بررسی ضرورت مشارکت جامعه دانشجویی در ارتقای سلامت روان دانشجویان در نظرگاه مداخله‌ای: تحلیلی بر تجربیات جهانی[1]

آمنه صدیقیان بیدگلی[2]*

تاریخ دریافت : ۱۴۰۲/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش : ۱۴۰۳/۰۵/۱۵

چکیده

هدف: ازجمله مسائل مهم در جامعه، داغ ننگ اجتماعی پیرامون اختلالات سلامت روان انسان‌ها است؛ وجود این مشکل منجر به عدم پیگیری درمان و نیز انزوای بیشتر افراد می‌شود و روابط آن‌ها را در جامعه به خطر می‌اندازد. پیامدهای ناگواری از قبیل رفتارهای پرخطر، 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 مورداستفاده توسط آن‌ها در بحث سلامت روان دانشجویان را گردآوری و تحلیل نماید. رویکرد نظریه مداخله‌ای و گزاره‌های آن پیرامون مشارکت، آگاهی‌بخشی و تعدیل رفتار مورد توجه قرار گرفتند و در تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

روش: این مطالعه توصیفی-تحلیلی با روش تحلیل محتوا به بررسی اسناد از پیش موجود می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش 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.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که متغیرهای اصلی در پیشگیری و مواجهه با داغ ننگ اختلالات سلامت روان عبارت‌اند از: آگاهی بخشی، تغییر رفتار، مشارکت دانشجویی و عملکرد نرم‌افزارها. از جمله بینش‌های به‌دست‌آمده 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.

نتیجه گیری: فارغ از انتقاداتی که می‌توان به این نگرش داشت، 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 ازسوی‌دیگر (پیشگیری سطح دوم و سوم) است.

واژه های کلیدی: سلامت روان، داغ ننگ اجتماعی، افسردگی، دانشگاه، تجربیات جهانی

---

[1] مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی نوع مواجهه دانشگاه‌ها با داغ ننگِ معطوف به سلامت روان دانشجویان» است که در پژوهشگاه مطالعات فرهنگی، اجتماعی و تمدنی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.

[2] استادیار رشته جامعه‌شناسی، گروه مطالعات اجتماعی، پژوهشگاه مطالعات فرهنگی اجتماعی و تمدنی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، تهران، ایران (نویسنده مسئول)؛ sedighian@iscs.ac.ir ۰۹۱۲۲۸۸۶۲۳۵

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008800.1402.15.4.1.5]

مقدمه

بیماری یا اختلالات روان که ابعاد و مصادیق گوناگونی می‌یابند، از جمله، افسردگی، تمایل یا اقدام به خودکشی و مواردی از این دست، فارغ از هر نوع آمار و مقایسه با هر جمعیتی، ولو به شکل اندک، مساله‌ای مهم و حیاتی هستند که باید به آن‌ها به طور ویژه‌ای توجه شود. در این بین، آنچه به لحاظ فرهنگی و اجتماعی حایز اهمیت بسیار است و چرخه بیماری‌های روان را تشدید می‌کند، انگ‌های پیرامون چالش‌های سلامت روان است. این انگ‌ها به مراتب موضوع مهمی نیز در میان جمعیت دانشجویی هستند که با نوعی از محرومیت و طرد، فرایند پذیرش و درمان بیماری را مختل می‌کنند.

انگ، برچسبی منفی است که به فرد یا گروهی تحمیل می‌شود و باعث می‌شود که آن‌ها مطرود شوند. انگ‌ها می‌توانند بر اساس ویژگی‌های جسمانی، روحی-روانی، اجتماعی یا فرهنگی باشند. انگ‌ها پیامدهای منفی بسیاری برای افراد و جامعه دارند، از جمله کاهش عزت نفس، مشکلات روانی، انزوای اجتماعی و تعارضات اجتماعی. برای مبارزه با انگ باید به عواملی که منجر به شکل‌گیری آن می‌شوند، توجه کرد، از جمله ناآگاهی، تبعیض و عدم عدالت اجتماعی. مبارزه با انگ یک مسئولیت اجتماعی است که باید برای آن تلاش زیادی شود. انگ‌ها می‌توانند شامل خصیصه‌های جسمانی مانند چلاق، کور و کچل تا خصیصه‌های روانی مانند خل‌وچل و دیوانه را شامل شوند و حتی مصادیق فرهنگی مانند پایین‌شهری، بی‌کلاس و غیره را در بربگیرند اما مشخصه تمام آن‌ها، آسیب‌رساندن به هویت افراد است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۳؛ ویس و همکاران[1]، ۲۰۰۶). مشخصاً باید توجه نمود که تجربه بیماری روانی، تنها محدود به عوامل فردی نمی‌شود، بلکه علل، پیامدها و درمان این بیماری نیز تحت تأثیر عوامل اجتماعی قرار می‌گیرد (تاسیگ[2] و همکاران، ۱۳۸۶؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰).

در واقع، انگ، پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی و البته جهان‌شمول است که می‌تواند پیامدهای منفی بسیاری برای افراد و جامعه داشته باشد. یکی از این پیامدها، عدم مراجعه افراد به روان‌پزشک و روان‌شناس برای درمان بیماری‌های روانی است. در ایران، علیرغم شیوع بالای بیماری‌های روانی، بسیاری از افراد مبتلا، برای درمان به روان‌پزشک و روان‌شناس مراجعه نمی‌کنند. دلایل مختلفی برای این امر وجود دارد، اما یکی از مهم‌ترین دلایل، انگ و تبعیض است و این انگ و تبعیض می‌تواند از سوی اعضای خانواده، بستگان، دوستان، همکاران و حتی جامعه به طور کلی اعمال شود. انگ و تبعیض، می‌تواند چرخه‌ای از احساس شرم و گناه ایجاد کند و باعث شود که افراد از مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس خودداری کنند.

در واقع، معضلات سلامت روان، به عنوان پدیده‌هایی چندوجهی می‌توانند ناشی از عوامل مختلفی، از جمله عوامل اجتماعی باشند. برخی از عوامل اجتماعی که می‌توانند بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارند نیز عبارت‌اند از طلاق، اعتیاد، فقر، تبعیض و انگ. در این پژوهش، بر عوامل اجتماعی تشدیدکننده معضلات سلامت روان در میان دانشجویان تمرکز شده است. فرض بر این است که بخشی از دانشجویان با معضلاتی در زمینه سلامت روان مواجه هستند و عوامل اجتماعی، مانند طرد ناشی از انگ و برچسب‌زنی‌ها، این معضل را تشدید می‌کنند. انگ، پدیده‌ای است که بر اساس آن، افراد با ویژگی‌های خاص، به‌عنوان افرادی غیرطبیعی، ناهنجار یا خطرناک تلقی می‌شوند. این انگ می‌تواند از سوی اعضای خانواده، دوستان، همکاران، جامعه و حتی خود فرد اعمال شود. دانشجویان نیز به عنوان بخشی از جامعه می‌توانند نسبت به این مشکلات آسیب‌پذیر باشند؛ بنابراین، برای سیاست‌گذاران فرهنگی و حوزه آموزش عالی مهم است که بدانند دانشگاه‌های پیشرو در سراسر جهان برای مقابله با این مشکلات چه اقداماتی انجام می‌دهند.

[1] Weiss et al
[2] Tossig

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

پیش از هر چیز، پرداختن به آمارها و شیوع‌شناسی مشکلات و معضلات پیرامون سلامت روان و تأثیرپذیری‌اش از داغ ننگ موضوع حائز اهمیتی است؛ طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود چهارصد و پنجاه میلیون نفر از مردم جهان به شکلی از یک بیماری روانی یا رفتاری رنج می‌برند (آربلودا و سارتوریوس[1]، ۲۰۰۸). بررسی دیگری نیز نشان می‌دهد حدود ۹۱۹ میلیون انسان در سرتاسر جهان از طیفی از اختلال‌های روان رنج می‌برند و طبق برآورد سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی، حدود یک نفر از هر چهار نفر در جهان در طول زندگی‌شان به یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی دچار می‌شوند (نوربالا، ۱۳۹۳). همچنین، در بین کشورهای خاورمیانه و بر اساس اطلاعات ثبت‌شده در پایگاه اطلاعاتی GBD، اختلالات روانی در کشورهای ایران، بحرین و قطر بیشترین و در کشورهای مصر، عراق و یمن کمترین میزان بار بیماری را به خود اختصاص داده‌اند. بر اساس مطالعات بار بیماری در ایران، اختلالات روانی یکی از منابع اصلی بار بیماری‌ها هستند و چیزی حدود ۱٤,۵ درصد از بار بیماری در ایران را تشکیل می‌دهند (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹). شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در ایران، افسردگی و اضطراب هستند. در میان دانشجویان، مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که برخی مسائل اجتماعی، مانند خودکشی و خشونت/پرخاشگری، نیز با سلامت روان مرتبط هستند (صدیقیان بیدگلی و لشگری، ۱۳۹٦).

