

مقایسه نیمرخ روانی دانشجویان ترم اول با دانشجویان ترم هفت و بالاتر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر*

دکتر جعفر پویامنش^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه نیمرخ روانی دانشجویان ترم اول با دانشجویان ترم هفت و بالاتر دانشکده علوم انسانی بود. جامعه آماری، کلیه دانشجویان دختر و پسر ترم اول و ترم هفت و بالاتر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول تحصیل بودند. حجم نمونه تعداد ۳۰۴ دانشجو بود که به شیوه نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار تحقیق، فرم ۷۱ سئوالی پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا بود. نتایج آزمون تی گروه های مستقل نشان داد که دو گروه در دو مقیاس f و k تفاوت معناداری با یکدیگر دارند و میانگین گروه ترم هفت و بالاتر، بیشتر از دانشجویان ترم اول بود. یعنی این گروه از دانشجویان احساس بد خود را بیشتر ابراز داشتند و همچنین قصد داشتند در اعتراف به مشکلات روانی دفاع کنند. در تجزیه و تحلیل نتایج مقیاسهای بالینی مشخص شد که آزمودنی های ترم هفت و بالاتر به طور معناداری در مقیاسهای خودبیمار انگاری، افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، پارانوئیا و ضعف روانی نمره بالاتری نسبت به گروه دیگر داشتند. در دو مقیاس هیستری و اسکیزوفرنیا تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین میانگین گروه ترم اول در مقیاس هیپومانیا بالاتر از گروه دیگر بود.

واژه‌های کلیدی:

نیمرخ روانی، دانشجویان ترم اول، دانشجویان ترم هفت و بالاتر

* - این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان "بررسی میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانشجویان" است که با اعتبارات مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر اجراء شده است.

^۱ استادیار و عضو هیأت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، گروه روانشناسی، ابهر،

مقدمه

بیماری‌های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن مصونیت ندارد و این خطری است که بشر را مدام تهدید می‌کند. بیماری‌های روانی خاص یک قشر یا طبقه نبوده و تمام طبقات اجتماعی را شامل می‌شود (میلانی فر، ۱۳۷۴). مطالعات انجام شده بر روی اختلالات روانی نشان دهنده‌ی آن است که آمار اختلالات روانی در اکثر جوامع در حال افزایش می‌باشد به طوری که سازمان بهداشت جهانی پیش بینی نموده است که تا سال ۲۰۲۰ اختلالات خلقی دومین بیماری‌های شایع در جهان خواهد بود (وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، به نقل از سیمای سلامت، ۱۳۷۸). اختلالات عاطفی و روانشناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ابتلا به ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع هستند. طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت از هر چهار نفر یکی یا به عبارت دیگر، ۲۵ درصد جمعیت جهان از اختلالات روانی و رفتاری و عصبی رنج می‌برند. تقریباً ۲۱ درصد کودکان و نوجوانان در طی یکسال، علایم و نشانه‌های اختلالات روانشناختی را برطبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) تجربه می‌کنند، علاوه بر این، تعداد زیادی نیز در معرض خطر آسیب‌های آینده (به خاطر مشکل رفتاری، فشار عاطفی یا روانی که نیازمند یاری هستند) وجود دارند، اما هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که معیارهای مذکور در مورد آنها صدق کند (کاوه و همکاران، ۱۳۸۲). میزان شیوع اختلالات روانی در ایران در مناطق مختلف از ۹٪ تا ۳۶٪ متغیر است. طبق نتایج مطالعات، ۳٪ از بیماران روانی و ۱/۶٪ از جمعیت ۱۵ سال به بالا، به نحو شدیدی از لحاظ روانی بیمار بوده و به درمان جدی روانپزشکی نیاز داشته‌اند و ۱۵/۳٪ از این گروه سنی بیماری‌های خفیف روانی و ۲۶/۶٪ مسائل عاطفی مختلف داشته‌اند (به نقل از پایگاه‌امدادگران ایران، ۱۳۸۸).

