستگی پیرسون حیطه‌ها با یکدیگر

حیطه‌ها	سلامت جسمی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	سلامت محیطی
سلامت جسمانی	۱	-	-	-
سلامت روانی	۰/۴۴	۱	-	-
سلامت اجتماعی	۰/۵۶	۰/۵۲	۱	-
سلامت محیطی	۰/۲۳	۰/۴۶	۰/۵۱	۱



نمودار شماره ۱- تغییر نمره‌های ابعاد سلامت، بر حسب آپارتمان‌نشینی شهر شیراز، سال ۱۳۹۰

(تفاوت بین گروه‌ها در هر دو حالت خام و تعدیل‌شده معنی‌دار است ($P < 0.001$)).

بحث

در مورد برتری میانگین نمره‌های حیطه‌های سه‌گانه جسمی، روانی و اجتماعی در گروه غیر آپارتمان‌نشین، به نظر می‌رسد در وهله نخست، احتمالاً عامل این تفاوت نسبت به گروه آپارتمان‌نشین، با توجه به پاسخ گروه‌ها به بخشی از پرسشنامه که مربوط به تحرک بدنی و فعالیت روزمره است، می‌تواند نبود تحرک کافی و مطلوب در گروه آپارتمان‌نشین و در مقابل، تحرک بدنی بیشتر در گروه غیر آپارتمان‌نشین باشد. از سویی، آثار مطلوب و بهداشتی تحرک کافی بدنی بر ارتقای سلامت، همان‌طور که در مطالعات متعدد به اثبات رسیده‌است، پوشیده نیست. حقدوست، فخرزاده و همکارانشان نیز در مطالعات خود به تأثیرات مثبت تحرک بدنی بر سلامت جسمی و قلبی- عروقی اذعان داشتند (۲۰-۱۹). در وهله دوم، همان‌طور که اسدی لاری در مطالعه خود نشان داد، افراد غیر آپارتمان‌نشین، به دلیل نوع معماری ساختمان، از نور خورشید و تحرک بیشتر برخوردارند که تأثیرات بسیار خوبی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها دارد، چرا که بر اساس نظر متخصصان غدد در این مقاله، زندگی آپارتمان‌نشینی و از بین رفتن حیات‌خانه‌ها، در افزایش میزان کمبود ویتامین D مؤثر است (۱). شاید بتوان این عامل را نیز از جمله عواملی دانست که سلامت آپارتمان‌نشینان را کاهش داده‌است.

در مطالعه‌ای جامع که نجات و همکاران در زمینه بررسی کیفیت زندگی ۱۱۶۴ نفر از ساکنان بالای ۱۸ سال شهر تهران انجام دادند، میانگین دامنه کلی سلامت جسمانی ۱۴/۳، سلامت

نتایج این تحقیق نشان داد که میانگین نمره سلامت همه حیطه‌ها، به جز حیطه محیطی در گروه غیر آپارتمان‌نشین، حتی بعد از تطبیق برای متغیرهای مخدوش‌کننده، به طور معنی‌دار بالاتر از گروه آپارتمان‌نشین است. این تفاوت در حیطه اجتماعی بیشترین و در حیطه محیطی کمترین مقدار را داشت. بهترین وضعیت سلامت را در گروه آپارتمان‌نشین، به ترتیب، حیطه‌های محیطی، جسمی، روانی و اجتماعی و در گروه غیر آپارتمان‌نشین، به ترتیب، حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی به خود اختصاص داده بودند. سلامت و کیفیت زندگی کلی گروه آپارتمان‌نشین پایین‌تر از گروه ویلانشین بوده‌است. مهم‌ترین متغیرهای مخدوش‌کننده نمره‌های سلامت، جنسیت، سواد، تأهل، سن، شغل، بُعد خانوار، درآمد ماهانه، نوع بیماری، مالکیت منزل و مساحت منزل بوده‌اند که به نظر می‌رسد در این میان، نقش متغیرهای سواد، نوع بیماری، سن و درآمد بارزتر باشد. همچنین در مجموع، شایع‌ترین بیماری مزمن در هر دو گروه پرفشاری خون و شایع‌ترین بیماری حاد، بیماری حاد تنفسی بود. اختلاف فراوانی هیچ یک از بیماری‌ها، به جز دیابت که در آپارتمان‌نشینان و پوکی استخوان که در ویلانشینان بالاتر بودند، در دو گروه معنی‌دار نبود ($P > 0.05$).

