

کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول

(با تأکید بر نقش شاخص‌های رفاه اجتماعی در ارتقای آن)

امیر فرخ‌وندی^۱

فاطمه پارسی^۲

محمدباقر کوپایی^۳

غلامرضا لطیفی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۰۱

چکیده

کیفیت‌زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اصطلاحات و شاخص‌های مرتبط با بهزیستی و رفاه اجتماعی، از دستاوردهای مهم توسعه و همچنین از ملزومات آن محسوب می‌گردد. به‌گونه‌ای که می‌توان هدف مشترک توسعه در همه‌ی سطوح آن‌را بهبود کیفیت‌زندگی گروه‌های انسانی مختلف دانست و آینده‌ی زندگی بشر نیز متکی بر درک بهتر عواملی است که بر کیفیت‌زندگی انسان تأثیر می‌گذارد.

^۱ - کارشناس ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی و مدرس دانشگاه پیام نور شهرستان دزفول- ایران ،

Amir_Farokhvandi@Yahoo.com

^۲ - کارشناس ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی و مدرس دانشگاه پیام نور شهرستان دزفول- ایران.

^۳ - عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور شهرستان دزفول- ایران.

^۴ - عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران- ایران.

هدف از تحقیق حاضر سنجش سطح کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول با تأکید بر میزان تأثیر شاخص‌های کمی رفاه اجتماعی است که در چارچوب نظری آن از نظریه‌ی این افراد استفاده شده است: فرل، هاسی و داو، دیوب، براون، ولف کنگ زاف، هورنکوئیست، فرانس، زان، دبلیوباسک و آرسولزباچر. از نظریه‌ی سازمان جهانی بهداشت و بوسیله‌ی پرسشنامه‌ای که ارایه داده است نیز برای سنجش سطح کیفیت زندگی استفاده شده است.

این تحقیق با روش پیمایش صورت گرفته و از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شده است و جمعیت مورد مطالعه در آن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول می‌باشند.

به کمک این پژوهش مشخص شد که اکثر نمونه مورد بررسی از نظر کیفیت زندگی در سطح متوسطی قرار دارند و همچنین مشخص شد که متغیرهای درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت بهداشتی و درمانی، اوقات فراغت و وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر گذار است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سرپرستان خانوار، شاخص‌های رفاه اجتماعی.

مقدمه

هدف مشترک توسعه در همه‌ی سطوح آن را می‌توان بهبود کیفیت زندگی^۱ گروه‌های مختلف انسانی دانست. این اصطلاح که در سطح کلی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بهزیستی و رفاه اجتماعی مدنظر می‌باشد، خود از دستاوردهای مهم توسعه نیز محسوب می‌گردد. بسیاری معتقدند آینده‌ی زندگی بشر نیز متکی بر درک بهتر عواملی است که بر کیفیت زندگی انسان تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین طی دهه‌های گذشته تا به امروز تلاش‌هایی گسترده برای تعیین شاخص‌های کیفیت زندگی و به تبع آن سنجش سطح کیفیت زندگی افراد و گروه‌های مختلف در سراسر دنیا صورت گرفته است، برخی از این شاخص و معیارها بسیار کلی بوده و بعضی دیگر با جزئیات بیشتری همراه می‌باشد، شاخص‌های کلی سنجش کیفیت زندگی در سطوح کلی معمولاً برای سنجش سطح کیفیت زندگی یک جامعه نسبت به سایر جوامع مورد بهره‌برداری قرار گرفته و شاخص‌های جزئی‌تر به سنجش سطح کیفیت زندگی افراد و گروه‌های محدودتر و کوچک‌تر می‌پردازند. از جمله شاخص‌های کلان مبحث کیفیت زندگی می‌توان به تولید ناخالص داخلی^۲، شاخص سلامت اجتماعی^۳ و شاخص توسعه‌ی انسانی^۴ اشاره کرد.

مفهوم کیفیت زندگی رفته‌رفته در حال تبدیل شدن به یکی از با اهمیت‌ترین و پر طرفدارترین حوزه‌های تحقیقی می‌باشد و در سال‌های اخیر نیز بیش از پیش رواج یافته و رونق گرفته است و همراه و مترادف واژه‌های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایت‌بخش، رفاه اجتماعی، شرایط مطلوب زندگی و مانند آن بطور مکرر در آثار برنامه‌ریزی توسعه و کارهای اهل علوم اجتماعی به کار می‌رود. این مفهوم با تمرکز بر شرایط فرد و محیط زیست وی، به دنبال فراهم ساختن چارچوبی است که به وسیله‌ی آن مجموعه عواملی که ابعاد مختلف زندگی انسان را می‌سازند مورد شناخت، ارزیابی و نظارت قرار دهد تا در کنار جنبه‌های کمی، در راستای بهبود بخشیدن به جنبه‌های کیفی زندگی انسان گام بردارد. هدف غایی در پژوهش پیرامون کیفیت-

^۱ - Quality of life

^۲ - Gross Domestic Product (GDP)

^۳ - Social Health Index (SHI)

^۴ - Human Development Index (HDI)

زندگی می بایست ارتقای احساس سعادت فردی و همکاری در راستای برنامه‌ریزی اجتماعی و اجرای سیاست‌های معطوف به تغییرات مثبت در شیوه‌ی زندگی افراد دانست (ربانی خوراسگانی و دیگری، ۱۳۸۵: ۴۵) و برای پیشرفت یک جامعه باید به ارتقای تک‌تک عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی شهروندان آن جامعه توجه داشت، بنابراین شناسایی عوامل تعیین‌کننده‌ی کیفیت زندگی و راه‌های ارتقای این عوامل لازمه‌ی پیشرفت جامعه می‌باشد و در مقام بررسی کیفیت زندگی، بی‌توجهی به هر کدام از عوامل مؤثر می‌تواند موجب برداشت کاملاً نارسا از آن و نیز از وضعیت مردم یک جامعه شود.

با شناخت کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون می‌توان برای ارائه‌ی خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی این افراد و تخصیص منابع موردنیاز برای برطرف کردن نیازهای آن‌ها به چارچوب و دیدی مناسب دست یافت، در این میان، شاخص‌هایی که عموماً برای رفاه اجتماعی در نظر گرفته می‌شود از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که بر کیفیت زندگی افراد مختلف، هم در معنای عینی آن و هم در معنای برداشت و تصویری که از زندگی و نوع و وضعیت آن دارند، تأثیر بسیار بالا و پراهمیتی دارد، بنابراین به دلیل اهمیت و ضرورت بررسی پیرامون کیفیت زندگی گروه‌های مختلف جامعه به منظور شناخت شرایطی که در آن به سر می‌برند و سعی در ارتقای زندگی آن‌ها به وضعیتی مطلوب، پژوهش حاضر نیز برای نیل به این هدف کلی در ارتباط با شهروندان شهرستان دزفول، به دنبال سنجش کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری ساکن در این شهرستان و بررسی میزان تأثیر شاخص‌های کمی رفاه اجتماعی بر روی کیفیت زندگی این افراد می‌باشد.

در این پژوهش سطح کیفیت زندگی گروه مورد بررسی با توجه به ۴ بعد مورد نظر سازمان جهانی بهداشت یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط مورد بررسی قرار گرفته است و شاخص‌های مورد نظر برای سنجش رفاه اجتماعی یعنی ۶ عامل میزان درآمد، میزان تحصیلات، وضعیت مسکن، اوقات فراغت، وضعیت بهداشتی-درمانی، جمعیت خانوار (تعداد افراد ساکن در هر کدام از خانوارهای شهری شهرستان دزفول)، بعنوان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این گروه در نظر گرفته شده‌اند.

