

## مقایسه حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و سلامت روان کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان

### Comparison of social support, quality of life, marital satisfaction and mental health of migrant and native workers in Sarcheshmeh Copper Town, Kerman

Fatemeh Dehghan Khalili

Master of Science in General Psychology, Islamic Azad University, Fasa, Member of the National Psychological Association.

Email: [fatemeh.d.5663@gmail.com](mailto:fatemeh.d.5663@gmail.com)

فاطمه دهقان خلیلی\*

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی فسا،  
عضو نظام روان شناسی کشور.

#### Abstract

The purpose of this research was to compare social support, quality of life, marital satisfaction, and mental health of foreign and local workers in Sarcheshmeh Copper Town, Kerman. In terms of the purpose, the current research was a fundamental research and from the point of view of data collection, it was a descriptive research of comparative causal type. The statistical population in this research is all the satellite and native employees of Sarcheshmeh Mes Town, Kerman, for sampling, the matched group (peer) method was used. In order to match the number of comparative samples, according to the type of comparative method and the amount of access to the number of samples, 30 satellite employees and 30 native employees were matched and replicated with the purposeful sampling method. Matching was determined based on age, gender, marital status, education and work experience. The tools for collecting information in this research were Phillips et al.'s social support questionnaire (1986), quality of life questionnaire (WHO), Enrich's marital satisfaction scale (1990) and Goldberg and Hillier's (1979) mental health questionnaire. After analyzing the research data by SPSS version 26 software, the findings showed that social support with a mean difference of 6.60 is significantly different in the two groups, and the average social support in the native group (with a mean of 85.6) is higher than the satellite group. (with an average of 79). Also, according to the

#### چکیده

هدف از انجام این تحقیق مقایسه حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و سلامت روان کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان بوده است. پژوهش حاضر از نظر هدف، پژوهشی بنیادی و از منظر گردآوری داده ها، پژوهشی توصیفی از نوع علی مقایسه ای بوده است. جامعه آماری در این تحقیق تمامی کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان میباشد که برای نمونه گیری، از روش گروه های جور شده (همتا) استفاده شد. برای همتاشدن تعداد نمونه های مقایسه ای، با توجه به نوع روش مقایسه ای و میزان دسترسی به تعداد نمونه ۳۰ نفر از کارکنان اقماری و ۳۰ نفر از کارکنان بومی با شیوه نمونه گیری هدفمند، همتا و همانندسازی شد. همتاسازی بر اساس، سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و سابقه کار تعیین شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO)، مقیاس رضایت زناشویی انریچ (۱۹۹۰) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹)، بوده است. پس از تجزیه و تحلیل داده های تحقیق یافته ها نشان داد حمایت اجتماعی با اختلاف میانگین ۶.۶۰، در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارد و میانگین حمایت اجتماعی در گروه بومی (با میانگین ۸۵.۶)، بیشتر از گروه اقماری (با میانگین ۷۹) است. همچنین با توجه به نتایج آزمون لوین و آزمون تی مستقل، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد و فرضیه دوم و سوم رد شد و نیز با توجه به نتایج سلامت روان با اختلاف میانگین ۸.۲۳، در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارد.

results of Levin's test and independent t-test, there is no significant difference in quality of life and marital satisfaction between the two groups, and the second and third hypotheses were rejected, and also according to the results of mental health with an average difference of 8.23. There is a significant difference between the two groups and according to the descriptive table 2-4, the average mental health in the native group (with an average of 61.73) is higher than the satellite group (with an average of 53.50).

**Keywords:** social support, quality of life, marital satisfaction, mental health.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت

زناشویی، سلامت روان.

پذیرش: بهمن ۱۴۰۴

دریافت: آذر ۱۴۰۴

نوع مقاله: پژوهشی

#### مقدمه

کار اقماری یکی از شیوه‌های استخدام نیروی کار است که با دیگر روش‌ها کمی فرق دارد. به همین دلیل کار اقماری ممکن است برای بسیاری از افراد کمی نامفهوم باشد. شرایط کار اقماری، شرایطی متفاوت با شیوه رایج تعیین شده و قوانین مصوب اداره کار دارد. اقمار از نظر لغوی به معنی دوره ای و ماهانه است. به همین دلیل قرارداد های اقماری به نحوی تنظیم می‌شوند که دوره های چرخشی کار و استراحت دارند. در این نوع از کار، فرد چندین روز به طور مداوم در محل کار حضور پیدا می‌کند و در این مدت مشغول به انجام کار مشخصی می‌شود. از مزایای مهم و اصلی کارکنان بومی، در کنار خانواده بودن است و این امر باعث روابط بهتر با خانواده و بالا رفتن کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و سلامت روان زوجین و فرزندان می‌گردد، اما کارکنان اقماری به دلیل دوری از خانواده ممکن است دچار مشکلاتی شوند که باعث شود رضایت زناشویی و کیفیت زندگی و سلامت روان آنها پایین تر از کارکنان بومی باشد (رهنما و همکاران، ۱۴۰۱). عوامل مختلفی در میزان رضایت زوجین ایفای نقش می‌کنند که برخی از مهمترین این عوامل عبارت از سبک زندگی، میزان تفاهم، مهارت‌های زندگی و مهارت‌های برقراری ارتباط، سلامت روان، عوامل تربیتی، شیوه زندگی، نوع نگرشها، اعتقادات، روابط اجتماعی، عوامل اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و روابط جنسی می‌باشد (کنتو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). کارکنان باید از حمایت اجتماعی برخوردار باشند. حمایت اجتماعی، میزان دسترسی یک فرد به یک شبکه اجتماعی حمایت‌کننده و دسترسی به کمک و یاری از دیگر افراد تعریف می‌شود. این حمایت می‌تواند به صورتی ادراکی یا به نحوی عملی و واقعی باشد. منابع حمایتی می‌تواند عاطفی و احساسی (مثلاً تربیت و مهرورزی)، اطلاعاتی (مثلاً توصیه و مشاوره) یا همراهی و همیاری (مثلاً احساس تعلق) باشد. حمایت اجتماعی می‌تواند به نحوی ملموس (مثلاً کمک مالی) یا ناملموس (مثلاً توصیه شخصی) انجام شود. حمایت اجتماعی می‌تواند از منابع مختلفی مانند خانواده، دوستان، حیوانات خانگی، همسایگان، همکاران، سازمان‌ها و غیره باشد. کارکنانی که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار باشند، مسلماً کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. کیفیت زندگی، کیفیت درک شده زندگی روزمره یک فرد است؛ یعنی ارزیابی از رفاه یا عدم وجود آن. این شامل تمام جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و جسمی زندگی فرد می‌شود. مفهوم فعلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ادعان می‌کند که افراد وضعیت واقعی خود را در رابطه با انتظار شخصی خود قرار می‌دهند. این مفهوم می‌تواند در طول زمان متفاوت باشد و به تأثیرات خارجی مانند طول و شدت بیماری، حمایت خانواده و رضایت زناشویی واکنش نشان دهد

<sup>1</sup> Kento

(کیان و یاسمی، ۱۳۹۹). کیفیت زندگی به تأمین سلامتی و شادکامی در افراد و بهره مندی آنها از یک زندگی سالم کمک میکند. کیفیت زندگی، مفهومی است که در سه دهه گذشته، تلاش های زیادی برای تعریف و اندازه گیری عینی آن انجام شده است (لیو، ۲۰۰۶) اما با وجود پژوهش های گسترده های که در زمینه کیفیت زندگی انجام شده است اما هنوز تعریف واحد و مورد توافق همگان درباره کیفیت زندگی ارائه نشده است. برخی از محققان کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف کرده اند و موارد ۳ آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمانی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل، اجتماعی و اقتصادی را با کیفیت زندگی معادل دانسته اند. (نوروزی و هنری ۱۴۰۲) رضایت زناشویی در اصل بخشی از رضایت از زندگی است. کسی که در ارتباط با همسر خود دارای رضایت مطلوبی باشد می تواند به رضایت از زندگی برسد و اگر این بخش از زندگی انسان که ترکیبی از ارتباط عاطفی، کلامی، جنسی و... هست مورد رضایت نباشد، رضایت از زندگی هم آسیب خواهد دید. رضایت زناشویی، احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است، به هنگامی که همه جنبه های ازدواج شان را در نظر می گیرند. رضایت زناشویی بالا در افراد باعث افزایش سلامت روان آنها نیز می گردد. بهداشت روان یا سلامت روان به معنی سلامت هیجانی و روانشناختی است، به شکلی که فرد بتواند از تفکر و توانایی های خود استفاده کند، در جامعه عملکرد داشته باشد و نیازهای معمول زندگی روزمره را برآورده سازد. پیشگیری از پیدایش بیماری های روانی و سالم کردن محیط روانی از نیازهای اولیه تأمین سلامت روان محسوب می شود. فردی که می تواند به فشارهای معمول زندگی روزمره غلبه کند و یک زندگی مستقل داشته باشد را می توان به عنوان یک فرد دارای سلامت روان معرفی کرد. می توان کیفیت زندگی را شاخصی از توانایی سازگاری مناسب با تمام مخاطراتی که فرد و جهان اطراف او با آنها مواجه می شود، تعریف کرد. کیفیت زندگی در حفظ اعتماد به نفس و حس سالم بودن و نیز تجربه یک زندگی دلپذیر دارای اهمیت است و گاهی کیفیت زندگی به عنوان فاصله ای بین انتظارات فرد و آنچه که به انجام رسیده معطوف می شود. هر چقدر این شکاف کمتر باشد کیفیت زندگی بهتر می باشد. کیفیت زندگی مفهوم عمده ای را که موجب رضایت از زندگی می شود، در برمی گیرد، این مفاهیم شامل سلامتی خوب، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت است. ریف<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) کیفیت زندگی را شامل مولفه و پذیرش خود، هدف داشتن در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران تعریف کرده اند. چندبعدی بودن (جسمی، روانی، روحی، اجتماعی)، ذهنی بودن<sup>۳</sup> (ارزیابی فرد از سلامت و خوب بودنش) و پویا بودن<sup>۴</sup> (تغییر با گذشت زمان) سه ویژگی خاص کیفیت زندگی خواهد بود (ذبیحی و آقاجانی مرساء، ۱۳۹۸). از دیدگاهی دیگر، کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی دارد و جنبه های مختلفی را دربرمی گیرد و شامل مسائل مادی و غیرمادی می شود. از بعد مادی کیفیت زندگی نه تنها مقوله هایی چون استانداردهای زندگی، امکانات زیربنایی، تولید اقتصادی، اشتغال، قیمت ها، قانون و... را دربرمی گیرد، بلکه مواردی چون سلامتی، سرگرمی، اوقات فراغت، فرهنگ و هنر را نیز شامل می شود. در بعد مفاهیم غیرمادی، کیفیت زندگی شامل تجارب و دریافتهای شخصی افراد و بازخوردهای آنها در زندگی واقعی آنها است. بنابراین کیفیت زندگی هر فرد تحت تأثیر خصوصیات زمینه ای فرد، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و محیطی او قرار دارد (کنتو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳) امروزه سازگاری زناشویی یکی از متغیرهای مهم در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی محسوب می گردد. تأمین نیازهای همسران و برآورده شدن انتظارات ایشان دو مولفه اصلی در رضایت زناشویی است. رضایت زناشویی، احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است، به هنگامی که همه جنبه های ازدواج شان را در نظر می گیرند. از تعاریف دیگری که در مورد رضایت زناشویی بیان شده است می توان به تعریف هاروی اشاره کرد. او رضایت زناشویی را «براز شادی و رضایت شخص از همسرش» بیان می دارد. به سخنی دیگر، علاقه زوجین به

<sup>2</sup> Ryff

<sup>3</sup> Subjective

<sup>4</sup> Dynamic

<sup>5</sup> Kento

یکدیگر و نشاط و رضایت آنان از هم، همان رضایت زناشویی است که مطلوب همگان و یکی از اهداف مهم ازدواج است. مفهوم سلامت روان جنبه‌های مختلف عاطفی، روانی و رفاه اجتماعی ما را شامل می‌شود به گونه‌ای که می‌توان گفت روی طرز تفکر، احساس، نحوه رفتار ما در هنگام رویارویی با وقایع زندگی، چگونگی مدیریت استرس، نحوه ارتباط با دیگران و تصمیم‌های ما در طول زندگی تأثیر می‌گذارد. بنابراین سلامت روان در هر مرحله از زندگی، از کودکی و نوجوانی گرفته تا بزرگسالی و پیری، بسیار مهم است.

### حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی عبارت است از شبکه‌هایی که از افراد در زمان نیاز به کمک و حمایت قرار می‌گیرد و میتواند به صورت حمایت دریافتی و ادراک شده تعبیر شود. این نوع حمایت نه تنها به فرد در مواجهه با مشکلات و فشارهای زندگی کمک میکند، بلکه در ساختار شخصیت او نقش مهمی ایفا میکند. مقاله انواع مختلف حمایت اجتماعی را معرفی کرده است که شامل حمایت عاطفی، حمایت احترام آمیز، حمایت شبکه‌ای، حمایت اطلاعاتی و حمایت ملموس می‌شوند. حمایت عاطفی به تأمین نیازهای عاطفی و احساسی افراد می‌پردازد و شامل ارتباطاتی میشود که به مراقبت و توجه به افراد اشاره دارد. حمایت احترام آمیز باعث افزایش اعتماد به نفس و اعتماد به توانایی‌های فرد میشود و او را به انجام وظایف خود تشویق میکند. حمایت شبکه‌ای به احساس تعلق فرد به شبکه‌های اجتماعی اش پرداخته و نشان میدهد که او در شرایط مختلف حمایت خواهد کرد. حمایت اطلاعاتی اطلاعات مفید را به افراد ارائه می‌دهد و در تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی کمک میکند. حمایت ملموس شامل کمک‌های فیزیکی ارائه شده توسط دیگران است. حمایت اجتماعی نه تنها به فرد در مواجهه با مشکلات کمک میکند، بلکه در ساختار شخصیت او نیز تأثیرگذار است و افراد را در تحمل فشارهای زندگی تقویت میکند. این بررسی‌ها مهمی را در خصوص اهمیت حمایت اجتماعی در زندگی انسانها ارائه می‌دهند و تأکید می‌کنند که افزایش آگاهی در مورد انواع مختلف حمایت اجتماعی میتواند به بهبود کیفیت زندگی افراد کمک کند. همچنین حمایت اجتماعی عبارت است از آسایش جسمانی، عاطفی ارائه شده از جانب خانواده، دوستان، همکاران و دیگران به فرد است. این آسایش با علم به این است که فرد بخشی از جامعه انسانی است که او را دوست دارند و برای او دل می‌سوزانند و ارزش قائل‌اند و راجع به آن فرد خوب می‌اندیشند. حمایت اجتماعی شیوه‌ای از طبقه‌بندی پاداش‌های اجتماعی در شرایطی خاص است. جنبه مهم این حمایت این است که یک پیام یا تجربه ارتباطی به معنای حمایت نیست مگر اینکه دریافت کننده نیز چنین برداشتی را داشته باشد. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از جهت همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (کشاورز پناهی و همکاران، ۱۴۰۱). ساراسون<sup>۶</sup> (۱۹۸۷) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هم به صورت واقعیتهای اجتماعی و هم به صورت ادراک فرد می‌باشد. فلمینگ<sup>۷</sup> و بوم<sup>۸</sup> (۱۹۹۰) حمایت اجتماعی را با توجه به سه بعد تشکیل دهنده آن تعریف می‌کنند: که کمک عینی یا ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را در بر می‌گیرد. حمایت عینی یا ابزاری دلالت بر موجود بودن حمایت فیزیکی دارد. این نوع کمک از افراد نزدیک و صمیمی کسب می‌شود. حمایت اطلاعاتی کمک به فهم یک مسئله و مشکل را شامل می‌شود. این نوع حمایت دلالت بر اطلاعاتی دارد که فرد می‌تواند در برابر مسائل شخصی و محیطی از آن استفاده کند. حمایت عاطفی به منابع مرتبط با داشتن کسانی دلالت دارد که برای دلداری، تسلی و احساس اطمینان، فرد می‌تواند به آنها رجوع کند. افرادی که دارای منابع عاطفی کافی اند، نوعاً احساس می‌کنند دیگران را دارند که هنگام برخورد با مشکلات می‌توانند به آنها مراجعه کنند.

<sup>6</sup> Sarason

<sup>7</sup> Felming

<sup>8</sup> Baum

## کیفیت زندگی

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیتشان در زندگی و همچنین در ارتباط با بافت فرهنگی و نظام های ارزشی محیطی زندگی شان و مرتبط با اهداف، معیارها و علایق شان تعریف کرده است. این کیفیت تحت تأثیر تعامل عواملی چون سلامتی فرد، حالت ذهنی، مذهبی بودن، روابط و عناصر محیطی می باشد (شجاعی معلم کلایی ۱۴۰۲) واژه کیفیت زندگی برای توصیف رضایت خاطر و شادی در جنبه های اجتماعی، عاطفی، فیزیکی، شغلی و مالی زندگی شخصی به کار می رود. کیفیت زندگی فرد به طور نزدیکی به کیفیت زندگی افراد دیگری که بخشی از محیط زندگی فرد هستند بستگی دارد و می تواند با رضایت فرد از تجربه های شخصی سرتاسر زندگی افراد و احساس متعلق بودن به اجتماع و احساس صلاحیت، خلاقیت، قدرت داشتن و استقلال اندازه گیری شود. (شجاعی معلم کلایی ۱۴۰۲) کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت های آن است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است. به طور کلی کیفیت زندگی، تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ هر چند مردم به شکل غریزی معنی آن را به راحتی درک می کنند، لیکن این مفهوم برای آنها یکسان نیست. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها/ استانداردها، علایق و اموری تلقی می کند که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد در ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی را در برمی گیرد (عبدالهادی حسن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). در ادامه، سازمان بهداشت جهانی بیان می کند که کیفیت زندگی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط با ویژگی های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک شده افراد تأثیرگذار است و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک شده افراد تأثیرگذار است و وضعیت افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برون زایی نظیر زیرساخت ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و غیره تحت تأثیر قرار می دهد. این اولویت ها، کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی استوار است. تأکید سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه شناسان و برنامه ریزان اجتماعی در هر جامعه ای تبدیل شود. مانند عزت نفس، خودکارآمدی و شادکامی/امید که در زمره متغیرهای مرتبط با سلامت اجتماعی بوده و توانایی پیش بینی آن را دارند (نریمانی و صمدی فرد<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). بر اساس بعضی از طبقه بندی ها و تعاریف ارائه شده در حوزه مباحث سلامت روان، کیفیت زندگی، در زمره مؤلفه های مربوط به بهزیستی هیجانی قرار می گیرد و به احساس رضایت از زندگی به طور کلی و در اکثر موقعیت ها و زمینه ها و یا به میزان بالا در حیطه های خاص زندگی روزمره، اشاره دارد. می توان کیفیت زندگی را شاخصی از توانایی سازگاری مناسب با تمام مخاطراتی که فرد و جهان اطراف او با آنها مواجه می شود، تعریف کرد. کیفیت زندگی مفهوم عمده ای را که موجب رضایت از زندگی می شود، در برمی گیرد، این مفاهیم شامل سلامتی خوب، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت است/کیفیت زندگی یک سازه بهزیستی روانشناختی کلی معرفی کرده اند که با احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی مشخص می شود و اندازه گیری می شود. از دیدگاهی دیگر، کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی دارد و جنبه های مختلفی را در بر می گیرد و شامل مسائل مادی و غیرمادی می شود. از بعد مادی کیفیت زندگی نه تنها مقوله هایی چون استانداردهای زندگی، امکانات زیربنایی، تولید اقتصادی، اشتغال، قیمت ها، قانون و ... را در بر می گیرد، بلکه مواردی چون سلامتی، سرگرمی، اوقات فراغت، فرهنگ و هنر را نیز شامل می شود (بوردون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

<sup>9</sup> Abdul Hadi Hassan

<sup>10</sup> Narimani & Samadifard

<sup>11</sup> Bourdon

### چارچوب اصلی شاخص‌های کیفیت زندگی

چارچوب اصلی شاخص‌های کیفیت زندگی را مضامین اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و ویژگی‌های فردی شکل می‌دهد؛ اما شاخص‌های سلامتی و تأثیرات محیطی نیز در مطالعات کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارند. به طوری که امروزه پژوهشگران مرتبط با رشته‌های پزشکی به مطالعات مربوط به این بخش توجه کرده‌اند. از این رو، وین هون<sup>۱۲</sup> مفهوم کیفیت زندگی را با نبود بیماری به‌ویژه بیماری‌های خاص برابر دانسته است. در نتیجه راهکارهای بزرگی برای تقویت جامعه و افراد ساکن در آن تدوین شده است (آدگبولگون<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). تأثیرات محیطی مرتبط با ادراکات خانواده‌ها نیز یکی از مسائلی است که ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی و سلامتی افراد جامعه دارد. یافته‌های کیفیت زندگی برای بازشناسی استراتژی‌های سیاسی قبلی و طراحی سیاست‌های برنامه‌ریزی آینده استفاده می‌شوند. در این راستا سانتوس و مارتینز<sup>۱۴</sup> اشاره می‌کنند که مشارکت اجتماع محلی در مطالعات کیفیت زندگی، پشتیبان مهمی برای تعیین سیاست‌ها و اهداف بلندمدت هستند. به عبارت دیگر کیفیت زندگی در معنای واقعی آن نمی‌تواند مستقل از مناسبات روابط و پیوندهای مشترک اجتماعی و وابستگی‌های متقابل در زمینه عدالت توزیعی که امنیت شغلی و اقتصادی، حمایت شهروندی و حقوق انسانی را تضمین می‌کند مفهوم سازی شود. کانون اصلی تحلیل در چارچوب نظری روان‌شناسی، بیشتر متوجه موقعیتی است که فرد تلقی خاصی از کیفیت زندگی خود دارد و فرض نیز بر آن است که نحوه ارزیابی کیفیت زندگی در خلال کنش‌های متقابل اجتماعی فرا گرفته می‌شود. این فراگیری نیز ناشی از فرایندهایی مانند یادگیری شرطی، تقویت، مشاهده و الگوسازی و همچنین برچسب اجتماعی است (کنتو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

### رضایت زناشویی

رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم خانواده می‌باشد. فرهنگ معین «رضا» را خشنودی، خوش دلی، صلاح و صواب دید و رضایت را قبول، رضامندی، خوشحالی و خشنودی می‌داند. رضایت زناشویی حالتی است که طی آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و با هم بودن احساس شادمانی و رضایت دارند. رضایت مندی زناشویی را پیامد توافق زناشویی می‌دانند که رابطه مناسب بین زن و شوهر را توصیف می‌کند. در واقع، رضایتمندی زناشویی، یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد. همچنین رضایت زناشویی یکی از گسترده‌ترین مفاهیم برای تعیین میزان شادی و پایداری رابطه است (نوری و همکاران، ۱۴۰۰). رضایت زناشویی را در توافق زن و شوهر در مورد اموری که ممکن است مسائل حادی به بار آورد، مثلاً علایق و فعالیت‌های مشترک، ابراز علاقه مندی مکرر و اعتماد متقابل، شکوه و شکایت اندک و شکایت نادر از اساس تنهایی، سیه بختی، رنجش و مانند این‌ها ذکر می‌کند (میرعظیم و همکاران، ۱۴۰۲). رضایت زناشویی، نشانگر استحکام و کارآمدی نظام خانواده است. سعادت و سلامت خانواده به وجود ارتباطات سالم و بالنده زوجین بستگی دارد و چنانچه پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، پیام منفی آن انواع مشکلات جسمی و روانی است. در واقع این پدیده عمر زن و شوهر را طولانی تر و باعث افزایش سلامت جسمانی و روانی، پیشرفت اقتصادی و رضایت از کل زندگی می‌گردد. سازگاری و رضایت زناشویی از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش و درک متقابل و ارضای نیازها ایجاد می‌گردد (مختاری و همکاران، ۱۴۰۲). درک کیفیت و ارزش ازدواج وسیله‌ای برای درک اثرات آن بر روی تمام فرایندهای داخل و خارج خانواده است. از جمله دلایل معقول و منطقی مطالعه بر روی جزئیات رضایت زناشویی و درک محوریت آن در سلامت خانواده و اشخاص است.

<sup>12</sup> Veen Hoven

<sup>13</sup> Adegbolagun

<sup>14</sup> Santos and Martins

<sup>15</sup> Kento

در دهه‌های ۸۰ و ۹۰، مطالعات علمی پیرامون رضایت زناشویی توجه زیادی را به خود جلب کرد و محققین موضوع رضایت زناشویی را با تأکید بیشتر بر جنبه‌هایی از تعاملات زناشویی که کمتر محسوس و قابل مشاهده هستند، ادامه دادند (شامل تفسیر رفتارهای متقابل، هیجانات تجربه شده و پاسخ‌های فیزیولوژیکی به تعاملات). همچنین در این دوره به الگوهای کلی تعاملات زوج‌ها و ابعاد اجتماعی آن که نادیده گرفته شده بود و نیز به خشونت‌های زناشویی توجه بیشتری شد (فخیم زاده، ۱۴۰۲). ماهانی<sup>۱۶</sup> و همکاران، (۱۹۹۹) با تجزیه و تحلیل مشاهداتشان نشان دادند که جنبه‌های مختلف عملکرد زناشویی شامل، رضایت زناشویی، تعداد برخوردها و خشونت فیزیکی با فعالیت‌ها و اعتقادات مذهبی رابطه بالاتری دارند. به همین دلیل درک ارزش‌های دینی درباره‌ی ازدواج، برای سلامت رابطه‌ی زوج، اهمیت بالاتری دارد. احساس رضایت و خوشبختی فرد در زندگی زناشویی بستگی کامل به سازگاری فرد در هریک یا لاقط چند مورد از موارد پنج‌گانه دارد. بدیهی است که احساس رضایت در زمینه روابط زناشویی در مورد موفقیت‌های آتی افراد و سازگاری شغلی و اجتماعی آنها نیز تأثیر بسزایی دارد. پس از ازدواج، رضایت از زندگی مشترک و سازگاری با آن خیلی زود رو به کاهش می‌گذارد. سرعت و شدت این کاهش در مطالعات مختلف فرق می‌کند و برخی از پژوهشگران در این زمینه به نوعی افت مداوم اشاره می‌کنند. به طور کلی وضعیت رضایت زن و شوهر از زندگی نشان می‌دهد که در اولین سال‌های زندگی رضایت کاهش پیدا می‌کند در دوره میانسالی به حالت تثبیت رسیده و در سال‌های پایانی افزایش می‌یابد (کوفی گر و همکاران، ۱۳۹۸). منابع ناراضی‌تیمی همسران در خصوص مسایل جنسی، پول، خانواده، کاهش آزادی عمل، افزایش مسئولیت‌ها، دشواری تقسیم کارهای خانه و مراقبت از فرزندان، تفاوت در سلیقه‌های شخصی، اختلاف در ارجحیت‌ها، دشواری در هماهنگ کردن نیازها و عادات زندگی طرفین در مورد فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی، موسیقی و فضای لازم، اهمیت کار و موارد مختلف دیگر است. البته گاهی هم مسائل جزئی ریشه ناراضی‌تیمی‌ها و اختلافات را تشکیل می‌دهد. به مرور زمان سطح تحمل طرفین تغییر قابل ملاحظه‌ای پیدا می‌کند و حرکات قشنگ و ظریف روزهای اول آشنایی بیش از پیش غیرقابل تحمل می‌شود. رضایت‌مندی زناشویی انطباق بین وضعیتی که وجود دارد با وضعیتی است که مورد انتظار است. یعنی رضایت زناشویی زمانی حاصل می‌گردد که بین وضعیت فعلی و وضعیت آرمانی یا مورد انتظار فاصله زیادی وجود نداشته باشد و ناراضی‌تیمی در روابط زناشویی زمانی پدید می‌آید که این فاصله زیادتر گردد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۹).

## سلامت روان

سلامت روان شامل احساسات، شرایط روان شناختی و بهبود اجتماعی است. سلامت روان بر نحوه تفکر انسان، احساسات و دیگر جنبه‌های زندگی او تأثیر می‌گذارد. این مسئله تعیین‌کننده این است که فرد چگونه می‌تواند استرس خود را کنترل کند، مسائل مربوط به دیگران را مدیریت کرده و از میان گزینه‌های مختلف دست به انتخاب بزند. سلامت روان در تمام مراحل زندگی بخشی مهم محسوب می‌شود. عوامل زیادی در به وجود آوردن مشکلات روحی روانی دخیل هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به مواردی مانند عوامل زیستی، مثل ژنتیک و شیمی مغز، تجربیات زندگی، مثل سوء استفاده جنسی و تعرض و ضربه‌های روانی، سابقه خانوادگی اشاره کرد. سلامت روان، روانپزشکی پیشگیر سلامت روانی اجتماعی و یا روانپزشکی اجتماعی، به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلاء و درمان بیماری‌های روانی و توانبخشی بیماران روانی موجود به کار می‌رود. دو واژه اخیر بعد از سومین انقلاب در روانپزشکی از سال ۱۹۶۳ که باعث ایجاد مراکز جامع روانپزشکی در مناطق جغرافیایی و با جمعیتی معین گردیده به کار می‌رود (نیکل، ۲۰۲۰). سلامت روان را حالت ذهنی، همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای

زندگی می‌داند. یکی از عواملی که می‌تواند بر سلامت روان فرزندان تأثیر بگذارد، سلامت روان والدین می‌باشد. خانواده واحدی است که سلامت روان افراد در آن شکل می‌گیرد و همچنین در تأمین سلامت روان، مراقب و حمایت از سلامت افراد خود نقشی بسیار تعیین کننده دارد. خانواده با فراهم نمودن روابط نزدیک و مثبت می‌تواند نقشی مؤثر بر ارتقای سلامت روان فرزندان داشته باشد. روابط مناسب در جامعه بر اساس روابط مناسب در خانواده شکل می‌گیرد و هر اندازه روابط درون خانواده مناسب‌تر باشد، خانواده و در پی آن جامعه از ثبات و استحکامی بیشتر برخوردار است. این واحد اجتماعی مبدأ بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است مشکل تعریف سلامت روانی از آنجا سرچشمه می‌گیرد که هنوز تعریف صحیح و قابل قبولی برای بهنجاری<sup>۱۷</sup> ندارد. البته تعاریف و نقطه نظرهای زیادی با توجه به شرایط و موقعیت‌های اجتماعی، سن و فرهنگ برای بهنجاری شده است. برای داشتن روح و روانی سالم و تندرست، لازم است که انسان به مقررات و قوانین که برای نگهداری و حفظ این سلامتی لازم ضروری است توجه داشته باشد و آن‌ها را دقیق رعایت نماید. برای این کار، ابتدا باید با روش‌های حفظ این سلامتی آشنا شویم؛ بنابراین برای داشتن روحی سالم و شاداب حفظ سلامت روان لازم است. (رجبی و ترابی ۱۴۰۲) "ترس، خشم، شادی" عمده‌ترین هیجان‌های طبیعی انسان است: با این وجود گاهی برای اجتناب از احساس اضطراب و ترس سعی می‌کنیم در موقعیت‌های طبیعی اضطراب‌آور برخورد‌های عاری از هیجان داشته باشیم؛ چنین برخوردی یک نوع خونسردی مصنوعی است که می‌تواند به نوعی در درازمدت باعث مشکلات روانی در فرد یا افراد شود. همچنین بعضی مواقع فرونشانی هیجان‌ها و عواطف باعث عدم تفکیک مناسب بین شادی‌ها و غم‌های طبیعی (بهنجاری) و غیر طبیعی (نابهنجاری) می‌شود. هر جامعه‌ای فرصت‌های تقریباً نامحدودی برای مردمانی از هر سن (شاید از هر دو جنس) فراهم می‌کند تا افراد استعداد‌های خود را در زمینه‌های مختلف آزموده و به موفقیت‌های فردی و اجتماعی دست یابند. این فرصت‌ها می‌تواند "ورزشی، تحصیلی و علمی، هنری، فنی و..." باشد. افرادی که خود را فقط به یک موضوع محدود نمی‌کنند و دنبال یادگیری و به‌دست آوردن مهارت‌های جدید هستند، غالباً زندگی برایشان جذابیت و گیرایی بیشتری دارد و به احتمال زیاد موفقیت بیشتری به‌دست می‌آورد و همچنین موفقیت بیشتری به‌دست می‌آورد (کلانتری، ۱۴۰۱).

به دنبال آن احساس شایستگی<sup>۱۸</sup> ناشی از دست یافتن به مهارت "عزت نفس"<sup>۱۹</sup> افراد بالا می‌برد. نکته مهم یا سوال موجود در این زمینه می‌تواند مسایل و کمبودهای اقتصادی و مالی باشد؛ ولی افرادی که تمایل به دست یافتن مهارت یا پرورش استعدادی را دارند؛ مطمئناً راهکارهای خوبی را متناسب با امکانات خود پیدا می‌کنند.

گر نگاهی به علائم و نشانه‌های اختلالات عاطفی بیندازیم هسته اصلی و نقطه مشترک آن‌ها را احساس انزوا و تنهایی می‌یابیم. ما نیازمند پشتیبانی آرامش‌دهی و اطمینان‌هایی هستیم که از طرف دیگران فراهم می‌شود، چون انسان موجودی اجتماعی است. این موضوع ثابت شده که افرادی که روابط اجتماعی قوی و دوستان صمیمی دارند و نگرانی‌ها و مشکلات خود را با افراد مطمئن بیان می‌کنند و در عین حال به رفاه و خشنودی دیگران توجه و علاقه نشان می‌دهند مشکلات خود را روشن‌تر دیده، در عین حال احساس ارزشمندی بیشتری می‌کنند (ایران نژاد، ۱۴۰۰).

ویژگی‌های فردی که سلامت روان دارد:

- نسبت به خود، خانواده و جامعه بی‌تفاوت نیست؛
- با دیگران سازگاری دارد؛
- شاد و مثبت‌اندیش است؛
- به خود و دیگران احترام می‌گذارد؛

<sup>17</sup> normality

<sup>18</sup> merit Sensation

<sup>19</sup> self – Esteem

- بدبین نیست؛
- به نقاط ضعف و قدرت خود آگاهی دارد؛
- انعطاف‌پذیر است.
- شناخت او از واقعیت نسبتاً دقیق است و برای رسیدن به هدف‌های خود بر اساس عقل و احساس عمل می‌کند؛
- نسبت به خود نگرش مثبت دارد و ناکامی‌ها را تحمل می‌کند؛
- توانایی حل مشکلات خود را دارد؛
- از اوقات فراغت خود به نحو مطلوب استفاده می‌کند؛
- در مواجهه با مشکلات اجتماعی، کنترل و تعادل خود را از دست نمی‌دهد؛
- استعدادهايش به طور هماهنگ و به خوبی رشد می‌کند.
- نه بنده کسی است، نه کسی را بنده خود می‌کند، می‌داند که خدا او را آفریده و برای خود ارزش قائل است؛
- دنیا را گذرگاهی برای رسیدن به آخرت می‌داند؛
- رابطه‌اش با دیگران سازنده و مثبت است؛
- نیازهایش را از طریق برآورده می‌کند که با ارزش‌های اجتماعی منافات نداشته باشد؛
- صابر، صادق، درستکار، بخشنده، استغفار کننده و فرزند خویشتن خویش است؛

### عوامل مؤثر در سلامت روان

حالات روحی افراد در انتخاب نوع غذایی که می‌خورند مؤثرند. افراد در حالات مختلف غذاهای متفاوتی را طلب می‌کنند، هنگام احساس قدرت و پیروزی به غذاهای گوشتی، هنگام احساس تنوع و تحول به غذاهایی با انواع سس و هنگام اضطراب یا پرخاشگری به خوراکی‌های گاز زدن تمایل دارند در حالی که وقتی خسته هستند چای و قهوه را ترجیح می‌دهند؛ بنابراین با شناخت خود و سوخت و ساز بدن می‌توان با انتخاب مواد خوراکی مناسب به آرامش بیشتری دست یافته و از خوردن لذت برد؛ اعتقادات و باورهای مذهبی قادر است در مصیبت‌های زندگی از فرد افسرده و مأیوس، انسانی امیدوار و محکم بسازد، چنانکه هرگز خود را تنها و بیمناک احساس نکنند. او باور دارد که خدا پیوسته با اوست، در رویارویی با سختی‌های زندگی تنها نیست و خدای مهربان به او علاقه و توجه دارد. این باور موجب می‌شود که فرد علیه انزواطلبی و گوشه‌گیری که بسیاری از مبتلایان به امراض خطرناک را از پای در می‌آورد، ایمن شود (مارتین و همکاران، ۲۰۱۹). مسؤولیت اولیای مدرسه فقط در پرورش نیروی عقلی و آشنا کردن دانش‌آموزان به مسائل اجتماعی و اخلاقی خلاصه نمی‌شود. مدرسه مسؤول تغییر و اصلاح رفتارهای ناسازگارانه و تأمین بلوغ عاطفی و سلامت روان دانش‌آموزان نیز می‌باشد. در مدرسه فرزندان دوست داشتن و دوست داشته شدن را تجربه می‌کنند، معلم با تکریم شخصیت، محبت و توجه، آنان را در مسیر صحیح هدایت می‌کند، دانش‌آموز در مدرسه چگونگی برقراری روابط درست عاطفی، سازگاری با دیگران و مسؤولیت‌پذیری را می‌آموزد و راه‌های مبارزه با کینه‌توزی، دیگر آزاری و حسادت را یاد می‌گیرد (رجبی و ترابی ۱۴۰۲).

### یافته‌ها

میان حمایت اجتماعی کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان تفاوت معناداری وجود دارد. جهت تحلیل این فرضیه از آزمون تی مستقل به شرح زیر، استفاده شد:

مقایسه حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و سلامت روان کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان

### مقایسه حمایت اجتماعی دو گروه

آزمون تی				آزمون لوین			
اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	F		
6.600	.017	58	2.449	.015	6.290	فرض برابری واریانس	حمایت اجتماعی
6.600	.018	49.887	2.449			فرض نابرابری واریانس	

با توجه به نتایج آزمون لوین و آزمون تی مستقل حمایت اجتماعی با اختلاف میانگین ۶.۶۰، در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارد

میان کیفیت زندگی کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان تفاوت معناداری وجود دارد.

### مقایسه کیفیت زندگی دو گروه

آزمون تی				آزمون لوین			
اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	F		
2.50	.313	58	1.018	.528	.404	فرض برابری واریانس	کیفیت زندگی
2.50	.313	55.282	1.018			فرض نابرابری واریانس	

با توجه به نتایج آزمون لوین و آزمون تی مستقل، کیفیت زندگی، بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد و فرضیه رد شد ( $P>0/05$ ). میان رضایت زناشویی کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان تفاوت معناداری وجود دارد.

### مقایسه رضایت زناشویی دو گروه

آزمون تی				آزمون لوین			
اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	F		
-6.53	.293	58	-1.061	.007	7.826	فرض برابری واریانس	رضایت زناشویی
-6.53	.294	45.263	-1.061			فرض نابرابری واریانس	

با توجه به نتایج آزمون لوین و آزمون تی مستقل، رضایت زناشویی، بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد و فرضیه رد شد ( $P>0/05$ ).

میان سلامت روان کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان تفاوت معناداری وجود دارد.

### مقایسه سلامت روان دو گروه

آزمون تی				آزمون لوین			
اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	t	معناداری	F		
8.233	.013	58	2.549	.000	22.177	فرض برابری واریانس	سلامت روان
8.233	.015	39.494	2.549			فرض نابرابری واریانس	

با توجه به نتایج آزمون لوین و آزمون تی مستقل سلامت روان با اختلاف میانگین ۸.۲۳، در دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارد.

## نتایج

صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی کارکنان بومی و اقماری مفید است و فقدان یا نداشتن حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی در سلامتی آنهاست. از این رو سلامتی متأثر از میزان وجود حمایت اجتماعی است و سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که کارکنان بومی و اقماری اگر دارای حمایت اجتماعی باشند از سلامتی درونی و سلامت جسمانی بیشتری برخوردارند (آپستول و همکاران، ۲۰۲۰). رگیری کارکنان بومی و اقماری در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منافع حمایتی فراهم می‌کند که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها کارکنان بومی و اقماری شرایط مطلوب به دست آوردن حمایت و متعاقب آن سلامتی را حاصل می‌کنند. مطالعات متأثر از مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی عنوان می‌کنند، کارکنان بومی و اقماری که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند کمتر افسرده اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری و نشخوار فکری کمتری را نسبت به کارکنان بومی و اقماری فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند (اکبری، ۱۳۹۸).

یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری در حفظ اعتماد به نفس و حس سالم بودن و نیز تجربه یک زندگی دلپذیر برای آنها دارای اهمیت است و گاهی کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری به عنوان فاصله‌ای بین انتظارات آنها و آنچه که به انجام رسیده معطوف می‌شود. هر چقدر این شکاف کمتر باشد کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری بهتر می‌باشد (ذبیحی و آفاجانی مرساء، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی مناسب در کارکنان بومی و اقماری موجب می‌شود سطح استقلال، روابط اجتماعی کارکنان بومی و اقماری، باورهای شخصی آنها و ارتباط با ویژگی‌های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک شده تأثیرگذار باشد و این عوامل را افزایش دهد. وضعیت کارکنان بومی و اقماری را با توجه به عوامل برون‌زایی نظیر زیرساخت‌های آموزشی، رفاهی، سلامت و بهداشت مناسب برای، روابط اجتماعی کارکنان بومی و اقماری، محیط زیست و غیره تحت تأثیر قرار می‌دهد (چراغی و همکاران، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری، به آنها حالت احساسی لذت بخش و مثبت ناشی از ارزیابی زندگی شخصی و زندگی و تجربه شغلی به آنها می‌دهد. کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری موجب بروز واکنش‌های شناختی، عاطفی و سنجشی کارکنان بومی و اقماری، نسبت به شغل شان می‌گردد. عوامل مهم در کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری شامل دو گروه از عوامل می‌باشند. یک گروه شامل عوامل سازمانی و گروه دیگر شامل عوامل شخصیتی می‌باشد. از عوامل سازمانی کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری می‌توان به سیستم پاداش، کیفیت شخصی پایگاه و ارشدیت، عزت نفس بالا، خوش بین بودن، رضایت از زندگی و عوامل ژنتیکی اشاره کرد. از دیگر عواملی که بر کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری تأثیر می‌گذارند را می‌توان شرایط کاری و مناسبات بین شخصی در کار اشاره نمود. کیفیت زندگی کارکنان بومی و اقماری شامل تجارب و دریافت‌های شخصی آنها و بازخوردهای آنها در زندگی واقعی شان است. بنابراین کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر خصوصیات زمینه ای وی، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و محیطی او قرار دارد. عوامل مختلفی چون وضعیت کارکنان بومی و اقماری، وضعیت اجتماعی-اقتصادی کارکنان، حمایت‌های اجتماعی، میزان مشکلات رفتاری کارکنان و ... از عواملی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها موثر باشد. کیفیت زندگی بالا در کارکنان بومی و اقماری نشانگر تطابق شرایط زندگی با معیارهای ارزشیابی آنها و کیفیت زندگی پایین، نشانگر عدم تطابق شرایط زندگی با این معیارهای ارزشیابی می‌باشد. به عبارت دیگر کیفیت زندگی در کارکنان بومی و اقماری، شاخصی از توانایی سازگاری مناسب آنها با تمام استرس‌ها در خانه و محل کار و مخاطراتی که با آنها مواجه می‌شود، می‌باشد (تلسی و همکاران، ۲۰۱۸). روابط رضایت بخش در بین زوجین با وجود شرایط شغلی بومی و اقماری همسر از طریق علاقه متقابل، میزان مراقبت از همدیگر و پذیرش و تفاهم با یکدیگر قابل سنجش است. در واقع رضایت زناشویی کارکنان بومی و اقماری یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد. این مؤلفه یک فرایند تکاملی است که در طول زندگی زوجین کارکنان بومی و اقماری به وجود می‌آید و لازمه آن

انطباق سلیقه‌ها، شناخت صفات شخصی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مرادده‌ای است (سوپا و همکاران، ۲۰۲۳). رضایت زناشویی کارکنان بومی و اقماری موجب نگرشی بر خصوصیت فردی زن و شوهر و احساس مثبت و لذت بخشی می‌شود که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی با شرایط شغلی اقماری و بومی دارند. اگر رابطه ای مطلوب بود و با امیدها و انتظارات هماهنگ بود، رابطه سازگار و رضایت بخش خواهد بود. البته ادراک کارکنان بومی و اقماری از مطلوبیت یک رابطه، سازگاری مندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما در این میان ممکن است رابطه، منافعی هم برای کارکنان داشته باشد ولی او رابطه را رضایت بخش نداند (شامی فرد و همکاران، ۱۴۰۲).

ناتوانی در برقراری صمیمیت بین فردی در زوجین کارکنان بومی و اقماری، منجر به ناسازگاری‌ها و نارضایتی‌های زناشویی می‌شود. در این میان توافق نداشتن زوجین، ناسازگاری بین نظرات و اهداف آنها و نیز بروز رفتاری که در جهت مخالفت با دیگری صورت می‌گیرد موجب نارضایتی‌های زناشویی کارکنان بومی و اقماری می‌گردد و کارکنانی در حل تعارضات مهارت دارند که قادر باشند دیدگاه شریک عشقی خود را در هنگام اختلاف نظر درک کنند و مشکلات حال حاضر خود را نه بخشی از سختی‌های شخصی خود، بلکه بخشی از زندگی انسانی خود بدانند (سوپا و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به شرایط محیطی متغیر به ویژه برای کارکنان اقماری، سازمان برای دستیابی به کارآیی و اثربخشی بیشتر و در نهایت دستیابی به اهداف تعیین شده خود، ناگزیر است که به منابع انسانی خود هم کارکنان بومی و هم کارکنان اقماری توجه کافی را داشته باشند. اقتصاد جهانی، شرکت‌ها و سازمان‌ها را به سوی ارتقاء عملکرد، بهره‌وری، کارایی، اثربخشی و رقابت پذیری سوق می‌دهد که این موضوع تأثیر منفی بسیار زیادی روی و سلامت روانی کارکنان بومی و اقماری گاشته است. بنابراین بدون توجه به سلامت روان کارکنان بومی و اقماری، مدیریت مؤثر حاصل نخواهد شد. در دهه‌های اخیر ارتقای سلامت روانی کارکنان بومی و اقماری از مهمترین جنبه‌های به سازی و توسعه منابع انسانی و سازمان‌هاست. چرا که نیروهای فکری و فیزیکی در سازمان‌ها، در افزایش بهره‌وری و بهبود عملکرد بسیار مؤثر است (پروانه و عالی، ۱۴۰۱). از آن جا که هر انسانی با داشتن انگیزه و شوق کاری بالا، بسیار مفیدتر است و می‌تواند خدمات خود را به نحو بهتری ارائه دهد، لذا برخورداری از سلامت روان و انگیزش شغلی بالا در کارکنان بومی و اقماری از موارد مهمی است که می‌تواند به بهتر شدن خدمات ارائه شده و بهبود کیفیت و عملکرد کاری آنها بیانجامد. اگر کارکنان بومی و اقماری در محیط کار خود، کیفیت کاری مطلوبتری را احساس کنند، تعهد و علاقه‌مندی و در نتیجه رضایت شغلی آنان افزایش می‌یابد و این رضایتمندی، سلامت روانی آنان را تحت تأثیر قرار داده و نهایتاً موجب بهبود عملکرد شغلی آنان خواهد شد. به بیان دیگر، ارزیابی مثبت از سازمان موجب بهبود عملکرد شغلی کارکنان بومی و اقماری می‌شود. بسیاری از سازمان‌ها خود موجبات زوال و یا تقویت سلامت روان را فراهم می‌نمایند. عدم اتخاذ تدابیر مناسب در جهت پاسخگویی به نیازهای اولیه و ثانویه کارکنان بومی و اقماری، باعث می‌شود آنان با حداقل روحیه و توان خود به کار مشغول بوده و همواره درصدد فرصت طلبی و گریز از انجام وظیفه باشند که این امر در نهایت کاهش کمیت و کیفیت عملکرد آنان و سازمان را در پی خواهد داشت (آموی شن و همکاران، ۲۰۲۰).

مشاهده بی‌علاقه‌گی‌ها، کم‌کاری‌ها، بی‌تفاوتی‌ها، عدم مشارکت در امور و... در کارکنان بومی و اقماری همگی حکایت از روحیه ضعیف دارند که علاوه بر موارد فوق، سرچشمه پنهانی اعتصابات کارگری، مشکلات و ناهنجاری‌های انسانی، غیبت از کار و کاهش عملکرد کارکنان می‌باشد. با توجه به قراردادن سازمان در فضای رقابتی و الزام اساسی موفقیت در این فضا که همانا بهره‌مندی از کارکنان سالم، سرحال و پرشور و نشاطی است که با انگیزه قوی و روحیه بالایی به ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان و ارباب رجوع بپردازند (نیکل، ۲۰۲۰) سلامت روان از آن جهت که رابطه مستقیمی با عملکرد فردی - اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی کارکنان بومی و اقماری دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است. کار و فعالیت به عنوان عامل اساسی رفع احتیاجات ضروری بشر، از ابتدای پیدایش وی دارای اهمیت بوده است.

## منابع

- [۱] اسحاقی، حکیم. (۱۳۹۷). بررسی رابطه سلامت روان و شادکامی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان جندی شاپور اهواز. مقاله پژوهشی، دوره پنجم، شماره ۱.
- [۲] راسخ، سیدعلی، طالبی، محمدعلی، و خضری، زهرا. (۱۳۹۷). نقش اجرای فعالیت های صبحگاهی بر سلامت روان در کارکنان و دانشجویان ناجا (مطالعه موردی: مرکز آموزش شهید دستغیب ناجا، جهرم). مجله طب نظامی، ۲۰(۶)، ۶۶۶-۶۷۳.
- [۳] رضایی، الهه؛ توحیدی، افسانه و موسوی نسب، محمد حسین. (۱۳۹۷). بررسی حمایت اجتماعی و انگیزش تحصیلی با نقش واسطه ای باورهای خودکارآمدی دانشجویان دانشگاه شهید با هنر کرمان. مطالعات آموزش و یادگیری، ۱۰(۲)، ۵۴-۷۴.
- [۴] رنجبری، مینا؛ سلیمانی ملایوسف، توران. (۱۴۰۱). بررسی تفاوت کیفیت زندگی تحصیلی دانش آموزان پسر پایه چهارم مدارس عادی و مدارس زندگی شهر تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی تعلیم و تربیت، ۳۸(۳): ۱۴۳-۱۵۸.
- [۵] شمشادی، معصومه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ورزش کردن بر سلامت روانی دانش آموزان مدارس ابتدایی دخترانه از دیدگاه معلمان تربیت بدنی. همایش ملی دستاوردهای علوم ورزشی و سلامت.
- [۶] شیرالی، مریم. (۱۴۰۰). رابطه شیوه های حل مسئله، تنظیم شناختی هیجانی و حمایت اجتماعی با اضطراب امتحان دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهر رامهرمز، دهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
- [۷] صانعی، ع؛ رئیسون، م، و محمدی، ی. تعیین سهم مولفه های مهارت های اجتماعی در کیفیت زندگی در مدرسه. سومین همایش ملی روان شناسی و آسیب های اجتماعی، چابهار، ۱۳۹۸.
- [۸] عباسی، مریم و غیاثی، علیرضا. (۱۴۰۱). بررسی تاثیر ورزش بر سلامت روح و روان دانش آموزان. هفتمین همایش بین المللی پژوهش های نوین در علوم ورزشی و تربیت بدنی، همدان.
- [۹] عسکریان سرداری، فرحناز و فلاح، محمد حسین. (۱۳۹۷). رابطه بین طرحواره های هیجانی نشخوار ذهنی و تایید طلبی از دیگران با اضطراب امتحان در دانش آموزان دختر مقطع دوم متوسطه شهر کرمان، سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی، تهران.
- [۱۰] فتحی خراسانی، دانیال و معنوی پور، هاجر و زارعی، عادل و متقی شکیب، زهرا. (۱۴۰۰). رابطه ی ادراک از سبک های فرزندپروری والدین و هوش هیجانی مادران با سلامت روان فرزندان، ششمین کنفرانس ملی حقوق، علوم اجتماعی و انسانی، روانشناسی و مشاوره، شیروان.
- [۱۱] رجبی، فهیمه و ترابی، سعیده. (۱۴۰۲). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و سلامت روان با عزت نفس در بین زنان بی سرپرست، دوازدهمین کنفرانس ملی پژوهش های نوین در تعلیم و تربیت، روانشناسی، فقه و حقوق و علوم
- [۱۲] فلاح منش، الهام و وطن خواه، حمیدرضا. (۱۳۹۸). رابطه بین ادراک حمایت اجتماعی (خانواده، معلمان و دوستان) و باورهای هوشی با انگیزش تحصیلی. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۸(۲)، ۷۴-۸۶.
- [۱۳] کامران، فرشته. (۱۴۰۱). تاثیر ورزش بر سلامت روان در دانش آموزان دختر، یازدهمین کنفرانس ملی حقوق، علوم اجتماعی و انسانی، روانشناسی و مشاوره، شیروان.
- [۱۴] کیانی، جمیله؛ حاجیونی، علیرضا؛ قلی زاده، فاطمه؛ عباسی، فرهاد (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری و امید درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب آوری بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. ۲۷(۴). ۱۴۸۲-۱۴۹۵.
- [۱۵] محمدی، الهام و صیدآبادی، مرضیه و زینل آبادی، رضوان و توحیدی، افسانه. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با اضطراب امتحان: نقش واسطه ای خودکارآمدی.
- [۱۶] مرتضی بیگی، زهره و صفری، علیرضا و بزرگ خو، زهره و اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۴۰۰). پیش بینی شادکامی بر اساس خودکارآمدی و کیفیت زندگی با میانجی گری بهزیستی روان شناختی. دوماهنامه پایش، دوره بیست و یکم، شماره ۱.

مقایسه حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی و سلامت روان کارکنان اقماری و بومی شهرک مس سرچشمه کرمان

- [۱۷] یارمحمدزاده، پیمان و فیض اللهی، زهرا. (۱۳۹۵). تعیین رابطه حمایت اجتماعی، انگیزه تحصیلی با خود کارآمدی تحصیلی دانش آموزان دبیرستان های شهر تبریز و آذرشهر. جامعه شناسی کاربردی، ۲۷(۶۱)، ۱۵۷-۱۶۹.
- [۱۸] یاوریان، رؤیا، حقیقی، ماه منیر، رمضان پور، اسراء، رادفر، مولود، (۱۳۹۶)، بررسی ارتباط بین کمال گرایی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هفتم.
- [۱۹] نزه صادقی، بهاره و برازجانی، سحر، ۱۴۰۲، نقش تاب آوری و رضایت زناشویی در سلامت روان، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری و تحقیق در روانشناسی، حقوق و مدیریت فرهنگی، تهران.
- [20] Alavi SS, Maracy MR, Jannatifard F, Eslami M. (2010) The effect of psychiatric symptoms on the internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*; 17: 57-65. [Persian]
- [21] Allee-Smith, P. J., Winters, R. R., Drake, A., & Joslin, A. K. (2013). Test review: Barkley deficits in
- [22] Bourdon, D. É., El-Baalbaki, G., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2021). Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100135.
- [23] Brand, M., Young, K. S., & Laier, C. J. F. i. h. n. (2014). Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front. Hum. Neurosci.* 8 (375).
- [24] Brusteim, M. (2013). *Perfectionism: A guide for mental health professionals*. Springer Publishing Company.
- [25] Cao F, Su L, Lin T, Gao X. (2007). The Relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese dolesdents. *Eur Psychiatry*. Aug; 22:466-471.
- [26] Gyurak, A., Goodkind, M. S., Madan, A., Kramer, J. H., Miller, B. L., Levenson, R. W. J. C., Affective, & Neuroscience, B. (2009). Do tests of executive functioning predict ability to downregulate emotions spontaneously and when instructed to suppress. *Springer*. 9(2), 144-152.
- [27] Hofmann, W., Schmeichel, B. J., & Baddeley, A. D. J. T. i. c. s. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Science*. 16(3), 174-180.
- [28] Holley, S. R., Ewing, S. T., Stiver, J. T., & Bloch, L. J. J. o. i. v. (2017). The relationship between emotion regulation,
- [29] Munro, B. A., Weyandt, L. L., Marraccini, M. E., & Oster, D. R. (2017). The relationship between nonmedical use of prescription stimulants, executive functioning and academic outcomes. *Addictive Behaviors*.
- [30] Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (p. 51– 80 ).The Guilford Press.
- [31] Sariyska, R., Lachmann, B., Markett, S., Reuter, M., & Montag, C. (2017). Individual differences in implicit learning abilities and impulsive behavior in the context of Internet addiction and Internet Gaming Disorder under the consideration of gender. *Addictive Behaviors Reports*. 5, 19-28.
- [32] Shaffer, A., & Obradović, J. J. J. o. F. P. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent–child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*. 31(2), 150–159.
- [33] Shalala, N., Tan, J., & Biberdzic, M. (2020). The mediating role of identity disturbance in the relationship between emotion dysregulation, executive function deficits, and maladaptive personality traits. *Personality and Individual Differences*. 162, 110004.
- [34] Sherbini, H. H., & Abdou, R. A. (2020). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Internet Gaming Disorder and Quality of Life Among Preparatory School Students in Alexandria. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 8(23), 22-38.

- [35] Tripathi, A. (2017). Impact of internet addiction on mental health: an integrative therapy is needed. *Integrative Medicine International*. 4(3-4), 215-222.
- [36] Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M., & Bianchi, D. J. B. r. i. (2018). Relationship with parents, emotion regulation, and callous-unemotional traits in adolescents' Internet addiction. *BioMed Research International*. 2018, 1-10.
- [37] Widyanto, L., McMurrin, M. J. C., & behavior. (2004). The psychometric properties of the internet addiction test. *CyberPsychology & Behavior*. 7(4), 443-450.
- [38] Williams T., Batten M. (1981). *The quality of school life*. Melbourne, Australia, Australian Council for Educational Research.
- [39] Wilson, J. M., Weiss, A., Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, (152): 1-8.
- [40] World Health Organization, *Child and adolescent mental health policies and plans*. Mental health policy and service guidance package. Geneva, WHO. 2004.