

بررسی وضعیت سلامت روانی و برخی عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار در سال ۱۳۸۸

علی مه‌ری^۱، زینب صدیقی صومعه کوچک^۲

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سبزوار
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سبزوار

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روانی مهم‌ترین عامل مؤثر در رشد و پرورش استعداد‌های دانشجویان می‌باشد. این بررسی با هدف تعیین سلامت روانی و برخی عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۲۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار در سال به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ ۲۸) به همراه ۵ سوال که حمایت اجتماعی و رابطه والدین را می‌سنجید، جمع‌آوری گردید. برای تعیین دانشجویان مشکل‌دار از نقطه برش ۲۳ برای نمره کلی سلامت عمومی (۰-۸۴) و برای هر حیطة (۰-۲۱) از نقطه برش ۶ استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ANOVA *t-test* و ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم افزار SPSS 15.0 استفاده گردید.

یافته‌ها: ۱۰۵ (۳۹ درصد) دانشجویان مشکوک به اختلالات جسمی یا روانی بودند (نقطه برش ۲۳). ۸۷ نفر (۳۲/۳ درصد) دارای اختلال کارکرد جسمی، ۹۷ نفر (۳۵/۹ درصد) دارای اختلال اضطراب، ۱۵۶ نفر (۵۷/۸ درصد) دارای اختلال کارکرد اجتماعی و ۶۴ نفر (۲۳/۷ درصد) دارای افسردگی بودند (نقطه برش ۶). میزان افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی در دانشجویان غیربومی و همچنین میزان اضطراب در مردان نسبت به زنان بیشتر بود. میانگین اختلال عملکرد جسمی و افسردگی در دانشجویانی که والدین آنان جدا از هم زندگی می‌کردند و یا رابطه آنان همراه با مشاخره بود، نسبت به سایرین بیشتر بود ($P < 0/05$). همبستگی منفی معنی‌داری بین اضطراب ($r = -0/134, P < 0/05$) و افسردگی ($r = -0/119, P < 0/01$) با حمایت اجتماعی مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای موارد مشکوک به اختلالات روانی در دانشجویان، توجه بیشتر مسئولین جهت حل مشکلات بهداشت روانی دانشجویان و فعال سازی مراکز مشاوره دانشجویی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: پرسش‌نامه سلامت عمومی، سبزوار، دانشجویان، سلامت روانی

مقدمه

ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و ... می‌باشد. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (۱، ۲). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO)، جهان در طی دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه همه‌گیری بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود، به گونه‌ای که بیماری‌های غیرواگیر همچون بیماری‌های روانی به سرعت

سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود که مفهوم آن عبارت از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود،

آدرس نویسنده مسئول: سبزوار - میدان شریعی - خیابان دانشگاه - دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار،

علی مه‌ری (email: Alimehri1885@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۵/۲۶

برخی عوامل مرتبط به منظور ارائه راهکاری جهت تقویت عوامل مثبت و حذف عوامل منفی موثر در بهداشت روانی صورت گرفت. برای رسیدن به این هدف دو سوال عمده مطرح است: ۱- وضعیت بهداشت روانی دانشجویان چگونه است؟ ۲- ارتباط بهداشت روانی دانشجویان با عوامل دموگرافیک، حمایت اجتماعی و نوع رابطه والدین چگونه است؟

