

بررسی پراکندگی افسردگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان

دکتر سید احمد احمدی
استادیار دانشکده علوم تربیتی



چکیده:

شاید کمتر کسی باشد که در طول زندگی خود لحظاتی از نگرانی و افسردگی را احساس نکرده باشد. افسردگی یک اختلال شایع عاطفی است. اگر شدت این حالت از حد معمول بگذرد، عرصه زندگی را بر فرد تنگ کرده او را از همه چیز و حتی از خودش بیزار می‌کند. دانشجویان در مرحله‌ای از زندگی هستند که بیش از دیگران در معرض هجوم این اختلال عاطفی قرار دارند. تحقیقات قبلی پراکندگی افسردگی را در بین دانشجویان نشان داده است. این بررسی که بر روی دو نمونه از دانشجویان دانشگاه اصفهان صورت گرفته، میزان افسردگی را در بین آنان مشخص می‌سازد. وسیله سنجش در این بررسی، تست افسردگی پیک است. بررسی نتایج نشان می‌دهند که در بین دانشجویان، ۱۸/۶ در صد افسردگی خفیف، ۱۶/۱۶ افسردگی متوسط و ۸/۵ در صد افسردگی شدید وجود داشته است. معدل افسردگی در بیسن دانشجویان رو به افزایش بوده، آن دسته از دانشجویانی که به فراغت از تحصیل نزدیک می‌شوند، افسردگی بیشتری نشان می‌دهند. همچنین در دانشکده‌های مختلف، میزان افسردگی متفاوت بوده است.

افسردگی را می‌توان شایع‌ترین اختلال عاطفی دانست. این حالت عاطفی، از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است. بقراط این حالت را به ملانکولی تعبیر کرده است. به عقیده وی، در اثر صفرا و خلط دهانی، روح فرد تیره می‌شود و ملانکولی بوجود می‌آید. در اوائل قرن دوم میلادی کاپادوچیا، مبتلایان به ملانکولی را افرادی مظنون و خرافاتی می‌دانست. او می‌گفت که این افراد از زندگی خود گلایه و تنفر دارند و آرزوی مرگ می‌کنند (۸). دانشمندان ایرانی از مالیخولیا که همان مانکولی است زیاد صحبت کرده‌اند. مالیخولیا نوعی مرض عصبی بوده که مبتلایان به آن گاهی از خوردن و آشامیدن خودداری می‌نموده‌اند، به نحوی که به حالت مرگ می‌رسیده و گاهی خودکشی می‌کرده‌اند (۱۰). در برخی از نوشته‌ها، این اختلال عاطفی را نوعی بیماری نامرئی دانسته‌اند که مثل خوره برجان آدمی می‌افتد. آنان که با بیماران روانی و مبتلایان به اختلالات عاطفی سروکار دارند، جملاتی از قبیل، "از همه چیز بیزارم"، "امیدی به زندگی ندارم"، "همیشه می‌خواهم تنها باشم"، "گاهی فکر خودکشی به سرم می‌زند"، را زیاد شنیده‌اند. در زیر این شکوه‌های بیمارگونه می‌توان حالت افسردگی را باز یافت.

بررسی ۲۱۶ مورد بیماری در بیمارستان روزبه در ۱۳۶۲ نشان داد که، ۳۶/۵ در صد یعنی حدود $\frac{1}{3}$ از آنان از افسردگی رنج می‌برده‌اند (۵). شاید آمار افسردگی بیش از این باشد، زیرا بسیاری از افراد با اینکه افسرده‌اند آنرا بروز نمی‌دهند و گاهی بصورت معکوس عکس العمل نشان داده خود را شادمان جلوه می‌دهند. تورومی گفت، بسیاری از مردم همه عمرشان را در افسردگی خاموش می‌گذرانند (۵).

می‌دانیم که افسردگی با تغییراتی در خلق و خوی فرد شروع می‌شود و بسا درجات مختلفی از غم و اندوه همراه است و روزها و هفته‌ها و حتی ماهها ادامه می‌یابد. همزمان با تغییر در خلق، دگرگونی‌هایی در رفتار، برداشت، طرز فکر، کارآیی و عملکرد فیزیولوژیک فرد پیش می‌آید (۲). در هنگام افسردگی، فرد قدرت تفکر خود را در مورد ارزیابی امور روزمره از دست می‌دهد و تمام امور را از راءشیشه مات و کدر بدبینی مشاهده می‌کند. فرد افسرده اتفاقات ناگوار را زبر ذره‌بین می‌برد و شدت آن را چندوچندان می‌کند. حوادث خوب و موفقیت‌های زندگی خود را نادیده می‌گیرد و به آنها توجهی ندارد.

