

# بررسی عوامل اجتماعی – فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز

حبیب احمدی<sup>۱</sup>

مریم مرزبان<sup>۲</sup>

علی روحانی<sup>۳</sup>

## چکیده:

دارا بودن میزان بالایی از سلامت روانی در افراد جامعه از جمله پیش‌فرض‌های مهم در مسیر توسعه هر کشوری محسوب می‌شود، در نتیجه بررسی سلامت روانی دانشجویان به عنوان یکی از اصلی‌ترین قشرهای تأثیرگذار در تحولات هر کشوری ضرورت می‌یابد. هدف اساسی این تحقیق نیز بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شیراز می‌باشد. بدین منظور با انتخاب نظریه مازلو و نوسازی روانی به عنوان چارچوب نظری تحقیق و با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه، ۴۶۵ نفر از دانشجویانی که در نیمسال نخست سال تحصیلی ۸۸-۸۹ مشغول به تحصیل بودند، از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی نسبی انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 انجام شد. یافته‌های تحقیق نشان‌گر رابطه معنادار سلامت روانی با محل تولد (مکان جامعه‌پذیری)، تجربه خشونت در خانواده، میزان دینداری، عضویت در تشکلهای دانشجویی (مشارکت‌پذیری)، میزان رضایت از دانشگاه و پیشرفت تحصیلی است. از دیگر سوی، بین سلامت روانی و سن، جنسیت، وضعیت تأهل و قومیت پاسخگویان رابطه معناداری وجود نداشته است.

**کلیدواژه:** سلامت روان، سلامت روان دانشجویان، اختلالات روانی، توسعه انسانی.

<sup>۱</sup> - استاد جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز.

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز.

<sup>۳</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی در دانشگاه شیراز. نویسنده مسئول مکاتبات - [aliruhani@gmail.com](mailto:aliruhani@gmail.com)

### مقدمه

سلامت روان لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و سلامت روان اقشار یک جامعه، خصوصاً اقشار مؤثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. جوانان به عنوان مهمترین سرمایه‌های هر سرزمین محسوب می‌شوند و از میان آنان دانشجویان به عنوان جوانان فرهیخته‌ی یک کشور نقش عمیقی را در چگونگی پیشرفت جامعه ایفا می‌کنند. امروزه دانشجویان و به‌صورت کلی علم نقش‌اساسی در توسعه و تحول در جامعه بشری دارند. در این راستا، هرچه کشوری سهمش در تولید علم جهانی بیشتر باشد، به همان نسبت موفق‌تر است و می‌تواند بر مشکلات خود فایز آید. برای رسیدن به این مقصد، زمینه‌ها و الزاماتی لازم است. از جمله زمینه‌ها و ضرورت‌های لازم، می‌توان به داشتن حداقل معیارهای سلامتی در افراد اشاره کرد. براساس یافته‌های پژوهش‌های گوناگون (جهانی‌هاشمی، ۱۳۸۷، ۸۴؛ فرح بخش، ۱۳۸۶، ۶۲؛ نوبخت، ۱۳۸۸، ۲۶۸ و صالحی، ۱۳۸۶، ۵۱) فقدان سلامت‌روانی موجب مشکلاتی نظیر افت تحصیلی و آموزشی، بی‌انگیزگی تحصیلی و غیره در میان دانشجویان می‌شود. بدین منظور موضوع سلامت روانی و لزوم دستیابی به آن، در سال‌های اخیر به یکی از موضوعات برجسته و قابل تأمل تبدیل شده است.

### بیان مسأله

ایجاد سلامت‌روانی هدفی است که همه جوامع برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند. ارزش‌های اساسی سلامت‌روانی را می‌بایست در ارتقای کیفیت زندگی زنان و مردان جستجو کرد. از مواردی که سلامت‌روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نوع ارتباط فرد با جامعه است. نوع ارتباط فرد با جامعه و میزان مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی است. از جانب دیگر با دانستن این موضوع که ماهیت زندگی بشر، اجتماعی و گروهی است، ارتباط میان فرد و جامعه در آسیب‌شناسی سلامت و روان اهمیت به‌سزایی دارد. نوع ارتباط فرد با جامعه، از جانب دیدگاه‌ها و نظریه‌های گوناگون، جامعه‌شناسان، مردم‌شناسان، جمعیت‌شناسان، روان‌شناسان و غیره به عنوان شاخص طبیعی یا غیرطبیعی بودن او تفسیر می‌شود. هر جامعه‌ای نیز، چه سالم و چه

ناسالم، از طریق شبکه‌های اجتماعی از هنگام تولد تا پایان سالمندی بر ساختار روانی افراد تأثیر می‌گذارد. (خدارحیمی، ۱۳۸۰، ۱۹۶)

سازمان جهانی سلامت<sup>۱</sup> ضمن جلب توجه مسئولین کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ‌یک از این سه بُعد بر دیگری برتری ندارد. (دل‌آرام، ۱۳۸۴، ۶) از سوی دیگر، سازمان جهانی سلامت، سلامت روانی را بخش بسیار مهمی در حیطه سلامت می‌داند که برنامه‌ریزی در جهت بهبود آن را مؤثر و ضروری می‌داند. سلامت روانی از دیدگاه این سازمان عبارتست از حالتی از سلامتی که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، با فشارهای طبیعی زندگی مقابله می‌کند، برای جامعه مثمر ثمر می‌باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی است. براین مبنای سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است. (سازمان جهانی سلامت، ۲۰۰۴، ۱۰)

اشنایدر<sup>۲</sup> و لویز<sup>۳</sup> معتقدند سلامت روانی را باید به عنوان حالتی متعالی، که عدم حضور بیماری و هم حضور سطح بالایی از شادمانی را دربرگیرد، تعریف کرد. صرف عدم حضور بیماری یا شادمانی به تنهایی، به معنای سلامت روانی نیست. آنها مدلی را پیشنهاد می‌کنند که ابعاد سلامت روانی و بیماری روانی با یکدیگر ترکیب می‌شوند و دو حالت برای سلامت روانی (سلامت کامل و سلامت ناقص) و دو حالت برای بیماری روانی (بیماری کامل، بیماری ناقص) می‌سازند. افرادی از سلامت روانی کامل برخوردارند که در حال شکفتن<sup>۴</sup> هستند. این افراد در یک ماه تشخیص اختلال روانی نگرفته‌اند و از شادمانی بالایی برخوردارند. دسته دوم افرادی هستند که از سلامت روانی ناقص برخوردارند. این افراد در حال پژمرده<sup>۵</sup> شدن هستند. عده‌ای دیگر افرادی هستند که تشخیص اختلال روانی دریافت کرده‌اند و از شادمانی پایینی نیز برخوردارند، این افراد بیمار روانی کامل هستند و لذا در حال تقلا کردن<sup>۶</sup> هستند. در نهایت

<sup>1</sup> - World Health Organization

<sup>2</sup> - Snyder

<sup>3</sup> - Lopes

<sup>4</sup> - Flourishing

<sup>5</sup> - languishing

<sup>6</sup> - Floundering

افرادى هستند که از بیماری روانی ناقص برخوردارند. این افراد در حال کشمکش<sup>۱</sup> هستند. (اشنایدر، ۲۰۰۲، ۱۵)

کوشی<sup>۲</sup> سلامت روانی را شامل عملکرد سازگار فرد و نیز سازش یافتگی او با جهان می‌داند که ماحصل چنین عملکردی احساس اثربخشی و سعادت‌مندی است. از جانب دیگر وی سلامت روانی را تنها کارایی و احساس رضایت نمی‌داند، بلکه حالتی روانی، رفتاری اجتماعی و یا یک گرایش و میل شادمانه، به عبارت بهتر، حالت تعادل درون خود و درون محیط می‌داند. (کوشی، ۱۹۸۵، ۱۵)

بروکینگتون<sup>۳</sup> سلامت روانی را احساس حالات شادابی جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد عادی بافت‌ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسایل زندگی سرشار از نشاط در انجام خدمات و کارهای عادی می‌باشد، تعریف می‌کند. (محسنی، ۱۳۷۹، ۳۴)

انجمن سلامت روانی کانادا<sup>۴</sup> سلامت روانی را در سه قسمت تعریف می‌کند: ۱- نگرش‌های های مربوط به خود: شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌های ساده. ۲- نگرش‌های مربوط به دیگران: شامل علاقه به دوستی‌های طولانی مدت و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسؤولیت در مقابل محیط انسانی و مادی. ۳- نگرش‌های مربوط به زندگی: شامل پذیرش مسؤولیت‌ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی و انگیزه خوب کارکردن در زندگی (انجمن سلامت روانی کانادا، ۱۹۹۶، ۲)

هرساله هزاران جوان ایرانی وارد دانشگاه‌ها می‌شوند. این جوانان که دوره‌های مختلف تحصیلی، از جمله پشت‌سر گذاشتن کنکور را تجربه کرده‌اند، وارد فضای تقریباً متفاوت با محیط خانه، خانواده و اجتماع دوستان و همسالان می‌شوند. امروزه برای قبولی در دانشگاه، سخت‌کوشی، تمرین‌های مداوم، کلاس‌های آموزشی و حتی نحوه آموزش تست زدن بسیار

<sup>1</sup> -Struggling

<sup>2</sup> - Koshiy

<sup>3</sup> - Brokington

<sup>4</sup> - Canadian Mental Health Association

اهمیت دارد. دانش‌آموزان معمولاً یک یا دو سال بیشترین فشار ممکن را متحمل شده و حتی در برخی از آنها مشکلات روانی و عصبی به وجود می‌آید. هرچند عده‌ی کمی وارد دانشگاه-های سراسری می‌شوند، اما این تعداد کم، معمولاً کسانی هستند که بیشترین فشار روانی ناشی از استرس کنکور را گذرانده‌اند.

با ورود این دانش‌آموزان به دانشگاه، به یکباره فشار روانی ناشی از درس خواندن شدید و استرس ناشی از امتحان از بین می‌رود. دانش‌آموزانی که تا مدتی قبل، تحت نظارت شدید خانواده و مؤسسات آموزشی بودند، آزادی عمل و اختیار فراوانی را کسب می‌کنند. در این میان، دانشجویان خوابگاهی و کسانی که خارج از منطقه تولد خود تحصیل می‌کنند، از قید و بند و نظارت خانوادگی به‌طور کامل رها می‌شوند. با توجه به اینکه فضای دانشگاه با اجتماع بیرون متفاوت است و نظارت خاصی (درمقایسه با نظارت شدید در زمان دانش‌آموزی) بر روی آنان اعمال نمی‌شود، در اولین قدم دانشجویان در مسایلی نظیر علاقه به جنس مخالف، تجربه سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر (که در خوابگاه‌ها رواج دارد)، کیفیت پایین غذا و غیره درگیر می‌شوند. این مسایل پیش آمده، منجر به درگیری ذهنی دانشجو می‌شود. دانشجویانی که تا مدتی قبل استقلال خاصی نداشته‌اند و تجربه‌ای هم در تصمیم‌گیری مستقلانه ندارند، باید با مشکلات فراوانی دست و پنجه نرم کنند.

دوره تحصیلات دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعددی از جمله دوری از خانواده، سازگاری با محیط‌های خوابگاهی، ناکامی‌های تحصیلی و غیره یک دوره فشارزای روانی است. تحقیقات صورت گرفته درخصوص دانشجویان ایران ضمن ارائه یافته‌های نه‌چندان خوشایند و قابل قبول در رابطه با وضعیت سلامت روانی دانشجویان، عموماً عوامل فوق‌الذکر را به عنوان منابع استرس‌های دوران دانشجویی ذکر می‌نمایند. ( پاکیزه، ۱۳۸۷؛ فرح بخش، ۱۳۸۶؛ امیدیان، ۸۶؛ جهانی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۷؛ جهانی هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ طیبی، ۱۳۸۴)

#### مروری بر تحقیقات انجام شده

#### مطالعات خارجی

بل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌شان «تعیین کننده‌های احساس سلامت روانی در میان

<sup>۱</sup> - Bell

دانشجویان داروسازی در استرالیا، بلژیک، فنلاند، هند و لیتوانی» در نمونه‌ای ۶۴۹ نفری سعی در مطالعه مقایسه‌ای دانشجویان داروسازی در کشورهای ذکر شده برآمدند. هدف اصلی مطالعه مقایسه‌ای آنها بررسی احساسات دانشجویان داروسازی نسبت به کسانی بود که بیماری اسکیزوفرنی دارند. آنها همچنین در پی آن بودند که بفهمند آیا مطابقتی بین احساسات دانشجویان و صفات کلیشه‌ای نسبت داده شده به بیماران روانی وجود دارد. بدین منظور دانشجویان از کشورهای ذکر شده مقیاس فاصله اجتماعی اس دی اس<sup>۱</sup> و مقیاس سنجش صفات کلیشه‌ای را تکمیل کردند. نتایج نشانگر این بود که میانگین فاصله اجتماعی در میان استرالیایی‌ها ۱۹/۵۹، در فنلاند ۱۸/۰۵، در بلژیک ۱۹/۶۱، در هند ۱۸/۷۵ و سرانجام در استونی و لیتوانی به صورت اشتراکی ۲۰/۰۹ است. در این میان بیشترین فاصله اجتماعی را با بیماران روانی یا کسانی که از سلامت روان برخوردار نبودند، نشان دادند و نمی‌توانستند رفتار غیرعادی خود را پنهان کنند. این نرخ در بلژیک کمترین فاصله اجتماعی را با ضریب بتای ۰/۸۳۹ نشان می‌داد. نتایج حاکی از آن بود که تعیین‌کننده‌های سلامت روانی نیز در بین کشورهای گوناگون متفاوت بوده است.

بیرانت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌شان «پرخاشگری در بزرگسالان و مسأله‌های سلامت روانی، اعتماد به نفس به عنوان یک میانجی» سعی در بررسی این هدف داشتند که آیا اعتماد به نفس بین پرخاشگری بزرگسالان و مشکلات روانی و جسمی بزرگسالان قابلیت میانجیگری دارد؟ بدین منظور آنها از ۲۰۴ جوان سوئدی خواستند تا مقیاس‌های خودگزارشی اعتماد به نفس<sup>۳</sup> و مقیاس‌های خودگزارشی مشکلات روانی و جسمی جوانان<sup>۴</sup> (YSR) را تکمیل کنند. نتایج حاکی از آن بوده است که مشکلات روانی در پرخاشگران جوان به پایین بودن اعتماد به نفس مربوط می‌شود در حالی که مشکلات روانی در قربانیان هم به پایین بودن اعتماد به نفس و هم به احساس قربانی شدنشان باز می‌گردد. همچنین یافته‌ها نشان دهنده‌ی این حقیقت است که اعتماد به نفس موجب رشد هویت پرخاشگرانه جوانان پرخاشگر می‌شود.

<sup>۱</sup> -SDS

<sup>۲</sup> -Ybrandt

<sup>۳</sup> - ITIA

<sup>۴</sup> -YSR

ویلیام لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌شان با عنوان «رابطه بین سلامت روان، اعتماد به نفس، سلامت جسمی در میان جوانان چینی، یک مطالعه اکتشافی» رابطه بین سلامت روانی، سلامت جسمانی و اعتماد به نفس را بررسی کردند. این مطالعه که در میان ۱۹۴۵ جوان از مناطق متفاوت چین و هنگ‌کنگ انجام شده است، نشان‌دهنده‌ی این موضوع بود که تعداد معناداری از جوانان هنگ‌کنگ نشانه‌های افسردگی را از خود بروز داده‌اند. نتایج کلی نیز بیان‌گر این واقعیت بود که اعتماد به نفس جوانان رابطه معناداری با سلامت جسمانی و روانی آنها دارد و همچنین متغیر پیش‌بینی کننده اصلی است.

موشر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌شان «برنزه‌کردن، سلامت روانی و مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه: نقش جنسیت» سعی در بررسی رابطه‌ی میان برنزه کردن مداوم، علایم افسردگی، اضطراب، اختلال وسواسی و استفاده از مواد برآمده است. در میان مردان، برنزه کردن به صورت معناداری با علایم اضطراب و اختلال وسواسی همبستگی داشته است، در حالی که این علایم در زنان با برنزه کردن ارتباط معناداری نداشته است.

