

تحلیل مفهوم کیفیت زندگی زنان: مدل هیبرید

فاطمه‌السادات سیدنعمت‌اله روشن^۱، فاطمه الحان^۲، آرمین زارعیان^۳، انوشیروان کاظم نژاد^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: عوامل بسیار زیادی در زندگی باکیفیت مطلوب مؤثرند. با توجه به ذهنی و چند عاملی بودن مفهوم کیفیت زندگی و لزوم توجه در فرهنگ‌ها و گروه‌های مختلف اجتماع، مطالعه حاضر با هدف تحلیل مفهوم کیفیت زندگی از دیدگاه زنان انجام شد.

روش: برای تحلیل کیفیت زندگی زنان از الگوی هیبرید به شیوه شوارتز و کیم استفاده شد. در مرحله نظری جهت تحلیل عمیق و تعریف مجدد مفهوم کیفیت زندگی زنان، ۵۷۱ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر و در دسترس، بدون محدودیت سال و با کلیدواژه‌های کیفیت زندگی و زنان به زبان فارسی و انگلیسی مورد جستجو قرار گرفت. در مرحله کار در عرصه مصاحبه با ۴۰ نفر از زنان ایرانی ساکن شهر تهران انجام شد؛ و مصاحبه‌ها تحت تحلیل محتوی قراردادی با روش ژانگ قرار گرفت. در مرحله نهایی، شباهت‌ها و تفاوت‌های تعاریف از دو مرحله قبل ارزیابی شده و تحلیل کلی انجام گرفت.

یافته‌ها: در مرحله تحلیل نهایی کیفیت زندگی زنان بدین صورت تعریف شد: کیفیت زندگی از دیدگاه زنان، یک مفهوم ذهنی و بیانگر احساس خوشبختی بود؛ که آنان در زندگی‌شان با داشتن آرامش در زندگی؛ و رضایت از وضعیت سلامت ناشی از مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و برقراری ارتباط خوشایند با خود، خدا، محیط و دیگران، حس امنیت و درک حمایت‌های جامع دریافتی برای داشتن یک زندگی ایده آل، تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های به دست آمده استنباط شد؛ که توجه به وضعیت زنان در زمینه حمایت‌های جامع، امنیت، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و ارتباطات می‌تواند به نتایج مفید و قابل توجهی در جهت بهبود کیفیت زندگی زنان منجر شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان، تحلیل مفهوم، مدل هیبرید

ارجاع: سید نعمت اله روشن فاطمه‌السادات، الحان فاطمه، زارعیان آرمین، کاظم نژاد انوشیروان. تحلیل مفهوم کیفیت زندگی زنان: مدل هیبرید. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۸(۳): ۲۰-۲۰۴.

تاریخ چاپ: ۹۸/۹/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۹

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه سلامت جامعه، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

۴- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Email: alhani_f@modares.ac.ir

نویسنده مسئول: فاطمه الحان

مقدمه

حدود ۳۰ سال پیش، Antonovsky بیان نمود که به‌منظور ارتقاء سلامت به جای محدود شدن به دیدگاه بیماری و بیماری‌زایی که به عملکردهای پزشکی و سیستم‌های بیولوژیکی مربوط می‌شود، به مفهوم خاستگاه سلامت که ابعاد مختلف رفاه و به عبارتی کیفیت زندگی را به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت در افراد و جوامع مورد بررسی قرار می‌دهد، باید توجه نمود (۱). کیفیت زندگی را می‌توان به‌عنوان یک شاخص کلیدی و یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی در نظر گرفت (۲)؛ اما کیفیت زندگی امری نسبی و از دیدگاه افراد، در موقعیت‌های مختلف متفاوت بوده و به رضایت فرد از زندگی خود برمی‌گردد و با عواملی مانند سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، محیط اجتماعی و سلامت و بیماری ارتباط پیدا می‌کند (۳). در میان عوامل مطرح شده، مسئله جنسیت در تعیین کیفیت زندگی نقش اساسی دارد (۴). بر اساس اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، زنان به دلیل گذراندن دوره‌های فیزیولوژیکی مختلف مانند بلوغ، قاعدگی، بارداری، زایمان و یائسگی و همچنین احتمال بیشتر فقر، گرسنگی و سوء‌تغذیه، تحمل مسئولیت‌های چندگانه و بارکاری زیاد و تبعیض جنسیتی جزو گروه پرخطر جامعه محسوب می‌شوند (۵). در بسیاری از جوامع، زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند. از آنان انتظار می‌رود که هم برای کسب درآمد کار کنند؛ و هم مسئول امور داخل منزل باشند و به نیازهای شوهر و فرزندان‌شان و گاه به نیازهای خویشاوندان دیگر نیز رسیدگی کنند. حتی هنگامی که زنان به کار کردن در بیرون از منزل هم نپردازند، بازهم امور داخل منزل ممکن است دشوار و تمامی ناپذیر باشند. چنین زنانی که خسته از کارند، در اولویت آخر، آن هم با شرایط خاصی، می‌توانند به نیازهای بهداشتی خود بیندیشند (۶). در این زمینه پژوهش‌های متعددی در جمعیت زنان به‌عنوان گروه در معرض خطر انجام گرفته است؛ که به‌طور کل مؤید وجود تفاوت‌هایی از نظر کیفیت زندگی بین زن و مرد می‌باشد. به‌عنوان مثال نتایج پژوهش‌های Campos و همکاران در برزیل (۶)، Hart و Kang در کشور آمریکا (۷)، همچنین

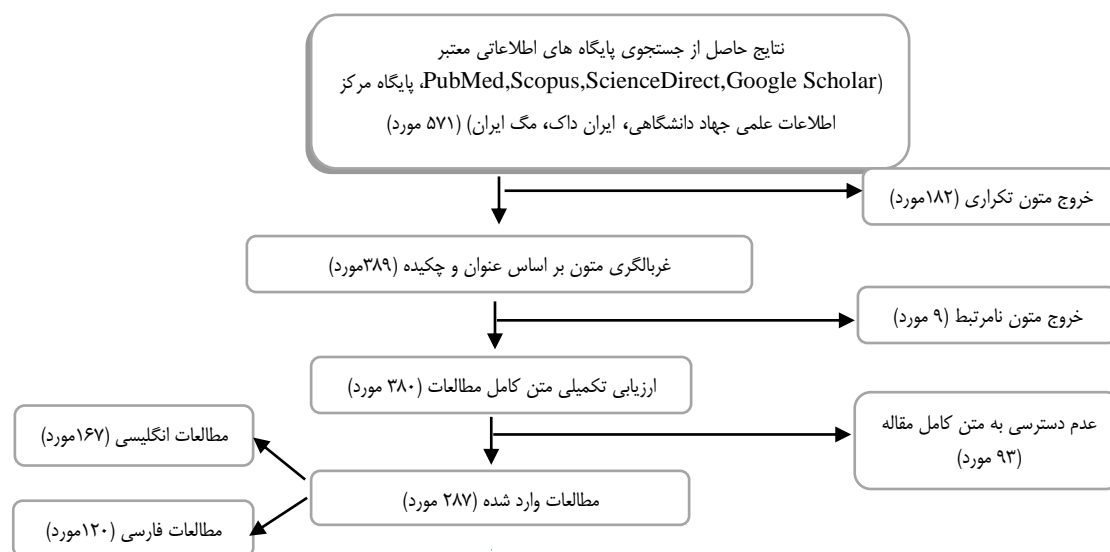
فرهادی و همکاران (۸)، حاجیان تیلای و همکاران (۹) در جمعیت عمومی در ایران، بیانگر کیفیت زندگی ضعیف‌تر زنان در کلیه ابعاد آن در مقایسه با مردان بوده است؛ اما با وجود گذشت چندین دهه از رواج مفهوم کیفیت زندگی و تحقیقات متنوع صورت گرفته در این زمینه، هنوز هم تعریفی دقیق، واضح و واحدی از کیفیت زندگی و عناصر تشکیل‌دهنده آن ارائه نشده است؛ و به همین دلیل به هیچ وجه نمی‌توان ادعا کرد آنچه در تحقیقات به دست می‌آید واقعاً نشان‌دهنده کیفیت زندگی جمعیت مورد پژوهش باشد (۱۰). اگر درک عمومی از یک مفهوم وجود نداشته باشد، کاربرد آن در عمل زیر سؤال می‌رود و پاسخ‌های افراد بر اساس تفاسیر موقت فردی خواهد بود (۱۱). در این راستا، مطالعه حاضر باهدف روشن ساختن مفهوم کیفیت زندگی زنان، درک و شناخت بیشتر اجزای آن در بافتار فرهنگی اجتماعی ایران با روش هیبرید صورت گرفت.

