

مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه‌دار

فتیحه کرمان ساروی^{۱*}، علی منتظری^۲، معصومه بیات^۳

۱. گروه پرستاری و مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۲. گروه پژوهشی سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۳. مرکز تحقیقات صدا و سیما، زاهدان

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۰ صص ۱۱۶-۱۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۴ اسفند ۱۳۸۹]

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار شهر زاهدان انجام شد. کیفیت زندگی با استفاده از گونه فارسی ابزار (SF-36) اندازه‌گیری شد و اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی (سن، تحصیلات) جمع‌آوری شد. در این مطالعه ۲۲۰ زن (۱۱۰ نفر شاغل و ۱۱۰ نفر خانه‌دار) به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند. اطلاعات در نرم‌افزار SPSS-13 ثبت و با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس و تی تجزیه و تحلیل شد. ۷۰ درصد از زنان مورد مطالعه در رده سنی ۴۳-۲۴ سال با میانگین سنی و انحراف معیار (۸/۹۵) (۳۳/۸۷) سال بودند و ۴۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. آزمون تی نشان داد که زنان شاغل در تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی بجز عملکرد جسمانی از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بودند و وضعیت سلامتی خود را در مقیاس سلامت روانی ($P=0/02$) و نشاط ($P=0/01$) بهتر از خانه‌داران ارزیابی نمودند. نتایج مطالعه مؤید تأثیر اشتغال بر کیفیت زندگی به خصوص در حیطه‌های روانی آن بود. به نظر می‌رسد فراهم نمودن زمینه‌های مشارکت اجتماعی و اشتغال‌زایی متناسب با شأن زنان در تأمین سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان شاغل، زنان خانه‌دار

* نویسنده پاسخگو: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۴۱-۲۴۱۱۴۱۵ نمایر: ۰۵۴۱-۲۴۴۲۴۸۱

E-mail: Fkermansaravi@yahoo.com

مقدمه

از آنجا که در دهه‌های اخیر «سلامت» مفهومی وسیع تلقی می‌شود، لذا در اندازه‌گیری سلامت منظور نمودن ابعاد چندگانه و کیفیت آن بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. به همین جهت امروزه سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت بعنوان پیامدی از وضعیت سلامت جامعه در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است [۱].

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، سیستم ارزشی جامعه، اهداف، انتظارات و معیارهای هر فرد است [۲، ۳]. بنابراین کیفیت زندگی 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 بیماری ارتباط پیدا می‌کند [۴]. فرل یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را شغل می‌داند [۵، ۶].

زنان که حدود نیمی از جمعیت جهان هستند با احتساب فعالیت‌های بی‌مزد در خانه ۵۵ درصد کل کار جهان را انجام می‌دهند [۷]. پژوهشگران معتقدند زنان اغلب بر اساس شرایط اقتصادی، اجتماعی و در اختیار داشتن منابع مالی و مادی، خانه‌داری یا اشتغال خارج از منزل را انتخاب می‌کنند [۸]. شواهد آماري موجود در کشورهای جهان سوم حاکی از افزایش میزان مشارکت زنان در مشاغل مربوط به آموزش و پرورش، پرستاری و خدمات است [۹]. سرشماری اخیر ایران نشان می‌دهد که سهم زنان از نیروی کار رسمی، ۱۱ درصد است و در حال حاضر بالغ بر ۲/۱ میلیون نفر زن شاغل [۱۰] و ۱۴ میلیون زن خانه‌دار در کشور وجود دارد.

جامعه‌شناسان کار خانگی را برای ایجاد مکانی قابل سکونت برای زندگی، تربیت فرزندان و ارائه خدمات ضروری می‌دانند. کار خانه از جهات متعدد با اغلب مشاغل دیگر متفاوت است چرا که بدون مزد بوده و معمولاً در انزوا و جدا از دیگر بزرگسالان انجام می‌شود. کار خانگی کاری است که صرفاً توسط کننده کار تعریف شده و هیچ مقررات تحمیلی از خارج بر آن وجود نداشته و تکراری و پایان‌ناپذیر است [۱۱].

