

همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان

سمیه علیزاده^۱، * محبت محسنی^۲، نرگس خانجانی^۳، ویکتوریا مومن آبادی^۴

چکیده

مقدمه: زنان بعنوان نیمی از جمعیت، نقش بسزایی در اجتماع دارند. از آنجا که مشارکت اجتماعی از جنبه های مختلفی می تواند بر کیفیت زندگی زنان اثر داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان انجام شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۳۰۰ زن در محدوده سنی ۱۸-۷۳ سال با روش نمونه گیری خوشه ای از ۱۲ منطقه شهر کرمان انتخاب گردیدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه "عوامل مشارکت اجتماعی زنان" Social Participation "Factor's Women" و همچنین پرسشنامه "کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" "The World Health Organization" "Quality of Life (WHOQOL) –BREF" که اعتبار و پایایی آن تایید شده است، استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته ها: مشارکت اجتماعی زنان در ۱۸ درصد موارد مناسب، در ۸۱ درصد موارد متوسط و در ۳ درصد موارد نامناسب بود. کیفیت زندگی نیز در ۴۴ درصد موارد مناسب، در ۵۴ درصد موارد متوسط و در ۱/۷ درصد موارد نامناسب بوده است. بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی همبستگی مستقیم معنادار یافت شد ($r=0/21$ و $p<0/001$).

نتیجه گیری: مشارکت زنان در فعالیت های اجتماعی بر کیفیت زندگی آن ها تاثیر گذار است. پیشنهاد می گردد زمینه مشارکت بیشتر زنان و بخصوص زنان مسن تر، با در آمد پایین تر و فرزندان بیشتر در جامعه فراهم شود.

کلید واژه ها: مشارکت اجتماعی، کیفیت زندگی، زنان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۸

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Mohabbat.Mohseni@gmail.com

۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مقدمه

مشارکت اجتماعی یکی از مهمترین ضرورت های جامعه جدید می باشد (۱). از منظر جامعه شناسی مشارکت به عنوان فرایند تعاملی چند سویه مطرح شده است که مداخله و نظارت مردم و قابلیت سیاسی اجتماعی نظام را در دستیابی به توسعه همراه با عدالت اجتماعی در پی دارد. مشارکت بر سه ارزش بنیادی سهیم کردن مردم در قدرت، راه دادن مردم به نظارت بر سرنوشت خویش و بازگشودن فرصت های پیشرفت به روی مردم استوار می باشد (۲). مشارکت دو نوع رسمی (عضویت و فعالیت در انجمن های غیر دولتی، انجمن اولیا و مربیان و انجمن خیریه رسمی و باشگاه های رسمی) و غیررسمی (مشارکت مذهبی، مشارکت در فعالیت های مذهبی و خیریه مانند کمک به خانواده های نیازمند، تهیه جهیزیه، جشن نیکوکاری، شرکت در گروه های مذهبی و هنری) دارد (۳). مشارکت غیر رسمی با سابقه ای دیرینه و با وجود تحولات و دگرگونی هایی که در طی سالیان اخیر پدید آمده هنوز هم در جامعه ایران از جایگاه خوبی برخوردار می باشد و همواره در طول تاریخ نسبت به مشارکت رسمی و نهادمند اولویت بالاتری را به خود اختصاص داده است (۴).

مشارکتی که لازمه ی توسعه ی پایدار است، مشارکت همه اقشار و گروه ها (اعم از زنان و مردان) است و در این میان زنان، به عنوان نیمی از پیکر یک جامعه، نقشی بسیار عظیم و نیرومند دارند. اما به رغم آن که شرکت آزادانه زنان در مسائل اجتماعی، این امکان را برای جامعه فراهم می کند که از نیروهای بالقوه ی خود به صورت بالفعل استفاده کنند، نتایج پژوهش های انجام شده نشان می دهد که میزان مشارکت زنان در تمامی عرصه ها کمتر از مردان است. بر پایه ی پژوهش هایی که در دهه ۱۹۶۰ انجام شده است، زنان کمتر از مردان تمایل به مشارکت دارند و پژوهش های پیمایشی که بین کشورهای مختلف مورد بررسی در تمامی حالات مرسوم مشارکت انجام شده است تایید کننده ی این نکته است (۵).

