

افسردگی در بین دانشجویان؛ بررسی نقش خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده

فرزاد جلیلیان*، شهره امدادی**، مهرداد کریمی***، مجید براتی****، حسن غریب نواز*****

دریافت: ۹۰/۱/۲۲ ، پذیرش: ۹۰/۸/۲

چکیده:

مقدمه و هدف: افسردگی از شایع ترین اختلالات روانی در میان دانشجویان می باشد که در این مدارک و شواهد موجود دال بر وجود سطح بالایی از افسردگی در بین دانشجویان رشته های پزشکی است. هدف از این مطالعه تعیین رابطه بین خودکارآمدی عمومی، میزان حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی در بین دانشجویان می باشد. **روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می باشد که بر روی ۲۳۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گرفته است. نمونه گیری به صورت طبقه بندی با انتساب متناسب انجام گرفته و برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های استاندارد (تست افسردگی بک، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده) استفاده شده است. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-13 و توسط آزمون های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** در کل ۳۷ درصد از دانشجویان درجات مختلفی از افسردگی را نشان دادند. بین خودکارآمدی و افسردگی ($r = -0.581$)، حمایت اجتماعی و افسردگی ($P = 0.000$)، $r = -0.617$) ($P = 0.000$) رابطه آماری معنی دار معکوسی مشاهده شد. بین محل سکونت و افسردگی رابطه معنی داری دیده شد ($P = 0.000$) ($t = 6.69$ $df = 233$) به طوریکه افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاه بیشتر بوده است. **نتیجه نهایی:** به نظر می رسد که توجه به نقش حمایت اجتماعی در کاهش افسردگی بتواند نتایج سودمندی را به دنبال داشته باشد. همچنین با آموزش خودکارآمدی به دانشجویان می توان وضعیت سلامت روان آنان را بهبود بخشید.

کلید واژه ها: افسردگی / حمایت اجتماعی درک شده / خودکارآمدی عمومی / دانشجویان پزشکی

مقدمه:

انگیزه و امید و کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است (۱). افسردگی یکی از شایع ترین بیماری های اعصاب و روان است که به زمان و مکان و شخص خاصی محدود نیست و همه گروهها و رده های جامعه را در بر می گیرد؛ در این خصوص مطالعات نشان داده اند که دوره تحصیلی دانشگاهی به واسطه حضور عوامل متعدد، دوره ای فشارزا است. محققین شیوع افسردگی در بین دانشجویان را بالا و از حدود ۱۰ تا ۶۴ درصد گزارش نموده اند؛

افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتهائی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانائی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است؛ که منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود. این بیماری با احساس یاس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه

* کارشناس ارشد آموزش بهداشت ، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

** عضو هیأت علمی گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان (sh.emdadi@umsha.ac.ir)

*** دانشجوی دکتری آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

***** کارشناس ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ساماندهی می شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارتها و دستاوردهای قبلی افراد پیش بینی کننده های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره تواناییهای خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (۹).

عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می گذارند و تشکیل دهنده پی آمدهای رفتار انسان می باشند. خودکارآمدی مشخص می کند، افراد چگونه موانع را بررسی می کنند. افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، به آسانی در روبه روشن شدن با مشکلات متقاعد می شوند که رفتار آنها بی فایده است و سریع دست از تلاش برمی دارند. اما افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را به وسیله بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برداشته و در برابر مشکلات ایستادگی دارند (۱۰). با توجه به مطالب ذکر شده در فوق و اهمیت حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در پیشگیری و یا کاهش نشانه های افسردگی، در این مطالعه به تعیین رابطه بین خودکارآمدی عمومی، میزان حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان پرداخته شده است و انتظار می رود که مطالعه حاضر بتواند در ارائه راهکارهای مناسب به منظور کاهش افسردگی در بین دانشجویان و در نتیجه ارتقای سطح سلامت آنان نتایج سودمندی را ارائه دهد.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد که بر روی ۲۳۵ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که ابتدا دانشکده ها به عنوان طبقه در نظر گرفته شده و با استفاده از روش نمونه گیری طبقه بندی با انتساب متناسب از بین دانشجویان، شرکت کنندگان را به تصادف انتخاب کرده و پرسشنامه هایی در اختیار آنان قرار داده می شد و اطلاعات مورد نیاز از آنان جمع آوری می شد.