نتایج بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که زنان شاغل در تمام ابعاد کیفیت زندگی میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل کسب نموده [۱۲، ۱۳] و به طور معناداری از نشاط و سلامت روانی

مثبت‌تری برخوردارند. با توجه به نقش سلامت زنان در سلامت خانواده و جامعه و با توجه به ویژگیهای فرهنگی استان سیستان و بلوچستان این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار این استان انجام شد تا با ارزیابی کیفیت زندگی به شناخت ابعاد مختلف و چالش‌های زندگی زنان استان دست یافته و جهت ارتقاء سلامت آنان اقدام نمود.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مورد - شاهدی در سال ۸۹-۱۳۸۸ با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی انجام شد. ابتدا شهر زاهدان به ۵ منطقه (شمال شرق، جنوب شرق، مرکز، شمال غرب، جنوب غربی) تقسیم و از هر منطقه دو مرکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی به طور تصادفی انتخاب و سپس از هر مرکز ۱۱ زن شاغل و ۱۱ زن خانه‌دار به طور تصادفی انتخاب شدند. در مجموع، ۱۱۰ زن شاغل و ۱۱۰ زن خانه‌دار در این مطالعه شرکت نمودند. همچنین به منظور جلوگیری از تأثیر عوامل مخدوش کننده در مطالعه مشابه‌سازی نیز انجام شد.

معیارهای پذیرش افراد در مطالعه شامل عدم ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی، چاقی، عدم وجود بارداری و عدم مواجهه با بحران روحی - روانی خاص در زمان انجام مصاحبه بود. روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود که از طریق مراجعه به درب منازل پس از ارائه توضیحات لازم به واحدهای مورد پژوهش و اعلام آمادگی و رضایت آنان برای پاسخگویی پرسشنامه، به روش خودایفایی و یا در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسشگران تکمیل می‌شد. پرسشنامه با توجه به اهداف مطالعه در دو قسمت تدوین گردید: قسمت اول مشخصات فردی و قسمت دوم پرسشنامه SF-36 (The Short Form Health survey).

این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال است که هشت بعد را اندازه می‌گیرد. این ابعاد عبارتند از: عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی. در مجموع هر یک از ابعاد هشتگانه سلامت نمرات صفر تا صد تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهند. این پرسشنامه یکی از ابزارهای عمومی سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی شده است و پایایی و روایی گونه ایرانی آن مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴].

طبق نتایج بدست آمده، زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار، کلیه مقیاس‌های کیفیت زندگی را به جز عملکرد جسمانی بالاتر و بهتر گزارش کرده‌اند بطوری که این تفاوتها در مقیاس‌های سلامت روانی و نشاط معنی‌دار بود. یافته‌های فوق با نتایج مطالعات مشابه انجام شده همخوانی دارد [۲۰-۱۳، ۱۵]. پژوهش بیوتل نشان داده است که زنان خانه‌دار در معرض خطر بیشتری در جهت تهدید کیفیت زندگی نسبت به زنان شاغل هستند [۲۱]. اما مطالعه بذرافشان و همکاران که بر روی سالمندان انجام شده نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان سالمند خانه‌دار بیشتر از زنان سالمند بازنشسته است [۲۲] که احتمالاً علت آن از دست دادن شغل است. البته نتایج مطالعات دیگری هم وجود دارد که ارتباط معنی‌داری بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال نشان نداده‌اند [۲۳، ۱۶]. یکی از یافته‌های این پژوهش این بود که میانگین نمره عملکرد جسمانی زنان شاغل کمتر از زنان خانه‌دار بود. شاید توجیه این یافته آن است که علاوه بر شیوع اختلالات درد بدون منشأ فیزیولوژیک در زنان [۲۴]، زنان شاغل مسئولیتی مضاعف داشته یعنی علاوه بر ایفای نقش‌های اجتماعی وظیفه خانه‌داری را نیز بعهده دارند که این مسئله منجر به محدودیت‌هایی در عملکرد جسمانی خواهد شد. نمره سطح سلامت روانی و نشاط شاغلین به طور معنی‌داری با گروه خانه‌دار تفاوت داشت. یافته‌های مطالعه‌ای در مشهد نیز مؤید این مسئله است [۱۳]. در تحقیق پرویزی و همکاران زنان کمتر به پیامدهای مادی و منفی اشتغال پرداخته‌اند و بیشتر بر جنبه‌های مثبت حتی اندک آن از جمله اقتدار، استقلال و آرامش تأکید داشتند [۱۸]. به نظر می‌رسد که اشتغال و مشارکت در فعالیتهای اجتماعی راه فرار از دغدغه‌های منزل و یک نوع سرگرمی و تنوع در زندگی می‌باشد که منجر به افزایش قدرت برنامه‌ریزی زنان شاغل شده و یک نوع رضایت‌مندی روانی برای فرد می‌باشد. در مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه با جمعیت زنان ایرانی نشان داد که میانگین نمرات حیطة‌های مختلف در نمونه‌های مورد مطالعه بجز دو بعد عملکرد جسمانی و نمره سلامت روانی در گروه‌های خانه‌دار و شاغل کمتر از نمرات جامعه ایرانی بوده است که این مسئله در گروه خانه‌دار مشهودتر بوده و مؤید آن است که اشتغال تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی دارد. بنابراین فراهم نمودن زمینه‌هایی جهت مشارکت‌های اجتماعی زنان و اشتغال‌زائی در سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان بعنوان نیمی از افراد جامعه مؤثر خواهد بود.

تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 13 صورت گرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از، آزمون تی و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته‌ها

همانگونه که اشاره شد در مجموع ۲۲۰ زن وارد مطالعه شدند. ۷۰/۹ درصد زنان در رده سنی ۲۴-۴۳ سال با میانگین سنی ۳۳/۸۷ سال انحراف معیار ۸/۹۵ سال بودند. ۴۰ درصد زنان تحصیلات دانشگاهی داشتند و میانگین سال‌های آموزش رسمی نمونه‌ها ۱۰/۸ سال با انحراف معیار ۴/۹ سال بود. میانگین درآمد زنان ۱۲۰+۱۶۴ هزار تومان بود (جدول شماره ۱).

در جدول شماره ۲ میانگین نمرات گروه‌های مورد مطالعه در ابعاد مختلف پرسشنامه SF-36 ارائه شده است. کمترین میانگین در هر دو گروه مربوط به ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی بوده است. میانگین نمرات زنان شاغل در کلیه ابعاد، بجز عملکرد جسمانی بیشتر از زنان خانه‌دار بود.

نتایج حاصله نشان داد زنان شاغل و خانه‌دار وضعیت سلامت جسمانی خود را نسبت به سلامت روانی بهتر گزارش کرده‌اند. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مقیاس سلامت روانی $P=0/02$ و نشاط $P=0/01$ دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان داد بطوریکه زنان شاغل وضعیت سلامت روانی خود را بهتر ارزیابی نمودند. در مجموع مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار با جمعیت زنان ایرانی در سال ۸۵ نشان می‌دهد که میانگین نمرات حیطة‌های مختلف کیفیت زندگی در جامعه مورد مطالعه بجز نمره عملکرد جسمانی در گروه خانه‌دار و نمره سلامت روانی در گروه شاغلین کمتر از میانگین جمعیت زنان ایرانی است. مقایسه میانگین نمرات حیطة‌های کیفیت زندگی در شاغلین با جمعیت زنان ایرانی با استفاده از آزمون تی تفاوت معنی‌داری را در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی ($P=0/002$) و درد جسمانی ($P<0/001$) نشان داد و این اختلاف در زنان خانه‌دار در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، نشاط، مشکلات روحی ($P<0/001$) و سلامت روانی ($P=0/02$) معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

جدول شماره ۱- مشخصات نمونه مورد مطالعه (n=۲۲۰)

