

بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی غیر نظامی (مقطع بالینی) مشغول به تحصیل در دانشگاه ارتش و بیمارستان‌های مربوطه

*دکتر سید سجاد موسوی^۱، دکتر احمدرضا حاج فتحعلی^۲، دکتر ارسیا تقوی^۳، دکتر مهدیه بخشی^۴

چکیده

سابقه و هدف: کتابهای مرجع و تحقیقات قبلی، پزشکی را جزء مشاغل پر استرس طبقه بندی و پزشکان را جز افراد پر خطر در زمینه ابتلا به اختلالات روانی، طلاق و خودکشی قرار داده‌اند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی غیر نظامی مهمان در دانشگاه ارتش در مقاطع بالینی انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه به روش توصیفی مقطعی Cross sectional و با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 بر روی ۲۰۵ دانشجوی پزشکی از تاریخ مهرماه ۱۳۸۳ تا پایان اسفند ماه همان سال صورت گرفته است. تشخیص اختلال روانی با نقطه برش ۲۳ (با استفاده از روش نمره گذاری لیکرت) بوده و نتایج بر اساس ۶ متغیر دیگر و با استفاده از برنامه آماری spss نسخه ۱۰ تحلیل گردیده است. **یافته‌ها:** از ۲۰۵ دانشجوی شرکت کننده در این تحقیق ۹۸ نفر (۴۷/۸٪) مشکوک به اختلال سلامت روان تشخیص داده شدند که رابطه معنی داری بین اختلال روان با وضعیت تاهل (مجرد بودن) ($P=0/047$) و سابقه خانوادگی مشکل روانی ($P=0/025$) بدست آمد. از این تعداد ۷۹ نفر (۳۸/۵٪) دچار جسمانی سازی علائم بودند که در این مقیاس رابطه معنی داری بین اضطراب و جنس (مونث) ($P=0/019$) و همچنین سابقه خانوادگی مثبت ($P<0/01$) بدست آمد. ۶۹٪ از این افراد اختلال عملکرد اجتماعی داشتند که ارتباط معنی داری با مقطع تحصیلی (ایترنی) ($P=0/042$) داشت. همچنین در ۲۵/۶۳٪ این افراد افسردگی یافت شد که با وضعیت تاهل (تجرد) ($P=0/031$) و سابقه خانوادگی مثبت رابطه معنی دار به دست آمد.

نتیجه گیری: با توجه به بالا بودن میزان اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی و تبعات آنها) در دانشجویان پزشکی نسبت به دانشجویان سایر رشته‌ها و جمعیت عمومی، توصیه می‌شود ضمن تفهیم شرایط به دانش آموزان قبل از انتخاب رشته تحصیلی، در جهت شناسایی رفع عوامل استرس‌زا در دانشجویان اقدامات جدی صورت بگیرد، و نیز ایجاد مراکز مشاوره فعال دانشجویی و کلاسهای آموزشی فنون مقابله با استرس و آشنایی با مکانیسمهای دفاعی در مراکز آموزشی دایر شده و سنجش سلامت روان دانشجویان در آغاز و کلیه مراحل تحصیلی نهادینه گردد.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی علائم، دانشجوی پزشکی، سلامت روان

مقدمه

پیچیدگی‌ها و مشکل در تعریف و ارزیابی آن (۲) و افزایش شیوع

اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه و اولویت پایین در برنامه ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی و نیز رشد روزافزون

با توجه به مطرح بودن موضوع سلامتی و ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی آن و همچنین عدم توجه کامل به بعد روانی (۱) موضوع و

۱- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی (۵۰۶*نویسنده مسؤل) تلفن: ۰۹۱۲۳۸۸۹۵۷۳

۲- دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی ۵۰۶

۴- دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران

در جدیدترین مطالعات، ۲۱٪ ایرانیان، اختلالات روانی دارند که با افزایش سن شیوع اختلالات بالا رفته است و شایعترین اختلالات مانند اکثر کشورها افسردگی و اضطراب بوده است (۲). در مطالعات در زمینه سلامت روان دانشجویان، دانشجویان پزشکی شیوع بالایی از اختلالات را به خود اختصاص داده‌اند که در سالهای بعد از تحصیل و اشتغال نیز این میزان بالا حفظ شده است (از قبیل استرس تحصیلی، شغلی، ویژگی‌های شخصیتی پزشکان، فقدان تامین مالی مناسب، نارضایتی شغلی) (۹، ۱۰).

مسائل و مشکلات روانی بالطبع بر عملکرد ارگان‌ها بالاخص فرآیند تفکر و سرعت انتقال و تحلیل داده‌ها تاثیر گذار می‌باشد. لذا شناخت آنها و آموزش‌های لازم در جهت فنون مقابله با استرس تاثیر بسزایی در حفظ قدرت یادگیری، کیفیت آموزش، کاهش هزینه در آموزش، عدم مشکل آفرینی برای مسئولین خواهد داشت (۱۱).

لذا در این مطالعه وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی غیر نظامی مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی ارتش بر اساس پرسشنامه GHQ-۲۸ و نیز تعیین فراوانی نسبی دانشجویان مشکوک به اختلال روانی، اختلالات اضطراب، افسردگی، علائم نامساعد جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی، دارای سابقه بیماری‌های روانی در خانواده، سابقه مصرف داروی آرامبخش و نیز تعیین وضعیت سلامت روانی دانشجویان بر حسب سن، جنس، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی و سابقه فامیلی بیماری روانی مورد بررسی قرار گرفت.

در مکاتب گوناگون، بیماری روانی و سلامت روان تعاریف گوناگونی دارند، من جمله فروید، نشانه سلامت روانی را وجود تعادل و هماهنگی بین نهاد، من و من برتر و همچنین سطوح خودآگاهی و ناخودآگاهی قلمداد نموده است (۱۲) و نیز معیار سلامت روان در اسلام تحت عنوان رشد به کار رفته و به معنای قائم به خود بودن، هدایت، نجات، صلاح و کمال می‌باشد. دستیابی به حداقل رشد که مترادف با تکامل است، در حقیقت فلسفه زندگی از دیدگاه اسلام و نتیجه ایمان به خدا می‌باشد. تظاهرات اختلالات روانی به عنوان بیماری تلقی گردید. و هنگامی که علائم قطع ارتباط با واقعیت در فرد وجود دارد کلمه مجنون مطرح شده است که فرد را از انجام تکالیف مذهبی و حتی حق دخالت در دارایی خویش را از وی سلب می‌نماید (۱۳).

جمعیت و مشکلات متناسب با آن از قبیل شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و مشکلات اقتصادی (۳) و تغییرات عمده جهان در طول دو دهه آینده در زمینه اپیدمیولوژی بیماریها و نیازهای بهداشتی افراد و جایگزینی بیماریهای غیرواگیر همچون بیماری روانی بر بیماریهای واگیر و درصدر قرار گرفتن اختلالات روانی در ایجاد ناتوانی و مرگ زودرس (۳) و آمار منتشره در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف از قبیل برآورد WHO در سال ۱۹۹۳ مبنی بر اختلال روانی پانصد میلیون نفر در دنیا ضرورت انجام انجام اینگونه مطالعات را بیشتر می‌کند.

در سال ۱۹۶۲-۳ در آلمان اینترنت‌های داخلی، جراحی و اطفال مورد مطالعه قرار گرفتند که ۳۵٪ بطور همزمان دچار افسردگی و اضطراب تشخیص داده شدند (۴). در تحقیق دیگری در سال ۲۰۰۰ در دانشگاه سائو پائولوی برزیل در مطالعه بر روی رزیدنتهای داخلی سال اول، همبستگی معنی‌داری بین اضطراب بارز و افسردگی نشان داده شد و زنها سطح بالاتری از آن علائم را از خود بروز دادند (۵). همچنین در مطالعه در کشور خودمان در سال ۱۳۸۳، ۱۲۰ دانشجوی مقطع علوم پایه پزشکی دانشگاه ارتش با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸ ارزیابی شدند که ۶۷/۵٪ مشکوک به اختلال سلامت روان بودند و بالاترین درصد به علائم اضطرابی تعلق گرفت (۶). در سال ۱۳۸۰ در بررسی ۱۹۰ دانشجوی مقاطع مختلف تحصیلی دانشگاه بقیه... بر اساس تست اضطراب برنز و هامیلتون مشخص شد که ۷۲/۱٪ درجات مختلفی از اضطراب را دارند که در افراد مونث، مجرد، خوابگاهی و مقاطع علوم پایه و کارورزی بیشتر بود (۷). در سال ۱۳۷۶ در دانشگاه تهران با پرسشنامه GHQ-۲۸، ۱۸٪ اختلال سلامت روانی گزارش شده است که علائم اضطراب و خواب با ۲۹٪ در صدر و به ترتیب علائم نامساعد جسمانی ۲۱٪، اختلال عملکرد اجتماعی ۱۳٪، و افسردگی اساسی ۹٪ اعلام گردید که در افراد مونث و بی‌علاقه به رشته تحصیلی بیشتر بوده است (۸).

با توجه به موارد فوق و نیز موضوع "بهداشت روان" به عنوان موضوع روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ (۲) و شعار "غفلت بس است، مراقبت کنیم" (۲) مبنی بر توجه به عامل پیشگیری و نیز بحث تعامل ژنتیک و محیط و همچنین عدم تعمیم و استناد نتایج حاصله از جوامع مختلف به فراخور شرایط اقلیمی، فرهنگی، مذهبی و سیاسی مطالعات داخلی الزامی است (۲).

سابقه مصرف داروهای آرامبخش (اسمی)) و متغیرهای وابسته اسمی (پارامترهای جسمانی، اجتماعی، اضطراب و افسردگی) بوده است.

یافته‌ها

حجم نمونه در این مطالعه ۲۰۵ نفر با توزیع جنسی ۶۰٪ مونث و ۴۰٪ مذکر می‌باشد. ۴۴/۹٪ ایترن و ۵۵/۱٪ استاژر در این طرح شرکت کردند که ۷۳/۲٪ از دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۹٪ فاطمیه و ۷/۸٪ میهمان از سایر دانشگاه‌ها (شهید بهشتی، شاهد، تبریز، اراک، اصفهان، همدان، رفسنجان و شهرکرد) بودند. محدوده سنی دانشجویان ۲۱ تا ۳۰ سال (با میانگین ۲۴/۷ و $SD = ۱/۶۹$ بود که چون افراد جامعه نمونه، محدوده سنی جوان داشتند توزیع سنی به دو گروه سنی زیر ۲۵ سال و بالای ۲۵ سال تقسیم گردیده که افراد بالای ۲۵ سال، ۹۷ نفر شدند که ۷۱ نفر استاژر و ۲۶ نفر انترن بودند و افراد زیر ۲۵ سال ۱۰۸ نفر شدند که ۸۷ نفر انترن و ۲۱ نفر استاژر بودند. تعداد دانشجویان متاهل ۵۵ نفر در مقابل ۱۵۰ دانشجوی مجرد بود. ۱۸٪ افراد مونث، متاهل و ۸۲٪ مجرد و ۳۳٪ افراد مذکر، متاهل و ۶۷٪ مجرد بودند. (جدول ۱)

پس از بررسی‌های انجام شده در جمعیت مورد مطالعه میانگین، انحراف معیار و کرانه نمرات به روش نمره گذاری لایکرت به دست آمد و سپس تاثیر عوامل دموگرافیک را بر هر یک از اختلالات مذکور بررسی و معنادار بودن آن را برحسب سایر متغیرها با آزمون Cross tabs/chi-square مورد بررسی قرار دادیم. (جدول ۲)

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان غیر نظامی رشته پزشکی شاغل به تحصیل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه ارتش بر اساس پرسشنامه GHQ-۲۸ در مقطع زمانی مهر تا اسفند سال ۱۳۸۳ مورد ارزیابی قرار گرفت و به علت محدودیت‌های موجود از بررسی دانشجویان بورسیه صرف نظر شد. از ۲۰۵ دانشجوی ۹۸ نفر (۴۷/۸٪) مشکوک به اختلال سلامت روان تشخیص داده شد و رابطه معنی‌دار بین اختلال سلامت روان با وضعیت تاهل ($P=۰/۰۴۷$) و سابقه خانوادگی مشکل روانی ($P=۰/۰۲۵$) به دست آمد. ۷۹ نفر (۳۸/۵٪) دچار جسمانی سازی علایم بودند که رابطه

اختلال روانی در طبقه‌بندی DSM-IV و ICD-۱۰، عبارت از هر گونه تظاهرات روان شناختی و رفتاری همراه با آشفتگی و ناتوانی در یک یا چند حوزه مهم عملکرد فرد بوده است که فقط واکنش مورد انتظار در مقابل رویدادی خاص نباشد.

مواد و روشها

مطالعه انجام شده از نوع مقطعی Cross-Sectional بوده و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه ارتش طی مدت ۶ ماهه بوده است که جامعه نمونه دانشجویان پزشکی مقطع بالینی دانشگاه فاطمیه و آزاد مشغول به تحصیل در بیمارستان‌های ارتش در مقطع زمانی مهر تا پایان اسفند ۱۳۸۳ بوده است. حجم نمونه ۲۰۵ نفر شدند.

پس از توضیحاتی مختصر در خصوص پرسشنامه و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه در میان دانشجویان توزیع شد که از ۲۳۰ پرسشنامه توزیعی، ۲۱۵ پرسشنامه تکمیل و برگردانده شد آن نیز به دلیل نقص در تکمیل مندرجات از مطالعه حذف شدند. میزان همکاری نسبی خانم‌ها از آقایان و نیز کارآموزان از کارورزان بیشتر بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های مشتمل بر ۲۸ سؤال استاندارد و ۲ سؤال در رابطه با مصرف داروی آرامبخش و وجود بیماری روانی در خانواده به همراه یک سری مشخصات اولیه از جمله جنس، سن، وضعیت تاهل، دانشگاه و مقطع تحصیلی بوده است که این پرسشنامه از ۴ مقیاس فرعی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی) که هر کدام شامل ۷ سؤال بوده است تشکیل شده بود. نمره گذاری بر اساس لایکرت و به هر سؤال ۴ امتیاز (۳-۲-۱-۰) داده می‌شد و با جمع‌بندی آن‌ها، از سلامت آن پارامترها مطلع می‌شدیم. سپس داده‌ها بر اساس نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل گردید و نمودار و جداول فراوانی آن ترسیم شد. معنی‌دار بودن اختلاف شیوع اختلالات مذکور بر حسب سایر متغیرها با آزمون Chi-square بررسی شد.

در این تحقیق با توجه به تحقیقات مشابه در دانشگاه تهران نقطه برش کل نمونه ۲۱ و بالاتر و نقطه برش خرده آزمونها ۷ و بالاتر انتخاب شد (۱۱). متغیرهای این تحقیق شامل متغیرهای مستقل (سن (نسبتی)، جنس، تاهل، سابقه بیماریهای روانی در خانواده و

جدول ۱- فراوانی نسبی موارد بیماری به لحاظ جنس، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، و سابقه مصرف داروی آرامبخش

نوع مشکلات روانی	تعداد (درصد)		سن		جنس		تاهل		مقطع تحصیلی		سابقه مصرف داروی آرامبخش	
	>۲۵	<۲۵	مذکر	مؤنث	متاهل	مجرد	انترن	استاژر	+	-		
علائم نامساعد جسمانی	۴۲ (۴۳/۵٪)	۳۲ (۳۳٪)	۵۸ (۴۷/۲٪)	۲۱ (۲۵/۶٪)	۵۹ (۳۶/۴٪)	۲۰ (۳۹/۳٪)	۴۴ (۳۸/۹٪)	۳۵ (۳۸٪)	۱۶ (۵۳/۳٪)	۶۳ (۳۶٪)		
اضطرابی و بی خوابی	۵۵ (۴۷/۸٪)	۴۳	۶۷	۳۱	۷۵	۲۲	۵۶	۴۲				
اختلال عملکرد اجتماعی	۷۷ (۶۹/۲٪)	۶۷	۹۱	۵۳	۱۰۸	۳۶	۸۶	۵۸				
افسردگی	۵۲ (۲۵/۴٪)	۲۹	۳۶	۱۶	۴۴	۸	۲۹	۲۳				
سابقه مصرف داروی آرامبخش	۴۴ (۲۱٪)											
سابقه مشکل روانی در خانواده	۳۰ (۱۵٪)											
مشکوک به اختلال روانی	۹۸ (۴۷/۸٪)	۵۳ (۴۹/۱٪)	۶۴ (۵۲٪)	۳۴ (۴۱/۵٪)	۷۸ (۵۲٪)	۲۰ (۳۶/۴٪)	۵۴ (۴۷/۸٪)	۴۴ (۴۷/۸٪)	۳۱ (۷۰/۵٪)	۶۷ (۴۱/۶٪)		

داشتند این میزان در دانشجویان جدیدالورود در سال ۱۳۷۶ دانشگاه شهید بهشتی با تست GHQ، ۱۲/۷۵٪ بود و در سال ۱۳۸۳ در دانشکده پزشکی ارتش در مقطع علوم پایه، موارد مشکوک به اختلال سلامت روان ۶۷/۵٪ (با ارجحیت اضطراب) برآورد شد.

میزان اضطراب و افسردگی در مطالعه حاضر ۴۷/۸٪ و ۲۵/۴٪ بود که این میزان در دانشجویان ورودی سال ۷۷ دانشگاه شهید بهشتی در سال ۸۰ به ترتیب ۳۸/۳٪ و ۳/۲٪ بود و در سال ۸۰ در دانشگاه بقیه ... ۷۲/۱٪ (که بیشتر شامل افراد مؤنث، مجرد، خوابگاهی در مقطع علوم پایه و کارورزی بود) اضطراب و ۲۹٪ دچار افسردگی (که بیشتر در دانشجویان مردان، مجرد سن زیر ۲۵ سال بود) مشاهده گردید. با توجه به اعداد بالا مشخص می‌گردد که در این مطالعه نسبت به جمعیت عمومی و اکثر مطالعات دانشجویی غیر پزشکی درصد اختلال روانی بیشتر است که این میزان تا حدی با مطالعات داخلی و خارجی از قبیل بالاتر بودن اضطراب در دانشجویان پزشکی دانشگاه اوکایامای ژاپن در سال ۱۹۹۹ از پرستاری و در دانشجویان سال پنجم از سال چهارم همخوانی داد.

تفاوت در این آمار می‌تواند ناشی از ویژگی‌های شخصیتی استرس‌های تحصیلی و شغلی، کمتر بودن اوقات فراغت و نیز انجام مطالعات در زمانها، مکانها، فازهای مختلف و ابزارها گوناگون

معنی‌داری با جنس یافت شد. ($P < 0/01$) ۹۸ نفر (۴۷/۸٪) مبتلا به اضطراب و اختلال خواب بودند که رابطه معنی‌داری با جنس ($P = 0/019$) و سابقه خانوادگی مثبت ($P < 0/01$) یافت شد.

۱۴۲ نفر (۶۹/۲٪) اختلال عملکرد اجتماعی داشتند که با مقطع تحصیلی رابطه معنی‌داری داشت. ($P = 0/042$) در ۵۲ نفر دیگر (۲۵/۳۶٪) افسردگی مشاهده گردید که با وضعیت تاهل ($P = 0/031$) و سابقه خانوادگی مثبت ($P = 0/014$) رابطه معنی‌دار داشت.

با توجه به این آمار و آمار کشوری و تحقیقات مشابه دانشجویی از قبیل شیوع اختلال روانی در جمعیت عمومی با ۲۰٪ فراوانی در آخرین مطالعه اپیدمیولوژیک کشور و نیز افزایش شیوع اختلال روانی با بالا رفتن سن در اکثر مطالعات داخلی و خارجی انتظار است که با توجه به ترکیب سنی و جمعیت دانشجویی مورد مطالعه، میزان اختلال کمتر از کل جامعه باشد، البته میزان توانایی‌های ذهنی و تحصیلات را باید در نظر گرفت و مقایسه آن قشر خاص با جمعیت کل خالی از اشکال نخواهد بود.

مروری بر تحقیقات انجام شده عبارتند از دانشجویان دانشگاه‌های تهران طی سالهای ۷۹-۷۷ به ترتیب ۱۸٪ و ۱۶/۲٪ اختلال روانی

اشاره دارد که در محیط پر تنش امکان بروز یافته است و با توجه به درصد ۴۴/۶٪ افراد با سابقه خانوادگی منفی مشکوک به اختلال روانی، می توان به نقش استرسهای محیطی اشاره کرد که اکسفورد حوادث محیطی را عامل تسریع کننده برشمرده است.

با توجه به آمار افسردگی مبنی بر شیوع آن در افراد مونث و مذکر به ترتیب ۲۹/۳٪ و ۱۹/۵٪ و همخوانی آن با سایر مطالعات، علل احتمالی این تفاوت را م توان با توجه به مطالب کاپلان، تعصبهای تشخیصی، استرس های متفاوت، زایمان، درماندگی آموخته شده (Learned helplessness) و عوامل هورمونی برشمرد.

رابطه معنی دار جسمانی سازی علایم و جنس مونث، با سایر مطالعات همخوانی دارد. کاپلان شیوع این اختلالات را در زنها ۵ برابر مردان می داند.

در بررسی رابطه معنی دار رابطه افسردگی و تجرد، این میزان در افراد مجرد ۲ برابر افراد متاهل بود ($P < 0.05$) که این موضوع می تواند حاکی از نقش حمایتگر ازدواج باشد و نیز توجه به این موضوع که در جمعیت مورد مطالعه با میانگین سنی حدود ۲۵ سال تنها در ۳۶٪ دانشجویان متاهل می باشند. کاپلان نیز افسردگی یک قطبی را در افرادی که فاقد رابطه بین فردی نزدیک هستند یا از همسر خود جدا شده اند بیشتر ذکر می کند که هم می تواند علت و هم معلول این وقایع باشد.

نزدیک شدن به حیطه مسئولیت کاری و آینده مبهم شغلی و دغدغه ادامه تحصیل در ترم های انتهایی و ساعات کاری طولانی، کشیک های شبانه می تواند باعث خستگی و عدم تمرکز در بقیه اوقات روز گردد که منجر به ایجاد رابطه معنی دار افت عملکرد اجتماعی با مقطع تحصیلی انترنی گردد.

ذکر این نکته ضروری است که در این تحقیق میهمان بودن دانشجویان، معادل حذف افراد خوابگاهی و مشکلات دوری از خانواده می باشد، لیکن ۹۲٪ این افراد هزینه تحصیلی می پرداختند که منجر به فشار مضاعف می باشد. لذا عدم وجود گروه شاهد از دانشگاه های دولتی و یا بورسیه کامل در این تحقیق نمود پیدا کرده است و نیز با توجه به عدم نوشتن نام دانشجویان، امکان آگاهی دانشجو از وضعیت سلامت روان خود و توصیه به پیگیری بعدی وجود نداشت.

تلاش جهت شناسایی بهتر و رفع عوامل دخیل در ایجاد اختلال

جدول ۲- موارد بیماری و عوامل دموگرافیک

موارد بیماری	متغیرها	p-value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
اختلال روانی	سن	۰/۱۴۷	۱	۰/۱۳۸
	جنس	۲/۲۰۳	۱	۰/۹۹۶
	تاهل	۳/۹۴۳	۱	۰/۰۴۷
	مقطع تحصیلی	۰/۰۰۰	۱	۰/۷۰۱
	F.H	۵/۰۱۱	۱	۰/۰۲۵*
علائم نامساعد جسمانی	سن	۲/۳۹۲	۱	۰/۱۲۲
	جنس	۹/۶۴۲	۱	۰/۰۰۲*
	تاهل	۰/۱۵۰	۱	۰/۶۹۹
	مقطع تحصیلی	۰/۰۱۷	۱	۰/۸۹۶
اضطراب و بی خوابی	F.H	۳/۲۴۸	۱	۰/۰۷۱
	سن	۰/۸۹۱	۱	۰/۳۴۵
	جنس	۵/۴۷۷	۱	۰/۰۱۹
	تاهل	۱/۸۳۵	۱	۰/۱۷۶
	مقطع تحصیلی	۰/۳۱۰	۱	۰/۵۷۸
اختلال عملکرد اجتماعی	F.H	۶/۹۳۸	۱	۰/۰۰۸*
	سن	۰/۱۲۱	۱	۰/۷۲۸
	جنس	۲/۰۵۸	۱	۰/۱۵۱
	تاهل	۰/۸۲۵	۱	۰/۳۶۴
	مقطع تحصیلی	۴/۱۴۰	۱	۰/۰۴۲*
افسردگی	F.H	۰/۱۶۰	۱	۰/۶۸۹
	سن	۰/۲۶۶	۱	۰/۶۰۶
	جنس	۲/۴۷۴	۱	۰/۱۱۶
	تاهل	۴/۶۴۹	۱	۰/۰۳۱*
	مقطع تحصیلی	۰/۰۱۲	۱	۰/۹۱۳
	F.H	۵/۹۹۳	۱	۰/۰۱۴*

باشد و نحوه پذیرش دانشجویان هر دانشگاه، درصد افراد بومی، یا خوابگاهی و متفاوت بودن قوانین داخلی هر دانشگاه از دیگر علل خواهد بود.

رابطه اختلال روانی با سابقه فامیلی مثبت به زمینه سرشتی افراد

تفریحی - ورزشی، فعالیت فوق برنامه و نیز آگاهی دادن به دانش آموزان و والدین آنها از سال‌ها قبل جهت ورود به این رشته و آینده شغلی و مسئولیت‌های آن از جمله پیشنهادات جهت ترمیم بعضی از مشکلات می‌باشد.

روانی شناسایی زودروس اختلالات روانی با پیگیری‌های مستمر جهت پیشگیری از تاثیر منفی بر وضعیت تحصیلی افراد، توسعه مراکز مشاوره دانشجویی و ایجاد تلفن گویا برگزاری کلاسهای آموزش تکنیک‌های روانشناسی مقابله با استرس و آشنایی با مکانیسم‌های دفاعی که چه بهتر از دوران نوجوانی شروع گردد، برگزاری اردوهای

References

- ۱- سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۰، ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه، ترجمه دکتر داود شاه محمدی، سید عباس باقری یزدی و حسن پالاهنگ، تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد، چاپ اول
- ۲- نوربالا، احمد علی، محمد، کاظم، باقری یزدی، سید عباس، یاسمی، محمد تقی، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران: انتشارات مولف، چاپ اول، ۱۳۸۰
- ۳- موری، کریستوفر ولویز آلن. (۱۹۹۶). بار جهانی بیماریها. ترجمه: پژمان شاد پور، تهران: انتشارات وزارت بهداشت و یونیسیف، ۱۳۷۷، ص ۱
- 4- Schneider SE, Philips WM. Depression and anxiety in medical students, surgery and pediatric interns. Psychol. Rep. 1993; 72(3pt 2):1145-6
- 5- Anxiety and depression in the first year of medical residency, editinal comments to authors 19 September 2000.
- ۶- خجایان، ریحانه؛ بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی دانشگاه ارتش مقطع علوم پایه، پایان نامه دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی ارتش: ۱۳۸۳
- ۷- ذوالفقاری، فاطمه؛ بررسی فراوانی اضطراب در دانشجویان پزشکی بقیه ...
- بر اساس تست اضطراب برنز و هامپلتون، پایان نامه دکترای حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...: ۱۳۸۰
- ۸- بوالهروی، جعفر؛ بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۷۶ در مقطع کارشناسی دانشگاه تهران گزارش مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران ۱۳۷۷.
- ۹- کاپلان، ه؛ سادوک، ب. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی ترجمه نصرت ا... پورافکاری. جلد ۲ تهران: شهراب، ۱۳۷۹ چاپ اول
- ۱۰- روانپزشکی آکسفورد ۱۹۹۹ (خلاصه دروس پزشکی -رتبه اول)، ترجمه: سید مصطفی امامی میندی، سید جمال موسوی، وحید نوشادی، تهران: انتشارات چراغ دانش، ۱۳۸۱.
- ۱۱- رستمی، رضا؛ بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران ورودی ۸۰-۷۹ پایان نامه دکترای تخصصی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: ۱۳۸۰ (شماره ۸۸۴۴).
- ۱۲- شفیق آبادی، عبا...؛ ناصر، غلامرضا؛ نظریه‌های مشاوره و روان درمانی. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی (۱۳۶۸).
- ۱۳- حسینی، ابوالقاسم؛ اصول بهداشت روانی - مشهد انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۷۱.

Archive

Evaluation of mental health of Nonmilitary medical students at clinical training grade

*Mousavi SS; MD¹, Hajfathali AR; MD², Taghva A; MD³, Bakhshi M; MD⁴

Abstract

Background: The purpose of this research is to evaluate mental health of medical students to estimate prevalence of psychiatric disorder (including: Somatic symptoms, anxiety-insomnia, social dysfunction and depression) in this population: Nonmilitary medical students at clinical training grade referred to army university of I.R.O.I for instruction in 2nd half year of 1383.

Materials and Methods: In this research 205 students (60% female, 40% male) were evaluated by GHQ-28 instrument and also an enclosure containing demographic data.

Results: The results of this research demonstrated that 47/8% of individuals were suspicious to mental disorder in which more frequencies were among women, interns, single marital status and those who had positive history of mental disease in their families.

Conclusions: There was statistically significant relation between

1-Mental disorder and single marital status and also positive family history

2-Somatic symptoms (38.5%) and gender (female)

3-Anxiety-insomnia (47.8%) and gender (female) and also FH(+)

4-Social dysfunction (69%) and training grade (interns)

5-Depression (25.4%) and single marital status and also FH(+)

There was no significant relation between two groups of age (>25 Years) and non of considered disorders.

Keywords: Anxiety and insomnia, Depression, GHQ-28, Mental disorder, Medical students, Mental health, Social dysfunction, Somatic symptoms

1- (*Corresponding Author) Assistant Professor, Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department Psychiatry, 506 Medical Center Tel: 021-88632967

2- General Practitioner, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences

3- Assistant Professor Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department Psychiatry, 506 Medical Center

4- General Practitioner, Army University of Medical Sciences