

بررسی وضعیت سلامت عمومی و شادکامی در دانشجویان دانشگاه یزد*

چکیده

پژوهش حاضر به منظور کسب اطلاعاتی درباره وضعیت سلامت روانی دانشجویان و مقایسه آن در دانشجویان دختر و پسر طراحی و اجرا گردید. ۵۵۴ دانشجوی دختر و پسر با توجه به فهرست اسامی ارائه شده از اداره آموزش دانشگاه به صورت تصادفی طبقه‌ای از مجتمع‌های فنی و مهندسی و علوم انسانی و علوم پایه و معماری انتخاب و آزمون GHQ-28 و شادکامی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که دانشجویان دختر و پسر از نظر میانگین نمره در اختلال کلی و شاخه‌های فرعی آزمون سلامت روانی و نمرات آزمون شادکامی با هم تفاوت معنی‌داری ندارند. به علاوه، با استفاده از نقطه برش ۲۳ که برای تعیین سلامت روانی به کار می‌رود، ۵۶/۷ درصد دانشجویان مشکل روان‌شناختی نداشته و سالم بودند، ۲۷/۷ درصد به مشکلات متوسط دچار بودند و ۱۵/۷ درصد مشکلات جدی داشته و به خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی نیاز داشتند. مقایسه دانشجویان دختر و پسر با استفاده از فراوانی گروه‌ها در سه گروه به دست آمده از نقاط برش نیز معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد که شادکامی با نمره کلی اختلال روانی و خرده‌مقیاس‌های به دست آمده از GHQ-28 رابطه معکوس دارد. نتایج با توجه به سطوح مختلف بهداشت روانی و پژوهش‌های مربوطه مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روانی، شادکامی، اختلال روانی، دانشجویان

مقدمه

بهداشت روانی به دو صورت فقدان بیماری روانی و احساس رضایتمندی و لذت از زندگی مورد توجه بسیاری از متخصصان و کارشناسان این حوزه است (توڈر، ۱۳۸۲). چندین مطالعه نشان داده‌اند که

۱- استادیار دانشگاه یزد (m.omidian@yazduni.ac.ir)

* این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه یزد اجرا شده است.

دشواری‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکی اولیه به دلیل وجود مشکلاتی در تشخیص اختلال روانی بوده است (جاکوما، لیتینن و کارلسون^۱، پینی، بوراردی و روسی^۲، ۱۹۹۷). این مشکل موجب شده است که اغلب، بیماران مبتلا به اختلالات روانی به‌جای درمان در بخش روانپزشکی، در بخش مراقبت‌های اولیه بستری شوند. به این جهت، برخی پژوهش‌ها ضرورت به‌کارگیری ابزار GHQ^۳ را به‌عنوان یک ابزار کوتاه و ساده برای جداسازی افراد و تشخیص اولیه بیماری روانی، مطرح می‌سازد (هولی، سامالتی و آلبرگ^۴، ۲۰۰۲: ۲۳۴). ازدیگرسو، در سال‌های اخیر یکی از موضوعاتی که حجم زیادی از پژوهش‌های روان‌شناختی را به خود اختصاص داده، شادکامی است. آرجیل، مارتین و لو^۵ (۱۹۹۵) درباره موضوع شادکامی بر این باورند که وقتی از مردم پرسیده می‌شود که منظور از شادکامی چیست؟ آنها دو نوع پاسخ را مطرح می‌کنند: ممکن است حالات هیجانی مثبت مانند لذت را عنوان کنند، یا اینکه آن‌را راضی بودن از زندگی به‌طور کلی و یا از بیشتر جنبه‌های آن بدانند. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که شادکامی دست‌کم دو جزء اساسی (عاطفی و شناختی) دارد. با وجود اینکه شادکامی متضاد افسردگی نیست اما نبود افسردگی شرط لازم برای رسیدن به شادکامی است (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۷۸). این پژوهش نیز به‌منظور بررسی این دو متغیر مهم طراحی و اجراء گردید.

پیشینه پژوهش

سلامت روانی در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در خارج و داخل کشور با آزمون GHQ تداعی می‌شود. به‌عنوان نمونه، در سال‌های اخیر توانایی آزمون GHQ در کشور فنلاند به‌منظور جداسازی افراد عادی و افراد دارای اختلال روانی، تأیید شده است (ویجولا، جوکلانن، لاکسی و دیگران^۶، ۲۰۰۲). در کشور ما، عاشوری، احمد و همکاران (۱۳۸۳) با به‌کارگیری نقطه برش به‌منظور تفکیک افراد به دو دسته افراد عادی و کسانی که ناراحتی‌های روانی غیر روان‌پزشکی دارند، نقطه برش ۲۳ را گزارش داده‌اند؛ یعنی، کسانی که نمره آنها کمتر از ۲۳ بوده است در گروه افراد برخوردار از سلامت روان و افرادی که نمره آنها بالاتر از ۲۳ بوده است در گروه افرادی قرار گرفته‌اند که از سلامت روانی خوبی ندارند. این آزمون به ۳۶

-
- 1- Joukamaa, Lehtinen and Karlsson.
 - 2- Pini, Borardi and Rucci.
 - 3- General Health Questionnaire
 - 4- Holi, Sammaallahti and Alberg.
 - 5- Argyl, Martin and Lu.
 - 6- Veijola, Jokelainen, Laksy and Other

زبان ترجمه شده و بسیاری از محققین به استفاده از آن تصریح کرده‌اند (یعقوبی، ۱۳۷۴)، به نقل از اصغری پور و مسعودی، (۱۳۸۲).

