

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقایسه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و

زنان تحت پوشش اداره کل بهزیستی استان هرمزگان

مجریان:

دکتر سیدعبدالوهاب سماوی و حمیده محمدی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: طرح پژوهش
۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسأله.....	۳
۳-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش.....	۷
۴-۱- اهداف پژوهش.....	۸
۵-۱- سوال‌های پژوهش.....	۸
۶-۱- فرضیه‌های پژوهش.....	۹
۷-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....	۹
	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱-۲- مبانی نظری.....	۱۲
۲-۲- تحقیقات پیشین.....	۱۹

فصل سوم: روش پژوهش

۳-۱- طرح پژوهش..... ۲۳

۳-۲- جامعه آماری و شرکت کنندگان در پژوهش..... ۲۳

۳-۳- ابزار پژوهش..... ۲۴

۳-۴- روش اجرا..... ۲۵

۳-۵- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات..... ۲۶

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۴-۱- توصیف متغیرهای پیوسته تحقیق..... ۲۸

۴-۲- آمار استنباطی..... ۲۹

۴-۲-۱- فرضیه اول تحقیق..... ۲۹

۴-۲-۲- فرضیه دوم، سوم، چهارم و پنجم تحقیق..... ۳۱

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱- بحث و نتیجه گیری..... ۳۴

منابع فارسی..... ۳۷

منابع انگلیسی..... ۳۸

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۸.....	جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه زنان بازتوان شده و گروه زنان تحت پوشش در متغیرهای پژوهش.....
۳۰.....	جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره.....
۳۱.....	جدول ۳: نتایج آزمون لوین در هر یک از ۴ بعد کیفیت زندگی.....
۳۲.....	جدول ۴: تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از روابط اجتماعی، رضایت از محیط زندگی تغییر کیفیت زندگی.....

فصل اول:

طرح پژوهش

کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم جهت ارزیابی سلامت، پیشرفت و توسعه یک جامعه محسوب می شود، بنابراین کیفیت زندگی در سطح جامعه و ارزیابی عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر آن یکی از وظایف مهم مسئولین امور اجتماعی محسوب می شود. کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت روان افراد دارد، اهمیت به‌سزایی یافته است. طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه ای که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را «حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود» تعریف نموده است. بنابراین در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود، بلکه باید ادراکی که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند را نیز مورد توجه قرار داد (کامپوس^۱، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی از مهمترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت جهانی محسوب می شود (پارک^۲، ۲۰۰۲) به گونه‌ای که برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهند (هنکلایف، بیرچن و بیرچن^۳، ۱۹۹۳).

تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) از کیفیت زندگی تحت عنوان «ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزش موقعیتی که در آن زندگی می‌کنند و در واقع اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیرگذار است» می باشد. بنابراین بر

^۱-Campos

^۲-Park

^۳-Hinchliff, Birchen & Birchen

اساس این تعریف جامع، کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خودکارآمدی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد. به علاوه آیزنک^۱، ۱۹۹۸ و سینتیا^۲، ۱۹۹۸ نیز کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه‌های زندگی از جمله جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده‌اند (سیلا^۳، ۱۹۹۴؛ ایوانس و کاپ^۴، ۱۹۸۹). در واقع کیفیت زندگی نگرش ذهنی فرد نسبت به جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی محیط زندگی خود می‌باشد (لی^۵، ۲۰۰۸). از طرفی تحقیقات زیادی که در کشورهای مختلف روی کیفیت زندگی افراد به عمل آمده است، اغلب متمرکز بر حوزه‌های ویژه و روی افراد متعلق به جمعیت‌های خاص مانند مبتلایان به بیماریهای خاص، بیماریهای سرطانی و ایدز بوده است (کامپوس، ۲۰۰۲). محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش به‌سزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی این افراد خواهد داشت (سینتیا، ۱۹۹۸).

^۱ -Eysenck

^۲ -Cynthia

^۳ -Cella

^۴ -Evanse& Cope

^۵ -Lee

۱-۲- بیان مسأله:

در سال‌های اخیر کیفیت زندگی از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به خصوص افراد ناتوان شناخته شده است. فاسینو^۱ و همکاران (۲۰۰۲)، در تعریف خود اظهار می‌دارند که امروزه کیفیت زندگی یک شاخصی اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکرد فرد را در برمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار بوده و برای ارزیابی صحیح آن باید به ابعاد فوق توجه شود. براساس این تعاریف کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد. یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه زنان سرپرست خانوار می‌باشند که به دلیل شرایط ویژه زندگی و مواجهه با استرس‌های متعدد سلامت جسمی و روانی آنان در معرض خطر قرار می‌گیرد (حقیقی و همکاران، ۱۳۹۲).

در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می‌شوند. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که افزایش این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود.

فقدان حضور پدر در خانواده به عنوان یک استرس مهم برای اعضای خانواده مطرح است و کیفیت زندگی اعضای خانواده را به چالش می‌کشاند (هابر^۲، ۲۰۰۹، به نقل از کاشانی نیا و علیا، ۱۳۸۸). تعدد نقش زنان سرپرست خانوار و مشکلات اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمی، حقوقی و خانوادگی به عنوان عوامل استرس‌زا می‌تواند کیفیت زندگی آنها را در تمامی ابعاد تحت تأثیر قرار دهد (مطیع، ۱۳۸۷). این افراد با مشکلاتی نظیر فقر، عدم دسترسی به

^۱ -Fassino, Leombruni & Abbate

^۲ -Haber

فرصت‌های شغلی و آزادی، ناکافی بودن درآمد و ترس و نگرانی از آینده مبهم خود و فرزندان مواجه هستند (براتی سده، ۱۳۸۵). گروه عمده‌ای از این زنان با فقر و ناتوانی، به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبرو هستند، به طوری که سلامت جسمی و روانی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. زنان سرپرست خانوار هم از حیث روانی و عاطفی و هم از حیث مادی دارای مشکل بوده و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقات احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند، بیشتر از سایر زنان می‌باشد (سیمونز^۱، ۱۹۹۴). این گروه به علت این‌که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی دست و پنجه نرم می‌کنند. از طرف دیگر، گروهی از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل مناسب، در مشاغل نامناسب، نیمه وقت و کم‌درآمد مشغول می‌شوند (چانت^۲، ۱۹۹۷، به نقل از بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر نه تنها به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده، بلکه به درصد خانواده‌های زن سرپرستی که درآمد اقتصادی کمی دارند، نیز اضافه شده است که این گروه را آسیب‌پذیر می‌نماید. بعضی از نظریه پردازان معتقدند، اگرچه زنان سرپرست خانوار مشکلات متعددی دارند، ولی این مسأله به معنای این نیست که آنها نمی‌توانند بر مشکلات خود فائق آیند، بنابراین لفظ آسیب‌پذیر برای آنان مناسب نیست.

