

Quality of Leisure Time in Women Resident in Marginal Neighborhoods and its Relation with Health Related Quality of Life

Seyyed Ramin Ghasemi¹,
Nader Rjabi Gilan²,
Soheyla Reshadat³,
Fateh Tavangar⁴,
Shahram Saedi⁵,
Moslem Soofi⁶

¹ MSc in Social Welfare, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² MSc in Social Research, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

³ Associate professor, Center of Excellence for Community Oriented Medicine Education, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

⁴ MSc in Social Development and Welfare Planning, Department of Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵ MSc in Urban Geography, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁶ MSc in Health Economics, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received August 2, 2014; Accepted December 22, 2014)

Abstract

Background and purpose: Quality of spending leisure time reflects individuals' life style and closely affects their health status. This study investigated the quality of spending leisure time in women resident in marginal neighborhoods and its relation with Health related quality of life (HRQOL).

Materials and methods: In this cross-sectional study, 576 women, resident in marginal neighborhoods in Kermanshah, were selected using multistage sampling. The information was collected by completing demographic checklist, WHOQOL-BREF and a researcher-made questionnaire on Quality of spending leisure time. Data was analyzed by SPSS-18, using Pearson correlation, Independent t, ANNOVA and Multistage linear regression tests.

Results: The mean age of respondents was 32.5±12.9 and almost 23% were not satisfied with the quality of their leisure time. The domains of face to face relations (mean score= 61.7) and educational classes (mean score= 2.4) had the highest and lowest mean scores in quality of spending leisure times. The mean score of total HRQOL was 52.9. The results of regression test showed that only three domains of leisure times (pastime activities, face to face relations and physical exercise activities) remained in the model. This explained 19.6% changes in HRQOL variance.

Conclusion: Quality of spending leisure time is an important factor in explaining HRQOL in women resident in marginal neighborhoods. Recreation and sports activities play an important role in enhancing their quality of leisure time. Therefore, providing facilities at community level could be of great benefit in achieving this plan.

Keywords: Health-related quality of life, Leisure times, Marginal neighborhoods, Women

کیفیت گذران اوقات فراغت در زنان حاشیه‌نشین و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

سید رامین قاسمی^۱نادر رجبی گیلان^۲سهیلا رشادت^۳فاتح توانگر^۴شهرام سعیدی^۵مسلم صوفی^۶

چکیده

سابقه و هدف: چگونگی گذران اوقات فراغت بازتابی از سبک زندگی افراد بوده و با سلامت آنان مرتبط است. این مطالعه به بررسی حیطه‌های مختلف گذران اوقات فراغت در زنان حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی، ۵۷۴ نفر از زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق شامل چک‌لیست دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی -WHOQOL-BREF و پرسشنامه محقق‌ساخته نحوه گذران اوقات فراغت بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.18 و با کمک آزمون‌های همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندمتغیره، تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان $32/5 \pm 12/9$ سال بود و حدود ۲۳ درصد آنان از نحوه گذران اوقات فراغت خود اصلاً رضایت نداشتند. از میان حیطه‌های اوقات فراغت، بیشترین و کمترین نمره مربوط به حیطه‌های ارتباطات حضوری ($61/7 \pm 19/4$) و کلاس‌های آموزشی ($2/4 \pm 6/9$) بود. میانگین نمره کیفیت زندگی کلی پاسخگویان نیز برابر ۵۲/۹ بود. آزمون رگرسیون نشان داد، تنها سه بُعد فعالیت‌های تفریحی، ارتباطات حضوری و فعالیت‌های ورزشی در مدل باقی ماندند که این سه حیطه، ۱۹/۶ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین را تبیین کرده‌اند.

استنتاج: کیفیت گذران اوقات فراغت عاملی مؤثر در تبیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان حاشیه‌نشین است. نظر به اهمیت فعالیت‌های تفریحی و ورزشی در این رابطه، توجه به تفریحات سالم و پرداختن به فعالیت‌های ورزشی از سوی زنان و فراهم‌آوری زمینه این فعالیت‌ها در سطح جامعه برای آنان، می‌تواند راهکاری مؤثر برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این گروه از افراد باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اوقات فراغت، زنان، محلات حاشیه‌نشین.

مقدمه

محیط زندگی یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت انسان و از نشانگرهای مهم عدالت در سلامت است (۱). نامگذاری سال ۲۰۱۰ به نام شهرنشینی و سلامت از سوی سازمان بهداشت جهانی، بیانگر اهمیت

مؤلف مسئول: نادر رجبی گیلان - کرمانشاه - شهرک مسکن، بلوار گل‌ها، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت
Email: rajabi_nader@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

۲. کارشناس ارشد مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

۳. دانشیار، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

۴. کارشناس ارشد دپارتمان رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

۶. کارشناس ارشد مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۷/۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۰/۱

بالای این موضوع است. هرچند شهرنشینی فرصت‌هایی را برای بهبود سلامت فراهم می‌کند (۲)، اما به نظر جرج زیمل، شهر همچنین می‌تواند محرک‌های عصبی را تشدید کرده (۳) و بر سلامت تأثیر منفی بگذارد. روند شتابان شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه، همچون ایران، مسائل متعددی مانند «حاشیه‌نشینی» را در پی داشته که عدالت در دسترسی به این فرصت‌های بهبود سلامت را کاهش داده و بر مخاطرات آن برای سلامت افزوده است.

