

کیفیت زندگی

حمیرا سجادی*

مقدمه

واژه کیفیت (معادل quality از ریشه لاتینی qual به معنی «چیزی») به مفهوم «چگونگی» است. کیفیت زندگی یا چگونگی زندگی دربرگیرنده تفاوت‌هایی است که خاص هر فرد است (پناهی، ۱۳۸۵).

کیفیت زندگی به زعم بسیاری از صاحب‌نظران موضوعی پرابهام و ارائه تعریفی دقیق و مورد توافق از آن بسیار دشوار است. بخشی از این ابهام ناشی از تعدد حوزه‌ها و رشته‌های علمی دخیل در موضوع کیفیت زندگی است که هرکدام، از روان‌شناسی و پزشکی تا جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی شهری، با رویکردی ویژه به موضوع می‌نگرند و دارای نقاط تأکیدی ویژه خود در تعریف مفهوم و معیارهای اندازه‌گیری آن هستند. با توجه به تعدد حوزه‌های علمی فعال در این زمینه، طبقه‌بندی کیفیت زندگی ذیل یک رشته علمی خاص بسیار دشوار، مجادله‌برانگیز و حتی نادرست خواهد

رو، به نظر می‌رسد تعریف و سنجش کیفیت زندگی، بسته به رویکرد غالب و هدفی که از آن دنبال می‌شود، می‌تواند ویژگی‌های متفاوتی داشته باشد.

پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی به عنوان مبحثی جدید در مطالعات جامعه‌شناسی طی چهار دهه آخر قرن بیستم در بسیاری از کشورها مطرح شده است. با مطالعه و ارزشیابی کیفیت زندگی، زمینه برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی هرچه بیشتر فراهم می‌آید، و بدین گونه جامعه سریع‌تر می‌تواند خود را با شرایط مورد نیاز هماهنگ و هم‌نوا سازد.

بود. از این عوامل مختلفی در پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی دخیل هستند، ولی هدف اصلی در این‌گونه تحقیقات افزایش سطح زندگی و پیشرفت اقتصادی و اجتماعی است. امروزه زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جوامع به دنبال گسترش شبکه‌های ارتباطی افزایش یافته است، لیکن تا جایی که به توسعه به معنای عام آن مربوط می‌شود، تعادل معقولی در این زمینه در بسیاری از جوامع از جمله استان‌های مختلف ایران به چشم نمی‌خورد (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

در این مقاله سعی شده است، ضمن ارائه تصویری از وضعیت کیفیت زندگی ایران در سطح بین‌المللی (سطح کلان)، وضعیت کیفیت زندگی افراد (سطح خرد) نیز براساس مطالعات انجام شده در ایران در این حوزه به تفکیک بعضی گروه‌های هدف و برخی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بررسی شود.

۱. تعاریف

۱.۱. مفهوم کیفیت زندگی

کیفیت زندگی در چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی و بهداشتی تبدیل شده است؛ با وجود این، توافق اندکی بر سر تعریف این مفهوم وجود دارد. برخی کیفیت زندگی را همان بهزیستی^۱ توصیف (Schalock, 2004) و برخی دیگر آن را مترادف با رفاه^۲ تلقی می‌کنند (Carlson, 2000). عده‌ای هم اعتقاد دارند که مفهوم کیفیت زندگی با میزان سلامت افراد مرتبط است

1. well-being
2. welfare

* دکترای پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مرور متون مرتبط با کیفیت زندگی (Rapley and Phillips, 2006; Lee, 2003; Massam, 2008; Felce and Perry, 2002; Turksever et al., 1995; Sirgy et al., 2001; Khizindar, Eunkook and Diener, 2000; Baldwin et al., 1990, 2009) حاکی از اتفاق نظر صاحب‌نظران دربارهٔ ابهام مفهومی موجود در تعریف این واژه است. همان‌گونه که فلسه و پری (Felce and Perry, 1995) نیز تأکید دارند، کیفیت زندگی مفهومی چندسویه و مبهم است که در سطوح مختلف، از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی، به کار می‌رود. تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی بسیار متنوع است. این تنوع نه تنها حاصل استفاده از دیدگاه‌های اجتماعی یا فردی بلکه ناشی از طیف وسیع مدل‌های نظری یا جهت‌گیری‌های دانشگاهی نیز هست. در بسیاری از نوشته‌های مرتبط با کیفیت زندگی، به تنوع تعاریف کیفیت زندگی اشاره شده و بسیاری معتقدند که به اندازهٔ تعداد انسان‌ها می‌توان از کیفیت زندگی تعریف ارائه داد. این نکته مؤید این حقیقت است که برای افراد مختلف، اهمیت و ارزش هر یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی ممکن است متفاوت باشد. این امر می‌تواند گواهی بر فقدان تعریف عملیاتی مورد توافق در این زمینه باشد (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

مرور انتقادی و جامع راپلی (Rapley, 2005) بر تعاریف کیفیت زندگی حاکی از آن است که محدودی از تعاریف کیفیت زندگی مورد تأیید وسیع، نه اجماع عام، قرار گرفته‌اند. تمامی این تعاریف اشاره دارند که کیفیت زندگی نوعی ادراک روان‌شناختی فردی از ابعاد مختلف واقعیت‌های مادی جهان بیرونی است (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: «ادراک افراد از جایگاه خود در زندگی از منظر فرهنگی و نظام ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، و مرتبط با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی کاملاً فردی و استوار بر درک فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خود. کیفیت زندگی با ارزیابی ذهنی‌ای ارتباط دارد که در زمینهٔ محیطی و اجتماعی و فرهنگی صورت می‌گیرد» (WHOQOL, 1996). کیفیت زندگی را نمی‌توان به سادگی با مفاهیم وضعیت سلامت، رضایت‌مندی از زندگی، وضعیت روحی، یا بهزیستی یکسان دانست. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است.

(Anderson, 2000). به رغم تمام تعاریف و کاربردهای متفاوت مفهوم کیفیت زندگی، کایبرت^۱ (1997) عنوان می‌کند که تمامی پژوهشگران بر سه اصل مرتبط با این مفهوم توافق نظر دارند:

- کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد، خود قضاوت‌کننده راجع به کیفیت زندگی‌شان هستند.
- کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه ایستا، بدین معنا که فرایندی وابسته به زمان است و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل‌اند.
- کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود و این ابعاد چارچوب پنداشتی تحقیقات مربوط به کیفیت حیات را تشکیل می‌دهند (به نقل از اکبری زردخانه، ۱۳۸۶).

نول^۲ دو نوع یا حوزهٔ وسیع مفهوم‌سازی را در زمینهٔ کیفیت زندگی یادآوری می‌کند: دیدگاه اسکاندیناویایی که مبتنی بر آثار نویسندگانی چون درنوفسکی^۳ (1974)، اریکسون^۴ و اوسیتالو^۵ (1987) و اریکسون (1993) است و متمرکز بر ایده‌هایی از «جامعهٔ خوب» و بهزیستی اجتماعی به عنوان موضوعی در حوزهٔ رفاه است. مقصود از رفاه، دسترسی به منابعی است که به واسطهٔ آن مردم می‌توانند سطح زندگی خود را تنظیم و هدایت کنند. اریکسون و اوسیتالو منابع مورد نیاز شهروندان برای تأمین رفاه را چنین برمی‌شمارند: پول، املاک، دانش، انرژی روحی و جسمی، روابط اجتماعی، امنیت و نظایر آن. تفکر اسکاندیناویایی به طور خاص متمرکز بر «شاخص‌های عینی» سطح زیست یا کیفیت زندگی و جامعه به طور کلی است. نول از حوزهٔ تفکر مسلط دیگری نیز با عنوان «رویکرد امریکایی» به کیفیت زندگی یاد می‌کند. این رویکرد در جهان غرب توجهات بیشتری را به خود معطوف داشته است. در این مدل، تحقیق در مورد کیفیت زندگی یا اندازه‌گیری رفاه اساساً مبتنی بر سنجش شاخص‌های ذهنی در سطح تک‌تک شهروندان است (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

1. Kiebert

2. Noll

3. Drenowski

4. Erikson

5. Usitalo

هرگونه سنجش کیفیت زندگی استفاده کرد. در جدول ۱ نیز شاخص‌های مؤثر بر سنجش کیفیت زندگی به تفکیک عوامل تعیین کننده، فرایندها، و وضعیت سلامت مرتبط با کیفیت زندگی آمده است.

براساس نمودار ۱ می‌توان شاخص‌ها و سنجه‌های مرتبط با حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی را تعریف کرد. با توجه به گستردگی و فراگیری این چارچوب، که بیشتر حوزه‌های مورد توجه صاحب‌نظران کیفیت زندگی از جمله پایداری و زیست‌پذیری را تحت پوشش قرار داده است، می‌توان از آن به عنوان معیاری برای

جدول ۱. طبقه‌بندی شاخص‌های تأثیرگذار در سنجش کیفیت زندگی

الف) عوامل تعیین کننده	ب) فرایندها	ج) وضعیت سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ● پایداری (Sustainability) — استفاده از انرژی — مصرف آب — مصرف منابع تجدیدپذیر — تولید و کاهش پسماند — استفاده/ مصرف محلی — سلامت اکوسیستم ● زیستایی (Viability) — کیفیت هوا — کیفیت آب — تولید و استفاده از مواد شیمیایی — آلودگی خاک ● زیست‌پذیری (Livability) — مسکن — تراکم — ایمنی و امنیت اجتماع — حمل و نقل — قابلیت پیاده‌روی — فضاهای باز و سبز 	<ul style="list-style-type: none"> — فضاهای عاری از دود — آلودگی صدا ● معاشرت‌پذیری (Conviviality) — امنیت و ایمنی خانوادگی — حس همسایگی — شبکه‌های حمایت اجتماعی — اعانات و خیرات — خدمات عمومی — عوامل جمعیت‌شناختی ● برابری (Equity) — تفاوت‌های اقتصادی — استطاعت‌پذیری مسکن — تبعیض و انحصار — دسترسی به قدرت ● کامیابی (رونق و شکوفایی) (Prosperity) — اقتصاد متنوع — کنترل محلی — اشتغال/ بیکاری — کیفیت اشتغال — شاخص‌های اقتصادی سنتی 	<ul style="list-style-type: none"> ● کیفیت زندگی — بهزیستی — رضایت‌مندی از زندگی — خشنودی و شادکامی ● اعتماد و احترام به نفس ● رفتارهای بهبود بخش سلامت ● معلولیت/ بیماری — استرس/ اضطراب — سایر معلولیت‌ها/ بیماری‌ها — شاخص تجهیزات مربوط به سلامت ● مرگ و میر — میزان کلی مرگ و میر — میزان مرگ و میر نوزادان — میزان خودکشی

منبع: آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸

جدول ۲. ماتریس ابعاد عینی و ذهنی کیفیت زندگی

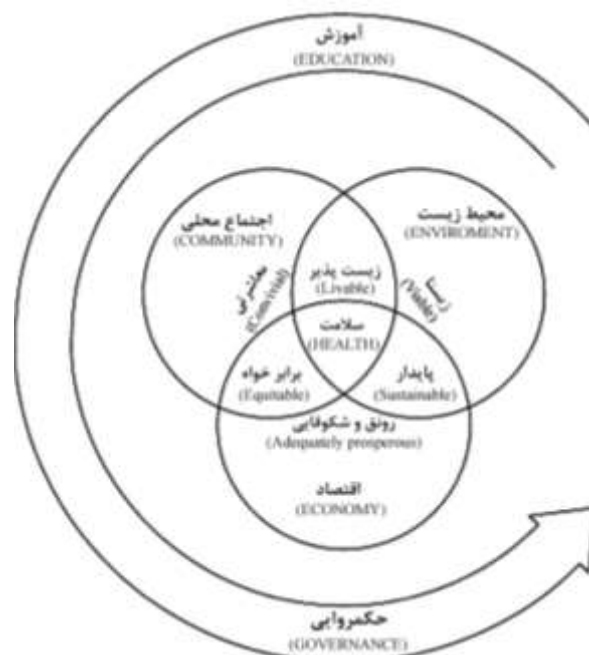
بد	خوب	بهبودی ذهنی
		شرایط واقعی زندگی
ناسازی	بهبودی	خوب
محرومیت	سازگاری	بد

منبع: Zapf, 1984 به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸

در صورتی که شرایط واقعی زیست خوب و رضایت‌مندی از آن نیز بالا باشد، «بهبودی» وجود خواهد داشت. در شرایط زیست خوب و رضایت‌مندی یا بهبودی ذهنی پایین، حالتی اتفاق می‌افتد که از آن به «ناسازی»^۱ یاد می‌شود. در شرایط زیست بد با بهبودی ذهنی بالا، حالت «سازگاری»^۲ روی می‌دهد. در این حالت، فرد با شرایط بد زیست خود به گونه‌ای سازگاری یافته است که می‌تواند بهبودی ذهنی بالایی را گزارش دهد. در نهایت اینکه، در شرایط زیست بد و بهبودی ذهنی پایین، «محرومیت»^۳ کامل اتفاق می‌افتد. شرایط سازگاری عبارت از ترکیب مسئله‌ساز شرایط بد زیستی با سطح بالای رضایت‌مندی است که از آن با عنوان «پارادکس رضایت‌مندی»^۴ نیز یاد می‌شود. وقوع چنین شرایطی محققان را وامی‌دارد تا ارزیابی ذهنی و شرایط عینی کیفیت زندگی را به طور مجزا بسنجند. از همین رو، آنان مکتب اسکاندیناویایی ابعاد ذهنی را فراموش و تنها شرایط عینی را اندازه‌گیری کردند. اگرچه می‌توان استدلال‌های زیادی درباره‌ی دو رویکرد اصلی در سنجش کیفیت زندگی — اسکاندیناویایی (عینی) و امریکایی (ذهنی) — ارائه داد، بسیاری از محققان متأخر مانند وینهوفن^۵ (1995; 1996; 1997) نیز درباره‌ی اهمیت اندازه‌گیری توأمان ابعاد ذهنی و عینی کیفیت زندگی استدلال می‌کنند (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

۲. رویکرد نظری: کیفیت زندگی و توسعه

تا پیش از دهه ۱۹۷۰، درآمد سرانه هر کشور مبنای سنجش میزان توسعه‌یافتگی آن کشور قرار می‌گرفت. رشد درآمد سرانه لازمه



منبع: Hancock et al., 1999

نمودار ۱. چارچوب بنیادی در تعریف و تعیین شاخص‌ها

۲.۱. ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی اغلب به دو دسته عملکردهای عینی (قابل مشاهده) و رفاه ذهنی (که فقط خود فرد می‌تواند ارزیابی کند) تقسیم می‌شود.

