

مقایسه سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه تهران در ابتدا و انتهای دوره دانشگاه

دکتر مهناز اخوان تفتی^۱

زهرا ولی‌زاده^۲

چکیده

آگاهی از عملکرد تحصیلی دانشجویان به منظور شناخت وضعیت موجود، زمینه ساز برنامه‌ریزی مناسب‌تر و تصمیم‌گیری دقیق‌تر و اقدام جهت رفع موانع و مشکلات خواهد بود سلامت روان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت فعالیت‌ها و عملکرد تحصیلی شناخته شده است.

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه تهران و مقایسه‌ی آن در بدو ورود و پایان دوره‌ی تحصیلی و همچنین مقایسه‌ی وضعیت بهداشت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی انجام شده است. در این پژوهش، دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۹ که در زمان انجام این پژوهش در پایان دوره تحصیلی خود بوده‌اند، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده شرکت داشته‌اند. نمونه شامل ۱۳۶ دانشجوی دختر و پسر دوره کارشناسی از رشته‌های مختلف و از ۱۵ دانشکده‌ی دانشگاه تهران بوده است. همه‌ی اعضای نمونه در بدو ورود به دانشگاه از طریق پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی با ضریب پایایی ۰/۸۸ (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) توسط مرکز مشاوره دانشگاه سنجش شده بودند، و بار دیگر پس از چهار سال برای انجام این پژوهش همان پرسشنامه را تکمیل نموده‌اند. از معدل دیپلم و آخرین معدل موجود دوره دانشگاه آنها به عنوان شاخص عملکرد تحصیلی استفاده شده است. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل محاسبه

۱- استاد یار گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه الزهرا (س)

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی (مرکز مشاوره دانشگاه تهران)

t مستقل و t وابسته برای آزمون تفاوت میانگین‌ها و نیز ضریب همبستگی برای تعیین رابطه‌ی متغیرها بوده است. در این پژوهش ۵ فرضیه جهت آزمون تدوین شده است. فرضیه اول مبنی بر رابطه‌ی معنی دار بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی بوده که این فرضیه تأیید نشده است. فرضیه دوم و سوم مبنی بر تغییر یافتن وضعیت سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان در پایان تحصیل در دانشگاه نسبت به بدو ورود بوده که این دو فرضیه تأیید شده و دانشجویان از نظر سلامت روان و عملکرد تحصیلی در پایان دوره نسبت به بدو ورود سیر نزولی داشته‌اند. فرضیه چهارم و پنجم مبنی بر تفاوت معنی دار بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی بوده است که این دو فرضیه تأیید نشده است.

مقدمه

دانشجویان هر کشوری از سرمایه‌های فکری و معنوی آن کشور به شمار می‌روند. بررسی مسائل خاص دانشجویان، تحصیل موفق و تأمین سلامت جسمی و روانی آنها از مهمترین اهداف برنامه‌ریزان آموزشی دولتها می‌باشد. تأمین سلامت روان و ارتقاء آن در سطح جامعه از مهمترین پیامها و وظایفی است که سازمان بهداشت جهانی به عهده همه دولتها گذاشته است به دلیل اهمیت این موضوع سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۱ را سال بهداشت روانی نامید و خاطرنشان ساخت که تمام ملل جهان وظیفه دارند که سطح بهداشت روان خود، خانواده و جامعه‌شان را ارتقاء دهند.

از سوی دیگر بررسی موفقیت تحصیلی دانشجویان، یکی از راههای دستیابی به توسعه دانشگاهی و به عبارت دیگر بهبود مستمر کیفیت آموزشی است که در شناسایی برخی از تنگناها و نارسایی‌های نظام آموزشی و ارائه راه‌حلهای علمی و صحیح در جهت برطرف ساختن آنها مؤثر است. از این رو

می‌توان نتیجه گرفت که بررسی موفقیت تحصیلی در ارتقاء کیفیت فعالیتهای دانشگاهی تأثیر دارد.

