

### چکیده:

این پژوهش با هدف دستیابی به یک تصویر کامل و جامع از وضعیت روان‌شناختی دانشجویان آموزش‌شده‌ی سما واحد علی‌آباد و تشخیص افراد نیازمند به دریافت مشاوره با هدف پیشگیری، کنترل، کاهش خطرات و آسیب‌شناسی رفتارهای پرخطر اجرا شده است و از سوی دیگر نتایج این پژوهش مسئولان را به یک تحلیل جامع از وضعیت سلامت دانشجویان خواهد رساند.

بررسی وجود علایم اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و مشکلات جسمانی در دانشجویان؛ بررسی رابطه‌ی بین سلامت روانی و جسمی دانشجویان؛ بررسی تفاوت میزان سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر؛ بررسی نگرش دانشجویان به مرکز مشاوره؛ بررسی رابطه‌ی بین سلامت روانی و آسیب‌های اجتماعی از اهداف اساسی پژوهش حاضر بوده است.

روش تحقیق حاضر توصیفی است و جامعه‌ی آماری مورد بررسی دانشجویان آموزش‌شده‌ی سما واحد علی‌آباد سال ۹۲-۱۳۹۱ هستند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌ی استاندارد سلامت روان (GHQ)، پرسشنامه‌ی سنجش نگرش آسیب‌های اجتماعی محقق ساخته سلامت فیزیکی به همراه اطلاعاتی از وضعیت دانشجویان که توسط پزشک و بهیار ثبت شده است. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل آزمون هم‌بستگی، کلموگروف-اسمیرنوف و آزمون تی و مقایسه‌ی میانگین‌ها و رگرسیون استفاده شده است.

**کلیدواژگان:** سلامت روانی، سلامت جسمی، آسیب‌های اجتماعی.

## مقدمه

آسیب‌شناسی اجتماعی<sup>۱</sup> مفهومی جدیدی است که از علوم زیستی گرفته شده و مبتنی بر تشابهی است که دانشمندان بین بیماری‌های عضوی و آسیب‌های اجتماعی (کج‌روی‌ها) قائل می‌شوند. واژه‌ی آسیب‌شناسی از دیدگاه پزشکی به فرآیند ریشه‌یابی بیماری‌ها گفته می‌شود.

آسیب اجتماعی (سرقت، پرخاشگری، مواد مخدر، مسائل جنسی، خودکشی و فرار از خانه) به هر نوع عمل فردی یا جمعی اطلاق می‌شود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عام عمل جمعی رسمی و غیررسمی جامعه محل فعالیت کنشگران قرار نمی‌گیرد و در نتیجه با منبع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی رو به رو می‌گردد؛ به همین دلیل، کج‌روان سعی دارند کج‌روی‌های خود را از دید ناظران قانون، اخلاق عمومی و نظم اجتماعی پنهان نمایند؛ زیرا در غیر این صورت با پیگرد قانونی، تکفیر اخلاقی و طرد اجتماعی مواجه می‌شوند. (ستوده، ۱۳۸۵)

آسیب‌های اجتماعی پدیده‌هایی واقعی، متغیر، قانونمند و قابل کنترل و پیشگیری هستند. کنترل‌پذیری آسیب‌های اجتماعی شناخت علمی آن‌ها را در هر جامعه‌ای برای پاسخ به پرسش‌های نظری و عملی و کاربردی از ایده‌ها و یافته‌های علمی تولید شده در برنامه‌ریزی‌های کوتاه و بلندمدت برای مقابله‌ی صحیح با آسیب‌های اجتماعی، درمان یا پیشگیری از گسترش و پیدایش آن‌ها، ضروری و پراهمیت می‌سازد. (صدیق سروستانی، ۱۳۸۹)

دانشجویان از اقشار برگزیده‌ی جامعه محسوب می‌شوند که در دوران تحصیل ممکن است با مسائل و مشکلاتی از نظر امور آموزشی، اقتصادی، تغییرات فرهنگی و اجتماعی رو به رو شوند. این عوامل همراه با ایجاد افسردگی، استرس و اضطراب می‌توانند سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار دهند. شواهدی نیز که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان‌دهنده‌ی این است که حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همین طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود. (ساکسنا، ۲۰۰۲)

<sup>۱</sup> - social-pathology

---

میلانی فر سلامت روان را این گونه تعریف می‌کند:

سلامت روان عبارت است از این که: فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان خود دارد؛ به ویژه با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران بر عهده می‌گیرد. همچنین چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن را نیز دربر می‌گیرد (میلانی فر، ۱۳۷۲). فرهنگ روان‌پزشکی کمپیل این اصطلاح را احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه تعریف کرده است. (پورافکاری، ۱۳۷۳)

مفهومی که گاهی مترادف با سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود، مفهوم بهداشت روانی است. در حالی که این دو مفهوم ارتباط نزدیک به هم دارند، ولی باید توجه داشت که یکی نیستند. فعالیت‌های اصلی بهداشت روانی مبتنی بر پیشگیری است در حالی که سلامت روانی در نتیجه‌ی فعالیت‌های انسان در زمینه‌ی بهداشت روانی و درمان بیماری‌های روانی به دست می‌آید. به علاوه در آن مسائلی چون پیشگیری و درمان سریع و زودرس بیمارهای روانی برای حفظ سلامت روانی فرد و اطرافیان وی مطرح است (کاپلان و سادوک ۱۹۹۳، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۸). ونتیز (۱۹۹۵) تعریف سلامت روان را بر اساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می‌داند که عبارتند از:

- ۱- فقدان بیماری روانی؛
  - ۲- رفتار اجتماعی مناسب؛
  - ۳- رهایی از نگرانی و گناه؛
  - ۴- کفایت فردی و خود مهارگیری؛
  - ۵- خویشتن‌پذیری و خودشکوفایی؛
  - ۶- سازمان‌دهی شخصیت؛
  - ۷- فراخ‌اندیشی و انعطاف‌پذیری. (نقل قول از هومن، ۱۳۷۶)
- از آن جا که برن<sup>۲</sup> معتقد است شخصیت انسان متشکل از سه قسمت من کودکی، من بالغ و من والدینی است، بنابراین شخص سالم از نظر او کسی است که سه جنبه‌ی شخصیت وی با یکدیگر هماهنگ و دمساز باشد؛ به عبارت دیگر بعد بالغ شخصیت انسان سالم، قدرت اجرایی وی را در دست بگیرد و باعث ایجاد هماهنگی و

تعادل سایر ابعاد وجودی وی گردد. انسان مضطرب و بیمار از نظر وی کسی است که محاوره‌ها و ارتباط‌های او با دیگران وضعیت متقاطع داشته باشد؛ یعنی ارتباط او با دیگران متناسب و هماهنگ نباشد. (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷)

اگر شخص بپذیرد هیچانی که به او دست می‌دهد، حق طبیعی او است، در آن صورت وقتی راه ابراز مستقیم هیچان‌ها بسته باشد، می‌تواند راه‌های غیرمستقیم یا جانشین برای ابراز آن‌ها بیابد. (اتکینسون و همکاران، ترجمه‌ی براهنی و همکاران، ۱۳۸۷)

سلامت روان علاوه بر بدن سالم به محیط و شرایط زندگی سالم نیاز دارد. این که محیط و عوامل مختلف آن، چگونه بر ساختار روانی فرد و سلامت روانی تاثیر می‌گذارد، موضوعی که رویکردهای مختلف روان‌شناسی هر کدام به دیدگاه اختصاصی خود، ماهیت انسان و سلامت روانی انسان را به شیوه‌ی خاص تعیین کرده‌اند، برخی سلامت روان را فرآیند مستمر دانسته‌اند و برخی در قالب هنجارها و پیروی از آداب و سنن اجتماعی جستجو کرده‌اند (دوستدار، ۱۳۷۶). در حال حاضر الگوی متداول سلامت و بیماری عبارت است از: الگوی زیستی، روانی و اجتماعی<sup>۳</sup>. فرض بنیادی این الگو آن است که سلامت و بیماری از تاثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی ناشی می‌شوند. در مقابل سلامت روانی، بیماری‌های روانی یکی از مشکلات بزرگ جوامع امروزی است. مطالعات متعدد ثابت کرده که بین عوامل اجتماعی و بیماری‌های روانی رابطه‌ای خاص موجود است.

بیماری روانی را باید بیماری جامعه دانست، نه بیماری افرادی که جامعه از ایشان تشکیل می‌شود؛ البته نباید تصور کنیم که همه‌ی افراد در برابر تاثیرات محیط اجتماعی به یک روش واکنش نشان می‌دهند. برخی به آسانی تسلیم تاثیر محیط می‌شوند و برخی دیگر در برابر آن ایستادگی می‌کنند.

سازگاری اجتماعی به عنوان مهم‌ترین شاخص سلامت روان از جمله مباحثی است که جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، روان‌کلان در دهه‌ی اخیر توجه خاصی به آن مبذول داشته‌اند.

پیش از آن که به بهداشت روانی و نقش آن در حفظ سلامت ارتباطات اجتماعی شناخته شود، اغلب ناسازگاری‌ها و رفتارهای غیراجتماعی به علت‌های نامعلوم نسبت داده می‌شد و به جای هر نوع درمان و کمک به بیمار صرفاً از راه مجازات‌های غیرعادلانه، ظلمی مضاعف بر او روا می‌داشتند.

با توجه به اهمیت ارتقای بهداشت جسمانی و روانی دانشجویان، اجرای این طرح به عنوان یکی از اولویت‌های مهم و گامی مهم در ارتقای سلامت آنان به شمار می‌رود. این طرح با هدف دستیابی به یک تصویر کامل و جامع از وضعیت روان‌شناختی دانشجویان و تشخیص افراد نیازمند به دریافت مشاوره، همچنین مقایسه‌ای بین سلامت روان آن‌ها در بدو ورود به دانشگاه و سال‌های پس از آن، همچنین بررسی ارتباط سلامت روان با آسیب‌های اجتماعی اجرا می‌شود. این برنامه‌ی پایش سلامت، شامل بررسی کامل و انجام آزمایش‌ها، معاینات و تشکیل پرونده‌ی پزشکی و بهداشتی می‌شود. در زمینه‌ی ارتقای بهداشت روان نیز، برنامه‌ریزی به منظور ارجاع افراد متقاضی به مشاوره انجام می‌شود تا بدین ترتیب بتوانند از خدمات مشاوره برای مسائل اجتماعی، خانوادگی، شغلی و تحصیلی بهره‌مند گردند. همچنین تعیین نیم‌رخ وضعیت روانی فردی، دانشگاهی و این که دانشجویان رشته‌های تحصیلی مختلف به لحاظ روانی در چه وضعیتی قرار دارند و نیز بررسی نگرش دانشجویان نسبت به مراجعه به مشاور، اولویت‌بندی دلایل مراجعه‌ی دانشجویان به مراکز مشاوره با هدف آگاهی بیش‌تر از مشکلات دانشجویان و سعی در رفع یا تعدیل آن و کاربردی شدن یافته‌های مراکز مشاوره که خود نقش موثری در حل مشکلات دانشگاه همچنین سلامت زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی و پیشگیری و درمان معضلات دانشجویان دارد، بیانگر اهمیت انجام این طرح است؛ بنابراین این تحقیق به دنبال پاس‌گویی به سؤالات زیر می‌باشد:

آیا در دانشجویان علایم اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و مشکلات جسمانی وجود دارد؟ آیا میزان سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر متفاوت است؟ آیا میزان سلامت روانی دانشجویان در گروه‌های آموزشی مختلف، متفاوت است؟ آیا نگرش دانشجویان به مرکز مشاوره به تفکیک جنسیت متفاوت است؟ آیا بین سلامت روانی و آسیب‌های اجتماعی رابطه وجود دارد؟

## روش

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی نوع زمینه‌یابی به منظور بررسی میزان سلامت روانی و فیزیکی دانشجویان تازه‌وارد آموزشکده‌ی سما واحد علی‌آباد کتول در سال ۹۲-۱۳۹۱ است. این طرح شامل دو فاز است: تکمیل فرم سلامت روانی و مشاوره؛ شامل: تکمیل پرسشنامه‌ی سلامت روان با راهنمایی کارشناس مشاوره و روان‌شناسی، به همراه ارائه‌ی مشاوره در صورت نیاز. پرسشنامه‌ی سلامت روان

(GHQ) که استاندارد بوده و شامل پرسش‌هایی در مورد وضعیت روحی نمونه‌ی آماری مورد مطالعه است و پرسشنامه‌ی سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی و پرسشنامه‌ی سلامت جسمی که قسمت اول آن شامل سوالاتی در مورد وضعیت جسمانی و بیماری‌های احتمالی دانشجویان و بستگان درجه یک آنها است و در قسمت دوم آن اطلاعات در مورد سلامت چشم، دندان، اندازه‌ی قد، وزن و... توسط پزشک و دستیار پزشک سنجش و ثبت می‌شود.

معاینه‌ی پزشکی: معاینه؛ شامل: معاینه‌ی عمومی، تپش قلب و نبض، معاینه‌ی چشم توسط برد مخصوص (smelen chart)، معاینه‌ی دندان، اندازه‌گیری قد و وزن، فشار خون و کسب اطلاعات از دانشجویان در مورد سابقه‌ی بیماری و... و تکمیل پرسشنامه‌ی سلامت جسمی.

جامعه‌ی آماری در این تحقیق کلیه‌ی دانشجویان آموزش‌شده‌ی سما واحد علی‌آباد سال ۹۲-۱۳۹۱ است. کل جامعه‌ی بالا تعداد ۳۶۹ بودند که بر اساس جدول مورگان ۱۸۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای توصیف داده‌های تحقیق از آمار توصیفی؛ شامل: جدول توزیع فراوانی، درصد، انحراف معیار، میانگین و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی، برای پاسخ‌گویی به فرضیات تحقیق از آزمون آماری تی و برای مقایسه‌ی میانگین‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ی مورد مطالعه

شاخص	جنسیت		سن			رشته تحصیلی			
	مرد	زن	زیر ۲۰	۲۰ تا ۲۵	۲۶ تا ۳۰	مکانیک	حسابداری	کامپیوتر	الکترونیک و الکترو تکنیک
فراوانی	۱۴۹	۲۳	۲۳	۱۰۸	۲۸	۴۴	۱۴	۳۴	۵۲
درصد	۸۶.۶	۱۳.۴	۱۳.۴	۶۲.۸	۱۶.۳	۲۵.۶	۸.۱	۱۹.۸	۲۹.۱
									۱۷.۴

## یافته‌ها

- سوال پژوهشی اول: آیا در دانشجویان علائم اضطراب وجود دارد؟

جدول ۲: خلاصه تحلیل آماری مربوط به وجود علائم اضطراب در دانشجویان

شاخص	تعداد (N)	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	مقدار (t)	درجه آزادی (df)	مقدار احتمال (Sig)
علائم اضطراب	۱۷۲	۲.۴۹۳۲۱	۱.۴۱۶۳۱	۲۳.۰۷۸	۱۷۱	.۰۰۰

با توجه به جدول بالا، چون  $t$  محاسبه شده ( $t=۲۳/۰۷۸$ ) در سطح اطمینان ۰.۹۵ ( $\alpha=۰/۰۵$ ) و درجه‌ی آزادی  $df=۱۷۱$  از جدول بحرانی ( $t=۱/۹۶$ ) بزرگ‌تر است، همچنین با توجه به مقدار احتمال که کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمده است، فرضیه‌ی آماری صفر رد و فرضیه‌ی یک تایید می‌شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در دانشجویان علائم اضطراب وجود دارد.

- سوال پژوهشی دوم: آیا در دانشجویان اختلال در عملکرد اجتماعی وجود دارد؟

جدول ۳: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به وجود اختلال در عملکرد اجتماعی در دانشجویان

شاخص	تعداد (N)	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	مقدار (t)	درجه آزادی (df)	مقدار احتمال (Sig)
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۷۲	۲.۴۰۰۹	۱.۲۴۰۳۴	۱.۰۴۸	۱۷۱	.۲۹۶

با توجه به جدول بالا، چون  $t$  محاسبه شده ( $t=۱/۰۴۸$ ) در سطح اطمینان ۰.۹۵ ( $\alpha=۰/۰۵$ ) و درجه‌ی آزادی  $df=۱۷۱$  از جدول بحرانی ( $t=۱/۹۶$ ) کوچک‌تر است. همچنین با توجه به مقدار احتمال که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به دست آمده است، فرضیه‌ی آماری صفر تایید و فرضیه‌ی یک رد می‌شود؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که اختلال در عملکرد اجتماعی در دانشجویان وجود ندارد.

- سوال پژوهشی سوم: آیا در دانشجویان افسردگی وجود دارد؟

جدول ۴: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به وجود افسردگی در دانشجویان

شاخص	تعداد (N)	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	مقدار (t)	درجه آزادی (df)	مقدار احتمال (Sig)
علایم افسردگی	۱۷۲	۲.۴۹۲۲۱	۱.۴۱۶۳۱	۲۳.۰۷۸	۱۷۱	.۰۰۰

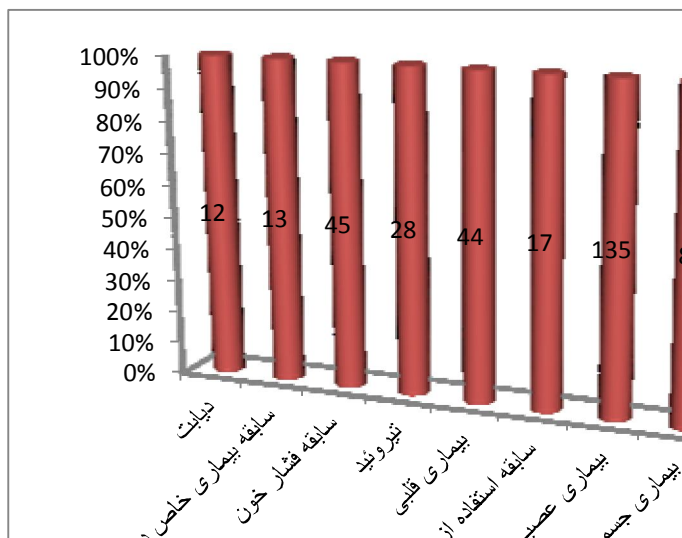
با توجه به جدول بالا، چون  $t$  محاسبه شده ( $t=۲/۵۷۵$ ) در سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha=۰/۰۵$ ) و درجه‌ی آزادی  $df=۱۷۱$  از جدول بحرانی ( $t=۱/۹۶$ ) بزرگ‌تر است. همچنین با توجه به مقدار احتمال که کوچکتر از ۰/۰۵ به دست آمده است، فرضیه‌ی آماری صفر رد و فرضیه‌ی یک تایید می‌شود؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در دانشجویان علایم افسردگی وجود دارد.

- سوال پژوهشی چهارم: آیا در دانشجویان مشکلات جسمانی وجود دارد؟  
برای پاسخ به این پرسش از آمار توصیفی استفاده شده است.

جدول ۵: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به وجود مشکلات جسمانی در دانشجویان

گزین‌ها	فراوانی	درصد فراوانی	تعداد کل
دیابت	۱۲	۷.۰	۱۷۲
سابقه‌ی بیماری خاص در اقوام	۱۳	۷.۶	۱۷۲
سابقه‌ی فشار خون	۴۵	۲۶.۲	۱۷۲
تیروئید	۲۸	۱۶.۳	۱۷۲
بیماری قلبی	۴۴	۲۵.۶	۱۷۲
سابقه‌ی استفاده از داروی خاص	۱۷	۹.۹	۱۷۲
بیماری عصبی	۳۵	۲۰.۵	۱۷۲
بیماری جسمی خاص	۸	۴.۷	۱۷۲
بیماری مادرزادی	۱۹	۱۱.۰	۱۷۲





نمودار ۱: نمودار مربوط به سوال پژوهشی چهارم

جدول و نمودار بالا نشان‌دهنده بیماری‌هایی است که تعدادی از افراد نمونه آماری یا اقوام نزدیک آنان به آن مبتلا بوده یا هستند.  
- سوال پژوهشی پنجم: آیا بین سلامت روانی و جسمی دانشجویان رابطه وجود دارد؟

جدول ۶: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به رابطه‌ی بین سلامت روانی و جسمی دانشجویان

شاخص	N تعداد نمونه	df درجه‌ی آزادی	R بحرانی	R محاسبه شده	معناداری Sig.
سلامت روانی سلامت جسمانی	۱۷۲	۱۷۱	۰/۱۹۵	۰/۲۱۱	۰/۰۰۷

چون ضریب هم‌بستگی محاسبه شده  $r = 0/211$  در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha = 0/05$ ) با درجه‌ی آزادی  $df = 171$  از مقدار  $r$  جدول بحرانی  $r = 0/195$  بزرگ‌تر است. همچنین سطح معناداری به دست آمده کوچک‌تر از  $0/05$  به دست آمده

است؛ بنابراین فرضیه‌ی صفر رد و فرضیه‌ی پژوهش تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین سلامت روانی و جسمی دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

- سوال پژوهشی ششم: آیا میزان سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر متفاوت است؟

جدول ۷: نتایج آزمون t برای مقایسه‌ی سلامت روانی در دانشجویان بر حسب جنسیت

گروه	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	آزمون t برای مقایسه‌ی دو میانگین		
				df	t	p
مرد	۱۴۹	۳۷۰/۹۶	۱۹/۹۶	۱۷۱	۳/۷۵	۰/۰۰۰
زن	۲۳	۲۸۵/۳۴	۱۸/۳۲			

همچنین جدول نشان می‌دهد که مقدار (t محاسبه شده) با درجه‌ی آزادی ۱۷۱ و در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۱/۹۷.  $p < ۰/۰۱$  و  $t = ۳/۷۵$  مقدار t.b (۱/۹۷) برابر (t جدول) برای آزمون دو سویه، با درجه‌ی آزادی ۱۷۱ و در سطح آلفای ۰/۰۵ برابر است با ۳/۵۷.  $p < ۰/۰۵$  و  $t = ۳/۵۷$  مقدار t.c (۱/۹۷).

با توجه به نتایج جدول ( $t_{ob} > t_{cr}$ ) فرض صفر رد و فرضیه‌ی پژوهشی که عبارت بود از: «میزان سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر متفاوت است»، تایید می‌شود. همان طور که میانگین‌ها نشان می‌دهد میزان این متغیر در مردها بیش‌تر بوده است.

- سوال پژوهشی هفتم: آیا میزان سلامت روانی به تفکیک رشته تحصیلی متفاوت است؟

برای آزمون فرضیه‌ی دوازدهم از آزمون ANOVA استفاده شده است که نتایج آن در جدول ذیل آمده است.

جدول ۸: توزیع فراوانی مربوط به سوال پژوهشی هشتم

گروه	سلامت روانی به تفکیک رشته تحصیلی			
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	حداقل حداکثر
الکتروتکنیک	۴۴	۷۹/۳۳	۱۰/۹۶	۷۳ ۹۲
مکانیک	۱۴	۶۴/۰۴	۱۲/۲۵	۳۷ ۸۳
معماری	۳۴	۶۸/۴۵	۱۷/۵۶	۳۳ ۱۲۵
کامپیوتر	۵۰	۶۵/۴۸	۱۴/۶۲	۴۴ ۱۰۶
حسابداری	۳۰	۶۷/۵۰	۱۶/۳۴	۳۳ ۱۲۵

جدول ۹: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به سوال پژوهشی هشتم

منابع تغییرات	مجموع مجذورات SS	درجات آزادی	میانگین مجذورات MS	F
بین گروه‌ها	۸۶۸/۵۵	۴	۲۸۹/۵۱	۱/۰۸۶
درون گروه‌ها	۳۸۱۱۶/۱۶	۱۶۶	۲۶۶/۵۴	
کل	۳۸۹۸۴/۷۴	۱۷۰		

بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون ANOVA، چون F محاسبه شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0.05$ ) و درجات آزادی ۱۶۶ و  $df=4$  از جدول بحرانی ( $F=2.42$ ) کوچک‌تر است؛ بنابراین فرضیه‌ی تحقیق رد می‌شود و فرضیه‌ی صفر تأیید می‌شود. نتیجه‌ای که گرفته می‌شود این است که میزان سلامت روانی به تفکیک رشته‌ی تحصیلی متفاوت نیست.

- سوال پژوهشی هشتم: آیا بین سلامت روانی و آسیب‌های اجتماعی رابطه وجود دارد؟

جدول ۹: خلاصه‌ی تحلیل آماری مربوط به رابطه‌ی بین سلامت روانی و آسیب‌های اجتماعی

شاخص	N تعداد نمونه	df درجه‌ی آزادی	R بحرانی	R محاسبه شده	معناداری Sig.
سلامت روانی آسیب‌های اجتماعی	۱۷۲	۱۷۱	۰/۱۹۵	۰/۴۲۳	۰/۰۱۰

چون ضریب همبستگی محاسبه شده  $r = 0/211$  در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha = 0/05$ ) با درجه‌ی آزادی  $df = 171$  از مقدار  $r$  جدول بحرانی  $r = 0/195$  بزرگ‌تر است. همچنین سطح معناداری به دست آمده کوچک‌تر از  $0/05$  به دست آمده است، بنابراین فرضیه‌ی صفر رد و فرضیه‌ی پژوهش تایید می‌شود. نتیجه گرفته می‌شود که بین سلامت روانی و جسمی دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

- سوال پژوهشی نهم: آیا نگرش دانشجویان به مرکز مشاوره با توجه به جنسیت متفاوت است؟

جدول ۱۱: توزیع فراوانی مربوط به سوال پژوهشی نهم

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t محاسبه شده	t جدول	سطح اطمینان	سطح معناداری	درجه آزادی
زن	۲۳	۶۸/۷۸	۱۸/۳۴	۰/۶	۱/۹۶	۰/۰۹۵	۰/۵۴۹	۱۷۱
مرد	۱۴۹	۶۷	۱۵/۵۴					

با توجه به این که  $t$  به دست آمده ( $t = 0/6$ ) با درجه‌ی آزادی  $df = 171$  و سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha = 0/05$ ) از مقدار  $t$  جدول بحرانی ( $r = 1/96$ ) کوچک‌تر است، بنابراین فرض صفر تأیید شده و فرضیه‌ی تحقیق رد می‌گردد. نتیجه می‌گیریم که نگرش دانشجویان به مرکز مشاوره با توجه به جنسیت متفاوت نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

در تعریف سلامت در سال ۱۹۴۸ که توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شد، سلامت اجتماعی یکی از سطوح سلامت کلی فرد بیان شده است. بُعد اجتماعی سلامتی؛ شامل: سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگ‌تر است. به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کسی عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه‌ی بزرگ‌تر به حساب می‌آید. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. در حقیقت سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در

زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند؛ برای مثال: به عنوان همسایه، همکار، هم‌شهری و... افراد سالم‌تر در مورد شرایط و آینده‌ی اجتماع امیدوار هستند. سلامت روان از آن جهت که رابطه‌ی مستقیمی با عملکرد فردی، اجتماعی و آسیب‌های روانی، اجتماعی دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است و این اهمیت باعث تدوین و اجرای برنامه‌های متعدد سلامت روانی در سه بعد «پیشگیری، درمان و توان‌بخشی» در نظام شبکه شده است. همگانی کردن آموزش مهارت زندگی به عنوان اصلی‌ترین و موثرترین اقدام پیشگیرانه از اختلال‌های روانی-اجتماعی به مردم به ویژه در قشر جوان می‌تواند نتایج مفیدی در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای فرهنگ فردی و اجتماعی داشته باشد.

حرکت به سوی تندرستی ایده‌آل و مطلوب با تلاش در راستای پیشگیری از بیماری و افزایش توان افراد در نظارت بر تندرستی و بهبود آن امکان‌پذیر است. در این راستا غربالگری و شناسایی افراد در معرض خطر اولین گام در راستای ارتقای سلامتی است. در این طرح سنجش سلامت دانشجویان به منظور شناسایی افراد در معرض خطر، تحت درمان قراردادادن افراد بیمار، ارزیابی امکانات موجود و تعیین اولویت‌های بهداشتی و آموزشی، صورت پذیرفت. همچنین در معاینه‌ی دانشجویان تازه‌وارد پذیرفته شده در دانشکده، یک پزشک، یک اپتومتر، دو بهیار و ۳ نفر پرسنل اداری حضور داشتند.

نتایج حاصل از بررسی پرونده‌ی پزشکی ۱۷۲ دانشجوی معاینه شده به قرار زیر است:

میانگین سن دانشجویان در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۲۵ سال بوده است. از مجموع ۱۷۲ نفر نمونه آماری، تعداد ۱۴۹ نفر مرد و تعداد ۲۳ نفر زن هستند؛ از مجموع ۱۷۲ نفر نمونه آماری، تعداد ۱۴۹ نفر مرد و تعداد ۲۳ نفر زن هستند؛ از مجموع ۱۷۲ نفر، سن تعداد ۲۳ نفر کمتر از ۲۰ سال، تعداد ۱۰۸ نفر بین ۲۰ تا ۲۵ ساله، تعداد ۲۸ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ و تعداد ۱۳ نفر بالای ۳۰ ساله هستند؛ تعداد ۶۰ نفر متاهل و تعداد ۱۱۲ نفر مجرد بوده‌اند؛ نگرش دانشجویان به مرکز مشاوره بیش‌تر در حد متوسط و خوب بوده است. تعداد ۹۵ نفر ساکن شهر و تعداد ۷۷ نفر ساکن روستا بوده‌اند. رشته‌ی تحصیلی تعداد ۴۴ نفر مکانیک و تعداد ۱۴ نفر حسابداری، تعداد ۳۴ نفر کامپیوتر و ۲۸ نفر تربیت بدنی بوده است.

طی این پایش، ۳۱ درصد دانشجویان اعلام کرده‌اند که به رشته‌ی تحصیلی خود علاقه‌مند نیستند.

همچنین در پاسخ به این سوال انجام گرفته از دانشجویان مبنی بر این که «چقدر به حمایت اجتماعی دسترسی دارند»، حدود ۸۰ درصد افراد اعلام کرده‌اند که به حمایت اجتماعی دسترسی دارند و تنها ۱۹/۵ درصد ابراز داشتند که به حمایت اجتماعی دسترسی ندارند.

پسران و دانشجویان خوابگاهی نسبت به دختران و دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کنند بیش‌تر به فکر آسیب به خود هستند.

در مورد نگرش دانشجویان به مراکز مشاوره، نتایج نشان داد ۵ درصد دانشجویان خود را بی‌نیاز از مشاوره می‌دانند.

بر اساس این طرح، ۳/۵ درصد دانشجویان سابقه‌ی مشکلات روانی پزشکی داشته‌اند و در فراوانی دوستان و بستگان برای اقدام به خودکشی رقم ۴/۳ درصد به دست آمده است.

همچنین ۳۲/۸ درصد دانشجویان در بدو ورود خود سازگاری با محیط برایشان مشکل است.

درباره‌ی وضعیت میزان بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی دانشجویان بر اساس این طرح، ۸۹ درصد دانشجویان به بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی پایبند هستند.

۳۹ درصد دانشجویان توان «نه گفتن» به اطرافیان را ندارند. توان «نه گفتن» توسط دانشجویان می‌تواند از بسیاری از آسیب‌های اجتماعی عمده و همچنین آسیب‌های اجتماعی که توسط دوستان و هم‌سالان رخ می‌دهد، جلوگیری کند. این امر می‌تواند از بحث‌های جدی در جلوگیری از رفتن دانشجویان به سمت سیگار، مصرف مواد و غیره به شمار رود.

فردی که نتواند در مقابل درخواست‌های نابه‌جای اطرافیان خود به صورت قاطعانه «نه» بگوید و مقاومت کند ممکن است دچار آسیب‌های اجتماعی شود.

همچنین ۳۶ درصد دانشجویان خیلی کم یا اصلاً نمی‌توانند به اطرافیان خود نه بگویند. ۲۵ درصد گاهی اوقات پاسخ منفی می‌دهند و ۳۸ درصد نیز بیان کرده‌اند که می‌توانند مخالفت کنند. ۹۱ درصد دانشجویان در بدو ورود سیگاری نیستند. ۱۷ درصد دانشجویان از نظر سلامت روانی مشکوک به اختلال هستند. سابقه‌ی بیماری:

سابقه‌ی ابتلا به آبله مرغان فراوان‌ترین بیماری عفونی بود که دانشجویان ذکر کردند. همچنین ۲ نفر سابقه‌ی ابتلا به هپاتیت داشتند.

در بین بیماری‌هایی که عضوی از بدن را درگیر می‌کند، ذکر سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های چشم بیش‌ترین فراوانی را داشت. همچنین ۲ درصد از دانشجویان سابقه‌ی ابتلا به یک بیماری قلبی عروقی و ۱۲ درصد از دانشجویان سابقه‌ی ابتلا به یک اختلال روحی-روانی را ذکر کردند. سابقه‌ی ابتلا به بیماری در تمام موارد به جز بیماری‌های پوست، گوش و حلق و بین، ریه، قلب و عروق و بیماری‌های اسکلتی عضلانی در دختران بیش‌تر از پسران بود.

#### سابقه بیماری در خانواده

در خانواده درجه‌ی سابقه‌ی ابتلا به بیماری دیابت، فراوان‌ترین بیماری بود و بعد از آن به ترتیب فشارخون بالا و چربی خون بالا قرار داشت. همچنین فراوانی سابقه‌ی اضطراب و افسردگی در خانواده‌ی درجه یک دانشجویان ۲۰۱ درصد گزارش شد. فراوان‌ترین شکایت دانشجویان مربوط به علائم عمومی (خستگی، ضعف، بی‌اشتهایی و...) بود؛ سپس بیماری‌های گوش، حلق و بینی و بعد مشکلات چشم بود. در بین بیماری‌های عصبی-روانی بیش‌ترین فراوانی مربوط به اضطراب در دانشجویان بود. اما میانگین تعداد نبض دختران در دقیقه بیش‌تر از پسران بود. همچنین میانگین وزن، قد و شاخص توده‌ی بدنی پسران بیش‌تر از دختران بود.

از نظر شاخص توده‌ی بدنی بیش‌تر دانشجویان دارای BMI طبیعی بودند. در معاینه‌ی چشم‌پزشکی ۵۹ درصد دانشجویان دید کامل داشتند و از بقیه‌ی دانشجویان، دانشجوی با عینک کاملاً اصلاح شده بود و ۱۰ درصد نیاز به بررسی بیش‌تر برای تجویز عینک داشتند.

نتایج حاصل از طرح سنجش سلامت دانشجویان تازه‌وارد سال ۹۱ نشان می‌دهد که حدود ۴۰ درصد، نیازمند دریافت خدمات چشم‌پزشکی هستند. همچنین ۳۲ درصد نیازمند دریافت خدمات مشاوره‌ی تغذیه هستند و ۲۴ درصد دانشجویان به سبب وجود بیماری‌های مزمن (دیابت، قلبی-عروقی، چربی خون بالا و فشار خون بالا و...) در خانواده‌ی درجه یک، در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های بالا هستند و لازم است اطلاعات ضروری برای پیشگیری از این بیماری‌ها در اختیار آن‌ها قرار گیرد.

بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهادهای زیر توصیه می‌گردد:

- تقویت مراکز مشاوره دانشجویی در دانشگاه؛
- ترغیب دانشجویان برای شرکت در کلاس‌های مشاوره؛

- ارائه خدمات مشاوره و بررسی منظم سلامت روانی دانشجویان توسط افراد کارآمد؛
  - گسترش برنامه‌های بهداشت روان و آشنایی بیش‌تر دانشجویان با اهداف آن؛
  - ارائه حمایت‌های روانی-معنوی و اجتماعی در مواقع تجربه بحران، فقدان یا رخداد مهم در زندگی دانشجویان و خانواده‌ی آن‌ها؛
  - گسترش فعالیت‌های فوق برنامه و تفریحات سالم؛
  - گسترش کار دانشجویی؛
  - کلاس‌های آموزشی مهارت‌های مدارا، حل مشکل، مدیریت استرس و مهارت‌های ارتباطی؛
  - ارتقای سطح سلامت جسمی دانشجویان؛
  - تمهیداتی برای تخلیه هیجانی؛ مثل: ورزش به منظور کاهش اضطراب؛
  - برگزاری کارگاه‌هایی به منظور ارتقای آگاهی مردم در مورد مهارت‌های اجتماعی.
- برای پیشگیری از آسیب اجتماعی، می‌توان سه سطح در نظر گرفت. پیشگیری سطح اول در سطح جامعه عمل می‌نماید و شامل آموزش مهارت‌های زندگی برای کل افراد جامعه به ویژه کودکان و نوجوانان است. پیشگیری سطح دوم شامل تشخیص زودرس آسیب‌های اجتماعی همراه با اقدامات هماهنگ اجتماعی است و پیشگیری سطح سوم در پی جلوگیری از شدت یافتن آسیب‌های اجتماعی و کاستن از تنش‌های آن در خانواده و جامعه فعالیت می‌نماید. به دلیل هزینه‌ی زیاد و اثربخشی و کارآمدی ناچیز پیشگیری ثانویه، توجه متخصصان حول محور برنامه‌های پیشگیرانه در سطح اول متمرکز گردید و به دنبال آن برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور ارتقای بهداشت روان و پیشگیری از آسیب‌ها تهیه شد.
- مهارت‌های زندگی شامل مجموعه‌ای از توانایی‌هایی هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می‌دهد و در نتیجه شخص را قادر می‌سازد تا بدون این که به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت خود را بپذیرد و با چالش‌های روزمره به صورت موثر روبه‌رو گردد.
- محققان تاثیر مثبت مهارت‌های زندگی را در کاهش سوء مصرف مواد، استفاده از ظرفیت و توانمندی‌های هوشی و شناختی و پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز مورد تایید قرار داده‌اند. یادگیری موفقیت‌آمیز مهارت‌های زندگی و احساس یادگیرنده را در مورد خود و دیگران تحت تاثیر قرار می‌دهند؛ به همین خاطر کسب مهارت‌های زندگی هم شخص و هم محیط را تغییر می‌دهد و این کار ارتقای بهداشت روان را دو چندان می‌سازد.



## منابع:

- آزاد، ح، آسیب‌شناسی روانی، جلد اول، انتشارات بعثت، ۱۳۷۷.
- آقا بابا، علیرضا، توصیف و مقایسه‌ی سلامت روانی دانشجویان پسر رشته‌های تربیت بدنی، علوم و علوم پزشکی دانشگاه‌های کردستان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۱۳۸۰.
- اتکینسون، ریتا آل و همکاران، زمینه‌ی روان‌شناسی هیلگارد، ترجمه‌ی محمد نقی براهنی و همکاران، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۷.
- ارل رابینگتن، مارتین واینبرگ، رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه‌ی رحمت‌الله صدیق سروسناتی، چاپ سوم، ۱۳۸۶.
- الیاس، موریس جی و دیگران، یادگیری و آموزش مهارت‌های اجتماعی و عاطفی، ترجمه‌ی محمد فرهنگمندیان، بینش پویش، چاپ اول، ۱۳۷۹.
- اندروا، ساپینگتون، بهداشت روانی، ترجمه‌ی حمیدرضا حسین شاهی برواتی، تهران، روان، ۱۳۸۵.
- باتلر، گیلبن، هوب، تونی، راهنمای سلامت روان، ترجمه‌ی مهدی قراچه داغی، تهران، البرز، ۱۳۸۲.
- تورانی، شریف، بررسی ارتباط وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) با پیشرفت تحصیلی آنان در شیراز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، ۱۳۷۸.
- حسن‌زاده رمضان، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران، ساوالان، ۱۳۸۷.
- حسن‌زاده، رمضان؛ مداح، محمدتقی، روش‌های آماری در علوم رفتاری، تهران، ویرایش، ۱۳۸۷.
- خزائیلی، مهناز، بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی مهر و بهمن دانشگاه علوم پزشکی ایران، دفتر راهنمایی و مشاوره‌ی دانشجویی، ۱۳۷۷.
- سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا، چکیده‌ی روان‌پزشکی بالینی، ترجمه‌ی نصرت‌اله پورافکاری، تهران، انتشارات آزاده، ۱۳۸۰.
- سازمان بهداشت جهانی، برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، ترجمه‌ی ربابه نوری قاسم‌آبادی و پروانه محمدخانی، تهران، واحد سلامت بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان بهداشت روانی، ۱۳۷۷.

- 
- ستوده، هدایت‌اله، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)، تهران، نشر آوای نور، ۱۳۸۵.
- شاملو، سعید، بهداشت روانی، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۷۴.
- شاملو، سعید، آسیب‌شناسی روانی، انتشارات رشد، چاپ دوازدهم، ۱۳۷۵.
- صدیق سروسستانی، رحمت الله، آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)، انتشارات سمت، ۱۳۸۹.
- عربی، ا؛ کاشی، ع. ب، بررسی فراوانی افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاه علوم پزشکی ایران، پایان‌نامه‌ی دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.
- غفاری‌نژاد، ع، شیوع افسردگی در بیماران بستری در یک بیمارستان عمومی، مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی، ۳۰-۳۱: ۳۲؛ گیلان، ۱۳۸۵.
- فغانی، ف، بررسی شیوع عوامل افسردگی و عمل آن در دانشجویان ریاضی دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۷.
- فرهاد، ع، شیوع اضطراب و افسردگی و تاثیر آن‌ها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۳۷۸.
- فروغان، م؛ امامی، ح؛ پرتوآذر، ب، بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در دانشجویان پزشکی، مجله‌ی علمی طب و توان‌بخشی، ۶: ۱۴-۷، ۱۳۷۹.
- فرجاد، محمدحسین، آسیب‌شناسی کج‌روی اجتماعی، انتشارات بدر، ۱۳۷۶.
- قریشی‌نژاد، م؛ نوری، ح، بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان‌نامه‌ی دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸.
- کار، آلان، روان‌شناسی مثبت، ترجمه‌ی حسن پاشاشریفی؛ جعفر نجفی‌زند و با همکاری باقر ثنایی، تهران، سخن، ۱۳۸۵.
- کروثی، رستم‌علی، بررسی رابطه‌ی بین خودکارآمدی عمومی و سلامت روان دانش‌آموزان پایه‌ی سوم مقطع متوسطه‌ی شهر بابل در سال تحصیلی ۸۱-۸۲، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۲.
- گرجی، ی، تعیین اعتبار و پایایی تست افسردگی بک، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم تربیتی اصفهان، ۱۳۷۸.
- مردانی بلداجی، عباس، بررسی نیم‌رخ روانی و متغیرهای جامعه‌شناختی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ۱۳۷۸.

- 
- میلانی فر، بهروز، بهداشت روانی، تهران، انتشارات قومس، ۱۳۸۶.
- دوستدار طوسی، سیدعلی، بررسی سلامت روانی دانشجویان مرکز تربیت معلم استان مازندران، ۱۳۷۶.
- موسوی، سیدعلی، بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان کارآموز پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی مشاوره‌ی دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، ۱۳۷۹.
- نجات، حمید، مفهوم سلامت روان در مکاتب روان‌شناسی، فصلنامه‌ی اصول بهداشت، شماره‌ی سوم، ۱۳۷۸.
- نریمانی محمد؛ رجبی، سواران، بررسی سلامت روانی در پرسنل نظامی شهرستان اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی و میزان رضایت از زندگی زناشویی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ۱۳۸۵.
- هومن، عباس، استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی برای دانشجویان روزانه‌ی کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه‌ی تحقیقات تربیتی، تهران.
- Carrol H. Mental hygiene, New Jersey, Englewood Cliffs, ۱۹۷۹: ۷۶.
- Duarte CM. Help-seeking behaviors among Latino college students, Dissertation Abstract International- B, ۲۰۰۲; ۶۳(۰۹): ۴۳۶۶.
- Farahbakhsh S. A comparative study of mental health of Iranian research scholars regarding their academic variables, Educational Research Quarterly, ۲۰۰۴ Sept; ۲۸(۱): ۲۷-۳۷.
- Farahbakhsh S. A comparative study of Iranian PhD Students in relation to their mental health, NewFrontiers in Education. ۲۰۰۳ Jan; ۳۳(۱): ۶۳-۶۶.
- World Health Organization, Technical report series, No. ۹۸ Legislation affecting psychiatric treatment, Fourth report of the expert committee on mental health, July ۱۹۵۵.
- Kaplan, L. Education and mental health, New York, Harper and Row, ۱۹۷۱: ۱۰۵.
- jha@tums.ac.ir

## **Abstract:**

The present study aims to reach a through and comprehensive picture of psychological condition of Sama university (Aliabad Branch) students and detecting people in need of receiving consultation in order to prevent, control and reduce the dangers and hazards and pathology of dangerous behaviors. On the other hand, through this study, officials can attain a comprehensive analysis of students' health conditions differentiated with educational and gender groups.

Purpose: studying the signs of stress, disorder in social functions, depression and physical problems of students, investigation of the relation between students' mental and physical health, Study of the difference in the level of mental health between female and male students. An investigation of students' view toward consultation centers, studying the relation between mental health and social damages have been the purposes of the present study.

Methodology: the statistical population of present descriptive study includes the students of Sama University, Aliabad branch in the year ۹۱-۹۲. The tools are mental health standard questionnaire (GHQ), the researcher made questionnaire of the assessment of social damages view, physical health accompanied by information regarding the students reported by physicians and nurses. The sampling method was simple random sampling and the statistical society includes ۳۶۰ individuals from among whom ۱۸۶ individuals were chosen as a sample through Morgan Table. To analyze the data, descriptive figures such as mean, standard deviation and referential figures such as correlative test, colmogrov, Smirnov and T-Test as well as mean comparisons and regressions were employed.

Findings: the results indicate that there are signs of stress in most of the students. There are no tangible signs of disorder in their social function. There are signs of depression in most of the students. There is a relation between students' mental and physical health. The level of mental health is different between males and females. There is no relation between mental health and university major. Gender has no role in students' view towards consultation centers. There is a significant relation between mental health and social damages.

**Keywords:** mental health, physical health, social damages.