

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان جانبازان استان کرمانشاه

سیاوش قلی‌پور* ، سیده زهرا پرهیزگار کلات** ، محسن قلی‌پور***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۳

چکیده

ناتوانی و مشکلات روحی روانی، زندگی جانبازان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این تاثیر در میان آنها یکسان نیست. هدف اصلی این مقاله مقایسه کیفیت زندگی جانبازان بر حسب نوع مجروحیت در استان کرمانشاه است. چارچوب نظری آن مبتنی بر ادبیات کیفیت زندگی و روش پژوهش پیمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه جانبازان بالای ۲۵ درصد استان کرمانشاه است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۶۸ نفر محاسبه و بر اساس نمونه‌گیری سیستماتیک تعیین شده است. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی جانبازان پایین است. کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت

* استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه رازی (نویسنده مسئول). gholipoor.sia@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی دانشگاه علامه طباطبائی. zparhizgar1993@gmail.com

*** دانشجوی کارشناسی ارشد انسان‌شناسی دانشگاه تهران. m.gholipoor66@gmail.com

متفاوت است: در بعد جسمی برای جانبازان شیمیایی پایین و برای جانبازان آمپوتنه، ترکیبی و اعصاب به نسبت بالاتر است؛ در بعد روانی برای جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی در سطح پایین‌تر و برای جانبازان آمپوتنه، ترکیبی و ویژه در وضعیت بهتری قرار دارد؛ در بعد اجتماعی برای جانبازان شیمیایی در سطح پایین‌تر و برای جانبازان آمپوتنه، ترکیبی در وضعیت بهتری قرار دارد؛ سن و تعداد فرزندان بر کیفیت زندگی تاثیر معکوسی دارند. وضعیت اشتغال بر کیفیت زندگی تاثیر دارد، افراد شاغل از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

واژه‌های کلیدی: جانباز، کیفیت زندگی، جانباز اعصاب و روان، جانباز آمپوتنه، جانباز ترکیبی، جانباز ویژه، جانباز شیمیایی.

مقدمه و بیان مسئله

در دوران مدرن با صنعتی شدن و رشد شهرنشینی انبوهی از انسان‌ها در سکونت‌گاه‌های شهری گرد هم آمدند. رشد بیش از حد جمعیت و مهاجرت‌های روستا به شهر مشکلات زیادی از جمله آسیب‌های اجتماعی، بحران مسکن و مشکلات بهداشتی را برای شهرها به وجود آورد و زندگی انسان‌ها را با مسایل و تنگناهایی مواجه کرد. همزمان با این تغییرات، تفکر مدرن که بُعد از دکارت بر دوگانگی سوژه و ابژه تاکید داشت، جهان را به کمیت تقلیل داد و کیفیات آن را نادیده گرفت، این امر سبب شد دست اندازی به جهان در همه جوانب آن به ویژه محل سکونت به همه جا تسری پیدا کند و کیفیت زندگی کمتر مورد توجه قرار گیرد. با بن بست‌های زندگی در طول قرن بیستم و نقدهای جدی در حوزه‌اندیشه بر زندگی مکانیکی و تحت سلطه تکنولوژی و سرمایه‌داری مفهوم کیفیت زندگی با تمام ابعاد آن مورد توجه قرار گرفت و هم‌اکنون کیفیت زندگی یکی از مسایل پیش روی جهان امروز می‌باشد. این مفهوم چند بُعدی است و در حوزه‌های مختلف دارای معانی مختلفی است. ویژگی مشترک کیفیت زندگی در حوزه‌های مختلف مربوط به تامین نیازهای اساسی مادی و معنوی در دو حوزه

ذهنی و عینی به طور توأمان است. در چنین فضایی، طردشدگان از متن جامعه نظیر گروه‌های حاشیه‌ای، رنگین پوستان، صداهای خاموش از قبیل معلولین، سالمندان، زنان و کودکان بیشتر از قبل مورد توجه قرار گرفتند. قبل از هر گونه اقدام برای بهبود شرایط زندگی و بهزیستی، شناسایی گروه‌های محروم از استانداردهای زندگی در اولویت قرار دارد. سنجش کیفیت زندگی این افراد و عوامل تاثیر گذار بر آن می‌تواند به سیاستگذاران و نهادهای متولی رفاه اجتماعی بسیار کمک کند. در کنار این گروه‌ها می‌توان به جانبازان جنگ تحمیلی اشاره کرد که بررسی کیفیت زندگی آنها ضروری و اجتناب ناپذیر است. جنگ در سطوح مختلف (افراد، گروه‌های کوچک، ملت‌ها و تمدن) صورت می‌گیرد. منابع هدر می‌روند، جوانان در جبهه شهید می‌شوند و خانواده‌ها بعد از جنگ باید مشکلات زیادی را تحمل کنند. کشور ما نیز در طول تاریخ، جنگ‌های زیادی را از سر گذارنده است. آخرین جنگ بین ما و کشور عراق بود. این دو کشور در سال ۱۳۵۹ به خاطر زیاده‌خواهی حاکم وقت عراق درگیر جنگی ۸ ساله شدند که صدمات جبران ناپذیری را برای هر دو کشور به همراه داشت. کشور عراق در این جنگ از سلاح‌های شیمیایی نیز استفاده کرد. تعداد زیادی از رزمندگان شهید و مجروح شدند. روی هم رفته، «سهم استان کرمانشاه ۹۸۰۰ نفر شهید و ۱۹۰۰۰ هزار جانباز است. از این تعداد حدود ۹۲۰۰ نفر جانباز بالای ۲۵ درصد هستند» (بنیاد شهید استان کرمانشاه، ۱۳۹۳). جانبازان بر حسب نوع مجروحیت به پنج گروه **اعصاب و روان، آمپوته، ترکیبی، ویژه و شیمیایی** تقسیم می‌شوند. تقسیم بندی مذکور بر مبنای جراحات‌های مختلف، قطع عضو، ضایعات روانی ناشی از انفجار و سلاح‌های شیمیایی است^۱. اکثریت جانبازان دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی و اختلالات

۱- این تقسیم بندی توسط سازمان بنیاد شهید صورت گرفته است و جامع و مانع است. گرچه همپوشانی‌هایی وجود دارد اما به نظر می‌رسد که کارآمد است.

روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال بدنی، اختلال خواب، تحریک پذیری، حساسیت بین فردی و مشکلات خانوادگی هستند. به نظر می رسد آنها نسبت به دیگر افراد از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند و با مشکلات زیادی در عرصه های اجتماعی، فرهنگی و سلامت روبرو هستند که بر خانواده های آنها و جامعه تاثیر می گذارد.

نادیده گرفتن هیچ گروه اجتماعی به صلاح و زیننده نیست. ضمن توجه به همه اقشار و گروه ها لازم است که مشکلات و موانع و تنگناهای زندگی آنها بازنمایی و بیان شوند تا کیفیت زندگی در سطح بالاتری قرار گیرد. گر چه همه گروه ها از جایگاه برابری برخوردارند اما جانبازان و شهداء در تمام جوامع بشر از اولویت بالاتری برخوردارند. آنها به خاطر از جان گذشتگی و هم نوع دوستی چنین جایگاه ارزشمندی را کسب کرده اند. بنابراین پژوهش حاضر تلاش می کند به سوال زیر پاسخ دهد.

۱- کیفیت زندگی جانبازان بر حسب نوع مجروحیت چگونه است؟

مرور پیشینه

منابع خارجی اندکی درباره کیفیت زندگی مصدومان جنگی وجود دارد. پوروکتور^۱ و همکاران (۲۰۰۱) در مقاله ای تحت عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان مصدومان جنگی جنگ خلیج فارس» به بررسی کیفیت زندگی و تاثیر وضعیت پزشکی و موقعیت روانی آنها بر عملکرد فیزیکی شان می پردازند. روش مطالعه پیمایشی است. کیفیت زندگی دو گروه مصدومان جنگی خلیج فارس (تعداد=۱۴۱ نفر) و جانبازان آلمانی (تعداد=۴۶ نفر) با کیفیت زندگی منتشر شده در جمعیت کشور آمریکا مقایسه شدند. نتایج نشان می دهند که: وضعیت سلامت سربازان جنگ خلیج فارس در مقایسه با سربازان آلمانی و جمعیت آمریکا به مراتب کمتر است.

۱. Proctor

اتومانلی^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در مقاله‌ای تحت عنوان «آزمایش آینده‌نگرانه درباره تاثیر برنامه استخدامی حمایت شده و استخدام بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، معلولیت و ناتوانی در میان مصدومان جنگی SCI» به تاثیر استخدام بر کیفیت زندگی می‌پردازند. مصاحبه شونده‌گان ۱۵۷ مصدوم جنگی بودند. نتایج نشان می‌دهند که استخدام تاثیر مثبتی بر توانایی فرد جهت مشارکت در روابط اجتماعی، بودن در جامعه و انجام نقش‌های معمولی دارد.

علیرغم کمبود منابع خارجی، مطالعات داخلی به دلیل جنگ تحمیلی زیاد است و به بخش‌های مهمی در زمینه کیفیت زندگی جانبازان پرداخته‌اند.

امینی و حقانی (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای تحت عنوان «کیفیت زندگی جانبازان نابینا» به بررسی کیفیت زندگی ۲۴۸ نفر از جانبازان نابینا پرداختند. روش بررسی آنها پیمایش بود. نتایج نشان داد: در صورتی که سن ۵۰ سالگی به عنوان مرز افت کیفیت زندگی در نظر گرفته شود، با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. بین شغل و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود ندارد و سلامت جسمی و روانی نیز با شغل ارتباطی ندارند. با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد اما تحصیلات و سلامت جسمی رابطه معناداری ندارند. با افزایش تعداد مجروحیت‌ها و درصد جانبازی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

عباسی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل شهرستان سردشت» با استفاده از ابزار پرسشنامه به بررسی کیفیت زندگی ۲۶۰ نفر از جانبازان شهر سردشت پرداخته است. نتایج حاصل از تحقیق نشان می‌دهد که ۱- بُعد روانی کیفیت زندگی در مقایسه با اثرات جسمی در دراز مدت اثرات روانی شدیدتر دارد. ۲- بُعد اجتماعی سبب می‌شود که شخص مبتلا با خانواده و گروه دوستان در روابط اجتماعی دچار مشکل شود. ۳- همچنین هزینه‌های گزاف مالی

عوارض گاز خردل، بُعد اقتصادی کیفیت زندگی را با مشکل مواجه می‌کند که پیامد آن ضعف بُعد معنوی و مذهبی زندگی فرد است. این پژوهشگر همچنین اشتغال، تعداد عوارض، درصد جانبازی و شدت عارضه را بر کیفیت زندگی اثر گذار می‌داند.

تولایی (۱۳۸۶) در پژوهش «کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی» با توزیع پرسشنامه ویسکانسین در بین ۱۶۳ نفر از جانبازان شیمیایی به بررسی مهم‌ترین عوامل کیفیت زندگی جانبازان پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که ۸۵ درصد حجم نمونه کیفیت زندگی نامناسب و ۱۵ درصد کیفیت زندگی مناسب داشتند و مهم‌ترین عوامل کیفیت زندگی سلامت جسمی، مراقبت از خود، علایم روانی و پول کافی معرفی شدند.

خانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران» با تعریف قطع عضو به عنوان یکی از شایع‌ترین معلولیت‌های حرکتی و با توزیع پرسشنامه در بین ۲۵۶ نفر حجم نمونه به بررسی میزان سلامت عمومی بیماران پرداخته‌اند. نتایج حاصل از بررسی آن‌ها نشان می‌دهد که اکثریت جانبازان از سطح زندگی قابل قبولی برخوردار نیستند که این امر می‌تواند ناشی از عدم دریافت سطوح خدمات درمانی و توانبخشی مناسب باشد. برای مثال رابطه معناداری بین قطع عضو اندام تحتانی با مقیاس سلامت جسمی و روانی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد. این تحقیق صرفاً کیفیت زندگی را بررسی می‌کند و گزارشی از نوع خدمات ارائه شده به جانبازان ارائه نمی‌دهد.

ماندنی و فخری (۱۳۹۱) در بررسی‌ای با عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» از طریق توزیع ابزار پرسشنامه در بین ۷۰ جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به این نتیجه دست یافتند که: اختلال استرس پس از سانحه که در آن جانبازان به دلیل مواجهه با وقایع و حوادث استرس‌زا در جنگ با مشکلات جسمی و روانی برخورد می‌کنند کیفیت زندگی را با اختلال مواجه می‌کند و هر چقدر که درصد جانبازی بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر است. استرس پس از سانحه کیفیت زندگی را خصوصاً در حیطه ایفای نقش جسمی

پایین می‌آورد که راه حل آن توجه به مسائل انگیزشی و مشکلات ایفای نقش جسمی و روانی و ارتقای سطح سلامت و برنامه‌های درمانی است.

وهابی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی‌ای تحت عنوان «بکارگیری مدل رگرسیون نهفته طولی در ارزیابی کیفیت زندگی جانبازان نابینا» با مطالعه طولی بر روی ۷۱ نفر از جانبازان نابینا و ارائه پرسشنامه SF۳۶ در سال‌های ۸۶، ۸۸ و ۹۰ با استفاده از مدل به عنوان ابزار اندازه‌گیری جهت کمی کردن کیفیت زندگی به بررسی کیفیت زندگی جانبازان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که به طور کلی کیفیت زندگی جانبازان پایین می‌باشد. سن، زمان و طول مدت نابینایی تأثیر معناداری روی کیفیت زندگی نداشتند اما تعداد مجروحیت‌ها تأثیر معناداری روی کیفیت زندگی جانبازان داشت. با افزایش تعداد مجروحیت‌های هر جانباز کیفیت زندگی او تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می‌یابد.

موسوی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی» با توزیع پرسشنامه در بین ۲۱ نفر از جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی به بررسی کیفیت زندگی آن‌ها پرداختند. نتایج بدست‌آمده نشان داد که کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکردهای جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان از جامعه نرمال ایرانی کمتر می‌باشد. در بین جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی وضعیت تأهل، اشتغال و داشتن خانه شخصی تأثیری روی کیفیت زندگی نداشت اما به طور کلی کیفیت زندگی در هشت حیطه درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی و سلامت روحی در جانبازان زن مبتلا به ضایعه نخاعی تفاوت معناداری با جامعه نرمال ایرانی داشت.

سلیمی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی‌ای تحت عنوان «تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان شهر یزد» کیفیت زندگی در حیطه‌های وضعیت جسمی، روحی و روانی، خانوادگی و اقتصادی اجتماعی در بین ۴۰ نفر حجم نمونه

بررسی نمودند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با جانبازان گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بیشترین تأثیر آموزش بر وضعیت روحی- روانی و خانوادگی واحدهای مورد پژوهش و بعد از آن وضعیت جسمی بود. همچنین آموزش بر وضعیت اقتصادی- اجتماعی تأثیر معناداری نداشت.

فلاحتی و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقی با عنوان «تأثیر انفجار مین و مهمات عمل نکرده بر روی کیفیت زندگی قربانیان در ۱۵ استان غربی کشور» با بررسی کیفیت زندگی ۳۴۸ نفر حجم نمونه با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و SF۳۶ تأثیر انفجار ناشی از مین بر کیفیت زندگی قربانیان را بررسی نموده و به این نتیجه رسیدند که نمره کلی کیفیت زندگی در جانبازان در حیطه‌های عملکرد جسمی، نقش فیزیکی، درد بدن، سلامت عمومی، حیات، سلامت روحی و احساسی به نحو معناداری از گروه‌های دیگر پایین‌تر است. در بُعد عملکرد جسمی افراد بالای ۶۰ سال به نحو معناداری کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد زیر ۳۰ سال دارند. همچنین جنسیت، تحصیلات، سال‌های سپری شده از مجروحیت، شغل و وضعیت تأهل بر کیفیت زندگی مجروحین تأثیر بسزایی داشتند. بنابراین حمایت‌های بیشتر از این افراد و ارتقاء سطح آموزش، بهبود حمایت‌های خانوادگی و شغلی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی قربانیان مؤثر باشد.

احمدی و نجاتی (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان استان اصفهان» با مطالعه مقطعی بر روی ۳۴۵ نفر از جانبازان به‌عنوان حجم نمونه و توزیع و تکمیل پرسشنامه از طریق مراجعه به پزشک به منزل جانباز و انجام معاینه و مصاحبه‌ی بالینی به این نتیجه رسیدند که از میان ابعاد کیفیت زندگی فقط فعالیت فیزیکی وضعیت متوسط دارد و سایر ابعاد به ویژه ابعاد روانی کیفیت زندگی بسیار پایین می‌باشند. سن، تأهل و اشتغال بر ابعاد کیفیت زندگی

اثرگذارند و افزایش سن جانباز و بازنشستگی پیش از موعد تهدیدی برای افت کیفیت زندگی آنان است.

لطیفی و فرخ‌وندی (۱۳۹۰) در تحقیقی تحت عنوان «عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول» با استفاده از روش پیمایش و توزیع پرسشنامه در بین ۱۷۷ نفر از جانبازان به عنوان حجم نمونه به بررسی کیفیت زندگی جانبازان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که میزان تحصیلات، اوقات فراغت، میزان درآمد و رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید رابطه معناداری با کیفیت زندگی جانبازان دارد و این مؤلفه‌ها بر کیفیت زندگی اثر گذار هستند اما بین متغیرهای سن و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی رابطه معناداری مشاهده نشد.

جعفری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان «کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی» از طریق روش پیمایش و توزیع پرسشنامه در بین ۱۰۸ نفر از همسران جانباز به بررسی کیفیت زندگی پرداختند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین سطح تحصیلات همسران جانباز، میزان درآمد ماهیانه، تعداد فرزندان و سن همسران جانباز رابطه معنادار است اما متغیر شغل تأثیری بر کیفیت زندگی آنها ندارد. به طور کلی سطح زندگی همسران جانباز در سطح پایینی است و ارائه خدمات مشاوره‌ای می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی آنها مؤثر باشد.

اغلب مقالات به سنجش کیفیت زندگی پرداخته‌اند. در بسیاری موارد کیفیت زندگی جانبازان در سطح نازلی است. به ویژه با افزایش درصد جانبازی کیفیت زندگی نیز پایین می‌آید. این مقالات اغلب متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس، شغل و... را بر کیفیت زندگی آزمون کرده‌اند و کیفیت زندگی را در میان جانبازان با مجروحیت‌های مختلف بررسی نکرده‌اند.

چارچوب نظری

واژه کیفیت زندگی اولین بار به صورت تخصصی توسط پیژو^۱ در سال ۱۹۲۰ در کتاب «اقتصاد و رفاه» بکار برده شد. در ابتدا دانشمندان علوم اجتماعی در دهه ۱۹۷۰ از این اصطلاح استفاده نمودند و از آن زمان به بعد علاقه روز افزون نسبت به موضوع کیفیت زندگی در پزشکی، پرستاری و سایر حیطه‌های مراقبت بهداشتی به وجود آمده است (ستن بوک و همکاران ۲۰۰۰: ۱۰۲۵ به نقل از رسولی، ۱۳۸۲). کلمه کیفیت، ذاتاً دارای مفهوم پیچیده‌ای است. بسته به رویکرد ما ممکن است ابعاد آن متفاوت شود. «اصطلاح کیفیت زندگی می‌تواند به صورت حیطه‌های جسمی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی که بوسیله تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد، تعریف شود» (دورایومی ۲۰۰۲: ۱۳۰۵ به نقل از رسولی، ۱۳۸۲). ویژگی‌های اصلی کیفیت زندگی را رفاه روانی (رضایت از زندگی) مفهوم زندگی (دستیابی به اهداف و خوشبختی)، رفاه فیزیکی با سلامتی (فعالیت‌های روزمره زندگی، اشتها و خواب)، رفاه اجتماعی و ارتباطات بین فردی و رفاه مالی یا اقتصادی می‌دانند

ابعاد کیفیت زندگی: اجماع واحدی بر سر ابعاد کیفیت زندگی وجود ندارد. برخی بیشتر به بُعد ذهنی، برخی به بُعد عینی و برخی دیگر بر بُعد ترکیبی آن تاکید دارند. اما گوگنموس و همکارانش دسته بندی سه گانه‌ای ارائه داده‌اند که برای این پژوهش مفید است.

- بُعد جسمانی: دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد، ناراحتی، استراحت، خواب، ظرفیت و توان انجام کارها می‌باشد.

- بُعد روانی: جنبه‌های روحی و احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد. بعضی از رده‌های این بُعد عبارتند از:

تصویر از خود، احساسات مثبت، احساسات منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس.

– بُعد اجتماعی: این بُعد به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروههای اجتماعی و وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می‌شود (گوگنموس و همکاران، ۱۹۹۵: ۹۳)

عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی: در زمینه عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی اجماعی وجود ندارد و هر پژوهشگری به برخی از عوامل اشاره کرده است. بسیاری از محققین رابطه بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عوامل را شناسایی کرده‌اند. این عوامل شامل میزان شناخت از خود، تنش‌های متحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. تلقی یا شناخت فرد از خود که شامل عواملی از قبیل مفید بودن، تصویر ذهنی از خود، مولد بودن، ذوق، نحوه نگرش نسبت به زندگی، درمان و آینده نگری می‌باشد، تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارد (هارتسون، ۱۹۹۲: ۲۶).

متغیرهای روحی – روانی مانند افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس و خوش بینی می‌توانند به عنوان واسطه بر تاثیرات متغیرهای فردی (سن، وضعیت اجتماعی و اقتصادی) و حتی ویژگی‌های بیماری بر روی کیفیت زندگی نقش داشته باشند. سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی شامل: رضایت از خود و زندگی خانوادگی، منابع اقتصادی در دسترس و فعالیت‌های اجتماعی می‌باشند (اندرسون، ۱۹۹۵: ۵۴۷).

پژوهش‌های انجام شده، اهمیت وضعیت اقتصادی و عوامل اجتماعی بر کیفیت زندگی را نشان داده‌اند. از دیدگاه روانشناسی اجتماعی، وضعیت اجتماعی – اقتصادی در رابطه با بهزیستی روانی فرد شامل احساس امنیت و اعتماد به نفس است ولی گاه از نظر سیاسی منظور از وضعیت اقتصادی و اجتماعی منابع در دسترس فرد برای سازگاری است (زان، ۱۹۹۲: ۷۷۹).

زان (۱۹۹۲) معتقد است که وضعیت اجتماعی و اقتصادی سه جزء اشتغال به کار، تحصیلات و آموزش و درآمد را در بر می‌گیرد. این معیار نیز همانند سلامتی می‌بایست مورد ارزیابی عینی و ذهنی قرار گیرد. ارزیابی عینی بررسی مواردی چون میزان درآمد، وضعیت اشتغال، انواع دارایی‌های فرد و پیشرفت تحصیلی است. همچنین ارزیابی ذهنی عبارت است از بررسی رضایت فرد از منابع و امکانات مالی و اجتماعی (همان، ۷۸۰).

در زمینه اقتصادی از عوامل خاص و مرتبط با کیفیت زندگی، می‌توان هزینه درمان، میزان درآمد و وضعیت اشتغال را نام برد عوامل فوق‌الذکر را می‌توان مرتبط با میزان مفید بودن دانست که دارای تاثیر مثبت بر کیفیت زندگی هستند. تطابق شغلی می‌تواند بر کیفیت زندگی تاثیر به‌سزایی داشته باشد. بدین معنی که تطابق، مشخصه توان فرد جهت تغییر حرفه در صورت لزوم می‌باشد و می‌توان انتظار داشت که هر چه فرد از قابلیت انعطاف‌پذیری بیشتری در تغییر حرفه برخوردار باشد امکان کیفیت مطلوب زندگی برای او افزایش می‌یابد (هارتسون، ۱۹۹۲: ۲۶).

الیور و همکارانش سه دسته عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی را به شرح زیر توضیح می‌دهند

- ۱) مشخصات فردی، که شامل متغیرهای جمعیت‌شناسی هستند می‌باشد.
- ۲) شاخص‌های عینی کیفیت زندگی: آنها شرایط محیطی هستند که بر متغیرهای وابسته به کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارند. این شاخص‌ها شامل وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، محیطی و شرایط و امکانات زندگی هستند.
- ۳) شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی که اغلب با اصطلاحاتی نظیر احساس رضایتمندی از تمام ابعاد زندگی، رفاه و آسایش جسمی و روانی و نشاط توصیف می‌شوند. این شاخص‌ها در واقع برداشت ذهنی و ارزشیابی فرد از زندگی خویش هستند و با فرایندهای درونی رابطه دارند (الیور و همکاران، ۱۹۹۷).

فرضیه‌های پژوهش

- به نظر می‌رسد میانگین کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد.
- به نظر می‌رسد میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد.
- به نظر می‌رسد میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد.
- به نظر می‌رسد میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد.
- به نظر می‌رسد بین سن و میزان کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین تعداد فرزندان و میزان کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت اشتغال و میزان کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش بررسی این پژوهش پیمایشی است. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس^۱ (۱۹۹۶) است. این پرسشنامه در چهار بُعد جسمی، روانی، خانوادگی و اجتماعی طراحی شده است. بنا به ماهیت موضوع مطالعه تغییراتی در آن داده شد و همچنین دو بُعد خانوادگی و اجتماعی به جهت هماهنگی با چهارچوب نظری تلفیق شد و روایی و پایایی آن بررسی شد.

در این پژوهش کلیه جانبازان بالای ۲۵ درصد استان کرمانشاه جامعه آماری محسوب می‌شوند. تعداد این افراد ۹۲۰۸ است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۶۸ نفر محاسبه و بر اساس نمونه گیری سیستماتیک انتخاب شدند.

۱. Ferance

تعریف مفاهیم

جانباز شیمیایی: افرادی که در معرض بمباران شیمیایی رژیم بعثی عراق از ناحیه ریه، چشم، پوست، خون و گوارش مجروح شده‌اند و براساس نظر شورایعالی پزشکی بنیاد جانبازان دارای درصد جانبازی بالای ۲۵٪ میباشند.

جانباز اعصاب و روان: افرادی که در طول جنگ به علت انفجار، اصابت گلوله به جمجمه و ... دچار عارضه عصبی- روانی شده‌اند.

جانباز آمپوته: جانبازی که حداقل یکی از اعضای بدن وی قطع شده باشد.

جانباز ویژه: جانبازی که به ظاهر مشکلی ندارد اما به لحاظ داخلی دارای مشکل خاصی است.

جانباز ترکیبی: جانبازی که همزمان شیمیایی، اعصاب و روان و یا آمپوته است

عملیاتی کردن مفاهیم

کیفیت زندگی: این مفهوم خود شامل سه بُعد جسمی، روحی و اجتماعی است (گوگنموس و همکاران، ۱۹۹۵: ۹۳)

بُعد جسمانی: دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی و استراحت و خواب و ظرفیت و توان انجام کارها می‌باشد. جهت عملیاتی کردن این بُعد از گویه‌های جدول زیر استفاده کردیم. سنجش آن از طریق طیف پنج قسمتی خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، کم (۳)، بسیار کم (۲) و اصلاً (۱) صورت گرفت. بنابراین کم‌ترین نمره برای هر پاسخگو ۷ و بیشترین نمره ۳۵ است. جهت ارزیابی روایی و پایایی از آماره آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است.

مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۹۶ بیشتر از ۰/۵۰ است و این بدان معناست که مقیاس مورد نظر ما از روایی بالایی برخوردار است. مقدار KMO و سطح معناداری آزمون

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۷۹

بارتلت نشان می‌دهند ۷ گویه بالا با هم سازگاری درونی دارند. به بیان دیگر طیف ما دارای اعتبار سازه است. بار عاملی هیچ کدام از گویه‌ها کمتر از ۰/۳۰ نیست. روی هم رفته مقیاس بالا از روایی و پایایی بالایی برخوردار است.

جدول ۱- اعتبار و روایی بعد جسمی کیفیت زندگی

ردیف	گویه‌ها	بار عاملی	آلفای کرونباخ
۱	میزان خواب در شبانه روز	۰/۷۰	۰/۷۹۶
۲	آرامش و راحتی در خواب	۰/۸۰	
۳	مصرف غذا در شبانه روز	۰/۷۵	
۴	چرت زدن و احساس خواب آلودگی در طول روز	۰/۴۶	
۵	احساس ضعف و خستگی در طول روز	۰/۵۵	
۶	میل و رغبت در غذا خوردن	۰/۷۸	
۷	توانایی مسافرت کردن	۰/۴۱	
KMO=۰/۷۴۴		آزمون بارتلت = ۰/۰۰۰	

بُعد روانی: جنبه‌های روحی و احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد. بعضی از رده‌های این بُعد عبارتند از: تصویر از خود، احساسات مثبت، احساسات منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس. جهت عملیاتی کردن این بُعد از گویه‌های جدول بالا استفاده کردیم. سنجش آن از طریق طیف پنج قسمتی خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، کم (۳)، بسیار کم (۲) و اصلاً (۱) صورت گرفت. بنابراین کم‌ترین نمره برای هر پاسخگو ۱۶ و بیشترین نمره ۸۰ است. جهت ارزیابی روایی و پایایی از آماره آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی استفاده کردیم که نتایج آن در جدول بالا آمده است. مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۲۸ بیشتر از ۰/۵۰ است و این بدان معناست که مقیاس مورد نظر ما از روایی بالایی برخوردار است.

مقدار ($0/000 =$ آزمون بارتلت، $KMO=0/90$) نشان می‌دهند ۱۶ گویه بالا با هم سازگاری درونی دارند. به بیان دیگر طیف ما دارای اعتبار سازه است. بار عاملی هیچ کدام از گویه‌ها کمتر از $0/30$ نیست. روی هم رفته مقیاس بالا از روایی و پایایی بالایی برخوردار است.

جدول ۲- اعتبار و روایی بُعد روانی کیفیت زندگی

ردیف	گویه‌ها	بار عاملی	آلفای کرونباخ
۱	رضایت از زندگی	۰/۷۷۶	۰/۸۲۸
۲	امیدواری به اهداف و آرزوهای خود در آینده	۰/۸۱۳	
۳	توجه به ظاهر	۰/۸۱۴	
۴	به لحاظ ظاهری خود را عیناً مثل دوستانان دانستن	۰/۳۴۱	
۵	رضایت از وضعیت ظاهری	۰/۸۰۹	
۶	اوقاتی که صرف عبادت و رازو نیاز با خدا می‌شود	۰/۲۱۴	
۷	نگرانی درباره وضعیت آینده	۰/۳۶۵	
۸	قدرت تصمیم‌گیری به تنهایی و حل مشکلات	۰/۳۲۵	
۹	مفید و موثر بودن به حال دیگران	۰/۶۸۹	
۱۰	علاقه به ارتباط با دیگران	۰/۷۰۴	
۱۱	عصبی بودن	۰/۶۴۳	
۱۲	احساس تنهایی و غمگین بودن	۰/۷۳۰	
۱۳	فراموشی و اشکال در تمرکز	۰/۷۳۷	
۱۴	میزان استفاده از داروهای آرام بخش	۰/۴۶۹	
۱۵	عدم خوشحالی و شادابی	۰/۵۰۰	
۱۶	میزان نشاط و سرحال بودن	۰/۶۹۹	
$0/000 =$ آزمون بارتلت		$KMO=0/90$	

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۸۱

- بُعد اجتماعی: این بُعد به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضاء خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می‌شود.

جهت عملیاتی کردن این بُعد از گویه‌های جدول زیر استفاده کردیم. سنجش آن از طریق طیف پنج قسمتی خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، کم (۳)، بسیار کم (۲) و اصلاً (۱) صورت گرفت. بنابراین کم‌ترین نمره برای هر پاسخگو ۱۵ و بیشترین نمره ۷۵ است.

جدول ۳- اعتبار و روایی بُعد اجتماعی کیفیت زندگی

ردیف	گویه‌ها	بار عاملی	آلفای کرونباخ
۱	تا چه حد خانواده نیازهای روحی و عاطفی شما را تامین می‌کند	۰/۷۷۹	۰/۹۰
۲	اعضای خانواده در امور خانه تا چه حد با شما همکاری می‌کنند	۰/۷۷۵	
۳	اعضای خانواده شما تا چه حد شاداب و با نشاط هستند	۰/۸۲۹	
۴	تا چه حد با اعضای خانواده و فرزندان صمیمی هستید	۰/۸۵۹	
۵	تا چه حد با خواهر و برادر و خویشاوندان نزدیک صمیمی هستید	۰/۷۹۷	
۶	تا چه حد با بستگان و فامیل در رفت و آمد هستید	۰/۸۱۲	
۷	چقدر با دوستان خود رفت و آمد دارید	۰/۷۵۷	

۳۹۷ ۰	در زندگی تا چه حد تفریحاتی مثل موسیقی، نقاشی و سایر هنرها را دارید	۸
۶۵۷ ۰	تا چه حد در زندگی به فعالیت‌هایی مثل ورزش، گردش و فعالیت‌های اجتماعی می‌پردازید	۹
۴۷۲ ۰	تا چه حد از صحبت کردن در میان دوستان، فامیل و اجتماع خجالت می‌کشید	۱۰
۷۲۱ ۰	در اجتماع و فامیل تا چه حد مورد علاقه و احترام دیگران هستید	۱۱
۷۴۴ ۰	تا چه حد از حمایت‌های اجتماعی برخوردار هستید	۱۲
۷۸۰ ۰	از زندگی خانوادگی خود تا چه حد رضایت دارید	۱۳
۴۸۹ ۰	تا چه حد درآمد ماهیانه کفاف زندگی شما را می‌دهد	۱۴
۵۷۴ ۰	فقدان یا از کار افتادگی همسر به چه میزان بر وضعیت خانوادگی شما تاثیر گذاشته است	۱۵
KMO= ۰/۹۰		آزمون بارتلت = ۰/۰۰۰

جهت ارزیابی روایی و پایایی از آماره آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی استفاده کردیم که نتایج آن در جدول زیر آمده است. مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بیشتر از ۰/۵۰ است و این بدان معناست که مقیاس مورد نظر ما از روایی بالایی برخوردار است. مقدار ($KMO=0/90$) آزمون بارتلت نشان می‌دهند ۱۵ گویه زیر با هم سازگاری درونی دارند. به بیان دیگر طیف ما دارای اعتبار سازه است. بار عاملی هیچ کدام از گویه‌ها کمتر از ۰/۳۰ نیست. روی هم رفته مقیاس بالا از روایی و پایایی بالایی برخوردار است.

- شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها در روش کمی براساس بسته آماری SPSS است. پس از ورود داده‌ها و ویرایش آن‌ها شاخص‌های مناسب ساخته می‌شود و آمار توصیفی این پژوهش براساس جدول فراوانی، همبستگی پیرسون و جداول تقاطعی، خی دو، ۷ کرامر، آزمون t و تحلیل واریانس یک راهه خواهد بود.

تحلیل یافته‌ها

سیمای پاسخگویان: ۹۰/۸ درصد مرد و ۹/۲ درصد زن هستند. جانبازان زنان در همه کشورها کمتر از مردان هستند. زیرا آن‌ها در جبهه‌ها حضور ندارند. با وجود این در کرمانشاه به خاطر بمباران در ۸ سال دفاع مقدس جانبازان زن حدود ۱۰ درصد هستند. میانگین سن پاسخگویان ۵۱/۱۸ سال است. کم‌ترین سن ۲۷ و بیشترین ۷۸ سال است. از میان پاسخگویان فقط ۶/۳ درصد فرزند ندارند. که از این میان ۳/۵ نفر مجرد و بعضی نیز نازا هستند. ۶ درصد از پاسخگویان ۱ فرزند، ۲۱/۷ درصد ۲ فرزند، ۲۸ درصد ۳ فرزند، ۲۰/۳ درصد ۴ فرزند، ۱۰/۴ درصد ۵ فرزند، ۵/۲ درصد ۶ فرزند، ۴/۱ درصد ۷ فرزند و ۰/۵ درصد ۸ فرزند دارند. ۱۶/۶ درصد جانباز ۲۵ درصد، ۱۴/۱ درصد جانباز ۳۰ درصد، ۱۹/۸ درصد جانباز ۳۵ درصد، ۱۱/۱ درصد جانباز ۴۰ درصد، ۱۱/۷ درصد جانباز ۴۵ درصد، ۷/۱ درصد جانباز ۵۰ درصد، ۵/۴ درصد جانباز ۵۵، ۵/۲ درصد جانباز ۶۰ درصد، ۳/۵ درصد جانباز ۶۵ درصد و ۵/۴ درصد جانباز ۷۰ درصد هستند. از میان پاسخگویان ۳۷/۵ درصد شاغل بودند و ۶۲/۵ درصد نیز در حالت اشتغال قرار دارند. ۱۲/۲ درصد پاسخگویان شیمیایی، ۱۶/۶ درصد اعصاب و روان، ۳۲/۶ درصد آپوته، ۲۷/۴ درصد ترکیبی و ۱۱/۱ درصد ویژه هستند.

وضعیت کیفیت زندگی: کیفیت زندگی جانبازان در سه عرصه جسمی، روانی، اجتماعی مورد تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۴- تعداد و درصد پاسخگویان برحسب کیفیت زندگی و ابعاد آن

کل		زیاد		کم		کیفیت زندگی و ابعاد آن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۶۹	۱۵/۲	۶۶	۸۴/۸	۳۱۳	بُعد جسمی
۱۰۰	۳۶۳	۳۲/۸	۱۱۹	۶۷/۲	۲۲۴	بُعد روانی
۱۰۰	۳۶۱	۶۵/۹	۲۳۸	۳۴/۱	۱۲۳	بُعد اجتماعی
۱۰۰	۳۵۸	۴۴/۷	۱۶۰	۵۵/۳	۱۹۸	کیفیت زندگی کلی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۸۵

بُعد جسمی کیفیت زندگی: داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که ۸۴/۸ درصد جانبازان بُعد جسمی کیفیت زندگی پایین و ۱۵/۲ درصد کیفیت زندگی بالایی دارند.

بُعد روانی کیفیت زندگی: داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که ۶۷/۲ درصد جانبازان بُعد روانی کیفیت زندگی پایین و ۳۲/۸ درصد کیفیت زندگی بالایی دارند.

بُعد اجتماعی کیفیت زندگی: داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهند که ۶۵/۹ درصد جانبازان بُعد اجتماعی کیفیت زندگی بالا و ۳۴/۱ درصد کیفیت زندگی پایین دارند.

کیفیت زندگی: داده‌های جدول زیر نشان می‌دهند که ۵۵/۳ درصد جانبازان کیفیت زندگی پایین و ۴۴/۷ درصد کیفیت زندگی بالایی دارند.

گرچه در بُعد جسمی و روانی کیفیت زندگی پایین است. اما در بُعد اجتماعی بهتر است و در کل به کیفیت زندگی کمک می‌کند.

فرضیه ۱: به نظر می‌رسد میانگین کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت

تفاوت دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از آزمون آماری تحلیل واریانس استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است.

جدول ۵- مقایسه میانگین کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت و آزمون تعقیبی شفه

نوع مجروحیت	ویژه	ترکیبی	آمپوته	اعصاب و روان	شیمیایی
میانگین	۱۱۵/۵۵	۱۱۳/۵۶	۱۱۹/۹۴	۱۰۸/۵۲	۱۰۳/۵۹
آزمون تحلیل واریانس	۴= دامنه	۶/۲۶ = مقدار	۰/۰۰۰ = معناداری		
آزمون شفه	آمپوته شیمیایی	اختلاف میانگین = ۱۶/۳۴		سطح معناداری = ۰/۰۰۱	
	آمپوته اعصاب و روان	اختلاف میانگین = ۱۱/۴۲		سطح معناداری = ۰/۰۲	

سطح معناداری ۰/۰۰۰ حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اختلاف میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است. کیفیت زندگی به ترتیب از بالا به پایین از قرار زیر است: آمپوته، ویژه، ترکیبی، اعصاب و روان، و شیمیایی. جانبازان شیمیایی بدترین و جانبازان آمپوته بهترین شرایط را دارند. اختلاف میانگین در موارد زیر که برگرفته از آزمون شفه می‌باشد معنادار است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین (۱۶/۳۴) کیفیت زندگی میان جانبازان آمپوته و شیمیایی معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین (۱۱/۴۲) کیفیت زندگی میان جانبازان آمپوته و اعصاب و روان معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

داده‌ها نشان می‌دهند که روی هم رفته کیفیت زندگی جانبازان آمپوته به مراتب بهتر است. آن‌ها هم به لحاظ جسمی راحت‌ترند و هم به لحاظ روانی و در تعاملات اجتماعی با جامعه و خانواده موفق‌ترند. اما جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان در سطح پایین‌تری قرار دارند.

چون کیفیت زندگی دارای سه بُعد جسمی، روانی و اجتماعی است این موارد را نیز به طور جداگانه مد نظر قرار می‌دهیم.

فرضیه ۲: به نظر می‌رسد میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از آزمون آماری تحلیل واریانس استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است.

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۸۷

جدول ۶- مقایسه میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت و آزمون

تعقیبی شفه

نوع مجروحیت	ویژه	ترکیبی	آمپوته	اعصاب و روان	شیمیایی
میانگین	۱۹/۸۰	۱۸/۷۸	۱۹/۱۴	۱۸/۲۴	۱۷
آزمون تحلیل واریانس	دامنه = ۴	مقدار = ۴/۶۹	معناداری = ۰/۰۰۱		
آزمون شفه	آمپوته شیمیایی	اختلاف میانگین = ۲/۱		سطح معناداری = ۰/۰۱	
	آمپوته اعصاب و روان	اختلاف میانگین = ۲/۸۰		سطح معناداری = ۰/۰۰۶	
	ترکیبی شیمیایی	اختلاف میانگین = ۱/۷۵		سطح معناداری = ۰/۰۸	

سطح معناداری ۰/۰۰۱ حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اختلاف میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است. کیفیت بالای بُعد جسمی به ترتیب از بالا به پایین از قرار زیر است: ویژه، آمپوته، ترکیبی، اعصاب و روان و شیمیایی. جانبازان شیمیایی بدترین و جانبازان ویژه بهترین شرایط را دارند. اختلاف میانگین در موارد زیر که برگرفته از آزمون شفه است معنادار است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی میان جانبازان آمپوته و شیمیایی قابل تعمیم به جامعه آماری است.
- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی میان جانبازان ویژه و شیمیایی معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

فرضیه ۳: به نظر می‌رسد میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی بر حسب نوع

مجروحیت تفاوت دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از آزمون آماری تحلیل واریانس استفاده کردیم که نتایج

آن به شرح زیر است.

جدول ۷- مقایسه میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت و آزمون

تعقیبی شفه

نوع مجروحیت	ویژه	ترکیبی	آپوته	اعصاب و روان	شیمیایی
میانگین	۴۶/۶۲	۴۵/۲۵	۴۸/۶۲	۴۲/۶۳	۴۲/۷۰
آزمون تحلیل واریانس	دامنه=۴	مقدار=۴/۶۶	معناداری=۰/۰۰۲		
آزمون شفه	آپوته شیمیایی	اختلاف میانگین=۵/۹۲		سطح معناداری=۰/۰۱	
	آپوته اعصاب و روان	اختلاف میانگین=۴/۹۸		سطح معناداری=۰/۰۰۶	

سطح معناداری ۰/۰۰۲ حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اختلاف میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است. کیفیت بالای بُعد روانی به ترتیب از بالا به پایین از قرار زیر است: آپوته، ویژه، ترکیبی، شیمیایی و اعصاب و روان. جانبازان اعصاب و روان بدترین و جانبازان آپوته بهترین شرایط را دارند. اختلاف میانگین در موارد زیر که برگرفته از آزمون شفه می‌باشد معنادار است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی میان جانبازان آپوته و شیمیایی معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی میان جانبازان آپوته و اعصاب و روان معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

فرضیه ۴: به نظر می‌رسد میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی بر حسب نوع

مجروحیت تفاوت دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از آزمون آماری تحلیل واریانس استفاده کردیم که نتایج

آن به شرح زیر است.

جدول ۸- مقایسه میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت و آزمون

تعقیبی شفه

نوع مجروحیت	ویژه	ترکیبی	آپوته	اعصاب و روان	شیمیایی
میانگین	۴۶/۶۲	۴۹/۵۶	۵۱/۹۱	۴۶/۹۲	۴۴/۱۸
آزمون تحلیل واریانس	دامنه = ۴	مقدار = ۵/۷۷		معناداری = ۰/۰۰۰	
آزمون شفه	آپوته شیمیایی	اختلاف میانگین = ۷/۷۲		سطح معناداری = ۰/۰۱	
	آپوته اعصاب و روان	اختلاف میانگین = ۴/۹۸		سطح معناداری = ۰/۰۴	
	ن				

سطح معناداری ۰/۰۰۰ حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اختلاف میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است. کیفیت بالای بُعد اجتماعی به ترتیب از بالا به پایین از قرار زیر است: آپوته، ترکیبی، اعصاب و روان، ویژه، و شیمیایی. جانبازان شیمیایی بدترین و جانبازان آپوته بهترین شرایط را دارند. اختلاف میانگین در موارد زیر که برگرفته از آزمون شفه می‌باشد معنادار است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی میان جانبازان آپوته و شیمیایی معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

- به احتمال بیش از ۹۵ درصد اختلاف میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی میان جانبازان آپوته و اعصاب و روان معنادار و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

فرضیه ۵: به نظر می‌رسد بین سن و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از داده‌های R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است. داده‌های آماری نشان می‌دهند که با بالاتر رفتن سن کیفیت زندگی آنان پایین می‌آید و مشکلات بیشتری پیدا می‌کنند.

- سن بر بُعد جسمی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش سن کیفیت جسمی زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است

- سن بر بُعد روانی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش سن کیفیت روانی زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

- سن بر بُعد اجتماعی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش سن بُعد اجتماعی کیفیت زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

- سن بر بُعد کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

جدول ۹- تاثیر سن و تعداد فرزندان بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی

کیفیت زندگی کل	اجتماعی	روانی	جسمی		
** -۰/۳۳۲	** -۰/۳۲۹	** -۰/۲۷۶	** -۰/۳۸۴	شدت	سن
۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	معناداری	
۳۵۸	۳۶۲	۳۶۴	۳۶۹	تعداد	
** -۰/۲۶۵	** -۰/۲۴۴	** -۰/۲۵۹	** -۰/۱۹۵	شدت	تعداد فرزندان
۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	۰/۰۰۰.	معناداری	
۳۵۴	۳۵۸	۳۶۰	۳۶۵	تعداد	
** همبستگی که در سطح ۰/۰۱ معنادار است					

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۹۱

فرضیه ۶: به نظر می‌رسد بین تعداد فرزندان و کیفیت زندگی رابطه وجود

دارد.

برای ارزیابی این فرضیه از داده‌های R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن در جدول ۹ آمده است. داده‌های این جدول نشان می‌دهند که با افزایش تعداد فرزندان کیفیت زندگی آنان پایین می‌آید و مشکلات بیشتری پیدا می‌کنند.

- تعداد فرزندان بر بُعد جسمی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش سن کیفیت جسمی زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است

- تعداد فرزندان بر بُعد روانی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش تعداد فرزندان کیفیت روانی زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

- تعداد فرزندان بر بُعد اجتماعی کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش تعداد فرزندان بُعد اجتماعی کیفیت زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

- تعداد فرزندان بر بُعد کیفیت زندگی تاثیر منفی و معکوسی دارد. یعنی با افزایش تعداد فرزندان کیفیت زندگی پایین می‌آید. رابطه فوق به احتمال بیش از ۹۹ درصد معنادار است.

فرضیه ۷: به نظر می‌رسد میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن بر حسب وضعیت

اشتغال تفاوت دارد.»

برای ارزیابی این فرضیه از آزمون آماری T استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است. داده‌های حاصل از آزمون آماری نشان می‌دهند که میانگین کیفیت زندگی در میان شاغلین به میزان ۷/۸۹ بالاتر از افراد در حالت اشتغال است.

جدول ۱۰- میانگین کیفیت زندگی در میان دو گروه شاغلین و در حالت اشتغال

میانگین خطای استاندارد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	وضعیت شغلی	
۱/۷۸	۲۰/۷۹	۱۱۸/۶۹	۱۳۶	شاغل	کیفیت زندگی
۱/۴۱	۲۱/۰۴	۱۱۰/۸۰	۲۲۲	حالت اشتغال	
مقدار = ۲۰۶	دامنه = ۶۰۵	معناداری = ۰/۰۰۱		آزمون آماری t	

سطح معناداری آزمون t نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۹ درصد داده‌های بالا قابل تعمیم به جامعه آماری است. بدین ترتیب یکی از مولفه‌های تاثیر گذار بر کیفیت زندگی جانبازان است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد کیفیت زندگی جانبازان در وضعیت مناسبی قرار ندارد. ۴۴/۷ درصد آنها اظهار داشته‌اند که کیفیت زندگی پایینی دارند. معه‌ذا، این میزان در میان ابعاد کیفیت زندگی با هم یکسان نیست. در بُعد جسمی ۸۴/۸ درصد پایین و ۱۵/۲ درصد بالا است. بُعد روانی ۶۷/۲ درصد پایین و ۳۲/۸ درصد بالاست. بُعد اجتماعی ۳۴/۱ درصد کم و ۶۵/۹ درصد بالاست. از میان سه بُعد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی، به ترتیب بُعد اجتماعی، روانی و جسمی در وضعیت بهتری قرار دارند. روی هم رفته وضعیت جسمی جانبازان استان در وضعیت پایینی قرار دارد. در تمامی تحقیقات پیشین کیفیت زندگی جانبازان در سطح پایینی گزارش شده است. در پژوهش‌های عباسی، همکاران (۱۳۸۶) و احمدی، و نجاتی (۱۳۸۹) نیز بُعد روانی کیفیت زندگی در سطح نازل تری نسبت به بُعد اجتماعی قرار دارد. به نظر می‌رسد هنوز در این استان نظام‌های حمایتی خانواده و خویشاوندی تاثیرگذارند و افراد را تنها

نمی‌گذارند. آنها اغلب در مراسم خانوادگی و یا شب‌نشینی کنار هم هستند. این روابط که گستردگی زیادی در استان دارند برای جانبازان و بالا رفتن بُعد اجتماعی کیفیت زندگی موثر است.

فرضیه اول: «به نظر میانگین کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد». این فرضیه تایید شد. کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی در مرتبه پایین‌تری از آمپوته، ویژه، ترکیبی و اعصاب و روان قرار دارد. این بدان معناست که دو جانباز با درصد جانبازی مشابه کیفیت زندگی مشابهی ندارند. در این زمینه تحقیقات پیشینی برای مقایسه وجود ندارد.

فرضیه دوم: «به نظر میانگین بُعد جسمی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد». این فرضیه تایید شد. میانگین کیفیت زندگی در بُعد جسمی برای جانبازان شیمیایی در سطح پایین‌تری است. تنگی نفس، کم خوابی، بی‌حوصلگی، بی‌اشتهایی، احساس ضعف، در این بُعد شایع است. جانبازان آمپوته، ویژه، ترکیبی و اعصاب و روان در وضعیت بهتری قرار دارند. کمبود دارو و سختی تهیه آن و دردهای مزمن وضعیت جسمی جانبازان شیمیایی را نامناسب کرده است. در این زمینه مطالعات تجربی پیشین برای مقایسه وجود نداشت.

فرضیه سوم: «به نظر میانگین بُعد روانی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد». این فرضیه تایید شد. میانگین کیفیت زندگی در بُعد روانی برای جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی در سطح پایین‌تری است. در این بُعد جانبازان آمپوته، ترکیبی و ویژه در وضعیت بهتری قرار دارند. کم خوابی و بی‌حوصلگی از مشکلات جدی جانبازان اعصاب و روان است. این یافته با مطالعه احمدی و نجاتی (۱۳۸۹) در مورد پایین بودن بُعد روانی کیفیت زندگی در میان جانبازان اعصاب و روان تطابق دارد. سروصدا به ویژه صدای حیوانات در روستا برای آنها زجرآور است.

فرضیه چهارم: «به نظر میانگین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت تفاوت دارد». این فرضیه تایید شد. میانگین کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی

برای جانبازان شیمیایی در سطح پایین تری است. در این بُعد جانبازان آمپوته، ترکیبی در وضعیت بهتری قرار دارند. آنها به خاطر مشکلات خود از بودن در جمع راضی نیستند. این یافته با مطالعه عباسی (۱۳۸۶) همخوانی دارد. وی نیز معتقد است که جانبازان شیمیایی با خانواده و گروه دوستان در روابط اجتماعی دچار مشکل هستند. روی هم رفته کیفیت زندگی جانبازان به ترتیب از بالا به پایین به قرار زیر است: آمپوته، ویژه، ترکیبی، اعصاب و روان، و شیمیایی. جانبازان شیمیایی بدترین و جانبازان آمپوته بهترین شرایط را در میان جانبازان دارند.

فرضیه پنجم: «بین سن و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد». یافته‌ها نشان دادند که با بالا رفتن سن کیفیت زندگی جانبازان پایین می‌آید. این فرضیه در مطالعات امینی و همکاران (۱۳۸۶) و احمدی و نجاتی (۱۳۸۹)، فلاحتی و همکاران (۱۳۸۸)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹) تایید و در مطالعه لطیفی، غلامرضا و همکاران (۱۳۹۰)، وهابی و همکاران (۱۳۹۱) رد شد. مطالعه اخیر درباره جانبازان نابیناست. ظاهراً کیفیت زندگی جانبازان نابینا به نسبت جانبازان دیگر کمتر با سن ارتباط دارد. روی هم رفته نوع خدمات رسانی با بالا رفتن سن باید متفاوت گردد. در سنین بالا مشکلات مالی و روحی بیشتر جانبازان را درگیر می‌کند.

فرضیه ششم: «به نظر می‌رسد بین تعداد فرزندان و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد». یافته‌ها نشان می‌دهند که تعداد فرزندان با کیفیت زندگی رابطه معکوسی دارد. با زیادتر شدن تعداد فرزندان کیفیت زندگی پایین‌تر می‌آید. این یافته، پژوهش جعفری و همکاران (۱۳۸۹) را تایید می‌کند. در شرایط اخیر که سن ازدواج بالا رفته بیشتر فرزندان همچنان در خانه والدین هستند و هزینه تحصیلات آنها هم زیاد است. بیکاری فرزندان برای آنها دردسرافزین است.

فرضیه هفتم: «به نظر می‌رسد میان حالت اشتغال و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد». یافته‌ها نشان می‌دهند که جانبازان شاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. مطالعات اتومانی (۲۰۱۳)، عباسی (۱۳۸۶)، فلاحتی و همکاران (۱۳۸۸)، احمدی و

نجاتی (۱۳۸۹) این یافته را تایید می‌کند. مطالعه اخیر بیان می‌دارد که بازنشستگی پیش از موعد تهدیدی برای رفت کیفیت زندگی جانباز است. شاغل بودن جانبازان وضعیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد. زیرا کسانی که در حالت اشتغال قرار دارند از وضعیت زندگی خود راضی نیستند. با شاغل بودن، آنها احساس مفید بودن و تاثیرگذاری می‌کنند.

پیشنهادات

۱- ارائه سنخ شناسی‌های دقیق: نگاه یکپارچه و علی السویه به جانبازان مناسب نیست. ضروری است که دسته بندی و سنخ‌شناسی‌های متعددی صورت گیرد. زیرا آنها شرایط متفاوت و نیازهای خاصی دارند. نیازمندی‌های جانبازان شیمیایی کاملاً متفاوت است. دسترسی راحت به کپسول اکسیژن برای آنها بسیار رضایت‌بخش است. گروه آمپوته قطع نخاع دارای انواع مختلفی است. قطع نخاع از گردن با قطع نخاع کمر و نابینا که هر کدام نیازمندی‌های کاملاً متفاوتی دارند و ضروری است به این مهم توجه شود. پیشنهاد می‌شود نیاز سنجی کاملی در این زمینه انجام گیرد و ارائه خدمات کانالیزه و هدفمند انجام گیرد. حق پرستاری برای سه جانباز آمپوته مذکور کاملاً فرق می‌کند. جانبازان ویژه، شیمیایی و اعصاب و روان نیز در این حوزه کاملاً متفاوتند و نیازمندی‌های خاص خود را دارند.

۲- نظرسنجی سالیانه از نحوه خدمات‌رسانی به جانبازان: داده‌ها نشان دادند که با افزایش سن مشکلات جانبازان بیشتر و متفاوت می‌شود. همچنین به مرور زمان تغییراتی در زندگی حاصل می‌شود که نیاز به هماهنگی با این تغییرات ضروری به نظر می‌رسد. ضروری است که بنیاد سالانه نظرات جانبازان را در مورد مسایل آنها جویا شود. این کار از دو طریق عملی است. الف) نظرسنجی سالانه. ب) جلسات عمومی آزاد.

۳- با افزایش تعداد فرزندان خدمات‌رسانی به جانبازان متفاوت گردد تا کیفیت زندگی آنها نزول پیدا نکند.

۴- قرار دادن جانبازان در حالت اشتغال کیفیت زندگی آنها را پایین می‌آورد. بهتر این است که آنها همچنان شاغل باشند. چنانچه بنیاد مبادرت به این کار بکند بهتر آن است که با رضایت جانباز باشد.

منابع

- احمدی، خدابخش؛ نجاتی، وحید. (۱۳۸۹)، «بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان در استان اصفهان»، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال دوم، شماره هشتم.

- امینی، رضا؛ حقانی، حمید. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی جانبازان نابینا»، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال اول، شماره دوم.

- تولایی، سید عباس. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی»، *مجله علوم رفتاری*، دوره اول، شماره ۱.

- جعفری، فرهاد و همکاران. (۱۳۹۰)، «کیفیت زندگی همسران جانبازان شیمیایی شدید چشمی»، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال سوم، شماره یازدهم.

- خانی، حسن و همکاران. (۱۳۸۶)، «بررسی کیفیت زندگی جانبازان قطع عضو در استان مازندران»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره سوم، شماره ۱.

- رسولی، اعظم. (۱۳۸۲)، «بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همو دیالیز در مقایسه با دریافت کنندگان پیوند کلیه». *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نوع مجروحیت و کیفیت زندگی در میان ... ۹۷

- سلیمی، طاهره و همکاران. (۱۳۸۷)، «تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان شهر یزد»، *فصلنامه دنا*، دوره دوم، شماره چهارم.

- عباسی، محمد و همکاران. (۱۳۸۸)، «کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل شهرستان سردشت»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره پنجم، شماره چهارم.

- فلاحتی، فرحناز و همکاران. (۱۳۸۸)، «تأثیر انفجار مین و مهمات عمل نکرده بر روی کیفیت زندگی قربانیان در ۱۵ استان غربی کشور»، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال اول، شماره چهارم.

- لطیفی، غلامرضا؛ فرخوندی، امیر. (۱۳۹۰)، «عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهر دزفول»، *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، شماره ۹. - ماندنی، بتول؛ فخری، احمد. (۱۳۹۱)، «بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه»، *مجله علمی- پژوهشی طب جانباز*، سال پنجم، شماره هیجدهم.

- موسوی، بتول و همکاران. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی جانبازان زن مبتلا به ضایعه‌ی نخاعی»، *فصلنامه پایش*، سال هفتم، شماره اول.

- وهابی، نسیم و همکاران. (۱۳۹۱)، «بکارگیری مدل رگرسیون نهفته طولی در ارزیابی کیفیت زندگی جانبازان نابینا»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره بیستم، شماره چهارم.

- Anderson .K.M, Sharpe M, Rattray A, Irvine D.S. (). Quality of life index. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Ferrans, C. E. (). *Development of a conceptual model of quality of life*, Scholarly inquiry of nursing practice, Vol. , p.p. - .

- Guggnumoss, H. Bloomflid, H. Brenner, F. U.(). "**Quality of life and health: Concepts, Methods and applications**". wien: Black well wissenschaft.
- Hartshon j.c, byers.v. (). **Impact of epilepsy on quality of life journal of neuroscience nursing.**
- Oliver J. Huxlely P., Bridge.(). "**Quality of life and mental Health services**", London, First Edition.
- Ottomanelli, L, Barrent. S, Goets. L (). **A prospective examination of the impact of supported employment program and employment on health-related quality of life**, handicap, and disability among viterens with SCI, Qual Life Res, .
- Proctor. S,and et al (). **Health-Related Quality life in Persian Gulf War Veterens**. Military Medicine, vol .
- Zhan, Lin.(). "Quality of life: Conceptual and measurement issues", **Journal of Advanced Nursing**.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی