

شیوع شناسی اختلالات روانی و عوامل جمعیت شناختی مؤثر بر آن در دانشجویان جدید الورود دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۳۰

حمید یعقوبی * ، معصومه کریمی ** ، عبدالله امیدی *** ، نسرين مصباح **** ، شمس الدین کهانی ***** ، میلاد عابدی
قلیچ قشلاقی *****

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این پژوهش، بررسی شیوع اختلالات روانی در دانشجویان جدید الورود دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران بود. **روش:** در این مطالعه مقطعی، ۵۰۰ دانشجو از دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران با روش نمونه گیری سهمی انتخاب شدند. شرکت کنندگان توسط مصاحبه گران آموزش دیده، با فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی جامع مورد مصاحبه قرار گرفتند. همچنین پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی را تکمیل کردند.

یافته‌ها: شیوع اختلالات هراس اختصاصی (۱۵/۷ درصد)، هراس اجتماعی (۱۳/۲ درصد)، وسواسی - جبری (۹/۸ درصد)، افسردگی عمده (۸/۵ درصد) و جسمانی سازی (۴/۷ درصد) به دست آمد و نیز شیوع کلی بیماری های روانی در این پژوهش ۷ درصد بود. نتایج نشان دادند که درصد ابتلا به اختلالات روانی در دانشجویان خوابگاهی، دانشجویان پسر و مقطع تحصیلی پایین تر بیشتر است.

نتیجه گیری: شیوع اختلالات روانی در دانشجویان به عنوان یکی از قشر های فرهیخته ی کشور به طور چشم گیری بالا می باشد.

واژه‌های کلیدی: همه گیر شناسی، فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی جامع، اختلال روانی، دانشجویان

yaghubi@shahed.ac.ir

karimi_m_ir@yahoo.com

abomidi20@yahoo.com

nasrin_mesbah@yahoo.com

sh.kahani@yahoo.com

mld_abedi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

** دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

**** مربی، گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

***** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

***** دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

مقدمه

اختلال روانی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و روانشناختی است که در یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد، ناشی از یک اختلال زیستی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیکی، فیزیکی یا شیمیایی است [۱]. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تقریباً ۴۵ میلیون نفر در سراسر دنیا از برخی اختلالات روانی رنج می‌برند و شیوع طول عمر اختلالات روانی در جمعیت عمومی جهان ۲۵ درصد می‌باشد. مطالعات توصیفی آونسو و همکاران و یک مطالعه مروری گسترده در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که شیوع طول عمر اختلالات روانی بر اساس DSM-IV در اروپا ۲۵ درصد می‌باشد [۳،۲]. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در کشور ما نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در کشور ایران کمتر از سایر نقاط جهان نیست و تا حد اکثر ۲۴ درصد گزارش شده است. هر چند نتایج منتشر شده بنابر تفاوت نمونه‌ها، متفاوت بودن ابزارها و تفاوت در تعاریف عملیاتی و نقاط برش همسویی چندانی باهم ندارند [۵،۴]. به گونه‌ای که درصد کلی گزارش شده در این پژوهش‌ها از ۱۰ درصد تا ۲۴ درصد در تغییر می‌باشد.

اما در مورد دانشجویان وضع کمی متفاوت است. پژوهش‌ها در رابطه با شیوع اختلالات روانی در دانشجویان حاکی از آن است که جامعه دانشجویی بیشتر از شیوع اختلالات روانی می‌باشد و این رقم در پژوهش‌های مختلف از ۳۰ درصد تا ۴۵ درصد در تغییر است [۶]. دانشجویان برای ورود به دانشگاه و عبور از سد بزرگ کنکور متحمل سختی‌های زیادی از جمله بی‌خوابی‌های طولانی مدت و پرهیز از تفریحات می‌شوند. این استرس‌ها، مسائل و مشکلات پنهانی را تا حد زیادی آشکار خواهد نمود. و از طرفی فشارهای خانواده برای قبول شدن در کنکور در رشته مورد علاقه، وابسته نشان دادن آبروی خانواده و فرد در قبول شدن و یا نشدن در کنکور و نیز استرس پیروزی در رقابت با همسالان همه دست به دست می‌دهند تا یکپارچگی روانی فرد نوجوان را تهدید کنند. این موضوع در حالی است که ورود به دانشگاه تغییر عمده‌ای در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی به وجود می‌آورد و مقطعی بسیار حساس به شمار می‌رود. در این دوره فرد با تغییرات زیادی در روابط

اجتماعی و انسانی رو به رو می‌شود. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی توأم بوده و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷]. آشنا نبودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته قبولی، ناسازگاری با سایر افراد در محیط زندگی و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی از جمله شرایطی هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی‌های روانی و افت عملکرد را موجب شوند [۸]. بنابراین حفظ سلامت روانی این گروه به عنوان مدیران و ایده‌پردازان آینده کشور تأثیر شگرفی بر میزان یادگیری مطالب جدید و در نتیجه افزایش سرعت آموزش و کاهش هزینه‌های تحصیل خواهد گذاشت و بستر رشد و بالندگی فردی را فراهم خواهد کرد. همانطور که ذکر شد پژوهش‌های اخیر میزان بالای شیوع اختلالات روانی برای دانشجویان را گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ روی دانشجویان جدید ورود دانشگاه تهران انجام شد، شیوع اختلالات روانی را از ۱۰ درصد تا ۳۰ درصد گزارش کرد [۹]. همچنین در دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۵۱/۸ درصد از دانشجویان مشکوک به اختلال روانی ارزیابی شده‌اند. بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان جدید ورود دانشگاه‌های سراسر کشور در سال تحصیلی ۸۹ - ۱۳۸۸ نشان داد که در کل ۱۸/۶ درصد از دانشجویان مشکوک به مشکلات روانی می‌باشند [۱۰]. همچنین پژوهش‌های انجام شده در دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم در سال‌های (۱۳۸۴)، (۱۳۸۶) و (۱۳۸۷) به ترتیب شیوع مشکلات سلامت روان در بین دانشجویان را ۱۳/۲، ۱۳/۵ و ۲۱/۱ درصد گزارش نموده‌اند. بنابراین نتایج حاصل از این دیدگاه که درصد بالایی از دانشجویان دارای مشکلات سلامت روان هستند، همسو با پژوهش‌های مذکور می‌باشد ولی آنچه محل تأمل است، تفاوت کاملاً مشخص نسبت مشکلات سلامت روان در دانشجویان در پژوهش‌های [۱۰، ۱۱] با پژوهش‌های پیش از آن است. در تبیین این روند علاوه بر متفاوت بودن ابزارهای استفاده‌شده توسط محققان باید به روند صعودی میزان مشکلات روانی در کلیه جوامع از جمله جامعه دانشجویی اشاره کرد.

در مجموع عدم وجود پژوهشی که عده زیادی از افراد را با استفاده از مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار دهد، فقدان

شده ترین ابزار غربالگری تا کنون در دنیای روان پزشکی، علوم رفتاری و روان شناسی است که تأثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی است که فرم ۲۸ سؤالی (GHQ-28) و فرم ۱۲ سؤالی (GHQ-12) هم در ایران و هم در سایر کشورها کاربرد بسیار داشته است. فرم میزان شده^۱ یا ۲۸ سؤالی در اقدامی به منظور افزایش واریانس، ساخته شده و بر اساس تحلیل عامل بر روی فرم کامل GHQ، یعنی نسخه ۶۰ سؤالی آن، می باشد که ۴ خرده مقیاس نشانه های جسمانی^۲، اضطراب^۳، اختلال در کارکرد اجتماعی^۴ و افسردگی^۵ را در بر می گیرد [۱۳]. نمره گذاری پرسشنامه های GHQ به دو صورت متداول می باشد. یکی روش نمره گذاری سنتی گلدبرگ که به صورت (۰-۱-۰-۰-۱) است. یعنی گزینه های الف و ب نمره صفر و گزینه های ج و د نمره یک می گیرند. در این صورت حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۲۸ خواهد شد. روش دیگر نمره گذاری، نمره گذاری لیکرت می باشد که به صورت (۰-۱-۲-۳) است، یعنی گزینه الف، نمره صفر، گزینه ب، نمره ۱، گزینه ج، نمره ۲ و گزینه د، نمره ۳ می گیرد. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری در پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۸۴ خواهد شد. گلدبرگ در مطالعه اولیه اش اعتبار GHQ را محاسبه و گزارش داد که شاخص های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی فرم ۶۰ سؤالی GHQ با روش نمره گذاری سنتی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۸ و ۰/۱۵ و با روش نمره گذاری لیکرتی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۹۳ و ۰/۱۰ می باشد [۱۴]. این شاخص ها در مطالعه اولیه ای که در ایران بر روی GHQ-28 انجام شد، به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۱۶ [۵] و در مطالعه ای که اخیراً بر روی یک جمعیت دانشجویی از دانشجویان جدیدالورود انجام شد، به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۶۵ و ۰/۳۴ به دست آمد [۱۵]. مطالعات مختلف حاکی از پایایی بالای پرسشنامه های GHQ-60 [۱۴] و GHQ-28 [۵] می باشند.

اطلاعات جدید در رابطه با وضعیت سلامت روانی دانشجویان، متفاوت بودن درصدهای گزارش شده در رابطه با ابتلا به اختلالات روانی در جامعه دانشجویی، محققان را بر آن داشت تا به بررسی چنین موضوع مهمی بپردازند. این کار باعث خواهد شد تا واقعیت سلامت روانی دانشجویان در آیین پژوهش منعکس شود و صاحب نظران، محققان، برنامه ریزان، سیاست گزاران، مسئولان و مجریان، توصیف کلی از وضعیت موجود دانشجویان کشور را در پیش رو داشته باشند.

روش

طرح پژوهش: طرح مطالعه حاضر، یک طرح مطالعاتی توصیفی-زمینه یابی است.

آزمودنی ها: جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه دانشجویان جدیدالورود دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران (مشمول بر دانشگاههای علوم پزشکی ایران، تهران، بهشتی، شاهد، بهزیستی و توانبخشی، ارتش و بقیه الله) در سال ۸۸-۱۳۷۸ تشکیل دادند. به توصیه بسیاری از متخصصان آمار برای طرح های زمینه یابی حداقل به ۱۰۰ نفر حجم نمونه نیاز داریم که با توجه به امکانات موجود هر چه این تعداد بالاتر برود اطلاعات مناسبتری گردآوری خواهد شد [۱۲]؛ لذا با توجه به گسترده بودن جامعه مورد مطالعه و امکانات موجود، در مطالعه حاضر تعداد ۵۰۰ نفر با روش نمونه گیری سهمی (با حفظ نسبت دانشجویان هر دانشگاه و تعداد دانشجویان هر مقطع تحصیلی) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۱۹/۱۹ (با انحراف استاندارد ۱/۳۴ سال) بود که ۶۲ درصد آنها مؤنث بودند.

ابزار

۱- پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سؤالی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط های مختلف تدوین شده است. سؤالیهای پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر می پردازد، دربرگیرنده نشانه هایی مثل افکار و احساسات ناهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده می باشد. به همین جهت سؤالیها بر موقعیت «اینجا و اکنون» تأکید دارد. به اعتراف بسیاری از پژوهشگران، پرسشنامه سلامت عمومی شناخته

- 1- scaled version
- 2- somatic symptoms
- 3- anxiety
- 4- social dysfunction
- 5- depression

دانشگاه از رؤسای مراکز مشاوره دانشگاهها خواسته شده بود تا به صورت تصادفی افرادی را که در پرسشنامه (GHQ-28)^۳ دارای طیفی از نمره‌های بالا، متوسط و پایین بودند جهت انجام مصاحبه بالینی به مصاحبه‌گران معرفی نمایند.

یافته‌ها

۱- تحلیل‌های توصیفی: جدول ۱ نتایج تحلیل‌های توصیفی را نشان می‌دهد همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که ۱۵/۲٪ از مشارکت‌کنندگان سابقه تحصیل در مدارس استعدادهای درخشان را داشته‌اند و ۷/۹٪ در یکی از المپیادهای علمی مقام به دست آورده‌اند.

جدول ۱) توزیع فراوانی دانشجویان مورد مطالعه برحسب برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	فراوانی	درصد	
محل سکونت	با خانواده	۲۱۳	۴۲/۶
	در خوابگاه	۲۷۲	۵۴/۴
	بدون پاسخ	۱۵	۳
مقطع تحصیلی	فوق دپلم	۱۱	۲/۲
	کارشناسی	۲۸۹	۵۷/۸
	کارشناسی ارشد	۳	۰/۶
	دکترای حرفه‌ای	۱۸۰	۳۶
سهمیه	بدون پاسخ	۱۷	۳/۴
	مناطق	۴۲۸	۸۵/۶
	شهدا	۲۷	۵/۴
دانشگاه محل تحصیل	ایتارگران	۱۴	۲/۸
	علوم پزشکی ایران	۱۱۴	۲۲/۸
	علوم پزشکی تهران	۱۷۱	۳۴/۲
	علوم پزشکی بهشتی	۱۲۴	۲۴/۸
	علوم بهزیستی و توانبخشی	۴۲	۸/۴
	بقیه الله	۶	۱/۲
	علوم پزشکی آجا	۴	۰/۸
	دانشگاه شاهد	۳۹	۷/۸
بدون پاسخ	۰	۰	
مجموع	۵۰۰	۱۰۰	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بیشترین درصد شیوع اختلالات روانی مربوط به بیماری‌های اضطرابی می‌باشد (هراس اختصاصی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری عملی و اختلال استرس پس از سانحه) و

۲- فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع (CIDI) فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع (CIDI) یک مصاحبه جامع و کاملاً ساختار یافته است که به منظور استفاده توسط مصاحبه‌گران آموزش دیده و برای ارزیابی اختلالات روانی مطابق با ملاکهای تشخیصی DSM-IV و ICD-10 توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه و تنظیم گردیده است. از این ابزار در مطالعات همه‌گیر شناختی و بین فرهنگی و همچنین برای مقاصد بالینی و پژوهشی استفاده می‌شود. CIDI به محققان این امکان را می‌دهد تا میزان شیوع اختلالات روانی و شدت این اختلالات را بسنجند. (CIDI) به صورت بخش‌بخش^۱ بوده و اختلالات جسمانی سازی، اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا، اختلالات خوردن، نقایص شناختی و اختلالات سوء مصرف مواد را پوشش می‌دهد [۱۶]. نسخه شماره ۱ آن در سال ۱۹۹۰، نسخه ۱/۱ در سال ۱۹۹۳ و نسخه ۲/۱ در سال ۱۹۹۷ منتشر شده است. نسخه جدید به دو صورت شیوع طول عمر و شیوع یک ساله می‌باشد. پایایی CIDI در مطالعات میدانی بین‌المللی که تحت نظارت سازمان جهانی بهداشت انجام شده، اثبات شده است. اعتبار CIDI نیز مورد تأیید است. این فرم در ایران در یک مطالعه کشوری و تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملل مورد اعتباریابی قرار گرفته است [۱۶].

روند اجرای پژوهش: با توجه به اینکه قرار بود کلیه دانشجویان مورد مطالعه توسط دستیارهای روان‌پزشکی و یا متخصصان دکتری و کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی با استفاده از فرم "مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع (CIDI)"^۲ مورد مصاحبه بالینی قرار گیرند و به منظور یکسان‌سازی شیوه‌های مصاحبه، یک دوره کارگاه یک‌روزه آموزش شیوه اجرای CIDI در شهریور ماه ۱۳۸۷ برگزار شد. سپس نمونه کلی متناسب با تعداد دانشجویان جدیدالورود هر یک از دانشگاههای علوم پزشکی سطح شهرتهران تقسیم و مطابق برنامه‌ریزی‌های پیش‌بینی شده و با هماهنگی مسئولان مراکز مشاوره دانشگاهها، پرسشگر به همراه مصاحبه‌گر به محل‌های اجرای طرح اعزام شدند. در هر

1- Modular

2 -Composite International Diagnostic Interview

3-General Health Questionnaire

پس از آن اختلال افسردگی عمده بالاترین درصد شیوع را دارد. کمترین درصد شیوع نیز به ترتیب مربوط به اختلال دوقطبی، گذرهراسی بدون اختلال هراس و اختلالات خوردن می باشد.

جدول ۲) میزان شیوع هریک از اختلالات روانی در کل دانشجویان مورد مطالعه و به تفکیک جنسیت

اختلال	پسر		دختر		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
افسرده خویی	۲/۲	۴	۱/۶	۵	۱/۸	۹
اختلال دو قطبی	۰/۶	۱	۰/۳	۱	۰/۴	۲
اسکیزوفرنی	۱/۷	۳	۵	۱	۰/۸	۴
PTSD	۲/۲	۴	۱/۶	۵	۱/۸	۹
اختلالات خوردن	۱/۷	۳	۲	۶	۱/۸	۹
جسمانی سازی	۴/۵	۸	۴/۶	۱۴	۴/۷	۲۳
هراس اختصاصی	۹/۵	۱۷	۱۹/۳	۵۹	۱۵/۷	۷۷
گذرهراسی بدون اختلال هراس	۱/۷	۳	۱/۶	۵	۱/۶	۸
اختلال هراس بدون گذرهراسی	۳/۴	۶	۲/۶	۸	۲/۸	۱۴
اختلال افسردگی عمده	۸/۴	۱۵	۸/۹	۲۷	۸/۵	۴۲
اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)	۱۵/۶	۲۸	۶/۶	۲۰	۹/۸	۴۸
اختلال اضطراب فراگیر (GAD)	۲/۲	۴	۳/۶	۱۱	۳	۱۵
هراس اجتماعی	۱۱/۲	۲۰	۱۴/۸	۴۵	۱۳/۲	۶۵

جدول ۳) میزان شیوع هریک از اختلالات بر اساس دانشگاه محل تحصیل

اختلال	علوم پزشکی ایران		علوم پزشکی تهران		علوم پزشکی بهشتی		بهبودی و توانبخشی		علوم پزشکی بقیه الله		علوم پزشکی آجا		دانشگاه شاهد
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
دیس تایمیا	۰/۹	۱	۱/۷	۳	۲/۴	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۵/۱
اختلال دو قطبی	۰/۹	۱	۰/۶	۱	۰/۸	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
اسکیزوفرنیا	۱/۸	۲	۰/۶	۱	۰/۸	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
PTSD	۱/۸	۲	۲/۲	۴	۰/۸	۱	۸/۳	۲	۰	۰	۰	۰	۰
اختلالات خوردن	۲/۶	۳	۰/۶	۱	۴	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جسمانی سازی	۴/۴	۵	۳/۹	۷	۴	۵	۱۶/۷	۴	۰	۰	۰	۲	۵/۱
هراس اختصاصی	۱۱/۴	۱۳	۱۷/۷	۳۲	۱۲/۱	۱۵	۴۵/۸	۱۱	۰	۰	۰	۲۵	۱۲/۸
گذر هراسی بدون اختلال هراس	۲/۶	۳	۱/۷	۳	۱/۶	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵/۱
اختلال هراس بدون گذر هراسی	۱/۸	۲	۴/۴	۸	۳/۲	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
اختلال افسردگی عمده	۴/۴	۵	۱۱/۶	۲۱	۸/۱	۱۰	۱۲/۵	۳	۰	۰	۰	۲	۲/۶
اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)	۷	۸	۱۱/۶	۲۱	۷/۳	۹	۱۶/۷	۴	۰	۰	۰	۰	۱۵/۴
اختلال اضطراب فراگیر (GAD)	۵/۳	۶	۴/۴	۸	۰/۸	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
هراس اجتماعی	۱۰/۵	۱۲	۱۶	۳۹	۱۴/۵	۱۸	۰	۰	۳۳/۳	۲	۰	۰	۲/۶

را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود فراوانی شرکت‌کنندگان در برخی دانشگاه‌ها بسیار پایین می‌باشد، به همین دلیل نمی‌توان در مورد کمتر یا بیشتر بودن شیوع در دانشگاه‌ها با دقت نظر داد. آزمون کای اسکویر $X_2=6/317$. $P=0/389$ نشان می‌دهد که نسبت ابتلا به اختلالات روانی در دانشگاه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد.

جدول ۶) میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب دانشگاه محل تحصیل

وضعیت کلی				
بیمار		سالم		دانشگاه محل تحصیل
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۹/۵	۴۵	۶۰/۵	۶۹	علوم پزشکی ایران
۴۴/۸	۸۱	۵۵/۲	۹۰	علوم پزشکی تهران
۴۱/۹	۵۲	۵۸/۱	۷۲	علوم پزشکی بهشتی
۶۲/۵	۱۵	۳۷/۵	۲۷	علوم بهزیستی و توانبخشی
۵۰	۳	۵۰	۳	بقیه الله
۷۵	۳	۲۵	۱	علوم پزشکی آجا
۴۱	۱۶	۵۹	۲۳	دانشگاه شاهد

$$X_2=6/317, P=0/389$$

۲-۴- شیوع اختلالات روانی برحسب سهمیه پذیرش: همانطور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود افرادی که از طریق سهمیه مناطق و شهدا وارد دانشگاه شده‌اند تفاوت چندانی از نظر ابتلا به اختلالات روانی ندارند $X_2=1/75$ $P=0/76$. اگرچه بیشترین درصد مربوط به سهمیه ایثارگران (۶۲/۲۸ درصد) می‌باشد.

جدول ۷) میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب سهمیه پذیرش

وضعیت کلی				
بیمار		سالم		سهمیه پذیرش
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۲/۹۹	۱۸۴	۵۷/۱	۲۴۴	مناطق
۴۸/۱	۱۳	۵۱/۹	۱۴	شهدا
۶۴/۲۸	۹	۳۵/۷۲	۵	ایثارگران

$$X_2=1/75, p=0/76$$

۲-۵- شیوع اختلالات روانی برحسب محل سکونت: در جدول ۸ مشاهده می‌شود که آن دسته از مشارکت‌کنندگان که در خوابگاه ساکن هستند با درصد بالاتری مبتلا به اختلالات روانی می‌باشند (۴۷/۰۵ درصد). آزمون

جدول ۳ شیوع اختلالات روانی را به تفکیک دانشگاه‌ها نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود شیوع هراس اختصاصی در تمامی دانشگاه‌ها در صدر قرار دارد و اختلالاتی از قبیل وسواس فکری عملی، هراس اجتماعی، افسردگی و جسمانی سازی شیوع قابل ملاحظه‌ای دارند.

۲-۲- رابطه بین عوامل دموگرافیک و شیوع اختلالات روانی ۱-۲- شیوع اختلالات روانی برحسب جنسیت: همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود از ۵۰۰ نفر مشارکت‌کننده در این پژوهش، ۴۴ درصد مبتلا به یکی از اختلالات روانی می‌باشند. همچنین درصد ابتلا به بیماری‌های روانی در دختران (۴۱/۶۳ درصد) کمتر از پسران می‌باشد. آزمون کای اسکویر $X_2=3/037$, $p=0/219$ نشان می‌دهد که بین دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴) میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب جنسیت

وضعیت کلی				
جنسیت	سالم		بیمار	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دختر	۱۷۸	۵۸/۳۶	۱۲۷	۴۱/۶۳
پسر	۹۳	۵۱/۹۵	۸۶	۴۸/۰۵
بدون پاسخ	۶	۷۵	۲	۲۵
کل	۲۷۷	۵۶/۳	۲۱۵	۴۳/۷

۲-۲- شیوع اختلالات روانی برحسب مقطع تحصیلی میزان شیوع اختلالات روانی در دانشجویان کارشناسی (۴۶/۳۶ درصد) بیشتر از دانشجویان دکترای حرفه‌ای (۳۷/۷۷) است اما آزمون کای اسکویر $X_2=4/15$, $p=0/18$ نشان می‌دهد که این دو گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد.

جدول ۵) میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب مقطع تحصیلی در دانشگاه

وضعیت کلی				
مقطع تحصیلی	سالم		بیمار	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کارشناسی	۱۵۵	۵۲/۶۳	۱۳۴	۴۴/۳۶
دکترای حرفه‌ای	۱۱۲	۶۲/۲۳	۶۸	۳۷/۷۷

$$X_2=4/15, p=0/18$$

۲-۳- شیوع اختلالات روانی بر حسب دانشگاه محل تحصیل: جدول ۶ شیوع اختلالات در دانشگاه‌های مختلف

افسردگی با ۱۸/۵ درصد بیشترین شیوع را در بین دانشجویان دارد و نیز اضطراب نیز از اختلالات شایع در جمعیت دانشجویی است. همانطور که از یافته ها مشاهده می شود، پژوهش حاضر نیز همسو با پژوهش های مذکور می باشد، اما بالاتر بودن میزان شیوع در پژوهش حاضر را نیز می توان به دقت این پژوهش در یافتن بیماری ها نسبت داد. زیرا تمامی اعضای نمونه با استفاده از CIDI مورد بررسی قرار گرفتند و خطر حذف شدن مثبت های کاذب از میان رفت.

به هر ترتیب آنچه مسلم است این که نسبت چشمگیری از دانشجویان، دارای درجاتی از مشکلات روانی و نیازمند دریافت خدمات روانشناختی هستند. این امر بدون هیچ استدلال دیگر می تواند نشانگر نیاز توجه بیشتر به مقوله مداخلات روانشناختی و رسالت اساسی مراکز مشاوره دانشگاهها باشد. ولی بایست در این مورد دو سؤال را برای خود پاسخ دهیم. (۱) آیا وضعیت و امکانات لازم برای ارائه این خدمات در مراکز مشاوره مهیا است؟ (۲) علی رغم شیوع نسبتاً بالای مشکلات روانی و نگرش مثبت به دریافت مشاوره (۹۶ درصد) [۱۱]، در بین دانشجویان، چرا میزان مراجعه و دریافت کمک از این مراکز متناسب با این نسبت-ها نیست؟ لذا منطقی به نظر می رسد که در درجه اول، باید امکانات لازم- از قبیل نیروی انسانی آموزش دیده، برگزاری کارگاه های آموزشی با کیفیت برای دانشجویان و ایجاد فضای امن برای بازگویی مشکلات و مسائل روانی- در این مراکز ایجاد و تشویق به ارائه خدمات شوند. در مراحل بعدی انجام تبلیغات و مداخله های علمی و مؤثر در جهت نشان دادن فواید استفاده از مراکز مشاوره دانشگاهی برای دانشجویان است تا بتوان دانش و نگرش مثبت موجود به مشاوره را به عمل تبدیل نموده و در میزان مراجعه به این مراکز تغییرات بنیادی ایجاد نمود.

در بررسی تفکیکی اختلالات، مشخص شد که هراس اختصاصی با ۱۵/۷ درصد، هراس اجتماعی با ۱۳/۲ درصد، اختلال وسواس فکری عملی با ۹/۸ درصد، افسردگی اساسی با ۸/۵ درصد و جسمانی سازی با ۴/۷ درصد شایعترین اختلالات در بین دانشجویان هستند. از دلایل احتمالی این امر می توان به این موضوع اشاره نمود که زندگی دانشجویی بر حسب این که موقعیت تازه ای به

کای اسکور ($X_2=14/633, P=0/002$) نشان می دهد که نسبت بیماران در دانشجویان ساکن خوابگاه به طور معناداری بالاتر از دانشجویانی است که با والدین خود زندگی می کنند.

جدول ۸) میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب محل سکونت

وضعیت کلی				محل سکونت
بیمار		سالم		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳۴/۷۴	۷۴	۶۵/۲۸	۱۳۹	با خانواده
۴۷/۰۵	۱۳۸	۵۲/۹۵	۱۳۴	در خوابگاه
۲۰	۳	۸۰	۱۲	بدون پاسخ

$$X_2 = 14/633, p = 0/002$$

بحث

همان طور که یافته ها نشان می دهند، علائم اختلال های روانی را می توان در ۴۳/۷ درصد دانشجویان جدیدالورود دانشگاه های علوم پزشکی سطح تهران مشاهده کرد؛ بنابراین حدود نیمی از جمعیت دانشجویی ما در بالاترین سطح علمی کشور نشانه هایی از اختلال روانی دارند. آنچه مسلم است نتایج پژوهش های متعدد حاکی از بروز برخی حالات و رفتارهای نامساعد روان شناختی مانند تشویش، نگرانی، ناپایداری، هیجان، اضطراب و گاه فشارهای روانی در محیط های دانشگاهی از سوی دانشجویان می باشد که ممکن است ناشی از تنش های قبل و پس از ورود به دانشگاه باشد. زاده باقری و همکاران (۱۳۸۵) میزان شیوع افسردگی را در دانشجویان دانشگاه یاسوج ۳۵/۶ درصد، ترابی نیکچه (۱۳۷۶) در دانشگاه های ایلام ۳۶/۶ درصد؛ احمدی (۱۳۷۱) در دانشگاه اصفهان ۴۵ درصد، ترکان (۱۳۷۳) در علوم پزشکی زاهدان ۵۳ درصد، روشن (۱۳۷۲) در دانشگاه شیراز ۳۸ درصد، احسان زاده (۱۳۷۴) در دانشگاه کاشان ۴۸/۷ درصد، حیدری پهلویان و همکاران (۱۳۷۸) در علوم پزشکی همدان ۴۳/۵ درصد، مرواریدی و نظری (۱۳۷۷) در علوم پزشکی یاسوج ۲۷/۹ درصد، طراحی (۱۳۷۵) در علوم پزشکی لرستان ۳۱ درصد، حسینی نژاد و همکاران (۱۳۷۸) در دانشگاه های سبزوار ۲۹/۴ درصد، یعقوبی (۱۳۷۶) ۱۸/۳ درصد و عکاشه (۱۳۷۹) در علوم پزشکی کاشان ۲۸/۴ درصد گزارش کرده اند [۱۱]. اختلال

حاکی از آن است که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، دارای سلامت عمومی بیشتری بوده و رضایت بیشتری از زندگی داشته‌اند. همچنین مشخص شده است که دانشجویان بومی از حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان غیربومی برخوردار بوده و دختران از حمایت اجتماعی بهتری نسبت به پسران دانشجو بهره‌مند بوده‌اند [۱۹]. نتایج پژوهش حاضر در مورد رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان با نتایج تیلور (۲۰۰۲)، سارافینو (۲۰۰۲)، لو (۱۹۹۷)، دیلی و لاندروز (۲۰۰۵)، استروبی و همکاران (۲۰۰۵)، ویلز و کلیری (۱۹۹۶)، بخشی‌پور رودسری و همکاران (۱۳۸۴)، پورشیری و همکاران (۱۳۸۳)، میرسمعی (۱۳۸۵)، نوری‌مقدم و روشن (۱۳۸۵)، یعقوبی و همکاران (۱۳۸۸، ۱۳۸۷) همسو است [۱۱]. با این حال شیوع حدوداً ۳۵ درصدی اختلالات روانی در دانشجویانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند، همچنان قابل توجه است. به ویژه شیوع حدود ۱۰ درصدی هراس اختصاصی در این گروه همانند سایر گروه‌ها نگران‌کننده می‌باشد.

همچنین بررسی شیوع اختلالات روانی بر حسب جنسیت حاکی از آن بود که دختران و پسران تفاوتی از این لحاظ ندارند و درصد ابتلا به بیماری‌های روانی در پسران مقداری بالاتر است که این یافته در تضاد با یافته‌های قبلی در این رابطه است. در تبیین این یافته احتمالاً باید گفت که آنچه در دوران بزرگسالی درصد ابتلا به بیماری‌های روانی را به ضرر جنس مؤنث تغییر می‌دهد، نه تنها افزایش سن، بلکه درگیر شدن در مشکلات زندگی بزرگسالی و استقلال همه جانبه می‌باشد. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شیوع ابتلا به بیماری‌های روانی تا دوران کودکی و نوجوانی در هر دو جنس برابر می‌باشد. در کشور ما به دلیل وابستگی همه جانبه اکثریت دانشجویان در سال‌های تحصیل به خانواده خود، باید گفت که نمی‌توان دانشجوی بودن را دلیلی بر پذیرش کامل نقش بزرگسال دانست و گمان ما این است که دوران نوجوانی در این گروه سنی بسیار بالاتر از سن پیشنهاد شده برای نوجوانی می‌باشد. به همین دلیل آن‌ها بیشتر از الگوهای حاکم بر مشخصات روانی کودکان و نوجوانان پیروی می‌کنند تا بزرگسالان.

حساب می‌آید، می‌تواند زمینه‌ساز تجربه انواع اضطراب‌ها و استرس‌ها برای دانشجویان باشد. هنجارهای اجتماعی، شبکه دوستان جدید و الزامات زندگی خارج از خانواده و انتظارات ایجاد شده عواملی هستند که سازگاری را بر هم زده و سلامت آنها را به مخاطره می‌اندازد. تجربه اضطراب بالا هم به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به اختلالات اضطرابی از جمله هراس‌ها، وسواس‌ها، و اختلالاتی شوند که همبودی بالایی با اختلالات اضطرابی دارند.

در بررسی شیوع اختلالات روانی بر حسب محل سکونت مشخص شد که نسبت ابتلا به اختلالات روانی در دانشجویانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند در مقایسه با دانشجویان ساکن خوابگاه کمتر می‌باشد. این مسأله توجه را معطوف به مشکلاتی می‌کند که دانشجویان ساکن خوابگاه با آن روبرو هستند. دوری از فضای خانواده و از دست‌دادن حمایت آنها، غوطه ور شدن در دنیایی جدید که فرد در حل مشکلات آن خود را تنها می‌بیند، نداشتن مهارت‌های لازم برای اداره زندگی، ناتوانی در سازگاری با محیط جدید و زندگی جمعی، فقدان مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط و خوگیری با دنیای جدید و بعضاً فشارهایی که به دلیل درس به دانشجویان وارد می‌شود و هزاران دلیل دیگر می‌تواند سلامت روان دانشجویان ساکن خوابگاه را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. موارد فوق مسائلی هستند که دانشجویان بومی کمتر با آنها مواجه می‌شوند. سارافینو، [۱۷] اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی در افراد می‌شود و در سلامت روانی آنها تأثیرگذار است. همچنین سایر پژوهشگران نیز بر این اعتقادند که حمایت اجتماعی آثار رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. هرچه میزان حمایتی که شخص از سوی دیگران دریافت می‌کند، بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روان بالاتری دارد. حمایت اجتماعی برای جوانان به عنوان سپری در مقابل استرس عمل می‌کند. این حمایت می‌تواند به طور ویژه برای جوانانی که استرس را در زندگی تجربه می‌کنند، مهم باشد. پژوهش بخشی‌پور رودسری و همکاران نشان داد که بین سلامت عمومی و حمایت اجتماعی، رابطه مستقیم وجود دارد [۱۷]. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی دانشجویان ایرانی نیز

افرادی آموزش می دیدند و پس از آن نیز باید تلاش کافی برای جلب مشارکت دانشجویان جهت اجرای مصاحبه طولانی انجام می گرفت که روند انجام پژوهش را طولانی و پرهزینه کرد.

پیشنهادهای پژوهش:

۱- بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در دختران و پسران جوان جمعیت عمومی و خارج از دانشگاه و مقایسه آن با دانشجویان می تواند نتایج حاصل از این پژوهش را به چالش بکشد.

۲- در شرایط کاملاً ایده آل حتی اگر دانشجو در طول دوران تحصیل تحت هیچ استرس درون و بیرون دانشگاهی قرار نگیرد، نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درصد قابل توجهی از دانشجویان در همان بدو ورود یا در طول نیمسال اول تحصیلی از سلامت روان پایین برخوردار می باشند. بر این اساس توصیه می شود که مراکز مشاوره دانشگاهها ضمن غربالگری های سالیانه و شناسایی دانشجویان آسیب پذیر، علاوه بر انجام مصاحبه های تشخیصی و ارائه خدمات درمانی - مشاوره ای به هنگام، اقدام به آموزش مهارت های زندگی به دانشجویان به عنوان مجموعه آموزشی که شواهد گسترده ای اثربخشی آن را تایید نموده اند در دانشگاهها به خصوص در قالب درسی اجباری یا اختیاری نمایند.

۳- از نتایج این پژوهش می توان در تمام جوامع دانشجویی استفاده کرد تا پیشگیری و درمان به موقع صورت گرفته و جامعه دانشجویی رو به سلامت و نشاط حرکت نماید. نتایج پژوهش تمامی افراد دست اندرکار تعلیم و تربیت از والدین در منازل تا معلمان و مدیران مدرسه و مدیران دانشگاهها را به عزمی عمومی دعوت می کند تا با رفع موانع و مشکلات تربیتی، جامعه ای سالم و با نشاط بسازند.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که به عنوان مراجع، آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت و همکاری کردند و همچنین از کلیه کارشناسان و رؤسای مراکز مشاوره دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، شاهد، بقیه ا...، ارتش و علوم بهزیستی و توانبخشی صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

در رابطه با مقایسه شیوع اختلالات روانی در بین دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران نیز مشخص شد که هیچ دانشگاهی تفاوتی با دانشگاه دیگر از این نظر ندارد که با توجه به ملاک واحد گزینش دانشجویان در دانشگاه های کشور، انتظار ما نیز بر این بود که در دانشگاه های هم سطح افراد تفاوتی از لحاظ ابتلا به اختلالات روانی نداشته باشند. همچنین یافته ها نشان می دهند در حالی که دانشجویانی که از طریق سهمیه ایثارگران به دانشگاه راه یافته اند، بیشترین درصد ابتلا به اختلالات روانی نشان می دهند اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. به نظر می رسد وجود یک فرد بیمار و یا دارای مشکلات جسمانی یا روانشناختی در منزل شرایط خانواده را تا حدی پیچیده می کند و استرس های سلامتی پدر، مشکلات مالی مبارزه و درمان بیماری، افتادن بسیاری از مسئولیت های پدر بر دوش فرزندان و بسیاری موارد دیگر سبب افزایش فشارهای روانی بر فرزندان و همسر می شود.

در مجموع یافته های تحقیق حاضر حاکی از آن است که بیش از ۴۰ درصد از دانشجویان به درجاتی از اختلالات روانی رنج می برند که در این بین اختلالات اضطرابی و خلقی از شیوع بالاتری برخوردار است؛ لذا مراکز مشاوره دانشگاهها باید سرمایه گذاری و توجه بیشتری به این دسته از اختلالات بنمایند. توجه به اختلالات خاص دوره دانشجویی همچون هراس اجتماعی و عنایت بیشتر به دانشجویان غیربومی و خوابگاهی نیز از تلویحات دیگر این پژوهش می باشد.

از جمله محدودیت های پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: ۱- عدم حضور دانشجویان دعوت شده به مصاحبه از مهمترین محدودیت های این پژوهش محسوب می شود. مجریان پس از انجام گروهی تست ها عده ای از دانشجویان را برای انجام مصاحبه بالینی دعوت کردند که حضور به موقع همه دانشجویان میسر نشد و بعضاً مجریان مجبور بودند که دانشجویان دیگری را جایگزین نمایند. البته در انتخاب دانشجویان جایگزین بیشترین دقت نظر اعمال شده تا به روند پژوهش آسیب وارد نشود اما به هر حال محدودیت هایی را نیز تحمیل نموده است.

۲- همچنین طولانی بودن مصاحبه بالینی هزینه و وقت زیادی از مجریان گرفت. برای انجام مصاحبه CIDI باید

منابع

- 15- Yaghubi H, Akbari S, VegharAnzabi M. Report of mental health status of students of Universities under the Ministry of Science, Research and Technology. Tehran. Publication of central counselling office of the Ministry of Science, Research and Technology; 2008. [Persian].
- 16- Malakuti k, Mirabzade A, Salavati M, Kahali SH, AfkhamEbrahimi A, Zaravdi T. Reliability, validity and factor analysis of GHQ-28 in Iranian elderly. *Iranian J. Ageing*. 2008; (1):11-21. [Persian].
- 17- Sarafino, E.P. Health psychology: Biopsychosocial interactions (4th Ed.); NY: John Wiley & Sons; 2002.
- 18- Bakhshipoor A, Peyrovi H, Abediyan A. Investigate the relationship between life satisfaction, social support and mental health. *Q J Fundam Ment Health*. 2005; (7):145-52.
- 19- Poursharifi H., et al. Mental health of freshmen college students. 2nd Mental Health Students Seminar. Central Counselling Office of the Ministry of Science, Research and Technology; 2005. [Persian].
- 1- Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. Advanced Practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science. Nurs. Care Management*. 2004; (27):70-80.
- 2- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders. (ESEMED) project. *ActaPsychiatr*. 2004; (2):21-7.
- 3- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—acritical review and appraisal of 27 studies. *EurNeuropsychopharmacol*. 2005; (15):357-76.
- 4- PalahangH. Investigation of epidemiology of mental disorders in urban areas of Kashan [Dissertation]. Tehran, Iran: IranUniversity of Medical Sciences; 1995. [Persian].
- 5- Yaghubi H. Investigation of epidemiology of mental disorders in urban and rural areas in Somea-Sara. [Dissertation]. Tehran, Iran: IranUniversity of Medical Sciences; 1995. [Persian].
- 6- Bagheriyazdi A. investigation of mental status of students of Tehran University in 1994. *Think.behave. J*. 1995; (4):30-1. [Persian].
- 7- Retteck SL. Cultured difference and similarities in cognitive appraisals and emotional responses [Dissertation]. New school for social research Dissertation abstract international; 1990.
- 8- Lapsley DL. Psychological separation and adjustment to college. *J Couns Psychol*. 1989; (36):286-94.
- 9- Ahmadi J. Rate of depression in students and employers of Shiraz University. Abstracts of 2th annual congress of psychiatry and clinical psychology. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical sciences; 1994. P. 50-1. [Persian].
- 10- Counseling Center of Tehran University; University of Tehran. Investigation of general health status of newcomer's undergraduate students at Tehran University, 1997-1998. Tehran: Tehran University; 1998. [Persian].
- 11- Yaghubi H, Akbari S, VegharAnzabi M. Report of mental health status of students of Universities under the Ministry of Science, Research and Technology. Tehran. Publication of central counselling office of the Ministry of Science, Research and Technology; 2008. [Persian].
- 12- Tebachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. London: Allyn & Bacon; 2001.
- 13- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med*. 1979; (9):131-45.
- 14- Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.

Prevalence of Mental Disorders and Demographic Factors that Influence the Freshmen Students of Tehran City Universities of Medical Sciences

Yaghubi, H. *Ph.D. Karimi, M. Ph.D. Student., Omid, A. Ph.D. Mesbah, N. M.A. Kahani, Sh. M.A. Abedi-Qelich-Qeshlaq, M. Ph.D. Student

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the prevalence of mental disorders in freshman college students in Tehran Universities of Medical Sciences.

Method: In this cross-sectional study, 500 students of Tehran Universities of Medical Sciences were selected by sampling a share. Participants by trained interviewers with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) were interviewed. The demographic questionnaire was completed.

Results: The results showed that percentage of psychiatric disorders on campus students, male students, and lower educational level is higher.

Conclusion: The prevalence of psychiatric disorders in students as one of the educated class of markedly high.

Keywords: Epidemiology, CIDI, Mental Disorder, College Student

*Correspondence E-mail:
yaghubi@shahed.ac.ir

