

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی

۷۹-۷۸ دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** سید ابراهیم موسوی (M.Sc) * سید گمزه حسینی (M.D.)

چکیده

سابقه و هدف : ورود به دانشگاه منجر به تغییرات عمده‌ای در زندگی فرد می‌شود و مقطع بسیار حساسی به شمار می‌رود. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی توانم بوده و می‌تواند عملکرد و سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. بر این اساس، در پژوهش حاضر وضعیت سلامت روانی پذیرفته شدگان ورودی سال تحصیلی ۷۹-۷۸ دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها : این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی و بر روی کلیه دانشجویان پذیرفته شده سال تحصیلی

۷۹-۷۸ انجام گرفته است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌های مشخصات فردی و R-SCL-90 بوده است.

نتایج : یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهند که پذیرفته شدگان به ترتیب از علایمی مانند افکار پارانویید (۵۵/۴ درصد)، افسردگی (۴۴/۳ درصد)، حساسیت در روابط متقابل (۷/۰ درصد)، وسوس (۷/۰ درصد)، و اضطراب (۳۲ درصد) رنج می‌برند. همچنین نتایج، تفاوت معنی داری را بین سلامت روانی با متغیرهای جنسیت، تأهل، رشته تحصیلی، محل سکونت فعلی، استقلال اقتصادی، نیاز به مشاوره، و علاقه مندی به رشته تحصیلی، حداقل در برخی از ابعاد آزمون، نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده، ۵۱/۸ درصد از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی هستند که این میزان در دختران، ۵/۶ درصد و در پسران ۱/۵ درصد است.

استنتاج : با توجه به نتایج پژوهش و افزایش مشکلات روانی و میزان موارد مشکوک به اختلال روانی در دانشجویان نسبت به یافته‌های پژوهش‌های قبلی، توجه بیشتر مسؤولین جهت حل مشکلات بهداشت روانی دانشجویان و فعال سازی مرکز مشاوره دانشجویی ضروری به نظر می‌رسد. انجام برنامه ریزی‌های جامع به منظور ارایه خدمات مشاوره و روانپزشکی و اجرای برنامه‌های منظم و مستمر آموزش بهداشت روانی می‌تواند در جهت ارتقاء سلامت روانی دانشجویان به ویژه در مراحل اولیه تحصیل مفید باشد.

واژه‌های کلیدی : سلامت روانی، دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

✉ ساری-جاده نکاء-بیمارستان زارع-درمانگاه اعصاب و روان

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه

سلامت روانی دانشجویان می توان به پژوهش باقري يزدی و همکاران (۱۳۷۴) اشاره کرد^(۳). در اين پژوهش GHQ-12 بر روي ۲۳۲۱ دانشجو انجام گرفت، مشخص گردید که ۳۰ درصد از دانشجویان احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸ درصد از تحت استرس بودن شکایت داشتند. از ديگر يافته های پژوهش مشاهده تفاوت سلامت روانی بين دانشجویان بومی و غير بومی و دانشجویان علاقه مند به رشته قبولی و غير علاقه مند به رشته قبولی بوده است. همچنین ويتأليانو و همکاران (۱۹۸۸) ۳۱۲ دانشجوی پژشكی ورودی دانشکده پژشكی واشنگتن را در بد و ورود به دانشگاه و يكساي قبل از فراغت از تحصيل با استفاده از SCL-90-R مورد مطالعه قرار دادند.^(۴) نتایج حاصله نشان داد که دانشجویان در پس آزمون از نظر سلامت روانی در وضعیت نامساعدتری نسبت به پیش آزمون قرار داشتند. در پژوهش ديگري که توسط واقعی (۱۳۷۶) صورت گفت، ۱۳۱ نفر از دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۷-۷۶ در زمان ثبت نام به صورت انفرادي مورد مصاحبه و آزمون شخصیتی و و دورث قرار گرفتند^(۵). نتایج اين بررسی مشخص کرد که ۲۳/۵ درصد از دانشجویان حداقل يکی از اختلالات را داشتند، نتایج ارتباط کاملاً معنی داري را بين تحصيلات والدين و برخی اختلالات نشان داد.

در پژوهش ديگري که توسط يعقوبي (۱۳۷۷) انجام شد، ۵۳۶ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پژشكی گیلان از نظر سلامت روانی با استفاده از پرسشنامه SQR مورد ارزیابی قرار گرفتند^(۶). نتایج تفاوت معنی داري را بين سلامت روانی با متغیرهای سن، جنس، تأهل، سهمیه قبولی، علاقه مندی به رشته تحصیلی، محل سکونت، و سابقه خانوادگی بیماری روانپژشكی، نشان داد. همچنین در اين بررسی مشخص گردید که ۳۰ تا ۵۰ درصد دانشجویان

در فرآيند رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع، نیروی انسانی نقش اساسی و تعیین کننده ای دارد. امروزه صاحب نظران بر اين باورند که يکی از دلایل مهم توسعه کشورهای پیشرفته توجه و اهتمام دولت های آنها در تربیت نیروی انسانی خلاق و مؤثر می باشد. دانشجویان، نیروی انسانی برگزیده از نظر استعداد، خلاقیت و پشتکار و منابع معنوی هر جامعه و سازندگان فردای کشور خویش هستند. انتظار می رود اين گروه در سایه سرمایه گذاری های کلانی که از آموزش و پرورش تا دانشگاه صرف آنان می شود، بتوانند افرادی توانا، مفید و مؤثر برای کشور باشند. اما واقعیت انکارناپذیر این است که این سرمایه گذاری ها بدون توجه به بهداشت روانی جامعه به ویژه دانشجویان نمی تواند تأمین کننده آن انتظارات باشد.

توجه به اين نکته از اين نظر اهمیت دارد که ورود به دانشگاه تغیير عمده ای در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به وجود می آورد و مقطعی بسیار حساس به شمار می رود. در این دوره، فرد با تغیيرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی روبه رومی شود. در كنار این تغیيرات باید به انتظارات و نقش های جدیدی اشاره نمود که همزمان با ورود به دانشگاه شکل می گیرد. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی تؤمن بوده، عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (رتک، ۱۹۹۰). آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بد و ورود، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته قبولی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی، و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی، از جمله شرایطی هستند که می توانند موجبات مشکلات و ناراحتی های روانی و افت عملکرد را موجب شوند (لی، ۱۹۸۹).^(۷)

در مروری بر پژوهش های قبلی در زمینه بررسی

اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس های مرضی، افکار پارانویید، و روان پریشی را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره گذاری و تعبیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی عالیم مرضی GSI، معیار ضریب ناراحتی PSDI و جمع عالیم مرضی PSI صورت می گیرد. پایایی و روایی این آزمون قبلًاً توسط میرزایی در سال ۱۳۵۹ و سپس توسط باقری یزدی در سال ۱۳۷۳ مورد تأیید قرار گرفته است (۸،۹). در مطالعه یادشده پایایی بازآزمایی ($\alpha=0.97$) و در مقایسه با مصاحبه روانپزشکی بر اساس ملاکهای DSM III-R دارای حساسیت ۰.۹۴ و ویژگی ۰.۹۸ بوده است. در این ابزار برمبنای بررسی انجام شده توسط نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) نقطه برش بر اساس GSI ۰.۷ می باشد. در این پژوهش نیز افرادی به عنوان مشکوک به اختلال روانی تلقی می شوند که نمره ضریب کلی عالیم مرضی (GSI) آنها بالاتر از ۰.۷ باشد.

جهت ارزیابی و تفسیر یافته ها و آزمون فرضیه های آماری از روش های آمار توصیفی و استباطی شامل مقایسه میانگین ها، تحلیل واریانس یک طرفه ANOVA و آزمون شفه استفاده شد. ضمناً کلیه محاسبات آماری با استفاده از برنامه رایانه ای SPSS انجام گردید.

نتایج

اطلاعات به دست آمده نشان می دهد که از مجموع ۲۷۹ دانشجوی موردنبررسی، ۸۲ نفر پسر و ۱۹۷ نفر دختر می باشد. ۱۵/۵ درصد از آنها بومی شهرستان ساری، ۴۸ درصد بومی استان و ۳۶/۵ درصد غیر بومی بوده اند. ۵۸/۶ درصد از پذیرفته شدگان کمتر از ۲۰ سال، ۳۹ درصد ۲۵-۲۰ و ۲۲ درصد آنها نیزیش از ۲۵ سال سن داشته اند. ۹۲ درصد این دانشجویان مجرد و بقیه متاهل بوده اند. ۱۲ درصد از دانشجویان موردن بررسی در رشته پزشکی، ۸ درصد در رشته داروسازی، ۲۷ درصد در رشته بهداشت، ۱۲ درصد در رشته مامایی، ۶ درصد در رشته پرستاری و

از برخی عالیم روانپزشکی رنج می برند و ۱۸/۳ درصد از این دانشجویان مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند. با توجه به اهمیت تأمین سلامت روانی دانشجویان و بررسی های انجام شده، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان در بد و ورود و مقایسه سلامت روانی آنها بر حسب متغیرهای مختلف پژوهش و نیز مشخص نمودن افراد آسیب پذیر و مشکوک به اختلال روانی، انجام گرفت.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی است. آزمودنی های این پژوهش را کلیه پذیرفته شدگان سال تحصیلی ۷۹-۷۸ دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکیل می دادند که در دی ماه سال ۷۸ در محل کلاس مورد ارزیابی قرار گرفتند. تعداد ۲۷۹ نفر از دانشجویان پذیرفته شده که در کلاس ها حضور داشتند، پرسشنامه های مربوطه را به طور کامل تکمیل نمودند.

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات فردی، که متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، سهمیه قبولی، دفعات شرکت در کنکور، محل سکونت فعلی و قبلی، میزان علاقه مندی به رشته تحصیلی، و عده ترین مشکلات را مورد ارزیابی قرار می دهد، و همچنین پرسشنامه SCL-90-R به منظور ارزیابی میزان سلامت روانی بوده است.

پرسشنامه SCL-90-R¹ برای اولین بار توسط دراگوتیس، لیمن و کووی (۱۹۷۳) معرفی و سپس بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفت (۷). این آزمون به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات روانی در موقعیت های مختلف به کار گرفته شده است. این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسوس و

1. Symptom Check List- 90- Revised

(۱۲/۵ درصد)، مشکلات عاطفی (۱۲/۵ درصد)، مشکل در برقراری ارتباط با دیگران (۱۱/۲۵ درصد)، مشکلات مالی (۱۰/۸ درصد)، و مشکلات تحصیلی (۱۰/۵ درصد) و بقیه مربوط به سایر مشکلات بوده است. همچنین در این بررسی، ۳۵ درصد از پذیرفته شدگان تمايل و احساس نیاز برای مراجعته به مراکز مشاوره و روانپژوهی را داشته اند و ۶۰/۴ درصد از آنها تمايل خود را برای شرکت در دوره های آموزشی در زمینه بهداشت روانی زياد تا خيلي زياد ابراز نمودند.

نتایج به دست آمده از بررسی پاسخ دانشجویان به آزمون SCL-90-R نشان می دهد که ۵۱/۸ درصد آنها مشکوک به اختلال روانی می باشند و به ترتیب از علایمی مانند افکار پارانوییدی، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، وسوسات، و اضطراب رنج می برند.

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، تقریباً در کلیه ابعاد میانگین نمره دختران بالاتر از پسران است. میزان α محاسبه شده در هر یک از ابعاد آزمون نشان داد که در نمره کل پذیرفته شدگان زن و مرد تقاضا معنی داری وجود ندارد اما تفاوت میانگین نمره ترس مرضی ($p = .0008$)، افسردگی ($p = .002$) و اضطراب ($p = .018$) در دو گروه از لحاظ آماری معنی دار است.

۳۵ درصد در رشته های پیروزشکی تحصیل می نمایند. از نظر وضعیت مسکن، ۵۵/۶ درصد در خوابگاه، ۱۲ درصد در منزل اجاره ای، ۳ درصد در منزل شخصی، و ۲۹ درصد در منزل پدری زندگی می کنند.

از لحاظ تعداد دفعات شرکت در کنکور، ۲۸ درصد در اولین بار، ۵۹ درصد بعد از ۲ بار، ۱۲ درصد بعد از ۳ بار و ۱ درصد پس از ۴ بار و بیشتر، به دانشگاه راه یافتد. ۸۶/۵ درصد سهمیه آزاد، ۱۰ درصد سهمیه مناطق محروم، ۱ درصد سهمیه رزمندگان، و ۲/۵ درصد سهمیه خانواده شهدا و جانبازان را تشکیل می دهند.

در این مطالعه، ۴ درصد از دانشجویان نسبت به رشته تحصیلی خود علاقه مندی خيلي کم، ۳۲ درصد کم، ۶۴ درصد زياد، و ۱۸ درصد خيلي زياد داشتند. همچنین ۵۳ درصد از پذیرفته شدگان انتخاب رشته تحصیلی خود را بر اساس علاقه و انگيزه شخصی، ۴۶ درصد فقط بنا به توصیه والدین، و ۴۳ درصد بدون انگيزه قبلی و سایر موارد ذکر نمودند.

نتایج به دست آمده از این بررسی در خصوص عمدۀ ترین مشکلات مطرح شده توسط پذیرفته شدگان در بدو ورود به ترتیب مشکلات مربوط به دوری از خانواده (۲۷ درصد)، سازگاری با محیط دانشگاه

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره های دانشجویان در آزمون SCL-90-R بر حسب جنسیت

كل		زن		مرد		جنسیت SCL-90-R	ابعاد
S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M		
.۶۱	.۷۳	.۰۹	.۷۶	.۶۳	.۶۶	شکایات جسمانی	
.۷۲	.۹۵	.۰۱	.۹۹	.۷۲	.۸۶	وسوسات	
.۷۴	۱/۰۱	.۰۰	۱/۰۴	.۸۱	.۹۳	حساسیت در روابط متقابل	
.۷۵	۱/۰۳	.۰۶	۱/۱۶	.۶۷	.۸۲	افسردگی	
.۷۰	.۸۴	.۰۰	.۹۰	.۶۹	.۶۸	اضطراب	
.۶۲	.۸۳	.۰۶	.۸۷	.۶۲	.۷۳	پرخاشگری	
.۵۰	.۴۲	.۰۲	.۴۷	.۴۱	.۳۰	ترس مرضی	
.۸۴	۱/۳۱	.۰۸	۱/۳۵	.۷۸	۱/۲۲	افکار پارانوییدی	
.۶۹	.۶۹	.۰۶	.۷۰	.۶۶	.۶۷	روان پریشی	
.۵۶	.۸۵	.۰۵	.۸۹	.۵۸	.۷۶	کل (GSI)	

* M: میانگین ؛ S.D.: انحراف معیار

تحصیلی تفاوت معنی داری را نشان نداد و تنها تفاوت در بُعد شکایات جسمانی ($p=0.05$) و ترس مرضی ($p=0.005$) از نظر آماری معنی دار است. آزمون شفه تفاوت معنی داری رادرسطح کمتر از ۰.۵ از نظر میانگین خردۀ مقیاس‌های یادشده بین هیچ دو گروهی نشان نداد.

اطلاعات جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان را در آزمون بر حسب رشته تحصیلی نشان می‌دهد. هر چند میانگین نمرات رشته پیراپزشکی و مامایی به طور قابل توجهی بالاتر از سایر رشته‌ها است اما نتایج تحلیل واریانس نمره کل آزمون بر حسب رشته

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های ابعاد مختلف آزمون SCL90-R بر حسب رشته تحصیلی

پیراپزشکی		کاردانی بهداشت		پرستاری		مامایی		کارشناسی بهداشت		داروسازی		پزشکی		رشته تحصیلی	
S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M		ابعاد
۰/۶۴	۰/۸۳	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۵۱	۰/۶۹	۰/۷۰	۰/۹۳	۰/۲۲	۰/۳۲	۰/۴۸	۰/۵۸	۰/۶۹	۰/۶۴	شکایات جسمانی	
۰/۸۲	۱/۰۴	۰/۶۸	۰/۹۱	۰/۶۶	۰/۷۹	۰/۷۱	۱/۱۱	۰/۱۷	۰/۴۴	۰/۶۹	۱/۰۲	۰/۵۵	۰/۷۸	وسواس	
۰/۸۱	۱/۰۹	۰/۶۷	۱/۰۰	۰/۶۵	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۹۸	۰/۵۷	۰/۵۸	۰/۹۷	۱/۰۹	۰/۶۷	۰/۹۵	حساسیت در روابط متقابل	
۰/۸۳	۱/۱۴	۰/۶۵	۰/۹۹	۰/۴۰	۰/۶۸	۰/۷۴	۱/۱۸	۰/۵۴	۰/۵۶	۰/۷۲	۰/۹۵	۰/۷۹	۰/۹۹	افسردگی	
۰/۷۴	۰/۹۱	۰/۸۳	۰/۶۷	۰/۷۲	۰/۶۹	۰/۶۱	۰/۹۲	۰/۲۶	۰/۳۹	۰/۶۸	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۸۳	اضطراب	
۰/۶۷	۰/۸۹	۰/۵۹	۰/۷۸	۰/۴۵	۰/۵۰	۰/۶۰	۰/۸۴	۰/۲۲	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۹۵	پرخاشگری	
۰/۶۰	۰/۵۵	۰/۴۲	۰/۳۶	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۴۶	۰/۴۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۳۰	۰/۲۷	۰/۴۷	۰/۳۴	trs مرضی	
۰/۹۱	۱/۳۸	۰/۷۹	۱/۲۲	۰/۷۵	۱/۰۳	۰/۸۳	۱/۴۹	۰/۵۲	۰/۶۹	۰/۶۳	۱/۲۸	۰/۹۲	۱/۴۶	افکار پارانوییدی	
۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۶۸	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۵۸	۰/۶۲	۰/۵۷	۰/۵۵	روان پریشی	
۰/۶۳	۰/۹۵	۰/۵۱	۰/۸۱	۰/۴۷	۰/۷۰	۰/۵۴	۰/۹۴	۰/۲۵	۰/۴۰	۰/۵۲	۰/۷۸	۰/۵۳	۰/۷۹	(GSI)	

* M: میانگین ؛ S.D.: انحراف معیار

می‌دهد که میانگین نمره کل آزمون و همچنین میانگین نمرات در ابعاد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، ترس مرضی، وسواس، و روان پریشی دانشجویان بر حسب میزان علاقه مندی در سطح کمتر از یک درصد

در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌های ابعاد مختلف SCL-90-R در پذیرفته شدگان بر حسب میزان علاقه مندی به رشته تحصیلی ارایه شده است. نتایج تحلیل واریانس و بررسی آزمون F نشان

تفاوت ها معنی دار بود.

و در بُعد پرخاشگری، افکار پارانوییدی، شکایات جسمانی، و اضطراب در سطح کمتر از پنج درصد،

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف آزمون SCL-90-R بر حسب میزان علاقه مندی به رشته تحصیلی

خیلی زیاد		زیاد		کم		خیلی کم		میزان علاقه مندی به رشته تحصیلی	اع Vad SCL-90-R
S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M		
۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۵۷	۰/۶۷	۰/۵۴	۰/۸۵	۱/۱۱	۱/۱۷	شکایات جسمانی	
۰/۶۲	۰/۷۲	۰/۶۹	۰/۸۹	۰/۷۲	۱/۱۰	۱/۰۵	۱/۴۳	وسواس	
۰/۵۷	۰/۶۵	۰/۷۵	۰/۹۹	۰/۶۵	۱/۱۶	۱/۱۷	۱/۵۰	حساسیت در روابط متقابل	
۰/۶۹	۰/۷۹	۰/۷۰	۰/۹۵	۰/۷۵	۱/۱۸	۰/۹۷	۱/۶۵	افسردگی	
۰/۷۱	۰/۷۱	۰/۶۸	۰/۷۷	۰/۶۲	۰/۹۵	۱/۰۵	۱/۳۵	اضطراب	
۰/۶۲	۰/۶۶	۰/۵۸	۰/۷۷	۰/۶۴	۰/۹۴	۰/۷۲	۱/۲۳	پرخاشگری	
۰/۳۸	۰/۲۹	۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۸۳	۰/۹۳	ترس مرضی	
۰/۷۹	۱/۱۵	۰/۸۰	۱/۲۱	۰/۸۷	۱/۴۸	۱/۰۶	۱/۸۰	افکار پارانوییدی	
۰/۴۸	۰/۴۵	۰/۶۱	۰/۶۵	۰/۸۱	۰/۸۳	۰/۹۰	۱/۰۸	روان پریشی	
۰/۵۱	۰/۶۷	۰/۵۳	۰/۸۰	۰/۵۴	۰/۹۶	۰/۸۸	۱/۳۳	کل (GSI)	

* M: میانگین ؛ S.D.: انحراف معیار

اما انجام آزمون F تفاوت معنی داری را در هیچ یک از ابعاد آزمون نشان نمی دهد.
بررسی نتایج میانگین نمرات پذیرفته شدگان بر حسب شغل و تحصیلات پدر و مادر نشان داد که بین میانگین نمرات دانشجویان بر حسب شغل مادر و نیز شغل پدر در هیچ یک از ابعاد آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد. تفاوت بین میانگین نمرات دانشجویان در بُعد روان پریشی بر حسب تحصیلات پدر ($p=0/۰۳۸$) و تفاوت بین میانگین نمرات دانشجویان در بُعد حساسیت در روابط متقابل ($p=0/۰۲۵$), افسردگی($p=0/۰۲۴$), روان پریشی ($p=0/۰۳۳$), و ترس مرضی ($p=0/۰۴۳$) بر حسب تحصیلات مادر در سطح کمتر از ۵ درصد معنی دار است. بدین معنی که دانشجویانی که پدر و

همچنین بررسی آزمون F میانگین نمرات پذیرفته شدگان بر حسب محل سکونت قبلی نشان داد که در نمره کل آزمون تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود ندارد اما تفاوت میانگین نمره پرخاشگری ($p=0/۰۱۷$) و شکایات جسمانی ($p=0/۰۳۷$) بین دانشجویان بومی (شهرستان ساری و استانی) و غیربومی از نظر آماری در سطح کمتر از ۵ درصد معنی دار است. عامل دیگری که در این پژوهش بررسی شد، وضعیت مسکن پذیرفته شدگان بود. هر چند میانگین نمره کل آزمون و میانگین نمرات در بُعد شکایات جسمانی و افسردگی دانشجویان ساکن خوابگاه در مقایسه با دانشجویان ساکن منزل اجاره ای، منزل شخصی، و منزل پدری به طور قابل توجهی بالاتر است

واقعی هماهنگ است^(۳). از طرفی تفاوت معنی دار نمرات پذیرفته شدگان دختر در برخی از ابعاد آزمون با اکثر نتایج به دست آمده در ادبیات پژوهشی روانپژوهشی در مورد تفاوت‌های جنسیتی و بالاتر بودن میزان شیوع برخی اختلالات روانی در زنان همخوانی دارد^(۱۳).

نتایج این بررسی در موردنلامت روانی دانشجویان بومی و غیربومی بایافته‌های به دست آمده توسط یعقوبی^(۶) هماهنگ است^(۶). اما با یافته‌های پژوهشگرانی^(۱۳۷۷) است که دانشجویان دانشگاه‌های تهران را مورد بررسی قرار داده اند (فلاحی، ۱۳۷۲؛ کافی، ۱۳۷۷؛ باقری و همکاران، ۱۳۷۴). آنها نشان دادند که دانشجویان بومی (تهرانی) از سلامت روانی بیشتری در مقایسه با دانشجویان غیر بومی (شهرستانی) برخوردارند. در پژوهش حاضر رابطه معنی داری بین بومی بودن و سلامت روانی به طور کلی به دست نیامد (جدول شماره ۳)، هرچند تفاوت میانگین نمره پرخاشگری و شکایات جسمانی در دانشجویان بر اساس این متغیر معنی دار بود و دانشجویان غیر بومی نمره بیشتری در این ابعاد به دست آوردن. بدیهی است که پذیرش در دانشگاه برای دانشجویان غیر بومی با دوری از خانواده، دوستان و آشنایان همراه است و متضمن سازگاری مجدد با تغیرات حاصله در زندگی جدید است (لی، ۱۹۸۹) اما در مقایسه با دانشجویان تهرانی باید گفت که زندگی در شهری مانند تهران مشکلات و استرسورهای بسیار بیشتری برای یک دانشجوی شهرستانی ایجاد خواهد کرد تا زندگی در شهری مانند ساری.

عامل دیگری که در این پژوهش بررسی شد، رابطه بین سلامت روانی و رشته تحصیلی در ابتدای تحصیل بود (جدول شماره ۲). نتایج تحلیل واریانس نبود رابطه بین این دو متغیر را در ابتدای تحصیل نشان داده و

مادری با تحصیلات پایین تر دارند نمرات بیشتری در این ابعاد به دست آورده اند.

بررسی آزمون α بین میانگین نمره کل دانشجویان مجرد در مقایسه با متاهل تفاوت معنی داری را نشان نداد اماميانگین نمره دانشجویان مجرد در مقایسه با متأهل در بُعد وسوس (p=۰/۰۲۷) در سطح کمتر از ۵درصد معنی دار بوده است. انجام آزمون α بر روی میانگین نمرات آزمون پذیرفته شدگان برحسب وضعیت اقتصادی (وابسته به خانواده یا مستقل از خانواده) فقط در بُعد پرخاشگری (p=۰/۰۴۴) و روان پریشی (p=۰/۰۴۵) در سطح کمتر از ۵درصد معنی دار بوده است. همچنین بررسی تفاوت میانگین نمرات دانشجویانی که احساس نیازبرای مراجعته به مرکز مشاوره و روانپژوهشی را داشتند با دانشجویانی که این احساس نیاز را نداشتند در کلیه ابعاد آزمون در سطح کمتر از ۱درصد معنی دار بوده است. علاوه بر این، در این پژوهش بین میانگین نمرات پذیرفته شدگان برحسب سهمیه قبولی، گروه‌های سنی، اشتغال در حین تحصیل، دفعات شرکت در کنکور، و معدل دیپلم بالاتر از ۱۵ و کمتر از ۱۵ ، تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

بحث

مقایسه سلامت روانی پذیرفته شدگان دختر و پسر در آغاز سال تحصیلی نشان داد که بین میانگین نمره کل آزمون دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد هر چند تقریباً در کلیه ابعاد میانگین نمره دختران بالاتر از پسران دانشجو بود، اما فقط در ابعاد ترس مرضی، افسردگی، و اضطراب تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است. این یافته که بین سلامت روانی دانشجویان پذیرفته شده دختر و پسر در مجموع تفاوت معنی داری وجود ندارد با یافته‌های به دست آمده توسط لوید و گارتل، باهار و همکاران، باقری، بوالهی و پیروی و

مریبوط به اختلالات انطباق یا سازگاری داشت. در صورتی که شایع ترین اختلالات در بین پذیرفته شدگان را اختلالات مربوط به سازگاری با شرایط و محیط جدید (ورود به دانشگاه) و نه لزوماً اختلالات عمدۀ روانپژوهشکی تلقی نماییم، این واقعیت نشان دهنده وجود نقایصی در کسب و به کارگیری مهارت‌های اجتماعی در پذیرفته شدگان و عدم آمادگی آنان برای ورود به محیط‌های دانشگاهی و مقابله مؤثر با استرس‌های موقعیتی است. یافته‌های به دست آمده در خصوص عمدۀ ترین مشکلات پذیرفته شدگان نیز مؤید این مطلب است. همان‌طوری که اشاره شددراین نظرسنجی عمدۀ ترین مشکلات پذیرفته شدگان به ترتیب دوری از خانواده، سازگاری با محیط دانشگاه، مشکلات مربوط به برقراری ارتباط با دیگران، مشکلات عاطفی و تحصیلی عنوان گردید. در ضمن بالا بودن نمرات دانشجویان در مقیاس افکار پارانوییدی در کنار سایر علایم شایع، احتمالاً بازتابی از بی اعتمادی و عدم احساس امنیت است که از علایم اختلالات انطباقی است و نیز آن را می‌توان به نوعی نگرش منفی و بدینی که در افسردگی وجود دارد، تعییر کرد.

به منظور تعیین میزان مواردمشکوک به اختلال روانی با توجه به بررسی نوربالا و همکاران^(۹)، دانشجویانی که نمره آنها در مقیاس GSI بالاتر از ۰/۷ بود به عنوان موارد مشکوک در نظر گرفته شدند. از تعداد کل پذیرفته شدگان، ۵۱/۸ درصد مشکوک به اختلال روانی بودند. این میزان در دختران ۵۶/۵ درصد و در پسران ۴۱/۵ درصد بوده است. این یافته در بررسی واقعی ۲۳/۵ درصد و در بررسی باقری و همکاران ۱۶/۵ درصد و در بررسی یعقوبی^۳ ۱۸/۳ درصد و در پژوهش معتمدی و همکاران^(۱۳) ۲۸/۲ درصد بوده است. همان‌طوری که مشاهده می‌شود یافته به دست آمده در این بررسی بسیار

تنها در بعد ترس مرضی و شکایات جسمانی تفاوت معنی دار بود. این نتیجه در پژوهش کافی و همکاران^(۱۳۷۷) نیز به دست آمد^(۱۵).

مقایسه سلامت روانی پذیرفته شدگان بر اساس وضعیت تأهل آنها نیز نشان داد که بین پذیرفته شدگان مجرد و متأهل در آغاز تحصیل تفاوت معنی داری وجود ندارد که با یافته‌های به دست آمده توسط باقری یزدی و همکاران^(۱۳۷۴) و باهار و همکاران^(۱۹۹۲) مطابقت دارد. همچنین نتایج با در نظر گرفتن متغیر وضعیت تأهل نشان می‌دهند که دانشجویان متأهل به طور معنی داری در مقیاس وسوس نمره پایین تری داشته‌اند. این امر می‌تواند ناشی از بهره مندی حمایت اجتماعی و ایجاد ثبات بیشتر در وضعیت اجتماعی و روانی دانشجویان متأهل باشد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که علاقه به رشته تحصیلی تأثیرنیرومندی بر سلامت روانی دانشجویان بر جای می‌گذارد (جدول شماره^۴). به گونه‌ای که هر چه میزان علاقه دانشجویان به رشته تحصیلی بیشتر باشد به همان نسبت از سلامت روانی بهتری برخوردارند. این یافته با نتایجی که در پژوهش یعقوبی^(۱۳۷۷) و باقری یزدی و همکاران^(۱۳۷۴) به دست آمده، هماهنگی دارد. نکته مورد توجه دیگر در این پژوهش، شایع ترین علایم مشاهده شده در بین پذیرفته شدگان بود که به ترتیب عبارت بودند از: افکار پارانوییدی، افسردگی، وسوس، حساسیت در روابط متقابل، و اضطراب. این یافته با یافته‌های به دست آمده از اکثر پژوهش‌های مشابه^(۶،۵،۱۳،۱۲،۱۰) از نظر شایع بودن علایم افسردگی، اضطراب، وسوس، و حساسیت در روابط متقابل و با بررسی معتمدی و همکاران^(۱۳) و واقعی^(۱۰) از نظر شایع ترین علایم (افکار پارانوییدی) هماهنگ است. شایع ترین علایم مشاهده شده را می‌توان به نوعی

چقدر است، اما افزایش تعداد موارد مشکوک لزوم توجه بیشتر به بهداشت روانی جامعه به ویژه فعال تر نمودن مرکز مشاوره دانشجویی و انجام برنامه ریزی های جامع

به منظور ارایه خدمات مربوط به درمان های روانشناسی و مشاوره و نیز ضرورت تدوین و اجرای برنامه های آموزش بهداشت روان را آشکار می سازد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به خاطر تصویب و تأمین اعتبار پژوهش یاد شده، تشکر و قدردانی می شود. همچنین از همکاران ارجمند جناب آقای رحیم باقرزاده و سرکار خانم میترا اسدپور که در مراحل مختلف پژوهش به ویژه جمع آوری اطلاعات همکاری ارزنده ای داشتند، صمیمانه تشکر نموده و آرزوی توفيق روز افزاون برای ایشان می نماید.

1. Retteck SL. *Cultured difference and similarities in cognitive appraisals and emotional responses*. New school for social research: Dissertation abstract international. 1990.

2. Lapsley DL. Psychological separation and adjustment to college. J. *Counselling Psychology*. 1989; 36: 286- 294.

۳. باقری یزدی س.ع، بوالهی ج، بیروی ح، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۱۳۷۴، صفحات ۳۰-۴۰.

بالاتر از یافته های بررسی های مشابه است. در خصوص علت این تفاوت می توان به سه نکته اشاره نمود. یکی تفاوت در ابزارهای به کار گرفته شده به ویژه این که SCL-90-R با توجه به سؤالات و مقیاس های بیشتر، ابزار نسبتاً دقیق تری محسوب می شود. دومین عامل احتمالی، مربوط به نقطه برش در نظر گرفته شده و نحوه تعیین آن است. در اکثر بررسی های یاد شده نقطه برش بر مبنای میانگین به علاوه یک انحراف معیار تعیین شده است، که در هر صورت میزانی کمتر از ۲۵ درصد را به دست خواهد داد. در بررسی معتمدی و همکاران، با به کار گیری آزمون مشابه، نقطه برش به صورت فرضی ۱ در نظر گرفته شده است(۱۶). در حالی که در این پژوهش بر مبنای بررسی اعتباریابی نوریالا و همکاران ۰/۷ در نظر گرفته شده است. سومین عامل احتمالاً مربوط به زمان بررسی ها و افزایش روزافزون فشارهای مربوط به وضعیت اجتماعی و اقتصادی جامعه است. در مجموع گرچه این ارقام به مانند گویند که دقیقاً میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان در ابتدای تحصیل

فهرست منابع

4. Vitalino Peter, et al. A biopsychosocial model of medical distress. *Behavioural medicine*. 1988; 11: 311- 331.

۵. واقعی سعید: بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان، مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار، ۱۳۷۶، صفحات ۸۳-۸۸.

۶. یعقوبی حمید، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۳۷۷، ۴۱-۴۸.

7. Derogatis KR, Lipman RS, Covi L. SCL-90-AR outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psycho Pharmacology Bull*. 1973; 9: 13- 27.

۸. میرزایی رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون-SCL-90-R در ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۹، صفحات ۵۰-۵۳.
۹. باقری یزدی ع، بوالهری ج، شاه محمدی د، بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در جمعیت روستایی میبد یزد، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول شماره ۱، ۱۳۷۳، ۴۲-۴۱.
۱۰. نوربala احمدعلی، باقری ع، کاظم م، بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران، *مجله حکیم*، دوره دوم، شماره ۴، ۱۳۷۸.
۱۱. Lloyd G, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. *Comparison psychiatry*. 1994; 25: 552-585.
۱۲. Bahar E, et al. An epidemiological study of mental health in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1992; 85: 252- 263.
۱۳. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. William, Wilkins Company. 1998.
۱۴. فلاحتی م، بررسی میزان شیوع افسردگی دردانشجویان مقیم خوابگاه های دانشجویی دانشگاه های علوم پزشکی تهران، خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش های روانپزشکی و روانشناسی بالینی در ایران، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۲: ۷۲-۷۳.
۱۵. کافی س.م، بوالهری ج، پیروی ح، بررسی وضعیت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۱۳۷۷، صفحات ۵۹-۶۷.
۱۶. معتمدی س.ه، نیکیانی، تازری ه، تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان، *محله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ششم، شماره ۳، ۱۳۷۸، صفحات ۱۴۹-۱۵۶.