روش

در این پژوهش از الگوی هیبرید تحلیل مفهومی که به‌وسیله Kim و Schwartz-Barcott توصیه شده استفاده شد. الگوی هیبرید مبتنی بر توسعه مفهوم از طریق بررسی کیفی پدیده‌ها در همان محلی است که پدیده رخ می‌دهد. توسعه مفهوم، با استفاده از الگوی هیبرید روش‌های استقرایی و قیاسی را در هم می‌آمیزد تا شکلی از یکپارچه‌سازی را ایجاد نماید؛ و به این ترتیب قادر است مفاهیمی را که کاربرد زیادی دارند پالایش نماید. این الگو شامل سه مرحله الف- نظری، ب- مرحله کار در عرصه و ج- تحلیل نهایی می‌باشد (۱۲).
الف- مرحله نظری: این مرحله شامل پنج گام (انتخاب یک مفهوم، جستجوی کامپیوتری و متون، بررسی معانی و روش‌های اندازه‌گیری مفهوم، انتخاب یک تعریف ابتدایی) می‌باشد؛ بنابراین در این مرحله با توجه به هدف پژوهش مفهوم کیفیت زندگی زنان انتخاب شد، سپس برای انجام مرور مطالعات، کلیه پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر در دسترس مانند PubMed، ScienceDirect، Google Scholar، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مگ ایران و... بدون محدودیت سال با کلیدواژه‌های کیفیت زندگی و زنان

به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. در نهایت از متن کامل ۲۸۷ مقاله استفاده شد. پس از انتخاب مقالات مرتبط متن مقالات به‌منظور استخراج کدهای مناسب چندین مرتبه خوانده شد. سپس کدهای مناسب درون برگه‌های جداگانه با شماره و حروف اختصاری یادداشت گردید و در نهایت کدها بازبینی، ادغام و دسته‌بندی و تحلیل شدند و در پایان یک تعریف ابتدایی از مفهوم کیفیت زندگی زنان ارائه شد. نمودار روند جستجوی متون در شکل ۱ آورده شد.

در عنوان و چکیده به زبان فارسی و انگلیسی مورد جستجو قرار گرفت. در این مرور از سؤالات زیر استفاده گردید: «تعریف کیفیت زندگی زنان چیست؟ کیفیت زندگی زنان دارای چه ابعادی می‌باشد؟ و...». در مجموع ۵۷۱ مقاله شناسایی شد. هر کدام از مقاله‌ها از نظر معیارهای ورود به مطالعه شامل: وجود کلمات کلیدی در مقاله، مرتبط بودن با مفهوم، دسترسی به متن کامل مقاله، تکراری نبودن مورد بررسی قرار گرفت. مقالات تکراری و یا غیر مرتبط با مفهوم،



شکل ۱: نمودار روند جستجوی متون

بودن در گروه سنی ۴۹-۱۵ سال، عدم ابتلا به اختلال جسمانی یا روانی نیازمند به درمان دارویی و همچنین توان بیان و تمایل به مشارکت در تحقیق) انجام شد که در این میان پژوهشگر تلاش نمود آنان را با حداکثر تنوع (از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و محل زندگی و...) انتخاب نماید. معیارهای خروج از مطالعه، مهاجرت و جابجایی محل زندگی مشارکت‌کنندگان به شهری دیگر، خوب پاسخ ندادن به سؤالات و عدم تمایل به ادامه مصاحبه در نظر گرفته شد.

ب- مرحله کار در عرصه: این مرحله شامل چهار گام (انتخاب مکان، ورود به مذاکره، انتخاب نمونه‌ها، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات) می‌باشد. بر این اساس محقق پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس و دریافت معرفی‌نامه، مکان‌های عمومی نظیر سراهای محله، ورزشگاه‌ها، فرهنگ‌سراها، مساجد، پارک‌ها و مکان‌های آموزشی مانند دانشگاه، مدارس، آموزشگاه‌ها که امکان دسترسی آسان به زنان و بیشترین احتمال مشاهده مفهوم وجود دارد را به‌عنوان مکان پژوهش انتخاب نمود. در این مرحله نمونه‌گیری از میان جامعه زنان سالم (با معیارهای

و تفاوت‌ها در طبقاتی قرار گرفتند؛ و بر اساس فراوانی و محوریت مفهومی و کلی کدهای هر گروه یک نام اولیه، به آن‌ها داده شد. در طی مصاحبه‌های بعدی و بازنگری‌های بعدی گاهی نام‌های هر طبقه تغییر یا اصلاح شد. پس از چهارمین مصاحبه کدهای قبلی مرور گردیدند و کدهای جدید بر اساس تشابهات در هر طبقه جایگزین شد. همچنین در فرایند کدگذاری، محتوای آشکار و نهفته مدنظر قرار گرفت. به‌منظور تعیین تمایز و تشابه بین طبقات نیز از روش مقایسه مداوم استفاده شد.

گام چهارم (آزمون کدگذاری بر پایه متن نمونه):

جهت بررسی ثبات کدگذاری، متن تایپ شده مصاحبه همراه با کدهای استخراج شده در اختیار اساتید قرار گرفت؛ و جلسات هماهنگی بارها و بارها تکرار شد تا فرایند کدگذاری و برداشت محقق از گفته‌های مشارکت‌کنندگان مورد تأیید قرار گیرد.

گام پنجم (کدگذاری تمام متن): تمام متن بر پایه

کدبندی متن نمونه، کدگذاری شد.

گام ششم (دستیابی به ثبات کدبندی): بعد از

کدگذاری تمام متن، برای دستیابی به ثبات کدگذاری، کدها مکرراً مطالعه و بازنگری شدند.

گام هفتم (استخراج نتایج از داده‌های کدگذاری

شده): بر اساس داده‌های کدگذاری شده، خصوصیات و حیطة‌ها مشخص و ارتباطات بین طبقه‌ای شناسایی شد. به‌منظور کاهش تعداد طبقات در طی یک فرایند استقرایی، طبقات در هم ادغام و فشرده‌سازی صورت گرفت؛ یعنی معانی جزء در معانی کل ادغام و به‌تدریج طبقات نهایی و مفاهیم درونی انتخاب شدند. سپس با یک نگاه کلی به مفهوم داده‌ها، این مفاهیم درونی مورد بازبینی قرار گرفتند. در نهایت بر پایه هدف اول پژوهش که تبیین معنا و مفهوم کیفیت زندگی از دیدگاه زنان بود، تیم تحقیق به ابعاد، خصوصیات و تعریف کیفیت زندگی از دیدگاه زنان نائل گردید.

گام هشتم (گزارش): روش تحلیل و فرایندهای انجام

کار نظیر کدگذاری به‌صورت کامل گزارش شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق با یک سؤال بدون ساختار اولیه و سپس سؤالات نیمه ساختاریافته بود؛ که به‌صورت انفرادی و چهره به چهره با ۴۰ نفر از مشارکت‌کنندگان (تا زمان اشباع داده‌ها) انجام شد. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه عبارت بود از: وقتی شما کلمه کیفیت زندگی را می‌شنوید چه چیزی به ذهن شما خطور می‌کند؟ چه احساسی در مورد زندگی روزمره خود دارید؟ چه چیزی باعث احساس خوشحالی و رضایت در شما می‌شود؟ و سپس سؤالات کاوشگر بر اساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان مانند، لطفاً بیشتر توضیح بدهید، منظور شما چه بود؟ یک مثال بزنید، پرسیده شد. هر مصاحبه به‌طور میانگین ۴۵ دقیقه به طول انجامید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی و بر اساس گام‌های هشت‌گانه Zang استفاده شد. در این روش از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین شده خودداری و اجازه داده می‌شود تا طبقات و نام آن‌ها از درون داده‌های موجود استخراج گردد. این روش برای آشکارسازی زوایای پنهان و یا دگرگون شده مفهوم مناسب می‌باشد (۳۱).

گام اول (آماده کردن داده‌ها): بعد از مصاحبه عمیق با زنان، محتوای مصاحبه‌های ضبط شده بارها به دقت گوش داده شد، سپس دست نویس و با نرم‌افزار کامپیوتری تایپ و سپس به محیط نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ منتقل گردید.

گام دوم (تصمیم‌گیری در مورد واحد تحلیل): تمام

متن مصاحبه چندین مرتبه کلمه به کلمه خوانده شد؛ و محقق به‌طور کامل با داده‌ها آشنا و به یک درک کلی از متن رسید. واحد تحلیل کل مصاحبه و بخش‌های کوچک‌تر متن به‌عنوان واحدهای معنی، در نظر گرفته شد.

گام سوم (توسعه طبقات، طرح و نقشه کدبندی):

نمونه‌هایی از داده‌های جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان انتخاب و سپس با استفاده از کلمات و عبارات به کار گرفته شده توسط مشارکت‌کنندگان کدگذاری شد. کدهای باز در حاشیه متون یادداشت گردید و سعی شد تا طبقات ابتدایی به‌صورت استقرایی از داده‌های خام اولیه ایجاد گردد. لازم به ذکر است که از سومین مصاحبه، کدگذاری متن انجام گردید؛ و با به‌کارگیری آنالیز مقایسه‌ای مداوم بر اساس حداکثر تشابه

الف- یافته‌های حاصل از مرحله نظری

در این مرحله تعاریف کیفیت زندگی، ابعاد کیفیت زندگی، اثرات کیفیت زندگی از پایگاه‌های اطلاع‌رسانی متفاوت و منابع گوناگون جمع‌آوری شدند. دیکشنری کانادایی آکسفورد، زندگی را موقعیتی تعریف می‌کند که در آن وجود، ظرفیت رشد، فعالیت عملکردی، تغییر مداوم، شرایط انسانی، وجود دارد (۱۵). مفهوم کیفیت زندگی، سابقه در فلسفه یونان دارد؛ و به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می‌گردد. در آن دوران ارسطو زندگی خوب یا خوب انجام دادن کار را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است. اغلب صاحب‌نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و چند بعد دارد. از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می‌نمایند. ذهنی به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد. جنبه پویا بودن آن بر این نکته دلالت دارد که متأثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است؛ که به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد و باگذشت زمان تغییر می‌کند؛ و لذا ضروری است در دوره‌ای از زمان اندازه‌گیری گردد. ماهیت پویایی کیفیت زندگی به محققان کمک می‌نماید تا بتوانند با انجام تحقیقاتی درباره راهبردهای بهبود کیفیت زندگی افراد، زندگی بهتری را برای آن‌ها فراهم نمایند. اگر چه ذهنی بودن دامنه‌های کیفیت زندگی از نظر برخی از دانشمندان کافی نیست، به طوری که برخی از صاحب‌نظران بر این باورند که هر یک از دامنه‌های کیفیت زندگی باید قابلیت این را داشته باشد که هم به صورت ذهنی و هم به صورت عینی قابل اندازه‌گیری باشد. این گروه معتقدند که سنجش ذهنی اگر چه لازم است، ولی کافی نیست. مهم آن‌که در آخر تحقیق که مرتبط با کیفیت زندگی باشد تعریف آن از نظر محقق روشن گردد (۱۶).

