ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳

محسن جانقربانی[۱]، سیف‌اله بخشی[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به روند صعودی نگران کننده مشکلات عاطفی، روانی و افکار خودکشی در میان دانشجویان، شناخت مسایلی که می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت آنان را به مخاطره بیندازد، ضروری به نظر می‌رسد. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۱۰۰۰ دانشجوی رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire-12 یا GHQ-12)، مقیاس SF-۳۶ (Short Form Health Survey-36) و فرم اطلاعات دموگرافیک، ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی و ابعاد آن تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t، ANOVA و مدل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در دانشجویان، ۷۰/۷۰ به دست آمد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد = ۷۱/۶۸-۶۹/۷۱). بالاترین نمره به بعد عملکرد جسمانی با میانگین ۸۵/۲۹ (فاصله اطمینان ۹۵ درصد = ۸۶/۵۶-۸۳/۹۵) و پایین‌ترین نمره به بعد محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی با میانگین ۵۵/۲۶ (فاصله اطمینان ۹۵ درصد = ۵۸/۱۷-۵۲/۴۸) اختصاص داشت. بین سلامت روان و شیوع افکار خودکشی و کیفیت زندگی دانشجویان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلالات روان و افکار خودکشی در دانشجویان بالا می‌باشد و با سطح کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط دارد. بنابراین، توصیه می‌شود که پیشگیری، شناسایی و درمان اختلالات روان و افکار خودکشی توسط مسؤولان دانشگاه به عنوان اولویت در نظر گرفته شود تا بدین وسیله کیفیت زندگی دانشجویان ارتقا یابد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، افکار خودکشی، کیفیت زندگی، دانشجو

ارجاع: جانقربانی محسن، بخشی سیف‌اله. **ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۵۴-۴۴۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۲/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۵

مقدمه

امروزه کیفیت زندگی و سلامت دارای چنان اهمیتی است که قرن حاضر را دوران بهبود کیفیت زندگی نام نهاده‌اند (۱) و از این شاخص جهت ارزیابی کارایی تدابیر درمانی و کیفیت مراقبت‌ها و نیازهای بهداشتی استفاده می‌کنند (۲). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به «درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان» گفته می‌شود. بنابراین، موضوعی فردی و غیر قابل مشاهده توسط دیگران می‌باشد و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۳).

کیفیت زندگی در حوزه علوم پزشکی تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بررسی می‌شود که عبارت است از ارزیابی ذهنی از وضعیت سلامت کنونی، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی‌اش را دنبال کند (۴).

امروزه سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت، به عنوان پیامدی از وضعیت سلامت جامعه در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است (۵). این شاخص به طور مستقیم اثرات بیماری یا درمان آن را بررسی می‌کند و به تأثیرات دورتر مانند سلامت محیط، وضعیت استخدامی، رضایت بیمار از خانواده و سلامت اجتماعی که در ابزارهای کلی سنجش کیفیت زندگی مورد توجه قرار می‌گیرند، توجهی ندارد. پرسش‌نامه‌هایی مانند SF-۳۶

۱- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس پژوهشی، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
نویسنده مسؤول: سیف‌اله بخشی
Email: se_bakhshi@yahoo.com

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

(Short Form Health Survey-36) از جمله ابزارهای وابسته به سلامتی و BREF-WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) نمونه‌ای از ابزارهای کلی هستند (۶).

بررسی‌ها و مطالعات نشان داده است که مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی داشته است که این امر بیانگر اهمیت موضوع می‌باشد (۷). نتایج مطالعه‌ای در گیلان نشان داد که فقط ۳۸ درصد از دانشجویان از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (۸). نتایج پژوهش دیگری در شهر گرگان، کیفیت زندگی ۴۹/۵ درصد از دانشجویان را مطلوب گزارش نمود (۹). واعظ و همکاران با انجام تحقیقی نشان دادند که کیفیت زندگی دانشجویان از غیر دانشجویان هم‌سن و سال آن‌ها با اختلاف معنی‌داری کمتر است (۱۰).

کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند و اختلالات روانی علاوه بر سلامت جسمی و روانی، بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و شغلی فرد نیز تأثیرگذار است و موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۱). سلامت روانی در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است که طبق دیدگاه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، چنین تعریف می‌شود: «سلامت فکر عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است» (۱۲).

از آن‌جا که دانشجویان از اقشار مستعد برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور محسوب می‌شوند؛ بنابراین، سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای جهت یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است (۱۳). دانشجویان مبتلا به اختلالات روان‌شناختی اغلب مشکلات شایع مرتبط با تحصیل را تجربه می‌کنند که این مشکلات موانع و پیچیدگی‌هایی را بر سر راه پیشرفت تحصیلی آنان قرار می‌دهد (۱۴). همچنین، عوامل زیستی- روانی- اجتماعی از جمله عوامل خطر خودکشی دانشجویان به شمار می‌رود (۱۵)؛ به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد، ۷۵ درصد از افراد دارای افکار خودکشی، مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی می‌باشند (۱۶).

واژه افکار خودکشی (Suicidal ideation) به اشتغالات ذهنی اشاره دارد که دامنه آن از افکار زودگذر نسبت به بی‌ارزش بودن زندگی و آرزوی مرگ تا طرح‌های عملی برای نابودی خود را در برمی‌گیرد (۱۷). با توجه به پژوهش‌های انجام شده پیرامون مقوله خودکشی، این پدیده دارای روندی صعودی است و پیشگیری از آن اهمیت بسیار زیادی دارد که جز با شناسایی و توجه به متغیرهای پیش‌بینی کننده آن، امکان‌پذیر نمی‌باشد (۱۸).

بر اساس نتایج تحقیقات Witte و همکاران (۱۹) و Scocco و همکاران (۲۰)، بیشتر رفتارهای خودکشی‌گرایانه از قبل برنامه‌ریزی شده‌اند و افکار خودکشی‌گرایانه، پیش‌بینی کننده مؤثری در مورد اقدام به خودکشی هستند. گذر از فکر خودکشی به نقشه کشیدن، در ۳۲ درصد افراد دارای فکر خودکشی و گذر از نقشه خودکشی به اقدام نیز در ۷۲ درصد افراد دارای نقشه خودکشی صورت می‌گیرد. در نتیجه، ۲۴ درصد افرادی که فکر خودکشی را گزارش می‌کنند، در نهایت به سمت اقدام به خودکشی می‌روند (۲۱).

با توجه به این که وجود افکار خودکشی ناشی از فشارهای روانی، افسردگی، استرس و مشغولیت فکری می‌باشد (۲۲)، پس این عوامل می‌توانند با ایجاد اختلال در سلامت روان، موجب کاهش کیفیت زندگی افراد شوند.

با توجه به مطالعات پیشین، شیوع اختلالات روان و افکار خودکشی در دانشجویان بالا بود و با توجه به همراه بودن آموزش و یادگیری همراه با استرس، محیط دانشگاه می‌تواند محیط پراسترس و پرچالشی برای دانشجویان باشد (۲۳)، به ویژه در رشته‌های علوم پزشکی که ماهیت آن‌ها از پراسترس‌ترین مشاغل می‌باشد (۲۴)؛ چرا که دانشجویان علوم پزشکی ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان، مشکلات خاص خود از جمله فشارهای روحی- روانی محیط (بیمارستان و بخش فوریت‌ها) و برخورد با مسایل و مشکلات بیماران را نیز دارند (۲۵).

سلامت روان، منجر به رویارویی قدرتمندانه انسان در مقابله با فشارهای روانی و افزایش قدرت تصمیم‌گیری و حل مسأله می‌گردد و زمینه‌ساز ارتقای کیفیت زندگی افراد را فراهم می‌سازد (۲۸-۲۶).

برخی از پژوهش‌های انجام شده، زندگی دانشجویی و محیط‌های دانشگاهی را محیط‌های استرس‌زایی معرفی کرده و ارتقای سطح عواملی که سبب بهبود کیفیت زندگی و سطح سلامت دانشجویان می‌شود را مهم دانسته‌اند (۲۹). با توجه به روند صعودی نگران کننده مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی در میان دانشجویان که به صورت جدی پیشرفت آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، انجام تحقیقات لازم جهت شناخت علمی و دقیق مسایل، اجتناب‌ناپذیر است (۳۰). بنابراین، مطالعه حاضر به منظور شناخت راهکارهای مناسب جهت ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان و با هدف بررسی ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی بود که به بررسی ارتباط سلامت روان و افکار خودکشی با کیفیت زندگی وابسته به سلامتی و ابعاد آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ پرداخت. جامعه مورد مطالعه را تمام دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، PhD و دکتری حرفه‌ای مشغول به تحصیل بودند، تشکیل داد. بر اساس آمار آموزش، دانشگاه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳، ۷۰۷۸ دانشجو در ۹ دانشکده پزشکی، داروسازی، دندان‌پزشکی، بهداشت، توان‌بخشی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، فن‌آوری‌های نوین پزشکی، پرستاری و مامایی و تغذیه مشغول به تحصیل بودند. از این تعداد، ۱۰۰۰ دانشجو به روش تصادفی طبقه‌بندی شده متناسب با حجم در چند مرحله انتخاب شدند؛ بدین صورت که نمونه‌ها متناسب با تعداد دانشجویان هر دانشکده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری هر دانشکده به عنوان یک طبقه انتخاب و متناسب با جمعیت دانشکده، نمونه مورد نظر انتخاب گردید. با توجه به ریزش افراد، در نهایت ۹۲۱ نفر از دانشجویان به مطالعه وارد شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire-12 یا GHQ-12)، کیفیت زندگی (SF-۳۶) و اطلاعات دموگرافیک بود. همچنین، برای سنجش شیوع افکار خودکشی دانشجویان، سه سؤال با پاسخ بلی/ خیر از دانشجویان پرسیده شد که شامل «آیا تاکنون افکار خودکشی داشته‌اید؟، آیا در سال گذشته افکار خودکشی داشته‌اید؟ و آیا

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

در حال حاضر دارای افکار خودکشی می‌باشید؟» بود. پایایی این سؤالات با استفاده از ضریب Cronbach's alpha محاسبه و تأیید گردید (r = ۰/۷۱).

پرسش‌نامه GHQ-۱۲: این مقیاس، نسخه خلاصه شده پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی سلامت عمومی Goldberg (GHQ-۶۰) می‌باشد که در ۱۲ آیتم به سنجش سلامت روان فرد می‌پردازد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط Goldberg و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شد. سؤالات پرسش‌نامه که وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر را بررسی می‌کند، در برگیرنده نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد (۳۱).

نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها به دو صورت متداول است. یکی روش نمره‌گذاری سنتی Goldberg به صورت (۰-۰-۱-۱) و دیگری روش نمره گذاری به صورت (۰-۱-۲-۳) می باشد؛ یعنی گزینه «الف» نمره صفر، گزینه «ب» نمره ۱، گزینه «ج» نمره ۲ و گزینه «د» نمره ۳ می‌گیرد. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری در پرسش‌نامه GHQ-۱۲ برابر با ۳۶ است.

اعتبار سازه پرسش‌نامه از طریق بررسی همبستگی بین خرده مقیاس ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه گردید که همگی دارای همبستگی معنی‌دار با شدت قوی بودند. ضریب Cronbach's alpha پرسش‌نامه، ۰/۹۲ و ضریب اعتبار تصنیف و Spearman-Brown، ۰/۹۱ به دست آمد. بهترین نقطه برش این ابزار برای مطالعات دو مرحله‌ای، نمره ۹ و برای مطالعات یک مرحله‌ای، نمره ۱۵ می باشد. اعتبار سازه و ضرایب اعتبار به دست آمده نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه برای غربالگری آسیب‌شناسی روانی در دانشجویان مناسب است (۳۱).

SF-۳۶: کیفیت زندگی دانشجویان با استفاده از این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. منتظری و همکاران طی پژوهشی به ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد بین‌المللی SF-۳۶ به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پرداختند (۳۲). آزمون پایایی پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل آماری «همخوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده» و «روایی همگرایی» مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط (α = ۰/۶۵)، سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-۳۶ از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار می‌باشد. آزمون «روایی همگرایی» به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را ارایه نمود و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را گزارش کرد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-۳۶ را توجیه می‌نمود. در مجموع، نتایج حاکی از آن بود که گونه فارسی ابزار SF-۳۶ به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، از پایایی و روایی لازم برخوردار می‌باشد (۳۲).

سؤالات و مفاهیم زمینه‌ای ساختار مقیاس‌ها و سنجش‌های خلاصه پرسش‌نامه SF-۳۶ در سه سطح طبقه‌بندی شده که در ادامه آمده است. «سؤالات» «هشت مقیاس که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال به دست می‌آیند و شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان می‌باشد» و «دو سنجش خلاصه که از ادغام مقیاس‌ها به دست می‌آیند و شامل سلامت جسمی (عملکرد جسمی + محدودیت جسمی + درد جسمی+ سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی + مشکلات روحی+ سلامت روان+ نشاط) است».

به استثنای یک سؤال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سؤالات در محاسبه امتیاز هشت مقیاس SF-۳۶ به کار می‌روند. هر سؤال تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس به کار برده می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر می‌باشد که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند (۳۲).

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در خصوص جنسیت، سن، وضعیت تأهل، نام دانشکده، مقطع تحصیلی، ترم تحصیلی، محل سکونت، در قید حیات بودن پدر و مادر، تعداد خواهر و برادر و درجه اعتقادات مذهبی دانشجویان بود.

داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها کدبندی و با استفاده از شاخص‌های توصیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل گردید. برای تعیین ارتباط بین متغیرها، آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه مورد استفاده قرار گرفت. سلامت روان و داشتن افکار خودکشی به عنوان متغیرهای مستقل و متغیر کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در مدل رگرسیون وارد شد. تمام آزمون‌های آماری دو دامنه داشت و با فرض احتمال خطای نوع اول کمتر از ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن دانشجویان، ۳/۹۲ ± ۲۲/۴۲ سال با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۲۲/۱۷ و ۲۲/۶۶) و کمترین و بیشترین سن دانشجویان به ترتیب ۱۸ و۴۴ سال بود. ۴۷/۶ درصد دانشجویان در خوابگاه، ۴۹/۸ درصد آن‌ها همراه با خانواده و ۲/۵ درصد آن‌ها در خانه مجردی زندگی می‌کردند. مادر ۹۸/۶ درصد دانشجویان و پدر ۹۳/۱ درصد آن‌ها در قید حیات بودند. ۹۰/۸ درصد والدین دانشجویان با هم زندگی می‌کردند و والدین ۱/۰ درصد آن‌ها از هم جدا شده بودند و ۸/۲ درصد دانشجویان نیز گزینه «در مورد من صدق نمی‌کند» را انتخاب کردند.

۱۰۰ درصد دانشجویان معتقد به دین اسلام بودند. ۵/۹ درصد اعتقادات ضعیف مذهبی، ۲۲/۹ درصد اعتقادات مذهبی متوسط، ۳۸/۲ درصد اعتقادات مذهبی خوب و ۳۳/۰ درصد اعتقادات مذهبی خیلی خوب داشتند. از بین ۱۰۰۰ دانشجویی که برای نمونه‌گیری برگزیده شدند، ۶۰۲ نفر (۶۰/۲ درصد) را زنان و ۳۹۷ نفر (۳۹/۷ درصد) را مردان تشکیل دادند. ۲۰۱ نفر (۲۱/۸ درصد) از دانشکده پزشکی، ۱۷۵ نفر (۱۹/۰ درصد) از دانشکده پرستاری، ۱۲۰ نفر (۱۳/۰ درصد) از دانشکده بهداشت، ۶۲ نفر (۶/۷ درصد) از دانشکده تغذیه، ۱۱۷ نفر (۱۲/۷ درصد) از دانشکده دندان‌پزشکی، ۴۵ نفر (۴/۹ درصد) از دانشکده داروسازی، ۸۷ نفر (۹/۴ درصد) از دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، ۱۰۴ نفر (۱۱/۳ درصد) از دانشکده توان‌بخشی و ۱۰ نفر (۱/۱ درصد) از دانشکده فن‌آوری‌های نوین پزشکی بودند.

۰/۲ درصد دانشجویان در مقطع کاردانی، ۵۹/۲ درصد در مقطع کارشناسی، ۱۰/۶ درصد در مقطع کارشناسی ارشد، ۲۸/۲ درصد در مقطع دکتری حرفه‌ای و ۱/۷ درصد در مقطع PhD مشغول به تحصیل بودند. شیوع مادام‌العمر افکار خودکشی در دانشجویان ۲۹/۷ درصد، شیوع یک‌ساله ۱۵/۰ درصد و شیوع لحظه‌ای ۶/۲ درصد گزارش گردید.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

جدول ۱. آمارهای توصیفی مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-۳۶ (Short Form Health Survey-36)

ابعاد	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین ± انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
سلامت جسمانی	۹۹۴	۰	۱۰۰	۸۵/۲۹ ± ۲۰/۸۵	۸۳/۹۵	۸۶/۵۶
سلامت عمومی	۹۹۴	۱۰	۱۰۰	۶۶/۸۳ ± ۱۷/۲۸	۶۵/۷۹	۶۷/۹۳
درد جسمانی	۹۹۴	۱۰	۱۰۰	۷۷/۲۶ ± ۱۹/۹۲	۷۶/۰۰	۷۸/۴۷
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۹۹۴	۰	۱۰۰	۶۷/۴۲ ± ۳۸/۴۴	۶۴/۹۴	۶۹/۹۶
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۹۹۴	۰	۱۰۰	۵۵/۲۶ ± ۴۳/۰۶	۵۲/۴۸	۵۸/۱۷
شادابی و نشاط	۹۹۴	۵	۱۰۰	۵۷/۲۹ ± ۱۱/۷۸	۵۶/۵۸	۵۸/۰۲
سلامت روان	۹۹۴	۸	۱۰۰	۶۶/۵۹ ± ۱۷/۵۹	۶۵/۴۹	۶۷/۷۵
عملکرد اجتماعی	۹۹۴	۰	۱۰۰	۷۱/۴۲ ± ۲۱/۵۸	۷۰/۰۵	۷۲/۷۱
کیفیت زندگی کل در بعد جسمانی	۹۹۴	۲۰/۶۲	۱۰۰	۷۴/۲۰ ± ۱۷/۷۱	۷۳/۱۲	۷۵/۳۱
کیفیت زندگی کل در بعد روانی	۹۹۴	۴/۲۵	۹۷/۷۵	۶۲/۶۴ ± ۱۸/۵۱	۶۱/۴۷	۶۳/۸۴
نمره کلی کیفیت زندگی	۹۹۴	۲۲/۲۲	۹۷/۵۰	۷۰/۷۰ ± ۱۵/۳۳	۶۹/۷۱	۷۱/۶۸

در مطالعه حاضر میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بعد جسمانی، ۷۴/۲۰ به دست آمد که بالاتر از میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بعد روانی (۶۲/۶۴) بود. همچنین، میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان، ۷۰/۷۰ بیان شد. در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بالاترین نمره مربوط به بعد عملکرد جسمانی و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بود (جدول ۱).

در مطالعه حاضر، رابطه بین سلامت روان و شیوع افکار خودکشی با کیفیت زندگی از طریق مدل رگرسیون چندگانه تحلیل گردید و متغیرهای سلامت روان، شیوع مادام‌العمر، شیوع سالیانه و شیوع لحظه‌ای افکار خودکشی به عنوان متغیر مستقل وارد مدل شد و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد (جدول ۲).

در این مدل، بین شیوع مادام‌العمر افکار خودکشی و کیفیت زندگی، شیوع سالیانه افکار خودکشی و کیفیت زندگی و شیوع لحظه‌ای افکار خودکشی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و با افزایش شیوع افکار خودکشی، کیفیت زندگی کاهش یافت. همچنین، بین سلامت روان با کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید؛ به طوری که با کاهش سلامت روان، از کیفیت زندگی نیز کاسته می‌شد.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بعد جسمانی بالاتر از میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بعد روانی بود. میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان، ۷۰/۷۰ به دست آمد. همچنین، در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بالاترین نمره مربوط به بعد عملکرد جسمانی و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بود (جدول ۱).

در مطالعه محمدعلیخانی و همکاران، میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در بعد جسمانی و روانی به ترتیب ۷۳/۰۵ و ۶۳/۰۱ گزارش گردید. همچنین، بالاترین نمره در ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی مربوط به بعد عملکرد جسمانی و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بود (۳۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت؛ در حالی که نیکبخت نصرآبادی و همکاران در پژوهش خود، میانگین نمره کیفیت زندگی دانشجویان را در بعد جسمی ۸۰/۲ و در بعد روانی ۷۲/۲ گزارش نمودند (۲).

نتایج مطالعه مکوندی و زمانی نشان داد که بیشترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به بعد سلامت جسمانی می‌باشد (۳۴). نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های مطالعه Demont-Heinrich که بیانگر نقش مثبت سلامت جسمانی در بهبود کیفیت زندگی است (۳۵)، مطابقت داشت. تبرایی و همکاران با بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، نشان دادند که میانگین نمره کیفیت زندگی ۸۹/۳۸ می‌باشد. ۲۵ درصد نمونه‌های فوق نمره کیفیت زندگی بیشتر از ۹۵ داشتند؛ در حالی که ۲۵ درصد نیز نمره کیفیت زندگی کمتر از ۸۲ کسب کردند (۳۶).

زنجانی و بیات با بررسی کیفیت زندگی زنان، به این نتیجه رسید که در میان هشت بعد کیفیت زندگی، افراد مورد مطالعه در بعد «عملکرد جسمی» بیشترین نمره (میانگین ۸۷) و در بعد «مشکلات روحی» کمترین نمره (میانگین ۳/۵۷) را به دست آوردند (۳۷).

جدول ۲. نتیجه مدل‌سازی آنالیز رگرسیون پیش‌بینی کیفیت زندگی با استفاده از شیوع افکار خودکشی و سطح سلامت روان

آنالیز رگرسیون	ضریب رگرسیونی استاندارد نشده		ضریب رگرسیونی استاندارد شده	t	P
	Beta	خطای معیار	Beta		
Constant	۸۳/۷۴	۰/۹۴	–	۸۸/۵۲	< ۰/۰۰۱
شیوع مادام‌العمر افکار خودکشی	−۳/۴۹	۱/۲۲	−۰/۱۰	−۲/۸۴	۰/۰۰۴
شیوع سالیانه افکار خودکشی	−۳/۵۳	۱/۵۵	−۰/۰۸	−۲/۲۸	۰/۰۲۳
شیوع لحظه‌ای افکار خودکشی	−۷/۴۲	۱/۹۲	−۰/۱۱	−۳/۸۵	< ۰/۰۰۱
سلامت روان	−۰/۸۴	۶۰/۰۰	−۰/۳۶	−۱۲/۷۳	< ۰/۰۰۱

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

در مطالعه نجات و همکاران نیز بیشترین نمره کیفیت زندگی زنان شهر تهران مربوط به عملکرد جسمی (میانگین ۹/۸۲) و کمترین نمره مربوط به مشکلات روحی (میانگین ۴/۶۱) بود (۳۸). نتایج تحقیق Stewart-Brown و همکاران حاکی از آن بود که در جنبه‌های متفاوت کیفیت زندگی، مشکلات مربوط به حیطه سلامت هیجانی دانشجویان بیشتر از مسایل مربوط به سلامت جسمانی آن‌ها است (۳۹).

۳۴/۴ درصد دانشجویان مطالعه حاضر مشکوک به اختلال در سلامت روان بودند. در این زمینه در پژوهش‌های انجام شده بر روی دانشجویان داخل کشور که اغلب با استفاده از مقیاس GHQ–۲۸ انجام شده، آمارهای متفاوتی به دست آمده است که از آن جمله می‌توان به نتایج پژوهش‌های محمدی فرخران و همکاران ۳۴/۳ درصد (۴۰)، دادخواه و همکاران ۲۸/۱ درصد (۱۳)، حسینی و همکاران ۴۳/۱ درصد (۴۱)، انصاری و همکاران ۳۸/۸ درصد (۴۲)، شریعتی و همکاران ۴۲/۶ درصد (۴۳)، رضایی و همکاران ۳۰/۶ درصد (۴۴)، عکاشه ۲۸/۴ درصد (۴۵)، توکلی‌زاده و خدادادی ۳۱/۶ درصد (۴۶)، بحرینیان و محمدحسینی ۳۶/۱ درصد (۴۷)، مقصودی و همکاران ۳۳/۶ درصد (۴۸)، ایمانی و همکاران ۳۶/۸ درصد (۴۹) و ضیغمی و پوربهاءالدینی زرندی ۶۳/۶ درصد (۵۰) اشاره نمود.

۴۱/۹ درصد دانشجویان رشته پزشکی در مالزی (۵۱) و ۲۹/۹ درصد دانشجویان ترکیه در پژوهش Yoldascan و همکاران (۵۲) بر اساس پرسش‌نامه GHQ–۱۲ مشکوک به اختلال در سلامت روان بودند. همچنین، نتایج تحقیق Ofili و همکاران که با استفاده از مقیاس GHQ–۲۸ بر روی ۱۹۰ پزشک فارغ‌التحصیل در دانشگاه بنین نیجریه انجام شد، نشان داد که ۱۴ درصد از فارغ‌التحصیلان دارای اختلالات روان‌پزشکی بودند (۵۳). علت تفاوت در این آمارها را می‌توان به گوناگونی ابزار مورد استفاده، متفاوت بودن جامعه آماری و خطاهای ناشی از جمع‌آوری اطلاعات نسبت داد.

وقوع بیماری روانی در میان دانشجویان در حال افزایش می‌باشد. نتایج یک پژوهش طولی ۱۳ ساله حاکی از آن بود که امروزه دانشجویان نسبت به قبل به میزان بیشتری به مراکز مشاوره دانشگاهی مراجعه می‌کنند و مشکلات آن‌ها نیز پیچیده‌تر شده است (۵۴). به عنوان مثال، در پیمایش ملی دانشجویان مقطع کارشناسی مشخص گردید که ۱۰ درصد آن‌ها اقدام جدی به خودکشی داشته‌اند (۵۵).

نتایج برخی از مطالعات انجام گرفته از جمله Lioyd و Gartrell (۵۶)، Lioyd و Musser (۵۷) و Benitez و همکاران (۵۸) در اسپانیا نشان داد که شیوع اختلالات روانی در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به جمعیت عادی بیشتر بوده است.

در مطالعه حاضر شیوع مادام‌العمر افکار خودکشی در دانشجویان ۲۹/۷ درصد، شیوع یک‌ساله ۱۵/۰ درصد و شیوع لحظه‌ای ۶/۲ درصد بود. چندین مطالعه دیگر نیز شیوع افکار خودکشی در دانشجویان داخل کشور را مورد بررسی قرار داده‌اند که از آن جمله می‌توان به تحقیقات موسوی و همکاران که شیوع افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان را ۱۰/۳۳ درصد (۵۹) و ۷/۵ درصد (۶۰) گزارش کردند، اشاره نمود.

در تحقیق طلایی و همکاران، ۷/۲ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد دارای افکارخودکشی کم‌خطر و ۲/۴ درصد آنان دارای افکار خودکشی پرخطر بودند (۶۱). در پژوهش میرزایی و شمس علیزاده، ۳۲/۷ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان (۶۲) و در مطالعه محمدی‌نیا و همکاران نیز ۲۶/۴ درصد دانشجویان رشته‌های پرستاری، مامایی و مرکز فوریت‌های پزشکی ایرانشهر (۶۳) افکار خودکشی داشتند.

آمارهای ارایه شده مطالعات خارج از کشور در زمینه شیوع افکار خودکشی دانشجویان متفاوت است؛ به طوری که در دانشجویان استرالیایی ۶۲/۰ درصد (۶۴)، در دانشجویان کلمبیا ۴/۴ درصد (۶۵)، در دانشجویان دانشگاه آتلانتیک آمریکا ۶/۰ درصد (۶۶)، در دانشجویان (رشته‌های پزشکی، پرستاری و بهداشت) دانشگاه ایموری ۱۱/۱ درصد (۶۷)، در دانشجویان کره‌ای ۹/۸ درصد (۶۸)، در دانشجویان اسپانیا ۳/۶ درصد (۶۹) و در دانشجویان لهستانی ۱۴ تا ۲۱ ساله ۳۰/۰ درصد (۷۰) گزارش گردید.

همان‌گونه که اشاره شد، آمارها در خصوص شیوع افکار خودکشی متفاوت است و بین مطالعات مختلف داخل و خارج از کشور و مطالعه حاضر همخوانی وجود ندارد که علت این موضوع را می‌توان به گوناگونی ابزارهای مورد استفاده جهت جمع‌آوری اطلاعات، تفاوت‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی در سطح دانشگاه‌ها، متفاوت بودن روش نمونه‌گیری و خصوصیات جامعه مورد مطالعه و گذشت زمان نسبت داد. رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی و تمام ابعاد هشت‌گانه آن معنی‌دار بود و افراد دارای سلامت روان نسبت به افراد مشکوک به اختلال در سلامت روان، نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

در میان تحقیقات داخل کشور، مطالعه‌ای در خصوص ارتباط بین سلامت روان و کیفیت زندگی در بین دانشجویان مشاهده نشد و بیشتر مطالعات به بررسی ارتباط بین سلامت روان و کیفیت زندگی در گروه‌های خاص از جمله بیماران پرداخته‌اند. به عنوان مثال، مردانی حموله و شهرکی واحد با بررسی ارتباط سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شفای اهواز، به این نتیجه رسیدند که بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی‌داری دارد (۷۱).

Salati و همکاران در پژوهشی بر روی ۲۱۸ بیمار مبتلا به سرطان ریه دریافتند که عملکرد فیزیکی و سلامت روانی بیماران، با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی آن‌ها رابطه دارد (۷۲). در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و تمام ابعاد آن و داشتن افکار خودکشی در طول عمر، در سال گذشته و در زمان تکمیل پرسش‌نامه ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد با نمره بالاتر در کیفیت زندگی و ابعاد آن، از شیوع کمتر افکار خودکشی برخوردار بودند.

در بررسی مطالعات داخل و خارج کشور، پژوهشی در خصوص ارتباط بین افکار خودکشی و کیفیت زندگی دانشجویان مشاهده نشد، اما برخی تحقیقات به ارتباط بین خودکشی و کیفیت زندگی در جمعیت عمومی پرداخته‌اند که از آن جمله می‌توان به مطالعه پناغی و همکاران در خصوص بررسی کیفیت زندگی در زنان اقدام کننده به خودسوزی در تهران و شیراز اشاره نمود که دلالت بر پایین بودن شاخص‌های کیفیت زندگی در این زنان نسبت به گروه شاهد می‌نمود (۷۳). همچنین، Pompili و همکاران در بررسی کیفیت زندگی و خطر خودکشی در بیماران مبتلا به دیابت در یکی از بیمارستان‌های شهر رم ایتالیا به این نتیجه رسیدند که خطر اقدام به خودکشی در بیماران دارای کیفیت زندگی پایین، بالاتر است (۷۴).

در مطالعه حاضر بین میزان اعتقادات مذهبی و نمره کلی کیفیت زندگی و همه ابعاد به جز عملکرد جسمانی و درد جسمانی رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که با افزایش سطح اعتقادات مذهبی، بر نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن افزوده شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

جمشیدیها و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی رابطه میان ابعاد کیفیت زندگی با تغییرات دینداری دانشجویان در همه دانشجویان سه دانشگاه دولتی استان مازندران، به این نتیجه رسیدند که ضریب همبستگی متغیرهای کیفیت زندگی و دینداری مثبت است (۷۵). جهانی و همکاران (۷۶) و رضایی و همکاران (۷۷) نیز در مطالعات خود نشان دادند که سلامت معنوی در بعد مذهبی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارد.

نتایج مطالعات Gebauer و همکاران (۷۸)، Berman و همکاران (۷۹)، Koenig و همکاران (۸۰)، Ellison (۸۱)، Bar-On (۸۲) و Butler و همکاران (۸۳) نشان داد که دینداری بر رضایت از زندگی تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. Abdel-Khalek به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی، رضایت ذهنی و دینداری در بین ۲۲۲ دانشجوی دانشگاه کویت پرداختند و در پایان نتیجه‌گیری کردند که بین کیفیت زندگی و مذهب ارتباط مثبتی وجود دارد (۸۴). Rule به بررسی رابطه بین مذهب و کیفیت زندگی پرداخت. داده‌های پیمایش نشان داد که روابط بسیار قوی بین مذهب و کیفیت زندگی وجود دارد (۸۵). Lim و Putnam اعتقاد دارند افرادی که در جلسات مذهبی حضور می‌یابند از سطح بالاتری از خشنودی و رفاه (به مثابه شاخصی از کیفیت زندگی) برخوردار هستند (۸۶).

در مطالعه حاضر بین سن و نمره کلی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعات مکوندی و زمانی (۳۴)، صادقیان و همکاران (۸۷) و بهمنی و همکاران (۸۸) مشابه بود.

در تحقیق حاضر رابطه معنی‌داری میان جنسیت و نمره کلی کیفیت زندگی مشاهده گردید و زنان نسبت به مردان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند که با یافته‌های پژوهش منصوریان و همکاران (۸۹) همخوانی داشت. نتایج مطالعات بهمنی و همکاران (۸۸)، امیری و همکاران (۲۹)، مکوندی و زمانی (۳۴)، سلطانی و همکاران (۸)، کجباف و خشوعی (۹۰)، ضرغامی و همکاران (۹۱)، زکی (۹۲) و تبرایی و همکاران (۳۶) حاکی از آن بود که بین جنسیت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت نداشت. در مطالعه محمد علیخانی و همکاران نیز بین جنسیت و کیفیت زندگی در ابعاد درد بدنی، شادابی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۳۳).

نتایج مطالعه سلطانی و همکاران نشان داد که اگر چه نمره کلی کیفیت زندگی در دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری ندارد، اما در برخی زیرمؤلفه‌ها مانند درد جسمانی، روابط محیطی، تأمین مالی، مراقبت‌های اجتماعی و عواطف منفی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود که در همه این مؤلفه‌ها دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر وضعیت ناخوشایندتری را گزارش نمودند (۸).

رمضانی و نظریان مادوانی (۹۳) و باغستانی و همکاران (۹۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی دختران پایین‌تر از پسران است که با نتایج به دست آمده از تحقیق انجام شده توسط مرکز ملی بهداشت آلمان مشابه بود؛ چرا که درآن تحقیق کیفیت زندگی در مردان در تمام ابعاد بیشتر از زنان بود (۹۵).

در مطالعه حاضر رابطه بین محل سکونت و نمره کلی کیفیت زندگی به سطح آماری معنی‌داری نرسید، اما این رابطه در بعد محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی معنی‌دار گردید؛ به طوری که کسانی که همراه با خانواده زندگی می‌کنند، در ابعاد مذکور از نمره بالاتری نسبت به ساکنان خوابگاه برخوردار هستند که با نتایج مطالعه سلطانی و همکاران که اذعان داشتند بین بومی بودن و کیفیت زندگی ارتباطی وجود ندارد (۸)، همخوانی داشت.

صالحی و دهقان نیری در تحقیق خود اشاره کردند که سکونت در خوابگاه به خصوص با تعداد بیشتر هم‌اتاقی‌ها، با شلوغی و سر و صدای بیشتری همراه است و باعث اضطراب و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۹۶). در مطالعه امیری و همکاران نیز دانشجویان بومی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۲۹).

شاید یکی از دلایل بالاتر بودن امتیاز کیفیت زندگی دانشجویان بومی، عدم رفت 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 ایجاد کننده استرس و اضطراب و به دنبال آن کاهش سلامت روانی و کیفیت زندگی آنان خواهد شد.

در بررسی حاضر ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی با مقطع تحصیلی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه امیری و همکاران (۲۹) همخوانی داشت. همچنین، بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت و تنها در بعد عملکرد اجتماعی این رابطه مشاهده شد؛ به گونه‌ای که دانشجویان متأهل دارای نمره عملکرد اجتماعی بالاتری در مقایسه با سایر دانشجویان بودند که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های امیری و همکاران (۲۹)، محمد علیخانی و همکاران (۳۳) و تبرایی و همکاران (۳۶) مطابقت داشت.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به تعداد سؤالات زیاد پرسش‌نامه که شاید موجب کاهش کیفیت و دقت پاسخگویی دانشجویان شده باشد، همکاری ضعیف برخی دانشجویان در تکمیل پرسش‌نامه با توجه به حجم به نسبت بالای جامعه مورد مطالعه، محدودیت و مشکلات مربوط به ارزیابی میزان صحت اطلاعات موجود در پرسش‌نامه‌ها و محدودیت مربوط به تعمیم نتایج مطالعه به دیگر جمعیت‌های دانشجویی اشاره نمود.

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، شیوع اختلالات روان و افکارخودکشی در دانشجویان بالا بود و با سطوح کیفیت زندگی و ابعاد آن ارتباط داشت. بنابراین، می‌توان با پیشگیری، شناسایی و درمان اختلالات روان و افکار خودکشی در بین دانشجویان که از قشر سرنوشت‌ساز و آینده‌ساز کشور می‌باشند، گام‌های مؤثری را در راستای ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان برداشت.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر در قالب پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره طرح تحقیقاتی ۳۹۴۲۰۳ اجرا گردید. بدین وسیله از زحمات کلیه اعضای محترم هیأت علمی، کارشناسان و کارکنان گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت که در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

References

1. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. A study of quality of life among older people with hypertension and low back pain. Salmand Iran J Ageing 2008; 3(7): 26-32. [In Persian].
2. Nikbakht Nasrabadi A, Mazloom SR, Nesari M, Goodarzi F. Relation between worry domains and health related quality of life in medical sciences students. Payesh Health Monit 2009; 8(1): 85-92. [In Persian].
3. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53(1): 1-12.
4. Mansour ME, Kotagal U, Rose B, Ho M, Brewer D, Roy-Chaudhury A, et al. Health-related quality of life in urban elementary schoolchildren. Pediatrics 2003; 111(6 Pt 1): 1372-81.
5. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh Health Monit 2006; 5(2): 49-56. [In Persian].
6. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Learning; 2003.
7. Kurth BM, Ellert U. The SF-36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German Health Interview and Examination Survey 1998. Soz Praventivmed 2002; 47(4): 266-77.
8. Soltani R, Kafee S, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the quality of life in Guilan University students. J Guilan Univ Med Sci 2010; 19(75): 25-35. [In Persian].
9. Mansourian M, Behnampour N, Kargar M, Rahimzadeh H. Quality of students'life in the Gorgan University of Medical Sciences. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery 2007; 3(2): 16-20. [In Persian].
10. 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): 221-34.
11. Quilty LC, Van Ameringen M, Mancini C, Oakman J, Farvolden P. Quality of life and the anxiety disorders. J Anxiety Disord 2003; 17(4): 405-26.
12. Milanifar B. Mental health. Tehran, Iran: Ghoomes; 2003. [In Persian].
13. Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N. Mental health status of the students in Ardabil University of Medical Sciences, 2004. J Ardabil Univ Med Sci 2006; 6(1): 31-6. [In Persian].
14. Garusi Farshi M, Sufiani H. The Relationship between personality dimensions and general health among students of Tabriz University. Studies in Education and Psychology 2009; 9(2): 47-63. [In Persian].
15. Poursharifi H, Habibi M, Zarani F, Ashouri A, Hefazi M, Hajebi A, et al. The role of depression, stress, happiness and social support in identifying suicidal thoughts in students. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2012; 18(2): 99-107. [In Persian].
16. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. J Affect Disord 2010; 127(1-3): 287-94.
17. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide Life Threat Behav 1995; 25(1): 36-57.
18. Khalkhali SMR, Najafi K, Jahanbakhsh J, Hasani H. Contact with physicians prior to suicide attempt. Hakim Health Sys Res 2007; 9(4): 17-23. [In Persian].
19. Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE, Jr., Schmidt NB. Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? J Affect Disord 2005; 88(2): 131-6.
20. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. Compr Psychiatry 2008; 49(1): 13-21.
21. van Heeringen K. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. 1st ed. Chichester, UK: Wiley; 2001.
22. Suicide Prevention Resource Center. Promoting mental health and preventing suicide in college and university settings. Newton, MA: Education Development Center, Inc.; 2004.
23. Hosseini S, Mousavi S. Mental health status of newly admitted students of Mazandaran University of Medical Sciences in 1999-2000 academic year. J Mazandaran Univ Med Sci 2000; 10(28): 23-33. [In Persian].
24. Jones MC, Johnston DW. Distress, stress and coping in first-year student nurses. J Adv Nurs 1997; 26(3): 475-82.
25. Jahani Hashemi H, Rahimzadeh Mirmahalleh S, Ghafelehbashy H, Sarichloo M. Investigating the mental health of the first- and last-year students of QUMS (2005). J Qazvin Univ Med Sci 2008; 12(2): 42-49. [In Persian].
26. DiMatteo MR, Martin LR. Health psychology. 1st ed. New Delhi, India: Pearson; 2001.
27. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
28. Mehrabizadeh Honarmand M, Najjarian B, Masoudi M. Comparison of Mental Health in Parents with mentally retarded and normal children 7-12 years old. Journal of Exceptional Children 2001; 1(2): 187-200. [In Persian].
29. Amiri M, Raei M, Chaman R, Khamseh A, Rezaee N, Manouchehri J, et al. A study of the life quality of students at a

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

university of medical sciences in the northeast of Iran. Knowledge Health 2014; 8(4): 176-80. [In Persian].
30. Hatami P. Studying the effectual factors in social health of students emphasizing of social networks [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University; 2010. [In Persian].
31. Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barooti E, Abedi M. Validity and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in university students. Journal of Behavioral Sciences 2012; 6 (2): 15-6. [In Persian].
32. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-82.
33. Mohammadalikhani S, Asefzadeh S, Jahani Hashemi H. The survey of quality of life in students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). Edrak 2011; 6(22): 5-11. [In Persian].
34. Makvandi S, Zamani M. The Survey of quality of life and its dimensions in Islamic Azad University Ahvaz Branch students in 2010. Jentashapir 2012; 2(4): 191-9. [In Persian].
35. Demont-Heinrich C. The Association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study. Health Watch 2009; 71: 1-4.
36. Tabaraei Y, Shahsiah M, Asadi M, Mohebi S, Chivyi S, Fallahi S. Relationship between student's emotional intelligence and life quality in students of Qom University of Medical Sciences, 2008. Proceedings of the 6th Iranian Congress of Epidemiology; 2010 Jul 13-15; Shahroud, Iran. p. 79. [In Persian].
37. Zanjani H, Bayat M. A survey of the impacts of employment on women's life qualification in Mashhad city 2009. Journal of Iranian Social Development Studies 2010; 2(2): 171-90. [In Persian].
38. Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. Hakim Health Sys Res 2007; 10(3): 1-8. [In Persian].
39. Stewart-Brown S, Evans J, Patterson J, Petersen S, Doll H, Balding J, et al. The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? J Public Health Med 2000; 22(4): 492-9.
40. Mohammadi-Farrokhran E, Mokhayeri Y, Tavakkol Z, Mansouri A. Relationship between Quality of sleep and mental health among students living in dormitories. Knowledge Health 2012; 7(3): 112-7. [In Persian].
41. Hosseini HS, Sadeghi A, Rajabzadeh R, Reza Zadeh J, Nabavi SH, Ranaei M, et al. Mental health and related factor in students of North Khorasan University of Medical Sciences. J North Khorasan Univ Med Sci 2011; 3(2): 23-8. [In Persian].
42. Ansari H, Bahrami L, Akbar Zadeh L, Bakhshani NM. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences in 2007. Zahedan J Res Med Sci 2008; 9(4): 295-304.
43. Shariati M, Kaffashi A, Ghalehbandi MF, Fateh A, Ebadi M. Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences (IUMS). Payesh Health Monit 2002; 1(3): 29-37. [In Persian].
44. Rezaei R, Beheshti Z, Haji Hosseini F, Seyedi Andi SJ. Study of relation between studying of universities and psychiatric health in first and last grade students of nursing. Iran J Nurs Res 2007; 1(3): 67-74. [In Persian].
45. Akkasheh G. Assessing the mental health of university students in Kashan Medical Sciences. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2000; 5(4): 11-7. [In Persian].
46. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. Assessment of mental health among freshmen entering the first semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010. Ofogh-e-Danesh 2010; 16 (2): 45-52. [In Persian].
47. Bahreinian SA, Mohammad Hosseini E. Assess psychological morbidly and coping strategies in freshman students. Pajouhesh Dar Pezeshki 2005; 29(3): 240-51. [In Persian].
48. Maghsoudi A, Tabrizi R, Haghdoost A, Eslami Shahrebabaki M. The study of general health status and its affecting factors on students of Kerman University of Medical Sciences in 2012. J Jiroft Univ Med Sci 2014; 1(1): 59-67. [In Persian].
49. Imani E, Khademi Z, Soudagar S, Naghizadeh F. Health status of nursing students of Hormozgan University of Medical Sciences by Goldberg's General Health Questionnaire - 2011. Hormozgan Med J 2013; 17(4): 357-64. [In Persian].
50. Zeighami M, Pour Bahaadini Zarandi N. The relationship between academic achievement and students' general health and coping styles: a study on nursing, midwifery and health students of Islamic Azad University – Kerman Branch. Strides Dev Med Educ 2011; 8(1): 41-8.
51. Mohd Sidik S, Rampal L, Kaneson N. Prevalence of emotional disorders among medical students in a Malaysian university. Asia Pacific Family Medicine 2003; 2(4): 213-7.
52. Yoldascan E, Ozenli Y, Kutlu O, Topal K, Bozkurt AI. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. BMC Psychiatry 2009; 9: 40.
53. Ofili AN, Asuzu MC, Isah EC, Ogbeide O. Job satisfaction and psychological health of doctors at the University of Benin Teaching Hospital. Occup Med (Lond) 2004; 54(6): 400-3.
54. Sherry A, Robertson JM, Tseng WC, Newton FB, Benton SL. Changes in counseling center client problems across 13 years. Prof Psychol Res Pr 2003; 34(1): 66-72.
55. Snyder TD, Dillow SA, Hoffman CM. Digest of education statistics, 2006. Washington, DC: National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education; 2007.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

56. Lloyd C, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. Compr Psychiatry 1984; 25(6): 552-65.
57. Lloyd C, Musser LA. Psychiatric symptoms in dental students. J Nerv Ment Dis 1989; 177(2): 61-9.
58. Benitez MH, de las Cuevas CC, Rodriguez PF, Garcia-Estrada PA, Gonzalez de Rivera Revuelta JL. A comparative psychopathologic study of university students. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1989; 17(6): 373-6. [In Spanish].
59. Mousavi SG, Malekian A, Keykhaei N, Keykhaei F, Mahmoudi M. Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan universities in 2005. Hakim Res J 2008; 11(3): 55-9. [In Persian].
60. Mousavi SG, Keramatian K, Maracy MR, Fouladi M. Suicidal ideation, depression, and aggression among students of three universities of isfahan, iran in 2008. Iran J Psychiatry Behav Sci 2012; 6(1): 47-53.
61. Talaei A, Hojjat SK, Fayyazi Bordbar MR, Saadati Nasab Z. Psychological problems and suicidal ideation in medical students of Mashhad University of Medical Sciences. Med J Mashad Univ Med Sci 2006; 49(92): 191-8. [In Persian].
62. Mirzaie SN, Shams Alizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2013; 18(1): 18-26. [In Persian].
63. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadehtoosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in medical students. Iranian Journal of Nursing Vision 2012; 1(1): 83-91. [In Persian].
64. Schweitzer R, Klayich M, McLean J. Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. Aust N Z J Psychiatry 1995; 29(3): 473-9.
65. Sanchez R, Caceres H, Gomez D. Suicidal ideation among university adolescents: prevalence and associated factors. Biomedica 2002; 22(Suppl 2): 407-16. [In Spanish].
66. Schwartz AJ. College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. J Am Coll Health 2006; 54(6): 341-52.
67. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depress Anxiety 2008; 25(6): 482-8.
68. Lee HS, Kim S, Choi I, Lee KU. Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. Psychiatry Investig 2008; 5(2): 86-93.
69. Calvo JM1, Sanchez R, Tejada PA. Prevalence and factors associated with suicidal thinking among university students. Rev Salud Publica (Bogota) 2003; 5(2): 123-43. [In Spanish].
70. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kotlicka-Antczak M, Rabe-Jablonska J. Suicidal ideation and suicide attempt in Polish adolescents: is it a suicidal process? Int J Adolesc Med Health 2003; 15(2): 113-24.
71. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2010; 18(2): 111-7. [In Persian].
72. Salati M, Brunelli A, Xiume F, Refai M, Sabbatini A. Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2009; 8(1): 79-83.
73. Panaghi L, Mohammadi S, Ansari F. Evaluating quality of life among self burning women as compared with the control group. Women's Studies (Sociological and Psychological) 2013; 11(1): 55-77. [In Persian].
74. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Amore M, Ferrara C, et al. Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. Psychosomatics 2009; 50(1): 16-23.
75. Jamshidiha G, Anbari M, Mohammadi M. Relationship between life quality and religious changes of students. Iranian Journal of Social Problems 2013; 4(1): 1-19. [In Persian].
76. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Hadavi A, Zayeri F, Khatooni AR. The relationship between spiritual health and quality of life in patients with coronary artery disease. Islam Life Center Health 2013; 1(2): 17-21.
77. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. Hayat 2009; 14 (3-4): 33-9. [In Persian].
78. Gebauer JE, Sedikides C, Neberich W. Religiosity, social self-esteem, and psychological adjustment: on the cross-cultural specificity of the psychological benefits of religiosity. Psychol Sci 2012; 23(2): 158-60.
79. Berman E, Merz JF, Rudnick M, Snyder RW, Rogers KK, Lee J, et al. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. Am J Kidney Dis 2004; 44(3): 488-97.
80. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
81. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. Soc Sci Res 2009; 38(3): 656-67.
82. Bar-On R. Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In: Bar-On R, Parker JDA, editors. The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000. p. 363-88.
83. Butler MH, Stout JA, Gardner BC. Prayer as a conflict resolution ritual: clinical implications of religious couples' report of relationship softening, healing perspective, and change responsibility. Am J Fam Ther 2002; 30(1): 19-37.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

84. Abdel-Khalek AM. Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. Qual Life Res 2010; 19(8): 1133-43.
85. Rule S. Religiosity and quality of life in South Africa. Soc Indic Res 2007; 81(2): 417-34.
86. Lim C, Putnam RD. Religion, social networks, and life satisfaction. Am Sociol Rev 2010; 75(6): 914-33.
87. Sadeghian S, Mosahebi M, Abedi Z, Mirsafaei R, Aslani F, Maghsoodi S. Association between psychosocial aspects of dental esthetic on quality of life in students of Khorasgan University. J Isfahan Dent Sch 2014; 10(2): 109-19. [In Persian].
88. Bahmani B, Tamaddoni M, Asgharii M. The examination of life quality and its relation to religious attitudes and academic performance of Islamic Azad University students, South Tehran Branch. Teb Tazkiyeh 2004; 13(2): 32-44. [In Persian].
89. Mansourian M, Shojaeezadeh D, Sayemiri K, Keykhavand AK. A study of the quality of students'life in the University of Medical Sciences of Ilam in 2005. Toloo e Behdasht 2017; 6(2): 31-8. [In Persian].
90. Kajbaf MB, Khoshuee MS. Relationship between counterfactual thinking and quality of life among the university students. Andisheh va Raftar 2009; 3(11): 23-34. [In Persian].
91. Zarghami M, Khademloo M, Sheikhmoonesi F, Behroozi B. Quality of life enjoyment and satisfaction in medical students and natural resources students in Sari, 2010. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(89): 41-8. [In Persian].
92. Zaki MA. Quality of life and its relationship with self-esteem in male and female students of Isfahan University. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 13(4): 416-9. [In Persian].
93. Ramezani A, Nazarian Madavani A. Relationship between student's emotional intelligence, fitness and life quality. Applied Research of Sport Management 2013; 2(5): 85-98.
94. Baghestani S, Mosallanejad Z, Zare S, Sharifi S. Acne vulgaris and quality of life in medical student – Bandar Abbas, Iran, 2008. Hormozgan Med J 2010; 14(2): 91-7. [In Persian[.
95. Kurth BM, Ellert U. The SF-36 questionnaire and its usefulness in population studies: results of the German Health Interview and Examination Survey 1998. Soz Praventivmed 2002; 47(4): 266-77.
96. Salehi T, Dehghan Nayeri N. Relationship Between anxiety and quality of life in students living in dormitories of Tehran University of Medical Sciences. Payesh Health Monit 2011; 10(2): 175-81. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]

The Relationship of Mental Health and Suicidal Ideation with Health-Related Quality of Life and Its Dimensions among Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2014-2015

Mohsen Janghorbani[1], Seifollah Bakhshi[6]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Due to the alarming, rising trend in emotional and mental problems and suicidal ideation among students, identifying factors that can threaten the quality of life (QOL) and health of students is essential. The purpose of this study was to determine the relationship of mental health and suicidal ideation with health-related QOL (HRQOL) among students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2014-2015.

Methods and Materials: In this cross-sectional study, 1000 students of Isfahan University of Medical Sciences were selected through stratified random sampling. Using the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12), 36-item Short Form Health Survey (SF-36), and a demographic characteristics questionnaire, the relationship of mental health and suicidal ideation with HRQOL and its dimensions was determined. Data were analyzed using independent t-test, ANOVA, and the multiple regression model.

Findings: The finding showed that the average QOL score of the students was 70.70 (95% CI: 69.71–71.68) and quality of life for females student was higher than males. The highest score was related to physical performance with a mean score of 85.29 (95% CI: 83.95–86.56), and the lowest score was related to limitation in role performance due to emotional problems with a mean score of 55.26 (95% CI: 52.48–58.17). A significant relationship was observed between mental health and suicidal ideation, and HRQOL and its dimensions among students ($P < 0.05$).

Conclusions: This study indicated a high prevalence of mental disorders and suicidal ideation among students. The results also suggest that these factors are related to the students' level of QOL. The prevention, detection, and treatment of mental disorders and suicidal ideation must be considered as a priority by the university authorities in order to improve the QOL of students.

Keywords: Mental health, Suicidal ideation, Quality of life, Student

Citation: Janghorbani M, Bakhshi S. **The Relationship of Mental Health and Suicidal Ideation with Health-Related Quality of Life and Its Dimensions among Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2014-2015.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 444-54.

Received: 27.04.2016 Accepted: 15.09.2016

1- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Vice Chancellory for Research and Technology, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrkord, Iran
Corresponding Author: Seifollah Bakhshi, Email: se_bakhshi@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.5.3]