کارتالوا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌شان «بهبود مسایل سلامت روانی: ادراک تأثیرات مثبت و منفی از درمان بر روی بازگشت دوباره به زندگی» مدعی هستند که نظریه منسجمی از سلامت روانی که قادر به راهنمایی مسایل کلینیکی باشد، وجود ندارد. براساس ۳۲ مصاحبه با کسانی که بهبودی خود را باز یافته بودند، مطالعه نظریه زمینه‌ای بازیابی به عنوان ارتباط دوباره با زندگی ساخته شد. این مطالعه در این راستا، نقش‌های درک شده از درمان برای بهبود و بازگشت به زندگی را بررسی می‌کند. درمان ترکیب شده با دیگر استراتژی‌ها، هم به عنوان تسهیل کننده و هم به عنوان مانع بازگشت به زندگی شناخته شد. ساده سازی و تغییر درمان به عنوان آسان کننده ارتباط شناخته شدند.

از جانب دیگر واگنر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، مایرس<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، کوک<sup>۱</sup> و همکاران همکاران (۲۰۱۰)، وارهام<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، دان<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، ویلسون<sup>۴</sup> و همکاران

<sup>1</sup> -William Lee

<sup>2</sup> - Mosher

<sup>3</sup> - Kartalova

<sup>4</sup> - Wagner

<sup>5</sup> - Myers

همکاران (۲۰۰۹)، واتکینس<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، دل‌پیلار<sup>۶</sup> (۲۰۰۸)، اجودا<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، مفیدی<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۸)، به رابطه بین کیفیت زندگی، مشکلات جنسیتی و نژادی، سلامت فیزیکی، رفتار و جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی، پرخاشگری، استرس، اختلالات روانی و غیره با سلامت روانی توجه کرده‌اند.

### مطالعات داخلی

جوانبخت و همکاران (۱۳۸۸) پژوهشی به عنوان «بررسی تأثیر روزه‌داری در ماه رمضان بر عزت‌نفس و سلامت روانی دانشجویان» با هدف ارزیابی تأثیر روزه بر عزت‌نفس و سلامت روانی دانشجویان انجام داده‌اند. این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای نشان داد که پس از ماه رمضان عزت‌نفس آزمودنی‌ها نسبت به آغاز ماه افزایش معنی‌داری یافته است ( $P < 0.001$ ). بر اساس نتایج آزمون SCL-90-R آزمودنی‌ها در ابعاد افسردگی ( $P < 0.001$ )، روان‌پریشی ( $P < 0.007$ )، اضطراب ( $P < 0.001$ )، وسواس ( $P < 0.001$ )، حساسیت بین‌فردی ( $P < 0.001$ )، فوبی ( $P < 0.022$ )، خصومت ( $P < 0.001$ )، افکار پارانوئیدی ( $P < 0.001$ ) و مقیاس کلی علایم مرضی ( $P < 0.001$ ) کاهش معنی‌داری نشان دادند. در نتیجه روزه‌داری در ماه رمضان تأثیر قابل ملاحظه‌ای در ارتقای عزت‌نفس و بهبود سلامت روانی دانشجویان دارد.

پژوهشی به عنوان «بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد» به وسیله‌ی امیدیان (۱۳۸۸) به منظور کسب اطلاعاتی درباره وضعیت سلامتی روانی دانشجویان و مقایسه آن در میان دانشجویان دختر و پسر اجرا گردیده است. نتایج نشان داد که دانشجویان دختر و پسر از نظر میانگین نمره در اختلال کلی و شاخه‌های فرعی آزمون سلامت روانی و نمرات آزمون شادکامی با هم تفاوت معناداری ندارند. به علاوه با استفاده از نقطه برش

<sup>1</sup> - Cook

<sup>2</sup> - Wareham

<sup>3</sup> - Dunn

<sup>4</sup> - Wilson

<sup>5</sup> - Watkins

<sup>6</sup> - Del Pilar

<sup>7</sup> - Ojeda

<sup>8</sup> - Mofidi



۲۳ که برای تعیین سلامت روانی به کار می‌رود، ۵۶/۷٪ دانشجویان مشکل روان‌شناختی نداشته و سالم بودند و ۲۷/۷٪ به مشکلات متوسط دچار بودند و ۱۵/۷٪ مشکلات جدی داشته و به خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی نیاز داشتند. مقایسه دانشجویان دختر و پسر با استفاده از فراوانی گروه‌ها در سه گروه به دست آمده از نقاط برش نیز معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد که شادکامی با نمره کلی اختلال روانی و خرده‌مقیاس‌های به دست آمده از GHQ-28 رابطه معکوس دارد.

جهانی هاشمی و همکارانش (۱۳۸۸) پژوهشی به عنوان «سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، زنجان و اراک» (۱۳۸۶) با هدف تعیین میزان اختلالات روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان، اراک و قزوین انجام دادند. در این مطالعه مقطعی تمام دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان، اراک و قزوین با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-28 بررسی شدند. نقطه برش ۲۳ برای مقیاس کلی در نظر گرفته شد و در آنالیز داده‌ها از آزمون‌های آماری کی‌دو و آزمون تی به ترتیب ۴۰/۷٪، ۲۶/۸٪ و ۲۵/۶٪ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار نبود. توصیه می‌شود به سلامت روانی دانشجویان مقاطع پایین‌تر توجه بیشتری شود و علاوه بر استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد برای مطالعه سلامت روانی دانشجویان، از روش‌های ارزیابی بالینی نیز استفاده شود.

صالحی و همکاران (۱۳۸۶) پژوهشی به عنوان «رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان» با هدف تعیین رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه بندرعباس انجام دادند. عملکرد مذهبی بر سلامت روان و منبع کنترل درونی تأثیر مستقیم و مثبت داشت، هرچند که رابطه بین عملکرد مذهبی و مقیاس‌های برگه ارزیابی علائم مرضی معنی‌دار و معکوس بود. با توجه به تأثیر مثبت باورها و اعمال مذهبی در سلامت روان استفاده از این ظرفیت‌ها در برنامه‌ریزی اقدام‌های سلامت‌های روانی به خصوص در مورد جوانان توصیه می‌شود.

شهشهانی و همکاران (۱۳۸۹)، حجتی و همکاران (۱۳۸۸)، خسروی کبیر و همکاران (۱۳۸۸)، جهانی هاشمی و همکارانش (۱۳۸۷)، معتمدین و همکاران (۱۳۸۷)، فرح‌بخش و همکارانش (۱۳۸۶)، شریف و وداد (۱۳۸۶)، بیات و همکاران (۱۳۸۶)، گل‌پرور و همکاران

(۱۳۸۵)، تقدیسی و همکاران(۱۳۸۳)، خداحیمی و همکاران (۱۳۸۳) و بختیارپور(۱۳۸۲) نیز در پژوهش‌های‌شان به متغیرهایی نظیر اختلالات روانی، آگاهی و اعتقاد، باورهای دینی، کیفیت زندگی، عوامل تحصیلی، رضایت زناشویی، هوش هیجانی، عزت نفس، تمرکز بر هیجان‌ها و غیره و رابطه‌ی آنها با سلامت‌روانی اشاره داشته‌اند.

