

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شمارهٔ چهل و یک - پاییز ۱۳۸۸

صص ۸۶ - ۶۴

مقایسهٔ کیفیت زندگی (و ابعاد آن) در زنان مطلقه و غیرمطلقه و رابطهٔ آن با ویژگیهای جمعیت‌شناختی در شهر شیراز

لیلا حفاریان^۱ - اصغر آقایی^۲
محمدباقر کجباف^۳ - منوچهر کامکار^۴

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسهٔ کیفیت زندگی زنان مطلقه و غیرمطلقه در شهر شیراز و بررسی رابطهٔ بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی زنان مطلقه با کیفیت زندگی آنها بود. جامعهٔ آماری تحقیق را کلیهٔ زنان مطلقهٔ مراجعه‌کننده به دادگاه خانوادهٔ شهر شیراز که تا ۲۴ ماه قبل از اجرای تحقیق، حکم قطعی طلاق آنها صادر گردیده بود و نیز کلیهٔ زنان غیرمطلقهٔ ساکن شهر شیراز تشکیل دادند. بدین منظور ۶۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان مطلقه و ۶۳ نفر از میان زنان غیرمطلقه که از نظر ملاک‌های سن، تحصیلات و مکان زندگی با زنان مطلقه هم‌تا شده بودند، انتخاب گردیدند. ابزار

Emil: L.Hafarian@yahoo.Com

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی
۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
۳. استادیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان
۴. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

تحقیق شامل پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ($\alpha=0/68$) و پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته بود. داده‌های تحقیق با استفاده از تحلیل آماری t و F و برنامه کامپیوتری SPSS11.5 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات کلیه ابعاد کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) زنان مطلقه به‌طور معناداری کمتر از زنان غیرمطلقه است ($P<0/01$). همچنین در تحلیل داده‌ها از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، متغیر سن (در ۲ بعد روان‌شناختی ($P<0/01$) و روابط اجتماعی ($P<0/05$)) و تحصیلات رابطه معناداری با ابعاد کیفیت زندگی زنان مطلقه داشت، اما رابطه بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی معنادار نبود ($P>0/05$).
کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان مطلقه، زنان غیرمطلقه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی.

مقدمه

طلاق و جدایی مهمترین عامل از هم گسیختگی ساختار بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است. طلاق در لغت به معنی رها شدن از عقد نکاح و پدیده‌ای است قراردادی که به زن و مرد امکان می‌دهد تا تحت شرایطی پیوند زناشویی را گسیخته و از یکدیگر جدا شوند (ملک محمودی، ۱۳۸۱). متأسفانه در جامعه ما شمار جدایی زن و شوهرها رو به افزایش است (افشاری منفرد، ۱۳۷۹) و آمار و ارقام نشان از آن دارد که ایران چهارمین کشور پرطلاق در دنیاست (محمودیان، ۱۳۸۲ و کیهان‌نیا، ۱۳۷۵). به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد جامعه را تهدید می‌کند. در این میان، می‌توان به پیامدهای طلاق بر زنان مطلقه توجه نمود. طلاق و فروپاشی زندگی منجر به برهم خوردن تعادل روانی - عاطفی افراد خانواده می‌گردد و از آنجا که خود یک استرس بسیار شدید محسوب می‌شود، ابتلا به اختلالات روانی به‌خصوص در زنان که ظرافت عاطفی صفت شاخص تشکیل‌دهنده شخصیت آنان می‌باشد امری بسیار محتمل است (قدوسی، ۱۳۷۹) و امروزه تعداد زنانی که همسران خود را بر اثر طلاق از دست داده‌اند و مجبورند به تنهایی مسئولیت فرزندان را بر عهده بگیرند رو به افزایش است.

این زنان به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی احساس درماندگی می‌نمایند و علی‌رغم حمایت‌های مالی دولتی و غیردولتی اغلب زندگی محدود و دردناکی دارند و ویژگیهای منفی زندگیشان موجب عدم شادی و احساس افسردگی آنان می‌گردد (مطیع، ۱۳۷۸؛ به نقل از فرزادفر، ۱۳۸۵). بنابراین به نظر می‌رسد که این زنان کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه کنند. چرا که کیفیت زندگی به شکل رضامندی و یا نیل به نیازها (اگرنس^۱، ۱۹۸۸؛ به نقل از هرنگوسیت^۲، ۱۹۸۵) و درجاتی که افراد، دارای شرایطی از قبیل: ارتباط خوب و مناسب با سایرین، احترام به خویشان و برخوردار از خلق پایه شاد هستند (نیس^۳، ۱۹۸۶؛ به نقل از هانستید^۴، ۱۹۹۲) توصیف و تعریف می‌شود. همچنین انتظار می‌رود که بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی زنان مطلقه با کیفیت زندگی آنها رابطه معناداری وجود داشته باشد. به‌عنوان نمونه، زنان مطلقه با سن کمتر، از لحاظ روان‌شناختی بسیار آسیب‌پذیرترند و امکان لطمه بیشتر از ضربه طلاق در آنها بیشتر است و همچنین احتمال آسیب دیدن روابط اجتماعی آنان به دلیل احساس عدم امنیت اجتماعی، بیشتر است. تحقیقات موجود در مورد کیفیت زندگی و ابعاد آن نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با عوامل مختلفی رابطه دارد.

فرل^۵ و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعات خود در مورد کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تا حدی وابسته به شرایط محیطی است (نقل از ای‌چو^۶ و همکاران، ۲۰۰۱). ویکراما^۷ و همکاران (۲۰۰۶) با مطالعه بر روی شرایط مالی و سلامتی فیزیکی زنان مطلقه نشان دادند که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل سطوح بالاتری از فشار مالی شدید را تجربه می‌کنند و همچنین میزان بالاتری از

-
1. Aggernaes
 2. Hornquist
 3. Naess
 4. Hanestad
 5. Frrell
 6. Aecho
 7. Wickrama

ضعف خودارزیابی سلامتی را نشان می‌دهند. بومن^۱ (۲۰۰۷) نیز در تحقیق خود نشان داد که درصد بالایی از قشر کم درآمد را مطلقه‌ها تشکیل می‌دهند. دان نینگ^۲ و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیق خود که یک نوع تحلیل کیفیت زندگی بود به این نتیجه رسیدند که مطلقه بودن و میانسال بودن، از پیش‌بینی‌کنندگان مهم کیفیت زندگی ضعیف هستند.

همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که شیوع اختلال هراس (رویلن و مارتینو^۳، ۱۹۹۷) و بی‌خوابی شدید که اثر معناداری بر کیفیت زندگی افراد دارد (هاجاک^۴، ۲۰۰۱) در افراد مطلقه بالاتر است.

فاکودا^۵ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که امید تندرستی با طلاق همبستگی منفی دارد. لورنز^۶ و همکاران (۲۰۰۶) با مطالعه بر اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت طلاق بر زنان به این نتیجه رسیدند که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل به‌طور معناداری در سالهای اول بعد از طلاق سطوح بالاتری از فشار و پریشانی روانی و در یک دهه بعد سطوح بالاتری از بیماری را نشان داده و نیز این زنان سطوح بالاتری از حوادث پراسترس زندگی که در نهایت به افسردگی منجر می‌شود را تجربه می‌کنند. قطبی و همکاران (۱۳۸۲) در تحقیق خود نشان دادند که عدم امنیت اجتماعی از بارزترین مشکلات زنان مطلقه است. نصیری (۱۳۸۶) به این نتیجه رسید که رابطه مثبت و معناداری میان فقر مسکن (سکونت در مناطق محروم و جنوب شهر) و توزیع جغرافیایی زنان مطلقه خانه‌دار وجود دارد و حسینیان (۱۳۸۲) نشان داد که زنان مطلقه از سلامت روانی پایینی برخوردارند. جاهانسون^۷ و همکار (۱۹۹۷)، هاشمی (۱۳۷۶)،

-
1. Bowman
 2. Dunning
 3. Rouillon & Martineau
 4. Hajak
 5. Fukuda
 6. Lorenz
 7. Johannesson

دوامی (۱۳۷۹) در تحقیقات خود بر کیفیت زندگی نشان دادند که کیفیت زندگی با سن رابطه معنادار و معکوس دارد. اما رحیمی (۱۳۸۲) با مطالعه کیفیت زندگی در بیماران سکتۀ قلبی به این نتیجه رسید که بین متغیرهای جنس، سن، تحصیلات و تعداد فرزندان با متغیر وابستۀ کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود ندارد.

بنابراین با توجه به اینکه مطالعه آثار طلاق بر افراد و به خصوص زنان مطلقه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و نیز در مجموع، پژوهش‌های مرتبط با کیفیت زندگی زنان مطلقه به صورت بسیار پراکنده و ناقص است و نیاز است این پیامدها علمی‌تر و در فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرند، پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر را با توجه به اهداف پژوهش طرح‌ریزی کرده است.

- ۱- زنان مطلقه و غیرمطلقه از نظر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) با یکدیگر تفاوت دارند.
- ۲- بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی زنان مطلقه با کیفیت زندگی آنها رابطه معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

در این پژوهش با توجه به اینکه هدف، مقایسه کیفیت زندگی زنان مطلقه و غیرمطلقه بود، لذا روش تحقیق، توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیۀ زنان مطلقه مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده شهر شیراز که تا ۲۴ ماه قبل از اجرای تحقیق، حکم قطعی طلاق آنها صادر گردیده و پرونده‌های آنها در دادگاه خانواده این شهر موجود بود، تشکیل دادند و جامعه آماری زنان غیرمطلقه شامل کلیۀ زنان غیرمطلقه ساکن شهر شیراز بود که به طور عادی در کنار همسرانشان زندگی می‌کردند و از نظر سن، تحصیلات و شرایط اقتصادی و اجتماعی شبیه به گروه زنان مطلقه بودند.

نمونه و روش نمونه‌گیری: نمونه پژوهش شامل ۶۵ نفر از میان زنان مطلقه‌ای بود که تا ۲۴ ماه از صدور حکم قطعی طلاق آنها می‌گذشت و در ماههای اردیبهشت، خرداد و تیرماه سال ۱۳۸۶ به خاطر مسائل بعد از طلاق مانند (اجرای حکم مهریه، حضانت فرزندان و...) به دادگاه خانواده شهر شیراز مراجعه نمودند. این گروه نمونه، به شیوه

نمونه‌گیری دسترس برگزیده شدند. جهت انتخاب گروه دوم (زنان غیرمطلقه)، محقق به دلایل زیر از شیوه هم‌سازی استفاده نمود: اول آنکه اکثر زنان مطلقه در گروه‌های اجتماعی و اقتصادی پایین قرار داشتند و دوم اینکه غالب آنها تحت تأثیر شرایط خاص محیط زندگی خود بودند. به همین دلیل محقق سعی نمود با در نظر گرفتن سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان مطلقه، زنان غیرمطلقه‌ای با شرایط مشابه را به شرکت در تحقیق دعوت نماید. به دلیل احتمال عدم موافقت آنها در نمونه‌گیری اولیه ۳۰ درصد بیشتر از تعداد مورد نیاز در نظر گرفته شد و آزمودنی‌هایی که از شرکت در تحقیق امتناع نمودند از نمونه حذف شدند و در نهایت پرسشنامه‌های پر شده توسط ۶۳ نفر از این زنان، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته بود. فرم مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی اجتماعی می‌سنجد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). سؤالات پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند و نمره‌گذاری آنها بین ۱ نمره و ۵ نمره می‌باشد. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی و در کشورها و فرهنگ‌های مختلف انجام شده است. بونومی و همکاران در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند. همچنین ناتالی در گروه بیماران مزمن، پایایی این آزمون را ۰/۹۰ و در گروه افراد سالم ۰/۸۶ به دست آورد (ویلیامز، ۲۰۰۰). در ایران، رحیمی (۱۳۸۲) ضریب پایایی آزمون را برابر ۰/۸۹ برآورد کرد. در این پژوهش ابتدا ۳ سؤال این پرسشنامه با صلاحدید استادان متخصص به دلیل عدم ارتباط با موضوع مورد تحقیق حذف گردید، سپس بررسی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها انجام گرفت و آلفای کرونباخ محاسبه گردید. پایایی ابزار در شرایط حذف این ۳ سؤال معادل ۰/۶۸ بود که از نظر آماری در حد مناسب است. این پرسشنامه به رویت تنی چند از استادان محترم رشته روان‌شناسی رسیده است و به لحاظ روایی تأیید گشته است. برای تجزیه

و تحلیل اطلاعات از روشهای آمار توصیفی و استنباطی استفاده به عمل آمد. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، میانگین، درصد، درصد تراکمی و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون F، آزمون لوین، t، تحلیل واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. لازم به ذکر است که برای انجام محاسبات از برنامه SPSS11.5 استفاده شده است.