قمری گیوی (۱۳۸۵)، با استفاده از آزمون GHQ-۲۸ و پرسشنامه عامل‌های بنیادی و مقیاس کارکرد دفاعی (DFS) به بررسی نقش سطوح کارکردهای دفاعی و عامل‌های بنیادی در قلمرو بهداشت روانی اقدام کرد. نتایج پژوهش او نشان داد که دانشجویان مشکوک به اختلال روانی به قطب منفی عامل‌های بنیادی گرایش بیشتری دارند و میانگین نمره آنها به صورت معنی‌داری بیشتر است. به علاوه، گرایش به قطب‌های منفی یعنی (ناامیدی، حضور ذهن پایین، تفکر شبه انضمامی، عزت نفس پایین، سرزنش خود و درون‌گرایی) با نمره‌های کارکردهای دفاعی روابط منفی و معنی‌داری داشتند. بر اساس این نتایج، پژوهشگر نتیجه‌گیری می‌کند که استفاده از پرسشنامه GHQ تنها یک برآورد از تعداد دانشجویان ناهنجار احتمالی را ارائه می‌دهد و استفاده از مقیاس‌های دیگر مانند کارکردهای دفاعی سازگاران و عامل‌های بنیادی منفی برای تشخیص آسیب‌پذیری ابزار مفیدتری است.

میلون^۱ (۱۹۹۶) معتقد است که کارکردهای سازگاران در جمعیت افراد بهنجار ارزش تشخیصی بالاتری دارد. ضمناً پیوستار هر عامل بنیادی به علت نمایش مناسب نیمرخ روان‌شناختی افراد و قابلیت تغییر در مطالعات دانشجویی مطلوب‌تر خواهد بود. آشنایی دانشجویان با نوع مکانیزم دفاعی مسلط خود مثل شوخ‌طبعی و یا انکار و نیز فهم او از وضعیت خود در پیوستار امید-نومیدی و یا درون‌گرایی-برون‌گرایی اطلاع‌دهنده‌تر از فهم او از میزان افسردگی و یا جسمانی‌سازی خواهد بود (اریکسون، فلمن و استینر^۲، ۱۹۹۶).

طالقانی و همکاران (۱۳۸۵)، با استفاده از نقطه برش ۲۳ (خط مرزی سلامتی از عدم سلامتی) در دانشجویان دانشگاه رازی نشان دادند که از ۴۸۵ دانشجوی، ۲۲۵ نفر یعنی ۴۶/۴ درصد سالم بودند و نمره کمتر از ۲۳ داشتند. ۱۷۲ نفر یعنی ۳۵/۵ درصد نمره بین ۲۴-۳۷ داشتند و نسبتاً سالم بودند و ۸۸ نفر یعنی ۱۸/۱ درصد نمره بالاتر از ۳۸ داشتند و ناسالم بودند و از این جهت، تفاوت معنی‌داری بین سلامت روانی در دانشجویان دختر و پسر دیده نشد. اصغری پور و مسعودی (۱۳۸۲)، با استفاده از آزمون GHQ-۲۸ به بررسی وضعیت سلامت روان در دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه فردوسی مشهد اقدام نمودند. حجم نمونه مشتمل بر ۳۱۸ نفر بود. نتایج نشان داد که دانشجویان پسر با میانگین ۲۰/۰۳ از مشکلات بیشتری رنج می‌بردند. علاوه بر این، مشکلات روان‌شناختی دانشجویان مجرد بالاتر از مشکلات دانشجویان متأهل بود.

1- Milon, Theodor

2- Erikson, Felman & Estiner

در مقایسه دانشکده‌های مختلف، دانشجویان دانشکده ادبیات مشکلات روان‌شناختی بالاتری نسبت به سایر دانشکده‌ها داشتند. قندهار یزاده (۱۳۷۸)، در پژوهش خود با استفاده از آزمون‌های سنجش حمایت خانواده، حمایت دوستان و GHQ-۲۸ در ۴۲۰ دانش‌آموز نواحی هفتگانه مشهد نشان داد که میزان سلامت عمومی دختران بهتر از سلامت روانی پسران است. بین میزان حمایت خانواده و سلامت روانی نوجوانان ۱۴-۱۷ ساله رابطه معنی‌داری وجود داشت ولی بین سلامت روانی و حمایت دوستان رابطه‌ای معنی‌دار دیده نشد. میزان حمایت خانواده در نوجوانان بالاتر از حمایت دوستان بود. پورشریفی و پیروی (۱۳۸۴) به‌منظور بررسی وضعیت بهداشت روانی در دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ تمام دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم استثنای دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور و جامع علمی کاربردی، مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه بین سلامت روان که با آزمون GHQ-۱۲ اندازه‌گیری شد با حمایت اجتماعی ۰/۲۵ بود. قیامی (۱۳۸۵) در پژوهشی با استفاده از آزمون حرمت خود آیزنگ (۱۳۷۳) و سلامت عمومی GHQ-۲۸ در دانشجویان دانشگاه تهران نشان داد که نمرات دانشجویان دختر و پسر در دو آزمون با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. به‌علاوه، نتایج نشان داد که رابطه دو متغیر به‌صورت رابطه معکوس و معنی‌دار در کل مقیاس و خرده مقیاس‌های GHQ-۲۸ بود. مرادی‌منش و نیک بخت (۱۳۸۵) در پژوهش خود در دانشگاه شیراز با استفاده از آزمون GHQ-۲۸ به بررسی رابطه بین کمرویی و سلامت روانی اقدام کردند. میانگین دانشجویان در GHQ برابر با ۲۸/۸۲ با انحراف معیار ۷/۷۵ بود. نتایج نشان داد که رابطه کمرویی با کل نمره و خرده مقیاس‌های سلامت روان، مثبت و معنی‌دار بود. همچنین، تفاوت نمره آزمودنی‌های دارای کمرویی بالا (نمره بالاتر از یک انحراف معیار) در مقیاس افسردگی با گروه بهنجار معنی‌دار بود. برادران و رنجبر نوشری (۱۳۸۵) نشان دادند که ۳۸ درصد از واریانس سلامت روانی که با آزمون GHQ-۲۸ اندازه‌گیری می‌شد با متغیرهای کمال‌گرایی مثبت و منفی قابل تبیین بود.

