

عوامل موثر بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده شاغل براساس مرحله‌ی تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید

مهناز صلحی: دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. solhi.m@iums.ac.ir

* مرضیه شعبانی همدان: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). a.jshabani@gmail.com

مسعود صالحی: استادیار و متخصص آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. salehi74@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. این وضعیت تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان دارد. هدف این مطالعه تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بر اساس مرحله‌ی تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی ۱۸۰ زن سرپرست خانواده سازمان بهزیستی استان تهران شرکت داشتند. روش نمونه‌گیری تخصیص تصادفی چند مرحله‌ای بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL - BREF) و پرسشنامه محقق ساخته درباره سازه‌های مرحله‌ی تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ با استفاده از شاخص‌های توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس و کروسکال-والیس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد بررسی $43/39 \pm 8/8$ سال و میانگین مدت قبول زمان سرپرستی $5/69 \pm 4/92$ سال بود. میان نمره کیفیت زندگی با نمره آگاهی ($F=0/215, p=0/004$)، نگرش ($F=0/625, p<0/001$)، عوامل قادر کننده ($F=0/585, p<0/001$)، عوامل تقویت کننده ($p<0/001$)، $F=0/524$) و علل رفتاری ($F=0/629, p<0/001$) همبستگی مثبت داشت.

نتیجه‌گیری: آگاهی، نگرش، عوامل قادرساز، عوامل تقویت کننده و علل رفتاری از عوامل موثر بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده مورد بررسی است و در مداخلات ارتقایی برای بهبود کیفیت زندگی این زنان باید به آنها توجه کرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار، الگوی پرسید-پروسید

مقدمه

زندگی به عهده ایشان است (۱، ۲). تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد امروزه ۶۰٪ زنان در جهان نان‌آور خانه هستند و ۳۷٪ خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (۳). در کشورهای در حال توسعه ۱۰/۴۸٪ سرپرستان خانواده را زنان تشکیل می‌دهند. ولی هنوز برآورد جامعی از وقوع و شیوع و نوع خانواده‌هایی که توسط زنان سرپرستی می‌شوند در دست نیست. واحد آمار و انفورماتیک دفتر امور مشارکت زنان، در سال ۱۳۸۳ تعداد زنان سرپرست خانواده در ایران را ۱۰۳۷۱۱۲ اعلام کرده است (۹/۱ درصد) که این رقم در سال ۱۳۹۰ به ۲۵۴۸۰۷۲ (۱۲/۵)

زنان از جمله اقشار آسیب‌پذیر در جامعه هستند. در این میان زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. عواملی نظیر طلاق، فوت، اعتیاد همسر و از کارافتادگی موجب آسیب‌پذیر شدن این گروه وسیع از جامعه شده و باعث بروز مشکلاتی به‌ویژه مشکلات مالی برای آنان می‌شود. زنان سرپرست خانوار زانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده‌دارند و مسئولیت اداره اقتصادی و اجتماعی و تربیتی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی

ضعف کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده دخیل هستند ضروری است. بررسی منابع، کارایی الگوی پرسید را در پیش‌بینی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم نشان داده است (۱۵-۱۷). الگوی پرسید توسط لارنس گرین و مارشال کروتر در سال ۱۹۸۰ به‌عنوان فرایندی که برای تغییر رفتار استفاده می‌شود، ارائه شد. در مدل پرسید از طریق عوامل مستعد کننده، تقویت کننده و قادرکننده علت‌ها، می‌توان موجبات ایجاد توانایی، آموزشی، تشخیصی و ارزشیابی نتیجه احتمالی یک برنامه آموزشی را پیش‌بینی نمود و منظر آتی اجرای یک برنامه را مشاهده کرد. بر این اساس در این مدل از کل به جزء و از انتها به ابتدا برنامه‌ریزی می‌کنیم. مدل پرسید مدلی راهنما برای تجزیه و تحلیل مسائل و مشکلات بهداشتی یا رفتارهای بهداشتی است و عوامل مؤثر بر وضع سلامت افراد را مشخص کرده و به برنامه ریزان در راه رسیدن به اهداف برنامه کمک می‌کند و بر دو جزء مداخله و ارزشیابی تأکید می‌کند. این مدل در طی سه دهه، با افزایش بخش پروسید به آن، تکمیل شد. مراحل الگوی پرسید- پروسید شامل: مرحله اول تشخیص اجتماعی، مرحله دوم تشخیص اپیدمیولوژیک، مرحله سوم تشخیص آموزشی و اکولوژیک (عوامل مستعد کننده، تقویت کننده و قادرکننده)، مرحله چهارم تشخیص مدیریتی، مرحله پنجم اجراء، مرحله ششم ارزشیابی فرایندی، مرحله هفتم ارزشیابی تأثیر، مرحله هشتم ارزشیابی نتایج است. عوامل مستعد کننده، عواملی هستند که انگیزه اساسی برای رفتار را پدید می‌آورند در این مطالعه، آگاهی، نگرش به‌عنوان عوامل مستعد کننده در نظر گرفته شدند. عوامل قادرکننده شامل مهارت‌ها، منابع یا موانعی هستند که می‌توانند به تغییرات محیطی و رفتاری کمک کنند یا مانع آن شوند. در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی، محدودیت‌های روزانه، دسترسی به منابع مالی و دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی، جزء عوامل قادر ساز در نظر گرفته شدند. عوامل تقویت کننده شامل بازخوردهایی است که فرد از دیگران، به دنبال سازگاری با یک رفتار دریافت می‌کند و می‌تواند تداوم یک رفتار را تقویت و یا تضعیف

