

بررسی سلامت روان دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران بر اساس مدل جامع سلامت روان کیز

لیلا سلیانی^۱

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱، ۲۰۰۴) سلامت را به عنوان «حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً غیاب بیماری» تعریف می‌کند. این سازمان سلامت روانی را نیز بعنوان «حالتی از بهزیستی که در آن فرد تواناییهای خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، می‌تواند به نحو پر ثمر و مولدی کار کند و قادر است برای اجتماع مفید باشد» تعریف می‌کند (کیز، ۲۰۰۳). اما به رغم تأکید تعاریف فوق بر مسائل مثبت، غالباً متخصصان سلامت به قدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیازهای افراد سالم را فراموش می‌کنند. به بیان دیگر مراکز سلامت روانی به جای توجه به جنبه‌های مثبت سلامت بیشتر درگیر مهار و درمان بیماریهای روانی هستند (پیلگریم، ۱۹۹۷؛ به نقل از جوشن لو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵). با این وصف جنبش روانشناسی مثبت درحوزه تحقیقات روانشناسی وظیفه‌ای جدید ایجاد کرده تا روانشناسان توجه خود را بر روی منابع سلامت روان متمرکز کنند و گامی فراتر از مطالعه بیماریها بردارند (دینر، ۲۰۰۳؛ به نقل از آمبلر، ۲۰۰۶)، بطوریکه جنبه‌های مثبت بشر و مفهوم بهزیستی در مباحث سلامت روان مورد تأکید قرار بگیرد (جوشن لو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۱۳۸۵). روانشناسی مثبت به این مسأله می‌پردازد که چگونه ما انسانها خود را کامل کنیم، نه اینکه به سادگی تعدادی از مشکلات را که به آن دچاریم کم کنیم (دینر، ۲۰۰۳؛ به نقل از آمبلر، ۲۰۰۶). در همین راستا کیز با این اعتقاد که پژوهشگران تا به حال برداشتی جامع درباره سلامت روان ارائه نداده‌اند (کیز و لویز، ۲۰۰۲) مدل سلامت روان جامع خود را ارائه می‌دهد. بر این اساس سلامت روانی به عنوان حالتی کامل تعریف می‌شود که شامل: الف) غیاب بیماریهای روانی و در عین حال ب) حضور سطوح بالای بهزیستی می‌باشد، به نحوی که در آن دو بُعد سلامت روانی و بیماری روانی با هم ترکیب گردیده و برای هر دو بُعد نیز دو حالت کامل و ناکامل در نظر گرفته شده است. بر اساس این مدل سلامت روانی کامل زمانی وجود دارد که علاوه بر عدم ابتلاء به بیماری روانی اخیر، فرد از سطوح بالای بهزیستی شخصی یعنی بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی برخوردار باشد. همچنین سلامت روانی ناکامل شرایطی است که در آن گرچه فرد مبتلا به بیماری روانی نیست، اما سطوح بهزیستی شخصی در وی پایین می‌باشد. بیماری روانی کامل هم نشانگانی است که در آن هم شاهد سطوح پایین بهزیستی و هم تشخیص بیماری روانی هستیم و نهایتاً در حالت بیماری روانی ناکامل، به رغم ابتلا به بیماری روانی، نشانه‌های بهزیستی شخصی در حد متوسط یا بالا مشاهده می‌شود (کیز، ۲۰۰۲). کیز (۲۰۰۳) شرایطی را که در آن افراد دچار بیماری روانی نیستند اما سطوح بهزیستی پایین دارند، پژمردگی و شرایط کسانی را که مبتلا به بیماری روانی نیستند و سطوح بهزیستی بالا نیز دارند، شکوفایی می‌نامد.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تهران

