

ارزشیابی برنامه‌های آموزشی مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نرگس کشتی‌آرای، علیرضا یوسفی

چکیده

مقدمه: یکی از شاخص‌های اصلی و کلیدی یک سیستم کامل مراقبتی در زمینه بهداشت روان، بکارگیری و استفاده از داده‌های حاصل از ارزشیابی در شناخت توانایی‌ها و تمرکز روی آنها برای برنامه‌ریزی در آینده است. هدف اصلی این پژوهش، ارزشیابی برنامه‌های آموزشی مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

روش‌ها: در این مطالعه ارزشیابی، جامعه تحقیق را شرکت‌کنندگان دوره‌های آموزشی این مرکز از ابتدای سال ۸۰ تا مرداد ۸۲ تشکیل دادند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای بود که دانش، نگرش و عملکرد مراجعان این مرکز را در یازده موضوع آموزشی ارائه شده در دوره، مورد بررسی قرار می‌داد. اطلاعات دموگرافیک مراجعان نیز همراه با پرسشنامه اصلی جمع‌آوری و با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی t و تحلیل واریانس در نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

نتایج: مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان در ارتباط با شناسایی مشکلات خفیف روانی مراجعان، عملکردی موفق داشته است. براساس معیارهای در نظر گرفته شده برای ارزشیابی برنامه‌های آموزشی این مرکز، آموزش‌های این مرکز در ارتقای دانش و عملکرد مراجعان بطور نسبی موفق بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به پیچیدگی روزافزون جوامع و لزوم آموزش افراد برای پیشگیری از بروز اختلالات حاد روانی، به نظر می‌رسد ایجاد و توسعه چنین مراکزی از اولویت‌های نظام سلامت و آموزش پزشکی در کشور محسوب شود.

واژه‌های کلیدی: ارزشیابی برنامه، بهداشت روان، آموزش، مرکز مشاوره.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۴؛ ۵(۲): ۱۲۷ تا ۱۳۱.

مقدمه

و اطلاع ناکافی از روش‌های پیشگیری، افزایش بیماری‌های روانی را به همراه آورده است. امروزه، در رویکرد کل‌نگر به سلامت، گستره سلامت بسیار فراتر از بیماری‌های جسمی در نظر گرفته می‌شود. از این رو، کوشش برای افزایش سلامتی متضمن کوشش و برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت روانی افراد جامعه نیز هست. سلامت روان (Mental Health) در صدد ایجاد تعادل روانی فرد در رویارویی با مشکلات و بحران‌های زندگی است و در حقیقت فرایند توانمندسازی فرد در شناخت و تسلط بر خویش است. آماده‌سازی افراد برای مواجهه با مسائل اجتماعی و بحران‌های فردی تا قبل از آن که به اختلالات روانی مبتلا

رشد روزافزون تکنولوژی، گسترش زندگی شهرنشینی، تحولات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، بی‌کاری، بی‌خانمانی، فقر اقتصادی، طلاق و جدایی و سست شدن پایه‌های معنویت، افزایش فشارهای روانی را در بر داشته است. عدم درک صحیح مردم از بیماری‌های روانی و درمان به موقع آن

آدرس مکاتبه، دکتر علیرضا یوسفی (استادیار)، مرکز تحقیقات آموزش در علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان.

E-mail: aryousefy@edc.mui.ac.ir

نرگس کشتی‌آرای، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
این مقاله در تاریخ ۸۴/۴/۲۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۴/۱۱/۲۴ اصلاح شده و در تاریخ ۸۴/۱۲/۹ پذیرش گردیده است.

شوند، ضرورتی انکارناپذیر است که همه کشورها باید در قالب نظام‌های آموزشی به آن بپردازند (۱).

