

## A Comparative Study of Health-Related Quality of Life in Two Groups of Students of Martyrs' Families and Ordinary: A Case Study of Golestan Province

### ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

#### Authors

Mahnesa Karimi Taleghani<sup>1</sup>,  
Waqinak Sarkesian<sup>2\*</sup>

#### How to cite this article

Mahnesa Karimi Taleghani, Waqinak Sarkesian, A Comparative Study of Health-Related Quality of Life in Two Groups of Students of Martyrs' Families and Ordinary: A Case Study of Golestan Province, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(4): 137-143.

1. PhD Student, Clinical Psychology, Faculty of Physiology, Orbeli, University of the Republic of Armenia, Armenia.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Physiology, Orbeli, Republic Academy of Sciences, Armenia (Corresponding Author)

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: s\_hoseini244@yahoo.com

#### Article History

Received: 2021/05/11

Accepted: 2021/05/22

### ABSTRACT

**Purpose:** Among the vulnerable groups in society are students whose quality of life is facing challenges due to various individual, social, educational and occupational stresses. In today's changing life conditions, the quality of life related to the health of this group is an important issue. Therefore, this study was conducted with the aim of comparatively evaluating the quality of life related to health in two groups of martyrs and normal students.

**Materials and Methods:** This was a descriptive cross-sectional and causal-comparative study. The statistical population included all students of the control family in Golestan province. Using available sampling method, 120 people (60 control students and 60 normal students) were selected and answered the checklist of demographic-researcher-made information and quality of life questionnaire (SF-36). The collected data were analyzed by descriptive statistics and multivariate analysis of variance with SPSS / 26.

**Findings:** The mean and standard deviation of the age of the students of the martyr's families was 27.17. 3.48 years and that of the normal students was 28.05. 4.16. The results of Manova analysis showed that in general health dimensions, role limitation due to emotional reasons, social functioning, vitality, mental health and total quality of life score between control and normal students ( $P < 0.05$ ) but in health dimensions There is no significant difference between the two groups of students due to physical reasons, role limitation due to physical reasons and physical pain ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings emphasize that quality of life related to health as a key factor in health prevention programs and treatment interventions among control and normal students should be considered by mental health professionals

**Keywords:** Quality Of Life, Health, Student, Martyrs' Families

## بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در

### دو گروه از دانشجویان خانواده شهدا و عادی: مطالعه

#### مورد شاهدی استان گلستان

ماه نسا، کربمی طالقانی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده فیزیولوژی اوربیلی دانشگاه آکادمی علوم جمهوری، ارمنستان (نویسنده مسئول).

واقیناک سرکسیان<sup>۲</sup>

گروه روانشناسی بالینی، دانشکده فیزیولوژی اوربیلی، دانشگاه آکادمی علوم جمهوری، ارمنستان.

#### چکیده

**هدف:** از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در جامعه، دانشجویان می‌باشند که به دلیل تنش‌های متعدد فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی کیفیت زندگی آن‌ها با چالش‌هایی روبه‌روست. در شرایط متحول زندگی امروزی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی این قشر مسأله مهمی می‌باشد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دو گروه از دانشجویان خانواده شهدا و عادی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش توصیفی-مقطعی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان خانواده شاهد استان گلستان بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ دانشجوی شاهد و ۶۰ دانشجوی عادی) انتخاب و به چک لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی-محقق ساخته و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند. داده‌های گردآوری شده با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری با SPSS/26 تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان خانواده شهدا ۳/۴۸ ± ۲۷/۱۷ سال و دانشجویان عادی ۴/۱۶ ± ۲۸/۰۵ بود. نتایج تحلیل مانوا نشان داد که در ابعاد سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، شادابی، سلامت روانی و نمره کل کیفیت زندگی بین دانشجویان شاهد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد (P < ۰/۰۵). اما در ابعاد سلامت جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و درد بدنی بین دو گروه دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد (P > ۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بر این امر تأکید می‌کند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به عنوان عاملی اساسی در برنامه‌های پیشگیرانه مربوط به سلامتی و مداخلات درمانی در بین دانشجویان شاهد و عادی مورد توجه متخصصان سلامت و بهداشت روان قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، سلامت، دانشجو، خانواده شهدا.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

\*نویسنده مسئول: s\_hoseini244@yahoo.com

#### مقدمه

دانشجویان از ارکان اصلی نیروهای انسانی کشور محسوب می‌شوند و نقش بسزایی در تحول، پیشرفت و تعالی هر کشوری دارند. با توجه به اهمیت نقش دانشجویان در پیشرفت و تعالی جوامع، طبیعی است که بررسی عوامل مؤثر در رشد نیازهای روانی و تأمین سلامت جسمانی و روان‌شناختی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد<sup>[۱]</sup>. در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه بهداشت روان مطرح شده است<sup>[۲]</sup>. با نگاهی به وضعیت گذشته و حال می‌توان دریافت که اگرچه چالش اصلی بهداشت و سلامت در قرن بیستم «فقط زنده ماندن» بوده است اما چالش اصلی قرن جدید در این حوزه «زیستن با کیفیتی برتر» است<sup>[۳]</sup>.

کیفیت زندگی محصول کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی است و با اینکه مفهومی چندوجهی و پیچیده است اما تعریف شدنی و قابل اندازه‌گیری می‌باشد<sup>[۴]</sup>. علی‌رغم اینکه در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد ولی متخصصین در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آن‌ها معتقد هستند کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی و دربرگیرنده‌ی حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌نمایند، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص و براساس نظر وی و نه فرد دیگری تعیین گردد<sup>[۵]</sup>. کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است. بنابراین، کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل وی می‌باشد که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در فرد برمی‌انگیزد<sup>[۶]</sup>.

سازمان جهانی بهداشت، در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد تعریف می‌کند<sup>[۲]</sup>. کیفیت زندگی به شدت از زمان و مکان متأثر است و مؤلفه‌ها و عوامل تشکیل دهنده‌اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی متفاوت خواهد بود<sup>[۷]</sup>. این مفهوم به افراد اجازه می‌دهد تا اهداف ارزشی زندگی‌شان را دنبال کنند و در احساس بهتر بودن عمومی آن‌ها نمایان می‌شود<sup>[۴]</sup>.

بر طبق مدل سلامت‌نگر، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بُعد فیزیکی، عاطفی، روانی-اجتماعی، معنوی و شغلی را دربرگیرد. امروزه با گسترش روان‌شناسی مثبت‌نگر محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش آسیب‌های روان‌شناختی را به حساب سبک‌های زندگی معیوب و کیفیت پایین زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی افراد و جوامع بود<sup>[۸]</sup>. تحقیقات نشان می‌دهند که کیفیت پایین زندگی با سواد

نیز پس از کسب رضایت‌نامه از بنیاد شهدا و دانشجویان و دادن آگاهی لازم به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در تحقیق حاضر استفاده خواهد شد و از هر نوع سوء استفاده محفوظ خواهد ماند. برای جمع آوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات دموگرافیک-محقق ساخته و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. ۱- چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی: این چک لیست به منظور تعیین مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش از جمله سن (به سال)، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و میزان درآمد توسط پژوهشگر تدوین گردید.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه به وسیله وار و همکاران در سال ۱۹۹۸ تدوین و دارای ۳۶ پرسش با ۸ زیرمقیاس شامل سلامت عمومی (پرسش‌های شماره ۱، ۳۴، ۳۵، ۳۶)، عملکرد جسمانی (پرسش‌های شماره ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (پرسش‌های شماره ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (پرسش‌های شماره ۱۷، ۱۸ و ۱۹)، درد بدنی (پرسش‌های شماره ۲۱ و ۲۲)، عملکرد اجتماعی (پرسش‌های شماره ۲۰ و ۳۲)، انرژی و شادابی (پرسش‌های شماره ۲۳، ۲۴، ۲۷ و ۲۹)، سلامت روانی (پرسش‌های شماره ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۸ و ۳۰) می‌باشد. روش نمره‌بندی فرم ۳۶ سئوالی به صورت نمره مجزا برای هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمره‌ای برای دو بخش کلی جسمانی و روانی و براساس راهنمای ویژه آن صورت می‌پذیرد. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر زیرمقیاس ۱۰۰ و حداقل آن صفر می‌باشد، که نمرات بالاتر دلالت بر وضعیت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامت ضعیف‌تر دارند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط‌گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می‌آید<sup>[۱۴]</sup>. در برخی مطالعات پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و روایی با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفته است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داده است که مقیاس‌های گونه فارسی پرسشنامه SF-36 از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردار هستند. همچنین، مقیاس گروه‌های شناخته شده نشان داده است که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن می‌باشد، به این نحو که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری به دست می‌آورند. در مجموع نشان داده شده است که فرم فارسی ابزار SF-36 به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از روایی و پایایی لازم برخوردار است<sup>[۱۵]</sup>.

پس از جمع آوری داده‌ها در نهایت داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری و با نرم‌افزار آماری SPSS/26 تحلیل شد.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن (به سال) آزمودنی‌ها در گروه دانشجویان خانواده شهدا  $3/48 \pm 27/17$  سال و برای دانشجویان خانواده عادی  $4/16 \pm 28/05$  بود. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت

سلامت پایین رابطه دارد و این ارتباط می‌تواند به دلیل کاهش قابلیت دسترسی و استفاده کمتر از مراقب‌های پزشکی و بهداشتی، افزایش بار استرس به علت زیاد شدن چالش‌های روزمره زندگی، خودمدیریتی ضعیف بیماری و کاهش باور خودکارآمدی باشد<sup>[۹]</sup>. همچنین، شواهد مطالعاتی وجود دارد که کیفیت زندگی پایین با خودگزارشی سلامت ضعیف، استفاده نامناسب از داروها و رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی<sup>[۱۰]</sup>، کنترل ضعیف‌تر روی رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی و روانی مرتبط است<sup>[۱۱]</sup>.

از آنجا که نتایج مطالعات متعدد حاکی از ارتباط بسیار نزدیک بین کیفیت زندگی و سلامت روانی است، پرداختن به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است<sup>[۷]</sup>. مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روانی، بهزیستی و حتی سلامت جسمانی افراد تحت تأثیر فشار روانی قرار می‌گیرد. فشارهای روانی با شدت و ضعف متفاوت تقریباً در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد. بنابراین، پرداختن به سلامت روانی و کیفیت زندگی دانشجویان خانواده‌های معظم شهدا که به دلیل شرایط خاص و استرس‌های ویژه ممکن است در معرض خطر باشند، حائز اهمیت فراوان است<sup>[۱۲]</sup>. با توجه به این که جنگ تحمیلی پیامدهایی در ابعاد گوناگون اقتصادی، اجتماعی، روانی و فرهنگی در جامعه ایران داشته است، بدون شک تأثیرات جنگ در میان نوجوانان و جوانانی که پدران‌شان مستقیماً درگیر جنگ بوده‌اند، قابل تأمل است<sup>[۱۳]</sup>. از آنجا که شالوده و بنیان خانواده و جوامع در درجه اول به سلامت افراد آن جامعه به ویژه جوانان بستگی دارد و لذا پیشگیری از پیامدهای منفی مرتبط با پایین بودن کیفیت زندگی، برای ارتقاء سلامت آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد، این مطالعه با هدف «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دو گروه از دانشجویان خانواده شهدا و عادی: مطالعه مورد شاهدهی استان گلستان» انجام شد.

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی و از نوع علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان شاهد از خانواده‌های شهدای استان گلستان بودند. طبق آمار دریافت شده از مسئولین بنیاد شهدای استان گلستان حجم جامعه آماری برابر با ۱۸۶ نفر است که از این تعداد جامعه آماری، ۱۲۷ نفر از این دانشجویان در دانشگاه‌های این استان مشغول به ادامه تحصیل بودند. برای مطالعات از نوع علی-مقایسه‌ای حداقل حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر کفایت می‌کند اما به منظور افزایش توان تعمیم‌دهی نتایج در هر گروه ۶۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود.

در این پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به بنیاد شهدای استان، آمار کلی خانواده‌های شهدا و فرزندان شاهد را که به عنوان دانشجوی مشغول به تحصیل بودند، اخذ نموده و طی بازدیدهای مکرر و هماهنگی با این افراد به جمع آوری داده‌ها اقدام نمود. در مرحله اجرای تحقیق پس از ارائه توضیحات مقدماتی درخصوص پرسشنامه خودگزارشی و هدف از اجرای تحقیق، نحوه پاسخدهی به سئوال‌ها هر پرسشنامه به افراد شرح داده شد. در خصوص ملاحظات اخلاقی

جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه دانشجویان در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

شناختی نشان داد که در هر دو گروه از دانشجویان خانواده شهدا و عادی به ترتیب بالاترین و پایین ترین درصد (و فراوانی) سطح تحصیلی مربوط به مقطع فوق لیسانس با ۳۱ درصد (۱۹ نفر) و ۳۴ درصد (۲۰ نفر) و سطح دکتری تخصصی ۱۴ درصد (۸ نفر) و ۹ درصد (۶ نفر) بوده است. اطلاعات مربوط به سایر مشخصات

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی دانشجویان خانواده شهدا و عادی

متغیر جمعیت شناختی	دانشجوی خانواده شاهد فراوانی (درصد)	دانشجوی خانواده عادی فراوانی (درصد)
لیسانس	۳۳ نفر (۵۵ درصد)	۳۴ نفر (۵۷ درصد)
فوق لیسانس	۱۹ نفر (۳۱ درصد)	۲۰ نفر (۳۴ درصد)
دکتری	۸ نفر (۱۴ درصد)	۶ نفر (۹ درصد)
مجرد	۳۶ نفر (۶۰ درصد)	۳۹ نفر (۶۵ درصد)
متاهل	۲۴ نفر (۴۰ درصد)	۲۱ نفر (۳۵ درصد)
دولتی	۲۰ نفر (۳۴ درصد)	۸ نفر (۱۴ درصد)
آزاد	۶ نفر (۹ درصد)	۳۶ نفر (۶۰ درصد)
بیکار	۳۴ نفر (۵۷ درصد)	۱۶ نفر (۲۶ درصد)
پایین	۸ نفر (۱۴ درصد)	۶ نفر (۹ درصد)
متوسط	۳۳ نفر (۵۵ درصد)	۳۴ نفر (۵۷ درصد)
خوب	۱۹ نفر (۳۱ درصد)	۲۰ نفر (۳۴ درصد)

عملکرد اجتماعی، انرژی و شادابی، سلامت روانی و نمره کل کیفیت زندگی بین دانشجویان دو گروه خانواده شهدا و خانواده عادی تفاوت معناداری در سطح  $0.05$  وجود دارد. با توجه میانگین این ابعاد در دو گروه می توان بیان کرد که در ابعاد مذکور عملکرد دانشجویان خانواده های عادی بهتر از عملکرد دانشجویان خانواده های شهدا می باشد اما در ابعاد سلامت جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و درد بدنی بین دو گروه دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

مقایسه کیفیت زندگی و زیرمقیاس های هشت گانه آن در دانشجویان خانواده شهدا و خانواده عادی با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس ( $Box's M$ ) جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس ها نشان داد که این مفروضه برقرار است ( $P = 0.067$ )،  $F_{21,51} = 1.496$  و  $MB_{Box} = 33.215$ ؛ سپس، از آزمون لوین ( $Levene's Test$ ) برای بررسی برقراری مفروضه همگنی واریانس ها استفاده شد (جدول شماره ۲).

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) در جدول شماره ۳ نشان داد که در ابعاد سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی،

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های دو گروه دانشجویان خانواده شهدا و عادی

متغیر پژوهش	آماره F	df1	df2	سطح معناداری
سلامت عمومی	0.700	1	58	0.417
عملکرد جسمانی	9.314	1	58	0.369
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	0.181	1	58	0.185
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	1.572	1	58	0.241
درد بدنی	6.384	1	58	0.198
عملکرد اجتماعی	1.053	1	58	0.253
انرژی و شادابی	4.612	1	58	0.417
سلامت روانی	5.794	1	58	0.316
نمره کل کیفیت زندگی	11.566	1	58	0.768

جدول ۳. نتایج تحلیل مانوا جهت مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه دانشجویان خانواده شهدا و عادی

متغیر پژوهش	گروه‌ها	df	انحراف معیار ± میانگین	میانگین مجزورات	F	P-Value	ضریب اتا
سلامت عمومی	خانواده شهدا	۱	۱۱/۲۷ ± ۱/۱۱	۲۶۵/۰۷۶	۴/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
	خانواده عادی	۱	۱۲/۱۳ ± ۱/۴۷				
عملکرد جسمانی	خانواده شهدا	۱	۱۴/۹۴ ± ۳/۷۲	۴۱۳/۶۵۰	۱۹/۸۴	۰/۱۴۴	۰/۲۹۲
	خانواده عادی	۱	۱۵/۱۶ ± ۳/۸۵				
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	خانواده شهدا	۱	۱۰/۰۰ ± ۰/۷۱	۳۱۷/۹۴۳	۵/۶۶	۰/۵۲۱	۰/۴۲۳
	خانواده عادی	۱	۱۱/۳۷ ± ۱/۴۵				
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	خانواده شهدا	۱	۸/۰۰ ± ۱/۴۲	۰/۹۸۴	۲/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
	خانواده عادی	۱	۹/۲۳ ± ۲/۱۶				
درد بدنی	خانواده شهدا	۱	۶/۵۵ ± ۰/۸۷	۱۶۶/۵۴۶	۱۰/۶۷	۰/۳۱۰	۰/۱۸۹
	خانواده عادی	۱	۷/۳۸ ± ۰/۹۹				
عملکرد اجتماعی	خانواده شهدا	۱	۹/۱۳ ± ۱/۲۲	۱۰۳/۵۶۵	۳/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۶۶۶
	خانواده عادی	۱	۸/۸۷ ± ۱/۱۹				
انرژی و شادابی	خانواده شهدا	۱	۱۰/۱۴ ± ۱/۵۵	۲۸۵/۷۵۵	۸/۷۲	۰/۰۰۹	۰/۸۱۱
	خانواده عادی	۱	۱۰/۰۳ ± ۱/۳۸				
سلامت روانی	خانواده شهدا	۱	۱۴/۰۰ ± ۲/۸۵	۴۱۹/۶۵۹	۱۲/۲۳	۰/۰۲۲	۰/۶۹۵
	خانواده عادی	۱	۱۳/۹۷ ± ۲/۷۱				
نمره کل کیفیت زندگی	خانواده شهدا	۱	۸۴/۰۳ ± ۱۳/۴۵	۱۱۳۴/۶۷۵	۲۱/۵۶	۰/۰۰۴	۰/۸۳۲
	خانواده عادی	۱	۸۸/۱۴ ± ۱۵/۲۰				

معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ) اما در ابعاد سلامت جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و درد بدنی بین دو گروه دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ). این یافته از پژوهش با نتایج برخی از تحقیقات پیشین مانند Haukedal و همکاران<sup>[۱۰]</sup>، Wilcox<sup>[۳]</sup> و همکاران<sup>[۹]</sup>، Torino و همکاران<sup>[۱۰]</sup>،

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دو گروه از دانشجویان خانواده شهدا و عادی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که در ابعاد سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، شادابی، سلامت روانی و نمره کل کیفیت زندگی بین دانشجویان شاهد و عادی تفاوت

Zahedi و همکاران<sup>[۱۵]</sup>، Soltani و همکاران<sup>[۱۶]</sup> و Salimi و همکاران<sup>[۱۷]</sup> همسو میباشد.

برآیند مطالعات و تجربه زیسته پژوهشگر نشان می‌دهد که یادگیری و رفتار دانشجوی راضی بهتر بوده و دانشجویان راضی میان همسالان خود انرژی مثبت ایجاد می‌کنند، دانشجویان راضی فعال‌تر هستند. در واقع، دانشجوی فعال با احتمال بیشتری در دوران تحصیل و بعد از آن موفق خواهد بود. با توجه به نقش و جایگاه دانشجویان در آینده جامعه، ایجاد زمینه و بستر مناسب برای تحصیل و زندگی تحصیلی آن‌ها، توسعه و بالندگی جامعه را به دنبال خواهد داشت. در ایران و اغلب کشورهای جهان نظام‌های پیرامونی دانشگاه و آموزش عالی در ارائه تسهیلات، خدمات و فرصت‌های پیشرفت به دانشجویان، کارکرد و عملکرد مناسبی ندارند. این ناکارآمدی مسائلی برای دانشجویان ایجاد کرده و ضمن ایجاد نارضایتی از زندگی تحصیلی، فرایند یادگیری و جامعه‌پذیری دانشجویان را مختل می‌کند<sup>[۱۶]</sup>.

در تبیین این یافته مبنی بر تفاوت کیفیت زندگی دو گروه از دانشجویان می‌توان استدلال نمود که با توجه به تئوری روانکاوی اریکسون فرزندان برای رشد مناسب در ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی نیاز به پرورش مناسب از جانب هر دو والد دارند و چنانچه یکی از والدین در محیط خانواده حضور نداشته باشد، امکان همانندسازی فرزند با وی دچار مشکل شده و فرزندان در زمینه رشد ایگوی منسجم و استفاده مناسب از مکانیسم‌های دفاعی دچار مشکل خواهند شد. بنابراین وقتی فرد در زمینه مکانیسم‌های دفاعی رشد نامناسبی داشته باشد در زندگی و موقعیت‌های پیشرو مشکلات بیشتری را تجربه خواهد نمود و در نهایت کیفیت زندگی وی پایین خواهد آمد. از دیگرسو، با توجه به تئوری بالبی وقتی فرزند به دلیل عدم حضور یکی از والدین نتواند در زمینه صمیمیت رشد مناسبی داشته باشد، در بزرگسالی ممکن است این عدم رشد صمیمیت را با مشکلاتی از قبیل افزایش درد ادراک شده و ناتوانی در ایفای نقش‌های بزرگسالی نمایان سازد. بنابراین، کیفیت زندگی فرد تحت تأثیر قرار گرفته و پایین‌تر از جوانانی دارای هر دو والد خواهد بود.

#### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در دانشجویان خانواده شهدا در مقایسه با دانشجویان خانواده عادی در برخی از ابعاد و نمره کل پایین‌تر است. مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه محدود بودن آن به دانشجویان و استفاده از ابزار خودگزارشی جهت جمع‌آوری داده‌ها می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی علاوه بر دانشجویان این مطالعه در بین خانواده معظم شهدا و عادی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر از زحمات مسئولین بنیاد شهید استان گلستان و همچنین، دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

#### تأییدیه اخلاقی

این پژوهش به تأیید دانشگاه و بنیاد شهدای استان گلستان رسیده است.

#### سهم نویسندگان

واقیناک سرکسیان: استاد راهنمای پایان نامه و ماه‌نساء کریمی طالقانی: نویسنده مقاله.

#### منابع مالی

هیچ گونه تعارض منافی و حامی مالی وجود نداشت.

## References

1. Rajab Zadeh Z, Najjar Asl N, Shahbazi Moghadam GH, Pourakbaran E. The relationship between internet addiction with loneliness and general health in female students. *Fundamentals of Mental Health*. 2016;18(Special Issue):542-46. [Persian]
2. Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MF & et al. Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 2020;167(1):94-101.
3. Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. Health-Related Quality of Life with Cochlear Implants: The Children's Perspective. *Ear and Hearing*. 2020;41(2):330-343.
4. Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. Generic preference based health related quality of life in children with neurodevelopmental disorders: a scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020;62(2):169-177.
5. Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A. Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*. 2020;29(2):413-420.
6. Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu CS, Cohen DJ, Magnuson EA & et al. Quality of life after pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for proximal deep venous thrombosis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2020;8(1):8-23.

Approaches in Educational Administration. 2011;1(4):107-124. [Persian]

13. Ware JE, Jr., Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11):903-12.

14. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(3):63-69. [Persian]

15. Soltani R, Kafae S, Salehi I, Karashki H, Rezaee S. Survey the Quality of Life in Guilan University Students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010;19(75):25-35. [Persian]

16. Salimi M, Gharari E, Yaghubi MA. Evaluating Sabzevar University of Medical Science student's quality of life and some of its effective factors in 2012. *Journal of Student Research Committee*. 2017;16(2):38-49. [Persian]

7. Hosseininia N, Hatami H. Anticipating retirees' quality of life based on mental well-being and resiliency. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019;20(75):81-91.[Persian]

8. Zimmerman JJ, Banks R, Berg RA, Zuppa A, Newth CJ, Wessel D & et al. Critical Illness Factors Associated With Long-Term Mortality and Health-Related Quality of Life Morbidity Following Community-Acquired Pediatric Septic Shock. *Critical Care Medicine*. 2020;48(3):319-328.

9. Wilcox ME, Jaramillo-Rocha V, Hodgson C, Taglione MS, Ferguson ND, Fan E. Long-term quality of life after extracorporeal membrane oxygenation in ARDS survivors: systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2020;35(3):233-243.

10-. Torino C, Panuccio V, Tripepi R, Vilasi A, Postorino M, Tripepi G & et al. The dominant prognostic value of physical functioning among quality of life domains in end-stage kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2020;35(1):170-175.

10. Khaleghi M, Amin Shokravi F, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy and Health-Related Quality of Life in Students. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2019;7(1):66-73.[Persian]

11. Yousefi N, Mohammadi F, Azizi A, Esfand Abadi R. Comparing the Effectiveness of Classical Cognitive Behavioral Therapy and Enhancement-Based Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Quality of Life in Depressed Women. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;11(3):101-112. [Persian]

12. GHasemzad AR, Berenjiyan H, Abedi MR, Barzideh O. A Study of the Relationship among Fars Shahed and Esargar High School Students' Quality of Life, Self-esteem, Locus of Control, Stress and Social Capital. *Journal of New*