

# بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 دانشگاه علوم پزشکی گناباد

جهانشیر توکلی زاده<sup>1</sup> - زهره خدادادی<sup>2</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** آشنایی با وضعیت سلامت روانی دانشجویان در شروع تحصیل نقش عمده ای در تأمین سلامت روانی و نیز پیشرفت تحصیلی آنان دارد. از این رو این مطالعه با هدف کلی تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 دانشگاه علوم پزشکی گناباد انجام گرفته است.

**روش تحقیق:** این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که طی آن تمامی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 به تعداد 136 نفر با GHQ-28 و پرسشنامه اطلاعات فردی بررسی شده اند. برای تعیین موارد مشکوک از نقطه برش 23 و برای هر یک از حیطه ها نیز از نقطه برش 6 استفاده شد. داده ها در نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون های تی، آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای در سطح معنی داری 0/05 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** یافته های این بررسی نشان داد 31/6 درصد نمونه ها بالاتر از نقطه برش قرار داشته و مشکوک به اختلال سلامت روان بودند. همچنین میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در پسران و دختران به ترتیب 27 درصد و 33 درصد ( $p=0/599$ ) و در دانشجویان مجرد و متأهل به ترتیب 31 درصد و 33 درصد بوده است ( $p=0/909$ ). که هیچ کدام از این تفاوت ها از نظر آماری معنی دار نبود. مقایسه میانگین نمرات مقیاس های چهارگانه آزمون نشان داد میانگین نمرات اختلال عملکرد اجتماعی ( $9\pm3/65$ ) و شکایات جسمانی ( $4/95\pm3/13$ ) بیش از دو مقیاس اضطراب ( $4/15\pm3/55$ ) و افسردگی ( $2/07\pm2/89$ ) بوده و با استفاده از نقطه برش 6 در این مقیاس ها مشخص گردید دانشجویان از نظر ناسازگاری اجتماعی و شکایات جسمانی نسبت به اضطراب و افسردگی وضعیت نامساعدتری داشتند ولی تفاوت معنی داری بین این نمرات و عوامل جمعیت شناختی جنس ( $p=0/891$ )، وضعیت تأهل ( $p=0/220$ ) و رشته های تحصیلی ( $p=0/455$ ) وجود نداشته است.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، نشانه های مربوط به ناسازگاری اجتماعی در شروع تحصیل در دانشجویان شایع تر از نشانه های دیگر است. تأیید وجود اختلالات روانی در دانشجویان نیازمند بررسی بیشتر و انجام ارزیابی های دقیق روان شناختی است. ارایه خدمات مشاوره ای و روان شناختی مبتنی بر نتایج به دست آمده از ارزیابی توصیه می شود.

**کلید واژه ها:** اختلال سلامت روان؛ دانشجویان؛ سلامت روانی؛ GHQ-28

**افق دانش؛** فصلنامه ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ی 16؛ شماره ی 2؛ تابستان سال 1389)

پذیرش: 1389/5/21

اصلاح نهایی: 1389/4/9

دریافت: 1388/12/14

1- نویسنده ی مسؤول؛ دکتری روانشناسی، استادیار، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

آدرس: گناباد- دانشگاه علوم پزشکی گناباد- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

تلفن: 0533-7223028

نمبر: 0533-7224051

پست الکترونیکی: jahanshir\_t@yahoo.com.au

2- کارشناس روانشناسی بالینی، مرکز مشاوره و راهنمایی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

## مقدمه

روانی انجام گرفت تا با استفاده از نتایج آن بتوان ضمن ارایه خدمات بهداشت روانی همچون مشاوره، روان درمانی و درمان دارویی موجبات ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان را فراهم نمود و از عوارض پیامدهای افت تحصیلی و هدر رفتن نیروی انسانی و توان اقتصادی قشر جوان و فعال جامعه جلوگیری کرد (3).

