

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت علوم تحقیقات و فناوری

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشکده اقتصاد و مدیریت

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اقتصادی

**بررسی تأثیر درآمد بر سلامت و کیفیت زندگی زنان**

**(مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان)**

استاد راهنما:

دکتر سید حسین میرجلیلی

استاد مشاور:

دکتر نرگس مرادخانی

پژوهشگر:

مهری عباس زاده گودرزی

مهر ماه ۹۷

## پاسکزاری

شکرشایان نثار ایزدمنان که توفیق را رفیق را هم ساخت تا این پایان نامه را به پایان برسانم. از اساتید فاضل و اندیشمند جناب آقای دکتر سید حسین میرجلیلی به عنوان استاد راهنما و همین طور سرکار خانم دکتر زکریا مرادخانی به عنوان استاد مشاور، همواره نگارنده را مورد لطف و محبت خود قرار داده اند، کمال تشکر را دارم.

ارادتمند شامهری عباس زاده کودرزی

## تقدیم بہ

این پیام نامہ راضمن تشکر و سپاس بیکران و در کمال افتخار و امتنان تقدیم می نمایم بہ:

بہ ہمسر عزیزم کہ در تمام طول تحصیل ہمراہ و ہنگام من بودہ است.

بہ پدر و مادر عزیزم کہ بہ چون کوہی استوار و حامی من در تمام طول زندگی بودہ اند.

بہ پسر عزیزم سام امید بخش جانم کہ آسایش او آرامش من است.

در پایان سلامتی و سعادت را از خداوند منان برای عزیزانم خواستارم.

## چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درآمد بر سلامت و کیفیت زندگی زنان بود. ۱۰۰ نفر از مدیران، معاونین، استادان، کارمندان و خدمات کارکنان زن دانشگاه زنجان، پرسشنامه‌های سلامت عمومی ویر و شربورن<sup>۱</sup> با افزودن بخش درآمد به آن و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> و فرم اطلاعات جمعیت شناختی را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند و همچنین تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده به کمک نرم افزار SPSS انجام شد. با استفاده از روش آزمون همبستگی نتایج نشان دادند که درآمد با سلامت جسمی و روحی روانی زنان ارتباط معنی دار دارد و همینطور بین درآمد و کیفیت زندگی زنان ارتباط معنی دار وجود دارد. با استفاده از رگرسیون چندگانه به صورت همزمان نتایج نشان می‌دهد که سلامت روانی سهم یگانه و معناداری در تبیین درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان دارد همچنین سلامت جسمانی نمی‌تواند درآمد کارکنان را تبیین نماید و همینطور نتیجه می‌شود که متغیر سلامت روانی و کیفیت زندگی بر درآمد کارکنان تأثیر مستقیم و متوسطی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** درآمد، سلامت، زنان، کیفیت زندگی

---

<sup>1</sup> Weir and Sherborne.

<sup>2</sup> World Health Organization

## فهرست مطالب

|         |   |
|---------|---|
| ۱.....  | فصل اول: کلیات پژوهش                        |
| ۲.....  | ۱-۱ مقدمه                                   |
| ۲.....  | ۲-۱ مساله پژوهش                             |
| ۵.....  | ۳-۱ ضرورت پژوهش                             |
| ۵.....  | ۴-۱ قلمرو پژوهش                             |
| ۵.....  | ۵-۱ هدف پژوهش                               |
| ۶.....  | ۶-۱ سؤال پژوهش                              |
| ۶.....  | ۷-۱ فرضیه پژوهش                             |
| ۶.....  | ۸-۱ روش انتخاب پژوهش و دلیل انتخاب آن       |
| ۷.....  | ۹-۱ جنبه جدید بودن و نوآوری پژوهش           |
| ۷.....  | ۱۰-۱ محدودیت‌های پژوهش                      |
| ۷.....  | ۱۱-۱. سازمان دهی پایان نامه                 |
| ۸.....  | ۱۲-۱ جمع بندی                               |
| ۹.....  | فصل دوم: تعاریف و پیشینه پژوهش              |
| ۱۰..... | ۱-۲ مقدمه                                   |
| ۱۱..... | ۲-۲ بخش اول: تعریف سلامت                    |
| ۱۲..... | ۳-۲ تعریف مفهوم کیفیت زندگی                 |
| ۱۳..... | ۱-۳-۲ ابعاد مفهومی کیفیت زندگی              |
| ۱۳..... | ۱-۳-۲-۱ کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ذهنی   |
| ۱۵..... | ۲-۳-۲-۱ کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای عینی   |
| ۱۵..... | ۳-۳-۲-۱ کیفیت زندگی به مثابه سازه‌ای ترکیبی |
| ۱۶..... | ۴-۲ بخش دوم: پیشینه پژوهش                   |
| ۱۶..... | ۱-۴-۲ اسکودر و ویفل (۲۰۱۱)                  |
| ۱۶..... | ۲-۴-۲ بیگز و همکاران (۲۰۱۰)                 |

