

March -April 2020, Volume 9, Issue 1

## The Correlation Demographic Variables and Quality of Life in Nursing Students of Qom University of Medical Sciences

Mahnaz Seyedoshohadaee<sup>1</sup>, \*Mohammad Hossein Hakimi<sup>2</sup>

1- Msc, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Msc, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Corresponding author: Mohammad Hossein Hakimi, Msc, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail: mhha5479@gmail.com

Received: 7 Sep 2019

Accepted: 4 March 2020

### Abstract

**Introduction:** Nursing students are going through a life stage that this stage can affect on their quality of life. In this regard, it is necessary to examine the quality of life of these students as the future makers of society. The present study was performed with the purpose of determining the correlation between demographic variables and quality of life in nursing students.

**Methods:** Study was conducted as a descriptive correlational study on 194 undergraduate nursing students of Qom University of Medical Sciences in 2016. The samples were selected using census method. Data collection tools were demographic variables and Quality of Life questionnaires of the World Health Organization. Data analysis was performed using ANOVA and independent t-tests.

**Results:** The mean score of students' quality of life was  $65.3 \pm 19$ . The dimensions of mental health ( $P < 0.001$ ) and overall quality of life ( $P = 0.004$ ) had statistically significant differences in terms of age groups. The dimension of environmental health had a statistically significant difference in terms of gender ( $P = 0.048$ ). The dimensions of mental health ( $P = 0.001$ ) and social relationships ( $P = 0.015$ ) had statistically significant differences in terms of academic years. Also, the dimensions of mental health ( $P = 0.031$ ) and social relationships ( $P < 0.001$ ) had statistically significant differences in terms of marital status. The dimension of mental health had a statistically significant difference in terms of accommodation in the dormitory ( $P = 0.045$ ).

**Conclusions:** Considering the results of the study and the unfavorable scores of the quality of life, especially in female students, single students and dormitory students, it is necessary to anticipate the necessary programs in universities to improve the quality of life of these students, including solving the problems of dormitory students.

**Keywords:** Demographic factor; Quality of life; Student of nursing.

## همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم

مهناز سیدالشهدایی<sup>۱</sup>، \*محمد حسین حکیمی<sup>۲</sup>

۱- کارشناسی ارشد، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
 ۲- کارشناسی ارشد، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
 \* نویسنده مسئول: محمد حسین حکیمی، کارشناسی ارشد، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

ایمیل: mhha5479@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** دانشجویان پرستاری، در حال گذر از یک مرحله زندگی هستند که این مرحله می تواند بر کیفیت زندگی آن ها تاثیر بگذارد. در این راستا بررسی کیفیت زندگی این دانشجویان به عنوان آینده سازان جامعه ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی در دانشجویان پرستاری انجام گرفت.

**روش کار:** پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۱۹۴ نفر از دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه ها به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده ها با استفاده از آزمون های آنالیز واریانس و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان،  $19 \pm 65/3$  بود. ابعاد سلامت روانی ( $P < 0/001$ ) و کیفیت زندگی کلی ( $P = 0/004$ )، برحسب گروه های سنی، تفاوت آماری معناداری داشتند. بعد سلامت محیط، تفاوت آماری معناداری برحسب جنسیت داشت ( $P = 0/048$ ). ابعاد سلامت روانی ( $P = 0/001$ ) و روابط اجتماعی ( $P = 0/015$ ) تفاوت آماری معناداری برحسب سال های تحصیلی داشتند. همچنین ابعاد سلامت روانی ( $P = 0/031$ ) و روابط اجتماعی ( $P < 0/001$ ) برحسب وضعیت تاهل، تفاوت آماری معناداری داشتند. بعد سلامت روانی، اختلاف آماری معناداری برحسب وضعیت اقامت در خوابگاه داشت ( $P = 0/045$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعه و مطلوب نبودن نمرات ابعاد کیفیت زندگی بخصوص در دانشجویان دختر، دانشجویان مجرد و دانشجویان ساکن خوابگاه، لازم است برنامه های لازم در دانشگاه ها جهت ارتقای کیفیت زندگی این دانشجویان، از جمله رفع مشکلات دانشجویان ساکن خوابگاه ها پیش بینی گردد.

**کلیدواژه ها:** دانشجوی پرستاری، کیفیت زندگی، مشخصات دموگرافیک.

به دو صورت کاربرد دارد، کیفیت زندگی عمومی با حس خوب بودن عمومی و کیفیت زندگی سلامت محور که به درک خود از تاثیر بیماری و شرایط نامطلوب به سوی خوب بودن و رضایت از زندگی مربوط می شود (۳).

