

## روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران

غلامرضا غفاری<sup>۱</sup>

علیرضا کریمی<sup>۲</sup>

حمزه نوذری<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۵

### چکیده

سازه کیفیت زندگی را سازه‌ای تحلیلی، سیاستی و عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی به حساب می‌آورند و از آن به عنوان شاخص توسعه اجتماعی یاد می‌شود. ویژگی‌های این سازه مانند پویایی، چند بُعدی بودن و پنداشت‌های مختلف از آن سبب شده تا این سازه که در ابتدا در حوزه‌های بهداشت و سلامت مورد استفاده قرار می‌گرفت به تدریج به دیگر حوزه‌های مطالعاتی نیز ورود پیدا کند. بی‌گمان چنین اقبال و توجهی موجب افزایش حجم مطالعات و واکاوی بیشتر این سازه شده است. در ایران نیز همانند سایر کشورها مطالعات کیفیت زندگی تغییراتی را تجربه کرده است. برای شناسایی روند تغییرات مطالعات کیفیت زندگی در ایران تمامی کارهای منتشر شده در سطح کشور در قالب پایان‌نامه‌ها، پروژه‌های تحقیقاتی انجام گرفته در دانشگاه و مقالات علمی پژوهشی که عبارت "کیفیت زندگی" عنوان موضوعی یا چکیده آنها را شامل می‌شود، جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که اگرچه در سال‌های اخیر بر تعداد حوزه‌های مطالعاتی غیرپزشکی کیفیت زندگی در ایران افزوده شده ولی تعداد مطالعات آنها در مقایسه با حوزه مطالعات پزشکی بسیار کم می‌باشد. میزان مطالعات کیفیت زندگی در ایران در حوزه پزشکی بیش از ۸ برابر این تعداد مطالعات در زمینه علوم اجتماعی است. علوم اجتماعی نسبت به پزشکی با دید جامع‌تری به بررسی کیفیت زندگی می‌پردازد، جامعه مورد مطالعه آن متنوع‌تر و تعداد مولفه‌های کیفیت زندگی در این حوزه بیشتر و به لحاظ محتوایی گسترده‌تر است. این ویژگی‌ها می‌تواند مطالعات کیفیت زندگی را به سمت بررسی دقیق‌تر این سازه سوق دهد که به واسطه آن به توان میزان پیشرفت و توسعه جامعه را اندازه گرفت. بر همین اساس مطالعات کیفیت زندگی در ایران باید رویکرد اجتماعی کیفیت زندگی را بیش از پیش مورد توجه قرار دهد که این نیازمند افزایش تعداد مطالعات در حوزه‌های غیرپزشکی کیفیت زندگی می‌باشد. موضوعی که در مطالعات اخیر کیفیت زندگی در قیاس با مطالعات اولیه بیشتر مورد توجه قرار گرفته است.

**کلمات کلیدی:** کیفیت زندگی ذهنی، کیفیت زندگی عینی، روند مطالعات کیفیت زندگی، حوزه‌های مطالعاتی

<sup>۱</sup> دکتری جامعه‌شناسی، دانشیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ghaffary@ut.ac.ir

## مقدمه

ظهور انقلاب صنعتی و گسترش روزافزون فرایند تفکیک و تمایز اجتماعی در جوامع بشری، ضرورت سازماندهی و چرخش در فرایند توسعه را از حیث نظری و عملی به همراه داشت به گونه‌ای که رویکردهای مختلفی در باب چگونگی و کم و کیف توسعه مطرح شدند. در آغاز وجه غالب این رویکردها تمرکز بر رشد اقتصادی بود و از منظر رفاه و بهزیستی اجتماعی، گزاره «ثروت بیشتر به خوشبختی بیشتر افراد می‌انجامد»، اصلی پذیرفته شده تلقی می‌گردید. لیکن از اواسط دهه ۱۹۶۰ میلادی، با بروز و ظهور پیامدهای منفی حاصل از رشد از سویی و برجسته شدن دغدغه‌های جدید از سوی دیگر، جایگاه رشد اقتصادی به عنوان هدف اصلی توسعه مورد پرسش و تردید قرار گرفت و تلاش‌هایی انجام شد تا رشد اقتصادی و سیاست‌های مربوط به آن نه به عنوان هدف بلکه به عنوان یکی از ابزارهای دستیابی به اهداف توسعه در نظر گرفته شود. در اوایل دهه ۱۹۹۰ مؤلفه‌های مربوط به توسعه‌ی اجتماعی نظیر سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی و... نیز به ادبیات توسعه راه یافت و به تعبیری در سلسله مراتب اهداف توسعه تغییراتی اساسی حاصل گردید و با تأکید سازمان ملل، بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی در رأس اهداف توسعه قرار گرفت که کاهش فقر و تخریب محیط زیست، افزایش بهداشت و طول عمر و به طور کلی ارتقاء کیفیت زندگی را به همراه دارد.

مفهوم کیفیت زندگی ابتدا به حوزه‌های بهداشتی و بیماری‌های روانی محدود می‌شد، اما در طی دو دهه گذشته، این مفهوم از زمینه‌های بهداشتی، زیست محیطی و روانشناختی صرف به مفهومی چند بُعدی ارتقاء یافته (عنبری، ۱۳۸۹: ۱۵۲) و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی قرار گرفته است. از این روست که بر اساس پایگاه داده‌های موسسه اطلاعات علمی، از ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵ بیش از ۵۵ هزار تحقیق در مورد کیفیت زندگی صورت گرفته است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۲). امروزه کیفیت زندگی را به عنوان عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی مورد بحث قرار داده و از آن به عنوان شاخص توسعه نام می‌برند. این سازه بعد از طرح اولیه در دهه ۱۹۳۰ تا کنون تحولات بسیاری یافته و برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت و ترقی جوامع از آن استفاده روز افزونی می‌شود. از اواخر دهه ۱۹۷۰ علاقه به مفهوم کیفیت زندگی به شکل معناداری افزایش یافت. از این تاریخ به بعد بحث‌های کیفیت زندگی بیشتر در سه حوزه پزشکی، روانشناسی و علوم اجتماعی متمرکز شد. در واقع از

دهه ۱۹۳۰ تا به امروز بر تعداد حوزه‌های مطالعه این سازه افزوده شده است. این امر موجب ایجاد ادبیات گسترده‌ای برای شاخص توسعه شده است. هر چه تعداد مطالعات در این حوزه بیشتر باشد تدوین شاخص‌های توسعه با دقت بیشتری انجام می‌گیرد. از سوی دیگر توجه به کیفیت زندگی از دیدگاه اجتماعی باعث تغییرات گسترده‌ای در نوع مطالعات این سازه شده و ابعاد جدیدی را بر این مفهوم افزوده است که باعث کاربرد بیشتر و گسترده‌تر سازه کیفیت زندگی در مطالعات توسعه شده است. توجه به سازه کیفیت زندگی در کشوری مانند ایران به لحاظ مطالعاتی و سیاست‌گذاری از دو بُعد درونی و بیرونی ضرورت و اهمیت دارد. از بُعد درونی، ضرورت کاربرد این مفهوم را می‌توان در مواردی چون ارزیابی اثرات سیاست‌های اجتماعی، ارزیابی تصمیم‌گیری‌های صورت گرفته در سطح خرد و کلان، بهبود خدمات‌رسانی، ترغیب مشارکت عمومی، اعتلای حقوق انسانی، توزیع برابر منابع و مانند اینها جست‌وجو کرد. ابعاد بیرونی ضرورت توجه به سازه کیفیت زندگی در کشور با روند رو به رشد جهانی شدن شدت بیشتری می‌یابد. در عصر جهانی شدن، مناطق مختلف در جذب سرمایه‌هایی که مرزهای ملی را به رسمیت نمی‌شناسند با همدیگر رقابت می‌کنند. از طریق ارتقای کیفیت زندگی است که بسیاری از افراد و سرمایه‌ها تمایل می‌یابند تا در آن منطقه به سکونت، کار و سرمایه‌گذاری بپردازند. از این رو می‌توان ادعا کرد که در وضعیت کنونی دستیابی به توسعه از هر بُعد آن بدون توجه به سازه کیفیت زندگی امکان‌پذیر نمی‌باشد. با توجه به این ضرورت در سال‌های اخیر مطالعات سازه کیفیت زندگی در ایران از ابعاد مختلفی دچار تغییر شده است. بررسی این تغییرات می‌تواند نشان‌دهنده میزان توجه به این سازه در مطالعات داخلی و درک جایگاه کیفیت زندگی در مطالعات توسعه باشد. بر همین اساس در این تحقیق با مطالعه سیر تحول کیفیت زندگی در مطالعات داخلی و مقایسه آن با مطالعات خارجی به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که مطالعات کیفیت زندگی در ایران از ابتدای آغاز این مطالعات تا پایان سال ۱۳۹۰ چه روندی را طی نموده و از چه ابعاد دچار تغییر شده است. مقایسه روند این مطالعات با مطالعات خارجی از ابعاد مختلف، نقاط ضعف و قوت مطالعات کیفیت زندگی در ایران را مشخص نموده و می‌تواند راهنمایی برای تحقیقات آتی باشد.

