

بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

ماه منیر حقیقی^۱، دکتر کورش ساکی^{۲*}، حمیده محدثی^۳، رویا یاوریان^۴، لیلا سلامی^۵

تاریخ دریافت 1392/01/20 تاریخ پذیرش 1392/03/19

چکیده

پیش زمینه و هدف: امروزه کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم جهت ارزیابی وضعیت سلامت، پیشرفت و توسعه یک جامعه محسوب می‌شود، بنابراین ارتقاء کیفیت زندگی در سطح جامعه و ارزیابی عوامل فردی و اجتماعی موثر بر آن یکی از وظایف مهم دولت و مسئولین امور اجتماعی محسوب می‌شود. یک گروه از اقشار آسیب پذیر جامعه زنان سرپرست خانوار می‌باشند که به دلیل شرایط ویژه زندگی و مواجهه با استرس‌های متعدد، سلامت جسمی و روانی آنان در معرض خطر می‌باشد. در این مطالعه با هدف شناخت عوامل موثر بر ابعاد مختلف سلامت به بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل می‌پردازیم.

مواد و روش کار: در این مطالعه همبستگی ۹۷ نفر از زنان سرپرست خانوار شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان آذربایجان غربی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سرسختی را تکمیل نموده و اطلاعات با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** بین سرسختی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در ابعاد روانی، اجتماعی، محیطی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. ($P < 0/01$) ولی با بعد جسمانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار یافت نشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین سرسختی و کیفیت زندگی این ویژگی روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک عامل پیش بینی کننده سطح کیفیت زندگی به حساب آید، لذا با تعیین میزان آن به ویژه در افرادی که با استرس‌های بیشتری مواجهند می‌توان کسانی که آسیب پذیری بیشتری داشته و سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها در معرض خطر بیشتری می‌باشد را شناسایی و مورد حمایت و اقدامات پیشگیرانه لازم قرار داد. **کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، سرسختی، زنان سرپرست خانوار.

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره پنجم، پی در پی 46، مرداد 1392، ص 385-390

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تلفن: ۲۲۳۲۲۹۶ - ۴۴۱۰

Email: saki_k @umsu.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی پزشکی خانم لیلا سلامی می‌باشد که در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بهداشت باروری تصویب شده است.

مقدمه

کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است (۳،۲). در دوران معاصر کیفیت زندگی به موضوع مطالعه دانشمندان تبدیل شده است زیرا آن‌ها به این واقعیت پی برده‌اند که آینده جامعه در گرو شناسایی عواملی است که بر شرایط زندگی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد (۴). در مورد ابعاد کیفیت زندگی نیز نظرات متفاوتی وجود دارد، برای مثال در

از آنجا که در دهه‌های اخیر سلامت مفهومی وسیع تلقی می‌شود، لذا در اندازه گیری سلامت منظور نمودن ابعاد چندگانه و کیفیت آن بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. به همین جهت امروزه سنجش کیفیت زندگی^۶ وابسته به سلامت به عنوان پیامدی از وضعیت سلامت جامعه در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است (۱). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی

^۱ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، مربی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی، مربی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشجوی دکتری روانشناسی

^۵ دانشجوی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۶ Quality of life

۳۷ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (۱۸). در کشور ما نیز داده‌های آماری حاکی از روند رو به افزایش تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در سه دهه اخیر است، به طوری که در سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۳/۱، ۴/۷ و ۷/۷ درصد از کل خانواده‌های ایرانی را تشکیل داده‌اند (۱۹). در حال حاضر یک میلیون و ۶۰ هزار زن سرپرست خانوار شهری و ۷۴۹ هزار زن سرپرست روستایی و یک هزار و ۲۱۱ زن سرپرست عشایری در کشور وجود دارد (۲۰). گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبه رو هستند به طوری که عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد (۲۱). روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۲). مروین و سومر در ۱۹۶۹ عنوان کردند زنان سرپرست خانوار بدلیل تعدد نقش (خانه داری، نقش اقتصادی و مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده) استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه می‌کنند (۲۳).

با توجه به اهمیت حفظ و ارتقاء سلامت جامعه به خصوص اقشار آسیب پذیر و ارتباط کیفیت زندگی با ابعاد مختلف سلامت، بررسی و شناخت عوامل مرتبط با کیفیت زندگی جهت استفاده کاربردی از این اطلاعات و کمک به بهبود کیفیت زندگی افراد، می‌تواند مفید باشد. مطالعه حاضر به بررسی ارتباط سرسختی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل در دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور تعیین ارتباط سرسختی با کیفیت زندگی بر روی زنان سرپرست خانوار شاغل در شبکه‌های بهداشت و درمان و دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی انجام شده است. تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه جهت انجام این مطالعه اخذ شد.