یافته‌ها

فرضیه اول تحقیق: زنان مطلقه و غیرمطلقه از نظر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) با یکدیگر تفاوت دارند.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی کلی زنان مطلقه و غیرمطلقه

معناداری	درجه آزادی	ضریب t	تفاوت میانگین‌ها	میانگین	گروه‌ها	زیر مقیاس‌ها
۰/۰۰۱**	۱۲۶	-۴/۱۲	۱۱/۴۷	۶۹/۸۷	مطلقه	کیفیت زندگی کلی
				۸۱/۳۴	غیرمطلقه	
۰/۰۰۱**	۱۲۶	-۴/۸۲	-۴/۰۰۷	۱۸/۷۲	مطلقه	سلامت فیزیکی
				۲۲/۷۳	غیرمطلقه	
۰/۰۰۱**	۱۲۶	-۴/۲۱	-۳/۵۲	۱۷/۸۹	مطلقه	روان‌شناختی
				۲۱/۴۱	غیرمطلقه	
۰/۰۰۱**	۱۲۶	-۶/۰۹	-۱/۸۸	۵/۷۲	مطلقه	روابط اجتماعی
				۷/۶۰	غیرمطلقه	
۰/۰۰۱**	۱۲۶	-۲/۷۱	-۲/۴۶	۲۱/۷۰	مطلقه	محیط زندگی
				۲۴/۱۷	غیرمطلقه	

** معناداری $P < 0.01$

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که به‌طور معناداری ($P < 0/01$) میانگین نمرات کلیه ابعاد کیفیت زندگی و نیز کیفیت زندگی کلی زنان مطلقه کمتر از زنان غیرمطلقه می‌باشد. بنابراین زنان مطلقه از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان غیرمطلقه برخوردارند. به این صورت فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. فرضیه دوم تحقیق: بین ویژگیهای جمعیت‌شناختی زنان مطلقه با کیفیت زندگی آنها رابطه معناداری وجود دارد.

الف) متغیر سن

جدول ۲- تحلیل واریانس چندمتغیره مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در زنان مطلقه براساس گروههای سنی مختلف

معناداری	ضریب F	میانگین	گروههای سنی	متغیر
۰/۲۴	۱/۴۵	۶۷/۴۰	زیر ۲۰ سال	کیفیت زندگی کلی
		۷۶/۷۹	۲۱ تا ۳۰ سال	
		۷۴/۶۵	۳۱ سال و بالاتر	
۰/۳۰	۱/۲۲	۱۷/۵۰	زیر ۲۰ سال	سلامت جسمانی
		۲۱/۱۶	۲۱ تا ۳۰ سال	
		۲۰/۴۳	۳۱ سال و بالاتر	
۰/۰۰۱**	۸/۲۶	۱۵/۲۰	زیر ۲۰ سال	روان‌شناختی
		۲۰/۲۳	۲۱ تا ۳۰ سال	
		۱۹/۳۷	۳۱ سال و بالاتر	
۰/۰۰۵*	۲/۹۵	۵/۳۰	زیر ۲۰ سال	روابط اجتماعی
		۶/۸۱	۲۱ تا ۳۰ سال	
		۰/۶۲	۳۱ سال و بالاتر	
۰/۹۸	۰/۰۱	۲۱/۴۰	زیر ۲۰ سال	محیط زندگی
		۲۳/۲۲	۲۱ تا ۳۰ سال	
		۲۲/۵۹	۳۱ سال و بالاتر	

** معناداری $P < 0/01$ * معناداری $P < 0/05$

نتایج نشان می‌دهد که از بین ابعاد کیفیت زندگی زنان مطلقه در گروه‌های سنی مختلف از نظر بعد روان‌شناختی ($P < 0/01$) و بعد روابط اجتماعی ($P < 0/05$) با یکدیگر تفاوت معنادار دارند اما از نظر کیفیت زندگی کلی و ابعاد بهداشت و سلامتی و بعد محیط زندگی با هم تفاوتی نداشته‌اند ($P > 0/05$).

جدول ۳- مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات کیفیت زندگی که تفاوت معناداری داشتند (بعد روان‌شناختی و بعد روابط اجتماعی) براساس گروه‌های سنی

معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	سن و میانگین	کیفیت زندگی
0/001**	1/90	-7/74	۲۰ تا ۳۰ سال ۱۸/۹۰	زیر ۲۰ سال
0/003**	2/09	-6/52	۳۱ سال و بالاتر ۱۷/۶۸	۱۱/۱۶
0/001**	1/90	7/74	زیر ۲۰ سال ۱۱/۱۶	۲۰ تا ۳۰ سال
0/34	1/28	1/21	۳۱ سال و بالاتر ۱۷/۶۸	۱۸/۹۰
0/003	2/09	6/52	زیر ۲۰ سال ۱۱/۱۶	۳۱ سال و بالاتر
0/34	1/28	-1/21	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۷/۶۸
0/01**	0/80	-1/95	۲۰ تا ۳۰ سال ۵/۹۵	زیر ۲۰ سال
0/05*	0/88	-1/75	۳۱ سال و بالاتر ۵/۷۵	۴
0/01	0/80	1/95	زیر ۲۰ سال ۴	۲۰ تا ۳۰ سال
0/70	0/54	0/20	۳۱ سال و بالاتر ۵/۷۵	۵/۹۵
0/005*	0/88	1/75	زیر ۲۰ سال ۴	۳۱ سال و بالاتر
0/70	0/54	-0/20	۲۰ تا ۳۰ سال ۵/۹۵	۵/۷۵

* معناداری $P < 0/05$ ** معناداری $P < 0/01$

در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که از نظر بعد روان‌شناختی زنان زیر ۲۰ سال (۱۱/۱۶) به‌طور معنادار میانگینی کمتر از زنان ۲۰-۳۰ ساله (۱۸/۹۰) و زنان ۳۱ سال و بالاتر (۱۷/۶۸) به دست آورده‌اند ($P < 0/01$).