شادکامی

به‌نظر آرجیل مارتین و لو (۱۹۹۵)، سه جزء اساسی شادکامی عبارتند از: هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب. او و همکارانش دریافتند که روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن زندگی، رشد شخصی، دوست داشتن دیگران و طبیعت نیز از اجزاء شادکامی هستند. یکی از موضوعات مرتبط با شادکامی، وجود شبکه حمایتی است، به این دلیل مایرز و داینر^۱

(۱۹۹۵) می‌گویند وقتی از مردم پرسیده شود که فرد شاد کام چه کسی است، در پاسخ به شبکه‌ای حمایتی از روابط در یک فرهنگ اشاره می‌کنند که به تفسیری مثبت و خوش‌بینانه از رویدادهای روزمره زندگی می‌انجامد. بنابراین، یکی از اجزای مهم شاد کامی، جزء شناختی آن است. شوارتز و استراک^۱ (۱۹۹۱) باور دارند که افراد شاد کام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند؛ یعنی، اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آنها می‌انجامد. بنابراین، شاد کامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد. نخست آنکه جزئی عاطفی و هیجانی دارد که باعث می‌شود فرد شاد کام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد. دوم آنکه جزئی اجتماعی دارد که گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد. و سوم آنکه جزئی شناختی دارد که موجب می‌گردد فرد شاد کام نوعی تفکر و نوعی پردازش اطلاعات ویژه خود داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوشبینی وی را به دنبال داشته باشد.

کوستا و دیگران (۱۹۸۱، به نقل از فرانسیس، ۱۹۹۸) دریافتند که برون‌گرایی، شاد کامی و رضایت از زندگی را برای ۱۳ سال آینده پیش‌بینی می‌کند. فرانسیس، براون، لست و فیلیپچاک^۲ (۱۹۹۸) مفهوم شاد کامی و برون‌گرایی در نظریه آیزنک^۳ را یکسان می‌دانند. بنابراین، شاد کامی یک ویژگی شخصیتی است که بر اساس نظریه آیزنک، می‌توان برای آن یک پایه زیست‌شناختی در نظر گرفت.

برنر^۴ (۱۹۹۸)، شاد کامی را متغیر می‌داند که پایه شخصیتی دارد. او در مطالعه بین فرهنگی خود به این نتیجه رسید که در ملت‌ها و فرهنگ‌های گوناگون، در محیط‌ها و موقعیت‌های اجتماعی مختلف، مردم در زمینه شاد کامی با هم متفاوتند و این تفاوت‌ها پایدار است.

پژوهش‌هایی که به بررسی بهداشت روانی پرداخته‌اند، اغلب به بررسی عوامل مرتبط با کارکردهای نامناسب روان‌شناختی و بیماری‌ها تمرکز کرده و کمتر بر ابعاد مثبت و سازه‌های چندگانه سلامت تأکید کرده‌اند (کولبوک و بالدوین^۵، ۱۹۹۲). یکی از مفاهیم مثبت بهداشت روانی، «بهبودی»^۶ است که به معنای فقدان عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی است (فیست، بوندر، جاکوبس، مایلزوتان^۷، ۱۹۹۵؛ آرجیل، ۱۹۹۰). واژه «بهبودی» و شادمانی قابل جایگزین هستند و اغلب در متون پژوهشی به صورت مترادف به کار

1- Schwartz & Strack.

2- Francis, Brown, Leste and Philipchalk.

3- Eysenck

4- Brebener

5- Kulbok & Baldwin

6- Well-being

7- Feist, Bonder, Jacobs, Miles and Tan

می‌روند (جو و فاکادا^۱، ۱۹۹۷؛ سامدال^۲، ۱۹۹۸). بررسی مطالعات درباره ادراک شخصی افراد و خشنودی از زندگی نشان می‌دهد که این موضوع با پنج حوزه خانواده، دوستان، مدرسه، خویشتن و محیط زندگی ارتباط دارد (دیو و هابنر^۳، ۱۹۹۴؛ گرین اسپون و ساکلوفسکی^۴، ۱۹۹۷). باندورا^۵ (۱۹۹۸)، نشان داد که احساس خود-اثربخشی بر احساس بهزیستی اثر دارد، به علاوه، خود-اثربخشی با دید خوش بینانه و احساس شادمانی رابطه دارد (ماگالنا و اولیور^۷، ۱۹۹۹).