نمونه گیری به روش در دسترس بوده و کلیه زنان سرپرست خانوار ذکر شده که طبق برنامه تدوین شده توسط امور بانوان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جهت معاینات دوره‌ای به بیمارستان شهید مطهری ارومیه مراجعه می‌نمودند با کسب رضایت و ارایه توضیحات لازم در مورد نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها وارد مطالعه می‌شدند. در پایان برنامه مذکور تعداد شرکت کنندگان در طرح ۹۷ نفر بود که سه پرسشنامه ذیل را جهت جمع آوری داده‌ها تکمیل می‌نمودند:

پژوهشی با نام سنجش کیفیت زندگی در ایران، کیفیت زندگی بر اساس سه بعد: روانی، اجتماعی و محیطی اندازه گیری شده است (۵). و با عواملی مانند: سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، محیط اجتماعی، حالت‌های روان‌شناختی و بیماری ارتباط پیدا می‌کند (۶).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که استرس‌های روان‌شناختی با بیماری‌ها مرتبط هستند. کوباسا بر مبنای نظریه سلیه عواملی را که اثرات منفی استرس را تعدیل می‌کنند مشخص کرده است. وی متوجه شد افرادی که درجه بالایی از استرس را بدون بیماری تجربه می‌کنند ساختار شخصیتی متفاوتی از افرادی که در شرایط استرس زا بیمار می‌شوند دارند. کوباسا این تمایز شخصیتی را در ساختاری با نام "سرسختی" معرفی نمود (۷). سرسختی روان‌شناختی^۳، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند و ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است، اما در عین حال مجموعه‌ای واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل یافته است (۸). سرسختی احساس بنیادی از کنترل است که به فرد سرسخت امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردها را می‌دهد و باعث پرورش دیدی خوش‌بینانه نسبت به استرس‌ها می‌شود (۹). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهند که افرادی که از سرسختی روان‌شناختی قوی برخوردارند، در مقایسه با افراد دارای سرسختی روان‌شناختی ضعیف در پاسخ به تنش کمتر، دچار آسیب جسمانی و یا روانی شوند. (۱۱،۱۰). در دو مطالعه که بر روی نمونه‌های متفاوت انجام شده مشخص شده رابطه مثبت و معنی‌داری بین سرسختی و کیفیت زندگی وجود دارد (۱۲،۱۳). در دو مطالعه دیگر نیز بین سرسختی روان‌شناختی و سلامت روان رابطه معنی‌دار یافت شده است (۱۴،۱۵) همچنین در مطالعه بر روی بازماندگان زلزله بم مشخص شد بین سرسختی و خود تاب آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد (۱۶).

یکی از گروه‌های آسیب پذیر جامعه زنان سرپرست خانوار می‌باشند که مطالعات کمتری در مورد وضعیت آنان انجام شده است. امروزه پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل مختلف در دنیا رو به افزایش است. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود (۱۷). تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهند که امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان آور خانه هستند

³ Psychological Hardiness

۱- پرسشنامه اول مربوط به مشخصات جمعیت شناختی (شامل سن، تحصیلات، شغل، علت سرپرستی خانوار و دریافت حمایت از دیگران)

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با عنوان WHOQOL-BREF که چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۶ سؤال می‌سنجد و هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۳، ۶، ۷ و ۸ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه از ابتدا به گونه‌ای طراحی شده که ابعاد آن برای پاسخ دهنده مشخص نشده باشد. دو سؤال اول به هیچ کدام از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت گزارش فرد از سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در هر یک از حیطه‌ها کسب نمره بالاتر از میانگین مربوطه بیانگر کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. این پرسشنامه توسط گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی تهران ترجمه و اعتبار سنجی شده است.

۳- پرسشنامه استاندارد سرسختی اهواز (AHI) جهت بررسی سرسختی روان‌شناختی که یک پرسشنامه خود گزارشی با ۲۷ ماده می‌باشد و توسط کیمرثی جهت ارزیابی سرسختی ساخته شده و ۳ مؤلفه‌ی تعهد، کنترل و مبارزه جویی را در افراد مورد سنجش قرار می‌دهد. فرد پاسخ دهنده موظف است که در هر ماده یکی از چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات را انتخاب نماید. به هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۳، ۲، ۱، ۰ تعلق می‌گیرد، به جز ماده شماره‌های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ که دارای بار منفی بوده و به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۰ تا ۸۱ می‌باشد و احراز نمره‌ی بالاتر بیانگر سرسختی بالاتر فرد می‌باشد. اعتبار و پایایی پرسشنامه توسط طراح آن بررسی و تایید شده است.

