

مطالعه ی مقایسه ای سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان جدید الورد با دانشجویان سال آخر

عظیم قاسمزاده^۱، رحیم یونسی حمزه خانلو^{۱*}

(۱) گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، پارس آباد مغان، ایران

*نویسنده مسئول: youneci_52@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۸۹/۷/۵ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۸۹/۷/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله ۸۹/۱۰/۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان جدید الورد و سال آخر دانشگاه آزاد اسلامی پارس آباد، به روش توصیفی- تحلیلی انجام شد. جامعه ی آماری شامل کلیه ی دانشجویان ورودی سال های ۸۶ و ۸۸ به تعداد ۲۳۰۲ نفر بوده که نمونه ها با استفاده از فرمول کوکران، به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، از بین ورودی های سال ۸۶ (۶۹ زن و ۲۰۶ مرد) و سال ۸۸ (۷۴ زن و ۲۲۴ مرد) گزینش شدند. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، علاوه بر پرسشنامه ی مشخصات فردی، از پرسشنامه ی سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه ی عزت نفس آیزنگ استفاده شد. که در پژوهش های مختلف برای آزمون های گلدبرگ و آیزنگ، پایایی و روایی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹۰ گزارش شده است. به منظور بررسی و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین خرده مقیاس های سلامت روانی دانشجویان هم برحسب سال ورود به دانشگاه، و هم برحسب جنسیت، تفاوت معناداری وجود داشت. و دانشجویان جدید الورد در تمامی خرده مقیاس های سلامت روانی نسبت به دانشجویان سال آخر از سلامت بالاتری برخوردار بودند. دانشجویان دختر نسبت به پسر در خرده مقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی از سلامت پایین تری برخوردار بودند. اثر متقابل جنسیت در سال ورود به دانشگاه با هیچ کدام یک از خرده مقیاس های سلامت روانی دانشجویان، معنادار نبود. یافته های تحلیل واریانس عاملی، نشان داد که بین نمره ی کلی سلامت عمومی دانشجویان، بر حسب جنسیت و سال ورود به دانشگاه، تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین نتایج تحلیل واریانس عاملی، گویای آن بود که بین عزت نفس دانشجویان بر حسب سال ورود به دانشگاه و جنسیت، تفاوت معناداری وجود ندارد.

کلید واژه ها: سلامت روانی، عزت نفس، دانشجویان جدید الورد، دانشجویان سال آخر.

مقدمه

موضوع «سلامت»^۱ به طور اعم و «سلامت روانی»^۲ به طور اخص از موضوعات چالش برانگیز بوده است و از مفهوم «به هنجاری»^۳ و «نا به هنجاری»^۴ متأثر می باشد و خود این مفاهیم نیز از دیدگاه «اجتماعی»^۵، «آماری»^۶ و «پیشانی شخصی»^۷ و نیز دیدگاه «ناتوانی یا بد کارکردی اجتماعی»^۸ متأثر بوده است و معنا و مفهوم پیدا می کند (اتکینسون و اتکینسون^۹، ۱۳۷۰، ص ۱۸۶). مثلاً در دیدگاه پزشکان و روانپزشکان سلامت، در مقابل نداشتن علائم بیماری است، و به صورت تعادل در کنش های اجتماعی، روانی و زیستی با هدف تحت کنترل در آوردن بیماری تعریف می شود (میلانی فر، ۱۳۸۶، ص ۳). حال آنکه از دیدگاه روانشناسان مثبت نگر، کل نگر، روانشناسان مکتب روانکاوی و حتی سازمان بهداشت جهانی^{۱۰}، مفهوم سلامت روانی متفاوت از دیدگاه روانپزشکان است. آدلر^{۱۱} شایستگی در رشد روابط اجتماعی، لوینسون^{۱۲} پذیرش مسئولیت در مقابل دیگران و سازش فرد با درآمد خود و

شناخت موقعیت زمانی و مکانی و گینزبرگ^{۱۳} تسلط و مهارت و ارتباط در سه فضای مهم زندگی، عشق، کار و تفریح و رانک^{۱۴} زندگی بدون ترس و گناه را سلامت روانی تعریف می نمایند (آدلر، لوینسون، گینزبرگ و رانک، به نقل از میلانی فر، ۱۳۸۶، ص ۳). در دیدگاه روانشناسان مثبت نگر و کل نگر، سلامت روانی در بر گیرنده ی توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت های زندگی و کوشش برای رسیدن به بهبود پذیری روانی است (نس^{۱۵}، ۲۰۰۵). و در دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) سلامت روانی فقط فقدان اختلال روانی تلقی نمی شود، بلکه حالتی از رفاه و آسایش تلقی می گردد که، بر اساس آن هر شخص خودش را توانمند و با استعداد می داند و می تواند با استرس های طبیعی زندگی کنار آید، به طور مفید و موفقیت آمیزی کار کند و در اجتماع مشارکت داشته باشد.

بنابراین سلامت روانی، جزو لاینفک شخصیت به هنجار و سالم به شمار می آید، و عزت نفس^{۱۶} در کنار آن از مؤلفه های اصلی و مهم آن تلقی می شود. در دیدگاه روان شناسان انسان گرا، کمال گرایی و خود شکوفایی اوج سلامت روانی بوده و عزت نفس از نیازهای

1 -Health
2-Mental health
3-Normality
4-Abnormality
5.Social Perspective
6. Statistical Perspective
7.Vision of Personal Distress
8. Social Disability
9 Atkinson and Atkinson
10-World health organization
11-Adler
12-Levinson

13-Ginsburg
14-Rank
15-Ness
16. Self- esteem

چون فقدان اختلال اضطراب، افسردگی و نداشتن علائم بیماری و احساس حقارت برای تعریف سلامت روانی استفاده کرده اند (آدلر، ۱۹۲۷ و گلدبرگ^۴، ۱۹۷۸). در حالی که برخی دیدگاه های دیگر چون انسانگرایان، روانشناسان مثبت نگر و کل نگر و حتی بعضی از روانکاوان، از ملاک های مثبت، چون سازگاری و یکپارچگی (راجرز^۵، ۱۹۶۱) پیش روی به سوی کمال، شوخ طبعی و سرزندگی (مزلو^۶، ۱۹۷۰، ص ۴۵) برقراری رابطه ی صمیمانه با دیگران و درک واقع بینانه از محیط (آلپورت^۷، ۱۹۶۱) مسئولیت پذیری، آزادی عمل در انتخاب (فیست و فیست^۱، ۱۳۸۶، ص ۶۲۳) در تبیین و تشریح سلامت روانی و انسان سالم استفاده نموده اند. گزارش های تاریخی و نظرات فلاسفه نیز گواه بر این است، که نیاز به عزت نفس فقط به نوع انسانی تعلق دارد و در دیدگاه روانشناسان انسانگرا چون راجرز و مزلو به عنوان خود ایده آل یا خود آرمانی^۸ تعریف شده و در واقع احساسی است که فرد از ارزش و شایستگی خودش دارد (بیابانگرد، ۱۳۸۱، ص ۲۰).

مروری بر ادبیات مطالعات انجام گرفته، در مورد سلامت روانی و عزت نفس، نشان می دهد که این مفاهیم گاه به صورت مستقل و

اساسی آن به حساب می آید که در پلکان چهارم قرار دارد (فیست و فیست^۱، ۱۳۸۶، ص ۵۹۵). عزت نفس که در واقع همان نیاز بشری به یک ارزشیابی پایدار و ثابت از خود تلقی می شود از جمله مفاهیمی است که در چند دهه اخیر مورد توجه محققان و اندیشمندان قرار گرفته است، و براساس مدل سلسله مراتبی هارتز^۲، از سه حوزه ی مهم عزت نفس تحصیلی، جسمانی و اجتماعی متأثر می باشد (هارتز^۲، ۱۹۹۰). و علاوه بر آنکه عامل مهمی در سازگاری اجتماعی و عاطفی افراد تلقی می شود، با شادکامی و کارکرد مفید فرد نیز رابطه ی متقابل دارد. کلیدی برای رفتار فرد بوده است و فرایند تفکر، احساسات، آرزوها، ارزش ها و اهداف انسانها را تحت تأثیر قرار می دهد و جزئی از سلامت روانی شخص محسوب می شود، زیرا که تأیید و پذیرش خویشتن و داشتن حس ارزشمندی که فرد نسبت به خود احساس می کند، از مشخصه های شخصیت سالم و به هنجاری تلقی می شود که از سلامت روانی بالایی برخوردار هستند (مزلو^۳، ۱۹۷۰، ص ۴۵). مطالعه و بررسی دیدگاه های نظری که در خصوص سلامت روانی ارایه شده است حاکی از آن می باشد که، برخی دیدگاه ها از شاخصه های منفی

4- Goldberg

5- Rogers

6- Maslow

7- Allport

8- Their Ideal

1-Feist & Feist

2-Hartter

3- Maslow

ی امیدیان (۱۳۸۶) در بررسی سلامت عمومی و شادکامی دانشجویان دانشگاه یزد، حاکی از آن است که ۵۶/۷ درصد دانشجویان از نظر روانی سالم و بقیه از اختلالات روانی چون افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی رنج می برند. مطالعات انجام گرفته ی قیامی (۱۳۸۵) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران نشان داد که نمرات عزت نفس و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر با هم دیگر تفاوت معنی داری ندارد. و رابطه ی عزت نفس و سلامت عمومی، به صورت رابطه ی معکوس معنادار بود.

رضایی و همکاران (۱۳۸۵) در یک تحقیق توصیفی- تحلیلی مقطعی، به مقایسه ی سلامت روان دانشجویان سال اول و آخر رشته ی پرستاری پرداخت. نتایج پژوهش او نشان داده است که دانشجویان سال آخر نسبت به دانشجویان سال اول، از سلامت روان کمتری برخوردار هستند و در خرده مقیاس های سلامت روانی نیز دانشجویان سال آخر از نظر مشکلات جسمانی، افسردگی و اضطراب و بی خوابی نسبت به دانشجویان سال اول از سلامت پایینی برخوردار بودند. یافته های پژوهشی طالقانی و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از نقطه ی برش ۲۳ (خط مرز سلامتی از عدم سلامتی) که در دانشگاه رازی کرمانشاه انجام گرفته است، نشان می دهد که فقط ۳۴/۴ درصد دانشجویان سالم و نمره کمتر از ۲۳ داشتند و

جدا از همدیگر، و گاه در ارتباط با همدیگر و در بسیاری از موارد با مفاهیم دیگری چون شادکامی^۱، پیشرفت تحصیلی^۲ و فرسودگی شغلی^۳ مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است. پژوهش پورشافعی (۱۳۷۰) بر روی دانش آموزان شهرستان نایین نشان داد که بین میزان عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین تحقیق صمدی هره دشت (۱۳۷۳) با عنوان عزت نفس و رابطه ی آن با مشکلات روانی دانشجویان نشان داد که بین عزت نفس دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد و بین عزت نفس و مشکلات روانی همبستگی منفی وجود داشت. مطالعه ی انجام گرفته توسط عکاشه (۱۳۷۹) بر روی دانشجویان ورودی جدید در کاشان نشان داد که دانشجویان مجرد نسبت به دانشجویان متأهل از اختلالات روانشناختی بالایی رنج می بردند. یافته های پژوهش بخشی پور، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴) که بر روی دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران انجام گرفت، نشان داد که تأهل با سلامت روانی و بهداشت روانی بالاتر، بیشتر همبسته بود. نتایج مطالعات پورشریفی و پیروی (۱۳۸۴) نشان داد که رابطه ی سلامت روان با حمایت اجتماعی ۲۵٪ درصد بود. یافته های مطالعات انجام شده

1. Welfare

2. Academic Achievement

3. Job Burnout

مجرد ۳۷/۹ درصد و در مردان متأهل ۳۱ درصد بود. در حالی که این میزان برای زنان مجرد و متأهل به ترتیب ۴۹/۶ و ۲۵ درصد بوده است. در بررسی های انجام گرفته ی برمل (۱۹۶۲)، کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۰) مشخص شد که در افراد دارای عزت نفس پایین، علایمی چون شکایت جسمانی، افسردگی، اضطراب، کاهش سلامت عمومی بدن، بی تفاوتی و احساس تنهایی و مشکلات بین فردی وجود دارد (برمل، کوپر اسمیت و گلدبرگ به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۴، ص ۷۹).

مطالعات انجام گرفته ی کوپر اسمیت (۱۹۶۷) حاکی از آن است افرادی که از عزت نفس پایین برخوردار هستند علایمی چون شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و بی تفاوتی گزارش کرده اند (کوپر اسمیت به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۴). نتایج مطالعه ای که بنیتز^۱ و همکارانش (۱۹۸۹) در اسپانیا به صورت مقایسه‌ای بر روی دانشجویان ۵۰ دانشگاه با استفاده از پرسشنامه ۲۸ - GHQ انجام دادند، نشان داد، میانگین نمره، کل دانشجویان پزشکی نسبت به سایر دانشجویان بالاتر بود که بیانگر وجود اختلالات روانشناختی و پایین بودن سلامت روانی در آنها بود. هم چنین مطالعات انجام گرفته توسط اسدی و همکاران (۲۰۰۷)

بقیه مشکوک به اختلال های روانشناختی بودند. نتایج پژوهش انجام گرفته ی زارع و همکاران (۱۳۸۶) در ارتباط با عزت نفس، سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز نشان می دهد که، وضعیت تحصیلی دانشجویان با سطح سلامت عمومی و عزت نفس ارتباط نداشته، ولی سلامت عمومی با عزت نفس همبستگی داشته است.

