

بررسی کیفیت زندگی با تأکید بر شاخص های رفاه اجتماعی (مورد مطالعه: معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول)

اشرف بشارتی فرد^۱

چکیده

کیفیت زندگی را سازه ای تحلیلی، سیاستی و عنصری کلیدی در سیاست گذاری و بررسی سیاست های حوزه عمومی به حساب می آورند و از آن به عنوان شاخص توسعه اجتماعی یاد می شود. ویژگی این سازه مانند پویایی، چندبعدی بودن و پنداشت های مختلف از آن سبب شده تا این سازه که در ابتدا در حوزه های بهداشت و سلامت مورد استفاده قرار می گرفت به تدریج به دیگر حوزه های مطالعاتی نیز ورود پیدا کند. هدف تحقیق حاضر بررسی کیفیت زندگی با تأکید شاخص های رفاه اجتماعی (مورد مطالعه: معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول) است. در این پژوهش از روش پیمایش استفاده شده است و شیوه ی گردآوری داده ها استفاده از پرسشنامه است. جامعه آماری تمام معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول بود که با استفاده از جدول لین ۴۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه و با استفاده از شیوه تصادفی طبقه ای چند مرحله ای تعیین شده است. براساس یافته های پژوهش، بین کیفیت زندگی (متغیر وابسته) و میزان تحصیلات، اوقات فراغت، مسکن، و بهداشت و درمان (متغیرهای مستقل) رابطه معنی داری وجود دارد. در صورتی که بین جمعیت خانوار و کیفیت زندگی رابطه معکوسی مشاهده شده است اما با توجه به سطح معنی داری این فرض، نشان از رابطه دار بودن این دو متغیر است. نتایج کلی این پژوهش نشان می دهد که بهداشت و درمان تاثیرگذارترین متغیر بر کیفیت زندگی است.

کلیدواژه ها: بهداشت و درمان، مسکن، جمعیت خانوار، اوقات فراغت

^۱ . دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور تهران غرب، besharatiashraf@gmail.com

مقدمه و بیان مسئله

کیفیت زندگی از جمله مسائل مهمی است که با گسترش تکنولوژی و فرایند صنعتی شدن در کشورهای غربی مورد توجه اندیشمندان قرار گرفت، زیرا در پی رشد تکنولوژی مسائلی چون افزایش جمعیت، رشد شهرنشینی و معضلات عدیده ی شهری و مشکلات بسیار زیاد دیگری دامن گیر بشر مدرن گردیده بود. در این دوره علی رغم این که در بیشتر کشورهای پیشرفته صنعتی کالاها و تسهیلات مادی به مقدار بسیار زیاد تولید می شود، اما شرایط زندگی بشر و درک و برداشت انسان ها از زندگی خود چندان مطلوب نبود. این کشورها از لحاظ کیفیت زندگی با چالش ها و مشکلات بسیاری روبه رو شده بودند، به گونه ای که از اواخر دهه ی شصت میلادی بسیاری از کارشناسان مسائل توسعه، جامعه شناسان، روانشناسان و دیگر اندیشمندان علوم اجتماعی و انسانی با نقد و ارزیابی هدف های رشد و توسعه اقتصادی در کشورهای پیشرفته و صنعتی پرداختند و بر اولویت هدف های اجتماعی توسعه و کیفیت خدمات و کالاها و مناسب بودن آن ها با نیاز ها و شرایط زندگی مردم تاکید ورزید. بدین ترتیب نگرش انسانی و جامعه شناختی در باره کیفیت زندگی به قلمرو ادبیات توسعه و برنامه ریزی و سیاست گذاری های کلان کشورهای پیشرفته به ویژه کشورهای اروپای غربی وارد شد (حاج یوسفی، ۱۳۸۰، ۳۰). به گونه ای که از آن پس، توسعه ی فرایند بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی تمام مردم در نظر گرفته شد و سیاست های اقتصادی، به خصوص رشد اقتصادی به عنوان هدف اساسی توسعه، در معرض تردید و تأمل قرار گرفت. این تردید واکنشی بود در برابر نظرهای صرف اقتصادی توسعه که رشد اقتصادی را با توسعه ملی همانند می دانست و چنین می پنداشت که رشد اقتصادی به خودی خود به رفاه عمومی و زندگی بهتر می انجامد (اشرف، ۱۳۸۰، ۵۰). نگرش مذکور در پی پاسخ به این سؤال بود که آیا دستاوردهای اقتصادی-همچون افزایش درآمد ملی، افزایش تعداد و تنوع کالاها و... خشنودی مردم از زندگی را افزایش داده است؟ شاخص هایی که بهبود وضعیت اقتصادی را گزارش می دادند، بیشتر زندگی اقتصادی را می سنجیدند، در حالی که احساس مردم از امکانات و دستاوردها، واجد وجهی ذهنی است که شاخص های متفاوتی را می طلبد (عبدی، ۱۳۸۷، ۱۵۳). کیفیت زندگی واقع در کافراد از موقعیت خود در زندگی شخصی، از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های ایشان تعریف شده است (Bonomi:WHO, 1996). بنابراین کیفیت زندگی کاملاً ذهنی است که توسط دیگران قابل مشاهده نبوده و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است و ضمن بیان رضایت افراد از وضعیت زندگی آن ها، تحت تأثیر فرهنگ ها و هنجارهای موجود جامعه قرار دارد. ضرورت توجه به مفهوم کیفیت زندگی باعث شد که جهت توسعه و بالا بردن سطح کیفیت زندگی در سراسر دنیا سازمان های متعددی دست به فعالیت در این زمینه بزنند، از جمله ی این سازمان ها که در طول

سالیان گذشته برنامه ها و فعالیت های فراوانی را در این زمینه به انجام رسانده است می توان سازمان جهانی بهداشت را نام برد. همچنین برنامه توسعه سازمان ملل متحد از دیگر سازمان های بین المللی است که به فعالیت در این زمینه می پردازد (فرخ وندی، ۱۳۸۸، ۳). روی هم رفته کیفیت زندگی را می توان یک جز از رفاه دانست به همین منظور سازمان ها، دولت ها و همچنین صاحب نظران مختلف به منظور اندازه گیری و ارتقا کیفیت زندگی دست به تلاش های بسیاری می زنند به گونه ای که می توان گفت بررسی کیفیت زندگی در جوامع و گروه های مختلف در حال تبدیل شدن به یکی از پرتعدادترین ارزیابی ها در سال های اخیر می باشد. محققان کیفیت زندگی ابتدا دسته هایی از مردم مانند افراد سالخورده و بیماران را به عنوان جمعیت های هدف برای مطالعه ی کیفیت زندگی برگزیده اند اما در حال حاضر گستره ی شمول این مفهوم به حوزه هایی فراتر از افراد مذکور کشیده شده است و کلیه شهروندان یک جامعه را در برمی گیرد (همان، ۴-۳). اصطلاح کیفیت زندگی برای ارزیابی عمومی افراد و جوامع استفاده می شود این اصطلاح در طیف وسیعی از زمینه ها، از جمله حوزه های توسعه ی بین الملل، بهداشت و سیاست مورد استفاده قرار می گیرد. کیفیت زندگی نباید با مفهوم استاندارد زندگی که عمدتاً بر درآمد استوار است اشتباه گرفته شود. در عوض، شاخص های استاندارد کیفیت زندگی نه تنها شامل ثروت و استخدام هستند، بلکه شامل محیط زیست، سلامت جسمی و روانی، تحصیلات، تفریح و اوقات فراغت و تعلق اجتماعی نیز می شود. کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بعد کمی زندگی انسان را مد نظر قرار می دهد و همچنین به دنبال غفلت از جنبه های کیفی زندگی انسان، طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی مورد توجه اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفت. در این راستا محققان علوم انسانی ضمن تعریف مفهوم کیفیت زندگی تلاش نمودند ابعاد و شاخص های مختلف این مفهوم را تعیین کنند و مورد سنجش قرار دهند، آنان از جنبه های مختلف به بررسی این موضوع پرداختند و هر کدام ابعاد و شاخص های متعددی را بیان داشته و عوامل مختلفی را بر کیفیت زندگی تأثیر گذار دانسته اند، از جمله این عوامل می توان به سلامت جسمانی روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، درآمد، ویژگی های فردی اوقات فراغت، عقاید مذهبی، مشارکت سیاسی و ... اشاره کرد. به تدریج با رشد پژوهش های مربوط به کیفیت زندگی، این واژه به مفهوم فراگیر در علوم انسانی بدل گردید و در رشته های مختلف مورد توجه قرار گرفت. مسئله ی اصلی در تمام برداشت های کیفیت زندگی این بود که مجموعه ی اقدامات و سیاست های اتخاذ شده در زمینه های گوناگون، چه اثری بر مخاطب این سیاست ها می گذارد و آن ها چگونه چنین سیاست هایی را تجربه می کنند معنای این امر آن است که علوم اجتماعی - به معنای وسیع آن به تدریج از توجه به آثار عینی سیاست ها و تحولات، به آثار ذهنی معطوف شده اند (عبدی، ۱۳۸۷، ۱۵۵). به دلیل اهمیت کیفیت زندگی گروه های مختلف جامعه و سنجش آن، تعیین

عوامل مؤثر بر آن صورت می‌یابد که در این پژوهش سطح کیفیت زندگی معلمان مقطع راهنمایی با توجه به چهار بعد مورد نظر سازمان جهانی بهداشت یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط مورد سنجش قرار خواهد گرفت و رفاه اجتماعی یعنی مسکن، سطح تحصیلات جمعیت خانوار، اوقات فراغت، بهداشت و درمان به عنوان عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی این گروه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ضرورت و اهمیت پژوهش

ضرورت مطالعه و تحقیق در خصوص مسئله مطرح شده از آن جا ناشی می‌شود که معمولاً یکی از معرف‌های میزان پیشرفت کشورها را شاخص‌های مربوط به رفاه اجتماعی تشکیل می‌دهد. یعنی کشورهای مختلف جهان برای بیان میزان پیشرفت خود، از شاخص‌های مربوط به رفاه اجتماعی استفاده می‌کنند و در نهایت چنین تلقی می‌شود که هر اندازه سرمایه‌گذاری‌ها و بودجه‌های سالانه‌ی دولت، صرف برنامه‌های بنیادی رفاه اجتماعی شود، به همان اندازه می‌توان ادعای پیشرفت و ترقی نمود (زاهدی اصل، ۱۳۸۱، ۱). قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز در اصل سوم، بندهای ۱۲ و ۹ بر ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه (منصور، ۱۳۸۵، ۳۰). و رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه‌های مادی و معنوی تأکید کرده است (همان، ۲۹). بنابراین ضرورت توجه به رفاه اجتماعی و شاخص‌های مربوط به آن، برای گروه‌های مختلف مشخص می‌شود و با شناخت کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون نیز می‌توان برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی این افراد و تخصیص منابع مورد نیاز برای برطرف کردن نیازهای آن‌ها به چارچوب و دیدی مناسب دست یافت اهمیت این موضوع برای گروه‌هایی همچون افراد محروم و فرو مانده از نظر اقتصادی و اجتماعی که از نابرابری‌ها و نارسایی‌ها و بسیاری از مسائل دیگر که حاصل این گروه‌ها می‌باشد در رنج هستند، به حد اکثر خود می‌رسد. اما با وجود این که تحقیقات پیرامون کیفیت زندگی در حال گسترش است ولی باید گفت به نسبت سایر حوزه‌های تحقیقی همچنان سهم بسیار کمی از تحقیقات به موضوع کیفیت زندگی و از جمله کیفیت زندگی گروه مورد بررسی این پژوهش اختصاص دارد. کاتسچنیک علت این امر نوظهور بودن و همچنین عدم آشنایی بسیاری از پژوهشگران با مفهوم کیفیت زندگی عنوان کرده است (تولایی، ۱۳۸۶، ۱۹). به سبب اهمیتی که موضوع کیفیت زندگی از آن برخوردار می‌باشد فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران یعنی از ماده‌ی ۸۴ الی ماده‌ی ۹۴ این قانون، به ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص داده شده است (منصور، ۱۳۸۷، ۱۳۶). افراد و خانوارهای شهر نشین از جمله مخاطبین خاص سیاست‌های رفاه اجتماعی هستند و به تعبیری جز گروه‌های ویژه اجتماعی می‌باشند که توجه، بررسی تحقیق و

پژوهش پیرامون این گروه ضروری می‌نماید تا با شناخت صحیح وضعیت زندگی شان بتوان آن‌ها را به طور نسبی به یک زندگی متناسب در بین تمامی قشرهای جامعه نزدیک ساخت و یا به قولی دیگر در زمینه‌های مربوط به رفاه اجتماعی، تمامی گروه‌های جامعه نیازمندی‌های ویژه‌ای دارند که شناسایی و تامین این قبیل امکانات، زندگی آن‌ها را در حد قابل قبولی از یک زندگی انسانی قرار می‌دهد (زاهدی اصل، ۱۳۸۱، ۲۲۸). این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است که چه عواملی بر کیفیت زندگی معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول تأثیر گذار است؟ و همچنین میزان اولویت تأثیر کدام یک از این عوامل بر کیفیت زندگی بیشتر است؟

پیشینه پژوهش

سید علی تولایی (۱۳۸۶) تحقیقی با عنوان کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل ارائه کرد. این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی سردشت ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل انجام گرفت که در آن طی یک مطالعه مشاهده‌ای مقطعی، ۱۶۳ نفر از جانبازان شیمیایی سردشت به صورت تصادفی ساده از کل جانبازان سردشت انتخاب گردیدند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که ۱۳۸ نفر از نمونه‌ها (۸۵٪) مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۱۴/۶۱، حدود ۴۰ سال بود، ۱۳۸ نفر (۸۵٪) کیفیت زندگی خود را نامناسب گزارش نموده‌اند و ۲۰ (۱۵ درصد) کیفیت زندگی خود را مناسب گزارش کردند. فراوان‌ترین فعالیت غیر شغلی جانبازان به ترتیب تماشای تلویزیون، رفتن به مسجد، قدم زدن و گوش کردن به رادیو بوده است و مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی نمونه‌ها، سلامت جسمانی (۸۳ درصد) بود، از نظر میزان اهمیت روابط اجتماعی بالا ترین توجه به رابطه با خانواده گزارش گردید. (۷۵ درصد) از نظر فراوانی عواطف مثبت و منفی بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط رضایت از زندگی و احساس تنهایی بود. مهدی باسرخا، لطف علی عاقلی کهنه شهری، ارشک مسائلی (۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان رتبه بندی شاخص کیفیت در استان‌های کشور ارائه کردند. با مطرح شدن مفاهیم غیر مادی در کسب مطلوبیت انسان از زندگی، بررسی شاخص‌های مهم این کسب رضایت و نیز وضعیت مناطق مختلف از نظر این شاخص‌ها از مهم‌ترین اولویت سیاست‌گذاران بوده است. برای بررسی کیفیت زندگی در استان‌های کشور، به بررسی شاخص‌های مؤثر در بهبود کیفیت زندگی پرداخته و با استفاده از روش تحلیل عاملی و تاکسونومی عددی، رتبه بندی استان‌های کشور بر اساس شاخص کیفیت زندگی صورت گرفت. یافته‌ها با تخصیص وزن‌های متفاوت با شاخص‌های کیفیت زندگی و اهمیت دادن به مؤلفه‌های مختلف اقتصادی، محیطی-اجتماعی، مشاهده گردید. که جایگاه کلی استان‌ها، به جز در موارد خاص، تغییر نمی‌یابد. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که استان‌های تهران، آذربایجان شرقی، خوزستان استان‌های برتری بوده‌اند که بالا ترین کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین در سیاست‌های تمرکززدایی

از تهران می‌توان استان‌های با کیفیت زندگی بالاتر را مورد توجه ویژه قرار داد. رسول ربانی خوراسگانی، وحید قاسمی، محمد عباس نژاد (۱۳۸۱) پژوهشی با عنوان رابطه ابعاد مادی و غیر مادی رفاه اجتماعی با مشارکت شهروندان در امور شهری ارائه کردند. هدف مقاله حاضر، بررسی مشارکت شهروندان در امور شهری و رابطه رفاه اجتماعی با آن بوده است. براساس یافته‌های پژوهش حاضر بیشتر شهروندان اصفهانی مشارکت بالایی در امور شهری داشته و بین ابعاد غیر مادی رفاه اجتماعی و مشارکت شهروندان در امور شهر، رابطه معنی‌دار خطی حاصل آمده است. همچنین بر اساس ضریب تعیین اصلاح شده رگرسیونی می‌توان گفت: ۱۷ درصد تغییرات متغیر وابسته، از طریق متغیرهای وارد بر مدل رگرسیونی تبیین گردیده و رابطه اعتماد نهادی با متغیر وابسته، بیش از بقیه‌ی متغیرها بوده است. نتایج: هر قدر اعتماد نهادی و رضایت مندی اجتماعی و شهروندان در حد بالا و احساس محرومیت آن‌ها در حد پایین باشد به همان اندازه مشارکت آن‌ها در امور شهری، بیشتر خواهد بود.

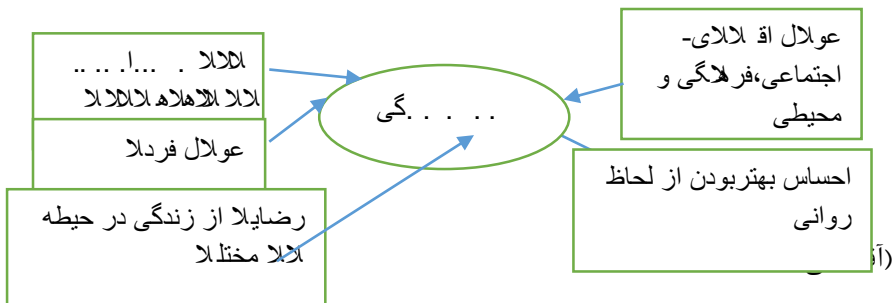
چارچوب نظری

کیفیت زندگی یک مقوله‌ی چند بعدی و چند وجهی است که با توجه به زمینه‌های آن و به ویژه اتیولوژی و سبب‌شناسی آن، معلول علت‌های بسیار زیادی است و از طرفی تبیین آن به عنوان یک مجموعه‌ی به هم پیوسته نیازمند بررسی کلیه‌ی عوامل و متغیرهای فیزیکی اقتصادی، اجتماعی، جسمانی، روانی و فلسفی در ارتباط متقابل با یکدیگر است. در ادامه سعی شده رویکردهای مختلف نسبت به کیفیت زندگی اشاره شود. از دیدگاه جرمی بنتام جامعه چیزی جز آحاد مردم نیست و معتقد بود که لازم نیست ما خود را به رفاه فردی محدود کنیم. برای بنتام رفاه مترادف بود با بهره‌مندی و مطلوبیت که آن را به منزله‌ی خیر و خوشی و بنابراین قابل اندازه‌گیری تعریف می‌کرد. در واقع، این قابلیت اندازه‌گیری مطلوبیت یا بهره‌مندی است که به ما اجازه می‌دهد رفاه‌های فردی را در هم ترکیب کنیم و سطح متراکم رفاه اجتماعی را اندازه‌گیری کنیم (پتریک، ۱۳۸۱، ۳۲). در رابطه با رفاه اجتماعی و چگونگی تامین آن برای اعضا و قشرهای جامعه دو نوع دیدگاه وجود دارد که معمولاً از خصوصیات اخلاقی و فکری جوامع شرقی و غربی سرچشمه می‌گیرد و در اصل بیانگر دو شیوه تفکر و دو سیاست متفاوت در تنظیم زندگی اجتماعی و تامین رفاه اجتماعی است. یکی از دو شیوه که به نظریه‌ی ترمیمی معروف است، در بعد رفاه اجتماعی با تکیه بر آزادی افراد در کلیه شئون زندگی اجتماعی از جمله رفاه اجتماعی، معتقد است که تامین رفاه اجتماعی برای اعضا جامعه باید افراد را آزاد گذاشت تا هر طوری که مایل هستند در این زمینه سرمایه‌گذاری کنند. دولت، تنها زمانی وارد عمل می‌شود که نقش کمک‌رسانی و ترمیمی را داشته باشد و لذا وظیفه عمده به عهده بخش خصوصی است. در مقابل نظریه دیگری وجود دارد که به عنوان (نظریه نهادی) معروف است. می‌گوید که برای تامین نیازهای مختلف جامعه و تحقق رفاه اجتماعی، دولت مکلف

است راسا اقدام به برنامه ریزی، سیاست گذاری و اجرای برنامه های مختلف خدمات اجتماعی کنند. لذا اجرای این وظیفه می تواند مؤسسات و سازمان های مختلف رفاهی- اجتماعی به وجود آورد (همان، ۲۶). بر حسب نظریه ی اسپینگاندنرسن سه الگوی رفاهی از همدیگر قابل تفکیک است: الگوی رفاهی محافظه کاری، الگوی رفاهی لیبرال و الگوی رفاهی سوسیال دموکراسی، الگوی لیبرال "کاملا فرد گرایانه است و بر این فرض مبتنی است که افراد باید در درون فضای مبتنی بر بازار که مساعدت دولت فقط تامین حداقل و محدوده آن هم به عنوان آخرین چاره است؛ به خود متکی باشند. حقوق اجتماعی در این الگو به ندرت حضور دارد (فیتز پتریک، ۱۳۸۵، ۲۳۸). نظام دوم نظام محافظه کار است که درجاتی از ادغام اجتماعی را دارد و فقط اندکی با اشتراک گرایی دولت فاصله دارد. این نظام بر محور خانواده و سلسله مراتب منزلتی می چرخد. در اینجا بیمه اجباری اهمیت به مراتب زیادی دارد. اما معمولا بر پایه ی تقسیم بندی های شغلی سازمان داده می شود نه بر مبنای اصول مساوات طلبی و فراگیری (همان، ۲۳۹). نظام سوم، نظام سوسیال دموکرات است که کاملا فراگیر محسوب می شود. سطوح مزایا بالاست و به همین مناسبت نابرابری در آن اندک است و ناگفته پیداست که هزینه های اجتماعی و مالیات ها سطوح بالایی دارند. بر این پایه حقوق شهروندان ملاک و محور اصلی است (همان، ۲۴۰). نظریه زان در مورد کیفیت زندگی:

به عقیده ی زان کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی می باشد که شاخص ها و معرف های مختلفی دارد، ابعاد کیفیت زندگی از نظر زان عبارتند از: رضایت از زندگی به صورت کلی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی و وابسته به سلامت و به طور کلی رفاه جسمانی، زمینه ها و عوامل شخصی و فردی همچون سن، عوامل اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و همچنین احساس خوب بودن از نظر روانی. زان نموداری برای کیفیت زندگی ارائه کرده که در آن عوامل تاثیر گذار بر روی کیفیت زندگی را به تصویر کشیده است. مدل مورد نظر او بدین گونه می باشد؛

مدل کیفیت زندگی زان:



تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو و کیفیت زندگی

با توجه به این نکته که برآورده شدن نیازها و الویت‌های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد (موسوی، ۱۳۸۶، ۷۶). توجه به تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو در مباحث مربوط به کیفیت زندگی اهمیت می‌یابد. سلسله مراتب نیازهای مازلو را می‌توان به صورت یک هرم در نظر گرفت، که در آن اولین نیاز انسان نیاز فیزیولوژیکی است که بدون تأمین آن‌ها انسان نمی‌تواند انگیزه لازم را برای کار و زندگی داشته باشد. منظور از نیازهای فیزیولوژیکی خوراک، پوشاک، مسکن و از این قبیل است که برای این که افراد ترغیب به بروز استعداد هایشان شوند باید این نیازها برآورده شوند. دومین نیاز انسان نیاز به امنیت است. یعنی اگر انسان‌ها در جامعه امنیت جانی و شغلی نداشته باشند دائم در اضطراب و نگرانی به سر می‌برند لذا نمی‌توانند به درستی کار خود را با رغبت انجام دهند. سومین نیاز انسان اجتماعی بودن است. یعنی افراد می‌خواهند در جامعه و محل کار از طرف دیگران پذیرفته شوند و خود را در ارتباط با کسانی بدانند که با او هم‌سرنوشت و هم‌رأی می‌باشند. چهارمین نیاز انسان احترام است. یعنی وقتی انسان در جامعه پذیرفته شد می‌خواهد مورد احترام افراد قرار گیرد. پنجمین نیاز انسان خود شکوفایی است. یعنی وقتی نیازهای قبلی انسان تأمین شد استعدادهای او شکوفا خواهند شد و او می‌تواند به رشد و تعالی برسد. این نیازها در انسان‌ها وجود دارند و باید توسط جامعه برآورده شوند. به عقیده مازلو، نیازهایی که در قاعده هرم قرار دارند باید قبل از نیازهایی که در قسمت فوقانی هرم می‌باشند، ارضا شوند، بنابراین زمانی که نیازهای فیزیولوژیکی و نیاز به ایمنی ارضا نشود، نمی‌توان نیازهای دیگر یعنی نیاز به تعلق و عشق، نیاز به عزت نفس، نیازهای شناختی و نیازهای ذوقی را مورد نظر قرار داد، که در این صورت بحث در مورد نیاز به خود شکوفایی معنی و مفهومی نخواهد داشت (اقلیما، ۱۳۸۲، ۵۰).

هرم سلسله مراتب نیازها از نظر مازلو:



سرچی دیدگاهی توسعه یافته از نظریه ی مازلو در ارتباط با کیفیت زندگی ارائه داده است. او می گوید در جوامع توسعه یافته، افراد این جوامع در مراتب بالاتری از نیازها اکتفا و راضی می شوند، ولی بر عکس، در جوامع کمتر توسعه یافته، افراد در مراتب پایین تر نیازها اکتفا می شوند. کیفیت زندگی نیز با توجه به این که افراد یک جامعه مشخص، در کدام یک از سطوح مختلف این نیازهای سلسله مراتبی اکتفا می شوند، تعریف می شوند. بنابراین هر چه افراد یک جامعه از برآورده شدن نیازهایشان رضایت بیشتری داشته باشند، کیفیت زندگی جامعه نیز بالاتر است؛ حال ممکن است به این نیازها در جوامع دیگری پاسخ داده شود ولی افراد آن جامعه در سطوح بالاتری اکتفا شوند که در نتیجه احساس رضایت و کیفیت زندگی کمتری خواهند داشت. سرچی همچنین بیان می کند که نهادها برای رفع نیازهای انسان و بالا بردن کیفیت زندگی جامعه طراحی شده اند. هارگری نیز معتقد است که تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو می خواهد به این پرسش پاسخ بگوید که کدام سیاست با سرعت بیشتری کیفیت زندگی را افزایش می دهد؟ به باور او این تئوری همچنین می تواند چگونگی توسعه ملی را توصیف کرده و به بهبود کیفیت زندگی یاری برساند. در تئوری مازلو، کمیت های غیر اقتصادی همچون نیاز به تعلق و احساس جمعی نیز گنجانده شده است، که این جنبه در بسیاری از کشورهای توسعه

یافته یکی از عناصر و ابعاد کیفیت زندگی به شمار می آید. (Hagerty, 1999, 249) در پژوهش حاضر برای ارزیابی و سنجش سطح کیفیت زندگی معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول از چارچوب مفهومی و پرسش نامه کیفیت زندگی که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه گردیده، یعنی پرسش نامه WHOQOL-BREF استفاده شده است. سازمان جهانی بهداشت برای سنجش کیفیت ۴ بعد زیر را مد نظر قرار می دهد. ۱- سلامت جسمانی. ۲- سلامت روان. ۳- روابط اجتماعی. ۴- سلامت محیط. که بر اساس این ۴ بعد، به ارائه پرسش نامه ای برای سنجش کیفیت زندگی اقدام نموده است. برای سنجش رفاه اجتماعی نیز به نظریه جرمی بنتام متوسل شده ایم؛ جرمی بنتام با عقیده آدام اسمیت که جامعه چیزی جز مجموعه آحاد آن نیست، موافق بود و اعتقاد داشت ما مجبور نیستیم که بحث خود را صرفاً به رفاه فردی محدود کنیم؛ از دید بنتام، رفاه را می توان اندازه گرفت و این قابلیت به ما اجازه می دهد رفاه های فردی را با هم ترکیب کنیم و سطح متراکم رفاه اجتماعی را در مجموع اندازه بگیریم. به این معنی رفاه اجتماعی نوعی تراکم ساده و مکانیکی رفاه های فردی است. به نظر وی، رفاه اجتماعی، بهره مندی اجتماعی با حداکثر خیر و خوشبختی برای اکثر آحاد جامعه مساوی است (پتريک، ۱۳۸۱، ۳۲). در پژوهش حاضر نیز سنجش و اندازه گیری میزان رفاه اجتماعی جامعه مورد بررسی براساس میزان بهره مندی های آن ها از شاخص های مورد نظر رفاه اجتماعی صورت گرفته است. فرل، هاس و داو، رفاه اجتماعی را یکی از ابعاد می دانند که بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد (King, 1998, 11). دیوب نیز یکی از نیازها و ملزومات کیفیت زندگی را رفاه و تأمین نیازهای رفاهی می داند و آن را در دو سطح فردی و اجتماعی بدین شرح بیان می دارد: ۱- توانایی غلبه یافتن بر محرومیت ها و تبعیضات ساخته دست بشر. ۲- توانایی رهبری مفید و سودمند، علی رغم نقص و ناتوانی طبیعی یا تصادفی در سطح اجتماعی (دیوب، ۱۳۷۷، ۱۰۶). ملاحظه می شود که به نظر دیوب، رفاه افراد و تأمین آن هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی یکی از عامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی می باشد. بنابراین با توجه به مبانی نظری مطرح شده در این پژوهش و با در نظر گرفتن اهداف تحقیق، بررسی میزان تأثیر شاخص های رفاه اجتماعی بر روی کیفیت زندگی معلمان مقطع راهنمایی شهرستان دزفول پرداخته شده است. شاخص های مورد بررسی بدین شرح می باشند: شاخص سطح تحصیلات (سواد)، شاخص اوقات فراغت، شاخص مسکن، شاخص جمعیت خانوار، شاخص بهداشت و درمان. باید گفت علاوه بر نظریات مطروحه بالا که رفاه اجتماعی را به صورت کلی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار دانسته اند، بسیاری دیگر از نظریات مربوط به کیفیت زندگی نیز بر شاخص های رفاه اجتماعی بر کیفیت زندگی تأکید کرده اند.

فرضیات

۱- به نظر می رسد بین اوقات فراغت و کیفیت زندگی معلمان رابطه برقرار است.

- ۲- به نظر می‌رسد بین مسکن و کیفیت زندگی معلمان رابطه برقرار است.
 ۳- به نظر می‌رسد بین جمعیت خانوار و کیفیت زندگی معلمان رابطه برقرار است.
 ۴- به نظر می‌رسد بین وضعیت بهداشتی و درمانی و کیفیت زندگی معلمان رابطه برقرار است.

روش شناسی

پژوهش کنونی از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که روش پیمایش در آن مورد استفاده قرار گرفته است. ابزار گردآوری در بخش پیمایشی پرسشنامه و در بخش اسنادی، فیش برداری از منابع بوده است. جامعه آماری این پژوهش بررسی معلمان مقطع ابتدایی شهرستان دزفول بوده و با استفاده از جدول حجم برآورد نمونه لین با سطح خطای ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه ۴۰۰ نفر محاسبه شده و با شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS پردازش و در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای آزمون فرضیات نیز از آزمون های آماری مناسب (ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر با استفاده از روش الفایکرونباخ مقدار پایایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته شده است که مقادیر قابل قبولی برای انتخاب نمونه می باشند.

جدول شماره ۱: ضریب پایایی پرسشنامه

مقیاس	الفایکرونباخ
اوقات فراغت	٪۸۴
مسکن خانوار	٪۷۱
جمعیت خانوار	٪۸۸
وضعیت بهداشتی-درمانی	٪۷۵
کیفیت زندگی معلمان	٪۷۹

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تعداد افراد خانوار

تعداد افراد خانوار	درصد فراوانی
--------------------	--------------

۳۲/۵	یک یا دو نفر
۳۶/۵	دو تا پنج نفر
۳۱	بالای پنج نفر

مطابق نتایج جدول فوق از میان معلمان پاسخگو به این پرسش، ۳۶/۵ درصد از آن‌ها دارای خانوار دو تا پنج نفره می‌باشند که دارای بیشترین فراوانی است و ۳۱ درصد از آن‌ها دارای خانوارهای بیشتر از پنج نفر می‌باشند و دارای کم‌ترین فراوانی می‌باشد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت اوقات فراغت

وضعیت اوقات فراغت	درصد
اوقات فراغت در حد کم	۶۰/۳
اوقات فراغت در حد کافی	۳۲/۵
اوقات فراغت در حد زیاد	۷/۲

با استناد به نتایج جدول فوق ۶۰/۳ درصد از معلمان پاسخگو به این پرسش اوقات فراغت خود را در حد کم گزارش کرده‌اند که دارای بیشترین فراوانی می‌باشد و تنها ۷/۲ درصد از آن‌ها اوقات فراغت خود را در حد زیاد گزارش کرده‌اند که دارای کم‌ترین فراوانی می‌باشد.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت مسکن

وضعیت مسکن	درصد فراوانی
مالک	۴۰/۴
استیجاری	۴۲/۳
سایر موارد	۱۷/۳

با استناد به نتایج جدول فوق، ۴۲/۳ درصد از معلمان مسکن خود را استیجاری گزارش کرده‌اند که دارای بیشترین فراوانی می‌باشد و ۱۷/۳ درصد از آن‌ها سایر موارد را گزارش کرده‌اند و دارای کم‌ترین فراوانی است.

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت بهداشتی-درمانی

وضعیت بهداشتی-درمانی	درصد فراوانی
در حد پایین	۱۱/۱

در حد متوسط	۳۲/۴
در حد بالا	۵۶/۵

مطابق نتایج جدول فوق، ۵۶/۵ درصد از معلمان پاسخگو وضعیت بهداشتی-درمانی خود را در حد بالا گزارش کرده اند، که دارای بیشترین فراوانی می باشد و تنها ۱/۱ درصد از آن ها وضعیت بهداشتی درمانی خود را در حد پایین گزارش داده اند، که دارای کم ترین فراوانی می باشد.

یافته های استنباطی (آزمون فرضیات)

جدول شماره ۶: ضریب همبستگی پیرسون بین تحصیلات و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری (sig)	تعداد کل پاسخگویان
میزان تحصیلات	۰/۲۲۱	۰/۰۰۳	۴۰۰

نتایج به دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین این دو متغیر، رابطه‌ی معناداری را نشان می‌دهد. در این باره ضریب همبستگی برابر ۰/۲۲۱ است و سطح معنی داری ۰/۰۰۳ می باشد، با سطح خطای ۰/۰۵ و اطمینان ۰/۹۵، از آن جایی که این ضریب مثبت است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه مستقیمی وجود دارد، به این معنا که هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد، نوع نگرش به کیفیت زندگی مثبت تر می گردد. در این راستا از لحاظ آماری فرضیه ی فوق مورد تأیید است.

جدول شماره ۷: ضریب همبستگی پیرسون بین اوقات فراغت و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری (sig)	تعداد کل پاسخگویان
	۰/۰۴۱	۰/۰۰۰	۴۰۰

نتایج به دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر اوقات فراغت و کیفیت زندگی، رابطه معنا داری را نشان می دهد، از آن جایی که با سطح خطای ۰/۰۵ و اطمینان ۰/۹۵ در مورد این متغیرها ضریب همبستگی برابر ۰/۰۰۱ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می باشد. و با توجه به این که این

ضریب مثبت است بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین میزان اوقات فراغت و میزان کیفیت زندگی، رابطه مستقیمی وجود دارد، به این معنا که هرچه معلمان دارای اوقات فراغت بیشتری باشند، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در این راستا از لحاظ آماری این فرضیه مورد تأیید می باشد.

جدول شماره ۸: ضریب همبستگی پیرسون بین مسکن و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری (Sig)	تعداد کل پاسخگویان
	۰/۰۶۵	۰/۰۰۳	۴۰۰

با استناد به نتایج جدول فوق رابطه ی معنا داری بین میزان مسکن و کیفیت زندگی وجود دارد، از آن جایی که با سطح خطای ۰/۰۵ و اطمینان ۰/۹۵ در مورد این متغیرها ضریب همبستگی ۰/۰۶۵ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می باشد بیانگر رابطه مستقیمی بین دو متغیر می باشد، به این معنا که هر چه معلمان دارای مسکن باشند، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار می باشند. در این راستا فرض فوق از لحاظ آماری مورد تأیید می باشد.

جدول شماره ۹: ضریب همبستگی پیرسون بین جمعیت خانوار و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری (Sig)	تعداد کل پاسخگویان
	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۲	۴۰۰

با استناد به نتایج جدول صفحه قبل رابطه معنی داری بین میزان جمعیت خانوار و کیفیت زندگی مشاهده شده است. از آن جایی که با سطح خطای ۰/۰۵ و اطمینان ۰/۹۵ در مورد این متغیرها ضریب همبستگی برابر -۰/۰۳۱ و سطح معنی داری ۰/۰۰۲ می باشد، با توجه به این که این ضریب منفی می باشد نشان از معکوس بودن رابطه این دو متغیر دارد، به این معنی که هر چه میزان جمعیت خانوار معلمان بیشتر باشد به همان اندازه کیفیت زندگی آن ها کم تر می باشد و برعکس.

جدول شماره ۱۰: ضریب همبستگی پیرسون بین وضعیت بهداشتی درمانی و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری (sig)	تعداد کل پاسخگویان
	۰/۴۴۱	۰/۰۰۰	۴۰۰

با استناد به نتایج جدول فوق رابطه ی معنی داری میان میزان وضعیت بهداشتی- درمانی و میزان کیفیت زندگی وجود دارد، از آن جایی که با سطح خطای ۰/۰۵ و اطمینان ۰/۹۵ در مورد این متغیرها ضریب همبستگی برابر ۰/۴۴۱ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می باشد، از آن جایی که این ضریب مثبت است بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین میزان وضعیت بهداشتی درمانی و میزان کیفیت زندگی رابطه مستقیمی وجود دارد به این معنا که هر چه معلمان دارای وضعیت بهداشتی درمان بیشتری باشند، میزان کیفیت زندگی آن ها بیشتر می باشد. در این راستا از لحاظ آماری این فرضیه نیز مورد تأیید واقع شده است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی در ایران نشان می دهد که توجه ویژه به این سازه و ورود آن به عنوان یک حوزه تحقیقاتی خاص در مطالعات علمی کشور به اوایل دهه ۱۳۷۰ باز می گردد. (غفاری و کریمی، ۱۳۹۱، ۱۳). جمعیت های مورد مطالعه در تحقیقات کیفیت زندگی با توجه به نوع حوزه مطالعاتی و تعریف آن ها از کیفیت زندگی، متفاوت است. براساس اطلاعات بدست آمده بیشترین مطالعات صورت گرفته راجع به کیفیت زندگی در ایران مربوط به جامعه بیماران می باشد. در واقع گروه های مطالعاتی بیماران بیش از نیمی از سهم مطالعات کیفیت زندگی در ایران را به خود اختصاص داده اند. چند بُعدی بودن سازه کیفیت زندگی امکان ورود حوزه های مطالعاتی مختلف را به مباحث این سازه فراهم آورده است. هر حوزه مطالعاتی با توجه به شاخص ها و مقیاس های خود به مطالعه کیفیت زندگی می پردازد. از سوی دیگر پویا بودن این سازه و تغییرات مداوم آن در طول زمان نیاز به تحقیقات پیوسته ای را ایجاب می کند و لذا باید در دوره های زمانی مختلف مورد اندازه گیری قرار گیرد. این دو ویژگی مهم کیفیت زندگی در کنار اهمیت روزافزون این سازه باعث شده که میزان تحقیقات صورت گرفته در این زمینه به شدت در حال افزایش باشد. با وجود توجه روزافزون به سازه کیفیت زندگی و افزایش تحقیقات در این زمینه هنوز به لحاظ مفهومی تعریف واحدی از این سازه ارائه نشده است. مبهم بودن تعریف این سازه از ویژگی های دیگری است که باعث شده برداشت های مختلفی از آن صورت گیرد و تعاریف متفاوتی ارائه گردد. تعاریف ارائه شده در زمینه کیفیت زندگی بر حسب حوزه های مطالعاتی مختلف جنبه ذهنی و عینی آن ها تغییر می کند. با این وجود محققین جدید کیفیت زندگی بر این باورند که کیفیت زندگی سازه های عینی و ذهنی است اما جنبه ذهنی آن قوی تر می باشد. تفاوت دیدگاه های موجود در زمینه تعاریف و نحوه سنجش کیفیت زندگی بر پویایی و جذاب بودن آن به صورت دو چندان افزوده است. لذا انتظار می رود که در آینده با تغییر محتوایی و همچنین افزایش تعداد مطالعات کیفیت زندگی دیدگاه جامع تری نسبت به این سازه به عنوان شاخص توسعه به وجود آید و به تبع آن برنامه ریزی و سیاست گذاری دقیق تر و جامع

تری برای ارتقای کیفیت زندگی جامعه ارائه شود. در این پژوهش ابتدا تحت عنوان مقدمه توضیحاتی کلی در مورد موضوع پژوهش شرح داده شد. سپس در قسمت پیشینه تحقیق به تعدادی از تحقیقات داخلی و خارجی که درباره موضوع تحقیق کار کرده اند اشاره شد. در قسمت چارچوب نظری رویکردهای نظری نسبت به کیفیت زندگی شرح داده شد و در نهایت رویکرد مورد نظر در این پژوهش اشاره و فرضیات تحقیق ارائه شد سپس به تحلیل یافته های توصیفی و تبیینی پرداخته شده است. مطابق تئوری مازلو و به نقل از سرچی، هرچه افراد یک جامعه از برآورده شدن نیازهایشان رضایت بیشتری داشته باشند، کیفیت زندگی جامعه نیز بیشتر می شود؛ در نتیجه تأیید معنی دار بودن رابطه بین میزان اوقات فراغت و میزان کیفیت زندگی ممکن است بیانگر این مطلب باشد که اگر افراد از زمان لازم برای اوقات فراغت برخوردار نباشند می تواند موجب عدم احساس کیفیت زندگی شود. برای مثال مطابق عقیده فرانس اگر درک افراد از کیفیت زندگی کاهش یابد می تواند بر توانایی آن ها در محیط کاری و شغلی شان تأثیر گذاشته و موجب نقص شرایط اقتصادی و اجتماعی گردد (Varrhcchio,2001,256 همچنین مطابق تئوری زان، مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شاخص ها و معرف های مختلفی دارد و بهداشت و سلامت درمانی را جز مؤلفه های تأثیر گذار بر کیفیت زندگی می داند. در نتیجه فرض ایجاد رابطه معنی دار بین بهداشت و درمان و کیفیت زندگی در راستای تصدیق تئوری زان می باشد. از دیگر یافته های پژوهش، بین جمعیت خانوار و میزان کیفیت زندگی رابطه معکوسی وجود دارد. مطابق تئوری فرانس کیفیت زندگی ضعیف می تواند موجب به کار گیری مکانیزم های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان می گردد. از آن جا که مسکن جز مؤلفه های اقتصادی-اجتماعی-فرهنگی و محیطی تئوری زان به حساب می آید و از مؤلفه های تأثیر گذار بر کیفیت زندگی میباشد، در نتیجه فرض معنی دار بودن رابطه بین مسکن و میزان کیفیت زندگی نیز در راستای تصدیق تئوری زان می باشد.

منابع

- اشرف، احمد (۱۳۸۰). نگرشی در مفهوم کیفیت زندگی و اجرای آن، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۶.
- آقاملایی، تیمور (۱۳۸۴). اصول و کلیات خدمات بهداشتی، تهران؛ انتشارات اندیشه ی رفیع.
- اقلیما، مصطفی و غنچه راهب (۱۳۸۲). مددکاری فردی، کار با فرد تهران.
- حاج یوسفی، علی (۱۳۸۰). کیفیت زندگی و راهبردهای اصلاحی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۸.
- عبدی، عباس و محسن گودرزی (۱۳۸۷). تحولات فرهنگی در ایران، تهران، انتشارات روش.

- فرخوندی، امیر(۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول، پایان نامه کارشناسی ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- زاهدی اصل، محمد(۱۳۸۱). مبانی رفاه اجتماعی تهران؛ انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- منصور، جهانگیر(۱۳۸۷). قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، چاپ ششم، تهران نشر داوران.
- تولایی، سیدعباس و دیگران(۱۳۶۷). کیفیت زندگی جانبازان ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل، مجله علوم رفتاری، سال اول، شماره ۱.
- فیتزپتریک، تونی(۱۳۸۵). نظریه‌های رفاه ترجمه هرمز همایون پور، انتشارات گام و مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ دوم.
- غفاری، غلامرضا و کریمی علیرضا(۱۳۹۱). فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره اول، شماره ۳.
- دیوب، اس، سی(۱۳۷۷). نوسازی و توسعه؛ در جستجوی قالب‌های فکری بدیل، مترجم: سید احمد موثقی، تهران: نشر قومس.

Hagerty, mivhal.r(1999)testing maslows hierarchy of needs;a. national quality of life across time, social indicators vol.

King a, and, proalt, a, and Philips a(2006) comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. J gerontol. Med sei.

Varrhcchio,c(2001) relevance of quality of life clinical nursing practice, oncology, oncology nursing November.

Bonomi,A, Patric, D.and Bushnell, D, 2000. Validation of the united states version of world health organization quality of life(WHOQOL)instrument. Journal of Clinical Epidemiology