مطالعات گسترده‌ای درباره کیفیت زندگی و ابعاد تشکیل دهنده آن انجام شده است؛ که بررسی آن‌ها می‌تواند به روشن شدن مفهوم کیفیت زندگی زنان کمک کند. حسین زاده به نقل از Perry و Felce، ابعاد کیفیت زندگی را مشتمل بر بهزیستی مادی، بهزیستی جسمی، بهزیستی

به‌منظور بررسی دقت داده‌های کیفی چهار شاخص اعتبار، انتقال‌پذیری، اعتماد، تأیید پذیری، مورد استفاده قرار گرفت. به‌منظور بررسی قابلیت اعتبار داده‌ها و کدهای استخراج شده، از دو نفر از مشارکت‌کنندگان درخواست گردید تا کل دست نوشته‌ها را همراه با کدهای اولیه مرور کنند؛ که مورد تأیید آنان قرار گرفت. همچنین با درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق نیز به اعتبار یافته‌ها کمک شد. برای بررسی قابلیت انتقال یا تناسب نیز تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از تنوع بیشتری برخوردار باشند که تا اشیاع داده‌ها این روند ادامه داشت. همچنین پژوهشگر از روش آنالیز مقایسه‌ای مداوم به‌منظور قابلیت اعتماد (ثبات) استفاده نمود. به این ترتیب که کدها چندین بار از نظر شباهت‌ها و تفاوت‌ها مرور گردید. جهت تأیید پذیری داده‌ها نیز تمام مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محقق توسط سایر اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. همچنین محقق روند تحقیق را به‌طور دقیق ثبت و گزارش نمود تا امکان پیگیری برای دیگران فراهم شود (۱۴).

ج- مرحله نهایی: این مرحله شامل سبک و سنگین کردن یافته‌ها، کار کردن با آن‌ها و نوشتن آن‌ها بود. در این مرحله

کدهای استخراج شده و تعریف ابتدایی شکل گرفته از مفهوم اصلی (کیفیت زندگی زنان)؛ در مرحله نظری با یافته‌های تجربی باهم مقایسه شدند و بر اساس نتایج حاصل از دو مرحله قبلی، تعریف ارائه شده مورد بازنگری، اصلاح و توضیح مجدد قرار گرفتند؛ و در نهایت تعریف کامل‌تری که در برگیرنده خصوصیات کلیدی مفهوم باشد، ارائه شد. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی در مرحله نظری پژوهش از قوانین نشریات پیروی شد؛ و در مرحله عرصه نیز از کلیه مشارکت‌کنندگان رضایت کتبی و شفاهی جهت شرکت در مطالعه و ضبط صدایشان کسب گردید؛ و به آن‌ها در مورد هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات، بیان نشدن نام آن‌ها، داشتن حق کناره‌گیری از پژوهش در زمان دلخواه توضیح داده شد.

یافته‌ها

مؤثر بر این دو خصوصیت در نظر گرفته شوند. در واقع این گروه از نظریه پردازان، کیفیت زندگی را به عنوان یک تجربه شناختی که با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد نشان داده می‌شود؛ و نیز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد می‌شناسند. در واقع با این تعاریف، درک خود فرد از سطوح شادی و رضایت در ابعاد ذکر شده، مشخص‌کننده سطح کیفیت زندگی او خواهد بود که تحت تأثیر خصوصیات زمینه‌ای فرد، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و محیطی او قرار دارد (۱۸، ۱۹). در جدول ۱ برخی مقالات مرتبط، همراه با ویژگی‌ها پیشامدها و پیامدها آورده شد (۲۳-۱۸).

اجتماعی، بهزیستی مولد، بهزیستی احساسی، بهزیستی مدنی می‌داند (۱۷). رضوانی به نقل از Verdu و Schalock، ۲۳ بعد را در کیفیت زندگی معرفی می‌کند که شامل: خرسندی، خود پنداره، نداشتن فشار روحی، تعاملات، روابط، حمایت‌های مادی، وضع مالی، شغل، مسکن، تحصیلات، صلاحیت فردی، کارایی، سلامت، فعالیت‌های روزانه، فراغت، کنترل فردی، ارزش‌ها و اهداف فردی، انتخاب‌ها، مشارکت، نقش‌ها، حمایت‌های اجتماعی، حقوق انسانی و حقوق مشروع می‌باشند (۱۸). به طور کل محققان بر این باور بوده‌اند که شادی و رضایت، دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی می‌باشد؛ و دامنه‌هایی که به آن‌ها اشاره شد، می‌توانند به عنوان عوامل

جدول ۱. برخی مطالعات انجام شده در ارتباط با معنای مفهومی کیفیت زندگی

نویسنده	زمینه مورد بررسی	ویژگی‌ها	پیشایندها	پیامدها
Nordon felt (1991)	ویژگی‌های اجتماعی احساسی دوران کودکی به عنوان پیش‌داوری‌های ثبات و کیفیت زناشویی	تجربه ذهنی افراد	میزان حصول به آمل و آرزوهایشان	ثبات و کیفیت زناشویی
Rogers (1991)	علم انسان واحد	رضایت از زندگی، در نوسان و متناسب با شرایط فرد در دوره کامل زندگی	تعامل بین فرد و محیط زیست	هماهنگی
King (1994)	کیفیت زندگی و دستیابی به هدف	رضایت از زندگی، توانایی فرد برای تعیین و رسیدن به اهداف، عدم محدودیت فرهنگی و زمانی، منبع انرژی	ارتباط، تعامل و مراودات بین فردی	درک حس موفقیت، انگیزه عملکرد
Peplau (1994)	دیدگاه بین فردی	پدیده نامشهود و همه جانبه، ادراک ذهنی فرد از وضعیت زندگی، وابسته به زمان و شرایط، عدم ایستایی و یک هدف در حال حرکت	تغییر شرایط زندگی، روابط شخصی، محیط	رفاه و سلامت
Leininger (1994)	کیفیت زندگی از منظر پرستاری بین فرهنگی	پدیده انتزاعی ساختار فرهنگی نشان‌دهنده ارزش‌ها، باورها، نمادها	گسترش دانش در مورد باورها، ارزش‌ها و الگوها گروه‌های اجتماعی خاص مردم	هدایت، نگهداری و ارتقاء سلامت و رفاه
Ferrell (1995)	سنجش کیفیت زندگی در نجات‌یافتگان سرطان	مفهومی چندبعدی	توانایی عملکردی، قدرت، خستگی، خواب، اشتها نداشتن درد، ترس، اضطراب، افسردگی، لذت و تفریح، شادی، توجه و تمرکز، نقش در خانواده و جامعه، رابطه با اطرافیان، محبت، روابط جنسی و شکل ظاهری، رنج کشیدن، مذهب	خوب بودن فیزیکی، روانی، روحی و اجتماعی
Phillips (2006)	مفهوم کیفیت زندگی، سیاست و عملکرد	مفهومی دارای دو بعد عینی و ذهنی	برخورداری از منابع مادی و داشتن استقلال عمل، مشارکت فعالیت‌های اجتماعی	برآورده شدن خواسته‌های اجتماعی، رفاه ذهنی
Bohnke (2007)	رضایت از زندگی در اروپا	مفهومی در سه حوزه روانشناسی، جامعه‌شناسی و اقتصاد	ویژگی‌های شخصیتی، الگوها و عوامل اجتماعی و جمعیتی، درآمد	رفاه و بهزیستی ذهنی
Rezvanee (2008)	کیفیت زندگی جامعه	رضایت‌مندی از زندگی، کنش متقابل عناصر عینی و ذهنی	اهمیت نسبی نیازها	میزان برآورده شدن نیاز

کیفیت زندگی بدین صورت قابل طرح است: «کیفیت زندگی مفهومی چند جانبه و ذهنی از درک فرد نسبت به وضعیت زندگی؛ و به‌عنوان یک منبع انرژی در توانایی فرد برای تعیین و دستیابی به اهداف تعریف می‌شود؛ که دارای ویژگی وابسته به زمان و شرایط خاص فرد در دوره‌های مختلف زندگی و متأثر از متغیرهای سلامتی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی می‌باشد».