افسردگی را گاهی به دو دسته، (الف) افسردگی‌های اولیه، (ب) افسردگی

ثانویه تقسیم می‌کنند (۹). در افسردگیهای اولیه علائم افسردگی هسته اصلی بیماری است و همراه با این علائم، بیمار جسمی یا روانی دیگری موجود نیست. افسردگیهای ثانویه به آن دسته از افسردگیها اطلاق می‌شود که علائم افسردگی هسته اصلی بیماری نیست و معمولا "افسردگی با یک بیمار جسمی یا روانی همراه است."

اخیرا "افسردگیها را بصورت زیر طبقه بندی کرده‌اند:

اول: افسردگی طبیعی که بعد از شکستها و پیش آمدهای زندگی برای فرد اتفاق می‌افتد. این افسردگی خیلی عمیق نیست و فرد بر آن کنترل دارد و پس از مدتی از بین می‌رود.

دوم: افسردگی نوروتیک. این افسردگی مانند تمام حالات عصبی و نوزها، کل شخصیت فرد را فرا می‌گیرد. در افسردگی نوروتیک حداقل سه نشانه از علائم زیر وجود دارد.

- ۱- کم خوابی یا پر خوابی
 - ۲- احساس خستگی و بیحالی
 - ۳- احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی
 - ۴- کاهش فعالیت و کارآیی فرد
 - ۵- کاهش قدرت تفکر و تمرکز
 - ۶- کناره گیری از جمع
 - ۷- بی‌علاقگی به تفریحات
 - ۸- خشم فوق العاده
 - ۹- طرز فکر منفی نسبت به آینده
 - ۱۰- حالت گریه داشتن
 - ۱۱- داشتن افکار خودکشی و آرزوی مرگ
- سوم: افسردگی سیکوتیک. شدت و عمق این افسردگی از دو گونه دیگر بیشتر است و همین امر این نوع را از سایر انواع جدا می‌کند. افسردگی سیکوتیک را به دو دسته، (الف) دو قطبی (مانیک - دپرسیو) و یک قطبی (دپرسیو شدید) تقسیم کرده‌اند.

جدول زیر که از بررسی ۲۱۶ مورد بیماری در بیمارستان روز به استخراج شده است، پراکندگی افسردگی را در این نمونه نشان می‌دهد.

[جدول شماره ۱]

| درصد | جمع | مرد | زن | تشخیص |
|------|-----|-----|----|---|
| ۱۵/۷ | ۳۴ | ۱۵ | ۱۹ | ۱- اختلال خلقی دو قطبی (مانیک - دپرسیو) |
| ۱۲/۵ | ۲۷ | ۱۱ | ۱۶ | ۲- اختلال خلقی یک قطبی (دپرسیو شدید) |
| ۸/۳ | ۱۸ | ۲ | ۱۶ | ۳- نوز افسردگی |

همانطور که در جدول بالا مشهود است، افسردگی دو قطبی بالاترین رقم را در بین این بیماران تشکیل داده است. ضمناً زنان بیش از مردان دچار افسردگی بوده‌اند. از این نمونه نمیتوان استنباط کرد که افسردگی نوروتیک کمترین میزان را دار است، زیرا همانطور که قبلاً گفتیم، بسیاری از افراد افسرده برای معالجه مراجعه نمی‌کنند و بصورت نامرئی و پنهان و گاهی در همه عمر از آن رنج می‌برند.

سابقه تحقیق:

اختلالات روانی و عاطفی دانشجویان مورد بررسی‌های متعددی قرار گرفته است. پژوهش ولف در ۱۹۵۴ نشان داد که ۲۵ درصد از دانشجویان دستخوش ناراحتیهای روانی هستند. گزارش سازمان بهداشت جهانی نمایانگر یک تا ۲ درصد پسکوز در بین دانشجویان است. از بررسی دانشگاه ادینبوره برمی‌آید که ۹ درصد دانشجویان پسر و ۱۴/۶ درصد دانشجویان دختر به نوعی ناراحتی روانی مبتلا بوده‌اند (۳).