درارتباط با مبحث کیفیت زندگی، تحقیقات و پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته است که از آن میان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول: این تحقیق با هدف سنجش سطح کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و تعیین عوامل مؤثر بر آن انجام پذیرفته است که به کمک آن مشخص گردید اکثر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول از نظر کیفیت زندگی در سطح متوسطی قرار دارند و همچنین مشخص شد که متغیرهای میزان تحصیلات، اوقات فراغت، میزان درآمد و رضایت از خدمات ارایه شده توسط بنیادشهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد، بر روی کیفیت زندگی این گروه تأثیر گذار بوده است (فرخ وندی، ۱۳۸۸).

۲- بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های روانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران: هدف از انجام این پژوهش بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۲ بوده است. نتایج به دست آمده از این تحقیق حکایت از آن دارد که کیفیت زندگی ۲۱ درصد از پرستاران در حد متوسط، ۶۷ درصد، خوب و ۱۱ درصد، عالی بوده است. در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مولفه‌های افراد مقیم با پرستاران، مسکن، نگرش مثبت اطرافیان، ابراز امنیت و رضایت شغلی، احساس رضایت از ارتباط با همکاران، رضایت از کار در بخش روانپزشکی، احساس رضایت از ارتباط با بیماران روانی و مسؤولان با کیفیت زندگی رابطه معنادار داشته و همچنین رابطه‌ای بین جنسیت، تأهل، پست سازمانی، ساعات اضافه کاری و حداقل یکی از ابعاد کیفیت زندگی به دست آمد (فتاح مقدم طالعی، ۱۳۸۳).

۳- مطالعه‌ای درباره‌ی محله و مسکن: کیفیت زندگی، سلامت و رفاه: این مطالعه توسط نهاد مطالعات شهری دانشگاه وینپیچ و توسط پروفسور دانا استوارت در اواسط دهه‌ی ۱۹۹۰ میلادی انجام شده است. ابعاد مورد بررسی هم ابعاد خارجی مانند موضوعات محیطی و جنبه‌هایی را که می‌تواند توسط معرف‌های عینی سنجیده شود، را شامل شده است و هم ابعاد داخلی مانند موضوعات روان‌شناختی که نیاز به مقیاس ذهنی دارند، دربر

گرفته‌اند. در این پیمایش مجموعه‌ای متشکل از حوزه‌ها و خرده حوزه‌های مهم زندگی شامل محیط فیزیکی مسکن (انواع و هزینه های مسکن، محله و همسایه‌ها، امنیت، ساکنین قبلی)، محیط اجتماعی مسکن (خدمات اجتماعی، انجمن های محلی) و وضعیت سلامت (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت کودکان) نیز گنجانده شده بود (فرخ وندی، ۱۳۸۸: ۱۱-۱۰)

در مجموع برای تعریف مفهوم کیفیت زندگی، می‌توان چنین بیان داشت که شرایط و نحوه ی زندگی در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی مطرح شده است (بهمنی و دیگری، ۱۳۸۳: ۳۲) که می‌توان آن را به طرق مختلف تعریف کرد، این واژه مفهومی فراگیر دارد که از نظر فلسفی، سیاسی، بهداشتی و سلامت، روان‌شناسی، اجتماعی، زیستی و... تعاریف متمایزی دارد (دونالد^۱، ۲۰۰۹: ۲-۱). برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده‌اند (جمشیدی و دیگری، ۱۳۸۲: ۸۰) و یک تعریف ساده و عملی ارائه شده از کیفیت زندگی این است که افراد به‌طور کلی از زندگی‌شان رضایت داشته باشند، یعنی کیفیت زندگی معادل احساس رضایت کلی از زندگی در نظر گرفته شده است (کوکبی و دیگری، ۱۳۸۴: ۹). سینتیا^۲ و هاینس^۳ کیفیت زندگی را برداشت و ارزیابی مثبت و یا منفی فرد از خصوصیات زندگی خود و نیز میزان رضایت کلی فرد از زندگی می‌دانند (سینتیا، ۱۹۹۸: ۲۵).

اما اگرچه پاسخ به این سؤال که زندگی خوب و توأم با رضایت چگونه زندگی‌ای است آسان به نظر می‌رسد، ولی اگر کمی ژرف‌تر به این موضوع نگریسته شود مشخص می‌گردد که پاسخ به این سؤال چندان ساده نیز نمی‌باشد، چرا که یک زندگی خوب از مجموعه‌ی متنوعی از شرایط و ویژگی‌ها که با شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در ارتباط هستند، تشکیل شده است. موضوع زمانی پیچیده‌تر می‌شود که مشخص شود زندگی خوب از سوی افراد مختلف اغلب کاملاً متفاوت ارزیابی می‌شود.

^۱ - Donald

^۲ - Cynthia

^۳ - Hinds

درکل باید گفت که برای تعریف کیفیت زندگی مسایل و مشکلات فنی و مفهومی بسیاری وجود دارد و معنی آن بستگی بسیار به بستری دارد که در آن مورد استفاده قرار می گیرد (اسمیت، ۱۳۸۱: ۱۶۰). این مفهوم به هیچ وجه با چارچوب مفهومی مشترک و گستره‌ی معنایی یکسان نمی‌باشد. همانطور که هاروود^۱ می‌گوید، این مفهوم می‌تواند برای مردم در سطح عام یک معنا داشته باشد، برای سیاستگذاران و مقامات اجرایی معنایی دیگر، و بالاخره برای محققان و پژوهشگران معنایی متفاوت از آن دو، علت هم این است که هر دسته تعریفی خاص از معنای زندگی دارند (ربانی خوراسگانی و دیگری، ۱۳۸۵: ۴۶). با این وجود در تعریفی که ویور^۲ در سال ۲۰۰۱ ارایه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب نظران قرار گرفت کیفیت زندگی اینگونه تعریف شده است: کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر فرد از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع (کینگ^۳، ۲۰۰۶: ۸۲۹). البته باید توجه داشت که سلامتی برابر رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و فراتر از نبودن بیماری یا معلولیت می‌باشد. این تعریف از سلامتی مفهوم رفاه و بهزیستی را به دست می‌دهد که دارای دو جزو عینی و ذهنی است (تولایی و دیگری، ۱۳۸۶: ۱۹). دونالد^۴ نیز کیفیت زندگی مربوط به سلامت را شامل خوب بودن و بهزیستی فرد از نظر فیزیکی، عملکردی، اجتماعی، روانی و عاطفی می‌داند (دونالد، ۲۰۰۹: ۱).

تئوری‌های کیفیت زندگی نیز به تبع هر کدام تلاش می‌کنند فرآیندهای شناختی، احساسی و نمادینی که از طریق آن‌ها افراد، کیفیت زندگی خود را ارزیابی، تعیین و تجربه می‌کنند توصیف نمایند. اما هر یک از این تئوری‌ها در توجه به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال، نظریه‌های روان‌شناختی بر برآورده کردن نیازهای اولیه‌ی انسان تأکید می‌کنند؛ درحالی‌که نظریات اقتصادی اختصاص منابع مالی محدود را براساس اصول عقلانی در تعیین کیفیت زندگی حائز اهمیت می‌دانند و نظرات جامعه‌شناسی بر اهمیت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی پا می‌فشارند (ربانی خوراسگانی و دیگری، ۱۳۸۵: ۴۶) با این وجود

^۱ - Harwood

^۲ - Viver

^۳ - King

^۴ - Donald

دیوید اسمیت^۱ معتقد است به همان میزان که انسان‌ها نیازهای مشترک دارند، نوعی اتفاق نظر نیز در مورد معیارهای کیفیت‌زندگی به‌وجود می‌آید (فیشر، ۱۳۸۱: ۲۲). در اینجا برای برشمردن رویکردهای نظری مربوط به کیفیت‌زندگی به نظریاتی اشاره می‌شود که از دیدگاه‌های مختلف به موضوع مورد مطالعه اشاره کرده‌اند:

فرل، هاسی و داو: کینگ و هیندس^۲ به نقل از فرل، هاسی و داو چهار بعد را برای کیفیت‌زندگی بیان می‌دارند که عبارتند از: رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه اجتماعی و رفاه معنوی (کینگ، ۱۹۹۸: ۱۱-۶).