مشخصاً، در مطالعه رضائیان و همکاران (۱۳۹۵) در مورد دانشجویان علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸,۱۱ درصد از دانشجویان دارای افکار خودکشی بوده‌اند؛ در مطالعه بخشی و جانقربانی (۱۳۹٤)، میزان شیوع خودکشی در میان دانشجویان علوم پزشکی اصفهان برابر با ۲۹,۷٪ بوده است؛ همچنین، در مطالعه سلاجقه و رقیبی (۱۳۹۲) نیز میزان این مسئله در میان دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان برابر با ۱۰ درصد بوده است. علاوه بر این، بر اساس مطالعات استانی موجود، استان‌های کرمان، تهران و کردستان با بیشترین میانگین تمایلات و افکار خودکشی در میان دانشجویان، به ترتیب با میانگین ۵۰، ٦۰ و ۷۰ درصد در رتبه‌های اول، دوم و سوم قرار دارند. استان کرمانشاه با میانگین ۳۰ درصدی، استان‌های اصفهان و سیستان و بلوچستان با میانگین ۲۰ درصدی و استان مازندران با میانگین ۹,٦ درصدی در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند.

بر اساس پژوهش لشگری (۱۳۹٦)، دانشجویان ایرانی از نظر تمایل به خودکشی و افکار خودکشی، همچون سایر گروه‌های جمعیتی در وضعیتی قرار دارند که باید مورد توجه جدی قرار گیرند. بر اساس تحقیقات انجام‌شده در ۲۰ سال اخیر، ۳۰٪ از دانش‌آموزان دختر، ۳۲٪ از دانش‌آموزان پسر، ۳٦٪ از زنان، ۲۸٪ از مردان، ۳۰٪ از نوجوانان و جوانان، ۳۵٪ از بیماران و ۱۹٪ از عامه مردم، حداقل یک‌بار فکر کرده‌اند که خودکشی کنند. در بحث از خشونت نیز، دانشجویان ایرانی در وضعیتی نسبتا مشابه با سایر گروه‌های جمعیتی قرار دارند. به‌طوری‌که در مطالعه علیوردی‌نیا (۱۳۹۲) بر روی دانشجویان دانشگاه مازندران، ٦۱,۱٪ از دانشجویان رفتارهای خشونت‌آمیز داشته‌اند. همچنین، در مطالعه ملکشاهی (۱۳۸٦) بر روی دانشجویان دانشگاه لرستان، میزان خشونت در ابعاد مختلف موردبررسی قرار گرفت. بر این اساس، ۳۸,۱٪ از دانشجویان خشونت کلامی، ۱٤,۳٪ خشونت فیزیکی، ۱۷,۳٪ تجربه خشم و ۸٪ تجربه خصومت را گزارش کرده‌اند.

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 ننگ یا انگ اجتماعی تا حد بسیاری در ایران در ارتباط با مسائل مرتبط با بهداشت و سلامت روان حائز اهمیت است. اهمیت آمارها و شرایط موجود، زمانی بیشتر روشن می‌شود که بدانیم تقریباً تمام این اختلالات، در صورت تشخیص و مداخله به موقع، قابل کنترل و درمان هستند. در مقابل، موانع اجتماعی و فرهنگی مانند انگ زدن به این بیماری‌ها، خود مسئله‌ای

[1] Arboleda and Sartorius

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

اجتماعی است که در یک چرخه معیوب، منجر به مسائل دیگری مانند خودکشی، افزایش خشونت، کاهش نشاط اجتماعی، افزایش افسردگی و موارد مشابه می‌شود.

مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که نگرش‌های به‌شدت تبعیض‌آمیزی در مورد بیماران دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان[1] وجود دارند (گریفیس و همکاران[2]، ۲۰۰۶؛ گورج و همکاران[3]، ۲۰۰۵). در بسیاری از موارد، مردم تصور می‌کنند که بیماران دارای اختلالات روانی خطرناک هستند و از آن‌ها فاصله می‌گیرند (لینک و همکاران[4]، ۱۹۹۹). انگ، در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی، می‌تواند منجر به تبعیض، طرد اجتماعی، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس شرم، انزوا و چالش‌هایی در زمینه بهره‌مندی از امکانات اجتماعی شود. تأثیرپذیری از این بیماری‌ها در قالب نشانه‌های مختلف مانند علائم اضطرابی، هذیان، توهم و غیره می‌تواند روند ادغام فرد در جامعه و دسترسی به امکاناتی مانند مسکن، شغل مناسب و غیره را مختل نماید. (روش و همکاران[5]، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، بیماران دچار اختلالات روان به دلیل انگ و تبعیض اجتماعی، احساس شرم و ناامیدی می‌کنند و این احساسات، می‌تواند منجر به تلاش بیماران برای پنهان کردن بیماری خود شود. بیماران ممکن است از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی اجتناب کنند و خود را از دیگران دور نگه‌دارند. این محرومیت‌ها نهایتا، می‌تواند منجر به نقض حقوق فردی، اجتماعی و شهروندی بیماران شود (حیدری و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین، همانطور که مرور ارزشمند توکل و همکاران (۱۳۹۹) بر مطالعات اجتماعی با محوریت تعیین‌کننده‌های سلامت در ایران نشان می‌دهد این مطالعات تقریبا به موضوع انگ اجتماعی بیماری‌های روان توجه نداشته‌اند. همچنین، لازم به ذکر است که در زمینه مسائل اجتماعی، فارغ از سهم زیاد پژوهش‌های اپیدمولوژیک (ر.ک به صدیقیان بیدگلی و لشگری، ۱۳۹۶)، 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 علت کاوی این مسائل بوده است. گرچه اهمیت آن دست از پژوهش‌ها نیز قابل انکار نیست، ولی انجام پژوهش-های این‌چنینی که در پی تحلیل تجربیات جهانی و الگوهای موجود است می‌تواند منجر به بارش افکاری[6] شود که نهایتاً فرصت‌های مهمی برای سیاست‌گذاری‌های صحیح فراهم آورد.

در این پژوهش، کشورهایی باسابقه موفق در زمینه پیشگیری از بیماری‌های روانی انتخاب شدند. اگرچه تمام برنامه‌های پیشگیرانه در فضای مجازی بررسی شدند، اما مطالعات قبلی (برای نمونه ر.ک به مهمدی، ۱۳۹۶؛ صدیقیان بیدگلی، ۱۳۹۷) نشان دادند که برخی از کشورها برنامه‌های پیشگیرانه‌ای گسترده‌تر و اثربخش‌تر از سایر کشورها دارند. به‌طور خاص، انتظار می‌رود که کشورهایی مانند ایالات‌متحده، کانادا، استرالیا و انگلستان برنامه‌های پیشگیرانه‌ای در سطح بالاتری داشته باشند.

ازاین‌روی، این پژوهش درصدد است تا با بررسی برنامه‌ها و کنش‌های دانشگاه‌های پیشگام در جهان سازوکار مداخله‌ای آن‌ها را گردآوری و تحلیل نماید. پرسش‌های اصلی و فرعی به شرح ذیل است:

دانشگاه‌های پیشگام از چه سازوکارهایی برای پیشگیری و مواجهه با داغ ننگ پیرامون مسائل سلامت روان دانشجویان استفاده می‌کنند؟

---

[1] 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.

[2] Griffiths et al.
[3] Gureje et al.
[4] Link et al.
[5] Rüsch et al.
[6] Brainstorm

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

- از چه رویکردهایی برای تحلیل مداخلات پیشگیرانه دانشگاه‌ها از داغ ننگ پیرامون سلامت روان می‌توان استفاده نمود؟
- چه متغیرهای پرتکراری در این مدل‌ها وجود دارد؟

در ادامه به بررسی پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط با موضوع پژوهش پرداخته شده است.

در پژوهش توکل و همکاران (۱۳۹۹)، مرور نظام‌مندی بر مطالعات داخلی انجام‌شده در زمینه تعیین‌کننده‌های سلامت روان در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۹ انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که سلامت روان تحت تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، زمینه‌ای و روان‌شناختی است. متغیرهای اجتماعی بیشترین فراوانی و متغیرهای روان‌شناختی کمترین اهمیت را داشته‌اند. این امر نشان‌دهنده اهمیت عوامل اجتماعی در سلامت روان است. همچنین، عدم توجه به راهکارهای اجرایی، عدم استفاده از روش‌های کیفی و تفسیری و بی‌توجهی به مناسبات میان ساختار و مؤلفه‌های سیاسی با سلامت روان از جمله محدودیت‌های این مطالعات است. در یک جمله، می‌توان گفت که این پژوهش نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت روان هستند و اقدامات سیاستی و مداخلات اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در بهبود سلامت روان جامعه داشته باشند.