درصد) افزایش یافته است (۴، ۵). زنان سرپرست خانوار علاوه بر وظیفه سرپرستی خانواده و کسب درآمد برای تأمین معاش، وظیفه خطیر مادری را عهده‌دار هستند. تعدد نقش‌های مضاعف، دغدغه مسائل اقتصادی و نگرانی از آینده بر مشکلات آنان می‌افزاید. ایفاگری نقش متعدد، مستلزم تطبیق شرایط کار با وضعیت خانوادگی و حمایت‌های شغلی و مادری است. وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر زنان سرپرست بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است (۱، ۶، ۷).

کیفیت زندگی به‌عنوان حالتی در نظر گرفته می‌شود که فرد در آن نسبت به خود، طبیعت و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند احساس آرامش درونی دارد (۸). کیفیت زندگی، شامل رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است که به‌وسیله شخص یا گروه اشخاص درک می‌شود مانند شادی، رضایت و افتخار و احساس خشنودی که به هر دلیلی فرد از زندگی خود دارد (۹، ۱۰). یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به‌صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات بروز می‌کند. در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می‌شود (۱۰-۱۲).

مطالعات در حوزه‌ی زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که این قشر از جامعه با مصایب، مشکلات و موانع زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی مواجه‌اند (۷، ۱۳).

در پژوهش دیگری هرمانداز و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که زنان بدون همسر، علائم جسمانی و روانی از جمله افسردگی را بیشتر تجربه می‌کنند که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی پایین آنان باشد (۶).

همچنین در پژوهشی که توسط طهماسبی انجام گرفت، نتایج نشان داد که زنان سرپرست خانوار به خاطر فراوانی بالای نقش‌هایی که بر عهده می‌گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری را تجربه می‌نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (۱۴).

یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱ ارتقای کیفیت زندگی است و استفاده از یک الگو به‌عنوان چارچوبی جهت شناسایی عواملی که در

و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها برگزار شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL - BREF) بود که دارای چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، سلامت اجتماعی (۳ سؤال)، سلامت محیط (۸ سؤال) است. این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند که در مجموع شامل ۲۶ سؤال است. در این مطالعه نمره کل کیفیت زندگی ملاک بود. همچنین ابزار دیگر گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بر اساس فاز تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید بود. اعتبار این پرسشنامه از طریق آزمون محتوا (پانل یازده تن از اساتید متخصص آموزش بهداشت و کارشناسان زنان سرپرست خانواده بهزیستی) و محاسبه شاخص روایی محتوا (Content validity index) و شاخص نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) کسب شد (CVR=۰/۵۹ و CVI=۰/۸۷). پایایی این پرسشنامه نیز با انجام یک مطالعه مقدماتی و تکمیل دو بار پرسشنامه در ۱۵ نفر زن سرپرست خانواده مشابه نمونه و با استفاده از آزمون‌های ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=۰/۷۶$ و آزمون مجدد $\alpha=۰/۹۵$ کسب شد. این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال بود. ۹ سؤال متغیرهای دموگرافیکی. ۲۴ سؤال درباره عوامل مستعد کننده، ۱۵ سؤال درباره عوامل قادرکننده، ۸ سؤال در زمینه عوامل تقویت کننده و ۱۳ سؤال در زمینه علل رفتاری است. مقیاس سؤالات عوامل مستعدکننده شامل دو بخش آگاهی و نگرش بود. بخش اول شامل ۸ سؤال آگاهی چهارگزینه‌ای بود. بخش دوم شامل ۱۶ سؤال نگرش با مقیاس لیکرت پنج‌تایی به صورت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بود. مقیاس سؤالات عوامل قادرکننده پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت، هرگز) بود و مقیاس عوامل تقویت کننده در برخی سؤالات دوگزینه‌ای (بلی و خیر) و در برخی سؤالات پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت، هرگز) بود و

نماید (۱۸، ۱۹).

