

تأثیر وضعیت بهداشت روانی دانشجویان بر پیشرفت تحصیلی آنان

فوزیه رفتی^۱، دکتر فرخنده شریف^۲، دکتر جمشید احمدی^۳، نعمت اله شفیع^۴

چکیده

مقدمه: بررسی عوامل مؤثر بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان که هوشمندترین افراد جامعه بوده و آینده سازان هر کشوری می باشند مهم و قابل کاوش است. هدف از پژوهش حاضر بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان پرستاری پیوسته دانشکده پرستاری حضرت فاطمه (س) شیراز و تأثیر آن بر پیشرفت تحصیلی آنان بوده است. **روش بررسی:** این مطالعه پژوهشی توصیفی-تحلیلی است که در آن ۳۰۶ دانشجو (کل جامعه پژوهش) شرکت کرده اند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه GHQ-28 بوده است. معدل پایان ترم دریافت شده از اداره خدمات آموزشی هم به عنوان شاخص پیشرفت تحصیلی آنان در نظر گرفته شده است. برای تعیین وضعیت سلامت روانی نمونه ها، ۲۵ درصد بالای نمرات پرسشنامه GHQ-28 به عنوان وضعیت سلامت روانی نامناسب، ۵۰ درصد حد متوسط، ۲۵ درصد پایین نمرات به عنوان وضعیت سلامت روانی خوب در نظر گرفته شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که از نظر سلامت روانی ۲۵/۸ درصد واحدها دارای سلامت روانی خوب، ۴۹/۳ درصد متوسط و ۲۴/۸ درصد وضعیت سلامت روانی نامناسبی داشته اند. همچنین گزینه های احساس بی ارزشی و فکر خودکشی به صورت مجزا تجزیه و تحلیل شدند که نتایج نشان داد ۴۵/۹ درصد افراد احساس بی ارزشی می کرده و ۱۳/۴ درصد آنها طی یک ماه گذشته به خودکشی فکر کرده اند. همچنین تفاوت معدل پایان ترم گروهی که سلامت روانی خوبی داشته اند در مقایسه با گروهی که وضعیت روانی آنان نامناسب ارزیابی شده است، معنی دار می باشد ($p=0/032$) **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج، پیشرفت تحصیلی دانشجویان متأثر از وضعیت روانی آنان است، لذا بررسی بیشتر مسایل روانی و فعال بودن مراکز مشاوره روانی برای آنان ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، پیشرفت تحصیلی، پرسشنامه سلامت عمومی

از اعتبارات دولت را به خود اختصاص داده و اثرات اجتماعی ناگواری در پی دارد، سبب بذل توجه مسئولین به این مشکلات و در نتیجه به بهداشت روانی شده است^(۲). سازمان بهداشت جهانی معتقد است که حجم مسایل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به ازدیاد است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، فروپاشی خانواده های گسترده، تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات اقتصادی است. دانشجویان دانشگاه ها

مقدمه

اختلالات روانی مشکلاتی جدی و شایع هستند که در تمام دنیا مشاهده می شوند ۴۰ درصد تمام ناتوانیها به علت اختلالات روانی، روانی - اجتماعی و عصبی بوده و این موارد

۱-۴- مربی گروه پرستاری - دانشکده پرستاری جیرفت

۲- استادیار گروه پرستاری

۳- استادیار گروه روانپزشکی

۱-۴- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

۲-۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز

۲۰ درصد از کل مراجعین به مراکز بهداشتی را تشکیل می دهند^(۱). افزایش روز افزون مشکلات روانی از آنجا که بخشی

۲۸ سؤالی (GHQ-28) بوده است. آزمون GHQ به فرمهای ۳۰، ۲۸، ۱۲ و ۶۰ سؤالی وجود دارد تاکنون معروفترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است^(۴).

سؤالات پرسشنامه به بررسی وضعیت سلامت عمومی طی یک ماه اخیر می پردازد و در انتخاب سؤالات، روی ۴ حوزه ی افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و هیپوکندریازیس کار شده است. ۲۰ روش نمره گذاری برای این پرسشنامه وجود دارد یکی روش نمره گذاری GHQ می باشد که در آن گزینه های آزمون به صورت (۰-۱-۱-۱) نمره گذاری می شوند و روش دیگر روش نمره گذاری لیکرت می باشد که گزینه های آزمون به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره گذاری می گردد. در این تحقیق از روش نمره گذاری لیکرت استفاده شده است.

