

مردم ایران هنگام ارزیابی کیفیت زندگی خود چه عواملی را در نظر دارند؟ یک مطالعه کیفی

زهرا چراغی^۱، سحرناز نجات^۱، لیلا حقجو^۲، فاطمه صالحی^۳

^۱ کارشناسی ارشد، دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دکتری تخصصی، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز بهره برداری از نتایج پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ پزشک، مرکز تحقیق و توسعه سیاستهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده رابط: سحرناز نجات، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز بهره برداری از نتایج پژوهش دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳-۰۲۱

کد پستی: ۶۵۱۷۸۳۸۶۹۵، آدرس الکترونیک: nejatsan@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۱۷؛ پذیرش: ۹۵/۳/۸

مقدمه و اهداف: سؤال اصلی که مطرح است این است که افراد چگونه وضعیت کیفیت زندگی خود را ارزیابی می‌کنند و از دیدگاه آنان چه عواملی روی کیفیت زندگی‌شان بیشترین تأثیر را دارد؟ در صورتی که جواب این سؤالات را بدانیم می‌توانیم تحلیل بهتری از یافته‌های کیفیت زندگی داشته باشیم.

روش کار: در این مطالعه کیفی که از نوع آنالیز محتوا بود، از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. نمونه‌گیری به صورت حداکثر تنوع فرصت طلبانه از نظر جنس، سن، تحصیلات، قومیت و وضعیت اقتصادی انجام شد. ابتدا از افراد خواسته شد به صورت بلند فکر کردن به سؤال کیفیت زندگی کلی پاسخ دهند سپس از آنان پرسیده شد که زمانی که پاسخ را انتخاب می‌کردند چه عواملی در تصمیم آنان در مورد وضعیت کیفیت زندگی‌شان بیشتر مؤثر بود. در نهایت به صورت استقرایی آنالیز کیفی را انجام و مدل ذهنی شرکت‌کنندگان، استخراج گردید.

نتایج: در مجموع این مطالعه کیفی ۳۲ تم و پنج طبقه اصلی استخراج شد. طبقات شامل عوامل جسمانی، روان‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی، مسائل خانوادگی و محیطی بودند. از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سلامت جسمانی خود و اطرافیان، رضایتمندی و انتظارات، مهارت زندگی، مشکلات مالی، آلودگی محیطی، اوقات فراغت و تفریحات، محیط خانواده، روابط فامیلی و نقش همسر در کیفیت زندگی بود.

نتیجه‌گیری: علاوه بر وضعیت سلامتی عوامل خانوادگی مانند محیط خانواده و مشکلات مالی بر ارزیابی مردم جامعه ایران از کیفیت زندگی‌شان مؤثر است. همین‌طور شرکت‌کنندگان این مطالعه بر این باور بودند که سلامت محیط جزء اصلی کیفیت زندگی آنان است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، آنالیز محتوا، ایران

مقدمه

پیامدی کلیدی در سیاست‌گذاری‌های هر جامعه‌ای به شمار می‌آید (۲). از دیگر ویژگی‌های این شاخص می‌توان به پویایی و چندبعدی بودن آن اشاره کرد. پیامدهای غالب کیفیت زندگی در دو بعد ذهنی و عینی خلاصه می‌شود (۵). بعد عینی آن مانند رشد اقتصادی، رفاه و بهزیستی اجتماعی «ثروت بیشتر به خوشبختی بیشتر می‌انجامد» و بعد ذهنی آن مانند رضایتمندی و شاد زیستن است. اغلب صاحب‌نظران بر این باورند که مفهوم کیفیت زندگی همواره در پنج مقوله اصلی: جسمی (مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود)، روانی (مانند اضطراب، افسردگی و ترس)، اجتماعی (مانند

کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم و قابل‌توجه بهداشتی و همچنین شاخصی برای توسعه‌یافتگی جوامع به شمار می‌رود (۱)، از این رو در کشورهای توسعه‌یافته وضعیت کیفیت زندگی اختلاف قابل توجهی با کشورهای در حال توسعه دارد (۳، ۲). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان اطلاق می‌شود. از این رو بحث کیفیت زندگی، بیشتر فردی بوده و کمتر توسط دیگران قابل‌مشاهده است و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها استوار است (۴). همچنین کیفیت زندگی

سؤالات را بدانیم می‌توانیم تحلیل بهتری از یافته‌های کیفیت زندگی در کشور داشته باشیم و ابزارهایی که بیشتر منطبق با الگوی ذهنی ایرانیان است را طراحی نماییم. لذا این مطالعه کیفی در راستای تبیین نظرات و دیدگاه افراد در خصوص مقوله کیفیت زندگی طراحی گردید.

روش کار

مطالعه حاضر به صورت آنالیز محتوا (Content Analysis) از نوع Conventional و با روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته طی سه‌ماهه دوم سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت حداکثر تنوع فرصت‌طلبانه انجام شد. ملاک‌های موردنظر برای حداکثر تنوع جنسیت (زن/ مرد)، سن (زیر ۴۵ سال/ بالای ۴۵ سال)، تحصیلات (دانشگاهی/ غیردانشگاهی) قومیت (فارس/ کرد/ ترک‌الر و سایر قومیت‌ها) وضعیت اقتصادی (خوب/ بد) بودند که بر این اساس ۳۲ لایه (زیرگروه) تشکیل شد و در هر لایه نیز حداقل ۲ مصاحبه انجام شد که تعداد کل مصاحبه‌های صورت گرفته در حد اشباع داده‌ها ادامه یافت و در نهایت به مجموع ۷۳ مورد رسید. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل افراد بالای ۲۵ سال و همین‌طور افراد داوطلبی بودند که مایل به صحبت کردن در مورد عقاید و نگرش خود در خصوص کیفیت زندگی بودند.