مدل پرسید-پروسید در مطالعات مختلف به عنوان الگوی نظری مؤثر جهت شناسایی نیازهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت شناخته شده است. این الگو، عوامل مختلفی که وضعیت سلامت را شکل می‌دهند را در نظر گرفته و به طرح و تفسیر این عوامل می‌پردازد. باستانی و گرین در مطالعاتشان کارایی این مدل را تأیید کرده و به نتایج آموزشی قابل قبولی رسیده‌اند (۲۰-۲۲). همچنین الگوی پرسید-پروسید به عنوان روش مؤثری برای ایجاد گام‌های ضروری برای ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی شناخته شده است (۱۶، ۲۳، ۲۴).

مقاله حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سرپرست خانواده بر اساس مرحله‌ی تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید انجام گرفت. نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات مناسب برای زنان سرپرست خانواده کاربرد دارد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که روی زنان سرپرست خانواده سازمان بهزیستی استان تهران انجام گردید. حجم نمونه مورد نیاز، بر اساس مطالعات قبلی و با توجه به فرمول مقایسه میانگین‌های دو گروه غیر وابسته و با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای نوع اول ۰/۰۵، ۱۸۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده از بین مراکز بهزیستی استان تهران انجام گرفت. بدین صورت که از میان مراکز بهزیستی تحت پوشش مرکز بهزیستی استان تهران، ۵ مرکز جهت گردآوری داده‌ها به‌طور تصادفی انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مراکز فوق، جهت به دست آوردن لیست زنان سرپرست خانواده تحت پوشش مراکز، از پرونده‌های موجود در مراکز بهزیستی استفاده شد. معیار ورود به مطالعه، زنان سرپرست شاغل تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران بودند. سپس برای زنان مورد مطالعه جلسه توجیهی در مورد اهمیت طرح، معیارهای ورود و خروج مطالعه

آزمون‌های تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس و کروسکال-والیس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان مورد بررسی $۴۳/۳۹ \pm ۸/۸$ و میانگین مدت قبول زمان سرپرستی $۵/۶۹ \pm ۴/۹۲$ سال بود. میانگین مدت زمان اشتغال $۴/۸۶ \pm ۶/۲۱$ سال به دست آمد. میانگین بعد خانوار $۲/۳۹ \pm ۰/۷۰۴$ نفر بود. میانگین میزان دستمزد $۱۳۹/۸۵ \pm ۶۸۰/۶۶$ تومان به دست آمد. سایر مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در جدول یک نشان داده شده است.

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده $۱۱/۵۱ \pm ۴۴/۴۹$ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی و همچنین نمره عوامل مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرووسید در جدول دو آورده شده است.

آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد میان نمره کیفیت زندگی با نمره آگاهی ($r=۰/۲۱۵, p=۰/۰۰۴$) همبستگی مثبت وجود دارد. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد میان نمره کیفیت زندگی با نمره نگرش ($r=۰/۶۲۵, p<۰/۰۰۱$)، عوامل قادر کننده ($r=۰/۵۸۵, p<۰/۰۰۰۱$)، عوامل تقویت کننده ($r=۰/۵۳۴, p<۰/۰۰۰۱$) و علل رفتاری ($r=۰/۶۲۹, p<۰/۰۰۰۱$) همبستگی مثبت وجود دارد. همچنین با کاربرد این آزمون میان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده با مدت زمان قبول سرپرستی ($r=۰/۱۶۸, p=۰/۰۲۴$)، با مدت زمان اشتغال ($r=۰/۳۲۵, p<۰/۰۰۱$) و میزان دستمزد ($r=۰/۲۸۰, p<۰/۰۰۰۱$) رابطه مستقیم آماری مشاهده شد. با انجام آزمون آنالیز واریانس میان کیفیت کلی زندگی، با وضعیت تأهل ($p=۰/۰۱۰$)، میزان تحصیلات ($p=۰/۰۱۰$) و علت سرپرستی ارتباط معنی دار بدست آمد ($p=۰/۰۴۰$). با انجام آزمون کروسکال - والیس میان کیفیت کلی زندگی و نوع استخدام ارتباط معنی دار بدست آمد