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی که به صورت مقطعی انجام شد، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، شیوع قبلی ۲۳ درصد و سطح دقت ۰/۰۵ با استفاده از فرمول $n = z^2 \times p(1-p)/d^2$ تعداد ۲۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاههای شهر سبزوار (علوم پزشکی، آزاد اسلامی و تربیت معلم) به روش نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک دانشجویان (سن، جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت و دانشگاه محل تحصیل) و پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی (General Health Questionnaire) GHQ-28) بود. چهار سوال نیز حمایت اجتماعی درک شده (به عنوان مثال، آیا کسی را دارید که به هنگام مشکلات بتواند از شما حمایت کند؟) و یک سوال نیر رابطه بین پدر و مادر را بررسی می‌کرد. پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی توسط گلدبرگ (Goldberg) ابداع شده است و ناراحتی‌هایی با طول مدت کمتر از ۴ هفته را شناسایی می‌کند (۱۶). پرسش‌نامه دارای چهار حیطه افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی می‌باشد که هر حیطه از ۷ سوال و کل پرسشنامه از ۲۸ سوال تشکیل شده است. برای نمره‌گذاری سوالات از مقیاس لیکرت (Likert) به صورت خیر اصلاً (نمره ۰)، بله تا حدی (نمره ۱)، بله گاهی اوقات (نمره ۲) و بله اکثر اوقات (نمره ۳) استفاده شد. مجموع نمره هر حیطه از (۰-۲۱) و مجموع نمرات ۴ حیطه (۰-۸۴) نمره کل سلامت عمومی برای هر فرد را نشان می‌داد، به طوری که نمره بیشتر مؤید سلامت عمومی کمتر است. در این مطالعه، برای تعیین دانشجویان مشکل‌دار و بدون مشکل از نقطه برش ۲۳ برای نمره کل سلامت عمومی (مجموع چهار حیطه) و برای هر کدام از حیطه‌ها از نقطه برش ۶ استفاده گردید. نمرات بالاتر از نقطه برش‌ها نشان دهنده اختلالات روانی و پایین‌تر از آن نشان دهنده سلامت روانی بودند (۱۷).

جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار می‌شوند و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. در حال حاضر در سرتاسر جهان حدود ۴۵۰ میلیون نفر از مردم دنیا از مشکلات روانی، عصبی و رفتاری رنج می‌برند و اختلالات روانی مسئول کمی بیش از یک درصد مرگ و میرها می‌باشند. ۱۱ درصد بار کلی بیماری‌های جهان بر عهده همین عوامل می‌باشد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، میزان اختلالات روانی و عصبی حدود ۵۰ درصد افزایش یابد و حدود ۱۵ درصد کل بار جهانی بیماری‌ها را شامل شود که این میزان افزایش در سهم نسبی، حتی بیش از افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی خواهد بود. مطالعات انجام شده در کشور نیز میزان شیوع اختلالات روانی را بین ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد گزارش کرده‌اند (۳-۶).

توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی، فرهنگی در هر جامعه و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده می‌باشد. برای دستیابی به چنین هدف ارزشمندی، پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی، اضطرابی و افسردگی امری لازم و اساسی می‌باشد. این اختلالات علاوه بر اثرات نامطلوب شخصی در جوانان، مشکلات اجتماعی عدیده‌ای را برای جوامع در بر خواهند داشت. لذا شناخت، تشخیص، درمان و پیشگیری از آنها حائز اهمیت می‌باشد (۷).

در میان اقشار جامعه، دانشجویان هر جامعه دسترنج معنوی و انسانی آن جامعه بوده و از سرنوشت سازان و سازماندهان فردای کشور خویش هستند (۸). دانشجویان به دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی و نداشتن درآمد کافی، حجم زیاد دروس و رقابت‌های فشرده مستعد از دست دادن سلامت روانی هستند (۹). میزان اختلالات روانی دانشجویان در بررسی‌های لطفی (۳۵/۴ درصد)، جهانی (۶۹/۳ درصد)، دادخواه (۲۸/۱ درصد)، دیباج (۳۱/۶ درصد)، ادهم (۲۲/۷ درصد) به دست آمده است (۱۴-۱۰).

در زمینه اختلالات روانی همواره پیشگیری و شناسایی به موقع می‌تواند تا حدودی از اثرات مخرب آن بکاهد. پیامدهای عوارض این اختلالات به حدی وسیع است که چنانچه مداخله مثبت صورت نگیرد افراد مبتلا با آسیب‌های غیرقابل جبرانی مواجه خواهند شد (۱۵). از آنجایی که چنین مطالعه‌ای در بین دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار (علوم پزشکی، آموزش عالی و دانشگاه آزاد اسلامی) انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف آگاهی از سطح بهداشت روانی دانشجویان و

اعتبار و پایایی بالای این پرسش‌نامه (۰/۸۳-۰/۹۳) تأیید شده است (۱۸). در این مطالعه، پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-15.0 و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی شامل ضریب همبستگی پیرسون، t-test و ANOVA استفاده گردید.

افسردگی در بین کسانی که با خانواده زندگی می‌کردند با کسانی که در خانه استیجاری زندگی می‌کردند نشان داد ($P < 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی بر حسب سکونت و جنس دانشجویان

میانگین \pm انحراف معیار	p-value
کارکرد اجتماعی	۰/۰۴۳
نوع سکونت	
با خانواده	۷/۱۵ \pm ۳/۷۸
خوابگاه	۷/۴۵ \pm ۳/۶۲
خانه استیجاری	۹/۰۹ \pm ۴/۳۴
افسردگی	۰/۰۱۶
نوع سکونت	
با خانواده	۳/۳۰ \pm ۴/۰۶
خوابگاه	۴/۰۵ \pm ۴/۲۲
خانه استیجاری	۵/۹۶ \pm ۵/۷۷
اضطراب	۰/۰۱۹
جنس	
مرد	۶/۱۴ \pm ۳/۷۸
زن	۵/۰۳ \pm ۳/۴۴

یافته‌ها

۲۷۰ دانشجوی شامل ۱۸۸ (۶۹/۶ درصد) دختر و ۸۲ پسر (۳۰/۴ درصد) مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر مقطع تحصیلی، ۷۴ نفر (۲۷/۴ درصد) کاردان، ۱۷۰ نفر (۶۳ درصد) کارشناس و ۲۶ نفر (۹/۶ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. ۶۹ نفر (۲۵/۶ درصد) متاهل و ۲۰۱ نفر (۷۴/۴ درصد) مجرد بودند. از نظر توزیع دانشجویان بر حسب دانشگاه، ۸۴ نفر (۳۱/۱ درصد) در دانشگاه علوم پزشکی، ۱۰۴ نفر (۳۸/۵ درصد) در آموزش عالی و ۸۲ نفر (۳۰/۴ درصد) در دانشگاه آزاد اسلامی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی دانشجویان $23/42 \pm 3/63$ سال (محدوده ۱۸ تا ۴۰ سال) بود. از نظر سکونت، ۷۹ نفر (۲۹/۳ درصد) با خانواده، ۱۵۹ نفر (۵۸/۹ درصد) در خوابگاه و ۳۲ نفر (۱۱/۹ درصد) در خانه‌های استیجاری زندگی می‌کردند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین اختلال عملکرد جسمی و افسردگی در کسانی که پدر و مادرشان از همدیگر جدا زندگی می‌کردند بیشتر از دیگران بود. همچنین این میانگین در کسانی که رابطه پدر مادر خود را همراه با مشاخره توصیف کرده بودند بیشتر از کسانی بود که رابطه پدر و مادر را خوب توصیف نموده بودند. آزمون توکی اختلاف معنی‌داری را بین میانگین افسردگی در بین کسانی که رابطه پدر و مادر را خوب توصیف نموده بودند با کسانی که پدر و مادر آنها جدا از هم زندگی می‌کردند نشان داد ($P < 0.05$).

از لحاظ سلامت عمومی دانشجویان، ۱۶۵ نفر (۶۱ درصد) نمره کمتر از ۲۳ کسب نمودند که نشانه بالا بودن سلامت عمومی آنها می‌باشد و نمره کسب شده ۱۰۵ نفر (۳۹ درصد) بیشتر از ۲۳ بود که نشان دهنده نامناسب بودن سلامت عمومی می‌باشد و احتمالاً دارای اختلالات روانی می‌باشند. با در نظر گرفتن نقطه برش ۶ برای هر حیطه، ۸۷ نفر (۳۲/۳ درصد) مشکوک به عدم سلامت جسمی کامل، ۹۷ نفر (۳۵/۹ درصد) مشکوک به اختلال اضطراب، ۱۵۶ نفر (۵۷/۸ درصد) مشکوک به پایین بودن عملکرد اجتماعی و ۶۴ نفر (۲۳/۷ درصد) نفر مشکوک به افسردگی بودند.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کارکرد اجتماعی و افسردگی بر حسب نوع رابطه والدین

رابطه پدر و مادر	p-value
خوب	
همراه با مشاخره جدا از هم	۰/۰۴۷
اختلال عملکرد جسمی	۴/۹۱ \pm ۳/۳۷
افسردگی	۳/۶۶ \pm ۴/۰۷
رابطه پدر و مادر	۰/۰۰۳
همراه با مشاخره جدا از هم	۵/۹۵ \pm ۳/۸۹
اختلال عملکرد جسمی	۷ \pm ۴/۴۴
افسردگی	۸ \pm ۶/۷۸

رابطه معنی‌داری بین میزان اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بر حسب جنس و نوع سکونت مشاهده گردید ($P < 0.05$)، به طوری که میزان اضطراب در مردان از زنان بیشتر بود؛ همچنین اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در کسانی که در خانه استیجاری زندگی می‌کردند بیشتر از کسانی بود که در خوابگاه زندگی می‌کردند و این اختلالات در کسانی که در خوابگاه زندگی می‌کردند از کسانی که به همراه خانواده زندگی می‌کردند بیشتر بود. آزمون توکی اختلاف معنی‌داری را بین میانگین کارکردهای اجتماعی و

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود همبستگی منفی معنی‌داری بین اختلال عملکرد جسمی و اجتماعی، اضطراب و افسردگی با حمایت اجتماعی مشاهده گردید به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی درک شده میزان این اختلالات

می‌باشد. این نتایج با بررسی انصاری، کرمی و توکلی زاده هماهنگی دارد (۷، ۱۹، ۲۴). بالا بودن میانگین نمره اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب ممکن است ناشی از اثر محیط تحصیلی و اثرات محیطی تنش‌زای محیط آموزش باشد که بیش از هر عامل دیگری بر روی عملکرد اجتماعی تاثیرگذار بوده است. نتایج همچنین نشان‌دهنده آن است که دانشجویان به دلیل تجربیات اندک نیازمند بهره‌گیری از خدمات مشاوره و آموزش مهارت‌های اجتماعی و روش‌های مقابله‌ای برای روبرو شدن با مشکلات مختلف در محیط تحصیلی و محیط زندگی می‌باشند (۱۲).

در این بررسی، رابطه معنی‌داری بین میانگین اضطراب بر حسب جنس مشاهده گردید ($P < 0/05$)، به طوری که میانگین اضطراب در مردان نسبت به زنان بیشتر بود (جدول ۱). این نتایج با نتایج مطالعه دستجردی هماهنگی دارد و با نتایج بررسی های حبرانی و اسفندیاری هماهنگ نیست (۲۷-۲۵). میزان اضطراب بیشتر در دانشجویان پسر می‌تواند ناشی از احساس مسئولیت درباره مسائل آینده زندگی و شغل باشد. بررسی حاضر نشان داد که دانشجویان بومی از دانشجویان غیربومی از سلامت روانی بهتری برخوردار هستند ($P < 0/05$)، به طوری که میانگین‌های اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی در بین کسانی که در خانه‌های استیجاری به صورت مجردی و یا با دوستان زندگی می‌کردند بیشتر از افراد ساکن در خوابگاه بود و در مجموع در افراد غیر بومی بیشتر از افراد بومی بود که با خانواده زندگی می‌کردند (جدول ۱). این نتایج با بررسی‌های دادخواه، کرمی و حسینی هماهنگی دارد (۷، ۱۱، ۲۲). تاثیر نوع سکونت بر سلامت روانی افراد ممکن است با ویژگی‌های گوناگون و حاکم بر منطقه مرتبط باشد. ورود به محیط جدید و نیاز به سازگاری، جدایی و دوری از خانواده و دوستان، زندگی با افرادی با فرهنگ‌های مختلف، کافی نبودن امکانات رفاهی و مشکلات اقتصادی به ویژه در دانشجویان غیربومی ساکن در خوابگاه و خانه‌های استیجاری در ایجاد ناراحتی‌های روانی را نباید از نظر دور داشت.

این مطالعه نشان داد که رابطه والدین با همدیگر بر میزان عملکرد جسمی و افسردگی دانشجویان موثر است ($P < 0/05$)، به طوری که در دانشجویانی که رابطه پدر و مادر را خوب توصیف کردند، میزان اختلالات جسمی و افسردگی در آنان کمتر بود، ولی دانشجویانی که پدر و مادر آنان دارای مشاجره و یا جدا از هم زندگی می‌کردند، از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردار بودند (جدول ۲). این نتایج با نتایج بررسی زرغام بروجنی و سلطانیه هماهنگی دارد (۲۸، ۲۹).

کاهش می‌یابد که این رابطه بین اضطراب ($P < 0/05$) و افسردگی ($P < 0/01$) با حمایت اجتماعی درک شده معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳- میزان ضریب همبستگی بین حیطه‌های سلامت عمومی با حمایت اجتماعی درک شده

حیطه های سلامت عمومی	حمایت اجتماعی درک شده
اختلال عملکرد جسمی	-۰/۰۱۹
اضطراب	-۰/۱۳۴*
اختلال عملکرد اجتماعی	-۰/۰۸۳
افسردگی	-۰/۱۸۹ [†]
$p < 0/05$ *, $p < 0/01$ [†]	

بحث

این مطالعه نشان داد که در نقطه برش ۲۳، ۳۹ درصد دانشجویان مشکوک به اختلال جسمی یا روانی هستند که این میزان با بررسی‌های انصاری (۳۸/۸ درصد)، مومن نسب (۳۵/۳ درصد)، لطفی (۳۵/۴ درصد) و اسدی (۴۴ درصد) تقریباً هماهنگی دارد. میزان اختلالات جسمی یا روانی در برخی بررسی‌ها نسبت به مطالعه حاضر بیشتر است که از آن جمله می‌توان به مطالعات کرمی (۴۸/۳ درصد) و حسینی (۵۱/۸ درصد) اشاره کرد، در حالی که در مطالعات هاشمی (۱۱/۸ درصد) و Kapur (۱۹ درصد) شیوع کمتری گزارش شده است (۲۳-۱۹، ۱۰، ۷، ۱). وجود این اختلاف در موارد گزارش شده ممکن است ناشی از اختلاف در روش ارزیابی، مسائل و مشکلات محل تحصیل، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی-اقتصادی، امکانات رفاهی و مواردی از این قبیل باشد.

این مطالعه نشان داد که تقریباً ۴۰ درصد دانشجویان با اختلالات روانی دست به گریبان هستند که این میزان بالا بیان کننده آن است که مسئولین ذیربط دانشگاه‌های مذکور باید اقدامات لازم را در جهت تامین و بهبود سلامت روانی دانشجویان اعمال نمایند. زیرا مواجهه با اختلالات روانی منجر به اختلال در انجام تکالیف درسی، کاهش انگیزه، ترس و نگرانی می‌شود و سبب می‌شود تا دانشجویان بخش قابل توجهی از نیروهای فکری خود را صرف چنین مشکلاتی نمایند (۱۴).

مطالعه حاضر نشان داد که در نقطه برش ۶ برای هر کدام از حیطه‌های سلامت عمومی، ۳۲ درصد مشکوک به اختلال در سلامت جسمی، ۳۶ درصد مشکوک به داشتن اضطراب، ۵۸ درصد کارکرد اجتماعی نامطلوب و ۲۴ درصد مشکوک به افسردگی بودند که به ترتیب بیشترین اختلال‌ها در کارکرد اجتماعی، اضطراب، اختلال در سلامت جسمی و افسردگی

احساس کند که از حمایت اجتماعی در موقعیت‌های استرس‌زا برخوردار است.

به طور کلی نتایج نشان می‌دهد حدود ۳۹ درصد دانشجویان مشکوک به اختلال روانی می‌باشند، شیوع بالای اختلال روانی توجه زیاد و سریعی را می‌طلبد تا از عواقب آن در این قشر آسیب‌پذیر و جوان جلوگیری شود. با توجه نتایج حاصله موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱- با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی به خصوص اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی لازم در زمینه ارتقاء سلامت روانی به خصوص در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور افزایش توانمندی‌ها و ظرفیت روانشناختی آنان در سطح مهارت از مقاطع پایین‌تر تحصیلی شروع شود و تا دانشگاه‌ها نیز ادامه یابد.

۲- با توجه به تاثیر حمایت اجتماعی بر افزایش سلامت روانی دانشجویان، باید مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها به خصوص برای دانشجویان غیربومی نقش فعال‌تری را ایفاء نمایند. دانشجویان باید احساس کنند که مراکز و یا افرادی هستند که در موقع بروز مشکلات می‌توانند نقش حمایتی را داشته باشند. آنان به راحتی می‌توانند مشکلات خود را بیان نمایند و از کمک‌های لازم برخوردار شوند.

۳- اقداماتی مانند فراهم نمودن امکانات رفاهی توسط شهرداری‌ها، انجام مشاوره در مراکز خدمات بهداشتی برای پدر و مادرها و برگزاری کارگاه‌های آموزشی بهداشت روان در دانشگاه‌ها نیز می‌تواند به کاهش فشارهای روانی و ارتقاء سلامت عمومی دانشجویان کمک کند.

چنین نتیجه‌ای از نظر روانشناسان نیز تصدیق می‌شود، به طوری که نزاع و درگیری والدین بر سر مسائل روزمره و همچنین محیط ناآرام و ناامن خانواده می‌تواند باعث اضطراب، بی‌قراری، افت تحصیلی، افسردگی و سایر مسایل روانی جوانان و نوجوانان شود (۲۸).

میزان اختلال در عملکرد جسمی و اجتماعی و میزان افسردگی و اضطراب با حمایت اجتماعی درک شده توسط دانشجویان رابطه عکس دارد ($P < 0.05$)، به طوری که میزان اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد جسمی و اجتماعی در دانشجویانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند کمتر است (جدول ۳). این یافته با نتایج بررسی نیسی، بخشانی، حاجبی، تجربی و پاشا هماهنگی دارد (۳۴-۳۰). اگر حمایت اجتماعی به عنوان یک همبستگی اجتماعی و همچنین به عنوان یک عامل محافظت کننده در مقابل فشارهای روانی تعریف شود (۳۲)، می‌تواند به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر باشد که به طور بالقوه بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد، به طوری که هر چه درک حمایت اجتماعی بالاتر باشد، کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیت‌های تفریحی، احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن شده و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد (۳۵). به نظر می‌رسد مراکز مشاوره در دانشگاه‌ها، دوستان، پدر و مادر و معلمان می‌توانند نقش حمایت اجتماعی را برای دانشجویان ایفاء کنند. برای دانشجویان غیربومی به دلیل دوری از والدین و دوستان باید نقش مراکز مشاوره و معلمان پر رنگ‌تر باشد تا دانشجو

REFERENCES

- Jahani hashemi H, Nowrozi K. Assessment of mental health among students of QUMS (2002). Payesh 2007; 3: 145-52. [In Persian]
- Hadadi kohsar AK, Roushan R, Asgharnejad FA. The comparison emotional intelligence of students and their emotional relationships with family. Psychologic Journal of Tabriz Universtiy 2006; 4: 69-87. [In Persian]
- Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri yazdi A, Yasemi MT. Mental health in Iran. Tehran: University Publication Center; 2001. [In Persian]
- Emami H, Ghazinour M, Rezaeishiraz H, Richter J. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. J Adolesc Health 2007; 41: 571-76.
- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184: 70-73.
- Mohammadi MR, Davidan H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretmad HR, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001. Hakim 2003; 6: 55-64. [In Persian]
- Karami S, Pirasteh A. Assessment of mental health among Zanjan University of medical sciences. ZUMS Journal 2001; 9: 66-72. [In Persian]
- Mosala nejad L, Amini M. The relationship education and mental health of the first- and last-year students of Jahrom school of medical sciences. Fundamental of Mental Health 2004; 6: 71-76. [In Persian]

9. Sadeghian E, Heidarian PA. Stressors and mental health status among students of Hamedan University of medical sciences. *Hayat* 2009; 15: 71-81. [In Persian]
10. Lotfi MH, Aminian AH, Noori M, Ghomizadeh A, Zare M. Assessment of mental health among students of Yazd University of medical sciences. *Teb and Tazkie* 2007; 16: 49-56. [In Persian]
11. Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozafari N. Assessment of mental health among students of Ardabil University of medical sciences. *Ardabil University of Medical Sciences Journal* 2006; 6: 31-36. [In Persian]
12. Dibaj nia P, Bakhtiari M. Assessment of mental health among students of Rehabilitation School of Shahid Beheshti University in 2002. *Ardabil University of Medical Sciences Journal* 2002; 4: 27-32. [In Persian]
13. Jahani Hashemi H, Rahimzadeh Mirmahalleh S, Ghafelehbashy H, Sarichloo ME. Investigating the mental health of the first- and last-year students of QUMS (2005). *QUMS Journal* 2009; 12: 41-49. [In Persian]
14. Edham D, Salem Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozafri N, et al. Assessment of mental health among students of Ardabil University of medical sciences. *Ardabil University of Medical Sciences Journal* 2009; 8: 229-34. [In Persian]
15. Mesgharani M, Shafiee SH, Kiani N, Sadeghi M. Epidemiology mental disorders on students of Zahedan University of medical sciences. *Teb and Tazkie* 2004; 53: 84-88. [In Persian]
16. Nemat pour S, Shahbazian H. The relation stress factors due to diabetes among parents with insulin dependant diabetes mellitus children and their mental health. *Ahwaz University of Medical Sciences Journal* 2006; 5: 534-39. [In Persian]
17. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-97. [In Persian]
18. Taghavi MR. Reliability and validity of GHQ. *Psychologic Journal* 2001; 5: 381-98. [In Persian]
19. Ansari H, Bahrami L, Akbarzadeh L, Bakhshani NM. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences in 2007. *Tabib shargh* 2008; 9: 295-303. [In Persian]
20. Momen nasab M, Farhadi A. The effect of college education on general health among students of Lorestan University of medical sciences in 1997-1998. *Yafteh* 1999; 2: 3-8. [In Persian]
21. Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors; a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 57-60. [In Persian]
22. Hosseini H, Mousavi E. Mental health status of newly admitted students of Mazandaran university of medical sciences in 1999-2000 Academic year. *Journal of Mazandaran University Of Medical Sciences* 2000; 10: 23-32. [In Persian]
23. Kapur N, Borrill C, Stride C. Psychological morbidity&job satisfaction in hospital consultants & junior house officers: multicentre, cross sectional survey. *BMJ* 1998; 317: 511-12.
24. Tavakoli zadeh J, Ghahramani M, Chamanzary H. The survey of mental health status in Ghonabad medical sciences college students in 2001-2002. *Ofoghe Danesh* 2002; 8: 47-54. [In Persian]
25. Hebrani P, Behdani F, Mobtaker M. Evaluation stress factors in nurses of different hospital wards. *Fundamentals of Mental Health* 2008; 10: 231-37. [In Persian]
26. Esfandiary GH. Relationship of risk factors and general health among Kordistan University of medical science (1999). *Kordistan University of Medical Sciences Journal* 2000; 5: 17-21. [In Persian]
27. Dastjerdi R, Khazae K. Assessment of general health among students of Birjand University of medical science in 2000-2001. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2001; 8: 34-38. [In Persian]
28. Soltanian A, Bahreini F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan GH. Assessment of mental health and some related factors among students of Boushehr high schools in 2003-2004. *The South Medical Journal* 2004; 7: 173-82. [In Persian]
29. Zargham Brojeni A, Yazdani M, Yazdan-Nik AR. The relationship parent behavioral pattern with depression and suicidal thoughts among adolescents. *The Journal of Sharkord University of Medical Sciences* 2001; 3: 46-54. [In Persian]
30. Nissi AK, Shaheni M, Farashbandi A. The relationship of self esteem, general anxiety, perceived social support and stress among first high school girls students in Abadan city. *Education and Psychology Journal of Ahvaz University* 2005; 3: 137-52. [In Persian]

31. Bakhshani NM, Biresh B, Atef V, Mohammad K, Bolhari J. The relationship between perceived social support and life stressors events with depression. *Andeesheh va Raftar* 2003; 9: 49-55. [In Persian]
32. Hajebe A, Farid nia P. The relationship between mental health and social support on Boushehr petroleum industry employees. *The South Medical Journal* 2009; 12: 67-74. [In Persian]
33. Tajrishi M, Mir zamani M. The relationship among brain- behavioral systems, social support and depression. *Social Welfare* 2007; 7: 223-30. [In Persian]
34. Pasha GH, Safarzadeh S, Mashak R. General health and social support in two group of elders living in nursing and with families. *Family and Search* 2007; 3: 504-17. [In Persian]
35. Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. *Nursing Research* 2008; 3: 87-97. [In Persian].