نمرات این پرسشنامه به چهار چارک تقسیم شد.

چارک اول به عنوان وضعیت سلامت روانی خوب، چارک دوم و سوم حد وسط و چارک چهارم به عنوان وضعیت سلامت روانی نامناسب در نظر گرفته شد. معدل پایان ترم دانشجویان نیز به عنوان شاخص پیشرفت تحصیلی مد نظر قرار گرفت. بدین شکل که به هر پرسشنامه یک کد داده می شد و در پایان هر جلسه نمونه گیری جهت رعایت مسایل اخلاقی با توجه به کد پرسشنامه ها، شماره دانشجویی هر آزمودنی روی پرسشنامه قید می شد. سپس با مراجعه به اداره خدمات آموزشی معدل پایان ترم دانشجویان دریافت شده و با توجه به شماره دانشجویی معدل آنان وارد پرسشنامه گردید.

جهت بررسی وضعیت پیشرفت تحصیلی دانشجویان، معدل ترم کلیه دانشجویان به چهار چارک تقسیم شد. چارک اول یعنی معدلهای کمتر از ۱۴ به عنوان دانشجویان ناموفق، چارک دوم و سوم (معدل ۱۶/۵۷-۱۴) حد وسط و چارک چهارم که شامل معدلهای بیش از ۱۶/۵۷ بود به عنوان دانشجویان موفق تقسیم بندی شد.

اطلاعات پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS به صورت فراوانی و درصد با آزمون t ، F و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سؤالات شماره ۲۲ (احساس بی ارزشی) و شماره ۲۸ (تمایل به خودکشی) به صورت مجزا بررسی گردید.

نیز اشخاصی هستند که گستره وسیعی از گرفتاریها و مشکلات احساسی و بیماریهای خفیف روانی را تجربه می کنند. بعضی از این مشکلات مستقیماً به عوامل محیطی دانشگاه و بخش زیادی نیز به مراحل تکاملی اواخر نوجوانی مربوط می شوند^(۱۱). میزان ناخوشی روانی در دانشجویان کشورهای پیشرفته ۱۲-۱۰ درصد می باشد که صرف نظر از شدت آن به عنوان یکی از علت های مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان شناخته شده است^(۱۲). مسئله بهداشت روان از مهمترین مسایل دانشجویان است و در حقیقت موفقیت در تحصیل آنچنان مربوط به استعدادهای فوق العاده دانشجویان نیست بلکه موفقیت وی منوط به این است که چگونه مراحل پیچیده و بحرانی نوجوانی را از نظر عاطفی و روانی به طور طبیعی گذرانده باشد. موفقیت در تحصیل وابسته به عوامل بسیاری می باشد که ممکن است فعالیت نیروی دماغی را حتی در با هوشترین دانشجویان تحت تأثیر قرار دهد^(۳). اغلب مشاهده شده دانشجویانی که سطوح بالایی از آسیب شناسی روانی را تجربه می کنند توانایی کمتری برای انجام تکالیف دانشگاهی خود دارند^(۱۳). بنابراین توجه به مسایل سلامت روانی دانشجویان در کشور جوان ایران که آستن رشد و ترقی است از اهمیت خاصی برخوردار می باشد که نباید از آن غفلت کرد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر وضعیت سلامت روانی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرستاری انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه ای است توصیفی - تحلیلی که در آن اطلاعات جهت توصیف و تحلیل وضعیت روانی، پیشرفت تحصیلی و رابطه بین آن دو مورد بررسی قرار گرفته است. محیط پژوهش دانشکده پرستاری حضرت فاطمه (س) شیراز و جامعه پژوهش دانشجویان کارشناسی پیوسته پرستاری این دانشکده در نیمسال دوم سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ بوده است که کل جامعه پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شده اند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه سلامت عمومی

نتایج

نمونه های این پژوهش شامل ۳۰۶ دانشجوی پرستاری بود که ۸۰/۸ درصد آزمودنی ها مؤنث، ۹۲/۵ درصد مجرد و ۹۷/۱ درصد فاقد شغل بوده اند. میانگین نمره سلامت عمومی کل دانشجویان ۲۳/۴۵، زنان ۲۳/۵۷ و مردان ۲۲/۹۳ می باشد (جدول ۱). ۲۵/۸ درصد نمونه ها نمره GHQ کمتر از ۱۳ داشته اند، ۴۹/۳ درصد نمرات ۲۹-۱۳ و ۲۴/۸ درصد نمرات بیش از ۳۰ را بدست آورده اند (جدول ۲).

