



## بررسی رابطه ابعاد خودپنداره با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز

### راضیه شیخ‌الاسلامی<sup>۱</sup>

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی  
دانشگاه شیراز

### دکتر مرتضی لطیفیان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی  
دانشگاه شیراز

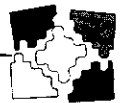
این پژوهش به بررسی رابطه خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن (شامل سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) در دانشجویان دانشگاه شیراز پرداخته و تفاوت‌های جنسی در سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن را مورد مطالعه قرار داده است. نمونه مورد مطالعه، شامل ۱۸۲ دانشجو بود که به طور تصادفی از سه دانشکده ادبیات و علوم انسانی، علوم تربیتی و روان‌شناسی و مهندسی انتخاب شدند. ابعاد خودپنداره به وسیله پرسشنامه P.M.S.P.S. و سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) اندازه‌گیری شد. نتایج نشان داد که از خودپنداره‌های مختلف فقط خودپنداره ارزشی دارای رابطه منفی و معناداری با افسردگی است. همچنین دانشجویانی که خودپنداره ارزشی بالاتری داشتند، از سلامت عمومی بیشتری نیز برخوردار بودند. عامل جنس با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن رابطه معناداری نشان نداد. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از آن بود که دانشجویان دانشکده مهندسی به لحاظ سلامت عمومی و ابعاد آن (به استثنای کارکرد اجتماعی)، بهترین وضعیت و دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی، بیشترین مشکلات را دارند.

### مقدمه

خودپنداره را شامل دو بخش خودپنداره علمی و خودپنداره غیر علمی می‌دانند (مارش ۱۹۹۰). به اعتقاد آنها، خودپنداره عمومی هر شخص از مفاهیم ویژه متعددی تشکیل شده است که شامل خودپنداره غیر علمی، خودپنداره انگلیسی و خودپنداره ریاضی می‌باشد. خودپنداره غیر علمی نیز متشکل از خودپنداره‌های مجزا و ویژه‌تری است مانند خودپنداره توانایی فیزیکی، ظاهر فیزیکی و ارتباط با همسالان (مارش و شاولسون، ۱۹۸۵).

در چند دهه اخیر، دیدگاه روان‌شناسان درباره ماهیت خودپنداره متحول گردیده است. صاحب‌نظران اولیه، ماهیت خودپنداره را تک بعدی، واحد و ثابت فرض می‌کردند. در حالی که صاحب‌نظران معاصر بر این باورند که خودپنداره یک سازه پویا و چند بعدی است (کامپبل و همکاران، ۱۹۹۶). برخی از محققان

<sup>۱</sup> نشانی تماس: شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز



فقدان احساس خودارزشی افراد را مستعد افسردگی می‌سازد. کلافی، علیشاهی و روحانی (۷۷-۱۳۷۶) نیز بر رابطه بین عزت نفس و افسردگی تأکید داشته‌اند و ابراز می‌دارند که «عزت نفس»، بُعد ارزشی خودپنداره محسوب می‌گردد. در واقع، ماهیت عزت نفس بر روند تفکر، عواطف، هیجانات، تمایلات و اهداف اثر عمیقی می‌گذارد (کوپراسمیت، ۱۹۶۷).

سواتس در پژوهش خود، بین خودپنداره و ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی رابطه معناداری به دست آورد و نشان داد که نوجوانانی که عزت نفس پایین دارند، رفتارهای پرخاشگرانه، ویرانگر و نشانه‌های روان‌تنی از خود بروز می‌دهند (به نقل از کوپراسمیت، ۱۹۶۷).

هوکانسون و همکارانش (۱۹۸۹) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد افسرده در مقایسه با افراد عادی از عزت نفس پاینتری برخوردارند. همچنین نتایج پژوهش آلفلد و سیگمن (۱۹۹۸) حاکی از وجود همبستگی منفی بین نمرات خودپنداره و علایم افسردگی است. در تحقیق دیگری نشان داده شد که افرادی که عزت نفس پایینی دارند، احساس گناه و ناامیدی بیشتری را تجربه می‌کنند (تنن و هرزبرگر، ۱۹۸۷). مطالعات کوپراسمیت (۱۹۶۷) نیز بیانگر آن است که یکی از حالات عاطفی در رابطه با عزت نفس، افسردگی است که منجر به احساس حقارت و بی‌ارزشی، بی‌لیاقتی و احساس خود کم‌بینی می‌شود.

کرنیس و همکاران (۲۰۰۰) با تأکید بر تأثیر سطح و ثبات عزت نفس بر سلامت افراد و احساس خوشبختی آنها، ثبات عزت نفس را در مقایسه با سطح آن، عامل تعیین‌کننده‌تری می‌دانند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد برخوردار از عزت نفس بی‌ثبات، نسبت به افراد دارای عزت نفس با ثبات (۱) بیشتر بر جنبه‌هایی از رویدادهای بین فردی که تهدیدکننده عزت نفس هستند، تمرکز می‌کنند (واسچول و کرنیس، ۱۹۹۶)؛ (۲) در مواجهه با رویدادهای ناامیدکننده روزانه، علایم افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دهند (کرنیس و همکاران، ۱۹۹۳)؛ (۳) احساسات آنها بیشتر تحت تأثیر رویدادهای مثبت و منفی روزمره قرار می‌گیرد (گرنیر و همکاران، ۱۹۹۹) و (۴) سازگاری

به نظر بایرن و شاولسون (۱۹۸۶)، خودپنداره دارای اجزای مستقلی است. آنان توانایی‌های تحصیلی، اجتماعی و ظاهری را از اجزای اصلی خودپنداره هر فرد می‌دانند. منداگلیو و پی‌ریت (۱۹۹۵) نیز دارای دیدگاهی چند بعدی در خصوص مفهوم خود پنداره می‌باشند. بر اساس این دیدگاه، خودپنداره دارای چهار بعد علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی است.