براون: براون^۳ کیفیت‌زندگی را از یک نظر با توجه به دو سطح خرد (فردی، ذهنی) و کلان (اجتماعی، عینی) تعریف می‌کند، سپس برای هر یک از این سطوح شاخص‌هایی را بر می‌شمرد که این شاخص‌ها بدین شرح می‌باشند: شاخص‌های کلان تأثیرگذار بر کیفیت‌زندگی عبارتند از: درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی. شاخص‌های خرد تأثیرگذار بر روی کیفیت‌زندگی از نظر براون نیز عبارتند از: ادراکات کلی کیفیت‌زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳).

سازمان جهانی بهداشت: بنابه تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت‌زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (نجات و دیگری، ۱۳۸۵: ۲). به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت کیفیت‌زندگی افراد را باید با توجه به ۴ بعد مورد سنجش و ارزیابی قرار داد. این ۴ بعد تأثیرگذار بر روی کیفیت‌زندگی عبارتند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط و ارتباطات اجتماعی، سلامت محیط. سازمان جهانی بهداشت برای هر یک از این ابعاد مصادیقی را نیز ارائه می‌نماید که بدین شرح می‌باشد: ۱- سلامت فیزیکی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و

^۱ - David Smith

^۲ - Hinds

^۳ - Brown

چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت می‌باشد. ۲- سلامت روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهر بدنی‌اش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری و حافظه و تمرکز می‌باشد. ۳- روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی می‌باشد. ۴- سلامت محیط شامل منابع مادی و مالی، آزادی، ایمنی، میزان در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی، فرصت‌های پیش رو برای کسب و به دست آوردن اطلاعات و مهارت‌های جدید، امکان فعالیت‌های تفریحی، سلامت محله‌ای که شخص در آن زندگی می‌کند و امکانات آن و همچنین سلامت محیط خانه می‌باشد (نجات و دیگری، ۱۳۸۵: ۱۱).

نمودار ۱: عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت



(فرخ وندی، ۱۳۸۸: ۳۵)

فرانس: فرانس^۱ چهار عامل اصلی که بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌باشند را این موارد می‌داند: وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی، وضعیت روحی و روانی (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳). به عقیده‌ی فرانس این چهار متغیر اصلی می‌توانند مستقلاً و به‌طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشند، اما این عوامل می‌توانند به‌صورت توأم با یکدیگر نیز بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. البته لازم به ذکر است که درک افراد از کیفیت زندگی‌شان نیز می‌تواند بر هر کدام از متغیرهای نامبرده مؤثر واقع شود، برای مثال اگر درک افراد از کیفیت زندگی‌شان کاهش یابد می‌تواند بر توانایی آنها در محیط کاری و شغلی - شان تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی آنان گردد (Varrhcchio, ۲۰۰۱: ۲۵۵-۲۵۶).

^۱ - France

یا شخصی که از کیفیت زندگی ضعیفی برخوردار است، این ضعف کیفیت زندگی می‌تواند بر ارتباطات خانوادگی او تأثیر بگذارد، همچنین کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به کارگیری مکانیزم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد، افزایش تنش خود مستقیماً در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند باعث تشدید بیماری در افراد شود. لذا مشاهده می‌شود که در دیدگاه فرانس، کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی و پیچیده است که می‌بایست از جنبه‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳).

زان: به عقیده‌ی زان^۱ کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی می‌باشد که شاخص‌ها و معرف‌های مختلفی دارد، ابعاد کیفیت زندگی از نظر زان عبارتند از رضایت از زندگی به صورت کلی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی و وابسته به سلامت و به‌طور کلی رفاه جسمانی، زمینه‌ها و عوامل شخصی و فردی همچون سن، عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگی و محیطی و همچنین احساس خوب بودن از نظر روانی (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴).

معرف‌های باسک و سولزباچر: به اعتقاد باسک^۲ و سولزباچر^۳ واژه‌ی کیفیت زندگی مجموعه‌ی متنوعی از حوزه‌های زندگی را پوشش می‌دهد. این دو کیفیت زندگی را ارضای نیازهای مادی به اندازه‌ی نیازهای غیر مادی تعریف نموده و بین ۹ بخش کیفیت زندگی که موارد زیر را دربر می‌گیرد تمایز قایل شده‌اند:

زندگی در کل، شرایط زندگی و محیط زندگی، حرفه و محل کار، سلامت، ایمنی و امنیت، اوقات فراغت و تفریح، موقعیت مالی، دیدگاه فرد در مورد آینده، خانواده، همسایگان و دوستان. به اعتقاد این دو، سنجش کیفیت زندگی به معنای نوسان بین رفاه ذهنی و داده‌های اندازه‌گیری شده‌ی عینی می‌باشد. آن‌ها همچنین بیان می‌دارند که اثرات شرایط عینی زندگی بر رفاه ذهنی، بوسیله‌ی دو نکته تحریف می‌شود: الف - ابعاد متفاوت زندگی که توسط فرد مورد قضاوت قرار می‌گیرد، تحت تأثیر افراد و گروه‌های مرجع قرار دارد؛ به-

^۱ - Zhan

^۲ - W. Baaske

^۳ - R. Sulzbacher

عنوان مثال یک میلیونر در یک گروه از میلیونرها ممکن است همانند یک فقیر در یک گروه از گرسنگان بدبخت باشد. ب- از این گذشته، هر فرد ابعاد زندگی اش را به شکل متفاوت از سایرین سبک و سنگین می-کند، به عنوان مثال برای یک فرد اوقات فراغت چیز بسیار مهمی است، در حالی که برای فرد دیگر حرفه حائز اهمیت می باشد. ارزیابی فرد نیز تحت تأثیر فرهنگ، جامعه و زمان قرار دارد (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۵).

هورنکوئیست: هورنکوئیست^۱ کیفیت زندگی را براساس مطالعات خود و یافته های سایرین به عنوان رضایت فرد در یک تعداد از ابعاد اصلی زندگی، با تمرکز خاص بر احساس خوب بودن تعریف می نماید. به عقیده وی اندازه گیری کیفیت زندگی به وسیله ی بررسی ابعادی پنج گانه از زندگی افراد امکان پذیر است که بدین قرار می باشد: ۱- **قلمرو فیزیکی**، شامل سلامت بدنی و در نقطه ی مقابل، فشار ناشی از بیماری خاص. ۲- **قلمرو روانی و عاطفی**، شامل احساس رضایت از زندگی، احساس خوب بودن و عملکرد فکری و عقلانی و همچنین اعتقادات شخص. ۳- **قلمرو اجتماعی**، شامل تماس اجتماعی و ارتباط مناسب با دیگران به طور عموم و با خانواده و همسر به طور ویژه. ۴- **قلمرو رفتاری- فعالیتی**، شامل ظرفیت پذیرش مراقبت از خود و انجام کار و فعالیت و حرکت. ۵- **قلمرو مادی**، شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد (هورنکوئیست، ۱۹۹۶: ۲۲۷).

ولف کنگ زاف: زاف^۲، کیفیت زندگی را ترکیبی از شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه ها تعریف می نماید؛ او با استفاده از یک جدول ساده، تمایز بین عینی - ذهنی و فردی - اجتماعی را نشان داده و با ارائه ی مثال آن را تشریح می کند.

