

بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۹-۸۰ دانشکده علوم پزشکی گناباد

جهانشیر توکلی زاده^۱ - دکتر محمد قهرمانی^۲ - حمید چمنزاری^۳

چکیده:

در این پژوهش که به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد انجام گرفت تمامی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۹-۸۰ (نیمسال اول و دوم تحصیلی) دانشکده علوم پزشکی گناباد به تعداد ۱۴۰ نفر (۷۱ مرد و ۶۹ زن) با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و آزمونهای آماری T و X^۲ انجام شد. نتایج بیانگر این بود، درصد پاسخ مثبت به سؤالات مربوط به «صرف کردن وقت بیشتر جهت انجام کارها»، «ناتوانی در مشغول نگه داشتن خود»، «بی خوابی به دلیل نگرانی»، «عدم احساس خوبی و سلامتی»، «لذت نبردن از فعالیتهای روزمره» و «عصبی بودن و دلشوره داشتن» بیش از سایر سؤالات آزمون بوده است، مقایسه میانگین نمرات مقیاسهای چهارگانه آزمون بر حسب عوامل جمعیت شناختی: جنسیت، وضعیت تاهل، سن و مقطع تحصیلی نشان داد بترتیب میانگین نمرات مقیاسهای ناسازگاری اجتماعی (۶/۶) و اضطراب (۴/۴) بیش از دو مقیاس نشانه‌های جسمانی (۳/۷) و افسردگی (۲/۵) آزمون بوده است. و هیچگونه تفاوت معنی داری بین این میانگین نمرات و عوامل جمعیت شناختی جنسیت، وضعیت تاهل و سن وجود نداشته در حالیکه تنها در مقیاس اضطراب آزمون تفاوت معنی داری بین مقطع تحصیلی دانشجویان و میانگین نمره اضطراب مشاهده شده است در مقایسه میانگین نمرات کلی آزمون نیز هیچگونه تفاوت معنی داری از نظر سلامت روانی بین دانشجویان و عوامل جمعیت شناختی مختلف یافت نشد. یافته‌های این بررسی همچنین با استفاده از نقطه برش ۲۳ آزمون نشان داد ۲۷/۱ درصد از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی می‌باشند که هیچگونه ارتباط معنی داری از نظر آماری بین عوامل جمعیت شناختی یاد شده و میزان موارد مشکوک به اختلال روانی وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی - دانشجویان - GHQ - گناباد

^۱ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد.

^۲ - متخصص اطفال، استاد یار پژوهشی دانشکده علوم پزشکی گناباد.

^۳ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد.

مقدمه :

امروزه مشکلات روانی با توجه به ملاکهای اولویت بندی بیماریها از جمله بار بیماری، فراوانی، شدت، مرگ زودرس و ناتوانی از اولویت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعات متعدد فراوانی این مشکلات را از ۱۱/۵ درصد تا ۲۴ درصد تعیین کرده است. از نظر شدت، بسیاری از مشکلات روانی چنانچه به موقع تشخیص داده نشده و مورد درمان واقع نگردد. شدت گرفته و لطامت جبران ناپذیری را بهمراه خواهد داشت، از نظر مرگ زودرس فقط در سال ۲۰۰۰ حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند همچنین از نظر میزان ناتوانی، ۱۲/۸ درصد ناتوانی‌ها و معلولیتها مربوط به این مشکلات می‌باشند (به نقل از شاه محمدی ۱۳۷۹).

مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع این اختلالات از ۱۱ تا ۱۹ درصد در نوسان بوده است (باش ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۷؛ داویدیان، ۱۳۵۰؛ جلیلی، ۱۳۶۰؛ باقری، ۱۳۷۲؛ بهادر خان، ۱۳۷۲؛ بوالهروی، ۱۳۷۶؛ مخبر، ۱۳۷۸؛ به نقل از طاهری و بینش ۱۳۷۷). مطالعه‌ای که در شهرستان گناباد انجام گرفته نشان می‌دهد که شیوع این اختلالات در این منطقه ۱۶/۶ درصد بوده است. (بهادر خان، ۱۳۷۲)

نتایج مطالعات انجام شده در مورد شیوع این اختلالات در دانشجویان نشان می‌دهد که شیوع این اختلالات در بین دانشجویان نیز اندک نمی‌باشد. بطوریکه در بررسی‌ای که در دانشجویان دانشکده پزشکی مشهد انجام گرفته نشان می‌دهد که ۲۳ درصد از افراد مورد مطالعه به نوعی دچار اختلال روانی بوده‌اند. همچنین در پژوهشی که توسط توکلی زاده، (۱۳۷۹) با آزمون *SCL-90-R* انجام گرفت مشخص گردید که ۴۱ درصد از دانشجویان (۵۲ درصد مرد و ۳۸ درصد زن) مشکوک به بیماری روانی می‌باشند.

پیامدهای عوارض این اختلالات نیز به حدی است که چنانچه مداخله مبتنی صورت نگیرد افراد مبتلا را با آسیبهای غیر قابل جبرانی مواجه خواهد کرد، به ویژه این مشکلات در جمعیت دانشجویان که نیروی‌های کارآمد، فعال و جوان هر کشور می‌باشند، می‌تواند موجب عواقب اذت تحصیلی و از بین رفتن نیروی انسانی علمی و اقتصادی قشر جوان و فعال جامعه گردد. لذا توجه به این مشکلات و ارائه خدمات بهداشت روانی به آنها از وقوع این مشکلات جلوگیری به عمل خواهد آورد. با وجود این مشکلات در بین دانشجویان معمولاً افرادی که دارای این مشکلات می‌باشند کمتر برای دریافت خدمات به متخصصین و مراکز مربوطه مراجعه می‌کنند لذا در برخورد با این مشکلات مطالعاتی از این قبیل به عنوان یکی از راهبردهای تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان و آشنایی با عوامل جمعیت شناختی درگیر در آن، نقش بسیار با اهمیتی در برنامه ریزی‌های دقیق ارائه

خدمات مشاوره‌ای و بهداشت روانی دارد. (به نقل از توکلی زاده ۱۳۷۹).

البته این گونه مطالعات به لحاظ مشکلات متعدد نظیر مشکلات مالی و منابع تخصصی محدود نیازمند راهبردهای مختلفی است که در این زمینه پرسشنامه‌ها از جمله ابزارهایی هستند که در این راستا تا کنون پرسشنامه‌های متعددی در این زمینه بکار رفته که از جمله می‌توان آزمون *SCL-90-R* و فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی *GHQ* (فرم‌های ۳۰، ۶۰، ۱۲۰، ۲۸، سوآلی) را نام برد که در این پژوهش از آزمون *GHQ-28* با نقطه برش تعیین شده در مطالعات قبلی استفاده شده است.

مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات مختلفی در جهان در مورد بررسی وضعیت سلامت روانی با استفاده از آزمون *GHQ* و سایر آزمونها و فرم‌های مصاحبه بالینی گوناگون صورت گرفته است. لیتون، ۱۹۵۲؛ ورجیس و همکاران، ۱۹۷۲؛ هوپر و همکاران، ۱۹۷۹؛ مدیاسون و همکاران، ۱۹۸۳؛ وگنر و همکاران، ۱۹۸۵؛ لیس - پوکا و همکاران، ۱۹۸۹؛ لسی وای - پارکر و همکاران و هولسی فیلد و همکاران، ۱۹۹۰؛ آراناس - هارت و همکاران، ۱۹۹۱؛ آیکنز، ۱۹۹۸؛ اورسانو و همکاران، ۱۹۹۹ به نقل از توکلی زاده، ۱۳۷۹).

در ایران نیز پژوهش‌های متعددی در این مورد در جمعیت عمومی با استفاده از آزمونهای گوناگون صورت گرفته است که از جمله می‌توان به مطالعات باش ۱۳۴۱، ۱۳۴۳، ۱۳۴۷؛ داویدیان، ۱۳۵۰، ۱۳۷۰؛ شاه‌محمدی ۱۳۶۹؛ باقری، ۱۳۷۲؛ بهادر خان، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ کوکبه، ۱۳۷۳؛ پالانگ، ۱۳۷۴؛ یعقوبی، ۱۳۷۴ به نقل از توکلی زاده ۱۳۷۵) در این زمینه اشاره نمود.

مطالعاتی نیز در جمعیت‌های دانشجویی در این رابطه انجام گرفته که در اینجا به مواردی اشاره می‌کنیم.

لوید و کاترل (۱۹۸۴) در مطالعه‌ای تحت عنوان علائم روانپزشکی در دانشجویان پزشکی نشان داد که شیوع علائم روانپزشکی در دانشجویان پزشکی نسبت به جمعیت عادی بیشتر بوده و رقمی را بین ۲ تا ۲۰ درصد برآورد نمودند.

لوید و موزر (۱۹۸۹) نیز در پژوهشی که در بخش روانپزشکی دانشگاه تکزاس بر روی دانشجویان دندانپزشکی با استفاده از چک لیست علائم مرضی‌هاپکینز انجام دادند، نشان دادند که دانشجویان دندانپزشکی بیشتر از جمعیت عمومی از اختلالات روانی رنج می‌برند. در این گروه پژوهشی علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار و حساسیت در روابط متقابل نسبت به جمعیت عادی بترتیب با افزایش خفیف، متوسط و قابل ملاحظه روپرو بوده و زنان نسبت به

ظاهری و بینش (۱۳۷۷) در بررسی هنجاریابی آزمون (SCL-90-R) در دانشجویان دانشکده پزشکی مشهد که بر روی ۱۱۶ دانشجو با استفاده از این آزمون و مصاحبه بالینی روانپزشکی انجام دادند خط برش جدیدی ($Tscore=66$) برای این آزمون انتخاب کردند. نتایج مصاحبه بالینی نشان داد که مجموعاً حدود ۲۳ درصد از افراد مورد مطالعه دچار اختلال روانی می‌باشند که میزان شیوع اختلالات اضطرابی با ۱۹ درصد و اختلالات خلقی با شیوع ۸/۶ درصد بالاترین میزان را دارا بود. در این مطالعه شیوع اختلالهای روانی در زنان بیشتر از مردان بود. (۲۷ درصد در مقابل ۱۸ درصد) و نتایج آزمون غربالگری ۴۶ درصد از افراد را به عنوان مورد مثبت شناسایی کرد که بیشترین شیوع مربوط به ابعاد شکایات جسمانی و پارانوئید بود. در این بررسی، تفاوت معنی داری از نظر آماری بین وجود اختلالهای روانی و جنس، سن و وضعیت تأهل مشاهده نشد.

توکلی زاده (۱۳۷۹) در بررسی شیوع علائم روانپزشکی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد که بر روی ۲۹۳ دانشجو با استفاده از آزمون SCL-90-R انجام داد. نشان داد دانشجویان در مقیاس‌های افکار پارانوئیدی، اضطراب، حساسیت بین فردی و افسردگی در مقایسه با سایر مقیاسهای آزمون نمره بیشتری کسب نمودند. همچنین بر اساس نتایج این آزمون و با استفاده از نقطه برش ۶۶ میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در نمونه ۴۱ درصد (۵۲ درصد در مردان و ۳۸ درصد در زنان) تعیین گردید که بین میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی و متغیرهای جمعیت شناختی جنس وضعیت تاهل و ترم تحصیلی ارتباط معنی داری وجود داشت.

هدف کلی این پژوهش تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹ دانشکده علوم پزشکی گناباد بر اساس آزمون GH-Q-28 بود که بررسی اهداف اختصاصی زیر نیز مورد توجه قرار گرفته است.

- ۱- تعیین فراوانی و درصد علائم روان شناختی (محدود به عبارات پرسشنامه GHQ)
- ۲- تعیین میزان شکایات جسمانی اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی دانشجویان و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی؛ جنس، سن، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی
- ۳- تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی یاد شده.
- ۴- تعیین شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در دانشجویان بر اساس آزمون GHQ و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی یاد شده.

مردان علائم بیشتری را از خود نشان دادند بیشترین تفاوت در خصوص اضطراب و افسردگی گزارش گردیده است.

مطالعات مختلفی نیز در ایران در مورد وضعیت سلامت روانی و اختلالات روانی دانشجویان انجام گرفته است که اکثر آنها بر روی افسردگی دانشجویان بعنوان شایعترین اختلالات روانی صورت پذیرفته است. که از جمله میتوان به پژوهشهای پرتو ۱۳۵۷؛ اسدی، ۱۳۶۸؛ فرخنده، ۱۳۶۴؛ هیبت الهی، ۱۳۶۸؛ سلیمانپور، ۱۳۶۹؛ بحرینیان و مهاجر، ۱۳۶۹؛ فلاحی، ۱۳۷۰؛ اسلامی نسب، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲ به نقل از توکلی زاده و محمدپور، (۱۳۷۹) اشاره نمود که در این پژوهشها مشخص گردید میزان افسردگی از ۱/۶ درصد تا ۲۲ درصد در نوسان بوده است.

کافی، بوالهروی، و پیروی (۱۳۷۳) در بررسی خود نشان دادند که در بدو شروع تحصیل از نقطه نظر سلامت روانی بین دانشجویان تهرانی و شهرستانی، دانشجویان دختر و پسر دانشکده‌ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این بررسی میانگین نمره دانشجویان شهرستانی در تمام ابعاد آزمون به استثناء پرخاشگری بیش از دانشجویان تهرانی بود. نمره کل آزمون دانشجویان پسر بالاتر از دانشجویان دختر بود. اما تفاوت معنی داری بین آنها مشاهده نگردید.

باقری و همکاران (۱۳۷۴) در مطالعه‌ای دیگری که با استفاده از آزمون GHQ ۱۲ بر روی ۲۳۲۱ دانشجو انجام دادند، نشان دادند که ۳۰ درصد پذیرفته شدگان از احساس غمگینی و افسردگی و ۲۶/۸ درصد از تحت استرس بودن رنج می‌برده‌اند. این پژوهش همچنین نشان داد که از نظر سلامت روانی در آغاز تحصیل بین دانشجویان دختر و پسر، مجرد و متأهل و گروههای سنی مختلف تفاوت معنی داری وجود ندارد، بر اساس نتایج آزمون مذکور ۱۶/۵ درصد پذیرفته شدگان مشکوک به اختلال روانی بودند. (باقری و همکاران ۱۳۷۴).

عکاشه (۱۳۷۵) نیز در پژوهشی ۲۵۳ دانشجو را با پرسشنامه ۲۸ GHQ مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که ۲۸/۴ درصد از کل دانشجویان دچار اختلال روانی بوده و میزان اختلال نیز در مردان بیش از زنان (۳۱/۳ درصد در برابر ۲۰/۶ درصد) و در افراد مجرد بیش از افراد متأهل (۲۹/۵ درصد در برابر ۱۲/۴ درصد) برآورد گردید.

