

## بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان ورودی سال تحصیلی ۸۶-۸۵

محمد علی توکلی<sup>۱</sup>

نسرین چینی ساز<sup>۲</sup>

مریم علی پور<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی سلامت روانی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان ورودی سال تحصیلی ۸۶-۸۵ انجام شده است.

روش: در این بررسی مقطعی - توصیفی، ۵۵۴ دانشجو (۳۶۶ زن، ۱۸۸ مرد) که به

صورت تصادفی انتخاب شده بودند، با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. روایی پرسشنامه در یک بررسی جداگانه (شامل ۸۰ نفر دانشجو)، و پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t، تحلیل واریانس، و آزمون شفه صورت گرفت.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد ۵۵/۵٪ از زنان، ۳۴/۴٪ از مردان، و در کل ۴۷/۷٪ از آزمودنی‌ها احتمالاً از سلامت روانی برخوردار نیستند. طبق نتایج به دست آمده بین زنان و مردان، مجردها و متأهلها، علاقه‌مندی به رشته تحصیلی و بی‌علاقگی به رشته تحصیلی، و دانشجویان گروه‌های سنی مختلف، از نظر سلامت روانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما بین دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. همچنین داده‌های بدست آمده بیانگر روایی و پایایی مناسب برای GHQ-28 است.

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان  
matavakoli85@Yahoo.com

<sup>۲</sup> روانپزشک، روانپزشک کلینیک اعصاب و روان بیمارستان امام خمینی بهداری و بهداشت نفت  
آبادان

<sup>۳</sup> کارشناس روانشناسی بالینی، مشاور آموزش و پرورش آبادان

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...

نتیجه‌گیری: وجود بسیار بالای مشکلات بهداشت روانی در جمعیت جوان دانشجویی با توجه به نقش آنان در آینده جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین برنامه‌ریزی جهت ارتقاء بهداشت روانی آنان یک ضرورت است.

### کلید واژه‌ها

سلامت روانی، دانشجویان، پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان.

### مقدمه

تأمین سلامتی مردم در هر کشوری از مهم‌ترین مسایل اساسی است و نمی‌توان انکار کرد که بهداشت روانی یکی از ابعاد مهم آن است. بیماری‌های روانی مشکلات جدی و شایعی هستند که در سراسر دنیا و در هر جمعیت و گروهی وجود دارد. بنابراین جمعیت دانشجویی نیز از این قاعده مستثنی نیست. بخش قابل توجهی از جمعیت جوان کشور را دانشجویان تشکیل می‌دهند که تعداد و درصد آنان به طور چشمگیری در حال افزایش است. در چنین روندی وضعیت سلامت این جمعیت بیشتر از گذشته باید مورد توجه قرار گیرد، چرا که شروع و وجود بیماری‌های روانی در برنامه‌های آموزشی، رشد و ارتقاء جوانان اثر منفی می‌گذارد، و این مسأله علاوه بر ایجاد ضعف آموزشی و یادگیری، احتمال اشتغال به کار و مولد بودن آنان را در آینده کاهش خواهد داد.

امروزه مراکز آموزش عالی و دانشگاه‌ها تنها بر آموزش‌های رسمی تمرکز نمی‌کنند بلکه مسئولیت‌های بزرگتری را در زمینه رشد و ارتقاء انسان در تمامی اشکال آن به عهده می‌گیرند. اگر چه تجارب دانشگاهی اغلب مثبت و خوشایند است اما برای تعداد قابل ملاحظه‌ای از دانشجویان پیامدهای منفی کوتاه و یا

بلندمدت به همراه دارد (فاگان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). مدیران دانشگاه‌ها، کادر آموزشی و کارشناسان مراکز بهداشت روانی در دانشگاه‌ها، نگران دانشجویانی هستند که وارد دانشگاه شده‌اند و در ادامه تحصیل خود موفق نیستند. دانشجویان از هوشمندترین افراد جامعه می‌باشند که آینده هر کشوری در گرو آنهاست. از این رو توجه به بهداشت روانی آنان اهمیت ویژه‌ای دارد. دانشجویانی که تازه وارد دانشگاه می‌شوند بسیاری از آنان به علت عدم آشنایی با محیط دانشگاه، جدا شدن از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی خود، عدم وجود امکانات رفاهی و اقتصادی کافی، و مشکلاتی نظیر آن با فشارهایی روبه‌رو می‌شوند که می‌تواند موجب مشکلات روانی و افت عملکرد آنان شود (لپس لی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹). زیان‌های مادی و معنوی ناشی از اختلال‌های روانی بر کسی پوشیده نیست، لذا تأمین بهداشت روانی به عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی برای کشور ما جنبه الزامی دارد. واضح است که هر گونه اقدام پیشگیرانه، درمانی و توانبخشی مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن گونه خدمات است چه در غیر این صورت اقدامات انجام شده نتیجه مطلوب در بر نخواهد داشت (داویدیان، ۱۳۵۳).

مطالعات بسیاری در ارتباط با وضعیت سلامت روانی و شیوع اختلالات روانی در جمعیت دانشجویی در خارج و داخل کشور صورت گرفته است که در ادامه به برخی از آنان به عنوان نمونه اشاره می‌شود. بکر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند که امروزه مشکلات سلامت روانی در بین دانشجویان کشورهای صنعتی نسبت به گذشته افزایش یافته است. آنان متذکر می‌شوند که در آمریکا بیماری‌های روانی در جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله در حدود ۳۷ درصد تخمین زده

<sup>1</sup> Fagan

<sup>2</sup> Lapsley

<sup>3</sup> Becker

می‌شود که بسیاری از آنان دانشجوی هستند. در بررسی زمینه‌یابی که از ۱۵۲ مرکز ارائه خدمات بهداشت روانی برای دانشجویان در دانشگاه‌های انگلیس صورت گرفت، ۶۴ درصد مراکز به افزایش آسیب‌های روانی در بین دانشجویان اذعان کردند (اونر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بر طبق بررسی‌های انجام شده، ۳۹٪ از دانشجویان در مقطعی از چهار سال دوره دانشگاهی خود دچار اختلال در عملکرد می‌شوند که ۸۲ تا ۹۵ درصد از این اختلالات به افسردگی مربوط می‌شود (فاگان، ۱۹۹۴). در پژوهش سونگ یاینگ مینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) به تأثیر وضعیت اقتصادی پایین دانشجویان بر سلامت روانی آنان تأکید شده است به گونه‌ای که ۵۹٪ دانشجویانی که مشکلات بهداشت روانی را نشان دادند به خانواده‌های با درآمدهای پایین تعلق داشتند. همچنین اونر (۲۰۰۸) در بررسی خود بر روی ۳۵۰۱ دانشجو در ترکیه با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۱۲ سئوالی به این نتیجه رسید که رویدادهای منفی یک ساله گذشته و مسایل پیشرفت تحصیلی، دو عامل بسیار مؤثر بر کاهش بهداشت روانی دانشجویان هستند. بر طبق بررسی‌های زهانگ جینگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) تعداد دانشجویانی که اقدام به خودکشی می‌کنند ۲ تا ۴ بار بیشتر از همسالان آنهاست. همچنین به گفته برخی از محققان شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان بیشتر در نتیجه ابتلاء آنان به بیماری‌های روانی شایع است (آکودا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۳؛ کلارک<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۸).

