ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی: * دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سید رضا مظلوم: مربی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
مریم نثاری: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
فاطمه گودرزی: دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره اول زمستان ۱۳۸۷ صص ۹۲-۸۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۲۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۵ اسفند ۱۳۸۷]

چکیده

نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب بوده و بر اساس نتایج مطالعات، با کاهش عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی همراه است. از طرفی، مفهوم کیفیت زندگی به مثابه شاخص مهم سلامت روانی و اجتماعی، برای تعیین نیازهای مراقبتی روانی ـ اجتماعی در گروه‌های مختلف جامعه از جمله جوانان مورد استفاده قرار گرفته است. وجود نگرانی و تأثیر احتمالی آن بر کیفیت زندگی و سلامت روانی ـ جسمانی دانشجویان می‌تواند کارایی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و عواقب فردی و اجتماعی در پی داشته باشد. لذا این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین میزان نگرانی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۴۰۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. میزان نگرانی با استفاده از پرسشنامه حیطه‌های نگرانی (Worry domain questionnaire) و کیفیت زندگی با پرسشنامه SF-36 سنجیده شد. پرسشنامه‌ها در زمانی یکسان توسط خود دانشجویان تکمیل شد.

میانگین نمره نگرانی کلی دانشجویان ۲۰/۰±۲۹/۶ نمره (از ۱۰۰ نمره) و دامنه آن ۱۰۰-۰ بوده است. همچنین ۴/۸ درصد آنان نگرانی شدید و ۳۴/۳ درصد نگرانی متوسط داشته‌اند. بررسی رابطه همبستگی بین میزان نگرانی با نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف نشان داد که بین این دو، رابطه خطی معنی‌دار معکوس وجود دارد (آزمون ضریب همبستگی پیرسون: P< ۰/۰۰۰۱ و r=۰/۶۸۲)؛ یعنی با افزایش نگرانی، ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و برعکس.

بالا بودن میزان نگرانی در دانشجویان نشان‌دهنده وجود چالش در بهداشت روانی و جسمانی این گروه است. بنابراین، به نظر می‌رسد اتخاذ روش‌هایی برای کاهش نگرانی دانشجویان از جمله تأمین شغلی و مالی ضروری است تا از این طریق، ضمن کاهش عوارض مستقیم ناشی از نگرانی، سطح کیفیت زندگی آنها هم ارتقاء یابد.

کلیدواژه‌ها: نگرانی، کیفیت زندگی، دانشجو

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی، اتاق ۳۰
تلفن: ۶۶۹۲۷۱۷۱ نمابر: ۸۸۳۷۳۸۰۲
E-mail: nikbakht@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

مقدمه

زمانه‌ای که ما در آن زندگی می‌کنیم، عصر اضطراب نامیده می‌شود. مشکلات و پیچیدگی‌های زندگی کنونی، سیل اطلاعات و سرعت تغییر آنها، بی‌توجهی به تعالیم دینی و ارزش‌های خانوادگی و ملی، زیر پا گذاشتن سنت ها و غرق شدن انسان در فناوری غول آسای قرن حاضر، برای افراد اجتماع اضطراب‌های فزاینده ای را به وجود آورده است[۱]. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۴۰۰ ملیون نفر در جهان به اضطراب مبتلا هستند [۲]. این پدیده، علت اولیه ۶ تا ۲۵ درصد از تمام مشکلات روانی محسوب می‌شود [۳]. در ویرایش چهارم نظامنامه تشخیص روانی انجمن روان پزشکان آمریکا موسوم به دی اس ام، یاد آور می‌شود که اضطراب از دو بخش یا دو مؤلفه کاملاً مستقل تشکیل شده است: اول تهییج پذیری یا اضطراب جسمانی که بیشتر بر جنبه‌های هیجانی و نشانه‌های بدنی مثل تعریق، سرخ شدن چهره، افزایش ضربان قلب و موارد مشابه تأکید دارد. مؤلفه دوم، نگرانی یا اضطراب شناختی است که در آن جنبه‌های شناختی بر جنبه‌های بدنی غلبه دارد. تا سال‌های اخیر، نگرانی در نزد متخصصان، زیر مجموعه حالات اضطرابی و در نزد عامه مردم مترادف و هم معنای اضطراب به شمار می‌رفت. اما تحقیقات، چهار چوب جداگانه‌ای برای آن رسم نموده و ابعاد و زمینه‌های به کارگیری این مفهوم را روشن‌تر ساخته و آن را هم ردیف اختلالات اضطراب فراگیر، اختلال وسواس جبری، اختلالات الکلیسم و ...قرار داده است[۴]. نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است و به صورت پیش بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف می‌شود[۵]. مفهوم اضطراب به اجزای شناختی و رفتاری تقسیم می‌شود. جزء رفتاری اضطراب در افراد به صور مختلف تظاهر می‌یابد، به طوری که افراد مبتلا به اضطراب مشابه در بسیاری از موارد ممکن است علائم متفاوت یا حتی متضاد داشته باشند. این مسئله امکان بررسی اضطراب و عوارض آن را مشکل می‌سازد. این در حالی است که جزء شناختی اضطراب که همان نگرانی است از ثبات بیشتری برخوردار است و الگوی مشابه‌تری را در افراد تعقیب می‌کند. لذا بررسی آن نیز دقیق‌تر از اضطراب است [۶] و به همین دلیل، در سال‌های اخیر، مورد توجه فراوان روان شناسان قرار گرفته است[۷]. مطالعات نشان داده‌اند که نگرانی با افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است[۸].