در همه کشورهای دنیا از جمله کشور ما، مسائل دانشگاهی و مشکلات روان‌شناختی بین دانشجویان دامنه وسیعی به خود می‌گیرد و به نظر می‌رسد که عوامل متعددی سلامت روان شناختی آنها را به خطر می‌اندازد. این عوامل می‌تواند ترکیبی از محرکهای درونی مانند ویژگیهای شخصیتی که زمینه ساز شکست و تسلیم فرد در برابر مشکلات است و عوامل بیرونی مانند عوامل فشار زای محیطی باشد. فشارها و استرس‌های مفرط در بین دانشجویان اغلب به شکست تحصیلی، بیکاری، مشکلات سلامت، ضعف در عملکرد، ترک تحصیل و در برخی موارد حتی به خودکشی و دیگرکشی منجر می‌شود. (مونک محمود، ۱۹۹۹)

دانشجویان به ویژه آنهایی که در اواخر دوره نوجوانی و اوایل دوره جوانی هستند و تازه وارد دانشگاه شده‌اند به خاطر ماهیت انتقالی زندگیشان در آن دوره همواره در معرض فشار و استرس بوده و عوامل فشارزای بیشماری را تجربه می‌کنند. (توبس، کوهن، ۱۹۹۶، نقل از راس، ۱۹۹۹)

فشارها و استرس‌های مربوط به آن دوره سنی، تغییرات مربوط به تحول، انطباق با روش جدید مطالعه و سبک زندگی، جدایی از محیطهای آشنایی و حمایت کننده رفتار گروهی و فشارهای ناشی از آن و فرهنگ موجود در دانشگاه همگی دست به دست هم داده و دانشجویان را تحت فرسودگی و خستگی شدید قرار می‌دهد. (مونک، محمود، ۱۹۹۹، نقل از خیرالدین، ۱۳۸۱)

دانشجویان، استرس و فشار روانی فراوانی را به خاطر فعالیتهای تحصیلی، فشارهای مالی، فقدان مهارتهای لازم برای مقابله با کمبود وقت، حل تعارضهای بین شخصی و ... تجربه می‌کنند. (خیرالدین، ۱۳۸۱)

همچنین فشارهای مربوط به یافتن کار یا شریک زندگی مناسب گریبانگیر

این قشر می‌شود. (راس، ۱۹۹۹، نقل از خیرالدین، ۱۳۸۱)

بنابراین آسیب‌پذیری قشرهای دانشجویان در مقابل استرس‌ها و مشکلات مختلف باعث ابتلای آنها به انواع مشکلات روان‌شناختی و در هم ریختن سلامت روان‌شناختی آنها می‌گردد (فونگ، محمود، ۱۹۹۹)

کمپل و سونسون (۱۹۹۲)، (نقل از راس، ۱۹۹۹) معتقدند زمانی که فشار و استرس شدید باشد و یا فرد به دلایل مختلفی هر استرس و فشار را به صورت منفی درک کند، سلامت و عملکرد تحصیلی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. (میسرا، ۲۰۰۰)

مسائل بهداشت روانی از مهمترین مسایل دانشجویان است که تأثیر زیادی در موفقیت تحصیل آنها دارد. پژوهش‌های متعدد در ایران و خارج از ایران حاکی از آن است که در بین دانشجویان مشکلات روانی وجود دارد. از جمله می‌توان به گزارش پارنل (۱۹۵۱) و پژوهش ولف (۱۹۵۴) اشاره داشت و در ایران به پژوهش موسوی (۱۳۷۴)، یعقوبی (۱۳۷۶)، کافی، بوالهروی و پیروی (۱۳۷۳) اشاره داشت که حاکی از وجود مشکلات تحصیلی، خانوادگی و ناراحتی‌های عصبی در بین دانشجویان می‌باشد.

همه ساله آموزش عالی و خانواده‌ها سرمایه و هزینه عظیمی را جهت سلامت و تحصیل موفق دانشجویان صرف می‌کنند. پرورش جسمانی سالم، قوی و توانمند، از نظر روانی و تحصیلی که در دوره دانشگاه موفق به بالا بردن تواناییها و مهارت‌های خود شده باشند. باعث می‌شود که فارغ‌التحصیلانی کارآمد تحویل جامعه شوند که دارای بنیه علمی و توان عملی لازم هستند و سرمایه و هزینه بکار رفته به شکل بهینه‌ای بازدهی خواهد داشت.

اولین گام در رسیدن به این اهداف ارزیابی وضعیت موجود دانشگاه‌ها می‌باشد که این ارزیابی منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف آنها در برنامه‌ریزی در جهت بهبود شرایط آنها می‌شود و این پژوهش در راستای تحقق این اهداف به ارزیابی و مقایسه‌ی وضعیت دانشجویان از نظر سلامت روان و

عملکرد تحصیلی در بدو ورود و پایان تحصیل می‌پردازد و نیز مقایسه‌ای بین دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی از نظر سلامت روان و عملکرد تحصیلی دارد.

در این پژوهش ۵ فرضیه مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان، تغییر یافتن وضعیت سلامت روان و عملکرد تحصیلی در بدو ورود و تفاوت معناداری بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی تدوین شده است.

بر اساس نظر کاپلان و سادوک (۱۹۹۸) کسی از نظر روانی سالم است که از آسایش و راحتی ذهنی برخوردار بوده، ویژگی‌های روانی و رفتاری او باعث ایجاد مشکل برای دیگران و خود فرد نشود و بتواند به طور مناسب در حوزه‌های مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی کارآیی داشته باشد مکاتب مختلف دیدگاه‌های متفاوتی در مورد سلامت روان ارائه داده‌اند.

اصطلاح تعادل حیاتی را اولین بار کزن در سال ۱۹۹۲ مطرح کرد بر طبق نظر کزن هر گاه فشار درونی از حد معینی تجاوز کند، حالت عدم تعادل حیاتی ایجاد می‌شود و در این صورت مکانیسم‌های مختلفی در جانداران به کار می‌افتد تا مجدداً تعادل داخلی برقرار شود.

بر اساس نظریه تعادل، سلامت عبارت است از ثبات حیات و هر گاه که انسان قادر به حفظ ثبات در محیط داخلی خود نباشد بیمار می‌گردد. در فرد سالم تعادل بین نیروهای داخلی و خارجی (درون‌داد و برون‌داد) برقرار است و در فرد ناسالم یا بیمار روانی، تأثیر نیروهای درونی و بیرونی به عدم تعادل، یعنی بروز علائم بیماری می‌انجامد.

استرس، بعنوان محرکی است که با تغییر محیط داخلی و خارجی می‌تواند تعادل حیاتی فرد را بر هم بزند و در شرایط خاصی بیماری‌زا باشد، این محرک می‌تواند یک عامل بیماری‌زا نظیر میکروب یا ویروس یا اختلال ژنی، یک حادثه

اجتماعی و یا یک درگیری عاطفی باشد، پاسخ به این محرک یا استرس نیز حاصل تأثیر متقابل سیستم‌های متعدد سرشتی، محیطی و اجتماعی است و می‌تواند جسمی، فکری یا عاطفی باشد.

در ارتباط با تأثیر استرس بر تعادل حیاتی، می‌توان از سلیه یاد کرد (۱۹۷۸). از نظر او استرس شامل دامنه‌ی وسیعی از موقعیت‌های زندگی است که از حالت‌های هیجانی، بیماری جسمانی و جراحت گرفته تا در معرض هوای سرد یا گرم قرار گرفتن را شامل می‌شود فقدان خواب، ورزش، تنش طولانی، تحریک و جریمه همگی می‌تواند فشارزا باشد. سلیه معتقد بود که فشارزا از هر نوعی که باشد مجموعه مشابهی از فرایندها را در درون بدن موجب می‌گردد که اگر این فرایندها به اندازه کافی تداوم یابند آنها مجموعه‌ای از وضعیت‌ها را ایجاد خواهند کرد که سندرم سازگاری عمومی نامیده شده است. بنا به گفته سلیه در واکنش به رفتار دراز مدت، بدن از سه مرحله می‌گذرد واکنش هشدار، مرحله مقاومت و مرحله فرسودگی، وقتی موقعیت استرس‌زا به حد کافی طولانی و شدید باشد، سازگاری ایجاد شده در مرحله دوم دیگر نمی‌تواند ادامه یابد و به تدریج آسیب پذیری اعضای بدن بیشتر می‌شود، سلامت روانی و جسمانی فرد به مخاطره می‌افتد و بیماری‌های مربوط به فشار روانی شروع به تظاهر می‌کند.

گراهام (۱۹۹۰) معتقد است که عواملی همچون زمان و مدت تداوم فشار، اهمیت اجتماعی-هیجانی فشار برای شخص و توانایی ارگانیزم در مقابله با فشار باعث می‌شود که فشارها تأثیرات مختلفی بر افراد مختلف بگذارد. امروزه مفاهیم استرس و سلامت روان به شدت به هم گره خورده‌اند و بخش مهمی از حوزه سلامت روان را مباحث مربوط به استرس تشکیل می‌دهد.

حال با توجه به استرس‌های فراوان دوره دانشجویی، در این پژوهش به بررسی و مقایسه وضعیت سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویمان در پایان

تحصیل نسبت به بدو ورود پرداخته شده است و نیز دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی از این دو جنبه مقایسه شده‌اند.

روش

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهشی شامل تمامی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۹ دانشگاه تهران که در اواخر دوره کارشناسی می‌باشند می‌شود. این دانشجویان در سال ۱۳۷۹ در بدو ورود به دانشگاه از نظر سلامت روان به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (۲۸سوالی-GHQ) مورد سنجش قرار گرفته‌اند. (در کل ۲۷۰۲ دانشجوی ورودی ۷۹ به وسیله تست GHQ توسط مرکز مشاوره دانشگاه مورد سنجش قرار گرفته‌اند که پرسشنامه‌ها تکمیل شده آنها در بایگانی مرکز مشاوره دانشگاه تهران موجود می‌باشد).

روش نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. دانشجویان نمونه از ورودی‌های ۷۹ و از ۱۵ دانشکده به طور پراکنده در مکانهای عمومی دانشگاه (محوطه دانشکده‌ها، کتابخانه، رستوران‌ها و سلفها، خوابگاه و ...) انتخاب شده‌اند. حجم نهایی نمونه (پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص) ۱۳۶ نفر شامل ۵۰ دانشجوی بومی (غیرخوابگاهی) و ۸۶ دانشجوی ساکن خوابگاه بوده است. همه اعضای نمونه دارای دو پرسشنامه سلامت روان می‌باشند (یکی در بدو ورود و یکی در سال آخر برای انجام این پژوهش).

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه GHQ ۲۸ سوالی می‌باشد این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان گسسته ابداع شده است. در جمعیت عادی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی از این پرسشنامه استفاده شده است. در جمعیت عادی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی از این پرسشنامه استفاده شده است. در حال حاضر از

این پرسشنامه به صورت ۶۰، ۳۰، ۲۸، ۱۲ سؤالی استفاده می‌شود (چونگ و اسپیزر، ۱۹۹۴)

شکل ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی متشکل از ۴ مقیاس نشانه‌های مرضی جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی است. در هر مقیاس ۷ سؤال وجود دارد که به صورت چهار گزینه‌ای است. دو روش نمره‌گذاری برای این پرسشنامه وجود دارد. در یک روش به گزینه‌های الف و ب نمره صفر و گزینه‌های ج و د هر کدام نمره ۱ تعلق می‌گیرد. روش دیگر با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت است که گزینه‌های الف تا د به ترتیب نمره صفر تا ۳ داده می‌شود (چونگ و اسپیزر، ۱۹۹۴، چنولی، ۱۹۹۲) در پرسشنامه ۲۸ سؤالی نمره ۲۸ به معنای داشتن حداکثر ناراحتی روانی و نمره صفر به معنای نداشتن هیچ ناراحتی می‌باشد.

در این پژوهش برای نمره‌گذاری، گزینه‌های الف و ب نمره صفر و گزینه‌های ج و د هر کدام نمره ۱ تعلق گرفته است، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) ضریب پایایی کل این آزمون را ۰/۸۸ گزارش کرده است. در این پژوهش شاخص عملکرد تحصیلی دانشجویان معدل دیپلم و لیسانس آنها بوده است.

نتایج به دست آمده از پژوهش با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی مثل میانگین‌ها، انحراف استاندارد و درصد گیری انجام شده است و به منظور استنباط از یافته‌ها و تعمیم نتایج از روشهای آمار استنباطی استفاده شده است با توجه به اهداف پژوهش و بستگی به تعداد گروه‌ها از آزمون t وابسته و t مستقل برای مقایسه تفاوت میانگینها و از ضریب همبستگی برای رابطه متغیرها استفاده شده است.

الف) یافته‌های آمار توصیفی: در این پژوهش ۱۱۲ نفر دختر و ۲۴ نفر پسر شرکت داشته‌اند. تعداد ۱۱۴ نفر اصلاً مشروطی نداشتند، ۱۴ نفر یکبار مشروطی و ۸ نفر دو یا سه بار مشروطی داشته‌اند. همچنین تعداد ۸۶ نفر ساکن خوابگاه و تعداد ۵۰ نفر غیرخوابگاهی و با والدین زندگی می‌کردند.

ب) یافته‌های آمار استنباطی: فرضیه اول مبنی بر رابطه معنی‌داری بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی (معدل دیپلم و لیسانس) دانشجویان تأیید نشد. ($p < 0/05$)

جدول ب-۱: ضریب همبستگی بین سلامت روان و معدل

سلامت روانی بعد	سلامت روانی قبل		
۰/۲۰-	۰/۶۰-	ضریب همبستگی	معدل دیپلم
۰/۸۱	۰/۴۹-	سطح معنی‌داری	
۱۳۲	۱۳۲	تعداد	
۰/۰۵۲-	۰/۱۱-	ضریب همبستگی	معدل لیسانس
۰/۵۴-	۰/۲۰-	سطح معنی‌داری	
۱۳۲	۱۳۲	تعداد	

فرضیه دوم و سوم پژوهش مبنی بر تغییر یافتن وضعیت سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان در پایان تحصیل نسبت به بدو ورود تأیید شد و بطور معنی‌دار دانشجویان از نظر سلامت روان و عملکرد تحصیلی در پایان تحصیل نسبت به بدو ورود سیر نزولی داشته‌اند. ($p < 0/05$)

جدول ب-۲: میانگین نمرات سلامت روان قبل و بعد دانشجویان و نتایج آزمون t

میانگین	فراوانی	انحراف استاندارد	مقدار t محاسبه شده	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	
۶/۴۸۸۹	۱۳۲	۱/۸۸	۶/۱۳۱	۱۳۵	۰/۰۰۰	سلامت روانی بعد
۲/۶۲۷۰	۱۳۲	۴/۰۱۲۳				سلامت روانی قبل

جدول ب-۳: میانگین معدل دیپلم و معدل لیسانس دانشجویان و نتایج آزمون t

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار t محاسبه شده	انحراف استاندارد	فراوانی	میانگین	
۰/۰۰۰	۱۳۱	۱۲/۱۳۴	۱/۸۸	۱۳۲	۱۷/۶۴	معدل دیپلم
			۱/۷۷	۱۳۲	۱۵/۶۰	معدل لیسانس

فرضیه چهارم و پنجم پژوهش مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی تأیید نشد. ($p < 0/05$)
جدول ب-۴، میانگین نمرات سلامت روان دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی در بدو ورود و در پایان تحصیل در دانشگاه با نتایج آزمون t

سطح معنی‌داری	DF	مقدار t محاسبه شده	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	محل سکونت	
۰/۵۵	۱۳۴	۰/۵۹۱	۴/۳۳۲۷	۲/۸۰۲۲	۸۶	خوابگاه	سلامت
			۳/۳۹۸۰	۲/۳۸۸۰۰	۵۰	غیرخوابگاه	روانی قبل
۰/۵۷	۱۳۴	۰/۰۵۷۰	۷/۳۵۱۵	۶/۷۱۱۲۶	۸۶	خوابگاه	سلامت
			۶/۳۱۴۷	۶/۰۰۰۰	۵۰	غیرخوابگاه	روانی بعد

جدول ب-۵، میانگین‌های معدل دیپلم و معدل لیسانس دانشجویان خوابگاهی و غیر خوابگاهی و نتایج آزمون t

سطح معنی‌داری	DF	مقدار t محاسبه شده	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی		
۰/۱۸۷	۱۳۰	۱/۳۲۵	۲/۰۰۷	۱۷/۴۸	۸۵	خوابگاه	معدل
			۱/۴۳	۱۷/۹۳	۴۷	غیرخوابگاه	دیپلم
۰/۸۴۳	۱۳۰	۰/۱۹۹	۱/۷۸	۱۵/۵۴	۸۵	خوابگاه	معدل
			۱/۹۰	۱۵/۶۰	۴۷	غیرخوابگاه	لیسانس

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی (معدل لیسانس و دیپلم) دانشجویان تأیید نشد. یافته‌های پژوهش صورت

گرفته توسط دفتر مرکزی مشاوره در زمینه بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه‌های سراسر کشور (۷۸-۷۹) تا حدودی این نتیجه را تأیید می‌کند. از جمله نتایج این پژوهش این بوده است که رابطه معنی‌داری بین میزات ابتلاء به اختلالات روانشناختی با معدل دبیرستان و پیش‌دانشگاهی و با سهمیه قبولی در کنکور و شرکت در مسابقات علمی دیده نشده است. در تفسیر این یافته می‌توان گفت: از آنجا که موضوع پیشرفت تحصیلی مقوله‌ای است که عوامل بسیار زیادی در آن دخالت دارد از جمله انگیزه یادگیرنده، یادگیری‌های قبلی، شرایط محیطی و خانوادگی، شرایط آموزش و امکانات آموزشی، ویژگی‌های شخصیتی و ... لذا موضوع سلامت روان می‌تواند تنها یک عامل از عوامل بسیاری که در پیشرفت تحصیلی اثر دارد به حساب بیاید لذا از بین عوامل مختلف تنها سهم اندکی به آن تعلق می‌گیرد. که تعیین میزان سهم اثرگذاری آن دشوار است و می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان با پیشرفت تحصیلی رابطه دارد ولی در این پژوهش این رابطه معنی‌دار نبوده است.

فرضیه دوم مبنی بر این بوده که سلامت روان دانشجویان پس از ورود به دانشگاه نسبت به بدو ورود به دانشگاه تغییر می‌نماید. این فرضیه تأیید شده است و نتایج پژوهش نشان داده است که سلامت روان دانشجویان در پایان تحصیل نسبت به بدو ورود به دانشگاه به طور معنی‌داری کاهش یافته است. طبق رویکرد تعادل حیاتی، استرسها با تغییر محیط داخلی و خارجی می‌توانند تعادل حیاتی فرد را به هم بزنند و در شرایط خاصی بیماری‌زا باشند در این زمینه می‌توان از سلیه یاد کرد که معتقد است، بدن در واکنش به موقعیت استرس‌زا از سه مرحله می‌گذرد مرحله هشدار، مرحله مقاومت و مرحله آخر فرسودگی می‌باشد که وقتی موقعیت استرس‌زا به حد کافی طولانی و شدید باشد سازگاری ایجاد شده در مرحله دوم دیگر نمی‌تواند ادامه یابد و به تدریج آسیب‌پذیری اعضای بدن بیشتر می‌شود و سلامت روانی و جسمانی فرد به مخاطره می‌افتد.

این نتیجه با رویکرد تعادل حیاتی مطابقت دارد طبق این رویکرد استرسها وقتی زیاد و طولانی باشند منجر به پایین آمدن سلامت روان می‌شوند و با توجه به این که استرسهای دوره دانشجویی زیاد است. (تایلر، ۱۹۲۷، رازکن، گلدبرگ، وایر، ۱۹۹۲، پارسا، ۱۳۷۹، مصباح، ۱۳۸۳) خصوصاً مشکلات آموزشی و تحصیلی (مکاری‌ها، ۱۳۷۴) یا مشکلات مالی، استقلال‌خواهی، مشکلات ارتباطی، بحران هویت (بواله‌ری و همکاران ۱۳۷۸) اشتغال و همسریابی همراه است لذا سلامت روان دانشجویان نسبت به بدو ورود کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است.

فرضیه سوم پژوهش بر این اساس بوده است که سطح عملکرد تحصیلی دانشجویان پس از ورود به دانشگاه نسبت به بدو ورود به دانشگاه تغییر می‌یابد که این فرضیه هم تأیید شده است. نتایج پژوهش نشان داده که به طور معناداری عملکرد تحصیلی دانشجویان نسبت به بدو ورود کاهش داشته است. یکی از ملاک‌های سلامت/بیماری روان این است که وقتی سلامت روان پایین می‌آید عملکرد فرد به دنبال آن نسبت به قبل پایین می‌آید (ویکفیلد، ۱۹۹۲، به نقل از گزارش دفتر مرکزی مشاوره ۱۳۸۰) این یافته با این ملاک مطابقت دارد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که به دنبال پایین آمدن سلامت روان عملکرد تحصیلی دانشجویان نیز کاهش یافته است.

در دوره دانشجویی مسائل و مشکلات آموزشی از مهمترین مسائلی است که برای دانشجویان مطرح است (گری و راتمن، ۱۹۹۸، مکاری، ۱۳۷۴، هاوتون و همکاران ۱۹۹۵، تایلر، ۱۹۹۲) معمولاً دانشجویانی که از نظر عملکرد تحصیلی نسبت به دوره قبل خود ضعیف می‌شوند، اعتماد به نفسشان پایین می‌آید و به تواناییهای خود تردید پیدا می‌کنند و سلامت روان آنها آسیب می‌بیند. عوامل زیادی در بروز مشکلات آموزشی دخیل هستند از جمله: بعضاً والدین فرزندشان را بدون در نظر گرفتن علائق و استعداد آنها مجبور به انتخاب رشته‌هایی که دارای ارزش اجتماعی بالایی است و می‌تواند نقش مؤثرتری در رفع نیازمندیهای

مالی در آینده داشته باشد می‌کنند و این قبیل دانشجویان فاقد علاقه لازم که شرط اساسی برای یادگیری مؤثر است می‌باشند. دانش‌آموزان برای پذیرفته شدن در دانشگاه تلاش زیادی می‌کنند تا از سد کنکور بگذرند و بسیاری از آنها تصورات دیگری از وضعیت موجود دانشگاه‌ها دارند و با ورود به دانشگاه احساس می‌کنند روشهای آموزشی و ارزشیابی با دبیرستان تفاوت اساسی ندارند. لذا سرخورده می‌شوند. بعضاً نارسایی برنامه‌های درسی و منطبق نبودن آن با واقعیات زندگی حرفه‌ای و اجتماعی مورد اعتراض دانشجویان است. همچنین گاه دانشجویان به دلیل عدم اطمینان از آینده شغلی خود تلاشهای خود را بی‌ثمر می‌پندارند. نتیجه این پژوهش مبنی بر پایین آمدن سلامت روان و عملکرد تحصیلی کل دانشجویان نسبت به بدو ورود تا حدودی با نتایج بدست آمده از پژوهش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران (۱۳۷۷) منطبق است.

فرض چهارم پژوهش مبنی بر این بوده که سلامت روان دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی بطور معنی داری با هم متفاوت است که نتایج بدست آمده فرضیه پژوهش را تأیید نکرد و بین سلامت روان دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت. این یافته با پژوهش یعقوبی (۱۳۷۶) مطابقت دارد. به دلیل شرایط فشارزای زندگی در خوابگاه انتظار می‌رفت که سلامت روان دانشجویان خوابگاهی کمتر از دانشجویان غیرخوابگاهی (بومی) باشد در این زمینه می‌توان گفت که هرچند خوابگاه‌ها به دلیل مشکلات خاص خودشان می‌توانند روی سلامت روان دانشجویان اثرگذار باشند ولی امروزه به دلیل تلاش زیاد دانشگاه‌ها در بالا بردن امکانات رفاهی خوابگاه‌ها و کاستن تراکم اتاقها و اقداماتی که دانشگاه‌ها از طریق مراکز مشاوره سعی در بالا بردن حمایت اجتماعی ادراک شده برای دانشجویان انجام می‌دهند، همچنین برنامه‌های متنوع فرهنگی - تفریحی که در دانشگاه‌ها ترتیب داده می‌شود فضای خوابگاه‌ها نسبت به قبل بسیار تغییر و بهبود پیدا کرده است. سهولت دسترسی به دلیل گوناگونی و

فراوانی وسایل ارتباطی امروزی و همچنین افزایش امکانات رفت و آمد دانشجویان به شهرهای محل زندگی‌شان موجب شده است تا حد زیادی از مشکلات دل‌تنگی و دوری از خانواده و در مجموع مشکلات زندگی کاهش یابد.

فرض پنجم مبنی بر این بوده که بین عملکرد تحصیلی دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی در پایان تحصیل در دانشگاه نسبت به بدو ورود تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این فرضیه نیز تأیید نشده و بین میانگین معدل دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی از دیپلم و به لیسانس تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نشده است. این یافته با پژوهش امامزاده‌ای ۱۳۵۹ نیز منطبق است که بین دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی از نظر سطح عملکرد تحصیلی در ابتدا و انتهای تحصیل به جز در دانشکده علوم تربیتی تفاوت معنی‌داری نبوده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که با وجود شرایط محیطی متفاوت، اختلاف معنی‌داری بین دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی از نظر سلامت روان و عملکرد تحصیلی وجود ندارد.

با وجود محدودیت در تعداد نمونه و ابزار پژوهش و بنابراین محدودیت در تعمیم‌دهی نتایج، با این حال با توجه به همسویی یافته‌های پژوهشی با نتایج پژوهش‌های دیگر مبنی بر کاهش عملکرد تحصیل و سلامت روان دانشجویان در خلال سالهای تحصیل، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی این وضعیت به منظور بررسی علل و عوامل تأثیر گذار انجام شود، همچنین ضرورت دارد اقداماتی در جهت آموزش و ارتقاء مهارت‌های زندگی، ارتباطی، مطالعه، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی، مواجهه با استرس و ... صورت گیرد. افزایش فعالیتهای حمایتی و اطلاع‌رسانی در دانشگاه‌ها و اعمال راهکارهایی جهت بالا بردن انگیزه یادگیری در دانشجویان، تغییر در روش‌های آموزشی و ارزشیابی و متفاوت ساختن آن با دوره مدرسه موارد دیگری است که در رفع این مشکلات سودمند خواهد بود.

- امامزاده، ع، (۱۳۵۹). رابطه بین محل سکونت و پیشرفت تحصیلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- بوالهروی و همکاران، (۱۳۷۸). مقایسه وضع تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران در بدو ورود و پس از سه سال تحصیل. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- باقری یزدی، عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید، (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- پارسا، پرینا، (۱۳۷۹). بررسی میزان و عوامل مؤثر در بروز استرس و اختلالات خلقی در جوانان دانشجو. دانشگاه علوم پزشکی همدان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال دوم بهار و تابستان ۱۳۷۹، شماره پنجم و ششم.
- خیرالدین، جلیل، (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین شیوه حل مسأله، شیوه حل تعارض و سلامت روان شناختی در میان دانشجویان. رساله دوره دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- کافی، س. م، بوالهروی، ج، پیروی، ح، (۱۳۷۳). بررسی وضع تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان ورودی ۷۳-۷۲ دانشگاه تهران. انتشارات واحد پژوهش دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- موسوی، ولی‌الله، (۱۳۷۴). بررسی و تحلیل ویژگیها، مسایل و مشکلات دانشجویان دانشگاه گیلان-رشت: گزارش طرح پژوهشی دانشگاه گیلان.
- مکارمی، آذر، (۱۳۷۴). رویدادهای استرس‌زا در دانشجویان. خلاصه مقالات سومین سمپوزیوم سراسری استرس. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- مصباح، نسرين؛ عابدیان، احمد، (۱۳۸۳). بررسی میزان استرس و رابطه آن با ناامیدی در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه تهران، سال تحصیلی ۸۲-۸۳ طرح تحقیقی مرکز مشاوره دانشجویی، دانشگاه تهران.
- یعقوبی، حمید، (۱۳۷۶). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۷۶-۱۳۷۵. گزارش طرح پژوهشی معاونت امور فرهنگی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بینامین (۱۳۷۱). خلاصه روان پزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، ج ۱، تبریز: مؤسسه تحقیقات و انتشاراتی ذوقی.
- هومن، عباس، (۱۳۷۷). استانداردهای پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- gray, G.P, Rottman, L.H. (1988). perceptions of stress in undergraduate college student journal of college and university student Housing, 18-14-20.
- Misra, R.(2000). Academic stress of collge students: compavison of student and faculty perceptions. College student journal.
- Ross, S,E. (1999). sources of stress among College students journal.
- Rosecan, A, S; Goldberg, R, L, wise, T, N, (1992). Psychiatrically hospitalized College students: A pilot study. Journal of American College Health, 41.11-15.