کارین، آلبرکستین و کارنستروم^۸ (۲۰۰۳: ۱۶۶)، در پژوهشی به منظور بررسی رابطه بین عوامل روان‌شناختی (تجارب استرس‌زا، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی) با شادکامی، به بررسی این متغیرها در ۸۸۷ نوجوان ۱۵-۱۳ ساله نروژی، که در طرح سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقای سلامت مدارس شرکت کرده بودند، پرداختند. در این پژوهش، شادکامی توسط یک پرسش یک سؤال در مقیاس (۴-۱) لیکرت اندازه‌گیری می‌شد. سایر متغیرها با پرسش‌هایی بین ۳ تا ۱۲ سؤال بررسی شدند. نتایج با تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که خود-اثربخشی کلی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای تمایز بین شادترین شاگردان و ناشادترین شاگردان بود. مقادیر خاص خود-اثربخشی که به مهارت‌های مدرسه مربوط بود با شادکامی رابطه معنی‌داری نداشت. تجارب استرس‌زا نیز به صورت قوی با شادکامی رابطه معکوس و معنی‌دار داشت، یعنی دانش‌آموزانی که احساس عدم شادی می‌کردند، نمره‌های استرس آنها پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای عدم شادکامی بود. در رابطه با حمایت اجتماعی، نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی از جانب معلمان و همسالان با شادکامی رابطه مثبت دارد، ولی میزان این رابطه در معلمان بالاتر بود، یعنی حمایت از جانب معلمان، اهمیت بالاتری در پیش‌بینی شادکامی در مقایسه با همسالان داشت. به علاوه، نتایج نشان داد که دانش‌آموزان که احساس عدم شادکامی می‌کردند، نشانه‌های جسمی بیشتری را گزارش دادند و میانگین مشکلات جسمی آنها بالاتر بود. نتایج پژوهش از تفکیک علائم مثبت و منفی بهداشت روانی حمایت نمود.

-
- 1- Jou & Fukada
 - 2- Samdal
 - 3- Dew & Huobner
 - 4- Greenspoon & Saklofske
 - 5- Bandura
 - 6- Self efficacy
 - 7- Magaletta & Oliver
 - 8- Karin, Albreksten, and Qvarnstrom

در رابطه با مقررات مدرسه و نقش استرس زای آنها، نتایج نشان داد که رابطه آنها با خشنودی و بهزیستی رابطه معکوس داشت (ویلیامسون و کالینگفورد^۱، ۱۹۹۸). پژوهش کومپتون^۲ (۲۰۰۰) نشان داد که با معنای بودن زندگی، یکی از بهترین متغیرهای شخصیتی در رابطه با احساس بهزیستی بود.

با توجه به اهمیت شادکامی به عنوان یک شاخص مثبت و اختلال‌های روان‌شناسی به عنوان شاخص منفی از بهداشت روانی از یک سو و توجه به جمعیت دانشجویی به عنوان یک جمعیت جوان و آینده‌ساز که همواره مورد توجه مسئولین بوده، پژوهش حاضر با حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه یزد به عنوان بخشی از یک طرح پژوهشی طراحی و اجرا گردید. هدف از این پژوهش، به دست آوردن تصویری از وضعیت اختلالات روان‌شناختی و همچنین، احساس شادکامی و رضایت‌مندی از زندگی در دانشجویان دانشگاه یزد بود. به این منظور، ضمن بررسی میزان اختلالات روان‌شناختی و شادکامی و مقایسه آن در دانشجویان دختر و پسر، به بررسی رابطه دو متغیر باهم اقدام شد.

سؤال‌های پژوهش

با توجه به عدم یکپارچگی در نتایج پژوهش‌های بررسی شده به جای فرضیه‌های پژوهشی به بررسی پرسش‌های پژوهشی زیر اقدام گردید:

- ۱- میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه یزد چه میزان است؟
- ۲- آیا میزان اختلال و شیوع آن در دانشجویان دختر و پسر باهم تفاوت دارد؟
- ۳- آیا از نظر احساس شادکامی بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود دارد؟
- ۴- رابطه بین شادکامی و اختلالات روان‌شناختی چگونه است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای و همبستگی است. به این معنی که بدون مداخله در شرایط فعلی آزمودنی‌ها به جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد آنها اقدام می‌شود. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ از دانشجویان گردآوری شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در شهر یزد بود که در مجتمع‌های آموزشی فنی و مهندسی، علوم انسانی، علوم پایه و معماری در سال تحصیلی ۸۴-۸۵ مشغول به تحصیل بودند. مجموع دانشجویان ذکر شده، بیش از ۷۰۰۰ دانشجو بودند.