مطالعات انجام شده شیوع نگرانی را در جامعه آمریکا بین ۵ تا ۱۰ درصد گزارش کرده بودند، حال آن که بررسی‌های جدیدتر آن را تا ۲۵ درصد نیز برآورد کرده‌اند [۶]. مطالعات انجام شده در مورد نگرانی در ایران اندک است. بر اساس مطالعه غفاری و همکاران (۱۳۸۰)، بیش از ۳۵ درصد دانشجویان از نگرانی متوسط و شدید رنج می‌برند که این میزان بالاتر از گزارش‌های دیگر کشورها است[۹].

برخی تحقیقات نشان داده‌اند که نگرانی مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و همچنین موجب تحریک تیروئید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود. به طور کلی، جنبه‌های جسمانی و روانی متعددی از انسان تحت تأثیر نگرانی قرار می‌گیرند و این می‌تواند به عوارض جسمانی منجر شود[۱۰].

نگرانی در بین گروه‌های مختلف اجتماعی حاکی از تهدیدهای پنهان روان شناختی است و این فشارها می‌تواند در طبقات خاصی از جامعه افزون‌تر باشند. دانشجویان احتمالاً یکی از این گروه‌ها هستند که به دلیل نوع فعالیت و نقشی که انجام می‌دهند و همچنین انتظارات متعددی که دیگران از آنها دارند و مسئولیتی که اینان برای خود قائل هستند، بیشتر تحت فشار و آسیب پذیری قرار دارند. مشاهدات نزدیک و طولانی ما نشان می‌دهند که دانشجویان، مشغولیت فکری زیادی با مسائل شغلی آینده، اهداف شخصی، مسائل مالی و همچنین روابط دارند که اجزای اصلی تشکیل دهنده نگرانی را شامل می‌شوند. با این وجود، برخی آمارها و نیز مشاهدات ما حاکی از آنند که توجه درخوری به این مقوله نمی‌شود. برای چنین توجهی، اولاً لازم است شیوع و گستردگی حیطه‌های نگرانی در دانشجویان مورد بررسی بیشتر و دقیق‌تر قرار گیرد و ثانیاً ارتباط آن با پیامدهای مخل سلامتی روشن‌تر شود. از این رو، مطالعه حاضر با دو هدف فوق طراحی گردید. از آنجا که، در سال‌های اخیر، مفهوم کیفیت زندگی به مثابه شاخص مهمی از سلامتی مطرح شده و به علاوه، می‌تواند کارایی تدابیر درمانی و کیفیت مراقبت را ارزیابی و نیازهای بهداشتی جامعه را مشخص کند[۱]، از این شاخص برای بررسی اثرات نگرانی در دانشجویان استفاده شد.

به این ترتیب، کاهش سطح کیفیت زندگی، در حضور نگرانی (چنانچه نتایج این مطالعه در آینده نشان دهند) می‌تواند هم وجود نگرانی و هم عواقب آن را محرز کند. از طریق بررسی کیفیت زندگی می‌توان گروه‌های در معرض خطر را بهتر شناسایی کرد و تدابیر لازم برای پیشگیری از نزول سلامتی در آنها به کار بست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

اولویت بندی افراد جامعه از نظر نیاز به تدابیر بهداشتی هم می‌تواند از پیامدهای دیگر آن باشد که با توجه به کمبود منابع در کشور ما می‌تواند برای مدیران نظام بهداشتی سودمند باشد. اما لازمه همه این موارد، بررسی میزان و چگونگی ارتباط بین نگرانی با کیفیت زندگی است. از این رو، هدف از انجام این تحقیق، تعیین ارتباط بین حیطه‌های نگرانی با ابعاد کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. همچنین ضمن تعیین حیطه‌های نگرانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، به تعیین کیفیت زندگی دانشجویان در ابعاد مختلف و نهایتاً تعیین ارتباط حیطه‌های مختلف نگرانی با ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان پرداخته است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی (Descriptive-Correlational) است که در آن با توصیف وضعیت نگرانی و کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه، همبستگی بین این دو متغیر مورد بررسی قرار گرفته است. تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران در نیمسال دوم سال ۸۵-۱۳۸۴، جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش، شامل تعداد ۴۰۰ دانشجوی منتخب این دانشگاه، متغیر مستقل، میزان نگرانی در حیطه‌های پنج گانه و متغیر وابسته، کیفیت زندگی در ابعاد هشت گانه آن بوده است. برای نمونه گیری، از روش طبقه‌ای و تصادفی استفاده گردید؛ به این صورت که جامعه پژوهش بر اساس دانشکده محل تحصیل به ۷ طبقه تقسیم و از همه طبقات، به صورت متناسب با حجم، نمونه‌برداری شد. انتخاب دانشجویان در هر دانشکده با توجه به رشته و سال تحصیلی بود. چهارچوب نمونه برداری، فهرست درهم ریخته اسامی دانشجویان در حال تحصیل در زمان نمونه برداری بوده است که از بین آنها افراد، به طور تصادفی و با تعیین قبلی حجم نمونه در هر طبقه، انتخاب گردیدند؛ به این صورت که آمار تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل به تفکیک رشته تحصیلی و سال تحصیلی در هر دانشکده استخراج گردید. سپس، با توجه به سهمیه هر دانشکده، سهمیه هر رشته و سال تحصیلی (به صورت متناسب با حجم) مشخص شد. بر اساس سهمیه مشخص شده، تعداد مورد نظر در هر کدام به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب گردیدند. در نهایت، به دانشجویان منتخب مراجعه و پرسشنامه‌ها برای تکمیل در اختیار آنها گذاشته شد.

پس از هماهنگی با مسئولان آموزش، فهرست دانشجویان برای تعیین حجم نمونه در هر طبقه و بر اساس رشته و سال تحصیلی دریافت گردید. سپس واحدهای پژوهش انتخاب شدند.

در ابتدا، در مورد هدف پژوهش و نحوه مشارکت دانشجویان، توضیحات کافی و سپس به سؤالات احتمالی دانشجویان در این مورد پاسخ داده شد. پس از جلب رضایت آنها، پرسشنامه‌ها (به ترتیب مشخصات فردی، نگرانی و کیفیت زندگی) در اختیارشان گذاشته شد تا تکمیل کنند.

توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت واضح در ابتدای هر فرم درج شده بود. زمان محاسبه شده مورد نیاز برای تکمیل هر سه آنها حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. برای ایجاد هماهنگی و جلوگیری از برخی عوامل مداخله‌گر، تأکید شد که پرسشنامه‌ها در همان محل تکمیل و از بردن آنها به بیرون جلوگیری شود. در غیر این صورت، فرد دیگر جایگزین می‌گردید.

مشخصات فردی و شدت نگرانی و کیفیت زندگی توسط آمار توصیفی، شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار، مورد بررسی قرار گرفت. از روش‌های آمار تحلیلی، شامل آزمون ضریب همبستگی پیرسون، برای تعیین ارتباط نمره نگرانی و کیفیت زندگی و نیز آزمون تحلیل واریانس، جهت مقایسه میانگین کیفیت زندگی در سطوح مختلف نگرانی استفاده شد.

در این مطالعه، از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف- پرسشنامه حیطه‌های نگرانی (Worry Domain Questionnaire-WDQ): این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال است که حیطه‌های نگرانی را در ۵ حیطه اهداف آینده، شغل، عدم اطمینان، مالی و ارتباطاط می‌سنجند و هر حیطه آن شامل ۵ سؤال است (پایایی این ابزار در مطالعات خارج کشور با r=۰/۹۱ و پایایی نسخه فارسی آن در ایران با r=۰/۸۶ تأیید شده است). همچنین نمره کلی نگرانی، با تقسیم به سه طبقه مساوی، به سه درجه خفیف، متوسط و شدید تبدیل گردید.

ب- پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سلامت (Health Related Quality of Life Short Form) یا SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است و کیفیت زندگی را در ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی(جسمی)، عملکرد اجتماعی، شادابی و سلامت روانی می‌سنجد. پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 به منظور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مطالعات قبلی تأیید شده است (r=۰/۷-۰/۹) [۱۱، ۱۲].

ج- پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشخصات فردی، خانوادگی و شغلی: این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال است که مشخصات فردی، از قبیل سن، جنس، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، شغل غیر دانشجویی و مشخصات خانوادگی از قبیل بعد خانوار، درآمد خانوار و مشخصات شغلی از قبیل اشتغال به کار دیگر غیر از دانشجویی، میزان کار و... را می‌سنجد. این عوامل شامل متغیرهای مهم مؤثر بر نگرانی و کیفیت زندگی هستند.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه نشان داد که در بعد ویژگی‌های افراد شرکت کننده، بیشتر دانشجویان مورد مطالعه (۶۷/۳ درصد) در رده سنی ۲۴-۲۰ سال بودند. میانگین سنی دانشجویان مورد مطالعه ۲/۸±۲۱/۶ سال با دامنه ۳۷-۱۷ سال بود. از نظر جنس، ۲۳۱ نفر (۵۸/۷ درصد) دانشجویان مذکر و مابقی مؤنث بودند.از نظر وضعیت تأهل نیز اکثر دانشجویان، یعنی ۳۷۹ نفر (۹۴/۸ درصد)، مجرد و مابقی متأهل بودند. بیش از نیمی از دانشجویان مورد مطالعه (۵۰/۸ درصد) در مقطع دکتری حرفه‌ای مشغول به تحصیل بوده‌اند. از نظر سال ورود به دانشگاه، دانشجویان مورد مطالعه از ورودی سال ۱۳۷۶ (۱ درصد) تا ۱۳۸۴ (۲۴/۵ درصد) در نوسان بوده و ۳۲۳ نفر (۸۰/۸ درصد) از آنها ورودی نیمسال اول تحصیلی بوده‌اند. تنها ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) از دانشجویان سرپرستی خانواده خود را به عهده داشته‌اند. در عین حال، ۵۳ نفر (۱۳/۳ درصد) از دانشجویان به شغل دیگری علاوه بر دانشجویی مشغول بوده‌اند. کمی کمتر از نیمی از دانشجویان مورد مطالعه، میزان درآمد خانواده خود را برابر مخارج ذکر کرده‌اند (۹ نفر به این سؤال پاسخ نداده بودند). از نظر توزیع فراوانی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب دانشکده محل تحصیل، در دانشکده پزشکی ۳۱/۵ درصد، پیراپزشکی۱۳/۴ درصد، داروسازی۱۲/۶ درصد، دندانپزشکی ۱۲/۶ درصد، دانشکده پرستاری و مامایی و بهداشت ۱۲/۵ درصد و دانشکده توانبخشی۶/۳ درصد بوده‌اند. به این ترتیب، حدود یک سوم از دانشجویان مورد مطالعه (۳۱/۵ درصد) در دانشکده پزشکی مشغول به تحصیل بوده‌اند. از نظر توزیع فراوانی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب مقطع تحصیلی فوق دیپلم، ۱/۴ درصد، کارشناسی، ۴۵ درصد، کارشناسی ارشد، ۲/۸ درصد و دکتری حرفه‌ای، ۵۰/۸ درصد از نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند.

میانگین نمره نگرانی کلی دانشجویان ۲۰/۰±۲۹/۶ نمره (از ۱۰۰ نمره) و دامنه آن ۱۰۰-۰ بوده است. همچنین ۴/۸ درصد از آنان نگرانی شدید و ۳۴/۳ درصد نگرانی متوسط داشته‌اند (جدول شماره ۱).

در بین حیطه‌های نگرانی، بیشترین میزان نگرانی شدید مربوط به حیطه شغلی (۱۴/۳ درصد) و در مرحله بعد، مالی (۱۷/۳ درصد) بوده است (جدول شماره ۲).

همچنین میانگین نگرانی در حیطه شغلی (۲۴/۷±۳۶/۶) بیشتر از سایر حیطه‌ها (اهداف آینده ۲۲/۹±۳۱/۴، عدم اطمینان ۲۲/۴±۲۷/۴، مالی ۲۷/۸±۲۶/۹ و روابط ۲۳/۲±۲۳/۶) بوده است. از نظر وضعیت کیفیت زندگی دانشجویان، میانگین نمره کیفیت زندگی آنها از ۸/۹±۶۵/۸ (در بعد شادابی) تا ۱۰/۳±۹۳/۴ (در بعد عملکر جسمانی) متغیر بوده است. لذا میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی بیشتر از سایر ابعاد آن بوده است و پس از آن، به ترتیب، ابعاد درد بدنی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، سلامت روانی، سلامت عمومی و شادابی (نشاط) قرار گرفته‌اند (جدول شماره ۳).

بررسی رابطه همبستگی بین میزان نگرانی با حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نشان داد که بین این دو، رابطه خطی معنی‌دار معکوس وجود دارد (آزمون ضریب همبستگی پیرسون: P<۰/۰۰۰۱ و r= -۰/۶۸۲)؛ یعنی با افزایش نگرانی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و برعکس (نمودار شماره ۱).

مقایسه میانگین کیفیت زندگی دانشجویان بر حسب درجات نگرانیشان به آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه، نشان داد که در تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی در دانشجویانی که نگرانی کم متوسط و زیاد داشته‌اند، وجود دارد. به این صورت که، در مجموع، میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افرادی که نگرانی کمی داشته‌اند، بیشتر از افرادی بوده که نگرانی متوسط یا زیاد داشته‌اند و میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در افرادی که نگرانی متوسط داشته‌اند، بیشتر از افرادی بوده که نگرانی زیاد داشته‌اند (P<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۴).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

جدول شماره۱- توزیع فراوانی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب میزان نگرانی کلی

	فراوانی	تعداد	درصد
میزان نگرانی			
کم		۲۴۴	۶۱/۰
متوسط		۱۳۷	۳۴/۳
زیاد		۱۹	۴/۸
جمع		۴۰۰	۱۰۰/۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب میزان حیطه‌های نگرانی

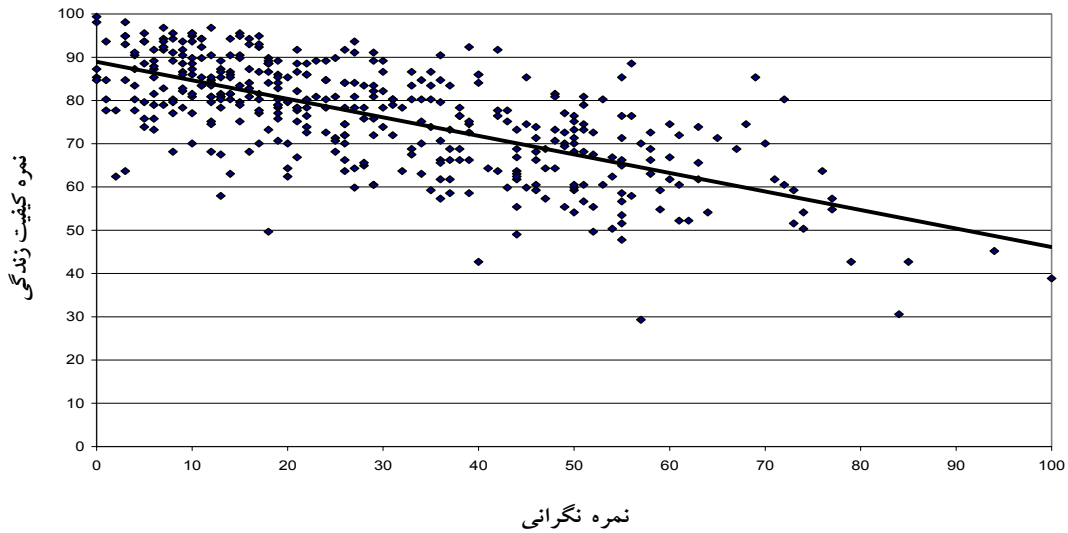
میزان نگرانی	کم		متوسط		زیاد	
حیطه‌های نگرانی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مالی	۲۷۰	۶۵/۵	۱۰۱	۲۵/۳	۲۹	۷/۳
روابط	۲۷۵	۶۸/۸	۱۰۴	۲۶/۰	۲۱	۵/۳
اهداف آینده	۲۳۰	۵۷/۵	۱۴۲	۳۵/۵	۲۸	۷/۰
عدم اطمینان	۲۵۷	۶۴/۳	۱۲۲	۳۰/۵	۲۱	۵/۳
شغلی	۱۸۵	۴۶/۳	۱۵۸	۳۹/۵	۵۷	۱۴/۳

جدول شماره ۳- میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دانشجویان مورد مطالعه

نمره کیفیت زندگی		
ابعاد کیفیت زندگی	انحراف معیار±میانگین	تعداد
سلامت عمومی	۷۳/۶±۱۶/۹	۴۰۰
عملکرد جسمانی	۹۱/۹±۱۱/۱	۴۰۰
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۸۰/۲±۱۹/۳	۴۰۰
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۷۲/۲±۲۲/۱	۴۰۰
عملکرد اجتماعی	۷۸/۳±۱۸/۶	۴۰۰
درد بدنی	۸۳/۸±۱۷/۳	۴۰۰
شادابی	۶۲/۱±۱۰/۴	۴۰۰
سلامت روانی	۷۲/۳±۱۷/۷	۴۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

نمودار شماره ۱- رابطه همبستگی بین نمره نگرانی و نمره کیفیت زندگی در دانشجویان مورد مطالعه*



* نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین نمره نگرانی و نمره کیفیت زندگی رابطه خطی معنی‌دار معکوس وجود دارد. یعنی با افزایش نگرانی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و برعکس (P<۰/۰۰۰۱ و r=-۰/۶۸۲).

جدول شماره ۴- میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب سطوح مختلف نگرانی در دانشجویان مورد مطالعه*

سطوح نگرانی	کم		متوسط		زیاد		P
نمره کیفیت زندگی حیطه‌های کیفیت زندگی	انحراف معیار±میانگین	تعداد	انحراف معیار± میانگین	تعداد	انحراف معیار± میانگین	تعداد	
سلامت عمومی	۷۹/۸±۱۴/۵	۲۴۴	۶۵/۰±۱۵/۰	۱۳۷	۵۶/۶±۲۰/۷	۱۹	<۰/۰۰۰۱
عملکرد جسمانی	۹۳/۴±۱۰/۳	۲۴۴	۹۰/۵±۱۰/۵	۱۳۷	۸۲/۵±۱۸/۸	۱۹	<۰/۰۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۸۶/۴±۱۵/۹	۲۴۴	۷۱/۶±۱۸/۷	۱۳۷	۶۳/۴±۲۹/۰	۱۹	<۰/۰۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۸۱/۹±۱۶/۶	۲۴۴	۵۹/۰±۲۰/۷	۱۳۷	۴۲/۵±۱۸/۲	۱۹	<۰/۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۸۴/۶±۱۵/۴	۲۴۴	۶۹/۹±۱۷/۸	۱۳۷	۵۸/۴±۲۴/۱	۱۹	<۰/۰۰۰۱
درد بدنی	۸۸/۳±۱۵/۱	۲۴۴	۷۷/۵±۱۷/۵	۱۳۷	۷۱/۱±۲۱/۳	۱۹	<۰/۰۰۰۱
شادابی	۶۵/۸±۸/۹	۲۴۴	۵۷/۲±۹/۷	۱۳۷	۴۹/۵±۷/۱	۱۹	<۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۸۰/۰±۱۳/۲	۲۴۴	۶۲/۲±۱۶/۴	۱۳۷	۴۷/۴±۱۶/۷	۱۹	<۰/۰۰۰۱

* آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره کیفیت زندگی (در حیطه‌های مختلف) بر حسب سطوح متفاوت نگرانی نشان می‌دهد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان دادند کمی کمتر از نیمی از دانشجویان مورد مطالعه نگرانی متوسط یا زیاد داشته‌اند که حدود ۵ درصد نگرانی شدید بوده است. نتایج مطالعه تالیس (۱۹۹۲)، که به بررسی نگرانی در دانشجویان شهر لندن پرداخته بود، نشان داد حدود یک چهارم آنها نگرانی متوسط یا زیاد دارند [۱۳]. یافته‌های این مطالعه و مقایسه آن با یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میزان نگرانی دانشجویان لندنی تقریباً نصف میزان به دست آمده در مطالعه ما است. کوشان (۱۳۷۶) بیان داشته است که ۳۷/۳ درصد از دانشجویان دانشگاه سبزوار به آینده خود بدبین بوده‌اند [۱۴]. تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و... می‌تواند دلیل این تفاوت در میزان نگرانی باشد. اما، به هر حال، زیاد بودن میزان نگرانی دانشجویان نشان‌دهنده وجود چالش در بهداشت روانی و جسمانی این گروه است. غفاری و همکاران (۱۳۸۰) طی تحقیقی در مشهد به بررسی حیطه‌های نگرانی دانشجویان پرداختند. در این مطالعه توصیفی، ۲۰۰ دانشجو از نظر حیطه‌های نگرانی با پرسشنامه WDQ مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه، نسخه فارسی این پرسشنامه با ضریب ۰/۸۶ از نظر پایایی، مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۲۰/۴ درصد از دانشجویان نگرانی شدید و ۳۰/۶ درصد از آنها نگرانی متوسط دارند که البته نگرانی شدید دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، نسبت به این مطالعه بیشتر گزارش شده است. همچنین در یافته‌های این مطالعه، بیشترین نگرانی دانشجویان به ترتیب در حیطه‌های شغلی، مالی، اهداف آینده، روابط و عدم اطمینان بود. همچنین بین سن، جنس، رشته تحصیلی و برخی مشخصات دیگر با بعضی از حیطه‌های نگرانی ارتباط معنی‌دار وجود داشت[۹].مایکل و همکاران (۱۹۹۵) مطالعه ای تحت عنوان «ارتباط نگرانی با حل مسئله» در کانادا انجام دادند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین نگرانی و حل مسئله بود. فرضیه آن هم رابطه معکوس بین این دو را بیان می‌داشت. این مطالعه بر روی ۱۲۲ دانشجوی روان شناسی (۸۶ دختر و ۳۶ پسر) انجام شد. ابزار مورد استفاده برای سنجش نگرانی دو پرسشنامه حیطه های نگرانی (Worry Domain Questionnaire-WQD) و پرسشنامه نگرانی وضعیتی (Pen State Worry Questionnaire-PSWQ) بودند. همچنین از پرسشنامه حل مسائل اجتماعی (The Social Problem Solving Skills-SPSI) برای سنجش توانایی حل مسئله استفاده گردید. این پرسشنامه‌ها در آغاز شروع کلاس در اختیار واحدهای پژوهش قرار می‌گرفتند و توسط خود آنها تکمیل می‌شدند. نتایج نشان دادند که مهارت حل مسئله، تغییراتی در نمرات نگرانی ایجاد می‌کنند. به عبارت دیگر، توانایی حل مسئله، پیشگویی کننده‌ای برای نمرات نگرانی است. به این طریق، پژوهشگران فرضیه پژوهش خود را تأیید کردند[۱۵]. در این مطالعه، یکی از عوارض نگرانی در دانشجویان بررسی شده است. از آنجا که توانایی حل مسئله در همه امور زندگی از جمله مسائل مربوط به سلامتی حایز اهمیت است، لذا در این مطالعه بررسی تأثیر نگرانی بر وضعیت سلامت، نتایج جامع‌تری از عوارض و عواقب نگرانی به دست آورد و البته در این تحقیق نیز ارتباط معکوسی بین نمرات نگرانی و نمرات کیفیت زندگی مشاهده شده است. نتایج این مطالعه نشان دادند که با افزایش میزان نگرانی دانشجویان، سطح کیفیت زندگی ایشان در اعداد متناظر با کیفیت زندگی پایین آمده و برعکس. اثرات و عوارض ناشی از نگرانی از قبیل افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات سلامتی جسمانی در جامعه، در مطالعات متعددی نشان داده شده‌اند [۲۰-۱۶]. بنابراین، به نظر می‌رسد برخی از عوارض جسمانی و روانی مشاهده شده در این افراد با نگرانی مرتبط باشد. از آنجا که دانشجویان، قشر فعال و آینده ساز کشور هستند و هر گونه اختلال در سلامت آنها، علاوه بر اثرات فردی، عوارض اجتماعی هم به همراه دارد، به کارگیری روش‌هایی برای کاهش نگرانی دانشجویان، از جمله تأمین شغلی و مالی، ضروری می‌نماید تا از این طریق، ضمن کاهش عوارض مستقیم ناشی از نگرانی، سطح کیفیت زندگی آنها هم ارتقا یابد. پژوهش حاضر اطلاعاتی را در زمینه ارتباط نگرانی و کیفیت زندگی در دانشجویان در اختیار می‌گذارد. این نتایج می‌توانند مورد استفاده برنامه‌ریزان آموزش عالی در سطوح مختلف قرار گیرند. مسئولیت نظام‌های آموزشی، تنها توجه به مقوله آموزش و یادگیری نیست، بلکه یکی از مسئولیت‌های مهم آنها توجه به مقوله سلامت فراگیران و فرا دهندگان است. نهایتاً می‌توان گفت که نگرانی در دانشجویان مورد مطالعه مشکلی رایج بوده است و همچنین کمتر از یک چهارم ایشان مشکلاتی در کیفیت زندگی داشته‌اند و بین میزان نگرانی و کیفیت زندگی رابطه معکوس قوی وجود داشته است.

توجه به مشکل نگرانی در دانشجویان و عوامل به وجود آورنده آن، توجه به مقوله کیفیت زندگی آنها و نیز ارتباط نسبتاً قوی این دو و اتخاذ تدابیری برای به حد اقل رساندن نگرانی در دانشجویان، از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]

قبیل رفع مشکلات مالی، دغدغه‌های شغلی و ارتقای سطح امنیت روانی، از مسائل مهمی هستند که در برنامه‌ریزی‌های دانشگاهی می‌توانند مد نظر مسئولان امر قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از همکاری و مساعدت تمام عزیزانی که به انحای مختلف در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند تشکر کنند. از همه عزیزان دانشجویی که، با صرف وقت خود، ما را در انجام این تحقیق یاری دادند و اجرای این تحقیق، جز با همکاری ایشان، میسر نبود، صمیمانه تشکر می‌نماییم و از درگاه خداوند متعال برای آنها آرزوی سلامتی داریم.

ضمناً این مقاله حاصل انجام طرحی تحقیقاتی، به شماره ۱۰۵۹۶ /۱۳۲ مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، است که با حمایت مالی آن دانشگاه انجام شده است.

منابع

۱- آتش پور سیدحمید. اضطراب، ماهیت، انواع و درمان. مجله بهداشت جهان، ۱۳۷۴، ۳، ۱۸-۲۲

۲- پارسا پریسا. بررسی میزان و عوامل موثر بر بروز استرس و اختلالات خلقی در جوانان دانشجو. اصول بهداشت روانی، ۱۳۷۹، ۵، ۲۵-۳۰

۳- تزور پارل. کنترل اضطراب و فشار های روانی. ترجمه مهرداد پزمان، چاپ اول، غزل، اصفهان، ۱۳۷۸

۴- صاحبی علی. پدیدار شناسی نگرانی به عنوان مفهومی جدید در گستره پژوهش‌های بالینی، مجله دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۷۹، ۷۵، ۶۹-۵۴

5- Kubzaskey LD, Kawchi I, Spiro A, Weiss ST. Is worry bad for your heart. Circulation, 1997; 95: 818

6- Kelly WE. Investigation of worry and sense of humor. The Journal of Psychology 2002; 136: 657-66

7- Hajcak G, McDonald N, Simons RF. Anxiety and error related brain activity. Biological Psychology 2003; 64: 77-90

8- Kelly WE. Worry and sleep length. The Journal of Genetic Psychology 2002; 163: 296-304

۹- غفاری فاطمه، بررسی حیطه‌های نگرانی دانشجویان دانشگاه‌های مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۰

10- World Health Organization Group, The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. Society Science & Medicine 1995; 41: 1403-1409

۱۱- منتظری علی، گشتاسبی آزیتا، وحدانی نیا مریم‌سادات، ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی استاندارد SF-36، پایش، ۱۳۸۴، ۵، ۵۶-۴۹

12- Montazeri A, Ghoshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Journal of Life Research 2005; 14: 875-82

13- Tallis F, Davey G, Copuzzo N. The phenomenology of non pathologic worry. Behavioral and Cognative Psychology 1992; 22: 37-56

۱۴- کوشان محسن. بررسی مشکلات آموزشی و دانشجویی، اسرار، ۱۳۷۶، ۱، ۴۳-۳۶

15- Michel J. Worry and problem solving, Cognitive therapy research 1999; 19: 24-29

16- Raty LK, Wilde Larsson BM, Soderfeldt BA. Health-related quality of life in youth. Journal of Adolescent Health 2003; 33: 252-58

17- Bouman TK, Meijer KJ. Apreliminary study of worry and metacoagnations. Clinal Psychology 1999; 6: 96-100

18- King C, Hinds P. Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives. Jones and Bartlet Publishers: Toronto, 1998

19- Awad A, Voruganti L. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. Schizophrenia Bulletin 1995; 26: 557-64

20- Edwards T, Huebner C, Connell F, Patrick D. Adolescent quality of life. Part1: conceptual and measurement model. Journal of Adolescence 1995; 25: 275-86

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.8.1.11.8]