زنان با پذیرش الگوی فرهنگی جامعه در جست و جوی جایگاه خویش در فضای اجتماعی می باشند. طبیعی است که

این جنس با توجه به ویژگی های متفاوتی که دارد (سن، وضعیت تاهل، مذهب و...) کنش و واکنش خاصی را بروز خواهد داد. او به عنوان کنشگر اجتماعی رفتاری را بروز می دهد که یاد گرفته است و از او در برابر الگوهای فرهنگی انتظار می رود (۶). یکی از پیامدهای تحولات اجتماعی در دهه های اخیر توجه به نیازهای گروه های اجتماعی بر اساس ویژگی های آن ها است. زنان به عنوان نیمی از جمعیت که ویژگی ها و توانایی های خاصی دارند در کانون توجهات اندیشمندان اجتماعی قرار دارند (۷). برخی از جامعه شناسان، قرن ۲۱ را قرن زنان می دانند و در تبیین جایگاه، نقش، باورها و نگرش های این گروه تلاش کرده اند و پژوهش های بسیاری در این مورد انجام شده است که نتایج اولیه آن ها نشان دهنده چالش جدی در خصوص این موضوع در آینده است (۸). مطالعه و بررسی در مورد مشارکت اجتماعی زنان سابقه چندانی ندارد، ولی در همین مدت کوتاه مطالعاتی در این مورد انجام شده است (۵). در مطالعات، عوامل فرهنگی به عنوان عمده ترین موانع مشارکت زنان دانسته شده است و عواملی مانند همبازی، اهمیت رسیدگی به نیازهای مردم، درونی کردن آن ها در فرایند اجتماعی شدن و اعتقاد به اثر بخش بودن مشارکت اجتماعی در بهبود وضعیت فردی و اجتماعی از جمله عوامل فرهنگی موثر می باشند که در اقدام مشارکت جویانه موثر خواهد بود (۵). گسترش تحصیلات عالی در بین زنان و افزایش نسبت شهر نشینی تغییرات گسترده ای را در نظام روابط سنتی ایران ایجاد کرده است (۹).

واژه کیفیت زندگی در میان عموم دارای یک معنای پذیرفته شده ی عام نیست، این واژه به حقایقی که در زندگی یک فرد به صورت عینی و یا خارجی وجود دارد و به ادراکات درونی و دریافت های ذهنی فرد از این عوامل بستگی دارد. می توان گفت کیفیت زندگی به رضایت مندی بیشتر و یا کمتر در زندگی مردم مربوط می باشد (۱۰).

در عصر حاضر انسان ها به طور فزاینده ای تمایل به افزایش طول عمر خود دارند. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و دارای جنبه هایی همچون سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و شرایط اقتصادی، باورهای شخص و تعامل با محیط است که

جهت تعیین اندازه نمونه استفاده شد که $n=216$ محاسبه شد و برای اطمینان بیشتر در این مطالعه 300 نفر لحاظ شد (5).

ابزار گردآوری پژوهش پرسشنامه "عوامل مشارکت اجتماعی زنان" "Social Participation Factor's Women" بود که دارای 6 سوال مشخصات جمعیت شناسی و 24 سوال با زمینه ی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می باشد (16). بالاترین نمره این پرسشنامه 120 و پایین ترین نمره 24 بود. هرچه نمره به 120 نزدیکتر باشد نشان دهنده مشارکت اجتماعی بالاتر می باشد. در این مطالعه منظور از مشارکت اجتماعی زنان، مشارکت آن ها در اجتماع بود که از این میان شاخص هایی مانند شرکت آن ها در امور مختلف اجتماعی از جمله مبادرت به تشکیل موسسات و انجمن های مختلف، شرکت در انجمن ها و موسسات، رفت و آمد با دوستان و آشنایان، ترجیح ازدواج با غریبه ها، انجام فعالیت های اقتصادی همچون کسب درآمد و میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد مشارکت اجتماعی نمره بین (30-0) نشانگر مشارکت اجتماعی ضعیف، نمره بین (60-31) نشانگر مشارکت اجتماعی نامناسب، نمره بین (90-61) نشانگر مشارکت اجتماعی متوسط و نمره بین (120-91) نشانگر مشارکت اجتماعی قوی بوده است. برای نمره دهی پرسشنامه نمره کلی به 4 قسمت مساوی تقسیم گردید، اما برای تجزیه و تحلیل داده ها از این نمره دهی استفاده نشد. نمره کلی حاصل از پرسشنامه، معیار برای سنجش اطلاعات و تجزیه و تحلیل بوده است. چهار نفر از متخصصین آموزش بهداشت و اپیدمیولوژی روایی صوری آن را تأیید نمودند. پایایی پرسشنامه با تکمیل پرسشنامه توسط 10 نفر از زنان کرمان و با استفاده از روش آزمون-باز آزمون به فاصله 10 روز انجام و با $I=0/97$ و آلفای کرونباخ $0/76$ مورد تأیید قرار گرفت.