|    |   |
|----|---|
| ۱۷ | ۳-۴-۲ بنزوال و جاج (۲۰۰۱).....                                      |
| ۱۷ | ۴-۴-۲ کاواچی (۲۰۰۰).....  |
| ۱۷ | ۵-۴-۲ ایکوب و اسمیت (۱۹۹۹).....                                     |
| ۱۸ | ۶-۴-۲ جاوید و همکاران (۱۳۹۵).....                                   |
| ۱۸ | ۷-۴-۲ مستی و فخرایی (۱۳۹۴).....                                     |
| ۱۸ | ۸-۴-۲ فخرالسادات و فرزانه (۱۳۹۱).....                               |
| ۱۸ | ۹-۴-۲ جهانگرد و علی زاده (۱۳۸۸).....                                |
| ۱۹ | ۱۰-۴-۲ حدادی و همکاران (۱۳۸۸).....                                  |
| ۱۹ | ۱۱-۴-۲ خاقانی (۱۳۸۶).....   |
| ۲۰ | <b>فصل سوم: مبانی نظری پژوهش</b> .....                              |
| ۲۱ | ۱-۳ مقدمه.....  |
| ۲۱ | ۲-۳ مبانی نظری.....   |
| ۲۲ | ۱-۲-۳ تاریخچه مختصری بر سلامت عمومی.....                            |
| ۲۳ | ۲-۲-۳ شاخص‌های سلامت عمومی.....                                     |
| ۲۴ | ۳-۲-۳ رابطه تولید سلامت.....  |
| ۲۵ | ۴-۲-۳ الگوی نظری گروسمن (رابطه سلامت و درآمد).....                  |
| ۲۸ | ۵-۲-۳ تئوری‌های مربوط به مکانیزم اثرگذاری توزیع درآمد بر سلامت..... |
| ۳۰ | ۱-۵-۲-۳ معادلات درآمد و سلامت.....                                  |
| ۳۲ | ۳-۳ تئوری‌های مطرح شده درباره کیفیت زندگی.....                      |
| ۳۴ | ۴-۳ داده‌ها و روش تحقیق.....  |
| ۳۵ | ۱-۴-۳ جامعه و نمونه آماری.....                                      |
| ۳۵ | ۲-۴-۳ ابزار جمع آوری داده‌ها.....                                   |
| ۳۵ | ۵-۳ بررسی پرسشنامه.....   |
| ۳۶ | ۶-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات.....                        |
| ۳۷ | ۷-۳ جمع بندی فصل.....   |
| ۳۸ | <b>فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها</b> .....                       |
| ۳۹ | ۱-۴ مقدمه.....  |

|    |   |
|----|---|
| ۳۹ | ۲-۴ توصیف و بررسی متغیرها .....   |
| ۴۰ | ۱-۲-۴ توصیف نمونه‌های مورد بررسی بر حسب تحصیلات کارکنان زن پاسخگو .....     |
| ۴۱ | ۲-۲-۴ توصیف نمونه‌های مورد بررسی بر حسب سابقه کار افراد پاسخگو .....        |
| ۴۲ | ۳-۲-۴ توصیف نمونه‌های مورد بررسی بر حسب نوع استخدام کارکنان زن پاسخگو ..... |
| ۴۳ | ۴-۲-۴ توصیف نمونه‌های مورد بررسی بر حسب رشته شغلی کارکنان زن پاسخگو .....   |
| ۴۵ | ۵-۲-۴ آماره‌های توصیفی پرسشنامه‌ها .....                                    |
| ۴۶ | ۳-۴ ضریب همبستگی .....  |
| ۴۶ | ۱-۳-۴ ضریب همبستگی اسپرمن .....   |
| ۴۶ | ۲-۳-۴ ضریب همبستگی پیرسون .....   |
| ۴۷ | ۳-۳-۴ تفاوت ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپرمن و ضریب همبستگی پیرسون .....         |
| ۴۷ | ۴-۴ بررسی مفروضه‌های آزمون همبستگی .....                                    |
| ۵۰ | ۵-۴ تحلیل استنباطی داده‌ها .....  |
| ۵۰ | ۱-۵-۴ آزمون توزیع داده‌ها (کولموگروف - اسمیرونوف) .....                     |
| ۵۱ | ۶-۴ فرضیه‌های پژوهش .....   |
| ۵۳ | ۷-۴ رگرسیون چندگانه .....   |
| ۵۷ | <b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری .....</b>                                     |
| ۵۸ | ۱-۵ مقدمه .....   |
| ۵۸ | ۲-۵ بحث در چارچوب یافته‌های پژوهش .....                                     |
| ۶۱ | ۳-۵ محدودیت‌های پژوهش .....   |
| ۶۱ | ۴-۵ پیشنهادات پژوهشی .....  |
| ۶۱ | ۱-۴-۵ پیشنهادهای کاربردی .....  |
| ۶۲ | ۲-۴-۵ پیشنهادهای برای تحقیقات بعدی .....                                    |
| ۶۳ | پیوست ۱ .....   |
| ۶۸ | پیوست ۲ .....   |
| ۷۰ | منابع .....   |



## فهرست جدول‌ها

- جدول ۴-۱ توزیع پاسخگویان بر حسب تحصیلات افراد ..... ۴۰
- جدول ۴-۲ توزیع پاسخگویان بر حسب سنوات کاری کارکنان ..... ۴۱
- جدول ۴-۳ توزیع پاسخگویان بر حسب نوع استخدام افراد ..... ۴۲
- جدول ۴-۴ توزیع پاسخگویان بر حسب رشته شغلی افراد ..... ۴۴
- جدول ۴-۵ خلاصه یافته‌های توصیفی سلامت و درآمد و کیفیت زندگی (n=۱۰۰) ..... ۴۵
- جدول ۴-۶ نتیجه آزمون کولموگروف - اسمیرونوف برای هر یک از متغیرها ..... ۵۱
- جدول ۴-۷ خلاصه همبستگی بین درآمد و سلامت جسمانی ..... ۵۱
- جدول ۴-۸ خلاصه همبستگی بین درآمد و سلامت روانی ..... ۵۲
- جدول ۴-۹ خلاصه همبستگی بین درآمد و کیفیت زندگی ..... ۵۳
- جدول ۴-۱۰ خلاصه مدل (درآمد) ..... ۵۵
- جدول ۴-۱۱ خلاصه مدل ..... ۵۶

## فهرست نمودارها

- نمودار ۳-۱ منحنی بی تفاوتی فرد برای بهداشت و سایر کالاها ..... ۲۵
- نمودار ۳-۲ رابطه مقعر سلامت و درآمد فردی ..... ۲۹
- نمودار دایره‌ای ۴-۱ درصد افراد نمونه به تفکیک تحصیلات ..... ۴۱
- نمودار دایره‌ای ۴-۲ درصد افراد نمونه بر حسب سنوات ..... ۴۲
- نمودار دایره‌ای ۴-۳ درصد افراد نمونه به تفکیک نوع استخدام ..... ۴۳
- نمودار دایره‌ای ۴-۴ درصد افراد نمونه به تفکیک رشته شغلی ..... ۴۴
- نمودار نقطه‌ای ۴-۵ رابطه سلامت عمومی و درآمد ..... ۴۸
- نمودار نقطه‌ای ۴-۶ رابطه کیفیت زندگی و درآمد ..... ۴۹
- نمودار نقطه‌ای ۴-۷ توزیع باقی‌مانده‌های نمره‌های درآمد ..... ۵۴

فصل اول

کلیات پژوهش

## ۱-۱ مقدمه

امروزه توجه به زنان و نقش آنان در جامعه اجتناب ناپذیر است. به طوری که یکی از بزرگترین تحولات صورت گرفته طی صدسال گذشته، افزایش چشمگیر مشارکت زنان در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی است. در نهایت میزان مشارکت زنان در عرصه‌های مختلف از مهم‌ترین عوامل مؤثر در رشد و توسعه اقتصادی هر کشوری به شمار می‌رود. همان گونه که زنان در کشورهای توسعه یافته نقشی مهم در توسعه اقتصادی اجتماعی داشتند. شواهدی آماری موجود در کشورهای جهان سوم حاکی از افزایش میزان مشارکت زنان در مشاغل مربوط به آموزش و پرورش، پرستاری و خدمات است. سلامت محیط کار و سلامت روان با ایجاد شاخص‌های کیفیت زندگی فراهم می‌شود توجه به این مساله در تمام سازمان‌ها ضروری می‌باشد و مانع فرسودگی و راندمان پایین کار خواهد شد از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درآمد بر سلامت و کیفیت زندگی زنان در دانشگاه زنجان با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی ویر و شربورن در سال ۱۳۹۶\_۱۳۹۷ انجام می‌گیرد.

## ۱-۲ مساله پژوهش

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه هر انسانی است. به طوری که سیستم‌های بهداشتی در دنیا به طور روزافزون اهداف خود را از ارائه مراقبت‌های بهداشتی به سمت ایجاد جامعه سالم ارتقا می‌دهند و شاخص‌های کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند مرگ و میر شده‌اند. با توجه به اینکه پذیرفته شده‌ترین تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت است، بر اساس آن سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی و نه فقدان بیماری و یا نقص عضو است.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت یا به اختصار SDH<sup>1</sup> شامل موقعیت‌ها یا شرایطی هستند که افراد در آن به دنیا می‌آیند، بزرگ می‌شوند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند. که این وضعیت‌ها شامل سیستم سلامت کشورها نیز می‌شود. این شرایط به وسیله‌ی توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و سطوح محلی شکل داده می‌شود که خود آن‌ها از انتخاب‌های سیاسی تأثیر می‌پذیرند و بر سلامت افراد اثر می‌گذارند. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، اساساً جوابگویی برای نابرابری‌های سلامت \_ تفاوت‌های ناعادلانه و اجتناب ناپذیر وضعیت سلامت که درون کشورها یا بین آن‌ها وجود دارد، می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی<sup>2</sup>، ۲۰۰۵).

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها و فعالان جامعه‌اند و سلامت آنان، پایه سلامت نیمی از جمعیت، خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهد. اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه جانبه کشور بر کسی پوشیده نیست و اطلاع از بهداشت و سلامت آن‌ها و نیز عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه ریزی‌ها و سیاست گذاری‌های مناسب جهت اصلاح وضعیت آن‌ها قرار گیرد. سلامت زنان یکی از محورها و شاخص‌های توسعه نیزهست بنابراین شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی و توانایی‌های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد. امروزه رفاه و سلامت زنان که تقریباً نیمی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده است بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیزاهمیت روزافزون یافته است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). به طوری که زنان، تضمین کننده سلامت خانواده هستند. آن‌ها به طور معمول، مدیریت و برنامه ریزی سلامت خانواده، از واکسیناسیون کودکان گرفته تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس‌های بزرگ‌ترها و ارائه خدمات به سالمندان را به عهده دارند از طرف دیگر، آثار نامطلوب بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده و همچنین کیفیت زندگی آنان، غیرقابل چشم پوشی است. زنان به عنوان مادر در خانواده، محور سلامت خانواده‌اند و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آن‌ها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای سنجش سلامت زنان از پرسشنامه سلامت ویر و شربورن<sup>3</sup> استفاده می‌شود این پرسشنامه با ۳۶ عبارت سلامت را در دو بعد کلی جسمی و روانی مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه ویر و شربورن وضعیت سلامت را در هشت خرده مقیاس ارزیابی می‌کند در بعد جسمانی چهار شاخص که عبارت است از ۱- عملکرد جسمانی ۲- ایفای نقش جسمانی ۳- درد جسمانی ۴- سلامت عمومی و بعد سلامت روانی چهار شاخص دیگر را معرفی می‌کند ۱- سرزندگی ۲- عملکرد اجتماعی ۳- ایفای نقش هیجانی ۴- سلامت روانی.

<sup>1</sup> SDH

<sup>2</sup> World Health Organization

<sup>3</sup> Weir and Charleroen

در جوامع نوین سه شاخص بنیادی برای تشخیص پایگاه اقتصادی واجتماعی افراد وجود دارد که عبارتند از: درآمد، شغل و سطح تحصیلات (مهدوی، ۱۳۹۲). درآمد با تأمین نیازهای بهداشتی و از آن طریق با سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد. بنابراین اگر بخواهیم درآمد را با سلامت مرتبط کنیم، بالاتر رفتن درآمد، سطح سلامت نیز افزایش می‌یابد و رابطه مستقیمی بین این دو وجود دارد. درآمد از طریق امکان دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی و بهداشتی روی سلامتی افراد تأثیری خاص دارد، ولی همیشه رابطه درآمد و سلامت یک رابطه مستقیم نیست و آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می‌شود رابطه مستقیم با سلامت دارد. (لوکاس و میر<sup>۱</sup>، ۱۳۸۸؛ به نقل از خانی ۱۳۹۰).

خودداری و مقاومت افراد طبقات پایین در ارتباط با مسائل مراقبت‌های پزشکی را تنها نمی‌توان از طریق شرایط اقتصادی تبیین نمود. به طور متوسط با افزایش سطح تحصیلات، درآمد نیز افزایش پیدا می‌کند. پس مقداری از تأثیر تحصیلات از طریق درآمد می‌باشد، ولی از طریق تحصیلات فرهنگ سلامت ارتقا پیدا می‌کند و اینکه افراد رفتارشان بیشتر موافق سلامت و بهداشت می‌شود و در سطوح بالاتر تحصیلات، دغدغه نسبت به سلامتی بیشتر است. ارتقای سطح سواد و تحصیلات از جنبه‌هایی است که از طریق الگوهای فرهنگی و رفتاری مناسب می‌تواند بر سطح سلامت و بهداشت تأثیر داشته باشد (لوکاس و میر، ۱۳۸۸؛ به نقل از خانی ۱۳۹۰).

امروزه برای تأمین نیازها و ارتقا سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنان را مورد بررسی قرار می‌دهند. کیفیت زندگی در این پژوهش به دنبال توصیف درک موقعیت خود فرد، از زندگی است که این درک از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، دارای اهداف، انتظارات و اولویت‌هاست. شاخص کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارتند از ۱. سلامت فیزیکی مانند فعالیت‌های روزمره ۲. سلامت روان مانند تصور از خود و ظاهر بدنی ۳. ارتباطات اجتماعی ۴. محیط منابع مادی و مالی، آزادی ایمنی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (فرهادی، ۱۳۸۹:۲۳).

با توجه به اهمیت مطالعه سلامت زنان و تأثیر انکارناپذیر درآمد بر سلامت، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درآمد زنان کارمند بر ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها انجام می‌شود تا با ارزیابی سلامت زنان به شناخت ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان دست یافته و جهت ارتقا سلامت آنان اقدام نمود. بنابراین مسئله پژوهش این است که آیا سلامت و کیفیت زندگی زنان تابع درآمد آنها است؟

---

<sup>1</sup> Lucas and Mir

### ۳-۱ ضرورت پژوهش

سلامت یکی از عوامل مهم و مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها و تعامل مطلوب با محیط و دیگران محسوب می‌شود. این امر به ویژه در قشر زنان پانهاده به میدان‌های آموزشی دانشگاهی که در تحقیق حاضر مدنظر است اهمیت بیشتری دارد زیرا در ایجاد و حفظ سلامت فکر و اندیشه توانایی مقابله با مشکلات روزمره‌ی زندگی، ایجاد روابط سالم و صمیمانه با هم‌نوعان و داشتن زندگی هدف دار و پرثمر نقش دارد و جامعه رو به رشد کنونی که گروه زنان بیش از گذشته در عرصه‌های مختلف فعال شده و در برابر شرایط و متغیرهای نامساعد و فشارآور زندگی قرار گرفته‌اند بر اهمیت بعد جسمانی و روانی سلامت آنان افزوده می‌شود. بنابراین با توجه به آنچه در مورد درآمد و کیفیت زندگی و مطلوبیت شرایط شغلی و ارتباط آن‌ها با سلامت زنان ذکر شد. مسئله مهم و مطرح در پژوهش این است که درآمد چه تاثیری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان آموزش دیده و متخصص دارد؟ آیا درآمدی که بدست می‌آورند بر سلامت آنان بیشترین تأثیر را دارد؟ پاسخ گویی علمی به این سؤالات ما را به هدف تحقیق نزدیک می‌کند.

### ۴-۱ قلمرو پژوهش

قلمرو مکانی: ایران - دانشگاه زنجان

قلمرو زمانی: ۱۳۹۶\_۱۳۹۷

قلمرو موضوعی: بررسی تأثیر درآمد بر سلامت و کیفیت زندگی زنان

### ۵-۱ هدف پژوهش

۱. شناسایی تأثیر درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان بر سلامت جسمی آن‌ها

۲. شناسایی تأثیر درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان بر سلامت روحی و روانی آن‌ها

۳. شناسایی تأثیر درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان بر کیفیت زندگی آن‌ها

## ۱-۶ سؤال پژوهش

- ۱- درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان چه تاثیری بر سلامت جسمی آنها داشته است؟
- ۲- درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان چه تاثیری بر سلامت روحی آنها داشته است؟
- ۳- درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان چه تاثیری بر کیفیت زندگی آنها داشته است؟

## ۱-۷ فرضیه پژوهش

۱. درآمد بر سلامت جسمی زنان تأثیر مثبت و معنی دار دارد.
۲. درآمد بر سلامت روحی و روانی زنان تأثیر مثبت و معنی دار دارد.
۳. درآمد بر کیفیت زندگی زنان تأثیر مثبت و معنی دار دارد.

## ۱-۸ روش انتخاب پژوهش و دلیل انتخاب آن

این پژوهش به روش پیمایشی انجام می‌شود و تجزیه و تحلیل داده‌های جمع آوری شده به صورت تحلیلی \_ توصیفی است. بحث محوری این پژوهش بررسی تأثیر درآمد بر سلامت و کیفیت زندگی زنان (مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان) می‌باشد. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه‌های استاندارد و پروشربورن با افزودن بخش درآمد و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت جمع آوری شده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کارکنان شاغل زن دانشگاه زنجان که ۱۵۰ نفر هستند را شامل می‌شود. برای تعیین اندازه حجم نمونه از فرمول کوکران که یکی از پر کاربردترین روش‌ها برای محاسبه حجم نمونه آماری استفاده شده است. که به تعداد ۱۰۰ نفر نمونه مورد بررسی قرار می‌گیرد. داده‌های گردآوری شده از پرسشنامه به طریق روش‌های آماری توصیف و تحلیل می‌شوند. بطوریکه ابتدا با روش آمار توصیفی نمونه مورد بررسی به لحاظ درصد، فراوانی و آماره‌های توصیفی تمایل به مرکز و پراکندگی، توصیف می‌شود و سپس با استفاده از آمار استنباطی برای فرضیه‌ها و سئوالهای مطرح شده، آزمون‌هایی نظیر آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار SPSS اجرا خواهد شد.



## ۹-۱ جنبه جدید بودن و نوآوری پژوهش

پژوهش‌هایی که انجام شده بیشتر در مبحث رابطه درآمد با سلامت بوده است اما در زمینه تأثیر درآمد بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان مطالعه‌ای صورت نگرفته است پژوهش‌هایی که انجام گرفته بیشتر به صورت داده‌های ثبتي تا پیمایشی بوده است.. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش داده‌های تابلویی و آزمون تی تست و تحلیل واریانس و همینطور ضریب همبستگی استفاده شده است که نتایج نشان دهنده رابطه معنی دار بین درآمد و سلامت است با توجه به این موارد ذکر شده تفاوتی که با پژوهش حاضر وجود دارد این است که پژوهش مدنظر بدنبال اهدافی مانندشناسایی رابطه درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان و سلامت جسمی و روحی و همچنین کیفیت زندگی آن‌ها است و همچنین از روش پیمایشی (مقطعی) با دو هدف توصیف و تبیین استفاده می‌شود و همچنین همه اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته و پرداخته شده و داده‌ها با استفاده از روش همبستگی و روش رگرسیون چندگانه تحلیل می‌شوند. در این پژوهش اگرچه به رابطه دو سویه بین درآمد و سلامت پرداخته شده است اما تمرکز اصلی بر تأثیر درآمد بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان شاغل است.

## ۱۰-۱ محدودیت‌های پژوهش

از آنجایی که هر کار پژوهشی همراه با محدودیت‌هایی می‌باشد لذا این پژوهش نیز از این امر مستثنی نبوده و محدودیت‌هایی بر روند آن تأثیر داشته است.

۱- دستاوردهای این پژوهش مربوط به دانشگاه زنجان می‌باشد و تعمیم آن به شهرهای افراد دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

۲- عدم همکاری مناسب از سوی برخی از افراد نمونه مورد پژوهش.

## ۱۱-۱. سازمان دهی پایان نامه

این پایان نامه درشش فصل به شرح زیر است:

فصل اول: در این فصل پرداختن به تبیین موضوع تحقیق، اهمیت ضرورت، اهداف، سؤالات، فرضیه‌ها مدنظر قرار گرفته است.

فصل دوم: در این فصل به بررسی تعاریف و مفاهیم مرتبط با سلامت و ابعاد سلامت از جمله کیفیت زندگی پرداخته است.

فصل سوم: مبانی نظری پژوهش است.

فصل چهارم: در این فصل اطلاعات مورد نیاز که با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شده بود با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده است.

فصل پنجم: در آخرین فصل از فصول پنج گانه این تحقیق، پس از بیان نتایج حاصله و ارائه پیشنهادهایی برای آنها ارائه شده است.

## ۱-۱۲ جمع بندی

در این فصل به تبیین مساله پژوهش، ضرورت و اهمیت آن، اهداف، فرضیه و سؤال پژوهش پرداخته است. بحث محوری این فصل بررسی تأثیر درآمد بر همه ابعاد سلامت (مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان) می باشد. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه ها جمع آوری شده و جامعه آماری این پژوهش ۱۵۰ نفر است برای تعیین اندازه حجم نمونه از فرمول کوکران که یکی از پر کاربردترین روشها برای محاسبه حجم نمونه آماری استفاده شده است. که به تعداد ۱۰۰ نفر نمونه مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت از طریق نرم افزار SPSS به تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## فصل دوم

### تعاريف و پيشينه پژوهش

## ۱-۲ مقدمه

سلامتی و تأثیر آن از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها تلاش می‌کنند شرایطی را فراهم کنند تا مردم از حداکثر سطح سلامت با توزیع عادلانه از خدمات بهره مند شوند. سلامت در مفهوم گسترده‌ی خود، تنها به معنی بیماری نیست، بلکه سلامتی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (who) مرحله‌ای از رفاه جسمی، ذهنی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. این تعریف از سلامتی، مفهوم جدیدی به نام زیستی را معرفی می‌کند که شامل مقوله‌هایی نظیر سطح زندگی و کیفیت زندگی می‌باشد (باباخانی و همکاران، ۱۳۹۱). براساس برآوردهای موجود حدود ۵۰ درصد سلامت مردم به عواملی مانند فقر، سواد، وضعیت مسکن، بازار کار (شغل) و میزان رعایت حقوق زنان وابسته است. در حالی که تنها ۲۵ درصد به نظام سلامت، ۱۵ درصد به مسائل ژنتیکی انسان‌ها و ۱۰ درصد به محیط زیست بستگی دارد، که این ارقام نشان دهنده‌ی جایگاه مهم و تاثیرگذار عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر سلامت هستند. هرچه سطح انتظارات شهروندان برای داشتن زندگی دراز مدت تر و با کیفیت تر باشد و شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی جامعه برای پاسخ به آنان مناسب‌تر باشد، شاخص سلامت در جامعه رشد بیش‌تری را نشان خواهد داد (فرشته نژاد و همکاران، ۱۳۸۹). یکی از تعیین کننده‌های اقتصادی - اجتماعی که می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت اجتماعی داشته باشد، درآمد افراد جامعه و مخصوصاً چگونگی توزیع آن است نابرابری درآمدی شدید نشان دهنده‌ی کاهش درآمد در دسترس اکثریت افراد جامعه می‌باشد که تأثیر منفی بر سلامت دارد. علاوه بر این، وجود نابرابری در جامعه موجب احساس محرومیت نسبی افراد شده، سلامت روانی جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (باباخانی و راغفر، ۱۳۸۸). با افزایش زنان تحصیل کرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل از اهمیت زیادی برخوردار است. در پژوهشی با عنوان سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی در سال ۲۰۰۴ بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا، کیز و شاپیرو نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند.

## ۲-۲ بخش اول: تعریف سلامت

سلامت مفهومی است که قدمتی به اندازه طول عمر بشر دارد. از زمان پیدایش انسان و شکل گیری جوامع بشری مفاهیم بیماری و سلامت نیز با او بوده‌اند و در هر برهه از زمان تعریف خاصی از سلامت ارائه شده است در حال حاضر، روند تاریخی تحول مفهوم سلامت به آنجا رسیده است که سلامت را مفهومی می‌دانند که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است.

سازمان بهداشت جهانی (who نقل از کرتیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) با توجه به نقش حیاتی سلامت جسمانی و روانی، سلامت را چنین تعریف می‌کند: سلامت عبارت از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی، اجتماعی است و صرفاً عدم بیماری و ضعف نیست. در مجموع عوامل سلامت در دو بعد جسمانی و روانی - رفتاری در نظر گرفته می‌شوند و باید توانایی شخص در مقابله با مشکلات زندگی روزمره، تمایل وی به جستجوی چالش و تنوع در زندگی نیز در بررسی سلامت مورد توجه قرار گیرد. مرور تاریخچه زندگی بشر نشان دهنده ارتقای تدریجی سلامت جسمانی و روانی از زمان انقلاب اول کشاورزی (ده هزارسال پیش) تا انقلاب‌های جدید کشاورزی و صنعتی بوده است (سارا فینو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). اما بیان این نکته که ارتقای سطح سلامت در قرن بیستم پیامد عوامل پزشکی، اجتماعی و اقتصادی بوده است و یا حاصل تعامل این عوامل، مشکل می‌نماید. بنابراین، امروزه چالش اصلی روان شناسان، چگونگی استفاده از این اطلاعات برای حصول سلامت و ارتقای آن است. از بعد عوامل اجتماعی در اکثر تحقیقات درآمد، شغل و تحصیلات به عنوان سه شاخص عمده (موقعیت اقتصادی - اجتماعی) که رابطه علی با متغیرهای مختلف دارند، مطرح‌اند. ویژگی‌های اجتماعی مانند درآمد، تحصیلات و شغل، شرایط خانوادگی، رهبری، نقش‌ها و قدرتها و ... اجزای تشکیل دهنده موقعیت اقتصادی و اجتماعی هستند. افراد براساس کاری که انجام می‌دهند و مقداردرآمدی که برای انجام آن کار دریافت می‌کنند، یا به عبارت دیگر عواملی که منزلت و رفاه اقتصادی آنها را تعیین می‌کند، طبقه بندی می‌شوند. پژوهشگران از طریق شاخصهای موقعیت اقتصادی و اجتماعی منزلت افراد را بر روی یک پیوستار ارزیابی می‌کنند وقتی منزلت اقتصادی و اجتماعی بالا یا پایین می‌رود افراد با موقعیت‌های متغیری مواجه می‌شوند که عمیقاً بر عملکرد فردی و اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (ون، هالکی و کاجیوپو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

