مقاله پژوهشی
Original Article

مقایسهٔ کیفیت زندگی همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران با همسران معلولین تحت پوشش بهزیستی در شهرستان بروجرد

*محمدرضا سمیعی میبدی[1]، شاهین گوهرپی[2]، رؤیا قاسم‌زاده[3]

Comparing Quality of Life between Spouses of Disabled Veterans Covered by the 'Foundation of Martyrs and Veterans Affairs' and Spouses of the Disabled Covered by the 'Welfare Organization' in Borujerd

*Mohammadreza Sameie Meybodi[1], Shaheen Goharpey[2], Roya Ghasemzadeh[3]

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۴، شماره ۸، تابستان ۱۳۹۳، ۶۵-۶۰

MEJDS, Vol 4, No. 8, Summer 2014, 60-65

پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۲۲

Accepted: 13/9/2013

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش مقایسهٔ کیفیت زندگی همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران با همسران معلولین تحت پوشش بهزیستی در شهرستان بروجرد است.

روش‌بررسی: در این پژوهش که از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است؛ بااستفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۸۰ نفر از جامعهٔ همسران جانبازان و ۸۰ نفر از جامعهٔ همسران معلولین به‌عنوان نمونه بررسی شدند. در این پژوهش اطلاعات از طریق پرسشنامهٔ کیفیت زندگی SF-۳۶ جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون آماری t داده‌های مربوط به هر گروه مقایسه شد.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که کیفیت زندگی کلی همسران جانبازان به‌طور معناداری بالاتر از کیفیت زندگی همسران معلولین است (p=۰/۰۰۴) و بین رفاه مادی و محیطی، روابط زناشویی، روابط فامیلی، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتارهای سیاسی، رضایت شغلی، فعالیت ورزشی دو گروه نیز به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۲).

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی مجسم‌کنندهٔ احساس رفاه است. کیفیت بالای زندگی زمانی احساس می‌شود که نیازهای پایهٔ فرد برآورده شود و او فرصت‌هایی را جهت تعقیب و نائل‌شدن به اهداف وچالش‌ها داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، همسران جانبازان، همسران معلولین.

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare quality of life between spouses of veterans covered by the 'Foundation of Martyrs and Veterans Affairs' and spouses of the disabled covered by the Welfare Organization in the city of Borujerd.

Methods & Materials: This study was a descriptive-analytic one. Through random sampling, 80 spouses of disabled veterans and 80 spouses of disabled patients were selected as samples. The SF-36 Quality of Life Questionnaire was used to collect data. T-test was used to analyze data and compare the groups with each other.

Results: The results suggest that the overall quality of life in spouses of disabled veterans was significantly higher than that observed in the spouses of disabled patients (p=0.004). Statistically significant differences were observed in material and environmental welfare, marital relations, familial relationships, altruistic behavior, political behavior, occupational satisfaction, and physical activity between the two groups (p=0.002).

Conclusion: Quality of life demonstrates the feeling of well-being. High quality of life is realized when a person feels that his/her basic needs are met and opportunities for pursuing his/her goals and challenges are available.

Keywords: Quality Of Life, Spouses of Veterans, Spouses of the Disabled

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اسکلتی-عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران؛ ۲. دکترای فیزیوتراپی، استادیار گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی اسکلتی-عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران؛ ۳. دانشجوی دکترای مشاورهٔ توانبخشی، مربی علمی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز، مرکز تحقیقات توانبخشی اسکلتی-عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران. ***آدرس نویسندهٔ مسئول:** اهواز، دانشگاه جندی‌شاپور، دانشکدهٔ توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، ***تلفن:** ۰۹۱۹۱۰۱۱۵۶۷ ، ***رایانامه:** mrmeybodi329@gmail. com

1. MSc. Student of Rehabilitation Management, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; 2. PhD. in Physiotherapy, Assistant Professor of Physiotherapy, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; 3. PhD. Student in Rehabilitation Counseling, Instructor at Ahvaz Jundishapur University, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. ***Corresponding author's address:** Department of Rehabilitation Management, Faculty of Rehabilitation, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran, ***Tel:** 09191011567, ***Email:** mrmeybodi329@gmail.com

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]

مقدمه

جنگ! جنگ همیشه دو رو دارد. یک روی آن رشادت است و دفاع از جان و مال و ناموس و روی دیگر آن تباهی است و نابودی و آتش و خون. جنگ و ویرانی و غم، گرهی ناگسستنی به قدمت تاریخ جنگ دارند. جنگ واقعه‌ای است که تبعات آن حتی تا سال‌ها پس از اتمامش بر مردم و جامعه سیطره انداخته و تا نسل‌ها پیامدهای آن را می‌توان دید. آسیب‌های جسمی حاصل از جنگ در کنار آسیب‌های روحی و روانی، نه‌تنها شرکت‌کنندگان و نسلی را که آن را لمس کرده‌اند درگیر می‌کند بلکه بر سلامت کل جامعه و نسل‌هایی که در دوران جنگ هنوز متولد نشده‌اند نیز تأثیرگذار خواهد بود (۱). جنگ هشت سالهٔ عراق علیه ایران لطمات و خسارات همه جانبه‌ای به کشور ما وارد کرد. از جملهٔ این خسارات جبران‌ناپذیر، شهید، مجروح و مفقودشدن جمع کثیری از بهترین اقشار مردم کشورمان بود. آسیب‌های روحی و روانی خانواده‌های این عزیزان نیز خسارات جبران‌ناپذیری بود که به بدنهٔ ملت ما وارد شده و اثرات سوء آن نیز همچنان ادامه دارد (۲).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که جنگ از شانزدهمین علت مرگ‌ومیر، به هشتمین علت در سال ۲۰۲۰ تغییر خواهد یافت (۳). جنگ از وقایعی است که با بروز در هر جامعه و در هر زمانی سبب پیدایش لطمات فیزیکی و روانی متعددی می‌شود که هر کدام به‌تنهایی می‌تواند عواقب بی‌شماری را به‌همراه داشته باشد (۴). جنگ مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن منجر به اثرات پایدار دائمی و پایدار درازمدتی بر جسم و روان افراد می‌شود. از جملهٔ این مسائل کیفیت زندگی جانبازان است که در اثر کم‌توجهی به نیازهای اولیهٔ بهداشتی و درمانی و توانبخشی آنان در معرض خطر قرار گرفته است. امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به‌عنوان چارچوبی برای ارائهٔ خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع، مورد استناد قرار می‌گیرد. قرن گذشته شاهد تغییرات چشمگیری در زمینهٔ دیدگاه آدمی به زندگی بوده است به‌گونه‌ای که نه‌تنها حفظ زندگی به شکل معمول، مطلوب تلقی می‌شود بلکه ارتقاء کیفیت زندگی[17] در زمینه‌های متعدد، تلاش اساسی جوامع تلقی می‌شود. باوجود توافقی کلی، برداشت یکسانی در میان افراد و فرهنگ‌های مختلف از مفهوم «کیفیت زندگی» نبوده و شاهد برداشت‌های مختلف افراد از کیفیت زندگی هستیم. بنابراین الگوهای متعددی از کیفیت زندگی مطرح شده‌اند که در عین هم‌پوشی‌ها، تمایزهایی نیز دارند. برخی از الگوها بر سازه‌های شخصیتی تکیه دارند و برخی دیگر بر کارآمدی اجتماعی افراد صحه می‌گذارند. در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای است از ابعاد ذهنی و عینی که در تعامل با یکدیگر قرار دارند (۵).

از سوی دیگر باید توجه داشت که کیفیت زندگی مفهومی پویاست. چه‌بسا ارزش‌ها و خودارزشیابی‌های زندگی ممکن است در طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی و سلامتی دگرگون شوند. همچنین هر بُعد از کیفیت زندگی می‌تواند آثار قابل ملاحظه‌ای بر دیگر ابعاد بگذارد. امروز هم راکز و مؤسسات علمی پژوهشی بسیاری به مطالعه و بررسی کیفیت زندگی و سایر ابعادمرتبط با آن مشغولند، در این بین ارتباط کیفیت زندگی با سلامتی، یکی از این موارد است که به ارتباط کیفیت زندگی با وضعیت بهداشت و سلامتی اشاره دارد (۶). وجود بیماری‌های مختلف و کاهش کیفیت زندگی افراد می‌تواند زندگی خانوادگی آنان را تحت‌الشعاع قرار داده و بر روی کیفیت زندگی تک‌تک اعضای خانواده به ویژه همسر و فرزندان اثرگذار باشد (۵). تعداد جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران بر حسب درصد جانبازی در پایان اسفند ۱۳۸۸ براساس آمار اعلام‌شده ۵۳۴,۳۰۱ نفر است (۷).

براساس آمار جهانی بهداشت در حال حاضر حدود ۱۰ درصد از جمعیت جوامع صنعتی و ۱۲ درصد از جمعیت جوامع رو به توسعه (بالغ بر ۶۵۰ میلیون نفر) دارای نارسایی‌های ذهنی وجسمی و حسی بوده و به اصطلاح معلول هستند. از میان این تعداد حدود ۸۰ درصد در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه سکونت دارند. تخمین حدود ۱۰ درصد معلولیت از سوی جامعهٔ جهانی، برای کشور ایران که براساس آمار عمومی سال ۱۳۹۰ دارای جمعیتی بالغ بر هفتاد و چهار میلیون نفر بوده است که می‌تواند به‌طور تقریبی هفت میلیون و چهارصد هزار نفر معلول در انواع مختلف ذهنی، جسمی، حسی، اجتماعی و روانی را شامل شود (۷،۸).

معلولیت به‌عنوان یک پدیدهٔ ناخوشایند می‌تواند روند زندگی فردی و اجتماعی فرد معلول و وابستگان وی را دستخوش مشکلات جدی نماید. گستره و عمق عوارض

17. Quality of life

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]

ناشی از معلولیت به متغیرهای متفاوتی همچون نوع و شدت معلولیت، سن و جنس فرد معلول و سایر عوامل دیگر بستگی دارد. معلولیت تأثیرات مخرب بر روی کیفیت زندگی افراد معلول مخصوصاً تأثیر بر روی ازدواج، کسب دانش، اشتغال و حالات عاطفی آن‌ها داشته و به‌طور کلی ابعاد زندگی شخص را متأثر می‌سازد. این زندگی اغلب توسط نیروهای منفی مانند غفلت، پیش‌داوری و منفی‌گرایی در هم آمیخته‌شده و افراد معلول احتمال کمتری دارد که تحصیل کرده، استخدام‌شده یا مورد بازتوانی قرار گیرند (۹،۱۰). هدف از این مطالعه مقایسهٔ کیفیت زندگی همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران با همسران معلولین تحت پوشش بهزیستی در شهرستان بروجرد است.

روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی است که به‌صورت مقایسه‌ای بین همسران جانبازان (با جانبازی جسمی‌حرکتی) تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران و همسران معلولین جسمی‌حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهرستان بروجرد، انجام شده است. از هر گروه ۸۰ نفر که واجد شرایط و معیارهای لازم بودند، به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به‌منظور تحلیل اطلاعات حاصل از داده‌ها از آزمون آماری t استفاده شد.

در این پژوهش از دو پرسشنامهٔ مجزا استفاده شده است. پرسشنامهٔ اول که شامل ۱۲ سؤال است وضعیت دموگرافیک نمونهٔ مورد مطالعه را توصیف می‌کند و پرسشنامهٔ دوم پرسشنامهٔ استاندارد شدهٔ کیفیت زندگی (SF-۳۶) است که توسط ایوانز و کوپ در سال ۱۹۸۹ تدوین شده است. این مقیاس ۱۹۲ سؤالی دارای ۱۵ خرده‌مقیاس و یک مقیاس سنجش مطلوبیت اجتماعی است که نمرهٔ آن در نمرهٔ کل به حساب نمی‌آید. مقیاس‌های مورد مطالعه در این پرسشنامه عبارتند از رفاه مادی محیطی، سلامت جسمانی، تحول فردی، روابط زناشویی، روابط والدین با فرزندان، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتارهای سیاسی، ویژگی‌های شغلی، روابط شغلی، رضایت شغلی، رفتارهای ابتکاری و هنری، فعالیت‌های ورزشی، اوقات فراغت. برای نمره‌گذاری پرسشنامه، هر مقیاس دارای کلیدی است که با محاسبهٔ پاسخ آزمودنی براساس تمامی نمرهٔ وی در آن مقیاس به دست می‌آید. ساختار کلی پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده که عدم پاسخ آزمودنی آن شاخص در محاسبهٔ کلی منظور نخواهد شد. ضمناً تعداد شاخص‌های معتبر نباید کمتر از ۳ باشد؛ در صورت بروز این حالت آزمون کیفیت زندگی برای تفسیر نخواهد شد. شایان ذکر است که نمرهٔ شاخص مطلوبیت اجتماعی یعنی شاخص ۱۶ در نمرهٔ کل به حساب نمی‌آید. نمرهٔ مرکب با احتساب نمرات تمامی شاخص‌ها (A-O) از طریق تبدیل نمرهٔ خام به نمرهٔ مرکب به دست می‌آید.

پرسشنامهٔ کیفیت زندگی در ایران در سال ۱۳۸۴ توسط دکتر علی منتظری و همکاران ترجمه و هنجاریابی شده است. روایی آن ۰/۷۳ و اعتبار آن ۰/۸۱ از طریق روش forward-backward، گزارش شده است (۱۱).

یافته‌ها

شصت‌وپنج درصد از همسران معلولین در گروه سنی زیر پنجاه سال قرار دارند درحالی‌که اکثریت همسران جانبازان در گروه سنی ۵۱ تا ۵۵ سال قرار دارند. در گروه همسران جانبازان ۴۷/۵ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۲۵ درصد تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر داشته‌اند. در گروه همسران معلولین ۲۵ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم و ۴۵ درصد تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر داشتند.

در هر دو گروه اکثریت همسران خانه‌دار (۴۵ درصد همسران معلولین و ۶۰ درصد همسران جانبازان) و اقلیت آن‌ها (۲/۵ درصد در هر دو گروه) بازنشسته هستند. هر دو گروه اکثراً دارای ۲ یا ۳ فرزند بوده و ۸۲/۵ درصد از همسران معلولین و ۹۰ درصد از همسران جانبازان دارای بیمهٔ درمانی هستند. همچنین ۴۷/۵ درصد از همسران معلولین و ۶۷/۵ درصد از همسران جانبازان در منازل شخصی خودشان سکونت دارند و سایرین نیز در آسایشگاه‌ها، خانه‌های رهن یا اجاره‌ای و منزل اقوامشان زندگی می‌کنند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

نام متغیر		همسران جانبازان		همسران معلولین	
		فراوانی (تعداد)	درصد	فراوانی	درصد
گروه‌های سنی	۴۰ تا ۴۸ سال	۳۶	۴۵/۰	۱۸	۲۲/۵
	۴۹ تا ۵۷ سال	۳۲	۴۰/۰	۳۸	۴۷/۵
	۵۸ تا ۶۶سال	۱۲	۱۵/۰	۲۴	۳۰/۰
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۸	۴۷/۵	۲۰	۲۵/۰
	دیپلم	۲۲	۲۷/۵	۲۴	۳۰/۰
	فوق دیپلم و بالاتر	۲۰	۲۵/۰	۳۶	۴۵/۰
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۲	۲/۵	۲	۲/۵
	بیکار	۱۸	۲۲/۵	۱۴	۱۷/۵
	خانه‌دار	۳۶	۴۵/۰	۴۸	۶۰/۰
	شاغل	۲۴	۳۰/۰	۱۶	۲۰/۰
توزیع محل اقامت فعلی	شخصی	۳۸	۴۷/۵	۵۴	۶۷/۵
	رهن یا اجاره	۲۴	۳۰/۰	۲۰	۲۵/۰
	آسایشگاه	۱۰	۱۲/۵	۲	۲/۵
	خانه اقوام	۸	۱۰/۰	۴	۵

در این پژوهش به بررسی۱۶مقیاس تحقیق در مورد مقایسهٔ کیفیت زندگی بین دو گروه همسران جانبازان و همسران معلولین پرداخته شده است. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین حیطه‌های رفاه مادی و محیطی، روابط زناشویی، روابط فامیلی، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتارهای سیاسی، رضایت شغلی، فعالیت ورزشی و در نهایت کیفیت زندگی در دو گروه به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۲). برعکس بین حیطه‌های تحول فردی، سلامت جسمانی، روابط والدین با فرزندان، روابط با دوستان، روابط شغلی و ویژگی‌های شغلی و رفتارهای ابتکاری و هنری در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

جدول ۲. مقایسهٔ کیفیت زندگی کل در دو گروه

	کیفیت زندگی							
	خوب		متوسط		ضعیف		میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد			
همسران معلولین	۱۸	۲۵/۷۱	۳۰	۵۵/۵۵	۳۲	۸۸/۸۸	۱۱/۳۶	۴/۳۹	
همسران جانبازان	۵۲	۷۴/۲۸	۲۴	۴۴/۴۵	۴	۱۱/۱۲	۲۴/۱۷	۳/۳۳	۰/۰۰۴
مجموع	۷۰	۱۰۰	۵۴	۱۰۰	۳۶	۱۶۰			

اطلاعات به‌دست‌آمده از جدول فوق نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۴).

بحث

نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های دیگر محققان مقایسه شده است که بررسی‌ها نشان می‌دهد در مطالعهٔ انجام‌شده توسط محمود دژکام و آزیتا امین‌الرعایا با عنوان «مقایسهٔ نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه‌کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین»، بین دو گروه از نظر نشانه‌های جسمانی و افسردگی و عملکرد اجتماعی تفاوت معنادار وجود نداشته اما از نظر اضطراب بین دو گروه تفاوت معنادار بوده است. به‌عبارت دیگر همسران جانبازان از همسران معلولین دارای اضطراب بیشتری بودند (۱۲). اطلاعات به‌دست آمده مغایر نتایج حاصل ازاین تحقیق است. در مطالعهٔ دیگر مربوط به پژوهش ماندانا ساکی و همکاران با عنوان «بررسی سلامت روان همسران جانبازان قطع نخاعی استان لرستان در سال ۱۳۸۰» نتایج نشان داد که نمرات سلامت روان واحدهای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]

مورد پژوهش با متغیرهای سن، شغل، میزان تحصیلات، مدت جانبازی همسر، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی ارتباط معنادار داشته‌اند ($p<۰/۰۰۱$) (۱۳).

در مطالعهٔ دیگر مربوط به پژوهش بهار هنوایی جهت اخذ مدرک دکترای حرفه‌ای با عنوان «بررسی کیفیت زندگی نمونه‌ای ازجانبازان مبتلا به PTSD در بیمارستان بقیةالله در سال ۸۵-۱۳۸۴» نتایج نشان‌دهندهٔ رابطهٔ معنادار بین متغیرهای سن و طول مدت ابتلا به بیماری با کیفیت زندگی بودند. به این معنا که با افزایش سن و طول مدت ابتلا به بیماری، کیفیت زندگی کاهش یافته ولی متغیرهای دیگر مثل وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال و شدت بیماری و نوع درمان تأثیری روی کیفیت زندگی بیماران نداشته و ارتباط آماری معناداری بین آن‌ها و کیفیت زندگی پیدا نشد (۱۴).

در مطالعهٔ هایز و همکارانش (۲۰۱۳) که بر روی ۱۰ نوع از بیماران سرطانی و ۱۳ گروه از بیماران مزمن صورت گرفت، نشان داد که افسردگی ناشی از مقابله با بیماری‌های مزمن و سرطان (بخصوص سرطان سینه در زنان)، کیفیت زندگی افراد به‌شدت دستخوش تغییر شده و آن را کاهش می‌دهد (۱۵).

جولین بلانک و همکارانش (۲۰۱۳) در مطالعهٔ بیماران مبتلا به آلزایمر و اسکیزوفرنیا، رویکرد جدیدی را با نگاه چشم‌اندازی برای کیفیت زندگی ارائه دادند. این رویکرد که از تئوری گریفمن ریشه گرفته است به اهمیت تأثیر ارزش‌های فردی بر کیفیت زندگی آن‌ها تأکید دارد (۱۶).

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی یک مفهوم وسیع و چندبُعدی است که به‌عنوان چهارچوبی برای ارائهٔ خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع، مورد استناد قرار می‌گیرد. معلولیت تأثیرات مخرب بر روی کیفیت زندگی افراد معلول مخصوصاً تأثیر بر روی ازدواج، کسب دانش، اشتغال و حالات عاطفی آن‌ها داشته و به‌طور کلی ابعاد زندگی شخص را متأثر می‌سازد؛ از این‌رو در این مطالعه سعی شد که بین کیفیت زندگی همسران معلولین با همسران ایثارگران و جانبازان که از جهت رفع نیازهای پایه از سوی سازمان‌های حمایتی تا حدودی در شرایط مساعدتری در قیاس با همسران معلولین قرار دارند، مقایسه‌ای صورت گیرد.