^۱ - Hornquist

^۲ - Zapf

جدول ۱: گونه شناسی معرف های کیفیت زندگی از نظر زاف:

عینی	ذهنی
شرایط عینی زندگی (مانند درآمد)	رفاه ذهنی (مانند رضایت مندی از درآمد)
سطح فردی	سطح اجتماعی
کیفیت جامعه (مانند توزیع درآمد)	کیفیت درک شده ی جامعه (مانند تقسیم درک شده بین پولدار و فقیر)

وی معتقد است که در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را با رفاه واقعی، همزمان در نظر گرفت. زاف جهت بیان نظریاتش جدول زیر را ارائه می نماید:

جدول ۲: برآیند رفاه ذهنی و شرایط عینی زندگی

رفاه ذهنی			
خوب (+)	بد (-)		
رفاه	ناهنجاری	شرایط عینی	خوب (+)
سازگاری	محرومیت، ناکامی	زندگی	بد (-)

(فرخی، ۱۳۸۶: ۲۳-۲۲)

دیوب: دیوب^۱ بیان می دارد که همواره شکاف معینی میان آنچه که مطلوب بوده و آنچه که برآورده شده، وجود داشته است و تلاش همه ی نظام های اجتماعی پل زدن بین آن ها بوده است؛ برخی موفق شده و برخی دیگر شکست خورده اند، برخی از تمدن ها موفق به برقراری تعادل و هماهنگی میان مردم، طبیعت و جامعه شده اند، اما برخی در جستجوی کیفیت زندگی عالی شرایطی را ایجاد کردند که در نهایت به تلاشی و انحطاط آنان منجر شد. به عقیده ی دیوب برای معنی دار ساختن هرگونه توجهی به کیفیت زندگی و بهزیستی انسان ها، باید مسئله ی لذت و کامروایی فردی و نیازهای اجتماعی، هر دو مدنظر قرار گیرند و به حساب آیند. تأکید بیش از حد بر ارضای نیازهای شخصی، نظم اجتماعی را غیر قابل محافظت و دفاع ناپذیر می سازد و در جامعه

^۱ - ShyamaCharanDube

ناتعادلی بوجود می‌آورد که ممکن است اداره‌ی آن دشوار باشد، اما به‌طور مسلم در هرگونه توجهی به مسأله‌ی رفاه و بهزیستی و کیفیت‌زندگی، افراد و نیازهای آنان را نمی‌توان نادیده گرفت، نیازهای افراد و تأمین و رضای آن‌ها بسیار مهم است. نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که نیازهای افراد تا حد زیادی مخلوق فرهنگشان می‌باشد و تأمین و ارضای آنان را هرگز نمی‌توان از اهداف و وسایل نظم اجتماعی که تحقق آن‌ها را ممکن می‌سازد، جدا کرد. در عین حال توجه تمام به کیفیت محیط فیزیکی هم مهم است، زیرا تا اندازه‌ی زیادی تعیین‌کننده‌ی شرایط عینی و همچنین تأمین و ارضای درونی و ذهنی فرد است.

در نهایت دیوب به معرفی مهم‌ترین نیازها و ملزومات برجسته برای تأمین زندگی همراه با کیفیت می‌پردازد و آن‌ها را در دو سطح فردی و جمعی نشان می‌دهد، و معتقد است برای تأمین یک زندگی توأم با بهزیستی و رفاه باید به نحو مطلوبی به این نیازها پاسخ گفت، نیازهای موردنظر دیوب عبارتند از:

بقای (نیازهای حیاتی): در سطح فردی: تغذیه‌ی کافی و مناسب، مشتمل بر مواردی چون دسترسی آسان به منابع آب غیر آلوده؛ خانه و مسکن کافی و مناسب؛ پوشاک کافی و مناسب؛ دسترسی به دارو و درمان پیش‌گیری‌کننده و شفابخش؛ امنیت جانی و مالی؛ اشتغال سودمند و نافع.

در سطح اجتماعی: ساماندهی نظام‌های امنیت غذایی/تولید و توزیع آن؛ عرضه‌ی آب پاکیزه؛ طرح و برنامه‌های خانه‌سازی برای گروه‌های با درآمد پایین؛ ساماندهی نظام‌های تولید/ توزیع برای پوشاک؛ ساماندهی شبکه‌ی تسهیلات پزشکی؛ امنیت و پلیس؛ طرح و برنامه‌های اشتغال؛ آموزش توده‌ای حوزه‌های دربرگیرنده‌ی تغذیه، مصرف آب، مهدکودک و مراقبت‌های بهداشتی؛ مدیریت محیط زیست.

نیازهای اجتماعی: در سطح فردی: تأمین معاش از کودکی تا دوره‌ی بلوغ و جوانی؛ راهکارهای اجتماعی کردن و جامعه‌پذیری؛ راهکارهای کنترل؛ حس مشارکت؛ فرصت‌ها برای دریافت پاسخ مثبت، پاداش و شناسایی؛ هماهنگ کردن نیازهای فردی و اجتماعی.

در سطح اجتماعی: دسترسی همگان به حداقل نیازهای معیشتی؛ مناسب و کافی بودن و ثبات و استحکام فرآیندهای جامعه پذیری؛ هنجارهای همگون و یک‌جانبه و اجرای عام و همگانی آن‌ها؛ رشد ساختار نهادی مشارکت آمیز؛ نظام پاداش/شناسایی چند سطحی برای اکتساب فردی و تعاون و همیاری با جامعه؛ ترویج و ارتقای روحیات مساوات طلبانه و به رسمیت شناختن تقدم نیازهای اجتماعی.

نیازهای فرهنگی و روانی: در سطح فردی: آزادی شخصی، سازگار و در توافق با نیازهای اجتماعی؛ فراغت و فرصت برای استفاده از آن به نحوی مولد؛ دسترسی به بهره‌وری از تولیدات/دستاوردهای فرهنگی؛ فرصت‌ها برای تسهیل کمک و شراکت فردی افراد در نکته‌ی بالا؛ احساس قدر و ارزش شخصی؛ فرصت‌ها برای پیشرفت و ترقی شخصی.

در سطح اجتماعی: ترویج و ارتقای روحیات مبتنی بر تساهل و مدارا نسبت به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی و حمایت از آزادی شخصی مشروع؛ سازماندهی فعالیت‌های سودمند در اوقات فراغت؛ اتخاذ خط‌مشی و سیاست نشر و ترویج فرهنگ و هنرها؛ ارتقا/شناسایی فضیلت؛ فرصت‌های چندسطحی و چندجانبه‌ی آموزش مادام‌العمر.

رفاه(نیازهای رفاهی): در سطح فردی: توانایی غلبه یافتن بر محرومیت‌ها و تبعیضات ساخته‌ی دست بشر؛ توانایی رهبری زندگی مفید و سودمند، علیرغم نقص و ناتوانی طبیعی یا تصادفی.

در سطح اجتماعی: منسوخ کردن رویه‌های تبعیض‌آمیز مبتنی بر جنسیت، نژاد، مذهب، با توجه ویژه به گروه‌های تحقیرشده و فرومانده و از نظر فرهنگی محروم، طرح و برنامه‌های ویژه برای معلولین ذهنی و بدنی؛ اقدام مثبت برای دو نکته‌ی بالا.

نیازهای انطباقی و سازش بخش: در سطح فردی: حس تاریخی(درک تاریخ)؛ آگاهی و هوشیاری نسبت به نیروهای شکل دهنده‌ی دنیای نوین؛ آمادگی و گرایش به سازگاری و انطباق سریع و روان با تغییرات در محیط فیزیکی و فرهنگی-اجتماعی؛ انتقاد اجتماعی سازنده.

درس‌طرح اجتماعی: آموزش برای ارتقای آگاهی‌ها؛ راهبردهای ارتباطاتی مؤثر و کارا برای تغییر سازش- بخش؛ توسعه‌دادن شاخص‌های اجتماعی و رهبری و هدایت حسابرسی اجتماعی منظم؛ نظام‌های هشدار دهنده‌ی پیشرفته در رابطه با بحران‌های در شرف وقوع؛ جرح و تعدیل مداوم ساختارهای نهادی.

نیازهای مترقی: درس‌طرح فردی: انگیزش برای کاوش و کشف، رسیدن به شناخت جدید و نشر آثار این درک و دانش.