پیش از ورود به بحث کیفیت زندگی در ایران آشنایی با خاستگاه کیفیت زندگی در جهان و تعاریف و ویژگی‌های این سازه ضرورت دارد. آشنایی با این موارد علاوه بر این که امکان

مقایسه را فراهم می‌آورد باعث می‌شود تغییرات روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران با دید جامع‌تر و دقیق‌تری توصیف گردد.

### پیشینه طرح مفهوم کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. همچنین در دوران جدید فیلسوفانی چون کیرکه‌گارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشته‌اند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). با این وجود کسی که برای اولین بار به مفهوم کیفیت زندگی به صورت مستقیم اشاره کرد پیگو<sup>۱</sup> بود. پیگو عبارت کیفیت زندگی را اولین بار در سال ۱۹۲۰ در کتاب "اقتصاد و رفاه" مورد استفاده قرار داد. در این کتاب، پیگو درباره حمایت دولت از قشرهای کم درآمد جامعه و تأثیر این حمایت بر آنها و همچنین بودجه ملی بحث می‌کند. آن زمان نظریه او شکست خورد و تا بعد از جنگ جهانی دوم به فراموشی سپرده شد. بعد از جنگ جهانی دوم دو حادثه مهم رخ داد. اولی مربوط به سازمان بهداشت جهانی بود. در این زمان سازمان بهداشت جهانی تعریف گسترده‌ای از سلامت ارائه کرد که در این تعریف سلامت شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شد. این اقدام سازمان بهداشت جهانی منجر به مذاکرات زیادی در مورد سلامت و چگونگی اندازه‌گیری آن شد. دومین رخ داد مهم بعد از جنگ جهانی دوم که زمینه توجهات ویژه به کیفیت زندگی را فراهم آورد بحث بی‌عدالتی‌های وسیع در جوامع غربی بود. همین مسأله باعث یکسری فعالیت‌های اجتماعی و ابتکارات سیاسی از دهه ۱۹۶۰ به بعد شد. به اعتقاد فیشر و شوسلر<sup>۲</sup> عبارت کیفیت زندگی به صورت خاص اولین بار در سال ۱۹۶۰ در گزارش کمیسیون ریاست جمهوری درباره اهداف ملی آمریکا مطرح شد (وود<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). گزارش کمیسیون مذکور متمرکز بر برنامه‌های اجتماعی مانند آموزش و نیروی انسانی، توسعه اجتماعی و مسکن، سلامتی و رفاه بود (لیندا و دیانا، ۲۰۰۵). بر همین اساس گزارش کمیسیون ریاست جمهوری آمریکا در زمینه اهداف ملی و تحقیق باوئر<sup>۴</sup> در سال ۱۹۶۶ در زمینه اثرات ثانویه برنامه‌های مکانی ملی در آمریکا را می‌توان به عنوان اولین کارهایی ذکر کرد که به مقوله کیفیت زندگی به عنوان یک

1. Pigou

2. Schuessler and Fisher

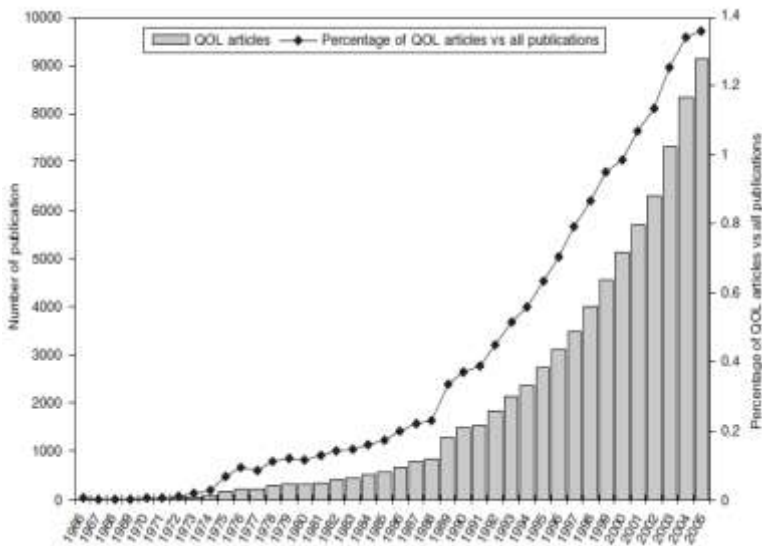
3. Wood

4. Bauer

حوزه تحقیقاتی خاص پرداخته‌اند (شوسلر و فیشر، ۱۹۸۵). از اواخر دهه ۱۹۷۰ علاقه به مفهوم کیفیت زندگی به شکل معناداری افزایش یافت. از این تاریخ به بعد بحث‌های کیفیت زندگی بیشتر در سه حوزه پزشکی، روانشناسی و علوم اجتماعی متمرکز شد. بیشترین تمرکز تحقیقات انجام شده بر روی حوزه پزشکی می‌باشد. همانگونه که در نمودار شماره (۱) مشاهده می‌شود از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۵ تعداد ۷۶۶۹۸ مقاله از سوی پایگاه داده‌های پابمد<sup>۱</sup> منتشر شده که عبارت "کیفیت زندگی" عنوان موضوعی یا چکیده آنها را شامل می‌شود. از نیمه دهه ۱۹۶۰ تعداد کارهای منتشر شده با این موضوع رشد تصاعدی داشته است. در سال ۱۹۶۶، ۰/۰۰۲ درصد از کل کارهای منتشر شده در پابمد با موضوعیت کیفیت زندگی بوده درحالیکه همین مقدار در سال ۲۰۰۵ به ۱/۳۶ درصد رسیده است (مونز و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

نمودار شماره (۱): تعداد کارهای منتشر شده در زمینه کیفیت زندگی و درصد آنها در قیاس با همه

مقالات پایگاه داده‌های پابمد از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۵



<sup>1</sup>. pubmed

پابمد پایگاه داده‌های متعلق به NHI آمریکا (National Institute of Health) به نشانی زیر می باشد.

<sup>2</sup>. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Moons and et al

با نگاهی به مفهوم کیفیت زندگی در سه دهه اخیر می‌توان گفت که در طول دهه ۱۹۸۰ مفهوم کیفیت زندگی به عنوان ادراک حسی<sup>۱</sup>، برساخته اجتماعی<sup>۲</sup> و موضوع وحدت بخش<sup>۳</sup> شناخته می‌شد. در طول دهه ۱۹۹۰ فهم ما از مفهوم و مقیاس کیفیت زندگی نسبت به دهه ۱۹۸۰ بهبود یافت. در واقع در طول این دهه مفهوم کیفیت زندگی وسعت بیشتری پیدا کرده و ابعاد آن را می‌توان به صورت سلسله مراتبی از پایین به بالا به صورت زیر بیان کرد.

۱- بهزیستی فیزیکی<sup>۴</sup> ۲- بهزیستی مادی<sup>۵</sup> ۳- حقوق<sup>۶</sup> ۴- ادخال اجتماعی<sup>۷</sup> ۵- روابط بین فردی<sup>۸</sup> ۶- خودتعیینی<sup>۹</sup> ۷- رشد فردی<sup>۱۰</sup> و ۸- بهزیستی عاطفی<sup>۱۱</sup> (شالوک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴). در طول دهه اول قرن حاضر این درک برای متخصصین کیفیت زندگی حاصل شد که به راستی کیفیت زندگی فراتر از فرد و احساسات اوست و در واقع یک مفهوم ترکیبی است که ابعاد مختلفی را شامل می‌شود. در این دهه کیفیت زندگی به حد بالایی گسترش یافت و حوزه‌های مختلفی از علم را دربرگرفت و تنها محدود به قلمروهای خاصی نشد (شالوک، ۱۹۹۹). گسترش حوزه‌های علمی مرتبط با کیفیت زندگی زمینه تحقیقات بیشتر راجع به این سازه را فراهم آورد. به موازات افزایش این قلمروها، تعاریف و پنداشت‌های مختلفی از کیفیت زندگی شکل گرفت. در ادامه به بررسی و دسته‌بندی این تعاریف می‌پردازیم.

## ابعاد مفهومی کیفیت زندگی

با وجود گذشت چندین دهه از رواج مفهوم کیفیت زندگی و تحقیقات متنوع صورت گرفته در این زمینه تعریف واحدی که مورد قبول همه باشد وجود ندارد. مرور متون مرتبط به کیفیت زندگی (فلس و پری<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۵؛ ماسام<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲؛ لیبی، ۲۰۰۵؛ فیلیپس، ۲۰۰۶؛ سرجی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶)

1. sensitizing notion

2. social construct

3. unifying theme

4. physical wellbeing

5. material wellbeing

6. rights

7. social inclusion

8. interpersonal relations

9. self-determination

10. personal development

11. emotional wellbeing

12. Schalock

13. Felce and Perry

14. Massam

15. Sirgy

حاکمی از تأیید دیدگاه صاحب نظران مختلف درباره ابهام مفهومی در تعریف این سازه است. هر محقق با توجه به حوزه مورد مطالعه، شرایط و ویژگی‌های جامعه تحقیق تعریفی از کیفیت زندگی ارائه می‌دهد. رومنی و همکارانش مجموعه استدلال‌هایی برای پاسخ به این پرسش ارائه می‌دهند که چرا تعریف پذیرفته شده جهان‌شمولی برای کیفیت زندگی وجود ندارد. این مجموعه عبارتند از:

الف) فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با تجربه کیفیت زندگی را می‌توان از دریچه زبان‌ها و دهلیزهای مفهومی مختلف توصیف و تفسیر کرد.

ب) مفهوم کیفیت زندگی تا حد زیادی با ارزش داوری همراه است.

ج) مفهوم کیفیت زندگی متأثر از رشد درک انسانی و فرایندهای توسعه در طول زندگی افراد در اجتماع محلی و میزان تحت تاثیر قرارگرفتن این فرایندهای روان‌شناختی توسط عوامل محیطی و سیستم‌های ارزش فردی است.

از این رو به دلیل فقدان تعریف عملیاتی واحد از کیفیت زندگی، واژه‌های مرتبط دیگری مانند بهزیستی، سطح زندگی، استاندارد زندگی، رضایتمندی از زندگی و خشنودی ظهور کرده‌اند (ماسام، ۲۰۰۲). یکی از اختلافات مهمی که بین متخصصین کیفیت زندگی وجود دارد دیدگاه آنها در رابطه با ذهنی یا عینی بودن این مفهوم است. بر همین اساس می‌توان محققین کیفیت زندگی را به سه دسته تقسیم کرد. دسته اول کسانی هستند که فقط به بُعد ذهنی کیفیت زندگی توجه دارند. این‌ها در کارهای خود یا بُعد عینی کیفیت زندگی را لحاظ نمی‌کنند و یا آن را از لحاظ اهمیت در سطح بسیار پایینی قرار می‌دهند. دسته دوم کسانی هستند که برخلاف دسته اول کیفیت زندگی را از لحاظ عینی بررسی می‌کنند البته تعداد این افراد در قیاس با گروه اول بسیار کم است. اما دسته سوم که به نظر روز به روز بر تعداد آنها افزوده می‌شود کسانی هستند که دید جامع‌تری نسبت به این مفهوم داشته و معتقدند که کیفیت زندگی را باید از دو بُعد عینی و ذهنی مورد بررسی قرار داد.

### کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ذهنی

کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات، اعتقادات و پندارهای فرد بستگی دارد. بدین معنا که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد. لذا در مطالعات

کیفیت زندگی ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی می‌باشد (نازنجات، ۱۳۸۷؛ رستمی و صالحی، ۱۳۷۸). پترا بونک<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) برای بررسی کیفیت زندگی به بُعد ذهنی این موضوع یعنی رضایت از زندگی توجه دارد. او معتقد است که کیفیت زندگی یک جامعه در واقع انعکاس ذهنی افراد جامعه در زمینه رضایت از زندگی است. کامنس<sup>۲</sup> کیفیت زندگی ذهنی را به عنوان یک مفهوم چند بُعدی تعریف کرده است. به نظر او کیفیت زندگی شامل هفت حوزه زندگی می‌شود که هر کسی بر حسب اهمیتی که هر حوزه برای او دارد آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد لذا این هفت حوزه وزن‌های مختلفی از دید مردم پیدا می‌کنند. این هفت حوزه که از آن به عنوان شاخص‌های کیفیت زندگی یاد می‌کند شامل موارد زیر است. ۱- بهزیستی جسمانی<sup>۳</sup> ۲- بهداشت<sup>۴</sup> ۳- بهره‌وری<sup>۵</sup> ۴- صمیمیت<sup>۶</sup> ۵- امنیت<sup>۷</sup> ۶- اجتماع<sup>۸</sup> ۷- بهزیستی عاطفی<sup>۹</sup> (چیپور و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲). شوسلر و فیشر (۱۹۸۵) معتقدند که جنبه ذهنی کیفیت زندگی معمولاً برای بیان حالت‌های وابستگی و رضایت به کار می‌رود مانند حس شخصی از رفاه، رضایت یا نارضایتی از زندگی یا خوشحالی و ناراحتی.

سازمان بهداشت جهانی نیز کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند؛ درک افراد از جایگاه-شان در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. در این حالت درک افراد از زندگی در ارتباط با اهداف، انتظارات، ملاکها و عقایدشان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). این تعریف از کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این مفهوم جنبه ذهنی داشته و در بافت فرهنگی، اجتماعی و محیطی محاط می‌باشد. به عنوان یک تجربه ذهنی، کیفیت زندگی ارزیابی درکی فرد از وقایع و پاسخ عاطفی<sup>۱۱</sup> به این وقایع را شامل می‌شود (چیپور و همکاران، ۲۰۰۲).

1. Petra Böhnke

2. Cummins

3. Material well being

4. health

5. productivity

6. intimacy

7. safety

8. community

9. emotional well being

10. Chipuer and et al

11. affective



افکاس و مارون<sup>۱</sup> معتقدند که رفاه ذهنی وسیله‌ای برای شناسایی کیفیت زندگی است. آنان جنبه‌های ذهنی، روانی و فیزیکی شخصیت انسان را مورد بررسی قرار داده و تأثیرات این ابعاد را روی بخش ذهنی کیفیت زندگی لحاظ می‌کنند. فاکتورهای عینی مانند درآمد، مسکن و آموزش برخلاف ویژگیهای ذهنی نقش کمتری را در بحثهای مربوط به کیفیت زندگی در تحقیقات افکاس و مارون دارند (لیندا و دیانا، ۲۰۰۵). در این نگاه کیفیت زندگی را با سنجش احساس‌های ذهنی شخص از خشنودی درباره جنبه‌های گوناگون زندگی می‌توان ارزیابی کرد (شیخاوندی ۱۳۸۸: ۱۲۱). بیشتر روانشناسان طرفدار استفاده از مفهوم ذهنی کیفیت زندگی بوده و معتقدند که رفاه هر فرد یا گروه از افراد دارای اجزای عینی و ذهنی است. اجزای عینی رفاه یا بهزیستی با آنچه که به طور معمول به عنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می‌شود، ارتباط دارد و اجزای ذهنی آن به کیفیت زندگی اطلاق می‌شود.

### کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای عینی

در مقابل دسته اول که بُعد ذهنی کیفیت زندگی را لحاظ می‌کنند. گروه دیگری نیز هستند که بحث خود را بیشتر بر روی جنبه عینی این مفهوم متمرکز کرده‌اند. اگرچه تعداد این محققین زیاد نیست ولی رویکردی متفاوت از دیگران را در پیش گرفته‌اند. کسانی همانند مازلو و مک-کال<sup>۲</sup> کیفیت زندگی را از بُعد عینی مورد بررسی قرار داده و معتقدند با لحاظ کردن جنبه‌های عینی کیفیت زندگی بهتر می‌توان به تحلیل این مفهوم پرداخت. این دو طرفدار استفاده از شاخص‌های عینی منطبق با هر فرهنگ برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی هستند (غفاری و امید، ۱۳۸۸).

### کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ترکیبی

رویکرد سوم تلاش می‌کند تا با ترکیب دو رویکرد یاد شده دید جامع‌تری در رابطه با کیفیت زندگی مطرح کند. نقطه شروع این کار را می‌توان در طبقه‌بندی فرانس دید. فرانس (۱۹۹۲) معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر

1. Efficace and Marrone

2. McCall

درک فرد از کیفیت زندگی اش کاهش یابد سایر ویژگیهای او تحت تاثیر قرار گرفته و باعث تحلیل آنها و در نهایت افت کیفیت زندگی می شود. اگرچه از لحاظ وسعت مفاهیم بررسی شده در زمینه کیفیت زندگی، فرانس را جزو طبقه سوم به حساب می آورند یعنی جزو اندیشمندانی که کیفیت زندگی را هم از بُعد عینی بررسی کرده اند و هم از بُعد ذهنی. ولی بررسی کارهای او (فرانس، ۱۹۹۲، ۱۹۹۶) نشان می دهد که بیشتر این کارها متمرکز بر بُعد ذهنی کیفیت زندگی است و بخش عینی این مفهوم بازنمایی مناسبی به مثابه کارهای انجام شده توسط فیلیپس<sup>۱</sup> را نشان نمی دهد. فیلیپس در زمینه کیفیت زندگی به بررسی این مفهوم در ابعاد فردی و جمعی با استفاده از مؤلفه های عینی و ذهنی پرداخته است. از دید فیلیپس لازمه کیفیت زندگی فردی در بُعد عینی، نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته های اجتماعی شهروندان است و در بُعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در موارد زیر اشاره دارد:

۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت جویی، رضایتمندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی.  
 ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی. ۳- مشارکت در سطح گسترده ای از فعالیت های اجتماعی. کیفیت زندگی در بُعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه ها و جوامعی که در آن زندگی می کنند شامل انسجام مدنی، هم کوشی و یکپارچگی، روابط شبکه ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش هایی اعم از اعتماد، نوع دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تاکید دارد (فیلیپس، ۲۰۰۶: ۲۴۲).

توجه روز افزون به کیفیت زندگی به عنوان سازه ای ترکیبی باعث شده که بر تعداد قلمروها یا حوزه های مطالعاتی این سازه افزوده شود. هکر<sup>۲</sup> در تحقیقات خود در رابطه با بیماریهای سرطانی سه قلمرو را برای کیفیت زندگی نام می برد که شامل قلمروهای فیزیکی، روانی و اجتماعی است (لیندا و دینا، ۲۰۰۵). در زمینه ابعاد کیفیت زندگی، لپی معتقد است که سه حوزه محیطی، اجتماعی و اقتصادی سه ستون اصلی کیفیت زندگی هستند که می توانند برای تشخیص مفهوم زندگی مناسب و پایدار و همچنین برای توضیح معنای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرند (لپی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). بونک (۲۰۰۷) سه حوزه مهم که به بررسی کیفیت زندگی می پردازند را

1. Phillips

2. Hacker

3. Lee

شامل روانشناسی، جامعه‌شناسی و اقتصاد می‌داند. روانشناسی ویژگی‌های شخصیتی را بر رفاه و بهزیستی ذهنی مؤثر می‌داند. جامعه‌شناسی بر نقش الگوها و عوامل اجتماعی و جمعیتی بر رفاه و بهزیستی ذهنی تأکید دارد، و نهایتاً اقتصاد نقش درآمد را در رفاه و بهزیستی ذهنی مهم‌تر از سایر حوزه‌ها می‌داند. با توجه به مباحث مطرح شده در زمینه کیفیت زندگی می‌توان سه ویژگی مهم برای این سازه برشمرد. این ویژگیها شامل چند بُعدی بودن کیفیت زندگی، ذهنی بودن آن و پویایی این سازه می‌باشد.

## روش‌شناسی

در این تحقیق با توجه به اینکه هدف، بررسی موضوعات و مطالعات کیفیت زندگی در ایران در قالب اسناد و مدارک منتشر شده می‌باشد از روش "مشاهده اسنادی" استفاده شد. در این روش اسناد مطالعاتی که کیفیت زندگی عنوان موضوعی یا چکیده آنها می‌باشد، بررسی می‌شود. تحلیل اسناد مطالعه نیز به دو شیوه "تحلیل درونی" و "تحلیل برونی" انجام شد. در تحلیل درونی، محتوی سند به لحاظ موضوعات مورد توجه، جامعه آماری، تقسیم‌بندی‌ها و تفکیک مسائل، مورد شناخت قرار گرفت. در تحلیل برونی به مقایسه مطالعات داخلی با مطالعات خارجی پرداخته شد. در این شیوه تحلیل که به اعتقاد موریس دوورژه (۱۳۶۶: ۱۵۸) نوعی از "شیوه تحلیل جامعه‌شناختی" است، ارتباط اسناد با دیگر پدیده‌ها، اصل و ریشه آنها مورد توجه است. اسناد مورد بررسی در این مطالعه تمامی کارهای منتشر شده در کشور از ابتدا تا پایان سال ۱۳۹۰ در قالب پایان‌نامه‌ها، پروژه‌های تحقیقاتی انجام گرفته در دانشگاه و مقالات علمی پژوهشی می‌باشد که عبارت "کیفیت زندگی" عنوان موضوعی یا چکیده آنها را شامل می‌شود. پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقی انجام گرفته در سطح دانشگاه در این مقاله به دو روش جمع‌آوری شده‌اند. الف) پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقی که در دانشگاه‌های سطح شهر تهران<sup>۱</sup> انجام شده است با مراجعه حضوری به این دانشگاه‌ها گردآوری شده‌اند. ب) پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقی که در دانشگاه‌های خارج از سطح شهر تهران صورت گرفته با مراجعه به سایت پژوهشگاه اطلاعات و

۱. دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی، الزهراء، تربیت مدرس، علامه طباطبایی، شاهد، تربیت معلم، علوم پزشکی تهران،

مدارک علمی ایران<sup>۱</sup> و کتابخانه مرکزی دانشگاه‌ها جمع‌آوری شده‌اند. فرض بر این است در صورتی که پایان‌نامه یا کار تحقیقی قوی راجع به کیفیت زندگی در دانشگاه‌های خارج از سطح شهر تهران انجام گرفته و امکان دسترسی به آن‌ها وجود ندارد، مقالات مستخرج از این پایان‌نامه‌ها یا کارهای تحقیقی در سایت مقالات علمی پژوهشی کشور موجود باشد.

علاوه بر پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقی انجام گرفته در سطح دانشگاه‌های کشور یکی دیگر از منابع مهم گردآوری اطلاعات در زمینه کیفیت زندگی مقالات علمی پژوهشی می‌باشد. بر همین اساس تمامی مقالاتی که با عنوان یا چکیده "کیفیت زندگی" در دو سایت معتبر کشور در زمینه مقالات علمی پژوهشی یعنی Sid<sup>۲</sup> و Magiran<sup>۳</sup> موجود بوده جمع‌آوری شد. سپس مقالات جمع‌آوری شده از دو سایت با یکدیگر تطبیق داده شد و موارد تکراری حذف گردید. در مرحله بعد مجموعه مقالات تهیه شده با پایان‌نامه‌ها و کارهای تحقیقی انجام گرفته در سطح دانشگاه‌های کشور انطباق داده شد و مقالاتی که کارهای تحقیقی یا پایان‌نامه آنها موجود بوده نیز از مجموعه مقالات حذف گردید.

در مجموع ۱۲۷۷ کار منتشر شده در قالب پایان‌نامه، طرح‌های تحقیقاتی انجام گرفته در سطح دانشگاه و مقالات علمی پژوهشی گردآوری گردید که تعداد ۷۰۷ کار منتشر شده در قالب مقاله علمی پژوهشی و کارهای تحقیقاتی و مابقی آن یعنی ۵۷۰ کار در قالب پایان‌نامه‌ها انجام گرفته در سطح دانشگاه‌ها بود. در این تحقیق از نرم افزارهای SPSS و EXCEL نیز برای تحلیل اطلاعات استفاده شده است.

## یافته‌ها

### الف) سطح‌بندی مطالعات کیفیت زندگی در ایران

در این مقاله مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران به پنج سطح کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری، فوق تخصص و تحقیقات و مقالات علمی پژوهشی دسته‌بندی شده است. کارهای انجام شده در مقطع پزشکی عمومی معادل فوق لیسانس و مطالعات کیفیت

<sup>۱</sup>. به نشانی <http://bank1.irandoc.ac.ir>

<sup>۲</sup>. به نشانی <http://www.sid.ir>

<sup>۳</sup>. به نشانی <http://www.magiran.com> **www.SID.ir**

زندگی پزشکی در مقطع تخصص معادل دکتری قلمداد شده است. نتایج حاصل از این مطالعه که در جدول شماره (۱) ارائه شده، نشان می‌دهد که به لحاظ سطح تحصیلات بیش از ۸۵ درصد مطالعات کیفیت زندگی در مقطع کارشناسی ارشد انجام شده است. بخش اصلی مطالعات کیفیت زندگی مربوط به تحقیقات و مقالات علمی پژوهشی می‌باشد که در واقع بیش از نیمی از سهم مطالعات جمع‌آوری شده در زمینه کیفیت زندگی در این مقاله را به خود اختصاص داده است.

در جدول شماره (۱) سطح‌بندی مطالعات کیفیت زندگی با توجه به حوزه مطالعاتی بیان شده است که با توجه به این جدول بیشترین تحقیقات صورت گرفته در مقطع دکتری بعد از مطالعات پزشکی به مطالعات مدیریت و اقتصاد اختصاص دارد که حاکی از اهمیت و کاربرد تحلیلی و سیاستی سازه کیفیت زندگی در تحقیقات این حوزه‌های مطالعاتی می‌باشد.

جدول شماره ۱: سطح‌بندی مطالعات کیفیت زندگی در ایران بر حسب حوزه مطالعاتی

سطح مطالعات					حوزه مطالعاتی
پایان‌نامه‌های تحصیلی					
تحقیقات و مقالات علمی پژوهشی	فوق تخصص	دکتری	کارشناسی ارشد	کارشناسی	
۲۳	۰	۸	۶۹	۰	اقتصاد و مدیریت
۵۱	۰	۰	۴۶	۰	علوم اجتماعی
۶۴	۰	۴	۱۴۲	۱۰	علوم تربیتی و روانشناسی
۶	۰	۱	۸	۰	تربیت‌بدنی
۲۴	۰	۰	۱۶	۲	محیطی و فضایی
۵۳۹	۵	۴۴	۲۰۸	۷	پزشکی
۷۰۷	۵	۵۷	۴۸۹	۱۹	جمع

### ب) روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران

بررسی مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران نشان می‌دهد که توجه ویژه به این سازه و ورود آن به عنوان یک حوزه تحقیقاتی خاص در مطالعات علمی کشور به اوایل دهه