همگی مربوط به کشور هلند بوده‌اند. دقت در این نتایج نشان می‌دهد حداقل امتیازات مربوط به کشور آرژانتین در مقایسه با نتایج گروه آپارتمان نشین ما در همه گروه‌ها، به جز حیطه اجتماعی کمتر و در مقایسه با نتایج گروه ویلانشین نیز کلاً کمتر است. همچنین حداکثر امتیازات مربوط به کشور هلند، در مقایسه با نتایج هر دو گروه آپارتمان نشین و ویلانشین مطالعه ما کلاً بیشتر است. می‌توان گفت وضعیت نمونه‌های مطالعه ما از حداقل امتیازات مطالعه جهانی بیشتر و از حداکثر آن کمتر بود و به لحاظ جایگاه در وسط طیف طبقه‌بندی شده مطالعه جهانی قرار می‌گیرد.

در مطالعه کامران و همکاران بیان شد که در محیط‌های شهری، به‌رغم فراوانی تماس‌های اجتماعی در شهر، روابط افراد به‌صورت رسمی و خالی از همنوایی است. در این پژوهش به تفاوت رفتاری بین ساکنان ویلاها و آپارتمان‌ها پرداخته شد و مشخص شد که بین سازگاری اجتماعی این دو گروه تفاوتی معنی‌دار وجود دارد. در حالی که بین مشارکت اجتماعی و فاصله اجتماعی آپارتمان نشینان و ویلانشینان تفاوتی معنی‌داری وجود ندارد. البته ناگفته نماند که میانگین فاصله اجتماعی ویلانشینان کمی بیشتر از آپارتمان نشینان بود و این نکته نشان می‌دهد که آپارتمان نشینان اجتماعی‌ترند. نتایج این مطالعه به لحاظ اجتماعی‌تر بودن گروه آپارتمان نشین با نتایج پژوهش ما مغایرت دارد، اما از نظر معرفی متغیر سواد، به‌عنوان مهم‌ترین متغیر اثرگذار بر سلامت آپارتمان نشینان کاملاً همخوانی دارد (۱۶).

در مطالعه نجات و همکاران در تهران نمره‌های زنان در حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی، به ترتیب، عبارت بودند از: ۱۴/۱، ۱۳/۳، ۱۴/۱ و ۱۲/۷ و نمره‌های مردان عبارت بودند از: ۱۴/۶، ۱۳/۵، ۱۳/۶ و ۱۲ (۲۱). نتایج مربوط به زنان، در مقایسه با زنان آپارتمان نشین مطالعه ما، به‌طور کلی کمتر و در مقایسه با زنان ویلانشین مطالعه ما در حیطه‌های جسمی و روانی کمتر و در حیطه‌های اجتماعی و محیطی بیشتر است. همچنین، نتایج مربوط به مردان در مقایسه با مردان آپارتمان نشین مطالعه ما، به‌طور کلی بیشتر و در مقایسه با مردان ویلانشین مطالعه ما، در همه حیطه‌ها، به جز حیطه اجتماعی، کمتر گزارش شده‌اند.

در مورد برتری نمره‌های سلامت جنس زن شاید بتوان حساسیت بیشتر این جنس نسبت به سلامت خود، مراقبت بیشتر آن‌ها از خود، شرایط شغلی و و دیگر شرایط زندگی آن‌ها را، به‌عنوان دلایل این برتری نام برد. در مرحله بعد، به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت، کم‌تر بودن میانگین سنی زنان در این مطالعه در

روانی ۱۳/۴، سلامت اجتماعی ۱۳/۹ و سلامت محیطی ۱۲/۳ به‌دست آمد (۲۱). این مقادیر در مقایسه با ساکنان آپارتمان نشین مطالعه ما در حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی، به ترتیب، کمتر، بیشتر، بیشتر و کمتر و در مقایسه با ساکنان ویلانشین مطالعه ما، به ترتیب، کمتر، کمتر، بیشتر و بیشتر گزارش شده‌اند.

