

افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشکده پرستاری مامایی

مژگان ریواز^۱، پیمان شکراللهی*^۲، ثریا قدکیور^۳ و لادن زرشناس^۴

چکیده

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان دانشجویان است و به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده بر عملکرد جسمی، اجتماعی و آکادمیک دانشجویان تاثیر دارد. این پژوهش با هدف تعیین شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. این پژوهش به شکل مقطعی در مورد ۲۸۰ نفر از دانشجویان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دو بخشی، شامل داده‌های دموگرافیک و بخش دوم، پرسشنامه استاندارد سنجش میزان افسردگی بک بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که ۴۵٪ (۱۲۶ نفر) از دانشجویان دارای درجاتی از افسردگی بصورت خفیف تا شدید بودند که ۹۵٪ از این افراد در هیچ نوع مشاوره یا درمان پزشکی نبودند. ارتباط معناداری بین وضعیت اقتصادی، سابقه افسردگی در فامیل درجه یک، ابتلا قبلی به بیماری‌های روانی، میزان رضایت از رشته و افسردگی مشاهده شد، اما بین سن، وضعیت تاهل، رشته تحصیلی و افسردگی اختلاف معناداری مشاهده نشد. نتایج نشان دهنده فراوانی نسبتاً بالای افسردگی بین دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، شیوع، دانشجویان، دانشکده پرستاری مامایی، عوامل مرتبط، درمان.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، mri vaz@sums.ac.ir.

۲- هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فیروز آباد.

۳- مربی، دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
sghadakpour@hotmail.com

۴- دکترای تخصصی، عضو مرکز توسعه کیفیت آموزش بالین، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
ladanzar@ymail.com

*- نویسنده مسئول مقاله: shokrp@sums.ac.ir

پیشگفتار

بر اساس گزارش های سازمان بهداشت جهانی، افسردگی چهارمین مشکل بهداشتی مهم در دنیا می باشد. ۳۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان از آن رنج می برند و هزینه های اقتصادی و اجتماعی بالایی به جامعه تحمیل می کند. بر اساس همان گزارش ها برآورد می شود تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به عنوان دومین علت عمده بیماری پس از بیماری های قلبی باشد.

سادوک (Sadock and Sadock, 2005) به نقل از کیسکال می گوید: افسردگی منجر به تغییرات مهمی در خلق، رفتار و فکر می شود که با مشکلات جسمی فراوانی همراه می باشد. آمارها حاکی از آن است که حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به درمان و ۸ درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می شوند (Furegato et al., 2008). این اختلال در بین دانشجویان شایع و به عنوان یک بیماری ناتوان کننده بر عملکرد روان پزشکی می باشد (Khawaja and Bryden, 2006). آمینی در گزارشی از مطالعه های انجام شده به وسیله بک و همکاران بیان می کند در گروه های دانشجویان، دامنه بالایی از افسردگی دیده می شود به گونه ای که ۷۸ درصد دانشجویان از برخی نشانه های افسردگی رنج می برند و ۴۶ درصد دچار افسردگی شدید می باشند (Amini and Farhadi, 2002). نتایج مطالعه انجام شده به وسیله رفعتی و همکاران در مورد دانشجویان دانشکده پرستاری شیراز نشانگر شیوع ۵۹/۸ درصد افسردگی با شدت های متفاوت می باشد (Rafati et al., 2004).

افسردگی از علل مهم افت تحصیلی در نظام آموزشی بشمار می رود که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی فرد می شود در همین راستا نتایج پژوهش انجام شده در مورد دانشجویان علوم پزشکی جهرم بیانگر شیوع افسردگی به میزان ۴۵/۴ درصد بوده است. در این پژوهش بین افسردگی و عدم موفقیت تحصیلی ارتباط معناداری دیده شد (Najafipour and Yktatalab, 2008). عابدینی و همکاران شیوع افسردگی در دانشجویان پرستاری را ۶۰ درصد ذکر کردند که بین افسردگی و رضایت از رشته ارتباط معناداری دیده شد (Abedeni et al., 2007).

افسردگی بین دانشجویان مسئله ای با اهمیت است، زیرا از یک سو باعث هدر رفتن سرمایه جامعه می گردد و از سوی دیگر، از میزان موفقیت و کارآمدی آنان می کاهد و دانشجویان را از رسیدن به جایگاه رفیع علمی و اجتماعی باز می دارد (Abdelahian and Sargolzaei, 2001). در صورتی که این اختلال درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد ممکن است منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه شود که به نوبه خود مشکلات عمده ی بیشتری را سبب می شود (Segal et al., 2012).

درمان ناکافی افسردگی منجر به ناتوانی، افزایش خطر عود و خودکشی می‌شود (Regier et al., 1988).

با توجه به موارد فوق نیاز است با تشخیص به موقع مشکلات روانشناختی دانشجویان و ارجاع به مراکز مشاوره و روان‌پزشکی جهت ارائه درمان ضروری، ضمن پیشگیری از پیامدهای مخرب آن، سلامت روان دانشجویان را بهبود بخشید. لذا، این پژوهش با هدف تعیین شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

ادبیات پژوهش

افسردگی از عهد باستان گزارش شده است. داستان پادشاه شائول در عهد عتیق و نیز خودکشی آژاکس در ایلید هومر، توصیف‌های از نشانگان افسردگی است. بقراط در حدود چهار صد سال پیش از میلاد مسیح اصطلاحات مانیا و مالیخولیا را برای توصیف اختلالات روانی بکار برده است. هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. تمامی افراد برخی اوقات احساس گرفتگی و یا ناراحتی می‌کنند، اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در مدت کوتاهی فراموش می‌شوند، ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده‌کننده‌ای دارد، این افسردگی در زندگی و فعالیت‌های او تاثیر می‌گذارد. این اختلال باعث رنج و زحمت فرد و اطرافیان او می‌شود. همچنین سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان را تحت الشعاع قرار می‌دهد. علایمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، عدم تمرکز و توانایی در اندیشیدن، احساس گناه، بیخوابی، احساس شکست، خودکشی و بسیاری از نشانه‌های خطرناک دیگر در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است (Sayyah Bargard et al., 1383).

ویژگی مهم افسردگی تغییر خلق است. خلق، حال و هوای احساسی نافذ و پایداری است که به صورت درونی تجربه می‌شود و بر رفتار و درک فرد بر جهان تاثیر می‌گذارد. خلق ممکن است طبیعی، بالا و افسرده باشد. معمولاً افراد طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه می‌کنند (Sadock and Sadock, 2005).

افسردگی اشکال متفاوتی دارد که شامل افسردگی اساسی^۱ و افسردگی دیستامیا^۲، افسردگی پس از زایمان، اختلالات خلقی فصلی و اختلالات قطبی می‌باشد. افسردگی اساسی باعث اختلال در توانایی فعالیت‌های روزمره می‌گردد و فرد را از فعالیت‌های عادی باز می‌دارد. این افسردگی

¹ Major Depreesion

² Dysthymia

معمولا یک بار در طول زندگی رخ می‌دهد، اما می‌تواند در زندگی فرد تکرار شود. افسردگی دیستامی یا افسرده خلقی به مدت طولانی (بیش از ۲ سال) اطلاق می‌شود، ولی از شدت افسردگی اساسی برخوردار نیست. احتمال دوره‌های از افسردگی اساسی در طول زندگی این افراد وجود دارد.

افسردگی پس از زایمان در ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان پس از زایمان رخ می‌دهد. اختلالات خلقی فصلی بیش‌تر در طول ماههای زمستان و زمانی که نور طبیعی خورشید کم‌تر است، دیده می‌شود. اختلالات دو قطبی بیماری افسردگی دیوانه‌کننده نامیده می‌شوند که با اختلالاتی از چرخه‌های تغییرات رفتار از افسردگی به پرهیجانی و مانیا^۱ مشخص می‌شود (Sadock and Sadock, 2005).
 علایم افسردگی به علایم شناختی انگیزشی و جسمانی تقسیم می‌شود. علایم هیجانی مانند ناامیدی و غمگینی، علایم شناختی مانند افکار منفی و احساس عدم کفایت و عدم اعتماد به نفس. علایم انگیزشی مانند منفعل بودن فرد افسرده است. اساسا فرد افسرده گرایشی به شروع فعالیت ندارد. علایم جسمانی آن مانند بی‌اشتهایی، ناتوانی، خستگی، کم‌خوابی، اسهال و یا یبوست، کم شدن میل جنسی، کرخ شدن و خواب رفتن اندام‌ها و غیره می‌باشد (Abdeni et al., 2007). یکی از عوارض خطرناک افسردگی اقدام به خودکشی می‌باشد. اقدام به خودکشی و خودکشی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می‌آید. در بین اختلالات روانی افسردگی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است (Zare and Sayadi, 2009). رشد روز افزون رفتارهای خودکشی‌گرایانه در بین جوانان و نوجوانان پس از سال‌های ۱۹۵۰ میلادی بیان‌گر اهمیت این آسیب اجتماعی می‌باشد. در سال‌های اخیر رفتار خودکشی‌گرا علت مرگ و میر ۸ تا ۱۵ درصد از نوجوانان ۸-۱۲ ساله و جوانان ۴۰-۱۸ ساله با رتبه دوم تا پنجم بوده است (Hubne-liebermann, 2010).

عوامل فیزیولوژیک، وراثتی و روانی-اجتماعی در بروز افسردگی نقش دارند (O'Brien et al., 2008). انواع و اقسام ناهنجاری‌های زیست‌شناختی در اختلال افسردگی عمده وجود دارد. به عنوان مثال، انواع و اقسام ناهنجاری‌ها در سوخت و ساز آمین‌های زیستی نظیر نوراپی‌نفرین و سروتونین در پاتوفیزیولوژی اختلال خلقی نقش بسزایی دارند؛ بیش‌تر درمان‌های ضدافسردگی با کاهش حساسیت در دو گیرنده پس‌سیناپسی این دو همراه بوده است. هم‌چنین، اختلال‌های گوناگونی در سیستم عصبی و غددی در بیماران دچار اختلال‌های خلقی گزارش شده است. محورهای فوق‌کلیه، تیروئید، هورمون رشد، اختلالات خواب و تنظیم غیرطبیعی سیکل شبانه‌روزی

^۱ -Mania

نیز در این اختلال مطرح هستند. این اختلال زمینه ژنتیکی بارزی داشته و ارتباط پایداری بین وجود سابقه خانوادگی اختلال خلقی، به خصوص در بستگان درجه اول مبتلایان وجود دارد. (Sayyah Bargard et al., 1383). در رابطه با عوامل روانی اجتماعی می توان گفت، یکی از واقعیات مهم بین افراد افسرده با دیگران در این است که افسردگی ارتباطی بین خلق غمگین و افکار منفی در مغز به وجود می آورد. بنابراین، یک غمگینی ساده می تواند افکار منفی زیربنایی را از نو برانگیزد. یک^۱ دریافت که خلق به شدت تحت تاثیر افکار شکل می گیرد و برعکس. یک فقدان آسیب زا برای افراد مستعد به افسردگی نیاز نیست تا افسرده شوند؛ حتی انواع مشکلات روزمره که بسیاری از مردم نسبت به آن ها بی تفاوتند می تواند باعث افسردگی و یا تداوم غمگینی شود. در درمان اختلالات خلقی می توان از چند روش استفاده کرد: مداخلات روان درمانی و مشاوره، دارو درمانی، آموزش و مراقبت های روانی اجتماعی از قبیل اصلاح محیط زندگی و حمایت همتایان (Segal et al., 2012).

میزان شیوع افسردگی نسبت به سن و جنس و گروهها و مکان های گوناگون متفاوت است. افرادی که در چهل سال پیش زندگی می کردند در دهه های چهل و یا پنجاه دچار افسردگی می شدند؛ در حالی که امروزه در دهه بیست زندگی به افسردگی مبتلا می شوند. امروزه افسردگی یک بیماری رایج برای افراد سن بالا نیست. بیش تر افراد پیر با وجود بیماری های مزمن از زندگی شان راضی هستند. مصرف برخی از دارو ها، وجود برخی از بیماری ها بویژه بیماری های عروقی می تواند ایجاد افسردگی در این سن کند. افسردگی عروقی زمانی رخ می دهد که انعطاف پذیری عروق کم تر می شود و باعث کاهش جریان خون ارگان های حیاتی و مغز می شود. وقوع افسردگی در دوران نوجوانی و جوانی سخت، پایدار و ادامه دار است. بویژه مواقعی که مورد درمان قرار نمی گیرد. تغییرات بزرگ در این دوران، زمانی که پسران و دختران در حال شکل دادن یک شخصیت متمایز از والدین شان هستند و یا زمانی که با مسایل جنسی روبه رو می شوند باعث استعداد بیش تری به افسردگی می شود (Conwell, 2001).

میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش می شود. این تفاوت عمدتاً در سنین ۵۰-۱۵ سال دیده می شود؛ برای توجیه این موضوع دلایلی آورده شده است. از قبیل مراجعه بیش تر زنان جهت درمان افسردگی و یا مطرح کردن عوامل زیست شناختی از قبیل ساختارهای ژنتیکی و هم چنین، عوامل هورمونی مانند تغییرات هورمونی در طی دوره های ماهیانه و دوران یائسگی. سطوح پایین تر بازده کته کولامین ها تولید شده به وسیله زنان در پاسخ به انواعی از استرس های

^۱ -beck

طبیعی و شدت بیش‌تر احساس‌های منفی در باره تجربه‌های پر تنش نشان می‌دهد که پاسخ‌تیندگی روانی-غده‌ای زنان، نه تنها میان مرد و زن متفاوت است بلکه به وسیله اثرات تشدید شده هورمون‌های تخمدانی طی مراحل چرخه قاعدگی تحت تاثیر قرار می‌گیرد. هم‌چنین، بارداری و زایمان به عنوان عاملی که باعث شروع ناراحتی‌های روانی و بستری شدن در بیمارستان می‌شوند جز علت‌های مطرح در تفاوت رخداد افسردگی در زنان شناخته شده است. توجیه دیگری که جهت این مسئله آورده می‌شود آسیب‌پذیری اجتماعی، نبود حمایت‌ها و نقش زن در جوامع می‌باشد. اگر چه آمار زنان و مردان تحت فشار رخدادهای زندگی یکسان می‌باشد، ولی واکنش زنان نسبت به این فشارها شدیدتر می‌باشد و همین مسئله باعث آسیب‌پذیری بیش‌تر در آنان می‌شود. از سوی دیگر، موقعیت‌های پایین‌تر اجتماعی زنان به دلیل گرفتاریشان در کارهای خانه، وجود تبعیضات اجتماعی و از این دست مسائل شور و شوق زندگی را در آنان کم می‌کند. در نهایت این‌که تفاوت جنسی در رخداد افسردگی بین افراد و عملکرد اجتماعی آنان ارتباط دارد (Dannersteine, 1993).

عامل مهم دیگر در رخداد افسردگی تفاوت بروز آن در گروه‌ها و طبقات گوناگون افراد می‌باشد. به عنوان مثال ورود افراد به خصوص گروه دانشجویان جوان به یک نقطه مکانی جدید، آن‌ها را در معرض فشارهای متعددی می‌گذارد (Foroutani, 1384). میزان افسردگی در دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی بیش‌تر است. افسردگی در بین دانشجویان مسئله‌ای با اهمیت است زیرا از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می‌کاهد و آنان را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می‌دارد (Ghasemi et al., 1387). احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد، اما بیش‌تر اوقات شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی می‌باشد. تعداد قابل توجهی از جوانان دانشجویی در معرض ابتلا به افسردگی هستند (Abedini et al., 1386). دانشجوی مبتلا به افسردگی ممکن است علاقه به امور درسی و آموزشی را از دست بدهد، احساس پوچی و بی‌اهمیتی به وی دست دهد و در نتیجه، معیارهای این گروه سنی یعنی توانمندی، سلامتی، هوش، جذابیت و... برایش بی‌اهمیت باشد. چنین فردی احساس ناتوانی می‌کند که منجر به نارضایتی از خود و شدت بیماری می‌گردد. ابتلا به افسردگی نه تنها بر چگونگی رشد شخصیت آنان اثر می‌گذارد بلکه عمدتاً موجب بروز و ظهور بسیاری از رفتارهای نامطلوب نظیر گوشه‌گیری، خیال‌پردازی، بی‌قراری، عصبانیت، پرخاشگری و غیره می‌گردد. هم‌چنین، بیش‌ترین اثر را بر عدم شکوفایی هوش و پیشرفت تحصیلی آن‌ها خواهد داشت. در اصل تعارض و بی‌ثباتی عاطفی، آفت رشد و خلاقیت ذهنی است. دانشجویان نسبت به ۳۰ سال پیش احساس افسردگی و ناامیدی بیش‌تری دارند. نتایج یک نظرسنجی در بین دانشجویان نشان داد که چهار سال تحصیل در دانشگاه استرس‌زاترین دوره

زندگی بسیاری از آنان است. رقابت در کسب نمرات بهتر و عدم اطمینان از آینده مالی از دلایل مهم بروز افسردگی و نگرانی در بین دانشجویان است (Foroutani, 1384). سلاجقه به نقل از نادری و سیف نراقی می‌گوید: دلایل بروز افسردگی در دانشجویان بسیار متفاوت است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به حجم زیاد دروس، وجود درس‌های غیر مرتبط و غیر ضروری، کمبود امکانات رفاهی و سختی دروس اشاره کرد. افزون بر دلایل بالا که بیش‌تر در مورد خود دروس و امکانات گوناگون دانشگاهی می‌باشد، عوامل ژنتیکی، شخصیتی، محیطی، تغذیه‌ای، مصرف برخی از داروها و اعتیاد به برخی از مواد مخدر و سیگار نیز از دلایل دیگر و البته بسیار مهم در ایجاد افسردگی در بین دانشجویان است (Salajegheh et al., 2012).

روی هم رفته، آموزش تجربه‌ای پراسترس است؛ به خصوص در حرفه علوم پزشکی بویژه پرستاری و مامایی، به علت خواسته‌های روانی بالا و دامنه تصمیم‌گیری کم در حرفه خود و نیاز به فراگیری دانش و مهارت‌های متعدد برای نقش‌های گسترده، دانشجویان این رشته‌ها با عوامل استرس‌زای متعددی مواجه می‌شوند (Rezaei et al., 1385). به طور کلی عوامل استرس‌زا را می‌توان در دانشجویان پرستاری به سه دسته تقسیم کرد: عوامل مربوط به تحصیل، عوامل مربوط به محیط بالینی و عوامل شخصی - اجتماعی (Shipton, 2002). تقوی و لاریجانی (Taghavi Larijani et al., 1386) در مطالعه خود استرس‌های مربوط به تحصیل در دانشگاه را مواردی از قبیل عدم رضایت از رشته تحصیلی، عدم هماهنگی آموزش نظری و بالینی، امتحانات، نامناسب بودن روش مطالعه، حجم زیاد تکالیف، کمبود وقت و غیره ذکر کردند. هم‌چنین، آنان ذکر کردند که دانشجویان پرستاری عوامل استرس‌زای زیادی را در بالین و مراکز درمانی تجربه می‌کنند که شامل ناکافی بودن دانش بالینی و تجربه انجام وظایف مراقبتی، عدم توانایی در استفاده از تجهیزات، عدم توانایی در مسئولیت‌پذیری، ترس از اشتباه، مراقبت از افراد در حال مرگ و فوت بیمار و ترس از ابتلا به بیمارهای عفونی می‌باشد. با توجه به این‌که این گروه نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند، از این رو، سلامت روانی آن‌ها اهمیت زیادی برای جامعه دارد. وجود مشکلات روانی در امور آموزشی دانشجویان، حتی ممکن است ترک تحصیل را به دنبال داشته باشد که این مسئله باعث هدر رفتن منابع مادی، بودجه دانشگاه و نیروی حرفه‌ای کار، اتلاف وقت دانشجویان و احساس ناامیدی و یاس در آنان می‌شود. داشتن داده‌ها در این زمینه لازمه برنامه‌ریزی‌های آینده جهت رفع این معضل می‌باشد.

