



طراحی مدل مفهومی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بهره برداران خانوادگی

فرشته بگ رضایی^{۱*}، غلامرضا مجردی^۲، رویا کریمی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد توسعه روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان، استاد یار گروه ترویج، ارتباطات و توسعه

روستایی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه زنجان، ^۲استاد یار گروه کشاورزی دانشگاه پیام نور استان زنجان

چکیده

توسعه اجتماعی در جوامع روستایی ارتباط تنگاتنگی با ساختار نظام‌های بهره برداری دارد. کم توجهی به کیفیت زندگی بهره‌برداران این بخش علاوه بر تضعیف عملکرد بخش کشاورزی، پیامدهایی نظیر: مهاجرت، حاشیه نشینی، کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش جرم و جنایت را در پی دارد. بهره برداران خانوادگی بخش اعظمی از کشاورزان کشور را تشکیل می‌دهند و کیفیت زندگی آن‌ها باید در تمامی ابعاد اقتصادی، اجتماعی، محیطی، سلامت روانی و سلامت جسمانی، مورد توجه قرار گیرد. سطح کیفیت زندگی عمومی این بهره برداران از طریق ارزیابی شرایط زندگی‌شان در زمینه های فقر، تغذیه، بهداشت، مسکن، اشتغال، آموزش، چگونگی گذران اوقات فراغت و غیره قابل اندازه گیری است. این مطالعه با هدف طراحی مدل مفهومی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بهره برداران خانوادگی انجام گرفته است. این مدل با استفاده از روش بررسی اسنادی بر اساس: پژوهش های ملی و بین المللی و مدل‌ها و نظریات ارائه شده در زمینه-ی کیفیت زندگی، طراحی گردیده است. نتایج حاصل از بررسی‌ها، سبب گردید که با توجه به نظرات مختلف در خصوص کیفیت زندگی، ابتدا بر روشن سازی مفهوم متغیر وابسته تحقیق تمرکز شود. بر این اساس کیفیت زندگی، با ابعاد: ویژگی‌های فردی (سلامت جسمانی و روانی)، بهزیستی ذهنی (رضایت ذهنی)، بعد اجتماعی، اقتصادی و بعد محیطی تعریف گردید. از آنجا که هدف این مطالعه طراحی مدل مفهومی پیرامون عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بهره برداران خانوادگی بود، پس از مطالعه تئوری‌ها و مطالعات مرتبط، متغیرهای مستقل شناسایی گردیدند که عبارتند از: متغیر های زمینه ای (سن، جنسیت، سطح تحصیلات)، سرمایه اجتماعی (موقعیت ساختاری، جایگاه شبکه (روابط پیوندی، آوندی و اتصالی) و هدف کنش (اضهاری و ابزاری بودن کنش) (و تعلقات قومی مذهبی. قابل ذکر است که مدل مفهومی شناسایی شده در این مطالعه نیازمند بررسی در بین بهره برداران خانوادگی است تا به عنوان مدلی کاربردی و بومی شده مورد تایید قرار گیرد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، طراحی مدل، بهره بردار خانوادگی

مقدمه

بهبود کیفیت زندگی هدف توسعه در سطح محلی، ملی و بین المللی است (احمد وند وهمکاران، ۱۳۹۱). اصطلاح کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی اعم از فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی، روانی، زیست محیطی و اقتصادی است (Keles, 2012) و در طیف وسیعی از زمینه‌ها، از جمله حوزه‌های توسعه‌ی بین الملل، بهداشت و سیاست مورد استفاده قرار می‌گیرد. بخش قابل توجهی از



مطالعات انجام شده در مورد کیفیت زندگی به نواحی شهری اختصاص داشته است این در حالی است که در چند صده اخیر و با رشد پر شتاب صنعت و فناوری در جهان، عقب ماندگی نواحی روستایی بیش از پیش عیان گردیده است، به طوریکه فقر روستایی ۶۳ درصد از فقر کل جهانی را شامل می‌شود، در ایران نیز با وجود اینکه فقر مطلق کاهش پیدا کرده است، اما فقر نسبی به خصوص در مناطق روستایی افزایش یافته است (همان، ۱۳۹۰). در کشورهای در حال توسعه فعالیت اصلی روستاییان کشاورزی است و نظام بهره برداری که اکثریت این کشاورزان مورد استفاده قرار می‌دهند به صورت خرد است، به طوری که ۸۰ درصد از زمین های کشاورزی جنوب صحرای آفریقا و آسیا توسط نظام های بهره برداری خرد اداره می‌شود. در کشور ما نیز بهره برداران خانوادگی خرده پا بخش اعظمی از کشاورزان را تشکیل می‌دهند. خرده مالکین کشاورزان، ماهیگیران، نگهبانان جنگل و دامدارانی هستند که اراضی با مساحت ۱ تا ۱۰ هکتار را مدیریت می‌کنند. در جهان حدود ۱.۵ میلیارد نفر در خانواده های کشاورز خرده پا زندگی می‌کنند که بسیاری از این افراد دارای خانواده های فقیر هستند. (FAO, 2012) نقش بخش کشاورزی در تأمین غذا در قلب تغییرات آب و هوایی، بحران های اقتصادی و انرژی امروز، منجر به ایجاد مفاهیمی مثل قدرت غذا و تولید بر مبنای سیستم های کشاورزی / اکولوژیکی در دو دهه ی اخیر شده است (IAASTD, 2009). معیشت بیش از ۲.۵ میلیارد نفر در کشورهای فقیر وابسته به بخش کشاورزی و تأمین غذاست (FAO, 2012). علاوه بر مسئله فقر که به بعد اقتصادی کیفیت زندگی اثر گذار است، کیفیت زندگی دارای ابعاد دیگری شامل کیفیت محیطی، بهزیستی ذهنی، رفاه اجتماعی و غیره می‌باشد. فاصله مسافرتی طولانی روستاها از شهرها و مسائل مربوط به حمل و نقل اثرات منفی بر توسعه سرمایه اجتماعی فردی و جمعی روستاییان داشته است. این مسائل به طور قابل توجهی انرژی فیزیکی و اجتماعی را با محدود کردن توسعه شبکه های اجتماعی و ممانعت از فعالیت های جمعی در پی داشته است و موجب اختلال در نهادهای مدنی شده است که این بخش ها نقش حیاتی در تأثیر گذاری سیاست های محلی با هدف بهبود وسعت و کیفیت ارائه خدمات روستایی دارند (Doi et al., 2006). ضعف در ساختار های اقتصادی و اجتماعی در روستاهای ایران سبب گردیده است تا روستاییان با هدف کیفیت زندگی بالاتر به شهرها مهاجرت کنند. نتیجه چنین مهاجرت هایی بیکاری، ایجاد مشاغل کاذب و افزایش جرم و جنایت در شهرها است (ابراهیم زاده، ۱۳۸۵، مرج و زانگ^۲، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات کیفیت زندگی و شناخت عوامل مؤثر بر آن می تواند به ارزیابی سیاست ها، رتبه بندی مکان ها، تدوین استراتژی های مدیریت و برنامه ریزی در هر جامعه ای کمک کرده و درک و اولویت بندی مسایل اجتماع برای برنامه ریزان و مدیران آن جامعه را به منظور ارتقای کیفیت زندگی تسهیل سازد. همچنین یافته های سنجش کیفیت زندگی در زمینه کشاورزان خانوادگی و سایر روستاییان می تواند به شناسایی نواحی مسأله دار، علل نارضایتی کشاورزان، اولویت های روستاییان در زندگی، تأثیر فاکتورهای اجتماعی جمعیتی بر کیفیت زندگی کمک کند و نقش مهمی در بهبود شرایط زندگی و وضع سلامت جسمانی و روانی، ارتقای کیفیت محیط، گذران اوقات فراغت بهتر و بهبود روابط اجتماعی ایفا کند.

مبانی نظری

اصطلاح کیفیت زندگی دارای سه ویژگی اصلی است. اول اینکه که نشانگر شرایط زندگی افراد و ادراکات آنهاست، دومین ویژگی آن اینست که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است به طوریکه حوزه های چندگانه زندگی مانند شرایط مسکن، آموزش، استخدام، تعادل کار و زندگی، دسترسی به موسسات و خدمات عمومی و فعل و انفعالات اجتماعی افراد را پوشش می‌دهد و در نهایت سومین ویژگی آن، ترکیب اطلاعات عینی با دیدگاه های های ذهنی و نگرش های فرد نسبت به شرایط زندگی است که یک تصویر کلی از رفاه او را در جامعه فراهم می‌آورد (Shucksmith et al., 2009).

نظریات اولیه مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی ها و اولویت های فردی تأکید داشتند؛ اما در سال های اخیر مباحث نظری، از فرد محوری به سمت نگرانی های اجتماعی نظیر؛ امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه تغییر یافته است (باسخا و همکاران، ۱۳۹۰). قالیباف و همکاران (۱۳۸۸) به نقل از بیدر من (۱۹۶۹) می‌نویسند: از لحاظ

² Meng and Zang



تاریخی اولین تلاش‌ها برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی از جنبش شاخص‌های اجتماعی شکل گرفته است و نخستین تحقیقات واقعی در زمینه کیفیت زندگی به کیم و شین (۱۹۷۲)، کمپل، کانورس و راجرز^۳ (۱۹۷۶)، و اندورز و وایتی^۴ (۲۰۰۴) بر می‌گردد که در رشته‌های مختلفی چون، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی مشغول فعالیت بوده‌اند. در تمام مطالعات انجام گرفته با هر تخصص و گرایشی، یک هدف مد نظر بوده است و آن، ساماندهی شهر برای بهزیستی افراد است.

تلاش‌های زیادی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در نقاط مختلف دنیا انجام گرفته است. شاخص‌های گوناگونی از کیفیت زندگی از سوی محققان، آژانس‌های دولتی، رسانه‌های گروهی و غیره پیشنهاد شده است. بررسی متون شاخص‌های کیفیت زندگی نشان می‌دهد که تولید ناخالص داخلی (GDP^۵) اولین شاخص پیشرفت اجتماعی و کیفیت زندگی به شمار می‌آید. این شاخص که در سال ۱۹۴۰ معرفی شد، معمول‌ترین شاخص مورد استفاده برای مقایسه‌ی ثروت کشورها و معیاری برای بهزیستی و توسعه، منحصر بر اساس ثروت مادی است. با آغاز دهه ۱۹۸۰ نگرش‌های نوینی با عنوان شاخص پایداری رفاه اقتصادی (ISEW^۶) شاخص فیزیکی کیفیت زندگی (PQLI^۷) مطرح گردید. به گفته‌ی هندرسون^۸ (۱۹۹۲) پایداری رفاه اقتصادی می‌کوشد تا تولید ناخالص ملی را با کسر تمام هزینه‌های محیطی و اجتماعی حاصل از باز تولید در آمد، محاسبه نماید. اکین و مکس^۹ شاخص‌های فیزیکی کیفیت زندگی را وسیله‌ای برای سنجش مرگ و میر نوزادان، میزان سواد و امید به زندگی به عنوان معیار-های سنجش بهزیستی (رضایت ذهنی) و رفاه مادی، می‌دانند. در سال‌های بعد شاخص پیشرفت اصلی (GPI^{۱۰}) نخستین بار از سوی سازمان تعریف مجدد پیشرفت^{۱۱}، مطرح شد که شامل هجده مؤلفه بود و پیشرفت اجتماعی را در قالب ارزش پولی می‌سنجید. مهم‌ترین مؤلفه‌های این شاخص، زیرساخت‌های عمومی، آلودگی، توزیع درآمد، بیکاری، مرگ و میر در اثر تصادفات و غیره می‌باشند (خوارزمی، ۱۳۸۳). علاوه بر شاخص‌های ذکر شده، شاخص سلامت اجتماعی (SHI^{۱۲}) را دکتر مارک میرینگاف^{۱۳} و همکارانش در مؤسسه نوآوری در سیاست اجتماعی، وابسته به دانشگاه فوردهام^{۱۴} مطرح کردند. این شاخص از شانزده مؤلفه تشکیل شده است که همه‌ی مراحل زندگی، همچنین فرد و جامعه را پوشش می‌دهد. دولت کانادا و ایالت کانتیکات به طور گسترده این شاخص را به کار گرفته‌اند. مهم‌ترین مؤلفه‌های این شاخص عبارتند از: مرگ و میر نوزادان، خودکشی نوجوانان، پوشش بیمه درمانی، مسکن، استفاده از مواد مخدر، متوسط درآمد هفتگی (همان، ۱۳۷۳). در سال ۱۹۹۰ شاخص توسعه انسانی (HDI^{۱۵}) توسط UNDP^{۱۶} معرفی گردید. این شاخص دستاورد کشورها را در توسعه انسانی می‌سنجد و بر اساس آن کشورها را درجه بندی می‌کند. این شاخص بر مبنای عنصر کار طراحی شد و سبب اعتراف به چند بعدی بودن ماهیت توسعه و گرایش به سمت راهبرد-های مختلف بر مبنای کار گردید. شاخص توسعه انسانی یک دیدگاه کیفی و چندبعدی ارائه می‌کند که انسان‌ها را در مرکز مفهوم توسعه قرار می‌دهد و هدف توسعه را بالابردن قابلیت‌های انسانی و راهنمای کامل زندگی می‌داند. بنابراین شاخص توسعه انسانی که برای مقایسه‌ی بین المللی اندیشیده شده بود، منجر به ایجاد شاخص‌های دیگری چون شاخص فقر انسانی (HPI^{۱۷})، شاخص

³ Cample, Converse & Rodgers

⁴ Andrews & Withey

⁵ Gross Domestic Product (GDP)

⁶ Index of Sustainable Economic Welfare

⁷ physical Quality of life Index.

⁸ Henderson

⁹ Ekin and Max

¹⁰ Genuine Progress Indicator (GPI)

¹¹ Redefining Progress Organization

¹² Social Health Index

¹³ Marc Miringoff

¹⁴ Fordham

¹⁵ Human Development Index

¹⁶ United Nations Development Program

¹⁷ human poverty Index



توانمندسازی جنسیتی (GEM^{۱۸}) و شاخص توسعه جنسیتی (GDI^{۱۹}) گردید؛ که همه این شاخص‌ها سه بعد امید به زندگی، دانش و استاندارد زندگی مناسب را اندازه می‌گیرند. شاخص توسعه انسانی و شاخص‌های جانبی آن، تعریف خیلی محدودی از کیفیت زندگی ارائه می‌کنند، بنابراین در این راستا شاخص‌های دیگری برای کیفیت زندگی مطرح گردید (رضوانی، ۱۳۸۷ و شریفیان و فتوت، ۱۳۹۰). در همین دوره زمانی داسگوپتا و همکارانش (۱۹۹۹) در مقاله ای شاخص‌ها و سنجش‌های کیفیت زندگی را در زمینه‌ی توسعه مورد بحث قرار دادند و میان عناصر تشکیل‌دهنده و عوامل تعیین‌کننده آن تمایز قائل شدند. آن‌ها بهداشت، رفاه، آزادی انتخاب و آزادی‌های اساسی را به عنوان عناصر کیفیت زندگی و دستیابی به غذا، لباس، سرپناه، آب آشامیدنی، حمایت‌های حقوقی، تسهیلات آموزشی، مراقبت بهداشتی، امنیت ملی و درآمد را به عنوان عوامل مؤثر بر آن برشمرد. انتقادی که بر این شاخص وارد شد این بود که این شاخص فقط حال را در نظر می‌گرفت و به آینده توجهی نداشت (مؤمنی و امینی میلانی، ۱۳۹۰). هرچند کیفیت زندگی همواره هدف سیاست‌گذاری‌های صریح و ضمنی بوده است اما تعریف و اندازه‌گیری آن با وجود ابعاد عینی و ذهنی متنوع دشوار بوده است.

مدل‌های کیفیت زندگی

از دیدگاه نظری، چندین مدل برای کیفیت زندگی از جانب محققان مختلف ارائه شده است، به عنوان مثال، لائتون^{۲۰} (۱۹۹۱) یک مدل چهار بخشی که در آن رفاه روانی، کیفیت درک شده از زندگی، شایستگی‌های رفتاری، و اهداف محیط زیستی به عنوان چهار بخش ارزیابی کلی کیفیت زندگی ارائه کرده است. هر یک از این چهار بخش ممکن است به نوبه خود به ابعاد دیگری تفکیک شوند. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) پنج حوزه‌ی گسترده‌ی سلامت جسمی، سلامت روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و محیط زیست را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است. فلاناگان^{۲۱} (۱۹۷۸) قطعات و اجزای تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی را از طریق بررسی سه نمونه گروه سنی آمریکا مشخص کرده است. او پانزده جزء مهم را در پنج دسته اصلی قرار داده است. پنج دسته شامل رفاه مادی و فیزیکی (رفاه مادی و امنیت مالی)، روابط با افراد دیگر (روابط با همسر و داشتن و پرورش کودکان، روابط با پدر و مادر، خواهر و برادر، و یا دیگر خویشاوندان، روابط با دوستان)، رفاه اجتماعی، فعالیت‌های اجتماعی و مدنی (فعالیت‌های مربوط به کمک و یا تشویق مردم دیگر، فعالیت‌های مربوط به دولت‌های محلی و ملی)، توسعه شخصی و تحقق (رشد فکری، درک شخصی و برنامه‌ریزی، نقش‌های شغلی، خلاقیت و بیان شخصی)، تفریح و سرگرمی (فعالیت اجتماعی، فعالیت‌های منفرع و مشاهده فعالیت‌های تفریحی، فعال و مشارکتی بودن) را در بر می‌گیرد (Ballesteros, 2009). نظریه پردازان مختلف دیگری پیرامون بحث کیفیت زندگی، مدل‌های گوناگونی ارائه نموده اند. در مدل توضیحی لی^{۲۲} کیفیت زندگی به چهار بعد از جمله سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، ادراک محیط زندگی و روابط اجتماعی تقسیم می‌شود. کینگ و هیندس^{۲۳} چهار بعد رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه اجتماعی و رفاه معنوی را برای کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند. به اعتقاد زان^{۲۴} کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل رضایت از زندگی، تصویر از خود، فاکتورهای بهداشتی، عملکردی، اقتصادی و فرهنگی می‌باشد. هورنکوئیست ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، رفتاری- فعالیتی و عاطفی را برای کیفیت زندگی در نظر می‌گیرد (شریفیان و فتوت، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی در مدل هیوز^{۲۵} (۱۹۹۰) در هفت بعد مورد بررسی قرار می‌گیرد که عبارتند از: ویژگی‌های فردی (فعالیت‌های تابعی، سلامت جسمی و روانی، و غیره). ۲. عوامل محیطی فیزیکی (امکانات، آسایش، امنیت و غیره) ۳. موقعیت اجتماعی و اقتصادی (درآمد،

18 gender empowerment Index

19 gender development Index

20 Lawton

21 Flangan

22 Li

23 King & Hinds

24 Zhan

25 Huges



وضعیت اجتماعی و اقتصادی و غیره) ۴. عوامل استقلال شخصی (توانایی انتخاب، ورزش و غیره) ۵. بهزیستی ذهنی ۶ عوامل شخصیتی (سلامت روانی، روحیه، رضایت از زندگی، شادی و غیره) ۷) روابط اجتماعی. مارتین و مندوزا مدل هفت مولفه ای کیفیت زندگی ۲۰۱۲ ارائه کرده اند، این مدل یکی از جدیدترین مدل های توصیف و تبیین کیفیت زندگی است. در این مدل مفهوم کیفیت زندگی متشکل از هفت جنبه یا مولفه است که عبارتند از: سلامت، تحصیلات، فعالیت های فردی، صدای سیاسی و حکمروایی، ارتباطات اجتماعی، شرایط زیست محیطی و ناامنی.هریک از این مولفه ها شامل متغیرهایی است به صورت عینی و مشخص ابزار لازم را برای سنجش مولفه های کیفیت زندگی در اختیار محققان خواهد گذاشت. توجه عملی به تحقیق در حوزه ی کیفیت زندگی، تعداد زیادی از رشته های علمی را از جمله روان شناسی، پزشکی، اقتصاد، علوم اجتماعی و نظایر این ها را در بر گرفته است ولی وجه مشترک این رشته ها این است که کیفیت زندگی، مفهومی برای نشان دادن چگونگی برآورده شدن نیازهای انسانی و معیاری برای ادراک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه ها از ابعاد مختلف زندگی است. (پور طاهری و همکاران، ۱۳۸۸). از میان مدل های مطرح شده توسط صاحب نظران مختلف مدل هیوز مبنایی برای سنجش کیفیت زندگی بهره برداران خانوادگی در نظر گرفته شد چرا که به نحوی در برگیرنده ابعاد مطرح شده توسط مدل های دیگر بود.

روش

این مطالعه با هدف طراحی مدل مفهومی عوامل موثر بر کیفیت زندگی بهره برداران خانوادگی انجام گرفته است. این مدل با استفاده از روش بررسی اسنادی بر اساس پژوهش های ملی و بین المللی و مدل ها و نظریات ارائه شده در زمینه ی کیفیت زندگی، طراحی گردیده است. در ابتدای امر به بررسی مفهوم کیفیت زندگی و نحوه ی سنجش آن در مطالعات گذشته به عنوان متغیر وابسته تحقیق پرداخته شد. با توجه به مطالعات بین المللی و ملی پنج بعد برای کیفیت زندگی در نظر گرفته شد که در مجموع مفهوم کیفیت زندگی را تا حد زیادی پوشش می دهند این پنج بعد عبارتند از: سلامت جسمانی و روانی، کیفیت محیطی، رفاه اقتصادی/ اجتماعی، رشد شخصیتی و بهزیستی ذهنی. با بررسی پژوهش های انجام شده در زمینه ی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، این عوامل شناسایی شدند و در نهایت متغیر های زمینه ای (سن، سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل)، سرمایه اجتماعی (موقعیت ساختاری، جایگاه شبکه (روابط پیوندی، آوندی و اتصالی) و هدف کنش (اضهاری و ابزاری بودن کنش))، تعلقات قومی و تعلقات مذهبی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. ابعاد در نظر گرفته شده برای کیفیت زندگی و متغیرهای مستقل در ادامه مورد بحث و بررسی قرار می گیرند.

کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مشتمل بر مولفه های سلامت جسمانی و روانی، کیفیت محیطی، رفاه اقتصادی/ اجتماعی، رشد شخصیتی و بهزیستی ذهنی مبتنی بر دیدگاه هیوز ذیلا مورد بحث قرار می گیرد.

سلامت جسمانی و روانی

طی چند دهه ی اخیر کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده است. به نحوی که این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد. سلامتی وضعیت خوب از نظر جسمی و روانی است، به ویژه هنگامی که با رژیم غذایی مناسب و ورزش همراه باشد (Myers and Sweeney, 2005). ارزیابی بعد سلامت کیفیت زندگی از جنبه های مهم ارزیابی اقتصادی برنامه های بهداشتی است (Greiner and Klose, 2014). منظور از سلامت جسمی، عملکرد کامل بدن است و به دریافت فرد از توانایی های اطلاق می شود. سلامت روانی نیز، حالت توازن و سازگاری فرد با خود و دیگران است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درکی است که فرد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کند، به دست می آورد. علاوه بر این «کیفیت زندگی وابسته به سلامت» یک مفهوم جامع از وضعیت جسمی، عاطفی، رفاه، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آن ها با وجوه برجسته محیطی می باشد. مؤلفه های بهداشت روانی در سه حوزه ی ارتباط با خالق، با خویش و با دیگران خلاصه می شوند و



مسائل اخلاقی، درست بودن این سه نوع ارتباط را مد نظر دارند و سعی در بهبود این سه حوزه‌ی ارتباطی دارند (موسوی اصل، ۱۳۸۷).

کیفیت محیطی

یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی بعد محیطی فیزیکی است که در سطح کلان قرار دارد و شرایط خارجی و عوامل محیطی را مورد بررسی قرار می‌دهد. وضعیت کالبدی و فیزیکی محیط زیست افراد در محیط‌های شهری، روستایی و عشایری در زمینه مسکن، زیرساخت‌های حمل و نقل، زیرساخت‌های مربوط به معماری محیط و منظر، وضعیت آلاینده‌ای محیطی (آلودگی هوا، آلودگی های صوتی، تصویری در محیط، امکانات و خدمات زیرساختی در حوزه فن آوری اطلاعات و ارتباطات، قوانین و مقررات موجود در حوزه‌های مختلف، خدمات عمومی در اجتماع از جمله مولفه‌های محیطی کیفیت زندگی هستند.

استافورد و مارموت^{۲۶} (۲۰۰۳) اعتقاد دارند که جرم و جنایت، آلودگی محیط زیست و کاهش فرصت‌های زندگی بهتر از پیامد-های نامطلوب محرومیت از خدمات محلی و نبود شرایط محیط زیستی مناسب است. توجه ویژه به ابعاد کالبدی فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی از مهمترین عناصر ساختاری سکونت گاه‌های روستایی می‌باشد (محمدی یگانه و همکاران، ۱۳۹۱). دسترسی به زیرساخت‌ها و خدمات زیست محیطی از قبیل بهداشت آب و سیستم فاضلاب، مدیریت مواد زائد جامد، فاضلاب، حمل و نقل پیامدهای مهمی نظیر سلامت داشته است. بنابر آمار سازمان بهداشت جهانی شرایط محیطی مسئول یک چهارم از مرگ و میر ناشی از تنفس و دیگر بیماری‌های عفونی است (Keles, 2010). اما سلامت محیط صرفاً دوری از آلودگی‌های محیطی نیست بلکه بسیاری از مقولات دیگر چون زیبایی، تناسبات فضایی، تعادل بین محیط طبیعی و محیط مصنوع، احساس تعلق به محل زندگی، فقدان فشارهای روانی، آرامش و آسایش در شکل گیری محیط را در بر می‌گیرد و بر خوانایی شکل کالبدی کیفیت زندگی، هویت و خصوصیات محله‌ای تاکید دارد (بحرینی، ۱۳۸۹).

رفاه اجتماعی و اقتصادی

مفاهیم رفاه اقتصادی و رفاه اجتماعی با هم همپوشانی دارند. از طرفی رفاه اقتصادی بیشتر ناظر بر توانایی مالی، میزان دارایی، قدرت خرید و مصرف، برخورداری از امکانات رفاهی در سطح فردی و گروهی و در میزان رشد خالص و ناخالص ملی، ضریب جینی، دستیابی به شغل و فرصت‌های شغلی و مواردی از این قبیل در سطح کلان و ملی است و از طرف دیگر نیز رفاه اجتماعی دارای سه مفهوم محوری است که مرتبط با رفاه اقتصادی می‌باشد؛ اولین مفهوم اینکه رفاه اجتماعی حل یا کنترل مسائل اجتماعی تعبیر شده است، دوم اینکه در بردارنده‌ی مفهوم تامین نیازهایی همچون: نیازهای زیستی، مسکن، آموزش و بهداشت است. و سومین مفهوم رفاه اجتماعی، برخورداری از شرایط برابر برای همه‌ی افراد است (رسولی، ۱۳۹۳). امروزه بهبود کیفیت زندگی نتیجه بهبود عوامل اقتصادی، از قبیل توزیع متناسب درآمد، دسترسی به خدمات عمومی، رشد اقتصادی، میزان پس انداز و غیره می‌باشد (خادمی، ۱۳۹۰). در این زمینه می‌توان به نقش ارتقای روستاها به شهر در بالا بردن کیفیت زندگی اشاره نمود که یکی از مهم-ترین اقداماتی بوده که با هدف بهبود کیفیت و استانداردهای زندگی در نواحی روستایی، کاهش مهاجرت به شهرهای بزرگ و جذب مهاجران در شهرهای کوچک انجام گرفته است. برخی مطالعات نیز مؤید کارکردهای بالقوه و بالفعل توسعه‌ای تبدیل مراکز روستایی به شهر است؛ زیرا شهرهای کوچک با ایجاد فرصت‌های شغلی غیر زراعی و ارائه خدمات مورد نیاز ساکنان، در کاهش مهاجرت روستاییان به شهرهای بزرگ تر نقش مؤثری ایفا می‌کنند و زمینه توزیع متعادل جمعیت، امکانات و سرمایه را فراهم می‌آورند از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵، تعداد ۸۱۷ شهر به شهرهای کشور افزوده شده‌است. که از این تعداد شهر فقط ۲۵ شهر، اخیراً احداث شده بوده‌اند و روستاهایی بودند که تبدیل به شهر شده بودند (ایزدی خرامه، ۱۳۸۰) که این خود نشانگر خواست روستاییان در دستیابی به خدمات می‌باشد.

²⁶ Staford and Marmot



رشد شخصیتی

هویت یک انسان کیفیتی است که او را از افراد دیگر متمایز می‌سازد. این هویت از راه ظاهر، رفتار و ارزش‌های شخص دریافت می‌شود هویت فردی، ادراک و تصور فرد از خود است که مضمون خصوصیات وابسته به طرز تفکر یا شیوه خاص فرد "مثل گرایشات و شایستگی ها" می‌باشد (آقا بابا پور دهکردی و اصفهانی، ۱۳۹۱) یکی از ابعاد کیفیت زندگی رشد شخصیتی می‌باشد، بدین معنی که فرد توانایی و قدرت انتخاب داشته باشد و نسبت به مسائل پیرامون خود حس مسئولیت داشته باشد (جهانگیر زاده، ۱۳۹۰). یعنی در عمل توانایی گزینش آگاهانه درخصوص انتخاب کارها و چگونگی انجام آن‌ها داشته باشد. خودمختاری نیازمند اعتماد به نفس است که این خود به سه عامل سلامت روانی؛ مهارت‌های شخصی؛ توانایی‌های لازم جهت به کارگیری در حین مشارکت متکی است. سلامت فیزیکی و خودمختاری نیازهای مکمل یکدیگرند و بدون وجود استقلال، آزادی، انتخاب و تصمیم‌گیری، بشر به طور قابل توجهی از یک نیاز اساسی سلامت جسمی، محروم می‌شود (فرجی ملائی، ۱۳۸۹).

روانشناسان درجه مطلوبیت کیفیت زندگی را ناشی از رشد کامل شخصیت فرد می‌دانند و میان کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی انسان رابطه برقرار کرده‌اند. از نظر آن‌ها برخی از تیپ‌های شخصیتی کیفیت زندگی خود را مطلوب و برخی دیگر آن را نامطلوب تلقی می‌کنند. تبیین‌های روانشناختی کیفیت زندگی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تاکید دارد. تفاوت‌هایی که می‌تواند به شکل تفاوت‌هایی ظریف و جزئی در رفتار ظاهر شود (مختاری و نظری، ۱۳۸۹). کاستا، مک کری و بار^{۲۷} سازگاری، نوع دوستی و هدفمندی را از ویژگی‌ها و اصول شخصیتی می‌دانند. مه‌یر و فلچر^{۲۸} و هایس و جوزف^{۲۹} مطرح کردند که برون‌گرایی و وجدان‌گرایی با سلامت روان مرتبط هستند. با توجه به مطالب ذکر شده تأثیر چهار مؤلفه‌ی استقلال، هدفمندی، برون‌گرایی و هدفمندی بر کیفیت زندگی در مدل طراحی شده مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

بهبودی دهنی

مفهوم بهزیستی دهنی در برگیرنده مفهوم رضایت دهنی است. دینر^{۳۰} بهزیستی دهنی (SWB^{۳۱}) را ارزیابی کلی کیفیت زندگی فردی تعریف می‌کند که در بردارنده‌ی سه جزء مفهومی است که عبارتند از: (۱) ارزیابی شناختی از خوب بودن زندگی (رضایت از زندگی)، (۲) تجربه کردن سطح مطلوبی از احساسات خوشایند، (۳) تجربه سطح نسبتاً پایینی از حالات منفی. از دید دینر یک فرد شاد فردی است که اخلاقیات و گرایشاتش به نحوی است که تمایل دارد طرف روشن مسائل را بنگرد تا طرف تاریک آن‌ها را، هم چنین این فرد به اتفاقات بد خیلی فکر نمی‌کند، در جامعه‌ی زندگی می‌کند که از نظر اقتصادی پیشرفته است، اعتماد اجتماعی در آن موج می‌زند و منابع کافی برای پیشرفت به سمت اهداف ارزشمند را دارد (Barwais, 2011). بهزیستی دهنی به‌طور کلی بر این دلالت دارد که افراد بر اساس استانداردهای شخصی خود، راجع به زندگیشان به طور کلی و در حوزه‌های خاص چگونه فکر می‌کنند و چه احساسی دارند، کیفیت زندگی با رفاه عمومی و این احساس که زندگی ارزشمند است رابطه مثبت و با نارضایتی و بی‌علاقگی به زندگی ارتباط منفی دارد (Goodinson, 1989). علاوه بر اینکه مردم چگونه فکر می‌کنند. بهزیستی دهنی نشانگر شیوه‌هایی است که مردم به اتفاقات حوزه‌ی زندگیشان پاسخ می‌دهند (Faheyd et al., 2005). افراد خوش بین انتظار دارند در آینده پیامدهای مثبت برای آنها اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود. در نتیجه، سازگاری روانشناختی بالایی را در او به وجود می‌آورد، در حالیکه افراد بدبین امید و آرزوهایی برای خود ندارند یا امید منجر به شکل‌گیری توقعات در آن‌ها نمی‌گردد (Carver et al., 1996).

²⁷ Bar

²⁸ Meyer and Fletcher

²⁹ Hayes and Joseph

³⁰ Deiner

³¹ Subjective wellbeing



کامینز^{۳۲} اعتقاد دارد که بهزیستی ذهنی متعادل، قرار گرفتن در یک نقطه تنظیم شده است که در این نقطه فرآیندی شبیه کنترل درجه حرارت بدن اتفاق می افتد. قرار گرفتن در این حالت، نشانگر هسته عاطفی بهزیستی ذهنی است، و در این وضعیت روحیه مثبت پایدار را خواهیم داشت. هنگامی که افراد به درجه بهزیستی ذهنی برسند در هر شرایطی خوشحال، پر انرژی و با انگیزه هستند و به آینده خوشبین می‌باشند (Tomyn et al., 2011).

سلامت فیزیکی حالتی از بهزیستی فیزیکی، روانی و اجتماعی است که در رویکرد نیازهای انسانی از آنها به عنوان توانایی کارکردهای متناسب با سن و سال افراد یاد می شود. دویال و گوف^{۳۳}، فهرستی از ده نیاز واسطه ای ارائه می‌دهند که هر کدام با تأمین یکی از دو نیاز سلامت فیزیکی و خودمختاری مرتبط است، این نیازها عبارتند از:

(۱) مواد غذایی مغذی و آب سالم؛ (۲) مسکن مطمئن محیط کار بدون خطر؛ (۳) محیط زیست بدون خطر؛ (۴) کنترل زاد و ولد؛ (۵) مراقبت بهداشتی درمانی مناسب؛ (۶) امنیت در دوران کودکی؛ (۷) داشتن روابط معنادار اولیه؛ (۸) امنیت فیزیکی؛ (۹) امنیت اقتصادی و (۱۰) آموزش مناسب. تمامی نیازهای ذکر شده به نوعی در بر گیرنده ابعاد کیفیت زندگی هستند اما احساس تأمین این نیازهاست که پا را به حوزه‌ی ذهنی کیفیت زندگی می‌گذارد، چه بسا افرادی که تا حد اعلا نیازهای مادی و خدماتیشان رفع شده‌است اما احساس تأمین شده نیازها به آنها دست نداده است و در اینجاست که مفهوم بهزیستی ذهنی مطرح می‌گردد (فرجی ملائی، ۱۳۸۹).

عوامل موثر بر کیفیت زندگی

شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی می‌تواند از پیامدهای نامطلوب آن جلوگیری نماید بنابر تئوری های و تحقیقات انجام شده پیرامون کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی با عناصرش، متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات) و تعلقات مذهبی به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شناسایی شدند. ضمناً عامل تعلقات قومی، با توجه به اثر گذاری اش بر عامل سرمایه اجتماعی به این مجموعه اضافه گردید. در ادامه به تشریح هر یک از این عوامل پرداخته می‌شود.

تعلقات مذهبی

باورهای مذهبی در زندگی افراد نقش مهمی ایفا می‌کنند، افراد در وضعیت‌های بحرانی مانند نیازهای روحی و همینطور کسب رضایت از زندگی از ارزش‌ها و اعتقادات بهره می‌برند و به این طریق کیفیت زندگی خود را بهبود می‌بخشند. مذهب هم در بهبود روحی روانی افراد و هم سلامت جسمانی مؤثر می‌باشد و باعث بهبود سریعتر بیماران و تحمل مسائل مواجهه با بیماری های مزمن می‌گردد (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰). از طرف دیگر مذهب تأثیر بسزایی بر احساس امنیت اجتماعی دارد. اعتقاد به خدا راهنمای مردم به اطاعت از قوانین و مانع ناهنجاری‌های اخلاقی و بی نظمی در جامعه است (حشمتیان و همکاران، ۹۱).

ارزش‌ها و اعتقادات مذهبی در دو بعد نهادی و فردی خود را نشان می‌دهند؛ منظور از بعد نهادی رفتن به اماکن مذهبی و انجام مراسم مذهبی به صورت جمعی است و بعد فردی خواندن کتب دینی، التزام مذهبی و عقاید مذهبی می باشد (Nooney, 2002 and Holt et al., 2005). معنویت و مذهب ارتباط معنا داری بر رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی و همینطور حس انسجام دارد (k George et al., 2000). اسپیلکا و همکارانش چنین بیان می‌دارند که دینداری با ایجاد سیستم اعتقادی / معنایی، جهان بینی در افراد ایجاد می‌کند که فرد را متفاوت از افراد غیر مذهبی می‌کند به طوری که می‌تواند به سه نیاز اصلی عزت نفس، کنترل اتفاقات و پیشامدها و نیاز به معنا، پاسخ دهد (Spilka et al, 1985).

تئوری «تخصیص»^{۳۴} (اختیار) مطرح شده توسط پارگامنت^{۳۵} و چامپین^{۳۶} این اصل را مطرح می‌کند که فرد مذهبی با انجام مکانیسم‌هایی معانی خود را بهبود می‌بخشد تا سلامت روانی بهتری داشته باشد. نظریه‌ی دیگری که در زمینه میزان دینداری و

³² Cummins

³³ Doyal and Gough

³⁴ Attribution

³⁵ .Pargament

³⁶ Champain



کیفیت زندگی وجود دارد نظریه‌ی «راتر^{۳۷}» است که به نظریه‌ی «کنترل^{۳۸}» مشهور است. بر اساس این نظریه مذهب با فراهم کردن دو مفهوم معنا و هدف سبب کنترل فرد در مواقع استرس زا می‌شود. نظریه‌ی سوم ارتباط بین مذهب و کیفیت زندگی متأثر از نظریه‌ی «حمایت اجتماعی» است که بنابر این نظریه ارتباطات باعث حمایت شخصی و همچنین پیوستگی سازمانی می‌شود و بعدها کمپل به این نتیجه می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در بالا بردن کیفیت زندگی روانی دارد. در مجموع می‌توان گفت مذهب با ایجاد نظام‌های حمایتی و معانی موجب می‌شود افراد مرتبط با آن از سرمایه اجتماعی، آرامش روحی و سازکارهای مقابله با بحران بالاتری برخوردار باشند، از طرف دیگر افراد دیندار با بهره‌گیری از نظام ارزشی خود، هویتشان را تولید و باز تولید نموده و بر مبنای آن با مسائل برخورد می‌کنند (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰).

رابطه ویژگی‌های قومی با کیفیت زندگی

تشکیل اجتماعات مختلف در کنار هم سبب شده که بین آن‌ها نوعی فرهنگ رایج شود که خاص آن جامعه باشد که در مردم شناسی به آن فرهنگ عامه^{۳۹} گویند (انصاری، ۱۳۹۱) فرهنگ عامه در برگیرنده‌ی تعلقات قومی شامل پابندی به عادات محلی (خوراک، پوشاک)، علاقه به آداب و رسوم؛ سبک معماری سنتی و تعلق خاطر به موسیقی، هنر و زبان محلی است. علاوه بر این تعلقات قومی یک جامعه را می‌توان در ترانه‌ها، ضرب المثل‌ها، چستان‌ها، لالایی‌ها و افسانه‌های محلی جستجو کرد. فرهنگ در راستای سه نیاز اصلی احساس امنیت، احساس یکپارچگی با دیگران و حس تعلق به یک مجموعه‌ی جدایی ناپذیر شکل می‌گیرد (kagava-Singer et al, 2010). ایجاد انسجام و حس یکپارچگی خود زمینه ساز سرمایه اجتماعی به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی است.

رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی

از نظر لین^{۴۰}، سرمایه اجتماعی به منابع نهفته در ساختار اجتماعی و موقعیت‌های شبکه‌ای گفته می‌شود که از طریق کنش هدفمند قابل دسترسی و گردآوری است. نظریه‌ی «منابع اجتماعی» «نان لین» از جمله نظریات مطرح در زمینه‌ی رابطه کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی است. لین در مقایسه‌ی سرمایه اجتماعی با اشکال دیگر سرمایه، سرمایه اقتصادی و سرمایه انسانی را شکل‌های شخصی سرمایه می‌نامد، حال آن که برای سرمایه اجتماعی عنوان «دارایی ارتباطی» را بکار می‌برد. سرمایه گذاری در این شکل سرمایه، نه بر روی فرد بلکه بر روی روابط صورت می‌گیرد. به این معنی که افراد برای دستیابی به سود در تعاملات و شبکه سازی شرکت می‌کنند (خرم ومسیبی، ۱۳۹۲).

به اعتقاد او منابع نهفته در ساختارها (ثروت، قدرت و پایگاه اجتماعی)، موقعیت‌های شبکه‌ای (جایگاهی که فرد در نظام ارتباطی خود با دیگران به دست می‌آورد) و کنش هدفمند (میزان سرمایه‌گذاری افراد در روابط و شبکه‌های اجتماعی). عناصر اصلی سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهند. لین کنش‌ها را به دو دسته تقسیم کرده است؛ دسته اول کنش‌های ابزاری است که هدفش کسب منافع است و شامل بازدهی اقتصادی (ثروت)، بازدهی اجتماعی (شهرت) و بازدهی سیاسی (قدرت) است. دسته دوم کنش‌ها کنش‌های اظهاری است که هدف این کنش‌ها تحکیم منابع و دفاع از آن‌ها در مقابل از دست دادن‌های احتمالی است. سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی از کارکردهای کنش‌های اظهاری محسوب می‌شوند. لین هم چنین به طور کلی تسهیل جریان اطلاعات، تولید اعتبار، تقویت هویت افراد، تقویت نفوذ را از کارکردهای انحصاری سرمایه اجتماعی می‌داند. لین پیوندهایی را قوی می‌داند که از اصل همانندی پیروی کنند اما پیوندهایی که افراد دارای پیش زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت را گرد هم می‌آورند، پیوند‌های ضعیف می‌نامد (فصیحی، ۱۳۸۹). به طور کلی لین (۲۰۰۷) روابط اجتماعی را در سه دسته روابط پیوندی، روابط آوندی و روابط اتصالی قرار می‌دهد

³⁷ Rotter

³⁸ Locus of Contro

³⁹ Folklore

⁴⁰ lin



موقعیت ساختاری: عبارت است از جایگاهی که فرد از نظر قدرت، ثروت و شهرت در قشر بندی اجتماعی بدست می‌آورد (lin, 2008).

روابط پیوندی^{۴۱}: از دیدگاه پاتنام (۲۰۰۰)، منظور از این نوع سرمایه اجتماعی پیوندها و ارتباطات بین گروه‌های مشابه است ارتباطات خصوصی و بین فردی که اثر چندانی بر ساخت اجتماعی جامعه بزرگتر ندارد به عنوان مثال روابط خانوادگی نوعی از این ارتباطات است. این ارتباط به افراد کمک می‌کند با مشکلات و حوادث پیش آمده کنار بیایند و خود را حفظ کنند (Heenan, 2010).

روابط آوندی^{۴۲}: منظور از روابط آوندی اعتمادات بین فردی افقی و دو جانبه بین افراد است (Heenan, 2010) از دیدگاه بانک جهانی این نوع رابطه ارتباطی را شامل می‌شود که بین افراد با قومیت‌ها و پیشینه‌های مختلف شکل می‌گیرد و در موفقیت جوامع مدنی بسیار تأثیر گذارند (Cullen and Whiteford, 2001).

روابط اتصالی^{۴۳}: منظور از روابط اتصالی ماهیت و وسعت ارتباطات عمودی بین گروه‌های مختلف است که کانال‌های بازی برای ارتباط با هم دارند (Cullen and Whiteford, 2001).

هدف کنش^{۴۴}: هدف کنش دو صورت ابزاری و اظهاری دارد. کنش ابزاری اقدامات هدفمند و برنامه ریزی شده فرد برای بدست آوردن ثروت قدرت و شهرت است. قدرت سلطه و نفوذ بر دیگران است، شهرت معروف بودن و ثروت دلالت بر دارائی‌های فرد دارد (فرهنگ معین، ۱۳۴۰). کنش اظهاری عملکرد فرد در راستای حفظ انسجام، همبستگی است (lin, 2008). پارسونز معتقد است که. سطح بالای انسجام زمانی حاصل می‌شود که کنش‌های افراد اخلاقی و معطوف به یک جمع باشد. در این کنش‌ها مسئولیت و وفاداری در قبال دیگران و جامعه به حد اعلای خود رسیده است (گلابی و رضایی، ۱۳۹۲)

رابطه‌ی متغیر های زمینه‌ای (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل) با کیفیت زندگی

با بررسی پژوهش‌های پیشین پیرامون کیفیت زندگی مشخص گردید که متغیرهای سن، جنسیت و سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند. در پژوهش قاسمی ملایر تحت عنوان "بررسی کیفیت زندگی در بیماران مصروع مراجعه کننده به درمانگاه‌های داخلی اعصاب وابسته به بیمارستان های آموزشی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" نتایج حاکی از آن بود که مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بوده‌اند، به علاوه افراد گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال، مجردها، افراد با سواد، کسانی که تعداد دفعات حمله کمتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. همچنین، آزمون‌های آماری ارتباط معنی داری را بین میزان سواد و تعداد دفعات حمله صرع با کیفیت زندگی نشان داده است (نیازی و دلال خراسانی، ۱۳۹۱ به نقل از مختاری و نظری، ۱۳۸۹). رابطه ی بین جنسیت، تأهل، پست سازمانی، ساعات اضافه کاری با حداقل یکی از ابعاد کیفیت زندگی در پژوهش فلاحی خشکناب و همکاران (۱۳۸۵) تأیید شد. ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸۶) در مطالعه موردی خود در شهر به ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی و سن و جنس پاسخگویان نیافتند اما بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که کیفیت زندگی افراد متأهل بالاتر از کیفیت زندگی افراد مجرد برآورد شد.

در بررسی کیفیت زندگی بیماران شیمیایی بمباران سر دشت توسط برهمی (۱۳۸۷): یافته‌ها ارتباط معنی دار نوع شغل و میزان تحصیلات را نشان دادند اما در همین پژوهش مشخص گردید که کیفیت زندگی با سن ارتباطی ندارد. محسن پور (۱۳۸۹) در بررسی کیفیت زندگی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی استان کردستان دریافت که در جمعیت بزرگسال استان کردستان کیفیت زندگی در زنان به طور بارزی پایین تر از مردان است و با افزایش سن کاهش می‌یابد. یافته‌های تحقیق گنجی و الماسی بیگدلی (۱۳۹۰) با عنوان «مطالعه وضعیت کیفیت فرهنگی و اجتماعی زندگی شهروندان» که در شهر کاشان انجام گرفته است، بیانگر این است که

⁴¹ . Bonding social capital

⁴² Bridging social capital

⁴³ linking social capital

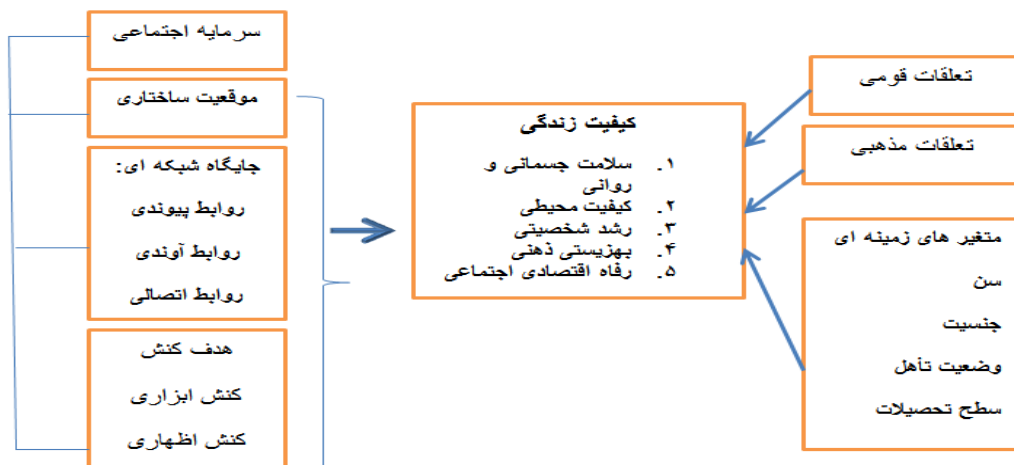
⁴⁴ Purpose of action



میانگین مؤلفه‌های کیفیت فرهنگی زندگی و کیفیت اجتماعی زندگی از حد متوسط طیف مورد ارزیابی بالاتر است. همچنین رابطه هر دو بعد کیفیت زندگی با سن معنادار و دارای همبستگی مثبت است. وضعیت زنان و مردان در بعد کیفیت اجتماعی زندگی تفاوت معناداری ندارند، اما در بعد کیفیت فرهنگی زندگی، مردان نسبت به زنان شرایط بهتری دارند. میانگین بعد کیفیت اجتماعی زندگی در میان افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است، اما در بعد کیفیت فرهنگی زندگی با یکدیگر مشابه هستند، از طرف دیگر در این پژوهش مشخص شد کیفیت فرهنگی زندگی پاسخگویان با رتبه علمی فوق لیسانس و بالاتر، از سایر گروه‌های تحصیلی بیشتر است؛ اما در بعد کیفیت اجتماعی زندگی تفاوتی بین گروه‌های متفاوت تحصیلی وجود ندارد

نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی‌ها، سبب گردید که با توجه به نظرات مختلف در خصوص کیفیت زندگی، ابتدا بر روشن سازی مفهوم متغیر وابسته تحقیق تمرکز شود. بر این اساس کیفیت زندگی، با ابعاد: ویژگی‌های فردی (سلامت جسمانی و روانی)، بهزیستی ذهنی (رضایت ذهنی)، بعد اجتماعی، اقتصادی و بعد محیطی تعریف گردید. از آنجا که هدف این مطالعه طراحی مدل مفهومی پیرامون عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بهره برداران خانوادگی بود، پس از مطالعه تئوری‌ها و مطالعات مرتبط، متغیرهای مستقل شناسایی گردیدند که عبارتند از: متغیرهای زمینه ای (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل)، سرمایه اجتماعی (موقعیت ساختاری، جایگاه شبکه (روابط پیوندی، روابط آوندی و روابط اتصالی) و هدف کنش (ابزاری بودن کنش) و تعلقات قومی مذهبی. قابل ذکر است که مدل مفهومی شناسایی شده در این مطالعه نیازمند بررسی در بین بهره برداران خانوادگی است تا به عنوان مدلی کاربردی و بومی شده مورد تایید قرار گیرد.



شکل ۱- مدل مفهومی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کشاورزان خانوادگی



منابع مورد استفاده

۱. احمدوند، مصطفی،، هدایتی نیا، سعید،، عبداللهی، خسرو. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر رفاه و سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در مناطق روستایی شهرستان بویر احمد. مجله پژوهش و برنامه ریزی روستایی. ۱(۲): ۸۹-۱۱۲
۲. انصاری، جمال. (۱۳۹۱). آشنایی با فرهنگ عامه و اقوام ایرانی. سبحان نور
۳. باسزا، مهدی،، عاقلی کهنه شهری، لطفعلی،، مسائلی، ارشک. رتبه بندی شاخص کیفیت زندگی در استان های کشور، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۰ (۳۷): ۹۵-۱۱۲
۴. برهمنی، گلشن،، عابدسعیدی، ژیلا،، خیری، علی اصغر. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۳۸ (۶۲): ۹-۱۳
۵. پورطاهری، مهدی. رکن الدین افتخاری، عبدالرضا. حسینی، نعمت الله. ۱۳۹۰. نقش میراث فرهنگی در کیفیت زندگی ساکنان روستایی مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان لامرد. فضای جغرافیایی بهار. ۱۱(۳۳): ۸۳-۱۰۰
۶. خوارزمی، شهین دخت. (۱۳۸۳). روزنامه اقتصاد
۷. جهانگیر زاده، محمد رضا. (۱۳۹۰). «دیدگاه های هویت - شخصیت و رفتاری نگر در رشد اخلاقی»، ۳ (۱) زمستان، صفحه ۶۵ - ۸۸
۸. حیدری پور، مونا،، مشهدی، علی،، اصغری نکاح، سید محسن. (۱۳۹۲). رابطه ی هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی های شخصیتی با سلامت روان در افراد با معلولیت (ناتوانی جسمی حرکتی). توانبخشی. ۴ (۱): ۴۰-۴۹
۷. حشمتیان، علی،، دهقانی، حمید،، اکبر زاده، فاطمه. ۱۳۹۱. تاثیر دینداری و رسانه های جمعی در حس امنیت اجتماعی دانش آموزان (The Impact of Religiosity and Mass Media on Students' Sense of Social Security and Security and Social Order Strategic Studies Journal). ۵ (۱): ۱۱-۱۴
۸. خرم، جلال،، مسیبی، علیرضا. توسعه سیاسی و سرمایه اجتماعی با رویکردی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت: مفاهیم، مبانی و ارکان پیشرفت. دومین کنفرانس الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت اردیبهشت ۱۳۹۲. ۱-۲
۹. خواجه نوری، بیژن،، ریاحی، زهرا،، مساوات، سید ابراهیم. (۱۳۹۰). رابطه ی میزان دینداری و کیفیت زندگی جوانان (مطالعه ی موردی، جوانان شیراز). پژوهش نامه فرهنگی. ۱۲ (۴): ۱۲۷-۱۵۷
۱۰. ربانی خوراسگانی، علی،، کیانپور، مسعود. (۱۳۸۵). مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی، مطالعه موردی: شهر اصفهان، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه اصفهان. ۱۵ (۵۸): ۶۷-۱۰۸
۱۱. فرجی ملائی، ا.، عظیمی، آ.، زیاری، ک. ۱۳۸۹. تحلیل ابعاد کیفیت زندگی در نواحی شهری ایران. مجله پژوهش و برنامه ریزی شهری. ۱ (۲): ۱-۱۶
۱۲. فصیحی، امان الله. (۱۳۸۹). اسلام و سرمایه ی اجتماعی: با تأکید بر رویکرد فرهنگی. تهران: پژوهشگاه فرهنگ هنر و ارتباطات
۱۳. فلاحی خشکناز، مسعود،، کریملو، مسعود،، رهگوی، ابوالفضل،، فتاح مقدم، لادن. ۱۳۸۵. بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش های روان پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. مجله تحقیقاتی حکیم. ۹ (۴): ۲۴-۳۰
۱۴. گنجی، محمد،، الماسی بیگدلی، احسان. (۱۳۹۰). مطالعه وضعیت کیفیت فرهنگی و اجتماعی زندگی شهروندان. فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات. ۸ (۲۷): ۱۷۱-۱۹۵
۱۵. محسن پور، بهزاد. ۱۳۸۹. کیفیت زندگی در جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله ی استان کردستان. مجله ی اصول بهداشت روانی. ۱۲ (۱): ۴۴۸-۵۶
۱۶. مختاری، مرضیه،، نظری، جواد. (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی، انتشارات جامعه شناسان.
- مقصودی، سوده،، معیدفر، سعید،، توکل، محمد. (۱۳۹۰). بررسی جامعه شناسی رابطه سرمایه اجتماعی و رضایت زناشویی در زوجین شهر کرمان. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی پرتال جامع علوم انسانی. ۱ (۵)



نیازی، م.، دلال خراسانی، م. ۱۳۹۱. تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی شهروندان. فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات. ۲۷: ۱۹۸-۲۲۹

Ballesteros. R Fernández. (2009). Quality of life: Concept and assessment Available at: <http://book.lib.sjtu.edu.cn/iupsys/Proc/mont1/mpv1ch19.htm>

Doi, k., Nakanishi, H., Morishita, K., Sugiyama, I. (2006). Quality Of Life social Capital And Community Asset management PP 1-20. In: Quality of Life, Social Capital and Community Asset Management, Social Capital and Development Trends in Rural Areas Vol.2, MARG.

Kyoto University Press, Japan.FAO. (2012). SMALLHOLDERSAND FAMILY FARMERS, Available at: http://www.fao.org/fileadmin/templates/nr/sustainability_pathways/docs/Factsheet_SMALLHOLDERS.PdfIAASTD (International Assessment of Agricultural Knowledge, Science and Technology for Development) (2009) Agriculture at a Crossroads. In: International Assessment of Agricultural Knowledge, Science and Technology for Development Global Report, Island Press, Washington, D.C.

Fahey,T., Whelan,C.,and Maitre,B.,(2005) , Quality of Life in Europe: First European Quality of Life Survey 2003, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office of Official Publications of the European Commun,,t,es, Luxembourg.

Goodinson, S M., Singleton, J.(1989).Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. Intemation Journal of Nursing Studies, 26 (4), 327 - 341

Heenan, Deirdre. (2010). Social capital and older people in farming communities. *Journal of Aging Studies*, 24(1), 40-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2008.09.002>

Holt, C.L., Haire Joshu, L.D., Lukwago, N.S., Lewellyn. A.I. W.M. Kreuter. (2005)."The Role of Religious in Dietary Belifes and Behavior among American Women", *Cancer Control*. Available at: <http://www.moffitt.org/moffittapps/ccj/v12s5/pdf/84.pdf> [8/6/2011].

Kagawa-Singer, Marjorie, Padilla, Geraldine V., & Ashing-Giwa, Kimlin. (2010). Health-Related Quality of Life and Culture. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 59-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2009.11.008>

Carver, Charles. S.,L Reynolds, Sakina_LMichael,F.(1994). The possible selves of Optimist and pessimist. *Journal of research in personality*. 28(2): 133 41.

Diener, E. (2009). Subjective well being. *The Science of Well Being*. 1 58

Keles, Rusen. (2010), Küreselleme ve Ekolojik Degisiklikler (Globalization and Ecological Changes), paper presented to the 20th Congress of Spiritual Health and Diseases, Bodrum. 24(1). 1-118

Keles, Rusen The Quality of Life and the Environment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 35: 23 – 32



K George, Linda., B Larsons, David., G Koeing, Harold., E McCullough, Michael. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 19(1): 102 116

Meng, X., Zhangy, D. 2013. The Social Impact of Rural-Urban Migration on Urban .Natives. Available at: http://www.iza.org/conference_files/AMM_2013/zhang_d5367.pdf

76. Nooney, Jennifer., E, Woodrum. (2002). Religious Coping and Church Based Social as Predicators of Mental Health Outcomes: Testing a conceptual Model", *Journal for The scientific Study of Religious*", 41 (2). p. 359 368.

Shucksmith, Mark, Thomson, Kenneth , Roberts, D (2005) *The CAP and the Regions: The Territorial Impact of the Common Agricultural Policy* Oxford: CABI Publishing

Tomyn, Adrian., M Norrish, Jacolyn. Mt. Cummins, Robert. A. 2013. The subjective wellbeing of indigenous Australian adolescents: validating the personal wellbeing index-school children. *Social indicators research*, 110(3), 1013-1031.

WANDERLEY. Maria de Nazareth Baudel.(2009) *O mundo rural como um espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade*. Porto Alegre: : UFRGS Editora

Developing a conceptual model of factor influencing family farmers' quality of life

Fereshteh bagrezaei jayhoon Abadi¹*Gholam Reza Mojaradi²roya karami³

¹ M. Sc. Student of rural development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan, Iran, ² Assistant Professor, Department of communication, Agricultural Extension and Rural Development, Faculty of Agriculture, University of Zanjan, Iran ³ Assistant Professor in Agriculture Payame Noor University, IRAN.

Abstract

Social development in rural communities has a close relation with the structure of farming systems. Less attention to the quality of life of farmers in this section, in addition to undermine the agricultural sector has different consequences such as immigration, marginalization, loss of social capital and increased crime. Family farmers are (form) a large part of the farmers of the country, thus their quality of life in all dimensions including economic, social, environmental, psychological and physical health, should be considered. Levels of public quality of life of this farmers is measurable through the evaluation of their living conditions in association with poverty, nutrition, health, housing, employment, education, leisure, etc. This study aimed to design a conceptual model of factor influencing family farmers' quality of life. The model designed using method of documental review based on national and international research, models and theories presented about quality of life. The review results due to different views on quality



of life caused focusing primarily on clarification of the concept of dependent variable Accordingly the quality of life, has been defined with dimensions consist of: individual characteristics (physical and mental health), subjective well-being (subjective satisfaction), social, economic, and environmental dimensions. Since the purpose of this study was to design a conceptual model of factors influencing the quality of life of family farmers, after studying theories and related studies, independent variables were identified that include: background variables (age, gender, level of education), social capital (structural status, network status (Bonding, Bridging, Linking) and the purpose of action (expressive and instrumental), religious and ethnic affiliations. It is noteworthy that, the identified conceptual model in this study, need to be tested among family farmers so it could be confirmed as an applied and native model.

Keywords: quality of life, model design, family farmer