

مطالعه سنجش شاخص های کیفیت زندگی دانشجویان نمونه موردی: مراکز آموزش عالی شهر قاین^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۱۴

محمدحسن شربتیان^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مطالعه سنجش شاخص های کیفیت زندگی دانشجویی انجام شده است. چارچوب نظری ترکیبی از نظریات عینی و ذهنی کیفیت زندگی است که بر اساس نظریه های شالوک (Schalock)، دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، نظریه توسعه انسانی و نظریه زاف (Zaf) و ... در نظر گرفته شده است. روش پژوهش پیمایشی و از نوع توصیفی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در مراکز آموزش عالی شهر قاین در سال ۱۳۹۴ است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران کمی، برابر با ۵۷۰ نفر و شیوه نمونه گیری، تصادفی مطبق و سهمیه ای بوده است. میزان آلفای نهایی سؤالات پرسش نامه برابر با ۰/۷۳ به دست آمده است. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسش نامه ی استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده کرده ایم.، نتایج نشان می دهد که میانگین شاخص کیفیت زندگی برابر با ۷۲/۸۹ است که می توان ادعان کرد که کیفیت زندگی دانشجویان در حد متوسط روبه بالا است. همان طور که یافته ها با استفاده از آزمون T (مقایسه میانگین ها) نشان داده است، بالاترین فراوانی مربوط به بعد سلامت جسمانی (۵۴/۴٪) است. هم چنین پایین ترین سطح در بین ابعاد کیفیت زندگی، مربوط به ابعاد روابط اجتماعی و سلامت محیط است. مطابق با این نتایج دانشجویان در بین شاخص های سطح کیفیت زندگی خود به ابعاد سلامت جسمانی و روانی بیشتر اهمیت می دهند. میانگین سلامت روانی دانشجویان،

۱. این تحقیق با حمایت پژوهانه دانشگاه پیام نور انجام شده است.

۲. عضو هیأت علمی گروه جامعه شناسی دانشگاه پیام نور

متفاوت بوده است؛ به عبارتی دانشجویان دختر به نسبت دانشجویان پسر، بیشتر در معرض افسردگی، اضطراب و نگرانی در این دوره قرار دارند. به طور کل میانگین نمرات سلامت محیط و روابط اجتماعی، به نسبت دو شاخص دیگر مورد مطالعه (سلامت جسمانی و سلامت روان) بر اساس آمارهای به دست آمده به عنوان شاخص های کیفیت زندگی در حد متوسط روبه پایین است.

واژگان کلیدی: دانشجویان، روابط اجتماعی، سلامت جسمانی / روانی / محیطی، کیفیت زندگی، قاین

مقدمه

کیفیت زندگی^۱، مفهومی چندبعدی و پیچیده است که تحت تأثیر مؤلفه‌هایی چون زمان، مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی قرار دارد و از این رو، معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف بر آن مترتب است. به تعبیر بالدوین^۲، سازه کیفیت زندگی تا اندازه‌ای مبهم است. از یک سو 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 (براتی و یزدان پناه شاه‌آبادی، ۱۳۹۰: ۳۴).

سطح خرد شاخص‌هایی نظیر ادراکات کیفیت زندگی، تجارب، 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 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 نظیر توسعه فردی، خودشناسی، بهره‌ر از اکوسیستم را پوشش می‌دهد» (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷: ۳).

زندگی دانشجویی به لحاظ شرایط جدید و خاص آن با بروز استرس های گوناگونی همراه است. بسیاری از دانشجویان با ورود به محیط دانشگاه و جدایی از خانواده، دچار احساس تنهایی و انزوا می شوند. از سوی دیگر، مواجهه با تیپ های شخصیتی مختلف در محیط حرفه ای و خوابگاه، عدم کفایت امکانات رفاهی، کمبودهای اقتصادی و کاهش منابع حمایتی و نظارتی خانواده آنان را در معرض آسیب های روانی و اجتماعی قرار می دهد. وجود مخاطرات دیگر نظیر بی علاقه‌گی به رشته تحصیلی و نارضایتی های دیگر نیز احتمال افت تحصیلی، ترک تحصیل و رفتارهای پرخطر اجتماعی را افزایش می دهد. اختلال در وضعیت سلامت دانشجویان، اثرات نامطلوب و جبران ناپذیر بر عملکرد فردی و اجتماعی و شغلی آنان دارد و خسارات فراوانی به جامعه وارد می کند. بنابراین کیفیت زندگی دانشجویان، تمام جنبه های زندگی فرد را دربرمی گیرد و شامل موفقیت برای رشد و تجربه و احساس سلامتی و رضایت مندی هست.

بیان مسأله

کیفیت زندگی یکی از بنیادی ترین مفاهیم مطرح در علوم اجتماعی است. «تغییر عقیده از این که فقط پیشرفت های علمی، پزشکی و فناوریانه می تواند زندگی را بهبود بخشد، به این باور که بهزیستی فردی، اجتماعی، خانوادگی و جامعه از ترکیب این پیشرفت ها به همراه ارزش ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می آید، از منابع اولیه دلیل گرایش به کیفیت زندگی است» (Schalock, 2000: 120). امروزه برای تأمین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنان را مورد بررسی قرار می دهند.

در واقع، کیفیت زندگی در جامعه مورد مطالعه به عنوان موضوعی در سطح فردی است که به دنبال توصیف درک موقعیت خود فرد، از زندگی است که این درک از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند، دارای اهداف، انتظارات و اولویت هایی است. بنابراین این موضوع کاملاً فردی و ذهنی است و قابل مشاهده هم نیست. بنابراین با توجه به مؤلفه های کیفیت زندگی مورد تحقیق، در تلاش هستیم که ارتقای سلامت

فردی و اجتماعی جامعه جوان دانشجویی را مورد توصیف قرار دهیم. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می کند: «کیفیت زندگی شامل احساس درک فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه‌ای از نظام‌های ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می کند بوده و مرتبط با اهداف، انتظارات و دغدغه‌های او می باشد» (افضلان، ۱۳۸۱: ۳۵). «این مفهوم ابعاد مختلفی را در برمی گیرد که شامل سلامت جسمی (فیزیکی)، وضعیت روانی^۱، استقلال^۲، تعاملات اجتماعی^۳، اعتقادات^۴ و تعاملات محیطی^۵ است» (Moro, et al., 2008: 452).

با نگاهی به مفهوم کیفیت زندگی در سه دهه اخیر می توان گفت که در طول دهه ۱۹۸۰، مفهوم کیفیت زندگی به عنوان ادراک حسی، برساخته اجتماعی و موضوع وحدت بخش شناخته می شد. در طول دهه ۱۹۹۰ فهم ما از مفهوم و مقیاس کیفیت زندگی نسبت به دهه ۱۹۸۰ بهبود یافت. «در واقع، در طول این دهه مفهوم کیفیت زندگی وسعت بیشتری پیدا کرده و ابعاد آن را می توان به طور سلسله مراتبی از پایین به بالا، به صورت زیر بیان کرد: بهزیستی فیزیکی^۶، بهزیستی مادی^۷، حقوق^۸، ادخال اجتماعی^۹، روابط بین فردی^{۱۰}، خود تعینی^{۱۱}، رشد فردی^{۱۲} و بهزیستی عاطفی^{۱۳}» (Schalock, 2004: 208).

با توجه به تعاریف مطرح شده در حوزه مطالعه کیفیت زندگی برای نسل جوان جامعه، این حوزه می تواند از اهمیت خاصی برخوردار باشد. در دوران دانشجویی مطالعه شاخص های کیفیت زندگی، همچون سلامت (جسمانی، روانی و محیطی) و تعامل

-
1. Mental Status
 2. Independence
 3. Social Interactions
 4. Beliefs
 5. Environment Interaction
 6. Physical Well- Being
 7. Material Well - Being
 8. Law
 9. Social Inclusion
 10. Interpersonal Relation
 11. Set your
 12. Personal Growth
 13. Emotional Well - Being

اجتماعی در کنار سایر مؤلفه ها، تأثیر بسزایی بر ساختار زندگی اجتماعی و روانی دوران جوانی، از جمله در جامعه خواهد داشت. با توجه به این که این گروه از افراد جامعه، مدیران اصلی اداره آینده کشور و عهده دار آموزش و تربیت نسل های بعدی خواهند شد از این رو، سلامت و کیفیت زندگی آن ها، تأثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت های شان خواهد داشت. بنابراین ضرورت دارد به عنوان یک موضوع از بعد مطالعات جامعه شناختی و روانی، کیفیت زندگی آنان را مورد توصیف قرار داد. از سوی دیگر، مقطع زندگی دانشجویی سرشار از پویایی، تحول طلبی، نوآوری و مجموعه تعاملاتی است که نهایتاً به توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه می انجامد. در این دوره پویایی بیشتری از این گروه های سنی و صنفی متبلور می گردد که می تواند کیفیت زندگی خاصی را به عنوان موضوع اجتماعی قابل بحث و بررسی قرار دهد.

با توجه به اهمیت موضوع و این که سنجش شاخص های کیفیت زندگی در بین جوانان و بالخصوص دانشجویان از بعد جامعه شناختی، تأثیر مستقیمی در توسعه پایدار اجتماعی است، پس پرداختن به این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است. در بین محققین خارجی و پژوهش های انجام گرفته، تقریباً تحقیقات زیادی در سال های اخیر در زمینه کیفیت زندگی با ابعاد مختلف روانشناختی و جامعه شناختی انجام گرفته است. اما این پژوهش با استفاده از تحلیل جامعه شناختی به بررسی سنجش شاخص های ذهنی کیفیت زندگی دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر قاین می پردازد و راهکارهایی برای بهبود زندگی روزمره دانشجویان با توجه به عوامل تأثیرگذار در ارتقاء کیفیت زندگی ارائه می دهد.

سؤالات اساسی این پژوهش عبارتند از:

- ۱- دانشجویان دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی شهر قاین به چه میزان از شاخص کیفیت زندگی بهره مند هستند؟
- ۲- سهم هریک از شاخص های کیفیت زندگی در زندگی دانشجویی به تفکیک جنسیت به چه میزان است؟
- ۳- با توجه به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر میزان بهره مندی از کیفیت زندگی، چه

راهکارها و راهبردهایی در پیشبرد و ارتقاء این پدیده اجتماعی می توان به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داد؟

با توجه به این مباحث می توان اشاره ای به آخرین دستاوردها و پژوهش هایی که در این زمینه در جامعه داخلی و بین المللی تولید شده، به صورت مختصر اشاره کرد. خراسانی، راستی و مگداتی (۱۳۹۳: ۳۶-۳۷) در تحقیقی با عنوان "ارزیابی کیفیت زندگی در شهرهای کوچک با روش فازی در شهرهای بردخون و بنک استان بوشهر" به ارزیابی و اندازه گیری ادراک ذهنی مردم از کیفیت زندگی پرداخته اند. این پژوهش از نوع کاربردی و روش آن توصیفی - تحلیلی است. حجم نمونه بر مبنای خانوار و با استفاده از فرمول کوکران، ۲۷۸ نفر سرپرست خانوار محاسبه شد. نتایج نشان داده است که میزان رضایت مندی در هر دو شهر بنک و بردخون به ترتیب در ابعاد اقتصادی و اجتماعی دارای ضریب ۰/۵۰ و ۰/۴۸ است که بیانگر کیفیت زندگی در حد نسبتاً نامطلوب است. از این رو، نتایج بیانگر افزایش چشمگیر احساس خرسندی ساکنان از اوضاع اقتصادی و اجتماعی کیفیت زندگی در محل سکونت و ماندگاری در آن نسبت به زمان قبل از تبدیل شدن به شهر است. به طوری که میزان احساس رضایت ساکنان به ۰/۶۸٪ و ۰/۶۹٪ افزایش داشته است که در کل، میزان مطلوبیت کیفیت زندگی در بعد اجتماعی غالب تر و برجسته تر از بعد اقتصادی بوده است.

جمشیدی ها، عنبری و محمدی (۱۳۹۳: ۱۷-۱۹) در مقاله ای با عنوان "بررسی ارتباط کیفیت زندگی با تغییرات دین داری دانشجویان" پرداخته اند. در این پژوهش از روش پیمایش برای به دست آوردن اطلاعات و دیدگاه های دانشجویان در مورد متغیرهای کیفیت زندگی و دین داری استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه است؛ و روش تحلیل داده ها، تحلیل کمی است که به دو صورت تحلیل توصیفی و تبیینی انجام شده است. یافته های این پژوهش نشان داد که ارزیابی دانشجویان در میزان رضایت شان، در بعد اجتماعی کیفیت زندگی در مقایسه با بعد فردی و بعد عینی کیفیت زندگی نسبت به بعد ذهنی، از میزان پایین تری برخوردار است. بر همین اساس، نتایج نشان داد که در ابعاد اعتقادی، عبادی فردی و احساسی، اکثریت دانشجویان دارای

دینداری بالا ارزیابی می شوند، اما در ابعاد عبادی جمعی، مناسکی و پیامدی، نمره های آنان پایین تر است. هم چنین یافته ها نشان می دهد که گستردگی دو مفهوم کیفیت زندگی و دینداری، مانع از تأیید یا رد یک فرض یا بحث قابل اجماع و واحد نمی شود. به همین دلیل، نمی توان از رابطه ساده و یک سوپه بین کیفیت زندگی و دینداری صحبت کرد، بلکه برای رسیدن به یک رابطه واقعی و دقیق، باید کلیه شاخص ها و ابعاد حداکثری موضوعات را مبنا قرار داد. ضریب همبستگی متغیرهای کیفیت زندگی و دینداری در این مطالعه مثبت است، یعنی با افزایش و تحولات مثبت در وجوه و شاخص های کلی کیفیت زندگی خانواده های دانشجویان، بر میزان دینداری افزوده می شود. اما در بررسی رابطه ابعاد جزئی دو متغیر، چنین رابطه ای دیده نشده است. به طور خاص، رابطه کیفیت زندگی مادی در دو وضعیت خیلی عالی و خیلی ضعیف آن با دینداری دانشجویان، رابطه منفی را نشان داده است.

علیخانی و دیگران (۱۳۹۰: ۸-۹) در تحقیقی با عنوان "بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین" به بررسی رابطه کیفیت زندگی دانشجویان با سلامت فردی و اجتماعی پرداخته اند. نتایج تحقیق نشان داده است که میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۸ در بعد جسمی $73/05 \pm 17/49$ و در بعد روانی $63/02 \pm 14/21$ بود. در این مطالعه، دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. این پژوهش رابطه ای بین تأهل و کیفیت زندگی دانشجویان نشان نداد. هم چنین دانشجویانی که ورزش می کردند نسبت به سایر دانشجویان، کیفیت زندگی بهتری را در بعد جسمانی گزارش کردند. در این مطالعه، اختلاف معنی داری بین ابتلا به بیماری با کیفیت زندگی جسمی و کیفیت زندگی روانی وجود داشت.

شیخی (۱۳۸۹: ۸۱-۸۲) در مقاله ای با عنوان "بررسی جامعه شناختی کیفیت زندگی دانشجویان/ جوانان در شهر تهران" معتقد است که این نوع طرح کیفیت زندگی در قالب متغیرهایی هم چون خانواده، دوستان، کیفیت مؤسسات آموزشی آن ها و ... شکل می گیرد. در این تحقیق نویسنده به این نتایج رسیده است که شرایط محلی روبه تغییر

و رابطه بین نسل‌ها به‌طور وسیعی بر کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر دارد. هر چه روند توسعه در یک جامعه بیشتر صورت گیرد، کیفیت زندگی دانشجویان در آن جامعه سریع‌تر افزایش می‌یابد. همین‌طور، مجموعه‌ای از فرایندها مشتمل بر شهرنشینی، مهاجرت، تعلیم و تربیت، صنعتی شدن و ارتباطات جهانی هر یک در جای خود، و به‌طور کلی تماماً در تغییر کیفیت زندگی دانشجویان سهمی ادا کرده‌اند (به این تغییر کمک کرده‌اند). یافته‌ها و اطلاعات گوناگون، نشان‌دهنده تصویری روشن از روش زندگی این جمعیت روبه‌افزایش در شهر تهران است، یعنی آن‌چه که می‌تواند برای سایر نقاط کشور نیز مطرح باشد. درآمد، به‌عنوان یک شاخص تعیین‌کننده زندگی، در نمونه‌های آماری این تحقیق در حد بالایی نیست. یکی از نکات مهم به‌دست آمده در این پژوهش عبارت است از افزایش تعداد دانشجویان در شهر تهران، و به‌طور کلی در ایران و آن خود ضمانتی است جهت بهبود و کیفیت زندگی در نسل کنونی و شاخص مهمی است که کاهش در میزان کل باروری^۱ (TFR) را بین زوج‌های جوان در ایران کنونی و در ابتدای قرن بیست و یکم به‌دنبال می‌آورد. این‌گونه بهبود خود به‌عنوان تضمینی برای نسل آینده نیز عمل می‌کند. در ضمن، دوره‌ی دانشجویی موفق در شرایطی می‌تواند ادامه داشته و اثرات خود را بر جای‌گذارنده رفتار همراه با تعاون و همکاری وجود داشته باشد، یعنی در شرایطی که زمینه‌های لازم در یک جامعه هماهنگ و سالم فراهم باشد.

سیوا دورگا و دیگران (Siva Durga & et al., 2014: 39- 43) در مقاله‌ای با عنوان "کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آندرا"، اشاره به کیفیت زندگی جز ذهنی از خوب بودن می‌کند. این مقاله با هدف اندازه‌گیری مرکب از ویژگی‌های روانی، فیزیکی و اجتماعی که توسط هر فرد یا گروهی از افراد درک شده است، انجام شده است. نتایج این پژوهش گویای این است که مقادیر و میانگین در هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، برابر با دامنه فیزیکی ۷۱/۳ (۳۲/۱ - ۱۰۰)، بعد روانی ۶۳/۳ (۱۶/۶ - ۹۵/۸)، دامنه اجتماعی ۷۰/۱ (۰ - ۱۰۰)، حوزه محیط زیست ۶۷/۷

(۲۸/۱ - ۹۶/۸) و کیفیت زندگی کل برابر با ۷۵/۱ (۰ - ۱۰۰) است. نهایتاً محقق به این نتیجه می‌رسد که دانشجویان مناطق روستایی، دامنه فیزیکی و روانی بهتری نسبت به دانشجویان مناطق شهری داشته‌اند. هم‌چنین بین دانشجویانی که ساکن در خوابگاه هستند و آن‌هایی که در خوابگاه نیستند، تفاوت معنی‌داری از نظر سطح کیفیت زندگی مشهود است و در میان کسانی که به مدت نیم ساعت در روز ورزش می‌کنند و دانشجویانی که ورزش نمی‌کنند، تفاوت معنی‌داری از نظر میزان کیفیت زندگی دیده نشده است. در نهایت نتایج حاکی از آن است که دانشجویان پزشکی در میان چهار حوزه کیفیت زندگی، در حوزه روانی ضعیف‌تر از باقی حوزه‌ها هستند. دانشجویان پزشکی که در مناطق شهری اقامت دارند در حوزه‌های جسمی و روانی، از دانشجویان مناطق روستایی ضعیف‌ترند.

کولتکی و کورکویا (Kulthckiy & Kurkoya, 2013: 25-29) در مقاله‌ای با عنوان "تجزیه و تحلیل شاخص‌های اصلی کیفیت زندگی دانشجویان با تخصص‌های مختلف"، به مطالعه مؤلفه‌های اساسی کیفیت زندگی دانشجویان پرداخته‌اند. محققان بیان می‌دارند که پویایی، مجموعه‌ای از شاخص‌های اصلی کیفیت زندگی دانشجویان در فرایند یادگیری است. همبستگی بین شاخص‌های ارزیابی ذهنی از استانداردهای زندگی و عوامل شکل‌گیری آن، به عنوان یک تابع از مطالعات تخصصی انجام شده است. یک رابطه مستقیم بین سطح فعالیت بدنی، نگرش مثبت به کیفیت زندگی خود، حضور، عادات مضر، رژیم غذایی نامتعادل و فشار روانی بیش از حد با یک نگرش به زندگی برقرار است. از دیگر ویژگی‌های این اثر، سطح فعالیت‌های فیزیکی دانشجویان در ابعاد دیگر کیفیت زندگی است.

با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته توسط محققین ایرانی، در سال‌های اخیر به بررسی کیفیت زندگی و شاخص‌های آن در میان دانشجویان روبه افزایش بوده است و بیشتر در حوزه پزشکی و سلامت، یافته‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است.

چارچوب نظری

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است و جنبه‌های مختلف عینی و ذهنی، مادی و معنوی، کمی و کیفی، فردی و اجتماعی، خرد و کلان و نظایر آن را در برمی‌گیرد. در بعد عینی و مادی، کیفیت زندگی شامل استانداردهای زندگی، امکانات زیربنایی، تولید اقتصادی، اشتغال، قیمت‌ها، قانون، سلامتی، سرگرمی، اوقات فراغت، فرهنگ و هنر و مانند این‌ها می‌شود. در بعد ذهنی، کیفی و معنوی نیز، کیفیت زندگی شامل تجارب و دریافت‌های شخصی، احساس امنیت و احساس رضایت افراد از زندگی است.

مالمن^۱ کیفیت زندگی را این‌طور تعریف می‌کند که «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^۲ «کیفیت زندگی به‌عنوان 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 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 براین باور است که "رابطه" عمده‌ترین ثروت آدمی محسوب می‌شود» (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱: ۱۲۵).

بحث‌های امروزی کیفیت زندگی بیشتر با دو مبحث مربوط است. سلامت فیزیکی و روانی در جامعه معاصر از رابرت^۳ و کیفیات زندگی جوانان در دنیای در حال تحول از مایلز^۴ است. رابرت در زمینه کیفیت زندگی و تئوری‌هایی که در خصوص این موضوع ساخته و پرداخته شده بودند، به رد دیدگاه‌های کلان در زمینه تحلیل بررسی کیفیت زندگی پرداخت. او در این زمینه اشاره به دیدگاه‌هایی چون مارکسیسم^۵، فمینیسم ساختارگرا^۶ و یا دیدگاه نئولیبرال^۷ ها دارد. رابرت در کتابش در دو فصل با عنوان‌های

-
1. Malmen
 2. Divane
 3. Robert
 4. Mills
 5. Marxism
 6. Feminist – Oriented Structure
 7. Neo Liberals

مصرف و مصرف گرایی، کیفیت زندگی و هویت ها، به رد دیدگاه های یاد شده پرداخت. او به شدت مخالف دیدگاه هایی بود که کنشگر اجتماعی را موجودی منفصل در تعیین کیفیت زندگی خود می دانستند. اصطلاح کلیدی او در این زمینه این بود که مصرف کننده قدرت انتخاب دارد و اسیر ساختارهای ساخته و پرداخته جامعه شناسان نیست. او معتقد بود که تئوری های اقتصادی و جامعه شناسی بر پایه فروض خود در خصوص فرد مصرف کننده، انگیزه ها و مفاهیمی چون عقلانیت اقتصادی و انسان های اقتصادی بسیار ساده انگارانه اند. «ریمر» دلایل عمده زیر را، در تجدید حیات این مفهوم شناسایی می کند: الف) فرایندهای فردی شدن که آزادی و حق انتخاب بیشتری را به خصوص برای جوانان در شرایط به سرعت روبه تغییر جهان داشته اند. ب) رشد طبقه متوسط جدیدی که جهت گیری آن ها آشکارا به سوی سرگرمی و مصرف است و عمدتاً جوانان شهری دارای مهارت های حرفه ای را دربرمی گیرد. ج) افزایش روزافزون مباحثات دانشگاهی در خصوص پست مدرنیسم که در آن، ظهور ارزش ها و کیفیت زندگی جدید، نقش کلیدی را ایفا می کند» (رستگار نصب، مصطفوی و جهان نمایی، ۱۳۹۱: ۶۰).

حیطه ی مربوط به کیفیت زندگی و سنجش و ارزیابی آن در هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است و دیدگاه ها در این زمینه متفاوت است (Baldwin, Christine, 1994: 1 & Carol). این امر از آن جا ناشی می شود که شاخص های مربوط به کیفیت زندگی طیف وسیعی را دربرمی گیرد که از تغذیه و پوشاک گرفته تا مراقبت های بهداشتی، محیط اجتماعی و محیط مادی پیرامون را شامل می شود (موسوی و باقری کشکولی، ۱۳۹۱: ۱۰۰). اگرچه کیفیت زندگی در بعضی از منابع به سطح زندگی ترجمه شده است، ولی سطح زندگی و پیشرفت مادی فقط یکی از پایه های کیفیت زندگی را شامل می شود (Eckersley, 1999: 10).

کیفیت زندگی تا حد زیادی تحت تأثیر شاخص های اقتصادی قرار دارد. یکی از معروف ترین شاخص های کیفیت زندگی، شاخص توسعه انسانی است که توسط مرکز برنامه توسعه سازمان ملل در تهیه گزارش های توسعه انسانی از سال ۱۹۹۰ به بعد

مورد استفاده قرار گرفته است (غفاری و اونق، ۱۳۸۵: ۱۶۲). «اما کیفیت زندگی تنها در مفهوم کیفیت وضعیت مادی خلاصه نمی شود. در واقع، باید میان زندگی مطلوب و زندگی مرفه تفاوت قائل شد، چرا که زندگی مطلوب بر ارزش های انسانی و مادی استوار است، اما زندگی مرفه صرفاً شاخص هایی هم چون ارتقای درآمد اقتصادی را در نظر دارد. در این میان، بررسی ابعاد گوناگون مفهوم کیفیت زندگی به لحاظ جامعه شناختی دارای اهمیت است، چرا که بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، اجتماعی هستند» (شریفیان و فتوت، ۱۳۹۰: ۱۶۲). «کیفیت زندگی مفهوم گسترده ای است که دارای معانی گوناگونی برای افراد و گروه های مختلف است. برخی آن را به عنوان قابلیت زیست پذیری یک ناحیه، برخی دیگر به عنوان سنجه هایی برای میزان جذابیت و برخی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی و رضایتمندی تفسیر کرده اند» (Epley & Menon, 2008: 281).

کیفیت زندگی از نظر کالمن^۱ گسترده‌گی و انبساط امید و آرزو است، که از تجارب زندگی ناشی می شود و از نظر فرانس و پاورس^۲، کیفیت زندگی، ادراک فرد از رفاه است که به نظر می رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه های اصلی زندگی ناشی می شود. «به عقیده تستا^۳ کیفیت زندگی، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را دربرمی گیرد که محدود به تجارب، اعتقادات و انتظارات و ادراک فرد است» (مکوندی و زمانی، ۱۳۹۰: ۱۹۳). قرن هاست که مردم به طور ذاتی به دنبال زندگی خوب بوده اند و در این راستا برای بهبود شرایط زیست خود، بشر سعی می کرد تا از استعدادها و توانمندی های خود حداکثر بهره برداری را بنماید. ولی همواره مسأله اصلی این بود که یک زندگی مطلوب و با کیفیت چگونه زندگی است؟ در ادبیات علوم اجتماعی، توسعه اجتماعی نخست مترادف با تکامل اجتماعی بوده است؛ و بشر در حال حرکت به سوی تمدن بود. ولی از قرن بیستم به بعد توسعه اجتماعی از فرضیه های تکاملی خود جدا شده و روی مسائلی در ارتباط با تأمین نیازهای بشری و ارتقاء کیفیت زندگی متمرکز شده است.

1. Kalman
2. France & Pauvers
3. Testa

کیفیت زندگی مفهومی نسبی است که در دو وجه عینی و ذهنی نمود یافته و بسته به موقعیت های مختلف جغرافیایی و شرایط اجتماعی - فرهنگی فرق می کند. «برخی از آن به عنوان یک امر ذهنی یاد می کنند و آن را عبارت از میزان رفاه جسمی، روان شناختی و اجتماعی که توسط افراد یا اشخاص درک می شود و نشان دهنده میزان رضایت از موهبت های زندگی است، می دانند» (سلطانی و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۶). «سازمان بهداشت جهانی آن را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و نیز اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های شان است، دانسته است» (نجات، ۱۳۸۷: ۵۹). پرسش نامه سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را در چهار حیطة سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیطی مورد سنجش قرار می دهد. «ماسام^۱ استدلال می کند که کیفیت زندگی می تواند به عنوان دستاورد شرایطی که انتظارات و خواسته های افراد در آن تحقق می یابد، در نظر گرفته شود» (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷: ۱۲). برخی مؤلفان روانشناختی کیفیت زندگی را تنها احساس خوشبختی دانسته اند.

نظریات اولیه ی مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی ها و اولویت های فردی تأکید داشتند، اما در سال های اخیر «مباحث نظری، از فردمحوری به سمت نگرانی های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه تغییر یافته است» (Schmit, 2002: 404). نظریه پردازان توسعه، شاخص های مختلفی را برای محاسبه میزان رضایت از کسب نیازهای اولیه ارائه کرده اند که مهم ترین آن ها شاخص فیزیکی کیفیت زندگی است. این شاخص میانگین وزنی شاخص های باسوادی، مرگ و میر نوزادان و امید به زندگی است (Slotje, 1991: 648).

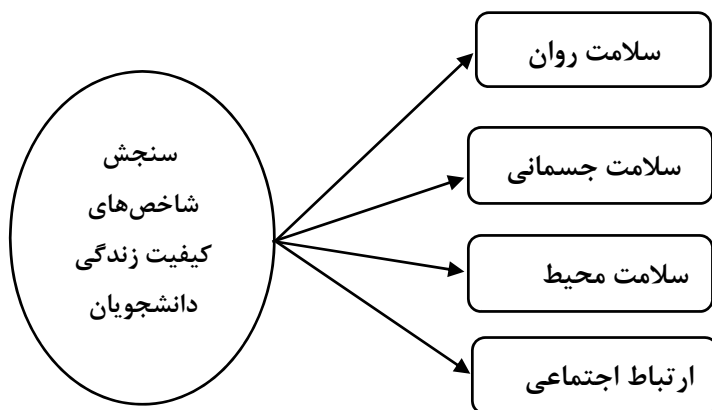
فرانس^۲ چهار عامل اصلی که بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار می باشند را موارد زیر می داند: وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۳). به عقیده فرانس این چهار متغیر اصلی می توانند

1. Masam
2. France

مستقلاً و به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشند، اما این عوامل می‌توانند به صورت توأم با یکدیگر نیز بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. البته لازم به ذکر است که درک افراد از کیفیت زندگی شان نیز می‌تواند بر هر کدام از متغیرهای نامبرده مؤثر واقع شود. برای مثال، اگر درک افراد از کیفیت زندگی شان کاهش یابد می‌تواند بر توانایی آن‌ها در محیط کاری و شغلی شان تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی آنان گردد (Varrhchio, 2001: 255-256).

زاف کیفیت زندگی را ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی افراد و گروه‌ها تعریف می‌نماید. وی معتقد است که در ارزیابی کیفیت زندگی باید شرایط عینی زندگی افراد را با ارزیابی ذهنی آن‌ها در خصوص شرایط زندگی شان به طور هم‌زمان در نظر گرفت. براون^۲ کیفیت زندگی را از یک نظر با توجه به دو سطح خرد (فردی، ذهنی) و کلان (اجتماعی، عینی) تعریف می‌کند، سپس برای هر یک از این سطوح، شاخص‌هایی را برمی‌شمرد که این شاخص‌ها بدین شرح می‌باشند: «شاخص‌های کلان تأثیرگذار بر کیفیت زندگی عبارتند از: درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی. شاخص‌های خرد تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی از نظر براون نیز عبارتند از: ادراکات کلی کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فردی و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی» (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳).

با توجه به آن‌چه در سطور قبل در مورد کیفیت زندگی از دیدگاه جامعه‌شناختی صحبت به میان آمد، مدل نظری مورد مطالعه در این پژوهش در شکل ۱ ارائه می‌گردد.



شکل ۱) مدل تحلیلی تحقیق (نگارنده)

تعریف مفهومی و عملیاتی

کلمه کیفیت از لغت لاتین Quall به معنی چیزی و Quality به معنی چگونگی استخراج شده است و کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت هایی است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است. «کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است، احساسی که آسایش در رضایت فرد از جنبه هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد» (شیخی، ۱۳۹۲: ۲۵). برای عملیاتی کردن متغیر کیفیت زندگی از فرم کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ بهره برده شده است که شامل ۲۳ سؤال است و در چهار حوزه کیفیت زندگی، یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی را اندازه گیری می کند. این چهار حوزه به ترتیب هر کدام با ۷، ۶، ۳، ۸ سؤال در مقیاس ۵ درجه ای (۱ تا ۵) نمره گذاری می شود. افزون بر این دو سؤال اول این پرسش نامه، صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی و سلامت افراد را ارزیابی می کند. این گویه ها بر اساس طیف لیکرت با گزینه های (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) از جامعه مورد مطالعه پاسخگویی خواهد شد. در جدول ۱ خلاصه ای از تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی آورده شده است.

جدول (۱) تعاریف اسمی و عملیاتی کیفیت زندگی

| نام متغیر | تعریف اسمی | تعریف عملیاتی | معرف ها |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کیفیت زندگی | احساس فرد از بهزیستی و آسایش و رضایت فرد از عرصه هایی از زندگی اجتماعی و فردی | سنجش افراد نسبت به بهره مندی و استفاده از شاخص های زندگی اجتماعی و فردی در طول زندگی شان | ۱- وضعیت کلی نسبت به کیفیت زندگی ۲- میزان رضایت از سلامتی جسمانی ۳- وجود درد و بیماری برای مانع شدن از فعالیت های روزمره زندگی ۴- لذت بردن از زندگی ۵- معنادار بودن زندگی ۶- وجود تمرکز بر زندگی ۷- وجود احساس امنیت در زندگی روزمره ۸- احساس سالم بودن محیط ۹- داشتن انرژی برای زندگی ۱۰- میزان رضایت از ظاهر عمومی بدن و تیپ شخصیتی ۱۱- میزان دسترسی به پول، اطلاعات، فعالیت های تفریحی و تحرک در زندگی |

روش شناسی

در این تحقیق، از روش پیمایش از نوع توصیفی استفاده شده است. جامعه آماری شامل دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر قاین که در سال ۱۳۹۴ برابر با ۴۱۴۰ نفر بوده اند که سهم هر یک از مراکز آموزش عالی در این تحقیق، برای جمع آوری سؤالات پرسش نامه در جدول ۲ مشخص شده است.

جدول (۲) تعداد پرسش نامه های مشخص شده در هر یک از مراکز آموزش عالی

| نوع دانشگاه | تعداد دانشجویان | سهم هر دانشگاه | تعداد پرسشنامه هر دانشگاه |
|---------------------|-----------------|----------------|---------------------------|
| آزاد اسلامی | ۱۴۰۰ | ٪۳۴ | ۱۹۴ |
| پیام نور | ۱۱۵۰ | ٪۲۸ | ۱۶۰ |
| دولتی | ۶۵۰ | ٪۱۶ | ۹۱ |
| علمی کاربردی | ۲۲۰ | ٪۵/۳ | ۳۰ |
| فنی و حرفه ای | ۱۲۰ | ٪۲/۷ | ۱۵ |
| علوم پزشکی و بهداشت | ۶۰۰ | ٪۱۴ | ۸۰ |
| تعداد کل | ۴۱۴۰ | ۱۰۰ | ۵۷۰ |

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران کمی با احتساب واریانس، برابر با ۵۷۰ نفر انتخاب شده اند.

$$n = \frac{Nt^2 \cdot S^2}{Nd^2 + t^2 s^2} = \frac{4140 \times (3.841) \times (0.43)}{4140 \times (0.0025) + (3.841) \times (0.43)} = 569$$

n = حجم نمونه آماری، N = جامعه آماری، t = ضریب اطمینان (در این پژوهش ۱/۹۶)، d = دقت احتمالی مطلوب (۰/۰۵) است و S = واریانس (در اینجا ۰/۶۶) مورد سنجش قرار می گیرد. حجم نمونه این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران کمی و با احتساب واریانس در سطح دقت ۰/۵٪، سطح اطمینان ۰/۹۵٪ و واریانس ۰/۶۶ به تعداد ۵۶۹ نفر محاسبه گردیده است. بدین ترتیب، بر طبق فرمول کوکران تعداد ۵۶۹ نفر به عنوان نمونه برآورد شد که در تحقیق ۵۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شده اند. همان طور که ملاحظه می شود، فرمول چنان محاسبه شده که با احتمال ۰/۵٪ خطای نمونه گیری و ۰/۹۵٪ اطمینان می توان نتایج حاصل را به جامعه آماری تعمیم داد.

در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی ساده و سهمیه ای بر اساس تعداد دانشجویان هر دانشگاه که سهم شان مشخص بوده است به صورت تصادفی به عنوان حجم نمونه از بین جامعه مورد مطالعه انتخاب گردیده و از ابزار پرسش نامه استاندارد شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت برای جمع آوری اطلاعات از پاسخگویان استفاده شده است. پس از تکمیل پرسش نامه در یک نمونه ۵۰ نفری اقدام به احتساب ضریب آلفای کرونباخ مقیاس پرسش نامه گردیده است و گویه های نامناسب حذف و مجدداً محاسبه صورت گرفته است. یافته های پاسخگویان براساس آمار و با به کارگیری از نرم افزار Spss 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

متغیر مورد مطالعه در این تحقیق، کیفیت زندگی است که شاخص های آن در جدول ۳ جهت محاسبه میزان پایایی تحقیق به دست آمده است. در مجموع میزان مقدار آلفای نهایی کل سؤالات پرسش نامه برابر با ۰/۷۳ بیانگر این است که گویه های پژوهش از میزان پایایی مناسبی برخوردارند.

جدول ۳) میزان پایایی (آلفای کرونباخ) شاخص های کیفیت زندگی دانشجویان

| متغیرها | تعداد سوالات | ضریب آلفای ابتدایی | ضریب آلفای نهایی | KMO | بارتلت Bartlett's Test | سطح معناداری Sig |
|------------------|--------------|--------------------|------------------|--------|------------------------|------------------|
| سلامت جسمانی | ۷ | ۰/۶۶ | ۰/۷۰ | ۰/۹۲ | ۱۲۵۹/۱۴۳ | ۰/۰۰۰ |
| سلامت روان | ۶ | ۰/۶۹ | ۰/۷۳ | ۰/۸۸ | ۵۸۹/۴۱۲ | ۰/۰۰۰ |
| روابط اجتماعی | ۳ | ۰/۷۳ | ۰/۷۵ | ۰/۹۱ | ۱۵۷۸/۷۵۵ | ۰/۰۰۰ |
| سلامت محیطی | ۸ | ۰/۷۸ | ۰/۷۶ | ۰/۸۹ | ۱۲۶۴/۲۳۳ | ۰/۰۰۰ |
| کیفیت زندگی (کل) | ۲۳ | ۰/۷۱ | ۰/۷۳ | ۸۸۳/۱۷ | ۱۰۲۴/۷۶۶ | ۰/۰۰۰ |

یافته های پژوهش

در این تحقیق از بین شاخص های آمار توصیفی به یاری شاخص های فراوانی، فراوانی نسبی و میانگین متغیرها، نتایج قابل توجهی به دست آورده شده است. مهم ترین متغیرهای زمینه ای هم چون سن، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی و جنسیت را به عنوان متغیرهای زمینه ای (جمعیت شناختی) در نظر گرفته شده که نتایج در جدول ۴ مشاهده می شود.

جدول ۴) آمار توصیفی متغیرهای زمینه ای

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| سن | بیشترین تعداد پاسخگویان به لحاظ سنی ۲۳-۲۷ سال ۲۶/۲٪ | کمترین تعداد پاسخگویان به لحاظ سنی ۳۸-۴۵ سال ۸/۴٪ |
| وضعیت تأهل | مجرد ۳۲/۴٪ | متاهل ۵۶/۵٪ |
| رشته تحصیلی | علوم انسانی ۳۸/۵٪ | فنی مهندسی و علوم پزشکی ۱۲/۵٪ |
| جنسیت | مرد ۴۲٪ | زن ۵۸٪ |

بر اساس داده های موجود در جدول ۴، بیشترین پاسخگویان یعنی ۲۶/۲٪ در گروه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال قرار داشتند و کمترین تعداد پاسخگویان یعنی ۸/۴٪ در گروه سنی ۳۸ تا ۴۵ سال قرار دارند. ۵۶/۵٪ دانشجویان متاهل بوده اند و بیشتر دانشجویان در مقاطع تحصیلی حوزه ی علوم انسانی در دانشگاه های شهر قاین مشغول به تحصیل

بوده اند. از نظر جنسیت ۴۲٪ مرد و ۵۸٪ زن مورد مطالعه قرار گرفته اند.

جدول ۵) خلاصه توزیع فراوانی پاسخگویان در هر یک از ابعاد شاخص کیفیت زندگی

| تعداد گویه | انحراف معیار | میانگین | پایین | متوسط | بالا | شاخص کیفیت زندگی | |
|---------------|-----------------|---------|-------|-------|------|------------------|---------------|
| ۷ | ۴/۶ | ۲۲/۵ | ۴۱ | ۲۰۰ | ۳۲۹ | فراوانی | سلامت جسمانی |
| | | | ۱۶/۴ | ۲۹/۲ | ۵۴/۴ | فراوانی نسبی | |
| ۶ | ۳/۴ | ۱۷/۷ | ۸۵ | ۲۸۷ | ۱۹۸ | فراوانی | سلامت روان |
| | | | ۲۰/۱ | ۵۰/۳ | ۲۹/۶ | فراوانی نسبی | |
| ۳ | ۳/۳ | ۸/۵ | ۱۸۷ | ۲۰۱ | ۱۸۲ | فراوانی | روابط اجتماعی |
| | | | ۳۱/۹ | ۳۷/۸ | ۳۰/۳ | فراوانی نسبی | |
| ۸ | ۴/۳ | ۲۴/۷ | ۱۶۸ | ۲۹۰ | ۱۱۲ | فراوانی | سلامت محیط |
| | | | ۳۳/۵ | ۵۱/۴ | ۱۵/۱ | فراوانی نسبی | |

با توجه به این که در بیان مسأله اشاره به این شده بود که شاخص های کیفیت زندگی از نظر دانشجویان به چه مقدار است، جدول ۵ فراوانی پاسخگویان در هر یک از این شاخص ها را نشان می دهد. همان طور که هویداست، بالاترین فراوانی نسبی مربوط به بعد سلامت جسمانی (۵۴/۴٪) است. هم چنین پایین ترین سطح در بین ابعاد کیفیت زندگی، مربوط به ابعاد روابط اجتماعی و سلامت محیط است. مطابق با نتایج حاصل، پاسخگویان سطح کیفیت زندگی خود را در ابعاد سلامت جسمانی و روانی بیشتر گزارش کرده اند تا دو بعد دیگر. مطابق با جدول ۵، بالاترین میانگین مربوط به ابعاد سلامت محیط (۲۴/۷٪) و سلامت جسمانی (۲۲/۵٪) است که با توجه به تعداد گویه ها در هر یک از آن ها باید اذعان کرد که در سطح متوسطی قرار دارند و کمترین میانگین بعد روابط اجتماعی است که با وجود سه گویه برای سنجش آن (حداقل ۳ و حداکثر ۹) با احتساب طیف امتیازها از ۱ تا ۵ امتیاز به دست آمده (۸/۵٪) که نشان از این دارد که این بعد، کمتر از حد متوسط گزارش شده است.

جدول ۶) مقایسه شاخص های کیفیت زندگی بر حسب جنسیت

| گروه | متغیر | میانگین | آماره T | مقدار P | فراوانی |
|------|---------------|---------|---------|---------|---------|
| زن | سلامت جسمانی | ۲/۷۵ | ۲/۶۹ | ۰/۰۱۲ | ۳۳۱ |
| مرد | | ۲/۶۳ | | | ۲۳۹ |
| زن | سلامت روانی | ۲/۶۸ | ۲/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۳۳۱ |
| مرد | | ۲/۷۸ | | | ۲۳۹ |
| زن | روابط اجتماعی | ۲/۳۵ | ۲/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۳۳۱ |
| مرد | | ۲/۳۰ | | | ۲۳۹ |
| زن | سلامت محیط | ۲/۱۵ | ۲/۲۰ | ۰/۰۰۰ | ۳۳۱ |
| مرد | | ۲/۲۶ | | | ۲۳۹ |

در پاسخ به سؤال دوم بیان مسأله، نتایج جدول ۶ با استفاده از آزمون T که به مقایسه میانگین ها می پردازد، اشاره به این می کند که میانگین سلامت روان بین پاسخگویان متفاوت است. در حقیقت دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر از بیماری هایی همچون افسردگی، اضطراب، ترس و ... بیشتر رنج می برند. این نتیجه همانند سایر پژوهش های انجام یافته در سطح جهان و ایران که در سطور قبل به آن اشاره شد، همخوانی دارد. در آزمون میانگین نمرات شاخص های سلامت جسمانی و روابط اجتماعی باید به این نکته اشاره کرد که میانگین نمرات دانشجویان دختر به نسبت دانشجویان پسر بیشتر است. شاخص روابط اجتماعی دختران و پسران تقریباً با هم برابر بوده است. به طور کل میانگین نمرات سلامت محیطی و روابط اجتماعی به نسبت دو شاخص قبلی، بین دانشجویان پایین تر است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش یک مطالعه پیمایشی از نوع توصیفی است و به منظور مطالعه سنجش شاخص های کیفیت زندگی دانشجویان در سال ۱۳۹۴ در مراکز آموزش عالی شهر قاین انجام شده است.

بر اساس داده های موجود و نتایجی که از آزمون های آماری در بخش آمار توصیفی به دست آورده ایم، می توان نشان داد بیشترین پاسخگویان به گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال (۳۰٪) قرار داشتند و کمترین تعداد پاسخگویان در گروه سنی ۳۸ تا ۴۵ سال (۸/۴٪) قرار دارند. هم چنین بیشترین پاسخگو (۴۸/۲٪) دارای تحصیلات لیسانس و کمترین تعداد (۲۱/۵٪) فوق دیپلم هستند و در بعد جنسیت باید اشاره کرد که ۵۸٪ پاسخگویان دختر و ۴۲٪ دیگر پسر هستند. جهت اندازه گیری سطح کیفیت زندگی دانشجویان بر اساس پرسش نامه استاندارد شده سازمان جهانی بهداشت که دارای ۲۳ مقیاس بوده است و چهار مؤلفه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را مورد مطالعه قرار می دهد، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است.

تجزیه تحلیل یافته ها نشان می دهد که میانگین شاخص کیفیت زندگی دانشجویی در این تحقیق برابر با ۷۲/۸۹ و انحراف معیار آن ۹/۳۱ بوده است. در مجموع، از نظر دانشجویان سطح کیفیت زندگی در این مقطع سنی در حد نزدیک به متوسط برابر با ۴۲٪ بیان شده است. طبق نتایج به دست آمده می توان نشان داد در بعد سلامت جسمانی به عنوان یکی از مؤلفه های کیفیت زندگی در حد متوسط روبه بالا، برابر با ۵۴٪ بوده است. هم چنین نتایج نشان داده که دانشجویان دختر به نسبت دانشجویان پسر، بیشتر به این مؤلفه در زندگی اهمیت می دهند. نتایج مؤلفه سلامت روان نشان داده است که این بعد از کیفیت زندگی در حد متوسط (۵۰٪) برای جامعه دانشجویی اهمیت دارد که در بین دانشجویان پسر به نسبت دختران، این شاخص اهمیت بیشتری داشته است. روابط اجتماعی دانشجویان به عنوان مؤلفه دیگر از کیفیت زندگی دانشجویی مطرح شده که نتایج بیانگر این است که این بعد از زندگی دانشجویی در این جامعه خیلی قوی نبوده است که می تواند نشأت گرفته از وجود عرف و هنجارهای سنتی باشد که بر ساختار جامعه شهری و زندگی در این منطقه حاکم است. هم چنین نتایج حاکی از سلامت محیط برای دانشجویان در حد متوسط (۵۱٪) بوده است.

در مجموع شاخص های کیفیت زندگی دانشجویان با توجه به ارزش ها و هنجارهای حاکم بر زندگی در جامعه مورد مطالعه در حد متوسط بوده است که با توجه به

- برنامه ریزی های فرهنگی و اجتماعی از سوی دانشگاه و وزارت ورزش و جوانان، می توان در راستای ارتقاء ابعاد مختلف آن، تلاش هایی انجام داد.
- در پاسخ به سؤال سوم بیان مسأله اشاره به تعدادی راهبردها و راهکارها برای بالا رفتن میزان کیفیت زندگی دانشجویان عبارتند از:
- مفاهیم و مولفه های کیفیت زندگی ذهنی در بین دانشجویان مراکز آموزش عالی این شهر بازیابی گردد.
 - فراهم ساختن زمینه های مشارکت دانشجویی در فعالیت های فرهنگی و اجتماعی، جهت اعتلای تعاملات اجتماعی در جامعه بیشتر از سوی مسئولین دانشگاهی باید مورد توجه قرار گیرد.
 - آموزش های لازم جهت تقویت ابعاد روانی، جسمانی و اجتماعی زندگی این دانشجویان ارائه گردد.
 - معاونت دانشجویی این مراکز آموزش عالی باید در جهت کاهش افسردگی - اضطراب، خشم، استرس و ... برای این جامعه مورد مطالعه، تلاش بیشتری کنند.

منابع

- آقاملایی، تیمور (۱۳۸۴). *اصول و کلیات خدمات بهداشتی*. تهران: اندیشه رفیع.
- افضلان، فاطمه (۱۳۸۱). "بررسی کیفیت زندگی خانواده های بیماران روانی". پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- براتی، ناصر؛ یزدان پناه شاه آبادی، محمدرضا (۱۳۹۰). "بررسی ارتباط مفهومی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در محیط شهری (نمونه موردی: شهر جدید پردیس)". *فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه پژوهی فرهنگی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، سال دوم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۲۵-۴۹.
- جمشیدی ها، غلامرضا؛ عنبری، موسی؛ محمدی، مهدی (۱۳۹۳). "بررسی ارتباط کیفیت زندگی با تغییرات دینداری دانشجویان". *فصلنامه علمی- پژوهشی بررسی مسائل اجتماعی ایران*، دوره چهارم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۱-۱۹.
- خراسانی، محمدامین؛ راستی، هادی؛ مغداتی، الهه (۱۳۹۳). "ارزیابی کیفیت زندگی در شهرهای کوچک با روش فازی در شهرهای بردخون و بنک در استان بوشهر". *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال چهاردهم، ش ۵۴ (پاییز): ۷-۳۶.
- رستگارنسب، فرهاد؛ مصطفوی، نرگس؛ جهان نمایی، امیر (۱۳۹۱). "بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان شاغل و غیرشاغل شهرستان مشهد". *فصلنامه علمی ترویجی جمعیت*، ش ۷۹ (بهار): ۵۴-۶۸.
- سلطانی، رضا، و دیگران (۱۳۸۹). "بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان". *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، دوره نوزدهم، ش ۵۷ (پاییز): ۲۵-۳۵.
- شریفیان، اکبر؛ فتوت، هدی (۱۳۹۰). "بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شیراز (واحد پردیس))". *فصلنامه برنامه ریزی و رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره دوم، ش ۸ (پاییز): ۱۵۵-۱۸۹.
- شیخی، محمدتقی (۱۳۸۹). "بررسی جامعه شناختی کیفیت زندگی دانشجویان/ جوانان در شهر تهران". *فصلنامه علمی ترویجی جمعیت*، ش ۷۳ و ۷۴ (پاییز و زمستان): ۶۳-۸۴.

- (۱۳۹۲). جامعه شناسی کیفیت زندگی. تهران: حریر.
- علیخانی، محمد، و دیگران (۱۳۹۰). "بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین". *مجله علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه قزوین*، سال ششم، ش ۲۲ (تابستان): ۵-۱۱.
- غفاری، غلامرضا؛ اونق، نامحمد (۱۳۸۵). "سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی". *مجله علمی- پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران*، دوره یکم، ش ۱ (بهار): ۱۵۹-۱۹۹.
- غفاری، غلامرضا؛ امید، رضا (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی در برنامه های عمرانی و توسعه ایران". *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال هشتم، ش ۳۰ و ۳۱ (پاییز و زمستان): ۳۴-۷.
- غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا؛ نوذری، حمزه (۱۳۹۱). "روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران". *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی*، دوره اول، ش ۳ (پاییز): ۱۰۷-۱۳۴.
- فرخی، جواد (۱۳۸۶). "کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در میان سرپرستان خانوارهای تهرانی". پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مکوندی، سمیه؛ زمانی، مریم (۱۳۹۰). "بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز". *فصلنامه علمی و پژوهشی جندی شاپور*، دوره دوم، ش ۴ (زمستان): ۱۹۱-۲۰۰.
- موسوی، میرنجف؛ کشکولی باقری، علی (۱۳۹۱). "ارزیابی توزیع فضایی کیفیت زندگی در محلات شهر سردشت". *مجله پژوهش و برنامه ریزی شهری*، سال سوم، ش ۹ (تابستان): ۹۷-۱۱۸.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی و اندازه گیری آن". *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره چهارم، ش ۲ (تابستان): ۵۷-۶۲.
- Baldwin, Sally; Christine, Godfrey; Carol, Propper (1994). *Quality of Life: Perspectives and Policies*. London; New York: Routledge Press.
- Eckersley, Richard (1999). "Quality of Life in Australia (An analysis

of Public Perceptions)". *Quality of Life in Australia, National Centre for Epidemiology and Population Health The Australian National University*, No. 23 (September):1-10.

-Epley, Donald R.; Menon, Mohan (2008). "A Method of Assembling Cross-sectional Indicators into a Community Quality of Life". *Social Indicators Research*, Vol. 88, Issue 2 (September): 281-296

-Kulthckiy, Z. I.; Kurkoya, V. (2013). "Analysis of the main parameters of quality of students' life of different specialties". *Journal Physical Education of Students*, No. 6 : 25-29.

-Larson, James S. (1993). "The measurement of social well-being". *Social Indicators Research*, Vol. 28, Issue 3 (March): 285-296,

-Moro, Mirko; et al. (2008). "Ranking quality of life using subjective well-being data". *Ecological Economics*, Vol. 65, Issue 3 (April): 448-460.

-Schalock, Robert L. (2000). "Three decades of quality of life: Focus on Autism and Other Developmental Disabilities". *Journal of intellectual disability research*, Vol. 15, No. 2: 116-127.

- ----- (2004). "The concept of quality of life: what we know and do not know". *Journal of intellectual disability research*, Vol. 48, Issue 3 (March): 203-216.

-Schmit, Regina Berger (2002). "Considering social capital in quality of life assessment: concept and measurement". *Social Indicators Research*, Vol. 58, No. 1/3 (Jun.): 403-428.

-Siva Durga, Prasad Nayak, et al. (2014). "Quality Of Life in Medical Students of Andhra Medical College, Visakhapatnam, International". *Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*, Vol. 4, Issue 12: 39-43.

-Slottje, Daniel J. (1991). "Measuring the Quality of Life across Countries". *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 73, No. 4

(November): 684-693.

-Varrhcchio, C. G. (2001). "Relevance of quality of life to clinical nursing practice". *Oncology nursing, Novem*, Vol. 6, Issue 4: 255-259.

