

## ***The Survey of Health-Related Quality of Life in Kermanshah Rural Women and Some Related Factors***

Seyed Ramin Ghasemi<sup>1</sup>,

Nader Rjabi Gilan<sup>2</sup>,

Sohyla Reshadat<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc of Social Welfare, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> MSc of Social Research, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Pediatrics, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received August 10, 2013 ; Accepted October 20, 2013)

### ***Abstract***

**Background and purpose:** Nowadays, quality of life (QOL) has become an important issue because of the development of societies and the improvement of living standards. The aim of this study was to survey the Health-related QOL in Kermanshah rural women and some related factors.

**Material and methods:** Our target community was selected among 20-50 years old women from 20 villages of Kermanshah county by multistage cluster sampling (n: 394), and our tool was WHOQOL-BREF questionnaire. The data were analyzed by SPSS software and ANOVA, Independent t-test and Linear Regression test.

**Results:** The mean age of respondents was 32.94±8.98 years. The mean of QOL in Physical, Psychological, Social and Environmental domains was (61.55, 53.22, 60.58, 47.94), respectively. Based on linear regression test, the most effective factors on the four domains of women's QOL were as follows: Physical Health domain (illness status, age, developmental level of the village (DLV), marriage status) ( $R^2=0.236$ ), Psychological Health (illness status, marriage status, educational level, DLV) ( $R^2=0.185$ ), Social Health (illness status, DLV) ( $R^2=0.105$ ) and Environmental Health (illness status, DLV, educational level, marriage status) ( $R^2=0.170$ ).

**Conclusion:** Based on our data, the level of quality of life was moderate. This study is the first research about Health-related QOL in rural women of Iran; therefore, its findings can provide useful information in this group and be used for designing later studies.

**Keywords:** Quality of Life, Health, Rural women

# سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مناطق روستایی کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن

سید رامین قاسمی<sup>۱</sup>نادر رجبی گیلان<sup>۲</sup>سهیلا رشادت<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** امروزه با توسعه جوامع و بهبود سطح زندگی، موضوع «کیفیت زندگی» اهمیت قابل ملاحظه‌ای یافته است. هدف این مطالعه، بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان روستایی کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن است. **مواد و روش‌ها:** جامعه آماری این تحقیق مقطعی، زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه بودند. تعداد ۳۹۴ نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۲۰ روستا انتخاب و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در اختیار آنان قرار گرفت. جهت آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز واریانس، t مستقل و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی پاسخ‌گویان،  $32/94 \pm 8/98$  سال بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب برابر  $(61/55)$ ،  $(53/22)$ ،  $(60/58)$  و  $(47/94)$  بود. بر اساس نتایج رگرسیون خطی چندمتغیره، عوامل تأثیرگذار در حیطه‌های سلامت جسمانی شامل (وجود یا عدم بیماری، سن، سطح توسعه روستا، وضعیت تأهل) ( $R^2=0/236$ )، سلامت روانی شامل (وجود یا عدم بیماری، وضعیت تأهل، تحصیلات، سطح توسعه روستا) ( $R^2=0/185$ )، سلامت اجتماعی شامل (وجود یا عدم بیماری، سطح توسعه روستا) ( $R^2=0/105$ ) و سلامت محیطی شامل (وجود یا عدم بیماری، سطح توسعه روستا، تحصیلات، وضعیت تأهل) ( $R^2=0/170$ ) بود.

**استنتاج:** در این مطالعه کیفیت زندگی زنان روستایی در سطح متوسطی ارزیابی شد. با توجه به این که مطالعه حاضر اولین پژوهشی است که به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان روستایی در ایران پرداخته است، نتایج آن ضمن ارائه اطلاعات مفید در این گروه، می‌تواند جهت طراحی مطالعات آتی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، سلامت، زنان روستایی

## مقدمه

امروزه با توسعه جوامع و بهبود سطح زندگی، موضوع «کیفیت زندگی» اهمیت قابل ملاحظه‌ای یافته (۲،۱) چرا که هدف نهایی توسعه، دستیابی به یک زندگی مطلوب است (۳). کسب اطلاعات در خصوص وضعیت کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جمعیتی می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه‌ای در نظر گرفته شده و

**مؤلف مسئول:** نادر رجبی گیلان - کرمانشاه: شهرک مسکن، انتهای بلوار گلها، داخل محوطه آپارتمانها، طبقه فوقانی درمانگاه ثامن الائمه

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

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

۳. استادیار، گروه اطفال، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۶/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۷/۲۸

در ارزیابی مداخلات مختلف در حوزه بهداشت و سلامت مورد استناد قرار گیرد.

