

بررسی تأثیر فشارهای روانی بر سلامت روان دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

دکتر فاطمه موسوی*، دکتر شهرزاد تقوی**، دکتر زینب نعمت‌زاده**

چکیده:

زمینه و هدف: اختلالات اضطرابی و افسردگی بین دانشجویان پزشکی نسبت به سایر افراد جامعه از شیوع بیشتری برخوردار است. در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی تأثیر برخی فشارهای روانی بر سلامت روان دانشجویان بپردازیم.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران در بهمن ماه ۱۳۸۸، ۳۲۰ دانشجوی پزشکی شامل ۱۹۰ اینترنت و ۱۳۰ استاژر، با پر کردن پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه ارزیابی سلامت روان GHQ-28 در این مطالعه شرکت کردند.

یافته‌ها: در این مطالعه شیوع اختلالات روانی در بین دانشجویان پزشکی بر اساس پرسشنامه GHQ-28، ۴۳/۳٪ به دست آمد. در بررسی‌های انجام شده سن، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، وضعیت مسکن و تعداد افراد همخانه بر سلامت روان تأثیرگذار بودند اما جنس، داشتن فرزند و وضعیت تحصیلی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روان نداشت و همچنین مشکلات ارتباطی، اقتصادی، علاقه به رشته تحصیلی، مشکلات تحصیلی، مشکلات مربوط به آینده شغلی و فعالیت‌های تفریحی دانشجویان فشارهای روانی بودند که تأثیر به‌سزایی بر سلامت روان دانشجویان داشتند اما تماس با فشارهای روانی زیاد در ۶ ماه اخیر رابطه آماری معناداری با سلامت روان پیدا نکرد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه شیوع اختلالات روانی در بین دانشجویان پزشکی تقریباً دو برابر جمعیت عمومی است، به نظر می‌رسد تعدیل فشارهای روانی تعریف شده در این مطالعه که باعث افزایش اضطراب و افسردگی در بین دانشجویان پزشکی می‌شود، بتواند تأثیر به‌سزایی در بهداشت روان این گروه از دانشجویان داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، افسردگی، اضطراب، دانشجویان پزشکی

زمینه و هدف

اضطراب عبارتند از: سن، جنس، شغل و بیماری‌های جسمی یا روحی^۱ در ملاک‌های تشخیصی بازنگری شده چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، افسردگی به عنوان یکی از اختلالات خلقی طبقه‌بندی شده است. شخصی به

برخی روانشناسان اضطراب را هیجانی درونی تعریف می‌کنند که باعث احساس دردی عمیق و ناشناخته می‌گردد که حاصل آن ایجاد هیجانی شدید در افراد و به هم ریختن وضع تعادل است. بر اساس دسته‌ای از مطالعات، عوامل مرتبط با

نویسنده پاسخگو: دکتر شهرزاد تقوی

تلفن: ۸۸۸۴۲۷۵

E-mail: shahrzad_taghavi@yahoo.com

* استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سوختگی

** پزشک عمومی، مرکز تحقیقات سوختگی دانشگاه تهران

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۰۷/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۰۳

اختلالات افسردگی و اضطرابی درمان نشده ممکن است منجر به افزایش میزان خودکشی شود، در نتیجه شناسایی به موقع اختلالات اضطرابی و افسردگی در خصوص سلامت روان دانشجویان پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.^۷ همچنین با توجه به اینکه دانشجویان و به ویژه برگزیدگان رشته پزشکی از با استعدادترین دانش‌آموزان کشور بوده و جزو سرمایه‌های ملی محسوب می‌شوند و از طرفی، با توجه به طبیعت پراسترس رشته پزشکی و درگیری آن با درد و رنج انسان‌ها و شرایط خاص تحصیلی و گستردگی مطالب درسی و استرس دائمی امتحانات، بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی سلامت روان این افراد ضروری به نظر می‌رسد.^۸

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است که بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی در بهمن ماه سال ۱۳۸۸ انجام گردید. دانشجویان پزشکی که در مقطع استاژری و انترنی تحصیل می‌کردند و تمایل به پرکردن پرسشنامه داشتند، به مطالعه وارد شدند. پرسشنامه‌هایی که کامل پر نشده بودند از مطالعه خارج گردید. از بین پرسشنامه‌هایی که بین دانشجویان داوطلب توزیع شد ۳۲۰ پرسشنامه به طور کامل پر شده بود و مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویانی که به شرکت در مطالعه تمایل داشتند، قرار گرفت و دانشجویان پرسشنامه‌ها را در اوقات آزاد خود و به تنهایی و به صورت بی‌نام پر کردند. متغیر وابسته در این تحقیق، وضعیت سلامت روان دانشجویان بود که توسط پرسشنامه ارزیابی سلامت روان GHQ-28 مورد ارزیابی قرار گرفت و کسانی که طبق درجه‌بندی استاندارد این پرسشنامه نمره آنها ۰-۶ بود، سالم در نظر گرفته شدند و متغیرهای مستقل در این پژوهش شامل مشخصات جمعیت‌شناختی، مشخصات زمینه‌ای هر دانشجو و تماس با فشارهای روانی بود، که در این مطالعه در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌هایی که در این تحقیق پس از تأیید چند نفر روانشناس و روانپزشک از اعضای هیئت علمی دانشگاه مورد استفاده قرار گرفتند، شامل پرسشنامه GHQ-28 به همراه پرسشنامه دیگری که توسط مؤلفین تهیه شده بود، می‌باشد. این پرسشنامه که در چند بخش تهیه شده به بررسی مشخصات فردی دانشجو (از قبیل سال تولد، جنسیت، وضعیت ازدواج و داشتن فرزند)، مشخصات زمینه‌ای (از قبیل مقطع تحصیلی، وضعیت تحصیلی، وضعیت مسکن و تعداد افراد همخانه‌ای) و همین طور به بررسی