از نظر بعد روابط اجتماعی ملاحظه می‌شود زنان زیر ۲۰ سال (۴) از روابط اجتماعی کمتری نسبت به زنان ۲۰-۳۰ سال (۵/۹۵) و زنان ۳۱ سال و بالاتر (۵/۷۵) برخوردار بوده‌اند ($P < 0/05$).

ب) متغیر علت طلاق

جدول ۴- تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی (و ابعاد آن) در زنان مطلقه دارای علل مختلف برای طلاق

متغیرها	علل طلاق	تعداد	میانگین	ضریب F	معناداری
کیفیت زندگی کلی	اعتیاد همسر	۳۲	۶۷/۰۶	۰/۸۰	۰/۴۹
	بیماری روانی همسر	۸	۷۳/۲۵		
	عدم تفاهم	۸	۶۹/۷۵		
	سایر موارد	۱۷	۷۳/۶۴		
بهداشت و سلامتی	اعتیاد همسر	۳۲	۱۷/۹۶	۰/۸۰	۰/۴۹
	بیماری روانی همسر	۸	۱۹/۳۷		
	عدم تفاهم	۸	۱۸		
	سایر موارد	۱۷	۲۰/۱۷		
روان‌شناختی	اعتیاد همسر	۳۲	۱۷/۳۴	۰/۴۵	۰/۷۱
	بیماری روانی همسر	۸	۱۷/۷۵		
	عدم تفاهم	۸	۱۷/۷۵		
	سایر موارد	۱۷	۱۹/۰۵		
روابط اجتماعی	اعتیاد همسر	۳۲	۵/۵۹	۰/۲۵	۰/۸۵
	بیماری روانی همسر	۸	۶/۲۵		
	عدم تفاهم	۸	۵/۶۲		
	سایر موارد	۱۷	۵/۷۶		

۰/۰۸	۲/۳۴	۲۰/۷۳	۳۲	اعتیاد همسر	محیط زندگی
		۲۵/۵۰	۸	بیماری روانی همسر	
		۲۱/۵۰	۸	عدم تفاهم	
		۲۲/۵۲	۱۷	سایر موارد	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با وجود تفاوت‌های عددی نمرات کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در زنان مطلقه با علل مختلف طلاق، این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبودند ($P > ۰/۰۵$) یعنی زنان مطلقه با علل مختلف طلاق، کیفیت زندگی نسبتاً مشابه داشته‌اند.

ج) متغیر تحصیلات

جدول ۵- تحلیل واریانس چندمتغیره مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن بین زنان مطلقه دارای سطوح تحصیلی مختلف

متغیرها	تحصیلات	تعداد	میانگین	ضریب F	معناداری
کیفیت زندگی کلی	زیر دیپلم	۲۷	۶۲/۱۸	۷/۵۰	۰/۰۰۱**
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۷۶/۸۶		
	لیسانس و بالاتر	۹	۷۰/۴۴		
بهداشت و سلامتی	زیر دیپلم	۲۷	۱۶/۴۰	۸/۲۱۹	۰/۰۰۱**
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۲۱/۲۴		
	لیسانس و بالاتر	۹	۱۷/۵۵		
روان‌شناختی	زیر دیپلم	۲۷	۱۵/۷۰	۶/۴۴۷	۰/۰۰۳**
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۲۰		
	لیسانس و بالاتر	۹	۱۷/۶۶		
روابط اجتماعی	زیر دیپلم	۲۷	۵	۳/۶۳	۰/۰۳*
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۶/۲۰		
	لیسانس و بالاتر	۹	۶/۳۳		

۰/۰۰۱**	۷/۲۸۶	۱۹/۰۷	۲۷	زیردیپلم	محیط زندگی
		۲۳/۹۶	۲۹	دیپلم و فوق دیپلم	
		۲۲/۳۳	۹	لیسانس و بالاتر	

** معناداری $P < 0.01$ * معناداری $P < 0.05$

در جدول ۵ ملاحظه می‌شود که کیفیت زندگی و ابعاد آن در بین زنان دارای سطوح تحصیلی مختلف از نظر آماری متفاوتند. برای بررسی بیشتر این یافته نتایج مقایسه‌های زوجی (تحلیل توکی) در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶- مقایسه‌های زوجی معنادار بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه دارای سطوح تحصیلی مختلف

معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	تحصیلات «میانگین»		متغیر
۰/۰۰۱**	۳/۹۷	-۱۴/۶۷	دیپلم و فوق دیپلم (۷۶/۸۶)	زیردیپلم (۶۲/۱۸)	کیفیت زندگی
۰/۰۰۱**	۱/۲۱	-۴/۸۳	دیپلم و فوق دیپلم (۲۱/۲۴)	زیردیپلم (۱۶/۴۰)	بهداشت و سلامتی
۰/۰۳*	۱/۷۳	۳/۶۸	لیسانس و بالاتر (۱۷/۵۵)	دیپلم و فوق دیپلم (۲۱/۲۴)	
۰/۰۰۱**	۱/۱۹	۴/۲۹	زیردیپلم (۱۵/۷۰)	دیپلم و فوق دیپلم (۲۰)	روان‌شناختی
۰/۰۱*	۰/۴۸	-۱/۲۰	دیپلم و فوق دیپلم (۶/۲۰)	زیردیپلم (۵)	روابط اجتماعی
۰/۰۰۱**	۱/۲۸	-۴/۸۹	دیپلم و فوق دیپلم (۲۳/۹۶)	زیردیپلم (۱۹/۰۷)	محیط زندگی