روش نمونه‌گیری در ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس شروع شد و سپس به صورت نمونه‌گیری هدفمند که پیش‌تر توضیح داده شد، ادامه یافت. مصاحبه‌ها در مکانی آرام و بدون تنش توسط سه نفر مصاحبه‌گر انجام می‌شد و ترجیحاً مکان و زمان مصاحبه توسط مصاحبه‌شونده‌ها انتخاب می‌شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. در مصاحبه ابتدا از افراد خواسته شد که به صورت بلند فکر کردن به دو سؤال خودارزیابی سلامت و کیفیت زندگی کلی پاسخ دهند (این سؤالات عبارت بودند از اینکه در به‌طور کلی سلامتی/ کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ خیلی خوب/ خوب/ متوسط/ بد/ خیلی بد)، سپس بحث با سؤالات باز ادامه یافت (این سؤالات عبارت بودند از: چرا به این نتیجه رسیدید که وضع سلامتی‌تان/ کیفیت زندگی، خوب/ خیلی خوب یا ... است؟ سلامتی/ کیفیت زندگی برای شما چه مفهومی دارد؟ زمان ارزیابی وضعیت سلامتی/ کیفیت زندگی چه عواملی را در نظر گرفتید؟) (۱۹).

به شرکت‌کنندگان فرصت کافی داده می‌شد تا در خصوص چگونگی نحوه ارزیابی کیفیت زندگی خود فکر کنند و عوامل مؤثر

رابطه‌ی فرد با خانواده، دوستان و همکاران)، علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان (در این مقوله مفاهیمی مانند درد، تهوع و استفراغ را می‌توان ذکر کرد) و معنوی (درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی، جهان‌بینی) می‌گنجد (۶). برای ارزیابی کیفیت زندگی پرسشنامه‌های زیادی وجود دارد. پرسشنامه‌هایی مانند SF-36 از جمله ابزار وابسته با سلامتی و WHOQOL- BRIEF نمونه‌های از ابزارهای کلی هستند (۸، ۷).

در مطالعات متفاوتی ثابت شده است که کیفیت زندگی در فرهنگ‌های مختلف معانی متفاوتی دارد (۹-۱۲). در پژوهش‌های کیفیت زندگی توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده از دیدگاه‌های خود افراد، توجه به اولویت‌گذاری افراد به ابعاد متفاوت کیفیت زندگی، توجه چهارچوب ذهنی افراد و همین‌طور توجه به اینکه افراد در چه گروه‌هایی، از نظر فرهنگی، سنی و جنسی قرار دارند، امری بدیهی و البته بسیار مهم است (۱۳)؛ بنابراین نباید اثر فرهنگ و تجارب گذشته‌ی افراد بر روی این مفهوم نادیده گرفته شود. آنچه در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی مغفول می‌ماند، معنی کیفیت زندگی از دیدگاه خود افراد است. در واقع اگرچه ابزار کیفیت زندگی در فرهنگ‌های مختلف استاندارد می‌شود ولی اینکه آیا مردم همه کشور اساساً تعریف مشابهی از کیفیت زندگی دارند سؤال مهمی است که شاید منجر به ساخت ابزارهای متفاوتی برای کیفیت زندگی گردد. خوشبختانه مطالعات بسیار زیادی چه در زیرگروه‌های خاص سنی، جنسی و یا شغلی در خصوص مبحث کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در ایران انجام شده است (۱۴-۱۸) ولی از طرفی چون مطالعات انجام شده در خصوص مقوله کیفیت زندگی در ایران از نوع مطالعات کمی است، لذا مفهوم موضوعات متعددی پیرامون مبحث کیفیت زندگی هنوز مشخص و تبیین نشده است. یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که مطرح است، این است که افراد چگونه وضعیت کیفیت زندگی خود را ارزیابی می‌کنند و در زمان ارزیابی، کیفیت زندگی خود را با چه کسانی مقایسه می‌کنند؟ آیا با سایرین مقایسه می‌کنند، یا با وضعیت آرمانی و یا با وضعیت خود در گذشته مورد قیاس قرار می‌دهند؟ از دیدگاه آنان چه عواملی روی کیفیت زندگی خود ابرازشان، بیشترین تأثیر را دارد؟ اینکه مردم دقیقاً زمان خودارزیابی کیفیت زندگی به چه سازه‌هایی می‌اندیشند از سؤالاتی است که هنوز پاسخ داده نشده است. پاسخ به این سؤالات و تبیین نظرات و دیدگاه‌های افراد تنها از طریق مطالعه کیفی است که امکان‌پذیر است. در صورتی که جواب این

بدون ملاحظات نظرات خود را اظهار کنند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۹/۶۹±۱۱/۸۹ سال به دست آمد. تقریباً نیمی از شرکت‌کنندگان را زنان و بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان را افراد دارای تحصیلات دانشگاهی با قومیت فارس و کارمندان تشکیل می‌دادند. در پاسخ به سؤال ارزیابی کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان وضعیت کیفیت زندگی خود را متوسط ارزیابی کرده بودند. مشخصات شرکت‌کنندگان با جزئیات در جدول شماره ۱ آمده است.

از بین ۲۰۰ تم اولیه استخراج‌شده توسط سه مصاحبه‌گر، نهایتاً پس از جمع‌بندی و ترکیب تم‌های مشابه، ۳۲ تم در پنج طبقه با عناوین عوامل جسمانی، عوامل روان‌شناختی، عوامل اقتصادی-اجتماعی، مسائل خانوادگی و عوامل محیطی استخراج شد. جدول شماره ۲، طبقه و تم‌های مربوطه را نشان می‌دهد. در ادامه هر یک از طبقه‌ها با تم‌های مربوطه توضیح داده شده‌اند. عین جملات شرکت‌کنندگان با قلم ایتالیک ارائه شده‌اند.

