

نقش بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر بر سطح کیفیت زندگی بیمه‌شدگان (مورد مطالعه کشاورزان، روستائیان و عشایر تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی استان همدان)

مهدی سماواتی^۱*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۱ تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی نقش بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر بر سطح کیفیت زندگی بیمه‌شدگان پرداخت. تحقیق حاضر از دیدگاه هدف، تحقیق کاربردی و همچنین از دیدگاه نحوه کنترل، پیمایشی و زمینه یابی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کشاورزان، روستائیان و عشایر تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی استان همدان می‌باشند که در سال ۱۳۹۹ تسهیلات بیمه اجتماعی دریافت نموده‌اند. نمونه آماری با توجه به جامعه آماری و با استفاده از جدول مورگان و کرجسی با روش تصادفی ساده به تعداد ۶۰ نفر برآورد گردید. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر تاثیرگذار است. به عبارتی ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی از سوی صندوق بیمه اجتماعی، سبب افزایش سطح کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر شده است.

واژگان کلیدی

بیمه اجتماعی، کیفیت زندگی، بیمه‌شدگان بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر.

^۱ کارشناسی ارشد مهندسی نرم افزار - دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، ایران - مدیر صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر

استان همدان (* نویسنده مسئول: samavati.m.c@gmail.com)

مقدمه

امروزه برنامه ریزی جهت نیل به رفع نیازهای اجتماعی از امور اساسی هر فرد یا گروه بوده که در حال حاضر با عنایت به واگذاری بخشی از مسئولیت خطیر رسیدگی به امور کشاورزان، روستائیان و عشایر به صندوق بیمه اجتماعی می‌طلبد تا مسئولیت ذیربط با طراحی روندی کارآمدتر و مؤثرتر به شناسایی، نیازسنجی و طبقه بندی اولیه نیازمندان و در نهایت خدمات هدفمند و زمان‌دار با رعایت شأن و کرامت انسانی پرداخته و با این اقدام بستر توانمندسازی^۱ اجتماعی جامعه‌ی هدف را مهیا نمایند (ملکشاهی، ۱۳۹۱).

شناخت نیازهای اولیه، برگرفته از ویژگی‌های فردی و خانوادگی افراد بوده و می‌بایست به نحوی صورت پذیرد تا ضمن توجه به پایگاه اجتماعی و فرهنگی مراجع، امکان ارزیابی دقیق و منصفانه‌ای از جایگاه معیشتی و اجتماعی وی صورت پذیرد این شناخت زمینه ساز تعیین میزان و نوع مشکل مراجع بوده و به مددکار اجتماعی خانواده کمک می‌کند تا با دید و شناخت لازم نسبت به تعیین سطح نیاز متقاضی و تشخیص کمیت و کیفیت مشکل ضمن تمهید خدمات مؤثر زمینه‌ی اصلاح آسیب اجتماعی فرد و خانواده را فراهم نماید. بیمه اجتماعی می‌کوشد برخورداری از حداقل‌های مورد نیاز یک زندگی عزتمند را برای کشاورزان، روستائیان و عشایر فراهم کرده و ضمن تأمین نیازهای اساسی زندگی روزمره آنان، چشم‌اندازی امیدبخش از فردایی روشن پیش چشمان طبقات و گروه‌های مختلف این اقشار زحمتکش کشور بگستراند. در اجرای اهداف و جهت گیری‌های ناظر بر تغییر رویه حمایت‌های صندوق از روش ارائه خدمات حمایتی مستمر به خدمات حمایتی غیرمستمر با رویکرد بیمه‌های اجتماعی و ارتقای سطح رفاه و منزلت و عزت نفس خانوارهای جامعه هدف، لازم است نسبت به توسعه بیمه‌های اجتماعی به عنوان یک خدمت هدفمند و زماندار، توجه جدی شود. از طرف دیگر، امروزه در کنار افزایش طول عمر، عامل مهم دیگری مثل چگونگی زندگی کردن یا کیفیت زندگی مطرح است. داشتن زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی بشر بوده و هست. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را برداشت افراد از موقعیت شان در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی و نظام‌های ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند و مرتبط با اهداف، انتظارات، معیارها و علایق‌شان، تعریف کرده است (فیگیوایرا، جیانی و برس فورد^۲، ۲۰۱۲).

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربرمی‌گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سالم بودن، سطح رضایت مندی و وجود حس کلی خود ارزشمندی است (امیدی و همکاران، ۱۳۹۰).

امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش بسیار دارند. یکی از این مؤلفه‌ها از دید نهاد حمایتی صندوق بیمه اجتماعی، بهره مندی خانواده‌ها از بیمه‌های اجتماعی می‌باشد. لذا با عنایت به لزوم گسترش بیمه‌های اجتماعی در بین جامعه هدف و به منظور ترویج و تشویق به فرهنگ کار و تلاش از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه‌ها در بین آنان و رسیدن به یک خروجی پایدار، گامی مهم در جهت توانمند نمودن کشاورزان، روستائیان و عشایر برداشته شود. حال با توجه به مطالب ارائه شده، این سوال مطرح می‌شود که آیا بیمه اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت دارد؟

مبانی نظری

مفهوم کیفیت زندگی

کیفیت زندگی سازه‌ای است که از نیمه دوم قرن بیستم مورد توجه نظریه‌پردازان شاخه‌های مختلف علوم اجتماعی و مطالعات توسعه و مدیران و کارگزاران سیاست اجتماعی قرار گرفته است. این توجه تحت تأثیر بروز پیامدهای منفی حاصل از فرایند صنعتی شدن، سیاست‌های متمرکز بر رشد اقتصادی و تحول در رویکردهای نظری و سیاست‌های عملی توسعه بوده است (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

1. Empowerment

2. Figueira, Giani & Beresford

خاستگاه 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 کیرکگارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشته‌اند. آنچنان که جوناهاج (۱۹۹۴) از نظریه‌پردازان این حوزه با تأکید بر خصلت و هویت فردی و اجتماعی انسان و ارزش‌های فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی را به لحاظ فلسفی نتیجه سنتز میان مطلوبیت‌گرایی و اگزستانسیالیسم می‌داند و آمارتیا سن (۱۹۶۰). از منظر نقد قاعده «بیشترین فایده برای بیشترین افراد» که اساس نظریه مطلوبیت‌گرایی است، کیفیت زندگی را با قابلیت‌های کارکردی افراد مرتبط می‌داند و بر این باور است که بدون برخورداری از قابلیت‌هایی چون سلامت، روابط اجتماعی، عزت نفس و مشارکت در امور مختلف انسانی نمی‌تواند از مزایا و منافعی که قاعده مذکور، آن‌ها را بدیهی می‌شمارد، بهره‌مند شود (به نقل از غفاری و امید، ۱۳۸۸).

روان‌شناسان نیز بی‌توجه به سازه کیفیت زندگی نبوده‌اند آن چنان که مازلو^۱ (۱۹۶۰) در بحث پیرامون حالات درونی شخص به آن توجه کرده است. به نظر روان‌شناس اجتماعی ازکمپ بدون مقیاس‌های ذهنی برای سنجش بُعد شخصی زندگی نمی‌توانیم بگوییم که آیا کیفیت زندگی مردم بهبود یافته، کاهش یافته و یا ثابت مانده است (به نقل از ازکمپ^۲؛ ترجمه ماهر، ۱۳۶۹). آن چه بدیهی است آن که در علوم مختلف، بنا به ابعاد و ماهیت متفاوتی که این سازه دارد، تعابیر متفاوتی برای کیفیت زندگی بکار رفته است. به عنوان مثال اقتصاددانان مفهوم مطلوبیت را به جای کیفیت زندگی بکار می‌گیرند و یا روان‌شناسان از اصطلاحات رضایت‌مندی یا شادکامی استفاده می‌کنند.

با وجود این، به طور کلی می‌توان سه برش زمانی در بررسی مفهومی آن شناسایی کرد؛ تا دهه ۱۹۷۰ کیفیت زندگی اساساً معطوف به انگاره‌های مادی و پیامد رشد اقتصادی در نظر گرفته می‌شد. از دهه ۱۹۷۰ و در نتیجه ظهور آثار منفی حاصل از رشد اقتصادی از سوی و پیدایش نظریه توسعه پایدار از سوی دیگر، کیفیت زندگی ابعاد و پنداشتی اجتماعی‌تر پیدا کرد و مسایلی چون توزیع پیامدهای حاصل از رشد، حفظ منابع طبیعی و محیط زیست و... را در بر گرفت و به طور جدی به عنوان هدف اصلی توسعه وارد مباحث برنامه‌ریزی گردید و دهه ۱۹۹۰ نیز سرآغاز بحث از کیفیت زندگی اجتماعی با تأکید بر سازه‌های اجتماعی چون سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی، عدالت اجتماعی و... بود.

تعریف کیفیت زندگی

نوشته‌های مربوط به کیفیت زندگی نشان می‌دهد که در خصوص سازه‌ی کیفیت زندگی با تعدد تعاریف مواجهیم که این امر می‌تواند ناشی از سه عامل مختلف باشد، یکی چندبُعدی بودن این سازه، دیگری کاربرد آن در حوزه‌های حرفه‌ای متفاوتی چون پزشکی، روان‌شناسی، جغرافیای انسانی، مطالعات توسعه، اقتصاد، جامعه‌شناسی و در نهایت سطح تحلیل که می‌تواند مربوط به عاملان، فرآیندها، موقعیت‌ها و یا ساختارها باشد.

به تعبیر بالدوین، گودگری و پروپر^۳ (۱۹۹۴) سازه کیفیت زندگی تا اندازه‌ای مبهم است. از یک سو مفهوم کیفیت زندگی فردی به عنوان پنداشتی از چگونگی گذران زندگی فرد مطرح می‌شود و از بعدی کلی‌تر کیفیت موقعیت‌های زندگی حول یک عامل؛ موقعیت‌هایی نظیر محیط پیرامونی و یا فرهنگ در یک جامعه معین را شامل می‌شود. از منظری دیگر می‌توان کیفیت زندگی را در دو سطح خرد «فردی-ذهنی» و کلان «اجتماعی-عینی» تعریف کرد.

سطح خرد شاخص‌هایی نظیر ادراکات کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی را شامل می‌شود و سطح کلان شامل درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیط

1. Maslow

2. Eskamp

3. Baldwin, Godgrey & Propper

است. در رویکردی عملی کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم کلی تعریف می‌شود که تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی، نیازهای حیاتی، به علاوه جنبه‌های انتقالی زندگی نظیر توسعه فردی، خودشناسی و بهداشت اکوسیستم را پوشش می‌دهد. لیو^۱ (۱۹۷۶) سه رویکرد را در بررسی مفهوم کیفیت زندگی ارائه می‌دهد: ۱- تعریف کیفیت زندگی بر اساس عناصر تشکیل‌دهنده آن مانند شادکامی، رضایت‌مندی، ثروت، سبک زندگی و... ۲- تعریف کیفیت زندگی از طریق بکارگیری شاخص‌های عینی و ذهنی اجتماعی مانند تولید ناخالص داخلی، بهداشت، شاخص رفاه، شاخص آموزش و... ۳- تعریف کیفیت زندگی بر اساس تعیین متغیرها یا عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و توجه به زمینه‌ها و شرایطی که در آن، سطح کیفیت زندگی تعیین می‌شود.

کیفیت زندگی به مثابه رضایت از زندگی

در بخشی از نوشته‌ها کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم ذهنی مبتنی بر ارزش‌ها و تمایلات فردی در ارتباط با میزان رضایت‌مندی از زندگی در نظر گرفته شده است. به بیان دیگر «رضایت از زندگی» به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت زندگی مورد تأکید قرار می‌گیرد. در این خصوص چهار نوع رضایت از زندگی وجود دارد:

- ۱- رضایت ناشی از داشتن که متأثر از میزان برخورداری افراد از امکانات می‌باشد.
- ۲- رضایت ناشی از ارتباط که معطوف به روابط اجتماعی است.
- ۳- رضایت ناشی از بودن، پنداشت فرد نسبت به خویش و تعریف از کیستی خود که دلالت بر معناداری و کنترل بر زندگی خود در مقابل خودبیگانگی دارد.

- ۴- رضایت ناشی از اقدام و عمل که بیشتر معطوف به چگونگی زمان در اختیار در قالب اوقات فراغت می‌شود.
- کاتر^۲ (۱۹۸۵) نیز کیفیت زندگی را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌کند که نیازها، خواسته‌ها، ترجیحات سبک زندگی و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأثیر دارند، در بر می‌گیرد.

تعاریف مبتنی بر وجوه چندگانه

در دوره جدید با پرهیز و اجتناب از نگاه تقلیل‌گرایانه نسبت به سازه کیفیت زندگی، این سازه با توجه به ابعاد سه گانه ذهنی، عینی و محیطی مورد بررسی نظری و تجربی قرار گرفته است. به نظر مالمن^۳ (۱۹۷۷) کیفیت زندگی مفهومی ناظر به افراد است ولی همچون انتظارات از طریق تعامل پویای بین فرد مفروض، جامعه و محل سکونت او تعیین می‌شود. در نظر دیوان^۴ کیفیت زندگی به عنوان حالتی در نظر گرفته می‌شود که فرد در آن نسبت به خودش، طبیعت و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، احساس آرامش درونی دارد (دیوان، ۲۰۰۰).

دیوان دو عامل را در ایجاد این حالت مؤثر می‌داند؛ یکی داشتن هدف در زندگی و دیگری برخورداری از روابط مناسب با دیگران. در این خصوص وی بر این باور است که «رابطه»، عمده‌ترین منبع ثروت آدمی محسوب می‌شود. تستا^۵ و سیمونسون^۶ (۱۹۹۶) نیز کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند و آن را معطوف به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک فرد می‌دانند.

علاوه بر بررسی کیفیت زندگی به صورت مفهومی ذهنی، ممکن است این مفهوم به منظور مشاهده اثرات تغییرات و سیاست‌گذاری‌ها و اندازه و اهمیت آن، به طور عینی در نظر گرفته شود. به عنوان مثال میلز (۱۹۸۵) نشان می‌دهد که اصطلاح کیفیت

1. Liu

2. Cutter

3. Mallman

4. Diwan

5. Testa

6. Simonson

زندگی معمولاً یا به عنوان برآوردهای ذهنی رضایت‌مندی و بهزیستی توصیف می‌شود و یا به عنوان مجموعه‌ای از ستانده‌های اقتصادی و اجتماعی که توسط افراد یا گروه‌ها بدست آمده است.

اما نوع سومی از کیفیت زندگی را می‌توان مورد توجه قرار داد که در آن کیفیت زندگی به عنوان مفهومی عینی و ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد و نه صرفاً بر ستانده‌های اقتصادی و اجتماعی، بلکه بر دستاوردهای^۱ سیاست‌ها و تأثیری که افراد از آن می‌پذیرند، تمرکز می‌یابد. به عنوان مثال در همایش اسکاپ (۱۹۸۸) رویکردی رفاهی اتخاذ گردیده است که کیفیت زندگی را معادل با ریشه کنی فقر و بهبود استانداردهای زندگی می‌داند. هم‌چنین در چارچوب تحلیل سیستمی، کیفیت زندگی به عنوان یک رهیافت، بر توانمندی افراد برای ارتقاء قابلیت‌هایشان در رفع محدودیت‌ها جهت دستیابی به اهداف سیستماتیک اشاره دارد.

در این رویکرد انسان، محور اصلی توسعه قرار می‌گیرد و پرسش در مورد کیفیت زندگی، می‌بایست به نیازهای افراد و ارضای آن‌ها توجه داشته باشد. نکته مهمی که مطرح می‌شود این است که افراد بشر دارای تنوع زیادی هستند و خلایق‌های فرهنگی و رضایت‌مندی آن‌ها را هرگز نمی‌توان از اهداف و وسایلی که امکان نظم اجتماعی را فراهم می‌سازد، جدا نمود. توجه تام به کیفیت محیط زندگی از اهم موضوعات است، زیرا هم تعیین‌کننده شرایط عینی و هم ارضای ذهنی افراد است (قاسمی، ۱۳۸۹).

از این رو، هر تعریفی از کیفیت زندگی می‌بایست بر سه معیار مبتنی باشد: ۱- مسایل فرهنگی؛ ۲- مبانی علمی و ۳- توجه به بهره‌برداری از محیط زیست و بهبود شرایط محیط زیست. به طور کلی کاربرد اصطلاح کیفیت زندگی، به طور خاص در حوزه سیاست‌گذاری‌های اقتصادی و اجتماعی به اواخر دهه ۱۹۶۰ در حوزه سیاست‌گذاری‌های اقتصادی و اجتماعی به اواخر دهه ۱۹۶۰ باز می‌گردد. گرایش به این مفهوم و سنجش آن در پاسخ به شرایط اجتماعی مربوط به تغییرات رفاه ملی، فراسوی سنجش‌های اقتصادی بود. شرایط اجتماعی حاصل از تحولات اقتصادی که بر مؤلفه‌های مرتبط با کیفیت زندگی انسان نظیر سلامتی، فرصت‌های برابر برای افراد، ریشه کنی فقر و تبعیض، تأمین سالمندان، توزیع عادلانه درآمدها، سکونت شهری، حمل و نقل و مسائل مربوط به آلودگی هوا تأثیر می‌گذارد.

هنگامی که کیفیت زندگی یک فرد در سطح جامعه در نظر گرفته می‌شود، این مفهوم به شرایط اجتماعی و محیطی موجود مانند فعالیت اقتصادی، شرایط اقلیمی و نهادهای فرهنگی پیوند می‌خورد. در این راستا در سال ۱۹۹۴ در دانشگاه تورنتو کانادا واحد تحقیق پیرامون کیفیت زندگی تأسیس شد و در خصوص ارزیابی کیفیت زندگی با محوریت «سلامت» فعالیت‌هایی را انجام داد. بر اساس مطالعات این واحد کیفیت زندگی وضعیتی است که یک فرد از امکانات مهم موجود در زندگیش برخوردار شده و لذت می‌برد. این امکانات از فرصت‌ها و محدودیت‌های هر فرد زندگی ناشی می‌شود و در تعامل عوامل فردی و محیطی منعکس می‌شود. در این دیدگاه مفاهیمی چون «بودن»^۲، «تعلق داشتن»^۳ و «تحقق یافتن»^۴ مطرح می‌شود و چگونگی تحقق این مفهوم و میزان آن، گویای سطح کیفیت زندگی خواهد بود (اکبر زاده، ۱۳۹۰).

فرانس^۵ (۱۹۹۶) با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در ارتباط با کیفیت زندگی، به لحاظ مفهومی کاربرد این اصطلاح را در شش حوزه ۱- زندگی عادی ۲- مطلوبیت اجتماعی ۳- شادکامی ۴- رضایت از زندگی ۵- دستیابی به اهداف شخصی و ۶- استعدادهای ذاتی شناسایی و دسته‌بندی می‌کند که در جدول شماره ۱ این حوزه‌ها به همراه عناصر مؤثر مربوط به هر کدام آورده شده است.

۱. Out comes

۲. Being

۳. Belonging

۴. Becoming

۵. Ferrans

جدول شماره ۱: حوزه‌های مختلف بکارگیری مفهوم کیفیت زندگی بر اساس مطالعه فرانس (۱۹۹۶)

حوزه کاربرد مفهوم	عناصر مؤثر در مفهوم سازی
زندگی عادی	توان تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامتی/ تمرکز بر توانایی‌های کارکردی
مطلوبیت اجتماعی	توانایی فرد به منظور ایجاد یک زندگی مفید اجتماعی/ ایفای نقش مؤثر در جامعه/ برخورداری از موقعیت مناسب شغلی
شادکامی	تعامل میان احساس هیجان و افسردگی/ متأثر از عوامل درونی و بیرونی/ موقتی و کوتاه مدت
رضایت از زندگی	ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود/ معطوف به توانایی‌های شخص / رضایت‌مندی در زمینه‌های مختلفی چون عشق، ازدواج، روابط دوستانه، اوقات فراغت، شغل و...
دستیابی به اهداف شخصی	توان فرد در دستیابی به اهداف/ رضایت شخصی، خودباوری و رضایت‌مندی در هنگام مقایسه خود با دیگران/ حداقل شکاف میان موقعیت واقعی و انتظارات فرد
استعدادهای ذاتی	توانایی‌ها و استعدادهای فیزیکی و ذهنی بالفعل و بالقوه فرد (به طور فطری)

موری^۱ (۱۹۹۸) با رویکردی تلفیقی، چهار مجموعه شرایط را برای بهبودی کیفیت زندگی مؤثر می‌داند؛ منابع مادی، امنیت، عزت نفس و خشنودی و در هر زمینه یک سطح آستانه را پیش‌بینی می‌کند که در آن سطح شادکامی فرد تحقق می‌یابد. او عدالت و آزادی را به عنوان پیش نیازهای این شرایط فرض می‌کند و بر این نظر است که کیفیت زندگی در صورتی بهبود می‌یابد که:

- ۱- منابع مادی پایه‌ای در دسترس باشند.
 - ۲- قدرت سیاسی برای اجرا و تقویت استانداردهای جمعی وجود داشته باشد.
 - ۳- محیطی فراهم باشد که در آن افراد بتوانند مسئولیت کارهایشان را بپذیرند و اعتماد به نفس خود را بهبود بخشند.
 - ۴- افراد بتوانند استقلال و توانمندی لازم برای خشنودی انسانی را تجربه کنند (موری، ۱۹۹۸).
- دیوید فیلیپس^۲ نیز کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی مورد بررسی قرار می‌دهد که در سطح فردی مؤلفه‌های عینی و ذهنی را شامل می‌شود. لازمه کیفیت زندگی در بعد عینی؛ تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در:
- ۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت جویی، رضایت‌مندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی.
 - ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی.
 - ۳- مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی مربوط می‌شود.
- کیفیت زندگی در بعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه‌ها و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند شامل انسجام مدنی، هم‌کوشی و یک‌پارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد.
- فریدمن^۳ (۱۹۹۷) نیز تعیین یک استراتژی علمی کلان برای بهبود کیفیت زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد. او مقالات و تحقیقات مختلف علمی پیرامون ارتقاء استاندارد زندگی افراد و اصول اساسی بهبود کیفیت زندگی را با تأکید بر میزان گستره و انتشار آن‌ها مورد تحقیق قرار داد و به طور گسترده سه رویکرد الهیاتی^۴، فلسفی^۵ و انسانی^۶ را در راستای فهم و تفسیر و تبیین کیفیت زندگی شناسایی کرد.

1. Murray
 2. David H Phillips
 3. Friedman
 4. Theological
 5. Philosophical
 6. Humanistic

در تحلیل نهایی، کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تأمین و ارضای نیازهای زیست‌شناختی و انسانی و یکپارچه سازی مردم در عرصه‌ها و موقعیت‌های اجتماعی شده تعریف می‌شود که با تعیین قواعد تجربی نیازهای بشری مرتبط است (اکبرزاده، ۱۳۹۰).

رویکرد عاملیتی و کیفیت زندگی

اندیشمندان علوم اجتماعی برای توصیف و تبیین واقعیت‌های اجتماعی رویکردهای متفاوتی را اختیار نموده‌اند که یکی از این رویکردها، رویکرد عاملیتی می‌باشد. رویکرد عاملیتی مبتنی بر فردگرایی روش‌شناختی است و جامعه را نه به عنوان یک کلیت بلکه به عنوان جمع جبری افراد جامعه مورد توجه قرار می‌دهد. این نوع تبیین هر چند می‌پذیرد که عوامل فرا فردی برای تبیین مفید هستند اما این عوامل را همچنان به زمینه‌های فردی فرو می‌کاهد و بر نقش کنش‌گری فرد در شکل دهی به فرایندها تأکید دارد. این رویکرد در بحث از کیفیت زندگی برای عاملیت انسانی نقش محوری را لحاظ نموده و بر این باور است که کیفیت زندگی بیشتر ناظر بر ذهنیات، قابلیت‌ها و توانمندی‌های افراد است تا شرایط ساختاری اجتماعی یا محیط پیرامونی. با توجه به فضای مفهومی، نظری، بینشی و روش‌شناختی رویکرد عاملیتی چهار رویکرد عاملیتی را در مواجهه با کیفیت زندگی می‌توان شناسایی کرد که عبارتند از مطلوبیت‌گرایی، ارزش‌های عام، رویکردهای نیازمحور و رویکرد قابلیت که به بررسی هر کدام از آن‌ها پرداخته می‌شود (غفاری و ابراهیمی‌لویه، ۱۳۸۴).

۱- رویکرد مطلوبیت‌گرایی^۱

نظریه مطلوبیت‌گرایی^۲ در طول قرن هجده‌ی میلادی به عنوان یک نظریه اخلاقی مورد توجه قرار گرفت. در اواخر این قرن، «جرمی بنتام»^۳ فیلسوف و حقوق‌دان انگلیسی، در مهم‌ترین اثرش با عنوان «اصول قانون‌گذاری و اخلاق»، تلاش نمود تا این نظریه را روشن و جامع تدوین نماید و در حوزه‌هایی چون حقوق و اقتصاد به کار گیرد.

این نظریه به طور خلاصه بر این اصل استوار است که از میان امکانات و گزینه‌های مختلفی که در هر زمینه‌ای در برابر ما وجود دارد، باید آن امکانی را برگزینیم که بیشترین لذت را برای بیشترین تعداد افراد ایجاد کند. بنتام (۱۹۷۰) بر این باور بود که جستجوی لذت و دوری از درد، تنها غایت آدمی است و اصل مطلوبیت^۴ عبارت از آن است که در هر استدلالی، اساس کار ما محاسبه و مقایسه دردها و لذت‌ها باشد و هیچ اندیشه دیگری را در استدلال خود دخالت ندهیم. در این راستا در امر قانون‌گذاری نیز اصل سودمندی باید اصل راهنما باشد. از این رو در این دیدگاه علم قانون‌گذاری به تشخیص و تعیین آن چیزی می‌پردازد که خیر جامعه را تأمین کند؛ بنابراین لازم است تا قانون‌گذار ارزش هر یک از دردها و لذت‌ها را که ابزار کار او هستند به دقت بداند و پیرامون عمق و قدرت آن‌ها مطالعه کند.

بررسی ارزش یک لذت با توجه به خود آن لذت و ارتباط آن با فردی معین به چهار عامل مختلف «شدت»، «مدت»، «قطعیت» و «نزدیکی» لذت بستگی دارد؛ اما باید در نظر داشت که دردها و لذت‌ها ممکن است پیامدهایی در قالب دردها و لذت‌های دیگر را به همراه داشته باشند. در ارزیابی هر عمل از بعد لذت آفرینی آن می‌بایست به دو عامل «قابلیت بارآوری» و «خلوص» آن عمل نیز توجه داشت. لذت بارآور، لذتی است که بتواند لذت‌های دیگری از نوع خود را نتیجه دهد و لذت خالص، لذتی است که امکان تولید درد را ندارد. در محاسبه و بررسی لذت برای عده‌ای از افراد، عامل «دامنه» نیز لحاظ می‌گردد، بدین معنا که چه تعدادی از اشخاص ممکن است بر حسب مورد، تحت تأثیر لذت یا دردی معین قرار گیرند (بنتام، ۱۹۷۰).

به طور کلی بنتام استدلال می‌کند که «اعمال افراد به منظور کسب لذت یا سعادت به هر شکل، دلخواه است و هیچ شخص دیگری قادر نیست که درباره کیفیت یا درجه سعادت آن داوری نماید. اگر هر فرد، تنها داور آن چیزی باشد که به او لذت می‌دهد، در این

^۱. Utilitarian approach

^۲. این نظریه تحت عناوین فایده‌گرایی، «سودگرایی» و «لذت‌باوری» نیز شناخته می‌شود

^۳. Jeremy Bentham

^۴. Principle of utility

صورت فقط خود فرد می تواند تعیین کند که عمل درست به لحاظ اخلاقی چه می تواند باشد...» (هی وود؛ ترجمه رفیعی مهرآبادی، ۱۳۷۹).

اما «جان استوارت میل»^۱ در راستای اصلاح نظر بنتام، قائل به دسته بندی لذات به «پست»^۲ و «برتر»^۳ است. وی مایل بود برتری آن لذاتی را افزون کند که موجب حساسیت های فکری، اخلاقی، یا زیباشناسی می شود. بنتام بر این باور بود که اصل سودمندی مورد نظر او سه ویژگی اساسی دارد: ۱- روشن و دقیق است. ۲- گزارشی منحصر به فرد و کافی از انگیزه آدمی به دست می دهد و ۳- از طریق یک ارزیابی اخلاقی قابل اعمال می باشد؛ اما این نظریه بر اساس همین سه ویژگی مورد نقد قرار می گیرد. جان استوارت میل معتقد است که نظریه بنتام، مبهم، نارسا و کاربرد ناپذیر است (میل، ۱۹۹۸).

بنتام بر این پا می فشارد که بالاترین درجه خوشبختی برای بیشترین [تعداد] افراد فراهم شود... و بر این باور است که در هر مورد معینی تنها یک راه وجود دارد که راه درست است و ما باید در عمل از آن پیروی کنیم، حال آن که اصل ایجاد بالاترین درجه خوشبختی و اصل خدمت به بیشترین تعداد افراد در اغلب موارد با یکدیگر تضاد دارند. هم چنین بر خلاف تصور بنتام، چنین نیست که ما همگی بر اساس انگیزه های واحد یعنی میل به لذت، عمل کنیم و... تمامی مسأله رفتار انسان فقط مسأله تعیین این امر باشد که چه چیزهایی بیشترین لذت را به انسان می بخشند (بنتام، ۱۹۷۰).

مثلاً یکی از ویژگی های اندیشه بنتام این است که وظیفه و سود انسان را یکی می داند، یعنی مدعی است که ما فقط یک وظیفه داریم و آن جستجوی بالاترین لذت ممکن است... و از آنجا که بنتام ذهنش را فقط بر روی کلمه «لذت» متمرکز کرده است، حقیقت کیفیت انگیزه انسانی از نظر وی پنهان مانده است... او تصور می کند که چیزی به نام «لذت» به صورت یک شیء ملموس و محسوس وجود دارد که می توان به آن افزود و یا از آن کاست... این در حالی است که خشنودی های بسیار متعدد [به لحاظ کیفی] مختلفی وجود دارد که هر یک کلاً از شیء یا فعالیتی که حامل آن است، متأثر می شود.

بنتام «هم چنین» هیچ گونه ترازویی برای سنجش عوامل مختلف در مقابل یکدیگر به دست نمی دهد و از همین رو کاربرد ناپذیر است. عنوان کردن این موضوع که ما باید «شدت» و «طول مدت» را در نظر بگیریم، کاملاً بجاست... ولی فرض کنیم که لذت ها هم از لحاظ شدت و هم از لحاظ طول مدت، متفاوت باشند، آنگاه چه باید کرد؟ (جونز؛ ترجمه رامین، ۱۳۸۳).

بر اساس نظریه بنتام آدمیان به عنوان افرادی محصور در خود و مستقل از یکدیگر و محیط خویش پنداشته می شوند و جامعه نیز به صورت مجموعه ای از افراد منفرد در نظر گرفته می شود و از این رو مطلوبیت جامعه نیز به شکل جمع جبری مطلوبیت یکایک افراد مورد محاسبه قرار می گیرد. سن (ترجمه محمودی، ۱۳۸۲)، به عنوان یکی از منتقدان مطلوبیت-گرایی، این دیدگاه را به مثابه اصلی اخلاقی و به منزله ترکیبی از سه اصل ابتدایی تر در نظر می گیرد که عبارتند از: ۱- رفاه گرایی که بر این فرض استوار است که خوب بودن وضعیت موجود صرفاً تابع اطلاعات مربوط به فایده «مطلوبیت» در مورد آن وضعیت می باشد. ۲- رتبه بندی کلی که فرض اش آن است که اطلاعات مربوط به فایده در مورد هر وضعیتی، صرفاً بر اساس جمع کل فایده هایی که آن وضعیت دارد، بدون توجه به نحوه توزیع آن در میان افراد قابل ارزیابی است. ۳- پیامد گرایی که مستلزم آن است تا هر گزینشی «در کنش ها، نهادها، انگیزه ها، قواعد، سیاست گذاری ها» سرانجام توسط کیفیت وضعیتی هایی که متعاقب آن گزینش حاصل می شود، تعیین گردد؛ به عبارت دیگر داوری درباره تمام گزینش ها بر اساس پیامد و نتایجی که به وجود می آورند، صورت می گیرد و این از امتیازات مطلوبیت گرایی در بحث از کیفیت زندگی محسوب می شود (بنتام، ۱۹۷۰).

هی وود (ترجمه رفیعی مهرآبادی، ۱۳۷۹) انواع نظریه های مطلوبیت گرایی را در چهار دسته تقسیم بندی می کند:

1. John Stuart Mill

2. Lower

3. higher

۱- مطلوبیت‌گرایی کلاسیک که سودمندگرایی عمل است. بدین معنا که عملی را درست می‌داند که نتایج آن دست کم به اندازه هر عمل دیگری لذت بیشتری را به وجود آورد.

۲- مطلوبیت‌گرایی مبتنی بر قاعده^۱، قاعده یا عملی را درست می‌داند که با قاعده‌ای که اگر همه از آن پیروی کنند، نتایج خوبی به بار خواهد آورد، سازگار باشد. لذا «ما باید همیشه قواعد را با این سؤال که کدام قاعده بیشترین خیر عمومی را برای هر کسی فراهم می‌کند، تعیین کنیم» (فرانکنا؛ ترجمه صادقی، ۱۳۸۳) نه بر این اساس که کدام عمل بیشترین سود را به همراه دارد.

۳- مطلوبیت‌گرایی تعمیم‌ساز که درستی عمل را نه بر حسب نتایج خاص آن بلکه بر پایه آن که عمل به طور همه شمول انجام شده است، درست می‌داند.

۴- سودمندی انگیزه‌ای که بر نیت‌های بازیگر و نه بر نتایج هر عمل تأکید می‌کند.

بدیهی است که نظریه مطلوبیت‌گرایی به جای تحمیل ارزش‌های جامعه، به هر فردی اجازه می‌دهد تا انتخاب‌های اخلاقی خاص خود را به عمل آورد، به طوری که هر فردی می‌تواند چیزی را که لذت بخش یا دردآور است تعیین نماید و لذا به لحاظ فلسفی مطلوبیت‌گرایی بر نگاهی بسیار فردگرایانه از طبع بشر که غیر اجتماعی و غیر تاریخی است، استوار می‌باشد (هی‌وود؛ ترجمه رفیعی مهرآبادی، ۱۳۷۹).

وقتی به کیفیت زندگی از منظر مطلوبیت‌گرایی توجه می‌شود، دو بعد نظری و تجربی «عملی» مطلوبیت‌گرایی از اهمیت اساسی برخوردارند؛ بُعد نظری که مفاهیم مربوط به ارزش‌ها و خواست‌ها را دربر می‌گیرد و بُعد تجربی که به سنجش و اندازه‌گیری مطلوبیت مربوط می‌شود. به لحاظ نظری این سؤال مطرح است که آیا لذت یا شادکامی مدنظر مطلوبیت‌گرایی همواره معادل با کیفیت زندگی است؟

در بحث از سنجش، این دیدگاه قائل به اندازه‌گیری و مقایسه ذهنیت بین افراد نسبت به فایده‌مندی بود اما در نتیجه انتقادات اثبات‌گرایان^۲ مبنی بر بی‌معنا بودن مقایسه ذهنیت افراد، تعدیل‌هایی در مطلوبیت‌گرایی به وجود آمد و مصرف حاصل از درآمد واقعی به عنوان عامل اصلی در ارزیابی کیفیت زندگی به کار گرفته شد؛ مصرفی که بر اساس انتخاب منطقی و لذت‌خواهانه فرد شکل می‌گیرد. به بیان دیگر شادکامی عبارت از دسترسی فرد به هر آن چه که می‌خواهد، از طریق حق انتخاب جهت خرید و مصرف خدمات و کالاهای معین می‌باشد.

اما جان استوارت میل (۱۹۹۸) استنباط می‌کند که انتخاب فرد در زمینه مصرف، بیشتر به وسیله انتظارات بین شخصی «نسبی» و هنجارهای اجتماعی مقید می‌شود تا به وسیله منطق و لذت. از این رو به علت نارسایی شاخص درآمد یا سرانه تولید ناخالص ملی که مبتنی بر فرضیات مطلوبیت‌گرایی و حداکثر کردن آن در اقتصاد نئوکلاسیک هستند، رویکردهای جایگزینی مطرح شدند که نه به درآمد بلکه به طور مستقیم با کالاها و خدمات در ارتباط‌اند و تحت عنوان رویکردهای نیازمحور مطرح شده‌اند.

۲- رویکرد ارزش‌های عام

در رویکردهای مبتنی بر خواسته‌های واقعی «مانند مطلوبیت‌گرایی»، بر این نکته تأکید می‌شود که مردم چه احساسی دارند، خواسته‌هایشان چیست و چه می‌کنند، اما این رویکرد نه بر خواست‌ها و آرزوهای واقعی مردم بلکه بر این امر تأکید دارد که در صورتی که مردم در شرایط کاملاً آگاهانه قرار گیرند، چه علایقی خواهند داشت؟ مسأله‌ای که در اینجا مطرح است این که به هر حال خواست‌های واقعی را می‌توان از طریق پرسش از مردم و یا مشاهده رفتار آنان شناسایی کرد اما خواست‌های آگاهانه به آسانی قابل شناخت نیستند. «لذا به منظور تعیین چارچوبی جهت شناسایی مجموعه‌ای از این گونه خواست‌ها از طریق شناسایی نمونه‌های تجربی، می‌بایست شیوه‌ای خاص بر اساس یک چارچوب تئوریک استقرایی و اثبات‌گرایانه، ایجاد شود» (فیلیپس^۳، ۲۰۰۶).

1. Ruel utilitarianism

2. Positivist

3. Phillips

ارزش‌های عام به این امر توجه دارند که چه چیزی زندگی شخص را برای او ارزشمند می‌کند. این‌ها ارزش‌هایی هستند که موجب بهبود کیفیت زندگی هر انسانی می‌شوند و مبتنی بر مفهومی از کیفیت زندگی هستند که بر طبیعت بشر استوار است. این ارزش‌ها این امکان را فراهم می‌سازند که زندگی خوب چگونه است و چگونه می‌تواند بهتر شود و به دو دسته هسته‌ای و غیر هسته‌ای دسته‌بندی می‌شوند؛ ارزش‌های هسته‌ای که اساس مطلوبیت را نیز تشکیل می‌دهند عبارتند از لذت جویی و اجتناب از درد که فقدان هر کدام، زندگی انسان را تحت تأکید قرار می‌دهد. سایر ارزش‌های عام و سنجیده، غیرهسته‌ای هستند و ارزش‌هایی که به زندگی انسان هدف و جهت می‌دهند، موفقیت و مهارت و... را شامل می‌شود. تفاوت این دو دسته از ارزش‌ها هم مهم است و هم مبهم. گریفین^۱ (۱۹۸۶) مجموعه این ارزش‌ها را این گونه اولویت‌بندی می‌کند:

(الف) مهارت و موفقیت

(ب) عناصر خاص وجودی انسان: عاملیت، خودمختاری، آزادی، قابلیت‌های اساسی.

(ج) شناخت شامل خودشناسی، رهایی از آشفتگی، جهل و خطا و شناخت جهان پیرامون.

(د) لذت

(ه) روابط عمیق شخصی

قرلباش^۲ (۱۹۹۸) این ارزش‌ها را به صورت انضمامی و عینی‌تر شناسایی می‌کند و به طرح آن‌ها در قالب موارد زیر پرداخته است:

(الف) حداقل سطح غذا، بهداشت، سرپناه و امنیت.

(ب) سطح معینی از تحصیلات.

(ج) سطح معینی از عزت نفس.

(د) لذت جویی.

(ر) خودمختاری و آزادی اراده «آزادی مثبت»^۳.

(ز) آزادی منفی^۴.

(ط) شناخت.

(هـ) روابط مناسب به دیگران و مشارکت در زندگی اجتماعی.

(ی) موفقیت و مهارت (به نقل از فلیپس، ۲۰۰۶).

این ارزش‌ها در بین افراد متفاوتند و به تعبیری از دو جنبه متکثراند؛ یکی از جنبه برداشت‌های متنوعی که افراد مختلف از کیفیت بالای زندگی و یا زندگی خوب دارند و دیگری از جنبه اهمیت وزنی متفاوتی که هر کدام از این ارزش‌ها ممکن است برای افراد داشته باشد (علی رغم یکسان بودن مجموعه ارزش‌ها). این تکثر مهم‌ترین تفاوت میان رویکرد ارزش‌های عام با رویکرد مطلوبیت‌گرایی است چرا مطلوبیت‌گرایی اساساً هم در اصول و هم در سنجه مادی‌اش «درآمد» تک‌گراست و می‌تواند در قالب تولدی ناخالص داخلی برای مقایسه بین کشورها مورد استفاده قرار گیرد؛ اما با تکثر موجود در رویکرد ارزش‌های عام، آیا می‌توان رویه واحدی را برای رتبه‌بندی افراد یا جوامع بر اساس کیفیت زندگی در نظر گرفت؟

«در این مورد قزلباش (۱۹۹۸) مجموعه شاخص‌هایی را برای مقایسه بین کشورهای در حال توسعه ارائه می‌دهد که عبارتند از: سرانه مصرف «به عنوان شاخصی برای ارزش لذت جویی»، امید به زندگی در هنگام تولد و نرخ مرگ و میر کودکان به جنبه‌های متفاوتی نظیر حداقل سطح تغذیه، سلامتی، امانات بهداشتی، سرپناه، استراحت و امنیت و همچنین به ویژگی‌های جسمی و فکری اشاره دارد،

1. Griffin

2. Qizibash

3. Positive freedom

4. Negative freedom

نرخ باسوادی بزرگسالان، شاخص حقوق سیاسی و شاخص حقوق مدنی «به جنبه‌های آزادی مثبت و منفی اشاره دارند» و داده‌های مربوط به اشتغال و بیکاری که می‌تواند به عنوان شاخص‌های مهارت و موفقیت به کار گرفته شود» (به نقل از فیلیپس، ۲۰۰۶). با جایگزینی علایق آگاهانه به جای علایق واقعی، مسیری برای انتقال از رویکرد مطلوبیت‌گرایی به عنوان رویکردی تک بعدی، فردگرایانه و جزئی‌نگر و درون ذهنی جهت مفهوم سازی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی فراهم گردید؛ اما این جایگزینی استقلال و یا احساس خودمختاری فرد را کاهش می‌دهد. گریفین (۱۹۸۶) نیز این امر را می‌پذیرد اما بر این باور است که اگر چه آزادی عمل و خودمختاری فرد مهم است اما نباید برای آن نسبت به دیگر ارزش‌های اساسی امتیاز ویژه‌ای قائل شد.

مسئله مورد اشاره گریفین از محوری‌ترین اصول در عملیاتی کردن رویکردهای غیرمطلوبیت‌گرا به کیفیت زندگی محسوب می‌شود. مهم‌ترین نقطه قوت این رویکرد، ارایه مناسب ارزش‌های مرتبط با کیفیت زندگی است؛ تصویری که در رویکرد مطلوبیت‌گرایی وجود ندارد. به بیان دیگر فهرستی از ارزش‌های سنجیده، نمایی کلی از عوامل شکل‌دهنده کیفیت زندگی را به ما نشان می‌دهد؛ اما آن گونه که فیلیپس (۲۰۰۶) نشان دهد این رویکرد دارای نوعی ناسازگاری و عدم انسجام درونی است که عمدتاً ناشی از متکثر بودن ارزش‌ها و فقدان معیاری روشن برای اولویت‌بندی آن‌ها می‌باشد.

در این راستا، قزلباش (۱۹۹۸) سه سطح را در رتبه‌بندی ارزش‌های عام و مطلوب مطرح می‌کند؛ ارزش‌های هسته‌ای شامل لذت و اجتناب از درد، روابط شخصی عمیق، عشق و روابط خاص با دیگران که به ارزش‌های هسته‌ای نزدیکند و سایر ارزش‌هایی که فاصله بیشتری از آن‌ها دارند؛ اما آیا این بدان معناست که مثلاً لذت جویی نسبت به روابط شخصی و یا ارزش‌هایی مانند آزادی و مهارت تأثیر بسیار بیشتری بر کیفیت زندگی افراد دارد؟ از دیگر ایرادات وارد بر این رویکرد آن است که هیچ معیاری از چگونگی ارزیابی کیفیت و یا چگونگی انجام گزینش‌های ممکن از میان این ارزش‌ها ارائه نمی‌دهد (به نقل از فیلیپس، ۲۰۰۶).

۳- رویکردهای نیاز محور^۱

این رویکرد در حوزه مطالعات توسعه و کیفیت زندگی بسیار رایج است و با بحث از نیازهای اساسی^۲ آغاز می‌شود. بر خلاف رویکردهای ارزش‌های عام و سنجیده که با ارزش‌های انتزاعی سروکار داشت، رویکردهای نیازمحور با امور واقعی در ارتباطند. به طور کلی می‌توان ذیل این رویکرد، سه رویکرد متفاوت را شناسایی کرد.

۳-۱ رویکرد نیازهای اساسی

رویکرد نیازهای اساسی هم به لحاظ مفهومی و هم به لحاظ سنجش و اندازه‌گیری با رویکرد مطلوبیت‌گرایی نیز تفاوت‌هایی بنیادین دارد. تفاوت این دو رویکرد از بُعد مفهومی به تمایز میان علایق و نیازها مربوط می‌شود و به لحاظ سنجش، در حالیکه در مطلوبیت‌گرایی درآمد معیار عمل قرار می‌گیرد، در رویکرد نیازهای اساسی درآمد ضرورت مطلق کیفیت زندگی نیست چرا که در بسیاری از جوامع به دلیل وجود نابرابری بالا، ممکن است علی‌رغم برخورداری جامعه از میانگین درآمد بالا، بسیاری از افراد توان تأمین نیازهای خود را نداشته باشند. این رویکرد از چارچوب مفهومی ساده‌ای برخوردار است و پایه مشخصی را برای حد معینی از استانداردهای قابل قبول زندگی ارائه می‌دهد، مشخصه‌ای که رویکردهای مطلوبیت‌گرایی و ارزش‌های عام فاقد آن هستند.

باور اصلی این رویکرد آن است که هر کسی حق برخورداری از یک زندگی مناسب حداقلی را دارد و این هدف می‌بایست نسبت به سایر اهداف اولویت داشته باشد؛ بهره‌مندی از نیازهای اساسی شناخته شده‌ای مانند تغذیه، خدمات بهداشتی، خدمات آموزشی و سرپناه که پیش نیازهای سایر جنبه‌های زندگی هستند. این رویکرد بر اساس همین اصل اخلاقی، «یک فلسفه سیاسی را برای جوامع فقیر ارائه می‌دهد که مبتنی بر دخالت دولت در توزیع درآمد و الگوی مناسب مصرف می‌باشد» (میل، ۱۹۹۸).

شاخص‌های آماری در این سطح حداقلی شامل امید به زندگی؛ سوء تغذیه در میان کودکان و آموزش می‌باشد. در اینجا نیز همچون بحث از رویکرد ارزش‌های عام این سؤال مطرح می‌شود که آیا این شاخص‌ها هم وزن‌اند؟ به عنوان مثال آیا بودن امید به زندگی

1. Need-Based Approaches

2. Basic Needs

در سنی معین مهم تر از سواد است؟ این امر به دلیل فقدان مکانیزم ساده و معینی برای مقایسه اهمیت نسبی این نیازهاست، مقایسه‌ای که در رویکرد مطلوبیت‌گرایی بوسیله پول و توسط دست‌نمایی بازار انجام می‌پذیرد.

به باور گریفین (۱۹۸۶) این رویکرد، رویکرد جامعی نیست و در حالی که رویکرد ارزش‌های عام، همه ابعاد وجودی انسان، از بقا تا ارزش‌های والا را پوشش می‌دهد، رویکرد نیازهای اساسی تنها بر بُعد بقا تأکید دارد. از این رو می‌توان این رویکرد را زیر مجموعه رویکرد ارزش‌های عام در نظر گرفت که بیشتر بر کالاها و خدمات تمرکز دارد تا بر روی کیفیت زندگی انسانی. در این رویکرد هم‌چنین تفاوت و تنوع در ویژگی‌های افراد نیز نادیده گرفته می‌شود.

این رویکرد برای سنجش کیفیت زندگی اولیه در کشورهای با محرومیت بالا قابل استفاده است اما ابزار تبیینی مناسبی برای بررسی کیفیت زندگی در کشورهای ثروتمند و یا کشورهای در حال توسعه‌ی برخوردار از سطح حداقلی زندگی نیست و در صورتی که کیفیت زندگی در سطحی فراتر از نیازهای اولیه مورد نظر باشد، اساساً این رویکرد نمی‌تواند در این بحث به کار گرفته شود (گریفین، ۱۹۸۶).

۳-۲ رویکرد توسعه انسانی^۱

این رویکرد در ابتدا از سوی دفتر توسعه سازمان ملل^۲ بکار گرفته شد. «رویکرد توسعه انسانی در هسته اولیه خود بر این نکته تأکید داشت که اندیشه‌ها و رویکردهای توسعه بیش از آن که اقتصاد کلان رамحور توسعه قرار دهند، می‌بایست رفاه افراد را به عنوان هدف غایی در نظر گیرند» (باجپایی؛ ترجمه شیبانی، ۱۳۸۴). در واقع ایده اصلی این رویکرد عبارت است از اینکه بهزیستی انسان هدف اصلی توسعه است و انسان‌ها فاعل و منبع اصلی توسعه به شمار می‌آیند. از این منظر مردم ثروت واقعی یک کشور هستند و هدف عمده توسعه ایجاد محیطی مناسب و مستعد برای مردم به منظور برخورداری از یک زندگی طولانی‌خلاقانه توأم با سلامتی است... از این رو توسعه انسانی، فرایند غنا بخشیدن به گزینش‌های مردم است و اساسی‌ترین عوامل آن بهره‌مندی از زندگی طولانی و سالم برای آموزش، یادگیری و برخورداری از استانداردهای مناسب زندگی می‌باشد.

گزینه‌های بیشتر عواملی چون آزادی، تأمین حقوق انسانی و عزت نفس را شامل می‌شود. به بیان دیگر برنامه توسعه سازمان ملل، توسعه انسانی را فرایند گسترش دامنه انتخاب مردم و بالا بردن سطح رفاه و کیفیت زندگی از طریق بسط قابلیت‌ها و کارکردهای آن‌ها می‌داند.

دو هدف اول «زندگی سالم، طولانی و آموزش» از جمله هدف‌های سه گانه مطرح در رویکرد نیازهای اساسی هستند اما هدف سوم فراتر از بحث نیازهاست و تفاسیر متفاوتی را می‌توان از آن ارائه داد که روشن‌ترین و ساده‌ترین آن به استانداردهای مادی زندگی مربوط می‌شود تا استانداردهای اجتماعی، سیاسی و یا روابط بین فردی. به لحاظ مفهومی، رویکرد توسعه انسانی می‌تواند بین مطلوبیت‌گرایی و نیازهای اساسی در نظر گرفته شود که در عین حال پیوندی نیز با رویکرد قابلیت‌ی برقرار می‌کند (غفاری و ابراهیمی‌لویه، ۱۳۸۴).

مشخصه‌های متمایز رویکرد توسعه انسانی، تأکید بر تشکیل سرمایه انسانی و توجه به برنامه‌های مکمل «مانند بهداشت» در پرورش سرمایه انسانی می‌باشد.

در فرمول‌بندی این رویکرد، سه شاخص مد نظر قرار می‌گیرد که عبارتند از امید به زندگی برای کل افراد جامعه، سواد و سرانه تولید ناخالص داخلی. سواد، سال‌های تحصیل و امید به زندگی عناصر غیرپیچیده‌ای در این شاخص هستند اما درآمد سرانه یک میانگین در سطح کل جامعه است و نسبت به توزیع درآمد فاقد حساسیت می‌باشد و از این رو شاخص مؤثری برای ارزیابی توانایی مردم برای تأمین نیازهای اساسی نیست؛ اما از آنجا که به طور عمومی مورد پذیرش قرار گرفته، جایگزین نیازهای اساسی در فهرست جامعه بین‌الملل شده است.

1. Human Development Approach

2. United Nation Development Programme

در سال‌های اخیر، نظریه مثبت امنیت انسانی نیز به عنوان مکملی برای رویکرد توسعه انسانی وارد مباحث کیفیت زندگی گردیده است. در حالی که توسعه انسانی بر فراگردها و مراحل گسترش حوزه انتخاب‌های مردم تأکید دارد، امنیت انسانی بر این امر دلالت می‌کند که مردم در بکارگیری این انتخاب‌ها تا چه اندازه آزادی و امنیت دارند و اینکه به طور نسبی تا چه میزان نسبت به پایداری فرصت‌های در اختیارشان اطمینان دارند. در واقع ارزش‌های این دو نگرش، کیفیت مطلوب زندگی و تضمین حقوق اساسی انسان‌ها را شامل می‌شود.

باجپایی (۱۳۸۴) عوامل تهدیدکننده این ارزش‌ها را این گونه بر می‌شمرد:

- ۱- امنیت اقتصادی: کمبود فرصت‌های شغلی و کمبود اشتغال.
 - ۲- امنیت غذایی: کمبود امکان دسترسی به غذا به دلیل ناکافی بودن ثروت، کار و درآمدهای تضمین شده.
 - ۳- امنیت سلامتی: بیماری‌های مسری، سرطان، کمبود آب سالم، آلودگی هوا، دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی و درمانی.
 - ۴- امنیت زیست محیطی: کاهش استحصال آب، آلودگی آب، تخریب زمین‌های زراعی، گسترش بیابان‌ها، آلودگی هوا.
 - ۵- امنیت فردی: جرائم خشونت، قاچاق مواد مخدر، خشونت و سوء استفاده از زنان و کودکان.
 - ۶- امنیت اجتماعی: فروپاشی خانواده، تبعیض نژادی.
 - ۷- امنیت سیاسی: سرکوب دولتی، نقص سازمان یافته حقوق بشر.
- گریفین و مک کنلی^۱ (ترجمه خواجه پور، ۱۳۸۵) مزیت‌هایی را برای رویکرد توسعه انسانی مطرح کرده‌اند که عبارتند از: ایفای نقش مستقیم در کیفیت زندگی مردم، توجه به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه، بهبود توزیع متساوی‌تر دستاوردهای توسعه، ایجاد ارتباط بین انواع مختلف سرمایه‌گذاری (سرمایه‌های مادی، طبیعی و انسانی) و ممکن ساختن بهره‌گیری از مزایای برنامه‌های مکمل سرمایه مادی و انسانی.

تاریخچه بیمه‌های اجتماعی

ابداع بیمه را نمی‌توان به فرد یا کشوری خاص نسبت داد. نخستین نوع بیمه معمول در میان بازرگانان، بیمه دریایی بوده است. نخستین قراردادهای بیمه در سده هشتم/ چهاردهم در اروپای غربی بسته شد و تا سده دهم/ شانزدهم قراردادهای بیمه عمدتاً حول حمل و نقل دریایی منعقد می‌شود. سپس بتدریج و بنابر احتیاطات جوامع آن روز اروپای غربی انواع دیگر بیمه، از جمله حق بیمه آتش سوزی، به وجود آمد. تمرکز جمعیت در شهرها و رشد و توسعه صنایع، تمرکز کالاها در انبارها و جز آن، در قرن چهاردهم/ بیست موجب ازدیاد خطر و ضرورت توسعه هر چه بیشتر بیمه و ایجاد انواع بیمه‌های جدید شد (شیبانی، ۱۳۵۲). از سوی دیگر، بر اثر تحولات اقتصادی و اجتماعی در قرن اخیر (رکود بزرگ اقتصادی ۱۹۲۹-۱۹۳۲ و جنگ جهانی اول و دوم) جنبه‌های اجتماعی بیمه بیشتر مورد توجه دولت‌ها قرار گرفت (عمرانی، بی تا). دولت آلمان در فاصله سال‌های ۱۸۳۳/۱۲۱۲ و ۱۸۸۹/۱۲۶۸ نخستین سازمان بیمه‌های اجتماعی را ایجاد کرد که شامل بیمه بیماری، بیمه حادثه ناشی از کار و بیمه از کارافتادگی و سالمندی بود. از الگوی آلمان در اروپا و جاهای دیگر پیروی شد و تا سالهای دهه ۱۹۳۰ بیمه‌های اجتماعی به آمریکای لاتین، ایالات متحده و کانادا گسترش پیدا کرد. پس از پایان جنگ جهانی دوم، بیمه‌های اجتماعی در بسیاری از کشورهای استقلال یافته در آفریقا، آسیا و منطقه کارائیب دایر شد.

در ایران بیمه‌های اجتماعی کشاورزان و روستائیان در چارچوب قانون بیمه اجتماعی روستائیان برای نخستین بار در سال ۱۳۴۸ به تصویب رسید و مقرر شد روستائیان به منظور ایمن بودن در برابر خطرات احتمالی تحت حمایت‌هایی مانند بیماری، حوادث ناشی از کار، کارافتادگی و ... قرار بگیرند.

^۱. Mckinley

پس از تصویب قانون بیمه اجتماعی روستاییان و سپس تصویب قانون اجتماعی در سال ۱۳۵۴ مقرر شد روستاییان عضو شرکتهای سهامی زراعی در حوزههای مختلف بیمه‌ای تحت حمایت قرار گیرند؛ اما اجرای طرح به سطح بازنشتگی، از کار افتادگی و ... ارتقا نیافت و در حدود درمان متوقف شد. با پیروزی انقلاب اسلامی، به رغم تأکیدی که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به ویژه اصل ۲۹ قانون اساسی و همچنین وجود مبانی قانونی و به رغم تلاش‌هایی که در سالیان متمادی از سوی مسئولان صورت گرفت، هیچ گاه در اجرا گام‌های مؤثری در گسترش ابعاد مختلف بیمه‌های اجتماعی چون پیری، از کارافتادگی، حوادث و ... برای روستاییان برداشته نشده است.

هر چند که در سالهای گذشته در چارچوب طرح شهید رجایی و فعالیت‌های صندوق بیمه اجتماعی و همچنین درمان روستاییان توفیقاتی حاصل شده است. با این حال در طول این سالیان حمایت از روستاییان و گستردن چتر بیمه‌های اجتماعی برای این قشر مولد و با ارزش همواره یکی از دغدغه‌های اصلی مسئولان نظام جمهوری اسلامی ایران بوده است.

در همین زمینه در سال ۱۳۸۳ در یک اقدام بنیادین، قانون ساختار نظام جامع رفاه و اجتماعی را به تصویب رساند. بر اساس مواد مختلف آن دولت مکلف شد که با تشکیل یک صندوق مستقل، روستاییان کشور را که نزدیک به چهار دهه حمایت از آنها از حد گفتار و نوشتار فراتر نرفته است، مورد حمایت‌های گوناگون خود چون خدمات درمانی، از کارافتادگی، پیری و فوت قرار دهد. بدین ترتیب، در بهمن ماه ۱۳۸۳ آیین نامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر از تصویب هیأت وزیران گذشت و تشکیل ارکان این صندوق و همچنین تلاش‌های بی وقفه اولین وزیر رفاه و اجتماعی، سایر آیین نامه‌ها و ضوابط اجرایی برای آغاز فعالیت این صندوق مراحل تدوین و تصویب خود را طی کرد و تقریباً فعالیت اجرایی این صندوق از اواخر تابستان سال ۱۳۸۴ آغاز شد.

این طرح در نظر دارد تا مناطق روستایی کشور را برای فعالیت عرضه کنندگان خصوصی خدمات بهداشتی و درمانی عمومی مناسب نماید و انتظارات جامعه روستایی را برای دسترسی آسان به خدمات تخصصی، درمانی برآورده سازد و با اجرای طرح بیمه درمان روستاییان، انتظار می‌رود که متوسط هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارهای روستایی کاهش قابل ملاحظه‌ای یابد و در جهت رفع مشکلات جامعه روستایی و توانمند ساختن روستاییان می‌توان کارگشا باشد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۴).

مفهوم بیمه اجتماعی

مفهوم بیمه اجتماعی بر خورداری از (اطمینان) و (تأمین) در زندگی اجتماعی است و برای توصیف برنامه‌های انتقالی با هدف رفع و یا کاهش انواع مخاطره در چرخه زندگی افراد به کار می‌رود (فلدستین^۱، ۲۰۰۵). بیمه‌های اجتماعی از بنیادی ترین نیازهای جامعه بشری اند که نقش مؤثری در حفظ و بقای جامعه انسانی و توسعه آن دارند (رضوانی و عزیزی، ۱۳۹۲) و نشانگر ایفای نقش مناسب دولت در جامعه هستند.

برخلاف برنامه‌های رفاه اجتماعی، هدف از برقراری بیمه‌های اجتماعی باز توزیع درآمدها نیست، بلکه اساساً پرداخت مزایای آن مربوط به شرایط بروز حوادث و پیشامدهای در زندگی افراد است که بدون ملاحظه درآمد یا دارایی آن‌ها انجام می‌گیرد (گینکن^۲، ۲۰۰۹)؛ یعنی مزایای بیمه اجتماعی بدون در نظر گرفتن درآمد و دارایی فرد، در برابر برخی رویدادهایی که در زندگی او رخ می‌دهد، تعلق می‌گیرد (فلدستین، ۲۰۰۵). این بیمه‌ها که بیمه‌های اجباری یا بیمه‌های ناشی از قانون نیز خوانده می‌شوند، بیشتر در مورد کارگران و طبقات کم درآمد جامعه کاربرد دارد، یعنی افراد که از یک سو نیروی تولیدی جامعه محسوب می‌شوند و از دیگر سو، کمتر به فکر تأمین آینده و معیشت خویش هستند (کریمی، ۱۳۷۸).

1. Feldstein

2. Ginneken

روش‌شناسی پژوهش

تحقیق حاضر از دیدگاه هدف، تحقیق کاربردی^۱ و همچنین از دیدگاه نحوه کنترل، پیمایشی و زمینه‌یابی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کشاورزان، روستائیان و عشایر تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی استان همدان می‌باشند که در سال ۱۳۹۹ تسهیلات بیمه اجتماعی دریافت نموده‌اند. نمونه آماری با توجه به جامعه آماری و با استفاده از جدول مورگان و کرجسی با روش تصادفی ساده به تعداد ۶۰ نفر برآورد گردید.

به منظور دست‌یابی به هدف نهایی تحقیق، در این پژوهش از دو شیوه به شرح ذیل جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد: بررسی کتابخانه‌ای: در تحقیق فوق جهت نگارش تئوری و ادبیات تحقیق علاوه بر کتب از مقالات و پایان‌نامه‌های داخلی و خارجی نیز استفاده شد، همچنین جهت غنی‌سازی ادبیات تحقیق و افزایش اعتبار آن از مجلات و سایت‌های اینترنتی و منابع معتبر داخلی و خارجی بهره گرفته شد.

استفاده از پرسشنامه: یکی از روش‌های متداول در گردآوری اطلاعات میدانی روش پرسشنامه‌ای است که امر گردآوری اطلاعات را در سطح وسیع، امکان‌پذیر می‌سازد (حافظ‌نیا، ۱۳۸۷). در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. ابزار اندازه‌گیری متغیر کیفیت زندگی، پرسشنامه ۲۴ سوالی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) می‌باشد که این پرسشنامه دارای چهار بعد سلامت جسمانی (سوال‌های ۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶)، سلامت روانی (سوال‌های ۱-۲-۳-۴)، روابط اجتماعی (سوال‌های ۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴) و سلامت محیط (سوال‌های ۵-۶-۷) است. همچنین نحوه نمره‌گذاری سوالات این پرسشنامه نیز براساس مقیاس لیکرت و از نوع ۵ درجه‌ای انجام پذیرفت. همچنین طبقه نمره‌گذاری سوالات ۱۰ و ۱۱ معکوس می‌باشد.

یافته‌های پژوهش

ابتدا قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش لازم است، نرمال بودن متغیرهای تحقیق با آزمون کولموگروف - اسمیرنف^۲ مورد ارزیابی قرار گیرد. بنابراین جدول شماره ۲ به بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق می‌پردازد.

جدول شماره ۲: نرمال بودن متغیرها

متغیرها	آماره Z	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۰/۸۹۳	۰/۴۰۳
سلامت جسمانی	۰/۸۴۱	۰/۴۸
سلامت روانی	۱/۱۷	۰/۱۳
روابط اجتماعی	۰/۸۴۳	۰/۴۷۶
سلامت محیط	۱/۳۷۸	۰/۰۸۵

با توجه به جدول شماره ۲ می‌توان نتیجه گرفت که سطوح معناداری تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشند. لذا توزیع داده‌های متغیرهای فوق نرمال هستند. بنابراین نرمال بودن توزیع متغیرهای مذکور استفاده کردن از آزمون‌های پارامتریک را جهت استنباط فرضیه‌های پژوهش توجیه می‌نمایند.

فرضیه اصلی پژوهش

ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. جهت تأیید فرضیه فوق از آزمون پارامتریک t تک نمونه‌ای^۳ استفاده می‌گردد. جدول شماره ۳ شاخص‌های توصیفی مربوط به تأثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر را نشان می‌دهد.

^۱ Applied Research

^۲ Kolmogrov-Smirnov (KS)

^۳ One-Sample T-Test

جدول شماره ۳: شاخص‌های توصیفی در فرضیه اصلی پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۳/۴۷	۰/۶۰۳	۰/۰۷۶

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین کل سوالات مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر، بالاتر از حد متوسط (ارزش تست) است. همچنین جدول شماره ۴ به بررسی تأیید فرضیه اصلی پژوهش می‌پردازد.

جدول شماره ۴: بررسی تأیید فرضیه اصلی پژوهش

ارزش تست	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین	نتیجه
۳	۶/۲۲	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲	تأیید H_1

همانطور که پیداست، سطح معناداری به دست آمده از مقدار آماره t کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مقدار ارزشی با میانگین جامعه وجود دارد. از طرفی با توجه به اینکه میانگین نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۳ تا حدودی بیشتر از نمره ارزشی می‌باشد (تفاوت میانگین=۰/۴۷۲)، بنابراین ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. پس فرضیه اصلی پژوهش تأیید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

فرضیه فرعی اول پژوهش

ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت جسمانی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. جهت تأیید فرضیه فوق از آزمون پارامتریک t تک نمونه ای استفاده می‌گردد. جدول شماره ۵ شاخص‌های توصیفی مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت جسمانی کشاورزان، روستائیان و عشایر را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵: شاخص‌های توصیفی در فرضیه فرعی اول پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۳/۶۲	۰/۵۷۳	۰/۰۷۲

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که میانگین کل سوالات مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت جسمانی کشاورزان، روستائیان و عشایر، بالاتر از حد متوسط (ارزش تست) است. همچنین جدول شماره ۶ به بررسی تأیید فرضیه فرعی اول پژوهش می‌پردازد.

جدول شماره ۶: بررسی تأیید فرضیه فرعی اول پژوهش

ارزش تست	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین	نتیجه
۳	۸/۶۶	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶	تأیید H_1

همانطور که پیداست، سطح معناداری به دست آمده از مقدار آماره t کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مقدار ارزشی با میانگین جامعه وجود دارد. از طرفی با توجه به اینکه میانگین نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۵ تا حدودی بیشتر از نمره ارزشی می‌باشد (تفاوت میانگین=۰/۶۲۶)، بنابراین ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت جسمانی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. پس فرضیه فرعی اول پژوهش تأیید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

فرضیه فرعی دوم پژوهش

ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت روانی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. جهت تأیید فرضیه فوق از آزمون پارامتریک t تک نمونه ای استفاده می‌گردد. جدول شماره ۷ شاخص‌های توصیفی مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت روانی کشاورزان، روستائیان و عشایر را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۷: شاخص‌های توصیفی در فرضیه فرعی دوم پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۳/۵۷	۰/۸۷۹	۰/۱۱

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که میانگین کل سوالات مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت روانی کشاورزان، روستائیان و عشایر، بالاتر از حد متوسط (ارزش تست) است. همچنین جدول شماره ۸ به بررسی تائید فرضیه فرعی دوم پژوهش می‌پردازد.

جدول شماره ۸: بررسی تائید فرضیه فرعی دوم پژوهش

ارزش تست	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین	نتیجه
۳	۵/۱۵۹	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	تائید H_1

همانطور که پیداست، سطح معناداری به دست آمده از مقدار آماره t کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مقدار ارزشی با میانگین جامعه وجود دارد. از طرفی با توجه به اینکه میانگین نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۸ تا حدودی بیشتر از نمره ارزشی می‌باشد (تفاوت میانگین = ۰/۵۷۱)، بنابراین ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت روانی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. پس فرضیه فرعی دوم پژوهش تائید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

فرضیه فرعی سوم پژوهش

ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر روابط اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. جهت تائید فرضیه فوق از آزمون پارامتریک t تک نمونه ای استفاده می‌گردد. جدول شماره ۹ شاخص‌های توصیفی مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر روابط اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۹: شاخص‌های توصیفی در فرضیه فرعی سوم پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۳/۲۲۵	۰/۸۲۱	۰/۱۰۳

جدول شماره ۹ نشان می‌دهد که میانگین کل سوالات مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر روابط اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، بالاتر از حد متوسط (ارزش تست) است. همچنین جدول شماره ۱۰ به بررسی تائید فرضیه فرعی سوم پژوهش می‌پردازد.

جدول شماره ۱۰: بررسی تائید فرضیه فرعی سوم پژوهش

ارزش تست	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین	نتیجه
۳	۲/۴۹۵	۶۲	۰/۰۱۵	۰/۲۲۵	تائید H_1

همانطور که پیداست، سطح معناداری به دست آمده از مقدار آماره t کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مقدار ارزشی با میانگین جامعه وجود دارد. از طرفی با توجه به اینکه میانگین نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۹ تا حدودی بیشتر از نمره ارزشی می‌باشد (تفاوت میانگین = ۰/۲۲۵)، بنابراین ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر روابط اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. پس فرضیه فرعی سوم پژوهش تائید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

فرضیه فرعی چهارم پژوهش

ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت محیط کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. جهت تائید فرضیه فوق از آزمون پارامتریک t تک نمونه ای استفاده می‌گردد. جدول شماره ۱۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت محیط کشاورزان، روستائیان و عشایر را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱۱: شاخص‌های توصیفی در فرضیه فرعی چهارم پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
۳/۷۵۱	۰/۸۲۹	۰/۱۰۴

جدول شماره ۱۱ نشان می‌دهد که میانگین کل سوالات مربوط به تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت محیط کشاورزان، روستائیان و عشایر، بالاتر از حد متوسط (ارزش تست) است. همچنین جدول شماره ۱۲ به بررسی تائید فرضیه فرعی چهارم پژوهش می‌پردازد.

جدول شماره ۱۲: بررسی تائید فرضیه فرعی چهارم پژوهش

ارزش تست	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین	نتیجه
۳	۷/۱۸۹	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱	تائید H_1

همانطور که پیداست، سطح معناداری به دست آمده از مقدار آماره t کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مقدار ارزشی با میانگین جامعه وجود دارد. از طرفی با توجه به اینکه میانگین نمونه مورد بررسی در جدول شماره ۱۱ تا حدودی بیشتر از نمره ارزشی می‌باشد (تفاوت میانگین = ۰/۷۵۱)، بنابراین ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر سلامت محیط کشاورزان، روستائیان و عشایر تأثیر مثبت و معناداری دارند. پس فرضیه فرعی چهارم پژوهش تائید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

نتیجه گیری

با توجه به فرضیه‌های پژوهش که به بررسی تاثیر ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر می‌پردازد، می‌توان گفت که ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر تاثیرگذار است. به عبارتی ارائه تسهیلات بیمه‌های اجتماعی از سوی صندوق بیمه اجتماعی، سبب افزایش سطح کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر شده است. در همین راستا نتایج پژوهش‌های کیمیایی (۱۳۸۶)، میرزایی (۱۳۸۸)، بیات (۱۳۸۸)، ماه (۱۳۸۹)، خداندوله (۱۳۹۰)، قربانی و لیک‌چالی (۱۳۹۱)، براری و همکاران (۱۳۹۱)، پورخاتون (۱۳۹۳)، ریماز و همکاران (۱۳۹۳)، خادمی (۱۳۹۴)، کارینی و واد (۲۰۱۰)، چانت (۲۰۱۲) و دریز و سرنیواسان (۲۰۱۴) همسو با نتیجه حاصله است؛ زیرا ایشان در تحقیقات خود به این موضوع اشاره کردند که کیفیت زندگی افراد جامعه و به خصوص افرادی که دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی زیادی هستند، تحت تاثیر کمک‌های سازمان‌های مردم نهاد و سازمان‌های حامی این قشر از جامعه می‌باشند؛ زیرا بیمه‌های اجتماعی می‌توانند تاحدود بسیار زیادی سطح دغدغه‌های فکری و ذهنی این افراد را در مواجهه با مشکلات زندگی کاهش داده و همین امر می‌تواند میزان کیفیت زندگی آنان را افزایش دهد.

بنابراین از قیاس یافته فرضیه‌های پژوهش و نتایج تحقیقات پیشین، این گونه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کیفیت زندگی از جمله داشتن وضعیت سلامتی جسمی مناسب، انجام فعالیت روزانه به نحو احسن، داشتن روحیه خوب، عدم عصبانیت در کارها، داشتن احساس آرامش، احساس طراوت و سرزندگی، عدم احساس افسردگی و داشتن احساس شادمانی می‌تواند تحت تاثیر بیمه‌های اجتماعی باشد؛ زیرا بیمه اجتماعی می‌تواند تاحدود بسیار زیادی ضامن زندگی افراد تحت پوشش در مواقع مشکلات باشد؛ زیرا زمانی که فرد دچار مشکلات جسمی می‌شود، می‌تواند با بهره‌گیری از خدمات بیمه اجتماعی، مشکلات جسمی خود را برطرف نماید که همین امر باعث افزایش سطح سلامت جسمی و به تبع سلامت روحی افراد خواهد شد. از طرفی افزایش سلامت جسمی و روحی زمینه ساز آرامش برای افراد می‌باشد. هرچه سطح آرامش ذهنی در افراد بیشتر باشد، دید آنان نسبت به زندگی مثبت تر و امیدوارکننده تر می‌شود و همین امر باعث ارتقای کیفیت زندگی در نزد آنان خواهد شد؛ زیرا احساس سرزندگی و نشاط می‌تواند افراد را از افسردگی و اضطراب دور نماید و سطح زندگی آنان را با کیفیت تر نماید؛ بنابراین با ارتقای سطح کیفی زندگی، افراد احساس توانمندی بیشتری خواهند کرد؛ زیرا می‌توانند به راحتی بر مشکلات و مسائل پیش روی خود غلبه کرده و بهترین راهکار را

برای حل آنان ارائه دهند؛ بنابراین بیمه اجتماعی علاوه بر افزایش سطح کیفی زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر، زمینه توانمندی آنان را فراهم می‌آورد.

جریان زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر و چرخه فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنان به دلیل مشکلات و دیدگاه افراد جامعه نسبت به آنان، مملو از خطرات و تهدیدهای متنوع و گوناگون است. هزینه جبران برخی از این خطرها در مقایسه با توانمندی‌های مالی کشاورزان، روستائیان و عشایر چندان زیاد نیست و خود آنان از عهده چنین خساراتی بر می‌آیند، اما بخش قابل توجهی از این حوادث چنان خسارت بار است که روند عادی زندگی آنان و جریان معمول فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی را با اختلال جدی و بعضاً خانمان‌برانداز مواجه می‌سازد. در صورتی که سازوکاری برای مواجهه با این پدیده اندیشیده نشود، ضمن آن که زندگی طبیعی خانواده‌های دارای مادران سرپرست را مختل می‌سازد، می‌تواند به سطح توانمندی آنان و نیز آینده زندگی فرزندان زنان سرپرست صدمات اساسی وارد سازد؛ بنابراین بیمه، با ایجاد آرامش، اطمینان و امید به زندگی و فعالیت کم‌خطر برای کشاورزان، روستائیان و عشایر، نقش قابل ملاحظه‌ای در رشد و توسعه توانمندی‌های کشاورزان، روستائیان و عشایر ایفا می‌کند.

تا زمانی که کشاورزان، روستائیان و عشایر درگیر نیازهای اولیه خود از جمله غذا، پوشاک و سرپناه برای خود و فرزندانشان باشند، توجه کافی به استعدادها و توانایی‌های خود نخواهند کرد و مادامی که زندگی آنان از رفاهی نسبی برخوردار شود، به فکر ارتقای توانمندی خود خواهند بود؛ بنابراین بیمه اجتماعی کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر را با رویکرد توانمندی آنان افزایش می‌دهد. چرا که با افزایش سطح کیفی زندگی، افراد احساس ارزشمندی کرده و توجه ویژه‌ای به قابلیت‌ها و توانمندی‌های خود خواهند کرد و خود را توانمند احساس می‌کنند. بیمه اجتماعی علاوه بر افزایش سطح کیفی زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر، به آنان این امکان را می‌دهد که از مسیر استعدادها و قابلیت‌های خود، سطح توانمندی خویش را به جهت مقابله با مشکلات بیشماری که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی گریبان‌گیر آنان است، افزایش دهند.

همچنین مشخص شد که سلامت جسمانی از جمله رضایت از سلامت جسمی خویش، نبود دردهای مزمن، توانایی انجام کارهای روزمره، داشتن انرژی کافی برای پیشبرد زندگی، رضایت از ظاهر خویش، مناسب بودن ساعات خواب در طول روز و بالا بودن سطح ظرفیت جسمی خود می‌تواند تحت تاثیر بیمه اجتماعی باشد.

علت این اثرگذاری آن است که بیمه اجتماعی می‌تواند در کمک هزینه‌های مربوط به ناتوانی‌های جسمی در کشاورزان، روستائیان و عشایر به یاری آنان آمده و سطح سلامت جسمی کشاورزان، روستائیان و عشایر را افزایش دهد؛ زیرا کشاورزان، روستائیان و عشایر می‌توانند با کمک هزینه‌های بیمه اجتماعی بسیاری از مشکلات جسمی خود را برطرف نموده و خود را از لحاظ جسمی توانمند سازند. هرچه سطح توانایی‌های جسمی افراد بیشتر شود، بهتر می‌توانند از عهده مسئولیت‌های کارهای روزمره برآیند. احساس توانمندی در کشاورزان، روستائیان و عشایر که می‌تواند از سلامت جسمی آنان نشأت گیرد، سبب می‌شود که خود را توانمند احساس کرده و در مسیر پیشرفت و ترقی زندگی خود و فرزندان شان قدم برداشته‌ها و به انجام فعالیت‌های مورد دلخواه که سبب ارتقای سطح کیفی زندگی آنان می‌شود، بپردازند.

همچنین مشخص شد که سلامت روانی از جمله احساس سلامتی جسمی، توانایی در انجام کارهای روزمره، داشتن احساس قدرت و شادابی، سرزندگی، عدم اضطراب، عدم اختلال در خواب، عدم احساس خستگی، عدم درگیری فکری، عدم ترس و بدخلقی، تسلط بر امورات زندگی و تحصیلی، کنترل بر کارهای شخصی، برنامه ریزی دقیق در کارها، سرعت بالا در انجام کارها، رضایت از انجام دادن درست کارها، احساس تاثیرگذاری بر محیط، قابلیت تصمیم‌گیری درست و در اسرع وقت، لذت بردن از فعالیت‌های اجتماعی خویش، داشتن ادراک شایستگی نسبت به خود و امید به زندگی می‌تواند تحت تاثیر بیمه اجتماعی باشد.

علت این اثرگذاری آن است که زمانی که کشاورزان، روستائیان و عشایر تحت پوشش بیمه اجتماعی هستند، احساس آرامش و آسودگی خاطر بیشتری خواهند کرد و به تبع کیفیت زندگی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. به طور مثال، تمرکز بیشتری نسبت به

مسائل زندگی خویش خواهند داشت و کارها را با دقت و کیفیت بهتری به اتمام می رسانند که این امر می تواند توانمندی آنان را افزایش دهد. همچنین تصمیم گیری های آنان در مسائل مختلف زندگی دقیق تر و کم خطا تر خواهد شد و بنابراین کمتر در زندگی خویش دچار مشکل می گردند. لذا از فعالیت های اجتماعی و اقتصادی خود لذت برده و به جهت تسلط بر جوانب مختلف زندگی، سطح توانمندی آنان بیشتر می شود؛ زیرا می توانند کنترل همه جانبه بر زندگی خود و فرزندان خویش داشته باشند و بنابراین در چنین حالتی کمتر زندگی آنان دچار مشکل خواهد شد و لذا زندگی با کیفیت تری را تجربه خواهند کرد.

همچنین مشخص شد که روابط اجتماعی از جمله انجام آداب و رسوم متناسب با هنجارهای اجتماعی، داشتن ارتباطات و تعاملات سازنده با دیگران، یاری رساندن به آنان، عدم احساس خشم و حسادت نسبت به موفقیت های دیگران، خوشحال شدن نسبت به موفقیت های دیگران، بازگو کردن نقاط مثبت دیگران، ایجادکننده روابط و تعاملات با دیگران، توجه به حالات دیگران و سعی در مراعات کردن آنان، عدم برترجویی نسبت به دیگران، عدم احساس تنهایی و انزواطلبی، عدم تنفر از کسی، داشتن توانایی زیاد در جلب نظر دیگران، دقت کردن به شیوه لباس پوشیدن خویش، گوش دادن به صحبت های دیگران، اعتراف کردن به خطاهای خود، جامه عمل پوشیدن به توصیه های خویش، مودب بودن در جمع های گروهی، عدم دشمنی با دیگران، عدم حسادت نسبت به خوشبختی اطرافیان، عدم سرزنش دیگران، توجه به گفته های خویش در جمع، آزار نرساندن به طور آگاهانه به دیگران، انجام آداب و رسوم متناسب با هنجارهای اجتماعی، داشتن ارتباطات و تعاملات سازنده با دیگران، یاری رساندن به آنان، عدم احساس خشم و حسادت نسبت به موفقیت های دیگران، خوشحال شدن نسبت به موفقیت های دیگران، بازگو کردن نقاط مثبت دیگران، ایجادکننده روابط و تعاملات با دیگران، توجه به حالات دیگران و سعی در مراعات کردن آنان، عدم برترجویی نسبت به دیگران و عدم احساس تنهایی و انزواطلبی می تواند تحت تاثیر بیمه اجتماعی باشد.

علت این اثرگذاری آن است که زمانی که کشاورزان، روستائیان و عشایر تحت پوشش بیمه اجتماعی هستند، احساس آرامش و آسودگی خاطر بیشتری خواهند کرد و به تبع کیفیت زندگی آنان تحت تاثیر قرار می گیرد. به طور مثال، روابط آنان با افراد جامعه بهتر و صمیمی تر خواهد شد و در محیط های اجتماعی کمتر احساس کمبود اعتماد به نفس خواهند کرد؛ زیرا خود را از لحاظ مسائل اقتصادی تاحدودی توانمند احساس می کنند؛ بنابراین بیمه اجتماعی علاوه بر ارتقای سطح توانمندی کشاورزان، روستائیان و عشایر می تواند این اعتماد و اطمینان را به آنان بدهد که بتوانند بر داشته ها و قابلیت های خود متکی باشند و همین امر سبب می شود که در محیط های اجتماعی بهترین عملکرد را از خود بروز دهند. به طوری که بهتر بتوانند با افراد جامعه مرادوه سازنده و مفید برقرار نمایند و کمتر احساس تنهایی و انزواطلبی داشته باشند. چنین امری می تواند میزان مشارکت آنان در محیط های اجتماعی را افزایش دهد و باعث شود که از روابط اجتماعی مستحکم تری بهره برند. هرچه روابط اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، مستحکم تر و سازنده تر باشد، بهتر می توانند با کمک و یاری افراد جامعه، سطح کیفی زندگی خود را ارتقاء داده و مسیر توانمندی خویش را هموار سازند.

همچنین مشخص شد که سلامت محیط از جمله ایمن بودن محیط زندگی، بهداشتی بودن محیط زندگی، در دسترس بودن تجهیزات و امکانات رفاهی، مناسب بودن نور و دمای محل زندگی و رضایت از مسائل بهداشتی و پزشکی می تواند تحت تاثیر بیمه اجتماعی باشد.

علت این اثرگذاری آن است که بیمه اجتماعی، می تواند با خدمات درمانی و بهداشتی مناسب به کشاورزان، روستائیان و عشایر، میزان رضایت آنان از مسائل بهداشتی و پزشکی را افزایش دهد؛ زیرا هرچه کشاورزان، روستائیان و عشایر از نظر مسائل بهداشتی آسودگی خاطر بیشتری برای خود و فرزندانشان که بسیار تحت تاثیر مسائل بهداشتی هستند، داشته باشند، بهتر می توانند نسبت به مسائل زندگی خویش تمرکز داشته و خود را توانمند احساس نمایند؛ زیرا عدم رضایت از مسائل بهداشتی سبب افزایش بیماری ها و

مشکلات بیشماری برای کشاورزان، روستائیان و عشایر شده و دیگر این زنان نمی‌توانند افکار و ذهنیات خود را در جهت توانمندی خویش متمرکز ساخته و بنابراین علاوه بر کاهش سطح کیفیت زندگی آنان، احساس ناتوانی بیشتری خواهند کرد.

پیشنهادهای

- با توجه به فرضیه‌های پژوهش و نقش بیمه اجتماعی بر کیفیت زندگی کشاورزان، روستائیان و عشایر، به تمامی مدیران و مسئولین صندوق بیمه اجتماعی استان همدان پیشنهاد می‌شود که با برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه نقش بیمه بر زندگی افراد جامعه به خصوص در نزد کشاورزان، روستائیان و عشایر، میزان تمایل آنان به بهره‌گیری از بیمه‌های اجتماعی در جهت افزایش سطح کیفیت زندگی و توانمندی در زمینه‌های مختلف زندگی خویش را فراهم آورند و نیز با افزایش حمایت‌های مالی در زمینه بیماری‌های جسمی و به روز کردن کمک‌های مالی با هزینه‌های درمان به خصوص در بین کشاورزان، روستائیان و عشایر با سنین بالاتر که دچار مشکلات جسمی مزمن هستند، سطح سلامت جسمی این قشر از جامعه را افزایش دهند. از طرفی، با برگزاری تورهای تفریحی و زیارتی و نیز ارائه مشاوره‌های رایگان در زمینه مسائل روانپزشکی، سطح سلامت روانی کشاورزان، روستائیان و عشایر را افزایش دهند.

منابع

۱. ابراهیمی، ندا؛ غلامرضایی، سعید؛ رحیمیان، مهدی؛ ظریفیان، شاپور (۱۳۹۴). بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، راهکاری در جهت توانمندسازی زنان سرپرست روستایی. کنفرانس جامع و بین‌المللی اقتصاد مقاومتی.
۲. ازکمپ، استوارت (۱۳۶۹). روان‌شناسی کاربردی. ترجمه فرهاد ماهر، تهران: آستان قدس رضوی.
۳. اکبرزاده، آزاده (۱۳۹۰). رابطه اضطراب شغلی و کیفیت زندگی کاری معلمان تربیت بدنی استان آذربایجان شرقی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تبریز: دانشگاه تبریز.
۴. امید، مجید؛ شجاعی فرد، علی؛ کسبی، پریسا؛ ترک، عبدالله (۱۳۹۰). بررسی میزان پیش‌بینی کنندگی ابعاد رضایت زناشویی بر کیفیت زندگی خانواده. دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده.
۵. باجایی، کانتی (۱۳۸۴). امنیت انسانی؛ مفهوم و سنجش. ترجمه صابر شیانی، تهران: سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور.
۶. براری، مرضیه؛ مطهری اصل، مرضیه؛ رضوی خراسانی، سیدجمال (۱۳۹۱). بررسی تاثیر عضویت در سازمان‌های مردم‌نهاد بر پایگاه اجتماعی - اقتصادی زنان سرپرست خانوار. مجله زن و جامعه، ۳، ۱۷۶-۱۵۳.
۷. بیات، داریوش (۱۳۸۸). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز.
۸. پورخاتون، اعظم (۱۳۹۳). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده بهزیستی شهر کرمان. طرح پژوهشی، کرمان: اداره کل بهزیستی.
۹. جونز، ویلیام تامس (۱۳۸۳). خداوندان اندیشه سیاسی. جلد دوم، ترجمه علی رامین، تهران: علمی و فرهنگی.
۱۰. حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۹۸). مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی. ناشر: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۱۱. خادمی، علی (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده سازمان بهزیستی آذربایجان شرقی. طرح پژوهشی، تبریز: سازمان بهزیستی.
۱۲. خدابنده لو، محمد (۱۳۹۰). اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی و تاثیر آن بر زندگی بیمه‌شدگان تامین اجتماعی (مطالعه موردی شهرستان نظرآباد). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

۱۳. رضوانی، محمدرضا؛ عزیزی، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی چالش های بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر در کشور. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۳(۴۸)، ۲۷۱-۳۱۱.
۱۴. ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ وسالی آذرشریبانی، سمیرا؛ ساعی پور، نرگس؛ بیگی، زهرا؛ نجات، سحرناز (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در زنان سرپرست خانوار. مجله اپیدمیولوژی ایران، ۱۰(۲)، ۴۸-۵۵.
۱۵. شببانی، احمدعلی (۱۳۵۲). تاریخچه پیدایش و تحول بیمه، تهران.
۱۶. غفاری، غلامرضا؛ ابراهیمی لویه، عادل (۱۳۸۴). جامعه شناسی تغییرات اجتماعی. تهران: آگرا و لویه.
۱۷. غفاری، غلامرضا؛ امید، رضا (۱۳۸۸). کیفیت زندگی: شاخص توسعه اجتماعی. چاپ اول، تهران: شیرازه.
۱۸. قاسمی، محمد (۱۳۸۹). بررسی تأثیر کیفیت زندگی کاری بر بهره وری نیروی انسانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران: مجتمع آموزش عالی قم.
۱۹. قربانی ولیک چالی، عاطفه (۱۳۹۱). نقش نظام تامین اجتماعی بر توسعه انسانی در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده اقتصاد، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
۲۰. کریمی، آیت (۱۳۷۸). کلیات بیمه. تهران، انتشارات بیمه مرکزی ایران، چاپ چهارم.
۲۱. کیمیائی، سیدعلی (۱۳۸۶). بررسی شیوه های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار. رفاه اجتماعی، ۴۰، ۹۲-۶۳.
۲۲. ماه، علی اکبر (۱۳۸۹). بررسی عملکرد سازمان تأمین اجتماعی و نقش آن بر افزایش رضایت و رفاه اجتماعی (مطالعه موردی مستمری بگیران شعبه خمینی شهر). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
۲۳. ملکشاهی، مجید (۱۳۹۱). دستور العمل مدیریت خدمات مددکاری و توانمندسازی. تهران: شورای عالی پژوهش و برنامه ریزی.
۲۴. میرزایی، عزت اله (۱۳۸۸). بررسی رابطه خدمات ارائه شده از سوی کمیته امداد امام خمینی (ره) و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان جهرم). پایان نامه کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز.
۲۵. هی وود، اندرو (۱۳۷۹). درآمدی بر ایدئولوژی های سیاسی. ترجمه محمد رفیعی مهرآبادی، تهران: وزارت امور خارجه.
26. Bentham, J. (1970). Selected Writings on Utilitarianism. Wordsworth Editions, reprint.
27. Cairney, J., & Wade, T. J. (2010). Single parent mothers and mental health care service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37: 236-42.
28. Chant, S. (2012). Women-headed households: Diversity & dynamics in the developing world. Houndmills, Basingtoke; Mcmillan.
29. Diwan, R. (2000). Relational wealth and quality of life. *Journal of socio-Economics*, 29. 305-340.
30. Dreze, A., & Srinivasan, S. (2014). Capacity of the empowerment of women heads of household in two Indian states. *Journal of Women's Development*, 2, 45-69.
31. Feldstin, M. (2005). Rethinking Social insurance. *The American Economy Review*, 95(1), 1-24.
32. Figueira, H. A., Giani, T. S., Beresford, H. (2012). Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. *Arch Gerontol Geriat*, 49 (3), 368-72.
33. Grifiin, J. (1986). Well-being. its meaning measurement and moral importance. oxford. Oxford university press.
34. Gunneken, V.W, (2009). Social security for the informal sector: a new challenge for the developing Countries. *International Social security review*, 52 (3), 48-79.
35. Mill, J.S. (1998). Utilitarianism, Roger, C (ed), Oxford University Press.
36. Murray, C. (1998). In pursuit of happiness and good government; New York: Simon and Schuster.
37. Philips, D. (2006). Quality of life "concept, policy and practice; London, Published by Rutledge:5.
38. WHOQOL group (2006). WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field. Trial version, World Health Organization, Geneva.

The role of social insurance for farmers, villagers and nomads on the quality of life of the insured (case study of farmers, villagers and nomads covered by the Social Insurance Fund of Hamadan Province)

Mehdi Samavati^{*1}

Date of Receipt: 2020/02/21 Date of Issue: 2020/03/06

Abstract

The present study examined the role of social insurance for farmers, villagers and nomads on the quality of life of the insured. The present research is from the point of view of purpose, applied research and also from the point of view of how to control survey and field research. The statistical population of the present study includes all farmers, villagers and nomads covered by the Social Insurance Fund of Hamadan province who received social insurance facilities in 2020. The statistical sample was estimated to be 60 people according to the statistical population and using Morgan and Krejcie table by simple random method. The results of statistical analysis showed that the provision of social insurance facilities affects the quality of life of farmers, villagers and nomads. In other words, the provision of social insurance facilities by the Social Insurance Fund has increased the quality of life of farmers, villagers and nomads.

Keyword

Social Insurance, Quality Of Life, Social Insurance Policyholders Of Farmers, Villagers And Nomads.

1. Master of Software Engineering - Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Iran - Director of Social Insurance Fund for Farmers, Villagers and Nomads of Hamadan Province (* Corresponding Author: samavati.m.c@gmail.com).