

ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان

*رقیه صمیمی^۱ دریا دخت مسرور^۲ فاطمه حسینی^۳ مهرآسا تمدن فر^۴

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد. شواهد موجود نشان می دهد که بین سبک زندگی و سلامت عمومی همبستگی وجود دارد. بالغ بر ۵۳ درصد علل مرگ و میر افراد جامعه با سبک زندگی آنها ارتباط دارد. اهمیت موضوع سبک زندگی و علل مرتبط با آن محققان را بر آن داشته که به بررسی سبک زندگی و سلامت بپردازند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان دانشکده های (پرستاری و مامایی، پیرا پزشکی، علوم پایه پزشکی، بهداشت، مدیریت و توانبخشی) بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع همبستگی بوده، کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل پذیرفته شده قبل از سال ۱۳۸۴ که در یکی از رشته های دانشگاه علوم پزشکی ایران در یکی از مقاطع تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) که قبل از پذیرش در دانشگاه فاقد اختلالات روانی، بیماری مزمن و معلولیت بودند جامعه پژوهش را تشکیل می داد. تعداد نمونه شامل ۱۳۰۰ دانشجو که شامل ۸۶۴ دختر و ۴۳۶ پسر در محدوده سنی ۱۸-۴۴ سال بودند از این تعداد ۴۸۶ نفر ساکن خوابگاه و ۸۱۴ نفر غیر خوابگاهی بودند. روش نمونه گیری بصورت طبقه ای بر اساس دانشکده محل تحصیل، جنس و وضعیت سکونت دانشجویان بود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه مشتمل بر سه بخش دموگرافیک، سبک زندگی در ابعاد (ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن، رعایت اصول ایمنی و کنترل استرس) و سلامت عمومی با ۲۸ سؤال بود.

یافته ها: براساس نتایج آزمون کای دو، سلامت عمومی با ورزش ($P=0/000$)، تغذیه ($P=0/000$)، سیگار کشیدن ($P=0/027$)، رعایت اصول ایمنی ($P=0/000$)، کنترل استرس ($P=0/000$) و جنس دانشجویان ارتباط معنی دار و با سن، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت ارتباط نداشت. سلامت عمومی با ابعاد سبک زندگی ارتباط معکوس معنی دار داشت ($P=0/000$).

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد که دانشجویان در زمینه ورزش وضعیت نامطلوبی داشتند. جهت ارتقاء فعالیت ورزش دانشجویان فراهم نمودن امکانات ورزشی مناسب در محیط دانشگاه همچنین تشویق دانشجویان به منظور استفاده از این امکانات ورزشی در جهت ارتقاء سبک زندگی و سلامت عمومی توصیه می شود.

کلید واژه ها: سبک زندگی، دانشجویان، سلامت عمومی

تاریخ دریافت: ۸۵/۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۱/۳۰

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری، بخش ۳ گرافت، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول)
^۲ مربی گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
^۳ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
^۴ مربی گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

ارتقاء بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد.^(۱) حرف بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می نمودند، اکنون توجه شان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد.^(۲) کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقاء سلامت فردی مؤثر می باشد.^(۳) ۵۳ درصد علل مرگ و میر افراد با سبک زندگی آن‌ها ارتباط دارد.^(۴) فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتاری سبک زندگی و حفظ سلامت خود مسؤول بوده و با این عمل در جهت حفظ و ارتقاء سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها تلاش می‌کند.^(۵) بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل چاقی، بیماری‌های قلب و عروق، انواع سرطان و اعتیاد که امروزه در اغلب کشورها خصوصاً کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، با دگرگونی‌های سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد.^(۶) سبک زندگی نا مناسب هم‌چنین یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، فشارخون بالا، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، زخم معده، ایدزو بیماری‌های قلب و عروق می باشد.^(۷) مطالعه ای که تحت عنوان تفاوت در شکایت از سلامتی در میان دانشجویان با هدف ارزیابی میزان شیوع شکایت از وضعیت سلامت جسمی و روانی در جمعیت دانشجویان دانشگاه و بررسی عوامل خطرناک مرتبط با آن توسط Stock و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که بین عدم فعالیت فیزیکی و بروز ناراحتی جسمی و روانی ارتباط وجود داشته و کمبود حمایت اجتماعی با سطح میزان پایین آگاهی از سلامتی ارتباط داشت و عوامل