یک دوره افسردگی عمده دچار است که به مدت حداقل دو هفته نشانه‌های معینی در او پایدار بمانند، مانند از دست دادن احساس لذت از انجام فعالیت‌هایی که قبلاً برایش لذت‌بخش بوده‌اند، داشتن یک حالت روحی اندوهگین یا تحریک‌پذیر، بروز تغییرات چشمگیر در وزن بدن یا اشتها، بروز مشکلاتی در زمینه خوابیدن یا تمرکز کردن و داشتن احساس پوچی. عوامل خطر ساز برای ابتلا به افسردگی را جنسیت، پیشینه خانوادگی، رخداد های تنش‌زای زندگی، سوانح و عواملی از این دست بر شمرده‌اند.^۱ میزان شیوع ابتلا به افسردگی در کل زندگی در افراد جامعه بین ۱۰-۲۱٪ گزارش شده است.^۲ بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، انتظار می‌رود که افسردگی تا سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین عامل از کار افتادگی شناخته شود.^۳ بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، یک تغییر جهان شمول در اپیدمیولوژی بیماری‌ها ایجاد خواهد شد، به طوری که بیماری‌های غیر مسری مثل اختلالات ذهنی جای بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مسری را در منجر شدن به ناتوانی و مرگ‌های زودرس خواهند گرفت.^۴ در مطالعه اپیدمیولوژیکی که در ایران در سال ۲۰۰۴ جهت تعیین شیوع اختلالات روانی انجام شده در ۱۸-۲۰٪ افراد ۱۵-۴۴ ساله که از پرسشنامه General Health Questionnaire (GHQ-28) استفاده کرده بودند، این اختلال تخمین زده شده است. شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳٪ و در مناطق شهری ۲۰/۹٪ در کل ایران می‌باشد. همچنین در این مطالعه آورده شده است که علایم اضطراب و افسردگی بسیار شایعتر از اختلال عملکرد اجتماعی و سوماتیزاسیون می‌باشد و با عواملی نظیر ازدواج، طلاق، بیهوش شدن، بیکاری و بازنشستگی شیوع آن افزایش می‌یابد.^۵ اختلالات اضطرابی و افسردگی در دانشجویان پزشکی در مقایسه با جمعیت عمومی هم سن و سال شایع‌تر است،^۶ که با عللی نظیر سطح بالای فشارهای روانی و استعداد شخصیتی در ارتباط است.^۷ سایر فاکتورهای مؤثر عبارتند از: فشارهای آکادمیک، حجم کاری زیاد، نگرانی‌های مالی، کمبود خواب، در معرض مرگ و زجر بیماران بودن و مواردی از این دست است. در نتایج تحقیقات مختلف مطرح کرده‌اند که این آسیب‌های روانی در بین دانشجویان پزشکی می‌تواند اثرات سوئی روی کار حرفه‌ای آنان داشته باشد که منجر به تقلب در کار و سوء مصرف الکل و مواد مخدر می‌شود^۸ و همچنین مراجعه نکردن دانشجویان پزشکی برای مشاوره سلامت روان باعث می‌شود که اختلالات اضطرابی و افسردگی در این گروه کمتر شناخته شود و به تبع کمتر تحت درمان قرار گیرد. که این

سوماتیک، اضطراب و بی‌خوابی، مشکلات عملکرد اجتماعی و افسردگی را بررسی می‌کند و در این مطالعه از روش نمره‌بندی سنتی برای بررسی پاسخ تست‌ها استفاده شد، میزان حساسیت و ویژگی این آزمون به ترتیب برابر با ۸۴/۷ و ۹۳/۸ است، ارزیابی پایایی و اعتبار به دست آمده از این پرسشنامه دلالت بر این دارد که این پرسشنامه می‌تواند به عنوان غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی به طور موفقیت‌آمیزی به کار برده شود و در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار 16 SSSP تحت بررسی قرار گرفت. فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و آزمون کای اسکور مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

۳۲۰ دانشجوی پزشکی در مقاطع استرژژی [۱۳۰ نفر (۴۰/۶٪)] اینترنتی [۱۹۰ نفر (۵۹/۴٪)] وارد این مطالعه شدند. میانگین سنی دانشجویان $24/7 \pm 1/95$ سال (بین ۲۱ تا ۳۱ سال) بود که ۸۶ نفر (۲۶/۹٪) آقا و ۲۳۴ نفر (۷۳/۱٪) خانم بودند. در مجموع ۱۸۱ نفر (۵۶/۶٪) نمره GHQ-28 بین ۶-۰ کسب کردند و ۱۳۹ نفر (۴۳/۴٪) نمره GHQ-28 شان بین ۲۸-۷ بود.