تعیین خصوصیات مفهوم کیفیت زندگی: در بخش انتهایی مرحله نظری، ویژگی‌های مفهوم موردنظر مشخص می‌شود. ویژگی‌ها، ابعادی از مفهوم است که هنگام تعریف یا توصیف مفهوم، بارها و بارها تکرار می‌شوند؛ و بدون آن‌ها نمی‌توان گفت که مفهوم رخ داده است؛ این ویژگی‌ها می‌توانند تصویر روشنی از مفهوم را ارائه نمایند. در جدول ۲ این ویژگی‌ها آورده شد. با توجه به خصوصیات که برای مفهوم کیفیت زندگی مشخص شده است؛ تعریف ابتدایی

جدول ۲. ویژگی‌های مفهوم کیفیت زندگی زنان و موارد انتخاب شده از مرور مطالعات

ویژگی‌های مفهوم	موارد انتخاب شده از مرور مطالعات
ساختاری چندبعدی	(Raphael, 1996) حاصل از سه قلمرو بودن، دارایی و شدن در ابعاد روانی، معنوی، مادی، اجتماعی، سودمندی، فراغت، رشد (Janse, 2004) ساختاری چندبعدی شامل قلمروهای مادی، احساسی، روانی، اجتماعی و رفتاری
متأثر از متغیرهای سلامتی، محیطی، اجتماعی اقتصادی، سیاسی	(Schneider, 1976) متأثر از مجموعه‌ای از متغیرهای عینی شامل درآمد و شغل، سلامتی روحی و جسمی، آموزش، بی‌سازمانی اجتماعی (جنایت، الکلیسم، اعتیاد و...) و از خود بیگانگی و مشارکت سیاسی (Moller, 1982) میزان رفاه افراد و گروه‌ها در شرایط اجتماعی و اقتصادی عمومی (Pacione, 1995) وضعیت محیطی که مردم در آن زندگی می‌کنند مانند آلودگی، دسترسی به امکانات، کیفیت مسکن و برخی صفات و ویژگی‌های خود مردم مانند سلامت
مفهوم ذهنی از رضایت از زندگی	(MacGregor, 1998) میزان آگاهی و برخورداری فرد از منابع؛ آزادی برای رسیدن و نرسیدن به موفقیت (Pal, 2005) میزان تأمین نیازهای روحی، روانی و مادی خانواده و جامعه (Phillips, 2006) برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اساسی شهروندان (Andrews and Withey-1976) سطح رضایت از زندگی خانوادگی، شغل و درآمد در کنار احساس کارآمدی شخصی، رضایت از عملکرد دولت و خدمات موجود
	(Schuessler and Fisher, 1985) حس شخصی از رفاه، رضایت یا نارضایتی از زندگی، خوشحالی و ناراحتی (Rogers, 1991) رضایت از زندگی، تعامل هماهنگ بین فرد و محیط زیست (Ferrans, 1992) ادراک فرد از رفاه خود
	(WHOQOL Group, 1993) ادراک فردی از وضعیت زندگی در متن نظام‌های فرهنگی و ارزشی جامعه و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها، علایق و نگرانی‌های فرد (Parse, 1994) درک ذهنی از تجارب فرد در زندگی (King, 1994) رضایت از زندگی با درک حس موفقیت (Petra Böhnke, 2007) انعکاس ذهنی افراد جامعه در زمینه رضایت از زندگی

ب- یافته‌های حاصل از مرحله کار در عرصه

مشارکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم و مابقی دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس بودند. شانزده نفر خانه‌دار و ۷ نفر کار در منزل و مابقی شاغل بیرون از منزل بودند. به‌طور کلی نتایج مرحله کار در عرصه در جدول ۳ نشان داده شد.

در مجموع با تعداد ۴۰ نفر مشارکت‌کننده اشباع اطلاعات حاصل شد. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۱-۴۹ سال (۳۷/۷۸± ۴/۹۳) بود. از بین مشارکت‌کنندگان ۹ نفر مجرد، سه نفر مطلقه و دو نفر بیوه و مابقی متأهل بودند. سه نفر از

جدول ۳. ویژگی‌های به دست آمده از مفهوم کیفیت زندگی زنان در مرحله کار در عرصه (نمونه)

طبقة	زیر طبقه	ویژگی‌ها	جملات تأیید کننده
حمایت جامع دریافتی	حمایت مالی	حمایت مالی خانواده در زمینه‌های تهیه مسکن، پول ماهیانه، هزینه تحصیل، هزینه درمان، مایحتاج روزمره زندگی، تسهیلات نقدی و غیر نقدی دولتی	«حالا خوبه این یارانه‌ها هست وگرنه هیچی دیگه فقط همون ماهی ۴۵ تومان رو بهم می‌ده» (م ۲۵). «خواهر بزرگم رفت تو خونش دیگه تا چهلیم بابام بیرون هم نیومد؛ حتی مراسم خاک‌سپاری هم نیومد بجای این که تو غم و غصه کنار ما و دلگرمی ما باشی، ببین چطوری ماها رو بیشتر ناراحت می‌کنی؛ و می‌گویدی شماها بابا را بردید بیمارستان دولتی و او را کشتید» (م ۹).
	حمایت روانی	خانواده تکیه گاه مطمئن، همسر قوت قلب، دریافت محبت و توجه، انگیزش، حمایت فکری آرامش‌بخش، همدلی	«با این همه مشغله زندگی که دارم پسر که کلاس اول هست کلی درس و مشق داره اما مادر خودم و مادر شوهرم کمک می‌کنند؛ و می‌گویند بچه رو ببرم پیششون تا من به کارهایم برسم» (م ۳۴).
	حمایت اجتماعی	خشنودی از دریافت اطلاعات عمومی به شیوه غیرمجازی و مجازی، دریافت کمک در امور روزمره زندگی، دریافت حمایت در رسیدگی به امور فرزندان	
احساس امنیت	امنیت شغلی	فضای شغلی اطمینان‌بخش، تعارض نقش، خوشحالی از درآمد اعضای خانواده، لذت از درآمد مستقل	«همکارهای خوبی دارم دیگه مثل یک خانواده شدیم» (م ۱۰).
	امنیت حقوقی	محدودیت قوانین، حق و حقوق عادلانه	«یه موقع‌هایی از خونه من رو می‌انداخت بیرون، شب تو سرما یکی دو ساعت می‌چرخیدم، پناهگاهی هم که نداشتیم اگر یک جایی مطمئن بود خوب بود که آدم آواره نشود» (م ۳).
	امنیت شهروندی	حمل و نقل مطمئن، اطمینان خاطر از مسکن، خشنودی از محیط فیزیکی منزل، خشنودی از وسایل زندگی، رضایت از امکانات رفاهی محلی	«همین که خانه مال خودشه، آدم احساس آرامش می‌کنه اما لوازم منزل آن‌چنانی ندارم» (م ۱۸).
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی	شواهد محوری در سلامت درک شده	سلامت جسمی درک شده، وجود شواهد سلامت جسمی، حس آرامش در زندگی، احساس خوشبختی، توانایی تصمیم‌گیری، قدرت تحمل، دغدغه وضعیت ظاهری، وضعیت زندگی ایده آل، هدفمندی در زندگی	«من از این که هیچ نقص بدنی ندارم واقعاً احساس خوشبختی می‌کنم. خیلی بده که آدم خودش یا اطرافیانش مریض باشد» (م ۲۷).
	تعهد به سبک زندگی سالم	تنظیم کمی و کیفی خواب، هدفمندی در اوقات فراغت، فعالیت جسمانی فرح‌بخش، تنظیم تغذیه خوشایند، جستجوی اطلاعات بهداشتی، سلامت‌جویی	«زندگی‌ام یکنواخت پیش می‌رود. احساس می‌کنم نمی‌تونم به خواسته‌هایم برسم و حس بدی دارم» (م ۲).
ارتباط خوشایند	ارتباط معنوی	عبودیت، یاد خدا، ارتباط روحی با وابستگان	«فکر می‌کنم که خدا با این شرایط سخت زندگی‌ام می‌خواد من را مورد امتحان قرار بده» (م ۳۶).
	ارتباط با خود	افکار پوچ و مزاحم گذشته، تفکر به مشکلات کنونی، نگرانی از آینده	«من با گل و گیاه حرف می‌زنم. به من انرژی می‌دهند و احساس آرامش می‌کنم» (م ۳۶).
	محیط آرامش‌بخش	احساس آرامش در ارتباط با طبیعت، رضایت از محیط‌زیست	«همش نگران هستم که چه اتفاقاتی در زندگی دخترم ممکن است بیفتد. اگر من نباشم می‌ترسم کسی به او آسیب برساند. بعضی شب‌ها که حتی خوابم نمی‌برد» (م ۱۹).
	ارتباط اجتماعی خوشایند	رفع احساس تنهایی از بودن با آشنایان، آرامش در کنار خانواده	

برخی بیانات زنان در خصوص مفهوم کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف به شرح زیر می‌باشند:

حمایت جامع دریافتی

حمایت جامع دریافتی، به‌عنوان اولین طبقه از جنبه‌های مالی، روانی عاطفی و خدماتی حاصل شد. زنان در زندگی خود به

دنبال کانونی به‌عنوان یار و یاور و پشتیبان چه از نظر مالی و عاطفی و دریافت کمک در زندگی خود بودند؛ که با وجود آن در زندگی خود احساس خوشبختی می‌کردند. خانمی ۴۹ ساله و مطلقه خصوص در خصوص حمایت مالی می‌گوید: «...دو تا برادرام که خارج از ایران هستند، گفتند ما به پول اجاره‌ها نیاز

مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، سومین طبقه حاصله بود. تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان در تلاش برای یافتن اطلاعات بهداشتی و انجام مراقبت‌های پیشگیرانه بودند. خانمی ۲۷ ساله و مجرد در این زمینه می‌گوید: «من فکر می‌کنم این شبکه‌های توی موبایل مثل اینستاگرام و تلگرام خیلی به آدم اطلاعات می‌دهد مثلاً در مورد رفع تیرگی پوست یا مواد غذایی چی بخوریم خیلی بهتر از این هست که آدم برای یک داروی ساده برود دکتر و هزینه بدهد» (م ۲۸). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «من هر ۶ ماه یک‌بار آزمایش می‌دهم و تا حالا هیچ قرصی را بدون نسخه استفاده نکرده‌ام اما حتی به این قرص‌ها هم نمی‌شه اعتماد کرد» (م ۳۶).