پیشینه پژوهش

دیربی و همکاران (Dyrbye et al., 2006) در یک مطالعه سیستماتیک با عنوان "مرور سیستماتیک افسردگی، اضطراب و دیگر نشانگرهای دیسترس روان‌شناختی بین دانشجویان پزشکی کانادایی و امریکایی" با بررسی ۴۰ مقاله منتشر شده در این رابطه بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۵ به این نتیجه رسیدند، افسردگی و اضطراب در بین دانشجویان پزشکی از شیوع بالایی برخوردار است که این میزان بطور کلی بیش‌تر از جمعیت عمومی می‌باشد. همچنین، بنظر می‌رسد دیسترس‌های روان‌شناختی بین دانشجویان دختر بیش از پسران می‌باشد.

کان و همکاران (Khan et al., 2006) در پژوهشی با عنوان "افسردگی، اضطراب و فاکتورهای وابسته به آن بین دانشجویان پزشکی در کراچی، پاکستان" بیان می‌کنند، ۷۰٪ دانشجویان پزشکی از افسردگی رنج می‌برند و عواملی از جمله سوء‌مصرف مواد، سابقه خانوادگی افسردگی یا اضطراب و از دست دادن بستگان درجه اول در یک‌سال گذشته، به ترتیب ۲/۶۶، ۲/۳۵ و ۳/۴ برابر، خطر ابتلا را افزایش می‌دهند.

راب و همکاران (Rab et al., 2008) در پژوهشی با عنوان "میزان افسردگی و اضطراب بین دانشجویان پزشکی دختر در پاکستان" میزان افسردگی بین دانشجویان را ۱۹/۵٪ و اضطراب را ۴۳/۷٪ گزارش کردند. همچنین دیده شد دانشجویانی که در خوابگاه دانشجویی زندگی می‌کردند به گونه قابل‌ملاحظه‌ای نمره افسردگی و اضطراب آن‌ها نسبت به دانشجویانی که در منزل زندگی می‌کردند، بیش‌تر بود. حوادث ناگوار (منفی) اخیر هم بر نمره افسردگی و اضطراب تاثیر داشت. در مقابل دانشجویانی که دوستان بیش‌تری داشتند، کم‌تر افسرده بودند.

نتایج پژوهش احمدی و همکاران (Ahmadi et al., 2004) با عنوان: افسردگی در دانشجویان پرستاری، نشان دادند که تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم‌پزشکی شیراز از افسردگی خفیف تا متوسط رنج می‌برند و حتی بعضی از آنها افکار خودکشی داشتند. نویسنده پیشنهاد می‌کند مسئولان دانشگاه باید استراتژی‌های مناسبی جهت حل این مشکل اتخاذ کنند و سلامت عمومی دانشجویان را ارتقاء دهند.

ایسنبرگ و چانگ (Eisenberg and Chung, 2012) در پژوهشی با عنوان "کفایت درمان افسردگی بین دانشجویان در ایالات متحده" با مطالعه بر ۸۴۸۸ دانشجو که به روش تصادفی از بین ۱۵ دانشگاه ایالات متحده انتخاب شده بودند، بیان کردند تنها ۲۲٪ از دانشجویان با علایم افسردگی شدید، داروهای ضد افسردگی یا مشاوره، آن‌هم در حد ناچیز دریافت می‌کنند. بنابراین، مراقبت و درمان ناکافی یک نگرانی مهم در جمعیت دانشجویی بشمار می‌رود.

پژوهش استریلا و همکاران (Estrella, et al. 2005) با عنوان "ارزیابی علایم افسردگی و تغییرات خواب در دانشجویان" در مکزیک نشان داد، ۳۶/۶٪ از دانشجویان سطح بالایی از خواب‌آلودگی را در طی روز داشتند. همچنین، دانشجویانی که علایم افسردگی داشتند، در مقایسه با دانشجویانی که علایم نداشتند، دفعات بیش‌تری از چرت زدن طی کلاس درس را تجربه می‌کردند که این می‌تواند بر عملکرد آکادمیک آن‌ها تأثیرات مخرب داشته باشد.

قدسی و حجت‌الاسلامی (Ghods and Hojatoleslam, 2011) در پژوهشی با عنوان: افسردگی در خانم‌ها و ارتباط آن با سلامتی^۱ (خوشی) و فاکتورهای اجتماعی در سال ۲۰۱۱ در ایران، که در مورد ۴۱۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان انجام شد، بیان کردند ۴۶/۳٪ از نمونه‌ها افسردگی داشتند. بین افسردگی و سلامتی شواهد آماری معناداری وجود داشت، ولی ارتباط معناداری بین افسردگی، فاکتورهای اجتماعی و فردی دیده نشد. به باور نویسندگان، نتایج این پژوهش می‌تواند به غربالگری بهتر این گروه، تشخیص فاکتورهای خطر، راه‌های سازگاری با آن، درمان بموقع و بهبود سبک و کیفیت زندگی آن‌ها کمک می‌کند.

عابدینی و همکاران (Abedeni et al., 2007) در مطالعه‌ای با عنوان: شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، شیوع افسردگی را در دانشجویان پرستاری ۶۰٪ و در دانشجویان پزشکی ۴۹/۵٪ بیان کردند. در دانشجویان پرستاری ارتباط معناداری بین رتبه تولد و علاقه به رشته تحصیلی با افسردگی نشان داده شد. نتایج بیانگر فراوانی افسردگی در بین دانشجویان می‌باشد. لذا، باید تدابیری اتخاذ گردد تا عواملی که در بروز افسردگی مؤثر هستند، کاهش یابند و با شناخت سریع و به موقع از عواقب آن پیشگیری شود.

در مطالعه نجفی‌پور و یکتاطلب (Najafipour and Yktatalab, 2008) با عنوان "میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی چهارم و ارتباط آن با افت تحصیلی" ۴۵/۴٪ از دانشجویان مورد بررسی دارای افسردگی از درجه خفیف تا نسبتاً شدید بودند. پژوهش ارتباط معناداری بین افسردگی و عدم موفقیت تحصیلی نشان داد. دانشجویان گروه ناکام موفق ۷۵٪ و در گروه موفق ۳۹/۴٪ درجاتی از افسردگی خفیف تا متوسط مشاهده شد.

نتیجه بررسی باقیانی‌مقدم و همکاران (Baghiani Moghaddam et al., 1387) با عنوان: بررسی وضعیت افسردگی در بین دانشجویان دانشکده‌های بهداشت و پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۸۷، نشان داد که ۴۲/۴٪ از دانشجویان درجات گوناگونی از افسردگی داشتند. همچنین، در دانشجویان ناموفق دانشکده پرستاری و مامایی بیش‌ترین شیوع افسردگی دیده شد. ارتباط معناداری بین وجود افسردگی و عدم رضایت از رشته تحصیلی، دانشجویان موفق و ناموفق و همچنین سکونت در خوابگاه در این دانشجویان دیده شد.

پرسش‌های پژوهش

- ۱- آیا شیوع افسردگی بین دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی قابل توجه می باشد؟
- ۲- آیا عواملی مانند سن، رضایت از رشته، نوع رشته تحصیلی، سابقه افسردگی، وضعیت اقتصادی و وضعیت تاهل دانشجویان با افسردگی در ارتباط می باشد؟
- ۳- آیا میزان دانشجویان دچار افسردگی تحت درمان یا مشاوره پزشکی در حد قابل قبولی می باشد؟

روش پژوهش

در این پژوهش که یک مطالعه مقطعی- تحلیلی است، نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و جامعه پژوهش تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی پیوسته در ۴ رشته پرستاری، مامایی، هوشبری و اتاق عمل دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند (۴۰۸ نفر). ابزار جمع‌آوری داده‌های پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. بخش نخست آن حاوی داده‌های دموگرافیک از جمله سن، جنس، رشته تحصیلی، مقطع، وضعیت تاهل، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، سابقه افسردگی در افراد درجه یک، سابقه قبلی ابتلا به بیماری‌های روانی، میزان رضایت از رشته، علت ورود به دانشگاه و بخش دوم پرسشنامه آزمون استاندارد شده افسردگی بک (BDI) شامل ۲۱ مورد سؤال خود گزارشی بود که از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده بود. بر اساس نمره‌گذاری این پرسشنامه، نمره‌های ۰-۹ فاقد افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ افسردگی شدید محسوب می‌شود. بعد از توضیح اهداف و روش کار، رضایت آگاهانه دانشجویان در خصوص شرکت در مطالعه کسب شد. هم‌چنین، شرکت در مطالعه اختیاری و پرسشنامه‌ها فاقد نام بودند. از مجموع ۴۰۸ دانشجوی دانشکده ۲۸۰ پرسشنامه قابل قبول دریافت شد. یافته‌های بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد) و آمار تحلیلی با آزمون‌های غیر پارامتریک من ویتنی و کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ۱

پرسشنامه آزمون استاندارد شده افسردگی بک به وسیله بک در سال ۱۹۶۰ در دانشگاه پینسیلوانیا طراحی و استاندارد شده است (Beck et al. , 1988) که شامل ۲۱ مورد سؤال خود

گزارشی هست که هر سؤال یک بعد از افسردگی را می‌سنجد و از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده است. نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است (Baghiani Moghaddam et al., 1387). مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی اعتبار و پایایی این ابزار انجام شده که همگی حاکی از اعتبار و پایایی بالای آزمون در سطح جهان می‌باشد، به طوری که برای طبقات و اقشار گوناگون اجتماعی قابل اجرا می‌باشد (Steer, et al. 2000). همچنین، در ایران در مطالعه قاسمی و همکاران در اندازه‌گیری روایی و پایایی پرسشنامه، پرسشنامه به وسیله ۱۲۵ نفر از دانشجویان دانشگاه تکمیل شد و پیوستگی درونی آن با الفای کرنباخ ۰/۸۷ و پایایی آن با $I = 0/78$ به تایید رسید. بر اساس نمره‌گذاری این پرسشنامه، نمره های ۰-۹ فاقد افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ افسردگی شدید بشمار می‌رود (Ghassemzadeh et al., 2005). در این پژوهش نیز با دادن پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان، روایی و پایایی آن با الفای کرنباخ ۰/۸۴ و همبستگی ۰/۸ به تایید رسید.

یافته های دموگرافیک

نتایج بدست آمده نشان داد از مجموع ۲۸۰ دانشجوی شرکت‌کننده در این پژوهش، ۲۳۳ نفر (۸۴/۱۲٪) مجرد و ۴۷ نفر (۱۶٪) متاهل، از این تعداد ۱۱۴ نفر (۴۰/۷٪) دانشجوی پرستاری، ۷۳ نفر (۲۶/۰۷٪) دانشجوی مامایی، ۵۲ نفر (۱۸/۵٪) دانشجوی اتاق عمل و ۴۱ نفر (۱۴/۶٪) دانشجوی هوشبری بودند.

پرسش نخست: به میزان شیوع افسردگی بین دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی مربوط می‌شود.

جدول ۱- نمره های آزمون افسردگی بک در دانشجویان دختر دانشکده پرستاری مامایی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نمره آزمون بک	نتیجه آزمون	تعداد	درصد
۰-۹	طبیعی	۱۵۴	٪۵۵
۱۰-۱۹	افسردگی خفیف	۵۹	٪۲۱/۱
۲۰-۲۹	افسردگی متوسط	۴۳	٪۱۵/۳
>۳۰	افسردگی شدید	۲۴	٪۸/۶
جمع		۲۸۰	٪۱۰۰

بر اساس جدول ۱ در مجموع در ٪۴۵ از دانشجویان درجاتی از افسردگی گزارش شد. از این تعداد ٪۲۱/۱ به صورت خفیف، ٪۱۵/۳ متوسط و ٪۸/۶ افسردگی شدید داشتند که نشان می‌دهد افسردگی در بین دانشجویان از شیوع قابل توجه ای برخوردار است.

پرسش دوم: آیا عواملی مانند سن، رضایت از رشته، نوع رشته تحصیلی، سابقه افسردگی، وضعیت اقتصادی و وضعیت تاهل دانشجویان با افسردگی در ارتباط می باشد. در پاسخ به سؤال دوم پژوهش مبنی بر این که آیا عواملی مانند سن، رضایت از رشته، نوع رشته تحصیلی و سابقه افسردگی در خانواده و یا در فرد، وضعیت اقتصادی (بر اساس مقیاس لیکرت خوب متوسط و ضعیف) و وضعیت تاهل دانشجویان با افسردگی در ارتباط می باشد؟ جدول دو و سه تنظیم شده است و معنی داری بر اساس آزمون غیر پارامتریک در جدول دو و سه گنجانده شده است.

جدول ۲- ارتباط وضعیت اقتصادی، سابقه افسردگی در خانواده و فرد، رضایت از رشته و تاهل با افسردگی در دانشجویان دختر دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

متغیرها	نمره آزمون من ویتنی	Z	P value
وضعیت اقتصادی خوب و ضعیف	۶۵۱/۵	-۳۰/۰۶	۰/۰۲*
سابقه افسردگی در خانواده	۳۱۷۷/۵	-۴/۶۵	۰/۰۰۰*
سابقه افسردگی در فرد	۱۵۳۷	-۲۹۶۲	۰/۰۰۳*
رضایت از رشته تحصیلی	۵۳۴۹/۵	-۵۷۸۳	۰/۰۰۰*
وضعیت تاهل	۴۹۵۲	-۳۵۸	۰/۷۲

* معنی دار با $p < 0.05$

همان گونه که در جدول شماره دو دیده می شود؛ تعداد ۵۰ نفر (۱۸٪) از دانشجویان سابقه افسردگی در افراد درجه یک خانواده داشتند و تعداد ۲۲۶ نفر سابقه ای را ذکر نکردند. تفاوت معناداری بین سابقه افسردگی در فامیل درجه یک و ابتلا به افسردگی وجود داشت ($p < 0.000$)، هم چنین، جدول دو نشان می دهد از کل دانشجویان مورد بررسی ۱۵۲ نفر از رشته تحصیلی خود رضایت داشتند و تعداد ۱۱۹ نفر از رشته خود رضایت نداشتند. بین رضایت از رشته تحصیلی و ابتلا به افسردگی هم تفاوت چشمگیری دیده شد ($p < 0.000$).

جدول دو نشان می دهد از نظر آماری تفاوت معناداری بین داشتن سابقه قبلی ابتلا به بیماری های روانی و ابتلا به افسردگی وجود داشت ($p = 0.003$). وضعیت اقتصادی به سه سطح خوب، متوسط و ضعیف تقسیم بندی شده بود. بر این اساس ۴۰٪ از دانشجویان وضعیت مالی خود را خوب، ۵۱٪ متوسط و ۸/۲٪ ضعیف گزارش کردند. جدول دو گویای آن است که ارتباط معناداری بین وضعیت اقتصادی خوب و ضعیف و ابتلا به افسردگی وجود دارد. ($p < 0.02$)، هم چنین، جدول ۲ نشان می دهد که اختلاف معنی داری بین وضعیت تاهل و افسردگی وجود ندارد.

در ادامه، پاسخ به سوال دو پژوهش مبنی بر ارتباط بین افسردگی و سن و نوع رشته تحصیلی جدول ۳ بر اساس آزمون کروسکال والیس و همبستگی اسپیر من تنظیم شده است.

جدول ۳- ارتباط متغیرهای سن و رشته تحصیلی با افسردگی

متغیر	ضریب همبستگی اسپیرمن با افسردگی بک	تعداد	P value
سن	0.203	280	.079
متغیر	نمره آزمون کروسکال والیس با نمره افسردگی بک	تعداد	P value
توع رشته تحصیلی	۰.۳۵۳	280	۳,۲۵۸

جدول گویای آن است که بین سن و افسردگی رابطه معنی داری وجود ندارد ($p < 0.079$). و این مسئله در رابطه با ارتباط رشته تحصیلی و افسردگی نیز صدق می کند. ($p < 3$) در پاسخ به سؤال سوم پژوهش: مبنی بر اینکه آیا میزان دانشجویان دچار افسردگی تحت درمان یا مشاوره پزشکی در حد قابل قبولی می باشد؟ جدول شماره ۴ تنظیم شده است. جدول شماره 4 نشان می دهد، در زمان انجام مطالعه از ۵۹ (۲۱/۱٪) دانشجویی که مبتلا به افسردگی خفیف بودند تنها ۱ نفر، و از ۴۳ (۱۵/۳٪) نفری که افسردگی متوسط داشتند ۹ نفر و از ۲۴ (۸/۶٪) نفری که مبتلا به افسردگی شدید بودند، تنها ۳ نفر مورد درمان یا نظارت پزشک بودند. و در مجموع تنها ۵٪ از دانشجویان مبتلا به درجات گوناگون افسردگی تحت درمان و یا مشاوره پزشکی بوده اند.

جدول ۴- فراوانی دانشجویان مورد درمان بر حسب نمره های آزمون افسردگی بک

نمره افسردگی	مورد درمان بودند		مورد درمان نبودند	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فاقد افسردگی	۱	٪۱۶۵	۱۵۳	٪۹۹/۳۵
افسردگی خفیف	۱	٪۱۱۷	۵۸	٪۹۸/۳۰
افسردگی متوسط	۹	٪۰/۲۱	۳۴	٪۷۹
افسردگی شدید	۳	٪۱۲/۵	۲۱	٪۸۷/۵
جمع	۱۴	٪۵	۲۶۶	٪۹۵

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش جهت بررسی میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی و ارتباط برخی عوامل با افسردگی و همچنین، بررسی فراوانی دانشجویان مبتلا به افسردگی که مورد درمان و مشاوره پزشکی بودند، صورت گرفت.

براساس پرسش نخست پژوهش در مورد میزان شیوع افسردگی، نتایج نشان داد شیوع افسردگی ۴۵ درصد در بین دانشجویان می‌باشد. در این راستا نتایج مطالعه عابدینی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان نشان‌دهنده آمار بالای افسردگی بین دانشجویان ایرانی است. در نتایج بررسی آن‌ها میزان افسردگی در دانشجویان پرستاری ۶۰٪ و در دانشجویان پزشکی ۴۹/۵ درصد بود (Abedeni et al., 2007). نتایج بدست آمده با یافته‌های نجفی‌پور (Najafipour and Yktatalab, 2008) در دانشجویان علوم پزشکی جهرم و رفعتی و همکاران (Rafati et al., 2004) و باقیانی و همکاران (Baghiani Moghaddam et al., 1387) در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که میزان افسردگی را به ترتیب ۴۵/۴، ۵۹/۸، ۴۲/۴ درصد در مطالعات خود بیان کردند، هم‌خوانی دارد.

شیوع افسردگی در مطالعه راب و همکاران (Rab et al., 2008) در پاکستان در مورد دانشجویان پزشکی دختر ۱۹/۵ درصد گزارش شده است. جلیلیان، (Jalilian et al., 1390) افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی همدان را ۳۷ درصد، و یافته‌های مطالعه طلایی (Talaei et al., 2009)، شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد را ۵۷/۲ درصد از خفیف تا شدید بیان کردند که براساس آزمون بک ۳۶/۲ درصد از دانشجویان مطالعه او دچار افسردگی خفیف، ۱۴/۴ درصد متوسط و ۶/۵ درصد افسردگی شدید داشتند.

نجفی پور و یکتا طلب (Najafipour and Yktatalab, 2008) با اشاره به آمار ارایه شده در کتب مرجع، شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را ۱۵-۲۵ درصد ذکر کرده‌اند. در حالی که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد میزان افسردگی بین دانشجویان در مقایسه با جمعیت عمومی بیش‌تر است. براساس مطالعات کاپلان بررسی‌های انجام شده در جهان بدون توجه به فرهنگ و کشور نشان می‌دهد که زن‌ها دو برابر بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (Sadock and Sadock, 2005). در مطالعه طلایی (Talaei et al., 2009) افسردگی به صورت چشمگیری در مردها بالاتر بود. بسیاری از مطالعات ابتلا به افسردگی در دانشجویان دختر را بیش‌تر گزارش کرده‌اند (Bayati et al., 2011; Jalilian et al., 2008; Ghasemi et al., 2009). این مسئله ممکن است در ارتباط با عوامل متعددی باشد. ورود به دانشگاه یک تغییر مهم در زندگی افراد تلقی می‌شود. روشی که افراد برای گذر از این مرحله (تنش ناشی از سازگاری و انطباق با نقش جدید) انتخاب می‌کنند ممکن است

عامل خطری برای احساس افسردگی باشد. کمبود امکانات آموزشی، تفریحی، عدم علاقه و نارضایتی از رشته، ورود به دانشگاه به اصرار خانواده، حجم برنامه‌های درسی و نگرانی از آینده شغلی از عوامل تأثیرگذار بر بروز افسردگی بین دانشجویان می‌باشد. در ادامه سوال دوم پژوهش مبنی بر ارتباط سن با افسردگی یافته‌ها با انجام آزمون همبستگی اسپیرمن بین سن و ابتلا به افسردگی رابطه معنادار آماری نشان نداد ($p=0.079$). بنظر می‌رسد این عدم ارتباط به دلیل عدم پراکندگی سنی در دانشجویان مورد مطالعه باشد.

در ادامه پاسخ به سوال دوم پژوهش، یافته‌ها با انجام آزمون من ویتنی ($p < 0.001$) نشان داد که رضایت از رشته یک عامل مهم در ایجاد انگیزه و کاهش بروز افسردگی می‌باشد. این یافته با مطالعه عابدینی و همکاران (Abedeni et al., 2007)، باقیانی مقدم و همکاران (Baghiani Moghaddam, 2008)، بیاتی و همکاران (Bayati et al., 2009) و قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2008) همسو می‌باشد. نتایج حاکی از این است که شیوع افسردگی بین دانشجویانی که از رشته خود رضایت ندارند، بیش‌تر است. عدم رضایت دانشجو از رشته می‌تواند منجر به افت تحصیلی و کاهش عملکرد آموزشی گردد (Baghiani Moghaddam et al., 2008, Najafipour and Yktatalab, 2008). افزون بر این، خود منجر به هدر رفتن سرمایه‌های یک جامعه می‌گردد و در واقع بیانگر این واقعیت است که کارشناسان آینده در رشته‌ای بکار اشتغال خواهند داشت که به آن علاقه‌ای ندارند که این موضوع می‌تواند پیامدهای منفی برای جامعه به همراه داشته باشد.

از عوامل مهم دیگر در بروز افسردگی سابقه افسردگی در فامیل درجه یک و سابقه قبلی ابتلا به اختلالات روانی می‌باشد که در سوال دوم پژوهش مطرح گردیده است هم اکنون با استفاده از آزمون من ویتنی با ($p < 0.001$) تفاوت بین این دو متغیر و ابتلا به افسردگی مشاهده شد. چنین نتایجی در پژوهشی مشابه که به بررسی تأثیر ارث و محیط پرداخته‌اند نیز مشاهده گردیده است. در مطالعه بیاتی و همکاران (Bayati et al., 2009) بین ابتلا به افسردگی و سابقه مثبت ابتلا به بیماری‌های روانی در خود و خانواده ارتباط آماری معناداری وجود داشت که با این مطالعه در یک راستا می‌باشد.

در مطالعه حاضر، تفاوت آماری معناداری بر اساس آزمون کروسکال والیس، بین دانشجویان رشته‌های گوناگون (پرستاری، اتاق عمل، مامایی و هوشبری) و بروز افسردگی گزارش نشد ($p=0.35$). این نتایج با دیگر مطالعات هم‌خوانی دارد (Bayati et al., 2009, Abedini et al., 2007, Khawaja and Bryden, 2006, Jalilian et al., 2011). هم‌چنین، بین افسردگی و وضعیت تأهل هم با انجام آزمون من ویتنی رابطه آماری مشاهده نشد. در مطالعه قاسمی و همکاران نیز نتایج مشابهی بدست آمده است (Ghasemi et al., 2008)، ولی در چندین پژوهش تفاوت آماری

معنی‌داری بین وضعیت تاهل و افسردگی گزارش شده است (Jalilian et al., 2007, Abedini et al., 2009, Talaei et al., 2011). شاید نبود تفاوت در این مطالعه به آن دلیل باشد که بیش‌تر دانشجویان (نفر ۲۳۳) مجرد بودند. با توجه به نتایج، بین وضعیت اقتصادی در سطح خوب و ضعیف و وجود افسردگی با استفاده از آزمون من ویتنی تفاوت معنادار آماری گزارش شد. افسردگی در دانشجویانی که وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند، بیش‌تر از افرادی بود که وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. در مطالعه قاسمی و همکاران (Ghasemi et al., 2008) بین افسردگی و درآمد پدر اختلاف معناداری مشاهده شد. در یک مطالعه اپیدمیولوژیک که به وسیله مدبر نیا و همکاران (Modabernia et al., 2008) در رشت در مورد ۴۰۲۰ نفر انجام شد، طبقه اجتماعی- اقتصادی پایین به عنوان مهم‌ترین فاکتور خطر بروز افسردگی ذکر شد.

در پاسخ به سوال سوم پژوهش در مورد میزان دانشجویانی که تحت درمان افسردگی می باشند نتایج نشان داد که تعداد دانشجویان دچار افسردگی که مورد درمان بودند بسیار ناچیز بود، این نتایج با مطالعه ایسنبرگ و چانگ مبنی (Eisenberg and Chung, 2012) بر عدم کفایت مراقبت درمانی در دانشجویان به عنوان یک مشکل عمده هم‌خوانی دارد که علت آن می تواند به دلیل نگرانی دانشجویان از برچسب زدن به آن‌ها باشد و به همین دلیل، دنبال درمان نمی‌روند. همان گونه که شیونک و همکاران (Schwenk et al., 2010) نیز به چنین نتیجه‌ای رسیده‌اند.

References

- 1- Abdelahian, E. and Sargolzaei, M. (2001). Prevalence of depression and its related demographic and academic variables and stressors among the students of Ferdowsi University Mashhad. Medical journal of Mashhad university of medical sciences, Vol 43, No (70), pp 70-75. [Persian].
- 2- Abedeni, S., Davachi, A., Sahbani, F., Mahmodi, M. and Omid, S., ; (2007). The prevalence of depression among Nursing and Medical the students of Hormozgan University of medical sciences. Hor. Med J, Vol 1, No 2, pp 140-145. (Persian).
- 3- Ahmadi, J., Toobae, S. and Alishahi, M. (2004). Depression in nursing students. Journal of clinical nursing, Vol 13, No1, pp124.
- 4- AkiskaL, H. S. (2005). Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. B Sadock, V Sadock (Eds.), Comprehensive Textbooks of Psychiatry, vol. 1. London, Lippincott Williams and Wilkins.
- 5- Amini, F. and Farhadi, A. (2002). The prevalence of anxiety and depression and effective on academic performance among the students of

Lorestan University of medical sciences.. First seminar of student Mental Health. [Persian]

6-Baghiani Moghaddam, M. H., Ehrampoush, M. H., rahimi, B., Aminian, A. H. and Aram, M. (1387). Prevalence of depression among successful and unsuccessful students of Public Health and Nursing-Midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2008. The Journal of Medical Education and Development Center Vol 6, No1, pp17-24. [Persian]

7-Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: a review and recommendation for prevention. suicide and life threatening .Behavior, Vol 31(suppl), pp32-47

8-Bayati, A., Beigi, M. and Salehi, M. (2009). Depression prevalence and related factors in Iranian students. Pak J Biol Sci, Vo12, No 20, pp1371-1375.

9-Beck, A. T., Steer, R. A. and Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical psychology review, 8, 77-100

10-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, Vol 81, No 4, pp 354-373.

11-Eisenberg, D. and Chung, H. (2012). Adequacy of depression treatment among college students in the United States. General hospital psychiatry, Vol 34, No 3, pp 213-220.

12-Foroutani, M. (1384). Depression in some college students. Iran Journal of Nursing, 18: 123-130.

13-Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F. and Silva, E. C. D. (2008). Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol16, No(2), pp 198-204.

14-Ghasemi, S., Rajabnia, F., Saadatian, V. and Meshkat, M. (۲۰۰۸). The Frequency of Depression and Related Factors among the Medical and Paramedical Students of Mashhad Islamic Azad University during year 2007-2008. Med Sci J Islamic Azad University of Mashhad, Vol 4, No 3, pp181-187.[Persian]

15-Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N. and Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language

- version of the Beck Depression Inventory Second edition: BDI-II - PERSIAN. Depression and anxiety, Vol 21, No 4, pp 185-192.
- 16-Hubne-liebermann, B. Neuner, T. Hegerl, U. Hajak, G. and Spiess, H. (2010). Reducing suicides through and alliance against depression, Gen Hosp Psychiatry, Vol 35, pp514-8.
- 17-Moo-Estrella, J., H. and Pérez-Benítez, et al. (2005). "Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students." Archives of medical research, Vol 36, No 4, pp 393-398.
- 18-Ghodsi, Z. and Hojatoleslam, S. (2011). "Depression in women and its relation with well-being, individual and social factors in Iran". Procedia-Social and Behavioral Sciences, Vol 28, pp 553-557.
- 19-Jalilian, F., Emdadi, S., Karimi, M., Barati, M. and Gharibnavaz, H. (1390). Depression among Collage Students; The Role of General Self-Efficacy and Perceived Social Support. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, Vol 18, No4, pp 60-66. [Persian]
- 20-Khan, M. S., Mahmood, S., Badshah, A., ALI, S. U. and Jamal, Y. (2006). Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. Journal-Pakistan medical Association, Vol56, No12, pp 583-586.
- 21-Khawaja, N. G. and Bryden, K. J. (2006). The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. Journal of affective disorders, Vol 96, No1-2, pp 21-29 .
- 22-Modabbernia, M. J., Tehrani, H. S., Fallahi, M., Shirazi, M. and Modabbernia, A. H. (2008). Prevalence of depressive disorders in Rasht, Iran: A community based study. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, Vol 4, No 20, pp 1-6
- 23-Najafipour, S. and Yktatalab, S. (2008). The prevalence of depression among the students of Jahrom University of medical sciences and its relationship with academic failure. journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol 6, No 2, pp 27-36.[Persian].
- 24-O'brien, P., Kennedy, W. Z. and Ballard, K. A. (2008). Psychiatric mental health nursing: An introduction to theory and practice, Jones and Bartlett Publishers.
- 25-Rab, F., Mamdou, R. and Nasir, S. (2008). Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. East Mediterr Health J, Vol 14, No1, pp 126-133.

- 26-Rafati, F., Sharifi, F. and Zeighami, B. (2004). A survey of correlation between general health, depression, personal characteristic with academic achievement students. The journal of Teb and Tazkeei, Vol 14, No3, pp 25-31. [Persian].
- 27-Regier, D. A., Hirschfeld, R. M., Goodwin, F. K., Burke JR, J. D., Lazar, J. B. and Judd, L. L. (1988). The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. Am J Psychiatry, Vol 145, No 11, pp 1351-1357.
- 28-Rezaei, S., Hosseini, M. and Fallahi, M. (1385). Evaluation impact of communication skills training on level of job stress among nursing personnel working at rehabilitation centers in cities: Ray, Tehran, Shemiranat. The Journal of Tehran Faculty of Medicine, Vol 64, No1, pp 21-26. [Persian]
- 29-Sadock, B. and Sadock, V. (2005). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- 30-Salajegheh, A., Shojaeezadeh, D., Tol, A., and ; (2012). Depression and Related Factors among University Students. Health System Research, Vol 8, No 4, pp 663-667. [Persian].
- 31-Sayyah Bargard, M., Assadi, S., Amini, H., Sayyah, M., Akhond Zadeh, S. and Kamali Nejad, M. (1383). Efficacy of aqueous extract of *Echium Amoenum* L. in the treatment of mild to moderate major depressive disorder: A randomized double blind clinical trial. Journal of Medicinal Plants, Vol 3, No10, pp 61-68.
- 32-Schwenk, T. L., Davis, L. and Wimsatt, L. A. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA: the journal of the American Medical Association, Vol 304, No 11, pp1181-1190.
- 33-Segal, Z. V., Williams, J. M. G. and Teasdale, J. D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Press.
- 34-Shipton, S. P. (2002). "The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress". Journal of Nursing Education, Vol 41, No 6, pp 243-556.
- 35-Steer, R. A., Rissmiller, D. J. and Beck, A. T. (2000). "Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients". Behaviour research and therapy, Vol 38, No 3, pp 311-318.
- 36-Taghavi Larijani, T., Ramezani Badr, F., Khatoni, A. and Monjamed, Z. (1386). "Comparison of the sources of stress among the senior Nursing

and Midwifery Students of Tehran Medical Sciences Universities". The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Vol 13, No 2, pp 61-70. (Persian)

37-Talaei, A., Fayyazi, B. and Ardani, A. R. (2009). Depression and its correlation with self-esteem and social support among Iranian university students. Iranian J Psychiatry, Vol 4, No1, pp 17-22

38-Zare H, Sayadi A.(2009). Prevalence of mental disorders and associated factors of suicide in patients referred to hospital emergency departments of Imam Ali Ibn Abi Talib(AS). J Rafsanjan Uni Med Sci; vol 3, pp 222-38.