ابزار دیگر، "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" "The World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) -BREF" آلفای کرونباخ $0/84$ بود (17) که کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می سنجد و دارای 4 حیطه سلامت جسمانی،

هدف آن توانمند ساختن افراد برای زندگی با کیفیت بالا، معنادار و لذت بخش می باشد (11). از طرفی، بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ، شبکه ارزشی جامعه، اهداف انتظارات و معیارهای هر فرد است (12). بنابراین، می توان گفت کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است که هر فرد از زندگی خود می تواند داشته باشد.

نتایج مطالعه ی Lee و همکاران، نشان داد که ارزیابی سلامت از خود، با مشارکت اجتماعی در تمام گروه های سنی به طور معنی داری وابسته می باشد. به ویژه زنان مسنی که مشارکت اجتماعی شان در بیش از دو فعالیت بود، نسبت شانس دو برابری را در ارزیابی سلامت خود نسبت به افراد بدون فعالیت، دارا بودند (8). Greiner و همکاران، در بررسی خود نشان دادند که افراد ساکن روستا، از بالاترین مشارکت اجتماعی برخوردار بودند (13).

Sirven & Debrand در مطالعه ای نشان دادند که مشارکت اجتماعی بطور متوسط گزارش سلامت خوب یا خیلی خوب را افزایش داده است و میزان بالاتری از مشارکت اجتماعی می تواند وضعیت سلامت را در اکثر کشورها بهبود بخشد (14). مشارکت می تواند زمینه مناسبی برای دخالت افراد جامعه و بخصوص زنان در فرایند های تصمیم گیری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی باشد (15). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مشارکت اجتماعی زنان و همبستگی آن با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان در سال 1392 انجام یافت.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-همبستگی است. جمعیت مورد مطالعه شامل 300 نفر از زنان در محدوده سنی 18-73 ساکن شهر کرمان بود که با روش نمونه گیری خوشه ای از 12 منطقه شهر کرمان انتخاب و در هر خوشه 25 نفر قرار داده شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن 18 سال یا بالاتر، توانایی درک سوالات پرسشنامه و داشتن رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه بود. با توجه به مطالعات قبلی از انحراف معیار $0/02$

مورد نظر را علامت می زد. اطلاعات افراد بصورت محرمانه و با اختصاص کد جمع آوری شدند.

داده های این پژوهش در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ وارد شد و با استفاده از شاخص های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و همچنین آزمون های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

خصوصیات جمعیت شناسی افراد شرکت کننده در این مطالعه در جدول ۱ خلاصه شده است.

سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال است که هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷،۶،۳ و ۸ سؤال می باشند. این پرسشنامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه در مجموع شامل ۲۶ سؤال می باشد. لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می پردازد. در حیطه سلامت روان اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روانی مورد سؤال قرار می گیرد. در حیطه روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می دهد. حیطه سلامت محیط این پرسشنامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صدا و هوا و غیره) و حمل و نقل سؤال می کند. هر حیطه دارای امتیازی معادل ۲۰-۴، به تفکیک است که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر است. این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و اعتبارسنجی شده است (۱۸). در مورد کیفیت زندگی نمره بین (۰-۳۹) نشانگر کیفیت زندگی ضعیف، نمره بین (۳۰-۵۹) نشانگر کیفیت زندگی نامناسب، نمره بین (۶۰-۸۹) نشانگر کیفیت زندگی متوسط و نمره بین (۹۰-۱۲۰) نشانگر کیفیت زندگی مناسب است.

