

بررسی تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان

دکتر فریبا صادقی مؤید^۱، دکتر محمد نریمانی^۲، سوران رجبی^۳

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه روان پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: drfrsm@yahoo.com

^۲ دانشیار گروه روان شناسی - دانشگاه محقق اردبیلی ^۳ کارشناس ارشد روان شناسی

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی پدیده ای است که از دیرباز مورد توجه روانشناسان، پزشکان و عالمان دینی بوده و متاثر از مجموعه ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است. با توجه به مؤثر بودن آموزش مهارت های مقابله ای در افزایش سلامت روانی، مطالعه حاضر با هدف دستیابی بر تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای در تأمین سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام پذیرفت.

روش کار: روش مطالعه با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مطالعه روش تحقیق آزمایشی بوده است. جامعه آماری مطالعه را کلیه دانشجویان دختر و پسر تشکیل می دادند ($N=112$) که در نیم سال دوم سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مشغول به تحصیل بودند و در پرسشنامه GHQ-28 (که چهار زیر مقیاس اضطراب، افسردگی، علایم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی را می سنجد) نمره ۲۳ یا بالاتر از آن گرفتند. در مرحله بعدی نمونه مورد نیاز یعنی ۸۰ نفر دانشجوی دختر و پسر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) تقسیم شدند. سپس به مدت ۴ هفته بر روی گروه آزمایش، مهارت های مقابله ای آموزش داده شد (هر هفته دو جلسه در مجموع ۸ جلسه) و گروه کنترل در این مدت در معرض هیچ تغییری قرار نگرفت. در پایان داده های بدست آمده از ۶۲ نفر (۱۸ نفر افت آزمودنی) با استفاده از آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که که آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش علایم اختلال روانی بویژه جسمانی سازی علایم و اضطراب دانشجویان مشکوک به اختلال روانی مؤثر است ($P<0/001$). اما تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش میزان افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی دانشجویان معنی دار نبود.

نتیجه گیری: آموزش مهارت های مقابله ای روش مناسبی برای کاهش علایم اختلالات روانی در بین دانشجویان مشکوک به اختلال روانی است. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور پیشگیری و کاهش علایم اختلالات روانی، مهارت های مقابله ای به دانشجویان آموزش داده شود.

کلمات کلیدی: مهارت های مقابله ای، سلامت روانی، دانشجو

پذیرش: ۸۶/۸/۶

دریافت: ۸۶/۲/۳

مقدمه

می کند. این توانایی ها فرد را قادر می سازد تا در ارتباط با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و سلامت روانی^۲ خود را تأمین کند [۱].

توانایی های روانی- اجتماعی^۱ عبارت است از گروهی از توانایی ها که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری

² Mental Health

¹ Psycho-Social abilities

تعریف سلامت روانی به این صورت است که هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد دارای سلامت روانی است [۲].

طبق برنامه سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹) مهارت های مقابله ای^۱ شامل ۱۰ مهارت می شود که عبارتند از: مهارت های توانایی در مسایلی شامل ارتباط مؤثر، برقراری رابطه بین فردی مؤثر، تصمیم گیری، حل مساله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، آگاهی از خود، همدلی با دیگران، مقابله با هیجانات (شکست، اضطراب، افسردگی و غیره) و مقابله با استرس می باشد [۳].

نکته مهم این است که همه این مهارت ها قابل فراگیری هستند، این مهارت ها فرد را در کنترل مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، طردشدگی، کمرویی، خشم، تعارض در روابط بین فردی، شکست و فقدان یاری می دهند [۴].

عرفانی خانقاهی در مطالعه ای نشان داد که آموزش بهداشت روانی می تواند باعث ارتقا آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و تغییر در خودپنداره افراد گردد و در پیشگیری اولیه از مشکلات روانی، یک استراتژی خوب می باشد [۵].

آقاجانی در مطالعه ای با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روانی و مکان کنترل^۲ نوجوانان نشان داد آموزش مهارت های زندگی، سلامت روانی آزمودنی ها را بهبود می بخشد اما بر موضع کنترل آنان اثر معنی داری ندارد [۶].

مطالعه رامشت و فرشاد در نمونه ای مشتمل بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله ای در افزایش سلامت روانی و جسمانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی مؤثر است [۷]. کینک و کیرشبا^۳ در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های مقابله ای باعث افزایش عزت نفس شده و تعامل گروهی را رشد داده و کاهش

افسردگی و گوشه گیری را به دنبال دارد. لنینگز^۴ نیز در مطالعه خود نشان داد که آموزش مهارت های فردی و اجتماعی باعث افزایش خویشن نگری در افراد می شود. علیزاده نیز نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی با سلامت روانی در دانشجویان مرتبط است [۸].

کوریکان و باسیت^۵ در مطالعه ای با عنوان تعمیم آموزش مهارت های اجتماعی^۶ برای اشخاص با بیماری های شدید روانی نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله باعث بهبود عملکرد و افزایش کیفیت زندگی در افراد دارای بیماری های شدید روانی می شود اما این بهبودی به موقعیت های دیگر انتقال داده نمی شود [۹]. تحقیق کیف^۷ و همکاران نشان می دهد که آموزش مهارت های مقابله ای موجب کاهش درد، رفتارهای مربوط به درد و مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به درد می شود [۱۰].

هونگ^۸ کارآمدی آموزش مهارت های مقابله ای را در کاهش اضطراب امتحان (مثل خود گویی مثبت، روحیه امید در خود و تلقین آرامش و غیره) در ۵۴ دانشجو بررسی کرد نتایج نشان داد که این آموزش ها در کاهش اضطراب نقش مؤثری دارد [۱۱].

کاندی و دوپک^۹ درمان های چند وجهی آموزش تن آرامی، حساسیت زدایی و مداخلات شناختی- رفتاری را برای درمان دانشجویان کالج مبتلا به اضطراب امتحان به کار بردند. نتایج نشان داد که درمان چند وجهی اثر برجسته ای بر کاهش اضطراب امتحان دارد [۱۲].

ویتلاف^{۱۰} و همکاران در مطالعه ای با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت های مقابله بر خودکارآمدی^{۱۱}، جرات ورزی^{۱۲} و پرخاشگری در آزمودنی ها نشان دادند که این آموزش ها باعث افزایش خودکارآمدی و

⁴ Lennings

⁵ Corrigan and Basit

⁶ Social skills training

⁷ Keefe

⁸ Hong

⁹ Kannedy & Doepke

¹⁰ Weitlauf

¹¹ Self- efficacy

¹² Assertiveness

¹ Copping Skills

² Locus of control

³ King & kirshenbaun

جرات ورزی در مراجعان می شود و در میزان پرخاشگری^۱ و خصومت^۲ بین شخصی مراجعان کاهش معنی داری بدست آمد. همچنین این مطالعه بر حفظ این اثر در پیگیری بعدی تأکید کرد [۱۳].

ساخوداسکی^۳ و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله ای باعث بهبود روابط بین فردی و کاهش پرخاشگری و مشکلات رفتاری در افراد آموزش دیده می شود [۱۴].

اسمیت^۴ و همکاران نیز نشان دادند آموزش مهارت های زندگی اثر معنی داری بر توانایی های رهبری و مدیریت در جوانان دارد [۱۵].

فوفابول^۵ و همکاران در مطالعه ای به بررسی تأثیر آموزش مصون کردن زندگی^۶ بر رفتارهای مقابله ای و سلامت روانی نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله پرداختند. کل نمونه دانش آموزان در این مطالعه ۱۵۸۰ نفر بودند که ۴۴۵ نفر در گروه کنترل، ۴۷۴ نفر در گروه اول آزمایش بودند (گروه آموزش فشرده)^۷ و ۶۶۱ نفر در گروه دوم آزمایش بودند (گروه آموزش غیر فشرده). نتایج این مطالعه نشان داد که پس از آموزش مهارت های مقابله، هر دو گروه آزمایش، رفتارهای مقابله ای بهتری نسبت به گروه کنترل از خود به نمایش گذاشتند. آنها همچنین نشان دادند که هر دو گروه آزمایش از سلامت روانی بالاتری برخوردار شدند [۱۶].

تحقیق میشارا^۸ نیز نشان داده است که دانشجویان به دنبال آموزش مهارت های مقابله با استرس، از خشنودی و رضایت بیشتری برخوردار می شوند و فشار روانی - تحصیلی کمتری را گزارش می کنند [۱۷]. امری^۹ و همکاران در مطالعه ای به بررسی تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای کوتاه^{۱۰} مدت در

افزایش آستانه درد بیماران مبتلا به درد زانو پرداختند. در این مطالعه که بر روی ۶۲ زن و مرد دارای آرتریت استخوانی زانو با میانگین سنی ۶۳/۳ انجام گرفت، بعد از یک جلسه ۴۵ دقیقه ای آموزش مهارت های مقابله نتایج نشان داد آموزش مهارت های مقابله باعث افزایش معنی داری در آستانه (NFR)^{۱۱} و کاهش میزان درد شد. همچنین نتایج نشان داد که به دنبال آموزش مهارت های مقابله حالت اضطراب^{۱۲} بطور معنی داری در آزمودنی ها کاهش یافت [۱۸].

می توان گفت تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه به خصوص قشر جوان و در حال تحصیل یکی از مسایل اساسی هر کشوری است که بایستی آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد. بعد روانی بهداشت در بسیاری از کشورهای جهان، به دلیل توجه اصلی به اولویت های بهداشتی همچون بیماری های عفونی و واگیردار در گذشته کمتر مورد توجه قرار گرفته است [۱۹]. اما مطالعات جدید نشان می دهد فشار زوایای زیاد و مستمر در زندگی افراد (و بویژه دانشجویان) نه تنها سبب ایجاد اختلالات جسمانی، روانی و روان تنی می شود [۲۰، ۲۱] بلکه باعث افت عملکرد تحصیلی آنان نیز می شود [۲۲، ۲۳].

بنابراین، اگر این عوامل استرس زا با استفاده از روش های مقابله ای مناسب تحت کنترل قرار گیرد هم سلامت جسمانی و روانی دانشجویان تأمین می شود و هم زمینه پیشرفت تحصیلی آنها مهیا می گردد و میزان شیوع اختلالات روان تنی در دانشجویان دختر و پسر کاهش داده می شود [۲۴].

روش کار

روش مطالعه در این پژوهش از نوع آزمایشی و طرح مطالعه از نوع طرحهای عاملی بلوکی بوده است. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه دانشجویان دختر و پسر سال اول مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در نیم سال دوم سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴

¹⁰ Brief coping skills training

¹¹ Nociceptive Flexion Reflex Threshold

¹² State anxiety

¹ Aggression

² Hostility

³ Sukhodolsky

⁴ Smith

⁵ Phuphaibul

⁶ Immune of life

⁷ Intensive training

⁸ Mishara

⁹ Emery

بود که حجم آن ۱۲۰۰ نفر می باشد. برای انتخاب نمونه مورد نیاز از روش نمونه گیری طبقه ای نسبی و تصادفی ساده در دو مرحله استفاده شده است.

در مرحله اول نمونه گیری نمونه ای به حجم ۴۰۰ نفر با روش نمونه گیری طبقه ای نسبی انتخاب شد بطوریکه اول سهم دانشجویان دختر و پسر سال اول در رشته های مختلف مشخص شده و به نسبت حجم جامعه آماری در زیر گروه های مختلف، نمونه از هر زیر گروه انتخاب گردید و سپس پرسشنامه GHQ-28^۱ بر روی نمونه انتخاب شده اجرا شد. در مرحله بعدی (قبل از اعمال متغیر مستقل) از بین افرادی که نمرات شان در پرسشنامه GHQ-28، ۲۳ و یا بالاتر از آن بود، ۸۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در گروه های آزمایش و کنترل بصورت تصادفی جایگزین شدند. لازم به ذکر است که انتخاب حجم نمونه ($n=80$) با توجه به روش مطالعه که آزمایشی است و طبق فرمول صورت گرفته است. با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی برای هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می کند [۲۵]، اما در مطالعه حاضر جهت افزایش اعتبار بیرونی طرح برای هر زیر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شده است. در ادامه به گروه آزمایش روش های مقابله در هشت جلسه و هر هفته دوجلسه به صورت گروهی آموزش داده شد. محتوای جلسات آموزشی به صورت خلاصه در ذیل اشاره شده است:

در جلسه اول ابتدا مشاور به عنوان سر گروه، صادقانه خود را معرفی کرد و از علایق و استعداد ها و شرایط خود برای اعضای گروه مطالبی را بیان کرد و تلاش نمود تا ارتباط خوب که پایه و اساس تشکیل گروه است ایجاد شود و ارتباط و اعتماد بین خود و اعضای بوجود آورد. سپس مشاور با سپاس مجدد از اعضای گروه که تا این لحظه با مشاور همکاری نموده اند و با تعیین مدت زمان هر جلسه آموزش گروهی که چهل و پنج دقیقه تا یک ساعت به طول می انجامد، ضمن بیان اهمیت و لزوم و فواید کار گروهی، اطلاعاتی را به

دانشجویان ارائه داد و قوانین اصلی و اساسی گروه از جمله تعیین و داشتن هدف مشترک، انتظارات اعضای از گروه، ورود و خروج به موقع از جلسه گروه، رازدار بودن اعضای گروه، همدلی کردن، عدم تحقیر و سرزنش دیگران را ضمن توافق با اعضای گروه بیان نمود. سپس از تک تک اعضای گروه خواست تا به معرفی خود بپردازند و از علایق، رغبت ها و استعداد ها و شرایط خود برای اعضای گروه بگویند.

در پایان این جلسه برگه "انتظارات شخص از گروه" به عنوان تکلیف بین اعضا توزیع شد. در جلسه دوم کنار آمدن (مهارت های مقابله) تعریف شد و هشت مهارت برای کنار آمدن با مشکلات شامل استفاده از سیستم های حمایتی، مسأله گشایی، خود-آزمیگی، حفظ کنترل درونی و غیره آموزش داده شد. در پایان این جلسه ضمن خلاصه نمودن جلسه گروهی توسط اعضای گروه و همکاری رهبر و با تعیین زمان جلسه بعد و دادن تکلیف "برگه تمرین آرام سازی روانی در منزل" جلسه به پایان رسید.

در جلسه سوم و چهارم بعد از مرور تکالیف جلسه قبل به تعریف افسردگی و علایم آن و همچنین عوامل اصلی افسردگی پرداخته شد و راه های مقابله با افسردگی شامل قبول موقعیتهای خارج از کنترل ما، تقویت روابط شخصی، تردید کردن در ارزیابی های اولیه نادرست و تجدید نظر در آنها، حفظ احساس کنترل، استفاده فعال از روش مسأله گشایی، پرداختن به افکار مثبت، تشخیص ناامیدی و نشانه هایی از خطر خودکشی و غیره آموزش داده شد. در پایان این جلسات، برگه یادداشت افکار روزانه به عنوان تکلیف به اعضا داده شد. در جلسه پنجم به تعریف اضطراب و علایم آن و تفاوت آن با استرس و راه های کنار آمدن با اضطراب و استرس آموزش داده شد. در جلسه ششم مهارت های کنار آمدن با تنهایی و کم رویی شامل: تفسیر تنهایی به عنوان چیزی تغییر پذیر، آغازگر صحبت بودن، تکمیل مهارت های اجتماعی خودتان، تمرین مهارت اجتماعی پاسخ ده بودن، آموزش داده شد.

¹ General Health Questionnaire

یافته ها

این بخش شامل مقایسه تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون گروهها در پرسشنامه GHQ-28 و ابعاد آن در دانشجویان می باشد.

در جدول ۱ تفاضل میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه GHQ-28 و ابعاد آن مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. مشاهده t بدست آمده نشان دهنده آن است که تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون علایم جسمانی در گروه آزمایش بطور قابل توجهی بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون علایم جسمانی در گروه کنترل است ($P < 0.001$). یعنی اعمال متغیر مستقل موجب کاهش جسمانی در پس آزمون شده است. اما در گروه کنترل علایم جسمانی در پس آزمون نه تنها کاهش نیافته است بلکه افزایش نیز داشته است.

همچنین نتایج نشان می دهد که تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون اضطراب در گروه آزمایش بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون اضطراب در گروه کنترل است ($P < 0.001$). یعنی اعمال متغیر مستقل موجب کاهش اضطراب در پس آزمون شده است.

در بررسی متغیر اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی نتایج نشان می دهد تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه کنترل است. اما این تفاوت معنی دار نیست ($P > 0.05$) یعنی اعمال متغیر مستقل به میزان کمی موجب کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در پس آزمون شده است.

و تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از مقیاس کلی GHQ-28 نشان داد که تفاضل میانگین نمرات سلامت روانی (اختلال روانی) در بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری داشته ($P < 0.001$). بدین معنی که آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش

در جلسه هفتم به آموزش جرات ورزی و کنار آمدن با خشم پرداخته شد و سرانجام در جلسه هشتم به مدت ۹۰ دقیقه به مرور آموزشهای جلسات قبل پرداخته شد و به دانشجویان اطلاع داده شد که احتمال عود مجدد مشکلات آنان وجود دارد بنابراین در صورت برگشت دوباره علایم ناپیستی دچار نگرانی شوند و می توانند به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نمایند.

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد. این پرسشنامه ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر^۱ با روش تحلیل عاملی ساخته شده است و دارای چهار مقیاس می باشد. علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی را می سنجد و هر مقیاس هفت سؤال دارد [۱۹].

نتایج فراتحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز، ماری (گلدبرگ، ۱۹۸۸) انجام شد میانگین حساسیت ۰/۸۴ و متوسط ویژگی ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی، نصر و شاه محمدی نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین نمره برش ۲۳ (با روش نمره گذاری لیکرت) برابر با ۰/۸۶/۵ و ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ می باشد. ضریب پایایی و بازآزمایی و آلفای کرونباخ در این مطالعه برابر با ۰/۸۸ بدست آمد. همچنین اعتبار این پرسشنامه ۰/۶۷/۰ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۶].

پایایی این آزمون در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بوده است. همچنین پایایی زیر مقیاس های این پرسشنامه یعنی علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۸ بوده است. در تحلیل داده ها از ابزار آماری مقایسه میانگین در دو گروه مستقل استفاده شده است.

¹ Goldberg & Hiller

خودپنداره افراد گردد و در پیشگیری اولیه از مشکلات روانی، یک استراتژی خوب می باشد [۵] و آفاجانی که در مطالعه خود نشان داد که آموزش مهارت های زندگی، سلامت روانی آزمودنی ها را بهبود می بخشد [۶] و مطالعه رامشت و فرشاد که نشان داد آموزش

علایم اختلال روانی و افزایش سلامت روانی دانشجویان مشکوک به اختلال روانی مؤثر است. بنابراین در سطح $P < 0.001$ می توان به تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای در افزایش سلامت روانی افراد مشکوک به اختلال روانی تأکید کرد (جدول ۱).

جدول ۱. نتایج آزمون t برای مقایسه تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون گروه ها در پرسشنامه GHQ-28 و ابعاد آن

متغیر	گروه	m	sd	df	t	P
پس آزمون در علایم جسمانی	گروه آزمایش	۷/۰۰	۳/۲۵	۶۰	-۲/۳۶	*
	گروه کنترل	۹/۱۲	۳/۷۸	۶۰		۰/۰۲
تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در علایم جسمانی	گروه آزمایش	۳/۸۰	۴/۲۲	۶۰	۴/۶۱	***
	گروه کنترل	-۰/۵۶	۳/۱۷	۶۰		۰/۰۰۱
پس آزمون در اضطراب	گروه آزمایش	۵/۴۰	۲/۹۱	۶۰	-۲/۶۷	**
	گروه کنترل	۷/۹۳	۴/۳۶	۶۰		۰/۰۱
تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در اضطراب	گروه آزمایش	۵/۲۰	۴/۴۲	۶۰	۴/۸۱	***
	گروه کنترل	۰/۳۱	۳/۵۳	۶۰		۰/۰۰۱
پس آزمون در اختلال در عملکرد اجتماعی	گروه آزمایش	۹/۸۶	۲/۹۹	۶۰	-۲/۲۵	*
	گروه کنترل	۱۱/۶۲	۳/۱۴	۶۰		۰/۰۲۸
تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در عملکرد اجتماعی	گروه آزمایش	۱/۴۰	۴/۶۲	۶۰	۱/۲۱	
	گروه کنترل	۰/۱۲	۳/۵۸	۶۰		۰/۲۲
پس آزمون در افسردگی	گروه آزمایش	۴/۰۶	۴/۵۱	۶۰	-۱/۳۷	
	گروه کنترل	۵/۶۲	۴/۴۲	۶۰		۰/۱۷
تفاضل پیش آزمون - پس آزمون در افسردگی	گروه آزمایش	۲/۳۳	۲/۷۹	۶۰	۰/۵۳	
	گروه کنترل	۱/۸۷	۳/۷۹	۶۰		۰/۵۹
پیش آزمون اختلال روانی	گروه آزمایش	۳۹/۰۶	۱۱/۹۱	۶۰	۱/۱۲	
	گروه کنترل	۳۶/۰۶	۹/۰۶	۶۰		۰/۲۶
پس آزمون اختلال روانی	گروه آزمایش	۲۶/۴۰	۱۰/۸۵	۶۰	-۲/۹۷	**
	گروه کنترل	۳۴/۳۱	۱۰/۰۸	۶۰		۰/۰۰۴
تفاضل پیش آزمون - پس آزمون اختلال روانی	گروه آزمایش	۱۲/۶۶	۱۱/۲۰	۶۰	۴/۷۱	***
	گروه کنترل	۱/۷۵	۶/۵۶	۶۰		۰/۰۰۱

**P< ۰/۰۱

***P< ۰/۰۰۱

** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

بحث

نتایج نشان داد که تفاضل میانگین نمرات سلامت روانی (اختلال روانی) در پیش آزمون - پس آزمون در بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < 0.001$). بدین معنی که آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش علایم اختلال روانی و افزایش سلامت روانی دانشجویان مشکوک به اختلال روانی مؤثر است. این نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیقات عرفانی خانقاهی که نشان داد آموزش بهداشت روانی می تواند باعث ارتقا آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و تغییر در

مهارت های زندگی موجب ارتقای بهداشت روانی دانشجویان می شود، همخوانی دارد [۷].

همچنین در بررسی مطالعات دیگران، نتایج تحقیقات زیر با این یافته همخوانی داشتند. کوریگان و باست نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله باعث بهبود عملکرد و افزایش کیفیت زندگی در افراد دارای بیماریهای شدید روانی می شود [۹]. فوفابول و همکاران نشان دادند که پس از آموزش مهارت های مقابله، گروه آزمایش رفتارهای مقابله ای بهتری نسبت به گروه کنترل از خود به نمایش گذاشت و از سلامت

روانی بالاتری برخوردار شدند [۱۶]. میشار بیان می کنند که دانشجویان به دنبال آموزش مهارت های مقابله فشارروانی - تحصیلی کمتری را گزارش می کنند [۱۷].

در تبیین این یافته می توان گفت افرادی که از سلامت روانی پایینی برخوردار هستند و از اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی رنج می برند، کسانی هستند که با این اختلالات آشنایی کافی ندارند و روش های مقابله با آن را نمی دانند. و همانطور که می دانیم در آموزش مهارت های مقابله ای، مهارتهایی چون حل مسئله، ابراز احساسات، تعیین اهداف، تصمیم گیری و برنامه ریزی، شناسایی و ثبت افکار منفی و جایگزین کردن افکار مثبت، آرام سازی روانی، تصویرسازی مثبت، استفاده از سیستم های حمایتی، اجتناب گر نبودن، تسلط مدار بودن و روش های مختلف دیگر به افراد آموزش داده می شود. بنابراین افرادی که روش های مقابله با چالش های زندگی را یاد می گیرند، کمتر در معرض اختلالات روانی قرار می گیرند. بطور مثال افرادی که دچار اضطراب هستند از اینکه مبدا دیوانه شوند، مدام در ترس و وحشت بسر می برند ولی با آموزش تسلط مدار بودن و شناساندن علایم اضطراب به افراد مضطرب و توضیح دادن این مسئله که اضطراب باعث دیوانگی آنها نمی شود و با آموزش مهارت های مقابله که در بالا اشاره شد، این مراجعان به تدریج سلامتی خود را بازمی یابند.

فرضیه دوم پیش بینی می کرد که آموزش مهارت های مقابله ای در کاهش شکایات جسمانی دانشجویان مؤثر است. نتایج بدست آمده نشان داد که تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون علایم جسمانی در گروه آزمایش بطور قابل توجهی بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون علایم جسمانی در گروه کنترل است. یعنی اعمال متغیر مستقل موجب کاهش علایم جسمانی در پس آزمون شده است. اما در گروه کنترل علایم جسمانی در پس آزمون نه تنها کاهش نیافته است بلکه افزایش نیز داشته است. این نتیجه با یافته های تحقیقات قبلی همخوانی دارد.

بطوریکه رامشت و همکاران به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت های زندگی در افزایش سلامت جسمانی مؤثر است [۷]. کیف و همکاران نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله موجب کاهش درد و رفتارهای مربوط به درد می شود [۱۰]. امری و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله ای کوتاه باعث افزایش معنی داری در آستانه درد و کاهش میزان درد می شود [۱۸].

همچنین نتایج بدست آمده نشانگر آن است تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون اضطراب در گروه آزمایش بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون اضطراب در گروه کنترل است. بدین معنی که آموزش مهارت های مقابله ای موجب کاهش اضطراب در پس آزمون شده است. این یافته نیز با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد. هونگ کارآمدی آموزش مهارتهای مقابله ای را در کاهش اضطراب مؤثر دانست [۱۱]. کاندی و دوپک به این نتیجه دست یافتند که درمان های چند وجهی آموزش تن آرامی، حساسیت زدایی و مداخلات شناختی- رفتاری اثر برجسته ای بر کاهش اضطراب امتحان دارد [۱۲].

در بررسی متغیرهای اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی نتایج نشان داد که تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش بالاتر از تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرهای اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه کنترل است. اما این تفاوت معنی دار نبود. یعنی آموزش مهارت های مقابله به میزان کمی موجب کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در پس آزمون شده است.

این یافته ها با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی ندارد. رامشت و فرشاد به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارتهای زندگی در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی مؤثر است [۷]. ویتلاف و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله باعث افزایش خودکارآمدی و جرات ورزی در مراجعان می شود و در میزان پرخاشگری و خصومت بین شخصی مراجعان

تشکر و قدر دانی

این طرح با هزینه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است. بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی و مدیر محترم پژوهشی و مسئول دفتر مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تقدیر و تشکر می گردد.

کاهش معنی داری بدست آمد [۱۳]. ساختار و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت های مقابله باعث بهبود روابط بین فردی و کاهش پرخاشگری و مشکلات رفتاری در افراد آموزش دیده می شود [۱۴].

نتیجه گیری

پس می توان چنین نتیجه گیری نمود که آموزش مهارت های مقابله ای به میزان پایینی موجب کاهش افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی شده است.

منابع

- ۱- نریمانی محمد، ولیزاده حقی اسماعیل. در ترجمه: کنار آمدن با چالش های زندگی. کلینک کریس ال (مولف). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی. ۱۳۸۳. صفحات ۵۰ تا ۵۲.
- ۲- پور افکاری نصرت اله. در ترجمه: چکیده روانپزشکی بالینی. سادوک بنیامین، سادوک ویرجینیا (مولفان). تهران، انتشارات آزاده. ۱۳۸۰. صفحه ۸۵.
- ۳- نوری قاسم آبادی ربابه، محمد خانی پروانه. در ترجمه: برنامه آموزش مهارت های زندگی. سازمان جهانی بهداشت. تهران: سازمان بهزیستی کشور: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری. ۱۳۷۹، صفحات ۹۱-۹۲.
- ۴- نریمانی محمد، رجیبی سوران. روش های آموزش مهارت های اجتماعی. اردبیل. انتشارات باغ رضوان. ۱۳۸۵، صفحات ۱۲۰-۱۲۱.
- ۵- عرفانی خانقاهی معصومه. بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران. پایان نامه (کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت. ۱۳۸۰.
- ۶- آقاجانی مریم. بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان. پایان نامه (کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه الزهراء (س)، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. ۱۳۸۰.
- ۷- رامشت مریم، فرشاد سیامک. بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دانشجویان. دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۱۳۸۳، صفحات ۷۰-۷۲.
- ۸- علی مردانی محمد. تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان شهر ساوه. معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه. ۱۳۸۴، صفحات ۷۳-۷۴.
- 9- Corrigan PW, Basit A. Generalization of social skills training for persons with severe mental illness. Cognitive and Behavioral Practice. 1996; Volume 4, Issue 1: 191-206.
- 10- Keefe FJ, Caldwell DS, Baucom D, Salley A, Robinson E, Timmons K. et al. Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. Arthritis Care Res. 1996 Aug; 9(4):279-91.
- 11- Hong E. Different stability of individual differences in state and trait test anxiety. Learning and individual differences. 1998, Volume 10, Issue, 1. 51-66.
- 12- Kannedy D, Doepke KJ. Stress Inoculation Bibliotherapy in the treatment of test Anxiety. Education and treatment of children. 1999, Volume, 22. Issue, 2. 203-17.

- 13- Weitlauf JC, Smith RE, Cervon D. Generalization Effects of Coping-Skills Training: Influence of Self-Defense Training on Women's Efficacy Beliefs, Assertiveness, and Aggression. *Journal of Applied Psychology*. 2000; 85 (4): 625-655.
- 14- Sukhodolsky DG, Golub A, Stone EC, Orban L. Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. 1998; 20 (6): 461-8.
- 15- Smith TA, Genry Ls, ketring SA. Evaluating a youth Leadership life skills Development program. *Journal of Extensive*. 2005; 43 (4): 161-9.
- 16- Phuphaibul R, Thanooruk R, Leucha Y, Sirapo-ngam Y, Kanobdee C. The Impacts of the "Immune of Life" for Teens Module Application on the Coping Behaviors and Mental Health of Early Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 2005; 20 (6): 461-8.
- 17- Mishara, B. L & Ystgaard, M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippo's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*. 2006; 21: 110-123.
- 18- Emery CF, Keefe FJ, France CR, Affleck G, Waters S, Fondow MD, et al. Effects of a Brief Coping Skills Training Intervention on Nociceptive Flexion Reflex Threshold in Patients Having Osteoarthritic Knee Pain: A Preliminary Laboratory Study of Sex Differences. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31: 262-269.
- ۱۹- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی عباس. بررسی شیوع اختلال های روانپزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*. ۱۳۷۸، دوره دوم، شماره ۴، صفحات ۲۲۳-۲۱۲.
- 20- Lazarrus. R. S. From Psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*. 1993; 55 (2): 320-38.
- 21- Sandler IN, Braver S, Gensheimer L. Stress theory, research and action. In: Rappaport J, Seidman E. *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum. 2000, Vol, 2. 187-213.
- 22- Misra R. Academic stress of college student: comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*. 2000; 16(1): 58-69.
- ۲۳- پولادی ری شهری اله کرم، نجاریان بهمن، شکرکن حسین. ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش فشارزاهای دانشجویان و بررسی رابطه این فشارزاهای با عملکرد تحصیلی، سومین سمینار ارایه یافته های پژوهش علوم تربیتی و روان شناسی در استان خوزستان، اهواز، ۱۳۷۴.
- ۲۴- ثنائی باقر. در ترجمه: فنون مشاوره و روان درمانی گروهی. کوری جerald، کوری ماریان شنیدر، کالانان، پاتریک، راسل مایکل (مولفان). تهران: مؤسسه انتشارات بعثت. ۱۳۷۷، صفحات ۹۰-۹۲.
- ۲۵- دلاور علی. مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران: انتشارات رشد. ۱۳۸۲، صفحات ۸۱-۸۲.
- ۲۶- رجبی سوران، گنجی مسعود، غفاری مظفر. بررسی مقایسه ای سلامت روانی و مصرف سیگار در دانشجویان دارای رفتارهای مذهبی و بدون رفتارهای مذهبی. اردبیل: دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۳۸۴.
- ۲۷- پورشریفی حمید، پیروی حمید، طارمیان فرهاد، زرانی فریبا، وقار معصومه، جعفری علی اکبر. طرح بررسی بهداشت روان دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۳ دانشگاه های تحت پوشش وزارت علوم. وزارت علوم تحقیقات و فناوری، معاونت دانشجویی، دفتر مرکزی مشاوره. ۱۳۸۴، صفحات ۷۹-۸۲.
- 28- Teasdale JD, Segal ZV, Willaiams JMG, Ridgeway A, Soulsbuy JM, Lax MA. Prevention of relapsed recurrence in major depression mindfulness-based Cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 615-623.