

تاریخ وصول: ۸۷/۳/۱۵

تاریخ تأیید: ۸۷/۸/۱۹

بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه پیام نور

نوراله خلیل‌زاده*

جنسیتی، دانشجوی.

سلامتی، در واقع، داشتن تعادل کامل است. این تعادل در سه بُعد جسمانی، روانی و اجتماعی مطرح می‌شود. سلامت روانی^۱ در تعریف سازمان جهانی بهداشت یک نشانه مهم در سلامت عمومی است. سلامت عمومی عبارت از حالت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری (کاپلان و سادوک^۲، ۱۳۷۰: ۲۹۳).

در تعریفی دیگر، سلامت روانی، وضع روانی فردی است که احساس راحتی و آسایش کرده و در آن حالت می‌تواند در اجتماع خود به راحتی و بدون اشکال فعالیت داشته باشد و ویژگی‌های شخصی او در آن اجتماع سبب خوشنودی و رضایت خاطرش می‌شود (بهرامی و منصوری، ۱۳۷۰).

چکیده: هدف کلی این پژوهش مشخص ساختن وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور است. از این رو یک نمونه ۵۵۰ نفری از دانشجویان (شامل ۳۷۲ نفر مؤنث و ۱۷۸ نفر مذکر)، از هفت مرکز دانشگاهی انتخاب شد. MMPI-2 بر روی این دانشجویان اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS به کار رفت. برای مقایسه دو گروه مؤنث و مذکر، در مقیاس‌های بالینی و برای نشان دادن وضعیت روانی دانشجویان از آزمون T استفاده گردید. در مقایسه گروه‌های مذکر و مؤنث مشاهده شد که میانگین نمرات خام دانشجویان مؤنث و مذکر در ۵ مقیاس بالینی (Ma, Si, Pt, D, Hs) تفاوت معناداری دارند، به‌ویژه در D (افسردگی) و Pt (خستگی‌پذیری روانی) میانگین نمرات دختران بالاتر از پسران بود. علاوه بر این، در کل، این نتیجه حاصل شد که در مجموع حدود نه درصد از دانشجویان مؤنث در مقیاس‌های Ma, Si, Pt, D, Hs, Mf, Pd, Hy در مجموع حدود پنج درصد از دانشجویان مذکر در مقیاس‌های Ma, Si, Pt, D, Hs, Mf, Pd, Hy, Sc دارای مشکلاتی هستند و در مجموع ۷/۷۳٪ از کل نمونه پژوهشی نیاز به مداخلات روان‌شناختی جدی‌تری دارند.

* عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور، مرکز ارومیه

نشانی اینترنتی: khalilzadeh44@gmail.com

1. Mental Health

2. Kaplan & Sadock

کلیدواژه‌ها: بهداشت روانی، اختلال‌های روانی، تفاوت‌های

نتایج نشان داد که شیوع اختلال‌های روانی ۱۴/۲۶٪ (زنان ۷/۳۵٪ و مردان ۷/۱۴٪) بوده است. شایع‌ترین بیماری‌ها به ترتیب اضطراب منتشر ۷/۱۱٪، افسردگی اساسی ۳/۱۱٪، ترس مرضی ساده ۳/۷٪، کج خلقی ۶/۵٪ و اختلال وسواس-جبری ۳/۴٪ بوده است. شیوع اختلال‌های روانی در زنان، افراد بی‌سواد، کم‌سواد، سن بالای ۴۵ سال، وجود سابقه فامیلی اختلال روانی و نسبت فامیلی در والدین بیشتر بود. ولی شیوع اختلال‌های روانی در زنان شاغل کمتر از زنان خانه‌دار بود.

پژوهشی دیگر نیز با عنوان بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی (نظری، تقی یاسمی، دوست محمدی، نعمت‌زاده ماهانی، ۱۳۸۱) صورت گرفت و نتایج زیر به دست آمد: شیوع بیشتر افسردگی در بخش داخلی زنان ۷۱٪ و با کمترین میزان شیوع بخش جراحی مردان با ۳۹٪ افسردگی، متوسط میزان شیوع افسردگی در بخش‌های مختلف ۶/۵۳٪ بوده است. بیشترین میزان شیوع اضطراب در بخش داخلی زنان ۶۵٪ و کمترین آن در بخش جراحی مردان ۳۹٪ بوده و میزان متوسط شیوع اضطراب در بخش‌های مختلف ۴/۵۰٪ بوده است. صرف‌نظر از جنس، میزان افسردگی و اضطراب در بخش‌های داخلی شایع‌تر از بخش جراحی بود. خلاصه اینکه اضطراب و افسردگی در مردان و زنان بستری بیش از جمعیت عمومی و در زنان بستری در بخش داخلی بیشتر از دیگر گروه‌ها بود.

