

سلامت روان دانشجویان و نقش آموزش عالی: گردآوری تحلیل برنامه‌ها و مداخلات موجود

* آمنه صدیقیان بیدگلی

* استادیار پژوهشگاه مطالعات فرهنگی، اجتماعی و تمدنی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، تهران، ایران sedighian@iscs.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۶

صص: ۱۶۸-۱۵۱

چکیده

از جمله مسائل مهم در جامعه، اختلالات سلامت روان و داغ ننگ پیرامون آن است؛ وجود این مشکل منجر به عدم پیگیری درمان و نیز انزوای بیشتر افراد می‌شود و روابط آن‌ها در جامعه به خطر می‌اندازد. پیامدهای ناگواری از قبیل خشونت، افسردگی، خودکشی، رفتارهای آسیب‌زننده به خود و دیگران و مواردی از این قبیل، نتایج محتمل این مسئله اجتماعی هستند. این مقاله بر اساس پژوهشی است که تلاش کرده تا با بررسی برنامه‌های دانشگاه‌های پیشگام در جهان، سازوکارها و الگوهای مورد استفاده توسط آن‌ها در بحث سلامت روان دانشجویان را گردآوری و تحلیل نماید. نظریات فناوری اجتماعی، پیوند اجتماعی و یادگیری اجتماعی مورد استفاده قرار گرفتند. این مطالعه توصیفی-تحلیلی با روش تحلیل محتوا به بررسی اسناد از پیش موجود می‌پردازد. جامعه آماری، تمامی برنامه‌ها و راهبردهایی است که در دانشگاه‌های کشورهای آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا در ارتباط با پیشگیری و مواجهه صحیح با داغ ننگ اختلالات سلامت روان بکار بسته شده است. بر این اساس، حدود ۱۲۷ ایده مرتبط یافت شد که بعد از پالایش آن‌ها، نهایتاً ۵۳ برنامه انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که متغیرهای اصلی در پیشگیری و مواجهه با داغ ننگ اختلالات سلامت روان عبارت‌اند از آگاهی بخشی، تغییر رفتار، شبکه حمایتی، مشارکت دانشجویی، راه‌حل‌های تشخیص سلامت روان و نرم‌افزارها.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، داغ ننگ، افسردگی، دانشگاه، پیشگیری، آموزش عالی.

نوع مقاله: علمی

۱- مقدمه

سرزنش یا کاهش ارزش در فرایند قضاوت منفی در مورد یک فرد یا گروه است [۴۶]. مشخصاً، برچسب یا استیگما وضعیتی و شرایط نامطلوبی در جامعه است که همچون خصیصه منفی به فرد تحمیل می‌شود و او با همان وجه ناخوشایند و ناخواسته شناخته می‌شود؛ برچسب‌ها تنوع گوناگونی را شامل می‌شوند و از خصیصه‌های جسمانی مانند چلاق، کور تا ویژگی‌های روحی-روانی مانند خل‌وچل یا دیوانه و حتی ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی مانند بی‌کلاس، پایین‌شهری و غیره را شامل می‌شوند؛ اما مشخصه تمامی آن‌ها این است که فرد

یکی از مسائل مهم در جامعه دانشجویی همچون سایر خرده جمعیت‌ها، مسئله برچسب‌های پیرامون چالش‌های سلامت روان (بیماری‌ها و اختلال‌های روانی و در حالت حاد آن، خودکشی و رفتارهای آسیب‌زننده به خود و دیگران) است. این برچسب‌ها یا برچسب‌ها، فرایند پذیرش و درمان بیماری را با مشکل مواجه می‌کنند و یکی از علت‌العلل‌های ناکامی در کاهش مسائل مرتبط با سلامت روان و خودکشی محسوب می‌شوند. برچسب مرتبط با سلامت به‌طور مشخص عبارت است از روند اجتماعی، پیش‌بینی یا تجربه‌شده که مشخصه آن محرومیت، طرد،

نویسنده عهده‌دار مکاتبات: آمنه صدیقیان بیدگلی sedighian@iscs.ac.ir



از این روی، این پژوهش در صدد است تا با بررسی برنامه‌ها و کنش‌های دانشگاه‌های پیشگام در جهان در حیطه مداخلات اجتماعی و فرهنگی، سازوکارها و الگوهای مورد استفاده توسط آن‌ها را گردآوری و تحلیل نماید.

در ارتباط با اهمیت مساله، پیش از هر چیز، پرداختن به آمارها و شیوع‌شناسی مشکلات و معضلات پیرامون سلامت روان و تأثیرپذیری‌اش از داغ ننگ موضوع حائز اهمیتی است که در ادامه مورد اشاره قرار گرفته است؛ بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود چهارصد و پنجاه میلیون نفر از مردم جهان به طریقی از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند [۲۳]. طبق آخرین پژوهش‌ها، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کشور ۲۳،۶ درصد است که حدود ۱۲،۵ میلیون نفر از جمعیت گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال ایران از یکی اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند که شایع‌ترین آن‌ها افسردگی (با شیوع ۱۲،۷ درصد) و اضطراب (با شیوع ۱۵،۶ درصد) است.^۱

اما در میان دانشجویان، مطالعات پیشین بر برخی مسائل اجتماعی توجه کرده که بعضی از آن‌ها همان ریشه‌های روانی و فیزیولوژیک را داشته و در بحث از سلامت روان مطرح هستند (مشخصاً خودکشی و خشونت/پرخاشگری)؛ از جمله در پژوهش [۱۳]، مرور نظام‌مندی بر مسائل اجتماعی دانشجویان صورت گرفت که در مورد خودکشی آمارهای قابل‌اعتنایی ملاحظه می‌شود:

در مطالعه [۹] در مورد دانشجویان علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸،۱۱ درصد از دانشجویان دارای افکار خودکشی بوده‌اند؛ در مطالعه [۲]، میزان شیوع خودکشی در میان دانشجویان علوم پزشکی اصفهان برابر با ۲۹،۷٪ بوده است؛ همچنین، در مطالعه [۱۰] نیز میزان این مسئله در میان دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان برابر با ۱۰ درصد بوده است.

در بحث از تفاوت‌های مکانی مربوط به افکار و تمایلات خودکشی در میان دانشجویان در استان‌های گوناگون کشور در نقشه GIS همان‌گونه که در شکل ۱ ملاحظه می‌گردد، همچنان بخش مهمی از استان‌ها یا فاقد پژوهش مرتبط بوده و یا دارای پژوهش بوده ولی آمار آن‌ها قابل‌دسترسی نبوده است. استان کرمان با میانگین حدوداً

را کم‌ارزش و بی‌ارزش کنند و در یک مقایسه معیوب، هویت او را مخدوش نموده و تمایزاتی را بین خودی و غیرخودی ایجاد کنند [۵].

همان‌طور که در ادامه ملاحظه خواهد شد، علیرغم اهمیت و فراوانی آماری قابل‌توجه این پدیده در جهان و در ایران، بخش زیادی از افرادی که از این بیماری‌ها رنج می‌برند، برای درمان به روان‌پزشک و روان‌شناس مراجعه نمی‌کنند. جدا از مسائلی که فرد به لحاظ رفتاری و روانی با آن دست‌به‌گریبان است، بخش مهمی از این موضوع به نوع برخورد جامعه و تجربه زیسته فرد از واکنش اجتماع (اعضای خانواده، بستگان، دوستان، همکاران و غیره) بازمی‌گردد. این برخوردها عموماً با خصیصه کلی طرد (عدم همدلی، غیر پذیرا بودن و مواردی از این قبیل) مشخص می‌شوند و باعث می‌شوند دانشجویان آسیب‌دیده، پیگیری و درمان بیماری را اصطلاحاً پشت گوش انداخته و حتی نسبت به آن واکنش منفی نشان داده و دیگران را در این مورد مقصر بدانند.

پیش‌فرض این پژوهش این است که بخشی از دانشجویان همچون دیگر گروه‌های جمعیت تحت تأثیر چالش‌های مرتبط با سلامت روان (مانند خشونت، افسردگی، خودکشی و غیره) قرار دارند. این‌که بخشی از واقعیت سلامت روان هر فرد وابسته به متغیرهای روانی و فیزیولوژیکی است، امری غیرقابل‌کتمان است و بررسی این متغیرها و روابط مابین آن‌ها قطعاً نیازمند مطالعات حرفه‌ای توسط متخصصان این رشته‌ها (همچون روان‌شناسان، روان‌پزشکان، متخصصان داروسازی، متخصصین مغز و اعصاب و سایر حرفه‌های مرتبط) است؛ اما آنچه در پژوهش‌های این حوزه در علوم اجتماعی حائز اهمیت است، پرداختن به تأثیر و تأثراتی است که متغیرهای اجتماعی و فرهنگی بر متغیرهای مرتبط با سلامت روان دارند.

بنابراین، بخشی از دانشجویان نیز از این معضل و پیامدهای ناگوار آن مستثنا نبوده و به‌نوعی با آن درگیر هستند و برای سیاست‌گذاران فرهنگی و حوزه آموزش عالی بسیار جالب و حائز اهمیت است که بدانند دانشگاه‌های پیشگام در سراسر جهان از چه مداخلات، ابتکار عمل‌ها و برنامه‌هایی برای مهار و کاهش این مسئله اجتماعی استفاده می‌کنند.

۱. مدیرکل دفتر سلامت روانی و اجتماعی وزارت بهداشت به نقل از

<https://www.irna.ir/news/83148256/>

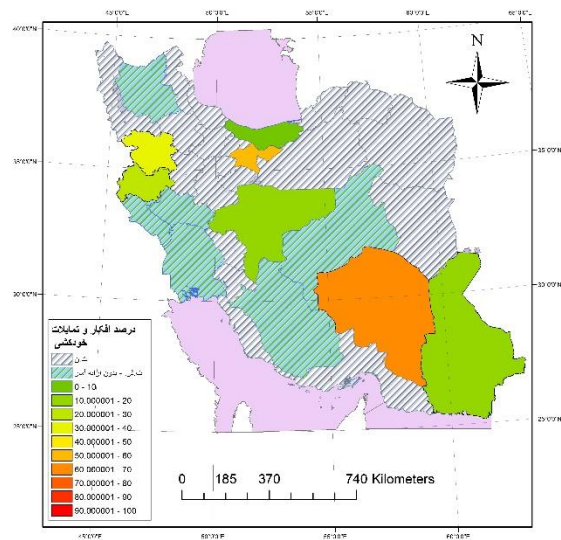
در بحث از خشونت نیز ملاحظه شد که این موضوع در وضعیت آماری قابل توجهی است؛ مثلاً در مطالعه علیوردی‌نیا بر روی دانشجویان دانشگاه مازندران (۱۳۹۲)، وجود رفتارهای خشونت‌آمیز در میان دانشجویان برابر با ۶۱٫۱٪ بوده است؛ همچنین، در مطالعه ملکشاهی (۱۳۸۶) بر روی دانشجویان دانشگاه لرستان، میزان خشونت به تفکیک ابعاد گوناگون ارائه شده است که بر این اساس، خشونت کلامی برابر با ۳۸٫۱٪، خشونت فیزیکی برابر با ۱۴٫۳٪ و تجربه خشم برابر با ۱۷٫۳٪ و نهایتاً تجربه خصومت برابر با ۸٪ بوده‌اند.

بنابراین، همان‌طور که ملاحظه می‌شود وضعیت سلامت روان و چالش‌های مرتبط با آن در کشور مطلوب نبوده و نیازمند توجهات جدی است. بر این اساس، موضوع داغ یا برچسب‌های اجتماعی تا حد بسیاری در ایران در ارتباط با مسائل مرتبط با بهداشت و سلامت روان حائز اهمیت است.

اهمیت این آمارها و شرایط، زمانی بیشتر نمایان می‌شود که گفته شود قریب به اتفاق این اختلالات در صورتی که به موقع تشخیص داده شوند و مداخلات لازم را دریافت کنند قابل کنترل و درمان هستند؛ در حالی که موانع اجتماعی و فرهنگی مانند داغ ننگ این بیماری‌ها، خود مسئله‌ای اجتماعی است که در مجموعه دوره‌های باطلی منجر به مسائل دیگری مانند خودکشی، افزایش خشونت‌ها، کاهش نشاط اجتماعی، افزایش افسردگی و مواردی از این دست می‌شود.

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که نگرش‌های به شدت تبعیض‌آمیزی در مورد بیماران دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان وجود دارند [۲۷] و [۲۸]. در بسیاری از موارد، کلیشه‌های قوی پیرامون خطرناک بودن بیماران دارای این اختلالات و تمایل به فاصله اجتماعی از آنها وجود دارد [۳۵]. برچسب ناشی از بیماری‌های روانی باعث درد و رنج‌های بسیاری برای فرد و خانواده او می‌شوند. برچسب‌ها در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی، مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می‌کنند که به تبعیض و عدم جذب کامل او منجر شده و موجب کاهش

۷۰ درصدی، استان تهران با میانگین حدوداً ۶۰ درصدی و استان کردستان با میانگین حدوداً ۵۰ درصدی، استان‌هایی هستند که بیشترین فراوانی تمایلات و افکار خودکشی در میان دانشجویان در آنها بر اساس مطالعات استانی موجود گزارش شده‌اند. سپس، استان کرمانشاه با میانگین ۳۰ درصدی، استان‌های اصفهان و سیستان و بلوچستان با میانگین ۲۰ درصد و نهایتاً استان مازندران با میانگین ۹٫۶ درصدی در مرتبه بعدی قرار گرفته‌اند.



شکل ۱. نقشه جغرافیایی میزان افکار خودکشی در میان دانشجویان کشور به تفکیک استان

در ادامه، پژوهش [۱۸]، وضعیت این متغیر مربوط به سلامت روان در دانشجویان را با دیگر گروه‌های جمعیت در ایران مقایسه کرده است؛ در مورد تجربه اقدام به خودکشی، میانگین درصدی آن در بین دانش‌آموزان ۱۵٪، در میان دانش‌آموزان دختر برابر با ۳۰٪، در بین دانش‌آموزان پسر برابر با ۲۵٪، در میان نوجوانان و جوانان برابر با ۳۲٪، در میان مردان ۱۶٪ و در میان زنان ۳۶٪ و نهایتاً در میان عامه مردم ۱۲٪ بوده است. در مورد میانگین درصدی نگرش به خودکشی در مجموع تحقیقات ۲۰ سال اخیر نیز ملاحظه می‌شود ۳۰٪ از دانش‌آموزان دختر، ۳۲٪ از دانش‌آموزان پسر، ۳۶٪ از زنان، ۲۸٪ از مردان، ۳۰٪ از نوجوانان و جوانان، ۳۵٪ از بیماران و ۱۹٪ از عامه مردم تجربه فکر کردن و تمایل نسبت به اقدام کردن برای خودکشی را داشته‌اند؛ بنابراین، ملاحظه می‌شود که فارغ از جمعیت دانشجویی و غیر دانشجویی، آمار این مسئله و جدیت آن به حدی است که باید به آن توجه جدی شود.

۱. با توجه به بار منفی کلمه «بیماران روانی»، تصمیم گرفته شد تا در طول پژوهش از عبارت «بیماران دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان» استفاده شود.

از این روی، این پژوهش، برنامه‌های اجرا شده و تجربه دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی در کشورها را بررسی می‌کند. بررسی تجربه دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی در این کشورها در مورد پیشگیری از برچسب اجتماعی مرتبط با مشکلات سلامت روان می‌تواند پیشنهادهای در جهت کاربرد این راهبردها در نظام آموزشی عالی و دانشگاهی در ایران به دست دهد؛ بنابراین، پرسش‌های اصلی و فرعی به شرح ذیل مطرح بوده است:

- دانشگاه‌های پیشگام از چه سازوکارهایی برای پیشگیری و مواجهه با داغ ننگ پیرامون مسائل سلامت روان دانشجویان استفاده می‌کنند؟
- از چه رویکردهایی برای تحلیل پیشگیری از داغ ننگ پیرامون سلامت روان می‌توان استفاده نمود؟
- چه متغیرهای پرتکراری در این مدل‌ها وجود دارد؟

۲- مبانی نظری و پیشینه

در ادامه، طیفی از نظریات پیرامون داغ ننگ اختلالات سلامت روان ارائه شده است که از زوایای تئوریک، ابعاد گوناگون این پدیده را مورد مذاقه و بررسی قرار داده‌اند. پیش از آن، تعاریفی از مفاهیم اصلی و مرتبط با این پژوهش نیز ارائه شده است.

داغ ننگ! گافمن، داغ ننگ را احساسی معطوف به بدنام‌شدن یک شخص می‌داند و می‌گوید: «فردی ممکن است در تعامل اجتماعی به سادگی پذیرش شود اما به واسطه خصایصی که دارد ممکن است خودش را تحمیل نموده و نظر هر کسی که او را می‌بیند را نسبت به خودش تغییر دهد. او یک ننگ دارد. ما واژه‌های ویژه ننگ همچون فلج، کودن و غیره را در صحبت‌های روزانه به عنوان نوعی از استعاره و تشبیه بکار می‌بریم و تمایل داریم تا رشته وسیعی از نقص‌ها و عیب‌ها را بر پایه عیب اصلی در شخص ببینیم» [۳۴].

داغ ننگ اختلالات سلامت روان: داغ ننگ انواع گوناگونی دارد و می‌تواند بر صفات گوناگون (جسمانی، روانی، فرهنگی و غیره) ارجاع داشته باشد. گافمن سه طبقه از داغ ننگ ارائه می‌دهد که عبارت‌اند از داغ ننگ جسمانی (مانند افراد فلج، افراد مبتلا به بیماری‌هایی چون

اعتمادبه‌نفس، احساس شرم، انزوای اجتماعی، چالش‌هایی در پیدا کردن شغل و مسکن و بهره‌مندی از امکانات اجتماعی می‌شوند. از این روی، افرادی که دچار این بیماری‌ها هستند به طرق گوناگونی تحت تأثیر نشانه‌های این قبیل بیماری‌ها (مانند اضطراب، توهم، هذیان و غیره) بوده و این مسائل بر شغل، زندگی مستقل و رضایت آن‌ها از زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و در چنین شرایطی، برداشت غلط جامعه و ایجاد برچسب اجتماعی منجر به تضعیف و از دست دادن اعتمادبه‌نفس آن‌ها می‌شود [۴۱].

از سوی دیگر، بیماران به این دلایل احساس شرم و ناامیدی می‌کنند و برای جبران این تفاوت‌ها سعی در پنهان نمودن آن می‌کنند و با گوشه‌گیری و کناره‌گیری از اجتماع، خود را محافظت نموده و تمام این‌ها نهایتاً به محروم‌سازی فرد از حقوق فردی، اجتماعی و شهروندی‌اش منجر خواهند شد [۵].

همچنین، لازم به ذکر است که در زمینه مسائل اجتماعی، فارغ از سهم زیاد پژوهش‌های اپیدمیولوژیک [۱۳]، ارائه الگوهای پیشگیرانه، سیاست‌ها و برنامه‌های اتخاذشده در نظام‌های آموزش عالی و دانشگاه‌ها به‌ندرت به چشم می‌آید. حاصل این فرایند، انجام انبوهی از تحقیقات با محوریت توصیف یا علت‌کاوی این مسائل بوده است. گرچه اهمیت آن دست از پژوهش‌ها نیز قابل‌انکار نیست، ولی انجام پژوهش‌های این‌چنینی که در پی تحلیل تجربیات جهانی و الگوهای موجود است می‌تواند منجر به بارش افکاری‌اشود که نهایتاً فرصت‌های مهمی برای سیاست‌گذاری‌های صحیح فراهم آورد.

در این پژوهش، انتخاب کشورها و طبعاً دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی بر اساس تجارب موفق آن‌ها صورت خواهد گرفت. اگرچه به‌صورت گشوده تمام برنامه‌ها در فضای وب جستجو می‌شوند ولی طبق مطالعات قبلی [۲۰] و [۱۳]. به مرور مشخص شده که برنامه‌های پیشگیرانه در برخی از کشورها و دانشگاه‌ها به‌مراتب جدی‌تر و پرنرنگ‌تر از سایر کشورها بوده است. در واقع، انتظار این‌گونه برنامه‌های پیشگیرانه را می‌توان در کشورهایی مانند ایالات متحده، کانادا، استرالیا و انگلستان به‌مراتب بیش از سایر کشورها داشت.

2. Sigma
3. Mental health stigma

1. Brainstorm



تغییر ظاهر، تغییر نام یا اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است برچسب او آشکار شود، انجام شود. سپس، توجیه قرار دارد که در این ارتباط، فرد ممکن است سعی کند برچسب خود را توجیه کند. این کار می‌تواند از طریق ارائه توضیحات یا دلایلی برای داشتن برچسب، انجام شود. نهایتاً طی سازوکاری به نام تغییر تعریف، فرد ممکن است سعی کند تعریف برچسب خود را تغییر دهد. این کار می‌تواند از طریق برجسته کردن جنبه‌های مثبت برچسب یا ارائه تعریف جدیدی از آن، انجام شود [۲۶].

- رویکرد فناوری اجتماعی

[۲۹] از عبارت هنر اجتماعی برای اشاره به روش‌هایی استفاده نمود که ارجاع به پیشرفت‌های هر جامعه‌ای دارد؛ او معتقد است دانشمندان علوم اجتماعی افرادی هستند که پیش‌بینی‌هایی را مطرح می‌کنند و هنر اجتماعی آن چیزی است که مسیرهایی را برای رسیدن به آن اهداف و پیش‌بینی‌ها ارائه می‌کند. فناوری اجتماعی معنی دوگانه مهندسی اجتماعی و نرم‌افزارهای اجتماعی را در درون خود دارد.

«فناوری اجتماعی»^۱ به معنی استفاده از تکنولوژی در راستای اهداف اجتماعی یا تسهیل فرایندها و رویه‌های اجتماعی به وسیله نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای اجتماعی است [۴۴] و [۲۴]. در این راستا از تئوری‌ها و روش‌های علوم اجتماعی در راستای اهداف خاص (همچون حل مسائل اجتماعی) استفاده می‌شود و راه‌حلی با کمک تکنولوژی برای مسائل اجتماعی یافت می‌شود [۳۳].

تکنولوژی اجتماعی یا «مهندسی اجتماعی»^۲ مبتنی بر ایده‌ی «پیشرفت و بهبود اجتماعی»^۳ است. [۳۸] با تغییر رادیکال و ایده‌آل‌گرا و حداکثری نهادها و ساختارهای اجتماعی که مبتنی بر یک رویکرد دگماتیک باشد مخالف است و معتقد است باید به ایده‌ی «مهندسی تدریجی»^۴ یا مهندسی اجتماعی که به دنبال تغییر مثبت و درعین حال تدریجی عملکرد نهادها و ساختارها در مقیاس کوچک است رجوع نمود؛ او معتقد است این رویکرد می‌تواند به کاربرد نظریات و اصلاح و تعدیل آن‌ها بیانجامد. این نوع

ایدز و غیره)، داغ ننگ شخصیت (شامل افراد مبتلا به مشکلات ذهنی، سوابق جنایی، گرایش‌های جنسی و غیره) و داغ ننگ قبیله‌ای (که اشاره به نژاد، مذهب و ملیت دارد و از طریق دودمان و نسب انتقال داده می‌شوند) [۳۴].

یکی از این عوامل، عامل جسمی است. داغ جسمی، وضعیتی است که در آن فرد در معرض ارزیابی دیگران قرار دارد و باید تلاش کند تا تصویر مطلوبی از خود ارائه دهد. داغ فرهنگی، وضعیتی است که در آن فرد در معرض ارزیابی دیگران قرار دارد و باید تلاش کند تا تصویر مطلوبی از خود ارائه دهد. این ارزیابی ممکن است بر اساس ویژگی‌های فرهنگی فرد باشد. به عنوان مثال، افراد دارای ملیت، مذهب، یا قومیت غیرمتعارف، ممکن است در معرض داغ فرهنگی قرار گیرند [۲۶].

داغ ننگ اختلالات روان را می‌توان بر اساس طبقه دوم، یعنی داغ ننگ شخصیت مورد بررسی قرار داد. داغ روانی، وضعیتی است که در آن فرد در معرض ارزیابی دیگران قرار دارد و باید تلاش کند تا تصویر مطلوبی از خود ارائه دهد. این ارزیابی ممکن است بر اساس ویژگی‌های روانی فرد باشد. این قبیل داغ‌ها اشاره به مشکلات روحی و روانی از قبیل بیماری‌های روانی، اختلالات روانی و مواردی از این دست دارند که روند پذیرش و درمان بیماری را با مشکلات جدی مواجه می‌کنند [۴۶].

همچنین، گافمن استیگما را به عنوان یک فرآیند سه مرحله‌ای می‌بیند؛ بازشناسی، اولین گام در فرآیند استیگما است که می‌تواند توسط دیگران یا حتی توسط خود فرد یا گروه انجام شود. سپس، پذیرش قرار دارد، بدین معنی که پس از بازشناسی، فرد یا گروه ممکن است این برچسب را بپذیرد و خود را با آن تعریف کند. این پذیرش می‌تواند به دلایل مختلفی، مانند احساس ناامیدی، ترس یا عدم توانایی مقابله با تبعیض، رخ دهد. در مرحله بعد نیز، واکنش قرار دارد که طی آن، دیگران نیز ممکن است به فرد یا گروه دارای برچسب منفی واکنش نشان دهند. این واکنش می‌تواند مثبت، منفی یا بی‌تفاوت باشد.

لازم به ذکر است که گافمن معتقد است افراد دارای استیگما ممکن است برای رهایی از برچسب منفی خود تلاش کنند. این تلاش‌ها می‌تواند به شکل‌های مختلفی انجام شود، از جمله این که فرد ممکن است سعی کند برچسب خود را پنهان کند. این کار می‌تواند از طریق

1. social technology
2. social engineering
3. social advancement
4. Piecemeal engineering

اجتماعی که افراد را با یکدیگر مرتبط می‌کنند، ساختار اجتماعی موجود را نمایان می‌سازد. در واقع تأثیر متقابل کنترل‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی است که می‌تواند به تولید بازدارندگی منتهی گردد؛ بنابراین، تضعیف نهادهای میانجی و کنترل‌کننده (همچون خانواده، مدارس و دانشگاه‌ها و ...) و در واقع تضعیف ساختار کنترل اجتماعی غیررسمی در نهایت به افزایش سرمایه‌گذاری در کنترل اجتماعی رسمی که غالباً به شکل مجازات رسمی نمایان می‌شود منجر می‌گردد. با فقدان سازوکارهای میانجی معتبر و قابل اتکا، گسترش نامناسب مجازات و اصلاحات قانونی گریزناپذیر خواهد بود [۴۳]؛ بنابراین، این دیدگاه اشاره به برنامه‌هایی در این پژوهش دارند که از جمله مکانیسم‌های عملکردی خود را بر تقویت مشارکت و پیوندها میان افراد و گروه‌ها بنا نهاده‌اند.

- نظریه یادگیری اجتماعی

این نظریه نیز مربوط به پارادایم فرایند اجتماعی است؛ این نظریه «مسئله یا انحراف را محصول آموخته‌هایی می‌داند که افراد در خلال فرآیندهای یکسان یادگیری، در بستر کلی جامعه و به شکلی مشابه با آموزش‌های هم‌نویانه فرامی‌گیرند اما الگوهای متمایز با الگوهای غالب و مسلط در جامعه دارند» [۷]. چراکه نظریه یادگیری اجتماعی نظریه‌ای فرآیندی است؛ چنین نظریه‌هایی به دنبال کشف چگونگی شکل دادن رفتار توسط تأثیرات اجتماعی (خانواده، مذهب، سیاست و صنعت) یا همان جامعه‌پذیری در طول زمان هستند [۴۵].

این نظریه متشکل از چهار مفهوم بنیادین بوده که متأثر از فرهنگ عمومی، ساختار جامعه، گروه‌ها و زمینه‌های تعامل اجتماعی در محیط -حجم و اندازه نمونه- است [۲۲]. این چهار متغیر نظریه یادگیری اجتماعی عبارت‌اند از: پیوند افتراقی، تقویت افتراقی، تقلید و تعریف.

• پیوند افتراقی^۵: اولین اصل نظریه یادگیری اجتماعی بر مبنای نظریه ساترلند است. مهم‌ترین منابع پیوند افتراقی خانواده و دوستان هستند که فرد ارتباط مستقیم با آن‌ها دارد ولی گروه‌های ثانویه از قبیل رسانه جمعی، اینترنت و گروه‌های مجازی که فرد ارتباط غیرمستقیم با آن‌ها دارد نیز به فرایند یادگیری کمک می‌کنند [۲۲].

تکنولوژی اجتماعی می‌تواند تخصصی جامعه‌شناختی را فراهم آورد که به مدیریت مسائل اجتماعی از طریق کمک به حکومت‌ها و سیاست‌گذاران منجر گردد. نظریات به دست آمده از این فرایند می‌تواند به «تحلیل اندیشه» برای برنامه‌هایی به قصد حکمرانی و حل مسائل از پیش تشخیص داده شده بیانجامد.

برنامه‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری دارای این پیش‌فرض هستند که مسائل دنیای واقعی را می‌توان با برنامه‌نویسی حل نمود و برای اصلاح قواعد، هنجارها و فرایندهای مشکل‌آفرین می‌توان از این قبیل تکنولوژی‌ها استفاده نمود. بیماری‌های هر دولتی می‌تواند با تشخیص، تجویز و درمان از طریق محاسبات و مداخلات تکنولوژیک پیشگیری شود [۴۰].

- نظریه پیوند اجتماعی

این نظریه مربوط به پارادایم فرایند اجتماعی است؛ سرشناس‌ترین نظریه پرداز این حوزه تراویس هیرشی می‌باشد که نظریه کنترل اجتماعی‌اش را در سال ۱۹۶۹ صورت‌بندی کرد. او علت هم‌نویایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آن‌ها دانسته است. وی مدعی است که پیوند میان فرد و جامعه مهم‌ترین علت هم‌نویایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن علت اصلی کج‌رفتاری است [۱۲]. وی بر این اعتقاد است که کج‌رفتاری زمانی واقع می‌شود که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف باشد یا گسسته شود. او عناصری از قبیل: «دلبستگی فرد به افراد خانواده و نهادهای اجتماعی»، «تعهد نسبت به جامعه»، مشارکت در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی^۶ و «باور و وفاداری فرد به ارزش‌ها و هنجارهای اخلاقی و اجتماعی»^۴ را پیونددهنده افراد به یکدیگر و جامعه می‌داند [۳۰] و [۱۱].

در صورتی که هزینه‌های مجازات اندک باشد، تأثیر کنترل‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی تضعیف خواهد شد؛ بنابراین، هزینه‌های مجازات و انتقادهای اجتماعی مرتبط با آن‌ها مستقیماً بر تأثیرگذاری کنترل‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارند. این عوامل و شبکه‌های

1. Attachment
2. Commitment
3. Involvement
4. Belief

5. Differential association



زمینه‌هایی چون سابقه بیماری روانی، گسیختگی خانواده، تجارب دردناک، نابسامانی اقتصادی، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی می‌دانند. همراهان در مواجهه با حضور بیمار روانی در خانواده به کنش‌های متفاوتی بر اساس پذیرش یا عدم پذیرش بیماری روانی دست می‌زنند که دامنه آن از کتمان و انکار تا ترحم و پذیرش و درمان بیماری در نوسان است. [۱] در پژوهشی تأثیر برجسب‌ها یا استیگما بر روند اختلالات روانی را در میان متخصصان مورد بررسی قرار دادند. متغیر مرکزی نیز ارتقای آگاهی افراد بود. آن‌ها همچنین اشاره می‌کنند ارتقای دانش و آگاهی مردم از طریق راه‌اندازی کمپین‌های رسانه‌ای می‌تواند تأثیر بسیار مهمی در این زمینه در برداشته باشد. [۲۱] در پژوهشی کیفی سعی نموده استیگمای مربوط به بیماری‌های روانی را بررسی نماید. استیگما (داغ ننگ) یک برساخته اجتماعی_ فرهنگی سیال و زنده است که افراد و گروه‌های زیادی در جوامع انسانی با آن مواجه‌اند. این پژوهش نشان می‌دهد که داغ ننگ‌سازی افراد درگیر با افسردگی، برساخت‌های اجتماعی فرهنگی بوده و در پزشکی‌شدن افسردگی سهم چشمگیری داشته است. در پژوهش [۴] با عنوان «انگ در نظام سلامت: مقاله مروری» عنوان شده که برجسب‌ها به بیماری‌های اعصاب و روان منجر به تحمیل بار اضافی این بیماری‌ها بر بیماران می‌گردد. یافته‌ها نشان داد که عوامل مؤثر و ایجادکننده استیگما در نظام سلامت با توجه به مرور متون شامل تأثیر فرهنگ، عدم آشنایی ارائه‌دهندگان سلامت با تجربیات این بیماران، دیدگاه نامناسب نسبت به بیماران، عدم درمان مناسب، عدم همدلی، ارتباط نامناسب، عدم نظر گرفتن حقوق بیماران و عدم رعایت حریم خصوصی بیمار می‌باشد.

[۳۹] در پژوهشی با رویکرد ترکیبی مسائل سلامت روان را به عنوان اولویت جهانی توسعه عنوان کرده‌اند و دیدگاه‌های منفی نسبت به این بیماران را حائز اهمیت دانسته‌اند. پنداشت و تجربه دانشجویان نسبت به استیگما توسط مصاحبه‌های عمیق با نمونه ۳۰ نفری بررسی شد. میانگین شاخص کل داغ ننگ سلامت روان برابر با ۳۰٫۷ بود. [۴۲] اشاره می‌کنند که افزایش تعداد دانشجویان بین‌المللی در دانشگاه‌های ژاپن باعث شده است تا آن‌ها حمایت‌های مربوط به سلامت روان را به‌عنوان یکی از مسئولیت‌های اصلی‌شان افزایش دهند ولی مشکل این

• تقویت افتراقی؛ دانیل گلیزر مدعی است که در فرآیند ارتکاب انحرافات و آسیب‌های اجتماعی، ساترلند قابلیت‌های تصمیم‌سازی و پذیرش نقش فرد را نادیده می‌گیرد. او معتقد است ارتباط با کج‌رفتاران یا افراد مبتلابه یک مسئله به‌خودی‌خود ضرری ندارد مگر اینکه به حدی برسد که شخص خود را با آن‌ها یکی بیندارد و از آن‌ها هویت بگیرد [۱۲].

• تقلید؛ تقلید به معنای الگوبرداری از یک رفتار، در مراحل اول یادگیری رفتار نابهنجارانه با اهمیت است اما بعدازآن تأثیر کمتری در آن رفتار دارد. منابع تقلید از طرفی والدین، دوستان و معلمان و از سوی دیگر منابعی همچون رسانه‌ها را شامل می‌شوند [۱۴].

• تعاریف؛ فرآیندی است که طی آن افراد رفتارشان را توجیه، تفسیر، ارزیابی کرده و سپس درست و غلط آن را مشخص می‌کنند. تعاریف نگرش‌هایی مثبت، منفی و خنثی‌کننده درباره رفتارهایی خاص است که به‌وسیله‌ی فرایند پیوند افتراقی، تقلید و کنش متقابل با منابع متنوع یادگیری که در محیط اجتماعی یک شخص واقع شده، یاد گرفته می‌شوند و موقعیتی را به‌عنوان فرصت یا عدم فرصت برای نگرش‌ها و رفتارهای نابهنجارانه فراهم می‌کنند [۱۱].

در واقع، رویکرد یادگیری اجتماعی، معتقد به یادگیری الگوهای هم‌نوا یا غیر هم‌نوا با هنجارها و ارزش‌های اجتماعی است. فرایند یادگیری می‌تواند از طریق دوستان و خانواده یا از طریق گروه‌های ثانویه همچون رسانه‌های جمعی، اینترنت و گروه‌های مجازی اتفاق بیافتد.

همچنین، در ادامه به بررسی پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش پرداخته شده است. از آنجایی که پژوهش کاملاً مرتبطی ملاحظه نشده است، تحقیقات نسبتاً در این ارتباط ذکر شده و نسبت آن‌ها با پژوهشی فعلی توضیح داده شده است.

برخی از پژوهش‌ها عمدتاً به مقوله برجسب اختلالات روان توجه کرده‌اند و بر اهمیت آن تأکید کرده‌اند؛ از جمله، [۱۶] در پژوهشی کیفی در مورد دلایل و پیامدهای بیماری روانی، مصاحبه‌شوندگان بیماری روانی را حاصل

1. Differential reinforcement
2. Imitation
3. Definition

ایرانی بررسی کرده‌اند که خارج از تمرکز این پژوهش است.

در یک جمع‌بندی، برخی از پژوهش‌های بررسی‌شده از نوع مروری بوده ولی عمده آن‌ها به بررسی میدانی تأثیر داغ ننگ بر رفتارهای مرتبط با درمان در میان بیماران دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان پرداخته‌اند. در برخی از آن‌ها که به‌صورت کیفی انجام شده است، تجربه و درک همراهان بیمار، نوع مواجهه دوستان و اطرافیان، کادر درمان و اطرافیان فرد از لحاظ نگرش‌های غیر همدلانه و برجسب‌زننده نیز بررسی شده‌اند. در این تحقیقات بر سابقه بیماری مرتبط با اختلالات سلامت روان در مورد فرد و اطرافیان و خانواده او، گسیختگی خانواده، تجارب دردناک عاطفی، نابسامانی‌های اقتصادی، زوال شبکه‌های حمایتی، تأثیر فرهنگ، عدم همدلی و عدم در نظر گرفتن حقوق این بیماران تأکید شده است همچنین، بسیاری از پژوهش‌ها نیز صرفاً به بررسی اثربخشی یک مداخله روان‌شناختی یا یک برنامه این‌چنینی بر سلامت روان دانشجویان پرداخته‌اند که عمدتاً در تحقیقات روان‌شناختی و با روش آزمایشی گروه مداخله و گروه کنترل انجام شده‌اند. برخی تحقیقات نیز صرفاً به شیوع‌شناسی اختلالات سلامت روان پرداخته‌اند. اما در پژوهش کنونی، با روشی متفاوت نسبت به تحقیقات پیشین از طریق روش تحلیل محتوا، با بررسی منابع موجود از طریق سایت‌های دانشگاه‌ها به بررسی برنامه‌ها یا ابتکار عمل‌های بکار گرفته شده توسط دانشگاه‌های جهان برای بهبود سلامت روان در مورد دانشجویان دارای اختلالات سلامت روان پرداخته می‌شود تا برای اولین بار در کشور لیست کاملی از اقدامات به کار گرفته شده توسط آن‌ها بر مبنای تنوع ایده‌های بکار گرفته‌شده، استخراج و طبقه‌بندی شود. طبعاً، این دسته‌بندی موضوعی و تشریح اقدامات بر اساس رویکردهای نظری و تحقیقات موجود کمک می‌کند تا تنوعی از ایده‌ها شناسایی و توصیف شوند. در واقع، پژوهش فعلی، نه صرفاً به ارزیابی و توصیف یک مداخله مرتبط، بلکه به گردآوری، تدوین، دسته‌بندی و تحلیل طیفی از برنامه‌ها و مداخلات انجام‌شده توسط دانشگاه‌ها در کشورهای گوناگون اقدام کرده است. در این دسته‌بندی و تحلیل‌ها از طیفی از دیدگاه‌های نظری مانند نظریه گافمن، رویکرد فناوری اجتماعی و غیره نیز استفاده شده است.

است که داغ ننگ مربوط به این بیماری‌ها باعث می‌شود بسیاری از افراد برای درمان مراجعه نکنند.

همچنین، معدود پژوهش‌هایی وجود دارند که برنامه‌های سلامت روان را در برخی دانشگاه‌ها بررسی کرده‌اند؛ از جمله، در پژوهشی [۲۵] وضعیت فرهنگ سلامت روان در پنج دانشگاه کانادا و مهارت‌های مقابله‌ای دانشجویان را بررسی نمودند و در راستای تشخیص نیازهای مربوط به سلامت روان دانشجویان، خدمات سلامت روان را در آموزش‌های دوران دانشگاه بررسی نمودند. آن‌ها نتیجه گرفتند که اگرچه دانشگاه‌های کانادایی، آگاهی در مورد مسائل سلامت روان را افزایش می‌دهند، ولی همچنان زیرساخت‌های حمایتی کافی برای آن‌ها در دانشگاه‌ها از جمله در زمینه منابع موردنیازشان در دسترس نیست. بررسی سیستماتیک منتشر شده [۲۷] نیز نشان داد که برنامه‌های سلامت روان در قالب مداخلات دانشگاه می‌توانند به کاهش علائم اختلالات روانی در دانشجویان کمک کنند. این مطالعه شامل ۲۱۲ مطالعه بود که در مجموع بیش از ۲۵۰۰۰ شرکت‌کننده را بررسی کرد. نتایج نشان داد که این برنامه‌ها می‌توانند به کاهش علائم افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن و اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد کمک کنند. این برنامه‌ها همچنین می‌توانند به بهبود عملکرد تحصیلی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کمک کنند که انواع مختلفی دارند، از جمله آموزش مهارت‌های زندگی، مشاوره و درمان و خدمات پشتیبانی اجتماعی.

همچنین، برخی از تحقیقات موجود صرفاً به بررسی اثربخشی یک مداخله روان‌شناختی در بین دانشجویان پرداخته‌اند که عمدتاً در تحقیقات روان‌شناسان و با روش‌های آزمایشی گروه کنترل و گروه مداخله ملاحظه می‌شود [۳] و [۶] و [۳۶] که طبعاً خارج از اهداف دقیق این پژوهش هستند. برخی مطالعات نیز صرفاً به شیوع‌شناسی اختلالات روان در جامعه دانشجویی توجه کرده‌اند؛ از جمله در پژوهش [۳۲] ملاحظه شد که حدود نیمی از دانشجویان کارشناسی در طول دوران دانشگاه، میزانی از اختلالات سلامت روان را تجربه کرده‌اند و درصد کمی از این دانشجویان نشانه‌ها و علائم بیماری دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان را داشته‌اند. در پژوهش‌های داخلی نیز تحقیقات فراوانی همچون پژوهش [۹]، [۲] و غیره، شیوع اختلالات روان را در دانشجویان



۳- روش‌شناسی

نحوه و سازوکار مواجهه کارآمد با چالش‌های سلامت روان دانشجویان، مخصوصاً موانع مرتبط با داغ ننگ ارائه شده است. پیش از ورود به توصیف برنامه‌های انتخاب‌شده، نمایی کلی از فهرست این برنامه‌ها به همراه کشورها و دانشگاه‌هایی که این برنامه‌ها در آنجا ارائه شده‌اند، فراهم شده است. ۵۳ برنامه‌ی انتخاب‌شده در بین چهار کشور آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا پراکنده شده‌اند. با توجه به تعداد دانشگاه‌های آمریکا، ۱۸ برنامه در این کشور اجرا شده است، در رتبه بعدی کشور کانادا با ۱۴ برنامه قرار دارد، در رتبه سوم کشور استرالیا با ۱۱ برنامه و در رتبه چهارم انگلستان با ۸ برنامه قرار دارند. دانشگاه‌های مشارکت‌کننده در اجرای این برنامه‌ها نیز بعضاً مجری بیش از یک برنامه بوده‌اند، به‌عنوان مثال: دانشگاه کلرادو آمریکا با برنامه‌های «تو» و «جلوگیری از آسیب»، دانشگاه کینگز کانادا با برنامه‌های «هیپفای» و «۷ فنجان»، دانشگاه بریستول انگلستان با برنامه‌های «سامانه پیامکی ۲۴ ساعته» و «پلیکیشن سم»، دانشگاه وسترن سیدنی استرالیا با برنامه‌های «حمایت ۲۴ ساعته در بحران» و «ماه بهزیستی و سلامت روان».

جدول ۱. ماتریس نام، کشور و دانشگاه‌های برنامه‌هایی که مورد استناد بوده‌اند

ردیف	نام برنامه	کشور	دانشگاه
۱	«دایره شش‌نفره»	آمریکا	لیولا مریلند
۲	«هر ذهنی مهم است»	آمریکا	کالیفرنیا
۳	«سفیران سلامت روان»	آمریکا	آپالچیان
۴	«بحث گروهی»	آمریکا	کلایتون
۵	«ذهن‌های فعال»	آمریکا	مین
۶	«هزار و صد صندلی خالی»	آمریکا	مینه‌سوتا
۷	«دیوار آگاهی از سلامت روان»	آمریکا	اوهایو
۸	«تو»	آمریکا	کلرادو
۹	«جلوگیری از آسیب»	آمریکا	کلرادو
۱۰	«بازی کاگنتیو»	آمریکا	آیوا
۱۱	«بهتر از بهتر»	کانادا	کینگز
۱۲	«مجله سلامت روان»	آمریکا	میشیگان
۱۳	«هیپفای»	کانادا	کینگز
۱۴	«آن‌جا باش»	کانادا	کوبینز
۱۵	«فیلم‌هایی برای سلامت روان»	کانادا	براندون

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و با استفاده از روش تحلیل محتوا در زمره مطالعات کاربردی قرار دارد. جامعه آماری این پژوهش، تمامی طرح‌ها، برنامه‌ها، مدل‌ها و راهبردهایی است که در دانشگاه‌های کشورهای انگلیسی‌زبان در ارتباط با پیشگیری و مواجهه صحیح با اختلالات سلامت روان تعریف و بکار بسته شده است. محقق برای انتخاب دانشگاه‌ها، طبق تجربیات و بینش‌های پیشین به‌دست‌آمده، کشورهایی که با احتمال بیشتری طرح‌ها و مدل‌های خلاقانه و موفق‌تری را ایجاد کرده‌اند [۲۰] و [۳۲] را انتخاب می‌کند؛ این کشورها عبارت‌اند از آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا. طبیعتاً این تحدید نمونه به‌صورت هدفمند انجام شده است چرا که انتظار می‌رفته تعداد برنامه‌های مرتبط در این کشورها بیشتر باشد. بر این اساس، حدود ۱۲۷ ایده مرتبط در بررسی مفصل سایت‌های دانشگاه‌ها و منابع موجود در بستر اینترنت یافت شد که به مقوله پیشگیری، درمان و مداخله مؤثر نسبت به چالش‌های سلامت روان پرداخته‌اند. در نهایت، ۵۳ برنامه انتخاب شدند. در بین این کشورها، با کلیدواژه‌های مرتبط برنامه‌های مربوط به سلامت روان از اطلاعات منتشرشده در وبسایت دانشگاه‌ها جستجو می‌شوند و طرح‌ها، مشخصات و انواع به‌دست‌آمده مورد اشاره قرار می‌گیرند و در مرحله بعدی، تلخیص، طبقه‌بندی و تحلیل اطلاعات از متن‌ها آغاز می‌شود. همچنین، سعی شده، ورای تحلیل محتوا، ربط و پیوند اطلاعات بدست آمده با بینش‌های نظری پیش‌گفته مورد بحث قرار گیرد.

۴- یافته‌های پژوهش

در این بخش، یافته‌های تحقیق در دو جدول مفصل ارائه شده‌اند که داده‌های هر یک توصیف خواهد شد. در مجموع می‌توان مشاهده نمود که دانشگاه‌های متعددی از کشورهای گفته‌شده برنامه‌های متنوعی را برای پیشگیری و مواجهه با اختلالات مرتبط با سلامت روان اتخاذ و اجرا کرده‌اند.

در جدول ۱، فهرست برنامه‌های به‌دست‌آمده دانشگاه‌های کشورهای آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا در ارتباط با

1. Content Analysis

انجمن خدمات دانشجویی کانادا و انجمن ملی سلامت روان	کانادا	«برنامه سلامت روان دانشگاه‌ها»	۴۶
وسترن سیدنی	استرالیا	«پادکست‌های صوتی سلامت و شما»	۴۷
مک‌کوآری	استرالیا	«مایند اسپات-کلینیک دیجیتال سلامت روان استرالیا»	۴۸
کوبینز	کانادا	«کلینیک مجازی تائو: همیار آنلاین درمان»	۴۹
ملبورن	استرالیا	«گروه‌های آبی ذی‌نفعان دانشگاه در قالب رویداد علمی»	۵۰
انجمن خدمات دانشجویی کانادا و انجمن ملی سلامت روان	کانادا	«برنامه سلامت روان دانشگاه‌ها»	۵۱
نورث‌ایسترن	آمریکا	«زدودن استیگما»	۵۲
سن‌دیاگو	آمریکا	«مواجهه با داغ ننگ، پیشبرد امید»	۵۳

در ادامه در جدول ۲، ماتریس متغیرهایی که در تحلیل داده‌های حاصل از برنامه‌ها حائز اهمیت بوده‌اند و مورد استفاده واقع شده‌اند ارائه شده است. شماره برنامه‌ها در ماتریس از ۱ تا ۵۳ در محور افقی ارائه شده و در محور عمودی، متغیرها آورده شده است؛ هر متغیر که در مورد یک برنامه صدق کند، به‌صورت ستاره مشخص شده و مواردی که مصداق آن نبوده‌اند به‌صورت خط تیره. همچنین، شماره برنامه‌ها بر اساس برنامه‌هایی است که به ترتیب در متن توصیف برنامه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

در مجموع، ۸ متغیر استخراج شده از برنامه‌ها عبارت‌اند از: آگاهی‌بخشی، تعدیل رفتار، شبکه حمایتی، مشارکت دانشجویی، فعالیت‌های ورزشی، گیمیفیکیشن، تشخیص سلامت و نرم‌افزارها. لازم به ذکر است که در برخی از برنامه‌ها ممکن است فقط یکی از این متغیرها وجود داشته یا هم‌زمان از چند مورد از آن‌ها استفاده شده باشد. فراوانی کاربرد متغیرها در برنامه‌ها به ترتیب بدین‌صورت

سایمون فریزر	کانادا	«۷۶۴ بادکنک»	۱۶
ماساچوست	آمریکا	«درخت ضد استیگما»	۱۷
ویک فارست	آمریکا	«تنوی نقطه‌ویرگول»	۱۸
کینگز	کانادا	«۷ فنجان»	۱۹
واترلو	کانادا	«اینجا ۲۴ هفت»	۲۰
کمبریج	کانادا	«همه با هم»	۲۱
بريستول	انگلستان	«سامانه پیامکی ۲۴ ساعته»	۲۲
وسترن سیدنی	استرالیا	«حمایت ۲۴ ساعته در بحران»	۲۳
جان مورس	انگلستان	«خود احتمالی من: اپلیکیشن سلامت روان»	۲۴
بريستول	انگلستان	«اپلیکیشن سم»	۲۵
آریزونا	آمریکا	«مودفیت»	۲۶
داندی	انگلستان	«کمپین اختلالات مرتبط با سلامت روان در رسانه‌ها»	۲۷
بیرمنگام	انگلستان	«اولین کمک‌رسان‌ها»	۲۸
ویکتوریا	کانادا	«های‌فایو»	۲۹
میشیگان	آمریکا	«شبکه حمایتی وولورین»	۳۰
لایستر	انگلستان	«روز سلامت روان»	۳۱
وسترن سیدنی	استرالیا	«ماه بهزیستی و سلامت روان»	۳۲
گریفیس	استرالیا	«روز تو خوب هستی؟»	۳۳
کارلتون	کانادا	«توقف داغ ننگ و ماه آگاهی‌بخشی در مورد سلامت روان»	۳۴
مک‌مستر	کانادا	«هفته سلامت روان»	۳۵
پلایموث	انگلستان	«کافه سلامتی»	۳۶
داندی	انگلستان	«جایزه حمایت از خلاقیت- های سلامت روان»	۳۷
وسترن اونتاریو	کانادا	«جایزه سلامت روان لورا اوانس»	۳۸
لا	انگلستان	«مشاوره و حمایت از دانشجویان»	۳۹
آرام‌آی‌تی	استرالیا	«مراکز هداسپیس»	۴۰
مک‌کوآری	استرالیا	«یک جوراب ورزشی، یک هدف»	۴۱
سینت میشل	آمریکا	«امید اینجا اتفاق می‌افتد»	۴۲
موناش	استرالیا	«اپلیکیشن هوشمند موبایل با عنوان موناش بی‌سیف»	۴۳
سی‌کیو	استرالیا	«موتور جستجوی اختصاصی سلامت روان»	۴۴
سی‌کیو	استرالیا	«برنامه جامع سلامت روان: اطلاعاتی برای اساتید و مربیان دانشگاه‌ها»	۴۵



در نمونه بعدی، برنامه شماره ۲۶، از ۵ متغیر استفاده کرده است. برنامه «مودفیت» برای تنظیم سلامت روان، دربردارنده ابزارهایی از قبیل فهمیدن خلق و خوی خود، اهداف روزانه، یادآورها کاربر را طبق برنامه پیش می‌برند، کاربر بداند که خوابیدن و ورزش کردن چگونه روی او تأثیر می‌گذارد، تمرین قردرانی، کاربر می‌تواند با تمرین تنفس به خود آرامش دهد، بحث در مورد افکار ناسالم، تکنیک مدیتیشن آگاهی ذهن، پذیرش دارو و مشاوره، اجرای تجارب فردی می‌باشد.

در نمونه سوم، برنامه ۴۸، از ۴ متغیر استفاده کرده است. در برنامه «مایند اسپات-کلینیک دیجیتال سلامت روان استرالیا» آن‌ها تلاش کرده‌اند هر آنچه در یک کلینیک واقعی سلامت روان وجود دارد را در قالب یک کلینیک مجازی ارائه دهند. آن‌ها آزمون‌ها و درمان‌های آنلاین رایگان و با هدایت درمانگر را برای افراد مبتلا به اختلالات سلامت روان اجرا می‌کنند. این ارزیابی‌ها شامل سؤالاتی در مورد نشانه‌های بیماری و چگونگی تأثیر آن‌ها بر سلامت فرد است و تکمیل آن‌ها حدود ۳۰ دقیقه زمان می‌برد. این ارزیابی‌ها باعث می‌شود متخصصان نقطه شروع درمان را مشخص کنند و پس از آن متناسب با شرایط، سلامت فرد را به صورت آنلاین یا تلفنی انجام می‌دهند

است: آگاه بخشی با ۳۶ بار تکرار، شبکه حمایتی با ۳۳ بار تکرار، مشارکت دانشجویی با ۱۸ بار تکرار، تعدیل رفتار با ۱۳ بار تکرار، تشخیص سلامت روان با ۱۰ بار تکرار، استفاده از نرم‌افزارها با ۹ بار تکرار، فعالیت‌های ورزشی با ۴ بار تکرار و گیمیفیکیشن با ۳ بار تکرار.

با توجه به تعداد زیاد برنامه‌ها، برای نمونه به توضیح برنامه‌های کامل‌تری پرداخته می‌شود که از چند متغیر به‌طور هم‌زمان استفاده کرده‌اند. برای مثال برنامه شماره ۳، از ۶ متغیر استفاده کرده است. در برنامه «سفیران سلامت روان»، گروهی از دانشجویان تلاش می‌کنند تا نسبت به مشکلات سلامت روان از طریق ارائه محتوای آموزشی و تعامل با دانشجویان آگاهی‌بخشی نمایند. سفیران تلاش می‌کنند تا دانشجویان به‌طور آزادانه و راحت در مورد این موضوعات صحبت کنند. آموزش‌های انجمن‌های علمی، اساتید و مسئولین دانشکده‌ها در این گروه حدود ۲۰ تا ۵۰ دقیقه زمان می‌برد و به صورت تعاملی ارائه می‌شوند. این آموزش‌ها عبارت‌اند از مدیریت تضاد، چگونگی کمک به یک دوست، چگونگی ارجاع او به مشاوره، روابط سالم، اختلالات افسردگی و خودکشی. همچنین در هفته سلامت «پیاپی روی در سکوت» در فضای دانشگاه به صورت نمادین انجام می‌شود. در محوطه دانشگاه، علائمی نصب شده که با اسکن QR می‌توان اطلاعات و منابع مرتبط با سلامت روان و اهمیت آن را ملاحظه نمود.

جدول ۲. ماتریس توزیع متغیرهای تاثیرگذار

متغیر شماره برنامه	آگاهی بخشی	تغییر رفتار	شبکه حمایتی	دانشجمن	مشارکت	فعالیت های ورزشی	گیمیفیکیشن	تشخیص سلامت	نرم افزارها
۱	*	-	*	-	-	-	-	-	*
۲	*	-	*	-	-	-	-	-	-
۳	*	*	*	*	*	*	-	-	*
۴	-	-	*	*	*	-	-	*	-
۵	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۶	*	-	*	-	*	-	-	-	-
۷	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۸	*	-	*	*	*	-	-	*	-
۹	-	*	-	-	-	-	-	-	*
۱۰	*	*	-	-	-	-	*	-	-
۱۱	*	-	*	-	-	-	*	-	-
۱۲	*	*	*	*	*	-	-	-	-
۱۳	*	-	*	*	*	-	-	*	-
۱۴	*	*	*	*	*	-	-	*	-
۱۵	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۱۶	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۱۷	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۱۸	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۱۹	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۰	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۱	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۲	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۳	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۴	*	-	*	*	*	-	-	*	*
۲۵	*	-	*	*	*	-	-	*	*
۲۶	*	*	*	-	*	-	*	*	*
۲۷	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۸	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۲۹	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۰	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۱	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۲	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۳	-	*	*	*	*	-	-	-	-
۳۴	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۵	*	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۶	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۷	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۸	-	-	*	*	*	-	-	-	-
۳۹	-	-	*	*	*	-	-	-	-
مجموع	۳۶	۱۳	۳۳	۱۸	۴	۳	۱۰	۹	

فرد را به دوره های آموزشی مرتبط یا متخصصان مرتبط ارجاع می دهند. این دوره ها علاوه بر محتوای آموزشی، به شکل جذابی اقدام به ارائه داستان افرادی کرده اند که به طور موفقیت آمیزی با چالش های سلامت روان سروکار داشته اند. محتوای آموزشی به افراد کمک می کند تا درک کنند چرخه مخرب نشانگان بیماری مانند افسردگی از کجا آغاز می شود و چگونه شکسته می شود، مدیریت نشانگان فیزیکی بیماری های روان چگونه است، نحوه تعامل سازنده با دیگران چگونه است و نهایتاً، نحوه غلبه بر ترس یا واکنش های منفی به درمان چه می باشند. همچنین، در طول این آموزش ها، یک درمانگر حرفه ای سوالات افراد را پاسخ می دهد و وضعیت پیشرفت آن ها را به صورت هفتگی رصد می کند و نحوه انگیزش و کاربرد تکنیک ها و آموزه ها را با آن ها تمرین می کند.

۵- بحث و نتیجه گیری

اگرچه اختلالات مرتبط با سلامت روان، موضوعی عمدتاً پزشکی و روان شناختی محسوب می شوند و بررسی این متغیرها و روابط مابین آن ها قطعاً نیازمند مطالعات حرفه ای توسط متخصصان این رشته ها (همچون روان شناسان، روان پزشکان، متخصصان داروسازی، متخصصین مغز و اعصاب و سایر حرفه های مرتبط) است،

اجتماعی قرار می‌گیرند؛ در واقع، تلاش‌هایی همچون برنامه سفیران، مداخلات کمپین‌های رسانه‌ای و گروه‌های دانشجویی و غیره همگی اشاره بدین مهم دارند که یادگیری اجتماعی از طریق منابع گوناگون می‌تواند منجر به تغییر رفتارها و بهبود سلامت روان دانشجویان گردد. این موضوع در گزاره‌های نظریه یادگیری اجتماعی به عنوان یک نظریه کلی در پیش مورد اشاره قرار گرفت. متغیرهای شبکه حمایتی، مشارکت دانشجویی و فعالیت‌های ورزشی در مجموع با ۵۵ بار تکرار در بین برنامه‌ها زیرمجموعه نظریه پیوند اجتماعی قرار می‌گیرند. نهایتاً، متغیرهای گیمیفیکیشن، تشخیص سلامت روان و نرم‌افزارها با ۲۲ بار تکرار در بین برنامه‌ها زیرمجموعه نظریه فناوری اجتماعی قرار می‌گیرند.

جدول ۳. ماتریس جمع‌بندی کشورها، متغیرها و نظریات

کشور	فراوانی برنامه‌ها	متغیر	فراوانی	نظریه
آمریکا	۱۸	آگاهی بخشی	۳۶	یادگیری اجتماعی
		تعدیل رفتار	۱۳	
	۱۴	مجموع	۴۹	
استرالیا	۱۱	شبکه حمایتی	۳۳	پیوند اجتماعی
		مشارکت دانشجویی	۱۸	
		فعالیت‌های ورزشی	۴	
	۸	مجموع	۵۵	
مجموع	۵۳	گیمیفیکیشن	۳	فناوری اجتماعی
		تشخیص سلامت روان	۱۰	
		نرم‌افزارها	۹	
		مجموع	۲۲	

در بحث پیوند بین متغیرها و نظریات، یکی از سازوکارهای اساسی در پیشگیری از داغ ننگ اختلالات سلامت روان دانشجویان، «پیوند اجتماعی یا انسجام افقی» است. همانطور که در تحقیقات پیشین ملاحظه شد [۱]، [۱۶] بخش بزرگی از تلاش‌های دانشگاه‌ها در کشورهای گوناگون برای افزایش سلامت روان دانشجویان معطوف به اهمیت تقویت شبکه‌های حمایتی است، چرا که زوال این شبکه‌های اجتماعی در سطح خانواده، دوستان و غیره منجر به تنش‌های روانی مانند افسردگی، افکار مرتبط با خودکشی و آسیب‌پذیری فرد نسبت به اختلالات سلامت روان می‌شود. همچنین، زوال این شبکه

اما متغیرهای اجتماعی مخصوصاً برچسب منفی این بیماری‌ها یا واکنش‌های طردکننده اجتماع نسبت به این بیماری‌ها و افراد، موضوعی به‌شدت مهم محسوب می‌شوند که نیازمند مطالعات دقیق و تخصصی در علوم اجتماعی هستند. بر این اساس، بررسی این مهم با عنایت به برنامه‌ها و ابتکار عمل‌های دانشگاه‌ها در این زمینه جزو اهداف اصلی این پژوهش بوده است. در واقع، در این پژوهش بررسی ابتکار عمل دانشگاه‌های خارجی، انتخاب کشورها و طبعاً دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی بر اساس تجارب موفق آن‌ها صورت گرفته است.

بر اساس دلالت‌های به‌دست‌آمده از تحقیقات پیشین ملاحظه می‌شود که یکی از مسائل مهم در جامعه دانشجویی همچون سایر خرده‌جمعیت‌ها، مسئله برچسب‌های پیرامون چالش‌های سلامت روان است. این برچسب‌ها که شدیدتر از واکنش‌ها به بیماری‌های جسمانی هستند، بنا به دیدگاه محققان بسیاری همچون ویس و همکاران (۲۰۰۶)؛ گریفیس و همکاران (۲۰۰۶)؛ حیدری و همکاران (۱۳۹۳)، فرایند پذیرش و درمان بیماری را با مشکل مواجه می‌کنند و یکی از علت‌العلل‌های ناکامی در کاهش مسائل مرتبط با سلامت روان و رفتارهای مقابله‌ای، کاهش کیفیت زندگی، تشدید بیماری، سوءمصرف مواد، عدم مصرف دارو، عدم پیگیری درمان و تنش و نابسامانی در خانواده‌ها را موجب می‌شود. حال، آخرین بخش از این پژوهش به فرآیندی رفت و برگشتی بین ادبیات موجود و برنامه‌های دانشگاه‌ها و بر آن اساس، ارائه توضیحات و استخراج متغیرهای منتج از آن‌ها در راستای دستیابی به سطحی از انتزاع و تحلیل اختصاص یافته است و در نهایت پیشنهادهایی برای محققان آتی و کاربست این ایده‌ها ارائه می‌گردد.

در یک نمای کلی همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، جمع‌بندی کشورها، متغیرها و نظریات ارائه شده است. در بحث از توزیع فراوانی برنامه‌ها در بین کشورها، کشور آمریکا با ۱۸ برنامه، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود، بعد از آن کانادا با ۱۴ برنامه، سپس استرالیا با ۱۱ برنامه و در آخر انگلستان با ۸ برنامه قرار دارد. توزیع فراوانی متغیرها به تفصیل در بخش یافته‌ها آورده شده است، در اینجا اشاره به این نکته می‌شود که متغیرهای آگاهی بخشی و تعدیل رفتار در مجموع با ۴۹ بار تکرار در بین برنامه‌ها زیرمجموعه نظریه یادگیری

با شش نفر از اطرافیان نزدیک خود در ارتباط باشد و درخواست کمک و گفتگو نماید.

از سوی دیگر، تمام مباحثی که ذیل آگاهی‌بخشی، حساس‌سازی رسانه‌ای، کمپین‌ها، کنشگری گروه‌های داوطلب دانشجویی، رویدادهای علمی، آموزش‌های رسمی در قالب کارگاه‌ها و دروس دانشگاهی و این قبیل مباحث ارائه شده‌اند همگی در کلیت یادگیری اجتماعی جای می‌گیرند. این یادگیری در دو بخش مجزا با عنوان یادگیری نشانگان اختلالات روان، تفاوت‌های آن‌ها با بیماری‌های جسمانی، علائم فیزیکی این بیماری‌ها، راه‌های مقابله و مدیریت علائمی همچون افسردگی، هراس، اضطراب و غیره ارائه شده است. تجمیع داده‌ها نشان داد ۴۹ برنامه به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از ایده‌ها و گزاره‌های تئوریک به‌دست‌آمده از نظریه یادگیری اجتماعی و مباحث مرتبط با آگاهی‌بخشی و تعدیل رفتار استفاده کرده‌اند و بر ضرورت تقویت این سازوکار تأکید نموده‌اند. نظریه یادگیری اجتماعی نظریه‌ای فرآیندی است؛ چنین نظریه‌هایی به دنبال کشف چگونگی شکل دادن رفتار توسط تأثیرات اجتماعی یا همان جامعه‌پذیری در طول زمان هستند [۴۵]. مهم‌ترین منابع یادگیری نیز خانواده و دوستان هستند که فرد ارتباط مستقیم با آن‌ها دارد ولی گروه‌های ثانویه از قبیل رسانه جمعی، اینترنت و گروه‌های مجازی که فرد ارتباط غیرمستقیم با آن‌ها دارد نیز به فرایند یادگیری کمک می‌کنند [۲۲]. به‌عنوان نمونه برنامه «آنجا باش» در دانشگاه کوپینز کانادا تلاش می‌کند تا مهارت‌های گفتگوی سالم و مؤثر با دانشجویان آسیب‌پذیر را آموزش دهد.

همچنین، در بحث «فناوری اجتماعی»، ۱۲ برنامه از این فناوری‌ها استفاده کرده‌اند. در قالب فناوری اجتماعی، از ظرفیت‌های فضای مجازی، هوش مصنوعی و شبیه‌سازی‌های چندبعدی، گیمیفیکیشن، اپلیکیشن‌های موبایلی، آزمون‌های آنلاین، درمان و مداخلات شناختی مجازی و مواردی از این دست استفاده می‌شود. مشخصاً در موارد مرتبط ملاحظه می‌شود رصد و پایش سلامت روان از طریق آزمون‌های آنلاین در ۱۰ مورد از برنامه‌ها و ایده گیمیفیکیشن در ۳ برنامه استفاده شده است. به‌عنوان مثال، در «بازی کاگنتیو» در دانشگاه اوهایو است که به شکل خلاقانه‌ای و بر اساس هوش مصنوعی و استفاده از شبیه‌سازی‌ها تلاش می‌کند تا در سناریوهایی

روابط حمایتی همسو با افزایش طرد اجتماعی و برچسب‌ها یا داغ‌نگ این بیماری‌ها خواهد بود و در یک چرخه معیوب منجر به شدت یافتن بیماری در این قبیل افراد می‌شود. از این‌روی، تمایل حداکثری دانشگاه‌ها به چنین مداخلاتی را می‌توان همسو با گزاره‌های نظریاتی همچون داغ‌نگ‌گافمن، نظیه پیوند اجتماعی و غیره دانست.

همچنین این‌که انبوهی از تحقیقات لیست شوند و گفته شود «واقعاً و حقیقتاً» انگ اجتماعی و برچسب‌زنی‌های مخرب می‌توانند بر سلامت انسان‌ها و مشخصاً دانشجویان تأثیر منفی بگذارند، نه‌تنها مشکلی را حل نمی‌کند، بلکه تکرار مکررات خواهد بود. نظریه برچسب‌زنی و گزاره‌های تئوریک آن و مباحث بر ساخت‌گرایانه تقریباً سال‌های سال است که در ایران و جهان مورد توجه بوده و توسط دانشجویان و محققان مورد اشاره و بررسی قرار گرفته‌اند [۸]؛ اما در مقام عمل، تجربه و برنامه دانشگاه‌ها، نظام‌های آموزش عالی و سیاست‌هایی که در زمینه سلامت روان و کاهش انگ‌های اجتماعی اتخاذ کرده‌اند مغفول باقی مانده است.

بر این اساس، تقویت پیوندها و مراقبت‌های بین‌فردی می‌تواند سهم مهمی در پیشگیری از این مسئله داشته باشد. ۵۵ برنامه به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از ایده‌ها و گزاره‌های تئوریک منبعث از این نظریه استفاده کرده‌اند و بر ضرورت تقویت این سازوکار تأکید نموده‌اند. همچنین، ۳۳ برنامه به شبکه حمایتی پرداخته‌اند که این خود لزوماً همسو و همانند با مقوله پیوند اجتماعی نیست، چراکه بخشی از شبکه‌های حمایتی مربوط به تعامل مشاور-بیمار، کمک‌های اضطراری و مواردی از این دست است که لزوماً نمی‌توانند در قالب گزاره‌های پیوند اجتماعی خلاصه شوند. برنامه‌هایی که از این ایده استفاده کرده بودند عبارت‌اند از: مشارکت دانشجویان در گردهمایی‌ها، رویدادها و برنامه‌های جمعی، گسترش مهارت‌های ارتباطی مؤثر و شبکه‌های اجتماعی سالم، اشتراک تجارب افراد آسیب‌دیده با عموم دانشجویان، پیوند با دیگران و گروه‌های همسالان و افزایش همکاری کنشگران. برای مثال، برنامه دایره شش‌نفره در دانشگاه لیولا مریلند نشان می‌دهد پیوند اجتماعی حتی در حالت مجازی‌اش در قالب یک برنامه پیام‌رسان تا چه حد می‌تواند مهم باشد؛ در قالب این برنامه دانشجوی آسیب‌پذیر می‌تواند به‌طور آنی

اساس نظریات موجود در شکل ۲ خلاصه نمود:



شکل ۲. متغیرهای بدست آمده از تحلیل برنامه‌ها بر حسب نظریات مرتبط

در ارتباط با پیشنهادات، اولین بینش به دست آمده که می‌تواند دلالت‌های مهم و کاربردی‌ای برای محققان و سیاست‌گذاران این حوزه داشته باشد، پرداختن به این واقعیت است که همه‌ی این برنامه‌ها، نهایتاً به مداخله در سطح فردی و نه ساختاری توجه دارند. فارغ از انتقاداتی که می‌توان به این نگرش داشت، اما راه‌حل سریع برای کاهش داغ ننگ این بیماری‌ها، تغییر نگرش عامه دانشجویان از یک‌سوی (پیشگیری سطح اول) و بهبود نگرش افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات روان از سوی دیگر (پیشگیری سطح دوم و سوم) است؛ بنابراین، محققان و سیاست‌گذاران باید توجه داشته باشند که نهایتاً، تغییر نگرش و بهبود عملکرد در سه گروه جمعیتی مدنظر خواهد بود (عامه دانشجویان، دانشجویان در معرض خطر و دانشجویان مبتلا به این اختلالات).

عمده فرایند غربالگری و تشخیص جمعیت در خطر در میان دانشجویان از طریق آزمون‌های آنلاین در وبسایت‌ها یا اپلیکیشن‌های موردحمایت دانشگاه‌ها صورت می‌گیرد؛ به نظر می‌رسد مسئولان و محققان باید به این فرایند دقت بیشتری داشته باشند و در گام اول، جمعیت در معرض خطر یا آسیب‌پذیر را در سطح هر دانشگاه، استان و نهایتاً در سطح کل کشور شناسایی نمایند. درواقع، فرایند غربالگری و تشخیص جمعیت در خطر، یکی از اولین گام‌های مداخله‌ای است که به نظر می‌رسد با ابتکار وزارت علوم و وزارت بهداشت می‌تواند از

فرضی، باورداشت‌های دانشجویان نسبت به نوع مواجهه با بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان را تغییر دهد. در ادامه برای درک بهتر به تجمیع و ارائه متغیرهای تأثیرگذار پرداخته شده است. البته لازم به ذکر است که صرفاً بر اساس فراوانی به‌کارگیری این رویکردها و متغیرها نمی‌توان حکم به میزان اهمیت یا تأثیرگذاری آن‌ها داد، اما توجه به میزان اهمیت متغیرها و رویکردهای پرکاربرد می‌تواند برای محققان و سیاست‌گذاران آتی جالب‌توجه باشد.

«آگاهی‌بخشی» قطعاً یکی از متغیرهای کلیدی و تأثیرگذار در برنامه‌های پیشگیری از داغ ننگ سلامت روان دانشجویان است. آگاهی‌بخشی‌ها از طرق گوناگونی از قبیل انتشار محتوای معتبر آموزشی در مورد نشانگان بیماری و نحوه مواجهه صحیح و مدیریت آن تا ارائه دوره‌های آموزشی و تشکیل کمپین‌ها متفاوت هستند. آگاهی‌بخشی‌ها از طریق مراکز مشاوره، متخصصان، دانشجویان داوطلب، انجمن‌ها و کمپین‌ها انجام می‌شوند. همچنین، «استفاده از ظرفیت‌های مرتبط با ورزش» در قالب کمپین‌های پیاده‌روی و مسابقات قهرمانی که با حمایت از دانشجویان مبتلا به اختلالات سلامت روان انجام می‌شوند.

از سوی دیگر، «ارتباط با منابع حمایتی» در قالب تعیین خط تماس ۲۴ ساعته، سامانه پیامکی، چت آنلاین و غیره همگی به دانشجویان امکان می‌دهند در مواقع اضطراری با مشاوران مربوطه یا با دانشجویان داوطلب برای بیان مشکلات روان خود مرتبط شوند. این منابع حمایتی، علاوه بر همدلی و شنیدن مشکلات دانشجویان، ترغیب آن‌ها به مراجعه برای درمان به مراکز مشاوره، کلینیک‌ها و دیگر منابع درون و برون دانشگاه را در اولویت قرار می‌دهند.

همچنین، «ایجاد شبکه اجتماعی دانشجویان آسیب‌پذیر» یکی دیگر از راهکارهای مهم در برنامه‌های پیشگیرانه دانشگاه‌ها است؛ این شبکه حمایتی به صورت مجازی یا در دنیای واقعی در قالب انجمن‌ها و گروه‌هایی شکل می‌گیرد و متشکل از دانشجویان آسیب‌پذیر، عامه دانشجویان و بعضاً متخصصان و مشاوران است. «سفیران دانشجو» نیز چیزی مشابه ایده بسیج دانشجویی است که از ظرفیت دانشجویان داوطلب در راستای حل مسائل گوناگون استفاده می‌کند. می‌توان متغیرهای بدست آمده را بر

برنامه‌ها مدنظر بوده است؛ بدین صورت که دانشگاه‌ها و مشخصاً مراکز مشاوره در دانشگاه و بعضاً دولت، وزارتخانه‌های علوم و بهداشت از ابتکار عمل‌های این زمینه حمایت کرده‌اند و منابعی مالی و تخصصی را در این راستا فراهم کرده‌اند.

همچنین، تعیین خطوط تماس ۲۴ ساعته، ایجاد گروه‌های گفتگوی آنلاین، سامانه پیامکی، امکان درخواست کمک‌های فوری در اپلیکیشن‌های دانشگاه‌ها و مواردی از این دست همگی در قالب حمایت‌های نهادی‌ای می‌گنجد که توسط دانشگاه‌ها، مراکز مشاوره و درمان درون و برون از دانشگاه فراهم شده‌اند و قطعاً از جمله پیش‌شرط‌های اساسی کنش مؤثر (کاهش داغ ننگ اختلالات سلامت روان و ترغیب دانشجویان آسیب‌پذیر به شروع و تداوم درمان) در این زمینه هستند. در واقع، بدون این قبیل حمایت‌های نهادی، بسیاری از ابتکار عمل‌ها مانند سفیران دانشجو، گروه‌های حمایتی و غیره تهی از فایده خواهند شد، چراکه صرف شنیدن تجربیات و مشکلات دانشجویان آسیب‌دیده و همدلی با آن‌ها، تنها بخشی از کارکرد این گروه‌ها است و در وهله بعد، آن‌ها باید بتوانند به نحو مؤثری این قبیل از دانشجویان را به منابع و مراکز مشاوره و درمان ارجاع دهند.

طریق یک سامانه یکپارچه ملی برای تمام دانشجویان کشور به صورت اجباری انجام شود. در ادامه این فرایند، به دلیل احتمال خطا یا پنهان‌کاری در گزارش وضعیت سلامت روان، بهتر است اختیاراتی به نهادهایی مانند مرکز مشاوره دانشگاه و غیره داده شود تا غربالگری‌های اولیه را تدقیق نماید. غربالگری صورت گرفته می‌تواند از طریق داده‌های دیگر که در اختیار ارگان‌های مختلف است بیش از پیش تدقیق شود، برای نمونه می‌توان خانواده‌های نابسامان مانند فرزندان والدین طلاق‌گرفته، فرزندان خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن‌ها سابقه خودکشی داشته یا در بیمارستان اعصاب و روان بستری بوده است، فرزندان والدینی که یا در زندان هستند یا سوء سابقه کیفری دارند، فرزندان والدینی که دچار مشکلاتی همچون بدرفتاری، خشونت، سوء مصرف مواد و غیره بوده‌اند مجدداً غربالگری و مورد توجه بیشتر قرار گیرند. این داده‌ها می‌تواند با همکاری نهادهای مختلف مانند سازمان بهزیستی و غیره در یک سامانه ملی گردآوری و جمع‌آوری گردد.

از سوی دیگر بسیار حائز اهمیت است که توجه شود «سلسله فرصت‌ها، حمایت‌های نهادی و بازتاب کنش در محتوای آموزشی» در بخش‌های گوناگون این مدل‌ها و

منابع

۱. ارسیا، تقوا، آتشی، افسانه، فارسی، زهرا، جوانمرد، یاور (۱۳۹۵). ارزیابی موانع و راهکارهای مقابله با انگ بیماری‌های روانی در ایران، مطالعه کیفی. در سی‌وسومین کنگره انجمن علمی روان‌پزشکان، تهران، ایران.
۲. بخشی، سیف اله و جانقریبانی، محسن (۱۳۹۴). شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۹۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۷(۵): ۱-۱۲.
۳. جباری، مهسا، شهیدی، شهریار، و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله مثبت نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۲۰(۴)، ۲۸۷-۲۹۶.
۴. حیدری، عباس (۱۳۹۴). انگ در نظام سلامت: مقاله مروری. نشریه دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۴(۱).
۵. حیدری، عباس، مشکین‌یزد، علی، سودمند، پروانه (۱۳۹۳). تحلیل مفهوم انگ (استیگما) بیماری روانی. مراقبت‌های نوین، ۱۱(۳): ۲۲۷-۲۱۸.
۶. خانجانی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر رضایت از زندگی، خوش بینی و عواطف مثبت در دانشجویان. مطالعات روانشناسی بالینی، ۷(۲۷)، ۱۳۷-۱۵۹.
۷. رابرتسون، یان (۱۳۷۴). درآمدی بر جامعه (با تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادی)، ترجمه حسین بهروان. مشهد: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس-رضوی.
۸. رایبگتون، ارل، واینبرگ، مارتین (۱۳۹۳). رویکردهای نظری هفتگانه در بررسی مسائل اجتماعی. تهران: دانشگاه تهران
۹. رضائیان، محسن و همکاران (۱۳۹۵). بررسی افکار و برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی در دانشجویان پزشکی



۲۱. ودادهیر، ابوعلی، ذلولی، حسین، بنی‌فاطمه، حسین، نبیلی، فریده (۱۳۹۴). داغ‌ننگ‌سازی و پزشکی‌شدن مسائل روانی: مطالعه‌ای بر ساخت‌گرایانه درباره مسئله افسردگی در شهر تبریز. بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۶، شماره ۱: ۵۰-۲۷.

22. Akers, R. L., & Jensen, G. F. (2006). The empirical status of social learning theory of crime and deviance: The past, present, and future. In F. T. Cullen, J. Agnew, & C. S. Wilcox (Eds.), *Crime and justice*. Volume 34: Advances in criminological theory (pp. 377-444). Oxford University Press.

23. Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2008). Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions. Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

24. N. Bernoff, J. (2008). Why Social Technology Will Be Universal... Or Not. *Marketing News*, 11(18).

25. N. Giamos, Dimitris, Younf see lee, Alex, Suleiman, Amanda, Stuart, Heather, Chen, Shu-Ping (2017). Understanding Campus Culture and Student Coping Strategies for Mental Health Issues in Five Canadian Colleges and Universities. *Canadian Journal of Higher Education*, Vol. 47 (3): 120-135.

26. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

27. Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(1), 21.

28. Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuqa, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 436-441.

29. Henderson, C. R. (1895). Review. *Journal of Political Economy*, 3(2), 236-238.

ورودی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *مجله بهداشت و توسعه*، سال پنجم، شماره ۳.

۱۰. سلاجقه، صادق و رقیبی، مهوش (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین منبع کنترل و افکار زندگی و مرگ در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن*، سال چهارم، شماره چهارم، پیاپی ۱۶، صص ۷۹-۹۱.

۱۱. سلیمی، علی و داوری، محمد (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی کجروی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۱۲. صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*. تهران: انتشارات سمت.

۱۳. صدیقیان بیدگلی، آمنه، لشگری، مجتبی (۱۳۹۶). مرور نظام‌مند مسائل اجتماعی زندگی دانشجویی. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

۱۴. علیوردی نیا و همکاران (۱۳۹۴). بررسی نقش یادگیری اجتماعی در تقلب دانشگاهی. *مسائل اجتماعی ایران*، سال ۶، شماره ۲: ۱۰۳-۷۱.

۱۵. علیوردی نیا، اکبر (۱۳۹۲). مطالعه رفتارهای پرخطر دانشجویان از دیدگاه جامعه‌شناختی. *فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)*، دوره ۷، شماره ۳.

۱۶. قادرزاده، امید، درویش‌منش، میدیا (۱۳۹۶). مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی. *مسائل اجتماعی ایران*، سال ۸، شماره ۱: ۴۹-۷۲.

۱۷. گلفمن، اروینگ (۱۳۹۲). *داغ‌ننگ: چاره‌اندیشی برای هویت ضایع‌شده*، ترجمه مسعود کیانپور. تهران: مرکز.

۱۸. لشگری، مجتبی (۱۳۹۶). رفتارهای پرخطر دانشجویان در مقایسه با دیگر گروه‌های جمعیت در ایران: مرور نظام‌مند پژوهش‌های کمی موجود (۱۳۷۰-۱۳۹۶). تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

۱۹. ملک‌شاهی، فریده (۱۳۸۶). بررسی میزان پرخاشگری و ارتباط آن با برخی عوامل فردی و خانوادگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *دومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر*، زاهدان: ۸-۱۰ آبان ۱۳۸۶.

۲۰. مهمدی، ارمغان (۱۳۹۶). *شناسایی راهبردها، الگوها و برنامه‌های مرتبط با پیشگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی و فرهنگی در دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی*. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

- Spell of Plato. Fifth revised edition, Princeton and New Jersey: Princeton University Press.
39. Rodríguez-Almagro, Julián (2019). Level of Stigma among Spanish Nursing Students toward Mental Illness and Associated Factors: A Mixed-Methods Study. *International journal of environment research and public health*, 16(16), 4870.
40. Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
41. Rüsçh, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.
42. Takeuchi, Jiro, Sakagami, Yu (2018). Stigma among international students is associated with knowledge of mental illness. *Nagoya J. Med. Sci.* 80. 367-378.
43. Trittle, Charles, R; Logan, Charles H. (1973). "Sanctions and Deviance: Evidence and Remaining Questions". *Law and Society Review*, 7 (371).
44. Vannoy, S. A., & Palvia, P. (2010). The Social Influence Model of Technology Adoption. *Communication of the ACM*, 53(8), 149-153.
45. Vito, G. F., Maahs, J. R., & Holmes, R. M. (2005). *Criminology: Theory, Research, and Policy*. Jones & Bartlett Learning.
46. Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287.
30. Horton, Paul. B & Hunt, Chester I. (1968). *Sociology and Society*. Published by McGraw- Hill Companies. 635 pages.
31. Kondracki, N. L., & Wellman, N. S. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224-230.
32. Krone, Megan (2016). *Campus Mental Health Practices and the Stigma of Mental Illness: A Quantitative Analysis of Student Affairs Professionals*. PhD Dissertation, San Diego University.
33. Leibetseder, Bettina (2011). *A Critical Review on the Concept of Social Technology*. *Socialines Technologijos*, 1(1), 7-24.
34. Lemert, Charles, Branaman, Ann (1997). *The Goffman Reader*. Blackwell Publishing Ltd.
35. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
36. Moreno-Gómez, A., Luna, P., García-Diego, C., Rodríguez-Donaire, A., & Cejudo, J. (2023). Exploring the effects of a mindfulness-based intervention in university students: MindKinder adult version program (MK-A). *Evaluation and Program Planning*, 97, 102252.
37. Osborn, T. G., Li, S., Saunders, R., & Fonagy, P. (2022). University students' use of mental health services: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(57).
38. Popper, K. R. (1966). *The Open Society and Its Enemies*. Volume I, The

