



بررسی رابطه ی حس انسجام و کیفیت زندگی با محور وضعیت مجرد و تاهل و تاکید بر رشته ی تحصیلی در دانشجویان سال تحصیلی ۹۴-۹۵ دانشگاههای شهر تهران

سمیرا طالبی*

علی حاجی حسینی**

(*) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی موسسه ی غیرانتفاعی کومش-سمنان

(**) دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی موسسه ی غیرانتفاعی کومش-سمنان

چکیده:

کیفیت زندگی مفهومی است که در سالهای اخیر به واسطه نقشی که در سلامت روان افراد دارد اهمیت بسزایی یافته است. در همین راستا و با توجه به این که دانشجویان در آینده عهده دار مدیریت عرصه های مختلف جامعه خواهند بود، بنابراین بررسی مسائلی که می تواند کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان را به تعیین کند ضروری به نظر می رسد. هدف: تعیین کیفیت زندگی دانشجویان.

فرضیه: دانشجویان متاهل دارای حس انسجام و کیفیت زندگی بالاتری هستند مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است و ۳۳۰ دانشجوی دانشگاههای تهران در سال ۱۳۹۵ به صورت نمونه گیری خوشه ای و طبقه ای تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه ی حس انسجام آنتونوسکی (SOC-13) را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. نتایج پژوهش: دانشجویان متاهل دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند و تاهل تاثیر مثبتی روی کیفیت زندگی هم در دختران و هم در پسران دانشجوی می گذارد ولی ارتباط بین وضعیت تاهل و حس انسجام مشاهده نشد.



در سال ۱۹۸۶، اولین کنگره ی بین المللی راجع به ارتقای سلامت در اوتاوا^۱ در کانادا برگزار شد و طی آن کیفیت زندگی مطلوب به صورت دستیابی به رفاه کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف گردید. به عبارتی افراد باید قادر باشند تا با تغییرات ناگهانی محیط اطراف سازش پذیری کنند و این قدرت سازش پذیری در نگهداری و بهبود کیفیت زندگی مطلوب ضروری است (منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت، ۱۹۸۶). حس انسجام اولین بار توسط آنتونوسکی در سال ۱۸۸۷ مطرح شد و اعلام نمود توانایی مقابله با استرسهای بزرگ زندگی ناشی از سطح انسجام بالای افراد است. در این زمینه آنتونوسکی مفهوم منابع مقاومت کلی یا GRR را معرفی کرد به این ترتیب که جهت تامین و بهبود سلامت افراد باید قادر شوند که در برابر استرس هر چه بیشتر از GRR استفاده کنند و در واقع استفاده ی بیشتر از GRR به معنی حس انسجام قویتر در آن شخص و توانایی سازش پذیری بالاتر وی می باشد (۱۹۸۷؛ ۱۹۹۶ آنتونوسکی) مفهوم کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است و تاکنون تعریف جامعی که به صورت جهانی پذیرفته شده باشد برای کیفیت زندگی ارائه نشده است. مفهوم کیفیت زندگی به صورت مفهومی چند بعدی در نظر گرفته می شود (McDowell & Newell, 1996; Fayers & Machin, 2000; Bowling, 1997; Rapley, 2003). مفهوم کیفیت زندگی در علوم مختلف به طرز متفاوتی ارائه شده است. به طور مثال در علوم اجتماعی آن را معادل رفاه، در فلسفه آن را معادل زندگی خوب، در اقتصاد آن را معادل قدرت مالی خوب و در پزشکی آن را معادل سلامتی و عدم وجود بیماری دانسته اند (Lindström, 1992). کیفیت زندگی به صورت احساس رضایت از زندگی (Flanagan, 1978)، رفاه مادی، رضایت از روابط شخصی و اجتماعی، پیشرفت در زندگی شخصی (Kovess-Masfety, 2005) و سلامت روان مثبت (Rootman, 2001) نیز معرفی شده است. به علاوه مفهوم دیگری از کیفیت زندگی که در ارتباط با حیطه ی سلامت می باشد و از آن به عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یاد میشود نیز معرفی شده است. در این زمینه، گروه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی را در ارتباط با قابلیت سازش پذیری، رضایت و خودمختاری شخص می داند (Kovess-Masfety, 2005).