یکی از راهبردهای غربالگری مشکلات روانی و نیز تعیین وضعیت سلامت روانی استفاده از پرسشنامه‌ها است که در این راستا تاکنون از پرسشنامه‌های مختلفی مانند SCL-90-R و فرم‌های مختلف GHQ (فرم‌های 12، 28، 30 و 60 (سؤالی) در پژوهش‌ها استفاده شده است. مطالعات انجام گرفته پیرامون وضعیت سلامت روانی دانشجویان کشور، ارقام شیوع متفاوتی بین 16/5 تا 46/6 درصد را گزارش کرده است. عکاشه در سال 1375 در مطالعه‌ای که روی 353 دانشجویان با GHQ-28 انجام داد شیوع اختلالات روانی را 28/4 درصد تعیین نمود. این میزان در مردان بیش از زنان (31/3 درصد در برابر 20/6 درصد) و در افراد مجرد بیش از افراد متأهل (29/5 درصد در برابر 12/4 درصد) بود (4). توکلی زاده در دو بررسی که بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال‌های 1379 و 1382 انجام داد میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال سلامت روان را به ترتیب 27/1 و 28 درصد برآورد نمود (5,6).

در برخی از مطالعات انجام گرفته مشخص شده است شیوع اختلالات روانی در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به جمعیت عادی بیشتر بوده است. از جمله لوید و کارتر در سال 1984 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 بین 2 تا 20 درصد را برآورد نمودند (7). لوید و موزر در سال 1989 نیز در بررسی خود مشخص کردند که دانشجویان دندانپزشکی بیشتر از جمعیت عمومی از اختلالات روانی رنج می‌برند. نتایج این مطالعه نشان داد علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار و حساسیت در روابط متقابل نسبت به جمعیت عادی به ترتیب

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی یعنی «حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری یا ناتوانی» (1) می‌توان گفت برای تأمین سلامتی حتماً باید به جزء روانی آن که از دیگر اجزای سلامتی جداشدنی نیست توجه نمود. سلامتی روانی نه تنها در برگیرنده نبود اختلال‌های روانی است بلکه شامل جنبه‌های ارتقاء و بهبود وضعیت سلامت روانی نیز می‌باشد.

اختلالات روانشناختی، مشکلات فراوانی برای دانشجویان که از اقبال مستعد و برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشور می‌باشند ایجاد کرده و بر عملکرد تحصیلی آنان به شدت اثر گذاشته و رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی آنان را مختل می‌کند. این اختلالات غالباً بین سنین 18 و 25 سال زمانی که جوانان وارد دوره بزرگسالی می‌شوند، بروز می‌کنند. در این مرحله زندگی، بسیاری از افراد دوره تحصیلی یا آموزشی خود را شروع کرده یا ادامه می‌دهند. دانشجویان مبتلا به اختلالات روان شناختی غالباً مشکلات شایع مرتبط با تحصیل از قبیل مشکلات تمرکز، حواس پرتی، رفتار نامتناسب، فقدان مهارت‌های اجتماعی، بی‌پناهی<sup>1</sup>، رفتار تکانش‌گری و اضطراب مفرط را تجربه می‌کنند. این مشکلات غالباً موانع و پیچیدگی‌هایی را بر سر راه مطالعه، تحصیل، سخنرانی و سمینار آنان قرار می‌دهد (2). علاوه بر این، مشکلات روانی در دانشجویان منجر به اختلال در انجام تکالیف درسی، کاهش انگیزه، اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می‌شود بخش قابل توجهی از نیروهای فکری خود را به جای صرف فعالیت در امور درسی و آموزشی در برخورد با چنین مشکلاتی هدر دهند. به علاوه آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی، کافی نبودن امکانات رفاهی، اقتصادی و مشکلاتی نظیر آنها از جمله شرایطی هستند که می‌تواند موجب ناراحتی‌های روانی و افت تحصیلی آنان گردد. بنابراین مطالعه حاضر به منظور درک و شناخت مشکلات دانشجویان، شناسایی افراد آسیب‌پذیر و مشکوک به اختلال

1- Helplessness

28 سؤال تشکیل شده است. برای نمره گذاری از روش لیکرت استفاده شد که حداکثر نمره 84 می باشد. مطالعات مختلف نیز در ایران پایایی این پرسشنامه را 84-91 درصد گزارش کرده اند (12). در اینجا برای تعیین دانشجویان مشکل دار و بدون مشکل از نقطه برش 23 استفاده شد. نمره 23 و بالاتر از آن در کل آزمون نشان دهنده اختلالات روانی و پایین تر از آن نشانه سلامت روانی در نظر گرفته می شود. همچنین برای هر کدام از مقیاس های شکایات جسمی، افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی از نقطه برش 6 استفاده شد (12).

