

مقایسه سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال با غیر فعال ایران در دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار

دکتر مینا مستحفظیان^۱، دکتر سیدامیر احمد مظفری^۲، دکتر علی محمد امیرتاش^۳

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد

۲. استاد دانشگاه تربیت معلم تهران

۳. دانشیار دانشگاه تربیت معلم تهران

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۷/۲۸

چکیده

این پژوهش در چارچوب یک طرح (علّی - مقایسه‌ای) با هدف مقایسه وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال با غیر فعال (حرکتی) دانشگاه‌های آزاد منطقه ۴ کشور به مرحله اجرا گذاشته شد. در این بررسی، چهار متغیر سلامت عمومی، کیفیت زندگی کاری، ویژگی‌های فردی و فعالیت حرکتی، مورد مطالعه قرار گرفت. جامعه آماری این تحقیق تعداد ۱۰۲۸ نفر بودند که ۱۸۰ نفر (۱۰۸ مرد و ۶۹ زن) به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات تحقیق از سه پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ، ۱۹۷۹)، پرسشنامه کیفیت زندگی کاری (والتون، ۱۹۷۴) و پرسشنامه‌های محقق ساخته برای ویژگی‌های فردی و فعالیت حرکتی استفاده شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها توسط استادان دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب پایایی پرسشنامه‌ها، در یک تحقیق آزمایشی (۳۰ نفر از استادان تربیت بدنی) با روش بازآزمایی برای سلامت عمومی $r=0/75$ و برای کیفیت زندگی کاری $r=0/92$ به دست آمد. داده‌های به دست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون‌های ضریب همبستگی و آزمون t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج همبستگی اتا بین سلامت عمومی با فعالیت حرکتی و کیفیت زندگی کاری با فعالیت حرکتی رابطه معنی‌داری را نشان نداد. ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت عمومی با کیفیت زندگی کاری رابطه معنی‌داری را نشان داد. بین سلامت عمومی آزمودنی‌های فعال و غیر فعال حرکتی، و کیفیت زندگی کاری آزمودنی‌های فعال و غیر فعال حرکتی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P<0/05$). از آنجایی که پژوهش‌های متعددی تأثیر فعالیت‌های بدنی دارای شدت کم و کنترل شده را تأیید کرده‌اند، شاید در این تحقیق، به دلیل

تفاوت روش‌های به کار گرفته شده، تعداد و نوع آزمودنی‌ها، نوع فعالیت‌های ورزشی آنان، نداشتن گروه‌های کنترل، تعداد زیاد متغیرهای تحقیق و تفاوت ابزارهای اندازه‌گیری باشد.

کلیدواژه‌های فارسی: اعضای هیئت علمی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی کاری، فعال و غیرفعال حرکتی.



مقدمه

امروزه، یکی از مهم‌ترین سرمایه‌های یک سازمان، نیروی انسانی شاغل در آن است که می‌بایست با صحت و سلامت در جهت تحقق اهداف سازمان گام بردارند، بنابراین شناخت و تشخیص درست عوامل مؤثر در سلامتی نیروی انسانی هر سازمان اهمیت دارد. یکی از این عوامل مؤثر، ورزش و فعالیت‌های بدنی است که هدف آن تکامل انسان از طریق فعالیت جسمانی و حرکتی است، خصوصاً در جوامع سازمانی امروزی که در فراوانی و شدت فعالیت‌های حرکتی کاهش عظیمی رخ داده و هستی مثبت انسان را در طول حیات با مشکل مواجه ساخته است، این پدیده، یعنی فقر فعالیت‌های حرکتی روی افراد و جوامع تأثیری شگرف خواهد داشت (۱۰). از طرفی رفتاری‌های شغلی و افزایش ارتباطات که تحریکات خوشایند و ناخوشایند زیادی را به افراد اعمال می‌کنند، باعث افزایش خستگی مفرط جسمانی،

روانی و ایجاد فشارهای عصبی در جوامع صنعتی و جوامع در حال توسعه شده است (۱۳).

از آنجایی که توفیق سازمان‌ها به طور مستقیم به استفاده موثر از منابع انسانی آن است و افزایش توانمندی نیروهای انسانی به علوم رفتاری کاربردی بستگی دارد (۲۹)، از این رو نگرش جدیدی که در ادبیات مربوط به مدیریت نیروی انسانی شکل گرفته، نگرش راهبردی است. به این معنی که انسان، هم عامل کار و هم خالق آن است، بنابراین نقش محوری در تحول سازمان دارد و تحولات عظیم سازمانی از توانمندی‌های نامحدود فکری و جسمی این عامل سرچشمه می‌گیرد (۳۶).

اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، افراد فرهیخته و متخصص جامعه هستند که مسئولیت خطیر تربیت استعدادها و سرمایه‌های فکری کشور را بر عهده دارند؛ زیرا از این طریق بر تمامی ابعاد توسعه شامل: معرفی و استفاده از دانش و فن‌آوری، فرهنگ و هویت افراد جامعه، اقتصاد و گسترش روابط اجتماعی ملی و فراملی

تأثیر عمیق می‌گذارند. اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها از یک طرف به عنوان مسئولان تولید و گسترش دانش و فن‌آوری، و از طرف دیگر در جایگاه مدرس، تربیت و آموزش نیروهای متخصص جامعه را بر عهده دارند و به طور کلی به عنوان جهت‌دهندگان توسعه در ابعاد مختلف آن، از پایگاه و منزلت ویژه‌ای برخوردار هستند. از آنجایی که توجه به کیفیت زندگی و تندرستی و نشاط و به طور کلی سلامت عمومی در حد بی‌سابقه‌ای در اقشار مختلف جامعه و به ویژه نیروهای انسانی متخصص و کارآمد در عرصه علم و صنعت و تکنولوژی بالارفته است و در این خصوص نه تنها مجامع علمی، بلکه عامه مردم نیز به طور روزافزونی از آثار عمیق شیوه زندگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری آگاه شده‌اند، لذا ضرورت برنامه‌ریزی برای تأمین نیازهای آنان باید مورد تأکید قرار گیرد، زیرا غفلت و کم‌توجهی سبب اتلاف وقت و بودجه‌ای می‌شود که نهادهای آموزش عالی برای توسعه دانش و فن‌آوری و در نهایت، توسعه پایدار جامعه

در ابعاد آموزشی، پژوهشی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی هزینه می‌کنند. در بینش اسلامی هم تاکید زیادی به سلامت روح و جسم شده است، از جمله اینکه بدن هدیه‌ای است الهی، که بر اساس حسن و کرامت آفریده شده است (۱۵).

حال با توجه به تأکیدات سازمان جهانی بهداشت (۲، ۷، ۳۰) و دین مبین اسلام (۱۷، ۱۶)، در مورد ارتباط بین حرکت و سلامت و شواهد زیادی که نشان می‌دهد سلامت افراد در معرض تهدیدات بسیاری است، از این رو ارتقای سلامت عمومی محیط کار به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد توسعه و بهسازی منابع انسانی در سازمان‌ها مطرح است. برای رشد کشور در همه زمینه‌ها، ابتدا باید از نیروی انسانی سالم، متفکر و خلاق استفاده کرد، زیرا به نظر می‌رسد استفاده از نیروهای سالم جسمی و فکری در مؤسسات آموزشی، خدماتی و اقتصادی در بالا بردن سطح بهره‌وری فردی و سازمانی تأثیر بسزایی دارد.

از طرف دیگر، مفهوم کیفیت زندگی کاری، مربوط به فلسفه ای در سازمان‌هاست که می‌خواهد شأن و منزلت کارکنان را افزایش دهد. در بعضی از سازمان‌ها، برنامه‌های کیفیت زندگی کاری قصد دارد اعتماد، درگیری و توانایی حل مسئله کارکنان و در نتیجه رضایت و اثر بخشی سازمان را افزایش دهد. نظام ارزشی کیفیت زندگی، سرمایه‌گذاری روی افراد را به عنوان مهم‌ترین متغیر در معادله مدیریت راهبردی مورد توجه قرار می‌دهد، به این معنی که برآورده ساختن نیازهای کارکنان، به بهسازی و کارایی بلند مدت سازمان منجر خواهد شد (۴۲). با توجه به تأثیر کیفیت زندگی کاری در انگیزش کارکنان، به نقل از فردریک ویلیام سویوزریک^۱ و همکاران (۲۰۰۲) که اظهار می‌دارند سازمانی که مدیریت خوبی دارد اعضایش در حد زیادی یکپارچه هستند، سازمان مکان خوبی برای کار از نظر کارکنانش است (۱۱).

^۱.Fredric William Swierczek et al.

جان سورد^۱ (۲۰۰۲) ادراکات کارکنان از کیفیت زندگی کاریشان را یک نیروی مداخله گر و عامل مؤثر در رفتار آنها می داند که تأثیر مستقیمی در روحیه و در نهایت ترک خدمت آنها دارد. بنابراین اندازه گیری ادراکات کارکنان از کیفیت زندگی کاریشان را حائز اهمیت تلقی می کند. چنانچه بهره‌وری اعضای هیئت علمی و عوامل تأثیرگذار بر آن مورد مطالعه و بررسی قرار نگیرد، مشکلات و محدودیت‌های موجود در زندگی و محیط کاری آنها محرز و مشخص نخواهد شد (۳۴).

فرهنگ حاکم بر زندگی شهری عصر حاضر، نوع و ماهیت حرفه آنان، زمینه انجام کار یکنواخت و کم تحرک و دور شدن از زندگی طبیعی و پرتحرک، شرایط خاصی را فراهم آورده و این قشر متخصص جامعه را در معرض نارسایی‌های جسمی و روحی و در نتیجه کاهش کمیت و کیفیت کاری قرار داده است (۸، ۱۱). بدین ترتیب، برخورداری از تندرستی و نشاط می‌تواند شرایط را برای

^۱. John Sourd

کار و فعالیت بهینه فراهم سازد و انسان را در عرصه‌های مختلف زندگی اعم از کار و تلاش حرفه‌ای و یا محیط خانوادگی موفق و کامیاب گرداند (۱۲، ۱۵). به همین دلیل، در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، به منظور حفظ و گسترش تندرستی و نشاط و به طور کلی سلامت عمومی اقشار مختلف مردم و به ویژه نیروی انسانی متخصص و کارآمد در عرصه علم و صنعت و تکنولوژی و تولید، از سال‌های گذشته اقداماتی انجام گرفته است و این کشورها و با به کار بستن راه کارهای مشخص به نحوی مطلوب، بازده کاری و بهره‌وری منابع انسانی خود را افزایش داده‌اند (۱۵). به طور مثال، آمریکایی‌ها به طور فزاینده‌ای از نقش ابزاری سلامتی در بهبود کیفیت زندگی آگاه شده‌اند. همچنین آنان ترغیب شده‌اند تا مسئولیت نیل به سطح مناسبی از سلامت و رفاه را پذیرا باشند (۲۸).

نتایج تحقیقات دیگر اشاره بر این دارند که کاهش کارایی اعضای هیئت علمی در ابعاد مختلف، به واسطه کاهش

کیفیت و میزان پژوهش (موسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۱) و نیز از کار افتادگی و فوت ناگهانی قبل از سنین بازنشستگی (کتاب اعضای هیئت علمی، ۱۳۸۲)، می‌تواند تأثیر جبران‌ناپذیری در آموزش و پژوهش دانشگاه‌ها داشته باشد. ارزشیابی سلامتی اعضای هیئت علمی، کیفیت کار و سنجش دیدگاه‌های آنها می‌تواند در کسب داده‌ها در زمینه عوامل مختلف تأثیرگذار بر کاهش کارایی آنان مفید واقع شود و کمبودهای مربوط به امکانات و تسهیلات، افزایش تعداد دانشجویان، توجه و حمایت کمتر مدیریت و همچنین عدم مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌ها و نبود راهبردهای اصولی را (واندنبرگ و همکاران^۱، ۱۹۹۹)، معرفی نماید (۲۵،۴۳).

تاکنون پژوهش‌های متعددی، به بررسی مسائل و مشکلات اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها از جمله: رابطه عوامل فشارزای شغلی با سلامت و تحلیل رفتگی اعضای

^۱.Vandenbergh et al

هیئت علمی (صادقی بروجردی، ۱۳۸۲)، مقایسه سلامت عمومی اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال (کاشف، ۱۳۸۵)، آمادگی جسمانی و رابطه آن با میزان تحلیل رفتگی و سلامت عمومی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های نظامی کشور (صانعی، ۱۳۸۳)، رابطه سبک رهبری و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی دانشکده‌ها و گروه‌های آموزشی تربیت بدنی (خوشبختی، ۱۳۸۳)، پرداخته، و زوایای مختلفی از مسائل و مشکلات این قشر را بازگو کرده است (۱۶، ۲۴، ۱۷، ۱۰)، اما آنچه کمتر مورد مطالعه قرار گرفته، مقایسه سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال و غیرفعال از نظر حرکتی است. بنابراین تحقیق حاضر، به مقایسه سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال با غیر فعال حرکتی دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار پرداخته و در صدد است که ارتباط بین دو متغیر مهم

سلامت عمومی، کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال با غیر فعال حرکتی را تبیین کند.

متغیرها و مفاهیم این پژوهش عبارت‌اند از:

الف - سلامت عمومی^۱: سازگاری کامل فرد با محیط

اجتماعی و برخورداری از بهداشت جسمانی و روانی است.

ب - کیفیت زندگی کاری^۲: عبارت است از: عکس

العمل اعضای هیئت علمی نسبت به کار، به ویژه

پیامدهای فردی آن در ارضای شغلی و سلامت روحی

(۵).

ج - اعضای هیئت علمی فعال: افرادی که در

سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷ حداقل دو جلسه در هفته، و هر جلسه

به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت حرکتی و ورزشی داشته‌اند

(۲۲، ۲۳).

د - اعضای هیئت علمی غیر فعال: افرادی که در

سال ۱۳۸۶-۱۳۸۷ کمتر از دو جلسه در هفته، و هر

^۱.General Health

^۲.Quality of Life Work

جلسه کمتر از ۳۰ دقیقه فعالیت حرکتی و ورزشی داشته اند (۲۲،۲۳).

روش‌شناسی

این پژوهش، در جهت دستیابی به اهداف پیش بینی شده از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این تحقیق شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار کشور بودند. تعداد کل آنان بر اساس آمار ۱۰۲۸ نفر، (زنان و مردان) و دارای رتبه‌های علمی استاد، دانشیار، استادیار و مربی بوده‌اند. برای انتخاب نمونه آماری، تعداد ۱۸۰ نفر از جامعه یاد شده با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از بین واحدهای منطقه چهار (شامل: استان‌های اصفهان، چهارمحال و بختیاری و یزد) انتخاب شدند.

