

بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی

کارکنان بانک ملی شهر تهران

غلامرضا لطیفی* ، امین موحدی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۷/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۳۰

چکیده

هدف این پژوهش شناخت تأثیر سلامت اجتماعی و زیر مقیاسهای آن بر کیفیت زندگی می‌باشد. این مطالعه از نوع همبستگی است که بر روی ۳۳۰ نفر که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند صورت گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی و سنجش سلامت اجتماعی کییز و یک چک لیست اطلاعات دموگرافیک کارکنان بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، و آزمون‌های آماری χ^2 و یومان ویتنی استفاده شده است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین در بررسی رابطه بین ابعاد سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی از

Rlatifi2002@yahoo.com

* دانشیار برنامه ریزی اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

Movahediamin88@gmail.com

۵. زیر مقیاس سلامت اجتماعی فقطبیین دو زیر مقیاس انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی از اهمیت مسائل روحی و روانی و احساس رضایت مندی در بالا بردن سطح سلامت اجتماعی می‌باشد. وجود ارتباط معنادار بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نشانگر تاثیر مستقیم تعلق خاطر به جامعه بر روی کیفیت زندگی جسمی و روانی افراد است. ارتباط بین سطح تحصیلات، جنسیت و رسته شغلی با میزان کیفیت زندگی می‌تواند تا حدی بیانگر کم اهمیت بودن این عوامل در مقایسه با سن و سنوات خدمت که توأم با تجربه و کسب مهارت‌های بیشتر در محیط کاری است، باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، کارکنان بانک

مقدمه

نیروی انسانی یکی از عوامل و منابع مهم تولید است و عامل انسانی در هر سازمانی تمام افراد و کارکنان شاغل در سازمان اعم از مدیران، متخصصان، کارشناسان، کارمندان و کارگران را در رده‌های مختلف شغلی در بر می‌گیرد. در موسسات و شرکت‌های دولتی و خصوصی بویژه در بانک‌ها که اساس و پایه شان بر مبنای سود و زیان می‌باشد، بعد کیفی کارکنان جهت بهره‌وری سازمان بیش از همه مورد توجه قرار می‌گیرد، چرا که یافته‌های علمی نشان می‌دهد کارایی کارکنان رابطه مستقیمی با کارایی و بازدهی سازمان دارد. از جمله مهمترین مولفه‌هایی که برآیند آنها می‌تواند بر نشاط، پویایی و کارایی کارکنان تاثیر بگذارد، مباحث مربوط به «کیفیت زندگی و سلامت» است.

عوامل متعددی در کاهش یا افزایش میزان کیفیت زندگی افراد می‌توانند رابطه داشته باشند و آن را دچار نوسان کنند، از این عوامل می‌توان به ابعاد مختلف سلامت

اشاره کرد که در قالب سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و... تعریف می‌گردند. بعد سلامت اجتماعی یکی از مهمترین ابعاد سلامت است که در قلمروی مددکاری اجتماعی قرار دارد و در تحقیق حاضر رابطه این بعد با میزان کیفیت زندگی بررسی می‌گردد. کیز^۱ مدل پنج عاملی را برای سلامت اجتماعی مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و همبستگی اجتماعی، شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند.

مبانی نظری و مروری بر مطالعات گذشته

جامعه ایران، جامعه‌ای در حال توسعه است و یکی از ویژگی‌های برجسته آن وجود نیروی انسانی جوان و پویا می‌باشد که در صورت بهره برداری بهینه از آن می‌تواند عامل موثری در مسیر توسعه کشور باشد و اساساً یکی از مسائل مهم در کشورهای در حال توسعه، کمبود نیروی انسانی کارآمد و سالم است. آن گونه که می‌دانیم، بر خلاف نظریه‌های متقدم توسعه که بیشتر بر معیارهای اقتصادی و از جمله رشد تولید ناخالص ملی تاکید داشتند، رویکردهای انسان محور که در دهه‌های اخیر جایگزین رویکردهای اقتصادی توسعه شده‌اند، بیشتر بر نیروی انسانی و نقش و تاثیر کیفیت زندگی در توسعه توجه دارند (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۳۲).

کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بعد کمی‌زندگی انسان را مد نظر قرار می‌دهد و نیز به دنبال غفلت از جنبه‌های کیفی زندگی انسان، طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی مورد توجه‌اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفته است. هر جامعه زمانی از پویایی و نشاط لازم برخوردار خواهد بود که شهروندان آن از کیفیت زندگی کافی و مطلوب برخوردار باشند. پس کیفیت زندگی یکی از ارکان اصلی توسعه و یکی از مولفه‌های اساسی برای

شکوفایی و ارتقای وضعیت زندگی است و در نتیجه باید آنرا محور توسعه اجتماعی و اقتصادی قلمداد نمود. سابقه مفهوم کیفیت زندگی به واکنش‌های مخالف رشد اقتصادی باز می‌گردد. گزارش باشگاه رم در سال ۱۹۷۲ با عنوان محدودیت‌های رشد از نخستین و سامان یافته‌ترین این واکنش‌ها بود. محورهایی که در این گزارش بر آن تاکید شده بود عبارت بودند از: فقر در جهانی که روزبه روز مرفه‌تر می‌شود، آلودگی روزافزون محیط زیست، عدم اعتماد و بدبینی روزافزون نسبت به نهادها و سازمان‌های موجود، گسترش بی‌رویه شهرها، بیگانگی فزاینده، از خود بیگانگی و عصیان جوانان، بحران‌های اقتصادی و ... (عبدی، ۱۳۷۸: ۱۵۴).

کیفیت زندگی به روش‌های گوناگونی تعریف شده است، بعضی آن را مترادف با خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی نیز هم معنی با بهزیستی می‌دانند و در برخی مطالعات کیفیت زندگی را به توانایی سازگاری، شیوه زندگی و اعتماد به نفس نیز تعریف کرده‌اند. به طور کلی می‌توان گفت کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد. طبق نظر فلانگان^۱ (۱۹۸۲) تاثیر این ابعاد بر روی کل کیفیت زندگی در افراد متفاوت، گوناگون است (Bolander, 1994: 56) کیفیت زندگی^۲ یکی از شاخص‌های اصلی جامعه است که در برگیرنده مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کند. کیفیت زندگی یکی از اساسی‌ترین مقوله‌های علوم اجتماعی است که در آن پارامترهای مادی توسعه اقتصادی و تولیدات داخلی در کنار پارامترهای غیر مادی چون کیفیت کار، سطح با سواد و فرهنگ، استاندارد پزشکی و بهداشت، کیفیت فراغت و تفریح، شرایط محیط زیست، جوسیاسی، احساس خوشبختی انفرادی و حتی آزادی و اتحاد ملی مورد بررسی قرار می‌گیرند. کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که اساسش در رضایت فرد از جنبه‌هایی

1. Felangan
2. Quality of life

از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Cimet.& et al, 2003: 18) بنابراین می‌توان استنباط کرد که کیفیت زندگی درک منحصر به فرد هم شخص در مورد این که آیا زندگی او با وجود ارتباطی که با خانواده اش، دوستانش و اجتماعش دارد برایش رضایت بخش و قابل قبول است یا نه! و همچنین ارضاء فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برایش موجود است یا نه! که البته این قضیه با توقع شخص از زندگی ارتباط دارد (پارک و پارک، ۱۳۷۶: ۳۴).