دانشجویان دانشگاه در سنینی هستند که موقع انتخاب، تصمیم‌گیری و تشیبت ارزشهاست و طبعاً با تعارضها و تضادهای مختلفی روبرو هستند. بررسی پاسخهای ۱۴۰ دانشجوی دانشگاه تهران به پرسشنامه‌ای که دلائل ارجاع آنان را به مرکز مشاوره در سال ۱۳۵۴، سؤال کرده بود، بیانگر وجود مشکلات متعددی در بین آنان است. جدول زیر (شماره ۲) دلائل مراجعه کردن آنان را مشخص می‌کند.

[جدول شماره ۲]

| ردیف | دلیل مراجعه به مرکز مشاوره | درصد |
|------|--|------|
| ۱ | مشکل برقراری تماس با مردم | ۶۷ |
| ۲ | کم رویی و احساس خجالت و حقارت | ۵۶ |
| ۳ | عدم اتکاء به نفس و نداشتن شجاعت در کارها | ۳۹ |
| ۴ | ترس از سخن گفتن در جمع | ۳۹ |
| ۵ | احساس کمبود محبت | ۲۱ |
| ۶ | احساس تنهایی | ۱۱ |
| ۷ | بی ارادگی و احساس زبونی | ۸ |
| ۸ | وحشت دائم از شکست | ۷ |
| ۹ | احساس بیهودگی و نومیدی | ۶ |

نگاه اجمالی به جدول فوق، وجود علائم افسردگی را در بین دانشجویان نشان میدهد. ۲۵۰۰ نفر از پذیرفته‌شدگان دانشگاه تهران در سال ۱۳۵۳ بوسیله تست افسردگی یک مورد ارزیابی قرار گرفتند. از این مجموع ۱۴۹۴ پسر و ۹۰۴ دختر به تست پاسخ دادند. نتایج این بررسی در جدول زیر (شماره ۳) آمده است.

[جدول شماره ۳]

| انحراف استاندارد | میانگین | عداد | دانشجویان |
|------------------|---------|------|-----------|
| ۵/۳۹ | ۸/۱۷ | ۱۴۹۴ | پسر |
| ۵/۹ | ۷/۴۷ | ۹۰۴ | دختر |

در این نمونه میانگین افسردگی بالا نبوده و دامنه آن نیز خیلی گسترده نیست. محاسبات آماری نشان داد که ۲۱۱ نفر از پسران دانشجو یعنی ۱۴ درصد و ۷۵ نفر از دختران دانشجو یعنی ۸ درصد به نوعی از افسردگی مبتلا بوده‌اند. در این بررسی میزان افسردگی پسران ۶ درصد بیش از دختران گزارش شده است و دلائل آن را تفاوت سنی آنان، مشکلات بیشتر پسران و مهاجرت آنان از شهرستانها به تهران دانسته‌اند.

روش مطالعه :

برای بررسی پراکندگی افسردگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان از تست افسردگی یک (Beck) استفاده شده است. اصولاً " برای تشخیص افسردگی دو معیار وجود دارد، یکی معیار کلینیکی است که بوسیله مشاهده وضعیت بیمار و پرسش از وی و وجود علائم افسردگی در وی مشخص می‌گردد. در معاینه کلینیکی با تطبیق وضع فرد یا معیارهای تشخیصی بر میزان و شدت افسردگی قضاوت می‌شود. معیار دوم استفاده از وسائل اندازه‌گیری و پرسشنامه‌ها و تستهای تشخیصی است. تست افسردگی یک یکی از وسائل سنجش افسردگی است. اجرای این تست ساده و نمره‌گذاری نیز آسان است. و به گفته زیلی و اتیکن، بهترین وسیله برای تعیین افسردگی است (۴). تست یک جنبه‌های مختلف افسردگی را ارزیابی می‌کند. این تست شامل ۸۴ سؤال است که با توجه به معیارهای تشخیص کلینیکی افسردگی انتخاب گردیده و بر اساس ۲۱ جنبه مختلف افسردگی تدوین شده است. این ۲۱