در ارزیابی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران باقری یزدی (۱۳۷۴) با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۱۲ سئوالی به این نتیجه رسید که ۱۶/۵٪ از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی هستند و ۳۰٪ از این دانشجویان،

<sup>1</sup> Uner

<sup>2</sup> Song Ying ming

<sup>3</sup> Zhang Jing

<sup>4</sup> Acuda

<sup>5</sup> Clark

احساس غمگینی و افسردگی دارند. شریفی (۱۳۷۸) در مطالعه‌ای در ۱۰ دانشگاه کشور، بیشترین میزان آسیب‌های روانی دانشجویان را اختلال در کنش اجتماعی، علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در خواب و افسردگی عنوان کرد. در مطالعه‌ای دیگر جهت بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج عباسی و همکاران (۱۳۸۰) با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R، ۲۰۳ نفر از دانشجویان را مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج این پژوهش ۱۷/۳٪ از آزمودنی‌ها را مشکوک به اختلال روانی نشان داد.

با توجه به پژوهش انجام شده در دانشکده پزشکی مشهد، ۲۳٪ از دانشجویان به نوعی دچار اختلال روانی بودند که اختلالات اضطرابی با ۱۹٪ و اختلالات خلقی با ۸/۶٪ بالاترین میزان شیوع را دارا بود (انصاری، ۱۳۷۶). بهروزیان و نعمت‌پور (۱۳۸۶) طی ارزیابی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ابراز داشتند که ۴۱/۸٪ از این دانشجویان از سلامت عمومی برخوردار نیستند و دانشجویانی که علاقه‌مندی کمتری به رشته تحصیلی خود داشتند، سلامت عمومی پایین‌تری را نشان دادند. نتایج تحقیق بر روی دانشجویان دانشکده پرستاری حضرت فاطمه (س) شیراز، ۲۴/۸٪ از دانشجویان را به طور کلی دچار مشکلات بهداشت روانی و ۵۹/۸٪ از آنان را دچار افسردگی دانست (رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴). در بررسی دانشجویان علوم پزشکی زاهدان نیز ۱۵/۵٪ از آزمودنی‌ها مشکوک به اختلال روانی بودند با شیوع ۱۷/۳٪ در دختران و ۸/۱٪ در پسران (مسگرانی و همکاران، ۱۳۸۳).

بسیاری از تحقیقات مربوط به بهداشت روانی دانشجویان به بررسی اختلال افسردگی تمرکز داشتند که نتایج متفاوتی را مطرح کردند، از جمله ۲۲٪ در دانشجویان دانشگاه تهران (پرتوی، ۱۳۵۷)، حدود ۳۱٪ در دانشگاه علوم پزشکی

<sup>1</sup> Symptom checklist 90 - Revised

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...

کردستان (طراحی، ۱۳۷۸؛ خیرآبادی و همکاران، ۱۳۷۶)، ۴۳/۵٪ در دانشگاه علوم پزشکی همدان (پهلویان و همکاران ۱۳۷۸)، ۴۴/۹٪ در دانشکده پزشکی اهواز (احمدی، ۱۳۷۱)، ۶۰/۷٪ در دانشگاه ایلام (ترابی نیکجه، ۱۳۷۳)، و ۶۲٪ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج (هاشمی محمدآبادی و همکاران، ۱۳۸۰).

شناخت وضعیت بهداشت روانی و برآورد امکانات مورد نیاز آن در هر مقطع زمانی مهم تلقی می‌گردد، و بررسی‌های انجام گرفته در این زمینه بر گسترش خدمات روانپزشکی و تعیین برنامه‌های کنترل اختلال‌های روانی تأثیرگذار است (ابوصالح<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). بررسی و تأمین سلامت روانی دانشجویان، رسیدن به اهداف مطلوب آموزشی و ایجاد شرایط مناسب برای ورود فارغ‌التحصیلان به بازار کار را فراهم می‌آورد. همچنین استفاده از نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند همسو با طرح «نحوه تعامل با دانشجویان آسیب‌پذیر روانی» در دانشگاه‌های علوم پزشکی، در جهت برنامه‌ریزی مراکز مشاوره دانشجویی و ارتقاء و رشد ابعاد انسانی در دانشجویان مفید واقع شود. با توجه به اهمیت موضوع، اهداف پژوهش حاضر عبارتند از:

۱- بررسی وضعیت سلامت روانی و تعیین میزان شیوع احتمالی اختلال‌های روانی.

۲- بررسی ارتباط برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی با میزان سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان.

<sup>1</sup> Abousaleh

## روش

پژوهش حاضر یک بررسی مقطعی- توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش را همه دانشجویان دوره کارشناسی رشته‌های مختلف ورودی سال ۸۶-۸۵ دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان تشکیل می‌دهند. این جامعه آماری شامل ۲۲۵۴ دانشجو است که ۱۲۰۷ نفر آنها دختر و ۱۰۴۷ نفر آنان پسر هستند. حجم نمونه این پژوهش ۶۰۰ نفر در نظر گرفته شد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. تعداد ۴۶ نفر از آزمودنی‌های انتخاب شده به علت خودداری از همکاری، تکمیل ناقص پرسشنامه و عدم دسترسی به آنها از بررسی کنار گذاشته شدند. بنابراین در مجموع داده‌های جمع‌آوری شده از ۵۵ نفر (۳۶۶ نفر دختر و ۱۸۸ نفر پسر) مورد تحلیل قرار گرفتند. همگی دانشجویان ترم دوم دوره کارشناسی با میانگین سنی ۲۳ سال (کمترین سن ۱۸ سال با فراوانی ۲۲ نفر و بالاترین سن ۵۶ سال با فراوانی ۱ نفر) و ۷۶/۵٪ از آنها مجرد و ۲۳/۵٪ متأهل بودند. هم‌چنین علاوه بر نمونه فوق، قبل از اجرای پژوهش اصلی تعداد ۸۰ نفر دانشجو نیز به طور جداگانه و به صورت تصادفی جهت بررسی روایی پرسشنامه انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سئوالی (GHQ-28)<sup>۱</sup> بود. در پرسشنامه مشخصات فردی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نظیر سن، جنس، رشته و مقطع تحصیلی، سال ورود، علاقه‌مندی به رشته تحصیلی، تأهل، محل سکونت (بومی - غیربومی) مورد نظر قرار گرفت که در ابتدای سنجش تکمیل گردید و سپس پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ ارایه گردید.

<sup>1</sup> - General Health Questionnaire - 28

پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ (GHQ-28): این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۲ طراحی شد، و از ابزارهای شناخته شده غربالگری روانپزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های غیرروانپریشی به کار گرفته شده است (یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه محمدی، ۱۳۷۴). از زمانی که گلد برگ GHQ را معرفی کرد تا کنون به ۳۸ زبان ترجمه شده است، و می‌توان آن را معروفترین و بکارگرفته شده ترین آزمون اندازه گیری در بهداشت روانی دانست. اجرای آزمون، تکمیل و نمره گذاری آن بسیار آسان است. این ابزار دارای فرم های ۱۲، ۲۸، ۳۰، و ۶۰ سئوالی است. کاربرد بسیار زیاد فرم ۲۸ سئوالی آن نه تنها به خاطر مزیت طول زمان اجرای آن است بلکه به خاطر کاربرد گسترده آن در پژوهش هاست که موجب مقایسه بهتر روایی و پایایی آن شده است (جکسون، ۲۰۰۷). GHQ به عنوان یک آزمون غربالگری توسط سازمان بهداشت جهانی WHO<sup>۲</sup> در مطالعات بهداشت روانی بطور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است (گلد برگ و همکاران، ۱۹۹۷). سئوالات پرسشنامه سلامت عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است شامل: ۱- علایم جسمانی، ۲- اضطراب و اختلال خواب، ۳- اختلال در عملکرد اجتماعی، ۴- علایم افسردگی. زیر مقیاس‌ها جنبه علامت شناسی را نشان می‌دهند و الزاماً برابر با تشخیص‌های روانی نیستند. هر زیر مقیاس دارای ۷ گویه است. نمره گذاری این پرسشنامه به دو صورت است. یک روش نمره گذاری به صورت پاسخ دوگانه در نظر گرفته می‌شود که چهار گزینه بصورت (۰-۰-۱-۱) نمره گذاری می‌شوند. شیوه دیگر

<sup>1</sup> -Goldberg

<sup>2</sup> -Jackson

<sup>3</sup> - World health organization



## پژوهشنامه تربیتی

نمره گذاری به روش لیکرت است که به صورت (۰ - ۱ - ۲ - ۳) است و حداکثر نمره به دست آمده ۸۴ است. هرچه نمره فرد در پرسشنامه کمتر باشد بیانگر سلامت روانی بهتر است. در پژوهش حاضر نیز از شیوه نمره گذاری لیکرت استفاده گردید.