درس‌طرح اجتماعی: کشف مرزهای جدید دانش در علم و تکنولوژی، علوم انسانی و اجتماعی با تأکید بر کاربرد یافته‌ها برای ترقی و پیشرفت.

دیوب بیان می‌دارد که برای مفهوم‌سازی و ادراک کیفیت‌زندگی برای مردم فقیر جهان به‌طور عموم و برای اکثریت در جهان سوم به‌طور خاص، مسأله اساسی امر بقا است، اما انسانی زیستن چیزی بیش از بقای فیزیکی را می‌طلبد، به دلیل همین قاعده، او توجه به بقا به اضافه‌ی حداقلی از سطوحی که ورای نیازهای زیست‌شناختی هستند و انسان‌ها را از حیوانات دیگر متمایز می‌سازد، ضروری می‌داند (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۸-۱۰۱).

چارچوب نظری تحقیق

در پژوهش حاضر برای ارزیابی و سنجش سطح کیفیت‌زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول از نظریه و پرسشنامه‌ی کیفیت‌زندگی که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه گردیده، یعنی پرسشنامه-ی WHOQOL-BREF استفاده شده است. سازمان جهانی بهداشت برای سنجش کیفیت‌زندگی ۴ بعد را مد نظر قرار می‌دهد: ۱- سلامت جسمانی، ۲- سلامت روان ۳- روابط اجتماعی ۴- سلامت محیط؛ که براساس این ۴ بعد، به ارائه‌ی پرسشنامه‌ای برای سنجش کیفیت‌زندگی اقدام نموده است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۴: ۳-۴). همچنین باتوجه به مبانی نظری مطرح شده و با در نظر گرفتن اهداف تحقیق، که

^۱ - World Health Organization

عبارتند از سنجش کیفیت زندگی جمعیت موردنظر و همچنین بررسی میزان تأثیر شاخص‌های کمی رفاه- اجتماعی بر کیفیت زندگی آن‌ها، متغیرها و نظریاتی که در پی خواهد آمد به عنوان عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول تعیین می‌گردند:

فرل، هاسی و داو، رفاه را در ابعاد مختلف آن، یکی از ابعادی می‌دانند که بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (کینگ، ۱۹۹۸: ۱۱-۶)، دیوب نیز یکی از نیازها و ملزومات برجسته‌ی کیفیت زندگی را رفاه (تأمین نیازهای رفاهی) می‌داند و آن را در دو سطح فردی و اجتماعی مورد بررسی قرار داده است (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۷-۱۰۶).

علاوه بر نظراتی که بصورت کلی از رفاه اجتماعی بعنوان عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نام برده‌اند، غالب نظرات مربوط به کیفیت زندگی نیز بصورتی جزئی‌تر بر تأثیر شاخص‌های رفاه اجتماعی بر کیفیت زندگی تأکید نموده‌اند، که در ادامه، این نظرات به ترتیب شاخص‌های موردنظر معرفی خواهد شد. شاخص‌های موردنظر برای رفاه اجتماعی در این تحقیق عبارتند از: درآمد، تحصیلات، وضعیت بهداشتی و درمانی، وضعیت اوقات فراغت، وضعیت مسکن.

- **درآمد:** اهمیت درآمد به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی غیرقابل انکار است، این تأثیر در کشورهای فقیر که در آن غالب افراد از نظر وضعیت اقتصادی و مالی شرایط ایده‌آلی ندارند، دوچندان می‌شود. براون که کیفیت زندگی را با توجه به دو سطح خرد (ذهنی) و کلان (عینی) تعریف می‌کند، یکی از شاخص‌های کلان تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی را درآمد می‌داند (لطیفی و دیگری، ۱۳۹۰: ۹۲)، ولف کنگ زاف نیز در گونه‌شناسی خود از معرف‌های کیفیت زندگی، درآمد را یکی از شرایط عینی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در سطح فردی می‌داند (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۲). همچنین هورنکوئیست یکی از ابعاد اندازه‌گیری کیفیت زندگی را قلمرو مادی می‌داند که شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد می‌باشد (هورنکوئیست، ۱۹۹۶: ۲۲۷). فرانس نیز یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی را وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد معرفی می‌نماید که یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین کننده‌ی وضعیت اقتصادی افراد، درآمد آنها می‌باشد (آقاملایی، ۱۳۸۴:

۷۳). دلبلیو باسک و آرسولزباچر هم موقعیت مالی افراد را از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنان برشمرده‌اند (فرخی، ۱۳۸۸: ۲۵). بنابراین درآمد به‌عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول مورد بررسی قرار می‌گیرد.

- **میزان تحصیلات:** زنان ویژگی‌ها و عوامل فردی را یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد می‌داند (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴) ویژگی‌هایی همچون سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل افراد (لطیفی و دیگری، ۱۳۹۰: ۱۰۴). براون نیز تحصیلات و آموزش و پرورش را یکی از شاخص‌های کلان و عینی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد می‌داند (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳).

- **وضعیت بهداشتی و درمانی (سلامت):** دیوب یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی را تامین نیازهای حیاتی و بقایی می‌داند که مصادیق این نیازها را متغیرهایی چون دسترسی به دارو و درمان پیشگیری کننده و شفابخش، ساماندهی شبکه‌ی تسهیلات پزشکی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی می‌داند (فرخ وندی، ۱۳۸۸: ۴۹-۵۰). سازمان جهانی بهداشت نیز که یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را سلامت فیزیکی می‌داند مواردی چون توانایی انجام فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت را از مصادیق سلامت فیزیکی می‌داند که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، این سازمان همچنین میزان در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی را از جنبه‌های سلامت محیط می‌داند که در نهایت بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (نجات و دیگری، ۱۳۸۵: ۱۱). زنان نیز فاکتورهای بهداشتی و وابسته به سلامت را از ابعاد تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌داند (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴). همچنین هورنکوئیست از جمله صاحب نظرانی است که یکی از ابعاد مؤثر بر کیفیت زندگی را قلمرو فیزیکی شامل سلامت بدنی و در نقطه‌ی مقابل فشار ناشی از بیماری خاص می‌داند (هورنکوئیست، ۱۹۹۶: ۲۲۷).

- **وضعیت اوقات فراغت:** اوقات فراغت و حضور افراد در محیط‌های طبیعی و تفریحی تأثیرات مثبت بسیاری بر سلامت روانی و جسمانی افراد می‌گذارد و افزایش پیوندهای اجتماعی و رضایت اجتماعی را به همراه خواهد داشت، بنابراین هرچه افراد بیشتر از فضاهای عمومی، طبیعی و تفریحی استفاده کنند و اوقات فراغتشان از جنبه‌های گوناگون پربرتر باشد، هم روابط و تعاملات بیشتری خواهند داشت و هم از نظر جسمانی و روانی سالم‌تر خواهند بود، که این درنهایت می‌تواند بر کیفیت‌زندگی آن‌ها مؤثر باشد. به دلیل اهمیت اوقات فراغت، دلبیو باسک و آر سولزباچر آنرا به‌عنوان یکی از حوزه‌های زندگی که بر روی کیفیت-زندگی افراد تأثیرگذار است، معرفی می‌نمایند (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۵). دیوب مهم‌ترین نیازها و ملزومات کیفیت-زندگی را در سطوح فردی و اجتماعی ارائه داده است که یکی از این ملزومات تحت عنوان کلی نیازهای فرهنگی و روانی قابل شناسایی است؛ دیوب در سطح فردی نیازهای فرهنگی و روانی فراغت و فرصت برای استفاده از آن را به‌عنوان یکی از ملزومات و نیازهایی که برای نیل به کیفیت‌زندگی بالاتر باید ارضا شود، معرفی می‌نماید (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۶).