جنبه از افسردگی عبارتند از :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| ۱- اندوهگینی | ۲- بدبینی |
| ۳- احساس شکست | ۴- لذت نبردن از زندگی |
| ۵- احساس گناه | ۶- احساس استحقاق کبفر |
| ۷- تنفر از خویشتن | ۸- سرزنش خویش |
| ۹- تمایل به خودآزاری | ۱۰- گریان بودن |
| ۱۱- زود رنجی | ۱۲- کناره‌گیری از جمع |
| ۱۳- نداشتن قدرت تصمیم گیری | ۱۴- احساس جذاب نبودن |
| ۱۵- کاهش کارآیی | ۱۶- اختلال در خواب |
| ۱۷- احساس خستگی | ۱۸- بی اشتها |
| ۱۹- کاهش وزن | ۲۰- نگرانی در باره سلامت خویش |
| ۲۱- کاهش نیروی جنسی | |

هر جنبه شامل ۴ سؤال و ارزش نمرات آن از صفر تا ۳ است. صفر نشانه سلامت روانی در جنبه مورد نظر است. نمره یک، احساس اختلال خفیف، نمره ۲، احساس اختلال شدید و نمره ۳، نشانه احساس اختلال حاد و عمیق است.

نمره کلی هر فرد در تست افسردگی یک با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها بدست می‌آید. و بدین صورت تعبیر می‌گردد. صفر تا ۹ نشانه افسرده نبودن است. ده تا ۱۴ افسردگی مرزی، ۱۵ تا ۲۰ افسردگی خفیف، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و ۴۱ تا ۶۳ افسردگی بسیار شدید است (۱۴).

افراد مورد مطالعه دو نمونه از دانشجویان دانشگاه اصفهان بودند. در نمونه اول ۱۸۰ نفر از دانشجویانی شرکت داشتند که در تابستان ۶۴ مشغول تحصیل بوده بیش از ۳۰ واحد درسی برای فراغت از تحصیل نداشتند. از این تعداد ۱۱۸ نفر، یعنی ۵۸ پسر و ۶۰ دختر تست افسردگی یک را پر کرده بازگرداندند و بقیه آنرا پس ندادند. نمونه دوم به ۲۰۰ نفر از دانشجویان در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ تست یک داده شد. از این تعداد ۱۷۲ نفر یعنی ۸۸ پسر و ۸۴ دختر تست را پر کرده و برگرداندند. هر دو نمونه بصورت تصادفی انتخاب شدند. ترجمه و تطبیق تست با متن انگلیسی بوسیله خود اینجانب صورت گرفت و دانشجویان سال چهارم رشته علوم تربیتی در اجرا و گردآوری اطلاعات کمک نمودند. لذا لازم است از آنان در اینجا تشکر نمایم.

بررسی های آماری :

تجزیه و تحلیل آماری نتایج حاصل از نمونه اول دانشجویان که در تابستان ۶۴ مشغول تحصیل بوده اند، در جدول زیر (شماره ۴) آمده است .

[جدول شماره ۴]

| دانشجویان | N | \bar{M} | SD | t |
|-----------|----|-----------|-------|------|
| پسر | ۵۸ | ۱۶/۴ | ۱۱/۱۹ | |
| دختر | ۶۰ | ۱۳/۶ | ۱۱ | ۳/۱۱ |

$$P < .05$$

جدول شماره ۴ نشان میدهد که میانگین افسردگی در پسران دانشجو بصورت چشمگیری بالاتر از دختران است . تست معنای آماری این تفاوت را با معنا می دانند یعنی واقعا " و با احتمال ۵ درصد خطا ، افسردگی بین دانشجویان پسر شایع تر از دانشجویان دختر بوده است .

انحراف استاندارد فوق دامنه پراکندگی را مشخص میکند . پراکندگی افسردگی در بین این دانشجویان با تفکیک وضعیت افسردگی آنان ، بصورت زیر بوده است (جدول شماره ۵) .

[جدول شماره ۵]

| درصد | فراوانی | نمره تست |
|------|---------|----------|
| ۳۶/۵ | ۴۳ | ۰ - ۹ |
| ۱۸/۶ | ۲۲ | ۱۰ - ۱۴ |
| ۱۸/۶ | ۲۲ | ۱۵ - ۲۰ |
| ۱۶/۱ | ۱۹ | ۲۱ - ۳۰ |
| ۸/۵ | ۱۰ | ۳۱ - ۴۰ |
| ۱/۷ | ۲ | ۴۱ - ۶۳ |

فراوانی مشهود در جدول شماره ۵ ، نشان میدهد که ۱۸/۶ درصد از این دانشجویان افسردگی خفیف ، ۱۶/۱ درصد افسردگی متوسط ، ۸/۵ درصد افسردگی

شدید و $1/7$ درصد افسردگی بسیار شدید داشته‌اند. میانگین و پراکندگی افسردگی در نمونه دانشجویان در نیمسال اول ۶۵-۶۴ به گونه‌ای دیگر بوده است. تجزیه و تحلیل نتایج این دسته از دانشجویان در جدول شماره ۶ منعکس شده است.