گفتنی است که آزمودنیهای مطالعه در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و تمامی شرکت کنندگان با تمایل وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات: ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از سه پرسشنامه استاندارد (پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده و

که می تواند موجب خودکشی، اعتیاد، اعتماد به نفس پائین، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای مختلف شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود و به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه های هنگفتی را به جامعه تحمیل می نماید (۲). دانشجویان به لحاظ تغییر محل زندگی وجدایی ناگهانی از خانواده، گروه در معرض خطر محسوب می شوند و برنامه ریزی های اجتماعی برای آنان از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا به وجود آمدن هرگونه اختلال در زندگی آنها، مانع رشد و بالندگی و عدم شکوفایی استعداد این گروه می گردد (۳). حضور در کلاس، شرکت در امتحانات، انجام تکالیف و پروژه ها، غربت، مخارج سنگین و هزینه های زندگی، انتظارات خانواده و دانشگاه، دوری از خانواده و آینده مبهم از عوامل مستعدکننده افسردگی در بین دانشجویان می باشد (۴) پژوهشگران رویدادهای منفی زندگی و پائین بودن سطح حمایت اجتماعی را دو عامل مرتبط با افسردگی عنوان کرده اند (۵) در این راستا حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است که نقش آن به عنوان فرایندهای ضربه گیر استرس (Stress Buffering Process) مطرح شده و سودمندی روانشناختی آن ممکن است ناشی از اثر بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه های موثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت های فردی باشد (۶).

حمایت اجتماعی رل مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می کند و در کاهش آثار منفی استرس های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می شود و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم خواهد داشت نقش دارد و آسیب پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری های روانی و جسمانی کاهش می دهد (۷). در این راستا اوریت و همکاران بر این باورند که فرد براساس تجارب پیشین ممکن است نتیجه گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا خیر، و چنان چه پاسخ مثبت باشد، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می یابد (۸).

در خصوص خودکارآمدی نیز باندورا مطرح می کند که خود کارآمدی، توان سازنده ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه ای اثربخش

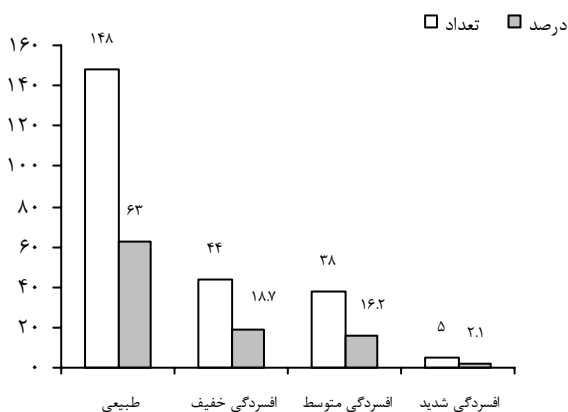
که با مقیاس رتبه های ۰ تا ۴ نمره دهی می شود این پرسشنامه نمره ای بین ۰ تا ۴۸ می دهد که هر چه بیشتر باشد نشان دهنده حمایت اجتماعی بیشتر است، پایایی این پرسشنامه هم با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۳).

در نهایت اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS-13 شد و با بهره گیری از آزمون های آماری مناسب (مجذور کای، تی تست و همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج:

۱۳۹ نفر (۵۹/۱٪) از دانشجویان دختر و ۹۶ نفر (۴۰/۹٪) پسر بودند. ۱۳۷ نفر (۵۸/۳٪) از آنان خوابگاهی و ۹۸ نفر (۴۱/۷٪) غیر خوابگاهی بودند. ۷۸ نفر (۳۳/۲٪) از دانشجویان بومی استان همدان و ۱۵۷ نفر (۶۶/۸٪) غیر بومی بودند. ۱۹۹ نفر (۸۴/۷٪) مجرد و ۳۶ نفر (۱۵/۳٪) از آنان متأهل بودند.

نتایج مربوط به وضعیت افسردگی دانشجویان در نمودار ۱ آورده شده است که با توجه به نتایج ۱۴۸ نفر از دانشجویان از نظر افسردگی در وضعیت طبیعی، ۴۴ نفر افسردگی خفیف، ۳۸ نفر افسردگی متوسط و ۵ نفر افسردگی شدید بودند.



نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق وضعیت افسردگی در دانشجویان

بین متغیرهای مانند جنس، بومی یا غیر بومی بودن، محل سکونت، وضعیت تاهل و افسردگی رابطه آماری معنی داری دیده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۱ آورده شده است. میانگین نمره افسردگی در دانشجویان دختر ۱۱/۲۵ و در دانشجویان پسر ۷/۳۴ بود و افسردگی

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی) و همچنین اطلاعاتی در زمینه مشخصات دموگرافیکی دانشجویان بود و اطلاعات به صورت خودگزارش دهی (Self Report) از دانشجویان جمع آوری شده است.