داده‌های مورد مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 مورد تحلیل و آنالیز قرار گرفت. جهت بررسی‌های آماری از

روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین±انحراف معیار) استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون t. test و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون آماری مجذور کای و در موارد نیاز از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شده است.

یافته‌ها

از ۹۷ نفر زن سرپرست خانوار شاغل شرکت کننده در این طرح ۴۱/۴ درصد آن‌ها سن ۲۰-۳۰ سال، ۴۰/۲ درصد سن ۳۰-۴۰ سال، ۴۲/۳ درصد سن ۴۰-۵۰ سال و ۱۳/۴ درصد بالای ۵۰ سال داشتند. از نظر تحصیلات ۲۲/۷ درصد بی‌سواد یا تحصیلات ابتدایی، ۱۳/۴ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۳ درصد تحصیلات دبیرستان یا دیپلم و ۳۰/۹ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.

از نظر شغل ۳۹/۲ درصد کارمند، ۴۰/۲ درصد خدمات، ۱۴/۴ درصد پرستار، ۶/۲ درصد بهورز بودند. علت سرپرستی در ۴۹/۵ درصد طلاق، ۴۵/۴ درصد فوت همسر و ۵/۲ درصد سایر موارد بود. مدت سرپرستی در ۶۲/۹ درصد زنان ۱-۱۰ سال، ۳۳ درصد به مدت ۱۰-۲۰ سال، ۳/۱ درصد به مدت ۲۰-۳۰ سال و ۱ درصد بیش از ۳۰ سال بود. بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار یافت نشد. حداقل و حداکثر نمره سرسختی در این زنان به ترتیب ۲۶ و ۷۲ می‌باشد (با میانگین ۵۴/۲۷ و انحراف معیار ۹/۶۵). توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. ۳۲ درصد زنان بی‌سرپرست از حمایت افراد دیگر مانند خانواده و بستگان بهره‌مند بودند و ۶۸ درصد از هیچ‌گونه حمایتی برخوردار نبودند.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی

بر اساس کیفیت بالا و پایین در زنان سرپرست خانوار شاغل			
ردیف	دامنه‌های کیفیت زندگی	فراوانی	درصد
۱	جسمانی	۱۶	۱۶/۵
	کیفیت بالا	۸۱	۸۳/۵
۲	روانی	۶۵	۶۷
	کیفیت بالا	۳۲	۳۳
۳	اجتماعی	۶۱	۶۲/۹
	کیفیت بالا	۳۶	۳۷/۱
۴	محیطی	۴۵	۳۶/۱
	کیفیت بالا	۶۲	۶۳/۹

در جدول شماره ۲ شدت همبستگی بین ویژگی سرسختی روان‌شناختی با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل نشان داده شده است.

بر اساس جدول فوق بیش از نیمی از نمونه‌ها در ابعاد روانی و اجتماعی دارای کیفیت زندگی پایین می‌باشند و در مقابل در ابعاد جسمانی و اجتماعی، بیش از نیمی از نمونه‌ها از کیفیت زندگی بالا برخوردار هستند.

جدول شماره (۲): شدت همبستگی بین ویژگی سرسختی روان‌شناختی با ابعاد

p. valae	ضریب همبستگی	سرسختی
		ابعاد کیفیت زندگی
۰/۱۷	۰/۱۴	جسمانی
۰/۰۰۱	۰/۵	روانی
۰/۰۰۳	۰/۳۲	اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۴۱	محیطی

جویی) با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد و این مؤلفه‌ها می‌توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را به طور معنی‌دار پیش بینی کنند (۱۲).

همچنین در مطالعه رحیمیان و همکاران که بر روی بازماندگان زلزله بم انجام شده نشان داده شده افزایش سرسختی و تاب آوری، سلامت روان بازماندگان زلزله را افزایش می‌دهد (۱۶).

در مطالعه دیگری که توسط جواد ایرانیان بر روی کارمندان انجام شده بین سرسختی و سلامت روان کارمندان رابطه معنی‌دار یافت شده است و عنوان شده سرسختی می‌تواند سلامت روانی را پیش بینی کند (۲۴).

در مطالعه ویسی و همکاران نیز ذکر شده که در شرایط پر استرس، افراد دارای سرسختی بالا بیشتر از افراد با سرسختی پایین از خستگی شغلی و سلامت روانی برخوردارند (۲۵).