صاحب‌نظران مختلف کیفیت زندگی را به ابعاد گوناگونی تقسیم کرده‌اند. از دیدگاه کینگ و هیندس، کیفیت زندگی شامل چهار بعد رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه اجتماعی، و رفاه معنوی است (King and Hinds, 2003).

سازمان جهانی بهداشت نیز ابعادی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است که شامل بعد جسمی، بعد روانی، سطح وابستگی، بعد اجتماعی، بعد روحی- مذهبی، و اعتقادات شخصی است (پناهی، ۱۳۸۵).

در منابع مربوط به کیفیت زندگی، گستره موضوع طیف وسیعی را از برآورد عینی شرایط زندگی افراد تا برآورد ذهنی افراد از آن شرایط، و از شاخص‌های اقتصادی کلان تا سرمایه اجتماعی و انسانی را دربرمی‌گیرد. نول معتقد است که دو رویکرد کلان کیفیت زندگی، یعنی شرایط واقعی و ارزشیابی شخصی از شرایط را می‌توان در یک ماتریس ۲×۲ ترسیم و بسیاری از مباحث نظری کیفیت زندگی را در قالب آن ماتریس معرفی و تحلیل کرد (جدول ۲).

1. dissonance
2. adaptation
3. deprivation
4. satisfaction paradox
5. Veenhoven

می‌دهد. در واقع، می‌توان گفت که تمامی تلاش‌های توسعه‌ای در ابعاد مختلف آن در جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی است. در حقیقت، کیفیت زندگی پدیده‌ای چندبعدی است و بهداشت، آموزش و پرورش، محیط زیست و اقتصاد ابعاد تشکیل‌دهنده آن هستند (Mazumdar, 2004). دستیابی به هریک از اجزا و شاخص‌ها به معنای دستیابی کشورها و جوامع به توسعه و دستیابی به هر جزء یا شاخص، خود موقوف به پیشرفت و توسعه در زمینه دیگر است. بنابراین، می‌توان گفت که توسعه مجموعه‌ای به هم پیوسته و درهم‌تنیده است. فرایند توسعه کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که ایجاد امکانات توسعه ضامن بهبود کیفیت زندگی نسل‌های بعدی خواهد بود. در هر حال، وضعیت سلامت جامعه، شاخص‌های سلامت اقتصادی، شاخص‌های سلامت محیط، و شاخص‌های مربوط به عدالت و برابری هریک در جای خود به روند توسعه جامعه بستگی دارند. همین طور، با ایجاد رضایت در جامعه، کاهش بیکاری، ایجاد تناسب بین تعداد معلم و دانش‌آموز، ایجاد فرصت‌های شغلی و نظایر آن، می‌توان کیفیت زندگی را بهبود و ارتقا بخشید.

۳. کیفیت زندگی در دیگر کشورها

نشریه زندگی بین‌المللی (*International Living*) از سال ۱۹۸۴ تاکنون شاخصی را در ارتباط با کیفیت زندگی در کشورهای جهان ارائه می‌دهد. این شاخص کیفیت زندگی را در ۱۹۴ کشور جهان به صورت سالانه رتبه‌بندی می‌کند. کشورها در این بررسی امتیازی از ۱۰۰ در ۹ نشانگر مختلف می‌گیرند که میانگین آنها امتیاز نهایی کیفیت زندگی را به دست می‌دهد. این ۹ نشانگر عبارت‌اند از: هزینه زندگی (برحسب دلار آمریکا)، فرهنگ و اوقات فراغت، اقتصاد، محیط زیست، آزادی، سلامت، زیرساخت‌ها، خطرپذیری و ایمنی، و وضعیت آب و هوا. این شاخص با استفاده از داده‌های طیف متنوعی از منابع مانند سازمان جهانی بهداشت و نشریه اکونومیست تعیین می‌شود، اما امتیازات محاسبه شده با استفاده از قضاوت ذهنی^۱ خبرنگاران محلی قابل اصلاح و تعدیل است (International Living, 2007).

دستیابی به برخی اهداف توسعه‌ای است، اما نمی‌تواند بسیاری از جوانب مهم زندگی بشری را دربرگیرد. تجربه وجودی و مطالعات علمی نشان داده که رابطه میان پیشرفت اقتصادی و کیفیت زندگی رابطه‌ای خطی نیست. این دو تا نقطه‌ای که حداقل شرایط مطلوب مادی برای زیست انسان فراهم شده باشد هم‌سو و هم‌جهت حرکت می‌کنند ولی از آن به بعد دیگر نمی‌توان انتظار داشت که تأمین نیازهای اقتصادی به بهبود کیفیت زندگی کمک کند (عبری، ۱۳۸۹). از این رو، در اوایل دهه ۱۹۹۰، سازمان ملل متحد گزارش توسعه‌ای را با رویکرد توسعه انسانی منتشر کرد که دامنه ابعاد توسعه‌ای آن بسیار گسترده‌تر از درآمد سرانه است و بعضی ابعاد اجتماعی و فرهنگی را نیز در کنار بعد اقتصادی توسعه مد نظر قرار می‌دهد. این شاخص مبتنی بر این ایده اساسی است که لازمه دستیابی به زندگی بهتر، علاوه بر کسب درآمد بیشتر، پرورش و بسط استعدادها و ظرفیت‌های انسانی است. از اواسط دهه مذکور، به ویژه در پی صدور بیانیه آمستردام، مؤلفه‌هایی نظیر سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی نیز به مبحث توسعه راه یافت و، به تعبیری، در سلسله مراتب اهداف توسعه تغییراتی اساسی حاصل شد که با قرار گرفتن بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی در رأس اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد نیز تقویت گردید، اهداف هشت‌گانه‌ای که همگی بر مسائل اجتماعی نظیر آموزش، فقرزدایی، بهداشت، محیط زیست، برابری جنسیتی و مشارکت در توسعه تأکید دارند. استیگلیتز (2002, Stieglitz)، در بحث پارادایم جدید توسعه، توسعه را معطوف به تحول و توسعه اجتماعی می‌داند که، ضمن گسترش افق‌های انتخاب و آزادی افراد، کاهش فقر و تخریب محیط زیست، افزایش سطح بهداشت و طول عمر و، به طور کلی، ارتقای کیفیت زندگی را به همراه دارد (به نقل از غفاری و امید، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی ارتباط متقابلی با توسعه دارد و ضمن اینکه خود از توسعه ناشی می‌شود بر توسعه نیز تأثیر می‌گذارد. بررسی شاخص‌های توسعه انسانی و کیفیت زندگی در کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که همبستگی مثبت و بالایی بین این دو شاخص در این کشورها وجود دارد و رتبه‌های بالای شاخص توسعه انسانی و شاخص کیفیت زندگی متعلق به کشورهای توسعه‌یافته است و کشورهای در حال توسعه در انتهای این رتبه‌بندی قرار دارند که این امر ارتباط دوسویه و درهم‌تنیده توسعه و کیفیت زندگی را نشان

1. subjective judgment

کشور امریکا و کانادا دارای رتبه مناسب، و کشورهای کاستاریکا، پاناما و مکزیک دارای رتبه‌های متوسط هستند و بقیه کشورهای این منطقه جایگاه مطلوبی در این فهرست ندارند.

کشورهای امریکای لاتین

بهترین رتبه در بین کشورهای این منطقه متعلق به کشور اروگوئه با رتبه ۱۹ است. بعد از آن کشورهای آرژانتین (با رتبه ۲۶)، شیلی (۳۱)، برزیل (۳۸)، کلمبیا (۵۶)، پاراگوئه (۶۴) و السالوادور (۸۶) قرار دارند. رتبه‌های کیفیت زندگی این منطقه در مقایسه با سایر کشورها در دامنه متوسط تا ضعیف قرار می‌گیرد.

۲.۳. کشورهای اروپایی

از ۱۰ کشور برتر جهان در شاخص کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰، ۶ کشور در اروپا قرار دارد. کشور فرانسه برای دومین سال پیاپی رتبه نخست گزارش را کسب کرد. سوئیس رتبه سوم، آلمان چهارم، لوکزامبورگ ششم، بلژیک هشتم، و ایتالیا رتبه دهم را به خود اختصاص دادند. همچنین از ۵۰ کشور برتر این گزارش، ۳۹ کشور اروپایی هستند. در سال ۲۰۰۹ نیز، از ۱۰ کشور برتر در این شاخص، ۷ کشور در اروپا قرار داشتند: فرانسه با رتبه اول، سوئیس دوم، لوکزامبورگ چهارم، بلژیک ششم، ایتالیا هفتم، آلمان هشتم، و دانمارک با رتبه دهم. این آمار نشان دهنده کیفیت بالای زندگی در بین کشورهای این منطقه است. در بین کشورهای اروپایی، کشورهای اروپای شمالی و غربی از کیفیت زندگی به نسبت بالاتری در مقایسه با کشورهای اروپای شرقی و جنوبی برخوردارند.

۳.۳. آسیا

در بین کشورهای آسیایی، بهترین رتبه کیفیت زندگی متعلق به ژاپن با رتبه ۳۶ است. بعد از ژاپن، کره جنوبی با رتبه ۴۲ قرار دارد. رتبه‌های سوم تا دهم مربوط به کشورهای تایوان (۵۷)، سنگاپور (۷۰)، بوتان (۷۵)، برونی (۸۴)، مالزی (۸۵)، هند (۸۸)، مغولستان (۹۵) و چین (۹۷) است. رتبه کشورهای آسیایی نیز مانند کشورهای امریکای لاتین در دامنه متوسط تا ضعیف قرار دارد. همچنین در بین کشورهای آسیایی جایگاه کشورهای آسیای شرقی بهتر از کشورهای آسیای غربی است.

نشانگر هزینه زندگی نشان می‌دهد که زندگی با بهترین استانداردهای تعریف شده برای آن چه میزان هزینه دربردارد. یکی از مؤلفه‌های اندازه‌گیری هزینه زندگی نرخ مالیات بر درآمد هر کشور است. در تعیین رتبه اقتصادی هر کشور نرخ بهره، تولید سرانه، نرخ رشد تولید ناخالص داخلی، نرخ تورم، و سرانه تولید ناخالص ملی آن کشور در نظر گرفته می‌شود. برای تعیین رتبه محیط زیستی، پراکندگی جمعیت در هر کیلومتر مربع، نرخ رشد جمعیت، تولید سرانه گازهای گلخانه‌ای، و درصدی از کل زمین‌های حفاظت شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. شاخص آزادی نیز بر حقوق سیاسی مردم کشور و آزادی‌های مدنی تأکید دارد. برای رتبه‌بندی بهداشت و سلامت، تعداد تخت‌های بیمارستانی برای هر هزار نفر، درصد دسترسی به آب سالم، امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان، و هزینه‌های عمومی بهداشت و درمان به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی هر کشور ملاک سنجش قرار می‌گیرد. در سنجش وضعیت آب و هوا، میانگین سالانه مقدار بارش، دما، و خطرپذیری در برابر بلایای طبیعی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

درصدهای در نظر گرفته شده برای نشانگرهای مذکور به شرح زیر است: هزینه زندگی (۱۵ درصد)، فرهنگ و اوقات فراغت (۱۰ درصد)، اقتصاد (۱۵ درصد)، محیط زیست (۱۰ درصد)، آزادی (۱۰ درصد)، سلامت (۱۰ درصد)، زیرساخت‌ها (۱۰ درصد)، ایمنی و خطرپذیری (۱۰ درصد)، و اقلیم (۱۰ درصد). بر مبنای آخرین گزارش نشریه زندگی بین‌المللی که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده می‌توان کیفیت زندگی را در کشورها و مناطق مختلف جهان بررسی کرد. در ادامه، به بررسی کیفیت زندگی کشورهای اروپایی، امریکایی، آسیایی و کشورهای منطقه و مقایسه آنها با وضعیت ایران می‌پردازیم.