مقیاس سؤالات علل رفتاری سه گزینه‌ای (بلی، خیر، تا حدودی) بود. نحوه امتیازدهی در بخش سؤالات عوامل مستعد کننده (آگاهی) به این صورت بود که به پاسخ صحیح امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و به پاسخ غلط امتیازی تعلق نمی‌گرفت لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۰ تا ۲۲ است. در برخی از سؤالات آگاهی امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود دارد. برای هر یک از سؤالات بخش عوامل مستعد کننده (نگرش) امتیاز بین ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد که ارزش‌های متفاوتی را برای هر عبارت نشان می‌دهد. در نمره‌گذاری لیکرت به جهات مثبت و منفی سؤالات نیز توجه می‌شد؛ یعنی اگر جمله مثبت بود بیشترین نمره به گزینه کاملاً موافقم و در غیر این صورت بیشترین نمره به گزینه کاملاً مخالفم تعلق می‌گرفت لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۱۶ تا ۸۰ بود. نمره‌گذاری سازه عوامل قادرکننده با مقیاس لیکرت با طیف ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت، هرگز) و سؤالات دوگزینه‌ای (بلی و خیر) بود. به پاسخ بلی امتیاز ۱ تعلق گرفت به پاسخ خیر امتیازی تعلق نمی‌گرفت، از آنجا که در این بخش ۹ سؤال که با مقیاس لیکرت سنجیده می‌شد و ۳ سؤال به صورت دوگزینه‌ای (بلی خیر) بود. لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۹ تا ۴۸ بود. سازه عوامل تقویت کننده با مقیاس لیکرت با طیف ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت، هرگز) بود لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۸ - ۴۰ بود و سؤالات علل رفتاری سه گزینه‌ای (بلی و خیر و تا حدودی) بود به پاسخ بلی امتیاز ۲ و به پاسخ تا حدودی امتیاز ۱ تعلق گرفت و به پاسخ خیر امتیازی تعلق نمی‌گرفت. حداقل و حداکثر امتیازات این بخش ۰ تا ۲۶ بود. معیار دسته‌بندی در تمام متغیرهای اصلی میانگین \pm انحراف معیار و استفاده از معیار چارک‌ها بود. پس از جمع‌آوری داده‌ها که با موافقت زنان سرپرست خانواده و در محیطی کاملاً خصوصی، به صورت مصاحبه‌ای تکمیل شد، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۵ از طریق شاخص‌های توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و

جدول ۱- وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

متغیر	دسته بندی	تعداد	درصد
سن	۳۳ تا ۳۳	۲۱	۱۱/۷
	۴۳ تا ۳۳	۵۷	۳۷/۲
	۵۳ تا ۴۳	۶۲	۳۴/۴
	۶۴ تا ۵۳	۳۰	۷/۱۶
میزان تحصیلات	بیسواد	۱۰	۵/۵
	ابتدایی	۳۴	۱۸/۹
	راهنمایی	۵۲	۲۸/۹
	دیپلم	۷۱	۳۹/۴
وضعیت تاهل	دانشگاهی	۱۳	۷/۲
	مطلقه	۱۱۸	۶۵/۶
	متاهل	۲۹	۱۶/۱
	بیوه	۳۰	۱۶/۷
نوع استخدام	مجرد	۳	۱/۷
	روزمزد	۱۶۵	۷/۹۱
	قراردادی و رسمی	۱۵	۳/۸
علت سرپرستی	مرگ همسر	۳۰	۱۶/۷
	طلاق	۱۱۸	۶۵/۶
	سایر موارد	۳۲	۱۷/۸

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و عوامل مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید

در زنان سرپرست خانواده مورد بررسی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۴۴/۴۹	۱۱/۵۱
عوامل مستعد کننده		
آگاهی	۷/۴۸	۳/۳
نگرش	۴۷/۷۸	۷/۶
عوامل تقویت کننده	۱۵/۸۱	۴/۳۴
عوامل قادر کننده	۲۲/۷۴	۵/۵۳
علل رفتاری	۹/۹۱	۴/۱

وجود دارد ($p < 0/001$). با انجام آزمون آنالیز واریانس میان نمره نگرش با دسته بندی میزان تحصیلات ($F=7/754, p < 0/001$) و انجام آزمون کروسکال - والیس میان نمره نگرش با نوع استخدام ارتباط معنی دار بدست آمد ($p < 0/001$). با کاربرد آزمون همبستگی اسپیرمن میان نمره عوامل قادر کننده زنان سرپرست خانواده با مدت زمان قبول سرپرستی ($p = 0/002$) و مدت زمان اشتغال ($p < 0/001$) و میزان دستمزد ($p = 0/004$) ارتباط معنی دار مشاهده شد. انجام آزمون آنالیز واریانس نشان داد میان نمره عوامل قادر کننده با علت سرپرستی ($p = 0/033$) و نوع استخدام ارتباط

($p = 0/002$). آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد میان نمره آگاهی زنان سرپرست خانواده با مدت زمان اشتغال ($r = 0/208, p = 0/005$) و میزان دستمزد رابطه معنادار وجود دارد ($r = 0/178, p = 0/017$). با انجام آزمون کروسکال - والیس میان نمره آگاهی و میزان تحصیلات ارتباط معنی دار بدست آمد ($p < 0/001$). آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد میان نمره نگرش زنان سرپرست خانواده با مدت زمان قبول سرپرستی ($p < 0/001$)، مدت زمان اشتغال ($p < 0/001$) و میزان دستمزد ارتباط معنی دار

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری میان کیفیت زندگی زنان با عوامل قادرکننده یافت شد و زنانی که دسترسی بیشتری به عوامل قادرکننده داشتند، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند. در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی و شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه کیفیت زندگی، دسترسی به منابع مالی، به‌عنوان عوامل قادر ساز در نظر گرفته شدند. نتایج مطالعات مختلف مؤثر بودن برنامه‌های آموزشی در زمینه‌های مختلف را در ارتقای کیفیت زندگی، نشان می‌دهد (۲۴، ۳۱). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که یکی از عوامل بسیار مهم در استفاده از خدمات سلامتی توسط افراد، درآمد کافی و در این مطالعه دسترسی به منابع مالی بوده است (۲۸، ۳۱-۳۳).

درباره‌ی ارتباط میان کیفیت زندگی با عوامل تقویت‌کننده، نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار میان آن‌ها است. عوامل تقویت‌کننده در این مطالعه، به‌طور کلی شامل حمایت اجتماعی درک شده توسط زنان بود. نتایج سایر مطالعات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک شده، از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بوده است (۲۴، ۲۷، ۳۴، ۳۵) در مطالعه خسروان و همکاران حمایت اجتماعی به‌عنوان نقش کلیدی در کنترل بحران‌ها و استرس‌های زندگی شناخته شد (۳۶). در مطالعه کربناری اهمیت دریافت حمایت‌های اجتماعی برای مادران مجرد برای بهبود کیفیت زندگی آنان را نشان داد (۳۱). بنابراین در مداخلات ارتقایی برای بهبود وضع کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده باید به حمایت اجتماعی درک شده را افزایش داد. جلب مشارکت سایر اعضای خانواده خصوصاً فرزندان و ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی از این زنان در زمینه‌هایی که آن‌ها نیاز دارند راهکار مناسبی برای این منظور است.

بر اساس نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری میان نمرات کیفیت زندگی زنان مورد بررسی با عوامل رفتاری آن‌ها مشاهده شد. سازه‌های آموزشی مدل پرسید اعم از مستعد کننده، قادر کننده و تقویت‌کننده روی عوامل رفتاری تأثیر می‌گذارند و منجر به کسب رفتارهای سالم

معنی‌دار وجود دارد ($p=0/019$).

همچنین آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد میان نمره عوامل تقویت‌کننده زنان سرپرست خانواده با مدت زمان اشتغال ($p<0/001$) و میزان دستمزد ($p=0/002$) ارتباط معنی‌دار وجود دارد. با انجام آزمون آنالیز واریانس میان عوامل تقویت‌کننده با میزان تحصیلات ($p=0/007$) و نوع استخدام ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p=0/015$). آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد میان نمره علل رفتاری زنان سرپرست خانواده با مدت زمان قبول سرپرستی ($p=0/016$)، مدت زمان اشتغال ($p<0/001$) و میزان دستمزد ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($p=0/008$).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک مدل پرسید، عوامل بالقوه مؤثر بر یک مشکل بهداشتی، در سه دسته عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده قرار می‌گیرند. در این مطالعه، آگاهی، نگرش زنان سرپرست خانواده، به‌عنوان عوامل مستعدکننده در نظر گرفته شدند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده با آگاهی آن‌ها در زمینه کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌دار دارد بدین‌صورت که هرچه آگاهی آنان بیشتر بود از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۲۵-۲۷). آنچه مسلم است این است که تلاش در جهت ارتقای آگاهی زنان به‌منظور بهبود رفتارهای سالم، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نماید. در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده با نوع نگرش آن‌ها مشاهده شد و زنانی که از نگرشی مثبتی نسبت به مسائل مادی و معنوی برخوردار بودند کیفیت زندگی بهتری نیز داشتند. سایر مطالعات نیز یافته پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. در مطالعات نوروزی، کیمیایی، متین و همکاران، فیلپس تأثیر نگرش بر کیفیت زندگی نشان داده شده است (۲۴، ۲۸-۳۰). بنابراین ارتقای نگرش این زنان در بهبود کیفیت زندگی آنان مؤثر است.