در جدول ۶ ملاحظه می‌شود که از نظر کیفیت زندگی کلی، زنان زیردیپلم به‌طور معناداری از کیفیت کمتری نسبت به زنان دیپلم و فوق‌دیپلم برخوردار بوده‌اند ($P < 0/01$). در بعد بهداشت و سلامتی زنان زیردیپلم به‌طور معناداری از میانگینی کمتر از زنان دیپلم و فوق‌دیپلم برخوردار بوده‌اند ($P < 0/01$) و همچنین زنان دیپلم و فوق‌دیپلم نیز به‌طور معناداری میانگینی کمتر از زنان لیسانس و بالاتر داشته‌اند ($P < 0/05$). از نظر بعد روان‌شناختی زنان دیپلم و فوق‌دیپلم (۲۰) میانگینی بالاتر از زنان زیردیپلم داشته‌اند (۱۵/۷۰) و ($P < 0/01$). از نظر بعد روابط اجتماعی نیز زنان زیردیپلم میانگینی کمتر از زنان دیپلم و فوق‌دیپلم داشته‌اند ($P < 0/01$). از نظر بعد محیط زندگی نیز زنان زیردیپلم میانگین کمتر از زنان دیپلم و فوق‌دیپلم داشته‌اند ($P < 0/01$).

د) متغیر مدت زمان زندگی مشترک

جدول ۷- تحلیل واریانس مقایسه نمرات کیفیت زندگی و ابعاد

آن در زنان مطلقه براساس مدت زمان زندگی مشترک

متغیر	مدت زمان زندگی مشترک	تعداد	میانگین	ضریب F	معناداری
کیفیت زندگی	۰ تا ۲ سال	۱۹	۷۲	۱/۰۵	۰/۳۷
	۲/۱ تا ۶ سال	۱۷	۷۳/۷۶		
	۶/۱ تا ۱۰ سال	۹	۶۷/۶۶		
	۱۰/۱ سال و بالاتر	۲۰	۶۵/۵۵		
بهداشت و سلامتی	۰ تا ۲ سال	۱۹	۱۸/۶۸	۰/۴۶۳	۰/۷۰
	۲/۱ تا ۶ سال	۱۷	۱۹/۸۸		
	۶/۱ تا ۱۰ سال	۹	۱۸/۳۳		
	۱۰/۱ سال و بالاتر	۲۰	۱۸/۳۳		

۰/۶۶	۰/۵۳۵	۱۸/۳۱	۱۹	۰ تا ۲ سال	روان‌شناختی
		۱۸/۷۰	۱۷	۲/۱ تا ۶ سال	
		۱۸/۸۸	۹	۶/۱ تا ۱۰ سال	
		۱۶/۸۰	۲۰	۱۰/۱ سال و بالاتر	
۰/۵۶	۰/۶۸۷	۶/۱۰	۱۹	۰ تا ۲ سال	روابط اجتماعی
		۵/۴۷	۱۷	۲/۱ تا ۶ سال	
		۵/۱۱	۹	۶/۱ تا ۱۰ سال	
		۵/۸۵	۲۰	۱۰/۱ سال و بالاتر	
۰/۷۰	۰/۶۴۸	۲۲/۶۳	۱۹	۰ تا ۲ سال	محیط زندگی
		۲۲/۱۱	۱۷	۲/۱ تا ۶ سال	
		۲۱	۹	۶/۱ تا ۱۰ سال	
		۲۰/۸۰	۲۰	۱۰/۱ سال و بالاتر	

ملاحظه می‌شود که با وجود اختلاف‌های عددی ملاحظه شده از نظر آماری هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین زنان مطلقه داری سطوح زندگی مشترک متفاوت وجود نداشته است ($P > 0/05$).

هـ) متغیر مدت زمان طلاق

جدول ۸- تحلیل واریانس مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی

و ابعاد آن در زنان مطلقه براساس مدت زمان طلاق

معناداری	ضریب F	میانگین	تعداد	مدت زمان طلاق	متغیر
۰/۹۰	۰/۱۰	۶۹۱۵	۳۲	۰ تا ۳ ماه	کیفیت زندگی کلی
		۷۱/۲۸	۱۴	۳/۱ تا ۱۲ ماه	
		۶۹/۹۴	۱۹	۱۳ ماه و بیشتر	
۰/۸۴	۰/۱۷	۱۸/۵۳	۳۲	۰ تا ۳ ماه	بهداشت و سلامت

		۱۹/۴۲	۱۴	۳/۱ تا ۱۲ ماه	فیزیکی
		۱۸/۵۲	۱۹	۱۳ ماه و بیشتر	
۰/۵۶	۰/۵۲	۱۷/۲۸	۳۲	۰ تا ۳ ماه	روان‌شناختی
		۱۸/۰۷	۱۴	۳/۱ تا ۱۲ ماه	
		۱۸/۷۸	۱۹	۱۳ ماه و بیشتر	
۰/۹۵	۰/۰۱	۵/۷۱	۳۲	۰ تا ۳ ماه	روابط اجتماعی
		۵/۷۸	۱۴	۳/۱ تا ۱۲ ماه	
		۶/۶۸	۱۹	۱۳ ماه و بیشتر	
۰/۵۷	۰/۵۵۴	۲۲/۱۸	۳۲	۰ تا ۳ ماه	محیط زندگی
		۲۲/۰۷	۱۴	۳/۱ تا ۱۲ ماه	
		۲۰/۶۳	۱۹	۱۳ ماه و بیشتر	

در جدول ۸ ملاحظه می‌شود که علی‌رغم وجود تفاوت‌های عددی، تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان با مدت زمان مختلف طلاق وجود ندارد ($P > 0/05$).

