

بررسی میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۹

فریبا رشیدی زاویه *

خلاصه:

افسردگی یکی از اختلالات شایعی می باشد که هر فردی را تحت تأثیر قرار می دهد و متعلق به قشر خاصی نیست ولی برخی افراد جامعه بدلیل موقعیت خاص نسبت به این اختلال آسیب پذیرترند که از جمله می توان به دانشجویان اشاره نمود.

افسردگی علاوه بر اینکه زندگی را برای فرد مبتلا تلخ خواهد نمود، از پیشرفت و اعتلای فرد، همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده وی می باشد نیز جلوگیری خواهد نمود و خود این امر باعث اختلال در سلامت و پیشرفت جامعه و عواقب ناشی از آن خواهد شد خصوصاً اینکه دانشجویان رشته های پرستاری، مامایی و تکنسین اطاق عمل هر کدام به نحوی درگیر حفظ سلامت جسمی و روانی افراد جامعه هستند، با تشخیص به موقع و زود هنگام این اختلال در دانشجویان، فرصتی برای پیشگیری اولیه و یا جلوگیری از پیرفت و وخامت آن و نهایتاً تأمین بهداشت روانی برای آنان و جامعه فراهم می گردد.

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی بوده و جامعه مورد پژوهش عبارتند از دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان که در این پژوهش کلیه دانشجویان دانشکده مورد بررسی قرار گرفته اند. محیط پژوهش نیز دانشکده پرستاری و مامایی زنجان می باشد.

ابزارهای گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ای در دو بخش بود که در قسمت اول خصوصیات فردی اطلاعات دموگرافیک و در قسمت دوم ۲۱ سؤال مربوط به سنجش میزان افسردگی (تست افسردگی بک) مورد پرسش قرار گرفتند یافته های پژوهش نشان دادند که از ۱۴۸ دانشجوی مورد پژوهش ۴۸/۶٪ افراد دچار افسردگی با درجات مختلفی بودند (از حد کمی افسرده تا بیش از حد) و ۲۶/۳٪ دانشجویان نیز دچار افسردگی بالینی بودند (یعنی نمره تست بک آنها از ۱۸ به بالا بود و در اینجا موارد کمی افسرده هم در زمره افراد طبیعی لحاظ شده اند). شیوع افسردگی بالینی در خصوص دانشجویان رشته پرستاری ۲۳/۴٪، در مورد دانشجویان رشته تکنسین اطاق عمل ۴۳/۴٪ و در خصوص دانشجویان رشته کاردانی مامایی ۲۱/۴٪ بود. آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی داری را بین افسردگی دانشجویان و ترم تحصیلی، تعداد خواهران و برادران، وجود بیماری عمده جسمی و یا روحی در خودشان، وجود مشکل عمده روحی در اعضای خانواده و همچنین وقوع اتفاق (اتفاقات) عمده در طول سال گذشته نشان داد.

واژه های کلیدی: افسردگی: دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی و زنجان

مقدمه :

افسردگی یکی از مهمترین علل بیماریزایی و ناتوانی در تمامی کشورهاست (۱) و در واقع بیماری گسترده و آسیب زننده‌ای است که هر زن و مردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲).

افسردگی از جمله شایعترین اختلالات روانی است و بعنوان مشکل بهداشتی جهانی در تمامی فرهنگها خودنمایی می‌کند (۳). تعداد معدودی از افراد هستند که افسردگی را درطول مدت زندگیشان تجربه نمی‌کنند. افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست، معهذاً برخی افراد جامعه بدلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیرترند.

زندگی پر از فراز و نشیب هیجانی است، اما وقتی که این تغییرات، طولانی می‌شوند، می‌توانند در توانایی عملکردی افراد تأثیر گذاشته و معمولاً ایجاد افسردگی نمایند. تحقیقات نشان می‌دهد که هر ساله در ایالات متحده آمریکا در حدود ۱۹ میلیون نفر از مردم افسردگی را تجربه می‌کنند (یک نفر از هر ده نفر بزرگسال) و تقریباً $\frac{2}{3}$ افراد نیز کمکهایی را که مورد نیازشان می‌باشد دریافت نمی‌کنند (۲) و به عبارتی اکثر افرادی که از افسردگی رنج می‌برند به پزشک مراجعه نمی‌کنند و آن دسته از بیماران که به پزشک مراجعه می‌کنند بیشتر از ناراحتی‌های جسمانی، نداشتن انرژی یا احساس ضعف شکایت می‌کنند و معمولاً بدون تشخیص باقی می‌مانند، در واقع افسردگی یکی از مشکلات شایع و قابل توجه شخصی - اجتماعی است.

کاپلان^(۱) (۱۹۹۷) معتقد است که بیش از ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت عمومی، افسردگی در حد خفیف تا شدید را تجربه می‌کنند و این اختلال، بیماری شایعی است که ۱۵ درصد افراد حداقل یکبار در طی زندگی آن را تجربه می‌کنند و آمار افسردگی در خانم‌ها تا ۲۵ درصد افزایش را نیز نشان می‌دهد. همچنین تعداد افراد افسرده به علت

نشا‌های ناشی از تغییرات اجتماعی و محیطی و افزایش برخی از بیماریهای جسمانی رو به افزایش است (۵) فریاد است که افسردگی به عنوان یک مشکل روانی زندگی بزرگسالی، شناخته شده است. شمار فزاینده مراجعان مبتلا به این اختلال در سنین مختلف به مراکز درمانی نشانه‌ای از شیوع افسردگی است (۶).