و تعداد نمونه در این دو مطالعه است. بر اساس مطالعه حاضر افزایش میزان دستمزد و درآمد زنان مورد بررسی می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین آگاهی، نگرش، عوامل قادر کننده و عوامل تقویت‌کننده با متغیرهای دموگرافیک (مدت زمان اشتغال، دستمزد و تحصیلات) یافت شد. بدین صورت که هرچه مدت زمان اشتغال، میزان دستمزد و تحصیلات زنان سرپرست خانواده بیشتر بود، وضع آگاهی، نگرش، عوامل قادر کننده و تقویت‌کننده آن‌ها بهتر بود. در مطالعات جهانگیر و شافی نیز میزان دستمزد و درآمد به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر رفتار ذکر شده است (۴۳) بنابراین باید مسئولان بهزیستی برای افزایش آگاهی و نگرش و بهبود عوامل قادر کننده و تقویت‌کننده در زنان سرپرست خانواده‌ای که مدت زمان کمی است که سرپرستی خانواده را پذیرفته‌اند، برنامه‌ریزی کنند. با توجه به حداقل و حداکثر نمره کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه استاندارد، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده مورد بررسی متوسط است و بین کیفیت زندگی آنان و عوامل مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین انجام مداخلات ارتقایی در این زمینه پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه تحقیقاتی در مقطع کارشناسی ارشد مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۲۵۱۲۳ است. نویسندگان مقاله از حمایت مالی این معاونت، مسئولان سازمان بهزیستی تهران و همکاری زنان شرکت‌کننده قدردانی می‌کنند.

منابع

1. Center for Women and Family President. Laws and regulations related to the consolidation 2013.32
2. Salehi T. [Ways of empowering women headed

می‌شوند و این رفتارها نیز به نوبه خود بر افزایش سطح سلامت و به تبع آن بر افزایش سطح کیفیت زندگی مؤثر است. نتایج مطالعه لی و همکاران هم نشان داد مدل پرسید-پروسید می‌تواند به‌عنوان یک مدل مؤثر در بررسی نیازهای بهداشتی برای بهبود زندگی به کار گرفته شود (۳۷). سایر مطالعات نیز کارایی این مدل را بر بهبود رفتار تأیید می‌کنند (۳۸، ۳۹). بنابراین برای تعیین راهکارهای تغییر رفتار برای بهبود کیفیت زندگی در این زنان باید عوامل مستعد کننده، عوامل قادر کننده و عوامل تقویت‌کننده را مدنظر قرار داد. در مطالعه حاضر میان کیفیت زندگی با وضعیت تأهل ارتباط معنادار یافت شد. بدین صورت که در زنان بیوه نمره کیفیت زندگی بهتر بود. در سایر مطالعات نیز وضعیت تأهل از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بوده است (۷، ۴۰). در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی، با مدت زمان قبول سرپرستی و مدت زمان اشتغال یافت شد. بدین صورت که در زنانی که مدت قبول سرپرستی خانواده در آن‌ها بیشتر بود یا مدت زمان اشتغال بیشتر بود، نمره کیفیت زندگی آن‌ها بهتر بود. در مطالعه بلداجی و همکاران، میان مدت زمان قبول سرپرستی و کیفیت زندگی رابطه معناداری مشاهده شد (۴۱). به نظر می‌رسد علت تفاوت در نتایج به تفاوت زمانی و شرایط مطالعه و تعداد نمونه مرتبط باشد.