ارتباط خوشایند

ارتباط خوشایند، چهارمین طبقه انتزاع شده بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد، برخی از مشارکت‌کنندگان برقراری ارتباط درونی با خدا، رفتن به زیارتگاه‌ها و همچنین ارتباط درونی با روح درگذشتگان را عوامل مؤثر بر زندگی خود قلمداد می‌کردند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: «ارتباط با خدا و عقیده به خدا همان معنویت است. بعضی اوقات که دل‌م گرفته باشه با خدا حرف می‌زنم باعث می‌شود که من آرام بشوم اما مسجد اصلاً نمی‌روم سالی یک‌بار شاید امامزاده بروم، ولی اعتقادی هم ندارم همین‌جوری می‌روم» (م ۲). مورد دیگری که زنان مطرح نمودند توجه و تمرکز به مشکلات روزمره و یادآوری خاطرات گذشته و همچنین نگرانی از آینده زندگی خود و فرزندان‌شان بود. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه بیان می‌کند: «مجبور بودم از مادر شوهرم که فلج شده بود نگهداری کنم؛ الآن که یادم می‌افته چه از خود گذشته‌گی‌هایی کردم و چقدر عذاب کشیدم اعصابم خورد می‌شود» (م ۳). رضایت از ارتباطات اجتماعی مورد دیگری بود که زنان مؤثر بر کیفیت زندگی خود می‌دانستند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کند: «خانواده شوهرم خیلی با من خشک بودند. سعی می‌کردم که باهاشون ارتباط صمیمی برقرار کنم اما اونها فقط در حد یک حال و احوال بودند» (م ۳۰). درنهایت در مرحله کار در عرصه، کیفیت زندگی زنان این‌گونه تعریف شد:

نداریم تا زمانی که بابا مامان زنده هستند مال خودشون قید من را هم زده‌اند؛ نمی‌گویند من چطوری دارم با سیلی صورتم را سرخ می‌کنم. حالا مامان اینا از پول این اجاره‌ها به اون خواهرم که طبقه پایین‌شان می‌نشیند می‌دهند. آخه پسرش هم دانشگاه آزاد فوق‌لیسانس می‌خونه خرج دارد. سرکار هم که هیچ‌کدومشون نمی‌روند بالاخره پول خورد و خوراک و آب و برق و تلفن را باید از یه جایی بیاورند که بدهند» (م ۹). در خصوص حمایت روانی و عاطفی، زنی ۴۵ ساله و متأهل می‌گوید: «البته شوهر خیلی خوبی دارم، همیشه بهم می‌گوید اگه بخوای می‌تونم تو عکاسی هم پیشرفت کنی ادامه بده» (م ۶).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در خصوص حمایت خدمات دریافتی می‌گوید: «من آشپزی رو هم از اینترنت یاد می‌گیرم. اینقدر دیگه حرفه‌ای شدم که دستور آشپزی خودم می‌نویسم و برای همه می‌فرستم. خیلی حال خوبی بهم دست می‌دهد وقتی دیگران تأییدم می‌کنند» (م ۲۸).

احساس امنیت

احساس امنیت، دومین طبقه حاصله بود. امنیت شغلی برای زنان چه از نظر داشتن شغل مورد علاقه، محیط کاری امن و یا میزان درآمد رضایت‌بخش بر کیفیت زندگی زنان تأثیر داشت. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «چند تا چادر دوختم گذاشتم سرای محله، به خانم‌ها گفتم به درصدی هم به تو می‌دهم تا بعدش خودم یک میز اجاره کنم. کار بیرون روی شخصیت زن تو زندگی خیلی اهمیت داره هر زنی باید در حد شأن خودش بتونه پس‌انداز داشته باشه» (م ۶).

برخورداری از امنیت شهروندی یکی دیگر از مواردی بود که بر کیفیت زندگی زنان در زندگی مؤثر بود. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: «حالا مثلاً فکر کن تو اتوبوس وقتی صندلی کمه به زن هم ۳-۴ ماهه باردار باشه کسی هم نفهمد که بلند بشود و جایش را به او بدهد و خودش هم رویش نشود که بگوید. تعداد صندلی‌ها باید برای خانم‌ها به‌اندازه باشه باید به حقوق زنان اولویت داده شود» (م ۷).

مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی

امکانات رفاهی محلی، سلامت جسمی درک شده، وجود شواهد سلامت جسمی، حس آرامش در زندگی، احساس خوشبختی، توانایی تصمیم‌گیری، قدرت تحمل دغدغه وضعیت ظاهری وضعیت زندگی ایده آل هدفمندی در زندگی، تعهد به سبک زندگی سالم، جستجوی اطلاعات بهداشتی، عبودیت، یاد خدا، ارتباط روحی با وابستگان، افکار پوچ و مزاحم گذشته، تفکر به مشکلات کنونی، نگرانی از آینده، رفع احساس تنهایی از بودن با آشنایان، آرامش در کنار خانواده عجین شده است. این مطالعه نشان داد، مفهوم کیفیت زندگی برای هر فردی متفاوت از دیگری است. از آنجا که انسان‌ها موجوداتی منحصر به فردی بوده و درک متفاوتی از پدیده‌ها دارند، این مورد قابل توجیه است و یافته مرحله نظری را تأیید می‌کند. بررسی داده‌ها نشان داد که برخی از ویژگی‌های به دست آمده در مرحله حضور در عرصه با مرحله نظری همخوانی داشتند. درنهایت می‌توان تعریف کامل زیر را برای مفهوم کیفیت زندگی زنان ارائه داد:

کیفیت زندگی از دیدگاه زنان یک مفهوم ذهنی می‌باشد و بیانگر احساس خوشبختی است؛ که آنان در زندگی‌شان با داشتن آرامش در زندگی و رضایت از وضعیت سلامت ناشی از مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و برقراری ارتباط خوشایند با خود، خدا، محیط و دیگران، حس امنیت و درک حمایت‌های جامع دریافتی برای داشتن یک زندگی ایده آل، تجربه می‌کنند.

بحث

علیرغم این که مفهوم کیفیت زندگی در فلسفه، دیدگاه و رسالت بسیاری از سازمان‌ها و مؤسسات سلامت آمده است، اما هنوز به صورت یک مفهوم پیچیده باقی مانده و تعریف دقیق و مشخصی ندارد (۲۱). از طرف دیگر تاکنون تعریف خاصی از مفهوم کیفیت زندگی زنان نیز ارائه نشده است. لذا مطالعه حاضر در راستای واضح‌سازی مفهوم کیفیت زندگی زنان انجام شد. درنهایت بعد از مروری بر مطالعات، یک تعریف کلی از کیفیت زندگی زنان ارائه گردید. همچنین پس از تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، در مرحله کار در عرصه نیز چهار طبقه حمایت جامع دریافتی، حس امنیت،

«کیفیت زندگی بیانگر خوشبختی است که زنان در زندگی‌شان در ابعاد حمایت جامع دریافتی، حس امنیت، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و ارتباط خوشایند احساس می‌کنند».

ج- یافته‌های حاصل از تحلیل نهایی

بر اساس مرور متون انجام شده «کیفیت زندگی مفهومی چند جانبه و ذهنی از درک فرد نسبت به وضعیت زندگی و به‌عنوان یک منبع انرژی در توانایی فرد برای تعیین و دستیابی به اهداف تعریف می‌شود؛ که دارای ویژگی وابسته به زمان و شرایط خاص فرد در دوره‌های مختلف زندگی و متأثر از متغیرهای سلامتی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی می‌باشد». همچنین به صورت ضمنی و آشکار پیشامدهایی چون میزان حصول به آمل و آرزوها، تعامل بین فرد و محیط‌زیست، ارتباط، تعامل بین افراد، گسترش دانش در مورد باورها، ارزش‌ها و الگوی گروه‌های اجتماعی خاص مردم، توانایی عملکردی، قدرت، خستگی، خواب، اشتها، نداشتن درد، ترس، اضطراب، افسردگی، لذت و تفریح، شادی، توجه و تمرکز، نقش در خانواده و جامعه، محبت، روابط جنسی و شکل ظاهری، رنج کشیدن، مذهب، درآمد برای آن مطرح شد. در مرحله دوم مطالعه کیفیت زندگی بیانگر خوشبختی تعریف شد که زنان در زندگی‌شان در ابعاد حمایت جامع دریافتی، حس امنیت، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و ارتباط خوشایند احساس می‌کنند. بررسی داده‌های حاصل از مرحله کار در عرصه نشان داد که مفهوم کیفیت زندگی زنان با ویژگی‌هایی چون دریافت کمک نقدی و غیر نقدی در خصوص مایحتاج روزمره زندگی (مسکن، تحصیل، درمان)، تسهیلات نقدی و غیر نقدی دولتی، خانواده تکیه‌کاه مطمئن، همسر قوت قلب، دریافت محبت و توجه، انگیزش، حمایت فکری آرامش‌بخش همدلی، خشنودی از دریافت اطلاعات عمومی به شیوه غیرمجازی و مجازی، دریافت کمک در امور روزمره زندگی، دریافت حمایت در رسیدگی به امور فرزندان، فضای شعلی اطمینان‌بخش، تعارض نقش، خوشحالی از درآمد اعضای خانواده، لذت از درآمد مستقل، حمل‌ونقل مطمئن، اطمینان خاطر از مسکن، خشنودی از محیط فیزیکی منزل، خشنودی از وسایل زندگی، رضایت از

مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و ارتباط خوشایند برای کیفیت زندگی زنان استخراج شد. نتایج این مرحله حاکی از چندبعدی بودن کیفیت زندگی زنان است که هم‌راستا با مطالعات انجام شده در مرحله نظری بود (۲۱،۲۳).