انصاری و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان نشان دادند که بین دانشجویان دختر و پسر در خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی سلامت روانی، تفاوت معناداری وجود دارد. و سلامت عمومی دانشجویان، با وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی نیز ارتباط معنی داری داشت، و این ارتباط بیشتر در حیطه های افسردگی و کارکرد اجتماعی، مشهود بود. مطالعه ای که اسفندیاری در دانشگاه سنجید (۱۳۸۶) انجام داد نشان داد که سلامت عمومی با جنس، رشته ی تحصیلی و مدت تحصیل در دانشگاه ارتباط معناداری دارد و مهمترین عامل استرس زا، نگرانی از آینده ی شغلی است. همچنین مطالعات انجام گرفته ی شریعتی و همکاران (۱۳۸۱) در بررسی سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن نشان داد که ۴۴/۵ درصد افراد مجرد و ۲۸/۳ درصد افراد متأهل دارای اختلال روانی بوده اند و شیوع اختلال در مردان

^۱ - Benitez

نشان داده است که مشکلات سلامت روانی در فارغ التحصیلان و زنان شایع تر است. نتایج پژوهش انجام گرفته در چین توسط چن و ونگ^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان، از استرس رنج می‌برند و سلامت روانی آنها نسبت به مردان در سطح پایین قرار دارد.

از آنجایی که ورود به دانشگاه با تغییرات بسیاری در روابط اجتماعی و انسانی همراه است و قرار گرفتن در چنین شرایطی با فشار و نگرانی توأم بوده است و علاوه بر تحت تأثیر قرار دادن عملکرد و بازدهی دانشجویان، سلامت روانی و عزت نفس آنها را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. عواملی چون دوری از خانواده عدم آشنایی بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی و نیز عدم علاقه به رشته ی تحصیلی بر شدت آنها می‌افزاید و از طرفی دیگر توجه به جمعیت دانشجویی به عنوان جمعیت جوان و آینده ساز در راستای پرورش تفکر خلاق و انتقادی و اعلام ضرورت بررسی این موضوع از سوی سیاستگذاران دانشگاه، موجب گردید تا مسأله به صورت میدانی مورد تحقیق قرار گیرد. لذا مهیج زا و چالش انگیز بودن دوره ی دانشجویی به لحاظ رویارویی با عوامل استرس زا و نیز نزدیکی

منابع فشار زا که می‌توانند سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان را تهدید نماید و آنها را به مخاطره بیاندازد و موجب هدر رفت سرمایه های انسانی و معنوی از یک طرف و تحمیل هزینه های بالای درمان بر دانشگاه و جامعه از طرف دیگر شود. لذا به منظور تدبیر و برنامه ریزی برای ارتقای سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان، پژوهش حاضر به بررسی سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان در ارتباط با سال ورود به دانشگاه و جنسیت پرداخته است تا به صورت مقایسه ای، نیمرخی از وضعیت موجود سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان را در ارتباط با متغیرهای ذکر شده، ترسیم نماید. زیرا که عدم آگاهی از وضعیت موجود، تدوین برنامه های مناسب و کارآمد را برای ارتقای سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان، بی ثمر خواهد کرد. در این راستا پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به سؤال های زیر می باشد:

(۱) آیا بین سلامت روانی دانشجویان دختر

و پسر جدیدالورود و سال آخر

تفاوت وجود دارد؟

(۲) آیا بین عزت نفس دانشجویان دختر و

پسر جدیدالورود و سال آخر تفاوت

وجود دارد؟

روش پژوهش

مطالعه ی حاضر یک تحقیق توصیفی-

تحلیلی مقطعی است. جامعه ی آماری شامل

^۱- Chen x & Wang

شود. این آزمون که آزمون مداد - کاغذی است دارای ۲۸ سؤال است که شامل یک مقیاس کلی و چهار خرده مقیاس است که هر کدام ۷ پرسش را شامل می شود و به دو روش نمره گذاری می شود. روش اول بر اساس مقیاس لیکرت به صورت (۳ و ۲ و ۱ و ۰) نمره گذاری می شود که نمره ی صفر، بیانگر عدم وجود اختلال و نمرات یک تا سه، نشانگر شدت گرایش فرد به اختلال در آن آیتیم می- باشد. از مجموع این نمره ها یک نمره در هر خرده مقیاس به دست می آید که نمره ی ۱۴ و بالاتر نشانگر گرایش فرد به اختلال در آن خرده مقیاس و نمره ی ۱۳ و پایین تر نشانه ی سلامت روانی می باشد. و همچنین یک نمره ی کلی از مجموع نمرات چهار خرده مقیاس به دست می آید که نشانگر وضعیت سلامت عمومی فرد می باشد که نمره ی ۵۲ و بالاتر نشانه ی اختلال و عدم سلامت روانی و نمره ی ۵۱ و پایین تر نشانه ی سلامت روانی به حساب می آید. روش دوم به صورت (۱ و ۰ و ۰ و ۰) نمره گذاری می شود و بیشتر برای اهداف شخصیتی است. در پژوهش حاضر از روش اول استفاده شد. این آزمون سلامت روانی را در چهار خرده مقیاس نشانه های بدنی (A)، اضطراب و بی خوابی (B)، افسردگی (D) و اختلال در کارکرد اجتماعی (C) می سنجد. همچنین یک نمره ی کلی (N) را به عنوان شاخص کلی سلامت روانی به

کلیه ی دانشجویان ورودی سال های ۸۶ و ۸۸ بودند که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد در سال تحصیلی ۸۹ - ۸۸ مشغول تحصیل بودند. براساس آمار اعلامی معاونت پژوهشی دانشگاه، مجموع دانشجویان ورودی سال ۸۶، ۹۶۷ نفر بودند (۲۴۱ نفر خانم و ۷۲۶ نفر مرد) و مجموع دانشجویان ورودی سال ۸۸، ۱۳۳۵ نفر (۳۲۴ نفر خانم و ۱۰۱۱ نفر مرد) بودند. که با استفاده از فرمول نمونه گیری کوکران^۱ (کلانتری، ۱۳۸۵، ص ۱۴۶) و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای ۲۷۵ نفر (۶۹ نفر خانم و ۲۰۶ نفر مرد)، از ورودی سال ۸۶ و ۲۹۸ نفر (۷۴ نفر خانم و ۲۲۴ نفر مرد) از ورودی سال ۸۸ و در مجموع ۵۷۳ نفر (۱۴۳ نفر زن و ۴۳۰ نفر مرد) انتخاب شدند.