مفهوم های رفاه، شادی^۳ و رضایت از زندگی^۴ ساختارهایی هستند که با کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی دارند (Rootman, 2001). در زمینه ی اندازه گیری کیفیت زندگی، ابزار های اندازه گیری مختلفی وجود دارد. یکی از ابزار های اندازه گیری کیفیت زندگی چند بعدی که به صورت رایج استفاده می شود پرسشنامه ی SF-36 است. از دیگر ابزار هایی که اخیرا استفاده از آن گسترش پیدا کرده است ابزار چند بعدی کیفیت زندگی WHOQOL-BREF است که ۲۶ آیتم داشته و منطبق با تعریف ارائه شده از کیفیت زندگی می باشد (Skevington et al., 2004). همچنین نشان داده شده است که ابزار WHOQOL-BREF جهت بررسی آیتم های کیفیت زندگی از جمله قدرت سازش پذیری^۵ مناسب است (Dragomirecka et al., 2008; Hyphantis et al., 2011). در مطالعه حاضر از ابزار WHOQOL-BREF برای بررسی کیفیت زندگی در جمعیتی از دانشجویان دانشگاههای تهران استفاده شده است.

Ottawa^۱General Resistance Resources^۲Health-related Quality of Life^۳World Health Organization Quality of Life Assessment Group^۴Welfare^۵Happiness^۶Satisfaction with Life^۷Coping ability^۸



روش:

این مطالعه از نوع توصیفی^۹ بوده و به صورت مقطعی^{۱۰} طراحی شده است. در این مطالعه نمونه ای از دانشجویان دانشگاههای شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند جهت بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و حس انسجام با محور وضعیت تاهل و مجرد انتخاب شدند. پروسه ی نمونه گیری و پر کردن پرسشنامه و جمع آوری داده ها در طول یک ماه در آبان ماه سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

شیوه ی نمونه گیری:

با توجه به اینکه دانشجویان در رشته های مختلف مشغول به تحصیل بودند از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای^{۱۱} استفاده شده تا در هر طبقه (رشته ی تحصیلی) تعداد کافی نمونه وجود داشته باشد. این روش نمونه گیری هنگامی ترجیح داده می شود که جامعه ی مورد مطالعه از زیرگروه های مختلفی تشکیل شده باشد. با این روش نمونه گیری، نمونه ی گرفته شده نمایانگر مناسب تری از کل جامعه بوده و به عبارتی قدرت معرفی جامعه^{۱۲} توسط نمونه با این روش نمونه گیری افزایش می یابد (Särndal et al., 2014).

محاسبه ی حجم نمونه:

برای تخمین حجم نمونه در هر طبقه^{۱۳}، از فرمول طبقه سازی متناسب^{۱۴} استفاده شد. در این روش از فرمول زیر برای محاسبه حجم نمونه در هر طبقه استفاده می شود:

$$n_h = (N_h / N)$$

در این فرمول n_h تعداد نمونه ی لازم در هر طبقه می باشد. طبقه در مطالعه ی حاضر رشته ی تحصیلی دانشجویان تعریف شد. در فرمول فوق N_h تعداد دانشجویان در حال تحصیل در هر رشته ی تحصیلی و N تعداد کل دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. دانشجویان از چهار دانشکده (دانشکده ی پزشکی، دانشکده ی فنی مهندسی، دانشکده ی حقوق و دانشکده ی هنر) انتخاب شدند. با همانگی قبلی با واحد آموزش هر دانشکده تعداد کل دانشجویان در حال تحصیل در سال ۹۴-۹۵ محاسبه شد. این رقم در دانشکده ی پزشکی ۷۵۸ نفر، در دانشکده ی فنی مهندسی ۶۷۹ نفر، در دانشکده ی حقوق ۵۳۲ نفر و در دانشکده ی هنر ۴۴۱ نفر بوده است و در مجموع ۲۴۱۰ نفر دانشجو در این پنج دانشکده در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. طبق فرمول کوکران^{۱۵} برای محاسبه ی حجم نمونه در یک جامعه آماری با جمعیت کل جامعه برابر با ۲۴۱۰ نفر، تعداد ۳۳۱ نفر برای نمونه ی آماری لازم است. فرمول کوکران به صورت زیر می باشد. همچنین برای تایید تعداد کل نمونه ی مورد نیاز از جدول مورگان^{۱۶} نیز استفاده شد که طبق جدول مورگان تعداد ۳۳۰ نفر برای نمونه گیری

⁹ Descriptive

¹⁰ Cross-sectional

¹¹ Stratified randomization method

¹² Population representativeness

¹³ Stratum

¹⁴ Proportionate stratification

¹⁵ Cochran Sampling Formula

¹⁶ Morgan Sampling Table



از یک جمعیت ۲۴۱۰ نفری مناسب است. طبق فرمول نمونه گیری طبقه ای متناسب که در بالا توضیح داده شد ۳۱,۴٪ از این تعداد نمونه باید از دانشکده ی پزش

کی گرفته میشد (758/2410=0.314). به همین ترتیب ۲۸,۲٪ (679/2410=0.282) باید از دانشکده ی فنی مهندسی و ۲۲,۱٪ (532/2410=0.221) از دانشکده ی حقوق و ۱۸,۳٪ (441/2410) از دانشکده ی هنرهای زیبا نمونه گیری میشد. با توجه به تعداد کل نمونه محاسبه شده برابر با ۳۳۰ نفر، تعداد ۱۰۴ نفر از دانشکده ی پزشکی، ۹۳ نفر از دانشکده ی فنی مهندسی، ۷۳ نفر از دانشکده ی حقوق و ۶۰ نفر از دانشکده ی هنرهای زیبا انتخاب و نمونه گیری شدند.

در این مطالعه تعداد ۱۰۴ نفر از دانشجویان پزشکی، ۹۳ نفر از دانشجویان فنی مهندسی، ۷۳ نفر از دانشجویان رشته ی حقوق و ۶۰ نفر از دانشجویان رشته ی هنرهای زیبا انتخاب شدند. در مجموع ۳۳۰ نفر دانشجویی تحت مطالعه قرار گرفتند که ۱۹۴ نفر (۵۸,۸٪) زن و ۱۳۶ نفر (۴۱,۲٪) مرد بودند. در کل جامعه اکثریت دانشجویان مجرد بودند به این ترتیب که ۲۴۲ نفر (۷۳,۳٪) مجرد و ۸۸ نفر متأهل بودند. میانگین سنی در کل جامعه 27.81±7.40 سال بوده است.

در جمعیت دانشجویان پزشکی تعداد ۶۰ نفر (۵۷,۷٪) زن و ۴۴ نفر (۴۲,۳٪) مرد بودند. هشتاد و دو نفر از دانشجویان پزشکی مجرد (۷۸,۸٪) و ۲۲ نفر (۲۱,۲٪) متأهل بودند. در جدول شماره ی یک توزیع جنسی، تاهل و میانگین سنی دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران نشان داده شده است. در جدول شماره 2، توزیع جنسی، تاهل و میانگین سنی دانشجویان رشته ی فنی مهندسی دانشگاه تهران نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع جنسی، تاهل و میانگین سنی دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران

متغیر	زیرگروه	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
جنس	مذکر	۴۴ (۴۲,۳٪)	-
	مؤنث	۶۰ (۵۷,۷٪)	-
تاهل	مجرد	۸۲ (۷۸,۸٪)	-
	متاهل	۲۲ (۲۱,۲٪)	-
سن (بر حسب سال)	-	-	۲۵,۹۶ (۶,۲۰)

جدول ۲: توزیع جنسی، تاهل و میانگین سنی دانشجویان رشته ی فنی مهندسی

متغیر	زیرگروه	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
جنس	مذکر	۲۷ (۲۹,۰٪)	-
	مؤنث	۶۶ (۷۱,۰٪)	-
تاهل	مجرد	۶۴ (۶۸,۸٪)	-
	متاهل	۲۹ (۳۱,۲٪)	-
سن (بر حسب سال)	-	-	۲۷,۷۲ (۷,۳۱)



جدول شماره ی ۳: توزیع جنسی و وضعیت تأهل در دانشجویان رشته ی حقوق

متغیر	زیر گروه	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
جنس	مذکر	۳۸ (۵۲,۱٪)	-
	مؤنث	۳۵ (۴۷,۹٪)	-
تأهل	مجرد	۴۸ (۶۵,۸٪)	-
	متأهل	۲۵ (۳۴,۲٪)	-
سن (بر حسب سال)	-	-	۳۰,۹۰ (۹,۰۶)