حمایت جامع دریافتی، اولین طبقه استخراج شده بود که خود از سه زیر طبقه الف- حمایت مالی (با ویژگی‌های حمایت مالی خانواده در زمینه‌های تهیه مسکن، پول ماهیانه، هزینه تحصیل، هزینه درمان، مایحتاج روزمره زندگی و تسهیلات نقدی و غیر نقدی دولتی) ب- حمایت روانی عاطفی (با ویژگی‌های خانواده تکیه‌گاه مطمئن، همسر قوت قلب، دریافت محبت و توجه، انگیزش، حمایت فکری آرامش‌بخش، همدلی) ج- حمایت اجتماعی (با ویژگی‌های خشنودی از دریافت اطلاعات عمومی به شیوه غیرمجازی و مجازی، دریافت کمک در امور روزمره زندگی، دریافت حمایت در رسیدگی به امور فرزندان) تشکیل شد.

Krinitcyna و همکاران در تعریف کیفیت زندگی چهار بعد الف- سلامت و عملکرد ب- اجتماعی اقتصادی ج- روانی روحی د- بعد فامیلی را مطرح می‌کنند. او حمایت عاطفی از دیگران به غیر از خانواده، نیازهای مالی و آموزش را در بعد اجتماعی اقتصادی و حمایت عاطفی از خانواده را در بعد فامیلی قرار داد (۲۴)؛ در حالی که در مطالعه حاضر یک طبقه جداگانه به نام حمایت جامع دریافتی با سه زیر مجموعه گزارش شد.

در مطالعه حاضر زنان ساکن شهر تهران دشواری‌های اقتصادی زیادی را در خصوص هزینه‌های مربوط به تهیه مسکن، ادامه تحصیل، تهیه وسایل مورد نیاز زندگی، پس‌انداز کردن پول برای مشکلات احتمالی آینده و همین‌طور نگرانی در خصوص تأمین هزینه‌های مربوط به چکاپ خود و هزینه‌های مربوط به بیماری اعضای خانواده را در زندگی خود تجربه می‌کردند؛ که کیفیت زندگی آنان را متأثر ساخته بود و طبق بیاناتشان نیازمند دریافت حمایت بودند. در برخی مطالعات، رفاه اقتصادی از ابعاد کیفیت زندگی خانواده‌ها مطرح شد (۲۵،۲۶) که هم‌راستا با مطالعه ما بود. در مطالعات مربوط به کیفیت زندگی بیماران نیز، اهمیت وجود انجمن‌ها و مؤسسات کافی به‌عنوان عامل حمایتی در زمینه حل مسائل

اقتصادی را خاطر نشان کردند (۲۷).

از طرفی زنان نیاز به دریافت حمایت عاطفی دارند که آن را به‌صورت دریافت محبت و توجه، انگیزش و حمایت فکری آرامش‌بخش بیان کردند. برخی پژوهشگران نیز در مطالعه خود نشان دادند که مشکلات روحی بیشترین دغدغه زنان در زندگی‌شان می‌باشد (۲۸)؛ در حالی که زنان با دریافت حمایت روانی، عاطفی و فکری اعضای خانواده و به‌ویژه همسر در زمان بروز مشکلات زندگی، کمتر در معرض مشکلات روحی قرار می‌گیرند (۲۹). دریافت حمایت اجتماعی نیز چه در زمینه دریافت اطلاعات عمومی به شیوه غیرمجازی و مجازی؛ و چه در خصوص دریافت کمک در امور روزمره زندگی و امور فرزندان به‌عنوان ویژگی دیگری در کیفیت زندگی زنان مطرح شد. Bélanger و همکاران (۲۸)؛ Suwankhong (۲۹) نیز در مطالعه خود اظهار کردند وقتی زنان از جانب همسر، والدین، فرزندان و دوستان خود از نظر انجام امور زندگی و دریافت دانش مورد حمایت قرار می‌گیرند، احساس سلامتی بیشتری می‌کنند و این امر به افزایش کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود.

حس/امنیت، به‌عنوان دومین طبقه خود از سه زیر طبقه الف- امنیت شغلی (با ویژگی‌های فضای شغلی اطمینان‌بخش، تعارض نقش، خوشحالی از درآمد اعضای خانواده، لذت از درآمد مستقل) ب- امنیت حقوقی قانونی (با ویژگی‌های محدودیت قوانین، حق و حقوق عادلانه) و ج- اطمینان خاطر از امنیت شهروندی (با ویژگی‌های حمل‌ونقل مطمئن، اطمینان خاطر از مسکن، خشنودی از محیط فیزیکی منزل، خشنودی از وسایل زندگی، رضایت از امکانات رفاهی محلی) حاصل شد. وجه تمایز این بعد با مطالعات گذشته (۲۴) آن بود که آن‌ها محله، خانه، داشتن یا نداشتن شغل را در بعد اجتماعی اقتصادی قرار دادند؛ در حالی که در مطالعه حاضر موارد فوق، به‌طور وسیع‌تری در بعد حس امنیت و در دو زیرمجموعه مهم امنیت شغلی، اطمینان خاطر از امنیت شهروندی قرار گرفتند؛ که مبین جایگاه ویژه این موضوع در کیفیت زندگی زنان بود. بعضی از مطالعات انجام شده نیز کیفیت زندگی شامل سه حوزه روانشناسی، جامعه‌شناسی و اقتصاد می‌داند و در این بین او نقش درآمد را در حوزه اقتصاد

محوری در سلامت درک شده همخوانی داشت. همچنین Lavdaniti به نقل از Padilla، به پنج بعد شامل خوب بودن از نظر روانی، دغدغه‌های اجتماعی، کنار آمدن با شکل ظاهری، سلامت جسمانی و پاسخ به درمان؛ در تعریف کیفیت زندگی توجه نموده بود (۳۴). در پژوهش حاضر نیز همچنان که ذکر شد دغدغه‌ها و استرس‌های جسمانی، روانی و ذهنی در مورد خود و سایر اعضای خانواده در طبقه مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی قرار گرفت.

از دیدگاه زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، وجود مراکز رایگان و معتبر جهت انجام دوره‌های معاینه‌های پزشکی و آزمایش‌های بالینی، کسب اطلاعات از طریق مطالعه کتب یا مجلات مرتبط، باعث اطمینان از سلامتی و در صورت لزوم انجام اقدامات به‌موقع به‌منظور حفظ و ارتقاء سلامتی و همچنین کاهش هزینه‌های درمان در خانواده و در نتیجه پس‌انداز پول جهت برآورده کردن سایر نیازهای ضروری زندگی و زندگی بهتر خواهد گردید. از طرفی مطالعات دیگر نیز خاطرنشان می‌کنند که توجه به ارتقاء سلامتی زنان، به‌منظور کسب قدرت تفکر، خودکنترلی رفتاری و خود کارآمدی، ایجاد توانایی جهت تغییر مطلوب سبک زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها توسط پرستاران سلامت خانواده ضروری است (۳۵،۳۶). نتایج مرحله نظری بسیاری از مطالعات نیز از سلامتی روحی و جسمی، توانایی عملکردی، قدرت، خستگی، خواب، اشتها نداشتن، درد، ترس، اضطراب، افسردگی، لذت و تفریح، شادی، توجه و تمرکز و شکل ظاهری، رنج کشیدن به‌عنوان ویژگی‌های کیفیت زندگی از دیدگاه صاحب‌نظران یاد می‌کنند (۱۸،۱۹).

ارتباط خوشایند، به‌عنوان چهارمین طبقه، خود شامل چهار زیر طبقه الف- ارتباط معنوی (با ویژگی‌های عبودیت، یاد خدا، ارتباط روحی با وابستگان) ب-ارتباط با خود (با ویژگی‌های افکار پوچ و مزاحم گذشته، تفکر به مشکلات کنونی، نگرانی از آینده) ج- محیط آرامش‌بخش (با ویژگی‌های احساس آرامش در ارتباط با طبیعت، رضایت از محیط‌زیست) و د- ارتباط اجتماعی خوشایند (با ویژگی‌های رفع احساس تنهایی از بودن با آشنایان، آرامش در کنار خانواده) بود. پژوهشگرانی در تعریف کیفیت زندگی، دوستان را در بعد اجتماعی اقتصادی

مطرح نمودند (۳۰)؛ که با طبقه فرعی رضایت از درآمد در بعد حس امنیت در مطالعه حاضر هم‌راستا بود. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، مشکلات و مسائلی مانند تسهیلات رفاهی امن، نیاز به اشتغال و بهره‌مندی از حقوق عادلانه عواملی هستند که بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد. در مطالعه کیفی چراغی و همکاران (۳۱)، بهره‌مندی از امکانات رفاهی مثل داشتن خودرو و در مطالعه Mattevi و همکاران، وجود مراکز تفریحی و دسترسی به خدمات بهداشتی از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی برشمرده شده‌اند (۲۳). کیمیایی نیز در مطالعه خود بیان می‌کند؛ که عواملی مانند اعطای تسهیلات و حق مالکیت به زنان، رفع تبعیض در بازار کار و تغییر باورهای سنتی جهت اشتغال زنان به بهبود وضعیت زندگی زنان منتهی می‌شود (۳۳)؛ که هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر بود.

مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، طبقه سوم استنتاج شده بود؛ که مشتمل بر دو زیر طبقه الف- شواهد محوری در سلامت درک شده (با ویژگی‌های سلامت جسمی درک شده، وجود شواهد سلامت جسمی، حس آرامش در زندگی، احساس خوشبختی، توانایی تصمیم‌گیری، قدرت تحمل دغدغه وضعیت ظاهری وضعیت زندگی ایده آل هدفمندی در زندگی) و ب- تعهد به سبک زندگی سالم (با ویژگی‌های تنظیم کمی و کیفی خواب، هدفمندی در اوقات فراغت، فعالیت جسمانی فرح‌بخش، تنظیم تغذیه خوشایند، جستجوی اطلاعات بهداشتی، سلامت‌جویی) بود. پژوهشگرانی در تعریف کیفیت زندگی؛ مراقبت سلامت، درد، توانایی مراقبت از خود، سرگرمی، تغییر برای آینده‌ای شاد را در بعد سلامت و عملکرد مطرح نمود (۲۴)؛ که هم‌راستا با ویژگی‌های تشکیل‌دهنده بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی در مطالعه حاضر بود. همچنین سلامت خانواده بچه‌ها، شادی خانواده، همسر و شریک زندگی که او در بعد فامیلی مطرح نمود؛ آرامش ذهن، ایمان به خدا، دستیابی به اهداف شخصی، شادی، خشنودی از زندگی، وضعیت ظاهری خود؛ که او در بعد روانی روحی مطرح نموده و کنترل در زندگی، توانایی تغییرات زندگی دلخواه، نگرانی‌ها که او در بعد سلامت و عملکرد گزارش کرد (۲۴) نیز با ویژگی‌های زیر طبقه شواهد

کاهش میزان تنش و به‌عنوان کلیدی برای ترمیم فکر، حس رهایی و آرامش و شافی جسم و روح مطرح شده بود (۴۱). خشنودی از ارتباط اجتماعی با ویژگی‌های رفع احساس تنهایی از بودن با آشنایان و آرامش در کنار خانواده در بیانات مشارکت‌کنندگان نمایان بود. مطالعات گذشته نیز گزارش کردند، روابط خوب با اعضای خانواده، دوستان و مشارکت در مباحث به‌طور باز و آزاد موجب رفع احساس تنهایی، فراموشی مشکلات و احساس آرامش می‌گردد؛ و باکیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد. در حالی که امرونهی و تأکید بر اطلاعات محض باکیفیت زندگی رابطه معکوسی داشت (۴۲، ۴۳).

یافته‌های مرحله نظری نیز تعامل بین فرد و محیط زیست، رابطه با اطرافیان، نقش در خانواده و جامعه، محبت، کیفیت زندگی زناشویی، روابط جنسی و مذهب را به‌عنوان ویژگی‌های کیفیت زندگی از دیدگاه صاحب‌نظران یاد می‌کند؛ که هم‌راستا با یافته‌های مرحله در عرصه بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، طیف گسترده‌ای از مفاهیم، ابعاد، ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدها در کیفیت زندگی زنان مشخص شد. تعریف ابتدایی کیفیت زندگی زنان در مرحله اول مطالعه به این صورت مطرح شد؛ که کیفیت زندگی مفهومی چند جانبه و ذهنی از درک فرد نسبت به وضعیت زندگی و به‌عنوان یک منبع انرژی در توانایی فرد برای تعیین و دستیابی به اهداف تعریف می‌شود؛ و دارای ویژگی‌های وابسته به زمان و شرایط خاص فرد در دوره‌های مختلف زندگی و متأثر از متغیرهای سلامتی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی می‌باشد. در مرحله دوم مطالعه، کیفیت زندگی بیانگر خوشبختی تعریف شد که زنان در زندگی‌شان در ابعاد حمایت جامع دریافتی، حس امنیت، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و ارتباط خوشایند احساس می‌کنند. در مرحله سوم مطالعه، تعریف کامل‌تری برای مفهوم کیفیت زندگی زنان ارائه شد؛ که عبارت بود از: کیفیت زندگی از دیدگاه زنان یک مفهوم ذهنی می‌باشد و بیانگر احساس خوشبختی است که آنان در زندگی‌شان با داشتن

قرار دادند؛ همچنین زندگی جنسی، توانایی انجام مسئولیت‌های خانوادگی، مفید بودن برای دیگران را در بعد سلامت و عملکرد طبقه‌بندی کردند (۲۴)؛ که به‌نوعی با ویژگی‌های بعد ارتباط در مطالعه حاضر هم‌راستا بود. Trevino و Mc-Connell در حوزه جامعه‌شناسی کیفیت زندگی به جنبه الگوها و عوامل اجتماعی اشاره نمودند (۳۷)؛ که در مطالعه حاضر در زیر طبقه ارتباط اجتماعی خوشایند مطرح شد. از منظر مشارکت‌کنندگان انجام اعمال مذهبی عبادی به‌صورت رفتن به مساجد و زیارتگاه‌ها، برگزاری جلسات قرآن، احساس آرامش با یاد خدا و ارتباط ذهنی با روح درگذشتگان از عوامل تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی آنان مطرح شد. در سایر مطالعات نیز توجهات معنوی و یاد خدا به‌عنوان آرامش‌دهنده دل‌ها یاد شده که عموماً به سلامت روانی بهتر، احساس بهتر بودن و کیفیت زندگی بالاتر مربوط می‌شود (۳۸، ۳۹)؛ که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. تقریباً تمام مشارکت‌کنندگان در مورد زندگی گذشته، حال، آینده خود دل مشغولی داشتند. برخی با یادآوری خاطرات گذشته احساس ناراحتی پیدا می‌کردند و یا برخی دیگر مداوم به مشکلات کنونی خود فکر می‌کردند؛ و برخی دیگر نیز دل‌شوره برای آینده خود و یا فرزندان خود داشتند؛ که قاعدتاً به‌تدریج این شرایط بر وضعیت سلامت روان و حتی سلامت جسم آنان نیز تأثیر داشت. این در حالی بود که خوش‌بینی، اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شد؛ در چنین حالتی افراد بر این باور هستند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنار آمدن نیز برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده می‌کنند و این مسئله می‌تواند به‌سلامتی روانی و جسمانی آن‌ها منجر شود (۴۰). ارتباط با محیط پیرامونی نیز برای مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر دارای اهمیت بود. آلودگی شهر تهران معضل بزرگی بود که اغلب مشارکت‌کنندگان از این وضعیت ناراضی بودند. لذا بهبود این وضعیت توسط برنامه ریزان شهری از اهمیت بالایی برخوردار است. برخی مشارکت‌کنندگان نیز با وجود پارک‌های اختصاصی برای خانم‌ها و بهره‌مندی از انرژی گل و گیاهان، احساس آرامش می‌کردند. در برخی مطالعات نیز، تأثیر مناظر طبیعی در

زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد را بیان دارند که یکی از نقاط قوت این پژوهش می‌باشد. عدم امکان دستیابی به متن کامل برخی مقالات انگلیسی زبان در خصوص مفهوم کیفیت زندگی زنان و عدم امکان تعمیم نتایج به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی از محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رفت.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از رساله دکتری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، مصوب در شورای تخصصی پژوهش و کمیته اخلاق پزشکی تاریخ ۱۳۹۵/۲/۱۴ به شماره ۵۲۵/۱۹۱۸، IR.TMU.REC.1395.331، دانشجو فاطمه السادات سید نعمت اله روشن و به راهنمایی خانم دکتر فاطمه الحانی بود. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به خاطر تأمین مالی پژوهش و از کلیه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش و مسئولین مربوطه که همکاری لازم را نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

آرامش در زندگی و رضایت از وضعیت سلامت ناشی از مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و برقراری ارتباط خوشایند با خود، خدا، محیط و دیگران، حس امنیت و درک حمایت‌های جامع دریافتی برای داشتن یک زندگی ایده آل، تجربه می‌کنند.