دسترسی به نمونه ها از طریق مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه یا مراجعه به درب منازل آن ها صورت گرفت که همگی بصورت داوطلبانه پرسشنامه "مشارکت اجتماعی" و "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" را تکمیل نمودند. تکمیل پرسشنامه ها بصورت خوداظهاری و با رضایت زنان مشارکت کننده صورت گرفت و در مورد افراد بی سواد پرسشگر سوالات را می خواند و با توجه به پاسخ افراد، گزینه

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تاهل		
مجرد	۶۵	۲۱/۶۷
متاهل	۲۳۵	۷۸/۳۳
تحصیلات		
بی سواد	۲	۰/۷۲
ابتدایی و راهنمایی	۳۳	۱۱/۶۴
دیپلم	۹۳	۳۳/۰۹
کاردانی و کارشناسی	۱۳۵	۴۸/۴۵
کارشناسی ارشد	۱۸	۶/۰۷
درآمد		
کمتر از ۴۰۰ هزار تومان	۳۵	۱۵/۴۲
بین ۴۰۰-۹۰۰ هزار تومان	۱۳۷	۶۰/۳۵
بالای ۹۰۰ هزار تومان	۵۵	۲۴/۲۳
سن		
۱۸-۳۵	۱۸۷	۶۴/۴۸
۳۵-۵۵	۹۶	۳۳/۳
بیشتر از ۵۵	۷	۲/۴
شغل		
آزاد	۱۳	۴/۵۶
دولتی	۶۶	۲۴/۱۵
خانه دار	۱۵۸	۵۵/۴۴
محصل	۴۸	۱۶/۸۵
تعداد افراد خانواده		
۱-۳ نفر	۱۱۷	۴۰/۷۷
۳-۶ نفر	۱۵۷	۵۴/۸
۶-۹ نفر	۱۳	۴/۵۲

میانگین و انحراف معیار سن زنان $32/88 \pm 10/47$ سال، میانگین و انحراف معیار درآمد خانوادگی آن ها 727000 ± 44400 تومان، میانگین و انحراف معیار امتیاز مشارکت اجتماعی زنان $82/1 \pm 8/02$ و میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی آن ها $87/1 \pm 13/35$ بود.

بر طبق داده های جدول ۲، بین کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی همبستگی معنادار مستقیم برقرار می باشد ($p < 0/001$) و ($r = 0/21$).

جدول ۲: ارتباط متغیر های جمعیت شناسی با مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی

متغیر	مشارکت اجتماعی		کیفیت زندگی	
	P-value	میانگین±انحراف معیار	P-value	میانگین±انحراف معیار
تحصیلات				
بی سواد	<۰/۰۰۱	۷۷±۹/۸۹	۰/۰۰۴	۶۱/۵۰±۲۳/۳۳
ابتدایی و راهنمایی		۷۹/۰۹±۷/۴۹		۸۴/۸۵±۱۱/۷۴
دیپلم		۸۰/۰۲±۸/۴۶		۸۵/۵۶±۱۲/۴۷
کاردانی و کارشناسی		۸۴/۲۴±۷/۱۷		۸۹/۶۶±۱۳/۳۹
کارشناسی ارشد و بالاتر		۸۲/۸۳±۷/۴۷		۸۴/۸۳±۱۵/۴۷
کل		۸۲/۱۰±۷/۹۵		
شغل				
آزاد	۰/۰۷	۸۱/۶۲±۶/۹۵	۰/۶۷	۹۰/۹۲±۱۲/۷۲
دولتی		۸۳/۴۱±۷/۱۷		۸۸±۱۴/۵۷
خانه دار		۸۰/۹۶±۸/۴۷		۸۶/۶۰±۱۳/۶۵
محصل		۸۳/۸۱±۷/۵۸		۸۷/۳۱±۱۱/۴۱
وضعیت تاهل				
مجرد	۰/۳۶	۸۲/۴±۸/۶	۰/۰۵۸	۸۴/۰۲±۱۱/۷۲
متاهل		۸۲/۰۱±۷/۸۶		۸۸/۱۴±۱۳/۶۸
درآمد				
کمتر از ۴۰۰ هزار تومان	۰/۰۳۴	۷۹/۱۷±۹/۶۳	۰/۴۵	۸۶/۵۴±۱۲/۷۵
بین ۴۰۰-۹۰۰ هزار تومان		۸۲/۸۲±۸/۰۷		۸۶/۱۳±۱۳/۷۸
بالای ۹۰۰ هزار تومان		۸۳/۳۵±۶/۵۲		۸۸/۸۵±۱۳/۴۷
تعداد افراد خانواده				
۱-۳ نفر	۰/۴۹	۸۳/۱۵±۸/۴۲	۰/۳۵	۸۷/۷۸±۱۴/۳۴
۴-۶ نفر		۸۲/۰۱±۷/۳۹		۸۷/۲۲±۱۲/۵۹
۷-۹ نفر		۸۲/۱۵±۷/۷۶		۸۲/۱۵±۱۲/۴۲
سن				
۱۸-۳۵	۰/۱۴۹	۸۲/۶۳±۸/۱۹	۰/۰۰۲	۸۸/۴۳±۱۲/۷۹
۳۵-۵۵		۸۱/۰۲±۷/۸۲		۸۵/۹۶±۱۳/۸۰
بیشتر از ۵۵		۷۸/۵۷±۵/۹۶		۷۱/۲۹±۱۵/۴۷

مطابق جدول ۲ از بین متغیرهای مورد بررسی تحصیلات بالا با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار مستقیمی را نشان داد ($P < 0/001$). همچنین تحصیلات بالا با کیفیت زندگی نیز همبستگی معنی دار مستقیم داشت ($P = 0/004$). بعلاوه، درآمد بالا با مشارکت اجتماعی همبستگی معنی دار مستقیم نشان داد ($P = 0/034$). سن نیز با کیفیت زندگی همبستگی معنی دار معکوس نشان داد ($P = 0/002$).

جدول ۳: همبستگی متغیر های کمی مورد بررسی با مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی با مشارکت اجتماعی	P-value	ضریب همبستگی با کیفیت زندگی	P-value
سن	-۰/۱۱	۰/۰۴۶	-۰/۱۶	۰/۰۶
درآمد	۰/۱۲۴	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۲۴
تعداد افراد خانواده	-۰/۰۹	۰/۰۹	-۰/۱	۰/۰۸
کیفیت زندگی	۰/۲۱	<۰/۰۰۱	-	-

جدول ۳ همبستگی متغیر های کمی مورد بررسی با مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی را نشان می دهد. بر طبق داده های این جدول بین کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی همبستگی معنادار مستقیم برقرار می باشد ($p < 0/001$ و $r = 0/21$). به نظر می رسد زنان مسن تر مشارکت اجتماعی کمتر و کیفیت زندگی پایین تری دارند. زنان با درآمد بالاتر مشارکت اجتماعی بالاتری دارند و تعداد فرزندان بیشتر هم مشارکت اجتماعی و هم کیفیت زندگی زنان را کم می کند.

بحث

باشند (۲۰). این ها از جمله مطالعاتی بودند که با مطالعه حاضر همخوانی داشتند.

همچنین یافته ها بیانگر این است که متغیر درآمد بالا با مشارکت اجتماعی همبستگی معنادار مستقیمی دارد، یعنی هرچه میزان درآمد زنان کرمان بیشتر می شود میزان مشارکت اجتماعی آنان نیز افزایش می یابد. سفیری و صادقی (۱۵) در مطالعه مشارکت اجتماعی دانشجویان دختر و عوامل اجتماعی موثر بر آن به این نتیجه رسیدند که بین شرایط اقتصادی و مشارکت اجتماعی دختران همبستگی معناداری وجود ندارد. مطالعه بیشتری برای مقایسه نتایج مطالعه با سایر مطالعات در زمینه ی ارتباط متغیر درآمد بالا با مشارکت اجتماعی یافت نشد. در مطالعه حاضر بین متغیر سن و کیفیت زندگی همبستگی معنادار معکوس نشان داده شد. یعنی با افزایش سن میزان کیفیت زندگی زنان کاهش می یابد. در این مورد مطالعات گوناگونی به این همبستگی معکوس و معنی دار اشاره کرده اند (۲۵-۲۱).

نتیجه گیری نهایی

با توجه به اینکه بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی همبستگی برقرار است، لذا بنظر می رسد که مشارکت زنان در فعالیت های اجتماعی در کیفیت زندگی آنان موثر می باشد. لذا توصیه می گردد زمینه هایی برای افزایش مشارکت اجتماعی زنان و بخصوص زنان مسن، با درآمد پایین تر و فرزندان بیشتر در جامعه فراهم شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره ۹۲/۱۸۱ تحت عنوان "مشارکت اجتماعی زنان و تاثیر آن روی کیفیت زندگی آن ها در شهر کرمان در سال ۱۳۹۲" مصوب مرکز تحقیقات پزشکی محیطی می باشد که در تاریخ ۹۲/۶/۲۵ توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمان تامین اعتبار گردید. در پایان نویسندگان از تمامی زنان کرمانی که در این طرح مشارکت نمودند کمال تشکر را دارند.

نتایج بیانگر آن بود که متغیر مشارکت اجتماعی در ۱۸ درصد موارد مناسب، در ۸۱ درصد موارد متوسط و در ۳ درصد موارد نامناسب بوده است. همچنین کیفیت زندگی افراد نیز در ۴۴ درصد موارد مناسب، در ۵۴ درصد موارد متوسط و در ۱/۷ درصد موارد نامناسب بوده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان کرمان همبستگی معناداری وجود دارد. در این مورد مطالعه یا مطالعات مشابهی در ایران و یا سایر کشورها یافت نشد.

همچنین یافته های این مطالعه نشان دهنده این موضوع می باشد که بین متغیر تحصیلات و مشارکت اجتماعی همبستگی معنادار مستقیمی برقرار است. بدین معنی که هرچه سطح تحصیلات زنان بالاتر می رود میزان مشارکت اجتماعی آنان نیز افزایش می یابد. یزدان پناه و صمدیان در طی مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که هرچه میزان تحصیلات زنان بالاتر می رود میزان مشارکت اجتماعی آنان در بعد رسمی بیشتر می شود (۵). کردی نیز در مطالعه خود نقش متغیر تحصیلات بر افزایش میزان نگرش زنان به مشارکت اجتماعی را مورد تایید قرار می دهد (۶). ساروخانی و دودمان نیز در مطالعه ی خود به نقش افزایشی متغیر تحصیلات چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم در مشارکت اجتماعی دست یافته اند (۹).

متغیر میزان تحصیلات بالا با کیفیت زندگی نیز همبستگی معنادار مستقیمی نشان داد. به این صورت که هرچه میزان تحصیلات زنان بالاتر می رود میزان کیفیت زندگی آن ها نیز بهتر می شود. کرمان ساروی و همکاران نیز در مطالعه خود که مقایسه ی کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه دار بود، به نتایج مشابهی رسیدند (۱۲).

در مطالعه ای که Williams و همکاران بر روی زنان آمریکایی انجام دادند، کیفیت زندگی با تحصیلات بالا همبستگی مستقیمی نشان داد (۱۹). عابد زاده و همکاران در مطالعه ی کیفیت زندگی زنان کاشان به این نتیجه رسیدند که زنانی که تحصیلات بالاتری دارند در نتیجه دسترسی بیشتری به منابع اطلاع رسانی از کیفیت زندگی بهتری برخوردار می

منابع

- 1- Vahida F, Niazi M. Reflection on the relationship between family structure and social participation in Kashan. *Journal of Social Sciences Letter*. 2004;3(23):113-20.
- 2- Nouroozi F, Bakhteyari M. Social participation and social factors affecting. *Strategy Journal* 2010;18(53):249-69.
- 3- GHafari G. Tehran University students to explore the socio-cultural partnership. *Iranian Sociological*. 2004;6(1):67-98.
- 4- Vosoghi M. Villagers and political participation in Iran. *Journal of Social Sciences Letter*. 2004;2(26):20-105.
- 5- Yazdanpanah L, Samadian F. The impact of demographic and social women's social participation Kirmani. *Womens Studies (Sociological & Psychological)*. 2008;6(2):127-49.
- 6- Kordi H. Factors that influence attitudes toward women's social participation in Golestan Province. *Paikenor*. 2007;5(1):69-80.
- 7- Ketabi M, GHasemi V. Exchange theory and political participation of women in the urban centers of the province. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2002;2(19):35-56.
- 8- Lee HY, Jang SN, Lee S, Cho SI, Park EO. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(7):1042.
- 9- Saroukhani B, Doodman L. The power structure of the family and its impact on social participation in Shiraz. *Journal of Sociology*. 2010;1(1):105-29.
- 10 Lotfi S. The quality of urban life: Definitions, dimensions and measures in urban planning. *Quarterly Journal of Human Geography*. 2009;1(4):65-80.
- 11- Mohamadi J, Zangleh M, Abdli A. Measuring the quality of life of citizens in Mashhad. *Urban Management Studies*. 2010;2(3):97-118.
- 12- Kermansaravi F, Montazere A, Bayat M. Comparison of health-related quality of life of working women and housewives. *Payesh Journal*. 2012;11(1):111-6.
- 13- Greiner KA, Li C, Kawachi I, Hunt DC, Ahluwalia JS. The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density. *Social Science & Medicine*. 2004;59(11):2303-12.
- 14- Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*. 2008;67(12):2017-26.
- 15- Safiri k, Sadeghe M. Girl students social participation of social sciences faculties in ties in Tehran universities and effective factors on it. *Journal of Applied Sociology*. 2009; 20(2):1-34.
- 16- www.kavoshp.com. Questionnaire of social participation Factors in Women 2013.

- 17- Soltani R, Kafae M, Salehi E, Karashki H, S R. Survey the quality of life in Guilan University students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010;19(75):25-35.
- 18- Nedjat SMA, Holakouie K, Mohammad K R M. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim Research Journal*. 2007;10(3):1-8.
- 19- Williams R LK, Kalilani L. et al. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009;62(2):9-153.
- 20- Abedzadeh M, Taebe M, Saberi F, Sadat Z. Assesment of factors affecting quality of life among postmenopausal women in Kashan. *Southern Medical Journal*. 2009;12(1):81-8.
- 21- Aghanoore A, Mahmodi m, Salehi H, Jafarian K. Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran. *Iranian Journal of Aging*. 2012;6(22):20-9.
- 22- Alipour F, Sajadi H, Fourozan A, Biglerian A, Jalilian A. Quality of life of older people in district 2 council of Tehran. *Iranian Journal of Aging*. 2008;3(9):83-75.
- 23- Ahangari M, Arjmand hesabi M, Kamali M. Quality of life in the member's of elderly cultural center's in Tehran. *Iranian Journal of Aging*. 2007;2(3):182-9.
- 24- Garsia E, Banegas J. Related quality of life in older adults a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*. 2005;14(2):511-20.
- 25- Bazrafshan M, Hoseni M, Rahgozar M, Sadat Madah B. Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan Club. *Iranian Journal of Aging*. 2008;3(7):33-41.

Correlation between social participation of women and their quality of life in Kerman

Alizadeh S¹, *Mohseni M², Khanjani N³, Momenabadi V⁴

Abstract

Introduction: Social participation of women which cover, half of the population has a significant role in society. Women's social participation can affect their quality of life in different aspects, hence the aim of this study was to determine correlation between social participation of women and their quality of life in Kerman.

Materials and Methods: In this descriptive-correlational study, 300 women between 18 and 73 years old from 12 suburbs of Kerman were chosen by cluster sampling method. To collect the data, "Social Participation Factor's Women" and "The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF Questionnaire" with confirmed validity and reliability were used. Data was analyzed using SPSS/20.

Findings: Social participation was appropriate in 18%, moderate in 81% and inappropriate in 3% of women. Also quality of life was appropriate in 44%, moderate in 54% and inappropriate in 1.7% of women. There is a significant and direct correlation between social participation and quality of life ($r=0.21$, $p<0.001$).

Conclusion: Women's social participation affects their quality of life. It is recommended that, women should more participate socially, especially at time of old age, low income, and more children.

Keywords: Social participation, Quality of life, Women.

Received: 19 November 2013

Accepted: 9 March 2014

1- MSc Student, Faculty of Public Health, Kerman Medical University, Kerman, Iran.

2- Assistant Professor, Research Center for Social Determinants of Health Institute for Futures Studies in Health, Kerman Medical University, Kerman, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: Mohabbat.Mohseni@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Kerman Medical University, Kerman, Iran.

4- MSc Student, Faculty of Public Health, Kerman Medical University, Kerman, Iran.