در خصوص اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی مطالعات متعددی صورت گرفته است. در یک بررسی، گلدبرگ و ویلیامز، اعتبار این پرسشنامه را 95 درصد گزارش کردند. در مطالعه کی یس، ضریب آلفای این پرسشنامه 93 درصد به دست آمد (13).

در ایران در مطالعه تقوی اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی، 72 درصد گزارش شده است. پلاهنگ با روش بازآزمایی با فاصله زمانی 7 تا 10 روز به میزان 91 درصد برآورد نمود و یعقوبی ضریب اعتبار کلی این آزمون را 88 درصد و ضریب اعتبار خرده آزمون ها را بین 50 درصد تا 81 درصد گزارش کرده است (13).

نمرات به دست آمده از پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون های تی، آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای در سطح معنی داری 0/05 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته ها

نتایج حاصل از بررسی نشان داد از 136 نفر دانشجوی، 78/7 درصد زن و 21/3 درصد مرد، 6/6 درصد متأهل و 93/4 درصد مجرد بودند که در این پژوهش با استفاده از نقطه برش 23 آزمون، میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی 31/6 درصد تعیین شد. همچنین این میزان در پسران و دختران به ترتیب 27 و 33 درصد و در دانشجویان مجرد و متأهل به ترتیب 31 و 33 درصد و در رشته های پذیرفته شده، بهداشت محیط 11/8 درصد، بهداشت حرفه ای 13/2

با افزایش خفیف، متوسط و قابل ملاحظه روبرو بوده و زنان نسبت به مردان علایم بیشتری را از خود نشان دادند (8). بیلر و همکاران در سال 2008 در مطالعه ای به منظور تعیین میزان شیوع نشانگان های مختلف روانشناختی (اختلالات عاطفی، اضطراب، شبه جسمی، خوردن و مشکلات مرتبط با الکل) با پرسشنامه GHQ نشان دادند میزان شیوع حداقل یک اختلال روانشناختی به غیر از نشانگان سوء مصرف/ وابستگی الکل در دانشجویان 22/7 درصد بود که این میزان در زنان نسبت به مردان بیشتر بود (نسبت 8 به 1). همچنین بیشترین فراوانی اختلال مربوط به نشانگان الکل بود (30/2 درصد) که تنها اختلالی بود که در مردان نسبت به زنان شایع تر بود. نشانگان شایع تر بعدی نشانگان شبه جسمی (9/1 درصد) بود که با سایر نشانگان های افسردگی (8/1 درصد)، افسردگی اساسی (6 درصد) و خود بیمارانگاری (4/2 درصد) همراه بود (9).

هولم هادولا در سال 1997 در مطالعه ای روی 346 دانشجو، 16 درصد از آنان را به عنوان بیمار شدید از نظر روانی و نیازمند به درمان ارزیابی کرد. نشانگان های افسردگی، اضطراب و تعارض های بین فردی شکایات عمده آنان را تشکیل می داد (10).

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 دانشگاه علوم پزشکی گناباد بر اساس آزمون GHQ-28 انجام گردید.

#### روش تحقیق

این مطالعه به شکل توصیفی- تحلیلی صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 تشکیل داده که تمامی آنها به تعداد 136 نفر (29 مرد و 107 زن) با پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

آزمون GHQ-28 شناخته ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی جهت ارزیابی وضعیت سلامت روانی است (11). این پرسشنامه توسط گلدبرگ ابداع شده است و دارای چهار حیطه می باشد که هر حیطه از 7 سؤال و کل پرسشنامه از

درصد «فکر خاتمه دادن به زندگی» (سؤال 28) و 5/1 درصد «آرزوی مرگ و خلاص شدن از شر زندگی» (سؤال 27) را زیاد یا خیلی زیاد گزارش کرده اند. البته با توجه به اهمیت سؤالات مربوط از نظر خطر خودکشی و افسردگی شدید تمامی این دانشجویان به همراه افراد مشکوک به اختلال روانی مورد مصاحبه و معاینه دقیق روانشناختی قرار گرفتند.