تحقیقات و گزارش‌های متعدد بیانگر روایی و پایایی مناسب برای این پرسشنامه است. گلدبرگ (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت<sup>۱</sup> ۸۴٪ و ویژگی<sup>۲</sup> ۸۲٪، و بهترین نقطه برش<sup>۳</sup> را نمره ۲۳ گزارش نموده است. همچنین در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۸۲٪ را به دست آوردند. گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۶) در مطالعه‌ای بر روی ۲۴۴ بیمار سرپایی مراجعه کننده به پزشکان، همزمان آزمون‌های GHQ و SCL-90 را بکار گرفتند و اعلام کردند با توجه به ملاک‌های روایی (حساسیت، ویژگی، و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی<sup>۴</sup>) پرسشنامه GHQ بهتر از آزمون SCL عمل می‌کند. در پژوهشی که پاتل<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در هند برای شناسایی اختلالات روانی رایج در برنامه‌های مراقبت اولیه انجام داد، همزمان ۵ نوع پرسشنامه غربالگری (GHQ<sub>12</sub>، PHQ<sub>9</sub><sup>۶</sup>، K<sub>10</sub><sup>۷</sup>، SRQ<sub>20</sub><sup>۸</sup>) و مصاحبه تشخیصی سازمان یافته (CIS-R<sup>۹</sup>) را بکار گرفت. به این نتیجه رسیدند که آزمون GHQ و SRQ بهترین نتیجه را به همراه

<sup>۱</sup> - Sensitivity

<sup>۲</sup> - Specificity

<sup>۳</sup> - Cut- off point

<sup>۴</sup> - Overall Misclassification Rate

<sup>۵</sup> - Patel

<sup>۶</sup> - Primary Health Questionnaire-9

<sup>۷</sup> - Kessler Psychological Distress Scale-10

<sup>۸</sup> - Self-Reporting Questionnaire-20

<sup>۹</sup> - Revised Clinical Interview Schedule

داشتند. هر پنج پرسشنامه با یکدیگر همبستگی متوسط تا بالا را داشتند و همگی آنها همسانی درونی خوبی را نشان دادند. در بررسی مدینا مورا<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۳) ۵۹۷ بیمار ۱۸ تا ۶۴ ساله مراجعه کننده به پزشکان عمومی را با GHQ-28 مورد مطالعه قرار دادند، و ضریب حساسیت ۷۲/۵٪، ویژگی ۷۳/۸٪ و میزان اشتباه طبقه بندی کلی ۲۰٪ را گزارش نمودند.

در ارتباط با پایایی آزمون GHQ مطالعات متعدد ضرایب پایایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ را گزارش کرده‌اند (جکسون، ۲۰۰۷). کیلیک<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه ای بر روی دانشجویان در ترکیه ضریب آلفای کرنباخ ۰/۷۸ را برای نمرات کل آزمون به دست آوردند. در مطالعه چونگ<sup>۳</sup> و اسپیرز<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) ضریب بازآزمایی برابر با ۰/۵۵ و ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ بدست آمد. در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ضریب آلفا ۰/۸۸ و بازآزمایی مقیاس علایم جسمانی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۸۱، عملکرد اجتماعی ۰/۵۰ و مقیاس افسردگی ۰/۵۸ گزارش شده است. همچنین در بررسی پالاهنگ، نصر اصفهانی و براهنی (۱۳۷۵) پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نمودند.

در پژوهش حاضر قبل از اجرای پژوهش اصلی، یک مطالعه مقدماتی به منظور تعیین میزان روایی پرسشنامه صورت گرفت. برای این منظور ۸۰ نفر دانشجوی بطور تصادفی انتخاب گردیدند (۵۰ دختر و ۳۰ پسر). فرایند طرح مقدماتی شامل دو مرحله بود، در مرحله اول آزمودنی‌ها پرسشنامه GHQ-28 را تکمیل نمودند. در این مرحله در مجموع ۳۲ نفر (۴۰٪) از آزمودنی‌ها نمره برابر و بالاتر

<sup>1</sup> - Medina-mora

<sup>2</sup> - Kilic

<sup>3</sup> - Cheung

<sup>4</sup> - Spears

## پژوهشنامه تربیتی

از ۲۳ (نقطه برش) و ۴۸ نفر (۶۰٪) از آزمودنی‌ها نمره پایین‌تر از نقطه برش به دست آوردند. در مرحله دوم از آزمودنی‌ها خواسته شد به مرکز مشاوره دانشگاه جهت مصاحبه بالینی مراجعه کنند که در مجموع ۶۹ نفر از آزمودنی‌ها برای مصاحبه حضور یافتند و ۱۱ نفر بدلیل امتناع و در دسترس نبودن، مورد مصاحبه قرار نگرفتند. با توجه به بررسی انجام شده با لحاظ نقطه برش ۲۳، میزان حساسیت ۸۰٪، ویژگی ۸۰/۸٪ و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی ۲۰/۶٪ بدست آمد.

در پژوهش حاضر پایایی آزمون نیز از روش همسانی درونی پس از اجرای کامل پژوهش مورد محاسبه قرار گرفت و نتایج آلفای کرنباخ به ترتیب برای زیر مقیاس جسمانی ۰/۷۸، زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۰، زیر مقیاس کارکرد اجتماعی ۰/۶۸، زیر مقیاس افسردگی ۰/۸۵، و برای کل مقیاس ۰/۹۰ بدست آمد. برای تحلیل آماری داده‌های این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی، آزمون  $t$ ، آزمون  $F$ ، و آزمون تعقیبی شفه<sup>۱</sup> با استفاده از نرم افزار SPSS<sup>۲</sup> استفاده گردید.

## یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۵۵۴ نفر، ۳۶۶ نفر زن (۶۶٪) و ۱۸۸ نفر مرد (۳۴٪) از دانشجویان ترم دوم کارشناسی ورودی سال تحصیلی ۸۶-۸۵ دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان بودند که بصورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۲۳/۴ سال است که پایین‌ترین سن ۱۸ سال و بالاترین سن ۵۶ سال می‌باشد. میانگین نمره کل مقیاس GHQ<sub>28</sub> برای کل آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر ۲۴/۵ (انحراف معیار ۱۳/۵)، و میانگین زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۶/۵ (انحراف معیار ۴/۳)، اضطراب و اختلال خواب

<sup>۱</sup> - Scheffe

<sup>۲</sup> - Statistical Package for social Science

۶/۸ (انحراف معیار ۴/۵)، اختلال در کارکرد اجتماعی ۷/۶ (۱ انحراف معیار ۳/۳)، و افسردگی ۳/۷ (انحراف معیار ۴/۴) بدست آمد.

با توجه به نقطه برش ۲۳، هر آزمودنی که نمره ۲۳ و بالاتر در پرسشنامه گرفته است به عنوان بیمار احتمالی (مشکوک به بیماری) و آزمودنی‌هایی که نمره کمتر از ۲۳ گرفته باشند به عنوان سالم احتمالی (فردی که با توجه به نمره پرسشنامه بیمار تلقی نمی‌شود) در نظر گرفته می‌شود. جدول ۱ متغیرهای جمعیت شناختی، فراوانی آنها، و همچنین فراوانی و درصد سالم احتمالی و بیمار احتمالی برای هر متغیر را نشان می‌دهد. میزان شیوع بیماری روانی بر طبق نتایج پژوهش حاضر در زنان ۵۵/۵٪، در مردان ۲۳/۴٪ و مجموع آزمودنی‌ها ۴۷/۷٪ به دست آمد. مجردها با ۵۲٪، غیربومی‌ها با ۵۴٪، عدم علاقه به رشته تحصیلی با ۶۵/۶٪، و آزمودنی‌های دارای سنین ۲۱ تا ۳۰ سال با ۵۱/۴٪، میزان شیوع بیماری بیشتری را نشان می‌دهند.

یکی از اهداف این پژوهش بررسی روابط ویژگی‌های جمعیت شناختی و سلامت روانی دانشجویان است. در رابطه با این سؤال که آیا بین دانشجویان زن و مرد از لحاظ سلامت روان تفاوت وجود دارد؟ یافته‌ها نشان می‌دهد بین زنان با میانگین ۲۶/۷ در نمره کل GHQ<sub>28</sub> نسبت به مردان با میانگین ۲۰، در سلامت روانی تفاوت معنی‌دار ( $p < 0/001$ ) وجود دارد. همچنین در زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی، نیز بین زنان و مردان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۲).

در ارتباط با بررسی تفاوت بین دانشجویان مجرد و متأهل در سلامت روانی، یافته‌ها نشان می‌دهد در نمره کل مقیاس مجردها با میانگین ۲۵/۴ نسبت به متأهل‌ها با میانگین ۲۱/۶، اختلاف معنی‌داری ( $p < 0/001$ ) در سلامت روانی دارند.

در بقیه زیر مقیاس‌ها نیز بجز زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بین مجردها و متأهل‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود (جدول شماره ۳).

در بررسی تفاوت دانشجویان بومی (محل سکونت و زندگی خانوادگی دانشجویان در شهرهای آبادان و خرمشهر باشد) با دانشجویان غیربومی در سلامت روانی، نتایج پژوهش بین این دو گروه در نمره کل و زیر مقیاس‌های GHQ<sub>28</sub> تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهند (جدول ۴). همچنین در رابطه با بررسی ارتباط ویژگی وجود یا عدم وجود علاقه به رشته تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان، نتایج بیانگر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مورد بررسی است. دانشجویانی که به رشته تحصیلی خود علاقه ندارند در نمره کل GHQ<sub>28</sub> (با میانگین ۳۰/۷) نسبت به دانشجویانی که به رشته تحصیلی خود علاقه دارند (با میانگین ۲۳/۸) در سلامت روانی تفاوت معنی‌داری دارند ( $P < ۰/۰۰۱$ ) همچنین در چهار زیر مقیاس GHQ<sub>28</sub> در این ویژگی بین دانشجویان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۵).

در رابطه با این سؤال که آیا بین دانشجویان با توجه به اختلاف سنی آنها در سلامت روانی تفاوت وجود دارد؟ این پژوهش دانشجویان را از لحاظ متغیر سن به سه دسته طبقه بندی نمود، گروه اول دانشجویان ۲۰ ساله و کمتر، گروه دوم سنین ۲۱ تا ۳۰ سال، و گروه سوم سنین ۳۱ سال و بیشتر را شامل می‌شد. نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین سه گروه سنی فوق در ارتباط با سلامت روانی در نمره کل مقیاس و در زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، اما در زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بین دانشجویان سنین مختلف تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۶).

همچنین آزمون شفه نشان داد که بین گروه سنی سوم (۳۱ سال و بیشتر) با دو گروه سنی دیگر در نمره کل مقیاس و در زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، و افسردگی در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در زیر

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...

مقیاس اضطراب بین گروه سنی سوم با گروه سنی اول (۲۰ سال و کمتر) در سطح  $P < 0.01$ ، و با گروه سنی دوم (۲۱ تا ۳۰) در سطح  $P < 0.001$  تفاوت معنی دار وجود دارد. اما در زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بین میانگین‌های سه گروه سنی فوق در آزمون شفه تفاوت معنی دار مشاهده نگردید. همچنین بین دو گروه سنی اول و گروه سنی دوم از لحاظ سلامت روانی در هیچ کدام از زیر مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس تفاوت معنی دار وجود نداشت.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد کل، سالم احتمالی و بیمار احتمالی با توجه به

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی	فراوانی (%)	سالم احتمالی (%)	بیمار احتمالی (%)
جنس			
زن	۳۶۶ (۶۶)	۱۶۳ (۴۴/۵)	۲۰۳ (۵۵/۵)
مرد	۱۸۸ (۳۴)	۱۲۷ (۶۷/۶)	۶۱ (۳۲/۴)
کل	۵۵۴ (۱۰۰)	۲۹۰ (۵۲/۳)	۲۶۴ (۴۷/۷)
تأهل			
مجرد	۴۲۴ (۷۶)	۲۰۴ (۴۸)	۲۲۰ (۵۲)
متأهل	۱۳۰ (۲۴)	۸۵ (۶۵/۴)	۴۵ (۳۴/۶)
محل سکونت			
بومی	۴۲۸ (۷۷/۳)	۲۳۳ (۵۴/۴)	۱۹۵ (۴۵/۶)
غیر بومی	۱۲۶ (۲۲/۷)	۵۸ (۴۶)	۶۸ (۵۴)
علاقه به رشته تحصیلی			
علاقه مند	۴۹۳ (۸۹)	۲۹۶ (۶۰)	۱۹۷ (۴۰)
بی علاقه	۶۱ (۱۱)	۲۱ (۳۴/۴)	۴۰ (۶۵/۶)
سن			
۲۰ سال و کمتر	۲۱۳ (۳۸/۴)	۱۰۶ (۴۹/۸)	۱۰۷ (۵۰/۲)
۲۱ تا ۳۰ سال	۲۸۴ (۵۱/۳)	۱۳۸ (۴۸/۶)	۱۴۶ (۵۱/۴)
۳۱ سال و بیشتر	۵۷ (۱۰/۳)	۴۶ (۸۰/۷)	۱۱ (۱۹/۳)

جدول ۲- آزمون t برای زیر مقیاس ها و کل مقیاس GHQ28 بر مسب جنسیت

sig	t	df	میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس ها
.001	۷/۴۱	۵۵۲	زن (۴/۳) ۷/۴	علامه جسمانی
			مرد (۳/۶) ۴/۷	
.001	۳/۸۱	۵۵۲	زن (۴/۶) ۷/۳	اضطراب
			مرد (۴) ۵/۸	
.01	۳/۳۰	۵۵۲	زن (۳/۴) ۷/۹	اختلال در عملکرد اجتماعی
			مرد (۳/۲) ۶/۹	
.001	۳/۶۴	۵۵۲	زن (۴/۶) ۴	افسردگی
			مرد (۳/۹) ۲/۸	
.001	۵/۵۹	۵۵۲	زن (۱۳/۷) ۲۶/۷	کل مقیاس
			مرد (۱۱/۷) ۲۰	

جدول ۳- آزمون t برای زیر مقیاس ها و کل مقیاس GHQ28 بر مسب تأهل

sig	t	df	میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس ها
.05	۲/۰۷	۵۵۲	مجرد (۴) ۶/۷	علامه جسمانی
			متاهل (۴/۸) ۵/۸	
.01	۳/۳۱	۵۵۲	مجرد (۴/۵) ۷/۲	اضطراب
			متاهل (۴/۲) ۵/۷	
NS	۰/۶۳	۵۵۲	مجرد (۳/۴) ۷/۶	اختلال در عملکرد اجتماعی
			متاهل (۳/۳) ۷/۴	
.01	۳/۰۳	۵۵۲	مجرد (۴/۴) ۴	افسردگی
			متاهل (۴/۲) ۲/۷	
.01	۲/۸۶	۵۵۲	مجرد (۱۳) ۲۵/۴	کل مقیاس
			متاهل (۱۴) ۲۱/۶	

جدول ۴- آزمون t برای زیر مقیاس ها و کل مقیاس GHQ28 بر مسب ممل سکونت

sig	t	df	میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس ها
NS	-۰/۸۴	۵۵۲	(۴/۳) ۶/۴	بومی
			(۴/۳) ۶/۷	غیر بومی
NS	-۱/۷۱	۵۵۲	(۴/۵) ۶/۶	بومی
			(۴/۴) ۷/۴	غیر بومی
NS	-۰/۸۵	۵۵۲	(۳/۳) ۷/۵	بومی
			(۳/۵) ۷/۸	غیر بومی
NS	-۱/۰۹	۵۵۲	(۴/۵) ۳/۶	بومی
			(۴) ۴	غیر بومی
NS	-۱/۱۹	۵۵۲	(۱۳/۶) ۲۴	بومی
			(۱۳) ۲۵/۸	غیر بومی

جدول ۵- آزمون t برای زیر مقیاس ها و کل مقیاس GHQ28 بر مسب علاقه به رشته تمصیلی

sig	t	df	میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس ها
۰/۰۱	-۳/۲۳	۵۵۲	(۴/۲) ۶/۳	علاقه مند
			(۴/۳) ۸	بی علاقه
۰/۰۰۱	-۳/۹۰	۵۵۲	(۴/۴) ۶/۶	علاقه مند
			(۵/۲) ۸/۹	بی علاقه
۰/۰۱	-۳/۱۰	۵۵۲	(۳/۳) ۷/۴	علاقه مند
			(۳/۳) ۸/۸	بی علاقه
۰/۰۱	-۲/۸۹	۵۵۲	(۴/۳) ۳/۵	علاقه مند
			(۴/۸) ۵/۲	بی علاقه
۰/۰۰۱	-۳/۸۶	۵۵۲	(۱۳/۲) ۲۳/۸	علاقه مند
			(۱۴/۲) ۳۰/۷	بی علاقه



جدول ۶- آزمون تملیل واریانس برای زیر مقیاس ها و کل مقیاس GHQ28 بر مسب سن

sig	t	df	میانگین (انحراف معیار)	زیر مقیاس ها	
۰/۰۰۱	۱۲/۵۶	(۲) ۵۵۱	(۴/۲) ۷/۲	۲۰ سال و کمتر	علائم جسمانی
			(۴/۲) ۶/۴	۲۱ تا ۳۰ سال	
			(۴/۲) ۴	۳۱ سال و بیشتر	
۰/۰۰۱	۷/۷۴	(۲) ۵۵۱	(۴/۴) ۶/۸	۲۰ سال و کمتر	اضطراب
			(۴/۶) ۷/۲	۲۱ تا ۳۰ سال	
			(۴/۵) ۴/۷	۳۱ سال و بیشتر	
NS	۰/۵۵۶	(۲) ۵۵۱	(۳/۳) ۷/۶	۲۰ سال و کمتر	اختلال در عملکرد اجتماعی
			(۳/۴) ۷/۶	۲۱ تا ۳۰ سال	
			(۳) ۷	۳۱ سال و بیشتر	
۰/۰۰۱	۱۰/۰۲	(۲) ۵۵۱	(۴/۵) ۴	۲۰ سال و کمتر	افسردگی
			(۴/۵) ۳/۹	۲۱ تا ۳۰ سال	
			(۲/۴) ۱/۳	۳۱ سال و بیشتر	
۰/۰۰۱	۹/۷۶	(۲) ۵۵۱	(۱۳/۷) ۲۵/۵	۲۰ سال و کمتر	کل مقیاس
			(۱۳/۳) ۲۵/۲	۲۱ تا ۳۰ سال	
			(۱۱/۲) ۱۷/۲	۳۱ سال و بیشتر	

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر میزان شیوع احتمالی بیماری‌های روانی در جمعیت دانشجویی مورد بررسی ۴۷/۷ درصد است که زنان با ۵۵/۵ درصد نسبت به مردان با ۳۲/۴ درصد، میزان شیوع بیشتری را نشان می‌دهند. برخی از تحقیقات نتایج نزدیک به یافته‌های پژوهش حاضر را به دست آوردند. به عنوان نمونه اونر (۲۰۰۸) در دانشجویان ترکیه میزان شیوع ۵۶/۸٪، کو<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹) در سنگاپور میزان شیوع ۵۷٪ در دانشجویان پزشکی و ۴۷/۳٪

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...

در دانشجویان حقوق را گزارش نمودند. همچنین شیوع تا ۵۹٪ اختلالات روانی در جمعیت دانشجویی با درآمد اقتصادی پایین در چین نیز گزارش شده است (زهانگ جینگ ۲۰۰۶). بهروزیان و نعمت پور (۱۳۸۶) در پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی اهواز میزان شیوع ۴۱/۸٪ را اعلام نمودند. اما برخی از تحقیقات نیز میزان شیوع اختلالات روانی را در سطوح متفاوت تر از پژوهش حاضر گزارش کردند، فاگان (۱۹۹۴) میزان شیوع ۳۹٪ را بدست آورده است و پژوهش‌های متعدد در دانشجویان دانشگاه‌های مختلف داخلی کشور شیوع بین ۱۵/۵ تا ۲۴/۸ را گزارش نمودند (باقری یزدی، ۱۳۷۴؛ انصاری، ۱۳۷۶؛ عباسی و کامکار، ۱۳۸۰؛ مسگرانی و همکاران، ۱۳۸۳؛ رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴). دلایل تفاوت در یافته‌های گزارش شده در پژوهش‌های مختلف می‌تواند مربوط به تفاوت در نوع ابزار و روش بکار گرفته شده و ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت در پژوهش‌ها باشد. همچنین زمان انجام پژوهش‌ها نیز ممکن است نقش داشته باشد چرا که در سال‌های اخیر بنظر می‌رسد میزان شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت جوان بتدریج روبه افزایش است (اونر، ۲۰۰۸؛ بکر، ۲۰۰۲).

پژوهش‌ها تاکنون مسایل متعددی را به عنوان عوامل مؤثر بر بهداشت روانی دانشجویان مطرح کرده‌اند که وجود آنها موجب افزایش مشکلات بهداشت روانی در دانشجویان شده است. از جمله این عوامل عبارتند از: مشکلات اقتصادی و درآمد پایین خانواده دانشجویان (میکولاجزیک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ لی و ساتو، ۲۰۰۸؛ اونر، ۲۰۰۸)، کمبود امکانات رفاهی و مشکلات خوابگاهی (عسکری، ۱۳۷۴؛ بهروزیان و نعمت‌پور، ۱۳۸۶)، کمبود امکانات آموزشی و ضعف آموزشی (مکارمی، ۱۳۷۷؛ عسکری؛ ۱۳۸۴)، نگرانی از امتحانات و نمرات، و پیشرفت تحصیلی (اونر، ۲۰۰۸؛ بهروزیان، ۱۳۸۶؛ مکارمی، ۱۳۷۷)، ترک خانه و کاهش

<sup>1</sup> - Mikolajczyk

## پژوهشنامه تربیتی

ارتباط با خانواده و دوستان (اونر، ۲۰۰۸)، کمبود وقت و امکانات برای فعالیت‌های غیرتحصیلی و روابط اجتماعی (استوارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)، فشار ورود به جامعه و کسب شغل و احتمال بیکاری پس از تحصیلات (لی و ساتو، ۲۰۰۸؛ مکارمی، ۱۳۷۷)، مواجهه با ضربه‌های عاطفی (اونر، ۲۰۰۸)، رفتارهای پرخطر نظیر عادت به سیگار و روابط جنسی قبل از ازدواج (لی و ساتو، ۲۰۰۸).

بررسی تفاوت عملکرد آزمودنی‌ها در پرسشنامه GHQ<sub>28</sub> با توجه به جنسیت آن‌ها (جدول ۲) نشان می‌دهد که آزمودنی‌های زن با میانگین ۲۶/۷ در نمره کل سلامت عمومی نسبت به مردان با میانگین ۲۰ در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین در زیر مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، و افسردگی نیز بین دو جنس تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در همین ارتباط یافته‌های متناقضی در ادبیات تحقیق مشاهده شد. گروهی از پژوهش‌ها تفاوتی بین دانشجویان دو جنس مشاهده نکردند (راس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ موفا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ لیوید<sup>۴</sup> و گارتزل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴؛ عباسی و کامکار، ۱۳۸۰؛ پهلویان، ۱۳۷۸)، در برخی پژوهش‌ها نیز مردان نسبت به زنان میزان شیوع اختلال بالاتری را نشان دادند (اونر، ۲۰۰۸؛ حسینی نژاد، ۱۳۷۸؛ خیرآبادی و همکاران، ۱۳۷۶؛ پرتوی، ۱۳۵۷)، و برخی از پژوهش‌ها نیز نتایج مشابه با پژوهش حاضر را گزارش کرده‌اند (لی و ساتو، ۲۰۰۸؛ مسگرانی و همکاران، ۱۳۸۳؛ عکاشه، ۱۳۷۹؛ احمدی، ۱۳۷۱). البته بالا بودن میزان شیوع بیماری‌های روانی در جنس زن نسبت به مرد در جمعیت عمومی بیشتر مورد تأکید قرار

<sup>1</sup> - Stewart

<sup>2</sup> - Ross

<sup>3</sup> - Moffat

<sup>4</sup> - Liyod

<sup>5</sup> - Gartrell

گرفته است (مایر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از مسگرانی ۱۳۸۳؛ کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ یعقوبی، ۱۳۷۴؛ امیدی و همکاران، ۱۳۸۲).

در بررسی تفاوت دانشجویان مجرد و متأهل در سلامت روانی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مجردها نسبت به متأهل ها نمرات بالاتری را در نمره کل GHQ28 و زیر مقیاس‌های آن (بجز زیر مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی) کسب کردند که این تفاوت ها از لحاظ آماری معنی دار بودند. برخی پژوهش‌ها همسو با نتایج فوق است و بر وجود اختلالات روانی بیشتر نزد دانشجویان مجرد تأکید می‌کنند (لو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ هاشمی محمد آبادی و همکاران، ۱۳۸۰؛ پهلویان، ۱۳۷۸؛ حسینی‌نژاد، ۱۳۷۸؛ عباسی و کامکار، ۱۳۸۰؛ خیر آبادی، ۱۳۷۶). به نقل از اونر (۲۰۰۸) دانشجویانی که تحت حمایت سیستم خانواده یا همسر خود قرار دارند نمرات بهتری را در GHQ بدست می‌آورند و این مسأله بدلیل اثر ارتباط مثبت با اعضاء خانواده و وجود هم صحبتی است که اثر مطلوبی بر بهداشت روانی نوجوانان و جوانان دارد. البته برخی از پژوهش‌ها نیز بین دانشجویان مجرد و متأهل در میزان شیوع اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نکردند (باهر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ مسگرانی، ۱۳۸۳؛ باقری یزدی، ۱۳۷۴؛ طراحی ۱۳۷۸). در ارتباط با بررسی تفاوت بین دانشجویان بومی (ساکنین شهرهای آبادان و خرمشهر) با دانشجویان غیر بومی، از لحاظ سلامت روانی در هیچ کدام از نمرات کل و زیر مقیاس‌های GHQ28 تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج پژوهش مسگرانی و همکاران (۱۳۸۳) در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان نیز بیانگر عدم تفاوت دانشجویان بومی و غیر بومی بوده است. اما پژوهش‌ها بیشتر عکس نتایج

<sup>1</sup> - Meyer

<sup>2</sup> - Kaplan and sadok

<sup>3</sup> - Lo

<sup>4</sup> - Bahar

پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند و بر وجود اختلالات روانی بیشتر در نزد دانشجویان غیربومی تأکید دارند (هاشمی محمد آبادی و همکاران، ۱۳۸۰؛ ترابی نیکجه، ۱۳۷۳؛ باقری یزدی، ۱۳۷۴؛ حسینی نژاد، ۱۳۷۸؛ کافی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۳). کنی<sup>۱</sup> و دونالدسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) در توجیه وجود بیشتر اختلالات روانی در بین دانشجویان غیر بومی به عواملی نظیر دوری از خانواده، نگرانی از تهیه مسکن، و وجود مشکلات مالی اشاره دارند. در پژوهش حاضر نیز از آنجا که اکثریت دانشجویان غیربومی مربوط به دیگر شهرهای استان خوزستان هستند ممکن است در وجود مشکلات پیش روی دانشجویان تفاوت عمده ای با دانشجویانی بومی نداشته باشند. البته بر طبق جدول شماره ۱ دانشجویان غیر بومی با ۵۴٪ نسبت به بومی‌ها با ۴۵/۶٪ احتمال وجود بیماری را در نزد خود بیشتر نشان دادند.

داشتن درجات تحصیلی عالی بتدریج برای به دست آوردن شغل در کشور ضرورت می‌یابد. بنابراین بر آمار دانشجویان و داوطلبان آموزش عالی افزوده شده است. در همین راستا بسیاری از داوطلبان قادر به تحصیل در دانشگاه یا رشته مورد علاقه خود نمی‌شوند که این مسأله خود با ترس و نگرانی از دستیابی به شغل در آینده همراه می‌شود. ثبت نام در یک رشته غیردلخواه می‌تواند اثرات منفی بر بهداشت روانی بگذارد. در پژوهش حاضر نیز دانشجویانی که به رشته خود علاقه نداشتند ۵۶/۶ درصد از آنها مشکوک به بیماری بودند در حالی که دانشجویانی که به رشته خود علاقه داشتند ۴۰ درصد از آنان بعنوان بیمار احتمالی تعیین گردیدند. هم چنین آزمون t تفاوت میانگین نمرات دانشجویان علاقه مند به رشته تحصیلی خود (۲۳/۸) با میانگین دانشجویان بی‌علاقه به رشته خود (۳۰/۷) در نمره کل GHQ<sub>28</sub> را در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار نشان داد. علاوه بر

<sup>1</sup> - Kenny

<sup>2</sup> - Donaldson

این در زیر مقیاس‌های چهارگانه پرسشنامه نیز از این لحاظ تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. پژوهش‌های دیگر نیز وجود اختلالات روانی بیشتر در نزد دانشجویان بی‌علاقه به رشته تحصیلی را نسبت به دانشجویان علاقه مند نشان دادند و تفاوت بین این دو گروه را معنی‌دار گزارش نمودند (اونر، ۲۰۰۸؛ بهروزیان و نعمت‌پور، ۱۳۸۶؛ هاشمی محمدآبادی، ۱۳۸۰؛ رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴؛ باقری یزدی، ۱۳۷۴). این نتایج بیانگر ضرورت و اهمیت وجود مراکز ارایه خدمات مشاوره تحصیلی، شغلی و انتخاب رشته برای نوجوانان قبل از ورود به دانشگاه است. همچنین خانواده‌ها نیز بهتر است بطور منطقی تر با انتخاب رشته تحصیلی فرزندان‌شان برخورد نمایند. جوانان اغلب وقتی در رشته غیرانتخابی خود تحصیل می‌نمایند احساس ناراحتی و شکست می‌کنند که این مسأله می‌تواند بر بهداشت روانی آنان اثر منفی بگذارد.

وضعیت سلامت روانی دانشجویان با توجه به سن آنها نیز در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بیانگر سلامت روانی بهتر در سنین بالاتر بود. دانشجویان براساس سن به سه گروه طبقه بندی شدند (۲۰ سال و کمتر، ۲۱ تا ۳۰ سال، و ۳۱ سال و بیشتر) و نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین هر سه گروه تفاوت وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه برای نمره کل مقیاس، همچنین بجز زیر مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی در سه زیر مقیاس دیگر نیز تفاوت گروه ۳۱ سال و بیشتر با دو گروه دیگر را در سطح  $P < 0/001$  معنی دار نشان داد. در پژوهش باقری یزدی (۱۳۷۴) نیز دانشجویان ۳۰ سال و بیشتر با ۱۲/۵٪ نسبت به گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال با ۱۹٪ و گروه سنی کمتر از ۲۰ سال با ۱۵/۲٪ از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. عکاشه (۱۳۷۹) در پژوهش سلامت روانی در دانشجویان علوم پزشکی کاشان نیز بالاترین میزان شیوع اختلال افسردگی را در گروه بین ۲۱-۲۰ سال گزارش

می‌کند. جرالده<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸)، به نقل از لی و ساتو (۲۰۰۸) نیز افزایش مشکلات روانشناختی بویژه افسردگی را در کشورهای پیشرفته در سن جوانی و به خصوص در دختران را یادآور می‌شوند. یکی از عوامل کاهش سلامت روانی در جمعیت جوان دانشجویی در سال‌های اخیر مربوط به مسأله ترک خانه، شهر و حتی کشور جهت کسب تحصیلات عالی است که این مسأله در جهان نسبت به گذشته بسیار افزایش یافته است. در پژوهش حاضر وجود سلامت روانی بیشتر در نزد دانشجویان مسن تر ممکن است به آن علت باشد که دانشجویان سنین بالاتر (۳۰ سال به بالا) اکثریت متأهل (۹۳٪)، همگی بومی (۱۰۰٪)، تقریباً همه آنها به رشته خود علاقه مند (۹۶/۵٪)، و اکثریت آنان مرد (۸۱٪) هستند و این عوامل می‌توانند در تحمل و کاهش استرس‌ها، و حفظ بهداشت روانی نقش داشته باشند. یافته‌های پژوهش حاضر افزایش مشکلات بهداشت روانی در بین جمعیت جوان دانشجویی را در سالهای اخیر نشان می‌دهد. در عین حال نتایج این پژوهش مربوط به دانشجویان ترم دوم مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آبادان است و در تعمیم به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها محدودیت دارد. با توجه به نقش بسیار مهم و حیاتی دانشجویان در سال‌های آتی به عنوان مغزهای متفکر هر جامعه، و آمادگی بهتر جهت ورود به بازار کار، توجه به سلامت دانشجویان به ویژه بهداشت روانی آنان یک ضرورت انکار ناپذیر است. در همین راستا جهت حفظ بهداشت روانی دانشجویان مواردی پیشنهاد می‌گردد: ایجاد مراکز مشاوره تحصیلی، شغلی، و انتخاب رشته، تأکید بر نقش فعال خانواده دانشجویان، ایجاد شرایط و امکانات برای افزایش فعالیت‌های غیر تحصیلی (سرگرمی، تفریحی، ورزشی، فرهنگی) و امکان سهولت در مشارکت دانشجویان در این فعالیت‌ها، ایجاد بخش‌های سلامت و بهداشت دانشجویی و تقویت مراکز مشاوره در تمامی

<sup>۱</sup> - Gerald

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...  
واحدهای دانشگاهی، مشارکت کارکنان دانشگاه بویژه هیأت علمی بعنوان بخش جدایی‌ناپذیر از برنامه ارزیابی عوامل خطر در دانشجوی و هدایت و ارجاع به مراکز سلامت و مشاوره در دانشگاه‌ها، و ایجاد امکانات رفاهی مناسب برای دانشجویان، و ایجاد شرایط مطلوب آموزشی همراه با تعدیل برخی از قوانین و مقررات دانشگاهی مانند امکان انتقال و جابه‌جایی به دانشگاه محل زندگی خانواده دانشجوی.

عدم امکان افزایش حجم نمونه مورد بررسی، عدم امکان مصاحبه با تمامی آزمودنی‌ها، و عدم بررسی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی و تمامی مقاطع تحصیلی، از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. دیگر محققان با رفع این محدودیت‌ها و بررسی سایر دانشجویان دانشگاه‌های کشور می‌توانند در مشخص شدن بهتر وضعیت بهداشت روانی و ارتقاء سلامت جمعیت جوان کشور مشارکت داشته باشند.



- احمدی، جمشید (۱۳۷۱). میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۱۲-۶.
- امیدی، عبا...؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، علی؛ عکاشه، گودرز (۱۳۸۲). همه گیر شناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۴، ۳۲-۸.
- انصاری، ع؛ عنی، م (۱۳۷۶). بررسی شیوع اختلالات روانی در دانشجویان پزشکی مشهد. پایان نامه دکترای عمومی. دانشکده پزشکی مشهد.
- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۳۹-۳۰.
- بهروزیان، فروزان؛ نعمت پور، سرور (۱۳۸۶). بررسی عوامل استرس زا، راهبردهای مقابله ای و ارتباط آنها با سلامت عمومی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۴-۸۵ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. مجله علمی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، سال ششم، شماره ۳ (پیاپی ۵۴)، ۲۸۸-۲۸۴.
- پالاهنگ، حسن؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.
- پرتوی، داریوش (۱۳۵۷). تحقیق آزمایشی در پراکندگی افسردگی. مجله روانشناسی، سال چهارم، شماره ۱۲.
- پهلویان، الف؛ محجوب، ج؛ ظرابیان، م (۱۳۷۸). رابطه منبع کنترل درونی - بیرونی با افسردگی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان ۱۳۷۸. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۳۱-۲۳.

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان...