P	زنان خانه‌دار		زنان شاغل		سن (سال)
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۳	۱۸/۲	۲۰	۶/۴	۷	۱۴-۲۳
	۳۸/۲	۴۲	۳۹/۱	۴۳	۲۴-۳۳
	۲۶/۴	۲۹	۳۸/۲	۴۲	۳۴-۴۳
	۱۷/۳	۱۹	۱۶/۴	۱۸	≥۴۴
<۰/۰۰۰۱					تحصیلات (سال)
	۳۴/۵	۳۸	۲/۷	۳	بی‌سواد/ابتدایی
	۵۶/۴	۶۲	۳۳/۶	۳۷	متوسطه
	۹/۱	۱۰	۶۳/۶	۷۰	دانشگاهی

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی بین زنان شاغل و خانه‌دار

P	گروه خانه‌دار (n=۱۱۰)	گروه شاغلان (n=۱۱۰)	تعداد کل (n=۲۲۰)	ابعاد هشت‌گانه
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۳	۸۳/۷ (۲۰/۵)	۸۱/۳ (۲۰/۲)	۸۲/۵ (۲۰/۳)	عملکرد جسمانی
۰/۷	۷۰/۹ (۲۱/۳)	۷۱/۸ (۲۰/۷)	۷۱/۴ (۲۱/۰)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۲	۶۰/۰ (۲۳/۲)	۶۶/۳ (۱۸/۰)	۶۳/۱ (۲۱/۰)	سلامت روانی
۰/۴	۶۲/۷ (۲۷/۴)	۶۵/۶ (۲۳/۹)	۶۴/۲ (۲۵/۷)	درد جسمانی
۰/۹	۶۲/۳ (۱۹/۱)	۶۲/۶ (۲۰/۳)	۶۲/۵ (۱۹/۷)	سلامت عمومی
۰/۰۱	۵۱/۴ (۲۴/۰)	۵۹/۲ (۲۱/۳)	۵۵/۳ (۲۳/۰)	نشاط
۰/۰۹	۴۵/۵ (۴۱/۳)	۵۴/۸ (۴۲/۵)	۵۰/۲ (۴۲/۱)	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
۰/۵	۵۱/۴ (۳۹/۲)	۵۴/۵ (۴۰/۴)	۵۳/۰ (۳۹/۷)	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار با جمعیت زنان ایرانی

گروه شاغلان	P	جمعیت زنان ایرانی		P	گروه خانه‌دار	ابعاد هشت‌گانه
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)			
۸۱/۳ (۲۰/۲)	۰/۴۱	۸۲/۹ (۲۲/۱)	۰/۶	۸۳/۷ (۲۰/۵)	عملکرد جسمانی	
۵۴/۵ (۴۰/۴)	۰/۰۰۲	۶۶/۵ (۳۹/۱)	<۰/۰۰۱	۵۱/۴ (۳۹/۲)	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	
۶۵/۶ (۲۳/۹)	<۰/۰۰۱	۷۶/۴ (۲۶/۲)	<۰/۰۰۱	۶۲/۷ (۲۷/۴)	درد جسمانی	
۶۲/۶ (۲۰/۳)	۰/۲۲	۶۵/۰ (۲۰/۸)	۰/۱	۶۲/۳ (۱۹/۱)	سلامت عمومی	
۵۹/۲ (۲۱/۳)	۰/۷	۶۲/۹ (۱۷/۸)	<۰/۰۰۱	۵۱/۴ (۲۴/۰)	نشاط	
۷۱/۸ (۲۰/۷)	۰/۲۳	۷۴/۲ (۲۵/۱)	۰/۱	۷۰/۹ (۲۱/۳)	عملکرد اجتماعی	
۵۴/۸ (۴۲/۵)	۰/۱	۶۱/۴ (۴۲/۴)	<۰/۰۰۱	۴۵/۵ (۴۱/۳)	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	
۶۶/۳ (۱۸/۰)	۰/۴	۶۵/۰ (۱۸/۶)	۰/۰۲	۶۰/۰ (۲۳/۲)	سلامت روانی	

علی منتظری: تجربه و تحلیل داده‌ها، ویراستاری علمی مقاله و تهیه نسخه نهایی

معصومه بیات: ثبت اطلاعات و همکاری در بررسی ادبیات پژوهش

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب یک طرح تحقیقاتی و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان صورت گرفته است. بدینوسیله از همکاری صمیمانه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و دانشجویان محترم پرستاری که در جمع آوری اطلاعات همکاری و در این تحقیق شرکت نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

در رابطه با محدودیت‌های این پژوهش باید یادآور شد شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در هنگام پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه و تأثیر بیماری‌های جسمی و روانی تشخیص داده نشده و مسائل اقتصادی و اجتماعی حاکم بر محیط زندگی زنان ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود.

سهم نویسندگان

فتحیه کرمان ساروی: طراحی طرحنامه، اجرا و تدوین مقاله

منابع

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. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006; 4: 1-12.
3. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, et al. The relationship between disease featyres and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24: 490-495.
4. King CR, Hinds PS. *Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice.* Jones & Bartlett Publishers: UK, 2003.
5. King I. Quality of life and goal attainment nursing. *Nursing Science Quarterly* 1994; 7: 29-32.
6. Fallahi M, Karimloo M, Rahgoy A, Fattah M. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospital in Tehran. *Hakim Research Journal* 2007; 9: 24-30.
7. Abdi S. Women the victoms of physical, social and occupational differences. [Retrieved 24.01.2009, From <http://newsecul.ipower.com/2009/01/24-Saturday/012409-soliman-abdi-women-and-differenc.htm>].
8. Javaheri F, Serajzadeh SH, Rahmani R. Analysis of the effects of women's employment on their life quality Cace study: Iranian female employees in the ministry of agriculture. *Women's Research Journal* 2010; 8:143-162
9. Zamani F. The effect of women's work on family life. *Hamshahri Daily* 2007; 23 [Retrieved 24.01.2009, From <http://www.mgtsolution.com/olib/766043455.aspx>].
10. Wolin KY, Glynn RJ, Colditz GA, Lee IM, Kawachi I. Long - term physical activity patterns and health - related quality of life in U.S women. *American Journal Preventive Medicine* 2007; 32: 490-499.
11. Haghany M. What does housekeeping mean? [Retrieved 24.01.2009, from <http://www.magiran.com/nrview.asp>].
12. Fulden S, Sebnem P, Erdal D, et al. Quality of life for obese woman and men in Turkey. *Preventing Chronic Disease* 2007; 4: 1-11.
13. Zanjani HA, Bayat M. A survey of employment on women's life qualificatrion in Mashad. *Jounal of Contemporary Sociology* 2010; 2:171-190
14. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005; 14: 875-882.
15. Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-Related quality of life in an elderly population in Iran: apopulation-based study. *Payesh* 2005; 4: 113-120.
16. Abbas Zadeh F, Bageri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women. *Payesh* 2010; 9: 69-75.
17. Nojoumi M, Anbari Kh. A comparison of the quality of life in HIV/AIDS patients and control group. *Journal of Iran Universit of Medical Sciences* 2008;15: 169-179.
18. Parvizi S, Ghasemzadeh Kakroodi F, Seyed Fatemi N, et al. Social factors contributing in women health in Tehran: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research* 2010; 15: 6-15.
19. Ghanbari A, Parsa Y, Atrkar R. Effective factors on quality of life in diabetic patients. *Guilan University of Medical Science Journal* 2001; 10: 37-38.
20. Safavi M, Mahmoudi M, Akbarnataj K. Assessment of quality of life and its relationship with some of individual's characteristics in pulmonary

complication of Sulfur Mustard. Daneshvar 2009; 16:43-52.

21. Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brahler E. Sexual and partnership satisfaction in ageing menopause results from a german representstive community study. *Maturitas* 2002; 34: 22-8

22. Bazrafshan M, HossaniMA, Rahgozar M, Brahler E. Quality of elderly's life in Shiraz Jahandidegan club. *Iranian Journal of Ageing* 2008; 3:33-39

23. Rezai A, Mir-Mowlai T, Mahmoudi M, et al. Study in quality of life of women suffering from urinary incontience. *Tehran University of Medical Siences* 2002; 8: 13-21.

24. Kaplan HL, Sadock BJ. Kaplan and Sadok's synopsis of psychiaitry. 8th edition. Baltimore: William & Wilkins; 1998