بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

محمد شریعتی: * استادیار پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
احمد کفاشی: استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
میر فرهاد قلعه بندی:استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
ابوالفضل فاتح: مربی پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مهدی عبادی: مربی پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال اول شماره سوم تابستان ۱۳۸۱ صص
تاریخ پذیرش مقاله:

چکیده

گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که اختلالات روانی حدود ۱۰درصد بالغین جامعه را گرفتار کرده و بروز این اختلالات رو به تزاید است[۱].

اصولاً دانشجویان به‌دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی، حجم زیاد دروس، رقابت‌های فشرده و۰۰۰مستعد از دست دادن سلامت روانی بوده و دانشجویان پزشکی ضمن درگیر بودن با مسایل یادشده، مشکلات خاص خود از جمله(فشارهای روحی و روانی محیط، برخورد با مسایل و مشکلات بیماران، طول مدت تحصیل و عدم برخورداری از آینده شغلی روشن) را نیز دارا هستند و به‌نظر می‌رسد این‌گروه بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند.

ما دراین مطالعه که به روش مقطعی (Cross-Sectional) و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (General Health Questionnaire-28= GHQ-28) انجام شده است، اقدام به تعیین وضعیت سلامت روانی وعوامل مرتبط با آن (از جمله سن ، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی) نمودیم . گروه تحت مطالعه عبارت بودند از ۴۶۰ نفر (۲۰۶ مرد و ۲۵۴ زن) که به‌طور تصادفی از بین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران انتخاب شده بودند. شیوع اختلالات روانی در آنان ۴۲/۶ درصد بوده و شیوع این اختلالات با جنس، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داراداشته است($P\leq$۰/۲۹).

این مطالعه نشان داد شیوع اختلالات روانی در دانشجویان پزشکی بیش از سایر افراد جامعه است که احتمال می‌رود علت این اختلاف شرایط خاص دانشجویان پزشکی باشد.

امید است مطالعات آینده به حل این مشکل کمک نماید.

کلید واژه‌ها: پرسشنامه سلامت عمومی، دانشجویان پزشکی، وضعیت سلامت روانی

* نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن: ۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: shariatidm@hotmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

مقدمه

در ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به سه عامل اساسی نیاز داریم که عبارتند از: ۱- نیروی انسانی (Man power) ۲- دستگاه‌ها و ماشین آلات(Machins) و ۳- مواد مصرفی (Materials)

به‌این ترتیب زمانی قادر به ارایه خدمات مفید و مطلوب خواهیم بود که عوامل فوق را با استانداردها و ویژگی‌های لازم برای هر خدمت در اختیار داشته و به‌کار بگیریم.

پزشک در بخش بهداشت و درمان نه تنها یک نیروی انسانی متخصص و ماهر است بلکه در غالب موارد، برنامه‌ریزی، سازماندهی، نظارت و در یک کلام مدیریت این بخش بر عهده او است. به‌علاوه ارتباط دایم با مردم، به‌خصوص بیماران و وظیفه درمان آنان، داشتن شرایط، ویژگی‌ها و در نهایت استانداردهای خاصی را طلب می‌کند.

دانشجویان پزشکی امروز، پزشکان و مدیران فردای بخش بهداشت و درمان خواهند بود و برای داشتن پزشکانی سالم، خلاق و توانمند می‌بایست از هم‌اکنون به سلامت دانشجویان پزشکی توجه کنیم.

اصولاً دانشجویان به‌دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی و نداشتن درآمد کافی، حجم زیاد دروس، رقابت‌های فشرده و...مستعد از دست دادن سلامت روانی بوده و نیازمند دریافت آموزش و مشاوره در این‌مورد هستند. دانشجویان پزشکی ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان مشکلات خاص خود را از جمله فشارهای روحی و روانی محیط (بیمارستان، اورژانس و...)، برخورد با مسایل و مشکلات بیماران، طول مدت تحصیل و عدم برخورداری از آینده شغلی روشن، نیز دارند و به همین دلیل به‌نظر می‌رسد ایشان بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند.

ما دراین مطالعه ضمن بررسی وضعیت موجود سلامت روانی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، عوامل مرتبط با سلامت روانی را نیز مورد مطالعه قرار داده‌ایم. با نگاهی اجمالی به گزارش سازمان جهانی بهداشت که با مشارکت بیش از ۱۰۰ همکار از سراسر جهان به مدت ۵ سال انجام گرفته در می‌یابیم که در سال ۲۰۲۰ در مقایسه با سال ۱۹۹۰ بار کلی بیماری‌ها به صورت زیر تغییر می‌کند: اختلال افسردگی اساسی تک قطبی از مرتبه چهارم به مقام دوم و خودکشی از رتبه هفدهم به رتبه چهاردهم جابه‌جا می‌شوند[۲].

گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهدکه اختلالات روانی حدود ۱۰درصد بالغین جامعه را گرفتار کرده و تخمین زده می‌شود حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان دچار اختلالات روانی باشند. همچنین دراین گزارش آمده است که خودکشی یکی از سه علت عمده مرگ در بین جمعیت ۳۴-۱۵ سال محسوب می‌شود[۱].

از آن‌جایی‌که دانشجویان پزشکی به عنوان یکی از نیروهای اصلی بخش بهداشت و درمان در آینده‌ای نه چندان دور عهده‌دار تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه خواهند بود، باید به‌دقت مورد مراقبت قرار گیرند تا بتوانند در آینده نقش خود را به عنوان یک نیروی متخصص، مدیر و یا حداقل یک درمانگر به خوبی ایفا نمایند.

متأسفانه بروز موارد اختلالات روانی حتی خودکشی در بین این گروه کم نبوده به‌طوری‌که گزارش‌های رسمی[۳] و غیر رسمی مؤید این مطلب است.

در یک مطالعه نشان داده شده است که میزان خودکشی پزشکان زن دو برابر زنان هم سن غیرپزشک بوده است که احتمالاً به‌دلیل تنش‌های ویژه شغل پزشکی است[۴].

همچنین مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۱ بر روی دانشجویان پزشکی در اهواز انجام شد، میزان شیوع افسردگی رادر زنان ۱۰/۴۵ درصد و در مردان ۹/۱ درصد نشان داد[۵].

سیدعباس باقری‌یزدی و همکاران نیزوضعیت سلامت روانی پذیرفته‌شدگان ورودی ۷۴-۷۳دانشگاه تهران را بررسی کرده و دریافتند که ۳۰درصد آنان از احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸درصد از تحت تنش قرار داشتن رنج می‌برند[۶].

گودرز عکاشه در سال ۱۳۷۵ در مطالعه‌ای که با عنوان بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی ۷۵ دانشگاه کاشان با استفاده از نسخه ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ -۲۸) انجام داده، دریافته است که در مجموع ۲۸/۴درصد از افراد تحت مطالعه به یکی از ۴ اختلال: افسردگی اساسی، تطابق، کج خلقی و یا اختلال اضطرابی منتشر مبتلا هستند [۷].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

در طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران که در سال‌های ۱۳۷۸- ۱۳۷۶ اجـرا گـردیده است، گروه پژوهش ضمن تعیین پایایـی و روایـی پرسـشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی اقدام به مطالعـه وضـعیت سلامت روانی در افراد بالای ۱۵ سال نمودند. نـتایج حاصـل از اجـرای طرح مذکور در کل کشور حاکی از آن اسـت کـه ۱۴/۹درصـد از مردان و ۲۵/۹درصد از زنان و در کل ۲۱درصـد از افـراد شـرکت کننده در طرح، مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند[۸].

Cheung ضـمن بررسی مقالات متعدد تأثیر وضعیت تأهل را بـر خودکـشی مورد بررسی و نقد قرار داده و به موارد زیر که در مقالات منتشر شده قبلی نیز آمده اشاره می‌کند:

جدایـی و طـلاق خطـر خودکـشی را در مـردان افـزایش می‌دهد، خطر خودکشی درمردان و زنان غیر متأهل از همتایان مـتأهل آنـان بیشتر گزارش نشده است و مطالعات متعدد نشان داده‌انـد که بروز اختلالات روانی در اولین سال بعد از بیوه‌شدن افـزایش می‌یابد و بعد از آن شیوع این اختلالات به حد معمول جامعه برمی‌گردد.

در نهایـت پیـشنهاد می‌کندکه مطالعات بر روی تأثیر ازدواج بر خطرخودکـشی مـی‌بایـست بـه روز در آمـده و بـا روشـی بـدون سوگرایی انتخاب(Selection bias)مورد ارزیابی قرار گیرد[۹].

در مطالعـه‌ای کـه Benitez و همکـاران در مـورد شـیوع اخـتلالات روانـی در مـیان دانـشجویان پزشکی مدرسه پزشکی دانـشگاه Chile انجـام داده‌اند، آورده‌اند که تنش ایجاد شده در ایـن گـروه از دانـشجویان بـه علـت نیاز به فعالیت بیش از حد فیزیکـی، ذهنـی و هیجانـی، آنان را مستعد ایجاد اختلال روانی خواهد کرد.

آنـان بـا اسـتفاده از پرسـشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-12) اقـدام بـه سـنجش وضـعیت سـلامت روانـی دانـشجویان سـال اول تـا پـنجم نمـودند کـه ۶۸ درصـد ایـن دانشجویان به‌طور داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند. نتایج حاصـل نـشان داد ۴۱ درصـد ایـن دانشجویان در خطر ابتلا به اخـتلالات روانـی هـستند. همچنـین دانشجویان سال اول نمره بالاتری (وضعیت سلامت روانی بدتر) از دانشجویان سال چهارم داشـتند(P<۰/۰۵) ولـی بـین مـردان و زنان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد[۱۰].

همچنـین در دانشگاه گلاسکو بین سال‌های ۱۹۹۷- ۱۹۹۵ با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی یک مطالعه کوهورت بر روی دانـشجویان پزشـکی انجـام گـرفت کـه ۷۰درصـد از دانـشجویان بـه‌طـور داوطلـبانه در ایـن مطالعـه شرکت کردند. دانشجویان سال اول و سوم نمره بالاتری (وضعیت سلامت روان بدتـر) از سـایرین داشتند ولی تفاوتی بین نمره مردان و زنان و نیز گروه‌های سنی مختلف دیده نشد.

نمـره حاصـل از GHQ-12 در دانشجویان با نزدیک شدن بـه پـایـان سـال تحصیلی افزایش می‌یافت که نگارندگان علت آن را آزمون‌های پایان سال تحصیلی ذکر نموده‌اند.

در سـایر مطالعـات کـه در انگلـستان بـر روی دانـشجویان پزشکی انجام شده بود تفاوتی بین دو جنس دیده نمی‌شود ولی در ایـن مطالعـه دریافتـند که وضعیت سلامت روانی خانم‌ها در پایان ترم تحصیلی بیشتر از آقایان تحت تأثیر قرار می‌گیرد[۱۱].

در مطالعـه‌ای کـهCaplan از دپارتمـان روانی Lincoln بر روی پزشکان، مدیران و مشاورین بیمارستانی در بخش بهداشت و درمـان در Lincolnshire شـمالی بـا اسـتفاده از پرسشنامه سـلامت عمومـی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) انجام داد دریافت که نمره حاصل از GHQ در ۴۷ درصد از گروه تحت مطالعه بیش از حـد نـرمال بـوده کـه نـشانگر بـالا بودن سطح تنش در این گـروه‌ها است و نتیجه‌گیری می‌کند که میزان تنش، اضطراب و افـسردگی در بین کارکنان بخش بهداشت و درمان بالاست و به نظر می‌رسد این میزان از حد قابل انتظار نیز بیشتر باشد[۱۲].

مواد و روش کار

جامعـه پـژوهش در ایـن طـرح دانشجویان پزشکی دانشگاه علـوم پزشـکی ایران بوده و نمونه پژوهش عبارت است از تعداد ۴۵۰ نفـر کـه بـا روش نمـونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده از بـین دانـشجویان مذکـور انـتخاب و از آنـان خواسته شده است نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمایند.

بـا تـوجه به مطالب فوق روشن است که تنها شرط ورود به ایـن مطالعـه ایـن است که فرد دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشـکی ایران بوده و جزء نمونه تصادفی قرار گیرد و تنها معیار حـذف فـرد از مطالعه عدم تمایل فردی او جهت شرکت در این تحقیق بوده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

نـوع مطالعـه بررسـی مقطعی (Cross-Sectional) بوده و ابزار پـژوهش عـبارت بـود از پرسـشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (General Health Questionnaire-28) بـه انـضمام تعـداد ۱۳ سـؤال دیگر که جهت شناسایی وضعیت جمعیت‌شناختی و عـوامل مرتبط با سلامت روانی به پرسشنامه اضافه شده بود. ما در ایـن طرح برای جلب مشارکت و همکاری گروه تحت مطالعه اقـدام به انتخاب تعدادی پرسشگر از بین همین گروه نمودیم و ضـمن ارایـه آمـوزش‌هـای لازم از آنان خواستیم که به نمونه‌ها مراجعه و ضمن دعوت جهت شرکت در مطالعه از آنان بخواهند نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمایند.

بـه‌ایـن تـرتیب پرسـشگران بـر طـبق الگـوی نمـونه‌گیری مـشخص‌شـده بـه نمـونه‌هـا مـراجعه و بـا ارایه توضیحات لازم پرسشنامه را به آنها تحویل می‌دادند و هرگاه نمونه‌ها از شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه خودداری می‌کردند سعی می‌شد بـا ارایـه توضـیحاتی در مـورد اهـداف مطالعـه (کـه در آغـاز پرسـشنامه نیز قید شده بود) و تأکید بر محرمانه بودن داده‌ها و عدم نیاز به درج نام، مشارکت آنان جلب شود.

در ضـمن در پرسـشنامه جایی برای درج کدی ۸ رقمی در نظـر گـرفته شـده بـود کـه شـرکت کنندگان در صورت تمایل مـی‌توانـستند کدی به انتخاب خودشان در آنجا نوشته و یکماه بعـد وضـعیت سـلامت خـود را از تابلـوی اعلانات ، براساس کد مربوطه، دریافت نمایند.

در هر صورت اگر نمونه‌ها از شرکت در مطالعه به‌طور قطعی سـرباز مـی‌زدنـد از نزدیک‌ترین فرد به عنوان جایگزین استفاده می‌شد. در تحلیل آماری که به‌وسیله نرم افزار SPSS انجام شد در آغـاز اقـدام بـه توصیف نمونه‌ها و مشخصات جمعیت‌شناسی آنـان کرده و سپس نمره حاصل از GHQ- 28 را محاسبه نموده و وضـعیت سـلامت روانی شرکت کنندگان در مطالعه را تعیین نمـودیم و بعد از آن ارتباط آماری بین وضعیت سلامت روانی و عوامل مختلف از پیش تعیین‌شده را مورد بررسی قرار دادیم. در ایـن مطالعـه بـه لحـاظ رعایـت اخلاق پزشکی نحوه جمع‌آوری داده‌هـا را به ترتیبی طراحی نمودیم که امکان شناسایی فردی را که پرسشامه را تکمیل نموده وجود نداشت.

یافته‌ها

شـرکت‌کنـندگان در مطالعـه دامنه سنی ۱۹ تا ۳۶ سال داشته، میانگین سنی این گروه برابر ۲۳ سال با انحراف معیار ۲/۵ سـال مـی‌باشـد. ۸۵/۹ درصـد از افـراد سـن۲۵-۱۹سال داشـته، ۴۴/۸ درصـد شـرکت کنندگان مرد و ۵۵/۲ درصد را زنـان تـشکیل مـی‌دهند. همچنین ۴۰۷ نفر (۸۸/۵ درصد) از شرکت کنندگان مجرد و ۵۳ نفر (۱۱/۵ درصد) متأهل بودند. لازم بـه توضـیح اسـت که ۴ نفر از مجردین سابقه ازدواج قبلی داشته و جزءگروه جدا شده‌ها بوده‌اند که به دلیل تعداد اندک و ویژگـی‌هـای مـشابه گـروه مجـردین جـز آن گـروه طبقه‌بندی شده‌اند.

وضـعیت سـلامت روانـی نیـز براسـاس نمـره حاصـل از پرسـشنامه GHQ-28 تعیـین گـردیده است. بدترین حالت در سـلامت روانـی بیـشترین نمـره (۲۸) و بهترین حالت کمترین نمره (صفر) را به خود اختصاص می‌دهند.

از آن‌جـا کـه نقطه برش در نسخه فارسی این پرسشنامه برابر۶ اسـت، کلـیه افـرادی‌کـه نمـره کمتـر از ۶ کسب نمایند از نظر وضـعیت روانـی سالم و کسانی که نمره ۶ یا بیشتر کسب کنند تحت عنوان دارای اختلال روانی طبقه‌بندی می‌شوند.

۱۹۶ نفـر(۴۲/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان در این مطالعه دارای نمـره مـساوی یـا بیـشتر از۶ بـوده‌اند و لذا دارای اختلال روانی قلمداد می‌شوند.

در جـدول شماره۱ برآنیم که ارتباط وضعیت سلامت روانی با وضعیت تأهل را نشان دهیم.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی بر حسب وضعیت تأهل در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اختلال روانی	مجرد		متأهل		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۱۸۱	۴۴/۵	۱۵	۲۸/۳	۱۹۶	۴۲/۶
ندارد	۲۲۶	۵۵/۵	۳۸	۷۱/۷	۲۶۴	۵۷/۴
جمع	۴۰۸	۱۰۰	۵۳	۱۰۰	۴۶۰	۱۰۰

Odds Ratio= ۲/۰۲۹ (95%CI= ۱/۰۸۲-۳/۸۰۵) , P=۰/۰۲۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

در این جدول توزیع فراوانی اختلال روانی برحسب وضعیت تأهل در گروه شرکت کننده آورده شده است. ۴۴/۵ درصد افراد مجرد و ۲۸/۳ درصد افراد متأهل دارای اختلال روانی هستند (P=۰/۰۲۵ و Odds ratio =۲/۰۲۹ ,95% CI=۱/۰۸۲-۳/۸۰۵). ما برای مشاهده تأثیر ازدواج در جنس مرد و زن به‌طور جداگانه اقدام به انجام محاسبات و آزمون آماری Mantel-Haenszel نمودیم. شیوع اختلالات روانی در مردان مجرد ۳۷/۹ درصد و در مردان متأهل ۳۱ درصد است (P> ٪۵ و Odds ratio=۱/۳۵۴, 95%CI=۰/۵۸۲-۳/۱۴۶)، اما همین میزان در مورد زنان مجرد و متأهل به ترتیب۴۹/۶و۲۵ درصد است (P<۰/۰۲۲ و Odd ratio=۲/۹۴۸ , 95%CI= ۱/۱۳۰-۷/۶۹۵).

با ملاحظه جدول شماره۲ در می‌یابیم که از کل شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۰۶ نفر مرد و ۲۵۴ نفر زن بودندکه شیوع اختلال روانی در بین مردان ۳۶/۹ درصد و در بین زنان ۴۷/۲ درصد به دست آمد (P< ۰/۰۲۲ و Odds ratio= ۰/۶۵۳ , 95%CI= ۰/۴۴۹ -۰/۹۵۰).

همچنین شیوع اختلال روانی در دانشجویان دوره‌های فیزیوپاتولوژی و کارورزی کمتر (به ترتیب ۳۴/۸درصد و ۳۶/۷درصد) و در دوره‌های علوم پایه و کارآموزی بیشتر (به ترتیب ۴۶/۱درصد و ۴۶/۳درصد) است.

وضعیت اقتصادی دانشجویان براساس در اختیار داشتن و یا نداشتن امکاناتی از قبیل تلفن همراه، کامپیوتر و اتومبیل شخصی با وزن‌دهی مناسب محاسبه گردیده است.

همانطور که در جدول شماره۳ قابل رؤیت است وضعیت اقتصادی در ۴ گروه از خیلی خوب تا بد برحسب جنس آورده شده است.

وضعیت اقتصادی دانشجویان از دیدگاه خودشان نیز مورد بررسی قرار گرفته است و برای مقایسه میزان توافق بین وضعیت اقتصادی براساس شاخص محاسبه شده و اعلام فرد شرکت‌کننده اقدام به محاسبه ضریب کاپا نمودیم که Kapa = ۰/۴۳ به‌دست آمد.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی اختلال روانی برحسب جنس در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

جنس	مرد		زن		جمع	
اختلال روانی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۷۶	۳۶/۹	۱۲۰	۴۷/۲	۱۹۶	۴۲/۶
ندارد	۱۳۰	۶۳/۱	۱۳۴	۵۲/۸	۲۶۴	۵۷/۴
جمع	۲۰۶	۱۰۰	۲۵۴	۱۰۰	۴۶۰	۱۰۰

Odds Ratio=۰/۶۵۳ (%95CI=۰/۴۴۹ −۰/۹۵۰), P<۰/۰۲۹

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی برحسب وضعیت اقتصادی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اختلال روانی	دارد		ندارد		جمع	
وضعیت اقتصادی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خیلی خوب	۲۸	۵۲/۸	۲۵	۴۷/۲	۵۳	۱۰۰
خوب	۱۷	۶۰	۱۱	۳۹/۳	۲۸	۱۰۰
متوسط	۶۸	۳۶/۴	۱۱۹	۶۳/۶	۱۸۷	۱۰۰
بد	۸۳	۴۳/۲	۱۰۹	۵۶/۸	۱۹۲	۱۰۰

χ^2= ۹/۰۳۱ , df= ۳, P<۰/۰۲۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش به ما نشان می‌دهد که از تعداد ۴۶۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه تعداد۱۹۶ نفر که برابر۴۲/۶ درصد افراد است، به‌دلیل کسب نمره حاصل از پرسشنامه GHQ-28 مساوی یا بالاتر از نقطه برش(Cut of Point) که در نسخه فارسی این پرسشنامه برابر ۶ بوده است[۸] دارای اختلال روانی بوده‌اند و متأسفانه میزان شیوع این اختلالات در بین گروه تحت مطالعه بیش از سایر افراد جامعه است، به‌طوری‌که نتایج طرح سلامت و بیماری که با استفاده از همین پرسشنامه نسبت به اندازه‌گیری وضعیت سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال جامعه ایران اقدام نموده شیوع اختلالات روانی را در کل کشور ۲۱ درصد به‌دست آورده است که در استان چهارمحال و بختیاری با بیشترین شیوع برابر ۳۹/۱ درصد بوده است [۸].

ممکن است بتوانیم دلیل این شیوع بالاتر را در شرایط خاص سنی، اجتماعی- اقتصادی، دانشجویی، تنش‌های موجود در محیط تحصیل و...ردیابی نماییم.

البته ممکن است درصدی از این اختلاف شیوع نیز به روش جمع‌آوری اطلاعات ارتباط داشته باشد، به طوری‌که پرسشنامه GHQ-28 اصلاً به‌صورت خودایفایی طراحی شده و باید فرد شرکت‌کننده شخصاً پرسش‌ها و گزینه‌های مربوطه را خوانده و یکی از آنها را انتخاب کند، اما در طرح ملی سلامت و بیماری که افراد بالای ۱۵ سال (اعم از بی‌سواد و باسواد) را از این نظر بررسی نموده است، پرسشنامه توسط پرسشگران تکمیل گردیده است.

به‌نظر می‌رسد پرسیدن سؤالات، به‌خصوص در مورد وضعیت سلامت روانی از افراد، می‌تواند پاسخ آنها را تحت تأثیر قرار دهد چرا که بسیاری از مردم تمایل ندارند مسایل و مشکلات روانی خود را صراحتاً به دیگران اعلام نمایند. همچنین احتمال دارد که برداشت پرسشگران دقیقاً منطبق بر نظر پاسخ‌دهندگان نباشد.

منتظری و همکاران در جریان یک بررسی که توسط پرسشنامه GHQ-12 در سطح کشور انجام دادند، شیوع اختلالات روانی را در افراد شرکت کننده برابر۴۴درصد به‌دست آوردند که به عدد به‌دست آمده توسط این پژوهش نزدیک است [۱۳]. در مطالعه‌ای دیگرنیز مشخص گردید که ۳۰درصد پذیرفته‌شدگان ورودی ۷۴- ۷۳ دانشگاه تهران از احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸ درصد از آنان از تحت تنش قرار داشتن رنج می‌برند[۶].

همچنین نتایج این مطالعه با نتایج کسب شده توسط گودرز عکاشه[۷] قابل مقایسه است، به‌طوری‌که وی شیوع اختلال روانی را در گروه تحت مطالعه۲۸/۴درصد به‌دست آورده که بازهم از شیوع به‌دست آمده در مطالعه حاضر کمتر است. لازم به ذکر است هیچکدام از مطالعات فوق الذکر بر روی دانشجویان پزشکی انجام نشده است و ممکن است دلیل این اختلاف شیوع همین باشد. یکی از بهترین مطالعات قابل مقایسه با تحقیق حاضر مطالعه‌ای است که توسط Benitez و همکاران به انجام رسیده است. در آن مطالعه که با استفاده از پرسشنامه GHQ- 12 انجام شده شیوع این اختلالات را ۴۱ درصد محاسبه نموده‌اند که به نتایج مطالعه ما بسیار نزدیک است[۱۰].

در مطالعه‌ای که در دانشگاه گلاسکو بین سال‌های ۱۹۹۷- ۱۹۹۵ با استفاده از پرسشنامه GHQ- 12 انجام شد دریافتند که وضعیت سلامت روانی دانشجویان با نزدیک شدن به آزمون‌های پایان سال تحصیلی بدتر می‌شود، پدیده‌ای که ممکن است مطالعه ما را نیز تحت تأثیر قرار داده باشد، چرا که جمع‌آوری داده‌های این مطالعه تقریباً در پایان ترم تحصیلی و زمانی که دانشجویان درگیر امتحانات خود بوده‌اند انجام شده است و شاید یکی از علل بالا بودن شیوع این اختلالات همین عامل باشد[۱۱].

شیوع اختلال روانی در بین مجردین ۴۴/۵ درصد و در بین متأهلین ۲۸/۳ درصد است که این اختلاف شیوع معنی‌دار بوده (P =۰/۰۲۵و Odds ratio=۲/۰۲۹ , 95% CI=۱/۰۸۲-۳/۸۰۵) و گویای این مطلب است که مجردین در گروه تحت مطالعه بیش از ۲ برابر شانس بیمار بودن را دارند. البته از آنجا که مطالعه مقطعی بوده است صرفاً می‌توان گفت بین وضعیت سلامت روانی و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار وجود دارد. اما وقتی ارتباط بین وضعیت تأهل و سلامت روانی را برحسب جنس مورد مطالعه قرار دادیم، دریافتیم هرچند شیوع اختلالات روانی هم در مردان و هم در زنان مجرد از متأهلین بیشتر است، اما این تفاوت شیوع فقط در گروه زنان معنی‌دار بود. به‌طوری‌که شیوع اختلال روانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

در مـردان مجـرد ۳۷/۹درصـدو در مـردان مـتأهل۳۱درصـد اسـت (Odds ratio=۱/۳۵۴, 95%CI=۰/۵۸۲-۳/۱۴۶وP> ٪۵)، امـا همین میـزان در مـوردزنان مجـرد و مـتأهل به ترتیب۴۹/۶ و۲۵ درصد است (Odds ratio=۲/۹۴۸ ,95%CI=۱/۱۳۰-۷/۶۹۵ وP<۰/۰۲۲)کـه نشان دهنده معنی‌دار بودن اختلاف خواهد بود. در منابع مختلف برروی ارتباط وضعیت تأهل و اختلالات روانی تأکید شده به‌طوری‌که Cheung و همکـاران درمطالعه خود دریافتند که عواملی چون بی‌کاری ، تجـرد و۰۰۰ بـا بـروز خودکـشی ارتباط داشته است. اما نتیجه مطالعـه حاضـر بـا نتایج حاصل از مطالعات وازکوئز- بارکوئرو و همکـاران(۱۹۸۷)، باقـری یـزدی و همکاران(۱۳۷۱)، یعقوبی و همکـاران(۱۳۷۴)، پالاهـنگ و همکاران (۱۳۷۴) و نیز نوربالا و همکـاران (۱۳۷۸) [۱۰] مغایـر اسـت. به‌طوری‌که در مطالعات ذکر شده، شیوع اختلال روانی در افراد متأهل بیش از مجردین بـوده اسـت. احـتمال دارد دلـیل ایـن تفاوت بارز، اختلاف بین گـروه‌های تحت مطالعه باشد، چرا که هیچکدام از این مطالعات بر روی دانشجویان پزشکی انجام نشده است.

پـژوهش حاضـر نـشان داد کـه میزان شیوع اختلالات روانی در زنـان بـیش از مـردان بـوده است. اختلاف بین شیوع در مردان (۳۶/۹ درصـــد) و زنـــان (۴۷/۲ درصـــد) معنـــی‌داراســـت (Odds ratio=۰/۶۵۳ , 95%CI= ۰/۴۴۹ -۰/۹۵۰ وP< ۰/۰۲۲) و ایـن یافـته بـا اکثـر نتایج پژوهش‌های انجام شده در جهان و ایـران همخوانی دارد. در مطالعه‌ای که در دانشگاه گلاسکو بین سـال‌های۱۹۹۷-۱۹۹۵ انجام شده با این‌که اختلافی بین شیوع اخـتلالات روانـی در بین مردان وزنان پیدا نکردند، دریافتند که وضـعیت سـلامت روانـی خانم‌ها در پایان ترم تحصیلی(احتمالاً بـه‌خاطـر اثـر آزمون‌های پایان ترم) بیشتر از آقایان تحت تأثیر قـرار مـی‌گیـرد. شیوع اختلالات روانی در دانشجویان علوم پایه ۴۶/۱ درصـد، فیزیوپاتولوژی۳۴/۸ درصد، کارآموزی۴۶/۳ درصد و در کارورزی ۳۶/۷ درصد است.

شـیوع بـالای اختلال روانی در دانشجویان علوم پایه می‌تواند به علـت اثـر جدیـد الـورود بودن و برخورد با شرایط جدید و ویژه باشـد بـه‌طوری‌که در مطالعه دانشگاه گلاسکو که بین سال‌های ۱۹۹۷- ۱۹۹۵ انجام شده شیوع اختلالات روانی در دانشجویان سـال اول بالاترگـزارش شده است[۱۵] و کمتر شدن شیوع در دوره فیزیوپاتولوژی را می‌توان به تغییر نوع، محتوی و همچنین تفـاوت در نحـوه ارایه مواد درسی و برگزاری آزمون‌ها دانست و احـتمالاً بدتـر شـدن وضـعیت سلامت روانی در دوره کارآموزی مـی‌تـواند بـه علـت تغییر شرایط تحصیل و ورود به بیمارستان باشـد، همچنـین مـی‌تـوان گفت تأثیر آزمون‌های پایان ترم در دوره کـارورزی و فیـزیوپاتولوژی بـه‌اندازه‌ای که در سایر دوره‌ها وجـود دارد زیـاد نمی‌باشد. با همه این مسایل اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود(χ^2=۴/۵۹۸, df =۳,P> ۰/۰۵).

۵۲/۸ درصد دانشجویان که براساس شاخص ساخته شده از نظر اقتـصادی وضـعیت خیلـی خـوب داشته و همچنین، ۶۰ درصد وضعیت اقتصادی خوب، ۳۶/۴ درصد وضعیت اقتصادی متوسط و در نهایـت۴۳/۲ درصـد افـراد وضـعیت اقتـصادی بـد دچـار اخـتلالات روانـی بـوده‌انـد. کسانی که وضعیت اقتصادی خیلی خـوب داشـته‌اند حداقل دارای تلفن همراه، کامپیوتر و اتومبیل شخـصی بـوده‌اند پس چرا وضعیت سلامت روانی خوبی ندارند؟ ایـن گروه وضعیت اقتصادی خود را مناسب نمی‌دانند و شاید به همـین دلـیل همچـنان در تـنش قرار دارند. آزمون‌های آماری رابطـه معنـی‌داری بـین اخـتلاف شـیوع اخـتلال روانـی در وضـعیت‌هـای اقتـصادی مختلف براساس شاخص محاسبه شده نـشان مـی‌دهـند(χ^2 =۹/۰۳۱, df =۳, P =۰/۰۲۹). امـا ایـن اخـتلاف شـیوع در بـین وضعیت‌های اقتصادی براساس گزارش خـود فـرد از نظر آماری معنی‌دار نیست. ضریب کاپای محاسبه شـده برابـر۰/۰۴۳ نـشاندهنده توافق بسیار ضعیف بین وضعیت اقتصادی محاسبه شده با اظهار نظر فرد در این مورد است.

شـیوع اخـتلالات روانـی در گـروه‌های مختلف از نظر اقتصادی دارای اخـتلاف معنـی‌داری بوده و بین وضعیت سلامت روانی و وضـعیت اقتـصادی ارتـباط معنـی‌داری وجود دارد، به‌طوری‌که گـروه‌هایـی کـه در بـین دانشجویان از وضعیت اقتصادی خیلی خـوب، خـوب و بـد بـرخوردارند بـا احـتمال بیـشتری دارای اختلالات روانی هستند تا افرادی‌که از نظر وضعیت اقتصادی در حد متوسط قرار دارند.

همچنـین نـتایج ایـن مطالعـه نـشان داد افرادی‌که خود شخصاً وضـعیت اقتـصادی خـود را خیلـی‌خـوب می‌دانند از نظر شیوع اخـتلالات روانـی در مرتبه پایین‌تری قرار داشته و ۳۶/۲ درصد آنـان اخـتلال دارنـد، آنـان‌کـه وضـعیت اقتصادی خود را خوب مـی‌دانـند ۴۰/۶ درصـد شـیوع اخـتلالات روانی دارند و آنان‌که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

وضـعیت اقتصادی خود را در حد متوسط برآورد کرده‌اند دارای شیوع برابر ۴۷/۲ درصد هستند (یاد آور می‌شود یک گروه‌اندک ۱۸ نفـره کـه وضـع اقتـصادی خـود را بد برآورد کرده‌اند شیوع اختلال روانی برابر۳۸/۹ درصد داشته‌اند) با این همه آزمون‌های آمـاری(χ^2=۲/۸۰۲, df =۳ , P > ٪۵) اختلاف معنی‌داری را در بین این گروه‌ها از نظر شیوع اختلالات روانی نشان نداد.

ازآن‌جـاکـه بـا تـوجه بـه نـتایج ایـن تحقـیق و سـایر مطالعات درمـی‌یابـیم وضـعیت سلامت روان و چگونگی تکوین اختلالات روانـی از پیچیدگـی‌های خاصی برخوردار است و در این مطالعه نـشان داده شـد کـه حـداقل با وضعیت تأهل، جنس و وضعیت اقتـصادی ارتباط معنی‌داری دارد، می‌بایست در مطالعات آتی با در نظر گرفتن عوامل بیشتر و گستردگی بیشتر نسبت به انجام مطالعـه در این زمینه اقدام شود، چرا که ما در این مطالعه فقط دانـشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران را تحت بررسی قـرار دادیـم و شـاید اگـر کـل دانشجویان پزشکی دانشگاههای تهران را مطالعه می‌نمودیم به نتایج بهتری دست می‌یافتیم.

یقیـناً انجـام مطالعـات بـه‌صـورت کوهـورت (آینده نگر) کمک بیـشتری در کـشف عوامل مرتبط و موثر بر سلامت روانی به ما خواهند نمود.

نتـیجه نـه چـندان دور از انـتظار امـا نگـران کننده این مطالعه حاکـی از شیوع بالای اختلال روانی در بین دانشجویان پزشکی اسـت، چرا که شیوع ۴۲/۶ درصد بسیار قابل توجه بوده و توجه بیش از پیش مسئولین و محققین را در این زمینه طلب می‌کند تـا بـا تغییر عوامل شناخته شده مؤثر بر وضعیت سلامت روانی نسبت به بهبود وضعیت اقدام کنند.

در نهایـت اگـر بخواهـیم با رویکرد اجتماعی به این مشکل نگاه کنـیم مـی‌بایست ضمن فراهم کردن امکان مشاوره پیشگیری و درمـان ایـن افراد، شرایط وجود حاکم بر محیط‌های آموزشی و حتی جامعه را بوسیله ارگانهای ذی‌ربط به نوعی تغییر دهیم که نـه تنها باعث بروز مشکلات روانی در افراد نشود بلکه آنان را در مقابل بروز چنین اختلالاتی محافظت نماید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]

منابع

1- http://www.wfmh.org/Newsletter/n1014/projatlas.html

۲- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی عباس، یاسمی محمدتقی، نگاهی بر سیمای سلامت روان، مؤلف، تهران،۱۳۸۰

3- http://www.ISNAgency.com

4- K Hawton, A Gelements, C sakarovitch, S Simkin, J J Deeks. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. Journal of Epidemioligy and Community Health2001; 55: 296-300

۵- احمدی جمشید، میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی، اندیشه و رفتار۱۳۷۴، ۴، ۱۲-۶

۶- باقری‌یزدی عباس، بوالهری جعفر، پیروی حمید، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران، اندیشه و رفتار۱۳۷۴، ۴، ۳۹-۳۰

۷- عکاشه گودرز، بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه کاشان، اندیشه و رفتار۱۶،۲۰،۱۳۷۹-۱۱

۸- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۸

9- YB Cheung, Paul SF Yip. Mariyal status and suicide: some common methodological problems. Journal of Epidemioligy and Community Health2000; 54: 878-80

10- Benitez C, Quintero J, Torres R. Prevalance of risk for mental disorders among undergraduate medical students at the medical school of the Catholic University of Chile. Revista Medical du Chile2000; 129: 173-8

11- Morrison JM, Moffat KJ. More on medical students stress. Medical Education2001; 35: 617-18

12- RP Caplan. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health managers. British Medical Journal1994; 309: 1261-63

۱۳- منتظری علی، شریعتی محمد، حریرچی امیرمحمود، گرمارودی غلامرضا، عبادی مهدی، بررسی وضعیت کیفیت زندگی و سلامت روانی در جوانان ایرانی، طرح پژوهشی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ۱۳۸۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.1.3.5.1]