همانگونه که می‌دانیم موضوع سلامت روانی دانشجویان مسأله‌ایست حیاتی که امروزه چالشهای اساسی را بر انگیخته است (کادیسون و دیگرونیمو، ۲۰۰۴؛ اسنایدر، ۲۰۰۴؛ به نقل از آمبلر، ۲۰۰۶). دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند (ریل، ۱۹۶۹؛ به نقل از مونک و محمود، ۱۹۹۹) و علت این مسأله نقشی است که آنها در آینده کشور ایفا می‌کنند (آزاد، ۱۳۸۵). در سالهای اخیر گزارشات بسیاری دربارهٔ افسردگی، سوء مصرف مواد و اُفت تحصیلی در میان دانشجویان دانشگاههای جهان دیده شده است (ادلین، ۲۰۰۱؛ به نقل از غضنفری، ۱۳۸۵) و شیوع بیماریهای روانی در بین دانشجویان یکی از ۵ موضوع مهمی است که دانشگاهها در کشورهای مختلف با آن روبرو هستند (اسنایدر، ۲۰۰۴؛ به نقل از آمبلر، ۲۰۰۶). با توجه به اهمیت سلامت روان دانشجویان و تأثیر این مسأله در آیندهٔ این قشر از افراد جامعه و همچنین آیندهٔ کشور (آزاد، ۱۳۸۵) پژوهش حاضر به بررسی این مهم در میان دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد بر اساس مدل جامع سلامت روان کیز پرداخته است.

درمان بیماریهای روانی ضرورتاً منجر به سلامت روان افراد جامعه نمی‌شود و به همان شکل که کاهش بیماری روانی در جامعه قدم مهمی در جهت ارتقاء سلامت روان افراد به حساب می‌آید، قدم بعدی که به همان اندازه مهم می‌باشد افزایش بهزیستی شخصی است. به همین سبب امروزه شاهد هستیم که دیدگاه سلامت نگر در حال جایگزین شدن به جای دیدگاه بیماری نگر می‌باشد. با عنایت به جوان بودن جمعیت کشور و خصوصاً با توجه به این که نداشتن سلامت روان در بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد و حتی درموردی به مشکلات وخیم‌تر همچون خودکشی منجر می‌گردد و همچنین با در نظر گرفتن مسائل و عوامل استرس زای مختلفی که هر کدام از دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به نحوی با آن درگیر می‌باشد، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از مدلی جامع به بررسی سلامت روان این دو گروه دانشجویی و چگونگی تفاوت بین آنها پرداخته است. نقش دانشجویان به عنوان سرمایهٔ انسانی در آینده کشور بسیار با اهمیت است و ضرورت برنامه‌ریزی برای شناسایی و بهبود شرایط آنها بر هیچ کس پوشیده نیست. بدیهی است که آگاهی از میزان بهزیستی و سلامت روان آنان در این مقاطع متفاوت از جهت دوران تحصیلی می‌تواند مسئولان و برنامه‌ریزان دانشگاهها را در تدارک برنامه‌های پیشگیرانه، اقدامات مداخله‌ای موثرتر و مهمتر از همه بالا بردن سطح بهزیستی و رضایتمندی دانشجویان مساعدت نماید.

در راستای رسیدن به اهداف فوق پرسشهای ذیل مورد بررسی قرار گرفت:

- ۱- آیا بین سلامت روان دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد تفاوت وجود دارد ؟
 - ۲- آیا بین دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد از لحاظ محور بهزیستی مدل سلامت روان کامل تفاوت وجود دارد؟
 - ۳- آیا بین دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد از لحاظ محور بیماری مدل سلامت روان کامل تفاوت وجود دارد؟
- متغیرهای پژوهش
- متغیر پیش بین : مقطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد
- متغیر ملاک: سلامت روان کامل

روش

جامعه آماری در پژوهش حاضر را دانشجویان مشغول به تحصیل مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ تشکیل می‌دهند ، که از این بین ۵۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. ۲۵۰ نفر از دانشجویان کارشناسی (۱۲۵ دختر و ۱۲۵ پسر) و ۲۵۰ نفر کارشناسی ارشد (۱۲۵ دختر و ۱۲۵ پسر) می‌باشند.

ابزارهای پژوهش: مقیاس جامع بهزیستی: برای سنجش بهزیستی شخصی از مقیاس بهزیستی کیز در پژوهش حاضر استفاده گردید. این مقیاس توسط کیز (۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵) در پژوهشهای مختلف بکار برده شده و شامل ۱۳ زیر مقیاس است که جنبه های لذت گرایانه (بهزیستی هیجانی) و فضیلت گرایانه (بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانشناختی) را می‌سنجد.

در این مقیاس به منظور سنجش بهزیستی هیجانی دو مقیاس به کار گرفته شد: مقیاس تک ماده‌ای رضایتمندی کلی از زندگی و مقیاس شش ماده‌ای عواطف مثبت. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمده است (رستمی، نصرت آبادی، جوشن لو، ۱۳۸۵). برای سنجش بهزیستی روانشناختی از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این مقیاس بین ۰/۴۳ تا ۰/۶ می باشد (رستمی، نصرت آبادی و جوشن لو، ۱۳۸۵). برای سنجش بهزیستی اجتماعی نیز از فرم کوتاه مقیاس بهزیستی اجتماعی کیز، (۱۹۹۸) استفاده گردید. مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این مقیاس بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ می باشد (رستمی، نصرت آبادی و جوشن لو، ۱۳۸۵).

پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط گروه سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی سلامت و مشخص کردن عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی، بیماری و مرگ، تاثیر امراض و اختلالات بر رفتار و فعالیتهای روزمره و نیز میزان توانایی فرد در فرهنگهای مختلف ساخته شده است. پیش از ساخت WHOQOL-BREF (فرم کوتاه شده) ابتدا فرم بلند آن با ۱۰۰ سؤال ساخته شد که ۴ جنبه از کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و ادراک فرد از محیط) را بر آورد می کرد. این آزمون از ۲۶ سوال تشکیل شده که موارد مربوط به کیفیت زندگی، سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط فرد با دیگران، ادراک فرد از محیط فیزیکی اطراف خود را ارزیابی می کند. مقدار آلفای کرونباخ مقیاس فوق ۰/۸۴ بدست آمده است (نصیری، ۱۳۸۵).

یافته ها

نتایج آزمون خی دو برای مقایسه آزمودنیهای کارشناسی و کارشناسی ارشد بر حسب نتایج سلامت روان جامع

سلامت روان جامع	تعداد	درجه آزادی	مقدار خی دو	P
گروه کارشناسی کارشناسی ارشد	۷۰	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳
	۶۹			

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود، با توجه به نتیجه آزمون خی دو (۲٪)، با درجه آزادی ۱، مقدار خی دو برابر شده است با $\chi^2 = 0.007$ که در سطح 0.05 هم معنادار نمی باشد. بنابراین بین سلامت روان جامع دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج آزمون خی دو برای مقایسه آزمودنیهای کارشناسی و کارشناسی ارشد بر حسب نتایج محور بهزیستی

محور بهزیستی	تعداد	درجه آزادی	مقدار خی دو	P
گروه کارشناسی کارشناسی ارشد	۲۴۸	۲	۰/۰۳۶	۰/۹۸
	۲۴۸			

همانطور که از نتایج جدول بالا پیداست، دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد از نظر میزان بهزیستی با هم تفاوتی ندارند. زیرا با درجه آزادی ۲ مقدار χ^2 برابر ۰/۰۳۶ شده است که این مقدار از نظر آماری معنادار نمی باشد.

نتایج آزمون خی دو برای مقایسه آزمودنیهای کارشناسی و کارشناسی ارشد بر حسب نتایج محور بیماری

محور بیماری	تعداد	درجه آزادی	مقدار خی دو	P
گروه کارشناسی کارشناسی ارشد	۲۴۸	۲	۱/۵۸	۰/۴۵۳
	۲۴۸			

با توجه به نتایج جدول فوق بین دانشجویان دو مقطع، از نظر بیماری نیز تفاوت معناداری وجود ندارد، زیرا با درجه آزادی ۲، مقدار χ^2 برابر ۱/۵۸ شده است که از نظر آماری معنادار نمی‌باشد.

طبق نتایج این آزمون بین سلامت روان جامع دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تهران تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های توصیفی بدست آمده در پژوهش نشان می‌دهد که هر دو گروه دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش در ویژگیهای دموگرافیک مختلف شرایط تقریباً یکسانی داشتند. به عنوان مثال حدود ۶۰٪ دانشجویان کارشناسی رتبه‌های دو و سه رقی و ۷۰٪ دانشجویان کارشناسی ارشد نیز رتبه زیر صد را در کنکور سراسری بدست آورده بودند و همین امر منجر به راه‌یابی این افراد به دانشگاه تهران و قرارگرفتن آنان در شرایط متفاوت و تا حدی مناسب از نظر آموزشی، رفاهی گردیده است. این مسأله از نظر موقعیت اجتماعی و میزان عزت‌نفس نیز می‌تواند احتمالاً جایگاه بهتری را برای آنان در پی داشته باشد. مجموع این موارد احتمال تفاوت نداشتن میزان سلامت روان دو گروه را دور از انتظار نمی‌سازد. همچنین طبق یافته‌های دیگر توصیفی هر دو گروه از لحاظ ویژگیهای خاصی همچون علاقه‌مندی به رشته تحصیلی نیز درصدهای بسیار مشابهی داشتند، چنانچه ۸۸/۳ درصد دانشجویان کارشناسی و ۸۷/۹ درصد دانشجویان کارشناسی ارشد با علاقه‌مندی به رشته خود در حال تحصیل می‌باشند. این همگنی در شرایط فوق می‌تواند از جمله دلایل عدم تفاوت از نظر سلامت روان جامع در این دو گروه باشد.

اما با وجود این شرایط نباید از نظر دور داشت که نتایج حاکی از آنند که تنها ۱۴٪ دانشجویان از سلامت روان جامع برخوردارند، در حالیکه ۷۳٪ دانشجویان از سلامت روان متوسط برخوردار بوده و ۱۳٪ نیز دچار بیماری روانی کامل می‌باشند. به عبارت دیگر از هر ۷ دانشجو در پژوهش حاضر تنها یک نفر شرایط سلامت روان جامع را داشته و تقریباً از هر ۸ دانشجو یک نفر دچار بیماری روانی کامل بود.

همچنین گرچه در بررسی ابعاد سه‌گانه بهزیستی در محور بهزیستی مشخص شد که بین دو گروه تفاوتی وجود ندارد اما میزان پژمردگی (بهزیستی پایین) در هر دو گروه نسبتاً بالا بود. ۱۷/۳٪ دانشجویان کارشناسی و ۱۶/۹٪ دانشجویان کارشناسی ارشد معیارهای پژمردگی را نشان دادند، علاوه بر این ۶۵/۷٪ دانشجویان کارشناسی و ۶۶/۵٪ دانشجویان کارشناسی ارشد بهزیستی نسبی داشتند و فقط ۱۶/۹٪ دانشجویان کارشناسی و ۱۶/۵٪ دانشجویان کارشناسی ارشد معیار شکوفایی (بهزیستی بالا) را نشان دادند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق آمبلر (۲۰۰۶) و نصرت آبادی و جوشن لو (۱۳۸۵) همسو می‌باشد، طبق نتایج نصرت آبادی و جوشن لو ۲۰٪ دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران پژمرده، ۱۶٪ شکوفا بوده و ۶۴٪ گروه نمونه آنان نیز در بهزیستی نسبی به سر می‌بردند. همچنین نتایج آمبلر نیز بیانگر این مطلب بود که حدود ۶۷/۲ درصد دانشجویان کارشناسی دارای سلامت روان نسبی، ۱۵/۴ درصد شکوفا و ۱۷/۴ درصد پژمرده بودند.

عوامل گوناگونی در افزایش سطح بهزیستی و متعاقب آن ارتقاء سلامت روان آنها می‌تواند موثر واقع شود. نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر حاکی از آن است که فقدان و یا کمبود این عوامل منجر به کاهش سطح بهزیستی و بدنبال آن کاهش سلامت روان در دانشجویان گردیده است، به گونه‌ای که ما تنها در ۱۴٪ دانشجویان سطح مطلوبی از سلامت روان جامع را شاهد هستیم. از جمله این عوامل می‌توان به چند مورد ذیل اشاره کرد:

وجود روابط بین فردی پایدار و نزدیک که خود یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند برای همبستگی بین حمایت اجتماعی و بهزیستی اجتماعی می‌باشد (بورلو، ۲۰۰۵) یکی از همین موارد است. بدیهی است افرادی که بهزیستی هیجانی بالایی دارند به احتمال زیاد می‌توانند روابط طولانی مدت و رضایت بخشی با دیگران برقرار سازند (مایرز، ۲۰۰۰؛ نقل از بورلو، ۲۰۰۵).

همچنین نشان داده شده است شادکامی که بعنوان یک احساس رضایت و خرسندی تعریف می‌شود (آرگیل و هیلز، ۲۰۰۰؛ به نقل از افضل، ۱۳۸۶) یکی دیگر از عوامل مؤثر بر بهزیستی به حساب می‌آید. افراد شاد در مقایسه با افراد ناشاد انرژی بیشتری دارند (وینهوون، ۱۹۹۸؛ نقل از بورلو، ۲۰۰۵)، در نتیجه دانشجویان شادتر نیز به همین منوال علاقه بیشتری به تحصیل داشته و انرژی بیشتری برای استفاده از دانسته‌های خود دارند (بورلو، ۲۰۰۵).

هابنر، فانک و گیلمان (۲۰۰۰) نیز بیان داشته‌اند که رضایت از زندگی و شادی به صورت معناداری با مشکلات رفتاری درونی و بیرونی ارتباط منفی دارند و همین امر انعکاس مثبتی بر بهزیستی شخصی دارد.

بر اساس یافته‌های موجود در پژوهش حاضر باید نگران درصد قابل توجه جمعیت پژمرده‌ای بود که شرایط سلامت روانی مساعدی را تجربه نمی‌نمایند، علاوه بر آن باید به شرایط و وضعیت دانشجویانی که دارای سلامت روان نسبی هستند نیز توجه ویژه مبذول داشت که بی‌شک غفلت از این جمعیت انبوه می‌تواند زمینه‌ساز سقوط این دانشجویان به ورطه پژمردگی باشد.

منابع

- آزاد مرزآبادی، اسفندیار (۱۳۸۴). بررسی نقش استرس‌های فرهنگی در بهداشت روانی دانشجویان. مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان
- جوشن لو، محسن؛ رستمی، رضا و نصرت‌آبادی، مسعود (۱۳۸۵). ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. مجله روانشناسان ایرانی، شماره ۹، ۳۸-۳۶.
- Ambler, V. M., (2006). Who flourishes in college? Using positive psychology and student involvement theory to explore mental health among traditionally aged under graduates. In partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy. A dissertation presented to the faculty of the school education the college of william and mary.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: positive direction diagnosis and interventions. The Handbook of Positive Psychology, edited by Snyder, C. R., & Lopez, S. New york: oxford university press.
- Keyes, C.L.M. (2003). Complete mental health: An agend for 21st century.
- In flourishing: positive psychology and life well-lived, edited by Keyes, C. L. M., & Haidt, J. Washangton, DC: American Psychology Associatian Press.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: positive direction diagnosis and interventions. The Handbook of Positive Psychology, edited by Snyder, C. R., & Lopez, S. New york: oxford university press.
- Monk, E. M., Mahmood, Z. (1999). Student mental health. A pilot study, Counseling Psychology Quarterly, (12), 2, 199-210.
- World Health Organisation. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary Rreport A Report of the World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne., Genova.