ابزارها و روش‌های جمع‌آوری اطلاعات

۱. مشخصات فردی: متغیرهای فردی نمونه‌ها با طرح ۱۲ سؤال به صورت پاسخ بسته با یک پرسشنامه محقق

ساخته اندازه‌گیری شد. (شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته و درجه تحصیلی، سابقه کار و مرتبه علمی، میزان قد، وزن، دور شکم، دور لگن و فعالیت ورزشی).

۲. سلامت عمومی: سلامت عمومی نمونه‌ها، با استفاده از پرسشنامه چهار گزینه‌ای گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) که یک نوع پرسشنامه سرندي^۱ مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی بود و چهار خرده مقیاس شامل: شاخص‌های جسمانی - فیزیولوژیکی، شاخص‌های احساسی - روانی، شاخص‌های کار و فعالیت و شاخص‌های امید را اندازه‌گیری کرد.

۳. کیفیت زندگی کاری: با استفاده از پرسشنامه والتون (۱۹۷۴) هشت متغیر اصلی شامل: پرداخت منصفانه و کافی، محیط کاری سالم و ایمن، تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم، قانون‌گرایی در سازمان، وابستگی اجتماعی زندگی کاری، فضای کلی زندگی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی و توسعه قابلیت‌های انسانی به عنوان هدف

^۱. Screening Qu

ارتقاء کیفیت زندگی در محیط کاری با استفاده از مقیاس لیکرت اندازه‌گیری شد.

روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها توسط استادان دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب پایایی پرسشنامه‌ها، در یک تحقیق آزمایشی (۳۰ نفر از استادان تربیت بدنی) با روش بازآزمایی برای سلامت عمومی $r=0/75$ و برای کیفیت زندگی کاری $r=0/92$ به دست آمد.

روش‌های آماری پژوهش

در این پژوهش، از آمار توصیفی برای توصیف آماری متغیرهای تحت بررسی و برای تعیین ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون برای داده‌های (فاصله‌ای-فاصله‌ای) و ضریب همبستگی اتا برای داده‌های (فاصله‌ای-اسمی) و از آزمون t به منظور مقایسه جوامع استفاده شد. محاسبات آماری مربوط به تحقیق، توسط نرم افزار SPSS ver. 13.0 انجام، و آلفا در حد $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌های تحقیق

در این بخش، ابتدا ویژگی‌ها و مشخصات فردی اعضای هیئت علمی نمونه، مورد بررسی قرار گرفت. جدول شماره ۱ مشخصات و تعداد آزمودنی‌های گروه‌های مختلف پژوهش را با درصد‌های مربوطه نشان می‌دهد. آزمودنی‌های این پژوهش تعداد ۱۸۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار کشور بودند که تعداد ۷ نفر از آنان مربی آموزشیار، ۱۳۴ نفر مربی، ۲۳ نفر استادیار، ۳ نفر دانشیار و ۴ نفر استاد بودند. از میان آنان تعداد ۱۴۹ نفر متأهل و ۳۱ نفر مجرد و همچنین بیشتر نمونه‌ها یعنی تعداد ۱۰۸ نفر مرد و تنها ۶۹ نفر از آنان زن بودند. تعداد ۳ نفر نیز جنسیت خود را مشخص نکردند.

جدول ۱. ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها

مرتبه علمی					میزان تحصیلات		وضعیت تأهل		جنسیت		آماره
استاد	دانشیار	استادیار	مربی	مربی آموزشیار	دکتری	کارشناسی ارشد	مجرد	متاهل	زن	مرد	
۴	۳	۲۳	۱۳۴	۷	۳۶	۱۴۴	۳۱	۱۴۹	۶۹	۱۰۸	فراوانی
۲/۲	۱/۷	۱۲/۸	۷۴/۳	۳/۹	۲۰	۸۰	۱۷/۲	۸۲/۸	۳۸/۸	۶۰	درصد

جدول ۲. وضعیت فعالیت حرکتی آزمودنی‌ها

مجموع	خیر	بلی	فعالیت حرکتی
			آماره
۱۸۰	۵۵	۱۲۵	فراوانی
۱۰۰	۳۰/۶	۶۹/۴	درصد

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، نتایج ضریب همبستگی اتا بین متغیرهای سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری با فعالیت‌های حرکتی نشان می‌دهد که رابطه معنی‌داری بین هیچ کدام از متغیرها با فعالیت حرکتی وجود ندارد ($r=0/092$ ، $P=0/626$ و $r=0/020$ ، $P=0/187$) و فرضیه صفر پذیرفته می‌شود.

جدول ۳. نتایج ضریب همبستگی اتا در مورد ارتباط بین متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی

سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی اتا	فعالیت حرکتی
۰/۶۲۶	۰/۰۹۲	سلامت عمومی
۰/۱۸۷	۰/۰۲۰	کیفیت زندگی کاری

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۴، نتایج ضریب همبستگی پیرسون و سطح معنی‌داری متغیرهای مذکور، فرضیه صفر در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ رد شده است و

چنین نتیجه گرفته می شود که بین سلامت عمومی با کیفیت زندگی کاری آزمودنی ها ارتباط معنی داری ($P=0/001$ ، $r=0/263$) وجود دارد.

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری

سلامت عمومی	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری	تعداد
کیفیت زندگی کاری	۰/۲۶۳	۰/۰۰۱	۱۷۹

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری آزمودنی های فعال و غیر فعال حرکتی ($P=0/234$ ، $t=1/234$ و $P=0/608$ ، $t=0/514$) اختلاف معنی داری وجود نداشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون t در مورد مقایسه سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری آزمودنی های فعال و غیر فعال حرکتی

معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون	درجه آزادی	سطح معنی داری
سلامت عمومی	فعال	۵۰/۱۲	۱/۲۳۴	۱۷۷	۰/۲۱۹
	غیر فعال	۵۱/۴۵			
کیفیت زندگی کاری	فعال	۸۸/۰۴	۰/۵۱۴	۱۷۸	۰/۶۰۸
	غیر فعال	۸۶/۷۸			

بحث و نتیجه گیری

یکی از اهداف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت عمومی اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال حرکتی دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار کشور و مقایسه آنها بود که با تکیه بر داده‌های آماری به دست آمده مشخص شد که بین سلامت عمومی آزمودنی‌ها با فعالیت‌های حرکتی آنان رابطه معنی‌دار وجود ندارد، همچنین در مقایسه بین سلامت عمومی آزمودنی‌های فعال و غیر فعال حرکتی نیز اختلاف معنی‌دار وجود نداشته است. این نتیجه با نتایج برخی از تحقیقات مانند: فیشر و همکاران (۱۹۹۶) و فوستر (۱۹۹۷) که معتقدند شرکت در فعالیت‌های بدنی و ورزشی بر بهداشت و سلامتی تأثیر ندارد، همچنین با نتایج تحقیق خالدان (۱۳۷۹) که اعلام داشت شرکت در انواع فعالیت‌های جسمانی احتمالاً سهم بسیار ناچیزی در طول عمر و یا سلامتی در سال‌های آخر زندگی دارد و با نتایج تحقیق کاشف (۱۳۸۴) که در یافته‌های خود روی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های دولتی به این نتیجه رسید که ارتباط

معنی داری بین سلامت عمومی و فعالیت‌های حرکتی وجود ندارد، ولی سلامت عمومی افراد فعال بهتر از افراد غیر فعال است، همخوانی دارد (۹،۲۳). بر این اساس، یافته حاضر با نتایج تحقیقات درخشان مبارکه (۱۳۷۶)، پور سلطانی (۱۳۸۲)، اشراقی (۱۳۸۶) و گرونیک (۱۹۹۲) که انجام فعالیت‌های حرکتی و ورزشی را بر بهبود سلامت عمومی مفید و مؤثر می‌دانند، همخوانی ندارد (۱۲،۳،۱،۶). با مروری بر مطالعات انجام شده می‌توان چنین نتیجه گرفت، تحقیقاتی که تأثیر فعالیت‌های بدنی دارای شدت کم و کنترل شده را از نظر زمانی مورد مطالعه قرار داده‌اند، اغلب تأثیر مفید این فعالیت‌ها را تأیید کرده‌اند. در مقابل، تحقیقات مشابه دیگری در جوامع آماری متفاوت نتایج مغایری به دست آورده‌اند. در همین رابطه، مک اولی (۱۹۹۴) معتقد است که علت اصلی این مغایرت در نتایج تحقیقات احتمالاً به دلیل تفاوت روش‌های تحقیق به کار گرفته شده، تعداد و نوع آزمودنی‌ها، نوع فعالیت‌های ورزشی آنان، نداشتن

گروه‌های کنترل، تعداد زیاد متغیرهای تحقیق و تفاوت ابزارهای اندازه‌گیری باشد (۳۸).