در بررسی‌های انجام شده از بین متغیرهای جمعیت شناختی و مشخصات زمینه‌ای، متغیرهای سن، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، وضعیت مسکن و تعداد افراد هم‌خانه بر وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی تأثیرگذار بودند. اما در خصوص جنس، داشتن فرزند و وضعیت تحصیلی که با معیار معدل ارزیابی شد، رابطه آماری معناداری یافت نشد (جدول ۱).

در جدول ۲، تأثیر فشارهای روانی مورد بررسی در مطالعه بر سلامت روان دانشجویان نشان داده شده است. تماس با فشارهای روانی زیاد طی ۶ ماه اخیر رابطه آماری معناداری با وضعیت سلامت روان دانشجویان پیدا نکرد، اما تأثیر سایر فشارهای روانی مورد مطالعه بر سلامت روان تأیید شد.

فشارهای روانی می‌پردازد که این فشارهای روانی در ۷ گروه مجزا تعریف شده‌اند: دسته اول که به عنوان تماس با فشارهای روانی زیاد در ۶ ماه اخیر نامگذاری شد، به بررسی وجود یک مورد یا بیشتر از موارد بیماری مزمن یا صعب‌العلاج تازه تشخیص داده شده، سرطان، جراحی ماژور، ترومای ماژور در خود فرد یا اعضای خانواده یا مرگ در خانواده می‌پردازد. دسته دوم فشارهای روانی شامل مشکلاتی است که فرد در زمینه ارتباطات خود با سایرین دارد که در این گروه در مورد مشکلات در برقراری ارتباط با والدین، جنس مقابل، همکلاسی‌ها، اساتید، بیماران، پرستاران و پرسنل بیمارستان از ایشان سوال شده است و همچنین از دانشجویان خواسته شد که در صورتیکه در موردی غیر از موارد نامبرده مشکلات ارتباطی دارند، قید نمایند. در دسته سوم به بررسی مشکلات اقتصادی پرداختیم و در مورد مشکل در پرداخت هزینه تحصیل و داشتن شغل همراه با تحصیل از ایشان سوال کردیم. در قسمت چهارم در مورد علاقه به رشته پزشکی و علاقه به کار کردن در محیط بیمارستان و تماس با بیماران سوال شد. دسته پنجم فشارهای روانی شامل مشکلات آموزشی و تحصیلی بود و در مورد فشار کاری زیاد از نظر خود فرد، مشکل آموزشی با اساتید، نامناسب بودن امکانات کمک آموزشی و امتحانات مکرر سوالاتی پرسیده شد و در خواست شد که در صورت تمایل، مواردی غیر از این را قید نمایند. دسته ششم فشارهای روانی در مورد مشکلاتی در زمینه آینده شغلی بود شامل عدم امکان شرکت در امتحان رزیدنتی، مشمول شدن طرح خدمت نیروی انسانی پس از فارغ التحصیلی، مشکلات مربوط به قوانین امتحان رزیدنتی و قوانین طرح و نگرانی جهت مشکلات اقتصادی پس از فارغ‌التحصیلی و در این مورد هم جهت مواردی غیر از این سوال شد و در دسته هفتم فشارهای روانی مشکلات تفریحی و فعالیت‌های اجتماعی گنجانده شد و در مورد وقت و امکانات کافی برای پرداختن به این امور سوال پرسیده شد. پرسشنامه GHQ-28 جهت ارزیابی سلامت روان با ترجمه فارسی آورده شده بود که شامل ۲۸ تست ۴ جوابی است که در ۴ قسمت ۷ سوالی به ترتیب علایم

جدول ۱-ارتباط میان نمره GHQ و خصوصیات اقتصادی - اجتماعی دانشجویان

| P-value | نمره GHQ | | خصوصیات اقتصادی - اجتماعی |
|----------------------|--------------|--------------|----------------------------|
| | ۲۸-۷ | ۶-۰ | |
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| $P = ۰/۰۱$ | ۱۳۹ (۲۴/۳۷) | ۱۸۱ (۲۵/۰۷) | تعداد (میانگین سن) |
| $P = ۰/۱۶$ | ۳۳ (۳۸/۴) | ۵۳ (۶۱/۶) | مرد |
| | ۱۰۶ (۴۵/۳) | ۱۲۸ (۵۴/۷) | زن |
| $P = ۰/۰۷$ | ۱۰۶ (۴۱/۲) | ۱۵۱ (۵۸/۸) | مجرد |
| | ۳۳ (۵۲/۴) | ۳۰ (۴۷/۶) | متاهل |
| $P = ۰/۲۵$ | ۱۰ (۶۲/۵) | ۶ (۳۷/۵) | بله |
| | ۲۳ (۴۸/۹) | ۲۴ (۵۱/۱) | خیر |
| $P = ۰/۰۰۰*$ | ۶۷ (۵۱/۵) | ۶۳ (۴۸/۵) | استاژری |
| | ۷۲ (۳۷/۹) | ۱۱۸ (۶۲/۱) | انترنی |
| $P = ۰/۰۰۹ (t-test)$ | ۳۲ (۱۵/۵۸) | ۴۲ (۱۵/۵۷) | استاژر |
| $P = ۰/۰۰۴ (t-test)$ | ۳۷ (۱۵/۶۷) | ۷۸ (۱۵/۴۸) | انترن |
| | ۱۰۱ (۳۸/۸) | ۱۵۹ (۶۱/۲) | همراه خانواده |
| $P = ۰/۰۰۰*$ | ۲۲ (۶۸/۸) | ۱۰ (۳۱/۲) | تنها |
| | ۱۱۲ (۲/۴۶) | ۱۵ (۳/۳۹) | تعداد (متوسط افراد همخانه) |

۱. داشتن فرزند در بین افراد متأهل بررسی شده است (۶۳ نفر)

P=P-value

* معنادار

جدول ۲- ارتباط میان فشارهای روانی و نمره GHQ در دانشجویان پزشکی

| P-value | نمره GHQ | | نتیجه (تعداد) | زیر گروه‌های فشار روانی | نوع فشار روانی |
|------------|--------------|--------------|---------------|--|--------------------------------|
| | ۶-۷ | ۶-۰ | | | |
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | | | |
| P = ۰/۰۷ | ۳۷ (۵۱/۴) | ۳۵ (۴۸/۶) | دارد (۷۲) | فشار روانی زیاد | ۱. فشار روانی زیاد |
| | ۱۰۲ (۴۱/۱) | ۱۴۶ (۵۸/۹) | ندارد (۲۴۸) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۷۰ (۵۶/۹) | ۵۳ (۴۳/۱) | دارد (۱۲۳) | مشکل در روابط | ۲. ارتباطات |
| | ۶۹ (۳۵) | ۱۲۸ (۶۵) | ندارد (۱۹۷) | | |
| P = ۰/۰۰۵* | ۴۷ (۵۶) | ۳۷ (۴۴) | دارد (۸۴) | مشکل اقتصادی | ۳. مشکلات اقتصادی |
| | ۹۲ (۳۹) | ۱۴۴ (۶۱) | ندارد (۲۳۶) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۱۰۷ (۳۸/۹) | ۱۶۸ (۶۱/۱) | دارد (۲۷۵) | به رشته تحصیلی | ۴. علاقه |
| | ۳۲ (۷۱/۱) | ۱۳ (۲۸/۹) | ندارد (۴۵) | | |
| P = ۰/۰۰۵* | ۱۰۴ (۳۹/۸) | ۱۵۷ (۶۰/۲) | دارد (۲۶۱) | در ارتباط با بیماران | |
| | ۳۵ (۵۹/۳) | ۲۴ (۴۰/۷) | ندارد (۵۹) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۱۰۰ (۵۲/۱) | ۹۲ (۴۷/۹) | دارد (۱۹۲) | مشکل تحصیلی | ۵. مشکلات تحصیلی |
| | ۳۹ (۳۰/۵) | ۸۹ (۶۹/۵) | ندارد (۱۲۸) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۱۲۳ (۴۹/۸) | ۱۲۴ (۵۰/۲) | دارد (۲۴۷) | نگرانی در مورد فرصت شغلی آینده | ۶. فرصت‌های شغلی آتی |
| | ۱۶ (۲۱/۹) | ۵۷ (۷۸/۱) | ندارد (۷۳) | | |
| P = ۰/۰۰۵* | ۵۷ (۵۰) | ۵۷ (۵۰) | دارد (۱۱۴) | مشمولیت طرح پزشک خانواده | |
| | ۸۲ (۳۹/۸) | ۱۲۴ (۶۰/۲) | ندارد (۲۰۶) | | |
| P = ۰/۰۱۶ | ۴۷ (۴۸) | ۵۱ (۵۲) | دارد (۹۸) | عدم امکان شرکت در امتحان رزیدنتی | |
| | ۹۲ (۴۱/۴) | ۱۳۰ (۵۸/۶) | ندارد (۲۲۲) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۵۹ (۶۴/۱) | ۳۳ (۳۵/۹) | دارد (۹۲) | نگرانی در مورد مشکلات مالی پس از فارغ التحصیلی | |
| | ۸۰ (۳۵/۱) | ۱۴۸ (۶۴/۹) | ندارد (۲۲۸) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۸۴ (۵۳/۸) | ۷۲ (۴۶/۲) | دارد (۱۵۶) | مشکلات مربوط به قوانین امتحان رزیدنتی | |
| | ۵۵ (۳۳/۵) | ۱۰۹ (۶۶/۵) | ندارد (۱۶۴) | | |
| P = ۰/۲۰ | ۴۲ (۴۷/۷) | ۴۶ (۵۲/۳) | دارد (۸۸) | مشکلات مربوط به قوانین طرح | |
| | ۹۷ (۴۱/۸) | ۱۳۵ (۵۸/۲) | ندارد (۲۳۲) | | |
| P = ۰/۰۰۰* | ۱۰۹ (۵۳/۷) | ۹۴ (۶۴/۳) | دارد (۲۰۳) | مشکل در مورد مسائل تفریحی | ۷. فعالیت‌های تفریحی - اجتماعی |
| | ۳۰ (۲۵/۶) | ۸۷ (۷۴/۴) | ندارد (۱۱۷) | | |

بحث

در نتایج مطالعه نور بالا در سال ۲۰۰۴، که با پرسشنامه GHQ در بررسی شیوع اختلالات روانی در سنین ۱۵-۴۴ سال در جمعیت عمومی پرداخته بود، شیوع این اختلالات ۲۰-۱۸٪ گزارش شده بود.^۵ در نتایج مطالعه ما، شیوع اختلالات روانی بر اساس پرسشنامه مشابه ۳/۴۳٪ بود که این میزان بیش از ۲ برابر جمعیت عمومی است. مقایسه این آمار نشان دهنده اهمیت بررسی این موضوع در بین دانشجویان پزشکی می‌باشد و لزوم بررسی مشکلات این گروه از دانشجویان کشور را که در آینده سهم مهمی از امور درمانی و بهداشتی را به عهده خواهند داشت، نشان می‌دهد. در مطالعه دیگری که اختلالات روانی را در دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران بررسی کرد هم نتایج حاصله مشابه و همسو با مطالعه حاضر بود و شیوع اختلالات روانی ۴۴٪ به دست آمد.^{۱۲}

بر اساس آمار به دست آمده از مطالعه، رابطه معناداری بین جنسیت و سطح سلامت روان پیدا نشد ($P = 0/16$)، اما چنانکه در جدول ۱ آمده است ۳۸/۴٪ از آقایان نمره GHQ بین ۷-۲۸ داشتند. این در حالی است که ۴۵/۳٪ از خانمها این نمره را کسب کردند. نتایج مطالعات قبلی تفاوت آماری معنی‌داری را بین جنسیت دانشجویان پزشکی و نمره GHQ و وضعیت سلامت روان گزارش شده است.^{۱۱} به نظر می‌رسد که تعداد کم آقایان شرکت‌کننده در مطالعه ما (۸۶ نفر) نسبت به خانمها (۲۳۴ نفر) در مقایسه با مقاله بیاتی و همکارانش که ۵۲٪ شرکت‌کنندگان آقا بودند، در حصول این نتایج دخیل باشد. میانگین نمره GHQ برای خانمها ۷/۳۱ و برای آقایان ۵/۷۹ برآورد شد ($P = 0/6$ و T-Test).

همچنین با وجودی که رابطه آماری معناداری بین وضعیت ازدواج و سطح سلامت روان یافت نشد، میانگین نمره GHQ افراد مجرد ۶/۶۰ بود و این عدد در افراد ازدواج کرده ۸/۱۴ به دست آمد ($P = 0/1$ و T-Test).

در تحقیق مختاری پور و همکارانش در دانشگاه اصفهان هم بین وضعیت تأهل با افسردگی ارتباطی پیدا نشد.^۸ اما در تحقیق حسینی و همکارانش در دانشگاه ساری بین متأهل بودن با افسردگی ارتباط وجود داشت.^{۱۳} در تحقیق بیاتی و همکاران هم بین نمره GHQ (وضعیت سلامت روان) با وضعیت تأهل دانشجویان ارتباطی یافت نشد.^{۱۱}

۴۸/۵ درصد استازرها نمره GHQ بین ۰-۶ داشتند. این در حالی است که ۶۲/۱٪ انترن‌ها این نمره را کسب کردند که

تفاوت معناداری بین وضعیت سلامت دو گروه را نشان می‌دهد ($P = 0/01$). ۱۲ نفر (۴۶/۲٪) از استازرهای ۵ ماه اول، ۵ نفر (۱۹/۲٪) از استازرهای ۵ ماه دوم، ۲۳ نفر (۶۳/۹٪) از استازرهای ۵ ماه سوم و ۲۳ نفر (۵۴/۸٪) از استازرهای ۵ ماه چهارم نمره GHQ بین ۰-۶ داشتند. ۲۳ نفر (۴۷/۹٪) از انترن‌های ۶ ماه اول، ۵۰ نفر (۶۹/۴٪) انترن‌های ۶ ماه دوم و ۴۵ نفر (۶۴/۳٪) از انترن‌های ۶ ماه سوم نمره GHQ بین ۰-۶ داشتند ($P = 0/000$). از استازرها در بین مقاطع مختلف استازری، استازرهای پنج ماهه دوم بیشترین درصد (۸۰/۸٪) نمره ۷-۲۸ را کسب کردند و از بین انترن‌ها کسانی که در ۶ ماه اول دوره انترنی بودند، بیشترین درصد (۵۲/۱٪) نمره ۷-۲۸ را داشتند ($P = 0/000$). که به نظر می‌رسد در مورد استازرها به خاطر سنگینی درس‌های ارائه شده در پنج ماه دوم که شامل دروس اطفال و عفونی می‌باشد و در انترن‌های ۶ ماه اول علی‌چون عادت نداشتن به کشیک و گذراندن کورس‌های ماژور در این ۶ ماه و به عهده گرفتن وظایفی در خصوص درمان بیماران، برگزار کردن جلسات گزارش صبحگاهی توسط آنها و نگرانی‌هایی درباره آینده که در این دوره با آنها مواجه می‌شدند، می‌تواند در این مورد دخیل باشد. در مطالعه دانشگاه تهران هم نتایج مشابهی با این مضمون که فشارهای روانی در میان دانشجویان استازر در مقایسه با انترن‌ها بیشتر است، گزارش شده است و عنوان شده که این می‌تواند به علت فضای نامساعد دانشگاه، امتحانات زیاد و فرصت‌های شغلی محدود باشد.^{۱۳}

۳۴/۴٪ (۱۲۳ نفر) دانشجویان در زمینه ارتباطات خود دچار مشکل بودند که ۵۶/۹٪ از این افراد نمره GHQ ۷-۲۸ کسب کردند ($P = 0/000$). مشکل ارتباطی با والدین فقط در ۹/۱٪ افراد (۲۹ نفر) دیده شد، ۱۸ نفر (۶۱/۲٪) از این افراد نمره GHQ بین ۰-۶ داشتند که با سلامت روان ارتباط معناداری پیدا نکرد ($P = 0/3$). ۳۶ نفر از بیماران مشکلات در ارتباط با جنس مخالف داشتند که ۱۱ نفرشان (۳۰/۶٪) نمره ۰-۶ کسب کردند ($P = 0/001$)، ۲۰ نفر مشکل در ارتباط با همکلاسی‌ها داشتند که ۶ نفر (۳۰٪) نمره GHQ ۰-۶ داشتند ($P = 0/01$)، ۴۹ نفر مشکل در ارتباط با اساتید داشتند که ۲۰ نفرشان (۴۰/۸٪) نمره ۰-۶ داشتند ($P = 0/01$). ۳۱ نفر مشکل در ارتباط با بیماران داشتند که ۱۴ نفرشان (۴۵/۲٪) نمره ۰-۶ کسب کردند ($P = 0/12$) و ۵۹ نفر هم مشکل ارتباطی با پرسنل درمانی داشتند که ۲۹ نفر (۴۹/۲٪) نمره

- همانطور که انتظار می‌رفت بین علاقه به رشته تحصیلی و علاقه به کار در محیط بیمارستان و تماس با بیماران ارتباط آماری معناداری یافت شد. کسانی که به رشته خود علاقه نداشتند، ۷۱/۱٪ شان نمره GHQ ۲۸-۷ کسب کردند و کسانی که علاقه به کار در محیط بیمارستان و تماس با بیماران نداشتند، ۵۹/۳٪ نمره ۲۸-۷ کسب کردند. در نتایج مطالعه ملکی و همکارانش در دانشگاه همدان ۱۹/۹٪ دانشجویان از رشته تحصیلی خود ناراضی بوده یا نسبت به آن بی تفاوت بودند و ارتباط این امر با اضطراب و افسردگی، همسو با مطالعه ما به دست آمده است.^{۱۴}

- ۷۷/۲٪ دانشجویان در خصوص آینده شغلی خود نگران بودند که درصد قابل توجهی است و همچنین ارتباط آماری معناداری با سطح سلامت روان دارد (P = ...). ۷۰/۸٪ از استاژرها و ۸۱/۶٪ از انترن‌ها در این باره نگرانی داشتند (P = ۰/۰۱). هم چنین آمار به دست آمده در خصوص ارتباط طرح خدمت نیروی انسانی و عدم امکان شرکت در امتحان رزیدنتی و مشکلاتی که دانشجویان در خصوص قوانین این دو مورد دارند، با سلامت روان قابل توجه است و انتظار می‌رود مسئولین مربوطه در مورد این قوانین بازنگری نمایند. در مقاله بیاتی و همکارانش^{۱۱} هم امیدواری به آینده شغلی ارتباط معناداری با نمره GHQ داشته که همسو با مطالعه ماست.

- ۲۰۳ نفر از دانشجویان به داشتن مشکل در مورد مسائل تفریحی پاسخ مثبت دادند که ۹۴ نفر (۶۴/۳٪) نمره GHQ بین ۶-۰ داشتند. ۱۶۵ نفر به نداشتن زمان کافی برای تفریحات پاسخ مثبت دادند که ۷۰ نفرشان (۴۲/۴٪) نمره ۶-۰ داشتند (P=۰/۰۰۰) و ۶۰ نفر به نداشتن امکانات تفریحی کافی اشاره کردند که ۳۱ نفرشان (۵۷/۱٪) نمره ۶-۰ کسب کردند (P=۰/۲۴).

ارتباط بین فعالیت‌های تفریحی و سلامت روان هم چنانکه انتظار می‌رفت، معنادار است (P = ۰/۰۰۰). در مطالعه ملکی و همکارانش^{۱۴} در دانشگاه همدان ۶۶/۸٪ از کل دانشجویان فاقد سرگرمی یا تفریح بودند و ۴۲/۹٪ از ایشان در ساعات فراغت خود کار خاصی نمی‌کردند. آمار فوق حتی بدون توجه به ارتباط مثبت این عوامل با افزایش موارد اضطراب و افسردگی حائز اهمیت بوده و لزوم توجه مسئولین دانشگاه را برای برنامه‌ریزی دقیق‌تر و افزایش امکان فعالیت‌های غیر درسی و جانبی برای دانشجویان مطرح می‌سازد.^{۱۴}

GHQ بین ۶-۰ داشتند (P=۰/۱۳). کسانی که مشکلات ارتباطی با جنس مقابل، همکلاسی‌ها و اساتید داشتند نمره GHQ بین ۷-۲۸ درصد بالاتری را به خود اختصاص دادند و احتمال اختلال سلامت روان در این افراد بیشتر به دست آمد، اما بین مشکلات ارتباطی با بیماران و پرسنل با سلامت روان هم ارتباط معناداری یافت نشد. در مقاله عربستان سعودی هم بین ارتباط ضعیف بین اساتید و دانشجویان ارتباط آماری معناداری یافت شده و ذکر شده که این ارتباط و رفتار نامطلوب به خاطر باور غلطی است که اساتید می‌اندیشند که به آموزش دانشجویان کمک خواهد کرد.^۹

- ۸۴ نفر از دانشجویان مشکل اقتصادی را عنوان کرده‌اند که ۳۷ نفر (۴۴٪) نمره ۶-۰ داشتند (P=۰/۰۰۵). از مجموع دانشجویان ۱۴۳ نفر هیچ وقت در پرداخت هزینه‌های دانشگاه مشکلی نداشتند، از بین این ۱۴۳ نفر ۸۰ نفر (۵۵/۹٪) نمره ۶-۰ داشتند، ۱۲۲ نفر گاهی در پرداخت هزینه دانشگاه مشکل داشتند که ۷۳ نفرشان (۵۹/۸٪) نمره ۶-۰ داشتند، ۳۶ نفر اغلب در پرداخت هزینه تحصیل مشکل داشتند که ۱۸ نفرشان (۵۰٪) نمره ۶-۰ داشتند و ۱۹ نفر همیشه در پرداخت هزینه تحصیل مشکل داشتند که ۱۰ نفر (۵۲/۶٪) نمره GHQ بین ۶-۰ داشتند (P=۰/۱۴). ۶۰ نفر از کل دانشجویان شغل همزمان با تحصیل داشتند که ۲۸ نفر (۴۶/۷٪) از آنها نمره ۶-۰ داشتند (P=۰/۰۵۸).

با توجه به اینکه دانشجویان دانشگاه آزاد برای تحصیل، هزینه مالی می‌پردازند معمولاً دانشجویان این دانشگاه از تمکن مالی خوبی برخوردارند و چنانچه انتظار می‌رفت درصد زیادی از دانشجویان (۷۳/۸٪) مشکل مالی را قید نکردند (P = ۰/۰۰۰) و هم چنین فقط ۱/۷۱٪ از دانشجویان اغلب یا همیشه در پرداخت هزینه تحصیل مشکل پیدا می‌کنند و فقط ۱۸/۸٪ شغل همراه با تحصیل دارند و همانطور که در نتایج تحقیق ذکر شد، مشکلات مالی در این افراد با سطح سلامت روان ارتباط معناداری پیدا کرد، اما مشکل در پرداخت شهریه و داشتن شغل همراه با تحصیل رابطه معناداری با سلامت روان نداشت. در مطالعه مختاری پور و همکارانش در دانشگاه اصفهان^۸ هم نتایج حاصله هم سو با مطالعه ما است و ذکر شده که هر چه وضعیت اقتصادی - اجتماعی دانشجویان پزشکی بهتر شده به همان میزان اضطراب آنها پایین‌تر آمده زیرا افراد با وضعیت اقتصادی بالا، احساس نگرانی و ناراحتی کمتری برای گذراندن دروس داشته و دغدغه مالی برای شغل مناسب را ندارند.

داشت، به طوریکه دانشجویانی که در مورد امتحانات متعدد شکایت داشتند ۶۲/۹٪ شان نمره GHQ ۷-۲۸ داشتند ($P = ۰/۰۰۰$). در مطالعه بیاتی و همکارانش^{۱۱} هم نمره GHQ رابطه معناداری با امکانات آموزشی دانشگاه داشت و نتایج حاصله همسو با مطالعه ما بود.^{۱۱}

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در دانشجویان پزشکی و با توجه به اهمیت سلامت این گروه انتظار می‌رود مسئولین آموزش پزشکی و برنامه‌ریزان کشوری در خصوص تعدیل بعضی فشارهای روانی روی این گروه از قبیل آینده‌شغلی، امتحان رزیدنتی و طرح و بازبینی قوانین در این حیطه‌ها اقدام لازم را در نظر بگیرند.

- ۱۹۲ نفر از دانشجویان به داشتن مشکلات تحصیلی پاسخ مثبت دادند که ۹۲ نفر (۴۷/۹٪) آنها نمره GHQ بین ۰-۶ داشتند ($P = ۰/۰۰۰$). ۷۹ نفر از حجم زیاد کاری شکایت داشتند که ۴۰ نفرشان (۵۰/۶٪) نمره ۰-۶ داشتند ($P = ۰/۱۳$). ۶۷ نفر با اساتید از لحاظ درسی مشکل داشتند که ۲۷ نفرشان (۴۰/۳٪) نمره GHQ بین ۰-۶ کسب کردند. ۹۵ نفر از آموزش نامناسب شکایت داشتند که ۵۲ نفرشان (۵۴/۷٪) نمره ۰-۶ گرفتند ($P = ۰/۳۸$), ۹۷ نفر هم از امتحانات متعدد شکایت داشتند که ۳۶ نفرشان (۳۷/۱٪) نمره ۰-۶ کسب کردند ($P = ۰/۰۰۰$).
بین مشکلات آموزشی و وضعیت سلامت روان هم ارتباط معناداری یافت شد ($P = ۰/۰۰۰$). فشار کار زیاد و مشکلات مربوط به امکانات کمک آموزشی ارتباط معناداری با سلامت روان پیدا نکردند، اما مشکلات آموزشی با اساتید و امتحانات متعدد ارتباط آماری معناداری با سلامت روان

Abstract:

**Study of the Effect of Mental Stress on Mental Health of
Medical Students of Iran Azad University,
Tehran Medical Branch**

Mousavi F. MD^{}, Taghavi Sh. MD^{**}, Nematzadeh Z. MD^{**}*

(Received: 2 Oct 2011 Accepted: 23 April 2012)

Introduction & Objective: There are high levels of depression and anxiety among medical students in comparison with the general population. We designed this study to determine the effect of some stresses on the mental health of medical students.

Materials & Methods: An analytic descriptive study was performed on 320 medical students, 190 interns and 130 staggers in Islamic Azad University, Tehran Medical Branch during February 2010. Students filled an anonymous questionnaire that included demographic and stressors items and a 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28).

Results: Using GHQ-28 questionnaire, we found that the prevalence of psychological distress between medical students was 43.3%. There was a significant relationship between age, marital status, level of education, residence, the number of home mates with mental health. But gender, having children, and educational status doesn't have any significant relationship with mental health. Although problem in communication, economical and educational problems, interest in medicine, medical future opportunities and recreational activities are the most important stressors that have a drastic effect on medical student's mental health. But there was no significant relationship between having a major stress in the last 6 months and the mental health.

Conclusions: As the prevalence of psychiatric disorders in medical students is about twice the general population, so it seems that the reduction of the mentioned stressors that increase anxiety and depression in medical students, could have an impressive effect on medical student's mental health.

Key Words: Mental Health, Depression, Anxiety, Medical Students

* *Assistant Professor of Social Medicine, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran*

** *General Physician, Burn Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

References:

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical of mental disorders, 4th ed.
2. Noble, R. E., 2005. Depression in women. *Metabolism*, 54: 49-52.
3. Murray, C. J. and A. D. Lopez, 1997. Alternative projection of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study. *Lancet*, 349: 1498-1504.
4. Murray, C. and Lopez, A. (1996) Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: WHO.
5. Noorbala AA., Bagheri Yazdi SA., Yasami MT., Mohammad K. (2004) mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 184: 70-73.
6. Dyrbye, L.N., Thomas, M. R. and Shanafelt, T.D. (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic medicine*, 81, 354-3703.
7. Adomas Bunevicius, Arune Katkute and Robertas Bunevicius (2008) Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: Relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54; 494.
8. Mokhtaripour M, Goodarzi Z, Siadat A, Keivanara M. Anxiety, Depression and some of their Demographic Correlates in Students of Isfahan Medical University. *Journal of Research in Behavioral sciences* 2007; 5(7): 107-112.
9. Abdel-Hady El-Gilany, Mostafa Amr, Sabry Hammad (2008) Percieved stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors. *Ann Saudi Med* 2008; 28(6): 442-448.
10. Abedini S., Davachi A., Sahbaei F., Mahmoudi M., Safa O. (2007) *Medical Journal of Hormozgan University Summer* 2007; 11(2): 139-145.
11. Bayati A., Mohammad Beigi A. and Mohammad Salehi N. (2009) Depression prevalence and related factors in Iranian students. *Pakistan Journal of biological sciences* 12 (20): 1371-1375, 2009.
12. Assadi SM., Nakhaei MR., Najafi F., Fazel S. (2007) Mental health in three generation of Iranian medical students and doctors. *Soc psychiatr epidermiol* (2007) 42: 57-60.
13. Hosanei SH., Mosavy MH. (2004) the comparative study of health status of medical students and paramedical students' trainee. *Journal of Gorgan Uni Med Sci* 2004, 6(1): 101-107.
14. Maleki H., Mottaghipoor Y., Sadeghifar M. A study on depression and anxiety related factors in Hamedan Medical Sciences University students. *Tehran University Medical Journal (TUMJ)* 1997; 55: 79-85.