جدول شماره ۴: توزیع جنسی و وضعیت تأهل در دانشجویان رشته ی هنر های زیبا

متغیر	زیر گروه	فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
جنس	مذکر	۲۷ (۴۵,۰٪)	-
	مؤنث	۳۳ (۵۵,۰٪)	-
تأهل	مجرد	۴۸ (۸۰,۰٪)	-
	متأهل	۱۲ (۲۰,۰٪)	-
سن (بر حسب سال)	-	-	۲۷,۳۸ (۶,۰۴)

یافته های پژوهش:

جدول شماره ی ۵ میانگین اسکور های به دست آمده را در دامین های حس انسجام در رشته های تحصیلی مختلف نشان میدهد. میانگین نمره در دامین معناپذیری در رشته های پزشکی، فنی مهندسی، حقوق و هنر های زیبا به ترتیب 19.05 ± 4.63 ، 20.52 ± 5.10 ، 19.57 ± 4.46 و 17.80 ± 4.13 بوده است. در دامین مدیریت پذیری نیز میانگین اسکور های به دست آمده در رشته های پزشکی، فنی مهندسی، حقوق و هنر های زیبا به ترتیب 16.82 ± 5.35 ، 16.97 ± 4.97 ، 18.53 ± 5.07 ، 16.65 ± 4.14 به دست آمد. به همین ترتیب نمرات به دست آمده در دامین درک پذیری و نمره ی کل حس انسجام در جدول شماره ی ۵ نشان داده شده اند.

جدول شماره ی ۵: میانگین نمرات به دست آمده در حیطه های حس انسجام و ارتباط آن ها با رشته ی تحصیلی دانشجویان دانشگاه

تهران

دانشکده	معناپذیری	مدیریت پذیری	درک پذیری	نمره کل حس انسجام
پزشکی	۱۹,۰۵ (۴,۶۳)	۱۶,۹۷ (۴,۹۷)	۲۰,۳۴ (۶,۳۱)	۵۶,۳۶ (۱۴,۰۱)
فنی مهندسی	۱۹,۵۷ (۴,۴۶)	۱۶,۸۲ (۵,۳۵)	۲۰,۲۶ (۶,۱۱)	۵۶,۶۵ (۱۴,۰۵)
حقوق	۲۰,۵۲ (۵,۱۰)	۱۸,۵۳ (۵,۰۷)	۲۳,۱۵ (۵,۷۴)	۶۲,۲۱ (۱۳,۹۱)
هنر های زیبا	۱۷,۸۰ (۴,۱۳)	۱۶,۶۵ (۴,۱۴)	۲۰,۶۸ (۴,۸۵)	۵۵,۱۳ (۱۰,۸۶)

جدول شماره ی ۶ نمرات به دست آمده در دانشجویان دختر و پسر شرکت کننده در مطالعه ی حاضر را در حیطه های معناپذیری، مدیریت پذیری و درک پذیری حس انسجام نشان می دهد.



جدول شماره ی ۶: نمرات به دست آمده ی مؤلفه های حس انسجام در هر جنس در کل جمعیت مورد مطالعه دانشجویان دانشگاه تهران

متغیر	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل حس انسجام میانگین (انحراف معیار)
زن	19.51 (4.17)	17.05 (4.60)	20.46 (5.64)	57.02 (12.39)
مرد	18.99 (5.25)	17.46 (5.39)	21.76 (6.36)	58.21 (15.32)

جدول شماره ی ۷: نمرات به دست آمده در مؤلفه های حس انسجام در جمعیت دانشجویان پزشکی مورد مطالعه بر حسب توزیع جنسی

متغیر	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل حس انسجام میانگین (انحراف معیار)
زن	19.38 (4.06)	16.75 (4.40)	20.45 (5.78)	56.58 (12.39)
مرد	18.59 (5.32)	17.27 (5.71)	20.18 (7.04)	56.05 (16.12)

جدول شماره ی ۸: نمرات به دست آمده در مؤلفه های حس انسجام در جمعیت دانشجویان فنی مهندسی مورد مطالعه بر حسب توزیع

جنسی

متغیر	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل حس انسجام میانگین (انحراف معیار)
زن	19.92 (3.65)	16.80 (4.93)	19.80 (5.58)	56.53 (11.97)
مرد	18.70 (6.01)	16.85 (6.36)	21.37 (7.25)	56.93 (18.46)

جدول شماره ۹: نمرات به دست آمده در مؤلفه های حس انسجام در جمعیت دانشجویان حقوق مورد مطالعه بر حسب توزیع جنسی

متغیر	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل حس انسجام میانگین (انحراف معیار)
زن	19.97 (5.32)	18.63 (4.84)	22.80 (5.78)	61.40 (13.71)
مرد	21.03 (4.71)	18.45 (5.34)	23.47 (5.76)	62.95 (14.23)



جدول شماره ی ۱۰: نمرات به دست آمده در مؤلفه های حس انسجام در جمعیت دانشجویان هنر های زیبا مورد مطالعه بر حسب توزیع

جنسی

متغیر	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل حس انسجام میانگین (انحراف معیار)
زن	18.39(3.93)	16.39(4.51)	19.33(4.83)	54.12(11.06)
مرد	17.07(4.33)	16.96(3.70)	22.33(4.42)	56.37(10.70)

نمرات به دست آمده در هر یک از مؤلفه های حس انسجام بر حسب توزیع وضعیت تأهل در هر یک از رشته های تحصیلی در جدول شماره ی ۱۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ی ۱۱: نمرات به دست آمده در هر یک از مؤلفه های حس انسجام بر حسب توزیع وضعیت تأهل در گروه های تحصیلی مورد

مطالعه

متغیر	زیر گروه	معناپذیری میانگین (انحراف معیار)	مدیریت پذیری میانگین (انحراف معیار)	درک پذیری میانگین (انحراف معیار)	نمره ی کل میانگین (انحراف معیار)
کل جامعه ی مورد مطالعه	مجرد	19.08(4.90)	17.07(5.32)	21.05(6.39)	57.20(14.80)
	متاهل	19.89(3.84)	17.61(3.96)	20.86(4.67)	58.36(9.93)
گروه پزشکی	مجرد	18.87(5.02)	16.76(5.32)	20.56(6.84)	56.18(15.66)
	متاهل	19.73(2.67)	17.77(3.36)	19.50(3.73)	57.00(4.17)
گروه فنی مهندسی	مجرد	19.41(4.89)	16.42(5.89)	19.92(6.71)	55.7(15.65)
	متاهل	19.93(3.36)	17.69(3.85)	21.0(4.54)	58.62(9.59)
گروه حقوق	مجرد	20.46(5.30)	18.69(5.14)	23.63(5.60)	62.38(14.01)
	متاهل	21.40(4.36)	18.24(5.03)	22.24(6.03)	61.88(13.99)
گروه هنر های زیبا	مجرد	18.02(4.13)	16.85(4.48)	20.81(5.31)	55.70(11.89)
	متاهل	16.92(4.21)	15.83(2.30)	20.17(2.33)	52.92(4.66)



جدول شماره ۱۲: نمرات به دست آمده در مؤلفه های حس انسجام و کیفیت زندگی در کل جامعه ی مورد مطالعه

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
مؤلفه ی معناپذیری حس انسجام	۱۹,۲۹ (۴,۶۵)
مؤلفه ی مدیریت پذیری حس انسجام	۱۷,۲۲ (۴,۹۹)
مؤلفه ی درک پذیری حس انسجام	۲۱,۰۰ (۵,۹۷)
نمره ی کلی حس انسجام	۵۷,۵۱ (۱۳,۶۷)
کیفیت زندگی در حیطه ی سلامت جسمانی	۲۵,۲۷ (۵,۰)
کیفیت زندگی در حیطه ی روانشناختی	۲۰,۷۶ (۴,۲۸)
کیفیت زندگی در حیطه ی روابط اجتماعی	۹,۹۲ (۲,۳۹)
کیفیت زندگی در حیطه ی محیط زندگی	۲۷,۲۸ (۵,۰۹)

جدول شماره ی ۱۹: نمرات به دست آمده در حیطه های کیفیت زندگی بر حسب توزیع وضعیت تأهل در گروه دانشجویان پزشکی

متغیر	حیطه ی سلامت جسمی	حیطه ی روانشناختی	حیطه ی اجتماعی	حیطه ی روابط زندگی	حیطه ی محیط زندگی	نمره کل WHOQOL-BREF میانگین (انحراف معیار)
مجرد	25.74 (5.39)	20.52 (4.49)	9.84 (2.14)	27.37 (4.93)	83.48 (41.8)	
متاهل	26.36 (3.14)	21.50 (2.52)	11.41 (1.53)	29.23 (3.63)	89.50 (8.79)	

جدول شماره ی ۲۰: نمرات به دست آمده در حیطه های کیفیت زندگی بر حسب توزیع وضعیت تأهل در گروه دانشجویان فنی مهندسی

متغیر	حیطه ی سلامت جسمی	حیطه ی روانشناختی	حیطه ی اجتماعی	حیطه ی روابط زندگی	حیطه ی محیط زندگی	نمره کل WHOQOL-BREF میانگین (انحراف معیار)
مجرد	25.11 (5.48)	20.02 (4.83)	9.17 (2.75)	26.55 (5.84)	80.84 (17.52)	
متاهل	24.97 (3.49)	21.72 (3.18)	10.97 (2.32)	28.17 (2.48)	85.83 (11.62)	

جدول شماره ی ۲۱: نمرات به دست آمده در حیطه های کیفیت زندگی بر حسب توزیع وضعیت تأهل در گروه دانشجویان حقوقی

متغیر	حیطه ی سلامت جسمی	حیطه ی روانشناختی	حیطه ی اجتماعی	حیطه ی روابط زندگی	حیطه ی محیط زندگی	نمره کل WHOQOL-BREF میانگین (انحراف معیار)
مجرد	27.19 (4.43)	21.63 (4.72)	10.04 (2.50)	29.04 (5.43)	87.90 (15.17)	
متاهل	26.52 (3.57)	21.96 (3.29)	11.32 (2.21)	27.92 (4.21)	87.72 (11.27)	



جدول شماره ی ۲۲: نمرات به دست آمده در حیطه های کیفیت زندگی بر حسب توزیع وضعیت تأهل در گروه دانشجویان هنر های زیبا

متغیر	حیطه ی سلامت	حیطه روانشناختی	حیطه اجتماعی	حیطه ی روابط	حیطه ی محیط	نمره کل WHOQOL-BREF میانگین (انحراف معیار)
مجرد	23.02 (5.14)	19.63 (4.27)	8.94 (1.76)	25.38 (4.73)	76.96 (13.70)	
متاهل	20.25 (3.79)	19.50 (2.50)	9.67 (2.46)	24.25 (3.27)	73.67 (9.04)	



نتیجه گیری:

مطالعه‌ی ما نشان داد که دانشجویان متاهل دارای کیفیت زندگی بالاتری بوده‌اند. تنها در دانشجویان دانشگاه هنرهای زیبا ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل مشاهده نشد. مطالعات قبلی در این زمینه نشان داده‌اند که ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل توسط جنسیت افراد نیز متاثر می‌شود. به عنوان مثال هان و همکاران^{۱۷} نشان دادند که مردان متاهل به احتمال بیشتری از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند در حالی که زنان ارتباط معکوسی بین کیفیت زندگی و تاهل قابل مشاهده است (هان et al ۲۰۱۴). مطالعه‌ی ما در این زمینه نشان داد که تاهل تاثیر مثبتی روی کیفیت زندگی هم در دختران و هم در پسران دانشجویی می‌گذارد. در این زمینه بیرمن^{۱۸} (2009) نیز نتایج مشابهی با نتایج مطالعات ما گزارش کرد و نشان داد که افراد متاهل دارای وضعیت ذهنی و روحی بهتری در مقایسه با افراد مجرد یا مطلقه هستند. به علاوه مطالعه‌ی ما که توسط پرلین و جانسون^{۱۹} (1977) انجام شد نشان داد که متاهل بودن احتمالا اثرات محافظتی در برابر استرس‌های زندگی ایجاد می‌کند. نتایج مشابهی نیز توسط تویتز^{۲۰} (1986) منتشر شد که نشان داد تاهل با ایجاد اثر حفاظتی در مقابل استرس‌ها و مشکلات زندگی باعث کیفیت زندگی بهتر می‌شود. همسان با مطالعات ذکر شده، مطالعه‌ی ما نیز نشان داد که وضعیت تاهل یکی از عواملی است که روی کیفیت زندگی تاثیر معنادار و قابل توجهی می‌گذارد. گرچه مطالعه‌ی ما نشان داد که تاهل روی کیفیت زندگی اثر قابل توجهی می‌گذارد ولی ارتباطی بین وضعیت تاهل و حس انسجام مشاهده نشد. در این مطالعه کمترین میزان حس انسجام در دانشجویان رشته‌ی هنرهای زیبا مشاهده شد. نتایج به دست آمده تایید کننده‌ی فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر وجود ارتباط مثبت بین کیفیت زندگی و تاهل در دانشجویان دانشگاه‌های تهران می‌باشد.