کیفیت زندگی مفهومی چندسطحی و سیال بوده که بیانگر شادی و بهزیستی افراد است. کیفیت زندگی این موضوع را بیان می‌کند که چگونه یک فرد جنبه‌های مختلف زندگی‌اش را ارزیابی می‌نماید. این ارزیابی شامل واکنش‌های عاطفی یک فرد به رخداد‌های زندگی، گرایش، احساس کامل بودن زندگی و خرسندی از آن و رضایت از شغل و روابط شخصی می‌باشد (۴). کیفیت زندگی می‌تواند دوجنبه عینی (کلان) و ذهنی (خرد) پیدا کند، که در جنبه عینی شاخص‌هایی مانند تولید اقتصادی، نرخ باسوادی، انتظار از زندگی، یا دیگر داده‌ها بدون ارزشیابی ذهنی افراد مورد سنجش قرار می‌گیرد. اما جنبه ذهنی عبارتست از کیفیت زندگی مبتنی بر ابزار پیمایش و مصاحبه برای به‌دست آوردن ارزیابی پاسخ‌گویان از تجارب زندگی خود در قالب رضایت‌مندی، شادی، رفاه یا چیزهای شبیه به آن (۵). هرچند در ابتدا تأکید پژوهش‌ها بر بررسی جنبه‌های عینی کیفیت زندگی بوده، اما از دهه ۱۹۷۰ شاخص‌های ذهنی هم برای آن مورد استفاده قرار گرفت. اولین بار کمپبل و همکاران در ۱۹۷۶ به شاخص‌های ذهنی و روان‌شناختی کیفیت زندگی توجه کردند (۶).

اهمیت موضوع کیفیت زندگی سبب شده که از منظرهای گوناگون به آن پرداخته شود که در این میان از دیدگاه پژوهشگران حوزه سلامت، مفهوم «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» مطرح شده و به عنوان موضوعی مهم و کاربردی در دستور کار سازمان‌های مسئول قرار گرفته است. به طور سنتی جهت سنجش سلامت شاخص‌های مختلفی هم‌چون میزان‌های ابتلا، مرگ و میر و امید به زندگی مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد، در حالی که این فاکتورها نمی‌توانند رضایت‌مندی از زندگی را ارزیابی نمایند (۷). از این رو این اعتقاد شکل گرفته که اندازه‌گیری سلامت علاوه بر چنین شاخص‌هایی، بایستی در برگیرنده‌ی برآوردی از

بهزیستی و رفاه نیز باشد (۸) تا بتوان در تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت با در نظر گرفتن دیدگاه‌ها و احساسات درونی افراد از کیفیت زندگی خود، برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات مؤثرتر و مناسب‌تری را تعریف نمود (۹). از این رو امروزه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، یکی از شاخص‌های مهم سلامت به شمار می‌آید. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، «کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های‌شان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (۱۰).

در این زمینه پژوهش‌های متعددی در جمعیت زنان به عنوان گروه در معرض خطر انجام گرفته است. نتایج پژوهش‌های شمسه‌علی‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) و فرهادی و همکاران (۱۳۹۰) در جمعیت عمومی در ایران (۱۲، ۱۱) و Sabbah و همکاران (۲۰۰۳) در کشور لبنان و Asada و همکاران (۲۰۰۶) در کشور ژاپن بیانگر کیفیت زندگی ضعیف‌تر زنان در مقایسه با مردان بوده است (۹)، (۱۳). در این رابطه در ایران مطالعات مختلفی در خصوص کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف زنان، از جمله زنان باردار، یائسه و یا زنان مبتلا به سرطان انجام شده (۱۴-۱۶) اما به زعم نگارندگان، تاکنون کیفیت زندگی وابسته به سلامت در جمعیت عمومی زنان روستایی بررسی نشده است. از طرف دیگر در کشور ایران نزدیک به یک سوم جمعیت ۳۷ میلیونی زنان را زنان روستایی تشکیل می‌دهند (۱۷) که با زندگی در جوامع روستایی تجربه‌هایی متفاوت از تبعیض و محرومیت را می‌چشند. برای مثال طول ساعات کاری زنان روستایی بسیار بالا بوده (۱۸) و بنا به اعلام سازمان ملل متحد، زنان، ۶۵ درصد فعالیت‌های بخش کشاورزی را در روستاها انجام می‌دهند (۱۹). بنابراین بسیار مستعد کاهش کیفیت زندگی می‌باشند. با این دیدگاه، پژوهش حاضر از طریق رویکرد به بعد ذهنی کیفیت زندگی، به

بررسی وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان روستایی و برخی عوامل مرتبط با آن پرداخته است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی و در تابستان ۱۳۹۱ در جمعیت زنان روستایی ۲۰ تا ۵۰ ساله شهرستان کرمانشاه و در نمونه‌ای با حجم ۳۹۴ نفر انجام شد. انتخاب نمونه‌ها به‌طور خوشه‌ای چندمرحله‌ای و تصادفی صورت گرفت. ابتدا از بین پنج بخش شهرستان کرمانشاه، ۳ بخش به‌طور تصادفی به‌عنوان خوشه‌های اصلی انتخاب شدند. سپس با وزن متناسب با دهستان‌های هر بخش، تعداد ۴ دهستان به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از میان دهستان‌های منتخب به نسبت تعداد روستاهای دارای سکنه هر دهستان، تعداد ۲۰ روستا انتخاب و در نهایت بر اساس تعداد نمونه مورد نظر متناسب با تعداد خانوارهای هر روستا، ۳۹۴ خانوار انتخاب گردید و از بین خانوارهای مشخص شده، یک نفر از زنان هر خانوار به‌طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل در اختیار وی قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بود. چک‌لیست دموگرافیک برای سنجش اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای استفاده شد که شامل سؤالاتی در خصوص سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بودن یا نبودن و ابتلاء یا عدم ابتلاء به بیماری در زمان پژوهش بود. هم‌چنین جهت سنجش متغیر «سطح توسعه روستا» ابتدا اطلاعاتی در خصوص وضعیت سواد کل افراد روستا، وضعیت اشتغال کل افراد روستا، وضعیت راه‌های ارتباطی (آسفالت بودن یا نبودن)، فاصله روستا تا شهر، وجود یا عدم وجود مرکز بهداشتی در روستا، مقدار زمین‌های آبی زیر کشت و اجرا شدن یا نشدن طرح هادی روستایی از طریق اداره آمار استانداری، اداره کل جهاد کشاورزی و مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه تهیه گردید. این اطلاعات با استفاده از روش

تاکسونومی عددی (numerical taxonomy) جهت محاسبه سطح توسعه روستاهای مورد نظر آنالیز شد که در نهایت از نظر سطح توسعه یافتگی، روستاها در سه گروه دسته‌بندی شدند که از مجموع ۲۰ روستای مورد نظر، ۴ روستا در گروه توسعه یافته، ۱۰ روستا در گروه نیمه توسعه یافته و ۶ روستا در گروه توسعه نیافته قرار گرفتند.

جهت 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 (۲۱،۲۰) و دارای ۲۶ سوال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، روابط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) در طیف لیکرت ۵ حالتی می‌سنجد. سؤالات شماره ۱ و ۲ نیز سؤالاتی کلی از شخص در خصوص ارزیابی شخصی وی از کیفیت زندگی و رضایت از سلامت خود می‌باشد. سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به‌طور معکوس نمره‌دهی می‌شوند. نمرات با توجه به دستورالعمل استاندارد نمره‌دهی سازمان جهانی بهداشت (۸) از صفر تا ۱۰۰ برای هر حیطه به تفکیک محاسبه شد. امتیاز بالاتر در این پرسشنامه، نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است.

با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات تمامی ابعاد کیفیت زندگی در پژوهش حاضر، از آزمون‌های t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش استفاده شد. آزمون رگرسیون خطی چند متغیره نیز جهت تحلیل رابطه نهایی عوامل مورد بررسی با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفت. امتیاز هریک از چهار حیطه به‌عنوان متغیر وابسته و متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت بیماری، تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بودن یا نبودن، گروه سنی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سطح توسعه روستای محل سکونت بعنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS18 تحلیل شدند.

## یافته ها

نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی با میانگین  $61/55 \pm 15/98$  از بقیه ابعاد بالاتر و در بعد سلامت محیطی با میانگین  $47/94 \pm 16/04$  کم تر از سایر ابعاد بود. در جدول شماره ۱ نمره کیفیت زندگی کل پاسخ گویان در ابعاد چهار گانه نشان داده شده است. هم چنین نمرات کیفیت زندگی در هر چهار بعد کیفیت زندگی بر حسب مشخصات دموگرافیک پاسخ گویان نیز در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نتایج پژوهش در خصوص ارزیابی پاسخ گواز وضعیت کیفیت زندگی خود سؤال اول پرسشنامه نشان داد که ۵/۶ درصد پاسخ گویان کیفیت زندگی خود را «بسیار بد»، ۱۲/۳ درصد «بد»، ۴۴/۵ درصد «نه بد نه خوب»، ۳۲/۷ درصد «خوب» و ۴/۹ درصد «بسیار خوب» بیان کرده بودند.

مشارکت کنندگان در این تحقیق ۳۹۴ نفر از زنان ساکن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه بودند که میانگین سنی آنان  $32/94 \pm 8/98$  سال بود.

از نظر وضعیت تأهل، ۱۳/۹ درصد افراد مجرد بوده، ۸۱/۷ درصد متأهل و ۴/۴ درصد بیوه بودند. از نظر متغیر تحصیلات ۵۰/۵ درصد پاسخگویان دارای تحصیلات ابتدایی بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۹۱/۲ درصد افراد غیرشاغل (خانه دار) و ۸/۸ درصد شاغل بودند. هم چنین ۵۳/۶ درصد (۲۱۱ نفر) از پاسخ گویان در زمان پژوهش دارای بیماری بوده و ۶/۴ درصد (۲۵ نفر) تحت پوشش سازمان های حمایتی (کمیتة امداد، بهزیستی) بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: وضعیت حیطه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر حسب ویژگی های دموگرافیک در پاسخگویان