میزان شیوع اختلال‌های روانی^۷ به گونه معناداری در افراد باسواد بیشتر از افراد کم‌سواد و در زنان بیشتر از مردان است (امیدی و همکاران، ۱۳۸۲). و بین

ربر^۳ (۱۳۶۸) سلامت روانی را برای مشخص کردن کسی که کارکرد او در سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری است، به کار می‌برد. بر اساس تعریف حسینی، فرد سالم فردی است که در ضمن تطبیق با شرایط زمان و مکان محیط خویش با آگاهی از فلسفه وجودی بشر، هدف ترقی و انسانی برای خود در نظر گرفته و رو به آن روان است و برای دست یافتن به آن در تلاش است، در نتیجه، افق روشنی در مقابل دارد و افکار و رفتارش برای خود و دیگران ایجاد امنیت می‌کند (حسینی، ۱۳۷۱: ۸۲).

در دهه ۱۹۶۰ والتر میشل روان‌شناس، سبب مجادله‌ای در روان‌شناسی شد که درباره تأثیر نسبی متغیرهای شخصی پایدار مانند صفات و نیازها و متغیرهای مربوط به موقعیت بر رفتار بود (میشل^۴، ۱۹۶۸، ۱۹۷۳). این جر و بحث به مدت ۲۰ سال در ادبیات حرفه‌ای همچنان ادامه یافت و در اواخر دهه ۱۹۸۰ پایان یافت. بیشتر روان‌شناسان شخصیت، پذیرفتن رویکرد تعاملی این مسئله را حل کرده‌اند. آنها قبول کردند که برای رسیدن به تبیین کاملی از ماهیت انسان، صفات شخصی پایدار، جنبه‌های متغیر موقعیت و تعامل بین آنها را باید در نظر داشت (کارسون^۵، ۱۹۸۹، مگنسون^۶، ۱۹۹۰).

تحقیقی با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی (بیان‌زاده و زمانی منفرد، ۱۳۷۸) نشان می‌دهد که ۶۶/۳۷٪ از افراد مشکوک به بیماری هستند که بیشترین شکایت افراد مشکوک به بیماری به ترتیب مربوط به شکایات بدنی و اضطراب بوده است. بیشتر این افراد در گروه سنی ۴۰-۳۱ بوده‌اند.

در تحقیق دیگری با عنوان بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی که در یک روستای استان تهران (شمس‌علیزاده و همکاران، ۱۳۸۰) صورت گرفته است،

3. Rebar
5. Carson
7. Mental disorders
4. Michel
6. Magenson

به جز در مقیاس‌های Sc, Hy, Hs، در مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. در هر سه مقیاس یادشده، میانگین نمرات زنان دانشجو بالاتر از میانگین نمرات مردان دانشجو بوده است. در بین آنها، مقیاس Sc بیشترین تفاوت را نشان می‌داد.

با توجه به درصدهای بالا و نوع بیماری روانی می‌توان اختلاف‌های موجود در درصدها را چنین توجیه کرد که هم جامعه‌های آماری در پژوهش‌ها متفاوت هستند و هم ابزارهای به‌کار برده شده در هر یک از پژوهش‌ها متفاوت از ابزارهای پژوهشی دیگر است. این امر سبب متفاوت شدن آمارهای مربوط به شیوع بیماری‌های روانی شده است.

ریز (۱۹۸۴) میزان مرگ‌ومیر و سلامت روانی را بررسی کرده و نتیجه گرفته‌است که تندرستی، به احتمال زیاد، از تماس نزدیک و صمیمانه با دوستان نزدیک و، به‌خصوص همسر نشأت می‌گیرد. همچنین اشاره کرد که کیفیت این ارتباط اهمیت بسیار زیادی دارد (داندنیو و جانسون، ۱۹۹۴: ۱۷-۳۳).

کسلر (۱۹۸۲) در مطالعه خود روی ۲۳۰۰ زوج مضطرب به این نتیجه رسید که عدم توانایی این افراد در مواجهه با مشکلات و حل آنها یک عامل مهم در ایجاد افسردگی است.

براساس آمارهای بریتانیا ۱ تا ۶ نفر از زنان در مقابل ۱ تا ۶ نفر از مردان ممکن است در طول زندگی خود مدتی در بیمارستان روانی بستری شوند. ضمن آنکه زنان بیش از مردان به پزشک معالج خود مراجعه می‌کنند. بنابر آمارهایی که بست و برک (۱۹۸۰) از استدیگ نقل کرده‌اند، میزان ابتلا به بیماری در زنان بسی بیشتر از مردان است.