اطلاعات دموگرافیکی: این قسمت شامل ۸ سوال در خصوص اطلاعات فردی دانشجویان بود و اطلاعاتی نظیر سن (به سال)، جنس (زن، مرد)، رشته تحصیلی (بهداشت، پرستاری و مامائی، پزشکی، دندان پزشکی، پیراپزشکی)، مقطع تحصیلی (کاردنی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترای حرفه ای)، ترم تحصیلی، بومی و غیر بومی بودن در استان همدان (بله، خیر)، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد) و محل سکونت (خوابگاهی، غیر خوابگاهی) را مورد بررسی قرار می داد.

مقیاس سنجش افسردگی: در این پژوهش برای سنجش افسردگی از پرسشنامه استاندارد بک (Beck) استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۲۱ سوال چندگزینه ای است که روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است. امتیازات این پرسشنامه از صفر تا ۶۳ می باشد و نهایتاً بر اساس این امتیاز وضعیت فرد از نظر افسردگی به این صورت که: تا ۱۰ دامنه طبیعی، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و بالاتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید طبقه بندی می شود (۱۱).

خودکارآمدی درک شده: برای سنجش خود کار آمدی از مقیاس خود کارآمدی عمومی (General Self-Efficacy Scale-GSE) که توسط علییه نظامی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در مطالعات متعددی نیز در ایران به کار گرفته شده استفاده شد. این مقیاس شامل ۱۰ سوال از جمله « اگر به اندازه کافی تلاش کنم همیشه قادر به حل مشکلات سخت می باشم» می باشد که به صورت گزینه های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و از ۱ تا ۴ درجه بندی شده است. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خود کارآمدی عمومی بالاتر بوده و بالعکس (۱۲).

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده: پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده مود استفاده در پژوهش حاضر (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) پرسشنامه ای است که شامل ۱۲ سؤال اختصاصی می باشد

بحث:

افسردگی یکی از مهمترین علل بیماری زایی و ناتوانی در تمامی کشورهای است و شایع ترین بیماری روانی است که به عنوان یک مشکل بهداشتی در تمامی جوامع خودنمایی می کند (۱). همانگونه که از نتایج پیداست شیوع افسردگی در مطالعه حاضر ۳۷ درصد بوده است. در این راستا شیوع افسردگی در بین دانشجویان ایرانی از ۱۰/۵ تا ۵۳ درصد گزارش شده است که این میزان بالاتر از میزان افسردگی در جمعیت عادی می باشد (۱۴). در این راستا نتایج مطالعه میمنت آبادی و همکاران نیز نشان دهنده آمار بالای افسردگی در بین دانشجویان ایرانی می باشد؛ بطوریکه نتایج مطالعه آنان در خصوص دانشجویان رشته دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان نشان داد که با بهره گیری از تست بک به طور کلی ۴۴/۸ درصد از آنان درجات مختلفی از افسردگی را از خود نشان داده اند. که در این بین ۵۵/۲ درصد از دانشجویان مورد بررسی غیر افسرده، ۲۶/۴ درصد افسردگی خفیف، ۱۷/۳ درصد افسردگی متوسط و ۱/۱ درصد از آنان نیز افسردگی شدید داشته اند (۱۵).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که بین سن و افسردگی رابطه آماری معنی داری وجود نداشته است. این نتیجه به نظر محققین شاید به این علت باشد که گروه مورد بررسی در پژوهش حاضر و در یک طیف سنی بودند، به همین دلیل هم تفاوتی در این خصوص مشاهده نشده است.

در این مطالعه بین افسردگی و رشته تحصیلی رابطه معنی داری وجود نداشت که این نتایج با مطالعه امانی (۱۱) در این خصوص همخوانی دارد.

پژوهش ها نشان داده اند که زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می شوند (۱). نتایج این مطالعه نیز نشان دهنده همین مطلب می باشد و شیوع افسردگی در دانشجویان مونث بیشتر از دانشجویان مذکر بوده است.

نتایج نشان داد که افسردگی در دانشجویان غیر بومی بیشتر از دانشجویان بومی بود که با پژوهش های مشابه در این خصوص همخوانی دارد (۱۱) همچنین با توجه به نتایج بین محل سکونت (زندگی در خوابگاه و غیر از خوابگاه) و افسردگی رابطه معنی داری مشاهده شد و افسردگی در دانشجویان ساکن خوابگاه بیشتر بوده است.

در دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر بوده است. میانگین نمره افسردگی در دانشجویان بومی ۶/۱۵ و در دانشجویان غیر بومی ۱۱/۴ بوده است. میانگین نمره افسردگی در دانشجویان خوابگاهی ۱۲/۴ و در دانشجویان غیر خوابگاهی ۵/۸۱ بود. همچنین میانگین نمره افسردگی در دانشجویان متاهل ۷/۴۴ و میانگین آن در دانشجویان مجرد ۱۰/۰۶ بود.

جدول ۱: بررسی رابطه بین افسردگی و برخی از متغیرهای زمینه ای

جنس	نمره افسردگی	
	میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری
دختر	۱۱/۲۵ (۹/۱۵)	t=۲/۸۵۴, df=۲۳۳ P=۰/۰۰۰
	۷/۳۴ (۴/۶۸)	
پسر	۶/۱۵ (۳/۳۸)	t=-۵/۰۵۳, df=۲۳۳ P=۰/۰۰۰
	۱۱/۴ (۸/۸۴)	
بومی و غیر بومی	۱۲/۴ (۸/۹۴)	t=۶/۶۹۳ df=۲۳۳ P=۰/۰۰۰
	۵/۸۱ (۳/۴۷)	
محل سکونت	۱۰/۰۶ (۸/۲۷)	t=۱/۸۴۲ df=۲۳۳ P=۰/۰۰۹
	۷/۴۴ (۴/۶۶)	
خوابگاهی		
غیر خوابگاهی		
وضعیت تأهل		
مجرد		
متاهل		

همچنین بین ترم تحصیلی و افسردگی در دانشجویان رابطه آماری معنی داری دیده شد ($r=0/373$ P-value=0/000) بطوریکه با افزایش ترم تحصیلی میزان افسردگی بیشتر شده است. اما بین متغیرهای مانند سن، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی و افسردگی رابطه معنی داری دیده نشد ($P > 0/05$).

با توجه به نتایج جدول ۲ بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و افسردگی رابطه آماری معنی داری وجود داشت، به طوریکه دانشجویانی که از حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند به میزان کمتری افسردگی داشتند.

جدول ۲: بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و افسردگی

خودکارآمدی	خودکارآمدی	افسردگی
افسردگی	۰/۵۸۱	*
حمایت اجتماعی	۰/۶۱۸	*
	۰/۶۱۷	*

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

مطالعه حاضر نشان داد که بین افسردگی و وضعیت تاهل رابطه معنی داری وجود دارد، و افسردگی در دانشجویان مجرد بیشتر بوده است که با نتایج مطالعات دیگران در این خصوص همخوانی دارد (۱۱،۱۴).

با توجه به نتایج بدست آمده بین ترم تحصیلی و افسردگی رابطه معنی داری وجود داشت بطوریکه با افزایش ترم تحصیلی افسردگی نیز بیشتر بوده است که با پژوهش مشابه در این خصوص همخوانی دارد (۱۱). این نتایج می تواند زنگ خطری برای مسئولین و مدیران آموزشی و فرهنگی دانشگاه های کشور باشد که چرا با افزایش ترم تحصیلی میزان افسردگی در بین دانشجویان بیشتر می شود؟ به نظر محققین دلایل بسیاری می تواند در این خصوص مطرح شود که می توان سخت تر شدن واحد های درسی، زندگی در خوابگاه ها، استرس شغل و بازار کار آینده و نبود امکانات رفاهی و تفریحی مناسب در دانشگاه ها را نام برد.

بین خودکارآمدی و افسردگی رابطه معنی داری دیده شد، بطوریکه با افزایش خودکارآمدی میزان افسردگی کمتر بوده است؛ کیم نیز در مطالعه خود گزارش می کند که افسردگی با باورهای ضعیف خودکارآمدی رابطه دارد (۱۶). در این خصوص باید گفت که افراد دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف، بجای برخورد با موانع از آنها اجتناب می کنند و به صورت غیر واقع بینانه ای معیارهای بالایی برای خود بر می گزینند و سعی دارند انتظارات فوق العاده ای را علیرغم توانایی های خود برآورده نمایند، در نتیجه با شکستهای پیاپی مواجه شده که این شکست ها به احساس بی ارزشی و افسردگی منجر می شوند (۱۷). در خصوص اهمیت خودکارآمدی عباسیان فرد (به نقل از شالویک و شلویک - Shalvik & Shlvik) عنوان می کند که ادراک خودکارآمدی نسبت به موفقیت های قبلی، پیشبینی کننده قویتر و مؤثرتری برای موفقیت های بعدی است (۱۸). با توجه به اهمیت خودکارآمدی در ارتقای سلامت روان افراد پیشنهاد می گردد در ابتدای هر ترم تحصیلی از سوی مسئولین دانشگاه ها (به عنوان مثال معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه ها) اقدام به برگزاری کارگاه های آموزشی در خصوص ارتقای خودکارآمدی دانشجویان گردد.

حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی، روانی

و اجتماعی مواجه می شوند (۶) و پژوهش های متعددی، ارتباط معکوس بین حمایت اجتماعی بالا و ابتلا به افسردگی را خاطر نشان کرده اند (۲۱-۱۹). پژوهش حاضر نیز این نکته را تأیید می کند و نتایج نشان دهنده وجود رابطه آماری معنی دار معکوسی بین حمایت اجتماعی بالا و افسردگی بود، به طوریکه با افزایش میزان حمایت اجتماعی میزان افسردگی کمتر بوده است. در این رابطه لو معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا را تعدیل می کند و به تجربه عواطف مثبت می انجامد و حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۲۲). همچنین در رابطه با نقش حمایت اجتماعی برخی پژوهشگران در مطالعه خود عنوان کرده اند که حمایت اجتماعی رابطه معنی داری با پیش بینی سلامت روان افراد دارد (۲۳). دلنگی و هالزمن نیز به اهمیت و نقش حمایت اجتماعی در سازگاری با محیط و کاهش استرس اشاره کرده اند (۲۴). نتایج پژوهش استرازدینز و بروم در سال ۲۰۰۸ نیز نشان داد که حمایت اجتماعی موجب ارتقای سلامت روان افراد می شود (۲۵). نتایج مطالعه حاضر نیز در این راستا می باشد.

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی می باشد که من جمله می توان به جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه اشاره کرد. در این خصوص باید گفت در مطالعاتی که برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده می شود فرض بر این می باشد که فرد پاسخ دهنده اطلاعات درست و واقعی را بیان می کند، با این حال ممکن است که برخی از پاسخ دهندگان به طور صادقانه پرسشنامه ها را تکمیل نکنند؛ در مطالعه حاضر نیز اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و به صورت خود گزارش دهی از دانشجویان جمع آوری شده است که ممکن است برخی از شرکت کنندگان اطلاعات واقعی را بیان نکرده باشند. این نکته در رابطه با پی بردن به مشکلات مرتبط با سلامت روان بیشتر حائز اهمیت است؛ پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده با بهره گیری از مصاحبه و تشخیص بالینی به بررسی اختلالات روانی و افسردگی در دانشجویان پرداخته شود تا بتوان تجزیه و تحلیل مناسب تری را در این زمینه ارائه داد.

نتیجه نهایی:

دانشجویان سازندگان فردای کشور خویش می باشند به نظر می رسد مواردی همچون آشنا نبودن با محیط

4. Arthur N. The effect of stress, depression and anxiety on postsecondary students coping strategy. *J Coll Stud Dev* 1998; 39(1):11-22.
5. Fukunishi I, Aoki T, Hosaka T. Correlations for social support with depression in the chronic post stroke period. *Percept Mot Skills* 1997; 85(3):811-818.
6. Rathus SA. *Psychology*. 8rd ed. London: Thoma-son, 2007: 169-183.
7. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 203-210.
8. Oritt EJ, Paul SC, Behrman JS. The perceived support network inventory. *Am J Community Psychol* 1985; 13(5):565-582.
9. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84(2):191-215.
10. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31(2): 143-164.
11. Amani F, Sohrabi B, Sadeghie S, Mashofi M. [The study of depression among college students in Ardabil University of medical sciences]. *Journal of Ardabil University of medical sciences* 2004; 3(11): 7-11. (Persian)
12. Moeini B. [The effect of stress management training methods on the adolescent's mental health, based on applying health belief model with social marketing approach in Tehran]. PhD, health education dissertation, Tarbiat Mo-dares University, Faculty of Medical Sciences, 2007. (Persian)
13. Mitchell JC, Zimet GD. Psychometric properties of multidimensional Scale of perceived social support in urban adolescents. *Am J Community Psychol* 2000; 28(3):391-400.
14. Hashemi Mohammad Abad N, Zadeh Bagheri Gh, Ghaffarian Shirazi HR. [A survey on some etiologic factors related to depression among university students in Yasuj]. *Journal of Medical Research* 2003; 2(1): 19-26. (Persian)
15. Meimanat Abadi M, Hosseini M, Ahmad Panah M, Asna Ashari F. [Comparative study of the prevalence of depression, anxiety & personality traits among students of different courses at Hamedan Universities 2010]. M.D. dissertation. Hamadan University of Medical Sciences, 2011. (Persian)
16. Kim YH. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescent: final results from a 2-year study. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(2): 115-124.
17. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Dev* 1996; 67(3): 1206-1222.
18. Abbasianfard M, Bahrami H, Ahghar GH. Relationship between self-efficacy with achievement motivation in pre-university girl students. *Jour-*

دانشگاه یا فرهنگ حاکم بر منطقه در صورت غیر بومی بودن، جدایی و دوری از خانواده و یا ناسازگاری با سایر افراد ناراحتی های روانی همچون افسردگی را در بین آنان ایجاد کند. با توجه به این که نتایج مطالعه حاضر نقش مثبت و تاثیرگذار حمایت اجتماعی بر افسردگی را نشان داده است به نظر می رسد که ایجاد یک جو مناسب حمایتی که با اقدامهای ساده و کم هزینه ای مانند فراهم نمودن امکانات رفاهی بیشتر بخصوص برای دانشجویان ساکن خوابگاه ها، تقویت مراکز مشاوره و خدمات روانپزشکی جهت شناخت و درمان به موقع مشکلات روحی و روانی دانشجویان، برگزاری مراسم مختلف به مناسبت هایی نظیر اعیاد مذهبی و ملی و امثال آن و برگزاری اردوهای مختلف جهت نشاط و شادابی بیشتر و همچنین مشارکت دادن فعال آنان در برنامه های آموزشی، فرهنگی، تفریحی و ورزشی بتواند در کاهش افسردگی در بین دانشجویان موثر باشد.

همچنین با توجه به نقش مثبت خودکارآمدی در پیشگیری از افسردگی، به نظر می رسد برگزاری کلاس های آموزشی در خصوص خودکارآمدی و دادن اعتماد به نفس به آنان بتواند نتایج سودمندی در ارتقاء سلامت روان دانشجویان و به تبع آن افزایش بهره وری در آنان را داشته باشد.

سپاسگزاری :

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره ۱۳۸۸/۸/۱۶ مورخه ۱۶/۳۵/۱/۱۱۵۷۶۴ می باشد که بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از مسئولین مربوطه و دانشجویان شرکت کننده در مطالعه به عمل می آید.

منابع :

1. Kaplan H, Sadock B. [Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry]. Pourafkari N (translator). 9th ed. Tehran: Shahr ab, 2007:534-588. (Persian)
2. Sharifi Kh, Sooki Z, Khademi Z, Hosseynian M, Tagharrobi Z. [Prevalence of depression and its contributing factors among Kashan medical university students]. *Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2000; 4(4): 54-58. (Persian)
3. Zeyghami R, Sharifi F, Ayatollahi A, Ashkani H. [A survey of stress factors in nursing students in Shiraz University of Medical Sciences]. Tehran: Medical student's mental health national congress, 2004: 16. (Persian)

- nal of Applied Psychology 2010; 4(1): 95-109
19. Davis MH, Morris MM, Kraus LA. Relationship-Specific and global perception of social support: association with well-being and attachment. *J Pers Soc Psychol* 1998;74(2): 468-481.
 20. Comwell B. The dynamic properties of social support: Decay, growth, staticity, and their effects on adolescent depression. *Soc Forces* 2003; 81(3): 953-978.
 21. Aranda MP, Castenda I, Lee PG, Sobele E. Stress, social support and coping as prediction of depressive symptom: gender differences among Mexican American. *Soc Work Res* 2001; 25(1): 37-49.
 22. Luo L. Social Support, reciprocity and well-being. *J Soc Psychol* 1997; 137(5): 618-628.
 23. Gwang Suk K, Mi-Kyong Sh. Stress, social support, and health among manufacturing women workers. 132nd. Washington DC, Public Health and Environment Congress Publisher, 2004. Available from: http://apha.confex.com/apha/132am/tech-Program/paper_90570.htm(accessed September, 2011)
 24. DeLongis A, Holtzman S. Coping in context the role of stress, social support, and personality in coping. *J Pers* 2005; 73(6): 131-134
 25. Strazdins L, Broom D. The mental health costs and benefits of giving social support. *Int J Stress Manag* 2008; 14(4), 370-385