

مقدمه

کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی های سلامت می باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز به این نکته تاکید دارد. با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی از تندرستی، مبني بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری، لازم است اندازه گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص های فراوانی و شدت بیماری، به سایر ارزش های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه داشته باشد. امروزه از ارزیابی کیفیت زندگی در مقایسه اثر بخشی و ارزش نسبی درمان های متفاوت، تحقیقات، سیاست گذاری های بهداشتی، ارزیابی خدمات بهداشتی و بهبود رابطه پزشک و بیمار استفاده می شود (۱).

از طرفی دیگر کیفیت زندگی، درک افراد از جنبه های مختلف زندگی خود مانند ابعاد فرهنگی، ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایی است که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نمی باشد (۲). به همین جهت، کیفیت زندگی شاخصی است که می تواند به عنوان معیار ارزیابی تمامی حیطه های زندگی افراد به کار گرفته شود (۳).

طی ۲۵ سال گذشته مطالعات زیادی جهت بررسی کیفیت زندگی صورت گرفته و به طور روزافزون تاثیر عوامل مختلف بر کیفیت زندگی انسان معلوم گردیده است. نتایج این مطالعات بیان می کند که ابزارهای جامع به ویژه آنهایی که نشانه های سلامت را اندازه می گیرند، می توانند جهت فراهم نمودن داده هایی در مورد شرایط عملکردی سلامت، مفید و موثر باشند. ابزارهای متعددی جهت ارزیابی کیفیت زندگی تهیه شده اند. برخی از آنها مخصوص ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران خاص هستند و برخی دیگر برای تمامی افراد قابل استفاده می باشند. اگرچه ابزارهای تخصصی نسبت به تغییرات جزئی شرایط، حساسترند ولی استفاده از ابزارهای عمومی این مزیت را دارد که امکان مقایسه میان افراد مختلف، جهت تصمیم گیری یا به کارگیری منابع را فراهم می سازد (۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (World health organization quality of life: WHOQOL) یکی از ابزارهای عمومی سنجش کیفیت زندگی است که برای استفاده در فرهنگ ها و ملل مختلف تهیه شده است. اعتبار این ابزار ابتدا در ۱۵ کشور مختلف جهان بررسی و تایید گردید (۷). هم اکنون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به مهمترین زبان های جهان ترجمه گردیده و در حال ترجمه به سایر زبان ها نیز می باشد (۸).

نسخه اولیه و اصلی این پرسشنامه حاوی ۱۰۰ سوال می باشد که جهت سهولت استفاده، در نسخه های بعدی تعداد سوالات تعدیل شده است. نسخه کوتاه

شده مورد استفاده در مطالعه حاضر (World health Organization Quality of Life-BRIEF WHOQOL-BREF) حاوی ۲۶ سوال است که اعتبار و اعتماد آن ارزیابی و تایید گردیده است. نسخه کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت برای موقعیت هایی که محدودیت زمانی وجود دارد، بیمار حوصله زیادی برای پاسخگویی به سوالات ندارد و در بررسی های بزرگ اپیدمیولوژیک و برخی مطالعات بالینی که جزئیات اهمیت کمی دارند قابل استفاده می باشد (۸). نسخه ایرانی کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در یک نمونه بزرگ جمعیتی بررسی و با نسخه ۱۰۰ سوالی آن مقایسه شد. نتایج این بررسی نشان داد که برای افراد درک نسخه کوتاه و پاسخ دادن به آن راحت تر می باشد (۷).

نسخه کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF-26) دارای چهار بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی می باشد. مقیاس نمره دهی سوالات بر اساس درجه بندی ۵ تایی لیکرت است که عدد ۱ نشانگر درک منفی و پایین و عدد ۵ نشانگر درک مثبت و بالایی باشد (۴). این ابزار، رضایتمندی افراد را از زندگی، بررسی و جنبه های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می کند (۵).