- **وضعیت مسکن:** برخی دیگر از نظرات مربوط به کیفیت‌زندگی به تأثیر مسکن و نوع آن بر کیفیت‌زندگی افراد مختلف اشاره کرده‌اند، از جمله صاحب نظرانی چون براون که مسکن را از شاخص‌های کلان و عینی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌داند (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳) و همچنین دیوب که خانه و مسکن کافی و مناسب را یکی از ابعاد کیفیت‌زندگی در سطح فردی معرفی می‌کند و طرح و برنامه‌های خانه‌سازی برای گروه‌های با درآمد پایین را از ابعاد آن در سطح اجتماعی می‌داند (فرخ وندی، ۱۳۸۸: ۴۹-۴۸).

فرضیه های تحقیق

۱- به نظر می‌رسد بین میزان درآمد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت‌زندگی آنها رابطه برقرار است.

- ۲- به نظر می‌رسد بین میزان تحصیلات سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- ۳- به نظر می‌رسد بین وضعیت بهداشتی و درمانی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- ۴- به نظر می‌رسد بین جمعیت خانوار سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- ۵- به نظر می‌رسد بین وضعیت اوقات فراغت سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- ۶- به نظر می‌رسد بین وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.

ابزار و روش

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، روش پیمایش^۱ می‌باشد؛ که در آن متناسب با اهداف و فرضیه‌های تحقیق، دست به طراحی مجموعه‌ای از سوال‌ها زده شد و نسبت به جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها اقدام گردید.

جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق را کلیه‌ی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول تشکیل می‌دهند که باتوجه به اطلاعات موجود در مرکز آمار ایران ۶۲۲۵۲ نفر می‌باشند و با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۲ نفر از آنان بعنوان نمونه مورد بررسی بوسیله روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند.

^۱ - Survey

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه می‌باشد که در آن برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه-ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ استفاده شده است، این پرسشنامه توسط نجات و همکاران برای گونه ایرانی ترجمه، روان‌سنجی و استاندارد شده است. برای سایر متغیرها نیز به تدوین سوال‌هایی پرداخته و با ارائه‌ی آن به سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، از آنها خواسته شد آن را تکمیل نمایند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی تحقیق بدین قرار می‌باشد:

- ۱- کم‌سن‌ترین پاسخگو در میان سرپرستان خانوارهای شهری ساکن در شهرستان دزفول ۲۵ سال و مسن‌ترین پاسخگو ۸۶ سال سن داشته‌اند، میانگین سنی این افراد برابر است با ۴۲/۰۳، میانه‌ی آن ۴۲ سال و مد آن‌ها ۴۰ سال می‌باشد.
- ۲- اکثر پاسخگویان پژوهش حاضر یعنی ۹۲/۹ درصد را مردان سرپرست خانوار تشکیل می‌دهند و فقط ۷/۱ درصد از پاسخگویان زن بوده‌اند.
- ۳- غالب نمونه‌ی مورد بررسی از میان سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول متأهل بوده و فقط ۱۵ نفر از آن‌ها (۳/۹ درصد) مجرد(ازدواج نکرده) و ۱۰ نفر(۲/۶ درصد) بی همسر در اثر طلاق می‌باشند، ۱۱ نفر (۲/۹ درصد) بی همسر در اثر فوت همسر و ۱ نفر(۰/۳ درصد) بی همسر در اثر متارکه همسر می‌باشد، ۳۴۳ نفر(۸۹/۸ درصد) مابقی نیز از نظر وضعیت زناشویی متأهل‌اند.
- ۴- کم درآمدترین پاسخگو با درآمدی معادل ۱۰۰۰۰۰ تومان در ماه و پر درآمدترین پاسخگو با درآمد ماهیانه‌ی ۱۰۰۰۰۰۰ تومان می‌باشد. میانگین درآمد ماهیانه‌ی افراد ۸۳۴۲۲۱/۶۴ تومان، میانه‌ی درآمد این افراد ۵۰۰۰۰۰ تومان و مد درآمد آن‌ها ۵۰۰۰۰۰ تومان است.

^۱ - WHOQOL-BREF

کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول

۵- ۹ نفر (۲/۴ درصد) از سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول بی‌سواد بوده، ۱۹ نفر (۵ درصد) خواندن و نوشتن، ۳۵ نفر (۹/۲ درصد) راهنمایی، ۴۶ نفر (۱۲ درصد) دبیرستان، ۹۳ نفر (۲۴/۳ درصد) دیپلم، ۵۹ نفر (۱۵/۴ درصد) فوق دیپلم، ۱۰۲ نفر (۲۶/۷ درصد) لیسانس و ۱۹ نفر (۵ درصد) فوق لیسانس و بالاتر می‌باشند. بنابراین سطح تحصیلی لیسانس بیشترین فراوانی و افراد بی‌سواد کم‌ترین فراوانی را در میان سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول داراست، ۴۷/۱ درصد آنها نیز با تحصیلات دانشگاهی هستند.

۶- وضعیت بهداشتی درمانی ۶ نفر (۱/۶ درصد) از سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول خیلی بد، ۵۹ نفر (۱۵/۴ درصد) بد، ۱۱۵ نفر (۳۰/۱ درصد) متوسط، ۱۷۹ نفر (۴۶/۹ درصد) خوب و ۲۲ نفر (۵/۸ درصد) از سرپرستان شهری شهرستان دزفول از وضعیت خیلی خوبی برخوردارند.

۷- اطلاعات به دست آمده در این تحقیق از وضعیت نامناسب اوقات فراغت در میان سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول حکایت دارد، چنانکه ۵۲/۸ درصد از جمعیت مورد مطالعه از وضعیت خیلی پایین و پایین و تنها ۱۱ درصد از جمعیت از وضعیت بالا و خیلی بالای اوقات فراغت برخوردارند. براین اساس ۲۸ نفر (۷/۳ درصد) از وضعیت خیلی پایین، ۱۷۴ نفر (۴۵/۵ درصد) وضعیت پایین، ۱۳۷ نفر (۳۵/۹ درصد) از وضعیت متوسط، ۴۰ نفر (۱۰/۵ درصد) از وضعیت بالا و تنها ۲ نفر از سرپرستان شهری شهرستان دزفول (۰/۵ درصد) از وضعیت خیلی بالای اوقات فراغت بهره‌مند می‌باشند.

۸- ۲۳/۸ درصد از پاسخگویان از نظر وضعیت مسکن در شرایط خیلی بدی زندگی می‌کنند، ۱۶/۲ درصد در شرایط بد، ۱۸/۶ درصد متوسط، ۳۲/۲ درصد خوب و تنها ۷/۳ درصد در شرایط خیلی خوبی از نظر وضعیت مسکن به سر می‌برند.

۹- کم جمعیت‌ترین خانوارها در میان نمونه مورد بررسی خانوارهای ۱ نفره بودند که ۳/۴ درصد از کل خانوارها را تشکیل می‌دهند، پرجمعیت‌ترین خانوارها نیز خانوارهای ۱۰ نفره با فراوانی ۰/۵ درصد (۲ خانوار) می‌باشد. میانگین بعد خانوارهای شهری شهرستان دزفول، از میان نمونه‌ی مورد بررسی، ۴/۰۷ نفر و مد و میانه‌ی تعداد افراد ساکن در این خانوارها نیز ۴ نفر می‌باشد.

۱۰- اکثر سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول دارای کیفیت زندگی در سطح متوسطی می باشند، فراوانی این افراد ۱۹۱ نفر یعنی ۵۰ درصد کل جامعه آماری تحقیق می باشد. سطح کیفیت زندگی سایر افراد نیز به ترتیب فراوانی به این گونه است: ۱۲۲ نفر (۳۱/۹ درصد) دارای کیفیت زندگی بالایی هستند، ۵۶ نفر (۱۴/۷ درصد) سطح کیفیت زندگی پایینی دارند، ۸ نفر (۲/۱ درصد) متعلق به سطح کیفیت زندگی خیلی بالا می باشند و ۵ نفر (۱/۳ درصد) نیز دارای کیفیت زندگی خیلی پایینی هستند.

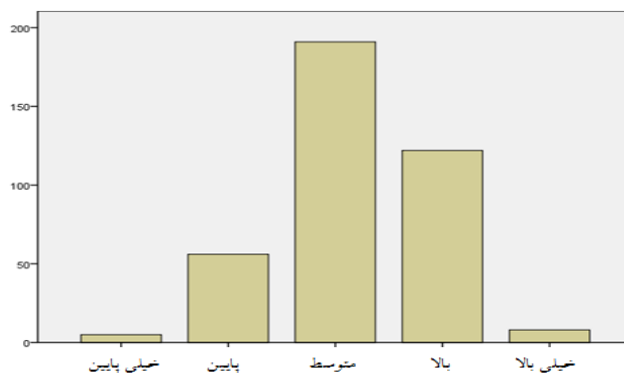
اطلاعات فوق در جدول زیر نیز قابل مشاهده است:

جدول ۳: توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه بر حسب کیفیت زندگی آنها

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی
۱۳	۱۳	۱۳	۵
۱۶	۱۴	۱۴	۵۶
۶۶	۵۰	۵۰	۱۹۱
۹۷	۳۱	۳۱	۱۲۲
۱۰۰	۲	۲	۸
	۱۰۰	۱۰۰	۳۸۲

ملاحظه می گردد که ۸۴ درصد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول از کیفیت زندگی متوسط رو به بالایی برخوردارند و تنها ۱۶ درصد از آنان کیفیت زندگی شان از متوسط پایین تر است، همانگونه که نمودار زیر نیز این اطلاعات را به خوبی نشان می دهد:

توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه بر حسب سطح کیفیت زندگی آنها



یافته های تحلیلی تحقیق

با آزمون فرضیه های تحقیق نتایج زیر به دست آمد:

۱- نتایج به دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر درآمد و کیفیت زندگی، از وجود رابطه ای معنی دار و نسبتاً مناسب بین این دو متغیر حکایت دارد چراکه سطح معنی داری آن کمتر از $0/05$ ($0/000$) می باشد و شدت همبستگی نیز $0/612$ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که با افزایش درآمد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می یابد. پس فرضیه ی شماره ی ۱ تحقیق که بیان می داشت: "به نظر می رسد بین میزان درآمد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است" تأیید می گردد و در نتیجه نظریه کسانی چون ولف کنگ زاف، براون، هورنکوئیست و فرانس که بر وجود رابطه بین درآمد و کیفیت زندگی افراد تأکید می کردند نیز در این تحقیق تقویت می گردد.

جدول ۴: نتایج حاصله از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تأثیر درآمد

سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

		کیفیت زندگی	درآمد
کیفیت زندگی	همبستگی پیرسون	۱	.۶۱۲**
	سطح معنی داری		.۰۰۰
	جمع	۳۸۲	۳۷۹
درآمد	همبستگی پیرسون	.۶۱۲**	۱
	سطح معنی داری	.۰۰۰	
	جمع	۳۷۹	۳۷۹

۲- در فرضیه دوم تحقیق آزمون تحلیل واریانس یک طرفه معنادار گردیده است، به نحوی که مقدار آزمون F برابر با $9/408$ و سطح معناداری برآورد شده کمتر از $0/05$ می باشد. پس رابطه ی فوق تأیید می گردد و می توان گفت بین میزان تحصیلات سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است، بدین صورت که با افزایش میزان تحصیلات آنها، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می یابد. بنابراین نظر

افرادی چون زان و براون که تحصیلات را از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌دانند در پژوهش حاضر تأیید می‌گردد.

جدول ۵: نتایج حاصله از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی تأثیر میزان تحصیلات سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
.۰۰۰	۹.۴۰۸	۱۶۹۱.۵۷۳	۷	۱۱۸۴۱.۰۱۲	واریانس میان‌گروهی
		۱۷۹.۷۹۹	۳۷۴	۶۷۲۴۴.۹۵۷	واریانس درون‌گروهی
			۳۸۱	۷۹۰۸۵.۹۶۹	جمع

۳- نتایج به‌دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر اوقات فراغت و کیفیت زندگی، رابطه‌ی معنی‌داری را نشان می‌دهد زیرا سطح معنی‌داری آن کمتر از $0/05$ می‌باشد، ضریب همبستگی که $0/612$ می‌باشد نیز بیانگر آن است که شدت و رابطه‌ی همبستگی بین این دو متغیر قوی می‌باشد، در جمع می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش مدت زمان اختصاص داده شده به اوقات فراغت توسط سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد، بدین صورت که افزایش ۱ واحد در اوقات فراغت، افزایش $0/612$ واحد را در کیفیت زندگی آنان به دنبال خواهد داشت.

بنابراین فرضیه‌ی شماره ۳ تحقیق که می‌گفت: "به‌نظر می‌رسد بین اوقات فراغت سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه برقرار است." مورد تأیید قرار می‌گیرد. و نظریه کسانی که اوقات فراغت را بر کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌دانند تقویت می‌گردد، از جمله آن‌ها دلبیو باسک و آرسولز باچر و همچنین دیوب می‌باشند.

کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول

جدول ۶: نتایج حاصل از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تأثیر اوقات فراغت بر کیفیت زندگی سرپرستان

خانوارهای شهری شهرستان دزفول

		کیفیت زندگی	اوقات فراغت
کیفیت	همبستگی پیرسون	۱	.۶۱۲**
زندگی	سطح معنی داری		.۰۰۰
	تعداد	۳۸۲	۳۸۱
اوقات	همبستگی پیرسون	.۶۱۲**	۱
فراغت	سطح معنی داری	.۰۰۰	
	تعداد	۳۸۱	۳۸۱

۴- فرضیه شماره ۴ پژوهش حاضر که می‌گفت: "به‌نظر می‌رسد بین وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنان رابطه وجود دارد" نیز تأیید می‌گردد، نتایج به‌دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر وضعیت مسکن و کیفیت زندگی، رابطه‌ی معنی‌داری را بین این دو متغیر نشان می‌دهد زیرا سطح معنی داری آن $0/000$ (کمتر از $0/05$) می‌باشد، ضریب همبستگی که $0/339$ می‌باشد نیز بیانگر آن است که شدت و رابطه‌ی همبستگی بین این دو متغیر در حد متوسط است و بیانگر این است که هرچه سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول از نظر مسکن در وضعیت مناسب‌تری به سر می‌برند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز نسبتاً افزایش می‌یابد، بدین‌صورت که افزایش ۱ واحد در وضعیت مسکن آن‌ها، افزایش $0/339$ واحد را در کیفیت زندگی‌شان به‌دنبال خواهد داشت.

بنابراین در مجموع باید گفت نظریه‌ی کسانی همچون براون و دیوب که بر وجود رابطه بین مسکن و کیفیت زندگی افراد تأکید می‌کردند نیز در این تحقیق تأیید می‌گردد.

جدول ۷: نتایج حاصل از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تأثیر

وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

		کیفیت زندگی	وضعیت مسکن
کیفیت	همبستگی پیرسون	۱	.۳۳۹**
زندگی	سطح معنی داری		.۰۰۰
	تعداد	۳۸۲	۳۷۵
وضعیت	همبستگی پیرسون	.۳۳۹**	۱
مسکن	سطح معنی داری	.۰۰۰	
	تعداد	۳۷۵	۳۷۵

۵- نتایج به دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر تعداد افراد خانوار و کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، از نبودن رابطه‌ای معنی‌دار بین این دو متغیر حکایت دارد زیرا سطح معنی‌داری آن بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین نمی‌توان نتیجه گرفت که با افزایش و یا کاهش تعداد افراد خانوار، کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول نیز افزایش یا کاهش می‌یابد. پس فرضیه شماره ۵ تحقیق مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

جدول ۸: نتایج حاصل از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تأثیر

تعداد افراد خانوار بر کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول

		کیفیت زندگی	تعداد افراد خانوار
کیفیت زندگی	همبستگی پیرسون	۱	-.۰۳۹
	سطح معنی داری		.۴۶۹
	تعداد	۳۸۲	۳۵۰
تعداد خانوار	همبستگی پیرسون	-.۰۳۹	۱
	سطح معنی داری	.۴۶۹	
	تعداد	۳۵۰	۳۵۰

۶- فرضیه آخر پژوهش بیان می‌دارد که "به نظر می‌رسد بین وضعیت بهداشتی- درمانی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه برقرار است."

کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول

برای تحلیل داده‌های مربوط به این فرضیه نیز دو متغیر وضعیت بهداشتی-درمانی و کیفیت زندگی در سطح سنجش فاصله‌ای سنجیده شد، بنابراین در اینجا نیز از آزمون ۲ پیرسون برای بررسی شدت همبستگی و سطح معنی‌داری بین آنها استفاده شده است.

نتایج به‌دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر وضعیت بهداشتی-درمانی و کیفیت زندگی، رابطه‌ی معنی‌داری را نشان می‌دهد زیرا سطح معنی‌داری آن کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، همچنین ضریب همبستگی که ۰/۶۰۷ می‌باشد نیز بیانگر آن است که شدت و رابطه‌ی همبستگی بین این دو متغیر قوی است و در جمع می‌توان نتیجه گرفت که با بهبود وضعیت بهداشتی-درمانی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد، بدین‌صورت که افزایش ۱ واحد در وضعیت بهداشتی - درمانی آنان، افزایش ۰/۶۰۷ واحد را در کیفیت زندگی به دنبال خواهد داشت.

با تأیید این فرضیه، نظر صاحب نظرانی چون دیوب، زان، هورنکوئیست و سازمان جهانی بهداشت که وضعیت‌های بهداشتی و درمانی افراد مختلف را بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار می‌دانستند تأیید می‌گردد.

جدول ۹: نتایج حاصل از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تأثیر وضعیت بهداشتی-درمانی سرپرستان خانوارهای شهری

شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

		کیفیت زندگی	وضعیت بهداشتی-درمانی
کیفیت زندگی	همبستگی پیرسون	۱	.۶۰۷**
	سطح معنی داری		.۰۰۰
	تعداد	۳۸۲	۳۸۱
وضعیت بهداشتی-درمانی	همبستگی پیرسون	.۶۰۷**	۱
	سطح معنی داری	.۰۰۰	
	تعداد	۳۸۱	۳۸۱

بحث و نتایج

نتایج حاصل از این پژوهش حاکی است که اکثر سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول با کیفیت زندگی در سطح متوسطی می‌باشند (۵۰ درصد)، ۳۱/۹ درصد نیز با کیفیت زندگی بالایی هستند، ۱۴/۷ درصد سطح کیفیت زندگی پایینی دارند، ۲/۱ درصد از سطح کیفیت زندگی خیلی بالایی برخوردارند و ۱/۳ درصد نیز دارای کیفیت زندگی خیلی پایینی هستند.

با آزمون فرضیات تحقیق نیز مشخص شد که از میان ۶ متغیر مورد بررسی یعنی:

- درآمد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
 - میزان تحصیلات سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
 - وضعیت بهداشتی و درمانی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
 - وضعیت اوقات فراغت سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
 - وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
 - جمعیت خانوار سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول
- بین ۵ متغیر درآمد سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، میزان تحصیلات سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، وضعیت بهداشتی و درمانی سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول، وضعیت اوقات فراغت سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و وضعیت مسکن سرپرستان خانوارهای شهری شهرستان دزفول و کیفیت زندگی این گروه رابطه برقرار است؛ بنابراین پنج متغیر فوق به‌عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی گروه مورد بررسی شناخته می‌شوند و می‌توان انتظار داشت که با بهبود شرایط افراد از منظر برخورداری از این متغیرها، به همان نسبت نیز کیفیت زندگی آنان ارتقا یابد.

منابع و مآخذ

- آقاملایی، تیمور. (۱۳۸۴). **اصول و کلیات خدمات بهداشتی**. تهران: انتشارات اندیشه‌ی رفیع.
- اسمیت، دیوید. ام. (۱۳۸۱). کیفیت‌زندگی: رفاه انسانی و عدالت اجتماعی. مترجم: حسین حاتمی‌نژاد و حکمت شاهی اردبیلی. **فصلنامه اطلاعات سیاسی - اقتصادی**. سال هفدهم، شماره ۱۸۶-۱۸۵.
- بهمنی، بهمن و مجتبی تمدنی و مجید عسگری. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت‌زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران. **فصلنامه طب و تزکیه**. سال سیزدهم، شماره ۵۳.
- تولایی، سید عباس و دیگران. (۱۳۸۶). کیفیت‌زندگی جانبازان شیمیایی ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل. **مجله علوم رفتاری**. سال اول، شماره ۱.
- جمشیدی، مژگان و عزت‌اله کرمی. (۱۳۸۲). توسعه روستایی و آثارش بر کیفیت‌زندگی زنان: مطالعه موردی شهرستان اقلید. **فصلنامه روستا و توسعه**. سال ۶، شماره ۳.
- دیوب، اس.سی. (۱۳۷۷). **نوسازی و توسعه؛ در جستجوی قالب‌های فکری بدیل**. مترجم: سیداحمد موثقی. تهران: نشر قومس.
- ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیانپور. (۱۳۸۵). درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت‌زندگی. **فصلنامه مددکاری اجتماعی**. سال پنجم، شماره ۴.
- فتاح مقدم طالعی، لادن. (۱۳۸۳). **بررسی کیفیت‌زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های روانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران**. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته‌ی پرستاری. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- فرخ وندی، امیر. (۱۳۸۸). **بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول (مطالعه موردی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد)**. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته برنامه ریزی رفاه اجتماعی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- فرخی، جواد. (۱۳۸۶). **کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن (سرپرستان خانوارهای ساکن تهران)**. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- فیشلر، رافائل. (۱۳۸۱). برنامه ریزی برای بهبود وضعیت زندگی؛ از استاندارد زندگی تا کیفیت زندگی. مترجم: محمد تقی زاده مطلق. **فصلنامه جستارهای شهرسازی**. شماره ۱.
- کوبی، افشین و محمدرضا پورجعفر و علی اکبر تقوایی. (۱۳۸۴). برنامه ریزی کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری، تعاریف و شاخص ها. **نشریه جستارهای شهرسازی**. شماره دوازدهم.
- لطیفی، غلامرضا و امیر فرخ وندی. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول. **فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی**. سال سوم، شماره ۹.
- نجات، سحرناز و همکاران. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. **مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی**. دوره ۴، شماره ۴.
- سالنامه آماری استان خوزستان ۱۳۸۸، برگرفته از سایت مرکز آمار ایران: www.amar.org.ir
- Cynthia, R.K, and Hinds, S. (۱۹۹۸). **Quality of life from nursing and patient perspectives**. Canada: Jones and Bartlett.
- Donald, Anna. (۲۰۰۹). **What is quality of life?**. UK: Hayward Group Ltd, Second edition, First edition published: ۲۰۰۳.
- Hornquist, J. (۱۹۹۶). Insulin-pentreatment: QOL and metabolic control retrospective intra-group evaluations, **Diabets Res Clin Pract**, ۱۰.
- King, C.R & Hinds, P.S. (۱۹۹۸). **QOL**. Canada: Jones and Bartlett publisher.

- King,A ,and Proutt,A , and Philips A.(۲۰۰۶). **Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults**, J.Gerontol.Med Sci, ۱۳۷(۷۰).
- Varrhchio, C. (۲۰۰۱). Relevance of quality of life to clinical nursing practice: Oncology, **Oncology nursing**, November.
- World Health Organization. (۲۰۰۴). **The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF:**
[_whoqol.pdfwww.who.intsubstance_abuseresearch_toolsenfarsi](#)