یافته ها نشان داد که ۴۵/۹ درصد واحدهای مورد پژوهش احساس بی ارزشی می کرده اند و ۱۳/۴ درصد آنها تمایل به خودکشی داشته اند. ۲۵/۵ درصد دانشجویان پرستاری در امر تحصیل ناموفق، ۴۹/۲ درصد در حد متوسط و ۲۵ درصد نیز موفق بوده اند (دسترسی به معدل پایان ترم ۱۰ نفر به علت ناتمام بودن واحدهای درسی مقدور نشد).

همچنین میانگین معدل پایان ترم در دختران (۱۵/۴۵) نسبت به معدل پایان ترم پسران (۱۴/۷۲) تفاوت معنی دار بیشتری را نشان داد ($t=2/23$ و $DF=67/06$ و $p=0/02$) و معدل پایان ترم واحد های مورد پژوهش با افزایش درآمد خانواده افزایش پیدا کرده است (میزان درآمد ۵۰-۳۰ هزار تومان معدل ۱۴/۸۸، ۷۰-۵۱ هزار تومان معدل ۱۵/۲۵، درآمد ۱۰۰-۷۱ هزار تومان معدل ۱۵/۴۷ و درآمد بیش از ۱۰۱ هزار تومان معدل ۱۵/۸۵). با انجام آزمون توکی تفاوت بین معدل ترم دانشجویانی که درآمد ماهانه خانواده آنان بیش از ۱۰۱ هزار تومان بوده با کسانی که درآمد آنها ۵۰-۳۰ هزار تومان بوده است در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار گردید. ($F=2/77$ ، $DF=3$ و 288 ، $p=0/041$).

میانگین معدل پایان ترم دانشجویان ساکن خوابگاه ۱۵/۰۶ و دانشجویانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کرده اند ۱۵/۶۶ بوده است. این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($p=0/007$). همچنین بالاترین معدل مربوط به دانشجویانی بوده که از سهمیه مناطق استفاده کرده اند (۱۵/۴۸) بعد از آن «سایر سهمیه ها» معدل ۱۵/۰۱ و کمترین معدل مربوط سهمیه «رزمندگان، شاهد و خانواده شهدا» بوده است (۱۳/۶).

انجام آزمون «توکی» اختلاف معنی داری بین معدل بالاتر دانشجویان در سهمیه «مناطق» و «سایر سهمیه ها» با معدل کمتر در سهمیه قبولی «رزمندگان، شاهد و خانواده شهدا» نشان داد ($p=0/05$).

متغیرهای وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیلات والدین، تعداد دفعات شرکت در کنکور ارتباط معنی داری با معدل پایان ترم نمونه ها نداشته است.

انجام آزمون «توکی» تفاوت معنی داری بین معدل پایان ترم دانشجویان پرستاری که وضعیت بهداشت روانی خوبی داشته اند با دانشجویانی که وضعیت بهداشت روانی ضعیفی داشته اند نشان داد (جدول ۴).

علاوه بر این، یافته ها نشان داد که معدل پایان ترم دانشجویانی که سابقه ی مراجعه به روانپزشک نداشته اند بیش از دانشجویانی است که سابقه مراجعه به روانپزشک داشته اند (۱۵/۳۸ در مقابل ۱۴/۲۵) و این تفاوت نیز معنی دار می باشد ($t=2/48$ و $DF=294$ و $p=0/014$).

ضریب همبستگی پیرسون بین نمره ی سلامت روانی و معدل پایان ترم دانشجویان نیز انجام شد و رابطه معکوس خطی بین آنها مشاهده گردید (۰/۱۳۸-) که از نظر آماری معنی دار می باشد ($p=0/017$).

متغیرسال تحصیلی در جدول (۳) و متغیرهای وضعیت اشتغال، تأهل، سابقه ی بیماری جسمی، سابقه ی مشروط شدن، نوع سهمیه، تحصیل پدر، دفعات شرکت در کنکور و میزان درآمد تأثیری روی وضعیت سلامت روان واحدهای مورد پژوهش نداشته است (جدول ۵).

اما آزمون توکی مشخص کرد که تفاوت نمره سلامت عمومی دانشجویانی که مادرانشان تحصیلات دانشگاهی داشته اند با دانشجویانی که مادرانشان بی سواد هستند در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است. میانگین نمره GHQ نمونه ها در مادران بی سواد ۲۶/۹۱، در مادران با تحصیلات ابتدایی ۲۳/۳۵، تحصیلات راهنمایی و دبیرستان ۲۳/۶ و تحصیلات دانشگاهی مادر ۱۷/۲۶ می باشد.

جدول ۱: میانگین نمرات سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش

آزمون	تعداد	SD	X	نمره سلامت عمومی	
				جنس	
P=۰/۷۶۳	۲۴۸	۱۴/۳۰	۲۳/۵۷	زن	
df=۳۰۴	۵۸	۱۵/۵۷	۲۲/۹۳	مرد	
t=۰/۳	۳۰۶	۱۴/۵۷	۲۳/۴۵	کل	

جدول ۲: توزیع فراوانی نمرات GHQ واحدهای مورد پژوهش بر حسب چهار چارک

مردان		زنان		کل		نمره سلامت عمومی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۷/۵۸	۱۶	۲۵/۴	۶۳	۲۵/۸	۷۹	چارک اول < ۱۳
۴۸/۲۷	۲۸	۴۹/۵۹	۱۲۳	۴۹/۳	۱۵۱	چارک دوم و سوم ۱۳-۲۹
۲۴/۱۳	۱۴	۲۵	۶۲	۲۴/۸	۷۶	چارک چهارم > ۳۰

جدول ۳: توزیع میانگین نمرات سلامت عمومی بر حسب سال تحصیل

تعداد	انحراف معیار	میانگین	نمرات سلامت عمومی	
			سال تحصیل	
۸۴	۱۳/۷۷	۲۱/۶۴	سال اول	
۷۹	۱۷/۵۵	۲۶/۱۳	سال دوم	
۶۵	۱۴/۵۸	۲۵/۳۵	سال سوم	
۷۸	۱۱/۰۸	۲۱/۰۶	سال چهارم	

P=۲/۴۲ F= ۳ و ۳۰۲ DF= ۰/۰۶۵

جدول ۴: میانگین معدل ترم دانشجویان بر حسب وضعیت سلامت روان

تعداد	انحراف معیار	میانگین	معدل ترم	
			وضعیت سلامت روان	
۶۳	۱/۵۵	۱۵/۵۹	خوب نمره GHQ < ۱۳	
۱۶۰	۱/۹۴	۱۵/۴۵	حد وسط نمره GHQ ۱۳-۲۹	
۷۳	۱/۷۵	۱۴/۸۴	نامناسب نمره GHQ > ۳۰	

p=۰/۰۳۶ DF= ۲ و ۲۹۵ F=۳/۴۶

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی بر حسب برخی از متغیرهای دموگرافیک

آزمون	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نمره سلامت عمومی	
				متغیر	
$p=۰/۹۷۳$ $DF=۳۰۴$ $t=۰/۰۳$	۱۴/۶۳ ۱۰/۶۶	۲۳/۴۴ ۲۳/۶۲	۲۹۸ ۸	شاغل غیر شاغل	اشتغال
$p=۰/۰۸۲$ $DF=۳۰۴$ $t=۱/۷۴$	۱۴/۴ ۱۵/۴۳	۲۳/۰۴ ۲۸/۶۳	۲۸۴ ۲۲	مجرد متاهل	تأهل
$p=۰/۳۵۲$ $DF=۳۰۴$ $t=۰/۹۳$	۱۷/۴۸ ۱۴/۳۵	۲۶/۶۴ ۲۳/۲۶	۱۷ ۱۸۹	بلی خیر	سابقه ی بیماری جسمی
$p=۰/۱۸$ $DF=۳۰۴$ $t=۱/۳۴$	۱۴/۶۲ ۱۳/۴۶	۲۳/۸۳ ۲۰/۱۸	۲۴۷ ۳۲	نداشته اند داشته اند	سابقه ی مشروط شدن
$p=۰/۸۸$ $DF=(۲و۲۹۰)$ $t=۰/۱۱$ (۴ نامعلوم)	۱۳/۰۱ ۲۳/۲۷ ۲۳/۷۷	۲۴/۸۵ ۱۴/۲۹ ۱۷/۶۴	۲۰ ۲۵۵ ۱۸	رزمندگان، شاهد و خانواده شهدا مناطق سایر سهمیه ها	نوع سهمیه
$p=۰/۴۳$ $DF=(۳و۲۹۹)$ $t=۰/۹۲$ (۳ نامعلوم)	۱۸/۱۰ ۱۲ ۱۴/۷۱ ۱۵/۸۲	۲۶/۳۶ ۲۳/۷۹ ۲۳/۸۸ ۲۱/۲۲	۳۰ ۹۳ ۱۱۹ ۶۱	بی سواد ابتدایی راهنمایی-دیپروستان دانشگاهی	تحصیل پدر
$p=۰/۳۲۷$ (۳۰۲ و) $DF=(۲)$ $t=۱/۱۲۱$ (۱ نامعلوم)	۱۵/۳۶ ۱۳/۳۲ ۱۷/۰۲	۲۳/۸۱ ۲۲/۶۲ ۲۷/۲۰	۱۲۷ ۱۵۳ ۲۵	یک بار دو بار سه بار	دفعات شرکت در کنکور
$p=۰/۱۷۵$ (۲۹۸ و) $DF=(۳)$ $t=۱/۵۶۹$ (۴ نامعلوم)	۱۳/۹۹ ۱۵/۸۲ ۱۳/۶۴ ۱۲/۹۷	۲۵/۴۷ ۲۴/۰۳ ۲۲/۷۷ ۱۹/۶۵	۶۸ ۸۸ ۹۹ ۴۷	۳۰-۵۰ هزار تومان ۵۱-۷۰ هزار تومان ۷۱-۱۰۰ هزار تومان ۱۰۱ هزار تومان	درآمد خانواده

بحث

گرفته شد. نتایج نشان داد که ۲۵/۸ درصد واحدها وضعیت سلامت روانی مناسب، ۴۹/۳ درصد در حد متوسط و ۲۴/۸ درصد نیز وضعیت سلامت روانی نامناسبی دارند که رقمی قابل توجه می باشد. در پژوهش یزدی و همکاران^(۶) مشخص شد که ۱۶/۵ درصد پذیرفته شدگان دانشگاه تهران در بدو ورود به دانشگاه مشکوک به اختلال روانی هستند. با توجه به این که پژوهش حاضر روی دانشجویان سالهای اول تا چهارم انجام شده است و با توجه به تنش های متعدد زندگی در خوابگاه و محل تحصیل که دانشجویان طی تحصیل تجربه می کنند، این میزان

یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات سلامت عمومی در دو جنس معنی دار نیست. در تحقیق کافی، بوالهروی و پیروی^(۵) و یزدی، بوالهروی و پیروی^(۶) نیز تفاوت میانگین نمره سلامت عمومی دانشجویان زن و مرد معنی دار نبود. جهت بررسی بیشتر وضعیت سلامت عمومی دانشجویان، نمرات سلامت عمومی به چهار چارک تقسیم شد. چارک اول نمرات کمتر از ۱۳ به عنوان وضعیت بهداشت روانی خوب، چارک دوم و سوم نمرات ۱۳-۲۹ به عنوان حد متوسط و چارک چهارم نمرات بالای ۳۰ به عنوان وضعیت سلامت روان نامناسب در نظر

