

عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهر کرمانشاه)

بهزاد حکیمی‌نیا، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، ایران*
زنده‌باد نصرالله پورافکاری، دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان، ایران
داریوش غفاری، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، ایران

چکیده

کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در علوم اجتماعی است. این مهم به دلیل اهمیت روزافزون مطالعات کیفیت زندگی در سیاست‌های اجتماعی و نقش آن، ابزاری کارآمد برای مدیریت و برنامه‌ریزی رفاه است. پژوهش حاضر، رابطه هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی در شهر کرمانشاه را بررسی می‌کند. هدف مطالعه حاضر، توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر کرمانشاه با استفاده از شاخص‌های عینی و ذهنی است. جامعه آماری پژوهش، ۳۸۴ نفر هستند و با استفاده از فرمول کوکران برآورد شده‌اند و حجم نمونه به صورت سهمیه‌ای انتخاب شده است. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و مقیاس‌های ساخته‌شده برای هوش اجتماعی، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ انجام شد و متخصصان علوم اجتماعی، روایی صوری و محتوایی مقیاس را تأیید کردند. یافته‌های الگوی معادله ساختاری، همبستگی مثبتی بین کیفیت زندگی با هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده نشان داد مقیاس‌های ساخته‌شده برای سه متغیر اصلی پژوهش، یعنی کیفیت زندگی، هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی، ابزاری پایا برای سنجش کیفیت زندگی و هوش اجتماعی هستند و با توجه به روایی و پایایی مناسب می‌توان در محیط‌های آموزشی و پژوهشی مانند دانشگاه استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، هوش اجتماعی، سلامت اجتماعی، سبک‌های زندگی، کیفیت ذهنی، کیفیت عینی.

مقدمه و بیان مسأله

عوامل زیادی بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار هستند، از جمله هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد که در این پژوهش بر آنها تأکید شده است. به‌تازگی به مطالعه کیفیت زندگی نزد دانشمندان علوم اجتماعی توجه زیادی شده است. کیفیت زندگی عبارت است از میزان رفاه جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی که با اشخاص درک می‌شود و میزان رضایت فرد از موهبت‌های زندگی را نشان می‌دهد (سلیم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۸۸). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را ادراک فرد از موفقیت خود در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی و ارزشی و اهداف فردی تعریف می‌کند (البرزی و البرزی، ۱۳۸۵: ۳۲۲). برای بررسی وضعیت کیفیت زندگی در جامعه، پژوهشگران رشته‌های گوناگون و مرتبط از جمله روان‌شناسی، مدیریت، اقتصاد، علوم تربیتی و علوم سیاسی در این عرصه مشارکت داشته‌اند؛ اما این مطالعات از جنبه‌های متعددی با هم متفاوت هستند. تاکنون در رابطه با مطالعه کیفیت زندگی، چارچوب جامعی برای مطالعه به صورت یک‌پارچه، کل‌گرایانه و متکی بر شاخص‌های فیزیکی، مکانی و اجتماعی ارائه نشده است. همچنین کیفیت زندگی، بیشتر با استفاده از شاخص‌های عینی یا ذهنی و به‌ندرت با هر دو نوع شاخص اندازه‌گیری می‌شود (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۷). کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی و پیچیده است؛ اما تعریف‌شدنی و سنجیدنی است. در مطالعات کیفیت زندگی، دو رویکرد ذهنی و عینی وجود دارد (Lee, 2008: 1206). این رویکردها بیشتر به‌طور مجزا از همدیگر و به‌ندرت در ترکیب با هم برای سنجش کیفیت زندگی به کار می‌روند. کیفیت زندگی در ابعاد ذهنی، ادراک می‌شود و ارزیابی افراد را از وضعیت زندگی خود منعکس می‌کند و با شاخص‌های ذهنی اندازه‌گیری می‌شود. کیفیت ذهنی زندگی به روش‌های مختلفی اندازه‌گیری می‌شود. در یکی از مهم‌ترین روش‌ها، کیفیت ذهنی زندگی، میزان تجمعی از سطح رضایت در قلمروهای مختلف زندگی

است. ویسینگ و وان ران^۱ (1982) به نقل از زنجانی طبسی (۱۳۸۳)، کیفیت زندگی را یک سازهٔ بهزیستی روان‌شناختی کل معرفی کردند که با احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی مشخص و اندازه‌گیری می‌شود. آنان تأکید کردند بهزیستی روانی، سازه‌ای چندبعدی است و به صورت ۱- عاطفه: احساس مثبت؛ ۲- شناخت: زندگی درک‌پذیر و کنترل‌شدنی؛ ۳- رفتار: علاقه به کار و رضایت؛ ۴- خودپنداره: توانایی اثبات خویش و ۵- روابط بین فردی: تعادل اجتماعی بروز می‌کند (زنجانی طبسی، ۱۳۸۳: ۳۴). ریف و سینگر (1989) کیفیت زندگی را شامل مؤلفه و پذیرش خود، هدف‌داشتن در زندگی، رشد شخصی تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌دانند (Ryff & Singer, 1998). مفهوم کیفیت زندگی عمیقاً ریشه در طرز تفکر دربارهٔ سلامت دارد. در این رابطه، دیدگاه واحدی در علل و اثرات آن وجود ندارد؛ چنانکه به سلامت به‌عنوان شاخصی از قابلیت زندگی در الگوهای مختلف توجه شده است و در دیگر الگوهای کیفیت محیطی به‌عنوان تعیین‌کنندهٔ سلامت عمل می‌کنند (Beaudoin, 2003: 107). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به صورت زیر تعریف کرده است. ادراک فردی از شرایط زندگی‌شان در ارتباط با فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی کرده‌اند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و توجهات آنها در ارتباط است (Kamp et al., 2003). شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت یک دستهٔ گسترده از مفاهیم مرتبط با سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناسی، سطوح عدم وابستگی، روابط اجتماعی، عقاید فردی و ارتباط این مسائل با ویژگی‌های محیط آرام را دربرمی‌گیرد (W.H.O, 1999: 3). شکی نیست که واقعیت‌ها، شرایط عینی جامعه و وضعیت مادی زندگی فرد نیز در کیفیت زندگی نقشی تعیین‌کننده دارند؛ اما باید توجه داشت انسان موجودی است که براساس تصویر ذهنی خود از واقعیت - نه خود واقعیت - زندگی می‌کند و رفتارش متأثر از برداشت‌های

¹ Vising & Van Rhine

است (Hyde, 2004: 43). در قدیم مفهوم هوش اجتماعی به‌عنوان مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی خالص تلقی می‌شد؛ همان‌طور که بسیاری از نظریه‌پردازان اولیه هوش اعلام کرده‌اند، هوش اجتماعی هیچ تفاوتی با هوش کلی ندارد. برخی دانشمندان شناخت‌نگر شک ندارند که این دو کاملاً یکسان هستند و این هوش را شیوه‌ای برای جامعه‌پذیری بیشتر معرفی می‌کنند. همچنین این هوش، ظرفیتی برای همکاری و نوع‌دوستی است (Goleman, 2006: 2). مسئله کیفیت زندگی با هوش اجتماعی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد و پژوهشگر در این پژوهش در پی بررسی این مسئله است که هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد چه ارتباطی با کیفیت زندگی دارند. طرز تفکر فرد جزء مهمی از کیفیت زندگی اوست و بر آن تأثیرگذار است و این پژوهش به دنبال بررسی علمی این رابطه است. درباره کیفیت زندگی، کارهای زیادی انجام شده است؛ اما نوآوری خاص این پژوهش در این است که پژوهشگر، کیفیت زندگی را با هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد می‌سنجد. به‌عبارتی پژوهشگر به دنبال این است که با تکنیک‌های آماری جدید و کلاسیک، نقش متغیرهای پنهان در مسیر پژوهش را به دقت شناسایی کند و در پژوهش، آنها را متغیر پنهان در نظر بگیرد که خطای ساختاری و اندازه‌گیری دارند و متغیر آشکار در نظر نگردد. به‌عبارت‌دیگر در روش‌های آماری کلاسیک، پژوهشگر ناخواسته یک متغیر پنهان را با ابزار Spss متغیر آشکار در نظر می‌گیرد؛ اما در روش‌های آماری جدید، مقدار دقیق خطا، محاسبه و با متغیر پنهان دقیقاً به‌عنوان متغیر پنهان رفتار می‌شود که این مهم با کاربرد نرم‌افزار Amos Graphic میسر می‌شود. حال سنجش سه مفهوم کیفیت زندگی، هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی که زوایای پنهانی دارند با روش‌های نوین آماری، نتایج جالبی را در پی خواهد داشت که از دید بسیاری از پژوهشگران در این حوزه پنهان مانده است. نتایج مطالعات کیفیت زندگی و هوش اجتماعی به بهبود سبک زندگی، ارزیابی سیاست‌ها، رتبه‌بندی امکانات،

ذهنی و درکی است که از واقعیت دارد. این برداشت‌ها و ادراک‌ها الزاماً با واقعیت انطباق ندارند. همچنین، تصویر ذهنی و برداشت هر فرد درباره واقعیتی معین با دیگری تفاوت دارد. براین‌اساس انتخاب این متغیرها برای سنجش در این پژوهش، سنجش کل کیفیت زندگی در جامعه نیست؛ بلکه تلاشی برای تبیین سهم اندکی از کیفیت زندگی در شهر کرمانشاه است.

مسئله و اهمیت پژوهش

مطالعه و واکاوی کیفیت زندگی، سیر تحول و تکوین و چالش‌های فراروی آن به‌دلایل مختلفی اهمیت دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶۸). امروزه مسئله کیفیت زندگی افراد جامعه از پیش‌نیازهای اساسی توسعه و یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مطالعاتی در کشورهای مختلف است که به‌دلیل اهمیت روزافزون آن، ابزاری کارآمد در مدیریت و برنامه‌ریزی مسائل توسعه‌ای و انسانی جوامع است (Hornquist, 1982: 18). مفهوم کیفیت زندگی در طی سال‌های اخیر پیشرفت‌های گسترده‌ای در زمینه مباحث روش‌شناختی و رویکردهای نظری را شاهد بوده است. این مفهوم ابتدا برای بررسی زندگی افراد مبتلا به مشکلات خاص مطرح شد؛ اما بعد دامنه آن به گستره‌ای فراتر کشیده شد و سایر شهروندان عادی را دربرگرفت و درنهایت روی مطالعات بازار مصرف و مصرف‌کنندگان تمرکز یافت (Santos, 2007: 413). حل مسائل و مشکلات اجتماعی از دیرباز مسئله مهم جامعه‌شناسان و پژوهشگران اجتماعی بوده است. بسیاری از مسائل و مشکلات اجتماعی در نحوه زندگی و تفکر افراد ریشه دارد که در این پژوهش سعی شده است با شناخت افراد و نحوه تفکرشان، میزان هوش اجتماعی آنها سنجیده شود تا میزان کیفیت زندگی افراد در رابطه با هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی آنها معلوم شود. هوش اجتماعی به توانایی‌های فردی اطلاق می‌شود که ایجاد روابط اجتماعی مناسب را میسر می‌کند (Emmons, 2000: 13). هوش اجتماعی، توانایی درک عمل و رفتار هوشمندانه و خردورزانه در روابط با دیگران

برنامه‌ریزان درخصوص نیاز به مطالعه کیفیت زندگی، توافق عمومی وجود دارد. میرشمسی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان *بررسی رابطه هوش معنوی با کیفیت زندگی دانشجویان*، پس از بررسی ابعاد چندگانه هوش به صورت تخصصی، تأثیر هوش معنوی را بر کیفیت زندگی دانشجویان سنجیده است. نتایج این پژوهش گویای این واقعیت است که معنویت و هوش معنوی تکمیل‌کننده و معنادهنده بخش‌های گوناگون زندگی انسان هستند و فرد را توانمند می‌کند تا تجربه‌های معنوی خود را مثل روندی برای برخورد و یافتن راه حل برای مشکلات و سختی‌های زندگی به کار گیرد. نتیجه کلی این پژوهش، وجود رابطه معنادار هوش معنوی با کیفیت زندگی دانشجویان است. گروسی و نقوی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان *سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان*، سطح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و ارتباط این دو متغیر در محله‌های مختلف شهر کرمان را شناسایی کرده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد سطح سرمایه اجتماعی در دسترس با سطح کیفیت زندگی ارتباط معنادار دارد و ارتباط این دو متغیر تابعی از سطح محله است. همچنین، بالانبودن سطح کیفیت زندگی در بین شهروندان، تحت تأثیر سطح نسبتاً متوسط سرمایه اجتماعی ایشان است. چناری (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان *بررسی رابطه میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس تنهایی در دانشجویان*، نشان داد نبود روابط مطلوب و رضایت‌بخش اجتماعی بر سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان اثرات مخربی می‌گذارد. نتایج این مطالعه بیان می‌کند با افزایش احساس تنهایی در افراد، میزان کیفیت زندگی در مؤلفه‌های جسمی و روانی آنها کاهش می‌یابد و همچنین افراد با افزایش احساس تنهایی از راهبردهای مقابله‌ای فعالی مانند حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی بهره‌گیری کمتری می‌کنند. غفاری و امیدی (۱۳۸۷)، مفهوم کیفیت زندگی را در محتوای برنامه‌های توسعه در ایران قبل و بعد از انقلاب اسلامی بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد در هیچ‌کدام از برنامه‌ها، امور

تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی شهری و انسانی کمک می‌کنند و اولویت‌بندی مسائل اجتماعی را برای برنامه‌ریزان، مدیران و مسئولان تسهیل می‌کنند. این مهم ضرورت انجام این پژوهش را موجه می‌کند. کیفیت زندگی، مهم‌ترین بحث در توسعه است؛ یعنی یکی از پیش‌نیازهای اساسی توسعه است. با این توضیح گفتنی است که اهمیت این پژوهش برای تمامی مؤسسه‌ها و نهادهایی که با مباحث توسعه در ارتباط هستند و همچنین مؤسسه‌های آموزشی و دانشگاه‌ها مفید است. بین پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان درخصوص نیاز به مطالعه کیفیت زندگی در نواحی مختلف، توافق عمومی وجود دارد و پروژه‌های دانشگاهی، علمی و تحقیقاتی ابزار مهمی برای رسیدن به این اهداف هستند.

پیشینه پژوهش

بیشتر کارهای راجع به کیفیت زندگی در ایران در حوزه‌های پزشکی انجام شده و سهم این مطالعات در حوزه‌های اجتماعی، بسیار کمتر از حوزه‌های پزشکی بوده است. بیشتر نظریه‌ها و مطالعات تجربی کیفیت زندگی به شکل امروزی آن بیشتر از جوامع غربی نشئت گرفته‌اند. این مطالعات در کشورهای درحال توسعه به‌طور چشمگیری کم هستند. همین‌طور، فاکتورهای عمده تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مردم در شهرهای کشورهای درحال توسعه به‌طور واضح شناسایی نشده‌اند. بنابراین، مفهوم کیفیت زندگی در کشور به دلیل نبود مطالعات گسترده تجربی و نبود ارزیابی صحیح شاخص‌های آن، فقط با ترکیب ابعاد ذهنی و عینی آن شناخته می‌شود. همان‌طور که مطرح شد، تئوری‌ها و مطالعات تجربی کیفیت زندگی، بیشتر از جوامع غربی نشئت گرفته‌اند. مطالعات کیفیت زندگی در کشورهای درحال توسعه و به تبع آن در ایران به‌طور چشمگیری کمیاب هستند. در سال‌های اخیر مقالاتی در این زمینه در مجلات علمی داخل و خارج کشور منتشر شده است. بین پژوهشگران، سیاست‌گذاران و

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد محل زندگی، زناشویی، سن، تحصیلات و درآمد قلمروهای مختلف رضایت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. همچنین وضعیت اجتماع، تعلقات محلی و رضایت از محله، بیشترین تأثیر را بر رضایت از کیفیت زندگی دارند. مطالعه پاتریک (2005) با عنوان چه طرحی را می‌توان برای ارتقای سلامتی افراد در محیط انجام دهیم؟، مروری بر مطالعات کیفیت زندگی افرادی است که با سلامتی زندگی نمی‌کنند و بیماری خاصی دارند. نتایج پژوهش نشان می‌داد تشخیص جنبه‌هایی از کیفیت زندگی به زنده‌ماندن آنها منجر شده است. مطالعات نشان دادند کیفیت زندگی در این بیماران بالاست. وضعیت بیماری فعلی، حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی از فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی این بیماران هستند و استفاده از داروهای شیمی درمانی یکی از فاکتورهای منفی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها بود. این مطالعه نشان داد انجام پژوهش‌های جدی‌تری از لحاظ روش‌شناسی به‌ویژه مداخله‌ای بر نیازهای پزشکی و روان‌شناسی نیاز است. سانتوس (2007)، کیفیت ذهنی زندگی در شهر پورتو را سنجیده است. در این مطالعه نظرات شهروندان درباره میزان رضایت از حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی شهری با استفاده از تحلیل چندمتغیری بررسی شده است.