<sup>1</sup> Curtis

<sup>2</sup> Sara Phino

<sup>3</sup> Van, Hulk and Kaciopo

## ۳-۲ تعریف مفهوم کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. همچنین در دوران جدید فیلسوفانی چون کیرکه گارد<sup>۱</sup>، ژان پل سارته<sup>۲</sup> و دیگران به آن توجه داشته‌اند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). با این وجود کسی که برای اولین بار به مفهوم کیفیت زندگی به صورت مستقیم اشاره کرده پیگو بود. پیگو عبارت کیفیت زندگی را اولین بار در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد رفاه مورد استفاده قرار داد. در این کتاب پیگو درباره حمایت دولت از قشرهای کم درآمد جامعه و تاثیر این حمایت بر آنها و همچنین بودجه ملی بحث می‌کند. آن زمان نظریه او شکست خورد و تا بعد از جنگ جهانی دوم به فراموشی سپرده شد. بعد از جنگ جهانی دوم دو حادثه مهم رخ داد. اولی مربوط به سازمان بهداشت جهانی بود. در این زمان سازمان بهداشت جهانی تعریف گسترده‌ای از سلامت ارائه کرد که در این تعریف سلامت شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شد. این اقدام سازمان بهداشت جهانی منجر به مذاکرات زیادی در مورد سلامت و چگونگی اندازه گیری آن شد. دومین رخ داد مهم بعد از جنگ جهانی دوم که زمینه توجهات ویژه به کیفیت زندگی را فراهم آورد بحث بی عدالتی‌های وسیع در جوامع غربی بود. همین مساله باعث یک سری فعالیت‌های اجتماعی و ابتکارات سیاسی از دهه ۱۹۶۰ به بعد شد. به اعتقاد فیشر و شوسلر<sup>۳</sup> عبارت کیفیت زندگی به صورت خاص اولین بار در سال ۱۹۶۰ در گزارش کمیسیون ریاست جمهوری درباره اهداف ملی آمریکامطرح شد (وود<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). گزارش کمیسیون مذکور متمرکز بر برنامه‌های اجتماعی مانند آموزش و نیروی انسانی، توسعه اجتماعی و مسکن، سلامتی و رفاه بود (لیندا و دیانا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). از اواخر دهه ۱۹۷۰ علاقه به مفهوم کیفیت زندگی به شکل معناداری افزایش یافت. از این تاریخ به بعد بحث‌های کیفیت زندگی بیشتر در سه حوزه پزشکی، روانشناسی و علوم اجتماعی متمرکز شد. بیشترین تمرکز تحقیقات انجام شده بر روی حوزه پزشکی می‌باشد. با نگاهی به مفهوم کیفیت زندگی در سه دهه اخیر می‌توان گفت که در طول دهه ۱۹۸۰ مفهوم کیفیت زندگی به عنوان ادارک حسی، برساخته اجتماعی و موضوع وحدت بخش شناخته می‌شد. در طول دهه ۱۹۹۰ فهم ما از مفهوم و مقیاس کیفیت زندگی نسبت به دهه ۱۹۸۰ بهبود یافت. در واقع در این دهه مفهوم کیفیت زندگی وسعت بیشتری پیدا کرده و ابعاد آن را می‌توان به صورت سلسه مراتبی از پایین به بالا به صورت زیر بیان کرد. -بهبودی فیزیکی ۲- -بهبودی مادی ۳- حقوق ۴- ورود به

<sup>1</sup> Kierke Guard

<sup>2</sup> Jean Paul Sarthe

<sup>3</sup> Fisher and Schusler

<sup>4</sup> Wood

<sup>5</sup> Linda and Diana