در این پژوهش میان کیفیت زندگی با میزان دستمزد رابطه معنادار مشاهده شد. بر اساس مطالعات کیمیایی، کربناری، کرویسر، حفاریان نیز میزان دستمزد و درآمد به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بوده است (۲۸، ۳۱، ۳۳، ۴۲). در بررسی حاضر ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی با تحصیلات یافت شد، در زمینه ارتباط سطح تحصیلات با کیفیت زندگی، مطالعه نوروزی نیز این رابطه را تأیید می‌کند (۲۴) در بررسی حاضر ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی با علت سرپرستی یافت شد. ولی نتایج حاصل از مطالعه حفاریان و همکاران بین علت سرپرستی و کیفیت زندگی رابطه معناداری نشان نداده است (۴۰). به نظر می‌رسد علت این امر تفاوت در جامعه پژوهش

program designed based on PRECEDE-PROCEED model on adolescents' mental health and their parents' participation]. *Journal of Evidence-Based Care*; 2012.2(1):45-54.(Persian)

19. Zigheymat F, Naderi Z, Ebadi A, Kachuei H, Mehdizade S, Ameli J, et al. Effect of education based on «precede-proceed» model on knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients. *Journal of Behavioral Sciences*; 2009.3(3):22-39.

20. Bastani F. The effect of relaxation training based on the synthesis of the health belief model and the theory of self-efficacy in reducing anxiety and pregnancy outcomes in pregnant women. *Tarbiat Modarres University* 2005

21. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*: McGraw-Hill New York; 2005

22. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemad S. [Planning and evaluation of an educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 2009.15(4):27-37.(Persian)

23. Sabzmakan L, Hazavehei S, Morowatisharifabad M, Hasanazadeh A, Rabiee K, Sadeqi M. The effects of a PRECEDE-based educational program on depression, general health, and quality of life of coronary artery bypass grafting patients. *Asian journal of psychiatry*; 2010.3(2):79-83.

24. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. [Factors related with quality of life among postmenopausal women in Isfahan, Iran, based on behavioral analysis phase of precede model]. *Health System Res*; 2011.7(3):267-77. (Persian)

25. Kumiko S. Are female-headed households more vulnerable? From livelihoods strategies within communities of Southeast Tanzania. *Journal of the Faculty of International Studies, Utsunomiya University*; 2011.(31):77-97.

26. Hamidi F. Relationship between social support and mental health among female-headed households employed a military university. *journal of military psychology*; 2010.1(2): 51-60.

27. Matin h, Rastgarimehr B, Afkari ME, Solhi M, Taghdisi MH, Mansourian M, et al. [Relationship Between THE Educational Stage of PRECEDE MODEL And Quality of Life Improvement in The Elderly Affiliated with Tehran Culture House for the Aged]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*; 2014.13(6):469-78.(Persian)

28. Kimiaee SA. [Methods Used for Empowering Head-of-Household Women]. *Social Welfare*; 2011.11(40):63-92.(Persian)

29. Phillips JL, Rolley JX, Davidson PM. Developing targeted health service interventions using the PRECEDE-PROCEED Model: two

households,

women-headed households from the perspective of the welfare of city]. *Faculty of Education and Psychology: Islamic Azad university* 2012.(Persian)

3. Moti N. [Opportunities for children in female-headed families]. *Women*; 1999. 8:53-54.(Persian)

4. Presidential, Control DSPa, Iran SCo. Selected results *Population and Housing Census 2011*

5. *Statistics and Informatics Branch OoWsA*. 2005

6. Hernández RL, Aranda BE, Ramírez MTG. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *The Spanish journal of psychology*; 2009.12(01):171-83.

7. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. [The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9]. *Iranian Journal of Epidemiology*; 2014.10(2):48-55. (Persian)

8. Diwan R. Relational wealth and the quality of life. *The Journal of Socio-Economics*; 2000. 29(4): 305-40

9. Park K. *Park's textbook of preventive and social medicine*. 2007.

10. Shabany Hamedan M, Mohamad Aliha J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Global journal of health science*; 2014.6(4):205-12.

11. Frisch MB. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2005.

12. Phillips D. *Quality of life: Concept, policy and practice*: Routledge; 2006.

13. Arias E, Palloni A. Prevalence and patterns of female headed households in Latin America: 1970-1990. *Journal of Comparative Family Studies*; 1999:257-79.

14. Tahmasebi A. Quality of life and well-being of women heads of households covered the area south of Tehran and its relationship with personal and family: *Welfare and Rehabilitation Sciences*; 2006.

15. Nadrian H, Sharifabad M, Soleimani Salehabadi H. [Paradims of rheumatoid arthritis patients quality of life predictors based on path analysis of the Precede model]. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2010.14(1):32-44.(Persian)

16. Naderi Z, Zighimat F, Ebadi A, Kachuyi H, Mehdizadeh S. [Evaluation of the Application of the PRECEDE-PROCEED Model on the Quality of Life of People Living with Epilepsy Referring to Baqyatallah Hospital in Tehran]. *daneshvar*; 2009.16(82):37-44. (Persian)

17. Naderi V, Borjali A, Mansobifar M. [Researchers Believe That Stress Management Skills, is Effective On Life]. *Health Psychology*; 2011. 1(2):13-30.(Persian)

18. Zendehtalab H. [Paper: THE effect of a

Postmenopausal women in Birjand]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 2012. 19(3):312-23.(Persian)

43. Jahangir MS, Shafi A. Socio-Economic Status of Female Headed Households in Srinagar City: An Analysis. *The Social Sciences*; 2013.8(4):374-80.

Australian case studies. *Nursing research and practice*; 2012.2012.

30. Matin H, Afkari ME, Taghdisi MH. [The Effect of an Educational Intervention Based on the PRECEDE Model on Quality of Life Improvement in the Elderly Afiliated With Tehran Culture House for the Aged- 2009]. *health education& health promotion*; 2013.1(1):21-33.(Persian)

31. Carbonari N. Perceived Quality of Life of Single Mothers Living in Affordable Housing in Columbus, OH; 2013.

32. Chang WC, Lan TH, Ho WC, Lan TY. Factors affecting the use of health examinations by the elderly in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics*; 2010.50:S11-S6.

33. Crosier T, Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems among single and partnered mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*; 2007.42(1):6-13.

34. Karaçam Z, Şeker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*; 2007.58(1):75-82.

35. Habib TZ. Socio-psychological status of female heads of households in Rajshahi City, Bangladesh. *Journal of Anthropology*; 2010. 6(2):173-186.

36. Khosravan S, Salehi S, Ahmadi F, Mansoorian MR. The Experience of Widowed Head of the family during Role Transition: A Qualitative Study. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*; 2013.2(1):62-75.

37. Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC health services research*; 2009.9(1):181.

38. Hu J. The effects of a pilot intervention for community-dwelling adults with rheumatoid arthritis inWuhan, China Wenfang; 2013.

39. Castellanos DC, Abrahamsen K. Using the PRECEDE-PROCEED model to assess dietary needs in the Hispanic population in northeastern Pennsylvania. *Hispanic Health Care International*; 2014.12(1):43-53.

40. Hafarian L, Aghaei A, Kajbaf MB, Kamkar M. The compare between divorced women's quality of life and undivorced women in Shiraz city and the study of Relationship between demographic variables of divorced women and their quality of life. *Knowledge & Research in Applied Psychology*; 2009. 0(41):64-86.

41. Tatina Boldaji L, Foruzan A, Rafiey H. Quality of Life of Head-of-Household Women: a Comparison between those Supported by Welfare Organization and those with Service Jobs *Social Welfare Quarterly*; 2008.40:9-28.

42. Noroozi E, Miri MR, Gol Mohammadi S. [Application of Behavioral Analysis phase of PRECEDE Model for Quality of Life Survey in

Determinants of quality of life in female-headed households based on educational and ecological cognition stage of precede-proceed model

Mahnaz Solhi, PhD, Associate Professor, Department of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. solhi.m@iums.ac.ir

***Marzieh Shabani Hamedan**, Msc student in Health Education, Department of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author) a.jshabani@gmail.com

Masoud Salehi, PhD, Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. salehi74@yahoo.com

Abstract

Background: Female-headed households are more vulnerable for social damages than other women. It has significant effect on the quality of life of women. The aim of this study was to determine the factors associated with quality of life for women heads of families, based on the stage of realizing the educational and ecological precede - proceed model.

Methods: In this cross sectional descriptive 180 household women of Tehran Welfare Organization were attended. Sampling method was Multi-stage random Dada collection tools was standard quality of life questionnaire (WHOQOL - BREF) and a questionnaire developed by the researcher based on the educational and ecological stage of precede-proceed model. Data were analyzed in software SPSS v.15 using descriptive and analytical tests.

Results: The mean age of the women was 8.8 ± 39.43 years and the average of duration of house holding was 92.4 ± 69.5 years. There were positive correlation between quality of life with knowledge ($r=0.215$, $p=0.004$), attitude ($r=.625$, $p<0.001$), and enabling factors ($r=0.629$, $p<0.001$).

Conclusion: Knowledge, Attitude, enabling factors, reinforcing factors, and behavioral factors are effective factors on the quality of life in female headed households and improvement interventions to improve the quality of life for these women should be considered.

Keywords: Quality of life, Female-headed households, Precede-proceed model