داشتن ارتباط پیوسته و مداوم، علاقه به رشته‌های بهداشت و سلامت در دانشگاه و کشیدن سیگار با هیچ یک از گروه‌های بیماری ارتباط نداشت.^(۸) مطالعه دیگری که تحت عنوان رفتارهای سبک زندگی و وضعیت سلامت روانی در کارگران کارخانه ژاپن با هدف تعیین ارتباط الگوهای رفتاری سبک زندگی و وضعیت سلامت روانی در شهر اوساکا ژاپن در سال ۱۹۸۹ توسط Ezoe و Morimoto انجام شد. نتایج نشان داد که الگوهای رفتار بهداشتی کارگران کارخانه در کل با وضعیت سلامت روانی آن‌ها ارتباط داشته است.^(۹) در مطالعه ای که تحت عنوان: بررسی ارتقاء سلامت و رفتارهای پر خطر در پسران نوجوان دانشجوی دانشگاه‌های نواحی جنوبی Alabama at Birminham که توسط Rozmus و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شد، نشان داد: ۳۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش دارای اضافه وزن، ۲۵ درصد تجربه رانندگی حین مستی، ۱۲ درصد سیگاری، ۲۷ درصد عادت به مصرف ماری جوانا و ۳۴ درصد از آن‌ها از نظر جنسی فعال بودند. بین جنس و وضعیت سلامت ارتباط معنی دار و میان مصرف یا عدم مصرف الکل و هیجان در زندگی و سلامت جسمی و روانی نیز ارتباط وجود داشت.^(۱۰) همچنین در مورد تأثیر اختلاف جنس در رفتارهای بهداشتی میان دانشجویان دانشگاه و توجه به ارتقاء سلامت خوابگاه‌ها تحقیقی در آلمان انجام شد. نتایج تحقیق بیانگر این مسأله بود که اختلاف معنی داری بین جنس و مصرف دارو و الکل، ماری جوانا، تغذیه، بهداشت دهان و دندان، کنترل استرس وجود دارد. در مورد فعالیت بدنی و ورزش و رعایت اصول ایمنی اختلاف معنی داری بین زن و مرد وجود نداشت همچنین زنان در تمام گروه‌های سنی از نظر رعایت رفتارهای بهداشتی نسبت به مردان

وضعیت بهتری داشتند که بیانگر تأثیر میزان آگاهی بر رعایت رفتارهای بهداشتی بوده و این رفتارها در زنان با میزان آگاهی آنان ارتباط مستقیم داشت. شیوع رفتارهای خطرناک در بین دانشجویان نیاز آن‌ها را به شرکت در برنامه‌های ارتقاء سلامت نشان می‌داد.^(۱۰) این مطالعه و مطالعات بعدی می‌تواند راهگشایی جهت ارائه یک برنامه پیشگیری کننده برای اصلاح و استاندارد کردن سبک زندگی و عاملی برای ارتقاء سلامت آن‌ها باشد. هدف کلی این تحقیق تعیین ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران و اهداف ویژه تعیین سبک زندگی و سلامت عمومی دانشجویان به تفکیک: سن، جنس، دانشکده محل تحصیل وضعیت سکونت و تعیین ارتباط سبک زندگی و سلامت عمومی دانشجویان به تفکیک: سن، جنس، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت بود. سؤالات پژوهش عبارت بودند از: سلامت عمومی دانشجویان با کدامیک از عوامل (سن، جنس، دانشکده محل تحصیل، وضعیت سکونت) ارتباط دارد؟ آیا بین ابعاد مختلف سبک زندگی و سلامت عمومی دانشجویان علوم پزشکی ایران ارتباط وجود دارد؟

روش بررسی

مطالعه از نوع همبستگی (Correlational) بود که در آن سبک زندگی و وضعیت سلامت عمومی و ارتباط بین سبک زندگی و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران، مورد بررسی قرار گرفت. کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل پذیرفته شده قبل از سال (۱۳۸۴) که در یکی از رشته‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران در یکی از مقاطع تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترا) که قبل از پذیرش در دانشگاه فاقد اختلالات روانی، بیماری مزمن و