چارچوب نظری پژوهش

گستره مطالعه و سنجش کیفیت زندگی شاید هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است. اقتصاددانان، دانشمندان علوم اجتماعی و دولت‌مردان هرکدام با دیدگاه خاصی به این موضوع می‌نگرند (جاجرمی و کلت، ۱۳۸۵: ۵). کیفیت زندگی از اوایل دهه 1960 میلادی در آمریکا به‌صورت موضوع پژوهشی مطرح شد. گزارش کمیته ریاست جمهوری آمریکا در راستای تحقق اهداف ملی و کار پژوهشی بائر¹ (1996) راجع به آثار ثانویه برنامه‌های محیط زیستی آمریکا معمولاً جزء اولین کارهایی نام برده می‌شوند که آغازگر توجه به

رفاهی و اجتماعی به سطح سیاست‌گذاری ارتقا نیافته‌اند و بیشتر جایگاهی خدماتی داشته‌اند و به مسائل اجتماعی از منظر اقتصادی نگاه کرده‌اند و الگوهای جهانی بر برنامه‌ها در قبل و بعد از انقلاب تأثیرگذار بوده‌اند. موحدی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران به وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و بُعد روانی کیفیت زندگی پی برده است. وجود ارتباط معنادار بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نشان‌دهنده تأثیر مستقیم تعلق خاطر به جامعه بر کیفیت زندگی جسمی و روانی افراد است.

گوردن و همکارانش (2010) در پژوهشی با عنوان همبستگی میان کیفیت زندگی و سلامت، بررسی سیاست‌های مربوط به سلامت را در حوزه پزشکان نمی‌دانند؛ بلکه مسئله‌ای اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی و برنامه‌ریزی‌های مدیران و سیاست‌گذاران می‌دانند. با این تفاسیر، سلامت یک مسئله پزشکی نیست؛ بلکه اجتماعی است و برای بهبود آن به برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه نیاز است. لوئر و لوئر (2010) در پژوهشی با عنوان مسائل اجتماعی و کیفیت زندگی، مهم‌ترین مسائل اجتماعی را شرح داده‌اند که بازتاب‌دهنده کیفیت زندگی در جوامع امروزی است. بیشتر تأکید آنها روی مسائل خرد دامنه مشکلات اجتماعی‌اند که متوجه فرد هستند و در این میان به تفاوت‌های جنسیتی، الکلیسم، جنایت و بزه‌کاری، انحرافات، فقر و تبعیض نژادی اشاره می‌شود که بر کیفیت زندگی بیشترین تأثیر را دارند. ساشا (2009)، تحقیقی با عنوان سلامتی، کیفیت زندگی و بیماری در کشور انگلستان انجام داد و نتایج نشان داد کمبود فعالیت‌های فیزیکی بر فعالیت‌های روزانه افراد تأثیر داشته است و بیماران در مقایسه با سایرین در سطح کشور، سلامت و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. به‌طورکلی افراد مبتلا به بیماری نسبت به جمعیت کلی، میزان زیادی انرژی از دست رفته داشتند. لی در سال (2008) با استفاده از شاخص‌های ذهنی، کیفیت زندگی در شهر تایپه را ارزیابی کرده است.

¹ Bauer

«زندگی» به سادگی با معیارهای کمی ارزیابی نمی‌شود. رویکردهای سنتی، کیفیت زندگی را بیشتر با جنبه ذهنی مرتبط دانسته‌اند؛ اما برخی رویکردهای متأخر به شاخص‌های عینی نیز توجه کرده‌اند و جنبه‌های ذهنی مانند آرزوها، انتظارات، نگرش‌ها و احساسات را به تنهایی در تعریف کیفیت زندگی کافی ندانسته‌اند؛ بلکه به شرایط عینی و محیط مؤثر بر زندگی نیز توجه می‌کنند (Skevington et al., 2004: 299).

چارچوب اصلی شاخص‌های کیفیت زندگی را مضامین اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و ویژگی‌های فردی شکل می‌دهد؛ اما شاخص‌های سلامتی و تأثیرات محیطی نیز در مطالعات کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارند (Fryback, 2010: 2)؛ به طوری که امروزه پژوهشگران مرتبط با رشته‌های پزشکی به مطالعات مربوط به این بخش توجه کرده‌اند (Bourne, 2009: 66). از این رو، ون هوون^۱ مفهوم کیفیت زندگی را با نبود بیماری به‌ویژه بیماری‌های خاص برابر دانسته است. در نتیجه راهکارهای بزرگی برای تقویت جامعه و افراد ساکن در آن تدوین شده است. تأثیرات محیطی مرتبط با ادراکات خانواده‌ها نیز یکی از مسایلی است که ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی و سلامتی افراد جامعه دارد. یافته‌های کیفیت زندگی برای بازشناسی استراتژی‌های سیاسی قبلی و طراحی سیاست‌های برنامه‌ریزی آینده استفاده می‌شوند (Lee, 2008: 1207). در این راستا سانتوس و مارتینز^۲ اشاره می‌کنند که مشارکت اجتماع محلی در مطالعات کیفیت زندگی، پشتیبان مهمی برای تعیین سیاست‌ها و اهداف بلندمدت هستند (Santos & Martins, 2007: 413).

در دیدگاهی دیگر، نحوه ارزیابی شخص از کیفیت زندگی براساس ارتباط بین شخص و محیط توصیف می‌شود. بدین ترتیب که در ارتباط بین شخص و محیط توسط ویژگی‌های شخصی همچون سن؛ وضعیت اجتماعی - اقتصادی؛ روش‌های مختلف سازگاری؛ خصیصه‌های روان‌شخصیتی و...، خصیصه‌های محیط همچون ارزش‌های

بحث کیفیت زندگی بوده‌اند (Schuessler & Fisher, 1985: 130). ریشه‌های استفاده از واژه کیفیت زندگی در آثار کلاسیک ارسطو یافت می‌شود او در آثار کلاسیک خود به‌خصوص نیکوماخوس از رابطه بین کیفیت زندگی و شادی سخن می‌گوید؛ اما می‌بینیم در این زمینه در اواخر قرن بیستم تاکنون پژوهش‌های مختلف با رویکردهای مختلف انجام شده است. همچنین بیشتر این پژوهش‌ها در حوزه پزشکی قرار دارند (ربانی‌خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۶: ۶۹). علاقه‌مندی به بررسی عوامل مؤثر بر خشنودی و رفاه انسان در تاریخ زندگی بشر پیشینه‌ای طولانی دارد. در واقع اینکه چگونه باید و می‌توان زیست که بهترین منفعت را از زندگی کسب کرد، شاید به قدمت قابلیت آدمی برای اندیشه درباره آینده و عبرت‌گرفتن از گذشته باشد (بهمنی، ۱۳۸۰). این رویکرد بر ادراکات انسان از کیفیت زندگی و فرایندهای تجربی برای جمع‌آوری یا دسته‌بندی آیت‌ها به سمت ابعاد کلی‌تر و معیارها متمرکز می‌شود؛ اما هر دو کار را با هم انجام نمی‌دهد؛ بنابراین، آنها را الگوی نیمه‌تجربی می‌دانند (Campbell, 1976: 244). گروهی دیگر از اندیشمندان، سعادت را فردی نمی‌دانستند؛ بلکه در گروه یک جمع می‌دانستند. این گروه که آنها را «جمع‌گرایان» می‌نامند، سعادت افراد یک جامعه را در گروه دستورالعمل‌هایی می‌دانستند که جامعه را به کمال می‌رساند. برای نمونه، افلاطون در رساله «سیاست»، چنین روشی را پی گرفت. او توضیح داد صفات موجود در یک فرد با صفات جامعه کاملاً منطبق است؛ بنابراین، برای به سعادت رساندن فرد، ابتدا باید ساختار جامعه را به نحوی طراحی کرد که قادر به تولید سعادت برای افرادش باشد. این رویه را سودانگاران همچون بنتام و میل نیز پی گرفتند. ایشان اعتقاد داشتند که سعادت در گروه کسب لذت است و هرگاه بیشترین لذت ممکن برای بیشترین افراد ممکن حاصل شود، جامعه و در نتیجه فرد به سعادت می‌رسند (Rawls, 1971: 941-943). بیشتر پژوهشگران حوزه کیفیت زندگی معتقدند اصطلاح «کیفیت» در قالب نمره سنجیده می‌شود؛ اما کلمه

¹ Veen Hoven

² Santos and Martins

جامعه یا برخی گروه‌های تشکیل‌دهنده آن، معیارها و هنجارهای سنتی، وضعیتی در حال تضعیف و بدون جایگزین شدن هنجارهای جدید دارند. بر همین اساس، بی‌هنجاری در شرایطی پدید می‌آید که کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد. بدین ترتیب گفتنی است کیفیت زندگی در اندیشه دورکیم، معلول مکانیسم‌های معین و عوامل اجتماعی مشخص هستند. اگرچه او به‌طور اخص بر این امر تأکید نمی‌کند، آشکارا بر این اصل تأکید دارد که فقدان اجماع در باب ارزش‌های پذیرفته‌شده جامعه به محو و غیبت تدریجی آتوریت و ضابطه اخلاقی منجر می‌شود و جامعه، مدیریت مؤثر و کنترل اجتماعی لازم بر فرد را از دست می‌دهد. از این رو، فقدان چنین ضابطه کنترلی و مدیریت اخلاقی در بروز بی‌هنجاری اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند (کوئن^۳، ۱۳۸۹: ۲۲۰). جامعه‌شناسان و روان‌شناسان اجتماعی توجه خود را به کیفیت زندگی گروه‌ها و جوامع معطوف کردند؛ در حالی که سایر پژوهشگران زندگی فردی را مطالعه می‌کنند (Das, 2008: 299). در دهه ۶۰، این موضوع وارد عرصه مطالعات مربوط به سلامت روانی شد. در دهه ۸۰، موضوع‌های کیفیت زندگی با تأکید بر درک بیمار از موقعیت خود به تدریج وارد عرصه پژوهش‌های پزشکی شدند. این حوزه از روش پژوهش معمولاً با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد شده مانند فهرست کیفیت زندگی لانکاستر سنجیده می‌شود که همان^۴ ارائه کرده است (1988) و این پرسش‌نامه‌های استاندارد بر «کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی» و «نتایج گزارش شده بیمار» تأکید می‌کند. در راستای سلامت اجتماعی، رویکردهای زیادی وجود دارد که در بُعد اجتماعی آن، این واژه برگردان کلمه *social wellbeing* است و از دو کلمه *social* به معنی «اجتماع» و *wellbeing* به معنی «زندگی خوب داشتن» است و بیشتر به شادی و رضایت ناظر است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (Lima & Novo,

موجود در محیط یا ظرفیت ارزشی آن، قابلیت سنجش‌پذیری و ویژگی‌های خاص محیط و همچنین در کنار دو عامل فوق، ویژگی‌های منتج از اثرات متقابل بین شخص و محیط به نوعی تعامل برانگیزنده بین فرد و محیط پیرامونش منجر می‌شود (Poll, 1997: 15 & Poll, 2000). تئوری‌های روان‌شناسی بر رابطه بین سلامت ذهنی، عواطف و حالات روانی تأکید می‌کنند. در پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی، سلامت روانی بُعد مهمی دارد. بیشتر سلامتی روانی را بر اساس فاکتورهایی از قبیل رضایت از زندگی، خلق‌وخو، عزت‌نفس، نگرانی و افسردگی تحلیل می‌کنند. روان‌شناسی علمی است که جنبه‌های فردی رفتار را بررسی می‌کند و به سطح گروه‌های اجتماعی، کمتر وارد می‌شود که حیطه کار جامعه‌شناسی است و برای بررسی کیفیت زندگی بر جنبه‌های رفتاری فرد تأکید دارد (Holzmann, 1995: 47-50). کانون اصلی تحلیل در چارچوب نظری روان‌شناسی، بیشتر متوجه موقعیتی است که فرد تلفی خاصی از کیفیت زندگی خود دارد و فرض نیز بر آن است که نحوه ارزیابی کیفیت زندگی در خلال کنش‌های متقابل اجتماعی فرا گرفته می‌شود. این فراگیری نیز ناشی از فرایندهایی مانند یادگیری شرطی، تقویت، مشاهده و الگوسازی و همچنین برچسب اجتماعی است (صدیقی اورعی، ۱۳۷۴: ۲۵). در تاریخ علوم اجتماعی اغلب از رویکردهای معینی به کیفیت زندگی بحث شده است. در مردم‌شناسی و جامعه‌شناسی، کیفیت زندگی با توجه به نظام اجتماعی بررسی شده است. در این رویکرد، مکاتب فکری شرح داده می‌شود که ارتباط بیشتری با کیفیت زندگی دارند. ابتدا رویکرد ناهنجاری^۱ در این مکتب فکری بحث می‌شود. چلبی، ناهنجاری را مربوط به وضعیتی می‌داند که انجام امور، فارغ از هرگونه هنجار صورت می‌پذیرد و در آن حالت چیزی جز اشتیاق فردی و کنترل‌ناپذیری اشخاص نمی‌ماند که بی‌حد و حصر اشباع‌ناپذیر است (چلبی، ۱۳۸۹: ۱۱۹-۱۱۷).

دورکیم^۲ معتقد است در جوامع امروزی، خواه در سطح

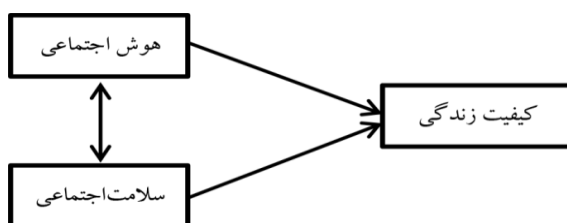
³ Cohen

⁴ Lehman

¹ Anomy

² Durkheim

و تعاون داشته باشند. بوزان اعتقاد دارد وقتی افراد، یکی از هوش‌ها را تقویت کند به‌طور خودکار بقیه را نیز تقویت می‌کند (بوزان، ۱۳۸۳: ۱۶۷). به عقیده گلمن، هوش اجتماعی، تمام حیطه ارتباطات انسانی با دیگر افراد و با جهان را شامل می‌شود. به‌طور کلی هوش اجتماعی، گسترده‌تر از آگاهی سیاسی یا درک روان‌شناختی یا فعالیت‌های هدایت‌شده است و تشخیص همه موقعیت‌های اجتماعی مانند آیین مذهبی و دیگر موقعیت‌های اجتماعی را شامل می‌شود؛ بنابراین در خلق تعریف هوش اجتماعی درباره همه حیطه‌های تفکر انسانی و فعالیت انسانی صحبت می‌شود (Goleman, 2006: 186). کسانی که از نظر هوش اجتماعی قدرتمندند، کاملاً راحت با افراد ارتباط برقرار می‌کنند، واکنش‌ها و احساسات آنان را به سرعت درمی‌یابند و دیگران را رهبری و سازماندهی می‌کنند (گلمن، ۱۳۸۴: ۲۸). زمانی که پژوهشگران، واکنش‌های اجتماعی انسانی را بررسی می‌کنند، وجود برخی ویژگی‌ها را شاهد هستند که ایجاد جوی قابل اعتماد غیرمستقل و رقابتی را سبب می‌شود. این فهرست وسیع، ویژگی‌هایی مانند عالی بودن واکنش زمان ملاقات تفکر و گفتگو و حساسیت نسبت به نیازها و خواسته‌های دیگر افراد را شامل می‌شود. این ویژگی‌ها و بسیاری دیگر بخشی از مفهوم هوش اجتماعی است. بنابراین، انتظار می‌رود افراد با این ویژگی‌ها، سلامت اجتماعی بالا داشته باشند و در نتیجه، کیفیت زندگی آنان نیز در شرایط مناسب‌تری باشد.



شکل ۱- الگوی نظری پژوهش

فرضیات پژوهش

۱- به نظر می‌رسد بین میزان هوش اجتماعی افراد و میزان

5 (2006). این واژه در واقع پاسخ‌های درونی فرد از جمله احساس، تفکر و رفتار را شامل می‌شود (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۳) که چگونگی احساس مردم و نیز نحوه عملکرد آنها را در برمی‌گیرد (2: Huppert et al., 2006). درکل، سلامت اجتماعی، گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌شود. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت یک مجموعه معنی‌دار و فهم‌پذیر است و نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی دارد، همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. کیز^۲ ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع الگوی چندوجهی کیز از سلامت اجتماعی، پنج جنبه را شامل می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعیشان معلوم می‌کند. این ۵ عنصر عبارتند از:

یک پارچگی اجتماعی^۳: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.

سهام داشت اجتماعی^۴: بیان‌کننده ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.

پذیرش اجتماعی^۵: بیان‌کننده درک فرد از ویژگی‌ها و صفات افراد جامعه به‌عنوان یک کلیت است.

شکوفایی اجتماعی^۶: بیان‌کننده ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.

پیوستگی اجتماعی^۷: بیان‌کننده فهم فرد از کیفیت، سازمان‌بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (Keyes, 2002: 32).

همچنین نظریه‌های متعددی برای تبیین هوش اجتماعی وجود دارد. در نظریه‌ای هوش اجتماعی یا صلاحیت اجتماعی، توانایی درک احساسات افکار در رفتارهای اشخاص جامعه یا شرایط بین فردی و همچنین رفتار مناسب براساس همان درک شخصی است (Babu, 2007: 7). در واقع هوش اجتماعی یکی از چند هوشی است که هر یک از ما داریم. پدیده بسیار جالب درباره هوش‌های متعدد ما این است که هر کدام می‌توانند دیگری را تقویت کنند و با یکدیگر کار

تعیین شدت و جهت تأثیر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در وضعیت‌های مختلف از یک الگوی معادله ساختاری بهره گرفته شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

توصیف آماری پژوهش در دو بخش متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی پژوهش دسته‌بندی شده است. براساس نتایج حاصل از توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی، میانگین سن پاسخ‌گویان ۳۱ سال و در بحث جنسیت ۴۳/۴٪ در دسته زنان و ۵۶/۶٪ در دسته مردان قرار داشته‌اند. درباره تحصیلات نیز ۱۵/۴٪ پاسخ‌گویان با تحصیلات زیر دیپلم، ۲۸/۱٪ با تحصیلات دیپلم یا فوق دیپلم، ۴۴/۲٪ با تحصیلات کارشناسی و ۱۲/۴٪ با تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. همچنین ۳۵/۲٪ از پاسخ‌گویان، کارمند دولتی و خصوصی، ۷/۹٪ کارگر و ۱۱/۲٪ با شغل آزاد بوده‌اند. در رتبه‌بندی درآمدی، سطح درآمد «۵۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان»، بیشترین فراوانی را بین پاسخ‌گویان (۴۴/۲٪) و درآمد بالای یک و نیم میلیون تومان در ماه با ۴/۵٪ کمترین فراوانی را داشته است. درباره وضعیت مسکن، ۴۸/۷٪ با مسکن ملکی هستند و بقیه بدون مسکن شخصی هستند و در خانه‌های رهنی و اجاره‌ای و حتی نزدیکان اسکان یافته‌اند. همچنین بیشتر پاسخ‌گویان (۳۳/۳٪) به خانواده‌های ۴ نفره تعلق داشته‌اند. درباره متغیرهای اصلی پژوهش نیز میانگین کیفیت زندگی، هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی به دست آمده است. در ارتباط با کیفیت زندگی شاهد تعدادی سؤالات در طیفی لیکرت با ۵ طبقه هستیم. در مجموعه سؤالات مربوط به این طیف، ۳۰ گویه وجود دارد. جمع نمرات ۳۰ گویه، نمره میزان کیفیت زندگی را نشان می‌دهد که بالقوه بین نمره ۳۰ (حداقل نمره) و نمره ۱۵۰ (حداکثر نمره) است. در صورتی که هر فرد برای همه گویه‌ها عبارت «متوسط» را علامت بزند، میانگین کل نمره او از این گویه، ۹۰ به دست خواهد آمد. بنابر اطلاعات به دست آمده، میانگین کیفیت زندگی ۹۰/۰۲ از ۹۰ است که نشان‌دهنده گرایش کاملاً متوسط در ارتباط با این گویه است.

کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

۲- به نظر می‌رسد بین میزان هوش اجتماعی افراد و میزان سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

۳- به نظر می‌رسد بین میزان سلامت اجتماعی افراد و میزان کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

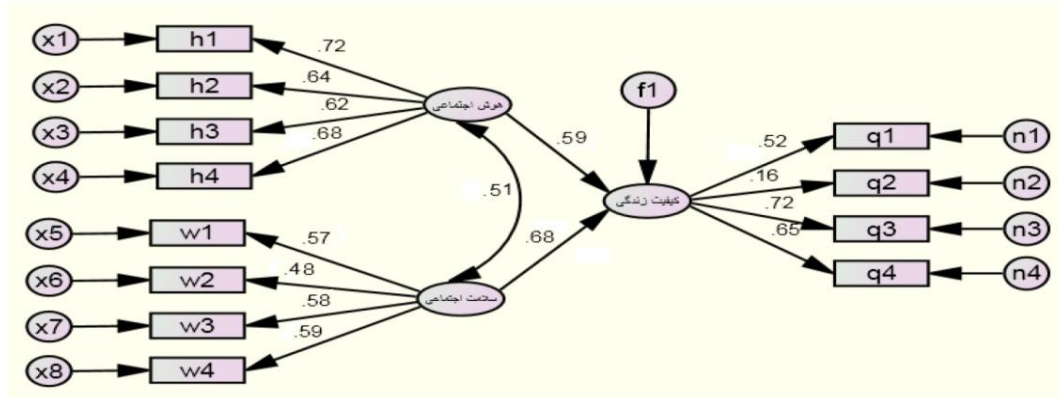
روش پژوهش در یک پژوهش علمی نقش بسیار مهمی دارد و پژوهشگر را در دسترسی به اهداف و نتایج پژوهش یاری می‌کند. به‌طور کلی در علوم انسانی و رفتاری، دو رویکرد اصلی پژوهشی کمی و کیفی وجود دارد که براساس اهداف و موضوع مدنظر انتخاب می‌شوند. در این پژوهش، پژوهشگر براساس یک چارچوب قاعده‌مند سعی در سنجش یک واقعیت معینی دارد و از بیرون، جریان اجتماعی را مطالعه می‌کند؛ بنابراین، رویکرد مقتضی آن کمی است. روش کمی، یک روش پژوهش جامعه‌شناختی است که شامل پرکردن پرسش‌نامه از جامعه‌ای است که مطالعه می‌شود. این پژوهش با رویکرد کمی و به شیوه پیمایشی انجام شده است. در این روش ضمن به‌کارگیری ادبیات نظری موجود، متغیرهای اصلی پژوهش شاخص‌سازی شده‌اند و در پرسش‌نامه محقق‌ساخته گویه‌ها در طیف ۵ تایی لیکرت از پاسخ‌گویان پرسش شده است. نمونه پژوهش، ۳۸۴ نفر از شهروندان ۱۵ تا ۶۰ ساله کلان‌شهر کرمانشاه است. روش نمونه‌گیری برای دستیابی به نمونه پژوهشی معرف، سهمیه‌ای و تصادفی بوده است؛ بدین صورت که ابتدا متناسب با جمعیت محله‌ها سهمیه‌ای به هر محله اختصاص داده شد و سپس در هر سهمیه به شکل تصادفی ساده، افراد نمونه انتخاب شدند. همان‌طور که عنوان شد برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است و بخشی از پرسش‌نامه، ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی و بخش دیگر، طیف‌های سنجش کیفیت زندگی، سلامت و هوش اجتماعی را شامل می‌شود. داده‌های گردآوری‌شده به کمک نرم‌افزارهای Spss و Amos Graphics تحلیل شد. روایی پرسش‌نامه از نوع صوری، تعیین و پایایی پرسش‌نامه نیز با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که پایایی آن با داشتن ضریب آلفای ۰/۸۰، گویای پایایی بالایی است. همچنین برای

متوسط در ارتباط با این گویه است.

یافته‌های استنباطی

برای تعیین شدت و جهت تأثیر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در وضعیت‌های مختلف و آزمون فرضیه‌های پژوهش از یک الگوی معادله ساختاری بهره گرفته شده است. این الگوی معادله ساختاری از دو نوع الگوی و انواعی از متغیرها تشکیل شده است. دو نوع الگوی تشکیل‌دهنده الگوی معادله ساختاری عبارتند از ۱- الگوی اندازه‌گیری ۲- الگوی ساختاری. یک الگوی اندازه‌گیری جزئی از الگوی ساختاری است که نحوه سنجش یک متغیر پنهان را با استفاده از دو یا تعداد بیشتری متغیر مشاهده‌شده تعریف می‌کند. همچنین در الگوی اندازه‌گیری مشخص می‌شود که متغیر پنهان مدنظر و متغیر خطا تا چه اندازه بر تعداد متغیرهای مشاهده‌شده برای یک متغیر پنهان تأثیرگذار هستند.

به عبارت دیگر جمع نمرات به دست آمده از این ۳۰ گویه، میزان کیفیت زندگی افراد را در حد متوسط نشان می‌دهد. درباره شاخص هوش اجتماعی نیز برای سنجش این طیف، ۲۰ گویه وجود دارد که جمع نمرات ۲۰ گویه، نمره میزان هوش اجتماعی را نشان می‌دهد که بالقوه بین نمره ۲۰ (حداقل نمره) و نمره ۱۰۰ (حداکثر نمره) است. در صورتی که هر فرد برای همه گویه‌ها عبارت «متوسط» را علامت بزند، میانگین کل نمره او از این گویه، ۷۵ به دست خواهد آمد. بنابر اطلاعات به دست آمده میانگین هوش اجتماعی ۷۹/۵۶ از ۷۵ است که نشان‌دهنده گرایش نسبتاً بالا در ارتباط با این گویه است. در نهایت درباره شاخص سلامت اجتماعی نیز برای سنجش این طیف، ۲۰ گویه وجود دارد که جمع نمرات ۲۰ گویه، نمره میزان هوش اجتماعی را نشان می‌دهد که بالقوه بین نمره ۲۰ (حداقل نمره) و نمره ۱۰۰ (حداکثر نمره) است. در صورتی که هر فرد برای همه گویه‌ها عبارت «متوسط» را علامت بزند، میانگین کل نمره او از این گویه، ۷۵ به دست خواهد آمد. بنابر اطلاعات به دست آمده میانگین سلامت اجتماعی ۷۶/۱۱ از ۷۵ است که نشان‌دهنده گرایش نسبتاً



شکل ۱- الگوی معادله ساختاری برای تبیین رابطه متغیرهای پژوهش

متغیرهای مستقل هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی هستند. متغیرهای n1 تا n4 نمادهای خطای اندازه‌گیری ۴ متغیر مشاهده‌شده برای کیفیت زندگی یا متغیر وابسته هستند. متغیر f1 نماد خطای ساختاری یا همان خطای تبیین متغیر پنهان وابسته یا کیفیت زندگی است. دو متغیر هوش اجتماعی با سلامت اجتماعی همبسته‌اند؛ در حالی که رابطه هوش اجتماعی

در این الگو، ۱۲ متغیر مشاهده‌شده وجود دارد که در آن h1، h2، h3 و h4 معرف‌های متغیر پنهان هوش اجتماعی و w1، w2، w3 و w4 معرف‌های متغیر پنهان سلامت اجتماعی هستند. همچنین متغیرهای مشاهده‌شده q1، q2، q3 و q4 معرف‌های متغیر پنهان کیفیت زندگی هستند. متغیرهای خطای x1 تا x8 نماد خطای اندازه‌گیری ۸ متغیر مشاهده‌شده برای

و سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی یک‌سویه است.

جدول ۱- متغیرها و نمادهای ترسیمی موجود در الگو

نمادهای ترسیمی در الگو	شاخص‌ها	متغیر
H1	ارتباطات اجتماعی	هوش اجتماعی
H2	نفوذگرایی	
H3	رهبری و مدیریت	
H4	ظرفیت گروهی	
W1	تعاملات فردی	سلامت اجتماعی
W2	مشارکت اجتماعی	
W3	سلامت جسمی	
W4	سلامت روحی و روانی	
Q1	امکانات عمومی برای فرد	کیفیت زندگی
Q2	امکانات خصوصی در دسترس فرد	
Q3	گویه‌هایی که مستقیم به ذهن فرد مربوط می‌شوند	
Q4	گویه‌هایی که بیرون از ذهن فرد وجود دارند	

بیشترین ضریب دارد و در متغیر پنهان سلامت اجتماعی، سلامت اجتماعی با ضریب ۰/۵۹، بیشترین توان تحلیل W3 (سلامت جسمی) را دارد.

همچنین در این الگو، مقدار ضرایب همبستگی بین متغیرهای پنهان پژوهش به صورت استاندارد محاسبه شده است که ضریب همبستگی بین هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی به میزان ۰/۵۱ مشاهده شد. این ضریب باتوجه به مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنادار بوده است و تأیید فرض دوم را نشان می‌دهد. همچنین باتوجه به مقادیر موجود در الگو، تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی با ضریب ۰/۶۸ نسبت به هوش اجتماعی بر کیفیت زندگی با ضریب ۰/۵۹ بیشتر است. درکل رابطه معناداری بین هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی وجود دارد و سه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

جهت پیکان‌ها از سمت متغیر پنهان به سمت متغیر مشاهده شده که معرف آن متغیر پنهان است، بیان‌کننده این نکته روش شناختی است که وضعیت پاسخ‌گو در متغیر پنهان زیربنایی مرتبط با متغیر مشاهده شده بر نمره آن پاسخ‌گو در متغیر مشاهده شده تأثیر می‌گذارد. برای مثال در این الگو، متغیر پنهان ما هوش اجتماعی و شاخص مشاهده شده آن، ارتباطات اجتماعی (H1) است. حال پاسخ‌گویی به متغیر مشاهده شده ارتباطات اجتماعی تعیین خواهد کرد که هوش اجتماعی فرد در چه موقعیتی قرار دارد. به عبارت دیگر وزنی که h1، h2، h3 و h4 در الگوی پژوهش دارند، میزان هوش اجتماعی پاسخ‌گو را تعیین می‌کند. در متغیر وابسته ما یعنی کیفیت زندگی، اثر کیفیت زندگی بر q3 با ۰/۷۲ این معنی را می‌دهد که متغیر پنهان کیفیت زندگی، بیشترین توان تحلیل q3 (گویه‌هایی که مستقیم به ذهن فرد مربوط می‌شوند) را با

جدول ۲- برآورد وزن‌های رگرسیونی رابطه بین متغیرها با نرم‌افزار Amos

اثر شاخص‌ها	برآورد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار P	نتیجه
هوش اجتماعی <---> کیفیت زندگی	۰/۵۹	۰/۱۵۷	۴/۸۸	***	قبول
سلامت اجتماعی <---> کیفیت زندگی	۰/۶۸	۰/۱۹۴	۵/۵۵	***	قبول
هوش اجتماعی <---> سلامت اجتماعی	۰/۵۱	۰/۱۹۳	۵/۴۰	***	قبول

*** قبول مقدار P در فاصله اطمینان ۰/۹۹

برازش الگو

برای بررسی برازش الگو از شاخص‌های برازش استفاده می‌شود. شاخص‌های برازش مقادیری آماری را به دست می‌آورند که پژوهشگر را در تصمیم‌گیری نسبت به تشخیص یا انتخاب الگوی مناسب‌تر یاری می‌کنند. شاخص‌های برازش زیادی وجود دارند، اما پرکاربردترین آنها χ^2 است که درعین حال، پایه و اساس سایر شاخص‌ها محسوب می‌شود. هرچه مقدار مجذور کای به صفر نزدیک‌تر باشد، برازش بهتر الگو را نشان می‌دهد. حجم نمونه و تعداد روابط الگو بر مقدار مجذور کای تأثیرگذار هستند و مقدار آن را بزرگ می‌کنند؛ بنابراین با اتکا بر مقدار مجذور کای، نتایج مطلوب به دست نمی‌آید. در نتیجه در کنار این شاخص از شاخص‌های دیگری نیز برای برازش الگوها استفاده می‌شود. براساس قاعده کلی، شاخص‌های نیکویی برازش (GFI)، نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI)، برازندگی تطبیقی (CFI)، نرم‌شده برازندگی (NFI) و نرم‌نشده برازندگی (NNFI) برای الگوهای خوب بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ تفسیر می‌شوند و مقادیر بالای ۰/۸ نیز برازش نسبتاً خوب الگو را نشان می‌دهد. همچنین شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) را لوهین^۱ (2004) برای برازندگی این شاخص پیشنهاد کرد؛ بدین ترتیب که کوچک‌تر از ۰/۸ باشد، برازندگی خوب، ۰/۸ تا ۰/۱، برازندگی قابل قبول و مقادیر نزدیک‌تر به صفر، بیشترین برازندگی را نشان می‌دهد. جدول ۳، نتایج تحلیل الگو را نشان داده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازندگی الگو

شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها	مقدار	شاخص‌ها	مقدار
CMIN	۷۵۵/۴۵	GFI	۰/۸۷	NNFI	۰/۷۷
DF	۲۴۶	AGFI	۰/۸۱	NFI	۰/۷۳
P	۰/۰۰۰	CFI	۰/۷۴	RMSEA	۰/۱۰۶

¹ Loehlin

بحث و نتیجه

بین پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان درخصوص نیاز به مطالعه کیفیت زندگی در جامعه، توافق عمومی وجود دارد. این مطالعات، بیشتر وظایف کلیدی از قبیل آگاه‌کردن شهروندان، گروه‌های اجتماعی و سیاست‌گذاران از روندهای کیفیت زندگی را بر عهده دارند. نتایج مطالعات کیفیت زندگی به ارزیابی سیاست‌ها، تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی و رتبه‌بندی مکان‌ها کمک می‌کند و درک و اولویت‌بندی مسائل اجتماع برای برنامه‌ریزان و مدیران اجتماعی را برای ارتقای کیفیت زندگی شهروندان تسهیل می‌کند. همچنین یافته‌های کیفیت زندگی برای بازشناسی استراتژی‌های سیاسی قبلی و طراحی سیاست‌های برنامه‌ریزی آینده استفاده می‌شوند. همچنین، مطالعات کیفیت زندگی به شناسایی نواحی مسئله‌دار، علل نارضایتی مردم، اولویت‌های شهروندان در زندگی، تأثیر فاکتورهای اجتماعی و جمعیتی بر کیفیت زندگی و پایش و ارزیابی کارایی سیاست‌ها و استراتژی‌ها در زمینه کیفیت زندگی کمک می‌کند. در پژوهش‌های زیادی به تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی بر کیفیت زندگی از جمله خلق‌وخو، عاطفه و احساسات، بیماری، عصبانیت، نگرانی و ترس، افسردگی و تنش تأکید شده است. نتایج متفاوت پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد در ارزیابی کیفیت زندگی، استفاده از مقیاس‌های کاربردی مشکلاتی در پی دارد؛ زیرا اهمیت نقص کارکردی در اشخاص مختلف، بسیار متفاوت است. بدون بررسی دقیق ارزش‌گذاری کارکردها و نقش‌های مختلف، فهمیدن معنای عملکرد افراد در موقعیت‌های مختلف ممکن نیست. در این پژوهش‌ها سعی بر آن است که شیوه‌ای را در ارزیابی کیفیت زندگی لحاظ کند که با آن فرد توانایی بیشتر یا کمتر در اجرای کارها و نقش را تجربه کرده است؛ اما واقعیت این است که این عملکردها بر کیفیت زندگی تسلط دارند. بیماری شدید ممکن است کل عملکرد فرد مانند کار، تحصیل یا شرکت در فعالیت‌های ورزشی را محدود کند؛ چیزی که در بسیاری از پژوهش‌ها

همچنین میانگین امتیازات پاسخ شهودی و منطقی پاسخ‌گویان نشان می‌دهد درصد زیادی از افراد از کیفیت زندگی خود راضی هستند. نتایج مربوط به کیفیت زندگی در کرمانشاه اندکی درخور تأمل است؛ زیرا داده‌ها و اطلاعات، درصد بالایی از رضایت و کیفیت بالای زندگی را نشان می‌دهد؛ در صورتی که میزان درآمد و اشتغال آنها پایین است. بدیهی است کیفیت زندگی، مهم‌ترین جریان‌های فکری است که بر برنامه‌ریزی و مدیریت اجتماعی تأثیر می‌گذارد. این مفهوم توجه به شاخص‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و غیره را در فرآیند جمعیت‌پذیری و توسعه انسانی برای ارضای نیازهای مادی و معنوی شهروندان را ضروری و اجتناب‌ناپذیر کرده است. نتیجه کلی پژوهش شاخص‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کیفیت زندگی در کرمانشاه را سنجیده و ارزیابی کرده است. حاصل این مطالعه نشان می‌دهد تفاوت‌های محسوسی از نظر سطح و کیفیت زندگی شهر کرمانشاه وجود ندارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد کشور ما در پنج سال اخیر، رشد خوبی از لحاظ کیفیت زندگی و اقتصادی شاهد بوده است و سهم این شهر نیز در این رشد و توسعه کم نبوده است؛ بنابراین، وجود سطح بالایی از کیفیت زندگی در کرمانشاه امر معقول و پذیرفتنی است. همچنین الگوی ساختاری، تأثیر زیاد سلامت اجتماعی و هوش اجتماعی بر کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. بنابراین گفتنی است به موازات کیفیت زندگی بالایی که در کرمانشاه وجود دارد، هوش و سلامت اجتماعی نسبتاً بالایی را نیز شاهد هستیم.

همان‌طور که گفته شد، یافته‌های پژوهش، رابطه بین سه متغیر اصلی سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی و هوش اجتماعی پاسخ‌گویان را نشان می‌دهد. وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان‌دهنده اهمیت مسائل روحی و روانی، احساس رضایت‌مندی، تعاملات فردی، مشارکت اجتماعی و سلامت جسمی در بالابردن سطح سلامت اجتماعی است؛ به طوری که با افزایش میزان سلامت

نادیده گرفته شده است. آیا فرد در چنین وضعیتی می‌تواند زندگی عاطفی نرمالی داشته باشد؟ پاسخ به این گونه سؤالات با استفاده از پژوهش‌های داخلی و خارجی مربوط به کیفیت زندگی دشوار است؛ زیرا در این پژوهش‌ها از یک بُعد مهم یعنی توجه به عوامل پنهان صرف نظر شده است که غیر از متغیر وابسته در طرح پژوهش قرار دارند. حال نگاه متفاوت این پژوهش به کیفیت زندگی، سنجش در مقیاسی است که سهم تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته و همچنین سهم و تأثیر متغیرهای پنهانی در نظر گرفته شده است که وجود دارند و دیده نمی‌شوند. بیشتر پژوهشگران حوزه کیفیت زندگی معتقدند اصطلاح «کیفیت» در قالب نمره سنجیده می‌شود؛ اما کلمه «زندگی» به سادگی با معیارهای کمی ارزیابی نمی‌شود (ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۶). رویکردهای سنتی، کیفیت زندگی را بیشتر با جنبه ذهنی مرتبط دانسته‌اند؛ اما برخی رویکردهای جدید به شاخص‌های عینی نیز توجه می‌کنند و جنبه‌های ذهنی مانند: آرزوها، انتظارات، نگرش‌ها و احساسات را به تنهایی در تعریف کیفیت زندگی کافی نمی‌دانند و به شرایط عینی و محیطی مؤثر بر زندگی نیز توجه می‌کنند. بسیاری از پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند بین شاخص‌های ذهنی و عینی سازنده کیفیت زندگی، نتایج همبستگی مثبتی وجود دارد. به همین دلیل است که پژوهشگر با ترکیب شاخص‌های عینی و ذهنی با استفاده از پرسش‌نامه، مفهوم کیفیت زندگی را در بین مردم شهر کرمانشاه سنجیده است. مفهوم کیفیت ذهنی زندگی تا حد زیادی غیرملموس است. کیفیت ذهنی زندگی بر حسب پاسخ شهودی و منطقی افراد اندازه‌گیری شده است. رویکرد جامعه‌شناختی به کیفیت زندگی به نوعی تکامل یافته رویکرد فلسفی است که تا حدود زیادی معایب آن برطرف شده است. این دیدگاه به مطالعات عوامل اجتماعی و تجربی سنجش‌پذیر جنبه‌های کیفیت زندگی اشاره دارد. در این مطالعات از مخاطبان خواسته می‌شود که با پرسش‌نامه یا مصاحبه رودررو، شرایط فعلی زندگیشان را روی یک مجموعه از ویژگی‌های کیفیتی ارزیابی کنند.

اجتماعی در بین افراد جامعه، کیفیت زندگی آنها بالاتر خواهد بود. وجود ارتباط معنادار بین هوش اجتماعی و کیفیت زندگی، تأثیر مستقیم شاخص‌های چهارگانه هوش اجتماعی بر کیفیت زندگی ذهنی و عینی افراد نشان می‌دهد؛ به طوری که امید است کیفیت بیشتر زندگی را با افزایش ارتباطات اجتماعی، میزان نفوذگرایی افراد، رهبری و مدیریت و ظرفیت گروهی آنها شاهد باشیم.

منابع

البرزی، ش. و البرزی، م. (۱۳۸۵). «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز»، فصلنامه روان‌شناسی ۳۹، سال دهم، ش ۳، ص ۳۲۲.

بهمنی، ب. (۱۳۸۰). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی و رابطه آن با متغیرهای نگرش دینی، عملکرد تحصیلی و وضعیت اقتصادی اجتماعی، گزارش طرح پژوهشی.

بوزان، ت. (۱۳۸۳). قدرت هوش اجتماعی، ترجمه: مینویی، س.، تهران: نشر جیحون.

جاجرمی، ک. و کلتی، ا. (۱۳۸۵). «سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر از نظر شهروندان، مطالعه موردی گند قابوس»، مجله جغرافیا و توسعه. ش ۸، ص ۱۸-۵.

چلبی، م. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران: نشر نی، چاپ پنجم.

چناری، ر. (۱۳۸۷). بررسی رابطه میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس تنهایی در دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.

حسینی، م. س.؛ نادریان، م.؛ همایی، ر. و موسوی، ز. (۱۳۸۸). «رابطه بین کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی کارکنان اداره کل تربیت بدنی استان اصفهان»

فصلنامه مدیریت ورزشی، ش ۲، ص ۱۸۱-۱۶۷.

ربانی خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۶). «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی اصفهان»، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ش ۵۸، ص ۱۰۸-۶۷.

رضوانی، م. ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). «سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها و مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، فصلنامه روستا و توسعه، س ۱۱، ش ۳، ص ۶۰-۳۵.

رضوانی، م. ر.؛ شکیبا، ع. ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هشتم، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۱۱۰-۸۷.

زنجانی طبعی، ر. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران.

سلیم‌زاده، ح.؛ افتخار، ح.؛ پوررضا، ا. و مقیم‌بیگی، ع. (۱۳۸۶). «اشتغال مجدد بازنشستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، س ۷، ش ۲۶، ص ۳۰۰-۲۸۷.

صدیقی اورعی، غ. ر. (۱۳۷۴). جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی جوانان، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

عبدالله‌تبار، ه.؛ کلدی، ع. ر.؛ محقق‌کمال، ح.؛ ستاره فروزان، آ. و صالحی، م. (۱۳۸۷). «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۱۹۰-۱۷۱.

غفاری، غ. ر. و امیدی، ر. (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، س ۸، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۳۳-۹.

کوئن، ب. (۱۳۸۹). مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه و اقتباس: توسلی، غ. ع. و فاضل، ر.، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت). مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، چاپ بیست و

- Goleman, D. (2006) *Social Intelligence*. New York: Bantam Dell.
- Gordon, H. Guyatt, D. Feeny, H. and Donald, L. Patrick, (2010) "Measuring Health-Related Quality of Life", *The Academy of Management Review*, 9(3): 389-98.
- Holzmann, I. Guggenmoos. (1995) *Quality of Life and Health*, Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Hornoquist, JO. (1982) "The Concept of Quality of Life Scandinavian", *Journal of Social Medicine*, 10(2):57-61.
- Huppert, F. Marks, N. Clark, A. (2006) *Personal and social well-being modul for the European socialsurvey*, Round3. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
- Hyde, B. (2004) "The Plausibility of Spiritual Intelligence: Spiritual Experience, Problem Solving, and Neutral Sites". *International Journal of Children's Spirituality*, 9 (1): 39-52.
- Kamp, I. Van, K. Leidelmeijer, K. Marsman, G. and de Hollander, A. (2003) "Urban Environmental Quality and Human Well-Being: Towards A Conceptual Framework and Demarcation of Concepts; A Literature Study", *Landscape and Urban Planning*, 65(1-2):5-18.
- Keyes, C. M. (2002) "The Mental Health Continuum: from Languishing to Flourishing in Life". *Journal of Health and Social Research*, 43:207-222.
- Lauer, Robert H. & Lauer Jeanette C. (2010) *Social Problems and the Quality of Life*, McGraw-Hill Humanities /Social Sciences/ Languages; 12 edition.
- Lee, Y. J. (2008) "Subjective Quality of Life Measurement in Taipei", *Building and Environment*. 43(7):1205-1215.
- Lima, M. L. & Novo, R. (2006) "So Far So Good? Subjective and Social Well-Being in Portugal and Europe", *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1):5-33(29).
- Loehlin, J. C. (2004) *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (4th Ed.) Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Patrick, D. (2005) "What Can Planners Do to Promote the Health and Well-Being of People in City Regions?", *Public Administration Review*. 36(3): 297-05.
- Poll, R. V. (1997) *The perceived quality of the urban residential environment*. A multiattribute evaluation, proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Poll, R. (2000) *Perceived urban environmental Quality, in Proceedings of the 2nd*
- چهارم.
- گروسی، س. و نقوی، ع. (۱۳۸۷). «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، س ۸، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۸۲-۶۱.
- گلمن، د. (۱۳۸۴). «آیا شما هوش اجتماعی دارید؟»، ترجمه: بلوچ، ح.ر. نشریه روان‌شناسی جامعه، ش ۱، ص ۱-۳.
- موحدی، ا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- میرشمسی، ف. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش معنوی با کیفیت زندگی دانشجویان فنی - مهندسی دانشگاه‌های دولتی و آزاد یزد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما، فرامرز سهرابی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- Babu, S. (2007) *Social Intelligence and Aggression among Senior Secondary School Students: A Comparative Sketch*. (It is a project done as a part of PGDHE of IGNOU) Publish in <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED500484.pdf>.
- Beaudoin, LE. Hassles, EL. (2003) "Their Importance to Nurses' Quality of Work Life". *Nurs Econ*. 21: 106-13.
- Bourne, P. A. (2009) "Determinants of Quality of Life of Youths in an English-Speaking Caribbean Nation, Medknow Publications", *North American Journal of Medical Sciences*, 1(7): 365-371.
- Campbell, A. Converse, P. E. Rodgers, W. L. (1976) *The quality of American life*. Russell, Sage Foundation, New York.
- Das, D. (2008) "Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati", *Social Indicators Research*, 88: 297-310.
- Emmons, R.A. (2000) "Is Spirituality an Intelligence? Motivation, Cognition and the Psychology of Ultimate Concern". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1):3-26.
- Fryback, D. G. Palta, M. Cherepanov, D. Bolt, D. & Kim, J.-S. (2010) "Comparison of Five Health-Related Quality-of-Life Indexes Using Item Response Theory Analysis". *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 30(1): 5-15. doi:10.1177/0272989X09347016

- international conference on quality of life in Cities*, Singapore, p. 441-452.
- Rawls, J. (1971) *A theory of social justice*. Harvard University Press .
- Rawls, J. (1971) *A theory of justice*, Original Edition, Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (1998) "The Contours of Positive Human Health". *Psychological Inquiry*, 9:1-28.
- Santos, E. (2007) *SQ: what is Spiritual Intelligence? How is benefits a person?*. form: www.Skopun.files.Wordpress.com.
- Santos, L. D. and Martins, I. (2007) "Monitoring Urban Quality of Life: The Porto Experience". *Social Indicators Research*, 80(2):411-425.
- Sasha, J. (2009) "Health, Quality of life & Diseases", *Researcher Club Yang Journal*, 4: 45.
- Schuessler, K. F. and Fisher, G. A. (1985) "Quality of Life Research and Sociology", *Annual Review of Sociology*, 11: 129-49.
- Skevington, S. M. Lotfy, M. O'Connell, K. A. (2004) "The World Health Organization's Whoqol-Bref Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the Whoqol Group". *Qual Life Res*, 13(2):299-310.
- World Health Organization. (1999) *Department of Mental Health Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument*. Available from: [http:// www.Who.Int](http://www.Who.Int)