

خدمات‌رسانی و کیفیت زندگی جانبازان

(مطالعه موردی: استان کرمانشاه)

سیاوش قلی‌پور^{۱*}

علی‌اصغر نظری^۲

محسن قلی‌پور^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۶

چکیده

این مقاله به بررسی نحوه‌ی خدمات‌رسانی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی جانبازان در استان کرمانشاه می‌پردازد. مبانی نظری آن مبتنی بر ادبیات کیفیت زندگی است. روش پژوهش پیمایشی و تکنیک گردآوری داده، پرسشنامه است. جامعه‌ی آماری شامل جانبازان بالای ۲۵ درصد استان کرمانشاه است. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران و تعداد ۳۶۸ نفر انتخاب شده است. نتایج نشان می‌دهد: خدمات‌رسانی در حوزه‌های ورزشی، فرهنگی، فراغت و فضای شهری نامناسب است. در صورتی که در حوزه‌های رفاهی به نسبت بهتر است. کیفیت زندگی در وضعیت مناسبی نیست. خدمات‌رسانی ورزشی، فرهنگی با کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیم و مثبتی دارد. خدمات رفاهی تأثیری بر کیفیت زندگی ندارند. خدمات‌رسانی در خانواده با کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیم و مثبتی دارد. نحوه‌ی گذران اوقات فراغت با کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیم و مثبتی دارد. مناسب‌سازی فضای شهری بر کیفیت زندگی تأثیر مستقیم و مثبت دارد. متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی به ترتیب اولویت عبارتند از خدمات‌رسانی در خانواده، نحوه‌ی گذران اوقات فراغت، مناسب‌سازی فضای شهری، خدمات‌رسانی فرهنگی و خدمات‌رسانی ورزشی. در پایان پیشنهادهایی برای بهبود خدمات‌رسانی و بالا رفتن کیفیت زندگی در هر حوزه مطرح گردیده است.

کلیدواژه‌ها: جانباز، خدمات‌رسانی، کیفیت زندگی، فضای شهری، فراغت.

۱- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه رازی

۲- کارشناسی ارشد فلسفه علوم اجتماعی دانشگاه تهران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد انسان‌شناسی دانشگاه تهران

* نویسنده مسئول

۱. مقدمه و بیان مسأله

زمانی می‌توان یک جامعه را جامعه‌ای سالم خواند که تمامی گروه‌های درون آن از زندگی سالم و خرسندکننده‌ای بهره‌مند باشند. هر جامعه از گروه‌های متعددی تشکیل شده است که هر کدام از این گروه‌ها نیازها و دغدغه‌های خاص خود را دارد. به‌طور مثال نیازهای معلولان با نیازهای دانشجویان متفاوت است. سالمندان انتظارات متفاوتی از جامعه دارند و کودکان نیازمند حمایت‌های اجتماعی خاص خود هستند. نادیده‌گرفتن هر یک از این گروه‌ها به زیان کل جامعه خواهد بود و تبعات جبران‌ناپذیری در پی خواهد داشت. حتی نارضایتی از زندگی می‌تواند پیامدهایی نظیر اعتیاد و جرم و جنایت را نیز در پی داشته باشد. یکی از شاخص‌هایی که سطح رضایتمندی افراد از زندگی را می‌توان با آن اندازه‌گرفت شاخص کیفیت زندگی است.

«کیفیت زندگی»^۱ عبارتی است که ما هر روزه بیشتر و بیشتر در مباحث علمی آن را مشاهده می‌کنیم. در مباحث علمی جدی، این شاخص در سطح فردی به ناتوانی و بیماری‌های خاص می‌پردازد و در سطح اجتماعی به مباحثی مانند سیاست‌گذاری اجتماعی (Philips, 2006). در این شاخص عناصر متفاوتی مانند دستمزد مکفی، تعطیلات طولانی، رضایتمندی از زندگی کاری، اشتغال به فعالیت‌های مورد علاقه، رضایتمندی از روابط عاطفی و داشتن یک زندگی طولانی و شاد قرار دارند (همان). به میزانی که مجموع این عناصر در زندگی بیشتر باشد افراد از زندگی سالم‌تری برخوردارند و در صلح و آرامش بیشتری با جامعه‌ی خود زندگی می‌کنند. هنگامی که نیازهای افراد و خواسته‌های انسانی آن‌ها از سوی اجتماع محترم شمرده شود، انسان‌ها دلیلی برای مخالفت یا عداوت با آن جامعه ندارند. با توجه به این که درک و دریافت هر کس از عناصری که در بالا ذکر شد به شدت به زمان و مکانی که در آن زندگی می‌کند وابسته است شاخص کیفیت زندگی نیز از جامعه‌ای به جامعه‌ی دیگر و از گروهی به گروه دیگر متفاوت است. یکی از گروه‌هایی که در جامعه‌ی ما نیازمند توجه ویژه است جانبازان و معلولان هستند.

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت (WHO) از ۱۹۶۷ تا ۱۹۸۱ ده درصد از جمعیت جهان دارای معلولیت بوده‌اند و این مسئله سبب آسیب‌های جسمی، اجتماعی، اقتصادی و روانی جدی، نه‌تنها برای شخص معلول و خانواده‌ی او بلکه برای جامعه نیز می‌شود (Finkenflugel, 2009). هیچ مدرکی دال بر کاهش این آمار در جهان وجود ندارد و بیش از

1. Quality of Life

۴۰ میلیون فرد دارای معلولیت در کشورهای جهان سوم نیازمند خدمات توانبخشی هستند (همان). از آنجا که در کشور ما مدت کوتاهی از جنگ تحمیلی می‌گذرد، شمار معلولان و جانبازان کشور ما بیش از حد رایج سایر کشورها است. اهمیت این گروه (جانبازان) را از دو حیث می‌توان مورد ملاحظه قرار داد: ۱. آنان حق ویژه‌ای در جامعه دارند و در نتیجه خدماتی که برای آنان در نظر گرفته می‌شود در برابر جانفشانی آنان در راه حفظ وطن ناچیز است؛ ۲. جانبازان گروه پرشماری هستند و لذا نمی‌توان به‌سادگی مسائل و مشکلات آنان را حل کرد. رفع و رجوع مسائل آنان نیازمند بودجه‌ی فراوان و برنامه‌ریزی دقیق است. از همین رو مسائل این عزیزان شایسته‌ی توجه و تحقیق ویژه است. بر اساس آمار بنیاد شهید کل استان کرمانشاه، «سه‌م استان کرمانشاه از جنگ تحمیلی 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 به‌عنوان گروهی با ویژگی‌های خاص، زندگی متفاوتی را از سایرین تجربه می‌کنند. آنان بنا به وضعیت خاص جسمانی و روانی ویژه‌ای که دارند در معرض آسیب‌ها و فشارهای مختلفی نیز قرار دارند. جانبازان توانایی برطرف کردن بسیاری از نیازهای خود را از دست داده‌اند و نمی‌توانند مانند سایر افراد در جامعه مشارکت داشته باشند. اکثر آن‌ها دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی و اختلالات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال بدنی، اختلال خواب، تحریک‌پذیری، حساسیت بین فردی و مشکلات خانوادگی هستند. آن‌ها به نسبت سایر افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. مشکلات روانی این عزیزان بیش از همه در تماس با خانواده بروز پیدا می‌کند. روابط متقابل بین جانباز و خانواده دچار اختلال می‌شود. حساسیت و تحریک‌پذیری موجب ناسازگاری زناشویی و اختلال در روابط خانوادگی شده و میزان حمایت‌های عاطفی خانواده از آن‌ها را کاهش می‌دهد که همین کاهش حمایت موجب افزایش حساسیت و تحریک بین فردی می‌شود.

در حالی که امنیت و ایمنی برای همه‌ی افراد جامعه در رفت و آمدهای شهری از سال ۲۰۰۱ به این‌سو به دو اولویت اساسی در فضای عمومی شهری تبدیل شده است (Nemeh and Schmidt, 2011) جانبازان حتی برای رفت و آمدهای عادی خود نیز با مشکل مواجه هستند، زیرا شهرهای ما برای رفت و آمد آنان مناسب‌سازی نشده است. همچنین آنان از یک سو مجبورند هزینه‌های درمانی بسیاری مانند هزینه‌ی خرید ویلچر، عصا، دارو و... بپردازند که بار مالی بسیاری به آنان و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند و از سوی دیگر

بسیاری از مکان‌های تفریحی، ورزشی و فرهنگی به گونه‌ای است که جانبازان توانایی مشارکت در آن را ندارند. کوهنوردی، شنای انواع ورزش‌ها که در باشگاه‌ها انجام می‌شود و ... از این دسته هستند. هزینه‌های بالای زندگی و محرومیت از بسیاری از مواهب الهی سبب می‌شود این گروه رضایت خاطر بسیار کمتری از سایر افراد جامعه از زندگی خود داشته باشند. اگر بر مجموع تمام مصائب این عزیزان درد و رنج روحی و جسمی ناشی از آسیب‌دیدگی را نیز بیفزاییم مسئله بسیار دردناک‌تر خواهد شد. خانواده‌ی جانبازان نیز از این مصائب آسیب‌های زیادی می‌بینند و بی‌شک کیفیت زندگی آنان نیز در سطحی پایین‌تر از سایر افراد جامعه خواهد بود. فشارها و مشکلات پرستاری از عضو جانباز خانواده و هزینه‌های بالای زندگی می‌تواند برای سایر اعضای خانواده از جمله فرزندان تبعات منفی زیادی در پی داشته باشد. حال که حفظ تمامیت ارضی کشور و امنیت آن مدیون از خود گذشتگی این جانبازان بوده است، برداشتن موانع بر سر راه زندگی آنان بدون شک از اولویت‌های ما باید باشد. برای تحقق این امر هم در ابتدا باید کیفیت زندگی آنان سنجیده شود و متناسب با آن اقدامات لازم را به عمل آورد. این مقاله به دنبال آن است تا نحوه‌ی خدمات‌رسانی به جانبازان در استان کرمانشاه را در حوزه‌های ورزشی، رفاهی، فرهنگی، فضای شهری، اوقات فراغت و خانواده و تأثیر آن‌ها را در کیفیت زندگی جانبازان بررسی کند. همچنین سعی می‌کند در حیطه‌های مورد بررسی پیشنهادهایی جهت بهبود کیفیت زندگی آن‌ها ارائه دهد. بدین روی مقاله‌ی حاضر سعی دارد به سؤالات زیر پاسخ دهد.

۱. نحوه‌ی خدمات‌رسانی به جانبازان چگونه است؟

۲. آیا خدمات‌رسانی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد؟

۳. راهکارهای مناسب برای ارتقاء زندگی جانبازان کدام است؟

۲. پیشینه‌ی تجربی

اکثر پژوهش‌هایی که به بحث خدمات‌رسانی به جانبازان پرداخته‌اند از نوعی تقلیل‌گرایی رنج می‌برند: تقلیل مسائل جانبازان به مسائل جسمی آنان. این در حالی است که از دید خود جانبازان مسائل جسمانی آنان تنها یک مسأله در کنار سایر مسائل آنان است که گاهاً جزو مسائل کم‌اهمیت است.

عبدالله‌زاده فرد و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «مناسب‌سازی پیاده‌راه‌ها و تجهیزات شهری برای جانبازان و معلولان» به مسئله‌ی خدمات‌رسانی شهری پرداخته‌اند. این

تحقیق کاربردی بوده و از روش تحلیل-توصیفی بهره گرفته است. نمونه‌ی این پژوهش ۳۷۹ نفر از جانبازان جسمی و حرکتی شهر شیراز بودند. برخی نتایج پژوهش آنان از این قرار است: عمده‌ترین مشکل جانبازان در فضای شهری وجود موانع در مسیر عابر پیاده، عدم برنامه‌ریزی در مناسب‌سازی خدمات و تجهیزات شهری است. میزان رضایت از سیستم حمل‌ونقل عمومی در حدود ۱۱ درصد، مبلمان شهری حدود ۳۰ درصد، مناسب‌سازی کف پیاده‌رو ۲۵ درصد، وجود سرویس بهداشتی مناسب ۲۲ درصد و رضایت‌مندی کلی ۲۲ درصد گزارش شده است. این محققان نتیجه می‌گیرند که مناسب‌سازی فضای شهری با نیازهای جانبازان همخوانی ندارد و از این حیث آنان را تحت فشار قرار خواهد داد.

در بحث خدمات‌رسانی ورزشی به جانبازان اگرچه بحث مرتبطی یافت نشد اما پژوهش‌های زیادی بر رابطه‌ی بین ورزش و افزایش سلامت روحی و جسمی جانبازان تأکید کرده‌اند. به‌طور مثال، ماندنی و همکاران (۱۳۹۴) «تأثیر برنامه‌ی ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه» را بررسی کرده‌اند. روش پژوهش آنان بدین‌گونه بوده که ۳۰ نفر از جانبازان بستری در یکی از بیمارستان‌های شهر اهواز را در یک برنامه ورزشی ۱۲ هفته‌ای بررسی کرده‌اند. آن‌ها نتیجه می‌گیرند که میزانی که تمرینات هوازی جانبازان افزایش می‌یابد، سطح کیفیت زندگی آنان هم به لحاظ جسمی و هم به لحاظ روحی افزایش می‌یابد. این پژوهش تأکید می‌کند که برای جانبازان مبتلا به اختلال استرس مشکلات جسمی و روحی جدا از یکدیگر نبوده و آنان در فعالیت‌هایی هوازی که به‌صورت گروهی انجام می‌شود بخشی زیادی از مصائب خود را درمان خواهند کرد. درمان‌های گروهی که بر مبنای تعاملات افراد آسیب‌دیده با دیگران باشد راه‌حلی است که این پژوهش عنوان کرده است. با این حال در این بخش شاهد ضعف اساسی در فضاهایی هستیم که برای جانبازان امکان تمرینات ورزشی هوازی را فراهم کند.

پرداز و رضاخانی (۱۳۹۶) نقش آموزش مهارت‌های ارتباطی را به همسران جانبازان و اثرات آن بر کیفیت روابط خانوادگی جانبازان و همسرانشان بررسی کرده‌اند. پژوهش آنان تحت عنوان «اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی و امیدواری همسران جانبازان» بر مسائل خانوادگی جانبازان متمرکز است. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر از همسران جانباز شهرستان روانسر که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند و بیش از ۱۰ سال از عضویت آنان در بنیاد شهید گذشته بود، انجام شد. این پژوهش با استفاده از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد

که آموزش مهارت‌های ارتباطی به ترتیب موجب ۳۲ درصد و ۶۳ درصد تغییر در مؤلفه‌های خودکارآمدی و همچنین ۵۹ درصد و ۴۹ درصد تغییر در مؤلفه‌های تفکر عاملی و تفکر راهبردی شد ($p < 0/001$). محققان نتیجه می‌گیرند که آموزش مهارت‌های ارتباطی به‌طور معناداری سبب می‌شود خودکارآمدی و امیدواری همسران جانبازان افزایش یابد.

اصغری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «اولویت‌بندی نیازهای جانبازان کمتر از ۲۵ درصد استان گیلان از دید خود و همسرانشان» دریافتند که نیازهای روان‌شناختی، آموزشی، اقتصادی، شغلی، جسمانی و پزشکی به ترتیب برای آنان در اولویت است. در این تحقیق از روش توصیفی-مقطعی استفاده شده است. نمونه‌ی آن متشکل از ۳۸۴ نفر از جانبازان زیر ۲۵ درصد استان گیلان و ۱۴۱ نفر از همسرانشان تشکیل شده است. محققان نتیجه می‌گیرند که برای گروه‌های مختلف جانبازان اولویت‌های متفاوتی وجود دارد. به‌طور مثال جانبازانی که توانایی کارکردن دارند، مایل‌اند مشغول به کار باشند و مخارج خود را تأمین کنند تا این‌که با کمک‌های مالی سازمان‌ها زندگی خود را اداره کنند.

بهادری و دیگران (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی کیفیت خدمات ارائه‌شده در شعبه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان از منظر جانبازان» به مطالعه‌ی توصیفی و تحلیلی کیفیت خدمات ارائه‌شده برای جانبازان به روش سروکوال پرداختند. نتایج نشان داد که انتظارات از کارکنان در همه‌ی ابعاد بالاتر از وضع موجود بوده و از میان مؤلفه‌های اثرگذار بر کیفیت زندگی که شامل محیط فیزیکی مراکز خدماتی، ظاهر شخص در محل کار و قابلیت اعتماد و اطمینان می‌باشد، بین انتظارات و ادراکات جانبازان در خصوص کیفیت خدمات از بعد قابلیت اعتماد و اطمینان تفاوت معناداری وجود دارد.

اجیک و پورت (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان «خدمات جهانی و افراد معلول» مسئله‌ی قانون‌گذاری و مقررات در بخش خدمات‌رسانی به این افراد را بررسی کرده‌اند. از نظر آنان پس از تصویب قانون ۲۵ می ۲۰۱۱ تغییری در خدمات‌رسانی به افراد دارای معلولیت رخ داده است. از نظر آنان انگیزه‌ی اساسی و محرک این قانون اصل برابری بوده است، به‌ویژه برابری در خدمات اجتماعی و ارتباطی. از آنجا که عبور و مرور در شهرهای بزرگ از چالش‌های جدی این افراد است، دسترسی به خدمات حمل‌ونقل از اهداف اصلی آن است. هدف این قانون این است که معلولان بتوانند مانند افراد عادی جامعه از تمامی خدمات استفاده کنند. در نهایت آنان نتیجه می‌گیرند جذابیت خدمات برای این گروه باید بیش از

سایر گروه‌های اجتماعی باشد. اصل دسترس‌پذیری موضوعی است که در ارائه خدمات به معلولان باید در اولویت قرار بگیرد.

کیس و دیگران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «توانمندسازی از خلال مراقبت: استفاده از گفتگو بین مدل ناتوانی اجتماعی و روشی از مراقبت برای بازترسیم مرزهای استقلال و مشارکت بین افراد معلول و خدمات» به مسأله‌ی نوع خدمات ارائه‌شده به بیماران و افزایش اثرگذاری آن می‌پردازد. این پژوهش بیشتر بر بعد روانی خدمات تأکید دارد و معتقد است رابطه‌ی بیمار با مراکز درمانی و درمانگران باید به‌صورت گفتگویی باشد. این تحقیق در نهایت به این نتیجه می‌رسد که افراد دارای معلولیت در فرایند توانمندسازی خود در استفاده از خدمات باید به‌صورت فعال مشارکت داشته باشند. معلولان همواره به‌عنوان انسان‌های ناتوان در نظر گرفته شده‌اند، درحالی‌که مسأله‌ی خدمات‌رسانی به آنان، مسأله‌ی رساندن کمک از یک منبع توانا به یک انسان ناتوان نبوده و فرایند توانمندسازی آنان مسیری یک‌طرفه نیست. در پایان این ایده مطرح می‌شود که برای حصول به خدمات‌رسانی مؤثر به معلولان باید مرزهای وابستگی را از نو تعریف کرد. در واقع اگر فرد آسیب‌دیده در درمان خود نقشی فعال به عهده بگیرد آنگاه می‌توان به اثربخشی خدمات نیز امیدوار بود زیرا مشارکت طرف خدمت‌گیرنده (گفتگوی بین بیمار و درمانگر) خود بخش مهمی از درمان است.

پژوهش دیگری با عنوان کیفیت زندگی در آسیا (Inoguchi, Fujii, 2013) کیفیت زندگی را در بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸ در بیش از ۲۰ کشور آسیایی با یکدیگر مقایسه کرده است. داده‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش حیطه‌های متفاوتی از جمله کیفیت زندگی را در برمی‌گیرد. این پژوهش نتیجه می‌گیرد که در میان ۲۰ کشور آسیایی، کیفیت زندگی تاجیکستان در پایین‌ترین حد است. مالدیو و مالزی جزو بهترین‌ها هستند. در این میان کیفیت زندگی برای گروه‌های مختلف نشان می‌دهد افراد معلول در افغانستان در بدترین وضع ممکن قرار دارند. این پژوهش بر پایه‌ی این فرض که کشورهای آسیایی بر پایه‌ی تکرر بی‌پایان قومی قرار دارند، پیشنهاد می‌کند که پیروی از یک الگوی کلی برای این جوامع امری مضر خواهد بود. در خدمات‌رسانی جهت افزایش کیفیت زندگی باید تکثرهای قومی و زبانی در نظر گرفته شود؛ زیرا اقوام هرکدام درک و دریافت خاصی از زندگی دارند و در نتیجه مطالبات آنان نیز متفاوت خواهد بود. محققان پیشنهاد می‌کنند که بعد ذهنی خدمت‌رسانی الزاماً به‌اندازه‌ی بعد مادی (فیزیکی) آن دارای اهمیت است.

مطالعات انجام‌شده در ایران بیشتر محدود به حیطة بهداشت و درمان هستند. این در حالی است خدمات‌رسانی در عرصه‌های مختلفی نظیر خدمات و فضاهاى شهری، آموزش، مسکن، خانواده و سازمان‌های دیگر اتفاق می‌افتد اما کمتر به موارد اخیر پرداخته شده است. پژوهش حاضر سعی دارد با گسترش حیطة خدمات‌رسانی به عرصه‌های مختلف جوانب بیشتری از این موضوع را روشن سازد. همچنین پژوهش حاضر جمعیت جانبازان را در شهر کرمانشاه مورد مطالعه قرار داده است. این موضوع از دو جنبه دارای اهمیت است: ۱. کرمانشاه یکی از شهرهایی بود که در جنگ هشت‌ساله بیشترین آسیب را دیده است. از این حیث تعداد جانبازان این شهر به مراتب بیشتر از شهرهایی است که دور از جنگ قرار داشتند؛ ۲. تاکنون مطالعه‌ای جامع درباره‌ی وضعیت جانبازان در کرمانشاه انجام نشده است. با توجه به شمار زیاد جانبازان عزیز در این استان، خودبه‌خود دلیل دوم اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و فقدان چنین مطالعاتی در این زمینه بیشتر احساس می‌شود.

۳. مبانی نظری

درحالی‌که واژه‌ی کیفیت به درجه‌ی کیفیت یک چیز دلالت دارد، انسان‌های متفاوت ممکن است بخش‌های متفاوتی از زندگی را با ارزش بدانند، بنابراین کیفیت زندگی یعنی چیزهای مختلف برای مردمان متفاوت (Bowling, 2003). به همین دلیل اندازه‌گیری این متغیر دشواری‌های خاص خود را دارد و نیازمند شیوه‌های متعددی است. به‌طور مثال، از مدل‌های بر پایه‌ی نیاز و رضایتمندی به‌طور وسیعی در ارزیابی خدمات سلامت روان، مدل رضایت زندگی، بهروزی اجتماعی و... و مدل‌های روانشناختی که بر رشد فردی، کنترل بر زندگی، توانایی شناختی و تطبیق‌پذیری تأکید می‌کنند استفاده می‌شود (همان). کیفیت زندگی همراه و مترادف با واژه‌های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایت‌بخش، رفاه اجتماعی، شرایط بهتر زندگی، شرایط مطلوب زندگی و مانند این‌ها به‌کار رفته است (ربانی خوراسگانی و کیان‌پور، ۱۳۸۰: ۵). کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به‌طور شخصی یا گروهی درک می‌شود، مانند سلامتی، ازدواج، کار و موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی، خلاقیت، احساس مالکیت و همکاری با دیگران. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی یعنی درک افراد از جایگاهشان در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی،

وضعیت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی است (کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳).

ابعاد مفهومی کیفیت زندگی: کیفیت زندگی را با شاخص‌های متعددی می‌توان سنجید. به‌طور مثال، در بعد کلان این مفهوم با چنین شاخص‌هایی اندازه‌گیری می‌شود: (۱) دموکراسی؛ (۲) سلامت؛ (۳) اقتصاد/وضعیت استخدام افراد؛ (۴) دولت، (۵) جامعه؛ (۶) بهزیستی فردی؛ (۷) شرایط و برنامه‌های اجتماعی؛ (۸) آموزش و یادگیری و (۹) محیط‌زیست. هرکدام از این شاخص‌ها درون‌مایه‌های مختلفی دارد. در اینجا تنها به متغیرهای مهم اشاره می‌شود. به‌طور مثال شاخص دموکراسی با متغیرهایی مانند: ۱. مشارکت اجتماعی و ۲. مدارا با تفاوت‌ها؛ شاخص سلامت با: ۱. دسترسی به سیستم سلامت و ۲. سبک زندگی؛ شاخص آموزش با: ۱. دسترسی به آموزش عالی و ۲. آموزش طولانی‌مدت؛ شاخص محیط‌زیست با: ۱. کیفیت هوا و ۲. کیفیت آب؛ شاخص شرایط و برنامه‌های اجتماعی با: ۱. حداقل دستمزد و ۲. کفایت توان درآمدی در برآوردن نیازهای اساسی؛ شاخص جامعه با: ۱. رضایت از سیستم قضایی، زندان‌ها و نظام بخشودگی، پلیس و ۲. احساس ایمنی شخصی و تغییر نرخ جرائم؛ در شاخص بهزیستی فردی: ۱. استرس زمان شخصی یا کنترل بر زمان و ۲. درجه تعاملات اجتماعی، درجه ارتباطات صمیمی و انزوای اجتماعی؛ در شاخص اقتصاد و وضعیت استخدام: ۱. نرخ مشارکت نیروی کار و بیکاری و ۲. امنیت شغلی، شرایط کاری و رضایت شغلی؛ در شاخص دولت نیز متغیرهایی مانند: ۱. سطح اعتماد عمومی و ۲. نظارت/مراقبت از ارزش‌های عمومی و بنیادها. (Michalski, 2002). 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 تأکید دارند؛ اما گوگنموس و همکارانش دسته‌بندی سه‌گانه‌ی 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 برمی‌گیرد. بعضی از رده‌های این بُعد عبارتند از: تصویر از خود، احساسات مثبت، احساسات منفی، اعتقادات مذهبی، فکرکردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس.

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

عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی: فرانس چهار عامل اصلی که بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار هستند را بدین صورت تعریف می‌کند: وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی (آقاملابی، ۱۳۸۴: ۷۳).

وضعیت خانوادگی شامل: ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان و شادی‌های خانوادگی. وضعیت و عملکرد جسمانی شامل: میزان تحرک و فعالیت، علائم جسمی، فعالیت جنسی، عوارض ناشی از داروها و توانایی در قبال مسئولیت‌ها و شرکت در فعالیت‌های تفریحی. وضعیت روحی و روانی شامل: رضایت از زندگی، خلق (نحوه‌ی برخورد)، اضطراب و تنش، اعتماد به نفس، دستیابی به اهداف موردنظر، جنبه‌های روحی - مذهبی، افسردگی، سازگاری، شور و شوق زندگی و احساس امنیت.

وضعیت اقتصادی و اجتماعی شامل: استحکام - کار (اجتماعی)، تعلیم و تربیت (تحصیلی)، وضعیت مالی - درآمد، دوست‌یابی در زندگی و رضایت از شهر و ملیت خود.

همان‌طور که گفته شد یکی از مهم‌ترین جنبه‌های کیفیت زندگی بحث خدمات‌رسانی است. «شواهد فراوانی وجود دارد مبنی بر اینکه سیستم خدماتی که خوب طراحی و توسعه یافته نماینده‌ی کیفیت زندگی در جامعه است» (میرغفوری، ۱۳۹۱). اهمیت خدمات‌رسانی به ویژه برای گروه‌های خاص مانند سالمندان و معلولان دارای اهمیت است زیرا این گروه‌ها توانایی انجام بسیاری از امور عادی نظیر بالارفتن از پله، عبور از خیابان، استفاده از مترو و مکان‌های تفریحی را ندارند. به همین خاطر برای این گروه‌ها خدمات ویژه‌ای نظیر پله‌برقی، رمپ، وسایل مخصوص حمل و نقل و حتی مکان‌های تفریحی ویژه لازم است. متأسفانه در کشور ما خدمات‌رسانی به گروه‌های خاص چندان مورد توجه نبوده است. سامانه‌ی مدیریتی شهرهای امروز در ایران از کمترین حد تناسب با نیازهای شهروندان گوناگون برخوردار است. «نیازهای وسیع شهروندان در همه‌ی زمینه‌ها از یکسو و سیاست‌های متفاوت و گاه متضاد دستگاه خدمت‌رسان شهری برای پاسخگویی به این نیازها از سوی دیگر، فضای را فراهم کرده که به دلیل ناهماهنگی دستگاه‌ها و چرخه‌ی معیوب اداره‌ی شهر، اثربخشی سیاست‌ها را به حداقل ممکن کاهش داده است» (علیخان گرگانی، ۱۳۹۲). البته نباید از این نکته غافل ماند که مفهوم کیفیت زندگی به این معنا نیست که در زندگی فرد هیچ‌گونه درد و رنجی وجود نداشته باشد، بلکه مسأله این است که افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می‌کنند.

۴. روش پژوهش

روش بررسی این مطالعه پیمایشی است.

۴-۱. فرضیه‌های پژوهش

- ۱- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی ورزشی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی فرهنگی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی رفاهی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی در خانواده بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی در حوزه فراغت بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.
- ۶- به نظر می‌رسد نحوه‌ی خدمات‌رسانی در فضای شهری بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.

۴-۲. عملیاتی‌کردن و روایی و پایایی مفاهیم

خدمات‌رسانی در خانواده: این مفهوم از طریق طیف ۱۱ قسمتی عملیاتی شد. جهت سنجش آن از مقیاس ۵ قسمتی خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱) استفاده شد؛ بنابراین بالاترین نمره برای هر پاسخگو ۵۵ و کم‌ترین نمره برای هر پاسخگو ۱۱ می‌باشد. از آن‌جا که مجموعه سؤال‌های فوق روابط درونی دارند، نیازمند سنجش روایی^۱ و پایایی^۲ هستند.

جدول ۱: اعتبار و روایی خدمات‌رسانی در خانواده

آلفای کرونباخ	گویه‌ها	
۰/۸۵	همسرم به جانباز بودن من افتخار می‌کند. در خانه احساس خوشایندی دارم. وضعیت جسمی و روانی‌ام باعث سلب آسایش خانواده شده است. در محافل عمومی فرزندانم با افتخار در کنار من هستند. احساس سربار بودن می‌کنم. در انجام کارهای روزانه‌ام ناتوانم. خانواده‌ام در انجام کارهای شغلی به من کمک می‌کنند. تعامل خانواده با من کاملاً مثبتی بر احترام است. طراحی داخلی خانه ما برای زندگی یک جانباز مناسب است. درب ورودی و حیاط خانه متناسب با شرایط جسمی یک جانباز است.	خدمات‌رسانی در خانواده
	KMO= ۰/۷۵	۰/۰۰۰ = آزمون بارتلت

1. reliability
2. validity

جهت ارزیابی آن‌ها از آماره‌ی *آلفای کرونباخ* و *تحلیل عاملی* استفاده کردیم که نتایج آن به شرح زیر است. مقدار آلفای کرونباخ $0/85$ بیشتر از $0/60$ است و این بدان معناست که مقیاس موردنظر ما از روایی بالایی برخوردار است. مقدار KMO و سطح معناداری آزمون بارتلت نشان می‌دهند گویه‌ها با هم سازگاری درونی دارند. به بیان دیگر طیف ما دارای اعتبار سازه است.

کیفیت زندگی: این مفهوم خود شامل سه بعد جسمی، روحی و اجتماعی است. آلفای کرونباخ برای تمام ابعاد بالاتر از میزان نرمال $0/60$ بود. بر اساس داده‌های حاصل از تحلیل عاملی سازگاری درونی بین تمام گویه‌ها وجود داشت. برای سنجش این مقیاس از طیف ۵ قسمتی خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱) استفاده کردیم. بالاترین نمره برای هر پاسخگو ۱۹۰ و کم‌ترین نمره ۳۸ می‌باشد.

جدول ۲: اعتبار و روایی کیفیت زندگی و ابعاد آن

ردیف	تعداد گویه‌ها	آلفای کرونباخ
جسمی	۱- میزان خواب در شبانه‌روز؛ ۲- آرامش و راحتی در خواب؛ ۳- مصرف غذا در شبانه‌روز؛ ۴- چرت زدن و احساس خواب‌آلودگی در طول روز؛ ۵- احساس ضعف و خستگی در طول روز؛ ۶- میل و رغبت در غذا خوردن؛ ۷- توانایی مسافرت رفتن.	$0/796$
	$0/1000 =$ آزمون بارتلت $KMO=0/744$	
روانی	۱- رضایت از زندگی؛ ۲- امیدواری به اهداف و آرزوهای خود در آینده؛ ۳- توجه به ظاهر؛ ۴- به لحاظ ظاهری خود را عیناً مثل دوستانتان دانستن؛ ۵- رضایت از وضعیت ظاهری؛ ۶- اوقاتی که صرف عبادت و راز و نیاز با خدا می‌شود؛ ۷- نگرانی درباره‌ی وضعیت آینده؛ ۸- قدرت تصمیم‌گیری به تنهایی و حل مشکلات؛ ۹- مفید و مؤثر بودن به حال دیگران؛ ۱۰- علاقه به ارتباط با دیگران؛ ۱۱- عصبی بودن؛ ۱۲- احساس تنهایی و غمگین بودن؛ ۱۳- فراموشی و اشکال در تمرکز؛ ۱۴- میزان استفاده از داروهای آرام‌بخش؛ ۱۵- عدم خوشحالی و شادابی؛ ۱۶- میزان نشاط و سرحال بودن.	$0/828$
	$0/1000 =$ آزمون بارتلت $KMO=0/90$	
اجتماعی	۱- تا چه حد خانواده نیازهای روحی و عاطفی شما را تأمین می‌کند؟ ۲- اعضای خانواده در امور خانه تا چه حد با شما همکاری می‌کنند؟ ۳- اعضای خانواده‌ی شما تا چه حد شاداب و بانشاط هستند؟ ۴- تا چه حد با اعضای خانواده و فرزندانان صمیمی هستید؟ ۵- تا چه حد با خواهر و برادر و خویشاوندان نزدیک صمیمی هستید؟ ۶- تا چه حد با بستگان و فامیل در رفت و آمد هستید؟ ۷- چقدر با دوستان خود رفت و آمد دارید؟ ۸- در زندگی تا چه حد تفریحاتی مثل موسیقی، نقاشی و سایر هنرها را دارید؟ ۹- تا چه حد در زندگی به فعالیت‌هایی مثل ورزش، گردش و فعالیت‌های اجتماعی می‌پردازید؟ ۱۰- تا چه حد از صحبت کردن در میان دوستان، فامیل و اجتماع خجالت می‌کشید؟ ۱۱- در اجتماع و فامیل تا چه حد مورد علاقه و احترام دیگران هستید؟ ۱۲- تا چه حد از حمایت‌های اجتماعی برخوردار هستید؟ ۱۳- از زندگی خانوادگی خود تا چه حد رضایت دارید؟ ۱۴- تا چه حد درآمد ماهیانه کفاف زندگی شما را می‌دهد؟ ۱۵- فقدان یا از کارافتادگی همسر به چه میزان بر وضعیت خانوادگی شما تأثیر گذاشته است؟	$0/90$
	$0/1000 =$ آزمون بارتلت $KMO=0/90$	

جامعه‌ی آماری پژوهش: کلیه‌ی جانبازان بالای ۲۵ درصد استان کرمانشاه جامعه‌ی آماری محسوب می‌شوند. تعداد این افراد ۹۲۰۸ نفر است. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۶۸ نفر انتخاب شد. شیوه‌ی نمونه‌گیری سیستماتیک است.

۵. یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: ۹۰/۸ درصد مرد و ۹/۲ درصد زن هستند. جانبازان زنان در همه‌ی 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. انحراف استاندارد ۸/۷ است و نشان می‌دهد که پراکنش زیادی در متغیر سن وجود ندارد. از میان پاسخگویان فقط ۲۳ نفر فرزند ندارند؛ که از این میان ۱۳ 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.

خدمات ورزشی: در مرکز استان کرمانشاه یک سالن چندمنظوره برای فعالیت‌های ورزشی جانبازان وجود دارد که امکانات آن مناسب است؛ اما این سالن برای استان یا حتی شهر کرمانشاه کافی نیست. در مورد برنامه‌های ورزشی وضعیت مناسبی وجود ندارد. داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد که تعداد ۶/۷ درصد پاسخگویان از مسابقات و تمرینات ورزشی استفاده می‌کنند و میزان رضایت آن‌ها از این برنامه‌ها متوسط است.

جدول ۳: درصد پاسخگویان بر حسب برنامه‌های ورزشی

ردیف	استفاده از برنامه‌ی ورزشی		میزان رضایت از برنامه‌ی ورزشی			
	بلی	خیر	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم
۱	۶/۷	۹۳/۳	۴	۸	۵۲	۱۲
۲	۴	۹۶	۶/۷	۰	۴۶/۷	۴۰

برای ۴ درصد پاسخگویان لوازم ورزشی تهیه شده است و رضایت آن‌ها نیز متوسط است. خدمات فرهنگی: داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد که پاسخگویان بیشتر از خدماتی نظیر ملاقات و عیادت مسئولین، شرکت در مراسم هفته‌ی جانباز و سفر به مراکز تفریحی و زیارتی استفاده کرده‌اند. میزان رضایت پاسخگویان در سفر به مراکز زیارتی و تفریحی بیشتر از دو مورد دیگر است.

جدول ۴: درصد پاسخگویان بر حسب برنامه‌های فرهنگی

ردیف	استفاده از برنامه‌های فرهنگی							میزان رضایت از برنامه‌های فرهنگی			
	متغیر	زیاد	کم	زیاد	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم		
۱	جوایز و هدایای فرهنگی	۷/۲	۹۲/۸	۳/۷	۰	۵۵/۶	۱۴/۸	۲۵/۹			
۲	سفر به مراکز تفریحی و زیارتی	۱۷/۷	۸۲/۳	۱/۵	۰	۷۲/۷	۱۵/۲	۱۰/۶			
۳	ملاقات و عیادت مسؤولین	۵۲/۵	۴۷/۵	۰	۲	۵۷/۶	۲۱/۳	۱۸/۸			
۴	خدمات مشاوره‌ای و مددکاری	۹/۹	۹۰/۱	۰	۵/۴	۶۷/۶	۱۰/۸	۱۶/۲			
۵	نشریه‌ی طب جانباز	۲/۹	۹۷/۱	۰	۹/۱	۱۸/۲	۹/۱	۶۳/۶			
۶	شرکت در مراسم هفته‌ی جانباز	۱۹	۸۱	۱/۴	۹/۹	۵۲/۱	۱۶/۹	۱۹/۷			

کمترین خدمات به چاپ و نشر مجله‌های مرتبط با زندگی جانبازان مربوط است. خدمات رفاهی: پاسخگویان ودیعه‌ی مسکن، معافیت از خدمت سربازی، تسهیلات خودرو، وام مسکن، واگذاری مسکن، کمک‌هزینه‌ی ازدواج، وام قرض‌الحسنه به جانباز و واگذاری زمین مسکونی را بیشتر از دیگر موارد دریافت کرده‌اند.

جدول ۵: درصد پاسخگویان بر حسب خدمات رفاهی

ردیف	آیا از این موارد استفاده کرده‌اید؟							اگر جواب شما مثبت است تا چه میزان از این خدمات رضایت دارید؟			
	بلی	خیر	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم				
۱	۱۴/۶	۸۵/۴	۱/۸	۱۶/۴	۶۹/۱	۵/۵	۷/۳	واگذاری مسکن (سازمانی، مصادره‌ای و پروژه‌ای)			
۲	۱۲/۹	۸۷/۱	-	۷/۸	۸۴/۳	۳/۹	۳/۹	واگذاری زمین مسکونی			
۳	۵/۱	۹۴/۹	۴/۸	۲۳/۸	۳۸/۱	۱۹	۱۴/۳	کمک‌هزینه‌ی مسکن (تکمیل، تعمیر، احداث) در قالب بلاعوض			
۴	۵۶/۶	۳۴/۴	۰/۹	۱۵/۱	۷۱/۲	۷/۵	۵/۲	ودیعه‌ی مسکن			
۵	۵/۷	۹۴/۳	-	۸/۷	۵۶/۵	۸/۷	۲۶/۱	وام قرض‌الحسنه‌ی شاهد جهت امور مسکن			
۶	۱۹/۲	۸۰/۸	-	۱۱	۶۹/۹	۸/۲	۱۱	وام مسکن (تبصره‌ای)			
۷	۱۲/۳	۸۷/۷	۲/۲	۸/۷	۸۰/۴	۲/۲	۶/۵	وام قرض‌الحسنه به جانباز			
۸	۱۳/۴	۸۶/۶	-	۶	۸۴	۲	۸	کمک‌هزینه‌ی ازدواج			
۹	۱/۳	۹۸/۷	-	-	-	۴۰	۶۰	کمک‌هزینه‌ی فوت			
۱۰	۱/۳	۹۸/۷	-	-	۲۳/۳	۱۶/۷	۵۰	معافیت مالکیت و عوارض مسکن			
۱۱	۲۱/۷	۷۸/۳	-	۱۹/۸	۷۴/۴	۱/۲	۴/۹	تسهیلات خودرو			
۱۲	۵۰/۱	۴۹/۹	۷/۴	۲۳/۲	۶۷/۴	۱/۱	۱/۱	معافیت از خدمت سربازی			

مواردی نیز وجود دارد که خیلی مورد استفاده قرار نگرفته است. کمک‌هزینه‌ی فوت، معافیت مالکیت و عوارض مسکن، وام قرض‌الحسنه‌ی شاهد جهت امور مسکن و کمک‌هزینه‌ی مسکن از جمله این موارد هستند.

خدمات‌رسانی خانواده: داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد که ۸ درصد پاسخگویان خدمات خیلی اندکی، ۵ درصد اندک و ۵۲/۸ درصد خدمات متوسطی دریافت می‌کنند.

جدول ۶: تعداد و درصد پاسخگویان بر حسب خدمات خانواده

درصد معتبر	تعداد	
۰/۰۸	۳	خیلی کم
۰/۰۵	۱۸	کم
۵۲/۸	۱۸۹	متوسط
۳۶/۹	۱۳۲	زیاد
۴/۵	۱۶	خیلی زیاد
۱۰۰	۳۵۸	کل

اما ۶۳/۹ درصد خدمات زیاد و ۴/۵ درصد خدمات خیلی زیادی دریافت می‌کنند. گذران فراغت: داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد که از میان موارد گذران اوقات فراغت، جانبازان بیشتر گوش دادن به برنامه‌های دینی رادیو و تلویزیون، شرکت در مراسم مذهبی، تماشای برنامه‌های تلویزیون و گوش دادن به موسیقی سنتی را مدنظر قرار می‌دهند.

جدول ۷: درصد پاسخگویان بر حسب گذران فراغت

ردیف	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	۱۲	۱۱/۲	۳۵/۴	۱۳/۶	۲۷/۸
۲	۷/۱	۱۴/۱	۳۹/۱	۱۳	۲۶/۶
۳	۶/۸	۱۰/۱	۲۷	۲۵/۳	۳/۸
۴	۱۰/۹	۱۴/۹	۳۴	۱۴/۱	۲۶/۱
۵	۱/۴	۹/۵	۳۲/۴	۱۹/۹	۲۶/۸
۶	۳	۵	۷/۹	۱۱/۱	۸۰/۲
۷	۲/۲	۵/۲	۱۵/۳	۲۳/۲	۵۴/۲
۸	۲/۷	۲/۶	۱۹/۸	۱۸/۲	۵۳
۹	۲/۷	۹/۸	۱۶/۱	۹/۸	۶۱/۶
۱۰	۳/۳	۱/۹	۶/۸	۱۰/۱	۷۸

جانبازان مواردی نظیر رفتن به پارک، رفتن به سینما، مطالعه کردن، روزنامه خواندن، شبکه‌های ماهواره‌ای و شبکه‌های اجتماعی را کمتر مد نظر دارند.

فضای شهری: داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد که ۹/۶ درصد پاسخگویان پیاده‌روها را مناسب و ۱۳/۶ درصد متوسط و ۸۴ درصد نامناسب دانسته‌اند. ۱/۹ درصد، خیابان‌ها را مناسب، ۱۵/۴ درصد متوسط و ۸۲/۷ درصد نامناسب می‌دانند. ۸ درصد، اتوبوس و ناوگان شهری را مناسب، ۱۰ درصد متوسط و ۸۲ درصد نامناسب می‌دانند. بالغ بر ۹۷ درصد، کوچه‌ها را متوسط و نامناسب می‌دانند. ۷/۴ درصد، ساختمان‌های دولتی را مناسب، ۱۴/۷ درصد متوسط و ۷۷ درصد نامناسب می‌دانند.

جدول ۸: درصد پاسخگویان بر حسب رضایت از فضاهای شهری

ردیف	بسیار مناسب	متوسط	نامناسب	بسیار نامناسب	نوع فضای شهری
۱	۸	۱۳/۶	۶۰/۴	۲۳/۶	پیاده‌روها
۲	۰	۱۵/۴	۵۹/۵	۲۳/۲	خیابان‌ها
۳	۳	۱۰	۶۵/۱	۲۴/۱	اتوبوس و ناوگان شهری
۴	۰	۱۴/۶	۵۸/۱	۲۵/۱	کوچه‌های محل زندگی
۵	۵	۱۴/۷	۶۰/۹	۲۱/۵	ساختمان‌های دولتی
۶	۰	۱۱/۴	۶۳/۲	۲۱/۹	مدارس و دانشگاه‌ها
۷	۸	۱۵/۷	۵۸/۶	۲۳/۵	خودروهای شخصی موجود در کشور
۸	۸	۲۰/۸	۵۲/۴	۲/۴	پارک‌ها
۹	۵	۹/۲	۶۴/۸	۲۳/۸	مراکز خرید و پاساژها

۳/۵ درصد، مدارس و دانشگاه‌ها را مناسب، ۱۱/۴ درصد متوسط و ۸۵ درصد نامناسب می‌دانند. ۹/۶ درصد، خودروهای شخصی را مناسب و بالغ بر ۹۰/۴ درصد متوسط و نامناسب دانسته‌اند. ۱۲/۶ درصد، پارک‌ها را مناسب، ۲۰/۸ درصد متوسط و ۶۶ درصد نامناسب دانسته‌اند. ۶/۶ درصد، پاساژها و مراکز خرید را مناسب، ۹/۲ درصد متوسط و ۸۸/۶ درصد نامناسب دانسته‌اند.

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

جدول ۹: تعداد و درصد پاسخگویان بر حسب کیفیت زندگی

فراوانی نسبی	تعداد	
۵۵/۳	۱۹۸	کم
۴۴/۷	۱۶۰	زیاد
۱۰۰	۳۵۸	کل

۵-۱. تحلیل دومتغیره

در این بخش فرضیه‌های تحقیق به ترتیب ارزیابی می‌شوند.

فرضیه‌ی اول: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی ورزشی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/002 =$ سطح معناداری؛ $0/16 =$ شدت همبستگی؛ $358 =$ تعداد)

سطح معناداری $0/002$ نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۵ درصد فرضیه‌ی بالا معنادار است. شدت همبستگی $0/16$ بیانگر رابطه‌ی ضعیفی بین دو متغیر است. جهت رابطه مستقیم و مثبت است؛ یعنی با بالا رفتن خدمات‌رسانی ورزشی کیفیت زندگی جانبازان بیشتر می‌شود. فرضیه‌ی بالا تأیید می‌گردد.

فرضیه‌ی دوم: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی فرهنگی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/02 =$ سطح معناداری؛ $0/118 =$ شدت همبستگی؛ $358 =$ تعداد).

سطح معناداری $0/02$ نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۵ درصد فرضیه‌ی بالا معنادار است. شدت همبستگی $0/595$ بیانگر رابطه‌ی ضعیفی بین دو متغیر است. جهت رابطه مستقیم و مثبت است؛ یعنی با بالا رفتن خدمات‌رسانی در خانواده کیفیت زندگی جانبازان بیشتر می‌شود. فرضیه‌ی بالا تأیید می‌گردد.

فرضیه‌ی سوم: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی رفاهی بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/224 =$ سطح معناداری؛ $0/06 =$ شدت همبستگی؛ $344 =$ تعداد).

سطح معناداری $0/224$ نشان می‌دهد که فرضیه‌ی بالا معنادار نیست.

فرضیه چهارم: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی در خانواده بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/000 =$ سطح معناداری؛ $0/595 =$ شدت همبستگی؛ $344 =$ تعداد).

سطح معناداری $0/000$ نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۹ درصد فرضیه‌ی بالا معنادار است. شدت همبستگی $0/595$ بیانگر رابطه‌ی محکمی بین دو متغیر است. جهت رابطه مستقیم و مثبت است؛ یعنی با بالا رفتن خدمات‌رسانی در خانواده کیفیت زندگی جانبازان بیشتر می‌شود. فرضیه‌ی بالا تأیید می‌گردد.

فرضیه‌ی پنجم: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی در حوزه‌ی اوقات فراغت بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/000 =$ سطح معناداری؛ $0/54 =$ شدت همبستگی؛ $352 =$ تعداد).

سطح معناداری $0/000$ نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۹ درصد فرضیه‌ی بالا معنادار است. شدت همبستگی $0/54$ بیانگر رابطه‌ی متوسط رو به بالا بین دو متغیر است. جهت رابطه مستقیم و مثبت است؛ یعنی با بالا رفتن خدمات‌رسانی در حوزه‌ی فراغت کیفیت زندگی جانبازان بیشتر می‌شود. فرضیه‌ی بالا تأیید می‌گردد.

فرضیه‌ی ششم: «به نظر می‌رسد خدمات‌رسانی در فضای شهری بر کیفیت زندگی جانبازان تأثیر دارد.»

برای ارزیابی فرضیه‌ی بالا بر اساس سطوح سنجش (فاصله‌ای - فاصله‌ای) از آزمون و آماره‌ی R پیرسون استفاده کردیم که نتایج آن عبارتند از: $0/000 =$ سطح معناداری؛ $0/224 =$ شدت همبستگی؛ $352 =$ تعداد).

سطح معناداری ۰/۰۰۰ نشان می‌دهد که به احتمال بیش از ۹۹ درصد فرضیه‌ی بالا معنادار است. شدت همبستگی ۰/۲۲۴ بیانگر رابطه‌ی متوسط رو به پایین بین دو متغیر است. جهت رابطه مستقیم و مثبت است؛ یعنی با مناسب‌سازی بیشتر فضای شهری کیفیت زندگی جانبازان بیشتر می‌شود. فرضیه بالا تأیید می‌گردد.

نکته‌ی قابل توجه اینکه مناسب‌سازی فضای شهری برای همه‌ی جانبازان یکسان نیست. جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان و آن‌هایی که مشکل حرکتی ندارند کمتر به این مقوله حساسیت دارند؛ بنابراین نوع جانبازی (حرکتی و غیر حرکتی) در این فرضیه بسیار تأثیرگذار است؛ بنابراین این فرضیه را در میان دو گروه از جانبازان با هم مقایسه کردیم که نتایج آن عبارتند از:

جانباز غیر حرکتی: ۰/۱۳۳ = سطح معناداری؛ ۰/۱۰۳ = شدت همبستگی؛ ۲۱۴ = تعداد

جانباز حرکتی: ۰/۰۰۰ = سطح معناداری؛ ۰/۴۵۳ = شدت همبستگی؛ ۱۳۸ = تعداد

با توجه به سطح معناداری ۰/۱۳۳ برای جانبازان غیر حرکتی این فرضیه معنادار نیست؛ اما سطح معناداری ۰/۰۰۰ این فرضیه در میان جانبازان حرکتی نشان می‌دهد که فرضیه معنادار است. شدت همبستگی ۰/۴۵۳ حاکی از رابطه‌ی متوسط بین دو متغیر است. جهت فرضیه مثبت است؛ یعنی هر چه خدمات‌رسانی در مناسب‌سازی فضای شهری بالا باشد، کیفیت زندگی بالاتر است.

۵-۲. تحلیل چندمتغیره

رگرسیون چند متغیره روشی آماری است که برای تحلیل تأثیر جمعی و فردی دو یا چند متغیر مستقل بر روی تغییرات متغیر وابسته به کار می‌رود، به عبارتی دیگر تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای مطالعه‌ی تأثیرات چند متغیر مستقل در متغیر وابسته کاملاً مناسب است (کرلینجر، ۱۳۷۶: ۱۰-۱۲). متغیر وابسته در این تحقیق کیفیت زندگی است.

جدول ۱۰: عناصر اصلی تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش Enter برای کیفیت زندگی

متغیر مستقل	B ضریب	اشتباه استاندارد SE	Beta	F	سطح معناداری sigF	مقدار افزوده شده R^2 به	R^2	R
خدمات‌رسانی در خانواده	۱/۵۴	۰/۱۶	۰/۴۳	۵۳/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۴۳۸	۰/۴۴۶	۰/۶۶۸
اوقات فراغت	۰/۸۹۷	۰/۱۲	۰/۳۴					
مناسب‌سازی فضای شهری	۰/۱۶۳	۰/۱۶	۰/۰۴					
خدمات‌رسانی فرهنگی	۰/۲۱۷	۰/۸۵	۰/۰۱					
خدمات‌رسانی ورزشی	۱/۹۲	۲/۷۴	۰/۰۳					

مقدار $R=0/668$ نشان می‌دهد که میزان وابستگی متغیر وابسته به متغیرهای مستقل در حد بالایی است. ضریب تعیین R^2 رابر با $0/446$ است. این عدد نشان می‌دهد که ۴۵ درصد تغییرات میزان کیفیت زندگی به متغیرهای مستقل مربوط است و ۵۵ درصد باقیمانده به عوامل دیگر مربوط است. در تحلیل رگرسیونی بالا، اهمیت یا سهم نسبی هریک از متغیرهای مستقل در تقویت یا سهم متغیر وابسته با استفاده از شاخص آماری بتا (Beta) بررسی شده است؛ بنابراین خدمات‌رسانی در خانواده و گذران اوقات فراغت بیشترین تأثیر و مناسب‌سازی فضای شهری، خدمات‌رسانی فرهنگی و خدمات‌رسانی ورزشی با تأثیری بسیار اندک در مراحل بعدی قرار دارند.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

تاکنون بیشتر مطالعات مرتبط با جانبازان در حیطه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی و رفاهی بوده است (ن ک: نشریه‌ی طب جانباز). بنیاد شهید در این زمینه دارای سازوکار نسبتاً مناسبی برای خدمات‌دهی است. برخی از این خدمات در سرتاسر کشور تعریف شده و همگان از آن بهره‌مند می‌گردند.

خدمات‌رسانی ورزشی در سطح پایینی است و تعداد افراد دریافت‌کننده این خدمات بسیار اندک هستند. این در حالی است که ورزش نقش مؤثری در سلامت جسمی و روانی افراد دارد و می‌تواند سطح زندگی جانبازان را بالا ببرد. فرضیه‌ی تأثیر خدمات‌رسانی ورزشی بر کیفیت زندگی تأیید شد؛ یعنی با بالا رفتن خدمات ورزشی کیفیت زندگی آن‌ها هم بالا خواهد رفت. این یافته با پژوهش ماندنی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است و نشان می‌دهد که امکانات و برنامه‌های ورزشی می‌توانند در ارتقای بهزیستی جانبازان مؤثر باشد.

خدمات‌رسانی فرهنگی در حیطه ملاقات و عیادت مسؤولین، سفر زیارتی و شرکت در مراسم هفته جانباز تا حدودی قابل قبول است اما تعداد اندکی از این خدمات بهره می‌گیرند. خدمات مشاوره‌ای، مجله و جوایز و هدایای فرهنگی امری رایج و نهادینه شده نیست. روی‌هم‌رفته خدمات‌رسانی فرهنگی مناسب نیست و بیشتر جانبازان از این که در این حوزه برنامه‌ی منسجمی وجود ندارد گله‌مند هستند. این در حالی است که فرضیه‌ی تأثیر خدمات‌رسانی فرهنگی بر کیفیت زندگی تأیید شد؛ یعنی با افزایش خدمات‌رسانی فرهنگی کیفیت زندگی بالا می‌رود؛ بنابراین بی‌توجهی به خدمات‌رسانی فرهنگی کیفیت زندگی جانبازان را در سطح پایینی نگه می‌دارد.

خدمات‌رسانی در درون خانواده قابل‌قبول است. این میزان متوسط رو به بالاست. فرضیه‌ی تأثیر خدمات‌رسانی در خانواده بر کیفیت زندگی تأیید شد. به بیان دیگر هر چه خدمات‌رسانی در خانواده بیشتر باشد کیفیت زندگی جانباز نیز بالاتر می‌رود. این یافته با مطالعه پردار و رضاخانی (۱۳۹۶) در زمینه نقش مهارت‌های ارتباطی درون خانواده و نقش آن در کیفیت روابط خانوادگی همسوست. همچنین این یافته تأییدکننده مطالعه کیس و دیگران (۲۰۱۵) در زمینه استفاده از گفتگو در درمان معلولین است؛ بنابراین امکان افزایش مهارت‌های ارتباطی و گفتگویی در درون خانه بیشتر است و نقش مؤثری در افزایش کیفیت زندگی دارد.

نحوه‌ی گذران اوقات فراغت جانبازان مناسب نیست و بنیاد در این زمینه برنامه‌ی خاصی ندارد. بیشتر اوقات فراغت جانبازان در خانه سپری می‌شود. فرضیه‌ی تأثیر نحوه‌ی گذران اوقات فراغت بر کیفیت زندگی تأیید شد؛ بنابراین کیفیت پایین خدمات‌رسانی در این حوزه کیفیت زندگی آن‌ها پایین می‌آورد. بر طبق مطالعه کیفیت زندگی در آسیا (۲۰۱۳) و اصغری و همکاران (۱۳۹۴) مطالبات و خواسته‌های جانبازان متفاوت است و ضروری است با پایش ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و نیازهای متفاوت جانبازان، برنامه‌های درخوری برای آن‌ها در نظر گرفته شود.

فضای شهر کرمانشاه در هیچ‌کدام از مؤلفه‌های مورد بررسی این مقاله برای جانبازان مناسب‌سازی نشده است. این امر کیفیت زندگی جانبازان را پایین آورده است. این در حالی است که فرضیه تأثیر مناسب‌سازی فضای شهری بر کیفیت زندگی تأیید شد. نامناسب بودن فضای شهری می‌تواند کیفیت زندگی جانبازان را پایین بیاورد. این یافته با مطالعات عبدالله زاده فرد و همکاران (۱۳۹۵) و اجیک و پورت (۲۰۱۱) همسوست و ضروری است که بنیاد شهید با همکاری مدیریت شهری در این زمینه اقدامات لازم را به عمل آورد.

فرضیه‌ی تأثیر خدمات‌رسانی رفاهی بر کیفیت زندگی تأیید نشد. تمام مؤلفه‌های این بخش برای بنیاد تعریف شده است و جانبازان نیز از آن برخوردارند. آن‌ها از این حیث گله و شکایتی ندارند. هیچ مطالعه‌ی قبلی جهت مقایسه وجود نداشت.

در پایان می‌توان گفت که نیازهای جانبازان متنوع و متکثر است و نمی‌توان آن را به خدمات درمانی و رفاهی فروکاست. آن‌ها در سنین مختلف نیازهای متفاوتی دارند. به‌ویژه زمانی که فرزندان آن‌ها ازدواج و خانه را ترک می‌کنند. برنامه‌ریزی در حیطه فراغت،

توانمندسازی همسران آنها، مناسب‌سازی فضای شهری و ارائه خدمات درخور فرهنگی در بهزیستی زندگی آنها مؤثر است.

۷. پیشنهادات

ورزشی

- ۱- تأسیس باشگاه جانبازان در شهرستان‌ها: جانبازان به خاطر نقص عضو نمی‌توانند در مکان‌های عمومی حضور بیابند و در مواردی احساس خودکم‌بینی می‌کنند. ضروری است که آنها باشگاه مخصوص خود را داشته باشند. چنانچه امکانات و بودجه نیست می‌توانند یک‌بار در هفته یکی از باشگاه‌های شهر را اجاره کنند.
- ۲- طراحی و تدوین مسابقات ورزشی به‌طور منظم و اهداء جوایز.
- ۳- حضور معلولین ورزشکار در باشگاه جانبازان به‌منظور تشویق و همراهی با یکدیگر.
- ۴- تعامل با تربیت‌بدنی جهت استفاده از سالن‌های ورزشی: در شهرستان‌های تابع کرمانشاه مجتمع ورزشی مخصوص جانبازان وجود ندارد. همچنین تنها مجتمع کرمانشاه هم امکان دسترسی برای جانبازان را مشکل ساخته است. بهتر است که بنیاد با تربیت‌بدنی جهت اجرای یک‌روزه‌ی برخی سالن‌ها برای جانبازان و خانواده‌های آنها هماهنگ شود.

فرهنگی

- ۱- تهیه‌ی نشریه‌ی داخلی برای بنیاد: این نشریه می‌تواند به‌صورت هفتگی و با امکانات بسیار اندکی منتشر گردد. نشریه باید توسط جانبازان اداره شود. تمام مشکلات، شادی‌ها و شرایط زندگی آنها در آن منعکس شود. نشریه مذکور می‌تواند در دو صفحه A4 در مراحل اولیه منتشر و سپس با کیفیت بهتری ارائه شود. ضروری است که این نشریه از تبلیغ کردن برای افرادی خاص یا دفاع از گروهی از جانبازان بپرهیزد.
- ۲- برگزاری مسابقات قرآن، نهج‌البلاغه و ارائه‌ی جوایز برای برندگان.
- ۳- برگزاری نشست‌های تحلیل و نقد و بررسی کتب.
- ۴- برگزاری نشست‌های تحلیل و نقد و بررسی فیلم‌های مربوط به جانبازان، نظیر از کرخه تا راین.
- ۵- ملاقات با جانبازان بر حسب برنامه‌ای مدون: یکی از مؤلفه‌های جدی فرهنگی در زندگی جانبازان ملاقات مسؤولین با آنهاست. به نظر می‌رسد این مؤلفه نزد آنها جایگاه ارزشمندی دارد. لذا بهتر است که بنیاد یا بر اساس درصد جانبازی یا بر حسب نوع جانبازی چنان برنامه‌ریزی نماید که بتواند ظرف دو یا سه سال از منزل این عزیزان ملاقات به عمل آورد.

۶- تهیه اردوهای سیاحتی و زیارتی: بهتر است که بنیاد تورهای زیارتی را در این زمینه تدارک ببیند و سعی نماید که با تقبل بخشی از هزینه سفر و مشارکت دادن آن‌ها نیز زمینه فرح‌بخشی را برای خانواده‌ی عزیزان فراهم آورد. چون برخی جانبازان توانایی رانندگی کردن ندارند لازم است که به‌صورت تور باشد. سفر به مکان‌های مذهبی یکی از خواسته‌های جدی خانواده‌ی جانبازان است.

رفاهی

- ۱- محدود کردن حوزه‌ی خدمات رفاهی و بالا بردن کیفیت آن.
- ۲- ارائه‌ی تسهیلات خودرو برای جانبازان زیر ۵۰ درصد به‌گونه‌ای که احساس تبعیض نسبت به افراد بالای ۵۰ درصد نداشته باشند.
- ۳- کارت جانباز برای حمل و نقل عمومی: بعضی جانبازان توان رانندگی و بضاعت مالی جهت خرید خودرو ندارند. بهتر این است که آن‌ها از خدمات عمومی به‌طور رایگان استفاده نمایند. کارت جانبازی می‌تواند این مهم را عملیاتی کند.

فضای شهری

- ۱- مناسب‌سازی فضای شهری یکی از مؤلفه‌های جدی در ارتقاء کیفیت زندگی برای جانبازان و معلولین است. ضروری است که بنیاد و شهرداری در این زمینه فعالیت‌های مشترکی داشته باشند و کارگروه‌هایی را به‌کار گیرند. اقدامات فوری که در این زمینه لازم‌اند عبارتند از:
 - ۲- مناسب‌سازی کوچه‌ها و معابر شهری: هموارسازی و مسطح بودن کوچه‌ها برای جانبازان و معلولین ضروری است. چنانچه به‌خاطر توپوگرافی چنین چیزی ممکن نیست ضروری است صرفاً مسیر جانبازان و معلولین مشخص و هم‌سطح گردد.
 - ۳- مناسب‌سازی خیابان‌ها، پیاده‌روها و ورودی مغازه‌ها: حق رفت‌وآمد به مغازه‌ها و پاساژها و مراکز خرید، حق تمام اقشار و گروه‌های اجتماعی است. جانبازان و معلولین نیز دارای چنین حقی هستند. نباید آن‌ها را از چنین حقی محروم ساخت. ضروری است که اختلاف مغازه‌ها را با تعبیه رمپ رفع کرد. محل تلاقی کوچه‌ها و پیاده‌روها که اغلب دارای ناهمواری و دست‌انداز است رفع گردد. در طراحی جدید در قسمت تعریض خیابان مدرس محل عبور ویلچرها دقیق و با مصالح پر دوام ساخته شود.
 - ۴- مناسب‌سازی پارک‌ها و ساختمان‌های دولتی: محل عبور ویلچر در پارک‌ها مشخص باشد. ورودی ساختمان‌های دولتی دارای رمپ باشد و داخل طبقات آن‌ها هم‌سطح گردد. همچنین آسانسورهای مناسب در طبقات آن‌ها تعبیه گردد.

۵- مناسب‌سازی کامل ساختمان بنیاد شهید: ضروری است که ساختمان‌های بنیاد شهید از هر لحاظ با شرایط جانبازان مناسب‌سازی شود. این مطلب در مورد رمپ‌ها مناسب است اما در مورد دستشویی‌ها چنین نیست. دستشویی‌ها توالیت فرنگی ندارند.

۶- محل پارک ماشین مخصوص جانبازان: از آن‌جا که جانبازان قطع عضو قدرت تحرک مکانی چندانی ندارند. بهتر است که در خیابان‌ها و برخی معابر عمومی محل پارک ماشین برای آن‌ها در نظر گرفته شود. چون تعداد جانبازان شهر و استان کرمانشاه زیاد است بهتر است این جایگاه‌ها بیشتر باشد.

۷- نصب تابلو جانبازی جلوی منزل جانبازان: این کار سبب می‌شود که هنگام تعمیرات داخل کوچه و حفر کانال و یا نظایر آن به ایاب‌وذهاب جانباز توجه شود تا در این کار خللی وارد نشود. ماشین‌ها در آنجا پارک و مزاحمت ایجاد نکنند.

گذران اوقات فراغت

فراغت جانبازان از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که در تقویت کیفیت زندگی آن‌ها نقش دارد.

۱- احداث پارک جانبازان: اخیراً در ایران پارک انرژی، پارک بانوان ایجاد گردیده است. به نظر می‌رسد پارک جانبازان نیز می‌تواند در این عرصه مناسب باشد. طراحی محل رفت‌وآمد ویلچرها، خانه‌ی فرهنگ و سرای محله در آن امکان تشکیل کلاس‌های مشاوره‌ای را ممکن می‌سازد. آلاچیق‌های آن را می‌توان چندین نوع و مدل متناسب با نوع جانبازی ساخت.

۲- تدوین برنامه‌های فراغتی: فراغت جانبازان مبتنی بر نوع جانبازی است. جانبازانی که کمتر توان جابه‌جایی دارند. بهتر است که ضمن توانمندسازی آن‌ها در زمینه، استفاده از اینترنت و نرم‌افزارهای مربوط در تهیه‌ی نشریه داخلی بنیاد مشارکت نمایند. برای جانبازان اعصاب و روان برنامه‌های کوهنوردی، مسابقات کتابخوانی مناسب است.

خانواده

خدمات مربوط به خانواده‌ی جانبازان به نوع جانبازی مربوط است. جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان و ویلچری به این مؤلفه نیازمندند. موارد زیر برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

۱- تقدیر و تشکر از همسران جانبازان: همسران جانبازان مشکلات بسیاری را تحمل کرده و اکنون نیز بار سخت مشکلات زندگی را به دوش می‌کشند. ضروری است در حد امکانات از این عزیزان دعوت به عمل آید تا مراتب تشکر و قدردانی انجام شود. این امر می‌تواند به صورت برگزاری همایش یا اختصاص حق پرستاری به خود آن‌ها باشد.

۲- مناسب‌سازی مسکن جانباز: جانبازان قطع عضو، ویلچری، اعصاب و روان، شیمیایی و... لازم است که مسکن مناسب با شرایط خویش داشته باشند. برای مثال انواع رمپ ورودی حیاط، ورودی خانه و شیب آن باید کاملاً با توانایی‌های جانباز و نوع ویلچر آن تناسب داشته باشد. خانه‌های بدون پله، کف هم‌سطح و راهروهای مناسب برای این کار ضروری است. ضروری است که کابینت آشپزخانه مناسب با ویلچر باشد و به نحوی طراحی شود که دسترسی بدان‌ها مقدور گردد. ضروری است که سرویس بهداشتی با نحوه‌ی ورود ویلچر همساز و طراحی‌های انجام‌شده در این زمینه مدنظر قرار گیرد. اختصاص متراژ مسکونی و حیاط و نحوه‌ی استفاده از فضای سبز بر حسب نوع جانبازی فرق دارد. جانبازانی که عمده‌ی وقت خود را به ناچار در خانه می‌گذرانند می‌بایست فضای باز بیشتری در اختیار داشته باشند. آپارتمان‌ها و ساختمان‌های آن‌ها به‌ویژه در رمپ‌های ورودی، پاگردها و درب آسانسور می‌بایست مناسب‌سازی شوند. لازم است درب ورودی آن‌ها در قسمت کف هم‌سطح‌سازی شوند.

۳- طراحی‌های زیادی برای خوانایی فضای خانه جهت کمک به نابینایان انجام گرفته لازم است که این طرح‌ها در دستور کار سازندگان خانه‌ی جانبازان نابینا یا کم‌بینا قرار گیرد.

۴- طراحی اتاق جانباز ویلچری نیاز به متراژ بالاتری دارد. مخصوصاً که اگر بیش از یک ویلچر استفاده نماید. گاهی این عزیزان گرمای بدنشان بیش از افراد سالم بالا است و نیاز به کولر گازی دارند. پیشنهاد می‌شود ساخت خانه همراه با ارائه‌ی طرح‌های مختلف در خدمت جانبازان قرار گیرد تا این عزیزان خود به طراحی و ساخت خانه مبادرت ورزند.

۵- اشتغال فرزندان: اکثر جانبازان علاوه بر مشکلات جسمی و روحی با معضل بیکاری فرزندان نیز روبه‌رو شده‌اند. داده‌ها نشان می‌دهند که تعداد فرزندان این عزیزان زیاد و در سن اشتغال هستند. بیکاری فرزندان به مشکلات آن‌ها افزوده است. ضروری است در این زمینه چاره‌ای اندیشیده شود.

۶- آموزش مهارت‌های زندگی برای همسران جانبازان جهت بهبود سلامت روانی، افزایش دانش، توانایی و تغییر نگرش و سازگاری با اعضای خانواده لازم و ضروری است.

۷- آموزش مهارت‌های ارتباطی (گوش دادن مؤثر، دوری از خودمحوری، گوش‌دگی در گفتگو، خودافشایی و صادق بودن و...) به خانواده‌های جانبازان.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ صیادی؛ علی؛ سعادت، سجاد و رشیدی، عزت‌السادات (۱۳۹۴). «اولویت‌بندی نیازهای جانبازان کمتر از ۲۵ درصد استان گیلان از دید خود و همسرانشان»، *طب جانباز*، ۷(۳): ۱۳۳-۱۳۸.
- آقاملایی، تیمور (۱۳۸۴). *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*، تهران: انتشارات اندیشه‌ی رفیع، ۱۳۸۴.
- بهادری، محمدکریم، زابلی، روح‌الله و قنبری، عباس (۱۳۹۲). «بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان از منظر جانبازان»، *طب جانباز*، ۶(۲۱): ۴۴-۵۰.
- پرداز، چیان و رضاخانی، سیمین‌دخت (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی و امیدواری همسران جانبازان»، *طب جانباز*، ۱۰(۱): ۴۱-۴۵.
- حسینی فرهنگی، سارا السادات؛ فریبرز، درتاج؛ طالبی، مهدی و قائمی، فاطمه (۱۳۸۸). «رضایت‌سنجی جانبازان از خدمات بیمه‌ی تکمیلی و رابطه‌ی آن با نوع و درصد جانبازی»، *طب جانباز*، شماره‌ی ۴: ۲۱-۱۴.
- ربانی خوراسگانی، علی و کیانپور، مسعود (۱۳۸۵). «درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی»، *فصلنامه‌ی مددکاری اجتماعی*، ۵(۴): ۴۳-۵۷.
- علیخان گرگانی، روح‌الله (۱۳۹۲). «مطالعه یکپارچگی نظام مدیریت شهری تهران»، *فصلنامه مدیریت توسعه و تحول*، شماره ۱۳، صص ۲۹-۳۷.
- کرلینجر، فرد (۱۳۷۶). *مبانی پژوهش در علوم رفتاری*، ترجمه‌ی نجفی زند و شریفی، تهران: انتشارات آوای نور، جلد دوم.
- کارگروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳.
- ماندنی، بتول؛ حسینی، سید علی؛ سعادت، مهرناز و فرهد، مژگان (۱۳۹۴). «تأثیر برنامه‌ی ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه»، *طب جانباز*، ۷(۲): ۹۱-۹۸.
- میرغفوری، سید حبیب‌الله؛ رودپشتی، میثم و ملک‌شاهی، فاطمه (۱۳۹۱). «رتبه‌بندی عوامل حیاتی موفقیت خدمات شهری در پروژه‌های توسعه خدمات جدید»، *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات مدیریت*، شماره ۶۸: ۸۵-۱۰۸.
- Bowling, A. (2003). *Current State of the Art in Quality of Life Measurment*, In: *Quality of Life*, BMJ Books, London.
- Ejik, N. V. and Joost, P. (2011). "Uii vrraal rrr vi ddd Diaabl lllll ll , *Telecommunications Policy*, Vol. 36: 85-158.
- Finkenflugel, H. (2009). *Prospects For Community-Based Rehabilitation in The New Millennium*, In: *Quality of Life and The Millennium Challenge*, Springer.
- Guggnumoss, H.; Bloomflid, H. and Brenner, F. U. (1995). *Quality of life and health: Concepts, Methods and applications*. Wien: Blackwell wissenschaft.
- Keyes, S. E.; Sarah, H. W. and Kevin, B. (2015). "mnwwwrrmttt :Uiiing Dialogue Between the Social Model of Disability and an Ethic of Care to Redraw Boundaries of Independence and Partnership Between Disabled People and rrr viiss", *In European Journal of Disability Research*, Vol. 9: 236-248.

- Michalski, J. H. (2002). *Quality of Life in Cities*, Canadian Policy Research Networks Inc., Ottawa.
- Nemeth, J. and Schmidt, S. (2011). *Publicly Accessible Space and Quality of Life*, In: *Quality of Life Community Indicators for Parks, Recreation and Tourism Management*, Springer.
- Philips, D. (2006). *Quality of Life*, Routledge, USA and Canada.
- Inoguchi, T. and Fujii, F. (2013). *The Quality of Life in Asia, A Comparison of the Quality of Life in Asia*, Springer, New York.

