



مطالعه کیفیت زندگی دانشجویان در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال شرق ایران

محمد امیری^۱، مهدی راعی^{۲*}، رضا چمن^۳، علی خمسه^۴، نازی رضایی^۵، ژیلای مانوچه‌ری مقدم^۶، حسین روحانی^۷، محمدرضا خطیبی^۸

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود-دانشکده بهداشت-استادیار. ۲- دانشگاه علوم پزشکی قم-دانشکده پزشکی-دانشجوی دکتری آمار زیستی. ۳- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود-دانشکده پزشکی-دانشیار. ۴- معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی-استادیار. ۵- دانشگاه علوم پزشکی کرمان-دانشکده پرستاری و مامایی-کارشناس مامایی. ۶- دانشگاه علوم پزشکی تهران-دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی-مسئول واحد مدیریت کیفیت مرکز قلب تهران. ۷- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-دانشکده بهداشت-دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۸- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود-دانشکده پرستاری، مامایی-عضو هیأت علمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۷

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. در این مطالعه از پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی WHO استفاده گردید. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون کای-دو به کمک نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۰/۸±۲/۳ سال بود. ۷۹/۲٪ از افراد را دختران تشکیل می‌دادند. ۲۲/۷٪ دانشجویان بومی بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان در حیطه‌های ۴ گانه سلامتی شامل بُعد سلامت جسمانی (۱۴/۲±۲/۴)، سلامت اجتماعی (۱۴/۱±۳/۲)، سلامت روانی (۱۳/۱±۲/۸) و سلامت محیطی (۱۲/۷±۲/۵) بود. رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و جنس، مقطع تحصیلی، ترم تحصیلی، وضعیت تأهل، محل سکونت، فعالیت اقتصادی، تعداد افراد خانواده، رتبه تولد، در قید حیات بودن والدین مشاهده نگردید ($P>0.05$). ولی ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی با بومی بودن ($P=0.049$)، درآمد خانواده ($P=0.02$) و رشته تحصیلی ($P=0.02$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: علاوه بر بومی‌گزینی دانشجویان در سطح دانشگاه‌ها، راه‌اندازی کلینیک‌های مشاوره در محیط دانشگاه و خوابگاه، برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی در خصوص شیوه‌های زندگی در محیط‌های دانشجویی، افزایش امکانات و برنامه‌های ورزشی و تفریحی، می‌تواند سبب ارتقای سطح سلامتی دانشجویان و بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، دانشجویان، سلامتی، ایران.

Original Article

Knowledge & Health 2014;8(4):176-180

A study of the Life Quality of Students at a University of Medical Sciences in the Northeast of Iran

Mohammad Amiri¹, Mehdi Raei^{2*}, Reza Chaman³, Ali Khamseh⁴, Nazi Rezaee⁵, Jila Manouchehri Moghaddam⁶, Hosein Rohani⁷, Mohammadreza Khatibi⁸

1- Assistant Professor of Health Services Management, Faculty of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. 2- Ph.D. Student of Biostatistics, Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. 3- Associate Professor of Epidemiology, Faculty of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. 4- Assistant Professor of Health Services Management, Treatment Deputy, Ministry of Health and Medical Education. 5- B.Sc., Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. 6- Ph.D. of Health Services Management, Quality Improvement Department, Tehran Heart Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 7- Ph.D. Student of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. 8- Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Abstract:

Introduction: Quality of life is an important index in assessing the personal health, making decisions and passing judgments on the general health status of the society, and finding major problems people have in different arenas of life. This study aimed at determining the quality of life among students of Shahroud University of Medical Sciences.

Methods: This applied cross-sectional research was carried out in 2011. The data collection instrument was the 26-item quality of life questionnaire by WHO. The collected data were analyzed through chi square test with SPSS.

Results: The average age of the participants was 20.8±2.3. 79.2% of the participants were females. 22.7% of the participants were indigenous students. In studying the students' quality of life in the four areas of health, physical health (14.2±2.4) showed the highest score, followed by social health (14.1±3.2), mental health (13.1±2.8) and environmental health (12.7±2.5). No significant relationships were observed between quality of life and gender, level of education, marital status, place of residence, economic activities, the size of family, birth order, and the life status (dead/alive) of the parents ($P>0.05$). However the relationships between quality of life and being indigenous ($P=0.049$), family's income ($P=0.02$) and main field of study ($P=0.02$) were significant.

