

با اجازه مافوق ترین نیروی قدرت و عظمت
با آرزوی یک محیط سعادت و درخشنده وحدت نوین جهانی



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده علوم اجتماعی

گروه مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد

عنوان

"بررسی ارتباط میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در

دانشجویان دختر ساکن خوابگاه های دانشگاه تهران"

استاد راهنما: جناب آقای دکتر حسین یحیی زاده

استاد مشاور: جناب آقای دکتر احمد حسینی

پژوهشگر: غزاله مسعودی

زمستان ۱۳۸۸

تقدیم به پدر و مادرم اسطوره های صبر و سازندگی

تقدیم به همسرم اسطوره استقامت و غرور

تقدیم به استاد مقامی عزیزم که پرتوبخش و

نیرو بخش من در تمامی لحظات زندگی هستند.

چکیده

رساله حاضر پژوهشی است در زمینه بررسی ارتباط میزان سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی، که به روش پیمایش انجام شده است. جمعیت آماری این پژوهش دانشجویان دختر ساکن در خوابگاههای دانشگاه تهران می باشند که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند .

هدف اصلی این پژوهش شناخت رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است. جهت رسیدن به هدف پژوهش با توجه به تاریخچه کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی و بررسی تحقیقات و تئوری های مناسب، موضوعات اصلی مورد بررسی قرار گرفته اند و در نهایت نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات مورد توجه واقع شده اند.

با توجه به مبانی نظری پژوهش ، مدل نظری ارائه گردید که در آن رابطه متغیر مستقل یعنی سلامت اجتماعی با متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی با هم مشخص شده است. داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شدند و تجزیه و تحلیل و آزمون فرضیات با استفاده از آزمون های آماری مناسب صورت گرفت.

تمامی فرضیات پژوهش تأیید شدند و نتایج نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و همچنین شاخص های آن(سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت ارتباطات اجتماعی و سلامت محیطی) رابطه معنی دار وجود دارد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی ، دانشجویان دختر ساکن خوابگاه

با تقدیر و تشکر از جناب آقای دکتر حسین یحیی زاده
و جناب آقای دکتر احمد حسینی که در تمام مراحل تهیه
این پژوهش همواره از حمایت و راهنمایی ایشان استفاده
کردم و همچنین جناب آقای دکتر غلامرضا لطیفی که
داوری این پایان نامه را پذیرفتند.

فهرست

فصل ۱- کلیات پژوهش ۱

۱-۱- مقدمه ۲

۲-۱- طرح مسئله ۲

۳-۱- انگیزه پژوهشگر ۵

۴-۱- هدف اصلی تحقیق ۵

۵-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق ۵

فصل ۲- ادبیات پژوهش ۷

۱-۲- مقدمه ۸

۲-۲- تاریخچه کیفیت زندگی در جهان ۸

۳-۲- تاریخچه کیفیت زندگی در ایران ۹

۴-۲- فضای مفهومی کیفیت زندگی ۱۰

۵-۲- تعاریف کیفیت زندگی ۱۶

۶-۲- معیارهای سنجش کیفیت زندگی ۲۱

۷-۲- تعریف سلامت و الگوی آن: ۲۴

۸-۲- ابعاد سلامت ۲۴

۱-۸-۲- سلامت جسمی ۲۵

۲-۸-۲- سلامت عاطفی ۲۵

۳-۸-۲- سلامت شغلی ۲۵

۴-۸-۲- سلامت روانی ۲۵

۵-۸-۲- سلامت اجتماعی ۲۵

۹-۲- مبانی نظری ۲۶

۱-۹-۲- رویکرد مطلوبیت‌گرایی ۲۶

- ۳۰.....۲-۹-۲- رویکرد ارزش عام.....
- ۳۳.....۳-۹-۲- رویکردهای نیازمحور.....
- ۳۳.....۱-۳-۹-۲- رویکرد نیازهای اساسی.....
- ۳۴.....۲-۳-۹-۲- رویکرد توسعه انسانی.....
- ۳۶.....۳-۳-۹-۲- نظریه نیازهای انسانی.....
- ۳۹.....۴-۹-۲- رویکرد قابلیت.....
- ۴۶.....۵-۹-۲- مدل ادراکی کیفیت زندگی ژان.....
- ۴۷.....۶-۹-۲- مدل کیفیت زندگی فرل و هاسی.....
- ۴۸.....۷-۹-۲- تعریف سلامت اجتماعی.....
- ۵۲.....۸-۹-۲- مقیاس سلامت اجتماعی کبیز.....
- ۵۲.....۱-۸-۹-۲- شکوفایی اجتماعی.....
- ۵۲.....۲-۸-۹-۲- انطباق اجتماعی.....
- ۵۴.....۳-۸-۹-۲- انسجام اجتماعی.....
- ۵۵.....۴-۸-۹-۲- پذیرش اجتماعی.....
- ۵۵.....۵-۸-۹-۲- مشارکت اجتماعی.....
- ۵۸.....۹-۹-۲- سطوح مختلف تحلیل سلامت اجتماعی بنیاد مک آرتور.....
- ۵۹.....۱۰-۲- مروری بر پژوهش های انجام شده.....
- ۵۹.....۱-۱۰-۲- مطالعات خارجی.....
- ۶۷.....۲-۱۰-۲- مطالعات داخلی.....
- ۷۰.....۱۱-۲- چارچوب نظری.....
- ۷۱.....۱۲-۲- مدل نظری.....
- ۷۲.....۱۳-۲- سوالات پژوهش.....
- ۷۲.....۱۴-۲- فرضیات پژوهش.....
- ۷۲.....۱-۱۴-۲- فرضیه اصلی.....

۷۲.....۲-۱۴-۲- فرضیات فرعی

فصل ۳- روش پژوهش ۷۳

۷۴.....۱-۳- مقدمه

۷۴.....۲-۳- روش پژوهش

۷۴.....۳-۳- جمعیت آماری

۷۴.....۴-۳- روش نمونه گیری

۷۴.....۵-۳- حجم نمونه

۷۵.....۶-۳- واحد پژوهش

۷۵.....۷-۳- ابزار پژوهش

۷۵.....۱-۷-۳- پرسشنامه کیفیت زندگی *WHOQOL-BRE*

۷۶.....۲-۷-۳- پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز

۷۷.....۸-۳- پایایی

۷۸.....۹-۳- روایی

۷۹.....۱۰-۳- روش جمع آوری اطلاعات

۷۹.....۱۱-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها

۷۹.....۱۲-۳- تعریف مفاهیم

۸۰.....۱۳-۳- تعریف نظری کیفیت زندگی

۸۰.....۱۴-۳- تعریف عملیاتی کیفیت زندگی

۸۱.....۱۵-۳- تعریف نظری سلامت اجتماعی

۸۲.....۱۶-۳- تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی

فصل ۴- تجزیه و تحلیل اطلاعات ۸۴

۸۵.....۱-۴- مقدمه

۸۵.....۲-۴- توصیف متغیرها

- جدول ۴-۱ : توزیع جامعه نمونه بر حسب سن..... ۸۵
- جدول ۴-۲ : توزیع جامعه نمونه بر حسب سال ورود به دانشگاه..... ۸۵
- جدول ۴-۳ : توزیع جامعه نمونه بر حسب ساختمان های خوابگاه..... ۸۶
- ۴-۲-۱- کیفیت زندگی..... ۸۶
- جدول ۴-۴ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان کیفیت زندگی کلی..... ۸۷
- ۴-۲-۱- سلامت جسمانی..... ۸۸
- جدول ۴-۵ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات مربوط به بعد سلامت جسمانی..... ۸۸
- جدول ۴-۶ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان سلامت جسمانی..... ۹۰
- ۴-۲-۱- سلامت روانی..... ۹۱
- جدول ۴-۷ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات مربوط به سلامت روانی..... ۹۱
- جدول ۴-۸ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان سلامت روانی..... ۹۳
- ۴-۲-۱- سلامت روابط اجتماعی..... ۹۴
- جدول ۴-۹ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات مربوط به سلامت روابط اجتماعی..... ۹۴
- جدول ۴-۱۰ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان سلامت روابط اجتماعی..... ۹۵
- ۴-۲-۱- سلامت محیطی..... ۹۶
- جدول ۴-۱۱ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوالات مربوط به سلامت محیطی..... ۹۶
- جدول ۴-۱۲ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان سلامت محیطی..... ۹۸
- ۴-۲-۱- رضایت از کیفیت و سلامت..... ۹۹
- جدول ۴-۱۳ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با دو سوال کلی کیفیت و سلامت..... ۹۹
- جدول ۴-۱۴ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوال کلی رضایت از سلامت..... ۱۰۰
- جدول ۴-۱۵ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با سوال کلی ارزیابی از کیفیت زندگی..... ۱۰۱
- ۴-۲-۲- سلامت اجتماعی..... ۱۰۲
- جدول ۴-۱۶ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان سلامت اجتماعی..... ۱۰۲
- جدول ۴-۱۷ : توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان انسجام اجتماعی..... ۱۰۴

- جدول ۴-۱۸: توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان پذیرش اجتماعی..... ۱۰۵
- جدول ۴-۱۹: توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان مشارکت اجتماعی..... ۱۰۶
- جدول ۴-۲۰: توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان شکوفایی اجتماعی..... ۱۰۷
- جدول ۴-۲۱: توزیع جامعه نمونه بر حسب وضعیت آنها در رابطه با میزان انطباق اجتماعی..... ۱۰۸
- ۴-۳-تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها..... ۱۰۹
- جدول ۴-۲۲: رابطه سطح سلامت اجتماعی و سطح کیفیت زندگی..... ۱۰۹
- جدول ۴-۲۳: مقادیر ضرایب همبستگی برای میزان سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی کلی..... ۱۱۰
- جدول ۴-۲۴: رابطه سطح سلامت اجتماعی و سطح سلامت جسمانی..... ۱۱۱
- جدول ۴-۲۵: مقادیر ضرایب همبستگی برای میزان سلامت اجتماعی با سلامت جسمانی..... ۱۱۲
- جدول ۴-۲۶: رابطه سطح سلامت اجتماعی و سطح سلامت روانی..... ۱۱۳
- جدول ۴-۲۷: مقادیر ضرایب همبستگی برای میزان سلامت اجتماعی با سلامت روانی..... ۱۱۴
- جدول ۴-۲۸: رابطه سطح سلامت اجتماعی و سطح روابط اجتماعی..... ۱۱۵
- جدول ۴-۲۹: مقادیر ضرایب همبستگی برای میزان سلامت اجتماعی با سلامت روابط اجتماعی..... ۱۱۶
- جدول ۴-۳۰: رابطه سطح سلامت اجتماعی و سطح سلامت محیطی..... ۱۱۷
- جدول ۴-۳۱: مقادیر ضرایب همبستگی برای میزان سلامت اجتماعی با سلامت محیطی..... ۱۱۸
- ۴-۴- محدودیت های پژوهش..... ۱۱۹

فصل ۵- نتیجه گیری و پیشنهادات..... ۱۲۰

- ۵-۱- مقدمه..... ۱۲۱
- ۵-۲- نتایج توصیفی..... ۱۲۱
- ۵-۳- نتایج تحلیلی..... ۱۲۲
- ۵-۶- پیشنهادات..... ۱۲۳
- ۵-۷- موضوعات پیشنهادی برای پژوهش های آتی..... ۱۲۵

فصل ۱

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

علاقه به مطالعه در مورد کیفیت زندگی^۱ در جوامع پیشرفته و در حال توسعه رو به افزایش است. این مسئله از جذابیت زیادی در موضوعات متنوع مثل علوم اجتماعی، اقتصاد، روانشناسی، علوم سیاسی و مدیریت و تجارت برخوردار است. امروزه جوامع قرن ۲۱ به ابزار کیفیت زندگی برای طرح ریزی و مدیریت جهت زندگی مناسب تر و قابل تحمل تر نیاز دارند. برای طراحان مدنی، مدیران و سیاستگذاران جوامع، طراحی و اتخاذ تصمیمات سیاسی و فرآیندهای آن و مسئله کیفیت زندگی شهروندان در مرکز توجه قرار دارد. لذا مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی بسیار گرانبهاست. جهت توسعه و بالا بردن سطح کیفیت زندگی در سراسر دنیا، سازمان های بین المللی مانند سازمان بهداشت جهانی در طول سال های گذشته برنامه ها و فعالیت های فراوانی را به انجام رسانده اند. همچنین موضوع سلامتی در اولویت برنامه های توسعه بین المللی قرار دارد. سازمان بهداشت جهانی تعریف زیر را از سلامت ارائه داده است:

"سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن"

در این تعریف سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی و روانی قرار گرفته است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است. لذا سلامت اجتماعی^۲ عامل بسیار مهمی محسوب می شود که به نظر می رسد قابلیت اثرگذاری و تغییر در مؤلفه های مختلفی را دارا می باشد. در سال های اخیر مشکلات عاطفی و روانی و اجتماعی در میان دانشجویان روند صعودی نگران کننده ای داشته است تا جایی که پدیده های نابهنجاری مانند خودکشی، گرایش به مصرف مواد مخدر، افت تحصیلی و ... به صورت موانع جدی در سطح دانشگاه ها مطرح می باشد. لذا انجام مطالعات در رابطه با دانشجویان و مسائل آنها ضروری به نظر می رسد.

۱-۲- طرح مسئله

در فرآیند رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع، نیروی انسانی یکی از مهمترین عناصر به شمار می رود. همواره آموزش در جهت رشد و شکوفایی و تحقق یافتن استعداد های افراد و تبدیل آنها به نیروهای متخصص در جامعه، ابزاری کارآمد محسوب می شود. لذا در جوامع نهادهایی متولی امر آموزش به شمار می روند. دانشگاه ها سازمان هایی هستند که هر ساله تعداد قابل توجهی از جمعیت جوان را جذب و در دوره زمانی معینی توانمندی های علمی و عملی این افراد را پرورش

^۱ Quality of Life

^۲ Social Health

می‌دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده و متخصص را در اختیار جامعه می‌گذارند. از عوامل اساسی توسعه پایدار و همه‌جانبه، توجه ویژه به جوانان مخصوصاً دانشجویان می‌باشد.

آغاز زندگی دانشجویی چالش‌های خاص خود را به همراه دارد. بعضی از دانشجویان برای تحصیلات دانشگاهی خود می‌بایست شهر و محل اقامت خود را تغییر بدهند و دور از خانواده و در خوابگاه دانشجویی زندگی کنند. این امر باعث احساس تنهایی، جدایی از خانواده و دوستان و شبکه ارتباطات اجتماعی، زندگی در شهری جدید، سازگاری با فرهنگ و افراد مختلف، تامین هزینه‌های زندگی و مدیریت مالی، فشارهای درسی، امتحانات سنگین و مسافرت‌های مکرر از خانه به دانشگاه و بالعکس می‌شود. تمامی این موارد موجب ایجاد فشارها و تنش‌هایی در زندگی دانشجویی خواهد شد.

خوابگاه‌های دانشجویی دنیای تازه‌ای را پیش روی دانشجویان می‌گشایند. تمامی دانشجویان خوابگاهی شهرستانی هستند، زیرا دانشجویان بومی طبق قوانین مصوبه وزارت علوم حق سکونت در خوابگاه را ندارند. بنابراین دانشجویانی که از محیط کوچک اجتماع و کانون خانواده به دنیای پر از تنوع خوابگاه قدم می‌گذارند، هیچ پیش‌زمینه‌ای از این محیط در ذهن ندارند. لذا به یکباره با افرادی از فرهنگ‌های مختلف و محیطی متفاوت مواجه می‌شوند که روبرو شدن با این فرهنگ‌ها، برای آنها چالش برانگیز است، گاه این چالش درونی در درون آنها موجب دوگانگی و مشکلات فراوان می‌شود. در چنین شرایطی دانشجویان باید خود را با شرایط جدید سازگار نموده و با آن کنار بیایند. "نوئل نثومن" نظریه پرداز علوم ارتباطات با طرح نظریه «مارپیچ سکوت» خاطرنشان می‌کند «افرادی که در یک گروه در اقلیت قرار می‌گیرند، در بیان مواضع خود ناچار به سکوت می‌شوند و هرچه سکوت می‌کنند، بیشتر باور می‌کنند که در اقلیت قرار دارند. بنابراین فشارهایی که هنجارهای اکثریت بر آنها تحمیل می‌کند آنها را ناگزیر به سکوت می‌کند و به مرور زمان آنها در می‌یابند، چاره‌ای جز پذیرفتن هنجارهای اکثریت نیست. در چنین شرایطی نمی‌توان از دانشجوی تازه وارد انتظار داشت، در برابر این هنجارها مقاومت کند. آنها بیشتر تأثیرپذیر و منفعل هستند تا تأثیرگذار. این منفعل بودن آنها را در برابر آسیب‌های اجتماعی و روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و آنها را در معرض آسیب‌های جدی قرار می‌دهد. پدیده اعتیاد، استعمال دخانیات، افسردگی و افکار و اقدام به خودکشی و ... از جمله آسیب‌هایی هستند که سلامت روانی دانشجویان ساکن خوابگاه را تهدید می‌کند. عواملی هم وجود دارند که بر این آسیب‌پذیری دامن می‌زنند مانند مشکلات اجتماعی، دغدغه اشتغال، مشکلات اقتصادی و ... که برخی از دانشجویان را به سمت این عوامل آسیب‌زا سوق می‌دهند.

مطالعات جامعه‌شناسی نشان می‌دهد که بیشتر دانشجویانی که وارد خوابگاه می‌شوند قبل از ورود به این محیط از این پدیده‌ها مصون بودند. حال آنکه پس از اتمام دوران دانشگاه به این پدیده مخرب

اجتماعی آلوده شده اند. و این بیانگران است که عوامل آسیب زا، برای برخی دانشجویان خوابگاهی در محیط خوابگاه بی شمارند که باید برای ازبین بردن این عوامل چاره ای اندیشید.

افسردگی، استرس و مسایل عاطفی، از دیگر مشکلات روانی دانشجویان خوابگاهی است، براساس پژوهش های صورت گرفته افسردگی شایع ترین مشکل روانی در بین دانشجویان محسوب می شود که تاثیرات مخرب زیادی بر روند تحصیلی دانشجویان می گذارد. مشکلات عاطفی دانشجویان که بخشی از آن بخاطر دوری از خانواده و همچنین روابط نادرست و عدم شناخت دانشجویان دختر و پسر از یکدیگر است که مشکلات عاطفی فراوانی برای آنها در پی دارد. اغلب دانشجویان دختر و پسر در دانشگاه گرفتار سوء تفاهمات و مسائل عاطفی هستند که حواشی آن به محیط خوابگاه هم کشیده می شود و بر تحصیلات آنها تاثیر می گذارد.

به نظر می رسد پایین بودن کیفیت زندگی منجر به افزایش آسیب های اجتماعی خواهد شد. با این توصیف نکته مهمی که مطرح می شود این است که کیفیت زندگی دانشجویان خوابگاهی چگونه است؟

۳-۱- انگیزه پژوهشگر

با توجه به این که پژوهشگر در مرکز مشاوره خوابگاه دانشگاه تهران به عنوان مددکار اجتماعی مشغول به کار می باشد ، همواره توجه به مسائل دانشجویان از اهمیت بسیار زیادی برای ایشان برخوردار بوده است . همچنین یکی از اهداف عمده مراکز مشاوره بهبود کیفیت زندگی دانشجویان ساکن خوابگاه می باشد . در این میان تاکید بر عوامل اجتماعی بخصوص سلامت اجتماعی می تواند موثر واقع شود.

۴-۱- هدف اصلی تحقیق

هدف اصلی این پژوهش سنجش و شناخت میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه و ارتباط آن با کیفیت زندگی می باشد.

۵-۱- ضرورت و اهمیت تحقیق

شرایط و موقعیت های محیط خوابگاهی ، عوامل متعددی از جمله دوری از خانواده ، مواجهه با فرهنگ های مختلف ، تأثیر گروه های دوستان ، مقررات زندگی جمعی ، ناکامی عاطفی، مشکلات تحصیلی و مشکلات ارتباطی و ... را ایجاد می نماید که باعث می گردد آستانه مقاومت این قشر از جامعه کاهش یابد. امروزه افراد انتظار کیفیت زندگی بالاتری دارند ، به همین دلیل دولت ها در سراسر دنیا در تلاشند تا کیفیت زندگی مردم خود را افزایش دهند . تنها بالا بودن استاندارد زندگی برای دستیابی به رضایت یا خشنودی کافی نیست بلکه بهبود کیفیت زندگی نیز باید در نظر گرفته شود و این به معنای تاکید بیشتر بر توجه به سیاست های اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور راحت تر کردن زندگی ، برای افراد است . حضور در خوابگاه تجربه جدید و سختی است که ممکن است کیفیت زندگی دانشجویان را تحت تاثیر قرار دهد . در این بین توجه به کیفیت زندگی دانشجویان خوابگاهی از اهمیت زیادی برخوردار است. فراهم نمودن کیفیت زندگی مطلوب و مناسب برای دانشجویان خوابگاهی یکی از مسائل اساسی هر دانشگاه محسوب می شود. فیدز و ماچین (۲۰۰۰) گزارش کرده اند که از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۰ عنوان قریب به ۲۰۰ نشریه شامل عبارت کیفیت زندگی بوده اند و در طی سال های ۸۹-۱۹۸۸ این تعداد بالغ بر ۱۴۰۰ نشریه گردیده است. از سال ۱۹۹۰ تا اکتبر ۱۹۹۵ بیشتر از ۲۱۰۰ عنوان منتشر شده در بردارنده عبارت کیفیت زندگی بوده اند. که این نشان دهنده افزایش توجه به کیفیت زندگی در تحقیقات و پژوهش های مختلف می باشد.

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعامل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد. به منظور انجام برنامه ریزی و سیاستگذاری های کاربردی و موثر توسط مسئولان دانشگاهی

در جهت ارتقاء کیفیت زندگی دانشجویان ، کسب شناخت نسبت به سلامت اجتماعی و ابعاد آن و فواید و کارکردهای آن لازم و ضروری به نظر می رسد. همچنین با توجه به اینکه مباحث مربوط به دانشجویان خوابگاهی به ویژه دختران که در معرض آسیب بیشتری قرار دارند ، از سوی بسیاری از رشته های علمی مورد غفلت قرار گرفته است ، پرداختن به این موضوع ضروری و با اهمیت به نظر می رسد. همچنین با توجه به اهمیت نظری کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی ، این پژوهش می تواند به عنوان یک نمونه تحقیق تجربی مورد استفاده افرادی که به هر نوعی موضوعی مشابه با این پژوهش دارند قرار گیرد. همچنین با استفاده و استناد به نتایج حاصل از پژوهش می توان راهبردهای عملی مناسبی را جهت بهبود کیفیت زندگی دانشجویان دختر خوابگاهی با استفاده از بکارگیری راهکارهای افزایش سلامت اجتماعی فراهم نمود.

فصل ۲

ادبیات پژوهش

۲-۱ - مقدمه

در این فصل ابتدا به بررسی تاریخچه کیفیت زندگی در ایران و جهان پرداخته شده است. سپس تعاریفی از کیفیت زندگی و سلامت ارائه شده و در ادامه مبانی نظری و پیشینه تحقیقات و چارچوب نظری آورده شده است.

۲-۲ - تاریخچه کیفیت زندگی در جهان

از کهن ترین منابعی که در آن به کیفیت زندگی اشاره شده است، کتاب اخلاق نیکوماخوس^۱ ارسطو را می توان یاد کرد. در این کتاب، ارسطو مردم را هم به طور عام (توده مردم) و هم خاص، مورد خطاب قرار می دهد. این فیلسوف کیفیت زندگی را تحت عناوینی مانند زندگی خوب، خوشحال بودن^۲ و انجام اعمال خوب^۳ ذکر می کند. ارسطو هرچند به طور صریح از کیفیت زندگی نام نمی برد ولی هر یک از عناوین فوق بیانگر مفهوم این اصطلاح مدرن، در عهد زیستن وی در یونان باستان می باشد. او همچنین بیان می کند، آنچه که موجبات شادی و مسرت را فراهم می سازد، قابل بحث و شرح است چرا که افراد مختلف تحت تأثیر موضوعات مختلفی خوشحال می شوند. به عنوان مثال فردی که از فقر رنج می برد، بهترین عامل برای شادی وی ثروت و دارایی است. از سوی دیگر در زمان های مختلف، موضوعات مختلفی افراد را شاد می نماید. به طور مثال، فردی که اکنون دچار بیماری گردیده است آنچه که وی را در این زمان شادی و مسرت می بخشد، برطرف گردیدن عارضه فعلی و بازیابی سلامتی وی است. بنابراین می توان گفت از دیدگاه ارسطو، هم جنبه احساس و هم نوع فعالیت در شکل گیری کیفیت زندگی سهیم هستند. از این رو اگر در ۲۰۰۰ سال قبل کلمه کیفیت زندگی در یونان وجود نداشته است ولی ارسطو به وضوح بیان کرده که کیفیت زندگی نه فقط به معنی مفاهیم مختلف برای مردم مختلف است، بلکه بر اساس شرایط مختلف افراد نیز می توانند متفاوت باشند(به نقل از مسعود کریملو، ۱۳۸۷: ۸). در سال ۱۹۰۰، جورج برنارد شاو^۴ اظهار داشت که زندگی صرفاً شادی و خوشحالی نیست و به همین دلیل وی مفهومی گسترده تر یعنی کلمه کیفیت زندگی را جایگزین واژه شادی و خوشحالی در زندگی نمود. پیگو^۵ در سال ۱۹۲۰ در کتابی با موضوع اقتصاد و رفاه از واژه کیفیت زندگی استفاده نمود. وی در آن کتاب در مورد حمایت دولت از اقشار پایین جامعه و تأثیر آن بر زندگی آنان و سرمایه های ملی به بحث پرداخته بود. این مطلب کاربرد واژه کیفیت زندگی را تا بعد از جنگ جهانی مسکوت گذارد تا این

^۱Nichomachean Ethics

^۲Being Happy

^۳Doing well

^۴George Shaw

^۵Pigo

که در اثر دو حادثه مهم بار دیگر مورد توجه قرار گرفت: اول تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت که آن را خوب بودن^۱ به لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی دانست و دوم افزایش نابرابری های اقتصادی ناشی از جنگ جهانی و پیشرفت های علوم انسانی و تجربی، که موجبات تحرکات اجتماعی و در نتیجه ابتکارات سیاسی گردید. رواج واژه کیفیت زندگی در کشورهای اروپای غربی از ابتدای دهه ۱۹۶۰ میلادی اوج گرفت. در برخی جوامع پیشرفته این واژه همراه و گاهی مترادف با واژگان دیگر مانند بهزیستی همگانی، توسعه و تأمین اجتماعی و یا عباراتی مشابه به اینها به کار می رفت. در هر حال تمامی این واژگان بر این دلالت داشتند که در مفهوم کیفیت زندگی دو بعد از زندگی انسان مطرح است، نخست چگونگی زندگی مادی جوامع انسانی (سطح زندگی یا استاندارد زندگی) و دوم، چگونگی محیط معنوی، فرهنگی، روانی و فرامادی. به کارگیری اصطلاح کیفیت زندگی در زمینه بهداشت روانی، به دنبال نهضت بیمارستان زدایی نیز از دهه ۱۹۶۰ آغاز گردید و به عنوان یک شاخص قابل ارزیابی در پژوهش های مختلف به آن پرداخته شده است. علاوه بر این با جستجویی اجمالی در شبکه جهانی اینترنت می توان دریافت که برای نخستین بار از سال ۱۹۷۵ در مدلاین^۲ و از سال ۱۹۷۷ در نمایه پزشکی مدیکوس^۳ واژه کیفیت زندگی معرفی و مورد بررسی قرار گرفته است (به نقل از دکتر مسعود کریملو و همکاران، ۱۳۸۷، ۹).

۲-۳- تاریخچه کیفیت زندگی در ایران

در ایران برای نخستین بار موضوع کیفیت زندگی در دومین سمینار ملی رفاه اجتماعی که از سوی دبیرخانه شورای عالی رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۵ برگزار شد مطرح گردیده است. در این سمینار پنج کمیته در زمینه های مختلف فعالیت داشتند که کمیته سیاست های رفاهی و کیفیت زندگی یکی از آنها بوده و مسئولیت اداره آن برعهده احسان نراقی قرار داشته است. بررسی مطالعات انجام شده در سال های اخیر در خصوص کیفیت زندگی نشان می دهد که به مرور مبحث کیفیت زندگی از کانون توجه رشته های علوم اجتماعی مانند جامعه شناسی خارج شده و رشته های پزشکی توجه ویژه ای به آن داشته اند. اکثر پژوهش های انجام شده در این حوزه نیز در رابطه با کیفیت زندگی بیمارانی صورت گرفته که به انواع مختلف بیماری ها و به خصوص سرطان مبتلا بوده اند و از نگرستن به این موضوع از دیدگاه علوم اجتماعی و بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر آن غفلت شده است. همچنین به تحقیقات انجام شده در زمینه علوم اجتماعی در انتهای فصل اشاره خواهد شد.

^۱Well being

^۲ Medline

^۳Medicus

۲-۴- فضای مفهومی کیفیت زندگی

قرن هاست که مردم به طور ذاتی به دنبال زندگی خوب بوده اند و در این راستا برای بهبود شرایط زیست خود، بشر سعی کرده است تا از استعدادها و توانمندی های خود حداکثر بهره برداری را بنماید. در ادبیات علوم اجتماعی، توسعه اجتماعی نخست مترادف با تکامل اجتماعی بود. در این دوره بشر در حال حرکت به سوی تمدن بود ولی در دوره های اخیر 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. در مراحل آغازین مطالعات تجربی مربوط به کیفیت زندگی، مطالعات به صورت تقلیل گرایانه و یک بعدی صورت می گرفت. به عنوان مثال در سال ۱۹۸۵ در شمال غرب انگلستان تحقیقاتی به نام مطالعه کیفیت زندگی انجام شد که طی آن مفهوم کیفیت زندگی محدود به بیماری های مزمن در نظر گرفته شد. در مطالعاتی که بدین سبک در زمینه کیفیت زندگی صورت می گرفت، آن را به عنوان نقطه ای محوری جهت ارزشیابی بهداشت روانی تلقی می کردند. در طی دو دهه گذشته مفهوم کیفیت زندگی از مفهوم روانشناختی صرف به یک مفهوم چند بعدی مبدل شده است. این برداشت چندبعدی از کیفیت زندگی در سنجش و ارزیابی کارایی سیاست های رفاه اجتماعی نقش عمده ای را ایفا می کند. آنچه که امروزه در حوزه رفاه اجتماعی و بهزیستی اهمیت دارد، اتخاذ دیدگاهی از کیفیت زندگی است که بتواند ابعاد اجتماعی، اقتصادی، روانی و زیستی را پوشش دهد. بطوری که هدف اصلی آن بیشتر بررسی چند بعدی انسان می باشد. انسان شناسان نیز در این زمینه معتقدند که زندگی بشر دارای دو بعد است:

۱- سطح: این بعد به جنبه های آشکار زندگی اشاره دارد.

۲- عمق: به جنبه های پنهان و نادیدنی زندگی بشر اشاره دارد. در این بعد آخریست که فهم و شناخت ما از زندگی شکل می گیرد (اونوک، ۱۳۸۴: ۱۵).

کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی، متأثر از زمان و مکان و ارزش های فردی و اجتماعی است. مولفه ها و عوامل تشکیل دهنده اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی فرق خواهد کرد. کیفیت زندگی به مقدار زیاد از ارزش ها متأثر است و در واقع طبق ارزش های فردی، اجتماعی و ملی تعریف می شود و ضمن دارا بودن ابعاد عینی و بیرونی، امری ذهنی، درونی و متصور است و در نهایت به تصورات و ادراک فرد از واقعیت های زندگی بستگی دارد. اصطلاح کیفیت زندگی برای نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ در مباحث اجتماعی و اقتصادی مورد استفاده قرار گرفت و در آن زمان بیشتر به یک مفهوم اقتصادی تا روانشناختی دلالت داشت. پس از ارائه هرم نیازها توسط مازلو (Maslow, ۱۹۵۴) که سلسله مراتبی از نیازها را ارائه می داد، توجهات از نیازهای صرفاً مادی و اقتصادی به نیازهای شناختی که در سلسله مراتب هرمی نیازها، در سطوح بالاتری قرار داشت، معطوف شد. در حال حاضر مفهوم کیفیت