

# بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزش بهداشت روانی در کاهش اختلال‌های روانی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران

مسعود براتیان<sup>۱</sup>

معصومه مسعودیان<sup>۲</sup>

## چکیده

با هدف بررسی میزان اثربخشی برنامه آموزش بهداشت روانی در ارتقای سلامت عمومی (کاهش علائم نامساعد جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی اساسی) دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۴-۸۵، تعداد ۴۴۰ نفر در مرحله پیش آزمون به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین جمعیت دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انتخاب و پرسش‌نامه سلامت عمومی - GHQ به عنوان ابزار سلامت روان و غربالگری اختلال‌های روانی روی آنها اجرا گردید. نقطه برش مطالعه حاضر ۲۳ است که دارای حساسیت ۷۹/۳ و ویژگی ۰/۹۱ است. همچنین برای تعیین میزان پایایی آزمون (به روش آلفای کرونباخ) تعداد ۴۴۰ نفر مورد سنجش قرار گرفتند که ضریب آلفای کلی ۰/۸۶ به دست آمد. این ضریب از لحاظ آماری بسیار رضایت‌بخش است. با توجه به نقطه برش (۰/۲۳)، ۸۰ نفر (۱۸/۲٪) نمره بالاتر از نقطه برش به دست آوردند که از این تعداد ۵۴ نفر دختر و ۲۶ نفر پسر بودند. در مرحله بعد (ارائه برنامه آموزشی) برای تعیین میزان اثربخشی مداخله آموزشی، دو گروه آزمایش دختر و پسر (۲۰=۰) و دو گروه کنترل (۲۰=۰) جور شده از حیث سن، جنس و متغیر وابسته انتخاب شدند و گروه‌های آزمایشی تحت تأثیر برنامه آموزشی بهداشت روانی (متغیر مستقل) قرار گرفتند. نگاه پس از ارائه برنامه آموزشی به گروه‌های آزمایشی و عدم ارائه آن به گروه‌های کنترل، هر دو گروه با پرسش‌نامه GHQ مجدداً آزمون (مرحله پس از آزمون) شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش بهداشت روانی در ارتقای سلامت عمومی (کاهش علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی اساسی) گروه‌های آزمایشی مؤثرتر از گروه‌های کنترل است، ولی در کاهش علائم نامساعد جسمانی تفاوتی بین گروه‌های آزمایشی و گروه‌های کنترل مشاهده نشد. نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت عمومی ۸۱/۸٪ و ۱۸/۲٪ از آزمودنی‌های پژوهش به ترتیب سالم و مشکوک به بیماری است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که ۷۶/۸٪ از دانش‌آموزان دختر و ۸۷/۴٪ از دانش‌آموزان پسر از حیث وضعیت سلامت عمومی سالم و ۲۲/۲٪ از دانش‌آموزان دختر و ۱۲/۶٪ از دانش‌آموزان پسر از حیث وضعیت

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی از دانشگاه تهران و عضو انجمن علمی اولیا و مربیان  
۲- عضو هیئت علمی سازمان مرکزی جهاد دانشگاهی.

سلامت عمومی مشکوک به بیماری هستند. در این پژوهش مشخص گردید که بین متغیر جنسیت و وضعیت سلامت عمومی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد. **کلید واژه‌ها:** آموزش بهداشت روانی به دانش‌آموزان، همه گیر شناسایی اختلال‌های روانی، سلامت عمومی، علائم نامساعد جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی اساسی.

## مقدمه

در عصر ما این امر مسلم شده است که رفتار فرد در نتیجه موقعیت‌ها و عوامل متعددی به وجود می‌آید که مهم‌ترین آنها خانواده، مدرسه و اجتماع هستند. هنگام طفولیت و کودکی این سه عامل، اساس شخصیت فرد را پایه‌ریزی می‌کنند و پایه رفتارهای بعدی او را استوار می‌سازند. اگر خانواده، مدرسه و اجتماع هر یک وظایف خود را به خوبی انجام دهند، شانس موفقیت کودک در زمان بلوغ، جوانی و بزرگ سالی افزایش خواهد یافت و برعکس، چنانچه این سه عامل از انجام وظایف خود به‌طریق مناسبی قصور ورزند، بهداشت روانی فرد در دوره جوانی و بزرگ سالی در معرض خطر قرار می‌گیرد.

کودکی که به دنیا می‌آید عالی‌ترین و کامل‌ترین امکانات رشد را داراست. او در بهترین حالت خود آفریده می‌شود و آمادگی و ظرفیت آن را دارد که به شایسته‌ترین وجهی پرورده شود و به برترین کمالات دست یابد. کافی است عادی به دنیا بیاید و خانواده و محیط مناسبی در اختیارش باشد تا ببالد و جایگاه والای خود را در این جهان بیابد. کودکان و نوجوانان از سرمایه‌های ارزشمند مادی و معنوی هر جامعه به حساب می‌آیند و نیازمند حمایت، آموزش و تربیت صحیح هستند. هدف اصلی همه والدین در سراسر جهان این است که فرزندان خود را به گونه‌ای تربیت کنند تا بزرگ سالانی مستقل و متعهد شوند و صلاحیت مشارکت در تحقق اهداف اجتماعی را کسب نمایند (لوین<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷ نقل از طهماسیان، ۱۳۷۴).

زندگی خانوادگی و محیط بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و فرهنگی بسیاری از مردم جهان چنان است که دستیابی به چنین مقصودی را دشوار و گاه غیر ممکن می‌سازد. محدودیت‌های محیط زندگی گروهی از کودکان و نوجوانان چنان زیاد است که سلامت جسمی و روانی آنها به خطر می‌افتد. مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان نیز که نتیجه اجتناب‌ناپذیر فقر، بیماری، جهل، بدرفتاری و نابسامانی‌های خانوادگی و کاستی‌های آموزشی، فرهنگی و اجتماعی است، شدیداً مانع رشد و بالندگی و وصول به کمالاتی است که در خلقتشان مقدر شده است (حسینی، ۱۳۷۱). بر اساس فلسفه آموزش و پرورش، قسمتی از وظایف معلم باید منجر به تأمین بهداشت روانی دانش‌آموزان شود. او باید از احتیاج‌های شخصی و اجتماعی کودکان در مدرسه اطلاع داشته باشد. بنابراین در عصر حاضر هدف آموزش و پرورش و خصوصاً معلمان تنها درس و سایر مطالب فکری نیست، بلکه پرورش جسم و روان به طور کلی مورد نظر

۱. Levin, k

است. کلیه مکاتب روان شناختی در قرن حاضر بر نقش آموزشها و تجربه‌های دوران کودکی به‌منزله عاملی کلیدی در شکل‌گیری شخصیت بهنجار تأکید دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴).

### بیان مسئله

در حدود یک پنجم از کودکان و نوجوانان در خلال زندگی خود ممکن است به نوعی دچار مشکلات عاطفی و رفتاری شوند و این اختلالها را به گونه‌های متفاوتی مانند شکست تحصیلی، طرد شدگی اجتماعی یا ضعف تصور، از خود نشان دهند و در برقراری ارتباط با همسالان و بزرگ سالان یا با مراجع قانونی دچار مشکل شوند. حتی با محافظه کارانه‌ترین تخمین‌ها ۱۰ درصد از کودکان دچار مشکل عاطفی بوده و یا در مرحله‌ای از زندگی این اختلال را نشان می‌دهند. این اختلالها شامل مسائل بهداشت بدنی، مشکلات تحصیلی و استفاده از مواد مخدر است (مبشر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ ایسائو و پیترمن / براتیان، ۱۳۸۴). گاهی نیز پاره‌ای از این اختلالها تداوم می‌یابند و به رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانان منجر می‌گردند (لانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از اسکات<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹).

پژوهشگران در پیگیری‌های به عمل آمده از کودکان مبتلا به اختلالهای رفتار ارتباطی<sup>۴</sup> به این نتیجه رسیده‌اند که پرخاشگری کودک عامل پیش‌بینی کننده مهمی در رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه دوره نوجوانی است؛ رفتارهایی که نه تنها پیامدهای روان شناختی وخیمی برای نوجوانان، بلکه برای نسل‌های بعد نیز به بار می‌آورند (رابینز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱). در نتیجه باید گفت که درمان و پیشگیری مناسب این اختلالها از بروز مشکلات آینده پیشگیری خواهد کرد. پژوهش‌های متعدد ثابت کرده‌اند که بخش عظیمی از مشکلات کودکان درخصوص مسائل محیطی آنان به ویژه خانه و مدرسه است. این دو عامل در شکل‌گیری رفتارها و شیوه‌های ارتباطی آنها بیشترین نقش را ایفا می‌کنند. بر اساس همین بررسی‌ها مشخص شده است که حداقل ۳٪ از دانش‌آموزان در سنین مدرسه از بیماری‌های روانی جدی نظیر افسردگی شدید، افکار انتحاری، روان پریشی<sup>۶</sup> و مشکلات وخیم توجه یا اختلال وسواس - اجبار<sup>۷</sup> رنج می‌برند (اصغرنژاد فرید، ۱۳۷۸).

افزون بر این، کودکان و نوجوانان با اختلالات اضطرابی بخش عظیمی را تشکیل می‌دهند که در مراکز بهداشت روانی کودک تحت درمان قرار می‌گیرند. سایر شواهد از شیوع رایج اختلالات اضطرابی در

۱. Mubbasher, M.

۲. Long, P.

۳. Scoot, M.

۴. Conduct Disorders

۵. Robins, L.

۶. Psychosis

۷. Obsessive-compulsive Disorder

کودکان و نوجوانان از مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر نشأت می‌گیرد که این اختلالات را به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات در این گروه سنی گزارش می‌کنند. همان طور که در مطالعه‌ای در مورد نوجوانان برمن<sup>۱</sup> (ایالتی در آلمان) مشخص شده است، اختلالات اضطرابی با فراوانی ۱۸/۶٪ متداول‌ترین اختلالات هستند. هنگامی که زیرطبقه اختلالات اضطرابی را در نظر می‌گیریم، فوبی (ترس از فضای باز، فوبی ویژه و فوبی اجتماعی) رایج‌ترین و متداول‌ترین این اختلالات است. اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس - اجبار، با نرخ زیر ۲٪ فراوانی کمتری دارد. نرخ فراوانی اختلال آسیمیگی و اختلال اضطراب منتشر زیر ۱٪ است (ایسائو و پیترمن<sup>۲</sup> / براتیان، ۱۳۸۴).

در حال حاضر همه افراد و به خصوص نوجوانان، با فشارهای روانی<sup>۳</sup> روانی<sup>۲</sup> معناداری در خلال زندگی خویش مواجه می‌شوند. پاره‌ای از دگرگونی‌ها مانند رشد بدنی و تغییرات هورمونی و همچنین تغییراتی که در شیوه‌های ارتباطی با والدین به وجود می‌آیند، به منزله بخشی از تحول بهنجار محسوب می‌شوند. پاره‌ای دیگر از فشارهای روانی مانند مشکلات تحصیلی، تغییر محل سکونت خانواده، تغییر در محیط مدرسه، مشاجره و جدایی والدین، فشار همسالان برای مصرف سیگار و مواد مخدر، تنبیه بدنی و بلایای طبیعی، بیماری‌های حاد و مزمن، جنبه شخصی‌تر دارند؛ نوجوانان با این عوامل فشارزای روانی به گونه‌های متفاوتی برخورد می‌کنند (شفر/ بلورچی، ۱۳۶۷).

تحت کنترل درآوردن فشار روانی و تبدیل آن به کلیدی برای حل مشکلات و مسائل بفرنج، اصلی است که موجب تمایز میان افراد هوشمند و موفق از طرفی و افراد ناموفق از طرف دیگر می‌گردد؛ اصلی که موجب طولانی شدن عمر و یا کوتاه شدن آن می‌گردد (اشتاین منز/ مکی، ۱۳۷۷).

رشد سریع جمعیت، تحرك جغرافیایی و مهاجرت به شهرها و تغییرات ناشی از فن‌آوری به افزایش میزان طلاق و تكثر خانواده‌های تك والدي منجر شده‌اند و دسترسي آسان به عوامل تهدیدکننده زندگی نظیر مواد مخدر، به تضعیف نقش خانواده و ساختارهای فرهنگی، یعنی عواملی که معمولاً نقش حمایت از نوجوانان را بر عهده دارند، منتهی شده است. در اینگونه موارد، به خصوص وقتی خانواده در به عهده گرفتن نقش خود ناتوان است، مدرسه حساس‌ترین محل برای کمک به کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود. به این ترتیب دستیابی به شیوه‌های مواجهه و مقابله با این مشکلات و تعدیل آنها برای سلامت جامعه امروز و فردا انکارناپذیر است. خانواده و مدرسه بر اساس افزایش کفایت‌های روانی - اجتماعی و ایجاد مهارت‌های زندگی می‌توانند توان مواجهه و مقابله را در کودکان و

۱. Bremen

۲. Essau, C. A & Peterman, F

۳. Stress

نوجوانان تقویت کنند. کفایت روانی - اجتماعی<sup>۱</sup> به منزله بخشی از توانایی‌های فرد در مقابله مؤثر با مقتضیات محیطی و تحولات زندگی روزمره محسوب می‌شود و بر اساس تجلی رفتارهای مثبت و سازش یافته در تعامل با اشخاص و فرهنگ وی به عنوان شاخص حفظ سلامت روانی قلمداد می‌گردد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴). این کفایت که در خانواده پی‌ریزی شده و در مدرسه پرورش می‌یابد، در ارتقای سطح بهداشت روانی و سلامت کلی، به خصوص در مواردی که رفتارهای شخص در سلامت وی دخیل هستند، نقش تعیین کننده ای دارد. به عبارت دیگر، شیوه مواجهه با فشارهای روانی و فشارهای محیط زندگی، در تعیین حالت سلامتی و بیماری از اهمیت خاصی برخوردار است. مستقیم‌ترین روش‌های مداخله‌ای که برای کفایت روانی - اجتماعی فرد وجود دارند در برنامه‌های مبتنی بر مدارس متجلی می‌شوند. مدارس می‌توانند همراه و همگام با والدین مهارت‌های زندگی را به کودکان و نوجوانان بیاموزند و محیط آموزش حمایت کننده‌ای فراهم سازند. مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از رفتارهای مثبت و سازش یافته‌ای هستند که ما را قادر می‌سازند با مقتضیات زندگی روزمره روبه رو شویم. این مهارت‌ها متعددند و در فرهنگ‌های متفاوت به گونه‌های مختلف تعریف شده‌اند؛ تحلیل دقیق آنها بیانگر این حقیقت است که پاره‌ای از این ظرفیت‌ها به منزله محورهای اصلی، در رابطه نزدیک مدرسه و خانواده به فرزندان آموخته می‌شود (اصغرنژاد فرید، ۱۳۷۸). در سطوری که در پی می‌آیند به اهم آنها اشاره می‌کنیم:

- ۱- مهارت‌های تصمیم‌گیری
- ۲- حل مشکل
- ۳- تفکر انتقادی
- ۴- روابط کلامی و غیر کلامی مؤثر و مفید
- ۵- مهارت‌های ایجاد روابط با دیگران
- ۶- هشیاری نسبت به حالات عاطفی و روانی خود
- ۷- هم‌حسی
- ۸- مهار هیجان‌ها
- ۹- مهار فشار روانی

با این تبیین بدیهی است که والدین از طریق برقراری روابط عاطفی سالم و سازنده، ابراز محبت و پذیرش و تعامل صحیح می‌توانند بهترین و مؤثرترین روش‌های مقابله‌ای و حل مسائل را به فرزندان خود بیاموزند.

تعاریف متعددی از بهداشت روانی به عمل آمده است. در یک تعریف، بهداشت روانی عبارت است از قابلیت‌هایی روحی و هیجانی که ما را برای لذت بردن از زندگی توانا می‌سازد. این توانایی‌ها به ما

کمک می‌کند تا بر یأس و ناامیدی و رنج و اندوه غلبه کنیم (بارکر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

در تعریف دیگری از بهداشت روانی، سازمان بهداشت جهانی آن را سلامت بدنی، روانی، اجتماعی، خشنودی و شاد زیستن می‌داند. همچنین این سازمان بهداشت روانی را احساس خشنودی می‌داند که در آن افراد قادرند توانایی‌های خود را شکوفا ساخته، یا فشارهای روانی روزمره مواجه شده و بر آنها فائق آیند، به طور مولد به کار و کوشش بپردازند و فعالیت‌های پرثمری را ارائه نمایند و با ویژگی‌هایی که بیان شد، در جامعه خود مشارکت نماید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، مدارس باید سهم بیشتری در ارتقای سلامت روانی هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان بازی کنند، زیرا از دیدگاه این سازمان، مدارس مؤسسات و سیستم‌هایی هستند که نقش‌های ویژه‌ای بر عهده دارند، به خصوص که میزان قابل توجهی از اوقات دانش‌آموزان در مدارس طی می‌گردد.

سازمان بهداشت جهانی پاره‌ای از آموزش‌ها را برای تعلیم کودکان و نوجوانان در مدارس تهیه کرده است. هدف از اجرا و ارائه این برنامه، ارتقای توان و شایستگی در بعد روانی - اجتماعی است. موارد و مؤلفه‌های این آموزش عبارتند از راهبردهای حل مشکلات، تفکر انتقادی، ارتباط بین فردی، مهارت‌های بین فردی، توانایی برای همدردی و شیوه‌هایی که دانش‌آموزان را برای کنار آمدن با هیجان‌ها مورد حمایت قرار دهد. از این دیدگاه، این آموزش‌ها برای حصول سلامت روانی مهم و تعیین‌کننده محسوب می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت/ شاه محمدی و همکاران، ۱۳۸۰).

به منظور پیشگیری از بروز مشکلات و اختلال‌های دوره‌های کودکی و نوجوانی، در سراسر جهان از جمله ایران، از روش‌های مداخله‌ای مبتنی بر برنامه آموزش سلامت روانی سود جست می‌شود، اما هنوز در ایران پژوهش جامعی که به این موضوع پرداخته باشد، انجام نشده است.

### روش تحقیق

طرح تحقیق حاضر بر اساس الگوی گروهی و در چارچوب پژوهش‌های شبه آزمایشی به صورت زیر است (دلاور، ۱۳۷۲). این طرح با نام «طرح پیش آزمون - پس آزمون» با استفاده از روش جور کردن آزمودنی‌ها و گروه کنترل معروف است.

|   |   |                |   |                |
|---|---|----------------|---|----------------|
| E | R | O <sub>۱</sub> | X | O <sub>۳</sub> |
| C | R | O <sub>۲</sub> | - | O <sub>۴</sub> |

X: مداخله آموزشی در سطح دانش‌آموزان

O<sub>۱</sub> O<sub>۲</sub>: پیش آزمون و O<sub>۳</sub> O<sub>۴</sub>: پس آزمون

۱. Barker, L

R: انتخاب تصادفی گروه‌ها و گماردن تصادفی آنها به عمل آزمایشی  
E: گروه آموزشی  
C: گروه کنترل  
به منظور جلوگیری از افت تعداد آزمودنی‌ها، روش جور کردن بر اساس متغیر وابسته انجام شد تا بتوان عوامل دخیل در کاهش اعتبار درونی تحقیق را به حداقل رساند.

### جامعه آماری و گروه نمونه

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه مناطق آموزش و پرورش شهر تهران است که در سال تحصیلی ۸۵ - ۱۳۸۴ در رشته‌های مختلف در مدارس دولتی عادی نوبت صبح مشغول به تحصیل بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انتخاب شده است. ابتدا با استفاده از اطلاعات واحد آمار پژوهشکده تعلیم و تربیت شهر تهران تعداد کل دبیرستان‌ها و مراکز پیش‌دانشگاهی مشخص گردید. سپس به صورت تصادفی از بین ۲۰۱۷ دبیرستان و مرکز پیش‌دانشگاهی، ۲۰ دبیرستان و مرکز پیش‌دانشگاهی تعیین شد. در هر دبیرستان از هر پایه تحصیلی (اول، دوم و سوم) یک کلاس و از مراکز پیش‌دانشگاهی جمعاً ۱۰ کلاس به قید قرعه انتخاب گردیدند. بدین صورت، تعداد کل خوشه‌ها معادل ۴۰ کلاس گردید و از هر کلاس به طور تصادفی تعداد ۱۱ دانش‌آموز انتخاب شد که جمعاً تعداد آنها ۴۴۰ نفر شد و پرسش نامه GHQ-۱۰۰<sup>۱</sup> روی آنها اجرا گردید. سپس دو گروه آزمایش ( $n=20$ ) و دو گروه کنترل ( $n=20$ ) که از لحاظ سن، جنس و متغیر وابسته هم‌تاسازی شده بودند، انتخاب گردیدند و گروه‌های آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل، یعنی برنامه آموزش بهداشت روانی قرار گرفتند.

ابتدا در یک جلسه مقدماتی، کلیات، اهداف و برنامه‌های طرح برای گروه‌های آزمایشی که متشکل از ۲ گروه دختر و پسر بودند، تشریح شد و اصول و قوانین حاکم بر برنامه آموزشی به آنها ارائه گردید. آنگاه محتوای آموزش‌ها و اهداف ویژه و عینی، به شرح زیر، در ۱۲ جلسه دو ساعته به مدت یک ماه در قالب سخنرانی و بحث آزاد (متغیر مستقل) ارائه شد.

### برنامه آموزشی

#### هدف کلی ۱: آموزش اصول و روش‌های صحیح برقراری ارتباط

- ۱- عوامل مؤثر در فرایند ارتباط را توضیح دهد.
- ۲- مهارت‌های ارتباطی لازم در زمینه چگونگی ایجاد ارتباط، بیان نظر، احساس و انتقاد را نشان دهد.
- ۳- چگونگی مهارت‌های حالات عاطفی و هیجانی را در برخورد با دیگران

بداند و آن را توضیح دهد.

### **هدف کلی ۲: ارائه اصول و روش‌های صحیح سازش یافتگی و چگونگی استفاده از آنها**

- ۴- عوامل ایجاد کننده ناکامی و تعارض را توضیح دهد.
- ۵- مشکلات شایع مربوط به سازش یافتگی نوجوانان را بشناسد و توضیح دهد.
- ۶- روش‌های صحیح و غلط برخورد با مشکل و مشکلات را بداند و توضیح دهد.

### **هدف کلی ۳: آشنایی با عوامل مؤثر در ایجاد اختلال‌های رفتاری در حد خطوط کلی**

- ۷- فراوانی اختلال‌های عاطفی را در جمعیت نوجوان توضیح دهد.
- ۸- گروه‌های آسیب پذیر نسبت به مشکلات و بیماری‌ها را بشناسد.
- ۹- عوامل مؤثر در شیوع اختلال‌های روانی در نوجوانی را بشناسد.
- ۱۰- شیوه‌های متفاوت پیشگیری از بروز و مقابله با عوامل ایجاد کننده اختلال‌های روانی در نوجوانی را توضیح دهد.

### **هدف کلی ۴: آشنایی با اصول و چارچوب بهداشت روانی**

- ۱۱- ملاک‌ها و معیارهای سلامت روانی را توضیح دهد.
- ۱۲- به اهمیت تحول عاطفی و بحران‌های دوران نوجوانی آشنا باشد و آنها را توضیح دهد.

### **هدف کلی ۵: آشنایی با روش‌های مؤثر مقابله با عوامل تنیدگی زا**

- ۱۳- توانایی متمایز کردن روش‌های سالم و ناسالم مقابله با عوامل تنیدگی زا را داشته باشد.
- ۱۴- روش‌های برخورد با عوامل خطرزا و تهدید کننده سلامت روانی را بشناسد و در صورت لزوم روش مناسب را انتخاب کند.
- ۱۵- روش‌های مهار هیجان‌ها و مراحل مختلف حل مسئله را فهرست وار بیان کند.
- ۱۶- نقش مذهب، ورزش، روابط اجتماعی سالم، مطالعه، تفریح و دلبستگی را در ارتقای سطح بهداشت روانی توضیح دهد.

### **هدف کلی ۶: آشنایی با شیوه‌های مراقبت در قلمرو بهداشت روانی**

- ۱۷- انواع اختلال‌های شایع دوره نوجوانی را توضیح دهد.
- ۱۸- مراکز ارائه دهنده بهداشت روانی را بشناسد و نحوه ارتباط با آنها را توضیح دهد (دادستان نقل از اصغر نژاد فرید، ۱۳۷۸).
- پس از ارائه کاربردی آزمایشی به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و عدم ارائه آن به گروه‌های کنترل، همه گروه‌ها مجدداً با استفاده از پرسش نامه GHQ-۰۰۰ آزمون شدند.

## **ابزار گردآوری اطلاعات**

**پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-۰۰۰**

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش نامه سلامت عمومی که در این پژوهش



برای تعیین وضعیت سلامت عمومی دانش‌آموزان از آن استفاده شد توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤال‌های آن براساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج گردیده است. این پرسش‌نامه نیز همانند فرم اولیه، مشتمل بر چهار مقیاس فرعی است و هر یک از آنها دارای هفت پرسش است. مقیاس‌های تشکیل دهنده GHQ-۰۰۰ عبارت است از: (۱) علائم جسمانی<sup>۲</sup>، (۲) اضطراب و اختلال خواب<sup>۳</sup>، (۳) اختلال در کنش اجتماعی<sup>۴</sup> و (۴) افسردگی شدید<sup>۵</sup>.

نتایج چندین مطالعه، دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی در تشخیص ناراحتی‌های روان شناختی دارد (مدینامورا و همکاران، ۱۹۸۳؛ بنجامین و همکاران، ۱۹۸۳) رابینز و براکس (۱۹۸۱) نیز خاطرنشان کرده‌اند که GHQ-۰۰۰ از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روان‌شناختی برخوردار است. بنجامین و همکاران (۱۹۸۳) توصیه نموده‌اند که به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، در پژوهش‌های بزرگ از فرم کوتاه ۲۸ ماده‌ای GHQ-۰۰۰ برای غربالگری بیماران روانی استفاده شود. براین مبنای تصمیم گرفته شد که در پژوهش حاضر از نسخه ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی استفاده شود. ضرایب همبستگی درونی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای چهار خرده مقیاس علائم نامساعد جسمانی ۰/۸۵۴، علائم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷۲، اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۹۳، علائم افسردگی اساسی ۰/۹۰۸ و در کل مقیاس در گروه ۴۴۰ نفری دانش‌آموزان شهر تهران برابر با ۰/۸۲۷ گزارش شده است. چنانکه ملاحظه می‌شود ضرایب همبستگی درونی این مقیاس و اجزای آن در سطح بالا و قابل قبول از لحاظ آماری قرار دارد.

### تحلیل داده‌ها و نتایج

برای تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه GHQ-۰۰۰ در دو مرحله پیش از ارائه کاربندی آزمایشی، یعنی مرحله پیش آزمون و پس از ارائه کاربندی آزمایشی، یعنی مرحله پس آزمون، از آمارهای پارامتریک آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک راهه استفاده گردید. همچنین برای آزمون روابط بین جنسیت، سن و پایه‌های تحصیلی آزمودنی‌های پژوهش با وضعیت سلامت عمومی از روش غیر پارامتریک مجذور کای استفاده گردید. برای بررسی و مقایسه اثر روش کاربندی آزمایشی به تشکیل چهار گروه جورشده (دو گروه آموزشی و دو گروه کنترل) از دانش‌آموزان اقدام شد. ملاک جور کردن آزمودنی‌ها

۱. Goldberg & Hiller

۲. Somatic symptoms

۳. Anxiety and Insomnia

۴. Social Dysfunction

۵. Severe Depression



|              |   |      |      |      |      |    |              |                             |
|--------------|---|------|------|------|------|----|--------------|-----------------------------|
| معنادار نیست | ۱ | ۰/۰۵ | ۰/۱۹ | ۱/۷۱ | ۵/۱۵ | ۳  | بین گروه‌ها  | علائم اختلال در کنش اجتماعی |
|              | ۲ |      |      | ۰/۷۳ | ۳۶/۶ | ۳۶ | درون گروه‌ها |                             |
|              | ۴ |      |      |      |      |    |              |                             |
| معنادار نیست | ۱ | ۰/۰۵ | ۰/۹۴ | ۲/۰۴ | ۶/۱۴ | ۳  | بین گروه‌ها  | علائم افسردگی اساسی         |
|              | ۲ |      |      | ۰/۸۴ | ۳/۱۶ | ۳۶ | درون گروه‌ها |                             |
|              | ۴ |      |      |      |      |    |              |                             |

#### گروه‌ها: ۱- آموزش دختران، ۲- آموزش پسران، ۳- کنترل دختران، ۴- کنترل پسران

نتایج تحلیل واریانس و آزمون مقایسه‌های چندگانه متغیرهای پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-۰۰ در مرحله پیش آزمون (جدول ۲) نشان می‌دهد که گروه‌ها از حیث وضعیت سلامت عمومی و متغیرهای پرسش نامه همگون بوده و امکان مقایسه نتایج در مرحله پس آزمون به صورت گروهی میسر است.

به منظور تعیین تاثیر کاربندی آزمایشی در هر يك از گروه‌ها، میانگین نتایج بین دو مرحله پیش و پس از اجرای کاربندی آزمایشی براساس آزمون ۰ به تفکیک مقایسه گردیدند. نتایج به دست آمده در جدول شماره ۳ درج شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات پرسش نامه سلامت عمومی - GHQ در مرحله پیش آزمون و پس آزمون (به تفکیک ۴ گروه آزمایشی در هر گروه ۱۰ = ۰)

| گروه         | مرحله                       | پیش آزمون |                  | پس آزمون |                  | تفاوت میانگین ها |            | آزمون t | احتمال خطا |
|--------------|-----------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|------------------|------------|---------|------------|
|              |                             | میان      | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | ارزش t           | درجه آزادی |         |            |
| آموزش پسران  | سلامت عمومی                 | ۱۸۵       | ۹/۲              | ۲۵/۱۷    | ۸/۷۲             | ۲۳/۷۶            | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم نامساعد جسمانی        | ۱۸۵       | ۵/۷              | ۱۶/۱     | ۴/۴۵             | ۵/۲۵             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم اضطرابی و اختلال خواب | ۱۷/۶      | ۵/۹              | ۱۶/۰۱    | ۴/۲۸             | ۱۱/۱۳            | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم اختلال در کنش اجتماعی | ۱۵/۱۶     | ۵/۶              | ۱۵/۹۹    | ۴/۲۹             | ۳/۹۲             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم افسردگی اساسی         | ۱۷/۲      | ۵/۸              | ۱۶/۲     | ۴/۴۶             | ۶/۹۸             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
| آموزش دختران | سلامت عمومی                 | ۱۸۵       | ۹/۲              | ۲۴/۸۰    | ۸/۵۰             | ۳۵/۴             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم نامساعد جسمانی        | ۱۸۱       | ۵/۷              | ۱۶/۲۵    | ۴/۵۰             | ۳/۹۲             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم اضطرابی و اختلال خواب | ۱۷/۸      | ۵/۹۵             | ۱۶/۴     | ۴/۶۹             | ۹/۸              | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم اختلال در کنش اجتماعی | ۱۶/۱۶     | ۵/۶۵             | ۱۶/۰۲    | ۴/۳۰             | ۴/۴۱             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم افسردگی اساسی         | ۱۷/۴      | ۵/۸۴             | ۱۶/۳     | ۴/۴۷             | ۷/۷              | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
| کنترل پسران  | سلامت عمومی                 | ۱۸۵       | ۹/۲              | ۳۰/۶     | ۹/۲۲             | ۵/۳۵             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم نامساعد جسمانی        | ۱۸۵       | ۵/۹              | ۱۶/۳۹    | ۴/۷۱             | ۳/۳۳             | ۹          | ۰/۰۰۳   |            |
|              | علائم اضطرابی و اختلال خواب | ۱۷/۶      | ۵/۷              | ۱۸/۴۳    | ۵/۱۱             | ۱۰/۹۹            | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم اختلال در کنش اجتماعی | ۱۵/۱۶     | ۵/۶              | ۱۷/۳۷    | ۴/۹۲             | ۵/۷۴             | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
|              | علائم افسردگی اساسی         | ۱۷/۲      | ۵/۸              | ۱۸/۶۷    | ۵/۴۱             | ۱۰/۳۹            | ۹          | ۰/۰۰۰   |            |
| کنترل دختران | سلامت عمومی                 | ۱۸۵       | ۹/۲              | ۳۰/۸     | ۹/۲۴             | ۶/۶۵             | ۹          | ۰/۰۱۵   |            |

|           |   |      |          |      |           |      |          |                                   |
|-----------|---|------|----------|------|-----------|------|----------|-----------------------------------|
| ۰۰۴<br>./ | ۹ | ۳/۷۱ | ۵۳<br>.. | ۴/۶۰ | ۱۶/۲۸     | ۵/۸  | ۸۱<br>۱۶ | علائم<br>نامساعد<br>جسمانی        |
| ۰۰۰<br>./ | ۹ | ۵/۷۴ | ۸۲<br>.  | ۵/۷۸ | ۶۲۰<br>۱۸ | ۵/۹۵ | ۱۷/۸     | علائم<br>اضطرابی و<br>اختلال خواب |
| ۰۰۰<br>./ | ۹ | ۵/۲۵ | ۷۵<br>.  | ۵/۰۱ | ۱۷/۴۱     | ۵/۶۵ | ۶۶<br>۱۶ | علائم اختلال<br>در کنش<br>اجتماعی |
| ۰۰۰<br>./ | ۹ | ۵/۲۵ | ۷۵<br>.  | ۵/۳  | ۱۸/۱۵     | ۵/۸۴ | ۴۰<br>۱۷ | علائم<br>افسردگی<br>اساسی         |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در سطح کاربندی آزمایشی، میانگین نمره کل سلامت عمومی، میانگین‌های نمرات متغیرهای علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم نامساعد جسمانی، علائم افسردگی اساسی و علائم اختلال در کنش اجتماعی به صورت معناداری (0/000) در گروه‌های آموزشی دختران و پسران کاهش، ولی در گروه‌های کنترل دختران و پسران به جز متغیر علائم نامساعد جسمانی که به صورت معناداری کاهش یافته، بقیه متغیرها افزایش معناداری داشته است.

برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای پرسش نامه سلامت عمومی (در دو گروه آزمایشی و دو گروه شاهد) به تحلیل واریانس تفاضل نمرات دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها اقدام شد. نتایج به دست آمده در جدول ۴ آورده شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس و آزمون مقایسه‌های چندگانه برای مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌های چهار گروه آزمایشی در متغیرهای پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-00 (تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون)**

| آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی - HSD |   |   |   | تحلیل واریانس یکطرفه |             |            |                        |                      | منبع | متغیر           |                            |
|-------------------------------------|---|---|---|----------------------|-------------|------------|------------------------|----------------------|------|-----------------|----------------------------|
| ۴                                   | ۳ | ۲ | ۱ | گروه                 | احتم<br>F/۱ | نسب<br>F/ت | میانگین<br>مجدورا<br>ن | مجموع<br>مجدورا<br>ن |      |                 | درجه<br>آزادی              |
| معنادار است                         | ۱ | ۲ | ۳ | ۴                    | ۰۰۰<br>./   | ۹۶<br>۱    | ۱۲/۱۷                  | ۳۶/۵۱                | ۳    | بین<br>گروه‌ها  | سلامت<br>عمومی             |
|                                     | ۲ | ۳ | ۴ |                      |             |            | ۰/۵۳                   | ۱۸/۶۱                | ۳۶   | درون<br>گروه‌ها |                            |
|                                     | ۱ | ۲ | ۳ | ۴                    |             |            | ۲/۶۹                   | ۱۱/۰۸                | ۳    | بین<br>گروه‌ها  |                            |
| معنادار نیست                        | ۱ | ۲ | ۳ | ۴                    | ۰۰۷<br>.    | ۲۹<br>۱    | ۲/۳۳                   | ۸/۵۶                 | ۳۶   | درون<br>گروه‌ها | علائم<br>نامساعد<br>جسمانی |
|                                     | ۲ | ۳ | ۴ |                      |             |            |                        |                      |      |                 |                            |
|                                     | ۱ | ۲ | ۳ | ۴                    |             |            |                        |                      |      |                 |                            |

|             |             |           |          |      |       |    |                 |                                       |
|-------------|-------------|-----------|----------|------|-------|----|-----------------|---------------------------------------|
| معنادار است | ۱           | ۰۰۰<br>۰/ | /۷۱<br>۱ | ۸/۲۱ | ۲۴/۶۴ | ۳  | بین<br>گروه‌ها  | علائم اضطراب<br>ب و اختلال<br>خواب    |
|             | ۲<br>۳<br>۴ |           |          | ۰/۳۹ | ۱۴/۳۶ | ۳۶ | درون<br>گروه‌ها |                                       |
| معنادار است | ۱           | ۰۰۰<br>۰/ | /۷۹<br>۱ | ۶/۹  | ۳۰/۶  | ۳  | بین<br>گروه‌ها  | علائم اختلال<br>در<br>کنش اجتماع<br>ی |
|             | ۲<br>۳<br>۴ |           |          | ۰/۳۳ | ۱۱/۵  | ۳۶ | درون<br>گروه‌ها |                                       |
| معنادار است | ۱           | ۰۰۰<br>۰/ | /۷۸<br>۱ | ۸/۱۸ | ۲۴/۵۶ | ۳  | بین<br>گروه‌ها  | علائم<br>افسردگی<br>اساسی             |
|             | ۲<br>۳<br>۴ |           |          | ۰/۲۸ | ۱۲/۷۶ | ۳۶ | درون<br>گروه‌ها |                                       |

مقادیر F به دست آمده در جدول ۲ بیانگر آن است که در سطح متغیر سلامت عمومی نتایج گروه‌ها به گونه معناداری با یکدیگر متفاوت است ( $F=12/2$  و  $\alpha=0/000$ ).

آزمون مقایسه‌های چندگانه نتایج نشان می‌دهد که منبع ایجاد تفاوت‌ها عمدتاً ناشی از تفاوت معنادار نتایج گروه‌های شاهد با نتایج گروه‌های آزمایشی است ( $\alpha=0/05$ ). پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش به گروه‌های آزمایشی اثر گسترده‌تری نسبت به عدم مداخله در گروه‌های کنترل داشته است. در سطح متغیر علائم نامساعد جسمانی، نتایج گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری با نتایج گروه‌های شاهد ندارند ( $F=2/2$  و  $\alpha=0/07$ ). در سطح متغیر علائم اضطراب و اختلال خواب، نتایج گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری با نتایج گروه‌های شاهد دارند ( $F=9/68$  و  $\alpha=0/000$ ). در سطح متغیر علائم اختلال در کنش اجتماعی نتایج گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری با نتایج گروه‌های شاهد دارند ( $F=7/8$  و  $\alpha=0/000$ ). و سرانجام در سطح متغیر علائم افسردگی اساسی، نتایج گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری با نتایج گروه‌های شاهد دارند ( $F=9/10$  و  $\alpha=0/000$ ). پس در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش بیشترین تأثیر را در سطح سلامت عمومی و کمترین تأثیر را در سطح علائم نامساعد جسمانی داشته است.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون‌های آماری مذکور نکات زیر روشن می‌شود:

۱- روش آموزش در سطح بهداشت روانی به نوبه خود می‌تواند در کاهش نمره کل و نمرات متغیرهای پرسش نامه سلامت عمومی مؤثر باشد.  $G0.000$

۲- در گروه‌های کنترل عدم آموزش به افزایش نمره کل و نمرات متغیرهای علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی اساسی منجر شده است. بنابراین اثر آموزش صرفاً در حوزه‌های علائم اضطراب و اختلال خواب، علائم

افسردگی اساسی، علائم اختلال در کنش اجتماعی و کل نمرات مشاهده می‌شود و تغییر در علائم نامساعد جسمانی را نمی‌توان محدود به مداخله آزمایشی دانست. هر چند نوسان ایجادشده در متغیر مذکور کاملاً مستقل از تأثیر آموزش نیز نیست.

### بحث و نتیجه گیری

هیچ بستری از نظر قدرت و گستره تأثیر با خانواده برابری نمی‌کند. خانواده بین افراد پیوندهایی برقرار می‌کند که منحصر به فرد است. دلبستگی به والدین و خواهر و برادرها معمولاً مادام العمر است و وظیفه الگویی را برای روابط در دنیای وسیع تر محله، مدرسه و جامعه بر عهده دارد. کودکان در خانواده، زبان، مهارت‌ها و ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی فرهنگ خود را می‌آموزند. افراد در تمام سنین برای دریافت اطلاعات، کمک و تعامل جالب و لذت بخش به اعضای خانواده روی می‌آورند. پیوندهای صمیمی و خشنودکننده، سلامت جسمی و روانی را در همه مراحل رشد پیش بینی می‌کنند. در مقابل، انزوا از خانواده یا بیگانگی با آن، اغلب با مشکلات رشد در ارتباط است (پارک و بوریل / سیدمحمدی، ۱۳۸۴).

دانش‌آموزان در طی فرایند تحصیلی، در کنار آموزش‌های رسمی و غیررسمی، اغلب اوقات خود را با دیگران، در کنار دیگران و در ارتباط با دیگران می‌گذرانند. این روابط به حیات روانی و اجتماعی آنها شکل می‌دهد و در بسیاری از موارد می‌تواند وضعیت مطلوب عاطفی و روانی را به ارمغان آورد، در حالی که گاهی نیز سلامت جسمی و روانی آنها را مورد تهدید قرار می‌دهد. به این ترتیب در طی تحول بهنجار، به خصوص در سنین نوجوانی و در مقطع تحصیلی راهنمایی که فرد با بحران‌های متعددی مواجه می‌شود، آگاهی‌های کلی و جزئی از نقش و اهمیت روابط، دارای اهمیتی حیاتی است. در طی همین فرایند است که پاره‌ای از رفتارها مجاز شمرده می‌شوند، در حالی که سایر رفتارها غیرمجاز هستند؛ رفتارهایی که باید معنای آنها را در مجموعه‌ای که نوجوان یکی از عناصر آن را تشکیل می‌دهد، جستجو کرد.

از سوی دیگر، شکل‌گیری شخصیت فرایندی پیچیده و پرفراز و نشیب است و دستیابی به اطلاعات نقش تعیین‌کننده‌ای در این فرایند دارد. بر این مبنا، ارائه اطلاعات صحیح و روش‌های برقراری ارتباط مناسب ضرورتی انکارناپذیر است. صاحب نظران متعددی بر نقش و اهمیت این اطلاعات در پیشگیری از اختلال‌ها و روابط تنگاتنگ آموزشی و سلامت تأکید کرده‌اند (تودور، ۱۹۹۶؛ آیزنبرگ، ۱۹۸۷؛ به نقل از بخشانی، ۱۳۷۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷)، لانگ و همکاران (۱۹۹۴)، رابینز (۱۹۸۱) و ایسائو و پیترمن (۲۰۰۱) نشان داده‌اند که در صورت عدم مداخله آموزشی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتار ارتباطی و اضطرابی، این اختلال‌ها در سنین بزرگسالی پایدار می‌مانند. فرگوسون و همکاران (۱۹۹۳) نیز

خاطرنشان کرده‌اند که اگر فرد در کودکی به افسردگی مبتلا شود در بزرگسالی احتمال عود آن زیاد است؛ احتمال عود اختلال‌های اضطرابی در بزرگ سالی نیز به همین منوال است. افزون بر این، زمان بروز و فرایند شکل‌گیری اختلال و عواملی که بر این فرایند اثر می‌گذارند، همچنین زمان و نحوهٔ مداخلات بهداشت روانی به منظور ارتقای سلامت روانی و کاهش اختلال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا به طور قطع اگر حوادث را به صورت ساده و به عنوان عاملی تأثیرگذار در نظر بگیریم و افراد را در مقابل این تأثیرات فعل پذیر قلمداد کنیم، به بیراهه رفته‌ایم. افراد به صورت فعال با محیط خود درگیر می‌شوند و شیوهٔ برخوردشان با مشکل می‌تواند آنان را حمایت یا با خطر مواجه کند. پژوهش حاضر با مقایسهٔ گروه‌های آزمایشی و شاهد به خوبی می‌تواند پیامدهای عدم مداخله و سودمندی مداخله‌های بهداشت روانی را نشان دهد.

به منظور تبیین این موضوع به بحث دربارهٔ نتایج این پژوهش و مقایسهٔ آن با یافته‌های تحقیقات دیگر می‌پردازیم. از جمله پژوهش‌هایی که اثربخشی آموزش بهداشت روانی در اصلاح اختلالات روانی دانش‌آموزان را تأیید می‌کنند می‌توان به تحقیق مک گی و همکاران (۱۹۹۳)، فونز و همکاران (۱۹۹۸)، اصغرزاد فرید (۱۳۷۸) و پراتیان و همکاران (۱۳۸۳) اشاره کرد. بدیهی است مداخلات از طریق آموزش می‌تواند توانایی‌های رشدی و مهارت‌های حل مسئله را در کودکان و نوجوانان ایجاد نمایند (ایسائو و پیترومن، ۲۰۰۱؛ نقل از پراتیان، ۱۳۸۴). مداخلات، علاوه بر کمک به کودکان برای گفتگو در مورد تجربهٔ اختلال روانی، باید سایر حوزه‌های آسیب‌پذیری (برای مثال سوگیری‌های شناختی و روابط ضعیف با همسالان) را نیز هدف قرار دهد. آموزش، مکانیزم تنظیم‌کننده‌ای است که راه‌های کارآمدتر را عرضه می‌دارد.

در پژوهش حاضر با استفاده از روش آموزش بهداشت روانی سعی شد به جمعیت مورد مطالعه، در حد امکان، چگونگی پیشگیری از عوامل تنش‌آفرین در محیط خانواده و مدرسه، عوامل مؤثر بر هوش و خلاقیت، ویژگی‌های سنین نوجوانی و نقش والدین به عنوان الگو و بالاخره روش‌های مقابله مؤثر و مفید با فشارهای روانی روزمره آموخته شود؛ آموزشی که نه تنها کاهش نمرهٔ سلامت عمومی را در پی داشت، بلکه باعث کاهش میانگین نمره‌های مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی G-O-Q گردید.

با توجه به این مطالب، اساسی‌ترین و مهم‌ترین کاربرد نتایج این پژوهش آن است که برای کسب اطلاع در مورد وضعیت سلامت عمومی سایر دانش‌آموزان و میزان اثربخشی مداخلات آموزشی در مناطق مختلف شهری و روستایی کشور لازم است پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی مورد استفاده در این پژوهش و مداخلات آموزشی توسط پژوهشگران دیگر در مناطق یادشده اجرا شود. انجام چنین پژوهش‌هایی، امکان مقایسهٔ نتایج به دست آمده در شهر تهران را با



سایر مناطق کشور و همچنین با نتایج به دست آمده در سایر کشورها میسر می‌کند.

یکی از یافته‌های بسیار مهم پژوهش حاضر این است که استفاده از برنامه آموزش بهداشت روانی می‌تواند به ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان منجر شود؛ بنابراین اگر در رسانه‌های جمعی، نشریات و کلاس‌های آموزش خانواده، استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای باز شناسانده شود، کمک شایان توجهی به تلطیف روحیه در والدین و فرزندان نوجوان آنان، و رشد عواطف و پیشگیری از رفتارهای نابهنجار روان شناختی در آنان کمک می‌کند.

گسترش دامنه سنی آزمودنی‌ها می‌تواند امکان بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی در سطوح سنی مختلف را فراهم کند. پیگیری نتایج آموزش بهداشت روانی به مدت ۲ تا ۳ سال بر اعتبار و قابلیت اعتماد یافته‌ها خواهد افزود.

به منظور ارزشیابی نتایج آموزش بهداشت روانی، به کارگیری دیگر فنون ارزشیابی نیز می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.



## منابع فارسی

- اشتاین منز، جنی (۱۳۷۷)؛ چگونه بر استرس خود غلبه کنیم؛ ترجمه علی مکی؛ تهران: انتشارات سیامک.
- اصغرزاد فرید، ع (۱۳۷۸)؛ بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در سطح مدارس؛ تهران: دانشگاه تربیت مدرس، رساله دکتری.
- ایسائو، سی سی لیا و پیترمن، فرانز (۲۰۰۱)؛ اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان؛ ترجمه مسعود مسعود براتیان (۱۳۸۴)؛ تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- بخشانی، ن (۱۳۷۸)؛ ارتباط بهداشت روانی جامعه نگر؛ فصلنامه اندیشه و رفتار؛ سال پنجم، شماره ۳.
- براتیان، مسعود و مسعودیان، معصومه (۱۳۸۲)؛ بررسی میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان لرستان؛ پژوهشکده تعلیم و تربیت استان لرستان.
- حسینی، سید ا (۱۳۷۱)؛ اصول بهداشت روانی؛ مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- خرامین، شیرعلی (۱۳۶۴)؛ بررسی پاره‌ای از اختلال‌های رفتاری کودکان محروم از پدر مدارس ابتدایی شهرستان کهگیلویه؛ انستیتو روان پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- دلاور، ع (۱۳۷۲)؛ روش تحقیق در علوم رفتاری؛ تهران: رشد.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰)؛ ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ترجمه داوود شاه محمدی، عباس باقری یزدی و حسن پالاهنگ. تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد، چاپ اول.
- شفر؛ استرس (فشار روانی)؛ ترجمه پروین بلورچی (۱۳۶۷)؛ تهران: انتشارات رشد.
- شولتز، س؛ نظریه‌های شخصیت؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۱)؛ تهران: رشد.
- طهماسیان، کارینه (۱۳۷۵)؛ بررسی اثر آموزش مادران در کاهش اختلال‌های رفتاری کودکان؛ تهران: انستیتو روان پزشکی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.