خداوند استعدادهاي مختلفی را در انسان به ودیعه گذاشته و لازمه اعتلا و پیشرفت جوامع، بهره گیری از بالاترین توان و ظرفیت انسانی می باشد. هیچ گاه توسعه يك کشور بدون نقش آفرینی زنان محقق نمی شود، نه فقط برای آنکه زنان تشکیل دهنده نیمی از جامعه هستند بلکه به این دلیل که سلامت خانواده نیازمند توانمندسازی زنان است. زنان توانمند با عوامل موثر بر سلامت خود و سایر افراد خانواده آشنایند و می توانند از طریق رعایت و ترویج الگوی زندگی سالم، نقش مدیران هدایت کننده سلامت خود و خانواده خود و در نتیجه سلامت جامعه را ایفا نمایند (۶).

ماما، به عنوان یک زن و فردی که در ارتباط تنگاتنگ با زنان به خصوص در دوره های حساس زندگی آنان مانند دوران بارداری و حین زایمان می باشد می تواند سهم بسزایی در سلامت جامعه داشته باشد به ویژه در امر آموزش زنان که یکی از وظایف مهم حرفه ای اوست. ویژگی این پژوهش آن است که به بررسی کیفیت زندگی افرادی می پردازد که در ارتباط مستقیم با دو گروه از آسیب پذیرترین اقشار جامعه یعنی مادران و کودکان قرار دارند چراکه خواه ناخواه کیفیت زندگی آنان بر نحوه ی ارائه ی خدماتشان به این اقشار، تاثیرگذار خواهد بود.

تحقیقات زیادی در زمینه کیفیت زندگی در گروه بیماران مختلف در ایران انجام شده است، اما اطلاعات کمی درباره کیفیت زندگی پرسنل بهداشتی و پزشکی وجود دارد. از آنجا که ماماها در بهداشت باروری جامعه نقش مهمی دارند و هماهنگ کننده اصلی ارتباط میان خانواده و تیم بهداشتی به شمار می روند، پرداختن به کیفیت زندگی آنان اهمیت قابل توجهی در سلامت و پرورش نسل آینده دارا می باشد. لذا این پژوهش به دنبال ارزیابی کیفیت زندگی ماماها شاغل شهر قم بر آمده است. امید است از این پس شاهد پژوهش های وسیع تری در این زمینه باشیم.

روش کار

پژوهش حاضر يك مطالعه توصیفی مقطعی بود که کیفیت زندگی ماماها شاغل شهر قم را **در سال ۱۳۹۴** مورد مطالعه قرار داد و پس از آن با استفاده از روش های آماری استنباطی به توصیف، تبیین و تحلیل کیفیت زندگی آنها می پردازد. جامعه پژوهش شامل کلیه ماماها شاغل شهر قم و محیط پژوهش، محل کار ماماها اعم از زایشگاه، درمانگاه، دانشگاه، مطب و اداره بود. از آنجا که تعداد ماماها شاغل قم در مجموع ۲۶۵ نفر بودند با نظر مشاور آمار، نمونه گیری به صورت سرشماری صورت گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه ای شامل دو بخش بود که بخش اول آن به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش اختصاص داشت و بخش دوم، شامل پرسشنامه (WHOQOL-BREF) بود. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سوال دارد: دو سوال ابتدایی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد و ۲۴ سوال بعدی شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و وضعیت محیط می باشد. هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می باشند. لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه، تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می گیرد. حیطه روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می دهد. حیطه سلامت محیط این پرسشنامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت های موجود برای

کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی و حمل و نقل را سؤال می نماید (۷).

در مطالعه ای تحت عنوان استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، نشان داده شد که پرسشنامه ترجمه شده فارسی -WHOQOL BREF در شرایط کشور ما دارای روایی و پایایی قابل قبول می باشد. این پرسش نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است (۸). لذا قابلیت مقایسه نتایج طرح های داخل کشور را با سایر نقاط دنیا فراهم می کند. همچنین از آنجا که این ابزار روایی مناسبی دارد می تواند در گروه های سالم و بیمار مورد استفاده واقع شود (۸).

