

عوامل موثر بر کیفیت زندگی جانبازان شهرستان دزفول

دکتر غلامرضا لطیفی*

امیر فرخ وندی**

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۱۵

چکیده

امروزه کیفیت زندگی به دلیل غفلت از جنبه‌های کیفی زندگی انسان، بسیار مورد توجه قرار گرفته است، به گونه‌ای که این واژه به مفهومی فراگیر در علوم انسانی تبدیل شده است.

هدف از این تحقیق سنجش سطح کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و تعیین عوامل موثر بر آن می‌باشد که در چارچوب نظری آن از نظر افراد زیر استفاده کرده‌ایم:

Rlatifi2002@yahoo.com

*. استادیار برنامه‌ریزی دانشگاه علامه طباطبائی،

** کارشناسی ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی،

Amir_Farokhvandi@yahoo.com

زان (تاثیر ویژگی‌های فردی بر کیفیت زندگی)، دبلیو باسک و آر سولز باچر، دیوب (تاثیر اوقات فراغت بر کیفیت زندگی)، براون، ولف کنگ زاف، هورنکوئیست، فرانس (تاثیر درآمد بر کیفیت زندگی)، از نظریه سازمان جهانی بهداشت و بوسیله پرسشنامه‌ای که ارایه داده است نیز برای سنجش سطح کیفیت زندگی استفاده شده است.

این تحقیق با روش پیمایش صورت گرفته و از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شده است. جمعیت مورد مطالعه در آن جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول می‌باشند که ۱۷۷ نفر بوده و به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

به کمک این پژوهش مشخص شد که بیشتر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول از نظر کیفیت زندگی در سطح متوسطی قرار دارند و همچنین مشخص شد که متغیرهای میزان تحصیلات، اوقات فراغت، میزان درآمد و رضایت از خدمات ارایه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد، بر روی کیفیت زندگی این گروه تاثیرگذار است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، جانبازان، سازمان جهانی بهداشت، سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، نیازهای رفاهی

مقدمه

کیفیت زندگی^۱ از جمله مسایل مهمی است که با گسترش تکنولوژی و فرآیند صنعتی شدن در کشورهای غربی مورد توجه‌اندیشمندان قرار گرفت، زیرا در پی رشد تکنولوژی، مسایلی چون افزایش جمعیت، رشد شهرنشینی و معضلات عدیده شهری و مشکلات بسیار زیاد دیگری دامنگیر بشر مدرن گردیده بود.

^۱. Quality of life

در این دوره با وجود اینکه در بیشتر کشورهای پیشرفته صنعتی کالاها و تسهیلات مادی به مقدار بسیار زیاد تولید می‌شد، اما شرایط زندگی بشر و درک و برداشت انسان‌ها از زندگی خود چندان مطلوب نبود. "این کشورها از لحاظ کیفیت زندگی با چالش‌ها و مشکلات بسیاری روبرو شده بودند، به گونه‌ای که از اواخر دهه ۶۰ میلادی بسیاری از کارشناسان مسایل توسعه، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و دیگر اندیشمندان علوم اجتماعی و انسانی به نقد و ارزیابی هدف‌های رشد و توسعه اقتصادی در کشورهای پیشرفته و صنعتی پرداختند و بر اولویت هدف‌های اجتماعی توسعه و کیفیت خدمات و کالاها و مناسب بودن آنها با نیازها و شرایط زندگی مردم تاکید ورزیدند. بدین ترتیب نگرش انسانی و جامعه‌شناختی درباره کیفیت زندگی به قلمرو ادبیات توسعه و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان کشورهای پیشرفته بویژه کشورهای اروپای غربی وارد شد." (حاج یوسفی، ۱۳۸۰: ۳۰) به گونه‌ای که از آن پس، توسعه فرآیند بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی تمام مردم در نظر گرفته می‌شد و "سیاست‌های اقتصادی، بویژه رشد اقتصادی به عنوان هدف اساسی توسعه، در معرض تردید و تامل قرار گرفت. این تردید واکنشی بود در برابر نظریات صرفاً اقتصادی توسعه که رشد اقتصادی را با توسعه ملی همانند می‌دانست و چنین می‌پنداشت که رشد اقتصادی به خودی خود به رفاه عمومی و زندگی بهتر می‌انجامد." (اشرف، ۱۳۸۰: ۵۸-۵۷).

نگرش یاد شده در پی پاسخ به این سوال بود که "آیا دستاوردهای اقتصادی - همچون افزایش درآمد ملی، افزایش تعداد و تنوع کالاها و ... - خشنودی مردم از زندگی را افزایش داده است؟ شاخص‌هایی که بهبود وضعیت اقتصادی را گزارش می‌دادند، بیشتر زندگی اقتصادی را می‌سنجیدند، در حالی که احساس مردم از امکانات و دستاوردها، واجد وجهی ذهنی است که شاخص‌های متفاوتی را می‌طلبد." (عبدی، ۱۳۷۸: ۱۵۳)

ضرورت توجه به مفهوم کیفیت زندگی باعث شد که جهت توسعه و بالا بردن سطح کیفیت زندگی در سراسر دنیا سازمان‌های متعددی دست به فعالیت در این زمینه بزنند، از جمله این سازمان‌ها که در طول سالیان گذشته برنامه‌ها و فعالیت‌های فراوانی را در این زمینه به انجام رسانده است می‌توان سازمان جهانی بهداشت^۱ را نام برد. همچنین برنامه توسعه سازمان ملل متحد^۲ از دیگر سازمان‌های بین‌المللی است که به فعالیت در این زمینه می‌پردازد.

روی هم رفته "کیفیت زندگی" را می‌توان یک جزء از رفاه دانست و به همین منظور سازمان‌ها، دولت‌ها و همچنین صاحب‌نظران گوناگون به منظور اندازه‌گیری و ارتقاء کیفیت زندگی دست به تلاش‌های بسیاری می‌زنند، به گونه‌ای که می‌توان گفت بررسی کیفیت زندگی در جوامع و گروه‌های گوناگون در حال تبدیل شدن به یکی از پرطرفدارترین ارزیابی‌ها در سال‌های اخیر می‌باشد.

طرح مسئله

کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بُعد کمی زندگی انسان را مد نظر قرار می‌دهد و همچنین به دنبال غفلت از جنبه‌های 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 شاخص‌های گوناگون این مفهوم را تعیین کنند و مورد سنجش قرار دهند، آنان از جنبه‌های گوناگون به بررسی این موضوع پرداخته و هر کدام ابعاد و شاخص‌های متعددی را بیان داشته و عوامل گوناگونی را بر کیفیت زندگی تاثیرگذار دانسته‌اند، از جمله این عوامل می‌توان به سلامت جسمانی،

¹. World health organization

². United nations development programme

سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، درآمد، ویژگی‌های فردی، اوقات فراغت، عقاید مذهبی، مشارکت سیاسی و... اشاره کرد.

با شناخت کیفیت زندگی جمعیت‌های گوناگون می‌توان برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های گوناگون 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 جانبازان که درمان قطعی برای بیماری‌ها و بسیاری از مسایل خاص آن‌ها وجود ندارد، به بیشترین اندازه خود می‌رسد. ولی باید گفت به نسبت سایر حوزه‌های تحقیقی همچنان سهم بسیار کمی از تحقیقات به موضوع کیفیت زندگی و از جمله کیفیت زندگی جانبازان اختصاص دارد.^۱ کاتسچنیگ^۱ علت این امر را نوظهور بودن و همچنین عدم آشنایی بسیاری از پژوهشگران با مفهوم کیفیت زندگی عنوان کرده است " (تولایی، ۱۳۸۶: ۱۹) با این وجود، به تدریج پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی رو به افزایش است و این واژه در حال تبدیل شدن به مفهومی فراگیر در علوم انسانی می‌باشد. "مسئله اصلی در تمام برداشت‌های کیفیت زندگی این است که مجموعه اقدامات و سیاست‌های اتخاذ شده در زمینه‌های گوناگون، چه اثری بر مخاطب این سیاست‌ها می‌گذارد و آن‌ها چگونه چنین سیاست‌هایی را تجربه می‌کنند. معنای این امر آن است که علوم اجتماعی - به معنای وسیع آن - به تدریج از توجه به آثار عینی سیاست‌ها و تحولات، به آثار ذهنی آن‌ها معطوف است" (عبدی، ۱۳۷۸: ۱۵۶-۱۵۵).

