

عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

یحیی پاسدار^۱، ندا ایزدی^{۲*}، رویا صفری^۳

(۱) گروه تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 (۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 (۳) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۹

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۲۹

چکیده

مقدمه: دختران دانشجو به عنوان مادران آینده، نقش مهمی در جامعه برعهده دارند. این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت زندگی دانشجویان دختر و بررسی عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی که بر روی ۲۶۶ نفر از دانشجویان انجام شد، از پرسش نامه های دموگرافیک، کیفیت زندگی، افسردگی بک و بسامد مواد غذایی برای جمع آوری داده ها استفاده گردید. سپس نتایج حاصل از پرسش نامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS vol.16 و آزمون های آماری توصیفی، t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه $22/1 \pm 2/4$ سال بود. متوسط نمرات کیفیت زندگی در حیطه های سلامت جسمانی $13/7 \pm 1/7$ ، سلامت روان $13/1 \pm 2/5$ ، روابط اجتماعی $13/7 \pm 2/7$ و سلامت محیط $12/7 \pm 2/4$ بود. بر اساس نتایج حاصل از پرسش نامه بک، حدود ۳۰ درصد از دانشجویان مبتلا به افسردگی بودند. آزمون t-test نشان داد که ارتباط معکوس و معنی داری بین حیطه های کیفیت زندگی و ابتلا به افسردگی وجود دارد. ($P < 0.05$) هم چنین در این مطالعه ۹۷/۲ درصد، ۶۰/۲ درصد و ۳۷/۸ درصد از افراد، کمتر از مقدار توصیه شده بر حسب هرم غذایی از سبزیجات، گوشت ها و میوه ها استفاده می کردند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین سلامت روان و کیفیت زندگی، ارزیابی دوره ای وضعیت سلامت و هم چنین وضعیت تغذیه ای دانشجویان به شدت توصیه می شود.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، وضعیت تغذیه، دانشجویان

* نویسنده مسئول: گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

Email: neda.izady@yahoo.com

مقدمه

کارافتادگی زود هنگام انسان می گردد افسردگی است، (۱۱). تخمین زده می شود که ۲۵ درصد خانم ها و ۱۵ درصد آقایان در طول عمر خود دچار این بیماری خواهند شد، (۱۲). شیوع این اختلال در خانم ها بیشتر از آقایان و در مجردین بیشتر از متأهلین گزارش شده است، (۱۲). با توجه این که بیش از نیمی از جمعیت دانشجویی کشور را دختران جوان تشکیل داده و از جهات گوناگون هم آسیب پذیر بوده و هم چنین در آینده پرورش دهندگان نسل های بعد خواهند بود، اهمیت مطالعه سلامت جسمی و روانی آنان روشن خواهد شد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دختر صورت گرفت.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، (شامل سن، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، تحصیلات پدر و مادر، بومی و غیر بومی بودن، محل سکونت، درآمد ماهیانه و ...) کیفیت زندگی و افسردگی بک در میان شرکت کنندگان توزیع و با راهنمایی پرسشگران تکمیل گردید.

پرسش نامه کیفیت زندگی: پرسش نامه WHOQOL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می سنجد. (هریک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می باشد) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنا بر این پرسش نامه در مجموع، ۲۶ سؤال (به صورت لیکرت ۵ گزینه ای) دارد. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسش نامه توسط نجات و همکاران در ایران تأیید شده است. (۱۳)

پرسش نامه استاندارد افسردگی (BDI): آزمون افسردگی بک یکی از متداول ترین مقیاس های اندازه

سلامت دانشجویان به عنوان نسل جوان و به دلیل نقش مهمی که در اداره آینده جامعه به عهده دارند، حائز اهمیت بوده و متولیان نظام سلامت را به شناخت مشکلات سلامتی آنان و تلاش در راستای حل این مشکلات وا داشته است. سلامت روانی یکی از ابعاد مهم سلامت دانشجویان به عنوان آینده سازان کشور می باشد. هر چند کیفیت زندگی فرد به عنوان یک دانشجو به زمینه قبلی، درجه رشد، تکامل فردی و احساس جدا افتادگی او مرتبط است، اما باید در نظر داشت که دانشجویان با عوامل تنش زای متعددی از جمله مشکل در تطابق با سیستم آموزشی، آینده نامشخص، فشارهای درسی، شیوه جدید زندگی، به هم خوردن ساعات خواب و بیداری، زندگی در خوابگاه، کمبود زمان و امکانات تفریحی، توقعات والدین از پیشرفت آنان، امتحانات و انجام تکالیف درسی روبه رو هستند، (۱). مطالعات نشان می دهند که میزان شیوع اختلالات و بیماری های روانی در بین دانشجویان در حال افزایش است، (۲). در این میان دختران دانشجو به علت خصوصیات ویژه جسمی و تأثیرات محیط اجتماعی روی آنان دارای وضعیت ویژه ای هستند. از این رو اگر نگاهی به بعد روانی سلامت دختران دانشجو داشته باشیم دیده می شود که در برخی رشته ها نظیر پرستاری نسبت بالایی از دانشجویان از وضعیت کیفی زندگی خود راضی نیستند، (۳). هم چنین مطالعات مختلف اپیدمیولوژیکی نشان داده اند در دختران جوان الگوی تغذیه ارتباط روشنی با شروع زود هنگام علائم بلوغ، (۴)، مقاومت بدن به انسولین در سنین بالاتر، (۵)، کم خونی ناشی از فقر آهن، (۶)، ابتلا به سرطان ها، (۷)، کیفیت زندگی، (۸)، تأخیر در بروز علائم بلوغ و ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی، (۹-۸)، دارد. از این میان آن چه موجب خوشحالی است مؤثر بودن مداخلات صورت گرفته در این زمینه و خصوصاً وجود شواهدی حاکی از تأثیر بالای آموزش اصول تغذیه صحیح روی سلامت غذایی و شیوه زندگی دختران جوان ایرانی می باشد، (۱۰). بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی یکی از شایع ترین بیماری هایی که منجر به از

جات (سیب، پرتقال، گلابی، موز، کیوی، انار، انگور، هندوانه، خربزه، انجیر، خرما و آب میوه ها)، گروه های متفرقه (شکلات، شیرینی، آجیل، نوشیدنی های گاز دار، قند، روغن و عسل) بود.

وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES): جهت محاسبه وضعیت اقتصادی-اجتماعی پارامترهای سطح سواد پدر، سطح سواد مادر، درآمد خانواده تقسیم بر تعداد افراد، اندازه خانه تقسیم بر تعداد افراد و تعداد اتاق تقسیم بر تعداد افراد با هم جمع شدند. در پایان رتبه اقتصادی-اجتماعی بین عدد ۱۵-۵ به دست آمد که عدد ۵ نمایانگر پایین ترین سطح و عدد ۱۵ نمایانگر بالاترین سطح اقتصادی-اجتماعی می باشد.

موفقیت تحصیلی: برای به دست آوردن موفقیت تحصیلی دانشجویان، میانگین نمرات کسب شده آنان در پایان ترم تحصیلی از مجموع دروس ارائه شده در آن ترم از آموزش دانشگاه گرفته شد.

در پایان کار داده های حاصل از پرسش نامه ها کدبندی و در نرم افزار SPSS vol.16 وارد شدند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک از شاخص های توصیفی استفاده شد. هم چنین برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون های ضرایب همبستگی، t-test و ANOVA و برای تعیین ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. برای کلیه آزمون ها سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنی دار فرض شده است.

یافته های پژوهش

در مجموع ۲۶۶ نفر از دانشجویان دانشکده های مختلف در این مطالعه شرکت کردند. (میزان پاسخ دهی ۸۵/۸ درصد) از این تعداد، اکثریت دانشجویان در دانشکده بهداشت (۴۵ درصد) و بیش از ۹۰ درصد از دانشجویان در مقطع تحصیلی کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. متوسط سن دانشجویان $22/15 \pm 2/46$ سال بود. تقریباً ۶۰ درصد از دانشجویان ساکن خوابگاه بودند. بر اساس نتایج حاصل از پرسش نامه بک حدود ۳۰ درصد از دانشجویان مبتلا به افسردگی بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی ۳۶/۶ درصد سطح پایین، ۳۵/۱ درصد متوسط و حدود ۲۹ درصد در گروه سطح بالا طبقه بندی شدند.

