DOI: 10.22122/rbs.v16i4.2400

چالش‌های سلامت روان در دانشجویان: نگاهی آینده‌نگر بر مباحث افسردگی و رفتارهای خودکشی

مجتبی حبیبی[۱]، رضا باقریان سرارودی[۲]، سوسن قهرمانی[۳]

مقاله مروری

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر مسائل مربوط به سلامت روان دانشجویان توجه زیادی را در جوامع علمی به خود معطوف نموده است و پژوهش‌های بسیاری باهدف ارتقاء سلامت روان جمعیت دانشجویی صورت گرفته یا در حال انجام است. افسردگی (Depression) و رفتارهای خودکشی (Suicide behaviors) ازجمله مشکلات شایع سلامت روان در دانشجویان به شمار می‌روند. آمارها نشان می‌دهند این دو مشکل در ارتباط با یکدیگر هزینه‌های جسمانی، روانی، خانوادگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی فراوانی را بر کل جامعه وارد می‌کنند. ازاین‌رو پژوهش حاضر ضمن نگاهی گذرا به مسائل سلامت روان دانشجویان، به بررسی ابعاد شیوع شناختی، عوامل، نشانه‌ها، پیامدها و مباحث پیشگیری و درمان دو اختلال افسردگی و رفتارهای خودکشی در جامعه دانشجویی پرداخته است.

یافته‌ها: مرور پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد افسردگی (۱۰ تا ۸۵ درصد) و خودکشی (افکار خودکشی از ۶/۲ تا ۴۲/۷ درصد و نرخ اقدام به خودکشی ۱/۸ تا ۳/۵ درصد) از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان دانشجویان بوده و روندی افزایشی را در جمعیت دانشجویان طی می‌کنند. علاوه بر این یافته‌ها نشان می‌دهند علی‌رغم شیوع بالای این مشکلات، شناسایی، پیشگیری و مداخلات مربوط به افسردگی و خودکشی در دانشجویان از موفقیت چندانی برخوردار نبوده است. مهم‌ترین دلایل این امر نمای بالینی متنوع و متفاوت افسردگی در دانشجویان، عوامل استرس‌زای خاص دوران دانشجویی، حیطه‌های خاصی از عملکرد دانشجویان که تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرند و خودداری دانشجویان از گرفتن کمک حرفه‌ای است. همچنین برنامه‌های مدیریت سلامت روان در دانشگاه‌ها از یکپارچگی و دقت لازم برای کنترل این دو مشکل رایج دانشجویان برخوردار نمی‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر لازم است در برنامه‌های مدیریت و ارتقا سلامت روان توجه ویژه‌ای به افسردگی و خودکشی دانشجویان شود و ارزیابی‌های جامع و منسجمی در حوزه‌های ارزیابی، تشخیص به‌موقع و صحیح، پیشگیری و درمان این مشکلات به عمل آید.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، چالش‌ها، دانشجویان، رفتارهای خودکشی، سلامت روان

ارجاع: حبیبی مجتبی، باقریان سرارودی رضا، قهرمانی سوسن. **چالش‌های سلامت روان در دانشجویان: نگاهی آینده‌نگر بر مباحث افسردگی و رفتارهای خودکشی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶(۴): ۵۹۹-۵۷۳.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۹

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: رضا باقریان سرارودی
Email: bagherian@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

مقدمه

افسردگی (Depression) و خودکشی (Suicide) ازجمله شایع‌ترین مشکلات سلامت روان (Mental health) هستند و در سال‌های اخیر تبدیل به یکی از جدی‌ترین نگرانی‌های مسئولین و فعالان حوزه سلامت روان شده‌اند (۱، ۲). به‌طورکلی ۳۲۲ میلیون نفر (معادل ۴/۵ درصد) از جمعیت عمومی در سطح جهان از افسردگی رنج می‌برند. جدیدترین برآوردها حاکی از آن‌اند که افسردگی به‌تنهایی اصلی‌ترین عامل ناتوانی‌های مربوط به سلامت روان است و ۷/۵ درصد از سال‌های زندگی فرد همراه با ناتوانی ناشی از اختلال افسردگی هدر می‌رود. همچنین افسردگی سهمی اساسی در اقدام به خودکشی و مرگ‌های ناشی از خودکشی دارد (سالانه ۸۰۰ هزار نفر). خودکشی به‌عنوان یک مشکل مستقل سلامت روان در میان ۲۰ علت مرگ قرار دارد و حدود ۱/۵ درصد افراد جهان بر اثر خودکشی از بین می‌روند (۳). جمعیت دانشجویی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه نسبت به افسردگی و خودکشی است (۳، ۴). برآوردها نشان می‌دهند افسردگی شایع‌ترین مشکل سلامت روان در میان دانشجویان به شمار می‌رود (۵). طبق آمارهای سازمانی جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO) اگرچه نرخ کلی شیوع افسردگی در سنین پایین‌تر نسبت به سنین پیری کمتر است اما به دلیل آنکه آغاز و تثبیت افسردگی در سنین کودکی تا جوانی است (۳). این مسئله در میان جمعیت دانشجویی که متشکل از افراد سنین نوجوانی تا جوانی است اهمیت بسزایی دارد. از سوی دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد خودکشی دومین علت مرگ در افراد سنین نوجوانی تا جوانی است و ارتباط نزدیکی با افسردگی دارد (۶)؛ بنابراین دانشجویان علاوه بر آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در سنین خطرساز برای خودکشی قرار دارند.

با توجه به این یافته‌ها یکی از اساسی‌ترین دغدغه‌های سیستم‌های مدیریت سلامت روان کشورها آن است که از چه راهکارهایی برای کاهش مشکلات روانی و ارتقاء سلامت روان افراد جامعه خود (ازجمله جمعیت دانشجویان) استفاده کنند (۷، ۸). ارائه مدل‌های جامع سلامت روان مستلزم این است که در درجه اول مسائل و چالش‌های مربوط به جمعیت‌های دانشجویی به‌خوبی شناخته شوند تا بر اساس آن‌ها راهکارهای پیشگیری، مداخله و درمان مشکلات سلامت روان در این جمعیت طراحی شوند. بر این اساس در مقاله حاضر ابتدا به تعریف مفهوم سلامت روان و اهمیت سلامت روان در دانشجویان پرداخته می‌شود، سپس مسائل مربوط به شیوع، نمای بالینی و مداخلات مربوط به دو مشکل سلامت روان یعنی افسردگی و خوکشی بیان می‌شوند و درنهایت بحث و نتیجه‌گیری ارائه می‌گردد.

تعریف سلامت روان

به‌طورکلی سلامت روان دارای تعاریف و مدل‌های مختلفی است. در دیدگاه پزشکی سلامت معادل با نداشتن علائم بیماری و به‌صورت تعادل در کنش‌های زیستی، روانی و اجتماعی باهدف تحت کنترل درآوردن بیماری تعریف می‌شود (۹). اما دیدگاه‌های روان‌شناختی گامی فراتر از این تعریف برداشته و تعاریف متفاوتی از سلامت روان ارائه می‌دهند. به‌طور مثال، Adler شایستگی در رشد روابط اجتماعی را به‌عنوان مؤلفه اصلی تعریف سلامت روان در نظر می‌گیرد. Levinson احساس فرد نسبت به خود و محیط اطراف، پذیرش مسئولیت در مقابل دیگران، سازش فرد با درآمد خود، شناخت موقعیت زمانی و مکانی خویشتن را عناصر مهم تعریف سلامت روان می‌داند. Karl Menninger سلامت را به‌صورت سازش فرد با جهان اطراف به‌طوری‌که باعث شادی شود تعریف می‌کند. Ginsburg تسلط، مهارت و ارتباط در سه فضای مهم زندگی، عشق، کار و تفریح را ویژگی‌های یک فرد سالم می‌داند. Rank زندگی بدون ترس و گناه را سلامت روانی تعریف می‌نماید. در دیدگاه روان‌کاوی، Freud سلامت را به معنای کاهش تنش‌های روانی در نظر می‌گیرد و در دیدگاه انسان‌گرایی، خودشکوفایی نقطه اوج سلامت روان افراد به شمار می‌رود. همچنین روان شناسان مثبت نگر و کل‌نگر، سلامت روانی را توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و کوشش برای رسیدن به بهبودپذیری روانی در نظر می‌گیرند (۹). در دیدگاه‌های وجودی نیز برآورده شدن نیازهای وجودی و معنوی فرد (مثل نیاز به آرامش ذهن، رهایی از احساس گناه و ناامیدی)، همچنین یافتن معنا در زندگی از مؤلفه‌های اساسی سلامت روان به شمار می‌روند (۱۰).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

در تعریف‌های تخصصی‌تر از سلامت روان، Jahoda سلامت روان را دارای سه بعد خودشکوفایی (توانایی استفاده کامل از توانایی‌های خود)، حس تسلط بر محیط و خودمختاری (توانایی شناسایی، مواجهه و حل مسائل) می‌داند (۱۱). Villant در بحث خود از تعریف سلامت روان بیان می‌کند آنچه سلامت روان خوانده می‌شود لازم است در بافت تاریخی، جغرافیایی و فرهنگی در نظر گرفته شود. برای مثال اگر در یک فرهنگ سلامت روان به معنای «خوب بودن» در نظر گرفته می‌شود، منظور از خوب بودن در آن شرایط فرهنگی چیست؟ همچنین باید توجه نمود آیا سلامت روان یک ویژگی ناپایدار است یا یک صفت پایدار. درنهایت Villant بیان می‌کند در تعریف سلامت روان باید عناصر مشترکی را که به‌صورت همگانی قابل‌قبول است، لحاظ نمود (۱۲). چنانچه مشاهده می‌شود تفاوت‌های نظری بسیاری درباره تعریف سلامت روان وجود دارد، اما Keyes بیان می‌کند تمامی تعاریف سلامت روان را می‌توان در سه حیطه کلی بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی گرد هم آورد (۱۳).

WHO در یک جمع‌بندی کلی از مفهوم سلامت روان بیان می‌کند تعاریف سلامت روان به دلیل آنکه تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر زمان، مکان، بافت، فرهنگ، شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرند، از یکدیگر متفاوت هستند. این سازمان، سلامت روان را جزئی از سلامت عمومی و به‌صورت «وضعیت بهینه جسمی، روانی و اجتماعی که صرفاً به معنای نبود بیماری یا ناتوانی نیست» در نظر می‌گیرد و بیان می‌کند «سلامت روان وضعیتی بهینه است که در آن فرد نسبت به توانایی‌های خودآگاه است، ظرفیت سازگاری با استرس‌های روزمره را داراست، در حیطه کار فردی مؤثر و کارآمد به شمار می‌رود و می‌تواند در اجتماع خود مشارکت داشته باشد». اخیراً با الهام از مدل‌های سیستمی و ساختاری سلامت روان، بحث ارزش‌ها و معنویت به‌عنوان بعد چهارم (سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) وارد مفاهیم سلامت روان شده و اعتقاد بر این است که سهم چشمگیر معنویت در افزایش کیفیت زندگی موجب افزایش سلامت روان افراد می‌گردد (۱۲). با توجه به مواردی که ذکر شد می‌توان مفهوم سلامت روان را در سه چشم‌انداز کلی تعریف کرد. در مفهوم اول سلامت به‌عنوان عدم بیماری و ناتوانی در نظر گرفته می‌شود. در دیدگاه دوم سلامت به‌عنوان حالتی مثبت در نظر گرفته می‌شود که در آن بر اهمیت وجود کارکردها و ظرفیت‌های عاطفی، شناختی و رفتاری تأکید می‌شود. در دیدگاه سوم که می‌توان آن را به‌عنوان یک مدل کلی مطرح نمود، سلامت روان یک حالت کلی است که شامل وجود حالات، ظرفیت‌ها و کارکردهای مثبت در انسان و همچنین عدم وجود بیماری و ناتوانی در وی می‌باشد (۱۴).

اهمیت سلامت روان دانشجویان

ازلحاظ تاریخی مقوله سلامت روان در مجامع علمی حوزه‌ای جدید به شمار می‌رود (۱۵). یکی از پراهمیت‌ترین حیطه‌های سلامت روان که در سال‌های اخیر چالش‌های زیادی را برانگیخته است، موضوع سلامت و مشکلات روان‌شناختی دانشجویان است (۱۶، ۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند انتقال از دبیرستان به دانشگاه هرچند مزایای بسیاری ازجمله ورود به محیط بزرگسالی، برقراری ارتباطات جدید، استقلال بیشتر، تجربه یادگیری، آشنایی با دیدگاه‌های مختلف و آمادگی برای شغل در آینده را به همراه دارد، اما برای اکثر دانشجویان تجربه‌ای چالش‌برانگیز به شمار می‌رود و آن‌ها را با طیف گسترده‌ای از موقعیت‌های استرس آمیز روبرو می‌سازد. این در حالی است که آن‌ها از منابع کافی برای برخورد با این استرس‌ها برخوردار نیستند (۱۸-۱۲). در این راستا Hurst و همکاران با مرور پژوهش‌های مربوط به حوزه سلامت روان دانشجویان بیان کردند اگرچه ورود به دانشگاه تجربه‌ای مهم و مثبت در میان جوانان محسوب می‌شود، اما این تجربه شامل استرس‌هایی ازجمله استرس‌های مربوط به حوزه روابط بین فردی (ارتباط با خانواده، ارتباط با دوستان و افراد مهم، ارتباط با اساتید)، فقدان منابع و امکانات لازم، امور تحصیلی، محیط جدید و انتظارات جدید از دانشجویان است (۱۹). در برخی موارد مسائل دانشگاهی به‌قدری سخت و فشارزا می‌شوند که حیطه‌های مختلف کارکرد دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و آن‌ها را نسبت به ابتلا به مشکلات سلامت روان آسیب‌پذیر می‌نمایند (۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۳). در تأیید این گفته‌ها شواهد پژوهشی نشان می‌دهند میزان شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت جوان دانشگاهی به‌تدریج رو به افزایش است (۲۴، ۲۵) و بسیاری از دانشجویان علائم تحت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

بالینی اختلالات را دارا هستند و نرخ این علائم در دانشجویان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است (۲۰).

Hunt و Eisenberg در بحث از وخامت وضعیت سلامت روان دانشجویان بیان می‌کنند اگرچه جامعه دانشجویان از دیدگاه دیگران جمعیتی به شمار می‌روند که از برخی امتیازات ویژه بهره مند می‌باشند اما درواقع این جمعیت نسبت به مشکلات سلامت روان آسیب‌پذیر هستند. چنانکه در سال‌های اخیر نه‌تنها شمار مشکلات سلامت روان بلکه شدت این مشکلات در جمعیت دانشجویی از روندی رو به افزایش برخوردار بوده است (۲۵). این امر در حالی رخ می‌دهد که هم‌اکنون تعداد زیادی از جوانان کشور در دانشگاه‌ها در حال تحصیل هستند و سیستم‌های مراقبت از سلامت روان در کشور از کارایی کافی برای مدیریت مشکلات سلامت برخوردار نمی‌باشند (۲۸-۲۶). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند دانشجویان به دلایل مختلفی ازجمله کمبود زمان کافی، نگرانی در مورد رازداری و حفظ حریم شخصی، نگرانی‌های مالی، عدم تمایل به صحبت درباره مشکلات خود، نگرانی درباره برچسب بیماری‌های روانی و کمبود سواد سلامت روان از جستجوی خدمات سلامت روان اجتناب می‌ورزند (۲۵، ۳۱-۲۹). چنین شرایطی پیامدهای کوتاه مدت و بلندمدتی ازجمله کاهش حضور در کلاس، افت عملکرد تحصیلی، افت مهارت‌های روان‌شناختی، کاهش توانایی سازگاری با محیط دانشگاه، انزوای اجتماعی، انصراف از دانشگاه و عدم دستیابی به درجات بالاتر تحصیلی را برای دانشجویان به همراه خواهد داشت (۲۴، ۳۲، ۳۳). بنابراین با توجه به اهمیت دوران دانشجویی به‌عنوان یکی از سرنوشت‌سازترین دوران زندگی، آمارهای روزافزون مربوط به شیوع مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان (۲۴، ۳۴) و هزینه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از مشکلات روان‌شناختی (۳۷-۳۵) ضروری است تا با نگاهی گسترده‌تر به این جمعیت خاص، موانع سلامت روان در این گروه مورد بررسی قرار گرفته و راه‌حل‌های لازم ارائه شوند.

شیوع افسردگی در دانشجویان

افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان در گروه‌های مختلف سنی است (۳۸) و بعد از بیماری‌های قلبی و تنفسی، سومین علت ناتوانی به شمار می‌رود (۳۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افسردگی شایع‌ترین مشکل سلامت روان در دانشجویان است و به ترتیب اختلال‌های خوردن، رفتارهای آسیب به خود و اختلال وسواسی جبری پس‌ازآن قرار دارند (۵). مطالعات اخیر با استفاده از روش‌های مختلف ارزیابی نرخ شیوع آن را از ۱۰ درصد (۴) تا ۸۴ درصد گزارش کرده‌اند (۴۰). یافته‌های فراتحلیلی جدیدتر نیز نشان می‌دهد نرخ شیوع افسردگی در میان دانشجویان دانشگاه‌ها از ۱۰ تا ۸۵ درصد (به‌طور میانگین ۳۰/۶ درصد) متغیر است (۳۹). برای مثال، در یک مطالعه فراتحلیلی مربوط به دانشجویان رشته پزشکی، به‌طور متوسط نرخ شیوع افسردگی در میان این دانشجویان ۲۸/۸ درصد (از ۲۰/۹ تا ۴۳/۲) گزارش شده است (۴۱).

درحالی‌که گزارش‌های جهانی حاکی از افزایش شیوع اختلال افسردگی در دانشجویان است، مطالعات بین فرهنگی نشان می‌دهند میزان شیوع افسردگی در جمعیت دانشجویان ایرانی بالاتر از برخی مناطق دیگر دنیا است (۴۲). برای مثال، مطالعه احمدی و همکاران در سال ۲۰۱۴ نشان داده است به‌طور میانگین نرخ شیوع افسردگی در دانشجویان ایرانی دو برابر دانشجویان آلمانی می‌باشد (۴۳). ساروخانی و همکاران در یک مطالعه فراتحلیلی گسترده با بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در فاصله سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۵ نرخ شیوع افسردگی را در دانشجویان ایرانی ۳۳ درصد برآورد کرده‌اند (۴۴) که بیش از میانگین گزارش‌شده در دیگر مطالعات فراتحلیلی در سال‌های اخیر است (۳۹). درمجموع اگر آمارهای مربوط به میزان شیوع افسردگی در جمعیت ایرانی را در سه دسته کمتر از ۳۰ درصد (۴۸-۴۵)، ۳۰ تا ۵۰ درصد (۵۴-۴۹) و بالاتر از ۵۰ درصد (۷۵-۶۰) تقسیم‌بندی کنیم، پژوهش‌های زیادی آمار بالای ۵۰ درصد را ارائه داده‌اند. حال اگر در میان آمارهای افسردگی، آمارهای تفکیکی جنسیت، رشته تحصیلی (علوم پزشکی و غیرپزشکی)، وضعیت تأهل و بومی یا غیربومی بودن دانشجو نیز در نظر گرفته شود، تفاوت‌ها در شیوع افسردگی بیشتر آشکار خواهند شد. به‌طور نمونه، در کشورهای غربی شیوع افسردگی در دختران بیش از پسران گزارش‌شده است (۳۹) ولی نتایج پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهد درمجموع افسردگی در پسران دانشجو بیش از دختران می‌باشد (۴۴). هرچند پژوهش‌هایی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

وجود دارند که منحصراً به شیوع افسردگی در دختران پرداخته‌اند یا شیوع آن را در دختران بالاتر گزارش کرده‌اند (۷۸-۷۶) و یا تفاوت معناداری بین دو جنس گزارش نکرده‌اند (۴۵، ۴۹، ۷۶، ۷۹). در رابطه با وضعیت تأهل، مرور مطالعات نشان می‌دهد شیوع افسردگی به‌طورکلی در افراد مجرد بیش از افراد متأهل است (۴۴، ۷۶). همچنین اکثر تحلیل‌های مربوط به شیوع افسردگی در دانشجویان مناطق بومی یا غیربومی حاکی از آن است که شیوع افسردگی در دانشجویان غیربومی بیشتر می‌باشد (۴۹، ۷۶، ۸۲-۸۰) اما به‌طور هم‌زمان برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند افسردگی در دانشجویان بومی همسان با دانشجویان غیربومی است (۴۵، ۷۹). آنچه از مطالعات پیشین بر می‌آید این است که اگرچه آمارهای گزارش شده مربوط به نمونه‌های مختلف دانشجویان می‌باشد و ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش‌ها تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند، اما درمجموع همه این پژوهش‌ها از این گفته که افسردگی در میان دانشجویان امری فراگیر و در حال افزایش است، حمایت می‌کنند.

نمای بالینی افسردگی در دانشجویان

طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition یا DSM-5)، اصلی‌ترین ویژگی‌های افسردگی شامل خلق پایین، کاهش توانایی لذت بردن، اختلال در خواب و اشتها، اشکال در تمرکز و توانایی تصمیم‌گیری، احساس بی‌قراری یا کندی روانی حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی و افکار خودکشی می‌باشد که می‌توانند از شدت خفیف تا شدید در نوسان باشند و کارکردهای فرد را در حیطه‌های مختلف زندگی شامل روابط بین فردی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی مختل کنند (۵۱). علی‌رغم وضوح نشانگان بالینی اختلال افسردگی در جمعیت عمومی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند نمای بالینی افسردگی در دانشجویان می‌تواند متفاوت از دیگر گروه‌های جامعه باشد (۸۳). درواقع این علائم می‌توانند با تنوع بیشتر و متفاوتی در جمعیت دانشجویی در مقایسه با جمعیت عمومی رخ دهند (۸۴) و یا صرفاً بخش‌های خاصی از سلامت روان دانشجویان را درگیر کنند (۸۵). Khawaja و Bryden با در نظر گرفتن این مسائل بیان کردند حتی در میان جمعیت دانشجویان، افرادی که علائم افسردگی شدید دارند، نسبت به افرادی که علائم بالینی خفیف‌تری دارند، تفاوت‌هایی را در نشانه‌شناسی اختلال افسردگی نشان می‌دهند. این پژوهشگران با توجه به این محدودیت‌ها سه دسته از علائم برجسته در جمعیت دانشجویان مشخص کرده‌اند که شامل رخوت، علائم شناختی/ هیجانی و انگیزش تحصیلی می‌باشند (۸۳).

در یک دسته‌بندی دیگر، علائم افسردگی در دانشجویان شامل علائم شناختی، احساسی، انگیزشی و فیزیولوژیک گزارش شده‌اند و علائمی نظیر فقدان تمرکز، سرزنش خود، کمال‌گرایی، ناامیدی، بدبینی، غمگینی و عدم علاقه به خود از ویژگی‌های افسردگی در دانشجویان قلمداد شده‌اند (۸۴، ۸۶) با توجه به تنوع علائم افسردگی، یک مشکل اساسی دیگر در شناسایی افسردگی دانشجویان (به‌خصوص جمعیتی با علائم بالینی) ناشی از عدم‌کفایت ابزارهای تشخیصی در شناسایی این اختلال است (۴۲). برای مثال سالیان متمادی از محتوای پرسشنامه افسردگی Beck برای شناسایی علائم افسردگی در محیط‌های پژوهشی یا بالینی استفاده شده است درصورتی‌که پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند این ابزارها از کفایت کافی برای شناسایی علائم افسردگی در دانشجویان برخوردار نیستند (۸۳) و امروزه حتی پرسشنامه‌های بهتری نظیر مقیاس چندبعدی افسردگی (Multidimensional Depression Scale) برای جمعیت عمومی و دانشجویی طراحی شده است که نسبت به افسردگی Beck چندبعدی هستند (۸۷، ۸۸). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهند دانشجویان فرهنگ‌های مختلف یا دانشجویان دو جنس می‌توانند تفاوت‌هایی در چگونگی بروز افسردگی داشته باشند. برای مثال در یک مطالعه بین فرهنگی، پژوهشگران دریافته‌اند مردان دانشجوی ایرانی نسبت به زنان دانشجو شکایت بیشتری از علائم رخوت دارند، درصورتی‌که این امر در دانشجویان استرالیایی برعکس می‌باشد. مردان دانشجوی ایرانی و پرتغالی نسبت به زنان شکایت بیشتری از سطح انگیزش پایین دارند و دانشجویان ایرانی و استرالیایی نسبت به دانشجویان پرتغالی علائم شناختی و عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۲). نتایج این پژوهش‌ها بر لزوم در نظر گرفتن مسائل و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

ویژگی‌های خاص جمعیت موردنظر، فرهنگ و جنسیت در تشخیص علائم افسردگی تأکید می‌کنند.

عوامل زمینه‌ساز و پیامدهای افسردگی در دانشجویان

عوامل استرس‌زایی که می‌توانند دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهند متفاوت‌اند (۲۰). دوران دانشجویی همگام با استرس‌های دوران بلوغ و نوجوانی، فشار فزاینده‌ای را بر دانشجویان وارد می‌کنند. محیط جدید دانشگاه و درخواست‌های آن، فشارهای تحصیلی، رضایت از رشته تحصیلی، تجربه جدایی از خانواده و زندگی در شهری جدید، برقراری رابطه با افراد جدید، وضعیت اقتصادی خانواده و فشارهای مالی همگی استرس‌هایی هستند که می‌توانند دانشجویان را در معرض ابتلا به افسردگی و پیامدهای ناشی از آن قرار دهند (۲۳، ۹۱-۸۹). افسردگی حیطه‌هایی از عملکرد دانشجویان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که متفاوت از جمعیت عمومی است و می‌توانند به عوامل دیگری غیر از افسردگی نسبت داده شوند. پژوهش‌ها عموماً نشان داده‌اند که اختلال افسردگی بر روی کارکرد تحصیلی دانشجویان تأثیر گذاشته و مانع حضور در کلاس‌های درس، دستیابی به مراحل تحصیلی بالاتر یا موجب انصراف از تحصیل در آنان می‌گردد (۹۶-۹۲).

علاوه بر آنچه ذکر شد افسردگی موجب کاهش رضایت از زندگی، کاهش عزت‌نفس و بالا رفتن احساس حقارت در دانشجویان می‌گردد و کارکرد اجتماعی و شغلی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹۷). ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله، نقص در ارزیابی شناختی و جلب حمایت از سوی دیگران از دیگر پیامدهای افسردگی در دانشجویان است (۶۰). افسردگی رابطه نزدیکی با رفتارهای زیان باری همچون مصرف سیگار، تغذیه نامناسب، کاهش تمرین‌های ورزشی، کاهش کیفیت خواب و عدم پیروی از درمان‌های دارویی و روانی دارد (۹۸) و همچنین یکی از عوامل اصلی خودکشی در دانشجویان به شمار می‌رود (۹۹، ۱۰۰).

مداخلات افسردگی در دانشجویان

پژوهش‌ها نشان می‌دهند با اینکه افسردگی در دانشجویان شایع است بیش از نیمی از آن‌ها در جستجوی درمان بر نمی‌آیند (۱۰۱). این در حالی است که خدمات و روش‌های درمانی مختلفی برای پیشگیری و درمان افسردگی ارائه شده‌اند و WHO افسردگی را از اصلی‌ترین مشکلات زندگی انسان‌ها در سال‌های آینده برشمرده و بر ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمانی افسردگی در سراسر جهان تأکید نموده است (۱۰۲). Hunt و Eisenberg بیان می‌کنند درصورتی‌که دانشجویان بتوانند از خدمات پیشگیری و درمانی مناسبی بهره‌مند شوند، نگرانی‌های مربوط به سلامت روان آن‌ها کاهش خواهد یافت (۲۵) اما موانع مختلفی ازجمله عدم آگاهی نسبت به نشانه‌های اختلال، ترس از برچسب و انگ بیماری‌های روانی، ترجیح دانشجویان بر تکیه بر توانایی‌های خود در مدیریت مشکلات سلامت روان (۳۱) همچنین نگرش آن‌ها نسبت به نوع خدمات ارائه شده، احساس نیاز به کمک و تناسب فرهنگی خدمات ارائه شده بر جستجوی خدمات سلامت روان در آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۰۳).

درمان شناختی-رفتاری (۱۰۴)، روان‌درمانی بین فردی (۱۰۵)، درمان پذیرش و تعهد (۱۰۶)، درمان‌های رفتاری (۱۰۷، ۱۰۸)، درمان روان پویشی (۱۰۹) و دارودرمانی (۱۱۰) از شناخته‌شده‌ترین درمان‌های موجود برای افسردگی هستند. علی‌رغم اینکه پژوهش‌های زیادی برای بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در گروه‌های مختلف بیماران افسرده صورت گرفته است، تعداد پژوهش‌هایی که اثربخشی این درمان‌ها را در گروه‌های دانشجویان مورد بررسی قرار داده باشند، چندان زیاد نیستند. درمجموع یافته‌ها نشان می‌دهند درمان‌های رفتاری، شناختی رفتاری و درمان‌های بین فردی رویکردهایی می‌باشند که برای درمان افسردگی در دانشجویان بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۱۱). یک مطالعه فراتحلیلی که در سال ۲۰۱۲ باهدف بررسی اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و درمان افسردگی در دانشجویان صورت گرفته نشان داده است مجهولات بسیاری درباره درمان‌های مورد استفاده در جمعیت‌های دانشجویی و میزان اثربخشی آن‌ها در این جمعیت وجود دارد. این مطالعه بیان می‌کند درمان‌های شناختی رفتاری رایج‌ترین درمان‌های مورد استفاده در پیشگیری از افسردگی دانشجویان هستند اما با توجه به اینکه افسردگی یک مسئله نگران‌کننده در جمعیت دانشجویی است هنوز مداخلات منظمی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

برای اجرا و بررسی میزان اثربخشی این نوع درمان در جمعیت‌های مختلف دانشجویی طراحی نشده است. بنابراین لازم است پژوهش‌های آینده با دقت بیشتری مداخلات پیشگیرانه افسردگی را در جمعیت دانشجویان به مرحله اجرا درآوردند (۱۱۲).

ازجمله درمان‌هایی که اثربخشی آن‌ها در مطالعات ایرانی در جمعیت دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است، می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری (۱۱۳)، درمان تنظیم هیجان (۱۱۴)، درمان شناختی رفتاری گروهی (۱۱۵)، آموزش تاب‌آوری به‌صورت گروهی و شناخت درمانی گروهی (۱۱۶)، روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت (۱۱۷)، درمان شناختی رفتاری حضوری و درمان شناختی رفتاری آفلاین (۱۱۸)، رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی (۱۱۹)، گروه‌درمانی شناختی معنوی (۱۲۰)، روش درمانگری کوتاه‌مدت همدلانه (۱۲۱)، درمان حل مسئله به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی کوتاه‌مدت (۱۲۲)، درمان فراشناختی (۱۲۳)، درمان مبتنی بر دلبستگی (۱۲۴) و رایحه‌درمانی استنشاقی (۱۲۵) اشاره کرد. اگرچه در اکثر این مطالعات روش‌های درمانی از اثربخشی لازم برخوردار بوده‌اند اما مرور ادبیات پژوهشی مربوط به پیشگیری و درمان افسردگی در دانشجویان داخل کشور نشان می‌دهد، یک محدودیت اساسی در بررسی اثربخشی این درمان‌ها در جمعیت دانشجویی این است که مداخلات منظم و پیوسته‌ای که در جمعیت‌های مختلف تکرار شده باشند، وجود ندارند. بنابراین به نظر می‌رسد در مطالعات آینده، بررسی مداخلات باهدف مشخص نمودن معناداری بالینی آن‌ها در جمعیت‌های مختلف دانشجویی از سر گرفته شوند تا پشتوانه عملی کافی برای استفاده از این درمان‌ها در جمعیت دانشجویی فراهم آید.

خودکشی

تعریف خودکشی

خودکشی یکی از شاخص‌های اصلی سلامت روان در جوامع مختلف به شمار می‌رود (۱۲۶) و به فعالیتی گفته می‌شود که در آن فرد به‌طور عمدی به زندگی خود خاتمه می‌دهد (۱۲۷). پدیده خودکشی به دو صورت رفتارهای خودکشی و افکار خودکشی وجود دارد (۱۲۸). افکار خودکشی اشاره به فکر یا برنامه‌ریزی برای انجام رفتاری دارد که به زندگی فرد پایان می‌دهد. همچنین رفتارهای خودکشی به رفتارهایی گفته می‌شود که باهدف جدی و مستقیم آسیب به خود و پایان دادن به زندگی صورت می‌گیرند (۱۲۹). در یک تقسیم‌بندی دیگر پدیده خودکشی شامل افکار خودکشی، طرح خودکشی و اقدام به خودکشی است. در این تقسیم‌بندی طرح خودکشی به معنای برنامه‌ریزی یک روش خاص برای از بین بردن خود تعریف می‌شود (۱۲۷).

شیوع خودکشی در دانشجویان

طبق گزارش WHO خودکشی دومین علت مرگ در میان افراد ۱۵ تا ۲۹ سال به شمار می‌رود (۱۳۰). ازآنجایی‌که تعداد بسیاری از افراد این گروه سنی را دانشجویان تشکیل می‌دهند یکی از نگرانی‌های عمده در جمعیت دانشجویی افکار و اقدام به خودکشی است (۱۳۱). مطالعات غربی شیوع طول عمر افکار، برنامه و اقدام به خودکشی را در دانشجویان ۲۲/۳ درصد و میزان شیوع سالانه آن را ۱۰/۶ درصد برآورده کرده‌اند (۱۳۲). به نظر می‌رسد این میزان در کشورهای شرق آسیا ازجمله چین بسیار کمتر باشد به‌طوری‌که یک مطالعه فراتحلیلی در چین نرخ خودکشی در دانشجویان این کشور را از ۰/۴ تا ۱۰/۵ درصد و میانگین شیوع طول عمر و سالانه آن را به ترتیب ۲/۷ و ۲/۹ درصد گزارش کرده است (۱۳۳). مرور مطالعات ایرانی نشان می‌دهد بررسی خودکشی در ایران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۳۴). آمارهای مختلف دانشگاه‌های وابسته به وزارت علوم، وزارت بهداشت و دانشگاه آزاد اسلامی حاکی از افزایش روند خودکشی در دانشجویان می‌باشد. برای مثال در مطالعه انجام‌شده در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، شیوع طول عمر، سالانه و لحظه‌ای افکار خودکشی به ترتیب ۲۹/۷، ۱۵ و ۶/۲ درصد گزارش شده است (۱۳۵). در مطالعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد میزان افکار خودکشی کم‌خطر ۷/۲ درصد و میزان افکار خودکشی پرخطر ۲/۴ درصد گزارش شده است (۱۳۱). بررسی فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان علوم پزشکی ایرانشهر نشان داده است که درمجموع ۲۶/۴ درصد دانشجویان دارای افکار خودکشی هستند و از این میزان ۹/۴ درصد آمادگی کامل برای اقدام آن را دارا می‌باشند (۱۳۶). در

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

مقایسه با دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت مطالعات انجام شده روی دانشجویان دانشگاه‌های وزارت علوم از گستردگی بیشتری برخوردار است و تغییرات میزان خودکشی در سال‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال در بررسی میزان خودکشی دانشجویان وزارت علوم در طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۳ پژوهشگران ۲۹۲ مورد خودکشی شامل ۹۱/۴ درصد اقدام به خودکشی و ۸/۶ درصد خودکشی کامل را گزارش کرده‌اند (۱۳۷).

بررسی‌های مربوط به دانشجویان ورودی دانشگاه‌های وزارت علوم در سال ۱۳۸۳ نشان داده است ۷/۵ درصد از دانشجویان دارای فکر قبلی صدمه زدن به خود، ۴ درصد دارای اقدام آگاهانه قبلی آسیب به خود و ۶/۸ درصد سابقه خودکشی در دوستان یا خویشاوندان را تأیید کرده‌اند (۱۳۸). در گزارش سال ۱۳۸۵، ۸/۳ درصد دانشجویان جدیدالورود داشتن فکر قبلی صدمه زدن به خود، ۴/۷ درصد اقدام آگاهانه قبلی آسیب به خود و ۸ درصد سابقه خودکشی در دوستان و آشنایان را مطرح کرده‌اند که در مقایسه با سال‌های قبل روند افزایشی داشته است (۱۳۹). پناغی و همکاران با بررسی روند خودکشی در طی سال‌های ۱۳۸۳ الی ۱۳۸۵ در میان دانشجویان تحت پوشش وزارت علوم ۲۶۸ مورد خودکشی را گزارش کرده‌اند که از این میزان ۳۵/۱ درصد مربوط به زنان و ۶۴/۹ درصد مربوط به مردان است (۱۴۰).

در یک بررسی دیگر روند خودکشی دانشجویان در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفته و مجموعاً ۳۳۷ مورد خودکشی گزارش شده است که ۳۷/۷ درصد آن مربوط به زنان و ۶۲/۳ درصد آن مربوط به مردان بوده است (۱۴۱). سه پژوهش اخیر ازجمله منظم‌ترین بررسی‌های انجام شده در جمعیت دانشجویان می‌باشند و نتایج آن‌ها به‌صورت سالانه نشان می‌دهد که خودکشی پدیده‌ای شایع و رو به افزایش در میان دانشجویان است و مردان نسبت به زنان در معرض خطر بالاتری قرار دارند. بااین‌حال آمارهای مربوط به تفاوت‌های جنسیتی در پژوهش‌های مختلف، متفاوت هستند. نتایج اکثر پژوهش‌ها از شیوع بیشتر خطر خودکشی در پسران حمایت کرده‌اند (۱۵۱-۱۴۲) اما برخی نتایج حاکی از شیوع بیشتر خودکشی در دختران (۱۵۴-۱۵۲) است. درعین‌حال برخی دیگر از پژوهش‌ها بیانگر عدم تفاوت بین دو گروه است (۱۵۷-۱۵۵). یک مطالعه مروری با بررسی و خلاصه‌سازی آمارهای گزارش شده در پژوهش‌های سال‌های اخیر بیان کرده است که نرخ افکار خودکشی دانشجویان در مطالعات مختلف از ۶/۲ تا ۴۲/۷ درصد و نرخ اقدام به خودکشی ۱/۸ تا ۳/۵ درصد متغیر می‌باشد. همچنین این مطالعه بیان می‌کند میزان خودکشی در مردان بیش از زنان و در افراد مجرد بیش از متأهلین است (۱۵۸).

عوامل خطر خودکشی در دانشجویان

ازلحاظ نظری عوامل خطر خودکشی در سه دسته عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی تقسیم‌بندی می‌شوند (۱۵۹). یک مطالعه فراتحلیلی که به بررسی عوامل خطر خودکشی در ۵۰ سال اخیر پرداخته است بیان می‌کند عوامل خطر خودکشی در دسته‌بندی‌های مختلفی ازجمله عوامل زیستی (توارث و ژن‌ها و اشکالات سوخت و سازی در سیستم عصبی مرکزی و پیرامونی)، مشکلات شناختی (هوش، وضعیت روانی، عملکرد تحصیلی و توانایی حل مسئله)، عوامل جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، شغل، نژاد، جنسیت، وضعیت تأهل، مذهب و جایگاه اجتماعی اقتصادی)، مشکلات رفتاری بیرونی ساز (تکانش گری، رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی)، مشکلات درونی ساز (اختلالات خلقی، اضطرابی، ناامیدی، کژتنظیمی هیجانی و مشکلات خواب)، سابقه مشکلات سلامت روان و رفتارهای خود آسیب‌رسان در خانواده، سابقه افکار خود آسیب‌رسان و اقدام به رفتارهای خود آسیب‌رسان در فرد، بیماری‌های جسمی، سابقه درمان و بستری شدن به دلیل مشکلات سلامت روان، اختلالات روان‌پریشی و عوامل اجتماعی (سابقه سوءاستفاده شدن، مشکلات خانوادگی، انزوا و تنهایی، مشکلات با همسالان و حوادث استرس آمیز زندگی) قرار می‌گیرند (۱۵۹). با توجه به این تقسیم بندی، در جمعیت دانشجویی مجموعه عواملی از دسته‌بندی‌های مختلف گرد هم می‌آیند تا فرد نسبت به خودکشی آسیب‌پذیر گردد. برای مثال در یک مطالعه علائم افسردگی، حمایت اجتماعی پایین، کژتنظیمی هیجانی، تعارض والد- فرزند و مصرف الکل عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی گزارش شده‌اند (۱۶۰). علاوه بر این موارد، چهار عامل تعارض

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

خانوادگی، مشکلات زناشویی، فشارهای اقتصادی و شکست‌های تحصیلی به‌عنوان عمده‌ترین عوامل اجتماعی مرتبط با خودکشی ذکر شده است (۱۶۱). اکبری و همکاران (۱۶۲) در مطالعه خود دریافتند کارکرد ضعیف خانواده به همراه سطح بالای ناامیدی در دانشجویان با افزایش افکار خودکشی در دانشجویان مرتبط می‌باشد. یک مطالعه گسترده از میان عوامل جمعیت شناختی عواملی همچون سن، جنسیت مذکر، تجرد، تحصیل در دانشگاه آزاد، رشته علوم انسانی و تحصیل در سال دوم را با افزایش خودکشی در دانشجویان مرتبط می‌داند. همچنین این مطالعه بیان کرده است بیشتر خودکشی‌های دانشجویان در فصل تابستان، در زمان امتحانات و تعطیلات میان‌ترم صورت گرفته است (۱۶۳).

بر اساس مجموعه نظرات جمع آوری شده از نشست تخصصی مسئولین مراکز مشاوره دانشجویی (۱۶۴)، تراکم بیش‌ازاندازه دانشجویان در خوابگاه‌های دانشجویی، عدم تطابق رشته تحصیلی با علایق و اهداف شخصی- اجتماعی، فضای فیزیکی نامناسب خوابگاه‌ها، وجود هم‌اتاقی مبتلا به بیماری‌های مزمن روانی-اجتماعی، فقدان فعالیت‌های فوق‌برنامه و تفریحی به‌ویژه در ایام تعطیلات، وجود ارتباط‌های نامناسب میان سرپرستان خوابگاه‌ها و دانشجویان و فقدان ارتباط مناسب با اساتید و کارکنان دانشگاه‌ها از عوامل خطرساز خودکشی در جمعیت دانشجویی محسوب می‌شوند. عوامل خانوادگی مرتبط با خودکشی دانشجویان در مطالعات مختلف شامل کارکرد ضعیف خانواده (شامل ارتباط والدین، ارتباط خانوادگی، هماهنگی و انسجام) (۱۶۲)، شیوه‌های فرزند پروری نامناسب، مشکلات اجتماعی اعضاء خانواده (۱۶۵)، نوع دلبستگی (۱۶۶)، وجود تعارض (۱۶۷، ۱۶۸)، خشونت و بیماری‌های روانی والدین (۱۶۹)، طلاق یا جدایی والدین (۱۷۰، ۱۷۱)، پایین بودن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی (۱۷۴-۱۷۲) می‌باشند. علاوه بر این موارد، پژوهشگران بیان می‌کنند وجود برخی اختلالات روانی دانشجویان به‌ویژه افسردگی دانشجویان را نسبت به خودکشی آسیب‌پذیر می‌کند (۱۷۵). اختلالات شخصیت اجتنابی، ضداجتماعی، مرزی، اسکیزوتایپی، پارانویید، خودشیفته، پرخاشگر منفعل و آزار طلب رابطه نزدیکی با اقدم به خودکشی در دانشجویان دارند. همچنین بررسی عوامل شخصیتی مرتبط با خودکشی نشان داده است عامل روان رنجوری رابطه قدرتمندی با خودکشی دارد و برون‌گرایی، دلپذیری یا توافق پذیری و وظیفه‌شناسی یا وجدانی بودن رابطه منفی با خودکشی دارند (۱۷۶). ویژگی‌هایی همچون کمال‌گرایی، گرایش‌های وسواسی (۱۷۷)، ضعف در کنترل تکانه، خشم و خصومت (۱۷۸)، باورهای غیرمنطقی و فرض‌های ناکارآمد، اشکال در تصمیم‌گیری (۱۷۹)، اعتقادات مذهبی پایین (۱۸۰)، منبع کنترل (۱۸۱)، عزت‌نفس پایین، احساس ناکامی و درماندگی، احساس گناه یا تنهایی (۱۸۲)، سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی (۱۸۳) از عوامل مرتبط با خودکشی هستند. در تائید عوامل ذکر شده، پیروی و همکاران عمده‌ترین عوامل خطرساز خودکشی در دانشجویان را به ترتیب درگیری‌ها و اختلافات خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بحران‌های عاطفی، شکست در عشق، مرگ نزدیکان، مشکلات اقتصادی، بیماری خطرناک نزدیکان، مصرف مواد و جدایی والدین ذکر کرده‌اند (۱۸۴). همچنین پورشریفی و همکاران بیان می‌کنند سازه‌های شادکامی، افسردگی، استرس و حمایت اجتماعی، پیش‌بینی کننده ۷۶ درصد تغییرات افکار خودکشی در دانشجویان می‌باشند و افسردگی بیشترین قدرت پیش‌بینی را در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان داراست (۱۷۳).

گروهی دیگر از پژوهشگران در تلاش برای تبیین عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری دانشجویان نسبت به خودکشی مدلی علّی ارائه داده‌اند که ۵۸ درصد آسیب‌پذیری نسبت به خودکشی را تبیین می‌کند. در درجه اول افسردگی به همراه حوادث ناگوار زندگی موجب افزایش احساس ناامیدی و آسیب‌پذیری فرد می‌شود و در درجه دوم پرخاشگری و انجام رفتارهای تکانشی در هنگام خشم، آسیب‌پذیری فرد را نسبت به خودکشی افزایش می‌دهد (۱۵۸). همان‌طور که مشاهده می‌شود عوامل گوناگونی در گرایش دانشجویان به سمت خودکشی نقش دارند. در میان این عوامل، افسردگی به‌عنوان یک متغیر اساسی در پیش‌بینی خودکشی دانشجویان عمل می‌کند و بخش بزرگی از واریانس تغییر در افکار و رفتار خودکشی را تبیین می‌نماید. اما باید توجه نمود که بسیاری از عوامل شناخته‌شده در پژوهش‌های ایرانی از مطالعات توصیفی حاصل شده‌اند و فهرستی از عوامل گزارش شده‌اند که مکانیسم‌های اثرگذاری آن‌ها به‌درستی مشخص

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

نشده است. بنابراین لازم است مطالعاتی در راستای شناسایی دقیق‌تر این عوامل در جمعیت دانشجویی صورت گیرند.

پیامدهای خودکشی

خودکشی سومین علت مرگ در بین افراد ۲۰ تا ۲۴ سال (۱۸۶) و دومین علت مرگ در دانشجویانی است که به‌تازگی وارد دانشگاه شده‌اند (۱۸۷). برآوردها حاکی از آن است که هر خودکشی بر شش فرد دیگر اثر می‌گذارد و پیامدهای روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و اقتصادی زیادی بر خانواده و جامعه وارد می‌کند (۱۸۸). کسانی که از خودکشی نجات می‌یابند انگ خودکشی را به همراه دارند (۱۸۹). علاوه بر این مشخص‌شده است که سابقه افکار خودکشی و اقدام به آن، احتمال خودکشی افراد را در خانواده و نزدیکان فرد افزایش می‌دهد (۱۹۲-۱۹۰). همچنین پذیرش خودکشی به‌عنوان پدیده‌ای که می‌تواند رخ دهد احتمال وقوع آن را در افراد دیگر افزایش می‌دهد (۱۹۳). وجود افکار خودکشی در دانشجویان عملکرد تحصیلی پایین و ضعیفی را برای آنان به همراه خواهد داشت (۱۹۴). عدم درمان مسائل مربوط به خودکشی اثرات زیان باری ازجمله مزمن شدن یا تشدید بیماری‌های زیربنایی دانشجویان، مشکلات هیجانی و کاهش مشارکت فعال آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی را در پی خواهد داشت و احتمال اقدام به خودکشی موفق را به‌تدریج در آن‌ها افزایش خواهد داد (۱۹۷-۱۹۶). مرور پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهد وضعیت دانشجویانی که دارای سابقه افکار یا اقدام به خودکشی می‌باشند مورد بررسی دقیق قرار نگرفته و لازم است پیامدهای این مسئله به‌صورت نظام‌مند در دانشجویان مورد مطالعه قرار گیرد.

مداخلات خودکشی

با توجه به اهمیت و اثرات زیان‌بار خودکشی در زندگی فردی و اجتماعی دانشجویان، توجه به مسیرها و راهکارهای ممانعت و پیشگیری از این مسئله در بین دانشجویان از ضروریات حتمی در دانشگاه‌ها به نظر می‌رسد. بااین‌حال یافته‌ها حاکی از آن‌اند که تنها تعداد کمی از دانشجویانی که افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی را تجربه می‌کنند از خدمات سلامت روان بهره‌مند می‌شوند (۱۹۸). برای مثال در یک مطالعه مشخص‌شده است بیش از نیمی از دانشجویانی که در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند، خدمات سلامت روان دریافت نکرده‌اند (۱۹۷). در بررسی علل عدم دریافت کمک، دانشجویان بیان کرده‌اند به دلایلی نظیر عدم احساس نیاز به درمان، کمبود زمان، ترجیح برای حل مشکل به‌صورت شخصی و ترس از انگ مربوط به خودکشی در جستجوی کمک حرفه‌ای برنیامده‌اند. علاوه بر این موارد جنسیت، نژاد، شدت افسردگی و مصرف الکل ازجمله مواردی می‌باشند که در بهره‌گیری دانشجویان از خدمات سلامت روان تأثیر دارند (۱۹۵). مطالعات بیان می‌کنند هر چه شدت افکار و قصد خودکشی در دانشجویان بیشتر می‌شود، تمایل آن‌ها به دریافت کمک کمتر می‌شود (۱۹۹). درواقع در این دانشجویان پدیده‌ای به نام نفی کمک (Help negation) رخ می‌دهد که در آن دانشجو از هرگونه خدمات و کمک‌های در دسترس اجتناب یا آن‌ها را رد می‌کند (۱۹۹، ۲۰۰). علاوه بر این دانشجویان به‌احتمال بیشتری به دنبال خدمات غیرتخصصی مثل دریافت کمک از دوستان و خانواده بر می‌آیند و این امر در بیشتر موارد مانع از دریافت خدماتی می‌شود که برای حل مشکل آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد (۲۰۱). در چنین شرایطی به نظر می‌رسد برای کاهش مشکلات مربوط به خودکشی در دانشجویان ابتدا باید موانع موجود بر سر راه جستجوی خدمات سلامت روان در آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته و شناسایی شود و راه‌حل‌هایی برای کاهش این موانع اتخاذ گردد. سپس برنامه‌های آموزش و پیشگیری از خودکشی و مداخلات درمانی برای اقدام به خودکشی و شرایط همبود با خودکشی در جمعیت دانشجویی به‌طور گسترده و نظام‌دار به اجرا درآیند (۱۷۹، ۲۰۲).

با توجه به اهداف فوق در پژوهش‌های مختلف راه‌حل‌ها و پیشنهادهایی با توجه به نتیجه تحقیقات ارائه گردیده است که توجه و پیاده کردن آن‌ها می‌تواند سودمند باشد. افزایش ارتباط و انسجام در خانواده، اصلاح شرایط و وضعیت روحی و روانی حاکم بر خانواده از طرق مختلف همچون توزیع بروشورها و جزوات آموزشی در بین خانواده‌های دانشجویان به‌ویژه دانشجویان در معرض خطر و نیز برپایی جلسات سخنرانی (۲۰۳)، برگزاری کارگاه‌های آموزشی همچون کارگاه‌های مهارت‌های حل مسئله، تاب‌آوری (۱۷۴)، تقویت باورهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

مذهبی (۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۸، ۱۶۵)، افزایش توانایی سازگاری با محیط (۲۰۴)، برنامه‌های متنوع سرگرمی، کشف استعدادها و علائق دانشجویان، کمک به افزایش بنیه اقتصادی آن‌ها و ارائه راه‌های افزایش آگاهی دانشجویان درباره اثرات افکار خودکشی (۱۴۴)، داشتن انعطاف‌پذیری شناختی، مشارکت اجتماعی، حمایت خانوادگی و روابط بین فردی (۲۰۵)، حمایت اجتماعی کافی (۲۰۴، ۱۴۸، ۱۳۸)، ارتقاء سلامت روانی (۱۳۸، ۱۳۹، ۱۸۳)، آموزش و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر (۱۵۵، ۱۳۸، ۱۳۹، ۲۰۵)، آموزش مهارت‌های زندگی، گسترش خدمات مراکز مشاوره و تسهیل ارتباط با آن‌ها و شاداب سازی محیط‌های دانشجویی (۲۰۶) از موارد موردنظر و ارائه‌شده در پژوهش‌های متعدد است. پورشریفی و همکاران در گزارشی از نحوه اجرای پروتکل پیشگیری از خودکشی در جمعیت دانشجویی بیان کرده‌اند اصلاح باورها و هنجارهای نادرست موجود درباره اختلالات روانی اجتماعی، آگاه‌سازی دانشجویان از نحوه دریافت خدمات سلامت روان، انگ زدایی از دانشجویانی که در جستجوی خدمات سلامت روان برمی‌آیند، تشویق و ترغیب دانشجویان برای دریافت کمک، گسترش فرهنگ پیشگیری و تقویت آن در دانشجویان، تقویت نقش حمایتی همسالان، کاهش استرس‌های تحصیلی، فراهم آوردن تسهیلات دانشجویی، ارتباط مؤثر با کارکنان خوابگاهی و افزایش منابع حمایتی از سوی دانشگاه می‌تواند در کاهش خودکشی و دیگر مشکلات سلامت روان دانشجویان مؤثر باشد (۲۰۲).

بحث و نتیجه‌گیری

عملکرد علمی و دانشگاهی همواره به‌عنوان یک مسئله مطرح بوده و پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است (۲۰۷). مطالعات شیوع شناسی نشان می‌دهد مشکلات مربوط به بهداشت روانی در بین دانشجویان، عمده‌ترین مسئله آموزش عالی است و در صورت عدم درمان و مداخله، میزان این مشکلات روانی تشدید می‌یابد (۲۰۸). یافته‌ها نشان می‌دهد اختلالات روانی در میان دانشجویان از شیوع بالایی برخوردار است (۲۰۹). در این میان افسردگی و خودکشی در شمار اصلی‌ترین مسائل سلامت روان دانشجویان قرار دارند. بر این اساس در این مقاله به بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان در ابعاد شیوع شناسی، عوامل و نشانه‌ها، پیامد و اثرات آن بر عملکرد زندگی دانشجویان پرداخته شد و مباحث مربوط به افسردگی و خودکشی در دانشجویان مطرح گردید. نتایج مطالعات حاکی از آن است که میزان افسردگی در دانشجویان در دامنه‌ای از ۱۰ تا ۸۴ درصد متغیر است و میانگین آن ۳۳ درصد است. میزان شیوع افسردگی در دانشجویان تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی همچون جنسیت، وضعیت تأهل و بومی یا غیربومی بودن تغییر می‌کند و دانشجویان پسر، مجرد و غیربومی در معرض خطر بالاتری هستند. همان‌طور که مشاهده شد پژوهش‌های بسیاری عوامل جمعیت شناختی مرتبط با افسردگی را در دانشجویان مورد بررسی قرار داده‌اند اما یک محدودیت کلی در این دسته از این پژوهش‌ها این است که مطالعات فراتحلیلی که نقش کلی عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان مناطق مختلف کشور را مورد بررسی قرار دهند بسیار محدود می‌باشد و لازم است اطلاعات موجود مربوط به پژوهش‌های مختلف به‌صورت کلی مورد ارزیابی قرار گیرند تا وضعیت کلی عوامل جمعیت شناختی و خودکشی دانشجویان واضح‌تر گردد.

همان‌گونه که آمارها نشان می‌دهد افسردگی سیری صعودی در دانشجویان دارد و عوامل مختلف فردی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی در بروز و تشدید آن تأثیرگذارند. هرچند در مورد خودکشی نتایج دقیقی ارائه نشده است ولی نتایج پژوهش‌های جدیدتر نسبت به مطالعات قبلی از افزایش شیوع خودکشی در بین دانشجویان خبر می‌دهند و این امر به‌خصوص در پسران و افراد مجرد بیشتر قابل مشاهده است. در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت اکثر دانشجویان در کشور جوان بوده و این دوره سنی به‌خصوص برای پسران با عوامل استرس‌زای بیشتری مثل فرصت‌های محدود و نامناسب شغلی و نگرانی نسبت به آینده همراه است. علاوه بر این ازآنجایی‌که دوران دانشجویی با دوری از خانواده، دوستان و نزدیکان، ورود به محیطی جدید و مواجهه با فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف با سبک زندگی متفاوت، مشکلات اقتصادی و کم‌رنگ شدن حمایت اجتماعی به‌خصوص برای دانشجویان غیربومی همراه است، افزایش مشکلات سلامت روان دور از انتظار نیست. در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

کنار این عوامل، ورود به دانشگاه هم‌زمان با شرایط بحرانی دوران بلوغ و اوایل جوانی و بحران هویت است و در این شرایط اکثر دانشجویان آمادگی لازم برای پذیرش مسئولیت‌های دوران دانشجویی را دارا نمی‌باشند. از سوی دیگر تغییرات اجتماعی و فرهنگی جامعه و انتظاراتی که خانواده و جامعه از دانشجویان (به‌خصوص پسران) دارند، اشتغال ذهنی دانشجویان درباره آینده شغلی، موانع موجود بر سر راه زندگی باثبات و ناامیدی نسبت به آینده مشکلات سلامت روان را در دانشجویان تشدید می‌کند. هرچند مشکلات روان‌شناختی دانشجویان فعلی شدیدتر به نظر می‌رسد اما نباید این مسئله را نادیده گرفت که سن آغاز بسیاری از اختلالات روانی عمده مطابق با سنی است (۱۸ تا ۲۴ سال) که افراد به‌طورمعمول وارد دانشگاه می‌شوند (۱۷۸)، بنابراین این احتمال وجود دارد که درصد عمده‌ای از دانشجویان برای اولین بار مشکلات جدی مربوط به سلامت روان را در هنگام ورود به دانشگاه تجربه کنند. در کنار چنین مسائلی، برخی سیاست‌های کشوری همچون افزایش پذیرش دانشجویان در دانشگاه‌ها و عدم توازن میان تعداد دانشجویان و ارائه خدمات سلامت روان موجب وخامت وضعیت سلامت روان در دانشجویان گردیده است. علاوه بر این پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های غیردولتی ضمن آنکه فشارهای اقتصادی زیادی را بر دانشجویان و خانواده‌های آن‌ها وارد می‌کند موجب شده تا دانشجویان علاوه بر تحصیل در حوزه‌های دیگری مشغول به کار شوند و فشار شرایط بر آن‌ها دوچندان گردد.

در این میان باید به سبک زندگی دانشجویان امروزی هم اشاره کرد. در گذشته فرزندان خانواده از همان اوایل کودکی وارد بازار کار می‌شدند و تا به جوانی می‌رسیدند پخته‌تر و مستقل‌تر عمل می‌کردند ولی جوانان امروزی کمتر مستقل بوده و بیشتر از وابستگی عاطفی و مالی خانواده بهره می‌برند و درنتیجه در مواجهه با فشارها و مشکلات آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. البته تغییر در ساختار خانواده و هسته‌ای شدن خانواده‌ها و اشتغال هر دو والد و درنتیجه کمتر در دسترس بودن برای فرزندان از نکات قابل‌توجه در وضعیت سلامتی دانشجویان است. امروزه اهمیت تحصیل و داشتن مدارک دانشگاهی از جایگاه خاصی برخوردار بوده و سطح رقابت در دانشگاه‌ها افزایش پیداکرده است و شکست در آن با صدمات روحی و روانی شدیدتری همراه خواهد بود. درحالی‌که امروزه تحصیل و ورود به دانشگاه خواهان بیشتری پیداکرده است، وضعیت اشتغال و بیکاری بعد از دوران دانشجویی به‌خصوص در کشورهای درحال‌توسعه نامناسب است. این مسائل زمینه‌های بروز مشکلات روانی از قبیل استرس و اضطراب را در دانشجویان فراهم می‌کند و در ادامه سطوح بالای اضطراب منجر به بیماری‌های جسمانی، مصرف مواد، افسردگی و تضعیف عملکرد شناختی، کاهش ارتباط اجتماعی و افزایش خطرات محیطی می‌گردد (۲۱۰). در چنین شرایطی انجام برنامه‌های پیشگیری و درمان مشکلات سلامت روان در این جمعیت امری ضروری به شمار می‌رود. همچنین لازم است مطالعاتی گسترده و منسجم در دانشگاه‌ها باهدف بررسی و به‌روز کردن اطلاعات مرتبط با عوامل خطر خودکشی در دانشجویان صورت گیرد تا برنامه‌های مداخلاتی بر اساس عوامل خطر به‌روز گردند.

امروزه با توجه به تغییرات اجتماعی و فرهنگی، دانشجویان و افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی دیدگاه متفاوت‌تری پیداکرده‌اند و به‌احتمال بیشتری به بیان آن می‌پردازند درصورتی‌که در گذشته خیلی از مشکلات روانی دانشجویان به دلیل شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه مخفی می‌ماند. بااین‌حال، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که هنوز تعداد بسیاری از دانشجویان نسبت به مشکلات ناآگاه هستند یا در جستجوی خدمات سلامت روان برنمی‌آیند. علاوه بر این زمینه‌های لازم برای ارائه خدمات سلامت روان در کشور به‌خوبی فراهم نیست. در وهله اول اکثر پژوهش‌های صورت گرفته برای ارائه خدمات سلامت روان از جامعیت و دقت کافی برخوردار نیستند. به‌طور نمونه با اینکه پژوهش‌ها و مداخلات زیادی در رابطه با وضعیت سلامت روانی دانشجویان صورت گرفته است اما اکثر آن‌ها از طرح‌های مقطعی پیروی کرده‌اند که چشم‌اندازی محدود و نقطه‌ای از مشکلات سلامت روان در دانشجویان ارائه می‌کنند. دانشگاه‌ها عموماً به‌صورت مقطعی و در محدوده‌ای خاص به بررسی سلامت روان دانشجویان پرداخته‌اند. برای مثال بسیاری از پژوهش‌های شیوع شناسی روی دانشجویان ورودی جدید صورت گرفته‌اند و از وضعیت دانشجویانی که چند سال از ورود آن‌ها به دانشگاه می‌گذرد اطلاعات منسجمی در دست نیست. در این زمینه لازم است

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

پژوهش‌هایی طولی که به بررسی وضعیت دانشجویان از زمان ورود به دانشگاه تا زمان فارغ‌التحصیلی آن‌ها می‌پردازند، طراحی و اجرا شوند.

علاوه بر آنچه ذکر شد درباره کارایی برنامه‌های ارائه خدمات سلامت روان و پیگیری اثربخشی آن‌ها در طولانی‌مدت شکافی عمیق ازلحاظ پژوهشی وجود دارد. در پژوهش‌هایی که باهدف اثربخشی مداخلات صورت گرفته‌اند، همواره دانشگاه‌های محدودی موردنظر بوده است و مطالعات پیگیری لازم درباره ماندگاری اثرات این مداخلات موجود نیست. این در حالی است که با توجه به تغییرات امروزی و وجود عوامل خطر متنوع در سطح جامعه دانشجویی، نیازمند اجرای برنامه‌های پیشگیری و مداخلات اساسی‌تری در سطح دانشگاه‌ها هستیم. عدم وجود شاخص‌های جامع برای بررسی سلامت روانی دانشجویان، تفاوت در ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، عدم‌جامعیت و تناسب ابزارها با توجه به شرایط فرهنگی و قومیتی دانشجویان کشور، به‌کارگیری روش‌های آماری متفاوت برای تحلیل نتایج پژوهش‌ها، عدم‌کفایت نمونه‌های مورد بررسی، عدم توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و حتی جنسیتی دانشجویان، تکیه‌بر روش‌های توصیفی و عدم استفاده از انواع دیگر پژوهش برای بررسی مشکلات دانشجویان، عدم تأکید بر عملیاتی و کاربردی بودن مطالعات دانشگاهی از اساسی‌ترین مشکلات مربوط به پژوهش‌های صورت گرفته در محیط‌های دانشگاهی است.

در زمینه پیشگیری و مداخله‌ها بیشتر روش‌ها فقط در حد پژوهش باقی‌مانده است به‌طوری‌که کمتر شاهد به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای که در مطالعات به‌عنوان روش‌های مؤثر در ابعاد مختلف سلامت دانشجویان مطرح‌شده است، بوده‌ایم. درواقع در به‌کارگیری و اجرایی کردن نتایج پژوهش‌ها در دانشگاه‌ها برای افزایش بهداشت روانی دانشجویان ضعیف عمل شده و این موارد فقط در چهارچوب پژوهش باقی‌مانده است. بر این اساس در جهت بهبود عملکرد روانی دانشجویان و رفع نواقص موجود می‌توان برنامه‌هایی در دانشگاه‌های مختلف به‌طور مجزا و به شکل گسترده در سازمان‌های مربوط به حیطه سلامت دانشجویان تدارک دید. کاهش استرس‌های مربوط به برخی از رشته‌های استرس آمیز مثل پزشکی، استفاده از متخصص و انجام مصاحبه و روش‌های ارزیابی بالینی در بررسی متغیرهای مورد مطالعه، پیگیری‌های طولانی‌تر در انجام پژوهش‌های مداخله‌ای، برنامه‌ریزی بلندمدت و جامع در رسیدگی به مشکلات دانشجویی، ایجاد تعامل و ارتباط با والدین و اعضای خانواده و همچنین دوستان و هم خوابگاهی‌های دانشجویان مشکل‌دار، فعال‌تر نمودن مراکز مشاوره‌ای دانشگاه‌ها در زمینه آموزش و برگزاری کارگاه‌ها، تخصیص دادن اعتبار و برنامه‌های مناسب جهت شاداب سازی خوابگاه‌ها، در نظر گرفتن مسائل فرهنگی، نژادی و قومیتی، تقویت ارتباط اساتید و کارکنان با دانشجویان، توجه ویژه به مسائل مربوط به دانشجویان ورودی جدید (به دلیل کم شدن حمایت اجتماعی خانواده و عدم آشنایی کافی با شرایط جدید) و توجه به دانشجویان تحصیلات تکمیلی و مقاطع بالاتر به دلیل مسئولیت‌ها و انتظارات بیشتر از آن‌ها و توجه بیشتر به برخی از ابعاد مشکلات روانی دانشجویان بخصوص مصرف مواد از اصلی‌ترین برنامه‌های پیشگیری و درمان مشکلات سلامت روان در جمعیت دانشجویی می‌باشند. درمجموع با توجه به نتایج حاصل از بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در کشور به نظر می‌رسد وضعیت سلامت روانی دانشجویان بیش‌ازپیش در معرض خطر قرار دارد و اگر این روند ادامه پیدا کند و اقدام جدی مبنی بر ایجاد برنامه‌های بلندمدت و حیاتی صورت نگیرد، آسیب‌پذیری دانشجویان افزایش پیدا می‌کند.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016; 3(2):171-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

2. McCrone P, Wright S, Zala D, Kartha MR, Koeser L, Ashworth M, et al. Location of care for people with serious mental illness (LOCAPE): Implications for service use and costs using a mixed-methods approach. Health Services and Delivery Research. 2016; 4.34.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. 2017.
4. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study. Academic Medicine. 2009; 84(2):236-41.
5. Warwick I, Maxwell C, Statham J, Aggleton P, Simon A. Supporting mental health and emotional well-being among younger students in further education. Journal of Further and Higher Education. 2008; 32(1):1-13.
6. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. 2014.
7. Arandjelovic K, Eyre HA, Forbes MP, Bauer R, Aggarwal S, Singh AB, et al. Mental health system development in Asia: Does Australia have a role? Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016; 50(9):834-41.
8. 8. Clifford A, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K. Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: A systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2015; 27(2):89-98.
9. Milanifar B. Mental Health. Tehran: Ghomes; 2007. [In Persian].
10. Koslander T, da Silva AB, Roxberg A. Existential and spiritual needs in mental health care: An ethical and holistic perspective. Journal of Holistic Nursing. 2009; 27(1):34-42.
11. Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. Depression and Anxiety. 2017; 34(9):801-8.
12. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization; 2005.
13. Keyes CL. Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? American Journal of Orthopsychiatry. 2006; 76(3):395-402.
14. Keyes CL. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In: GF Bauer, O Hämmig (Eds.), Bridging occupational, organizational and public health: A Transdisciplinary Approach. New York: Springer; 2014.
15. Mesbahi Rezvan R, Zahedi O, Tabatabai M. Thanksgiving and mental health. Tehran: Publications Saint; 2012. [In Persian].
16. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: Improving student wellness through curricular changes. Academic Medicine. 2014; 89(4):573.
17. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2013; 148(1):1-11.
18. McMillan W. Transition to university: The role played by emotion. European Journal of Dental Education. 2013; 17(3):169-76.
19. Hurst CS, Baranik LE, Daniel F. College student stressors: A review of the qualitative research. Stress and Health. 2013; 29(4):275-85.
20. Stallman HM. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. Australian Psychologist. 2010; 45(4):249-57.
21. Marjani A, Gharavi A, Jahanshahi M, Vahidirad A, Alizadeh F. Stress among medical students of Gorgan (South East of Caspian Sea), Iran. Kathmandu University Medical Journal. 2008; 6(3):421-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]

[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

22. Morosanu L, Handley K, O'Donovan B. Seeking support: Researching first-year students' experiences of coping with academic life. Higher Education Research & Development. 2010; 29(6):665-78.
23. Sharma B, Wavare R. Academic stress due to depression among medical and para-medical students in an indian medical college: Health initiatives cross sectional study. Journal of Health Sciences. 2013; 3(5):029-38.
24. Storrie K, Ahern K, Tuckett A. A systematic review: Students with mental health problems-a growing problem. International Journal of Nursing Practice. 2010; 16(1):1-6.
25. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. Journal of Adolescent Health. 2010; 46(1):3-10.
26. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). IJPCP. 2011; 16(4) 479-83. [In Persian].
27. Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I. et al . Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Iran. IJPCP. 2012; 17(4):271-78. [In Persian].
28. Irajpour A, Alavi M, Abdoli S, Saberizafarghandi MB. Challenges of interprofessional collaboration in Iranian mental health services: A qualitative investigation. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2012; 17(2):S171-S177.
29. Yamaguchi S, Wu S-I, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, et al. Effects of short-term interventions to reduce mental health–related stigma in university or college students: A systematic review. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2013; 201(6):490-503.
30. Masuda A, Boone MS. Mental health stigma, self-concealment, and help-seeking attitudes among Asian American and European American college students with no help-seeking experience. International Journal for the Advancement of Counselling. 2011; 33(4):266-79.
31. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. BMC Psychiatry. 2010; 10(1):113.
32. Collins ME, Mowbray CT. Higher education and psychiatric disabilities: National survey of campus disability services. American Journal of Orthopsychiatry. 2005; 75(2):304-15.
33. Pritchard ME, Wilson GS. Using emotional and social factors to predict student success. Journal of College Student Development. 2003; 44(1):18-28.
34. Wahed WYA, Hassan SK. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. Alexandria Journal of Medicine. 2017; 53(1):77-84.
35. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychological Science in the Public Interest. 2014; 15(2):37-70.
36. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Department of Health, London, UK; 2011.
37. Gamm L, Stone S, Pittman S. Mental health and mental disorders-A rural challenge: A literature review. Rural Healthy People. 2010; 2:97-114.
38. Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life–systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2012; 136(3):212-21.
39. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. Journal of Psychiatric Research. 2013; 47(3):391-400.
40. Bayati A, Beigi M, Salehi M. Depression prevalence and related factors in Iranian students. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2009; 12(20):1371-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

41. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015; 314(22):2373-83.
42. Khawaja NG, Santos MLR, Habibi M, Smith R. University students' depression: A cross-cultural investigation. Higher Education Research & Development. 2011; 32(3):392-406.
43. Ahmadi J, Ahmadi N, Soltani F, Bayat F. Gender differences in depression scores of Iranian and German medical students. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2014; 8(4):70-73.
44. Sarokhani D, Delpisheh A, Veisani Y, Sarokhani MT, Manesh RE, Sayehmiri K. Prevalence of depression among university students: A systematic review and meta-analysis study. Depression Research and Treatment. 2013.
45. Rahmani Bidokhti N, Sadeghi Khorashad M, Bijari B. Comparisonof depression prevalence in medical students between the first and last years of Birjand University of Medical Sciences: Brief Article. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2014; 21(2):246-52. [In Persian].
46. Rahnamay Namin M. Compared to depression among students of Islamic Azad University dormitory Arbor, Abhar and Buin Zahra (2009). Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012; 16(2):83-6. [In Persian].
47. Asadzandy M, Sayari R, Ebadi A. Sanainasab H. Depression, anxiety and stress among military nurses. Journal of Military Medicine. 2010; 13(2):103-8. [In Persian].
48. Dadkhah A, Mohammadi MA, MozafariN, Mohammad Nejad S, Dadkhah D. Prevalence of depression in students of Ardebil Medical University. ournal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2004; (1-3).28-32.[In Persian].
49. Hashemi Mohammad Abad N, Zadeh Bagheri Q, Ghaffarian Shirazi H. Factors associated with depression in 1380 at the University Yasuj. Journal of Medical Research. 2003; 2(1):19-28. [In Persian].
50. Ranaei F, Ardalan F, Zaheri F. Students' attitude and performance of medical sciences in 2009 than prayer and its relationship to depression. Journal of Medicine and Purification. 2010; 19(4):75-85. [In Persian].
51. Najafipour S, Yektatalab S. Prevalence of depression and its relationship to academic performance of students of medical sciences. Journal of Medical Sciences. 2008; 6(6):27-38. [In Persian].
52. Zadeh Bagheri G, Barati M, Malekzadeh J. Factors associated with depression in university students. Proceedings of Third National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: Iran University of Science and Technology; 2006. [In Persian].
53. Foroutani M. Depression in higher education students. Iran Journal of Nursing. 2005;18(41,42):123-30 [In Persian].
54. Ebrahimian A, Keighobadi S, Asgari M, Soleimani M. Depressive critical software problem that will affect the education. Movement Science and Technology Conference Proceedings, and the Free Software Movement, Thinking Mashhad University of Mashhad ten region; 2004. [In Persian].
55. Torkan A. Investigation about deperession in Zahedan University. Journal of Sciences Research Zahedan University. 2004; (3):1-5.[In Persian].
56. Qhoreyshinejad S, Noori M. Investigation about depression prevalence in Iran Medical Sciences University. Shakiba Journal, Kordestan University of Medical Sciences. 2000; (1):2-17.[In Persian].
57. Astyfany K, Hosseini M, Kheirabadi A. Depression and risk factors in students of Kurdistan University of Medical Sciences. Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 1997; 2(6):12-7. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

58. Ahmadi J. Depression in Shiraz University of Medical Sciences. Proceedings of the annual Congress of Psychiatry and Clinical Psychology. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1995. [In Persian].
59. Najibpour S. Study of prevalence of depression in medical student of Jondishapur University of Ahwaz from 2006 until 2012. Doctoral Dissertation. Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences; 2012. [In Persian].
60. Ildarabady E, Firouzkouhi MR, mazloom S, Navinean A. Prevalence of depression among students of Zabol Medical School, 2002. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2004; 6(2):15-21. [In Persian].
61. Feyzi I, Naghizadeh Baghi A, Rahimi A, Nemati S. The relationship between BMI and depression in students of medical sciences. Journal of Medical Sciences. 2012; 12(2):213-20. [In Persian].
62. Mohammad Zadeh J. Prevalence of depression in Ilam University. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2011; 19(2):71-6. [In Persian].
63. Nori R, Ghaderi B. Risk behaviors. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].
64. Kykhavany S, Moghaddam N. Prevalence of ideas, plans, suicide and depression in university students in Ilam. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].
65. Rezaei Adriany M, Azadi A, Ahmadi F, Fatehi A, Muhammady E, Jafarabadi M. Compared to depression, anxiety, stress and quality of life of male and female students living in dormitories. Journal of Nursing Research. 2007; 2(4,5):31-8. [In Persian].
66. Shamshiri Nezam T, Kafian Tafti A, Ansari S. Epidemiologic study of depression and its related factors of medical students in 2004. Pejvda Journal. 2006; 1(1). [In Persian].
67. Amani F, Sohrabi B, Sadeghieh S, Mashoufi M. The prevalence of depression among the students of Ardabil University of Medical Sciences, 2003. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2004; 4(1):7-11 [In Persian].
68. Khan MS, Mahmood S, Badshah A, Ali SU, Jamal Y. Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. Journal-Pakistan Medical Association. 2006; 56(12):583-6.
69. Zohour A, Mousavi Khani E. Prevalence of depression in comparison with other university students and the Faculty of Health, Kerman. Lorestan University of Medical Sciences Quarterly. 2001;10(6):43-7. [In Persian].
70. Hashemi N, Kamkar A. A study on the prevalence of depression in students of Yasuj University of Medical Science. Journal of Yasuj University of Medical Sciences. 2001;6(21,22):14-21. [In Persian].
71. Tavakolizadeh J, Mohammad Pour A. Depression in medical students Gonabad. Gonabad Medical Journal. 2001; 7(1):36-40. [In Persian].
72. Sharif F, Rafati F, Ahmadi J, Zeighami B. The relationship between depression and academic achievement in nursing and midwifery students. Proceedings of the National Conference of Nursing in the Prevention and Rehabilitation of Mood Disorders. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
73. Farhadi A, Amini F. Prevalence of anxiety and depression and its impact on the academic performance of university students. Proceedings of the National Conference of Nursing in the Prevention and Rehabilitation of Mood Disorders. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

74. Agha Khani N, Baghaie R. Depression in West Azarbaijan University of Medical Sciences. Proceedings of the National Conference of Nursing in the Prevention and Rehabilitation of Mood Disorders. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
75. Torabi Nikcheh M. Depression among students of higher education institutions in Ilam. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 1997;5(14):31-3. [In Persian].
76. Karami M. The study of the rate of depression in allied health faculty students of Kashan university of medical sciences in 2008. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2009;7(3):0-0.
77. Inam SN, Saqib A, Alam E. Prevalence of anxiety and depression among medical students of private university. Journal-Pakistan Medical Association. 2003; 53(2):44-6.
78. Masoudi Asl I, Akhavan Behbahani A, Nosratinejad F, Moosavy Khatat M. Evaluation of depression in nursing students of Azad University of Yasouj. Journal of Disability Studies. 2011; 1(1):42-6. [In Persian].
79. Khoshkhati N, Jafari A, Yazdinezhad A, Khoshkhati N. Prevalence of depression among newcomer pharmacy students of Zanjan University of Medical Sciences correlating demographic parameters. Journal of Medical Education Development. 2015; 8(17):21-8.
80. Mehabadipour E, Hassani J. Relationship between type A and B behavior patterns of students with mental health by looking at gender and locality. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].
81. Izadi S, Yaghoubi A. Faculty of humanities, university of psychological status on admission and after three years. Proceedings of the Fourth National Seminar on Mental Health of Students. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].
82. Hadian Fard H. Mental health of the students of Shiraz University in the early weeks of higher education. Proceedings of the Fourth National Seminar on Mental Health of Students. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].
83. Khawaja NG, Bryden KJ. The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. Journal of Affective Disorders. 2006; 96(1):21-9.
84. Cox BJ, Enns MW, Borger SC, Parker JD. The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. Behaviour Research and Therapy. 1999; 37(1):15-24.
85. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Naydenova V, Meier S, El Ansari W. Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2008;4(1):19.
86. Whisman MA, Perez JE, Ramel W. Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. Journal of Clinical Psychology. 2000; 56(4):545-51.
87. Darharaj M, Habibi M, Power MJ, Farzadian F, Rahimi M, Kholghi H, Kazemitabar M. Inpatients with major depressive disorder: Psychometric properties of the new multidimensional depression scale. Asian Journal of Psychiatry. 24: 103–109.
88. Darharaj M, Habibi M, Power MJ, Pirirani S, Tehrani F. Factor structure and psychometric properties of the new multidimensional depression scale in a non-clinical sample. Clinical Psychologist. 22(1):63-71.
89. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. American Journal of Orthopsychiatry. 2007; 77(4):534-42.
90. Bradley KL, Santor DA, Oram R. A feasibility trial of a novel approach to depression prevention: Targeting proximal risk factors and application of a model of health-behaviour change. Canadian Journal of Community Mental Health. 2016;34:47-61.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

91. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, et al. Depression among Chinese university students: Prevalence and socio-demographic correlates. PloS one. 2013; 8(3):e58379.
92. Vaez M, Laflamme L. Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: A longitudinal study of Swedish university students. Social Behavior and Personality: An International Journal. 2008; 36(2):183-96.
93. Lyubomirsky S, Kasri F, Zehm K. Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. Cognitive Therapy and Research. 2003; 27(3):309-30.
94. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. Journal of Mental Health Policy and Economics. 2005; 8(3):14551.
95. Deroma VM, Leach JB, Leverett JP. The relationship between depression and college academic performance. College Student Journal. 2009; 43(2):325-35.
96. Roh M-S, Jeon HJ, Kim H, Han SK, Hahm B-J. The prevalence and impact of depression among medical students: A nationwide cross-sectional study in South Korea. Academic Medicine. 2010; 85(8):1384-90.
97. Goswami S, Sachdeva S, Sachdeva R. Body image satisfaction among female college students. Industrial Psychiatry Journal. 2012; 21(2):1680-72.
98. Doom JR, Haeffel GJ. Teasing apart the effects of cognition, stress, and depression on health. American Journal of Health Behavior. 2013; 37(5):610-9.
99. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depression and anxiety. 2008; 25(6):482-8.
100. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016; 316(21):2214-36.
101. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu S-M, et al. Mental health of college students and their non–college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. Archives of General Psychiatry. 2008; 65(12):1429-37.
102. Stewart B, Wild CP. World cancer report 2014. Health; 2017.
103. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. Harvard Review of Psychiatry. 2012; 20(4):222-32.
104. Hamdan-Mansour AM, Puskar K, Bandak AG. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. Issues in Mental Health Nursing. 2009; 30(3):188-96.
105. Lemmens L, Arntz A, Peeters F, Hollon S, Roefs A, Huibers M. Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: Results of a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2015; 45(10):2095-110.
106. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. Psychiatric Clinics. 2017; 40(4):751-70.
107. Tindall L, Mikocka-Walus A, McMillan D, Wright B, Hewitt C, Gascoyne S. Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017; 90(4):770-96.
108. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. Psychological Medicine. 2008; 38(5):611-23.
109. Busch FN, Rudden M, Shapiro T. Psychodynamic treatment of depression. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing; 2016.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

110. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. JAMA. 2010; 303(1):47-53.
111. Lee CL. Evidenced-based treatment of depression in the college population. In: SE Cooper (Eds.), Evidence-based psychotherapy practice in college mental health. Routledge; 2012.
112. Buchanan JL. Prevention of depression in the college student population: A review of the literature. Archives of Psychiatric Nursing. 2012; 26(1):21-42.
113. Forouzande N, Delaram M, Solati Sk, Aein F, Deris F. Effect of cognitive behavioral therapy on depression of non-medical students of Shahrekord University of Medical Sciences. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2003; 4(4):11-7. [In Persian].
114. Sattarpour F, Ahmadi E. Bafandeh Gharamaleki H. Effectiveness emotion regulation training on reduction of symptoms depression students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2014; 1(1):31-8. [In Persian].
115. Sadeghi K, Khazaie H. The comparison of efficacy pharmacotherapy and group cognitive therapy in dimensions of temperament and character of patients with major depression disorder. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2013; 17(4):230-6. [In Persian].
116. Zamirinejad S, Hojjat SK, Golzari M, Borjali A, Akaberi A. Effectiveness of resilience training versus cognitive therapy on reduction of depression in female Iranian college students. Issues in Mental Health Nursing. 2014; 35(6):480-8.
117. Nezafat Frizzy J, Mashhadi A, Amin Yazdi SA, Nofersti F. The effectiveness of short-term interpersonal psychotherapy on depression symptoms, emotional expression, social skills, and quality of life in depressed students. Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(6):318-24. [In Persian].
118. Hosseini Beheshtian M. Comparison of the effectiveness of online cognitive behavioral therapy and cognitive-behavioral online therapy on student depression. Clinical Psychology Studies. 2010; 1(1):129-44. [In Persian].
119. Modares M. The effectiveness of dialectical behavioral therapy in a group manner (based on the components of basic over-awareness, tolerance of distress and emotional regulation) on the symptoms of depression in students. Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(50):35-124. [In Persian].
120. Hamdieh M, Taraghijah S. The effect of Cognitive Spiritual Group Therapy (CSGT) in depression. Pajoohande. 2008; 13(5):383-9.
121. Heydari S, Allahyari A, Azadfallah P. Effect of short-term psychotherapy for anxiety and depression in students' empathic attachment to them. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad. 2012; 2(1):125-42. [In Persian].
122. LotfiNia H, YekeYazdan Doust R, Asgharnejad A, Gharaei B, Garooci M. Effectiveness of problem solving therapy in reducing the severity of depression. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2009; 31(4):54-58. [In Persian].
123. Hashemi Z, Mahmood Aliloo M, Hashemi Nosratabadi T. Effectiveness of meta cognitive therapy in reduction of depression symptoms and meta cognitive beliefs in major depression patients: A case report. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2011; 9(2): 133-40. [In Persian].
124. Jahanbakhsh M, Amiri S, Bahadori MH, Molavi H, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on depressive symptoms in girls with attachment problems. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2011; 9(4):250-9. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

125. Sahebalzamin M, Khanavi M, Alvi Majd H, Mirkarimi SM, Karimi M. Effects of inhalation aromatherapy on female students' anxiety and depression settling in dormitory of Tehran University of Medical Sciences. Medical Sciences Journal. 2010; 20(3):175-81. [In Persian].
126. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, Dalgard O-S, Kovess V, Morgan A, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scandinavian Journal of Public Health. 2003; 31(6):451-9.
127. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic Reviews. 2008; 30(1):133-54.
128. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Clinical Psychology Review. 2012; 32(6):482-95.
129. Nock MK. Self-injury. Annual Review of Clinical Psychology. 2010; 6:339-63.
130. World Health Organization. Suicide data. Retrived from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/; 2017.
131. Talaei A, Hojjat S, Fayyazi Bordbar M, Saadati Nasab Z. Psychological problems and suicidal ideation in medical students of Mashhad University of Medical Sciences. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2006; 49(91):191-8. [In Persian].
132. Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach R, Demyttenaere K, Green J, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: A meta-analysis. Psychological Medicine. 2018; 48(4):554-65.
133. Yang L-S, Zhang Z-H, Sun L, Sun Y-H, Ye D-Q. Prevalence of suicide attempts among college students in China: a meta-analysis. PLoS one. 2015; 10(2):e0116303.
134. Hajebi A, Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Ghayyomi R. Trend of suicide in Iran during 2009 to 2012: Epidemiological evidences from national suicide registration. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016;10(4): e4398. [In Persian].
135. Janghorbani M, Bakhshi S. The prevalence of suicide ideation and factors associated among students of Isfahan University of Medical Sciences, 2013-2014. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2015; 17(5):1-12. [In Persian].
136. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadehtoosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in medical students. Quarterly Journal of Nersing Management. 2012; 1(1):83-91.
137. Zarany F, Vaghar M, Amiri S. Epidemiology of suicide among university students under the Ministry of Science, Research and Technology. Proceedings of the Second National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004. [In Persian].
138. Poursharifi H, Peyravi H, Taramian F, Zarany F, Vaghar M, Jafari A. Mental health survey initiative new universities under the Ministry of Science students in academic year 2004-2005. Ministry of Research Science and Technology Student Affairs, Office of Tehran University Counseling Center and University Counseling Centers nationwide; 2005. [In Persian].
139. Sohrabi F, Taraghi Jah S, Najafi M. Final report on mental health of college students 2006-2007 years under the Ministry of Science, Research and Technology; 2007. [In Persian].
140. Panaghi L, Peyravi H, Abolmasoumy ZF, Sohrabi F. The frequency of suicide among students and its relationship with demographic of 2004-2006 year legal centers nationwide. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. University: Shiraz Shiraz; 2008. [In Persian].
141. Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peyravi H, Abolmasoumy FZ. The students committed suicide in 2003 to 2008. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2):87-98. [In Persian].
142. Kykhavany S, Moghaddam N. Prevalence of ideas, plans, suicide and depression in university students in Ilam. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

143. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009; 77(2):281-90.

144. Ghaffari M, Basak nejad S, Pajakh E, Khajodin N. The prevalence of suicide attempts and suicidal ideas in a student dormitory undergraduate students. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

145. Khorasani A, Jalaliany Z, Shayan N. Comparison between methods of coping with vulnerability to drug use and the risk of suicidal tendencies in students. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

146. Saed O, Pourehsan S, Mohammadi A. Comparison of mental health, substance use and risk of Khtrkhvdkshy students based on gender, marital status and educational level. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

147. Shayan N, Torabi S, Khorasani Ah, Nasseryan S. With regard to mental health and substance abuse vulnerability against the risk of suicidal tendencies in students. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

148. Taraghijah S, Najafi M. investigate the relationship between drug use and the risk of suicide and mental health and the use of religious beliefs. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].

149. Moayeni Kia M, Ghannadi F. Risk and protective factors for suicide among university students and researchers interested in Ardabil. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. University: Shiraz Shiraz; 2008. [In Persian].

150. Mohammadi S, IzadPanah S, Fazeli-Mehrabadi A, Panaghi L, Ghadiri F. The effects of identity styles on suici de thoughts among university students. Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(1):61-7. [In Persian].

151. Zaheri E, Kahany S, Bakhshi S. Mental health status of 2009 freshmen students. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

152. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, Puddy RW, Lubell KM, Potter LB, et al. The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2010; 40(3):245-56.

153. Hosynaei A, Moradi A, Yaryari F. Personality disorder and suicide attempt in the Iranian students. Proceedings of Third National Seminar on Students' Mental Health. Tehran: University of Science and Technology; 2006. [In Persian].

154. Ghobadi M, Rasoul Zade Tabatabaei K. A comparative study of mental health, suicidal ideation, and the relationship between these two variables measuring the achievement of the first year and final year medical students. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].

155. Mammy S, Soleymani Nejad H. Students' mental health and suicide ideation.in Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

156. Fadaei Z, Ashoori A, Hoshyari Z, Shamsaie M. Path analysis of locus of control, depressive symptoms and suicidal ideation among students on academic achievement. . Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]

[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

157. Poursharifi H,Yaghobi H, Peyravi H, Hajebi A, Akbari Zardkhaneh S, Hasan Abadi H. Suicide prevention plan to live in dormitories called Passion: Review protocol. Proceedings of the Sixth National Conference on Student Mental Health. Gilan: Gilan University; 2012. [In Persian].
158. Bakhtar M, Rezaeian M. The Prevalence of suicide thoughts and attempted suicide plus their risk factors among Iranian students: A systematic review study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2017; 15(11):1061-76. [In Persian].
159. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin. 2017; 143(2):187-232.
160. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. Archives of Suicide Research. 2009; 13(3):230-46.
161. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi K, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013; 13(1):4.
162. Akbari A, Panaghi L, Habibi M, Sadeghi MA. Perceived family functioning and suicidal ideation among university students: Hopelessness as a moderator. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 22(4):284-91. [In Persian].
163. Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Zahra Abolmasoomi F. Suicide trend in university students during 2003 to 2008. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2):87-98. [In Persian].
164. Moradi A, Aliloo M, Peyravi H. Evaluation of public health students at universities across the country. Unpublished report of the Central Advisory Office of the Ministry of Science, Research and Technology; 2001. [In Persian].
165. Rahimi C. Religious beliefs, mental health and risk behavior among students. Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].
166. Davaji RBO, Valizadeh S, Nikamal M. The relationship between attachment styles and suicide ideation: The study of Turkmen students, Iran. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010; 5:1190-4.
167. Xing X-Y, Tao F-B, Wan Y-H, Xing C, Qi X-Y, Hao J-H, et al. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: A national cross-sectional survey. Journal of Adolescent Health. 2010; 46(6):592-9.
168. Gençöz T, Or P. Associated factors of suicide among university students: Importance of family environment. Contemporary Family Therapy. 2006; 28(2):261-8.
169. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000; 39(7):868-75.
170. Zaheri E, Kahany S, Bakhshi S. Mental health status of 2009 freshmen students. . Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].
171. Zhai H, Bai B, Chen L, Han D, Wang L, Qiao Z, Qiu X, Yang X, Yang Y. Correlation between family environment and suicidal ideation in university students in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015; 12(2):1412-24.
172. Moradi A, Akbari Zardkhaneh S, Cheraghi FE, Foladvand K. An investigation on the role of family and social factors on suicide of university students. Journal of Family Research. 2009; 5(4):487-502. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

173. Poursharifi H, Habibi M, Zarany F, Ashoori A, Hefazy M, Hajeby A, Bolhari J. Role of depression, stress, happiness, social support and suicidal ideation in identifying students. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(2):99-107. [In Persian].
174. Kamranpour Jahromi F, Chitsazi M, Rahimi C. The role of personality characteristics in the prediction of suicide in students. Proceedings of the Sixth National Conference on Student Mental Health. Guilan: Guilan University; 2012. [In Persian].
175. Bakhtar M, Rezaeian M. The prevalence of suicidal thoughts and suicide attempts in Iranian students: A systematic review. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2017; 15(11):1061-76. [In Persian].
176. Shirvani A, Hamidi Bage Jan S. Stimulating and inhibitory systems associated with the idea of making suicidal behavior and perfectionism. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].
177. Matinpour B, Poursharifi H, Heshmati R, Habibi R, Yamin N. The relationship between perfectionism, positive and negative affection and suicidal ideation in students with obsessive tendencies. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2016; 4(3):1-7. [In Persian].
178. Sharkin B. The role of universities in promoting the mental health of students, faculty and staff. Translated by H Yaghobi, M Karimi, A Omidi. Tehran: Shahid Beheshti University Jihad Unit; 2011. [In Persian].
179. Weber B, Metha A, Nelsen E. Relationships among multiple suicide ideation risk factors in college students. Journal of College Student Psychotherapy. 1997; 11(3):49-64.
180. AghaDelavarpoor M, Yaghoubi H, Soltani M, Myrraftarhaghi H. A comparative study of predictors of suicide in Freshman year of college in 2005 and 2006. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].
181. Khorasani A, Jalaliany Z, Shayan N. Comparison between methods of coping with vulnerability to drug use and the risk of suicidal tendencies in students. . Proceedings of the Fifth National Conference on Student Mental Health. Tehran: Shahed University; 2010. [In Persian].
182. Kadivar P, Zahedi F. The coping styles and suicide attempted among the female undergraduate students. Social Welfare. 2007; 6(25):111-32 [In Persian].
183. Moayeni Kia M, Ghannadi F. Risk and protective factors for suicide among university students and researchers interested in Ardabil. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].
184. Peyravi H, Asl Zaker M, Bolhari J. Risk factors for suicidal behavior among students of Tehran University. Behavior Research, Special Issue: Proceedings of the First National Conference of Suicidal Behaviors and Ways of Preventing it; 2008. [In Persian].
185. Bakhshi H, Ghazizadeh Tabatabaie M. Structural modeling of explaining factors for suicide vulnerability among students in Iranian universities. Journal of Population Association of Iran. 2006; 2(4): 99-124.
186. Heron M, Tejada-Vera B. Deaths: leading causes for 2005. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2009; 58(8):1-97.
187. Schwartz AJ. College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. Journal of American College Health. 2006; 54(6):341-52.
188. Shirvani A, Hamidi Bage Jan S. Stimulating and inhibitory systems associated with the idea of making suicidal behavior and perfectionism. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of Students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

189. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. Perspectives in Psychiatric Care. 2005; 41(1):14-21.
190. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. Journal of Affective Disorders. 2010; 127(1):287-94.
191. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. Psychological Science. 2010; 21(4):511-7.
192. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. The British Journal of Psychiatry. 2008; 192(2):98-105.
193. Joe S, Romer D, Jamieson PE. Suicide acceptability is related to suicide planning in US adolescents and young adults. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2007; 37(2):165-78.
194. Izadi S, Mohammad Zadeh Admlayy R. Comparing students with and without suicidal ideation University in terms of social support and academic performance. Proceedings of the Fourth National Conference on Student Mental Health. Shiraz: Shiraz University; 2008. [In Persian].
195. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. Journal of American College Health. 2013; 61(7):398-406.
196. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012; 42(5):507-24.
197. Drum DJ, Brownson C, Burton Denmark A, Smith SE. New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40(3):213-22.
198. Furr SR, Westefeld JS, McConnell GN, Jenkins JM. Suicide and depression among college students: A decade later. Professional Psychology: Research and Practice. 2001; 32(1):97-100.
199. Wilson CJ, Deane FP. Help-negation and suicidal ideation: The role of depression, anxiety and hopelessness. Journal of Youth and Adolescence. 2010; 39(3):291-305.
200. Yakunina ES, Rogers JR, Waehler CA, Werth JL. College students' intentions to seek help for suicidal ideation: Accounting for the help-negation effect. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2010; 40(5):438-50.
201. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? Medical Journal of Australia. 2007; 187(7):S35.
202. Poursarifi H, Yaghoubi, H, H, Hadjabi, Akbari Zardkaneh S, Hassan Abadi H. Suicide prevention program called desire to live in student dormitories: A review of the executive protocol. Proceedings of the Sixth National Conference on Student Mental Health. Guilan: Guilan University; 2012. [In Persian].
203. Chitsazy M, Rahimi C, Kamranpour Jahromi F. The role of family structure on students' tendency to commit suicide. Proceedings of the Sixth National Conference on Student Mental Health. Guilan: Guilan University; 2012. [In Persian].
204. Zafar Kargaryazdy M, Kahany S, Bakhshi S, Zamani Garenejad noghani S. Comparison of strategies for coping with stress, mental health, social support, and suicide risk of substance abuse in students' native. Proceedings of the Fifth National Seminar on Mental Health of students. Tehran: University of Tehran; 2010. [In Persian].
205. Mohammad Khani S. Preventing suicide in young people. Tehran: Dawn Publications; 2002. [In Persian].
206. Pourshrifi H, Zarany F, Hefazy M, Habibi Asgarabady M, Hajebi A, Yaghobi, H, et al. Suicide prevention project in dormitories called "passion project" Life. Ministry of Health and Medical

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

Education Department of Mental Health, Tehran University Student Counseling Center; 2009. [In Persian].

207. Ebenuwa-Okoh E. Influence of age, financial status, and gender on academic performance among undergraduates. Journal of Psychology. 2010; 1(2):99-103.

208. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. Medical Care Research and Review. 2009; 66(5):522-41.

209. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu S-M, et al. Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry. 2008; 65(12):1429-37.

210. Twenge JM. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. Journal of Personality and Social Psychology. 2000; 79(6):1007-21.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]

[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]

Mental Health Challenges in Students: A Futuristic View on Depression and Suicidal Behaviors

Mojtaba Habibi[1], **Reza Bagherian Sararoudi**[2], **Susan Ghahremani**[3]

Review Article

Abstract

Aim and Background: In recent years, university students' mental health issues have attracted much attention in scientific societies, and many studies have been carried out to improve the mental health of the student population. Depression and suicidal behaviors are among the common problems of mental health in university students. Evidence shows that these problems, in combination with each other, carry a large amount of physical, psychological, social, political and economic costs to the society. Therefore, the present study aimed to investigate the issues of prevalence, pathology, diagnosis, consequences, prevention and treatment of depressive disorder and suicidal behaviors in this society.

Findings: Review of past research has shown that depression (10-85%) and suicide (suicidal thoughts ranging from 2.6 to 42.7% and suicide rates of 1.8 to 3.5%) are among the most common mental health problems of university students. In addition, the findings show that, despite the high prevalence of these problems, the identification, prevention and intervention of depression and suicide among students have not been successful. The most important reasons are the diverse and varied clinical presentation of students' depression, student's special stresses, certain areas of student performance that are affected by depression, and rejecting professional assistance. Also, mental health management programs at universities do not have the integrity and precision necessary to control these problems.

Conclusions: Considering these cases, it is necessary to pay special attention to depression and suicide in the mental health management programs and to provide comprehensive and coherent evaluations in the areas of diagnosis, prevention and treatment of these problems.

Keywords: Challenges, Depression, Health, Students, Suicidal Behaviors.

Citation: Habibi M, Bagherian Sararoudi R, Ghahremani S. **Mental Health Challenges in Students: A Futuristic View on Depression and Suicidal Behaviors.** J Res Behav Sci 2019; 16(4): 573-599.

Received: 2019.01.07 Accepted: 2019.03.10

1- Assistant Professor, Department of Health Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- PhD Student, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Corresponding Author: Reza Bagherian Sararoudi, Email: bagherian@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.4.15.7]
[DOI: 10.52547/rbs.16.4.573]