متأسفانه، برنامه‌ریزان و سیاستگذاران مسائل بهداشتی به علت کم‌اطلاعی درباره اختلالات روانی و میزان شیوع آنها از اقدام و برنامه‌ریزی درباره بهداشت روانی طفره می‌روند و از دیدگاه آنان این مسئله از اولویت لازم برخوردار نیست. بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ از هر چهار نفر در جهان، یک نفر به اختلالات روانی یا عصبی مبتلا بوده و در حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از ناتوانی‌ها و بیماری‌های روانی مبتلا رنج می‌برده‌اند و این در حالی است که نزدیک به دو سوم افراد هرگز از کمک متخصصان بهره‌مند نشده‌اند. این سازمان اعلام می‌کند که احتمالاً در سال ۲۰۲۰، افسردگی رتبه دوم بیماری‌های مردم جهان را به خود اختصاص خواهد داد (۲).

بر طبق ارزیابی‌ها و قضاوت‌های اخیر و داده‌های به دست آمده از مراکز خدمات بهداشت روانی، شیوع بی‌نظمی‌ها و آشفتگی‌های روانی گویای آن است که افراد نیازمند خدمات بهداشت روان از این مراکز کمتر استفاده می‌کنند (۳).

مطالعات همه‌گیرشناسی در ایران از سه دهه گذشته، دامنه شیوع اختلالات روانی را بین ۱/۷ تا ۴/۳۲ درصد در نوسان گزارش می‌کند (۴).

سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که در سال‌های اخیر، بیش از ۳۳ درصد کشورهای جهان کمتر از یک درصد از کل بودجه بهداشتی خود را به بهداشت روانی اختصاص داده‌اند و بیش از ۴۰ درصد کشورهای جهان هیچ‌گونه سیاستگذاری قابل توجهی در رابطه با مسائل بهداشت روان نداشته‌اند (۲).

هدف اصلی بهداشت روانی، پیشگیری (Prevention) از وقوع بیماری‌ها است. توجه به مسأله پیشگیری، کشورهای مختلف جهان را بر می‌انگیزد تا شرایط و موقعیت‌هایی را در جامعه فراهم آورند که از بحران‌ها و فشارهای تهدیدکننده سلامت روان بکاهند و الگوهای مناسب برای مقابله و سازگاری با این عوامل را به افراد آموزش دهند.

پژوهش‌ها و مطالعات نشان‌دهنده پیوستگی قوی بین مسائل و مشکلات دوران کودکی و ناسازگاری‌های دوران بزرگسالی است (۹ تا ۵).

پیشگیری کلید اصلی و محور فعالیت در نظام ارائه خدمات بهداشت روانی است. اگر جامعه و افراد از چگونگی ایجاد اختلالات روانی و پیوستگی و تداوم آنها در دوران‌های مختلف رشد آگاهی داشته باشند، خود و ویژگی‌هایشان را بهتر می‌شناسند و در رویارویی با بحران‌های زندگی، تصمیمات سنجیده اتخاذ می‌کنند و احساس بالارزش بودن را تجربه خواهند کرد.

هرگونه سهل‌انگاری و غفلت در مورد آموزش بهداشت روان به جامعه، خطرات زیانباری را به دنبال خواهد داشت که بر دوش افراد مستعد به بیماری و خانواده آنها و در نهایت جامعه سنگینی می‌کند.

آموزش بهداشت روان به جامعه می‌تواند نگرش‌ها و دیدگاه‌هایی را که مانع از دریافت خدمات بهداشت روان برای پیشگیری از ابتلا به بیماری در افراد می‌شود تغییر دهد و اطلاعات نامطلوب و برچسب‌های نامناسبی که اکراه و بی‌میلی افراد را در جهت استفاده از این خدمات فراهم می‌آورد، برطرف سازد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ با هدف «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» در کنفرانس معروف آلماتا (Alma-Ata) مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان اساسی‌ترین گام و کلید رسیدن به هدف بهداشت برای همه تعیین کرد. در پیشنهادات این کنفرانس تأکید شده است برای ارتقای بهداشت روان باید آن را به عنوان جزئی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه به حساب آورد (۲).

بارت (Barret) تضمین کیفیت خدمات بهداشت روان را بر فرایندهای ارزشیابی قاعده‌مند استوار می‌داند (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت به این نکته تأکید می‌کند که برنامه‌های بهداشت روانی باید تشکیلاتی را برای ارزیابی کارآیی خدمات ارائه شده ایجاد نماید و تأثیر این خدمات را در بهداشت روانی و عمومی جامعه و سایر

جنبه‌های روحی بیماران و کارکنان بهداشتی در تمام سطوح مورد ارزیابی قرار دهد (۱).

یکی از شاخص‌های اصلی و کلیدی یک سیستم کامل مراقبتی آن است که این سیستم با بکارگیری و استفاده از داده‌های حاصل از ارزشیابی، قادر به شناخت توانایی‌ها و تمرکز روی آنها برای برنامه‌ریزی در آینده باشد به گونه‌ای که بخوبی بتواند با چالش‌های فراروی سیستم مراقبت بهداشتی برخورد نماید. انتقال داده‌های حاصل از ارزشیابی در سطوح مختلف، فرایند توسعه را تسهیل می‌کند و پیشرفت برنامه را در جنبه‌های گوناگون سبب می‌شود (۱۱).

آموزش سلامت روان و در خلال آن شناسایی و غربالگری افراد مستعد به بیماری و ارائه توصیه‌های پیشگیرانه، اساسی‌ترین جنبه‌های ارائه خدمات بهداشتی روان را شامل می‌شود.

در کشور ما، علی‌رغم ادغام خدمات بهداشت روان در نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی، برنامه مدونی در این زمینه وجود ندارد ضمن اینکه پوشش ارائه خدمات نیز کافی به نظر نمی‌رسد. در برخی سازمان‌های بزرگ مثل آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها و کارخانجات بزرگ صنعتی و همچنین توسط برخی مؤسسات خصوصی، این خدمات به شکل محدودی ارائه می‌شود و برخی از این برنامه‌ها نیز موفقیت قابل توجهی داشته‌اند. به نظر می‌رسد چنان که ارزشیابی جامعی از برنامه‌های همه این مراکز در سطح کشور صورت گیرد، مبنایی برای اصلاح برنامه‌های بهداشت روان در سطح ملی فراهم خواهد شد.

در نظام ادغام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی در جمهوری اسلامی ایران، انتظار می‌رود دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان متولیان سلامت جامعه، نقش فعال‌تر و محوری‌تری را در این زمینه ایفا کنند. پژوهش حاضر به عنوان آغازی بر اجرای ارزشیابی برنامه‌های بهداشت روان در کشور، به ارزشیابی برنامه‌های مرکز آموزش و ارائه خدمات بهداشت روان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌پردازد. این مرکز در دی

۱۳۶۸ به کوشش گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با همکاری مرکز بهداشت استان تأسیس شده است. اهداف کلی این مرکز عبارتند از: ارتقای فرهنگ بهداشت روانی در جامعه، ارتقای سطح آگاهی خانواده‌ها در امر پیشگیری و درمان درست بیماری‌های روانی، گسترش تحقیق در امر بهداشت روانی جامعه.

آموزش‌های این مرکز عمدتاً به صورت تشکیل کلاس‌های خودشناسی به شیوه کارگاه‌های آموزشی و در قالب گروه درمانی می‌باشد. برای ارزیابی میزان موفقیت این مرکز، این مطالعه با هدف ارزشیابی برنامه‌های آموزشی مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در ارتقای دانش، نگرش و عملکرد مراجعان اجرا گردید.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه ارزشیابی (Evaluation Research) است که براساس مدل ارزشیابی مبتنی بر هدف (Objective-Based Evaluation) در مورد میزان موفقیت برنامه‌های آموزشی مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به داوری خواهد پرداخت (۱۲). جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را مراجعان شرکت‌کننده در برنامه‌های آموزش بهداشت روان این مرکز از ابتدای سال ۸۰ تا پایان مرداد ماه ۸۲ تشکیل می‌دادند که به موجب پرونده‌های ثبت نامی، تعداد آنها ۳۹۵۰ نفر بود. این مراجعان شامل: بیماران نوروتیک که از سوی روان‌پزشکان یا روان‌شناسان و مشاوران به مرکز معرفی شده‌اند و کسانی که از طریق دوستان و آشنایانی که قبلاً دوره را گذرانده بودند، به برنامه‌های مرکز علاقمند شده‌اند و در این کلاس‌ها شرکت کرده‌اند، بود.