### چارچوب نظری تحقیق

#### دیدگاه نوسازی روانی

نوسازی روانی یا تجدد روان مفهومی است که به فرآیندهای تغییر در سطوح ارزش‌ها، سبک‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت‌روانی اطلاق می‌شود که در سایه تجاربی چون مهاجرت و اقامت در جامعه‌ای دیگر، رفتن به مدرسه، تماس با فرهنگ‌های دیگر و استخدام در بنگاه‌های مدرن به دست می‌آید، که خود به رفتارهایی منجر می‌شود که موجب بروز حالات متفاوت در افراد می‌شود. این دسته از نظریه‌پردازان روان‌شناسانی هستند که نقطه شروع نوسازی را در انسان و نظام شخصیتی و روانی او می‌بینند و معتقدند که با تحقق نوسازی و نو شدن انسان، سایر جنبه‌های نوسازی، یعنی نوسازی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی فرهنگی او ظهور پیدا می‌کند و کاری به ساختارهای پهن‌دامنه انسان ندارد. (شارع پور، ۱۳۸۰، ۷۹)

از معروف‌ترین نظریه‌پردازان نوسازی که در این قالب جای می‌گیرد، راجرز<sup>۱</sup> است. از نظر وی تغییر جز اندیشه و نظری نیست که فرد آن را جدید و نو می‌پندارد و شیوع به معنای فرآیندی است که اندیشه و نظر نو از منبعی منتشر و اشاعه می‌یابد و قبول یک اندیشه به معنای تصمیم به تحقق بخشیدن کامل آن است. به نظر راجرز در بعضی از فرهنگ‌ها زمینه برای نوآوری نسبت به فرهنگ‌های دیگر بیشتر است. از دیدگاه راجرز قبول یک اندیشه که متضمن یادگیری آن اندیشه و هم تصمیم‌گیری درباره آن است، در پنج مرحله رخ می‌دهد که عبارتند از: آگاهی، علاقه، ارزشیابی، آزمایش و قبول آن اندیشه است. از دیدگاه راجرز کسانی که اندیشه نوی را می‌پذیرند هریک از مراحل فوق را به سرعت پشت سر نهاده‌اند همچنان‌که دیگران نیز چنین تصویری را در مورد آنها دارند. (از کیا، ۱۳۸۰، ۱۱۵)

## دیدگاه انسان‌گرایی

دیدگاه انسان‌گرایی معتقد است که سلامت روانی، یعنی، ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خود شکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد. یکی از مشهورترین روان‌شناسان انسان‌گرا آبراهام مازلو<sup>۱</sup> است. مازلو معتقد است که نیازهای انسان، متناسب با نیرومندی به پنج طبقه تقسیم می‌شود. به عقیده او، «سلامت روانی عبارت از حالتی است که از نظر نیازهای بنیادی آنقدر ارضا شده است که می‌تواند برای خودشکوفایی انگیزه داشته باشد.» بنابراین مفهومی که مازلو از سلامت روانی دارد بر رشد فرد در جهت خودشکوفایی تأکید می‌کند. این تمایل جنبه همگانی دارد و سعی می‌کند برآورده شود. هر عاملی که این نیرو را به حرکت درآورد، فرد را در جهت سلامت روانی و خلق نیازهای بالا هدایت خواهد کرد. برعکس، کسی که تمام تلاش‌های او به ارضای نیازهای زیستی محدود شود، رشد نخواهد یافت و به سلامت روانی کامل نخواهد رسید. مازلو برای تحقق عزت نفس و خودشکوفایی، سیزده معیار بالینی پیشنهاد می‌کند:

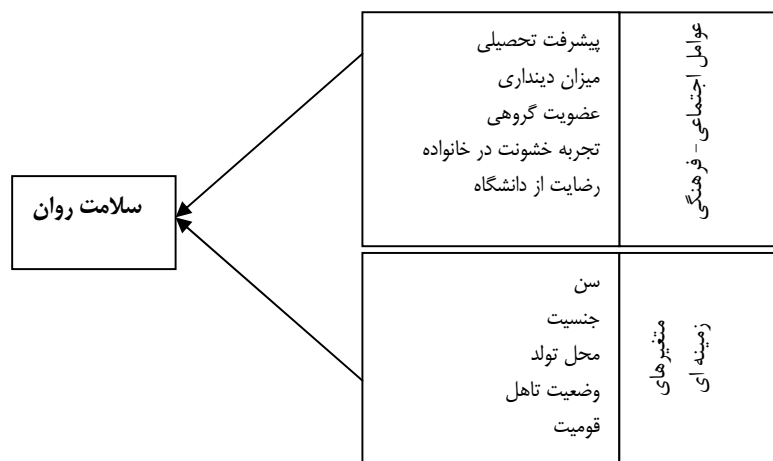
- ۱- ادراک خوب از واقعیت
  - ۲- پیشرفت در قبول خود، دیگران و طبیعت
  - ۳- پیشرفت در داشتن اراده
  - ۴- پیشرفت‌های نسبی در مسائل اصلی
  - ۵- آزاد بودن و شوق زندگی داشتن
  - ۶- خودمختاری فزاینده و مقاومت در تشکیل گروه‌ها
  - ۷- ابتکار داشتن در قضاوت و غنی بودن در انگیزش
  - ۸- فراوانی تجربه‌های بسیار بالا
  - ۹- همانندسازی خوب با انسانیت
  - ۱۰- بهبود روابط با دیگران
  - ۱۱- راحتی در قبول دیگران
  - ۱۲- رشد خلاقیت و
  - ۱۳- تحرک در نظام ارزش‌ها.
- به نظر این روان‌شناس انسان‌گرا، برای داشتن سلامت روانی، تا اندازه‌ای باید انعطاف‌پذیر بود، با واقعیت آنقدر فاصله گرفت که بتوان بیشترین خودمختاری را به دست آورد. این فاصله گرفتن یا رها شدن از واقعیت، به معنای بی‌علاقگی یا طرد نیست، بلکه بیشتر، تحلیل، کسب، آگاهی، قبول تجربه روانی و ذهنی فرد است. (گنجی، ۱۳۸۵، ۱۹)

با توجه به اینکه موضوع تحقیق، بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت روانی دانشجویان می‌باشد، لذا رویکرد نظری تحقیق برگرفته از رویکردهای روان‌شناسی

اجتماعی و جامعه‌شناسی می‌باشد. نظریه مازلو که در چارچوب نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی قرار می‌گیرد به نیازهای انسانی توجه می‌کند. به نظر وی نیازها به صورت سلسله مراتبی است و به ترتیب عبارتند از «نیازهای جسمانی»، «نیازهای ایمنی»، «نیازهای تعلق و عشق»، «نیازهای عزت نفس»، «نیازهای خودشکوفایی». به طور کلی سلامت روانی پدیده‌ای روانی- اجتماعی است و نظریه مازلو نیازها را پدیده‌ای انگیزشی- روانی دانسته که رفع آنها را مبتنی بر روابط و پیش شرط‌های اجتماعی می‌داند. (مزلو، ۱۳۸۱، ۴۵۲)

نظریه نوسازی نقطه شروع تغییر را تغییر در ذهن و پیش فرض‌های ذهنی می‌داند. با توجه به اینکه دانشگاه نیز به عنوان منبعی بسیار مهم و تغییر آفرین در دیدگاه‌های افراد محسوب می‌شود و در واقع یکی از مدرن‌ترین نهادهای جامعه به حساب می‌آید، نقشی بس فعال در نوع تفکر و اندیشه فرد دارد. این نظریه که لازمه سلامت روان را تغییر ذهنی می‌داند، معتقد است که با اموری نظیر مهاجرت یا کار در مکان‌های خاص موجب شکل‌گیری رفتارهای خاص می‌شود، در نتیجه دانشگاه، به عنوان نهادی مدرن، می‌تواند سلامت روانی افراد را تغییر دهد. به همین منظور ما در این تحقیق از این نظریه در چارچوب نظری خود استفاده کردیم. با توجه به چارچوب نظری منتخب، نمودار شماره ۱ مدل تجربی تحقیق را نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱: مدل تجربی تحقیق



### فرضیات تحقیق

۱. بین سن پاسخگویان و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.
۲. بین جنسیت پاسخگویان و سلامت روان رابطه وجود دارد.
۳. بین محل تولد پاسخگویان و سلامت روان رابطه وجود دارد.
۴. بین وضعیت تأهل پاسخگویان و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۵. بین تجربه خشونت در خانواده و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۶. بین میزان دینداری و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۷. بین عضویت در تشکلهای دانشجویی و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۸. بین قومیت و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۹. بین میزان رضایت از دانشگاه و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.
۱۰. بین پیشرفت تحصیلی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

### روش تحقیق

به اقتضای موضوع تحقیق، رویکرد کمی<sup>۱</sup> به منزله مناسبترین روش برای جمع آوری اطلاعات انتخاب شد. چارچوب نظری و فرضیات تحقیق نیز به کارگیری روش پیمایشی<sup>۲</sup> را برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل دادهها ایجاب می کند. دادههای مورد نیاز برای این تحقیق از طریق پرسشنامه استاندارد سلامت جهانی (طیفی شامل ۲۸ سوال) و پرسشنامه ای محقق ساخته بدست آمد. روایی این پرسشنامه (متغیر وابسته) از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و نتیجه ۹۱/۳٪ بود. ضریب سایر طیفها نیز در مجموع بالاتر از ۸۵٪ بوده است. جامعه آماری این تحقیق دانشجویان دانشگاه شیراز می باشند که در سال تحصیلی در ترم اول سال تحصیلی ۸۸-۸۹ مشغول تحصیل در دانشگاه شیراز بوده اند. تعداد کل دانشجویان دانشگاه شیراز ۱۹۸۹۵ نفر می باشد. برای بدست آوردن نمونه معرف، از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی نسبی استفاده شد. بر این اساس حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برابر ۳۸۰ نفر شد. اما با توجه

<sup>۱</sup> - Quantitative Approach

<sup>۲</sup> - Survey

به ملاحظات صورت گرفته، تصمیم بر پخش ۵۰۰ پرسشنامه در بین آزمودنی‌ها برآمدیم که در نتیجه ۴۶۵ پرسشنامه برای تحلیل انتخاب شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از طریق نرم‌افزار spss مدل ۱۸ انجام شد.

### بررسی فرضیه‌های تحقیق

فرضیه شماره ۱: بین سن پاسخگویان و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۱ - آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر سن و سلامت روان

نام متغیر	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ad	خطای معیار	ضریب B	Beta	t	F	Sig
سن	۰.۰۴۹	۰.۰۰۲	۰.۰۰۰	۰.۱۵۹	-۰.۱۶۴	-۰.۰۴۹	-۱.۰۳	۱.۰۶	۰.۳۰۳

به منظور بررسی رابطه بین سن دانشجویان و سلامت روان آنها از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. براساس نتایج حاصله، همبستگی بسیار پایینی ( $R=0.049$ ) بین سن دانشجویان و سلامت روان آنها وجود دارد. مقدار  $R^2=0.002$  نشان می‌دهد که متغیر مستقل عملاً تأثیری در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر میزان سلامت روان، نداشته است. ضریب بتا  $Beta=-0.049$ ، جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب  $B=-0.164$  حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (سن)،  $0.05$  واحد از متغیر وابسته (سلامت روان) کاسته می‌شود. در مورد معنی‌دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر  $T=-1.03$ ،  $F=1.06$ ، و  $Sig=0.303$  رابطه فوق با ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار نمی‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید نمی‌شود.

فرضیه شماره ۲: بین جنسیت پاسخگویان و سلامت روان رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۲ - آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب جنسیت

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
مرد	۱۹۰	۸۲.۳	۹.۸۳	۱.۴۷	۰.۱۴۲
زن	۲۶۱	۸۰.۹	۱۰.۱۳		

جدول شماره ۲ نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب جنسیت دانشجویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین سلامت روان در بین دانشجویان مذکر بیشتر از مقدار آن برای زنان شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۱/۴۷ و سطح معنی‌داری  $Sig = ۰.۱۴۲$  بیانگر این است که با ۹۵٪ اطمینان، تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان مرد و زن از نظر میانگین سلامت روان، وجود ندارد، لذا فرضیه فوق تأیید نمی‌شود.

فرضیه شماره ۳: بین محل تولد پاسخگویان و سلامت روان رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۳ - آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب محل تولد

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	DF	سطح معنی‌داری
شیراز	۱۸۷	۸۳.۸	۷.۵۲	۳.۲	۴	۰.۰۱۲
شهرستان‌های استان فارس	۱۱۷	۸۲.۱	۸.۵۹			
مراکز سایر استان‌ها	۶۶	۷۹.۴	۱۲.۰۲			
شهرستان‌های سایر استان‌ها	۷۰	۸۱.۲	۱۱.۵۳			
روستا و عشایر	۱۱	۷۹.۷	۹.۷۵			

جدول شماره ۳ نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان در بین دانشجویان بر حسب محل تولد آنها را نشان می‌دهد. میانگین نمرات نشان دهنده این مطلب می‌باشد که دانشجویان متولد شهر شیراز بالاترین میانگین سلامت روان (۸۳/۸) را در بین کل نمونه مورد بررسی دارند. پس از این گروه، از نظر سلامت روان به ترتیب متولدین شهرستان‌های استان فارس، شهرستان‌های سایر استان‌ها و متولدین روستا و عشایر قرار دارند. کمترین میانگین سلامت روان (۷۹/۴) نیز در بین کسانی که متولد مراکز سایر استان‌ها می‌باشند، مشاهده شده است. با توجه به اینکه تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های گروه‌های مختلف در مورد سلامت روان، براساس آزمون F با مقدار ۳/۲ و سطح اطمینان ۹۵٪ ( $Sig = ۰.۰۱۲$ )، معنی‌دار می‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید می‌شود.

فرضیه شماره ۴: بین وضعیت تأهل پاسخگویان و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۴- آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب وضعیت تأهل

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی داری
مجرد	۳۹۸	۸۱.۶	۹.۸۹	۰.۸۷۹	۰.۳۸۰
متأهل	۵۳	۸۰.۳	۱۰.۹۷		

جدول شماره ۴ نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب وضعیت تأهل دانشجویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی از آن است که میانگین سلامت روان در بین دانشجویان مجرد بیشتر از مقدار آن برای متأهلان شده است. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار ۰/۸۷۹ و سطح معنی‌داری  $Sig = ۰/۳۸۰$  بیانگر این است که با ۹۵٪ اطمینان، تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان مجرد و متأهل از نظر میانگین سلامت روان، وجود ندارد لذا فرضیه فوق تأیید نمی‌شود.

فرضیه شماره ۵: بین تجربه خشونت در خانواده و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۵- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر تجربه خشونت در

خانواده و سلامت روان

نام متغیر	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ad	خطای معیار	ضریب B	Beta	t	F	Sig
تجربه خشونت در خانواده	۰.۲۲۳	۰.۰۵۰	۰.۰۴۸	۰.۰۵۸	-۰.۲۷۹	-۰.۲۲۳	-۴.۸	۲۳.۱	۰.۰۰۰

به منظور بررسی رابطه بین میزان تجربه خشونت در خانواده و سلامت روان دانشجویان از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. براساس نتایج حاصله، همبستگی پایینی ( $R = ۰.۲۲۳$ ) بین میزان تجربه خشونت در خانواده و سلامت روان دانشجویان وجود دارد. مقدار  $R^2 = ۰.۰۵$



نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیر کمی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر میزان سلامت روان، داشته‌است. ضریب بتا  $Beta = -0.223$  جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب  $B = -0.279$  حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (میزان تجربه‌خسونت در خانواده)،  $0.279$  واحد از متغیر وابسته (سلامت روان) کاسته می‌شود. در مورد معنی‌دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر  $T = -4.8$ ،  $F = 23.1$ ، و  $Sig = 0.000$  رابطه فوق با  $99\%$  اطمینان معنی‌دار می‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید می‌شود.

فرضیه شماره ۶: بین میزان دینداری و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۶- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر میزان دینداری و سلامت روان

نام متغیر	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ad	خطای معیار	ضریب B	Beta	t	F	Sig
میزان دینداری	0.133	0.018	0.016	0.062	0.174	0.133	2.8	7.98	0.005

به منظور بررسی رابطه بین میزان دینداری و سلامت روان دانشجویان از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. براساس نتایج حاصله، همبستگی پایینی ( $R = 0.133$ ) بین میزان دینداری و سلامت روان دانشجویان وجود دارد. مقدار  $R^2 = 0.018$  نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیر بسیار کمی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر میزان سلامت روان، داشته‌است. ضریب بتا  $Beta = 0.133$  جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب  $B = 0.174$  حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (میزان دینداری)،  $0.174$  واحد به متغیر وابسته (سلامت روان) افزوده می‌شود. در مورد معنی‌دار بودن رابطه فوق با توجه به مقادیر  $T = 2.4$ ،  $F = 7.98$ ، و  $Sig = 0.005$  رابطه فوق با  $99\%$  اطمینان معنی‌دار می‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید می‌شود.

فرضیه شماره ۷: بین عضویت در تشکل‌های دانشجویی و سلامت روان رابطه معنی-

داری وجود دارد.

جدول شماره ۷- آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب عضویت در تشکل‌های

دانشجویی

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف- استاندارد	F	DF	سطح معنی‌داری
هیچ تشکلی	۲۵۵	۸۰.۳۹	۱۰.۰۵	۳.۴۸	۲	۰.۰۳۲
یک تشکل	۱۵۳	۸۲.۶۷	۱۰.۲۲			
بیش از یک تشکل	۴۰	۸۳.۵۷	۸.۵۵			

جدول شماره ۷ نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان را در بین دانشجویان بر حسب عضویت آنها در تشکل‌های دانشجویی نشان می‌دهد. میانگین نمرات نشان‌دهنده‌ی این مطلب می‌باشد که بالاترین میانگین سلامت روان (۸۳/۶) در بین کل نمونه مورد بررسی، مربوط به دانشجویانی است که در بیش از یک تشکل عضویت دارند. کمترین میانگین سلامت روان (۸۰/۴) نیز در بین کسانی که در هیچ تشکل دانشجویی فعالیت ندارند، مشاهده شده است. با توجه به اینکه تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های گروه‌های مختلف در مورد سلامت روان، بر اساس آزمون F با مقدار ۳/۵ و سطح اطمینان ۹۵٪ ( $Sig = ۰.۰۳۲$ )، معنی‌دار می‌باشد، لذا فرضیه تأیید می‌شود.

فرضیه شماره ۸: بین قومیت و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۸- آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب قومیت

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی‌داری
فارس	۳۷۴	۸۱.۴۷	۹.۸۳	-۰.۰۱۶	۰.۹۸۷
غیر فارس	۷۷	۸۱.۴۹	۱۰.۹۴		

جدول شماره ۸ نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب قومیت دانشجویان را نشان می‌دهد. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین سلامت روان در بین دانشجویان فارس، تفاوت محسوسی با مقدار آن برای دانشجویان غیرفارس وجود ندارد. تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون T با مقدار -۰/۰۱۶ و سطح معنی‌داری  $Sig = ۰.۹۸۷$  بیانگر این

است که با ۹۵ درصد اطمینان، تفاوت معنی داری بین دانشجویان فارس و غیر فارس از نظر میانگین سلامت روان، وجود ندارد، لذا فرضیه فوق تایید نمی‌شود.

فرضیه شماره ۹: بین میزان رضایت از دانشگاه و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۹ - آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر میزان رضایت از دانشگاه

و سلامت روان

نام متغیر	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ad	خطای معیار	ضریب B	Beta	t	F	Sig
رضایت از دانشگاه	۰.۱۱۷	۰.۰۱۴	۰.۰۱۲	۰.۱۲۷	۰.۳۱۷	۰.۱۱۷	۲.۵	۶.۲	۰.۰۱۳

به منظور بررسی رابطه بین میزان رضایت دانشجویان از دانشگاه و سلامت روان آنها از تکنیک آماری رگرسیون استفاده شده است. براساس نتایج حاصله، همبستگی پایینی ( $R = ۰.۱۱۷$ ) بین میزان رضایت دانشجویان از دانشگاه و سلامت روان آنها وجود دارد. مقدار  $R^2 = ۰.۰۱۴$  نشان می‌دهد که متغیر مستقل تأثیر کمی در تبیین تغییرات مشاهده شده در جمعیت نمونه از نظر میزان سلامت روان، داشته است. ضریب بتا  $Beta = ۰.۱۱۷$  جهت مثبت و رابطه مستقیم بین دو متغیر را نشان می‌دهد. ضریب  $B = ۰.۳۱۷$  حاکی از این است که به ازای هر واحد افزایش در متغیر مستقل (میزان رضایت دانشجویان از دانشگاه)،  $۰/۳۱۷$  واحد به متغیر وابسته (سلامت روان) افزوده می‌شود. در مورد معنی دار بودن رابطه فوق باتوجه به مقادیر  $T = ۲.۵$ ،  $F = ۶.۲$  و  $Sig = ۰.۰۱۳$  رابطه فوق با ۹۵٪ اطمینان معنی دار می‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید می‌شود. فرضیه شماره ۱۰: بین معدل کل و سلامت روان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول شماره ۱۰ - آزمون تفاوت سلامت روان بر حسب معدل کل

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	DF	سطح معنی داری
کمتر از ۱۴	۳۴	۷۸.۵	۷.۹۵	۲.۶	۳	۰.۰۴۹
۱۴ تا ۱۵.۹۹	۱۸۴	۸۲.۱	۷.۹۹			
۱۶ تا ۱۷.۹۹	۱۸۶	۸۲.۱	۹.۶۳			
بالتر از ۱۸	۴۷	۸۳.۸	۶.۳۰			

جدول شماره ۱۰، نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت‌روان در بین دانشجویان برحسب معدل کل آنها نشان می‌دهد. میانگین نمرات نشان دهنده این مطلب می‌باشد که دانشجویانی که معدل آنها بالاتر از ۱۸ شده است، بالاترین میانگین سلامت روان (۸۳/۸) را در بین کل نمونه مورد بررسی دارند. کمترین میانگین سلامت روان (۷۸/۵) نیز در بین کسانی که معدلشان کمتر از ۱۴ می‌باشد، مشاهده شده است. با توجه به اینکه تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های گروه‌های مختلف در مورد سلامت‌روان، براساس آزمون F با مقدار ۲/۶ و سطح اطمینان ۹۵٪ (Sig = ۰.۰۴۹)، معنی‌دار می‌باشد، لذا فرضیه فوق تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت‌روان هم به‌عنوان علت و هم به‌عنوان معلول توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هر جامعه‌ای در نظر گرفته می‌شود. در این معنا، افرادی می‌توانند در جامعه خود مشارکت کرده و نقش‌آفرینی کنند که از سلامت جسمی و روانی برخوردار باشند. همچنانکه مطالعات مختلفی که در سرتاسر جهان انجام شده است و به این مطالعه نیز به تعدادی از آنها اشاره داشته است، کشورهای توسعه‌یافته از میزان سلامت روان بالاتری نسبت به دیگر کشورهای جهان دارند. این عامل به صورت دیالکتیک خود باعث افزایش سطح توسعه‌یافتگی آنها و افزایش بهره‌وری آنها شود. بدین جهت مطالعه و بررسی مسائلی مانند سلامت روان در کشورهای در حال توسعه، مخصوصاً در کشور ایران ضرورت می‌یابد، تا بدین طریق سعی در شناخت وضعیت کنونی برآییم و برای رسیدن به سطح بالایی از توسعه در ابعاد گوناگون، از طریق نتایج این تحقیقات بتوانیم دست به برنامه‌ریزی بزنیم. در این میان، اصلی‌ترین و تأثیرگذارترین و در واقع تعیین‌کننده‌ترین گروه در توسعه در کشورهای در حال توسعه نهادهای علمی و مخصوصاً نهاد دانشگاه و کنشگران آن، یعنی دانشجویان می‌باشند. مطالعه حاضر نیز با آگاهی به این امر و اطلاع از اینکه سلامت‌روانی تک‌تک افراد، مخصوصاً افراد تأثیرگذار در یک جامعه، نه فقط بر روی خود فرد، بلکه بر روی اجتماع او نیز تأثیر می‌گذارد به بررسی و مطالعه سلامت‌روانی دانشجویان پرداخت. بدین منظور مطالعات داخلی و خارجی عمده‌ای که در این عرصه صورت گرفته بود را ابتدا بررسی کرده و به‌عنوان راهنما در انجام تحقیق مورد استفاده قرار داد. سپس