همچنین، در آسیب‌شناسی آن‌ها بر مطالعات انجام‌شده، بی‌توجهی به برساخت اجتماعی و برچسب‌زنی بیماری‌های روان به عنوان یکی از موضوعات مهم عنوان شده است. آن‌ها اشاره داشته‌اند که موضوع سلامت و بیماری روانی، از دیدگاه برساخت اجتماعی و به‌طور خاص نظریه برچسب‌زنی، یک پدیده اجتماعی است. بیماری روانی، با برچسب‌های علمی و تخصصی نهاد پزشکی ایجاد می‌شود. این برچسب‌ها، توسط عموم مردم پذیرفته می‌شوند و رفتارهای بیمارگونه را تقویت می‌کنند و در نتیجه، انحرافات ثانویه نیز بازتولید می‌شوند.

انگ، برساخته‌ای اجتماعی و فرهنگی است که افراد زیادی در جامعه با آن مواجه می‌شوند. ودادهیر[1] و همکاران (۱۳۹٤) در پژوهشی کیفی دریافتند که انگ‌سازی افراد مبتلا به افسردگی، ناشی از عوامل فرهنگی است و در پزشکی‌شدن افسردگی نقش داشته است. ارسیا و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی، تأثیر انگ بر اختلالات روانی را در میان متخصصان بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که انگ، روند تشخیص و درمان اختلالات روانی را دشوار می‌کند. آن‌ها همچنین پیشنهاد دادند که ارتقای آگاهی مردم از طریق راه‌اندازی کمپین‌های رسانه‌ای می‌تواند به کاهش انگ و بهبود روند تشخیص و درمان اختلالات روانی کمک کند. حیدری و همکاران (۱۳۹٤) در پژوهشی مروری دریافتند که انگ در نظام سلامت، بار اضافی بر بیماران روانی تحمیل می‌کند. عوامل ایجادکننده انگ در نظام سلامت عبارتند از: تأثیر فرهنگ، عدم آشنایی ارائه‌دهندگان سلامت با تجربیات بیماران، دیدگاه نامناسب نسبت به بیماران، عدم درمان مناسب، عدم همدلی، ارتباط نامناسب، عدم در نظر گرفتن حقوق بیماران و عدم رعایت حریم خصوصی بیمار.

در پژوهشی کیفی، قادر زاده و درویش‌منش (۱۳۹٦) دریافتند که بیماری روانی می‌تواند ناشی از عواملی مانند سابقه خانوادگی، نابسامانی اقتصادی، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی باشد. همچنین، آن‌ها دریافتند که خانواده‌های بیماران روانی، بسته به اینکه بیماری را بپذیرند یا نپذیرند، رفتارهای متفاوتی از خود نشان می‌دهند. این رفتارها می‌تواند از کتمان و انکار تا ترحم و پذیرش و درمان بیماری را شامل شود.

[1] vedadhir

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

رودریگرز آلماگو و همکاران[1] (۲۰۱۹) 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. تاکوچی و ساکاگومی[2] (۲۰۱۸) 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 است که داغ ننگ مربوط به این بیماری‌ها باعث می‌شود بسیاری از افراد برای درمان مراجعه نکنند.

در پژوهشی توسط گیاموس و همکاران[3] (۲۰۱۷) در پنج دانشگاه کانادا، وضعیت فرهنگ سلامت روان، مهارت‌های مقابله‌ای دانشجویان و خدمات سلامت روان در آموزش‌های دوران دانشگاه بررسی شد. نتایج نشان داد که اگرچه دانشگاه‌های کانادایی در حال افزایش آگاهی در مورد مسائل سلامت روان هستند، اما زیرساخت‌های حمایتی کافی برای دانشجویان در زمینه منابع موردنیازشان در دسترس نیست. در پژوهش کرون[4] (۲۰۱٦) 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 که نشانه‌ها و علائم بیماری دارای اختلالات مرتبط با سلامت روان را داشته‌اند.

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 تحقیقات که به‌صورت کیفی انجام‌شده است، تجربه و درک همراهان بیمار، نوع مواجهه دوستان و اطرافیان، کادر درمان و اطرافیان فرد از لحاظ نگرش‌های غیر همدلانه و انگ-زننده 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. 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 ابتکار عمل‌های به کار گرفته‌شده توسط دانشگاه‌های جهان برای مقابله با انگ‌زنی در مورد بیماران دارای اختلالات سلامت روان پرداخته می‌شود تا برای اولین بار در کشور لیست کاملی از اقدامات به کار گرفته‌شده توسط آن‌ها بر مبنای تنوع ایده‌های بکار گرفته‌شده، استخراج و طبقه‌بندی شود.

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

داغ ننگ[5]: گافمن[6]، داغ ننگ را احساسی معطوف به بدنام‌شدن یک شخص می‌داند و می‌گوید: «فردی ممکن است در تعامل اجتماعی به‌سادگی پذیرش شود اما به‌واسطه 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 به‌عنوان نوعی از استعاره

[1] Rodríguez-Almagro et al
[2] Takeuchi and Sakagami
[3] Giamos et al
[4] Krone
[5] Stigma
[6] Gofman

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

و تشبیه بکار می‌بریم و تمایل داریم تا رشته وسیعی از نقص‌ها و عیب‌ها را بر پایه عیب اصلی در شخص ببینیم» (گافمن، به نقل از لمرت و براناما[1]، ۱۹۹۷: ۷۳).

داغ ننگ اختلالات سلامت روان[2]: 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 ایدز و غیره)، داغ ننگ شخصیت (شامل افراد مبتلا به مشکلات ذهنی، سوابق جنایی، گرایش‌های جنسی و غیره) و داغ ننگ قبیله-ای (که اشاره به نژاد، مذهب و ملیت دارد و از طریق دودمان و نسب انتقال داده می‌شوند) (لمرت و براناما، ۱۹۹۷: ۷۳). داغ ننگ اختلالات روان را می‌توان بر اساس طبقه دوم، یعنی داغ ننگ شخصیت موردبررسی قرار داد. این قبیل داغ ننگ‌ها 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 (ویس و همکاران، ۲۰۰۶).

- نظریه مداخله‌ای

در حل مسائل اجتماعی باید به «تئوری مداخله‌ای[3]» سوق پیدا کرد؛ کلیت این نظرگاه فکری به رشد و استفاده از راهبردهای دقیق همچون مشارکت، اجبار، متقاعدسازی و تضاد طبقاتی در برخورد[4] و حل[5] مسائل اجتماعی بزرگ اشاره دارد. برخی از مسائل اجتماعی به تعبیر شنون و یانگ[6] (۲۰۰٤) جزء «مسائل بدذات و ناخوشایند[7]» هستند. در واقع، اشاره به واژه بد و ناخوشایند به منظور ارجاع به پیچیدگی مفهومی و فراگیر بودن مسئله اجتماعی بخصوص و نیز تأثیر منفی و مخرب آن بر تعداد زیادی از افراد است.

مسائل اجتماعی می‌توانند هم از یک نظرگاه «تحلیلی و تبیینی» و هم در قالب «رویکرد مداخله‌ای یا برونداد محور[8]» بررسی شوند. در واقع، سؤالات صرفاً محدود به سؤالات همیشگی نیستند که «چرا یک مسئله بخصوصی وجود دارد؟» یا «علت این مسئله چیست؟»، بلکه سؤالات دیگری مطرح می‌شوند شامل «چگونه می‌توان این مسئله بخصوص را حل نمود؟» یا «چگونه می‌توانیم امور مورد نظر را تغییر دهیم؟». پاین[9] (۲۰۰۵) به رویکرد تئوریکی اشاره می‌کند که در آن، ایده‌های ساخت‌یافته‌ای در مورد یک مشکل یا مسئله اجتماعی مطرح‌شده و دیدگاه معطوف به فایده و سودمندی برای حل مسائل توأم با شواهد ارائه داده است. او معتقد است که تئوری باید «مبتنی بر عمل[10]» بوده و بتواند راهبردهای دقیقی را برای بروندادهای مرتبط با کنش‌های تغییرآمیز ارائه دهد. پاین، تئوری را دیدگاه‌ها و ارزش‌هایی می‌داند که افراد در قالب آن به زندگی روزمره می‌نگرند تا به آن‌ها کمک کند تا ذهن‌هایشان برای مشارکت در تغییر منظم و مدیریت شود. رویکردهای گوناگون فمینیست، اجتماع‌گرا، ضد خشونت‌گرا و غیره به افراد راهنمایی در راستای برخورد با موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌آفرین ارائه می‌کنند.