افسردگی در بین دانشجویان نیز امروزه مسئله‌ای نیست که بتوان به سادگی منکر آن شد بخصوص افرادی که در محیطهای دانشجویی حضور داشته باشند در بسیاری از موارد می‌توانند آن را به خوبی احساس نمایند. افسردگی دانشجویان باعث تلخ شدن زندگی برای آنان و کاهش کارایی شان می‌گردد، از میزان موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان کاسته و آنها را از رسیدن به جایگاه ویژه‌ای که انتظار دارند و در واقع شایسته آن هستند باز می‌دارد و در موارد شدید موجب شکست و ناکامی در زندگی شده، همچنین باعث اختلال در پیشرفت جامعه و عواقب ناشی از آن خواهد شد.

بنابراین مضرات بیماری افسردگی به طور خلاصه عبارتند از :

- ۱ - عوارض انسانی شامل زجر روحی و روانی و احساس غم و اندوه دایمی.
 - ۲ - عوارض اجتماعی شامل کاهش تعامل اجتماعی فرد و ناتوانی در ارائه خدمات و اهدافی که بر روی آن سرمایه‌گذاری صورت گرفته است .
 - ۳ - آسیب‌های اقتصادی بدین صورت که در افسردگی به طور مستقیم از کارایی و توانایی بکارگیری استعدادها و ظرفیتهای موجود افراد کاسته شده و سرمایه‌گذاری انجام شده در مورد افراد، بازده لازم را نخواهد داشت.
 - ۴ - وجود خطر خودکشی و گاهی دیگرکشی در زمینه بیماری افسردگی (۵).
- هر جامعه‌ای بایستی درصدد آن باشد تا دانشجویانش

نبودند و یا کمی افسردگی داشتند. همچنین کسانی که نمره تست آنها از ۱۸ به بالا بود، تحت عنوان افسردگی بالینی طبقه بندی شدند (۷) سپس داده‌های جمع آوری شده با کمک نرم افزارهای کامپیوتری SPSS و EP.INFO مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

با توصیف داده‌های گردآوری شده در این پژوهش یافته‌های زیر بدست آمده‌اند:

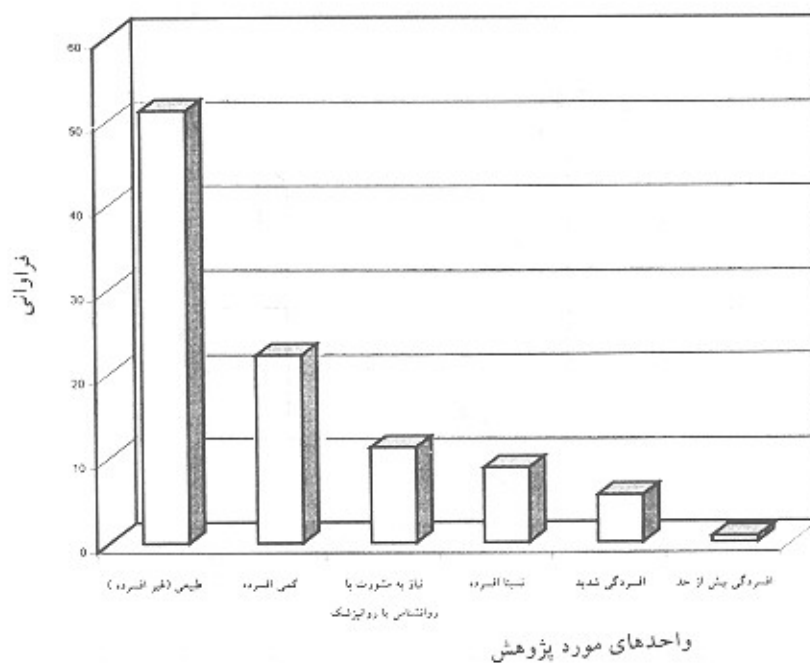
از میان ۱۴۸ واحد مورد پژوهش، ۷۴/۵٪ دانشجوی کارشناسی پرستاری، ۱۵/۴٪ دانشجوی رشته تکنسین اطاق عمل و بقیه دانشجوی رشته کادرانی مامایی بودند. میانگین سنی در مجموع ۲۱/۴۴ سال با انحراف معیار ۱/۵۶ و حداقل و حداکثر سن مشاهده شده به ترتیب ۱۹ و ۲۶ سال بوده است. ۳۴/۳٪ دانشجویان در ترم دوم، ۲۶/۳٪ در ترم چهارم، ۱۲/۸٪ در ترم ششم و ۲۶/۴٪ در ترم هشتم مشغول به تحصیل بودند. ۷۴/۵٪ افراد در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند، ۸۷/۹٪ مجرد و ۰/۷٪ متارکه کرده بودند و از ۱۵ دانشجوی متأهل، ۱۳٪ دارای یک فرزند و مابقی بدون فرزند بودند. شغل پدر ۴۹/۶٪ دانشجویان، شغل آزاد و پدر ۲/۸٪ نیز بیکار بودند. به ترتیب پدر و مادر ۹/۲٪ و ۳۰٪ دانشجویان، بیسواد، ۶۰٪ و ۵۴/۵٪ زیر دیپلم، ۲/۸ و ۷/۰ درصد لیسانس بوده و پدر و مادر هیچکدام از دانشجویان تحصیلات بالاتر از لیسانس نداشتند همچنین مادر ۹۶/۵٪ دانشجویان خانه دار و ۲٪ نیز کارمند بودند. همسر ۴۶/۶٪ دانشجویان متأهل، لیسانس و ۱۳/۳٪ نیز تحصیلات زیر دیپلم داشتند همچنین همسر ۶/۶٪ متأهلین بیکار، ۲۰٪ دانشجو، ۲۶/۶٪ شغل آزاد و مابقی کارمند بودند.

۵۶/۷٪ دانشجویان غیر بومی بود و ۵۰/۳٪ دانشجویان نیز در خوابگاه دانشجویی ساکن بودند. ۶/۵٪ دانشجویان هم در کنار تحصیل به کار دیگری اشتغال

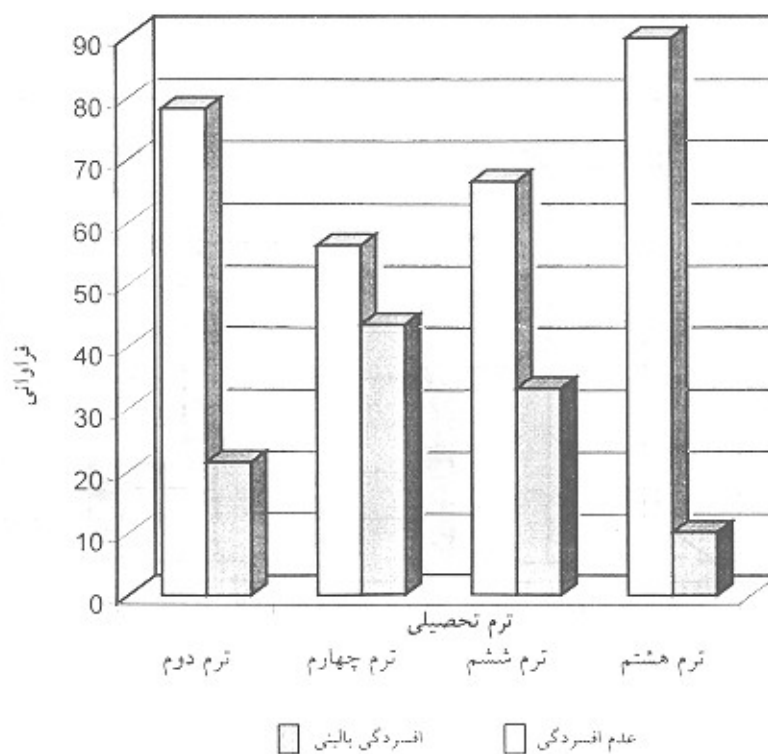
که در واقع سرمایه‌های معنوی و انسانی و آینده سازان آن جامعه بوده و رکن اصلی سیاسی، اجتماعی و اقتصادی کشور می‌باشند، در سلامت روانی و جسمانی رشد یافته و بارور گردند پس چه به لحاظ اجتماعی و اقتصادی و چه از نظر بالا بردن بازده کاری و جلوگیری از افت تحصیلی دانشجویان، بررسی اختلالات روانی و به ویژه افسردگی که از شایعترین آنها می‌باشد در بین دانشجویان از اهمیت غیر قابل انکاری برخوردار است و دانشجویان رشته‌های پرستاری و مامایی و تکنسین اطاق عمل که با مشکلات خاصی نظیر حجم بیشتر واحدهای عملی در مقایسه با سایر رشته‌های هم مقطع شان و بالطبع فشار بیشتری برنامه‌های تحصیلی از یکسو و تنوع و گستردگی مطالب از سوی دیگر، متحمل شدن استرس‌های شدید و مکرر در برخورد با بیماران بدحال در طول دوره کارآموزی در بخشهای خاص مثل بخشهای ویژه، اطاق عمل و اطاق زایمان، برخورد مداوم با بیمار و بیماری و مشاهده نارسایی‌های موجود در بخشهای بیمارستانی و اثرات آن بر بیماران و عدم تطابق تئوریهای محض خوانده شده بر بالین بیمار و بالاخره ابهام آینده شغلی و اجتماعی مواجه می‌باشند نیز بیشتر در معرض یأس و نومیدی و افسردگی قرار دارند.

روش پژوهش:

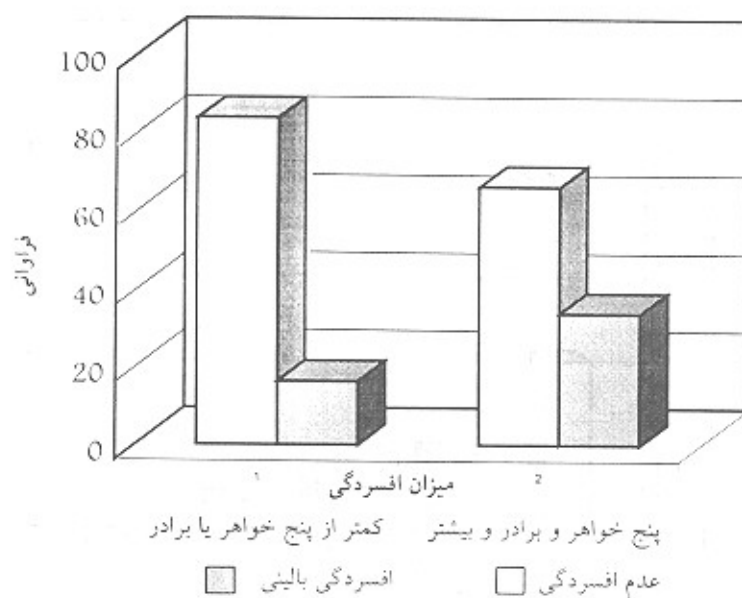
این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. جامعه مورد مطالعه عبارتند از دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان؛ نمونه پژوهش نیز همان جامعه پژوهش را شامل می‌شود. محیط پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی زنجان می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها در این بررسی، پرسشنامه‌ای شامل ۴۰ سؤال مشتمل بر دو بخش (مشخصات فردی ۱۹ سؤال و تست افسردگی بک با ۲۱ سؤال) بوده که به صورت کتبی و در یک مرحله توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید و افرادی که نمره تست بک آنها کمتر از ۱۷ بود، یا افسرده



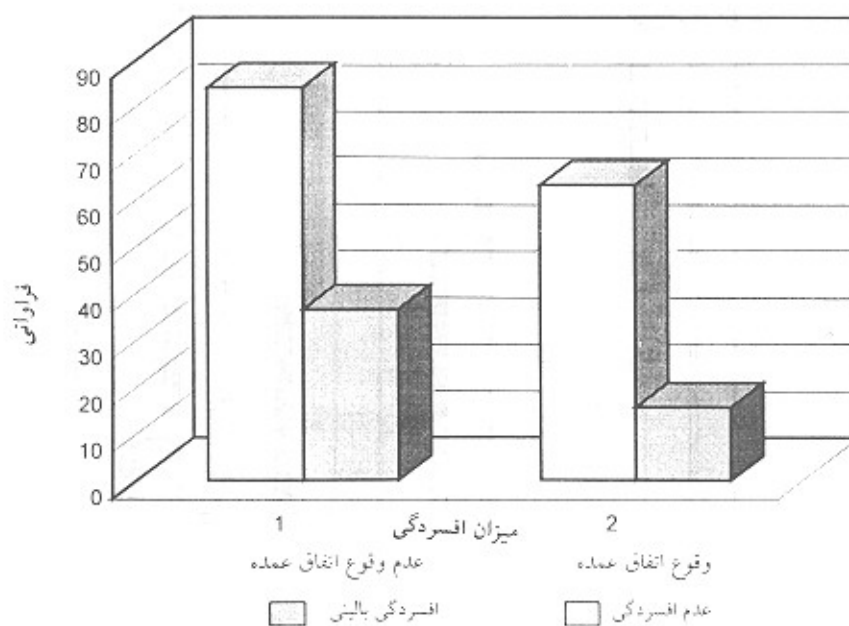
نمودار ۱: توزیع فراوانی واحد‌های مورد پژوهش برحسب میزان افسردگی



نمودار ۲: میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
بر حسب ترم تحصیلی



نمودار ۳: میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
برحسب تعداد خواهر و برادران



نمودار ۴: میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
برحسب وقوع اتفاقات عمده در زندگی در طول یکسال گذشته

بحث:

نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند که ۴۸/۶٪ دانشجویان دچار افسردگی با درجات مختلفی بودند (از حد کمی افسرده تا افسردگی بیش از حد، یعنی کسب نمره بالاتر از ۱۰) و ۲۶/۳٪ دانشجویان نیز دچار افسردگی بالینی بودند (نمره تست یک آنها از ۱۸ به بالا بود و احتیاج به اقدامات تخصصی جهت رفع افسردگی داشتند) و این در حالی است که در کتب مرجع شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۲۵-۱۵ درصد ذکر شده است (۵) و در تحقیق عربی و کاشی بر روی ۳۰۶ دانشجوی ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۸، فراوانی افسردگی متوسط و شدید در دانشجویان مورد مطالعه ۱۶/۹٪ بوده است (۹). قریشی نژاد و نوری (۱۳۷۸) نیز در تحقیقی تحت عنوان بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران در ۴۱/۸٪ دانشجویان افسردگی را در درجات و سطوح مختلفی مشاهده نمودند (۱۴) و در تحقیقی هم که در سال ۱۹۹۶ بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه آقاخان در پاکستان انجام شده، در ۳۹٪ دانشجویان خلق افسرده و در ۲۰٪ افسردگی بالینی مشاهده شده است (۱۴).

استیفانی و همکاران با تحقیق بر روی ۷۱۷ دانشجوی رشته‌های پزشکی، پرستاری، مامایی، بهداشت، علوم آزمایشگاهی، اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با استفاده از تست یک در سال ۱۳۷۶، میزان شیوع افسردگی را در کل دانشجویان ۳۱/۷٪ اعلام نمودند که البته کسب نمره‌ی تست بالاتر از ۱۵، معیار سنجش افسردگی بوده است (۴).

امینی در سال ۱۳۷۷ در تحقیقی جهت بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان به این نتیجه رسید که ۷۸٪ دانشجویان از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و ۴۶٪ آنها تا اندازه‌ای دچار افسردگی شدید بودند که نیاز به خدمات تخصصی داشتند (۱۲).

داشتند ۱۵/۱٪ دانشجویان اظهار داشته‌اند که بیماری جسمی و یا روحی دارند و در خصوص وقوع اتفاقات عمده در طول یکسال گذشته (از قبیل بدتر شدن وضع مالی، از دست دادن عزیزان، تغییرات عمده در مسئولیتهای زندگی، ازدواج و تغییر محل سکونت) ۵۰/۷٪ وقوع حداقل یک اتفاق و بیش از آن را ذکر نموده‌اند که ۹/۷٪ وقوع دو اتفاق عمده و ۱۴/۱٪ نیز وقوع سه اتفاق عمده را عنوان کرده‌اند. ۱۲/۶٪ دانشجویان هم اظهار نموده‌اند که در یک یا چند نفر از اعضای خانواده شان مشکل عمده روحی وجود دارد.

در خصوص سئوالات تست یک نیز، ۸۱/۷٪ دانشجویان احساس ناامیدی نسبت به آینده داشته و فکر می‌کنند که شرایط زندگیشان بهتر نخواهد شد، ۵۲٪ افراد زودتر از گذشته خسته شده و ۳۶/۸٪ هم بیان کرده‌اند که برای شروع هر کاری به کوشش زیادی احتیاج دارند. ۳۵/۸٪ افراد صبح‌ها خسته‌تر از گذشته از خواب برخاسته، ۲۷٪ افراد نیز اکنون به خود اطمینان کمتری داشته و سعی می‌کنند تصمیم گرفتن را به تعویق بیندازند، ۲۵٪ دانشجویان علاقه شان نسبت به مردم کمتر از گذشته شده و همین درصد از افراد (۲۵٪) هم ذکر کرده‌اند که دیگر مثل گذشته از چیزها لذت نمی‌برند. ۲۰/۲٪ دانشجویان احساس می‌کنند که بندرت کار معنی دار یا پر ارزشی را انجام داده‌اند، ۱۴/۱٪ افراد عنوان نموده‌اند که نمی‌توانند بخوبی گذشته کار کنند، ۱۲/۱٪ اظهار نموده‌اند که برای هر اشتباهی که رخ می‌دهد خود را سرزنش کرده و احساس می‌کنند که عیبهایشان زیاد است. ۷/۴٪ افراد هر وقت به زندگی گذشته شان فکر می‌کنند چیزی جز شکستهای زیاد نمی‌بینند، ۵/۴٪ واحدهای مورد پژوهش دیگر نمی‌توانند بدون کمک دیگران تصمیم بگیرند و همین درصد از دانشجویان (۵/۴٪) نیز بعد از انجام هر کاری خسته می‌شوند، ۴٪ از خود بیزار و متنفر بوده و بالاخره ۲/۷٪ از دانشجویان نیز خودشان را دوست نداشتند.

کوشان و واحدیان هم طی تحقیقی بر روی کلیه دانشجویان رشته‌های پرستاری، مامایی و بهداشت دانشکده علوم پزشکی، سبزوار در سال ۱۳۷۴، با استفاده از تست بک، شیوع افسردگی از نوع خفیف تا متوسط را ۲۱/۳٪ بیان نمود (۱۱).

عرفانی نیز در تحقیقی بر روی ۶۴۷ نفر از دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی فزاین در سال ۱۳۷۲، شیوع افسردگی را ۱۶/۳٪ اعلام نمود (۱۳) و بالاخره ترکان در سال ۱۳۷۲ با انجام پژوهشی بر روی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، شیوع افسردگی در درجات مختلف را ۴۷٪ بیان نمود ۳۱٪ دانشجویان افسردگی خفیف، ۱۱٪ افسردگی متوسط و ۵٪ هم افسردگی شدید داشتند (۸).

نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده اینست که شیوع افسردگی در گروه مورد مطالعه در این پژوهش، در مقایسه با اکثر دانشگاههای بزرگ و مهم کشور، اندکی بالاتر بوده و در مقایسه با دانشگاههای نوپا، کوچکتر و یا دورتر و از پایتخت پایین تر می باشد که این مسئله ممکن است در ارتباط با کمبود امکانات آموزشی و درمانی و رفاهی و تفریحی در شهرهای کوچک منجمله زنجان و کم بودن مشکلات آموزشی در شهرهای بزرگ باشد.

همچنین نتایج نشان دادند که با افزایش سن، افسردگی کاهش یافته است بدین معنا که افسردگی در گروه سنی کمتر از ۲۲ سال (با فراوانی ۳۳/۳٪) تقریباً دو برابر دانشجویان گروه سنی بیشتر از ۲۲ سال بود. استیفانی و همکاران (۱۳۷۶) در تحقیق خود بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان بین شیوع افسردگی و گروه سنی رابطه معنی دار آماری را پیدا کردند. بدین معنا که افسردگی در گروه سنی بالاتر از ۲۶ سال کمتر از افسردگی دانشجویان ۲۶ - ۲۰ ساله بود (۴) ترکان (۱۳۷۲) نیز در تحقیق خود بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان کمترین شیوع افسردگی را در گروه سنی ۲۸ سال به

بالا مشاهده نمود (۸) در کتب مرجع هم شیوع بیشتر افسردگی در فاصله ۴۰-۲۰ سالگی ذکر شده است (۵) از لحاظ سنی، گروه مورد مطالعه در این پژوهش، اکثراً در محدوده سنی شیوع بالاتر افسردگی قرار دارند ولی به دلیل گسترده نبودن پراکندگی سنی و وجود هماهنگی سنی در دانشجویان مورد مطالعه، ارتباط معنی دار آماری بین سن و افسردگی مشاهده نشد که در تحقیق عربی و کاشی (۱۳۷۸) نیز که بر روی دانشجویان ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده بین سن و افسردگی دانشجویان مورد مطالعه ارتباط آماری معناداری مشاهده نشده است (۹).

افسردگی در دانشجویان مؤنث (با فراوانی ۲۹/۲٪) در حدود دو برابر افراد مذکر بود ولی افسردگی شدید در هر دو جنس به یک نسبت مشاهده شد. لیبن لاف (۱) (۱۹۹۷) می نویسد که افسردگی یک بیماری گسترده و آسیب زننده ای است که هر زن و مرد را تحت تأثیر قرار می دهد اما زنان افسردگی را تقریباً به نسبت دو برابر بیشتر از مردان تجربه می کنند (۲) کاپلان (۱۹۹۷) هم می نویسد بررسیهای که در جهان بدون توجه به کشور و فرهنگ انجام شده است نشان می دهد که زنها دو برابر بیشتر از مردها به افسردگی مبتلا می شوند (۵) همچنین در تحقیق گودبی و کوریچ (۲) (۱۹۹۴) بر روی ۹۱۲ دانشجوی ساکن در سیدنی استرالیا مشخص شد که افسردگی در زنان به طور معنی دار بیشتر از مردان بود (۱۰) ترکان (۱۳۷۲) نیز در تحقیق خود مشاهده نمود که افسردگی در زنان شایعتر از مردان بود. (زنان ۵۶٪ و مردان ۴۱٪) (۸) و کوشان و واحدیان (۱۳۷۴) هم در تحقیق بر روی دانشجویان رشته‌های پرستاری، مامایی و بهداشت دانشکده علوم پزشکی سبزوار شیوع افسردگی در دانشجویان دختر را (با فراوانی ۲۲/۲٪) بیشتر از دانشجویان پسر (با فراوانی ۱۷/۴٪) مشاهده نمودند (۱۱).

بودن نسبت به ادامه تحصیل (خصوصاً در دانشجویان رشته تکنسین اطاق عمل) از سوی دیگر باشد. شیوع افسردگی در دانشجویان مجرد (با فراوانی $7/27\%$) بیش از دو برابر دانشجویان متأهل بود. همچنین مجردین در مقایسه با متأهلین شدت‌های بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کردند. فریسی‌زاده و نوری در تحقیقی بر روی ۲۱۵ دانشجوی پزشکی در مقاطع مختلف در دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۸، شیوع افسردگی را در دانشجویان مجرد فراوان‌تر با شدت بیشتری در مقایسه با دانشجویان متأهل مشاهده نمودند (۱۴) استیفانی و همکاران (۱۳۷۶) نیز در تحقیق خود شیوع افسردگی در درجات متفاوت را در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل مشاهده نمودند ولی بین سطوح افسردگی و وضعیت تأهل در افراد مورد مطالعه رابطه آماری معناداری وجود نداشته است (۴) کوشان و واحدیان (۱۳۷۴) و ترکان (۱۳۷۲) هم در تحقیقات خود شیوع افسردگی را در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل مشاهده نمودند (۱۱ و ۸).

افسردگی در دانشجویانی که کمتر از ۵ خواهر یا برادر داشتند حدود $\frac{1}{4}$ دانشجویانی که ۵ خواهر یا برادر و بیشتر داشتند. آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی‌دار را در این خصوص نشان داد (نمودار ۳) که ممکن است به علت برخورداری کمتر افراد از حمایت‌های روحی و روانی و اقتصادی در خانواده‌های پرجمعیت باشد.

شیوع افسردگی در دانشجویانی که میزان تحصیلات پدرشان زیر دیپلم بود و یا پدرشان کارگر بودند حدود $1/5$ برابر بیش از دانشجویانی بود که میزان تحصیلات پدرشان دیپلم و بالاتر بوده و یا پدرشان کارمند و یا دارای شغل آزاد بودند. بعلاوه در دانشجویانی که مادرشان بیسواد یا کم سواد بوده و یا خانه‌دار بودند افسردگی بیش از دانشجویانی بود که مادرانشان دارای تحصیلات سیکل و بالاتر بوده و یا شاغل و یا بازنشسته بودند که این نتایج نیز به نظر می‌رسد از یکسو در ارتباط با دریافت حمایت‌های عاطفی و روحی و برقراری و ارتباط صحیح و منطقی

در دانشجویان رشته تکنسین اطاق عمل بیشترین شیوع افسردگی نسبت به سایر رشته‌ها مشاهده شد ولی بین رشته تحصیلی و شیوع افسردگی رابطه آماری معناداری مشاهده نگردید که در پژوهش امینی (۱۳۷۷) بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان نیز رابطه آماری معنی‌دار بین رشته تحصیلی و افسردگی دیده نشده است (۱۲) و در تحقیق عرفانی هم که در ساب ۱۳۷۲ بر روی ۶۴۷ تن از دانشجویان رشته‌های مختلف پزشکی و پیراپزشکی قزوین انجام شده بیشترین درصد افسردگی در دانشجویان رشته‌های اطاق عمل و مامایی مشاهده شده است (۱۳). در ترم‌های تحصیلی چهارم و ششم بیشترین شیوع و در ترم‌های دوم و هشتم کمترین شیوع افسردگی دیده شده، خصوصاً در دانشجویان ترم هشتم که شیوع افسردگی $2/10\%$ بود. آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی‌داری را نشان داد (نمودار ۲). ممکن است دلیل شیوع پایین‌تر افسردگی در ترم دوم تحصیلی، درگیری کمتر با مشکلات آموزشی و تجربه کمتر استرس‌های آموزشی خصوصاً در ارتباط با واحدهای بالینی و کارآموزی باشد و در ترم هشتم نیز دانشجویان هم با مشکلات درسی سازگارتر شده و نحوه تطابق با مشکلات را فرا گرفته‌اند. و هم امید بیشتری به فراغت از مشکلات و استرس‌های فعلی در مدت زمان کوتاهی دارند ولی دانشجویان ترم چهارم و ششم که در بحبوه تراکم واحدهای درسی خصوصاً واحدهای پراسترس مانند بخش‌های اتاق عمل، اطاق زایمان و بخش‌های ویژه هستند و از طرف دیگر تا زمان فارغ‌التحصیل شدنشان مدت زمان بیشتری نسبت به دانشجویان ترم هشتم باقیمانده است، لذا افسردگی در این دانشجویان شایع‌تر می‌باشد.

افسردگی در دانشجویان مقطع کاردانی با فراوانی $1/35\%$ تقریباً $1/5$ برابر دانشجویان مقطع کارشناسی می‌باشد که شاید این شیوع بالا در ارتباط با ابهام در آینده شغلی و اجتماعی دانشجویان کاردانی از یکسو و ناامید

والدین با فرزندان و سعی در جهت رفع مشکلات ایجاد شده در ابتدای شروع مشکلات و جلوگیری از پیشرفت آنها باشد. و از سوی دیگر با وجود پشتوانه‌های مالی و اقتصادی بیشتر از طرف خانواده در این افراد مرتبط باشد. با توجه به تشابهات فرهنگی و امکان برقراری ارتباطات فامیلی و اجتماعی گسترده‌تر برای افراد بومی در مقایسه با افراد غیربومی، قاعدتاً انتظار می‌رفت که در افراد غیربومی و خوابگاهی افسردگی شایع‌تر باشد لیکن در این پژوهش بین شیوع افسردگی در دانشجویان بومی و غیربومی و خوابگاهی و غیرخوابگاهی تفاوت زیادی مشاهده نشد. شاید دلیل آن وجود محدودیتهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد بومی و غیرخوابگاهی در طول سالیان عمرشان و نیز در حال حاضر باشد. البته ترکان (۱۳۷۲) هم در تحقیق خود مشاهده نمود که بومی بودن یا بومی نبودن دانشجوی تأثیری بر روی افسردگی نداشته است (۸) و سازگار (۱۳۷۵) نیز در پژوهشی به منظور بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشکده ساری به این نتیجه رسید که شیوع افسردگی به سکونت در خوابگاه بستگی ندارد (۱۵).

همچنین بین شیوع افسردگی در دانشجویانی که بکار دیگری اشتغال داشتند و افرادی که مشغول بکار دیگری نبودند تفاوت چندانی مشاهده نشد. استیفانی و همکاران (۱۳۷۶) نیز در تحقیق خود بین شیوع افسردگی و وضعیت اشتغال رابطه معنادار آماری را بدست نیاوردند (۴) شاید به این دلیل باشد که اشتغال به کار دیگر از یکطرف به دلیل ایجاد استرس‌های جسمی و روحی زیاد ناشی از افسردگی برنامه‌های کاری و درسی و تداخل آنها با همدیگر، همچنین در اکثر مواقع قبل کار دانشجویی به صورت شبکاری در بیمارستان و بالطبع خستگی جسمی بیشتر باعث شیوع بالاتر افسردگی نسبت به سایر افراد شده و از طرف دیگر به علت کسب درآمد و رسیدن به

خودکفایی نسبی مالی و همینطور ایجاد احساس مفید و مؤثر بودن و بالا رفتن اعتماد به نفس به جهت بکار بردن آموخته‌هایشان باعث می‌شود که از شیوع افسردگی کاسته شود. در بین دانشجویانی که بیماری عمده جسمی یا روحی و روانی داشتند افسردگی حدود ۳ برابر بیشتر از افرادی که بیمار جسمی و یا روحی نداشتند مشاهده شد، همچنین افسردگی در دانشجویانی که در اعضای خانواده‌شان مشکل عمده روحی وجود داشت بیش از ۳ برابر افرادی بود که در اعضای خانواده‌شان مشکل روحی وجود نداشت که آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی‌دار را بین افسردگی و بیماری عمده جسمی یا روحی و روانی در خود و همچنین افسردگی و وجود مشکل عمده روحی در اعضای خانواده نشان داد. تاکاکورا و ساکی‌هارا^(۱) (۲۰۰۰) می‌نویسند: استرس‌های زندگی می‌تواند برای ایجاد افسردگی بعنوان عامل خطر قلمداد شود (۱۶) و سازگار نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که بین فاکتورهای روحی و روانی در فامیل و سابقه استرس و وقوع افسردگی وابستگی وجود دارد (۱۵).

و بالاخره افسردگی در دانشجویانی که در طول یکسال گذشته برایشان اتفاق (اتفاقات) عمده‌ای رخ داده بود بیش از دو برابر افرادی بود که در طول یکسال گذشته اتفاق (اتفاقات) عمده‌ای برایشان رخ نداده بود، آزمون آماری کای دو نیز ارتباط معنی‌داری را بین افسردگی و وقوع اتفاقات عمده در طول سال گذشته نشان داد (نمودار شماره ۴) گاریسون و همکاران^(۲) (۱۹۸۹) می‌نویسند که علایم مزمن افسردگی با هیجانات خانوادگی و حوادث ناگوار زندگی در ارتباط می‌باشند (۱۷) و تاکاکورا و ساکی‌هارا (۲۰۰۰) هم بروز علایم افسردگی را با استرس‌های زندگی مرتبط دانسته‌اند (۱۶).

برخی از بالینگران معتقدند که وقایع زندگی نقش

رفع علل و ریسک فاکتورهای بروز افسردگی که در ارتباط با مسایل آموزشی می‌باشند.

۶ - برگزاری جلسات بحث آزاد در طی ترم‌های تحصیلی جهت شنیدن اظهارنظرها و مشکلات دانشجویان و تلاش در جهت رفع معضلات موجود.

۷ - تشویق به حفظ ارتباط با خداوند که منبع مطمئن فیض و امنیت در عالم هستی است جهت مصون ماندن دانشجویان از عوامل پرهم زنده تعادل روحی‌شان.

۸ - ارائه حمایت‌های اجتماعی لازم در مواقع بیماری خود یا اعضای خانواده و یا در مواقع تجربه یک بحران، فقدان یا رخداد مهم در زندگی دانشجویان.

کتابنامه:

- 1 - Patel, Vikram: Depression in developing countries: Lessons from zimbabwe: British medical journal. 2001:Feb.24:56-62, Feb, 2001.
- 2 - Leibenluft E: Issue in the treatment of women with bipolar illness: journal of clinical psychiatry. (suppl 15): 58:5-11, 1997.
- ۳ - قربانعلی، ا. «رابطه اعتقادات مذهبی در درمان بیماریهای افسردگی» مجموعه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان. دفتر نشر نوید اسلام، زمستان ۱۳۷۷، ص: ۴۷ - ۴۱.
- ۴ - استیفانی، که. حسینی، م. خیرآبادی، ع. «بررسی شیوع افسردگی و عوامل مستعدکننده آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان» مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۷۶، سال دوم، شماره ۶، ص: ۱۷ - ۱۲.
- 5 - Kaplan Harold, Sadock, benjamin: Sinapsus of psychiatry. Williams and Wilkinson company, Ch.15, 1997.
- ۶ - لطف آبادی، س. روانشناسی رشد (۲)، انتشارات سمت، ۱۳۷۸، ص: ۳۴.
- 7 - Guze, barry, Richemer, Steven: The handbook of psychiatry: Library of congress: cataloging in publication data. P.56-7, 1990.
- ۸ - ترکان، ع. «بررسی افسردگی در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه

اصلی یا درجه اول را در افسردگی ایفا می‌کنند (۱۸) و نمی‌توان منکر افزایش احتمال بروز افسردگی بدنیاال حوادث و وقایع منفی در زندگی شد. قریشی نژاد و توری (۱۳۷۸) نیز می‌نویسند که بررسیها نشان داده که در افراد مبتلا به بیماری افسردگی شدید، فراوانی رویدادهای زندگی و استرس ناشی از آن در دوران پیش از آغاز بیماری، بیشتر از فراوانی وقوع این رویداد در افراد سالم است (۱۴).

معمولاً بدنیاال یک یأس و نومیدی یا فقدان، بروز خلق افسرده شایع است (۱۹) کوشان و واحدیان (۱۳۷۴) در تحقیق خود نتیجه گرفتند که ۴۰٪ دانشجویانی که وقوع رویدادهای عمده در زندگی را عنوان نموده و ۱۹/۴٪ افرادی که عدم وقوع رویدادهای عمده را عنوان کرده بودند، دچار افسردگی بودند (۱۱). ترکان (۱۳۷۲) هم شیوع افسردگی را در دانشجویانی که سابقه حوادث استرس‌زا (از قبیل فوت یکی از آشنایان) در یکسال اخیر داشتند بیشتر از دانشجویانی که چنین سابقه‌ای را نداشتند مشاهده نمود (۸).

پیشنهادهات:

- ۱ - تقویت مراکز مشاوره دانشجویی در دانشگاه و تدارک گروههای مشاوره در دانشکده‌ها.
- ۲ - تشویق دانشجویان به شرکت در گروههای مشاوره به طرق مختلف.
- ۳ - بررسی منظم سلامت روانی دانشجویان جهت شناسایی سریع و به موقع افراد در معرض ابتلاء به افسردگی و ارائه خدمات مشاوره و کمکهای ضروری به این افراد در مواقع لزوم (خصوصاً پیش از شروع واحدهای بالینی و کارآموزی).
- ۴ - تشویق دانشجویان به مراجعه به روانشناس یا روانپزشک در صورت وجود علایم افسردگی در طولانی مدت.
- ۵ - تهیه برنامه‌های مدون در دانشکده‌ها در خصوص

- علوم پزشکی زاهدان». پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ۱۳۷۲، ص: ۸۵.
- ۹ - عربی، ا. کاشی، ع. «بررسی فراوانی افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ایران». پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸، ص: ۷۵، ۷۷.
- 10 - Godbey KL, Courage MM: Stress - management program: intervention in nursing student performance anxiety. Arch psychiatr nurs 8 (3):190-9, Jun, 1994.
- ۱۱ - کوشان، م. واحدیان، م. «افسردگی دانشجویان و عوامل روانی - اجتماعی مرتبط با آن». مجله اسرار دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، شماره ۱، سال دوم، ۱۳۷۴، ص: ۱۲ - ۳.
- ۱۲ - امینی، ف. «بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان». دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۳۷۷، ص: ۸ - ۲.
- ۱۳ - عرفانی، آر «بررسی افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فزوین». دانشگاه علوم پزشکی فزوین، ۱۳۷۲، ص: ۲۰ - ۱.
- ۱۴ - قریبی نژاد، س. م. نوری دلویی، ح. «بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران». پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸، ص: ۱۷ - ۲.
- ۱۵ - سازگار، ع. «بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشکده ساری». پایان نامه دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۵، ص: ۶۶ - ۶۴.
- 16 - Takakura M, Sakihara S: Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in japanese junior high school student: J Epidemiol. 10(6):383-91, Nov, 2000.
- 17 - Garrison CZ, schluchter MD, Schoenbach VJ, kaplan BK: Epidemiology of depressive symptoms in young adolescent: J AM Acad child Adolesc psychiatry. 28(3):343-51, May 1989.
- ۱۸ - کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی. ویراست هشتم ۱۹۹۸. انتشارات سالمی. جلد دوم، ۱۳۷۸، ص: ۱۲۹.
- 19 - Sadok, Benjamin J, Sadock, Virginia. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed., Lippincott williams & wilkins, 1: 813, 2000.