معلولیت بودند، جامعه پژوهش را تشکیل می‌داد. دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران شامل علوم پایه، پیرا پزشکی، مدیریت، بهداشت، توانبخشی و پرستاری و مامایی محیط پژوهش را تشکیل می‌داد. تعداد نمونه ۱۳۰۰ نفر شامل ۸۶۴ دختر و ۴۳۶ پسر بود، نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بوده و تعداد نمونه‌های انتخابی در هر یک از دانشکده‌های ذکر شده به روش طبقه‌ای بر اساس جنس، رشته تحصیلی و وضعیت سکونت انجام شد. دانشجویان ترم یک از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه از سه پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات فردی دانشجویان بود. پرسشنامه دوم مربوط به سبک زندگی در پنج بعد (فعالیت فیزیکی، ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن، رعایت اصول ایمنی، کنترل استرس) بود. پرسشنامه سبک زندگی با اقتباس از دو ابزار ارزیابی سبک زندگی^(۱۱) و ابزار بررسی سبک زندگی انستیتوی سلامت^(۱۲) و تغییراتی که توسط پژوهشگران در آن داده شد، تهیه گردید. سؤالات این ابزار در ۵ قسمت مربوط به پنج بعد سبک زندگی بود و نمره گذاری آن نیز مانند ابزار انستیتوی سلامت بر مبنای مقیاس لیکرت درجه بندی شد. به این صورت که: به پاسخ همیشه نمره ۴، اکثر اوقات نمره ۳، معمولاً نمره ۲، بعضی وقت‌ها نمره ۱ و به پاسخ هرگز نمره صفر داده شد. سبک زندگی واحدهای مورد پژوهش در هر بعد براساس مجموع نمرات حاصل از سؤالات پرسشنامه سبک زندگی در ۵ بعد بدست آمد. در بعد ورزش و فعالیت فیزیکی دارای ۹ سؤال و ۳۶ امتیاز بود، امتیاز (۰-۱۱) به عنوان نامطلوب، (۱۲-۲۳) تاحدی مطلوب و امتیاز (۲۴-۳۶) به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد، در بعد تغذیه ۱۳ سؤال و ۵۲ امتیاز بود، به طوری که امتیاز

بین (۱۷-۰) به عنوان تغذیه نامطلوب امتیاز بین (۳۵-۱۸) تاحدودی مطلوب و امتیاز بین (۵۲-۳۶) تغذیه مطلوب در نظر گرفته شد. سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن دارای ۳ سؤال و ۱۲ امتیاز بود، امتیاز بین (۳-۰) به عنوان نامطلوب، امتیاز بین (۷-۴) تا حدودی مطلوب و امتیاز بین (۱۲-۸) به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد. امتیاز سبک زندگی در بعد رعایت اصول ایمنی براساس درصد رعایت اصول ایمنی در نظر گرفته شد. امتیاز بین (۳۳/۹۹-۰) درصد به عنوان نامطلوب، و (۶۷/۹۹-۳۴) درصد به عنوان تاحدی مطلوب و بین (۱۰۰-۶۸) درصد به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد. سبک زندگی در بعد کنترل استرس دارای ۱۱ سؤال و ۴۴ امتیاز بود امتیاز بین (۱۴-۰) نامطلوب، بین (۲۸-۱۵) تاحدی مطلوب و امتیاز بین (۴۴-۲۹) به عنوان مطلوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه سوم، پرسشنامه سلامت عمومی (General health questionnaire) ۲۸ موردی بود که توسط اسپیرز در سال ۱۹۹۴ در نیوزیلند و در ایران نیز توسط توسط دادستان در سال ۱۳۷۶ در تهران مورد استفاده قرار گرفته بود.^(۱۳) نمره گذاری این پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت بود. به طوری که برای پاسخ به هیچ وجه نمره صفر به پاسخ نه بیش از معمول نمره ۱ به پاسخ بیش از معمول نمره ۲ و به پاسخ بسیار بیش از معمول نمره ۳ داده شد. نمره سلامت عمومی هر یک از واحدهای مورد پژوهش در این پرسشنامه از مجموع نمرات چهار زیر مقیاس ذکر شده محاسبه گردید. پس از نمره گذاری به سؤالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه گردید نمره سلامت عمومی هر یک از واحدهای مورد پژوهش بین (۲۷-۰) به عنوان سلامتی در حد مطلوب، (۵۵-۲۸) تا حدی مطلوب و نمرات بین

بین (۸۴-۵۶) سلامتی نامطلوب در نظر گرفته شد. اعتبار علمی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. جهت تعیین اعتماد علمی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۰۶ = r_a برای سبک زندگی و برای سلامتی عمومی ۰/۸۲ = r_a به دست آمد. به منظور جمع آوری اطلاعات پژوهشگر به دانشکده های علوم پایه، پیراپزشکی، مدیریت، بهداشت، توانبخشی و پرستاری و مامایی مراجعه و پس از انتخاب واحدهای مورد پژوهش و معرفی خود و ارائه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و کسب رضایت نامه کتبی از تک تک واحدهای مورد پژوهش، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمود. مدت زمان تکمیل پرسشنامه ها تقریباً ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بود. به طور کلی اطلاعات در مدت ۳ ماه جمع آوری گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۹۳/۸ درصد از نمونه ها در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۶ سال، ۵/۵ درصد در محدوده سنی ۲۷ تا ۳۵ سال و ۰/۶ درصد از نمونه ها در محدوده سنی ۳۶ تا ۴۴ سال بود. میانگین سنی واحد های مورد پژوهش ۲۲/۲۳ سال با انحراف معیار ۲/۹۸۹ بود.

نتایج مطالعه نشان داد که: ۱۶/۴ درصد دانشجویان مورد مطالعه از نظر سبک زندگی در بعد ورزش وضعیت مطلوب، ۵۵ درصد تاحدی مطلوب و ۲۸/۶ درصد وضعیت نامطلوب داشتند. از نظر سبک زندگی در بعد تغذیه ۲۷/۳ درصد دانشجویان مورد مطالعه وضعیت مطلوب، ۶۷ درصد وضعیت تاحدی مطلوب و ۵/۷ درصد وضعیت نامطلوب داشتند. از نظر سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن ۸۷/۷ درصد دانشجویان مورد مطالعه وضعیت مطلوب، ۹/۸ درصد

وضعیت تاحدی مطلوب و ۲/۵ درصد دانشجویان مورد مطالعه وضعیت نامطلوب داشتند. از نظر سبک زندگی در بعد رعایت اصول ایمنی ۶۹/۵ درصد واحدهای مورد مطالعه وضعیت مطلوب، ۲۹/۴ درصد وضعیت تاحدی مطلوب و ۱/۲ درصد دانشجویان مورد مطالعه

وضعیت نامطلوب داشتند. از نظر سبک زندگی در بعد کنترل استرس ۴۲/۵ درصد وضعیت مطلوب، ۵۳/۸ درصد در وضعیت تاحدی مطلوب و ۳/۷ درصد واحدهای مورد مطالعه از نظر کنترل استرس وضعیت نامطلوب داشتند.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مورد مطالعه بر حسب جنس، وضعیت سکونت و دانشکده محل تحصیل

دانشکده محل تحصیل	جنس و وضعیت سکونت	مرد	زن	خوابگاهی	غیر خوابگاهی	جمع
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
علوم پزشکی		۲۲۷(۵۴/۷)	۱۸۸(۴۵/۳)	۱۴۴(۳۴/۷)	۳۷۱(۶۵/۳)	۴۱۵(۱۰۰)
پرستاری و مامایی		۱۵۰(۸۶/۲)	۲۴(۱۳/۸)	۹۴(۵۴)	۸۰(۴۶)	۱۷۴(۱۰۰)
توانبخشی		۱۳۴(۸۲/۷)	۲۸(۱۷/۳)	۱۰۱(۶۲/۳)	۶۱(۳۷/۷)	۱۶۲(۱۰۰)
پیراپزشکی		۱۳۸(۶۵/۴)	۷۳(۳۴/۶)	۵۲(۲۴/۶)	۱۵۹(۷۵/۴)	۲۱۱(۱۰۰)
بهداشت		۷۹(۵۰)	۷۹(۵۰)	۵۱(۳۳/۳)	۱۰۷(۶۷/۷)	۱۵۸(۱۰۰)
مدیریت		۱۳۶(۷۵/۶)	۴۴(۲۴/۴)	۴۴(۲۴/۴)	۱۳۶(۷۵/۶)	۱۸۰(۱۰۰)
جمع		۸۶۴(۶۶/۵)	۴۳۶(۳۳/۵)	۴۸۶(۳۷/۴)	۸۱۴(۶۲/۶)	۱۳۰۰(۱۰۰)

مطلوب و ۱/۶ درصد از دانشجویان مورد مطالعه از نظر سلامت عمومی امتیاز نامطلوب کسب کردند. با توجه به نتیجه آزمون کای اسکوتر، ارتباط بین دو متغیر سلامت عمومی و سن واحدهای مورد مطالعه معنی دار نبود.

نتیجه آزمون کای اسکوتر نشان داد که بین سلامت عمومی و جنس واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری بود ($P = 0/01$ و $\chi^2 = 13/49$).

نتایج در رابطه با هدف ویژه شماره (۱) یعنی " تعیین سبک زندگی در ابعاد (ورزش، تغذیه، سیگار کشیدن رعایت اصول ایمنی و کنترل استرس) و سلامت عمومی دانشجویان به تفکیک: سن، جنس، دانشکده محل تحصیل، وضعیت سکونت" در جداول شماره ۲ الی ۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج مطالعه نشان داد که ۷۱/۷ درصد دانشجویان از نظر سلامت عمومی امتیاز مطلوب، ۲۶/۷ درصد امتیاز تاحدی

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی سطح سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه بر حسب سن، سال ۱۳۸۴

سلامت عمومی	مطلوب	تاحدی مطلوب	نامطلوب	جمع
گروه سنی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۱۸-۲۶	۸۶۴(۷۰/۹)	۳۳۴(۲۷/۵)	۲۰(۱/۶)	۱۲۱۸(۱۰۰)
۲۷-۳۵	۵۸(۸۰/۶)	۱۳(۱۸/۱)	۱(۱/۳)	۷۲(۱۰۰)
۳۶-۴۴	۸(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)	۸(۱۰۰)
جمع	۹۳۰(۷۱/۶)	۳۴۷(۲۶/۷)	۲۱(۱/۶)	۱۲۹۸
آزمون کای اسکوتر		$P = 0/08$	$\chi^2 = 4/98$	

