

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

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

فصلنامه پایش

سال اول شماره سوم تابستان ۱۳۸۱ صص ۲۹-۳۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۲/۲۵

چکیده

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

اصولاً دانشجویان به دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی، حجم زیاد دروس، رقابت‌های فشرده و ۰۰۰ مستعد 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 به نظر می‌رسد این گروه بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند.

ما در این 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 و عوامل 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 به طور 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 معنی‌دار داشته است.

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 شماره: ۶۴۸۰۸۰۵

E-mail: shariatidrm@hotmail.com

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)

به این 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 به کار 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. به علاوه ارتباط دایم با مردم، به خصوص 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 پزشکی سالم، خلاق و توانمند می‌بایست از هم‌اکنون به سلامت دانشجویان پزشکی توجه کنیم.

اصولاً دانشجویان به دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش، مشکلات اقتصادی و نداشتن درآمد کافی، حجم زیاد دروس، رقابت‌های فشرده و ۰۰۰ مستعد از دست دادن سلامت روانی بوده و نیازمند دریافت آموزش و مشاوره در این مورد هستند. دانشجویان پزشکی ضمن داشتن مشکلات سایر دانشجویان مشکلات خاص خود را از جمله فشارهای روحی و روانی محیط (بیمارستان، اورژانس و ۰۰۰)، برخورد با مسایل و مشکلات بیماران، طول مدت تحصیل و عدم برخورداری از آینده شغلی روشن، نیز دارند و به همین دلیل به نظر می‌رسد ایشان بیش از سایر دانشجویان در خطر از دست دادن سلامت روانی هستند.

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

از آن جایی که 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 به طوری که گزارش‌های رسمی [۲] 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 به دلیل 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 نیز وضعیت سلامت روانی پذیرفته‌شدگان ورودی ۷۴-۷۳ دانشگاه تهران را بررسی کرده و دریافتند که ۳۰ درصد آنان از احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸ درصد 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، دریافت است که در مجموع ۲۸/۴ درصد از افراد تحت مطالعه به یکی از ۴ اختلال: افسردگی اساسی، تطابق، کج خلقی و یا اختلال اضطرابی منتشر مبتلا هستند [۷].

همچنین در دانشگاه گلاسکو بین سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۵ با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی یک مطالعه کوهورت بر روی دانشجویان پزشکی انجام گرفت که ۷۰ درصد از دانشجویان به‌طور داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند. دانشجویان سال اول و سوم نمره بالاتری (وضعیت سلامت روان بدتر) از سایرین داشتند ولی تفاوتی بین نمره مردان و زنان و نیز گروه‌های سنی مختلف دیده نشد.

نمره حاصل از GHQ-12 در دانشجویان با نزدیک شدن به پایان سال تحصیلی افزایش می‌یافت که نگارندگان علت آن را آزمون‌های پایان سال تحصیلی ذکر نموده‌اند.

در سایر مطالعات که در انگلستان بر روی دانشجویان پزشکی انجام شده بود تفاوتی بین دو جنس دیده نمی‌شود ولی در این مطالعه دریافتند که وضعیت سلامت روانی خانم‌ها در پایان ترم تحصیلی بیشتر از آقایان تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۱۱].

در مطالعه‌ای که Caplan از دپارتمان روانی Lincoln بر روی پزشکان، مدیران و مشاورین بیمارستانی در بخش بهداشت و درمان در Lincolnshire شمالی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) انجام داد دریافت که نمره حاصل از GHQ در ۴۷ درصد از گروه تحت مطالعه بیش از حد نرمال بوده که نشانگر بالا بودن سطح تنش در این گروه‌ها است و نتیجه‌گیری می‌کند که میزان تنش، اضطراب و افسردگی 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

جامعه پژوهش در این طرح دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده و نمونه پژوهش عبارت است از تعداد ۴۶۰ نفر که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده از بین دانشجویان مذکور انتخاب و از آنان خواسته شده است نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمایند.

با توجه به مطالب فوق روشن است که تنها شرط ورود به این مطالعه این است که فرد در زمان انجام تحقیق دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده و جزء نمونه تصادفی قرار گیرد و تنها معیار حذف فرد از مطالعه عدم تمایل فردی او جهت شرکت در این تحقیق بوده است.

در طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران که در سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۶ اجرا گردیده است، گروه پژوهش ضمن تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی اقدام به مطالعه وضعیت سلامت روانی در افراد بالای ۱۵ سال نمودند. نتایج حاصل از اجرای طرح مذکور در کل کشور حاکی از آن است که ۱۴/۹ درصد از مردان و ۲۵/۹ درصد از زنان و در کل ۲۱ درصد از افراد شرکت کننده در طرح، مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند [۸].

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

جدایی و طلاق خطر خودکشی را در مردان افزایش می‌دهد، خطر خودکشی در مردان و زنان غیر متأهل از هم‌تایان متأهل آنان بیشتر گزارش نشده است و مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بروز اختلالات روانی در اولین سال بعد از بیهوش شدن افزایش می‌یابد و بعد از آن شیوع این اختلالات به حد معمول جامعه برمی‌گردد.

در نهایت پیشنهاد می‌کند که مطالعات بر روی تأثیر ازدواج بر خطر خودکشی می‌بایست به روز در آمده و با روشی بدون سوگرایی انتخاب (Selection bias) مورد ارزیابی قرار گیرد [۹].

در مطالعه‌ای که Benitez و همکاران در مورد شیوع اختلالات روانی در میان دانشجویان پزشکی مدرسه پزشکی دانشگاه Chile انجام داده‌اند، آورده‌اند که تنش ایجاد شده در این گروه از دانشجویان به علت نیاز به فعالیت بیش از حد فیزیکی، ذهنی و هیجانی، آنان را مستعد ایجاد اختلال روانی خواهد کرد.

آنان با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ-12) اقدام به سنجش وضعیت سلامت روانی دانشجویان سال اول تا پنجم نمودند که ۶۸ درصد این دانشجویان به‌طور داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند. نتایج حاصل نشان داد ۴۱ درصد این دانشجویان در خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند. همچنین دانشجویان سال اول نمره بالاتری (وضعیت سلامت روانی بدتر) از دانشجویان سال چهارم داشتند ($P < 0.05$) ولی بین مردان و زنان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد [۱۰].

عوامل مختلف از پیش تعیین شده را مورد بررسی قرار دادیم. در این مطالعه به لحاظ رعایت اخلاق پزشکی نحوه جمع‌آوری داده‌ها را به ترتیبی طراحی نمودیم که امکان شناسایی فردی را که پرسشنامه را تکمیل نموده وجود نداشت.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه دامنه سنی ۱۹ تا ۳۶ سال داشته، میانگین سنی این گروه برابر ۲۳ سال با انحراف معیار ۲/۵ سال می‌باشد. ۸۵/۹ درصد از افراد سن ۲۵-۱۹ سال داشته، ۴۴/۸ درصد شرکت‌کنندگان مرد و ۵۵/۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. همچنین ۴۰۷ نفر (۸۸/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان مجرد و ۵۳ نفر (۱۱/۵ درصد) متأهل بودند. لازم به توضیح است که ۴ نفر از مجردین سابقه ازدواج قبلی داشته و جزء گروه جدا شده‌ها بوده‌اند که به دلیل تعداد اندک و ویژگی‌های مشابه گروه مجردین جز آن گروه طبقه‌بندی شده‌اند.

وضعیت سلامت روانی نیز براساس نمره حاصل از پرسشنامه GHQ-28 تعیین گردیده است. بدترین حالت در سلامت روانی بیشترین نمره (۲۸) و بهترین حالت کمترین نمره (صفر) را به خود اختصاص می‌دهند.

از آن‌جا که نقطه برش در نسخه فارسی این پرسشنامه برابر ۶ است، کلیه افرادی که نمره کمتر از ۶ کسب نمایند از نظر وضعیت روانی سالم و کسانی که نمره ۶ یا بیشتر کسب کنند تحت عنوان دارای اختلال روانی طبقه‌بندی می‌شوند.

۱۹۶ نفر (۴۲/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان در این مطالعه دارای نمره مساوی یا بیشتر از ۶ بوده‌اند و لذا دارای اختلال روانی قلمداد می‌شوند.

در جدول شماره ۱ برآنیم که ارتباط وضعیت سلامت روانی با وضعیت تأهل را نشان دهیم.

نوع مطالعه بررسی مقطعی (Cross-Sectional) بوده و ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (General Health Questionnaire-28) به انضمام تعداد ۱۳ سؤال دیگر که جهت شناسایی وضعیت جمعیت‌شناختی و عوامل مرتبط با سلامت روانی به پرسشنامه اضافه شده بود. ما در این طرح برای جلب مشارکت و همکاری گروه تحت مطالعه اقدام به انتخاب تعدادی پرسشگر از بین همین گروه نمودیم و ضمن ارایه آموزش‌های لازم از آنان خواستیم که به نمونه‌ها مراجعه و ضمن دعوت جهت شرکت در مطالعه از آنان بخواهند نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمایند.

به این ترتیب پرسشگران بر طبق الگوی نمونه‌گیری مشخص شده به نمونه‌ها مراجعه و با ارایه توضیحات لازم پرسشنامه را به آنها تحویل می‌دادند و هرگاه نمونه‌ها از شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه خودداری می‌کردند سعی می‌شد با ارایه توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه (که در آغاز پرسشنامه نیز قید شده بود) و تأکید بر محرمانه بودن داده‌ها و عدم نیاز به درج نام، مشارکت آنان جلب شود.

در ضمن در پرسشنامه جایی برای درج کدی ۸ رقمی در نظر گرفته شده بود که شرکت‌کنندگان در صورت تمایل می‌توانستند کدی به انتخاب خودشان در آنجا نوشته و یکماه بعد وضعیت سلامت خود را از تابلوی اعلانات، براساس کد مربوطه، دریافت نمایند.

در هر صورت اگر نمونه‌ها از شرکت در مطالعه به‌طور قطعی سرباز می‌زدند از نزدیک‌ترین فرد به عنوان جایگزین استفاده می‌شد. در تحلیل آماری که به وسیله نرم افزار SPSS انجام شد در آغاز اقدام به توصیف نمونه‌ها و مشخصات جمعیت‌شناسی آنان کرده و سپس نمره حاصل از GHQ-28 را محاسبه نموده و وضعیت سلامت روانی شرکت‌کنندگان در مطالعه را تعیین نمودیم و بعد از آن ارتباط آماری بین وضعیت سلامت روانی و

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

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

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

همچنین شیوع اختلال روانی در دانشجویان دوره‌های فیزیوپاتولوژی و کسارورزی کمتر (به ترتیب ۳۴/۸ درصد و ۳۶/۷ درصد) و در دوره‌های علوم پایه و کارآموزی بیشتر (به ترتیب ۴۶/۱ درصد و ۴۶/۳ درصد) 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 شماره ۳ 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 $Kapa = 0/43$ به دست آمد.

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 ($Odds\ ratio = 2/029, 95\% CI = 1/082 - 3/805$ و $P = 0/025$). ما برای مشاهده تأثیر ازدواج در جنس مرد و زن به طور جداگانه اقدام به انجام محاسبات و آزمون آماری Mantel-Haenzel نمودیم. شیوع اختلالات روانی در مردان مجرد ۳۷/۹ درصد و در مردان متأهل ۳۱ درصد است ($Odds\ ratio = 1/354, 95\% CI = 0/582 - 3/146$ و $P > 0/5$). اما همین میزان در مورد زنان مجرد و متأهل به ترتیب ۲۵/۴۹ درصد است ($Odds\ ratio = 2/948, 95\% CI = 1/130 - 7/695$ و $P < 0/022$). با ملاحظه جدول شماره ۲ در می‌یابیم که از کل شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۰۶ نفر مرد و ۲۵۴ نفر زن بودند که شیوع اختلال روانی در بین مردان ۳۶/۹ درصد و در بین زنان ۴۷/۲ درصد به دست آمد ($Odds\ ratio = 0/653, 95\% CI = 0/449 - 0/950$ و $P < 0/022$).

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

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

$Odds\ Ratio = 0/653$ ($95\% CI = 0/449 - 0/950$), $P < 0/029$

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

وضعیت اقتصادی	دارد		ندارد		جمع	
	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

$\chi^2 = 9/031$, $df = 3$, $P < 0/029$

بحث و نتیجه‌گیری

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 گوردز عکاشه [۷] قابل مقایسه است، به طوری که وی شیوع اختلال روانی را در گروه تحت مطالعه ۲۸/۴ درصد به دست آورده که بازم از شیوع به دست 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 ($P=0/025$ و $95\% CI=1/082-3/805$, Odds ratio=۲/۰۲۹) 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. به طوری که شیوع اختلال روانی

یافته‌های پژوهش به ما نشان می‌دهد که از تعداد ۴۶۰ نفر شرکت‌کننده در مطالعه تعداد ۱۹۶ نفر که برابر ۴۲/۶ درصد افراد است، به دلیل 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، به طوری که 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 به دست 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 ۰۰۰ ردیابی نماییم.

البته ممکن است درصدی از این اختلاف شیوع نیز به روش جمع‌آوری اطلاعات ارتباط داشته باشد، به طوری که پرسشنامه GHQ-28 اصلاً به صورت 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.

به نظر می‌رسد پرسیدن سؤالات، به خصوص 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 شرکت‌کننده برابر ۴۴ درصد به دست آوردند که به عدد به دست آمده توسط این پژوهش نزدیک است [۱۲]. در مطالعه‌ای دیگر نیز مشخص گردید که ۳۰ درصد

تفاوت در نحوه آرایه مواد درسی و برگزاری آزمون‌ها دانست و احتمالاً بدتر شدن وضعیت سلامت روانی در دوره کارآموزی می‌تواند به علت تغییر شرایط تحصیل و ورود به بیمارستان باشد، همچنین می‌توان گفت تأثیر آزمون‌های پایان ترم در دوره کارورزی و فیزیوپاتولوژی به اندازه‌ای که در سایر دوره‌ها وجود دارد زیاد نمی‌باشد. با همه این مسایل اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود ($\chi^2=4/598$, $df=3$, $P>0/05$).

۵۲/۸ درصد دانشجویانی که براساس شاخص ساخته شده از نظر اقتصادی وضعیت خیلی خوب داشته و همچنین، ۶۰ درصد افرادی که وضعیت اقتصادی خوب، ۳۶/۴ درصد آنان که وضعیت اقتصادی متوسط و در نهایت ۴۳/۲ درصد افرادی که وضعیت اقتصادی بد داشتند، دچار اختلالات روانی بوده‌اند. کسانی که وضعیت اقتصادی خیلی خوب داشته‌اند حداقل دارای تلفن همراه، کامپیوتر و اتومبیل شخصی بوده‌اند پس چرا وضعیت سلامت روانی خوبی ندارند؟ شاید این گروه وضعیت اقتصادی خود را مناسب نمی‌دانند و شاید به همین دلیل همچنان در تنش قرار دارند. آزمون‌های آماری رابطه معنی‌داری بین اختلاف شیوع اختلال روانی در وضعیت‌های اقتصادی مختلف براساس شاخص محاسبه شده نشان می‌دهند ($P=0/029$, $\chi^2=9/031$, $df=3$). اما این اختلاف شیوع در بین وضعیت‌های اقتصادی براساس گزارش خود فرد از نظر آماری معنی‌دار نیست. ضریب کاپای محاسبه شده برابر ۰/۰۴۳ نشان‌دهنده توافق بسیار ضعیف بین وضعیت اقتصادی محاسبه شده با اظهار نظر فرد در این مورد است.

شیوع اختلالات روانی در گروه‌های مختلف از نظر اقتصادی دارای اختلاف معنی‌داری بوده و بین وضعیت سلامت روانی و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که گروه‌هایی که در بین دانشجویان از وضعیت اقتصادی خیلی خوب، خوب و بد برخوردارند با احتمال بیشتری دارای اختلالات روانی هستند تا افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی در حد متوسط قرار دارند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد افرادی که خود شخصاً وضعیت اقتصادی خود را خیلی خوب می‌دانند از نظر شیوع اختلالات روانی در مرتبه پایین‌تری قرار داشته و ۳۶/۲ درصد آنان اختلال دارند، آنان که وضعیت اقتصادی خود را خوب

در مردان مجرد ۳۷/۹ درصد و در مردان متأهل ۳۱ درصد است ($P>0/05$ و $Odds\ ratio=1/354$, $95\%CI=0/582-3/146$)، اما همین میزان در مورد زنان مجرد و متأهل به ترتیب ۴۹/۶ و ۲۵ درصد است ($P<0/022$ و $Odds\ ratio=2/948$, $95\%CI=1/130-7/695$) که نشان دهنده معنی‌دار بودن اختلاف خواهد بود. در منابع مختلف بر روی ارتباط وضعیت تأهل و اختلالات روانی تأکید شده به طوری که Cheung و همکاران در مطالعه خود دریافتند که عواملی چون بی‌کاری، مجرد و ۰۰۰ با بروز خودکشی ارتباط داشته است. اما نتیجه مطالعه حاضر با نتایج حاصل از مطالعات وازکوئز-بارکوئرو و همکاران (۱۹۸۷)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۱)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۴) و نیز نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) [۱۰] مغایر است. به طوری که در مطالعات ذکر شده، شیوع اختلال روانی در افراد متأهل بیش از مجردین بوده است. احتمال دارد دلیل این تفاوت بارز، اختلاف بین گروه‌های تحت مطالعه باشد، چرا که هیچکدام از این مطالعات بر روی دانشجویان پزشکی انجام نشده است.

پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بوده است. اختلاف بین شیوع در مردان (۳۶/۹ درصد) و زنان (۴۷/۲ درصد) معنی‌دار است ($P<0/022$ و $Odds\ ratio=0/653$, $95\%CI=0/449-0/950$). و این یافته با اکثر نتایج پژوهش‌های انجام شده در جهان و ایران همخوانی دارد. در مطالعه‌ای که در دانشگاه گلاسکو بین سال‌های ۱۹۹۵-۱۹۹۷ انجام شده با این که اختلافی بین شیوع اختلالات روانی در بین مردان و زنان پیدا نکردند، دریافتند که وضعیت سلامت روانی خانم‌ها در پایان ترم تحصیلی (احتمالاً به خاطر اثر آزمون‌های پایان ترم) بیشتر از آقایان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. شیوع اختلالات روانی در دانشجویان علوم پایه ۴۶/۱ درصد، فیزیوپاتولوژی ۳۴/۸ درصد، کارآموزی ۴۶/۳ درصد و در کارورزی ۳۶/۷ درصد است.

شیوع بالای اختلال روانی در دانشجویان علوم پایه می‌تواند به علت اثر جدید ورود بودن و برخورد با شرایط جدید و ویژه باشد به طوری که در مطالعه دانشگاه گلاسکو که بین سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۵ انجام شده شیوع اختلالات روانی در دانشجویان سال اول بالاتر گزارش شده است [۱۵] و کمتر شدن شیوع در دوره فیزیوپاتولوژی را می‌توان به تغییر نوع، محتوی و همچنین

یقیناً انجام مطالعات به صورت کوهورت (آینده نگر) کمک بیشتری در کشف عوامل مرتبط و موثر بر سلامت روانی به ما خواهند نمود.

نتیجه نه چندان دور از انتظار اما نگران کننده این مطالعه حاکی از شیوع بالای اختلال روانی در بین دانشجویان پزشکی است، چرا که شیوع ۴۲/۶ درصد بسیار قابل توجه بوده و توجه بیش از پیش مسئولین و محققین را در این زمینه طلب می کند تا با تغییر عوامل شناخته شده مؤثر بر وضعیت سلامت روانی نسبت به بهبود وضعیت اقدام کنند.

در نهایت اگر بخواهیم با رویکرد اجتماعی به این مشکل نگاه کنیم می بایست ضمن فراهم کردن امکان مشاوره پیشگیری و درمان این افراد، شرایط حاکم بر محیط های آموزشی و حتی جامعه را بوسیله ارگان های ذی ربط به نوعی تغییر دهیم که نه تنها باعث بروز مشکلات روانی در افراد نشود بلکه آنان را در مقابل بروز چنین اختلالاتی محافظت نماید.

می دانند ۴۰/۶ درصد شیوع اختلالات روانی دارند و آنان که وضعیت اقتصادی خود را در حد متوسط برآورد کرده اند دارای شیوع برابر ۴۷/۲ درصد هستند (یاد آور می شود یک گروه اندک ۱۸ نفره که وضع اقتصادی خود را بد برآورد کرده اند شیوع اختلال روانی برابر ۳۸/۹ درصد داشته اند) با این همه آزمون های آماری ($\chi^2=2/802$, $df=3$, $P > /5$) اختلاف معنی داری را در بین این گروه ها از نظر شیوع اختلالات روانی نشان نداد.

از آن جاکه با توجه به نتایج این تحقیق و سایر مطالعات درمی یابیم وضعیت سلامت روان و چگونگی تکوین اختلالات روانی از پیچیدگی های خاصی برخوردار است و در این مطالعه نشان داده شد که حداقل با وضعیت تأهل، جنس و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی داری دارد، می بایست در مطالعات آتی با در نظر گرفتن عوامل بیشتر و گستردگی بیشتر نسبت به انجام مطالعه در این زمینه اقدام شود، چرا که ما در این مطالعه فقط دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران را تحت بررسی قرار دادیم و شاید اگر کل دانشجویان پزشکی دانشگاه های تهران را مطالعه می نمودیم به نتایج بهتری دست می یافتیم.

منابع

- 1- <http://www.wfnh.org/Newsletter/n1014/projatlas.html>
- ۲- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی 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 Decks. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*2001; 55: 296-300
- ۵- احمدی جمشید، میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی، اندیشه و رفتار ۱۳۷۴، ۴، ۱۲-۶
- ۶- باقری یزدی عباس، بوالهبری جعفر، پیروی حمید، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی ۷۳-۷۴ دانشگاه تهران، اندیشه و رفتار ۱۳۷۴، ۴، ۳۹-۳۰
- ۷- عکاشه گودرز، بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه کاشان، اندیشه و رفتار ۱۳۷۹، ۲۰، ۱۶-۱۱
- 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. Marital status and suicide: some common methodological problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*2000; 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 Chile*2000; 129: 173-8
- 11- Morrison JM, Moffat KJ. More on medical students stress. *Medical Education*2001; 35: 617-18
- 12- RP Caplan. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health managers. *British Medical Journal*1994; 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