پژوهشگر پس از ارائه معرفی نامه کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی قم و کسب اجازه و جلب حمایت از مسئولین ذیربط دانشگاه علوم پزشکی قم، پرسشگرانی را از بین دانشجویان مامائی انتخاب نموده پس از توجیه و آموزش، به کلیه واحدهای بهداشتی و درمانی، آموزشی و اداری، جهت تکمیل پرسشنامه ها فرستاد. پرسشنامه ها حداقل ۲۴ ساعت در اختیار آزمودنی ها قرارگرفت تا بتوانند در آرامش کامل و شرایطی مناسب، به دور از تنش های شغلی و محیطی به سوالات پاسخ دهند. در مجموع ۱۸۵ پرسشنامه تکمیل و به پژوهشگر بازگردانده شد.

ملاحظات اخلاقی

به نمونه های پژوهش در مورد روش پژوهش، اهداف و اهمیت آن توضیحات کافی داده شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و اطلاعات بصورت محرمانه حفظ می گردد.

روش های آماری

داده های مربوط به هر پرسشنامه به صورت کد وارد برنامه آماری SPSS ویرایش ۱۶ گردید و سپس با بهره گیری از این نرم افزار تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت. سوالات به گونه ای کدگذاری گردید که در تمام مقیاسها نمره بالا نشان دهنده وضعیت بهتر باشد. در انتها برای بدست آوردن نمره-ی کلی کیفیت زندگی نیز نمرات کلیه ی حیطه ها با هم جمع شد. جهت توصیف داده ها از آمارهای توصیفی میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و برای تحلیل داده های گردآوری شده از آزمون های تی مستقل، من ویتنی و رگرسیون خطی استفاده شد.

نتایج

جدول شماره ۱ به توصیف پاسخگویان پرداخته و نحوه توزیع فراوانی عوامل دموگرافیک را در آنها بیان می کند. در بررسی پاسخ های ۱۸۵ نفر مامای شاغلی که در این پژوهش شرکت نمودند میانگین سن آنها $۶/۰۱ \pm ۳۳/۱۷$ سال و میانگین مدت اشتغال $۵/۵ \pm ۸/۸۸$ سال بود. (۵/۲۸٪) مجرد و (۵/۷۱٪) متاهل بودند که میانگین سن ازدواج متاهلین $۳/۷۸ \pm ۲۳/۷۷$ سال و میانگین طول مدت ازدواج $۶/۷۲ \pm ۱۰/۴۲$ سال بود.

محل تولد اکثر پاسخگویان (۳/۹۴٪) شهر بود و بقیه (۷/۵٪) متولد روستا بودند. از نظر قومیت، اکثر پاسخگویان، فارس (۴/۸۱٪) و بقیه به میزان ۳/۱۷٪، ترک و ۳/۱٪، لر بودند. از نظر میزان تحصیلات (۹/۳۲٪) کاردان، (۵۷٪) کارشناس و (۱/۱۰٪) کارشناس ارشد بودند که بیشترین میزان فراوانی را کارشناسان مامایی به خود اختصاص داده اند.

میزان تحصیلات همسر در واحدهای مورد پژوهش بسیار متنوع بوده طوری که (۲/۷٪) دارای تحصیلات راهنمایی، (۱۳/۳٪) دیپلم، (۹/۷٪) کاردان، (۴۶٪) کارشناس، (۱۵٪) کارشناس ارشد، (۸/۸٪) دکترا و (۳/۵٪) حوزوی بودند. از نظر نوع استخدام، (۸/۲٪) طرحی، (۲۷/۲٪) قراردادی، (۲۵/۳٪) پیمانی و (۳۴/۲٪) رسمی بودند که بیشترین میزان فراوانی را کارمندان رسمی‌ها به خود اختصاص داده‌اند.

محل کار (۳۷/۳٪) از واحدهای مورد پژوهش، زایشگاه، (۴۱/۴٪) درمانگاه، (۷٪) دانشگاه (عضو هیئت علمی)، مربی (۴/۴٪)، کادر اداری (۴/۴٪) و (۱/۹٪) **ماماهای مشغول بکار در پایگاه‌های بهداشت** (کد ۸۸) بودند که در این میان بیشترین میزان به‌ترتیب متعلق به ماماهاى شاغل در درمانگاه و سپس زایشگاه بود. در بین واحدهای مورد پژوهش، فقط (۱۰/۱٪) دارای دفتر کار (مطب) بودند و بقیه (۸۹/۲٪) فاقد دفتر کار بودند که با توجه به وجود ۵۲ نفر کاردان و ۱۱ نفر عضو هیئت علمی که حق تاسیس مطب ندارند همچنین متاهل بودن اکثر واحدهای مورد پژوهش، که علاوه بر مامایی، وظایفی چون مادری و همسری را بر عهده دارند غیرعادی به نظر نمی‌رسد.

در جدول شماره ۲ **با استفاده از آزمون تی مستقل**، به مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه ماماهاى شاغل در زایشگاه و درمانگاه پرداخته شده است. با توجه به این جدول نمرات حیطة های مختلف کیفیت زندگی بین دو گروه ماماهاى شاغل در درمانگاه و زایشگاه تفاوت معنی داری نداشت، در حالی‌که انتظار می‌رفت در ماماهاى شاغل در زایشگاه به دلیل استرس‌های بیشتر شغلی، ساعات کار بیشتر و شیفتهای متغیر، نمرات پایینتری حاصل شود. واحدهای مورد پژوهش، میزان رضایت از سلامتی خود را اینگونه توصیف نموده‌اند: ۱ نفر: بسیار بد، ۸ نفر: بد، ۳۱ نفر: نه خوب، نه بد، ۸۸ نفر: خوب، ۲۸ نفر: بسیار خوب و دو نفر بدون پاسخ. همانطور که مشاهده می‌شود میزان رضایت از سلامتی در ماماها در حد خوب بوده است.

در جدول شماره ۳ **با استفاده از آزمون من ویتنی** ارتباط حیطة های کیفیت زندگی با سابقه کار، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی، داشتن مطب و نوع استخدام در ماماهاى شاغل بررسی شده است. با توجه به این‌که محدوده نمرات برای سلامت فیزیکی ۳۵-۷، سلامت روانی ۳۰-۶، سلامت اجتماعی ۱۵-۳ و سلامت محیط زندگی ۴۰-۸ و نمره کلی ۱۲۰-۲۴ در نظر گرفته شده است میانگین و انحراف معیار در هر حیطة به شرح زیر می‌باشد: میانگین حیطة سلامت جسمی $2/88 \pm 67/22$ ، میانگین حیطة سلامت روانی $2/59 \pm 20/02$ ، میانگین حیطة سلامت اجتماعی $1/92 \pm 81/10$ ، میانگین حیطة سلامت محیط زندگی $2/37 \pm 74/25$ و نمره کل کیفیت زندگی با $9/86 \pm 79/80$. همانطور که ملاحظه می‌شود تمامی نمرات کسب شده در مطالعه حاضر بالاتر از میانگین نمرات مربوط به هر حیطة می‌باشد و براین اساس با وجود اینکه مامایی از مشاغل پر استرس محسوب می‌شود اما ۶۲/۷٪ افراد در این پژوهش کیفیت زندگی خود را "خوب" ارزیابی نموده‌اند که این امر نشانگر کیفیت مطلوب ابعاد مختلف زندگی در ماماهاى شاغل می‌باشد. آزمون رگرسیون خطی ارتباط معنی داری را میان حیطة های سلامت روانی، اجتماعی و محیطی با عوامل وضعیت تاهل و مدرک تحصیلی نشان می‌دهد.