این مطالعه اولین پژوهشی بود که به کسب یک ادراک روشن از کیفیت زندگی زنان از طریق تعریف معنا، تحلیل مفهوم و تعیین خصوصیات آن پرداخت؛ اما باید گفت که تحلیل مفهوم، فرایندی پویا است و تا زمانی که دانش و تجربیات جدید در دسترس هستند، توسعه بیشتر مفهوم ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه اطلاعات مفیدی را در رابطه با مفهوم کیفیت زندگی از دیدگاه زنان فراهم کرد؛ که همگی علاوه بر نیاز به ضرورت توجه مسئولین در زمینه تغییر سیاست‌های حاکم بر سلامت زنان، نیازمند توانمندسازی زنان در چگونگی مواجهه با این عوامل می‌باشد. یافته‌های این مطالعه آغاز راهی خواهد بود برای طراحی ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی زنان در ایران؛ تا بتوان با کاربرد آن و بر اساس نتایج به دست آمده از آن، با استفاده از نظر متخصصین گامی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان برداشت. انجام مصاحبه با سؤالات باز این امکان را فراهم کرد تا مشارکت‌کنندگان در پژوهش، هر آنچه که بر کیفیت

References

1. Greimel E, Kato Y, Müller-Gartner M, Salchinger B, Roth R, Freidl W. Internal and external resources as determinants of health and quality of life. *PLoS One* 2016; 11(5): e0153232.
2. Teasdale MR. Quality of life and mission. *Missiology: An International Review* 2016; 44(3) 269-80.
3. Scott J, Plagnol AC, Nolan J. Perceptions of Quality of Life: Gender Differences Across the Life Course. In: Scott J, Crompton R, Lyonnelle C. *Gender Inequalities in the 21st Century*. UK: EE; 2010. p.193-214.
4. Hadi N, Hajjari Z. Women's health in Iran; A review. *Shiraz E Medical Journal (SEMJ)* 2013; 14(3): 172-88.
5. Ahmadi B, Babashahi S. Management women's health: Policy and research and services. *Social Welfare Quarterly* 2012; 12(47): 29-59. [In Persian].
6. Campos AC, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: Factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12(1): 166.
7. Hart PD, Kang M. Physical inactivity and health-related quality of life among U.S. adult men and women. *J Women's Health Care* 2014; 3(6): 1-5.
8. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. The quality of life among rural elderlies a cross-sectional study. *Salmand* 2011; 6(20): 38-46. [In Persian].
9. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: A population based cross-sectional study. *J Caring Sci* 2017; 6(1): 39-47.

10. Makvandi S, Zamani M. The survey of quality of life and its domains in Ahvaz Islamic Azad university students in 2010. *Jentashapir Health Research* 2012; 2(4): 191-200. [In Persian].
11. Vasli P, Salsali M. Parents' participation in taking care of hospitalized children: A concept analysis with hybrid model. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19(2): 139-44.
12. Asadi Noughabi A, Alhani F, Piravi H. Health hybrid concept analysis in old people. *Glob J Health Sci* 2013; 5(6): 227-32.
13. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: A qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med* 2010; 3: 6.
14. Ravenek MJ, Rudman DL. Bridging conceptions of quality in moments of qualitative research. *Int J Qual Meth* 2013; 12(1): 436-56.
15. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martins JC. Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal* 2017; 2(1): 6-12.
16. Sheykholeslami A, Azarniyoor S, Mohammadi N. Prediction of quality of life based on sexual attitude and knowledge, and personality traits in married women. *Journal of Health and Care* 2015; 17(3): 260-9. [In Persian].
17. Hosseinzadeh A, Ahmadipour T, Mavalizadeh E. A study relation emotion social security–economy, social-economy status on quality of life persons (case study: Ahwaz city). *Quarterly Journal of Social Development* 2014; 9(1): 111-34. [In Persian].
18. Rezvani M, Mansourian H. Assessing the quality of life: A review of concepts, indices and models, and presentation of a proposed model for rural areas. *Village and Development* 2008; 11(3): 1-26. [In Persian].
19. Prevost ER. The problem of quality of life in ministry. *Review & Expositor* 2016; 113(3): 315-32.
20. Plummer M, Molzahn A. Quality of life in contemporary nursing theory: A concept analysis. *Nurs Sci Q* 2009; 22(2): 134-40.
21. Ghafari G, Karimi A, Nuzari H. The study of quality of life in Iran. *Journal of Social Studies and Research* 2012; 1(3): 107-34. [In Persian].
22. Post MW. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2014; 20(3): 167-80.
23. Abbasi S, Sajedi F, Hemmati S, Najafi Fard T, Azadchehr MJ, Poursadoghi A. Evaluation of quality of life in mothers of children with down syndrome evaluation of quality of life in mothers of children with down syndrome. *Journal of Practice in Clinical Psychology* 2016; 4(2); 81-8.
24. Krinitcyna ZV, Mikhailova TR, German MV. Quality of life as the basis for achieving social welfare of the population. *SHS Web of Conferences* 2016; 28: 1-6.
25. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2010; 5:1-5.
26. Bokharai A, Sharbatian MH. A sociological study of the factors affecting the development of the quality of life of women in Mashhad. *Journal of Social Development* 2014; 8(4): 107-132. [In Persian].
27. Mohammadzadeh KA, Hosseini SM, Maleki S. Investigating the relationship between psychological empowerment and quality of work life with job burnout among health experts of health deputy Ilam province in 2014. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2016; 24(6): 54-65. [In Persian].
28. Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips S, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: A cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open* 2016; 6(6): e011503.
29. Suwankhong D, Liamputtong P. Social support and women living with breast cancer in the south of Thailand. *J Nurs Scholarsh* 2016; 48(1): 39-47.
30. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of life: Factors determining its measurement complexity. *Engineering Economics* 2011; 22(2): 147-56.
31. Cheraghi Z, Nedjat S, Haghjoo L, Salehi F. What do Iranian people have in mind when assessing their quality of life? A qualitative study. *Iranian Journal of Epidemiology* 2016; 12(3): 10-20. [In Persian].
32. Mattevi BS, Bredemeier J, Fam C, Fleck MP. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: Perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 188-96.
33. Kimiaee SA. Methods used for empowering head-of-household women. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11(40): 63-92. [In Persian].
34. Lavdaniti M, Tsitsis N. Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. *Health Science Journal* 2015; 9(2): 1-5.

35. Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. The effect of family centered empowerment model on quality of life in adolescent girls with iron deficiency anemia. *Yafteh* 2015; 16(4): 88-99. [In Persian].
36. Tol A, Tavassoli E, Shariferad G, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of medical sciences. *J Educ Health Promot* 2011; 7(4): 442-8.
37. Trevino KM, Mc-Connell TR. Religiosity and religious coping in patients with cardiovascular disease: Change over time and associations with illness adjustment. *J Relig Health* 2014; 53(6): 1907-17.
38. Basiński A, Stefaniak T, Stadnyk M, Sheikh A, Vingerhoets AJ. Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: Case-controlled study. *J Relig Health* 2013; 52(1): 276-84.
39. Alibake F, Ahmadi SA, Farahbakhsh K, Abedi.A, Alibake M. The effect of optimism training on quality of life among dormitory female students at Isfahan Medical University. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 12(9): 709-20. [In Persian].
40. Azemati HR, Zarghami E. The relationship between residents' health and quality of neighborhood environment: A case study. *Payesh* 2013; 12(1): 25-34. [In Persian].
41. Shahraki Sanavi F, Baghbanian A, Faraji Shovey M, Ansari Moghaddam A. A study on family communication pattern and parenting styles with quality of life in adolescent. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2011; 63(11): 1393-8.
42. Zarei E, Fallahchai SR, VahediSarrigani N. The study of relationship between family communications patterns with resilience and quality of life the high school girl's students. *Journal of Life Science* 2013; 3(4): 289-93.
43. Rafii F, Soleimani M, Seyde Fatemi N. Concept analysis of participation of patient with chronic disease: Use of hybrid model. *Iran Journal of Nursing* 2010; 23(67): 35-48. [In Persian].

Concept Analysis of Women's Quality of Life: A Hybrid Model

Fatemeh Sadat Seyed Nematollah Roshan ¹, Fatemeh Alhani², Armin Zareiyan³,
Anoshirvan Kazemnejad⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Many factors affect desirable quality of life. Regarding the subjective and multivariate nature of the quality of life concept and the need for attention in different cultures and groups of the society, the present study was performed to analyze the concept of quality of life from women's perspectives.

Method: To analyze the quality of women's life, Schwartz-Barcott and Kim's hybrid model was used. At theoretical stage, in order to deeply analyze and redefine the concept of women's quality of life, 571 articles from available and reputable databases without a year limit and with keywords of life quality and women were searched in Persian and English. At practical stage, 40 Iranian women living in Tehran were interviewed. Then, the text of interviews was handwritten and analyzed using Zhang's content analysis method. Finally, the similarities and differences of definitions obtained from the previous two stages were evaluated and a general analysis was performed.

Results: In the final analysis, women's quality of life was defined as follows: "The quality of life from women's perspectives is a subjective concept and expressed as the sense of happiness that they experience it in their lives by having peace of mind in life, satisfaction with health due to responsibility for health and communicating with themselves, God, environment, and others, sense of security, and understanding of the comprehensive support received to have an ideal life.

Conclusion: Based on the findings, paying attention to the status of women in the field of comprehensive support, sense of security, health responsibility, and communication can bring useful and significant results to improve the quality of women's life.

Keywords: Quality of life, Women, Concept analysis, Hybrid model

Citation: Nematollah Roshan SF, Alhani F, Zareiyan A, Kazemnejad A. **Concept Analysis of Women's Quality of Life: A Hybrid Model.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(3): 204-20. [In Persian]

Received date: 19.05.2018

Accept date: 11.07.2018

Published: 21.12.2019

1- PhD Student, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Community Health, School of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Alhani, Email: alhani_f@modares.ac.ir