

## بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه‌ی دوم شهرستان خرم آباد

آمینه کمری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>کارشناسی ارشد برنامه ریزی درسی، مدرس دانشگاه لرستان، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع متوسطه‌ی دوم شهرستان خرم آباد انجام شد. پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان خرم‌آباد در نیمسال اول ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. که تعداد ۵۰ آزمودنی به صورت تصادفی انتخاب و در گروه آزمایشی (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل در طول مدت درمان هیچ آموزشی دریافت نکرد. سپس با استفاده از پرسشنامه‌های GHA-28 و پرسشنامه ۵۰ سوالی سنجش رفتارهای پرخطر، میزان افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در افراد شرکت کننده قبل و بعد از کارگاه سنجیده شد. داده‌های پژوهش از طریق روش تحلیل کواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمره‌ی افراد گروه آزمایش در پس آزمون، به طور معناداری در تمام مولفه‌های سلامت روان و رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0.01$ ). پژوهش حاضر نشان داد برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان گردد.

**واژه‌های کلیدی:** مهارت‌های مقابله‌ای، سلامت روان، رفتارهای پرخطر، دانش آموزان پسر، متوسطه، خرم آباد.

## ۱. مقدمه

سلامت روانی، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تعارضات و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب و همچنین سلامت روانی، حالتی از بهزیستی و این احساس در فرد که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او لذت بخش باشد، تعریف شده است (ثوابی و همکاران، ۱۳۹۴).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را چیزی فراتر از فقدان اختلال روانی و شامل بهزیستی ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان فردی و شکوفایی توانمندی بالقوه فکری و هیجانی می‌داند سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (صادقیان و حیدریان پور، ۱۳۸۸).

کشور ما جزء کشورهای جوان و در حال توسعه محسوب می‌شود که بخش قابل توجهی از جمعیت آن را نوجوانان، مخصوصاً نوجوانان مقطع متوسطه تشکیل می‌دهند (نادری، ۱۳۹۸).

دوره نوجوانی یکی از مراحل بسیار مهم و بحرانی فرایند رشد و تکامل انسان محسوب می‌شود که با تغییرات چشمگیر زیستی، روانی و اجتماعی همراه است، به طوری که از آن به عنوان دوره بحران، طوفان، استرس، زایش دوباره و هویت طلبی یاد کرده‌اند (حسینی، ۱۳۸۷). ویژگی‌های رشدی این مرحله می‌تواند زمینه ساز بروز انواع اختلال‌های رفتاری و بیماری‌های روانی در نوجوانان باشد (ضرابی و همکاران، ۱۳۸۰) در واقع، نوجوانان در این دوره بنا به دلایل مختلف از جمله تکامل جسمی و جنسی و فشار غریز، احساسات افراطی، جستجوی هویت، تحول ملاک‌های ارزشی، ترس از مسئولیت‌پذیری، دلهره ورود به دانشگاه با انتخاب شغل تحت فشار روانی زیادی قرار گرفته و به شدت در معرض آسیب روانی می‌باشند (اسدی و احمدی، ۱۳۷۹).

یافته‌های حاصل از پژوهش‌های متعددی که در استان‌های مختلف کشور انجام شده‌اند، گویای شیوع قابل توجه اختلالات روانی در نوجوانان در دهه‌های اخیر است (ضرابی، ۱۳۸۰؛ سپرهمنش و همکاران، ۱۳۸۷؛ رجبی و حریرزوی، ۱۳۹۱). ضرابی و همکاران در بررسی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر رشت در سال ۱۳۸۰، شیوع کلی آسیب‌شناسی روانی را ۱۰/۵ درصد نشان دادند.

