

رابطه بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دوره‌های کاردانی و کارشناسی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۱۱ در سال تحصیلی ۸۸-۸۷*

هوشنگ جدیدی^{**}، یحیی یاراحمدی^{***}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۲۷

چکیده

هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۱۱ در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ است. به این منظور تعداد ۱۰۲۸ نفر (۵۵۵ پسر و ۴۷۳ دختر) از دانشجویان واحدهای دانشگاهی منطقه ۱۱ به روش نمونه‌گیری تصادفی سهمی انتخاب شده‌اند. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و سنجش متغیرهای پژوهش از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده است. علاوه بر این برای سنجش عملکرد تحصیلی، معدل کل نیمسال‌های تحصیلی گذشته شده آزمودنی‌ها نیز جمع‌آوری شده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ۵۹٪ از آزمودنی‌ها واجد سلامت روانی و ۴۱٪ از آنان مشکوک به اختلال روانی می‌باشند. بین سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. در صورتی که بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. دانشجویان دختر از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. بین سن و افسردگی رابطه معکوس و معنی‌دار و بین سلامت روانی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌دار وجود دارد به‌طوری‌که ادامه تحصیل به سلامت روانی آنان کمک می‌کند. بین بُعد خانوار و نمره علانم جسمانی رابطه معکوس و معنی‌دار و بین سلامت روانی دانشجویان دارای والدین با شغل و سطح تحصیلات متفاوت، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، عملکرد تحصیلی، دانشجویان دوره کاردانی و کارشناسی

مقدمه

شادابی، نشاط و احساس خوشبختی یکی از موهبت‌های الهی است که در سایه تندرستی و سلامت روانی به انسان عطا شده است. علاوه بر آن سلامت روانی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقاء و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود. این امر به‌ویژه در دانشجویان از اهمیت بسیاری برخوردار است. کارول (Carrol)، در پژوهش خود به بررسی تعارضات محیطی مؤثر بر سلامت روانی دانشجویان نظیر میل به تفریحات متعدد اجتماعی در مقابل تمایل به درس خواندن، احتیاج به پیشرفت در درس در برابر احساس بی‌کفایتی، ترس از ابراز شخصیت در برابر میل به خودنمایی، میل به ازدواج در برابر موانعی که از آن جلوگیری می‌کند، میل به برتری جسمانی در برابر محدودیت‌های عضوی، اطاعت از افراد زورگو، ارتباط با جنس مخالف، تنفر از رفتار دیگران در برابر ناتوانی در ابراز احساسات خود، مشکلات اقتصادی که مانع از رسیدن به هدف‌های هنری، علمی، انتخاب شغل و حرفه اشاره می‌کند، تبلیغ برخی پژوهش‌ها نیز مبین آن است که تعارضات فرهنگی بین دانشجویان از عوامل مؤثر بر ناراحتی‌های روانی در آن‌ها به شمار می‌رود (یوسفی، ۱۳۸۴).

سازمان بهداشت جهانی معتقد است که حجم مسایل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات اجتماعی مانند شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده، تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات احساسی و بیماری‌های خفیف روانی را شامل می‌شود. بعضی از این مشکلات مستقیماً به عوامل محیطی دانشگاه و بخش

^{*} این مقاله از طرح پژوهشی با همین عنوان که از محل تأمین مالی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنج انجام شده، استخراج شده است.

^{**} مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنج، رایانامه: hjadidi86@gmail.com

^{***} استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنج، رایانامه: yyarahmadi@gmail.com

زیادی نیز به مراحل تکامل اواخر نوجوانی مربوط می‌شود (مک میچل و هتزل (Hetzel & Memichael)، ۱۹۷۵). میزان ناخوشی روانی در دانشجویان کشورهای پیشرفته ۱۰-۱۲ درصد می‌باشد که صرف‌نظر از شدت آن به‌عنوان یکی از علت‌های مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان شناخته شده است (آکاد (Acuda)، ۱۹۸۳). در خصوص سلامتی روانی که به‌عنوان سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده، پژوهش‌های زیادی انجام شده است. مثلاً فرقانی (۱۳۸۳)، طی پژوهشی با عنوان بررسی سلامت روانی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که با پرسشنامه GHQ-28 انجام داده است، نتیجه گرفته که ۴۳/۲٪ از دانشجویان فاقد سلامت روانی بوده‌اند و همچنین گزارش کرده که میانگین معدل افراد دارای اضطراب و اختلال عملکرد اجتماعی کمتر از گروه مقابل بوده است.

یوسفی (۱۳۸۴)، در خصوص وضعیت روانی دانش‌آموزان دبیرستان‌های سنندج نتیجه گرفته که ۶/۲٪ از افراد مورد مطالعه از سلامت روانی برخوردار نبوده‌اند. باقری یزدی (۱۳۷۳)، طی پژوهشی اعلام کرد که شیوع انواع اختلالات روانپزشکی ۵٪ بوده است. باقری یزدی (۱۳۷۶)، در خصوص وضعیت روانی دانشجویان نتیجه گرفت که ۳۰٪ از افراد مورد مطالعه از احساس غمگینی و افسردگی رنج برده‌اند.

رفعتی، شریف؛ احمدی و شفیع (۱۳۸۳)، در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر وضعیت بهداشت روانی دانشجویان بر پیشرفت تحصیلی آنان نشان داده‌اند که از نظر وضعیت سلامت روانی، ۲۵/۸٪ واحدها دارای سلامت روانی خوب، ۴۹/۳٪ متوسط و ۲۴/۸٪ وضعیت سلامت روانی نامناسبی داشته‌اند. هم چنین تفاوت معدل پایان ترم گروهی که سلامت روانی خوب داشته‌اند در مقایسه با گروهی که وضعیت روانی آنان نامناسب ارزیابی شده است، معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.05$). احمدی (۱۳۸۷) طی پژوهشی با عنوان ارزیابی وضعیت بهداشت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان بابل با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R انجام داده است به این نتیجه رسیده که شیوع افسردگی در بین دختران و پسران به ترتیب ۱۹/۳٪ و ۶/۴٪ و شیوع اضطراب در بین آنان ۲۱/۴٪ و ۱۲/۱٪ بوده است.

فیروزآبادی (۱۳۷۶) گزارش کرده که بین افسردگی و وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی رابطه معنی‌دار وجود داشته است. به این معنی که دانش‌آموزانی که افسردگی داشته‌اند نسبت به گروه مقابل، پیشرفت تحصیلی کمتری داشته‌اند. سنتالا و همکاران (Santala *et al*) (۱۹۹۵) در یک مطالعه بر روی ۷۰۹ جوان در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ به این نتیجه رسیدند که جنس مؤنث (۳۶٪) بیش از جنس مذکر (۲۳٪) دچار اضطراب و نگرانی می‌شوند (یوسفی، ۱۳۸۴).

بوستانسی و همکاران (Bostanci & *et al*) (۲۰۰۵) پژوهشی را با عنوان «نشانه‌شناسی افسردگی در میان دانشجویان» در ونیز ترکیه انجام دادند. در این مطالعه ۵۰۴ دانشجو (۲۹۶ مذکر و ۲۰۸ مؤنث) به روش تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد که ۲۶/۲٪ از آزمودنی‌ها در تست افسردگی نمره ۱۷ به بالا را کسب نمودند. شیوع افسردگی در بین دانشجویان ۳۲/۱٪ بوده است. براساس نتایج این پژوهش ۳۴/۷٪ از دانشجویانی که در موقعیت‌های اقتصادی - اجتماعی پایین قرار داشتند، دچار افسردگی بودند. ۳۱/۲٪ از دانشجویان ترم‌های آخر و ۶۲/۹٪ از دانشجویان با عملکرد پایین تحصیلی مبتلا به افسردگی بودند. بر اساس نتایج این مطالعه بین نشانه‌های افسردگی و عملکرد پایین تحصیلی و بین افسردگی و موقعیت‌های اقتصادی - اجتماعی پایین رابطه معنی‌داری وجود داشته است. بر اساس نتایج این مطالعه، آزمودنی‌ها مشکلات زیر را بیان نموده‌اند: فقدان فعالیت‌های اجتماعی و کمبود تشهیلات خوابگاهی (۶۹٪)، کیفیت پایین نظام آموزشی (۵۴/۸٪)، مشکلات اقتصادی (۴۹/۳٪)، مشکلات مرتبط با دوستیابی (۲۵/۹٪) و امیدهای کم. رابطه با مشکلات مرتبط دانشگاه (۴۳/۲٪) بوده است. ادهم و همکاران (۱۳۸۷)، در پژوهش خود تحت عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به این نتیجه رسیده‌اند که در بُعد نشانه‌های جسمانی ۱/۷٪، اضطراب و بی‌خوابی ۲/۳٪، عملکرد اجتماعی ۴/۳٪ و افسردگی شدید ۲٪ دانشجویان مشکل داشتند. همچنین بر اساس نقطه برش نمره ۲۳، ۲۲/۷٪ دانشجویان مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند.

مسئله بهداشت روان از مهم‌ترین مسائل دانشجویان است و در حقیقت موفقیت در تحصیل آن‌چنان مربوط به استعدادهای فوق‌العاده دانشجو نیست بلکه موفقیت وی منوط به این است که چگونه مراحل پیچیده و بحرانی نوجوانی را از نظر عاطفی و روانی به‌طور طبیعی گذرانده باشد. موفقیت در تحصیل وابسته به عوامل بسیاری می‌باشد که ممکن است فعالیت نیروی دماغی را حتی در باهوش‌ترین

دانشجویان تحت تأثیر قرار دهد. اغلب مشاهده شده دانشجویانی که سطوح بالایی از آسیب‌شناسی روانی را تجربه می‌کنند توانایی کمتری برای انجام تکالیف دانشگاهی خود دارند (احمدی، ۱۳۷۸).

اختلالات روانی مشکلات جدی و شایع هستند که در تمام دنیا مشاهده می‌شود. ۴۰ درصد تمام ناتوانی‌ها به علت اختلالات روانی، روانی- اجتماعی و عصبی بوده و این موارد حجم عظیمی از اعتبارات دولت را به‌خود اختصاص داده و اثرات اجتماعی ناگواری در پی دارد و سبب بذل توجه مسئولین به‌این مشکلات و در نتیجه بهداشت روانی شده است. سازمان بهداشت جهانی معتقد است که حجم مسائل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به‌ازدیاد است و این افزایش تا حدود زیادی وابسته به‌رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی است. بعضی از این مشکلات مستقیماً به‌عوامل محیطی دانشگاه و بخش زیادی نیز به‌مراحل تکامل اواخر نوجوانی مربوط می‌شود. مسئله بهداشت روان از مهم‌ترین مسائل دانشجویان است. بنابراین توجه به مسائل سلامت روانی دانشجویان در کشور جوان ایران که آستان رشد و ترقی است از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد که نباید از آن غفلت کرد؛ لذا بررسی بیشتر مسائل روانی و فعال بودن مراکز مشاوره برای آنان ضروری به‌نظر می‌رسد. اجرای این طرح از اهمیت خاصی برخوردار است. با اجرای این طرح کاربردهای ذیل قابل دستیابی است: الف) ارسال اطلاعات پژوهشی به‌مراکز مشاوره دانشجویی جهت برنامه‌ریزی و پیشگیری از اختلالات روان‌پزشکی. ب) ارسال اطلاعات پژوهشی به‌گروه‌های آموزشی جهت برنامه‌ریزی برای ارتقاء پیشرفت تحصیلی و ج) با اجرای این پژوهش بهتر می‌توان جهت ارتقاء سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان برنامه‌ریزی نمود. لذا هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت روانی (علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی، کارکرد اجتماعی) و عملکرد تحصیلی دانشجویان دوره‌های کاردانی و کارشناسی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۱۱ انجام شده است.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دختر و پسر مقاطع کاردانی و کارشناسی واحدهای دانشگاهی منطقه ۱۱ کشور (واحدهای دانشگاهی سنندج، گرانشاه، ایلام، کنگاور، صحنه، سقز، اسلام آباد، دره‌شهر و مریوان) در سال اجرای پژوهش تشکیل داده‌اند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی سهمی استفاده شده است. به‌این منظور با توجه به‌تعداد دانشجویان هر واحد دانشگاهی و سپس از هر دانشکده تعداد نمونه مورد نظر به‌روش تصادفی انتخاب شد. حجم نمونه آن شامل ۱۰۲۸ نفر (۵۵۵ پسر و ۴۷۳ دختر) از دانشجویان واحدهای دانشگاهی مذکور می‌باشد.

برای اندازه‌گیری سلامت روانی دانشجویان از پرسشنامه سلامت عمومی، (General Health Questionnaire) گلدبرگ و هیز (Goldberg & Hiller)، استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که چهار عامل علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی و کارکرد اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۶ توسط دکتر هومن استاندارد و هنجاریابی شده است. ضرایب همابستگی درونی (internal consistency) مقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ برآورد شده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی بازآزمایی پرسش نامه GHQ-28 برابر ۰/۶۰ و ضریب پایایی (بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۷ تا ۰/۵۴)، همچنین ضریب اعتبار ۰/۸۱ به‌دست آمد. برای بررسی روایی این آزمون از روایی همزمان و با اضافه کردن یک سؤال کلی که توسط پژوهش‌گر طرح شد، استفاده گردید. که ضریب همبستگی ۰/۷۲ به‌دست آمد. علاوه بر این برای سنجش عملکرد تحصیلی، معدل کل نیم‌سال‌های تحصیلی گذرانده شده آزمودنی‌ها نیز جمع‌آوری شده است. تحلیل داده‌ها به‌روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، t استیودنت و تحلیل واریانس انجام شده است.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش از مجموع ۱۰۲۸ نفر آزمودنی ۵۵۵ نفر (۵۴٪) آنها پسر و ۴۷۳ نفر (۴۶٪) از آن‌ها دختر بودند. همچنین با در نظر گرفتن نقطه برش نمره ۲۲ در پرسش‌نامه GHQ-28، ۵۹٪ دانشجویان واجد سلامت روانی و ۴۱٪ آنان از ملاک سلامت روانی برخوردار نبودند. در ادامه فرضیه‌های پژوهش به ترتیب مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

فرضیه شماره ۱: بین سلامت روانی افراد مورد مطالعه و پیشرفت تحصیلی آنان رابطه وجود دارد.

چنانچه از جدول ۱ برمی‌آید، مقدار ضریب همبستگی محاسبه شده در هیچ یک از متغیرهای سلامت روان: نمرهٔ کل سلامت روان (۰/۶۷۵ و عدم معنی‌داری)، نمرهٔ علائم جسمانی (۰/۲۴۷ و عدم معنی‌داری)، علائم اضطراب (۰/۳۷۳ و عدم معنی‌داری)، علائم اضطراب (۰/۳۷۳ و عدم معنی‌داری) و کارکرد اجتماعی (۰/۹۵۱ و عدم معنی‌داری) و علائم افسردگی (۰/۱۷۶ و عدم معنی‌داری) با پیشرفت تحصیلی رابطهٔ معنی‌دار ندارد. لذا فرضیه مذکور مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. به عبارت دیگر با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌های موجود، بین سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانشجویان رابطهٔ معنی‌دار مشاهده نشد.

جدول ۱: رابطه بین معدل کل ترم‌های تحصیلی دانشجویان و هر یک از متغیرهای سلامت روان

متغیرهای سلامت روان	نمره کل سلامت روان	علائم جسمانی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
همبستگی پیرسون	-۰/۱۳	۰/۰۳۶	۰/۰۲۸	۰/۰۰۲	-۰/۰۴۲
سطح معنی‌داری	۰/۶۷۵	۰/۲۴۷	۰/۳۷۳	۰/۹۵۱	۰/۱۷۶

فرضیه شمارهٔ ۲: بین سلامت روانی دانشجویان زن و مرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

داده‌های جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که بین میانگین کل سلامت روان (نمره GHQ-28)، علائم جسمانی، علائم اضطراب و علائم افسردگی دانشجویان زن و مرد با اطمینان ۰/۹۹ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در هر یک از متغیرهای فوق میانگین نمرات زنان از مردان بیشتر است. در نمرهٔ کارکرد اجتماعی، بین نمرات زنان و مردان دانشجویان تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. پس می‌توان نتیجه گرفت که آزمودنی‌های زن در مقایسه با مردان در همه متغیرهای سلامت روان (به جز کارکرد اجتماعی)، از سلامت روانی کمتری برخوردار می‌باشند. لذا فرضیهٔ فوق با اطمینان ۰/۹۹ مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲: تفاوت بین نمرات دانشجویان زن و مرد در هر یک از متغیرهای سلامت روان

متغیرهای سلامت روان	جنسیت	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
نمرهٔ کل سلامت روان	زن	۳۹۴	۳۰/۳۴	۱۷/۷۹	۵/۲۹	۰/۰۰۰**
	مرد	۶۲۱	۲۳/۳۷	۱۷/۸۰		
علائم جسمانی	زن	۳۹۴	۷/۷۰	۵/۰۵	۵/۵۵	۰/۰۰۰**
	مرد	۶۲۳	۵/۸۸	۵/۱۳		
علائم اضطراب	زن	۴۰۰	۸/۱۲	۵/۴۳	۴/۸۳	۰/۰۰۰**
	مرد	۶۲۵	۵/۴۰	۵/۶۲		
کارکرد اجتماعی	زن	۴۰۰	۸/۴۱	۴/۷۶	۱/۵۴	۰/۱۲۳
	مرد	۶۲۶	۷/۸	۵/۴۲		
علائم افسردگی	زن	۴۰۱	۶/۱۷	۴/۲۲	۵/۱۵	۰/۰۰۰**
	مرد	۶۲۶	۴/۲۵	۵/۵۴		

فرضیه شمارهٔ ۳: بین سن دانشجویان و سلامت روانی آنان رابطهٔ معنی‌دار وجود دارد.

بر اساس داده‌های جدول ۳، بین نمره علائم افسردگی و سن ($p < ۰/۰۵$) با اطمینان ۰/۹۵ رابطهٔ منفی و معنی‌دار وجود دارد. حال که بین سایر متغیرهای سلامت روان (نمرهٔ کل سلامت روان (۰/۲۴۰ و عدم معنی‌داری)، علائم جسمانی (۰/۳۷۳ و عدم معنی‌داری)، علائم اضطراب (۰/۶۷۱ و عدم معنی‌داری)، کارکرد اجتماعی (۰/۲۰۳ و عدم معنی‌داری) و سن رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نتیجهٔ این که فقط جزیی از فرضیهٔ فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد. پس می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سن دانشجویان، افسردگی آنان کاهش می‌یابد.

جدول ۳: رابطه بین سن دانشجویان و هر یک از متغیرهای سلامت روان

سن	متغیرهای سلامت روان				
	نمره کل سلامت روان	علائم جسمانی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
همبستگی پیرسون	-۰/۳۷	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۴۰	۰/۷۵ *
سطح معناداری	۰/۲۴۰	۰/۷۲۷	۰/۶۷۱	۰/۲۰۳	۰/۱۶

فرضیه شماره ۴: بین سلامت روانی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

داده‌های حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه نشانگر آن است که بین نمره کل سلامت روان دانشجویان دارای سنوات مختلف تحصیلی با اطمینان ۰/۹۹ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با استناد به اطلاعات مندرج در ستون سوم (تفاوت میانگین‌ها) از جدول شماره ۴ حاصل از آزمون تعقیبی شفه می‌توان به این نتیجه رسید که دانشجویان سال اول ($M=31/55$) در مقایسه با دانشجویان سال‌های دوم ($M=23/80$)، سوم ($M=25/85$)، و چهارم ($M=25/11$) از سلامت روانی کمتری برخوردارند. به عبارت دیگر ادامه تحصیل در سال‌های دوم، سوم و چهارم به سلامت روانی آنان کمک می‌کند. در حالی که آن دسته از دانشجویانی که نتوانسته‌اند پس از گذشت چهار سال فارغ‌التحصیل شوند، سلامت روانی آنان شدیداً آسیب دیده است. نتیجه این که فرضیه فوق با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌شود.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کل سلامت روانی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی با استفاده از آزمون تعقیبی شفه

سنوات تحصیلی	نمره کل سلامت روان		
	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری
سال دوم	۷/۶۷	۱/۴۳	۰/۰۰۰ **
سال سوم	۵/۶۳	۱/۶۴	۰/۰۲۰ *
سال چهارم	۶/۲۴	۲/۰۵	۰/۰۵۶
سال پنجم و بالاتر	۹/۴۹	۳/۷۲	۰/۱۶۶

فرضیه شماره ۵: بین بُعد خانوار افراد مورد مطالعه و سلامت روانی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

براساس داده‌های جدول ۵، بین نمره علائم جسمانی و تعداد افراد خانوار دانشجویان ($p<0/05$) با اطمینان ۰/۹۵ رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش تعداد افراد خانوار نمره علائم جسمانی آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد. در هیچ یک از متغیرهای دیگر سلامت روان: نمره کل سلامت روان (۰/۹۵ و عدم معنی‌داری)، نمره علائم اضطراب (۰/۳۲۷ و عدم معنی‌داری)، علائم افسردگی (۰/۸۹۰ و عدم معنی‌داری) و کارکرد اجتماعی (۰/۲۹۱ و عدم معنی‌داری) و تعداد افراد خانوار آزمودنی‌ها رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. نتیجه این که فقط جزئی از فرضیه فوق مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۵: رابطه بین تعداد افراد خانواده دانشجویان در هر یک از متغیرهای سلامت روان

تعداد افراد خانوار	متغیرهای سلامت روان				
	نمره کل سلامت روان	علائم جسمانی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
همبستگی پیرسون	-۰/۰۵۶	-۰/۰۷۹ *	-۰/۰۳۳	-۰/۰۳۶	-۰/۰۰۵
سطح معنی‌داری	۰/۰۹۵	۰/۰۱۹	۰/۳۲۷	۰/۲۹۱	۰/۸۹۰

فرضیه شماره ۶: بین میزان تحصیلات والدین افراد مورد مطالعه و سلامت روانی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

داده‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که بین سطح تحصیلات والدین و علائم افسردگی دانشجویان ($p<0/05$) با اطمینان ۰/۹۵ رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به بیان دیگر با افزایش سطح تحصیلات والدین میزان افسردگی فرزندان آنان افزایش می‌یابد. در هیچ یک از متغیرهای دیگر سلامت روان: نمره کل سلامت روان (۰/۱۹۲ و عدم معنی‌داری)، نمره علائم جسمانی (۰/۴۸۹ و عدم معنی‌داری)، علائم اضطراب (۰/۴۸۹ و عدم معنی‌داری)، کارکرد اجتماعی (۰/۹۶۶ و عدم معنی‌داری) رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. نتیجه این که فقط جزئی از فرضیه فوق یعنی وجود رابطه مثبت و معنی‌دار بین سطح تحصیلات والدین و افسردگی فرزندان آنان مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۶: رابطهٔ بین سطح تحصیلات والدین افراد مورد مطالعه و هر یک از متغیرهای سلامت روان

متغیرهای سلامت روان	نمره کل سلامت روان	علائم جسمانی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
همبستگی پیرسون	۰/۰۴۱	۰/۰۴۹	۰/۰۲۲	-/۰۰۱	۰/۰۶۹ *
سطح معنی‌داری	۰/۱۹۲	۰/۱۱۹	۰/۴۸۹	۰/۹۶۶	۰/۰۲۶

فرضیه شمارهٔ ۷: بین شغل والدین افراد مورد مطالعه و سلامت روانی آنان رابطهٔ معنی‌دار وجود دارد.

جهت پاسخ به این فرضیه از آنجایی که شغل پدران و مادران آزمودنی‌ها به‌طور جداگانه اندازه‌گیری شده است و از طرفی این دو متغیر (شغل پدران و شغل مادران) قابل جمع نیستند لذا جهت پاسخ به این فرضیه رابطهٔ بین شغل والدین (مادران و پدران) و سلامت روانی آزمودنی‌ها به‌تفکیک مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه بررسی فرضیه فوق در دو قسمت: یعنی رابطهٔ بین شغل پدران افراد مورد مطالعه و سلامت روانی فرزندان آنان و همچنین ارتباط بین شغل مادران و سلامت روانی فرزندان آنان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

فرضیه شمارهٔ ۷-۱: بین شغل پدران افراد مورد مطالعه و سلامت روانی فرزندان آنان رابطهٔ معنی‌دار وجود دارد.

داده‌های حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه نشانگر آن است که بین شغل پدران و سلامت روانی فرزندان آنان ($p < 0/05$) با اطمینان ۰/۹۵ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با استناد به اطلاعات مندرج در ستون سوم (تفاوت میانگین‌ها) از جدول شمارهٔ ۷، حاصل از آزمون تعقیبی شفه می‌توان به این نتیجه رسید که بین سلامت روان دانشجویان دارای پدران بیکار و آن‌هایی که پدران‌شان شغل آزاد دارند با اطمینان ۰/۹۵ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در حالی که بین دانشجویانی که پدران آنان بیکار و شغل دولتی دارند تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. طبق داده‌های جدول مربوط به آزمون تعقیبی شفه، دانشجویان دارای پدران بیکار دارای کمترین میزان سلامت روانی و دانشجویانی که پدران آنان شغل دولتی دارند از بیشترین میزان سلامت روانی برخوردار می‌باشند. و آن دسته از دانشجویانی که پدران آنان شغل آزاد دارند از نظر میزان سلامت روانی در حد متوسط هستند. نتیجه این که فرضیه مبنی بر وجود تفاوت بین میانگین سلامت روانی دانشجویان دارای پدران با شغل‌های متفاوت با اطمینان ۰/۹۹ مورد تأیید قرار گرفت. و از طریق آزمون تعقیبی شفه مشخص گردید که این تفاوت بین دانشجویان دارای پدران بیکار و شغل آزاد است. و بین دانشجویان دارای پدران بیکار و شغل دولتی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

جدول ۷: مقایسهٔ میانگین نمرهٔ کل سلامت روانی دانشجویان بر حسب شغل پدران آنان با استفاده از آزمون تعقیبی شفه

نمره کل سلامت روان	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری
شاغل	۱/۳۸	۱/۸۲	۰/۷۵۴
بیکار	۴/۶۷	۱/۸۲	۰/۰۳۹ *

فرضیه شمارهٔ ۷-۲: بین شغل مادران افراد مورد مطالعه و سلامت روان فرزندان آنان رابطهٔ معنی‌دار وجود دارد.

داده‌های حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه نشانگر آن است که بین شغل مادران و سلامت روانی فرزندان آنان با اطمینان ۰/۹۹ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اطلاعات مندرج در ستون سوم (تفاوت میانگین‌ها) از جدول شمارهٔ ۸ حاصل از آزمون تعقیبی شفه می‌توان به این نتیجه رسید که بین دانشجویان دارای مادران خانه‌دار، دانشجویان دارای مادرانی که شغل دولتی دارند و همچنین دانشجویانی که مادران آنان شغل آزاد دارند تفاوت معنی‌دار وجود دارد. دانشجویانی که مادران آنان شغل آزاد دارند از کمترین میزان سلامت روانی و آن دسته از دانشجویانی که مادرانشان شغل دولتی دارند از نظر وضعیت سلامت روانی در حد متوسط هستند. نتیجه این که فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۸: مقایسه میانگین نمره کل سلامت روانی دانشجویان بر حسب شغل مادران آنان با استفاده از آزمون تعقیبی شفه

نمره کل سلامت روان	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنی‌داری
شغل دولتی	-۴/۴۲	۱/۵۴	* ۰/۰۱۷
خانه دار شغل آزاد	-۹/۲۸	۱/۹۶	** ۰/۰۰۰

فرضیه شماره ۸: بین سلامت روانی دانشجویان مقطع کاردانی و کارشناسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اطلاعات مندرج در جدول ۹ حاصل از مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت روان دانشجویان مقطع کاردانی و کارشناسی با استفاده از آزمون t استیودنت نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی دانشجویان مقطع کارشناسی نسبت به دانشجویان کاردانی در همه متغیرهای سلامت روان از وضعیت بهتری برخوردار می‌باشند. و تفاوت میانگین‌ها در همه متغیرهای سلامت روان (نمره کل سلامت روان، نمره علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی و کارکرد اجتماعی) با اطمینان ۰/۹۵ و ۰/۹۹ معنی‌دار می‌باشد. نتیجه این که فرضیه فوق تأیید می‌شود.

جدول ۹: تفاوت میانگین نمرات دانشجویان مقطع کارشناسی و کاردانی در هر یک از متغیرهای سلامت روان

متغیرهای سلامت روان	مقطع تحصیلی	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
نمره کل سلامت	کاردانی	۲۰۷	۳۱/۴۷	۱۱/۲۵	۴/۴۳	** ۰/۰۰۰
	کارشناسی	۷۹۴	۲۵/۳۱	۱۳/۴۵		
علائم جسمانی	کاردانی	۲۰۹	۷/۳۶	۵/۷۰	۲/۵۴	* ۰/۰۱۱
	کارشناسی	۷۹۶	۶/۳۴	۴/۹۶		
علائم اضطراب	کاردانی	۲۰۸	۸/۶۶	۶/۵۲	۴/۶۲	** ۰/۰۰۰
	کارشناسی	۸۰۱	۶/۶۷	۵/۲۵		
کارکرد اجتماعی	کاردانی	۲۰۸	۹/۰۴	۴/۷۹	۲/۹۹	*** ۰/۰۰۳
	کارشناسی	۸۰۲	۷/۸۴	۵/۲۵		
علائم افسردگی	کاردانی	۲۰۹	۶/۴۵	۷/۰۶	۳/۹۸	** ۰/۰۰۰
	کارشناسی	۸۰۳	۴/۶۳	۵/۵۲		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که از تعداد ۱۰۲۸ دانشجوی مورد مطالعه ۴۲۳ نفر (۴۱٪) مشکوک به اختلال روانی می‌باشند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط نوربالا و همکاران (۱۳۷۴)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، دیباچ‌نیا (۱۳۸۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، متفاوت است. البته نتایج این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده توسط خیرآبادی و یوسفی (۱۳۷۹)، مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۱)، سلطانیان و همکاران (۱۳۸۳)، فروزنده (۱۳۸۱) و دادخواه (۱۳۸۳) مشابه می‌باشد. با توجه به مشابهت جامعه آماری، از پنج پژوهش فوق؛ نتایج این پژوهش با پژوهش‌های صورت گرفته توسط فروزنده (۱۳۸۱) و دادخواه (۱۳۸۳) بسیار همسو است. فروزنده (۱۳۸۱)، در پژوهش خود بر روی دانشجویان دوره شبانه شهرکرد به این نتیجه رسید که ۴۳/۸٪ افراد مورد مطالعه فاقد سلامت روانی بوده‌اند. همچنین دادخواه (۱۳۸۳) در پژوهش خود بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نشان داده است که ۳۸/۹٪ از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی هستند. عدم وجود هماهنگی بین نتایج به دست آمده این واقعیت را روشن می‌کند که بهداشت روانی تابع مجموعه عواملی است که بایستی از نظرگاه پژوهش‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد. چرا که ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر منطقه‌ای با منطقه دیگر فرق می‌کند.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشانگر آن است که بین سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی رابطه معنی‌دار وجود ندارد این نتیجه با نتایج به دست آمده توسط بوستانی (۲۰۰۵)، سلطانیان و همکاران (۱۳۸۳)، مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۱) و رفعتی و همکاران (۱۳۸۲)، متفاوت است. در تأیید نتیجه فوق پیشینه‌ای یافت نشد لذا برای رسیدن به نتیجه قطعی لازم است پژوهش‌های بیشتری انجام شود. در واقع مجموعه عوامل مختلفی بر افت تحصیلی و یا پیشرفت تحصیلی دانشجویان تأثیرگذار است که از جمله می‌توان به داشتن هدف،

عزت نفس، انگیزه، اضطراب، روش مطالعه، هوش، توجه، برنامه‌ریزی، جنسیت، عوامل بدنی، نارساخوانی، سازش نایافتگی رفتاری، شرایط عاطفی و روانی و غیبت از مدرسه اشاره نمود.

با توجه به نتیجه این پژوهش بین سلامت روانی دانشجویان زن و مرد تفاوت وجود دارد. دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر در غالب متغیرهای سلامت روان (نمرهٔ کل سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی، کارکرد اجتماعی) نمرهٔ بیشتری کسب نموده‌اند به عبارت دیگر زنان از سلامت روانی کمتری برخوردارند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های یعقوبی (۱۳۷۴)، نصری و همکاران (۱۳۷۸)، خیرآبادی و یوسفی (۱۳۷۹)، بوستانی (۲۰۰۵) همسو است.

جهت توجیه این موضوع می‌توان به دیدگاه نصری و همکاران (۱۳۷۸)، اشاره نمود. آنان طی پژوهشی با عنوان «بررسی رویدادهای زندگی، شیوه‌های مقابله، حمایت اجتماعی و سلامت روانی در گروه‌های مختلف شهری تهران به این نتیجه رسیدند که زنان پاسخ‌های مقابله غیرفعال بیشتری را در مواجهه با رویدادها گزارش کرده‌اند و زنان سلامت روانی کمتری را نسبت به مردان داشته‌اند. میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط زنان از خانواده و افراد نزدیک بیشتر بوده است. زنان در مقایسه با مردان حمایت اجتماعی از نوع توجه بیانی، همدلی و درک ابزاری و الگوگیری از منابع خانواده و افراد نزدیک را بیشتر دریافت کرده‌اند.

همچنین، بر اساس نتایج این پژوهش بین سن و نمرهٔ مقیاس افسردگی (به عنوان یکی از چهار مقیاس پرسشنامه GHQ-28)، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$). به عبارت دیگر با افزایش سن، افسردگی دانشجویان افزایش می‌یابد. مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۱) و یعقوبی (۱۳۷۴) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که بین سن و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد. لیکن در پژوهش‌های فوق اشاره‌ای به رابطه بین سن و متغیرهای دیگر سلامت روان (علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی، کارکرد اجتماعی) نشده است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، بین سن و هیچ یک از متغیرهای سلامت روان (به جز علائم افسردگی) رابطه معنی‌دار مشاهده نشد.

همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشانگر آن است که بین بهداشت روانی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ادامه تحصیل در سال‌های دوم، سوم و چهارم به سلامت روانی دانشجویان کمک می‌کند در حالی که آن دسته از دانشجویانی که نتوانسته‌اند پس از گذشت چهار سال فارغ التحصیل شوند، سلامت روانی آنان شدیداً آسیب دیده است. با تمام تلاش‌های صورت گرفته توسط پژوهش‌گر نتایج پژوهش در خصوص رد یا تأیید فرضیه فوق یافت نشد. در توجیه نتیجه فوق (کاهش سلامت روان دانشجویانی که در شرف فارغ التحصیلی هستند) می‌توان علت این موضوع را در شرایط کنونی جستجو کرد. به طوری که در حال حاضر مشکل اصلی جوانان موضوع کار و شغل است و دغدغه‌های مالی و شغلی در پایان دوره تحصیلات دانشگاهی افزایش می‌یابد.

از بین همه متغیرهای سلامت روان (نمرهٔ کل سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی، کارکرد اجتماعی)، نتایج نشان می‌دهد که بین بُعد خانوار افراد مورد مطالعه و نمرهٔ علائم جسمانی با اطمینان ۰/۹۵ رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. در حالی که بین متغیرهای دیگر سلامت روان و بُعد خانوار رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. خیرآبادی و یوسفی (۱۳۷۹) در پژوهش خود نشان داده‌اند که بین بُعد خانوار افراد مورد مطالعه و سلامت روانی رابطه وجود دارد ($p < 0.01$). سلطانیان و همکاران (۱۳۸۴) بین بُعد خانوار و سلامت روانی رابطه معنی‌دار مشاهده نکردند.

با توجه به نتیجه پژوهش حاضر بین تحصیلات والدین و نمرهٔ علائم افسردگی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$). به بیان دیگر با افزایش سطح تحصیلات والدین میزان افسردگی فرزندان آنان افزایش می‌یابد. حنیفی و همکاران (۱۳۸۱) طی پژوهش خود نشان داده‌اند که بین تحصیلات مادر و سلامت روانی دانش‌آموزان رابطه معنی‌دار وجود دارد. مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۱) نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که بین سطح تحصیلات پدر و سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در خصوص رابطه بین شغل والدین و سلامت روانی دانشجویان، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دانشجویان دارای پدران بیکار از کمترین میزان سلامت روانی برخوردارند. در حالی که آن دسته از دانشجویانی که پدران آنان شغل دولتی دارند از بیشترین میزان سلامت روانی و فرزندان پدران دارای شغل آزاد از نظر میزان سلامتی روان در حد متوسط هستند. مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهش خود نشان داده‌اند که بین شغل پدر و مادر و سلامت روانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. بر اساس نتایج پژوهش بروس نهانج و همکاران (Brosnahanj & et al) (۲۰۰۶) بین سلامت روانی و شغل والدین رابطه معنی‌دار وجود داشته است ($p < 0.05$).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین شغل مادران و سلامت روانی فرزندان (دانشجویان) آنان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. آن دسته از دانشجویانی که مادرانشان خانه‌دار است از بیشترین میزان سلامت روانی برخوردارند در حالی که آن دسته از دانشجویانی که مادرانشان شغل آزاد دارند از کمترین میزان سلامت روانی برخوردار هستند. دانشجویانی که مادرانشان شغل دولتی دارند از نظر وضعیت سلامت روانی در حد متوسط‌اند. مسعودزاده و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهش خود نشان داده‌اند که بین سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی و شغل مادران آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد. نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دانشجویان مقطع کارشناسی در همه متغیرهای سلامت روان (نمره کل سلامت روان، نمره علائم جسمانی، علائم اضطراب، علائم افسردگی، کارکرد اجتماعی) نسبت به دانشجویان دوره کاردانی نمره کمتری کسب نموده‌اند به عبارت دیگر دانشجویان کارشناسی نسبت به دانشجویان کاردانی در همه متغیرهای سلامت روان از وضعیت بهتری برخوردارند.

نتایج این پژوهش با دیگر پژوهش‌های صورت گرفته در این خصوص در بعضی نتایج دارای همسویی است از جمله این که: زنان نسبت به مردان از سلامت روانی کمتری برخوردار می‌باشند، بین سلامت روانی دانشجویان سنوات مختلف تحصیلی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بین شغل و سطح تحصیلات والدین و سلامت روانی فرزندان آنان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. و در خصوص این که بین سلامت روانی و عملکرد تحصیلی رابطه معنی‌دار مشاهده نشد، دارای عدم همسویی است که لازم است منتظر نتایج پژوهش‌های دیگر در این خصوص بود.

با توجه به شیوع بالای عدم سلامت روانی در بین افراد مورد مطالعه توصیه می‌شود که مطالعات بیشتری در خصوص سلامت روانی و انواع اختلالات روان‌پزشکی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی و آزاد صورت گیرد. در مقایسه با دانشجویان پسر، دختران دانشجو از سلامت روانی کمتری برخوردارند لذا توصیه می‌شود که جنبه‌های مختلف سلامت روانی دانشجویان دختر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

منابع فارسی

- احمدی، امیر مسعود (۱۳۷۸). ارزیابی وضعیت بهداشت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان بابل. در مجموعه مقاله‌های سمینار سراسری بهداشت روانی کودکان و نوجوانان.
- ادهم، داود؛ دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمدعلی؛ مظفری، ناصر؛ امیری، محمد؛ دادشیان، سعید و ستاری، ذکرائه (۱۳۸۷). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۳ (۴)، ۱۳۱-۱۴۷.
- باقری یزدی، سید عباس؛ پیروی، حمید و بوالهروی، جعفر (۱۳۷۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱ (۴)، ۸۷-۱۰۱.
- باقری یزدی، سید عباس؛ شاه محمدی، داود و بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستای میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱ (۱)، ۳۴-۴۸.
- نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ اسدی لاری، محسن و واعظ مهدوی، محمدرضا (۱۳۷۴). شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر در شهر کاشان، گزارش پایان نامه، چاپ نشده.
- خیرآبادی، غلامرضا و یوسفی، فایق (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال شهری استان کردستان و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۷۸. گزارش طرح پژوهشی، چاپ نشده.
- دادخواه، بهروز؛ محمدی، محمدعلی و مظفری، ناصر (۱۳۸۳). وضعیت سلامت روانی دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. در مجموعه مقاله‌های دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، اسفند ماه ۱۳۸۳.
- دیباچ‌نیا، پروین (۱۳۸۳). بررسی رابطه کارایی خانواده و خودپنداره در دانشجویان دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه تربیت مدرس ۱۲ و ۱۳ اسفند ماه ۱۳۸۳، دانشگاه تربیت مدرس.

- رفعتی، فوزیه و ضیغمی، بهرام (۱۳۸۳). رابطه پیشرفت تحصیلی با برون‌گرایی - درون‌گرایی و روان‌نژندی در دانشجویان پرستاری شیراز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۳(۴)، ۳۰-۲۳.
- سلطانیان، علیرضا؛ بحرین، فاطمه؛ سلطانیان، ژیللا وحسین‌آبادی، محمد (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل موثر بر آن. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان*، ۶(۱)، ۱۲-۲۴.
- فرقانی، محمد سعید (۱۳۸۳). بررسی سلامت روانی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. گزارش پایان‌نامه دوره دکترای حرفه‌ای پزشکی، چاپ نشده.
- فروزنده، نسرين؛ دل آرام، معصومه و ادریس، فاطمه (۱۳۸۱). بررسی سلامت روانی دانشجویان دوره شبانه شهرکرد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۳(۴۷)، ۶۷-۸۱.
- مسعودزاده، عباس؛ خلیلیان، علیرضا؛ کیمیایی، کامران و اشرفی، مهسا (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ساری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۴(۴۵)، ۲۳-۳۴.
- مشکی، پرویز (۱۳۷۸). مراقبت از بهداشت روانی کارکنان واحدهای سازمان شهرداری تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران، در مجموعه مقاله‌های چهارمین کنگره سراسری استرس.
- نصری، صادق و آرانی دقانی (۱۳۷۸). بررسی رویدادهای زندگی و شیوه‌های مقابله، حمایت اجتماعی و سلامت روانی در گروه‌های مختلف جمعیت شهر تهران. در مجموعه مقاله‌های چهارمین کنگره سراسری استرس، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- یعقوبی، نورالله؛ نصر، مهدی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان)، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱(۴)، ۳۴-۴۵.
- یوسفی فایق (۱۳۸۴). سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستان‌های سنجند. گزارش طرح پژوهشی استانداری کردستان، چاپ نشده.

منابع انگلیسی

- Bostanci, M, Ozdel, L, Engin, A, & Karadage, f. (2005). Depressive symptomatology among university students in denizli. Turkey: prevalence and socio demographic correlates, 46 (1):96 – 100.
- Brosnahanj, S, M., Patlenson, L. J. & Boostnom, A. (2006). the relation between physical activity and mentally health among his panic and none his panic with adolescents. *Arch pediatric adults*, 158 (8t: 88-95).
- Mcmichael, A. J. & Hetzel, J. S. (1975). Mental health problems among university, and their relationship to academic failure and withdrawal. *Medical Journal of Australia*, 4 (2):90 – 99.
- Sentala, A. T., Poikolinenk, T., Henrikssou, A. & Marhunell, L. G. (1995). Predictors of mental distress in early adulthood: a five – year follow up of 709 high school students, 15 (88-95).