Conclusion: In addition to admitting indigenous students, setting up counseling clinics in campuses and dormitories and offering training and explanatory courses on living in university environments, improving the facilities and sports and recreational programs can promote the health level of students and enhance their life quality.

Keywords: Quality of life, Students, Health, Iran.

Conflict of Interest: No

Received: 25 August 2012

Accepted: 27 April 2013

*Corresponding author: M. Raei, Email: mehdi_r_d@yahoo.com

*نویسنده مسئول: قم، بلوار معلم شرقی، کوچه دوم، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم، تلفن: ۰۲۵۱-۷۸۳۱۳۷۰، نمابر: ۰۲۵۱-۷۸۳۲۴۷۰

Email: mehdi_r_d@yahoo.com

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی متناسب با اهداف و آرزوها و استانداردهای آنان تعریف نموده است (۱، ۲ و ۳). برخی صاحب‌نظران کیفیت زندگی را ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی و نیز میزان رضایت کلی وی از زندگی خود تعریف کرده‌اند. این مفهوم دیدگاه فرد را درباره تفاوت درک شده بین آنچه باید باشد و آنچه هست نشان می‌دهد (۴). برخی دیگر کیفیت زندگی را برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع می‌دانند (۵). در حالت کلی می‌توان مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود (مانند شادی، رضایت، افتخار، سلامتی، موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی و غیره) را تعریف مناسبی از کیفیت زندگی دانست (۲ و ۳).

کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی چون سلامت جسمانی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (۶) و از آنجاکه ابعاد مختلفی چون جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در برمی‌گیرد دارای اهمیت زیادی است (۷). در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های علوم پزشکی بوده است (۸ و ۹). اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی (نه صرفاً زنده ماندن) و وضعیت سلامت بیان کرده‌اند (۱۰).

جووانی یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی افراد به‌خصوص دانشجویان می‌باشد که سلامت روان آن‌ها تأثیر مثبتی بر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی آنان دارد. در این دوره افراد با تغییرات زیادی از جمله تغییر در عواطف، احساسات، رفتار، وضعیت جسمی و اقتصادی-اجتماعی مواجه‌اند (۱۱). همچنین به دلیل تغییرات در شرایط، سبک و محیط زندگی، دانشجویان در مقایسه با بزرگسالان با مشکلات روانی و اجتماعی بیشتری در زندگی دانشجویی خود روبه‌رو هستند (۱۲). نتیجه مطالعه‌ای در سوئد نشان داد که دانشجویان در مقایسه با کارگران همسن و سال خود از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند (۱۳) و عواملی نظیر عدم موفقیت تحصیلی، مشکلات تغذیه‌ای، عدم تطابق اجتماعی، مشکلات رفتاری، شخصیتی و ازدواج از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنان بوده است (۱۴ و ۱۵).

نتایج مطالعه‌ای در گیلان نشان داد که فقط ۳۸٪ از دانشجویان از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (۱۶). در مطالعه دیگری در شهر گرگان کیفیت زندگی ۴۹/۵٪ از دانشجویان مطلوب گزارش گردید (۱۷). در خصوص کیفیت زندگی دانشجویان در تهران آمارهای

متناقضی گزارش شده است. برخی کیفیت زندگی را در حد مطلوب و برخی دیگر کیفیت زندگی را نامطلوب بیان نموده‌اند (۱۸ و ۱۹). گرچه در برخی مطالعات رابطه‌ی معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی گزارش نشده است (۱۶، ۱۸-۲۰) ولی نتیجه مطالعاتی در ایلام (۱۷) و بلژیک (۱۲) حاکی از بالاتر بودن کیفیت زندگی دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر بوده است.

تعدادی از پژوهش‌های انجام شده، زندگی دانشجویی و محیط‌های دانشگاهی را محیط‌هایی استرس‌زا معرفی کرده و ارتقای سطح عواملی که سبب بهبود کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان می‌شود را مهم دانسته‌اند (۲۱-۲۴). باتوجه به آن که دانشجویان در برهه‌ای از دوره زندگی قرار دارند که کاهش کیفیت زندگی آنان می‌تواند اثرات نامطلوبی بر آینده آنها و بالطبع، سلامت جامعه داشته باشد، در این تحقیق بر آن شدیم تا وضعیت کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود را بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه مقطعی (cross-sectional) در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. در این مطالعه حدود نیمی از دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (۵۲۵ نفر از مجموع حدود ۱۱۰۰ نفر) به روش تصادفی ساده مورد مطالعه قرار گرفتند.

به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی دانشجویان از پرسشنامه کیفیت زندگی WHO استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. که ۲ سؤال اول صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند و ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال (به ترتیب دارای ۳، ۶، ۷ و ۸ سؤال) ارزیابی می‌شود (۲۵). اعتبار و پایایی پرسشنامه قبلاً توسط نجات و همکاران سنجیده شده و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۶).

به منظور همگن کردن تمامی حیطه‌ها، پس از انجام محاسبه‌های لازم امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن امتیاز ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه موردنظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ است و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۲۵). در این مطالعه از امتیازدهی ۴ تا ۲۰ استفاده شده است. در این مطالعه وضعیت سلامتی کلی در حیطه‌های ۴ گانه به ۵ دسته تقسیم‌بندی شده است. امتیاز کمتر از ۴ به‌عنوان کیفیت زندگی خیلی نامطلوب، امتیاز ۴-۸ کیفیت زندگی نامطلوب، امتیاز ۸-۱۲ کیفیت زندگی متوسط، امتیاز ۱۲-۱۶ کیفیت زندگی مطلوب و امتیاز ۱۶-۲۰ به‌عنوان کیفیت زندگی خیلی مطلوب در نظر گرفته شده است.

از دانشجویان نامطلوب بیان نموده‌اند (۱۶) که با نتایج اخیر همخوانی ندارد. اما در هر دو مطالعه فراوانی افراد با کیفیت زندگی خیلی نامطلوب صفر بود. منصوریان در مطالعه خود در شهر گرگان کیفیت زندگی ۴۹/۵٪ دانشجویان را در سطح مطلوب گزارش نمود (۱۷). آدریانی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان نمودند که ۶۱/۹٪ دانشجویان دارای کیفیت زندگی بالا، ۳۳/۲٪ کیفیت زندگی متوسط و ۴/۹٪ دارای کیفیت زندگی پایین بوده (۱۸) که با قسمتی از نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. این تفاوت تحت تأثیر مؤلفه‌هایی از قبیل تفاوت‌های جنسیتی، وابستگی‌های خانوادگی و فرهنگی بوده که می‌تواند در دانشگاه‌های مختلف متفاوت باشد.

در این مطالعه بین کیفیت زندگی و جنس، مقطع تحصیلی، ترم تحصیلی، وضعیت تأهل، محل سکونت، فعالیت اقتصادی، محل سکونت والدین و تعداد افراد خانواده، رابطه‌ی معناداری مشاهده نگردید که با نتایج صالحی و همکاران همخوانی دارد (۱۹). سلطانی و همکاران در مطالعه‌ی با عنوان بررسی کیفیت زندگی در دانشجویان علوم پزشکی گیلان به عدم وجود رابطه بین نمره کلی کیفیت زندگی با جنس، بومی یا غیربومی بودن، محیط خوابگاهی اشاره نموده که با نتایج اخیر همخوانی ندارد (۱۶). در این مطالعه کیفیت زندگی دانشجویان بومی به‌طور معناداری بالاتر از دانشجویان غیر بومی بود. شاید یکی از دلایل بالاتر بودن امتیاز کیفیت زندگی دانشجویان بومی عدم‌رفت و آمدهای زیاد و فشارهای روانی و خستگی‌های جسمانی ناشی از آن باشد. دور بودن از محیط خانه، خانواده و عدم تجربه زندگی مستقل برای دانشجویان که در شرایط خاص سنی و تغییرات تکاملی و رشدی قرار دارند عامل ایجادکننده استرس و اضطراب و بالطبع آن کاهش سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان خواهد شد.

وضعیت کیفیت زندگی دانشجویان رشته پزشکی به‌طور معناداری بالاتر از کلیه رشته‌های بهداشتی و پیراپزشکی بود. همچنین در بررسی ارتباط کیفیت زندگی با مقطع تحصیلی، نتایج نشان داد ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی با مقطع تحصیلی وجود ندارد هرچند که دانشجویان گروه پزشکی کیفیت زندگی بالاتری نسبت به دانشجویان کاردانی و کارشناسی داشتند. به‌نظر می‌رسد وجود دیدگاه‌های مثبت در جامعه نسبت به رشته پزشکی می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار بر ابعاد کیفیت زندگی این گروه باشد.

جدول ۱- کیفیت زندگی دانشجویان در حیطه‌های ۴ گانه سلامتی

حیطه	±SD میانگین نمره خام	±SD میانگین نمره تبدیل شده
سلامت جسمانی	۲۴/۸۸± ۴/۱۵	۱۴/۲۲± ۲/۳۷
سلامت روانی	۱۹/۷۰± ۴/۲۰	۱۳/۱۳± ۲/۸۰
روابط اجتماعی	۱۰/۵۶± ۲/۳۸	۱۴/۰۸± ۳/۱۷
سلامت محیط	۲۵/۴۸± ۴/۹۹	۱۲/۷۴± ۲/۴۹
کل	۸۰/۶۲± ۱۳/۱۲	۱۳/۵۴± ۲/۲۲

داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون مجذور کای به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری به‌صورت $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است.

نتایج

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $20/8 \pm 2/3$ سال بود. میانگین ابعاد خانوار $3/0 \pm 0/94$ نفر بود. ۷۹/۲٪ از افراد را دختران تشکیل می‌دادند. تنها ۹/۹٪ افراد متأهل و ۲۲/۷٪ دانشجویان بومی بودند. ۶/۳٪ از دانشجویان در کنار تحصیل فعالیت اقتصادی نیز داشتند.

در پاسخ به ۲ سؤال جداگانه در پرسشنامه‌ها: "کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟" و "چقدر از وضعیت سلامت خود رضایت دارید؟" نتایج بدین‌صورت به‌دست‌آمد که ۸۵ نفر (۱۶/۲٪) کیفیت زندگی خود را خیلی خوب، ۲۱۸ نفر (۴۱/۵٪) وضعیت کیفیت زندگی خود را خوب، ۱۷۵ نفر (۳۳/۳٪) متوسط و ۴۷ نفر (۸/۹٪) وضعیت بد و خیلی بد را گزارش نمودند. ۱۴۹ نفر (۲۸/۴٪) از دانشجویان از وضعیت سلامتی خود خیلی راضی، ۲۲۹ نفر (۴۳/۶٪) راضی، ۱۱۲ نفر (۲۱/۳٪) رضایت متوسط، ۲۵ نفر (۴/۸٪) ناراضی و ۱۰ نفر (۱/۹٪) خیلی ناراضی بودند.

در بررسی کیفیت زندگی دانشجویان در حیطه‌های ۴ گانه سلامتی در نمرات تبدیل شده (جدول ۱) بالاترین میانگین از ۲۰ نمره به‌ترتیب مربوط به بُعد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط بود.

با آزمون کای‌دو بین کیفیت زندگی و درآمد ماهانه خانواده رابطه معناداری مشاهده گردید به‌طوری‌که دانشجویانی که وضعیت درآمدی بهتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند ($P=0/02$). همچنین ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی با رشته تحصیلی ($P=0/02$) و وضعیت بومی بودن دانشجویان ($P=0/049$) وجود داشت (جدول ۲).

اما بین وضعیت سلامتی در حیطه‌های ۴ گانه با جنسیت، مقطع تحصیلی ($P=0/24$)، وضعیت تأهل ($P=0/69$)، محل سکونت ($P=0/5$)، فعالیت اقتصادی ($P=0/89$)، بعد خانوار ($P=0/43$) و وضعیت والدین ($P=0/68$) رابطه معناداری مشاهده نشد.

بحث

میانگین امتیاز دانشجویان به ترتیب بیشترین به کمترین مربوط به بعد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط و نتایج بیانگر وضعیت نسبتاً مطلوب کیفیت زندگی دانشجویان بود. در مطالعه حاضر کیفیت زندگی ۲۴/۲٪ از دانشجویان نامطلوب و یا متوسط بود. سلطانی و همکاران در مطالعه خود کیفیت زندگی را در ۴٪ دانشجویان بسیار مطلوب، در ۳۴٪ مطلوب، در ۵۱٪ متوسط و در ۱۱٪

جدول ۲- بررسی ارتباط برخی از متغیرهای مورد مطالعه با کیفیت زندگی

P.V	کل		مطلوب		نامطلوب		متغیر
	تعداد (%)	خیلی مطلوب (%)	تعداد (%)	مطلوب (%)	تعداد (%)	نامطلوب (%)	
۰/۲۸	۴۷۳ (۱۰۰)	۵۵ (۱۱/۵)	۳۰۴ (۶۴/۳)	۱۰۸ (۲۲/۸)	۶ (۱/۳)	۱۳ (۲۵/۰)	جنس
	۵۲ (۱۰۰)	۴ (۷/۷)	۳۵ (۶۷/۳)	۱۳ (۲۵/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	مرد
۰/۰۲	۱۰۷ (۱۰۰)	۱۳ (۱۲/۱)	۷۵ (۷۰/۱)	۱۹ (۱۷/۸)	۰ (۰)	۲ (۰/۸)	زن
	۲۵۳ (۱۰۰)	۲۸ (۱۱/۱)	۱۵۳ (۶۰/۵)	۷۰ (۲۷/۷)	۰ (۰)	۴ (۲/۴)	رشته تحصیلی
۰/۲۴	۱۶۵ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰/۹)	۱۱۱ (۶۷/۳)	۳۲ (۱۹/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	پزشکی
	۱۱ (۱۰۰)	۳ (۲۷/۳)	۷ (۶۳/۶)	۱ (۹/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	پیراپزشکی
۰/۶۹	۴۰۷ (۱۰۰)	۴۳ (۱۰/۶)	۲۵۷ (۶۳/۱)	۱۰۱ (۲۴/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	پهداشت
	۱۰۷ (۱۰۰)	۱۳ (۱۲/۱)	۷۵ (۷۰/۱)	۱۹ (۱۷/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	مقطع تحصیلی
۰/۴۹	۱۱۹ (۱۰۰)	۱۹ (۱۶/۰)	۸۰ (۶۷/۲)	۲۰ (۱۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	کاردانی
	۴۰۶ (۱۰۰)	۴۰ (۹/۹)	۲۵۹ (۶۳/۸)	۱۰۱ (۲۴/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	کارشناسی
۰/۰۵	۱۱۹ (۱۰۰)	۱۹ (۱۶/۰)	۸۰ (۶۷/۲)	۲۰ (۱۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	پزشکی عمومی
	۴۰۶ (۱۰۰)	۴۰ (۹/۹)	۲۵۹ (۶۳/۸)	۱۰۱ (۲۴/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	وضعیت تأهل
۰/۲	۱۱۹ (۱۰۰)	۱۹ (۱۶/۰)	۸۰ (۶۷/۲)	۲۰ (۱۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	مجرد
	۴۰۶ (۱۰۰)	۴۰ (۹/۹)	۲۵۹ (۶۳/۸)	۱۰۱ (۲۴/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	متاهل
۰/۵	۱۱۹ (۱۰۰)	۱۹ (۱۶/۰)	۸۰ (۶۷/۲)	۲۰ (۱۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	وضعیت بومی
	۴۰۶ (۱۰۰)	۴۰ (۹/۹)	۲۵۹ (۶۳/۸)	۱۰۱ (۲۴/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	بومی
۰/۴۳	۱۱۹ (۱۰۰)	۱۹ (۱۶/۰)	۸۰ (۶۷/۲)	۲۰ (۱۶/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	غیر بومی
	۴۰۶ (۱۰۰)	۴۰ (۹/۹)	۲۵۹ (۶۳/۸)	۱۰۱ (۲۴/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	محل سکونت
۰/۸۹	۴۹۹ (۱۰۰)	۵۸ (۱۱/۶)	۳۲۲ (۶۴/۵)	۱۱۳ (۲۲/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	خواهگاه
	۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	۲ (۴۰)	۳ (۶۰/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	منزل استیجاری
۰/۰۲	۲۱ (۱۰۰)	۱ (۴/۸)	۱۵ (۷۱/۴)	۵ (۲۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	منزل پدري
	۳۷ (۱۰۰)	۲ (۵/۴)	۲۵ (۶۷/۶)	۹ (۲۴/۳)	۱ (۲/۷)	۰ (۰)	درآمد ماهیانه (به هزار تومان)
۰/۰۲	۱۳۲ (۱۰۰)	۵ (۳/۸)	۸۸ (۶۶/۷)	۳۶ (۲۷/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	<۲۵۰
	۱۸۳ (۱۰۰)	۲۳ (۱۲/۶)	۱۱۶ (۶۳/۴)	۴۲ (۲۳/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۵۰-۵۰۰
۰/۴۳	۱۷۳ (۱۰۰)	۲۹ (۱۶/۸)	۱۱۰ (۶۳/۶)	۳۴ (۱۹/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵۰۰-۷۵۰
	۳۳ (۱۰۰)	۳ (۹/۱)	۲۲ (۶۶/۷)	۸ (۲۴/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	>۷۵۰
۰/۸۹	۴۹۲ (۱۰۰)	۵۶ (۱۱/۴)	۳۱۷ (۶۴/۴)	۱۱۳ (۲۳/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	فعالیت اقتصادی
	۳۴ (۱۰۰)	۲ (۵/۹)	۲۳ (۶۷/۶)	۹ (۲۶/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	دارد
۰/۴۳	۱۲۷ (۱۰۰)	۱۶ (۱۲/۶)	۸۳ (۶۵/۴)	۲۸ (۲۲/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	ندارد
	۱۶۴ (۱۰۰)	۲۵ (۱۵/۲)	۱۰۱ (۶۱/۶)	۳۵ (۲۱/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	بعد خانوار
۰/۶۸	۲۰۰ (۱۰۰)	۱۶ (۸)	۱۳۲ (۶۶)	۴۹ (۲۴/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	سه نفر
	۴۹۱ (۱۰۰)	۵۶ (۱۱/۴)	۳۱۹ (۶۵)	۱۱۰ (۲۲/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	چهارنفر
۰/۶۸	۱۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۸ (۷۲/۷)	۳ (۲۷/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	پنج نفر
	۳۳ (۱۰۰)	۳ (۱۳/۰)	۱۲ (۵۲/۲)	۸ (۳۴/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	شش نفر >
۰/۶۸	۵۲۵ (۱۰۰)	۵۹ (۱۱/۲)	۳۳۹ (۶۴/۶)	۱۲۱ (۲۳/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	وضعیت والدین
	۱۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۸ (۷۲/۷)	۳ (۲۷/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	هر دو در قید حیات
۰/۶۸	۳۳ (۱۰۰)	۳ (۱۳/۰)	۱۲ (۵۲/۲)	۸ (۳۴/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	پدر در قید حیات
	۵۲۵ (۱۰۰)	۵۹ (۱۱/۲)	۳۳۹ (۶۴/۶)	۱۲۱ (۲۳/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	مادر در قید حیات
							کل

دانشگاه علوم پزشکی ایلام حاکی از وجود رابطه معنادار بین کیفیت زندگی با جنس، درآمد خانواده و وضعیت تأهل بوده که این نتایج با قسمتی از نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۸). در کلیه مطالعات فوق مانند پژوهش حاضر، وجود ارتباط بین کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی خانواده مشاهده شده است. بهبود وضعیت اقتصادی یکی از مؤلفه‌های اصلی تأثیرگذار بر ابعاد چهار گانه کیفیت زندگی دانشجویان است. وضعیت مناسب اقتصادی سبب کاهش دغدغه‌های فکری

باغستانی و همکاران در مطالعه خود کیفیت زندگی در دانشجویان پسر را بیشتر از دختران بیان نموده و عنوان نمودند که بین کیفیت زندگی دانشجویان و جنس رابطه معناداری وجود دارد (۲۷) که با نتایج اخیر همخوانی ندارد. منصوریان در مطالعه خود در دانشگاه علوم پزشکی گرگان بین کیفیت زندگی دانشجویان با محل سکونت و درآمد خانواده رابطه معناداری را گزارش نمود (۱۷). مطالعه دیگری در

- related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2009;114:170-177.
12. Baumann M, Ionescu I, Chau N. Psychological quality of life and its association with academic employability skills among newlyregistered students from three European faculties. *BMC Psychiatry* 2011. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/63>.
 13. Vaez M, Kristenson M, Laflamme L. Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students, a comparison with their working peers. *Social Indicators Research* 2004;68(2):221-234.
 14. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302-1313.
 15. Navvabi Nejad SH. Attitude os students about role of counselor in help to them for solving them life problems. *Third National Seminar of Students Mental Health*. Tehran; Tehran University, 2006:173.[Persian].
 16. Soltani R, Kafee M, Salehi E, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in guilan university students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2010;19(75):25-35.[Persian].
 17. Mansourian M, Behnampour N, Kargar M, Rahimzadeh H. Quality of students'life in the Gorgan university of medical sciences. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery* 2007; 2:16-20.[Persian].
 18. Rezaei Adaryani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian Azimi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitories students of Tarbiat Modares University. *IJNR* 2007;2 (5):31-38.[Persian].
 19. Salehi T, Dehghan Nayeri N. Relationship between anxiety and quality of life in students living in dormitories if tehran university if medical sciences. *Payesh* 2011;10(2):175-181.[Persian].
 20. Dehghan Naiery N, Adib Hajbaghery M. Effects of relaxation techniques on stress and the quality of life of dormitory students. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2006;10(2):50-57.[Persian].
 21. Esfandiari G. Stress factors and their relation with general health in students of Kurdistan university of medical sciences in year 1999. *SJKU* 2001;5(2):17-21.
 22. Nasri S. Simple and multiple survey of stressors and religious attitude in tarbiat moalem university students. Tehran; Council of Education Research,2001.
 23. Jamali F. Survey the relation between religious attitude, mental health and meaningfulness of life in tehran universities [dissertantion]. *Postgraduate Dissertation Aalzahra University. Faculty of Education and Psychology*;2004.
 24. Omidian M, Masomi A. Simple and multiple survey of religious, native and married with mental health in girl students of Yazd university. *Third National Seminar of Students Mental Health*. Tehran; Tehran University;2006:173.
 25. WHOQOL. Development of the world health organization who qol-bref. quality of life assessment. *Jornal of Psychological Medicine* 1998;28:551-558.
 26. Nejat S, Montazeri A, Holakouei Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: translation and validation study of the iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2007;4(4):1-12.
 27. Baghestani S, Mosallanejad Z, Zare S, Sharifi M. Acne vulgaris and quality of life in medical student- Bandar Abbas, Iran. *Hormozgan Medical Journal* 2008;14(2):91-97.
 28. Mansourian M, Shojaezadeh D, Sayemiri K, Keykhavand A Kh. A study of the quality of students'life in the university of medical sciences of ilam in 1384. *Toloo-e-Behdasht* 2007;6(2):31-38.

دانشجویان و خانواده آنها در زمینه‌های هزینه‌های ایاب و ذهاب، تأمین ملزومات تحصیل، لباس، خوراک و غیره گردیده که این امر می‌تواند سبب بالاتر رفتن امتیاز کیفیت زندگی آنان شود.

باتوجه به نتایج فوق پیشنهاد می‌گردد بومی‌گزینی دانشجویان در سطح دانشگاه‌ها صورت گرفته که این امر می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی شود. همچنین راه‌اندازی کلینیک‌های مشاوره در محیط دانشگاه و خوابگاه، برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی درخصوص شیوه‌های زندگی در محیط‌های دانشجویی، افزایش امکانات و برنامه‌های ورزشی و تفریحی، می‌تواند سبب ارتقای سطح سلامتی دانشجویان و بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۹۰۵۴ دانشگاه علوم پزشکی شاهرود است که با حمایت مالی دانشگاه انجام شد. ضمناً از زحمات تمامی پرسشگران و همکاران طرح؛ آقای امین صدقی و خانم‌ها طویبی رضایی و فروغ تجدد تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. Elderly quality of life in tehran's district two. *Salmad* 2009;3(9-10):72-80.[Persian].
2. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. *Bull World Health Organ* 2001;79(11):1042-56.
3. Park J, Park K. Park's textbook of prevention and social medicine. 17th ed. India: LTR; 2008.
4. Adib Hajbagheri M, Abasiniya M. Assessing quality of life of elders with femoral neck fractures. Using SF36 and EQ5D 2010; 4(15):71-79.
5. king A, Proutt A, Phillips A. Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults. *J Gerontol Med Sci* 2006;137(70):825-32.
6. Ghahremani L, Nazari M, Mosavi M. Improvement of quality of life in elderly men in kahrizak nursing home based on educational intervention. *Knowledge & Health* 2009;4(2):18-23.[Persian].
7. Habibi Sola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research* 2008;2(7):29-35.[Persian].
8. Jafarzade Fakhari M, Behnam Vashani H, Vahedian Shahrودي M. The quality of life of the elderly in Sabzevar, Iran. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2010;17(3(57)):213-217.[Persian].
9. Karimlou M, Zayeri F, Salehi M. Psychometric properties of the persian version of the world health organization's quality of life questionnaire (WHOQOL-100). *Arch Iran Med* 2011;14(4):281-287.
10. Kamali M, Arjmand Hesabi M, Ahangari M. A study of quality of life among older people with hypertension and low back pain. *Salmad* 2008;3(7):26-32.[Persian].
11. Arslan G, Ayranci U, Unsal A, Arslantas D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-