نظریه مازلو و نظریه نوسازی به صورت ترکیبی به عنوان چهارچوب نظری انتخاب شد. در مرحله پایانی نیز فرضیه‌های استخراجی از چهارچوب نظری را توسط آماره‌های متفاوت توضیح و تبیین نمودیم. به صورت خلاصه نتایج حاصل از آن بود که بین سلامت روان و سن مشارکت‌کنندگان با مقادیر  $T = -1.03$ ،  $F = 1.06$ ، و  $Sig = 0.303$  رابطه معناداری وجود ندارد. بین جنسیت پاسخگویان و سلامت‌روان نیز با مقادیر  $T = 1/47$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0.142$  رابطه معناداری وجود ندارد. وضعیت تأهل آزمودنی‌ها و سلامت روانی آنها نیز با مقدار  $0.879$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0.380$  رابطه معناداری را نشان نمی‌داد. البته رابطه بین نوع قومیت پاسخگو نیز با سلامت‌روانی او با مقدار  $T = -0.016$  و سطح معنی‌داری  $Sig = 0.987$  معنادار نبوده است. با توجه به مکانی که پاسخگو در آن به دنیا آمده‌است، سلامت روانی دانشجویان براساس آزمون  $F$  با مقدار  $3/2$  و  $(Sig = 0.012)$  رابطه معناداری وجود داشت و دانشجویان شیرازی از بالاترین سطح سلامت‌روانی برخوردار بودند. دانشجویانی نیز که خشونت خانوادگی را تجربه کرده بودند، از سلامت روان کمتری برخوردار بودند و برعکس. ضریب بتا  $Beta = -0.223$ ، جهت منفی و رابطه معکوس بین دو متغیر را نشان داده و با مقادیر  $T = -4.8$ ،  $F = 23.1$ ، و  $Sig = 0.000$  رابطه معنادار بوده و فرضیه تأیید شد. میزان دینداری نیز با سلامت روان پاسخگویان با مقادیر  $T = 2.4$ ،  $F = 7.98$ ، و  $Sig = 0.005$  رابطه معنی‌داری داشت. عضویت در گروه‌های گوناگون دانشجویی نیز موجب افزایش سلامت‌روان دانشجویان می‌شده است و دانشجویانی که در بیشتر از یک تشکل عضویت داشتند با میانگین  $83/6$  بیشترین سلامت‌روانی را به خود اختصاص داده بودند و فرضیه فوق تأیید می‌شود. از جانب دیگر هرچه دانشجویان از دانشگاه رضایت داشتند به همان اندازه از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند و این فرضیه با مقادیر  $T = 2.5$ ،  $F = 6.2$ ، و  $Sig = 0.013$  تأیید می‌شود. پیشرفت تحصیلی نیز که با شاخص معدل سنجیده شده بود، رابطه معناداری را با سلامت روان دانشجویان از خود نشان داد و دانشجویانی که معدل بالاتری را دارا بودند سطح بالاتری از سلامت‌روان را نشان دادند. فرضیه فوق نیز با سطح اطمینان  $95\%$  و میزان  $F = 2/6$  تأیید شد.

نتایج این تحقیق یافته‌های تحقیقات پیشین را مورد تأیید قرار می‌دهد، همچنان‌که جوانبخت و همکاران (۱۳۸۸)، جهانی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۸)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶) بر نقش

دینداری در بالا رفتن سطح سلامت‌روانی اشاره کرده‌بودند، تحقیق حاضر نیز به این نتیجه رسید. بل و همکاران (۲۰۱۰) نیز بر محل تولد و نقش آن در سلامت روان تأکید کرده بودند. بیرانت و همکاران (۲۰۱۰) بر نقش پرخاشگری بزرگسالان در خانه، مفیدی و همکاران (۲۰۰۸) بر نقش جهت‌گیری مذهبی، موشر و همکاران نیز بر نقش خشونت و عضویت گروهی تأکید کرده بودند. فرح‌بخش و همکاران (۱۳۸۶) و تقدیسی و همکاران (۱۳۸۳) نیز بر عوامل آموزشی و پیشرفت تحصیلی اشاره کرده‌اند.

با نتایج حاصله می‌توان مدعی شد که جامعه دانشجویی گامی فراتر گذاشته و در مقایسه با اجتماع بزرگ‌تر، از متغیرهای سنتی تعیین‌کننده‌ای مانند سن، قومیت، سنت و غیره فاصله گرفته است. بدین معنا که تعیین‌کننده‌های سلامت‌روانی آنان دیگر عوامل سنتی نیستند و افراد از عوامل مدرن و جدید و سبک‌های جدید زندگی هویت‌یابی می‌کنند. (گیدنز، ۱۳۸۵، ۱۲۰-۱۱۹)

با توجه به این امور می‌توان نقش امور آموزشی و موفقیت در امور تحصیلی و شغلی و رتبه‌بندی اجتماعی را یکی از این موارد ذکر کرد. مطالعه حاضر نیز که رابطه‌ی رضایت از دانشگاه و پیشرفت تحصیلی را مورد مطالعه قرار داده بود، شاهدی بر مدعای قبلی است که دانشجویان بیشتر براساس متغیرهای مدرنی مانند عوامل ذکرشده سلامت‌روانی خود را تعریف و می‌سنجند. جهت‌گیری دینی نیز که هم توسط این مطالعه و هم مطالعات پیشین، نقشش در بهبود سلامت روان مشخص شده بود، نیاز دانش‌جویان را به منبعی روانی مانند دین آشکار می‌کند. در واقع با استفاده از حمایت‌های اجتماعی و معنوی که دین به همراه دارد، سلامت روانی دانشجویان نیز افزایش می‌یابد. این مورد البته با عضویت در شبکه‌های اجتماعی و کسب حمایت اجتماعی از طریق آنان نیز قابل پیگیری است. مانند دین، شبکه‌های اجتماعی نیز انواع حمایت‌های اجتماعی را به دانشجویان ارایه می‌دهند و نقش بسیارفعالی در کاهش استرس و هیجان‌های آنی دارند و احساسات آنها را کانالیزه می‌کنند. (مدوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰، ۴)

<sup>1</sup> -Meadows

### فهرست منابع

۱. ازکیا، مصطفی، (۱۳۸۰)، جامعه‌شناسی توسعه، نشر کلمه، تهران.
۲. امیدیان، مرتضی، (۱۳۸۸)، بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد، مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی، سال دهم، شماره ۱، ۱۱۷-۱۰۱.
۳. بختیارپور، پروین، (۱۳۸۲)، بررسی وضعیت سلامت روانی معلمان استان اصفهان در سال تحصیلی ۷۹-۸۰، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، شماره شانزدهم، تابستان ۱۳۸۲، صص ۹۸-۷۹.
۴. بیات، محبوبه، نادری فر، مهین، بیات، مقداد، میری، مجید و سعید فروغی، (۱۳۸۶)، سلامت روانی کودکان ۷-۱۱ سال ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی، فصلنامه پرستاری ایران، سال بیستم، شماره ۵۱، پاییز ۱۳۸۶، صص ۹۷-۱۰۵.
۵. پاکیزه، علی، (۱۳۸۷)، بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن، ارائه شده در چهارمین سمینار سراسری سلامت روانی دانشجویان، شیراز، خرداد ماه ۱۳۸۷.
۶. تقدیسی، محمدحسین، توکلی، رضا و معصومه عرفانی خانقاهی، (۱۳۸۳)، بررسی تأثیر آموزش سلامت روانی با استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی بر آگاهی، اعتقاد و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، سال هفتم، شماره ۱۷، پاییز ۱۳۸۳، صص ۶۴-۵۸.
۷. جوادزاده شهنشاهی، افسانه، جاهدی، سهیلا و سرمست عرب، (۱۳۸۹)، بررسی اثر بخشی مشاوره به شیوه‌ی تمرکز بر هیجان‌ها (EFT) بر سلامت روانی معلمان زن مقطع متوسطه شهر مرودشت، فصلنامه‌ی زن و جامعه، سال اول، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۹، صص ۱۳۶-۱۲۱.
۸. جوانبخت، مریم، (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر روزه‌داری در ماه رمضان بر عزت و سلامت روانی دانشجویان، مجله‌ی اصول سلامت روانی، سال یازدهم، شماره ۴، صص ۲۷۳-۲۶۶.
۹. جوانبخت، مریم و جوهری تیموری، ساسان، (۱۳۸۷)، بررسی همبستگی بین سلامت روانی دانشجویان پزشکی و نگرش‌های ناسالم‌شان، فصلنامه علوم پزشکی، سال ششم، شماره ۲، صص ۲۹-۳۵.

۱۰. جهانی هاشمی، حسن. برجی، روح... شاملو، فرهاد و کبری نوروزی سزیرود (۱۳۸۸)، سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، زنجان و اراک (۱۳۸۶)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال سیزدهم، شماره ۴ (پی در پی ۵۳)، زمستان ۱۳۸۸، صص ۸۶-۸۳
۱۱. جهانی هاشمی، حسن، رحیم‌زاده، سمیه، قافله باشی، حسین و ابراهیم ساریچلو، (۱۳۸۷)، بررسی سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین (۱۳۸۴)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال دوازدهم، شماره ۲، صص ۵۰-۴۱.
۱۲. حجتی، حمید. آل‌ستانی، سودابه. آخوندزاده، گلپهار. حیدری، بهروز و حمید شریف‌نیا (۱۳۸۸)، بررسی سلامت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر)، سال هجدهم، شماره ۳، صص ۲۱۴-۲۰۷
۱۳. خدارحیمی، سیامک، (۱۳۸۰)، سلامت روانی، انتشارات جهاد دانشگاهی فارس، شیراز.
۱۴. خسروی کبیر، زهرا. موسوی، ولی... و علیرضا آقا یوسفی، (۱۳۸۸)، مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی، مجله دانشگاه علوم پزشکی، سال هجدهم، شماره ۷۰، تابستان ۱۳۸۸، صص ۱۶-۹
۱۵. دل‌آرام، معصومه، (۱۳۸۴)، بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روانی زنان شاغل تحت پوشش مراکز سلامتی درمانی شهر شهرکرد، طرح پژوهشی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.
۱۶. شارع پور، محمود، (۱۳۸۰)، فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن، نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران، سال اول، شماره ۳، صص ۸۵-۶۵.
۱۷. شریف، فرخنده و فریبا و داد، (۱۳۸۶)، ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز، فصلنامه پرستاری ایران، سال بیستم، شماره ۵۱، پاییز ۱۳۸۶، صص ۶۹-۶۱
۱۸. صالحی، لیلی، سلیمانی زاده، لاله، باقری‌یزدی، سید عباس و عباس عباس زاده، (۱۳۸۶)، رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۱، صص ۵۶-۵۰.



۱۹. طیبی، جواد، (۱۳۸۴)، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار در سال ۱۸۳، مجله دانشکده‌ی علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار، سال دوازدهم، شماره ۴، صص ۳۴-۴۱.
۲۰. فرحبخش، سعید، غلامرضایی، سیمین و ایرج نیکبایی، (۱۳۸۶)، بررسی سلامت روانی دانشجویان در رابطه با عوامل تحصیلی، فصلنامه اصول سلامت روانی، سال هشتم، شماره ۳۳ و ۳۴، صص ۶۱-۶۶.
۲۱. گل‌پرور، محسن و سارا جوادی، (۱۳۸۵)، الگوی ارتباطی بین باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران با شاخص‌های سلامت روانی: الگوی معادلات ساختاری، فصلنامه اصول سلامت روانی، سال هشتم، پاییز و زمستان ۱۳۸۵، شماره سی و یکم و سی و دوم، صص ۱۰۹-۱۲۲.
۲۲. گنجی، حمزه، (۱۳۸۲)، سلامت روانی، انتشارات ارسباران، تهران.
۲۳. گیلدنز، آنتونی، (۱۳۸۵)، تجدد و تشخیص، جامعه و هویت شخصی در عصر جدید، ترجمه‌ی ناصر موفقیان، نشر نی، تهران.
۲۴. مزلو، ابراهام اچ، (۱۳۸۱)، زندگی در اینجا و اکنون، هنر زندگی متعالی، ترجمه میهن میلانی، انتشارات فرا روان، تهران.
۲۵. معتمدین، مختار. سهرابی، فریبا. فتحی آذر، اسکندر و صادق ملکی، (۱۳۸۷)، مقایسه سلامت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، شماره سی و پنجم و سی و هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۷، صص ۱۵۲-۱۲۳.

26. CMHA.(1996). "Preamble to policy statement on cross – cultural mental health". **Canadian Mental Health Association** <<http://www.icomm.ca/cmhacan/policy/pollo.htm>>.

27. Cook, Nathan. E, Trevor H. Barese and Frank Dicaldo (2010). The Confluence of Mental Health and Psychopathic Traits in Adolescent Female Offenders, **Criminal Justice and Behavior**, Vol. 37 N. 1, PP.119-135.

28. Del Pilar, Jose A (2008). Mental Health and Latino/a College Students : A Psychological Perspective and New Findings, **Journal of Hispanic Higher Education**, Vol.8, N.3, PP.263-281.

29. Dunn, Marianne. G and Karen M. O'Brien (2009) Psychological Health and Meaning in Life, Stress, Social Support, and Religious Coping in Latina/Latino Immigrants, **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, Vol.31, N.2, PP.204-227.

30. J.S. Bell, S.E. Aaltonen, M.S. Airaksinen, D. Volmer, M.S. Gharat, R. Muceniece, A. Vitola, V. Foulon, F.A. Desplenter and T.F. Chen (2010). Determinants of Mental Health Stigma Among Pharmacy Students in Australia, Belgium, Estonia, Finland, India and Latvia, **International Journal of Social Psychiatry**, Vol 56, N.1, PP3-14

31. Kartalova, Yulia -O'Doherty and Donna Tedstone Doherty (2010). Recovering from mental health problems: Perceived positive and negative effects of medication on reconnecting with life, **International Journal of Social Psychiatry**, Vol.2, N.1, PP.1-9.

32. Koshy, T.K. (1985). **Revision Notes on Psychiatry**. 3ed, Bangalore MacMillan: India Limits.

33. Meadows.O. Sarah(2010). The Association Between Perceptions of Social Support and Maternal Mental Health: A Cumulative Perspective, **Journal of family issues**, Vol2, PP.1-28

34. Mofidi, N. Ghazinoor, M, M. Rastea, Jacobsson. L. & J. Richter (2008). General Mental Health, Quality OF Life and Suicide Related Attitudes Among Kurdish People in Iran, **International Journal of Social Psychiatry**, Vol.54, N.5, PP.457-468

35. Mosher, Catherine E. and Sharon Danoff-Burg (2010). Indoor tanning, mental health, and substance use among college students: The significance of gender, **Journal of Health Psychology**, Vol.2, N.1, PP.1-9.

36. Myers, Pat, Keet, Nelleke, Winkler, Gunter & Alan J. Flisher (2010). Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint, **International Journal of Social Psychiatry**, Vol.56, N.1, PP.60-73.

37. Ojeda, Victoria. D and Saram. Bergstresser (2008), Gender, Race-Ethnicity, and Psychosocial Barriers to Mental Health Care: An Examination of Perceptions and Attitudes among Adults Reporting Unmet Need, **Journal of Health and Social Behavior**, Vol. 79 N.2. PP.317-334.

38. Snyder, C.R, Shane J. Lopez (2002). **Handbook of Positive Psychology**, USA: Oxford University Press.

39. Wagner, Shannon. L, McFee, Juanita. A. and Crystal A. Martin (2010). Mental Health Implications of Fire Service Membership, **Traumatology**, Vol.16, n.2, pp.26-32.

40. Wareham, Jennifer and Denise Paquette Boots (2010). Gender Differences in Mental Health Problems and Violence Among Chicago Youth, **Youth Violence and Juvenile Justice**, Vol.3, N.2, PP.1-20.

41. Watkins, Daphne C, Walker, Rheeda L. and Derek M. Griffith (2009). A Meta-Study of Black Male Mental Health and Well-Being, **Journal of Black Psychology**, Vol.36, N.3, PP.303-330.

42. Wentis, L.W (1995). The Relationship between Religious and Mental Health, **Journal of Social Issue**, Vol.51, N.2, PP.33-48.

43. William Li, Ho Cheung, Siu Long Polly Chan, Oi Kwan Joyce Chung (2010). Relationships among Mental Health, Self-esteem and Physical Health in Chinese Adolescents, An Exploratory Study, **Journal of Health Psychology**, Vol, 15, N.1

44. Wilson, Alexander M. Catherine Deri Armstrong, Adele Furrie and Elizabeth WalcotJ Learn Disabil (2009), The Mental Health of Canadians With Self-Reported Learning Disabilities, **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 42, N.1, pp.24-40.

45. World Health Organization (2004). **Women's Mental Health: An Evidence Based Review of World**, Geneva.

46. Ybrandt, Helene and Kerstin Armelius (2010). Peer Aggression and Mental Health Problems, Self-Esteem as a Mediator, **School Psychology International**, Vol.31, N.2. PP.146-163.