در رویکرد مداخله‌ای معطوف به حل مسائل اجتماعی که عموماً در مددکاری اجتماعی نیز موضوعیت می‌یابد، تئوری نمی‌تواند تهی و جدا از کنش باشد؛ این دلیل آن است که برای مداخله باید هم تئوری تبیینی و هم تئوری مداخله‌ای را مد نظر قرار داد. تئوری تبیینی به این می‌پردازد که

[1] Lemert and Branaman
[2] Mental health stigma
[3] Interventive theory
[4] Tackling
[5] Solving
[6] Shannon and Young
[7] wicked problems
[8] interventionist or outcome oriented perspective
[9] Payne
[10] practice-based

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

چرا یک کنش منجر به پیامدهای بخصوصی شده و شرایطی که منجر به پیامدهای بخصوص می‌شوند را مشخص می‌کند (پاین، ۲۰۰۵: ۵). در هر تئوری تبیینی، ناگزیر باید یک تئوری مداخله‌ای بالقوه نیز وجود داشته باشد. تئوری مداخله‌ای توسط شنون و یانگ (۲۰۰٤) به نحو دقیق‌تری بحث شده است؛ چنانچه یک مسئله اجتماعی دارای سطوح گوناگونی از تئوری‌های تبیینی باشد، پس تئوری مداخله‌ای نیز بایست راهبردهای متنوع و متفاوتی (درباره چگونگی حل مسئله اجتماعی) ارائه دهد. برخی از چنین راهبردهایی ممکن است به ایجاد و گسترش مدل‌های کنشی خاصی منجر گردند که هر یک در مورد یک مسئله اجتماعی بخصوص موضوعیت دارند.

جدا از نظریات تبیینی که بر حسب مسئله موردنظر و شرایط اجتماعی گزینش می‌شوند و موضوعیت می‌یابند، نظریات مداخله‌ای عموماً به موازات نظریات تبیینی قرار می‌گیرند، به‌گونه‌ای که بر تغییر تمرکز می‌کنند. نظریه مداخله‌ای، چرایی را با چگونگی پیوند داده و مکانیسم‌ها یا راهبردهایی پیشنهاد می‌دهد که توسط آن‌ها کنش‌ها می‌توانند معطوف به حل مسئله دنبال شوند. همچون نظریه تبیینی، نظریه مداخله‌ای نیز به‌صورت اجتماعی ساخته‌شده و اغلب توسط آن‌هایی که دارای انتخاب هستند مشروعیت می‌یابد (گیبز[1]، ۲۰۱۵). یکی از تئوری‌های ساختاری/اجتماعی در نظریه مداخله‌ای مربوط به مشارکت[2] است و سه تئوری مداخله‌ای نیز که در سطح فردی عمل می‌کنند عبارتند از تعدیل رفتار و ساخت‌دهی شناختی مجدد، افزایش آگاهی، حمایت، توانمندسازی و خود تعین بخشی[3].

- ***مشارکت***

دیدگاه مشارکت[4] به عنوان رویکردی که به دنبال تغییر است مبتنی بر ایده خود تعین‌بخشی[5] است: ایده‌ای که معتقد است هر فردی باید در تصمیم‌گیری در مورد تغییرات مطلوب برای خود مشارکت داشته باشد و افراد قطعاً به بهترین شکل می‌توانند علایقشان را تعریف کنند؛ مفهومی که در سال‌های اخیر در قالب مباحث فمینیستی، اکولوژیکی و جنبش‌های بومیان دیده شده است. افه[6] (۲۰۱۲)، معتقد است که دموکراسی مشارکتی یکی از حقوق اساسی بشر است و تمام صداها باید توسط تمام بخش‌های جامعه شنیده شوند. مفاهیم اصلی و کلیدی شامل مشارکت متقابل[7]، نظارت بر تصمیم‌گیری‌ها و توانمندسازی اجتماع[8] است. توانمندسازی اجتماع در قالب فرایند از پایین به بالا به تمام اعضای جامعه اجازه می‌دهد تا بتوانند در مورد موضوعاتی که بر آن‌ها تأثیر می‌نهد صحبت کنند (کلارک[9]، ۲۰۱۳).

کلارک (۲۰۱۳) معتقد است که افرادی که خود عمیقاً در حال رنج بردن از مسائل اجتماعی مبتلابه هستند، به‌مراتب متخصص‌ترین و شایسته‌ترین افراد در زمینه حل‌وفصل آن‌ها هستند و آن‌ها باید در این فرایند دارای نقش باشند- تعاریف آن‌ها، زبان آن‌ها، راه‌حل‌های آن‌ها و فرایندهای آن‌ها باید شنیده شود.

- ***تعدیل رفتار و ساختاردهی شناختی مجدد***

[1] Gibbs
[2] participation
[3] self-determination
[4] Participation theory
[5] Self-determination
[6] Ife
[7] reciprocal participation
[8] community empowerment
[9] Clarke

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

مداخلات رفتاری-شناختی[1]، تفکر و رفتار غیرمنطقی را تشخیص می‌دهند و آن‌ها را با رفتارها و تفکرات سودمندتر جایگزین می‌کنند. تغییر می‌تواند از طریق تعدیل رفتار[2] شروع شود و به موجب آن، افراد دارای مشکلات به‌تدریج مهارت‌های جدیدی را به منظور غلبه بر مسائل یاد بگیرند. فعالیت رفتاری شامل اِعمال مهارت‌های جدید در موقعیت‌های استرس‌آور زندگی روزمره است. بازسازی شناختی نیز شامل باورهای چالش‌آمیز غیر سودمند (همچون من فقیرم چراکه ناموفق و بازنده‌ام) و جایگزین نمودن آن‌ها با باورهای منطقی است (من فقیرم چون توانایی دست‌یافتن به یک شغل خوب را ندارم و شاید در آینده به آن دست‌یابم) (بک و همکاران[3]، ۲۰۰۱). بازسازی شناختی و تعدیل رفتاری هر دو نیازمند زمان و تمرین‌اند. این راهبردها به‌طور گسترده‌ای توسط فعالان حوزه رفاه عمومی مورداستفاده قرار گرفته‌اند.

- ***افزایش آگاهی***

هرچند افزودن بر آگاهی و هشیاری یک استراتژی کلیدی در نظریه تضاد طبقاتی در سطح ساختاری محسوب می‌شود، همچنین می‌تواند در سطح فردی بکار گرفته شود. افراد نیاز دارند تا سرکوب خودشان را فهمیده و بفهمند چگونه می‌توانند بر آن غلبه نمایند. هرگاه آگاهی آن‌ها افزوده‌شده است، متعاقباً برای کار با دیگرانِ مشابه در راستای به‌چالش کشیدن نظام‌های سرکوبگر و ایجاد تغییر آماده‌تر شده‌اند. یک مثال می‌تواند موقعیتی باشد که در آن، کارگران فقیر بتوانند شبکه‌ای حمایتی را ایجاد کرده و به‌گونه‌ای فعالانه با نماینده‌ی قانونی‌شان در راستای افزایش دستمزدها و خدمات ضعیف سلامت رایزنی کنند. این رایزنی‌ها و لابی‌ها می‌تواند از طریق اعتراضات خیابانی، دادخواست‌ها، بایکوت کردن‌ها یا اعتراضات در برابر دفاتر نمایندگان دنبال شود. کنش مداخله‌ای با استفاده از این نظریه، یک کنش قصدشده، رادیکال، جمعی و ضد سرکوب است.

- ***حمایت، توانمندسازی و خود-تعین‌بخشی***

حمایت، توانمندسازی و خود-تعین‌بخشی، افراد را قادر می‌سازد تا اجتماعات و پیوندهای مختص به خود ایجاد نموده و مسائلشان را حل نمایند (هایبرت و سوان[4]، ۱۹۹۹). آن‌ها عاملیت افرادی که در حاشیه‌های جامعه[5] بوده و از نهادها، فرصت‌ها و منابع طردشده بودند را موجب می‌شوند (ردموند[6]، ۲۰۰۸). به‌کارگیری این نوع از مداخله در خدمات انسانی باعث می‌شود تا کارگر کنترلش را از دست بدهد و حامی و طرفدار توانمندی شهروندان برای کار کردن خودشان بوده و آن‌ها را به‌عنوان مشارکت‌کنندگان و نه کاربران به رسمیت بشناسد (هایبرت و سوان، ۱۹۹۹). توانمندسازی و حمایت به مردم اجازه می‌دهد تا بر موانع موجود در راستای دستیابی به اهداف زندگی غلبه کنند (پاین[7]، ۲۰۰۵: ۲۹۵). توانمندسازی به افراد امکان می‌دهد تا نیازهایشان را تعریف نموده و خدمات مراقبتی خودشان را ایجاد یا تنظیم نمایند (لوئیس[8]، ۲۰۱۳). چارچوب‌های بومی از یک استراتژی خودتعین‌گرا استفاده می‌کنند که به‌موجب آن گروه‌های مختلف مردم برای ایجاد روایت‌های جدید، استفاده از فرهنگ، زبان و مفاهیم خودشان در راستای برخورد و مواجهه با مسائل اجتماعی آزاد هستند.

---

[1] Cognitive-behavioral
[2] behavior modification
[3] Beck et al.

[4] Hiebert and Swan
[5] society's margins
[6] Redmond
[7] Payne
[8] Lewis

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

روش تحقیق

این پژوهش، بررسی طرح‌ها، برنامه‌ها، مدل‌ها و راهبردهایی است که در دانشگاه‌های کشورهای انگلیسی‌زبان برای پیشگیری و مواجهه صحیح با داغ ننگ اختلالات سلامت روان انجام شده است. محقق برای انتخاب دانشگاه‌ها، کشورهایی را انتخاب کرده است که پیش‌تر طرح‌ها و مدل‌های خلاقانه و موفقی در این زمینه ارائه کرده‌اند؛ این کشورها عبارت‌اند از آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا (این انتخاب طبق تجربیات و بینش‌های پیشین به‌دست‌آمده از طرح‌های مهمدی، ۱۳۹۶ و صدیقیان بیدگلی ۱۳۹۷، انجام شده است).

در واقع، این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی و با استفاده از روش تحلیل محتوا[1] در زمره مطالعات کاربردی قرار دارد و در مرحله اول، محقق با بررسی مفصل سایت‌های دانشگاه‌ها و منابع موجود در بستر اینترنت، حدود ۱۲۷ ایده مرتبط با پیشگیری، درمان و مداخله مؤثر نسبت به چالش‌های سلامت روان را یافت. در نهایت، ۵۳ برنامه برای بررسی انتخاب شدند و در مرحله دوم، محقق اطلاعات مربوط به برنامه‌های مربوط به داغ ننگ سلامت روان را از وب‌سایت دانشگاه‌ها جمع‌آوری کرده است. این اطلاعات شامل طرح، مشخصات و انواع برنامه‌ها بود که سپس، اطلاعات جمع‌آوری‌شده خلاصه، طبقه‌بندی و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های تحقیق در دو جدول مفصل ارائه شده‌اند که داده‌های هر یک توصیف خواهد شد. درمجموع 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 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، صورت گرفته است. ۵۳ برنامه‌ی انتخاب‌شده در بین چهار کشور آمریکا، کانادا، انگلستان و استرالیا پراکنده شده‌اند. با توجه به تعدد 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، به‌عنوان‌مثال: 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 «اپلیکیشن سم»، دانشگاه وسترن سیدنی استرالیا با برنامه‌های «حمایت ۲۴ ساعته در بحران» و «ماه بهزیستی و سلامت روان».

جدول ۱. ماتریس نام، کشور و دانشگاه‌هایِ برنامه‌های مورد استناد

شماره	برنامه	کشور	دانشگاه

[1] Content Analysis

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

۱	«دایره شش‌نفره»	آمریکا	لیولا مریلند
۲	«هر ذهنی مهم است»	آمریکا	کالیفرنیا
۳	«سفیران سلامت روان»	آمریکا	آپالاچیان
٤	«بحث گروهی»	آمریکا	کلایتون
٥	«ذهن‌های فعال»	آمریکا	مین
٦	«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
١٤	«آن‌جا باش»	کانادا	کوییز
١٥	«فیلم‌هایی برای سلامت روان»	کانادا	براندون
١٦	«٧٦٤ بادکنک»	کانادا	سایمون فریزر
۱۷	«درخت ضد استیگما»	آمریکا	ماساچوست
۱۸	«تئوی نقطه‌ویرگول»	آمریکا	ویک فارست
۱۹	«۷ فنجان»	کانادا	کینگز
۲۰	«اینجا ٢٤ هفت»	کانادا	واترلو
۲۱	«همه باهم»	کانادا	کمبریج
۲۲	«سامانه پیامکی ٢٤ ساعته»	انگلستان	بریستول
۲۳	«حمایت ٢٤ ساعته در بحران»	استرالیا	وسترن سیدنی
٢٤	«خودِ احتمالی من: اپلیکیشن سلامت روان»	انگلستان	جان مورس
٢٥	«اپلیکیشن سم»	انگلستان	بریستول
٢٦	«مودفیت»	آمریکا	آریزونا
۲۷	«کمپین اختلالات مرتبط با سلامت روان در رسانه‌ها»	انگلستان	داندی
۲۸	«اولین کمک‌رسان‌ها»	انگلستان	بیرمنگام
۲۹	«های‌فایو»	کانادا	ویکتوریا
۳۰	«شبکه حمایتی وولورین»	آمریکا	میشیگان
۳۱	«روز سلامت روان»	انگلستان	لایسستر
۳۲	«ماه بهزیستی و سلامت روان»	استرالیا	وسترن سیدنی
۳۳	«روز تو خوب هستی؟»	استرالیا	گریفیس
٣٤	«توقف داغ ننگ و ماه آگاهی‌بخشی در مورد سلامت روان»	کانادا	کارلتون
٣٥	«هفته سلامت روان»	کانادا	مک‌مستر

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

۳۶	«کافه سلامتی»	انگلستان	پلایموث
۳۷	«جایزه حمایت از خلاقیت‌های سلامت روان»	انگلستان	داندی
۳۸	«جایزه سلامت روان لورا اوانس»	کانادا	وسترن اونتاریو
۳۹	«مشاوره و حمایت از دانشجویان»	انگلستان	لا
٤۰	«مراکز هداسپیس»	استرالیا	آرام‌آی‌تی
٤۱	«یک جوراب ورزشی، یک هدف»	استرالیا	مک‌کوآری
٤۲	«امید اینجا اتفاق می‌افتد»	آمریکا	سینت میشل
٤۳	«اپلیکیشن هوشمند موبایل با عنوان موناش بی‌سیف»	استرالیا	موناش
٤٤	«موتور جستجوی اختصاصی سلامت روان»	استرالیا	سی‌کیو
٤۵	«برنامه جامع سلامت روان: اطلاعاتی برای اساتید و مربیان دانشگاه‌ها»	استرالیا	سی‌کیو
٤٦	«برنامه سلامت روان دانشگاه‌ها»	کانادا	انجمن خدمات دانشجویی کانادا و انجمن ملی سلامت روان
٤۷	«پادکست‌های صوتی سلامت و شما»	استرالیا	وسترن سیدنی
٤۸	«مایند اسپات-کلینیک دیجیتال سلامت روان استرالیا»	استرالیا	مک‌کوآری
٤۹	«کلینیک مجازی تائو: همیار آنلاین درمان»	کانادا	کوییز
۵۰	«گردهم‌آیی ذی‌نفعان دانشگاه در قالب رویداد علمی»	استرالیا	ملبورن
۵۱	«برنامه سلامت روان دانشگاه‌ها»	کانادا	انجمن خدمات دانشجویی کانادا و انجمن ملی سلامت روان
۵۲	«زدودن استیگما»	آمریکا	نورث‌ایسترن
۵۳	«مواجهه با داغ ننگ، پیشبرد امید»	آمریکا	سن‌دیاگو

در ادامه در جدول ۲، ماتریس متغیرهایی که در تحلیل داده‌های حاصل از برنامه‌ها حائز اهمیت بوده‌اند و مورداستفاده واقع‌شده‌اند 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 مشخص‌شده 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 استخراج‌شده 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 تا از آن‌ها استفاده شده باشد. فراوانی کاربرد متغیرها در برنامه‌ها به ترتیب بدین‌صورت است: آگاه بخشی با ۳٦ 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 ٤ 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 ٦ متغیر استفاده کرده است. در برنامه «سفیران سلامت روان»، گروهی از دانشجویان تلاش می‌کنند

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

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 به‌صورت 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 «پیاده‌روی در سکوت» در فضای دانشگاه به‌صورت نمادین انجام می‌شود. در محوطه دانشگاه، علائمی نصب‌شده که با اسکن QR می‌توان اطلاعات و منابع مرتبط با سلامت روان و اهمیت آن را ملاحظه نمود.