[جدول شماره ۶]

| دانشجویان | N | \bar{M} | SD | t |
|-----------|----|-----------|------|------|
| پسر | ۸۸ | ۱۴/۹ | ۱۰/۷ | ۱/۷۲ |
| دختر | ۸۴ | ۱۱/۸ | ۸/۹ | |

$P > .05$

با اینکه میانگین پسران و دختران دانشجو با یکدیگر تفاوت دارد ولی تست معنای آماری این تفاوت را با معنا ندانسته و این تفاوت قابل چشم پوشی است. پراکندگی افسردگی در بین این دانشجویان در جدول زیر (جدول شماره ۷) آمده است.

[جدول شماره ۷]

| درصد | فراوانی | نمره تست |
|------|---------|----------|
| ۴۲ | ۷۲ | ۰ - ۹ |
| ۲۴/۴ | ۴۲ | ۱۰ - ۱۴ |
| ۱۶/۲ | ۲۸ | ۱۵ - ۲۰ |
| ۹/۳ | ۱۶ | ۲۱ - ۳۰ |
| ۴/۶ | ۸ | ۳۱ - ۴۰ |
| ۳/۵ | ۶ | ۴۱ - ۶۳ |

در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ سطح افسردگی در بین دانشجویان کمی پائین تر بوده و $16/2$ افسردگی متوسط و $4/6$ افسردگی شدید داشته‌اند. میزان افسردگی بسیار شدید کمی بالاتر از تابستان ۶۴ بوده یعنی $3/5$ درصد در مقابل $1/7$ بوده است. نتایج تست تک در گروه نمونه از دانشجویان نیمسال اول ۶۵ - ۶۴،

تفکیک دانشکده‌های مختلف نیز محاسبه گردیده و میانگین آنها در جدول شماره ۸ منعکس گردیده است.

[جدول شماره ۸]

| میانگین افسردگی | دانشکده |
|-----------------|-------------|
| ۲۹/۶ | پزشکی |
| ۱۵/۲۵ | علوم |
| ۱۵ | علوم دارویی |
| ۱۵ | علوم تربیتی |
| ۱۰/۹۵ | زبان خارجه |
| ۹/۵ | اقتصاد |
| ۸/۷۵ | ادبیات |
| ۶/۹۵ | پرستاری |

جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که میانگین افسردگی در دانشکده پزشکی از سایر دانشکده‌ها بالاتر است. پس از پزشکی، دانشکده‌های علوم، علوم دارویی و علوم تربیتی قرار دارند. احتمال دارد که میانگین بالاتر افسردگی در این دانشکده‌ها با سطح دروس و محتوای آن و دلواپسی دانشجویان در موفقیت و گذراندن آنها و نیز نگرانی آنان از آینده خود مرتبط باشد. بررسی‌های بیشتر باید انجام پذیرد تا دلیل این اختلاف میانگین‌ها را روشن سازد.

بحث و نتیجه:

نتایج حاصل از ارزیابی دانشجویان دانشگاه تهران بوسیله تست افسردگی بک در سال ۵۴ نشان داد که میانگین افسردگی در دانشجویان پسر ۸۱۷ و در دختران ۷/۴۷ و انحراف استاندارد آن ۵/۳۹ و ۵/۹ بوده است (جدول شماره ۳). از مقایسه نتایج افسردگی در دانشجویان دانشگاه تهران با نتایج ارزیابی افسردگی در دو نمونه از دانشجویان دانشگاه اصفهان که در تابستان ۶۴ و نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ انجام گرفته است، معلوم می‌شود که میانگین و پراکندگی افسردگی در دانشجویان افزایش یافته است (در تابستان ۶۴، میانگین افسردگی در دانشجویان پسر ۱۶/۴ و در دختران

۱۳/۶ و در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴، میانگین پسران دانشجویان ۱۴/۹ و دختران ۱۱/۸). با توجه به عوامل ایجاد کننده افسردگی یعنی فقدان مهارت‌ها، احساس عدم لیاقت و کاردانی و فقدان عوامل تقویت کننده محیطی و احساس بی‌ارزشی و بوجی (۱۳) می‌توان افزایش میزان افسردگی از دانشجویان در سال ۶۴ را به طرز فکرها و تعبیرهایی که دانشجویان از خویش دارند، و همچنین به عوامل محیطی و اجتماعی نسبت داد. تغییرات اجتماعی و تحولات ارزشی در جامعه ما بقدری سریع صورت گرفته و می‌گیرد که برای جوانان بی‌گیری و تطبیق خود با آنها مشکل است. در چنین وضعیتی واکنش‌های عاطفی مختلفی بروز می‌کند که متداول‌ترین آنها کناره‌گیری، انزوا، احساس خستگی و افسردگی است.

از تجزیه و تحلیل نتایج چنین بر می‌آید که میانگین افسردگی در دانشجویانی که در تابستان ۶۴ مشغول تحصیل بوده‌اند بیش از دانشجویان نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ بود یعنی در تابستان ۶۴ میانگین دانشجویان پسر ۱۶/۴ و دختران ۱۳/۶ و در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ میانگین پسران ۱۴/۹ و دختران ۱۱/۸ بوده است (جدول شماره ۶۰۴). همچنین پراکندگی افسردگی در تابستان ۶۴ در دانشجویان بیشتر بوده و ۱۸/۶ درصد دانشجویان افسردگی خفیف، ۱۶/۱۰ درصد افسردگی متوسط، و ۴/۶ درصد افسردگی شدید داشته‌اند. دلیل بالاتر بودن سطح افسردگی دانشجویان در تابستان ۶۴ را می‌توان به وضعیت خاصی این دانشجویان نسبت داد. دانشجویانی که در تابستان ۶۴ مشغول تحصیل بوده‌اند در سال ۵۷ و قبل از آن وارد دانشگاه شده‌اند و با انقلاب فرهنگی و تغییرات بنیادی در نظام دانشگاهی و سه سال تعطیل دانشگاهها مواجه بوده‌اند. آنان به نظام جدید تحصیل دانشگاهی و تغییر برنامه‌ها و آئین نامه‌ها آشنائی کامل ندارند و گاهی محتواهای درسی برای آنان مشکل است. این دگرگونیها، خواه نا خواه، دانشجویان را با مشکلاتی درگیر می‌سازد و زیر فشار می‌گذارد و افسردگی یکی از واکنشهای معمول در مقابل اینگونه استرسها خواهد بود.

ضمناً " دانشجویانی که در تابستان ۶۴ مشغول تحصیل بوده‌اند حداکثر ۳۰ واحد تا فراغت از تحصیل داشته‌اند. می‌دانیم که دانشجویان در آستانه فراغت از تحصیل زیر فشارها و استرس‌های متنوعی هستند. آنان با واقعیت‌های زندگی باید برخورد کنند. برخورد با واقعیت‌ها اصولاً " ترس‌آور و دست و پنجه نرم کردن با آنچه که انتظارش را نداشته‌اند مشکل‌آفرین است. برخی از این دانشجویان ازدواج کرده‌اند و بارسنگین اداره زندگی خود را بردوش دارند. آنان می‌خواهند هر چه زودتر دروس دانشگاهی تمام شود و وارد بازار کارگردند. این دانشجویان درگیر مسائل آینده خود و خانواده خویش هستند و بطور متوسط ۷ تا ۸ سال در دانشگاه بوده‌اند. از این پس دانشگاه برای آنان

خسته کننده شده و انگیزه تحصیل آنان کاهش یافته و لحظه شماری می کنند که تحصیلاتشان به پایان برسد و به قول خودشان خلاص شوند. چنین نگرشی نسبت به دانشگاه و تحصیل، ایجاد افسردگی می کند. از طرفی، آینده کار برای برخی از رشته ها روشن نیست و دانشجویان نگران استخدام و کارایی بعدی خود هستند و نمی دانند آیا کار متناسب با علاقه خود را می یابند و بعد از این همه تلاش آیا حاصلی می برند؟ نگرانی از آینده نیز موجب افسردگی می شود.

دانشجویانی که در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ تحصیل می کنند تازه وارد دانشگاه شده اند و علاقه و انگیزه بیشتری برای تحصیل دارند. این دانشجویان خود را کارآمدتر می دانند و همین امر، علاقه آنان را به درس بیشتر می کند و احساس رضایت بیشتری می کنند و طبعاً "افسردگی کمتری دارند. تحلیل نتایج، میزان افسردگی شدید را در بین این دانشجویان ۱۵ درصد نشان می دهد. این امر باید مورد توجه قرار گیرد و به موقع تشخیص داده شود و مورد درمان قرار گیرد. تشخیص و درمان به موقع، از ایجاد ضایعات بیشتر جلوگیری خواهد کرد و جلوگیری از مشکلات جبران ناپذیر بعدی را خواهد گرفت. از جدول شماره ۴ استنباط می شود که میزان افسردگی در پسران دانشجو بیش از دختران بوده است (میانگین در پسران ۱۶/۴ و در دختران ۱۳/۶). آزمون معنای آماری این تفاوت را با معنای دانند ($t = 3/11, p < 0.05$) و بدین معناست که پسران دانشجو در تابستان ۶۴، بیش از دختران، دچار افسردگی بوده اند. دلیل این تفاوت را می توان به درگیری بیشتر ذهنی، طولانی شدن مدت تحصیل و مشکلاتی نسبت داد که برای پسران در انتخاب شغل و احیاناً تشکیل زندگی پیش آمده است. همچنین می توان متاثر از طرز فکر پسران نسبت به خویشاوندان و از انتظاراتی که والدین و جامعه از آنان دارند، دانست. در نیمسال اول ۶۵ - ۶۴ با اینکه میانگین پسران و دختران دانشجو تفاوت دارد یعنی میانگین پسران ۱۴/۹ و میانگین دختران ۱۱/۸ بوده است ولی با توجه به آزمون معنای آماری این تفاوت با معنا نیست ($t = 1/22, p > 0.05$) و تفاوت میانگین پسران و دختران در این نیمسال قابل اعتنا نمی باشد و میزان افسردگی آنان تقریباً یکسان است.

اصولاً وجود چنین تفاوت هایی بین پسران و دختران را می توان ناشی از انتظارات اجتماعی دانست. در جامعه ما معمولاً دختران بیش از پسران تحت حمایت خانواده قرار دارند. پسران بیشتر مورد تهاجم، بازخواست و کم لطفی والدین قرار می گیرند. دانشجویان پسر غیر از مشکل تحصیل و مواجهه با مسائل درسی و دانشگاهی با بگومگوها و سرزنش های والدین روبرو هستند. گاهی به عدم کاردانی و بی لیاقتی متهم می شوند. این گونه برخوردها، پسران را بیشتر نسبت به خود و جامعه بدبین می سازد و بر افسردگی

از بررسی نتایج می‌توان دریافت که دانشجویان دانشگاه اصفهان در تست پیک نمره بالاتر از ۴۵ نداشته‌اند. آیا این بدان معناست که در بین دانشجویان سطوح بسیار عمیق افسردگی وجود ندارد. شاید دانشجویانی که عمیقاً "افسرده" بوده‌اند از ابراز خود واهمه داشته و جزء کسانی بوده‌اند که تست پیک را پر نکرده‌اند شاید دانشجویانی که افسردگی شدید داشته‌اند ترم خود را حذف کرده و یا لااقل در ترم تابستان شرکت نداشته‌اند. این بررسی، افسردگی‌های بسیار عمیق را نشان نداده است لازم است بررسی‌های بیشتری بشود تا وجود یا عدم درجات شدید افسردگی را در بین دانشجویان روشن سازد.

از مقایسه معدل افسردگی در دانشکده‌های مختلف چنین برمی‌آید که معدل افسردگی، در دانشکده‌های پزشکی، علوم و علوم داروئی نسبت به سایر دانشکده‌ها بالاتر بوده است (معدل افسردگی در دانشکده پزشکی ۲۹/۶، در علوم ۱۵/۲۵، در علوم داروئی ۱۵). این افزایش معدل افسردگی در دانشکده‌های مزبور را می‌توان به مشکل‌تر بودن محتواهای درس و ترس دانشجویان از عدم موفقیت و شکست در تحصیل و احساس عدم توانایی در ادامه به کار در این دانشکده‌ها نسبت داد مشاوره با این دانشجویان این امر را تأیید می‌کند که دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیرا پزشکی در ترس دائم از امکان شکست در تحصیل به سر می‌برند و می‌ترسند که نتوانند دوره تحصیل خود را به پایان برسانند. بررسی تغییر رشته دانشجویان نشان می‌دهد که احساس شکست در تحصیل و احساس عدم توانایی در ادامه رشته‌ای خاص، آنان را به تغییر رشته کشانده است. این گونه مشکلات باعث درگیری ذهنی، استرس، نگرانی و افسردگی می‌شود. و بالطبع در دانشجویان میزان افسردگی را بالا می‌برد.

معدل افسردگی در دانشکده علوم تربیتی هم بالاست ($M = 15$) دانشجویان دانشکده علوم تربیتی معمولاً "نگران آینده و وضع استخدام خویش هستند. ضمناً" این دانشجویان دروسی را در زمینه روانشناسی و علوم تربیتی گذرانده‌اند و نسبت به تضادهای درونی و مشکلات شخصی و جمعی آشنایی بیشتری دارند. آگاهی از خویش ضمن اینکه سازنده است نگران کننده هم هست. همین امر آنان را به ارزیابی خود و جامعه می‌کشاند و مدتها طول می‌کشد تا خود را باز یابند و شخصیت خویش را آنگونه که می‌خواهند سازمان دهند. در این مدت، احتمالاً "دگرگونی‌هایی در خلق و رفتار آنان مشاهده می‌شود و گاهی به افسردگی دچار می‌شوند.

باید اذعان نمود که این بررسی جنبه مقدماتی دارد و به پی‌گیری بیشتر نیازمند است و باید با مطالعات کلینیکی تکمیل گردد. این بررسی، وجود افسردگی را تا حدی بیس

دانشجویان روشن می‌سازد و زنگ خطر را به صدا در می‌آورد و راه حل‌هایی را برای پیش‌گیری و جلوگیری از توسعه آن می‌طلبد. شاید ایجاد مرکز مشاوره دانشجویان بتواند قدمی در جهت پیشگیری و درمان این مشکل عاطفی بردارد. در این مرکز غیر از تشخیص به موقع و ارائه خدمات روانپزشکی، روان‌درمانی، مشاوره‌ای و مددکاری می‌توان برنامه‌هایی را طرح و اجرا کرد که از گسترش اختلالات عاطفی و مشکلات رفتاری و روانی دانشجویان جلوگیری نماید.

منابع

- ۱- اخوت، دکتر ولی اله، تشخیص اختلالات روانی، انتشارات رز، ۱۳۶۲، ص ۶۱
- ۲- اخوت، دکتر ولی اله و دکتر جلیلی، افسردگی، انتشارات رز، ۱۳۶۲، ص ۷ و ۷۱
- ۳- اردوبادی، دکتر احمد، بهداشت روانی دانشجویان انتشارات دانشگاه شیراز، ۱۳۵۴ ص ۵
- ۴- پرتوی، دکتر داریوش، تحقیق آزمایشی در پراکندگی افسردگی، مجله روانشناسی، سال چهارم، شماره دوازدهم، ۱۳۵۴، ص ۲۶۵ و ۲۷۳
- ۵- فدایی، دکتر فرید، بررسی آماری در مورد مبتلایان به افسردگی نوروتیک، مجله دارو و درمان، شماره ۷، سال اول، ۱۳۶۳، ص ۱۷ و ۱۸
- ۶- فلک، فردریک، افسردگی، ترجمه دکتر پور افکاری انتشارات ذوقی، تبریز، ۱۳۶۱، ص ۲۴
- ۷- فیش، فرانک، روانپزشکی، ترجمه دکتر پور افکاری، انتشارات رسالت، تبریز، ۱۳۶۴، ص ۱۷۲
- ۸- گوزه، گوردین و سایرین، تشخیص بیماریهای روانی، ترجمه دکتر پور افکاری انتشارات ذوقی، تبریز ص ۵ و ۶
- ۹- معانی، دکتر ایرج، بیماری نامرئی " افسردگی روانی " انتشارات چاپخش، ۱۳۵۸، ص ۵۳ و ۱۱۴
- ۱۰- معین، دکتر محمد، فرهنگ فارسی، ماده مالبخولیا، ص ۳۷۱۴

- 11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
"Third Edition", (DSM III) , American Psychiatric
Association, Washington, D.C. 1980, P.223
- 12- Goldfried, G.& Davison, G., Clinical Behavior Therapy,
Holt, Rinehart & Winston Pub. New York, 1976, P.234.
- 13- Jacobson. E., Depression, International Universities
Pres Inc., New York, 1979, P. 88 & 171.
- 14- Rathjen, D., & Foreyt,J., Cognitive Behavior Therapy,
Plenum Press, New York, 1978, P.112.