گزارش‌های بین‌المللی و معتبر علمی حکایت از پایین بودن میزان کیفیت زندگی در کشورمان دارند. به طوری که موسسه منابع انسانی مرسر^۱ با انتشار گزارشی از وضعیت استانداردهای شهرنشینی و کیفیت زندگی، برای سومین سال پیاپی، ایران و نیز تهران را در انتهای جداول جهانی قرار داده است، به طوری که از بین ۱۹۶ کشور جهان، کشور ایران بعد از کشورهایی چون رواندا، اتیوپی، آنگولا و زیمبابوه در پله یکصد و نود جهان قرار گرفته است و تهران نیز همچنان در قعر جدول یعنی جایگاه یکصد و هفتاد و هفتم جهان قرار دارد. شهر تهران با کسب ۸/۵۲ امتیاز، همانند سال گذشته باز هم جایگاهی بهتر از رتبه صد و هفتاد و هفتم در بین ۲۱۵ شهر جهان نیافت. این در حالی است که تهران در زمره یکی از ۱۵ شهر بزرگ جهان قرار دارد اما از نظر استانداردهای شهرنشینی و کیفیت زندگی سالم برای ساکنان آن عملاً در انتهای جداول جهانی قرار دارد (سایت جامعه شناسی ایران به نقل از حسینی: ۵). همچنین براساس مطالعه مقطعی که توسط نجات و همکاران جهت بررسی میزان کیفیت زندگی مردم شهر تهران در ۲۲ منطقه شهرداری تهران و در لایه‌های سنی متفاوت انجام شد نشان می‌دهد که میزان کیفیت زندگی مردم شهر تهران در همه شاخصه‌های سلامت جسمی، روانی و محیطی کیفیت زندگی به طور معناداری پایین تر از سطح سازمان بهداشت جهانی می‌باشد (نجات و همکاران: ۱۳۸۴).

محققان علوم انسانی از جنبه‌های مختلف به بررسی کیفیت زندگی پرداخته و نشان داده‌اند که عوامل مختلفی از جمله سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط، درآمد، اوقات فراغت، عقاید مذهبی و... بر کیفیت زندگی تاثیر گذار هستند. سلامت یکی از نشانگرهای کیفیت زندگی است و بعضی آنرا مترادف خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی هم معنی با بهزیستی می‌دانند (Ferrans.& et al, 1993: 293).

اندرسون^۱ در این زمینه معتقد است که مفهوم کیفیت زندگی با سلامت مشخص می‌شود و در ارتباط با آن است. موضوع سلامت از بدو پیدایش بشر در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هر گاه از آن سخن به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامت به خصوص به بعد اجتماعی آن توجه شده است. در سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از سطوح کلی فرد شناسایی کرد (Anderson, 1995: 549). طبق نظر کیز حلقه مفقوده است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیار اجتماعی ارزیابی کرد؟»

به نظر کیز افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و کیفیت زندگی در زندگی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی نیز تعیین کننده هستند. وی سلامت اجتماعی را به صورت مدل پنج بعدی انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی شاخص بندی می‌کند و با ارائه مقیاسی با شمول ابعاد اجتماعی فرد، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی شان را با معیارهای اجتماعی شان ارزیابی می‌نمایند. به این ترتیب سلامت اجتماعی، دربرگیرنده اجزاء و

1. Anderson

مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هست یا خیر؟ و به چه میزان؟ (Keyes, 2006: 395).

با توجه به موارد ذکر شده و نظرات کیز مشخص می‌شود که سلامت اجتماعی می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد و چگونگی و تعیین میزان آن نیاز به مطالعات و انجام پژوهش‌ها دارد. طبق بررسی‌های به عمل آمده، تحقیقاتی که در زمینه سلامت اجتماعی انجام شده بسیار اندک بوده و تا بحال در سطح کشورمان رابطه بین دو متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بررسی نشده است. واز همه مهمتر این که با وجود حجم بالای کاری کارکنان در شبکه بانکی کشور و تبعات آسیب‌ناختی آن، به نظر می‌رسد یک خلا علمی پژوهی در زمینه‌های کیفی و اجتماعی کارکنان بانک‌ها وجود دارد. در این تحقیق بنا به ماهیت موضوع از همه حوزه‌های مددکاری، جامعه‌شناسی و روانشناسی استفاده می‌گردد. و با توجه به این که در این تحقیقات رابطه بعد اجتماعی سلامت، با کیفیت زندگی که یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار به شمار می‌رود مغفول مانده است، توجه به آن ضرورت یافته است و این پرسش مطرح می‌شود که چه رابطه‌ای میان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی وجود دارد؟

مروری بر پیشینه تحقیق

مروری بر تحقیقات انجام شده در جهان

در طی ربع قرن آخر قرن بیستم تاکنون پژوهشگران زیادی در مورد کیفیت زندگی و تعامل آن با ویژگی‌های گوناگون انسان اظهار نظر کرده‌اند، و برخی صاحب نظران، توسعه آتی در مراقبت از سلامت را در گرو توجه روز افزون به کیفیت زندگی افراد می‌دانند.

۱- کیفیت زندگی آمریکاییان، محققان: آنگوس کامپل، فیلیپ کانورس و

ویلارد ال راجرز، ۱۹۷۶

در این پژوهش محققان علاوه بر مطالعه کیفیت زندگی آمریکاییان کوشیدند تا مجموعه‌ای از معرف‌های اجتماعی را نیز تعیین کنند. اطلاعات این پیمایش از تعداد ۲۱۶۴ نفر از آمریکایی‌های ۱۸ ساله و بیشتر که به صورت تصادفی تعیین شده بودند به دست آمد. اولین یافته عمده این تحقیق آن بود که اغلب آمریکایی‌ها از رضامندی عمومی از زندگی‌شان به عنوان یک کل صحبت می‌کردند: ۲۲ درصد گفته‌اند که کاملاً خوشنودند، بیش از ۶۰ درصد سطوح متوسطی از رضامندی را ابراز داشته‌اند، ۱۱ درصد گفته‌اند بی‌تفاوتند و تنها ۷ درصد خبر از میزانی از نارضایتی داده‌اند. افراد کمتر از ۳۵ سال خوشحال‌ترین گروه سنی و افراد ۷۵ سال و بالاتر ناخوشحال‌ترین بوده‌اند. پژوهشگران شاخصی به نام رفاه که ترکیبی از جنبه‌های عاطفی خوشنودی و ارزشیابی شناختی بیشتر زندگی بود را به وجود آوردند که در این خصوص کم درآمدترین گروه پایین‌ترین نمره رفاه را به دست آوردند (Goldestein, 1976).

۲- سنجش ذهنی^۱ کیفیت زندگی در تایپه، محقق: یونگ جان لی، ۲۰۰۵

این تحقیق مبتنی بر مطالعه منطقه دیترویت می‌باشد. اطلاعات این پژوهش نیز از تعداد ۳۳۱ نفر از ساکنان شهر تایپه که به صورت تصادفی گزینش شده‌اند جمع‌آوری شده است. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که منطقه محل سکونت، تاهل، سن، تحصیلات و درآمد بر ابعاد مختلف رضایتمندی تاثیرگذار بوده است. از میان متغیرهای مستقل مدنظر در تحقیق (خدمات شهری، رضایت از محله، وضعیت اجتماعی، ارزیابی محیطی و وابستگی‌های محلی) سه متغیر وضعیت اجتماعی، وابستگی‌های محلی و رضایت از محله به ترتیب دارای بیشترین اثر بر رضایتمندی بوده‌اند. از سوی دیگر

پاسخگویان در خصوص وضعیت امنیت شخصی و ارائه خدمات عمومی که اثرات انکارناپذیری بر کیفیت زندگی در شهر تایپه دارد احساس نگرانی خود را بیان نموده‌اند (Lee, 2005).

چن^۱ و همکارانش (۲۰۰۶) به بررسی کیفیت زندگی مأموران پلیس در کاسیانگ تایوان پرداختند. آنها از ۸۳۲ مأمور پلیس خواستند تا به پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و پرسشنامه غربالگری نشانه‌های روان شناختی اختلال پس از سانحه، پاسخ گویند. نتایج آنها نشان داد که ۲۱/۶٪ از مأموران پلیس از افسردگی رنج می‌برند. نمرات بالا در کیفیت زندگی با تحصیلات بالا همراه بود، همچنین افراد بالای پنجاه سال، نمرات بالاتری در بعد روانی کیفیت زندگی دریافت کردند. همچنین حجم کاری زیاد قادر به پیش بینی افسردگی بود.

مروری بر تحقیقات انجام شده ایران

در کشور ما ایده توجه علمی به مسئله کیفیت زندگی به حدود یک دهه قبل بر می‌گردد. اگر چه اغلب این پژوهش‌ها بر روی جمعیت‌های خاص و در شرایط و محیط‌های بیمارستانی یا درمانی انجام شده اما بررسی آنها به لحاظ درک روند شکل گیری مفهوم و توسعه استفاده از یافته‌های آن در بررسی‌ها بعدی حائز اهمیت است.

۱- بررسی کیفیت زندگی معلولین ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعات

نخاعی تهران، شاهنده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۲

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که در مجموع ۷۳ درصد از افراد ضایعه نخاعی مورد بررسی، سطح کیفیت زندگی خود را به میزان تقریباً برابر، متوسط و خوب بیان کرده‌اند. در زمینه ابعاد کیفیت زندگی بررسی شده در این تحقیق نیز می‌توان بیان کرد

که در میان این ابعاد، میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد روابط فامیلی بیش از این مقدار می‌باشد. در بین میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد بررسی شده نیز به ترتیب بعد اشتغال در افراد غیر شاغل، بعد وضعیت اقتصادی، بعد سلامت جسمانی و بعد آسایش روانی به ترتیب میانگینی کمتر از بقیه داشته‌اند. در زمینه بررسی ارتباط بین میانگین کیفیت زندگی با متغیرهای سن، علت ضایعه، نوع ضایعه و مدت زمان ضایعه، هیچ یک ارتباط معناداری را نشان ندادند.

۲- مقایسه کیفیت زندگی دختران معلول ذهنی ۱۴ تا ۲۰ ساله استفاده کننده از خدمات حرفه آموزشی دولتی با افراد مشابه از بخش خصوصی تهران، صفری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳

در این تحقیق ۲۵ نمونه از بخش دولتی و ۲۵ نمونه از بخش خصوصی مورد ارزیابی کیفیت زندگی قرار گرفته‌اند. همگی افراد معلول ذهنی در حد آموزش پذیر بوده و در مرکز حرفه آموزشی مشغول به فعالیت بودند و وضعیت اقتصادی-اجتماعی مشابهی با هم داشتند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در کل در دو گروه تفاوت معناداری نداشته و تنها در حیطه آسایش هیجانی کیفیت زندگی عینی تفاوت معنی دار بود که دلیل این امر استفاده از فعالیت‌های ورزشی مرتب، مشاوره‌های به موقع و استفاده از درمان دارویی به موقع در مراکز دولتی می‌تواند باشد. همچنین در دو گروه ملاحظه شد که حیطه امنیت برای مددجویان دارای اهمیت زیادی بوده اما با این حال کمترین رضایتمندی از حیطه امنیت مشاهده شده است.

مانوکیان (۱۳۸۵) پژوهشی با عنوان «بررسی مقایسه‌ای رضایت شغلی و کیفیت زندگی پرستاران شاغل بخش‌های سرطان و زایمان- مامایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۵» انجام داد. نمونه این پژوهش ۱۴۴ پرستار (۹۴ نفر مربوط به بخش سرطان و ۵۰ نفر مربوط به بخش زایمان - مامایی) بود. نتایج این

بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت ... ۱۱۹

پژوهش نشان داد که رضایت شغلی با کیفیت زندگی در پرستاران بخش‌های سرطان و زایمان-مامائی رابطه مثبت معنادار دارد.

۳- بررسی رابطه سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

در بیمارستان شفای اهواز، مردانی حموله، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۸۷
در این پژوهش که بصورت همبستگی مقطعی صورت گرفت، ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شفای اهواز، از طریق نمونه گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (فرم کوتاه) گردآوری شد. نتایج تحقیق نشان داد که بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی دار دارد. حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معناداری دارد. حیطه سلامت روان از کیفیت زندگی تنها با حیطه علائم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معناداری را نشان داده است و در نهایت حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی دار مشاهده شده است. در نهایت حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت روان همبستگی معناداری داشته‌اند و این امر نشان دهنده تأثیر بیماری سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران است.