× برای انجام آزمون دانشجویان مورد مطالعه را به دو گروه سنی زیر ۲۷ و بالای ۲۷ سال تقسیم شد
×× دو مورد بدون پاسخ

سلامت عمومی و دانشکده محل تحصیل دانشجویان ارتباط معنی دار وجود نداشت. نتایج در رابطه با سلامت عمومی و وضعیت سکونت نشان داد که بیشترین درصد سلامت عمومی مطلوب مربوط به دانشجویان غیر خوابگاهی با ۷۲/۹ درصد و غیر خوابگاهی با ۶۹/۶ درصد بود از طرف دیگر بیشترین درصد سلامت نامطلوب مربوط به دانشجویان غیر خوابگاهی بود. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد بین وضعیت سکونت و سلامت عمومی دانشجویان ارتباط معنی دار وجود نداشته است.

در رابطه با سلامت عمومی و دانشکده محل تحصیل یافته‌های پژوهش نشان داد که: بیشترین درصد از نظر سلامت عمومی مطلوب به ترتیب مربوط به دانشجویان دانشکده‌های پیراپزشکی با ۷۹/۶ درصد، بهداشت ۷۵/۹ درصد مدیریت ۷۱/۷ درصد دانشکده علوم پزشکی ۷۰/۶ درصد، دانشکده توانبخشی ۷۰ درصد و دانشکده پرستاری و مامایی با ۶۲/۱ درصد همچنین بیشترین درصد سلامت عمومی نامطلوب مربوط به دانشجویان دانشکده‌های توانبخشی با ۵/۶ درصد و دانشکده مدیریت با ۷/۸ درصد بود. نتیجه آزمون کای اسکوئر حاکی از آن بود که بین

جدول شماره ۳- ارتباط سبک زندگی در بعد ورزش و سطح سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه، سال ۱۳۸۴

ورزش	مطلوب	تاحدی مطلوب	نامطلوب	جمع
سلامت عمومی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
مطلوب	۱۶۸(۱۸/۱)	۵۲۲(۵۶/۲)	۲۳۹(۲۵/۷)	۹۲۹(۱۰۰)
تاحدی مطلوب	۳۹(۱۱/۲)	۱۸۸(۵۴/۲)	۱۲۰(۳۴/۶)	۳۴۷(۱۰۰)
نامطلوب	۵(۲۳/۸)	۳(۱۴/۳)	۱۳(۶۱/۹)	۲۱(۱۰۰)
جمع	۲۱۲(۱۶/۳)	۷۱۳(۵۵)	۳۷۲(۲۸/۷)	۱۲۹۸(۱۰۰)
آزمون کای اسکوئر		P = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۲۹/۷۱$	

× دو مورد بدون پاسخ

با توجه به نتیجه آزمون کای اسکوئر ارتباط بین دو متغیر سلامت عمومی و سبک زندگی در بعد ورزش معنی دار بود (P=۰/۰۰۰).

جدول شماره ۴- ارتباط سبک زندگی در بعد تغذیه با سطح سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه، سال ۱۳۸۴

تغذیه	مطلوب	تاحدی مطلوب	نامطلوب	جمع
سلامت عمومی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
مطلوب	۲۸۰(۳۰/۱)	۶۰۷(۶۵/۳)	۴۳(۴/۶)	۹۳۰(۱۰۰)
تاحدی مطلوب	۷۱(۲۰/۵)	۲۵۱(۷۳/۳)	۲۵(۶/۲)	۳۴۷(۱۰۰)
نامطلوب	۴(۱۹)	۱۳(۶۲)	۴(۱۹)	۲۱(۱۰۰)
جمع	۳۵۵(۲۷/۳)	۸۷۱(۶۷/۱)	۷۲(۵/۶)	۱۲۹۸(۱۰۰)
آزمون کای اسکوئر		P = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۲۱/۱۵$	

× دو مورد بدون پاسخ

با توجه به نتیجه آزمون کای اسکوئر با اختلاف آماری (P=0/000) ارتباط بین دو متغیر سلامت عمومی و سبک زندگی بعد تغذیه واحدهای مورد مطالعه معنی‌دار بود.

جدول شماره ۵- ارتباط سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن با سطح سلامت عمومی دانشجویان مورد مطالعه، سال ۱۳۸۴

سیگار کشیدن	مطلوب	تاحدی مطلوب	نامطلوب	جمع
سلامت عمومی	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
مطلوب	۸۲۸(۸۹)	۸۰(۸/۶)	۲۲(۲/۴)	۹۳۰(۱۰۰)
تاحدی مطلوب	۲۹۲(۸۴/۱)	۴۶(۱۳/۳)	۹(۲/۶)	۳۴۷(۱۰۰)
نامطلوب	۱۸(۸۵/۷)	۱(۴/۸)	۲(۹/۵)	۲۱(۱۰۰)
جمع	۱۱۳۸(۸۷/۷)	۱۲۷(۹/۸)	۳۳(۲/۵)	۱۲۹۸(۱۰۰)
آزمون کای اسکوئر		P=0/027	$\chi^2=10/99$	

x دو مورد بدون پاسخ

۴۶/۶ درصد تاحدی مطلوب و ۱/۳ درصد امتیاز نامطلوب کسب کردند. از ۳۴۷ نفر که از نظر سلامت عمومی امتیاز تاحدی مطلوب کسب کرده بودند از نظر کنترل استرس ۱۸/۲ درصد مطلوب، ۷۴/۶ درصد تاحدی مطلوب و ۷/۲ درصد امتیاز نامطلوب کسب کردند. و از ۲۱ مورد که از نظر سلامت عمومی امتیاز نامطلوب کسب کرده بودند از نظر کنترل استرس ۹/۵ درصد مطلوب، ۳۸/۱ درصد تاحدی مطلوب و ۱۱ مورد (۵۲/۴ درصد) امتیاز نامطلوب کسب کردند. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان می‌دهد که بین سلامت عمومی و کنترل استرس واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی‌دار بود (P=0/000).

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با هدف ویژه اول پژوهش یعنی تعیین سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران به تفکیک (سن و جنس، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت) نتایج ذیل به دست آمد. در رابطه با وضعیت سلامت عمومی یافته‌های پژوهش نشان داد واحدهای مورد مطالعه امتیاز بهتری از واحدهای مطالعه غربی

با توجه به نتیجه آزمون کای اسکوئر اختلاف بین دو متغیر سلامت عمومی و سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن معنی‌دار بود (P=0/027).

از ۹۳۰ مورد که از نظر سلامت عمومی امتیاز مطلوب کسب کرده بودند از نظر رعایت اصول ایمنی ۷۵/۳ درصد مطلوب، ۲۴/۲ درصد تاحدی مطلوب، ۰/۵ درصد امتیاز نامطلوب کسب کردند. همچنین از ۳۴۷ مورد که از نظر سلامت عمومی امتیاز تاحدی مطلوب کسب کرده بودند از نظر رعایت اصول ایمنی ۵۴/۸ درصد مطلوب، ۴۲/۷ درصد تاحدی مطلوب و ۲/۶ درصد امتیاز نامطلوب کسب کردند. و از ۲۱ مورد که از نظر سلامت عمومی امتیاز نامطلوب کسب کرده بودند از نظر رعایت اصول ایمنی ۵۲/۴ درصد مطلوب، ۴۲/۸ درصد تاحدی مطلوب و ۴/۸ درصد امتیاز نامطلوب کسب کردند. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سلامت عمومی و رعایت اصول ایمنی واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشته است (P=0/000).

از ۹۳۰ مورد که از نظر سلامت عمومی امتیاز مطلوب داشتند از نظر کنترل استرس ۵۲/۲ درصد مطلوب،

عمومی و وضعیت سکونت واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. در تأیید نتیجه مطالعه حاضر غریبی (۱۳۷۵) و هاشمی نسب (۱۳۸۳) نیز نشان دادند بین سلامت عمومی وضعیت سکونت ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد.^(۱۵،۱۴)

در رابطه با سؤال شماره ۱ سلامت عمومی دانشجویان با کدام یک از عوامل (سن، جنس، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت) ارتباط دارد. سلامت عمومی با جنس واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی دار و با سن، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت ارتباط معنی دار نداشت.

در رابطه با هدف دوم پژوهش تعیین ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان علوم پزشکی ایران به تفکیک (سن، جنس، دانشکده محل تحصیل و وضعیت سکونت) نتایج ذیل به دست آمد.

در زمینه ارتباط سلامت عمومی با ورزش نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد بین سلامت عمومی و سبک زندگی بعد ورزش ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P=0/000$). در این زمینه Stock (۲۰۰۳) به این نتیجه دست یافت که دانشجویانی که بیشترین فعالیت بدنی را انجام می‌دادند کمترین میزان شکایت از سلامتی را داشتند.^(۷)

در رابطه با سبک زندگی در بعد تغذیه و سلامت عمومی. نتیجه آزمون کای اسکوئر حاکی از آن بود که بین سلامت عمومی و تغذیه ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P=0/000$). در تأیید نتیجه به دست آمده Ezoie و Morimoto (۱۹۹۴) و Ayranci Unal (۲۰۰۵) و نیز نشان دادند بین تغذیه و سلامت عمومی ارتباط آماری معنی داری وجود داشته است.^(۸،۱۸)

در رابطه با سبک زندگی در بعد سیگار کشیدن و سلامت عمومی نتیجه آزمون کای اسکوئر میزان خطای

(۱۳۷۵) کسب کردند.^(۱۴) ولی امتیاز پائین تری از واحدهای مطالعه هاشمی نسب (۱۳۸۳) کسب کردند.^(۱۵)

در رابطه با ارتباط سلامت عمومی با سن واحدهای مورد مطالعه نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد، بین سلامت عمومی و سن واحدهای مورد مطالعه ارتباط معنی دار وجود نداشته است. نتیجه مطالعه غریبی (۱۳۷۵) نیز نشان داد بین مدل بالینی سلامت و سن واحدهای مورد مطالعه از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد. نتیجه مطالعه موجود مشابه نتایج عمران نصب (۱۳۷۸) و هاشمی نسب (۱۳۸۳) بود.^(۱۶،۱۵)

در رابطه با ارتباط جنس با سلامت عمومی یافته های پژوهش نشان داد که ۷۸ درصد دانشجویان پسر و ۶۸/۴ درصد دانشجویان دختر از نظر سلامت عمومی امتیاز مطلوب کسب کردند. نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد بین سلامت عمومی و جنس واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P=0/01$). یافته مطالعه موجود مشابه نتایج مطالعات Ezoie و Morimoto (۱۹۹۴)، Sender و همکاران (۲۰۰۱) هاشمی نسب (۱۳۸۳) Rozmus (۲۰۰۵) بود.^(۹،۸،۱۷،۱۵)

در رابطه با سلامت عمومی دانشجویان با دانشکده محل تحصیل نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد بین سلامت عمومی و دانشکده محل تحصیل واحدهای مورد مطالعه ارتباط آماری معنی دار وجود نداشته است. در تأیید نتیجه به دست آمده، Rozmus (۲۰۰۵) نیز نشان داد که بین دانشکده محل تحصیل واحدهای مورد مطالعه و سلامت عمومی ارتباط معنی داری وجود ندارد.^(۹)

در زمینه ارتباط سلامت عمومی با وضعیت سکونت نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد که بین سلامت

مامایی سرکارخانم فرنگیس شاهپوریان و سرکارخانم نیکپور به عنوان استاد ناظر همچنین مسئولین کتابخانه دانشکده پرستاری و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکر و قدردانی نماید.

فهرست منابع

- ۱- سید نوزادی محسن. کلیات و اصول اپیدمیولوژی. تهران: وافی؛ ۱۳۸۰. ص. ۱۲ و ۴۲.
- 2- Phipps C. Fundamental of nursing. Philadelphia: Lippincott; 2001. P.50-52.
- 3- Delaun SC, Ladner PK. Fundamental of nursing standard and practice. Albany: Delmar; 1998. P.75.
- 4- Montgomery J. Health care low. NewYork: Oxford University Press; 1997. P.75
- ۵- پارک جی، پارک کی. کلیات خدمات بهداشتی: درسنامه پزشکی اجتماعی. ترجمه شجاعی تهرانی حسین. تهران: سماط. ۱۳۸۳. ص. ۴۲.
- 6- Black J, Hawk JH, Keene AM. Medical surgical of nursing. Philadelphia:W.B. Saunders; 2001. P.5223.
- 7- Stock C, Kucuk N, Misericiene I, Habil , quillen-grima f, pethевичiene j, aguinaga- ontoso i,kramer a. Differences in health complaints among universe: students from three european. Prev med; 2003. 37:535-543.
- 8- Ezoe S, Morimoto k. Behavioral life style and mental health study of japenes factory worker. j prev med; 1994.23:98-105.
- 9- Rozmus C., Evans R., Wysochansky M., Mixon D. An analysis of health promotion and risk behaviours of fresh man college students in a rural southern setting. J Pediatr Nurs; 2005. 20(1): 25-32.
- 10- Stock C, Wille L, Gender- specific health behaviors of german university students predict the interest in campus health promotion. Health promot int; 2001. 16(2): 145-154.

($P=0/027$) نشان داد بین سلامت عمومی و سیگار کشیدن ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. نتیجه مطالعه موجود مشابه نتایج مطالعات Ezoe و Morimoto (۱۹۹۴) و Stock (۲۰۰۳) بود.^(۸،۷)

در مورد ارتباط رعایت اصول ایمنی با سلامت عمومی نتیجه آزمون کای اسکوئر با میزان خطای ($P=0/000$) نشان داد بین سلامت عمومی و رعایت اصول ایمنی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. نتیجه مطالعه موجود مشابه مطالعه Mckean (۲۰۰۱) بود.^(۱۹)

در رابطه با سؤال شماره ۲ یعنی آیا بین ابعاد مختلف سبک زندگی و سلامت عمومی دانشجویان علوم پزشکی ایران ارتباط وجود دارد نتیجه آزمون کای اسکوئر انجام شده نشان داد که بین ورزش و سلامت عمومی ($\chi^2=29/705, P=0/000$)، تغذیه و سلامت عمومی ($\chi^2=21/15, P=0/000$)، سیگار کشیدن و سلامت عمومی ($\chi^2=10/99, P=0/027$)، رعایت اصول ایمنی و سلامت عمومی ($\chi^2=58/42, P=0/000$)، کنترل و استرس و سلامت عمومی ($P=0/000$)، $\chi^2=273$)، ارتباط معنی دار وجود داشته است.

در مورد ارتباط کنترل استرس با سلامت عمومی نتیجه آزمون کای اسکوئر نشان داد بین سلامت عمومی و کنترل استرس ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P=0/000$). نتیجه مطالعه موجود مشابه نتایج مطالعه Ezoe و Morimoto (۱۹۹۴) و هاشمی نسب (۱۳۸۳) بود.^(۱۵،۸)

تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگر بر خود لازم می داند از کلیه کسانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش سهم داشتند به ویژه معاونت امور پژوهشی دانشکده پرستاری و

۱۶- عمران نسب محمد. بررسی ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان دانشجویان سال آخر کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد؛ دانشکده پرستاری و مامایی ایران: ۱۳۷۸: ص ۵۸

17- Sender R, Salamero M. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorder in medical students at the university of Barcelona. *Edu Med J*; 2001. 4:66.

18- Ayranci U, Son N, Son O. Prevalence of nonvitamin, nonmineral supplement usage among students a Turkish university. *Public Health*; 2005. 5(47): 1-10.

19- Misra R, Mckean M. Cxouege students academic stress and its relation to their anxiety "time management" and leisure satisfaction. *J health sci*; 2000. 16(1): 41-5.

11- Brukner FPA. Endocrinologic condition in medical problems. *Athletes: Black well Scince*; 1997. P. 216.

12- Russel D, White MD, Carl S. exercise in dibetes Mngements, maximizing Bene fits. *Physician Sports Med apv*; 1999. 4(27): 301.

۱۳- دادستان پریوش. استرس یا تنیدگی، بیماری جدید تمدن. تهران: رشد؛ ۱۳۷۷. ص ۸۱-۸۵.

۱۴- غریبی حلیمه. بررسی ارتباط مفهوم سلامت در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد؛ زاهدان. ۱۳۷۵ ص ۷۸.

۱۵- هاشمی نسب نیر. بررسی میزان استرس شغلی وضعیت سلامت جسمی و روانی ماما های شاغل در بیمارستان دولتی شهر تهران. پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد؛ دانشکده پرستاری و مامایی تهران: ۱۳۸۴: ۷۲.

Correlation Between LifeStyle and General Health in University Students

*R. Samimi MS¹ D. Masrure Rodsary MS² M. Tamadonfar MS³ F. Hosseini MS⁴

Abstract

Background & Aim: Health promotion and its maintenance are considered important elements in social development. Evidence implies that there is relationship between lifestyle and general health. Approximately 53% of the reasons of mortality rates is related to people's lifestyle. The importance of lifestyle and related reasons have made the researchers to explore the issues of life style and health. The objective of this study was to determine the relationship between lifestyle and general health in university students.

Material & Methode: The study was a correlational descriptive design. One thousand and three hundred students consisted of 864 females and 436 males with 18-44 years old (486 subjects were living in dormitory) participated in this study. The sampling method was stratified based on the school, gender and residency situation. The data were collected by questionnaires including a demographic data sheet, lifestyle questionnaire (physical activity, nutrition, smoking, safety measures, stress management) and general health-questionnaire with 28 items.

Result: The Chi square revealed significant relationships between general health and physical activity ($P=0.000$), nutrition ($P=0.000$), smoking ($P=0.027$), safety measure ($P=0.000$), stress management ($P=0.000$), and gender ($P=0.01$). No significant relationships were found between general health and age, school, and residency situation of the students. Also there were significant negative relationships between general health and lifestyle dimensions.

Conclusion: According to the findings, the students had not an optimal level of physical activity. Therefore providing facilities related to physical activity and body fitness programs in the students and encouraging them to use these facilities are recommended.

Key Word: General Health, Lifestyle, Students

Accepted for Publication: 19 February 2007

¹ MS in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author)

² Senior Lecture in Nursing, School of Nursing and Midwifery Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Senior Lecture in Nursing, School of Nursing and Midwifery Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Senior Lecturer in the Department of Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences.