

بررسی تطبیقی کیفیت زندگی مربوط به سلامت بزرگسالان شهر

تهران، با تاکید بر سلامت خودادراک^۱

محمد میرزایی^۲، نوید نفیسی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۱۳

چکیده

در این تحقیق به منظور بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت بزرگسالان شهر تهران، از نسخه پنج‌سطحی پرسشنامه سازمان کیفیت زندگی اروپا (EQ-5D-5L) استفاده شده است. این پرسشنامه متشکل از یک مقیاس دیداری (EQ-VAS) و یک سیستم توصیفی سلامت شامل پنج بعد: تحرک، مراقبت از خود، فعالیت‌های روزمره، درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی است. همانند دیگر کشورها، بزرگسالان شهر تهران نیز با افزایش سن نمره پایین‌تری به وضعیت سلامت خویش داده و مشکلات بیشتری را در ابعاد سلامت گزارش کرده‌اند؛ زنان نیز وضعیت سلامت خویش را پایین‌تر از مردان ارزیابی کرده‌اند، با اینکه امید زندگی بالاتری نسبت به مردان دارند. مقایسه نتایج شهر تهران با کشورهای مورد بررسی، نشان‌دهنده وضعیت سلامت خودادراک نامناسب این شهر نسبت به این کشورها، بخصوص کشورهای توسعه‌یافته است. ارزیابی بزرگسالان شهر تهران از وضعیت سلامت خویش براساس نمرات مقیاس دیداری پایین‌تر از اکثر کشورهای مورد مقایسه است. در میان ابعاد سلامت، وضعیت شهر تهران در سه بعد تحرک، درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی نسبت به کشورهای مورد مقایسه نامناسب و در بعد اضطراب/افسردگی نگران‌کننده است. در بعد اضطراب/افسردگی میزان مشکلات گزارش شده در تمام گروه‌های سنی بیش از ۲۳ درصد و مشکلات جوانان گروه سنی ۱۸-۲۴ ساله بیش از سه گروه سنی ده‌ساله بعدی است. نتایج نشان‌دهنده نیاز به توجه بیشتر به وضعیت سلامت روانی جامعه بویژه جوانان است. وضعیت سلامت خودادراک سالمندان شهر تهران، بخصوص زنان سالمند، نیز نامناسب و نیازمند توجه است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی مربوط به سلامت، سلامت خودادراک، تهران، پرسشنامه EQ-5D، مقیاس دیداری EQ-VAS

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم است.

۲. استاد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، mmirzaie@ut.ac.ir

۳. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران، nafisinavid@yahoo.com

مقدمه و بیان مساله

اطلاع از وضعیت سلامت جمعیت یکی از مهمترین نیازها برای برنامه‌ریزی در هر کشوری و یکی از حوزه‌های مهم در ارزیابی سطح توسعه کشورها محسوب می‌شود. با توجه به تغییرات شگرف قرون اخیر در وضعیت سلامت بشر، اهمیت توجه به مسئله سلامت نیز دوچندان شده است. یکی از دستاوردهای توسعه اقتصادی و اجتماعی دو قرن اخیر بهبود بهداشت است. در اثر این بهبود، میزان‌های مرگ کاهش و امید زندگی^۱ افزایش یافته است. اما افزایش امید زندگی همیشه به معنی افزایش امید زندگی همراه با سلامت^۲ نیست و در بسیاری از موارد همراه با افزایش سال‌های توام با بیماری و اختلال در سلامت^۳ است (میرزایی، ۱۳۸۰). از سوی دیگر همراه با تغییرات در ابعاد عینی سلامت و در ارتباطی متقابل با آن، ذهنیت افراد و ارزیابی آنها از وضعیت سلامت خویش نیز تغییر خواهد کرد (مورای و چن^۴، ۱۹۹۲). بنابراین توجه به کیفیت زندگی^۵ افراد در کنار افزایش سال‌های زندگی، به یکی از اولویت‌ها در بررسی وضعیت سلامت بدل گشته است.

افزایش در شمار مقالات شامل برخی ابعاد ذهنی وضعیت سلامت یا کیفیت زندگی، بازتاب دهنده علاقه روزافزون برخی محققان سلامت در استفاده از دیدگاه بیمار در برنامه‌های درمان و نظارت بر کیفیت بازده مراقبت‌های پزشکی است. همان‌طور که بیشتر جمعیت محدودیت‌های سالمندی، بیماری‌های مزمن و ناتوانی را در اثر افزایش طول عمر تجربه می‌کنند، نیاز به شیوه انسانی‌تر مراقبت‌های سلامت که ارزیابی بیمار را نیز دخیل کند افزایش یافته است (جنکینسون و مک‌گی^۶، ۱۹۹۸: ۲). در دهه‌های اخیر حوزه سلامت جمعیت به فراتر از سنجش مرگ گسترش یافته است، تا اینکه شامل وضعیت‌های سلامت مزمن و سنجش‌های جدید سلامت همچون امید زندگی همراه با سلامت و کیفیت زندگی مربوط به سلامت^۷ گردد. این گسترش حوزه سلامت جمعیت در اثر موفقیت در افزایش امید زندگی در دوران مدرن است. این موفقیت، تمرکز حوزه سلامت جمعیت را از کمیت زندگی به سوی کیفیت زندگی سوق داده است (سیگل^۸، ۲۰۱۲: ۹).

1. Life Expectancy
2. Healthy Life Expectancy
3. Morbidity
4. Murray, Christopher L.J. and Chen, Lincoln C.
5. Quality of Life
6. Jenkinson, Crispin and McGee, Hannah
7. Health Related Quality of Life (HRQOL)
8. Siegel, Jacob S.

کیفیت زندگی مربوط به سلامت

تعریف کردن سلامت کار مشکلی است چرا که سلامت هم مفهومی جسمی است، هم اجتماعی و هم روان‌شناختی. سلامت یک مفهوم چند بعدی بیان‌کننده وضعیت پیوسته و دائمی در حال تغییر برای یک فرد است. اغلب وقتی یک وضعیت سلامت وجود دارد، مسئله اندازه‌گیری مقدار آن است و در صورت حل آن، مشکل این است که سلامت به طور عینی یا ذهنی اندازه‌گیری شده است. پیچیدگی‌های تعریف سلامت خصوصا در موقعیت‌های مربوط به ناتوانی و مسایل ذهنی بیشتر است. سازمان بهداشت جهانی^۱، یک تعریف منسجم و مثبت از سلامت در سال ۱۹۴۷ ارائه کرده است: "سلامت حالتی است از تندرستی^۲ کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها غیبت بیماری^۳ و ناتوانی^۴" (سیگل، همان: ۱۰). کیفیت زندگی مربوط به سلامت مفهومی است که تلاش می‌کند تا روح تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت را با در نظر گرفتن هم وضعیت سلامت فردی و هم رفاه اجتماعی در ارزیابی سلامت افراد و جمعیت‌ها در برگیرد (جنکینسون و مک‌گی، همان: ۲). اندازه‌گیری کیفیت زندگی مربوط به سلامت به عنوان یک هدف اساسی در تحقیقات سلامت، یک ارزیابی از بعد ذهنی وضعیت سلامت ارائه می‌کند. منظور علاقمند بودن به ارزیابی افراد از وضعیت سلامت خودشان است. اما کیفیت زندگی یک مفهوم غیرشفاف است. در حالی که عبارت کیفیت بر درجه خوبی یک ویژگی تاکید می‌کند، افراد متفاوت ممکن است قسمت‌های متفاوتی از زندگی را ارزیابی کنند و بنابراین کیفیت زندگی به معنای چیزهای متفاوت از افراد متفاوت است (بولینگ^۵، ۲۰۰۳: ۲-۱).

پیشینه تحقیق

یکی از پرسشنامه‌های طراحی شده به منظور ارزیابی کیفیت زندگی مربوط به سلامت خودآدراک، پرسشنامه EQ-5D است که توسط سازمان کیفیت زندگی اروپا^۶ ارائه شده است. در کشورهای مختلفی با استفاده از این پرسشنامه به مطالعه ارزیابی افراد، چه جمعیت کل و چه بیماران، از وضعیت سلامت خویش پرداخته شده است. وانگ و دیگران^۷ (۲۰۰۵) در پکن چین، سان و

1. World Health Organization (WHO)
2. Well-Being
3. Disease
4. Infirmity
5. Bowling, Ann
6. EuroQoL
7. Wang, Hong et al

همکاران^۱ (۲۰۱۱) در چین، کاینده و دیگران^۲ (۱۹۹۸) در بریتانیا، تسوجیا و دیگران^۳ (۲۰۰۲) در ژاپن، فوجیکاوا و دیگران^۴ (۲۰۱۱) در تاکاماتسو ژاپن، لیو و همکارانش^۵ (۲۰۰۵) و شاء و دیگران^۶ (۲۰۰۵) در ایالات متحده و برستروم و دیگران^۷ (۲۰۰۱) در استکهلم سوئد، کیفیت زندگی مربوط به سلامت را با استفاده از این پرسشنامه بررسی کرده‌اند. در ایران از این پرسشنامه در چند تحقیق برای سنجش سلامت بیماران، همچون هادی‌پور و همکارانش (۱۳۹۲) و ادیب‌حاج‌باقری و عباسی‌نیاء (۱۳۸۸)، استفاده شده است. همان‌طور که انتظار می‌رود و در اکثر کارهای انجام شده نیز مشاهده شده است، با افزایش سن ارزیابی افراد از وضعیت سلامت خود کاهش می‌یابد و زنان نیز معمولاً وضعیت سلامت خود را پایین‌تر از مردان ارزیابی کرده و نمره کمتری به وضعیت سلامت خویش می‌دهند. سوارکوالد و دیگران^۸ (۲۰۰۵)، اشاره می‌کنند که نتایج مطالعات جهانی نشان دهنده این است که زنان درکل وضعیت سلامت‌شان را پایین‌تر از مردان ارزیابی می‌کنند، با اینکه به طور متوسط بیش از مردان عمر می‌کنند.

سزند و دیگران^۹ (۲۰۱۴)، به جمع‌آوری و مقایسه کارهایی که در سراسر جهان برای سنجش سنجش کیفیت زندگی مربوط به سلامت با استفاده از پرسشنامه EQ-5D انجام شده است، پرداخته‌اند. برای امکان مقایسه، داده‌ها برای افراد ۱۸ سال و بزرگتر (بزرگسالان) به صورت استاندارد شده برای گروه‌های سنی^{۱۰} ارائه شده است. در این تحقیق نیز نتایج به منظور مقایسه با کار آنها به همین صورت ارائه می‌گردد.

روش تحقیق

پرسشنامه‌های بسیاری برای ارزیابی کیفیت زندگی مربوط به سلامت طراحی شده است. هی‌وود و دیگران^{۱۱} (۲۰۰۵) و همچنین درویش‌پور کاخکی و دیگران (۱۳۸۸)، به بررسی برخی از این پرسشنامه و ارزیابی اعتبار آنها پرداخته‌اند. یکی از رایج‌ترین آنها EQ-5D است، که توسط

-
1. Sun, Sun et al
 2. Kind, Paul et al
 3. Tsuchiya, Aki et al
 4. Fujikawa, Ai et al
 5. Luo, Nan et al
 6. Shaw, James W. et al
 7. Burstrom, Kristina et al
 8. Szwarwald, Celia Landmann et al
 9. Szende, Agota et al (Eds.)
 10. Age Standardized
 11. Haywood, K.L. et al

سازمان کیفیت زندگی اروپا برای سنجش کیفیت زندگی مربوط به سلامت طراحی شده است. از ویژگی‌های پرسشنامه مذکور این است که از اعتبار زیادی برخوردار بوده و در کشورهای زیادی از آن برای ارزیابی کیفیت زندگی مربوط به سلامت استفاده شده است. همچنین این پرسشنامه تعداد سوالات کمی دارد که پرکردن آن را در تمام سنین و در شرایط سخت برای افراد ممکن می‌سازد. این پرسشنامه متشکل از یک سیستم توصیف سلامت (شامل پنج بعد حرکت، مراقبت از خود، فعالیت‌های معمول، درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی) و یک مقیاس مقایسه‌ای دیداری (EQ-VAS) است. مقیاس دیداری یک وضعیت سلامت خودارزیابی شده با استفاده از یک مقیاس عمودی مدرج است که از افراد می‌خواهد تا وضعیت سلامت فعلی خود را ارزیابی کرده و به آن نمره‌ای از صفر تا صد بدهند (گوسی و دیگران^۱، ۲۰۱۰: ۸۸).

سه نوع پرسشنامه EQ-5D طراحی شده است: پرسشنامه سه سطحی EQ-5D-3L، پرسشنامه پنج سطحی EQ-5D-5L و پرسشنامه EQ-5D-Y برای کودکان. نسخه سه سطحی در سال ۱۹۹۰ معرفی شد. این نسخه در سنجش هر یک از پنج بعد سیستم توصیفی سلامت از سه پاسخ شامل: هیچ مشکلی، بعضی مشکلات و مشکلات خیلی زیاد استفاده می‌کند. این نسخه به بیش از ۱۷۰ زبان ترجمه و در سطح جهانی استفاده شده است. اما اثر سقف^۲ چه در پیمایش‌های جمعیت کل و چه در بررسی بیماران گزارش شده است. در سال ۲۰۰۵ سازمان کیفیت زندگی اروپا برای برطرف کردن انتقادات، اقدام به بررسی راه‌های بهبود حساسیت این پرسشنامه کرد. پس از مدتی بحث تصمیم گرفته شد که در تعداد ابعاد تغییری داده نشود و اینکه استفاده از نسخه جدید پنج سطحی می‌تواند به طور برجسته‌ای حساسیت (قدرت تفکیک^۳) را افزایش داده و اثر سقف را کاهش دهد. پاسخ‌های هر بعد در نسخه پنج سطحی به این ترتیب است: هیچ مشکلی، مشکلات کم، مشکلات متوسط، مشکلات زیاد و مشکلات خیلی زیاد (اومر و جنسن^۴، ۲۰۱۳: ۴-۵).

هدف این تحقیق بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت بزرگسالان (۱۸ سال و بیشتر) شهر تهران با استفاده از پرسشنامه EQ-5D-5L و مقایسه آن با نتایج دیگر کشورهاست. بدین

1. Gusi, N. et al

۲. Ceiling Effect اثر سقف سطحی به سطحی اشاره دارد که در آن یک متغیر مستقل دیگر هیچ تاثیری بر یک متغیر وابسته ندارد یا سطحی که بالاتر از آن واریانس در یک متغیر مستقل اندازه‌گیری یا برآورد نمی‌شود.

3. Discriminatory power

4. Oemar, Mandy and Janssen, Bas

منظور پیمایشی در سال ۱۳۹۴ در شهر تهران بوسیله این پرسشنامه انجام گرفته و نتایج آن با کشورهای مورد مقایسه در کار سزند و دیگران (۲۰۱۴)، مقایسه شده است. از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران سه منطقه یک، هفت و دوازده انتخاب شده و در هر یک از مناطق منتخب چند محله و در هر یک از محلات منتخب چندین بلوک به طور تصادفی انتخاب گردیده است. با مراجعه به در منازل، افراد ۱۸ ساله و بزرگتر برای پرکردن پرسشنامه مورد سوال قرار گرفته‌اند. کل نمونه مورد مطالعه بزرگسالان شهر تهران شامل ۶۲۳ نفر می‌باشد که توسط مصاحبه رو در رو، نسخه ترجمه شده پرسشنامه پنج سطحی را پر کرده‌اند. در تحلیل نتایج از نرم‌افزارهای SPSS و EXCEL استفاده شده است. نتایج شهر تهران برحسب جنس و گروه‌های سنی ارائه شده و رابطه نمرات مقیاس دیداری و ابعاد سلامت پرسشنامه با متغیرهای سن و جنس توسط آزمون‌های آماری بررسی شده است. سطح معنی‌داری برای آزمون رابطه‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شده است. ارتباط درونی پنج بعد سلامت پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شده و مقدار ۰,۷۶۵ را به دست آورد. آلفای کرونباخ می‌تواند مقادیر صفر تا یک را به خود بگیرد و معمولاً مقادیر بیش از ۰,۷ به عنوان قابل قبول و دارای پایایی بالا تلقی می‌گردد (حبیب‌پور کتابی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۶۶-۳۶۵). از آن جایی که در تحلیل و مقایسه نتایج، نسبت بزرگسالان شهر تهران برحسب گروه‌های سنی و جنس برای استاندارد کردن داده‌ها مورد نیاز است، از آنها در تحلیل استفاده خواهد شد. این نسبت‌ها از نتایج سرشماری ۱۳۹۰ از مرکز آمار ایران گرفته شده است. این نسبت‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نسبت جمعیت گروه‌های سنی ۱۸ سال و بیشتر شهر تهران به تفکیک جنس (درصد)

سن	۱۸-۲۴	۲۵-۳۴	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	۵۵-۶۴	۶۵-۷۴	۷۵+	کل
مرد، زن، هر دو	۱۶	۲۸	۱۹	۱۶	۱۱	۶	۴	۱۰۰

منبع: مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری ۱۳۹۰

یافته‌های تحقیق

در ابتدا ویژگی نمونه مورد بررسی برحسب جنس و گروه‌های سنی ارائه می‌شود. جدول ۲ نشان‌دهنده ویژگی نمونه بزرگسالان شهر تهران برحسب جنس و گروه‌های سنی است.

جدول ۲. تعداد و درصد نمونه مورد بررسی بر حسب جنس و گروه‌های سنی

گروه های سنی							جنس	
۷۵+	۶۵-۷۴	۵۵-۶۴	۴۵-۵۴	۳۵-۴۴	۲۵-۳۴	۱۸-۲۴	مرد کد ۱	زن کد ۰
۲۲	۵۳	۷۴	۱۰۲	۱۰۵	۱۶۹	۹۸	۳۰۲	۳۲۱
%۳,۶	%۸,۶	%۱۱,۹	%۱۶,۴	%۱۶,۹	%۲۷,۱	%۱۵,۷	%۴۸,۵	%۵۱,۵

رابطه متغیرهای سن و جنس با ابعاد سلامت و نمرات مقیاس دیداری پرسشنامه

در این قسمت به بررسی رابطه متغیرهای سن و جنس با نمرات مقیاس دیداری و ابعاد سلامت پرسشنامه EQ-5D-5L شامل: تحرک، مراقبت از خود، فعالیت های روزمره، درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی، در شهر تهران پرداخته می‌شود. جدول ۳ نشان دهنده رابطه متغیر سن با ابعاد سلامت و نمرات مقیاس دیداری است.

جدول ۳. همبستگی سن با نمرات مقیاس دیداری و ابعاد سلامت

متغیر	نوع آزمون	مقدار	سطح معنی داری
نمرات مقیاس دیداری	I پیرسون	-۰,۴۷۴	۰,۰۱
بعد تحرک	تاوی کندال	۰,۳۵۳	۰,۰۱
بعد مراقبت از خود	تاوی کندال	۰,۲۳۸	۰,۰۱
بعد فعالیت های روزمره	تاوی کندال	۰,۱۹۴	۰,۰۱
بعد درد/ناراحتی	تاوی کندال	۰,۳۱۲	۰,۰۱
بعد اضطراب/افسردگی	تاوی کندال	۰,۰۹۵	۰,۰۵

همان‌طور که مشاهده می‌شود سن با تمام ابعاد سلامت و مقیاس دیداری همبستگی معنی‌دار دارد. این رابطه با نمره مقیاس دیداری منفی است و با بیشتر شدن سن افراد میزان سلامت خود را کمتر ارزیابی می‌کنند. میزان این همبستگی با آزمون I پیرسون = -۰,۴۷۴ در سطح ۰,۰۱ معنی‌دار است. رابطه سن با ابعاد سلامت مثبت است و با بیشتر شدن سن، افراد میزان مشکل بیشتری را در هر یک از این ابعاد پنج‌گانه گزارش کرده‌اند. میزان همبستگی سن با بعد تحرک با تاوی کندال = ۰,۳۵۳ در سطح ۰,۰۱ معنی‌دار است. برای بعد مراقبت از خود، فعالیت های روزمره و درد/ناراحتی نیز به ترتیب میزان همبستگی با تاوی کندال برابر با ۰,۲۳۸، ۰,۱۹۴ و ۰,۳۱۲ در سطح ۰,۰۱ معنی‌دار است. در میان ابعاد پنج‌گانه میزان همبستگی سن با بعد

اضطراب/افسردگی از دیگر ابعاد ضعیف‌تر است. برای این بعد میزان همبستگی برابر $0,095 =$ تاوای کندال و در سطح $0,05$ معنی‌دار است.

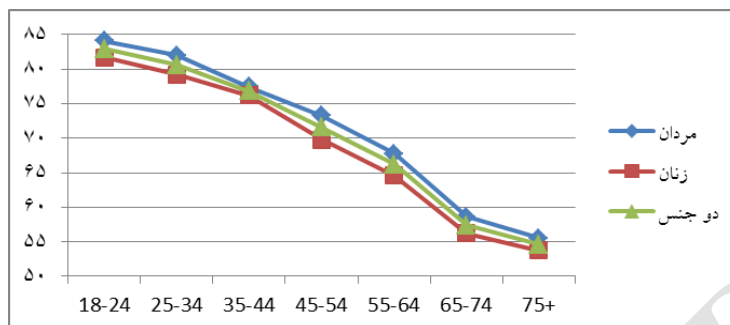
جدول ۴ نشان‌دهنده رابطه متغیر جنس با ابعاد سلامت و نمرات مقیاس دیداری است. رابطه جنس با نمرات مقیاس دیداری مثبت و معنی‌دار است. مقدار آن تاوای کندال $= 0,071$ و در سطح $0,05$ معنی‌دار می‌باشد. این به معنی این است که مردان نسبت به زنان در مقیاس دیداری نمره بالاتری به سلامت خود داده‌اند. گرچه در میان ابعاد سلامت تنها رابطه دو بعد درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی با متغیر جنس در سطح $0,05$ معنادارست ولی روابط به دست آمده همگی منفی هستند و این به این معنی است که انتظار می‌رود زنان میزان مشکلات بیشتری را نسبت به مردان در هریک از این ابعاد ابراز کنند. همبستگی بعد درد/ناراحتی با متغیر جنس برابر تاوای کندال $= 0,082 -$ و در سطح معنی‌داری $0,05$ است. همبستگی بعد اضطراب/افسردگی با متغیر جنس نیز با میزان تاوای کندال $= 0,104 -$ در سطح $0,05$ معنادارست.

جدول ۴. همبستگی متغیر جنس با ابعاد سلامت و نمرات مقیاس دیداری

متغیر	نوع آزمون	مقدار	سطح معنی داری
نمرات مقیاس دیداری	تاوای کندال	$0,071$	$0,05$
بعد تحرک	تاوای کندال	$-0,021$	$0,596$
بعد مراقبت از خود	تاوای کندال	$-0,009$	$0,817$
بعد فعالیت های روزمره	تاوای کندال	$-0,047$	$0,233$
بعد درد/ناراحتی	تاوای کندال	$-0,082$	$0,05$
بعد اضطراب/افسردگی	تاوای کندال	$-0,104$	$0,05$

میانگین نمرات سلامت مقیاس دیداری (EQ-VAS) در شهر تهران

میانگین نمرات مقیاس دیداری شهر تهران در گروه‌های سنی، به تفکیک جنس در نمودار ۱ ارائه شده است. سن یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر وضعیت سلامت است. ارتباط سن و سلامت منفی است و با افزایش سن انتظار می‌رود که نمره سلامت افراد هم کاهش یابد.

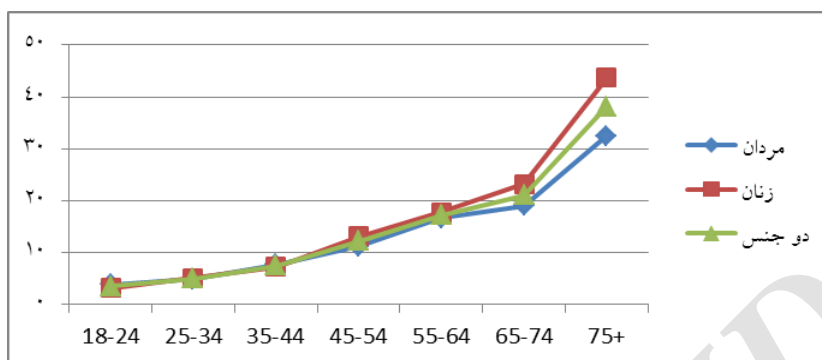


نمودار ۱. میانگین نمرات مقیاس دیداری شهر تهران بر اساس گروه‌های سنی به تفکیک جنس

نمره سلامت براساس مقیاس دیداری برای هر دو جنس از ۸۲,۹ در گروه سنی ۱۸-۲۴ به طور مداوم کاهش می‌یابد تا به ۵۴,۶ در گروه سنی ۷۵+ می‌رسد. همان‌طور که مشاهده می‌شود زنان در تمام سنین سلامت خود را پایین‌تر از مردان ارزیابی کرده‌اند. این مقدار برای مردان از ۸۴,۱ در گروه سنی ۱۸-۲۴ به ۵۵,۵ در گروه سنی ۷۵+ کاهش یافته است، در حالی که برای زنان از ۸۱,۷ در گروه سنی ۱۸-۲۴ به ۵۳,۷ در گروه سنی ۷۵+ رسیده است. همان‌طور که اشاره شد، در مرور کارهای انجام شده در دیگر کشورها نیز معمولاً زنان وضعیت سلامت خود را پایین‌تر از مردان ارزیابی می‌کنند، حتی اگر امید زندگی بالاتری داشته باشند.

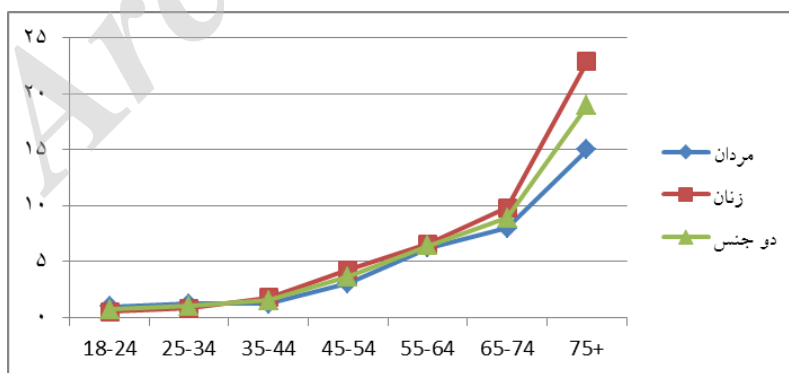
مشکلات گزارش شده در ابعاد سلامت پرسشنامه EQ-5D در شهر تهران

میزان مشکلات گزارش شده بزرگسالان شهر تهران در پنج بعد سلامت پرسشنامه به‌صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. نمودار ۲ نشان‌دهنده میانگین مشکلات بعد تحرک در شهر تهران به تفکیک جنس در گروه‌های سنی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود از گروه سنی ۴۵-۵۴ زنان به طور بارزی مشکلات بیشتری را در بعد تحرک نسبت به مردان گزارش کرده‌اند. این مقدار برای زنان ۱۳,۲۱ درصد در برابر ۱۱,۲۲ درصد برای مردان است. این تفاوت در سنین سالمندی و در گروه سنی ۶۵-۷۴ و ۷۵+ افزایش بیشتری می‌یابد و به اوج خود می‌رسد. در گروه سنی ۷۵+ این مقدار برای زنان ۴۳,۷۵ درصد است درحالی که برای مردان ۳۲,۵ درصد است. در گروه سنی ۱۸-۲۴ و ۳۵-۴۴ میزان مشکلات تحرک برای مردان کمی بیش از زنان است ولی در بقیه گروه‌های سنی زنان مشکلات بیشتری را گزارش کرده‌اند. برای هر دو جنس میزان مشکلات در این بعد از ۳,۵۶ درصد به طور مداوم افزایش یافته و به مقدار ۳۸,۱۲ درصد در گروه سنی ۷۵+ می‌رسد.



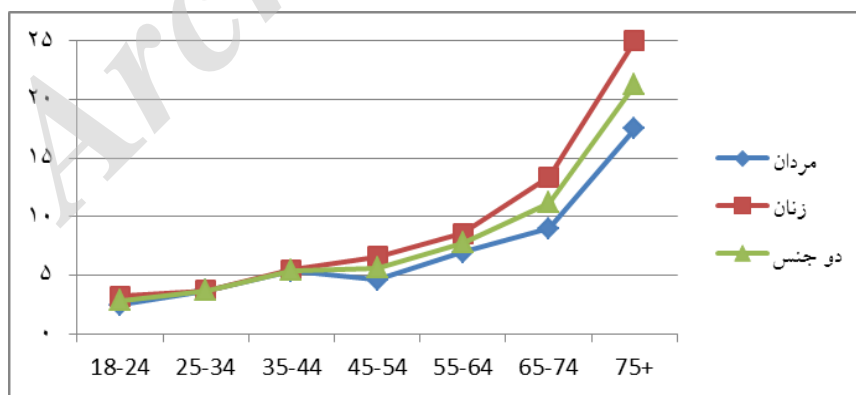
نمودار ۲. مشکلات بعد تحرک در شهر تهران براساس گروه های سنی به تفکیک جنس

میانگین مشکلات بعد مراقبت از خود در شهر تهران، در نمودار ۳ به تفکیک جنس در گروه های سنی ارائه شده است. بعد مراقبت از خود، در میان ابعاد سیستم توصیفی پایین ترین میزان مشکلات گزارش شده را داراست. به جز دو گروه سنی اول در بقیه گروه های سنی، میزان مشکلات گزارش شده در این بعد برای زنان بیش از مردان است. در دو گروه سنی آخر (سنین سالمندی) نیز این تفاوت به حداکثر خود می رسد. مشکلات مردان در این بعد از ۰٫۹۸ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۴ پس از کمی تناوب به ۳٫۰۶ در گروه سنی ۴۵-۵۴ افزایش یافته و پس از آن به طور مداوم افزایش می یابد تا به ۱۵ درصد در گروه سنی ۷۵+ می رسد. برای زنان همین مقدار از ۰٫۵۳ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۴ افزایش یافته و به ۴٫۲۵ درصد در گروه سنی ۵۴-۴۵ و نهایتاً ۲۲٫۹۲ درصد در گروه سنی ۷۵+ افزایش می یابد. برای هر دو جنس این مقدار از ۰٫۷۶ درصد به طور مداوم افزایش یافته و به ۱۸٫۹۶ در گروه سنی ۷۵+ می رسد.



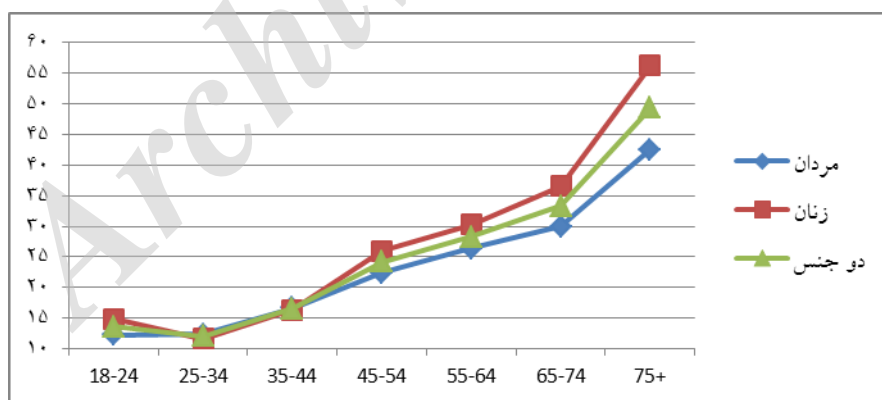
نمودار ۳. مشکلات بعد مراقبت از خود در شهر تهران در گروه های سنی به تفکیک جنس

میانگین مشکلات گزارش شده در بعد فعالیت‌های روزمره در شهر تهران در گروه‌های سنی به تفکیک جنس در نمودار ۴ ارائه شده است. بعد فعالیت‌های روزمره، پس از بعد مراقبت از خود کمترین میزان مشکلات گزارش شده را داراست. در این بعد نیز در بیشتر گروه‌های سنی زنان میزان مشکلات بیشتری را نسبت به مردان ابراز کرده‌اند، فقط در گروه سنی ۲۵-۳۴ این میزان برای مردان کمی بیش از زنان است. این میزان برای مردان از ۲,۴۶ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۴ به طور مداوم افزایش یافته و به ۵,۳۶ درصد در گروه سنی ۳۵-۴۴ رسیده است و در گروه سنی ۴۵-۵۴ با کمی کاهش به میزان ۴,۶ درصد دست یافته است؛ در گروه‌های سنی بعدی نیز افزایش یافته و به مقدار ۹ درصد در گروه سنی ۶۵-۷۴ ساله و ۱۷,۵ درصد در گروه سنی ۷۵+ رسیده است. برای زنان میزان مشکلات در این بعد از ۳,۱۹ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۴ به طور مداوم افزایش یافته و به ۸,۵۵ درصد در گروه سنی ۶۴-۵۵ و ۱۳,۳۹ درصد در گروه سنی ۶۵-۷۴ دست یافته است. در گروه سنی ۷۵+ نیز زنان ۲۵ درصد مشکلات در فعالیت‌های روزمره گزارش کرده‌اند. از گروه سنی ۴۵-۵۴ فاصله مردان و زنان در میزان مشکلات در بعد فعالیت‌های روزمره افزایش می‌یابد. برای هر دو جنس نیز این بعد کمترین مقادیر را پس از بعد مراقبت از خود را داراست و میزان مشکل در این بعد برای هر دو جنس از ۲,۸۲ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۴ افزایش می‌یابد و به ۷,۷۵ درصد در گروه سنی ۶۴-۵۵ می‌رسد؛ سپس با شتاب بیشتری افزایش می‌یابد تا به میزان ۱۱,۲۰ درصد در گروه سنی ۶۵-۷۴ ساله و ۲۱,۲۵ درصد در گروه سنی ۷۵+ ساله دست می‌یابد.



نمودار ۴. مشکلات بعد فعالیت‌های روزمره شهر تهران براساس گروه‌های سنی به تفکیک جنس

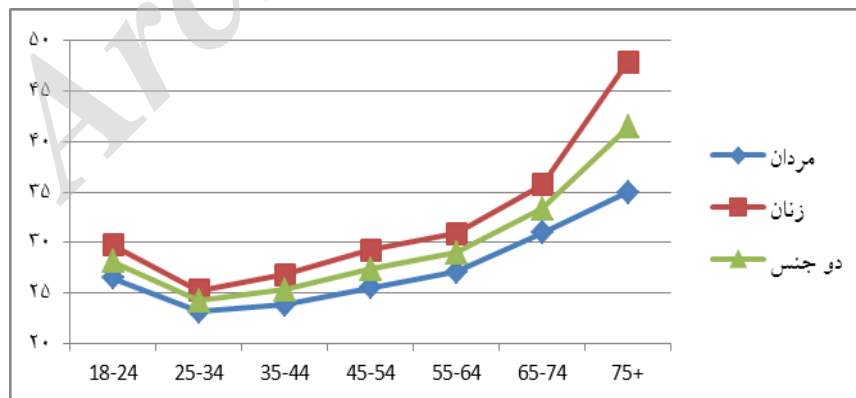
میانگین مشکلات بزرگسالان شهر تهران در بعد درد/ناراحتی در گروه‌های سنی به تفکیک جنس در نمودار ۵ ارائه شده است. بعد درد/ناراحتی پس از بعد اضطراب/افسردگی بیشترین میزان گزارش مشکلات را داراست و حتی در مردان در گروه سنی ۷۵+ و در زنان در گروه‌های سنی ۷۴-۶۵ و ۷۵+ بیشترین میزان مشکلات را دارا می‌باشد. در تمام گروه‌های سنی به جز ۲۵-۳۴ و ۳۵-۴۴ ساله، زنان مشکلات بیشتری را در این بعد گزارش کرده‌اند. در تمام گروه‌های سنی میزان مشکلات به طور مداوم افزایش داشته است ولی زنان در گروه سنی ۱۸-۲۴ میزان مشکلات بسیار زیادی معادل ۱۴,۸۹ درصد گزارش کرده‌اند که از میزان گروه سنی بعدی (۳۴-۲۵ ساله) معادل ۱۱,۶۵ بیشتر است. میزان مشکلات مردان در بعد درد/ناراحتی به مقدار ۳۰ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۵ و سپس ۴۲,۵ درصد در گروه سنی ۷۵+ دست می‌یابد. برای زنان این میزان‌ها برای گروه سنی ۷۴-۶۵ و ۷۵+ به ترتیب ۳۶,۶۱ و ۵۶,۲۵ درصد است. برای هر دو جنس نیز در گروه سنی آخر (۷۵+) این بعد با میزان ۴۹,۳۷ درصد بالاترین میزان مشکل را داراست. برای هر دو جنس میزان مشکلات در بعد درد/ناراحتی از ۱۳,۵۷ درصد ابتدا به ۱۲ درصد در گروه سنی ۳۴-۲۵ ساله کاهش می‌یابد و سپس به طور مداوم افزایش می‌یابد و به ۱۶,۵۲ درصد در گروه سنی ۴۴-۳۵ ساله، ۳۳,۳ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۵ ساله و نهایتاً ۴۹,۳۷ درصد در گروه ۷۵+ می‌رسد.



نمودار ۵. مشکلات بعد درد/ناراحتی در شهر تهران براساس گروه‌های سنی به تفکیک جنس

نمودار ۶ بیان‌کننده میانگین مشکلات در بعد اضطراب/افسردگی بزرگسالان شهر تهران، به تفکیک جنس و گروه‌های سنی است. بعد اضطراب/افسردگی در تمام گروه‌های سنی به جز

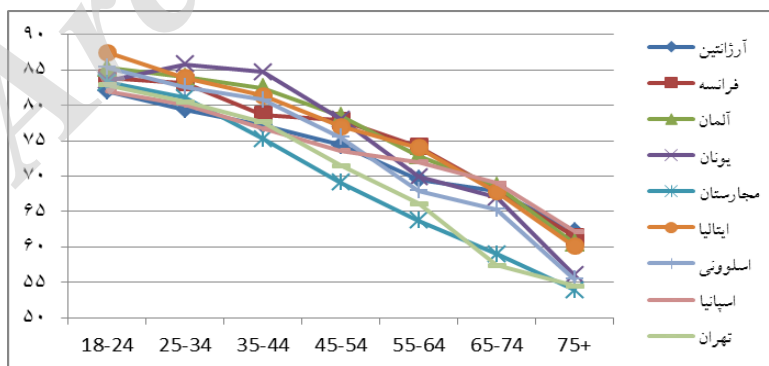
گروه سنی ۷۵+ ساله برای مردان و گروه ۶۵-۷۴ و ۷۵+ ساله برای زنان بالاترین میزان مشکلات گزارش شده را داشته است. در کلیه گروه‌های سنی نیز زنان مشکلات بیشتری نسبت به مردان ابراز داشته‌اند. توزیع مشکلات مردان و زنان شباهت زیادی به هم دارد و در گروه سنی جوانان ۱۸-۲۴ ساله، چه در مردان و چه در زنان، میزان اضطراب/افسردگی نسبت به سه گروه سنی بعد بیشتر است. این تفاوت بین دو گروه سنی اول و دوم در زنان بیشتر از مردان است. میزان گزارش مشکل اضطراب/افسردگی برای زنان در گروه‌های سنی ۱۸-۲۴ و ۲۵-۳۴ ساله به ترتیب ۲۹,۷۹ و ۲۵,۲۸ درصد است، در حالی که برای مردان به ترتیب ۲۶,۴۷ و ۲۳,۱۵ درصد گزارش شده است. همچنین در گروه سنی ۷۵+ این میزان برای زنان ۴۷,۹۲ درصد، بسیار بیشتر از مردان معادل ۳۵ درصد است. برای هر دو جنس نیز میزان مشکلات ابراز شده در تمام گروه‌های سنی به جز گروه سنی ۷۵+ بیشتر از دیگر ابعاد است. این میزان برای هر دو جنس از ۲۸,۱۳ در گروه سنی ۱۸-۲۴ ابتدا به ۲۴,۲۲۱ درصد در گروه سنی ۳۴-۲۵ ساله کاهش می‌یابد، اما در ادامه به طور مداوم افزایش می‌یابد تا به ۲۹ درصد در گروه سنی ۶۴-۵۵ می‌رسد. سپس با شیب بیشتری افزایش می‌یابد و به ۳۳,۳۶ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۵ و ۴۱,۴۶ درصد در گروه ۷۵+ ساله می‌رسد. در همه گروه‌های سنی میزان اضطراب/افسردگی بیش از ۲۳ درصد است. به نظر می‌رسد که اضطراب/افسردگی مشکلی اساسی به خصوص در بین جوانان شهر تهران باشد. این مسئله بیان‌کننده نیاز به توجه و بررسی بیشتر در حوزه سلامت روانی جامعه است.



نمودار ۶. مشکلات بعد اضطراب/افسردگی شهر تهران براساس گروه‌های سنی به تفکیک جنس

مقایسه تغییرات در نمرات مقیاس دیداری برحسب گروه های سنی

سزند و دیگران (۲۰۱۴)، با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از سراسر جهان، که با استفاده از پرسشنامه سازمان کیفیت زندگی اروپا، به بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت کل جمعیت پرداخته‌اند، به مقایسه این نمرات براساس گروه‌های سنی اقدام کرده‌اند. در اینجا نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه، که در این تحقیق در مورد بزرگسالان شهر تهران اجرا شده است، با نتایج کار آنها مقایسه می‌گردد. در آن کار، آنها نمرات مقیاس دیداری کشورهای مورد مقایسه را به دو گروه با مقادیر بیشتر و پایین‌تر تقسیم کرده‌اند. کشورهای با مقادیر بیشتر شامل: بلژیک، چین، دانمارک، کره، هلند، نیوزیلند، سوئد، تایلند، انگلستان و آمریکا است. تغییرات نمرات سلامت این کشورها براساس مقیاس دیداری، تقریباً از مقادیری بیش از ۸۰ یا حدود ۸۵ در گروه سنی ۲۴-۱۸ به رقمی حدود ۷۰ در گروه سنی ۷۵+ رسیده است. کشورهای با مقادیر پایین‌تر شامل: آرژانتین، فرانسه، آلمان، یونان، ایتالیا، اسپانیا، اسلونی و مجارستان است که نمرات سلامت آنها از بیش از ۸۰ در گروه سنی ۲۴-۱۸ به حدود ۶۰ و کمتر از آن در گروه سنی ۷۵+ رسیده است. نتایج حاصل از این تحقیق در شهر تهران شبیه نتایج کشورهای با مقادیر پایین‌تر است؛ بنابراین نتایج شهر تهران با نتایج این کشورها مقایسه شده است. نمودار ۷ این مقایسه را ارائه می‌دهد. همان‌طور که در نمودار دیده می‌شود، نمره سلامت شهر تهران از ۸۲٫۹ در گروه سنی ۲۴-۱۸ به ۵۴٫۵ در گروه سنی ۷۵+ کاهش یافته است. در گروه سنی ۷۵+ فقط مجارستان با مقدار ۵۳٫۹ وضعیت پایین‌تری نسبت به تهران دارد و وضعیت این گروه سالمند در این دو کشور نسبت به بقیه این کشورها در سطح پایین‌تری قرار دارد. به طور کلی از گروه سنی ۵۴-۴۵ به بعد تهران و مجارستان وضعیت سلامت خودادراک پایین‌تری نسبت به دیگر کشورها دارند.



نمودار ۷. مقایسه نمرات مقیاس دیداری تهران با کشورهای با مقادیر پایین‌تر براساس گروه‌های سنی

منبع: سزند و دیگران، ۲۰۱۴: ۲۳؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

مقایسه میانگین نمرات مقیاس دیداری شهر تهران، استاندارد شده برای سن، با دیگر کشورها

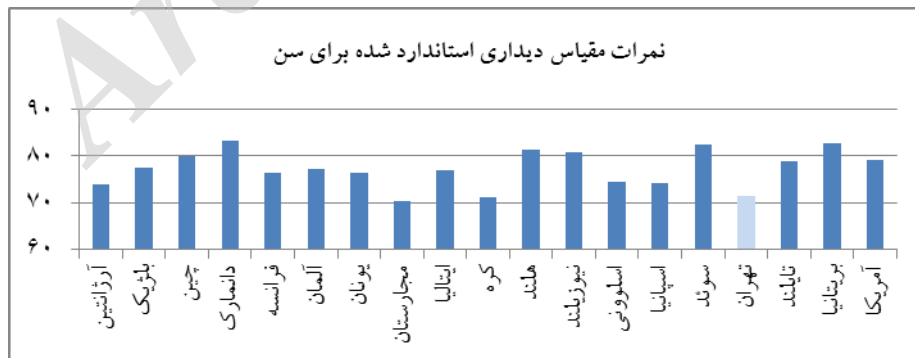
از آنجایی که ساختار سنی در کشورهای مورد بررسی متفاوت است و این می‌تواند در به دست دادن نمره واحد سلامت خود ادراک تاثیر بگذارد، سزند و دیگران (همان) با استفاده از ساختار سنی اروپا در سال ۲۰۱۰ و استاندارد کردن نمرات، اقدام به مقایسه میانگین نمره سلامت مقیاس دیداری بین کشورهای مورد بررسی کرده‌اند. براساس نتایج تحقیق، میانگین نمره سلامت استاندارد شهر تهران با استفاده از ساختار سنی اروپا در سال ۲۰۱۰ به دست آمده و با نتایج کار آنها مقایسه شده است. جدول ۵ ساختار سنی اروپا ۲۰۱۰ را نشان می‌دهد. نتایج مقایسه میانگین نمره سلامت شهر تهران و کشورهای مورد بررسی در نمودار ۸ ارائه شده است.

جدول ۵. ساختار سنی اروپا ۲۰۱۰

گروه سنی	۱۸-۲۴	۲۵-۳۴	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	۵۵-۶۴	۶۵-۷۴	۷۵+	کل
جمعیت %	۱۱	۱۷	۱۸	۱۸	۱۵	۱۱	۱۰	۱۰۰

منبع: Eurostat 2010, EU 27. به نقل از سزند و دیگران، همان: ۱۵.

همان‌طور که مشاهده می‌شود تهران با میزان ۷۱,۳۴ یکی از پایین‌ترین مقادیر نمره مقیاس دیداری را داراست. مجارستان با ۷۰,۳۷ و کره با ۷۱,۳۱ پایین‌تر از تهران کمترین مقدار را در بین کشورهای مورد بررسی دارا هستند. دانمارک با ۸۳,۲۸، انگلستان با ۸۲,۷۵، سوئد با ۸۲,۴۹ و هلند با ۸۰,۷۶ بیشترین مقادیر را دارند. بقیه کشورهای مورد بررسی همگی نمره ای پایین‌تر از ۸۰ داشته‌اند.



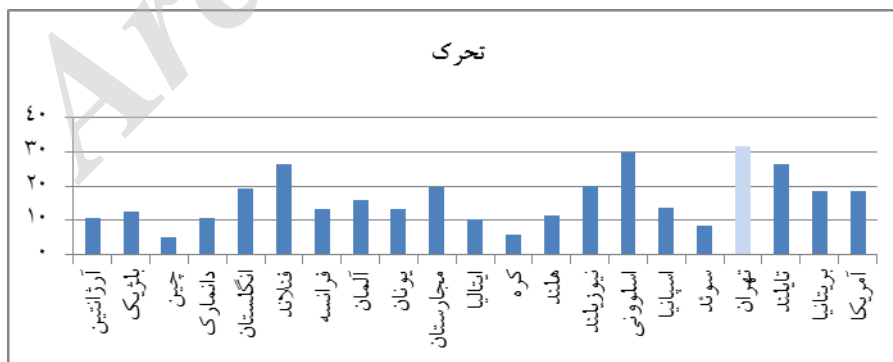
نمودار ۸. مقایسه میانگین نمرات مقیاس دیداری، استاندارد شده برای سن، در تهران و دیگر کشورها

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

مقایسه مشکلات گزارش شده در ابعاد سلامت پرسشنامه در شهر تهران با دیگر

کشورها

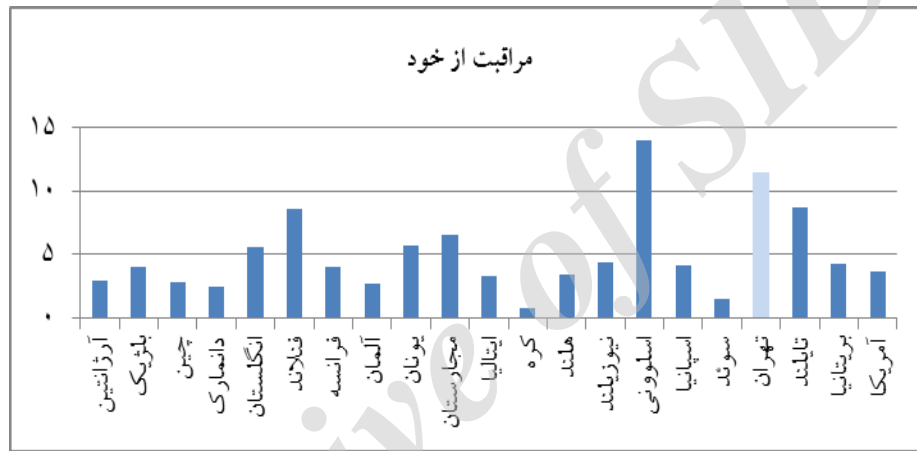
از آنجایی که داده‌های پنج بعد پرسشنامه EQ-5D ترتیبی هستند نه پیوسته، اطلاعات اغلب به صورت سهمی از جمعیت، بر حسب سن و جنس، که سطوح مختلف مشکلات شامل: سطح ۱ (هیچ مشکلی)، سطح ۲ (مشکلات کم) و سطح ۳ (مشکلات زیاد) را در هر یک از ابعاد گزارش کرده‌اند، ارائه می‌شود. از آنجا که سهم افرادی که مشکلات زیاد را در پیمایش‌های جمعیت کل گزارش می‌کنند بسیار کم است، بعضی اوقات مجموع سهم مشکلات کم و زیاد (سطح ۲ و ۳) استفاده می‌شود. این مسئله طبقه‌بندی ابعاد سه سطحی پرسشنامه را به دو سطح بدون مشکل و با مشکل تغییر می‌دهد (سزند و دیگران، همان: ۲۲). آنها تعداد درصد افرادی را که در هر یک از ابعاد سلامت پرسشنامه ابراز مشکل کرده‌اند را نیز به صورت استاندارد شده برای سن، در کشورهای مورد بررسی با یکدیگر مقایسه کرده‌اند. این کشورها شامل: آمریکا، انگلستان، تایلند، سوئد، اسپانیا، اسلونی، نیوزیلند، هلند، کره، ایتالیا، مجارستان، یونان، آلمان، فرانسه، فنلاند، بریتانیا، دانمارک، چین، بلژیک و آرژانتین است. کاری که در این تحقیق در شهر تهران انجام شده از نسخه پنج سطحی پرسشنامه استفاده کرده است و به غیر از سطح ۱ (هیچ مشکلی)، ۴ سطح مشکل متفاوت را شامل می‌شود. در اینجا با در نظر گرفتن مجموع این ۴ سطح به عنوان دارای مشکل، در برابر هیچ مشکلی، به مقایسه نتایج شهر تهران (استاندارد شده برای سن) با کشورهای مورد بررسی پرداخته شده است. مشکل گزارش شده در هر یک از ابعاد به صورت جداگانه تحلیل شده است.



نمودار ۹. مقایسه میزان گزارش مشکل تحرک به درصد از هر نوع مشکلی

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

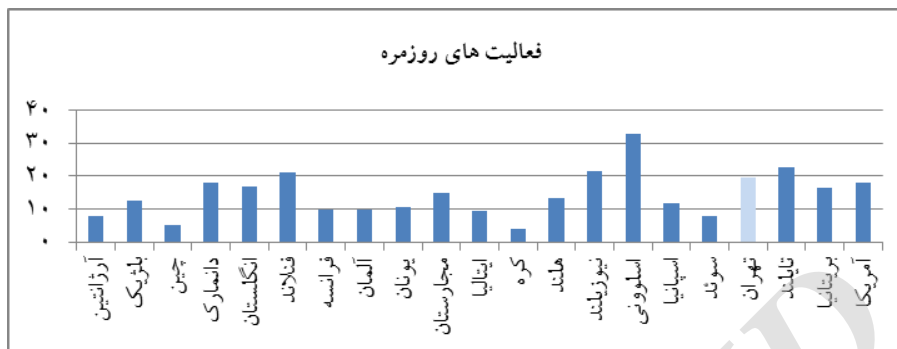
نمودار ۹ نشان دهنده میزان مشکلات گزارش شده در بعد تحرک برای تهران و کشورهای مورد مقایسه است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در بعد تحرک تهران بیشترین میزان مشکل را نسبت به کشورهای مورد بررسی داراست. این میزان برای تهران ۳۱,۵ درصد است. اسلونی با ۲۹,۸، تایلند و فنلاند با ۲۶,۳، و نیوزیلند با ۲۰,۲ درصد در رده‌های بعدی بیشترین مشکل گزارش شده در بعد تحرک قرار دارند. چین با ۵,۱ درصد، کره با ۵,۹ درصد و سوئد با ۸,۶ درصد کمترین مشکل را در این بعد داشته‌اند.



نمودار ۱۰. مقایسه میزان گزارش مشکل مراقبت از خود به درصد از هر نوع مشکلی

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

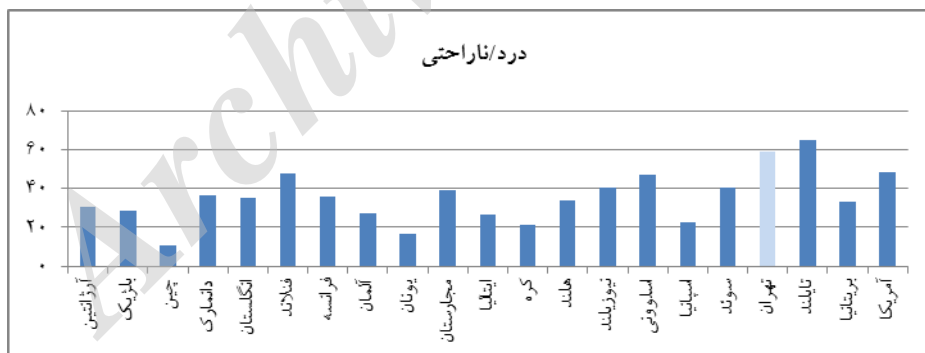
نتایج مقایسه میزان مشکلات بعد مراقبت از خود در شهر تهران و کشورهای مورد بررسی در نمودار ۱۰ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تهران با ۱۱,۵ درصد پس از اسلونی با ۱۴ درصد، بیشترین میزان گزارش مشکل در بعد مراقبت از خود را داشته‌اند. تایلند با ۸,۷ و فنلاند با ۸,۶ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند. کره با ۰,۸ درصد، سوئد با ۱,۵، دانمارک با ۲,۵ و آلمان با ۲,۷ درصد کمترین میزان مشکل را داشته‌اند.



نمودار ۱۱. مقایسه میزان گزارش مشکل فعالیت های روزمره به درصد از هر نوع مشکلی

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

نتایج مقایسه میزان مشکلات گزارش شده در بعد فعالیت های روزمره در شهر تهران با کشورهای اشاره شده در نمودار ۱۱ ارائه شده است. تهران پس از اسلونی، تایلند، نیوزیلند و فنلاند بیشترین میزان مشکلات در فعالیت های روزمره را داراست. این میزان ها به ترتیب ۳۲,۹، ۲۲,۷، ۲۱,۵، ۲۱ و ۱۹,۶ برای اسلونی، تایلند، نیوزیلند، فنلاند و شهر تهران گزارش شده است. کره با ۴,۱ درصد، چین با ۵,۲ درصد، سوئد با ۷,۹ درصد و آرژانتین با ۸ درصد کمترین میزان مشکل در این بعد را دارا هستند.

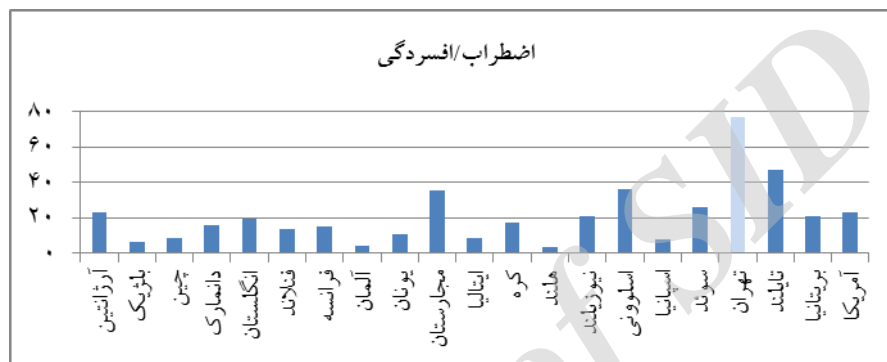


نمودار ۱۲. مقایسه میزان گزارش مشکل درد/ناراحتی به درصد از هر نوع مشکلی

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

نتایج مقایسه درصد مشکلات ابراز شده در بعد درد/ناراحتی شهر تهران با کشورهای مورد بررسی، در نمودار ۱۲ ارائه شده است. پس از تایلند با ۶۵ درصد، تهران با ۵۹,۴ درصد بیشترین

میزان گزارش مشکل در بعد درد/ناراحتی را داشته است. پس از آن آمریکا، فنلاند و اسلونی به ترتیب با ۴۸,۳، ۴۷,۸ و ۴۷,۲ بیشترین میزان مشکل را گزارش کرده‌اند. چین، یونان، کره و اسپانیا به ترتیب با مقادیر ۱۰,۷ درصد، ۱۶,۸ درصد، ۲۱,۳ درصد و ۲۲,۹ درصد کمترین میزان مشکل در این بعد را داشته‌اند.



نمودار ۱۳. مقایسه میزان گزارش مشکل اضطراب/افسردگی به درصد از هر نوع مشکلی

منبع: سزند و دیگران، همان: ۳۲؛ مقادیر برای تهران از نتایج این تحقیق اضافه شده است.

نمودار ۱۳ نشان دهنده میزان مشکلات گزارش شده در بعد اضطراب/افسردگی در شهر تهران، در مقایسه با کشورهای مورد بررسی است. تهران با تفاوت قابل توجهی با ۷۶,۶ درصد بیشترین میزان اضطراب/افسردگی را در مقایسه با کشورهای مورد بررسی داراست (البته ۶۵,۸ درصد از این میزان دارای مشکل کم، ۲۵,۶ درصد دارای مشکل متوسط، ۸ درصد دارای مشکل زیاد و تنها ۰,۶ درصد دارای مشکل خیلی زیاد هستند). تایلند با ۴۷,۷۴ درصد، اسلونی با ۳۶,۴ درصد و مجارستان با ۳۵,۲ درصد، پس از تهران بیشترین میزان مشکل را داشته‌اند. هلند با ۳,۵ درصد، آلمان با ۴,۳ درصد، بلژیک با ۶,۶ درصد، اسپانیا با ۷,۸ درصد و چین با ۸,۷ درصد به ترتیب کمترین میزان مشکل در بعد اضطراب/افسردگی را دارا هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه نتایج به دست آمده از پیمایش سلامت خودادراک در شهر تهران با کشورهای مورد بررسی، نشان دهنده وضعیت سلامت خودادراک نه چندان مناسب این شهر نسبت به این کشورهاست. بزرگسالان شهر تهران وضعیت سلامت خود را با استفاده از مقیاس دیداری کمتر

از کشورهای مورد مقایسه، که اکثراً کشورهای توسعه‌یافته هستند، ارزیابی کرده‌اند. در بعد اضطراب/افسردگی شهر تهران با اختلاف زیادی نسبت به کشورهای مورد بررسی، بیشترین میزان ابراز مشکل در این بعد را داراست و به نظر می‌رسد این مشکلات روانی یک مسئله اساسی در شهر تهران است و نیاز به توجه و بررسی بیشتری دارد. در بعد تحرک نیز تهران بیشترین میزان مشکل را در مقایسه با کشورهای مورد بررسی دارد. در بعد درد/ناراحتی، تهران پس از تایلند بیشترین میزان مشکل را داراست. در بعد مراقبت از خود نیز تهران پس از اسلونی رتبه دوم را در مشکلات ابراز شده داشته است. در میان ابعاد پنج‌گانه سلامت به نظر می‌رسد که شهر تهران در بعد فعالیت‌های روزمره بهترین وضعیت را داراست. در این بعد تهران پس از کشورهای اسلونی، تایلند، نیوزیلند و فنلاند در رتبه چهارم ابراز مشکلات قرار دارد. در میان ابعاد پنج‌گانه پرسشنامه EQ-5D وضعیت سلامت شهر تهران در سه بعد تحرک، درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی نسبت به کشورهای مورد بررسی نامناسب است، اما در این میان وضعیت بعد اضطراب/افسردگی نگران‌کننده است. در این بعد، میزان مشکلات گزارش شده در تمام گروه‌های سنی بیش از ۲۳ درصد است و همچنین میزان مشکلات جوانان گروه سنی ۱۸-۲۴ ساله بیش از سه گروه سنی ده‌ساله بعدی است. این مسئله، نیاز به توجه بیشتر به وضعیت سلامت روانی جامعه به ویژه جوانان را گوشزد می‌کند. می‌بایست مطالعات و بررسی‌های بیشتری در مورد وضعیت سلامت روانی جامعه به خصوص جوانان، و همچنین عوامل موثر بر آن صورت گیرد.

در بررسی رابطه جنس با وضعیت سلامت، با اینکه رابطه جنس فقط با مقیاس دیداری و دو بعد درد/ناراحتی و اضطراب/افسردگی در سطح ۰,۰۵ معنادار است، اما در کلیه ابعاد سلامت پرسشنامه و همچنین مقیاس دیداری، زنان وضعیت سلامت پایین‌تری نسبت به مردان گزارش کرده‌اند. همان‌طور که در مرور کارهای انجام شده با این پرسشنامه و عوامل موثر بر سلامت خود ادراک اشاره شده است، معمولاً زنان وضعیت سلامت خود را پایین‌تر از مردان ارزیابی می‌کنند با اینکه ممکن است امید زندگی بالاتری نسبت به مردان داشته باشند. اما این تفاوت در سنین سالمندی بسیار زیاد است و وضعیت سلامت سالمندان شهر تهران بخصوص زنان سالمند نیازمند توجه بیشتری است.

پرسشنامه EQ-5D خیلی کوتاه، ساده و دارای تعداد سوالات کمی است. این مسئله پرکردن آن را در بسیاری از شرایط از جمله سنین سالمندی آسان تر می‌سازد. این موضوع می‌تواند دسترسی به نمونه بیشتر و همچنین اعتبار و پایایی بیشتر نتایج را موجب شود. از سوی دیگر کارهای بسیاری که توسط این پرسشنامه در کشورهای دیگر انجام شده است، امکان مقایسه وضعیت سلامت در سطح بین‌المللی را امکان پذیر می‌سازد. در این تحقیق امکان بررسی نمونه بیشتر از این امکان پذیر نبوده است، اما اجرای این پرسشنامه در سطح ملی و در شهرهای مختلف کشور، با نمونه‌های بزرگ، به منظور مقایسه کیفیت زندگی مربوط به سلامت خودادراک در سطح ملی و بین‌المللی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- ادیب حاج باقری، محسن؛ عباسی نیا، محمد (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار EQ-5D و SF-36. پژوهش پرستاری، دوره ۴، شماره ۱، صفحات ۷۹-۷۱.
- حبیب پور گتایی، کرم و صفری شالی، رضا (۱۳۹۱). راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات اجتماعی: (تحلیل داده های کمی). چاپ پنجم، تهران، لویه.
- درویش پور کاخکی، علی؛ عابدسعیدی، زیلا؛ دلاور، علی و سعیدالذاکرین، منصوره (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۳، شماره ۳، صفحات ۱۷۳-۱۶۲.
- مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری ۱۳۹۰.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۰). انتقال مرگ و میر، اختلال در سلامتی و برنامه ریزی بهداشتی. نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۸، صفحات ۲۸۸-۲۶۹.
- هادی پور، مریم؛ ابوالحسنی، فرید؛ مولوی وردنجانی، حسین (۱۳۹۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران دیابتی نوع دو در ایران. فصلنامه پایش، سال دوازدهم، شماره دوم، صفحات ۱۴۱-۱۳۵.
- Burstrom K., Johannesson M. & Diderichsen F. (2001). "Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D." *Quality of Life Research*, 10: 621-635.
- Bowling, Ann (2003). "Current state of the art in quality of life measurement," in Carr A.J., Higginson I.J., & Robinson P.G. (Eds.). "Quality of Life." BMJ Books.
- Fujikawa A., Suzue T., Jitsunari F., Hirao T. (2011). "Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in Takamatsu, Japan." *Environ Health Prev Med*, 16: 25-35.
- Haywood K.L., Garratt A.M. & Fitzpatrick R. (2005). "Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments." *Quality of Life Research*, 14: 1651-1668.

- Jenkinson C., and McGee H. (1998). "Health Status Measurement: A brief but critical introduction." Radcliffe Medical Press.
- Kind P., Dolan P., Gudex C., Williams A. (1998). "Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey." *BMJ*, 316: 736-741.
- Luo N., Johnson J.A., Shaw J.W., Feeny D., and Coons S.J. (2005). "Self-Reported Health Status of the General Adult U.S. Population as Assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index." *Medical Care*, Vol. 43, No. 11, pp. 1078-1086.
- Murray, Christopher J.L. and Chen L.C. "Understanding Morbidity Change." *Population and Development Review*, Vol. 18, No. 3 (Sep., 1992), pp. 481-503.
- Oemar M., and Janssen B. (2013). "EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use EQ-5D-5L instrument." Version 2. EuroQoL Group.
- Gusi, N., Olivares, P.R., and Rajendram R. (2010). "The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire," in Preedy V.R., Watson R.R. (Eds.). "Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures." Springer.
- Shaw J.W., Johnson J.A. and Coons S.J. (2005). "US Valuation of the EQ-5D Health States: Development and Testing of the D1 Valuation Model." *Medical Care*, Vol. 43, No. 3, pp. 203-220.
- Siegel J.S. (2012). "The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging." Springer.
- Sun S., Chen J., Johannesson M., Kind P., Xu L., Zhang Y., and Burstrom, K. (2011). "Population health status in China: EQ-5D results, by age, sex and socio-economic status, from the National Health Services Survey 2008." *Qual Life Res*, 20: 309-320.
- Szende A., Janssen B., and Cabases J. (Eds.) (2014). "Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D." Springer.
- Szwarcwald C.L., Borges de Souza-Júnior P.R., Pires Esteves M.A., Damacena G.N., and Viacava F. (2005). "Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. Rio de Janeiro, *Cadernos Saúde Pública*, 21, pp: S54-S64.
- Tsuchiya A., Ikeda S., Ikegami N., Nishimura S., Sakai I., Fukuda T., Hamashima C., Hisashige A., and Tamura M. (2002). "Estimating an EQ-5D population value set: the case of Japan." *Health Econ*, 11: 341-353.
- Wang H., Kindig D.A., & John Mullahy J. (2005). "Variation in Chinese population health related quality of life: Results from a EuroQol study in Beijing, China." *Qual Life Res*, 14: 119-132.
- www.euroqol.org.