-ترابی نیکجه، مجید (۱۳۷۳). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان مؤسسات آموزش عالی ایلام. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، شماره ۱۴، ۳۱-۲۲.  
-حسینی، رشید (۳۷۴). بررسی شیوع اختلالهای روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان نامه تخصصی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

-حسینی نژاد، م؛ و همکاران (۱۳۷۸). بررسی عوامل مؤثر بر میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. فصلنامه علمی - فرهنگی کمیته تحقیقات دانشجویان، دانشکده علوم پزشکی سبزوار، سال پنجم، شماره ۳ و ۴، ۳۴-۴۰.

-خیر آبادی، غلامرضا؛ استیفایی، کیوان؛ حسینی، محی الدین (۱۳۷۶). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مستعد کننده آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال دوم، شماره ۶، ۳-۸.

-داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهاپتیان، وارتکس؛ مخبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر ۱۳۵۰). نشریه بهداشت ایران، سال سوم، شماره ۴، ۱۵۶ - ۱۴۵.

-رفعتی، فوزیه؛ شریف، فرخنده؛ احمدی، جمشید؛ ضیغمی، بهرام (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین سلامت عمومی، افسردگی و ویژگیهای شخصیتی دانشجویان با موفقیت آنان. طب و تزکیه، سال چهارم، شماره ۵۸، ۳۱-۲۵.

-شریفی، ر (۱۳۷۸). بررسی فشارهای روانی - اجتماعی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی کشور، شیوه های مقابله و میزان آسیب پذیری آن. تهران وزارت درمان و آموزش پزشکی.

## پژوهشنامه تربیتی

- طراحی، م (۱۳۷۸). غربالگری افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۷۸. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شماره ۱، ۱۸-۱۵.
- عباسی، علی؛ کامکار، علی؛ و همکاران (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۸-۷۷. طب و تزکیه، شماره ۳۴، ۳۷-۳۴.
- عکاشه، گودرز (۱۳۷۹). بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی سال ۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴، ۱۱-۱۶.
- عسکری، جعفر (۱۳۸۴). بررسی منابع افت انگیزشی دانشجویان دانشگاه از دیدگاه آنان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۱۱، شماره ۴، ۴۶۲-۴۵۵.
- کافی، س؛ بوالهروی، ج؛ پیروی، ج (۱۳۷۳). بررسی وضع تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۳-۷۲ دانشگاه تهران. انتشارات واحد پژوه دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- مسگرانی، محسن؛ شفیعی، شهلا؛ کیانی، نصرت؛ صادقی فراشاد، محمود (۱۳۸۳). بررسی همه گیر شناسی علایم اختلالات روانی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. طب و تزکیه، شماره ۵۳، ۸۸-۸۴.
- مکارمی، آذر (۱۳۷۷). بررسی افسردگی و اضطراب دانشجویان. ماهنامه خبر دانشگاه شیراز، شماره ۵۸، ۸۵-۶۳.
- هاشمی محمد آبادی، سید نذیر؛ حسینی، زهرا؛ شهامی، محمدعلی (۱۳۸۰). بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی یاسوج. طب و تزکیه. شماره ۵۳، ۱۰۲-۹۹.
- یعقوبی، نورا...؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همدیگر شناسی اختلال های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا (گیلان ۱۳۷۴). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۳-۵۵.

- Abousaleh, M. T , Ghubash, R, & Daradkeh, T. K. (2001). Al – Ain Community Psychiatric Survey: Prevalence and social – demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* , 36 , 20-28 .
- Acuda, S. W. (1983). Mental health and student wastage. *East African Medical Journal*. 60(11) , 73-78 .
- Bahar, E, Henderson, A. S. ,Mackinon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatria. scand*, 85:257-63 .
- Becker , M. , Martin , L. , Wajeeh,E. ,Ward , J. , shern , D. (2002). students mental illnesses in university setting : faculty and student attitudes , belief , Knowledge , and experiences. *Psychiatr Rehabil J* , 25(4) : 359-68 .
- Cheung , P. , Spears , G. (1994). Relibility and validity of the cambodian version of the 28 – item general health questionnaire. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 29 : 95 – 99 .
- Clark , D. C, Daugherty, S. R. , Zeldow , P. B , etal. (1988). The relationship between academic performance and severity of depressed mood during medical school. *Comprehensive Psychiatry* , 29 (4) , 404 – 20 .
- Fagan , R. W. (1994 ). Social well – being in university students. *Journal of Youth and Adolescence* , 23 : 120 – 127 .
- Goldberg , D. P. , Richels , K, Downing , R, Hesba cher , P. (1976). A comparison of two psychiatric screening tests. *British Journal of Psychiatry*, 129: 61 – 67 .
- Goldberg , D. P. , Gater, R, Sartorius , N, Ustun, T. B, Piccinelli , M. , Gureje, O, etal. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* , 27(1) : 191 -7 .

- Jackson, C (2007). The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*,57:79 .
- Kaplan, H. C, & Sadok , B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. (7 Th ed ). Baltimore : Williams and wilkins .
- Kenny, M. E. , and Donaldson , G. A. (1991). Contribution of parent attachment and family structure to the social and Psychological functioning of first year college student. *Journal of counseling Psychology* , 38 : 470 – 486 .
- Kilic , C. , Rezaki , M, Rezaki , B. ,Kaplan , I, Ozgen, G, Sagduyu, A, et al) .1997). General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28) : Psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* , 32 (6) : 327 – 31 .
- Ko , S. M. , Kua , E. H. , Fones. C. S (1999). Stress and the undergradutes. *Singapore Med J* , 40(10) : 627-30 .
- Lapsley , D. L. (1989 ). Psychological separation and adjustment to college. *Journal of counseling psychology* , 36 , 286-294 .
- Li, Ying and sato, Yasuto. (2008). Relationship between socioeconomic factors, health behaviors, and mental health among university students of Heilongjiang Province in china. *School Health*, 4: 9 – 15 .
- Lloyd , G. and Gartrell, N. K. (1994 ). Psychiatric symptoms in medical students. *Comparision Psychiatry* , 252-265 .
- Medina-mora, M. E. ,etal (1983). The factor structure of the GHQ : A scaled version for a hospital,s general Practice service in mexico. *Psychological Medicine*, 13 : 355-361 .
- Mikolajczyk, R. T, etal. (2008). Depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulagaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (2): 230

- Moffat, K. J, Mcconnachie, A, Ross, S, Morrison, J. M. (2004). First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* , 38 (5): 482 -91 .
- Patel , V, Araya , R. , chowdhary. N, King , M, Kirkwood , B. , Nayak, S, simon, G, Weiss, A. (2008). Detecting common mental disorders in primary care in India :A comarsion of five screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 38: 221 – 228 .
- Ross, S, Cleland , J, Macleod , M. J. (2006). Stress, debt and under graduate medical student Performance. *Med Educ* , 40 (6) : 584 – 90 .
- Song Ying ming , and Zhu li. (2005). study on mental disorder among poor university student. *Chin J School Doctor* , 19 : 500 – 501 .
- Stewart, S. M, Betson, C, Lam, T. H ,Marshall, I. B. ,Lee, P. ,Wong,C. M. (1997). Predicting stress in first year medical students:a longitudinal study. *Med Educ*, 31 :163 – 8 .
- Uner, S,Ozcebe ,H, Telatar, T. G, Tezcan, S. (2008). Assessment of mental health of university students with GHQ-12. *Turk J Med Sci*, 38 .
- Zhang Jing, Tang Ya Ting, and Niu Li Hua. (2006). Analysis of mental health status and Personality among impoverished undergraduates. *Chin J School Doctor* , 20: 479-481 .