به دلیل اهمیت سنجش و توجه به کیفیت زندگی گروه‌های گوناگون جامعه و از جمله جانبازان - که از مخاطبین خاص سیاست‌های رفاه اجتماعی می‌باشند - تعیین عوامل موثر بر آن ضرورت می‌یابد که در این پژوهش سطح کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول باتوجه به ۴ بُعد مورد نظر سازمان جهانی بهداشت یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط مورد سنجش

^۱. Katschnig

قرار گرفته است و ۶ عامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، اوقات فراغت، میزان درآمد، رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران بعنوان عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی این گروه از جانبازان مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

هدف تحقیق

مفهوم کیفیت زندگی با تمرکز بر شرایط فرد و محیط زیست وی، به دنبال فراهم ساختن چارچوبی است که به وسیله آن مجموعه عواملی که ابعاد گوناگون زندگی انسان را می‌سازند را مورد شناخت، ارزیابی و نظارت قرار دهد تا در کنار جنبه‌های کمی، در راستای بهبود بخشیدن به جنبه‌های کیفی زندگی انسان‌ها گام بردارد. به عبارت دیگر، هدف غایی در پژوهش پیرامون کیفیت زندگی عبارت است از ارتقاء احساس سعادت فردی و همکاری در راستای برنامه ریزی اجتماعی و اجرای سیاست‌های معطوف به تغییرات مثبت در شیوه زندگی افراد (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۵).

بنابراین با توجه به در نظر گرفتن عنوان تحقیق، هدف اصلی این پژوهش عبارت است از: شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول. هدف جزئی تحقیق نیز عبارت است از: سنجش میزان کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول.

تعریف کیفیت زندگی

"شرایط و نحوه زندگی در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی مطرح شده است" (بهمنی، ۱۳۸۳: ۳۲) که می‌توان آنرا به روش‌های گوناگون تعریف کرد، این واژه مفهومی فراگیر دارد که از نظر فلسفی، سیاسی، بهداشتی و سلامت، روان شناسی، اجتماعی، زیستی و... تعاریف متمایزی دارد (Donald, 2009: 1-2).

برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده‌اند (جمشیدی، ۱۳۸۲: ۸۰) و یک تعریف ساده و عملی ارائه شده از کیفیت زندگی این است که افراد به طور کلی از زندگی‌شان رضایت داشته باشند، یعنی کیفیت زندگی معادل احساس رضایت کلی از زندگی در نظر گرفته شده است. (کوکبی، ۱۳۸۴: ۹) اما اگرچه پاسخ به این سوال که زندگی خوب و توام با رضایت چگونه زندگی‌ای است آسان به نظر می‌رسد، ولی اگر کمی ژرف‌تر به این موضوع بنگریم مشخص می‌شود که پاسخ به این سوال چندان ساده نیز نمی‌باشد، چرا که یک زندگی خوب از مجموعه متنوعی از شرایط و ویژگی‌ها که با شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در ارتباط هستند، تشکیل شده است. موضوع زمانی پیچیده‌تر می‌شود که مشخص شود زندگی خوب از سوی افراد گوناگون اغلب کاملاً متفاوت ارزیابی می‌شود.

این موضوع کاملاً آشکار است که افراد در طول قرن‌ها و در نقاط گوناگون دنیا، کیفیت زندگی خود را به شیوه‌های گوناگون و متمایزی تعریف نموده‌اند، حتی در زمان حاضر نیز گروه‌ها و افراد، اغلب در رابطه با کیفیت زندگی به شیوه‌های خاص مرتبط با موقعیت‌های زندگی و ویژگی‌های فرهنگی و شخصی خود فکر می‌کنند.

در کل باید گفت: کیفیت زندگی مفهوم نامشخصی است به طوری که برای تعریف آن مسایل و مشکلات فنی و مفهومی بسیاری وجود دارد و معنی آن بستگی بسیار به بستری دارد که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرد (اسمیت، ۱۳۸۱: ۱۶۰). این مفهوم به هیچ وجه دارای چارچوب مفهومی مشترک و گستره معنایی یکسان نمی‌باشد. همانطور که هاروود^۱ می‌گوید، این مفهوم می‌تواند برای مردم در سطح عام یک معنا داشته باشد، برای سیاستگذاران و مقامات اجرایی معنایی دیگر، و سرانجام برای محققان

^۱. Harwood

و پژوهشگران معنایی متفاوت از آن دو، علت هم این است که هر دسته تعریفی خاص از معنای زندگی دارند. (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۶).

مبانی نظری

"تئوری‌های کیفیت زندگی هر کدام تلاش می‌کنند فرآیندهای شناختی، احساسی و نمادینی که از طریق آنها افراد، کیفیت زندگی خود را ارزیابی، تعیین و تجربه می‌کنند را توصیف نمایند. اما هر یک از این تئوری‌ها در توجه به عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال، نظریه‌های روان شناختی بر برآورده کردن نیازهای اولیه انسان تاکید می‌کنند؛ در حالی که نظریات اقتصادی اختصاص منابع مالی محدود را بر اساس اصول عقلانی در تعیین کیفیت زندگی دارای اهمیت می‌دانند و نظرات جامعه‌شناسی بر اهمیت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی پا می‌فشارند" (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۶). با این وجود دیوید اسمیت^۱ معتقد است به همان میزان که انسان‌ها نیازهای مشترک دارند، نوعی اتفاق نظر نیز در مورد معیارهای کیفیت زندگی به وجود می‌آید (فیشر، ۱۳۸۱: ۲۲).

در اینجا برای برشمردن رویکردهای نظری مربوط به کیفیت زندگی به نظریاتی اشاره می‌کنیم که از دیدگاه‌های گوناگون به موضوع مورد مطالعه اشاره کرده‌اند:

رویکرد جامعه شناختی

گرسون^۲ بیان می‌دارد که در علوم اجتماعی دو رویکرد اصلی به مبحث کیفیت زندگی وجود دارد:

۱- رویکرد فرد گرایانه^۳ ۲- رویکرد استعلایی^۴.

^۱. David Smith

^۲. Gerson

^۳. Individualistic approach

^۴. Transcendentalist approach

در رویکرد فردگرایانه عوامل مؤثر در تعیین کیفیت زندگی، فعالیت‌ها و دستاوردهای فردی می‌باشند، دستاوردهایی همچون تسلط یافتن بر محیط زندگی بویژه توانایی غلبه بر فقر و بدبختی، آزادی از قید محدودیت‌ها و مواردی از این دست؛ به طور عمومی این رویکرد بر اولویت داشتن منافع فرد نسبت به جامعه تاکید می‌کند. در مقابل، رویکرد استعلایی بر مکمل بودن علاقه فردی و کارکرد اجتماعی تاکید می‌کند. در این رویکرد بر اهمیت وفاداری و دیگر شکل‌های همبستگی تاکید می‌شود و منفعت اجتماعی، خیر عمومی و همچنین اولویت داشتن جامعه نسبت به فرد مورد توجه قرار می‌گیرد.

در رویکرد فردگرایانه، کیفیت زندگی از طریق سنجش میزان موفقیت فرد در برآورده ساختن نیازهایش بر اساس وجود محدودیت‌های گوناگون بررسی می‌شود. مکتب اندیشه سیاسی لیبرالیسم مثال اولیه چنین رهیافتی است؛ حقوق غیرقابل اغماض انسان بر اساس این رویکرد عبارتند از: حق زندگی کردن، آزاد بودن و تعقیب خوشحالی. از نظریه پردازان بزرگ این رهیافت نیز می‌توان به جان لاک^۱، جفرسون^۲ و آدام اسمیت^۳ اشاره کرد که مفهوم کیفیت زندگی را مستقیماً بر مبنای پیش فرض برتر بودن دستاوردهای انفرادی نسبت به تعهدات اجتماعی تعریف کرده‌اند.

مفهوم کیفیت زندگی در رویکرد استعلایی که در نقطه مقابل رویکرد فردگرایانه قرار می‌گیرد همواره با سنجش میزان حفظ موقعیت فردی در نظم اجتماعی وسیع‌تر تعریف می‌شود. همان‌گونه که گرسون بیان می‌دارد تاکید رویکرد استعلایی همیشه روی ماهیت نظم اجتماعی است، به گونه‌ای که در این رویکرد چنین استدلال می‌شود: تا جایی که نظم جامعه وسیع‌تر به طرز مناسب حفظ و تثبیت شود، کیفیت زندگی اعضای آن جامعه در سطح بالایی قرار دارد. در این دیدگاه از اعضای جامعه انتظار می‌رود تا

¹. John Locke

². Jefferson

³. Adam Smith

جایی که در توان دارند برای سود رسانی به جامعه تلاش کنند و رضایت خود را در خدمت رسانی به خیر عمومی جستجو کنند.