همچنین در مطالعه کلاگ و برادلی، اشاره شده که سرسختی به عنوان یک نیروی درونی می‌تواند اثرات استرس را کاهش داده و توان مقابله فرد با حوادث زندگی را افزایش دهد (۲۶).

در مجموع با توجه ارتباط بین سرسختی و کیفیت زندگی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از بروز اختلالات روانی به ویژه در زنان سرپرست خانوار که به دلیل شرایط خاص زندگی با استرس‌های متعددی مواجه هستند می‌توان با انجام بررسی‌های لازم و تعیین میزان سرسختی، افرادی که به دلیل سرسختی پایین‌تر در معرض بروز مشکلات بیشتری در مواجهه با استرس‌های محیطی، شغلی و درونی می‌باشند را شناسایی و مورد حمایت و اقدامات لازم قرار داد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد کم نمونه‌های در دسترس (به دلیل محدود بودن نمونه‌ها به کارمندان دانشگاه

همان‌گونه که در جدول نشان داده شده بین سرسختی روان‌شناختی و بعد روانی کیفیت زندگی ($p=0/001$) و بعد اجتماعی ($p=0/003$) و بعد محیطی ($p=0/000$) ارتباط معنی‌دار وجود دارد، به این معنی که افزایش نمره سرسختی با بهبود کیفیت زندگی در این سه بعد همراه است ولی بین سرسختی و بعد جسمانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار مشاهده نمی‌شود ($p=0/17$).

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه بین ویژگی‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد که از یک سو می‌تواند مربوط به تعداد کم نمونه‌های در دسترس باشد و از سوی دیگر تأثیر دوگانه‌ای که برخی از این ویژگی‌ها از جمله شغل و تحصیلات بر کیفیت زندگی دارد (۴). یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد بین سرسختی و ابعاد روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد ($P<0/01$)، بدین معنا که با افزایش سرسختی فرد، کیفیت زندگی در ابعاد مذکور بهبود می‌یابد ولی بین بعد جسمانی کیفیت زندگی و سرسختی ارتباط معنی‌دار یافت نشد ($P=0/1$) این نتایج با تعدادی از مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. از جمله مطالعه صادقی در ۱۳۸۵ تحت عنوان رابطه بین کیفیت زندگی و سرسختی و خودکار آمدی و عزت نفس در میان زنان خانه‌دار و شاغل که نشان داد بین کیفیت زندگی و سرسختی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۱۲). در مطالعه تیموری که با هدف بررسی ارتباط بین سرسختی با کیفیت زندگی در مدیران اجرایی انجام شده بود نیز نشان داده شد بین مؤلفه‌های سرسختی (تعهد، کنترل و مبارزه

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر حاصل پایان نامه دکتری پزشکی عمومی و طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد، لذا از تمام همکاران که ما را در جمع آوری داده‌ها و اجرای این طرح تحقیقاتی یاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت و درمان و عدم مراجعه تعدادی از افراد ساکن شهرستان‌ها جهت ارزیابی) می‌باشد. و پیشنهاد می‌شود با توجه به نیازهای خاص زنان سرپرست خانوار، مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر بر روی ابعاد دیگری از وضعیت زندگی و سلامت این گروه آسیب پذیر جامعه انجام گیرد.

References:

1. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2006; 5: 49-56.
2. Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHO QOL-BREF) questionnaire: translation validation study of the Iranian version. *J School of Public Health and Institute of Public Health Reas* 2006; 4: 12-1.
3. Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Oztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nurs* 2001;24(6):490-5.
4. Javaheri F, Serajzadeh H, Rahmani R. Analysis of effect of woman's employment on their life quality case study ;Iranian female employees in the ministry of Agriculture. *J woman in Developmen & Politics* 2010;8(2): 143-62. (Persian)
5. Rabbani Khorsangani A, Kianpour M. Towards a proposal Model for Measuring Quality of life in Iran. *J the faculty of literature and Humanities;* 2008;4: 108-67.
6. King CR, Hinds PS. *Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice.* UK: Jones & Bartlett Publishers; 2003.
7. Kiamarsi A, Najarian B, Mehrbizadeh Honarmand M. Hardness scale measurement structure and validation. *J Psychology* 1998;2(3): 16-23. (Persian)
8. Kobasa S C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J pers psycho* 1979; 37(1): 1-11.
9. Roghanchi M. The relationship between religious orientatin and psychological health in Kermanshah University students. [dissertation]. Kermanshah: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences;2005. (Persian)
10. Sharifi KH, Arizi H. R, Namdari K. A study of the relationship between family functioning and psychological Hardiness of high school students in Isfahan. *J Andishvar raftar* 2005;1(10): 82-94. (Persian)
11. Brannon L. Feist J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*(3rd ed). Pacific Grove,CA: Brooks/Cole; 1997.
12. Teimouri S, Ayyobi S. The relationship between hardiness and quality of life in Azad Univesity district 9 executive managers. *J Islamic Azad University Marvdasht Branch* 2008(1): 1-10. (Persian)
13. Shakerinia I. The relationship examination of noise pereception, psychological hardiness and mental health with the quality of life in Inhabitants of Rasht bustle Area. *Iranian J Health and Environment* 2011;3(4); 475-84. (Persian)
14. Shakerinia I. Reiationship between religious attitudes and psychological hardiness with psychological among elite mobilization. *J Humanitises Univ Imam Hussein* 2011;(78). (Persian)
15. Shirbim Z, Soudani M, Shafi Abadi A. The relationship between psychological Health and