Han et al. ^{۱۷}Bierman ^{۱۸}Johnson & Pearlman ^{۱۹}Thoits ^{۲۰}



منابع:

- Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- Antonovsky A. The sense of coherence. An historical and future perspective. *Isr J Med Sci* 1996, 32:170–178.
- Bergman E, Malm D, Bertero C, Karlsson JE: Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction? A two-year longitudinal study in Sweden. *Nurs Health Sci* 2011, 13:156–163.
- Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res* 2005 Mar;14(2):561-564.
- Bierman A. Marital status as contingency for the effects of neighborhood disorder on older adults' mental health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009 May;64(3):425-434.
- Bowling A. Measuring health, A review of quality of life measurement scales. 2nd edn. Maidenhead: Open University Press, 1997.
- Chumbler NR, Kroenke K, Outcalt S, Bair MJ, Krebs E, Wu J, et al. Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11:216.
- da Silva Lima AF, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res* 2005 Mar;14(2):473-478.
- Drageset J, Nygaard HA, Eide GE, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents - a questionnaire study. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6:85.
- Dragomirecka E, Bartonova J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K, von Steinbuchel N, Schmidt S: Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Psychother* 2008, 15:193–204.
- Ekman I, Fagerberg B, Lundman B: Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung* 2002, 31:94–101.
- Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:938–944.
- Fayers PM, Machin D. Quality of life. assessment, analysis and interpretation. New York: John Wiley & Sons, 2000.
- Feldt T, Leskinen E, Kinnunen U, Ruoppila I. The stability of sense of coherence: comparing two age groups in a 5-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*. 2003;35(5): 1151-1165.
- Ferguson S, Davis D, Browne J, Taylor J. Examining the Validity and Reliability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in a Population of Pregnant Australian Women. *Eval Health Prof* 2015 Jun;38(2):280-289.
- Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *Am Psychol* 1978; 33:138–47.
- Fok SK, Chair SY, Lopez V: Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *J Adv Nurs* 2005, 49:173–181.



Gison A, Rizza F, Bonassi S, Dall'Armi V, Lisi S, Giaquinto S. The sense-of-coherence predicts health-related quality of life and emotional distress but not disability in Parkinson's disease. *BMC Neurol* 2014; 14:193.

Han KT, Park EC, Kim JH, Kim SJ, Park S. Is marital status associated with quality of life? *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12:109.

Helvik AS, Engedal K, Selbaek G. The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalized elderly. *Aging Ment Health* 2010 Sep;14(7):861-869.

Helvik AS, Engedal K, Krokstad S, Selbæk G. A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based study: Nord-Trondelag Health Study 3. *Scand J Public Health* 2011 Jun;39(4):337-344.

Hypphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kampletsas EO, Pavlidis N: Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *J Psychosom Res* 2011, 70:411-421.

Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Qual Life Res* 2005 Sep;14(7):1783-1789.

Jang Y, Hsieh CL, Wang YH, Wu YH. A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004 Nov;85(11):1890-1895.

Kalfoss MH, Low G, Molzahn E. The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *Eur J Ageing* 2008 Mar;5(1):77-89.

Karimlou M, Zayeri F, Salehi M. Psychometric properties of the Persian version of the world health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-100). *Arch Iran Med.* 2011; 14 (4):281-7.

Kattainen E, Merilainen P, Sintonen H: Sense of coherence and healthrelated quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006, 5:21-30.

Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Okuzumi S, Takeda M, Nishi M. Sense of coherence and personality traits related to depressive state. *Psychiatry J* 2014; 2014:738923.

Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O. Evolution of our understanding of positive mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice.* Geneva: World Health Organization, 2005:35-45.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians.* Ottawa: Information Canada, 1974.

Lalonde M. *New perspective on the health of Canadians: 28 years later.* *Pan American J Public Health*, 2002;12:149-52.

Levine S, Croog SH. What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J, editors. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies.* New York: LeJacq; 1984.

Lindström B. Quality of life: A model for evaluating health for all. *Conceptual considerations and policy implications.* *Soz Praventivmed* 1992; 37:301-6.

Mamani M, Majzoobi MM, Ghahfarokhi SM, Esna-AshariF, Keramat F. Assessment of Health-related Quality of Life among Patients with Tuberculosis in Hamadan, Western Iran. *Oman Med J* 2014 Mar;29(2):102-105.

Markström A, Sundell K, Lysdahl M, Andersson G, Schedin U, Klang B. Quality-of-life evaluation of patients with neuromuscular and skeletal diseases treated with noninvasive and invasive home mechanical ventilation. *Chest* 2002 Nov;122(5):1695-1700.



- McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires, 2nd edn. New York: Oxford University Press, 1996.
- Motzer SU, Stewart BJ. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Res Nurs Health* 1996 Aug;19(4):287-298.
- Naaldenberg J, Tobi H, van den Esker F, Vaandrager L: Psychometric properties of the OLG-13 scale to measure sense of Coherence in a community-dwelling older population. *Health Qual Life Outcomes* 2011, 9:37.
- Nilsson KW, Leppert J, Simonsson B, Starrin B: Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *J Epidemiol Community Health* 2010, 64:347-352.
- Noerholm V, Groenvold M, Watt T, Bjorner JB, Rasmussen NA, Bech P. Quality of life in the Danish general population—normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Qual Life Res* 2004 Mar;13(2):531-540.
- Norekval TM, Fridlund B, Moons P, Nordrehaug JE, Saevareid HI, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR: Sense of coherence—a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *J Clin Nurs* 2010, 19:820-831.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998
- Nygren B, Alex L, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B: Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health* 2005, 9:354-362.
- Pearlin LI, Johnson JS. Marital status, life-strains and depression. *Am Sociol Rev* 1977 Oct;42(5):704-715.
- Rajesh G, Eriksson M, Pai K, Seemanthini S, Naik DG, Rao A. The validity and reliability of the Sense of Coherence scale among Indian university students. *Glob Health Promot* 2015 Apr;1757975915572691.
- Rapley M. Quality of life research. A critical introduction. London: Sage Publications, 2003.
- Rohani C, Khanjari S, Abedi HA, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: psychometric properties. *J Adv Nurs* 2010 Dec;66(12):2796-2806.
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. eds. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Copenhagen: WHO, 2001.
- Särndal CE, Swensson B, Wretman J. Stratified Sampling. Model Assisted Survey Sampling. New York: Springer. 2014; pp: 100-109. ISBN: 0387406204.
- Schneider G, Driesch G, Kruse A, Nehen HG, Heuft G. Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in > or = 60 year olds: the role of the sense of coherence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14:850-859.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA: The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004, 13:299-310.
- The WHOQOL Groupa. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46(12):1569-1585.
- The WHOQOL Groupb. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-558.
- Thoits PA. Multiple identities: examining gender and marital status differences in distress. *Am Sociol Rev* 1986; 51:259-272.
- Thome B, Hallberg IR: Quality of life in older people with cancer – a gender perspective. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2004, 13:454-463.



Vahedi S. World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. Iran J Psychiary. 2010; 5(4): 140-153.

Vergara N, Montoya JE, Luna HG, Amparo JR, Cristal- Luna G. Quality of life and nutritional status among cancer patients on chemotherapy. Oman Med J 2013 Jul;28(4):270-274.

WHO. Ottawa charter for health promotion: An International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17–21 1986. Geneva: World Health Organization, 1986.

Yao G, Wu CH. Factorial invariance of the WHOQOL-BREF among disease groups. Qual Life Res 2005 Oct;14(8):1881-1888.