1- Cullingsford and Williamson

2- Compton

برای انتخاب نمونه با توجه به فهرست اسامی دانشجویان در مجتمع‌های آموزشی چندگانه دانشگاه یزد که از اداره کل آموزش اخذ شد به صورت تصادفی طبقه‌ای به نسبت دانشجویان هر مجتمع دانشجویانی انتخاب شد. ۶۰۰ آزمودنی به این صورت انتخاب گردید که از این تعداد ۵۵۴ پرسشنامه برگشت داده شد. نتایج با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل آزمون شادکامی آکسفورد و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ (۱۹۷۸) ساخته شد. این آزمون در سطح وسیعی در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و به صورت فرم‌های ۳۶ تایی، ۱۲ تایی و ۲۸ تایی مورد اعتباریابی قرار گرفته است. در کشور ما بیشتر از فرم ۲۸ تایی که به GHQ-۲۸ معروف است، استفاده می‌شود. این آزمون یک مقیاس خود گزارش‌دهی مداد-کاغذی است که دارای ۲۸ سؤال است که دارای ۴ خرده مقیاس فرعی است که هر کدام ۷ پرسش را شامل می‌شود. این آزمون دو روش نمره‌گذاری دارد. در روش اول، بر اساس مقیاس لیکرت به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شود و در روش دوم به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره‌گذاری می‌شود که روش دوم بیشتر برای اهداف تشخیصی به کار می‌رود. با توجه به هدف پژوهشی از کاربرد این آزمون از روش اول استفاده شد. این آزمون با SCL-۲۵ همبسته و در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی خوزستان، اعتباریابی شده است (امیدیان، ۱۳۸۲). به‌علاوه، توسط هومن (۱۳۷۶) و میرحشتی (۱۳۷۵)، ضرایب پایایی آن محاسبه شده که بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. چهار خرده مقیاس این آزمون شامل اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی (به کارکردی اجتماعی) و نشانه‌های جسمانی می‌شود.

آزمون شادکامی: آزمون شادکامی آکسفورد که توسط آرجیل و لو (۱۹۹۰) تهیه شد، ابزاری است که برای اندازه‌گیری شادکامی مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون در کشور ما توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه شد. این آزمون در دانشجویان تهران اعتباریابی شد. روایی صوری آن توسط ۱۰ کارشناس به‌منظور توان آزمون برای اندازه‌گیری آزمون مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آزمون با روش دو نیمه ۰/۹۲ و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد. با روش تحلیل عامل ۵ عامل از ۲۹ سؤال آزمون استخراج شد که ۵۷/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. در این آزمون طیف نمره‌گذاری از ۱-۴ است.

یافته‌های پژوهش

به منظور بررسی وضعیت نمرات به دست آمده از دانشجویان در متغیرهای پژوهش میانگین و انحراف معیار آنها محاسبه گردید که نتایج در جدول شماره ۱ آمده است:

جدول شماره ۱: میانگین انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌ها و حداکثر نمره در آزمون‌های شادکامی - GHQ-28 و مقیاس‌های فرعی آن

متغیرها	تعداد آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره
مشکلات جسمی	۵۴۰	۵/۹۵	۴/۰۶	۲۱
اضطراب	۵۴۲	۵/۹۵	۴/۲۶	۲۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۵۳۷	۸/۱۲	۳/۵۰	۲۱
افسردگی	۵۴۲	۴/۴۹	۴/۸۱	۲۱
نمره کلی	۵۱۷	۲۴/۴۸	۱۳/۵۸	۷۷
شادکامی	۵۵۴	۷۵/۸۰	۱۳/۴۵	۱۱۲

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره GHQ-28، ۲۴/۴۸ و با انحراف معیار ۱۳/۵۸ است. در میان خرده مقیاس‌ها بالاترین میانگین به اختلال در کارکرد اجتماعی مربوط می‌شود که برابر با ۸/۱۲ با انحراف معیار ۳/۵۰ است و کمترین نمره به افسردگی مربوط می‌شود که میانگین ۴/۴۹ و انحراف معیار ۴/۸۱ دارد. مشکلات جسمانی و اضطراب نیز میانگین ۵/۹۵ و انحراف معیار ۴/۰۶ و ۴/۲۶ دارد. در نمره شادکامی نیز میانگین ۷۵/۸۰ و انحراف معیار ۱۳/۴۵ است.

به منظور مقایسه تعداد دانشجویان با استفاده از نقطه برش در آزمون GHQ-28، از نقطه برش ۲۳ استفاده شد. بر اساس این روش، افرادی که بین ۰-۲۳ نمره می‌گیرند، سالم هستند و کسانی که بین ۲۴-۳۷ می‌گیرند، نسبتاً سالم هستند و کسانی که نمره ۳۸ به بالا می‌گیرند، ناسالم هستند. تعداد و درصد دانشجویانی که با این نقطه برش سالم و ناسالم تشخیص داده شدند، در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۲: فراوانی و درصد فراوانی دانشجویان سالم و ناسالم در آزمون GHQ-28

وضعیت	نمره GHQ-28	فراوانی	درصد
سالم	۰-۲۳	۲۹۳	۵۶/۷٪
نسبتاً سالم	۲۴-۳۷	۱۴۳	۲۷/۷٪
ناسالم	۳۸-۱۰۵	۸۱	۱۵/۷٪

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، ۱۵/۷٪ دانشجویان در شرایطی به سر می برند که احتمال مشکلات روان شناختی جدی در آنها وجود دارد و ۵۶/۷٪ آنها کاملاً سالم هستند و ۲۷/۷٪ بین این دو وضعیت قرار دارند. چون برخی از پرسش ها توسط دانشجویان بدون جواب مانده و با حذف این تعداد، آمار دانشجویان در نمره کلی سلامت عمومی کمتر شده است. به منظور مقایسه دانشجویان دختر و پسر در نمره های سلامت عمومی و شادکامی با استفاده از تحلیل واریانس به این موضوع اقدام شد که نتایج در جدول شماره ۳ آمده است:

جدول شماره ۳: مقایسه دانشجویان دختر و پسر در آزمون GHQ و مقیاس های فرعی آن با روش تحلیل واریانس

متغیرها	گروه های مقایسه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F به دست آمده	سطح معنی داری
اضطراب	بین گروه	۱۴/۷۴	۱۴/۷۴	۱	۰/۸۴۱	۰/۳۶۰
	درون گروه	۹۶۲۵	۱۷/۵۳	۵۴۹		
	کل	۹۶۳۶/۷۴		۵۵۰		
شکایت جسمانی	بین گروه	۱/۹۷	۱/۹۷	۱	۰/۱۰۳	۰/۷۴۹
	درون گروه	۱۰۵۲۱/۹۹	۱۹/۱۶۶	۵۴۹		
	کل	۱۰۵۲۳/۹۹		۵۵۰		
اختلال در کارکرد اجتماعی	بین گروه	۳۸/۲۹	۳۸/۲۹	۱	۲/۸۱	۰/۰۹۴
	درون گروه	۷۴۸۰/۷۵	۱۳/۶۲	۵۴۹		
	کل	۷۵۱۸/۹۹		۵۵۰		
افسردگی	بین گروه	۸۶/۵۲	۸۶/۵۲	۱	۳/۶۷	۰/۰۵۶
	درون گروه	۱۲۹۱۲/۳۹	۲۳/۵۲	۵۴۹		
	کل	۱۲۹۹۸/۹۱		۵۵۰		
سلامت عمومی و کلی	بین گروه	۱۷۰/۴۳	۱۷۰/۴۳	۱	۰/۸۶۸	۰/۳۵۲
	درون گروه	۱۰۷۸۵۵/۵	۱۹۶/۴۵	۵۴۹		
	کل	۱۰۸۰۲۵/۹		۵۵۰		
شادکامی	بین گروه	۲۲۸/۲۰	۲۲۸/۲۰	۱	۱/۲۵۸	۰/۲۶۰
	درون گروه	۹۹۶۰۹/۶۵	۱۸۱/۴۳	۵۴۹		
	کل	۹۹۸۳۷/۸۵		۵۵۰		

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، مقایسه دانشجویان دختر و پسر در نمره کلی و GHQ-۲۸ و ۴ خرده مقیاس آن با آزمون تحلیل واریانس در هیچ موردی به سطح معنی داری نرسیده و

تفاوت آنها با هم معنی دار نیست. درباره مقایسه دختر و پسر نیز اگرچه نمره‌های شادمانی دختران بالاتر است ولی این تفاوت معنی دار نیست. با استفاده از نقاط برش فراوانی افراد در گروه‌های دختر و پسر مشخص شد و با آزمون مجذور خی نیز به مقایسه دانشجویان اقدام شد که نتایج در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول شماره ۴: مقایسه فراوانی دانشجویان دختر و پسر سالم و مبتلا به اختلال روان‌شناختی با آزمون GHQ-۲۸ و با توجه به نقاط برش

سطوح متغیر	فراوانی دختر	فراوانی پسر	مقدار مجذور خی	سطح معنی دار
سالم	۱۵۵	۱۳۶	۱/۶۰۷	۰/۴۴۸
نسبتاً سالم	۶۳	۷۹		
ناسالم	۴۳	۳۸		

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در این مورد نیز تفاوت دانشجویان دختر و پسر معنی دار نبود. به‌منظور بررسی رابطه دو متغیر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نتایج نشان داد که این دو متغیر باهم رابطه معکوس و معنی دار دارند. که نتایج در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول شماره ۵: همبستگی بین شادکامی و نمره کلی و خرده مقیاس‌های GHQ

گروه‌ها	اضطراب	اختلال در کارکرد اجتماعی	افسردگی	نمره کلی	مشکلات جسمی
کل	-۰/۳۷۵ ۰/۰۰۰	-۰/۴۵۸ ۰/۰۰۰	-۰/۴۵۸ /۰۰۰	-۰/۵۱۱ /۰۰۰	-۰/۳۸۵ /۰۰۰
دختر	-۰/۴۶۷ ۰/۰۰۰	-۰/۴۰۱ ۰/۰۰۰	-۰/۴۶۸ ۰/۰۰۰	-۰/۴۵۱ ۰/۰۰۰	-۰/۵۴۰ ۰/۰۰۰
پسر	-۰/۴۴۱ ۰/۰۰۰	-۰/۳۸۵ ۰/۰۰۰	-۰/۴۱۲ ۰/۰۰۰	-۰/۴۲۴ ۰/۰۰۰	-۰/۵۰۵ ۰/۰۰۰