گرسون تاکید می‌کند که هیچ کدام از رویکردهای یاد شده به دلیل تاکید یک عاملی (فرد یا جامعه) قادر به ارائه تعریف کاملی از کیفیت زندگی نیستند، بنابراین او رهیافت سومی را پیشنهاد می‌کند که در آن افراد و جامعه یکدیگر را از طریق یک فرآیند پیوسته مذاکره بازتولید می‌کنند، چنین رهیافتی در نظریه گرسون منجر به تعریف کیفیت زندگی براساس پیامدها و نتایج این مذاکرات می‌شود. به اعتقاد وی مسئله کیفیت زندگی مربوط می‌شود به تعریف اینکه چه معیارهایی برای التزام به سازمان اجتماعی باید به کار گرفته شوند و در مقابل، چگونه نیازهای افراد در راستای این معیارها برآورده شوند؛ بنابراین مسئله کیفیت زندگی در نظراو بر می‌گردد به مدیریت بهینه منابع و محدودیت‌ها. (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۷-۴۶)

رویکرد روان‌شناسانه به کیفیت زندگی

انسان‌ها دارای نیازهای مادی و غیرمادی زیادی هستند که ممکن است به شیوه گوناگون ارضاء شوند و یا به عکس ممکن است به این نیازها پاسخی داده نشود، که در این صورت احساس سعادت شخص تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

در روان‌شناسی اجتماعی، کیفیت زندگی به کلیتی از نیازهای انسان بستگی دارد که باید ارضاء شوند، نیازهای قوی یا ضعیف، خوب یا بد، مثبت یا منفی که اگر برآورده شوند کیفیت زندگی انسان افزایش می‌یابد و در صورت عدم ارضای آنها کیفیت زندگی افراد کاهش پیدا می‌کند (Schuessler, 1985: 129-149).

رویکرد اقتصادی به کیفیت زندگی

نظریات اقتصادی بر فرآیندهایی تاکید می‌کنند که از طریق آنها افراد به لحاظ عقلانی، منابع موجود را به برآورده ساختن نیازهایشان اختصاص می‌دهند و به این

وسیله آنچه که مطلوبیت یا سودمندی^۱ نامیده می‌شود را تولید کرده و در راه ارتقای کیفیت زندگی گام می‌نهند؛ اقتصاددانان این فرآیند را در قالب به بیشترین اندازه رساندن مطلوبیت با توجه به محدودیت‌های اعمال شده روی دسترسی پذیری و جانشینی منابع مدل‌سازی می‌کنند.

بطور کلی در این حوزه، مسئله اصلی در به بیشترین اندازه رساندن کیفیت زندگی با توجه به منابع موجود و قابل دسترس خلاصه می‌شود (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۸).

رویکرد اکولوژیکی به کیفیت زندگی

دیدگاه‌های اکولوژیکی نوعی نگرش تلفیقی دارند زیرا در این دیدگاه‌ها ابعاد فیزیکی و اجتماعی مفهوم کیفیت زندگی با هم ترکیب می‌شوند.

به اعتقاد بابلز^۲ و همکاران، در رهیافت‌های اکولوژیکی، کیفیت زندگی بعنوان یک عنصر در فرآیندی کلی دیده می‌شود که در آن هر عنصر در معرض تاثیر دیگر عناصر قرار دارد؛ در اینجا گفته می‌شود که کیفیت زندگی به محیط زیست بستگی دارد و بنابراین زیست گاه عمومی در واکنش به تلاش‌هایی که مردم برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی شان انجام می‌دهند دچار دگرگونی می‌شود.

رویکردهای اکولوژیکی بر پیوستگی متقابل عناصر، اعم از جاندار و بی جان، تاکید می‌کنند. میلبراث^۳ از نظریه پردازانی است که در رهیافت‌های اکولوژیکی طبقه‌بندی می‌شود، او کیفیت زندگی را به عنوان جنبه‌ای از فرآیند اکولوژیکی در نظر گرفته و آنرا بعنوان عنصری در کنار ابعاد بیولوژیکی محیط زیست تعریف می‌کند. در نگاه او کیفیت زندگی و زیست گاه به مانند داده و ستانده عمل می‌کنند. اگر توالی بین

^۱. Utility

^۲. Bubolz

^۳. Milbrath

این دو به گونه‌ای آغاز شود که زیست، گاه درون داد یا داده باشد و کیفیت زندگی برون داد یا ستانده، آن گاه در مرحله بعدی کیفیت زندگی تبدیل به داده می‌شود و محیط زیست را دچار تغییر می‌کند و محیط زیست نیز نتیجتاً کیفیت زندگی را تغییر می‌دهد و این چرخه همچنان ادامه می‌یابد. در این شیوه مدور، کیفیت زندگی در طول زمان دچار تغییرات زیادی می‌شود. (ربانی خوراسگانی، ۱۳۸۵: ۴۸).

نظر براون در مورد کیفیت زندگی

براون^۱ کیفیت زندگی را از یک نظر با توجه به دو سطح خرد (فردی، ذهنی) و کلان (اجتماعی، عینی) تعریف می‌کند، سپس برای هر یک از این سطوح شاخص‌هایی را بر می‌شمرد که این شاخص‌ها بدین شرح می‌باشند:

شاخص‌های کلان تاثیر گذار بر کیفیت زندگی عبارتند از: درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی.

شاخص‌های خرد تاثیرگذار بر روی کیفیت زندگی عبارتند از: ادراکات کلی کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد و معرف‌های مرتبط مانند: رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳).

نظر سازمان جهانی بهداشت در مورد کیفیت زندگی

" بنابه تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل دیده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های گوناگون زندگی شان استوار است" (نجات، ۱۳۸۵: ۲).

¹. Brown

به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی افراد را باید با توجه به ۴ بُعد مورد سنجش و ارزیابی قرار داد. این ۴ بُعد تاثیر گذار بر روی کیفیت زندگی عبارتند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط و ارتباطات اجتماعی، سلامت محیط. سازمان جهانی بهداشت برای هر یک از این ابعاد مصادیقی را نیز ارائه می‌نماید که بدین شرح می‌باشد:

- سلامت فیزیکی شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، میزان وابستگی به درمان‌های پزشکی، قدرت و خستگی، تحرک و چابکی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، ظرفیت و توانایی برای کار و فعالیت می‌باشد.

- سلامت روانی شامل رضایت و تصور شخص از خود و ظاهر بدنی‌اش، احساسات مثبت و منفی فرد، اعتماد به نفس، اعتقادات روحی، مذهبی، شخصی، تفکر، یادگیری و حافظه و تمرکز می‌باشد.

- روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی می‌باشد.

- سلامت محیط شامل منابع مادی و مالی، آزادی، ایمنی، میزان در دسترس بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، درمانی و اجتماعی، فرصت‌های پیش رو برای کسب و به دست آوردن اطلاعات و مهارت‌های جدید، امکان فعالیت‌های تفریحی، سلامت محله‌ای که شخص در آن زندگی می‌کند و امکانات آن و سلامت محیط خانه (نجات، ۱۳۸۵: ۱۱).

نمودار ۱- عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت



نظریه فرانس در مورد کیفیت زندگی:

فرانس^۱ چهار عامل اصلی که بر روی کیفیت زندگی تاثیرگذار می‌باشند را موارد زیر می‌داند:

وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳).

به عقیده فرانس این چهار متغیر اصلی می‌توانند مستقلا و به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی افراد تاثیر گذار باشند، اما این عوامل می‌توانند به صورت توأم با یکدیگر نیز بر کیفیت زندگی تاثیر بگذارند. البته لازم به یادآوری است که درک افراد از کیفیت زندگی شان نیز می‌تواند بر هر کدام از متغیرهای نام‌برده مؤثر واقع شود، برای مثال اگر درک افراد از کیفیت زندگی شان کاهش یابد می‌تواند بر توانایی آنها در محیط کاری و شغلی شان تاثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی آنان گردد. (Varrhocchio, 2001: 255-256) یا شخصی که از کیفیت زندگی ضعیفی برخوردار است، این ضعف کیفیت زندگی می‌تواند بر ارتباطات خانوادگی او تاثیر بگذارد، همچنین کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به کارگیری مکانیزم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و سرانجام موجب افزایش تنش در زندگی آنان گردد، افزایش تنش خود مستقیما در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند باعث تشدید بیماری در افراد شود. پس دیده می‌شود که در دیدگاه فرانس، کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بُعدی و پیچیده است که می‌بایست از جنبه‌های گوناگون مورد ارزیابی قرار گیرد (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳).

¹. France

نظریه زان در مورد کیفیت زندگی

به عقیده زان^۱ کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی می‌باشد که شاخص‌ها و معرف‌های گوناگونی 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، زمینه‌ها و عوامل شخصی و فردی همچون سن، عوامل اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و محیطی و همچنین احساس خوب بودن از نظر روانی (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴).

نظریه هورنکوئیست در مورد کیفیت زندگی

هورنکوئیست^۲ کیفیت زندگی را براساس مطالعات خود و یافته‌های سایرین به عنوان رضایت فرد در یک تعداد از ابعاد اصلی زندگی، با تمرکز خاص بر احساس خوب بودن تعریف می‌نماید. به عقیده وی اندازه‌گیری کیفیت زندگی به وسیله بررسی ابعاد پنج گانه زیر از زندگی افراد امکان پذیر است:

- قلمرو فیزیکی، شامل سلامت بدنی و در نقطه مقابل، فشار ناشی از بیماری خاص.