داشته اند^(۷) همچنین در تحقیق «رنجبر» روی دانش آموزان مقطع سوم راهنمایی تهران مشخص شد که دانش آموزان دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین افت تحصیلی بیشتری داشته اند^(۸). تفاوت معنی دار میانگین معدل ترم دانشجویان ساکن خوابگاه با دانشجویانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کردند ($p=0/007$)، ضرورت توجه به گزینش دانشجویان بومی در هر شهر را بیش از پیش مشخص می کند. زیرا دانشجویانی که با اعضای خانواده خویش زندگی می کنند مشکلات مربوط به دوری از خانواده و زندگی خوابگاهی را ندارند. علاوه بر این، یافته ها نشان داد که معدل پایان ترم دختران از پسران بیشتر می باشد. یافته های پژوهش «خورشیدی»^(۹) در دانشجویان پزشکی همدان همخوانی دارد که ممکن است مربوط به ویژگیهای شخصی و علاقه به تحصیل بیشتر در دختران باشد. تفاوت معنی دار معدل کمتر دانشجویان دارای سهمیه قبولی «رزمندگان، شاهد و خانواده شهدا» با دو سهمیه «مناطق» و «سایر سهمیه ها» $p=0/05$ می باشد که با یافته های تحقیق «سرندی»^(۱۰) و «خورشیدی»^(۹) مطابقت دارد و ضرورت تشکیل کلاسهای تقویتی برای استفاده کنندگان از این سهمیه ها را آشکار می کند. در ارتباط با رابطه بین سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان چنانچه جدول (۴) نشان می دهد هر چه سلامت عمومی و روانی دانشجویان بهتر بوده، معدل پایان ترم آنان نیز افزایش داشته است که با انجام آزمون توکی تفاوت بین دو گروه با وضعیت بهداشت روان خوب و گروه با وضعیت بهداشت روان ضعیف در سطح کمتر از $0/05$ معنی دار گردید. این یافته ها به همراه ضریب معکوس خطی بین نمره سلامت روانی و معدل پایان ترم دانشجویان، این ضرورت را بیش از پیش آشکار می کند که برای جلوگیری از هدر رفتن منابع مادی و معنوی دانشگاه، باید به مسئله سلامت روانی دانشجویان توجه بیشتری نمود و اقداماتی در جهت بررسی بیشتر عوامل مرتبط با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان از طرف مسئولین انجام گردد.

اختلاف می تواند قابل انتظار باشد. چنانچه جدول (۳) نشان می دهد میانگین نمرات سلامت عمومی دانشجویان بر حسب سال تحصیل تفاوت معنی داری ندارد البته نمره بالاتر در دانشجویان سال دوم می تواند به شروع اولین تجارب بالینی در آن سال مربوط باشد. زیرا تحقیقات نشان داده است که اولین تجارب بالینی دانشجویان با تنش زیادی همراه می باشد. در این رابطه Hana به نقل از باجر (۱۹۹۳)، دوانیتر (۱۹۷۲)، فوکس و همکاران (۱۹۶۳)، گرت و وینست (۱۹۷۶)، کلیما مرو کک (۱۹۹۴)، سلک و استفان (۱۹۹۲) می نویسند که اولین تجربه بالینی در دانشجویان به عنوان تنش زاترین عامل در مقایسه با جنبه های شخصی، تحصیلی و اجتماعی می باشد^(۱۴). یکی از علتهای ایجاد تنش در تجارب بالینی این است که دانشجویان از نظر مسئولیت اغلب مثل یک پرستار ارزیابی می شوند تا یک دانشجوی پرستاری^(۱۵). در تحقیق Beck و همکاران نیز روی دانشجویان پرستاری، داروسازی، پزشکی و مددکاری اجتماعی، بالاترین نمره سلامت عمومی و میزان تنش در دانشجویان سال دوم دیده شد^(۱۶). علاوه بر این در پاسخ به پرسش شماره ۲۸ آزمون مشخص شد که $13/4$ درصد نمونه ها طی یک ماه گذشته به خودکشی فکر کرده اند. در تحقیق بهدانی و همکاران^(۷) در دانشجویان سبزواری (دانشجویان پرستاری، مامایی، هوشبری، بهداشت - مهندسی، حسابداری و دبیری) $13/1$ درصد به خودکشی فکر می کرده اند که با یافته های پژوهش حاضر بسیار نزدیک است. تفاوت معنی دار نمره سلامت عمومی دانشجویانی که مادرانشان تحصیلات دانشگاهی داشته اند با دانشجویانی که مادرانشان بی سواد هستند شاید مربوط به آگاهی بیشتر مادران تحصیل کرده در برخورد با فرزندان و توجه و پیگیری وضعیت سلامت روانی آنان باشد. علاوه بر این، انجام آزمون توکی تفاوت معنی داری را بین معدل پایان ترم دانشجویانی که در آمد ماهانه خانواده آنان بیش از ۱۰۰ هزار تومان بوده با دانشجویانی که در آمد خانواده آنان ۵۰-۳۰ هزار تومان بوده است نشان داده است ($p=0/05$). این یافته ها با یافته های «بیکس» و همکاران نیز مطابقت دارد. زیرا در تحقیق آنان نیز مشخص شد دانشجویانی که وضعیت اقتصادی بدی دارند عملکرد تحصیلی کمتری