^۱ -Simmons

^۲ -Chant

یکی از مهمترین وظایفی که به سازمان‌های حمایتی واگذار شده است، موضوع توانمندسازی است که بر آن تأکید زیادی شده است. توانمندسازی به عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که در آن افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها بر مسائل و مشکلاتی که با آن مواجه شده کنترل پیدا می‌کنند (فریر^۱، ۱۹۷۳، به نقل از کیمیایی، ۱۳۹۰). بنابراین هدف توانمندسازی، کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف‌هایشان غلبه، جنبه‌های مثبت زندگیشان را بهبود بخشیده، مهارت‌ها و توانایی‌هایشان را برای کنترل عاقلانه بر زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند. در ادبیات مددکاری این توافق وجود دارد که کاربست اصول توانمندسازی در کار با زنان مفید است (پارسونز^۲، ۲۰۰۳). نتایج یک فراتحلیل نشان داد که توانمندسازی زنان، عملکرد اجتماعی و سلامت روانشناختی آنان را بهبود می‌بخشد (نهندو^۳، ۱۹۹۹). به عبارتی خوداشتغالی زنان به توانمندسازی اقتصادی آنان انجامیده و از وابستگی آنان به سازمان‌های حمایتی کاسته و به تبع از آسیب‌پذیری آنان می‌کاهد (رحیم و بولدن^۴، ۱۹۹۵). توانمندسازی روانشناختی زنان به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی روانشناختی خانواده می‌کاهد (دیویس^۵، ۲۰۱۰). طرح توانمندسازی بهزیستی شامل شش فصل می‌باشد. فصل اول به تعریف مفاهیم بازتوانی، بازتوانی اجتماعی، فرهنگی، آموزشی، روان‌شناختی، جسمانی، آموزش فنی حرفه‌ای و اشتغال پایدار می‌پردازد. فصل دوم به ساختار اجرایی کمیته‌های بازتوانی خانواده در چهار سطح پرداخته و شرح وظایف هر سطح را به تفصیل بیان می‌دارد. فصل سوم، به نحوه تشکیل پرونده بازتوانی خانواده و مدارک مورد نیاز می‌پردازد. فصل چهارم، توانمندسازی و بازتوانی خانواده را پس از تشکیل پرونده مطرح و در فصل پنجم، راهکارها و

^۱ -Freer

^۲ -Parsons

^۳ -Snehendu

^۴ -Rahim & bolden

^۵ -Davis

شیوه‌های توانمندسازی شامل راهبردها، شناخت منابع، شیوه‌های کاربردی بیان شده و سرانجام در فصل ششم، نحوه پایش، کنترل و نظارت بر طرح است. (کیمیایی، ۱۳۹۰). توانمندسازی زنان بخش مهم و مورد نیاز حوزه مددکاران اجتماعی است.

به نظر می‌رسد، زنان بازتوان‌شده تحت پوشش بهزیستی به دلیل توانمندی ایجاد شده در آنها و همچنین آگاهی بیشتر نسبت به شرایط خود و مشکلاتشان، در برخورد با مشکلات کمتر احساس ناتوانی می‌کنند و دارای اعتماد به نفس بیشتری در برخورد با مسائل و مشکلاتشان هستند و این افراد روحیه مبارزه طلبی بیشتری نسبت به مشکلات داشته و احساس توانمندی بالاتری دارند. به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش با وجود نداشتن شغل و درآمد، تنها به مستمری نهادهای حمایتی اکتفا کرده و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بازتوان شده دارند. به این جهت کاملاً ضروری به نظر می‌رسد که نگاهی به کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی و زنان سرپرست خانوار بازتوان شده که از چتر حمایتی بهزیستی خارج گردیده‌اند، داشته باشیم. این موضوع کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم و پربار و وسیع‌تر جهت بهبود وضعیت این زنان خواهد داشت و می‌تواند راهگشای بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با ارائه دیدگاه‌های علمی باشد. لذا، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و مقایسه آن با کیفیت زندگی زنان بازتوان شده طراحی شده است. بررسی کیفیت زندگی نه تنها راهگشای درمان‌های مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده بوده است، بلکه یکی از عوامل بسیار مؤثر در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توانبخشی نیز می‌باشد. به علاوه، بررسی کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی اقدامات و خدمات ارائه شده از سوی سازمان‌های خدمت‌رسان عمومی از جمله سازمان بهزیستی در نظر گرفت.

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

در حال حاضر کیفیت زندگی از دغدغه‌های عمده سیاستمداران، دانشمندان و متخصصین بهداشت عمومی است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت شناخته شده و به کار می‌رود. به ویژه کیفیت زندگی اقبال آسب‌پذیر جامعه در مرکز توجه سیاست‌گذاران جامعه است. از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌توان از زنان سرپرست خانوار نام برد که در مقایسه با سایر افراد در معرض شرایط تنش‌زای بیشتری قرار می‌گیرند. شرایط تنش‌زای زندگی می‌تواند بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخص تأثیر منفی گذاشته و منجر به کاهش مقاومت فرد شود که این امر در طولانی مدت می‌تواند بر سلامت جسم و روان اثرات ناخوشایندی گذاشته و در نهایت کیفیت زندگی را پایین بیاورد (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰).

بهبود کیفیت زندگی افراد تحت سرپرستی بهزیستی از اولویت‌های سازمان بهزیستی و دغدغه اصلی کارشناسان مربوطه و برنامه‌ریزان می‌باشد، لذا شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی آنان، امری ضروری است و با نظر به اینکه بهزیستی به معنای بهتر زندگی کردن، زندگی فراتر از حداقل‌ها و لذت بردن از آن است، از سازمان بهزیستی نیز انتظار می‌رود که هر چه بیشتر در راستای ارتقای سطح زندگی افراد تحت حمایت گام بردارد. بی‌شک، لازمه این امر، جز با انجام تحقیق در این حوزه امکان پذیر نیست. با این حالاز میان پژوهش‌های صورت گرفته، کیفیت زندگی افراد تحت حمایت و سرپرستی بهزیستی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

علاوه بر این، از آنجا که در این زمینه تحقیقات اندکی صورت گرفته است، ضرورت پرداختن به این موضوع و پژوهش در این حوزه بیشتر نمایان می‌شود. با عطف نظر به این که محیط اجتماعی و ارتباطات اجتماعی از جمله عوامل پیشاینده و مؤثر بر کیفیت زندگی است،

لذا پژوهش‌هایی از این دست، با ارائه‌ی اطلاعات وسیع پیرامون تمام ابعاد زندگی افراد تحت حمایت سازمان بهزیستی و همچنین عوامل تأثیرگذار بر آن، کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم و وسیع‌تر در رابطه با افراد تحت حمایت سازمان بهزیستی خواهد بود. امید به آن‌که با استفاده از نتایج این نوع پژوهش‌ها تصمیمات و راهکارهای مناسب اتخاذ گردد، به نحوی که شرایط و وضعیت افراد تحت حمایت بهبود و ارتقا یابد.

۱-۴- اهداف پژوهش

هدف پژوهش حاضر، مقایسه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان می باشد.

۱-۵- سوال‌های پژوهش

- ۱- آیا کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است؟
- ۲- آیا سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است؟
- ۳- آیا سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است؟
- ۴- آیا رضایت از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از رضایت از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است؟

۵- آیا رضایت از محیط زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از رضایت از محیط زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است؟

۱- ۱-۶- فرضیه های پژوهش

۲- کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

۳- سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

۴- سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

۵- رضایت از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از رضایت از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

۶- رضایت از محیط زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بیش از رضایت از محیط زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

۱-۷- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱-۷-۱- کیفیت زندگی

تعریف مفهومی: کیفیت زندگی عبارت است از ادراک شخص از موقعیت خویش در زندگی با توجه به ارزشها و اهداف فردی و زمینه فرهنگی (کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵). کیفیت زندگی دارای چهار زیر مقیاس درحیطه های زیر است:

۱- حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی)^۱ - ۲- حیطه روانشناختی^۲

۳- حیطه روابط اجتماعی^۳ - ۴- حیطه محیط زندگی^۴

تعریف عملیاتی: منظور از کیفیت زندگی در این پژوهش، نمره‌ای است که شخص از پاسخگویی

به فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) کسب می‌کند.

^۱ - Physical Health Domain

^۲ - Psychological Domain

^۳ - Social relationship Domain

^۴ - Environmental Domain

فصل دوم:

پیشینه پژوهش

این فصل به مبانی نظری کیفیت زندگی و بررسی پیشینه تحقیقاتی کیفیت زندگی پرداخته است.

۲-۱- مبانی نظری

۲-۱-۱- کیفیت زندگی^۱

تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می‌گردد. در آن دوران ارسطو "زندگی خوب" یا "خوب انجام دادن کارها" را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، اما در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می‌شود، با ثروت که فرد فقیری را شاد می‌کند، یکسان نیست و به طور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد، بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت، معنی یکسانی نخواهد داشت. به هر حال در آن زمان شادی یا شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروز کیفیت زندگی نام دارد، تلقی می‌شد؛ ولی اصطلاح "کیفیت زندگی" تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود. به مرور زمان محققین متوجه شدند که کیفیت زندگی میتواند یکی از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی‌های سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ از سلامت نیز به این نکته تاکید دارد (فایرز و مکین، ۲۰۰۰؛ به نقل از نجات، ۱۳۸۷). در تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، به عنوان درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و علائق آمده است (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳، ۱۹۹۵). کیفیت زندگی از اساسی‌ترین مفاهیم

^۱ -Quality of Life

^۲ -World Health Organization

^۳ -WHOQOL Group

روانشناسی مثبت‌گرا^۱ است. شناخت و بهبود کیفیت زندگی از جمله اهداف عمده پژوهشگران رشته‌های مختلف همچون روانشناسی، پزشکی، اقتصاد، و جامعه‌شناسی بوده است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷). همچنین طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از روشهای ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (گیل و فنستین^۲، ۱۹۹۴). تعاریف متعددی برای کیفیت زندگی وجود دارد. به طور مثال می‌توان گفت: کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله شخص و یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت، افتخار، سلامتی و موفقیت-های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود (پارک^۳، ۱۹۹۵). کیفیت زندگی از نظر کالمن^۴ بسط امید و آرزوهایی است که از تجارب زندگی فرد نشأت می‌گیرد. فرانس و پاورس^۵ بر این عقیده‌اند که کیفیت زندگی همان ادراک فرد از رفاه است که از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های مهم زندگی ناشی می‌شود (مکوندی و زمانی، ۱۳۸۹). مطالعه و بررسی نظریه‌ها و مدل‌های موجود در حوزه کیفیت زندگی، نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، محیط اجتماعی زندگی هر فرد است. ویژگی‌های مختلف محیط اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت‌الشعاع قرار دهد. به طور مثال تمام ارتباطاتی که شخص با افراد محیط خود از جمله خانواده، دوستان، همکاران و ... دارد، می‌توانند بر کیفیت زندگی وی اثرگذار باشد (فرتمن و النسورث^۶، ۲۰۱۰).

^۱ -Positive Psychology

^۲ -Gill & Feinstein

^۳ -Park

^۴ -Kalman

^۵ - Frunc&Pauves

^۶ -Fertman&Allensworth

هرچند کیفیت زندگی، از دیرباز مطرح بوده و مفهوم تازه‌ای نیست، اما وارد شدن آن به حیطه تحقیقات علمی به سال‌های ۱۹۶۰ میلادی باز می‌گردد (احمدی و اسلام، ۱۳۸۸). با گسترش فناوری و فرایند صنعتی شدن، مشکلات عدیده‌ای همچون آلودگی محیط زیست، آلودگی صوتی، افزایش تنش‌ها و فشارهای روانی و... دامنگیر زندگی بشری شد. همین امر توجه دانشمندان را بیش از پیش، به مفهوم کیفیت زندگی معطوف کرد تا شاید از این طریق بتوان گام‌هایی در جهت بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی برداشت (ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۶). علاقه فزاینده‌ای که نسبت به مفهوم کیفیت زندگی، به وجود آمده، نه تنها در حوزه پزشکی، بلکه در بسیاری از حوزه‌های دیگر از جمله روانشناسی، جامعه‌شناسی، اقتصاد، فلسفه، معماری، سیاسی و... به چشم می‌خورد. با این حال کیفیت زندگی، تبدیل به یک مفهوم مبهم و دست‌نیافتنی شده که برای ارائه تعریف دقیق و مشترک از آن، راه درازی در پیش است (بارکاسیکا، اسپوزیتو، ماتاریس، برتولاسو، الویرا و مارینیس^۱؛ ۲۰۱۳). در زمان آغاز تحقیقات علمی در زمینه کیفیت زندگی یعنی در دهه ۱۹۶۰ و حتی دو دهه بعد از آن، کیفیت زندگی مبتنی بر شاخص‌های عینی بود، لیکن در سال‌های نخستین قرن بیست و یک، شاخص‌های ذهنی و روانی هم در تعریف مفهوم کیفیت زندگی گنجانده شد (احمدی و اسلام، ۱۳۸۸). در دیدگاه عینی، مفهوم کیفیت زندگی با تکیه بر معیارهای ملموس و آشکار زندگی همچون سلامت جسمانی، شرایط شغلی، ثروت، تعاملات اجتماعی و غیره تعریف شده است. در مقابل برخی از پژوهشگران، از منظر شناختی به کیفیت زندگی نگاه کرده و بر نقش عوامل شناختی و رضایت ذهنی فرد از شرایط زندگی‌اش تأکید دارند (لیو^۲، ۲۰۰۶).

^۱ - Barcaccia, Esposito, Matarese, Bertolaso, Elvira &Marinis

^۲ - Liu

اما نکته حائز اهمیت این است که کیفیت زندگی، یک عبارت برای توصیف بسیاری از جنبه‌های زندگی است. کیفیت زندگی از طرق گوناگون قابل تعریف است و همین امر موجب شده تا ارائه یک تعریف جامع برای کیفیت زندگی و بالتبع اندازه‌گیری آن دشوار باشد. کیفیت زندگی یک سازه پیچیده و چندوجهی است که لازم است از زوایای نظری مختلفی به آن نگرسته شود. برای درک کامل این مفهوم، لازم است درباره این که چگونه شرایط عینی بر ارزیابی افراد از زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد، مطلع باشیم. به همین ترتیب برای درک شاخص‌های عینی و چگونگی انتخاب آنها، لازم است درباره ارزش‌ها و باورهای مردم و همچنین چگونگی تأثیرگذاری شاخص‌های عینی بر بهزیستی، اطلاعات کافی داشته باشیم (تئوفیلو^۱، ۲۰۱۳).

لذا از تلفیق دیدگاه‌های ذکر شده، دیدگاه جدیدی ارائه شده که در تعریف کیفیت زندگی، هر دو وجه عینی و ذهنی را مدنظر قرار داده است. بر اساس دیدگاه جدید، کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله شخص و یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت و افتخار، سلامتی، موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود (پارک، ۱۹۹۵). این رویکرد کیفیت زندگی را مفهومی جامع می‌داند که شامل ابعاد عینی و ذهنی است. مطالعات متون روانشناسی نشان می‌دهد کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای با سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان استقلال، تعاملات اجتماعی و باورهای فرد با ابعاد برجسته محیطی درهم تنیده شده است (نجاتی، ملکی، ذبیح‌زاده و احمدی، ۱۳۹۱). لازم به ذکر است، تغییر در مفهوم سلامتی، تأثیر عمیقی بر تعریف کیفیت زندگی گذاشت. مفهوم سلامتی، از مفاهیم منفی مانند مرگ، بیماری، ناتوانی، درد و نارضایتی عبور و به مفاهیم مثبت گرایش پیدا کرد. تعریف جدید از مفهوم سلامتی، باعث شد تا سازمان بهداشت جهانی اقدام به ارائه تعریف نوینی از کیفیت زندگی کند

^۱ - Theofilou

(بارکاسیکا، اسپوزیتو، ماتاریس، برتولاسو، الویرا و مارینیس؛ ۲۰۱۳). بر اساس دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش، در بستری از فرهنگ و ارزش‌های سیستمی که در آن زندگی می‌کند (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵). به عبارت دیگر کیفیت زندگی عبارت است از ادراک شخص از موقعیت خویش در زندگی، با توجه به ارزشها و اهداف فردی و زمینه فرهنگی. لازم به ذکر است در این پژوهش، نگاه پژوهشگران به مفهوم کیفیت زندگی، برگرفته از رویکرد جامع و چند بعدی است، لذا از مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است.

کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم جهت ارزیابی سلامت، پیشرفت و توسعه یک جامعه محسوب می‌شود، بنابراین کیفیت زندگی در سطح جامعه و ارزیابی عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر آن یکی از وظایف مهم مسئولین امور اجتماعی محسوب می‌شود. کیفیت زندگی مفهومی است که در سال‌های اخیر به واسطه نقشی که در سلامت روان افراد دارد، اهمیت به‌سزایی یافته است. طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را «حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود» تعریف نموده است. بنابراین در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخصهای سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود، بلکه باید ادراکی که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند را نیز مورد توجه قرار داد (کامپوس^۱، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی از مهمترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت جهانی محسوب می‌شود (پارک، ۲۰۰۲) به گونه‌ای که

^۱-Campos

برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار می دهند (هنکلیفت، بیرکنال و بیرکنال^۱، ۱۹۹۳).

تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) از کیفیت زندگی تحت عنوان «ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزش موقعیتی که در آن زندگی می کنند و در واقع اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیرگذار است» می باشد. بنابراین بر اساس این تعریف جامع، کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خودکارآمدی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد. به علاوه آیزنک، (۱۹۹۸) و سینتیا، (۱۹۹۸) نیز کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه های زندگی از جمله جنبه های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده اند (سیلا^۲، ۱۹۹۴، ایوانس و کاپ^۳، ۱۹۸۹). از طرفی تحقیقات زیادی که در کشورهای مختلف روی کیفیت زندگی افراد به عمل آمده است، اغلب متمرکز بر حوزه های ویژه و روی افراد متعلق به جمعیت های خاص مانند مبتلایان به بیماری های خاص، بیماری های سرطانی و ایدز بوده است (کامپوس، ۲۰۰۲). محققان معتقدند، بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش به سزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی این افراد خواهد داشت (سینتیا، ۱۹۹۸).

در سال های اخیر کیفیت زندگی از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به خصوص افراد ناتوان شناخته شده است. فاسینو، لئومبرونی و ابیت^۴ (۲۰۰۲)، در تعریف خود اظهار می دارند

^۱ - Hinchliff, Birchen all & Birchen all

^۲ - Cella

^۳ - Evanse & Cope

^۴ - Fassino, Leombruni & Abbate

که امروزه کیفیت زندگی یک شاخصی اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک و عملکرد فرد را در برمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار بوده و برای ارزیابی صحیح آن باید به ابعاد فوق توجه شود. براساس این تعاریف کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد.

در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می‌شوند. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که افزایش این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود. فقدان حضور پدر در خانواده به عنوان یک استرس مهم برای اعضای خانواده مطرح است و کیفیت زندگی اعضای خانواده را به چالش می‌کشد (هابر، ۲۰۰۹، به نقل از کاشانی نیا و علیا، ۱۳۸۸). تعدد نقش زنان سرپرست خانوار و مشکلات اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمی، حقوقی و خانوادگی به عنوان عوامل استرس‌زا می‌تواند کیفیت زندگی آنها را در تمامی ابعاد تحت تأثیر قرار دهد (مطیع، ۱۳۸۷). این افراد با مشکلاتی نظیر فقر، عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی، آزادی، ناکافی بودن درآمد و ترس و نگرانی از آینده مبهم خود و فرزندان مواجه هستند (براتی سده، ۱۳۸۵). گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبرو هستند، به طوری که سلامت جسمی و روانی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. زنان سرپرست خانوار هم از حیث روانی و عاطفی و هم از حیث مادی دارای مشکل بوده و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقات، احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند، بیشتر از سایر زنان می‌باشد (سیمونز^۱،

^۱ -Simmons

۱۹۹۴). این گروه به علت این که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی دست و پنجه نرم می‌کنند. از طرف دیگر گروهی از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل مناسب در مشاغل نامناسب، نیمه وقت و کم‌درآمد مشغول می‌شوند (چانت، ۱۹۹۷، به نقل از بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر نه تنها به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده، بلکه به درصد خانواده‌های زن سرپرستی که درآمد اقتصادی کمی دارند، نیز اضافه شده است که این گروه را آسیب‌پذیر می‌نماید. بعضی از نظریه پردازان معتقدند، اگرچه زنان سرپرست خانوار مشکلات متعددی دارند، ولی این مسئله به معنای این نیست که آنها نمی‌توانند بر مشکلات خود فائق آیند، بنابراین لفظ آسیب‌پذیر برای آنان مناسب نیست.

۲-۲- تحقیقات پیشین

در این بخش تحقیقات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پژوهش رحیمی و خیر (۱۳۸۶) نشان داد، خانواده به عنوان مهمترین محیط اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد مؤثر است و کیفیت زندگی آنان توسط الگوهای ارتباطی خانواده آنان، قابل پیش‌بینی است. ارتقاء گفت‌و شنود در خانواده سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. تحقیقات جامعه‌شناسی و روانشناسی به تأثیر محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان اذعان دارند (الیور^۱، ۱۹۹۷). به نظر فلانگان (۱۹۸۲) تأثیر ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افراد متفاوت می‌باشد (بلاندر^۲، ۱۹۹۴). نتایج تحقیق کاشانی و علیا (۱۳۸۸) نشان داد که زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان دارای سرپرست دارند. همچنین تحقیق بلداجی، فروزان و رفیعی (۱۳۸۹) نشان داد که بین داشتن مهارت‌های درآمدزایی و ابعاد روانی، اجتماعی و نمره کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار که درآمد دارند، بهتر از کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان‌های حمایتی می‌باشد. زنان دارای مهارت‌های درآمدزایی، به دلیل داشتن استقلال و کسب درآمد از مهارت خود، از زنان تحت پوشش فاقد مهارت، کیفیت زندگی بالاتری دارند.

نتایج یک فراتحلیل نشان داد که توانمندسازی زنان، عملکرد اجتماعی و سلامت روانشناختی آنان را بهبود می‌بخشد (نهندو^۳، ۱۹۹۹). به عبارتی خوداشتغالی زنان به توانمندسازی اقتصادی آنان انجامیده و از وابستگی آنان به سازمان‌های حمایتی کاسته و به تبع از آسیب‌پذیری آنان

^۱ -Oliver

^۲ -Bolandor

^۳ Snehendu

می‌کاهد (رحیم و بولدن^۱، ۱۹۹۵). توانمندسازی روانشناختی زنان به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی روانشناختی خانواده می‌کاهد (دیویس، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هیجان‌های منفی، اضطراب و نگرانی در حیطه‌های مختلف زندگی باعث کاهش سلامت روانی و جسمانی شده و در نتیجه با کیفیت زندگی رابطه معکوس دارد (نیکبخت، مظلوم، نثاری و گودرزی، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل نقش هیجانی، سرزندگی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی همسران جانباز با نشانگان مرضی فرزندان آنها رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین این مؤلفه‌ها نقش مهم و معناداری در تبیین سلامت عمومی فرزندان داشتند.

در تحقیقی نشان داده شد که میان گروه‌های سنی مختلف در زنان سرپرست خانوار از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد و با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (به نقل از قمری و خوشنام، ۱۳۹۰). در مطالعه‌ای که توسط شعبان‌زاده، زارع بهرام آبادی، حاتمی و زهراکار، (۱۳۹۲) بر روی ۱۵۰ زن سرپرست خانوار صورت گرفت، مشخص شد که میان سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و اجتنابی و همچنین حمایت اجتماعی (به جز حمایت دوستان) با کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد.

هرناندز، آراندا و رامیز^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی بر روی کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های تک‌والدی نسبت به خانواده‌های هسته‌ای دریافتند که زنان سرپرست خانوار نسبت به زنانی که همسر دارند، کیفیت زندگی پایین و افسردگی بیشتری دارند.

^۱ Rahim & bolden

^۲ -Hernandez, Aranda & Ramirez

فصل سوم

روش پژوهش

۳- روش پژوهش

در این فصل، ابتدا به طرح پژوهش، جامعه آماری، شرکت‌کنندگان پژوهش و روش نمونه‌گیری، پرداخته شده است، سپس ابزار پژوهش و شاخص‌های پایایی و روایی آن و در نهایت نحوه‌ی اجرا و روش‌های آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، توضیح داده شده است.

۳-۱- طرح پژوهش

این پژوهش از نوع پس‌رویدادی است که در آن متغیر مستقل شامل زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و تحت پوشش بهزیستی و متغیر وابسته کیفیت زندگی می‌باشد.

۳-۲- جامعه آماری و شرکت‌کنندگان در پژوهش

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان هرمزگان می‌باشد. برای انتخاب گروه نمونه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده، به دلیل تعداد کم زنان بازتوان شده، کلیه ۱۱۰ نفر از زنان سرپرست خانوار سطح استان که بازتوان شده بودند، بعنوان گروه نمونه در نظر گرفته شدند و از ۴۰۱۹ نفر زنان سرپرست خانوار تحت پوشش، ۱۱۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

۳-۳- ابزار پژوهش

۳-۳-۱- فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

به منظور سنجش کیفیت زندگی از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ (۱۹۹۸) استفاده شد. این مقیاس چهار بعد کیفیت زندگی، شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط با دیگران و محیط زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس که فرم کوتاه مقیاس ۱۰۰ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی است، حاوی ۲۶ سؤال است که سؤال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی، ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را (به ترتیب دارای ۳، ۶، ۷ و ۸ سؤال) ارزیابی می‌کند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از مقبولیت فراوانی برخوردار است و به ۴۰ زبان از جمله فارسی ترجمه و در بسیاری از کشورها نیز اعتباریابی شده است. از این پرسشنامه در فعالیتهای پژوهشی متعددی استفاده شده است. پس از انجام محاسبات لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک به دست می‌آید که امتیاز ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (کایکن، اورلی، هادلسن و سارتوریوس^۲، به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی، ۰/۷۰، سلامت روانی، ۰/۷۳، روابط اجتماعی، ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی، ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب بازآزمایی را ۰/۷ گزارش کرده‌اند.

^۱ -WHOQOL-BREF

^۲ -Kuyken, Orley, Hudelson&Sartorius

پایایی مقیاس کیفیت زندگی در پژوهش رحیمی (۱۳۸۶) به وسیله ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. ضریب آلفا برای کل مقیاس، ۰/۸۸ و برای مؤلفه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۶۵ و ۰/۷۷ گزارش شد. در پژوهش صفری و یوسفی (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۹۰ بود. همچنین روایی مقیاس از طریق همبستگی نمره هر بعد با تک تک سؤالات آن بعد سنجیده شد که دامنه ضرایب حاصله بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفاکرونباخ و جهت بررسی روایی آن از روش همسانی درونی استفاده خواهد شد.

۳-۴- روش اجرا

پس از نمونه‌گیری و آماده سازی پرسشنامه‌ها، با همکاری مسئول امور پژوهشی سازمان بهزیستی استان هرمزگان، پاکت‌های حاوی پرسشنامه‌ها برای هر یک از شهرستان‌های استان ارسال شد. زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و تحت پوشش بعد از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، مجدداً آن را به سازمان بهزیستی تحویل دادند. لازم به ذکر است که در بالای پرسشنامه‌ها، توضیحاتی درباره نحوه پاسخدهی، لزوم صداقت در پاسخگویی، محرمانه بودن اطلاعات و تأکید بر این که برای هیچ یک از گویه‌ها پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد، درج شده بود.

۳-۵- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت تحلیل داده ها و مقایسه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و تحت پوشش در ۴ بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

۳-۶- جنبه جدید بودن و نوآوری طرح در چیست؟

این پژوهش از آن جهت که به بررسی متغیر کیفیت زندگی در افراد تحت حمایت و سرپرستی سازمان بهزیستی می پردازد، پژوهشی نو و بدیع محسوب می گردد، زیرا مرور ادبیات پژوهش حاکی از آن بود که تاکنون کیفیت زندگی این افراد مورد بررسی واقع نشده است. علاوه بر این، کیفیت زندگی یکی از متغیرهای روانشناسی مثبت‌نگر است که اطلاعاتی پیرامون سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط با دیگران و محیط زندگی فراهم می‌آورد و همه‌ی این ابعاد را با هم در نظر می‌گیرد.

چنانچه در این طرح مشخص شود که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بالاتر از سایر زنان سرپرست خانوار می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد که طرح توانمندسازی زنان سرپرست خانوار به طور گسترده در ارتباط با کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش به اجرا درآید تا از این طریق به ارتقاء کیفیت زندگی در ابعاد مختلف سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بینجامد.

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش

۴- یافته‌های پژوهش

در این فصل یافته‌های تحقیق ارائه گردید. بدین منظور ابتدا آمار توصیفی برای متغیرهای پیوسته‌ی تحقیق ارائه شد، سپس به نتایج تحلیل‌های آمار استنباطی که در راستای بررسی فرضیه‌های تحقیق صورت گرفته‌اند، اشاره گردید.

۴-۱- توصیف متغیرهای پیوسته‌ی تحقیق

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره‌های ۴ بعد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از روابط اجتماعی، رضایت از محیط زندگی) و نمره کل کیفیت زندگی، مربوط به دو گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه زنان بازتوان شده و گروه زنان تحت پوشش در متغیرهای پژوهش

گروه زنان تحت پوشش (۱۱۰ نفر)		گروه زنان بازتوان شده (۱۱۰ نفر)		متغیرهای وابسته
SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	
۲/۶۲	۲۸/۲۵	۴/۵۳	۳۳/۵۶	بعد سلامت جسمانی
۳/۵۱	۱۸/۲۲	۶/۷۴	۲۳/۳۵	بعد سلامت روانی
۴/۱۵	۹/۴۴	۵/۷۰	۱۲/۰۲	بعد رضایت از روابط اجتماعی
۳/۳۳	۲۰/۱۴	۴/۷۵	۲۵/۷۶	بعد رضایت از محیط زندگی
۸/۷۵	۵۲/۵۰	۹/۲۵	۷۸/۲۵	نمره کل کیفیت زندگی

۴-۲-آمار استنباطی

در این بخش یافته‌های مربوط به آمار استنباطی که به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق انجام شده‌اند، گزارش شده‌اند. بدین صورت که ابتدا به فرضیه مورد نظر اشاره شده و سپس روش آماری مورد استفاده برای بررسی آن ارائه گردیده است.

۴-۲-۱- فرضیه اول تحقیق: کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده

بیش از کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی است.

به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. بدین صورت که متغیر گروه (زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان تحت پوشش) به عنوان متغیر مستقل و نمره‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از روابط اجتماعی، رضایت از محیط زندگی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردیدند.

قبل از انجام تحلیل، ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس چند متغیره (همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته، همگنی شیب رگرسیون، خطی بودن و نرمال بودن) برای متغیر مرکب کیفیت زندگی بررسی شدند. بدین منظور آزمون ام باکس^۱ برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس اجرا شد که نتایج معنادار نبود و نشان داد که همگنی واریانس‌ها برقرار است. جهت بررسی مفروضه وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته برای انجام تحلیل چندمتغیره، از آزمون کرویت بارتلت^۲ استفاده شد، نتایج به لحاظ آماری معنادار بود و نشان دهنده وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل بود. مفروضه دیگر مربوط به همگنی شیب رگرسیون بود که از طریق بررسی

^۱ -Box Mtest of equality of covariance matrices

^۲ -Bartletts test of sphericity

تعامل پیش آزمون و سطوح متغیر مستقل در تأثیر گذاری بر نمرات پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که این تعامل معنادار نیست و بنابراین مفروضه‌ی مورد نظر برقرار است. برقراری رابطه خطی با استفاده از نمودار پراکندگی بررسی گردید که نتایج بیانگر خطی بودن رابطه بود. مفروضه نرمال بودن متغیرهای وابسته با استفاده از نمودار مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری مفروضه بود. در نتیجه، با بررسی تمامی مفروضه‌ها، استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره بلامانع شناخته شد.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر اساس شاخص لامبادای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (کیفیت زندگی) معنی دار است؛ به بیان دیگر بین دو گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان تحت پوشش از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲). به این معنی که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از زنان تحت پوشش است. بنابراین فرضیه اول تحقیق تأیید گردید.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

متغیر وابسته	منبع تغییرات	شاخص آماری	F	سطح معناداری	مجذور اتا
متغیر مرکب کیفیت زندگی	عضویت گروهی	لامبادای ویلکز	۱۷۸/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷

۱ - Willks Lambda

۴-۲-۲- فرضیه دوم، سوم، چهارم و پنجم تحقیق

پس از معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره، نتایج تحلیل واریانس در هر یک از ۴ بعد کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت تا منبع معناداری آماری اثر چندمتغیری تعیین شود و به این ترتیب فرضیه‌های دو، سه، چهار و پنج نیز مورد بررسی قرار گیرند. نتایج مربوط به آزمون لوین و تحلیل واریانس چهار بعد کیفیت زندگی در جداول ۳ و ۴ آورده شده است. نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین^۱ در هیچ یک از ۴ بعد کیفیت زندگی معنادار نیست و حاکی از آن است که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در هر یک از ۴ بعد کیفیت زندگی

سطح معناداری	درجه آزادی	درجه آزادی	F	متغیر وابسته
۰/۳۲۷	۱۳۴	۱	۱/۲۴۵	سلامت جسمانی
۰/۲۴۳	۱۳۴	۱	۱/۴۶۵	سلامت روانی
۰/۱۴۵	۱۳۴	۱	۱/۵۲۱	رضایت از روابط اجتماعی
۰/۲۶۷	۱۳۴	۱	۱/۲۶۲	رضایت از محیط زندگی

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت در هر یک از ۴ بعد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. مطابق با نتایج موجود در جدول، بین دو گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان تحت پوشش از نظر میانگین هر چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از

^۱- Leven

روابط اجتماعی و رضایت از محیط زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میزان نمره چهار بعد کیفیت زندگی در گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده نسبت به گروه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بیشتر است. بنابراین فرضیه‌های دوم (سلامت جسمانی زنان سرپرست‌خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش است)، سوم (سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از سلامت روانشناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش است)، چهارم (رضایت از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش است) و پنجم (رضایت از محیط زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش است) تحقیق تأیید می‌گردند.

جدول ۴: تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از روابط اجتماعی

و رضایت از محیط زندگی متغیر کیفیت زندگی

η^2	P	F	MS	DF	SS	متغیر وابسته	منبع واریانس
۰/۹۵	۰/۰۰۰۱	۸۶۴/۵۱	۳۷۸۲/۲۵	۱	۳۷۸۲/۲۵	سلامت جسمانی	گروه (متغیر مستقل)
۰/۸۸	۰/۰۰۰۱	۵۰۹/۸۵	۱۸۷۸/۳۲	۱	۱۸۷۸/۳۲	سلامت روانی	
۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۷۵۸/۸۷	۲۵۶۱/۲۱	۱	۲۵۶۱/۲۱	رضایت از روابط اجتماعی	
۰/۹۰	۰/۰۰۰۱	۲۰۶/۷۱	۸۵۳/۳۴	۱	۸۵۳/۳۴	رضایت از محیط زندگی	
			۴/۳۷۵	۱۳۴	۵۸۶/۲۵	سلامت جسمانی	خطا
			۳/۶۸۴	۱۳۴	۴۹۳/۷۲	سلامت روانی	
			۳/۳۷۵	۱۳۴	۴۵۲/۳۲	رضایت از روابط اجتماعی	
			۴/۱۲۸	۱۳۴	۵۵۳/۲۶	رضایت از محیط زندگی	
				۱۳۵	۵۵۶۷۰	سلامت جسمانی	کل
				۱۳۵	۳۴۵۶۰	سلامت روانی	
				۱۳۵	۲۵۶۷۸	رضایت از روابط اجتماعی	
				۱۳۵	۳۳۷۶۵	رضایت از محیط زندگی	

SS = مجموع مجذورات، DF = درجه‌ی آزادی، MS = میانگین مربعات، P = سطح معناداری و

η^2 = مجذور تفکیکی اتا (اندازه‌ی اثر).

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد، بین دو گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان تحت پوشش از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده به طور معناداری بیش از زنان تحت پوشش است.

همچنین نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت در هر یک از ۴ بعد کیفیت زندگی (حیطه سلامت جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیط زندگی) نشان داد، بین دو گروه زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان تحت پوشش از نظر میانگین هر چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، رضایت از روابط اجتماعی و رضایت از محیط زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیق نهندو (۱۹۹۹)، رحیم و بولدن (۱۹۹۵)، دیویس (۲۰۱۰)، الیور (۱۹۹۷)، فلانگان (۱۹۸۲)، بلاندر (۱۹۹۴)، کاشانی و علیا (۱۳۸۸) و همچنین تحقیق بلداجی و همکاران (۱۳۸۹) همسو بود.

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله شخص و یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت، افتخار، سلامتی و موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود (پارک، ۱۹۹۵) و به طور قابل ملاحظه‌ای با سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان استقلال، تعاملات اجتماعی و باورهای فرد با ابعاد برجسته محیطی درهم تنیده شده است (نجاتی، ملکی، ذبیح‌زاده و احمدی، ۱۳۹۱).

همان‌طور که قبلاً بیان گردید، فقدان حضور پدر در خانواده به عنوان یک استرس مهم برای اعضای خانواده مطرح است و کیفیت زندگی اعضای خانواده را به چالش می‌کشد (هابر، ۲۰۰۹، به نقل از کاشانی نیا و علیا، ۱۳۸۸). تعدد نقش زنان سرپرست خانوار و مشکلات

اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمی، حقوقی و خانوادگی به عنوان عوامل استرس‌زا می‌تواند کیفیت زندگی آنها را در تمامی ابعاد تحت تأثیر قرار دهد (مطیع، ۱۳۸۷). این افراد با مشکلاتی نظیر فقر، عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی، آزادی، ناکافی بودن درآمد و ترس و نگرانی از آینده مبهم خود و فرزندان مواجه هستند (برانی سده، ۱۳۸۵). گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند، به طوری که سلامت جسمی و روانی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. زنان سرپرست خانوار هم از حیث روانی و عاطفی و هم از حیث مادی دارايمشکل بوده و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنان سرپرست خانوار بیشتر از سایر زنان می‌باشد (سیمونز، ۱۹۹۴). این گروه به علت این که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی دست و پنجه نرم می‌کنند. از طرف دیگر گروهی از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل مناسب در مشاغل نامناسب، نیمه‌وقت و کم درآمد مشغول می‌شوند (چانت، ۱۹۹۷، به نقل از بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۸۹).

محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان تأثیر به‌سزایی دارد (الیور، ۱۹۹۷). توانمندسازی زنان، عملکرد اجتماعی و سلامت روانشناختی آنان را بهبود می‌بخشد (نهندو، ۱۹۹۹). به عبارتی خوداشتغالی زنان به توانمندسازی اقتصادی آنان انجامیده و از وابستگی آنان به سازمان‌های حمایتی کاسته و به تبع از آسیب‌پذیری آنان می‌کاهد (رحیم و بولدن، ۱۹۹۵). توانمندسازی روانشناختی زنان

به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی روانشناختی خانواده می‌کاهد (دیویس، ۲۰۱۰).

همان‌طور که بیان شد، یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، محیط اجتماعی زندگی فرد است. ویژگی‌های مختلف محیط اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت الشعاع قرار دهد. به طور مثال تمام ارتباطاتی که شخص با افراد محیط خود از جمله خانواده، دوستان، همکاران و ... دارد، می‌توانند بر کیفیت زندگی وی، اثرگذار باشد (فرتمن و النسورث، ۲۰۱۰). زنان سرپرست خانوار با توجه به این که بعد از بازتوانی، ارتباطات بیشتر و بهتری با محیط بیرون خانواده برقرار کرده هم به تبع از این قاعده مستثنی نبوده و ارتباط با همکاران و دوستان در محیط کار و خانواده موجب بهبود این بعد از کیفیت زندگی آنان می‌گردد. زنان سرپرست خانوار بعد از بازتوانی، احساس استقلال بیشتری نموده و همچنین با توجه به توانایی آنان در زمینه کسب درآمد بیشتر، بر احساس توانمندی و اعتماد به نفس آنان و به تبع بهبود وضعیت روانی آنان تأثیر مثبتی می‌گذارد و با توجه به کسب درآمد بیشتر، این قشر از زنان سرپرست خانوار توجه بیشتری به وضعیت سلامت جسمانی خود داشته که توان این گروه از زنان برای ارتقاء سلامت جسمی خود می‌تواند بر این بعد از کیفیت زندگی آنان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. بنا به اعتقاد بلداجی و همکاران (۱۳۸۹)، بین داشتن مهارت‌های درآمدزایی و ابعاد روانی، اجتماعی و نمره کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار که درآمد دارند، بهتر از کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان‌های حمایتی می‌باشد. زنان دارای مهارت‌های درآمدزایی، به دلیل داشتن استقلال و کسب درآمد از مهارت خود، از زنان تحت پوشش فاقد مهارت، کیفیت زندگی بالاتری دارند.

منابع

- بختیاری، محمود. صالحی، مسعود. زایری، فرید. یآوری، پروین. دل پیشه، علی. مباشری، فرزانه. کریملو، مسعود. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی معلولین جسمی حرکتی با افراد سالم با استفاده از پرسشنامه مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. دوره ۸، شماره ۲.
- بلداجی، لیلا تاتینا. فروزان، آمنه و رفیعی، حسن. (۱۳۸۹) کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۰.
- حقیقی، ماه منیر. ساکی، کورش، محدثی، حمیده. یوریان، رؤیا و سلامی، لیلا. ۱۳۹۲. بررسی ارتباط بین سرسختی روان شناختی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره پنجم.
- زحمتکشان، نسرين. باقر زاده، راضیه. اکابریان، شرافت. یزدانخواه فرد، محمدرضا. میرزایی، کامران. یزدانپناه، سیامک. خرم رودی، رزیتا. غریبی، طیبه. کمالی دشت ارژنی، فرحناز. جمند، طیبه. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. سال دوم، شماره ۱.
- ستاری، بهزاد. امیدوار، خسرو و یعقوبی، ولی. (۱۳۸۴). مقایسه نگرش به افراد در خانواده هایشان قبل و بعد از اجرای طرح توانبخشی مبتنی بر جامعه در استان اردبیل. مجله توانبخشی، دور ششم، مسلسل ۲۲، ۳۲-۲۵
- سلطانی، رضا. کافی، سید موسی. صالحی، ایرج. کارشکی، حسین و رضایی، سجاد. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. دوره نوزدهم، شماره ۷۵.

- شعبان‌زاده، افسانه. زارع بهرام آبادی، مهدی. حاتمی، حمیدرضا و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال چهارم، شماره ۴.
- فراهانی نیا، مرحمت. ملکی، منصور. خیری؛ فریدون و حقانی، حمید. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد معلول با قطع اندام تحتانی. نشریه پرستاری ایران. دوره ۲۵، شماره ۷۵.
- قمری، محمد و خوشنام، امیرحسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. مجله خانواده پژوهی، سال هفتم، شماره ۲۷.
- کلدی، علیرضا. کبیران عین‌الدین، حمیده. محقق‌کی، کمال، سید حسین و رضا سلطانی، پوریا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با کیفیت زندگی. مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، سال ششم، شماره ۴.
- کیمیایی، سیدعلی (۱۳۹۰). شیوه‌های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی. سال یازدهم، شماره ۴۰.
- کاشانی نیا، زهرا. علیا، زهرا. (۱۳۸۸). عوامل استرس‌زا و رابطه آن‌ها با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار.
- مکوندی، سمیه و زمانی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال ۱۳۸۹. فصلنامه جنتاشاپیر ۲ (۴)، ۲۰۶ - ۱۹۱.
- مطیع، ناهید. (۱۳۸۷). پدران غایب یا ناتوان، کودکان تنها. مجله زنان، سال هشتم، شماره ۵۴.
- مطیع، ناهید. (۱۳۸۷). فرصت‌های کودکان در خانواده‌های زن سرپرست، مجله زنان، سال هشتم، شماره ۵۵.

- نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی، دوره چهارم، شماره ۲، ص ۵۷ - ۶۲.

نجفی، محمود. کمری، علی عباس. عرفانی، نصراله. جعفری، نصرت و پیرخائفی، علیرضا. (۱۳۹۰). نقش مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال پنجم، شماره ۱۹.

Campos M.G. (۲۰۰۲). Quality of life differences between first year undergraduate financial aid and non_aid recipients unpublished master thesis< University of Vancouver Canada. ۱۵۰-۱۵۲.

Cella DF. (۱۹۹۴). Quality of Life: Concepts and Definition. *Journal Aim Symptom Manage*; (۳): ۱۸۶-۱۹۲.

Cynthia RK. (۱۹۹۸). Overview of Quality of Life Controversial Issues. In; Cynthia RK, Hindss. *Quality of Life From Nursing and patient perspectives*> Sudbury: Jones and Bartlett. Press: ۲۳-۳۰.

Dijkers MP. (۲۰۰۳). Individualization in quality of life measurement instruments and approaches. *Arch Phys Med Rehabil*; ۸۴: ۳-۱۴.

Dijkerso M. (۲۰۰۷). A meta-analysis of the effect of disablement components. *Adapted Physical Activity Quarterly*: ۱۵(۳), ۸۲۹-۸۴۰.

Eisenberg Mg, Salts CC. (۱۹۹۱). Quality of life among aging spinal cord injured persons: long term rehabilitation outcomes, paraplegia. ۲۹:۵۱۴-۵۲۰.

Evans DR, Cope WE. (۱۹۸۹). *Manual of the QOL Questionnaire*. North Ton Wad: Multi Helth System inc.

Fassino S, Leombruni P. Abbate Daga. (۲۰۰۲). Quality OfLife in delendent olderadults living at home. *Archgerontol geriatr*; ۳۵۹:۲۰-۳۴.

Hernandez, L. R, E. Aranda, B. G. Ramirez, M. T. (۲۰۰۹). Depression and Quality of Life for Women in Single-parent and Nuclear Families. *The Spanish Journal of Psychology*, ۱۲ (۱): ۱۷۱ – ۱۸۳.

Hinchliff S, Birchen all M, Birchen all p.(۱۹۹۳). Nursing and Health Care. London; *Edward Arnold Company*: ۲۸-۳۰.

KarbalaiNoori A. (۱۹۹۷). Needs and quality of in chronic schizophrenic patients for outpatient services based at the psychiatric center, shaheedismaili community in tehran. Psychiatric occupational therapy masters thesis. IUMS, ۲۶.

Kuyken W, Orley J, Hudelson P. Sartorius, N. Quality of Life Assessment across Cultures. *Int. J. Mental HLTH*; ۲۳-۵۰.

Lee, Y.J. (۲۰۰۸). «Subjective Quality of Life Measurement in Taipei», Building and Environment ۴۳:۱۲۰۵-۱۲۱۵.

Ly sak, CKaufert. (۱۹۹۴). Comparing the origins and idiologies of the independent monement and community based rehabilitational *journal of rehalititation research*. Vol ۱۱۷, n۳ pp۲۳۱-۲۴۰.

Nan Straten RJ. de Hann, Limburg M. (۲۰۰۰). Clinical meaning of the stroke-adapted sickness impact profile-۳۰ and the sickness impact profile-۱۳۶. *Stroke* ; ۳۱:۲۶۱۰.

Park K, ed. (۲۰۰۲). Park,S Text Book of preventive and social medicience. ۱۷ th ed. Gabalpure; BanarsidasBhanot: ۱۱-۴۳.

Pezzin LE, Dillingham TR, Mackenzie EJ. (۲۰۰۰). Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations. *Arch phys Med Rehabil*. ۸۱(۳):۲۹۲-۳۰۰.

Salar AR, Ahmadi F, Faghih Zadeh S. (۲۰۰۳). Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *Tabib-e-Shargh*. ۴(۵): ۲۶۱-۲۶۷.

WHO-QOL Group. (۱۹۹۶). *What is Quality of life? World Health Organization*: ۱۷:۳۵۴-۳۵۶.

Ware JE. (۲۰۰۳). Conceptualization and measurement of health related quality of life comments on evolving field. *Arch phys Med Rehabil*; ۸۴: ۴۳-۵۱.

WHO-QOL. (۱۹۹۸). Development of the World Health Organization WHO QOL-BREF. Quality of Life Assessment. *Journal of Psychological Medicine*. ۲۸; ۵۵۱-۵۵۸.