برخی دیگر از محققان مانند صادقی بروجردی (۱۳۸۳) در یافته‌های تحقیق خود گزارش می‌دهند که میزان سلامت عمومی اعضای هیئت علمی تربیت بدنی دانشگاه‌ها از حد متوسط کمتر بود و سلامت عمومی زنان را نسبت به مردان ضعیف تر اعلام کردند که علت اصلی این ضعف در زنان را عدم دسترسی آسان و مناسب آنان به تأسیسات ورزشی، و در مجموع برخورداری اندک اعضای هیئت علمی تربیت بدنی دانشگاه‌ها از سلامت عمومی را مربوط به شرایط کاری و الزام فعالیت روزانه در کلاس‌های عملی می‌دانند. نتایج تحقیق حاضر، با توجه به عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین فعالیت‌های حرکتی و سلامتی عمومی آزمودنی‌ها به طور کلی حاکی از آن بود که انجام منظم فعالیت‌های حرکتی و ورزشی در تأمین سلامت جسمی و روانی، احساس شادی و نشاط منطقی و بهبود کیفیت زندگی و بهبود دیگر متغیرهای آنان مثل

افزایش راندمان کاری آزمودنی‌ها در فعالیت‌های پژوهشی مؤثر و مفید بود که این یافته‌ها با نتایج تحقیقات گرونیک (۱۹۹۲)، پک و همکاران (۱۹۹۸) که اعلام کردند افرادی که دارای فعالیت حرکتی و بدنی مناسب باشند، دارای کارایی بیشتر و شکایت‌های مربوط به موضوع سلامت روانی و جسمی کمتری هستند، هماهنگی دارد. (۹، ۱۲).

در بررسی رابطه سلامت عمومی با کیفیت زندگی کاری مشخص گردید که بین این دو، رابطه معنی‌داری وجود داشته است. این یافته با نتایج تحقیقات علامه (۱۳۷۸)، میرسپاسی (۱۳۷۶)، قاسمی (۱۳۷۹) مبنی بر اینکه بهبود کیفیت زندگی کاری رابطه معنی‌داری با سلامتی و افزایش بهره‌وری دارد، همچنین با نتایج تحقیق براون (۱۹۸۲) که عنوان کرد تمرین می‌تواند باعث افزایش سلامتی شود و در نتیجه فشارهای روانی کار را از بین ببرد و بر کیفیت زندگی کاری می‌افزاید، همخوانی دارد (۱۹، ۲۴، ۲۱، ۳۲). یعنی کارکنانی که به لحاظ

مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری در حد مطلوبی قرار دارند، از فرصت بیشتری برای اندیشیدن و پرداختن به سایر مقوله‌های زندگی (شادابی و نشاط جسم) برخوردارند و این به نوبه خود افزایش سلامتی را به همراه دارد. همچنین افرادی که از آمادگی و توان جسمی خوبی برخوردارند، در فعالیت‌های اجتماعی و فردی موفق‌ترند و این خود می‌تواند باعث عملکرد بهتر در زندگی کاری و فردی باشد.

یکی دیگر از اهداف این پژوهش، بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال حرکتی دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه چهار کشور و مقایسه آنها با استفاده از آزمون t بود، که بر اساس داده‌های به دست آمده، مشخص شد که بین کیفیت زندگی کاری آزمودنی‌های فعال و غیر فعال حرکتی در سطح ۵ درصد، تفاوت معنی‌دار نبوده است. این یافته با نتایج تحقیق خاوری (۱۳۸۶)، که عنوان کرد رضایت شغلی، رضایت از ماهیت کار و رضایت از ارتقاء، بین

اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال، اختلاف معنی داری وجود ندارد، همخوانی دارد. این یافته با نتایج تحقیقات درخشان مبارکه (۱۳۷۶) که عنوان می کند شرکت در تمرینات ورزشی، ورزیدگی و کارایی فکری و جسمی را ارتقاء می بخشد و در عین حال هزینه سنگینی را به سازمان تحمیل نمی کند، طربی (۱۳۸۲) که عنوان کرد برنامه های حرکتی و فعالیت های ورزشی که با عنوان برنامه ارتقای سلامت در سازمان ها اجرا می شوند موجب بهبود کیفیت زندگی کاری می شوند و سلطانی (۱۳۸۲) که ورزش را عامل مؤثر و مهمی در فرهنگ سازی به منظور کار تیمی و مشارکت کارکنان در کنار یکدیگر برای رسیدن به اهداف سازمانی و بهبود کیفیت زندگی کار می داند، نورول و بلس (۱۹۸۰) که شرکت در فعالیت های ورزشی را موجب افزایش رضایت شغلی می دانند، لاولر^۱ (۲۰۰۱)، دکسلر^۲ (۲۰۰۱)، پاین^۳

^۱. Lawler

^۲. Drexler

^۳. Payne

(۲۰۰۲) که اظهار کردند سازمان‌ها از طریق کارکنان خود شکوفا و فعال بهتر اداره می‌شوند، مغایرت دارد. (۱۸، ۴۱، ۱۴، ۴۰، ۳۵). در این رابطه می‌توان با توجه به یافته‌های تحقیق تعالی (۱۳۷۴) که رفع نیازهای مادی کارکنان را عامل مهمی تلقی کرده است و با توجه به یافته‌های خود تحقیق که آزمودنی‌ها، داشتن مشغله و کمبود وقت را علت اول نپرداختن به فعالیت ورزشی بیان کرده‌اند، به این نتیجه رسید که شاید رفع نیازهای مادی باعث کار بیش از حد برای درآمد بیشتر باشد و به دنبال خود کمبود وقت برای پرداختن به فعالیت‌های ورزشی را به همراه داشته باشد. در پایان پیشنهاد می‌شود: برنامه‌ریزی مدون و گسترده‌ای متناسب با شأن و موقعیت شغلی و اجتماعی استادان در سطح سازمان مرکزی دانشگاه آزاد اسلامی برای ترغیب و تشویق آنان به فعالیت‌های ورزشی منظم و حفظ سلامتی صورت پذیرد تا بتواند سطح آگاهی و دانش و علاقه استادان را

به آثار مثبت ورزش و فعالیت‌های حرکتی افزایش دهد و به دانشگاه‌های آزاد اسلامی ابلاغ شود.

منابع:

۱. اشراقی، حسام و کاشف، میر محمد (۱۳۸۶). «مقایسه سلامت عمومی و روابط اجتماعی کارکنان فعال و غیر فعال حرکتی دولتی و نیمه دولتی شهر اصفهان». مجموعه مقالات ششمین همایش بین‌المللی تربیت بدنی و علوم ورزشی.
۲. پور اسلامی، محمد؛ ایاز، سمیرا و سرمست، حمیده (۱۳۷۹). «واژه‌نامه ارتقای سلامت». وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ص: ۱۹-۲۱.
۳. پور سلطانی، حسین (۱۳۸۲). «رابطه بین فعالیت‌های ورزشی و سلامت عمومی جانبازان و معلولین قطع عضو ورزشکار ایران». نشریه علوم حرکتی و ورزشی، شماره ۲.

۴. تعالی، حسین (۱۳۷۴). «بررسی اثرات عوامل کیفیت زندگی کاری بر بهره‌وری کارکنان بانک‌های کشور». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده علوم انسانی دانشگاه علامه طباطبایی.
۵. جزئی، نسرین (۱۳۷۵). «مدیریت منابع انسانی». تهران: انتشارات نشر نی.
۶. چلیپی، فرزین و عسگری، مهراڻ (۱۳۸۰). «ورزش و درمان بیماری‌ها». انتشارات امید دانش.
۷. حاتمی، حسین و رضوی، منصور (۱۳۸۳). «کتاب جامع بهداشت عمومی». انتشارات ارجمند.
۸. حامدی‌نیا، محمد رضا و رضایی، سعید (۱۳۸۳). «ارتباط فعالیت بدنی و درصد چربی بدن با برخی از عوامل خطرزای قلبی-عروقی در اعضای هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم سبزه‌وار». مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزه‌وار، شماره ۳، سال یازدهم.

۹. خالدان، اصغر (۱۳۷۹). «اثر تمرینات ورزشی بر روی قابلیت‌های فیزیولوژیکی و کارکردی افراد سالمند و طول عمر». نشریه حرکت، شماره ۵، ص: ۸۷.
۱۰. خلجی، حسن (۱۳۷۴). «بررسی و مقایسه تأثیر فعالیت‌های بدنی هوازی و ورزشی بر میزان اضطراب دانشجویان پسر مراکز آموزش عالی دولتی شهرستان اراک». رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۱. خوشبختی، جعفر؛ احسانی، محمد؛ اسدی، حسن و کاظم زاده، انوشیروان (۱۳۸۳). «رابطه سبک‌های رهبری و کیفیت زندگی کاری کارکنان با میزان اثربخشی مدیران دانشکده‌ها و گروه‌های تربیت بدنی دانشگاه‌های دولتی کشور». نشریه حرکت، شماره ۲۴، صص: ۱۲۹-۱۴۹.
۱۲. درخشان مبارکه، محمد (۱۳۷۶). «بررسی میزان پرداختن به ورزش و سلامت روانی و ویژگی‌های شخصیتی مدیران میانی سپاه شاغل در تهران».

پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.

۱۳. رمضان پور، محمد رضا (۱۳۷۷). «تأثیر یک برنامه تمرینی منتخب بر توان هوازی و برخی از ویژگی‌های ساختاری و فیزیولوژیکی و مقایسه آن در مردان ۲۶-۱۵ ساله و ۵۵-۴۶ ساله». رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران.

۱۴. سلطانی، ایرج (۱۳۸۲). «نقش ورزش در توسعه منابع انسانی و ارتقاء کیفیت کار صنعتی». نخستین همایش ورزش و صنعت، آکادمی ملی المپیک.

۱۵. شفیع‌ی، مسعود (۱۳۸۳). «ارتباط صنعت و دانشگاه»، انتشارات دانشگاه صنعتی امیرکبیر.

۱۶. صادقی بروجردی، سعید؛ یوسفی، بهرام و قبادی، علی (۱۳۸۵). «ارتباط بین سلامت عمومی و تحلیل رفتگی دبیران تربیت بدنی استان کرمانشاه»، مجموعه

مقالات هفتمین همایش ملی تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز.

۱۷. صانعی، سعید (۱۳۸۲). «ارتباط بین آمادگی عمومی جسمانی، سلامت روانی و تنیدگی شغلی در بین اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های نظامی کشور». رسالهٔ تحصیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

۱۸. طربی، علی رضا (۱۳۸۲). «نقش ورزش در افزایش بهره‌وری کارکنان»، مجلهٔ تدبیر.

۱۹. علامه، محسن (۱۳۷۸). «توسعهٔ الگوی کیفیت زندگی کاری والتون بر مبنای ارزش‌های اسلامی و تعیین تأثیر آن بر کاهش تنیدگی روانی». رسالهٔ دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

۲۰. علیجانی، عیدی (۱۳۸۱). «بررسی رابطهٔ بین فعالیت‌های جسمانی و برخی عامل‌های خطر ساز

- قلبی - عروقی اعضای هیئت علمی مرد دانشگاه شهید چمران اهواز». فصلنامه المپیک، شماره ۲۱، ص: ۱۲۷.
۲۱. قاسمی، محمد (۱۳۷۹). «بررسی تأثیر کیفیت زندگی کاری بر بهره‌وری نیروی انسانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مجتمع آموزش عالی قم.
۲۲. قزاقچه داغی، مهدی (۱۳۷۴). «سلامتی هم زیباست»، چاپ اول، نشر یاسمن.
۲۳. کاشف، میر محمد (۱۳۸۵). «مقایسه سلامت عمومی، روابط اجتماعی و فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی اعضای هیئت علمی فعال و غیر فعال دانشگاه‌های کشور». رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم تهران.
۲۴. میرسپاسی، ناصر (۱۳۷۶). «مدیریت منابع انسانی و روابط کار، نگرشی راهبردی و استراتژیک». تهران: انتشارات شروین.

۲۵. ممی زاده، جعفر (۱۳۷۵). «توسعه سازمان، دانش بهسازی و نوسازی سازمان». انتشارات روایت.

۲۶. موسوی، سید جعفر (۱۳۸۰). «بررسی نقش ورزش بر فشار عصبی، سلامت روانی و جسمانی اساتید و کارمندان دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه ۳ کشور و ارائه برنامه تمرین».

۲۷. نوربخش، پریوش (۱۳۷۸). «ساختار و اعتباریابی ابزار اندازه‌گیری عوامل فشارزای شغلی دبیران تربیت بدنی استان خوزستان و تعیین رابطه بین این عوامل با سلامت روانی آنها». رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم تهران.

۲۸. واعظ موسوی، سید محمد کاظم (۱۳۸۱). «مقایسه کیفیت زندگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی و دسته جمعی». مجله پژوهش در علوم ورزشی، سال اول، شماره ۳، صص: ۸۴-۹۳.

۲۹. وست، دبورا آ و چارلز آ. بوچر (۱۳۷۵). «مبانی تربیت بدنی و ورزش». ترجمه احمد آزاد. تهران: انتشارات کمیته ملی المپیک جمهوری اسلامی ایران.

30. Aarnio, M., Winter, T., Kujala, U.M. and Kaprio, J. (2002). Associations of health-related behaviors, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of finish adolescent twins. *British journal of sport medicine*. 36: 360-364.
31. Braveman, P.(2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*, Vol 27,p; 167.
32. Brown, R.S.(1992). Exercise and Mental health in the pediatric population. *Clinics in sports medicine*, 1(3): 515-527.
33. Broadbent, D.E.(1997). *Decision and Stress*. London: academic press.
34. Jennifer, V.D., Huisman, J., Moll, A.C., Schouten, Y.N. (2007). Health- related quality of life of child and adolescent retinoblastoma survivors in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5: 65.
35. Lawler, Edward, E., and Drexler, John, A, jr. (2001). *Dynamites of establishing cooperative quality of work life projects*. copyright (a 2001. All rights reserved).
36. Lue R.E. (1985). Economic Evaluation of New Drug Therapies in Terms of Improved life Quality. *Special Issue: Drug and Diagnostic Tests. Social Science and Medicine*, 21: 1153-1161.
37. Macmahon, J.(1990). The Psychological benefits of exercise and the treatment of delinquent adolescent. *Sport med*. 83: 344-51.
38. Mcauley, G.(1994). Physical activity and psychosocial out comes. *Human Kinetics*, 57: 551-68.
39. Montazeri A, Harirchi M. (2003).The 12 item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of life Outcomes*. 1:66.
40. Norvell, N., Belles. D.(1997). Psychological and physical benefits of circuit weight trouncing in law enforcement personal. *Journal Consult Clinical Psychology* 12, p:89.
41. Payne, Roy, L . (2000). Eupschian management and millennium. *Journal of Managerial Psychology*, Vol 15(3), pp: 219-226.
42. Russel, R.P., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Buchner, D.(1995). Physical Activity and public- a Health-Recommendation from the Centers for disease

Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. Physical Activity and Public, Vol 273, P; 402-407.

43. Weinberg, R.S., and Gould, D. (1995). Foundation of sport exercise psychology. Human Kinetics Publication. 8.