ابزار پژوهش: اطلاعات مورد نیاز، از طریق پرسشنامه ی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28)، پرسشنامه ی عزت نفس آیزنگ (۳۰ سؤالی) و همچنین پرسشنامه ی فردی، از دانشجویان جمع آوری شد. پرسشنامه ی سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۸) در سطح وسیعی از پژوهش های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است که به صورت فرم های ۳۶ تایی، ۱۲ تایی و ۲۸ تایی مورد اعتبار یابی شده است. در کشور ما بیشتر از فرم ۲۸ تایی که موسوم به (GHQ- 28) است، استفاده می

$$N = \frac{N_1 \cdot p_1 \cdot q_1}{N_1 \cdot p_1 + N_2 \cdot p_2 + q_2}$$

^۱- Kokran:

۷۴٪ و برای دانشجویان پسر ۷۹٪ گزارش کرده است. ضریب پایایی آن نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۸۷ گزارش شده است.

روش تحلیل داده ها. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس عاملی و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش

یافته های پژوهش حاضر به دو صورت توصیفی و تحلیلی و به شرح زیر ارایه می شوند:

الف) یافته های توصیفی

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های نمونه می باشد. همان طوریکه در جدول ۱ مشاهده می شود و بالاترین نمره ی دانشجویان ورودی سال ۸۶ مربوط به خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی (B) با میانگین ۷/۳۲ و انحراف معیار ۴/۶۴ است و کمترین نمره ی آنها مربوط به خرده مقیاس افسردگی (D) با میانگین ۵/۲۵ و انحراف معیار ۴/۹۲ است.

دست می دهد. همبستگی آن با آزمون SCL90 محاسبه گردیده است و روایی^۱ آن ۷۸ درصد گزارش شده است. ضریب پایایی آن را پالاهانگ (۱۳۷۴) از طریق بازآزمایی ۰/۹۱ و یعقوبی (۱۳۷۴) نیز با همین روش ۰/۸۸ گزارش کرده اند.

آزمون دیگر مورد استفاده در این پژوهش آزمون عزت نفس آیزنگ بود که این آزمون از ۳۰ سؤال تشکیل شده است. آزمودنی در مقابل هر سؤال باید تا حد امکان بکوشد به جواب آری یا خیر پاسخ دهد. در صورتی که واقعاً برای او امکان نداشته باشد گزینه ی میانه^۳ (؟) را بر می گزیند. به جواب هایی که در پرسشنامه، سنجش عزت نفس در مقابل احساس حقارت در بر دارند، نمره ی «۱» تعلق می گیرد. در حالی که مقابل آن هیچ نمره ای تعلق نمی گیرد. و به گزینش های میانه، نمره $\frac{1}{2}$ تعلق می گیرد. و مجموع نمره ۳۰ است. نمره ی ۲۱ نشانگر عزت نفس متوسط و بالاتر از آن نشانگر عزت نفس بالاست. نمره ی ۱۱ و پایین تر بیانگر احساس حقارت و نا استواری هیجانی است (بیابانگرد، ۱۳۸۴، ص ۱۱۵). هر مزی نژاد (۱۳۸۰) روایی آن را برای دانشجویان دختر

^۱ - Validity

^۳ . در آزمون عزت نفس آیزنگ اگر آزمودنی در مقابل هر سؤال جواب بلی یا خیر نداشته باشد گزینه ای به نام گزینه میانه که با علامت سؤال (؟) مشخص شده است را بایستی انتخاب نماید.

جدول ۱: تعداد، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های سلامت روانی، سلامت عمومی و عزت نفس دانشجویان

خرده مقیاس ها	سال ورودی و جنسیت								
	۸۶ پسر	۸۶ دختر	۸۶ ورودی های	۸۸ پسر	۸۸ دختر	۸۸ ورودی های	پسر	دختر	کل
(نشانه های بدنی)	۵/۶۳	۶/۶۷	۵/۸۹	۴/۶۶	۵/۸۵	۴/۹۶	۵/۱۲	۶/۲۴	۵/۴۰
A	۴/۲۶	۴/۵۶	۴/۳۵	۴/۴۶	۴/۱۹	۳/۶۹	۳/۸۹	۴/۳۸	۴/۰۴
اضطراب و بی خوابی	۷/۱۴	۷/۸۷	۷/۳۲	۶/۲۱	۷/۱۱	۶/۴۴	۶/۶۶	۷/۴۸	۶/۸۶
(B)	۴/۳۵	۴/۴۱	۴/۶۴	۴/۹۶	۴/۰۸	۴/۰۰	۴/۱۸	۴/۷۷	۴/۳۴
اختلال در کارکرد	۷/۱۱	۷/۱۶	۷/۱۲	۵/۸۶	۶/۵۵	۶/۰۳	۶/۴۶	۶/۸۵	۶/۵۵
(C) اجتماعی	۳/۸۲	۳/۸۲	۳/۸۱	۳/۳۰	۲/۹۹	۳/۲۳	۳/۶۱	۳/۴۲	۳/۵۶
افسردگی	۵/۲۱	۵/۳۹	۵/۲۵	۴/۳۴	۴/۳۲	۴/۳۴	۴/۷۶	۴/۸۴	۴/۷۸
(D)	۴/۸۲	۵/۲۵	۴/۹۲	۳/۸۵	۳/۴۵	۳/۷۵	۴/۳۶	۴/۴۳	۴/۳۷
سلامت عمومی	۲۴/۹۵	۲۷/۰۱	۲۵/۴۷	۲۰/۹۸	۲۳/۸۲	۲۱/۶۹	۲۲/۸۸	۲۵/۳۶	۲۳/۵۰
(N)	۱۴/۱۴	۱۶/۱۸	۱۴/۶۸	۱۱/۰۶	۱۱/۱۳	۱۱/۱۲	۱۲/۷۷	۱۳/۸۴	۱۳/۰۸
عزت نفس	۲۰/۱۹	۲۰/۰۹	۲۰/۱۶	۱۹/۷۰	۱۸/۷۹	۱۹/۴۸	۱۹/۹۴	۱۹/۴۱	۱۹/۸۱
	۴/۷۷	۴/۸۴	۴/۷۸	۵/۰۳	۴/۹۵	۵/۰۲	۴/۹۱	۴/۹۲	۴/۹۱
تعداد نمونه	۲۰۶	۶۹	۲۷۵	۲۲۴	۷۴	۲۹۸	۴۳۰	۱۴۳	۵۷۳

بیشترین نمره ی دانشجویان دختر مربوط به خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی (B) با میانگین ۷/۴۸ و کمترین نمره ی آنها مربوط به خرده مقیاس افسردگی (D) با میانگین ۴/۸۴ است. میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی (N) و عزت نفس دانشجویان دختر به ترتیب برابر با ۲۵/۳۶ و ۱۹/۴۱ می باشد.

بیشترین نمره ی دانشجویان پسر نیز مربوط به خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی (B) با میانگین ۶/۶۶ و کمترین نمره ی آنها نیز مربوط به خرده مقیاس افسردگی (D) با میانگین ۴/۷۶ است. در نمره ی کلی سلامت عمومی (N)، میانگین دانشجویان پسر برابر با ۱۲/۸۸ می باشد. به علاوه میانگین نمره عزت نفس آنها ۱۹/۴۸ بوده است.

در نمره ی کلی سلامت عمومی (N)، میانگین دانشجویان ورودی سال ۸۶ برابر با ۲۵/۴۷ و انحراف معیار آن ۱۴/۶۸ می باشد. هم چنین میانگین نمره ی عزت نفس آنها برابر با ۲۰/۱۶ و انحراف معیار آن ۴/۷۸ است. بالاترین نمره ی دانشجویان ورودی سال ۸۸ مربوط به خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی (B) با میانگین ۶/۴۴ و انحراف معیار ۴ است، و کمترین نمره ی آنها نیز مربوط به خرده مقیاس افسردگی (D) با میانگین ۴/۳۴ و انحراف معیار ۳/۷۵ است. در نمره ی کلی سلامت عمومی (N)، میانگین دانشجویان ورودی سال ۸۸ برابر با ۲۱/۶۹ و انحراف معیار آن ۱۱/۱۲ است. به علاوه میانگین نمره ی عزت نفس آنها برابر با ۱۹/۴۸ و انحراف معیار آن ۵/۰۲ می باشد.

ب) یافته های استنباطی

تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

استفاده شد (جدول ۲)

به منظور مقایسه ی سلامت روانی دانشجویان

دختر و پسر جدید الورد و سال آخر از روش

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) روی خرده مقیاس های سلامت روانی دانشجویان

منبع تغییر	نوع آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
	آزمون اثر پیلایی	۲/۳۷۰	۴	۵۶۶	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶
سال	آزمون لامبدای ویلکز	۲/۳۷۰	۴	۵۶۶	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶
ورودی	آزمون اثر هتلینگ	۲/۳۷۰	۴	۵۶۶	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۳۷۰	۴	۵۶۶	۰/۰۵۱	۰/۰۱۶
	آزمون اثر پیلایی	۳/۰۲۴	۴	۵۶۶	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱
جنسیت	آزمون لامبدای ویلکز	۳/۰۲۴	۴	۵۶۶	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱
	آزمون اثر هتلینگ	۳/۰۲۴	۴	۵۶۶	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۰۲۴	۴	۵۶۶	۰/۰۱۷	۰/۰۲۱
سال	آزمون اثر پیلایی	۰/۳۸۴	۴	۵۶۶	۰/۸۲۰	۰/۰۰۳
ورودی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸۴	۴	۵۶۶	۰/۸۲۰	۰/۰۰۳
x	آزمون اثر هتلینگ	۰/۳۸۴	۴	۵۶۶	۰/۸۲۰	۰/۰۰۳
جنسیت	آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۳۸۴	۴	۵۶۶	۰/۸۲۰	۰/۰۰۳

سلامت روانی دانشجویان جدید الورد و سال آخر تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). با اطمینان ۹۵٪ می توان بیان کرد که بین خرده مقیاس های سلامت روان دانشجویان جدید الورد و سال آخر تفاوت معناداری وجود دارد.

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معنی داری تمامی آزمون ها (از جمله آزمون لامبدای ویلکز که به عنوان نمونه در متن گزارش شده است) قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می شمارد. به عبارتی این امر بیانگر آن است که بین خرده مقیاس های

$$\lambda = ۰/۹۸۴, F(۴, ۵۶۶) = ۲/۳۷, P < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۱۶$$

بین خرده مقیاس های سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد.

هم چنین نتایج جدول حاکی از آن است که بین خرده مقیاس های سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد. با ۹۵٪ اطمینان می توان گفت که

$$\lambda = ۰/۹۷۹, F(۴, ۵۶۶) = ۳/۰۲۴, P < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۲۱$$

های سلامت روانی دانشجویان می باشد.

ولی نتایج جدول حاکی از بی معنی بودن اثر متقابل جنسیت و سال ورودی با خرده مقیاس

$$\lambda = 0.997, F(4, 566) = 0.384, P > 0.05, \eta^2 = 0.003$$

سلامت روانی است، نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمره های خرده مقیاس های سلامت روانی، در جدول ۳ آمده است.

برای اینکه به طور روشن مشخص شود تفاوت های دانشجویان بر حسب سال ورودی و جنسیت در کدام یک از خرده مقیاس های

جدول ۳. نتایج اثرات آزمودنی ها از لحاظ نمره مقیاس های سلامت روانی دانشجویان با جنسیت و سال ورودی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجزور اتا η^2
نشانه های بدنی (A)	سال ورودی	۸۴/۹۶	۱	۸۴/۹۶	۵/۳۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۹*
		۷۶/۳۳	۱	۷۶/۳۳	۴/۱	۰/۰۴۳	۰/۰۰۷*
		۹۲/۶۸	۱	۹۲/۶۸	۷/۴۷	۰/۰۰۶	۰/۰۱۳*
		۱۰۰/۴۶	۱	۱۰۰/۴۶	۵/۲۹	۰/۰۲۲	۰/۰۰۹*
اضطراب و بی خوابی (B)	جنسیت	۱۳۳/۳۶	۱	۱۳۳/۳۶	۸/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۰۱۴*
		۷۰/۵۴	۱	۷۰/۵۴	۳/۷۹	۰/۰۵۰	۰/۰۰۷*
		۱۴/۸۶	۱	۱۴/۸۶	۱/۲۰	۰/۲۷۴	۰/۰۰۲
		۰/۷۵	۱	۰/۷۵	۰/۰۴	۰/۸۴۲	۰/۰۰۰
اختلال در کارکرد اجتماعی (C)	افسردگی (D)	۰/۶۰	۱	۰/۶۰	۰/۰۴	۰/۸۴۶	۰/۰۰۰
		۰/۷۳	۱	۰/۷۳	۰/۰۴	۰/۸۴۳	۰/۰۰۰
		۱۱/۲۹	۱	۱۱/۲۹	۰/۹۱	۰/۳۴۱	۰/۰۰۲
		۱/۰۴	۱	۱/۰۴	۰/۰۶	۰/۸۱۵	۰/۰۰۰

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود در تمامی خرده مقیاس های سلامت روانی اعم از نشانه های بدنی (A)، اضطراب و بی خوابی (B)، اختلال در کارکرد اجتماعی (C) و افسردگی (D) بین دانشجویان جدید

الورود و سال آخر تفاوت معنی داری در سطح $P < 0.05$ وجود دارد.

$$F(571, 1) = 5.31, 4.1, 7.47, 5.29, PS < 0.05, \eta^2 = 0.009, 0.007, 0.013, 0.009$$

سلامت روانی گلدبرگ نمره های بالاتر حاکی از عدم سلامت و گرایش به اختلال است، بنابراین وجود تفاوت نشانگر آن است که دانشجویان سال آخر در تمامی مقیاس های ذکر شده، نسبت به دانشجویان جدید الورود، از سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند. هم

با توجه به جدول ۱، (که میانگین و انحراف معیار دانشجویان در خرده مقیاس های سلامت روانی آمده است) چون دانشجویان سال آخر در تمامی خرده مقیاس های سلامت روانی، نسبت به دانشجویان جدید الورود میانگین بالاتری را کسب کرده اند و در پرسشنامه ی

چنین نتایج جدول ۳ نشان می دهد، که فقط در نشانه های بدنی (A) بین دانشجویان دختر و خرده مقیاس های اضطراب و بی خوابی (B) و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد.

$$F(571,1) = 8/34, 4/1, 3/79 \text{ PS} < 0/05, \eta^2 = 0/014, 0/007$$

چون میانگین دانشجویان دختر در خرده مقیاس های ذکر شده (جدول ۱) بالاتر است. بنابراین وجود تفاوت حاکی از آن است که دانشجویان دختر از اختلال های اضطراب و بی خوابی (B) و نشانه های بدنی (A) نسبت به دانشجویان پسر، بیشتر رنج می برند.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس عاملی روی میانگین نمره کلی سلامت عمومی دانشجویان با جنسیت و سال ورودی.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا (η ²)
سال ورودی	۱۳۷۱/۴۴	۱	۱۳۷۱/۴۴	۸/۲۰	۱/۰۰۴	۰/۰۱۴*
جنسیت	۶۴۵/۹۲	۱	۶۴۵/۹۲	۳/۸۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۷*
سال ورودی × جنسیت	۱۶/۰۶	۱	۱۶/۰۶	۰/۰۹۶	۰/۷۶	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی دانشجویان جدید الورد و سال آخر و نیز بین میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر به ترتیب زیر تفاوت معناداری وجود دارد.

$$F(571,1) = 8/20, 3/86 \text{ PS} < 0/05, \eta^2 = 0/014, 0/007$$

چون میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی (N) دانشجویان سال آخر نسبت به دانشجویان جدید الورد و نیز میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی (N) دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر (جدول ۱) بالاتر است. وجود تفاوت حاکی از پایین بودن میزان سلامت عمومی دانشجویان سال آخر و

$$F(569,1) = 0/096 \text{ PS} > 0/05, \eta^2 = 0/000$$

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس عاملی روی میانگین نمرات عزت نفس دانشجویان با جنسیت و سال ورودی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
جنسیت	۲۷/۹۹	۱	۲۷/۹۹	۱/۱۶	۰/۲۸	۰/۰۰۲
سال ورودی	۸۵/۴۸	۱	۸۵/۴۸	۳/۵۵	۰/۰۶	۰/۰۰۶
سال ورودی × جنسیت	۱۷/۹۰	۱	۱۷/۹۰	۰/۷۴	۰/۳۹	۰/۰۰۱

دانشجویان متقابل جنسیت و سال ورودی با عزت نفس تفاوت معناداری را نشان نمی دهند. و تفاوت های دیده شده ناشی از شانس و تصادفی می باشد.

برای مقایسه ی عزت نفس دانشجویان بر حسب سال ورودی و جنسیت از روش تحلیل واریانس عاملی استفاده شد (جدول ۵). نتایج جدول ۵ وجود ندارد. هم چنین نتایج جدول حاکی از آن دختر و پسر تفاوت معناداری است که اثر بین میانگین نمره ی عزت نفس

$$F(۵۶۹,۱) = ۱/۱۶, ۳/۵۵, ۰/۷۴ \quad PS < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۰۰۲, ۰/۰۰۶, ۰/۰۰۱$$

بحث و نتیجه گیری

بودن میزان سلامت روانی آنهاست. و هم چنین میانگین بالای دانشجویان دختر در خرده مقیاس های اضطراب و بی خوابی و نشانه های بدنی و نیز در میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی نسبت به دانشجویان پسر، حاکی از پایین بودن میزان سلامت روانی آنها در خرده گویای آن است که بین میانگین نمره ی عزت نفس دانشجویان جدید الورود و سال آخر و نیز مقیاس های ذکر شده و نیز در سلامت عمومی می باشد.

رضایی و همکاران (۱۳۸۵) در تحقیقی که بر روی دانشجویان رشته ی پرستاری انجام داده اند، به این یافته رسیدند که دانشجویان سال آخر در خرده مقیاس های نشانه های بدنی، افسردگی و خود کشی، اضطراب و بی خوابی، نسبت به دانشجویان جدید الورود، و حاکی از پایین

سؤال اول: آیا تفاوتی بین سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر جدید الورود و سال آخر وجود دارد؟

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که بین خرده مقیاس های سلامت روانی و نیز بین میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی دانشجویان هم بر حسب جنسیت و هم بر حسب سال ورودی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی، میانگین بالای دانشجویان سال آخر در تمامی خرده مقیاس های سلامت روانی اعم از نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و نیز در میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی حاکی از گرایش بیشتر به اختلال در آنها، نسبت به دانشجویان جدید الورود، و حاکی از پایین

که، به نظر می رسد ضمن اینکه محیط دانشگاه یک محیط آموزشی هست یک محیط اجتماعی نیز هست، و مخاطرات خاص خود را دارد به طوری که دانشجویان در طول دوران تحصیل، با مشکلات کم و بیش بزرگی چون شرایط و امکانات نامناسب تر محدوده ی آموزشی، مسایل و مشکلات غربت و دوری از خانواده، زندگی مجردی و مهم تر از همه، با فرصت های محدود و نامناسب شغلی و نگرانی نسبت به آینده رو به رو هستند، که این موارد می تواند سلامت روانی آنها را آسیب پذیرتر نماید؛ چون دانشجویان سال آخر به علت کثرت تجربه ی حوادث استرس زای ذکر شده، بیشتر دچار عدم تعادل روانی- اجتماعی شده اند، احتمالاً این امر منجر به پایین آمدن سلامت روانی آنها نسبت به دانشجویان جدید الورد شده است. هم چنین به نظر می رسد، چون زنان در برابر استرس نسب به مردان آسیب پذیرتر و بیشتر به خانواده وابسته هستند، و از لحاظ روانشناختی نیز نسبت به مردها حساس و عاطفی تر هستند، از استرس و علائم افسردگی بالایی رنج می برند. ممکن است پایین بودن سلامت روانی دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر ناشی از عوامل ذکر شده باشد.

سؤال دوم: آیا تفاوتی بین عزت نفس دانشجویان دختر و پسر جدید الورد و سال آخر وجود دارد؟

پایین تری برخوردار هستند. اسدی و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که مشکلات سلامت روانی در فارغ التحصیلان و زنان شایع تر است. نتایج مطالعات انصاری و همکاران (۱۳۸۶) نشان داده است که بین دانشجویان دختر و پسر در خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی و نیز سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد، که با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. مطالعات انجام گرفته توسط چن و ونگ و همکاران (۲۰۰۷) در چین نشان می دهد که زنان نسبت به مردان از استرس بیشتری رنج می برند و سلامت روانی آنها نسبت به مردان در سطح پایین تری قرار دارد. هم چنین مطالعات اسفندیاری (۱۳۸۶) نشان داده است که سلامت عمومی با جنس و مدت تحصیل در دانشگاه ارتباط معناداری دارد که این یافته ها نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر بوده و با آن همسویی داشته است و مطابقت می نماید. در حالی که این یافته ها با بخشی از یافته های پژوهش امیدیان (۱۳۸۶) که در آن نشان داده شده است میانگین نمره ی کلی سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن در بین دانشجویان دختر و پسر متفاوت نیست، مغایرت دارد.

در خصوص تبیین پایین بودن میزان سلامت روانی دانشجویان سال آخر نسبت به دانشجویان جدید الورد، و نیز دانشجویان دختر نسبت به دانشجویان پسر، می توان گفت

کرده بود که نمره ی بالا در شادکامی به عنوان شاخص مثبت می تواند به صورت معکوس پیش بینی کننده GHQ-28 و کاهش در نمره های آسیبی باشد و برعکس بالا بودن نمره در آزمون GHQ-28 پیش بینی کننده شادکامی ضعیف باشد. بنابراین تلاش در جهت افزایش عزت نفس، به صورت پایدار مورد توجه قرار گیرد؛ تا به عنوان یک مشخصه ی شخصیتی در برخورد با مشکلات به سازگاری بهتر افراد کمک کند. براساس مدل سلسله مراتبی عزت نفس، که از سوی هارتر (۱۹۹۰) ارایه شده است، عزت نفس کلی از سه حوزه ی مهم، عزت نفس جسمانی، تحصیلی و نیز عزت نفس اجتماعی تشکیل می شود. از آن جایی که دانشجویان مورد مطالعه، شباهت های بسیار زیادی در حوزه ی تحصیلی (دانشجویان جدید الورود به علت ورود به دانشگاه و قبولی در آزمون و دانشجویان سال آخر، به علت اتمام دوره کارشناسی و آمادگی برای وارد شدن به بازار کار، احساس خود ارزشمندی می نمایند) و در حوزه ی اجتماعی (تعلق داشتن به قشر تحصیل کرده و روشنفکر جامعه) و حتی در حوزه ی جسمانی (جوان، شاداب بودن و جذاب بودن به لحاظ رشد جسمانی و کامل شدن قیافه و اندام) به همدیگر دارند لذا نبود تفاوت معنی دار بین عزت نفس دانشجویان سال آخر و جدید الورود چندان دور از انتظار نیست.

نتایج پژوهش حاضر که از عدم وجود تفاوت بین عزت نفس دانشجویان هم بر حسب جنسیت و هم بر حسب سال ورودی حکایت می نماید. با یافته های مطالعات صمدی (۱۳۷۳) که نشان داده است بین عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود ندارد، مطابقت نموده است و همسو می باشد. هم چنین نتایج مطالعات قیامی (۱۳۸۵) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران که نشان داده است، بین عزت نفس دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود ندارد، با یافته های پژوهش حاضر مطابقت می نماید. در حالی که با یافته های پژوهشی پور شافعی (۱۳۷۰) که در آن بین میزان عزت نفس دانش آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد همسویی ندارد.

با توجه به یافته های مطالعات کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و برمل (۱۹۶۲) گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۰) که نشان داده اند عزت نفس پایین، منجر به بروز علائم نشانه های بدنی، افسردگی و سلامت عمومی، در افراد شده است به نظر می رسد، که در پژوهش حاضر نیز نمره ی بالا در عزت نفس می توانست، به عنوان شاخص مثبت و نیز به صورت معکوس پیش بینی کننده GHQ-28 و کاهش در نمره های آسیبی باشد، و برعکس بالا بودن نمره ها در آزمون GHQ-28 پیش بینی کننده ی عزت نفس پایین باشد. همان طوری که امیدیان (۱۳۸۶) نتیجه گیری

و تدوین مقاله و ارایه کنفرانس ها در کلاس، به جای نمره در ارتقاء و قبولی آنها در واحدهای درس ملاک قرار گیرد) با گرایش به ارزشیابی توصیفی و نیز «بهبودی محیط اجتماعی» با تجهیز دانشجویان به مهارت های مقابله ای با فشارهای زندگی از طریق برگزاری «کارگاه های آموزشی» به صورت منظم و دوره ای و نیز شاداب تر کردن محیط دانشگاه از طریق برگزاری جشن های ملی و منطقه ای و تدارک اردوهای علمی و تفریحی و «تولید و ایجاد هیجان های مثبت» (متینگ های علمی، جلسات پرسش و پاسخ و نقد و ارزیابی مسایل روز دنیا، کشور، منطقه و دانشگاه) از راهکارهای دیگری است که می تواند در ارتقاء و بهبود سلامت روانی و عزت نفس دانشجویان از سوی مسئولان دانشگاه مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- اتکینسون، ریچاردلی؛ اتکینسون، ریتال و هیلگارد، ارنست. (۱۳۷۰). *زمینه روانشناسی*. ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران (انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۳). تهران: رشد، چاپ پنجم.
- اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۸۶). عوامل استرس زا و رابطه آن با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۷۸. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی*

از آن جایی که یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که گرایش به اختلال های روانشناختی در بین دانشجویان سال آخر بیشتر، و سلامت روانی آنها در طول تحصیل آسیب پذیرتر شده است، بهترین راهکار برای جلوگیری از گسترش آن، پیشگیری و تشخیص در مراحل اولیه می باشد. از این رو مناسب ترین گزینه عملی برای سیاست گذاران و مسئولان دانشگاه، «اختصاص پرونده ی سلامت روانی» به مانند پرونده ی آموزشی برای تک تک دانشجویان در هنگام ورود به دانشگاه است؛ تا ضمن ارزشیابی سلامت روانی و ثبت اطلاعات لازم به هنگام شروع سال تحصیلی، برنامه های لازم را متناسب با وضعیت موجود آنها، برای ارتقا و بهبود سلامت روانی از طریق مقابله با رویدادها و حوادث استرس زای اجتماعی تدوین نماید. در طول تحصیل نیز «برنامه های غربالگری» و «مشاوره ای» جهت تشخیص زودرس و درمان دانشجویان «های ریسک» و «در معرض خطر» از طریق دفتر مشاوره و راهنمایی به عمل آورند. از این رو همت گذاشتن برای «تقویت دفتر مشاوره و راهنمایی» و نیز تأسیس و تشکیل «دفتر ارتباط با خانواده» در دانشگاه می تواند تضمین عینی و عملی برای تحقق برنامه های ذکر شده باشد.

«بهبودی محیط آموزشی» از طریق حذف مقررات و آیین نامه های غیر ضروری و بازنگری در «سیستم ارزشیابی تحصیلی» (تألیف

- کردستان، دوره، شماره ۱۸ زمستان، صص ۱۷-۲۱.
- امیدیان، مرتضی. (۱۳۸۶). بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*. دوره دهم، شماره ۱، صص ۱۱۵-۱۰۱.
- انصاری، حسین؛ بهرامی، لیلا؛ اکبرزاده، لیلا و بخشایی، محمد. (۱۳۸۶). بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و برخی عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۶. *مجله طب شرق*، دوره ۹، شماره ۴، زمستان، صص ۲۹۵-۳۰۴.
- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. سال هفتم، پاییز و زمستان، شماره ۲۷ و ۲۸، صص ۱۵۲-۱۴۵.
- بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۴). *روش های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. تهران: انجمن اولیا و مربیان، چاپ هشتم.
- پالاهنگ، حسن. (۱۳۷۴). *بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- پورشافعی، احمد. (۱۳۷۰). *بررسی رابطه عزت نفس با پیشرفت تحصیلی*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشکده روانشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- پورشریفی، حمید و پیروی، حمید. (۱۳۸۴). *طرح بررسی بهداشت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ در دانشگاه های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری*. چکیده کاربردی گزارش کشوری، معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره، معاونت دانشجویی فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- رضایی، رزیتا؛ بهشتی، زهرا؛ حاج حسینی، فاطمه و سید اندی، سید جلیل. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان سال اول و آخر رشته پرستاری. *مجله پژوهش پرستاری*، دروه یک، شماره ۳، صص ۶۷-۷۴.

- زارع، نجف؛ دانش پژوه، فرخ؛ امینی، مرضیه و رزاقی، محسن. (۱۳۸۶). رابطه وضعیت تحصیلی با سلامت عمومی و عزت نفس در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، دوره ۷، شماره ۱، بهار و تابستان، صص ۶۷-۵۹.
- شریعتی، محمد؛ کفاشی، احمد؛ قلعه بندی، میر فرهاد. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. *فصلنامه پایش*، دوره سوم، صص ۲۹-۲۷.
- صمدی هره دشت، سهیلا. (۱۳۷۳). *بررسی عزت نفس دانشجویان دانشگاه گیلان و رابطه آن با مشکلات روانی آنان*. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشکده علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- طالقانی، نرگس؛ روغنجی، محمود و شکری، مهتاب. (۱۳۸۵). *رابطه جهت گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی*. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم تحقیقات و فناوری. دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران.
- کلانتری، خلیل. (۱۳۸۵). *پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی و اقتصادی*. تهران: شریف، چاپ دوم.
- هرمزی نژاد، معصومه. (۱۳۸۰). *رابطه ساده و چندگانه عزت نفس، اضطراب اجتماعی و کمال گرایی با ابراز وجود در دانشجویان دانشگاه شهید*
- فناوری، دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران.
- عکاشه، گودرز. (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، دوره چهارم، صص ۱۵-۱۱.
- فیست، جس و فیست، گریگوری جی. (۱۳۸۶). *نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲). تهران: روان، چاپ دوم.
- قیامی، سیده زهرا. (۱۳۸۵). *بررسی رابطه حرمت خود و سلامت*. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم تحقیقات و فناوری. دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران.

صومه سرا. پایان نامه کارشناسی ارشد

چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی

ایران.

- میلانی فر، بهروز. (۱۳۸۶). *بهداشت*

روانی. تهران: قومس، چاپ هفتم.

- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER/NELSON.

- Harter, S. (1990). *Issues in the assessment of the Self – concept of children and adolescents*. In A. LaGreca (Ed.), through the eyes of a child. Boston: Allyn & Bacon.

- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality (2nd Ed)*. New York: Harper & Row.

- Ness, R.M. (2005). *Evolutionary psychology and mental health*. In David buss (Ed). Hand book of evolutionary psychology. Hob ken, Nj: john Wiley and sons.

- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

- World Health Organization. (2008). *What is mental health?* Http: www. Who into/ topic/ mental health.

چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی

ارشد چاپ نشده، دانشگاه اهواز.

- یعقوبی، نورالله. (۱۳۷۴). *بررسی همه*

گیر شناسی اختلالهای روانی در

مناطق شهری و روستایی شهرستان

- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Green berg.

- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: HOLT, Rinehart & Winston.

- Assadi, S.M., Nakhaei, M.R., Najafi, F., and et al. (2007). Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 42(1): 57-60.

- Benitez, M.H., Cuevas, C., Rodriguez Pulido F., et al (1989). A Comparative Psychopathologic study of university student. Act as Luso Esp. *Neural Psiquiatr Cienc Afines*. Nov-Dec; 17(6): 373 – 376.

- Chen, X., Wang, Z., Gao, J., and et al. (2007). College student's social anxiety associated with stress and mental health. *Wei Sheng Yan Jiu*. 36(2): 197-199.

– Quarterly Journal of Educational Psychology
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 1, No. 4, winter 2010, No 4

A Comparative Study of Mental Health and Self-Esteem of Freshman and Junior Students

Ghasemzadeh. Azim¹, Youneci Hamzeh Khanlou. Rahim*¹

1) Department of Counseling, Islamic Azad University, Pars Abade Moghan Branch, Pars Abade Moghan, Iran

*Corresponding author: youneci_52@yahoo.com

Abstract

The study reported here was conducted to compare the mental health and self-esteem of freshman and senior students of Pars Abad Azad University by using the descriptive-analytical method. By using Kokran sampling formula 573 male and female students were selected to a stratified random sampling from among the entry year 1386 (69 females and 206 males) and 1388 (74 females and 224 males). To collect the needed data, in addition to the demographic questionnaire, Goldberg (28-CHQ) and Eysenck self-esteem (30 questions) Questionnaires were also used. The reliability and validity of Goldberg (28-CHQ) and Eysenck self-esteem (30 questions) Questionnaires were 0.88 and 79% respectively. To analyze the data, the Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) method was used. The results suggested that there were significant differences in the mental health subscales both in terms of the students' entering year and in terms of gender. Also, freshman students, in all subscales of mental health, were higher than the senior students. Female students had lower health than males in the subscales of physical symptoms, anxiety and insomnia. Gender and year of entry with any of the mental health subscales were not significant. Variance analysis results indicated that there were significant differences between overall scores of public health of students in terms of gender and year of entry to university; also, the results indicated that there was no significant difference between self esteem of students in terms of gender and year of entry to university.

Key words: Mental Health, Self-Esteem, Freshman and Senior Students.
