

# نقش نگرش و آگاهی دانشجویان از مسائل و خدمات روان‌شناختی در مراجعه به مراکز مشاوره دانشجویی

نویسندگان: دکتر حمید یعقوبی<sup>۱</sup>، مهدیه ملیانی\*<sup>۲</sup> و آزاده طاولی<sup>۲</sup>

۱. استادیار دانشگاه شاهد

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد

\*E-mail: mah.melyani@gmail.com

## چکیده

پژوهش حاضر به بررسی نقش بهداشت روان و نگرش دانشجویان نسبت به مسائل و خدمات روان‌شناختی به عنوان عوامل مداخله‌گر در مراجعه یا عدم مراجعه به متخصصین بهداشت روانی پرداخته‌است. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه‌های شاهد و امیرکبیر در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ در قالب سه گروه (۱- دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی، ۲- دانشجویان دارای مسائلی در حوزه سلامت روان و غیرمراجعه‌کننده و ۳- دانشجویان سالم) با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روانی گلدبرگ [GHQ-28] و پرسشنامه نگرش سنج محقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه نگرش سنج مورد اعتباریابی محتوایی قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است [۰/۸۷]. نتایج مطالعه نشان داد: ۱- گروه غیرمراجعه‌کننده از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است و آگاهی کم‌تر و نگرش منفی‌تری به مسائل بهداشت روانی دارد. ۲- گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره از نگرش مثبت‌تر و آگاهی بیش‌تری در مقایسه با دو گروه دیگر برخوردار است. ۳- دانشجویان دختر نگرش مثبت‌تری به مسائل بهداشت روانی دارند.

کلید واژه‌ها: نگرش، دانشجو، خدمات روان‌شناختی، مشاوره

## دانشور

رفتار

- دریافت مقاله: ۸۵/۹/۵
- ارسال به داوران:
  - ۱) ۸۶/۲/۲۳
  - ۲) ۸۶/۵/۱۵
  - ۳) ۸۶/۵/۱۵
- دریافت نظر داوران:
  - ۱) ۸۶/۳/۲۰
  - ۲) ۸۶/۶/۱۸
  - ۳) ۸۶/۹/۱۰
- ارسال برای اصلاحات:
  - ۱) ۸۶/۸/۵
  - ۲) ۸۷/۲/۷
- دریافت اصلاحات:
  - ۱) ۸۶/۱۱/۸
  - ۲) ۸۷/۷/۸
- ارسال به داور نهایی:
  - ۱) ۸۶/۱۱/۱۴
  - ۲) ۸۷/۷/۲۸
- دریافت نظر داور نهایی:
  - ۱) ۸۷/۲/۱
  - ۲) ۸۷/۸/۵
- پذیرش مقاله: ۸۷/۸/۵

Scientific-Research  
Journal of  
Shahed University  
Sixteenth Year  
No. 34  
2009

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال شانزدهم - دوره جدید  
شماره ۳۴  
اردیبهشت ۱۳۸۸

## مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۹۳ حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند [۱]. دوره نوجوانی و اوایل جوانی از نظر سلامت روانی، مراحل مهمی از زندگی محسوب می‌شوند، به طوری که

موضوع سلامت روان که از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده‌است، امروزه توجه پررنگ‌تری را به خود جلب کرده‌است، چنان‌که طبق برآوردهای

ترنر (Fischer & Turner) نیز اظهار می‌دارند باور کلی‌ای که افراد در مورد کمک‌خواهی دارند شامل مجموعه‌ای از باورهای اختصاصی‌تر است [۶]. لذا مراجعه یا عدم مراجعه به متخصص توسط ترکیبی از عوامل، متأثر و بازداری می‌گردد.

بیماری‌های روانی دارای ویژگی‌های منحصر به فرد هستند. تظاهر این بیماری‌ها به صورت مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. این بیماری‌ها در واقع ابعاد وسیعی از آنچه هویت یک فرد را می‌سازد و فرد به واسطه آن تعریف می‌گردد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و بیماران احتمالاً با بیماری‌شان و نه جدا از آن در نظر گرفته می‌شوند. لذا جنبه‌های منفی بیماری به کل وجود فرد بیمار نسبت داده می‌شود [۷]. در همین راستا، پژوهش‌ها بر نقش تجربه احساسات و هیجانات ناخوشایندی چون شرم به عنوان یکی از موانع اصلی موجود در راه تقاضای کمک تأکید دارند [۸]. وقتی بیماری به عنوان بخشی از خود در نظر گرفته شد، تقاضای کمک از نظر نوجوان به عنوان تهدیدی در قلمرو خودمختاری تلقی می‌گردد که در این دوره، تکلیف اصلی تحولی او برای شکل‌دهی به هویتی جدا محسوب می‌گردد. ویلسون و وین (۲۰۰۲) دریافتند که موانع مرتبط با این باور که نوجوانان باید خودشان مسائلشان را حل کنند (مبتنی بر حس خودمختاری نوجوان)، اساسی‌ترین نقش را در بازداری از کمک‌خواهی بر عهده دارد [۹].

یکی دیگر از موانع اصلی و عمده برای دریافت کمک تخصصی روان‌شناختی، وجود نگرش منفی نسبت به کمک‌خواهی تخصصی است. یک چنین قضاوت‌های منفی‌ای از تجارب منفی قبلی و نیز باورهای منفی درباره کمک‌خواهی تخصصی ناشی می‌شود (مثلاً این باور که کمک‌های تخصصی نمی‌توانند مفید باشند). بدیهی است باورهای منفی جوانان در مورد جستجوی کمک تخصصی، تمایل آن‌ها را برای کمک‌خواهی از دیگران، بخصوص برای مدیریت و کنترل افکار خودکشی، متأثر می‌سازد [۲]. در این راستا، دسته‌ای از پژوهش‌ها بر ناامیدی به عنوان عنصری که با تمامی موانع موجود در راه کمک‌جویی به قسمی معنادار دارای ارتباط است، تأکید دارند. ناامیدی قویاً با این باور که هیچ چیزی در مورد مسأله‌ای که من دارم تغییر نمی‌کند رابطه دارد [۸].

مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روانی در ۱۲ تا ۲۶ سالگی دارای شیوع فزاینده هستند. همچنین به نظر می‌رسد که مشکلات روان‌شناختی و اختلالات روانی بیش‌تر از آنچه قبلاً گزارش می‌شد، در این دوران بر جوانان اثر گذار هستند و لذا رفتارهای کمک‌خواهی جوانان، نقش مهمی در رفاه و سلامت روانی آنان ایفا می‌کنند [۲].

کمک‌خواهی یکی از سبک‌های گرایشی کارآمد برای مقابله با مسائل است و پژوهش‌های متعدد سودمندی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند. به طور کلی، اعتقاد بر این است که رفتار کمک‌خواهی مناسب به طور مؤثر باعث کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی ناشی از مشکلات شخصی، اجتماعی و هیجانی می‌گردد [۲]. علی‌رغم این ضرورت، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان کمک‌خواهی در جوانان به طور محسوس پایین‌تر از میزان‌های مورد انتظار است [۳]. جوانان گرایش دارند که از منابع حرفه‌ای کمک نگیرند و صرفاً تعداد کمی از آن‌ها برای مسائل سلامت روان خود از منابع تخصصی کمک‌خواهی می‌کنند. آن‌ها گرایش دارند تا قبل از رسیدن به منابع حرفه‌ای از منابع غیر رسمی کمک طلب کنند [۲]. این در حالی است که بسیاری از جوانان، آن نوع کمکی را که نیاز دارند از منابع حمایتی غیر رسمی دریافت نمی‌کنند [۴].

کمک‌خواهی، فرایند ساده تشخیص نیاز، تصمیم به گرفتن کمک و تحقق آن تصمیم نیست. در واقع در هر کدام از این مراحل، عوامل مختلفی بر پیشبرد فرایند کمک‌خواهی مداخله می‌کنند؛ از جمله ممکن است نیاز تشخیص داده نشود. یا اگر تشخیص داده شود، ممکن است نیاز به قصد تبدیل نگردد و در نهایت، قصد هم همیشه به رفتار نمی‌انجامد [۲].

پژوهش‌ها همچنین وجود رابطه معناداری را در میان نفی کمک و توانایی‌های حل مسأله نشان داده و مطرح کرده‌اند که توانایی حل مسأله ضعیف احتمالاً تا حدی نفی کمک را در نمونه‌های غیر بالینی تعیین می‌کند. آنچه نقش این مسأله را پررنگ‌تر می‌کند نتایج برخی تحقیقات است که دانشجویان در شناخت دقیق ماهیت مسأله و در مورد راه‌های کارآمد حل مسائل، دانش اندکی دارند [۵].

پژوهش‌های گوناگون، وجود عوامل متعددی را به عنوان موانعی برای کمک‌خواهی و به‌ویژه در حوزه خدمات روان‌شناختی مطرح کرده‌اند [۲]. چنان‌که فیشر و

درصد از دانشجویان از نظر سلامت روانی آسیب‌پذیر هستند. به علاوه در بررسی دیگری به سال ۱۳۷۶ در حوزه سلامت روان دانشجویان در دانشگاه علوم پزشکی گیلان، اعلام شد که ۵۰-۳۰ درصد دانشجویان، علائمی از بیماری‌های روانی را داشتند که از آن میان ۱۸ درصد مشکوک به داشتن اختلال روانی هستند [۱۸]. در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۰ برای ارزیابی نرخ سوء مصرف مواد بر روی نمونه ۵۰۰ نفری از دانشجویان ایرانی انجام گرفت، گزارش شد که ۳۶/۱ درصد از آن‌ها در زمان بررسی از سیگار، ۴/۲۱ درصد از الکل، ۶/۲ درصد از مواد افیونی و ... استفاده می‌کرده‌اند [۱۹].

با توجه به آخرین آمارهای ارائه‌شده از جانب مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران (که به نظر می‌رسد دارای بیش‌ترین میزان مراجعه در بین مراکز مشاوره دانشجویی کشور باشد) مشاهده می‌گردد که علی‌رغم رشد فزاینده‌ای که بیانگر افزایش مراجعات به این مرکز از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ است، در سال ۱۳۸۲ تعداد کل جلسات برگزار شده در این مرکز در سه بخش تابع مشاوره و روان‌درمانی، مددکاری و روان‌پزشکی، ۹۵۹۲ جلسه بوده است [۲۰]؛ اما این تعداد جلسات با توجه به مفروض داشتن میانگین ۱۰ جلسه برای هر مراجع و با توجه به ظرفیت آموزشی دانشگاه (۳۲۰۰۰ دانشجوی)، با استناد به آمار شیوع پذیرفته‌شدگان مشکوک به اختلال روانی (مثلاً مطالعه باقری یزدی، بوالهروی و پیروی به سال ۷۴-۱۳۷۳ که این رقم را ۱۶/۵٪ گزارش کرده است [۲۱]) صرفاً بیانگر ۶۶-۵۲ درصد مراجعین مورد انتظار است.

لذا پژوهش حاضر با اتکا به ادبیات پژوهشی موجود به بررسی نگرش دانشجویان نسبت به بیماری روانی و نقش عوامل اختصاصی آن به عنوان عامل مداخله‌گر در تمایل دانشجویان به مراجعه به متخصصین بهداشت روانی پرداخته است. در این راستا فرضیه‌های زیر به محک آزمون گذاشته شدند:

۱. نگرش و آگاهی دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مورد مسائل و خدمات روان‌شناختی از دانشجویان مراجعه‌کننده بیش‌تر است.
۲. دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، ضرورت بیش‌تری را برای کمک‌خواهی احساس می‌کنند.

توجه به اهمیت نگرش‌های مثبت و منفی به بیماری روانی، تاریخچه طولانی در حرفه سلامت روان دارد [۱۰]. بیش‌تر مطالعات در دنیای غرب نقش استیگما (لکه‌ننگ دانستن بیماری روانی) و پیامدهای منفی آن را تصریح کرده‌اند [۱۱]. به اعتقاد گاز در ۱۹۹۲ پیشداوری در مورد بیماری روانی، نیروی مضر در جامعه است که مانع از کمک‌خواهی افراد و دریافت مراقبتی است که نیاز دارند [۱۲]. بیماران روانی اغلب دارای مشکلات مضاعف می‌گردند، چرا که هم دارای مشکلات روانی هستند و هم از جانب جامعه به عنوان لکه‌ننگی محسوب می‌گردند [۱۳]. کریگان و واتسون (۲۰۰۲) نیز مطرح می‌کنند که باور جامعه در باره بیماری روانی به طور کلی منفی است و این باور وجود دارد که بیماران روانی از لحاظ اخلاقی عقب مانده‌اند، مایه آزار عمومی‌اند و خطرناک هستند. به نظر می‌رسد دانش ضعیف در مورد بیماری روانی، تمام ملزومات وجود چنین باوری را در جامعه فراهم می‌کند [۱۴].

پژوهش‌ها با تأیید و تأکید بر این‌که ترس از استیگما در مورد مسائل سلامت روان در جوانان بالا است تصریح می‌کنند که این ترس دارای رابطه‌ای با ترس‌های مربوط به رازداری خدمات حرفه‌ای است [۲]. در تأیید این امر، تحقیقات نشان داده‌اند که وجود مسائلی درخصوص اعتماد به خدمات حرفه‌ای از موانع جدی در تقاضای کمک حرفه‌ای هستند [۲] و دونالد و همکاران نیز در ۲۰۰۰ دریافتند که از نظر جوانان، شایع‌ترین مانع دریافت کمک‌های تخصصی، نگرانی آن‌ها در مورد رازداری و محرمانه‌بودن مشکلاتشان است [۱۵].

از سوی دیگر، پژوهش‌ها تصریح کرده‌اند که عدم آگاهی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره‌ای، میزان سهولت دسترسی به خدمات، نحوه برقراری تماس با آن‌ها، مسائل مالی و محدودیت‌های زمانی مراجعان و مراکز خدمات رسانی، می‌توانند به عنوان موانع دیگر در دسترسی به خدمات روان‌درمانی در نظر گرفته شوند [۸].

در بررسی‌های انجام‌شده در ایران در حوزه سلامت روان جوانان، به‌ویژه دانشجویان، نیز بر شیوع قابل توجه اختلالات روانی در این قشر تأکید شده است، چنان‌که نتایج دو مطالعه کشوری بررسی سلامت روانی دانشجویان [۱۶] و [۱۷] حاکی از آن است که به ترتیب تعداد ۱۶ و ۱۳/۲

گروه دوم و سوم، با کنترل دو متغیر سن و جنس، اقدام به نمونه‌گیری گسترده در سطح دو دانشگاه با حضور آزمونگر در کلاس‌های دروس عمومی و معارف گردید. در این مرحله، تعداد ۲۰۰ پرسشنامه توسط دانشجویان تکمیل و از میان آن‌ها، ۵۰ نفر از افرادی که در پرسشنامه GHQ نمره بالاتر از ۲۳ گرفته بودند به عنوان دانشجویان غیرمراجعه‌کننده دارای مشکلات روان‌شناختی، و ۵۰ نفر دیگر که نمرات آن‌ها در انتهای پایینی توزیع نمرات پرسشنامه GHQ بود، به عنوان دانشجویان گروه سالم انتخاب شدند. هر گروه شامل ۳۷ دختر و ۱۳ پسر با میانگین سنی ۲۰ ( $sd = 1/5$ ، دامنه = ۱۸-۲۵) بود.

### ج) ابزار سنجش

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: با اجرای این پرسشنامه، آزمودنی اطلاعاتی کلی در مورد وضعیت فردی، تحصیلی، خانوادگی و اقتصادی و اجتماعی خود را در اختیار پژوهشگر قرار می‌داد. این پرسشنامه برای ارزیابی این خصایص، شامل ۱۵ ماده بود.

پرسشنامه سنجش نگرش و آگاهی دانشجویان از مسائل و خدمات روان‌شناختی: این پرسشنامه یک آزمون ۵۰ سؤالی است و برای ارزیابی نگرش و دانسته‌های آزمودنی‌ها در ۵ زمینه ضرورت کمک‌خواهی (help-seeking)، احساس امنیت و رازداری (confidentiality)، دانش و آگاهی (knowledge)، دسترسی به خدمات (accessibility) و استیگما (stigma) در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ و با همکاری تعدادی از اساتید مرکز مشاوره دانشگاه شاهد به سرپرستی نویسنده اول این مقاله، طراحی شده و اعتبار (validity) محتوایی آن توسط ۴ نفر ارزیاب تأیید گردیده است. همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ در نمونه ۱۵۰ نفری ۰/۸۷ به دست آمد. نمره بیشتر در هر خرده‌مقیاس و کل آزمون، معادل آگاهی بیشتر و نگرش مثبتتر است.

پرسشنامه GHQ-28: آزمون سلامت عمومی (GHQ) برای نخستین بار توسط گلدبرگ (Goldberg) در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و بعدها فرم‌های گوناگونی از آن ارائه شد. در این پژوهش از نمونه ۲۸ ماده‌ای آن استفاده شده است. این پرسشنامه، چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی (A)، اضطراب و بیخوابی (B)، اختلال در

۳. دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، احساس امنیت بیشتری را نسبت به مراکز و خدمات مشاوره احساس می‌کنند.

۴. دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، دانش و آگاهی بیشتری در مورد مسائل و خدمات روان‌شناختی دارا هستند.

۵. دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، اعتقاد و باورکم‌تری نسبت به وجود استیگما در مورد بیماری روانی دارند.

۶. در میان دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و غیرمراجعه‌کننده، در مورد باور به در دسترس بودن مراکز و خدمات مشاوره و روان‌شناختی تفاوت وجود دارد.

۷. سطح سلامت عمومی دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و غیرمراجعه‌کننده، متفاوت است.

### روش

#### الف) طرح پژوهش

طرح پژوهشی حاضر از نوع توصیفی-زمینه‌یابی است و در قالب طرح‌های علی مقایسه‌ای قرار می‌گیرد که در آن، سه گروه از دانشجویان (۱- گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی، ۲- دانشجویان دارای مسائلی در حوزه سلامت روان و غیرمراجعه‌کننده و ۳- دانشجویان سالم) با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روانی گلدبرگ (۲۸-GHQ) و پرسشنامه نگرش سنج مورد مطالعه قرار گرفتند.

#### ب) جامعه آماری، نمونه، روش نمونه‌گیری و اجرا

جامعه آماری این پژوهش را مجموع دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شاهد و صنعتی امیرکبیر در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ تشکیل می‌دهد. نمونه مورد تحقیق، شامل ۱۵۰ نفر از دانشجویان بود که در سه گروه ۵۰ نفری قرار گرفتند؛ گروه اول: دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی، گروه دوم: افراد دارای مسائل سلامت روان و غیرمراجعه‌کننده و گروه سوم: افراد سالم.

ابتدا تعداد ۵۰ نفر از دانشجویان مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره دانشگاه شاهد و صنعتی امیرکبیر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس برای انتخاب

خدمات مشاوره‌ای داشتند. علاوه بر آن، دانشجویانی که از نظر نمره سلامت روانی جزء دانشجویان بهنجار طبقه‌بندی شده بودند، احساس امنیت بیش‌تر نسبت به دانشجویان غیرمراجعه‌کننده داشتند. انجام آزمون‌های آماری تعقیبی نشان داد که احساس امنیت دانشجویان غیرمراجعه‌کننده برای استفاده از مراکز و خدمات مشاوره‌ای به طور معنادار پایین‌تر از دو گروه دیگر است.

در خصوص فرضیه چهارم، مطالعه حاضر نشان داد که در میان سه گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری از نظر آگاهی و دانش در مورد بیماری روانی و خدمات مشاوره‌ای وجود ندارد (جدول ۷).

مطالعه حاضر نشان داد که در میان سه گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری از لحاظ اعتقاد به دسترس بودن خدمات وجود ندارد (جدول ۸). به عبارتی فرضیه پنجم پژوهش تأیید نشد.

فرضیه ششم پژوهش مطالعه حاضر نشان داد که از نظر باور به وجود استیگما در مورد بیماری روانی در میان سه گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۹ و ۱۰). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مقایسه با دو گروه دیگر، باور کم‌تری به وجود استیگما در مورد بیماری روانی داشتند. علاوه بر آن، دانشجویانی که از نظر نمره سلامت روانی جزء دانشجویان بهنجار طبقه‌بندی شده بودند، باور کم‌تری نسبت به دانشجویان غیرمراجعه‌کننده داشتند. انجام آزمون‌های آماری تعقیبی نشان داد که باور به وجود استیگما در مورد بیماری روانی در میان دانشجویان غیرمراجعه‌کننده به طور معنادار بالاتر از دو گروه دیگر است و این گروه، نسبت به دو گروه دیگر، اعتقاد بیش‌تری به لکه ننگ بودن بیماری روانی دارند.

در خصوص فرضیه هفتم، مطالعه حاضر نشان داد که از نظر میزان سلامت روانی در میان سه گروه مورد بررسی دانشجویان، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۱۱ و ۱۲). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه غیرمراجعه‌کننده در مقایسه با دو گروه دیگر از لحاظ سلامت عمومی در وضعیت بدتری قرار دارند.

همچنین با انجام تحلیل رگرسیون بر روی داده‌های آماری نشان داده شد که خرده‌مقیاس‌های ضرورت کمک‌خواهی و استیگما، نقش بیش‌تری در تعیین میزان نگرش و آگاهی نمونه مورد مطالعه دارند (جدول ۱۳).

عملکرد اجتماعی (C) و افسردگی (D) را می‌سنجد و اعتبار آن توسط نوربالا و همکارانش در ۱۳۷۸ و یعقوبی و همکارانش در ۱۳۷۴ برای نمونه‌های ایرانی مناسب گزارش شده است. همچنین این پژوهشگران، پایایی (reliability) بازآزمایی به فاصله ۲ هفته را به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند [۱۶ و ۱۷].

## نتایج پژوهش

مطالعه حاضر نشان داد که بین میزان نگرش و آگاهی از مسائل و خدمات روان‌شناختی در بین سه گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۱ و ۲). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مقایسه با دو گروه دیگر نگرش مثبت و آگاهی بیش‌تری دارند. علاوه بر آن، دانشجویانی که از نظر نمره سلامت روانی جزء دانشجویان بهنجار طبقه‌بندی شده بودند، نگرش مثبت‌تر و آگاهی بیش‌تری از دانشجویان غیرمراجعه‌کننده از خود نشان دادند. انجام آزمون‌های آماری تعقیبی نشان داد که نمرات نگرش و آگاهی دانشجویان مبتلا به مسائل روانی، ولی غیرمراجعه‌کننده، به طور معنادار پایین‌تر از دو گروه دیگر است.

در خصوص، فرضیه دوم، مطالعه حاضر نشان داد که از نظر میزان نگرش نسبت به کمک‌خواهی در میان سه گروه مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۳ و ۴). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مقایسه با دو گروه دیگر، احساس نیاز و لزوم بیش‌تری برای کمک‌خواهی می‌کرد. علاوه بر آن، دانشجویانی که از نظر نمره سلامت روانی جزء دانشجویان بهنجار طبقه‌بندی شده بودند، نسبت به دانشجویان غیرمراجعه‌کننده، باور بیش‌تری به ضرورت کمک‌خواهی داشتند. انجام آزمون‌های آماری تعقیبی نشان داد که نگرش دانشجویان غیرمراجعه‌کننده در مورد ضرورت کمک‌خواهی به طور معنادار پایین‌تر از دو گروه دیگر است.

با بررسی فرضیه سوم پژوهش، مشخص شد که به لحاظ احساس امنیت در میان سه گروه، تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵ و ۶). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مقایسه با دو گروه دیگر، احساس امنیت بیش‌تری در رابطه با استفاده از

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره کل آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۱۷۳/۲۶	۱۸/۰۶			
۵۰	۱۶۹/۲۶	۱۶/۰۴	۱۴۹	۵/۲	۰/۰۰۷
۵۰	۱۶۱/۷۳	۲۰/۱۶			

جدول ۲: مقایسه میانگین گروه‌ها در نمره کل آزمون نگرش سنج برحسب آزمون تعقیبی LSD

متغیر	متغیر	تفاضل میانگینها	سطح معناداری
مراجعه به مراکز مشاوره	افراد سالم	۲/۳۲	۰/۱۳
	افراد غیرمراجعه‌کننده	۴/۱۶	۰/۰۰
افراد سالم	مراجعه به مراکز مشاوره	۲/۳۲	۰/۱۳
	افراد غیرمراجعه‌کننده	۱/۸۹	۰/۲۳

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره خرده‌مقیاس ضرورت کمک‌خواهی آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۶۳/۸۶	۸/۴۴			
۵۰	۶۱/۵۴	۶/۴۶	۱۴۹	۳/۶۸	۰/۰۲۷
۵۰	۵۹/۷۰	۷/۹۷			

جدول ۴: مقایسه میانگین گروه‌ها در نمره خرده‌مقیاس ضرورت کمک‌خواهی آزمون نگرش سنج برحسب آزمون تعقیبی LSD

متغیر	متغیر	تفاضل میانگینها	سطح معناداری
مراجعه به مراکز مشاوره	افراد سالم	۲/۳۲	۰/۱۳
	افراد غیرمراجعه‌کننده	۴/۱۶	۰/۰۰
افراد سالم	مراجعه به مراکز مشاوره	۲/۳۲	۰/۱۳
	افراد غیرمراجعه‌کننده	۱/۸۹	۰/۲۳

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره خرده‌مقیاس احساس امنیت آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۲۱/۹۰	۴/۳۲			
۵۰	۲۱/۴۸	۳/۸۲	۱۴۹	۵/۵۰	۰/۰۰۵
۵۰	۱۹/۳۲	۴/۳۴			

جدول ۶: مقایسه میانگین گروه‌ها در نمره خرده‌مقیاس احساس امنیت آزمون نگرش سنج برحسب آزمون تعقیبی LSD

متغیر	متغیر	تفاضل میانگین‌ها	سطح معناداری
مراجعه به مراکز مشاوره	افراد سالم	۰/۴۲	۰/۶۱
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۲/۵۸	۰/۰۰
افراد سالم	مراجعه به مراکز مشاوره	۰/۴۲	۰/۶۱
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۲/۱۶	۰/۰۱

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره خرده‌مقیاس دانش و آگاهی آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۴۱/۸۸	۳/۹۸	۱۴۹	۲/۱۲	۰/۱۲۳
۵۰	۴۰/۷۸	۳/۹۹	۱۴۹		
۵۰	۴۰/۱۲	۴/۸۸	۱۴۹		

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره خرده‌مقیاس در دسترس بودن مراکز و خدمات آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۸/۲۶	۲/۲۱	۱۴۹	۱/۸۳	۰/۱۶۴
۵۰	۸/۶۲	۱/۷۲	۱۴۹		
۵۰	۷/۸۴	۲/۱۵	۱۴۹		

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره خرده‌مقیاس استیگما آزمون نگرش سنج

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۳۶/۳۲	۴/۵۹	۱۴۹	۶/۰۹	۰/۰۰۳
۵۰	۳۴/۸۴	۴/۹۴	۱۴۹		
۵۰	۳۲/۷۴	۵/۸۳	۱۴۹		

جدول ۱۰: مقایسه میانگین گروه‌ها در نمره خرده‌مقیاس استیگما آزمون نگرش سنج برحسب آزمون تعقیبی LSD

متغیر	متغیر	تفاضل میانگینها	سطح معناداری
مراجعه به مراکز مشاوره	افراد سالم	۱/۴۸	۰/۱۵۳
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۳/۵۸	۰/۰۰۱
افراد سالم	مراجعه به مراکز مشاوره	۱/۴۸	۰/۱۵۳
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۲/۱۰	۰/۰۴۳

جدول ۱۱: نتایج تحلیل واریانس یک راهه نمره کل آزمون سلامت روانی

تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	F	p
۵۰	۲۸/۳۰	۱۶/۹۰			
۵۰	۱۱/۰۲	۳/۵۴	۱۴۹	۱۰۳/۸۱	۰/۰۰۰
۵۰	۴۴/۵۰	۱۰/۳۱			

جدول ۱۲: مقایسه میانگین گروه‌ها در نمره کل آزمون سلامت روانی برحسب آزمون تعقیبی LSD.

متغیر	متغیر	تفاضل میانگینها	سطح معناداری
مراجعه به مراکز مشاوره	افراد سالم	۱۷/۲۸	۰/۰۰
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۱۶/۲۰	۰/۰۰
افراد سالم	مراجعه به مراکز مشاوره	۱۷/۲۸	۰/۰۰
افراد غیرمراجعه‌کننده	افراد غیرمراجعه‌کننده	۳۳/۴۸	۰/۰۰

جدول ۱۳: نتایج تعیین سهم هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در نمره کل پرسشنامه سنجش نگرش و آگاهی

سطح معناداری	t	ضریب میزان نشده		ضریب میزان شده	
		Beta	Std. Error		
۰/۰۰۰	۵/۷۰۸		۰/۴۱۰	۲/۳۴۳	ثابت
۰/۰۰۰	۱۵۰/۱۱۷	۰/۴۱۷	۰/۰۰۷	۰/۹۹۷	ضرورت کمک‌خواهی
۰/۰۰۰	۷۷/۶۶۳	۰/۲۲۹	۰/۰۱۳	۰/۹۹۴	احساس امنیت
۰/۰۰۰	۸۳/۶۹۳	۰/۲۳۲	۰/۰۱۲	۰/۹۹۷	دانش و آگاهی
۰/۰۰۰	۵۱/۵۷۶	۰/۱۱۲	۰/۰۲۰	۱/۰۱۶	در دسترس بودن مراکز و خدمات
۰/۰۰۰	۹۵/۷۱۷	۰/۲۸۲	۰/۰۱۰	۰/۹۸۹	استیگما

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد دانشجویانی که علی‌رغم مسائل و مشکلات موجود در سلامت روان، تمایل به مراجعه ندارند، به طور معنادار از سلامت روان کم‌تری نسبت به جمعیت عادی دانشجویان و حتی دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی برخوردارند. این دانشجویان دارای منفی‌ترین نگرش و کم‌ترین آگاهی نسبت به مسائل و خدمات مشاوره‌ای هستند. در بین دو گروه دیگر، دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در مقایسه با جمعیت عادی دانشجویی، نگرش و آگاهی بیش‌تر و مثبت‌تری داشتند؛ اما با وجود این در حوزه‌هایی دارای دانش و نگرش‌های

منفی بودند. در بررسی خرده‌مقیاس‌های نگرش و آگاهی در مورد مسائل و خدمات روان‌شناختی، مشخص شد دانشجویان غیرمراجعه‌کننده به طور معنادار نسبت به جمعیت عادی و گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی، باور کم‌تری به ضرورت کمک‌خواهی در حوزه مسائل و مشکلات روان‌شناختی، احساس امنیت کم‌تری در مورد مراکز و خدمات مشاوره‌ای و باور منفی‌تری در مورد بیماری روانی دارند؛ اما از نظر میزان آگاهی و دانش در مورد بیماری روانی و خدمات مشاوره‌ای و اعتقاد به در دسترس بودن مراکز و خدمات مشاوره‌ای، تفاوتی در میان سه گروه مشاهده نشد.



عدم مراجعه به مرکز مشاوره تأکید می‌کند. لذا پیشنهاد می‌گردد:

۱. با توجه به آن‌که عدم مراجعه دانشجویان مبتلا به مسائل روانی، منجر به وخامت مسائل آن‌ها می‌گردد و این امر افت عملکرد گسترده آن‌ها را در حوزه‌های فردی، تحصیلی و ... به دنبال دارد، لذا ضروری است با رفع موانع موجود در راه کمک‌خواهی از حدت یافتن مشکلات روان‌شناختی جلوگیری شود.

۲. گروه دانشجویانی که علی‌رغم وجود مسائل و مشکلات سلامت عمومی، تمایل به مراجعه نداشتند، نسبت به جمعیت عادی دانشجویی و دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دارای منفی‌ترین نگرش نسبت به مسائل و خدمات مشاوره‌ای بوده‌اند و گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی نیز در مقایسه با جمعیت عادی دانشجویی، نگرش و آگاهی بیش‌تر و مثبت‌تری داشته‌اند. این یافته، پیرو یافته‌های پژوهش‌های پیشین [۲، ۵ و ۱۰] است که بر وجود عامل به عنوان نگرش منفی در باب استفاده از خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به عنوان مانعی تأکید داشته‌اند. لذا اصلاح این باور کلی با توجه به باورهای اختصاصی‌تر تشکیل‌دهنده آن باید مورد توجه قرار گیرد. در این راستا، علاوه بر تلاش‌های بیش‌تر مراکز مشاوره دانشجویی، بهتر است از همراهی و همکاری اساتید، دانشجویان داوطلب و کارشناسان و مسئولین امور آموزش دانشجویی دانشگاه نیز بهره برده شود.

۳. عدم احساس و درک ضرورت کمک‌خواهی در هنگام بروز مسائل، یافته‌ای است که در این پژوهش نیز به مانند پژوهش‌های پیشین به وجود آن به عنوان یکی از سدهای اصلی دریافت و تقاضای کمک حرفه‌ای تأکید شد. در این راستا لازم است سرویس‌های حرفه‌ای سلامت روان کوشش کنند تا حسی از امیدواری را در مورد کمک در جوانان برانگیزند و با ارائه برنامه‌های آموزشی مناسب، باورهایی را که درمان نمی‌تواند کمک‌کننده باشد به چالش بکشند.

چنانچه در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد تفاوتی از نظر میزان دانش و آگاهی دانشجویان نسبت به بیماری‌های روانی، خدمات ارائه‌شده در مراکز مشاوره و سهولت دسترسی در میان دانشجویان مراجعه‌کننده و غیرمراجعه‌کننده وجود نداشت که این عدم وجود تفاوت را می‌توان به واسطه ثابت نگه‌داشتن دو متغیر سن و میزان تحصیلات در بین گروه‌ها توضیح داد. لذا به نظر می‌رسد آنچه باعث عدم مراجعه دانشجویان برای استفاده از خدمات مشاوره‌ای می‌گردد، نه دانش و اطلاعات اندک، بلکه نوع نگرش‌ها و باورهایی است که در زمینه کمک‌خواهی وجود دارد. در همین راستا، فیشر و ترنر [۶] بر این باور هستند که علاوه بر باور کلی نسبت به بیماری روانی و خدمات روان‌شناختی که در مطالعه حاضر به عنوان نمره کل نگرش و آگاهی متجلی شده، تعدادی عوامل ویژه و اختصاصی نیز در این فرایند تأثیرگذارند. یکی از این عوامل، احساس ضرورت برای دریافت کمک است. بدیهی است در هر فرایند حل مسأله، فرد ابتدا باید ضرورت حل مسأله را درک کند. در غیر این صورت، اقدامی صورت نمی‌گیرد که این امر با نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در مطالعه حاضر کاملاً همخوانی دارد. علاوه بر این، پژوهش حاضر نشان داد که اساس اعتماد به خدمات مشاوره‌ای و بحث رازداری، یکی از نگرانی‌های مهم دانشجویانی است که به مراکز مشاوره مراجعه نمی‌کنند. افزون بر این، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که برای بسیاری از افراد، بیماری‌های روانی یک لکه ننگ یا استیگما به حساب می‌آیند [۱۱]. در مطالعه حاضر نیز مشخص شد دانشجویانی که به مراکز مشاوره مراجعه نکرده‌اند در خرده‌مقیاس استیگما، تفاوت آماری معناداری با دو گروه دیگر داشته‌اند. طبیعی است کسانی که احساس می‌کنند مسائل و مشکلات روان‌شناختی‌شان از دید خود یا دیگران لکه ننگ یا داغی بر پیشانی آن‌ها محسوب می‌گردد تمایلی به مراجعه از خود نشان نخواهند داد. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعات پیشین [۲ و ۱۱] بوده و بر نقش نگرش‌ها بیش‌تر از اطلاعات و آگاهی در مراجعه یا

منابع

13. Gureje L, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. (2005) Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*; 186: 436-441.
14. Corrigan PW, Watson AC. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*; 1: 16-20.
15. Donald M, Dower J, Lucke J, Raphael B. (2000) The Queensland young peoples' mental health survey report. Centre for Primary Health Care. School of Populations Health and Department of Psychiatry, University of Queensland. Brisbane- Australia.
۱۶. مرادی علیرضا؛ محمود علیلو حمید، پیروی حمید (۱۳۸۰) بررسی سلامت عمومی دانشجویان ورودی ۱۳۷۹ دانشگاه‌های سراسر کشور، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فن آوری.
۱۷. پورشریفی حمید، پیروی حمید، طارمیان فرهاد، زرانی فریبا، وقار معصومه، جعفری علی اکبر (۱۳۸۴) طرح بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم. وزارت علوم تحقیقات و فناوری معاونت دانشجویی، گزارش کشوری، شماره ۱.
۱۸. یعقوبی حمید (۱۳۷۷) بررسی وضع سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۶-۱۳۷۵. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
19. Ahmadi J, Yazdanfar F. (2002) Current Substance Abuse among Iranian University Students. *Addictive Disorders & Their Treatment*; 1 (2): 61-64.
۲۰. دانشگاه تهران (بهار ۱۳۸۳) خلاصه عملکرد مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران در سال ۱۳۸۲ (گزارش) تهران.
۲۱. باقری یزدی سید عباس، بوالهروی جعفر، پیروی حمید (۱۳۷۴) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی ۴-۱۳۷۳ دانشگاه تهران. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۱ (۴): ۳۰-۴۰.
۲۲. نوریلا احمدعلی، باقری یزدی سید عباس (۱۳۷۸) بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۲ (۴): ۲۲۳-۲۱۲.
۲۳. یعقوبی حمید و همکاران (۱۳۷۴) بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۱ (۴): ۵۵-۶۶.
1. World Health Organization. (1993) Human Right: The Vulnerability of mentally ill. Press Release; 15(44): 32-41.
2. Rickwood D, Deane FD, Wilsons CJ, Ciarrochi J. (2005) Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*; 4 (3): 512-517.
3. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH. (2004) Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village. *BMC International Health and Human Rights*; 6 (5).
4. Offer D, Howard KI, Schonert KA, Ostrov EJD. (1991) To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*; 30: 623-630.
5. Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J, Rickwood D. (2002) Mental health help seeking in young people. National Health and Medical Research Council of Australia.
6. Fischer EH, Turner JL. (1970) Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 35: 79-90.
7. Cusp A, Chairman H. [2001] The tendency to stigmatise. *The British Journal of Psychiatry*; 178: 197-199.
8. Coralie J, Wilson FP, Deane VB, Ciarrochi J. (2003) Youth barriers to help-seeking and referral from General practitioners. National Health and Medical Council of Australia.
9. Wilson CJ, Deane FP. (2002) Adolescent opinions about reducing help seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*; 10: 345-364.
10. Frederick TL, Leong, PZ. (1999) Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*; 27 (1): 123-130.
11. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Madhin G, Jacobsson L. (2001) Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Socio Psychiatry Epidemiology*; 36 (6): 299-303.
12. Guze S. (1992) Why Psychiatry is a Branch of Medicine. New York: The Oxford University Press.