- قلمرو روانی و عاطفی، شامل احساس رضایت از زندگی، احساس خوب بودن و عملکرد فکری و عقلانی و همچنین اعتقادات شخص.

- قلمرو اجتماعی، شامل تماس اجتماعی و ارتباط مناسب با دیگران به طور عموم و با خانواده و همسر به طور ویژه

1. Zhan

2. Hornquist

- قلمرو رفتاری - **فعالیتی**، شامل ظرفیت پذیرش مراقبت از خود و انجام کار و فعالیت و حرکت.

- قلمرو مادی، شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد (Hornquist, 1996: 227).

ماتریس کیفیت زندگی ولف کنگ زاف

" زاف^۱، کیفیت زندگی را ترکیبی از شرایط عینی زندگی و رفاه ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌نماید؛ او با استفاده از یک جدول ساده، تمایز بین عینی - ذهنی و فردی - اجتماعی را نشان داده و با ارائه مثال آن را تشریح می‌کند.

جدول ۱- گونه‌شناسی معرف‌های کیفیت زندگی از نظر زاف

ذهنی	عینی	
رفاه ذهنی (مانند رضایت مندی از درآمد)	شرایط عینی زندگی (مانند درآمد)	سطح فردی
کیفیت درک شده جامعه (مانند تقسیم درک شده بین پولدار و فقیر)	کیفیت جامعه (مانند توزیع درآمد)	سطح اجتماعی

وی معتقد است که در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی و ارزیابی ذهنی افراد از این شرایط را با رفاه واقعی، همزمان در نظر گرفت.
زاف جهت بیان نظریاتش جدول ۲ را ارائه می‌نماید:

^۱. Zapf

جدول ۲- برآیند رفاه ذهنی و شرایط عینی زندگی

رفاه ذهنی			
بد (-)	خوب (+)		
ناهنجاری	رفاه	خوب (+)	شرایط عینی
محرومیت، ناکامی	سازگاری	بد (-)	زندگی

(فرخی، ۱۳۸۶: ۲۳-۲۲)

تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو و کیفیت زندگی

با توجه به این نکته که " برآورده شدن نیازها و اولویتهای اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد" (موسوی، ۱۳۸۶: ۷۶) توجه به تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو^۱ در مباحث مربوط به کیفیت زندگی اهمیت می‌یابد. سلسله مراتب نیازهای مازلو را می‌توان بصورت یک هرم در نظر گرفت، که در آن نیازهای فیزیولوژیکی همچون نیاز به آب، غذا، خواب، میل جنسی، دفع و... در قاعده هرم قرار دارند و نیاز به خودشکوفایی در راس این هرم می‌باشد.

بین نیازهای فیزیولوژیکی موجود در قاعده و نیاز به خودشکوفایی که در راس قرار دارد، نیازهای دیگری- به ترتیب صعودی- نیز وجود دارند که عبارتند از نیازهای ایمنی، نیازهای مربوط به تعلق و عشق، نیازهای مربوط به احترام و عزت نفس، نیازهای شناختی و نیازهای ذوقی و زیباشناختی.

به عقیده مازلو، نیازهایی که در قاعده هرم قرار دارند باید قبل از نیازهایی که در قسمت بالایی 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

^۱. Maslow

نفس، نیازهای شناختی و نیازهای ذوقی را مورد نظر قرار داد، که در این صورت بحث در مورد نیاز به خودشکوفایی معنی و مفهومی نخواهد داشت (اقلیما، ۱۳۸۲: ۵۰).

سرجی^۱ دیدگاهی توسعه‌یافته از این نظریه مازلو در ارتباط با کیفیت زندگی ارائه داده است. او می‌گوید در جوامع توسعه‌یافته، افراد این جوامع در مراتب بالاتری از نیازها اکتفا و راضی می‌شوند، ولی برعکس، در جوامع کمتر توسعه‌یافته، افراد در مراتب پایین‌تر نیازها اکتفا می‌شوند. کیفیت زندگی نیز با توجه به اینکه افراد یک جامعه مشخص، در کدام یک از سطوح گوناگون این نیازهای سلسله مراتبی ارضا و اکتفا می‌شوند، تعریف می‌شود. بنابراین هرچه 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 نیز پاسخ داده شود ولی افراد آن جامعه در سطوح بالاتری اکتفا شوند، که در نتیجه احساس رضایت و کیفیت زندگی کمتری خواهند داشت (Sirgy, 1986: 31).

هاگرتی^۲ نیز معتقد است می‌توان از تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو برای پیش بینی توسعه و افزایش کیفیت زندگی کشورها در طول زمان استفاده کرد. او می‌گوید که تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو می‌خواهد به این پرسش پاسخ بگوید که کدام سیاست با سرعت بیشتری کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد؟ به باور او این تئوری همچنین می‌تواند چگونگی توسعه ملی را توصیف کرده و به بهبود کیفیت زندگی یاری برساند.

در تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو، کمیت‌هایی 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 می‌آید (Hagerty, 1999: 249).

^۱. Sirgy

^۲. Hagerty

نظریه کیفیت زندگی دیوب

دیوب بیان می‌دارد که همواره شکاف معینی میان آنچه که مطلوب بوده و آنچه که برآورده شده، وجود داشته است و تلاش همه نظام‌های اجتماعی پل زدن بین آن‌ها بوده است؛ برخی موفق شده و برخی دیگر شکست خورده‌اند، برخی از تمدن‌ها موفق به برقراری تعادل و هماهنگی میان مردم، طبیعت و جامعه شده‌اند، اما برخی در جستجوی کیفیت زندگی عالی شرایطی را ایجاد کردند که در نهایت به تلاشی و انحطاط آنان منجر شده است.

به عقیده دیوب برای معنی دار ساختن هرگونه توجهی به کیفیت زندگی، باید مسئله لذت و کامروایی فردی و نیازهای اجتماعی، هر دو مد نظر قرار گیرند و به حساب آیند. تاکید بیش از حد بر ارضاء شخصی، نظم اجتماعی را غیر قابل محافظت و دفاع ناپذیر می‌سازد و در جامعه عدم تعادل بوجود می‌آورد که ممکن است اداره آن دشوار باشد، اما به طور مسلم در هرگونه توجهی به مسئله کیفیت زندگی، افراد را نمی‌توان نادیده گرفت، نیازهای افراد و تامین و ارضای آن‌ها مهم است اما باید گفت که نیازهای افراد تا حد زیادی مخلوق فرهنگ‌شان می‌باشد و تامین و ارضای آنان را هرگز نمی‌توان از اهداف و وسایل نظم اجتماعی که تحقق آن‌ها را ممکن می‌سازد، جدا کرد. در عین حال توجه تمام به کیفیت محیط فیزیکی هم مهم است، زیرا تا اندازه زیادی تعیین کننده شرایط عینی و همچنین تامین و ارضای درونی و ذهنی فرد است.

آنگونه که دیوب می‌گوید هر تعریف قانع کننده‌ای از کیفیت زندگی باید شامل سه مجموعه متنوع از معیارها و تعامل پویای‌شان باشد: معیارهای خاص گرایانه که به طور فرهنگی تعیین می‌شوند، معیارهای عام گرایانه که به طور علمی تعیین می‌شوند و معیارهایی که از یک طرف به استثمار بیش از حد و تخریب زیست محیطی و از طرف دیگر به ارتقای زیست محیطی توجه دارند. در تحلیل نهایی نیز کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تامین و ارضای نیازهای زیست شناختی، ثانوی یا فرعی و یکپارچه ساز مردم در عرصه‌ها و موقعیت‌های اجتماعی‌شان تعریف می‌شود.

در نهایت دیوب به معرفی مهم ترین نیازها و ملزومات برجسته کیفیت زندگی می‌پردازد و آن‌ها را در دو سطح فردی و جمعی نشان می‌دهد، این نیازها و ملزومات عبارتند از:

- بقاء (نیازهای حیاتی)
- نیازهای اجتماعی
- نیازهای فرهنگی و روانی
- رفاه (نیازهای رفاهی)
- نیازهای انطباقی و سازش بخش
- نیازهای مترقی

رفاه (نیازهای رفاهی) در دو سطح فردی و اجتماعی بدین قرار می‌باشند:

در سطح فردی:

- توانایی غلبه یافتن بر محرومیت‌ها و تبعیضات ساخته دست بشر.
- توانایی رهبری زندگی مفید و سودمند، باوجود نقص و ناتوانی طبیعی یا تصادفی.

در سطح اجتماعی:

- منسوخ کردن رویه‌های تبعیض آمیز مبتنی بر جنسیت، نژاد، مذهب، با توجه ویژه به گروه‌های تحقیر شده و فرومانده و از نظر فرهنگی محروم.
- طرح و برنامه‌های ویژه برای معلولین ذهنی و بدنی.
- اقدام مثبت برای دو نکته بالا.