۴- بررسی سطح سلامت و کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز،

۱۳۸۲، هادی و لیلا ملک مکان. دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

در این مطالعه که بصورت مقطعی انجام گرفت، نمونه‌های مورد بررسی از طریق نمونه گیری تصادفی از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز انتخاب شدند. ۱۰۲ آموزگار در مطالعه شرکت داشتند. نتایج نشان داد که آموزگاران وضعیت سلامت

جسمانی را نسبت به سلامت روانی، بهتر ارزیابی کرده‌اند. مردان آموزگار وضعیت سلامت خود در مقیاس‌های عملکرد جسمی، محدودیت‌های جسمانی، محدودیت‌های احساسی و ابعاد سلامت جسمانی، روانی سلامت کل را بالاتر و بهتر از آموزگاران زن ارزیابی کرده‌اند، و آموزگاران با افزایش سنوات خدمت از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند.

۵- بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار،

۱۳۸۵، یزدی مقدم.

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی است که در آن تعداد ۹۶ نفر به صورت نمونه گیری سهمیه‌ای (غیر تصادفی) از پرستاران شاغل در سه بیمارستان شهر سبزوار در سال ۱۳۸۴-۸۵ انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس و همبستگی در نرم افزار SPSS استفاده گردید. در مورد بعد جسمی، حداقل نمره ۱۰۵۰ و حداکثر ۲۲۰۰ (میانگین ۲۷۰-+۲۴۷۱) و بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران در بخش آی سی یو (+۱۹۷-) بود. نمره کیفیت زندگی پرستاران در بعد روانی پایین‌تر از بعد جسمی بود و اکثریت آنها کیفیت زندگی متوسط را به خود اختصاص می‌دادند (یزدی مقدم: ۱۳۸۵).

نقد تحقیقات مرور شده

تحقیقات انجام شده عمدتاً از دو بعد جای تامل دارند، بعد اول این که در تحقیقات انجام شده به جنبه توصیفی بیشتر از جنبه تحلیلی پرداخته شده است. برخی از این تحقیقات رابطه کیفیت زندگی را با یکی از ابعاد سلامت مثلاً سلامت روانی سنجیده‌اند. اما تحقیق جامعی که رابطه دو مفهوم سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی را با تمام شاخص‌های مربوطه به شیوه‌ای علمی و روش مند بررسی کرده باشد صورت نگرفته

است. در بعد دوم این که مطالعات انجام شده در کشورمان در سال‌های اخیر در خصوص کیفیت زندگی نشان می‌دهد که به مرور بحث کیفیت زندگی، از کانون توجه رشته‌های علوم اجتماعی مانند مددکاری اجتماعی و جامعه‌شناسی خارج و رشته‌های پزشکی توجه ویژه‌ای به آن داشته‌اند و اکثر پژوهش‌های انجام شده در این حوزه نیز در رابطه با کیفیت زندگی افرادی صورت گرفته که در حیطه و جامعه آماری بیماران و حوزه بهداشت و درمان بوده‌اند. پس در اینجا بررسی عوامل اجتماعی موثر بر آن مورد غفلت واقع شده است.

چارچوب نظری تحقیق

در این تحقیق سعی شده است تا مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل بر اساس تعریف چند وجهی کیز با مفهوم کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در ارتباط قرار گیرد. در اینجا طبق نظریه گوگنموس، کیفیت زندگی در دو بعد جسمی و روانی در نظر گرفته می‌شود. به نظر کیز افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و کیفیت زندگی و عملکرد خوب در زندگی بیش از سلامت روانی است و چالش‌های اجتماعی نیز تعیین کننده هستند و معتقد است که افراد، کیفیت زندگی شان را با معیارهای اجتماعی شان ارزشیابی می‌نمایند و سلامت اجتماعی دارای ابعادی است که نشان می‌دهد فرد به چه میزان از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار است.

کیز سلامت اجتماعی را در پنج بعد تعریف می‌نماید، این ابعاد عبارتند از: پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی. در این پژوهش اعتقاد بر این است که افرادی که در اجتماع مورد پذیرش دیگران هستند و می‌توانند دیگران را در امور اجتماعی بپذیرند، هم به لحاظ روانی و هم به لحاظ این که از سرمایه اجتماعی بالا مبتنی بر اعتماد برخوردارند امکانات مادی و غیر مادی زیادتری در اختیار آنها قرار می‌گیرد که در ارتقاء کیفیت زندگی آنها موثر است. در بعد مشارکت نیز وضع به همین منوال است. بطوری که

مشارکت چه در بعد سیاسی یا اجتماعی و یا ابعاد دیگر باشد حس توانایی تاثیرگذاری را در افراد بالا می‌برد و به صورت مستقیم و غیر مستقیم در میزان کیفیت زندگی تاثیر گذار است. بعد دیگر همبستگی اجتماعی است، یعنی هنگامی که فضای اجتماعی از شفافیت برخوردار است و ساختارهای اجتماعی به گونه‌ای هستند که توانایی پیش بینی امور توسط افراد و امکان همبستگی آنها با شرایط اجتماعی را فراهم می‌آورند، توان برنامه ریزی افراد برای رشد در این محیط اجتماعی افزایش پیدا می‌کند و نتیجه آن رشد کیفیت زندگی افراد است. در بعد شکوفایی اجتماعی افراد به شرایط جامعه خود خوشبین هستند و امکان رشد و تحقق پتانسیل‌های خود را فراهم می‌بینند. این وضعیت به صورت مستقیم در میزان کیفیت زندگی موثر است. آخرین بعد انسجام اجتماعی است، به معنی احساس پیوستگی و تعلق به اجتماع. هنگامی که افراد احساس می‌کنند که جزئی از یک کل ارگانیک هستند طبیعتاً به این نتیجه می‌رسند که در یک همکاری اجتماعی، امکانات اجتماعی آنها برای زندگی افزایش پیدا می‌کند که در عمل به همین صورت است. در جوامع پیچیده امروزی که به قول دورکیم جوامعی با همبستگی ارگانیک هستند، امکانات زندگی افراد به واسطه ارائه خدمات متنوع و فراوان افزایش یافته است. درک و احساس این شرایط توسط افراد بر میزان کیفیت زندگی آنها چه به لحاظ روحی و چه به لحاظ جسمی تأثیر می‌گذارد. بدیهی است که عکس موارد بالا در رابطه با کیفیت زندگی نتیجه معکوس دارد. در رابطه با میزان کیفیت زندگی، متغیرهای زمینه‌ای نیز تاثیرگذارند که عبارتند از: سن، جنس، تحصیلات، سمت اداری و سابقه کار. افراد جوانتر به دلیل برخورداری از شرایط جسمانی مناسب می‌توانند کیفیت زندگی بهتری نیز داشته باشند. در جامعه ما به دلیل تفکیک‌های اجتماعی جنسیتی و نگاه متفاوتی که نسبت به زن و مرد وجود دارد و امکانات بیشتری که در اختیار مردان است یا این که به دلیل ساختار مرد سالار جامعه، مردان فرصت‌های بیشتر و بهتری در اختیار دارند، بنا براین کیفیت زندگی برای مردان بهتر از زنان، بخصوص زنان مجرد و مستقل است. میزان تحصیلات، سمت اداری و سابقه کار افراد به دلیل تفاوت‌هایی که

بخصوص در بعد مادی ایجاد می‌نماید، در میزان کیفیت زندگی مؤثر است. این چارچوب نظری در میان جامعه مورد مطالعه که کارکنان بانک ملی ایران در شهر تهران می‌باشد آزمایش خواهد شد.