سلامت اجتماعی و روانی نمونه‌های مطالعه نجات و همکاران از سلامت اجتماعی و روانی آپارتمان نشینان مطالعه ما بهتر و سلامت اجتماعی و محیطی نمونه‌های آن‌ها بهتر از سلامت این حیطه‌ها در ویلانشینان مطالعه ما گزارش شده‌است. برتری حیطه اجتماعی در مطالعه نجات و همکاران که در پایتخت کشور، تهران، که مرکز شهرنشینی کشور است، انجام شده‌است، نسبت به مطالعه ما که در شیراز انجام شده‌است، تقریباً مشخص است. احتمالاً منطقی است که اجتماعی‌ترین اقشار جامعه در مراکز کشورها که نقطه ثقل تحولات همه‌جانبه در یک کشور است، یافت شوند. البته سلامت جسمانی مطالعه تهران نسبت به هر دو گروه مطالعه ما کمتر گزارش شده‌است که می‌تواند با دلایلی مانند صنعت قالب موجود در این دو شهر که در شیراز عمدتاً کشاورزی و همراه با تحرک بیشتر است و در تهران اداری و با تحرک کمتر همراه است و دلایل دیگر از جمله ناهمگن بودن جمعیت تهران، مرتبط باشد. دامنه سنی در مطالعه نجات و همکاران ۷۰-۱۸ سال بود، در حالی که دامنه سنی مطالعه ما ۷۶-۱۵ سال بود.

همچنین در مطالعه نجات و همکاران، اطلاعاتی در مورد نتایج بررسی کیفیت زندگی در ۲۳ کشور جهان که از طرف سازمان جهانی بهداشت اعلام شده، آمده است (۲۲). بر اساس این اطلاعات میانگین کلی نمره‌های سلامت حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی، به ترتیب، ۱۶/۲، ۱۵، ۱۴/۳ و ۱۳/۵ اعلام شده‌است. این نتایج در مقایسه با حیطه‌های یادشده مطالعه ما در گروه آپارتمان نشین که ۱۴/۴۱، ۱۲/۶، ۸/۷۴ و ۱۵/۴۲ به‌دست آمده‌اند، به ترتیب، بیشتر، بیشتر، بیشتر و کمتر و در مقایسه با حیطه‌های گروه ویلانشین که به ترتیب ۱۶/۴۱، ۱۴/۸۷، ۱۳/۸۴ و ۱۰/۱۸ به‌دست آمده‌اند، کمتر، بیشتر، بیشتر و بیشتر بوده‌اند. به‌طور کلی به‌استثنای حیطه محیطی در آپارتمان نشینان و حیطه جسمی در ویلانشینان، میانگین نمره‌های ابعاد سلامت مطالعه جهانی بالاتر از مطالعه ما است.

بر اساس نتایج مطالعه جهانی، حداقل امتیازات حیطه‌های یادشده، به ترتیب، ۱۲/۱، ۱۰/۶، ۱۰/۸ و ۱۰/۷، همگی مربوط به کشور آرژانتین و حداکثر، به ترتیب ۱۸/۳، ۱۶/۶، ۱۵/۸ و ۱۵/۹،

محیطی آپارتمان‌نشینان، بهبود نسبی بهسازی آپارتمان‌ها در جامعه ما، نسبت به خانه‌های ویلایی و همچنین، احتمالاً فرهنگ مطلوب‌تر اقشار آپارتمان‌نشین باشد که به تحقیقات میدانی بیشتر نیاز دارد. همچنین، بهتر است در مطالعات آتی برای بالا بردن قابلیت پرسشنامه برای بررسی بهینه‌تر کیفیت زندگی جامعه عمومی و فراهم کردن امکان اندازه‌گیری وضعیت روشن‌تر اقتصادی و وضعیت مسکن و نیز، نگرش افراد نسبت به سلامت محیطی و امنیت محیطی پرسش‌هایی به پرسشنامه افزوده گردد و ثبت مشخصات دموگرافیک افراد کامل‌تر و یا ابزاری مدولار طراحی گردد.

نتایج این تحقیق می‌تواند در نوع خود، راهنمای مفیدی برای سیاست‌گذاران امر ساخت و ساز مسکن و نهادهای اجتماعی اثرگذار بر ترویج الگوی زندگی مدرن شهری باشد. همچنین، سازمان‌های کلان در امر سیاست‌گذاری سلامت می‌توانند با استناد به نتایج مطالعاتی از این دست، با ایجاد تعاملات مفید و سازنده با مؤسسات و نهادهای دولتی میانجی، از ایجاد، توسعه و ترویج مخاطرات الگوهای زندگی شهری پیشگیری کنند. نهادهای مدنی نیز با اتکا به نتایج مطالعاتی که با نگاهی نقادانه، جزئیات زندگی آپارتمانی را زیر ذره بین سلامت می‌برند، می‌توانند در وضع قوانین و مقرراتی که در نوع خود بر سلامت ساکنان اثرگذارند و ترویج فرهنگ آپارتمان‌نشینی که حلقه مفقود مطالعات در این حوزه است، اقداماتی مهم برای بالا بردن کیفیت زندگی ساکنان این منازل انجام دهند و دین خود را به این حوزه، بیش از پیش و به‌طور هدفمندتر، ادا کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه آقای پژمان باقری برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری پردیس بین‌المللی بوم و دانشگاه علوم پزشکی کرمان به انجام رسیده‌است که از ایشان سپاسگزاری می‌شود. همچنین، نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه ساکنان مناطق ۱ تا ۷ شهر شیراز که برای تکمیل پرسشنامه‌ها و ارائه دقیق و با حوصله اطلاعات، با نویسندگان و مجریان این طرح همکاری کردند، قدردانی نمایند.

مقابل مردان در هر گروه باشد (در گروه آپارتمان‌نشین: مرد= ۳۲/۳۶ و زن= ۳۰/۴ - در گروه غیر آپارتمان‌نشین: مرد= ۳۳/۵۴ و زن= ۳۲/۱۲ - $P < 0.05$). به هر حال سن عامل خطرزای اثبات‌شده بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی است.

در مطالعه‌ای که craig و همکاران در سال ۲۰۰۵ درباره آثار نوع طراحی منزل بر فعالیت بدنی ساکنان انجام دادند، آمده‌است که میزان فعالیت بدنی ساکنان آپارتمان‌ها، به‌ویژه آپارتمان‌های دارای آسانسور، به‌طور معنی‌دار کمتر از مکان‌هایی است که برای رفت و آمد از راه‌پله‌ها استفاده می‌کنند. همین کاهش فعالیت بدنی عامل خطرآفرین مهمی برای ابتلا به انواع بیماری‌های مزمن غیر واگیر است. بنابراین، بخشی از کاهش سلامت جسمانی آپارتمان‌نشینان، در مقایسه با غیر آپارتمان‌نشینان که به دلیل نوع طراحی منزل، مکان محل سکونتشان دارای آسانسور نیست و به دلیل نوع زندگی‌شان، احتمالاً فعالیت بدنی بیشتری دارند، مطالعه می‌تواند چنین توجیهی داشته باشد (۲۳).

به‌لحاظ متغیر سن در پژوهش حاضر، در هر دو گروه آپارتمان‌نشین و غیر آپارتمان‌نشین میانگین نمره‌های سلامت همه حیطه‌ها در افراد ۵۵- ۱۵ ساله، به‌طور معنی‌دار بالاتر از افراد بالای ۵۵ سال گزارش شد. به نظر می‌رسد تحرک بدنی بیشتر در گروه جوان‌تر عاملی برای سلامت جسمی بهینه‌تر باشد. احتمالاً مجموعه‌ای از عوامل با افزایش سن، در قالب یک شبکه، دست به دست هم می‌دهند تا رفته‌رفته بهبود سلامت کلی را برای فرد رقم زنند که پس از تثبیت این شرایط در اوج میانسالی، کیفیت زندگی رو به کاهش می‌رود. ازدواج، شغل و امنیت اقتصادی و خانوادگی از جمله این عواملند. در هر دو مطالعه نجات و همکاران و مطالعه جهانی اعلام شده‌است که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. این نتیجه با نتیجه مطالعه ما، حتی بعد از لایه‌بندی در هر دو گروه، همخوانی دارد.

به نظر می‌رسد در مقطع زمانی کنونی، به‌لحاظ ذخیره و ظرفیت اطلاعاتی درباره آثار زندگی شهری، به‌ویژه آپارتمان‌نشینی، بر سلامت ناقص و ناکارآمد است. در کل، کیفیت زندگی آپارتمان‌نشینان در این پژوهش، به‌جز در حیطه محیطی سلامت، مطلوب ارزیابی نمی‌شود. شاید دلیل بالاتر بودن سطح سلامت

منابع

- Asadi Lari M. Urbanisation and Health. Sepid Newspaper. 2010; 203: 5: 2.
- Lokebdar ZH, Lock L. Socio-Psychology, Translated By Ganji H. 4nd edn.2004 Savalan Publication, Tehran.
- Estotzel J. Socio Psychology. Translated by Kardan A. Tehran University Publication 1989, 311.
- Harpham T, Reed H, Montgomery M, Satterthwaite D, Moser C, Cohen B. Mortality and morbidity: is city life good for your health? In: Montgomery MR, Stren R, Cohen B, Reed HE (eds). Cities Transformed: Demographic Change and its

- Implications in the Developing World. London: Earthscan. 2004; 259-99.
5. White M, Montgomery M, Brennan-Galvin E, Visaria P. Urban population dynamics. In: Montgomery MR, Stren R, Cohen B, Reed HE (eds). *Cities Transformed: Demographic Change and its Implications in the Developing World*. London: Earthscan. 2004; 108-54.
 6. Aryanpour A. *Basic Sociology*. 10th edn. Franklin Publication, 2006, Iran.
 7. van Os J, Hanssen M, Bijl R.V. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-8.
 8. Burridge R, Ormandy D. *Unhealthy housing: research, remedies and reform*. London, E & FN Spon, 1993.
 9. Evans G.W, Wells, N. M, Moch, A. *Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique*. New York, Dept. of Agriculture, 2000; 1-26.
 10. Thomson H, Petticrew M, Morrison D. *Housing Improvement and Health Gain: A summary and systematic review*, MRC Social & Public Health Sciences Unit Occasional Paper, 2002, 5.
 11. Nelson E. The miseries of passive smoking. *Hum Exp Toxicol* 2001; 20: 61-83.
 12. Otsuka R, Watanabe H, Hirata K. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286: 436-41.
 13. Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329: 200-5.
 14. Singla G, Cook DJ, Edgecombe M-S. Recognizing independent and joint activities among multiple residents in smart environments, *J Ambient Intell Humaniz Comput*. 2010 1; 1: 57-63.
 15. Wright PA, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective, *J Environ Psychol*, 2007; 27: 79-89.
 16. Kamran F, Hosseini SA, Zabihinia KH. The survey socio-cultural problem of apartment life in paradise new city. *Journal of social research*; 5: 21-40.
 17. Nejat S, Montazeri A, Holakouei naeeni K, Mohammad K, Majdzadeh S.R. (2006). Standardization of quality of life questionair of world health organization (WHOQOL-BREF), translation and psychometric of Iranian type. *Journal of hygiene school and hygienic research institute*; 4: 1-12.
 18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*, 2005; 14: 875-882.
 19. Haghdooost AA, Mirzadeh A. the family aggregation of coronary heart disease risk factors in kerman province. *Iranian journal of epidemiology*, 2006; 3: 7-12.
 20. Fakhrzadeh H, Larijani B, Bandarian F, Adibi h. the survey association between ischemic heart diseases and coronary-heart risk factors in over 15 years people in ghazvin: population based study. *Journal of ghazvin university of medical science*. 2000; 35: 23-29.
 21. Nejat S, Montazeri A, Holakouei naeeni K, Mohammad K, Majdzadeh S.R. the Quality of life in Tehran city's people on the basis of WHO QOL-BREF Qestionair. *Hakim research journal*. 2007; 3: 1-8.
 22. Skevington SM, Loffy 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.
 23. Craig Zimring, Anjali J, Gayle L, Nicoll M, Sharon T, March M, Influences of building design and site design on physical activity: Research and intervention opportunities, *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 2: 186-193

The Comparison of Quality of Life in Over 15 Years People in Down Apartment Residents Versus Non-Down Apartment Residents in Shiraz City in 2010 –2011

Bagheri P¹, Haghdoost AA², Dortaj Rabori E³

1- MSc of Epidemiology, International Paradise of Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

2- MD, PhD of epidemiology; research center for modeling in health, institute of futures studies in health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD of Epidemiology, Health School, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

Corresponding author: Haghdoost AA., ahaghdoost@gmail.com

Background & Objectives: Nowadays, human values for example quality of life has important place to be considered as health index along with other measurements like morbidity and mortality indexes. This study intended to compare the quality of life for residents living in apartment's flats more than 15 years with residents living in non-apartment housing in Shiraz.

Methods: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL_BREF) standard questionnaire was completed by participants. This population was chosen by a multi-stage sampling method in Shiraz city. Type of living accommodation, physical, psychological, social, and environmental health factors were adjusted in the linear model.

Results: The mean score of health aspects in people who lived in apartment vs non apartment living were: physical 13.57 and 16.41, psychological 10.71 and 14.87, social 8.57 and 13.84 and in environmental 13.59 and 10.18 respectively, however after adjustment for gender, education, marital status, age, job, family size, income, type of disease (chronic, acute, chronic- acute), possession of house and area of house, changed to 14.41 for physical and 15.61, psychological 12.6 and 14.47, social 8.74 and 13.72 and environmental 15.42 and 9.23 ($P < 0.0001$).

Conclusion: The results of this study show that the health of apartment-living residents even after adjustment of some other influencing factors, in major of domains was less than non apartment-living residents which indicating this issue should be considered in urban-living health.

Keywords: Apartment Living, Quality of Life, Health Dimension, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL_BREF) Standard Questioning, Shiraz