در دیدگاه معاصر، خودپنداره یک طرحواره شناختی تلقی می‌گردد (کامپیل و همکاران، ۱۹۹۶). در واقع، خودپنداره هر فرد اقدامی است به منظور ساخت یک طرحواره برای سازماندهی ادراکات، احساسات و نگرش‌هایی که آن فرد در مورد خود دارد (ولفک، ۱۹۹۳). به بیان دقیقتر، خودپنداره یک ساختار دانش سازمان یافته است که شامل صفات، ارزشیابی‌ها، حافظه معنایی و دوره‌ای در مورد خود می‌باشد و پردازش اطلاعات مرتبط با خود را کنترل می‌کند (کیل استروم و همکاران، ۱۹۹۸).

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تعاریفی که اخیراً از خودپنداره ارائه شده، به حوزه شناختی نزدیکتر گردیده است، بنابراین از آنجا که نظریه‌های شناختی بر این مطلب تأکید دارند که شناخت افراد بر عواطف آنها تأثیرگذار می‌باشد (لازاروس، ۱۹۹۹)، انتظار می‌رود که بین خودپنداره و عواطف نیز ارتباط تنگاتنگی وجود داشته باشد. بسیاری از محققان بر این عقیده‌اند که به میزانی که افراد به یک هویت یا خودپنداره منسجم و مشخص دست می‌یابند، با احساسات مثبت یا منفی گوناگونی درگیر می‌شوند. به اعتقاد آنان، باورهای ناهماهنگ و از هم گسیخته در مورد «خود» به مشکلات عاطفی و هیجانی متعددی منجر می‌گردد (کوپر و پروین، ۱۹۹۸). در واقع افرادی که دارای خودپنداره واضح، خوب تعریف شده، هماهنگ و تقریباً باثبات هستند از سلامت روان شناختی بیشتری برخوردارند (کمپیل و همکاران، ۱۹۹۶). این افراد به یک دید روشن در مورد خود رسیده‌اند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه و ارزیابی‌های این وقایع قرار می‌گیرند (کرنیس و همکاران، ۲۰۰۰).

به اعتقاد بارنت و گوتلیب (۱۹۸۸)، این احتمال وجود دارد که رویدادهای منفی زندگی در افرادی که از احساس خودارزشی چندانی برخوردار نیستند، افسردگی بیشتری ایجاد نماید؛ چرا که



تجربه می‌نمایند. پژوهشگران بر این باورند که عوامل اجتماعی متعددی منجر به کاهش عزت نفس و افزایش علایم افسردگی در زنان می‌شود که یکی از این عوامل، مشاهده تبعیضات و تفاوت‌های موجود در جایگاه زنان و مردان در جامعه و عامل دیگر، تفاوت‌های فرهنگی در جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی است (روتبرگ، ۱۹۹۷).

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، اکثر تحقیقات بر رابطه بین سطح یا ثبات عزت نفس و سلامت روان‌شناختی متمرکزند، بنابراین به نظر می‌رسد تحقیق در زمینه ارتباط بین ابعاد مختلف خودپنداره و سلامت عمومی، از رابطه این دو عامل دید روشنی خواهد داد و مشخص خواهد کرد که از بین خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی کدام عامل در بهداشت روانی و فیزیکی تعیین‌کننده‌تر است. علاوه بر این، شناخت عوامل مؤثر بر سلامت روان‌شناختی و جسمانی دانشجویان (به عنوان نیروهای متخصص و سرآمد کشور) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه ابعاد مختلف خودپنداره با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه شیراز (با توجه به عامل جنس و رشته تحصیلی) می‌باشد. سؤالات این تحقیق عبارتند از:

- ۱- آیا خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی به طور معنادار قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان و مؤلفه‌های آن (سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) هستند؟
- ۲- آیا عامل جنس به طور معنادار قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان و مؤلفه‌های آن (سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌باشد؟
- ۳- آیا به لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن (سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) در دانشجویان دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، علوم تربیتی و روان‌شناسی و مهندسی تفاوت معناداری وجود دارد؟

اجتماعی کمتری از خود نشان می‌دهند، رضایت کمتری از زندگی دارند و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. (روتبرگ، ۱۹۷۹).

علاوه بر این، پژوهش‌های دیگری به بررسی نقش تفاوت‌های جنسی در سلامت روان‌شناختی پرداخته‌اند. آپلتون و همکارانش (۱۹۹۷)، احساس خودارزشی و علایم افسردگی را در دختران و پسران ۹ تا ۱۸ ساله مطالعه کرده‌اند. نتایج مطالعه آنها بیانگر آن بود که دختران، دارای احساس خودارزشی کمتر و علایم افسردگی بیشتر می‌باشند. اما سامانی (۱۳۸۱) با مقایسه میزان سازگاری دختران و پسران نشان داد که اگر چه دختران در مقایسه با پسران احساس فشار و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند، به لحاظ میزان افسردگی تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد.

خیر و شیخ‌الاسلامی (۱۳۸۱) در پژوهش خود گزارش کردند که دانش‌آموزان دختر در مقایسه با دانش‌آموزان پسر، اضطراب و افسردگی بیشتر و کارکرد اجتماعی بیشتری دارند. همچنین دانش‌آموزان دختر از سلامت عمومی کمتری برخوردارند.

در تحقیق دیگری، آلفد و سیگلن (۱۹۹۸) به بررسی تفاوت‌های جنسی در سازگاری با محیط دانشگاه، خودپنداره واقعی، خودپنداره ایده‌آل و علایم افسردگی پرداختند. این محققان تعدادی از دانش‌آموزان را از قبل از ورود به دانشگاه تا پایان سال اول دانشگاه مورد مطالعه قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که قبل از ورود به دانشگاه، در خودپنداره دختران و پسران هیچ تفاوتی وجود ندارد، اما پس از ورود به دانشگاه خودپنداره پسران مثبت‌تر می‌شود. همچنین دختران در مقایسه با پسران (قبل و بعد از ورود به دانشگاه) افسردگی بیشتری را نشان می‌دادند.

اوهانسیان و همکاران (۱۹۹۶) نیز از مقایسه خودپنداره و سلامت عمومی دختران و پسران کلاس ششم و هفتم دریافتند که پسران نسبت به دختران دارای احساس خودارزشی بیشتر، رضایت بیشتر از ظاهر فیزیکی، اضطراب و افسردگی کمتر می‌باشند. بوتلر و نولن (۱۹۹۴) در مطالعه خود نشان دادند که زنان بیشتر از مردان بر خودشان تمرکز می‌کنند و دوره‌های طولانی‌تری از افسردگی را



جدول ۱- نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن

R <sup>2</sup>	R	سطح معنی‌داری	ضریب استاندارد	متغیرهای پیش‌بینی کننده	متغیرهای پیش‌بینی شونده
۰/۰۶	۰/۲۵	NS	۰/۲۲۴	خودپنداره علمی	مشکلات جسمانی
		NS	۰/۱۷۲	خودپنداره اجتماعی	
		NS	۰/۰۳۳	خودپنداره ورزشی	
		NS	۰/۱۹۲	خودپنداره ارزشی	
		NS	۰/۰۷۲	جنس	
۰/۰۲	۰/۱۷	NS	۰/۱۶۲	خودپنداره علمی	اضطراب
		NS	۰/۰۸۴	خودپنداره اجتماعی	
		NS	۰/۰۲۶	خودپنداره ورزشی	
		NS	۰/۱۴۵	خودپنداره ارزشی	
		NS	۰/۰۷۸	جنس	
۰/۱۳	۰/۳۷	NS	۰/۰۸۵	خودپنداره علمی	نقصان در کارکرد اجتماعی
		NS	۰/۱۲۹	خودپنداره اجتماعی	
		NS	۰/۰۵۸	خودپنداره ورزشی	
		NS	۰/۲۱۲	خودپنداره ارزشی	
		NS	۰/۰۵۹	جنس	
۰/۱۳	۰/۳۶	NS	۰/۰۷۴	خودپنداره علمی	افسردگی
		NS	۰/۱۰۲	خودپنداره اجتماعی	
		NS	۰/۰۳۱	خودپنداره ورزشی	
		۰/۰۱	۰/۳۳۵	خودپنداره ارزشی	
		NS	۰/۱۵۱	جنس	
۰/۱۱	۰/۳۳	NS	۰/۱۱۴	خودپنداره علمی	مشکل در سلامت عمومی
		NS	۰/۱۴۶	خودپنداره اجتماعی	
		NS	۰/۰۲۳	خودپنداره ورزشی	
		۰/۰۳	۰/۲۹۱	خودپنداره ارزشی	
		NS	۰/۰۸۵	جنس	

روش

نمونه

ادبیات و علوم انسانی و مهندسی بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها، از هر دانشکده متناسب با جمعیت آن، تعدادی دانشجو (۸۵ دانشجوی علوم انسانی، ۵۶ دانشجوی علوم تربیتی و ۴۱ دانشجوی مهندسی) به طور تصادفی انتخاب و در نمونه منظور گردیدند.

نمونه این پژوهش، ۱۸۲ دانشجوی دانشگاه شیراز (۱۰۲ دختر و ۸۰ پسر) از سه دانشکده علوم تربیتی، روان‌شناسی و



## ایزاد تحقیق

در این تحقیق، برای سنجش خودپنداره و ابعاد آن از پرسشنامه منداگلیو و پیریت (۱۹۹۵) تحت عنوان "PMSPS" استفاده شد. این پرسشنامه در مورد مفهوم خودپنداره دارای دیدگاهی چندبعدی است و خودپنداره افراد را در چهار بعد علمی، ورزشی، اجتماعی و ارزشی می‌سنجد.

این پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است: بخش اول، مشتمل بر اطلاعاتی در زمینه مشخصات عمومی افراد مانند جنس و رشته تحصیلی می‌باشد. در بخش دوم، درباره میزان اهمیت نظر افرادی که در زندگی آزمودنی نقش دارند (مادر، پدر، معلم، بهترین دوست) و میزان اهمیت چهار مقوله تحصیلی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی بر اساس گزینه‌های خیلی مهم، مهم و بی‌اهمیت سؤال می‌شود.

بخش سوم پرسشنامه، شامل ۲۴ سؤال است که ابعاد مختلف خودپنداره (تحصیلی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی) را می‌سنجد. هر سؤال چهار گزینه دارد (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) که نمره‌ای از یک تا چهار به آن تعلق می‌گیرد. به عنوان مثال، عبارت «احساس این است که مادرم فکر می‌کند من باهوش هستم»، نشانگر بعد تحصیلی؛ «احساس این است که پدرم فکر می‌کند من با مردم برخورد خوبی دارم»، نشانگر بعد اجتماعی؛ «احساس این است که معلم محبوبم فکر می‌کند من دارای توانمندی‌های ورزشی هستم»، نشانگر بعد ورزشی و «احساس این است که بهترین دوستم فکر می‌کند من آدم خوبی هستم»، نشانگر بعد ارزشی می‌باشد. این بخش از پرسشنامه بر اساس سه دیدگاه برداشت بازتابی، مقایسه اجتماعی و اسناد تدوین شده است. عبارتی از قبیل «احساس این است که بهترین دوستم فکر می‌کند من باهوش هستم»، بیانگر دیدگاه برداشت بازتابی و «من از بچه‌های همسن و سال خودم باهوشتر هستم»، بیانگر دیدگاه مقایسه اجتماعی و «من به خودم ثابت کرده‌ام که فرد خوبی هستم»، بیانگر دیدگاه اسناد است.

پایایی این پرسشنامه به وسیله البرزی و سامانی (۱۳۷۸) با استفاده از دو روش، بررسی شده است. برای بررسی همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده و ۰/۸۷

گزارش شد. به منظور بررسی ثبات آن نیز از روش دوباره سنجی استفاده شد که ضریب پایایی ۰/۸۷ به دست آمد. (البرزی و سامانی، ۱۳۷۸).

این محققان، همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده کردند؛ بدین منظور پرسشنامه را در اختیار چند تن از صاحب‌نظران قرار دادند و از نظرات آنان استفاده کردند. سلامت عمومی و ابعاد آن، به وسیله فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) سنجیده شد. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. سئوالاتی از قبیل «آیا از یک‌ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟»، مربوط به خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی؛ «آیا از یک‌ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟»، مربوط به خرده مقیاس اضطراب؛ «آیا از یک‌ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت کرده‌اید؟»، مربوط به خرده مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و «آیا از یک‌ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامید کننده است؟»، مربوط به خرده مقیاس افسردگی است. سئوال‌های پرسشنامه سلامت عمومی چهار گزینه دارد که نمره‌ای از یک تا چهار به آن تعلق می‌گیرد (نمره‌های بیشتر حاکی از مشکلات بیشتر در سلامت عمومی افراد است).

پایایی و روایی پرسشنامه سلامت عمومی به وسیله تقوی (۱۳۸۰) بررسی شد. تقوی ضرایب پایایی این پرسشنامه را بسا استفاده از روش دوباره سنجی، تصفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است.

همچنین برای مطالعه روایی پرسشنامه مزبور از دو روش روایی همزمان و همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل استفاده شد. ضریب همبستگی پرسشنامه سلامت عمومی با پرسشنامه بیمارستان میدلکس (MHQ) ۰/۵۵ و ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است (تقوی، ۱۳۸۰).



جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن به تفکیک دانشکده

دانشکده‌ها			ادبیات و علوم انسانی			علوم تربیتی و روان‌شناسی			مهندسی		
متغیرهای وابسته			تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین
مشکلات جسمانی			۸۴	۴/۲۵	۱۴/۱۶۶	۵۶	۴/۳۵	۱۳/۴۲	۴۰	۲/۹۶	۱۱/۲۰
اضطراب			۷۹	۴/۷۲	۱۳/۸۸	۵۵	۴/۸۹	۱۳/۷۸	۳۹	۴/۲۳	۱۱
افسردگی			۸۲	۵/۲۲	۱۳/۵۹	۵۵	۵/۶۹	۱۲/۲۵	۳۹	۳/۵۹	۹/۷۴
نقصان در کارکرد اجتماعی			۷۶	۳/۹۷	۱۵/۰۳	۵۵	۳/۳۴	۱۴/۰۹	۳۸	۳/۷۱	۱۴/۵
مشکل در سلامت عمومی			۷۵	۱۵/۲۳	۵۶/۰۲	۵۴	۱۵/۷۱	۵۳/۷۷	۳۶	۹/۴۰	۴۶/۷۵

### روش اجرا

روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که پس از ارائه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها، از آنها خواسته می‌شد ابتدا مشخصات فردی خود را تکمیل کنند، سپس با توجه به دستورالعمل هر پرسشنامه و توضیحات داده شده، با دقت به سؤال‌های پرسشنامه پاسخ دهند.

مؤلفه‌های آن) دانشجویان دانشکده‌های مختلف، از تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون شفه استفاده گردید.

### نتایج

یافته‌های مربوط به رابطه ابعاد مختلف خودپنداره و متغیر جنس با سلامت جسمانی دانشجویان، در جدول ۱ گزارش گردیده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در این مورد رابطه معناداری به دست نیامده است. شایان ذکر است که ابعاد مختلف خودپنداره و متغیر جنس ۶ درصد واریانس سلامت جسمانی را تبیین کرده‌اند.

### روش آماری

در این پژوهش، متغیرهای مستقل عبارت بودند از: خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی، ارزشی، متغیر جنس و دانشکده. ذکر این نکته لازم است که منظور از دانشکده در این پژوهش، مجموعه رشته‌هایی است که تحت پوشش یک دانشکده خاص قرار می‌گیرند. بر این اساس، دانشجویان به سه گروه دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی و دانشکده مهندسی تفکیک گردیدند.

همچنین در رابطه با توان پیش‌بینی کنندگی ابعاد مختلف خودپنداره و متغیر جنس، در خصوص متغیرهای وابسته اضطراب و کارکرد اجتماعی نتایج حاکی از آن است که هیچ کدام از این متغیرها، به طور معناداری قادر به پیش‌بینی این دو متغیر وابسته نیستند. علاوه بر این، خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی، ارزشی و عامل جنس، ۲ درصد از واریانس اضطراب و ۱۳ درصد از واریانس کارکرد اجتماعی را تبیین نموده‌اند (جدول ۱).

متغیرهای وابسته این تحقیق نیز عبارت بودند از: سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن که شامل سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. برای بررسی رابطه ابعاد خودپنداره و متغیر جنس با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. همچنین به منظور مقایسه سلامت عمومی (و

در بررسی رابطه خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی، ارزشی و متغیر جنس با میزان افسردگی دانشجویان، نتایج تحلیل رگرسیون بیانگر آن است که فقط خودپنداره ارزشی به طور معناداری قادر به پیش‌بینی افسردگی می‌باشد ( $P < 0/01$ )،  $R^2 = 0/335$ ؛ بدین معنا که با افزایش نمرات خودپنداره ارزشی، از



جدول ۳- تحلیل واریانس یک طرفه سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، علوم تربیتی و روان‌شناسی و دانشکده مهندسی

مشکل در سلامت عمومی	کارکرد اجتماعی	افسردگی	اضطراب	مشکلات جسمانی	
۲	۲	۲	۲	۲	درجه آزادی بین گروهی
۱۶۲	۱۶۶	۱۷۳	۱۷۰	۱۷۷	درجه آزادی درون گروهی
۱۰۵۷/۱۱	۱۴/۶۴	۱۹۶/۴۷	۱۲۲/۲۸	۱۲۰/۱۶	میانگین مربعات بین گروهی
۲۰۵/۹۲	۱۳/۸۴	۲۵/۷۴	۲۰/۹۴	۱۶/۳۰	میانگین مربعات درون گروهی
۵/۱۳۳	۱/۰۵	۷/۶۳	۵/۸۳	۷/۳۷	میزان F
۰/۰۰۰۶	NS	۰/۰۰۰۷	۰/۰۰۰۳	۰/۰۰۰۸	سطح معنی داری

دانشکده مهندسی ( $x=11/20$ )، از سلامت جسمانی کمتری برخوردارند. همچنین دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی ( $x=13/88$ ) و علوم تربیتی و روان‌شناسی ( $x=13/78$ ) در مقایسه با دانشجویان دانشکده مهندسی ( $x=11$ )، اضطراب بیشتری را تجربه می‌نمایند. علاوه بر این، آزمون شفه نشان داد که دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی ( $x=13/59$ ) نسبت به دانشجویان دانشکده مهندسی ( $x=9/74$ )، افسردگی بیشتری دارند. همچنین دانشجویان این دانشکده در مقایسه با دانشکده مهندسی، از سلامت عمومی کمتری برخوردارند ( $x=56/02$ ) در برابر ( $x=46/75$ ). توجه به این نکته لازم است که تمامی این تفاوت‌ها، (بر اساس آزمون شفه)، در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر در زمینه رابطه بین خودپنداره‌های علمی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن حاکی از آن است که فقط خودپنداره ارزشی قادر به پیش‌بینی معنادار سلامت عمومی و افسردگی دانشجویان می‌باشد. در بقیه موارد، ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مورد این یافته نیز می‌بایست گفت که احتمالاً به دلیل عدم سخت‌گیری کامل خودپنداره‌های ورزشی، تحصیلی و اجتماعی با سلامت روان‌شناختی، ارتباط معناداری در این مورد به دست نیامده است.

افسردگی دانشجویان کاسته می‌شود. همچنین مجموعه این متغیرها، ۱۳ درصد از واریانس افسردگی را تبیین نموده‌اند (جدول ۱).

علاوه بر این، در مورد سلامت عمومی دانشجویان نیز نتایج پژوهش نشان داد که فقط خودپنداره ارزشی قادر به پیش‌بینی معنادار این متغیر است ( $p < 0.03$ ،  $B = -0.291$ ). بدین صورت که بعد ارزشی خودپنداره، با اختلال در سلامت عمومی دانشجویان رابطه منفی دارد. همچنین خاطر نشان می‌شود که ابعاد خودپنداره و متغیر جنس، ۳۳ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین کرده‌اند (جدول ۱).

در مورد سؤال سوم تحقیق، نتایج تحلیل واریانس یک طرفه حاکی از آن است که در سلامت جسمانی ( $P < 0.0008$ )،  $F=7/37$ ، میزان اضطراب ( $F=5/83$ ،  $P < 0.003$ )، افسردگی ( $F=5/133$ ،  $P < 0.006$ ) و سلامت عمومی ( $F=7/63$ ،  $P < 0.007$ ) دانشجویان دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، علوم تربیتی و روان‌شناسی و دانشکده مهندسی تفاوت معنادار وجود دارد. در خصوص کارکرد اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۳).

برای تحلیل دقیقتر، با به کارگیری آزمون شفه مشخص گردید که دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی ( $x=14/16$ ) و علوم تربیتی و روان‌شناسی ( $x=13/24$ ) در مقایسه با دانشجویان



عمومی، می‌بایست گفت که پژوهش‌های متعددی این ارتباط را نشان داده‌اند (مانند بارت و گوتلیب، ۱۹۸۸؛ آپلتون و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلافی و همکاران، ۷۷ و ۱۳۷۶). به نظر می‌رسد افرادی که از احساس خودارزشی کمتری برخوردارند، احساس عدم لیاقت، بی‌کفایتی و مشکلات عاطفی بیشتری را تجربه می‌نمایند. این افراد تلویحات منفی شکست را بیشتر تعمیم می‌دهند (براون و داتون، ۱۹۹۵) و انتظار دارند در آینده نیز حوادث نامطلوبی (همانند

گذشته) برایشان رخ دهد و به همین دلیل نیز احساس ناامیدی می‌کنند و مستعد ابتلا به افسردگی می‌گردند. در واقع افرادی که از عزت نفس پایینی برخوردارند، از آنجا که به ویژگی‌های مثبت خود اعتقادی ندارند، در صورت مواجهه با پشامدهای منفی در یک حوزه خاص، نمی‌توانند به حوزه دیگر مراجعه و توانایی‌های خود را در آن حوزه ابراز دارند و به همین دلیل بیشتر به آشفتگی‌های هیجانی مبتلا می‌گردند (اسپنسر، جوزف و استیل، ۱۹۹۳). به اعتقاد آیزنک (۱۹۹۴) نیز بیماران افسرده طحاره‌های شناختی متعددی در مورد خود دارند که بیشتر حاوی اطلاعات منفی (همچون احساس بی‌ارزشی، کمبود شخصی، احساس گناه و خودسرزنی) است. البته آیزنک متذکر می‌شود که هنوز به طور واضح معلوم نگردیده است که این طحاره‌های شناختی منجر به خلق افسرده می‌شوند یا بالعکس خلق افسرده منجر به این نوع طحاره‌ها می‌گردد. بنابراین، در تفسیر یافته‌هایی که دال بر رابطه معنادار بین خودپنداره ارزشی و افسردگی می‌باشد، به این امر باید توجه نمود، زیرا این رابطه ممکن است معکوس و یا متأثر از سایر عوامل باشد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر آن است که دانشجویان دختر و پسر به لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. نتایج تحقیقات در این زمینه حاکی از تفاوت معنادار بین مردان و زنان است. برخی از تحقیقات گزارش نموده‌اند که دختران در مقایسه با پسران از اضطراب بیشتر (سامانی، ۱۳۸۱؛ خیر و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۸۱)، نقصان بیشتر در کارکرد اجتماعی و سلامت عمومی کمتر (خیر و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۸۱) و افسردگی بیشتر (داپلتون و همکاران، ۱۹۹۷) برخوردارند. البته سامانی (۱۳۸۱) در پژوهش خود به این نتیجه

غالباً انتظار می‌رود که هر بعد از خودپنداره با رفتار و عواطف خاصی ارتباط داشته باشد (کوپر و پروین، ۱۹۹۸). مثلاً، هامچک (۱۹۹۵) معتقد است که خودپنداره علمی بیشترین ارتباط را با پیشرفت علمی دارد. البته بدیهی است که این خودپنداره‌ها می‌توانند به طور غیرمستقیم بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارند، اما در پژوهش حاضر آثار مستقیم بررسی شده است.

در مورد فقدان ارتباط بین خودپنداره اجتماعی و کارکرد اجتماعی، توضیح این نکته لازم است که پرسشنامه مورد استفاده جهت سنجش خودپنداره اجتماعی، بر کیفیت تعامل اجتماعی فرد با دیگران متمرکز است، در حالی که در خرده مقیاس کارکرد اجتماعی پرسشنامه سلامت عمومی، کیفیت فعالیت‌ها و کارکرد روزانه فرد مورد سؤال قرار می‌گیرد و بنابراین ممکن است ناهماهنگی بین سؤالات دو پرسشنامه چنین نتیجه‌ای را ایجاد کرده باشد.

در مورد عدم وجود ارتباط معنادار بین خودپنداره ارزشی با سلامت جسمانی، میزان اضطراب و کارکرد اجتماعی، می‌توان اظهار نمود که علاوه بر میزان خودپنداره ارزشی (که در پژوهش حاضر مد نظر بوده است) ثبات آن نیز بر وضعیت عاطفی افراد تأثیر می‌گذارد (کرنیس و همکاران، ۱۹۹۳، ۲۰۰۰). افراد برخوردار از عزت نفس باثبات دارای احساس خودارزشی هماهنگ و منسجمی می‌باشند که تحت تأثیر رویدادهای روزانه و ارزشیابی‌های حاصل از آنها قرار نمی‌گیرد. در مقابل، افرادی که از عزت نفس بی‌ثباتی برخوردارند، احساس خودارزشی آنها مرتباً تحت تأثیر رویدادهای بیرونی و درونی تغییر می‌کند (کرنیس و همکاران، ۲۰۰۰). این افراد حتی اگر عزت نفس بالا و احساس مثبتی در مورد خودشان داشته باشند، احساسات آنها تحت تأثیر رویدادهای محیطی قرار می‌گیرد و همراه با تجربیات فرد تغییر می‌کند (کرنیس و همکاران، ۱۹۹۳). بنابراین ممکن است عدم وجود ارتباط معنادار بین متغیرهای فوق به دلیل دخالت ندادن ثبات خودپنداره ارزشی در بررسی‌های انجام گرفته باشد.

در رابطه با یافته دیگر این پژوهش مبنی بر ارتباط منفی و معنادار بین خودپنداره ارزشی، افسردگی، اختلال در سلامت





جامعه در مورد دانشجویان دانشکده مهندسی (در مقایسه با دانشکده‌های دیگر) ارزیابی مثبت‌تری دارند. طبعاً این ارزیابی‌ها منجر به خودپنداره مثبت در این دانشجویان می‌گردد، چرا که اساس خودپنداره، انتقال ارزیابی‌های دیگران به فرد می‌باشد. در واقع طرز فکر و احساسات افراد در مورد خودشان تا حدودی منعکس کننده برداشت آنها از ارزیابی‌هایی است که دیگران در مورد آنها دارند (لاری و همکاران، ۱۹۹۸). البته این احتمال نیز وجود دارد که تفاوت‌های مشاهده شده در پژوهش حاضر، منعکس کننده تفاوت‌هایی باشد که قبل از ورود به یک دانشکده خاص در افراد مورد مطالعه وجود داشته است (مانند تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی)، بنابراین نتیجه‌گیری در مورد علل این تفاوت‌ها به تحقیقات گسترده و متعدد نیاز دارد.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادها

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر رابطه بین میزان ابعاد خودپنداره و سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است، توصیه می‌شود تحقیقی در زمینه تأثیر ثبات خودپنداره بر سلامت افراد صورت گیرد. همچنین انجام پژوهش‌هایی در خصوص تأثیر خودپنداره بر عواطف دیگری همچون احساس خصومت، عصبانیت و شرم، دید روشنتر و جامع‌تری از رابطه خودپنداره و سلامت روان‌شناختی خواهد داد.

رسید که افسردگی در زنان و مردان تفاوت معناداری ندارد. با توجه به اینکه این تحقیق در بین دانشجویان انجام شده است، می‌توان اظهار نمود که در محیط دانشگاه هر دو گروه مردان و زنان با فشارها و استرس‌های تقریباً همانند (که عمدتاً بر وضعیت تحصیلی متمرکز است) روبه‌رو هستند. از طرف دیگر به دلیل نگرش‌های موجود در جامعه ما مبنی بر آنکه مردان، سرپرست خانواده و نیروی فعال اقتصادی محسوب می‌شوند، دانشجویان پسر به تدریج و با گذشت زمان با نگرانی‌های جدیدی در مورد وضعیت شغلی خود و یافتن جایگاه شغلی مناسب روبه‌رو می‌شوند. بنابراین با افزایش فشارها و استرس‌ها روی دانشجویان مرد، انتظار می‌رود برتری سلامت روان‌شناختی مردان در مقایسه با زنان در این دوره از زندگی کاهش یابد.

آخرین یافته این تحقیق حاکی از آن است که دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی در مقایسه با دانشجویان دانشکده مهندسی، از افسردگی بیشتر و سلامت عمومی کمتری برخوردارند. همچنین دانشجویان دانشکده ادبیات و علوم انسانی و علوم تربیتی و روان‌شناسی نسبت به دانشجویان دانشکده مهندسی، مشکلات جسمانی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. ذکر این نکته لازم است که در جامعه ما نسبت به رشته‌های تحصیلی مهندسی نگرش مثبتی وجود دارد، در حالی که متأسفانه رشته‌های علوم انسانی مورد بی‌مهری قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد افراد

#### منابع

- البرزی، ش. و سامانی، س. (۱۳۷۸). مقایسه خودپنداری در میان دختران و پسران دانش‌آموز مقطع راهنمایی مراکز تیزهوشان شهر شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۱۴، (۲۰)، ۳-۲۰.
- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، ۹۸-۳۸۱.
- خیر، م. و شیخ‌الاسلامی، ر. (۱۳۸۱). مقایسه ابعاد سلامت عمومی در بین دانش‌آموزان مراکز آموزشی تیزهوشان و عادی. پذیرفته شده در اولین همایش استعدادهای درخشان. آبان ماه ۱۳۸۱. دانشگاه شیراز.
- سامانی، س. (۱۳۸۱). بررسی مدل علی همبستگی خانوادگی، استقلال عاطفی و سازگاری. رساله دکتری. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز.
- کلافی، ی.، علیشاهی، م. ج. و روحانی، ف. (۱۳۷۶-۷۷). مطالعه‌ای پیرامون رابطه خویش باوری و میزان افسردگی در نوجوانان و نقش مادران در این فعل و انفعال. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۱۳، (۱ و ۲)، ۳۹-۵۷.



- Alfeld, L.C., & Sigeman, C.K. (1998). Sex differences in self-concept and symptoms of depression during the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(2), 219-44.
- Appleton, P. L., Ellis, N.C., Minchom, P.E., Lawson, V., Boll, V., & Jones, P. (1997). Depressive symptoms and self-concept in youth people with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 707-22.
- Barnet, P.A., & Gotlib, I.H. (1988). Psychological functioning and depression. Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-128.
- Brown, J.D., & Dutton, K.A. (1995). The thrill of victory, the complexity of Defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 712-22.
- Butler, L.D., Nolen, H. S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30(5/6), 331-46.
- Byrne, B. M., & Shavelson, R. J. (1986). On the structure of adolescents self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 78, 474-81.
- Campbell, J. d., Trapnell, P. D., Lavelle, L.F., Katz, I.M., Heine, S.J., & Lehman, D.R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-56.
- Cooper, C. L., & Pervin, L. A. (1998). *Personality: Critical concepts in psychology*. New York: Routledge.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedent of self-esteem*. Sanfrancisco: Freeman.
- Eysenk, M.W., & Keane, M.T. (1994). *Cognitive psychology*. A student's handbook. Lawrence Erlbaum Associates .
- Gerennier, K.D., Kernis, M.H., Whisenhunt, C.R., Waschull, S.B., Berry, A.J., & Herlocker, C.E. (1999). Individual differences in reactivity to daily events: Examining the roles of stability and level of self-esteem. *Journal of Personality*, 67, 185-208.
- Hamackek, D. (1995). Self-concept and school achievement: Interaction dynamics and a tool for assessing the self-concept, component. *Journal of Counseling and Development*, 73, 419-25.
- Hokanson, J.E., Rubert, M.P., Welker, R.A., Hollander, G.R., & Hedeem, C. (1989). Interpersonal concomitants and antecedents of depression among college students. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 209-17.
- Kernis, M.H., Cornell, D.P., Sun, C., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than wether it is high or low. The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-204.
- Kernis, M.H., Paradies, A. W., Whitaker, D.J., Wheatman, S.R., & Goldman, B.N. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteem is unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26, 1297-305.
- Kernis, M.H., Whisenhunt, C.R., Waschull, S.B., Greenier, K.D., Berry A. J., & Herlocker, C.E. (1998). Multiple facets of self-esteem and their relations to depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 24, 657-65.
- Kihlstrom, J.F., Albright, J.S., Klein, S.B., Cantor, N., Chew, B.R., & Neidenthal, P.M. (1988). Information processing and the study of the self. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, 145-80.
- Lazarus, R.S. (1999). The cognition-emotion debate: A bit of history. In T., Dalgleish, & M., Power (Eds). *Handbook for cognition and emotion* (5-19). John Weily & Sons Ltd.
- Leary, M.R., Haupt, A.L., Strausser, K.S., & Chokel, J.T. (1998). Calibrating the sociometer: The relationship between interpersonal appraisals and state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1290-9.
- Marsh, H.W. (1990). Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and english self-concepts. *Journal of Educational Psychology*, 82, 107-16.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychology*, 20, 107-25.
- Mandaglio, S., & Pyryt, M.C. (1995). Self-concept of gifted students. *Teaching Exceptional Children*, 27(3), 40-5.
- Ohannessian, C. M., Lerner, R. M., Von-Eye, A., & Lerner, J.V. (1996). *Family and Consumer Science Research Journal*, 25, 159-83.



Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.

Rotenberg, D. (1997). *Supporting girls in early adolescence*. ERIC clearinghouse on Elementary and early childhood education champing. IL. Office of educational research and improvement (Ed). Washington, DC.

Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 72-80.

Spencer, S.J., Josephs, R.A., & Steele, C. M. (1993). Low self-esteem: The uphill struggle for self-integrity. In R. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 21-36). New York: Plenum Press.

Waschull, S.B., & Kernis, M.H. (1996). Level and stability of self-esteem as predictors of children's intrinsic motivation and reasons for anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(1), 4-13.

Woolfolk, A.E. (1993). *Educational psychology*. (5<sup>th</sup> Ed). Boston: Allyn and Bacon.