گذار از دبیرستان به دانشگاه، انتقالی شیرین و در عین حال پیچیده است. هر اندازه شناخت و آگاهی نسبت به زندگی دانشجویی و قوانین و مقررات دانشگاه بیشتر باشد، روند سازگاری با این دوران ساده تر و دلچسب تر صورت می‌پذیرد. قدر مسلم تفاوت‌های زیادی میان محیط دبیرستان و دانشگاه وجود دارد، این تفاوت‌ها به همراه دغدغه‌های شخصی فرد در زمینه تصمیم‌گیری‌های زندگی، انتخاب هدف، شغل و غیره، گاه دانشجوی تازه وارد را دچار سردرگمی می‌سازد. دانشجویانی که قبل از ورود به دانشگاه به گونه‌ای با اختلالات و ناراحتی روانی مواجه بوده‌اند، ضعف در تطبیق‌سازنده‌ی دانشجویی با محیط

دانشگاه، سبب می شود تا شدت ناراحتیهایشان افزایش یابد. به علاوه بعضی از دانشجویان به دلیل تحصیل در دانشگاه و انتظارات بیشتر جامعه از آنها، عدم علاقه به رشته، مسایل ارتباطی، دوری از محیط خانواده، زندگی اجتماعی جدید، زندگی خوابگاهی، لزوم تطابق با فشارهای ناشی از مشکلات تحصیلی و دشواری دروس، در معرض فشارهای روانی قرار می گیرند (ایزدی، یعقوبی؛ ۱۳۸۵) و خود این مسایل می تواند موجب افت تحصیلی، بروز تنش های فردی و اجتماعی، مشکلات ارتباطی در محیط دانشگاه و عدم شکوفایی استعدادها گردد.

دانشجویان فقط بخشی از جمعیت بزرگتر جامعه هستند. بنابراین، برای آگاهی از طبیعی بودن نسبت اختلالات روانی در میان دانشجویان می توان آن را با آمار مربوط به کل جامعه مقایسه کرد. مروری بر پژوهشهای انجام شده نشان می دهد که شیوع و شدت مشکلات روانی در دانشجویان نسبت به جمعیت غیردانشجو افزایش پیدا کرده است. در همایش همیاران ارشد و عفاف در دانشگاه آزاد تهران مرکز که در اواخر اردیبهشت ماه ۱۳۸۸ برگزار شد، حجت الاسلام رنجبران معاون فرهنگی نهاد نمایندگی ولی فقیه در دانشگاهها با اشاره به تحقیقات انجام شده در خصوص دانشجویان ایران گفت: در حال حاضر ۵۴ درصد از دانشجویان دچار اضطراب، ۴۱ درصد دچار افسردگی و ۳۸ درصد دچار اختلالات روانی هستند.

خبرگزاری کار ایران، بهمن ماه سال ۱۳۸۸ از قول شهریار مشیری عضو کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس نسبت دانشجویانی که دچار افسردگی هستند را حدود ۶۰ درصد اعلام کرد. رئیس مرکز مشاوره و درمان دانشگاه مازندران اعلام کرده است اختلالات روانی - اجتماعی با مجموع ۳۷/۷ درصد بالاترین علت مراجعه دانشجویان به مراکز مشاوره و درمانی دانشگاه را به خود اختصاص داده است و مسائل تحصیلی، خانوادگی، ازدواج یا ارتباط با جنس مخالف، روابط بین فردی، اختلالات رفتاری و مشکلات معیشتی به ترتیب از مهمترین دلایل مراجعه دانشجویان بودند. همچنین ۶۱ درصد مراجعان به این مرکز، دانشجویان دختر بوده اند (به نقل از سایت دانشگاه مازندران، ۱۳۸۸).

نتایج پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۸۸) بیانگر آن است که ۱۱/۸ درصد دانشجویان اختلال روانی داشتند. عباسی و همکاران در بررسی خود به این نتیجه رسیدند ۱۷/۳ درصد دانشجویان مورد مطالعه دچار اختلال روانی هستند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۰).

موسوی (۱۳۷۲) در مطالعه ای که بر روی دانشجویان دانشگاه امیرکبیر انجام داد، به این نتیجه رسید که اضطراب دانشجویانی که بیش از دو سال مشروط شده اند، بالاتر از اضطراب دانشجویان بدون مشروطی و یا یک تا دو نیمسال مشروطی است. کافی و همکاران (۱۳۷۲)،

ضمن مطالعه‌ای روی دانشجویان دانشگاه تهران نتیجه گرفتند که به طور تقریبی ۱۰٪ دانشجویان دانشگاه، سابقه‌ی مشکلات خانوادگی، ۹٪ سابقه‌ی مشکلات تحصیلی و ۳٪ سابقه‌ی ناراحتی عصبی- روانی داشتند.

نتایج مطالعه طولی ایزدی و یعقوبی (۱۳۸۵) با هدف مطالعه وضعیت روانشناختی دانشجویان دانشگاه مازندران در بدو ورود و پس از سه سال تحصیل با پرسشنامه SCL-R-90 نشان داد که با افزایش سال تحصیلی، میزان مشکلات روانی دانشجویان افزایش یافته است و بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود نداشت. همچنین آسیب پذیری دانشجویان غیربومی در ابتلا به اختلالات روانی در مقایسه با دانشجویان بومی بیشتر بوده است (ایزدی، یعقوبی، ۱۳۸۵).

کافی و همکاران در پژوهشی با هدف مقایسه‌ی سلامت روانی و وضع تحصیلی دانشجویان در هنگام ورود و بعد از سه سال تحصیلی، تعداد ۳۸۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران را با پرسشنامه SCL-R-90 مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که وضع تحصیلی دختران بهتر از پسران بود، ولی از لحاظ سلامت روانی، دانشجویان پسر، وضع بهتری داشتند (کافی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۸).

ورود به دانشگاه دوره‌ای حساس از زندگی جوانان را در کشور ما تشکیل می‌دهد، زمان دانشجویی با افزایش فشار روانی همراه است و از آنجایی که دانشجویان هر جامعه دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت سازان و سازماندهان فردای کشور خویشند، لذا شناسایی دانشجویان در معرض خطر می‌تواند تأثیر جدی بر سلامت روان و امور تحصیلی دانشجویان داشته باشد (ایزدی، ۱۳۸۵). مطالعه در خصوص بهداشت روانی، میزان شیوع اختلالات روانی، نحوه‌ی سازگاری دانشجویان با محیط دانشگاه، مشکلات خانوادگی، ناراحتی‌های عصبی و روانی و مشکلات تحصیلی از جمله‌افت تحصیلی، مشروط شدن‌های مکرر و اخراج از دانشگاه تنها بخشی از پژوهش‌های صورت گرفته می‌باشد. در واقع سؤال اصلی پژوهش این است که آیا مشکلات روانی دانشجویان ترم اول و ترم هفت و بالاتر متفاوت است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود. تعداد ۱۵۷ دانشجوی ترم اول و ۱۶۲ دانشجوی ترم هفت و بالاتر از بین دانشجویان رشته‌های مختلف دانشکده علوم انسانی واحد ابهر که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول تحصیل بودند، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. نیمرخ تعداد ۹ نفر از دانشجویان ترم اول و ۶ نفر از دانشجویان ترم بالا به دلیل غیر قابل تفسیر بودن مقیاس‌های روایی، کنار گذاشته شد.

بنابراین مجموع آزمودنی ها به ۳۰۴ دانشجو رسید. هیچیک از آزمودنی ها سابقه بستری شدن و بیماری روانی شدید را نداشتند.

ابزار تحقیق

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، فرم ۷۱ سئوالی پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) بود. این آزمون، پرسشنامه استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی های خود توصیفی و نمره گذاری آنهاست که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می دهد. از زمان تدوین آزمون توسط هاتاوی (Hathaway) و مک کینلی (Mckinely) در ۱۹۴۳ تاکنون، یکی از پر مصرف ترین پرسشنامه های شخصیتی بالینی بوده و بیش از ده هزار منبع تحقیقی در مورد آن منتشر شده است (هاریسون (Harrhison)، کافمن (Kaufman)، هیکنمن (Hichman) و کافمن، ۱۹۸۸، به نقل از شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴). هانسلی، هنسون و پارکر در باره مطالعات انجام شده در مورد MMPI بین سالهای ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ یک مطالعه فراتحلیلی انجام دادند و نتیجه گرفتند که همه مقیاس های آزمون کاملاً معتبر هستند و دامنه تغییر ضرایب اعتبار آنها از ۰/۷۱ برای مقیاس Ma تا ۰/۸۴ برای مقیاس Pt است. پژوهش های اولیه توسط کاستلان (Kostlan) (۱۹۵۴)، لیتل (Little) و اشنایدمن (Shneidman) (۱۹۵۹) نشان دادند که MMPI درمقایسه با سایر ابزارهای سنجش استاندارد از دقت نسبی برخوردار است، به ویژه هنگامی که نتایج آزمون با داده های شرح حال اجتماعی ترکیب شود. این روایی افزایشی به وسیله بررسی های بعدی توسط گارپ (Garp) و گراهام (۱۹۸۴) تأیید شده است. طولانی و وقت گیر بودن، موجب شده که فرمهای کوتاهی از آن تدوین شود. فرم کوتاه دارای ۳ مقیاس روایی دروغ سنجی (L)، نا بسامدی (F) و اصلاح (K) است و ۸ مقیاس بالینی شامل خود بیمار انگاری (Hs)، افسردگی (D)، هیستری (Hy)، انحراف اجتماعی - روانی (Pd)، پارانوایا (Pa)، ضعف روانی (Pt)، اسکیزوفرنیا (Sc) و هیپومانیا (Ma) هستند.

نتایج

دو گروه آزمودنی در سه مقیاس روایی l,f,k با استفاده از آزمون t گروه های مستقل مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار دانشجویان ترم اول و ترم هفت و بالاتر در سه مقیاس روایی

دانشجویان ترم هفت و بالاتر						دانشجویان ترم اول				
سطح معناداری	t	انحراف معیار	میانگین	پسر	دختر	انحراف معیار	میانگین	پسر	دختر	مقیاسهای روایی
۰/۸	۰/۷	۲/۷۷	۲/۹۹	۴۸	۱۰۸	۲/۶۸	۲/۷۷	۴۴	۱۰۴	L
۰/۰۰۰	۸/۱۴	۲/۹۸	۶/۸	۴۸	۱۰۸	۱/۷۷	۴/۶	۴۴	۱۰۴	F
۰/۰۰۱	۴/۲۳	۲/۸۸	۹/۰۷	۴۸	۱۰۸	۲/۳۶	۷/۸	۴۴	۱۰۴	K

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که هر چند در مقیاس L میانگین دانشجویان ترم هفت و بالاتر بیشتر از دانشجویان ترم اول بود، ولی دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ($p < 0/05$). به عبارت دیگر هر دو گروه قصد دروغ پردازی نداشتند و پراکندگی نمره آزمودنی‌ها در حدود یک انحراف معیار مثبت و منفی قرار داشت. میانگین گروه ترم هفت و بالاتر در دو مقیاس f و k بالاتر از گروه ورودیهای جدید بود و این تفاوت در مقیاس f برابر $t(8/14)$ است که از t جدول در سطح ۱ درصد ($t(2/57)$) بزرگتر است. به عبارت دیگر می توان نتیجه گرفت که دانشجویان ورودیهای بالا با ۹۹ درصد اطمینان نسبت به دانشجویان ورودیهای جدید، بیشتر احساس بد خود را نشان دادند. t محاسبه شده برای مقیاس k برابر $t(4/23)$ می باشد که از t جدول در سطح آلفای ۱ درصد بزرگتر است. بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می توان گفت که دانشجویان ترم هفت و بالاتر، در بیان مشکلات خود حالت دفاعی داشتند. به عبارت دیگر نسبت به گروه دانشجویان ترم اول، کمتر تمایل داشتند مشکلات خود را بیان کنند.