(و متغیر تعداد فرزندان

جدول ۹- تحلیل همبستگی رابطه بین تعداد فرزندان و کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه

معناداری	ضریب پیرسون	تعداد	متغیرها
۰/۰۷	-۰/۲۲	۶۵	تعداد فرزند و کیفیت زندگی
۰/۴۷	-۰/۰۹	۶۵	تعداد فرزند و بهداشت و سلامتی
۰/۶۴	-۰/۰۵	۶۵	تعداد فرزند و روان‌شناختی
۰/۳۷	-۰/۱۱	۶۵	تعداد فرزند و روابط اجتماعی
۰/۱۰	-۰/۲۰	۶۵	تعداد فرزند و محیط زندگی

در جدول ۹ ملاحظه می‌شود که ضریب پیرسون بین کیفیت زندگی و ابعاد آن کمتر از ۰/۲۲ (بین ۰/۰۵ تا ۰/۲۳) بوده است ولی از نظر آماری هیچ کدام از این ضریب‌ها مورد تأیید قرار نگرفته است ($P > 0/05$) یعنی اینکه هیچ رابطه‌ای بین تعداد فرزندان و متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن وجود نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

در تجزیه و تحلیل نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی نشان داده شد که میانگین نمرات کلیه ابعاد کیفیت زندگی (بهداشت و سلامت فیزیکی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) و نیز کیفیت زندگی کلی زنان مطلقه به‌طور معناداری کمتر از زنان غیرمطلقه می‌باشد. به این معنا که زنان غیرمطلقه از نظر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کلی وضعیت زندگی بهتری را برای خود گزارش کردند و رضایت خاطر بیشتری داشتند. بنابراین زنان مطلقه نسبت به زنان غیرمطلقه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. این نتیجه با نتایج تحقیق دان نینگ (۲۰۰۶)، رویلن و مارتینیو (۱۹۹۷)، هاجاک (۲۰۰۱) لرنز (۲۰۰۶)، قطبی (۱۳۸۲) و حسینیان (۱۳۸۲) همخوانی دارد.

طلاق قانونی، حتی برای زنانی که خواهان جدایی بوده‌اند، لزوماً پایان بخش استرس‌های ناشی از ازدواج نیست، بلکه در مراحل پایانی ازدواج و حتی پس از طلاق، حوادث و فرایندهای (میانجی‌های) جدیدی به‌وجود می‌آید که قادر است عواطف، رفتار و سلامت زن مطلقه را تحت تأثیر قرار دهد، این میانجی‌ها عبارت‌اند از مسؤولیت مراقبت از فرزندان (در میان زنان مطلقه‌ای که حضانت فرزندان را بر عهده گرفته‌اند)، قطع ارتباط با فرزندان (در میان زنان مطلقه‌ای که حضانت فرزندان از آنها سلب شده است)، ادامه تعارض با همسر سابق در مورد حمایت، دیدار یا حضانت از فرزند، فقدان حمایت عاطفی به‌دلیل کاهش ارتباط با خویشاوندان سببی، دوستان متأهل و همسایگان، کاهش تحرک اقتصادی و سایر وقایع مختل‌کننده روند عادی زندگی نظیر نقل مکان از محیطی مناسب و گرانقیمت به محله‌ای فقیرنشین و امکانات نامناسب

زندگی. این عوامل میانجی، مکانیزم‌هایی را ارائه می‌دهد که از طریق آنها، طلاق بر عملکرد یا سعادت زنان مطلقه تأثیر گذاشته و سطح زندگی و کیفیت زندگی آنان را پایین می‌آورد. در حیطه‌های روان‌شناسی و روانپزشکی، کیفیت زندگی به شکل رضامندی و یا نیل به نیازها توصیف و تعریف می‌شود و حوزه‌های متعددی را در برمی‌گیرد. ابعاد اساسی کیفیت زندگی عبارت‌اند از: بعد بهداشت و سلامت جسمانی، بعد روان‌شناختی، بعد محیط اجتماعی و بعد روابط اجتماعی. اولین بعد مهم کیفیت زندگی بهداشت و سلامت جسمانی است. این حوزه به توانایی انجام فعالیت‌های بدنی توسط فرد و نیز سلامتی جسمانی وی اطلاق می‌شود.

در پژوهش لرنز و همکاران (۲۰۰۶) زنان مطلقه، حتی بعد از کنترل متغیرهای سن، ازدواج مجدد، تحصیلات، درآمد و سلامتی قبلی، به‌طور معناداری سطوح بالاتری از بیماری را نشان دادند چراکه آنان میزان بالاتری از حوادث پرسترس زندگی را که در نهایت به افسردگی شان منجر می‌شد، تجربه می‌کردند.

هاجاک (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای بر همه‌گیرشناسی بی‌خوابی شدید، شیوع آن را بیشتر در میان زنان و به‌خصوص آنهایی که بعد از طلاق و جدایی، تنها زندگی می‌کنند، گزارش کرد.

رویلن و مارتینیو (۱۹۹۷) در پژوهش خود که همه‌گیرشناسی اختلال هواس بود، دریافتند که اختلال هراس همه گروه‌های اجتماعی را متأثر می‌کند اما شیوع آن بیشتر در زنان و افراد طلاق گرفته است. بنابراین سلامتی و بهداشت جسمانی یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است که متأسفانه در زنان مطلقه به میزان زیاد مختل می‌شود و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی آنان می‌گردد. دومین بعد مهم کیفیت زندگی، روان‌شناختی است. استرس‌های موجود در زندگی زنان مطلقه همراه با ایجاد اضطراب و افسردگی می‌تواند زمینه بروز مشکلات متعدد را فراهم کند و در نتیجه به کاهش فعالیت ایمنی بدن و نقصان کیفیت زندگی بینجامد. یافته‌های قطبی و همکاران (۱۳۸۲) حاکی از آن است که احساس تنهایی و افسردگی بیشترین مشکلات افراد پس از طلاق است. یافته‌های حسینیان (۱۳۸۲) نیز نشان داد که پس از طلاق، از نظر سلامت روانی

بین زنانی که حضانت فرزندانشان را بر عهده دارند و زنانی که حضانت فرزندانشان از آنها سلب شده است، تفاوت معناداری وجود ندارد، بدین معنا که هر دو گروه از سلامت روانی پایین تری برخوردارند. نتایج پژوهش سنز و همکاران (۲۰۰۴) نشان می‌دهد، تنهایی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر کاهش کیفیت زندگی است و از رایج‌ترین خصوصیات مرتبط با کیفیت زندگی، داشتن یک زندگی راحت و بدون استرس، آرامش ذهنی و رضایت کلی است (ای چو و همکاران، ۲۰۰۱) و از آنجا که تنهایی و استرس از تجارب تلخ طلاق است، نتایج پژوهش حاضر مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی زنان مطلقه منطقی است.

سومین بعد مهم کیفیت زندگی، محیط اجتماعی است. یافته‌های ویکراما و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که زنان طلاق گرفته نسبت به زنان متأهل، سطوح بالاتری از فشار مالی شدید را تجربه می‌کنند. همچنین پژوهش‌های بومن (۲۰۰۷) حاکی از آن است که درصد بالایی از قشر کم درآمد را افراد مطلقه تشکیل می‌دهند و به‌طور منطقی این وضعیت اقتصادی بد بر محیط اجتماعی زنان مطلقه تأثیر خواهد گذاشت. چهارمین بعد کیفیت زندگی، بعد روابط اجتماعی است. روابط اجتماعی یکی از حوزه‌های بسیار مهم در سنجش کیفیت زندگی است و به برقراری تعاملات خانوادگی، اجتماعی و شغلی اطلاق می‌شود. در این زمینه مطرح می‌شود که چه میزان فرد با دیگران در ارتباط است؟ چطور سایرین بر فرد تأثیر می‌گذارند و عکس‌العمل نشان می‌دهند و در نهایت چگونه فرد به واحدهای اجتماعی عکس‌العمل نشان می‌دهد؟ و متأسفانه یکی از پیامدهای منفی طلاق بر زنان، کاهش کیفیت زندگی آنان از نظر روابط اجتماعی است. طلاق و جدایی، در بسیاری از مواقع، موجب افت و کاهش روابط اجتماعی زنان می‌گردد. کاهش ارتباط با خویشاوندان سببی، دوستان متأهل، همسایگان و محدود شدن شبکه روابط دوستان از عواقب طلاق بر زنان است و دلیل آن می‌تواند احساس عدم امنیت اجتماعی از سوی زنان مطلقه باشد (قطبی، ۱۳۸۲).

همچنین نتایج نشان داد که از بین متغیرهای جمعیت‌شناسی، متغیر «تحصیلات» رابطه معناداری با ابعاد کیفیت زندگی زنان مطلقه داشت، بدین معنا که زنان مطلقه با

مدرک تحصیلی بالاتر از رضایت خاطر بیشتری برخوردار بودند و این احتمالاً به این دلیل است که سطح تحصیلات بالاتر با میزان درآمد بیشتر و مهارت‌های مقابله با استرس و حل مسأله رابطه دارد. بنابراین نتیجه این تحقیق با نتیجه تحقیق رحیمی (۱۳۸۲) همخوان نیست. تحصیلات که خود نوعی موفقیت محسوب می‌گردد، پیامدهای مثبتی چون ایجاد شغل مناسب و درآمد مکفی برای فرد دارد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (دوامی، ۱۳۷۹). این نتیجه به نظر منطقی می‌رسد زیرا از سوی زنان پس از طلاق با مشکلات زیادی چون شرایط سخت مالی و تأمین مایحتاج و حتی گاه نیازهای اولیه‌ای چون خوراک، پوشاک و تأمین مسکن مناسب مواجه‌اند و از سوی دیگر تحصیلات این افراد می‌تواند راهکارهایی در مواجهه بهتر با مشکلات و سختی‌های زندگی به آنها بیاموزد. بنابراین زنان مطلقه دارای تحصیلات بالاتر، نسبت به سایر زنان مطلقه، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. در متغیر «سن» در ابعاد کیفیت زندگی کلی، سلامتی فیزیکی و محل زندگی، تفاوت آماری معنادار نبود اما در ابعاد روان‌شناختی و روابط اجتماعی تفاوت آماری معنادار بود به این صورت که از نظر بعد روان‌شناختی و روابط اجتماعی، زنان مطلقه زیر ۲۰ سال به‌طور معناداری میانگینی کمتر از سایر زنان مطلقه به‌دست آورده‌اند. این نتیجه با نتایج تحقیقات جاهانسون و جانسون (۱۹۹۷)، هاشمی (۱۳۷۶) و دوامی (۱۳۷۹) همخوانی ندارد چون در تحقیق حاضر پایین‌ترین کیفیت زندگی متعلق به زنان زیر ۲۰ سال بود. احتمالاً دلیل این ناهمخوانی این است که تحقیقات ذکر شده در رابطه با افرادی انجام شده است که زندگی عادی داشته‌اند اما نتایج پژوهش حاضر در مورد زنان مطلقه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی پایین متعلق به زنان مطلقه با سن پایین‌تر است و علت آن می‌تواند عدم استقلال مالی و رشد اقتصادی، عدم تحصیلات کافی و مهمتر از همه عدم رشد کافی جسمی و روانی این زنان باشد. زنان مطلقه با سن کمتر، از لحاظ روان‌شناختی بسیار آسیب‌پذیرترند و امکان لطمه بیشتر از ضربه طلاق در آنها بیشتر است و همچنین روابط اجتماعی آنان نیز به دلیل احساس عدم امنیت اجتماعی، بیشتر آسیب می‌بیند. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مطلقه، متغیرهای «علل طلاق»، «تعداد فرزندان»، «مدت

زمان زندگی مشترک» و «مدت زمان طلاق» رابطه معناداری با ابعاد کیفیت زندگی نداشت. به نظر می‌رسد که در رابطه با کیفیت زندگی زنان مطلقه عواملی چون تحصیلات، سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی، درآمد و وضعیت اقتصادی و... از تعدد فرزندان بااهمیت‌ترند و احتمالاً این مسأله در مورد متغیرهای علت طلاق و مدت زمان زندگی مشترک و تأثیر آنها بر کیفیت زندگی زنان مطلقه، نیز صدق می‌کند. در متغیر مدت زمان طلاق و رابطه آن با کیفیت زندگی نیز تفاوت معناداری میان زنان مطلقه مشاهده نشد. دلیل این مسأله، آن است که احتمالاً مدت زمان ۲ سال برای سنجیدن اثرات طلاق بر زنان مطلقه، زمان کمی است و باید مطالعات بعدی در زمانهای دورتر انجام گیرد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

- در این پژوهش، محقق ابتدا سعی نمود آزمودنی‌های گروه زنان مطلقه را از بین پرونده‌های موجود در دادگاه انتخاب نماید اما به دلیل وجود پرونده‌های بسیار نامنظم، فاقد شماره تلفن، آدرس‌های ناقص، مشمول گذر زمان و جابه جایی، محقق مجبور شد روش خود را تغییر دهد و افراد نمونه خود را از میان زنان مطلقه مراجعه‌کننده به دادگاه برگزیند.

- با توجه به نتیجه حاصل از این پژوهش دایر کردن کلاس‌هایی در مراکز مشاوره به منظور از بین بردن احساس گناه و دیگر احساسات ناخوشایند به وجود آمده در اثر طلاق و جایگزین نمودن آنها با امید به آینده و علاقمندی و خوشبینی به زندگی پیشنهاد می‌شود.

- به پژوهشگران آینده انجام مطالعاتی در زمینه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و معنایابی در سازگاری زنان مطلقه توصیه می‌گردد.

منابع

- افشاری منفرد، ژاله. (۱۳۷۹)، «بررسی آثار روان‌شناختی طلاق و از هم‌گسبختگی خانواده بر روی گروهی از نوجوانان شهر تهران»، *خلاصه مقالات نخستین همایش سراسری علل و پیامدهای طلاق*، اصفهان، سازمان بهزیستی استان اصفهان.
- حسینیان، سیمین. (۱۳۸۲)، «مقایسه و ارتباط سلامت روانی فرزندان و مادرانی که حضانت فرزندان را دارند با فرزندان و مادرانی که حضانت فرزندان از آنها سلب شده است»، *مطالعات زنان*، ۱ (۲).
- دوامی، مسعود. (۱۳۷۹)، «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان در منزل و مقیم در سرای سالمندان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه اصفهان.
- رحیمی، زیور. (۱۳۸۲)، «مقایسه کیفیت زندگی در بیماران سکته قلبی بازتوانی شده و بازتوانی نشده»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- فرزادفر، منیره. (۱۳۸۵)، «تأثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی‌سرپرست شهر اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- قدوسی، آرش. (۱۳۷۹)، «بررسی شیوع و شدت افسردگی در زنان در شرف طلاق»، *خلاصه مقالات نخستین همایش سراسری علل و پیامدهای طلاق*، سازمان بهزیستی استان اصفهان (۱۳۷۹).
- قطبی، مرجان کورش و هلاکویی نایینی و ابوالقاسم جزایری و عباس رحیمی. (۱۳۸۲)، «وضعیت طلاق و برخی عوامل مؤثر بر آن در افراد مطلقه ساکن در منطقه دولت‌آباد»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۳ (۱۲).
- کیهان‌نیا. (۱۳۷۵)، *زن امروز، مرد دیروز، تحلیلی بر اختلافات زناشویی*، چاپ اول، تهران، انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.
- محمودیان، نوشاد. (۱۳۸۲)، «بررسی مقایسه میزان پرخاشگری کودکان و رابطه آن با وضعیت طلاق والدین»، پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

ملک محمودی الیگودرزی، امیر. (۱۳۸۱)، *پس از طلاق*، اصفهان، انتشارات شهید حسین فهمیده.

نصیری، معصومه. (۱۳۸۶)، «توزیع جغرافیایی فقر مسکن و پراکندگی زنان مطلقه خانه‌دار در مناطق ۲۲ گانه تهران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۴.

هاشمی حفظ‌آباد، فریبا. (۱۳۷۶)، «بررسی مقایسه‌ای نگرش به Q.O.L بیماران دیابتی تحت درمان با انسولین مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی، آموزشی، درمانی دیابت با گروه شاهد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه اصفهان.

Aecho, M. & Padila, G.V., & Ronche, Y., & Kim, F. (2001). quality of life patient with diabet in Korea .the meaning of health related quality of life intenal. *Journal of Nursing study*, 38: 673-682.

Bowman, Sh. (2007). Low economic staturse is associated with suboptimal intakes of nutritive foods by adults in the national helth and Nutrition examination survey 1999-2002. *Nutrition Research*. 27(9): 515-523

Dunning, H. & Janzen, B. & Williams, A. & Abonyi, S. & Jeffery, B. & Rondall, E.J. & Holden, B. & Labonte, R. & Muhajarine, N. & Klein, G. & Carr, T. (2006). A gender analysis of quality of life in Saskatoon ,Saskatchewan. *Geo Journal* .65(4):393-407.

Fukuda, Y. & Nakamura, K. & Takano, T. (2005). Municipal health expectancy in Japone: decreased healthy long evity of older people in socioeconomically disadvantagedareas. *BMCpublicHealth*.5_ <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/65>.

Hajak, G. (2001). Epidemiology of sever insomnia and its consequences in Germany .*European Archive of Psychiatry and clinical Neurosciene*. 251(2):49-56.

- Hanestad, B.R. (1992). *Quality of life and insulin dependent diabetes*. Department of public Health and primary Healtivision. for. Nursing. science. Univesity. of. Beregan.
- Hornquist, J.O. (1985). The concept of life. *Journal of social Medicine*. 4. (35).
- Johannesson, M. & Johansson, P.O. (1997). The overall expected quality of life in the Swedish socioeconomic factors. *Disease management and clinical outcomes*, 1(3):101-103.
- Lorenz, O.F. & Wickrama, S., K A. & Conger, D.R. & Elder, H.G. (2006). The short-term and decade-long effects of divorce on womens midlife health. *Journal of Health and social Behavior [NLM-MEDLINE]*. 47(2):111.
- Rouillon, F. & Martineau, C. (1997). Epidemiology of panic disorder. *Biological Psychology*. 24(1):1988.
- Senez, B.F.P & Moreau, A.L,MF. (2004). Quality of life assessment of type 2 diabetic pationts in general medician. *Presse Medicale*, 14:161-166 .
- The world Health Organization Quality of life Group. (1994). *The development of the world Health Organization Quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. International Perspectives.
- Wickrama, S.KA. & Lorenz, O.F. & Conger, D.R. & Elder, H.G. & Abraham, T.W. & Fang, A.Sh. (2006). Changes in family financial circumstance and the physical health of married and recently divorced mothers. *Social Science & Medicine* .63(1):123-136.
- Williams, J.I. (2000). Reflection on assessing quality of life and WHOQOL – 100 (U.S. Version). *Journal of clinical epidemiology*, 53: 13-17.