- psychological hardiness in students. *J Knowledge and Behavior* 2009;4(3):7-16. (Persian)
16. Rahimian B, Asgharnejad Farid oogar E A. A. The relationship between psychological and mental health in Adolescent and Adult survivors of Bam Earthquake. *J Iranian psychology and clinical psychology* 2008;14(1):62-70. (Persian)
17. Khosravi Z. Study of emotional, psychological and social problems in female headed household. *J alzahra Univ* 1999;11(39):71-93 (Persian)
18. Moti N. Opportunities for children and female headed households [Internet]. 2009 [cited 2013 Jul 8]. Available from: <http://www.wrc.ir/?action=Scholar2.View&Group=1&ID=872>
19. Forouzan S. Indicators of human poverty in female headed households receiving the service plan of Welfare country. Tehran: Tehran Welfare Organization social Department;2000. (Persian)
20. Statistical center of Iran. The household of statistics employment and unemployment since 2004 to2007. *J woman* 2008. (Persian)
21. Langlois J, Fortin D. Single-parent mothers, poverty & mental. *Sante-mental Health: Alitertur Reviw* 1994;19(1): 157-73.
22. Simmons S. Quality of life in community mental health care. *J nurse student* 1994;31: 679-83.
23. Tatina Boldaji OL, Forouzan A, Rafie H. A study of quality of life in female headed households employed the service and female households covered in Tehran Welfare Organizatin. *J Social Welfare* 2011;9(40). (persian)
24. Iranian SJ, Saatchi M, Amiri AA. The relationship between psychological hardiness and role overload employees with mental health. *Psychological Research* 2010;2(6); 72-88. (Persian)
25. Veissi M, Atefvahid M, Rezaee M. Job satisfaction and mental health: The Balancing effects of personal hardiness and social support network factors. *IJPCP* 2000;6(2): 70-8. (Persian)
26. Klag S, Bradley G. The role of hardiness in stress and illness: Anexpioratin of the effect of negative affectivity and gender. *Brit J health psychology* 2004;9(2): 137-61.

A SURVEY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL HARDINESS AND QUALITY OF LIFE IN CARETAKER EMPLOYED WOMEN'S OF THE URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH CARE SERVICES

Haghighi H¹, Saki K^{2*}, Mohaddesi H³, Yavarian R⁴, Salami L⁵

Received: 9 Apr , 2013; Accepted: 9 Jun , 2013

Abstract

Background & Aims: Nowadays quality of life is known as an important determinant in the evaluation of health situation, and communities' development. Therefore, study of Individual needs, and the social factors influencing quality of life is one of the responsibilities of caretaker managers. The single-parent women are one of the vulnerable groups that tolerate multiple stresses due to their special life condition. This study tries to assess the relationship between quality of life and hardiness in these women.

Materials & Methods: In this correlation study, 97 caretaker employed women filled quality of life and psychological hardiness questionnaires. The data were analyzed through Pearson's correlation coefficient.

Results: The finding revealed significant relation between Psychological Hardiness and 3 domains of life quality (psychological, social, and environmental)($p < 0/01$) but the relationship was not significantly meaningful in physical domain($p = 0/1$).

Conclusion: According to the results, Psychological Hardiness can be considered as one of the predictors in determining level of the quality of life. Therefore it seems that special attention should be given to the women with low Psychological Hardiness.

Key words: Quality of life, Psychological Hardiness, caretaker employed women.

Address: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: (+98) 0441-2232296

Email: saki_k @umsu.ac.ir

¹ Psychiatrist, Assistant Professor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Psychiatrist, Associate Professor of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(corresponding author)

³ Midwifery Faculty, Midwifery Department, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Reproductive Health Research Center, Urmia, Iran

⁴ MS in Psychology, Instructor Urmia University of Medical Sciences Psychologist PHD student, Urmia, Iran

⁵ Medical student, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran