مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

سال ۱ (۱)، خرداد ۱۳۹۳، صفحه ۳۶-۲۸

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط بهداشت روانی و عوامل قاطعیت و مهرورزی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد مرودشت

پژمان باقری[1*]

[1]مربی، اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت. جیرفت، ایران.

چکیده

مقدمه : دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال هر کشور را تشکیل می‌دهند . در همه‌ی کشورهای دنیا از جمله کشور ما مشکلات روانشناختی بین دانشجویان وجود دارد . هدف از این مطالعه تعین همبستگی بهداشت روانی با دو متغیر قاطعیت و مهرورزی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بود.

روش کار : مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی-توصیفی است، که بر روی ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، به روش نمونه گیری خوشه ای در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است. داده ها با استفاده از سه پرسشنامه استاندارد پرامود کومار، مهرورزی و قاطعیت راتوس جمع آوری و سپس با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t-test تحت نرم افزار SPSS17 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها : نتایج این پژوهش ارتباط آماری معنی داری بین بهداشت روانی با متغیرهای قاطعیت و مهرورزی دانشجویان را نشان داد . همچنین بین متغیرهای زمینه‌ای جنسیت با بهداشت روانی، سن با قاطعیت، تأهل با بهداشت روانی و اشتغال با بهداشت روانی و قاطعیت ارتباطات معنی داری بدست آمد .

نتیجه گیری : از آنجا که قاطعیت و مهرورزی متغیرهای اثرگذاری بر سلامت روان دانشجویان هستند، بایستی از ابتدا توجه ویژه‌ای به نقش تربیتی و آموزشی خانواده و مدرسه که بنیان فکری و اخلاقی فرد را در جامعه و آینده رقم می‌زنند مبذول داشت.

کلید واژه ها : بهداشت روانی، قاطعیت، مهرورزی

اطلاعات مقاله

دریافت : ۱۳۹۳/۰۱/۱۶

پذیرش : ۱۳۹۳/۰۳/۰۱

***مولف مسئول:**

ایران،کرمان، جیرفت، بلوار پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، معاونت آموزشی

تلفن: ۰۹۱۳۹۰۳۹۳۲۹

پست الکترونیک:

bpegman@yahoo.com

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

Vol. 1, No. 1, June 2014, P.28-36

Journal of Jiroft University of Medical Sciences

Original Article

The Survey of Correlation between Mental Health with Decisiveness and Kindness Factors in Students of Azad University Marvdasht Branch

Pezhman Bagheri[1*]

[1]Lecturer, Epidemiology, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

Abstract

Introduction: Students makes up a broad part of the working population in each country. In countries around the world including our country has a wide range of psychological problems among students. The purpose is determining correlation between mental health with kindness and Assertiveness.

Methods: The presented descriptive cross sectional study is conduct on 400 person of student's Islamic Azad University Marvdasht Branch by cluster sampling in 2012. Using 3 questionnaires about mental health, kindness and Assertiveness, required information were collected and analyzed. Using standard questionnaires Pramvd Kumar, compassion and firmness Ratus data were collected. Then, all data analyzed with Pierson correlation coefficient and t-test analysis and SPSS17 software.

Results: The results showed a significant association between mental health with kindness and assertiveness. ($p=0.001$). Also, there are significant associations between sex and marital status with mental health, age and job status with assertiveness and also mental health with job status ($p<0.05$).

Conclusion: Whereas kindness and assertiveness are effective variables of students' mental health, it must be educational and cultural role of the family and school so respected, because of its intellectual and moral basic effect/influence on the future of community.

Keywords: Mental health, Assertiveness, Kindness

Article Info

Received: Apr. 05, 2014

Accepted: May.22, 2014

***Corresponding Author:**

Iran, Kerman, Jiroft, Pasdaran Blvd, Jiroft University of Medical Sciences, Educational Vice Chancellor

Tel: +989139039329

Email:

bpegman@yahoo.com

Vancouver referencing:

Bagheri P. The Survey of Correlation between Mental Health with Decisiveness and Kindness Factors in Students of Azad University Marvdasht Branch. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2014; 1(1): 28-36.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

در طول تاریخ در فرآیند رشد و توسعه‌ی فرهنگی و اجتماعی جوامع، نیروی انسانی کارآمد نقش تعیین کننده‌ای ایفاء می‌کند. از طرفی دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت جوان کشور را تشکیل می‌دهند . در همه‌ی کشورهای دنیا، مشکلات روان‌شناختی بین دانشجویان به عنوان قشر فعال جامعه وجود دارد (۱).

گزارش اخیر سازمان بهداشت جهانی[1]، نشان‌دهنده‌ی آن است که اختلالات روانی ۱۰ درصد جامعه‌ی بالغین را گرفتار نموده است. براساس مطالعه‌ی نقوی و همکاران در زمینه‌ی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲، اختلالات روان‌پزشکی به عنوان دومین عامل بار بیماری‌ها بر اساس سال‌های عمر تطبیق یافته با ناتوانی[2] برای ۱۷ گروه طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD[3]) در کل جمعیت ایران به شمار می‌روند (۲). مطالعات مختلف نیز شیوع اختلالات روانی را در دانشجویان بین ۱۲/۷۵ تا ۳۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند (۳,۴).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی عبارت است از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه ومناسب (۱). از طرف دیگر قاطعیت (جرأت ورزی[4]) به معنای دفاع از حقوق خود و بیان افکار و احساسات به شیوه‌ی مستقیم، صادقانه و مناسب است. افراد قاطع برای خود و دیگران احترام قائلند، منفعل نیستند و اجازه نمی‌دهند دیگران از آنها سوء استفاده کنند. از طرف دیگر به خواسته‌ها و نیازهای دیگران احترام می‌گذارند و به شیوه‌ای مدبرانه با آنها ارتباط برقرار می‌نمایند (۵).

عصرحاضر با توجه به رشد جمعیت و پیچیدگی نظام زیست، انسان به عنوان گونه‌ای که بقایش وابسته به برقراری ارتباط با دیگران است؛ با بحران‌ها، مشکلات و بیماری‌های متعدد و بیش‌تری مواجهه می‌باشد.

تنها با نگاهی گذرا به آمارهای موجود در مورد اختلالات روانی می‌توان به چگونگی مسائل و مشکلات پی برد (۶,۷). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال روانی از علل مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان است و می‌تواند موجب کاهش موفقیت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان شود و آن‌ها را از رسیدن به جایگاهی که شایسته آن هستند باز دارد (۸).

شواهد زیادی وجود دارد که نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های زندگی بر پیشگیری و درمان مشکلات بهداشتی مانند سوء مصرف مواد، اثرات رضایت بخشی داشته اند. کسب و ارتقاء این مهارت‌ها در قشر جوان اهمیتی حیاتی دارد. این مهارت‌ها به جوانان احساس خودکارآمدی[5] داده که در روابط متقابل او با دیگران و ایجاد اعتماد و عزت نفس در وی تأثیری مثبت خواهد داشت (۹).

سالتِر در سال ۱۹۷۸ در کتاب خود می‌نویسد بسیاری از مردم قاطعیت را با رفتارهای پرخاشگرانه اشتباه می‌گیرند که ممکن است به دلیل باورهای فرهنگی غلط باشد. در این حالت فرد رفتارهای قاطعانه‌ی خود را مخرب به حساب آورده و سعی در کنترل و عدم ابراز آن‌ها می‌نماید. در قاطعیت تأکید روی آن است که شما چه احساسی دارید؛ در نتیجه باید دنبال یک راه مثبت برای نشان دادن و بروز آن گشت، تا اینکه بخواهید با پرخاشگری و عصبانیت عمل کنید. هدف حل مشکل و به‌دست آوردن بهترین نتیجه است؛ نه به دست آوردن یک پیروزی.

مهرورزی به معنی دوست داشتن کسی و تکریم حُب ذات و دوست داشتن خود بدون توجه به نیازها و شرایط است؛

[1] World Health Organisation (WHO)
[2] DALY (Disability Adjusted Life Years)
[3] International classification of disease
[4] Assertiveness
[5] Self Efficiency

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

به طوری که اگر مهرورزی به صورت متقابل بین افراد ابراز شود موجب احساس رضایت و خشنودی آنها می‌گردد . در واقع مهرورزی از هفت شاخصه تشکیل شده است که عبارتند از: گوش دادن، حمایت، تشویق، احترام، اعتماد، پذیرش وگفت‌وگوی همیشگی با مخاطبان بر سر اختلافات جهت رفع مشکل (۱۰).

در بین مطالعات پیشین، تحقیقات جامعی در زمینه‌ی ارتباط قاطعیت و مهرورزی با بهداشت روانی صورت نگرفته است و کلیه‌ی پژوهش‌های مورد بررسی در زمینه‌ی تعیین ارتباط سایر مؤلفه‌های شخصیتی و زیستی با بعضی جنبه‌های مختلف بهداشت روانی همچون استرس واضطراب، اعتماد به نفس، افسردگی، وسواس و پرخاشگری و غیره در جمعیت عام بوده است.

به نظر می‌رسد با برجسته‌سازی وضعیت متغیرهای قاطعیت و مهرورزی به عنوان دو مؤلفه‌ی مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان دانشجویان، در این قشر از جامعه بتوان در راستای بهبود عملکردهای روانی و تعاملات اجتماعی آن‌ها که قشر فرهیخته‌ی جامعه به حساب می‌آیند، گام مؤثری برداشت. لذا با توجه به اهمیت دوره‌ی جوانی و تأثیری که بر سایر دوره‌های زندگی از خود به جای می‌گذارد و هم‌چنین با توجه به جایگاهی که سلامت روان جوانان در بهبود عملکردهای جمعی و زندگی دارد؛ مطالعه‌ی حاضر به منظور بررسی ارتباط عوامل قاطعیت و مهرورزی با بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت انجام گرفته است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی توصیفی است بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد مرودشت به عنوان جامعه پژوهش در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است. در این مطالعه دانشجویانی که در واحد مشاوره دانشگاه سابقه مشکلات عاطفی و روانشناختی داشتند از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب آلفای ۵ درصد و هم‌چنین اطلاعات حاصله از مطالعه محمودی عالمی و همکاران (۱۱) محاسبه گردید. کلیه نمونه‌های مورد مطالعه به روش نمونه-گیری خوشه‌ای از دانشکده‌های موجود در دانشگاه به تناسب جمعیت دانشجویان هر دانشکده به تفکیک جنسیت انتخاب گردیدند. ابزارهای مورد استفاده سه چک لیست استاندارد بهداشت روانی پرامود کومار ۴۴ سؤالی، پرسش‌نامه‌ی ۱۰ سؤالی مهرورزی و هم‌چنین پرسش‌نامه‌ی استاندارد ۳۰ سؤالی قاطعیت راتوس بودند؛ که روائی آن‌ها به تأیید متخصصین و اعضای علمی دانشگاه‌های مختلف از جمله دانشگاه علامه‌ی طباطبائی رسید .

پرسش‌نامه‌ی قاطعیت راتوس (۱۹۷۳) شامل ۳۰ سؤال بود که در آن هر یک از پاسخ‌دهندگان می‌بایست بر اساس یک مقیاس پنج منطقه‌ای مشخص کند که هر یک از گزاره‌ها تا چه اندازه وضعیت روحی او را توصیف می‌کند (۲+،۱+،۱،۰،۲-). سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاسی شش درجه‌ای از "کاملاً با خصوصیات من مطابقت دارد" تا " کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد" طراحی شده است. در این پرسش‌نامه درجه‌ی (۲-) به معنای این است که گزاره‌ها به هیچ وجه نشان‌دهنده‌ی وضعیت فرد نیستند و برعکس (۲+) نشان‌دهنده‌ی تطابق کامل گزاره‌ها با وضعیت روحی فرد است. نحوه‌ی نمره‌دهی در این پرسش‌نامه به این صورت بود که بعد از پایان ارزیابی و نمره-دهی مثبت یا منفی هر آزمون، نمره‌ی عددی مربوطه گزارش می‌گردید. دامنه‌ی این نمرات بین (۳۴-) تا (۴۴) بود. پایائی و روائی این ابزار توسط سید فاطمی و همکاران در ایران سنجیده و تأیید شده است (۱۲).

پرسش‌نامه‌ی بخش ارزیابی مهرورزی نیز یک ابزار محقق ساخته بود که حاوی ۱۰ سؤال بود. پایائی این پرسشنامه در یک مطالعه آزمایشی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان به دو روش دو نیمه کردن یا تصنیف (از طریق همبسته کردن سؤالات فرد و زوج) و روش آزمون- آزمون مجدد (آزمون مجدد با فاصله‌ی دو هفته‌ای انجام شد) محاسبه گردید، که در

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

آن ضریب پایائی برای روش دو نیمه کردن ۸۳ درصد و برای روش تست مجدد ۸۱ درصد تعیین گردید. برای تعیین اعتبار سؤالات هم از طریق درخواست از کلیه‌ی اساتید روان‌شناسی برای ارائه‌ی لیستی از همه‌ی نشانه‌ها که بر طبق نظر آن‌ها مهرورزی ضعیف را نشان می‌داد، فقط آن نشانه‌هایی که با نظر موافق داوران با مطالعه ارتباط داشتند، انتخاب شدند. بدین ترتیب سؤالاتی که ارزش تشخیصی بالایی (۰/۳ یا بالاتر) داشتند، پس از تجزیه‌وتحلیل سؤال به چک‌لیست نهایی منتقل شدند. نحوه‌ی نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه به این صورت بود که به جواب‌های مثبت یک امتیاز و به جواب‌های منفی امتیازی تعلق نمی‌گرفت. نتیجه‌ی این پرسش‌نامه نیز به صورت نمرات عددی گزارش شد. دامنه‌ی نمره‌ی نهایی بین ۱ تا ۱۰ بود.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد بهداشت روانی (MHC[6]) نیز دارای ۴۴ سؤال بود که به هر سؤال یک نمره از مقیاس چهار گانه (۱،۲،۳،۴) تعلق می‌یافت. پایایی آن نیز توسط کرمی و همکاران در ایران سنجیده شده است. براساس نتایج آن‌ها این پرسش‌نامه دارای درصد پایائی ۰/۸۷ و روائی نسبتاً بالا با نظر اساتید مجرب روان‌شناسی کشور می‌باشد (۱۳).

پس از توزیع پرسش‌نامه‌ها و تصحیح و نمره‌دهی و حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش، نمرات عددی متغیرهای قاطعیت و مهرورزی و بهداشت روانی به تفکیک جنسیت هر فرد وارد محیط نرم افزار $SPSS_{17}$ گردید. سپس برای تعیین ارتباط متغیرهای قاطعیت و مهرورزی با بهداشت روانی پس از تأیید نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، از ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین ارتباط آن‌ها با جنسیت، وضعیت تأهل و اشتغال از آزمون تی مستقل استفاده گردید.

هم‌چنین برای تعیین ارتباط سن با هر یک از متغیرهای قاطعیت و مهرورزی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

[6] Mental health check list

منظور از اشتغال در این مطالعه، مشغول بودن به شغلی خارج از دانشگاه است و اشتغال به تحصیل مدنظر نبوده است.

یافته ها

در این مطالعه ۴۰۰ دانشجو مشتمل بر ۲۰۰ (۵۰ درصد) دختر و ۲۰۰ (۵۰ درصد) پسر با میانگین سنی ۲۲/۷۹±۳/۲۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند. حداقل سن دانشجویان دراین مطالعه ۱۸ سال و حداکثر سن ۳۹ سال بود. بیست و دو درصد از دانشجویان متأهل و ۳۸ درصد دارای شغل بودند. میانگین کلی نمره‌ی بهداشت روانی در مردان ۱۹/۷۴ ±۱/۰۲ و در زنان ۱۷/۰۱ ±۲/۲۴ و نمره‌ی قاطعیت در مردان ۱۹/۲۵±۲/۴۳ و در زنان ۱۹/۲±۴/۰۴ و نمره‌ی مهرورزی در مردان ۹/۳۶±۲/۰۳ و در زنان ۹/۲۳±۱/۸۹ به‌دست آمد. نتایج این پژوهش نشان داد که از لحاظ قاطعیت ۷۵ درصد دانشجویان دارای امتیاز زیر ۲۰ (حداقل نمره‌ی استاندارد) و تنها ۲۵ درصد از آنها در وضعیت مطلوب بالای ۲۰ قرار داشتند. هم‌چنین به لحاظ بهداشت روانی ۷۰ درصد از دانشجویان حائز امتیاز ۲۹ (حداقل نمره‌ی استاندارد) و کم‌تر و ۳۰ درصد دارای امتیاز بین ۳۵-۳۰ بودند. به لحاظ مهرورزی نیز ۶۰ درصد از دانشجویان در وضعیت نامطلوب زیر ۷ (حداقل نمره‌ی استاندارد) قرار داشته و ۴۰ درصد از آنها بین ۷ تا ۱۰بوده‌اند. برای تعیین همبستگی بین قاطعیت و بهداشت روانی، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیمی بین این دو متغیر وجود دارد.

جدول ۱: ضریب همبستگی بین بهداشت روانی و عوامل قاطعیت و مهرورزی دانشجویان مورد بررسی

متغیر	بهداشت روانی	
	p-value	r
قاطعیت	۰/۰۰۱	۰/۵۶
مهرورزی	۰/۰۰۱	۰/۷۴

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۲ : نتایج بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و عوامل قاطعیت، مهرورزی و بهداشت روانی

متغیر		قاطعیت		مهرورزی		بهداشت روانی	
		نمره	p-value	نمره	p-value	نمره	p-value
جنس	مرد	۱۹/۲۵±۲/۴۳	۰/۱۰۱	۹/۳۶±۲/۰۳	۰/۱۳۲	۱۹/۷۴±۱/۰۲	۰/۰۱۲
	زن	۱۹/۲±۴/۰۴		۹/۲۳±۱/۸۹		۱۷/۰۱±۲/۲۴	
تأهل	مجرد	۱۶/۱۱±۱/۰۳	۰/۰۳	۸/۷۶±۱/۲۵	۰/۰۰۱	۲۴/۲±۳/۲	۰/۰۲۵
	متاهل	۱۹/۵۶±۲/۰۴		۱۰±۲/۲۵		۲۹/۹۸±۱/۲	
اشتغال	شاغل	۱۹/۷۸±۲/۳۲	۰/۰۰۱	۹/۲۶±۱/۱	۰/۲۵	۳۰/۱±۲/۰۸	۰/۰۰۱
	غیرشاغل	۱۵/۳۹±۳/۲۵		۹/۷۳±۲/۰۳		۲۷/۱±۱/۵۴	
سن		r*=۰/۳۳	۰/۰۳	r*=۰/۱۴	۰/۱۲	r*=۰/۱۱	۰/۸۶

*آزمون همبستگی پیرسون

بررسی ارتباط بین بهداشت روانی و مهرورزی نیز نشان داد که ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیمی بین این دو متغیر وجود دارد (جدول ۱). نتایج آزمون بین جنسیت و هر یک از سه متغیر فوق نشان داد که بین جنسیت با قاطعیت و مهرورزی هیچ ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد؛ ولی بین جنسیت با بهداشت روانی ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. در واقع با تعیین میانگین وضعیت بهداشت روانی در دوجنس پسر و دختر، دانشجویان پسر با کسب میانگین امتیاز۱/۰۲± ۱۹/۷۴ نسبت به دانشجویان دختر با میانگین ۲/۲۴± ۱۷/۰۱ از وضعیت بهداشت روانی بهتری برخوردار بودند. از سوی دیگر همبستگی معنی‌داری بین متغیر سن با متغیرهای بهداشت روانی و مهرورزی مشاهده نگردید. اما بین سن با قاطعیت همبستگی مستقیمی مشاهده شد. بین وضعیت تأهل با قاطعیت، بهداشت روانی و مهرورزی نیز رابطه معنی‌داری وجود داشت. در مورد همه‌ی متغیرها، افرادی که متأهل بودند به لحاظ بهداشت روانی(۱/۲±۲۹/۹۸ در متأهلین و ۳/۲±۲۴/۲ در مجردین) و مهرورزی (۲/۲۵±۱۰ در متأهلین و ۱/۲۵±۸/۷۶ در مجردین) و قاطعیت (۲/۰۴±۱۹/۵۶ در متأهلین و ۱/۰۳±۱۶/۱۱ در مجردین) وضعیت بهتری نسبت به افراد مجرد داشته‌اند (جدول ۱). در آزمون تعیین ارتباط وضعیت اشتغال با متغیرهای ذکر شده نیز ارتباط آماری معنی‌دار بین وضعیت اشتغال با بهداشت روانی (۲/۰۸±۳۰/۱ در شاغلین و ۱/۵۴±۲۷/۱ در غیرشاغلین) و قاطعیت (۲/۳۲±۱۹/۷۸ در شاغلین و ۳/۲۵±۱۵/۳۹ در غیرشاغلین) مشاهده گردید. این در حالی است که بین اشتغال با متغیر مهرورزی هیچ ارتباط معنی-داری مشاهده نگردید. در همه‌ی سطوح نیز افرادی که شاغل بودند از وضعیت بهداشت روانی و قاطعیت بهتری برخوردار بودند (جدول ۲).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین متغیرهای قاطعیت و مهرورزی با بهداشت روانی همبستگی مستقیمی وجود دارد. هم‌چنین بین متغیرهای زمینه‌ای جنسیت با بهداشت روانی، سن

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

با قاطعیت، تأهل با بهداشت روانی، قاطعیت و مهرورزی و اشتغال با بهداشت روانی و قاطعیت ارتباط معنی-داری به‌دست آمد.

از نتایج مربوط به تحلیل متغیرهای زمینه‌ای می‌توان چنین استنباط کرد که این عوامل نقش عمده‌ای در رقم زدن سلامت روانی افراد ایفا می‌کنند. به نظر می‌رسد اشتغال و تأهل از بقیه متغیرها قدری تعیین‌کننده‌تر باشند؛ چرا که تقریباً این دو متغیر با هر سه متغیر بهداشت روانی، قاطعیت و مهرورزی ارتباطات معنی‌داری داشتند. البته توجیه مکانیسم اثر این عوامل نیز واضح است. از مطالعاتی که ارتباط این عوامل به‌خصوص اشتغال را با سلامت روان ارزیابی کرده اند، می توان به مطالعات عزیزی و همکاران (۱۴)، گرنات (۱۵)، فنتا (۱۶) و هرمنسن (۱۷) اشاره کرد؛ که نتایجی همسو با یافته‌های مطالعه حاضر به‌دست آوردند. به‌هر حال ازدواج و اشتغال مایه ارتقاء آرامش روحی افراد و استقلال آن‌ها می گردند؛ که این امر بالطبع بهداشت روانی مطلوب‌تری را برای افراد رقم می زند. احتمالاً افراد متأهل و شاغل از آنجا که هم به لحاظ عاطفی و هم به لحاظ مالی منتفع می شوند، قدرت تصمیم گیری و حل مسئله بهتر و بنابراین قاطعیت بالاتری در برخورد با مسائل و محیط اطراف از خود نشان می‌دهند. هم‌چنین در صورتی که ازدواج و اشتغال توانسته باشد رضایت و تأیید افراد را فراهم کند، این افراد با توجه به استقلال روحی و اجتماعی خود از مهرورزی حقیقی‌تری برخوردار هستند که همه این مسائل با بهداشت روانی مطلوب‌تری همراه هستند. تأثیر مثبت تأهل بر سلامت روان در مطالعات سابین (۱۸)، ویسمن (۱۹)، براک (۲۰)، اَندرو (۲۱)، رونالد (۲۲) و بنائیان و همکاران (۲۳) به-دست آمده که همسو با یافته‌های این مطالعه است . از سوی دیگر بخشی از پایه اخلاقی و فکری و روحی و شخصیتی افراد در خانواده‌ها بنا نهاده می‌شود؛ لذا اگر از ابتدا بتوان براساس آموزش‌های مبتنی بر شواهد فرزندان را با الگوهای تربیتی و اخلاقی آشنا کنیم، فرد به سلاحی مطمئن بنام قاطعیت که خودبه‌خود مهرورزی و بهداشت روانی را در پی دارد تجهیز خواهد شد. بخشی از قاطعیت به قدرت نه گفتن در مسائل و اعتماد به‌نفس و اراده افراد مربوط می‌شود که از مؤلفه‌های مهم تعیین‌کننده سلامت روانی و مصون‌کننده افراد به شمار می‌روند. در مطالعه محمودی عالمی و همکاران که بر روی تأثیر آموزش قاطعیت بر روی بعضی جنبه‌های بهداشت روانی دانشجویان پرستاری شهر ساری انجام شد؛ نشان داد که بین آموزش قاطعیت و کاهش اضطراب وافزایش جرأت‌ورزی ارتباط معنی‌داری وجوذ دارد (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج مطالعه دبی و همکاران (۲۰۰۲) بر روی قاطعیت دانشجویان کانادا می‌باشد (۲۴). اغلب قرارگرفتن در شرایط خاص از جمله وارد شدن به جامعه‌ای بزرگ‌تر، محیط آموزشی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت، مشکلات اقتصادی و به طور کلی تغییرات زیاد در زندگی فردی و اجتماعی با فشار و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دانشجویان دانشگاه آزاد ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان، با مشکلاتی از قبیل فشارهای روحی-روانی ناشی از شرایط اقتصادی و آینده شغلی مواجهه‌اند. به همین دلیل به نظر می‌رسد دانشجویان مورد مطالعه در دانشگاه آزاد مرودشت بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند. شاید بتوان به استناد این شواهد بخشی از نتایج را توجیه کرد (۲۵). در این مطالعه ارتباط مثبتی بین متغیر سن با متغیر قاطعیت به عنوان یکی از مؤلفه‌های اثرگذار بر سلامت روانی افراد به‌دست آمد. همان‌طور که در مطالعه نوتا و سورسی نشان داده شد، با افزایش میانگین سنی دانشجویان به دلیل عواملی از جمله تأهل و اشتغال وضعیت بهداشت روانی و مؤلفه‌های قاطعیت و مهرورزی دانشجویان بهبود می‌یابد. امینی و همکاران (۲۶) و نیز شاکر اردکانی و همکاران (۲۷) هم در مطالعه خود به تأثیر متغیر سن بر وضعیت اختلالات روانی اشاره کرده‌اند که مشابه با نتایج مطالعه حاضر است.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

موضوع مهم دیگر در توجیه بخشی از نتایج توجه به محل سکونت دانشجویان است. مطالعه کنی و همکاران علل اختلال‌های روانی در بین دانشجویان شهرستانی ر ا دوری از خانواده، وجود مشکلات اقتصادی و نگرانی از تأمین مسکن دانسته است. در این پژوهش محل سکونت دانشجویان بررسی نشد، که از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود. اختلاف محل سکونت دانشجویان در کنار مشکلات اقتصادی می‌تواند ضرورت بررسی عوامل مؤثر بر بهداشت روانی دانشجویان را توجیه نماید (۲۸). نتایج مطالعه مکوندی و همکاران در بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال ۱۳۸۹ نشان داد که سلامت روانی در دانشجویان خوابگاهی کمتر از سایرین می‌باشد. دلیل این امر را می‌توان در دوری از محل سکونت جستجو کرد (۲۹). عدم بررسی بُعد اجتماعی سلامت از جمله محدودیت‌های این مطالعه است که در مطالعات بعدی بر روی دانشجویان در این زمینه توصیه می‌گردد. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه عدم بررسی سوابق خانوادگی نمونه‌هاست. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در این زمینه به روش گذشته‌نگر عوامل خطر خانوادگی نمونه‌ها بررسی شوند تا بتوان ارتباط منطقی‌تری بین رویدادهای مختلف زندگی در گذشته و آینده برقرار کرد.

نتیجه گیری

براساس نتایج این مطالعه، می‌توان چنین نتیجه گرفت که متغیرهای قاطعیت و مهرورزی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که جهت بهبود بهداشت روانی دانشجویان نیاز به تقویت دارند و با توجه به جایگاه ویژه‌ای که دانشجویان در جامعه دارند بایستی برای پرورش آن‌ها در افراد از دوران نوجوانی که فرد در مواجهه‌ی بیش‌تر با جامعه قرار می‌گیرد، برنامه ریزی کرد. چرا که اگر پایه‌ی درستی از آن در شالوده خانواده ساخته شود، سلامت روانی بالاتری در آینده‌ی زندگی افراد به ارمغان خواهد آورد. یافته‌های این مطالعه ضمن تأیید ارتباط این متغیرها با بهداشت روان دانشجویان، نشان داد که دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی به لحاظ این متغیرها در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارند؛ که این امر می‌تواند در مقایسه با دانشجویان دانشگاه‌های دولتی که احتمالاً در جایگاه بهتری قرار دارند، آنها را در مخاطرات روانی بیش‌تری قرار می‌دهد. هم‌چنین از آنجا که به استناد نتایج این مطالعه در دانشجویان متأهل و شاغل و نیز در دانشجویان مسن‌تر، وضعیت بهداشت روانی که به نوعی شامل قاطعیت و مهرورزی نیز می‌گردد بهتر می باشد، پیشنهاد می‌شود نهادهای ذیربط توجه‌ی ویژه‌ای به بسترسازی اشتغال و ازدواج برای جوانان نمایند.

تقدیر و تشکر

نویسنده این مقاله بر خود لازم می‌داند از کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت که در راستای اجرای این مطالعه کمال همکاری را در تکمیل پرسش‌نامه‌ها داشتند و هم‌چنین روابط عمومی دانشگاه تقدیر و تشکر بعمل آورد.

References

1. World Health Organization. World Health Statistics 2010 [internet]. Newyork, 2010 [updated 2011 September 18;cited 2011 September 4th]. Available from: http://www.worldhealthorganisation/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&highlight=&sid=867 page.
2. Naghavi M, Abolhasani F, Pourmalek F, Jaefari N, Moradi Lakeh M, Eshrati B, et al. the Burden of disease and demages in iran in 2003. Special journal of Iranian epidemiology 2008;1(4):1-19. (In Persian)
3. Palahang H, Nasr M, Baraheni MT, Shahmohammadi D. epidemiology of mental disorders in Kashan City. Journal of treat and thought 2006; 4:19-27. (In Persian)
4. Dastjerdi R, Khazaei K. the survey of general health of new students of birjand university of medical science in 2002-2003. Journal of birjand university of medical science 2001;14:34-38. (In Persian)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]

5. Klinke CH. In: Mohamadkhani Sh, translator. Life skills, coping with anxiety, depression, loneliness, shyness, failure. Tehran: Sepand Honar; 2005: 2,261. (In Persian)
6. Brewer, M. B. Taking the social origins of human nature seriously: Toward a more imperialist social psychology. Personality and Social Psychology Review 2004; 8: 107–113.
7. Lee TW, Ko Is, Lee KJ . Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea . International Journal of Nursing Studies 2005; 49(2):129-137.
8. Jahani Hashemi H, Rahimzadeh Mirmahalleh S, Ghafelehbashy H, Sarichloo ME. Investigating the mental health of the first- and last-year students of QUMS (2005). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2008; 12(2): 45-55. (In Persian)
9. Seyedfatemi N, Khoshnavaye foumani F, Behbahani N, Hosseini F. Assertiveness skill and extazi consumption between adolescences. Research scientific journal of mental health 2008; 4(10):265-72. (In Persian)
10. Heydarzadeh M. Health's Community is depended to Family's mental health. Khorasan-e- shomali [internet]. Jan-Mar 2008 [cited 2008 Aug 22]; 852 (17108):16. Available from: http://www. jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100956834304.
11. Mahmoudi Alemi GH, Azimi H, Zarghami M. the effect education of Decisiveness on anxiety and couragness in nurse students. Journal of gorgan university of medical science 2004;14:66-72. (In Persian)
12. Seyyed Fatemi N, Khoshnavaye Foomani F, Behbahani N, Hosseini F. Assertiveness skill and use of Ecstasy among Iranian adolescents. Q J Fundam Ment Health 2009;40(10):265-72. (In Persian)
13. Koumar P. psychometric tests number 11(translated by Karami A).Tehran: psychology and cultural science college;1992.
14. Azizi F, Holakoie Naieni K, Rahimi A, Amiri M, Khosravizadegan F. Prevalence of mental health disorders and its associated demographic factors in resettled Afghan refugees of Dalakee Refugee Camp in Bushehr Province 2005. ISMJ 2006; 9 (1) :85-92. (In Persian)
15. Gernaat HB, Malwand AD, Laban CJ, et al. Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and posttraumatic stress disorder. Ned Tijdschr Geneeskd 2002; 146:1127-31.
16. Fenta H, Hyman I, Noh S. Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. J Nerv Ment Dis 2004; 192:363-72.
17. Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. J Nerv Ment Dis 2002; 190:374-80.
18. Sabin M, Lopes Cardozo B, et al. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. JAMA 2003; 290:635-42.
19. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Psychopathology and marital satisfaction. Journal of consulting and clinical psychology 2004;72(5): 830-838.
20. Bruce ML, Whisman MA. Marital dissatisfication and incidence of major depressive episode in a community sample. J Ab norm psycho 1999;108(4): 74- 78.
21. Andrew ES. Funectional impairment in patient with schizotypical, borderline, avoidant or obsessive compulsive personality. Dis order. AM J Psychlaiarti 2002; 159: 276- 283.
22. Ronald CK. The social consequences of psychiatric disorders. Probability of marital stability. American psychiatric association 1998;155(3): 1092- 96.
23. Banaian SH, Parvin N, Kazemian A. The Investigation of the Relationship between Mental Health Condition and Martital Satisfaction. Scientific journal of Hamadan nursing& midwifery faculty 2006;4(2):52-58.
24. Debbie TK, Gabriel RL, Krish B. Reflection on occupational therapy and -assertive community treatment . Canadian association of occupational therapists 2002; 15(5):284-93.
25. Lane R, Mc Donald G. Reducing the economic burden of depression. Int Clin Psychopharmacol 1994; 9(4): 229-43.
26. . Amini L , Ghorbani B , Seyedfatemi N . Mental Health of Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and some of its Socio-demographic Determinants. IJN 2012; 25 (78) :34-41. (In Persian)
27. Shakerardekani Z, Nasehi A, Eftekhar T, Ghaseminezhad A, Ardekani MA, Raisi F. Evaluation of Depression and Mental Health Status in Women with Poly Cystic Ovary Syndrome. J Fam Reprod Health 2011;5(3):67-71.
28. Kenny ME, Donaldson GA. Contributions of parents' attachment and family structure to the social and psycho logic functioning of first year college students. J Counseling Psychology 1991; 38: 470-86.
29. Makvandi S, Zamani M. The survey of quality of life and its dimensions in Islamic Azad university Ahvaz branch students in 2010. Jentashapir 2011;2(4): 191-200. (In Persian)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2024-10-12]