| حیطه های کیفیت زندگی |               |               |               |              |                     |  |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------------|--|
| سلامت محیط           | روابط اجتماعی | سلامت روانی   | سلامت جسمانی  | (درصد) تعداد |                     |  |
| Mean±SD              | Mean±SD       | Mean±SD       | Mean±SD       |              |                     |  |
| ۴۷/۹۴ ± ۱۶/۰۴        | ۶۰/۵۸ ± ۱۷/۵۳ | ۵۳/۲۲ ± ۱۶/۶۸ | ۶۱/۵۵ ± ۱۵/۹۸ | ۳۹۴ (۱۰۰)    | کل نمونه            |  |
| ۵۲/۸۸ ± ۱۶/۱۳        | ۶۵/۰۰ ± ۱۶/۱۱ | ۵۸/۳۵ ± ۱۴/۹۱ | ۶۷/۷۸ ± ۱۲/۲۷ | ۲۱۱ (۵۳/۶)   | سالم                |  |
| ۴۲/۲۳ ± ۱۳/۹۵        | ۵۵/۴۸ ± ۱۷/۷۶ | ۴۷/۳۲ ± ۱۶/۷۰ | ۵۴/۳۷ ± ۱۶/۷۶ | ۱۸۳ (۴۶/۴)   | بیمار               |  |
| ۰/۰۰۰                | ۰/۰۰۰         | ۰/۰۰۰         | ۰/۰۰۰         | -            | p.value             |  |
| ۴۱/۷۶ ± ۱۲/۶۳        | ۵۲/۴۸ ± ۱۸/۴۰ | ۴۸/۰۰ ± ۲۰/۰۱ | ۵۴/۶۴ ± ۱۷/۰۱ | ۲۵ (۶/۴)     | بلی                 |  |
| ۴۸/۲۹ ± ۱۶/۲۳        | ۶۰/۹۹ ± ۱۷/۲۹ | ۵۳/۵۰ ± ۱۶/۴۳ | ۶۲/۰۷ ± ۱۵/۷۹ | ۳۶۶ (۹۳/۶)   | خیر                 |  |
| ۰/۰۴۹                | ۰/۰۱۸         | ۰/۱۱۱         | ۰/۰۲۴         | -            | p.value             |  |
| ۴۸/۲۴ ± ۱۵/۵۰        | ۶۰/۴۳ ± ۱۶/۳۵ | ۵۰/۲۸ ± ۱۸/۵۹ | ۶۸/۳۳ ± ۱۴/۴۴ | ۵۴ (۱۳/۹)    | مجرد                |  |
| ۴۷/۴۲ ± ۱۶/۱۶        | ۶۰/۹۸ ± ۱۷/۳۱ | ۵۴/۴۷ ± ۱۵/۷۳ | ۶۱/۲۳ ± ۱۵/۷۸ | ۳۱۸ (۸۱/۷)   | متأهل               |  |
| ۳۸/۰۰ ± ۱۴/۱۹        | ۵۲/۱۸ ± ۲۴/۲۸ | ۳۷/۱۲ ± ۱۹/۳۱ | ۴۵/۷۱ ± ۱۸/۸۵ | ۱۷ (۴/۴)     | بیوه                |  |
| ۰/۰۳۳                | ۰/۱۳۲         | ۰/۰۰۰         | ۰/۰۰۰         | -            | p.value             |  |
| ۴۹/۰۹ ± ۱۶/۷۳        | ۶۱/۶۷ ± ۱۸/۰۰ | ۵۵/۶۷ ± ۱۷/۱۳ | ۶۵/۹۳ ± ۱۳/۹۶ | ۱۶۹ (۴۳)     | ۲۰ - ۲۹             |  |
| ۴۷/۶۹ ± ۱۵/۳۴        | ۶۱/۱۹ ± ۱۷/۱۶ | ۵۲/۴۸ ± ۱۶/۲۲ | ۶۰/۹۰ ± ۱۵/۱۱ | ۱۱۷ (۲۹/۸)   | ۳۰ - ۳۹             |  |
| ۴۶/۴۱ ± ۱۵/۷۶        | ۵۸/۲۱ ± ۱۷/۱۹ | ۵۰/۱۴ ± ۱۶/۰۸ | ۵۵/۳۹ ± ۱۷/۸۲ | ۱۰۷ (۲۷/۲)   | ۴۰ - ۵۰             |  |
| ۰/۳۹۴                | ۰/۲۵۵         | ۰/۰۲۳         | ۰/۰۰۰         | -            | p.value             |  |
| ۴۵/۶۵ ± ۱۶/۵۱        | ۵۶/۴۹ ± ۱۶/۷۸ | ۴۹/۱۳ ± ۱۷/۱۴ | ۵۴/۴۵ ± ۱۹/۰۱ | ۷۱ (۱۸/۱)    | بی سواد             |  |
| ۴۷/۶۸ ± ۱۵/۵۲        | ۶۰/۸۲ ± ۱۷/۵۶ | ۵۲/۷۱ ± ۱۶/۰۶ | ۶۱/۳۴ ± ۱۵/۴۳ | ۱۹۹ (۵۰/۸)   | ابتدایی             |  |
| ۴۹/۴۰ ± ۱۶/۲۵        | ۶۲/۰۸ ± ۱۹/۳۵ | ۵۵/۵۷ ± ۱۶/۴۶ | ۶۴/۹۳ ± ۱۲/۸۱ | ۶۰ (۱۵/۳)    | راهنمایی و دبیرستان |  |
| ۴۷/۶۷ ± ۱۶/۵۶        | ۶۲/۴۴ ± ۱۶/۲۲ | ۵۴/۷۱ ± ۱۶/۱۷ | ۶۵/۸۸ ± ۱۳/۰۶ | ۴۸ (۱۲/۲)    | دیپلم               |  |
| ۵۷/۰۰ ± ۱۷/۶۵        | ۶۵/۵۷ ± ۱۶/۸۳ | ۶۴/۳۶ ± ۲۰/۷۱ | ۶۹/۳۶ ± ۱۶/۸۷ | ۱۴ (۳/۶)     | بالاتر از دیپلم     |  |
| ۰/۱۶۸                | ۰/۲۰۱         | ۰/۰۱۵         | ۰/۰۰۰         | -            | p.value             |  |
| ۴۶/۶۷ ± ۱۶/۱۷        | ۵۹/۵۵ ± ۱۶/۸۲ | ۵۲/۷۶ ± ۱۶/۷۸ | ۶۰/۲۶ ± ۱۶/۰۱ | ۴ (۲۰)       | توسعه یافته         |  |
| ۵۲/۲۵ ± ۱۴/۴۱        | ۶۵/۶۱ ± ۱۷/۵۴ | ۵۵/۳۰ ± ۱۶/۴۴ | ۶۴/۸۳ ± ۱۴/۵۹ | ۱۰ (۵۰)      | نیمه توسعه یافته    |  |
| ۴۴/۴۴ ± ۱۷/۶۷        | ۵۳/۲۹ ± ۱۹/۳۱ | ۵۰/۴۱ ± ۱۶/۴۸ | ۶۱/۳۲ ± ۱۸/۶۴ | ۶ (۳۰)       | توسعه نیافته        |  |
| ۰/۰۰۵                | ۰/۰۰۰         | ۰/۲۵۲         | ۰/۰۴۹         | -            | p.value             |  |