دیوب بیان می‌دارد که برای مفهوم سازی و ادراک کیفیت زندگی برای مردم فقیر جهان به طور عموم و برای بیشترین تعداد آن در جهان سوم به طور خاص، مسئله اساسی امر بقا است، اما انسانی زیستن چیزی بیش از بقای فیزیکی را می‌طلبد، به همین دلیل این قاعده توجه به بقا به اضافه دست کمی از سطوحی که ورای نیازهای زیست

شناختی هستند و انسان‌ها را از حیوانات دیگر متمایز می‌سازند، را ضروری می‌داند (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۸-۱۰۱).

معرف‌های باسک و سولزباچر

دبلیو باسک^۱ و آر سولزباچر^۲ کیفیت زندگی را ارضای نیازهای مادی به‌اندازه نیازهای غیر مادی تعریف نموده‌اند، که به نظر آن‌ها واژه کیفیت زندگی مجموعه متنوعی از حوزه‌های زندگی را پوشش می‌دهد.

آن‌ها بین ۹ بخش کیفیت زندگی که موارد زیر را در بر می‌گیرد تمایز قایل

شده‌اند:

- زندگی در کل
- شرایط زندگی و محیط زندگی
- حرفه و محل کار
- سلامت
- ایمنی و امنیت
- اوقات فراغت و تفریح
- موقعیت مالی
- دیدگاه فرد در مورد آینده
- خانواده، همسایگان و دوستان

سنجش کیفیت زندگی به معنای نوسان بین رفاه ذهنی و داده‌های اندازه‌گیری شده عینی می‌باشد. مثلاً احساس امنیت ذهنی لزوماً ملاک‌های عینی مانند: نرخ‌های جنایت یا تصادفات را منعکس نمی‌کند.

اثرات شرایط عینی زندگی بر رفاه ذهنی بوسیله دو نکته زیر تحریف می‌شود:

^۱ . W. Baaske

^۲ . R. Sulzbacher

الف - ابعاد متفاوت زندگی که توسط فرد مورد قضاوت قرار می‌گیرد، تحت تاثیر افراد و گروه‌های مرجع قرار دارد؛ به عنوان مثال یک میلیونر در یک گروه از میلیونرها ممکن است همانند یک فقیر در یک گروه از گرسنگان بدبخت باشد.

ب - از این گذشته، هر فرد ابعاد زندگی اش را به شکل متفاوت از سایرین سبک و سنگین می‌کند، به عنوان مثال برای یک فرد اوقات فراغت چیز بسیار مهمی است، در حالی که برای فرد دیگر حرفه حائز اهمیت می‌باشد. ارزیابی فرد نیز تحت تاثیر فرهنگ، جامعه و زمان قرار دارد. (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۵)

با توجه به ۹ بخش کیفیت زندگی که در بالا به آنها اشاره شد، باسک و سولزباچر به تفاوت‌های برجسته بین اثر بخش‌های گوناگون بر کیفیت زندگی اشاره کرده و سه دسته از شرایط را معرفی نمودند: شروط "کافی"^۱، "لازم"^۲ و "طولی"^۳ شروط کافی "دلالت‌ها و استلزامات"^۴ بوده و بخش‌های خانواده، همسایه‌ها، دوستان، شرایط زندگی و محیط زندگی به این گروه تعلق دارند. برای مثال رضایت بالا از شرایط زندگی فردی به طور خودکار به معنای رضایت بالا در کل زندگی می‌باشد. شروط لازم به بخش‌های نقطه نظرات شخصی افراد در رابطه با آینده و شروط مالی مرتبط می‌باشد. برای مثال نقطه نظرات بدبینانه نسبت به آینده منجر به نارضایتی در کل زندگی خواهد شد.

ایمنی در حوزه‌های زندگی، حرفه و محل کار، اوقات فراغت و تفریح و شرایط سلامت نیز به شروط طولی مرتبط می‌باشند.

اگر شروط کافی برآورده شده باشند، هیچکدام از سایر عوامل برای تضمین کیفیت بالای زندگی ضروری نمی‌باشند. اگر شروط لازم برآورده شده باشند، کیفیت

¹ . Sufficient

² . Necessary

³ . Linear

⁴ . Implications

زندگی نباید بالا باشد مگر آنکه سایر بخش‌ها نیز نقش مهمی بازی کنند، ولی اگر شروط لازم برآورده نشده باشد، کیفیت بالای زندگی غیر ممکن است.

از سوی دیگر این دو محقق بین سه بُعد زیر نیز تفاوت قایل می‌شوند:

- معرف‌های عمومی (مانند رضایت از زندگی) و ویژه (مانند رضایت از شرایط زندگی).

- معرف‌های عینی (مانند نرخ بیکاری یا جرم و جنایت) و ذهنی (مانند رضایت از موقعیت مالی).

- معرف‌های جمعی (تشریح رضایت یک گروه، منطقه، ملت و...) و فردی (تشریح رضایت فرد) (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۷-۲۶)

چارچوب نظری تحقیق

در این پژوهش برای ارزیابی و سنجش سطح کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول از چارچوب مفهومی و پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه گردیده، یعنی پرسشنامه WHOQOL-BREF استفاده شده است.

سازمان جهانی بهداشت برای سنجش کیفیت زندگی ۴ بُعد زیر را مد نظر قرار می‌دهد:

۱- سلامت جسمانی

۲- سلامت روان

۳- روابط اجتماعی

۴- سلامت محیط

که براساس این ۴ بُعد، به ارائه پرسشنامه‌ای برای سنجش کیفیت زندگی اقدام نموده است. (World Health Organization, 2004: 3-4).

با توجه به مبانی نظری مطرح شده در این تحقیق و با در نظر گرفتن اهداف تحقیق متغیرهای زیر نیز به عنوان عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول تعیین می‌گردند:

- ویژگی‌ها و عوامل فردی:

زان این ویژگی‌ها را یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد می‌داند (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴)

ویژگی‌های فردی مورد نظر در این پژوهش عبارتند از: سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل.

- اوقات فراغت:

اوقات فراغت و حضور افراد در محیط‌های طبیعی و تفریحی تاثیرات مثبت بسیاری بر سلامت روانی و جسمانی افراد می‌گذارد و افزایش پیوندهای اجتماعی و رضایت اجتماعی را به همراه خواهد داشت، بنابراین هرچه افراد بیشتر از فضاهای عمومی، طبیعی و تفریحی استفاده کنند و اوقات فراغت‌شان از جنبه‌های گوناگون پربارتر باشد، هم روابط و تعاملات بیشتری خواهند داشت و هم از نظر جسمانی و روانی سالم‌تر خواهند بود، که این در نهایت می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها موثر باشد.

به دلیل اهمیت اوقات فراغت، دلبلیو باسک و آر سولزباچر آن را به عنوان یکی از حوزه‌های زندگی که بر روی کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است، معرفی می‌نمایند (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۵).

دیوب مهم‌ترین نیازها و ملزومات کیفیت زندگی را در سطوح فردی و اجتماعی ارائه داده است که یکی از این ملزومات با عنوان کلی نیازهای فرهنگی و روانی قابل شناسایی است. دیوب در سطح فردی نیازهای فرهنگی و روانی فراغت و فرصت برای

استفاده از آن را به عنوان یکی از ملزومات و نیازهایی که برای نیل به کیفیت زندگی بالاتر باید ارضا شود، معرفی می‌نماید (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۶).

- درآمد:

اهمیت درآمد به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر روی کیفیت زندگی غیرقابل انکار است، این تاثیر در کشورهای فقیر که در آن غالب افراد از نظر وضعیت اقتصادی و مالی شرایط ایده آلی ندارند، دو چندان می‌شود.

براون که کیفیت زندگی را با توجه به دو سطح خرد (ذهنی) و کلان (عینی) تعریف می‌کند، یکی از شاخص‌های کلان تاثیرگذار بر روی کیفیت زندگی را درآمد می‌داند. (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳)

ولف کنگ زاف نیز در گونه شناسی خود از معرف‌های کیفیت زندگی، درآمد را یکی از شرایط عینی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی در سطح فردی می‌داند. (فرخی، ۱۳۸۶: ۲۲).

هورنکوئیست یکی از ابعاد اندازه‌گیری کیفیت زندگی را قلمرو مادی می‌داند که شامل وضعیت اقتصادی و مالی فرد می‌باشد (Hornquist, 1996: 227).

فرانس نیز یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی را وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد معرفی می‌نماید که یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تعیین کننده وضعیت اقتصادی افراد، درآمد آنها می‌باشد (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳). بنابراین درآمد به عنوان یکی از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول مورد بررسی قرار می‌گیرد.

- رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران:

باید توجه داشت که کیفیت زندگی افراد گوناگون و از جمله جانبازان که گروه مورد مطالعه در این پژوهش می‌باشند، تحت تاثیر شرایطی است که در آن زندگی

می‌کنند و خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به آنها، می‌تواند در ارتقای این شرایط زندگی موثر باشد.

در کل باید گفت که " کیفیت زندگی تحت تاثیر مداخلات ارائه کنندگان خدمات و مراقبت‌های گوناگون و از جمله مراقبت‌های بهداشتی قرار دارد." (Sarvimaki, 2000: 1029).

دیوب یکی از نیازها و ملزومات برجسته کیفیت زندگی را رفاه (نیازهای رفاهی) می‌داند و آن را در دو سطح فردی و اجتماعی بدین شرح بیان می‌دارد:

در سطح فردی:

- توانایی غلبه یافتن بر محرومیت‌ها و تبعیضات ساخته دست بشر.
- توانایی رهبری زندگی مفید و سودمند، با وجود نقص و ناتوانایی طبیعی یا تصادفی.

در سطح اجتماعی:

- القاء رویه‌های تبعیض آمیز مبتنی بر جنسیت، نژاد، مذهب با توجه به گروه‌های تحقیر شده و فرو مانده و از نظر فرهنگی محروم.
- طرح و برنامه‌های ویژه برای معلولین ذهنی و بدنی.
- اقدام مثبت برای دو نکته بالا (دیوب، ۱۳۷۷: ۱۰۷-۱۰۶)

دیده می‌شود که به نظر او برای دستیابی به کیفیت زندگی مناسب، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی باید به محرومین، معلولین، افراد ناتوان و گروه‌های ویژه اجتماعی توجه نمود و طرح و برنامه‌های ویژه‌ای برای آنان به اجرا در آورد.

غالب تعاریف و شاخص‌هایی که برای کیفیت زندگی مطرح شده نیز بر ارزیابی و درک افراد از خصوصیات و شرایط و همچنین میزان رضایت کلی افراد از زندگی تاکید کرده‌اند. از جمله این تعاریف می‌توان به تعریف سازمان جهانی بهداشت اشاره کرد که

کیفیت زندگی را درک و برداشت افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به فرهنگ و ارزش‌ها و اهداف و انتظاراتشان می‌داند (نجات، ۱۳۸۵: ۲) و یا سیتیا کیفیت زندگی را ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی و نیز میزان رضایت کلی فرد از زندگی خود تعریف کرده است (Cynthia, 1998:25).

از آنجایی که خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به مخاطبین خود در راستای موارد مطرح شده می‌باشد، آن را به عنوان یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر روی کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول در نظر می‌گیریم.

فرضیه‌های تحقیق

- به نظر می‌رسد بین سن جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- به نظر می‌رسد بین میزان تحصیلات جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت تاهل جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- به نظر می‌رسد بین اوقات فراغت جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- به نظر می‌رسد بین میزان درآمد جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.
- به نظر می‌رسد بین رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان (۶۹-۵۰ درصد) شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است.

روش تحقیق

روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، روش پیمایش^۱ می‌باشد؛ که ما در آن متناسب با اهداف و فرضیه‌های تحقیق، دست به طراحی مجموعه‌ای از سوالات زده و نسبت به جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها اقدام کرده‌ایم.

جمعیت مورد مطالعه

جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق را کلیه جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول تشکیل می‌دهند و از آنجایی که تعداد آن‌ها محدود بوده و مراجعه به تک تک افراد جمعیت امکان‌پذیر می‌باشد از روش کل شماری (سرشماری) استفاده شده است. تعداد جمعیت مورد مطالعه این پژوهش ۱۷۷ نفر می‌باشد.^۲

ابزار سنجش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه می‌باشد که در آن برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۳ استفاده شده است و برای سایر متغیرها نیز به تدوین سوالاتی پرداخته و با ارائه آن به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، از آنها خواسته شد آن را تکمیل نمایند.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی تحقیق بدین قرار می‌باشد:

^۱. Survey

^۲- توضیح اینکه از میان این ۱۷۷ نفر، ۲ نفر حاضر به پاسخگویی نشدند، بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس داده‌های بدست آمده از پاسخگویی ۱۷۵ نفر انجام می‌گیرد.

^۳. WHOQOL-BREF

- میانگین سنی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول ۶۷/۲۳ سال می باشد، کم سن ترین آنها ۳۲ سال و مسن ترین ۶۸ سال سن دارند. هم میانه و هم مد سن گروه مورد بررسی ۴۵ سال می باشد. گروه سنی ۴۵-۴۱ سال از بیشترین فراوانی در میان جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول برخوردار می باشد.

- بیشتر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول دارای سطح تحصیلی دیپلم می باشند و افراد بی سواد نیز کمترین فراوانی را در میان آنها دارند. ۴۰ درصد از جمعیت مورد مطالعه دارای تحصیلات دانشگاهی هستند.

- غالب جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول متاهل می باشند و فقط ۲ نفر (۱/۱ درصد) هرگز ازدواج نکرده اند و ۲ نفر (۱/۱ درصد) نیز بی همسر در اثر طلاق می باشند.

- کم درآمدترین جانباز ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول دارای درآمدی معادل ۲۰۰۰۰۰ تومان در ماه و پردرآمدترین پاسخگو دارای درآمد ماهیانه ۱۸۰۰۰۰۰ تومان می باشد. میانگین درآمد ماهیانه این افراد ۷۶/۲۰۲/۸۵۷ تومان، میانه درآمد آنها ۷۵۰۰۰۰ تومان و مد درآمد آنها ۷۰۰۰۰۰ تومان است. بیشترین فراوانی از آن کسانی است که درآمد ماهیانه خیلی کم دارند.

- داده های بدست آمده از جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول نشان دهنده آن است که زمان اختصاص داده شده به فعالیت های مربوط به اوقات فراغت توسط آنها - به ترتیب فراوانی - بدین صورت است:

۶۹ نفر (۳۹/۴ درصد) کم، ۵۸ نفر (۳۳/۱ درصد) متوسط، ۲۹ نفر (۱۶/۶ درصد) خیلی کم، ۱۷ نفر (۹/۷ درصد) زیاد و ۲ نفر (۱/۱ درصد) خیلی زیاد.

- اکثر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول یعنی ۷۰/۳ درصد، رضایت پایین و خیلی پایینی از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران داشتند (۴۲/۳ درصد رضایت کم و ۲۸ درصد رضایت خیلی کم)، ۲۱/۱ درصد رضایت متوسط، ۷/۴ درصد رضایت زیاد و ۱/۱ درصد رضایت خیلی زیادی داشتند.

- سنجش سطح کیفیت زندگی در این پژوهش با توجه به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ صورت گرفته است که کیفیت زندگی را با توجه به ۴ بعد مورد نظر این سازمان یعنی ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت محیط و روابط اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد. نتایج حاصل از داده‌های مربوط به هر کدام از این ابعاد به قرار زیر می‌باشد:

بُعد سلامت جسمانی: در میان جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول آنهایی که از سلامت جسمانی متوسط و پایین برخوردارند به ترتیب با تعداد ۱۰۷ نفر (۶۱/۱ درصد) و ۴۷ نفر (۲۶/۹ درصد) بیشترین فراوانی را دارند فراوانی سلامت جسمانی بالا ۱۷ نفر (۹/۷ درصد) و سلامت جسمانی خیلی پایین نیز ۴ نفر (۲/۳ درصد) می‌باشد. و حتی یک مورد نیز سلامت جسمانی خود را خیلی بالا ارزیابی نکرده است.

بُعد سلامت روان: بیشترین فراوانی برای سلامت روان جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول با فراوانی ۶۶ (۳۷/۷ درصد) متعلق به افرادی است که از سلامت روان بالایی برخوردارند و پس از آن نیز سلامت روان آنانی که متوسط می‌باشد با تعداد ۶۵ نفر (۳۷/۱ درصد) بیشترین فراوانی را دارد. سلامت روان ۳۱ نفر (۱۷/۷ درصد) پایین، ۷ نفر (۴ درصد) خیلی بالا و ۶ نفر (۳/۴ درصد) خیلی پایین می‌باشد.

^۱. WHOQOL-BREF

بُعد سلامت محیط: ۱۱۱ نفر (۶۳/۴ درصد) از جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول سلامت محیط خود را متوسط ارزیابی کرده‌اند. سایر فراوانی‌های مربوط به سلامت محیط نیز به ترتیب این گونه است: ۲۹ نفر (۱۶/۶ درصد بالا، ۲۹ نفر (۱۶/۶ درصد) پایین، ۵ نفر (۲/۹ درصد) خیلی پایین و ۱ نفر (۰/۶ درصد) خیلی بالا.

بُعد روابط اجتماعی: در بُعد روابط اجتماعی نیز بیشترین فراوانی یعنی ۵۶ درصد (۹۸ نفر)، از آن کسانی است که روابط اجتماعی متوسطی دارند، ۳۹ نفر (۲۲/۳ درصد) دارای روابط اجتماعی بالا، ۳۱ نفر (۱۷/۷ درصد) روابط اجتماعی پایین، ۵ نفر (۲/۹ درصد) روابط اجتماعی خیلی بالا و ۲ نفر (۱/۱ درصد) روابط اجتماعی خیلی پایینی دارند.

سطح کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول:

بیشتر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول دارای کیفیت زندگی در سطح متوسطی می‌باشند، فراوانی این افراد ۱۱۳ نفر یعنی ۶۴/۶ درصد کل جامعه آماری تحقیق می‌باشد.

سطح کیفیت زندگی سایر افراد نیز به ترتیب فراوانی این گونه است: ۳۸ نفر (۲۱/۷ درصد) دارای کیفیت زندگی پایینی هستند، ۲۱ نفر (۱۲ درصد) سطح کیفیت زندگی بالایی دارند، ۲ نفر (۱/۱ درصد) متعلق به سطح کیفیت زندگی خیلی پایین می‌باشند و ۱ نفر (۰/۶ درصد) نیز دارای کیفیت زندگی خیلی بالایی است.

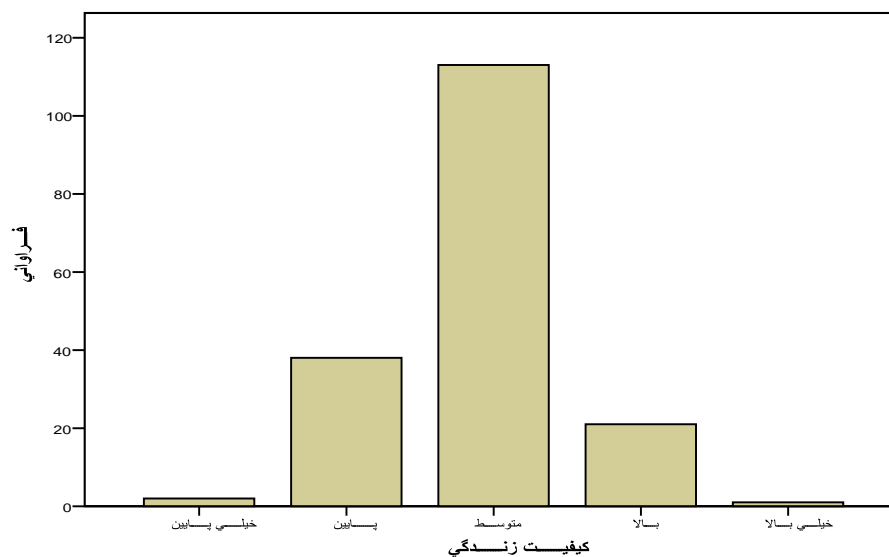
بنابراین ۸۷/۴ درصد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول از کیفیت زندگی متوسط رو به پایینی برخوردارند و تنها ۱۲/۶ درصد از آنان کیفیت زندگی شان از متوسط بالاتر است.

اطلاعات بالادر جدول ۳ و نمودار ۲ که در ادامه خواهند آمد نیز قابل دیدن است:

جدول ۳- توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه برحسب سطح کیفیت زندگی آنها

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی	سطح کیفیت زندگی
۱.۱	۱.۱	۱.۱	۲	خیلی پایین
۲۲.۹	۲۱.۷	۲۱.۷	۳۸	پایین
۸۷.۴	۶۴.۶	۶۴.۶	۱۱۳	متوسط
۹۹.۴	۱۲	۱۲	۲۱	بالا
۱۰۰	۰.۶	۰.۶	۱	خیلی بالا
	۱۰۰	۱۰۰	۱۷۵	جمع

نمودار ۲- توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه برحسب سطح کیفیت زندگی آنها



یافته‌های تحلیلی تحقیق

با آزمون فرضیه‌های تحقیق نتایج زیر به دست آمد:

- بین سن و کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول رابطه وجود ندارد زیرا سطح معناداری بدست آمده برای این رابطه ۰/۲۲۱ می‌باشد که از ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین فرضیه شماره ۱ تحقیق که بیان می‌داشت: "به نظر می‌رسد بین سن جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است" تایید نمی‌گردد.

جدول ۴- نتایج حاصله از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تاثیر سن

جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

سن	کیفیت زندگی	
۰/۰۹۳-	۱	کیفیت زندگی همبستگی پیرسون
۰/۲۲۱	۱۷۵	سطح معناداری تعداد
۱	۰/۰۹۳-	سن همبستگی پیرسون
۱۷۵	۰/۲۲۱	سطح معناداری تعداد

- میانگین نمره کیفیت زندگی کسانی که بی سواد هستند ۷۵/۲، کسانی که زیر دیپلم هستند برابر با ۷۰/۴۵۷۱، آن‌هایی که دیپلم بوده‌اند ۷۶/۷۳۸۵، فوق دیپلم‌ها ۷۷، کسانی که دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند ۸۰/۶۷۶۵ و کسانی که میزان

تحصیلات آنها فوق لیسانس و بالاتر بوده است میانگین کیفیت زندگی شان ۸۰/۵۸۸۲ بوده است. که بیانگر وجود رابطه بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول می‌باشد. سطح معناداری به دست آمده برای رابطه دو متغیر بالا ۰/۰۱۶ می‌باشد و از آنجا که کمتر از ۰/۰۵ است فرضیه شماره ۲ تحقیق که می‌گفت: "به نظر می‌رسد بین میزان تحصیلات جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است." تایید می‌گردد. در نتیجه باید انتظار داشت که با افزایش سطح تحصیلی این گروه، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش یابد.

جدول ۵- نتایج حاصله از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی تاثیر میزان تحصیلات

جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

سطح معنی - داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۱۶	۲.۸۶۷	۴۳۴,۰۳۹	۵	۲۱۷۰,۱۹۶	واریانس میان گروهی
		۱۵۱,۴۰۶	۱۶۹	۲۵۵۸۷,۵۹۸	واریانس درون گروهی
			۱۷۴	۲۷۷۵۷,۷۹۴	جمع

- نتایج بررسی‌های آماری بین دو متغیر وضعیت تاهل و کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، نشانگر آن است که میانگین نمره کیفیت زندگی کسانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند ۷۳، کسانی که متاهل می‌باشند ۷۶/۷۲۵۱ و آنهایی که بی‌همسر در اثر طلاق بوده‌اند ۷۰ می‌باشد. از آنجایی که سطح معناداری بدست آمده بین دو متغیر یاد شده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد (۰/۶۹۸) بنابراین فرضیه شماره ۳ تحقیق

که می‌گفت: "به نظر می‌رسد بین وضعیت تاهل جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است." تایید نمی‌گردد و نمی‌توان گفت که بین وضعیت تاهل جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنان رابطه وجود دارد.

زان ویژگی‌های فردی را از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی افراد می‌داند، در مورد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول باید گفت از میان ۳ ویژگی فردی یاد شده، رابطه ۱ مورد با کیفیت زندگی تایید گردید (تحصیلات) و ۲ مورد دیگر با کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه رابطه معناداری نداشتند (سن و وضعیت تاهل)

جدول ۶- نتایج حاصله از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی تاثیر وضعیت تاهل جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۶۹۸	۳۶۰	۵۲,۸۵۶	۲	۱۱۵,۷۱۲	واریانس میان‌گروهی
		۱۶۰,۷۱۰	۱۷۲	۲۷۶۴۲,۰۸۲	واریانس دورن‌گروهی
			۱۷۴	۲۷۷۵۷,۷۹۴	جمع

- بین دو متغیر اوقات فراغت و کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول رابطه معناداری وجود دارد (سطح معناداری به دست آمده ۰/۰۰۰ می‌باشد) بدین معنی که با افزایش مدت زمان اختصاص داده شده به اوقات فراغت توسط جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

بنابراین فرضیه شماره ۴ تحقیق که بیان می‌داشت " به نظر می‌رسد بین اوقات فراغت جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است " تایید می‌گردد.

دبلیو باسک و آر سولز باچر اوقات فراغت را به عنوان یکی از حوزه‌های زندگی که بر روی کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است، معرفی می‌نمایند.

دیوب که مهم ترین نیازها و ملزومات کیفیت زندگی را در سطوح فردی و اجتماعی ارایه داده است نیز در سطح فردی نیازهای فرهنگی و روانی، فراغت را به عنوان یکی از ملزومات و نیازهایی که برای نیل به کیفیت زندگی بالاتر باید ارضا شود، معرفی می‌نماید که تایید فرضیه شماره ۴ تحقیق با این نظرات تطابق دارد.