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار دانشجویان ترم اول و ترم هفت و بالاتر در مقیاسهای بالینی

دانشجویان ترم هفت و بالاتر						دانشجویان ترم اول				
سطح معناداری	t	انحراف معیار	میانگین	پسر	دختر	انحراف معیار	میانگین	پسر	دختر	مقیاسهای بالینی
۰/۰۳	۵	۲/۲۲	۵/۸۷	۴۸	۱۰۸	۱/۷۰	۴/۷۷	۴۴	۱۰۴	Hs
۰/۰۰۰	۱۶/۰۳	۲/۳	۱۱/۷۱	۴۸	۱۰۸	۳/۴	۶/۴۲	۴۴	۱۰۴	D
۰/۴۳	۰/۶۶	۴/۱	۸/۸۷	۴۸	۱۰۸	۱/۹	۹/۱۱	۴۴	۱۰۴	Hy
۰/۰۱	۵/۱۵	۱/۹	۹/۲۱	۴۸	۱۰۸	۵/۱۱	۶/۹۱	۴۴	۱۰۴	Pd
۰/۰۰۱	۸/۸۱	۳/۳۱	۸/۱۲	۴۸	۱۰۸	۲/۶	۵/۲۱	۴۴	۱۰۴	Pa
۰/۰۰۱	۷/۱۶	۲/۴۷	۸/۹۱	۴۸	۱۰۸	۳/۶	۸/۰۴	۴۴	۱۰۴	Pt
۰/۸	۰/۲۳	۲/۴۳	۵/۰۱	۴۸	۱۰۸	۳/۴	۵/۰۹	۴۴	۱۰۴	Sc
۰/۰۴	۲/۲۹	۳/۲۷	۶/۴۶	۴۸	۱۰۸	۲/۱۷	۷/۱۷	۴۴	۱۰۴	Ma

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه در مقیاس های Hy و Sc تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان بروز ویژگی های هیستری و اسکیزوفرنیا در دو گروه یکسان بوده است. ولی در مقیاس های Pa، Pd، D، Hs و Pt تفاوت معناداری در سطح آلفای ۱ درصد بین دو گروه مشاهده شد و این تفاوت میانگین در گروه دانشجویان ترم هفت و بالاتر دیده شد. به عبارت دیگر مشکلات خود بیماران انگاری، افسردگی، انحراف روانی- اجتماعی، حالت‌های پارانوئیا و ضعف روانی در دانشجویان ترم بالاتر بیشتر از دانشجویان ورودی جدید است. همچنین بر اساس نتایج جدول، t محاسبه شده در مقیاس هیپومانیا (۲/۲۹) در سطح آلفای ۵ درصد بزرگتر از t جدول (۱/۹۶) می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان ترم اول نسبت به دانشجویان ترم هفت و بالاتر علائم خلق بالا و فعالیت حرکتی را نشان دادند.

بحث و نتیجه گیری

مقیاس Hs (خودبیمارانگاری): آزمودنی های گروه ترم اول در مقایسه با آزمودنی های ترم بالا نمره پایین تری کسب کردند. بنابراین می‌توان گفت که دانشجویان ترم اول نگرانی جسمانی کمتری نسبت به دانشجویان ترم هفت و بالاتر دارند و احساس مسئولیت و قدرت سازگاری بیشتری با محیط دارند. همچنین می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان ترم بالا شکایت جسمانی بیشتری را عنوان می‌کنند. محققان دیگر نیز وجود احساس ضعف و شکایتهای جسمانی را در دانشجویان نشان دادند (صادقیان و همکاران، ۱۳۸۸؛ عباسی و همکاران، ۱۳۸۰).

مقیاس D (افسردگی): میانگین نمره دانشجویان ورودی جدید در این مقیاس، پایین تر از دانشجویان ترم هفت و بالاتر بود و این تفاوت در سطح آلفای ۱ درصد مشاهده شد. همچنین میانگین نمرات دانشجویان ترم بالا بیشتر از یک انحراف معیار قرار داشت که نشان دهنده یک ناراضی عمومی از وضعیت زندگی و تا حدودی ناامیدی نسبت به آینده است. همچنین احساس درماندگی، شکست در تحصیل و کار، در این دانشجویان بیشتر از گروه دانشجویان ترم اول دیده شد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج مطالعه اشکانی (۱۳۷۴) در دانشگاه شیراز که نشان می‌دهد افسردگی در درجات مختلف، شایعترین مشکل بهداشت روانی دانشجویان است، هماهنگ است. همچنین با نتایج تحقیق داوران و همکاران (۱۳۸۲) که عنوان کردند افسردگی خفیف و متوسط در ۶۶/۶ درصد دانشجویان مشروط وجود دارد

و با نتیجه تحقیق روسال و همکاران که معتقد شدند علایم افسردگی در دانشجویان پزشکی بعد از ورود به دانشگاه افزایش می‌یابد، هماهنگ است.

مقیاس Hy (هیستری): دو گروه تفاوت معناداری در مقیاس هیستری نداشتند و میانگین نمره هر دو گروه در حد متوسط است. بر این اساس، میزان شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، نمایش ویژگی‌های کودکانه و خام در آزمودنی‌های هر دو گروه یکسان بود.

مقیاس Pd (انحراف روانی - اجتماعی): میانگین گروه دانشجویان ترم هفت و بالاتر در مقیاس Pd بالاتر از دانشجویان ترم اول است و این تفاوت در سطح آلفای ۱ در صد معنادار است. می‌توان نتیجه گرفت که میزان پرخاشگری و سرکشی در مقابل مراجع بالادست در دانشجویان ترم بالا بیشتر دیده می‌شود و همچنین این افراد احتمالاً روابط جنجالی و پر آشوبی را با خانواده دارند و درقبال ناکامی‌ها، تحمل و شکیبایی کمتری نشان می‌دهند. نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق ایزدی و یعقوبی (۱۳۸۴) که نشان می‌دهد میزان خصومت و پرخاشگری در بین دانشجویان افزایش یافته است، هماهنگ است.

مقیاس Pa (پارانویا): نتایج یافته‌ها حاکی از افزایش نمره در دانشجویان ترم بالاتر نسبت به دانشجویان ترم اول است و این تفاوت، معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که رفتارهای حساسیت زیاد و عقاید و نگرش‌های انعطاف‌ناپذیر با بالا رفتن سنوات تحصیلی افزایش می‌یابد به عبارت دیگر این دانشجویان حساسیت زیادی دارند و احساس می‌کنند زندگی با آنها خوب تا نکرده است. دلیل تراشی می‌کنند و بخاطر مشکلات خود دیگران را سرزنش می‌کنند (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

مقیاس Pt (ضعف روانی): تفاوت معناداری بین دو گروه در این مقیاس مشاهده شد و میانگین گروه دانشجویان ترم هفت و بالاتر یک انحراف معیار بالاتر از دانشجویان ترم اول بود. باتوجه به نمره نسبتاً بالا در این گروه، می‌توان گفت که این دانشجویان دچار احساس ناامنی و اضطراب هستند و افرادی نگران، بیمناک و زودرنج و عصبی هستند که در تمرکز مشکل دارند. نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه وجود مشکلات روانی اضطراب و وسواس و حساسیت‌های بین فردی در بین دانشجویان، همسو با نتایج بدست آمده از این پژوهش است (ایزدی و یعقوبی، ۱۳۸۴؛ صادقیان و همکاران، ۱۳۸۵).

مقیاس Sc (اسکیزوفرنیا): تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد و میانگین نمرات دانشجویان هر دو گروه پایین‌تر از حد متوسط بود.

مقیاس Ma (هیپومانی): میانگین گروه دانشجویان ترم اول به طور معناداری بالاتر از گروه دانشجویان ترم هفت و بالاتر بود. و این افزایش نمره در حد یک انحراف معیار مثبت بود که نشان می دهد دانشجویان ترم اول دارای خلق بالاتر بوده و فعالیت و تحریک پذیری بیشتری دارند. همچنین دوره های کوتاه افسردگی را تجربه می کنند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج تحقیق حاضر و نتایج تحقیقات همسو با این پژوهش، که نشان دهنده افزایش میزان شیوع مشکلات روانی در دانشجویان می باشد. لازم است تا با ارائه خدمات بهداشت روانی مانند مشاوره و روان درمانی موجب ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان شد. مراکز مشاوره ی دانشجویی می تواند با یاری متخصصان بهداشت روانی، گامی مهم در افزایش توانمندی های دانشجویان بردارد.

Archive of SID

منابع فارسی

الف - فارسی

۱. احمدی، جمشید. (۱۳۷۱). میزان افسردگی در دانشجویان و دستیاران دانشکده علوم پزشکی شیراز، خلاصه مقالات اولین کنگره سالانه روان پزشکی و روان شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۲. اشکانی، حمید. (۱۳۷۴). بررسی مشکلات بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز. فصلنامه طب و تزکیه؛ شماره ۱۷. ۳۱-۲۷.
۳. جان گراهام. (۱۹۴۰). راهنمای MMPI-2، ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی. ترجمه حمید یعقوبی، موسی کافی. (۱۳۷۹). تهران: انتشارات ارجمند.
۴. داوران، مسعود، فرهادی نسب، عبدالله، ضرابیان، محمد کاظم. (۱۳۸۲). بررسی وضعیت روانی در دانشجویان مشروط دانشگاه علوم پزشکی همدان، مشغول به تحصیل در سال ۱۳۸۲. پایان نامه دوره دکتری. دانشگاه علوم پزشکی همدان.
۵. عباسی، علی، کامکار، علی، باقری، قادر، عنبری، علی. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۱۳۷۷. فصلنامه طب و تزکیه. شماره ۳۷، ۴۳-۳۴.
۶. فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۳). آزمون های روان شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: انتشارات بعثت.
۷. کاوه، محمد حسین، شجاعی زاده، داود، شاه محمدی، داود، افتخار اردبیلی، حسن، رحیمی، عباس. بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۲). تعیین نقش معلمان در زمینه بهداشت روانی در مدارس ابتدایی. فصلنامه پایش. سال اول. شماره ۲، ۱۰۳-۹۵.
۸. گراث. مارنات. گری (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی. حسن نیکخو. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سخن.
۹. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۴). بهداشت روانی. تهران: نشر قومس.

ب - انگلیسی

1. Garp, H.N.(1984). The incremental validity of information used in personality assessment. Clinical psychology review, 4,641-655.
2. Hathaway, S,R. & Mckinley,J.C. (1940). The MMPI manual. New York: psychological corporation.
3. Kostlan,A. (1954). A method for the empirical study of psycho diagnosis. Journal of counseling psychology.18,83-84.
4. Little, KB.& Shneidman,ES.(1959).Congruencies among interpretations of psychological test and anamnestic data. Psychological monographs,73(6).