ساکنان محلات حاشیه‌نشین، اکثراً به دلیل عدم برخورداری از سرمایه و مهارت فنی و حرفه‌ای، درگیر فعالیت‌های غیرمولد بوده و بنابراین با وجود سکونت در محدوده اقتصادی شهر، به روند اقتصادی و حتی اجتماعی آن جذب نشده‌اند (۴). بافت این محلات شامل ساختمان‌های کوچک و متراکم، معابر غیرمهندسی و غالباً آسفالت نشده و به لحاظ شاخص‌های بهداشتی در سطح نامناسبی بوده و دچار کمبود فضاهای مفید شهری نظیر پارک، سالن ورزشی، کتابخانه و مراکزی از این دست هستند. یکی از پیامدهای چنین وضعیتی، عدم توانایی این محلات برای ارائه محیط و خدمات مناسب برای غنی‌سازی اوقات فراغت افراد است.

اوقات فراغت زمانی است که در آن افراد، به دلخواه، فعالیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که حالت تفریح و استراحت داشته و از انجام آن لذت و شادی نصیبشان شده و همچنین در این حالت‌ها، افراد به آرامش روحی، برطرف کردن خستگی ناشی از کار و احتمالاً رشد و کمال شخصیت خویش نائل می‌شوند (۵). نحوه گذران اوقات فراغت بازتابی از سبک زندگی افراد بوده (۶) و از این رو بر سلامت افراد مؤثر است (۷، ۸). به‌طور ویژه، پژوهش‌ها بیانگر ارتباط فعالیت‌های فیزیکی در اوقات فراغت با سلامت بوده‌اند (۹، ۱۰، ۱۱)؛ چنین

ارتباطی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز مشاهده شده است (۱۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در سال‌های اخیر، به عنوان شاخصی واجد اهمیت روزافزون برای سنجش پیامد مراقبت‌های سلامت مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). کسب اطلاعات در خصوص وضعیت کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جمعیتی، می‌تواند به‌عنوان اطلاعات پایه‌ای در نظر گرفته شده و در ارزیابی مداخلات مختلف در حوزه بهداشت و سلامت مورد توجه قرار گیرد (۱۴). مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی، در زمینه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و دل‌مشغولی‌هایشان است (۱۲).

اهمیت روزافزون کیفیت زندگی، به‌خصوص در جمعیت زنان به‌عنوان یکی از گروه‌های در معرض خطر جامعه، باعث شده پژوهش‌های متعددی در این زمینه به انجام برسد که نتایج برخی پژوهش‌ها بیانگر سطح پایین‌تر کیفیت زندگی زنان در مقایسه با مردان بوده است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). از سوی دیگر، رابطه بین چگونگی گذران اوقات فراغت با کیفیت زندگی در پژوهش‌های داخلی مغفول واقع شده و مطالعات خارجی نیز بیشتر به رابطه فعالیت‌های فیزیکی اوقات فراغت با کیفیت زندگی پرداخته‌اند (۹، ۱۰، ۱۱). از این رو با توجه به کمبود پژوهش در زمینه سلامت زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین و همچنین در نظر گرفتن ابعاد مختلف اوقات فراغت و بررسی نسبتاً جامع آن با توجه به ویژگی‌های بومی گروه هدف، اجرای این پژوهش ضرورت می‌یابد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت گذران اوقات فراغت و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه به انجام رسید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی است که بین زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ صورت پذیرفت. با توجه به جمعیت ۱۵۰ هزار نفری زنان ساکن در این محلات، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر ۳۸۴ نفر محاسبه شد که با ضرب آن در ضریب تأثیر (Design effect) ۱/۵، تعداد ۵۷۴ نفر به‌عنوان نمونه نهایی تعیین شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای، افراد مورد نظر انتخاب شدند. بر این اساس از بین ۱۳ محله شهر کرمانشاه که در مطالعه مؤسسه تدبیر شهر برای اداره مسکن و شهرسازی کرمانشاه به‌عنوان محلات حاشیه‌نشین شناخته شده (۱۹)، شش محله (جعفرآباد، شاطرآباد، دولت‌آباد، صادقیه، باغ ابریشم و حکمت‌آباد) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. تعریف حاشیه‌نشینی در این تحقیق ناظر بر محلاتی است که با شاخص‌هایی نظیر تراکم جمعیت بالا، فقر در ابعاد کالبدی، فرهنگی و اجتماعی و محلات پست و غیرپاکیزه شهر شناخته می‌شود. سپس به تناسب جمعیت زنان در هر محله، تعداد نمونه مربوط به هر یک از محلات منتخب مشخص شد. در مرحله بعد، برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد. بدین صورت که در هر یک از محلات، از شمال شرقی هر محله، شروع کرده و اولین منزل و سپس با فواصل مساوی ده موردی، منزل ۱۱، ۲۱، ۳۱ و الی آخر انتخاب شده و یکی از زنان یا دختران ساکن آن خانه به‌عنوان نمونه انتخاب شد. برای انتخاب نمونه در هر منزلی که به آن مراجعه می‌شد، در صورتی که فقط یک خانم ساکن آن خانه بود، همان فرد مورد پرسش قرار می‌گرفت؛ اما اگر دو خانم یا بیشتر در یک منزل سکونت داشتند، اسامی خانم‌های بالای ۱۵ سال را پرسیده و با اختصاص یک شماره به هر کدام، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، یک نفر انتخاب می‌شد. در

صورتی که آن فرد در منزل حضور نداشت، پرسشگر با پرسش در خصوص زمان دقیق حضور فرد در خانه، روز بعد به آنجا مراجعه می‌کرد. به دلیل اینکه درک پرسشنامه‌ها برای کودکان تا حدودی مشکل است، صرفاً افراد ۱۵ سال به بالا وارد مطالعه شدند. به پرسشگران آموزش داده شد تا برای افراد بی‌سواد یا کم‌سواد، فرم‌ها را به‌صورت مصاحبه تکمیل کنند. برای رعایت مسائل اخلاقی، پرسشگران، اهداف پژوهش را برای هر یک از پاسخگویان توضیح داده و رضایت آگاهانه آن‌ها را برای مشارکت در مطالعه کسب می‌کردند.

پرسشنامه‌های بکار رفته در این پژوهش، پرسشنامه محقق‌ساخته سنجش نحوه گذران اوقات فراغت، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و چک‌لیست سؤالات دموگرافیک و زمینه‌ای بود. این چک‌لیست شامل سؤالاتی در مورد سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد افراد خانوار، وضعیت بیماری و میزان رضایت از اوقات فراغت بود. برای سنجش وضعیت بیماری افراد از آن‌ها سؤال شد که آیا در زمان پژوهش به بیماری حاد یا مزمن مبتلا هستند یا خیر؟ و پاسخ آن‌ها مبنای کار قرار گرفت. متغیر رضایت از اوقات فراغت نیز با سؤال (تا چه اندازه از نحوه گذراندن اوقات فراغت خود رضایت دارید؟) مورد سنجش قرار گرفت. پاسخ به این سؤال در طیفی شش حالتی از «اصلاً راضی نیستم» تا «رضایت خیلی زیاد» قرار داشت.

برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. این پرسشنامه در ایران روا و پایا شده (۲۰، ۲۱) و ۲۶ سؤال دارد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه می‌سنجد. در این پژوهش نمره کلی کیفیت زندگی مورد محاسبه قرار گرفته است. سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به‌طور معکوس

جدول ۱: وضعیت حیطه‌های چگونگی گذران اوقات فراغت بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک در پاسخگویان

حیطه‌های گذران اوقات فراغت									کل نمونه	تعداد (درصد)
کلاسهای آموزشی	ارتباطات حضوری	فعالیت مذهبی	فعالیت ورزشی	فعالیت بدون برنامه	فعالیت هنری	مطالعه	فعالیت تفریحی	فعالیت		
Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
۲/۴±۶/۹	۶۱/۷±۱۹/۴	۲۶/۸±۱۸/۱	۱۳/۹±۱۵/۰	۴۹/۶±۱۹/۳	۵/۲±۱۱/۵	۱۸/۵±۱۹/۹	۳۲/۱±۱۴/۷	۵۷۴ (۱۰۰٪)		
۱/۵±۵/۹	۵۶/۵±۱۸/۱	۲۴/۷±۱۸/۱	۹/۶±۱۲/۷	۵۰/۹±۱۶/۹	۲/۶±۸/۹	۹/۱±۱۴/۸	۲۴/۴±۱۳/۱	۱۱۳ (۱۹/۷٪)	بیمار	وضعیت بیماری
۲/۸±۷/۳	۶۳/۷±۱۹/۵	۲۷/۶±۱۸/۰	۱۵/۷±۱۵/۵	۴۹/۰±۲۰/۲	۶/۲±۱۲/۲	۲۲/۲±۲۰/۵	۳۵/۱±۱۴/۲	۴۶۱ (۸۰/۳٪)	سالم	
۰/۰۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-	p.value	
۲/۰±۶/۹	۶۲/۱±۱۸/۲	۲۶/۷±۱۸/۰	۱۲/۸±۱۴/۸	۵۱/۴±۱۹/۸	۴/۱±۱۰/۹	۱۳/۹±۱۷/۶	۳۱/۰±۱۴/۴	۳۸۱ (۶۶/۴٪)	متاهل	وضعیت طاق
۱/۴±۵/۱	۵۳/۹±۲۱/۷	۲۴/۴±۲۰/۳	۱۰/۸±۱۱/۶	۵۱/۵±۱۶/۸	۲/۸±۸/۵	۱۰/۱±۱۷/۲	۲۱/۱±۱۲/۶	۳۸ (۶/۶٪)	بیوه	
۶/۱±۷/۹	۴۹/۴±۱۶/۵	۲۸/۰±۱۱/۱	۱۵/۶±۰/۳	۴۳/۳±۱۸/۷	۴/۲±۶/۳	۳۳/۲±۲/۰	۳۴/۴±۰/۷	۱۴ (۲/۴٪)	مطلقه	
۳/۷±۷/۴	۶۳/۷±۲۱/۲	۲۷/۷±۱۷/۳	۱۷/۸±۱۵/۳	۴۴/۷±۱۷/۹	۸/۹±۱۳/۱	۳۱/۶±۱۹/۹	۳۷/۶±۱۴/۱	۱۴۱ (۲۴/۶٪)	مجرد	p.value
۰/۰۳۵	۰/۰۰۳	۰/۷۷۶	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-		
۰/۳±۱/۷	۵۴/۹±۱۸/۹	۲۴/۱±۱۹/۱	۷/۲±۱۱/۰	۵۲/۱±۱۶/۷	۱/۱±۵/۱	۰±۰	۱۹/۴±۱۲/۲	۹۸ (۱۷/۱٪)	بی‌سواد	تحصیلات
۱/۸±۵/۳	۶۰/۹±۱۸/۲	۲۷/۹±۲۰/۶	۱۰/۰±۱۱/۷	۵۱/۹±۲۰/۲	۲/۳±۶/۸	۱۱/۸±۱۶/۳	۲۹/۳±۱۲/۲	۱۳۵ (۲۳/۵٪)	ابتدایی	
۲/۸±۷/۳	۶۲/۳±۱۹/۵	۲۸/۱±۱۷/۴	۱۷/۵±۱۶/۰	۵۰/۳±۱۸/۹	۷/۴±۱۴/۷	۲۱/۹±۱۹/۷	۳۵/۸±۱۴/۸	۱۵۵ (۲۷٪)	زیردیپلم	
۳/۶±۸/۷	۶۳/۸±۱۹/۷	۲۵/۱±۱۵/۸	۱۳/۹±۱۴/۵	۴۶/۰±۲۰/۳	۷/۰±۱۱/۳	۲۶/۵±۱۹/۲	۳۶/۳±۱۲/۱	۱۲۷ (۲۲/۱٪)	دیپلم	
۴/۶±۹/۶	۶۸/۹±۱۸/۳	۲۹/۲±۱۶/۵	۲۵/۳±۱۷/۴	۴۵/۷±۱۸/۸	۸/۸±۱۵/۱	۳۶/۳±۱۸/۶	۴۰/۰±۱۴/۵	۵۷ (۹/۹٪)	دانشگاهی	
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-	p.value	
۲/۱±۶/۷	۶۰/۸±۱۹/۰	۲۶/۲±۱۷/۹	۱۲/۹±۱۴/۷	۵۰/۷±۱۹/۴	۴/۴±۱۰/۹	۱۶/۲±۱۹/۰	۳۱/۲±۱۴/۵	۴۴۴ (۸۴/۳٪)	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
۳/۹±۵/۸	۷۱/۴±۱۹/۴	۳۰/۵±۱۸/۲	۲۲/۳±۱۷/۲	۴۸/۷±۱۷/۸	۱۲/۰±۱۵/۷	۳۵/۲±۲۰/۵	۴۲/۰±۱۴/۳	۴۳ (۷/۵٪)	در حال	
۴/۵±۷/۱	۶۵/۵±۱۹/۳	۲۷/۹±۱۷/۱	۱۷/۵±۱۲/۹	۳۹/۹±۱۷/۱	۳/۹±۷/۹	۲۶/۲±۲۰/۱	۳۰/۹±۱۳/۴	۲۸ (۴/۹٪)	تحصیل	
۰/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-	شاغل	
									p.value	

*-باتوجه به عدم پاسخگویی برخی از شرکت کنندگان در پژوهش، حجم نمونه معتبر در مورد متغیرهای "تحصیلات" و "وضعیت اشتغال" به ترتیب برابر (۵۷۲ و ۵۵۵) بوده است.

کلاس‌های آموزشی (۶ سؤال) است. سؤالات در طیفی ۵ حالتی شامل (همه روزه (نمره ۱۰۰)، چند روز در هفته (نمره ۷۵)، چند روز در ماه (نمره ۵۰)، به ندرت (نمره ۲۵)، اصلاً (نمره صفر) پاسخ داده شده و هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ می‌گیرد. نمره صفر به معنای عدم اشتغال به فعالیت مورد سؤال و نمره ۱۰۰ به منزله بیشترین اشتغال به آن است. هر حیطه یک نمره کلی دارد و نمره هر حیطه نیز از صفر تا ۱۰۰ محاسبه می‌شود. روایی صوری و محتوای ابزار به تأیید کارشناسان (رفاه اجتماعی، پژوهشگری اجتماعی، بهداشت عمومی و پزشکی) رسید. تحلیل عاملی پرسشنامه اوقات فراغت از طریق آزمون‌های آماری نشان داد، این ابزار دارای اعتبار مناسب است. پایایی ابزار نیز با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.18 و با کمک آمار توصیفی، جداول فراوانی و آزمون همبستگی پیرسون، تی مستقل،

نمره‌دهی می‌شوند. نمره کیفیت زندگی با توجه به دستورالعمل استاندارد نمره‌دهی سازمان جهانی بهداشت (۲۲) از صفر تا ۱۰۰ محاسبه شد. امتیاز بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. همچنین پرسشنامه محقق ساخته و ۴۵ سؤالی «نحوه گذران اوقات فراغت»، برای سنجش وضعیت اوقات فراغت نمونه‌های پژوهش استفاده شد. در تدوین این پرسشنامه از پژوهش سازمان ملی جوانان در خصوص اوقات فراغت و سبک زندگی جوانان نیز ایده گرفته شد (۶). سؤالات با دقت فراوان و متناسب با شرایط زنان طراحی و روایی صوری آن مطابق نظر کارشناسان و پس از طی مراحل متعدد تدوین شد. این پرسشنامه دارای هشت حیطه، شامل: تفریحی (۱۴ سؤال)، مطالعه (۳ سؤال)، فعالیت هنری (۳ سؤال)، فعالیت‌های بدون برنامه (۵ سؤال)، فعالیت ورزشی (۵ سؤال)، فعالیت‌های مذهبی (۶ سؤال)، ارتباطات حضوری (۳ سؤال) و

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با حیطه‌های اوقات فراغت

سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	کیفیت زندگی کلی	
۰/۲۷۷ ^{**}	۰/۲۲۶ ^{**}	۰/۳۱۱ ^{**}	۰/۳۳۹ ^{**}	۰/۳۵۹ ^{**}	فعالیت‌های تفریحی
۰/۱۲۰ ^{**}	۰/۱۳۱ ^{**}	۰/۲۴۸ ^{**}	۰/۲۳۸ ^{**}	۰/۲۳۲ ^{**}	مطالعه
۰/۱۲۰ ^{**}	۰/۰۶۱	۰/۱۳۰ ^{**}	۰/۰۸۶ [*]	۰/۱۲۳ ^{**}	فعالیت هنری
۰/۰۰۶	۰/۰۱۵ [*]	۰/۰۱۹	۰/۰۴۹	۰/۰۵۷	فعالیت‌های بدون برنامه
۰/۲۶۶ ^{**}	۰/۱۷۱ ^{**}	۰/۲۴۵ ^{**}	۰/۲۳۵ ^{**}	۰/۲۸۴ ^{**}	فعالیت‌های ورزشی
۰/۱۲۶ ^{**}	۰/۱۲۸ ^{**}	۰/۱۸۱ ^{**}	۰/۱۱۹ ^{**}	۰/۱۷۴ ^{**}	فعالیت‌های مذهبی
۰/۲۸۱ ^{**}	۰/۲۷۶ ^{**}	۰/۳۱۳ ^{**}	۰/۲۴۷ ^{**}	۰/۳۴۹ ^{**}	ارتباطات حضوری
۰/۱۰۱ [*]	۰/۱۲۲ ^{**}	۰/۱۶۲ ^{**}	۰/۰۸۱	۰/۱۴۷ ^{**}	کلاسهای آموزشی

**P<۰,۰۰۱ *P<۰,۰۵

به «مخالفت خانواده یا اطرافیان» و ۳ درصد به «حساسیت‌های اجتماعی و فرهنگی» اشاره کرده‌اند. در این میان، ۲۷/۷ درصد پاسخگویان بیش از یک گزینه از بین موارد فوق را مورد اشاره قرار داده‌اند.

از نظر وضعیت سلامت، ۱۹/۷ درصد پاسخگویان در هنگام تکمیل پرسشنامه، حداقل یک بیماری مزمن یا حاد داشتند و اکثریت آنان (۸۴/۳ درصد) خانه‌دار بودند. در خصوص نمرات پاسخگویان در هر یک از حیطه‌های گذران اوقات فراغت، حیطه ارتباطات حضوری با میانگین ۶۱/۷، بیشترین و کلاس‌های آموزشی با میانگین ۲/۴، کمترین نمره را به دست آورده بودند. همچنین میانگین نمره پاسخگویان در حیطه‌های تفریحی، مطالعه، هنری، بدون برنامه، ورزشی و مذهبی، از صد نمره، به ترتیب برابر، ۳۲/۱، ۱۸/۵، ۵/۲، ۴۹/۶، ۱۳/۹، ۲۶/۸ بوده است (جدول شماره ۱).

همچنین در خصوص رابطه بین متغیر ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری با حیطه‌های چگونگی گذران اوقات فراغت، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، بجز حیطه فعالیت‌های بدون برنامه و مذهبی، در سایر حیطه‌ها تفاوت معناداری بین افراد سالم و بیمار مشاهده می‌شود و افراد سالم از میانگین نمره بالاتری برخوردارند (جدول شماره ۱).

در خصوص ارتباط بین وضعیت تأهل با حیطه‌های چگونگی گذران اوقات فراغت، بجز حیطه مذهبی، در سایر حیطه‌ها تفاوت معناداری بین افراد از این لحاظ

آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این پژوهش، ۵۷۴ نفر از زنان ساکن در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه با میانگین سنی $۱۲/۹ \pm ۳۲/۵$ سال و دامنه سنی ۱۵ تا ۸۱ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۷ درصد پاسخگویان تا سطح راهنمایی و دبیرستان تحصیل کرده بودند. همچنین اکثریت پاسخگویان متأهل بوده (۶۶/۴ درصد) و پس از آن افراد مجرد (۲۴/۶ درصد) را شامل شده‌اند (جدول ۱).

در خصوص میزان رضایت پاسخگویان از چگونگی گذران اوقات فراغت خود، ۲۲/۸ درصد افراد اصلاً رضایت نداشتند، ۲۰/۱ درصد رضایت خیلی کم، ۱۳ درصد رضایت کم، ۳۵/۴ درصد رضایت متوسط، ۶/۱ درصد رضایت زیاد و ۲/۶ درصد رضایت خیلی زیاد داشتند. اکثریت پاسخگویان، اوقات فراغت خود را با افراد خانواده (۵۸/۵ درصد) و پس از آن به تنهایی (۱۲/۲ درصد) و با همسایگان (۱۰/۵ درصد) می‌گذرانند.

در پاسخ به این سؤال که چه موانعی باعث می‌شود، شما نتوانید فعالیت‌های مورد علاقه خود را در اوقات فراغت انجام دهید؛ ۳۶ درصد به «نداشتن امکانات مالی»، ۱۴/۱ درصد به «در دسترس نبودن امکانات در محل زندگی»، ۹/۹ درصد به «نداشتن وقت»، ۵/۱ درصد

جدول ۳: ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون درباره حیطه‌های تأثیرگذار کیفیت گذران اوقات فراغت بر کیفیت زندگی

متغیرهای مستقل	آماره b	آماره Beta	S.E	t	Adjusted R Square	p.value
مقدار ثابت	۳۳/۵۷	-	۱/۸۷	۱۷/۹۲		<۰/۰۰۱
فعالیت‌های تفریحی	۰/۲۱۱	۰/۲۲۰	۰/۰۴۲	۵/۰۸	۰/۱۹۶	<۰/۰۰۱
ارتباطات حضوری	۰/۱۷۷	۰/۲۴۳	۰/۰۲۹	۶/۰۶		<۰/۰۰۱
فعالیت‌های ورزشی	۰/۱۱۹	۰/۱۲۷	۰/۰۳۹	۳/۰۲		۰/۰۰۳

R= 0.447 R²= 0.200

سپس ارتباطات حضوری (۳۴۹/۰ = t) است (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره نشان داد که پس از وارد کردن تمامی حیطه‌های اوقات فراغت در تحلیل، تنها سه بعد فعالیت‌های تفریحی، ارتباط اجتماعی و فعالیت‌های ورزشی در مدل باقی ماندند. ضریب تعیین تعدیل شده در این مدل برابر ۰/۱۹۶ بود و این بدین معنا است که سه حیطه اوقات فراغت باقی مانده در مدل، ۱۹/۶ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین را تبیین می‌کنند. در این میان بیشترین میزان تأثیر را ارتباطات حضوری با بتای استاندارد ۰/۲۴۳ و پس از آن فعالیت‌های تفریحی با بتای ۰/۲۲۰ داشته است (جدول شماره ۳).

بحث

در این پژوهش که در بین زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه به انجام رسید ابعاد مختلف گذران اوقات فراغت و رابطه آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه هدف مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی پاسخگویان ۵۲/۹ بود که بیانگر سطح نسبتاً پایین کیفیت زندگی در این گروه از زنان است که حتی از میانگین نمرات کیفیت زندگی مشاهده شده در زنان روستایی در مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) نیز پایین‌تر بود (۱۴). همچنین در مقایسه با میانگین نمره کیفیت زندگی زنان معلم در مطالعه رجبی و همکاران (۶۳/۴)، این تفاوت

وجود دارد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد، در حیطه فعالیت تفریحی، زنان بیوه به‌طور معناداری نمره کمتری از دیگر گروه‌ها کسب کرده بودند. در حیطه مطالعه، زنان مطلقه و مجرد به‌طور معناداری نمره بیشتری نسبت به زنان متأهل و بیوه داشته‌اند و اشتغال آن‌ها به این فعالیت بیشتر بوده است. در حیطه فعالیت‌های هنری، دختران مجرد به‌طور معناداری نسبت به زنان متأهل و بیوه اشتغال بیشتری به این فعالیت‌ها داشته‌اند. همچنین اشتغال زنان متأهل به فعالیت‌های بدون برنامه به‌طور معناداری بیش از مجردها بوده است. در حیطه فعالیت‌های ورزشی، دختران مجرد فعالیتی بیش از زنان بیوه و متأهل داشته‌اند. در حیطه ارتباطات حضوری نیز مجردها نمره بیشتری از زنان مطلقه و بیوه کسب کرده‌اند. در نهایت در حیطه کلاس‌های آموزشی، زنان مطلقه به‌طور معناداری نمره بیشتری نسبت به زنان متأهل و بیوه داشتند. همچنین رابطه بین حیطه‌های چگونگی گذران اوقات فراغت با سطح تحصیلات، بجز حیطه مذهبی و با وضعیت اشتغال، به‌جز حیطه مذهبی و کلاسهای آموزشی با سایر حیطه‌ها معنادار بوده است (جدول شماره ۱)

میانگین نمره کیفیت زندگی کلی پاسخگویان برابر ۱۴/۱ ± ۵۲/۹ بود. همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود، بین کیفیت زندگی کلی پاسخگویان و کلیه حیطه‌های اوقات فراغت همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (p < ۰/۰۰۱). بیشترین سطح همبستگی مشاهده شده با حیطه تفریحی (۳۵۹/۰ = r) و

داشتند. همچنین نتایج آزمون رگرسیون در خصوص ارتباط بین متغیرهای اصلی پژوهش نشان داد، پس از وارد کردن تمامی حیطه‌های اوقات فراغت در تحلیل، تنها سه بعد فعالیت‌های تفریحی، ارتباطات حضوری و فعالیت‌های ورزشی در مدل باقی ماندند که ۱۹/۶ درصد از تغییرات کیفیت زندگی کلی زنان حاشیه‌نشین را تبیین کردند. ارتباطات حضوری یکی از متغیرهای مهم در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گروه هدف این پژوهش بود که بیشترین همبستگی مثبت را با حیطه «سلامت روانی» کیفیت زندگی داشته است. چلبی و همکاران (۱۳۸۳) در تحقیقی، در خصوص انزوای اجتماعی، دریافتند، با افزایش روابط اجتماعی، یأس اجتماعی، احساس عجز و ناتوانی و احساس تنهایی کاهش می‌یابد و در مقابل تحمل اجتماعی افزایش می‌یابد که با نتایج تحقیق ما همسو است (۲۶).

فعالیت‌های تفریحی با مؤلفه‌هایی همچون «رفتن به پارک و مراکز تفریحی»، «رفتن به مسافرت»، «تماشای تلویزیون»، «گوش دادن به موسیقی»، «بازی‌های کامپیوتری» و مواردی از این دست، پس از ارتباطات حضوری، بیشترین تأثیر را در تبیین کیفیت زندگی زنان حاشیه‌نشین داشته است. بنابراین این نکته قابل استنتاج است که با توجه بیشتر به موارد ساده و کم هزینه‌ای همچون موارد ذکر شده برای بهبود و غنای اوقات فراغت، می‌توان در ارتقاء کیفیت زندگی مؤثر واقع شد؛ همچنان که در منشور فراغت که به تصویب هیأت مدیره جهانی فراغت رسیده نیز تأکید شده که تأمین فراغت، همپایه سلامت و آموزش برای کیفیت زندگی اهمیت دارد (۲۸).

فعالیت ورزشی، سومین متغیر مهمی است که در مدل رگرسیونی تبیین کیفیت زندگی باقی مانده است. این متغیر نیز با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشته و به بیانی دیگر، اشتغال به فعالیت

بسیار آشکارتر بود (۲۳). یکی از ویژگی‌های محلات مورد مطالعه در این تحقیق این است که محلات موردنظر، عموماً چهره فقیری داشته و وضعیت اقتصادی اجتماعی ساکنان آن در سطح مطلوبی قرار ندارد. این موضوع می‌تواند یکی از دلایل پایین بودن میانگین نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این گروه از زنان باشد، زیرا مطالعات مختلف حاکی از تأثیر منفی فقر بر سلامت (۲۴) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (۲۵).

در خصوص وضعیت گذران اوقات فراغت پاسخگویان، حیطه ارتباطات حضوری با میانگین ۶۱/۷، بیشترین و کلاس‌های آموزشی با میانگین ۲/۴، کمترین نمره را داشتند. حیطه ارتباطات حضوری شامل معاشرت با گروه‌های مختلف شامل خانواده، دوستان و اقوام بوده و این دسته از فعالیت‌ها بیشترین اهمیت را در اوقات فراغت زنان مورد مطالعه داشته است. در این رابطه چلبی (۱۳۸۳) نیز معتقد است که سطح توسعه اقتصادی اجتماعی منطقه مسکونی بر روی پیوندهای اجتماعی ساکنان تأثیر می‌گذارد؛ این مناطق در مقایسه با مناطق مرفه‌تر، زمینه مناسبی را برای استمرار و حفظ گروه‌های اولیه (خانواده، دوستان و آشنایان) فراهم می‌کند (۲۶)؛ از این رو یکی از علل بالا بودن میانگین ارتباطات حضوری در مناطق حاشیه‌نشین مورد مطالعه در تحقیق حاضر می‌تواند این مسئله باشد. همچنین اکثریت پاسخگویان اعلام کرده بودند، در اوقات فراغت بیشترین زمان را با خانواده خود می‌گذرانند. به‌طور مشابهی ابراهیمی و همکاران نیز در مطالعه خود در جمعیت عمومی، «بودن در کنار خانواده» را از مهم‌ترین الگوهای فراغتی گروه هدف پژوهش خود دانسته بودند (۲۷).

نتایج پژوهش نشان داد، بجز حیطه فعالیت‌های بدون برنامه، مابقی حیطه‌های گذران اوقات فراغت، همبستگی مثبت و معناداری با کیفیت زندگی کلی

ورزشی با سطوح بالای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همراه بوده است. بیز و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مروری سیستماتیک بر روی مطالعات مربوط به رابطه فعالیت فیزیکی و کیفیت زندگی دریافتند که مطالعات مقطعی متعددی، وجود این رابطه را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۹). وولیمین و همکاران (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود دریافتند، انجام فعالیت‌های فیزیکی در حد سطوح توصیه شده، با نمرات بالاتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همراه بود (۱۰).

در این پژوهش نزدیک به نیمی از پاسخگویان از نحوه گذران اوقات فراغت خود رضایت کم و خیلی کم یا عدم رضایت داشتند و تنها ۸/۷ درصد رضایت زیاد و خیلی زیاد داشتند. بنابراین مشاهده می‌شود، همانگونه که نتایج این تحقیق بیانگر عدم غنای کافی و کیفیت پایین اوقات فراغت گروه هدف بوده، خود پاسخگویان نیز از نظر ذهنی و درونی از کیفیت اوقات فراغت خود راضی نبوده‌اند. شاید دلیل این وضعیت، یافته دیگر تحقیق باشد که نشانگر این موضوع است، نیمی از پاسخگویان دو علت «نداشتن امکانات مالی» و «در دسترس نبودن امکانات مناسب در نزدیکی محل زندگی» را دلیل ناتوانی خود از پرداختن به فعالیت‌های مورد علاقه دانسته‌اند. به این معنا که فقر در ابعاد فردی و خانوادگی و محرومیت‌های محیط زندگی آنان، یعنی محلات حاشیه‌نشین، دو عامل مهم در این امر از نظر خود گروه هدف این تحقیق است. خادم‌الحسینی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در مطالعه‌ای بر روی زنان شهر اصفهان دریافتند که درآمد، عاملی مؤثر در استفاده از مجموعه‌های ورزشی در اوقات فراغت است که با نتایج پژوهش حاضر در خصوص نداشتن امکانات مالی به‌عنوان یکی از موانع پرداختن به فعالیت‌های مورد علاقه در اوقات فراغت هم‌سو است (۳۰).

در مجموع نتایج این تحقیق بیانگر غنای پایین کیفیت گذران اوقات فراغت در زنان ساکن محلات حاشیه‌نشین بود. همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این افراد نیز در حد مطلوبی نبود. از سوی دیگر نتیجه اصلی پژوهش نشان داد، کیفیت گذران اوقات فراغت با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارای رابطه بوده و می‌توان با برنامه‌ریزی برای افزایش کیفیت گذران اوقات فراغت، به سطح مطلوب‌تری از کیفیت زندگی دست یافت. هرچند در این مطالعه، با تکیه بر ادبیات پژوهش، وضعیت اوقات فراغت گروه هدف مورد کنکاش قرار گرفت و اطلاعات مفیدی در خصوص هدف اصلی پژوهش به دست آمد، اما پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی با استفاده از روش‌های کیفی، تصویری روشن از فعالیت‌های مختلفی که زنان حاشیه‌نشین در گروه‌های مختلف سنی و تحصیلی در اوقات فراغت خود انجام می‌دهند به دست داده و نقش عوامل فرهنگی نیز در ویژگی‌های گذران اوقات فراغت و ارتباط آن با کیفیت زندگی مورد تأمل قرار گیرد. همچنین بررسی و مقایسه گروه هدف این مطالعه با زنان ساکن محلات غیرحاشیه و مرفه در خصوص متغیرهای پژوهش پیشنهاد می‌شود.

در پایان قابل ذکر است که این پژوهش همانند سایر مطالعات پرسشنامه‌ای، دارای محدودیت‌های خاص این نوع از پژوهش‌ها بوده است. همچنین با توجه به اینکه محققان به دلیل نیاز به پوشش تمام گروه‌ها، نمی‌توانستند افراد بی‌سواد یا کم‌سواد را از مطالعه حذف کنند، ممکن است تکمیل فرم‌ها به‌صورت مصاحبه برای این گروه از افراد، در نتایج مطالعه تأثیرگذار بوده باشد؛ هرچند که با آموزش پرسشگران تلاش شد، تأثیر این موضوع به حداقل برسد.

References

- Motlagh ME., Oliaeimanesh A. Beheshtian M. Health and Social Determinants of it. Tehran: Movafagh Publication; 2008.
- Gong P, Liang S, Carlton EJ, Jiang Q, Wu J, Wang L, et al. Urbanisation and health in China. *Lancet*. 2012;379(3):843-52.
- Fijalkow Y. *Urban Sociology*. 2 ed. Tehran: Agah Publication; 2009.
- Lotfi H, Mirzaei M, Edalatkhah F, Vazirpour S. The crisis of slumminess in metropolises management and global approaches. *Journal of human Geography*. 2010;2(2):135-45.
- Monadi M. Leisure and challenges of globalization than two generations. *Communication and Cultural Studies*. 2007; 3(8): 131-165
- National Youth Organization. Leisure time and youth life style. Tehran: Unit of Study and Research, Socio-cultural Department; 2005.
- Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R. The survey of elders and its relationship with situation of leisure times spending. *Journal of Sbzevar University of Medical Sciences*. 2003;10(4):2-19.(Persian).
- Saeidi M. The relationship between physical activity and looking at TV with cordial risk factors in employed and housekeeper women. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2004;8(4):8-21.(Persian).
- Abu-Omar K., Rütten A. Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med*. 2008;47(3):319-23.
- Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert JM, Hercberg S, et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Prev Med*. 2005;41(2):562-9.
- Jonsdottir IH, Rödger L, Hadzibajramovic E, Börjesson M, Ahlborg G. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Prev Med*. 2010;51(5):373-7.
- Giannouli Panayota, Zervas Ioannis, Armeni Eleni, Koundi Kalliopi, Spyropoulou Areti, Alexandrou Andreas, et al. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas*. 2012;71(2):154-61.
- Saarnia SI, Suvisaaria J, Sintonenb H, Koskinen S, Harkanenc H, Lonnqvist J. The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1288-97.
- Ghasemi SR, Rjabi Gilan N, Reshadat S. The Survey of Health-Related Quality of Life in Kermanshah Rural Women and Some Related Factors. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014; 24(109):186-94.(Persian).
- Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. The Quality of Life among Rural Elderlies; A Cross-sectional Study. *Salmand- Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(20):38-46. (Persian).
- Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36

- health survey. Health and quality of life outcomes. 2003; 1(1):30.
17. Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution, and its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. *Social science & medicine*. 2006; 59(7):1423-33.(Persian).
 18. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam AMD, Kato S, Wakai S, Kurita H. Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Soc Sci Med*. 2006;63(6):1477-88.
 19. Zanganeh AR. Spatial Pattern of Urban Poverty, expansion of knowledge using Geographic Information System (GIS) (Case Study in Kermanshah City (1996-2006) [PhD thesis]. Zanjan: University of Zanjan; 2011.
 20. Shahab Jahanlou A, Alishan Karami N. WHO quality of life-BREF 26 questionnaire: Reliability and validity of the Persian version and compare it with Iranian diabetics quality of life questionnaire in diabetic patients. *Prim care diabetes*. 2011; 5(2):103-7.
 21. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2007; 4(4):1-12.
 22. WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version. In: HEALTH POM, editor. Geneva: World Health Organization; 1996.
 23. Rajabi Gilan N, Ghasemi SR, Reshadat S, Rajabi S. The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers. *The Scientific Journal of Zanjan University Medical Sciences*. 2013;21(88):95-107.
 24. Boyera L, Baumstarcka K, Iordanovaa T, Fernandez J, Jeanb P, Auquieria P. A poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67(3):285-95.
 25. Heidarnia MA, Ghaemian T, Abadi A, Fathian F, Montazeri A. Health-related quality of life and poverty. *Payesh*. 2013;11(4):491-5.
 26. Chalabi M, Amirkafe M. Multilevel analysis of social isolation. *Journal of Iran Sociology*. 2004;5(2):3-31.
 27. Ebrahimi GH, Razaghi N, Moslemi Petrodi R. Leisure times and its affected social factors: case report of 15-65 years old of Jooybar county. *Applied Sociology*. 2011;22(4):71-98.
 28. Rojek C. Leisure time theory (Principals and experiences). Tehran: Shahr Publication; 2009.
 29. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2007;45(6):401-15.
 30. Khadem-al-hoseini A, Shams M, Mireniaiat N. The survey of deterrent obstacles from using urban spaces for spending leisure times in women. *Tourism Space Quarterly*; 2012;1(2):95-105.