در حدود ۵ درصد از جامعه مورد مطالعه به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند که ضمن تماس تلفنی از آنها درخواست شد که در زمان مشخص در مرکز حضور به هم رسانند که ۸۶ درصد از آنها یعنی ۱۴۷ نفر ضمن اظهار تمایل به همکاری در فراخوان پژوهش، در مرکز حاضر شدند.

مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک در سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد و سپس پایایی کل پرسشنامه محاسبه شد. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۷. به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بسیار بالای ابزار جمع‌آوری اطلاعات بود.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد که در سطح آمار توصیفی از جداول فراوانی و نمودارها و تعیین درصد، میانگین و انحراف استاندارد برای هر یک از سؤالات هر موضوع و سپس کل سؤالات مربوط به هر یک از سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد انجام شد و در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های t ، تحلیل واریانس استفاده گردید.

نتایج

در حدود ۸۰ درصد از پاسخ‌گویان معتقد بودند که به علت یافتن مشکلاتی در خود، در دوره آموزشی شرکت کرده که ۳۷ درصد آنها قبل از دوره، وجود مشکلاتی را در خود تجربه نموده بودند و ۶۳ درصد آنها در طول برنامه‌های آموزشی متوجه شده بودند که دارای مشکلات خفیف روانی هستند. سایر نتایج در جدول یک آورده شده است. مقایسه پاسخ‌های مردان و زنان، متأهلین و مجردها و گروه‌های سنی و تحصیلی تفاوت‌های معنی‌داری را نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری

هشتاد درصد افراد شرکت‌کننده در پژوهش اظهار داشتند که مشکلاتی در خود احساس می‌کنند که ۳۷ درصد آنها قبل از شرکت در دوره به این مشکلات آگاه بوده‌اند و ۶۳ درصد آنها پس از شرکت در دوره آموزشی به این آگاهی دست یافته‌اند. این نتیجه علاوه بر موفقیت برنامه آموزشی مورد ارزشیابی، حاوی این نکته با اهمیت است که برنامه‌های آموزش سلامت روان تا چه میزان توانسته است در رسانیدن افراد به سطحی از ادراک مؤثر باشد که آنها بدون احساس ناخوشایندی، مشکلات خفیف روانی خود را بپذیرند و دریابند که تا چه اندازه در شناخت خود دچار مشکل هستند و

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای است که مشتمل بر دو قسمت می‌باشد: قسمت اول، اطلاعات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) شامل: جنس، وضعیت تأهل، میزان سواد، وضعیت فرزندان، وضعیت شغلی، تاریخ تولد و نحوه ارتباط با مرکز مشاوره بود.

قسمت دوم، براساس یازده موضوع ارائه شده در برنامه‌های آموزشی مرکز مشاوره، تحت هر موضوع، ۱۱ سؤال (۱۰ سؤال بسته‌پاسخ و یک سؤال بازپاسخ) طراحی شد که جمعاً ۱۲۱ سؤال را شامل می‌گردد. این سؤالات به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، سه حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان در دوره آموزش بهداشت روان را مورد سنجش قرار می‌داد. مقیاس استفاده شده در سؤالات بسته‌پاسخ، طیف لیکرت بود. آزمودنی‌ها در مورد پاسخ و یا عدم پاسخ به تمام یا بخشی از سؤالات کاملاً مختار بودند و ضمناً در مورد محرمانه ماندن پاسخ‌ها به آنها اطمینان داده شد.

با توجه به نوع مطالعه (پژوهش ارزشیابی)، لازم بود که معیار موفقیت و یا مطلوبیت در ابعاد آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی مشخص شود تا با مقایسه داده‌های جمع‌آوری شده با معیارهای مطلوبیت، به قضاوت درباره قابلیت‌ها، ارزش‌ها و ضعف‌های برنامه آموزشی پرداخته شود. معیار مطلوبیت یا موفقیت در این مطالعه، با توجه به مشاهدات پژوهشگر، کسب نظریات مجریان و طراحان دوره و مصاحبه با گروهی از شرکت‌کنندگان به شرح ذیل تعیین شد:

آگاهی شرکت‌کنندگان، ۶۰ درصد خیلی خوب و خوب، ۳۰ درصد متوسط و ۱۰ درصد ضعیف و خیلی ضعیف در نظر گرفته شد. تغییر نگرش شرکت‌کنندگان، ۵۰ درصد خیلی خوب و خوب، ۳۰ درصد متوسط و ۲۰ درصد ضعیف و خیلی ضعیف و تغییر عملکرد شرکت‌کنندگان، ۴۰ درصد خیلی خوب و خوب، ۲۰ درصد متوسط و ۳۰ درصد ضعیف و خیلی ضعیف مشخص شد.

سطوح نتایج به دست آمده برای معیارهای داوری و قضاوت دوره، کاملاً منطبق و یا بیشتر از معیار، کاملاً مطلوب؛ ۱۰ درصد پایین‌تر از معیار، مطلوب؛ ۱۵ درصد پایین‌تر از معیار، نسبتاً مطلوب؛ ۲۵ درصد پایین‌تر از معیار، نامطلوب؛ و ۳۰ درصد پایین‌تر از معیار، کاملاً نامطلوب در نظر گرفته شد.

روایی صوری و محتوایی ابزار از طریق محققان و مدرسان دوره و همچنین مصاحبه با تعدادی از افراد جامعه تحقیق

جدول ۱. درصد پاسخ‌های مراجعان به سؤالات پرسشنامه در حیطه آگاهی، نگرش و عملکرد و مقایسه آن با معیار مطلوبیت

طیف پاسخگویی	زیاد و خیلی زیاد	متوسط	کم و خیلی کم یا اصلاً
درصد پاسخ‌گویی مراجعان در حیطه آگاهی	۴۴/۴۴	۳۱/۳۶	۲۴/۱۹
معیار مطلوبیت	۶۰	۳۰	۱۰
داوری	نسبتاً مطلوب	کاملاً مطلوب	نسبتاً مطلوب
درصد پاسخ‌گویی مراجعان در حیطه نگرش	۱۴/۲۶	۳۵/۴۸	۵۰/۲۴
معیار مطلوبیت	۵۰	۳۰	۲۰
داوری	کاملاً نامطلوب	مطلوب	کاملاً نامطلوب
درصد پاسخ‌گویی مراجعان در حیطه عملکرد	۳۳/۹۴	۳۸/۹۱	۲۷/۱۳
معیار مطلوبیت	۴۰	۳۰	۲۰
داوری	نسبتاً مطلوب	مطلوب	نسبتاً مطلوب

Archive of SID

رفتارهای نادرستی دارند که ریشه در باورهای غلط آنان دارد. دستیابی به این مهم در آموزش سلامت روان بسیار با اهمیت است.

استفاده از سرویس‌های خدمات بهداشتی برای حل مشکلات جامعه و ارتقای سلامت روان آنها بسیار رایج است. مطالعه‌ای در نروژ نشان داد که همبستگی دوز-واکنشی بین وخامت علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی و جستجوی جوانان برای یاری خواستن از خدمات متخصصین بیماری‌های روانی وجود داشته است بطوری که ۴۰ درصد جوانان نیازمند کمک، با متخصصین روانی (روانشناس یا روان‌پزشک) و باقی آنان با پزشک عمومی تماس داشته‌اند، با این حال، یافته‌های مطالعه نروژ نشان داد که افرادی که علائم و نشانه‌های بسیار وخیمی دارند، کمتر درخواست کمک می‌نمایند (۱۳).

ارتقای سلامت روان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی مستلزم آگاهی‌های مناسب در این زمینه است. نتایج مطالعه ارزشیابی انجام شده نشان‌دهنده سطح مطلوب افزایش آگاهی و بهبود عملکرد مراجعان به مرکز مشاوره و آموزش بهداشت روان بود. در یک مطالعه مداخله‌ای که در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده، آموزش‌های بهداشت روان، علاوه بر بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان، سطح سلامت روانی و قدرت سازگاری آنها را افزایش داده بود (۱۴).

نتیجه‌گیری

آموزش‌های سلامت روان با شیوه‌های ساده و مؤثر و در عین حال کم‌هزینه در قالب‌های رسمی و غیر رسمی می‌تواند سطح وسیعی از جامعه را تحت پوشش قرار دهد. به منظور تحقق موضوع پیش‌گفت، آنچه از انجام این مطالعه استنباط می‌شود در قالب پیشنهادهای زیر مطرح می‌گردد:

طراحی و ارائه برنامه‌های آموزشی در زمینه سلامت روان به صورت آموزش‌های رسمی و غیر رسمی و با استفاده از تمام ظرفیت‌های ممکن نرم‌افزاری و سخت‌افزاری با ایفای نقش جدی‌تر و محوری‌تر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

پرداخت یارانه از سوی دولت به مراکز مشاوره و روان‌شناسی یا تحت پوشش بیمه قراردادن این خدمات به منظور حمایت از اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر اجتماع.

توسعه خدمات این مراکز، هم به لحاظ پوشش بیشتر متقاضیان و هم ارائه برنامه‌های مکمل و تخصصی‌تر، به حسب نوع مشکلات مراجعان.

ایفای نقش وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه هماهنگ‌سازی ارائه خدمات بهداشت روان در مراکز دولتی و خصوصی.

افزایش نیروهای متخصص بهداشت روان در مراکز مشاوره و آموزش بهداشت روان برای انجام مشاوره‌های فردی، خدمات حمایتی و مددکار.

منابع

1. WHO. The introduction of mental health component into primary health care. Geneva: World Health Organization. ۱۹۹۰.

۲. The world health report ۲۰۰۱. Mental disorders affect one in four people. Treatment available but not being used. [updated ۲۰۰۱ sep ۲۸. [cited ۲۰۰۶ feb ۱۰]. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-۲۰۰۱/en/pr۲۰۰۱-۴۲.html>
۳. Esters GI, Cooker PG, Ittenbach RF. Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. [cited ۲۰۰۶ feb ۱۰]. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m۲۲۴۸/is_n۱۳۰_۷۳۳/ai_۲۱۰۷۲۰۴۸
۴. گروه نویسندگان (مؤلفین). روان‌پزشکی اجتماعی. چاپ اول. اصفهان: پرسش. ۱۳۷۸.
۵. Robins LN, Price RK. Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH epidemiologic catchment area project. *Psychiatry* ۱۹۹۱; ۵۴(۲): ۱۱۶-۳۲.
۶. Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med* ۱۹۹۲; ۲۲(۴): ۹۷۱-۸۶.
۷. Farrington DP. The Twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *J Child Psychol Psychiatry* ۱۹۹۵; ۳۶(۶): ۹۲۹-۶۴.
۸. Kratzer L, Hodgins S. Adult outcomes of child conduct problems: a cohort study. *J Abnorm Child Psychol* ۱۹۹۷; ۲۵(۱): ۶۵-۸۱.
۹. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* ۱۹۹۷; ۳۸(۶): ۶۳۳-۴۴.
۱۰. Barrett TJ, Bartsch DA, Zahniser JH, Belanger S. Implementing and evaluating outcome indicators of performance for mental health agencies. *J Healthc Qual* ۱۹۹۸; ۲۰(۳): ۶-۱۳.
۱۱. SAMHSA'S National Mental Health Information Center. Center for mental health services. Annual report to congress on the evaluation of the comprehensive community mental health services program for children and their families. Examples From the Sites and National Program. [cited ۲۰۰۶ feb ۱۱]. Available from: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CB-E۱۹۸/chp۵.asp>
۱۲. Gall MD, Gall JP, Borg MR. Educational research. ۷th ed. Boston: Allyn and Bacon ۲۰۰۳.
۱۳. Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health* ۲۰۰۶; ۶(۱): ۳۴.
۱۴. شمس بهزاد، فرشیدفر مصطفی، حسن‌زاده اکبر. تأثیر مشاوره بر بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان دارای افت تحصیلی: ارزیابی مرحله مداخله از طریق مشاوره تحصیلی و روان‌شناختی دانشجویان با افت تحصیلی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۱۳۷۹؛ ۱(۱): ۹ تا ۳۵.