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، نمره کلی سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن با شادکامی رابطه معکوس دارند. این نتایج در دانشجویان دختر و پسر تقریباً مشابه و همگی این روابط در سطح $P < 001$ معنی دار هستند. مقدار ضریب همبستگی بین نمره سلامت کلی و شادکامی برابر با $0/511$ - است که در سطح $p < 001$ معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که در نمره کلی بین دانشجویان دختر و پسر از نظر شاخص‌های مثبت و منفی بهداشت روانی تفاوتی وجود ندارد؛ یعنی، در شادکامی به‌عنوان یک شاخص مثبت و سلامت عمومی که نمره بالا در آن نشان دهنده مشکلات روانی است و به‌عنوان شاخص منفی از بهداشت روانی در نظر گرفته شده است، بین دانشجویان دختر و پسر تفاوتی وجود ندارد. نتایج این پژوهش با پژوهش پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴) و قیامی (۱۳۸۵) مشابه است؛ اما با پژوهش اصغری پور و مسعودی (۱۳۸۲) و قندهاریزاده (۱۳۷۸) هم جهت نیست. این موضوع نشان می‌دهد که ممکن است مشخصه‌های اجتماعی و جمعیتی نقش مهم‌تری از موضوع جنسیت را در سلامت روانی ایفا کنند. به‌عبارت دیگر، حتی ممکن است برتری یک جنس در شادکامی و سلامت روان تحت تأثیر محیط اجتماعی و سایر متغیرهای محیطی باشد. بنابراین، برای دو گروه توصیه‌های یکسانی از این نظر وجود دارد. به‌علاوه، در پژوهش پورشریفی حدود ۱۳ درصد در پژوهش طالقانی و همکاران (۱۳۸۵) حدود ۱۸ درصد دانشجویان از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌بردند. با توجه به اینکه در این پژوهش ۱۵ درصد از دانشجویان در معرض خطر مشکلات قرار داشتند، ضرورت دارد تا با برنامه‌ریزی مناسب نسبت به تقویت مراکز مشاوره دانشجویی و تأسیس خطوط تلفنی ۲۴ ساعته و حضور در محیط خوابگاه و استفاده از طرح مشاوره همسال و... از مشکلات روانی بیشتر در این محیط‌ها پیشگیری شود. یکی دیگر از نتایج این پژوهش به‌دست آوردن رابطه منفی و معنی‌دار بین شادکامی و مشکلات روان‌شناختی بود. از این جهت، نتایج با پژوهش کارین و همکاران (۲۰۰۳) هم جهت است که نشان دادند در دانش‌آموزان نروژی شادکامی با نشانه‌های کمتر جسمانی شده همراه است. از طرف دیگر، با برادران و رنجبر نوشری (۱۳۸۵) که نشان دادند نمره‌های آزمون سلامت کلی گلدبرگ به کمک ویژگی‌های کمال‌گرایی مثبت به‌عنوان یک شاخص مثبت روانی قابل تبیین است هم جهت است. در این پژوهش نیز نمره بالا در شادکامی می‌توانست به‌صورت معکوس پیش‌بینی‌کننده GHQ-۲۸ و کاهش در نمره‌های آسیبی باشد و برعکس بالا بودن نمره‌ها در آزمون GHQ-۲۸ پیش‌بینی‌کننده شادکامی ضعیف بود. بنابراین، تلاش در جهت افزایش شادکامی به‌صورت پایدار باید مورد توجه قرار گیرد تا به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی در برخورد با مشکلات به‌سازگاری بهتر افراد کمک کند. این موضوع از سوی دیگر می‌تواند تأییدی بر اعتبار آزمون شادکامی باشد؛ زیرا با نمره‌های آزمون سلامت عمومی که برای اندازه‌گیری اختلالات روانی طراحی شده است، همبستگی معکوس دارد و نشان می‌دهد که این دو سازه معکوس هستند و با هم تفاوت دارند. کمبود پژوهش‌ها در حوزه شادکامی و شاخص‌های

مثبت بهداشت روانی موضوع دیگری است که باید مورد توجه پژوهشگران باشد تا در معرفی این موضوع گام‌های مؤثری برداشته شود.

منابع

- اصغری پور، شاهد و مسعودی، شاهد (۱۳۸۲). بررسی سلامت روان دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه فردوسی مشهد، پایان‌نامه کارشناسی، رشته روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- امیدیان، مرتضی (۱۳۸۲). بررسی وضعیت هویت‌یابی در ابعاد اعتقادی و روابط بین فردی و رابطه آن با سلامت روان در دانش‌آموزان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی استان خوزستان، سازمان آموزش و پرورش استان خوزستان، شورای تحقیقات.
- برادران، مجید و رنجبر نوشری، فرزانه (۱۳۸۵). رابطه کمال‌گرایی با سلامت روانی دانشجویان، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره و با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۴۹-۵۳.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۳). عزت نفس کودکان ونوجوانان، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- پورشریفی، حمید و پیروی، حمید (۱۳۸۴). طرح بررسی بهداشت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ در دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، چکیده کاربردی گزارش کشوری، معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره، معاونت دانشجویی فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- توذر، کیت (۱۳۸۲). ارتقای سلامت روان پارادایم‌ها و برنامه‌ها، ترجمه گروه مترجمان: مرتضی خواجه‌جوی، مهین درستی، مصطفی ذوالفقاری مطلق و دیگران، سازمان بهزیستی کشور دفتر امور فرهنگی و پیشگیری، چاپ اول.
- جعفری، سیدابراهیم؛ عابدی، محمدرضا؛ لیاقتدار، محمدجواد (۱۳۸۳). شادمانی در دانشجویان دانشگاه هنر اصفهان و عوامل همبسته با آن، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۸۴-۸۷.
- طالقانی، نرگس؛ روغنچی، محمود و شکری، مهتاب (۱۳۸۵). رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه رازی، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان،

معاونت دانشجویی وزارت علوم تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۲۵۴-۲۵۸.

عاشوری، احمد؛ سعدی خانی، اصغر و محمدزاده، علی (۱۳۸۳). بررسی رابطه راهبردهای مقابله با استرس با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه شیراز، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۱۹۲-۱۹۰.

علی پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای تهران، مجله اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، تابستان و پاییز، ص ۶۵-۵۵.

قمری گیوی، حسین (۱۳۸۵). نقش سطوح کارکردهای دفاعی و عامل‌های بنیادی در قلمرو بهداشت روانی دانشجویان، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۳۰۴-۳۰۲.

قندهاریزاده، افسانه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی (خانواده- دوستان) و سلامت روانی نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه فردوسی مشهد.

قیامی، سیده‌زهرا (۱۳۸۵). بررسی رابطه حرمت خود و سلامت، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۳۱۰-۳۰۵.

مرادی‌منش، فردین و نیک بخت، علی (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین کمرویی و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه شیراز، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره با همکاری دانشگاه علم و صنعت ایران، ص ۳۴۸-۳۴۴.

میرخشتی، ف (۱۳۷۵). رابطه سلامت روانی و میزان رضایت از زندگی زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

هومن، علی (۱۳۷۶). استانداردسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

- Argyle, M., Lu, L. (1990). The happiness of extraverts, *Personality and Individual Difference*, 11, 1011-1017.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). *Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors*. In C.D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.), stress and emotion, Washington, DC: Taylor & Francis.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the perspective of social cognitive theory, *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Brebener, J. (1998). Happiness and personality, *Personality and Individual Difference*, 25, 279-296
- Compton, W.C. (2000). Meaningfulness as a mediator of subjective well-being, *Psychological Reports*, 87, 756-760.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing, and happiness. *Personality and Individual Difference*, 11, 1299-1306.
- Dew, T., Hubner, E.S. (1994). *Adolescents' perceived quality of life: An exploratory*.
- Diner, E. & Lucas, E.R. (2000). *Subjective emotional well-being, Hand book of emotions* (2nd Ed), New York: Guilford University Press.
- Erikson, H., Felman, W., Estiner, F. (1996). Adjustment defense mechanism in normal population, *Abnormal Psychology*, 6(20).
- Eysenk, H. J. (1952). The scientific study of personality, *Journal of Personality*, 20, 101-117.
- Feist, G., Bonder, T.E., Jacobs, J.F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom – up structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation, *Journal of Personality and Social psychology*, 68, :138-150.
- Francis, L. J., Brown, I.B., Leste, D., & Philipchalk, P. (1998). Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in U.K., U.S.A, Australian, and Canada, *Personality and Individual Difference*, 24, 167-171
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER/NELSON.
- Greenspoon, P.J., Saklofske, D.H. (1997). Validity and reliability of the multidimensional students' life satisfaction scale with Canadian Children, *Journal of Psycho educational Assessment*, 15, 138-155.
- Holi, M.M., Sammallahti, P.R. & Alberg V.A. (2002). A finnish validation Study of Scl-90, *Acta Psychiatr Scand*, 197, 42-60.
- Joukamma, M., Lehtinen V., & Karlsson, H. (1995). The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand*, 91, 52-60.
- Jou, Y.H., & Fukadu, H. (1997). Stress and social support in mental physical health of Chinese students in Japan, *Psychological Reports*, 81, 1303-1312.
- Karin, G., Albreksten, G. and Qvarnstrom, U. (2003). Association between psychosocial factor and happiness among school adolescent, *International Journal of nursing practice*, 9, 166-175.
- Kulbok, P.A. & Baldwin, J.H. (1992). From preventive health behavior to health promotion, advancing a positive construct of health, *Advances in Nursing Science*, 14, 50-60.

- Magaletta, P.R. & Oliver, J.M. (1999). The hope construct, will, and ways, their relation with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Milon, Theodor (1996). *Personality disorder assessment*, New York: Wily & Sons.
- Myers, D.G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Pini, S., Borardi, D., Rucci, P. and Piccinelli, M., Neri, C. & Tansella, M. (1997). Identification of Psychiatric disorder by primary care physicians, *Gen Hosp Psychiatry*, 19, 411-418.
- Samdal, O. (1998). *The school environment as risk or resource for students' health related behaviors and subjective well being*, Bergen: Research Center for Health Promotion, University of Bergen.
- Schwartz, N. & Strack, F. (1991). *Evaluating one's life: A Judgement model of subjective well-being*. In F. Strack, M. Argyl and N. Schwartz (Ed).
- Veijola, J., Jokelainen, J., Laksy, K., Kantojarvi, L., Kokkonen and Jarvelin, M.R. (2002). *The Hopkins symptom checklist-25 in screening DSM-III-R Axis-I Disorder*. Nord J. Psychiatry. well-being (PP.27-47), Oxford: Pergamon.
- Willamson, I., & Cullingford, C. (1998). Adolescent alienation, Its correlates and consequence, *Educational Studies*, 24, 333-343.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی