پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۳، پاییز ۸۴، صفحات ۲۴۵ تا ۲۵۱

Original Article

تعیین ارتباط بین سلامت روان و شیوه‌های مدارا در دانشجویان جدیدالورود

دکتر سید عبدالمجید بحرینیان×، **دکتر الهه محمد حسینی** ××

× گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
×× گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *سلامت روان از موضوعات بحث‌انگیز در روانپزشکی است. از جمله عوامل مرتبط با آن توانایی مدارای افراد با تغییرات و استرسها می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی سلامت روان و شیوه‌های مدارا در دانشجویان جدید الورود (مهرماه ۸۳) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام پذیرفت.*

روش بررسی: *این پژوهش بر روی ۲۴۹ نفر از دانشجویان پنج دانشکدهٔ دندانپزشکی، پزشکی، پرستاری و مامایی، تغذیه و توانبخشی به شیوهٔ مقطعی و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-2-8)، پرسشنامه مدارای بلینگز و موس و یک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک انجام و با شیوه‌های آماری کای‌دو و Student t-test تجزیه و تحلیل گردید.*

یافته‌ها: *در کل ۳۶/۱٪ از دانشجویان مورد مطالعه امتیاز بزرگتر یا مساوی نمرهٔ برش در GHQ (نمره ۲۳) را بدست آوردند که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. افراد مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی، بیش از بقیه از راهبرد مدارای جسمانی کردن و مهار هیجانی استفاده می‌نمودند ($p<۰/۰۵$) و افراد با سلامت روان بیشتر، از توانایی حل مسأله و ارزیابی شناختی بیشتری برخوردار بودند ($p<۰/۰۵$). از نظر جلب حمایت اجتماعی بین دو گروه با امتیاز GHQ کمتر از نمرهٔ برش (نمره ۲۳) و امتیاز بالاتر یا مساوی نمره برش تفاوت معنی‌داری بدست نیامد.*

نتیجه‌گیری: *افراد با سلامت روانی بیشتر از شیوه‌های مدارای فعال و مؤثرتری استفاده کرده، بیشتر اقدام به ارزیابی شناختی مشکلات و یافتن راه‌حل می‌نمایند. باتوجه به جدایی‌ناپذیری استرسها از روند زندگی و تحصیل، آموزش شیوه‌های مؤثر مدارا به دانشجویان خصوصاً در ابتدای دوران تحصیل می‌تواند مصونیت آنها را در برابر پریشانی روانی افزایش دهد.*

واژگان کلیدی: *سلامت روان، مدارا، پرسشنامه سلامت عمومی.*

مقدمه

موضوع سلامت روان از موضوعات بحث‌برانگیز در روانپزشکی است. از جمله عوامل مرتبط با سلامت روان، توانایی مدارای افراد با تغییرات و استرسها می‌باشد که به نظر می‌رسد این دو رابطه‌ای دوجانبه با یکدیگر داشته باشند. یعنی برخورداری از توانایی انطباق و مدارای بهتر، در حفظ سلامت روان افراد دخیل است و از طرفی برخورداری از سلامت روان، اتخاذ شیوه‌های انطباقی را در پی خواهد داشت (۱).

از جمله مهارتهای مدارا (Coping) می‌توان به شیوه‌های مدارای مشکل‌مدار (Problem-focused) و مدارای هیجان‌مدار (Emotion-focused) اشاره کرد که در شیوه‌های مشکل‌مدار شخص می‌تواند به مسأله یا وضعیت خاصی که پیش آمده بپردازد و به دنبال راهی باشد برای تغییر دادن وضعیت و اجتناب از آن در آینده. در شیوهٔ هیجان‌مدار، شخص می‌تواند حواس خود را بر تسکین و تخفیف هیجانات همراه با موقعیت پرفشار متمرکز می‌کند، حتی اگر نتواند آن موقعیت پرفشار را

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روان شناسی، دکتر عبدالمجید بحرینیان (**email**:sabahrainian@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۸/۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/٦/۱۲

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

تغییر دهد. اکثر مردم در مواجهه با استرس از هر دو نوع مدارا استفاده می‌کنند (۱).

چهار نوع اساسی فرایند مدارا وجود دارد که عبارتند از (۲):

الف) مدارای روی‌آوری- شناختی (Cognitive-approach coping): تجزیه و تحلیل شناختی و ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش مسئولیت و خویشتنداری.

ب) مدارای روی‌آوری- رفتاری (Behavioral-approach coping): شامل جستجوی راهنمایی و حمایت و به کارگیری عمل معینی متناسب از قبیل مدارای مبتنی بر حل مسأله در رویارویی مستقیم با یک رویداد و پیامد آن است.

ج) مدارای اجتنابی- شناختی (Cognitive-avoidance coping): شامل پاسخهایی که هدف آن انکار یا به حداقل رساندن جدیت یک بحران یا پیامدهای آنست.

د) مدارای اجتنابی- رفتاری (Behavioral-avoidance coping): شامل مشوقهای جایگزین است که در آن شخص سعی می‌کند درگیر فعالیتهای جدید شود و آنها را به عنوان جایگزین فقدانهای ناشی از بحرانها تعیین کند. افرادی که در موقعیتهای پرفشار از مدارای مشکل‌مدار استفاده می‌کنند کمتر دچار افسردگی می‌شوند (۱).

در پژوهشی در سال ۹۳-۱۹۹۲ مشخص شد که دانشجویانی که از مکانیسمهای مدارای درگیر شدن یا روی آوردن (Engagement) استفاده می‌کنند از میزان افسردگی کمتری نسبت به گروهی که از مکانیسمهای اجتنابی استفاده می‌کنند برخوردارند (۳). در مطالعه‌ای دیده شد که شیوه‌های فعال‌مدارا (Active coping styles) دارای ارتباط منفی با پریشانی روانی بود (۴) و در بررسی دیگری مشخص شد که نمرات کسب شده در آزمونهای مشکل‌مدار تحت تأثیر افسردگی و مدارای هیجان‌مدار تحت تأثیر میزان اضطراب واقع می‌شوند ولی شیوه‌های مدارای اجتنابی بطور قابل توجهی از میزان اضطراب و افسردگی افراد متأثر نمی‌شوند (۵).

در بررسی دیگری در انگلستان دیده شد، افراد مشکوک به ابتلا به اختلالات روانپزشکی (براساس آزمون GHQ) از مکانیسمهای مدارای رفتاری- اجتنابی و انکار بیش از سایر افراد استفاده می‌کنند (۶).

نتایج تحقیقات موس و شافر (۱۹۹۳) بیانگر آن است که اکثر افرادی که بیشتر بر مدارای روی‌آوری متکی‌اند، در زندگی بهتر با عوامل استرس‌زا سازگار می‌شوند و نشانگان روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند (۲). نتایج مطالعه‌ای بر روی جانبازان قطع نخاعی در ایران نشان داد جانبازانی که کمترین میزان افسردگی را داشتند بطور معنی‌داری از روش موثر مقابله‌ای متمرکز بر مسئله بویژه روشهای روی آوردن به مذهب، مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و تفسیر مثبت استفاده می‌کردند. همچنین جانبازانی که بالاترین میزان نشانه‌های افسردگی را داشتند کمتر از سایرین از حمایت اجتماعی برخوردار بودند و کشمکشهای میان‌فردی بیشتری را گزارش نمودند (۱۹).

این مطالعه با هدف بررسی سلامت روان و شیوه‌های مدارا و بررسی ارتباط بین این دو در دانشجویان جدیدالورود (مهرماه ۸۳) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام پذیرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۲۴۹ نفر از دانشجویان جدیدالورود (مهرماه ۱۳۸۳) ۵ دانشکدهٔ دندانپزشکی، پزشکی، پرستاری و مامایی، تغذیه و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شرکت‌کننده در کارگاههای آموزش ارتباط مؤثر به شیوهٔ غیرتصادفی ساده انتخاب شدند.

محدودهٔ سنی شرکت‌کنندگان ۳۴-۱۸ سال با متوسط سنی ۱۸/۹۷ سال بود. از مجموع ۲۴۹ شرکت‌کننده، ۱۶۲ نفر (۶۵/۱٪) در مقطع کارشناسی، ۸۵ نفر (۳۴/۱٪) در مقطع دکترای عمومی و ۲ نفر (۰/۸٪) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. در مجموع ۱۹۸ نفر (۷۹/۵٪) شرکت‌کنندگان مؤنث و ۵۱ نفر (۲۰/۵٪) مذکر، ۲۴۶ نفر (۹۸/۸٪) مجرد و ۳ نفر (۱/۲٪) متأهل بودند.

شیوهٔ جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه‌ای بود. پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و شامل یک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، یک پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) و پرسشنامه مدارای بلینگز و موس (Billings, Moos) بود. در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک راجع به سن، جنس، تأهل، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی، انگیزه اصلی انتخاب رشته، تعداد دفعات شرکت در کنکور، وضعیت رضایتمندی از رشته تحصیلی و سابقه مصرف مواد شامل: سیگار، الکل، حشیش و تریاک از دانشجویان سوال شده بود.

علاوه بر توضیحات کتبی، به صورت شفاهی در مورد نحوهٔ پر کردن پرسشنامه‌ها توضیح داده شد و باتوجه به بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها در مورد مخفی ماندن و عدم پی‌گیری اطلاعات به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

سوالها در چهار حوزه طرح شده است: افسردگی، اضطراب و احساس آشفتگی رواشناختی، رفتار قابل مشاهده عینی و اختلاف عملکرد اجتماعی، و جسمی‌سازی (۷).

در این مطالعه از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) هنجاریابی شده توسط پالاهنگ و یعقوبی در سال ۱۳۷۴ در انستیتو روانپزشکی تهران استفاده شد. همچنین از روش نمره‌گذاری لیکرت ساده (Simple Likert) که بصورت (۳-۲-۱-۰) می‌باشد، استفاده شد. متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 ۸۴٪ و متوسط ویژگی آن ۸۲٪ می‌باشد (۷).

مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه (GHQ-28) است. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه برابر با ۰/۵۵، ضریب پایایی بازآزمایی با خرده مقیاسهای آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷، ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقایسها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ می‌باشد (۷). در این پژوهش افراد با نمرهٔ برابر یا بیشتر از نمرهٔ برش به عنوان موارد مشکوک به بیماری تلقی می شدند. نمره برش پرسشنامه GHQ-28 در پژوهش حاضر برای هر دو جنس ۲۳ می‌باشد.

پرسشنامه مدارای بلینگزوموس (۲): در این پژوهش همچنین از پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای مدارای "بلینگز و موس" که توسط براهنی و موسوی (۱۳۷۱ به نقل از حسینی قدمگاهی ۱۳۷۶) هنجاریابی و توسط حسینی قدمگاهی تنظیم مجدد شده است استفاده گردید که ضریب پایایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است.

سوالات این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس را در بر می گیرد: (r بیانگر میزان پایایی پرسشنامه برای هر خرده مقیاس است)

الف) مدارای مبتنی بر بیان جسمی: r = ۰/۹۰۵

ب) مدارای مبتنی بر مهار هیجانی: r = ۰/۶۵۱

ج) مدارای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی: r = ۰/۹۰۳

د) مدارای مبتنی بر ارزیابی شناختی: r = ۰/۶۸۸

هـ) مدارای مبتنی بر حل مساله: r = ۰/۹۰۳

اطلاعات حاصل با نرم‌افزار SPSS (Version 11.0, USA) مورد تجزیه و تحلیل واقع شد. آزمون‌های آماری کای‌دو و Student t-test بکار گرفته شد. ارتباطی از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد که دارای P.Value کمتر یا مساوی ۰/۰۵ باشد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۴۹ پرسشنامهٔ با پاسخ کامل، از نظر توزیع عامل اصلی مؤثر در انتخاب رشته تحصیلی در ۱۲۷ نفر (۵۱٪) علاقه شخصی، ۱۹ نفر (۷/۶٪) تمایل و اصرار خانواده، ۹۲ نفر (۳۶/۹٪) موقعیت اجتماعی رشته و در ۱۱ نفر (۴/۴٪) عوامل دیگر نقش داشتند. ۱۶۹ نفر (۶۷/۹٪) بعد از یک نوبت شرکت در کنکور سراسری، ۷۸ نفر (۳۱/۳٪) بعد از ۲ نوبت و ۲ نفر (۰/۸٪) بعد از بیش از ۲ نوبت، وارد رشته موردنظر شده بودند. ۱۰۰ نفر (۷۹/۹٪) از رشته تحصیلی خود اظهار رضایت و ۵۰ نفر (۲۰/۱٪) اظهار نارضایتی کردند.

از نظر نمرهٔ کسب شده در GHQ، از میان ۲۴۹ نفر، ۱۵۹ نفر (۶۳/۹٪) امتیاز کمتر از نمره برش (نمرهٔ۲۳) را کسب نمودند و ۹۰ نفر (۳۶/۱٪) امتیاز بزرگتر یا مساوی ۲۳ که به تفکیک رشته تحصیلی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- امتیاز کسب شده در GHQ به تفکیک رشته

رشته تحصیلی	امتیاز کسب شده در GHQ	
	<۲۳	≥۲۳
دندانپزشکی	(۵۹/۳)۱۶*	(۴۰/۷)۱۱
پرستاری و مامایی	(۷۱/۱)۳۲	(۲۸/۹)۱۳
تغذیه	(۶۲/۱)۴۱	(۳۷/۹)۲۵
پزشکی	(۵۵/۴)۳۱	(۴۴/۶)۲۵
توانبخشی	(۷۰/۹)۳۹	(۲۹/۱)۱۶
کل	(۶۳/۹)۱۵۹	(۳۶/۱)۹۰

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

رابطه آماری معنی‌داری بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت رضایتمندی از رشته تحصیلی، عوامل مؤثر در انتخاب رشته تحصیلی با وضعیت سلامت روان افراد بدست نیامد (جدول ۲). ماده ترجیحی در هنگام مواجهه با استرسها، سیگار در ۲ نفر (۰/۸٪)، الکل در ۲ نفر (۰/۸٪) و تریاک و حشیش در هیچ یک گزارش شد. در ۲۴۵ نفر (۹۸/۴٪) هیچ ماده‌ای ترجیح داده نشد.

رابطه بین نمرهٔ GHQ و مقیاسهای ۵ گانه پرسشنامه مدارای بلینگز و موس در جدول شماره ۳ آورده شده است. از ۵ مقیاس مذکور، نمرات دو گروه تقسیم شده براساس نمره GHQ، در مقیاسهای بیان جسمی، مهار هیجانی و ارزیابی شناختی و توانایی حل مسأله از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشتند. ضمناً در این مطالعه مصرف سیگار، الکل، تریاک و حشیش بصورت فقط یک بار مصرف بترتیب توسط ۲۴ نفر (۹/۶٪)، ۱۲ نفر (۴/۸٪)، ۳ نفر (۱/۲٪) و ۱ نفر (۰/۴٪) از افراد گزارش شده بود و مصرف سیگار، الکل، تریاک و حشیش بصورت گاهی اوقات و بیش از یک نوبت بترتیب توسط ۸ نفر (۳/۲٪)، ۱۰ نفر (۱۴٪)، ۱ نفر (۰/۴٪) و۱ نفر (۰/۴٪) گزارش شده بود و مصرف مرتب هیچ یک از مواد بجز الکل (در یک مورد) گزارش نشده بود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

دانشجوی‌ان

جدول ۲- رابطه بین متغیرهای مختلف با نمرهٔ GHQ

	متغیر	امتیاز کسب شده در GHQ < ۲۳	امتیاز کسب شده در GHQ ≥ ۲۳
جنس	مؤنث	(۶۱/۶)۱۲۲*	(۳۸/۴)۷۶
	مذکر	(۷۲/۵)۳۷	(۲۷/۵)۱۴
	کل	**(۶۳/۹)۱۵۹**	**(۳۶/۱)۹۰**
تأهل	مجرد	(۶۳/۸)۱۵۷	(۳۶/۲)۸۹
	متأهل	(۶۶/۷)۲	(۳۳/۳)۱
	کل	**(۶۳/۹)۱۵۹**	**(۳۶/۱)۹۰**
دفعات شرکت در کنکور	یک بار	(۶۵/۷)۱۱۱	(۳۴/۳)۵۸
	دوبار	(۶۰/۳)۴۷	(۳۹/۷)۳۱
	بیش از ۲ بار	(۵۰)۱	(۵۰)۱
	کل	**(۶۳/۹)۱۵۹**	**(۳۶/۱)۹۰**
رضایتمندی از رشته تحصیلی	راضی	(۷۰/۴)۱۴۰	(۶۴/۷)۵۹
	ناراضی	(۵۶)۲۸	(۴۴)۲۲
	کل	**(۶۷/۵)۱۶۸**	**(۳۲/۵)۸۱**
عامل مؤثر در انتخاب رشته تحصیلی	علاقه شخصی	(۶۶/۹)۸۵	(۳۳/۱)۴۲
	تمایل واصرار خانواده	(۴۲/۱)۸	(۵۷/۹)۱۱
	موقعیت‌اجتماعی‌رشته	(۶۴/۱)۵۹	(۳۵/۹)۳۳
	عوامل دیگر	(۶۳/۶)۷	(۳۶/۴)۴
	کل	**(۶۳/۹)۱۵۹**	**(۳۶/۱)۹۰**

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

جدول ۳- رابطه بین نمره GHQ و امتیازات کسب شده در مقیاس های پرسشنامه مدارا

مقیاس‌های پرسشنامه مدارا	امتیاز GHQ	تعداد	می‌انگی‌ن ± انحراف معی‌ار	p-value
بیان جسمی	<۲۳	۱۶۸	۳/۴۲±۲/۵	۰/۰۰۰۱
	≥۲۳	۸۱	۴/۸۱±۲/۹	
مهار هیجانی	<۲۳	۱۶۸	۱۳/۱۴±۲/۹	۰/۰۰۰۱
	≥۲۳	۸۱	۱۴/۷۴±۳/۸	
جلب حمایت اجتماعی	<۲۳	۱۶۸	۴/۲۲±۱/۸	NS
	≥۲۳	۸۱	۴/۱۶±۲/۲	
ارزیابی شناختی	<۲۳	۱۶۸	۸/۷۰±۲/۵	۰/۰۰۸
	≥۲۳	۸۱	۷/۸۱±۲/۵	
توانایی حل مساله	<۲۳	۱۶۸	۵/۶۲±۱/۷	۰/۰۲
	≥۲۳	۸۱	۵/۱۳±۱/۳	

بحث

از ۲۴۹ شرکت‌کننده در این پژوهش، ۹۰ نفر (۳۶/۱٪) امتیاز بالاتر یا مساوی نمرهٔ برش (نمره ۲۳) را در پرسشنامه GHQ کسب نمودند. اگرچه درصد دانشجویان مؤنثی که نمرهٔ بیشتر یا مساوی نمره برش را کسب کرده بودند بیش از دانشجویان مذکر بود، ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. ۳۶٪ افراد نمره GHQ بیشتر یا مساوی نمره برش داشتند که به مطالعه Guthrie و همکارانش در میان دانشجویان پزشکی سال یک در انگلستان بسیار نزدیک می‌باشد (۸). در دیگر مطالعات مشابه با استفاده از پرسشنامه GHQ در میان دانشجویان دانشکده‌های پزشکی آنتالیای ترکیه، کاتولیک شیلی و سنگاپور درصد افراد با نمره بالاتر از نمره برش به ترتیب ۴۷/۹٪، ۴۱٪ و ۵۷٪ بدست آمده است (۱۵-۱۳). شاید بالاتر بودن ارقام بدست آمده در اکثر این مطالعات نسبت به پژوهش حاضر بدین علت باشد که همه این مطالعات در میان دانشجویان پزشکی که از پراسترس‌ترین رشته‌های تحصیلی می‌باشد انجام شده است ولی جمعیت مورد مطالعه در پژوهش حاضر جمعیتی متشکل از دانشجویان رشته‌های مختلف تحصیلی علوم پزشکی بوده است. به علاوه، همه افراد این مطالعه جدیدالورود بوده و تحت شرایط استرس‌زای رشته‌های تحصیلی خود بطور کامل واقع نشده بودند.

علیرغم بالاتر بودن شیوع بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی شایع مثل اختلالات افسردگی و اضطراب و شبه‌جسمی در زنان (۲)، تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از لحاظ امتیاز GHQ بدست نیامد.

در مطالعهٔ مشابهی که با استفاده از GHQ-28 در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و در میان دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۷ انجام شد، درصد افراد با نمره GHQ بزرگتر یا مساوی نمره برش، ۳۰/۴٪ بوده است (۹). در مطالعه مشابهی با استفاده از GHQ که در مراکز خوابگاههای دانشجویی دخترانه و پسرانه شهید بهشتی انجام شده بود، رقم مزبور ۳۸٪ بدست آمد که اختلاف معنی‌داری بین دو جنس نی‌ز گزارش نشده بود (۱۰). حال آنکه در مطالعه مشابه دیگری که در میان دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به عمل آمده است (۱۱)، از لحاظ جنس تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشته است (۵۲/۴٪ در جنس مؤنث و ۳۲/۱٪ در جنس مذکر). در مطالعه‌ای که در سطح جمعیت عمومی کشور در سال ۱۳۷۸ انجام شد (۱۶)، درصد افراد با نمرهٔ GHQ بالاتر یا مساوی نمرهٔ برش، ۲۱٪ گزارش شد که کمتر از مطالعه حاضر است، همچنین تفاوت معنی‌داری بین دو جنس دیده شد (۱۴/۹٪ در مذکر و ۲۵/۹٪ در مؤنث). بالاتر بودن رقم مزبور در پژوهش حاضر شاید به این علت باشد که مطالعه در

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

جمعیت محدودی انجام شده کـه همگـی در سـال اول رشـته تحصیلی بوده‌اند و تحت یک شرایط خاص اسـترس‌زا و تغییـر عمده در زندگی یعنی ورود به دانشگاه قـرار داشـته‌انـد. دلیـل دیگر شاید ناشی از تغییر شیوه‌های محاسـبه امتیـازات GHQ باشـد کـه در مطالعـه کشـوری از شـیوه امتیـازدهی سـنتی (۱-۱-۰-۰) ودر این مطالعه از شیوهٔ لیکرت ساده (۳-۲-۱-۰) استفاده شده است.

در این پژوهش بین نمرهٔ GHQ و رشته‌های مختلف تحصـیلی اخـتلاف معنـی‌داری بدسـت نیامـد کـه احتمـالاً ناشـی از جدیدالورود بودن دانشجویان مورد مطالعه است. هماهنـگ بـا نتایج مطالعات قبلی (۱۲،۵،۴،۳)، افرادی کـه از سـلامت روان بیشتری برخوردار بودند از شیوه‌های مدارای فعال و مـؤثرتری استفاده می‌نمودند. نکات دیگر استخراج شده از پژوهش حاضر عبارتند از:

۱ـ افرادی که از سلامت روان بیشتری برخوردارنـد از مهـارت ارزیابی شناختی بیشتری نیز برخوردار می‌باشند. در توجیه این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که اخـتلالات شـناختی قابل توجهی ممکن است در مواجهـه بـا عوامـل جـدی فشـار، گریبانگیر افراد شود کـه در آن شـرایط افـراد بـه راحتـی نمی‌توانند تمرکز کنند و افکارشان را به طور منطقـی سـازمان دهنـد و ممکـن اسـت بـه آسـانی حواسشـان پـرت شـود و برانگیختگی هیجانی زیاد می‌تواند مخل فرآینـد پـردازش اطلاعات در ذهن شود، بنابراین در مواجهـه بـا یـک عامـل فشار، هر چه فرد بیشتر مضـطرب، خشـمگین یـا افسـرده باشد احتمال بیشتری می‌رود که دچار اختلال شناختی گردد (۱) که به تبع قادر به ارزیابی دقیـق شـناختی از وضـعیت موجود نخواهد بود.

۲ـ افرادی کـه از سـلامت روان کمتـری برخوردارنـد از مهـار هیجانی بیشتری در برخوردار با استرسها استفاده می‌کنند. این یافته احتمالاً به علت این است که افرادی که از سلامت روانـی کمتری برخوردارند در برخورد بـا مشـکلات دچـار تحریـک و برانگیختگی بیشتری می‌شوند و چون طبق موارد ۱و۴ همـین پژوهش به خوبی قادر به ارزیابی شناختی و یافتن راه‌حل مفید برای مشکلات نیستند، واکنشهای هیجـانی بیشـتری در برابـر استرسها از خود نشان می‌دهند.

۳ـ افـرادی کـه از سـلامت روانـی کمتـری برخوردارنـد از راهبردهای مدارای جسمانی کردن بیشتر استفاده مـی‌نماینـد. علت این یافته شاید این مهم باشـد کـه انطبـاق بـا حضـور مستمر یک عامل فشار ممکن اسـت امکانـات بـدن را کـاهش دهد و اشخاص را مستعد بیماری کند (۱).

۴ـ افرادی که از سلامت روانی بیشتری برخوردارنـد از مهـارت حـل مسـأله بیشـتری نیـز برخوردارنـد. در واقـع افـرادی کـه پریشانی روانی و به ویژه افسـردگی کمتـری دارنـد، راحـت‌تـر می‌توانند از مدارای مشکل‌مدارانه یا حل مسأله استفاده کننـد (۱)، از طرفی به نظر می‌رسد ارزیابی شناختی از ملزومات حل مسأله می‌باشد و بهتر بودن ارزیابی شناختی در افراد با سلامت روان بیشتر، توجیه دیگری برای این نتیجه است.

۵ ـ بین توانایی جلـب حمایـت اجتمـاعی و سـلامت روان افراد مورد مطالعه ارتباطی وجود نداشت.

در توجیه این یافته شاید بتوان گفت باتوجه به اینکـه تمـامی افراد مورد مطالعه، از یـک جمعیـت محـدود دانشـجویی و بـا شرایط یکسان از لحاظ طول مدت تحصیل انتخاب شده بودند، از نظر توانائیهای جلب حمایت اجتماعی و برخورداری از شبکه روابط اجتماعی تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته باشند.

۶ـ در مقایسه با تعدادی از مطالعات مشابه که در جوامع غربی انجام شده است، میزان مصرف مواد توسـط دانشـجویان مـورد مطالعه در پژوهش حاضر به طرز قابل توجه‌ای پائینتر گـزارش شده اسـت. بطـور مثـال، در مطالعـه‌ای در میـان دانشـجویان دانشگاه نیوکاسـل انگلسـتان در سـال ۱۹۹۴، ۲۵/۵٪ مصـرف بیش از حد مجاز الکـل و ۴۹/۲٪ مصـرف حشـیش را گـزارش کـرده بودنـد (۱۷). در مطالعـه‌ای روی دانشـجویان پزشـکی آمریکا، میزان مصرف الکل ۸۰٪ گزارش شده بود (۱۸). احتمال می‌رود پائینتر بودن رقم مزبور در مطالعه حاضر ناشی از دلایل ذیل باشد: تفـاوت الگـوی مصـرف مـواد در جوامـع غربـی در مقایسه با کشور ما، وجود معذوریت‌های قانونی و اخلاقی حاکم بر جامعه و از طرفی جدیدالورود بودن دانشـجویان در تحقیـق حاضـر کـه فرصـت تأثیرپـذیری از دانشـگاه و خوابگاههـای دانشجویی به عنوان یکی از مراکز آشنایی افراد با مـواد، را بـه آنها نداده است.

۷ـ عدم ارتبـاط معنـی‌دار بـین مؤلفـه‌هـای رضـایت از رشـته تحصیلی، تعداد دفعات شرکت در کنکـور و وضـعیت تأهـل از دیگر یافته‌های این پژوهش اسـت. در مـورد رضـایت از رشـته تحصیلی شاید جدیدالورود بودن افراد و عدم درگیری کامل با مشکلات رشته‌های مزبور در این نتیجه مـؤثر بـوده اسـت. در مورد وضعیت تأهل نیز کم بودن تعـداد افـراد متأهـل، ۳ نفـر (۱/۲٪) از اعتبار این یافته می‌کاهد.

۸ ـ نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سـلامت روانـی حـدود ۳۰٪ از دانشجویان مورد مطالعه، در معرض خطر اسـت. ایـن در حالیست که آنها تازه در ابتدای دوران تحصـیل خـود قـرار دارند و طبق بعضی از مطالعات قبلی (۱۳،۶،۴) انتظار مـی‌رود این آمار در طی دوران تحصیل روند رو به رشدی داشته باشـد

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

(بخصوص در رشته‌های پراسترسی مثل پزشکی). این یافته بیانگر اهمیت انجام مطالعات عمیق و ریشه‌ای در مورد وضعیت سلامت روان این دانشجویان می‌باشد.

باتوجه به ارتباط سلامت روان دانشجویان با مکانیسم مدارای آنها، اهمیت آموزش مهارتهای مؤثر مدارا با استرسها که از امور آموختنی است، بی‌ش از پی‌ش آشکار می‌گردد.

محدودیتهای این پژوهش عبارتند از: الف) محدودیتهای خاص مطالعات پرسشنامه‌ای، ب) عدم انتخاب نمونه‌ها به شیوه تصادفی و در نتیجه احتمال سوگیری، ج) عدم تأیید تشخیص افراد مشکوک با استفاده از پرسشنامه GHQ توسط یک مصاحبه تکمیلی روانپزشکی.

پیشنهاد می‌شود:

- طی مطالعه دیگری با استفاده از مصاحبه تکمیلی روانپزشکی، افراد مشکوک غربال شده و بررسی شوند.
- کلیه دانشجویان در ابتدای دوران تحصیل از نظر سلامت روان غربالگری شده، خدمات مشاوره‌ای و درمانی در اختیار موارد علامت‌دار قرار گیرد.
- مطالعات پیگیری در ابتدای هر سال تحصیلی، در تمام طول دوران تحصیل انجام شود.
- برنامه‌های آموزشی برخورد با استرسها و کسب مهارتهای مؤثر مدارا به صورت جدی در برنامه‌های آموزشی دانشجویان به خصوص در ابتدای دوران تحصیل گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

نگارندگان مقاله بدین وسیله از زحمات خانمها شهناز نظرعلی، شهلا میلانی، نسرین رضایی، سعیده امرللهی‌فر، صغری خوبی و مینا معینی‌پور که در مرکز مشاوره دانشگاه، در جمع‌آوری اطلاعات همکاری چشمگیری داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

REFERENCES

۱. رفیعی محسن، سمیعی مرسده، ارجمند محسن. در ترجمه زمینه روانشناسی هیلگارد، اتکینسون، بم، هکسما، اتکینسون (مولفین). ویرایش دوازدهم. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲، جلد دو، صفحات ۱۴۵ـ۱۴۳ و ۱۳۶ـ۱۳۳.

۲. بی‌رشک بهروز. مقایسه شی‌وه‌های مقابله دانشجوی‌ان با توانمندی «من» بالا و پایی‌ن، در مواجهه با استرس و ناکامی در دانشگاه علوم پزشکی ای‌ران. پای‌ان نامه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالی‌نی، تهران: انستی‌تو روان پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ای‌ران. سال ۱۳۸۱.

3. Mosley TH, Perin SG, Neral SM. Stress, coping and well–being among third year medical students. Acad Med 1994;69(9):765–67.

4. Stewart SM, Beston C, Marshall I. Vulnerability in medical students. Med Educ 1995;29(2):119–27.

5. Uehara T, Sakadok J, Sato T, et al. Coping measurement and the state effect of depression and anxiety in psychiatric outpatients. Psychopathology 2002;35(1):48–51.

6. Mofat K, McConnachie A, Ross S. First year medical student stress and coping in a problem–based learning medical Curriculum. Med Educ 2004;38:482–91.

۷. ی‌عقوبی نوراله. بررسی همه‌گی‌ری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا. گی‌لان. پای‌ان نامه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالی‌نی، تهران. انی‌ستی‌تو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ای‌ران، ۱۳۷۴.

8. Guthrie EA, Black D, Shaw CM, et al. Embarking upon a medical: Psychological morbidity in first year medical students. Med Educ 1995;29:337-41.

۹. بحری‌نی‌ان سی‌د عبدالمجی‌د. بررسی شی‌وع دانشجوی‌ان مشکوک به عدم سلامت روانی در دانشگاه علوم پزشکی شهی‌د بهشتی ورودی سال تحصی‌لی ۷۸-۷۷. پژوهنده، ۱۳۸۰؛ سال ۶، شماره ۲، صفحات ۱۹۵ تا ۲۰۲.

۱۰. بحری‌نی‌ان سی‌د عبدالمجی‌د، قاسمی برومند محمد. بررسی بهداشت روانی دانشجوی‌ان مقی‌م در مجتمع خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی شهی‌د بهشتی در سال ۱۳۷۹. طب و تزکی‌ه، ۱۳۸۰؛ شماره ۴۳، صفحات ۶۵ تا ۷۵.

۱۱. محمد حسینی الهه. بررسی سلامت روحی – روانی دانشجویان پزشکی بوشهر و شیراز با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). پایان نامه دکترای عمومی، بوشهر. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ۱۳۸۱.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]

12. Lambert VA, Lambert CE. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. Int J Nurs Stud 2004;41(1):85-97.

13. Mehmet A, Karaman T, Yigiter Senol Y, et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001;35:12-17.

14. Benitez C, Quintero J, Torres R. Prevalence of risk for mental disorders among undergraduate medical students at the Medical school of the catholic university of Chile. Rev Med Chil 2001;129(2):173–78.

15. Ko SM, Kua EH, Fones CS. Stress and the undergraduates. Singapore Med J 1999;40(10):627–30.

۱۶. نوربالا احمد علی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمدتقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران. ناشر: مولف، ۱۳۸۰، صفحه ۸۳.

17. Ashton CH, Kamali F. Personality, life styles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. Med Educ 1995;29(3):187-92.

18. Tragy S. Well being in an academic environment. Med Educ 2004;38:465–78.

۱۹. ابراهیمی امر الله، بوالهری جعفر، فضیله ذولفقاری. بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. اندیشه و رفتار، ۱۳۸۱؛ شماره ۲، پاییز، صفحات ۴۰ تا ۴۸.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-25]