بحث

۱۰۹ نفر (۶۹٪) از واحدهای مورد پژوهش ابراز کردند که کاملاً در تصمیم‌گیری‌های خانواده مشارکت دارند، ۲۴ نفر (۱۵/۲٪) تا حدودی مشارکت داشتند در حالی که ۱۲ نفر (۷/۶٪) ابراز کردند که اصلاً در تصمیم‌گیری‌های خانواده مشارکت ندارند. در مطالعه خالصی (۱۳۸۶) نیز زنان دارای تحصیلات عالی ۷۵/۲٪ مشارکت کامل و ۳۶٪ تا حدودی در تصمیم‌گیری‌های خانواده مشارکت داشتند در حالی که در زنان فاقد تحصیلات عالی ۵۹/۲٪ مشارکت کامل و ۲۰/۸٪ تا حدودی مشارکت، وجود داشت (۶). از آنجاکه واحدهای مورد پژوهش دارای تحصیلات عالی می‌باشند نتایج مشابه در دو مطالعه فوق منطقی به نظر می‌رسد.

در مطالعه ساروی و همکاران که با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار شهر زاهدان انجام گردید نشان داده شد 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 و نشاط‌بهرتر از خانه‌داران ارزیابی نمودند و در مجموع نتایج مطالعه نشانگر تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی به خصوص در حیطه‌های روانی آن بود. (۹)

با توجه به جدول شماره ۳ تمامی نمرات کسب شده در مطالعه حاضر بالاتر از میانگین نمرات مربوط به هر حیطه می‌باشد و براین اساس با وجود اینکه مامایی از مشاغل پرسترس محسوب می‌شود اما ۶۲/۷٪ افراد در این پژوهش کیفیت زندگی خود را "خوب" ارزیابی نموده‌اند که این امر نشانگر کیفیت مطلوب ابعاد مختلف زندگی در ماماها می‌باشد و هر دو مطالعه موید آن است که فراهم نمودن زمینه‌های مشارکت اجتماعی و اشتغال‌زایی متناسب با شأن زنان می‌تواند در تامین سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد.

همچنین بر اساس جدول شماره ۳، آزمون رگرسیون خطی ارتباط معنی‌داری را میان حیطه‌های سلامت روانی، اجتماعی و محیطی با عوامل وضعیت تاهل و مدرک تحصیلی نشان می‌دهد. در تحقیقی که به منظور بررسی تاثیر فعالیت شغلی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت انجام شد مشخص گردید افرادی که سطح تحصیلات پایینتری دارند از نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایینتری برخوردار می‌باشند (۱۰). همچنین در بررسی ۱۰۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های استان تهران، تحت مطالعه‌ای با عنوان بررسی ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه‌های استان تهران، که در آن ۴۶/۸٪ پسر و ۵۳/۲٪ دختر بامیانگین سنی ۲۴/۴۲ سال بودند، بین سطح تحصیلات و سلامت عمومی ارتباط معنی‌دار دیده شد (۱۱). نتایج این تحقیقات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما در مطالعه علاف جوادی و همکاران (۱۲) با عنوان مقایسه کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و داخلی- جراحی، نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی با متغیرهای تاهل و تحصیلات هیچگونه رابطه معنی‌داری نداشته است که همسو با نتایج این مطالعه نیست که شاید نوع شغل در این امر تاثیرگذار باشد هرچند که در ظاهر دو حرفه مامایی و پرستاری بسیار نزدیک به هم به نظر می‌رسند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد ماماها می‌باشند. همچنین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بین دو گروه ماماها می‌باشند. تفاوت معنی‌داری ندارد. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی پرسنل پزشکی و بهداشتی در رضایتمندی و خدمت‌رسانی به مردم، تحقیقات بیشتری در این زمینه توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

از کلیه همکاران ماما و دانشجویان عزیز که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Safari Shirazi, Hamide. MOGAYESEYE KEYFIATE ZENDEGYE DOKHTARANE MALULE ZEHNI 14-20 SALEYE ESTEFADE KONANDE AZ KHADAMATE HERFEAMUZYE DOLATI BA AFRADE MOSHABEH AZ BAKHSHE KHOSUSYE TEHRAN. Payanname. Tehran. Daneshgahe tarbiate modarres. 1383. [In Persian]
- 2- Khayatzademyemahani, Mohamad. BARRESYE MOGAYESEEEYE KEYFIATE ZENDEGYE MADARANE KUDAKANE MOBTALA BE FALAJE MAQZI VA AQABMANDEGYE ZEHNI BA MADARANE KUDAKANE SALEM. Do mahnameye elmy pazuheshye daneshgahe shahed, sale shanzdahom, shomareye 83:1-11. 1388. [In Persian]
- 3- Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of Intellectual disability research 2005;49:699-706.
- 4- Jahanlu, Alirezashahab va hamkaran. BARRESYE FARZYEEYE MONHANI SHEKLE ERTEBATE KEYFIATE ZENDEGY VA CONTROLE QAND DAR BIMARANE DIABETIC. Magaleye elmy pazuheshye daneshgahe olume pezhshkyye arak, sale yazdahom, shomareye 2:27-34. 1387. [In Persian]
- 5- Whoqol - brief introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World health organization. December 1996.
- 6- Jahanlu, Alirezashahab va hamkaran. ERTEBATE BEYNE AGAHI, KHODKARAMADI VA KEYFIATE ZENDEGY BA CONTROLE QAND VA CHARBIE KHUN DAR BIMARANE DIABETIC MASRAF KONANDEYE DOKHANIAT. Magaleye pezhshkyye hormozgan, sale yazdahom, shomareye 4:261-266. 1386. [In Persian]
- 7- Nejat, SAHARNAZ va hamkaran. ESTANDARDSAZYE PORSESHNAMEYE WHOQOL-BREF: TARJOME VA RAVANSANJYE GUNEYE IRANI. Magaleye daneshkadeye behdasht va institue tahqiqate behdashti, doreye 4, shomareye 4:1-12. 1385 [In Persian]
- 8- Khalesi, Mohamad. BARRESYE MOGAYESEEEYE KEYFIATE ZENDEGYE ZANANE QEYRE SHAQELE DARAYE TAHSILATE ALY VA FAQEDE TAHSILATE ALYE SHAHRE QOM. Payanname. Tehran. Daneshgahe olume behzisti. 1386. [In Persian]
- 9- Kermansaravi, Fatihe va hamkaran. MOGAYESEEEYE KEYFIATE ZENDEGYE VABASTE BE SALAMATE ZANANE SHAQEL VA KHANEDARE SHAHRE ZAHEDAN. Faslnameye payesh, sale yazdahom, shomareye 1:99-104. Zemestane 1390. [In Persian]

- 10- Mansuri, Mohamad. MOGAYESEEEYE KEYFIATE ZENDEGY DAR DANESHJUYANE DANESHGAHE ILAM. Payanname. Tehran. Daneshgahe olume pezeshkye Tehran. 1387. [In Persian]
- 11- Nuri, Kobra va hamkaran. BARRESYE ABADE KEYFIATE ZENDEGY DANESHJUYANE DANESHGAHHAYE OSTANE TEHRAN. Avalin hamayeshe keyfiat zendegy. Esfande 1383. [In Persian]
- 12- Allafgavadi, Mehruz va hamkaran. MOGAYESEEEYE KEYFIATE ZENDEGYE PARASTARANE BAKHSHHAYE MORAQEBATE VIZE VA DAKHELI-JARRAHI. Magaleye parastarie moraqebate vize, doreye3, shomareye3:113-117. Paeize 1389 [In Persian].