

بررسی و مقایسه سطح بهداشت روانی دانشجویان دختر و پسر دوره‌ها و رشته‌های تحصیلی متفاوت در دانشگاه‌های

بوعلی سینا و پیام‌نور

دکتر رسول کرد نوقابی *

فتانه درتاج **

فربیا درتاج ***

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین سطح بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا در مقطع کارشناسی و مقایسه آن با دانشجویان دانشگاه پیام‌نور همدان و کبودرآهنگ در همین مقطع تحصیلی بود. از جمله اهداف دیگر این پژوهش مقایسه سطح بهداشت روانی دانشجویان دختر و پسر و دانشجویان دوره‌های تحصیلی متفاوت (روزانه و شبانه) و دانشکده‌های متفاوت بود. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) به عنوان ابزار محاسبه سطح بهداشت روانی بر روی ۹۰۰ نفر از دانشجویان اجراء شد. با استخراج داده‌های حاصل از اجراء این پرسشنامه شاخص سطح بهداشت روانی و نیز چهار مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به دست آمد. این اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری t در گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که سطح بهداشت روانی دانشجویان دختر و پسر، دوره‌های تحصیلی متفاوت (روزانه، شبانه و پیام‌نور) و دانشکده‌های متفاوت، تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. با استفاده از نتایج این پژوهش، می‌توان کمبودها و نیازهای دانشجویان را در مورد برنامه‌های بهداشت روانی در بخش‌های مختلف تشخیص داد و مسیر پژوهش‌های آتی را در این خصوص مشخص کرد.

واژگان کلیدی: بهداشت روانی، دانشجوی، جنسیت، دوره تحصیلی، رشته تحصیلی.

* استادیار دانشگاه بوعلی سینا

** عضو هیئت علمی دانشگاه شهید باهنر کرمان

*** عضو هیئت علمی دانشگاه پیام‌نور کرمان

مقدمه

بهداشت روانی^۱ یا سلامت روان عبارت است از: قابلیت ایجاد روابط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و حل تضادها و تعارض‌ها به شیوه سازنده. این تعریف دو مفهوم را از سلامت روان باز می‌نماید: یکی عدم وجود بیماری یا اختلال و دیگری حالت بهزیستی. مفهوم اول، بر شناسایی عوامل خطر ساز و افراد در معرض خطر و مفهوم دوم، بر ارتقای سلامت افراد و عوامل محافظت‌کننده دلالت می‌کند عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده از مفاهیم بنیادین در علم پیشگیری هستند و پیشگیری مرکز ثقل فعالیت‌های بهداشت روانی است (کاتانو، ۱۹۹۱).

سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۴۷) سلامت را به عنوان حالتی از تندرستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند که به معنی فقدان بیماری و ناتوانی نیست (به نقل استراب^۳، ۲۰۰۲). به اعتقاد ادلین^۴ و همکاران (۲۰۰۰) سلامت شامل چند بعد است که عبارت‌اند از:

سلامت جسمانی^۵: سلامت بدنی است که به وسیله تغذیه صحیح، ورزش منظم، اجتناب از عادت‌های مضر، تصمیم‌گیری‌های مسئولانه و آگاهانه در مورد سلامت، جست و جوی مراقبت پزشکی هنگام نیاز و شرکت در فعالیت‌های کمک‌کننده به پیشگیری از بیماری حفظ می‌شود.

سلامت هیجانی^۶ که به درک هیجان‌ها و مقابله با مسائلی که از زندگی روزمره نشئت گرفته است، نیاز دارد. یک فرد دارای سلامت هیجانی قادر است، حالت شوخ‌طبعی خود را حفظ کند، احساسات خود را تشخیص دهد، به طور مناسب آنان را ابراز کند، برای رو به رو شدن با نیازهای هیجانی‌اش تلاش کند و مسئول رفتارش باشد.

سلامت هوش: داشتن یک ذهن باز به عقاید و مفاهیم جدید است. بنابراین، اگر

1. mental health
2. world Health organization
3. Straub
4. Edlin, G
5. Physical health
6. Emotional health

فردی از لحاظ هوشی سالم باشد، تجارب و چالش‌های جدید را جست و جو می‌کند. سلامت معنوی^۱: حالت هماهنگی با خود و دیگران و توانایی برای تعادل بین نیازهای درونی و تقاضاهای بقیه جهان است.

سلامت شغلی^۲: توانایی لذت بردن از کاری که برای امرار معاش انجام می‌شود و به معنای داشتن مهارت‌هایی مانند تفکر انتقادی، حل مسئله و برقراری ارتباط خوب با شرایط شغلی است.

سلامت اجتماعی^۳: به توانایی انجام نقش‌های اجتماعی به طور مؤثر و برقراری روابط مطلوب با دیگران اطلاق می‌شود.

در هر یک از مراحل زندگی، انسان ویژگی‌هایی دارد که با توجه به آنها برای افزایش سلامت روان اقدامات خاصی ضرورت پیدا می‌کند. مسلم است آنچه موجب تأمین سلامت روانی یک کودک می‌شود، تفاوت بسیاری با عوامل تأمین‌کننده سلامت روانی یک بزرگسال دارد. مثلاً برای یک دانش‌آموز در سن دبستان، فراهم آوردن شرایط مناسب تربیتی و استفاده مناسب از ظرفیت اطاعت‌پذیری کودک، بدون اعمال خشونت یا افراط در تحمیل خواسته‌ها، از عوامل مهم مؤثر در بهداشت روانی است اما برای تأمین سلامت روان یک دانشجو که در دوره نوجوانی و یا اوایل جوانی قرار دارد، باید نقش او را در خودسازی و شکل‌دهی هویت و حل بحران‌های گوناگونی که ناشی از تلاش او برای غلبه بر تعارض‌های مختلف زندگی است، در نظر گرفت. دانشگاه به عنوان ابزار انسان‌سازی مؤظف است در مورد بهداشت روانی دانشجویان حساس باشد و فضاهای آموزشی، فرهنگی، اجتماعی و رفاهی خود را طوری ترتیب دهد که رشد سلامت روانی دانشجویان را تسهیل کند.

عوامل متعددی سلامت روانی و به تبع آن پیشرفت تحصیلی دانشجویان را تهدید می‌کنند. این عوامل دو دسته هستند: دسته اول، عواملی را تشکیل می‌دهند که به قبل از ورود فرد به دانشگاه مربوط می‌شوند، نظیر وضع اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خانواده، شکل روابط خانوادگی و میزان پابندی فرد به آداب و سنت‌ها و دسته دوم،

-
1. Spiritual
 2. Occupational
 3. Social

شامل عواملی هستند که در اثر حضور فرد در محیط دانشگاه ایجاد می‌شوند؛ مانند: عدم آشنایی با مقررات و آیین‌نامه‌های آموزشی، عدم آشنایی با عنوان‌ها و سرفصل‌های دروس رشته‌های مختلف دانشگاهی، عدم تناسب سطح دشواری دروس با میزان توانایی‌ها و آمادگی‌های قبلی دانشجویان، داشتن مشکلات مالی در زمان تحصیل، مشکلات مربوط به محل زندگی از قبیل زندگی در خوابگاه و دور ماندن از کانون خانواده، عدم علاقه یا آشنایی به رشته تحصیلی و مشکلاتی در زمینه ازدواج (اسماعیلی، ۱۳۷۷).

دانشجویان، به ویژه آنانی که در اواخر دوران نوجوانی و اوایل دوره جوانی هستند و تازه وارد دانشگاه شده‌اند، به خاطر ماهیت انتقالی زندگی‌شان همواره در معرض فشار و استرس هستند و عوامل فشارزای بیشماری را تجربه می‌کنند (راس، ۱۹۹۹). این عوامل می‌توانند ترکیبی از محرک‌های درونی مانند هوش و شخصیت و عوامل بیرونی مانند عوامل فشارزای محیطی باشد. فشارها و تنش‌های مفرط در بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، بیکاری، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد، ترک تحصیل و در برخی موارد حتی خودکشی و دیگرکشی منجر می‌شود. بنابراین، آسیب‌پذیری قشر دانشجو در مقابل استرس‌ها و مشکلات مختلف می‌تواند باعث ابتلای آنان به انواع مشکلات روان‌شناختی و درهم ریختن سلامت روان آنان شود.

براساس تحقیقات مختلف (به عنوان مثال، راس، ۱۹۹۹ و پورشریفی، ۱۳۸۳) عمده‌ترین منابع استرس در بین دانشجویان عبارت‌اند از:

الف) مسائل بین‌فردی مانند تغییر در فعالیت‌های اجتماعی، تعارض با دیگران، داشتن مشکل سازشی با والدین.

ب) مسائل درون فردی شامل تغییر در عادات خواب، تغییر در عادات غذایی، مشکلات مالی، مسئولیت‌های جدید.

ج) مسائل محیطی مانند تعطیلات، تغییر در محیط زندگی، قرار گرفتن در موقعیت‌های ناآشنا.

د) مسائل تحصیلی شامل افزایش تکالیف درسی، تغییر انتظارات تحصیلی، ساعات طولانی مطالعه، نگرانی در باره نمره امتحانی.

کمپل و سونسون (به نقل راس، ۱۹۹۹) معتقدند زمانی که فشار و استرس شدید باشد و یا فرد به دلایل مختلف استرس و فشار را به صورت منفی درک کند، سلامت و عملکرد تحصیلی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تنش و فشارهایی که فرد تجربه می‌کند تحت تأثیر توانایی فرد در مقابله مؤثر با رویدادها و موقعیت‌های استرس‌زا قرار دارند و اگر به طور مؤثری با استرس‌ها مقابله نشود، ممکن است به احساس تنهایی، عصبانیت، بیخوابی و نگرانی‌های مفرط منجر شود. همچنین این فشارها ممکن است به خودی خود باعث اضطراب و تنش فرد نشوند بلکه تعامل بین فشارزاهای مختلف و نحوه ادراک فرد و واکنش به آنان است که می‌تواند سلامت روان دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهد.

در مقابل استرس‌زاهای متعددی که دانشجویان با آنان مواجه می‌شوند واکنش‌های مختلف شناختی (ارزیابی موقعیت‌های استرس‌زا و راهبردهای مربوط به آن)، واکنش‌های هیجانی (استرس، اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس گناه)، واکنش‌های رفتاری، پرخاشگری، سوء مصرف مواد، خودکشی) و واکنش‌های فیزیولوژیکی (درد، کاهش وزن، لکنت، تعریق) شکل می‌گیرند و متغیرهای واسطه‌ای مانند شخصیت، ثبات هیجانی، حمایت اجتماعی و روش‌های مقابله و حل مسئله می‌تواند چگونگی این واکنش‌ها را تعیین کند (کتراد و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل پور شریفی ۱۳۸۳).

در ایران آمارهای موجود حکایت از آن دارد که فشارهای روانی رو به افزایش است و اختلالاتی چون افسردگی، خودکشی، اعتیاد، اضطراب و غیره گسترش بیشتری نسبت به گذشته داشته است (ساعتچی، ۱۳۷۴).

تحقیقات نشان می‌دهند که در حدود ۷/۵ میلیون نفر (۲ درصد) از کودکان ایالات متحده گرفتار یکی از اختلالات رفتاری یا روانی هستند. این کودکان در سازگاری با مدرسه، خانواده و زندگی اجتماعی خود دچار اشکالند. بعضی از این اختلالات مانند انواع افسردگی و اضطراب به صورت اعمال ضد اجتماعی، تعامل با دیگران را دچار اشکال می‌کند (استوارت^۱، ۱۹۹۵). شواهد نشان می‌دهد بسیاری از بزرگسالانی که دچار عوارض روانی به خصوص اضطراب و افسردگی و اختلالات شخصیت هستند از نظر

اجتماعی نیز بی‌کفایت به نظر می‌رسند (تروئر^۱ و همکاران، ۱۹۷۸ و یونیسف^۲، ۲۰۰۳). وردین^۳ و همکاران (۱۹۹۰) می‌نویسند: تعاملات اجتماعی اولیه با والدین و ارتباطات بعدی با گروه همسالان و دیگر بزرگسالان باعث افزایش مهارت‌های سازگاری در آنان می‌شود. بنابراین، محیط دانشگاه که فضایی برای تعاملات اجتماعی است می‌تواند بر بهداشت روانی دانشجویان تأثیر بگذارد. اگر چنین فرضیه‌ای صحیح باشد که تعاملات اجتماعی در دانشگاه سبب افزایش بهداشت روانی دانشجویان می‌شود، دانشجویان دانشگاه پیام‌نور که در نظامی تحصیل می‌کنند که تعاملات اجتماعی را به حداقل رسانده است، بایستی از نظر میزان بهداشت روانی از دانشجویان دانشگاه‌هایی که در آنها حضور در کلاس‌ها الزامی است پایین‌تر باشد. این فرضیه در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

انتظار جامعه از دانشجویان و تحصیل‌کرده‌های دانشگاه از نظر سطح فکری و رفتاری بیش از سایر افراد است. یک فارغ‌التحصیل دانشگاه ضمن اینکه لازم است از اطلاعات و معلومات ضروری در رشته تخصصی خود برخوردار باشد، باید شخصیت رشد یافته‌تری هم داشته باشد. در تعریف پرورش به عنوان هدف غایی نظام‌های آموزش کشور آمده است: «پرورش به جریان یا فرایندی منظم و مستمر گفته می‌شود که هدف آن هدایت رشد جسمانی و روانی یا به طور کلی هدایت رشد همه‌جانبه شخصیت پرورش‌یابندگان در جهت کسب و درک معارف بشری و هنجارهای مورد پذیرش جامعه و نیز کمک به شکوفا شدن استعدادهای آنان است» (سیف، ۱۳۷۹: ۲۸). بنابراین، رسالت دانشگاه به عنوان یک نظام کلان پرورشی در درجه اول رشد شخصیت و افزایش سلامت روانی دانشجویان است. بنابراین، نظام‌های پرورشی همان‌طور که وضعیت تحصیلی مخاطبان خود را به طور مستمر ارزشیابی می‌کنند، باید از سطح سلامت روان آنان نیز اطلاع داشته باشند. از این رو، مسئله پژوهش حاضر این است که وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دختر و پسر دوره‌های تحصیلی مختلف (روزانه، شبانه و پیام‌نور) و دانشکده‌های مختلف (علوم انسانی، علوم پایه، مهندسی، کشاورزی و دامپزشکی) در حال حاضر چگونه است؟

-
1. Troer
 2. Unicef
 3. Verdyn

روش

آزمودنی‌ها

کلیه دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا اعم از روزانه، شبانه و دانشجویان دانشگاه پیام‌نور واحدهای همدان و کبودرآهنگ در مقطع کارشناسی جامعه آماری پژوهش بودند که از بین آنان تعداد ۹۰۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. این تعداد با در نظر گرفتن ۶۰ نفر برای هر واحد نمونه‌گیری و سایر متغیرهای پژوهش (پنج دانشکده علوم انسانی، علوم پایه، مهندسی، کشاورزی، دامپزشکی و ۳ دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام‌نور) بدین صورت محاسبه شده است:

$$60 \times 5 \times 3 = 900$$

ابزار پژوهش: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و شامل چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به عنوان شاخص سلامت روانی به دست می‌آید. شایان ذکر است که هر چه نمره کلی و یا نمره فرد در هر یک از مقیاس‌ها بالاتر باشد نشان دهنده این است که فرد از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است.

زیر مقیاس اول (A) شامل سؤالاتی در باره احساس افراد نسبت به وضع سلامتی خود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی را دربرمی‌گیرد. این زیر مقیاس، دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی هیجانی همراهاند ارزیابی می‌کند.

زیرمقیاس دوم (B) شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند. زیرمقیاس سوم (C) گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای، مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنان را در باره چگونگی کنار آمدن با موفقیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. زیرمقیاس چهارم (D) در برگیرنده موادی است که با افسردگی و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط‌اند.

ضریب پایایی بازآزمایی GHQ برابر با ۰/۵۵ است. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای مقیاس‌های فرعی بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۷۴). در پژوهشی جدیدتر این پرسشنامه دارای روایی محتوایی و ضریب پایایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است (نجات و کرد نوقابی، ۱۳۸۰).

روش گردآوری اطلاعات

پس از نمونه‌گیری و مشخص شدن نمونه آماری، پرسشنامه به صورت گروهی اجراء شد. فضای اجراء پرسشنامه، کلاس‌های درسی خود دانشجویان بود. داده‌های مورد نیاز شامل یک نمره کلی و چهار نمره برای چهار شاخص بهداشت روانی از پرسشنامه‌ها استخراج شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و نیز آزمون t در گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه اطلاعات توصیف و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

فرضیه اول: بین میزان بهداشت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه نمره کل و نمره چهار مقیاس A, B, C, D برای دختران و پسران با آزمون t در گروه‌های مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقدار t محاسبه شده برای نمره کل بهداشت روانی و چهار مقیاس به ترتیب عبارت‌اند از: $۲/۴۱$ ، $۱/۷۵$ ، $۲/۶۸$ ، $۱/۶۰$ و $۱/۳۰$ که مقدار t مربوط به نمره کل و مقیاس B در سطح $۰/۰۵$ معنی دار است. بنابراین، به طور کلی بین بهداشت روانی دختران و پسران دانشجویان تفاوت وجود دارد. همچنین دانشجویان دختر و پسر در مقیاس B یعنی اضطراب و بی‌خوابی با یکدیگر تفاوت دارند.

جدول (۱) نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل برای دانشجویان دختر و پسر در نمره کل بهداشت روانی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
پسر	۳۲۱	۵۴.۴۴۸۶	۱۴.۰۷۵۰	۲.۴۱	۰/۰۱۶
دختر	۴۴۴	۵۲.۱۰۱۴	۱۲.۶۹۲۶		

جدول (۲) نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل برای دانشجویان دختر و پسر در مقیاس A

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
پسر	۳۲۱	۱۳.۳۸۹۴	۵.۹۶۱۴	۱.۷۵	۰/۰۸
دختر	۴۴۴	۱۲.۷۵۴۵	۴.۰۸۱۶		

جدول (۳) نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل برای دانشجویان دختر و پسر در مقیاس B

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
پسر	۳۲۱	۱۲.۹۴۳۹	۴.۶۲۷۰	۲/۶۸	۰/۰۰۷
دختر	۴۴۴	۱۲.۰۷۲۱	۴.۲۹۲۳		

جدول (۴) نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل برای دانشجویان دختر و پسر در مقیاس C

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
پسر	۳۲۱	۱۷.۵۶۷۰	۳.۷۴۲۸	۱/۶	۰/۱۱
دختر	۴۴۴	۱۷.۱۲۱۶	۳.۸۲۳۸		

جدول (۵) نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل برای دانشجویان دختر و پسر در مقیاس D

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
پسر	۳۲۱	۱۰.۵۴۸۳	۴.۳۵۲۳	۱/۳	۰/۱۹
دختر	۴۴۴	۱۰.۱۵۳۲	۳.۹۸۱۸		

فرضیه دوم: بین میزان بهداشت روانی دانشجویان در دوره‌های تحصیلی مختلف (روزانه، شبانه و پیام‌نور) تفاوت وجود دارد.

برای مقایسه نمرات دانشجویان در دوره‌های تحصیلی متفاوت از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. F محاسبه‌شده برای نمره کل ۲/۵۷ و برای مقیاس‌ها به ترتیب ۲/۷۱، ۳/۹۹، ۱/۶۹، و ۱/۴۶ بود که برای نمره کل و مقیاس‌های A، C، D، غیر معنی‌دار ولی برای مقیاس B در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. بدین ترتیب، بین سطح بهداشت روانی و شاخص‌های آن، غیر از شاخص B، در دانشجویان دوره‌های تحصیلی مختلف تفاوتی وجود ندارد. شایان ذکر است که F محاسبه‌شده برای نمره کل بهداشت روانی و مقیاس A به ترتیب در سطوح ۰/۰۷ و ۰/۰۶ معنی‌دار است. آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد، تفاوت‌های مشاهده‌شده بین دانشجویان روزانه و دانشجویان پیام‌نور است.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین سه دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام‌نور در نمره کل بهداشت روانی

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۹۱۱.۱۱۸	۴۵۵.۵۵۹	۲.۵۶۹	۰/۰۷
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۳۴۴۰۴.۸۸۷	۱۷۷.۳۱۵		
کل	۷۶۰	۱۳۵۳۱۶.۰۰۵			

جدول (۷) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین سه دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام‌نور در مقیاس A

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۱۳۳.۱۰۶	۶۶.۵۵۳	۲.۷۰	۰/۰۶۷
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۸۶۴۳.۷۳۵	۲۴.۵۹۶		
کل	۷۶۰	۱۸۷۷۶.۸۴۱			

جدول (۸) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین سه دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام‌نور در مقیاس B

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۱۵۶.۱۸۵	۷۸.۰۹۲	۳.۹۹	۰/۰۱۹
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۴۸۰۷.۲۲۴	۱۹.۵۳۵		
کل	۷۶۰	۱۴۹۶۳.۴۰۹			

جدول (۹) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین سه دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام‌نور در مقیاس C

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۴۸.۴۳۲	۲۴.۲۱۶	۱.	۰/۱۸۵
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۰۸۴۹.۱۳۴	۱۴.۳۱۳		
کل	۷۶۰	۱۰۸۹۷.۵۶۶			

جدول (۱۰) نتایج تحلیل واریانس یک طرفه بین سه دوره تحصیلی روزانه، شبانه و پیام نور

در مقیاس D

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۵۱.۷۳۶	۲۵.۸۶۸	۱.۴۹	۰/۲۲۶
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۳۱۴۶.۱۴۵	۱۷.۳۴۳		
کل	۷۶۰	۱۳۱۹۷.۸۸۲			

فرضیه سوم: بین میزان بهداشت روانی دانشجویان دانشکده‌های مختلف (علوم انسانی، علوم پایه، مهندسی، کشاورزی، دامپزشکی) تفاوت وجود دارد.

برای مقایسه نمرات دانشجویان در دانشکده‌های متفاوت از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. F محاسبه شده برای نمره کل ۳/۷۶ و برای مقیاس‌ها به ترتیب ۱/۸۳، ۵/۹۵، ۲/۲۶ و ۱/۴۸ بود که برای نمره کل و مقیاس B در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بدین ترتیب، با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که بین سطح بهداشت روانی و شاخص B در دانشجویان دانشکده‌های مختلف تفاوت وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده در نمره کل سلامت روان تنها بین دانشکده‌های علوم انسانی و کشاورزی معنی دار است. در مورد مقیاس B بین دانشکده کشاورزی و دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه، مهندسی و دامپزشکی تفاوت معنی دار است.

جدول (۱۱) نتایج تحلیل واریانس یک طرفه بین دانشکده‌های مختلف در نمره کل بهداشت

روانی

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۴	۲۶۶۸.۵۷۰	۶۶۷.۱۴۳	۳.۷۵	۰/۰۰۵
درون گروه‌ها	۷۶۰	۱۳۴۸۷۵.۴۷۷	۱۷۷.۴۶۸		
کل	۷۶۴	۱۳۷۵۴۴.۰۴۷			

جدول (۱۲) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین دانشکده‌های مختلف در مقیاس A

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۱۸۰.۴۹۰	۴۵.۱۲۳	۱.۸۳	۰/۱۲۰
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۸۶۹۶.۳۵۱	۲۴.۶۰۰		
کل	۷۶۰	۱۸۸۷۶.۸۴۲			

جدول (۱۳) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین دانشکده‌های مختلف در مقیاس B

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۴۶۴.۴۹۳	۱۱۶.۱۲۳	۵.۹۵	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۴۸۲۴.۳۹۶	۱۹.۵۰۶		
کل	۷۶۰	۱۵۲۸۸.۸۸۹			

جدول (۱۴) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین دانشکده‌های مختلف در مقیاس C

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۱۲۹.۰۶۴	۳۲.۲۶۶	۲.۲۶	۰/۰۶۱
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۰۸۴۲.۳۸۱	۱۴.۲۶۶		
کل	۷۶۰	۱۰۹۷۱.۴۴۶			

جدول (۱۵) نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه بین دانشکده‌های مختلف در مقیاس D

منبع تغییرات	df	SS	MS	F	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۲	۱۰۳.۴۴۴	۲۵.۸۶۱	۱.۴۸	۰/۲۰۵
درون گروه‌ها	۷۵۸	۱۳۲۳۶.۸۵۷	۱۷.۴۱۷		
کل	۷۶۰	۱۳۳۴۰.۳۰۱			

نتیجه گیری

یافته اول پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر یکسان نیست. دختران و پسران در نمره کل و مقیاس B با یکدیگر متفاوت بودند. شرایط به نفع دانشجویان پسر است و دختران به طور کلی از سطح بهداشت روانی پایین تری نسبت به پسران برخوردارند. از آنجایی که تفاوت تنها در مقیاس B معنادار است؛ بنابراین، دانشجویان دختر از اضطراب و بیخوابی بیشتری نسبت به پسران رنج می‌برند. این یافته با ادبیات پژوهشی مربوط به آن هماهنگ است. پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که به طور کلی زنان نسبت به مردان دارای اختلالات اضطرابی مانند اضطراب امتحان و مشکلات مربوط به خواب بیشتری هستند (تویاس، ۱۹۸۶ و کرد نوقابی، ۱۳۸۵).

یافته دوم پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه بوعلی (روزانه و شبانه) و دانشجویان پیام‌نور تنها در مقیاس B معنی‌دار است. در عین حال تفاوت‌های به دست آمده برای نمره کل و مقیاس A بین دانشجویان روزانه و دانشجویان پیام‌نور نزدیک به سطح معنی‌داری است. بدین ترتیب، می‌توان با احتیاط نتیجه‌گیری کرد که سطح بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور (واحد‌های همدان و کبودرآهنگ) نسبت به دانشجویان روزانه دانشگاه بوعلی پایین‌تر است. این تفاوت‌ها در احساس فرد نسبت به سلامتی خود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی و همچنین در اضطراب و بیخوابی مشاهده شده است.

وردین و همکاران (۱۹۹۰) گزارش کرده‌اند که تعاملات اجتماعی اولیه با والدین و ارتباطات بعدی با گروه همسالان و دیگر بزرگسالان باعث افزایش مهارت‌های سازگاری در آنان می‌شود. بنابراین، محیط دانشگاه که فضایی برای تعاملات اجتماعی است، می‌تواند بر بهداشت روانی دانشجویان تأثیر بگذارد. بنابراین، اگر حضور در دانشگاه بر بهداشت روانی دانشجویان تأثیر داشته باشد، پس باید بین سطح بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه‌هایی که حضور دانشجو را الزامی می‌دانند (در این پژوهش دانشگاه بوعلی) و دانشگاه‌هایی که از سیستم‌های غیرحضور استفاده می‌کنند (در این پژوهش دانشگاه پیام‌نور) تفاوت وجود داشته باشد. نتایج نشان داد که چنین تفاوتی تا حدودی وجود دارد. البته برای بررسی دقیق‌تر تحقیقات بیشتری مورد نیاز است.

یافته سوم پژوهش این بود که دانشجویان در دانشکده‌های مورد بررسی (علوم انسانی، علوم پایه، مهندسی، کشاورزی، دامپزشکی) از میزان سلامت روانی متفاوتی برخوردارند. این تفاوت در نمره کل و مقیاس B (اضطراب و بی‌خوابی) مشاهده شد. دانشجویان دانشکده کشاورزی هم در نمره کل بهداشت روانی و هم در مقیاس B به شکل معناداری نسبت به دانشجویان سایر دانشکده‌ها از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بودند.

منابع

اسماعیلی، علی (۱۳۷۷). هنجاریابی آزمون R - SCL 90 و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب. مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی.

پورشریفی، حمید؛ پیروی، حمید. طارمیان، فرهاد؛ زرانی، فریبا؛ وقار، معصومه (۱۳۸۴).

بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی جدید سال تحصیلی ۱۳۸۴ - ۱۳۸۳

دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. گزارش کشوری.

سیف، علی اکبر (۱۳۷۹). روانشناسی پرورشی، روانشناسی یادگیری و آموزش (ویرایش پنجم). تهران: آگاه.

ساعتچی، محمود (۱۳۷۴). مشاوره و روان درمانی: نظریه و راهبردها. چاپ اول، تهران: ویرایش.

کرد نوقابی، رسول (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان پایه سوم متوسطه همدان. پروژه تحقیقاتی سازمان آموزش و پرورش استان همدان.

نجات، حمید و کرد نوقابی، رسول (۱۳۸۰). بررسی عوامل درون مدرسه‌ای مؤثر بر بهداشت روانی دانش‌آموزان. طرح تحقیقاتی انجام‌شده در پژوهشکده تعلیم و تربیت.

یعقوبی، نورالله (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

Catalano, R.F, Berglund, M.I, Ryan, J.A, Loncsak, H.S, Hawkins, D. (2002). *Positive youth development in the United states: Research findings on evaluations of Positive youth development Programs*. Prevention and treatment, 5 (15), 1 - 85.

Edlin, G. Gilanty, E. Brown, K. M. (1999). *Health and wellness* (Gthcd), Sand bury: Jones and Barther Publisher.

Straub, R.O. (2002). *Health Psychology*. Worth Publishers, University of Michingan, Dearborn.

Tobias, S. (1986). *Anxiety and Instruction*. Pergamon press.

Unicef. (2003). Which Skills are “ Life Skills “ ?. WWW. Life Skills – Based Education.

Verdyn. C. M, Lord. W and Forrest. G. C. (1990). Social Skills training in school and evaluation study. *Journal of adolescence*. 13. 3 - 16.