۱.۳. کشورهای امریکایی

کشورهای امریکای شمالی و حوزه دریای کارائیب

در آخرین گزارش نشریه زندگی بین‌المللی مربوط به سال ۲۰۱۰، کشورهای این منطقه شامل امریکا، کانادا، کاستاریکا، پاناما، مکزیک، دومینکن، و کوبا به ترتیب حائز رتبه‌های هفتم، نهم، سی‌وسوم، سی‌وپنجم، چهل‌وششم، هفتادوسوم، و نود شده‌اند. از لحاظ شاخص کیفیت زندگی، در بین کشورهای این منطقه، دو

۴.۳. کشورهای منطقه

سپس به ایران می‌رسیم که رتبه ۱۵۰ را در این گزارش دارد و پس از آن کشورهای قزاقستان (۱۵۵)، ترکمنستان (۱۶۲)، عمان (۱۶۸)، عربستان سعودی (۱۶۹)، عراق (۱۷۰)، پاکستان (۱۷۸)، افغانستان (۱۹۱) و یمن (۱۹۴) قرار دارند. جدول ۳ نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی را در برخی کشورها در سال ۲۰۱۰ نشان می‌دهد.

بهترین شاخص کیفیت زندگی در بین کشورهای منطقه متعلق به کشور ترکیه با رتبه ۷۳ است. بعد از آن کشورهای ارمنستان (۱۰۱)، اردن (۱۰۴)، کویت (۱۰۶)، لبنان (۱۱۳)، بحرین (۱۱۹)، سوریه (۱۲۴)، قطر (۱۲۸)، تاجیکستان (۱۳۴)، قرقیزستان (۱۳۸)، آذربایجان (۱۳۹)، امارات (۱۴۱) و ازبکستان (۱۴۸) قرار دارند.

جدول ۳. مقایسه نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی در برخی کشورها در سال ۲۰۱۰

رتبه	امتیاز نهایی	آب و هوا	خطرپذیری و ایمنی	زیرساخت‌ها	سلامت	آزادی	محیط زیست	اقتصاد	فرهنگ و اوقات فراغت	هزینه زندگی	کشور	موزه کشورها
۱	۸۲	۸۷	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۱۰۰	۷۲	۶۹	۸۱	۵۵	فرانسه	اروپایی
۳	۸۱	۷۷	۱۰۰	۹۶	۹۵	۱۰۰	۷۸	۷۹	۸۶	۴۱	سوئیس	
۸	۷۸	۸۶	۱۰۰	۹۶	۸۸	۱۰۰	۶۴	۶۶	۸۳	۴۱	بلژیک	
۱۰	۷۷	۸۷	۱۰۰	۶۲	۹۰	۹۲	۷۴	۶۳	۸۵	۵۶	ایتالیا	
۷	۷۸	۸۴	۱۰۰	۱۰۰	۷۸	۹۲	۶۲	۶۷	۷۹	۵۶	امریکا	امریکایی
۹	۷۷	۶۹	۱۰۰	۸۵	۸۴	۱۰۰	۶۲	۶۹	۷۶	۶۲	کانادا	
۲۶	۷۲	۹۱	۱۰۰	۵۶	۸۲	۸۳	۷۱	۵۲	۶۷	۶۱	آرژانتین	
۸۶	۵۸	۵۷	۷۹	۳۶	۷۰	۷۵	۶۵	۴۲	۴۳	۶۳	السالوادور	آسیایی
۳۶	۷۰	۸۴	۱۰۰	۶۴	۸۹	۹۲	۷۱	۵۱	۹۲	۲۴	ژاپن	
۴۲	۶۹	۸۳	۹۳	۵۲	۸۱	۹۲	۶۸	۵۶	۸۲	۳۹	کره جنوبی	
۹۵	۵۷	۱۴	۶۴	۵۲	۲۶	۸۳	۷۰	۴۷	۶۰	۶۸	مغولستان	
۹۷	۵۶	۷۹	۵۷	۴۰	۶۷	۸	۵۴	۶۹	۵۹	۶۳	چین	منطقه
۷۳	۶۱	۷۳	۸۶	۴۰	۷۶	۶۷	۶۸	۴۵	۶۰	۴۹	ترکیه	
۱۱۳	۵۴	۶۱	۲۱	۳۶	۸۵	۴۲	۶۵	۵۰	۵۶	۶۸	لبنان	
۱۵۰	۴۹	۶۴	۰	۴۰	۶۹	۱۷	۷۱	۵۰	۵۴	۶۵	ایران	
۱۹۱	۳۷	۵۸	۰	۳۲	۰	۸	۷۷	۴۰	۷	۸۸	افغانستان	

منبع: International Living, 2010

«محیط زیست» بالاترین عدد مربوط به کشور برونئی (۱۰۰) و کمترین عدد مربوط به کشور ماکائو (۰) است. نشانگر «آزادی» در بسیاری کشورها از جمله فرانسه و اسلوانی ۱۰۰ و در چند کشور از جمله سودان، لیبی و سومالی صفر گزارش شده است. در مورد نشانگر «سلامت» بالاترین عدد مربوط به کشور فرانسه (۱۰۰) و کمترین مربوط به کشور افغانستان (۰) است. در خصوص نشانگر «زیرساخت‌ها» بالاترین عدد متعلق به کشور آمریکا (۱۰۰) است و

با توجه به نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی سال ۲۰۱۰، موارد زیر قابل توجه است: بیشترین مقدار نشانگر «هزینه زندگی» مربوط به کشور عراق (۱۰۰) و کمترین مقدار مربوط به کشور سوئد (۰) است. همچنین بالاترین امتیاز نشانگر «اوقات فراغت» متعلق به کشور فنلاند (۹۳) و پایین‌ترین متعلق به کشور عراق (۰) است. بالاترین عدد نشانگر «اقتصاد» در کشور لیختن‌اشتاین (۱۰۰) و کمترین در کشور زیمباوه (۰) گزارش شده است. در مورد نشانگر

کشورهای جهان از جایگاه مناسبی برخوردار نیست و جزو کشورهای نسبتاً ضعیف در این شاخص محسوب می‌شود و در انتهای فهرست رتبه‌بندی قرار دارد. اما نسبت به کشورهای منطقه چندان ضعیف نیست و به لحاظ وضعیت کیفیت زندگی بالاتر از کشورهایی چون قزاقستان، عمان، عربستان سعودی، عراق، افغانستان، پاکستان، یمن و پایین‌تر از کشورهای ترکیه، اردن، لبنان، سوریه، ارمنستان، بحرین، قطر، امارات، قرقیزستان و ازبکستان قرار دارد. بهترین رتبه ایران طی ده سال گذشته مربوط به سال ۲۰۰۳ (رتبه ۹۱) و بدترین رتبه آن طی همین دوره مربوط به سال ۲۰۰۷ (رتبه ۱۹۰) است. در جدول ۴ اطلاعات مربوط به روند طولی شاخص کیفیت زندگی ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵ ارائه شده است.

امتیاز صفر در چند کشور از جمله مایوتی دیده می‌شود. امتیاز نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» در بسیاری کشورها (۱۹ کشور اول) و در ایران و افغانستان صفر است. همچنین نشانگر «وضعیت آب و هوا» در زیمباوه ۱۰۰ و در یمن صفر گزارش شده است. به طور کلی، بالاترین امتیاز کل مربوط به کشور فرانسه (۸۲) و کمترین مربوط به کشور سومالی (۳۰) است.

۴. کیفیت زندگی در ایران

براساس شاخص کیفیت زندگی سال ۲۰۱۰، ایران در بین ۱۹۴ کشور جهان رتبه ۱۵۰ را به خود اختصاص داده که بهترین رتبه در چهار سال اخیر است. رتبه ایران در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۹ سیزده رتبه صعود داشت و از ۱۶۳ به ۱۵۰ ارتقا یافت. با این حال، ایران از نظر شاخص کیفیت زندگی در مقایسه با سایر

جدول ۴. روند طولی شاخص کیفیت زندگی ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵

سال	هزینه زندگی	فرهنگ و اوقات فراغت	اقتصاد	محیط زیست	آزادی	سلامت	زیرساخت‌ها	خطرپذیری و ایمنی	آب و هوا	رتبه	امتیاز نهایی
۲۰۱۰	۶۵	۵۴	۵۰	۷۱	۱۷	۶۹	۴۰	۰	۶۴	۱۵۰	۴۹
۲۰۰۹	۷۲	۵۴	۳۳	۶۷	۱۷	۶۲	۴۱	۰	۶۵	۱۶۳	۴۶
۲۰۰۸	۶۱	۵۷	۳۸	۵۲	۱۷	۵۰	۴۱	۲۰	۶۴	۱۵۹	۴۵
۲۰۰۷	۸۰	۵۷	۳۲	۴۸	۱۷	۴۵	۳۰	۰	۵۵	۱۹۰	۴۲
۲۰۰۶	۶۰	۴۰	۴۵	۶۰	۱۷	۶۲	۳۱	۸۲	۴۸	۱۵۱	۵۰
۲۰۰۵	۶۰	۳۰	۴۰	۷۳	۱۷	۵۸	۳۳	۶۰	۲۵	۱۶۶	۴۵

منبع: *International Living*, 2010

تلقی شده است و نشان می‌دهد میزان هزینه زندگی در ایران معادل ۷۱ درصد رشد داشته است. بررسی تغییرات ساختار هزینه‌ها همراه با تغییرات درآمد، به‌ویژه سطح تورم، نشان‌دهنده فزونی دامنه فقر نسبی در کشور است، یعنی سطح معیشت در طی این سال‌ها بهبود نیافته است. روند (فراز و فرود) متوسط درآمد و هزینه‌های خانوار شهری و روستایی نشان می‌دهد که در بیست سال اخیر، سطح فقر مطلق در جامعه کاهش یافته، اما بر دامنه فقر نسبی افزوده شده است. درآمد پایین و افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم‌ترین دلایل فزونی فقر نسبی بوده است. نرخ رشد تورم در سال‌های اخیر افزایش یافته و از آمار بیکاری چندان کاسته نشده است. از نظر نرخ بیکاری و فقر، ایران نسبت به عربستان و ترکیه جایگاه مناسبی ندارد، اما در مقایسه با

براساس این شاخص ترکیبی، امتیاز ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵ میلادی بین ۴۲ تا ۵۰ متغیر بوده است ولی به دلیل رشد کند این شاخص در کشور در مقایسه با دیگر نقاط جهان شاهد افت کیفیت زندگی بوده‌ایم. روند تغییرات اجزای این شاخص در زمینه «زیرساخت‌ها» که شامل مواردی مانند راه، ارتباطات و انرژی است نشان می‌دهد که طی این دوره زمانی، کشور شاهد پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بوده است ولی، در مقابل، نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» در کشور به شدت کاهش یافته و در نازل‌ترین وضعیت خود قرار دارد. همچنین این رتبه‌بندی نشان می‌دهد که «هزینه زندگی» در کشور افزایش پیدا کرده است که البته این افزایش، به دلیل آنکه با سطوح درآمدی مقایسه نمی‌شود و به عنوان شاخص میزان مصرف مورد استفاده قرار می‌گیرد، مثبت

از ۸۱ در سال ۱۳۸۰ به ۷۴ در سال ۱۳۸۴ رسیده است. در شاخص توانمندسازی جنسیتی نیز رتبه ایران از ۸۸ به ۷۱ ارتقا یافته است (گزارش توسعه انسانی ۲۰۰۶ به نقل از عنبری، ۱۳۸۹). آمارها نشان دهنده بهبود بیشتر وضعیت زنان در ایران در مقایسه با مردان است. در مورد شاخص‌های اشتغال زنان، آمارها وضعیت امیدوارکننده‌ای را نشان نمی‌دهند، اما رشد سطح سواد در کشور به رشد حضور زنان در سطوح تحصیلی دانشگاهی انجامیده است.

نتایج حاصل از مطالعات مربوط به رضایت مردم از زندگی در سال‌های اخیر حاکی از آن است که میزان رضایت از وضعیت (زندگی) فردی روند رو به رشدی داشته است، اما در حوزه فرایندهای اجتماعی مانند رفتارها و مسائل اخلاقی، عدالت، دموکراسی، اشتغال و تورم، میزان رضایت‌مندی اجتماعی پایین است.

واقعیت این است که در کشور ما، به دلیل تأکید بر منابع مادی به‌ویژه نفت و سپس تولید اقتصادی، درباره اهمیت کیفیت زندگی به طور جدی بحث نشده است. طرح و برنامه کلانی نیز با عنوان «کیفیت زندگی» تعریف نشده و تا آنجا که اطلاعات موجود اجازه می‌دهد، برای شاخص‌سازی آن گامی برداشته نشده است. مهم این است که شرایط مناسب کیفیت زندگی باید بر طبق واقعیت تعریف شود. مردم هر نقطه‌ای از ایران، خود باید بگویند که شرایط مناسب از دید آنها چیست و چگونه می‌توان با مشارکت آنها کیفیت زندگی بهتری فراهم کرد. بنابراین دولت‌ها باید، علاوه بر آنکه پاسخگوی نیازهای توسعه‌ای مردم باشند و مضایق را برطرف کنند، ظرفیت‌ها و امکانات لازم برای اشتغال، و خلاقیت و مهارت‌های مورد نیاز برای استفاده از فناوری‌های جدید توانایی‌بخش را فراهم سازند (همان).

۱.۴. کیفیت زندگی در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه

در پنجاه سال اخیر، ایران از حیث توجه به اغلب شاخص‌های کیفیت زندگی، کشوری کوشا بوده است. از زمان شکل‌گیری نظام برنامه‌ریزی توسعه در چارچوب سازمان برنامه و بودجه تا به حال، رسالت اصلی برنامه‌ها در کشور گسترش رفاه اجتماعی و توسعه انسانی بوده است. این سازمان با اجرای پنج برنامه در عصر پهلوی و چهار برنامه در دوره انقلاب اسلامی همچنان به فعالیت خود ادامه می‌دهد. محور برنامه‌های توسعه در بعد از انقلاب افزایش سطح زندگی و برقراری عدالت اجتماعی است. شعارها و اهداف مهم در این برنامه‌ها مقابله با تبعیض‌ها، تکثیر ثروت، و رفع تبعیض

پاکستان و عراق شرایط بهتری دارد (عنبری، ۱۳۸۹).

نشانگرهای «اقتصاد» و «سلامت» نیز در این دوره ارتقا یافته و به ترتیب ۹۲ و ۱۶ درصد رشد کرده‌اند. نشانگر اقتصاد براساس تولید ناخالص داخلی و نشانگر سلامت بر مبنای میزان هزینه بهداشتی افراد و امکان دسترسی به امکانات درمانی محاسبه شده است. اینکه همه نشانگرها به طور متوسط حدود ۵۳ امتیاز دارند، گویای فاصله زیاد آنها با وضعیت مطلوب و لزوم توجه و برنامه‌ریزی بیشتر است.

در کشور ما، در طول دو دهه اخیر، بهبود شاخص‌های بهداشتی و امید به زندگی آشکار بوده است، اما برخی نشانگرهای مرتبط با سلامت از جمله نظام مصرف (تغذیه) از نظر کمیت و کیفیت دچار نوسان منفی و عدم تعادل شده‌اند. به عبارت بهتر، عرضه در این مدت از نظر کمی به خوبی جوابگوی نیازهای تغذیه‌ای مردم بوده است، ولی از نظر کیفی و تنوع پاسخگوی نیازهای جامعه نیست. یکی از علایم عدم تعادل این است که خانوارهای کم‌درآمد روستایی بیش از سایر اقشار از این نوسانات متأثر شده‌اند (همان).

با توجه به آمارها می‌توان گفت که ایران از نظر شاخص‌های منفرد مربوط به سطح زندگی، اقتصاد و امور زیربنایی یکی از کشورهای با موفقیت متوسط محسوب می‌شود. امتیاز شاخص‌های فرهنگ و اوقات فراغت و بهداشت در ایران به مراتب بالاتر از کشورهای همسایه است. آنچه موجب شده است که ایران صاحب رتبه پایینی باشد، امتیاز کم کشور در شاخص‌های «آزادی» و «خطرپذیری و ایمنی» است. به احتمال بسیار، شاخص تعیین‌کننده در رتبه‌بندی همان خطرپذیری و ایمنی بوده است. سودان، عراق و افغانستان نیز از این حیث به ایران نزدیک هستند. با حذف دو شاخص مذکور، جایگاه ایران در جدول ارتقا می‌یابد. در چند سال اخیر، بحث انرژی هسته‌ای، از یک سو، و ناامنی‌ها در عراق و افغانستان، از سوی دیگر، این مسئله را تشدید کرده است.

همچنین آمارها نشان می‌دهند که در سال‌های اخیر در شاخص‌های توسعه جنسیتی (GDI)^۱ و توانمندسازی جنسیتی (GEM)^۲ بهبود مشهودی پدید آمده یا حداقل می‌توان گفت نابرابری جنسیتی کمتر شده است. در مورد شاخص اول، رتبه ایران

1. Gender Development Index

2. Gender Empowerment Measure

تغییرات اجتماعی در کشور نصیب روستاییان و اقشار کم‌درآمد می‌شود. در ادامه به بررسی تفصیلی جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های قبل و بعد از انقلاب می‌پردازیم.

کیفیت زندگی در برنامه‌های پیش از انقلاب

نخستین گام‌های برنامه‌ریزی در ایران در اواخر دوران رضاشاه برداشته شد. اولین برنامه عمرانی کشور در سال ۱۳۲۷ به تصویب مجلس شورای ملی رسید. سیاست غالب در برنامه‌های اول و دوم پیش از انقلاب رشد براساس مزیت نسبی بخش کشاورزی و ایجاد زیرساخت‌ها بود، و توجه به کیفیت زندگی در این دو برنامه را می‌توان در قالب اولویت‌بخشی به رشد اقتصادی مطرح کرد. سیاست غالب برنامه سوم صنعتی شدن کشور بود. در طول اجرای این برنامه، اصلاحات ارضی خارج از برنامه مدون اجرا شد. برنامه سوم توسعه، به رغم جامعیت نسبت به دو برنامه پیشین، همچون دو برنامه گذشته فاقد استراتژی مشخصی در زمینه توسعه بود؛ و از آنجا که هدف اصلی برنامه رشد اقتصادی بود، مباحث اجتماعی عملاً در جایگاه اهداف ثانوی مد نظر قرار داشتند.

یکی از وجوه تمایز برنامه چهارم نسبت به برنامه‌های پیشین را می‌توان استفاده از ظرفیت کارشناسی داخلی در تدوین برنامه دانست. مسائلی که مد نظر برنامه‌ریزان قرار گرفت شامل رشد اقتصادی، کنترل جمعیت، عوامل تولید در بخش کشاورزی، ادامه سرمایه‌گذاری در زیربنای اقتصادی، و بالا بردن بهره‌وری بود. در برنامه چهارم نخستین بار فصلی مجزا به رفاه اجتماعی اختصاص یافت که برنامه‌های بیمه اجتماعی، رفاه خانواده و کودک، ورزش و رفاه جوانان، رفاه کارگران، رفاه روستاییان، و رفاه گروه‌های خاص (معلولین جسمی، روانی، اجتماعی) را دربرمی‌گرفت. تا پایان برنامه چهارم عمرانی پیش از انقلاب، عبارت «کیفیت زندگی» وارد متن برنامه‌ها نشده بود و تنها ارائه خدمات اجتماعی و رفاهی آن هم به صورت موردی و پراکنده مد نظر برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار داشت.

اصطلاح «کیفیت زندگی» اولین بار در برنامه پنجم پیش از انقلاب در ارتباط با حفاظت محیط زیست، معماری شهری و مبارزه با آلودگی‌های شهری و صنعتی وارد متن برنامه شد. سیاست برنامه پنجم بر دو اصل رونق کشاورزی و توسعه امور رفاهی استوار بود و برای اولین بار در روند برنامه‌ریزی کشور، اهداف اجتماعی در اولویت قرار گرفت. همچنین به دلیل اهمیت بیمه‌های اجتماعی،

و فقر و محرومیت در جامعه است. در این برنامه‌ها، فرض بر وجود بیشترین نوع تبعیض‌ها در حوزه‌های اقتصادی بوده و بر تبعیض‌های اجتماعی و گروهی مانند تبعیض‌های جنسیتی کمتر تأکید شده است. از اوایل دهه ۱۳۸۰ به بعد، موضوع تبعیض‌های اجتماعی از جمله تبعیض در دسترسی به خدمات اجتماعی و تبعیض‌های جنسیتی بیشتر مورد توجه قرار گرفته و اقداماتی برای رفع آنها انجام شده است.

تاکنون، با وجود بهبود کیفیت زندگی مردم، وضعیت شاخص‌ها قانع‌کننده به نظر نمی‌رسد. کیفیت پایین زندگی بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت، به‌ویژه در روستاها (جمعیت زیر خط فقر معمولاً در آمارها و مکتوبات حدود ۲۵ درصد ذکر شده است)، بیکاری (در نوسان بین ۱۵ تا ۲۰ درصد)، تورم (در نوسان بین ۱۳ تا ۲۵ درصد)، عدم برخورداری از معاش آبرومند، استفاده نابرابر از کالاهای حیاتی از جمله مصرف سرانه نامتوازن انرژی، دسترسی نابرابر به آب آشامیدنی سالم و تغذیه مناسب، سرانه پایین دسترسی به پزشک، توزیع نابرابر برخی خدمات و امکانات آموزشی و بهداشتی و رفاهی در مناطق مختلف کشور، و در نهایت وضعیت نامطلوب برخی شاخص‌های بهداشتی-جمعیتی مانند میزان بیماری از جمله مسائل و مشکلاتی هستند که دغدغه اصلی نهادهای اجرایی و دانشگاهی کشور محسوب می‌شوند. اهتمام برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه اساساً بر رفع مشکلات فوق بوده است که البته برخی از انتظارات و پیش‌بینی‌های این برنامه‌ها نیز تحقق نیافته است (همان).

در اوایل دهه ۱۳۸۰، دولت فراتر از برنامه پنج‌ساله و با رویکردی بلندمدت، سند چشم‌انداز بیست‌ساله توسعه کشور را در دستور کار قرار داد و سعی کرد با تأکید بر ابعاد چندگانه، بر سرعت فعالیت‌های توسعه در کشور بیفزاید. در برنامه‌های گذشته، به دلیل نداشتن تصویری از چشم‌انداز آینده، حاصل و برآیند تلاش‌های برنامه‌ریزی در سطوح منطقه‌ای، استانی و ملی به حرکتی هم‌سو و مورد توافق همگان نمی‌انجامید. در مبحث سیاست‌های اجتماعی چشم‌انداز، یکی از اهداف (هدف ۱۰) ایجاد شرایط مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی است. با وجود این برنامه‌ها و اقدامات، باز کیفیت زندگی قشرهایی از جامعه، به‌ویژه روستاییان در شرایط مطلوب نیست و با کیفیت زندگی هم‌تایان شهری آنان تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. برای مثال، بخش مهمی از فقر نسبی حاصل از

سیاست‌های رفاهی- اجتماعی برنامه دوم بر محور تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی، از جمله در حوزه‌های تأمین بهداشت و گسترش بیمه همگانی، توجه به مناطق محروم با اولویت اشتغال و بهداشت و آموزش، و جهت‌دهی به پرداخت‌های انتقالی دولت در جهت حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند متمرکز بود. از جمله سیاست‌های دولت در این دوره تثبیت قیمت‌ها بود.

تدوین‌کنندگان برنامه سوم به طور جدی پیرو سیاست تعدیل و اصلاح ساختاری بودند چرا که مهم‌ترین اشکال برنامه‌های پیشین را بی‌توجهی به وضعیت ساختارها و نهادها می‌دانستند. هدف از اجرای این سیاست‌ها اصلاح ساختار مدیریتی، سامان‌دهی شرکت‌های دولتی، خصوصی‌سازی، رفع انحصارها، تمرکززدایی در سیاست‌های مالی، آزادسازی اقتصاد و هدفمند کردن یارانه‌ها عنوان شد. رفیعی و مدنی در مطالعه خود (۱۳۸۰) چنین نتیجه می‌گیرند که سیاست تعدیل برنامه سوم هم‌راستا با دو برنامه پیشین بوده و گسترش برنامه‌های رفاهی نیز با انگیزه مهار آثار و تبعات سوء توسعه مورد توجه بوده است، یعنی نگرشی ابزاری بر این مقوله‌ها حاکم است. از این رو، می‌توان استدلال کرد که ارتقای کیفیت زندگی در این برنامه نیز فاقد ماهیت سیاست‌گذارانه است (به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

در مبانی نظری برنامه چهارم توسعه، کیفیت زندگی شامل دو جزء اساسی است: یکی اوضاع و احوال عینی جامعه و دیگری دریافت‌های ذهنی و تجربه‌های زندگی فرد در درون جامعه و گروه‌های اجتماعی که در سه قلمرو نیازهای اساسی (شامل تغذیه، آموزش، مسکن، بهداشت، پوشاک)، نیازهای حمایتی (شامل تأمین اجتماعی، اوقات فراغت) و نیازهای محیطی (شامل محیط زیست، شرایط اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی) مورد توجه قرار گرفته است.

از جمله اهداف برنامه چهارم در حوزه امنیت انسانی و عدالت اجتماعی، ایجاد زمینه مناسب برای رشد و تعالی افراد از طریق آموزش و برابرسازی دسترسی به اطلاعات و دارایی‌های مادی و معنوی، حفظ و ارتقای حقوق شهروندی، کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های جنسیتی، برقراری عدالت اجتماعی بر پایه تساوی در برابر قانون، ایجاد امنیت شغلی، افزایش اعتماد عمومی، و کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های قومیتی است. ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی نیز از طریق برابر ساختن فرصت‌ها و امکانات

برنامه مذکور با بینشی وسیع‌تر به نام «تأمین اجتماعی» خوانده شد و سطح شمول آن نیز گسترش یافت. در حوزه تأمین و رفاه اجتماعی هم پنج برنامه اصلی شامل بیمه‌های اجتماعی کارگران، روستاییان، کارمندان، و ارائه خدمات رفاهی و توانبخشی به معلولین مد نظر قرار گرفت.