نتایج این مطالعه بین حیطه‌های رفاه مادی و محیطی، روابط زناشویی، روابط فامیلی، رفتارهای نوع‌دوستانه، رفتارهای سیاسی، رضایت شغلی، فعالیت ورزشی و در نهایت کیفیت زندگی در دو گروه به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان داد ($p=۰/۰۰۲$). با وجودی که بین روابط با والدین، روابط با فرزندان و روابط شغلی در دو گروه تفاوت معناداری نداشت اما باز هم نباید اهمیت اساسی ارتباطات در کیفیت زندگی تمامی اقشار و گروه‌های اجتماعی را نادیده گرفت.

در پایان توصیه می‌شود تا سایر پژوهشگران به عوامل خانوادگی مؤثر بر کیفیت زندگی مانند حمایت‌های خانوادگی، نگرش‌ها و ارزش‌های حاکم بر خانواده، منابع حمایتی در دسترس خانواده، روابط خانوادگی، عوامل اجتماعی مانند تنش‌ها و فشارهای اجتماعی، منابع حمایتی موجود در جامعه، هنجارهای متفاوت افراد جامعه و تأثیر حمایت‌های سازمان‌های دولتی توجه بیشتری داشته باشند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]

References

1. Babai N. Social Policy and Health. Journal of Social Welfare. 2006;3(10):201-32. [Persian]
2. Amoli F. Relationship between quality of life of their employees at Islamic Azad University of Sari. Thesis for MSc. Islamic Azad University Roudehen. 2002. [Persian]
3. Safari H. Comparing quality of life of women intellectual disabilities use professional training of public services with the same people who use private sector in Tehran (2004). [Thesis for MSc in Rehabilitation Management]. [Tehran]: Universityof Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2004. [Persian]
4. Mardani Hamuleh M, Shahraki Vahed A. The relationship between mental health and quality of life in cancer patients. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2008;16(2):33-8. (Persian)
5. Movahedi A. Assess the impact on quality of life and social well-being of employees of the National Bank of Tehran. Thesis for MSc. University of Allameh. 2011. [Persian]
6. Karimloo M. Compare quality of life between Physical-motor disability and healthy individuals with using a questionnaire WHOQOL 100, 2012:8(2): 65-72[Persian].
7. Shahandeh H, Wameghi R, Hatamizadeh N, Kazemnejad A. Quality of life among people with spinal cord injuries. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2005;3(3):1-8. [Persian]
8. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79(11):1047-55.
9. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. American Nephrology Nurses' Association. 1993;20(5):575-81.
10. Bolander V. Sorensen and Luckmann's basic nursing: a psychophysiologic approach. WB Saunders Company; 1994.
11. MontazeriA, Goshtasbi A, Vahdani Nia M. Translation, Farsi determine the reliability and validity of the questionnaire SF-36. Payesh. 2006;5 (1):49-56. [Persian]
12. Dejhkam M, Aminoroaya A. Compared the prevalence of mental health psychiatric veteran's hospital Wives topped with mental illness referred to Imam Hossain Tehran. Conference veterans and their families. 2003. [Persian]
13. Saki M, Hanbari A. Mental Health Assessment in Spouses of Spinal Cord Injured War Survivors in Lorestan, 2001. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2004; Web Special Issue, No. 1: 7-14. [Persian]
14. Navaei B. Quality of life in a sample ofveterans with PTSD in the hospitals. Journal of Mental Health. 2005; 46:23-7. [Persian]
15. Hays RD, Reeve BB, Smith AW, Clauser SB. Associations of cancer and other chronic medical conditions with SF-6D preference-based scores in Medicare beneficiaries. Quality of Life Research. 2013;1-7.
16. Blanc J, Boyer L, Le Coz P, Auquier P. Metacognition: towards a new approach to quality of life. Qual Life Res. 2014;23(2):467-75.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.2.2.3]