جدول ۷- نتایج حاصله از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تاثیر مدت زمان اختصاص داده شده توسط جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول به فعالیت‌های مربوط

به اوقات فراغت بر کیفیت زندگی آنها

اوقات فراغت	کیفیت زندگی	
۰/۴۰۱ (***) ۰/۰۰۰ ۱۷۵	۱ ۱۷۵	کیفیت زندگی همبستگی پیرسون سطح معناداری تعداد
۱ ۱۷۵	۰/۴۰۱ (***) ۰/۰۰۰ ۱۷۵	اوقات فراغت همبستگی پیرسون سطح معناداری تعداد

- نتایج به دست آمده از بررسی‌های آماری بین دو متغیر درآمد و کیفیت زندگی، رابطه معناداری را بین این دو متغیر نشان می‌دهد زیرا سطح معناداری این رابطه کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد (۰/۰۰۰) و از آنجا که ضریب همبستگی میان آنها مثبت بوده، می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش درآمد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. بنابراین فرضیه شماره ۵ تحقیق که می‌گفت: "به نظر می‌رسد بین میزان درآمد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است." تایید می‌گردد.

تایید این فرضیه با نظرات افرادی چون ولف کنگ زاف، براون، هورنکوئیست و فرانس که درآمد و اوضاع مالی و اقتصادی فرد را به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی فرد معرفی کرده بودند مطابقت دارد.

جدول ۸- نتایج حاصله از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تاثیر درآمد

جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول بر کیفیت زندگی آنها

درآمد	کیفیت زندگی	
۰/۳۴۴ (***)	۱	کیفیت زندگی همبستگی پیرسون
۰/۰۰۰		سطح معناداری
۱۷۵	۱۷۵	تعداد
۱	۰/۳۴۴ (***)	درآمد
	۰/۰۰۰	همبستگی پیرسون
	۱۷۵	سطح معناداری
۱۷۵		تعداد

- نتایج به دست آمده از انجام آزمون پیرسون بین دو متغیر رضایت از خدمات ارایه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران و کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد

شهرستان دزفول، رابطه معناداری را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. زیر سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است و کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین با افزایش رضایت از خدمات ارایه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد، پس فرضیه شماره ۶ تحقیق نیز تایید می‌گردد که می‌گفت: "به نظر می‌رسد بین رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی آنها رابطه برقرار است." تایید این فرضیه با نظر افرادی چون دیوب که معتقدند برای دستیابی به کیفیت زندگی مناسب، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی باید به محرومین، معلولین، افراد ناتوان و گروه‌های ویژه اجتماعی توجه نمود و طرح و برنامه‌های ویژه‌ای برای آنان به اجرا درآورد، و همچنین غالب تعاریف و شاخص‌هایی که برای کیفیت زندگی مطرح شده و در آنها بر ارزیابی و درک افراد از خصوصیات، شرایط و همچنین میزان رضایت کلی افراد از زندگی تاکید کرده‌اند، مطابقت دارد.

جدول ۹- نتایج حاصله از آزمون شدت همبستگی پیرسون جهت بررسی تاثیر رضایت از خدمات ارایه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان

دزفول بر کیفیت زندگی آنها

رضایت از خدمات ارایه شده به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد	کیفیت زندگی	
۰/۲۹۹(**) ۰/۰۰۰ ۱۷۵	۱	کیفیت زندگی همبستگی پیرسون سطح معناداری تعداد
۱	۰/۲۹۹(**) ۰/۰۰۰ ۱۷۵	رضایت از خدمات همبستگی پیرسون سطح معناداری تعداد

نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان دهنده آن است که بیشتر جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول دارای کیفیت زندگی در سطح متوسطی می باشند (۶/۶۴ درصد)، ۲۱/۷ درصد نیز دارای کیفیت زندگی پایینی هستند، ۱۲ درصد سطح کیفیت زندگی بالایی دارند، ۱/۱ درصد از سطح کیفیت زندگی خیلی پایینی برخوردارند و ۰/۶ درصد نیز دارای کیفیت زندگی خیلی بالایی هستند.

با آزمون فرضیات تحقیق نیز مشخص شد که از میان ۶ متغیر مورد بررسی یعنی:

- سن جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول
- میزان تحصیلات جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول
- وضعیت تاهل جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول
- درآمد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول
- اوقات فراغت جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول
- خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول

بین ۴ متغیر میزان تحصیلات جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، درآمد جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول، اوقات فراغت جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و رضایت از خدمات ارائه شده توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران به جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول و کیفیت زندگی این گروه رابطه برقرار است؛ بنابراین چهار متغیر یاد شده به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جانبازان ۶۹-۵۰ درصد شهرستان دزفول شناخته می شوند.

منابع

- آقاملایی، تیمور. (۱۳۸۴)، **اصول و کلیات خدمات بهداشتی**، تهران: انتشارات اندیشه رفیع.
- اشرف، احمد. (۱۳۸۰)، **نگرشی در مفهوم کیفیت زندگی و اجزای آن**، فصلنامه **مددکاری اجتماعی**، سال دوم، شماره ۶.
- اسمیت، دیوید. ام. (۱۳۸۱)، **کیفیت زندگی: رفاه انسانی و عدالت اجتماعی**، مترجم: حسین حاتمی‌نژاد و حکمت شاهی اردبیلی، **فصلنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی**، سال هفدهم، شماره ۱۸۶-۱۸۵.
- اقلیما، مصطفی، و غنچه راهب. (۱۳۸۲)، **مددکاری فردی؛ کار با فرد**، تهران: نشر دانژه.
- بهمنی، بهمن، و مجتبی تمدنی، و مجید عسگری. (۱۳۸۳)، **بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران**، **فصلنامه طب و تزکیه**، سال سیزدهم، شماره ۵۳.
- تولایی، سید عباس و دیگران. (۱۳۸۶)، **کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل**، **مجله علوم رفتاری**، سال اول، شماره ۱.
- جمشیدی، مژگان، و عزت اله کرمی. (۱۳۸۲)، **توسعه روستایی و آثارش بر کیفیت زندگی زنان: مطالعه موردی شهرستان اقلید**، **فصلنامه روستا و توسعه**، سال ۶، شماره ۳.
- حاج یوسفی، علی. (۱۳۸۰)، **کیفیت زندگی و راهبردهای اصلاحی**، **فصلنامه مددکاری اجتماعی**، سال دوم، شماره ۸.
- دیوب، اس.سی. (۱۳۷۷)، **نوسازی و توسعه؛ در جستجوی قالب‌های فکری**، بدیل، مترجم: سید احمد موثقی، تهران: نشر قومس.

- ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیانپور. (۱۳۸۵)، درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال پنجم، شماره ۴.

- عبدی، عباس و محسن گودرزی. (۱۳۷۸)، تحولات فرهنگی در ایران، تهران: انتشارات روش.

- فرخی، جواد. (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن (سرپرستان خانوارهای ساکن تهران)، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

- فیشلر، رافائل. (۱۳۸۱)، برنامه ریزی برای بهبود وضعیت زندگی؛ از استاندارد زندگی تا کیفیت زندگی، مترجم: محمدتقی زاده مطلق، فصلنامه جستارهای شهرسازی، شماره ۱.

- کوکبی، افشین، و محمدرضا پورجعفر، و علی اکبر تقوایی. (۱۳۸۴)، برنامه ریزی کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری، تعاریف و شاخص‌ها، نشریه جستارهای شهرسازی، شماره دوازدهم.

- موسوی، بتول، و علی منتظری، و محمدرضا سروش. (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی جانبازان شیمیایی ۱۵ سال پس از مواجهه با گاز خردل، مجله علوم رفتاری، سال اول، شماره ۱.

- نجات، سحرناز و همکاران. (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴.

- Donald, Anna. (2009), **What is quality of life?** , Second edition, First edition published: 2003, UK: Hayward Group Ltd.

- Hagerty, Micheal.R. (1999), **Testing Maslows hierarchy of needs: national quality of life across time**, Social indicators research, Vol: 46.
- Hornquist,J. (1996), **Insulin-pentreatment: QOL and metabolic control retrospective intra-group eraluations**, Diabets Res Clin Pract, 10
- Sarvimaki A, Stenbock-hult B. (2000), **Quality of life in old age described as a sense of well being**, Meaning and Value,32. (4).
- Schuessler,K.F.& Fisher G.A. (1985), **Quality of life research and sociology**, Annual Review of sociology,vol 11.
- Sirgy, M. (1986), **A quality of life theory driven from Maslows developmental perspective: Quality is related to progressive satisfaction of a hierarchy of needs, Lower order and higher**, The American journal of Economics and sociology, Vol: 45.
- Varrhcchio, C. (2001), **Relevance of quality of life to clinical nursing practice: Oncology**, Oncology nursing, November.
- World Health Organization. (2004), **The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF:**
www.who.int/substance_abuseresearch_tools/en/farsi_whoqol.pdf