فرضیه اصلی تحقیق

■ میان سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان رابطه معنی‌داری وجود دارد، به نحوی که با افزایش سلامت اجتماعی میزان کیفیت زندگی کارکنان افزایش می‌یابد.

با توجه به این که زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی شامل پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی می‌باشند، پس فرضیه‌های تحقیق به صورت ذیل قابل طرح می‌باشد:

فرضیه‌های فرعی تحقیق

○ فرضیه اول: بین سن کارکنان و میزان کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

○ فرضیه دوم: بین جنسیت کارکنان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

○ فرضیه سوم: بین تحصیلات کارکنان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

○ فرضیه چهارم: بین سابقه کار کارکنان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

○ فرضیه پنجم: بین سمت اداری کارکنان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

○ فرضیه ششم: بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد.

○ فرضیه هفتم: بین سلامت اجتماعی و بعد جسمی کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد.

○ فرضیه هشتم: بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی) با میزان کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع همبستگی است که بر روی ۳۳۰ نفر از کارمندان بانک ملی شهر تهران که ۲۷۰ نفرشان مرد و ۶۰ نفر زن بوده‌اند، و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند، صورت گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بوده است. پرسشنامه شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک کارکنان (این پرسشنامه شامل اطلاعاتی در مورد جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، سمت اداری و سابقه کاری کارمندان شاغل می‌باشد)، پرسشنامه کیفیت زندگی (این پرسشنامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو بعد اصلی جسمی و روانی می‌باشد که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد. بعد جسمی از جمع خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی درد بدنی، عملکرد پایین و سلامت عمومی بدست می‌آید. بعد روانی از جمع خرده مقیاس‌های سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی بدست می‌آید و از جمع بعد جسمی و روانی، کیفیت زندگی کلی حاصل می‌شود) و پرسشنامه سنجش سلامت اجتماعی (این پرسشنامه جهت اندازه گیری سلامت اجتماعی و مولفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که ۵ مولفه آن شامل انسجام

اجتماعی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و همبستگی اجتماعی می‌باشد که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است، مورد استفاده قرار می‌گیرد) بوده است.

روایی و پایایی

فارسی نژاد در سال ۱۳۸۴ پرسشنامه یادشده را هنجاریابی کرد و با استفاده از تحلیل عاملی مقدار آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد محاسبه کرد و آن را در شرایط فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد. این ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌باشد (فارسی نژاد، ۱۳۸۴: ۴۸).

همچنین در ایران جوشن لو در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت جامع کیز مشتمل بر سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی تحلیل‌های همبستگی و تحلیل عاملی، تایید و استاندارد نمود. در ضمن تبارزندی در پژوهش خود با مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی ۵۹ درصد تا ۷۶ درصد و مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت عاطفی بین ۴۳ تا ۶۰ درصد را نشان داد که این مدل بهترین برازش از تبیین داده‌های حاضر است (تبارزندی، ۱۳۸۶: ۷۵).

باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده کرده و گزارش نمودند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است.

در پایان نامه اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، و آزمون‌های آماری کاسکوئر و یومان ویتنی استفاده شده است.

بررسی فرضیه‌های پژوهش

جدول ۱- بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع		کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		سلامت اجتماعی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	پایین
۶۰.۸۰	۲۶۶	۶۵	۹۱	۲۲.۹۱	۵۲	۴۸.۹۲	۱۲۳	متوسط
۴۰.۱۹	۶۴	۳۵	۴۹	۷۸.۸	۵	۵۲.۷	۱۰	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۵۷	۱۰۰	۱۳۳	مجموع

Sig=0/002 r=0/415

اطلاعات منتج از جدول بالا حاکی از وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد زیرا مقدار احتمال بدست آمده، آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ بوده همچنین ارتباط مثبت و ضعیفی بین آنها برقرار است. پس فرضیه اصلی تحقیق تایید می‌شود.

جدول ۲- بررسی رابطه بین سن کارمندان و کیفیت زندگی

گروه‌های سنی	کیفیت زندگی پایین		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی بالا		مجموع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زیر ۲۰ سال	۱	۰,۷۳	۰	۰	۲	۲۲,۱	۳	۹۰,۰
۲۰ تا ۳۰ سال	۲۵	۳۸,۱۸	۱۵	۳۸,۴۸	۱۰۰	۳۴,۶۱	۱۴۰	۴۲,۴۲
۳۰ تا ۴۰ سال	۹۰	۱۷,۶۶	۵	۱۲,۱۶	۹	۵۲,۵	۱۰۴	۳۱,۵۱
۴۰ تا ۵۰ سال	۲۰	۷۰,۱۴	۹	۰۳,۲۹	۵۰	۶۷,۳۰	۷۹	۲۳,۹۳
بالای ۵۰ سال	۲	۴۷,۱	۲	۴۵,۶	۲	۲۲,۱	۶	۸۱,۱
مجموع	۱۳۶	۱۰۰	۳۱	۱۰۰	۱۶۳	۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰

Sig=0/001 r=0/754

با توجه به اطلاعات بدست آمده از جدول ۲، و براساس مقدار احتمال بدست آمده از ضریب همبستگی اسپیرمن که به منظور بدست آوردن رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته و غیرنرمال، مورد استفاده قرار می‌گیرد، ارتباط معناداری بین دو متغیر سن کارمندان و کیفیت زندگی آنان برقرار بوده است. مقدار ضریب اسپیرمن نشان دهنده ارتباط معنادار مثبت و قوی بین دو متغیر می‌باشد و فرضیه آزمون تأیید می‌گردد.

جدول ۳- بررسی رابطه بین جنسیت و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		جنسیت	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱۸,۱۸	۶۰	۶۴,۱۷	۳۰	۲۵,۳۱	۱۰	۶۲,۱۵	۲۰	زن
۸۱,۸۱	۲۷۰	۳۵,۸۲	۱۴۰	۷۵,۶۸	۲۲	۳۷,۸۴	۱۰۸	مرد
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۷۰	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۱۲۸	مجموع

Sig= 0/790

اطلاعات بدست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار احتمال بدست آمده از آزمون یومان ویتنی که به منظور بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته و کیفی دوسطحی غیرنرمال بکار می‌رود، ارتباط معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی وجود ندارد. زیرا مقدار احتمال بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بدین ترتیب فرضیه آزمون رد می‌شود.

جدول ۴- بررسی رابطه بین تحصیلات و کیفیت زندگی

تحصیلات	کیفیت زندگی پایین		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی بالا		مجموع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
زیر دیپلم	۴	۰۳.۳	۲	۴۰.۷	۱	۵۸.۰	۲۱,۱۲
دیپلم	۵۰	۸۷.۳۷	۲	۴۰.۷	۲۰	۶۹.۱۱	۲۱,۸۱
فوق دیپلم	۵۰	۸۷.۳۷	۵	۵۱.۱۸	۶۸	۷۶.۳۹	۳۷,۲۷
لیسانس	۲۷	۴۵.۲۰	۱۵	۵۵.۵۵	۸۱	۳۶.۴۷	۳۷,۲۷
فوق لیسانس	۱	۷۵.۰	۲	۴۰.۷	۱	۵۸.۰	۱,۲۱
دکتر و بالاتر	۰	۰	۱	۷۰.۳	۰	۰	۰,۳۰۳
مجموع	۱۳۲	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۱۷۱	۱۰۰	۳۳۰

Sig=0/06

اطلاعات جدول ۴ که براساس آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بدست آمده است، نشان می‌دهد که چون مقدار احتمال آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا ارتباط معناداری بین دو متغیر تحصیلات و کیفیت زندگی وجود ندارد و فرضیه آزمون رد می‌شود.

جدول ۵- بررسی رابطه بین رسته شغلی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		رسته شغلی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۴,۸۴	۱۱۵	۶۴,۶۹	۳۹	۱۳,۴۱	۵۸	۵۸,۱۹	۲۸	مدیریت- تخصصی
۶۵,۱۵	۲۱۵	۳۵,۳۰	۱۷	۸۶,۵۸	۸۳	۴۱,۸۰	۱۱۵	اجرایی- خدماتی
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۵۶	۱۰۰	۱۴۱	۱۰۰	۱۴۳	مجموع

Sig=0/07

اطلاعات بدست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار احتمال بدست آمده از آزمون χ^2 مان ویتنی، بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و در این صورت بین دو متغیر رسته شغلی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد و فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول ۶- بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		بعد روانی کیفیت زندگی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	پایین	
۶۰,۸۰	۲۶۶	۶۳,۸۱	۴۰	۳۶,۴۵	۴۴	۹۱,۹۸	۱۸۲	متوسط
۴۰,۱۹	۶۴	۳۷,۱۸	۹	۶۴,۵۴	۵۳	۰,۹۰	۰	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۱۸۴	مجموع

Sig=0/001 $r=0/795$

اطلاعات منتج از جدول ۶ حاکی از وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی می‌باشد زیرا مقدار احتمال بدست آمده از آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ بوده همچنین ارتباط مثبت و قوی بین آنها برقرار است. پس فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

جدول ۷- بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و بعد جسمی کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		بعد جسمی کیفیت زندگی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	پایین
۶۰.۸۰	۲۶۶	۳۷.۶۹	۱۱۱	۷۱.۸۷	۵۰	۹۲.۹۲	متوسط
۴۰.۱۹	۶۴	۶۳.۳۰	۴۹	۲۹.۱۲	۷	۰۸.۷	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۵۷	۱۰۰	مجموع

Sig=0/001 r=0/218

اطلاعات منتج از جدول ۷ حاکی از وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر سلامت اجتماعی و بعد جسمی کیفیت زندگی می‌باشد زیرا مقدار احتمال بدست آمده از آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ بوده همچنین ارتباط مثبت و ضعیفی بین آنها برقرار است. در نتیجه فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

جدول ۸- بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		پذیرش اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱۶,۳۶	۵۴	۰	۰	۵۲.۱۰	۲	۳۷.۳۵	۵۲	پایین
۴۸.۷۸	۲۵۹	۰۸.۹۴	۱۵۹	۱۷.۶۳	۱۲	۸۶.۵۹	۸۸	متوسط
۶۶.۶	۲۲	۹۲.۵	۱۰	۳۱.۲۶	۵	۷۶.۴	۷	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۶۹	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۴۷	مجموع

Sig=0/08

نتایج جدول ۸ حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی می باشد زیرا مقدار احتمال بدست آمده از آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می رود، نشان می دهد که مقدار احتمال بیش از ۰/۰۵ بوده پس فرضیه تحقیق رد می شود.

جدول ۹- بررسی ارتباط بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		مشارکت اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۹,۰۹	۳۰	۰۹.۹	۱۴	۰۷.۲۳	۶	۳,۰۳	۱۰	پایین
۳۷,۲۷	۱۲۳	۱۹.۶۸	۱۰۵	۲۸.۳۰	۸	۳,۰۳	۱۰	متوسط
۵۳,۶۳	۱۷۷	۷۲.۲۲	۳۵	۱۵.۴۶	۱۲	۳۹,۳۹	۱۳۰	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۵۴	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۱۵۰	مجموع

Sig=0/35

نتایج جدول ۹ حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد زیرا مقدار احتمال بدست آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال بیش از ۰/۰۵ بوده پس فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول ۱۰- بررسی ارتباط بین همبستگی اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		انطباق اجتماعی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۳/۶۳	۷۸	۳۸/۸۱	۵۹	۱,۸۱	۶	۸/۳۸	۱۳	پایین
۴۹/۳۹	۱۶۳	۰,۹۰۹	۳	۲۶/۶۶	۲۰	۴۲,۴۲	۱۴۰	متوسط
۴۲/۷۲	۱۴۱	۵۹/۲۱	۹۰	۶۵/۳۳	۴۹	۰۱/۲۹	۲	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۵۲	۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۱۵۵	مجموع

Sig=0/18

نتایج جدول ۱۰ حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر انطباق اجتماعی و میزان کیفیت زندگی می‌باشد، زیرا مقدار احتمال بدست آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال بیش از ۰/۰۵ بوده پس فرضیه تحقیق رد می‌شود.

جدول ۱۱- بررسی ارتباط بین شکوفایی اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		شکوفایی اجتماعی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱۳/۳۳	۴۴	۱۰/۷۳	۱۹	۹	۹	۳۰/۱۸	۱۶	پایین
۸۳/۳۳	۲۷۵	۸۴/۷۴	۱۵۰	۹۰	۹۰	۶۶/۰۳	۳۵	متوسط
۳,۳۳	۱۱	۴/۵۱	۸	۱	۱	۳/۷۷	۲	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۷۷	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۳	مجموع

Sig=0/004 r=0/158

۱۳۳ بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت ...

نتایج جدول ۱۱ حاکی از وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر شکوفایی اجتماعی و میزان کیفیت زندگی می‌باشد، زیرا مقدار احتمال بدست آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ بوده پس فرضیه تحقیق تائید می‌شود. ارتباط مثبت و ضعیفی بین دو متغیر برقرار است.

جدول ۱۲- بررسی ارتباط بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی

مجموع	کیفیت زندگی بالا		کیفیت زندگی متوسط		کیفیت زندگی پایین		انسجام اجتماعی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۵,۱۵	۱۸۲	۱۶,۱۶	۵۵	۱۰۰	۱۰	۸۰/۶۸	۱۱۷	پایین
۳۴/۸۵	۱۱۵	۳۰,۹۰	۱۰۲	۰	۰	۸/۹۶	۱۳	متوسط
۱۰,۹۰	۳۶	۵,۴۵	۱۸	۰	۰	۱۰/۳۴	۱۵	بالا
۱۰۰	۳۳۰	۱۰۰	۱۷۵	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۱۴۵	مجموع

Sig=0/002 r=0/748

نتایج جدول ۱۲ حاکی از وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر انسجام اجتماعی و میزان کیفیت زندگی می‌باشد، زیرا مقدار احتمال بدست آزمون همبستگی اسپیرمن که جهت بررسی رابطه بین دو متغیر کمی پیوسته بکار می‌رود، نشان می‌دهد که مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۵ بوده پس فرضیه تحقیق تائید می‌شود. همچنین بررسی‌ها حاکی از ارتباط مثبت و قوی بین دو متغیر می‌باشد.

نتیجه گیری

در این تحقیق به بررسی رابطه بین ده متغیر مستقل با متغیروابسته کیفیت زندگی پرداخته شده است که حاصل این بررسی‌ها نشان داده است که بین متغیرهای سن، سابقه شغلی و زیر مقیاس‌های انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد.

وجود رابطه معنادار بین سن کارمندان و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که جوانان ۲۰ تا ۳۰ سال از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند در حالی که گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال معمولاً کیفیت زندگی متوسط و بالایی دارند. گروه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال هم از کیفیت زندگی متوسط و بالایی برخوردار بوده‌اند. شاید بتوان چنین استنباط کرد که سن جوانی و دغدغه‌ها و استرس‌های ناشی از عبور از این مرحله سنی می‌تواند بر کیفیت زندگی این افراد تاثیر بگذارد در عوض گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال که در گروه میانسالان طبقه‌بندی می‌شوند معمولاً بحران‌های دوران جوانی را سپری کرده و به وضعیت با ثبات تری به لحاظ شغلی و خانوادگی رسیده‌اند.

وجود رابطه معنادار بین سابقه کاری کارمندان و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که کارمندان با سابقه کاری ۵ تا ۹ سال کیفیت زندگی پایین تری به نسبت سایر گروه‌ها داشته و کارمندان با سابقه کاری ۱۰ تا ۱۴ سال کیفیت زندگی متوسط و بالاتری داشته‌اند. به طوری که میتوان نتیجه گرفت که با افزایش سنوات خدمت تا ۱۴ سال که نیمه سال‌های خدمتی محسوب می‌شود کیفیت زندگی افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به علت آشنایی بیشتر با محیط کار، عادت به محل خدمت، آشنایی با همکاران و مسائلی از این دست باشد. افراد سوابق کاری بیشتر به علت‌هایی نظیر فرسودگی شغلی، روزمره‌گی و... معمولاً کیفیت زندگی پایین‌تری دارند.

عدم ارتباط بین سطح تحصیلات، جنسیت و رسته شغلی با کیفیت زندگی می‌تواند تا حدی بیانگر کم اهمیت بودن این عوامل در مقایسه با سن و سنوات خدمت که توأم با تجربه و کسب مهارت‌های بیشتر در محیط کاری است، باشد.

شکوفایی اجتماعی یعنی دانستن و اعتقاد داشتن به این که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. وجود ارتباط معنادار بین شکوفایی اجتماعی و کیفیت زندگی بدین معناست که کارمندان بانک ملی پیشرفت‌های کاریا اجتماعی جامعه خود را مثبت دانسته و نسبت به آن احساس رضایت خاطر از خود نشان داده‌اند.

انسجام اجتماعی یعنی احساس فرد مبنی بر این که بخشی از جامعه است، به آن تعلق دارد، در آن سهم است و از طرف آن حمایت می‌شود. وجود ارتباط معنادار بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نشانگر تاثیر مستقیم تعلق خاطر به جامعه بر روی کیفیت زندگی جسمی و روانی افراد است بطوری که می‌توان امیدوار بود که با افزایش حمایت‌های اجتماعی و ایجاد عوامل تعلق آور و سهم کردن افراد در سود و زیان‌های اجتماعی، کیفیت زندگی و به تبع آن رضایتمندی فردی افزایش یابد.

وجود ارتباط مثبت و قوی بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی می‌تواند حاکی از اهمیت مسائل روحی و روانی و احساس رضایتمندی در بالا بردن سطح سلامت اجتماعی باشد بطوری که شاید بتوان پیش بینی کرد که با افزایش فرهنگندی و احساس رضایت خاطر در بین افراد جامعه، آنها از سلامت اجتماعی بالاتری در مسئولیت‌های شهروندی‌شان برخوردار خواهند بود.

طبق نظر شاپ و رابنت کیفیت زندگی بالا زمانی احساس می‌شود که نیازهای اساسی فرد برآورده شده و او فرصت‌هایی را جهت درگیر شدن و تعقیب اهداف و چالش‌ها داشته باشد. همچنین کیفیت زندگی می‌تواند از طریق اجازه انتخاب دادن به افراد و تشویق آنها به تصمیم‌گیری‌هایی که در زندگی‌شان تاثیر می‌گذارند ارتقاء یابد. در نتیجه احساس در جمع بودن، کیفیت زندگی را ارتقاء می‌دهد. این‌ها می‌توانند مؤید ارتباط بین انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی به عنوان دو فاکتور اساسی در ایجاد احساس در جمع بودن در زندگی افراد و نتیجتاً تاثیر بر کیفیت زندگی آنها باشد.

البته نباید نادیده گرفت که عوامل متعددی نظیر عوامل خانوادگی، محیطی، تحصیلی، شغلی و... بر احساس تعلق خاطر افراد نسبت به جامعه تاثیر گذارند و این

احساس تعلق نیز بر کیفیت زندگی و رضایتمندی افراد موثر است پس سیکل مشخصی در این معادله در جریان است که نبود یکی از اجزاء یا عوامل، سیکل و گردش آن را دچار اشکالات اساسی می‌نماید.

در این بین نباید نقش فاکتورهای سلامت خصوصا سلامت اجتماعی را نادیده گرفت زیرا طبق نظریه کبیز که سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند، سیکلی که در بالا به آن اشاره شد بدون در نظر گرفتن سلامت اجتماعی که می‌تواند پیامد و پیامد رضایتمندی محسوب شود، بی معنی است.

پیشنهادات براساس یافته‌های تحقیق

بر طبق تئوری پایگاه اجتماعی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای بیشتر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی - اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال و... تعیین می‌شود. به عبارتی، موقعیت یک فرد در سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگی‌هایی را فراهم می‌کند که می‌توانند سلامتی وی را تحت الشعاع خود قرار دهند و از آنجا که طبق نتایج بدست آمده در این تحقیق سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی موثر است پس توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد که در این پژوهش کمتر به آن پرداخته شده است، می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های کلان اجتماعی به منظور افزایش سطح رضایتمندی‌های فردی و اجتماعی و ارتقاء میزان کیفیت زندگی موثر باشد.

از طرفی همانطور که می‌دانیم کشورمان ایران از نظر کیفیت زندگی رتبه خوبی در جهان ندارد و بایستی مسئولین دست بکار شده و دنبال علت‌های این امر باشند. کارمندان بانک نیز جزو این جامعه هستند و با توجه به این که یکی از عوامل موثر بر

بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت ... ۱۳۷

ارتقاء کیفیت زندگی تقویت و بالا بردن سلامت اجتماعی می‌باشد مسئولین باید در سالی که به نام کار مضاعف و همت مضاعف نامگذاری شده است در بستر سازی زمینه‌های ممکن جهت تحقق این امر همت کنند و در ارتقاء سطح سلامت اجتماعی تمام افراد جامعه کوشا باشند.

منابع

- اشرف، احمد. (۱۳۸۱)، نگرش در مفهوم کیفیت زندگی و اجزاء آن، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۲.
- بابایی، نعمت‌الله. (۱۳۸۲)، سیاست اجتماعی و سلامت، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۱۰.
- پارک، جی، ای، پارک، ک (۱۳۷۶)، *کلیات خدمات بهداشتی*، مترجمین: دکتر حسین شجاعی تهرانی و دکتر ملک افضلی، تهران: نشر سماط.
- رضاییان، علی (۱۳۷۲). *مدیریت رفتار سازمانی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- رفیع‌پور، فرامرز. (۱۳۸۰)، *کنندگاوها و پنداشت‌ها مقدمه‌ای بر روش‌های شناخت جامعه و تحقیقات اجتماعی*، تهران: انتشار.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۷)، *روش تحقیق در علوم اجتماعی*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، جلد دوم، بینش‌ها و فنون.
- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹). *در کتاب: واژه‌نامه ارتقای سلامت*، ترجمه: پوراسلامی محمد، ایار سعید، سرمست حمیده، تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، *مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴.

- عبدی، عباس و گودرزی، محسن. (۱۳۷۸)، *تحولات فرهنگی در ایران*، انتشارات روش.
- غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۷)، *کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر شیرازه.
- کوئن، بروس. (۱۳۷۲)، *مبانی جامعه شناسی*، ترجمه: غلامعباس توسلی و رضا فاضل، تهران: سمت.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۶)، *جامعه شناسی*، ترجمه: محسن صبوری، تهران: نشر نی، چاپ چهارم.
- محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۸۳)، *وندالیسم*، تهران: انتشارات آن.
- محمودی، رضا؛ ربیعی، شهربانو. (۱۳۸۷)، *مقدمات روش تحقیق*، تهران: انتشارات بال.
- مختاری، مرضیه. (۱۳۸۹)، *جامعه شناسی کیفیت زندگی*، تهران: انتشارات جامعه شناسان، چاپ اول.
- نجات، سحرناز. (۱۳۸۴)، *بررسی کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF*، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۶)، *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*، تهران: انتشارات سمت.
- وثوق، علی. (۱۳۸۱)، *بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در مددجویان زندان قصر تهران*، پایان نامه دکتری، دانشگاه ایران.
- باباپور خیرالدین، ج و دیگران. (۱۳۸۸)، *بررسی عوامل جمعیت شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز*، *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، شماره ۱۶.

۱۳۹ بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت ...

– اهری، مهدی. (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، *پایان نامه کارشناسی*.

- Cimet, G., Gencalp, N S., Keskin, G (2003). *Quality of life and job satisfaction of nurses*. J Nurs Care Qual, 18 (2), 151-158.
- Dhananjaya, S (2004). Health-related quality of life and its assessment in GI Surgery. *Indian Journal of Surgery*, 66 (6), 323-335.
- Diener, E . (2000). Subjective well-being? *American psychologist*, vol.55 (1) :Pp,34-43.
- Ferrans C.powers M. (1993). Quality of life hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*.
- Gerson ,E. M. (1976). ”on quality of life”. *American sociological Review*. Vol.41 (5): 793-06.
- Huppert Felicia A.; Marks, Nic; Andrew, Clark; Siegrist, Johannes; Stutzer, Alois; Vittersø, Joar; Wahrendorf, Morten (2009). *Measuring Well-being across Europe: Description of the ESS Well-being Module and Preliminary Findings*. Social indicator research. 91,301–315.
- Keyes Corey L & Shapiro Adam D. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D.; and Kessler, Ronald C. (Eds) How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife. U.S. University of Chicago Press.
- Keyes Corey L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American journal of orthopsychiatry*, vol. 76, n3, pp. 395-402.

- King C.R; Hinds P.S. (1998). *Quality of life*. New York, Second Edition.
- Landhauber, Sandra and Holger Ziegler (2005). "*Social Work and Quality of Life Politics: A Critical Assessment*".
- Larsen, James. (1993). "*The Measurement of Social Well-Being*." Social Indicators Research: 28 (3): 285- 296
- Lasalvia A.,Santalini M.R . (2002). Subjective Quality of life:Healths Relationship with clinician-raterd and patient-rated psychopathology, psychopathology and psychosomatication and adjustment. *journal of Fertility*, 77, pp:241-247.
- Riedinger, M.S., Dracup, K.A & Brecht, M.L. (2002). *Quality of life in women with heart failure* "normative group & patient with other chronic condition", heart lung, 11: 211-219.
- Rukholm Ellen and M.C Gill Morie. (1994). *A quality of life index for clients with ischemic health disease*. Establishing reliability and validity. Rehabilitation nursing. 19,12-16
- Zhan,Lin. (1992). Quality of life: Conceptual and Measurement issus, *Journal of Advanced Nursing*, 17.23-36
- Zikmund, vladislav. (2003). *Health, well-being the quality of life: some psychosomatic reflection. Neuroendocrinol Lett*, 24 (6), pp.01-403.