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت خود در زندگی از نظر زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و ارتباطات اجتماعی تعریف شده است (۲) و یک مفهوم چند بعدی است که دارای ابعاد

### مقدمه

ارزیابی کیفیت زندگی در سال های اخیر توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است و به عنوان معیار مهم سلامت این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید کیفیت زندگی را نیز ارتقا دهد (۱). کیفیت زندگی مربوط به درک هر فرد از حس خوب بودن، احساس رفاه و رضایت از زندگی است (۲). با این وجود درک افراد از واژه کیفیت زندگی متفاوت است. در شاخه علوم پزشکی کیفیت زندگی

عینی و ذهنی می باشد (۴،۵). این مفهوم تعریفی وسیع دارد که بر وضعیت سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر گذار است (۶). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی دارای ۴ حیطه است. حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند توانایی حرکت، فعالیت های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب میپردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می گیرد. حیطه روابط اجتماعی شامل ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی می گردد. و حیطه سلامت محیط نیز در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت های تفریحی، محیط فیزیکی، آلودگی هوا و حمل و نقل است (۷).

کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ های مختلف است و ارتقای آن با افزایش کارایی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه جامعه ارتباط دارد. مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با تحقیق بر افرادی که دارای بیماری های خاص مانند دیابت، ایدز و ناتوانی های ویژه بودند آغاز گردید. بحران های اقتصادی باعث افزایش بیکاری، کاهش درآمدها، افزایش فقر و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی می شود و همچنین مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی، خستگی و ناتوانی باعث بروز بیماری های جسمانی گشته که این علائم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تاثیر منفی دارند (۶). پس ضرورت توجه به عوامل و متغیرهایی که می توانند منجر به ارتقای کیفیت زندگی شوند، امری بدیهی است (۸).

دانشجویان به عنوان اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش هستند و کیفیت زندگی آن ها تاثیر به سزایی در یادگیری و افزایش آگاهی و دستاوردهای آموزشی آنان خواهد داشت (۹،۱۰). کیفیت زندگی دانشجویان ابعاد متعدد آموزشی، جسمی، روانی، رفتاری، پژوهشی، فرهنگی و اجتماعی، رفاهی، تفریحی، اقتصادی و آینده نگری رشد فردی دارد. در واقع، کیفیت زندگی دانشجویان نشانه بارزی از میزان رضایت آن ها از زندگی دانشجویی است. سیرجی

و همکاران (۲۰۰۷) برای اولین بار مفهوم کیفیت زندگی دانشگاهی را بر اساس تئوری تسری به عنوان رضایت از زندگی در دوران دانشجویی تعریف نمودند (۶).

دانشجویان به عنوان نیروهای کارآمد و فعال کشور، با ورود به دانشگاه غالبا تغییرات زیادی را در روابط اجتماعی و فردی تجربه می کنند (۱۱)، به طوری که پژوهش های متعدد نمایانگر بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی است (۱۲). عواملی همچون دور بودن از محیط خانه و جدا شدن از خانواده، مسائل و مشکلات درسی، مسائل و مشکلات مالی و آینده کاری را می توان به عنوان استرسورهای موجود برای دانشجویان به حساب آورد. این استرس ها با تاثیر منفی ای که بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخص اعمال می کنند، باعث کاهش مقاومت فرد شده و در دراز مدت اثرات ناخوشایندی بر بهداشت جسمی و روانی دانشجو می گذارند. مشخص شده است که استرس می تواند منجر به بروز بیماری های جسمانی و روانی و اختلال در قدرت سازگاری و در نهایت پایین آمدن کیفیت زندگی دانشجو گردد (۶). در این میان کیفیت زندگی دانشجویان حرفه های سلامت از جمله پرستاری موضوعی است که مورد توجه محققان قرار گرفته است (۲).

دانشجویان پرستاری از جمله افرادی هستند که به واسطه نوع رشته تحصیلی خود و به دلیل شرایط دشوار کار در بیمارستان (۱۳،۱۴،۱۵) مثلا ساعت های طولانی تمرین و کلاس درس، زمان استراحت و خواب کم، فقدان اوقات فراغت، عادات غذایی ضعیف، فقدان ورزش منظم، اضطراب و فشار در ارتباط با رشته تحصیلی و ارتباط مستقیم با بیماران، در معرض کاهش کیفیت زندگی هستند و نیاز به توجه بیشتری دارند. فرض اینکه دانشجویان پرستاری به دلیل عوامل استرس زای خارجی از شیوه زندگی مناسب برخوردار نیستند، باعث نگرانی در مورد کیفیت زندگی آن ها در طول تحصیلات دانشگاهیشان شده است (۱۶). بنابراین ضروری است که مسائل سلامت و کیفیت زندگی این قشر، و عوامل مربوط به آن به طور جدی مورد رسیدگی قرار گیرد (۱۱).

نتیجه مطالعه Moritz و همکاران در سال ۲۰۱۶ بیانگر آن بود که باید به بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی دانشجویان پرستاری، توجه بیشتری شود (۵). مطالعه Cruz

پزشکی قم به عنوان جامعه پژوهش، از اداره آموزش، با تعداد ۱۹۴ دانشجو، لیست تمامی دانشجویان کارشناسی پرستاری بررسی و با توجه به معیارهای ورود و خروج، نمونه‌ها به روش سرشماری انتخاب شدند، و با توجه به این که هیچ کدام از نمونه‌های پژوهش معیار خروج را دارا نبودند، بنابراین مطالعه حاضر ریزش نمونه نداشت و تعداد ۱۹۴ نفر از دانشجویان به عنوان نمونه انتخاب شدند.

پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران و اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی، و پس از گرفتن رضایت نامه آگاهانه از نمونه‌های پژوهش، پرسشنامه‌ها را توزیع و بعد از تکمیل (طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت) آنها را جمع آوری کرد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های زیر بود: (۱) پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: که شامل اطلاعاتی در زمینه سن، جنس، سال تحصیلی دانشجو، وضعیت تاهل، اقامت در خوابگاه و وضعیت اقتصادی خانواده بود.

(۲) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی:

WHOQOL - BRIEF: World Health Organization Quality of Life - Brief

این پرسشنامه، فرم خلاصه شده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی است و در مجموع دارای ۲۶ سوال بوده و سؤالات آن نیز بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است. نمره گذاری پرسشنامه به این صورت است که به اصل، نمره ۱؛ کم، نمره ۲؛ متوسط، نمره ۳؛ زیاد، نمره ۴ و خیلی زیاد، نمره ۵ تعلق می‌گیرد. هر اندازه نمره کسب شده در هر حیطه بیشتر باشد، دلیل بر بالاتر بودن میزان نگرش مثبت افراد در آن بعد نسبت به زندگی است. در این پرسشنامه ۴ زیر مقیاس در حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با ۲۴ سؤال سنجیده می‌شود. دو سؤال اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند و به هیچ کدام از حیطه‌ها تعلق ندارد. نجات و همکاران (۱۳۸۵)، به منظور بررسی پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد، پس از ۲ هفته استفاده کردند و ضریب همبستگی در هر چهار حیطه مورد بررسی پرسشنامه، بالای ۰/۷ به دست آمد که مؤید پایایی و تکرارپذیری این آزمون بود. همچنین بررسی همگنی حیطه‌ها با شاخص آلفای کرونباخ انجام شد که این شاخص در سه حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی

و همکاران در سال ۲۰۱۸ نشان داد با توجه به زندگی پر استرس دانشجویان پرستاری، حفظ سطح بالای رفاه در بین آن‌ها باید در اولویت باشد تا یادگیری آنها به حداکثر برسد و رضایت آن‌ها در زندگی دانشجویی خود تأمین شود (۱۷). ارزیابی کیفیت زندگی دانشجویان از جمله دانشجویان پرستاری، محققین را قادر می‌سازد تا درک بهتری از خوب بودن آن‌ها داشته باشند (۱۸) و با شناسایی عوامل مؤثر در کاهش کیفیت زندگی این قشر و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه، جهت رفع این اختلالات احتمالی قدم بردارند. با توجه به اینکه دانشجویان پرستاری به دلیل اهمیت شغلشان در آینده، از یک موقعیت برجسته برخوردار هستند و اگر کیفیت زندگی مناسبی نداشته باشند قادر نخواهند بود که مراقبت مؤثر از بیماران انجام دهند، بنابراین قبل از ورود به کار باید کیفیت زندگی آن‌ها مورد بررسی قرار گردد (۶) و با توجه به این که در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، نقش متغیرهای دموگرافیک کمتر مورد بحث قرار گرفته است و ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی در دانشجویان پرستاری به عنوان آینده سازان جامعه و به خصوص در دانشجویان دختر و پسر به تفکیک انجام نشده، و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم از لحاظ موقعیت فرهنگی و مذهبی با دانشجویان سایر دانشگاه‌ها ممکن است موقعیت متفاوت داشته باشند که این عوامل خود می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی دانشجویان پرستاری، در دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

## روش کار

این پژوهش به روش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. در این پژوهش نمونه‌ها به صورت سرشماری انتخاب شده و شامل کلیه افراد آن جامعه بودند. جامعه پژوهش را ۱۹۴ دانشجوی کارشناسی پرستاری (از سال اول تا سال چهارم)، دانشگاه علوم پزشکی قم تشکیل می‌داد. تحصیل در مقطع کارشناسی پرستاری (از سال اول تا سال چهارم) و نداشتن اختلالات شناخته شده روانی و عاطفی از معیارهای ورود و خروج مطالعه بود. پس از تهیه لیست کلیه دانشجویان کارشناسی پرستاری مشغول به تحصیل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم

اختیار شرکت کنندگان در صورت تمایل و قدردانی از همه افرادی که در مطالعه شرکت داشتند، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش بود.

در این مطالعه داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ارتباط بین متغیرها از طریق آزمون های تی مستقل، و آنالیز واریانس یک طرفه بررسی شد. سطح معنی داری این آزمون ها ( $P < 0/05$ ) در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این پژوهش، ۱۹۴ دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده، (۲/۹) ۲۱/۴ سال بود. اکثریت دانشجویان (۴۶/۴٪) در محدوده سنی ۲۳ - ۲۱ سال، و کمترین آن ها (۵/۷٪) در محدوده سنی بالای ۲۷ سال بودند. تعداد ۱۱۴ نفر از دانشجویان (۵۸/۸٪)، دختر و ۸۰ نفر (۴۱/۲٪)، پسر بودند. از بین دانشجویان، ۵۶ نفر (۲۸/۹٪) از آن ها در سال اول، ۳۱ نفر (۱۶٪) در سال دوم، ۵۱ نفر (۲۶/۲٪) در سال سوم، و ۵۶ نفر (۲۸/۹٪) در سال چهارم مشغول به تحصیل بوده و اکثریت آن ها (۱۳۹ نفر) مجرد بودند. ۳۱ نفر (۱۶٪) از دانشجویان در خوابگاه سکونت داشتند و مابقی (۸۴٪) ساکن خوابگاه نبودند. و وضعیت اقتصادی اکثریت دانشجویان (۷۷/۸٪) متوسط، ۸/۲٪ از دانشجویان ضعیف و ۱۴٪ از دانشجویان، خوب بود. در میان ابعاد کیفیت زندگی، بیشترین نمره به بعد سلامت روانی و کمترین نمره به بعد سلامت جسمانی تعلق داشت (جدول ۱).

و سلامت محیط اندازه قابل قبولی نشان داد، ولی در بعد روابط اجتماعی اندازه آن کمتر از ۰/۷ بود، که دلیل کمتر شدن آن تعداد کم سوالات در این حیطة بود. همچنین روایی تمایز پرسشنامه در تمامی حیطة ها و ۲ سؤال کلی، در سطح معنی داری ۰/۰۵ قابل قبول بود (۱۹).

همان گونه که ذکر شد، پرسشنامه های بالا قبلا از نظر روایی و پایایی هنجاریابی و تایید شده اند، لذا استاندارد می باشند، ولی با توجه به این که، این تحقیقات در شهرهای دیگر ایران انجام شده اند، لذا این پرسشنامه ها از لحاظ پایایی مجددا بررسی شدند، بدین صورت که پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به همراه فرم داوری ابزار پژوهش، به هفت نفر از اساتید داده شد، که پس از مطالعه ابزار توسط اساتید، و با توجه به پاسخ آنان به سوالات فرم داوری، همه ابزارها پایا بودند.

کسب تاییدیه انجام پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران و اخذ مجوز از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت انجام پژوهش، گرفتن معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم و مراجعه به محیط پژوهش با معرفی نامه، شرح هدف از انجام مطالعه و گرفتن رضایت نامه آگاهانه قبل از پر کردن پرسشنامه توسط افراد شرکت کننده، شرکت در پژوهش در صورت تمایل، اطمینان دادن به افراد شرکت کننده که تمام داده ها و مطالب جمع آوری شده به صورت محرمانه باقی خواهد ماند، دادن اطمینان به مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی قم در مورد محرمانه بودن داده های بدست آمده، قرار دادن نتایج پژوهش در

جدول ۱: شاخص های عددی (میانگین، انحراف معیار، میانه) ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	میانه	کمترین نمره	بیشترین نمره
سلامت جسمانی	۵۱/۷ (۱۰/۲)	۵۹	۱۴/۲	۷۸/۵
سلامت روانی	۶۱/۲ (۱۱/۷)	۶۲/۵	۲۵	۹۱/۶
روابط اجتماعی	۵۸/۱ (۱۷/۵)	۵۸/۳	۰	۱۰۰
سلامت محیط	۶۰/۳ (۱۳)	۵۹/۳	۳۱/۲	۹۶/۸
کیفیت زندگی کلی	۶۵/۳ (۱۹)	۶۲/۵	۱۲/۵	۱۰۰

سنی دانشجویان از لحاظ آماری معنادار می باشد. برای اینکه تعیین کنیم اختلاف نمره بعد سلامت روان و همچنین کیفیت زندگی کلی، بین کدام دو گروه سنی معنادار است، از آزمون تعقیبی شفه استفاده کردیم. نتایج آزمون تعقیبی

در ارتباط با کیفیت زندگی و سن دانشجویان کارشناسی پرستاری در این مطالعه، آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که نمرات ابعاد سلامت روانی ( $P < 0/001$ ) و همچنین کیفیت زندگی کلی ( $P = 0/004$ )، در گروه های

اول و سوم وجود داشته و معنادار بود و اختلاف نمره بعد روابط اجتماعی بین سال های تحصیلی دوم و سوم معنادار بود، بدین معنی که دانشجویان سال اول تحصیلی در بعد سلامت روانی و دانشجویان سال دوم تحصیلی در بعد روابط اجتماعی نمرات بالاتری بدست آورده بودند.

بین نمرات ابعاد سلامت جسمانی، سلامت محیط و کیفیت زندگی کلی، با وضعیت تاهل دانشجویان، اختلاف آماری معنی دار وجود نداشت، ولی نمره بعد سلامت روانی و روابط اجتماعی با وضعیت تاهل آنها، تفاوت معنی داری داشت، به طوری که میانگین نمرات سلامت روانی و روابط اجتماعی در افراد متاهل بیشتر بود (جدول ۳).

نمرات ابعاد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و نیز کیفیت زندگی کلی، با وضعیت اقامت در خوابگاه دانشجویان کارشناسی پرستاری تفاوت آماری معناداری نداشتند، ولی نمره بعد سلامت روانی تفاوت معنادار با متغیر وضعیت اقامت در خوابگاه دانشجویان داشت، و میانگین نمره سلامت روان در افراد ساکن خوابگاه کمتر بود (جدول ۴).

در این مطالعه، نمره کیفیت زندگی دانشجویان با وضعیت اقتصادی خانواده آن ها، ارتباط آماری معناداری نداشت.

شفه نشان داد که اختلاف نمره بعد سلامت روان و همچنین کیفیت زندگی کلی، بین دو گروه سنی ۲۰-۱۸ و ۲۳-۲۱ سال وجود داشته و معنادار بود و دانشجویان در گروه سنی ۲۳-۲۱ سال نمرات کمتری هم در بعد سلامت روان و هم در کیفیت زندگی کلی بدست آورده بودند.

بین نمرات ابعاد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی کلی، با جنسیت دانشجویان، اختلاف معنی داری وجود نداشت، ولی نمره بعد سلامت محیط با جنسیت دانشجویان، تفاوت معنادار داشت ( $P=0/048$ )، به طوری که میانگین نمره سلامت محیط در دانشجویان پسر بیشتر از دختران بود (جدول ۲).

در ارتباط با کیفیت زندگی و سال تحصیلی دانشجویان کارشناسی پرستاری، بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، نشان داده شد که نمرات ابعاد سلامت روانی ( $P=0/001$ )، و روابط اجتماعی ( $P=0/015$ )، با سال های تحصیلی دانشجویان تفاوت معناداری دارد. برای اینکه تعیین کنیم اختلاف نمره ابعاد سلامت روان و روابط اجتماعی، بین کدام سال های تحصیلی معنادار است، از آزمون تعقیبی شفه استفاده کردیم. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی شفه، اختلاف نمره بعد سلامت روانی بین سال های تحصیلی

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاوت متغیر جنسیت، با ابعاد کیفیت زندگی

جنسیت	مونث	مذکر	نتایج آزمون تی مستقل
ابعاد کیفیت زندگی	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	P-Value
سلامت جسمانی	۵۰/۷۵۱ (۱۰/۷۳۵)	۵۳/۰۸۰ (۹/۳۳۲)	۰/۱۱۹
سلامت روانی	۶۰/۷۴۵ (۱۲/۰۵۴)	۶۲/۰۸۳ (۱۱/۲۰۳)	۰/۴۳۵
روابط اجتماعی	۵۶/۷۹۸ (۱۶/۶۱۳)	۶۰/۱۰۴ (۱۸/۷۸۳)	۰/۱۹۸
سلامت محیط	۵۸/۷۷۱ (۱۲/۹۸۷)	۶۲/۵۳۹ (۱۲/۹۶۱)	۰/۰۴۸
کیفیت زندگی کلی	۶۶/۰۰۸ (۱۸/۷۰۴)	۶۴/۵۳۱ (۱۹/۵۲۲)	۰/۵۹۵

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاوت متغیر وضعیت تاهل، با ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان

وضعیت تاهل	مجرد	متاهل	نتایج آزمون تی مستقل
ابعاد کیفیت زندگی	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	P-Value
سلامت جسمانی	۵۱/۶۹۵ (۱۰/۱۴۱)	۵۱/۷۵۳ (۱۰/۵۱۱)	۰/۹۷۲
سلامت روانی	۶۰/۱۶۱ (۱۱/۶۰۳)	۶۴/۱۶۶ (۱۱/۵۵۳)	۰/۰۳۱
روابط اجتماعی	۵۵/۱۵۵ (۱۷/۴۱۶)	۶۵/۷۵۷ (۱۵/۶۸۶)	<۰/۰۰۱
سلامت محیط	۶۰/۲۵۱ (۱۲/۹۵۶)	۶۰/۵۱۱ (۱۳/۴۹۳)	۰/۹۰۱
کیفیت زندگی کلی	۶۴/۱۱۸ (۱۸/۴۸۱)	۶۸/۶۳۶ (۲۰/۱۰۸)	۰/۱۳۶

جدول ۴: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه تفاوت متغیر اقامت در خوابگاه، با ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان

اقامت در خوابگاه	بله	خیر	نتایج آزمون تی مستقل
ابعاد کیفیت زندگی	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	P-Value
سلامت جسمانی	۴۹/۰۷۸ (۱۱/۱۴۱)	۵۲/۲۱۳ (۹/۹۹۳)	۰/۱۱۸
سلامت روانی	۵۶/۷۲۰ (۱۳/۸۰۵)	۶۲/۱۶۷ (۱۱/۰۹۱)	۰/۰۴۵
روابط اجتماعی	۵۶/۴۵۱ (۱۹/۵۶۸)	۵۸/۴۶۸ (۱۷/۲۱۰)	۰/۵۵۶
سلامت محیط	۵۷/۳۵۸ (۱۲/۸۷۳)	۶۰/۸۸۹ (۱۳/۰۷۶)	۰/۱۶۹
کیفیت زندگی کلی	۶۱/۲۹۰ (۱۸/۶۳۹)	۶۶/۱۸۱ (۱۹/۰۴۰)	۰/۱۹۰

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ انجام شد. در یافته های حاصل از پژوهش حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی کلی دانشجویان (۱۹) ۶۵/۳۹ بود. در میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین نمره به بعد سلامت روانی و کمترین نمره به بعد سلامت جسمانی تعلق داشت. مطالعه رهایی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی کیفیت زندگی دانشجویان نشان داد که بعد سلامت جسمانی کمترین نمره را در میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی داراست. کمبود مراقبت های درمانی از جمله عواملی است که سبب کاهش سلامت جسمانی دانشجویان می شود. چنان چه متخصصان پزشکی معتقدند ارزیابی های دوره ای سلامت به عنوان اقدامی پیشگیرانه، برای حفظ و ارتقای سلامت دانشجویان مفید بوده و آنان را از دچار شدن به مشکلات جسمی محافظت می کند (۲۰).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد، در دانشجویان گروه سنی ۲۱-۲۳ سال، نسبت به سنین پایین تر، نمرات سلامت روان و کیفیت زندگی کلی بدتر بود. در مطالعه Andre و همکاران (۲۰۱۷) با افزایش سن دانشجویان، نمره بعد سلامت جسمی آن ها کاهش یافت. می توان گفت افزایش سن با استرس های بیشتر، بار مسئولیت و هزینه های بیشتر همراه است که این عوامل باعث کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی فرد می شود (۲).

در مطالعه حاضر، نمره سلامت محیط در دانشجویان پسر بهتر بود. در مطالعه رهایی و همکاران (۱۳۹۴)، نمره کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی در دانشجویان پسر بیشتر از دختران بود که علت بالاتر بودن کیفیت زندگی دانشجویان پسر را به سبب ویژگی های فیزیولوژیک و روابط بین فردی آنان می توان تفسیر کرد (۲۰).

مطالعه حاضر نشان داد که نمرات سلامت روانی و روابط

اجتماعی در دانشجویان سال سوم تحصیلی پایین تر است. در مطالعه Andre و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شد که نمره بعد سلامت روان با سال تحصیلی دانشجویان ارتباط معنادار دارد و به طور عمده سلامت روان دانشجویان در سال سوم تحصیلی کاهش می یابد که اختلاف معنادار با نمره سلامت روان دانشجویان سال اول داشت. به طور کلی سال سوم تحصیلی در دانشجویان پرستاری، به علت حجم بالای دروس تئوری و عملی که باعث می شود دانشجویان استرس بالایی را تحمل کنند و سبب کاهش نمره بعد سلامت روان آن ها شود، سخت و اضطراب آور است (۲).

