

## Social Health and Quality of Life in Health Workers in Qorveh and Dehgolan, 2019

Marzieh Maleki<sup>1</sup>, Sara Janmohammadi<sup>2</sup>, Zahra Ahmadi<sup>3</sup>, Hamid Haghani<sup>4</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Health workers are the most fundamental elements of the health system whose mission is to improve the health of the rural community. Assessing and measuring the level of health is one of the important health issues. Health is a broad concept with multiple dimensions including physical, mental, and social health. Social health is a concept that has become increasingly important in scientific, policy, and executive circles. Social health emphasizes aspects of health related to a person's relationship with other people or the communities in which he lives. One of the factors affecting social health is quality of life. Quality of life is a multidimensional concept affected by many important factors such as physical and mental conditions. Assessing the quality of life is important in order to determine physical, mental, and social performance. These dimensions can be discussed independently, but there is a correlation between them. Certainly, the development of health promotion programs in the community, regardless of the social and cultural context of the community in question leads to inefficient solutions. Despite the importance of health workers' work, their high volume of work, and pathological consequences, few studies are conducted on the qualitative and social fields of health workers. As a result, it is necessary to pay attention to their physical, mental, and social health and quality of life. Achieving goals in the field of health requires preventing death, reducing disability, improving the quality of life, and efficient workforce. Since health workers are at the forefront of health care centers, it is necessary to have good social health and quality of life to provide services to villagers. Therefore, this study was conducted to determine the social health and quality of life in health workers in Qorveh and Dehgolan in 2019.

**Materials & Methods:** This study was conducted to evaluate the social health and quality of life of health workers in Qorveh and Dehgolan cities affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences. This was a descriptive cross-sectional study and included 198 health workers working in health centers in Qorveh and Dehgolan cities. Among them, 87 were working in 42 health centers of Dehgolan and 111 in 58 health centers of Qorveh. Samples were selected by census sampling method. After obtaining approval from the Research Ethics Committee and receiving a letter of introduction from Iran University of Medical Sciences and submitting it to Kurdistan University of Medical Sciences, the researcher obtained permission to participate in the research. In order to observe ethical considerations, the researcher first explained the objectives and method of the study to the officials of Qorveh and Dehgolan health centers, and in collaboration with them attended the workshops where the researcher attended as a lecturer and after obtaining informed consent, the researched distributed demographic information form, Social Health Questionnaire, and SF-36 Quality of Life Questionnaire among health workers to complete in 10 days and deliver to Qorveh health workers, and then to Dehgolan Welfare Training Center, and subsequently to Dehgolan Health Center. The researcher thanked the health workers and collected the information of the health workers who were absent during the workshops hold in the health centers. After collecting information which lasted for 3 months, the data were analyzed using SPSS software version 16.

**Results:** The findings of the present study showed that most of the health workers participating in this study were women, their average age was 37 years, the majority were married, and officially employed, and had a diploma degree. Most of them assessed their economic situation as moderate, owned a house, and had no underlying

---

<sup>1</sup>. MS., Community Health Education, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 09122763572 Email: Janmohammadi.s@iums.ac.ir

<sup>3</sup>. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>. Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

diseases. The total score of social health was  $69.28 \pm 7.6$  which indicates the average social health in health workers. The highest and lowest mean scores obtained among the dimensions of social health were social cohesion with an average of  $4.09 \pm 20.67$  and social acceptance with an average of  $2.96 \pm 0.64$ , respectively. The total score of quality of life of health workers was  $63.30 \pm 20.87$ , which indicates their average quality of life. Quality of life was the highest in the dimension of physical function with an average of  $73.35 \pm 29.74$ , and was the lowest in the dimension of general health with an average of  $57.82 \pm 21.74$ . Also, the physical health dimension with an average of  $63.85 \pm 24.58$  was higher than the mental health dimension with an average of  $62.75 \pm 21.29$ . The only variable that had a statistically significant relationship with the social health of health workers was housing status ( $p = 0.005$ ). Tukey's multiple comparison showed that the average score of social health obtained for health workers with a private home was significantly higher than those with a rental house ( $p = 0.005$ ), and the difference was not significant in other cases. But all demographic variables of health workers had a statistically significant relationship with quality of life. The results showed that the quality of life in male health workers compared to the females ( $p = 0.012$ ), health workers with diploma degree compared to health workers with secondary education ( $p < 0.001$ ), single health workers compared to married ones ( $p < 0.001$ ), and health workers who had no history of disease was higher ( $p < 0.001$ ). Age was another variable that had a statistically significant relationship with quality of life ( $p < 0.001$ ). Quality of life in health workers with formal employment was significantly lower than corporate health workers ( $p < 0.001$ ) and also contracted ones ( $p = 0.007$ ), and this difference was not significant at other levels. Quality of life in health workers with more than 20 years of experience was significantly lower than health workers with 10 - 19 years of experience ( $p < 0.001$ ) and also less than 10 years of experience ( $p < 0.001$ ). The quality of life in health workers with poor economic status was significantly lower than those with average economic status ( $p = 0.04$ ) and this difference was not significant at other levels. Housing status was another variable that had a statistically significant relationship with quality of life ( $p = 0.009$ ). Also, the mean score of quality of life obtained for health workers with a private home was significantly higher than those with a rental house ( $p = 0.018$ ) and in other cases this difference was not significant.

**Conclusion:** The present study showed that the social health of health workers was average and higher than the mean score of 60. The highest and lowest scores obtained in the dimensions of social health were social cohesion and social acceptance, respectively. Also, the quality of life of health workers was moderate. Health workers obtained the highest score in the physical function dimension and the lowest score in the general health dimension. The mean score in the physical dimension was higher than the mental health dimension. The study on the effect of demographic variables showed that the only variable with a statistically significant relationship with social health was housing status and the difference was not significant for the other cases. All demographic variables of health workers had a statistically significant relationship with quality of life. Variables of quality of life and social health are dynamic concepts that change over time. Examining and measuring this concept depicts the status of human development in society, so continuous monitoring of quality of life and social health is essential. The health system will have the desired efficiency when the problems and needs of its employees are taken into account in its design and management. The results of this study highlight the importance of implementing health education and health promotion interventions in the field of social health and quality of life among employees.

**Keywords:** Social Health, Quality of Life, Health Workers

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Maleki M, Janmohammadi S, Ahmadi Z, Haghani H. Social Health and Quality of Life in Health Workers in Qorveh and Dehgolan, 2019. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 33(128):40-53.

Received: 9 Nov 2020

Accepted: 8 Feb 2021

## سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بهورزان شهرستان‌های قروه و دهگلان

مرضیه مالکی<sup>۱</sup>، سارا جان محمدی<sup>۲</sup>، زهرا احمدی<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی، مفهومی است که به‌طور فزاینده‌ای در محافل علمی و سیاست‌گذاری و اجرایی اهمیت پیدا کرده است. از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌توان به کیفیت زندگی اشاره کرد. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که عوامل مهم و متعددی نظیر وضعیت جسمی و روانی بر آن تأثیر می‌گذارد. بررسی کیفیت زندگی به منظور تعیین عملکرد فیزیکی، روحی- روانی و اجتماعی حائز اهمیت است. از آنجایی که بهورزان در خط مقدم سلامت می‌باشند، جهت ارائه خدمت به روستاییان ضروری است از سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بهورزان شهرستان‌های قروه و دهگلان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۱۹۸ نفر بهورز شاغل در خانه بهداشت شهرستان‌های قروه و دهگلان به صورت روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی Keyes و پرسشنامه کیفیت زندگی (۳۶ سؤالی) استفاده شد. جمع آوری اطلاعات در مدت سه ماه انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد. نمره کل سلامت اجتماعی  $7/6 \pm 69/28$  درصد بود که بیانگر حد متوسط سلامت اجتماعی در بهورزان می‌باشد. بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره کسب شده در بین ابعاد سلامت اجتماعی به ترتیب انسجام اجتماعی با میانگین  $20/67 \pm 4/09$  و پذیرش اجتماعی با میانگین  $0/64 \pm 2/96$  بود. نمره کل کیفیت زندگی بهورزان برابر  $20/87 \pm 63/30$  درصد می‌باشد که بیانگر کیفیت زندگی متوسط در آنان است. کیفیت زندگی در بعد کارکرد جسمی با میانگین  $29/74 \pm 73/35$  بالاترین و در بعد سلامت عمومی با میانگین  $21/74 \pm 57/82$  پایین‌ترین میانگین نمره بود.

نتیجه‌گیری کلی: پژوهش حاضر نشان داد سلامت اجتماعی بهورزان از میانه نمره ابزار یعنی ۶۰ بالاتر و در حد متوسط بود. همچنین کیفیت زندگی بهورزان در حد متوسط بود متغیر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی، مفهومی پویا است و با مرور زمان دستخوش تغییر و دگرگونی می‌شود. بررسی و سنجش این مفهوم، وضعیت توسعه انسانی در جامعه را به تصویر می‌کشد. بنابراین بررسی مستمر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی ضروری است. نظام سلامت، زمانی کارایی مطلوب را خواهد داشت که در طراحی و مدیریت آن، مشکلات و نیازهای کارکنان آن نیز لحاظ گردد. نتایج این مطالعه اهمیت اجرای مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین کارکنان را روشن می‌سازد.

### کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، بهورزان

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۹/۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۰

۱. کارشناسی ارشد آموزش سلامت جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. گروه آموزشی بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)

۰۹۱۲۲۷۶۳۵۷۲ Email: Janmohammadi.s@iums.ac.ir

۳. گروه آموزشی بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

## مقدمه

امروزه از سلامت به عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود و به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی دولت‌ها تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است. نیروی کار، بازوی کارآمد و مولد هر کشور بوده و نظام مدیریتی از توانمندی‌های ذهنی، جسمی و روانی آن‌ها برای برآوردن نیازهای توسعه و پیشرفت جامعه بهره می‌برد، به همین منظور حفظ سلامت شاغلین اهمیت ویژه‌ای داشته و یکی از شاخص‌های مهم توسعه‌یافتگی محسوب می‌شود. سلامت شامل برخورداری فرد از آسایش کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است، بنابراین در سلامت کارکنان دولت به خصوص بهورزان باید سعی گردد به تمامی این ابعاد پرداخته شود. بعد سلامت اجتماعی یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین ابعاد سلامت است که اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد. امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. از سوی دیگر یکی از جنبه‌های مهم و اساسی زندگی هر شخص که همواره در پی دست یافتن به آن می‌باشد، کیفیت زندگی است که تمام ابعاد زندگی از جمله سلامت را شامل می‌شود. کیفیت زندگی، مفهومی پویا است و با مرور زمان دستخوش تغییر و دگرگونی می‌شود. بررسی و سنجش این مفهوم، وضعیت توسعه انسانی در جامعه را به تصویر می‌کشد بنابراین بررسی مستمر کیفیت زندگی ضروری است<sup>(۱)</sup>. امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است، به گونه‌ای که دیگر سلامت فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز از معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود. سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را توانایی کامل برای ایفای نقش‌های جسمی، روانی و اجتماعی معرفی می‌کند و سلامتی را، تنها نبود بیماری نمی‌داند<sup>(۲)</sup>. سلامت اجتماعی به

چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه، به جامعه‌پذیری فرد اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که مربوط به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جوامعی است که در آن زندگی می‌کند و عواملی که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عمل افراد در زندگی اجتماعی است. این عوامل عبارت‌اند از: شکوفایی، انطباق، انسجام، پذیرش و مشارکت اجتماعی<sup>(۳)</sup>. شاید بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و در عین حال بحث‌انگیزترین جنبه از سلامت باشد<sup>(۴)</sup>. جامعه‌ای سالم است که قوی‌بنیه و کم مشکل باشد، یعنی در آن آموزش و پوشش بیمه و رشد جمعیت، فقر، خشونت، و بیکاری کم باشد<sup>(۵)</sup>. با توجه به نقش عمده‌ای که سلامت اجتماعی در همه ابعاد زندگی افراد دارد، به نظر می‌رسد زمان آن فرا رسیده است که در نظام بهداشت و درمان کشور به این موضوع مهم و حیاتی پرداخته شود. سازمان بهداشت جهانی نیز تأکید نموده است که با وجود اهمیت خدمات درمانی در تشخیص و بهبود بیماری‌های جدی، شرایط اقتصادی و اجتماعی که انسان‌ها را بیمار می‌کند و احتیاج به درمان را ضروری می‌سازد، اهمیت بیشتری برای بهداشت همه مردم دارد<sup>(۶)</sup>. از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌توان به کیفیت زندگی اشاره کرد. تعریف‌های ارائه شده از کیفیت زندگی که در جهت استفاده در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مفید هستند را می‌توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل زندگی عادی، خوشحالی، دستیابی به اهداف فردی، مفید بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. Shapiro و Keyes معتقدند که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و عملکرد اجتماعی افراد را نیز در برمی‌گیرد. آن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کنند<sup>(۷)</sup>. بررسی کیفیت زندگی به منظور تعیین عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی حائز اهمیت است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را ارزیابی و ادراک افراد از

نگرفته است که لزوم انجام این مطالعه را نشان می‌دهد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۹۸ در سطح خانه‌های بهداشت شهرستان قروه و دهگلان استان کردستان انجام شد. معیار ورود به مطالعه تمایل به شرکت در پژوهش و شاغل بودن در زمان انجام مطالعه بود. با توجه به این که تمام بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت ملزم هستند در جلسات آموزشی و بازآموزی شرکت کنند و پژوهشگر به عنوان مدرس در این جلسات حضور دارد، پژوهشگر به منظور جمع آوری داده‌ها با مسئولین مراکز بهداشت شهرستان قروه و دهگلان هماهنگی لازم را به عمل آورد و قبل از اجرای برنامه‌های آموزشی و پس از کسب رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، و پرسشنامه‌ها را در اختیار بهورزان قرار داد تا پس از ۱۰ روز تکمیل و تحویل نمایند و اطلاعات بهورزانی که در روزهای برگزاری جلسات آموزشی حضور نداشتند در خانه بهداشت جمع آوری شد. تمام بهورزان که شامل ۱۹۸ نفر بودند در پژوهش شرکت نمودند.

جهت جمع آوری داده از فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت اجتماعی **Keyes** و پرسشنامه کیفیت زندگی **SF-36** استفاده شد. پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط **Keyes** در بنیاد علمی **Mac Arthur** ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. ابزار دارای ۲۰ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است. سؤالات مربوط به هر زیرمقیاس شامل موارد زیر است: شکوفایی اجتماعی (سؤالات ۴-۱)، همبستگی اجتماعی (سؤالات ۷-۵)، انسجام اجتماعی (سؤالات ۱۰-۸)، پذیرش اجتماعی (سؤالات ۱۵-۱۱) و مشارکت اجتماعی (سؤالات ۲۰-۱۶) می‌باشد. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیازات شامل، کاملاً

وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی می‌کند تعریف کرده است. امروزه کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که جهت مواردی همچون ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه‌گیری آن در بسیاری از پژوهش‌های سلامتی ضروری است<sup>(۸)</sup>.

بهورز بنیادی‌ترین رکن نظام سلامت است. حوزه فعالیت‌های آن‌ها فقط در روستاهای اصلی که دارای خانه بهداشت هستند، تعریف نشده بلکه ارائه خدمات به مردم روستای اقماری که تعداد آن‌ها بستگی به شرایط جغرافیایی منطقه‌ای و جمعیتی دارد نیز از حوزه فعالیت این پیام‌آوران سلامت است. بهورزی می‌تواند خدمات را به نحو احسن ارائه دهد که از سطح سلامت اجتماعی بالایی برخوردار باشد. از جمله عواملی که می‌تواند بر سلامت اجتماعی بهورزان مؤثر باشد، کیفیت زندگی آن‌ها است. کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی را می‌توان به تنهایی بررسی نمود ولی زمانی که کیفیت زندگی جهت تعیین عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی بررسی شود اهمیت بیشتری پیدا خواهد کرد. به منظور انجام برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کاربردی و مؤثر توسط مسئولان در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بهورزان، کسب شناخت نسبت به سلامت اجتماعی و ابعاد آن و فواید و عملکرد آن لازم و ضروری به نظر می‌رسد. بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان‌های قروه و دهگلان استان کردستان نیز از این شرایط مستثنی نیستند. به خصوص این که استان کردستان از جمله استان‌های محروم و در بیشتر شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی گرفتار مانده و دارای وضعیت جغرافیایی نامناسب و روستاهای صعب‌العبور می‌باشد. بنابراین نیازهای بهداشتی بهورزان باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به موارد فوق و جستجوی انجام شده، پژوهشگر بر آن شد تا به تعیین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در بهورزان شهرستان قروه و دهگلان سال ۱۳۹۸ بپردازد. بر اساس بررسی‌های پژوهشگر مطالعه‌ای با این عنوان چه در ایران و چه در سایر کشورها تاکنون انجام

استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوای این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است<sup>(۱۱)</sup>.

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) توسط Ware و Sherbourne ساخته شده است و از هشت زیرمقیاس تشکیل شده است که هر زیرمقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: ۱. کارکرد جسمی، ۲. اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، ۳. اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، ۴. انرژی/خستگی، ۵. بهزیستی هیجانی، ۶. هم‌کارکرد اجتماعی، ۷. درد، ۸. سلامت عمومی. هم‌چنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارت‌اند از:

زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد و سلامت عمومی

زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا صد متغیر است که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. برای کیفیت زندگی با میانگین نظری طیف برابر با ۵۰ می‌باشد.

برای روایی و پایایی این ابزار منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ در نسخه ایرانی تحلیل آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی ۰/۹۰، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی ۰/۸۵، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی ۰/۷۷، انرژی/خستگی ۰/۸۴، بهزیستی هیجانی

مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم امتیاز ۴، و کاملاً موافقم ۵ هستند. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ معکوس است. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد، با هم جمع می‌شود و امتیاز کلی از جمع امتیازات همه سؤالات حاصل می‌شود. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۲۰ تا ۴۶ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد پایین و ضعیف بوده و باید برنامه‌ریزی اساسی برای آن انجام شود. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۷-۷۴ باشد سلامت اجتماعی در حد متوسط و رو به رشد و باید تقویت شود. چنانچه نمره محاسبه شده بین ۷۵ تا ۱۰۰ باشد سلامت اجتماعی افراد در حد بالا و خوبی بوده و این روند باید تداوم یابد<sup>(۹)</sup>. میانگین نظری و تجربی طیف برای پرسشنامه سلامت اجتماعی محاسبه شد. میانگین نظری طیف این گونه محاسبه شده که در مرحله اول تعداد گویه‌های هر بُعد از سلامت اجتماعی در حداقل نمره پاسخ مطرح شده در طیف یعنی یک ضرب شده است. به عنوان مثال "شکوفایی اجتماعی" که دارای چهار گویه است. حداقل نمره طیف برابر با چهار می‌شود. در مرحله دوم تعداد گویه‌های هر بُعد از سلامت اجتماعی در حداکثر نمره پاسخ مطرح شده در طیف یعنی پنج ضرب می‌شود. نمره این مرحله برای "شکوفایی اجتماعی" برابر با ۲۰ می‌شود. در مرحله سوم حداقل نمره طیف با حداکثر نمره طیف جمع و تقسیم بر دو می‌شود. در مثال شکوفایی اجتماعی چهار به اضافه ۲۰ تقسیم بر دو برابر با ۱۲ می‌شود که عدد ۱۲ میانگین نظری طیف می‌باشد. نحوه محاسبه میانگین نظری طیف برای سایر متغیرهای سلامت اجتماعی نیز به همین شیوه محاسبه شده است.

پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی در مطالعه هاشمی و همکاران، به صورت آلفای کرونباخ عامل‌ها بین ۰/۳۴ تا ۰/۶۳ و آلفای کرونباخ کل ۰/۸۱ گزارش شد<sup>(۱۰)</sup>. باباپور و همکارانش برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی

شماره (۱) مشخصات جمعیت شناختی یا به عبارت دیگر مشخصات عمومی پاسخگویان و آزمون آن بر حسب دو متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی ارائه شده است. یافته‌های حاصل از جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که ۴۰/۴ درصد از جمعیت مورد مطالعه مرد و ۵۹/۶ درصد زن می‌باشند. میانگین سن بهورزان ۳۷/۷۶ سال است و حدود یک سوم از آن‌ها یعنی ۳۲/۳ درصد در دامنه سنی ۴۹-۴۰ سال قرار دارند. حدود سه چهارم بهورزان یعنی ۷۳/۲ درصد مدرک تحصیلی دیپلم و حدود ۲۶ درصد دارای تحصیلاتی در سطح راهنمایی هستند. ۷۸/۳ درصد از پاسخگویان متأهل و ۱۹/۷ درصد مجرد می‌باشند. بیشتر بهورزان به لحاظ وضعیت استخدامی دارای قرارداد رسمی هستند. جمعیت این بهورزان بیش از ۷۵ درصد از کل جمعیت بهورزان را شامل می‌شود. میانگین سابقه شغلی بهورزان ۱۴/۷۵ سال است و بیشتر آن‌ها یعنی ۴۱/۴ درصد سابقه شغلی آن‌ها کمتر از ۱۰ سال می‌باشد. به لحاظ وضعیت اقتصادی ذهنی یعنی وضعیت اقتصادی که توسط خود بهورزان مورد ارزیابی قرار گرفته است باید گفت که بیشتر آن‌ها یعنی ۶۵/۲ درصد وضعیت اقتصادی خود را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند. ۲۹/۸ درصد وضعیت اقتصادی خود را ضعیف و تنها حدود ۵ درصد معتقدند که وضعیت اقتصادی آن‌ها خوب است. ۶۹/۷ درصد دارای منزل شخصی، ۲۴/۲ درصد مستأجر و ۶/۱ درصد از بهورزان در منازل دولتی ساکن هستند. به لحاظ وضعیت جسمانی نیز ۸۲/۳ درصد از بهورزان سالم هستند و ۱۷/۷ درصد از آن‌ها درگیر بیماری می‌باشند.

۰/۶۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۷، درد ۰/۸۳، سلامت عمومی ۰/۷۱ را به دست آوردند<sup>(۱۲)</sup>. در پژوهش حبیبی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ همه زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و در حد رضایت بخش بود. ساختار عاملی مقیاس SF-36 در هشت بعد مرتبه اول عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت<sup>(۱۳)</sup>. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. به همین دلیل پایایی و روایی در این مطالعه انجام نشد. پژوهشگر پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق با کد IR.IUMS.FMD.REC 1398.378 از پژوهش دانشگاه و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران و ارائه آن به دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجازه حضور در محیط پژوهش را کسب نمود. پس از کسب رضایت آگاهانه، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت اجتماعی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 را در اختیار بهورزان قرار داد. پس از جمع‌آوری داده‌ها که سه ماه به طول انجامید، داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی درصد و فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی، آنالیز واریانس، تی مستقل و مقایسه دو به دوی توکی استفاده شد.

### یافته‌ها

درصد پاسخگویی صد در صد بود یعنی تمام بهورزان که شامل ۱۹۸ نفر بودند در پژوهش شرکت نمودند در جدول

جدول شماره ۱: مشخصات عمومی بهورزان و آزمون آن بر حسب سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی

متغیر	سلامت اجتماعی		کیفیت زندگی		نوع آزمون	نتیجه آزمون	P	میانگین	انحراف معیار	نوع آزمون	نتیجه آزمون	P	میانگین	انحراف معیار
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار										
جنسیت	مرد	۸۰	۴۰/۴	۷۰/۱	ت	t=۲/۵۴	۰/۰۱	۶۷/۸۲	۱۸/۴۱	تی مستقل	df=۱۹۶	۰/۰۱	۶۰/۲۴	۲۱/۹۳
	زن	۱۱۸	۵۹/۶	۶۸/۷۳	ت	t=۱/۲۴	۰/۲۲	۷/۸۵	۷/۴۱	تی مستقل	df=۱۹۶	۰/۲۲	۷/۴۱	۷/۴۱
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۵۸	۲۹/۳	۶۷/۷۷	F	F=۲/۳۴	۰/۰۷	۷/۳۵	۷/۵۴	آنالیز واریانس	F=۲/۶۹	۰/۰۰۱	۶۷/۱۵	۱۴/۹۹
	۳۰-۳۹	۴۹	۲۴/۷	۶۸/۷۹	F	F=۲/۳۴	۰/۰۷	۷/۳۵	۷/۵۴	آنالیز واریانس	F=۲/۶۹	۰/۰۰۱	۶۷/۱۵	۱۴/۹۹
وضعیت تحصیلی	۴۰-۴۹	۶۴	۳۲/۳	۷۱/۲۵	F	F=۲/۳۴	۰/۰۷	۷/۳۵	۷/۵۴	آنالیز واریانس	F=۲/۶۹	۰/۰۰۱	۶۷/۱۵	۱۴/۹۹
	۵۰ و بالاتر	۲۷	۱۳/۶	۶۸/۷۷	F	F=۲/۳۴	۰/۰۷	۷/۳۵	۷/۵۴	آنالیز واریانس	F=۲/۶۹	۰/۰۰۱	۶۷/۱۵	۱۴/۹۹
وضعیت	راهنمایی	۵۱	۲۵/۸	۷۰/۱۵	t	t=۳/۵۹	۰/۰۰۱	۸/۱۲	۸/۱۲	تی مستقل	df=۱۹۴	۰/۰۰۱	۵۴/۳۲	۲۰/۱۴
	دیپلم	۱۴۵	۷۳/۲	۶۸/۸۹	t	t=۳/۵۹	۰/۰۰۱	۸/۱۲	۸/۱۲	تی مستقل	df=۱۹۴	۰/۰۰۱	۵۴/۳۲	۲۰/۱۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳۹	۱۹/۷	۷۰/۳۵	t	t=۴/۰۸	۰/۰۰۱	۸/۵۲	۸/۵۲	تی مستقل	df=۱۹۲	۰/۰۰۱	۷۳/۱۶	۲۰/۲۹
	متاهل	۱۵۵	۷۸/۳	۶۸/۹۸	t	t=۴/۰۸	۰/۰۰۱	۸/۵۲	۸/۵۲	تی مستقل	df=۱۹۲	۰/۰۰۱	۷۳/۱۶	۲۰/۲۹
وضعیت شغلی	شرکتی	۳۸	۱۹/۲	۶۹/۱۵	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷/۳۶	۷/۳۶	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷۷/۸۷	۱۵/۷۲
	پیمانی	۱۱	۵/۶	۶۹/۸۱	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷/۳۶	۷/۳۶	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷۷/۸۷	۱۵/۷۲
وضعیت شغلی	رسمی	۱۴۹	۷۵/۳	۶۹/۲۸	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷/۷۱	۷/۷۱	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۵۸/۵۳	۲۰/۳۸
	کمتر از ۱۰	۸۲	۴۱/۴	۶۸/۲۹	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۷/۷۱	۷/۷۱	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۵۸/۵۳	۲۰/۳۸
وضعیت شغلی	۱۰-۱۹	۳۳	۱۶/۷	۷۰/۶۳	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۸/۹۵	۸/۹۵	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۶۸/۸۳	۱۸/۲
	۲۰ به بالا	۸۳	۱۹/۷	۶۹/۷۳	F	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۸/۹۵	۸/۹۵	آنالیز واریانس	F=۱/۵۱	۰/۰۰۱	۶۸/۸۳	۱۸/۲
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۰	۵/۱	۶۴/۶	F	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۵/۷۱	۵/۷۱	آنالیز واریانس	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۶۳/۹۸	۱۷/۶۶
	متوسط	۱۲۹	۶۵/۲	۷۰/۰۵	F	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۵/۷۱	۵/۷۱	آنالیز واریانس	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۶۳/۹۸	۱۷/۶۶
وضعیت مسکن	ضعیف	۵۹	۲۹/۸	۶۸/۴	F	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۸/۲۵	۸/۲۵	آنالیز واریانس	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۵۷/۵۷	۲۴/۶
	شخصی	۱۳۸	۶۹/۷	۷۰/۳۶	F	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۸/۲۵	۸/۲۵	آنالیز واریانس	F=۳/۲۷	۰/۰۰۴	۵۷/۵۷	۲۴/۶
وضعیت مسکن	اجاره‌ای	۴۸	۲۴/۲	۶۶/۲۲	F	F=۴/۸۵	۰/۰۰۹	۷/۰۹	۷/۰۹	آنالیز واریانس	F=۴/۸۵	۰/۰۰۹	۵۵/۵۵	۲۳/۹۸
	دولتی	۱۲	۶/۱	۶۹/۰۸	F	F=۴/۸۵	۰/۰۰۹	۷/۰۹	۷/۰۹	آنالیز واریانس	F=۴/۸۵	۰/۰۰۹	۵۵/۵۵	۲۳/۹۸
وضعیت بیماری	دارد	۳۵	۱۷/۷	۶۷/۶	t	t=۵/۱۶	۰/۰۰۱	۵/۶	۵/۶	تی مستقل	df=۱۹۶	۰/۰۰۱	۴۷/۷۶	۲۰/۹۲
	ندارد	۱۶۳	۸۲/۳	۶۹/۶۵	t	t=۵/۱۶	۰/۰۰۱	۵/۶	۵/۶	تی مستقل	df=۱۹۶	۰/۰۰۱	۴۷/۷۶	۲۰/۹۲

شاخص‌های عددی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. نتایج حاصل از جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی بهورزان بالاتر از میانگین نظری این متغیر می‌باشد. در میان ابعاد سلامت اجتماعی تمامی ابعاد به استثنای "پذیرش اجتماعی" میانگین آن‌ها بالاتر از میانگین نظری

طیف است. نمره میانگین پذیرش اجتماعی بهورزان اندکی پایین‌تر از میانگین نظری طیف است. در میان ابعاد مختلف سلامت اجتماعی بیشترین اختلاف نمره متغیرها با میانگین نظری به ترتیب مربوط به متغیرهای انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است. در ارتباط با کیفیت زندگی بهورزان نیز نمره میانگین این متغیر بالاتر



و سلامت عمومی) و سلامت روانی بهورزان (شامل اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی / خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی) است.

از میانگین نظری می‌باشد. کیفیت زندگی بهورزان مانند سلامت اجتماعی آن‌ها بالاتر از سطح متوسط است. دو بُعد اصلی کیفیت زندگی سلامت جسمی بهورزان (شامل ابعاد کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد

جدول شماره ۲: شاخص‌های عددی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد آن‌ها در بهورزان مورد پژوهش

متغیر و ابعاد آن	میانگین نظری طیف	میانگین تجربی طیف	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۶۰	۶۹/۲۸	۷/۶
شکوفایی اجتماعی	۱۲	۱۴/۷۰	۲/۶۴
سلامت اجتماعی و ابعاد آن	۹	۹/۴۵	۲/۳۷
انسجام اجتماعی	۹	۱۲/۲۷	۲/۰۳
پذیرش اجتماعی	۱۵	۱۴/۸۴	۳/۲۰
مشارکت اجتماعی	۱۵	۱۸/۰۱	۲/۸
کیفیت زندگی	۵۰	۶۳/۳	۲۰/۸۷
سلامت جسمی	۵۰	۶۳/۸۵	۲۴/۵۸
سلامت روانی	۵۰	۶۲/۷۵	۲۱/۲۹
کارکرد جسمی	۵۰	۷۳/۳۵	۲۹/۷۴
کیفیت زندگی و ابعاد آن	۵۰	۶۱/۲۷	۳۸/۹۱
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۵۰	۵۸/۲۶	۴۲/۵۵
اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	۵۰	۵۸/۲۶	۴۲/۵۵
انرژی/خستگی	۵۰	۶۲/۱۲	۲۱/۵۷
بهزیستی هیجانی	۵۰	۶۵/۷۳	۱۹/۸۴
کارکرد اجتماعی	۵۰	۶۴/۸۸	۲۳/۶۷
درد	۵۰	۶۲/۹۷	۲۷/۵۴
سلامت عمومی	۵۰	۵۷/۸۲	۲۱/۷۴

میانگین نظری طیف = میان ابزار

کیفیت زندگی بهورزان بر حسب همه متغیرهای جمعیت شناختی آن‌ها تفاوت معنی‌داری دارد. کیفیت زندگی بهورزان بر حسب جنسیت تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج حاصل از این آزمون نشان می‌دهد که میانگین کیفیت زندگی مردان به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین کیفیت زندگی زنان است. بیشترین میانگین کیفیت زندگی به لحاظ سنی مربوط به گروه سنی کمتر از ۳۰ سال و کمترین میزان این متغیر نیز برای گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال با میانگین ۵۰/۷ می‌باشد. به لحاظ وضعیت تحصیلی نیز کیفیت زندگی بهورزان دیپلم به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین کیفیت زندگی بهورزان دارای تحصیلات راهنمایی

بر اساس یافته‌های حاصل از جدول شماره ۱، جنس، سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سابقه شغلی و وضعیت بیماری با سلامت اجتماعی بهورزان ارتباط معنی‌داری ندارد. وضعیت اقتصادی بهورزان و وضعیت مسکن آن‌ها با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری دارند ( $P < 0/05$ ). بیشترین میانگین سلامت اجتماعی به ترتیب مربوط به بهورزانی است که وضعیت اقتصادی خود را متوسط، ضعیف و خوب ارزیابی کرده‌اند. میانگین سلامت اجتماعی بهورزانی که دارای منزل مسکونی شخصی هستند بیشتر از گروه‌های دیگر است.

حد متوسط بود<sup>(۱۴)</sup> و در پژوهش زکی و خشوعی نیز وضعیت سلامت اجتماعی ساکنان اصفهان در حد متوسط بود<sup>(۱۵)</sup>. در پژوهش امید، حقیقیان و هاشمیان فر میزان سلامت اجتماعی جامعه شهری اصفهان بالاتر از متوسط گزارش شد<sup>(۱۶)</sup>. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اشاره کرد که ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند و وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد؛ به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد. سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است. بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، نوع نگرش او را نسبت به سایر افراد و گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۱۸)</sup>. Smith سلامت اجتماعی را "ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران" تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد<sup>(۱۹)</sup>.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، کیفیت زندگی بهورزان مانند سلامت اجتماعی آن‌ها بالاتر از سطح متوسط است. کیفیت زندگی در بعد کارکرد جسمی بالاترین و در بعد سلامت عمومی پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کردند. همچنین بعد سلامت جسمی بالاتر از بعد سلامت روانی بود. نتایج پژوهش حاضر هم راستا با پژوهش ضیایی و همکاران، نصیری زرین قبائی و همکاران می‌باشد. در پژوهش ضیایی و همکاران ۳۳/۷۵ درصد کارکنان بهداشت کامیاران کیفیت زندگی خوب، ۶۰ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۶/۲۵ درصد کیفیت زندگی پایین را گزارش داده‌اند<sup>(۲۰)</sup>. در پژوهش نصیری زرین قبائی و همکاران، نتایج مطالعه نشان داد که ۱۳/۸ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای کیفیت زندگی مطلوب، ۶۲/۲ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۲۴ درصد دارای کیفیت زندگی پایین می‌باشند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت کیفیت زندگی

است. کیفیت زندگی بهورزان مجرد به صورت معنی‌داری بیشتر از کیفیت زندگی بهورزان متأهل می‌باشد. کیفیت زندگی بهورزان شرکتی و پیمانی به صورت معنی‌داری بیشتر از کیفیت زندگی بهورزان رسمی می‌باشد. یافته‌های جدول شماره ۱ همچنین نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با سال‌های خدمت رابطه معکوسی دارد به گونه‌ای که با افزایش سابقه شغلی در گروه‌های طبقه بندی شده کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. در این رابطه بیشترین کیفیت زندگی برای بهورزان با کمتر از ۱۰ سال سابقه خدمت و کمترین کیفیت زندگی مربوط به بهورزان بالای ۲۰ سال خدمت است. براساس نتایج با بهبود وضعیت اقتصادی کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. بیشترین کیفیت زندگی مربوط به پاسخگویانی است که وضعیت اقتصادی خود را در سطح خوب ارزیابی کردند و کمترین مربوط به بهورزانی است که وضعیت اقتصادی خود را ضعیف می‌دانند. کیفیت زندگی بهورزانی که در منازل دولتی ساکن هستند به صورت معنی‌داری بیشتر از بهورزانی است که دارای ملکیت منزل مسکونی یا مستأجر هستند. بر اساس یافته های جدول شماره ۱، کیفیت زندگی بهورزانی که دارای بیماری هستند به صورت معنی‌داری پایین‌تر از بهورزانی است که فاقد هر گونه بیماری می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد سلامت اجتماعی بهورزان بالاتر از سطح متوسط می‌باشد. و بالاترین و پایین‌ترین میانگین نمره کسب شده در بین ابعاد سلامت اجتماعی به ترتیب انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی بود. پژوهش حاضر هم راستا با پژوهش‌های حائری و همکاران؛ پورافکاری<sup>(۱۴)</sup>؛ زکی و خشوعی<sup>(۱۵)</sup>؛ امید، حقیقیان و هاشمیان فر<sup>(۱۶)</sup> می‌باشد. در پژوهش حائری و همکاران سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت به این صورت بود که ۵۱/۷ درصد سلامت اجتماعی متوسط و ۱۷/۸ درصد سلامت اجتماعی پایین داشتند<sup>(۱۷)</sup>. در پژوهش پورافکاری وضعیت سلامت اجتماعی دانشجویان پاره در

یک مفهوم چندبعدی است و به‌عنوان احساس نشاط و رضایت از زندگی تلقی می‌شود. در واقع نشاط و بهزیستی نوعی ارزش‌یابی ذهنی از تجارب فردی در حیطه‌های مختلف زندگی شامل تأهل، خانواده، اشتغال، دوستان، تحصیلات، سلامت و غیره می‌باشد<sup>(۲۱)</sup>. اگر چه توافق مشترکی روی تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد ولی اغلب تعاریف در حول و حوش رضایت از زندگی متمرکز است. در واقع اغلب آنان، کیفیت زندگی را به‌صورت رضایت از زندگی در گذشته، حال و آینده تعریف می‌کنند. Frish کیفیت زندگی را مجموعه‌ای از رضایت که به زندگی فرد ارزش می‌دهد، چگونگی احساس و یا عمل فرد در زندگی روزانه می‌داند<sup>(۲۲)</sup>.

سطح سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. با توجه به این که سواد و تحصیلات یکی از قوی‌ترین نشانگرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد به شمار می‌آیند که بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار هستند، دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت اجتماعی از سه مقوله شرایط اقتصادی و کاری، منابع روانی و اجتماعی، سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی قابل بررسی است<sup>(۲۴)</sup>.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سلامت اجتماعی و سن رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سن و تغییرات نسلی یکی از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری سلامت اجتماعی است. به‌گونه‌ای که افراد در سنین کار و فعالیت از میزان مشارکت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار هستند و اتفاقاتی که برای یک نسل اتفاق افتاده است مانند جنگ، رکود اقتصادی، کاهش میزان ازدواج و افزایش نرخ طلاق، کاهش تعداد فرزندان بر سلامت اجتماعی آن نسل تأثیر دارد. این یافته با نتایج مطالعه فتحی و همکاران<sup>(۲۵)</sup> هم‌خوانی نداشت؛ اما با پژوهش یزدان پناه و نیک ورز<sup>(۲۶)</sup> و صالح و زاهدی اصل<sup>(۲۷)</sup> همسو بود. پژوهش حاضر نشان داد بین وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. این یافته در راستای مطالعات دیگر نمی‌باشد. در تبیین این اختلاف شاید جامعه آماری متفاوت بوده است. در پژوهش حاضر نسبت زن به مرد بیشتر می‌باشد، همچنین مقطعی بودن و خود گزارش دهی اطلاعات می‌تواند توضیحی برای این تفاوت باشد. در پژوهش یزدان پناه و نیک ورز نشان داده شد که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. رابطه بین تأهل و سلامت روانی در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است. حتی نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی نیز بر این رابطه تأکید کرده‌اند، بنابراین به نظر می‌رسد زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از روابط، موجب نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و در نتیجه بالا رفتن میزان سلامت اجتماعی می‌شود<sup>(۲۶)</sup>.

در بررسی شاخص کیفیت زندگی، سال ۲۰۱۵ پایگاه داده اینترنتی نامبو که بزرگ‌ترین پایگاه داده در جهان است اطلاعات جدیدی در مورد شرایط زندگی در شهرها و کشورهای جهان از جمله هزینه‌های زندگی، شاخص مسکن، مراقبت‌های بهداشتی، ترافیک، جرم و جنایت و آلودگی بدست آمد و نشان داد رتبه شهر تهران در مقایسه با شهرهای کشورهای دیگر از میان ۱۱۳ کشور، ۱۰۶ می‌باشد که این عدد وضعیت نامناسب کشور ایران را نشان می‌دهد. اگر چه نمی‌توان جمعیت افراد ساکن در تهران را به کل کشور تعمیم دهیم ولی یک ارزیابی کلی از وضعیت کیفیت زندگی افراد از آن استنتاج می‌شود<sup>(۲۳)</sup>.

در خصوص ارتباط سلامت اجتماعی بهورزان با متغیرهای جمعیت‌شناختی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد تنها متغیر وضعیت مسکن با سلامت اجتماعی بهورزان ارتباط معنی‌دار داشت. میانگین نمره سلامت اجتماعی کسب شده در بهورزان با منزل شخصی به طور معنی‌داری بالاتر از اجاره ای بود و در سایر موارد این اختلاف معنی‌دار نبود. نتایج پژوهش حاضر هم راستای پژوهش حائری و همکاران و نجف‌آبادی می‌باشد. در پژوهش حائری و همکاران بین جنسیت، تحصیلات و محل سکونت با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. نجف‌آبادی در مطالعه خود بر روی زنان شهر اصفهان نشان داد که با افزایش تحصیلات

نحوی که در خصوص متغیر جنس سطح کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان بود.

در پژوهش نامداری و همکاران، میزان کیفیت زندگی کارکنان فوریت کرمان، بالا ارزیابی شد<sup>(۳۰)</sup>. نتایج پژوهش خانقی زاده و همکاران<sup>(۳۱)</sup>، نسل سراجی و همکاران<sup>(۳۲)</sup>، Udden و همکاران<sup>(۳۳)</sup>، حاکی از کیفیت زندگی متوسط و پایین پرستاران و کارکنان بیمارستان ایران و پاکستان می‌باشد. در این پژوهش‌ها بین وضعیت اقتصادی، سابقه‌ای کار و تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

در پژوهش حاضر وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری دارد. این یافته هم راستا با پژوهش نامداری و همکاران، نسل سراجی و همکاران و خانقی زاده و همکاران می‌باشد. بر اساس تئوری پایگاه اجتماعی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده است و برای بیشتر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، و اشتغال تعیین می‌شود. به عبارتی، موقعیت یک فرد در سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگی‌هایی را فراهم می‌کند که می‌توانند سلامتی وی را تحت‌الشعاع خود قرار دهد<sup>(۳۴)</sup>. سومین پیمایش کیفیت زندگی در اروپا تحولات کیفیت زندگی را در آن منطقه مورد بررسی قرار داده است. در این پیمایش وضعیت اقتصادی عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی معرفی شده است. ناامنی در شغل و درآمد و نگرانی‌های مالی و اشتغال تأثیر بسزایی در کاهش کیفیت زندگی افراد داشته است<sup>(۳۵)</sup>. نتایج پژوهش حاتم وند نیز نشان داد که بین اشتغال، درآمد و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد<sup>(۳۵)</sup>.

یافته‌ها نشان داد سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بهورزان بالاتر از حد متوسط بود. هر اندازه کیفیت زندگی به طور مستمر ارتقاء یابد به همان میزان از آسیب‌ها و اختلالات روان‌شناختی و نارضایتی از زندگی کاسته می‌شود. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی

نتایج پژوهش حاضر نشان داد همه متغیرهای جمعیت شناختی بهورزان با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارند. نتایج نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی در بهورزان مرد به طور معنی‌داری بالاتر از بهورزان زن بود. بهورزان با تحصیلات در سطح دیپلم نسبت به بهورزان با تحصیلات راهنمایی و بهورزان مجرد نسبت به متأهل کیفیت زندگی بالاتری داشتند. همچنین نتایج نشان داد که بهورزانی که سابقه بیماری نداشتند کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایرین داشتند. کیفیت زندگی در بهورزان با سن کمتر از ۳۰ سال به طور معنی‌داری بالاتر از بهورزان ۴۰ تا ۴۹ سال و همچنین ۵۰ سال و بالاتر بود. کیفیت زندگی در بهورزان ۳۰ تا ۳۹ سال نیز به طور معنی‌داری بالاتر از ۴۰ تا ۴۹ سال بود. کیفیت زندگی در بهورزان با استخدام رسمی به طور معنی‌داری پایین‌تر از بهورزان شرکتی و همچنین پیمانی بود. کیفیت زندگی در بهورزان با سابقه کار بیشتر از ۲۰ سال به طور معنی‌داری کمتر از ۱۹ تا ۱۰ سال و همچنین کمتر از ۱۰ سال بود. کیفیت زندگی در بهورزان با وضعیت اقتصادی ضعیف به طور معنی‌داری پایین‌تر از متوسط بود و در سایر سطوح این اختلاف معنی‌دار نبود. وضعیت مسکن متغیر دیگری بود که با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار داشت. بین مسکن و سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر هم راستا با پژوهش نصیری زرین قبائی و همکاران؛ Marras و Ferguson؛ نامداری و همکاران؛ خانقی زاده و همکاران؛ نسل سراجی و همکاران و Udden و همکاران می‌باشد. در پژوهش نصیری زرین قبائی و همکاران، نتایج مطالعه نشان داد بین جنس و نظام کاری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت<sup>(۲۸)</sup>. در خصوص ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی‌های جمعیت شناختی نیز همان‌طور که Marras و Ferguson عوامل فردی را در بروز آسیب‌های حاصله بر شرایط و کیفیت زندگی مؤثر دانسته اند<sup>(۲۹)</sup>، در پژوهش نصیری زرین قبائی و همکاران نیز بین بعضی از این عوامل مثل جنس، نظام کاری و شاخص توده بدنی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده شد به

**تقدیر و تشکر**

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مراکز بهداشت شهرستان‌های قروه و دهگلان و تمامی بهورزانی که ما را در انجام رساندن این مهم یاری نموده‌اند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

در تعامل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و با استفاده و استناد به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان راهبردهای عملی مناسبی را جهت بهبود سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بهورزان با استفاده از به‌کارگیری راهکارهای بهبود سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی فراهم نمود.

**تعارض منافع:** نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

**References**

1. Naseem K. Job stress, happiness and life satisfaction: The moderating role of emotional intelligence empirical study in telecommunication sector Pakistan. *J Social Sci Human Stud*. 2018;4(1):7-14.
2. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83:71-5
3. Keyes CL. Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Soc Indic Res*. 2006;77(1):1-10.
4. Samiee M, Rafiee H, Amini RM, Akbarian M. Social health of Iran: from a consensus-based definition to an evidence-based index.. *Social Problems of Iran (Journal Of Kharazmi University)* 2011;1(2):31-51. [Persian]
5. Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia MA. Social health situation analysis of all provinces of Islamic republic of Iran. *Commonity Health*. 2016;3(3):181-9. [Persian]
6. World Health Organization. Global technical strategy for malaria 2016-2030. World Health Organization; 2015 Nov 4.
7. Keyes CL, Shapiro AD. Chapter Twelve. Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. University of Chicago Press; 2019 Jun 25.
8. Hajlo N. The relationship of staffs' job stress, burnout, and life quality to organizational climate satisfaction at Mohaghegh Ardabili University. *Journal of New Approaches in Educational Administration*. 2012;3(11):169-84. [Persian]
9. Keyes CLM, Shapiro AD. Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. How healthy are we?: A national study of well-being at midlife. The John D. and Catherine T. MacArthur foundation series on mental health and development. Studies on successful midlife development. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 2004: 350-72.
10. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi SH. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014;8(1):11-9. [Persian]
11. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2010;4(16):1-9. [Persian]
12. Montazei A, Goshtasbi A, VahdaniNia M. Translation, determination of the reliability and validity of Persian species of Standard tools SF-36. *Quarterly monitoring*. 2005;5(1):49-56. [Persian]
13. Habibi M, Pooravari M, Salehi S, Ghamkhar Fard Z, Pooravari M. Validity and reliability of the multidimensional student's life satisfaction scale among Iranian girl students. *Journal of Research and Health*. 2015;5(1):65-73. [Persian]
14. Pourafkari N. The examination of factor affecting on social health' students in Paveh city. *Quarterly Professional Journal of Social Sciences*. 2011;6(18):41-60. [Persian]
15. Zaki MA, Khoshouei MS. Factors affecting social well-being of the residents of the city of Isfahan. *Urban Studies*. 2013;3(8):79-108. [Persian]
16. Omidi M, Haghghatian M, Hashemianfar SA. Social Well-Being and its Functions in Urban Areas (Case of Study: Metropolis of Esfahan). *Urban Sociological Studies*. 2017;7(24):157-88. [Persian]

17. Haery M, Tehrani H, Olyaeimanesh AR, Nedjat S. Factors influencing the social health of employees of the ministry of health and medical education in Iran. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2016;3(4):311-18. [Persian]
18. Van Ommeren M, Wessells M. Inter-agency agreement on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Bulletin of the World Health Organization.* 2007;85(11):822-3.
19. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. *Annu. Rev. Sociol.* 2008;34:405-29.
20. Ziaei M, Hosseini SY, Shariati H, Khoshboo E. Association between occupational burnout and quality of life among healthcare workers. *Journal of Safety Promotion and Injury Prevention.* 2015;3(3):185-90. [Persian]
21. Mukhopadhyay M. Quality management in higher education: SAGE Publications India; 2016.
22. Liu L. Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. *Soc Indic Res.* 2006;75(2):217-40.
23. NUMBEO. Quality of Life Index Rate 2015 [cited 2018 5 Jul]. Available from: <https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings.jsp?title=2015>.
24. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Ann Rev Public Health.* 2011;32:98.
25. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors contributing to social health among teachers of Maraghe city. *Social Welfare Quarterly.* 2013;12(47):225-43. [Persian]
26. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between Social Factors and Social Health among Students of Shahid Bahonar University of Kerman. *J Appl Sociol.* 2015;26(3):99-116. [Persian]
27. Saleh S, Zahedi Asl M. Correlation of social support with social health of psychiatry veterans wives. *Iranian Journal of War and Public Health.* 2014;6(5):201-6. [Persian]
28. Nasiry Zarrin Ghabaee N, Talebpour Amir F, Hosseini Velshkolaei MR, Rajabzadeh R. Quality of life and its relationship to the Job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. *Journal of Nursing Education.* 2016;5(2):40-8. [Persian]
29. Ferguson SA, Marras WS. A literature review of low back disorder surveillance measures and risk factors. *Clinical Biomechanics.* 1997;12(4):211-26.
30. Namdari M, Sharifi T, Tabatabaee SS. The effect of job stress on the quality of life of emergency personnel. *Journal of management and medical informatics school.* 2014;2(1):37-27. [Persian]
31. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Sirati NM, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *J Mil Med.* 2008;10(3):175-84. [Persian]
32. Saraji GN, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iranian journal of public health.* 2006:8-14. [Persian]
33. Uddin MT, Islam MT, Ullah MO. A study on the quality of nurses of government hospitals in Bangladesh. *Proc. Pakistan Acad. Science.* 2006;43(2):121-9.
34. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology.* 2011;17(2):151-6. [Persian]
35. Hosseini Amin SN, Seyed Mirzaie SM, Adrisi A. Socio-Economic Factors Affecting the Quality of Life of Tehranian Citizens. *Soc Welfare Quart.* 2017;17(66):223-54. [Persian]