

رویکردی اساسی در بررسی سلامت روانی دانشجویان «مدلی برای مداخله»

نویسندگان: دکتر علیرضا جزایری*

(عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی)،

شهرابلو قهاری

(دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی انستیتو

روانپزشکی تهران)

چکیده

بهداشت روانی فقدان بیماری روانی و حالتی از سلامتی را در بر می گیرد. در این راستا یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت کاهش میزان بروز بیماریهای روانی است. بار مالی و اجتماعی بیماریهای روانی فشار بزرگی را به دولت‌های اکثر جوامع وارد می سازد. افت عملکرد و کاهش بهره وری اقتصادی جمعیت‌های مبتلا به بیماری روانی واقعیتی انکارناپذیر است. با توجه به این که اکثر مبتلایان به بیماری روانی جوانان هستند، توجه و اهتمام دولت‌ها در سراسر دنیا به این امر ضروری است. متأسفانه بخشی از جوانان که به بیماری روانی مبتلا می شوند، دانشجویان هستند. همان طور که مشکلات و بیماری‌های روانی دانشجویان می‌توانند لطمه جبران ناپذیری به جوامع وارد سازند، ارتقای سطح بهداشت روانی و درمان مشکلات روانی دانشجویان از اموری است که باید جدی گرفته شود. بدین منظور مطالعه‌ای در راستای بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۹

رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن بودند که از بین آنها ۱۲۰ نفر (۶۰ زن و ۶۰ مرد) به صورت تصادفی انتخاب شدند. چون هدف پژوهش بررسی میزان فراوانی افسردگی در این دانشجویان بوده است پرسشنامه افسردگی بک در اختیار آنها قرار گرفت.

نتایج نشان دادند که ۲۹/۸۲٪ کل دانشجویان افسرده بودند که از این تعداد ۱۹/۱٪ افسردگی خفیف، ۶/۶۶٪ افسردگی متوسط، ۲/۳۳٪ افسردگی نسبتاً شدید و ۰/۸۳٪ افسردگی شدید داشتند. میانگین افسردگی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر بوده است (۹/۸ و ۶/۵) و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$). میانگین افسردگی دانشجویان مجرد بیشتر از دانشجویان متأهل بوده است (۵/۴ و ۳/۲) و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است ($P < ۰/۰۱$). میانگین افسردگی دانشجویان غیربومی بیشتر از دانشجویان بومی بوده است (۶/۷ و ۴) و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بوده است ($P < ۰/۰۵$). در همین راستا، مدلهایی برای مداخله در زمینه پیشگیری و درمان بیماریهای روانی در دانشجویان پیشنهاد شده است. برخی از دانشگاه‌های دنیا این مدل‌های مداخله‌ای را برای کمک به دانشجویان و ارتقای سطح سلامت روانی آنها به کار می‌گیرند. به نظر می‌رسد که تلفیقی از راهکارها و راهبردهای مربوط به مدل‌های مختلف دانشگاه‌های خارج از کشور را می‌توان در دانشگاه‌های کشورمان به کار گرفت. در این مقاله تعدادی از مدل‌های مداخله‌ای ارائه شده‌اند.

کلید واژگان: سلامت روانی دانشجویان، مدلی برای مداخله.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را به معنای عدم وجود بیماری روانی و حالتی از بهزیستی و سلامتی تعریف کرده است (World Health Organization, 1991).

میزان بروز آسیب‌های جسمی و روانی به ویژه مرگ در بین دانشجویان دانشگاه‌ها قابل توجه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر کمتر به رفتارهای ارتقای سطوح بهداشتی^۱ می‌پردازند و سبک زندگی آنها در مقایسه با سبک زندگی دانشجویان دختر کمتر سالم است. از طرفی، نگرش‌های سنتی و قالبی نسبت به نقش جنسی با رفتارهای سالم کمتری

همراه است. مردان دانشجویی که نگرشهای سنتی به نقش مردانه دارند اضطراب و افسردگی بیشتری را احساس می کنند، الگوهای سازشی غیرانطباقی تری دارند و در برابر فشارهای روانشناختی آسیب پذیرترند. به علاوه، مصرف سیگار، الکل و سایر مواد و نیز فعالیتهای جنسی در آنها بیشتر دیده می شود. زنان دانشجوی معمولاً بیشتر از مردان دانشجو به فعالیتهای جسمانی سالم نظیر ورزشهای سبک می پردازند، در حالی که مردان بیشتر به ورزشهای سنگین تمایل دارند که می تواند به آسیبهای جسمانی شدیدی در آنها منجر شود (Courtenay, 1998).

در سالهای اخیر به مشکلات بهداشتی، به ویژه بهداشت روانی دانشجویان، توجه زیادی می شود. علت این توجه آن است که گزارشهای به دست آمده نشان می دهند که تعداد دانشجویانی که به مشکلات روانی مبتلا هستند و نیز شدت و وخامت مشکلات آنها رو به افزایش است. بررسیها نشان می دهند که تعداد زیادی از دانشجویان به افسردگی و اضطراب مبتلا هستند، سطح مصرف الکل در بین آنها نگران کننده است، رقم نسبتاً قابل توجهی از آنها به اختلالات خوردن و رفتارهای خودآسیبی مبتلا هستند. همچنین گزارشها نشان می دهند که افسردگی سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و ناتوانیهای یادگیری از جمله شایعترین مشکلات مربوط به سازگاری با محیط دانشگاهی به شمار می روند. در مطالعه دیگری که درباره یک نمونه ۱۵ هزار نفری از جمعیت دانشجویی در یکی از دانشگاه های آمریکا انجام شده، نتایج زیر به دست آمده اند: ۱۵۰۰ نفر یعنی یک سوم آنها به اختلالات اضطراب و افسردگی مبتلا بودند؛ ۷۵۰ نفر آنها افسردگی بالینی و شدید داشتند؛ ۴۵۰ نفر به اختلالات خوردن مبتلا بودند؛ ۱۳۵ نفر از آنها برخی از اشکال سایکوز را تحمل می کردند، و ۱۶ نفر به خودکشی اقدام کرده بودند که ۳ مورد آن به نتیجه رسیدند (Heron, 1990).

