

بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز

حسین بنی فاطمه^۱

حسین احمدزاده^۲

تاریخ وصول: ۹۳/۰۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۰

چکیده

در چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم توسعه پایدار شناخته شده است. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله ابعاد مادی، معنوی، جسمانی، اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرد. لذا، در این تحقیق به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز پرداخته شده است. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، ۲۶۰ نفر از همسران شهدای شهر تبریز بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت اجتماعی و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که رابطه معنادار و همبستگی مثبت و مستقیمی بین سلامت اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی همسران شهدا وجود دارد. همچنین مشخص گردید که میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی همسران شهدا در سطح متوسط قرار دارد. در این تحقیق بین سن و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی همسران شهدا همبستگی معنادار نبود ولی متغیرهای درآمد، تحصیلات و وضعیت اشتغال همبستگی مستقیم و مثبت با کیفیت زندگی همسران شهدا داشت. همچنین، برای تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی متغیرها از تحلیل رگرسیون گام به گام نیز استفاده شد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، توسعه پایدار، سلامت اجتماعی

۱- استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز . گروه علوم اجتماعی تبریز . ایران Banifatemeh1382@yahoo.com

۲- دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز p_ahmadzadeh77@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

در چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم توسعه پایدار شناخته شده است. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله ابعاد مادی، معنوی، جسمانی، اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرد.

همچنین کیفیت زندگی، امروزه در زمره مهمترین عواملی است که به عنوان یک سد در راه رشد و ترقی جوامع می‌تواند عمل نماید (براون، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از به‌زیستن تعریف شده است، احساسی که اساسش در رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (اسیمت و همکاران، ۲۰۰۳). در برخی مطالعات کیفیت زندگی را همچنین به توانایی سازگاری با شیوه‌ی زندگی و اعتماد به نفس تعریف کرده‌اند (بلندر، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان استنباط کرد که کیفیت زندگی: درک منحصر به فرد شخص در مورد اینکه آیا زندگی او با وجود ارتباطی که با خانواده‌اش دوستان اجتماعش دارد، برایش رضایت بخش است یا نه، و همچنین ارضای فیزیکی روانی و اجتماعی برایش موجود است یا نه، که این مسأله با توقع افراد در زندگی در ارتباط است.

سطح فردی کیفیت زندگی به جهان بینی فرد و نگاه او به زندگی بستگی دارد. همه ی بحث کیفیت زندگی سرانجام به فرد برمی‌گردد، این فرد است که باید احساس کند همه تلاش‌هایی که در سطح جهانی، ملی و محلی صورت می‌گیرد، زندگی او را بهبود بخشیده است یا خیر؟ (حریرچی، میرزایی و جهرمی، ۱۳۸۵:۹۱).

یکی از مواردی که بحث کیفیت زندگی به راحتی در آن تداخل می‌کند. افسار آسب پذیر و وضعیت زندگی آنان می‌باشد. در جامعه ایران زنان همگی به نوعی جزو افسار آسب پذیر محسوب می‌گردند اما در این میان همسران شهدا یا کسانی که شوهران خود را در جنگ از دست داده اند جزو آسب پذیرترین افراد از حیث روانی، اقتصادی، اجتماعی و عاطفی می‌باشند. از عوارض هر جنگی بروز مشکلات روانی و اجتماعی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در جنگ حاضر بودند، به وجود می‌آید. معمولاً آسیب‌های روانی و اجتماعی تا مدت‌ها حتی پس از جنگ گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. در کشور ما وجود هشت سال جنگ مداوم و نابرابر باعث به وجود آمدن یک قشر آسیب‌پذیر گردید که بدون شک مستعد بروز انواع بیماری‌های روانی، اجتماعی می‌باشند.

تنهایی، افسردگی، گوشه‌گیری، نگرانی از آینده‌ی فرزندان، نگاه‌های ناروا، ترحم‌های بی‌جا و کنایه‌های مردم از دردناکترین مصائب این گروه می‌باشد. تحقیقات اجتماعی انجام گرفته از همسران شهدا نشان می‌دهد که یکی از اساسی‌ترین مشکلات همسران شهدا، مشکلات اجتماعی می‌باشد (فرجی، ۱۳۸۳:۲۳).

بسیاری از آسیب‌شناسان اجتماعی و روان‌شناسان خانواده، زندگی زنان شهدا را همراه با یک خلاء عاطفی شدید می‌دانند و معتقدند: بخشی از نیازهای فکری و عاطفی و طبیعی زنانی که شوهرانشان را در

جنگ از دست داده اند برآورد نشده است که منجر به بروز اختلاف فکری-رفتاری در آنها شده است. آنان احساس تنهایی را که از عوارض آسیب پذیری اجتماعی-روانی است، یکی از آسیب ها معرفی می کنند. همچنین معتقدند که دردهای جسمانی این زنان می تواند ناشی از فشار عصبی و استرس باشد و می افزاید: اختلالات گوارشی ریشه در استرس هایی دارند که به علت فشارهای بیرونی در خودآگاه یا ناخودآگاه، مغز ثبت می شوند

یافته های تحقیق پاول (۲۰۰۷)، با عنوان «بررسی رابطه بین عملکرد های ارتباطی، سلامت اجتماعی معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان» نشان داد که سلامت اجتماعی عامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده است (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۰).

بررسی نظریه های موجود در این زمینه و مرور پژوهش های انجام شده نشان می دهد که متغیرهایی مانند: ویژگی های فردی، ویژگی های خانوادگی، ویژگی های اشتغال فرد، میزان سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد جامعه اثرگذار هستند. بنابراین سنجش میزان کیفیت زندگی همسران شهدا و تعیین متغیرهای مؤثر بر آن به عنوان موضوع این پژوهش انتخاب شده است. در حقیقت دو سؤال اساسی این تحقیق را می توان به صورت زیر بیان کرد:

۱- وضعیت کیفیت زندگی همسران شهدا چگونه است؟

۲- چه عواملی با کیفیت زندگی همسران شهدا ارتباط دارد؟

مبانی نظری تحقیق

کیفیت زندگی به شدت متأثر از زمان و مکان است و مؤلفه ها و عوامل تشکیل دهنده ی آن با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی تغییر خواهند کرد، به همین دلیل با وجود اجرای تحقیقات فراوان در مورد دامنه وسیعی از معرف های ذهنی و عینی کیفیت زندگی، هیچ نظریه یا ابزار سنجش حمایت شده ای که مورد قبول همه باشد برای این کار وجود ندارد. (حریرچی، میرزایی و چهارمی، ۱۳۸۵: ۹۳). کالمن معتقد است در سنجش کیفیت زندگی باید به تفاوت یا شکاف موجود بین انتظارات فرد و تجربه ی او در یک دوره خاص توجه کرد (کالمن، ۱۹۸۴: ۱۲۴).

تئوری های کیفیت زندگی هر کدام تلاش می کنند فرایندهای شناختی، احساسی و نمادینی که از طریق آنها افراد کیفیت زندگی خود را ارزیابی، تعیین و تجزیه می کنند، توصیف نمایند. اما هر یک از این تئوری ها در توجه به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال نظریه های روان شناختی بر برآورده کردن نیازهای اولیه انسان تأکید می کنند. در حالی که نظریات اقتصادی، اختصاص منابع مالی محدود را بر اساس اصول عقلانی در تعیین کیفیت زندگی حائز اهمیت می دانند و نظریات جامعه شناختی بر اهمیت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی پا می فشارند (ربانی و کیانپور، ۱۳۸۵: ۳).

نظریه ی کیفیت زندگی جهانی

- این نظریه، یکی از نظریه های کیفیت زندگی است که سه طیف را شامل می شود:
- ۱- کیفیت زندگی ذهنی: عبارت است از احساسی که فرد از لذت بخش بودن زندگی خود دارد. هر فرد شرایط، احساسات و عقایدش را شخصاً ارزیابی می کند. رضایت مندی از زندگی این جنبه از زندگی را مشخص می کند.
 - ۲- کیفیت اصالت وجودی زندگی: به معنی لذت بخش بودن زندگی فرد در سطح عمیق تر می باشد. در این دیدگاه، فرض بر این است که فرد دارای ماهیت عمیق تری است که شایسته ی احترام بوده و این که فرد می تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند.
 - ۳- کیفیت زندگی عینی: به معنی درک چگونگی لذت بخش بودن زندگی فرد توسط پیرامون می باشد (دنیای پیرامون لذت بخش بودن یا وضعیت فرد را درک کند) این دیدگاه تحت تأثیر فرهنگی می باشد که مردم در آن زندگی می کنند. (ونتگود و مریک، ۲۰۰۳ به نقل از موحد و حسین زاده، ۱۳۹۰: ۱۱۸).

دیدگاه سلامت اجتماعی کیبز

سلامت اجتماعی پیچیده ترین جنبه از سلامت می باشد. به طوری که سازمان جهانی سلامت (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه های کلیدی سلامت معرفی می کند (کیبز، ۲۰۰۴: ۴). سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی (ریموند و همکاران، ۲۰۰۴: ۶۷).

از نظر کیبز کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. سلامت اجتماعی فردی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه ای که در آن زندگی می کند مربوط می شود.

در این مدل، عوامل اصلی چون ویژگی های فردی و خانوادگی و سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی مؤثر می باشد. چارچوب نظری تحقیق تلفیقی از نظریه ی کیفیت زندگی جهانی، دیدگاه سلامت اجتماعی کیبز و نظریه کنش متقابل ادراکی است. در این جا به نقش تجربی ادراک در رابطه ی پویای سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی فرد، تأکید می شود. کانون اصلی تحلیل عمدتاً متوجه موقعیتی است

که فرد تلقی خاصی از کیفیت زندگی خود دارد و فرض نیز بر آن است که نحوه ارزیابی کیفیت زندگی در خلال کنش های متقابل اجتماعی فرا گرفته می شود.

اهداف تحقیق

- سنجش وضعیت کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز.
- تعیین عوامل مؤثر (سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، درآمد، وضعیت اشتغال و سلامت اجتماعی) بر وضعیت کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پیمایشی است که به صورت مقطعی انجام گرفته است. واحد تحلیل در این پژوهش فرد می باشد و سطح تحلیل شهر است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی است و از نوع تحقیقات همبستگی می باشد.

جامعه آماری این پژوهش کلیه همسران شاهد ساکن در شهر تبریز می باشد، که بنابه گزارش سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان آذربایجان شرقی که در سال ۱۳۹۰ برابر با ۸۱۸ نفر می باشد. برای محاسبه ی حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که بر طبق این فرمول، تعداد حجم نمونه ۲۶۰ نفر محاسبه شد. روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع نمونه گیری تصادفی ساده می باشد. بدین صورت که، چون دسترسی به همسران شاهد بنابه دلایل متعدد به صورت کامل میسر نبود، لذا روش نمونه گیری پژوهش حاضر، به صورت تصادفی ساده و با حضور پژوهشگر در اداره امور ایثارگران تأمین شد. در پژوهش حاضر برای سنجش سلامت اجتماعی که یکی از متغیر های مستقل پژوهش می باشد از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز استفاده شد. برای بررسی ملاک آزمون سلامت اجتماعی، کیز (۱۹۹۸) مقیاس خود را با اندازه های مربوط به ناهنجاری های اجتماعی، فعالیت های گروهی، شادی، و رضایت از زندگی و میزان خودکشی همبسته کرد و به ضریب معناداری دست یافت. در این مطالعات ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۷۵ و ضریب آلفای کل آزمون را ۰/۸۰ گزارش نموده است.

همچنین برای سنجش متغیر وابسته تحقیق (کیفیت زندگی) از پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL - BREF) استفاده شده است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت

زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است.

متغیر کیفیت زندگی در این تحقیق در چهار بعد سلامت جسمانی با ۷ گویه، بعد سلامت روانی با ۶ گویه و بعد ارتباط اجتماعی با ۲ گویه و بعد سلامت محیطی با ۸ گویه و دو گویه کلی مجزا مطرح شده است. در این تحقیق نمره حاصل از گویه های جداگانه فوق که از پرسشنامه ی سازمان بهداشت جهانی استخراج شده است میزان کیفیت زندگی همسران شاهد را می سنجد.

همچنین، متغیر سلامت اجتماعی در، ۵ بعد شکوفایی اجتماعی با ۷ گویه، بعد انطباق اجتماعی با ۶ گویه، بعد انسجام اجتماعی ۷ گویه، بعد پذیرش اجتماعی با ۶ گویه و مشارکت اجتماعی با ۶ گویه مطرح شده است که نمره حاصل از گویه های پرسشنامه سلامت اجتماعی استخراج شده از نظریه کییز، میزان سلامت اجتماعی همسران شهدا را در این تحقیق مشخص می کند.

جدول (۱): ضریب روایی برای هر یک از متغیرها به تفکیک ابعاد در پرسشنامه های نهایی

متغیر	ابعاد	تعداد گویه	ضریب روایی ابعاد	ضریب روایی کل
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۷	۰/۹۱	۰/۹۰
	سلامت اجتماعی	۲	۰/۸۴	
	سلامت روانی	۶	۰/۸۴	
	سلامت محیطی	۸	۰/۹۰	
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۹۰	۰/۸۳
	انطباق اجتماعی	۶	۰/۸۲	
	انسجام اجتماعی	۷	۰/۸۴	
	پذیرش اجتماعی	۶	۰/۸۵	
	مشارکت اجتماعی	۶	۰/۸۰	

یافته ها و نتایج

مشخصات جمعیت شناختی پاسخگویان

بر طبق یافته های تحقیق:

- میانگین سن پاسخگویان تقریباً ۵۱/۹۳ می باشد که با توجه به ماکزیمم سن ۷۳ و منیمم آن ۳۳ سال، نشان می دهد که بیشتر افراد سن نزدیک به میانگین جامعه داشته اند.

- توزیع فراوانی میزان تحصیلات همسران شهدا نشان می دهد که مقطع ابتدایی با $39/8$ درصد بیشترین فراوانی و مقطع فوق لیسانس به با صفر درصد کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است.
- توزیع فراوانی شغل همسران شهدا نشان می دهد که طبقه شغلی خانه دار بیشترین فراوانی 90 درصد را به خود اختصاص داده است.
- بر طبق نتایج بدست آمده درآمد 800 الی 950 هزار تومان بیشترین فراوانی را $24/3$ به خود اختصاص داده است. و $42/8$ درصد بیشتر از یک میلیون درآمد دارند.
- توزیع فراوانی وضعیت تاهل نشان می دهد که افراد مجرد یا به عبارتی افرادی که مجددا اقدام به ازدواج ننموده اند، بیشترین فراوانی $73/4$ را به خود اختصاص داده اند و افرادی که مجددا اقدام به ازدواج کرده اند $26/6$ درصد را شامل می شوند.

نتایج توصیفی ابعاد چهارگانه سلامت اجتماعی

نتایج جدول نشان می دهد:

- بعد شکوفایی با میانگین $26/39$ درصد با در نظر گرفتن حداکثر 36 و حداقل 17 در حد متوسط و نزدیک به میانگین قرار دارد.
 - بعد انسجام با میانگین $27/46$ با در نظر گرفتن حداکثر 38 و حداقل 14 در وضعیت متوسط و نزدیک به میانگین قرار دارد.
 - بعد انطباق اجتماعی با میانگین $19/54$ با در نظر گرفتن حداکثر 29 و حداقل 12 در حد پایین قرار دارد.
 - بعد پذیرش اجتماعی با میانگین $20/15$ با حداکثر 29 و حداقل 7 در حد متوسط رو به بالا قرار دارد.
 - بعد مشارکت همسران شهدا با میانگین $19/87$ و با در نظر گرفتن حداکثر 32 و حداقل 10 در حد متوسط رو به پایین قرار دارد.
- از حاصل جمع ابعاد فوق میانگین سلامت اجتماعی همسران شهدا برابر $114/11$ است و با در نظر گرفتن حداکثر 167 و حداقل 69 در حد متوسط می باشد.

جدول (۲): آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی

ابعاد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف معیار	واریانس	دامنه تغییرات	بیشترین	کمترین	جولگی
شکوفایی اجتماعی	26/39	0/26	3/96	15/75	19	36	17	-0/110
انسجام اجتماعی	27/46	0/304	4/70	22/14	24	38	14	-0/504
انطباق اجتماعی	19/54	0/199	3/06	9/42	17	29	12	0/101
پذیرش اجتماعی	20/15	0/24	3/77	14/26	22	29	7	-0/236
مشارکت اجتماعی	19/87	0/2640	4/004	16/3	22	32	10	0/291

نتایج توصیفی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی

نتایج توصیفی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی به شرح زیر می باشد:

- بعد سلامت جسمانی با میانگین $23/90$ و با در نظر گرفتن حداکثر 40 و حداقل 7 در حد متوسط اندکی رو به پایین قرار دارد.
 - بعد سلامت روانی با میانگین $20/73$ و با حداکثر 35 و حداقل 8 در حد متوسط رو به پایین قرار دارد.
 - بعد سلامت محیطی با میانگین $26/56$ و با حداکثر 39 و حداقل 14 در حد متوسط و نزدیک به میانگین قرار دارد.
 - بعد سلامت روابط اجتماعی با میانگین $7/74$ و با در نظر گرفتن حداکثر 12 و حداقل 2 در حد متوسط رو به بالا قرار دارد.
- میانگین میزان کیفیت زندگی همسران شهدا $78/98$ است که با در نظر گرفتن حداکثر 126 و حداقل 31 می توان ادعا کرد، میزان کیفیت زندگی همسران شهدا نزدیک به میانگین یا در حد متوسط می باشد.

نتایج توصیفی دو گویه کلی کیفیت زندگی

- $63/5$ درصد از افراد نمونه کیفیت زندگی شان را خوب ارزیابی کرده اند.
- $64/5$ درصد از همسران شهدا گفته اند از سلامت خود رضایت دارند.

بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز

جدول (۳): آماره‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی

ابعاد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف معیار	واریانس	دامنه تغییرات	بیشترین	کمترین	چولگی
بعد جسمانی	23/90	0/374	5/92	35/14	33	40	7	-۰/۰۰۶
بعد روانی	20/73	0/376	5/70	32/55	27	35	8	-۰/۱۶۵
بعد محیطی	26/56	0/283	4/47	19/99	25	39	14	-۰/۱۶۵
بعد اجتماعی	7/74	0/133	2/13	4/54	10	12	2	-۰/۴۲۸

نتایج تحلیل‌های آماری

بررسی رابطه بین سن و کیفیت زندگی

با توجه به اینکه سطح معنی داری به دست آمده $0/408$ بیشتر از سطح معنی داری مورد نظر ($0/05$) می باشد می توان گفت که بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود ندارد.

جدول (۴): ضریب همبستگی بین سن و کیفیت زندگی

متغیر	کیفیت زندگی همسران شهدا
سن همسران شهدا	ضریب همبستگی -۰/۰۵۲
	سطح معنی داری ۰/۴۰۸
	تعداد ۲۵۹

بررسی تفاوت کیفیت زندگی همسران شهدا بر حسب وضعیت تاهل

نتایج موجود در جدول (۵)، نشان می دهد که از لحاظ میانگین نمرات کیفیت زندگی، تفاوت معنی داری بین دو گروه مجرد و متأهل وجود ندارد. (میانگین مجرد ها: $89/98$ ؛ میانگین متأهل ها: $90/50$). مقدار T جدول با فرض همگنی واریانس ها $0/241$ است که در سطح آلفای $0/05$ معنی دار نیست. بنابراین وضعیت تاهل تأثیری در کیفیت همسران شهدا ندارد. (لازم به توضیح است، این مقوله که وضعیت تاهل تأثیری در کیفیت زندگی این افراد ندارد در این تحقیق نسبت به ازدواج مجدد همسران شهدا صدق می نماید).

جدول (۵): آزمون تفاوت میانگین بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی

میانگین	آزمون لون جهت همگنی واریانس ها		آزمون t	درجه آزادی	معنی داری	تفاوت میانگین ها	مجرد	متاهل
	f	معنی داری						
۱۰۰	۰/۳۸	۰/۸۴۵	-۰/۲۴۱	۲۵۵	۰/۹۰۸	-۰/۵۱۹۳	۱۵۷	۱۰۰
۹۰/۵۰			-۰/۲۴۲	۲۱۳/۰۶	۰/۹۰۸	-۰/۵۱۹۳	۸۹/۹۸	۹۰/۵۰

بررسی تفاوت کیفیت زندگی همسران شهدا بر حسب سطح تحصیلات

جدول (۶) نشان می‌دهد که با توجه به ضریب معناداری $0/001$ که از $0/05$ کوچکتر است، تفاوت میانگین کیفیت زندگی به تفکیک سطح تحصیلات، معنی‌دار می‌باشد و در این میان بیشترین میانگین کیفیت را افرادی دارند که سطح تحصیلات آنها در حد دیپلم و دیپلم به بالا می‌باشد. مقدار آماره F هم برابر $5/932$ می‌باشد. نتایج حاصل از بررسی آزمون تعقیبی LSD نیز نشان داد تفاوت میانگین کیفیت زندگی در بین افرادی که بی‌سواد می‌باشند با افرادی که سطح تحصیلاتشان در حد ابتدایی است معنادار نمی‌باشد ولی با افرادی که سطح تحصیلاتشان در حد راهنمایی و دیپلم و دیپلم به بالا معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۶): آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی به تفکیک سطح تحصیلات

شاخص	سطح تحصیلات	تعداد	میانگین	آزمون آنالیز واریانس یک طرفه
کیفیت زندگی	بیسواد	۷۷	۸۶/۸۶	درجه آزادی F کمیت سطح معنی‌داری ۳ ۵/۹۳۲ /۰۰۱
	ابتدایی	۱۰۳	۸۸/۰۵	
	راهنمایی	۴۲	۹۳/۹۸	
	دیپلم و دیپلم به بالا	۳۷	۹۸/۸۶	

بررسی تفاوت کیفیت زندگی همسران شهدا بر حسب میزان درآمد

جدول (۷) نشان می‌دهد که با توجه به ضریب معناداری $0/04$ که از $0/05$ کوچکتر است، تفاوت میانگین کیفیت زندگی به تفکیک متوسط درآمد، معنی‌دار می‌باشد و در این میان بیشترین میانگین کیفیت زندگی را افرادی دارند که درآمد آنها در حد 1200000 هزار تومان به بالا می‌باشد.

جدول (۷): آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی به تفکیک میزان درآمد

شاخص	میزان درآمد	تعداد	میانگین	آزمون آنالیز واریانس یک طرفه
کیفیت زندگی	کمتر از ۳۵۰ هزار	۱۲	۸۵/۴۶	درجه آزادی F کمیت سطح معنی‌داری ۵ ۲/۳۰۶ /۰۴
	۴۰۰ الی ۵۵۰ هزار	۴۶	۸۳/۷۹	
	۶۰۰ الی ۷۵۰ هزار	۵۳	۹۰/۸۸	
	۸۰۰ الی ۹۵۰ هزار	۶۳	۹۱/۹۰	
	۱ میلیون الی ۱۱۵۰۰۰۰	۵۲	۹۱/۲۴	
	۱۲۰۰۰۰۰ الی بالا	۳۳	۹۴/۹۰	

بررسی تفاوت کیفیت زندگی همسران شهدا بر حسب وضعیت شغلی

نتایج موجود در جدول (۸)، نشان می دهد که از لحاظ میانگین نمرات کیفیت زندگی، تفاوت معنی داری بین دو بخش خانه دار و شاغل بخش دولتی وجود دارد میانگین نمرات کیفیت زندگی برای خانه دار و دولتی چنین است: (میانگین خانه دار: ۸۹/۴۱، میانگین دولتی: ۹۷/۳۵). مقدار T جدول با فرض همگنی واریانس ها ۲/۳۱۵- است که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین وضعیت شغلی در کیفیت زندگی همسران شهدا تأثیر دارد.

جدول (۸): آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی به تفکیک وضعیت شغلی

میانگین	آزمون لون جهت همگنی واریانس ها		تفاوت میانگین ها	آزمون t		درجه آزادی	معنی داری	معنی داری	معنی داری	معنی داری
	f	معنی داری		t	معنی داری					
۲۶	۲۳۳	-۷/۹۴۵	۰/۰۲۱	۲۵۷	-۲/۳۱۵	۰/۴۴۱	۰/۵۴۹	با فرض همگنی واریانس ها	تفاوت میانگین ها	معنی داری
۹۷/۳۵	۸۹/۴۱	-۷/۹۴۵	۰/۰۱۶	۵۶	-۲/۵۵۳	۳۲		با فرض ناهمگنی واریانس ها	تفاوت میانگین ها	معنی داری

بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین همسران شهدا

برای آزمون رابطه بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی همسران شهدا، از آزمون معنی داری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. با توجه به اینکه سطح معنی داری به دست آمده ۰/۰۰ کمتر از سطح معنی داری مورد نظر (۰/۰۱) می باشد می توان گفت که بین این دو متغیر رابطه معنی داری وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۶۰ نشان دهنده آن است که همبستگی بین این دو متغیر در حد قوی و مثبت است.

نتایج مربوط به آزمون ضریب همبستگی بین ابعاد سلامت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی همسران شاهد نشان می دهد که همه ی ابعاد با هم رابطه معنادار و مثبتی دارند.

جدول (۹): آزمون ضریب همبستگی روابط بین ابعاد سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی

ابعاد	سلامت جسمانی	سلامت روانی	روابط اجتماعی	کیفیت زندگی محیطی	کیفیت زندگی (کل)
شکوفایی اجتماعی	۰/۱۷۶	۰/۲۲۳	۰/۱۴۴	۰/۲۶۷	۰/۲۹۶
سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۰	۰/۰۰
انطباق اجتماعی	۰/۲۵۶	۰/۴۳۸	۰/۱۳۸	۰/۲۵۰	۰/۴۱۸
سطح معناداری	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۰	۰/۰۰
انسجام اجتماعی	۰/۳۸۷	۰/۵۱۴	۰/۴۱۵	۰/۴۸۳	۰/۵۷۶
سطح معناداری	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
پذیرش اجتماعی	۰/۳۲۱	۰/۲۱۵	۰/۲۸۰	۰/۳۲۰	۰/۴۴۰
سطح معناداری	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
مشارکت اجتماعی	۰/۲۹۱	۰/۲۳۶	۰/۲۵۵	۰/۲۷۴	۰/۳۳۷
سطح معناداری	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
سلامت اجتماعی (کل)	۰/۴۱۸	۰/۵۲۴	۰/۳۹۷	۰/۵۱۶	۰/۶۰
سطح معناداری	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰

نتایج تحلیل رگرسیونی چند متغیره

تحلیل رگرسیون چند متغیره، روشی برای تحلیل مشارکت جمعی و فردی دو یا چند متغیر مستقل، در تغییرات متغیر وابسته می باشد. در واقع رگرسیون چند متغیره علاوه بر پیش بینی یک متغیر وابسته از طریق دو یا چند متغیر مستقل، به تبیین واریانس متغیر وابسته نیز می پردازد (غیاثوند، ۱۳۸۷: ۱۹۹). در تحقیق حاضر نیز، جهت سنجش تأثیر متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله‌ای بر متغیر وابسته کیفیت زندگی همسران شهدا از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است، طبق یافته ها:

– رابطه بین ابعاد متغیرهای مستقل (سلامت اجتماعی) و وابسته تحقیق (کیفیت زندگی)، بر اساس جدول آنالیز واریانس یک طرفه، با توجه به سطح معنی داری به دست آمده (۰/۰۰) در گام اول، دوم و سوم خطی می باشد و نشان دهنده این است که مجموع متغیرهای مستقل، تغییرات متغیر مستقل تحقیق را تبیین می کنند و به عبارتی مدل مورد تأیید قرار می گیرد. استقلال خطاها نیز با توجه به دوربین واتسن حاصل (۱/۸۵)، به عنوان یکی از پیش فرض های لازم جهت انجام تحلیل رگرسیونی نیز مورد تأیید واقع شده است. همچنین پیش فرض هم خطی نبودن متغیرهای مستقل نیز با توجه به مقادیر شاخص تولرانس (نزدیک به عدد یک) و شاخص تورم واریانس (کوچکتر از عدد دو) در گام اول تا سوم به تأیید رسید.

– ضریب همبستگی بین متغیرها در گام اول برابر ۰/۵۹، گام دوم برابر ۰/۶۲، گام سوم ۰/۶۳ است و نشان می دهد که بین مجموعه متغیرهای مستقل و وابسته همبستگی قوی برقرار است. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده در گام اول برابر ۰/۳۵، گام دوم برابر ۰/۳۹، گام سوم ۰/۴۰ می باشد که بیانگر این

بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز

است که متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیونی که شامل انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی می باشد، توانسته اند ۶۳٪ درصد از تغییرات متغیر وابسته، کیفیت زندگی را تبیین نماید (جدول شماره ۱۰). مابقی متغیرها، مشتمل بر متغیرهای شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، از مدل رگرسیونی کنار گذاشته شده اند (جدول شماره ۱۱).

جدول (۱۰): آماره‌های تحلیل رگرسیونی چندمتغیره کیفیت زندگی

متغیرها	Beta	t	Sig.	R	R Square	Adjusted R Square	Std Error Of the Estimate	Tolerance	VIF	آنالیز واریانس یک طرفه
ثابت	۳۱/۲۸	۶/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۳۵۱	۱۳/۴۸			۱۴۰/۴۴
انسجام	۰/۵۹۴	۱۱/۸۵	۰/۰۰۰					۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	
ثابت	۱۵/۳۹	۲/۴۲	۰/۰۱۶	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۸۶	۱۳/۱۱			۸۱/۹۹
انسجام	۰/۵۳۳	۱۰/۹۳	۰/۰۰۰					۱/۱۰	۰/۹۰۷	
انطباق	۰/۲۰۲	۳/۹۴	۰/۰۰۰					۱/۱۰	۰/۹۰۷	
ثابت	۱۱/۳۲	۱/۷۱	۰/۰۸۸	۰/۶۳	۰/۳۹	۰/۳۹۴	۱۳/۰۳			۵۶/۸۰
انسجام	۰/۴۹۰	۸/۹۲	۰/۰۰۰					۱/۲۸	۰/۷۸۰	
انطباق	۰/۱۹۳	۳/۸۷	۰/۰۰۰					۱/۱۱	۰/۹۰۰	
مشارکت	۰/۱۱۱	۲/۰۷	۰/۰۲۹					۱/۲۰	۰/۸۲۷	

جدول (۱۱): متغیرهای خارج شده از مدل رگرسیونی کیفیت زندگی

متغیرها	بتا	کمیت t	سطح معنی داری
شکوفایی اجتماعی	۰/۰۸۲	۱/۴۰	۰/۱۶۱
پذیرش اجتماعی	-۰/۰۶۳	-۱/۱۲	۰/۲۶۳

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی همسران شاهد شهر تبریز پرداخته شد. نتایج حاصل از آماره‌های توصیفی نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در بین همسران شهدا ۷۸/۹۸ از دامنه ۳۸ تا ۱۲۶ می باشد که در حد نزدیک به میانگین و متوسط می باشد. همچنین میانگین سلامت اجتماعی در بین همسران شهدا ۱۱۴/۱۱ از دامنه ۶۹ تا ۱۶۷ می باشد که در حد نزدیک به میانگین و متوسط می باشد، ولی بعد انطباق اجتماعی در حد پایین و بعد مشارکت اجتماعی در حد متوسط رو به پایین قرار دارند که این مسأله نشان از جایگاه نامطلوب همسران شهدا در بین افراد جامعه و نگاه‌های ناروا و برخوردهای ناشایست بعضی افراد و حرف‌ها طعنه‌های اطرافیان می‌باشد.

با توجه به میانگین سنی به دست آمده از همسران شهدا که بالای ۵۰ سال را گزارش کرده است و تا حدودی بالای میانسالی محسوب می‌گردد، اکثریت این افراد به دلیل ازدواج و جدایی فرزندانشان به صورت تنها زندگی می‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با داشتن شغل، ارتباط معنی‌داری دارد. بدین صورت که اشتغال عامل اساسی برای استقلال مالی و رهایی از دغدغه‌های تأمین معیشت می‌باشد و از طرفی می‌تواند ارتباطات اجتماعی افراد را گسترش دهد و موجبات ارتقای کیفیت زندگی را فراهم آورد. نتایج آماری به دست آمده تحقیق حاضر نشان می‌دهد که بین وضعیت اقتصادی (میزان درآمد) همسران شهدا و کیفیت زندگی آنان ارتباط معناداری وجود دارد. در این رویکرد مفهوم کیفیت زندگی را در چهارچوب کلی تولید و بالا بردن درآمد توجیه می‌کنند. همچنین این نتیجه همسو با مطالعات مرکز مطالعاتی دانشگاه ایلینوی است که یکی از عوامل اساسی کیفیت زندگی را رفاه مادی قلمداد می‌نماید. بنابراین رفاه مادی، مشکلات و دغدغه‌های افراد را تا حد زیادی کاهش داده و به آنان فرصت بازبینی زندگی و توجه به ابعاد مختلف زندگی‌شان را فراهم می‌آورد. این نتایج با تحقیقات عزیزاده اقدم محمد باقر (۱۳۸۹) همخوانی دارد.

همچنین این نتیجه که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معناداری دارد گواه خوبی برای نظریه «شاخص توسعه انسانی» می‌باشد. این شاخص به دنبال اندازه‌گیری ترکیبی سه ظرفیت انسانی «کسب دانش»، «دسترسی به امکانات مادی لازم برای زندگی بهتر» و «برخورداوری از زندگی طولانی توأم با سلامتی» است. به نظر می‌رسد استفاده از ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه برای یادگیری و به تبع آن گسترش خلاقیت و دایره‌ی انتخاب‌ها می‌تواند باعث بهبود نگرش افراد نسبت به خویششان شده و کیفیت زندگی را بالا می‌برد. این نتیجه با یافته‌های فرخ‌وندی (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

نتایج بررسی‌های این تحقیق همچنین نشان داد که بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی همسران شهدا رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد. بر طبق نظر کیز، مفهوم سلامت اجتماعی (به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت) می‌تواند به عنوان عامل مؤثر در کیفیت زندگی باشد.

نتایج به دست آمده از داده‌های آماری تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی و ابعاد آن (شکوفایی اجتماعی، انسجام و انطباق اجتماعی و مشارکت و پذیرش اجماعی) و کیفیت زندگی همسران شهدا رابطه معناداری وجود دارد. این نتیجه همسو با نظریه کنش متقابل است که مطرح می‌کند کیفیت زندگی هر فرد به چگونگی تعامل و کنش فرد در جامعه بستگی دارد. در این رویکرد، نظریه‌ی خود آیینی-سان کولی بیان می‌کند، خاستگاه اجتماعی فرد در تعامل و ارتباط او با دیگران پدید می‌آید. نحوه تعامل افراد در جامعه، خود محصول یادگیری‌های قبلی و سبک‌های زندگی افراد می‌باشد به عبارتی افراد

دارای سبک زندگی سالم و رفتارهای اجتماعی منطبق با هنجارهای اجتماعی، شاید در گام نخست دارای سلامت روانی، و به تبع آن کیفیت زندگی بالایی نیز می باشند.

شکوفایی اجتماعی به معنی ادراک فرد از خط سیر شرایط اجتماعی است که وی را احاطه کرده و در آن دغدغه‌ی اصلی فرد در مورد تکامل اجتماع می‌باشد. در این سازه افراد در مورد جامعه و پیشرفت آن براساس نگرششان نسبت به تغییر یا رکود اجتماعی قضاوت می‌کنند. افرادی که در این بعد وضعیت مطلوبی دارند، بیشتر نگران تکامل اجتماع هستند و جامعه را در حال بهتر شدن یا حداقل در حال تغییر می‌دانند. از طرفی کسانی که سطح پایینی از این بعد سلامتی را دارند، چندان نگران اینکه آیا جامعه در حال تکامل است یا نه، یا اینکه جامعه به چه سمتی می‌رود نمی‌باشند و در کل آنان معتقدند که جامعه بهتر نشده و نمی‌تواند بهتر شود (کی‌یس، ۱۹۹۵، به نقل از باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸: ۲۰). یافته‌های تحقیق رجایی (۱۳۹۰)؛ مسعودی (۱۳۸۸) نیز در مورد ارتباط سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی نیز همسو با نتایج این تحقیق می‌باشد که ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین این دو متغیر را بیان می‌دارد. نتایج رگرسیون گام به گام نیز نشان می‌دهد که مقدار ضریب تعیین تعدیل شده در گام اول برابر ۰/۳۵، گام دوم برابر ۰/۳۹، گام سوم ۰/۴۰ می‌باشد که بیانگر این است که متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیونی که شامل انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌باشد، توانسته‌اند ۰/۶۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته، کیفیت زندگی را تبیین نمایند.

منابع و مآخذ

- ۱- اکبریان، م، تباردرزی، ع و خاکی، م. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی، پلیس و احساس امنیت، مجموعه مقالات نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی. وزارت بهداشت دروان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد. صص ۹۲-۱۰۹.
- ۲- باباپور، خ؛ فهیمه طوسی، ج و حکمتی، ع. (۱۳۸۸)، بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، فصلنامه علمی و پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره ۱۶.
- ۳- حریرچی، ا. میرزایی، خ. جهرمی، ا. (۱۳۸۸) "چگونگی وضعیت کیفیت زندگی شهروندان شهر جدید پردیس"، فصلنامه‌ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم.
- ۴- ربانی خوراسگانی، ع و کیانپور، م. (۱۳۸۵). درآمدی بر رویکرد‌های نظری و تعاریف علمی مفهوم کیفیت زندگی. فصلنامه مددکاری اجتماعی. سال پنجم. شماره چهارم. صص ۴۳-۵۷.

- ۵- رجایی خ، (۱۳۹۰)، تاثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشکین شهر. پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبائی (پردیس آموزشهای نیمه حضوری).
- ۶- علیزاده اقدم، م. (۱۳۸۹)، مطالعه کیفیت زندگی کارمندان بازنشسته دانشگاه تبریز و عوامل مؤثر بر آن. دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی. گزارش نهایی طرح پژوهشی
- ۷- فرجی، م. (۱۳۸۳). دو میلیون زن بی حامی، نشریه‌ی فرهنگ آشتی.
- ۸- فرخ‌وندی، ا. (۱۳۸۸). عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهر دزفول. پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی
- ۹- مسعودی، غ. (۱۳۸۸)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- ۱۰- موحد، م و حسین زاده کاسمانی، م. (۱۳۹۰)، رابطه‌ی اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۴.

- 11-Calman, K. C. (1984). Quality of life in Cancer Patients- A Hypothesis. Journal of Medical Ethics. 10.
- 12-Bolander,H (2004). Health-related quality of life and its assessment in GI Surgery. Indian. Journal of Surgery, 323-335.
- 13-Bêç i n, D.o (2002).“PhósáÁ-ã Ááíáíy,=ÖÉáã and psychological Wellbeing: an overview. of the Research”. Canadian Journal of sport scinces17.
- 14-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
- 15- Kessler, Ronald C. (Eds) How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife. U.S. University of Chicago Press.