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

در نمونه سوم، برنامه ۴۸، از ٤ 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 کلینیک، ارزیابی وضعیت سلامت فرد را به‌صورت آنلاین یا تلفنی انجام می‌دهد. 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 پس‌ازآن متناسب با شرایط، فرد را به دوره‌های آموزشی مرتبط یا متخصصان مرتبط ارجاع می‌دهند. این دوره‌ها علاوه بر محتوای آموزشی، به شکل جذابی اقدام به ارائه داستان افرادی کرده‌اند که به‌طور موفقیت‌آمیزی با چالش‌های سلامت روان سروکار داشته‌اند. محتوای آموزشی به افراد کمک می‌کند تا درک کنند چرخه مخرب نشانگان بیماری مانند افسردگی از کجا آغاز می‌شود و چگونه شکسته می‌شود، مدیریت نشانگان فیزیکی بیماری‌های روان چگونه است، نحوه تعامل سازنده با دیگران چگونه است و نهایتاً، نحوه غلبه بر ترس یا واکنش‌های منفی به درمان چه می‌باشند. همچنین، در طول این آموزش‌ها، یک درمانگر حرفه‌ای سؤالات افراد را پاسخ می‌دهد و وضعیت پیشرفت آن‌ها را به‌صورت هفتگی رصد می‌کند و نحوه انگیزش و کاربرد تکنیک‌ها و آموزه‌ها را با آن‌ها تمرین می‌کند.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

جدول ۲. ماتریس توزیع متغیرهای تأثیرگذار

متغیر / شماره برنامه	آگاهی‌بخشی	تعدیل رفتار	شبکه حمایتی	مشارکت دانشجویی	فعالیت‌های ورزشی	گیمیفیکیشن	تشخیص سلامت	نرم‌افزارها
۱	*	–	*	–	–	–	–	*
۳	*	*	*	*	*	–	–	*
۵	*	–	*	*	–	–	-	-
۷	-	-	–	*	-	-	*	–
۹	–	*	–	–	–	–	–	*
۱۱	*	–	–	–	–	*	–	–
۱۳	*	–	–	*	–	*	*	–
۱۵	*	–	*	*	–	–	–	–
۱۷	*	–	*	*	–	–	–	–
۱۹	–	–	*	–	–	–	–	–
۲۱	–	–	*	–	–	–	–	–
۲۳	–	–	*	–	–	–	*	*
۲۵	–	*	*	–	–	*	*	*
۲۷	*	–	*	–	*	–	–	–
۲۹	*	–	*	*	–	–	–	–
۳۱	*	–	–	–	–	–		–
۳۳	–	*	*	–	–	–		–
۳۵	*		*	–	–	–	–	–
۳۷	–	–	–	*	–	–	–	–
۳۹	–	–	*	–	–	–	–	*
۴۱	*	–	*	–	–	–	–	–
۴۳	–	–	*	–	–	*	*	*
۴۵	*	–	–	–	–	–	–	–
۴۷	*	–	*	–	–	–	*	–
۴۹	*	*	*	–	–	*	–	–
۵۱	*	–	–	–	–	–	–	–
۵۳	*	–	–	–	–	–	–	–
مجموع	۳۶	۱۳	۳۳	۱۸	٤	۳	۱۰	۹
۲	*	–	*	–	–	–	–	*
٤	–	–	*	*	–	–	*	–
٦	*	-	–	*	-	-	-	-
۸	*	–	*	*	–	–	*	–
۱۰	*	*	–	–	–	*	–	–
۱۲	*	*	–	*	–	–	–	–
۱٤	*	*	–	*	–	–	*	–
۱٦	*	–	–	–	–	–	–	–
۱۸	*	–	*	–	–	–	–	–
۲۰	–	–	*	–	–	–	–	–
۲۲	–	–	*	–	–	–	–	–
۲٤	–	*	*	–	–	–	*	*
۲٦	*	*	–	–	*	–	*	*
۲۸	*	–	*	*	–	–	–	–
۳۰	–	–	*	*	*	–	–	–
۳۲	*	–	–	–	–	–		–
۳٤	*	–	*	–	–	–		–
۳٦	–	–	*	*	–	–	–	–
۳۸	–	–	–	*	–	–	–	–
٤۰	*	*	*	–	–	–	–	*
٤۲	*	–	*	–	–	–	–	–
٤٤	*	–	*	–	–	–	*	*
٤٦	*	*	*	–	–	–	–	–
٤۸	*	*	*	–	–	–	–	–
۵۰	*	–	–	–	–	*	–	–
۵۲	*	–	–	*	–	–	–	–

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

نتیجه‌گیری

اگرچه اختلالات مرتبط با سلامت روان، موضوعی عمدتاً پزشکی و روان‌شناختی محسوب می‌شوند 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 داغ ننگ این بیماری‌ها یا واکنش‌های طرد کننده اجتماع نسبت به این بیماری‌ها و افراد، موضوعی به‌شدت اجتماعی محسوب می‌شوند که نیازمند مطالعات دقیق و تخصصی در علوم اجتماعی هستند. بر این اساس، بررسی این مهم با عنایت به برنامه‌ها و ابتکارعمل‌های دانشگاه‌ها در این زمینه در دستور کار این پژوهش قرار گرفته است.

هرچند تأکید این پژوهش بر تأثیرات داغ ننگ نهفته است، اما هر برنامه‌ای که بخشی از این فرایند (داغ ننگ و رفتارهای طردکننده از جانب اطرافیان، تأثیرپذیری دانشجویان از رفتارهای طردکننده دیگران، عدم پیگیری درمان و بروز رفتارهای خطرناک از طرف دانشجویان آسیب‌پذیر) را مورد توجه قرار داده است در این پژوهش استفاده شده است.

شکل ۱. مفهوم‌سازی داغ ننگ اختلالات سلامت روان دانشجویان

این پژوهش نقطه شروع را از نظریه ندانسته و در یک فرایند رفت‌وبرگشتی پس از بررسی داده‌ها و برنامه‌های اجراشده، تحلیل داده‌های حاصله را بر اساس گزاره‌های نظریه مداخله‌ای مانند خودتعین‌بخشی و مشارکت، آگاهی‌بخشی و تعدیل رفتاری میسرتر دانسته است. بر اساس دلالت‌های به‌دست‌آمده از تحقیقات پیشین می‌توان گفت که یکی از مسائل مهم در جامعه دانشجویی همچون سایر خرده جمعیت‌ها، مسئله انگ‌های پیرامون چالش‌های سلامت روان است. این برچسب‌ها یا انگ‌ها 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

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

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.

بنابراین، در این پژوهش بررسی ابتکار عمل دانشگاه‌های خارجی، انتخاب کشورها و طبعاً دانشگاه‌ها و نظام‌های آموزش عالی بر اساس تجارب موفق آن‌ها صورت گرفت. اگرچه به‌صورت گشوده تمام برنامه‌ها در فضای وب جستجو شده‌اند ولی طبق مطالعات قبلی (برای نمونه ر.ک به مهمدی، ۱۳۹۶؛ صدیقیان بیدگلی، ۱۳۹۷) مشخص‌شده که برنامه‌های پیشگیرانه در برخی از کشورها ازجمله در کشورهایی مانند امریکا، کانادا، استرالیا و انگلستان به‌مراتب بیش از سایر کشورها انجام شده‌اند و ازاین‌روی، این کشورها به‌عنوان مبنای جستجو قرار گرفتند و در نهایت، حدود ۲۱۷ 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 و بعد از پالایش آن‌ها، ۵۳ مورد انتخاب شدند.

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، متغیرهای شبکه حمایتی، مشارکت دانشجویی و فعالیت‌های ورزشی در مجموع با ۵۵ بار تکرار و نهایتاً، متغیرهای گیمیفیکیشن، تشخیص سلامت روان و نرم‌افزارها با ۲۲ بار تکرار در بین برنامه‌ها مطرح شده‌اند.

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

جدول ۳. ماتریس جمع‌بندی کشورها، متغیرها و نظریات

کشور	فراوانی برنامه‌ها	متغیر	فراوانی
آمریکا	۱۸	آگاهی بخشی	۳۶
		تعدیل رفتار	۱۳
کانادا	۱٤	مجموع	٤۹
		شبکه حمایتی	۳۳
استرالیا	۱۱	مشارکت دانشجویی	۱۸
		فعالیت‌های ورزشی	٤
انگلستان	۸	مجموع	۵۵
		گیمیفیکیشن	۳
مجموع	۵۳	تشخیص سلامت روان	۱۰
		نرم‌افزارها	۹
		مجموع	۲۲

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

یافته‌های حاصل از پژوهش را می‌توان بر اساس مباحث مرتبط با تئوری مداخله‌ای و مخصوصا وجه «خود تعین‌بخشی» یا مشارکت کنشگران در تعریف و حل مساله توضیح داد. دیدگاه مشارکت به عنوان رویکردی که به دنبال تغییر است مبتنی بر ایده خود تعین‌بخشی است: ایده‌ای که معتقد است هر فردی باید در تصمیم‌گیری در مورد تغییرات مطلوب برای خود مشارکت داشته باشد و افراد قطعاً به بهترین شکل می‌توانند علایقشان را تعریف کنند. کلارک (۲۰۱۳) معتقد است که افرادی که خود عمیقاً در حال رنج بردن از مسائل اجتماعی مبتلابه هستند، به‌مراتب متخصص‌ترین و شایسته‌ترین افراد در زمینه حل‌وفصل آن‌ها هستند و آن‌ها باید در این فرایند دارای نقش باشند- تعاریف آن‌ها، زبان آن‌ها، راه‌حل‌های آن‌ها و فرایندهای آن‌ها باید شنیده شود.

همان‌طور که ملاحظه شد این رویکرد به توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر (در این پژوهش، منظور دانشجویان مبتلا به اختلالات سلامت روان) و حمایت از آن‌ها از طریق به مشارکت‌طلبیدن آن‌ها در کنش‌ها، تدوین برنامه، ایده و اجرای مداخلات باور دارد. همان‌طور که ملاحظه شد، اندکی بیش از یک‌سوم از برنامه‌ها (۱۷ مورد) در قالب مؤلفه‌های این رویکرد قابل طبقه‌بندی هستند.

به‌عنوان نمونه، بخشی از برنامه‌ای که دانشگاه کالیفرنیا با عنوان «هر ذهنی مهم است» ارائه داده بود تلاش کرده بود تا از دانشجویان آسیب‌دیده بخواهد تا تجربیاتشان در ارتباط با اختلالات سلامت روان را در قالب یک کمپین به اشتراک بگذارند و تفکرات طرد کننده در ارتباط با این بیماری‌ها را از این طریق به چالش بکشند. این یکی از نمونه برنامه‌هایی است که تلاش کرده است دانشجویان را در تعریف مسئله و حل آن به مشارکت بطلبد و این موضوع دقیقاً گزاره‌های رویکرد تئوریک حمایت، توانمندسازی و خود تعین‌بخشی را پوشش می‌دهد. «سفیران دانشجو» چیزی مشابه ایده بسیج دانشجویی است که از ظرفیت دانشجویان داوطلب در راستای حل مسائل گوناگون استفاده می‌کند. همچنین، برنامه «فیلم‌هایی برای سلامت روان» دانشگاه براندون کانادا نیز به مداخلاتی در این زمینه می‌پردازد و تلاش می‌کند تا از دانشجویان آسیب‌دیده در برابر اختلالات سلامت روان بخواهد ایده‌های خود را تبدیل به فیلم نمایند. مشارکت در تدوین بروشورها و نشریات دانشجویی، برگزاری کمپین‌ها با محوریت سخنرانی افراد آسیب‌دیده از اختلالات سلامت روان همگی با این محوریت انجام می‌شوند و یکی از مکانیسم‌های مهم در حل مساله اجتماعی است که در نظریه مداخله‌ای و در رویکرد حمایت، توانمندسازی و خودتعین‌بخشی مورد توجه است.

به‌واقع، یادگیری و خود تعین‌بخشی دانشجویان آسیب‌دیده کمک می‌کند تا توانمندتر شوند، بر موانع موجود غلبه کنند و بتوانند نیازهایشان را به شکل مؤثری تعریف کنند و در تنظیم و شکل‌دهی به خدمات مراقبتی‌شان نقش ایفا کنند (لوییس، ۲۰۱۳؛ پاین، ۲۰۰۵). در واقع، حمایت، توانمندسازی و خود-تعین‌بخشی، افراد را قادر می‌سازد تا اجتماعات و پیوندهای مختص به خود ایجاد نموده و مسائلشان را حل نمایند. آن‌ها عاملیت افرادی که در حاشیه‌های جامعه بوده و از نهادها، فرصت‌ها و منابع طردشده بودند را موجب می‌شوند (ردموند، ۲۰۰۸). در واقع، مشارکت دانشجویان از جنبه‌های مختلفی حایز اهمیت است و پژوهش‌های مختلفی نیز ارتباط این مشارکت را در قالب مباحثی تحت عنوان سرمایه اجتماعی مورد توجه قرار داده‌اند (از جمله ر.ک به نیازی و همکاران، ۱۳۹۶؛ ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر، تمام مباحثی که ذیل آگاهی‌بخشی، حساس‌سازی رسانه‌ای، کمپین‌ها، کنشگری گروه‌های داوطلب دانشجو، رویدادهای علمی، آموزش‌های رسمی در قالب کارگاه‌ها و دروس دانشگاهی و این قبیل مباحث همگی در کلیت مدل تعدیل رفتار و ساختاردهی شناختی مجدد جای می‌گیرند. «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،

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

دانشجویان داوطلب، انجمن‌ها و کمپین‌ها انجام می‌شوند. 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 برنامه‌های زیادی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از ایده‌ها و گزاره‌های تئوریک مرتبط با آگاهی‌بخشی و تعدیل رفتار استفاده کرده‌اند و بر ضرورت تقویت این سازوکار تأکید نموده‌اند. به‌عنوان نمونه در برنامه «آنجا باش» در دانشگاه کوییز کانادا تلاش می‌کند تا مهارت‌های گفتگوی سالم و مؤثر با دانشجویان آسیب‌پذیر را آموزش دهد. بخشی از این مداخلات شناختی که در سطح خرد موضوعیت دارند، از طریق فناوری اجتماعی به‌پیش برده می‌شوند. 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 ازاین‌دست 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. به‌عنوان‌مثال، 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 فرضی، باورداشت‌های دانشجویان نسبت به نوع مواجهه با بیماران مبتلا به اختلالات سلامت روان را تغییر دهد.

به طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه‌های دانشگاه‌های کشورهای انگلیسی‌زبان برای مواجهه کارآمد با چالش‌های سلامت روان دانشجویان، عمدتاً بر مداخله در سطح فردی تمرکز دارند. این رویکرد، گرچه راه‌حل سریعی برای کاهش داغ ننگ اختلالات روان در بین دانشجویان است، اما نمی‌تواند به طور ریشه‌ای این مشکل را حل کند. برای حل این مشکل، محققان و سیاست‌گذاران باید توجه داشته باشند که تغییر نگرش و بهبود عملکرد در سه گروه جمعیتی مدنظر است: عامه دانشجویان، دانشجویان در معرض خطر و دانشجویان مبتلا به اختلالات روان. همچنین، در زمینه غربالگری و تشخیص جمعیت در معرض خطر، محققان و مسئولان باید دقت بیشتری داشته باشند و در گام اول، این جمعیت را در سطح هر دانشگاه، استان و نهایتاً در سطح کل کشور شناسایی نمایند. این امر، یکی از اولین گام‌های مداخله‌ای برای حل مشکل داغ ننگ اختلالات روان در بین دانشجویان است.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساسی پژوهشی با عنوان «بررسی نوع مواجهه دانشگاه‌ها با داغ ننگِ معطوف به سلامت روان دانشجویان» که محقق در پژوهشگاه مطالعات فرهنگی، اجتماعی و تمدنی وزارت علوم تحقیقات و فناوری انجام داده است، نگاشته شده است. به این ترتیب از مسیولین وقت تشکر می‌نمایم. همچنین از مجتبی لشگری و ارمغان مهمدی به‌عنوان همکاران پژوهش تشکر می‌نمایم.

References

Arsia, taghva; Atashi, afsane; Farsi, Zahra; Jawanmard, Yavar (2015). Evaluation of obstacles and solutions to deal with the stigma of mental illnesses in Iran, a qualitative study. Tehran: The 33rd Congress of the Scientific Association of Psychiatrists..{in persian}

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

Bakhshi, Seif olah; Janghorbani, Mohsen (2014). Prevalence of suicidal thoughts and factors related to it among students of Isfahan University of Medical Sciences in the academic year of 1993-1994. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences, Volume 17, Number 5: 1-12.{in persian}

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2008000.1402.15.4.1.5]

Beck, Aaron, Andrew Butler, Gregory Brown, Katherine Dahlsgaard, Cory Newman, and Judith Beck (2001), "Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorders." Behavior Research and Therapy 39 (10): 1213–1225

Clarke, Chris (2013), "The Foolishness to Believe We Can Make a Difference." The Journal of the Office of the Children's Commissioner 83 (Spring): 8–10. http://www.occ.org.nz/assets/Uploads/Journals/Children-83.pdf.

Epstein, Laura (1980), Helping People: The Task-Centered Approach. St. Louis: C. V. Mosby.

Giamos, Dimitris, Young 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.

Gibbs, Anita (2015), Analyzing and Solving Social Problems. edited by Heugten, Kate Van, Gibbs, Anita (2015), Social Work for Sociologists, Theory and Practice. Palgrave Macmillan.

Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K,Jorm AF, Nakane H. (2006), stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. BMC Psychiatry; 6:21.

Hiebert, Walter, and David Swan. 1999. "Positively Fit: A Case Study in Community Development and the Role of Participatory Action Research." Community Development Journal 34 (4): 356–364. doi:10.1093/cdj/34.4.356.

Heydari, Abbas (2014). Stigma in the health system: a review article. Journal of Ilam University of Medical Sciences, No. 4. {in persian}

• Heydari, Abbas, Meshkin-Yazd, Ali, Soodmand, Parvaneh (2013). Analysis of the concept of stigma (stigma) of mental illness. New Cares, Volume 11, Number 3: 218-227.{in persian}

Ife, Jim (2012), Human Rights and Social Work: Towards Rights-Based Practice. 3rd ed. New York: Cambridge University Press.

Krone, Megan (2016), Campus Mental Health Practices and the Stigma of Mental Illness: A Quantitative Analysis of Student Affairs Professionals. Ph.D. Dissertation, San Diego University.

• Lashgari, Mojtaba (2016). High-risk behaviors of students compared to other population groups in Iran: a systematic review of existing quantitative researches (1370-1396). Tehran: Institute of Cultural and Social Studies, Ministry of Science, Research and Technology. {research plan}.{in persian}

Lemert, Charles, Branaman, Ann (1997), The Goffman Reader. Blackwell Publishing Ltd.

Lewis, Joanne (2013), "Empowerment." In Key Concepts in Social Work Practice, edited by Aidan Worsley, Tim Mann, Angela Olsen, and Elizabeth Mason-Whitehead, 70–73. London: Sage.

• Mehmadi, Armaghan (2016). Identifying strategies, patterns and programs related to the prevention of social and cultural anomalies in universities and higher education systems. Tehran: Institute of Cultural and Social Studies, Ministry of Science, Research and Technology. {research plan}.{in persian}

Nissen, Maria Appel (2014), "In Search for a Sociology of Social Problems for Social Work." Qualitative Social Work 13 (4): 555–570.

Niazi, Mohsen, Yagoubi, Dariush, Sakhaei, Ayoub, Saeed Hosseinizadeh Arani, Seyed. (2016). Meta-analysis of the effect of social capital on mental health. Social and Cultural Strategy, 6(4), 141-176.{in persian}

Noorbala, Ahmad Ali, Demari, Behzad, and Razi Esfahani, Sahand. (2013). Investigating the prevalence of mental disorders in Iran. Daneshvar Medical, 21(112). {in persian}

Noorbala, Ahmad Ali, Nomani Farouq, Yahiavi Dizjaj Jafar, Anvari Siamand, Mahmoud Pourazri Munirah. Burden of mental disorders: A study of countries in the Middle East during the period 2000-2017. Scientific Journal of Medical Organization of the Islamic Republic of Iran. 1399; 38 (1): 19-26.{in persian}

Rezaian, Mohsen; Sufi Afshar, Newsha; Bakhtar, Marzie; Agha Mohammad Hosni, Parveen (2015). Investigating suicidal thoughts and planning among incoming medical students from 1386 to 1392 at Rafsanjan University of Medical Sciences. Fifth year health and development journal. Number 3.{in persian}

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

Riahi Mohammad Ismail, Ali Vardi Nia Akbar, Pourhossein Seyede Zeinab. Investigating the relationship between social support and mental health, social welfare 2009; 10 (39): 121-85.{in persian}

Salajeqe, Sadiq; Raqibi, Mahvash (2012), investigating the relationship between locus of control and thoughts of life and death in students of Sistan and Baluchistan University. Quarterly Journal of Educational Psychology of Islamic Azad University, Tonkabon branch, 4th year, 4th issue, serial 16: 79-91.{in persian}

Sedighian Bidgoli, Ameneh (2017). Containment and reduction of social issues (investigation of social responsibility in pioneering universities of the world). Tehran: Institute of Cultural and Social Studies, Ministry of Science, Research and Technology. {research plan}.{in persian}

Sedighian Bidgoli, Ameneh; Lashgari, Mojtabi (2016). Systematic review of social issues of student life. Tehran: Institute of Cultural and Social Studies, Ministry of Science, Research and Technology.. {in persian}
Payne, Malcolm (2005), Modern Social Work Theory. 3rd ed. New York: Palgrave Macmillan.
Qaderzadeh, Omid; Darvish Manesh, Media (2016). A qualitative study of the causes and consequences of mental illness. Social Issues of Iran, Year 8, Number 1: 49-72.{in persian}

Redmond, Gerry. 2008. "Child Poverty and Child Rights: Edging towards a Definition." Journal of Children and Poverty 14 (1): 63–82.
Rodríguez-Almagro, Julián (2019), Level of Stigma among Spanish Nursing Students toward Mental Illness and Associated Factors: A Mixed-Methods Study. International journal of environmental research and public health. 16, 4870.

Shannon, Pat, and Sue Young (2004), Solving Social Problems: Southern Perspectives. Palmerston North, NZ: Dunmore Press.
• Tassig, Mark, Miklow, Janet, and Sobedi, Seri. (1386). Sociology of mental illnesses. Translated by Ahmad Abdullahi. Tehran: Side. (1st edition, 2004).{in persian}

Takeuchi, Jiro, Sakagami, Yu (2018), Stigma among international students is associated with knowledge of the mental illness. Nagoya J. Med. Sci. 80. 367–378.
Tawakkul, Mohammad, Ekhlasi, Ibrahim, Rasouli-Nejad, Pooya (2019), systematic review of studies on the determinants of mental health in Iranian society. Research Journal of Social Work, 7 (23), 1-46.{in persian}

Vedadhir, Abu Ali; Zholuli, Hossein; Bani-Fatemeh, Hossein; Nabili, Faridah (2014). Stigmatization and medicalization of mental problems: a structuralist study on the issue of depression in Tabriz city. Review of Iran's Social Issues, Volume 6, Number 1: 27-50.{in persian}

Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. (2006), Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. Psychol Health Med; 11(3):277-87.
WHO. (2010). Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences: Social determinants of health, discussion paper 1 (debates).

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

Investigating The Necessity of Students Community Participation in Promoting Students Mental Health from an Interventionist Perspective: An Analysis of Global Experiences[1]

Ameneh Sedighian Bidgoli[2*]

Received: 2024/01/02
Accepted:2024/08/05

Abstract

Purpose: Stigma associated with mental health disorders is a major societal issue. It can lead to social isolation. The consequences of this social issue can be severe, including violence, depression, suicide, self-harm, and other harmful behaviors. This study is based on a research that aimed to collect and analyze the mechanisms and patterns used by leading universities around the world in the field of student mental health. The intervention theory approach and its propositions on participation, awareness, and behavior modification were considered and used in data analysis.
Method: This descriptive-analytical study uses content analysis to review existing documents. The statistical population includes all programs and strategies that have been implemented in universities in the United States, Canada, the United Kingdom, and Australia in the context of prevention and proper coping with the stigma of mental health disorders. Based on this, about 127 related ideas were found, and after studying them, finally 53 programs were selected.
Results: The findings showed that the main variables in preventing and coping with the stigma of mental health disorders are awareness, behavior change, student participation, and software performance. One of the insights that can have important and practical implications for researchers and policymakers in this field is to address the fact that all of these programs ultimately focus on individual intervention, not structural intervention.
Conclusion: Despite the criticisms that can be made of this approach, a quick solution to reducing the stigma of these diseases is to change the attitudes of the general student population on the one hand (primary prevention) and to improve the attitudes of people at risk or with mental disorders on the other hand (secondary and tertiary prevention).
Keywords: mental health, social stigma, depression, university, global experiences

[Downloaded from ihej.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.20088000.1402.15.4.1.5]

[1] The current article is taken from a research project entitled "Investigation of the way universities face stigma related to students' mental health" which was conducted in the Research Institute of Cultural, Social and Civilization Studies of the Ministry of Science, Research and Technology in 2021.

[2] Assistant Professor. Institute for Cultural, Social and Civilizational Studies of the Ministry of Science, Research and Technology, Tehran, Iran. (Corresponding Author)