در تشخیص مشکلات بهداشت روانی، الگوهای قالبی نقش جنسی مداخله می‌کنند. به نظر می‌رسد که دست اندکاران بهداشت روانی افسردگی را در مردان به احتمال کمتری تشخیص می‌دهند. به عبارتی، چون بالینگران معمولاً در تشخیص یک سوم مردان افسرده شکست می‌خورند ممکن است زنان بیش از مردان افسرده تشخیص داده شوند. از طرفی، افسردگی تشخیص داده نشده در مردان ممکن است که در میزان بروز زیادتر خودکشی در آنها نقش داشته باشد. یکی از دلایل عدم تشخیص افسردگی در مردان این است که مردان دانشجوی سعی می‌کنند آسیب‌پذیری خود را پنهان دارند. آنها در مقایسه با زنان دانشجوی کمتر به دوستان خود اعتماد می‌کنند و کمتر مشکلات خود را برای آنها بیان می‌کنند؛ کمتر در پی کمک‌های حرفه‌ای هستند و برای مخفی نگه داشتن افسردگی به سوء مصرف مواد یا الکل روی می‌آورند یا از اجتماعی‌کناره می‌گیرند (Courtney, 1998).

اهمیت موضوع

شرایط دانشجویان، به دلایل زیاد، تا حدی با شرایط جمعیت عادی جامعه تفاوت دارند به دلیل این که «ذهن» ابزار دانشجو است و ابتلا به اختلال روانی می‌تواند بر عملکرد ذهنی آنها تاثیر سوء بگذارد. از طرفی، دانشجویان معمولاً در خوابگاه‌های دانشجویی به سر می‌برند و مشکلات آنها ممکن است بر روی سایر دانشجویان تاثیر بگذارد. در مجموع، دانشجویان بر اطرافیان خویش در سطح خانواده و یا اجتماعی تاثیر می‌گذارند. همچنین چون آنها اغلب دور از خانواده به سر می‌برند دقیقاً مشخص نیست که چه کسی مسئول آنهاست؛ دوری از خانواده نیز می‌تواند به نحوی سلامت روانی آنها را به مخاطره اندازد. در این

باره، بررسی (Lapsley, 1989) نشان داد که جدایی از خانواده و عدم سازش با اطرافیان از جمله شرایطی هستند که می توانند موجب افت عملکرد تحصیلی دانشجویان شوند یا بروز مشکلات روانی را در آنها دامن بزنند. نگرانی مضاعف دست اندرکاران بهداشت روانی در مورد آن دسته از دانشجویانی است که به وضوح به اختلال روانی دچارند ولی یا در پی گرفتن کمک نیستند و یا ممکن است مدت زمانی طولانی در فهرست انتظار باقی بمانند ولی هیچ گونه کمکی دریافت نکنند، و یا زمانی برای مشاوره و درمان ارجاع شوند که مشکلات روانی آنها به دلیل عدم تشخیص به موقع شدید و مزمن شده است. در نهایت، دانشجویان بیمار نه تنها ممکن است هیچ گونه حمایتی از مؤسسه آموزشی دریافت نکنند بلکه حتی ممکن است از دانشگاه اخراج شوند. لذا، با عنایت به همه موارد فوق، توجه به بهداشت روانی دانشجویان و انجام مداخلاتی در راستای پیشگیری و درمان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

مروری بر بررسیهای انجام شده در زمینه بهداشت روانی دانشجویان

درباره بهداشت روانی دانشجویان بررسیهای فراوانی صورت گرفته اند. از آن جمله است بررسی لستر^۲ (۱۹۹۸) در مورد میزان شیوع افسردگی در ۳۵۱ نفر از دانشجویان آمریکایی و کویتی که با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک^۳ انجام شد. نتایج نشان دادند که دانشجویان کویتی در مقایسه با دانشجویان آمریکایی بیشتر افسرده بودند.

2. Lester

3. Beck Depression Inventory

کاشانی و پریسمایر^۴ (۱۹۸۳) علائم و نشانه‌های افسردگی را بر روی بیش از ۱۰۰ نفر از دانشجویان سال اول دانشگاه که به مراکز مشاوره دانشجویی ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان دادند که دانشجویان سال اول در مقایسه با سایر دانشجویان، علائم افسردگی بیشتری را در حد معنی‌داری بروز داده‌اند. در بررسی اندلیچ^۵ (۱۹۹۰) از ۵۰ دانشجویی که به مرکز مشاوره دانشجویی مراجعه کرده بودند، خواسته شد تا پرسشنامه افسردگی را تکمیل نمایند. به علاوه، متغیر منبع کنترل نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که نمونه‌هایی که افسرده بودند در برابر مشکلات اسنادهای درونی پایداری داشتند و اعتقاد داشتند که با احتمال کمتری ممکن است از افسردگی بهبودی یابند. نتیجه پژوهش بر این نکته دلالت دارد که آگاه کردن دانشجویان به اسنادهایشان می‌تواند روند درمان افسردگی را تسریع کند. در یک بررسی دیگر، نمونه ۱۰۱ نفری از دانش‌آموزان دبیرستانی با ۵۰۴ نفر از دانشجویان دانشگاه مقایسه شدند. نتایج نشان دادند که تفاوت بین میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه و دانش‌آموزان دبیرستانی معنی‌دار نبود (Burge & Lester, 1991).

در زمینه بهداشت روانی دانشجویان ایرانی بررسی‌های فراوانی صورت گرفته است. ترکان (۱۳۷۳) در بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان نشان داد که میزان افسردگی در دختران بیش از پسران و در دانشجویان مجرد بیش از متأهل است. باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴) با استفاده از پرسشنامه ۲۳ سؤالی سلامت عمومی^۶، ۲۳۲۱ دانشجوی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که ۳٪ دانشجویان از احساس غمگینی و افسردگی و ۶/۸٪ از

4. Prismeyer

5. Endlich

6. General health questionnaire

فشارهای روانی شکایت دارند. همچنین بررسی احمدی (۱۳۷۴) درباره ۲۰۰۰ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز نشان داد که ۱٪ دانشجویان افسردگی شدید، ۷٪ افسردگی متوسط و ۴٪ افسردگی خفیف داشتند. بررسی یعقوبی (۱۳۷۷) در مورد ۵۳۶ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان نشان داد که ۳۰ تا ۵۰٪ دانشجویان به برخی علائم روانپزشکی مبتلا هستند و ۱۸/۳٪ آنها مشکوک به ابتلا به اختلال روانی شناخته شدند. بررسی عکاشه (۱۳۷۹) بر روی ۲۵۳ نفر از دانشجویان ورودی ۱۳۷۵ در دانشگاه علوم پزشکی کاشان نشان داد که ۸/۷٪ دانشجویان به افسردگی اساسی، ۶/۷٪ به اختلال سازگاری، ۵/۹٪ به کج خلقی، ۴/۷٪ اضطراب منتشر و ۲/۴٪ به افسردگی مضاعف دچار بودند. میزان اختلال در مردان ۲۰/۶٪ و در زنان ۲۱/۳٪ گزارش شد. همچنین ۱۹/۵٪ افراد مجرد و ۱۲/۴٪ افراد متأهل به مشکلات روانی دچار بودند. مطالعه کافی و همکاران (۱۳۷۷) نشان داد که دانشجویان بومی (تهرانی) در مقایسه با دانشجویان غیر بومی از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند. حسینی و موسوی (۱۳۷۹) سلامت روانی دانشجویان پزشکی ورودی ۱۳۷۸ دانشکده پزشکی ساری را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که ۵۵/۴٪ دانشجویان به افکار پارانوئیدی، ۴۴/۳٪ به افسردگی، و ۴۰/۷٪ به حساسیت در روابط متقابل، ۴۰/۷٪ به وسواس و ۳۲٪ به اضطراب مبتلا هستند.

معرفی مدلهایی برای مداخله

دانشگاه های مختلف دنیا برای کمک به دانشجویانی که به اختلالات روانی دچارند و نیز در راستای ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان مدلهای

گوناگون را به کار می‌گیرند که هدف همه آنها تغییر رفتار نامناسب دانشجویان است. در برخی از این مدلها تفاوت‌های جنسی در نظر گرفته می‌شوند و عمل بر اساس آنها صورت می‌گیرد. در مجموع، به نظر می‌رسد که فرایند تغییر رفتار که هدف همه مدل‌های مداخله‌ای است از شش مرحله تشکیل شده است؛ این مراحل عبارتند از: مرحله پیش‌انگاره‌ای^۷، مرحله انگاره‌ای^۸، مرحله آمادگی^۹، مرحله عمل^{۱۰}، مرحله نگهداری^{۱۱}، و مرحله نهایی^{۱۲}.

افرادی که در مرحله پیش‌انگاره‌ای هستند معمولاً مشکلات یا رفتارهای نادرست خود را انکار و بنابراین، اطلاعات کمتری را در مورد مشکلات در ذهن خود پردازش می‌کنند. مردان بیشتر از زنان در مرحله پیش‌انگاره‌ای قرار دارند ولی در صورتی که از این مرحله گذر کنند دو برابر زنان به تغییر رفتار موفق‌تر می‌ورزند.

در مرحله انگاره‌ای، افراد به مشکلات خویش واقف‌اند و برای حل آن تلاش می‌کنند. در این مرحله، افراد آزادانه تر برون‌ریزی عاطفی می‌کنند؛ لذا از شدت هیجانات آنها کاسته می‌شود و به تدریج آگاهی آنها افزایش می‌یابد. بنابراین، فرصتی می‌یابند تا مسائل احساسی و شناختی خود را مجدداً ارزیابی نمایند و این ارزیابی معمولاً سبب تغییر خویشتن^{۱۳} می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان بیشتر از مردان به تغییر رفتارهای نادرست می‌ورزند؛ از این رو به نظر می‌رسد که مردان در مقایسه با زنان به آموزش بیشتری نیازمندند.

7. Precontemplation
8. Contemplation
9. Preparation
10. Action
11. Maintenance
12. Termination
13. Self

به همین دلیل، آن دسته از مداخلاتی که تفاوت‌های جنسی در آنها در نظر گرفته نمی‌شوند به احتمال زیاد به شکست می‌انجامند.

مرحله عمل به مرحله ای گفته می‌شود که فرد در راستای تغییر عادت‌ها و رفتارهای نامناسب دست به عمل می‌زند؛ در این مرحله تغییر رخ می‌دهد.

مرحله نگهداری عبارت از مرحله ای است که فرد تغییرات حاصل را حفظ می‌کند. تلاش وی بر آن است که به وضع سابق بر نگردد و از دستاوردهایی که در مرحله عمل به دست آورده است نگهداری کند. این احساس شخص که وی اکنون به فردی تبدیل شده که خود می‌خواسته است می‌تواند در تداوم تغییر موثر باشد.

مرحله نهایی به مرحله ای اطلاق می‌گردد که فرد به طور کلی از رفتار نامناسب دست کشیده و مدت زمان زیادی از تغییر رفتار گذشته است. نکته مهمی که دست اندرکاران بهداشت روانی باید به آن توجه کنند این است که مردان در مقایسه با زنان به سختی از مرحله پیش‌انگاره ای به مرحله انگاره ای حرکت می‌کنند ولی از این مرحله تا مرحله نهایی تفاوت چندانی با زنان ندارند (Courtenay, 1998). هرون (۱۹۹۰) انواع مداخلات درمانی را که می‌توان برای حل مشکلات بهداشت روانی دانشجویان از آن استفاده کرد به هشت دسته تقسیم کرده است؛ این مداخلات عبارتند از:

● مداخلات قدرتمندانه

- ۱- مداخلات توصیه‌ای: در پی جهت دادن به رفتار دانشجو هستند.
- ۲- مداخلات آموزشی: در پی انتقال اطلاعات و منع به دانشجو هستند.

۳- مداخلات مواجهه‌ای: به دنبال آن هستند که دانشجو را به برخی از نگرشهای منفی یا رفتارهای محدود کننده آگاه می‌سازند.

• مداخلات تسهیلی

۱- تخلیه هیجانی: این نوع مداخلات به تخلیه هیجانهای ناخوشایند دانشجو می‌انجامند.

۲- مداخلات کاتالیزوری: این نوع مداخلات به خودشناسی هر چه بیشتر دانشجو منجر می‌شوند.

۳- مداخلات حمایتی: در پی اعتبار بخشیدن به ارزشمندی، توانایی، نگرشهای دانشجو هستند.

۴- مداخلات ساختاری: این نوع مداخلات به دانشجو کمک می‌کنند تا مرزهای روشن و شفافی را برای خود در نظر گیرد.

۵- مهارتهای حل مسئله: این مهارت که جزو مداخلات تسهیلی به شمار می‌رود می‌تواند در جهت تقویت راهبردهای سازشی دانشجو در مقابله با فشار روانی (استرس) مؤثر باشد. این مهارت از شش مرحله تشکیل شده است:

۱-۵- ابتدا باید مسئله یا مشکل مشخص گردد.

۲-۵- حداقل دو یا سه راه حل بدون ارزشگذاری انتخاب شوند.

۳-۵- نکات مثبت و منفی هر یک از راه‌ها در نظر گرفته شوند.

۴-۵- بهترین راه حل انتخاب شود.

۵-۵- برای اجرای راه حل انتخاب شده برنامه‌ریزی شود.

۶-۵- بررسی شود که آیا مسئله حل شده است یا نه؛ در صورتی که حل نشده است باید راه حل دیگری را انتخاب و طبق مراحل بالا عمل کرد (Kaplan & Sadock, 1998).

مدل مداخله‌ای دانشگاه بوستون آمریکا

روان شناسان مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه بوستون راهبردهای زیر را برای ارتقای سطح سلامت روانی دانشجویان و حل مشکلات روانی آنها به کار می‌گیرند؛ این راهبردها عبارتند از:

ایجاد محیطی بدون فشار روانی (استرس): برخی از کالجهای ایالتی این دانشگاه در هر نیمسال تحصیلی یک روز را به عنوان «روز بدون استرس» پیشنهاد می‌کنند؛ این روز به عنوان روز یادگیری رفع خستگی، استراحت و مراقبت از خود نامیده می‌شود. به علاوه، از متخصصان بهداشتی و درمانگران متعددی دعوت به عمل می‌آید تا تکنیکهای علمی کاهش استرس را به دانشجویان آموزش دهند. مرکز بهداشت روانی دانشجویی اتاقی را به عنوان اتاق آرام سازی فراهم کرده اند؛ جایی که دانشجویان در مبلهای راحتی می‌نشینند و به موسیقی آرام گوش می‌سپارند. در این روز فرصتی برای ارائه اطلاعات به صدها دانشجو در مورد بسیاری از مسائل بهداشت روانی نظیر افسردگی، اضطراب و کنترل استرس فراهم می‌شود (O'connor, 2001).

ارائه پاداش به ایده های خوب: دست اندرکاران بهداشت روانی دانشگاه هاروارد، با هدف درگیر کردن هر چه بیشتر دانشجویان در فعالیتهای بهداشتی، برای آن دسته از دانشجویانی که در زمینه موضوعات بهداشت روانی بهترین

پیشنهاد را ارائه داده‌اند ۱۵۰۰ دلار جایزه تعیین کرده اند (O'connor, 2001).

جلب همکاری دانشجویان تازه وارد: دانشگاه بوستون در طول تابستان و قبل از شروع نیمسال تحصیلی، برنامه ای برای دانشجویان تازه وارد ترتیب داده است که آن را رویکرد MTV-Style نام نهاده است. در این برنامه، با استفاده از نمایش فیلم، تصاویر و ایراد سخنرانی، مشکلاتی که تازه وارد در بدو ورود به دانشگاه با آن مواجه هستند، نظیر عدم توافق با هم اتافی تا بحران هویت، مطرح می شود. همچنین مراکز مختلف مشاوره دانشجویی نیز معرفی و به دانشجویان پیشنهاد می شود تا در صورت بروز مشکل به این مراکز مراجعه نمایند (O'connor, 2001).

جلب مشارکت گروه های دانشجویی: مراکز مشاوره دانشجویی به منظور کاهش بروز تجاوز جنسی و با تعقیب ایدایی در دانشجویان، مرکزی را با همکاری یک گروه دانشجویی به عنوان مرکز بحران جنسی و هفته ای را به عنوان هفته آگاهی از خشونت اختصاص داده اند. گروه های دانشجویی، دانشجویانی را که مشکلات جنسی دارند و یا کسانی را که متحمل خشونت جنسی هستند تشویق می کنند تا با وقت قبلی به این مراکز مراجعه نمایند (O'connor, 2001).

درگیر نمودن اعضای هیأت علمی دانشگاه ها در برنامه های مربوط به بهداشت روانی دانشجویان: این برنامه که توسط وودرو ویلسون^{۱۴} مموریال^{۱۵} کالج فلوریدا پیشنهاد شده است، به صورت کارگاه‌هایی با شرکت اعضای هیأت علمی برگزار می‌شود. در این کارگاه‌ها، اعضای هیأت علمی با مشکلات روانی دانشجویان (برای مثال، با اضطراب صحبت در جمع) آشنا می‌شوند و در

14. Woodrow Willson

15. Florida Memorial

آنها راه‌های مختلفی نیز برای مقابله با مشکلات روانی دانشجویان ارائه می‌گردد. ویلسون معتقد است که اجرای این برنامه سبب می‌شود تا دانشجویان با مراکز مشاوره دانشجویی تماس بیشتری برقرار کنند (O'Connor, 2001).

درمان مشکلات روانی و حمایت از دانشجویانی که به مشکلات روانی مبتلا هستند: طی سالهای اخیر دست‌اندرکاران بهداشت روانی در مراکز دانشجویی برنامه‌هایی را برای کمک به دانشجویان بیمار تدارک دیده‌اند که عبارت از درمان به موقع دانشجویان بیمار، ارائه فرصت تحصیلی بیشتر و نیز اختصاص دادن زمان بیشتر به دانشجویان بیمار در زمان امتحان هستند (O'Connor, 2001).

شناسایی دانشجویان بیمار ساکن خوابگاه‌ها: روانشناسان مرکز مشاوره دانشگاه بوستون برنامه‌های سخنرانی درباره موضوعات مختلف بهداشت روان برای دانشجویان ساکن خوابگاه پیشنهاد کردند. هدف از این برنامه کمک به دانشجویانی است که دچار مشکل هستند. دانشجویان شرکت‌کننده در این جلسات معمولاً می‌توانند هم در آموزش دانشجویان و هم در تشخیص دانشجویان مبتلا به افسردگی، اختلال خوردن و قربانیان آزارهای جنسی و یا کسانی که در صدد خودکشی هستند، مفید واقع شوند. دانشجویان بیمار پس از شناسایی به مراکز مشاوره دانشجویی معرفی می‌شوند (O'Connor, 2001).

کمک به دانشجویان برای رسیدن به خودشناسی بیشتر: هدف از برنامه‌هایی که در این راستا تدوین شده‌اند عبارت است از رشد و بهبود وضع خود. آموزش به دانشجویان و مشاوره با آنها سبب می‌شود تا آنها بتوانند خود را به عنوان یک فرد جدا از تقاضاها، فشارها یا انتظارات انتقادآمیز درونی شده خانواده و

اطرافیان در نظر گیرند و با جنبه‌های مختلف خود خویش هر چه بیشتر آشنا شوند (O'Connor, 2001).

پروژه دانشگاه آکسفورد برای ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان

این پروژه که در کالج‌های وابسته به دانشگاه آکسفورد اجرا می‌شود پروژه هلسی آکسفورد شر کالجز اند یونیورسیتی (HOCU)^{۱۶} نام دارد و مجریان آن را اعضای مؤسسات آموزش عالی دانشگاه آکسفورد و کارشناسان بهداشت روانی مراکز دانشجویی تشکیل می‌دهند و هدف نهایی آن ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان است. این پروژه برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعددی را برای افزایش آگاهی کارکنان بهداشت روانی، مراکز مشاوره دانشجویی و دانشجویان پیشنهاد می‌کند. راهبردهایی که برای رسیدن به اهداف پروژه به کار گرفته می‌شود، عبارتند از:

۱- تدوین راهبردهای "Specific College" برای ارتقای سطح بهداشت

روانی دانشجویان

عمده‌ترین این راهبردها عبارتند:

- ۱-۱- افزایش آگاهی بهداشت روانی دانشجویان و کارکنان در زمینه بهداشت روانی از طریق ارائه آموزش‌های فوق برنامه در دانشگاه‌ها؛
- ۱-۲- شناسایی سیاست‌های آموزشی نادرست مؤسسات آموزشی که بر سلامت روانی دانشجویان تأثیر گذار هستند؛

۳-۱- ارزیابی نیازهای هر یک از مؤسسات آموزشی تحت پوشش دانشگاه

آکسفورد و برنامه ریزی برای عمل؛

۴-۱- تعیین راهبردهای کلی و انجام مداخلات درمانی در هر کدام از مؤسسات.

۲- افزایش آگاهی جمعیت دانشجویی در زمینه بهداشت روانی

۱-۲- افزایش آگاهی جمعیت دانشجویی از طیف مشکلات روانی در دانشجویان؛

۲-۲- ایجاد امکانات برای دسترسی هر چه بیشتر دانشجویان به منابع و اطلاعات مورد نیاز در زمینه بهداشت روانی از طریق نشریه وب - سایت^{۱۷} خط تلفن اضطراری، راهنماهای خودیاری، و نقشه راهنمای مراکز مشاوره دانشجویی؛

۳-۲- اختصاص مکانی برای ارائه اطلاعات و توصیه های لازم به دانشجویان در هر کدام از مؤسسات آموزشی؛

۴-۲- اجرای برنامه های آموزشی رایزنی برای دانشجویان توسط همتاها^{۱۸}.

۳- تسهیل رشد هیجانی و رشد اجتماعی دانشجویان

۱-۳- فراهم کردن فرصتهایی برای ارتقای سطح رشد شخصی دانشجو؛

۲-۳- اجرای طرح گروه های همتاها^{۱۹} در دانشکده ها؛

۳-۳- آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویانی که منزوی و تنها هستند.

۴- ایجاد محیطهای آموزشی حمایت کننده برای دانشجویان

17. Web-sites

18. Peer Education/Monitoring

19. Peer Group

- ۱-۴- به کارگیری راهبردهای خاص در هر کالج برای شناسایی مشکلات شایع بهداشتی دانشجویان.
- ۵- افزایش تشریک مساعی بین کارکنان مراقبت بهداشتی اولیه، کارکنان مراکز مشاوره و گروه‌های داوطلب دانشجویی
- ۱-۵- تدوین چارچوب روشن و مشخصی در زمینه ارتباط با تاکید بر رازداری حرفه‌ای برای کارکنان مراقبت بهداشتی اولیه، کارکنان مراکز مشاوره دانشجویی و گروه‌های داوطلب دانشجویان؛
- ۲-۵- شناسایی منابع انسانی قابل دسترس در شناسایی، درمان و مراقبت از دانشجویان مبتلا به مشکلات روانی؛
- ۳-۵- معرفی کارکنان حرفه‌ای بهداشتی - درمانی به آن دسته از کالج‌های آموزشی که فاقد چنین نیروهایی هستند؛
- ۴-۵- شناسایی دانشجویان مبتلا به مشکلات روانی و ارجاع آنها به مراکز تخصصی‌تر با استفاده از سیستم ارجاع؛
- ۵-۵- نظارت بر بهداشت روانی دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی؛
- ۶-۵- آموزش کارکنان مراقبت بهداشتی اولیه، پرستاران کالجها، مشاوران و پزشکان دوره دیده مراکز درمانی و مشاوره‌ای دانشجویی در زمینه نیازهای دانشجویان؛
- ۷-۵- ارائه فرصت‌های آموزشی به کارکنان و پرسنل مراکز مشاوره دانشجویی.
- ۶- ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و فراهم آوردن شرایطی برای دسترسی هر چه بیشتر دانشجویان به این خدمات

- 6-1- ارزیابی عملکرد پزشکان عمومی، کارکنان بهداشتی و درمانی و مشاوران در زمینه ارائه خدمات به دانشجویان؛
- 6-2- شناسایی راه‌هایی برای دسترسی بیشتر و سریعتر دانشجویان به مراکز بهداشتی و درمانی؛
- 6-3- ایجاد شرایطی جهت دسترسی به موقع دانشجویان به پزشکان متخصص جهت تشخیص و درمان و استفاده از سایر خدمات روانشناختی؛
- 6-4- استفاده از مشاوران دو زبانه برای کمک به دانشجویانی که انگلیسی زبان دوم آنها محسوب می‌شود.
- 7- کاهش زمان انتظار در دریافت خدمات روانشناختی برای دانشجویان مبتلا به مشکلات دانشجویی
- 7-1- کاهش زمان انتظار برای دانشجویانی که به مراکز درمانی ارجاع شده‌اند؛
- 7-2- دسترسی دانشجویان به خدمات بهداشت روانی در سطح جامعه؛
- 7-3- افزایش تعداد دانشجویانی که در طول نیمسال تحصیلی توسط پزشک یا مشاور مراکز دانشجویی ویزیت می‌شوند.
- 8- ارتقای سطح کیفیت خدمات برای دانشجویان مبتلا به مشکلات روانی
- 8-1- ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده به دانشجویان؛
- 8-2- سهولت دسترسی دانشجویان مبتلا به مشکلات روانی به اطلاعات مورد نیاز؛
- 8-3- پیشنهاد گزیده‌های درمانی متفاوت به دانشجویان با در نظر گرفتن نیازها، جنسیت و پیشینه فرهنگی آنها؛
- 8-4- حمایت از دانشجویانی که در فهرست انتظار هستند و یا دانشجویانی که به تازگی درمان را به پایان رسانده و به کلاس بازگشته‌اند؛

- ۵-۸- کاهش رفتارهای خود ایدایی در دانشجویان.
- ۹- شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان مراقبت بهداشتی و درمانی دانشجویان و نیز افزایش آگاهی آنها در زمینه شناسایی دانشجویانی که وابستگی به الکل دارند.
- ۱-۹- افزایش آگاهی و قابلیت^{۲۰} کارکنان مراقبت بهداشتی اولیه در ارزیابی و تشخیص مشکلات مربوط به مصرف الکل در دانشجویان؛
- ۲-۹- برنامه ریزی برای کمک به دانشجویانی که بیش از مقدار توصیه شده الکل مصرف می کنند (HOCU, 1990).

هدف پژوهش

با توجه به اهمیت موضوع سلامت روانی دانشجویان و نیز افزایش روزافزون جمعیت دانشگاهی کشورمان بر آن شدیم تا درباره سلامت روانی (افسردگی) دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بررسی مقدماتی به عمل آوریم. هدف پژوهش پاسخ به سؤالات زیر بوده است:

۱- میزان افسردگی در دانشجویان رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی چقدر است؟

۲- آیا بین میزان افسردگی دختران و پسران تفاوت معنی داری وجود دارد؟

۳- آیا بین میزان افسردگی دانشجویان مجرد و متأهل تفاوت معنی داری وجود دارد؟

۴- آیا بین میزان افسردگی دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معنی داری وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که برای اجرای آن ۱۲۰ نفر از دانشجویان رشته روانشناسی بالینی (۶۰ نفر دختر و ۶۰ نفر پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم از بین کلیه دانشجویان روان‌شناسی بالینی ورودی در سال ۱۳۷۸ تا ورودی مهرماه سال ۱۳۸۱ انتخاب شده‌اند. کل جمعیت دانشجویی ۶۷۵ نفر است که ۵۸۰ نفرشان دختر و ۹۵ نفر پسر بودند. از بین ۱۲۰ نمونه انتخاب شده، ۵۵ (۴۹٪) بومی، ۶۵ (۵۱٪) غیربومی بودند. از این میان، ۲۸ (۲۳/۳٪) نفر متأهل و ۹۲ (۷۶/۶٪) نفر مجرد بودند. ۵۷ (۴۷/۴٪) شان در گروه سنی ۱۹-۲۱ سال و ۶۳ (۵۲/۶٪) شان در گروه سنی ۲۲-۲۴ سال قرار داشتند. پس از انتخاب کلیه نمونه‌ها، ابتدا پرسشنامه ویژگیهای جمعیت شناختی، که متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، بومی و غیربومی بودن را مورد بررسی قرار می‌داد، در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت. برای سنجش افسردگی نیز از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) دارای ۲۱ ماه است که با همفکری متخصصان بالینی در مورد نشانه‌های مرضی بیماران افسرده تدوین شده است. بررسیها نشان داده‌اند که نمره مساوی یا بالاتر از ۱۶ به عنوان نقطه بُرش برای سرند کردن اختلالات خلقی انتخاب شده است (پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۰). برتری این پرسشنامه این است که برای سنجش شدت افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت www.SID.ir بهنجار معتبر است (ویلیامز، ۱۹۸۴؛ به نقل از ابراهیمی، ۱۳۷۱). اعتبار

و پایایی این پرسشنامه در بیشتر پژوهشها تأیید شده است. پایایی پرسشنامه افسردگی بک را در ایران پورشهباز (۱۳۷۲) در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داد. ضریب همبستگی نمرات هر بخش با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵ بوده است. پایایی آزمون با روش دو نیمه کردن با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن - براون ۰/۸۱ بوده است. برای ارزیابی و تفسیر یافته‌ها و آزمون فرضیه‌های آماری از روشهای آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون t و آزمون کای دو استفاده شده است. ضمناً کلیه محاسبات آماری با استفاده از برنامه رایانه ای SPSS انجام گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱، توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان فراوانی افسردگی در نمونه‌های پژوهش به تفکیک جنس ارائه شده است. همچنان که مشاهده می‌شود با توجه به سؤال اول پژوهش - یعنی «میزان افسردگی در نمونه‌های پژوهشی چند درصد است؟» - یافته‌ها نشان می‌دهند که (۰/۷۰/۸) نمونه‌های پژوهش افسرده نبودند و (۰/۱۹/۱) در حد خفیف، (۰/۶/۶۶) در حد متوسط، و (۰/۳/۳۳) در حد نسبتاً شدید و (۰/۰/۸۳) در حد شدید افسرده بودند.

جدول ۱- بررسی میزان افسردگی دانشجویان رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

کل		دانشجویان دختر		دانشجویان پسر		جنسیت میزان افسردگی
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۷۰/۸	۸۵	۶۱/۶	۳۷	۷۸	۴۷	بدون افسردگی (۰-۱۰)
۱۹/۱	۲۳	۲۳/۳	۱۴	۱۵	۹	افسردگی خفیف (۱۱-۱۶)
۶/۶۶	۸	۸/۳۳	۵	۵	۳	افسردگی متوسط (۱۷-۲۰)
۳/۳۳	۴	۶/۶	۳	۱/۶	۱	افسردگی نسبتاً شدید (۳۱-۳۰)
۰/۸۳	۱	۱/۶	۱	۰	۰	افسردگی شدید (۳۱-۴۰)
۰	۰	۰	۰	۰	۰	افسردگی خیلی شدید (۴۰ و بالاتر)
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	کل

در پاسخ به پرسش دوم مبنی بر اینکه آیا میزان افسردگی در دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است می توان گفت که دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر افسردگی بیشتری دارند (جدول شماره ۲) و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۲- میانگین نمرات افسردگی دانشجویان دختر و پسر روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

P	t	انحراف معیار	میانگین	افسردگی	
				دختر	پسر
P<۰/۰۰۵	۱/۱۲	۸	۹/۸	دختر	۶/۵
				پسر	۵/۴

با توجه به یافته‌های جدول شماره (۲) می‌بینید که میزان افسردگی در دختران بیشتر از پسران است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($P < ۰/۰۰۵$).

در مورد سؤال پژوهشی سوم مبنی بر این که آیا میزان افسردگی در دانشجویان مجرد بیش از دانشجویان متأهل است نتایج آزمون t نشان داده‌اند (جدول ۳) که بین میانگین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$); یعنی میزان افسردگی در دانشجویان مجرد بیش از دانشجویان متأهل است.

جدول ۳- میانگین نمرات افسردگی دانشجویان مجرد و متأهل رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

P	t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	افسردگی	
					متغیر	متأهل
P<۰/۰۰۵	۱/۰۷	۷	۵/۴	۹۲	مجرد	۲۸
					متأهل	۵/۶

در مورد سؤال پژوهشی چهارم مبنی براین که آیا بین میزان افسردگی در دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معنی داری وجود دارد نتایج آزمون t نشان دادند (جدول شماره ۴) که بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۴- میانگین نمرات افسردگی دانشجویان بومی و غیر بومی رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

P	t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	افسردگی
					گروه ها
$P < ۰/۰۵$	۱/۱۳	۶/۲	۴	۷۴	بومی
					غیربومی
		۷/۶	۶/۷	۴۶	

بحث و نتیجه گیری

بر پایه یافته های به دست آمده در پژوهش حاضر شیوع افسردگی در دانشجویان رشته روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با توجه به نمره برش ۱۶, ۲۹/۸۲٪ بوده است و این یافته با نتایج بررسیهای ترکان (۱۳۷۷)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴)، احمدی (۱۳۷۴)، یعقوبی (۱۳۷۷)، عکاشه (۱۳۷۹)، کافی و همکاران (۱۳۷۷)، حسینی و موسوی (۱۳۷۹)، لستر و همکاران، (۱۹۸۸)، لاپس لی (۱۹۸۹)، کاشانی و پرایس می یر (۱۹۸۳)، اندلیچ (۱۹۹۰)، گاماتا و ناگوشی (۱۹۹۵) همسو است. مقایسه میانگین نمرات دانشجویان پسر و دختر نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که شیوع افسردگی در دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است ($P < ۰/۰۱$).

این یافته با نتایج بررسیهای ترکان (۱۳۷۳) و عکاشه (۱۳۷۹) همخوانی دارد اما با یافته‌های باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴)، حسینی و موسوی (۱۳۷۹)، کافی و همکاران (۱۳۷۷)، یعقوبی (۱۳۷۷) و احمدی (۱۳۷۴) همسو نیست. علت تناقض موجود در مطالعات مختلف را می‌توان ناشی از اشکالات روش شناختی (متدولوژی) و یا ویژگیهای خاص نمونه‌ها دانست. چنانچه در نمونه حاضر اکثر دانشجویان دختر مجرد و غیربومی بودند و در خوابگاه‌ها به سر می‌بردند زندگی در خوابگاه به نوبه خود می‌تواند برای بسیاری از دانشجویان استرس‌زا باشد. مقایسه میانگین نمرات دو گروه از دانشجویان بومی و غیربومی نشان داد که میزان افسردگی در دانشجویان غیربومی بیشتر از بومی است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$). این یافته با نتایج بررسیهای کافی و همکاران (۱۳۷۷)، باقری و همکاران (۱۳۷۴) همخوانی دارد و با یافته‌های یعقوبی (۱۳۷۷)، حسینی و موسوی (۱۳۷۹) همسو نیست. عدم هماهنگی در نتایج بررسیهای موجود می‌تواند دال بر دیگر متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار باشد. عامل دیگری که در این پژوهش بررسی شده بررسی میزان شیوع افسردگی در دانشجویان مجرد و متأهل است. یافته‌ها نشان می‌دهند که دانشجویان مجرد در مقایسه با دانشجویان متأهل در حد معنی‌داری افسرده هستند ($P < 0/05$). این یافته با نتایج مطالعات باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴)، حسینی و موسوی (۱۳۷۹) همخوانی ندارد.

با توجه به نتایج به دست آمده در این بررسی و شیوع نسبتاً زیاد افسردگی در بین دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، ضرورت انجام مداخلاتی در راستای پیشگیری و درمان مشکلات روانی دانشجویان احساس می‌شود. البته ناگفته نماند که مراکز مشاوره دانشجویی در تمامی دانشکده‌های دانشگاه‌های

تحت پوشش وزارت علوم و وزارت بهداشت فعالاند و بسیاری از این مراکز دارای روانپزشک، روانشناس بالینی و مشاور هستند و خدمات روان درمانی، مشاوره‌ای و دارو درمانی را برای دانشجویان فراهم می‌سازند. برخی از راهکارهای ارائه شده در بالا، نظیر ارائه آموزش یا تهیه و توزیع نشریات آموزشی، در مراکز مشاوره دانشجویی ایران انجام می‌شود. بنابراین، از نیروهای متخصص و کارشناسانی که با این مراکز همکاری دارند می‌توان برای اجرای برخی از مدل‌های مداخله‌ای کمک گرفت. نویسندگان مقاله بر این اعتقادند که می‌توان تلفیقی از راهبردهای موجود در مدل‌های مختلف را در جهت ارتقای سطوح سلامت روانی دانشجویان کشورمان به کار گرفت. برخی از مدل‌های مداخله‌ای نظیر مدل مداخله‌ای دانشگاه بوستون را می‌توان با در نظر گرفتن نیازهای دانشجویان ایرانی و برنامه ریزی صحیح در دانشگاه‌های ایران به اجرا درآورد. به علاوه، مداخله‌هایی را که هرون (۱۹۹۰) برای حل مشکلات روانی دانشجویان در نظر گرفته است می‌توان به راحتی در بسیاری از مراکز دانشجویی دانشگاه‌های کشورمان به اجرا درآورد. یکی از موارد پیشنهادی وی آموزش مهارت‌های حل مسئله به دانشجویان است. آموزش مهارت‌های حل مسئله که از دیدگاه هرون (۱۹۹۰) جزو مداخلات تسهیلی به شمار می‌رود، سبب می‌شود که دانشجویان به مهارت‌های سازشی مناسب برای مقابله با فشار روانی (استرس) مجهز شوند. چنین چیزی می‌تواند از بروز مشکلات روانی در دانشجویانی که استرس‌هایی را تجربه می‌کنند و همچنین از تشدید مشکلات روانی در دانشجویان بیمار جلوگیری به عمل آورد. دانشگاه آکسفورد امریکا نیز پروژه عظیم و گسترده‌ای را در زمینه ارتقای سطح بهداشت روانی دانشجویان شروع کرده است. اجرای این پروژه به دلیل نیاز به بودجه فراوان و منابع نیروی انسانی

متخصص کافی ممکن است در حال حاضر در دانشگاه‌ها عملاً قابل اجرا نباشد ولی برخی از راهبردها و راهکارهای مطرح شده را می‌توان با حداقل هزینه و بهره‌گیری از امکانات موجود در دانشگاه‌های کشورمان به کار بست؛ این موارد عبارتند از:

- ۱- افزایش آگاهی کارکنان مراکز مشاوره دانشجویی و دانشجویان از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا کلاسهای فوق برنامه در دانشگاه‌ها؛
- ۲- تدوین سیاستهای آموزشی جدید برای کمک به دانشجویان مبتلا به بیماریهای روانی؛
- ۳- اصلاح قوانین و سیاستهای آموزشی موجود که بر سلامت روانی دانشجویان تأثیرگذار هستند؛
- ۴- اختصاص اتاقی در دانشکده‌ها برای آموزش به دانشجویان و ارائه اطلاعات لازم به آنها در زمینه مسائل روانی؛
- ۵- تهیه و توزیع نشریات، جزوه‌ها و راهنماهای خودیاری درباره موضوعات مختلف بهداشت روانی برای کمک به دانشجویان؛
- ۶- اجرای طرح گروه‌های هم‌تا در دانشگاه‌ها برای شناسایی و ارجاع دانشجویان بیمار؛
- ۷- نظارت مستمر بر بهداشت روانی دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشجویی؛
- ۸- ایجاد شرایطی برای دسترسی هر چه بیشتر و بهتر دانشجویان به مراکز بهداشتی درمانی و تخصصی؛
- ۹- کاهش زمان انتظار برای دانشجویانی که نیازمند درمان هستند؛

- ۱۰- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها، کارشناسان و دست‌اندرکاران مراکز مشاوره دانشجویی؛
- ۱۱- برنامه ریزی برای افزایش آگاهی دانشجویان تازه‌وارد.

امید است که با به‌کارگیری راهکارهای پیشنهادی و با در نظر گرفتن نیازهای دانشجویان، شرایط فرهنگی اجتماعی و اقتصادی کشورمان بتوانیم گام بلندی در روند ارتقای سطح سلامت روانی دانشجویان برداریم.

فهرست منابع

الف) فارسی

۱. ابراهیمی، امرا.. (۱۳۷۱)؛ بررسی تفاوت شیوه‌های مقابله با استرس و کیفیت اجتماعی در جانبازان قطع نخاعی افسرده و غیر افسرده مقیم منزل؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
۲. احمدی، جمشید (۱۳۷۳)؛ «میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی (اهواز، ۱۳۷۱)»؛ فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱۴.
۳. پرویزی فرد، علی‌اکبر، و بهروز بیرشک، محمداکرم عاطف وحید، جلال شاکری (۱۳۸۰)؛ «بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معنادان جویای درمان و افراد بهنجار»؛ فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۲۰.

۴. پورشهباز، عباس (۱۳۷۲)؛ *رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان خون*؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

۵. حسینی، سید حمزه و سید ابراهیم موسوی (۱۳۷۹)؛ «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران»؛ *نامه مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال ۸، شماره ۱۹.

۶. کافی، سید موسی، و جعفر بوالهدی، حمید پیروی (۱۳۷۹)؛ «بررسی رابطه وضعیت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان»؛ *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴.

۷. عکاشه، گودرز (۱۳۷۹)؛ «بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان»؛ *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴.

۸. یعقوبی، حمید (۱۳۷۷)؛ «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان»؛ *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، شماره ۲۷ و ۲۸.

(ب) لاتین

1. Burge, & Lester, D. (1999); "Depressive and Manic Tendencies in High School and College Students"; *Psychol Report*, Dec. 85(3pt2), pp.11-18.
2. Courtenay, W.H. (1998); "College Men's Health: An Overview and a Call to Action"; *Journal of College Health*, 46, PP. 279-287.
3. Department of Mental Health (1990); *Health Oxfordshire Colleges and University*; Student Mental Health Project.

4. Endlich, E. (1990); "Depression and Attribution for Problems and Solutions in College Students"; *Psychol Report*, Feb, 66(1), PP.2-5.
5. Heron, J. (1990); *Helping the Cling*; PP.5-6.
6. Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998); *Comprehensive Textbook of Psychiatry*; Baltimor: Williams & Wilkins.
7. Kashani, JH. & Priesmeyer, M. (1983); "Differences in Depressive Symptoms and Depression Among College Student"; *American Journal of Psychiatry*, Aug, 140(8), pp. 1081-2.
8. Lapsley, DL. (1989); "Psychological Separation and Adjustment to College"; *Journal of Counselling Psychology*, 36, PP. 286-294.
9. Oconnor, E.M. (2001); "Student Mental Health: Secondary Education no More"; *Monitor on Psychology*, 32(8), PP. 1-4.
10. Lester, D. & Abdel-Khalek, AM. (1998); "Depression in College Students in the United States and Kuwait"; *Psychol Report*, Oct, 83 (2), pp. 410-415.
11. WHO. (1993); *Psychosocial and Mental Health, Aspects of Womens Health*; Geneva: World Health Organization.