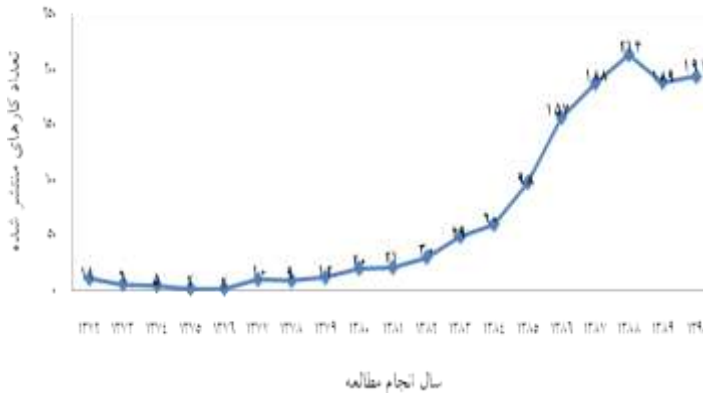
۱۳۷۰ باز می‌گردد. تا پیش از این دهه مولفه‌های مختلف کیفیت زندگی در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته‌اند ولی نمی‌توان این مولفه‌ها را به عنوان سازه کیفیت زندگی قلمداد کرد. به دلیل اینکه مولفه‌های به کار گرفته شده قابلیت پوشش بخش‌های مختلف سازه کیفیت زندگی را ندارند. روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران که در نمودار شماره (۲) نشان داده شده حاکی از آن است که نخستین کارهایی که سازه کیفیت زندگی عنوان موضوعی یا چکیده آنها را شامل می‌شود مربوط به سال ۱۳۷۲ است. از سال ۱۳۷۲ تا سال ۱۳۷۹ به تفکیک سال‌های مختلف در این بازه زمانی، تعداد مطالعات انجام شده به صورت نوسانی در حال تغییر است. با توجه به تعداد محدود مطالعات صورت گرفته در سال‌های مختلف این بازه زمانی می‌توان گفت که میزان نوسانات نمودار معنادار و شدید نمی‌باشد. در سال ۱۳۷۲ به عنوان سال آغازین مطالعات کیفیت زندگی در ایران تعداد ۱۱ تحقیق با این عنوان موضوعی در این مقاله شناسایی شده که این تعداد بعد از گذشت ۷ سال در سال ۱۳۷۹ به ۱۲ مورد می‌رسد. به عبارت دیگر رشد و نوسانات مطالعات کیفیت زندگی در این دوره کند و بطئی بوده است. صرف‌نظر از نوسانات اندک سال‌های اولیه می‌توان گفت که روند کلی مطالعات انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی در ایران تا پایان سال ۱۳۸۸ سیر صعودی داشته و در سال ۱۳۸۹ دچار افت اندکی شده و در سال ۱۳۹۰ دوباره سیر صعودی به خود گرفته است. با توجه به اهمیت روز افزون موضوع کیفیت زندگی و ورود آن به شاخه‌های مختلف علمی، انتظار می‌رود که روند صعودی مطالعات کیفیت زندگی برای سال‌های آتی نیز ادامه داشته باشد.

نمودار شماره (۱)، که روند مطالعات کیفیت زندگی در بخش پزشکی و سلامت را با استفاده از داده‌های موجود در پایمده نشان می‌دهد حاکی از آن است که اولین مطالعات انجام شده با عنوان موضوعی یا چکیده کیفیت زندگی در موسسه ملی سلامت در آمریکا به سال ۱۹۶۶ باز می‌گردد. مقایسه این نمودار با نمودار شماره (۲) که روند مطالعات کیفیت زندگی در حوزه‌های مختلف علمی در ایران را نشان می‌دهد بیانگر تأخیر زمانی در شروع مطالعات کیفیت زندگی در ایران است. با استفاده از اطلاعات به دست آمده نخستین تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی در ایران در سال ۱۳۷۲ هجری شمسی یعنی ۱۹۹۳ میلادی انجام گرفته به عبارت دیگر حدود ۲۷ سال تأخیر زمانی در شروع مطالعات کیفیت زندگی در ایران نسبت به موسسه ملی سلامت در آمریکا وجود دارد.

اشتراک هر دو نمودار روند صعودی آنها می باشد به عبارت دیگر در هر دو نمودار طی زمان بر تعداد مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی افزوده شده است.

نمودار شماره ۲: تعداد کارهای منتشر شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران به تفکیک سالهای

مختلف



از اوایل دهه ۱۳۸۰ علاقه به سازه کیفیت زندگی در ایران به شکل معناداری افزایش یافت که یکی از مهمترین دلایل آن را می توان ورود بیش از پیش حوزه های مختلف علمی به بحث های مربوط به کیفیت زندگی دانست. از اواخر دهه ۱۳۷۰ مباحث مربوط به کیفیت زندگی از انحصار رشته های پزشکی و روانشناسی خارج شد و حوزه های دیگر علمی بالانحصار علوم اجتماعی این فرصت را یافتند که با تغییر در شاخص ها و مولفه های کیفیت زندگی دیدگاه جدیدی نسبت به این سازه ارائه نمایند.

### ج) روند مطالعات کیفیت زندگی در حوزه های مختلف علمی در ایران

در این مقاله مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران به شش دسته کلی پزشکی، محیطی و فضایی، تربیت بدنی، علوم تربیتی و روانشناسی، علوم اجتماعی و اقتصاد و مدیریت تقسیم شده است. حوزه های مختلف علمی و تعداد کارهای انجام شده در آنها به تفکیک سال های مختلف در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: تعداد مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در حوزه‌های مطالعاتی مختلف به

تفکیک سال‌های انجام مطالعه

سال انجام مطالعه	حوزه مطالعاتی						جمع
	اقتصاد و مدیریت	علوم اجتماعی	علوم تربیتی و روانشناسی	تربیت-بدنی	محیطی و فضایی	پزشکی	
۱۳۷۲	۰	۰	۹	۰	۰	۲	۱۱
۱۳۷۳	۰	۰	۶	۰	۰	۰	۶
۱۳۷۴	۲	۰	۳	۰	۰	۰	۵
۱۳۷۵	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۲
۱۳۷۶	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۲
۱۳۷۷	۱	۰	۶	۰	۰	۳	۱۰
۱۳۷۸	۲	۰	۳	۰	۰	۴	۹
۱۳۷۹	۴	۰	۲	۰	۲	۴	۱۲
۱۳۸۰	۴	۰	۳	۰	۱	۱۲	۲۰
۱۳۸۱	۲	۰	۴	۰	۰	۱۵	۲۱
۱۳۸۲	۲	۱	۴	۰	۰	۲۳	۳۰
۱۳۸۳	۴	۲	۱۰	۰	۱	۳۲	۴۹
۱۳۸۴	۲	۴	۱۳	۰	۲	۳۹	۶۰
۱۳۸۵	۱۴	۴	۲۰	۲	۶	۵۲	۹۸
۱۳۸۶	۸	۱۴	۲۴	۰	۱	۱۱۰	۱۵۷
۱۳۸۷	۱۶	۱۷	۲۶	۳	۶	۱۲۰	۱۸۸
۱۳۸۸	۱۶	۱۶	۲۹	۶	۱۱	۱۳۶	۲۱۴
۱۳۸۹	۱۳	۱۷	۳۱	۱	۵	۱۲۲	۱۸۹
۱۳۹۰	۹	۲۱	۲۷	۳	۷	۱۲۷	۱۹۴
جمع	۱۰۰	۹۷	۲۲۰	۱۵	۴۲	۸۰۳	۱۲۷۷

پزشکی

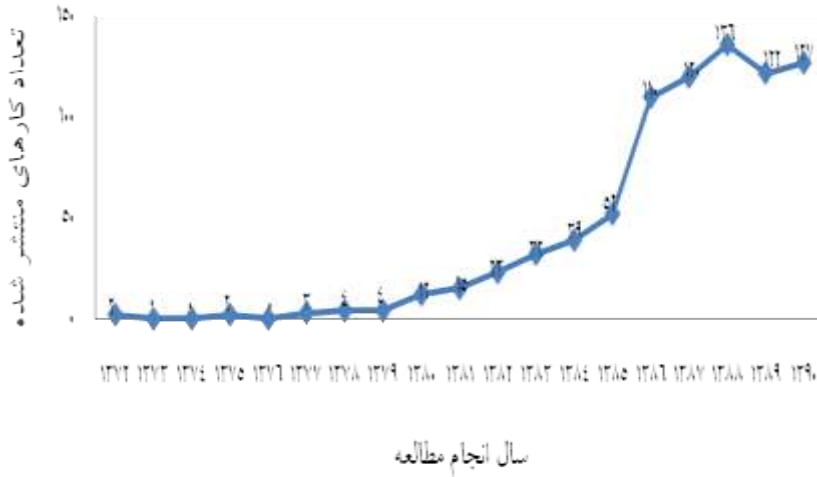
منظور از مطالعات پزشکی تحقیقاتی است که در قالب پایان‌نامه، مقاله و کارتحقیقی در رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، روانپزشکی، پرستاری، مامایی، بهداشت و سایر رشته‌های مرتبط با آنها انجام شده است. جدول شماره (۲) حاکی از آن است که روند انجام این مطالعات در فاصله سالهای ۱۳۷۲ تا پایان سال ۱۳۹۰ فارغ از نوسانات اندک، سیر صعودی



داشته است. بیشترین فراوانی کارهای انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در مطالعات پزشکی مربوط به سال ۱۳۸۶ به بعد می‌باشد. در سال ۱۳۸۶ نسبت به سال قبل از آن یعنی ۱۳۸۵ تعداد کارهای انجام شده در حوزه پزشکی به بیش از دو برابر افزایش یافت. رشد شدید کارهای انجام شده در حوزه پزشکی در فاصله سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به خوبی در نمودار شماره (۳) نمایان است. علاوه بر این، نمودار نشان‌دهنده توجه روزافزون مطالعات پزشکی در ایران به مباحث کیفیت زندگی است. در بخش پزشکی، سازه کیفیت زندگی بیشتر با معنای مطلوبیت اجتماعی در ارتباط است. کیفیت زندگی وقتی با عبارت مطلوبیت اجتماعی تعریف می‌شود، قویاً با محدودیتهای جسمانی یا نشانه‌های بیماری افراد بیمار در ارتباط است. توانایی افراد بیمار برای بهبود بخش‌های مختلف زندگی خویش از قبیل مشارکت معنادار در جامعه از طریق فعالیت مفید یا انجام نقش‌های ارزشمند اجتماعی در این تعریف از کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد. علاوه بر این در بیشتر تحقیقات حوزه پزشکی از پرسشنامه‌های استاندارد برای ارزیابی کیفیت زندگی پاسخگویان استفاده شده و شاخص‌های به کار رفته در این حوزه در مقایسه با حوزه علوم اجتماعی محدودتر می‌باشد.

نمودار شماره ۳: تعداد کارهای منتشر شده در زمینه کیفیت زندگی در مطالعات پزشکی به تفکیک

سالهای مختلف



### محیطی و فضایی

حوزه مطالعاتی محیطی و فضایی که در جدول شماره (۲) تعداد کارهای منتشر شده از آن در زمینه کیفیت زندگی به تفکیک سال‌های مختلف ذکر شده شامل رشته‌های تحصیلی جغرافیا و زیرشاخه‌های آن، معماری و شهرسازی و محیط زیست می‌باشد. داده‌های بدست آمده حاکی از آن است که مطالعات انجام شده در این حوزه با عنوان موضوعی یا چکیده کیفیت زندگی از سال ۱۳۷۹ شروع شده و تغییرات پُر نوسانی داشته است. مقایسه محتوای مطالعات انجام شده در این حوزه طی سال‌های اخیر نشان می‌دهد که بر تعداد شاخص‌های آن‌ها برای سنجش کیفیت زندگی افزوده شده و به سمت مطالعه کیفیت زندگی از بُعد اجتماعی نزدیکتر شده است.

### تربیت بدنی

رشته تحصیلی تربیت بدنی و زیرشاخه‌های آن به تازه‌گی موضوع کیفیت زندگی را در تحقیقات خود مد نظر قرار داده‌اند. حوزه تربیت بدنی نسبت به حوزه‌های دیگر مطالعاتی که در این تحقیق تعریف شده‌اند، زیر شاخه کمتری دارد همچنین نسبت به حوزه‌های دیگر کمتر با مولفه‌های کیفیت زندگی ارتباط دارد لذا تعداد کارهای انجام شده در این حوزه نیز کمتر از سایر حوزه‌های مطالعاتی می‌باشد. با این وجود با توجه به تعداد کارهای انجام شده در سال‌های اخیر می‌توان انتظار داشت که در آینده تعداد بیشتری از تحقیقات کیفیت زندگی در این حوزه صورت

گیرد. علاوه بر این محتوای مطالعات انجام شده در زمینه تربیت بدنی ارتباط بیشتری با مطالعات حوزه پزشکی داشته و شاخص‌های به کار رفته در این حوزه میزان تشابه قابل توجه‌ای با شاخص‌های پزشکی دارد با این تفاوت که در زمینه تربیت بدنی تأکید بر ورزشکاران به عنوان جامعه و نمونه آماری می‌باشد.

## علوم تربیتی و روانشناسی

بعد از حوزه پزشکی بیشترین تعداد کارهای انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران مرتبط با حوزه مطالعاتی روانشناسی و علوم تربیتی است. این حوزه شامل گرایش‌های مختلف رشته روانشناسی، مشاوره و راهنمایی و سایر حوزه‌های مرتبط با علوم تربیتی می‌باشد. مروری بر نحوه توزیع تعداد ۲۲۰ کار انجام شده در بازه زمانی ۱۳۷۲ تا پایان سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که صرفنظر از نوسانات اندک، روند مطالعات صورت گرفته در این حوزه صعودی بوده و در واقع علاقه به سازه کیفیت زندگی در تحقیقات آنها در حال افزایش است. در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی تأکید اصلی بر شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی می‌باشد و شاخص‌های ذهنی بیشتر در سطح فردی و اندازه‌گیری رضایت فردی از زندگی به عنوان یک تجربه شخصی مورد استفاده قرار گرفته است. این شاخصها یک مفهوم ذهنی، درون‌نگر و مرتبط با تجربه شخصی ارائه می‌کنند. لذا کیفیت زندگی روانشناسی، بیشتر کیفیت زندگی را به عنوان رضایت از زندگی نشان می‌دهد و آن را به شرایط و ویژگیهای عینی مانند شرایط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی ترجیح می‌دهد.

## علوم اجتماعی

منظور از مطالعات علوم اجتماعی در این تحقیق رشته‌های پژوهش‌گری، علوم ارتباطات، برنامه‌ریزی و رفاه، جمعیت‌شناسی، مطالعات زنان و توسعه می‌باشد. ذکر عنوان کیفیت زندگی در مطالعات علوم اجتماعی ایران به صورت مشخص مربوط به سالهای ۸۳-۱۳۸۲ و بعد از آن می‌باشد. کیفیت زندگی در هر حوزه علمی معنای خاص خود را دارد. به عبارت دیگر تعاریف و مولفه‌های کیفیت زندگی در حوزه علوم اجتماعی با حوزه‌های دیگر مانند پزشکی، روانشناسی و مدیریت متفاوت است. متفاوت بودن این حوزه‌ها به معنای جدایی و عدم ارتباط آنها با

یکدیگر نیست بلکه نشان از کاربردهای متعدد کیفیت زندگی و گستردگی این سازه دارد. مروری بر شاخص‌ها و مولفه‌های به کار برده شده در زمینه کیفیت زندگی در مطالعات اجتماعی حاکی از گستردگی بالای این سازه و تعدد شاخص‌ها و مولفه‌های آن در قیاس با سایر حوزه‌های مطالعاتی است. اگرچه با توجه به جدول شماره (۲) تنها ۹۷ کار منتشر شده در زمینه مطالعات علوم اجتماعی در ایران با عنوان موضوعی یا چکیده کیفیت زندگی وجود دارد ولی باید گفت که مطالعات اجتماعی همواره با مولفه‌های کیفیت زندگی و سنجش آنها به صورت مختلف در ارتباط بوده‌اند. بررسی این مولفه‌ها اغلب به صورت پراکنده بوده و انسجام این مولفه‌ها و قرارگیری آنها زیر چتر کیفیت زندگی به اوایل دهه ۱۳۸۰ بر می‌گردد. تحلیل محتوای مطالعات علوم اجتماعی نشان می‌دهد که در این مطالعات سعی شده که به رویکرد اجتماعی کیفیت زندگی توجه شود. اگرچه این قضیه در مورد بعضی گرایش‌ها مانند جمعیت‌شناسی متفاوت است ولی رویکرد کلی شاخص‌های حوزه علوم اجتماعی به سمت مطالعه کیفیت زندگی از دو بُعد عینی و ذهنی می‌باشد. محتوای شاخص‌های به کار رفته در این حوزه گسترده می‌باشد. در حوزه علوم اجتماعی که زیر شاخه‌های آن ذکر شد، تعاریف متعددی برای کیفیت زندگی بیان شده است. با این وجود عناصر محوری در تعاریف ذکر شده مبتنی بر افزایش مشارکت، قابلیت و توانایی شهروندان در زندگی اقتصادی - اجتماعی اجتماعات خودشان است که از طریق آن میزان بهزیستی و ظرفیتهای بالقوه آنها افزایش یابد. شاخص‌های به کار گرفته شده در این زمینه نیز متعدد می‌باشد که از مهمترین آنها می‌توان به امنیت اقتصادی-اجتماعی، شمولیت اجتماعی، محیط زیست و همبستگی اجتماعی اشاره نمود.

## اقتصاد و مدیریت

مجموع کارهای انجام شده در این حوزه ۱۰۰ کار منتشر شده می‌باشد که بیشتر آنها مربوط به زیر شاخه‌های رشته مدیریت است. زیر شاخه‌های رشته مدیریت در این تحقیق بسیار متنوع بوده و شامل انواع مختلفی از مدیریت اعم از دولتی، آموزشی، صنعتی، بهداشتی، اجرایی، شهری، محیط زیست و موارد مشابه می‌باشد. توزیع کارهای منتشر شده در سال‌های مختلف در این حوزه نشان می‌دهد که بیش از ۷۵ درصد این کارها از سال ۱۳۸۵ به بعد انجام شده که این امر نشان دهنده توجه روزافزون مطالعات مدیریت و اقتصاد به سازه کیفیت زندگی می‌باشد. در این تحقیقات در کنار بُعد ذهنی کیفیت زندگی، بُعد عینی این سازه جایگاه ویژه‌ای دارد. لذا

تأکید خاصی بر درآمد، آموزش، بهداشت، نوع کالاهای مصرفی و مواردی از این قبیل در مطالعات کیفیت زندگی در زمینه اقتصادی و مدیریتی قابل مشاهده است.

همانگونه که در جدول شماره (۲) ملاحظه شد، در ایران بیشترین مطالعات مربوط به کیفیت زندگی در حوزه پزشکی انجام شده که نزدیک به دو سوم تحقیقات و مطالعات کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده است. در همین زمینه بعد از پزشکی با فاصله بسیار زیادی حوزه علوم تربیتی و روانشناسی قرار دارد که ۱۷ درصد از مطالعات کیفیت زندگی در ایران در این حوزه انجام شده است. بعد از علوم تربیتی و روانشناسی به ترتیب حوزه‌های اقتصاد و مدیریت (۸ درصد)، علوم اجتماعی (۸ درصد)، محیطی و فضایی (۳ درصد) و تربیت بدنی (۱ درصد) قرار دارند. توزیع نسبی مطالعات صورت در زمینه کیفیت زندگی بر حسب حوزه‌های مختلف علمی در نمودار شماره (۴)، نشان داده شده است.

نمودار شماره ۴: توزیع نسبی مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی بر حسب حوزه‌های مختلف

مطالعاتی



#### د) جمعیت‌های مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی

جمعیت‌های مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی با توجه به نوع حوزه مطالعاتی و تعریف آنها از کیفیت زندگی متفاوت است. جمعیت‌های مطالعاتی کارهای منتشر شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران را می‌توان به ۹ دسته تقسیم کرد که در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

اساس اطلاعات بدست آمده بیشترین مطالعات صورت گرفته راجع به کیفیت زندگی در ایران مربوط به جامعه بیماران می‌باشد. در واقع گروه‌های مطالعاتی بیماران بیش از نیمی از سهم مطالعات کیفیت زندگی در ایران را به خود اختصاص داده‌اند. پس از جامعه بیماران، پرسنل سازمانی با اختلاف بسیار زیادی در رده دوم اولویت‌های مطالعاتی کیفیت زندگی در ایران قرار دارد. در واقع تعداد مطالعات کیفیت زندگی بیماران حدود چهار برابر مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی پرسنل سازمانی می‌باشد. منظور از کیفیت زندگی پرسنل سازمانی در واقع کیفیت زندگی کارمندان و مدیران ادارات و نهادهای دولتی و خصوصی می‌باشد.

مطالعات کیفیت زندگی مردم عادی و دانش‌آموزان و دانشجویان هر کدام به ترتیب با ۸/۹ درصد و ۵/۶ درصد در رده‌های سوم و چهارم اولویت‌های مطالعاتی کیفیت زندگی قرار دارند. مطالعات سنجشی کیفیت زندگی که در رده پنجم اولویت‌های مطالعاتی قرار دارد بیشتر به هنجاریابی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، شاخص‌سازی در زمینه کیفیت زندگی پزشکی، تست پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تعیین اعتبار پرسشنامه و موارد مشابه می‌پردازند. مطالعات سنجشی کیفیت زندگی بیشتر در حوزه مطالعات پزشکی انجام می‌گیرد. بررسی کیفیت زندگی سالمندان، جانبازان و معلولین و زنان به ترتیب در اولویت‌های ۶، ۷ و ۸ تحقیقات صورت گرفته در زمینه کیفیت زندگی در ایران قرار دارد. نهمین اولویت مطالعات کیفیت زندگی در ایران مربوط به مطالعه کیفیت زندگی از بُعد تاریخی و نظری می‌باشد. در این نوع مطالعات بیشتر به بررسی جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های توسعه، مطالعه کیفیت زندگی جامعه‌ای خاص در یک بازه زمانی مشخص و مواردی از این دست پرداخته شده است. اولویت آخر مطالعات کیفیت زندگی در ایران جامعه معتادین را شامل می‌شود که یک درصد از کل مطالعات کیفیت زندگی در ایران را به خود اختصاص داده است.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و درصد نسبی تحقیقات انجام شده در زمینه

کیفیت زندگی بر حسب جامعه مورد مطالعه

اولویت	جامعه مورد مطالعه	فراوانی	درصد معتبر
۱	بیماران	۷۰۰	۵۴/۸
۲	پرسنل سازمانی	۱۸۶	۱۴/۶
۳	مردم عادی	۱۱۳	۸/۹
	دانش‌آموزان و دانشجویان	۷۲	۵/۶

۵/۲	۶۷	مطالعات سنجشی	۵
۴/۱	۵۳	سالمدان	۶
۲/۲	۲۸	جانبازان و معلولین	۷
۲	۲۵	زنان	۸
۱/۶	۲۰	مطالعات تاریخی و نظری	۹
۱	۱۳	معتادین	۱۰
۱۰۰	۱۲۷۷	جمع	

همانگونه که ذکر شد نوع جامعه مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی به میزان زیادی بستگی به حوزه مطالعاتی محقق دارد. جدول شماره (۴) رابطه بین حوزه‌های مطالعاتی و جامعه مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی در ایران را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی جامعه مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی بر حسب حوزه مطالعاتی

حوزه مطالعاتی جامعه مورد مطالعه	اقتصاد و مدیریت	علوم اجتماعی	علوم تربیتی و روانشناسی	تربیت بدنی	محیطی و فضایی	پزشکی
پرسنل سازمانی	۸۲	۱۱	۴۶	۴	۲	۴۱
مردم عادی	۸	۴۶	۲۴	۰	۲۶	۹
مطالعات تاریخی و نظری	۴	۸	۲	۰	۴	۲
دانش آموزان و دانشجویان	۲	۵	۴۷	۰	۰	۱۸
بیماران	۲	۹	۴۵	۱۰	۶	۶۲۸
معتادین	۰	۱	۶	۱	۰	۵
مطالعات سنجشی	۰	۰	۲۵	۰	۲	۴۰
زنان	۰	۱۲	۱۳	۰	۰	۰
سالمندان	۲	۳	۵	۰	۲	۴۱
جانبازان و معلولین	۰	۲	۷	۰	۰	۱۹

### بحث و نتیجه گیری

چند بُعدی بودن سازه کیفیت زندگی ورود حوزه‌های مطالعاتی مختلف را به مباحث این سازه فراهم آورده است. هر حوزه مطالعاتی با توجه به شاخص‌ها و مقیاس‌های خود به مطالعه کیفیت زندگی می‌پردازد. از سوی دیگر پویا بودن این سازه و تغییرات مداوم آن در طول زمان نیاز به تحقیقات پیوسته‌ای را ایجاد می‌کند و لذا باید در دوره‌های زمانی مختلف مورد اندازه‌گیری قرار گیرد. این دو ویژگی مهم کیفیت زندگی در کنار اهمیت روز افزون این سازه باعث شده که میزان تحقیقات صورت گرفته در این زمینه به شدت در حال افزایش باشد. با وجود توجه روز افزون به سازه کیفیت زندگی و افزایش تحقیقات در این زمینه هنوز به لحاظ مفهومی تعریف واحدی از این سازه ارائه نشده است. مبهم بودن تعریف این سازه از ویژگی‌های دیگری است که باعث شده برداشت‌های مختلفی از آن صورت گیرد و تعاریف متفاوتی ارائه گردد. تعاریف ارائه شده در زمینه کیفیت زندگی بر حسب حوزه‌های مطالعاتی مختلف جنبه ذهنی و عینی آنها تغییر می‌کند. با این وجود محققین جدید کیفیت زندگی بر این



باورند که کیفیت زندگی سازه‌ای عینی و ذهنی است اما جنبه ذهنی آن قویتر می‌باشد. تفاوت دیدگاه‌های موجود در زمینه تعاریف و نحوه سنجش کیفیت زندگی بر پویایی و جذاب بودن آن به صورت دو چندان افزوده است.

مجموع این عوامل در کنار هم باعث شده که روز به روز بر تحقیقات و علاقه‌مندی‌های محققین در زمینه کیفیت زندگی افزوده شود. لذا تعداد مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی در حال افزایش است. تأیید این ادعا در نمودار شماره (۱) ارائه گردیده که در این نمودار تحقیقات کیفیت زندگی پزشکی در آمریکا با رشدی تصاعدی در حال افزایش می‌باشد. امری که در این مقاله در مورد مطالعات کیفیت زندگی در ایران نیز ثابت گردید.

شاخص‌ها و مولفه‌های کیفیت زندگی در تحقیقات صورت گرفته در ایران از گذشته‌های دور به صور مختلف مورد بررسی قرار می‌گرفته اما ورود به تحقیقاتی که عنوان موضوعی یا چکیده آنها کیفیت زندگی باشد سابقه‌ای حدود ۱۸ سال دارد. در طول این مدت بر تعداد حوزه‌های مطالعاتی کیفیت زندگی افزوده شده است و همین عامل یکی از دلایل اصلی رشد صعودی مطالعات کیفیت زندگی در ایران می‌باشد. با این وجود بیشتر مطالعات کیفیت زندگی در ایران در حوزه پزشکی انجام شده و جامعه مورد مطالعه آنها بیشتر متمرکز بر بیماران می‌باشد. اگرچه این امر در روند جهانی مطالعات کیفیت زندگی امری طبیعی می‌باشد ولی از سوی دیگر در ایران مطالعات کیفیت زندگی در حوزه‌های غیر پزشکی نسبت به حوزه پزشکی بسیار کم است. نمونه این امر را در قیاس مطالعات کیفیت زندگی پزشکی و علوم اجتماعی می‌توان دید. در واقع میزان مطالعات کیفیت زندگی در حوزه پزشکی بیش از ۸ برابر این تعداد مطالعات در زمینه علوم اجتماعی است. توجه حوزه علوم اجتماعی به مطالعات کیفیت زندگی و انجام این نوع مطالعات در مقطع تحصیلی دکتری و انجام پژوهش‌های بیشتری در این حوزه ضرورتی انکار ناپذیر برای مطالعات اجتماعی است. به دلیل اینکه علوم اجتماعی به دنبال بررسی کیفیت زندگی به شکل جامعی است به گونه‌ای که هم بُعد ذهنی و هم بُعد عینی آن را شامل شود. علاوه بر این مطالعات علوم اجتماعی بر خلاف مطالعات پزشکی یک گروه خاص مانند بیماران را به عنوان جامعه آماری ندارند بلکه جامعه مورد مطالعه اینگونه تحقیقات وسعت بیشتری داشته و افراد مختلف جامعه را شامل می‌شود. بر همین اساس توجه به کیفیت زندگی از این دیدگاه منجر به شکل‌گیری شاخص دقیقی می‌شود که نسبت به حوزه‌های دیگر مطالعاتی

مولفه‌های اجتماعی بیشتری را در بر می‌گیرد و از آن می‌توان به عنوان شاخصی برای میزان پیشرفت و ترقی جوامع استفاده کرد. شاخصی که از رویکرد اجتماعی کیفیت زندگی حاصل می‌شود می‌تواند به ابزاری مهم در دست برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران برای شناخت و سنجش وضعیت موجود، ارزیابی اثرات سیاست‌های پیشین و جهت‌گیری‌های جدید برای سیاست‌گذاری‌های آینده بدل شود. با این وجود روند کلی مطالعات کیفیت زندگی در ایران به لحاظ تعداد و محتوا در سال‌های اخیر تغییرات عمده‌ای را گذرانیده است. به لحاظ تعداد همانگونه که گفته شد همانند سیر مطالعات جهانی، در ایران نیز در سال‌های اخیر بر میزان مطالعات انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی افزوده شده و به طور کلی سیر مطالعاتی آن در ایران به صورت صعودی می‌باشد و بر همین اساس انتظار می‌رود که همانند سیر جهانی آن در سال‌های آتی با توجه به ضرورت موضوع بر تعداد مطالعات کیفیت زندگی افزوده شود. به لحاظ شدت مطالعات در قیاس با کشورهای توسعه‌یافته سیر صعودی مطالعات این سازه در ایران کند می‌باشد. از بُعد محتوایی مطالعات کیفیت زندگی در ایران باید گفت که با افزوده شدن حوزه‌های مطالعاتی جدید مانند علوم اجتماعی، روانشناسی، اقتصاد و مدیریت و سایر حوزه‌های تحقیقاتی، مطالعه کیفیت زندگی از تسلط حوزه پزشکی خارج شده و محتوای مطالعات تغییرات گسترده‌ای یافته است. در مطالعات جدید، سازه کیفیت زندگی با شاخص‌های بیشتری مورد ارزیابی قرار می‌گیرد به گونه‌ای که ابعاد عینی و ذهنی این سازه را در بر گرفته و از سوی دیگر مطالعه این سازه به سمت رویکرد اجتماعی نزدیکتر شده است. به عبارت دیگر به لحاظ محتوایی، مطالعات جدید در قیاس با مطالعات گذشته از رهیافت تک بُعدی مطالعه کیفیت زندگی به رهیافت ترکیبی مشتمل بر چند بُعد در مطالعات کیفیت زندگی در حال گذار هستند. رویکرد اجتماعی کیفیت زندگی یکی از رهیافت‌های چند بُعدی در مطالعات این سازه می‌باشد. مطالعاتی که در سال‌های اخیر در زمینه کیفیت زندگی در ایران با این رهیافت یا نزدیک به آن انجام گرفته نشان دهنده تغییرات گسترده محتوایی در مطالعات کیفیت زندگی می‌باشد. لذا در مطالعات جدید کیفیت زندگی در ایران می‌توان کاهش نگاه تقلیل‌گرایانه در مطالعات این سازه را بیش از پیش مشاهده نمود و تمایل به سمت رویکرد ترکیبی را به عنوان رویکرد جایگزین در بخش نظری و تجربی مطالعات انجام شده در ایران را از ویژگی تغییرات محتوایی مطالعات داخلی کیفیت زندگی دانست. رویکرد ترکیبی کیفیت زندگی باعث شده که به این سازه از ابعاد ذهنی و عینی و همچنین با مولفه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی توجه شود. اگرچه تعداد این

مطالعات در حال حاضر نسبت به کل مطالعات داخلی اندک است ولی توجه به کیفیت زندگی از این رویکرد در سال‌های اخیر بیانگر روند رو به رشد آن در سال‌های آتی می‌باشد. رویکرد ترکیبی کیفیت زندگی باعث شده که جامعه آماری مورد مطالعه نیز متنوع شود و گروه‌های مختلف جامعه در جهت سنجش دقیق کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گیرند. لذا انتظار می‌رود که در آینده با تغییر محتوایی و همچنین افزایش تعداد مطالعات کیفیت زندگی دیدگاه جامع‌تری نسبت به این سازه به عنوان شاخص توسعه به وجود آید و به تبع آن برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری دقیق‌تر و جامع‌تری برای ارتقای کیفیت زندگی جامعه ارائه شود.

## منابع

- دوورژه، موریس (۱۳۶۶)، *روش‌های علوم اجتماعی*، ترجمه خسرو اسدی، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- رستمی، آرین و صالحی، مسعود (۱۳۷۸)، *کیفیت زندگی و مفهوم آن*، سمینار کیفیت زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس.
- رضوانی، محمدرضا و منصوریان، حسین (۱۳۸۷)، «سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، *فصلنامه روستا و توسعه*، شماره ۳: ۱-۲۶.
- شیخاوندی، فرزانه (۱۳۸۸)، *بررسی تاثیر مولفه‌های توسعه پایدار بر روی پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار: مطالعه موردی، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان تبریز*، پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- عنبری، موسی (۱۳۸۹)، «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، *فصلنامه توسعه روستایی*، شماره ۲: ۱۸۱-۱۴۹.
- غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر شیرازه.
- نازنجات، سحر (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن»، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره ۴، شماره ۲: ۵۷-۶۲.
- Bohnke, P (2007), "Does Society Matter? Life Satisfaction in the Enlarged Europe", *Social indicators research*, No 87: 189-210.

- Chipuer, H.M., et al (2002), "Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: a development perspective", **Social indicators research**, No 61: 79-95.
- Felce, D., and Perry, J (1995), "Quality of Life: Its Definitions and Measurement", **Research in Developmental Disabilities**, No 16: 51-74.
- Ferrans, C (1996), "Development of a conceptual model of quality of life", **Scholarly inquiry for nursing practice: An international journal**, No 10 : 151-158.
- Ferrans, C (1992), "Conceptualization of quality of life in cardiovascular research", **Progress in cardiovascular nursing**, No 7 : 2-6.
- Lee, Y.J (2005), "Subjective quality of life measurement in Taipei", **Building and Environment**, No 43: 1205-1215.
- Lynda, L., Diana, E (2005, "A concept of quality of life", **Journal of Orthopedic nursing**, No 9: 12-18.
- Massam, H. B (2002), "Quality of Life: Public Planning and Private Living", **Progress in Planning**, No 58 : 141-227.
- Moons, ph., et al (2005), "Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches", **International journal of nursing studies**, No 43 : 891-901.
- Phillips, D (2006), **Quality of Life: Concept, Policy and Practice**. London: Rutledge Publications.
- Schalock, R.L (2004), "The concept of quality of life: what we know and do not know", **Journal of intellectual disability research**, No 43 : 121-139.
- Schalock, R.L (1999), "Three decades of quality of life", **Focus on Autism and other development disabilities**, No 15: 116-127.
- Schuessler, K.F., Fisher, G.A (1985), "Quality of life research and sociology", **Annual review of sociology**, No 11: 129-149.
- Sirgy, M. J (2006), "The Quality of Life Research Movement: Past, Present and Future", **Social Indicators Research**, No 76 : 343-466.
- WHO QoL Group (1993), **Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument**, Geneva: World Health Organization.
- Wood, D.S (1999), "Assessing quality of life in clinical research from where have we come and where are we going" ,**Journal of clinical epidemiology**, No 52: 355-363.