منابع

- 1- یعقوبی. نوراله، شاه محمدی. داوود. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۴، ۱۳۷۴: ۵۹-۵۵.
- ۲- خرمایی، فرهاد. *بهداشت روانی و پیشگیری از مشکلات روانشناختی*. مجله اطلاعات علمی، دوره هفتم شماره ۱، ۱۳۷۱: ۵-۲۲
- ۳- اردوباری. احمدی. *بهداشت روانی دانشجویان*، شیراز، انتشارات دانشگاه شیراز، ۱۳۵۴: ۲۰.
- ۴- یعقوبی. نورا... «بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا» پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو و روانپزشکی تهران، ۱۳۷۴.
- ۵- کافی. موسی، بوالهروی. جعفر، پیروی. حمید «بررسی رابطه وضع تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان». اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۴، ۱۳۷۷: ۲۰-۱۶.
- ۶- یزدی. عباس، بوالهروی. جعفر، پیروی. حمید. «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۳-۷۴». دانشگاه تهران، اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، بهار ۱۳۷۴: ۳۹-۳۰.
- ۷- بهدانی. فاطمه، سرگلزایی. محمدرضا، قربانی. محمدرضا. *مطالعه ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار*. اسرار. سال هفتم. شماره ۲، ۱۳۷۹: ۳۷-۲۷.
- ۸- رنجبر. محمدرضا. *بررسی رابطه افت تحصیلی با میزان هوش و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در دانش آموزان دختر مقطع سوم راهنمایی*. در سال ۱۳۷۵ مقالات پنجمین کنگره پژوهشهای روانشناسی در ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ۱۳۷۶.
- ۹- خورشیدی. احمد، تقدسی. محسن، اطهری زاده. محمود. «بررسی وضعیت تحصیلی دانشجویان رشته پزشکی مقطع علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی همدان». طب و تزکیه، شماره ۴۵، تابستان ۸۱: ۲۱-۱۶.
- ۱۰- سرندی. پرویز. *بررسی اثرات چند عامل مؤثر در وضعیت تحصیلی دانشجویان تبریز*. نشریه دانشکده علوم انسانی و تربیتی دانشگاه تبریز، سال چهارم، ۴-۱، شماره مسلسل ۶، ۱۳۷۸: ۸۲.
- 11- Mcmichael . A , Hetzel. B. *Mental health problems among university students and their relationship to academic failure and withdrawal*. The Medical Journal of Australian 1975 , 1: 499-501.
- 12- Acuda.S.W. *Mental health and student wastage*. East African Medical Journal.1983 , 60 (11) : 737-8.
- 13- Brackney.B,E,Karabenic.A . *Psychopathological and academic performance. The role of motivation and learning strategies*. Journal of Counseling Psychology1995, 42(4) : 460-465.
- 14- Hana. A. *Nursing student's stress during the initial clinical experience*. Journal of Nursing Education 1997, 36(7) : 323-327 .
- 15- Heamam . D. *The queiting response: Amodality for reduction of psychophisiologic stress in nursing students*. Journal of Nursing Education, 1995 , 34(1) : 4-10.
- 16- Beck.D.L,Strivasta.R. *Perceived level and sources of stress in university professional schools*. Journal of Nursing Education,1997,36 (4):180-6.
- 17- Biggs. Y . S . G , Najman . J . M , J . M, Suhviz. E.B, Williams . G. *Parental problems influencing the academic achievement of medical students*. Medical Education 1991, 25: 347-82.