



Studying the Correlation Between Social Well-Being with the Physical and Mental Health of Medical Students in Rafsanjan University of Medical Sciences

Mitra Abbasifard^{1,2}, Mohammad Nazer³, Mahdi Hosseinzadeh Kamalabad⁴,
Zahra Kamiab^{1,5*}

1-Associated Professor, Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2-Associated Professor, Department of Internal Medicine, Ali-Ibn Abi-Talib Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychiatry, Moradi Educational and Treatment Hospital, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

4-Medical Student, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Corresponding author: Assistant Professor, Department of Community Medicine, Ali-Ibn Abi-Talib Hospital, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Email: dr.kamiab89@gmail.com

Received: 2025/02/1

Accepted: 2025/10/26

Abstract

Introduction: Social well-being, as one of the important dimensions of health, is important among medical students due to the importance of effective communication with the community in their future careers. The present study aimed to determine the correlation between Social Well-Being with the physical and mental Health in medical students at Rafsanjan University of Medical Sciences in 2024.

Methods: The present study was conducted as a descriptive-correlational research on 120 medical students. Students from various academic levels (basic sciences, physiopathology, extern and intern) were selected using a multi-stage stratified-proportional and simple random sampling method. Data collection was carried out with a demographic questionnaire, "Keyes's Social Well-being Questionnaire" and "36-Item Short Form Health Survey". The validity of the instruments was measured using content validity in a qualitative manner and reliability was measured using internal consistency by calculating Cronbach's alpha coefficient. The instruments were made available to students through virtual space. Data analysis was performed with SPSS . 24.

Results: The average total health score in the internship program was significantly higher than in the basic sciences program ($P=0.026$). Based on the correlation results, there is an indirect and significant correlation between social well-being and academic grade point average ($r=0.204$, $P=0.026$) and a direct and significant correlation between social well-being and health ($r=0.057$, $P=0.045$).

Conclusion: Given the weak correlation between social well-being and student health, it is recommended that further research be conducted to explore this relationship more deeply to provide evidence-based recommendations.

Keywords: Social Well-Being, Health, Medical Students.



بررسی همبستگی بین بهزیستی اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

میترا عباسی فرد^۱، محمد ناظر^۲، مهدی حسین زاده^۳، زهرا کامیاب^{۴،۵}

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه آموزشی بیماری های داخلی، بیمارستان علی ابن ابیطالب ع، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز آموزشی و درمانی مرادی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۴- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
- ۵- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا کامیاب، استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
ایمیل: dr.kamiab89@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۳

چکیده

مقدمه: بهزیستی اجتماعی به عنوان یکی از عوامل موثر بر سلامت شناخته شده است. در بین دانشجویان علوم پزشکی به دلیل اهمیت ارتباطات موثر با جامعه در آینده شغلی آن ها، این موضوع حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین بهزیستی اجتماعی با سلامت جسمانی و روانی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۳ انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر به صورت توصیفی-همبستگی روی ۱۲۰ دانشجوی پزشکی انجام شد. دانشجویان از مقاطع مختلف تحصیلی (علوم پایه، فیزیوتراپی، کارآموز و کارورز) با استفاده از روش نمونه گیری چندمرحله ای طبقه ای-تناسبی و تصادفی ساده انتخاب شدند. جمع اوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز» (Keyes's Social Well-Being Questionnaire) و «فرم کوتاه بررسی سلامت -۳۶ عبارت» (36-Item Short Form Health Survey) انجام شد. روایی ابزارها با استفاده از روایی محتوای به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. ابزارها از طریق شبکه مجازی در اختیار دانشجویان قرار گرفت. تحلیل داده ها با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره کل سلامت $17/65 \pm 61/73$ و نمره کل بهزیستی اجتماعی $5/72 \pm 59/80$ بود. میانگین نمره کل سلامت در مقطع کارآموزی به طور معناداری بیشتر از مقطع علوم پایه بود ($P=0/026$). بر اساس نتایج همبستگی، بین بهزیستی اجتماعی و معدل تحصیلی همبستگی غیرمستقیم و معناداری ($P=0/026$ ، $r=-0/204$) و بین بهزیستی اجتماعی و نمره کل سلامت نیز همبستگی مستقیم و معناداری ($P=0/045$ ، $r=0/057$) وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به همبستگی ضعیف بین بهزیستی اجتماعی و سلامت دانشجویان، پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتری برای بررسی عمیق تر این رابطه انجام شود تا بتوان توصیه های مبتنی بر شواهد قوی تری ارائه داد.
کلیدواژه ها: بهزیستی اجتماعی، سلامت، دانشجویان پزشکی.

مقدمه

بر اساس تعریف ارائه شده در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، سلامت تنها به معنای عدم وجود بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه به عنوان وضعیتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی معرفی شده است. این تعریف بیان می کند که فرد زمانی در وضعیت سلامت کامل قرار دارد که نه تنها از لحاظ جسمی هیچ مشکل یا بیماری نداشته باشد، بلکه از نظر روانی در حالتی از آرامش و تعادل بوده و همچنین از نظر اجتماعی در موقعیتی مناسب و حمایت کننده باشد. بنابراین، سلامت شامل جنبه های جسمانی، عاطفی، روانی و اجتماعی می شود، به طوری که این عوامل با یکدیگر ارتباط مستقیم دارند (۱، ۲).

بهبودی اجتماعی به توانایی فرد در برقراری و حفظ روابط مثبت و سازنده با دیگران و همچنین مشارکت فعال و مؤثر در فعالیت های اجتماعی مربوط می شود. این نوع سلامت، افراد را قادر می سازد که نقش فعال در زندگی اجتماعی خود ایفا کنند، حس تعلق به جامعه را تجربه کنند و در قبال آن احساس مسئولیت داشته باشند (۳). به بیان دیگر، بهبودی اجتماعی مستلزم توانایی فرد برای ایجاد و حفظ پیوندهای اجتماعی با کیفیت و حضور فعال در شبکه های اجتماعی متنوع است (۴). عوامل مؤثر بر بهبودی اجتماعی شامل وضعیت اقتصادی و اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، حمایت اجتماعی دریافتی و وضعیت تأهل مرتبط است (۵). شبکه های حمایت اجتماعی، که شامل خانواده، دوستان و ارتباطات اجتماعی می شوند، می توانند با تحریک ترشح هورمون های مرتبط با شادی و کاهش احساس تنهایی و تنش، به بهبود بهبودی روانی و جسمی کمک کنند (۶). این عوامل به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت عمومی فرد تأثیرگذار هستند. به عبارتی، افزایش بهبودی اجتماعی با سلامت همراه است (۷). سلامت به عنوان یک مفهوم چندبعدی شناخته می شود که شامل ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است و دامنه وسیعی از زندگی فردی را در بر می گیرد. این مفهوم به عنوان یکی از شاخص های اصلی اجتماعی تلقی می شود که عوامل کلیدی تأثیرگذار بر شرایط زندگی و رفاه شخصی افراد را شناسایی می کند (۸، ۹).

در برخی مطالعات به همبستگی و ارتباط بین بهبودی اجتماعی و سلامت در بین گروه های مختلف جامعه از جمله دانشجویان، پرستاران و جوانان اشاره کرده اند (۱۰-۱۲). با این حال، بسیاری از افراد و حتی نظام های بهداشتی، هنوز به اهمیت واقعی بهبودی اجتماعی واقف نشده اند و توجه کافی به این بخش از سلامت عمومی به میزان لازم صورت نمی گیرد (۱). با توجه به تأثیر قابل توجه بهبودی اجتماعی بر سایر ابعاد سلامت و کیفیت زندگی و همچنین بر وضعیت تحصیلی دانشجویان، عدم توجه به بهبودی اجتماعی می تواند به افزایش شیوع مشکلات روانی و تشدید آن ها، نظیر افسردگی، تمایل به خودکشی، گرایش به مصرف مواد مخدر، کاهش کیفیت زندگی، بروز آسیب های اجتماعی، بروز مشکلات جسمی و افت عملکرد تحصیلی در دانشجویان منجر شود (۱۰). دانشجویان پزشکی علاوه بر مشکلات عمومی که سایر دانشجویان با آن مواجه اند، با چالش های خاصی، از جمله فاصله از خانواده، دوران تحصیل طولانی، ورود به محیط های بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی و کمبود درآمد، میزان بالای دروس و رقابت های فشرده، فشارهای روانی ناشی از محیط های بالینی از جمله بیمارستان و اورژانس (مواجهه با مسائل و مشکلات بیماران) و عدم اطمینان از آینده شغلی نیز روبرو هستند. این وضعیت آن ها را در معرض خطر بالایی برای از دست دادن سلامت جسمی و روانی در ابعاد مختلف قرار می دهد. از این رو، تأمین سلامت دانشجویان پزشکی به عنوان پیش نیاز و شرط اساسی برای اشتغال و فعالیت های اقتصادی و اجتماعی در جامعه، اهمیت بسیاری دارد (۷). مطالعات انجام شده در زمینه سلامت عمدتاً در مورد سلامت روان بوده و به بعد سلامت جسمانی و روانی پرداخته اند. با توجه به مطالب ذکر شده، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین بهبودی اجتماعی و سلامت جسمانی و روانی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۳ طراحی شده است.

روش کار

این مطالعه توصیفی-همبستگی بر روی دانشجویان پزشکی (علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، کارآموز و کارورز) دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۳ (فروردین لغایت اسفند) انجام

شد. دلیل انتخاب این دانشگاه دسترسی پژوهشگران به این دانشگاه (از نظر لجستیکی و همکاری‌های سازمانی)، کمبود مطالعات متمرکز بر بهزیستی اجتماعی در دانشگاه‌های علوم پزشکی غیرکلان‌شهری ایران و حضور دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف (علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، کارآموزی، و کارورزی) در این دانشگاه است که نماینده‌ای از دانشجویان پزشکی در ایران هستند.

با توجه به اهداف مطالعه، تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر و نتایج مطالعه Farahaninia و همکاران ۱۲۰ تن برآورد شد (۱۳). در این فرمول $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/8$ و $r=0/355$ (برآورد ضریب همبستگی بین بهزیستی اجتماعی و سلامت در پرستاران) لحاظ گردید.

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{c} \right]^2$$

$$c = 0.5 * Ln[(1+r)/(1-r)]$$

دانشجویان در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای طبقه‌ای و تصادفی ساده (جدول اعداد تصادفی) انتخاب شدند. هدف از این روش، تضمین نمایندگی برابر و مناسب از زیرگروه‌های دانشجویان در مقاطع تحصیلی مختلف بود.

ابتدا جمعیت دانشجویان بر اساس مقطع تحصیلی به ۴ طبقه متجانس تقسیم شدند: طبقه ۱: علوم پایه (۱۴۰ تن)، طبقه ۲: فیزیوپاتولوژی (۸۰ تن)، طبقه ۳: کارآموز (۷۰ تن)، طبقه ۴: کارورز (۶۰ تن). سپس در هر طبقه، ۳۰ تن از دانشجویان واجد شرایط به طور تصادفی از جدول اعداد تصادفی از فهرست دانشجویان آن مقطع انتخاب شدند (در مجموع ۱۲۰ تن).

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و دسترسی آنلاین به ابزارها و معیارهای عدم ورود شامل ابتلا به بیماری روانی تشخیص داده شده از جمله افسردگی، اسکیزوفرنی یا ابتلا به بیماری جسمی مزمن تشخیص داده شده از جمله سرطان، دیابت بود. وجود این بیماری‌ها با توجه به سوابق پزشکی گذشته دانشجویان و خود اظهاری بررسی گردید.

داده‌ها با مشخصات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل، محل سکونت، معدل تحصیلی کل و ابزارهای زیر جمع‌آوری شد.

«پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز» (Keyes's Social Well-being Questionnaire) برای اندازه‌گیری بهزیستی اجتماعی توسط Keyes در آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی شده و شامل ۲۰ عبارت است (۱۴). این پرسشنامه شامل ۵ مولفه می‌باشد. شکوفایی اجتماعی (social actualization): عبارت‌ها شامل ۱ تا ۴، یکپارچگی اجتماعی (social integration): عبارت‌ها شامل ۵ تا ۷، انسجام اجتماعی (social coherence): عبارت‌ها شامل ۸ تا ۱۰، پذیرش اجتماعی (social acceptance): عبارت‌ها شامل ۱۱ تا ۱۵ و مشارکت اجتماعی (social contribution): عبارت‌ها شامل ۱۶ تا ۲۰. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود (خیلی زیاد: ۵ تا خیلی کم: ۱) صورت گرفت. نمره مجموع عبارت‌ها میزان بهزیستی اجتماعی افراد را نشان می‌دهد حداقل و حداکثر نمره ۲۰ الی ۱۰۰ است. نمره ۲۰ تا ۴۰ بیانگر بهزیستی اجتماعی ضعیف، نمره ۴۱ تا ۶۰ بیانگر بهزیستی اجتماعی متوسط و نمره ۶۱ به بالا بیانگر بهزیستی اجتماعی بالا و کسب نمره بالاتر به معنای بهزیستی اجتماعی بیشتر است (۱۴).

Keyes روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز» را روی ۳۷۳ تن از بزرگسالان آمریکایی بررسی و نتایج ۵ مولفه را تایید کرد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و مقادیر آن بین ۰/۷۰ الی ۰/۷۷ و برای نمره کلی ۰/۷۲ بدست آمد (۱۴). همچنین در پژوهش دیگری توسط Li و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز» روی ۳۶۰ بزرگسال در کشور چین بررسی و نتایج وجود ۵ مولفه را تأیید نمود. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۰ گزارش شد (۱۵).

در مطالعه مقصودی و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز» روی ۱۷۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز بررسی و ۵ مولفه تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۲ بدست آمد (۱۶). صفارینیا و همکاران روایی سازه به روش

میترا عباسی فرد و همکاران

تا ۱۰۰ تبدیل می‌شوند، به‌گونه‌ای که نمره خام واقعی منهای کمترین نمره ممکن، تقسیم بر دامنه نمره ممکن، ضرب در ۱۰۰ محاسبه می‌شود (۱۸). نمره کل در هر مولفه بین صفر تا ۱۰۰ است. نمره صفر نشان‌دهنده بدترین وضعیت سلامت و ۱۰۰ نشان‌دهنده بهترین وضعیت سلامت و ۳ دسته ضعیف (نمره صفر تا ۴۰) نشان‌دهنده وضعیت سلامت نامناسب و محدودیت‌های قابل‌توجه در عملکرد فرد، متوسط (نمره ۴۱ تا ۷۰) نشان‌دهنده وضعیت سلامت متوسط با برخی محدودیت‌ها در عملکرد و خوب (نمره ۷۱ تا ۱۰۰) نشان‌دهنده وضعیت سلامت مطلوب و عملکرد مناسب فرد، طبقه‌بندی می‌شوند (۱۸).

Ware و همکاران روایی سازه «فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶- عبارت» به روش تحلیل عاملی تأییدی روی ۲۴۷۱ تن از بیماران مزمن (مانند دیابت، بیماری‌های قلبی، افسردگی) و افراد سالم بررسی و ۸ مولفه تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش گردید (۱۸). AboAbat و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶- عبارت» روی ۶۱۶۶ تن از جمعیت عمومی عربستان سعودی بررسی و نتایج ۸ مؤلفه را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۶۷ تا ۰/۹۲ محاسبه گردید (۱۹).

در مطالعه جعفری و همکاران، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶- عبارت» روی ۱۸۵ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور (میانگین سنی ۱۹ سال) بررسی و نتایج ۸ مؤلفه را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل ابزار ۰/۹۰ و برای مولفه‌های جسمانی و روانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ محاسبه شد (۲۰). در مطالعه منتظری و همکاران، روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی «فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶- عبارت» روی ۴۱۶۳ تن از افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران بررسی و ۸ مولفه حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای مولفه‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ گزارش شد (۲۱).

در مطالعه حاضر برای بررسی نسبت روایی محتوا، ابتدا ۲

تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز» روی ۵۰۰ بزرگسال شهر تهران بررسی و نتایج ۵ مولفه را تأیید کرد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۷۸ محاسبه گردید (۱۷).

«فرم کوتاه بررسی سلامت ۳۶- عبارت» (36-Item Short Form Health Survey) توسط Ware و همکاران در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است (۱۸). هدف این فرم ارزیابی حالت سلامت از ۲ منظر وضعیت جسمانی و روانی است. این فرم شامل ۳۶ عبارت و ۸ مولفه تشکیل‌دهنده سلامت می‌باشد. مولفه‌ها شامل عملکرد جسمی (physical functioning) (۱۰ عبارت شامل ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) که توانایی انجام فعالیت‌های زندگی مانند توجه به نیازهای فردی، پیاده‌روی و نرمش را در بر می‌گیرد. مولفه نقش عملکرد جسمی (role functioning/physical) (۴ عبارت شامل ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) که محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمانی را بررسی می‌کند. مولفه درد (pain) (۲ عبارت شامل ۲۱، ۲۲) که میزان احساس درد در ۴ هفته گذشته و تأثیر آن بر فعالیت‌های روزمره را ارزیابی می‌کند. مولفه سلامت عمومی (general health) (۴ عبارت شامل ۱، ۳۴، ۳۵، ۳۶) که سلامت عمومی را بر اساس ادراک فرد ارزیابی می‌کند. مولفه انرژی/خستگی (energy/fatigue) (۴ عبارت شامل ۲۳، ۲۷، ۲۹، ۳۱) که احساس چالاکتی، انرژی و خستگی را، مولفه عملکرد اجتماعی (social functioning) (۲ عبارت شامل ۲۰، ۳۲) که تأثیر مشکلات جسمی و روانی بر فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطات را ارزیابی، نقش عملکرد/هیجانی (role functioning/emotional) (۳ عبارت شامل ۱۷، ۱۸، ۱۹) که محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی را و مولفه بهزیستی هیجانی (emotional well-being) (۵ عبارت شامل ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰) که احساس افسردگی و اضطراب را می‌سنجد. ۴ مولفه اول به مولفه سلامت جسمانی و ۴ مولفه آخر به حیطه سلامت روانی مربوط می‌شود. این فرم همچنین یک عبارت اضافی دارد که فرد به ارزیابی سلامت خود در یک ماه گذشته می‌پردازد. نمره‌گذاری بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (۱ تا ۵) انجام می‌شود. نمره خام هر مؤلفه با استفاده از فرمول استاندارد به مقیاس صفر

ابزار مورد استفاده برای ۵ تن از اعضاء هیأت علمی گروه روانپزشکی و ۳ تن از روانشناسان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ارسال گردید تا از نظر نسبت روایی محتوا، در قالب یک جدول و مبتنی بر یک مقیاس ۳ نمره ای (۱=غیرمرتبط، ۲=می توان استفاده کرد ولی ضرورتی ندارد و ۳=مهم و مرتبط) مورد ارزیابی قرار گیرد. پس از بررسی نمره، عبارت هایی که نسبت روایی محتوا آن ها کمتر از معیار تعیین شده ۲ بود، اصاح و تجدید نظر شد. در نهایت، نسبت روایی محتوای ابزار ها، بررسی و ۰/۸۶ تأیید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۲۰ تن از دانشجویان پزشکی بررسی و برای «پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کبیز» ۰/۸۴ و «فرم کوتاه بررسی سلامت -۳۶ عبارت» ۰/۸۹ محاسبه گردید.

در مطالعه حاضر، پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دریافت کد اخلاق، هماهنگی های لازم با معاونت آموزشی و معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی به عمل آمد. سپس با همکاری آموزش دانشکده پزشکی، فهرست دانشجویان حاضر در هر یک از مقاطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، کارآموزی و کارورزی دریافت شد. پس از تعیین تعداد نمونه مورد نیاز از هر طبقه و انتخاب افراد به صورت تصادفی ساده (جدول اعداد تصادفی)، از طریق تماس با دانشجویان منتخب، ابتدا هدف پژوهش توضیح داده شد.

پس از کسب رضایت آگاهانه (به صورت الکترونیکی)، لینک فرم پرسشنامه آنلاین که در بستر گوگل فرم طراحی شده بود، برای آن ها از طریق پیامرسان های متداول (مانند واتساپ یا تلگرام) ارسال گردید. در ابتدای فرم، اطلاعات مربوط به محرمانه بودن پاسخ ها، حق انصراف از مطالعه در هر زمان و نحوه استفاده از داده ها به صورت شفاف توضیح داده شد. برای اطمینان از صحت پاسخ ها، تنها دانشجویانی که فرم را به طور کامل تکمیل کرده بودند، در تحلیل نهایی وارد شدند.

داده ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد، توصیف شدند. برای ارزیابی توزیع نرمال متغیرهای پیوسته از آزمون کولموگوروف -اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) و

همچنین با محاسبه شاخص های چولگی (Skewness) و کشیدگی (Kurtosis) استفاده شد که این پیش فرض برقرار بود. برای بررسی توزیع نمرات بهزیستی اجتماعی و سلامت در دانشجویان پزشکی دانشکده پزشکی رفسنجان در زیر گروه متغیرهای دوگانه (جنسیت و وضعیت تاهل) از Independent Samples t Test و در زیر گروه مقطع تحصیلی، سال ورودی و محل سکونت از One-way ANOVA و در صورت معنا داری، از آزمون مقایسات چندگانه توکی (Tukey's multiple comparisons test)، به منظور مقایسه میانگین زوج گروه ها استفاده شد. همبستگی بین نمره تنظیم بهزیستی اجتماعی و سلامت با استفاده از همبستگی پیرسون سنجیده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴، مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح ($P < 0.05$) معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۱۲۰ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۳ مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۵۷ تن (۴۷/۵ درصد) مرد و ۶۳ تن (۵۲/۵ درصد) زن و از نظر وضعیت تأهل، ۱۰۰ تن (۸۳/۳ درصد) مجرد و ۲۰ تن (۱۶/۷ درصد) متأهل بودند. توزیع شرکت کنندگان در مقاطع تحصیلی به صورت مساوی بود؛ به طوری که ۳۰ تن (۲۵ درصد) در مقطع علوم پایه، ۳۰ تن (۲۵ درصد) در فیزیوپاتولوژی، ۳۰ تن (۲۵ درصد) در مرحله کارآموزی و ۳۰ تن (۲۵ درصد) در مقطع کارورزی مشغول به تحصیل بودند. در ارتباط با محل سکونت، ۶۷ تن (۵۵/۸ درصد) در خوابگاه، ۳۰ تن (۲۵ درصد) در منزل شخصی بدون حضور خانواده (غیر بومی) و ۲۳ تن (۱۹/۲ درصد) در منزل شخصی به همراه خانواده (بومی) سکونت داشتند. همچنین میانگین سن شرکت کنندگان $23/03 \pm 2/38$ سال بود و دامنه سنی آن ها بین ۲۰ تا ۳۷ سال گزارش شد. میانگین معدل تحصیلی کل دانشجویان برابر با $15/98 \pm 0/91$ بود که بین حداقل ۱۳ و حداکثر ۱۸ متغیر بود.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی اجتماعی و سلامت در زیر گروه های مختلف دانشجویان پزشکی بررسی و آرایه شده است.

میترا عباسی فرد و همکاران

جدول ۱: مقایسه نمره بهزیستی اجتماعی و سلامت در زیر گروه های مختلف دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (۱۲۰ تن)

نمره بهزیستی اجتماعی	نمره کل سلامت	سلامت جسمانی	سلامت روانی	
مذکر (تعداد=۵۷)	۵۹/۴۲ ± ۶/۴۸	۶۲/۱۱ ± ۱۶/۹۶	۵۲/۸۲ ± ۱۳/۸۲	۵۸/۷۹ ± ۱۹/۷۶
مونث (تعداد=۶۳)	۶۱/۱۴ ± ۴/۹۶	۶۱/۳۹ ± ۱۸/۸۳	۵۳/۶۳ ± ۱۳/۵۸	۵۶/۲۵ ± ۲۲/۶
آماره t	-۰/۶۷۹	-۰/۲۲۴	-۰/۳۲	-۰/۶۵۲
*p.value	۰/۴۹۹	۰/۸۲۳	۰/۷۴۹	۰/۵۱۵
مجرد (تعداد=۱۰۰)	۵۹/۸۷ ± ۵/۹۲	۶۱/۰۱ ± ۱۷/۵۸	۵۲/۵۷ ± ۱۳/۸۳	۵۶/۷ ± ۲۱/۲۸
متاهل (تعداد=۲۰)	۵۹/۴۵ ± ۴/۶۹	۶۵/۳۵ ± ۱۷/۹۹	۵۶/۶۳ ± ۱۲/۴۶	۶۱/۲۸ ± ۲۱/۲۱
آماره t	۰/۲۹۸	-۱/۰۰۴	-۱/۲۱۴	-۰/۸۷۷
*p.value	۰/۷۶۶	۰/۳۱۷	۰/۲۲۷	۰/۳۸۲
علوم پایه (تعداد=۳۰)	۶۰/۷۶ ± ۵/۵۵	۵۳/۹۴ ± ۲۰/۷۲	۴۸/۵۴ ± ۱۴/۸۴	۴۸/۵۲ ± ۲۲/۹۸
فیزیوتراپی (تعداد=۳۰)	۵۹/۲۳ ± ۷/۲	۶۴/۰۴ ± ۱۶/۹۸	۵۵/۲۲ ± ۱۳/۰۲	۵۹/۳۲ ± ۲۰/۴۴
کارآموز (تعداد=۳۰)	۵۸/۸ ± ۴/۶۷	۶۶/۶۵ ± ۱۳/۷۱	۵۵/۸۹ ± ۱۱/۵۶	۶۳/۴۴ ± ۲۰/۰۵
کارورز (تعداد=۳۰)	۶۰/۴ ± ۵/۲۲	۶۲/۳ ± ۱۶/۷۱	۵۳/۳۳ ± ۱۴/۳۵	۵۸/۵۶ ± ۱۹/۵
آماره F	۰/۷۸۶	۱/۶۶۶	۱/۲۱۰	۱/۶۵۲
**p.value	۰/۵	۰/۰۳۱	۰/۱۴۹	۰/۰۴۴
خوابگاه (تعداد=۶۷)	۶۰/۳۷ ± ۶/۰۴	۶۱/۰۹ ± ۱۶/۷۵	۵۲/۵ ± ۱۳/۶	۵۶/۴۳ ± ۲۰/۸۴
منزل شخصی بدون خانواده (غیر بومی) (تعداد=۳۰)	۵۹/۳۶ ± ۳/۹۲	۶۳/۵۴ ± ۱۸/۵۸	۵۳/۶۶ ± ۱۵/۲۳	۶۰/۵ ± ۲۰/۷۷
منزل شخصی همراه خانواده (بومی) (تعداد=۲۳)	۵۸/۶۹ ± ۶/۷	۶۱/۲۶ ± ۱۹/۵۵	۵۴/۸۹ ± ۱۱/۹	۵۶/۴۹ ± ۲۳/۵۳
آماره F	۰/۸۴۷	۰/۲۰۷	۰/۲۷۸	۰/۴۰۵
**p.value	۰/۴۱۳	۰/۸۱۳	۰/۷۵۸	۰/۶۶۸

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شدند

*آزمون Independent Samples t Test

**آزمون One Way ANOVA

و نمره سلامت روانی در مقطع کارآموزی به طور معناداری بیشتر از مقطع علوم پایه مشاهده گردید (به ترتیب $P=0/026$ و $P=0/032$). در سایر موارد تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد.

برای بررسی همبستگی بین سن و معدل تحصیلی کل با نمره کلی بهزیستی اجتماعی و سلامت از آزمون همبستگی استفاده شد (جدول ۲).

میانگین نمره کل سلامت در بین دانشجویان $61/73 \pm 17/65$ ، نمره مولفه سلامت جسمانی $53/25 \pm 13/64$ و مولفه سلامت روانی $57/46 \pm 21/25$ بود. همچنین نمره کل بهزیستی اجتماعی دانشجویان $59/80 \pm 5/72$ بود.

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین نمره کل سلامت و بعد سلامت روانی در زیر گروه های مقطع تحصیلی تفاوت معناداری داشتند (به ترتیب $P=0/031$ و $P=0/032$) به طوریکه در تست تعقیبی توکی، میانگین نمره کل سلامت

جدول ۲: بررسی همبستگی بین نمره کلی بهزیستی اجتماعی، سلامت و با متغیرهای سن و معدل تحصیلی کل (۱۲۰ تن)

سن	معدل تحصیلی کل	
$r=0.36$ $P=0.659$	$r=-0.204$ $P=0.26$	نمره کلی بهزیستی اجتماعی
$r=0.151$ $P=0.10$	$r=0.123$ $P=0.180$	نمره کلی سلامت
$r=0.134$ $P=0.145$	$r=0.063$ $P=0.497$	سلامت جسمانی
$r=0.151$ $P=0.151$	$r=0.142$ $P=0.123$	سلامت روانی

$$(P=0.10, r=0.151)$$

جدول ۳ به بررسی همبستگی بین نمره بهزیستی اجتماعی و سلامت پرداخته است.

بر اساس نتایج جدول ۲ بین نمره بهزیستی اجتماعی و معدل تحصیلی کل همبستگی غیر مستقیم و معناداری وجود دارد ($P=0.26, r=-0.204$). همبستگی بین سن و نمره کلی سلامت همبستگی مستقیم و غیرمعنادار است

جدول ۳: بررسی همبستگی بین بهزیستی اجتماعی و سلامت دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (۱۲۰ تن)

نمره کلی سلامت	سلامت جسمانی	سلامت روانی
$r=0.057$ $P=0.445$	$r=0.12$ $P=0.893$	$r=0.069$ $P=0.49$

در جدول ۴ نتایج همبستگی بین نمره بهزیستی اجتماعی و سلامت در مقاطع تحصیلی مختلف دانشجویان پزشکی گزارش شده است.

بر اساس نتایج این جدول همبستگی، نمره کلی بهزیستی اجتماعی با نمره کلی سلامت و سلامت روانی همبستگی مستقیم معنادار و ضعیفی دارد.

جدول ۴: بررسی همبستگی بین بهزیستی اجتماعی و سلامت بر اساس مقاطع تحصیلی مختلف در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (۱۲۰ تن)

مقطع تحصیلی	نمره کلی سلامت	سلامت جسمانی	سلامت روانی
علوم پایه	$r=0.001$ $P=0.998$	$r=0.130$ $P=0.492$	$r=0.075$ $P=0.694$
فیزیوپاتولوژی	$r=0.338$ $P=0.068$	$r=0.039$ $P=0.837$	$r=0.408$ $P=0.025$
کارآموز	$r=0.243$ $P=0.195$	$r=0.193$ $P=0.306$	$r=0.255$ $P=0.175$
کارورز	$r=0.224$ $P=0.234$	$r=0.270$ $P=0.148$	$r=0.239$ $P=0.204$

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سن و نمره کلی سلامت، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. این یافته مشابه نتایج برخی مطالعات دیگر است. به عنوان مثال، در پژوهش‌های Alboliteh (۲۲) و Lumley و همکاران (۲۳)، نیز همبستگی مثبت بین افزایش سن و بهبود سلامت جسمی و روانی مشاهده شده است. در تبیین این یافته می توان ذکر کرد که این رابطه ممکن است ناشی از کسب تجربه بیشتر و تطبیق بهتر با شرایط محیطی در افراد مسن تر باشد که منجر به سازگاری روانی بالاتر و

بر اساس نتایج این جدول، تنها در زیر گروه مقطع فیزیوپاتولوژی نمره کلی بهزیستی اجتماعی با نمره سلامت روان همبستگی مستقیم و معناداری دارد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین بهزیستی اجتماعی و سلامت و برخی متغیرهای جمعیت شناختی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۴۰۳ طراحی شده است.

می توان ذکر کرد که اگرچه بهزیستی اجتماعی می تواند سلامت روان را بهبود دهد، اما تنش و فشارهای ناشی از برخی تعاملات اجتماعی می تواند اثرات منفی داشته باشد (۲۸). بنابراین، ارتقای حمایت روانی-اجتماعی در محیط های تحصیلی و کاهش عوامل تنش زا برای حفظ سلامت روان دانشجویان ضروری است.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره بهزیستی اجتماعی با سلامت دانشجویان پزشکی همبستگی مثبت، هرچند ضعیف، دارد. همچنین مشخص شد که با افزایش سن، سلامت کلی دانشجویان ارتقا می یابد، در حالی که معدل تحصیلی بالاتر با کاهش سلامت همراه است. با توجه به این نتایج پیشنهاد می شود دانشگاه ها برنامه های هدفمندی مانند کارگاه های آموزشی مهارت های اجتماعی برای تقویت بهزیستی اجتماعی دانشجویان اجرا کنند. از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم بررسی عوامل دیگری همچون وضعیت اقتصادی، تفاوت های فرهنگی، محل سکونت و حمایت خانوادگی نیز می توانند تأثیر قابل توجهی بر سلامت داشته باشند اشاره کرد

سیاسگذاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری حرفه ای مهدی حسین زاده در رشته پزشکی عمومی به راهنمایی خانم دکتر زهرا کامیاب در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان با شناسه IR.RUMS.REC.1402.025 در تاریخ ۱۴۰۲/۳/۱۰ بررسی و بعلاوه، با کد پایان نامه ۴۰۱۰۱۷۷ در سایت research.rums.ac.ir در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۱۱ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ثبت شده است. از تمامی کسانی که نویسندگان را در پیشبرد این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

سلامت بهتر می شود. همچنین، افزایش سن می تواند با پذیرش بهتر محدودیت ها و سبک زندگی سالم تر همراه باشد که بر سلامت کلی تأثیر مثبت می گذارد. با این حال، باید توجه داشت که افزایش سن در برخی شرایط می تواند با بروز بیماری های مزمن همراه شود.

یافته دیگر این مطالعه، همبستگی منفی و معنادار بین معدل تحصیلی کل و سلامت کلی بود که بیانگر کاهش سلامت در دانشجویانی با معدل بالاتر است. این نتیجه با مطالعات Alboliteeh (۲۲) و Lumley و همکاران (۲۳) همخوانی دارد که نشان دادند دانشجویان با عملکرد تحصیلی بالاتر ممکن است به دلیل فشارهای روانی بیشتر، سلامت پایین تری داشته باشند. در تبیین این یافته می توان ذکر کرد که این فشارها می تواند از نگرانی برای کسب نمره بالا، زمان محدود برای استراحت، و اضطراب مرتبط با رقابت های تحصیلی ناشی شود که موجب کاهش سلامت روان و جسم می گردد (۲۳).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که نمره کل بهزیستی اجتماعی و سلامت همبستگی مستقیم و معنادار دارد، به گونه ای که تعاملات اجتماعی مثبت موجب افزایش سلامت کلی افراد می شود. این یافته مشابه نتایج مطالعه Albohnayh و همکاران است که همبستگی قوی بین بهزیستی اجتماعی و سلامت را گزارش کردند (۲۵). همچنین، مطالعه Datta و همکاران نشان داد که افزایش بهزیستی اجتماعی در افراد مسن به بهبود سلامت در تمام ابعاد کمک می کند (۲۶). در تبیین این یافته می توان ذکر کرد که به نظر می رسد که بهزیستی اجتماعی با ایجاد حس تعلق، حمایت عاطفی و کاهش تنهایی، سلامت روانی را تقویت می کند و از مشکلات روانی جلوگیری می نماید (۲۶).

یافته مهم دیگر، همبستگی مستقیم و معنادار بین بهزیستی اجتماعی و سلامت روانی بود. این نتیجه نشان می دهد که سلامت روانی به شدت تحت تأثیر کیفیت روابط اجتماعی و حمایت های موجود در محیط فرد است. نتایج مشابه در مطالعه Natalina و همکاران نیز گزارش شده که سلامت روانی به واسطه رژیم غذایی سالم، خواب کافی، ورزش و تعاملات اجتماعی مثبت بهبود می یابد (۲۷). نتایج مطالعه Lameu & de Souza نشان داد که تنش های اجتماعی رابطه منفی با سلامت روان دارند (۲۸). در تبیین این یافته

References

1. World Health Organization. About World Health Organization. Constitution. Available at: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>. Accessed: January 6, 2025.
2. Adham D, Salem Safi P, Amiri Mohammad, Dadkhah B, Mohammadi M A, Mozafari N, Satari ZA, Dadashian S. [The survey of mental health status In Ardabil University of Medical Sciences Students In 2007-2008]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2008;8(3):229-234. <https://jarums.arums.ac.ir/article-1-307-en.html>
3. Mahdizadeh F, Mahdizadeh F, Tatari M, Eshaghzadeh Namghi SM, Sheykhoteyefeh M. Study of health literacy and its related factors in Torbat Heydarieh students of medical sciences in 2019. Journal of Health Literacy. 2019;4(2):44-48. <https://doi: 10.22038/jhl.2019.40673.1061>
4. Farzaneh S, Alizadeh S. [A survey on effects of social risk factors on social health of elderlies of Babol]. Quarterly of Socio-Cultural Development Studies. 2013;2(1):183-208. <https://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.pdf>
5. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. BMC Public Health. 2011;11:196. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-196>
6. Holt-Lunstad J, Birmingham W, Jones BQ. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. Annals of Behavioral Medicine. 2008;35(2):239-244. <https://doi: 10.1007/s12160-008-9018-y>. Epub 2008 Mar 18. PMID: 18347896.
7. khodaparašt S, Bakhshalipour V, Motlaghzadeh S. [Investigating the correlation between social health and general health with quality of life indicators of inactive elderly]. Journal of Gerontology. 2022; 7 (1) :17-28. https://joge.ir/browse.php?a_id=539&sid=1&slc_lang=en
8. Medvedev ON, Landhuis CE. Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. PeerJ. 2018;1(6):e4903. <https://doi: 10.7717/peerj.4903>.
9. Badowska M, Szkultecka-Dębek M. Indicators affecting the quality of life of an individual and society. Journal of Health Policy & Outcomes Research. 2023;1:11-20. <https://doi:10.7365/JHPOR.2023.1.2>
10. Torani S, Delgoshaei B, Hosseini AF, Ziaieifar H, Raadabadi M. Relationship between social well-being and health related quality of life level among senior retirees of Tehran University of Medical Sciences. Asian Social Science. 2015;11 (18):116-122. <https://doi: 10.5539/ass.v11n18p116>
11. Sepasi H, Eftekharzadeh S, Izadmehr S. [A study on simple and multiple correlation among quality of working life and mental health in sport teachers and non-sport teachers in Karaj]. Strategic Studies on Youth and Sports. 2013;12(21):111-122. https://fasname.msy.gov.ir/article_102.html?lang=en
12. Latifi G. [Investigation of relationship between social well-being and quality of life in Tehran's Melli Bank Staff By]. Journal of Social Work Research. 2015;2(5):109-140. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2015.7578>
13. Farahaninia M, Ehyaei P, Ahmadi Z, Haghani H. Relationship between nurses' social health and quality of life. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2019;5(2):131-140. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.5.2.131>
14. Keyes CLM. Social well-being. Social Psychology Quarterly. 1998; 61(2):121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
15. Li M, Yang D, Ding C, Kong F. Validation of the social well-being scale in a Chinese sample and invariance across gender. Social Indicators Research. 2015;121(2):607-618. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0639-1>
16. Maghsoodi S, Garousi S, Khajooie Z. [The Correlation between Social Support and Social Health of Patients on Hemodialysis in the City of Kerman]. Journal of Health Promotion Management 2018; 7 (1) :44-51. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=817&sid=1&slc_lang=en
17. Saffarinia M., Tadriz Tabrizi M., Aliakbari M. Exploring the validity, Reliability of Social Well-being Questionnaire in men and women resident in Tehran city. Quarterly of Educational Measurement. 2014; 5(18): 115-132. doi: 10.22054/jem.2015.791
18. Ware J, Kosinski M, Keller S. SF-36 physical and mental health summary scales. A user's manual.

- Health Assessment Lab, New England Medical Center. 2001;1994. 2001;1994. https://www.researchgate.net/publication/292390260_SF-36_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales_a_User's_Manual
19. AboAbat A, Qannam H, Bjorner JB, Al-Tannir M. Psychometric validation of a Saudi Arabian version of the sf-36v2 health survey and norm data for Saudi Arabia. *J Patient Rep Outcomes*. 2020 Aug 13;4(1):67. doi: 10.1186/s41687-020-00233-6. PMID: 32789705; PMCID: PMC7426352.
 20. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2008;54(4):273-275. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.41432>.
 21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (sf-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005;14(3):875-882. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5>
 22. Alboliteeh M. Correlates and predictors of quality of life among Saudi nursing students. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*. 2020;7(1):139-144. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2020.01.014>
 23. Lumley S, Ward P, Roberts L, Mann JP. Self-reported extracurricular activity, academic success, and quality of life in UK medical students. *International Journal of Medical Education*. 2015;6:111-117. <https://doi.org/10.5116/ijme.55f8.5f04>.
 24. Habibi M. [The effect of cognitive-behavioral stress management on decreasing academic expectation stress of parents: A case of first grade high school students]. *Journal of School Psychology*. 2015;4 (2): 135-142. http://jss.uma.ac.ir/mobile/article_323.html?lang=en
 25. Albohnayh AS, Alshammari WG, Aldoreeb MS, Alsubaie MM, Alismail AM, Almulla MO. The relative contribution of social interaction in predicting the quality of life among students of King Faisal University. *Revista de Gestão Social e Ambiental*. 2024;18(1):1-33. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n1-157>
 26. Datta D, Datta PP, Majumdar KK. Role of social interaction on quality of life. *National Journal of Medical Research*. 2015;5(04):290-292. <https://njmr.in/index.php/file/article/view/428>
 27. Natalina R, Simanungkalit HM, Istiningsih T, Nurjanah A, editors. Tiga Aspek Penting dalam Kesehatan. *Jurnal Forum Kesehatan : Media Publikasi Kesehatan Ilmiah*. 2022;12(1): 9–12. <https://doi.org/10.52263/jfk.v12i1.238>
 28. Lameu J, de Souza WF. Percepção de estresse e qualidade de vida em universitários no pós-pandemia. *Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade*. 2024;17(1):213-224. <https://doi.org/10.14571/brajets.v17.n1.213-224>