۱. طبقه عوامل جسمانی

این طبقه شامل چهارتم بود. آن‌ها عواملی مانند وضعیت سلامت جسمی خود فرد و انجام کارهای روزمره، تغذیه مناسب و سالم، خواب و استراحت کافی، همچنین ورزش منظم و روتین (به صورت روزانه یا هفتگی) را از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی‌شان عنوان کردند که به ذکر تفصیلی چند مورد از تم‌های پرتکرار در این طبقه در زیر پرداخته می‌شود:

۱-۱- سلامت جسمی: اکثریت شرکت‌کنندگان در قدم اول، وضعیت سلامت جسمی شخصی خودشان را مهم‌ترین عامل مؤثر بر کیفیت زندگی‌شان عنوان کردند و پس از آن سلامتی جسمی اطرافیان و خانواده خود را مؤثر بر کیفیت زندگی خود می‌دانستند، به طوری که یکی از شرکت‌کنندگان که مرد ۳۳ ساله‌ای است چنین می‌گوید «همین که خودم چهارستون بدنم سالم هست خدا را شکر می‌کنم.» و دیگری می‌گوید که اگر کیفیت زندگی را به مانند مثلی در نظر بگیریم، یک ضلع آن حتماً سلامتی افراد است.»

- همین‌طور شرکت‌کنندگان، داشتن استقلال در انجام کارهای روزمره از قبیل انجام دادن امور شخصی را امری بسیار مهم در کیفیت زندگی خود می‌دانستند

در ارزیابی کیفیت زندگی خود را توضیح دهند. در نهایت به صورت استقرایی آنالیز کیفی را انجام شد و مدل ذهنی شرکت‌کنندگان را استخراج گردید. تلفیق در روش‌های گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه، نوشتار، مشاهده و ضبط صدا انجام شد. ۶۸ مورد از مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط صدا ثبت شدند و پنج مورد راضی به ضبط صدای خود نشدند. پس از آن کلیه مصاحبه‌ها به طور کامل پیاده شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در مرحله بعد کدهای اولیه (جملات یا مفاهیم اصلی) استخراج گردید، سپس کدهای مشابه در یک دسته قرار گرفتند و طبقه‌ها را تشکیل دادند. طبقه‌های اصلی نیز بر اساس راهنمای پرسشگری مشخص شدند. به منظور تضمین اعتبار داده‌ها در پژوهش سعی شد که معیارهای چهارگانه اعتبارسنجی (که برای اولین بار توسط گوبا (۲۰) معرفی شدند) به شرح زیر رعایت شود:

جهت حصول اطمینان از مقبولیت داده‌ها (credibility) این اقدامات حاصل شد: نکات مطرح‌شده توسط برخی از مصاحبه‌شوندگان پس از پیاده‌سازی و جمع‌بندی ابتدائی مجدداً با آن‌ها چک شد (Member Check). بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی و حسن ارتباط، استفاده از تلفیق در تحقیق، جست‌وجو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی از دیگر اقدامات بود. همین‌طور پرسیدن سؤالات تکراری و مرتبط با یکدیگر برای شناسایی موارد تناقض در گفتار مصاحبه‌شوندگان و برگزاری جلسات توجیهی، پرسش و پاسخ با هم‌تایان و ترازهای بالاتر از دیگر مواردی بود که انجام شد (۲۱، ۲۲).

همچنین جهت تضمین اعتبار خارجی مطالعه (Transferability) نمونه‌گیری به روش حداکثر تنوع و توصیف با جزئیات روش اجرای مطالعه پرداخته شد. جهت برقراری اعتماد و پایایی مطالعه (Dependability) و تأیید شدن نتایج مطالعه (Confirmability) تعدادی از مصاحبه‌ها توسط دو تن از نویسندگان به صورت مستقل تحلیل گردید و در موارد اختلاف‌نظر نفر سوم اظهارنظر می‌کرد. در نهایت مصاحبه‌کننده‌ها آگاه بودند تا نظرات خود را به شرکت‌کنندگان القاء نکنند.

از تمام افراد شرکت‌کننده رضایت آگاهانه از طریق توضیح شفاف اهداف تحقیق به صورت کتبی و شفاهی اخذ شد. همچنین اصولی چون حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات و حق کناره‌گیری در طول مطالعه رعایت گردید و به آنان اطمینان داده شد که فایل صوتی آنان پس از تکمیل یادداشت‌ها پاک خواهد شد. همین‌طور رابطه محقق با شرکت‌کنندگان به صورت صمیمی و به دور از جو رسمی بود و شرکت‌کنندگان توانستند به راحتی و

مثال یکی از شرکت‌کنندگان که مبتلا به سرطان هم هست می‌گوید که «ما کلاً از هر جهت خانواده متوسطی داریم چه از نظر مالی، رفاه و چه از نظر کلاس اجتماعی ولی خدا را شکر من از زندگی‌ام رضایت کامل دارم و برای همین کیفیت زندگی‌ام را خوب ارزیابی می‌کنم.» و یا فرد دیگری می‌گوید «باینکه ظاهری شاد و آرام در اجتماع دارم، ولی به دلیل یکسری مسائل بفرنج روحی و روانی از زندگی‌ام نارضایی‌ام و کیفیت زندگی‌ام متوسط رو به پایین است.»

۲-۲- سلامت روان: پس از عامل رضایتمندی، تم سلامت روان از عوامل مؤثر مهم و پرتکرار بر کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان این مطالعه بود. در این مقوله اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اختلالات خلق‌و‌خو، وسواس فکری، قرار داشت و همچنین داشتن احساسات مثبتی و منفی مانند روحیه بالا در افراد، داشتن درگیری‌های شدید فکری و حس حسادت و همین‌طور نقش زندگی شاد و شاد بودن، داشتن نشاط و سرزندگی در زندگی روزمره و وجود دل‌خوشی‌ها در زندگی می‌گنجد. به‌طوری‌که یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «در کل وسواس فکری زیادی نسبت به مسائل پیرامون خودم دارم، به دلیل تنش‌های فکری زیادی که دارم تمرکز برای انجام مطلوب کارها از من سلب شده است.»

۳-۲ - آرامش، آسایش: از دیگر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی افراد که توسط شرکت‌کنندگان به آن اشاره شده بود، داشتن آرامش، آسایش و زندگی بدون دغدغه و استرس‌های مضاعف بود. فردی می‌گوید «علی‌رغم نظر عموم مردم که پول خوشبختی می‌آورد، نظر من این است که داشتن آرامش و یک خیال راحت در زندگی مهم‌ترین عامل داشتن زندگی خوب است و لزوماً همراه داشتن رفاه مادی نیست.»

۴-۲ - مذهب/معنویت: شرکت‌کنندگان عواملی مانند اعتقاد به خدا، پایبندی به اصول مذهبی، دین‌مداری و یک زندگی سرشار از معنویت را از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مطلوب ذکر کرده‌اند. «هر انسانی بذاته دنبال تکیه‌گاه و حامی فراتر از قدرت بشری هست، من هم مستثنا نیستم و این تکیه‌گاه خداوند بزرگ است.»

۵-۲- سطح توقعات/ حس قناعت و سپاسگزاری: همچنین شرکت‌کنندگان سطح توقعات و انتظارات فردی، داشتن طبع قناعت و ساده‌زیستی و حس سپاسگزاری افراد را از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی عنوان کرده بودند. به‌طوری‌که یکی از

یک از شرکت‌کنندگان که خانم ۵۴ ساله‌ای است عنوان می‌کند که «همین‌که خودم از پس کارهای روزمره‌ام برمی‌آیم و سرباری برای دیگران و حتی فرزندانم نیستم، احساس خیلی خوبی دارم و از این بابت خدا را شکر می‌کنم.»

۱-۲- خواب: همچنین شرکت‌کنندگان، داشتن خواب مناسب و عدم ابتلا به اختلالات خواب را یک عامل تعیین‌کننده در کیفیت زندگی‌شان می‌دانستند. یکی از شرکت‌کنندگان که خانم ۳۲ ساله‌ای است عنوان می‌کند که «من اکثراً دچار کابوس و خواب‌های آشفتگی‌ای هستم و صبح‌ها که از خواب بیدار می‌شوم با یک روحیه کسل کارهایم را شروع می‌کنم، این مسئله باعث شده است که اصلاً از اوضاع خود راضی نباشم.»

۱-۳- ورزش/تحرك بدنی: داشتن تمرینات ورزشی منظم و روتین (به‌صورت روزانه یا هفتگی)، یکی دیگر از عواملی بود که توسط شرکت‌کنندگان نقش آن در یک کیفیت زندگی مطلوب عنوان شده بود. به‌عنوان مثال در این بین یک خانم ۴۰ ساله کارمند عنوان می‌کند که «باینکه من به فواید داشتن تحرك بدنی در سلامت جسم و روح کاملاً واقفم، متأسفانه به دلیل نداشتن وقت کافی نمی‌توانم به‌طور مرتب و یک قانون در زندگی‌ام ورزش را در زندگی روزانه‌ام بگنجانم، چون هم‌زمان مشغول کار و درس خواندنم و مابقی اوقات آزادم را باید صرف همسر و فرزندم و امور خانه‌داری بکنم. نداشتن تحرك بدنی مناسب همیشه برایم به‌صورت دغدغه‌ای بزرگ مانده است و حس نارضایتی را در من ایجاد کرده است.»

۲. طبقه عوامل روان‌شناختی

این طبقه شامل هشتتم بود که عبارت‌اند از: آسایش و آرامش، رضایتمندی، مذهب/ معنویت، سلامت روان، مهارت زندگی، انتظارات/ قناعت، تکیه‌گاه، نیاز جنسی و وضعیت سلامت جسمی خانواده که به توصیف تفصیلی چند مورد از تم‌های پرتکرار در این طبقه در زیر پرداخته می‌شود:

۱ - ۲- رضایتمندی: اکثریت شرکت‌کنندگان به نقش رضایتمندی در ارتقاء کیفیت زندگی اشاره کرده بودند، عامل رضایتمندی شامل دامنه وسیعی از پاسخ‌ها بود که به صلاحدید محققین‌های مشابه ادغام شد. شرکت‌کنندگان مفهوم رضایتمندی را در رضایت از خود، رضایت از زندگی، رضایت متقابل همسر، فرزندان و دیگر اطرافیان توضیح داده بودند. به‌طور

نیمی از افراد تحت مطالعه به نقش آن در کیفیت زندگی اشاره کرده بودند. مسائلی چون نوع شغل، موفقیت‌های کسب‌شده در حیطه شغلی، موقعیت شغلی همسر و فرزندان را در پیرامون عامل شغل مؤثر بر کیفیت زندگی دانسته بودند. به‌عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «نوع شغل من نوبتی است که نوبت شب هم دارد، بی‌خوابی هم دارد، بی‌خوابی‌های مکرر باعث بی‌حوصلگی‌هایم می‌شود که باعث آزردن شده خانواده‌ام می‌شود.»

۳-۳- تعاملات اجتماعی: تعاملات و نحوه رفتار افراد در خانواده، در بین فامیل‌ها و آشنایان (صله‌رحم)، جامعه، سازمان‌ها، روابط اجتماعی افراد، تعامل با دوستان، همکاران و سایر افراد جامعه نیز از تم‌های پرتکراری بود که افراد شرکت‌کننده به نقش داشتن آن‌ها در کیفیت زندگی مطلوب اشاره کرده بودند. به‌عنوان مثال یک خانم خانه‌دار ۵۶ ساله می‌گوید که «همسر آدم منزوی و گوشه‌گیری است و چه با فامیل‌های خودش و چه با فامیل‌های من رفت‌وآمد ندارد و ما همیشه از جمع‌های فامیلی به دور هستیم. بچه‌های من به تقلید از پدرشان کمتر با دیگران تعامل دارند.»

۳-۴- تحصیلات: برخی از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که تحصیلات اثرات مختلفی بر روی کیفیت زندگی دارد. به‌طوری‌که اظهار می‌کردند که هر چه تحصیلات افراد بالاتر باشد، جایگاه اقتصادی و اجتماعی بالاتری هم در جامعه دارد. افراد تحصیل‌کرده چون دانش و نگرش بهتری دارند، بیشتر به سلامت جسمی، روحی‌روانی خودشان و اطرافیانشان اهمیت می‌دهند و از این‌رو کیفیت زندگی بهتری هم دارند و از طرفی خود متفاوت بودن سطح تحصیلات در افراد باعث می‌شود دیدگاه‌های افراد در مورد یک زندگی مطلوب متفاوت باشد، به‌عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان اظهار می‌دارد که «هر چه درجه تحصیلات افراد بالاتر باشد، طبعاً شانس اینکه شغل خوبی هم در جامعه داشته باشد زیاد است و به دنبال آن رفاه مادی هم خواهد داشت، درک‌های عمیق‌تری از مسائل جامعه خواهد داشت و به نظر زندگی خیلی بهتری از یک فرد بی‌سواد یا کم‌سواد خواهد داشت.»

۴. طبقه عوامل محیطی

این طبقه شامل هشتتم بود که عبارت‌اند از سیاست حاکم بر جامعه، امنیت، اوقات فراغت، آلودگی محیط (آب و هوا، صوت و تشعشعات)، محیط‌زیست/فضای سبز، ایمنی، تفریح و تأثیر رسانه و تجملات.

شرکت‌کنندگان که خانمی ۳۲ ساله است می‌گوید «من بهترین سال‌های عمر جوانی خود را صرف درس خواندن و به امید رسیدن به یک شغل باکلاس اجتماعی عالی کرده‌ام، اما متأسفانه الآن با تحصیلات عالی جایگاه مناسبی ندارم و هنوز با خواسته‌های ایده‌آلم فاصله زیادی دارم و به این وضع قانع نیستم.»

۲-۶- مهارت زندگی: شرکت‌کنندگان مجموعه عواملی را در قالب عامل نحوه مواجهه و مقابله افراد در موقعیت‌ها، شرایط، درک متقابل افراد، تحمل رفتارهای مختلف، اعتماد متقابل، مهارت‌های تصمیم‌گیری در امور مهم (مانند انتخاب شغل، همسر، رشته تحصیلی و...) و همین‌طور داشتن یکسری خصوصیات شخصیتی (چون عزت‌نفس، استقلال در تصمیم‌گیری‌ها، خودباوری و اعتمادبه‌نفس، صبور بودن، نوع جهان‌بینی افراد، امیدوار بودن، مسئولیت‌پذیر بودن، داشتن برنامه‌ریزی در زندگی و پایبندی به آن، توانمندی‌های مدیریتی داشتن، سازگار بودن). را مؤثر بر کیفیت زندگی می‌دانستند. به‌طوری‌که یکی از شرکت‌کنندگان عنوان می‌کند «در زندگی‌ام تصمیم‌های مهمی گرفته‌ام که در بیشتر آن‌ها هم موفق بوده‌ام. این موفقیت باعث ایجاد اعتمادبه‌نفس در من می‌شود و حس رضایت از زندگی دارم.» و همین‌طور یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «متأسفانه به دلیل ضعف شخصیت و عدم خودباوری که در خودم احساس می‌کنم، معمولاً در برخورد یا دیگران حتی اگر حق با من باشد، خیلی زود خودم را می‌بازم و نمی‌توانم از حقوق خودم آن‌طور که باید دفاع کنم و از این‌رو احساس سرخوردگی شدید می‌کنم.»

۳- طبقه عوامل اقتصادی-اجتماعی: این طبقه شامل ششتم

بود که عبارت‌اند از: مشکلات مالی/ رفاه، شغل، نحوه استفاده از امکانات، تحصیلات، تعاملات اجتماعی و کلاس اجتماعی.

۳-۱- مشکلات مالی/ رفاه: تقریباً تمام شرکت‌کنندگان در خصوص تأثیر عوامل اقتصادی بر کیفیت زندگی به نقش مادیات، داشتن رفاه مادی، درآمد مناسب، بهره‌مندی از امکانات، مسکن مناسب، داشتن خودرو و سایر امکانات رفاهی، متناسب بودن درآمد خانواده‌ها با مخارج زندگی و ثبات اقتصادی را ذکر کرده بودند. به‌عنوان مثال یکی از شرکت‌کنندگان اظهار می‌کند که «اکثر مردم جامعه که ما هم جزء آن هستیم پی می‌بریم که اکثراً خانواده‌هایی که درآمد خوبی دارند، خانه بزرگی دارند و خودروی مناسب دارند، خوب می‌خورند و خوب می‌پوشند و خوب می‌گردند، زندگی با کیفیتی هم دارند.»

۳-۲- شغل: شغل نیز از دیگر عوامل اقتصادی بود که تقریباً

مناسب در خانواده، حمایت خانواده همگی از جمله عوامل خانوادگی بودند که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. در این میان یکی از شرکت‌کنندگان که خانمی ۵۴ ساله است می‌گوید، «متأسفانه پسر بزرگم چند سال پیش خودکشی کرد از آن روز به بعد، نظام خانواده ما کاملاً از هم‌پاشیده شده است و به یک خانواده سرخورده و افسرده تبدیل شده‌ایم، کیفیت زندگی‌مان صفر است!» و از طرفی یکی از شرکت‌کنندگان که مبتلا به یک بیماری بدخیم است می‌گوید «علی‌رغم اینکه من جدیداً به این بیماری مبتلا شده‌ام، به لطف حمایت‌های بی‌دریغ خانوادگی روحیه خوبی دارم.»

۲-۵- تعاملات زناشویی: پس از عامل محیط خانواده عامل تعامل با همسر، پرتکرارترینم عوامل خانوادگی مؤثر بر کیفیت زندگی بود. در این باب شرکت‌کنندگان به عواملی چون تفاهم با همسر و درک متقابل یکدیگر اشاره کرده بودند. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «تنها شانس من در زندگی داشتن همسری است که مشکلاتم را درک می‌کند.»

۳-۵- روابط فامیلی: همچنین در خصوص تأثیر روابط فامیلی بر کیفیت زندگی، شرکت‌کنندگان به مسائلی چون رفت‌وآمد خانوادگی، دخالت‌های بی‌مورد اطرافیان، اختلاف طبقاتی با اطرافیان و غیره اشاره کرده بودند. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید «متأسفانه با خانواده همسرم چند وقتی است دچار مشکل شده‌ام، به دلیل اختلاف فرهنگی که داریم روزه‌روز روابطمان تیره‌وتار می‌شود این مسئله به‌طور بغرنجی، کیفیت زندگی‌ام را تحت تأثیر قرار داده است.»

۱-۴- آلودگی محیط (آب، هوا، صوت و تشعشعات): شرکت‌کنندگان پیرامون نقش آلودگی محیط بر کیفیت زندگی به موارد زیر اشاره کرده بودند از جمله: آلودگی آب، آلودگی هوای محیط به دلیل دود خودروها در محل زندگی‌شان، ترافیک و آلودگی هوا و صوتی ناشی از آن، تشعشعات و پارازیت، آلودگی صوتی خصوصاً در کلان‌شهرها و نقش مخرب آن‌ها پرداخته بودند. در این باب شرکت‌کننده‌ای می‌گوید «از زمانی که به دلیل ادامه تحصیل ساکن تهران شده‌ام، به دلیل ترافیک روزانه و آلودگی صوتی آرامشم نسبت به گذشته کمتر شده است.»

۲-۴- اوقات فراغت/ تفریحات: همچنین شرکت‌کنندگان، به اهمیت و نقش داشتن تفریحات سالم و اوقات فراغتی کافی در یک کیفیت زندگی مطلوب پرداخته بودند. در این بین شرکت‌کننده‌ای بیان می‌کند «که به دلیل مشغله‌های کاری و امور خانه اوقات فراغت کمی دارم ولی از هر فرصتی که پیش بیاید سعی می‌کنم فارغ از تمام مسائل اوقات خوشی را با دوستان، آشنایان قدیمی سپری کنم و برای هرچند مدت کوتاه هم که شده ذهنم را از تمام دغدغه‌های روزمره آزاد کنم.»

۳-۴- محیط‌زیست/فضای سبز: همین‌طور شرکت‌کنندگان به نقش داشتن یک محیط تمیز، آرام و سبز خصوصاً در کلان‌شهرها در کیفیت زندگی افراد اشاره کرده بودند. به‌عنوان مثال، یکی از شرکت‌کنندگان عنوان می‌کند، «من عاشق طبیعت و گل و گیاه هستم و قرار گرفتن در محیط پر از اکسیژن و هوای تازه خصوصاً برای ما که در شهر شلوغ و پرجمعیت زندگی می‌کنیم در آرامش روح و روان همواره تأثیر چشمگیری دارد.»

۵. طبقه عوامل خانوادگی: این طبقه شامل ششتم بود که عبارت‌اند از: تشریک‌مساعی، تعاملات زناشویی، حمایت خانوادگی، روابط فامیلی، موفقیت/شکست فرزندان و اخلاق. در اینجا به توصیف تفصیلی چند مورد از تم‌های پرتکرار این طبقه پرداخته شده است.

۱-۵- تشریک‌مساعی: تم محیط خانواده پرتکرارترین تم عوامل خانوادگی بود که شرکت‌کنندگان به نقش آن در کیفیت زندگی اشاره کرده بودند، محیط خانواده اعم از نقش والدین در تربیت فرزندان، محیطی برای تشریک‌مساعی، جو حاکم بر خانواده، وجود احترام خانوادگی، رخداد حوادث ناگوار در خانواده، از دست دادن عزیزان در خانواده، دور شدن فرزندان از محیط خانواده، تعامل

جدول شماره ۱ - مشخصات پایه شرکت کنندگان

متغیر	طبقه	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۴۱	۴۳/۸۳
	مرد	۳۲	۵۶/۱۶
قومیت	فارس	۲۶	۳۵/۶۱
	ترک	۱۹	۲۶/۰۲
	لر	۱۹	۲۶/۰۲
	کرد	۶	۸/۲۱
شغل	سایر اقوام	۳	۴/۱۰
	کارمند	۳۳	۴۴/۹۰
	خانه‌دار	۸	۱۰/۹۵
	دانشجو	۱۷	۲۳/۲۸
	آزاد	۳	۴/۱۰
	بازنشسته	۶	۸/۲۱
	سرباز	۱	۱/۳۶
	بیکار	۲	۲/۷۳
	کارگر	۳	۴/۱۰
	بی‌سواد	۲	۲/۷۳
تحصیلات	ابتدایی / راهنمایی	۷	۹/۵۸
	دبیرستان / دیپلم	۱۳	۱۵/۰۶
	تحصیلات دانشگاهی	۵۳	۷۲/۵۹
	خیلی خوب	۶	۸/۲۱
وضعیت کیفیت زندگی از دیدگاه افراد	خوب	۲۸	۳۸/۳۵
	متوسط	۳۶	۴۹/۳۱
	بد	۱	۱/۳۶
	خیلی بد	۲	۲/۷۳
	خیلی خوب	۸	۱۰/۹۵
وضعیت اقتصادی-اجتماعی از دیدگاه افراد	خوب	۳۵	۴۷/۹۴
	متوسط	۲۸	۳۸/۳۵
	بد	۲	۲/۷۳
	خیلی بد	۰	۰/۰۰

جدول شماره ۲ - طبقات و تم‌های استخراجی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی

طبقات اصلی	تم‌ها
عوامل جسمانی	<ul style="list-style-type: none"> ■ سلامت جسمی ■ تغذیه ■ خواب و استراحت ■ ورزش
عوامل روان‌شناختی	<ul style="list-style-type: none"> ■ آسایش و آرامش ■ رضایتمندی ■ مذهب/ معنویت ■ سلامت روان ■ مهارت زندگی ■ انتظارات/ قناعت ■ نقش حمایت و تکیه‌گاه ■ نیاز جنسی
عوامل اقتصادی-اجتماعی	<ul style="list-style-type: none"> ■ مشکلات مالی/رفاه ■ شغل ■ نحوه استفاده از امکانات ■ تحصیلات ■ تعاملات اجتماعی ■ کلاس اجتماعی
عوامل محیطی	<ul style="list-style-type: none"> ■ سیاست حاکم بر جامعه ■ امنیت ■ اوقات فراغت و تفریحات ■ آلودگی محیط (آب، هوا، صوت و تشعشعات) ■ محیط‌زیست / فضای سبز ■ ایمنی ■ تأثیر رسانه ■ تجملات
عوامل خانوادگی	<ul style="list-style-type: none"> ■ تشریک‌مساعی ■ تعاملات زناشویی ■ روابط فامیلی ■ حمایت خانوادگی ■ موفقیت/ شکست فرزندان ■ اخلاق

بحث

در مجموع این مطالعه کیفی، ۷۳ مصاحبه توسط سه مصاحبه‌گر جمع‌آوری گردید. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $39/69 \pm 11/89$ سال به دست آمد. در سؤال ارزیابی کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان وضعیت کیفیت زندگی خود را متوسط، در مرحله بعد خوب و تعداد کمی از آن‌ها خیلی خوب، بد و خیلی بد ارزیابی کرده بودند. در پاسخ به سؤال ارزیابی وضعیت اقتصادی اجتماعی در ۵ طبقه (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) اکثر شرکت‌کنندگان وضعیت خود را خوب، سپس متوسط و تنها تعداد کمی از افراد، خیلی خوب ارزیابی کرده بودند. در طبقه اصلی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی پنج طبقه با عناوین عوامل جسمانی، عوامل روان‌شناختی، عوامل اقتصادی-اجتماعی، مسائل خانوادگی و عوامل محیطی قرار گرفتند. در خصوص نقش عوامل فوق بر کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان بر نقش عواملی متفاوت از عوامل ذکر شده بالا تأکید کرده بودند. به طوری که در خصوص نقش عوامل جسمانی بر کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان به سلامت جسمانی خود و سایر اطرافیان در کیفیت زندگی خود اشاره کرده بودند و در خصوص نقش عوامل روحی‌روانی به عواملی چون رضایتمندی، برآورده شدن انتظارات، آرزوها و نحوه تعامل افراد در جامعه با دیگران تأکید کرده بودند و در خصوص نقش عوامل اقتصادی-اجتماعی بر کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان به نقش مشکلات مالی اشاره کرده بودند.

در خصوص عوامل محیطی بر کیفیت زندگی اکثر شرکت‌کنندگان علاوه بر آلودگی محیطی (بمانند مقوله سلامتی) به نقش تفریحات سالم و داشتن اوقات فراغت اشاره کرده بودند؛ اما عوامل خانوادگی نیز جزء موارد مؤثر بر کیفیت زندگی بود که در مقوله سلامتی از دیدگاه شرکت‌کنندگان به آن اشاره نشده بود. از عوامل خانوادگی که اکثر شرکت‌کنندگان به نقش آن‌ها بیشتر از سایر عوامل اشاره کرده بودند به محیط خانواده و روابط فامیلی می‌توان اشاره کرد.

در جستجوی مطالعات مشابه تاکنون مطالعه‌ای داخلی یا خارجی دقیقاً باهدف مطالعه حاضر انجام نشده است و لذا به ذکر مطالعات مشابه (و ناگزیر مطالعات کمی) پیرامون کیفیت زندگی بسنده می‌شود.

در مطالعه کیفی جمعه‌پور و همکاران (۲۳) که با موضوع جست‌وجو، توصیف، تفسیر و کسب آگاهی عمیق‌تر درباره کیفیت

زندگی مهاجران فصلی جوانان روستایی شهرستان کلیر انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که از دیدگاه شرکت‌کنندگان مطالعه آن‌ها، کیفیت زندگی خوب و بد، در درجه اول بیشتر به مسائل اقتصادی منوط است و بیشتر مسائلی چون درآمد بالا، شغل مناسب و دسترسی به رفاه و امکانات بیشتر مدل نظری پژوهش مطالعه مذکور را تشکیل می‌دهد. این قسمت از نتایج مطالعه مذکور با نتایج مطالعه ما مطابقت دارد. در مطالعه ما نیز یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار از دیدگاه شرکت‌کنندگان در کیفیت زندگی افراد، مشکلات مالی و بحث وضعیت اقتصادی افراد بود که اهمیت آن بارها توسط اکثر شرکت‌کنندگان ذکر شده بود.

در مطالعه کیفی Tempski و همکارانش که بر روی دانشجویان رشته پزشکی و با روش بحث متمرکز گروهی انجام شده بود، به این نتایج دست یافتند که عواملی مانند حجم زیاد درس، کمبود وقت برای انجام امور، نداشتن و ناکافی بودن تفریحات و اوقات فراغت، روابط اجتماعی کم را از عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی خود و داشتن ارتباطات نزدیک و همدردی با بیماران، روابط صمیمانه خانوادگی، داشتن دوستان و اساتید خوب را از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی خود برشمرده بودند. در مطالعه ما نیز که بخشی از شرکت‌کنندگان را دانشجویان تشکیل می‌دادند، از جمله مسائلی که دانشجویان مطالعه ما در کیفیت زندگی خوشان مؤثر می‌دانستند مسائلی چون نداشتن مدیریت زمان و کمبود وقت و عدم امکانات کافی و از جمله نداشتن برنامه‌ای خاص برای گذراندن اوقات فراغت بود (۲۴). همچنین در مطالعه کیفی از نوع آنالیز محتوا که توسط Mattevi و همکارانش و با استفاده از بحث متمرکز گروهی انجام شده بود نیز مشخص شد که تم‌هایی مانند وضعیت شغل، آموزش، تفریح، دسترسی جهانی، درگیر شدن در امور جامعه و روابط اجتماعی، داشتن مدارک حرفه‌ای، دسترسی به خدمات بهداشتی را از جمله عوامل مهم و مؤثر بر کیفیت زندگی برشمرده بودند، در مطالعه ما نیز اگرچه به تم دسترسی جهانی به امکانات توسط هیچ شرکت‌کننده‌ای بیان نشده بود ولی به سایر بعدهای این مطالعه اشاره کرده بودند (۲۵). در مطالعه کمی که عبدالله‌پور و همکاران (۲۶) در شهرستان بوکان روی کارمندان از طریق پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی بهداشت انجام دادند، عوامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی را مشخص نمودند، از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه مذکور این بود که سطح تحصیلات و وجود بیماری همراه در بعد سلامت جسمانی، وضعیت استخدامی در بعد سلامت روان، وضعیت منزل مسکونی و تعداد سال‌های سابقه شغلی در بعد سلامت محیط و وضعیت تأهل

و مشکلات مالی بر ارزیابی مردم جامعه ایران از کیفیت زندگی‌شان مؤثر است. همین‌طور سلامت محیط نیز از دیدگاه ایرانیان جزء جدایی‌ناپذیر کیفیت زندگی آنان است.

در بعد سلامت اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بود.

نتیجه‌گیری

علاوه بر وضعیت سلامتی عوامل خانوادگی مانند محیط خانواده

منابع

1. Eurostat. Quality of life indicators - measuring quality of life 2015 [updated 5th November 2015]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_measuring_quality_of_life.
2. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, Land K, Michalos AC, Peterson M, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social indicators research*. 2001; 55: 1-96.
3. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*. 1982; 5: 69-79.
4. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*. 1998; 46: 1569-85.
5. Kaplan RM, Ries AL. Quality of life: concept and definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2007; 4: 263-71.
6. Peter M, Fayers DM. Quality of life assessment, analysis and interpretation. John & Sons, England. 2000;4.
7. 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.
8. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. 1996.
9. Thumboo J, Fong K-Y, Machin D, Chan S-P, Soh C-H, Leong K-H, et al. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Social science & medicine*. 2003; 56: 1761-72.
10. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Niakas D. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International journal of public health*. 2009; 54: 241-9.
11. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*. 2005; 49: 699-706.
12. Sanchez JLA, Bastida JL, Martínez MM, Moreno JMM, Chamorro JJ. Socio-economic cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. *Burns*. 2008; 34: 975-81.
13. King CR, Hinds PS. Quality of life: From nursing and patient perspectives: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
14. Naseh L, Shaikhy R, Rafii F. Quality of Life and its Related Factors among Elderlies Living In Nursing Homes. *Iran Journal of Nursing*. 2014; 27: 67-78.
15. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25: 21-31.
16. Masrou Roudsari D, Chehrehgosha M, Seyyedolshohadayee M, Hosseini AF. Quality of Life and Its Related Factors in Adolescents with Epilepsy. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24: 47-54.
17. Borimnejad L, Yekta ZP, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A. Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. *Gender medicine*. 2006; 3: 124-30.
18. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. *Quality of Life Research*. 2010; 19: 813-9.
19. Charters E. The use of think-aloud methods in qualitative research an introduction to think-aloud methods. *Brock Education Journal*. 2003; 12: 68-82.
20. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994; 2: 105.
21. Denise F, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization: Lippincott; 2001.
22. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
23. Jomeh Poor M, Eidi Trakemeeh H. Qualitative research about quality of life for rural young work force of immigrants and seasonal kaleybar County. *Journal of Rural Development*. 2013; 5: 111-32.
24. Tempski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC medical education*. 2012; 12: 106.
25. Mattevi BS, Bredemeier J, Fam C, Fleck MP. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31: 188-96.
26. Abdollahpour Ibrahim, Salimi Yahya, Nedjat Saharnaz, Jorjoran -Shushtari Zahra. Quality Of Life And Effective Factors On It Among Governmental Staff In Boukan City. *The Journal Of Urmia University Of Medical Scinces*. 2011; 22: 40-7.

What Do Iranian People Have in Mind When Assessing Their Quality of Life? A Qualitative Study

Cheraghi Z¹, Nedjat S², Haghjoo L³, Salehi F⁴

1- MSc, PhD Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MD, PhD, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MD, MPH, Center for Academic and Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- MSc Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Nedjat Sn, nejatsan@tums.ac.ir

Background and Objectives: The main question that arises in 'Quality of Life' (QOL) studies is how people assess this phenomenon and what factors affect it. Using these answers, we can better analyze the findings of QOL studies in our country.

Methods: In this content analysis, we carried out semi-structured interviews, and applied maximum variation opportunistic sampling in terms of gender, age, education, ethnicity, and economic status. First, we asked the participants to answer the question on QOL by thinking aloud. Then, they were asked to discuss the factors that affected their choice a posteriori. Finally, the inductive qualitative analysis was done and the mental model of the participants was extracted.

Results: We extracted five main categories and 33 themes. These categories included physical factors, psychological factors, socioeconomic factors, family issues, and environmental factors. Physical health, expectations, satisfaction, community engagement, financial problems, environmental pollution, leisure and recreation, family environment, family relationships and the role of the wife were the most important factors affecting the QOL in the participants' opinions.

Conclusion: In addition to the health status, family issues such as the family environment and financial problems affected the QOL. Moreover, the participants believed environmental health was an integral part of QOL.

Keywords: Quality of life, Content analysis, Iran