

بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان

* رضا سلطانی (Stu)^۱ - دکتر سید موسی کافی (Ph D)^۲ - دکتر ایرج صالحی (Ph D)^۳ - دکتر حسین کارشکی (Ph D)^۴ - سجاد رضایی (Stu)^۵

*نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی

پست الکترونیک: soltani.psy@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۲۹

چکیده

مقدمه: 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 عهده‌دار مدیریت عرصه‌های مختلف جامعه خواهند بود، بنابراین شناخت مسایلی که می‌تواند کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان را به مخاطره بیندازد ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: تعیین کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است و ۲۲۶ دانشجوی دانشگاه گیلان در سال ۱۳۸۸ به صورت نمونه گیری خوشه ای و طبقه ای تصادفی انتخاب شدند و سیاهه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش ما نشان داد که کیفیت زندگی ۴ درصد دانشجویان بسیار مطلوب، ۳۴ درصد مطلوب، ۵۱ درصد متوسط و کیفیت زندگی ۱۱ درصد دانشجویان نیز نامطلوب بوده است. همچنین در ابعاد درد جسمانی، روابط محیطی، تأمین مالی، مراقبت‌های اجتماعی و عواطف منفی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت‌های معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/05$) که در همه این ابعاد دانشجویان دختر وضعیت ناخوشایندتری گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش ما، انجام ارزیابی‌های روانشناختی دانشجویان و ارائه خدمات روانشناختی در زمینه‌های مختلف برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنها توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: بهداشت و تندرستی / دانشجویان / کیفیت زندگی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۲۵-۳۵

مقدمه

میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود، بلکه باید ادراکی که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند را نیز مورد توجه قرار داد (۳). کیفیت زندگی از مهمترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت محسوب می‌شود (۴) به گونه‌ای که به عقیده هنکلیفت و همکاران (۱۹۹۳) برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهند (۵).

تعریف سازمان جهانی بهداشت از "کیفیت زندگی" چنین است: ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی می‌کنند و در واقع اهداف، انتظارات، معیارها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیرگذار است (۷). بنابراین بر اساس این تعریف جامع، کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با

در حدود ۴۰۰۰ سال قبل از میلاد، اسکلیپتوس به همراه دخترش هیژی به این فکر افتاد که به جای مداوای بیماران تدابیری پیش گیرد که مردم بیمار نشوند. بعدها هایژن (Hygiene) به معنای بهداشت نیز به نام همین دختر انتخاب شد (۱). در جهان صنعتی کنونی، کشورها حدوداً بین ۴ تا ۱۴ درصد تولید ناخالص داخلی خود را صرف مراقبت‌های بهداشتی می‌کنند که این امر بیانگر اهمیت فراوان سیاست‌گذاری‌های سلامت (Health policy) است (۲). طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را دربر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را "حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود"، تعریف نموده است. بنابراین در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و

شناختی، عاطفی و روانی کیفیت زندگی این قشر عظیم، جدی تلقی شده و مورد رسیدگی قرار گیرد. لذا برای برنامه‌ریزی ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان که خود موجب بهبود وضعیت محیط‌های آموزشی می‌شود بایستی از وضعیت سلامت و نگرش آنها نسبت به سطح سلامت و کیفیت زندگی‌شان مطلع شد. مطالعه ما نیز با این هدف و با امید به آن که در این راستا گامی برداشته شود، در دانشگاه گیلان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه ما یک تحقیق توصیفی - تحلیلی است که روی ۲۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه گیلان انجام گرفت. نمونه پژوهش در دو مرحله از جامعه انتخاب شد، بدین صورت که در مرحله اول از مجموع هفت دانشکده وابسته به دانشگاه گیلان، ۳ دانشکده (کشاورزی، فنی و علوم انسانی) انتخاب شدند و در مرحله دوم افراد به صورت تصادفی طبقه‌ای و به تفکیک جنسیت (متناسب با تعداد دختران و پسران) و با توجه به جدول نمونه‌گیری مورگان (۲۰) انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) بود که به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (۲۱). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است) ارزیابی می‌کند. ۲ سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند (۲۲). پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، امتیاز ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۲۱ و ۲۲). در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از

وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خودکفایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد. به علاوه سیلا (۱۹۹۴)، سینسیا (۱۹۹۸)، ایزنک (۱۹۹۸) و ایوانز و کوپ (۱۹۷۹) نیز کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه‌های زندگی از جمله جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده‌اند (۸-۱۱). از طرفی تحقیقات زیادی که در کشورهای مختلف روی کیفیت زندگی افراد به عمل آمده است، اغلب متمرکز بر حوزه‌های ویژه و روی افراد متعلق به جمعیت‌های خاص مانند مبتلایان به دردهای مزمن، میانسالان و مبتلایان به بیماری‌های سرطانی و ایدزی یا در مورد کسانی بوده است که در سال‌های میانه و پایانی زندگی‌شان بوده است (۳). از طرف دیگر، در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقیق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده به شمار می‌رود (۱۲). به گونه‌ای که محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (۱۳).

دانشجویان از اقشار مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان آینده کشور خویش هستند و سطح سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر بسزایی در یادگیری و افزایش آگاهی علمی و موفقیت‌های تحصیلی‌شان خواهد داشت به گونه‌ای که اسفندیاری (۱۹۹۹) معتقد است پژوهش‌های متعدد نمایان‌گر بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روانشناختی نظیر اضطراب و افسردگی در محیط دانشگاهی است (۱۴). نوایی نژاد (۲۰۰۶) در پژوهش خود مطرح نموده است که دانشجویان دارای مجموعه‌ای از مشکلات از جمله مشکلات درسی، مالی، ازدواج، شخصیتی، رفتاری و اجتماعی هستند (۱۵). کافی و همکاران (۱۹۹۵)، نصری (۲۰۰۱)، جمالی (۲۰۰۴) و امیدیان (۲۰۰۶) نیز در پژوهش‌های خود زندگی دانشجویی و محیط دانشگاهی را محیطی استرس‌زا معرفی کرده‌اند و ارتقای سطح عواملی که سبب ارتقای کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان می‌شود را مهم دانسته‌اند (۱۹-۱۶). بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که مسایل بهداشت و جنبه‌های

نتایج

دانشجویان مورد بررسی شامل ۶۲ پسر (۲۷٪) و ۱۶۴ دختر (۷۳٪) با حداقل سنی ۱۸ سال و حداکثر ۲۸ سال بودند که در مقاطع و رشته‌های مختلف مشغول تحصیل بودند. ۵۴ درصد غیربومی، ۴۶ درصد بومی و ۵۳ درصد غیرخوابگاهی بودند. نتایج حاصل از پرسشنامه (WHOQOL-BREF) نشان داد که در مجموع ۴ درصد دانشجویان دارای کیفیت زندگی بسیار مطلوب، ۳۴ درصد مطلوب، ۵۱ درصد متوسط و ۱۱ درصد نیز دارای کیفیت زندگی نامطلوبی بودند. کیفیت زندگی خیلی نامطلوب نیز در بین دانشجویان مشاهده نشد.

دو هفته، ۰/۷ گزارش کرده‌اند (۲۳). نصیری و همکاران (۲۰۰۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آوردند و تحلیل عاملی در ۲۶ آیتم این مقیاس مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیر مقیاس یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی که در مقیاس اصلی وجود داشتند وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است (۲۴). در پژوهش باقری و دهقان ضریب آلفای ۰/۹۵ (۲۵) و در پژوهش ما آلفای ۰/۸۷ به دست آمد. داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از آماره‌های توصیفی همبستگی پیرسون و T test از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. خطای نوع اول نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مقایسه میانگین امتیاز مؤلفه‌های کلی کیفیت زندگی در دانشجویان دختر و پسر

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	T	دانشجویان دختر		دانشجویان پسر		مؤلفه کیفیت زندگی
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۱۴	۲۲۴	۵۵	۲/۶	۱۶/۴۱	۴/۸	۱۶/۹۳	سلامت جسمانی
۰/۱۶	۲۲۴	۱/۰۳	۲/۹	۹/۱۵	۱/۷	۸/۹۴	سلامت روانی
۰/۰۶	۲۲۴	۱/۷۹	۵/۰۱	۲۵/۷۰	۵/۲	۲۸/۴۶	سطوح استقلال
۰/۱۲	۲۲۴	۰/۶۸	۲/۶۶	۹/۵۰	۲/۰۸	۹/۳۵	ارتباطات اجتماعی
۰/۱۳	۲۲۴	۰/۰۴	۲/۵	۱۱/۴۲	۲/۵	۱۱/۶۱	ارتباطات محیطی
۰/۱۷	۲۲۴	۱/۴۵	۰/۹	۳/۵۵	۱/۱	۳/۳۸	علائق معنوی
۰/۰۷	۲۲۴	۱/۶۲	۱/۴۶	۶/۷۲	۱/۸	۹/۴۱	کیفیت زندگی کلی

ارتباط اجتماعی، ارتباطات محیطی و علائق معنوی بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

با توجه به نتایج جدول ۱ بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی یعنی مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سطوح استقلال،

جدول ۲: مقایسه میانگین امتیاز هر یک از زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در دانشجویان دختر و پسر

سطح معنی‌داری	T	دانشجویان دختر		دانشجویان پسر		مؤلفه کیفیت زندگی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
NS	۰/۹۶	۱/۶	۲۱/۴	۱/۶	۲۱/۶	سن (سال)
NS	۱/۶۲	۱۳/۲	۸۰/۶	۱۴/۰۷	۸۱/۳	کیفیت زندگی کلی
P<0.01	۲/۶۲	۱/۰۳	۳/۵۷	۱	۲/۱	درد جسمانی
NS	۲/۷۰	۰/۹۷	۳/۲۱	۰/۸۱	۳/۸۳	درمان طبی
NS	۰/۷۷	۰/۹۶	۳/۴۳	۱/۱۹	۳/۵۵	عواطف مثبت
NS	۱/۴۵	۰/۹۵	۳/۵۹	۱/۱۶	۳/۳۷	علائق معنوی
NS	۰/۰۶	۰/۹۱	۳/۲۹	۰/۹۹	۳/۲۹	تمرکز
NS	۰/۶	۰/۹۸	۲/۵۳	۱	۳/۵۸	امنیت

P<0.05	۱/۹۸	۰/۹۶	۲	۱/۱۳	۳/۲۹	روابط محیط
NS	۱/۲۶	۰/۹۰	۳/۳۱	۰/۹۵	۳/۴۸	میزان انرژی
NS	۰/۷۴	۱	۳/۶۵	۰/۸۹	۳/۹۰	خودپنداره
P<0.01	۲/۷۲	۰/۹۱	۳/۱۸	۱/۰۸	۲/۷۹	تأمین مالی
NS	۰/۰۸	۰/۸۱	۲/۹۹	۰/۸۹	۲/۹۸	دسترسی به اطلاعات
NS	۰/۶۱	۰/۹۵	۲/۵۸	۰/۹۸	۲/۹۱	امکانات تفریحی
NS	۰/۰۶	۰/۰۳	۳/۱۴	۰/۹۵	۳/۳	تحرک و چابکی
NS	۰/۳۶	۱/۰۳	۲/۲۹	۱/۰۹	۲/۶۵	خواب مناسب
NS	۱/۵۰	۰/۹۰	۳/۱۴	۰/۹۷	۳/۳۵	فعالتهای روزمره
NS	۰/۱۵	۰/۹۱	۲/۲۴	۰/۰۷	۲/۹۶	ظرفیت کاری
NS	۰/۲۹	۰/۹۶	۳/۲۳	۱/۰۸	۳/۱۹	عزت نفس
NS	۰/۶۷	۰/۷۵	۳/۳۸	۰/۹۹	۳/۲۲	روابط شخصی
NS	۰/۱۳۴	۰/۰۷	۲/۹۲	۱/۲	۳/۰۱	روابط جنسی
NS	۰/۹۳	۰/۹۴	۳/۴۳	۱/۰۳	۳/۰۶	حمایت اجتماعی
NS	۰/۹۸	۱/۰۳	۳/۳۰	۰/۸۹	۳/۹۵	محیط خانه(خوابگاه)
P<0.01	۲/۵۵	۰/۹۴	۲/۵۳	۱/۰۳	۳/۸۶	مراقبتهای اجتماعی
NS	۰/۷۱	۰/۹۲	۳/۱۳	۱/۰۲	۳/۰۳	وضعیت رفت و آمد
P<0.01	۲/۹۹	۱/۱۶	۲/۱۱	۱/۱۵	۳/۵۹	عواطف منفی

NS (not significant)

همچنین فراوانی طیف مطلوبیت هر یک از زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین دانشجویان در جدول ۴ آمده است. در مجموع نامطلوب‌ترین زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی به ترتیب درمان‌های طبی، درد جسمانی، عواطف منفی، امکانات تفریحی، ظرفیت کاری، محیط پیرامون، تأمین مالی و وضعیت رفت و آمد بودند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بیان‌گر آن است که بین دانشجویان دختر و پسر با وجود معنی‌دار نبودن تفاوت در نمره کلی کیفیت زندگی، در برخی از زیرمؤلفه‌های حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی (درد جسمانی، روابط محیطی، تأمین مالی، مراقبتهای اجتماعی و عواطف منفی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت که در جدول شماره ۲ آمده است. همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جدول ۳ و

جدول ۳: ماتریس همبستگی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی

متغیر	کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سطوح استقلال	روابط اجتماعی	وضعیت محیطی	علائق معنوی
کیفیت زندگی	۱						
سلامت جسمانی	۰/۶۲*	۱					
سلامت روانی	۰/۷۴*	۰/۳۴*	۱				
سطوح استقلال	۰/۷۶*	۰/۵۴*	۰/۵۰*	۱			
روابط اجتماعی	۰/۶۳*	۰/۲۸*	۰/۳۴*	۰/۵۴*	۱		
وضعیت محیطی	۰/۵۶*	۰/۴۲*	۰/۵۱*	۰/۵۳*	۰/۴۶*	۱	
علائق معنوی	۰/۶۷*	۰/۳۶*	۰/۴۲*	۰/۴۵*	۰/۴۵*	۰/۵۳*	۱

P < ۰.۰۱ *

جدول ۴: توزیع فراوانی طیف مطلوبیت تمامی زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

خیلی نامطلوب		نامطلوب		متوسط		مطلوب		خیلی مطلوب		ابعاد کیفیت زندگی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۸/۱	۴۱	۳۶/۷	۸۳	۲۸/۸	۶۵	۱۲	۲۹	۳/۵	۸	درد جسمانی
۳۰/۱	۶۸	۳۶/۷	۸۳	۲۶/۵	۶۰	۵/۳	۱۲	۱/۳	۳	درمان طبی
۴	۹	۸/۴	۱۹	۳۹/۴	۸۹	۲۷/۹	۶۳	۲۰/۴	۴۶	عواطف مثبت
۳/۱	۷	۱۱/۵	۲۶	۳۳/۲	۷۵	۳۳/۶	۷۶	۱۸/۶	۴۲	علائق معنوی
۴/۴	۱۰	۱۱/۶	۲۴	۴۵/۱	۱۰۲	۳۰/۵	۶۹	۹/۳	۲۱	تمرکز
۳/۵	۸	۹/۳	۲۱	۳۵/۸	۸۱	۳۵/۴	۸۰	۱۵/۹	۳۶	احساس امنیت
۴/۹	۱۱	۱۸/۶	۴۲	۳۶/۳	۸۲	۳۰/۵	۶۹	۹/۷	۲۲	محیط پیرامون
۳/۱	۷	۱۱/۱	۲۵	۴۲/۹	۹۷	۳۲/۷	۷۴	۱۰/۲	۲۳	میزان انرژی
۴/۴	۱۰	۷/۱	۱۶	۳۱/۹	۷۲	۳۷/۲	۸۴	۲۰	۴۳	خود پنداره
۶/۶	۱۵	۱۶/۴	۳۷	۴۷/۸	۱۰۸	۲۱/۲	۴۸	۳	۱۸	تأمین مالی
۰/۴	۹	۱/۹	۴۳	۵۴/۹	۱۲۴	۸۱/۱	۴۱	۴	۹	دسترسی اطلاعاتی
۶/۶	۱۵	۲۷/۹	۶۳	۴۲	۹۵	۸۱/۱	۴۱	۵/۳	۱۲	امکانات تفریحی
۳/۱	۷	۲۲/۱	۵۰	۳۹/۴	۸۹	۲۳/۵	۵۳	۱۱/۹	۲۷	تحرک و چابکی
۶/۲	۱۴	۱۴/۲	۳۲	۳۶/۷	۸۳	۳۱	۷۰	۱۱/۹	۲۷	خواب مناسب
۲/۲	۵	۱۸/۶	۴۲	۴۵/۶	۱۰۳	۲۳/۹	۵۴	۹/۷	۲۲	فعالیت‌های روزمره
۵/۳	۱۲	۲۵/۲	۵۷	۴۵/۶	۱۰۳	۱۶/۸	۳۸	۷/۱	۱۶	ظرفیت کاری
۳/۱	۷	۱۸/۶	۴۲	۴۳/۸	۹۹	۲۱/۷	۴۹	۱۲/۸	۲۹	عزت نفس
۴/۴	۱۰	۱۴/۶	۳۳	۴۲/۶	۹۴	۲۸/۸	۶۵	۱۰/۲	۲۳	روابط شخصی
۱۲/۸	۲۹	۱۱/۱	۲۵	۵۱/۳	۱۱۶	۱۲/۸	۲۹	۱۱/۹	۲۷	روابط جنسی
۳/۱	۷	۱۵	۳۴	۴۸/۷	۱۱۰	۲۶/۵	۶۰	۶/۶	۱۵	حمایت اجتماعی
۴/۹	۱۱	۱۲/۸	۲۹	۴۳/۴	۹۸	۲۷	۶۱	۱۱/۹	۲۷	محیط خانه
۳/۵	۸	۱۳/۷	۳۱	۴۱/۲	۹۳	۲۹/۲	۶۶	۱۲/۴	۲۸	مراقبت‌های اجتماعی
۴/۴	۱۰	۱۹/۹	۴۵	۴۳/۴	۹۸	۲۵/۲	۵۷	۷/۱	۱۶	وضعیت رفت و آمد
۱۱/۵	۲۶	۲۴/۸	۵۶	۳۰/۵	۶۹	۲۱/۲	۴۸	۱۱/۹	۲۷	عواطف منفی

بحث و نتیجه‌گیری

داشت که در همه این مؤلفه‌ها نیز دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر وضعیت ناخوشایندتری را گزارش نمودند که با نتایج حاصل از پژوهش‌های یعقوبی، عکاشه، مانی و هادیان فرد، کاپلان و سادوک، ادهم و همکاران، بشارت و همکاران (۲۰۰۶) مطابقت دارد (۲۶-۳۲). البته جهانی و همکاران، کرمی، عباسی و لیوید در مطالعات خود بین جنس و بروز مشکلات سلامتی تفاوت معنی‌داری نیافتند (۳۳-۳۵). در واقع این تفاوت را می‌توان از طرفی به ویژگی‌های جنسیتی دانشجویان مربوط دانست و از طرف دیگر به وابستگی عاطفی دانشجویان دختر به خانواده و تا حدودی نیز

یافته‌های مطالعه ما نشان داد که در مجموع ۴۵ درصد دانشجویان کیفیت زندگی بسیار مطلوب، ۳۴ درصد کیفیت زندگی مطلوب، ۵۱ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱۱ درصد نیز کیفیت زندگی نامطلوبی داشتند. نامطلوب‌ترین مؤلفه‌های کیفیت زندگی دانشجویان به ترتیب نامطلوب بودن عبارت بودند از: درمان طبی، درد جسمانی، عواطف منفی، امکانات تفریحی، ظرفیت کاری، محیط پیرامون، تأمین مالی و وضعیت رفت و آمد. همچنین بین دانشجویان دختر و پسر در مؤلفه‌های درد جسمانی، روابط محیطی، تأمین مالی، مراقبت‌های اجتماعی و عواطف منفی تفاوت معنی‌داری وجود

معتمدند ارزیابی‌های دوره‌ای سلامت Periodic Health Evaluation (PHE) که مشتمل بر معاینات یا آزمایش‌های طبی می‌باشد و به عنوان اقدامی پیشگیرانه برای حفظ و ارتقای وضعیت سلامت محسوب می‌شود (۴۰) می‌تواند برای ارتقای سطح سلامت دانشجویان مفید باشد زیرا نه تنها آنان را از دچار شدن به مشکلات جدی سلامتی محافظت بلکه از نگرانی و اضطراب بیمار بودن نیز رهایی بخشیده و رفاه و آرامش فکری آنها را حفظ می‌کند (۴۱). شیوع شکایت‌های جسمانی از جمله درد جسمانی در دانشجویان ۵۶ درصد بود. انصاری و همکاران (۲۰۰۷) نیز شیوع دردهای جسمانی را ۵۵ درصد عنوان کرده‌اند (۴۲) که این شکایت‌ها در دانشجویان دختر بطور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان پسر گزارش شد و با نتایج پژوهش‌های جهانی و همکاران (۲۰۰۵)، گلی (۱۹۹۷)، دراگوتیس (۱۹۷۷)، ساکی و همکاران (۲۰۰۲) و حسینی و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد (۴۳-۴۷). براساس نتایج دیگر پژوهش، دانشجویان از نظر عواطف کیفیت نامطلوبی را گزارش نمودند و دانشجویان دختر بطور معنی‌داری بیش از دانشجویان پسر عواطف منفی را گزارش کردند که می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات خلقی شود. در همین راستا می‌توان به نتایج هم‌سوی رژی و همکاران (۱۹۷۸)، لهنتین (۱۹۹۰) و پژوهش‌های سلیمانی‌زاده (۲۰۰۶) و یعقوبی و همکاران (۲۰۰۸) اشاره نمود (۴۸-۵۱). عواطف منفی را می‌توان نتیجه چند عامل مؤثر از جمله حجم درسی زیاد، محیط نامناسب تفریحی، فقدان شبکه بستگان و دوستان و مشکلات مالی و اقتصادی، فقدان برنامه‌های بین فرهنگی به‌ویژه در دانشجویان شهرستانی و سبک زندگی کم‌تحرک عنوان کرد. ارزیابی نامطلوب دانشجویان از امکانات تفریحی بیانگر مهم بودن این مؤلفه از نظر دانشجویان است. ارامکی فراغت را شش گونه‌ی معاشرت، شرکت در انجمن‌ها، بازی، هنر، فعالیت‌های پرتحرک و فعالیت‌های بی‌تحرک دسته‌بندی کرده‌است (۵۲).

بنابراین کمبود این‌گونه فضاهای فراغتی که سبب گذراندن اوقات فراغت دانشجویان به نحو مؤثر و مفید شود موجب نارضایتی دانشجویان از محیط دانشگاهی شده و سبب افت تحصیلی و کاهش کیفیت زندگی آنان خواهد شد (۵۲).

به احساس فقدان امنیت محیط اجتماعی و فرهنگی نسبت داد (۳۰).

براساس یافته‌های پژوهش ما، سطح سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان بومی از دانشجویان غیربومی بالاتر بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود که با نتایج پژوهش‌های فرحبخش، توکلی زاده، ادهم و همکاران، رضایی و همکاران، کافی و همکاران همسویی دارد (۳۰، ۱۶، ۳۸-۳۶). در تبیین این تفاوت می‌توان عنوان نمود که اختلاف‌های موجود بین افراد دارای فرهنگ‌ها و آداب و رسوم مختلف در محیط خوابگاه و دوری از خانواده و فقدان حمایت از جمله عوامل مؤثر بر کاهش سطح سلامت و کیفیت زندگی در دانشجویان ساکن خوابگاه است. همچنین کنی و دونالدسون (۱۹۹۱) علل اختلال‌های روانی در بین دانشجویان شهرستانی را دوری از خانواده، وجود مشکلات اقتصادی و نگرانی از تأمین مسکن دانسته‌اند (۳۹). از آنجا که دانشجویان دختر خوابگاهی کیفیت زندگی و سطح سلامت پایین‌تری گزارش نمودند، می‌توان اظهار نمود، که مطابق با سازوکار حمایت اجتماعی، آثار مثبت حمایت ناشی از حضور در کنار خانواده و تبعات ناشی از نبود حمایت ناشی از انزوای اجتماعی یا دوری از خانواده بر سلامت افراد تأثیر مستقیم می‌گذارد. همچنین حمایت اجتماعی اصطلاحاً اثر تعدیل‌کننده (Buffering effect) دارد که در واقع اثر مستقیمی بر سلامتی دارد اما به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامتی افراد کمک می‌کند (۲).

بنابراین دوره تحصیلات دانشگاهی بواسطه نبود حمایت اجتماعی بواسطه دوری از خانواده و بر اساس مدل آسیب‌پذیری-استرس (Diathesis-stress model) دختران دانشجو را بیشتر از دانشجویان پسر آسیب‌پذیر می‌کند.

با توجه به نتایج پژوهش ما بیشترین نارضایتی دانشجویان ناشی از عدم دسترسی مناسب به درمان‌های طبی و مراقبت‌های بهداشتی و در مرتبه بعد نارضایتی از دردهای جسمانی بود که البته دانشجویان دختر دردهای جسمانی بیشتری را نسبت به دانشجویان پسران گزارش نمودند. کمبود امکانات پزشکی و مراقبت‌های درمانی از جمله عواملی است که سبب کاهش سطح سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان می‌شود. چنانکه متخصصان پزشکی و روانشناسان سلامت

در همین راستا کنی و همکاران (۱۹۹۱)، کافی و همکاران (۱۹۹۵) و شاکری‌نیا (۲۰۰۹) یافتند که رفت و آمد زیاد برای دانشجویان غیربومی می‌تواند به‌عنوان عاملی تنش‌زا برای آنان محسوب شود. چنانکه شاکری‌نیا (۲۰۰۹) یکی از عوامل کاهش‌دهنده سلامت روان دانشجویان غیربومی دانشگاه گیلان را رفت و آمد از شهرستان به دانشگاه محل تحصیل خود عنوان کرده و فشار روانی، مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری را در آنها گزارش نموده است (۵۸). با توجه به اینکه دانشجویانی که در دانشگاه شهر محل زندگی خود پذیرفته می‌شوند، به دلیل سکونت در کنار خانواده و حمایت‌های روحی و فردی از طرف خانواده و نیز مواجهه کمتر با تنش‌های رفت و آمد دچار مشکلات کمتری بوده و تطابق بیشتری در مواجهه با عوامل تنش‌زای محیطی از خود نشان می‌دهند، بنابراین بومی‌سازی دانشجویان در این امر مفید خواهد بود. با توجه به مطالعات متعدد انجام‌شده بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری مشاهده شده است (۴، ۶۱-۵۸). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت نامطلوب در یک زمینه سبب پایین آمدن کیفیت در سایر حیطه‌های کیفیت زندگی نیز خواهد شد. همچنین نتایج پژوهش ما نشان می‌دهد که بین ارزیابی دانشجویان ایرانی از کیفیت زندگی خود بر اساس معیارهایی که سازمان جهانی بهداشت ارائه کرده است و ارزیابی هنجارهایی که از بررسی نمونه‌هایی از حدود ۱۹ کشور و فرهنگ مختلف (برای مثال نمونه‌های عادی از شهرهایی چون ملبورن، سیاتل و توکیو) به‌دست آمده، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. علاوه بر آن تفاوت‌های جنسیتی نیز در ارزیابی از کیفیت زندگی مشاهده نشد که این نتیجه با نتایج به‌دست آمده از جوامع دیگر نیز مطابقت دارد (۲۱ و ۲۲). تحقیقات متعدد ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی را مستلزم دو عامل کلی دانسته است که عامل اول به خود افراد و عامل دوم نیز به سازمان‌ها و مؤسسات بهداشتی و درمانی مربوط است. با توجه به عامل اول، از هر یک از افراد انتظار می‌رود که برای ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی خود میزان رفتارهای بهداشتی اولیه (Preventive Health Behavior) خود را افزایش دهند که در واقع فعالیت‌هایی به شمار می‌روند که فرد برای جلوگیری از

ظرفیت کاری نامطلوب دانشجویان نیز می‌تواند ناشی از استرس‌های موجود باشد که منجر به اختلال در قضاوت، کاهش تمرکز و اعتماد به نفس، افزایش اضطراب و در نتیجه افسردگی و گاهی خودکشی می‌شود (۵۳). در همین راستا رضازاده نشان داده است که دیدن گروهی از مناظر طبیعت می‌تواند تأثیر فشارهای روانی حاصل از یک امتحان درسی را در دانشجویان کاهش دهد و دانشجویانی که از پنجره اتاق‌هایشان مناظر طبیعی بیشتری را مشاهده می‌کردند، در آزمون تمرکز ذهنی، نتایج بهتری داشتند (۵۴).

صرف‌نظر از عوامل فشارزای مستقیم محیطی مانند آلودگی صوتی، ترافیک و آلودگی هوا و ازدحام، توجه کمی به تأثیرات مستقیم طراحی محیطی بر سلامت افراد انجام شده است. بنابراین طراحی محیطی خوابگاه به صورت بالقوه بر سطوحی از فشار روانی دانشجویان ساکن خوابگاه و در نتیجه سلامت روانی آنان اثرگذار است. از دیگر نتایج پژوهش ما ارزیابی نامطلوب دانشجویان از وضعیت اقتصادی و تأمین مالی است که سبب کاهش سطح کیفیت زندگی‌شان شده است که با نتایج پژوهش دادخواه (۲۰۰۶)، لپس‌لی و همکاران (۱۹۹۱)، کنی و دونالدسون (۱۹۹۱) همسو است که معتقدند تأمین هزینه‌های رفت و آمد، خرید کتاب، شهریه و اداره یک زندگی بطور مستقل و جدا از خانواده فشار روانی به خود فرد و فشار اضافی بر تأمین هزینه‌های خانواده دارد و این امر می‌تواند منجر به افزایش فشار روانی در دانشجو شده و کیفیت زندگی وی را با چالش روبرو نماید (۳۹، ۵۵ و ۵۶). لپس‌لی و همکاران (۵۶)، رضازاده (۵۷)، کنی و دونالدسون (۱۹۹۱)، جکسون و وارد (۱۹۸۴)، وایت و همکاران (۱۹۹۴) و کلارک و برادشاو (۱۹۸۳) نیز مشکلات اقتصادی و نگرانی‌های ناشی از تأمین مسکن و بی‌کاری را سبب‌ساز مشکلات روانی و کاهش سلامتی دانشجویان عنوان نموده‌اند (۳۹)، بنابراین از آنجایی که دانشجویان منابع مالی کافی در اختیار ندارند و اغلب صرفاً به تحصیل می‌پردازند، می‌توان اذعان نمود که نارضایتی از شرایط مالی از جمله عوامل تنش‌زا برای آنان محسوب می‌شود. مؤلفه دیگر کاهش‌دهنده کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان به‌ویژه دانشجویان غیربومی وضعیت رفت و آمد بود.

مراکز مشاوره بهداشت روانی در محیط دانشگاه و خوابگاه، افزایش امکانات و برنامه‌های ورزشی و تفریحی، انجام معاینات پزشکی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه و گسترش ساعات فعالیت و خدمات دهی درمانگاه‌های خوابگاهی می‌تواند سبب ارتقای سطح سلامت دانشجویان شود همچنین انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان برای یافتن علل کاهش سطح کیفیت زندگی و سطح سلامت این قشر از جامعه مفید واقع خواهد شد.

بروز بیماری یا جلوگیری از پیامدهای منفی آن انجام می‌دهد و شامل برنامه غذایی مناسب، ورزش، جلوگیری از مصرف سیگار و الکل، سوءاستفاده نکردن از مواد، واکسیناسیون و رفتارهایی از این دست است (۶۲). با توجه به عامل دوم تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که افزایش کارآیی مراکز بهداشت روانی در دانشگاه‌ها سبب کاهش مشکلات و آشفتگی‌های روانی - اجتماعی در دانشجویان می‌شود. همچنین سرویس‌های بهداشت روان نقش مؤثری در کنترل مشکلات هیجانی دانشجویان دارند (۳۶). بنابراین راه اندازی

منابع

1. Ahmadi Z, etal. Survey the Mental Health of Nursery Students and Non Nursery Student and Compare with Them in Azad University of Shahrood. Journal of Medical Science of Azad University 2008; 17(2): 101_110. [Text in Persian]
2. Wilkinson Richard G. Social Determinants of Health Marmot Oxford; Oxford University Press, 2008: 260_261.
3. Campos M.G. Quality of Life Differences between Firs Year Undergraduate Financial Aid and Non-Aid Recipients Unpublished Master Thesis, University of Vancouver Canada, 2002: 150_152.
4. Park K, ed. Park's Text Book of Preventive and Social Medicine. 17th ed. Jabalpur; Banarsidas Bhanot, 2002:11_43
5. Hinchliff S, Birchen all M, Birchen all P. Nursing and Health Care. London; Edward Arnold Company, 1993: 28_30.
6. WHO-QOL Group. What is Quality of life? World Health Organization: 1996; 17:354_356.
7. Mirkhani M, Fundamental of Rehabilitation. Tehran; Behzisti Organization, 2001. [Text in Persian]
8. Cella DF. Quality of Life: Concepts and Definition. Journal Aim Symptom Manage 1994; (3): 186_192.
9. Cynthia R.K., Hinds S. Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. Canada, Sudbury; Jones and Bartlett 1998: 25.
10. Eysenck M, Psychology and Integral Approach. New York; Addison Wesley Longman In, 1998: 420.
11. Evanse DR, Cope WE. Manual of the QOL Questionnaire. North Ton Wad; Multi Health System inc, 1989.
12. Karami S; Pirasteh A. Survey the Mental Health of Students in Zanjan University of Medical Sciences. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2001; 25: 66_73 [Text in Persian]
13. Cynthia RK. Overview of Quality of Life Controversial Issues. In: Cynthia RK, Hindss. Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. Sudbury; Jones and Bartlett. Press, 1998: 23_30.
14. Esfandyari GH. Survey the Stressor Ffactors in Kordestan Medical Sciences University Students and it Relation with General Health. Journal of Teb and Tazkyeh 1999; 43: 57_63. [Text in Persian]
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. [Text in Persian]
16. Kafee M. etal (1995). Survey the Relation between Educational Status and Mental Health in College Students. Quarterly of Andeesheh va Rafter 1995; 3(4): 1_9.
17. Nasri S. Simple and Multiple Survey of Stressors and Religious Attitude in Tarbiyat Moalem University Students. Tehran; Council of Education Research, 2001. [Text in Persian]
18. Jamali F. Survey the Relation Between Religious Attitude, Mental Health and Meaningfulness of Life in Tehran Universities. Postgraduate Dissertation Aalzahra University Faculty of Education and Psychology, 2004. [Text in Persian]
19. 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. [Text in Persian]
20. Hassanzadeh R. Research Method in Behavioral Sciences. Tehran; Savalan, 2006. [Text in Persian]
21. WHOQOL. Development of the World Health Organization WHO QOL-BREF. Quality of Life Assessment. Journal of Psychological Medicine. 1998; 28: 551_558.

22. Kuyken W, Orley J, Hudelson P, Sartorius, N. Quality of Life Assessment across Cultures. *Int. J. Mental Hlth* 1994; 23_ 5.
23. Nejat, S et al. Validation and Normalization World Health Organization Quality of Life Questionnaire . *Scientific Journal of Public Health School and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4): 1_12. [Text in Persian]
24. Nasiri H, et al. Survey the Quality of Life in Shiraz University Students Predicate of World Health Organization Quality of Life Scale. *Third National Seminar of Students Mental Health*. Tehran; Tehran University, 2006: 360_369. [Text in Persian]
25. Dehghan N, Hajbagheri M. Effect of Relaxation on Stress and Quality of Life in Dormitory Students. *Feyz Quarterly* 2006; 10(2): 50-57. [Text in Persian]
26. Yaghoobi H. Survey the Mental Health of Guilan Medical Sciences University. *Journal of Guilan Medical Sciences University* 1998; (27_28): 41_ 47. [Text in Persian]
27. Akashe G. Survey the Mental Health in New Arrived Students of Kashan University of Medical Sciences. *Quarterly Journal of Andeesheh va Raftar* 2000; (4): 11_ 16[Text in Persian]
28. Mani A Hadiyan Fard. Survey the Qualification of Mental Health and Effective Factors to it of Shiraz Medical Sciences Students. *The First Seminar of Mental Health*. Tehran; Tehran University, 2001. [Text in Persian]
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Fifthed. Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
30. Adham D, et al. Survey the qualification of Mental Health in Ardabil Medical Sciences University Students. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2001; D8, N3, P 229_234. [Text in Persian]
31. Besharat S, et al. Distribution the Symptoms of Mental Disorders in Golestan University of Medical Sciences Students. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2005; 7(1): 72_74[Text in Persian]
32. Besharat M, et al. Survey the Relation Between Attachment Styles and Homesickness. *Tabriz Quarterly of Psychology* 2006 ; 1(2_3): 23_ 47. [Text in Persian]
33. Jahani H. et al. Survey the Mental Health in Senior and Junior Students in Ghazvin Medical Sciences University. *Journal of Gazvin University of Medical Sciences* 2005; 1(2): 41_43. [Text in Persian]
34. Abassi A, et al. Survey the Mental Health in Yasooj Medical Sciences University Students. *Journal of Teb va Tazkiyeh* 2001; (78): 8-34[Text in Persian]
35. Liloyd G, Gartrell NR. Psychiatric Symptoms in Medical Students. *Comparison Psychiatry* 1994; 3: 252_265.
36. Farahbakhsh S, et al. Relation Between Mental Health and Some Factors that Related it in Lorestan University Students. *Journal of Medical Sciences of Lorestan University* 2005; 7(3-4): 79_85[Text in Persian]
37. Tavakollizadeh J, Gahremani M, Chamanzari H. Survey the Qualification of Mental Health in 2001 Arrived Students in Gonabad Medical Sciences University. *Journal of Ofogh e Denesh* 2002; 8(2): 47_54[Text in Persian]
38. Rezaee R, et al. Compretive Study of Mental Health in Junior and Senior Nursery Students. *Journal of Nursery Research* 2006; 1(3): 67_74[Text in Persian]
39. Kenny M, Donaldson G. Contributions of Parents' Attachment and Family Structure to the Social and Psychological Functioning of First Year College Students. *J Counseling Psychology* 1991; 38: 470_486.
40. Luckman R, Melvill S. Periodic Health Evaluation of Adults: a Survey of Family Physician. *Journal of Family Practice* 1995; 40_ 547_554.
41. Karbakhsh M, Dabiran S. Medical Students Awareness of Periodic Health Examination, A Exploratory Study. *Quarterly of Payesh* 2005; 4: 155_161. [Text in Persian]
42. Ansari H, et al. Survey the Mental Health in Azhedan Medical University Students and Some Factors that Related to it. *Journal of Tabib Shargh* 2007; 9(4): 295_304. [Text in Persian]
43. Allen LB, Lu Q, Tsao JC, Worthman CM, Zeltzer LK. Sex Differences in the Association between Cortisol Concentrations and Laboratory Pain Responses in Healthy Children. *Gen Med*. 2009; 6(2):193_207.
44. Golli, M. Survey the Prevalence of Anxiety and Effective Factors on it in Tehran University Medical Sciences Intern Students. *General Medicine PhD Dissertation* 1997. [Text in Persian]
45. Deragotis LR. SCL90-R Administration Scoring & Procedures Manual. *Clinical Psychiatric Research*; Johnhopkins University 1977.
46. Hoseini H, et al .Study of Relation Between Sport and Mental Health in Students. *Journal of Medical Sciences of Mazandaran University* 2006; 15(53): 97_104. [Text in Persian]
47. Sakki K, Keykhovani S. Study the Qualification of Mental Health in Ilam Medical Sciences University 2002; 10(34-35): 11_ 15[Text in Persian]
48. Regier DA, et al. One Month Prevalence of Mental Disorder in United State: Based on Five Epidemiologic Catchments Area Sites. *Archives of General Psychiatry* 1978; 45: 977_956.
49. Lehtinen M, et al. Prevalence of Mental Disorders Among Adult in Finland: Basic Results from the Mini

- Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 81: 418_428.
50. Soleymanizadeh L, et al. Study the Qualification of Mental Health in Bam City University Centers. *Journal of Teb va Tazkiyeh* 2006; 14 (1_2): 26_31.
51. Yaghobi A, et al. Study the Relation Between Emotional Intelligence Quotient and Homesickness with General Health in Students. *Tabriz University Quarterly of psychology* 2008; 9(3): 135_151. [Text in Persian]
52. Aramaki, A. Inter Generational Gap. Manifest of Sociology Association of Iran. Second Congress about Iran Society Problems 2001; (4): 55_70. [Text in Persian]
53. Shahdadi A, Javadi h. Assessment the Quality of Free Time Among Hormozgan University Students. Third National Seminar of Students Mental Health. Tehran; Tehran University, 2005; 224_240. [Text in Persian]
54. Rezazadeh R, et al. The role of College Environment Upon Decrease of Stress in College Students. Third National Seminar of Students Mental Health. Tehran; Tehran University, 2006; 190_195. [Text in Persian]
55. Dadkhah B. Survey the Mental Health of Ardabil Medical Sciences Students. *Journal of Ardabil Medical Sciences University* 2006; 6(1): 31_36. [Text in Persian]
56. Lapsley DL. Psychological Separation and Adjustment to College. *Journal of Counseling Psychology* 1989 ; 36: 286_294.
57. Rezazadeh R, et al. The Role of College Environment Upon Decrease of Stress in College Students. Third National Seminar of Students Mental Health. Tehran; Tehran University, 2006: 190_195. [Text in Persian]
58. Shakeri Niya A. Survey the Relation Between Mental Health, Perceived Social Care with Self Image in Native and Non Native College Students of Guilan University. Abstract Articles of The first National Congress on Family, Student and University. Ferdowsi University of Mashhad. Mashhad; Sabra, 2009: 108_110. [Text in Persian]
59. Vaez M, Kristenson M, Laflamme L. Perceived Quality of Life and Self-rated Health Among First-Year University Students. *Social Indicators Research* 2004; 68 (2): 221_234.
60. Pilcher J, Affective J. Daily Events Predictors of Life Satisfaction in College Students. *Social Indicators Research* 1998; 43 (3): 291_306. Cha KH.
61. Subjective Well being Among College Students. *Social Indicators Research* 2003; 62 (1): 455_477.
62. Dimatteo R, Martin LR. *Health Psychology*. Landan; Allyn and Bacon, 2001.

Survey the Quality of Life in Guilan University Students

*Soltani R. (Stu)¹ - Kafee M. (Ph D)² - Salehi E. (Ph D)² - Karashki H. (Ph D)¹ - Rezaee S. (Stu)²

*Corresponding Address: Department of psychology, Faculty of education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, IRAN

E-mail: soltani.psy@gmail.com

Received: 26 Jan/2010 Accepted : 19 May/2010

Abstract

Introduction: The Quality of Life (QOL) is the very important concept according to its mediating role in mental health in recent years. Because of the students are the future managers, investigating the QOL among them is important.

Objective: Survey the QOL in Guilan University Students.

Materials and Methods: In this descriptive and analytic study 226 students who were selected by multiple stage randomized cluster sampling completed WHOQOL-BREF questionnaire. Data was analyzed by t-test and Pearson correlation.

Results: The Findings showed that 4% of students had very good QOL, 34% had good QOL, 51% had medium level of QOL and 11% of students had low level of QOL. There was a significant difference between some dimension of QOL (medicine, somatic pain, environmental health, social care, financial resources and negative affect).

Conclusion: According to the results, it suggested to measure and produce health-psychological services in various situations for improvement the level of quality of students life.

Key words: Health/ Quality of Life/ Students

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 75, Pages: 25-35