گیری افسردگی است که توسط دکتر جان آرون بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ منتشر شد و دارای دو فرم کوتاه و بلند است. در مطالعه حاضر از فرم بلند استفاده گردید. این پرسش نامه شامل ۲۱ سؤال به شرح زیر است: غمگین، بدبین، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، بیزاری از خود، اتهام به خود، افکار خودکشی، گریستن، بی قراری، کناره گیری اجتماعی، بی تصمیمی، تصور تغییر بدنی، دشواری در کار، بی خوابی، خستگی پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن بدن، اشتغالات ذهنی و کاهش علائق جنسی که به هر سؤال با توجه به گزینه های مختلف امتیازی بین صفر تا ۳ داده شد. در پایان مجموع امتیازات محاسبه و بر اساس Cut off point ۱۶، در ۲ گروه شامل فقدان افسردگی و دارای افسردگی گروه بندی شد، (۱۴). پایایی و روایی آزمون افسردگی بک در موارد متعددی گزارش شده است. بک، استر و گاربین همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ یافته اند. (۱۵)

پرسش نامه FFQ: ارزیابی دریافت و عادات مصرف مواد غذایی معمول هر فرد با استفاده از پرسش نامه بسامد خوراکی (FFQ) صورت گرفت. پرسش نامه بسامد خوراکی مشتمل بر لیستی از ۳۶ قلم مواد غذایی به همراه اندازه استاندارد از هر ماده غذایی بود. با توجه به این که تکرر مصرف هر ماده غذایی برای یکسال مدنظر است، بسته به نوع ماده غذایی بر حسب تکرر مصرف در روز، هفته یا ماه سؤال و مقادیر ذکر شده برای هر غذا به صورت مقیاس های توصیه شده (portion size) به واحد استفاده در روز تبدیل شد. برای شناسایی الگوهای غذایی، ابتدا اقلام غذایی به ۷ گروه طبقه بندی شدند. گروه بندی اقلام غذایی بر مبنای تشابه مواد مغذی و مطابقت آن ها بر اساس غذاهای ایرانی انجام شد. ۷ گروه غذایی مورد بررسی شامل گروه نان و غلات (نان ها، برنج و ماکارونی، بسکویت، کیک و شیرینی قنادی)، گروه لبنیات (شیر، ماست و پنیر، خامه، کره و سرشیر، دوغ و بستنی)، گروه گوشت ها (قرمز، سفید، ماهی، تخم مرغ، جگر، همبرگر، کالباس و سوسیس)، حبوبات (لوبیا، نخود و لپه، عدس و ماش)، گروه سبزیجات (سبزی خوردن، هویج، کلم، قارچ، فلفل، زیتون و گوجه فرنگی)، گروه میوه

متوسط معدل نیمسال گذشته نیز $16/33 \pm 1/82$ بود. جزئیات مربوط به ویژگی های کلی دانشجویان تحت پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

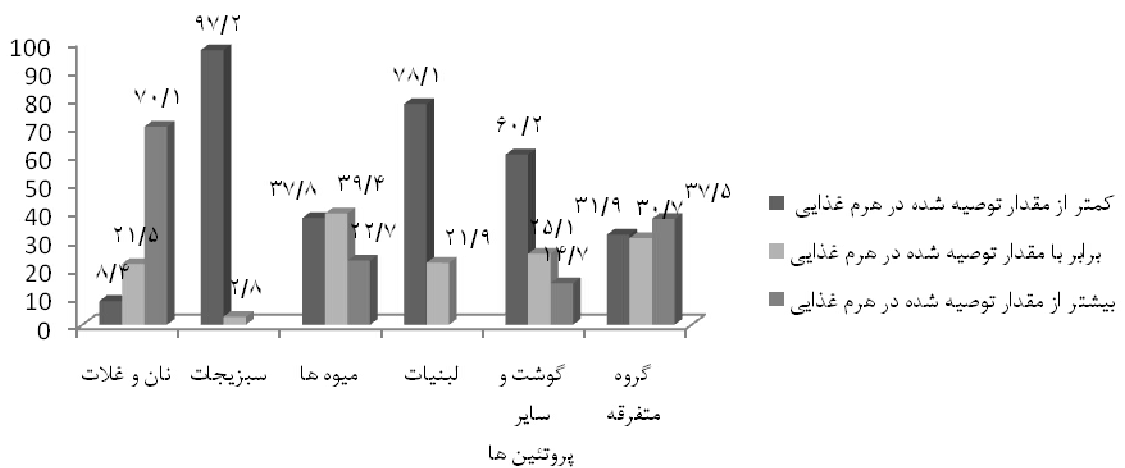
جدول شماره ۱. توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه در دانشجویان دختر

| متغیرها | دانشکده محل تحصیل | | | مقطع تحصیلی | | | سکونت در خوابگاه | | | وضعیت ابتلا به افسردگی | | وضعیت اقتصادی-اجتماعی | |
|----------|-------------------|---------|-----------|-------------|----------|---------------|------------------|------|-------|------------------------|-----------|-----------------------|----------|
| | بهداشت | پرستاری | پیراپزشکی | کاردانی | کارشناسی | کارشناسی ارشد | ساکن خوابگاه | بومی | نرمال | مبتلا به افسردگی | سطح پایین | متوسط | سطح بالا |
| فراوانی | ۱۱۷ | ۶۶ | ۷۷ | ۱۴ | ۲۳۸ | ۸ | ۱۴۹ | ۱۰۲ | ۱۷۹ | ۷۲ | ۸۸ | ۷۲ | |
| درصد (%) | ۴۵ | ۲۵/۴ | ۲۹/۶ | ۵/۴ | ۹۱/۵ | ۳/۱ | ۵۹/۴ | ۴۰/۶ | ۷۱/۳ | ۲۸/۷ | ۳۵/۱ | ۲۸/۷ | |

متوسط نمره کیفیت زندگی در حیطه های مختلف در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲. میانگین ابعاد کیفیت زندگی، سن و معدل نیمسال گذشته دانشجویان دختر

| متغیر | میانگین (انحراف معیار) |
|--|------------------------|
| سن | ۲۲/۱۵ (۲/۴۶) |
| معدل نیمسال گذشته | ۱۶/۳۳ (۱/۸۲) |
| نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمانی | ۱۳/۷۴ (۱/۷۵) |
| نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت روانی | ۱۳/۰۷ (۲/۵۷) |
| نمره کیفیت زندگی در حیطه روابط اجتماعی | ۱۳/۷۶ (۲/۷۲) |
| نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت محیط | ۱۲/۷۸ (۲/۴۰) |



نمودار شماره ۱. توزیع الگوی مصرف مواد غذایی مختلف در دانشجویان بر حسب درصد

درصد از افراد بیشتر از مقدار استاندارد شده مصرف می کردند. در گروه سبزیجات نیز بیش از ۹۷ درصد از دانشجویان مصرف کمتر از استاندارد را گزارش نموده

نمودار شماره ۱ توزیع مصرف انواع گروه های غذایی در دانشجویان را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود در گروه نان و غلات بیش از ۷۰

افسردگی رنج می بردند میانگین نمره کیفیت زندگی کمتر بود. ($P < 0.001$) اگر چه سکونت در خوابگاه باعث کاهش متوسط امتیاز کیفیت زندگی در این حیطه می شد، اما این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. ($P = 0.942$) به علاوه بین مصرف استاندارد گروه سبزیجات و امتیاز حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی رابطه عکس مشاهده شد. ($P < 0.05$)

اند. تقریباً ۲۲ درصد از دانشجویان در حد استاندارد از گروه لبنیات استفاده می کردند. یک چهارم از دانشجویان مصرف برابر با مقدار توصیه شده در هرم غذایی از گروه گوشت ها و پروتئین ها را گزارش کرده اند. یافته های این مطالعه نشان می دهد که کیفیت زندگی دانشجویان در بعد سلامت جسمانی به شدت تحت تأثیر ابتلا به افسردگی بود. یعنی در افرادی که از

جدول شماره ۳. بررسی تأثیر عوامل مختلف بر حیطه های متفاوت کیفیت زندگی در دانشجویان با استفاده از رگرسیون خطی ساده

| حیطه های مختلف متغیرها | سلامت جسمانی | سلامت روانی | روابط اجتماعی | سلامت محیط |
|--------------------------------|--------------|-------------|---------------|------------|
| سن | SB | -/۰۱۷ | -/۰۲۴ | -/۰۷۵ |
| معدل نیمسال گذشته | P | ۰/۷۹۹ | ۰/۷۳۱ | -/۲۲۴ |
| سکونت در خوابگاه | SB | -/۰۰۸ | -/۰۵۶ | -/۰۰۹ |
| ابتلا به درجات مختلف افسردگی | P | ۰/۹۳۳ | ۰/۵۶۸ | -/۹۱۵ |
| | SB | ۰/۲۸۲ | ۰/۰۱۸ | -/۷۹۶ |
| | P | ۰/۳۹۲ | ۰/۹۵۹ | -/۰۱۰ |
| | SB | -۲/۹۹ | -۲/۵۵۸ | -۱/۷۷۵ |
| | P | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| وضعیت اقتصادی اجتماعی | SB | ۰/۱۳۳ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۸۵ |
| مصرف استاندارد گروه نان و غلات | P | ۰/۵۱۲ | ۰/۹۶۳ | -/۲۲۸ |
| | SB | ۰/۳۵۰ | ۰/۳۸۸ | -/۴۸۸ |
| | P | ۰/۳۷۸ | ۰/۳۵۵ | -/۳۳۵ |
| مصرف استاندارد گروه سبزیجات | SB | -۲/۱۸ | -۳/۲۸۹ | -/۸۰۹ |
| | P | ۰/۰۲۷ | -/۰۰۲ | -/۳۸۱ |
| | SB | -/۳۳۱ | ۰/۵۱۵ | -/۰۹۰ |
| | P | ۰/۳۲۰ | ۰/۱۴۴ | -/۲۲۵ |
| | SB | -/۵۰۲ | -/۴۱۸ | -/۰۷۶ |
| | P | ۰/۲۰۲ | ۰/۳۱۶ | ۰/۸۳۶ |
| | SB | ۰/۲۵۳ | -/۰۱۹۳ | ۰/۵۱۸ |
| | P | ۰/۳۲۳ | ۰/۴۰۹ | -/۱۳۹ |

محیط ارتباط عکس وجود داشت. در دانشجویان ساکن خوابگاه متوسط امتیاز کیفیت زندگی در بعد سلامت محیط کمتر از دانشجویان بومی بود. ($P < 0.05$) به علاوه در دانشجویان مبتلا به افسردگی میانگین امتیاز کیفیت زندگی در این حیطه کمتر از افراد نرمال بود. ($P < 0.001$) به طور کلی در کلیه حیطه های کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و امتیاز کیفیت زندگی مشاهده شد. هر چند

نتایج آزمون های آماری نشان داد که بین ابتلا به افسردگی و متوسط نمره کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد به طوری که در افراد مبتلا به افسردگی امتیاز بعد سلامت روان کیفیت زندگی کمتر بود. ($P < 0.001$) هم چنین در افراد مبتلا به درجاتی از افسردگی، متوسط امتیاز کیفیت زندگی در بعد روابط اجتماعی از افراد نرمال کمتر بود. ($P < 0.001$) بین سکونت در خوابگاه و امتیاز دانشجویان در بعد سلامت

میانگین نمره خرده مقیاس سلامت جسمانی و روابط اجتماعی نسبت به جمعیت عمومی کمتر بود، (۲۲). هزینه مصرفی ماهانه به عنوان عاملی است که بر کیفیت زندگی دانشجویان تأثیر می‌گذارد به طوری که کسانی که از سطح درآمد و رفاه بیشتری برخوردارند کیفیت زندگی بالاتری دارند، (۲۳)، ولی در مطالعه ما بین هیچکدام از حیطة‌های کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباط معنی‌داری یافت نشد که این نتایج با مطالعه گشتاسبی هم‌ماهنگی داشت، (۲۴)، با این حال در مطالعه ای که لینینگر و تیموتی انجام دادند مشخص شد که سطح درآمد و کلاس اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد، (۲۶-۲۵)، ممکن است این تفاوت ناشی از تفاوت در جامعه مورد مطالعه باشد. در رابطه با مصرف گروه‌های غذایی نتایج این مطالعه حاکی از مصرف ناکافی مواد غذایی به خصوص در گروه لبنیات، سبزیجات و گوشت‌ها می‌باشد که با مطالعه جبری که در سراسر ایران انجام گرفت هم خوانی دارد، (۲۷). انتخاب غذای مناسب به منظور کسب و حفظ سلامت مطلوب برای جوانان به خصوص دختران جوان حائز اهمیت است. در این بررسی مشاهده شد که اکثریت افراد بیش از میزان استاندارد از نان و غلات استفاده می‌کنند که با تحقیق جبری و قاسمی هم‌ماهنگی دارد، (۲۹-۲۸)، و علت این امر می‌تواند قیمت نسبی کمتر غلات در ایران باشد. در مطالعات مختلف ارتباط بین متغیرهایی مانند سطح سواد و درآمد افراد با مصرف مواد غذایی مفید مانند گوشت‌ها، میوه و سبزیجات نشان داده شده است، (۳۱-۳۰). میزان ابتلا به افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی که در محیط‌های پر استرس می‌باشند، بالاتر است، (۳۲). در مطالعات متعددی میزان استرس‌های عاطفی بالایی در دانشجویان پزشکی گزارش شده است، (۳۳). در پژوهش حاضر درصد دانشجویانی که به افسردگی مبتلا هستند با نتایج حاصل از تحقیقات دیگری که در این مورد انجام شده هم خوانی ندارد، به طوری که بر اساس تحقیقی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد، (۳۴)، و نیز در دانشجویان علوم پزشکی استان آذربایجان غربی، (۱۹)، بیشتر گزارش شده است. هم چنین در مطالعه ایلدرآبادی و همکاران نیز میزان

که این روابط از نظر آماری معنی‌دار نبودند، اما با بهبود وضعیت اقتصادی اجتماعی بر متوسط امتیاز کیفیت زندگی در حیطة‌های مختلف افزوده می‌شد. بین معدل ترم قبل دانشجویان که به عنوان شاخصی برای ارزیابی موفقیت تحصیلی دانشجویان در نظر گرفته شده بود و امتیاز حیطة‌های مختلف بجز حیطة سلامت روان نیز رابطه مستقیمی مشاهده شد که البته هیچ یک از این روابط از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

بحث و نتیجه‌گیری

تغییر در الگوی بیماری‌ها که کاهش میزان بیماری‌های عفونی و افزایش طول عمر و بیماری‌های مزمن را به همراه داشته، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی طی دهه‌های گذشته گردیده است (۱۶). اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب‌نظران، تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را بهبود تغذیه، کیفیت زندگی و سلامت روان بیان کرده‌اند، (۱۷). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف کرده است، (۱۸). هم چنین بر اساس گزارش این سازمان اختلال افسردگی در صدر ۱۰ علت مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان قرار دارد، (۱۱). دانشجویان بنا به دلایل مختلفی از جمله دوری از خانواده، شرایط خاص دوره جوانی، حجم زیاد درس‌ها، مشکلات اقتصادی و آینده شغلی مبهم و نامشخص مستعد از دست دادن سلامت عمومی هستند، (۱۹). در این مطالعه همبستگی معکوس و معنی‌داری بین کیفیت زندگی و افسردگی یافت شد، به طوری که در تمامی خرده‌آزمون‌های کیفیت زندگی ضرایب همبستگی معنی‌دار بودند که این نتیجه با سایر مطالعات هم خوانی دارد، (۱۲، ۳). میانگین کیفیت زندگی در هر ۴ حیطة‌ها هم نزدیک بوده و تفاوت زیادی بین حیطة‌ها وجود نداشت که با مطالعه غفاری و سلا مغایر است، چرا که در این دو مطالعه بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد جسمانی بود، (۲۱-۲۰)، ممکن است این مغایرت به علت تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه باشد. هم چنین

های مناسب در جهت ارتقاء آن ها لازم و ضروری است. از طرفی با توجه به اهمیت سلامت جوانان و خصوصاً دختران در سن جوانی به عنوان مادران آینده، اقدامات مناسب جهت برنامه ریزی به منظور بهبود وضعیت سلامت و تغذیه آنان حائز اهمیت می باشد. لذا موارد زیر پیشنهاد می گردد: ۱- فراهم نمودن برنامه های آموزشی، فرهنگی، تفریحی، ورزشی و تغذیه ای سالم. ۲- تقویت مراکز مشاوره و خدمات روان پزشکی، جهت شناخت و درمان به موقع مشکلات روحی و روانی دانشجویان.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، معاون محترم تحقیقات و تمامی کسانی که در پیشبرد این مطالعه همکاری داشتند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

References

- 1-Jungkwon L, Antonnette G. Students' perception of Medical school stress and their evaluation of a wellness elective. *Med Educat* 2001;35:652-9.
- 2-Philip H. The mental health of students in higher education. Council Report 2003; 12:465-9.
- 3-Yildirim Y, Kilic SP, Akyol AD. Relationship between life satisfaction and quality of life in Turkish nursing school students. *Nurs Health Sci* 2013;10:75-82.
- 4-Abrams S, Copeland K, Gunn S, Gundersberg C, Klein K, Ellis K. Calcium absorption, bone mass accumulation, and kinetics increase during early pubertal development in girls. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:1805-9.
- 5-Ball G, Huang T, Gower B, Cruz M, Shabibi G, Weigensberg M, et al. Longitudinal changes in insulin sensitivity, insulin secretion, and beta-cell function during puberty. *J Pediatr* 2006;148:16-22.
- 6-Corapci F, Calatroni A, Kaciroti N, Jimenez E, Lozoff B. Longitudinal Evaluation of Externalizing and Internalizing Behavior Problems Following Iron Deficiency in Infancy. *J Pediatr Psychol* 2009;35:296-306.
- 7-Michaud D, Fuchs C, Liu S, Willett W, Colditz G, Giovannucci E. Dietary glycemic load, carbohydrate, sugar, and colorectal cancer risk in men and women. *Cancer Epidemiol Biomark Prevent* 2005;14: 138-43.
- 8-Dominguez L, Barbagallo M. longevity thanks to the Mediterranean diet. *Agro Food Indust Tech* 2009;20:6-8.
- 9-Drewnowski A, Fiddler E, Dauchet L, Galan P, Hercberg S. Diet Quality Measures and Cardiovascular Risk Factors in France: Applying the Healthy Eating Index to the SU.VI. MAX Study. *J Am College Nutr* 2009;28:22-9.
- 10-Amani R, Soflaei M. Nutrition education alone improves dietary practices but not hematologic indices of adolescent girls in Iran. *Food Nutr Bull* 2006;27:260-4.
- 11-Jimenez E, Lozoff B. Comprehensive textbook of psychiatry Williams & Wilkins. 7th ed. 2000.P.1284-344.
- 12-Hinz A, Brähler E, Möde R, Wirtz H, Bosse-Henck A. Anxiety and depression in sarcoidosis: the influence of age, gender,

- affected organs, concomitant diseases and dyspnea. Sarcoidosis, vasculitis, and diffuse lung diseases. *J WASOG/World Assoc* 2012;29:139-42.
- 13-Nejat s, miontazeri A, Holakooie K, Kazem M, Majdzadeh SR. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, translation and psychometric Iranian species. *J Public Health Res* 2006;4:1-12.
- 14-Kaviani H, Mosavi A. Psychometric properties of Beck Anxiety Inventory in an Iranian population age and sex classes. *J Med* 2008;66:136-40.
- 15-Beck A, Steer A, Garbin G. Analysis of the psychometric parties of the Spanish version of the Beck depression inventory in Argentina. *Psychiatry Rev* 1988;79:275-85.
- 16-Breslow L. Health measurement in the third era of health. *Am J Public Health* 2006;96:17-9.
- 17-Gioiella E. Quality of life revisited. *Nurs Sci Quart* 1995;8:97-102.
- 18-Mooldon M. What are quality of life measurement. *J Med* 2002;315:542-5.
- 19-Aghakhani N, Baghaie R. The survey of depression in medical students in West Azarbaijan Province. Congress from new prevention to rehabilitation nursing in mood disorders. *Shiraz Uni Med Sci J* 2008; 15:12-8.
- 20-Cella D, Klich J, Mc Dermott A. The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: results from five randomized clinical trials. *Ann Oncol* 2004;15:979-86.
- 21-Ghaffari F, Fotokian Z, Karimi M, Keianian S, Karimi H. The relationship between anemia-related fatigue and quality of life in canceric patients. *J Qual Uni Med Sci* 2009;13:34-41.
- 22-Nejat S. The Survey of Quality of life in patients with multiple sclerosis, along with the standard short form of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-Bref). *J Tehran Uni Med Sci* 2006;64:234-9.
- 23-Rose B, Monae M. Health related quality of life in urban elementary school children. *Pediatrics* 2003;111:1372-81.
- 24-Gashtasbi A. Evaluation of health-related quality of life in Tehran. *Proc Nation Conf Qual Life Tarbiat Modares Uni* 2004; 23:85-90.
- 25-Littlewood T, Kallich J, Jesus San Miguel J. Efficacy of darbepoetin alfa in alleviating fatigue and the effect of fatigue on quality of life in anemic patients with lymphoproliferative malignancies. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:317-25.
- 26-Leininger M. Quality of life from a Transcultural nursing perspective. *Nurs Sci* 2003; 7:22-8.
- 27-Jessri M, Mirmiran P, Golzarand M, Rashidkhani B, Hosseini EF, Azizi F. [Comparison of trends in dietary pattern in Iran, Middle Eastern and North African countries from 1961 to 2005]. *Pajohandeh* 2011;16:1-10.(Persian)
- 28-Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public Health Nutr* 2002;5:149-55.
- 29-Safari M, Saadatmand N, Azarman M. [Food intake pattern and related factors in women referred to medical and health centers of Yasouj- 2006]. *Faslnameh Dend* 2007;2:27-37.(Persian)
- 30-Rezazadeh A, Rashidkhani B, Omidvar N. Association of major dietary patterns with socioeconomic and lifestyle factors of adult women living in Tehran, Iran. *Nutrition* 2010;26:337-41.
- 31-Rashydkhany B, Rezazadeh A, Omidvar N, Hoshyar RA, Setayeshgar Z. Dietary patterns associated with economic conditions - social and demographic of women 20 to 50 years in northern Tehran. *J Nutr Food Sci Iran* 2008;3:1-12.
- 32-Sharifi k, Sooki Z, Khademi Z, Hosainian M, Taghribi Z. Prevalence of depression and related factors in Kashan University of Medical Sciences. *KAUMS J (FE-YZ)* 2000;16:54-8.
- 33-Eller T, Aluja V, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depress Anx* 2006;23:250-6.
- 34-Tavakolizadeh J, Mohamadpoor A. The survey of Depression in medical students Gonabad. *J Med Sci Gonabad* 2001;7:36-40.
- 35-Ildarabadi E, Firouzkoobi M, Mazlom SR, Navidian A. Prevalence of Depression among medical students in Zabul(2001-2002). *J Shahrekord Uni Med Sci* 2004; 2:15-21.
- 36-Karimizarchi A, Tavalae SA, Adibzadeh A, Hosainlou S. [The survey of Preva-

lence of depression and its determinants in medical students]. *Kausar Med J*2003;8:

231-34.(Persian)



Effective Factors on the Quality of Life in Female Students of Kermanshah University of Medical Sciences

Pasdar Y¹, Eizadi N^{2*}, Safari R³

(Received: 17 Apr. 2012

Accepted: 30 Oct. 2012)

Abstract

Introduction: Female student as future mothers have an important role in society. This study was designed for assessing the quality of life and its related factors among girl students.

Materials & Methods: In this cross-sectional study demographic, quality of life, Beck and food frequency questionnaires were used for data collection. Data was extracted and analyzed using SPSS16 and appropriate statistical tests.

Findings: Mean age of the 266 participant students was 22.1±2.4 year. Average score of quality of life was 13.7±1.7, 13.07±2.5, 13.7±2.7 and 12.7±2.4 in physical health, mental health, social relationships and environmental health fields, respectively. Based

on the results of the Beck depression questionnaire, about 30% of the students were suffering from depression. The t-test showed that there was an inverse relationship between the quality of life and suffering from depression ($P < 0.05$). In this study 97.2% of the students consumed less vegetables, 37.8% less fruit and 60.2% less meat food groups than the recommended level.

Discussion & Conclusion: According to relationship between mental health and quality of life, periodical evaluation of health and nutritional status of students is highly recommended.

Keywords: quality of life, depression, nutrition status, students

1. Dept of Nutrition, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2. Dept of Public Health, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

3. Dept of Epidemiology, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

*(corresponding author)