\*- باتوجه به عدم پاسخ گویی برخی از شرکت کنندگان در پژوهش، حجم نمونه معتبر در مورد متغیرهای "تحت پوشش سازمان های حمایتی"، "وضعیت تأهل"، "گروه سنی" و "سطح تحصیلات" به ترتیب برابر (۳۹۱، ۳۸۹، ۳۹۳ و ۳۹۲) بوده است.

در خصوص ارزیابی پاسخ گویان از وضعیت کلی سلامت خود نیز - سؤال ۲ پرسشنامه ۴/۹ درصد از آن «بسیار ناراضی»، ۱۷/۴ درصد «ناراضی»، ۲۷/۴ درصد «نه ناراضی، نه راضی»، ۴۱/۲ درصد «راضی» و ۹/۱ درصد «بسیار راضی» بودند.

نتایج تحلیلی پژوهش حاکی از این بود که بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین وضعیت اشتغال فرد، با هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی رابطه معنی داری مشاهده نگردید ( $p < 0/05$ ). اما رابطه معنی داری بین وضعیت بیماری با کلیه حیطه‌های کیفیت زندگی مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). از نظر متغیر تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بودن یا نبودن نیز همین آزمون نشان داد که تفاوت معنی دار در کلیه حیطه‌ها ( $p < 0/05$ ) به جز حیطه سلامت روانی وجود دارد.

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، رابطه بین وضعیت تأهل با حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط معنادار بود ( $p < 0/05$ ) اما با حیطه روابط اجتماعی معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ) (جدول شماره ۱). هم‌چنین رابطه بین متغیرهای تحصیلات و گروه‌های سنی با حیطه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی معنی دار ( $p < 0/05$ ) و با حیطه‌های روابط اجتماعی و سلامت محیط غیر معنی دار بود ( $p > 0/05$ ).

به منظور تعیین عوامل مؤثر بر حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی از بین عوامل فوق، آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره به کار گرفته شد. جدول شماره ۲ متغیرهای مؤثر بر هر یک از چهار حیطه کیفیت زندگی زنان روستایی پس از خروج متغیرهای غیر مرتبط از مدل را نشان می دهد.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود متغیرهای «سطح توسعه روستای محل سکونت فرد» و «وجود یا عدم وجود بیماری» در تمامی حیطه‌ها با نمره آن حیطه مرتبط بوده و در مدل رگرسیون باقی مانده‌اند. «وضعیت تأهل» نیز به جز حیطه سلامت اجتماعی به‌طور معناداری با دیگر حیطه‌ها مرتبط است. متغیر «سطح

تحصیلات» نیز با دو حیطه سلامت روانی و سلامت محیط ارتباط معنی دار داشته اما در مدل رگرسیونی دو

جدول شماره ۲: متغیرهای مؤثر بر هر یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی زنان روستایی کرمانشاه در سال ۱۳۹۱

| دامنه                                                      | متغیرهای باقیمانده در رگرسیون نهایی | ضریب رگرسیونی استاندارد شده* | $R^2$ | سطح معنی داری |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------|---------------|
| سلامت جسمانی                                               |                                     |                              |       |               |
| وجود یا عدم وجود بیماری همراه گروه سنی <sup>۱</sup>        |                                     | -۰/۳۶۶                       |       | ۰/۰۰۰         |
| ۳۹- سال                                                    |                                     | -۰/۰۸۲                       |       | ۰/۰۹۹         |
| ۵۰- سال                                                    |                                     | -۰/۱۵۶                       |       | ۰/۰۰۱         |
| سطح توسعه روستا <sup>۲</sup>                               |                                     | ۰/۲۳۶                        |       | ۰/۰۰۰         |
| نیمه توسعه یافته                                           |                                     | ۰/۱۶۳                        |       | ۰/۰۰۰         |
| توسعه نیافته                                               |                                     | ۰/۰۴۶                        |       | ۰/۳۲۳         |
| وضعیت تأهل <sup>۳</sup>                                    |                                     |                              |       |               |
| متأهل                                                      |                                     | -۰/۰۷۰                       |       | ۰/۱۷۶         |
| بیوه                                                       |                                     | -۰/۱۱۱                       |       | ۰/۰۱۷         |
| سلامت روانی                                                |                                     |                              |       |               |
| وجود یا عدم وجود بیماری همراه وضعیت تأهل <sup>۳</sup>      |                                     | -۰/۳۳۶                       |       | ۰/۰۰۰         |
| متأهل                                                      |                                     | ۰/۲۲۸                        |       | ۰/۰۰۰         |
| بیوه                                                       |                                     | -۰/۰۵۰                       |       | ۰/۳۶۰         |
| تحصیلات <sup>۴</sup>                                       |                                     |                              |       |               |
| ابتدایی                                                    |                                     | -۰/۰۱۹                       | ۰/۱۸۵ | ۰/۶۹۷         |
| راهنمایی و دبیرستان                                        |                                     | ۰/۰۶۸                        |       | ۰/۱۴۸         |
| دیپلم                                                      |                                     | ۰/۰۲۵                        |       | ۰/۶۰۵         |
| بالای دیپلم                                                |                                     | ۰/۱۶۷                        |       | ۰/۰۰۱         |
| سطح توسعه روستا <sup>۲</sup>                               |                                     |                              |       |               |
| نیمه توسعه یافته                                           |                                     | ۰/۱۲۰                        |       | ۰/۰۱۱         |
| توسعه نیافته                                               |                                     | ۰/۰۰۷                        |       | ۰/۸۸۵         |
| سلامت اجتماعی                                              |                                     |                              |       |               |
| وجود یا عدم وجود بیماری همراه سطح توسعه روستا <sup>۲</sup> |                                     | -۰/۲۷۰                       |       | ۰/۰۰۰         |
| نیمه توسعه یافته                                           |                                     | ۰/۱۸۶                        | ۰/۱۰۵ | ۰/۰۰۰         |
| توسعه نیافته                                               |                                     | -۰/۰۷۰                       |       | ۰/۱۶۴         |
| سلامت محیط                                                 |                                     |                              |       |               |
| وجود یا عدم وجود بیماری همراه سطح توسعه روستا <sup>۲</sup> |                                     | -۰/۳۴۱                       |       | ۰/۰۰۰         |
| نیمه توسعه یافته                                           |                                     | ۰/۱۹۰                        |       | ۰/۰۰۰         |
| توسعه نیافته                                               |                                     | ۰/۰۰۵                        |       | ۰/۹۲۳         |
| تحصیلات <sup>۴</sup>                                       |                                     |                              |       |               |
| ابتدایی                                                    |                                     | -۰/۰۱۷                       | ۰/۱۷۰ | ۰/۷۳۱         |
| راهنمایی و دبیرستان                                        |                                     | ۰/۰۴۶                        |       | ۰/۳۳۱         |
| دیپلم                                                      |                                     | -۰/۰۲۸                       |       | ۰/۵۶۹         |
| بالای دیپلم                                                |                                     | ۰/۱۲۱                        |       | ۰/۰۱۴         |
| وضعیت تأهل <sup>۳</sup>                                    |                                     |                              |       |               |
| متأهل                                                      |                                     | ۰/۱۱۳                        |       | ۰/۰۲۰         |
| بیوه                                                       |                                     | -۰/۰۳۱                       |       | ۰/۵۷۷         |

\*ضریب رگرسیونی استاندارد شده در مواردی که بیش از یک متغیر وجود دارد امکان مقایسه آن‌ها را فراهم می کند.

- ۱- سطح پایه برای متغیر گروه سنی، «۲۹-۲۰ سال» در نظر گرفته شد.
- ۲- سطح پایه برای متغیر سطح توسعه روستا، «توسعه یافته» در نظر گرفته شد.
- ۳- سطح پایه برای متغیر وضعیت تأهل، «مجرد» در نظر گرفته شد.
- ۴- سطح پایه برای متغیر سطح تحصیلات، «بی سواد» در نظر گرفته شد.

حیطه سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی باقی نمانده است. متغیر «گروه سنی» نیز تنها با حیطه سلامت جسمانی ارتباط معنی دار داشته است. سایر متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش (وضعیت اشتغال و تحت پوشش سازمان حمایتی بودن یا نبودن) از مدل رگرسیونی خارج شده و ارتباط معنی داری بین آن‌ها و حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی مشاهده نگردیده است. بخشی از واریانس نمرات دامنه‌های کیفیت زندگی که در مدل نهایی رگرسیون توسط متغیرهای پژوهش تعیین شده است ( $R^2$ ) با عدد ۰/۲۳۶ در دامنه سلامت جسمانی، از دیگر دامنه‌ها بیش تر بود.

## بحث

بر اساس اطلاعات ما تاکنون مقاله‌ای در خصوص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جمعیت عمومی زنان روستایی در کشور منتشر نشده و به جز یک مطالعه در کردستان که زنان روستایی بخشی از نمونه‌ی آن بوده‌اند (۱۱)، این پژوهش از نخستین مطالعات صورت گرفته در این زمینه است.

این تحقیق که با هدف سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان ساکن در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه و برخی عوامل مرتبط با آن صورت پذیرفت، نشان داد که نمرات کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب برابر ۶۱/۵۵، ۵۳/۲۲، ۶۰/۵۸ و ۴۷/۹۴ از ۱۰۰ نمره بود. در مطالعه حاضر، میانگین نمرات در بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی از بقیه ابعاد بالاتر بود. هرچند که به دلیل عدم وجود مطالعه مشابه، یافته‌ای هم‌خوان یا متناقض با نتایج ما در جامعه هدف زنان روستایی ایرانی یافت نشد اما در مطالعه‌ای در جمعیت عمومی شهر تهران نیز نتایجی مشابه به دست آمده است (۲۲). از طرف دیگر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد سلامت محیطی از همه کم‌تر بود که مشابه همین نتیجه در مطالعات دیگر در شهرهای تهران و بوکان که از همین

ابزار استفاده نموده‌اند به دست آمده است (۲۳، ۲۲). با توجه به شهری بودن جامعه پژوهش در دو مطالعه اخیر، به نظر می‌رسد جمعیت روستایی و شهری در ایران ادراک نسبتاً مشابهی از حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارند، هرچند که جمعیت شهری در مقایسه با زنان روستایی مطالعه حاضر در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی نمرات بیش‌تری کسب کرده بودند (۲۳، ۲۲).

در این مطالعه، متغیر سن با حیطه‌ی جسمانی کیفیت زندگی دارای ارتباط معنی داری بود که این نتیجه با یافته‌های پژوهش شمسعلی‌زاده و همکاران مشابه می‌باشد (۱۱). عدم ارتباط سن با دیگر حیطه‌های کیفیت زندگی شاید به دلیل محدود بودن دامنه سنی پاسخ‌گویان این پژوهش بین ۲۰ تا ۵۰ سال باشد.

هم‌چنین همان‌گونه که قابل انتظار است ابتلا به هر بیماری به خصوص بیماری‌های مزمن بر همه ابعاد سلامت تأثیر گذار باشد (۲۴)، در این پژوهش نیز افراد بیمار دارای کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی پایین‌تری نسبت به سایرین بودند و امتیاز کم‌تری نسبت به افراد سالم کسب نموده بودند که این یافته‌ها با نتایج مطالعات دیگر هم‌خوان است (۲۵). عبدالله‌پور و همکاران نیز در مطالعه بر روی کارکنان ادارات دولتی شهر بوکان، بر رابطه منفی متغیر بیماری با ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی اشاره کرده بود (۲۳). متغیر سطح توسعه روستا نیز دیگر متغیری بود که با تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی دارای رابطه معنی دار بود. در همه حیطه‌ها زنان ساکن در روستاهای نیمه توسعه یافته امتیاز بالاتری نسبت به زنان ساکن روستاهای توسعه یافته و توسعه نیافته کسب نموده بودند. با توجه به این که تعدادی از روستاهای توسعه یافته مطالعه شده در این پژوهش در فاصله بسیار نزدیک با شهر بوده و بعضاً دارای برخی ویژگی‌های محیط شهری بودند، ممکن است که نتایج مذکور تحت تأثیر این موضوع قرار گرفته باشد.

متغیر وضعیت تأهل نیز به جز حیطه سلامت اجتماعی به طور معنی داری با دیگر حیطه‌ها مرتبط بود. در حیطه سلامت جسمانی، زنان بیوه دارای میانگین امتیاز کم‌تری نسبت به مجردین بودند. به نظر می‌رسد که این تفاوت به دلیل تأثیراتی باشد که عوارض ناشی از مرگ همسر یا طلاق بر زندگی زنان بیوه گذاشته است. دیگر پژوهش‌ها نیز به رابطه‌ای مشابه بین وضعیت تأهل با کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند (۲۷-۲۵). برخلاف حیطه جسمانی که افراد مجرد دارای بالاترین امتیاز کیفیت زندگی بودند، در حیطه روانی، افراد متأهل دارای امتیاز کیفیت زندگی بهتری نسبت به دو گروه مجرد و بیوه بودند. ولی هم‌چنان بیوه‌ها نسبت به مجردها کیفیت زندگی روانی پایین‌تری داشتند. زنان بیوه در حیطه سلامت محیط نیز به طور معنی داری نسبت به افراد مجرد و متأهل امتیاز پایین‌تری کسب نموده بودند. در همین رابطه فمینیست‌های فرامردن نیز معتقدند که «زن» نیازمند خانواده، همسر و فرزند است. از نظر آنان نه نقش مادری و نه نقش ازدواج، بلکه دسته خاصی از روابط تحمیل شده موجب وخیم‌تر شدن اوضاع زندگی و در نهایت کیفیت زندگی آنان شده است بنابراین آنان نیز در این زمینه نقش مثبتی برای تأهل قائل‌اند (۲۸).

متغیر «سطح تحصیلات» نیز تنها با دو حیطه سلامت روانی و سلامت محیط ارتباط معنی دار داشت. از این نظر افراد بالاتر از دیپلم به طور کاملاً مشخصی دارای کیفیت زندگی روانی مطلوب‌تری نسبت به افراد بی‌سواد بودند. این رابطه در خصوص کیفیت زندگی در حیطه سلامت محیط نیز صادق بود. در مطالعه‌ای بر روی روستاییان استان کردستان، به طور مشابهی دیده شد که کیفیت زندگی در افراد بی‌سواد کم‌تر بود (۱۱). نتیجه

مشابهی در زنان سالمند روستایی ترکیه نیز دیده شد (۲۵)؛ دیگر محققان نیز به طور مشابهی دریافتند که در زنان روستایی، تحصیلات بالاتر، نقش مثبتی برای کیفیت زندگی آنان داشته است (۲۹).

به دلیل این که این مطالعه برای نخستین بار به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مرتبط با آن در گروه زنان روستایی در کشور پرداخته است، ضمن این که اطلاعات مفیدی در خصوص کیفیت زندگی زنان روستایی با استفاده از یک ابزار استاندارد بین‌المللی به دست می‌دهد، می‌توان نتایج آن را جهت طراحی مطالعات بعدی مورد استفاده قرار داد. هم‌چنین ذکر این نکته ضروری است که در مقایسه با برخی مطالعاتی که با استفاده از همین ابزار به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد شهری پرداخته‌اند، زنان روستایی در مطالعه ما حائز امتیازات کم‌تری در کلیه حیطه‌های کیفیت زندگی شده‌اند که این موضوع، نیاز این قشر به توجه بیش‌تر و لزوم پژوهش‌های گسترده‌تر را نمایان می‌سازد. هم‌چنین با توجه به این که متغیر بیماری و سطح توسعه روستا، به عنوان دو متغیر تأثیرگذار در همه مدل‌های رگرسیونی بر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی تأثیرگذار بودند، توصیه می‌شود که سازمان‌های ذیربط نسبت به غربالگری بیماری‌ها در مناطق روستایی، به خصوص مناطقی که امکان دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی کم‌تر است، توجه بیش‌تری نمایند. هم‌چنین توجه به توسعه کمی و کیفی محیط‌های روستایی (از طریق طرح‌های هادی روستایی) و ارتقاء سطح توسعه روستا می‌تواند به عنوان عاملی در ارتقاء سطح کیفیت زندگی زنان مؤثر باشد.

## References

1. Thumboo J, Fong KY, Machin D, Chan SP, Soh CH, Leong KH, et al. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Social Science & Medicine* 2003; 56(8): 1761-1772.
2. Zhao J, Li Y, Wu Y, Zhou J, Ba L, Gu X, et al. Impact of different contraceptive methods on quality of life in rural women of the

- Jiangsu province in China. *Contraception* 2009;80(2): 180-186.
3. Abdul-Hakim R, Ismail R, Abdul-Razak N. The Relationship between Social Capital and Quality of Life among Rural Households in Terengganu, Malaysia. *OIDA International Journal of Sustainable Development* 2010; 1(05): 99-106.
  4. Theofilou P. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology* 2013; 9(1): 150-162.
  5. Majedi SMLA. The relationship between contextual variables, social capital and satisfaction from quality of life: case study of Fars province villages. *The Journal of Roosta va Towse'e* 2007; 9(4): 91-136.
  6. Nooghani MAMA, Safa SH, Kermani M. Quality of life of citizens and it's relationship with social capital in Mashhad city. *Ferdowsi University Journal of Social Scences* 2008; 5(1): 111-140.
  7. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Debate. British Medical Journal* 1998(316): 7130-7142.
  8. WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version. In: *HEALTH POM*, editor. Geneva: World Health Organization; 1996.
  9. 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.
  10. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research* 2004; 13(2): 299-310.
  11. Shams-alizade N, Mohsenpour B, Ghaderi E, Rezaei F, Delavari AR. Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(45): 448-456.
  12. 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.
  13. 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): 1423-1433.
  14. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2009; 15(1): 41-48.
  15. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. *Iranian South Medical Journal* 2009; 12(1): 81-88.
  16. Fasihi-Harandi T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Quality of life in women with breast cancer: a qualitative study. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2012; 11(1): 73-81.
  17. Iran Statistical Center. *The Findings of Iran's Census of Peoples and Housing 2011*. Tehran: Iran Statistical Center; 2012.
  18. Moshiri SR, Mahdavi M, Oliaei MS. The role of literacy and women work force in rural household income, case study: Divandareh rural women, Kurdistan, Iran. *Joghrafiya-va-*

- Tow se'eh 2009; (14): 69-82.
19. Veisi H, Badsar M. Effective factor on women social role in rural actions: case study of Kurdistan Province. *Roosta-va-Towse'eh* 2005; 8(4): 19-42.
  20. Jahanlou AS, 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. *Primary Care Diabetes* 2011; 5(2): 103-107.
  21. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh S. 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. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim* 2007; 10(3): 1-8.
  23. Abdollahpour I, Salimi Y, Nedjat S, Jorjoran-Shoushtari Z. Quality of life and effective factors on it among governmental staf in Boukan city. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2011; 22(1): 40-47.
  24. Navidian A, Robabi H, Pishkar Mofrad z. Quality of Life of Patients with Pulmonary Tuberculosis During Treatment Course. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 22(93): 112-122.
  25. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskis, ehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; (48): 127-131.
  26. Panayota G, Ioannis Z, Eleni A, Kalliopi K, Areti S, Andreas A, et al. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. *Maturitas* 2012; 71(2): 154-161.
  27. Schultz A, Winstead-fry P. Predictors of Quality of Life in Rural Patient with Cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(1): 12-19.
  28. Rajabi Gilan N. Study on the factors concerning to women empowerment in Kermanshah County. *Tabriz: Tabriz*; 2007.
  29. Zagozdzon P, Kolarzyk E, Marcinkowski JT. Quality of life and rural place of residence in Polish women-population based study. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 2011; 18(2): 429-432.