در برنامه ششم «کیفیت زندگی» به عنوان گرایشی نوظهور در برخورد با مسائل مربوط به رشد و توسعه، که مستلزم درک انسان به مثابه غایت همه تلاش‌هاست، مورد توجه قرار گرفت. از نظر این برنامه‌ریزان، جامعه‌ای که در جست‌وجوی کیفیت زندگی است، جامعه کمال‌گرایی است که به چهار خصلت اساسی توجه دارد: معرفت‌جویی از طریق نظام علم و تحقیق که محصول آن فناوری است، جست‌وجوی فراوانی و وفور از طریق نظام سیاسی و اقتصادی و براساس فناوری که محصول آن تولید و توزیع ثروت است، خیرجویی از طریق نظام اخلاقی که نظام ارزشی را نتیجه می‌دهد، و زیبایی‌خواهی که به آفرینش و خلاقیت دائمی می‌انجامد (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۶: ۲۵۶). نشانگرهای کیفیت زندگی در برنامه ششم عبارت بودند از: عدالت اجتماعی، بهداشت و درمان، فرهنگ و مبانی روحی جامعه، اشتغال و کیفیت کار، خانواده و پیوندهای اجتماعی، نظام آموزشی، فضای زندگی و مسکن. با وقوع انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، برنامه ششم امکان تصویب و اجرا نیافت. به نظر می‌رسد که این برنامه با رویکردی کاملاً اصلاحی نسبت به برنامه‌های پیشین تنظیم شده بود (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی در برنامه‌های پس از انقلاب

پس از روی کار آمدن نظام جمهوری اسلامی، تدوین اولین برنامه توسعه کشور از اوایل دهه ۱۳۶۰ به طور جدی آغاز گردید. برنامه اول توسعه در سال ۱۳۶۸ به تصویب مجلس رسید. مهم‌ترین رویداد این دوره جنگ تحمیلی بود. بنابراین بخش مهمی از توجه سیاست‌گذاران معطوف به تجهیز بنیه دفاعی و بازسازی و نوسازی ظرفیت‌های تولیدی و زیربنایی خسارت‌دیده در طول جنگ شد. سیاست غالب این برنامه خودکفایی با محوریت کشاورزی و تعدیل اقتصادی بود. در حوزه‌های رفاهی- اجتماعی نیز برنامه‌ها حول محورهای مهار تورم، تعیین و اصلاح الگوی مصرف، تلاش در جهت تأمین عدالت اجتماعی، و تأمین حداقل نیازهای اساسی مردم (تغذیه، بهداشت، مسکن) تنظیم شده بود.

از فرض‌هایی که این رویکردها در نظر می‌گیرند این است که دولت‌ها می‌بایست حداقل ۵۸ درصد اعتبارات هر برنامه را به فصول آموزش، بهداشت و تأمین اجتماعی اختصاص دهند که این امر در هیچ‌یک از برنامه‌ها تحقق نیافته است (غفاری و امید، ۱۳۸۸).

۲.۴. مطالعات مربوط به کیفیت زندگی

تحقیقات و مطالعات مربوط به کیفیت زندگی افراد بیشتر در مورد بیماران (یا گروه‌های پرخطر) انجام شده تا افراد سالم، و از نظر مکان و زمان نیز توزیع مناسبی ندارد. همچنین در بسیاری از موارد، به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوت و بالطبع ابعاد متفاوت برای سنجش کیفیت زندگی، بیشتر نتایج قابل ترکیب نیست و جداگانه ذکر می‌شود. برای دستیابی به مطالعات انجام‌شده در این زمینه از بانک‌های الکترونیکی SID و Iranmedex استفاده شده است.

جمعیت عمومی

در بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت به تفکیک خرده‌سنجش‌های آن در جمعیت شهر تهران (۹۸۶۳ نفر)، عملکرد جسمانی افراد مورد مطالعه بیشترین میانگین ($23/5 \pm 8/3$) و دو حیطة سلامت عمومی ($19/9 \pm 6/5$) و شادابی و نشاط ($18/4 \pm 6/5$) کمترین میانگین را داشتند. در بعد سلامت روان نیز میانگین امتیاز پایین بود و به نظر می‌رسد سطح کیفیت زندگی شهروندان ساکن تهران در بعد سلامت روان پایین است ($17/8 \pm 6/3$). به طور کلی، در بیشتر خرده‌سنجش‌های کیفیت زندگی، مناطق ۴ و ۸ شهرداری تهران دارای میانگین امتیاز بیشتر و مناطق ۵ و ۱۷ و ۲۰ دارای میانگین امتیاز کمتر بودند (منتظری، ۱۳۸۹).

بررسی نجات و دیگران (۱۳۸۵) در مورد کیفیت زندگی جمعیت عمومی ۲۲ منطقه شهرداری تهران (۱۱۶۴ نفر) نیز میانگین امتیاز کیفیت زندگی را در دامنه سلامت جسمانی ($14/3$ SD = 2/6)، در سلامت روان ($13/4$ SD = 2/6)، در سلامت اجتماعی ($13/9$ SD = 2/6) و در وضعیت محیط $12/3$ نشان داد. همچنین در مقایسه با کیفیت زندگی مردم چندین کشور، میانگین امتیاز تمام دامنه‌های کیفیت زندگی مردم شهر تهران به طور معناداری پایین‌تر از میانگین امتیاز مجموع شرکت‌کنندگان در مطالعه سازمان جهانی بهداشت بود. امتیازات دامنه‌های وضعیت محیط و سلامت

دستیابی به آموزش و اشتغال، ایجاد تعادل بین مناطق و استان‌ها، توزیع عادلانه درآمد، تأمین نیازهای اساسی مردم، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، عادلانه ساختن دسترسی به خدمات سلامت برحسب جنسیت، اقوام، گروه‌های اجتماعی و مناطق جغرافیایی، پایداری فرایند تأمین منابع، و مشارکت عادلانه مردم در تأمین سلامت مد نظر است.

جمع‌بندی و تحلیل جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های توسعه

در جمع‌بندی کلی جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های توسعه ایران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عبارت «کیفیت زندگی» در متن برنامه‌های پنجم و ششم قبل از انقلاب و برنامه چهارم بعد از انقلاب ذکر شده است و در سایر برنامه‌ها نوعاً به ارائه خدمات اجتماعی و رفاهی مانند مسکن، بهداشت، آموزش و تغذیه اشاره شده است.
- به لحاظ مضمونی، ابعاد کیفیت زندگی فردی بیشتر در برنامه‌ها مورد توجه بوده که دلیل عمده آن تسلط رویکرد اقتصادمحور بر برنامه‌هاست. در برنامه‌های سوم، پنجم و ششم قبل از انقلاب، برخی مقولات کیفیت زندگی اجتماعی نیز به متن برنامه راه یافته است که متأثر از نگرانی از جنبش‌های کمونیستی و اعتراضات منتهی به انقلاب بوده است.
- در متن برنامه‌های سوم و چهارم بعد از انقلاب، که در دوران زمامداری دولتی اصلاح‌طلب و خواهان تحقق جامعه مدنی تدوین شدند، مفاهیمی نظیر حقوق شهروندی، توانمندسازی، و سرمایه اجتماعی وارد شده است.
- برنامه‌های توسعه‌ای ایران غالباً تحت تأثیر الگوهای جهانی قرار داشته‌اند اما این الگوها، به‌ویژه بعد از انقلاب، متأثر از پارادایم‌های غالب توسعه نبوده‌اند. به بیان دیگر، از آنجا که برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب همگی در برش زمانی بعد از دهه ۱۹۹۰ تدوین شده‌اند، انتظار می‌رود که رویکرد قابلیت‌ی و انسانی الگوی غالب آنها باشد. اما این برنامه‌ها در روندی متفاوت به شدت متأثر از سیاست‌های منبعث از اجماع و اشنگتن و سیاست‌های پیشنهادی بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول هستند. برای مثال، یکی

کیفیت زندگی حدود نیمی از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران در حد متوسط یا کمی بهتر و کیفیت زندگی ۲۵ درصد آنان نامطلوب بود. مطالعه نیکبخت و دیگران (۱۳۸۷) نیز میانگین امتیاز کیفیت زندگی دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران را متغیر نشان داد (از $۸/۹ \pm ۶۵/۸$ در بعد شادابی تا $۹۳/۴ \pm ۱۰/۳$ در بعد عملکرد جسمانی). البرزی و البرزی (۱۳۸۵) نیز بالاترین امتیاز را در میان ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز در بعد یادگیری و پایین‌ترین را در رضایت از تحصیل گزارش کردند. در بررسی کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز، امتیاز بعد سلامت جسمانی به طور معناداری بالاتر از بعد سلامت روانی گزارش شد (هادی و ملک‌ملکان، ۱۳۸۵).

زنان

در این گروه جنسی نیز بیشتر مطالعات در مورد جامعه‌های آماری پراکنده و زنان باردار یا نابارور یا یائسه انجام شده است. تنها در مطالعه منتظری (به نقل از عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸) کیفیت زندگی زنان ایران در سال ۱۳۸۵ گزارش شد. عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸) میانگین ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار را با این زنان مقایسه کرده‌اند که در جدول ۵ آمده است.

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، در میانگین تمامی ابعاد بجز عملکرد اجتماعی، میان دو جمعیت تفاوت معنادار وجود دارد و کیفیت زندگی زنان باردار به طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی جمعیت زنان ایران است. میانگین نمره بعد سلامت عمومی در میان زنان باردار کاهش چشمگیری داشته و، در مقابل، میانگین نمرات ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی افزایش پیدا کرده است. همچنین در ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار، کم‌ترین امتیاز کسب شده در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس نشاط و بعد درد بوده است.

مطالعه میرمحمدعلی‌ئی و دیگران (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی مادران باردار با حاملگی پرخطر پایین‌تر از مادران باردار با حاملگی طبیعی است.

کیفیت زندگی زنان نابارور نیز در $۴۸/۳$ درصد موارد خوب، در $۳۶/۱$ درصد متوسط، و در $۱۵/۶$ درصد ضعیف گزارش شد (علامی و دیگران، ۱۳۸۷؛ امانتی و دیگران، ۱۳۸۸).

روان در لایه‌های مختلف سنی در جمعیت شهر تهران به صورت معناداری پایین‌تر از نتیجه کلی سایر نقاط جهان در همین لایه‌های سنی بود. امتیاز دامنه‌های سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط گروه بیمار در کل جمعیت مورد مطالعه سازمان جهانی بهداشت مانند یا بالاتر از مردم سالم شهر تهران بود.

ربانی و کیان‌پور (۱۳۸۵) نیز میانگین کیفیت زندگی شهروندان اصفهانی و اجزای تشکیل‌دهنده آن را تماماً در حد بالایی ارزیابی کردند و منزلت نقشی با میانگین $۳/۷$ بیشترین مقدار و احساس رضایت از زندگی در اجتماع با میانگین $۳/۴۵$ کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند.

رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) کیفیت زندگی روستاییان دهستان خاوه شمالی را در حد ضعیف گزارش کردند.

در بررسی کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند تهران، کمترین امتیاز مربوط به منطقه جنوب تهران و سپس شرق، مرکز و غرب و بالاترین امتیاز متعلق به منطقه شمال بود (آهنگری و دیگران، ۱۳۸۶).

کودکان (کمتر از ۱۸ سال)

مطالعه‌ای که وضعیت موجود کیفیت زندگی کودکان ایرانی را نشان دهد انجام نشده است و بیشتر مطالعات مربوط به این گروه سنی در مورد برخی انواع بیماری‌ها و علل و عوامل مؤثر در کیفیت زندگی انجام شده است. مطالعات کیفیت زندگی که جامعه هدفشان گروه سنی کودکان (خصوصاً کودکان سالم) باشد کمتر از مطالعات مربوط به گروه‌های سنی دیگر است.

نتایج مطالعات افتخار و دیگران (۱۳۸۱) و کوهپایه‌زاده و دیگران (۱۳۸۰) حاکی از آن است که کیفیت زندگی کودکان نابینا (حدود ۵۰ درصد متوسط، ۲۵ درصد پایین و ۲۵ درصد بالا) مشابه هم‌تایان بینای آنان و عموماً در حد متوسط است و تنها از نظر تحرک بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جوانان (۱۸ تا ۳۵ سال)

مطالعات اندک مربوط به کیفیت زندگی جوانان، برعکس دیگر مطالعات کیفیت زندگی که درباره بیماران انجام شده است، بیشتر در مورد افراد سالم و دانشجویان انجام شده است که شاید به دلیل در دسترس‌تر بودن آنها باشد. در مطالعه بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)

به دلیل استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت، جامعه آماری متفاوت، نبود مقایسه با گروه عادی و عوامل دیگر نمی‌توان از نتایج این مطالعات تصویری کلی در مورد کیفیت زندگی زنان به دست آورد اما می‌توان نتیجه گرفت که در شرایط پرخطر مانند بارداری و بیماری، کیفیت زندگی زنان مناسب نیست.

کیفیت زندگی زنان یائسه شهر کاشان در ۱۷/۹ درصد موارد مناسب، در ۶۸/۹ درصد متوسط، و در ۱۳/۳ درصد نامناسب گزارش شد (عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸).
ویژه و مرادی (۱۳۸۵) نیز کیفیت زنان مبتلا به ایدز شهر تهران را در ۱۷ درصد موارد خیلی پایین، در ۵۱/۸ درصد پایین، و در ۳۱/۲ درصد متوسط گزارش کردند.

جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار و جمعیت زنان ایران در سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون دو گروه	زنان باردار		جمعیت زنان ایران		میانگین کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
p < 0.005	۱۴/۹۴	۶۲/۲۴	۲۲/۱	۸۲/۹	سلامت عمومی
p < 0.005	۲۱/۷۷	۶۲/۱۳	۳۹/۱	۶۶/۵	عملکرد جسمانی
p < 0.005	۱۸/۷۷	۵۶/۲۳	۲۶/۲	۷۶/۴	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
p < 0.005	۲۱/۹۱	۶۳/۲۷	۲۰/۸	۶۵/۰	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
p < 0.005	۲۲/۵۱	۶۴/۲۶	۱۷/۸	۶۲/۹	عملکرد اجتماعی
p < 0.005	۳۴/۸۹	۵۸/۶۶	۲۵/۱	۷۴/۲	درد
p < 0.005	۱۷/۹۳	۶۶/۷۵	۴۲/۴	۶۱/۴	سلامت روانی
p < 0.005	۱۸/۰۷	۵۶/۲۰	۱۸/۶	۶۵/۰	احساس نشاط

منبع: عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸

۳.۴. عوامل مرتبط با کیفیت زندگی

در این بخش، عوامل مرتبط با کیفیت زندگی از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اشتغال، ابتلا به بیماری، بارداری و باروری، ورزش و فعالیت بررسی می‌شوند.

جنسیت

یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی جنسیت است. در بیشتر مطالعات انجام شده، کیفیت زندگی مردان به طور معناداری بهتر از زنان گزارش شده است، از جمله در مطالعات بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، حبیبی سولا و دیگران (۱۳۸۷)، آهانگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵) در کل، و در مطالعات وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴) و رفعتی و دیگران (۱۳۸۴) در بعد جسمانی. معدود مطالعاتی نیز رابطه جنسیت و کیفیت زندگی را معنادار گزارش نکردند (بهشتی و باریکانی، ۱۳۸۸؛ البرزی و البرزی، ۱۳۸۵).

سالمندان

حبیبی سولا و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران را متوسط، سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) کیفیت زندگی سالمندان زن آسایشگاه خیریه کهریزک را در ۵۸/۱ درصد موارد خوب و خیلی خوب و در ابعاد فیزیکی، خودمراقبتی، اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوب و در بعد افسردگی و اضطراب و بعد شناختی در سطح ضعیف، و آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵) کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر را در ۵۸ درصد موارد خوب (۷ درصد خیلی پایین، ۱۴ درصد پایین، ۲۱ درصد متوسط، ۳۴ درصد بالا و ۲۴ درصد خیلی بالا) گزارش کردند.

کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در همه ابعاد بجز حیطة اجتماعی به طور معناداری پایین‌تر از سالمندان سالم بود (آهانگری و دیگران، ۱۳۸۷).
مرور نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط و خوب است.

سن

مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) این رابطه معنادار نشان داده نشد. مطالعات بهشتی و باریکانی (۱۳۸۸) و بهمنی و دیگران (۱۳۸۳) نیز ارتباط کیفیت زندگی و سطح سواد والدین را معنادار نشان داد.

وضعیت اقتصادی و اشتغال

مطالعات زیادی رابطه کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی (حبیبی سولا و دیگران ۱۳۸۷)، میزان درآمد (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸ الف و ب؛ بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷)، کفایت درآمد (عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸ الف و ب)، رضایت از وضعیت اقتصادی (عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸؛ امانتی و دیگران، ۱۳۸۸) و دریافت حقوق بازنشستگی (رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴) را معنادار نشان دادند، به طوری که سطح اقتصادی بالاتر کیفیت زندگی بهتر را به همراه داشت. تنها در مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) رابطه بین کیفیت زندگی و درآمد معنادار نبود.

تمامی مطالعاتی که وضعیت اشتغال را نیز در نظر گرفته بودند رابطه کیفیت زندگی و اشتغال را معنادار نشان دادند (بهمنی و دیگران، ۱۳۸۳؛ بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ وحدانی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۴؛ سلیم‌زاده و دیگران، ۱۳۸۶؛ رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴؛ کار در کارگاه آسایشگاه)، به طوری که شاغلین کیفیت زندگی بهتری داشتند. همچنین در مطالعه سلیم‌زاده و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی بازنشستگان کارمند بهتر از بازنشستگان کارگر بود.

ابتلا به بیماری

در برخی مطالعات، ارتباط کیفیت زندگی با ابتلا به بیماری (بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ آهنگری و دیگران، ۱۳۸۶؛ رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴)، شدت بیماری (آکنه: بهشتی و باریکانی، ۱۳۸۸؛ حدت ناینبایی در دانش‌آموزان نایبنا: افتخار و دیگران، ۱۳۸۱؛ کوهپایه‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰) معنادار ذکر شده است. بنداد و دیگران (۱۳۸۴) و میرمحمدعلی‌ئی و دیگران (۱۳۸۶) نیز ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی را معنادار گزارش کردند، به طوری که با افزایش میزان افسردگی کیفیت زندگی پایین می‌آمد. در مطالعه سوری و عباچی‌زاده (۱۳۸۶) هم کیفیت زندگی کودکان آسیب (غیر عمدی) دیده‌اهاوزی پایین‌تر بود. در سالمندان نیز افرادی که از نظر جسمی مستقل بودند

برخی مطالعات رابطه کیفیت زندگی و سن را معنادار نشان دادند، به طوری که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت: آهنگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵)، بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) در کل، و وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴)، عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸ الف و ب)، رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) در ابعاد جسمانی و روانی. اما در برخی دیگر این رابطه معنادار نبود: افتخار و دیگران (۱۳۸۱)، کوهپایه‌زاده و دیگران (۱۳۸۰)، بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶)، رفعتی و دیگران (۱۳۸۴) و ویژه و مرادی (۱۳۸۵). مطالعاتی که رابطه معنادار بین کیفیت زندگی و سن نشان دادند بیشتر مربوط به گروه سنی سالمندان بودند و در گروه سنی کودک و جوان و همچنین بیماران مبتلا به ایدز این رابطه معنادار نبود.

وضعیت تأهل

برخی مطالعات رابطه کیفیت زندگی و وضعیت تأهل را معنادار نشان دادند، به طوری که کیفیت زندگی افراد متأهل بهتر از افراد بدون همسر بود: بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، آهنگری و دیگران (۱۳۸۷)، وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴). اما سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) این رابطه را معنادار نشان ندادند. در مطالعه بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) کیفیت زندگی (کل) زنان سالمند در افراد ازدواج‌نکرده بهتر از سایرین بود و کیفیت زندگی سالمندان متارکه‌کرده یا طلاق‌گرفته و بیوه در پایین‌ترین سطح بود. در مطالعه آهنگری و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی متأهل‌ها بهتر از افراد همسر از دست‌داده بود اما هرگز ازدواج‌نکرده‌ها کیفیت زندگی خود را در حیطه جسمی و کل بهتر گزارش کردند. کمترین نمره کیفیت زندگی کل و در حیطه روانی متعلق به افراد مطلقه و متارکه‌کرده بود.

سطح تحصیلات

مطالعات آهنگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، حبیبی سولا و دیگران (۱۳۸۷)، عابدزاده و دیگران (۱۳۸۸)، بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷)، وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴)، رفعتی و دیگران (۱۳۸۴)، عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸ الف و ب)، رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) رابطه کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را معنادار نشان دادند، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهتر می‌شد. تنها در

مختلف موجب بهبود کیفیت زندگی شده است به طوری که در کودکان، اجرای الگوی توانمندسازی موجب بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت (حیدری و دیگران، ۱۳۸۶) و کودکان مبتلا به تالاسمی (الله‌یاری و دیگران، ۱۳۸۵) شد. اجرای برنامه خودمراقبتی موجب بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی (عسگری‌پور و دیگران، ۱۳۸۶)، و آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی موجب بهبود کیفیت زندگی مراقبین آنها شد (خانجانی و دیگران، ۱۳۸۸).

در جوانان، آموزش تن‌آرامی به دانشجویان موجب کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی آنان شد (دهقان نیری و ادیب، ۱۳۸۵). در سالمندان نیز آموزش بهداشت موجب بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه سنندج (مریدی و دیگران، ۱۳۸۴)، شیراز (فروهری و دیگران، ۱۳۸۸) و ری (رستمی و دیگران، ۱۳۸۲) شد. همچنین مطالعه سالار و دیگران (۱۳۸۲) نشان داد که الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان مؤثر بوده است.

ورزش

مطالعه بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) نشان داد که ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون جهاندیدگان شهر شیراز مؤثر بوده است. همچنین برنامه تمرینی ویژه موجب بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه غیرورزشکار شد (شعبانی بهار و دیگران، ۱۳۸۵) و برنامه پیاده‌روی منظم بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط مؤثر بود (میرباقری و دیگران، ۱۳۸۶).

بررسی عوامل مؤثر در کیفیت زندگی مستلزم مطالعات علیتی و تحلیلی قوی یا مداخله‌ای است و این قبیل پژوهش‌ها نیز، به دلیل نیاز به منابع بیشتر و وجود ملاحظات اخلاقی و مشکلات و محدودیت‌های بیشتر، کمتر انجام می‌شود. در مطالعات مداخله‌ای نیز به دلیل سهولت اجرا و مشکلات و محدودیت‌های کمتر، از مداخلات آموزشی استفاده می‌شود. همان‌گونه که گفته شد، مطالعات انجام شده در این زمینه پراکنده و غیرمنسجم است و با ابزارهای متفاوت و در مورد جمعیت‌های مختلف انجام شده است. در این بخش تنها مطالعاتی آورده شد که از نظر روش‌شناسی در سطح تحلیلی قوی‌تری بوده و عوامل مؤثر را نشان داده‌اند.

(حبیبی سولا و دیگران، ۱۳۸۷)، وضعیت جسمی بهتری داشتند (وحدانی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۴)، و روستاییان سالم‌تر (رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷) کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

بارداری و باروری

عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸الف و ب) نشان دادند که کیفیت زندگی زنان باردار با سن حاملگی، تعداد حاملگی، و تعداد زایمان ارتباط معکوس و با حمایت همسر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، و رضایت‌مندی از زندگی ارتباط مستقیم دارد.

علامی و دیگران (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که کیفیت زندگی زنان نابارور با شدت تمایل به داشتن فرزند، نمره تفکرات غیرمنطقی مرتبط با داشتن فرزند، مدت تلاش برای بچه‌دار شدن، و نتیجه بارداری قبلی رابطه معنادار دارد و ارتباط آن با سن همسر معنادار نیست. همچنین یافته‌های مطالعه امانتی و دیگران (۱۳۸۸) در مورد این گروه نشان داد که بین کیفیت زندگی و میزان فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن، شدت تمایل به داشتن فرزند، فشار هزینه درمان ناباروری، و تفکرات غیرمنطقی درباره داشتن فرزند ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد.

ورزش و فعالیت

نتایج برخی مطالعات نشان داد که زنان فعال (امین شکروی و دیگران، ۱۳۸۸) و سالمندانی که ورزش می‌کنند (آلبوکردی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸) کیفیت زندگی بهتری دارند.

مطالعه واعظ موسوی (۱۳۸۱) نیز نشان داد که کیفیت زندگی زنان ورزشکار در رشته‌های انفرادی بهتر از زنانی است که گروهی ورزش می‌کنند. در مردان، برعکس، کیفیت زندگی مردانی که گروهی ورزش می‌کردند بهتر از مردانی بود که ورزش انفرادی انجام می‌دادند. براساس این نتایج شاید بتوان گفت مردان، جوان‌ترها، افراد با تحصیلات بالاتر، شاغل‌ها، افراد دارای درآمد بیشتر و راضی‌تر از درآمد خود، زنان دارای توان باروری، زنان غیرباردار، افراد سالم، و افراد دارای فعالیت جسمی کیفیت زندگی بهتری دارند.

۴.۴. عوامل مؤثر در کیفیت زندگی

آموزش

مداخلات آموزشی با محتواهای متفاوت و در گروه‌های جمعیتی

۵. بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی در جهان امروز به معیاری شناخته‌شده برای سنجش وضعیت و رتبه‌بندی شهرها، چه از نظر تبلیغاتی و چه از نظر عملی (برای سرمایه‌گذاران، مهاجران، صاحبان کسب و کار و...)، تبدیل شده است. استقرار سیستم‌های سنجش و پایش کیفیت زندگی در سطوح مختلف محلی (شهری)، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی رو به گسترش است. انتشار مداوم نتایج مطالعات و پیمایش‌ها در زمینه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن، نیز سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح مختلف به منظور ارتقای سطح کیفیت زندگی نشان‌دهنده اهمیت ویژه این مقوله در دوران جدید و در جریان رقابت میان شهرها در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی است (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

با وجود این، همان‌گونه که بررسی تجربیات سنجش کیفیت زندگی در ایران نشان می‌دهد، موضوع کیفیت زندگی تاکنون بیشتر در ارتباط با مقوله سلامت مطرح شده یا آنکه تنها برخی از جنبه‌های موضوعی آن مورد بررسی قرار گرفته است. تا امروز ارزیابی روشنی از وضعیت کیفیت زندگی در شهرهای مختلف ایران ارائه نشده و گاه تنها مؤسسات بین‌المللی به ارزیابی کیفیت زندگی در سطح ملی پرداخته‌اند. این مطالعات نیز نشان از سطح نسبتاً پایین کیفیت زندگی در سطح ملی دارد، به طوری که ایران در انتهای فهرست شاخص کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰ جای گرفته است.

مقایسه شاخص کیفیت زندگی هفت کشور منتخب سند چشم‌انداز شامل ایران، مصر، قزاقستان، ترکیه، عربستان، امارات و پاکستان حاکی از وضعیت نامناسب این شاخص در بین کشورهای مذکور است، و امتیاز این شاخص برای کشورهای فوق فاصله زیادی تا حداکثر امتیاز یعنی ۱۰۰ دارد. در سال ۲۰۱۰، امتیاز کیفیت زندگی به ترتیب برای ترکیه ۶۱، مصر ۵۱، امارات ۵۰، ایران ۴۹، قزاقستان ۴۸، عربستان ۴۵ و پاکستان ۴۳ گزارش شده است. در بررسی اجزای این شاخص در میان کشورهای مذکور می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

در نشانگر «هزینه زندگی» ترتیب امتیازها چنین است: ایران (۶۵)، عربستان (۶۰)، پاکستان (۵۶)، مصر (۵۵)، قزاقستان (۵۰)، ترکیه (۴۹) و امارات (۴۹)، که از این حیث کشورمان جایگاه نازلی دارد، به طوری که زندگی در ایران با بهترین استانداردهای تعریف شده نیازمند بیشترین صرف هزینه (براساس دلار آمریکا) در

بین کشورهای مورد بررسی است که رقمی منفی در شاخص کلی ارزیابی می‌شود. برای مقایسه، هزینه زندگی در کشورهای توسعه‌یافته فرانسه و سوئیس به ترتیب ۵۵ و ۴۱ است.

در نشانگر «فرهنگ و اوقات فراغت» ترتیب امتیازها به این شرح است: عربستان (۶۸)، ترکیه (۶۰)، ایران (۵۴)، امارات (۵۳)، مصر (۴۹)، قزاقستان (۴۳) و پاکستان (۳). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، جایگاه ایران در بین کشورهای مذکور در حد متوسط است.

در نشانگر «اقتصاد» امتیازها به ترتیب چنین گزارش شده است: امارات (۷۶)، عربستان (۵۳)، ایران (۵۰)، مصر (۴۷)، ترکیه (۴۵)، قزاقستان (۴۴) و پاکستان (۴۲). امتیاز این نشانگر با توجه به نرخ بالای بیکاری و تورم در کشور، درآمد پایین از صادرات محصولات غیرنفتی، تکیه بر صادرات منابع طبیعی و مواد خام، نظام مالیاتی نامناسب، و یارانه‌های دولتی محاسبه شده است که از این حیث کشور ما نسبت به بسیاری از کشورهای همسایه و منطقه از وضعیت مناسبی برخوردار نیست.

در نشانگر «محیط زیست» امتیازها ترتیب زیر را دارد: ایران (۷۱)، ترکیه (۶۸)، پاکستان (۶۷)، مصر (۶۵)، قزاقستان (۶۵)، عربستان (۵۱) و امارات (۱۶). امتیاز ایران در این نشانگر نزدیک به امتیاز کشورهای توسعه‌یافته است.

در نشانگر «آزادی» بالاترین امتیازها به ترتیب چنین ثبت شده است: ترکیه (۶۷)، پاکستان (۴۲)، مصر (۲۵)، امارات (۲۵)، قزاقستان (۲۵)، ایران (۱۷) و عربستان (۸). امتیاز پایین این نشانگر در تعیین جایگاه نه‌چندان مناسب ایران در رتبه‌بندی کیفیت زندگی نقش مهمی داشته است.

در نشانگر «سلامت» ترتیب امتیازها به این شرح است: ترکیه (۷۶)، مصر (۷۶)، امارات (۷۶)، عربستان (۷۱)، ایران (۶۹)، قزاقستان (۶۰) و پاکستان (۵۱). در سال‌های اخیر گام‌های مؤثری در زمینه پوشش، کیفیت و تنوع خدمات بهداشت و سلامت برداشته شده اما تا رسیدن به جایگاه مطلوب فاصله قابل توجهی وجود دارد.

در نشانگر «زیرساخت‌ها» و توجه به امور زیربنایی، ترتیب امتیاز کشورها به شرح امارات (۵۸)، قزاقستان (۵۲)، ایران (۴۰)، ترکیه (۴۰)، پاکستان (۴۰)، مصر (۳۶) و عربستان (۲۸) است. در مورد اخیر نیز اقدامات مهمی در زمینه‌های انرژی، جاده‌سازی و... انجام شده اما تا رسیدن به جایگاه مناسب راه زیادی پیش روی کشور قرار دارد.

جاده‌سازی، بهداشت و مخابرات، اقداماتی با رشد بیش از ۱۰۰ درصد نسبت به دهه‌های قبل انجام شده است که سطح فقر مطلق را در کشور به حداقل ممکن تقلیل داده است، اما به دلیل گستردگی فقر و محرومیت در برخی مناطق، به‌ویژه نواحی روستایی، این خدمات هنوز فقر مزمن را در این بخش‌ها از بین نبرده است. در سال‌های اخیر، به دلیل افزایش میزان تورم و بیکاری، سهم روستاییان از درآمدها و هزینه‌های ملی بسیار کمتر از شهرنشینان بوده است. به همین دلیل، میزان فقر نسبی در جامعه روستایی نسبت به جامعه شهری بیشتر افزایش یافته است. توزیع نامتعادل ثروت در مناطق شهری و روستایی و برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی دیگر علاقه روستاییان را به مهاجرت به شهرها نسبت به قبل افزایش داده است (عنبری، ۱۳۸۹).

به دنبال توسعه اجتماعی، تشدید روند شهرنشینی، و جهانی شدن، مفهوم کیفیت زندگی نیز در حال تغییر است. همچنین، با افزایش ثروت و تنعم، توقعات انسان‌ها و سطح زندگی آنها نیز رو به تغییر است که خود به رضایت بیشتر از زندگی و افزایش تقاضا (در زمینه‌های مختلف) منجر می‌گردد. از این رو، از دیدگاه جامعه‌شناختی، به اجرا گذاشتن مستمر و منظم مطالعات و پژوهش‌های کیفیت زندگی مورد نیاز جوامع رو به توسعه از جمله ایران است تا از این طریق بتوان جهت و روند تغییرات را بهتر دنبال کرد. تحقق این امر در گرو انسجام و همکاری شبکه‌ها و نهادها و مراکز مختلف پژوهشی و اجرایی است. از طرفی، سیاست‌ها و استراتژی‌های توسعه پایدار در سطح محلی تأثیر بسیاری از ملاحظات کیفیت زندگی می‌پذیرند. بهبود کیفیت زندگی در سطح محلی و اجتماعی، و در واقع سطح فردی، مشوق و انگیزه‌ای برای تلاش در جهت توسعه محلی است. رشد اقتصادی به طور سنتی از جمله ابزارهای اولیه برای بهبود کیفیت زندگی قلمداد می‌شود. در چارچوب توسعه پایدار، آنچه اهمیت دارد ارتقای کیفیت زندگی با بیشترین کارایی نسبت به منابع مورد استفاده است. توسعه پایدار مستلزم درکی کل‌نگرانانه‌تر از عواملی است که به ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کنند، از جمله تغذیه، آسایش، آموزش و حتی حس تعلق. به طور کلی، هرچند ارتقای کیفیت زندگی در مقیاس فردی و اجتماعی از دیرباز مورد توجه برنامه‌ریزان قرار داشته است، در دهه‌های اخیر و با اولویت یافتن اهداف اجتماعی توسعه و تدوین آنها در قالب برنامه‌های توسعه، به تدریج

در نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» ترتیب امتیازها این است: ترکیه (۸۶)، مصر (۷۹)، امارات (۷۹)، قزاقستان (۶۴)، عربستان (۳۱)، پاکستان (۷) و ایران (۰). در سال‌های اخیر، چالش انرژی هسته‌ای، و نامنی‌های عراق و افغانستان امتیاز این نشانگر را برای کشور به پایین‌ترین سطح خود تنزل داده است.

سرانجام در نشانگر «وضعیت آب و هوا» کشورهای مذکور به این ترتیب قرار می‌گیرند: پاکستان (۷۷)، ترکیه (۷۳)، ایران (۶۴)، مصر (۳۲)، قزاقستان (۲۷)، عربستان (۲۲) و امارات (۱۰).

با نگاهی به وضعیت رتبه‌بندی نشانگرهای موجود در شاخص کیفیت زندگی درمی‌یابیم که مواردی همچون «آزادی» و «خطرپذیری و ایمنی» با نمره‌های ۱۷ و صفر، ایران را جزو آسیب‌پذیرترین کشورها قرار داده است. در مجموع، با توجه به وضعیت کشورهای مورد بررسی در منطقه، می‌توان گفت که ایران در حد متوسط قرار دارد و مانند بسیاری دیگر از کشورهای منطقه، تحول چندانی در عدد شاخص کل ایجاد نکرده است. کشور ترکیه با مدیریت و برنامه‌ریزی بهتر توانسته است سطح کیفی زندگی را در این کشور افزایش دهد و، در مقابل، کشور ما در عمل پیشرفت چندانی نداشته است.

همچنین شایان ذکر است که ایران، در بیست سال اخیر، از نظر کیفیت زندگی در دنیا، در سطح متوسط رو به پایین قرار داشته است. ایران از حیث شاخص‌های آموزشی و برخی شاخص‌های مربوط به بهداشت و توسعه جنسیتی تحولات مثبت و گاه به مراتب بهتری را نسبت به کشورهای همسایه تجربه کرده است. اما با وجود بهبود شاخص‌های درآمدی و فقر، نسبت به کشورهای همسایه وضعیت قانع‌کننده‌ای نداشته است. در زمینه شاخص‌های درآمدی و اشتغال، آمارها چندان رضایت‌بخش نیستند. در بیست سال اخیر، میزان فقر مطلق در جامعه بسیار کاهش یافته اما بر دامنه فقر نسبی به‌ویژه در مناطق روستایی افزوده شده است. درآمد پایین و افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم‌ترین دلایل اقتصادی این امر بوده است. متغیرهای تعیین‌کننده دیگری که ایران را در شمار کشورهای با کیفیت زندگی پایین قرار داده، خطرپذیری‌های زیست‌محیطی، نامنی استراتژیک و آزادی بوده است. در دو دهه اخیر، با اجرای برنامه‌های اول و دوم و سوم توسعه، فعالیت‌های عمرانی و توسعه‌ای در نواحی مختلف کشور انجام شده است. در زمینه ایجاد امکانات زیربنایی نظیر برق‌رسانی، آبرسانی،

مدیران می‌توانند در جهت تحقق انتظارات شهروندان و استفاده از پتانسیل‌های موجود گام بردارند. انتشار اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی شهرهای مختلف کشور مدیران و مسئولان شهری و شهروندان را نسبت به وضعیت شهرها حساس می‌سازد و به آنان در برنامه‌ریزی صحیح برای بهبود کیفیت زندگی یاری می‌رساند (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

با سنجش صحیح و علمی کیفیت زندگی در هر یک از استان‌ها و بالطبع در کل کشور می‌توان تصویری از موقعیت استان‌های مختلف کشور در چارچوب نشانگرهای مناسب اقتصادی و اجتماعی و سلامت به دست آورد که در بعد زمان و مکان قابل مقایسه است. تحلیل این یافته‌ها به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در نیل به اهداف خود کمک زیادی می‌کند. همچنین با مقایسه این نشانگرها با دیگر کشورها، ضمن اینکه امتیازات و منافع این تلاش‌ها مورد بررسی قرار خواهد گرفت، توجه سیاست‌گذاران به همکاری‌های بیشتر در سطوح ملی و بین‌المللی در جهت ارتقای کیفیت زندگی نیز جلب می‌شود.

از آنجا که یکی از ثمرات مهم و عمده مطالعات مربوط به کیفیت زندگی همانا به‌کارگیری نتایج فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی این مطالعات در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی است، با اجرای چنین مطالعات و پژوهش‌هایی می‌توان نظارت مؤثر بر عواملی داشت که بر شرایط زندگی و کار مردم در هر منطقه و استان یا کشور تأثیر دارند، و از این طریق سلامت و رفاه مردم و در نتیجه اعتبار منطقه یا جامعه را ارتقا بخشید.

منابع

- آخوندی، عباس، ناصر برک‌پور، حسین ایمانی جاجری، ناصرالدین غراب، ایرج اسدی و دیگران. (۱۳۸۸)، *ساخت کیفیت زندگی در شهر تهران*، تهران، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهرداری تهران.
- آبوکردی، مصطفی، آرش رضانی و فروغ‌السادات عربی. (۱۳۸۵)، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر در سال ۱۳۸۳»، *پزشکی*، ش ۵۱.
- آهنگری، مهناز، محمد کمالی و منوچهر ارجمند حسابی. (۱۳۸۷)، «اثرات فشار خون بالا بر کیفیت زندگی سالمندان عضو فرهنگسرای سالمند شهر تهران»، *سالمند*، ش ۷.
- آهنگری، مهناز، منوچهر ارجمند حسابی و محمد کمالی. (۱۳۸۶)، «کیفیت

نگرشی انسانی و جامعه‌شناختی نسبت به کیفیت زندگی به قلمرو مباحث توسعه و همچنین برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان کشورها راه یافته است. همچنین، در حوزه‌های خدمات اجتماعی، توسعه اقتصادی، و مدیریت و برنامه‌ریزی زیست-محیطی، غالباً توجه سیاست‌گذاران بر حفظ و بهبود کیفیت زندگی افراد و جوامع و اینکه چه عواملی بر کیفیت زندگی جوامع تأثیر می‌گذارد متمرکز شده است. در دوره جدید، به تعبیری، رویکرد نسبت به کیفیت زندگی از فرایندمحوری به سمت پیامدمحوری رفته است. در رویکرد فرایندمحور، پرسش اصلی نحوه عملی کردن سیاست‌ها و برنامه‌هاست اما رویکرد پیامدمحور بر این پرسش تمرکز دارد که آیا سیاست‌ها و برنامه‌ها بر کیفیت زندگی تأثیر دارند یا نه (غفاری و امید، ۱۳۸۷). به هر حال ضروری است که میان برنامه‌ها و خط‌مشی‌ها به عنوان «ابزار» و ارتقای کیفیت زندگی به عنوان «هدف» تطابق وجود داشته باشد. بر این اساس و از دیدگاه مبتنی بر انتخاب عمومی^۱، کیفیت زندگی به عنوان کالای عمومی و استاندارد برنامه‌های توسعه‌ای و شاخصی مهم در ارزیابی برنامه‌های عمومی مورد توجه جدی سیاست‌گذاران قرار گرفته است. در این نگرش «کیفیت زندگی» برون‌داد نهایی برنامه‌های توسعه در نظر گرفته می‌شود که بهبود ابعاد عینی و ذهنی زندگی را دربرمی‌گیرد. امروزه کیفیت زندگی به عنوان عنصری اساسی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی مورد بحث قرار می‌گیرد و محققان با روش‌های مختلف به پژوهش درباره روابط میان عوامل عینی و ذهنی، سطوح عملکرد، نیازهای اجتماعی، و میزان دستاوردهای آن برای افراد در زمینه‌های بهداشت، آموزش، رفاه اقتصادی، شادکامی، توانایی انجام کارها، و در اختیار گرفتن موقعیت‌ها و فرصت‌های زندگی می‌پردازند (غفاری و امید، ۱۳۸۸).

سنجش صحیح شاخص‌های کیفیت زندگی به تصمیم‌گیران کمک خواهد کرد تا درک بهتری از پیچیدگی مشکلات و پتانسیل‌های بهبود مسائل شهری به دست آورند. به علاوه، در پیمایش‌های کیفیت زندگی، با توجه به کاربرد شاخص‌های ذهنی، آرزوها و انتظارات شهروندان منعکس خواهد شد و بدین ترتیب

1. public choice

حیبی سولا، عقیل، صغری نیکپور، مهناز سیدالشهدایی و حمید حقانی. «ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت‌های جسمی در سالمندان»، *تشریح پرستاری ایران*، ش ۵۳، ۱۳۸۷.

حیدری، مهری، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و فرزانه معزی. (۱۳۸۶)، «بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت»، *بیماری‌های کودکان ایران*، ش ۱۷، ۱، ش ۱.

خانجانی، محمدسعید، نیکتا حاتمی‌زاده، محمدعلی حسینی، مهدی رهگذر و منوچهر ارجمند. (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی آنها»، *توانبخشی*، ش ۱۰، ۱، ش ۳.

دهقان نیری، ناهید و محسن ادیب حاج‌باقری. (۱۳۸۵)، «تأثیر تن‌آرامی بر استرس و کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، *فیض*، ش ۱۰، ۱، ش ۲.

ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیان‌پور. (۱۳۸۵)، «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی (مطالعه موردی: شهر اصفهان)»، *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم (ویژه‌نامه علوم اجتماعی)*، ش ۴.

رستمی، آری، فضل‌الله غفرانی‌پور، فاطمه رمضان‌زاده و انوشیروان کاظم‌نژاد. (۱۳۸۲)، «تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی».

رضوانی، محمدرضا، علیرضا شکیبا و حسین منصوریان. (۱۳۸۷)، «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، *رفاه اجتماعی*، شماره پاییز و زمستان.

رفعتی، نرگس، پروین یآوری، یدالله محرابی و علی منتظری. (۱۳۸۴)، «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ش ۳، ۲.

سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۵۶)، *چارچوب کلی برنامه عمرانی ششم*، تهران.

سالار، علیرضا، فضل‌الله احمدی و سقراط فقیه‌زاده. (۱۳۸۲)، «تأثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان»، *طبیب شرق*، ش ۵، ۴.

سجادی، حمیرا و اکبر بیگلریان. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک»، *پایش*، ش ۶، ۲.

سلیم‌زاده، حمیده، حسن افتخار، ابوالقاسم پوررضا و عباس مقیم‌بیگی. (۱۳۸۶)، «اشتغال مجدد بانزشتگان و شاخص‌های کیفیت زندگی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۶.

سوری، حمید و کامبیر عباچی‌زاده. (۱۳۸۶)، «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و وقوع آسیب‌های غیرعمدی در کودکان»، *پژوهنده*، ش ۱۲، ۳.

زندگی در سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند شهر تهران»، *سالمند*، ش ۲.

افتخار، حسن، مرصیه نجومی و جلیل کوهپایه‌زاده. (۱۳۸۱)، «بررسی کیفیت زندگی دانش‌آموزان نابینا و همتایان بینای آنها»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۸.

اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶)، «مقایسه کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مددجویان مرد زندان‌های استان تهران در سال ۸۵، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی».

البرزی، شهلا و محبوبه البرزی. (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز»، *روانشناسی*، ش ۱۰، ۳.

الله‌یاری، ایراندخت، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و مینا ایزدی‌ار. (۱۳۸۵)، «بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی»، *بیماری‌های کودکان ایران*، ش ۱۶، ۴.

امانتی، لوتی، مه‌لقا علامی، شعله شکرابی، حمید حقانی و فاطمه رمضان‌زاده. (۱۳۸۸)، «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور»، *مامایی و نازایی*، ش ۱۲، ۴.

امین شکروی، فرخنده، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و مریم‌سادات وحدانی‌نیا. (۱۳۸۸)، «ارتباط فعالیت‌های جسمی منظم (پیاده‌روی) با کیفیت زندگی زنان»، *پایش*، ش ۸، ۴.

بذرافشان، محمدرفعی، محمدعلی حسینی، مهدی رهگذر و باقر مداح. (۱۳۸۷)، «تأثیر ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون روزانه جهان‌دیدگان شهر شیراز»، *سالمند*، ش ۳.

بنداد، ریحانه، زهرا عابدیان، حسین حسن‌آبادی و حبیب‌الله اسماعیلی. (۱۳۸۴)، «ارتباط الگوی خواب با افسردگی در سه‌ماهه سوم بارداری (مشهد ۱۳۸۰)»، *بهبود*، ش ۹، ۲.

بهشتی، اکرم و آمنه باریکانی. (۱۳۸۸)، «بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه در مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های شهر قزوین»، *طب جنوب*، ش ۱۲، ۱.

بهمنی، بهمن، مجتبی تمدنی و مجید عسگری. (۱۳۸۳)، «بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران»، *طب و ترکیه*، ش ۵۳.

پناهی، قنبر. (۱۳۸۵)، «مقایسه کیفیت زندگی بیماران روانی مزمن در دو گروه تحت پوشش و غیر تحت پوشش بهزیستی کرج، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی».

حیبی سولا، عقیل، صغری نیکپور، رزاق صحبت‌زاده و حمید حقانی. (۱۳۸۶)، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران»، *پژوهش پرستاری*، ش ۶ و ۷.

- عباس‌زاده. (۱۳۸۶)، «مقایسه کیفیت زندگی و افسردگی در زنان با حاملگی طبیعی و پرخطر»، حیات، س ۱۳، ش ۱.
- نجات، سحرناز، علی منتظری، کوروش هلاکوئی نائینی، کاظم محمد و محمدرضا مجدزاده. (۱۳۸۵)، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، س ۴، ش ۴.
- نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، سید رضا مظلوم، مریم نثاری و فاطمه گودرزی. (۱۳۸۷)، «ارتباط حیطة‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان»، *پایش*، س ۸، ش ۱.
- واعظ موسوی، سید محمدکاظم. (۱۳۸۱)، «مقایسه کیفیت زندگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی و دسته‌جمعی»، *پژوهش در علوم ورزشی*، س ۱، ش ۳.
- وحدانی‌نیا، مریم سادات، آریتا گشتاسبس، علی منتظری و فرزانه مفتون. (۱۳۸۴)، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه‌ای جمعیتی»، *پایش*، س ۴، ش ۲.
- ویژه، اورزولا و شهرام مرادی. (۱۳۸۵)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به ایدز شهر تهران» *خانواده‌پژوهی*، ش ۸.
- هادی، نگین و لیلا ملک‌ملکان. (۱۳۸۵)، «بررسی سطح سلامت و کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز»، *مجله پزشکی هرمزگان*، س ۱۰، ش ۴.
- Hancock, T., R. Labonte and R. Edwards. (1999), "Indicators That Count! Measuring Population Health at the Community Level", *Canadian Journal of Public Health*.
- International Living. (2007, 2010), Quality of Life Index, Waterford, available at: http://www.internationalliving.com/internal_components/further_resources/quality_of_life
- King, C. R. and P. S. Hinds. (2003), *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives Theory, Research, Practice*, Jones and Bartlett Publishers.
- Mazumdar, K. (2004), "Quality of Life in Asia Pacific Countries: 1975-2000", *Quality of Life in a Turbulent World*, Conference Abstracts, Philadelphia.
- World Health Organization's Quality of Life Group, (1996). *WHOQOLBREF Introduction, Administration and Scoring*, Field Trial Version.
- شعبانی بهار، غلامرضا، فرزاد ناظم و زهرا پورآقایی اردکانی. (۱۳۸۵)، «تأثیر برنامه‌تربیتی ویژه بر کیفیت زندگی زنان یائسه غیرورزشکار»، *پژوهش در علوم ورزشی*، س ۴، ش ۱۲.
- عابدزاده، معصومه، محبوبه تائی، فرزانه صابری و زهره سادات. (۱۳۸۸)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان یائسه شهر کاشان»، *طب جنوب*، س ۱۲، ش ۱.
- عباس‌زاده، فاطمه، اعظم باقری و ناهید مهران. (۱۳۸۸ الف)، «بعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار»، *پایش*، س ۹، ش ۱.
- _____ . (۱۳۸۸ ب)، «کیفیت زندگی در زنان باردار»، *حیات*، س ۱۵، ش ۱.
- عسگریپور، حسین، عیسی محمدی و ربابه معماریان. (۱۳۸۶)، «تأثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی»، *دانشور*، ش ۶۹.
- علامی، مه‌لقا، لوئیز امانتی، شعله شکرآبی، حمید حقانی و فاطمه رمضان‌زاده. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن»، *نشریه پرستاری ایران*، ش ۵۶.
- عنبری، موسی. (۱۳۸۹)، «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، *توسعه روستایی*، دوره ۱، ش ۲.
- غفاری، غلامرضا و رضا امیددی. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران» *رفاه اجتماعی*، ش ۳۰ و ۳۱.
- غفاری، غلامرضا و رضا امیددی. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی*، تهران، شیرازه.
- فروهری، صدیقه، مژگان صفری راد، مرضیه معطری، میترا محیط و هاله قائم. (۱۳۸۸)، «تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی زنان سنین یائسگی مراجعه‌کننده به درمانگاه مطهری شیراز (سال ۱۳۸۳)»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، س ۱۶، ش ۱.
- کوهپایه‌زاده اصفهانی، جلیل، حسن افتخار و مرضیه نجومی. (۱۳۸۰)، «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی دانش‌آموزان نابینا با همتایان بینای آنها»، *پایش*، س ۱، ش ۱.
- مریدی، گلرخ، فریبا سیدالشهدایی و ناهید عباسی. (۱۳۸۴)، «بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و کیفیت زندگی زنان یائسه»، *نشریه پرستاری ایران*، ش ۴۴.
- منتظری، علی. (۱۳۸۹)، «کیفیت زندگی شهروندان تهرانی»، *چکیده مقالات اولین همایش ملی سلامت شهری*، تهران، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری.
- میرباقری، ندا، ربابه معماریان و عیسی محمدی. (۱۳۸۶)، «تأثیر برنامه پیاده‌روی منظم بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط»، *پژوهش پرستاری*، ش ۶ و ۷.
- میرمحمدعلی‌ئی، ماندانا، زهره خاکبازان، انوشیروان کاظم‌نژاد و فاطمه