در پژوهش حاضر، نمرات سلامت روانی و روابط اجتماعی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بود. در مطالعه Andre و همکاران (۲۰۱۷) امتیاز بعد سلامت روانی و روابط اجتماعی در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت. وجود یک منبع حمایتی محکم و قوی از همسر، با رضایت بیشتر از زندگی و در نتیجه سلامت روان و روابط اجتماعی قوی تر همراه است (۲).

مطالعه حاضر نشان داد سلامت روانی در افرادی که در خوابگاه سکونت نداشتند، بیشتر از افرادی بود که ساکن خوابگاه بودند. در مطالعه امیری و همکاران (۱۳۹۲) بین کیفیت زندگی دانشجویان و وضعیت بومی بودن آن ها ارتباط آماری معناداری وجود داشت، به طوری که کیفیت زندگی دانشجویان بومی به طور معناداری بالاتر از دانشجویان غیر بومی بود. شاید یکی از دلایل بالاتر بودن امتیاز کیفیت زندگی دانشجویان بومی، عدم رفت و آمدهای زیاد و فشارهای روانی و خستگی های جسمانی ناشی از آن باشد. دور بودن از خانه و خانواده برای دانشجویانی که در شرایط خاص سنی و تغییرات رشدی قرار دارند، عامل ایجاد کننده اضطراب و کاهش سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان خواهد شد (۲۱).

در پژوهش حاضر کیفیت زندگی دانشجویان کارشناسی

پژوهش و مطلوب نبودن نمرات ابعاد کیفیت زندگی به خصوص در دانشجویان دختر، دانشجویان مجرد و دانشجویان ساکن خوابگاه، تلاش در راستای ارتقای کیفیت زندگی این دانشجویان ضروری است و بایستی برنامه و استراتژی های مدون در دانشگاه ها از جمله حضور روانشناسان و تشکیل کارگاه های سلامت روان، ایجاد فعالیت های ورزشی، و برنامه های مشاوره در مورد رژیم غذایی سالم، جهت ارتقای کیفیت زندگی آن ها پیش بینی گردد. همچنین پیشنهاد می گردد تحقیقات بیشتری، به ویژه مقایسه ای بین جمعیت دانشجویان علوم پزشکی با دانشجویان غیر علوم پزشکی در مورد کیفیت زندگی و ابعاد آن انجام گیرد تا بتوان به طور قطعی تر در مورد کیفیت زندگی دانشجویان علوم پزشکی اظهار نظر کرد.

### سیاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به مورخ ۱۳۹۴/۸/۰۳ با کد اخلاق شماره IR.IUMS.REC.1394.9211196213 است. بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشجویان پرستاری و تمامی کسانی که در اجرا و تکمیل این پژوهش با ما همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می گردد.

### تضاد منافع

در این مقاله، بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

### References

1. Heidari Sangelaji M, Rassouli M, Shirinabadi Farahani A, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. *Med Ethics J.* 2016; 9 (34): 143-163.
2. Andre A, Pierre GC, McAndrew M. Quality of life among dental students: a survey study. *J Dent Educ.* 2017; 81 (10): 1164-1170. doi: 10.21815/jde.017.074 pmid: 28966180
3. Hendred SK, Foster ER. Use of the World Health Organization Quality of Life assessment short version in mild to moderate Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 97 (12): 2123-2129. doi: 10.1016/j.apmr.2016.05.020 pmid: 27343346
4. Jvanbakhtian R, Hosseini RS. A study of physical

پرستاری با وضعیت اقتصادی خانواده آن ها، ارتباط نداشت، که بر خلاف نتایج پژوهش حاضر، در مطالعه امیری و همکاران (۱۳۹۲) بین کیفیت زندگی دانشجویان و درآمد خانواده دانشجویان رابطه معناداری مشاهده شد، به طوری که دانشجویانی که خانواده آن ها وضعیت درآمدی بهتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در توجیه این ناهمخوانی می توان گفت در مطالعه ذکر شده، وجود ارتباط معنی دار بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی خانواده نمی تواند دلیل بر این باشد که این یافته در همه جامعه های آماری صدق کند، همان طور که کیفیت زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قم با وضعیت اقتصادی خانواده آن ها همبستگی معنی داری نداشت، زیرا عواملی مانند تعداد نمونه، محل و زمان اجرای پژوهش بر یافته های یک پژوهش تأثیرگذارند. (۲۱).

در مطالعه حاضر از جمله محدودیت های موجود هنگام اجرای پژوهش، دشواری در جلب همکاری بعضی از دانشجویان در زمان پرکردن پرسشنامه ها بود. به علاوه، حالات روانی دانشجویان در زمان تکمیل پرسشنامه ها و صداقت آنان در پاسخگویی به پرسشنامه، از محدودیت های خارج از اختیار پژوهشگر بود.

### نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، از بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین نمره مربوط به بعد سلامت روانی و کمترین نمره مربوط به بعد سلامت جسمانی بود. با توجه به نتایج

- and psychological domains of quality of life in kidney transplantation patients in Kerman city, Iran. *Qom Univ Med Sci J.* 2013; 7 (5): 8-13.
5. Moritz AR, Pereira EM, Borba KP, Clapis MJ, Gevert VG, Mantovani MF. Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. *Invest. Educ. Enferm.* 2016; 34 (3): 564-572. doi: 10.17533/udea.iee.v34n3a16 pmid: 29737730.
6. Sohrabi H, Reshadmanesh N, Shahoei R, Sohrabi M, Majzooobi SH. Evaluation of quality of life and its related factors in students of the School of Nursing and Midwifery of Kurdistan University of Medical Sciences in 1396. 1396; Available from: [http://research.muk.ac.ir/\\_Pages/Project.aspx?ID=20358](http://research.muk.ac.ir/_Pages/Project.aspx?ID=20358). (Accessed 7 November 2019).
7. Gholami A, Araghi MT, Shamsabadi F, Bayat M,



- Dabirkhani F, Moradpour F, et al. Application of the world health organization quality of life instrument, short form (WHOQOL-BREF) to patients with cataract. *Epidemiol Health*. 2016; 38: 1-7. doi: 10.4178/epih.e2016005 pmid: 26883738.
8. Adib-Hajbaghery M, Saeadnejad Z. Barriers to provide patients admitted to hospitals in Kashan with spiritual care: nurses viewpoints. *Med Ethics J*. 2016; 10 (37): 49-59.
  9. Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. The relationship between health literacy and health-related quality of life in students. *Iran J Health Educ and Health Promot*. 2019; 7 (1): 66-73. doi: 10.30699/ijhehp.7.1.66.
  10. Bantjes JR, Kagee A, McGowan T, Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health*. 2016; 64 (6): 429-37. doi: 10.1080/07448481.2016.1178120 pmid: 27089470.
  11. Jafarimanesh H, Tavan B, Matorypor P, Ranjbaran M. Relationship between religious orientation and quality of life. *Med Ethics J*. 2017; 11 (40): 15-27.
  12. Afra A, Seneyzel Bachari S, Rahimi Hassanabad V, Rouhandeh R. The study of the relationship between quality of life and health literacy among Students of Abadan Faculty of Medical Sciences. *J Nurs Edu*. 2019; 8(1): 54-60. doi: 10.21859/jne-08107.
  13. Sotodeh N, Rezaei H, Nazari M, Ghanbari F. Comparison of health status among junior and senior students of nursing and medicine in Semnan University of Medical Sciences in 2011-2012 academic years. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14 (3): 232-40.
  14. Block RC, Duron V, Creigh P, McIntosh S. International service and public health learning objectives for medical students. *Health Educ J*. 2013; 72 (5): 530-536. doi: 10.1177/0017896912450874 pmid: 24489401
  15. Gallagher P, Wilson N, Edwards R, Cowie R, Baker MG. A pilot study of medical student attitudes to, and use of, commercial movies that address public health issues. *BMC Res Notes*. 2011; 4 (111): 1-7. doi: 10.1186/1756-0500-4-111 pmid: 21473773.
  16. Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macedo SF, Silva ARV. Quality of life of undergraduate nursing students. *Rev Gaucha Enferm*. 2016; 37 (2): 1-7. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.55291 pmid: 27253594.
  17. Cruz JP, Felicilda Reynaldo RFD, Lam SC, Machuca Contreras FA, John Cecily HS, Papathanasiou IV et al. Quality of life of nursing students from nine countries: a cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018; 66: 135-142. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.016 pmid: 29704700
  18. Pekmezovic T, Popovic A, Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Qual Life Res*. 2011; 20 (3): 391-7. doi: 10.1007/s11136-010-9754-x pmid: 20878242.
  19. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Pblc Health INS Public Health Res*. 2006; 4 (4): 1-12.
  20. Rahaei Z, Yarmohammadi P, Fatahi E, Mehri H, Kasiri N. The relationship between demographic variables with general health and quality of life in students of Islamic Azad University, Sabzevar Branch, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2015; 9 (10): 40-47.
  21. Amiri M, Raei M, Chaman R, Khamseh A, Rezaee N, Manouchehri Moghaddam J et al. A study of the life quality of students at a university of medical sciences in the Northeast of Iran. *Knowledge and Health*. 2014; 8 (4): 176-180. doi: 10.1234/knh.v8i4.54.