

بررسی میزان شیوع اختلال افسردگی، اضطراب و وسواس فکری - عملی در بین دانشجویان

دکتر پرویز فرجی^۱، رباب فرجی^۲؛ سونیا دیده روشنی^۳؛ کتایون نصراله^۴؛

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی و تعیین میزان شیوع اختلال های افسردگی، اضطراب و وسواس فکری - عملی در دانشجویان می باشد.

روش کار: در یک مطالعه مقطعی روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، در پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک و وسواس مادسلی را تکمیل نمودند.

یافته ها: ۱۶/۳ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۷ درصد افسردگی متوسط و ۲۴/۷ درصد افسردگی شدید داشتند. ۴۸/۷۵ درصد دانشجویان دارای نشانه های افسردگی مرد و ۵۱/۲۵ درصد زن بودند. ۱۴/۱ درصد اضطراب متوسط و ۳۰ درصد اضطراب بالا داشتند. و از دانشجویان دارای نشانه های اضطرابی ۴۷/۷۶ درصد مرد و ۵۲/۲۴ درصد زن بودند. ۲۰/۷ درصد دانشجویان دارای نشانه وسواس واری، ۱۶ درصد دارای نشانه های وسواس شستشو، ۱۷/۷ درصد دارای نشانه های کندی و ۴۲ درصد دارای نشانه های وسواس تردید بودند.

بحث و نتیجه گیری: افسردگی، اضطراب و وسواس جز اختلالات روانی شایع در دانشجویان است. بنابراین توجه به بهداشت روانی دانشجویان امری ضروری است.

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، وسواس فکری - عملی

^۱ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. مدیر دانشجویی؛ Email: dr.parvizfaraji@gmail.com

آدرس: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل (نویسنده مسئول)؛ Email: robabfaraji@gmail.com

آدرس: اردبیل، خیابان ساحلی، روبروی اداره بهزیستی، مرکز توانبخشی یاران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل؛ Email: Sonia_didehroshani@yahoo.com

آدرس: اردبیل، خیابان فلسطین، خوابگاه دانشجویی فاطمیه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل؛ Email: katayonnasrollah@yahoo.com

مقدمه

افسردگی به عنوان یک مساله چالش گر بهداشت روانی مورد توجه بوده و یکی از شایعترین اختلالهای خلقی و عاطفی و بزرگترین بیماری قرن حاضر به شمار می آید. به بیان ساده تر یک واکنش روانی زیستی در برابر فشارها و استرس های زندگی است [۱]. در هر مقطعی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند [۱۳]. احساس دمغی، بی حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی و ناخشنودی، همگی تجربیات رایج هستند [۲] و حدس زده می شود که حدود ۷۵٪ موارد بستری در بیمارستان های روانی را، موارد افسردگی تشکیل می دهند [۱۳]. شیوع طول عمر برای افسردگی در حدود ۲۰/۸٪ تخمین زده شده است و شیوع یکساله برای آن ۹/۵٪ برآورد گردیده است [۲۰].

در تحقیق ظهور و موسی خانی (۱۳۸۰)، ۶۱ درصد از کل افراد مورد مطالعه دارای درجات مختلفی از افسردگی بودند. ۲۲ درصد افسردگی مرزی، ۱۵ درصد افسردگی خفیف، ۱۷ درصد افسردگی متوسط، ۵ درصد افسردگی شدید و ۲ درصد افسردگی خیلی شدید داشتند [۱۰].

ایلدز آبادی و همکاران (۱۳۸۳) در تحقیقی که بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زابل انجام دادند ۶۴/۳ درصد از دانشجویان به درجات مختلف افسردگی داشتند [۶].

آقاخانی و بقایی (۱۳۸۰) در مطالعه ای که بر روی ۷۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی انجام دادند ۵۳ درصد به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند که در این بین افراد غیر بومی افسردگی بیشتری داشتند [۵].

مطالعه هاشمی و کامکار (۱۳۸۰) بر روی ۴۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج نشان داد که ۶۹/۲ درصد افراد به ترتیب ۴۱/۲ درصد از افسردگی خفیف، ۱۷/۳٪ از افسردگی متوسط و ۶/۴ درصد از افسردگی شدید در رنج بودند [۱۲].

اختلالات اضطرابی نیز از جمله شایعترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و سایر جمعیت هایی است که مورد مطالعه قرار گرفته اند [۳].

مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته اند [۲۱]. شیوع یکساله اختلال بین ۳ تا ۸ درصد و میزان شیوع در طول عمر نزدیک ۵ درصد تخمین زده شده است. اضطراب و افسردگی از اختلالهایی هستند که هر روز بر میزان شیوع آن افزوده شده و عموم مردم در برهه ای از زمان از این اختلال رنج می برند. برخی از پژوهشگران بر این باورند که اضطراب و افسردگی دو سازه جدا از هم هستند اما به باور گروهی دیگر بخشی از یک سازه کلی یعنی هیجان پذیری منفی می باشند [۱۷]، [۲۲]، [۲۶]. کاویانی و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهشی نشان دادند که ۱۵ درصد افراد مورد بررسی از یکی از اختلال های اضطرابی رنج می برده اند. همچنین میزان اضطراب زنان در کل نمونه مورد بررسی ۳-۲ برابر است. نوربالا و باقری (۱۳۸۰) با کاربرد آزمون سلامت روان عمومی نشان دادند که ۲/۳٪ از مردم ایران و ۲/۹٪ مردم تهران دچار اضطراب هستند [۱۱].

اختلال وسواس فکری- عملی نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال یک نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت را مبتلا می کند. مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوعی را در همان حدود در جمعیت عمومی بزرگسال ایرانی (۱/۸ درصد) برآورد کرده اند [۲۱]. به این ترتیب وسواس دو برابر شایعتر از اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی بوده و چهارمین بیماری شایع روانپزشکی است [۲۴]. وسواس معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شود و غالباً با سیر مزمن خود تاثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی- اجتماعی و شغلی بیمار دارد [۱۴].

قاسم زاده و همکاران [۱۸] علایم اختلال وسواسی-جبری را در یک نمونه از بیماران ایرانی بررسی «مقیاس سنجش مادرلی» با کردند که نتایج نشان داد شک و بلا تکلیفی رایجترین وسواس فکری و شستن رایجترین وسواسی عملی

در کل نمونه است. ترس از کثیفی و آلودگی و افکار وسواسی درباره کثیف بودن خود و وسواس شستن بیشتر در زنان متداول بود، در حالیکه افکار کفرآمیز و وسواسهای نظم و تربیت در مردان فراوانی بیشتری داشت. صالحی و همکاران (۱۳۸۳)، در یک بررسی نشان دادند که بیشترین وسواسهای فکری، آلودگی (۹۷ درصد زنان و ۷۸ درصد زنان) و پرخاشگری (۹۲ درصد زنان و ۸۷ درصد مردان) است و تفاوت زنان و مردان در وسواس آلودگی معنادار می باشد. بیشترین وسواسهای عملی، واریسی کردن (۸۷ درصد زنان و ۶۵ درصد مردان)، شست و شو (۹۰ درصد زنان و ۵۶ درصد مردان) و نظافت (۷۷ درصد) و تفاوت دو جنس معنادار بود. بین میزان تحصیل بیماران و علایم وسواسی-جبری در زمینه وسواسهای فکری آلودگی و جسمی یک رابطه معنادار به دست آمد و دو گروه مجرد و متأهل فقط در وسواسهای آلودگی و شمارش تفاوت معنادار داشتند [۹].

تابان و همکاران (۱۳۸۱) فراوانی و شدت الگوهای وسواسی را در دانشجویان پزشکی و مهندسی بررسی نمودند نتایج نشان داد که ۵۳/۷ درصد از پسران و ۳۰ درصد دختران به درجاتی از وسواس واریسی مبتلا بودند. در دانشجویان مهندسی وسواس واریسی در ۵۳ درصد پسران و ۳۵ درصد دختران دیده شد. وسواس شستشو در ۳۵/۲ درصد پسران گروه پزشکی و ۵۳/۷ درصد دختران بود. وسواس کندی به درجات مختلف در گروه پزشکی (۱۹/۳ درصد) و گروه مهندسی (۲۱/۲ درصد) دیده شد. فراوانی وسواس شک کردن در دانشجویان پزشکی (۳۷/۵) و در دانشجویان مهندسی ۴۵ درصد بود [۷].

با توجه به اینکه دانشجویان تعداد قابل توجهی از جوانان را تشکیل می دهند و این تعداد با گسترش دانشگاه ها و توسعه مراکز آموزش عالی در حال افزایش است بررسی میزان شیوع این اختلالات، در جمعیت دانشجویی ضروری بنظر می رسد زیرا آشنا نبودن با محیط دانشگاه، غیر بومی بودن، جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی، ناسازگاری با سایر افراد، می تواند باعث ایجاد ناراحتی های روانی از جمله اضطراب، افسردگی و وسواس در آنها گردیده و باعث افت عملکرد دانشجویان گردد.

روش

پژوهش حاضر یک طرح توصیفی - مقطعی است. برای اجرای پژوهش ۳۰۰ دانشجوی مقطع کارشناسی شامل ۱۹۵ دختر و ۱۰۵ پسر با میانگین سنی ۲۲/۸ بودند که به روش نمونه گیری تصادفی ساده از بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها ابزارهایی به شرح زیر به کار برده شد:

۱- پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی

پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادسلی توسط هاجسون و راچمن [۱۹] به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش بسته دو گزینه ای (بله/خیر) است. آزمون افزون بر یک نمره کلی چندین نمره جداگانه برای واریسی کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک / تردید و نشخوار فکری دارد. بر حسب اطلاعات ارائه شده توسط سازنده آزمون، این پرسشنامه ابزار خوبی برای بررسی سبب شناسی، سیر و پیش آگهی انواع شکایت های وسواسی می باشد. تمرکز اصلی این آزمون روی علایم OC می باشد به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این علایم مناسب است. بیشترین نمره کلی آزمون ۳۰ می باشد و بیشترین نمره در چهار زیرمجموعه واریسی کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک / تردید به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ است. برخی از پرسش ها به بیش از یک زیرمجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمرات زیرمجموعه ها می باشد. گفتنی است که اعتبار و پایایی پرسش نامه در جوامع مختلف نشان داده شده است راچمن و هاجسون [۱۹] و استکتی [۲۵] پایایی این ابزار را به روش باز آزمایی ۰/۸۹ و دادفر [۱۶] ضریب پایایی را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن را با

مقیاس اجباری ییل براون ۰/۸۷ گزارش نمودند. بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌هایی مانند پرسش‌نامه مادسلی بالقوه در تعیین شدت علایم و تعیین زیر گروه‌های علایم و در نتیجه مداخلات درمانی سودمند خواهند بود [۱۵] و [۲۳].

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

پرسشنامه اضطراب توسط بک در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت اضطراب اوست، به صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط»، و «شدید» پاسخ دهد انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا سه نمره گذاری شده است. هر یک از ماده‌های پرسشنامه یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علایم افسردگی را شامل نشود. در یک تحقیق کاپوانی، موسوی (۱۳۸۷) روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی سنجیده شد. نتایج نشان داد که مقیاس اضطراب بک در جمعیت ایرانی دارای روایی (۰/۷۲ = r)، پایایی (۰/۸۳ = r) و همسانی درونی (آلفای ۰/۹۲) است. در پژوهش لطفعلی‌زاده و قمری گبوی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مولفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ بدست آمده است. بر اساس تحقیق ایرانی کاپوانی و همکاران (۱۳۸۸)، تقسیم بندی زیر برای نقاط برش این پرسشنامه پیشنهاد شده است: ۰ تا ۱۱ بدون علامت، ۱۲ تا ۱۸ خفیف، ۱۹ تا ۲۶ متوسط، ۲۷ تا ۳۶ شدید و ۳۷ تا ۶۳ خیلی شدید.

۳- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای. تی. بک، وارد مندلسون، موک، وارباک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت، و در سال ۱۹۸۷ منتشر گردید و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد. بدین ترتیب، این پرسشنامه با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی DSM-IV هماهنگی بیشتری یافت. این پرسشنامه، همانند ویرایش نخست، از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی خودش را نشان می‌دهد، بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. پژوهش‌های انجام شده درباره پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم به طور ثابت ضرایب همسانی درونی بالا در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را حتی در جمعیت‌های مختلف نشان داده است. ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آمد نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان، و تمیزی، و تحلیل عاملی به طور کلی مطلوب بوده است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه روی نمونه ۹۴ نفره در ایران بدین شرح بود: ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی و همکاران (۱۳۸۴)، همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود. به علاوه این پرسشنامه با مقیاس‌های مشابهی که افسردگی را درجه‌بندی می‌کنند، همبستگی متوسطی را نشان داده است. این مقیاس‌ها عبارتند از: مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون همبستگی ۰/۷۱؛ مقیاس ناامیدی بک ۰/۶۸؛ و مقیاس استرس- اضطراب- افسردگی (۰/۸۸؛ عثمان و همکاران، ۱۹۹۷). نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون همبستگی بالاتر (۰/۷۱) و با مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون همبستگی پائین تر (۰/۴۷) دارد به همین ترتیب، استیر و همکاران (۲۰۰۰) نیز بین پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم و بعد افسردگی SCL-90 همبستگی بالا (۰/۸۹) اما با بعد اضطراب SCL-90 همبستگی پائین (۰/۷۱) به دست آوردند.

پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها در زمینه محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده و چگونگی بهره‌گیری از داده‌ها به شکل کلی توضیح داده شد. پس از موافقت آنها برای همکاری، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها گذاشته شد. هم

چنین از آنان خواسته شد از نوشتن نام و نام خانوادگی خویش خودداری کنند. در نهایت داده‌های پژوهش توسط بسته نرم افزار آماری در علوم اجتماعی (Spss) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

اطلاعات بدست آمده نشان می دهد که از مجموع ۳۰۰ نفر دانشجوی مورد مطالعه ۳۵ درصد مرد و ۶۵ درصد زن بودند که ۸۸/۷ درصد آنها مجرد و ۳/۱۱ درصد متاهل بودند و ۷/۲۲ درصد آنها در مقطع کاردانی، ۳/۶۷ درصد آنها در مقطع کارشناسی، ۶ درصد کارشناسی ارشد و ۷/۳ درصد در مقطع دکترا مشغول تحصیل بودند ۷/۳۲ درصد در آنها در گروه پزشکی، ۸ درصد در علوم پایه، ۷/۱۲ درصد مهندسی، ۴۴ درصد انسانی و ۷/۲ درصد در گروههای دیگر مشغول به تحصیل بودند و میانگین سنی آنها ۸۹/۲۱ بود.

جدول (۱): توزیع فراوانی اضطراب در دانشجویان

متغیر	فراوانی	درصد
سالم	۱۶۶	۵۵/۳
اضطراب متوسط	۴۴	۱۴/۷
اضطراب بالا	۹۰	۳۰

یافته های پژوهش نشان داد که ۴۲/۳ درصد دانشجویان افسردگی نداشته اند ۱۶/۳ درصد افسردگی خفیف، ۱۶/۷ درصد افسردگی متوسط و ۲۴/۷ درصد افسردگی شدید داشتند. ۴۸/۷۵ درصد دانشجویان دارای نشانه های افسردگی مرد و ۵۱/۲۵ درصد زن بودند. ۵۲/۲۲ درصد مجرد و ۴۷/۷۸ درصد متاهل بودند و ۲۹/۰۲ درصد در مقطع کاردانی ۲۳/۸۷ درصد در مقطع کارشناسی، ۲۲/۸۷ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۴/۳۴ درصد در مقطع دکترا مشغول تحصیل بودند.

جدول (۲): توزیع فراوانی افسردگی در دانشجویان

متغیر	فراوانی	درصد
سالم	۲۷	۴۲/۳
افسردگی خفیف	۴۹	۱۶/۳
افسردگی متوسط	۵۰	۱۶/۷
افسردگی شدید	۷۴	۲۴/۷

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که ۵۵/۳ درصد دانشجویان اضطراب نداشته اند ۱۴/۷ درصد اضطراب متوسط و ۳۰ درصد اضطراب بالا داشتند. و از دانشجویان دارای نشانه های اضطرابی ۴۷/۷۶ درصد مرد و ۵۲/۲۴ درصد زن بودند. ۵۳/۰۴ درصد مجرد و ۴۶/۹۶ درصد متاهل بودند و ۲۹/۳ درصد در مقطع کاردانی ۲۷/۴۲ درصد در مقطع کارشناسی، ۲۳/۰۷ درصد در مقطع کارشناسی ارشد و ۲۰/۱۹ درصد در مقطع دکترا مشغول تحصیل بودند.

جدول (۳): توزیع فراوانی وسواس در دانشجویان

درصد	فراوانی	متغیر	
۷۹/۳	۲۳۳	ندارد	وسواس واریسی
۲۰/۷	۶۲	دارد	
۸۰	۲۴۰	ندارد	وسواس شستشو
۱۶	۴۸	دارد	
۸۱	۲۴۳	ندارد	وسواس کندی
۱۷/۷	۵۳	دارد	
۵۴/۷	۱۶۴	ندارد	وسواس تردید
۴۲/۳	۱۲۷	دارد	

در نهایت یافته های پژوهش نشان داد که ۲۰/۷ درصد دانشجویان دارای نشانه وسواس واریسی، ۱۶ درصد دارای نشانه های وسواس شستشو، ۱۷/۷ درصد دارای نشانه های کندی و ۴۲ درصد دارای نشانه های وسواس تردید بودند. که ۴۹/۵۲ درصد مردان و ۵۰/۴۷ درصد زنان دارای نشانه های وسواس واریسی بودند که ۵۴/۱ درصد آنان مجرد و ۴۸/۳۲ آنان متاهل بودند. و ۴۷/۶۷ درصد مردان و ۵۲/۳۱ درصد زنان دارای نشانه های وسواس شستشو بودند و ۵۴/۶۷ درصد آنها مجرد و ۴۶/۴۰ درصد آنها متاهل بودند و ۵۰ درصد مردان و ۵۰ درصد زنان، دارای نشانه های کندی بودند که از این میان ۴۸/۰۴ درصد آنها مجرد و ۴۶/۴۰ درصد آنها متاهل بودند. همچنین در ۵۱/۳۱ درصد مردان و ۴۸/۶۸ درصد زنان نشانه های تردید دیده شد که ۵۱/۵۹ درصد آنان مجرد و ۴۸/۱۴ درصد آنها متاهل بودند.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که ۵۷/۷ دانشجویان اردبیل به درجات مختلفی از افسردگی مبتلا هستند که این نتیجه با نتایج حاصل از تحقیقات دیگری که در این مورد انجام شده هماهنگی دارد به طوری که بر اساس تحقیقی در سال ۱۳۸۰ شیوع افسردگی در دانشجویان دانشکده بهداشت کرمان ۶۱ درصد [۱۰]، در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد ۶۲/۵ درصد [۸]، در دانشجویان پرستاری و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج ۶۹/۲ درصد [۱۲]، دانشجویان علوم پزشکی استان آذربایجان غربی ۵۲/۶ درصد [۵]، در دانشجویان زابل ۶۴/۳ درصد [۶] گزارش شده است. طبق بررسی حاضر میزان افسردگی در دانشجویان مرد کمتر از دانشجویان زن بود، در پژوهش انجام شده در دانشجویان دانشکده پزشکی کرمان و پژوهش رشیدی در دانشگاه علوم پزشکی زنجان و پژوهش توکلی زاده و محمدپور در دانشکده علوم پزشکی گناباد میزان افسردگی مردان کمتر از زنان بوده است [۸]. همچنین این پژوهش نشان داد که ۴۴/۷ درصد دانشجویان دارای درجاتی از اضطراب هستند که با پژوهش بیدری [۴] همسویی دارد. در نهایت نتایج نشان داد که وسواس تردید (۴۲) بالاترین میزان شیوع و شست و شو (۱۶ درصد) کمترین میزان شیوع را دارد و نیز بین افراد مجرد و متاهل و زنان و مردان نیز تفاوت بچشم می خورد.



با توجه به نتایج پژوهش حاضر که بیانگر فراوانی افسردگی، اضطراب و وسواس در بین دانشجویان می باشد و توجه به این نکته که دانشجویان به عنوان متخصصین آینده، نقش قابل توجهی در پیشرفت جامعه دارند بنابراین توجه به بهداشت روانی دانشجویان از اهمیت ویژه و بسزائی برخوردار است، لذا موارد زیر پیشنهاد می گردد:

- ۱- فراهم نمودن امکانات رفاهی بیشتر جهت دانشجویان.
- ۲- اتخاذ تدابیری که دانش آموزان در بدو ورود به دانشگاه، رشته های مورد علاقه خود را انتخاب نمایند.
- ۳- شناسایی علل افت تحصیلی دانشجویان و انجام اقدامات لازم جهت پیشگیری از آن.
- ۴- مشارکت فعال دانشجویان در برنامه های آموزشی، فرهنگی، تفریحی و ورزشی.
- ۵- تقویت مراکز مشاوره و خدمات روانپزشکی، جهت شناخت و درمان به موقع مشکلات روحی و روانی دانشجویان.



منابع

- ۱- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۶). مبانی روانشناختی افسردگی و روشهای مقابله و درمان موثر خود درمانگری نظارتی. تهران، نشر علم.
- ۲- روزنهان، دیوید، سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۲). روانشناسی ناپهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان.
- ۳- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی. ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تهران: شهر آب آینده سازان (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۳۳).
- ۴- بیدری، علی؛ تعیین میزان شیوع اضطراب در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. پایان نامه دکترا. ۱۳۷۳.
- ۵- آقا خانی، نادر؛ بقایی رحیم. بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی همایش سراسری تازه های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی. دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۵-۱۲، ۱۳۷۹.
- ۶- ایلدر آبادی، اسحاق؛ فیروز کوهی، محمدرضا؛ مظلوم، سید رضا، نویدیان، علی. بررسی میزان شیوع افسردگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی زابل در سال تحصیلی ۸۱-۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ششم، شماره ۲، ۲۱-۱۵، ۱۳۸۳.
- ۷- تابان، حبیب اله؛ بهبهانی محمد؛ سلطانی گرد فرامرزی محسن؛ فراوانی و شدت الگوهای وسواس فکری و عملی در دانشجویان پزشکی و مهندسی. پژوهش در علوم پزشکی. (۱۷). ۱۳۸۱.
- ۸- توکلی زاده جهانشیر؛ محمد پور علی. بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی گناباد، مجله دانشکده علوم پزشکی گناباد. (۱) ۷. ۴۰-۳۶. ۱۳۸۰.
- ۹- صالحی منصور؛ سالاری فر محمد حسین؛ هادیان مینا؛ بررسی فراوانی الگوهای علائم اختلال وسواس فکری - عملی. تازه های علوم شناختی، ۶ (۲۰۱). ۱۳۸۳.
- ۱۰- ظهور علیرضا؛ موسی خانی احسان. شیوع افسردگی در دانشجویان دانشکده بهداشت کرمان و مقایسه آن با سایر دانشگاههای کشور، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۰. ۷-۴۳. ۱۳۸۰.
- ۱۱- کاویانی حسین؛ احمدی سید علی. شیوع اختلال های اضطرابی در شهر تهران. اندیشه و رفتار ۸ (۳). ۱۳۸۱.
- ۱۲- هاشمی نظیر؛ کامکار علی. بررسی میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. ۲۱۶ و ۲۲. ۲۱-۱۴. ۱۳۸۰.
- 13-Brown, Gw., Andrews, B., Harris, T.O., Adler, Z., & Bridge, L. (1987). *Social support, self-esteem and depression*. Psychological Medicine, 16, 313-831 .
- 14- Clark, D. M (2000). Cognitive behaviore therapy for obsessions compulsions: New applications and emerging trends. Journal of contenpoarty Psychotherapy. 30, 129-147.
- 15-Criague, T., Hwang, M., & Bromet, E. J. (2002). *Obsessivecompulsive and panic symptoms in patients with admission psychosis*. American Journal of Psychiatry , 159, 592-598.
- 16-Dadfar, m. (1376). *The study of personality disorders in patient with obsessive-compolsive disorder and compared it with normal individual*. Master thesis in clinical psychology. Tehran.
- 17-Finch. A. J., Lipovsky, 1. A., & Casal, C. D. (1989). *Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity or separate constructs?* In P. C.Kendall & D . Watson (Eds.). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (p.p.171-202). New York: Academic Press. Inc .
- 18-Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A. A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). *Symptoms of OCD in a sample of Iranian patients*. International Journal of Social Psychiatry, 1, 20-28.
- 19-Hodgson RJ, Rachman S. *Obsessional-compulsive complaints*. Behaviour Research and Therapy. 1977; 15(5): 389-395 .
- 20-Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*.Archives of General Psychiatry, 62(6), 593-602.
- 21-Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretamad, H. R., Bagheri Yazdi, A., Rahgozari, M., Alagheband-Rad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., & Ghandizadeh, H. (2005). *Clinical practice and epidemiology in mental health*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1, 1-8.
- 22-Ollendick, T. H., & Yule, W. (1990). *Depression in British and American children and its relation to anxiety and fear*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,126-129.
- 23-Poyurovsky, M., Fuchs, C., & Weizman, A. (1999). *Obsessive-compulsive disorder in patients with first episode schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 156,1998-2000.



- 24-Rector, N.A, (2001). *Innovation in cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry Rounds, 5, 1-6.
- 25- Stekette GS. *Treatment of obsessive compulsive disorder*, 1st ed. New York: The Guilford Press, 1993.
- 26-Tannenbaum, L. E., Forehand, R. L., & Thomas, A. M. (1992). *Adolescent self-reported anxiety and depression: Separate constructs or a single entity*. Child Study Journal, 22,61-72 .