جدول 1: میزان شیوع کلی موارد مشکوک به اختلال روانی

عوامل جمعیت شناختی	میزان شیوع	$\chi^2$	سطح معنی داری
جنس	پسر	27	73/1
	دختر	33	44
وضعیت تأهل	مجرد	31	38/1
	متاهل	33	18
رشته تحصیلی	بهداشت محیط	11/8	
	بهداشت حرفه ای	13/2	
	علوم آزمایشگاهی	14/7	
	پرستاری	14	14/2
	هوشبری	13/2	
	اتاق عمل	17/6	
	مامایی	15/4	
کل	31/6		

درصد، علوم آزمایشگاهی 14/7 درصد، پرستاری 14 درصد، هوشبری 13/2 درصد، اتاق عمل 17/6 درصد و مامایی 15/4 درصد بوده است. اما هیچ کدام از این تفاوت ها از نظر آماری معنی دار نبوده است (جدول 1).

بر پایه داده های جدول 2 میانگین نمرات دانشجویان به ترتیب در مقیاس های ناسازگاری اجتماعی و شکایات جسمانی (9 و 4/95) بیشتر از دو مقیاس اضطراب و افسردگی (4/15 و 2/07) بوده است ولی تفاوت معنی داری بین این نمرات و عوامل جمعیت شناختی جنس، تأهل و رشته تحصیلی وجود نداشته است. همچنین با استفاده از نقطه برش 6 در مقیاس های آزمون مشخص گردید دانشجویان به ترتیب از نظر ناسازگاری اجتماعی و شکایات جسمانی (74/1 درصد و 25/2 درصد) نسبت به اضطراب و افسردگی (23/5 درصد و 10/5 درصد) وضعیت نامساعدتری داشتند. داده های جدول 3 و 4 نشان می دهد به طور کلی 55/1 درصد دانشجویان «احساس رضایت از انجام کارها» (سؤال 18)، 45/6 درصد «احساس به خوبی انجام دادن کارها» (سؤال 17) و 43/4 درصد «لذت بردن از فعالیت های روزمره» (سؤال 21) را در خود کمتر از همیشه یا خیلی بدتر از همیشه گزارش کرده اند. در حالی که تنها 0/7 درصد دانشجویان «فکر اقدام به خودکشی» (سؤال 25)، 2/2

جدول 2: میانگین و انحراف معیار نمرات دانشجویان در مقیاسهای چهارگانه آزمون GHQ-28 بر حسب عوامل جمعیت شناختی

عوامل جمعیت شناختی	مقیاس شکایات جسمانی			مقیاس اضطراب			مقیاس ناسازگاری اجتماعی			مقیاس افسردگی			
	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	
جنس	دختر	4/80	3/08	0/446	4/27	3/54	0/910	9/56	3/67	0/592	2/13	2/97	0/891
	پسر	5/51	3/33		3/68	3/61		8/03	3/49		1/86	2/61	
وضعیت تأهل	مجرد	5	3/16	0/571	4/14	3/56	0/622	9	3/63	0/676	2/12	2/96	0/220
	متاهل	4/22	2/72		4/22	3/56		8/88	4/16		1/33	1/50	
رشته	بهداشت محیط	5/31	2/89		3/12	2/57		7/50	3/89		2/31	4/28	
	بهداشت حرفه ای	4/73	2/37		3/78	2/41		9/42	3/50		1/63	1/94	
	علوم آزمایشگاهی	5/20	3/07		5/45	4/52		10	3/38		2/45	2/81	
	پرستاری	4/52	2/15	0/721	2/68	3/05	0/685	8/15	2/25	0/347	2/42	3/68	0/455
	هوشبری	6/70	4/28		5/29	4/75		8/64	3/23		1/76	3/52	
	اتاق عمل	4/79	3/47		4/33	3/19		9/83	3/27		2	2	
	مامایی	3/95	1/96		4/19	3/37		8/90	4/70		1/95	2/10	
کل	4/95	3/13		4/15	3/55		9	3/65		2/07	2/89		

جدول 3: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد نمونه به سؤالات پرسشنامه GHQ-28

خیلی زیاد		زیاد		کمی		خیبر		علائم
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
2/9	4	6/6	9	30/0	41	60/3	82	احساس نیاز به داروهای تقویتی
1/5	2	11/8	16	47/8	65	39/0	53	احساس ضعف و سستی
2/2	3	12/5	17	36/8	50	47/8	65	احساس بیمار بودن
0	0	15/4	21	52/9	72	31/6	43	سر درد
0	0	5/1	7	16/9	23	77/9	106	احساس فشار در سر
3/7	5	8/8	12	35/3	48	52/2	71	احساس داغی یا سردی در بدن
2/9	4	18/4	25	35/3	48	43/4	59	بی خوابی به دلیل نگرانی
1/5	2	8/8	12	29/4	40	60/3	82	اشکال در تداوم خواب شب
5/1	7	16/2	22	27/9	38	50/0	69	دائماً تحت استرس و فشار بودن
7/0	1	11/0	15	47/1	64	41/2	56	عصبانیت و بد خلقی
7/0	1	7/4	10	14/7	20	77/2	105	هراس و وحشت زدگی بدون دلیل
7/0	1	5/1	7	34/6	47	59/6	81	احساس عدم توانایی در انجام کارها
1/5	2	9/6	13	33/1	45	55/9	76	عصبی بودن و دلشوره داشتن
7/0	1	5/9	8	19/1	26	73/5	100	احساس بی ارزشی نمودن
3/7	5	7/4	10	22/1	30	66/2	90	احساس ناامیدی در زندگی
1/5	2	4/4	6	14/7	20	79/4	108	احساس ارزش نداشتن زندگی
0	0	7/0	1	3/7	5	95/6	130	فکر اقدام به خودکشی
2/9	4	6/9	13	36/0	49	50/7	69	احساس ناتوانی در کارها به دلایل عصبی
7/0	1	4/4	6	9/6	13	85/3	116	آرزوی مرگ و خلاص شدن از شر زندگی
0	0	2/2	3	4/4	6	93/4	127	فکر خاتمه دادن به زندگی

جدول 4: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد نمونه به سؤالات پرسشنامه GHQ-28

خیلی بدتر از همیشه		کمتر از همیشه		مثل همیشه		بیشتر از همیشه		علائم
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
2/2	3	30/0	42	58/1	79	8/8	12	احساس خوبی و سلامتی
2/9	4	36/0	49	37/5	51	23/5	32	توانایی مشغول و سرگرم نگه داشتن خود
4/4	6	32/4	44	46/3	63	16/9	23	صرف کردن وقت بیشتر جهت انجام کارها
5/9	8	39/7	54	45/6	62	8/8	12	احساس خوب انجام دادن کارها
15/4	21	39/7	54	39/0	53	5/9	8	احساس رضایت از نحوه انجام کار
4/4	6	25	34	50/7	69	19/1	29	توانایی نقش داشتن در انجام کارها
2/2	3	16/9	23	55/9	76	25/0	34	داشتن توانایی تصمیم گیری در امور
3/7	5	43/4	59	41/9	57	11/0	15	توانایی لذت بردن از فعالیتهای روزمره

### بحث

وجود یا عدم وجود اختلالات روانی نیازمند بررسی بیشتر می باشند. این رقم به ارقام گزارش شده توسط کرمی 36/5 درصد، توکلی زاده 28 درصد و عکاشه 28/4 درصد نزدیک

یافته های مطالعه حاضر نشان داد 31/6 درصد دانشجویان بالاتر از نقطه برش 23 قرار گرفته اند که از نظر

تحصیل) می تواند بر نتایج پژوهش مؤثر باشد. به عنوان مثال نمونه افراد متأهل در این مطالعه تنها 6/6 درصد بوده یا اینکه همه دانشجویان تازه وارد و با سنین پایین بوده اند که می تواند بر رابطه وضعیت تأهل و رشته تحصیلی با وضعیت بهداشت روانی اثر بگذارد. چنین به نظر می رسد دانشجویان در شروع تحصیل در انطباق با موقعیت جدید بویژه از نظر اجتماعی و روابط بین فردی مشکلات بیشتری داشته اند که این موضوع لزوم اقدامات مراکز مشاوره را از نظر سازگاری با شرایط جدید در دانشگاه و محیط خوابگاه و همچنین ضرورت آموزش مهارت های زندگی مخصوصاً برقراری ارتباط مؤثر و مهارت های روابط بین فردی، آموزش جرأت ورزی و مدیریت استرس را مطرح می سازد. یافته های مربوط به پاسخ به سؤالات آزمون نیز چنین استنباط می شود که بیشترین نشانه های گزارش شده مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و کمترین آن به نشانه های افسردگی (سؤالات 25، 27 و 28) می باشد که البته چون این سؤالات مربوط به خودکشی بود و تمامی افراد برای ارزیابی خطر افسردگی و خودکشی مورد مصاحبه روانی و ارزیابی دقیق روانشناختی قرار گرفتند.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده می توان چنین نتیجه گرفت که دانشجویان در شروع تحصیل از نشانه های مربوط به ناسازگاری اجتماعی شاکلی هستند تا نشانه های دیگر. البته با توجه به حساسیت و اهمیت افکار خودکشی توصیه می شود در ارزیابی های به دست آمده حتماً به سؤالات مربوط به این موضوع توجه شده و تمامی دانشجویانی که چنین افکاری بروز دادند همراه با دانشجویان دارای نمره بالای نقطه برش مورد معاینه و ارزیابی دقیق روانپزشکی قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدینوسیله از زحمات سرکار خانم حاجی وثوق و جناب آقای مظلوم در زمینه جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل آن سپاسگزاری می نمایند.

است، اما با ارقام گزارش شده ادهم و همکاران 22/7 درصد، گروسی فرشی 22/06 درصد و توکلی زاده 41 درصد همخوانی ندارد (2,3,4,5,6,14). این تفاوت برآورد را می توان متأثر از تفاوت در جمعیت نمونه، زمان بررسی، ابزارها و روشهای مورد استفاده و دامنه سنی افراد مورد مطالعه دانست. به عنوان مثال در برخی از این مطالعات از GHQ-28 و در مطالعات دیگر از SCL-90-R به عنوان ابزار غربالگری استفاده شده است. علاوه بر این نتایج پژوهش ها در این زمینه نشان داده است هنگامی که تشخیص اختلالات بر اساس پرسشنامه و مصاحبه ساخت دار صورت می گیرد میزان شیوع آن بالا می رود (15).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد هیچ ارتباط معنی داری بین موارد مشکوک به اختلال روانی و عوامل جمعیت شناختی جنس، وضعیت تأهل و رشته پذیرفته شده وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه کرمی و پیراسته که از نظر سلامت روانی و عوامل جمعیت شناختی جنسیت و وضعیت تأهل تفاوتی دیده نشد و با مطالعه ادهم و همکاران که در آن رابطه ای از نظر جنس و اختلال روانی یافت نشده است هماهنگ بوده، اما با مطالعه انصاری و همکاران مبنی بر وجود رابطه بین جنس و موارد مشکوک به اختلال روانی ناهماهنگ است (3,12,14).

با توجه به نتایج به دست آمده از میانگین نمرات مقیاس های آزمون و استفاده از نقطه برش 6 در این مقیاس ها مشخص گردید دانشجویان از نظر ناسازگاری اجتماعی و شکایات جسمانی نسبت به اضطراب و افسردگی وضعیت نامساعدتری داشتند. اما ارتباط معنی داری بین مقیاس های آزمون و عوامل جمعیت شناختی مورد بررسی یافت نشد. نتایج این بررسی در مورد عدم رابطه بین مقیاس های آزمون و رشته تحصیلی با نتایج مطالعات انصاری همخوانی داشته ولی با یافته مطالعه یاد شده مبنی بر وجود رابطه معنی دار بین وضعیت تأهل و حیطه های افسردگی و ناسازگاری اجتماعی ناهمخوان است (12). البته باید یادآور شد تفاوت در جمعیت نمونه، سن افراد مورد مطالعه، زمان بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان (تازه وارد یا در حین

**References:**

- 1- WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice: report of the world Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2005.
- 2- Garousi farshi M, Sofiyani H. The relationship between Personality dimensions & mental health in Tabriz sciences college students. *J Psych Educ study* 2008; 9(2): 47-63. [In Persian]
- 3- Adham D, Salem-Safi P, Amiri M, Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N, Sattari Z, Dadashiyan S. The survey of mental health status in Ardebil medical sciences college students in 2007-2008. *J Ardebil Med Sci H Serv* 2008; 8(3): 229-234. [In Persian]
- 4- Akashe G. The survey of mental health in students of entering in 1996. *Andishe va Raftar* 2000; 5(4):11-16. [In Persian]
- 5- Tavakolizadeh J, Moshki M, Hosseini Shahidi L, Maroozi P. The survey of stressor events and their relationship with mental disorders on youths in Gonabad city. *Ofogh e Danesh* 2003; 9(1). [In Persian]
- 6- Tavakolizadeh J. Psychiatric symptoms in Gonabad Medical University. *Tebbo-tazkie* 2000; 43: 46-56. [In Persian]
- 7- Liod G, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. *Comp psych* 1994; 25: 552-565.
- 8- Liod G, Musser LA. Psychiatric symptoms in dental students *J Nerv Ment Dis* 1989; 177(2): 61-69.
- 9- Bailer J, Schwarz D, With?ft M, Stübinger C, Rist F. Prevalence of mental disorders among college students at a German university. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 58(11):423-9.
- 10- Holm-Hadulla R, Soeder U. Psychological complaints and disorders of students. *Psychother Psychosom Med Psycho* 1997; 47(12):419-25.
- 11- Tavakolizade J, Ghahremani M, Chamanzari H. The survey of mental health status in Gonabad medical sciences college students in 2001-2002. *J Gonabad Med Sci H Serv* 2002-2003; 8(2): 47-54. [In Persian]
- 12- Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani N. Assessment of General Health and Some Related Factors among Students of Zahedan University of Medical Sciences In 2007. *J Tabib-E-Shargh* 2008; 9(4): 295-304. [In Persian]
- 13- Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, Sedqi-Jala H, Azarmi H, Fathi-Ashtiani A. The relationship between prayers and religious orientation with mental health. *J Beha Sci* 2008; 2(2): 149-156. [In Persian]
- 14- Karami S, Piraste A. The survey of mental health status in Zanzan medical sciences University students. *Sci J Zanzan med sci Uni* 2002; 35: 66-73. [In Persian]
- 15- Taylor E. Syndromes attention deficit and overactivity, in: Rutter M, Taylor E. *Child-Adolesc-Psychial-oxord*. Black well: Sci pop 1994.

## Assessment of Mental Health Among Freshmen Entering the First Semester in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010

Jahanshir Tavakolizadeh<sup>1</sup> and Zohreh Khodadadi<sup>2</sup>

### Abstract

**Background and Aim:** Familiarity with mental status of students at the beginning of education has a basic role in acquiring mental health and their academic achievement. Thus, this study was carried out with the general objective of determining the mental health among the freshmen in their first term in Gonabad University of Medical Sciences in 2009-2010.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytic study was carried out on all freshmen (136 students) of Gonabad University of Medical Sciences entering the first semester in 2009-2010. The data were collected using GHQ-28 and demographic questionnaire. To determine suspicious cases, the cut-off point of total score was set as 28; and in each scale it was set as 6. The data were analyzed by SPSS software version 11 using descriptive and analytical statistics (Chi-square and T-test). The significant level was set as 0.05.

**Results:** This study showed that 31.6% of students are suspected to have psychological disorders. These disorders among males and females were 27% and 33 % ( $p=0.599$ ), and among single and married students were 31% and 33% ( $p=0.909$ ), respectively. But each of these differences in demographic factors was not statistically significant. The comparison of the mean scores in test scales showed that the mean scores of social dysfunction ( $9\pm3.65$ ) and somatization ( $4.95\pm3.13$ ) were more than anxiety ( $4.15\pm3.55$ ) and depression ( $2.07\pm2.89$ ) scales, respectively. By using the cut-off point 6 at these scales, it was indicated that the students have a bad condition on social dysfunction and somatization, but there were not significant differences between these scores and gender ( $p=0.891$ ), marital status ( $p=0.220$ ) and academic courses ( $p=0.455$ ).

**Conclusion:** With regard to these results, symptoms related to social conflict at the beginning of study in students were more common than other symptoms. Confirming the existence of mental disorders in students requires more psychological investigation and assessment for students. Thus, providing counseling and psychological services based on the findings are recommended.

**Keywords:** GHQ-28, Gonabad, students, mental health, mental health disorder

*Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2010; Vol. 16, No. 3*

1- **Corresponding Author:** PhD in Psychology, Associate Professor, Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Khorasan Razavi, Iran.

**Tel:** +98 533 7223028

**Fax:** +98 533 7224051

**E-mail:** jahanshir\_t@yahoo.com.au

2- BSc., in Clinical Psychology, Counseling and Guidance Center, Gonabad University of Medical Sciences and Health Services, Gonabad, Iran