در ایالات متحده، مردان و زنان، به دلیل بیماری‌های روانی، تقریباً به میزان مشابهی بستری می‌شوند (مؤسسه ملی بهداشت روان، ۱۹۸۷) با این حال، انواع اختلالاتی که

افسردگی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد و ۵/۳۴٪ از دانشجویان افسردگی خفیف تا شدید دارند. ۱۲/۳٪ دانشجویان افسردگی مزمن دارند که نیازمند خدمات جدی درمانی هستند و، همچنین، میزان افسردگی دانشجویان مجرد بیشتر از دانشجویان متأهل بوده و نیز دانشجویانی که در خوابگاه زندگی می‌کنند بیشتر از دانشجویانی که در بیرون زندگی می‌کنند، افسرده هستند (حیدری، پهلویان، ۱۳۷۷). در پژوهشی دیگر بین افسردگی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه پیام‌نور تفاوت معناداری به‌دست نیامد (فرجی، ۱۳۸۳). در یک پژوهش با عنوان «بررسی میزان شیوع وسواس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های پیام‌نور ملکان و آزاد اسلامی» نتایج نشان داد که، در کل، وسواس در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بیشتر از دانشجویان دانشگاه پیام‌نور است. همچنین وسواس در بین دختران دانشجو بیشتر از دانشجویان پسر است. علاوه بر این، دیده شد که ویژگی‌های وسواس در دانشجویانی که از خانواده متوسط به بالا هستند، بیشتر از دانشجویان خانواده‌های متوسط به پایین است (نوروززاده، ۱۳۸۳).

در پژوهشی از جوانمرد (۱۳۷۵) که با استفاده از MMPI-2 در بین دانشجویان انجام شده، این نتایج به دست آمده است:

۱) در مقایسه دانشجویان مرد ایرانی و امریکایی، به جز در مقیاس‌های L, K, Hy, Mf، در مقیاس‌های دیگر تفاوت‌های معناداری دیده شد. بیشترین تفاوت در مقیاس Sc بوده است؛ ۲) در بخش مقایسه دانشجویان زن ایرانی و امریکایی نیز، به جز در مقیاس‌های L, K, Ma، در مقیاس‌های دیگر نیز تفاوت معناداری به دست آمده است. در این گروه نیز بیشترین تفاوت در مقیاس Sc بوده است. ۳) در مقایسه نیمرخ‌های دانشجویان زن و مرد ایرانی با هم،

مورد نظر ۱۰۰۰ نفر در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه مورد نظر از جامعه آماری مذکور تعداد ۷ مرکز دانشگاهی از مراکز پیام نور به روش تصادفی انتخاب شدند. از بین مراکز پیام نور تعداد ۱۰۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ ولی به سبب عدم برگشت تعدادی از پاسخ نامه ها و، به ویژه، بی اعتباری تعدادی از آنها بر اساس مقیاس های اعتبار پاسخ نامه های ۵۵۰ نفر از گروه برای تحلیل مناسب بودند.

ابزار

پرسش نامه شخصیتی MMPI و MMPI-2 با هدف ارزیابی و تشخیص گروه های بهنجار از گروه های نابهنجار است. به ویژه این آزمون برای کمک به تشخیص یا ارزیابی اختلالات روان شناختی طراحی شده و هم اکنون نیز این هدف را دنبال می کند (Kaplan & Saccuzzo, 1993). پرسش نامه MMPI در ۱۹۳۹ به وسیله هاتووی و مکین لی در دانشگاه مینه سوتا ساخته شد. در سال ۱۹۸۴، MMPI تجدیدنظر شد و شکل جدید آن MMPI-2 به وجود آمد (بوچر^۸، ۱۹۸۹). مقیاس های مختلف (با ۵۶۷ سؤال). مقیاس های بالینی، مقیاس های روایی، مقیاس های تکمیلی، مقیاس های محتوایی و... (کراث مازنات، ۱۹۹۱).

در این پژوهش برای تشخیص وجود بیماری روانی در بین دانشجویان با توجه با سطح بالای سواد و آگاهی، از پرسش نامه MMPI-2 استفاده شد. این پرسش نامه در سال های دهه ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ به نام یک ابزار پیچیده روان شناختی برای تشخیص بیماران روانی به صورت طبقه های مختلف افراد روان رنجور و روان پریش طراحی شد. از آن هنگام به بعد، کاربرد آن به انواع موقعیت ها، از جمله سازمان های استخدامی، مراکز مشاوره دانشگاه ها، درمانگاه های

به آن دلیل بستری می شوند، به طور قابل ملاحظه ای، متفاوت از یکدیگر است. مردان اغلب بیشتر از زنان به دلیل سوء مصرف مواد بستری می شوند. اما زنانی که به دلیل اختلالات خلقی بستری می شوند بیش از مردان هستند. بین میزان بستری شدگان مبتلا به روان-گسیختگی تفاوت جنسی وجود ندارد. بر اساس نظریات جانیس گلیرز، کشمکش و جدال های زناشویی سیستم ایمنی زن و شوهر را تضعیف می کند.

در تحقیقی که توسط لیونسون، ستسنون و گوتمن (۱۹۹۳) انجام شد به این نتیجه رسیدند که رابطه میان نارضایتی از زندگی زناشویی و سلامت، به طور قوی تری، در زنان وجود دارد. در نارضایتی از زندگی زناشویی، زنان نسبت به مردان مشکلات بیشتری در مورد مسائل جسمانی و روانی ابراز کردند.

سعیدی (۱۳۵۲) در تحقیق خود روی ۱۰۰ بیمار به این نتیجه رسید که نبودن سازگاری میان زن و شوهر یکی از عواملی است که بیشتر بیماران روانی زن از آن یاد می کردند.

وینچاف اچلر، گراسمن (۱۹۸۰) در بررسی مادرانی که کودکان دو ماهه تا یک ساله دارند، دریافتند که سلامتی عاطفی و سازگاری زن و شوهر ارتباط معناداری با تعادل مادر و فرزندی و افسردگی مادران دارد (بروم، ۱۹۹۴).

روش

در این پژوهش از روش توصیفی و مقایسه ای استفاده شد. جمعیت آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه پیام نور منطقه ۲ بوده اند. تعداد ۳۸۵ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای از بین مراکز دانشگاه پیام نور منطقه ۲ انتخاب شدند.

با توجه به n برآورد شده که برابر ۳۸۵ نفر است و احتمال عدم برگشت تعدادی از پرسش نامه ها و وسعت مراکز پیام نور منطقه ۲، تعداد نمونه نهایی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه مشخص گردد. کل نمونه مورد پژوهش ۵۵۰ نفر بودند که از این تعداد ۳۷۲ نفر زن و ۱۷۸ نفر مرد بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. پراکندگی جنسیت در گروه نمونه

جنس	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تراکمی
زن	۳۷۲	۶۷,۶	۶۷,۶	۶۷,۶
مرد	۱۷۸	۳۲,۴	۳۲,۴	۱۰۰
جمع	۵۵۰	۱۰۰	۱۰۰	

از کل دانشجویان انتخاب شده، ۷۴ نفر روستایی و ۴۷۶ نفر شهری بودند. همچنین از کل دانشجویان گروه نمونه ۴۴۶ نفر بیکار و ۱۰۴ نفر شاغل بودند. از نظر تأهل نیز ۴۸۶ نفر مجرد و ۶۴ نفر متأهل بودند که در فاصله سنی مابین ۱۸ سالگی و ۳۲ سالگی پراکنده بودند. دانشجویان از ۱۸ رشته بودند که رشته ریاضی با ۹۲ نفر بیشترین و رشته آمار با ۴ نفر کمترین فراوانی را داشتند. تعداد اعضای خانواده دانشجویان گروه نمونه مابین ۲ الی ۱۰ نفر پراکندگی داشتند.

آزمون فرضیه‌های پژوهشی

نمرات دانشجویان دختر و پسر برحسب نمرات خام، به‌جز مقیاس M_f ، با آزمون t مقایسه شد که نتایج آن در جدول‌های شماره ۲ و ۳ آمده است.

بهداشت روانی، مدارس و صنعت گسترش یافت. همچنین کاربرد آن به امور پژوهشی و غربال کردن کارکنان و کارمندان سازمان‌ها نیز گسترش داده شد (داکوت و آندرسون، ۱۳۷۸). یک پیشرفت جدید در مورد MMPI-2 نشر نسخه تازه آن، یعنی MMPI-2 است (داکوت و آندرسون، ۱۳۷۸). نسخه ترجمه شده فارسی آن ۵۶۷ سؤال دارد. برای نرّم و به کارگیری این پرسش‌نامه در ایران نیز اقدام شده است و تنها در مورد مقیاس‌های بالینی و برخی از مقیاس‌های دیگر کارهای پژوهشی صورت گرفته است. مقیاس‌های بالینی در نرّم فارسی دارای روایی و اعتبار مناسبی است (موتابی، شهرامی، ۱۳۷۴).

پرسش‌نامه MMPI-2 شامل سه مقیاس است: (1) MAC-R (Mac Andrew Alcoholism Scale Revised)؛ (2) S (Addiction Acknowledgement)؛ (3) Potential APS (Addiction Acknowledgment Scale). این مقیاس‌ها برای شناسایی افراد دارای سوء مصرف مواد و الکل به‌وجود آمده است (بوچر، ۱۹۸۹؛ روس، ۱۹۹۹). این پرسش‌نامه دارای سه مقیاس روایی L (صداقت آزمودنی در پاسخگویی به آزمون)، F (فهم سؤالات، عدم همکاری و اضطراب آزمودنی) و K (مقاومت آزمودنی در برابر سؤالات آزمون) و هشت خُرده‌مقیاس بالینی است (گرچی‌زاده و مکوندی، ۱۳۷۸)، که نمراتی در سطح مقیاس اندازه‌گیری فاصله به‌دست می‌دهد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

برای ورود به مرحله تحلیل در وهله اول لازم است

جدول شماره ۲. شاخص‌های آماری برای مقیاس‌های بالینی دو گروه زنان و مردان

نام مقیاس	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
خودبیمارانگاری HS	زن	۳۷۲	۹/۹۸۳۹	۵/۳۶۶۸۴	۰/۲۷۸۲۶
	مرد	۱۷۸	۸/۶۹۶۶	۴/۶۶۶۰۳	۰/۳۴۹۷۳
افسردگی D	زن	۳۷۲	۲۴/۲۵۸۱	۵/۴۰۰۲۲	۰/۲۷۹۹۹
	مرد	۱۷۸	۲۲/۸۵۳۹	۵/۰۴۱۱۹	۰/۳۷۷۸۵
هیستری HY	زن	۳۷۲	۲۳/۲۰۹۷	۵/۹۷۷۸۷	۰/۳۰۹۹۴
	مرد	۱۷۸	۲۳/۳۱۴۶	۴/۹۵۳۱۰	۰/۳۷۱۲۵
جامعه ستیزی PD	زن	۳۷۲	۱۹/۵۷۵۳	۵/۲۰۵۹۷	۰/۲۶۹۹۲
	مرد	۱۷۸	۱۹/۶۷۴۲	۴/۲۲۲۰۲	۰/۳۱۶۴۵
پارانویا PA	زن	۳۷۲	۱۳/۵۹۱۴	۳/۹۷۰۸۸	۰/۲۰۵۸۸
	مرد	۱۷۸	۱۳/۳۹۳۳	۳/۸۲۵۶۳	۰/۲۸۶۷۴
خستگی‌پذیری روانی PT	زن	۳۷۲	۲۰/۸۷۶۳	۷/۴۶۶۷۸	۰/۳۸۷۱۳
	مرد	۱۷۸	۱۸/۵۰۵۶	۷/۶۰۳۳۳	۰/۵۶۹۸۹
اسکیزوفرنی SC	زن	۳۷۲	۲۲/۹۱۴۰	۸/۹۳۷۸۳	۰/۴۶۳۴۰
	مرد	۱۷۸	۲۲/۳۱۴۶	۸/۶۴۳۰۷	۰/۶۴۷۸۳
درون‌گرایی اجتماعی SI	زن	۳۷۲	۳۰/۹۷۳۱	۷/۰۴۷۳۴	۰/۳۶۵۳۹
	مرد	۱۷۸	۲۹/۵۰۵۶	۷/۱۹۸۷۵	۰/۵۳۹۵۷
هیپومانی MA	زن	۳۷۲	۱۷/۸۶۵۶	۴/۴۴۲۸۹	۰/۲۳۰۳۵
	مرد	۱۷۸	۱۸/۸۹۸۹	۴/۷۰۳۷۵	۰/۳۵۲۵۶

جدول شماره ۳. آزمون آماری مقایسه میانگین‌های دو گروه زنان و مردان

نام مقیاس	خطای استاندارد تفاوت	گروه	تفاوت میانگین دو آزمون دو دامنه سطح معناداری در		آزمون تی تست			آزمون همسانی میانگین‌ها
			df	t	sig	f		
خودبیمارانگاری HS	۰/۴۶۹۴۴	۱/۲۸۷۲	۰/۰۰۶	۲/۷۴۲	۰/۰۷۸	۳/۱۲۷	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۴۴۶۹۲	۱/۲۸۷۲	۰/۰۰۴	۲/۸۸۰				
افسردگی D	۰/۴۸۱۸۴	۱/۴۰۴۱	۰/۰۰۴	۲/۹۱۴	۰/۲۱۸	۱/۵۲۴	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۴۷۰۲۸	۱/۴۰۴۱	۰/۰۰۳	۲/۹۸۶				
هیستری HY	۰/۵۱۶۵۰	-۰/۱۰۴۹	۰/۸۳۹	-۰/۲۰۳	۰/۰۱۴	۶/۰۸۱	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۴۸۳۶۲	-۰/۱۰۴۹	۰/۸۲۸	-۰/۲۱۷				
انحراف جامعه ستیزی PD	۰/۴۴۷۴۷	۰/۰۹۸۹	۰/۸۲۵	-۰/۲۲۱	۰/۰۰۱	۱۱/۴۲۹	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۴۱۵۹۳	۰/۰۹۸۹	۰/۸۱۲	-۰/۲۳۸				
پارانویا PA	۰/۳۵۷۶۸	۰/۱۹۸۱	۰/۵۸۰	۰/۵۵۴	۰/۹۴۹	۰/۰۰۴	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۳۵۳۰۰	۰/۱۹۸۱	۰/۵۷۵	۰/۵۶۱				
خستگی‌پذیری روانی PT	۰/۶۸۴۵۵	۲/۳۷۰۷	۰/۰۰۱	۳/۴۶۳	۰/۶۴۰	۰/۲۱۹	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۶۸۸۹۵	۲/۳۷۰۷	۰/۰۰۱	۳/۴۴۱				
اسکیزوفرنی SC	۰/۸۰۶۰۰	۰/۵۹۹۴	۰/۴۵۷	۰/۷۴۴	۰/۳۰۹	۱/۰۳۶	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۷۹۶۵۱	۰/۵۹۹۴	۰/۴۵۲	۰/۷۵۳				
درون‌گرایی اجتماعی SI	۰/۶۴۶۷۷	۱/۴۶۷۵	۰/۰۲۴	۲/۲۶۹	۰/۶۹۴	۰/۱۵۵	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۶۵۱۶۵	۱/۴۶۷۵	۰/۰۲۵	۲/۲۵۲				
هیپومانی یا شیدایی MA	۰/۴۱۲۷۵	-۱/۰۳۳۳	۰/۰۱۳	-۲/۵۰۳	۰/۴۳۷	۰/۶۰۵	بافرض واریانس‌های برابر با فرض واریانس‌های نابرابر	
	۰/۴۲۱۱۴	-۱/۰۳۳۳	۰/۰۱۵	-۲/۴۵۴				

وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور منطقه دو صورت گرفت. برای دستیابی به این هدف از پرسش‌نامه شخصیتی MMPI-2 استفاده شد. آنچه که در این پرسش‌نامه مورد نظر بود، مشخص کردن میانگین نمرات دانشجویان مؤنث و مذکر در ۸ مقیاس بالینی بود. در عین حال که این پژوهش یک پژوهش توصیفی است، به مقایسه نمرات دانشجویان مؤنث و مذکر در مقیاس‌های بالینی نیز می‌پردازد.

جامعه آماری این پژوهش کلیه مراکز دانشگاه پیام‌نور منطقه دو بود که از این مراکز هفت مرکز به روش تصادفی انتخاب گردید. از این هفت مرکز دانشگاهی نیز تعداد هزار نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ولی به علل مختلفی از جمله عدم برگشت پاسخ‌نامه‌ها یا، با توجه به مقیاس‌های اعتبار، عدم اعتبار پاسخ‌نامه‌ها، فقط پاسخ‌نامه‌های ۵۵۰ نفر از گروه فوق برای تحلیل نهایی مناسب تشخیص داده شد. برای تحلیل داده‌های حاصل، از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. همچنین روش‌های آماری توصیفی و استنباطی جهت مشخص کردن وضعیت بهداشتی روانی و از آزمون t برای مقایسه نمرات دو گروه مؤنث و مذکر استفاده شد.

از مجموع گروه ۵۵۰ نفری، ۳۷۲ نفر دانشجوی مؤنث و ۱۷۸ نفر دانشجوی مذکر بودند. این عدم تساوی در مورد جنسیت به‌سبب حضور و ثبت‌نام تعداد بیشتری از دانشجویان دختر نسبت به پسر بود. همچنین از نظر سکونت ۱۳/۵ درصد (۷۴ نفر) از گروه نمونه روستایی و ۸۶/۵ درصد (۴۷۶ نفر) از آنان شهری بودند. از نظر اشتغال ۸۱/۱ درصد (۴۴۶ نفر) بیکار و ۱۸/۹ درصد (۱۰۴ نفر) شاغل بودند. از نظر تأهل نیز ۸۸/۴ (۴۸۶ نفر) مجرد و ۱۱/۶ درصد (۶۴ نفر) متأهل بودند. از نظر سنی

با توجه به جدول فوق، تفاوت بین میانگین‌های دختران و پسران در سطح آلفای ۰/۰۵ و درجه آزادی ۵۴۸ در مقیاس‌های Hs, D, Pt, Si, Ma معنادار بود (به‌ویژه در D و Pt) که دختران دارای نمرات بالایی بودند. از این رو، یکی از فرضیه‌های پژوهش مبنی بر وجود بیشتر صفات اختلالی در بین دختران، نسبت به پسران، در مقیاس‌های فوق تأیید می‌شود، ولی در بقیه مقیاس‌ها تفاوت معناداری ملاحظه نشد.

علاوه بر این، در قسمت شیوع‌شناسی، دانشجویان مؤنث و مذکر به‌طور جداگانه‌ای بررسی شدند. برای نشان دادن درصد شیوع صفات اختلالی مقیاس‌های بالینی در MMPI-2 از راهنمای اجرا و نمره‌گذاری MMPI-2 (هاتووی و مکین‌لی، ۱۹۸۹) استفاده شد. این راهنما به‌جز مقیاس‌های (Mf برای زنان و مردان) برای بقیه مقیاس‌ها نقطه برش نمره T هفتادوشش را در نظر گرفته‌است. به‌عبارت دیگر، نمرات بالاتر از ۷۶ را قابل توجه بالینی و مشکل‌دار و تحت عنوان خیلی بالا قلمداد می‌کند. با توجه به این نقطه برش، نمونه دانشجویی مذکر و مؤنث به‌صورت مقیاس به مقیاس مورد تفسیر قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که در دانشجویان دختر نمونه پژوهشی ما شیوع Hs دو درصد، D یک درصد، Hy دو درصد، Pd نیم درصد، Mf دو درصد، Pa یک درصد، Pt دو دهم درصد و Ma یک درصد بود.

به همین ترتیب در مورد دانشجویان مذکر نیز دیده شد که شیوع Hs دودهم درصد، D یک درصد، Hy یک درصد، Pd یک درصد، Mf یک درصد، Sc یک درصد و Ma یک‌دهم درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف کلی مشخص ساختن

به همین ترتیب در مورد دانشجویان مذکر نیز دیده شد که شیوع Hs دو دهم درصد، D یک درصد، Hy یک درصد، Pd یک درصد، Mf یک درصد، Sc یک درصد و Ma یک دهم درصد بود.

با جمع بندی نتایج بررسی شیوع شناسی براساس پاسخ های داده شده به پرسش نامه MMPI-2 و نیز با توجه به تفسیرهای مقیاس به مقیاس ارائه شده در راهنمای اجرا و نمره گذاری MMPI-2 (همانجا)، براساس نمرات T حاصل از گروه های دانشجویی این پژوهش، می توان گفت که شیوع اختلال های قابل تشخیص در دانشجویان مؤنث حدود ۹/۵ درصد و در دانشجویان مذکر حدود ۵/۲ درصد است. هاتووی و مکین لی (همانجا) نقطه برش ۷۶ و بالاتر را برای سطح نمرات T، تحت عنوان خیلی بالا مورد توجه قرار می دهند. همچنین قابل ذکر است که مجموعه درصد های ارائه شده برای کل مقیاس ها محاسبه شده است. به عبارت دیگر احتمال دارد که یک فرد در بیش از یک مقیاس مشکل داشته باشد. مثلاً مقیاس Hs (خود بیمار انگاری) اغلب با اختلال های اضطرابی و خلقی هم آیندی دارد و همین مسئله محققان را به این فکر واداشته است که Hs یک اختلال مجزا نیست بلکه نشانه ای از اختلال های دیگر است (نویس و همکاران، به نقل از دیویسون و همکاران، ۱۳۸۳).

در مقایسه نتایج حاصل از این پژوهش و نیز ادبیات پژوهش، متوجه می شویم که برخی از نتایج در راستای پژوهش های پیشین است، از جمله این که در این پژوهش، در مقایسه میانگین نمرات خام دانشجویان مذکر و مؤنث مشاهده می شود که میانگین نمرات خام دانشجویان مؤنث در برخی از مقیاس ها، به ویژه در D و Pt بالاتر از میانگین نمرات پسران بودند. با توجه به اینکه علائم و

نمونه پژوهشی از سن ۱۸ سالگی الی ۳۲ سالگی پراکندگی داشتند. این دانشجویان از ۱۸ رشته انتخاب شده بودند که رشته ریاضی با ۹۲ نفر بیشترین و رشته آمار با ۴ نفر کمترین فراوانی را داشتند. تعداد اعضای خانواده آزمودنی ها مابین ۲ الی ۱۰ نفر پراکنده بودند.

نتایج نشان داد در مقیاس های Ma، Si، Pt، D، و Hs نمرات دانشجویان دختر و پسر با هم تفاوت معناداری داشتند و تقریباً در همه این مقیاس ها نمرات دانشجویان مؤنث بالاتر از دانشجویان مذکر بود. همچنین بیشترین تفاوت ها در مقیاس های D (افسردگی) و Pt (خستگی پذیری روانی) دیده شد. بنابراین در گروه نمونه ما دانشجویان مؤنث نسبت به دانشجویان مذکر افسردگی و خستگی پذیری روانی بیشتری را تجربه می کردند.

علاوه بر این در قسمت شیوع شناسی، دانشجویان مؤنث و مذکر به طور جداگانه ای مورد بررسی قرار گرفتند. برای نشان دادن درصد شیوع صفات اختلالی مقیاس های بالینی در MMPI-2 از راهنمای اجرا و نمره گذاری MMPI-2 (هاتووی و مکین لی ۱۹۸۹) استفاده شد. این راهنما به جز مقیاس های Mf (برای زنان و مردان) برای بقیه مقیاس ها نقطه برش نمره T هفتادوشش را در نظر گرفته است. به عبارت دیگر نمرات بالاتر از ۷۶ را قابل توجه بالینی و مشکل دار و تحت عنوان خیلی بالا قلمداد می کند. با توجه به این نقطه برش، نمونه دانشجویی مذکر و مؤنث به صورت مقیاس به مقیاس مورد تفسیر قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که در دانشجویان دختر نمونه پژوهشی ما شیوع Hs دو درصد، D یک درصد، Hy دو درصد، Pd نیم درصد، Mf دو درصد، Pa یک درصد، Pt دو دهم درصد و Ma یک درصد بود.

نشانه‌شناسی D و Pt با هم همپوشی دارند، در متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۳۸۱) مشخص شده است که شیوع برخی از انواع افسردگی، به‌ویژه افسردگی اساسی، در بین جنس مؤنث بالاتر از جنس مذکر است. علاوه بر این، در پژوهش محمدرضا محمدی و همکاران (۱۳۸۲) نیز، که به بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در استان تهران می‌پرداخت، شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در زنان ۱۹/۶٪ و در مردان ۹/۳٪ به‌دست آمده‌است. این یافته‌ها در راستای نتیجه کلی این پژوهش است که نشان داد میانگین نمرات خام و درصد ابتلای جنس مؤنث در خیلی از مقیاس‌ها بالاتر از گروه مذکر بود. همچنین پژوهش جوانمرد (۱۳۷۵) بر روی نمونه دانشجویان نشان داده بود که میانگین نمرات خام گروه مؤنث در ۶ مقیاس از مقیاس‌های بالینی بیشتر از گروه مذکر بود. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۲) پایین‌ترین میزان شیوع اختلالات روانی به گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال با ۶/۹٪ بود. با توجه به طیف سنی این پژوهش که ۱۸ تا ۳۲ سال را شامل می‌شود، تقریباً نتایج حاصل نیز در راستای پژوهش‌های قبلی است. در پژوهش ما شیوع کلی اختلالات در بین جمعیت دانشجویی دانشگاه پیام‌نور منطقه دو در حدود ۷/۷۳٪ بود.

منابع

اشکانی، حمید، و همکاران (۱۳۸۱)، «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مردان زندان عبدال‌آباد شیراز»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳۰؛ امید و همکاران (۱۳۸۲)، «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳۳؛ بهرامی، حسن و منصوری، حمید (۱۳۸۳)، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی، پاییز و زمستان شماره ۳۴ (۲): ۴۱-۶۳؛

بیان‌زاده، اکبر و زمانی مفرد، احمد (۱۳۷۸)، «ارتقاء بهداشت روانی جامعه-نگر»، فصلنامه روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال پنجم، شماره ۳ (پیاپی ۱۹):

پهلوانی، هاجر و همکاران (۱۳۸۱)، «بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره‌های ۲۵ و ۲۶؛

جوانمرد، غلام‌حسین (۱۳۷۵)، مقایسه نیم‌رخ‌های روانی دانشجویان ایرانی و خارجی در MMPI-2، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران؛

جین، سی، داکورث و وین، پی، آندرسون (۱۳۷۸)، راهنمای تفسیر MMPI و MMPI-2 برای مشاوران و متخصصان بالینی، ترجمه حسن‌یاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، نشر سخن، تهران؛

حق‌شناس، حسن و همکاران (۱۳۸۱)، «بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳۰؛

حیدری، پهلویان و همکاران (۱۳۷۸)، «رابطه منبع کنترل درونی- بیرونی با افسردگی و عملکرد تحصیلی در دانشگاه علوم پزشکی همدان»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱۶؛

دادفر، محبوبه، و همکاران (۱۳۸۰)، «بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره‌های ۲۵ و ۲۶؛

ربر، جانسون (۱۳۶۸)، «سلامت روانی»، ترجمه رضا مهدوی، تهران، آدینه؛ سعیدی، علیرضا (۱۳۵۲)، «بررسی اختلالات روانی در بیمارستان‌های روانی»، فصلنامه روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال دوم، شماره ۳ (پیاپی ۵)؛

شمس‌علیزاده، نرگس و همکاران (۱۳۸۰)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره‌های ۲۵ و ۲۶؛

کشکولی، غضنفر (۱۳۷۹)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدائی شهر بوشهر»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روان‌پزشکی، تهران؛

گرچی‌زاده، حسن، مکوندی، بهنام (۱۳۷۸)، «بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس در دوران بارداری در شهر اهواز»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱۶؛

میرزمانی، سیدمحمود، بوالهروی، جعفر (۱۳۷۸)، «کاربرد مقیاس‌های K و F پرسشنامه MPI در افراد مبتلا به اختلال پس از استرس ضربه‌ای»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱۶؛

نظری، سیمین و دیگران (۱۳۸۱)، «بررسی تأثیر برنامه بهبودبخشی ارتباط بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره»، شماره ۴ (۱۳)، ۳۵-۵۹؛

نوروززاده، وحید (۱۳۸۳)، بررسی میزان شیوع وسواس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های آزاد و پیام‌نور شهرستان ملکان، پایان‌نامه؛

- American Psychiatric Association** (1994), *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC: Author;
- Best B., Vohmann, M., & Berk, C.** (1980), "Echinacea for upper respiratory infection", *Journal of Practice*, 48 (8), 628- 635;
- Brum, R. A.** (1994), " Echinacea – induced cytokine production by human macrophages", *International Journal of Immunopharmacology*, 19 (7), 371-379;
- Bucher, J. K.** (1989), "Alternative medicine", Fifa WA: Future Medicine;
- Carson, Michail** (1989), "Men in the Sun and Other", Canada: Lynne Rienner;
- Dundenive, C., Sleep, J., & Johnson, D.** (1994), "Sensing an improvement: An experimental study to evaluate the use aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit", *Journal of Advanced Nursing*, 21, 17-33;
- Hotway, W. D., Lande, S. & Machlnlee, H.** (1989), "Hypericum treatment of mild depressions with somatic symptoms", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7, 12-14;
- Kaplan B. M. Saccuzzo D.P.,** (1993), *Psychological Testing*. California: Brooks Cole, 3th ed;
- Kesler, J.** (1982), "Clinical trials of homeopathy", *British Medical Journal*, 302. 316-323;
- Michel, Valter** (1973), "reading- heidegger- commemorations- studies- in- continental –thought", Dehli: Indiana University;
- Rize, Kely** (1984), "Mental Health", Washington: Mac Graw Hill;
- Rouse, I. L., Beilin, L. J., Armstrong, B. K., & Vandongen, R.** (1984), "Blood- pressure- lowering effect of a vegetarian diet: Controlled trial in normotensive subjects", *Lancet*, 1, 5-10. ■

Archive of SID