از طرفی علاوه بر اختلالات روانی، امروزه شیوع رفتارهای پرخطر و جرایم نوجوانان به یکی از مهمترین نگرانی‌های جامعه تبدیل شده و علیرغم فعالیت‌های صورت گرفته طی سال‌های گذشته، رفتارهای پرخطر نوجوانان در سطح کشور دارای رشد تصاعدی بوده است (رحیمی و نوایی، ۱۳۹۸). بر طبق آمارهای مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازد، در میان جوانان رو به افزایش است. مصرف سیگار، مصرف تنباکو، غذاهای پرچرب و مصرف کم فیبر، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، رفتارهای پرخطر جنسی، سوء مصرف مواد، قاچاق، خودکشی، جنایت و ... رفتار پرخطر و جرایم محسوب می‌شوند (گلشن و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین، آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳، حاکی از این است که، بیماری‌های مقاربتی، اعتیاد و رفتارهای پرخطر در بین جوانان زیر ۲۵ سال دنیا در حال افزایش است و حتی نیمی از موارد ابتلا به ایدز در این گروه سنی مشاهده شده است. براساس جدیدترین آمارهای منتشر شده از سوی مجامع رسمی در کشور تا اوایل دی ماه ۱۳۸۹ مجموعاً ۲۲ هزار و ۲۵۰ نفر مبتلا به اچ‌آی‌وی در کشور شناسایی شده‌اند، که از این تعداد ۹۲ درصد مرد و ۸ درصد زن هستند. براساس این گزارش ۴۶/۶ درصد از مبتلایان به ویروس اچ‌آی‌وی، در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال می‌باشد (کریمی و احمدی، ۱۳۹۹) با توجه به این یافته‌ها، متخصصان حوزه پیشگیری تأکید می‌نمایند که برنامه‌های پیشگیرانه، باید کودکان و نوجوانان را در سنین پایین‌تر آماج مداخله قرار دهند، زیرا برنامه‌هایی که نوجوانان را قبل از دوره دبیرستان هدف قرار می‌دهند، می‌توانند در پیشگیری از سوء مصرف مواد در بزرگسالی بسیار موفق باشند (پیچ و همکاران، ۲۰۱۶).

مهارت به معنی استفاده ماهرانه و توانمندانه از دانش است. برای مثال، بیشتر مردم می‌دانند که رفتارهای پرخاشگرانه، ناکارآمد و ویرانگر هستند. مطالعات نشان می‌دهند که مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند به میزان بسیار بالایی رفتارهای

پرخاطر از جمله اعتیاد، خودکشی و فرار نوجوانان را پیش و پس از اقدام کاهش دهد. جهت تدوین مداخلات درمانی مناسب، بررسی های زیادی در مورد شناخت ویژگی های شخصیتی و شناختی این گونه افراد و نیز عامل های خطر ساز محیطی انجام شده است. در بیشتر این مطالعات مشخص شده است که این افراد به ویژه خصوصیات شناختی دارند که می تواند عامل خطر سازی مهم برای اقدام های آنان باشد. از جمله این ویژگی ها می توان از عدم رویارویی، عدم مهارت های حل مسأله، کنترل هیجان های منفی، نظر منفی نسبت به خود و محیط، عدم ارتباط صحیح با دیگران و ... را نام برد (ریکلمن و هوفک، ۲۰۱۹). آموزش ها قادرند تقریباً تا ۶۷ درصد کاهش در نسبت افرادی که در زمان پیش از این آموزش ها سیگاری نبوده اند و بعدها سیگاری دائمی و منظم خواهند شد، ایجاد کنند (کریمی و احمدی، ۱۳۹۹) مداخله های درمانی مناسب در سنین نوجوانی می تواند تاثیر مناسبی بر کاهش رفتارهای پرخطر اجتماعی در بین نوجوانان داشته باشد، یکی از این روش های درمانی که طی پژوهش های متعددی اثربخشی آن ثابت شده است، آموزش مهارت های مقابله ای است. مقابله به تلاش شناختی و رفتاری اشاره دارد که از طریق آن افراد به نیازهایی که در رابطه با شخص - محیط می باشد، پاسخ می دهند. منابعی که در دسترس افراد قرار دارند، سبک ها و راهبردهای مورد استفاده بعدی، در فرایند مقابله اثاثیرگذار هستند. راهبردهای مقابله ای مورد استفاده بر حسب زمان و بافت استرس زاها متنوع می باشند (پچ و همکاران، ۲۰۱۶) راهبردهای مقابله ای عامل مراقبتی بسیار مهمی برای افراد در معرض خطر تلقی می شود و یکی از متغیرهایی است که به طور گسترده در مطالعات به کار برده شده است (مصطفایی، ۱۳۹۷). برای نمونه، در پژوهشی نقش مهارت های مقابله ای را در کنار دیگر متغیرهای روانشناختی در بزهکاری نوجوانان بررسی کردند و مشخص شد، پایین بودن مهارت های مقابله ای در کنار سایر عوامل در نوجوانان بزهکار بیشتر است و این عوامل زمینه ساز بزهکاری در نوجوانان می باشد (کیم و ساموئل دنیز، ۲۰۱۸) در پژوهش دیگری رابطه بین مهارت های مقابله ای و رفتار بزهکاری بررسی شد و نتایج نشان داد که مهارت های مقابله ای غیرموثر و ضعیف با بزهکاری رابطه معناداری دارد و زمینه را برای بزهکاری فراهم می آورد (هاسکین، ۲۰۱۷) همچنین، در پژوهش دیگری اثربخشی آموزش تنش زدایی تدریجی و مهارت های مقابله ای مسئله محور بر کنترل استرس و شرایط مخاطره آمیز در دختران آسیب دیده اجتماعی بررسی شد و یافته ها نشان داد که آموزش مهارت های مقابله ای در کنار تنش زدایی تدریجی در کاهش شرایط مخاطره آمیز نقش دارد (محمدی، ۱۳۹۴).

با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت های مقابله ای، می توان با آموزش این مهارت ها به نوجوانان، نحوه مواجهه با مشکلات پیش رو و روش های مقابله شناختی، هیجانی و رفتاری را آموزش داد و از این طریق سطح سلامت روانی آنان و مقابله مناسب آنان را با شرایط استرس زا و مخاطره آمیز افزایش داد.

از آنجایی که اصلاح و بازپروری ساختار شخصیتی و رفتارهای فردی و اجتماعی نوجوانان و دستیابی به راهکارهای علمی و تخصصی در جهت بررسی معضلات نوجوانان، همواره اولین و اصلی ترین اولویت در برنامه های آموزشی و درمانی می باشد و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اصلاح و تربیت به برنامه های روان درمانی در خصوص پیشگیری و کاهش رفتارهای آسیب زای نوجوانان و با عنایت به کم بودن پژوهش های مربوط به مداخلات روانشناختی نظیر مهارت های مقابله ای و نقش آن در افزایش سلامت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مهارت های مقابله ای بر افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان موثر است؟

## ۲. روش

پژوهش حاضر، از نظر ماهیت داده های جمع آوری شده، یک مطالعه کمی؛ از حیث هدف، مطالعه ای کاربردی؛ و از نظر شیوه اجرا، یک مطالعه ای شبه آزمایشی است. طرح پژوهش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان خرم آباد در نیمسال اول ۱۳۹۸ بود. در پژوهش حاضر از بین

<sup>1</sup>Rickelman, B. L., Houfek, J. F.

<sup>2</sup>Kim, H. S., Samuels – Dennis, J.

<sup>3</sup>Hasking, P. A.

جامعه آماری مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، نمونه ای با حجم ۵۰ انتخاب شد. سپس از نمونه انتخاب شده جهت انجام پژوهش به صورت تصادفی ( ۲۵ نفر در گروه مداخله مهارت های مقابله ای و ۲۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند.

## ۱-۲. ابزار

در این پژوهش برای سنجش متغیرهای وابسته از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه محقق ساخته ۵۰ سوالی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در افراد گروه آزمایش و کنترل اجرا شدند.

برای سنجش رفتارهای پرخطر از پرسشنامه محقق ساخته ۵۰ سوالی استفاده شد که مولفه های سنجش نگرش خودکشی (۱۵ سوال)، نگرش سوء مصرف مواد (۱۵ سوال) و نگرش پرخاشگری (۲۰ سوال) را می سنجد. که اعتبار آن از راه دو نیمه کردن ۷۸/۱۸ درصد محاسبه شد و دارای روایی محتوایی می باشد.

برای سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد که توسط گلدنبرگ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلال های روانی غیر روان گسسته ساخته شده است. در جمعیت عادی برای تشخیص اختلال های خفیف روانی از این پرسشنامه استفاده می شود. کاربرد وسیع این پرسشنامه منجر به این شده است که به ۳۶ زبان دنیا ترجمه شود. سؤالهای پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر می پردازد، دربرگیرنده نشانه هایی مثل افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده می باشد. به همین جهت سؤالها بر موقعیت اینجا و اکنون تاکید دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). به اعتراف بسیاری از پژوهشگران پرسشنامه سلامت (GHQ) شناخته شده ترین ابزار غربالگری تاکنون در دنیای روانپزشکی و علوم رفتاری و روانشناسی است که تأثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهش ها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرم های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی است. که فرم ۲۸ سوالی (GHQ-28) و فرم ۱۲ سوالی (GHQ-12) هم در ایران و هم در سایر کشورها کاربرد بسیار داشته است. پرسشنامه ۲۸ - GHQ شامل ۲۸ سؤال از ۶۰ سؤال پرسشنامه اصلی است که همانند فرم های دیگر، هر یک از سؤال های آن شدت مشکلات روانی را در چند هفته اخیر می سنجد (نادری، افتخار و آملزاده، ۱۳۹۰). گلدنبرگ (۱۹۷۲) در مطالعه اولیه اش اعتبار GHQ را محاسبه و گزارش داد که شاخص های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی فرم ۶۰ سوالی GHQ با روش نمره گذاری لیکرتی به ترتیب برابر با ۷۷/۵ درصد، ۸۸/۴ درصد و ۱۵/۴ درصد و با روش نمره گذاری لیکرتی به ترتیب برابر با ۸۰/۶ درصد، ۹۳/۳ درصد و ۱۰/۹ درصد می باشد. در مطالعه که اخیراً بر روی یک جمعیت دانشجویی از دانشجویان جدیدالورود انجام شد، این ارقام برای پرسشنامه ۱۲ - GHQ به ترتیب برابر با ۶۲ درصد، ۶۵ درصد و ۳۵/۷ درصد به دست آمد.

## ۲-۲. روش اجرا

در این پژوهش پس از انتخاب جامعه، پرسشنامه های سلامت عمومی و سنجش رفتارهای پرخطر روی دانش مقطع متوسطه دوم دبیرستان اجرا شد و دانش آموزانی که در این مقیاس ها، نمره بالاتر از ۴۰ کسب کرده بودند، شناسایی شدند که تعداد آنان ۵۲ نفر بود این نمرات به عنوان نمرات پس آزمون در نظر گرفته شد که از بین این ۵۲ نفر، تعداد ۵۰ نفر واجد شرایط شرکت در گروه تشخیص داده شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

تعداد دانش آموزان در هر یک از ۲ گروه، ۲۵ نفر بود سپس متغیر مستقل (آموزش مهارت های مقابله ای) روی گروه آزمایش اعمال شد و گروه گواه در حالت انتظار باقی ماند و هیچ مداخله ای در مورد آنها اعمال نشد. آموزش مهارت های مقابله ای در قالب یک دوره ارائه شد. این دوره، هشت جلسه دو ساعته ای آموزشی بود که به هر یک از مهارت ها یک جلسه اختصاص داده شد. در پایان برنامه آموزشی، از افراد هر دو گروه (گواه و کنترل) به طور همزمان، پس آزمون پرسشنامه های سلامت

<sup>۱</sup>General Health Questionnaire

<sup>۲</sup>Goldberg

<sup>۳</sup>Psychosis

عمومی سنجش رفتارهای پرخطر گرفته شد. نمرات به دست آمده با پیش آزمون و پس آزمون، جهت بررسی اثربخشی متغیر مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات آموزش مهارت های مقابله ای

جلسات	مفاهیم
جلسه اول	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی
جلسه دوم	آموزش و شناسایی راهبردهای مقابله ای مسئله مدار، گفتگوی گروهی درباره شیوه های مقابله با شرایط سخت به شیوه مسئله مدار، معرفی انواع مقابله براساس تیپ های شخصیتی و فواید استفاده از این روش، آموزش عملی ( اصل ایفای نقش)
جلسه سوم	مروری بر آموخته های جلسه قبل، آموزش ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه از مشکلات، توضیح روش راهبرد مقابله هیجان مدار، علائم شناسایی و معایب استفاده از این روش، بحث گروهی ( بخش نظری و بخش عملی)
جلسه چهارم	مروری بر آموخته های جلسه قبل، توضیح روش راهبرد مقابله اجتنابی، معایب استفاده از این روش، توجیه متفاوت بودن افراد در انتخاب راهبردهای مقابله ای برحسب تیپ های مختلف شخصیتی، آموختن راهبرد اجتنابی به صورت عملی و نمایشی
جلسه پنجم	مروری بر آموخته های جلسه قبل، آموختن استفاده از منابع مقابله ( شخصی - اجتماعی - جسمانی) در مواقع مشکل - تحلیل و بررسی به کمک هم، آموزش عملی
جلسه ششم	آموزش استفاده از منابع سیستم های حمایتی، خودآرام سازی، مهارت حل مسئله، حفظ کنترل درونی، شوخ طبعی، صحبت کردن، تمرین جسمانی جهت کنترل در مواقع ناراحتی و مشکل، آموزش مجدد هر سه روش به صورت عملی و نمایشی
جلسه هفتم	مرور بر جلسات قبل، پاسخ به سئوالات آزمون شوندگان، جمع بندی، بحث و گفتگو در مورد بهترین شیوه راهبرد مقابله ای و مروری عملی و تئوری بر آموخته ها
جلسه هشتم	جمع بندی جلسات گذشته آموزش و اجرای پس آزمون ( کنترل و آزمایش)

در این پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل با توجه به ماهیت داده ها و نیز اهداف و فرضیات پژوهش، از دو شیوه آمار توصیفی شامل آزمون های توصیف داده ها نظیر (میانگین، انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون هایی که شرایط مقایسه ای میانگین های دو گروه مستقل را فراهم می نمایند نظیر (آزمون تی مستقل و آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده می گردد. تحلیل این داده ها با توجه به دقت، سرعت و سهولت تحلیل آنها در نرم افزار SPSS به منظور بررسی فرضیه های پژوهش صورت می گیرد.

## ۳. یافته ها

در جدول ۲ و ۳ میانگین نمره مولفه های سلامت عمومی و رفتارهای پرخطر در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره های سلامت روان و مولفه های آن در گروه های آزمایش و کنترل

پس آزمون	پیش آزمون	تعداد	گروه	زیر مقیاس های سلامت روان
میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار			
۲/۹۴ ± ۶/۷۵	۲/۶۱ ± ۸/۰۸	۲۵	آزمایش	علائم جسمانی
۲/۵۴ ± ۹/۲۵	۳/۷۹ ± ۹/۵۸	۲۵	کنترل	
۲/۱۱ ± ۹/۲۳	۲/۵۱ ± ۱۰/۱۷	۲۵	آزمایش	اضطراب
۴/۴۴ ± ۱۲/۲۴	۴/۴۵ ± ۱۰/۷۵	۲۵	کنترل	
۲/۶۰ ± ۸/۰۸	۲/۲۴ ± ۸/۱۷	۲۵	آزمایش	اختلال در عملکرد اجتماعی
۲/۴۹ ± ۸/۶۶	۲/۱۷ ± ۸/۴۲	۲۵	کنترل	
۳/۵۷ ± ۸/۶	۴/۰۶ ± ۸/۸۳	۲۵	آزمایش	افسردگی
۲/۵۵ ± ۸	۳/۳۴ ± ۵/۴۲	۲۵	کنترل	
۸/۳۸ ± ۳۲/۵۸	۸/۶۳ ± ۳۳/۹۲	۲۵	آزمایش	نمره کل سلامت روان
۶/۷۱ ± ۳۷/۶۷	۷/۸۴ ± ۳۴/۶۷	۲۵	کنترل	

در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمره علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون تقریباً یکسان است. اما میانگین نمرات علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در پس آزمون، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمره های رفتارهای پرخطر در گروه های آزمایش و کنترل

پس آزمون	پیش آزمون	تعداد	گروه	زیر مقیاس های رفتارهای پرخطر
میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار			
۵/۳۵ ± ۱۴/۰۱	۵/۱۲ ± ۱۶/۰۷	۲۵	آزمایش	خودکشی
۶/۶۷ ± ۱۹/۷۸	۴/۹۷ ± ۱۸/۸۸	۲۵	کنترل	
۵/۱۱ ± ۱۴/۲۳	۵/۱۴ ± ۱۴/۵۸	۲۵	آزمایش	سوء مصرف مواد
۵/۵۱ ± ۱۷/۲۴	۴/۰۸ ± ۱۴/۸۸	۲۵	کنترل	
۵/۱۵ ± ۱۲/۱۲	۵/۲۴ ± ۱۳/۸۰	۲۵	آزمایش	پرخاشگری
۶/۳۶ ± ۱۷/۱۲	۶/۳۰ ± ۱۷/۱	۲۵	کنترل	
۵/۱۲ ± ۱۴/۱۲	۵/۴۵ ± ۱۷/۲۷	۲۵	آزمایش	رفتارهای پرخطر
۶/۳۲ ± ۱۷/۲۴	۶/۲۹ ± ۱۷/۳۷	۲۵	کنترل	

در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین نمره خودکشی، سوء مصرف مواد و پرخاشگری در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون تقریباً یکسان است. اما میانگین نمرات خودکشی، سوء مصرف مواد و پرخاشگری در پس آزمون، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

به منظور بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله ای بر افزایش سلامت روان در دانش آموزان از آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آورده شده است:

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های سلامت روان در گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلابی	۰/۵۷	۵	۴	۱۵	۰/۰۰۹	۰/۵۷
لامبدای ویلکز	۰/۴۲	۵	۴	۱۵	۰/۰۰۹	۰/۵۷
اثر هتلینگ	۱/۳۳	۵	۴	۱۵	۰/۰۰۹	۰/۵۷
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۳	۵	۴	۱۵	۰/۰۰۹	۰/۵۷

برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ مولفه‌های سلامت روان از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد که آزمون ها در سطح  $P < 0/01$  معنادار هستند، و این بدان معنی است که دست کم در یکی از مولفه‌ها بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های سلامت روان در گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

مولفه های سلامت روان	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
علائم جسمانی	۱۴/۴۷	۱	۱۴/۴۷	۶/۷۴	۰/۰۱	۰/۲۷
اضطراب	۶	۱	۶	۷/۲۰	۰/۰۱	۰/۲۸
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۸۵	۱	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۳۹	۰/۰۴
افسردگی	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۳

P@01

جدول (۵) بیان می‌دارد که در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج نشان داد در مولفه‌های اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد.

به منظور بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله ای بر کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان از آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۶ آورده شده است:

جدول ۶- آزمون همگنی واریانسها در رفتارهای پرخطر در گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
۰/۵۷۷	۱	۴۸	۰/۴۵۱

در جدول ۶ مشاهده می شود در متغیر رفتارهای پرخطر و جرایم، آماره F با درجه آزادی ۱ و ۴۸ کمتر از F جدول بدست آمده و از طرفی  $P > ۰/۰۱$  است لذا شرط همگنی واریانسها برقرار است. شرایط دیگر کوواریانس نیز همچون نرمال بودن داده ها، ارتباط خطی بین کوواریانس و متغیر وابسته و همچنین موازی بودن شیب خطوط بین متغیر وابسته و کواریانس برای هر گروه برقرار بود.

در ادامه جدول ۷ آزمون کوواریانس به منظور تعیین تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر کاهش رفتارهای پرخطر نشان داده است.

جدول ۷- آزمون کوواریانس به منظور تعیین تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر کاهش رفتارهای پرخطر گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	معنی مربع ضریب اتا	توان آزمون
اثر پیش آزمون	۹۲/۶۲۶	۱	۹۲/۶۲۶	۱۶۴/۶۰۴	$P < ۰/۰۱$	۰/۷۴۵	۱
بین گروه ها	۴۸/۳۵۰	۱	۴۸/۳۵۰	۷۴/۰۱۲	$P < ۰/۰۱$	۰/۵۶۷	۱
خطا	۳۴/۹۴۱	۴۵	۰/۷۸۰				
مجموع	۶۴۵۶/۰۰۰	۴۸					

در جدول ۷ مشاهده می شود اثر پیش آزمون در متغیر رفتارهای پرخطر و جرایم در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنی دار است لذا با حذف اثر پیش آزمون مشاهده می شود در بین گروه ها آماره (۴۵ و ۱) F بیشتر از F جدول با درجه آزادی ۱ و ۴۵ می باشد از طرفی  $P < ۰/۰۱$  بدست آمده که نشان می دهد رفتارهای پرخطر و جرایم بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در سطح  $P < ۰/۰۱$  وجود دارد و این نشان دهنده اثربخشی مداخله در کاهش نمره رفتارهای پرخطر و جرایم است و این نشان می دهد آموزش مهارت های مقابله ای بر کاهش رفتارهای پرخطر و جرایم نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر کرمانشاه موثر است.

#### ۴. نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت های مقابله ای بر افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان خرم آباد انجام شده است. برای دستیابی به این هدف، فرضیه های مطرح گردیده است، که پژوهش حاضر تلاشی برای دست یافتن به پاسخ های علمی و مبتنی بر شواهد برای آن فرضیه ها می باشد.

بر این اساس نتایج نشان داد مداخله آموزش گروهی مهارت های مقابله ای بر افزایش سلامت روان دانش آموزان اثر بخش است. به عبارت دیگر پس از آموزش مهارت های مقابله ای به گروه آزمایش نتایج نشان داد تفاوت معناداری در تمامی مولفه های سلامت روان بین گروه گواه و گروه آزمایش وجود داشت. این یافته با نتایج تحقیقات عرفانی خانقاهی (۱۳۸۰) که نشان داد 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 و آقاجانی (۱۳۹۷) که در مطالعه خود نشان داد که آموزش مهارت های



زندگی، سلامت روانی آزمودنی ها را بهبود می بخشد و صادقی موحد و همکاران (۱۳۸۷) که در مطالعه خود نشان دادند آموزش مهارت های مقابله ای روش مناسبی برای کاهش علائم اختلالات روانی در بین دانشجویان مشکوک به اختلال روانی است، همخوانی داشت.

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 بودن، 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 مبادا دیوانه شوند، مدام در ترس و وحشت بسر می برند ولی با آموزش تسلط مدار بودن و شناساندن علائم 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.

دیگر یافته های پژوهش نشان داد مداخله آموزش گروهی مهارت های مقابله ای بر کاهش رفتارهای پرخطر در دانش آموزان اثر بخش است. به عبارت دیگر پس از آموزش مهارت های مقابله ای به گروه آزمایش نتایج نشان داد تفاوت معناداری در تمامی مولفه های رفتارهای پرخطر بین گروه گواه و گروه آزمایش وجود داشت. این یافته با یافته های کریمی و احمدی (۱۳۹۴)، آداو و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت بیشترین علل روی آوردن نوجوانان به رفتارهای پرخطر، علاوه بر فقر و پیشینه نامناسب تربیتی خانواده و شرایط نامساعد محیطی محل رشد نوجوان، عدم آشنایی نوجوانان با شیوه درست مقابله در مواجهه با رفتارهای پرخطر و نیز گرایش این قشر به تاثیرپذیری از همسالان خود در تقلید از رفتارهای هیجان زا و نیز عدم برخورد مناسب آنان با هیجان ها و رفتارهای استرس زا می باشد. نتایج این پژوهش حاکی از این است که آموزش مهارت های مقابله ای با ایجاد فضای روانی لازم مراجعین را با فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری آشنا کرده و این امکان را برای آنان فراهم می کند تا چگونگی ارتباط این مولفه ها و مکانیسم عمل آنها در فرایند مقابله را بهتر بشناسند و در ادامه نحوه مدیریت و استفاده از مهارت های شناختی، هیجانی و رفتاری را یاد گیرند و از این طریق نقاط ضعف و قوت خودشان را بیشتر بشناسند و این عوامل منجر به مقابله مناسب و سازنده با موانع پیش رو شده و میزان هیجان های منفی را کاهش می دهد. همان طور که نتایج پژوهش کیم و اسموئل دنیلز (۲۰۱۸) نشان داد که پایین بودن مهارت های مقابله ای در کنار سایر عوامل در نوجوانان بزهکار بیشتر است و این عوامل زمینه ساز بزهکاری در نوجوانان می باشد. بنابراین مهارت های هیجانی در نوجوانان و جوانان زمینه را برای پیشگیری و کاهش رفتارهای مشکل زا فراهم می کند (گرینبرگ، ۲۰۱۶).

شیوه مناسب برخورد افراد با رفتارهای خطرساز، ناشی از تعامل دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای مقابله ای و ارزیابی درست از موقعیت تنش زا است. استفاده از انواعی از راهبردها به افراد کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی را شناخته و راهکار مناسب برخورد با آن را پیدا نمایند. انتخاب راهبرد مقابله ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری بر افزایش استفاده از مقابله های سازگاران علاوه بر ارتقای سلامت روان، اثرگذار است (الوی و رسکیند، ۲۰۱۸). بنابراین مطالعات انجام شده می توان چنین نتیجه گرفت که راهبردهای مقابله ای براساس ارزیابی های فرد از موقعیت استرس زا و فشارهای آن تغییر می کند و تلاش های رفتاری - شناختی فعال فرد را شکل می دهد و هر چقدر راهبرد مقابله ای موثرتر در مدیریت هیجان های منفی و کاذب فرد باشد به حفظ سلامت روانی و پاسخ متناسب بیشتر کمک خواهد کرد (لازاروس و

<sup>۱</sup>Aldao, A., Nolen – Hoskema, S., Schweitzer, S.

<sup>۲</sup>Greenberg, M. T.

<sup>۳</sup>Alloy, L. B., Riskind, J. J.

فولکمن، ۱۹۸۷) در پروتکل آموزش مهارت های مقابله ای با آموزش نحوه برقراری ارتباط، آشنایی با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار، آموزش خودکنترلی و دیگر مهارت های عملی، افراد تحت آموزش با مولفه های شناختی و رفتار و شخصیتی خویش آشنا و در ادامه چگونگی کنترل رفتار خویش را یاد می گیرند. بنابراین به نظر می رسد که ارتقا توانمندی افراد در مدیریت رفتار و هیجان هایشان و روش مناسب مقابله با مشکلات موجب ارتقا و بهبود نگرش نسبت به رفتارهای پرخطر در میان دانش آموزان می شود.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان مقطع متوسطه ی دوم شهرستان خرم آباد صورت گرفته است، بایستی در تعمیم نتایج آن به سایر جامعه آماری احتیاط کرد. محدود بودن گروه به نوجوانان پسر از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می شود که در تحقیقات بعدی از دانش آموزان دختر نیز استفاده شود.

## منابع و مراجع

۱. اسدی، حسن؛ احمدی محمد رضا. (۱۳۷۹). مقایسه سلامت روانی دانش آموزان پسرورزشکار و غیر ورزشکار دبیرستانهای شهرستان سنندج. فصلنامه حرکت، سال پنجم، شماره ۴۹، ۴۹-۶۲.
۲. آقاجانی، مریم. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان. فصلنامه سلامت، سال سوم، شماره هشتم، ۱۰۱-۱۱۴.
۳. ثوابی، محمد؛ ناطقیان، علی؛ تهامی سیدحسن. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت آسیب های روانی -اجتماعی دانش آموزان دبیرستان (متوسطه دوم). کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما، آبان.
۴. حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۸۷). اصول بهداشت روانی. مشهد: به نشر، انتشارات آستان قدس رضوی.
۵. رجبی، غلامرضا؛ حریرزوی مهدی. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی بخش حمیدیه شهر اهواز. مجله علوم بهداشتی جندی شاپور، سال چهارم، شماره چهارم، ۲۵-۳۶.
۶. رحیمی، علی رضا؛ نوایی یاور. (۱۳۹۸). بررسی میزان تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر کاهش رفتارهای خطرناک دانش آموزان پسر. مجله علمی پژوهان، دوره ۱۵، شماره سه، ۴۴-۸۴.
۷. سپهرمنش، زهرا؛ احمدوند، افشین؛ یآوری، پروین؛ ساعی رضوان. (۱۳۸۷). سلامت روان نوجوانان دبیرستانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۳. مجله اپیدمیولوژی ایران، سال دوم، شماره چهارم، ۴۳-۴۹.
۸. صادقی موحد، فریبا؛ نیمانی، محمد؛ رجبی سوزان. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هشتم، شماره سوم، ۲۶۱-۲۶۹.
۹. صادقیان، عفت؛ حیدریان پورعلی. (۱۳۸۸). عوامل استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. فصلنامه حیات، سال اول، شماره پانزدهم، ۷۱-۸۱.
۱۰. ضرابی، هما؛ کوشا، مریم؛ محتشم امیری، زهرا؛ کیانی سید امیر. (۱۳۸۰). شیوع آسیب شناسی روانی در دانش آموزان مقطع متوسطه شهر رشت. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال دهم، شماره ۳۹ و ۴۰، ۵۰-۵۵.
۱۱. عرفانی خانقاهی، معصومه. (۱۳۸۰). 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، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۲. کریمی، زهرا؛ احمدی نرگس. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی مهارت های مقابله ای بر کاهش سوء مصرف مواد در نوجوانان. فصلنامه سلامت، سال دوم، شماره سیزدهم، ۱۴۵-۱۶۷.

۱۳. گلشن، علیرضا؛ صاحب، نادر؛ اسلامی میمند، ابراهیم؛ سلمانزاده حسین. (۱۳۹۳). پیشگیری از آسیب های اجتماعی در مدارس. چاپ اول، اردبیل، محقق اردبیلی.
۱۴. محمدی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنش زدایی تدریجی و مهارت های مقابله ای مسئله محور بر کنترل استرس و شرایط مخاطره آمیز در دختران آسیب دیده اجتماعی. اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان، هرمزگان، ایران.
۱۵. مصطفایی، محمدمهدی (۱۳۹۷)، " بررسی اثربخشی مهارت های درمانی بر سلامت روان"، فصلنامه ره آورد نوین، سال سوم، شماره دوازدهم، ۱۶۷-۱۹۸.
۱۶. نادری، مریم. (۱۳۸۹). بررسی مولفه های سلامت روان در نوجوانان. تهران: رشد.

۱. Aldao, A., Nolen – Hosksema, S., Schweitzer, S. (2010), "Emotion regulation strategies across Psychopathology", A Meta – analytic review *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
۲. Alloy, L. B., Riskind, J. J. (2018). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*". Rutledge.
۳. Greenberg, M. T. (2016), "Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with neuroscience", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1049, 139-150.
۴. Hasking, P. A. (2017), "Reinforcement sensitivity, Coping, and delinquent behavior in adolescents", *Journal of Adolescence*, 30(5), 739-749.
۵. Kim, H. S., Samuels – Dennis, J. (2018), "The influence of psychosomatic symptoms, physical and sexual abuse, and coping strategies on delinquent behavior among Korean adolescents", *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 155-164.
۶. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987), "Transactional theory and research on emotions and coping", *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
۷. Peach, H.D., Gaultney, J. F., Mukthong A., Intanont, T. (2016), "Sleep, Impulse control and sensation-seeking predict delinquent behavior in adolescents", *Green Value Added. Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 24, No. 7. 673-680.
۸. Rickelman, B. L., Houfek, J. F. (2019), "Toward an interactional model of suicidal behaviors, cognitive rigidity, attribution style, stress, hopelessness and depression", *Archives of psychiatric Nursing*. Ix (3). PMID: 79845.

پرتال جامع علوم انسانی