انصاری و غنی (۱۳۷۶) در پژوهشی بر روی ۸۴۲ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی، میزان شیوع اختلالات روانی را با استفاده از آزمون SCL-90-R ۴۶/۶ درصد تعیین نمود. البته میزان بدست آمده از این پژوهش بسیار دور از انتظار می‌نمود که این خود باعث انجام پژوهش دیگری در مورد هنجاریابی این آزمون گردید که متعاقباً به آن اشاره می‌شود.

روش پژوهش:

این مطالعه از نوع بررسی‌های زمینه‌یابی است که به شکل مقطعی و توصیفی - تحلیلی صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان ورودی سال ۸۰-۱۳۷۹ (نیمسال اول و دوم تحصیلی) تشکیل می‌دهند که تمامی آنها به تعداد ۱۴۰ نفر (۷۱ مرد و ۶۹ زن) هنگام ثبت نام و یا در اردوی توجیهی با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

این آزمون شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است که تاثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است (هندرسون، ۱۹۹۰ به نقل از توکلی زاده، ۱۳۸۱). این پرسشنامه به صورت فرمهای ۲۸، ۳۰، ۶۰ و ۱۲ سؤالی می‌باشد. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) در اقدامی بمنظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی ساخته شده و شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. دو روش نمره گذاری برای *GHO* متداول است یکی روش نمره گذاری *GHO* که در این روش گزینه‌های آزمون که برای تمامی سؤالات در چهار حالت ارائه گردیده است بصورت (۰-۱-۱۰-۱۰۰) نمره گذاری می‌شوند. در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۱۲ متغیر خواهد بود و دیگری شیوه نمره گذاری لیکرت که بر اساس این شیوه نمره‌گذاری هر یک از سؤالات ۴ درجه‌ای آزمون بصورت (۰-۱-۲-۳) بوده و در نتیجه نمره کل فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود.

مطالعات اعتباریابی بر روی این پرسشنامه حاکی از اعتبار و پایایی بالای آن می‌باشد. نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلامز، ماری و گلدبرگ (۱۹۸۸) انجام شد. به میانگین حساسیت ۸۴ درصد و متوسط ویژگی ۸۲ درصد دست یافت (به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). مطالعاتی نیز در ایران انجام گرفته است که از جمله می‌توان به مطالعات یعقوبی (۱۳۷۴) و پالاهنگ (۱۳۷۴) اشاره نمود. در بررسی یعقوبی مشخص گردید که حساسیت این پرسشنامه در بهترین نقطه برش ۲۳ برابر با ۸۶/۵ درصد، ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد و پایایی آن ۸۸ درصد بدست آمد. که در بررسی حاضر نیز از این نقطه برش استفاده شده است.

یافته‌ها:

بر پایه داده‌های جدول ۱، میانگین نمرات دانشجویان به ترتیب در مقیاسهای ناسازگاری اجتماعی و اضطراب (۶/۶ و ۴/۴) بیشتر از دو مقیاس نشانه‌های جسمانی و افسردگی می‌باشد که این موضوع می‌تواند حاکی از مشکلات بیشتر آنان در این موارد باشد. داده‌های جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهد که به طور کلی ۳/۱ درصد از دانشجویان صرف کردن وقت بیشتر جهت انجام کارها، (سؤال ۱۶)، ۲۱ درصد بی‌خوابی به دلیل نگرانی، (سؤال ۸)، و ۱۷/۵ درصد عصبی بودن و دلشوره داشتن، (سؤال ۱۴) را در خود زیاد و خیلی زیاد گزارش کرده‌اند همچنین ۲۱/۷ درصد از افراد نمونه ناتوانی در مشغول نگه داشتن خود، (سؤال ۱۵)، ۲۱ درصد عدم احساس خوبی و سلامتی، (سؤال ۱) و لذت نبردن از فعالیتهای روزمره، (سؤال ۲۱) را در خود یادآور شده‌اند.

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که از نظر آماری با مقایسه میانگین‌ها با آزمون *T* در گروه‌های مستقل بین عوامل جمعیت شناختی مختلف و میانگین نمرات افراد در مقیاسهای جسمانی اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی هیچ گونه تفاوت معنی داری وجود ندارد. تنها در مقیاس اضطراب آزمون بین مقطع تحصیلی و میانگین نمرات دانشجویان در این مقیاس تفاوت معنی داری وجود داشته است.

در این پژوهش با استفاده از نقطه برش ۲۳ آزمون، این موارد مشکوک به اختلال روانی ۲۷/۱ درصد، ۳۱/۹ درصد در مردان و ۲۲/۵ درصد در زنان تعیین گردید که از نظر آماری با انجام آزمون *chi* دو بین میزان موارد مشکوک به اختلال روانی و عوامل جمعیت شناختی جنسیت، گروه سنی، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی هیچ گونه تفاوت معنی داری وجود نداشت.

همچنین از نظر آماری بین نمره کلی افراد در آزمون *GH-Q-28* و عوامل جمعیت شناختی مختلف نیز هیچ گونه تفاوت معنی داری وجود نداشته است. در واقع می‌توان گفت هیچ گونه تفاوت معنی داری بین افراد از نظر وضعیت سلامت روانی و عوامل جمعیت شناختی مورد نظر موجود نبوده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار دانشجوین در مقیاسهای مختلف آزمون *GHQ*

مقیاس آزمون	میانگین	انحراف معیار
جسمانی	۳/۷۴	۳/۱۸
اضطراب	۴/۳۹	۴/۱۸
ناسازگاری اجتماعی	۶/۶۴	۳/۵۰
افسردگی	۲/۵۴	۴/۲۵
کل آزمون	۱۷/۳۱	۱۱/۹۳

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد پاسخ افراد نمونه به پرسشنامه GHQ

علائم	خیر		کمی		زیاد		خیلی زیاد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
احساس نیاز به داروهای تریبی	۱۰۸	۷۵/۵	۲۶	۱۸/۲	۷	۴/۹	۲	۱/۴
احساس ضعف و سستی	۷۷	۵۳/۶	۵۰	۳۵	۱۳	۹/۸	۲	۱/۴
احساس بیمار بودن	۱۰۷	۷۴/۸	۲۷	۱۸/۹	۷	۴/۹	۲	۱/۴
سردرد	۶۱	۴۲/۷	۶۸	۴۷/۶	۱۰	۷	۴	۲/۸
احساس فشار در سر	۱۱۴	۷۹/۷	۲۳	۱۶/۱	۵	۳/۵	۱	۰/۷
احساس دلگی یا سردی در بدن	۸۵	۵۹/۴	۳۲	۲۱/۳	۱۳	۹/۱	۳	۲/۱
بی خوابی به دلیل نگرانی	۶۳	۴۴/۱	۵۰	۳۵	۱۷	۱۱/۹	۱۳	۹/۱
اشکال در تداوم خواب شب	۷۳	۵۱/۷	۴۹	۳۴/۳	۱۱	۷/۷	۹	۶/۳
دائماً تحت استرس و فشار بودن	۷۹	۵۵/۲	۴۵	۳۱/۵	۱۱	۷/۷	۸	۵/۶
عصبانیت و بدخلی	۷۳	۵۱	۴۶	۳۲/۲	۱۷	۱۱/۹	۷	۴/۹
هراس و وحشت زدگی بدون دلیل	۱۰۷	۷۴/۸	۲۹	۲۰/۳	۵	۳/۵	۲	۱/۴
احساس عدم توانایی در انجام کارها	۹۳	۶۵	۳۷	۲۵/۹	۱۱	۷/۷	۲	۱/۴
عصبی بودن و دلشور داشتن	۷۰	۴۹	۴۸	۳۳	۱۷	۱۱/۹	۸	۵/۶
صرف کردن وقت بیشتر جهت انجام کارها	۴۴	۳۰/۸	۵۶	۳۹/۲	۳۷	۲۵/۹	۶	۴/۲
احساس بی ارزشی نمودن	۱۰۸	۷۵/۵	۲۳	۱۶/۱	۵	۳/۵	۷	۴/۹
احساس ناامیدی در زندگی	۱۰۰	۶۹/۹	۲۶	۱۸/۲	۱۱	۷/۷	۶	۴/۲
احساس ارزش نداشتن زندگی	۱۰۵	۷۳/۴	۲۱	۱۴/۷	۸	۵/۶	۹	۶/۳
فکر اقدام به خودکشی	۱۴۹	۹۰/۲	۵	۳/۵	۲	۱/۴	۷	۴/۹
احساس ناتوانی در کارها بدلیل عصبی	۸۶	۶۰/۱	۳۷	۲۵/۹	۱۵	۱۰/۵	۴	۲/۸
آرزوی مرگ و خلاص شدن از شر زندگی	۱۱۰	۷۶/۵	۲۲	۱۵/۴	۵	۳/۵	۶	۴/۲
فکر خامه دادن به زندگی	۱۲۸	۸۹/۵	۷	۴/۹	۴	۲/۸	۳	۲/۸

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد پاسخ افراد نمونه به پرسشنامه GHQ

علائم	بیشتر از همیشه		مثل همیشه		کمتر از همیشه		خیلی کمتر از همیشه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
احساس خوبی و سلامتی	۲۷	۱۸/۹	۸۶	۶۰/۱	۴۷	۳۲/۹	۳	۲/۱
توانایی مشغول و سرگرم نگه داشتن خود	۴۰	۲۸	۷۲	۵۰/۳	۴۹	۳۰/۳	۲	۱/۴
احساس خوب انجام دادن کارها	۳۹	۲۷/۳	۷۶	۵۳/۱	۴۵	۳۱/۵	۳	۲/۱
احساس رضایت از نحوه انجام کارها	۴۰	۲۸	۷۴	۵۱/۷	۲۱	۱۴/۷	۸	۵/۶
توانایی نقش داشتن در انجام کارها	۴۵	۳۱/۵	۷۸	۵۴/۵	۱۷	۱۱/۹	۳	۲/۱
داشتن توانایی تصمیم گیری در امور	۴۵	۳۱/۵	۷۹	۵۵/۲	۱۱	۷/۷	۸	۵/۶
توانایی لذت بردن از فعالیتهای روزمره	۴۷	۳۲/۹	۶۶	۴۶/۲	۲۲	۱۵/۴	۸	۵/۶

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات دانشجویان در مقیاسهای چهار گانه آزمون GH-Q-28 بر حسب عوامل جمعیت شناختی

عوامل جمعیت شناختی	مقیاس											
	جسندی			اضطراب			ناسازگاری اجتماعی			السرورگی		
	P	SD	M	P	SD	M	P	SD	M	P	SD	M
جنسیت	مرد	۴/۳۴	۲/۶۰	۰/۱۱۶	۳/۸۸	۲/۶۱	۰/۱۷۳	۶/۹۴	۳/۹۷	-۰/۳۱۱	۳/۱۰	۴/۱۸۰
	زن	۴/۱۷	۲/۶۵	۲/۹۱	۲/۶۸	۶/۳۳	۲/۹۸	۰/۳۱۱	۲/۹۸	۲/۱۰	۴/۱۸۰	
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۸	۳/۲	۰/۲۳۷	۳/۴۷	۲/۲۵	۰/۲۳۵	۶/۷۰	۳/۵۳	-۰/۲۲۲	۲/۵۵	۴/۳۰
	متاهل	۳/۴	۲/۵	۲/۸۵	۲/۸۵	۶/۲۷	۲/۸۶	۵/۷۸	۲/۶۹	۲/۱۴	۲/۱۸	
پ گروه سنی	۱۸-۲۰	۲/۸۰	۲/۲۲	۰/۲۷۷	۴/۷	۳/۹۶	۰/۱۲۶	۶/۲۴	۳/۶۱	-۰/۳۸۳	۲/۶۸	۴/۱۶
	۲۱-۲۳	۳/۵۳	۲/۵	۲/۸۵	۴/۸۲	۶/۲۷	۲/۸۶	۵/۷۸	۲/۱۲	۲/۱۴	۲/۱۸	
سطح تحصیلی	گاردانی	۳/۷	۳/۲	۰/۲۶۹	۴/۹۲	۶/۳۷	۰/۰۰۳	۶/۵۷	۴/۳	-۰/۲۶۱	۲/۷۱	۴/۵۶
	کارشناسی	۳/۶	۲/۱	۲/۹۷	۴/۹۲	۶/۲۷	۰/۰۰۳	۶/۵۷	۴/۲	-۰/۲۶۱	۲/۷۱	۴/۵۶
کل آزمودنیها	۳/۷۴	۲/۷	۴/۲	۴/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲	۶/۲

بحث و نتیجه گیری:

داده‌های بدست آمده از سؤالات پرسشنامه بیانگر این است که درصد پاسخ مثبت به سؤالات صرف کردن وقت بیشتر جهت انجام کارها، ناتوانی در مشغول نگه داشتن خود، بی خوابی به دلیل نگرانی، عدم احساس خوبی و سلامتی، لذت نبردن از فعالیت‌های روزمره، عصبی بودن و دلشوره داشتن، بیش از سایر سؤالات بوده است میانگین نمرات دانشجویان در مقیاس‌های چهارگانه آزمون نشان داد میانگین نمرات دانشجویان به ترتیب در مقیاس‌های ناسازگاری اجتماعی و اضطراب (۶/۶ و ۴/۴) بیش از دو مقیاس نشانه‌های جسمانی و افسردگی (۳/۷ و ۲/۵) بوده است که بیانگر میزان اختلال بیشتر در عملکرد اجتماعی و اضطراب می‌باشد. که این نتایج با مطالعه طاهری و بینش (۱۳۷۷)، و توکلی زاده (۱۳۷۹) مطابقت دارد البته بالا بودن میزان اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی را می‌توان تا حدی مربوط به شرایط وضعیت ورود به دانشگاه و به تبع مشکلات مربوط به آن دانست. در مطالعات توکلی زاده (۱۳۷۹) و توکلی زاده و محمدپور (۱۳۷۹) میزان افسردگی نسبتاً بالا بوده که در این مطالعه میزان آن نسبت به اضطراب نشانه‌های بدنی و اختلال در عملکرد اجتماعی پایین‌تر بوده است. این نتایج احتمالاً بیانگر این است که مشکلات روانی عمده دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه مشکلات اضطرابی است اما با شروع تحصیلی و گذشت زمان عواملی از جمله افت انگیزه، مشکلات محیطی و انطباقی و عوامل دیگر زمینه بروز و تشدید افسردگی در آنها را فراهم می‌سازد.

بررسی ارتباط عوامل جمعیت شناختی جنسیت، وضعیت تاهل، گروه سنی، و مقطع تحصیلی با مقیاس‌های چهار گانه آزمون نشان داد. هیچ تفاوت معنی داری بین این عوامل و مقیاس‌های جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی وجود ندارد. تنها در مقیاس اضطراب آزمون تفاوت معنی داری بین مقطع تحصیلی دانشجویان و اضطراب مشاهده شد. بدین گونه که اضطراب در مقطع کاردانی نسبت به مقطع کارشناسی (۴/۹۴ در برابر ۲/۹۷) بیشتر بوده است. احتمالاً پدیده اضطراب در این افراد ممکن است در عملکرد کنکور آنها هم اثر گذاشته و سبب شده تا در مقاطع تحصیلی پایین‌تری پذیرفته شوند. هر چند این فرض را بایستی با توجه به عدم تنوع رشته‌های تحصیلی مقطع کارشناسی (تنها رشته پرستاری) و تنوع رشته‌های تحصیلی مقطع کاردانی در این دانشکده با احتیاط نگریست همچنین بررسی مقایسه میانگین نمرات کلی دانشجویان در آزمون GHQ بر حسب عوامل جمعیت شناختی مختلف مشخص گردید دانشجویان زن نسبت به مرد، متاهل نسبت به مجرد، گروه سنی ۲۰-۱۸ سال نسبت به گروه سنی ۲۳-۲۱ سال و مقطع تحصیلی کارشناسی در مقایسه با کاردانی از

نظر سلامت روانی و وضعیت بهتری دارند هر چند تفاوتها در این زمینه از نظر آماری تنها بین زنان و مردان معنی دار بوده است. نتایج این بررسی با استفاده از نقطه برش ۲۳ آزمون نشان داد ۳۸ نفر از دانشجویان (۲۷/۱ درصد) مشکوک به اختلال روانی می‌باشند که این میزان با مطالعات عکاشه (۱۳۷۵)، طاهری بینش (۱۳۷۷) و توکلی زاده (۱۳۸۱) که در آن میزان شیوع اختلال روانی ۲۸ درصد برآورد گردید. همخوانی دارد اما در مقایسه با برآورد شیوع بدست آمده از مطالعات انصاری (۱۳۷۴) و توکلی زاده (۱۳۷۹) پایین‌تر است. این تفاوت برآورد را می‌توان متأثر از تفاوت در جمعیت نمونه، ابزارها و روشهای مورد استفاده و دامنه سنی این پژوهش دانست به طوری که می‌بینیم پژوهش‌های یاد شده در جریان تحصیل و با استفاده از آزمون SCL90-R انجام گرفته در حالی که این بررسی بر روی دانشجویان ورودی و با ابزار GHQ انجام گرفته است. احتمال دارد استرس‌های محیطی، دور بودن از محیط خانواده، مشکلات تحصیلی و انطباقی در جریان تحصیل مواردی باشند که بر وضعیت سلامت روانی دانشجو تاثیر می‌گذارند.

در تحلیل میزان موارد مشکوک به اختلال روانی بر حسب عوامل جمعیت شناختی باید گفت نتایج پژوهش حاضر هیچ گونه ارتباط معنی داری بین میزان موارد مشکوک به اختلال روانی و عامل جنسیت نشان نداد هر چند میزان موارد مشکوک به اختلال روانی در مردان بیش از زنان است (۳۱/۹ درصد در برابر ۲۲/۵ درصد) اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود که این یافته با نتایج مطالعات لوید و موزر (۱۹۸۹)، کافی، بوالهروی و پیروی (۱۳۷۳) باقری و همکاران (۱۳۷۲) عکاشه (۱۳۷۵) که در آن میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در زنان بیشتر از مردان بوده است مغایرت دارد. در مطالعه توکلی زاده (۱۳۷۹) نیز میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در مردان بیشتر از زنان گزارش گردیده بود هر چند این افزایش میزان شیوع مردان نسبت به زنان در این مطالعه همانطور که اشاره شده از لحاظ آماری معنی دار نبوده است. احتمالاً این تغییر رویه در مورد تاثیر عامل جنسیت بر بیماری، را شاید بتوان به تاثیرات جدی‌تر عوامل محیطی و موقعیتی از جمله عوامل استرس‌زا بر شیوع بیماری روانی در مقایسه با عوامل بیولوژیکی مثل جنسیت نسبت داد. از نظر دامنه سنی نیز تفاوت معنی‌داری بین میزان شیوع موارد مشکوک و سن افراد نمونه یافت نشد که البته این موضوع را می‌توان تا حدی به محدودیت دامنه سنی افراد نمونه (۱۸-۲۳) به لحاظ نوع نمونه (دانشجویان) مربوط دانست. در مورد وضعیت تاهل نیز هیچ رابطه معنی داری بین این عامل و میزان موارد مشکوک به اختلال روانی مشاهده نشد که این یافته با مطالعات ورجیس.

محدودیتها و پیشنهادات

از آنجا که بخشی از نتایج این پژوهش با استفاده از آزمون GHQ-28 بعنوان ابزار غربالگری مربوط به شناسایی اختلالات روانی در نمونه دانشجویی بوده و با توجه به عدم ارزیابی اعتبار و روایی این آزمون روی جمعیت‌های دانشجویی لذا این بخش از نتایج را بایستی با احتیاط نگریست. پیشنهاد می‌شود برای رفع چنین مشکلی در پژوهش‌های آینده در صورت وجود امکانات چنین مطالعاتی بصورت دو مرحله‌ای با استفاده از آزمون غربالگری (از قبیل GHQ و SCL-90-R) و مصاحبه روانپزشکی توسط متخصص بعمل آمده تا بتوان بررسی‌های لازم را در مورد اعتباریابی آزمون انجام داد و از نتایج آن در پژوهش‌های دیگر نیز سود جست.

باقری و همکاران (۱۳۷۴) طاهری و بینش (۱۳۷۷) همخوانی دارد البته باید یادآور شد که حجم نمونه در افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد (۷ در برابر ۱۳۳) بسیار اندک بوده تا بتوان میزان دقیقی را در این زمینه برآورد نمود لذا این موضوع را باید با احتیاط نگریست. یافته‌های این بررسی همچنین هیچ گونه رابطه‌ای را بین مقطع تحصیلی و میزان موارد مشکوک به اختلال روانی به اثبات نرساند که این موضوع را می‌توان تا حدی به عدم تنوع مقاطع تحصیلی و محدود بودن آن فقط به مقاطع تحصیلی کارشناسی و کاردانی و همگونی رشته‌های تحصیلی (رشته‌های پیراپزشکی) در ارتباط قرار داد که احتمالاً به نوبه خود می‌تواند با همسانی نسبی دانشجویان از نظر سلامت روانی مرتبط باشد.

The Survey of mental health status in Gonabad medical sciences college students in 2001-2002.

Abstract:

In this research that was done to survey the mental health of Gonabad medical sciences college students, all the students in the year 2001-2002 totally 140 students (71 males and 69 females) were evaluated by the use of GHQ-28. test were used for analyzing. The results showed that the most positive answers were given to questionnaire. T test and more to the questions related to "more time spending to do work", "disability in self-recreation," "insomnia for having anxiety", "misfeeling of health", nonenjoying of the daily activities" and "being nervous and anxious.

The average of the four tests scores on demographic factors of, sex, marital status, age, education degree showed the average score of social dysfunction (6.6), anxiety (4.4) was more than those of somatization (3.7) and depression (2.5) (and there was not any meaningful relationship between them except the anxiety scale and education degree of the students and the results did not show any relationship between mental health of the students and demographic factors.

The findings showed that 27.1% of them were suspected to mental health that there was no any relationship between doubtful cases and demographic factors.

Key Words: mental health, students, GHQ - Gonabad

- ۱ - انصاری، علی اکبر؛ غنی، مهدی، (۱۳۷۶). بررسی شیوع اختلالات روانی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی مشهد، پایان نامه دکترای پزشکی عمومی دانشکده علوم پزشکی.
- ۲ - باقری، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۳-۱۳۷۴. تهران: اندیشه و رفتار، سال اول، شماره (۴)، ۳۱-۳۰.
- ۳ - بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستائی گناباد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران (ایران) . دانشگاه علوم پزشکی.
- ۴ - پلاهنگ، حسن و دیگران . (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در شهرکاشان، تهران: اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.
- ۵ - توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۸۱). بررسی رویدادهای استرس زا و همراهی آن به اختلالات روانی در جوانان شهرستان گناباد، مقاله پژوهشی، گناباد: دانشکده علوم پزشکی .
- ۶ - توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۸۰). شیوع علائم روانپزشکی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد، تهران: طب و تزکیه، شماره (۴۳).
- ۷ - توکلی زاده، جهانشیر؛ محمد پور، علی (۱۳۷۹). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد، گناباد: مجله دانشکده علوم پزشکی، سال ششم، شماره (۲).
- ۸ - توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایزایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهرستان گناباد. تهران: اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره (۱ و ۲): ۴۰-۵۱.
- ۹ - ظاهری، حسین؛ بینش، احسان (۱۳۷۷). هنجاریابی آزمون روانشناسی *SCL-90-R* در دانشجویان دانشکده پزشکی مشهد. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی. مشهد: دانشکده علوم پزشکی .
- ۱۰ - عکاشه، گودرز (۱۳۷۵). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵، تهران: اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره (۴): ۱۶-۱۱.
- ۱۱ - کافی، سید موسی؛ بوالهروی، جعفر؛ پیر وی، حمید (۱۳۷۳). بررسی وضعیت تحصیلی و سلامت روانی گروهی از دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۲-۷۳ تهران: واحد پژوهش دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- ۱۲ - یعقوبی، نورالله؛ نصر، مهدی؛ شاهمحمدی، داوود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا، تهران: اندیشه و رفتار، سال اول، شماره (۴): ۶۵-۵۵.
- 13-Goldberg, D.P, and Hillier, V. (1979). *A scaled Version of general health questionnaire. psychological Medicine.* 9, 131-145.
- 14-Henderson, A.S. (1990). *An introduction to social psychiatry.* Oxford: Oxford University press.
- 15-Lloyd, C, and Gartrell, N.K (1994). *psychiatric symptoms in medical students. Comparison psychiatry,* 25, 552-556.
- 16-Lloyd, G; Musser, LA (1989). *psychiartric symptoms in dental students. J.nerv-Ment.Dis,* 177(2): 61-69.