



بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی بر آگاهی، اعتقاد و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران

معصومه عرفانی خانقاهی^۱، دکتر فروغ شفیعی^۲، دکتر رضاتو کلی^۳

چکیده

مقدمه: نظر به اهمیت سلامت روان به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از سلامتی انسان و با توجه به شیوع بالا و ناتوان کنندگی بسیار شدید و طولانی اختلالات روان (که در تحقیق معروف بار جهانی بیماری‌ها به آن اشاره شده است) و نقشی که آگاهی و نگرش مردم در استفاده از خدمات بهداشت روانی دارد، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی بر آگاهی، اعتقاد و نگرش دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی در سال ۸۱-۱۳۸۰ در تهران انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی، منطقه ۷ تهران انتخاب گردید و سپس از دو مرکز پیش دانشگاهی دخترانه به طریق نمونه‌گیری احتمالی نوع خوشه‌ای، ۱۵۰ دانش آموز، انتخاب شدند و نمونه‌های مورد نظر طی دو مرحله که آزمون اولیه قبل از اجرای برنامه آموزشی و آزمون ثانویه بعد از اجرای برنامه آموزشی بود، با پرسشنامه‌ای که حاوی سؤالاتی در مورد آگاهی آنها از مشکلات روانی (اضطراب و افسردگی)، اعتقادات آنها نسبت به مشکلات روانی ذکر شده و خودپنداره و همچنین متغیرهای زمینه‌ای بود مورد ارزشیابی قرار گرفتند و نتایج حاصله به کمک آزمون‌های زوج، آنالیز واریانس یکطرفه و تست شفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تست زوج بین میانگین نمرات آگاهی، اجزاء مدل اعتقاد به سلامتی و خودپنداره دانش آموزان، نشان دهنده اختلاف معنی داری ($P < 0/005$) قبل و بعد از آموزش بود.

نتیجه‌گیری: آموزش بهداشت روانی می‌تواند باعث ارتقاء آگاهی و تأثیر مثبت در اعتقادات، نگرش و خودپنداره افراد گردد و این مطالعه می‌تواند شروعی برای تحقیقات بعدی در این زمینه باشد.

کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش، بهداشت روانی

مقدمه

پراهمیت است. متأسفانه در اکثر نقاط جهان، سلامت روانی و اختلالات روانی به اندازه سلامت جسمی مورد توجه قرار نمی‌گیرند، در نتیجه جهان از بار اختلالات روانی رنج برده و این شکاف در درمان هر روز وسیع‌تر و گسترده‌تر می‌شود (۱). شیوع بالا و ناتوان کنندگی بسیار شدید و طولانی اختلالات

سلامت اجتماعی، روانی و جسمی مانند رشته‌هایی درهم پیچیده است که عمیقاً با یکدیگر وابستگی متقابل دارند. شناخت این ارتباط، آشکار می‌سازد که سلامت روانی برای رفاه و تندرستی کلی افراد، جوامع و کشورها، حیاتی و بسیار

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ۲- دانشیار گروه خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳- استادیار گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ...

روانی را برای افراد تسهیل کند (۱).

ذکر این نکته ضروری است که استفاده از مدل اعتقاد به سلامتی در این پژوهش این مزیت را دارد که پس از تعیین اجزای مدل با تأکید بر منافع و حساسیت و شدت درک شده و شناخت موانع درک شده، می‌توان در رفع موانع از طریق آموزش اقدام نمود و به این ترتیب تغییری در نگرش افراد در جهت اهمیت دادن به اختلالات روانی و مراجعه به موقع برای درمان، ایجاد نمود.

از طرفی لازم به ذکر است که با توجه به این که مشکلاتی مثل افسردگی و اضطراب از جدی‌ترین مشکلات دانش آموزان دبیرستانی است (۶) و این دو اختلال در زنان شیوع بیشتری (دو برابر) نسبت به مردان دارد (۷) و (۸) و این تفاوت در جوانان، بیشتر است (۹) و مدرسه بهترین محل برای اجرای برنامه‌های جامع بهداشت روانی است (۱۰) و تا بحال در ایران تحقیقی که در آن از مدل‌های آموزش بهداشت در آموزش بهداشت روانی به دانش آموزان استفاده شده باشد، انجام نگرفته است، جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی در نظر گرفته شده است.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی (Quasi experimental) بوده است. به این ترتیب که پژوهشگر یک وضعیت خاص را که همان اجرای برنامه آموزشی (بر اساس مدل اعتقاد به سلامتی) بوده برای ۱۵۰ دانش آموز دختر مقطع پیش دانشگاهی منطقه ۷ آموزش و پرورش، ایجاد نموده و در طی دو مرحله که عبارت از آزمون اولیه، قبل از اجرای برنامه آموزشی و آزمون ثانویه بعد از اجرای برنامه آموزشی است چگونگی تأثیر آن را بر متغیرهای این پژوهش که آگاهی، اجزای مدل یا اعتقادات (حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و شدت درک شده)، راهنماهای عمل و خودپنداره (نگرش هر فرد در رابطه با موجودیت انسانی خود) می‌باشد، مورد ارزیابی قرار داده است.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه بوده است که به منظور دستیابی به اهداف پژوهش شامل دو بخش عمده و مشتمل بر ۷۲ سؤال کلی می‌باشد.

روانی به روشنی در تحقیق معروف "بار جهانی بیماری‌ها" (کریستوفر جی ال و آلن لویز، ۱۹۹۰) نشان داده شده است (۲)، این تحقیق نشان می‌دهد که در میان ۱۰ علت اول در کل جهان در سال ۱۹۹۰ که بر اساس سال‌های سرشده با ناتوانی برآورد شده است، ۵ علت روانی بوده است. ناراحتی‌های عصبی و روانی ۲۸٪ از سال‌های همراه با ناتوانی (Lived with disability) را به خود اختصاص می‌دهند، پیش بینی‌ها حکایت از آن دارد که در سال ۲۰۲۰ سهم ضایعات روانی و عصبی حدود ۵۰٪ افزایش می‌یابد و از ۱۰/۵٪ در سال ۱۹۹۰ به ۱۵٪ کل بار جهانی می‌رسد، این افزایش در سهم نسبی، حتی بیش از افزایش بیماری‌های قلبی عروقی است (۳).

بر اساس گزارش "تحولات جهان بانک جهانی در سال ۱۹۹۳ مسائل بهداشت روان ۸٪ کل بیماری‌های جهانی را در بر می‌گرفته است و این سهمی بالاتر از آن چیزی است که بوسیله سل، سرطان یا بیماری‌های قلبی تحمیل می‌گردد. بر اساس مطالعه سازمان جهانی بهداشت در رابطه با وجود اختلالات روانی در ۱۴ کشور، شایع‌ترین اختلالات، افسردگی (۱۰٪) و اضطراب فراگیر (۸٪) بوده است (۴)، علاوه بر این در گزارشی که سازمان جهانی بهداشت در (ژوئن ۲۰۰۱) منتشر کرده است میزان شیوع اختلالات افسردگی ۱۰/۴٪ و اضطراب فراگیر ۷/۹٪، گزارش شده است (۱). امروزه در حالی که میلیون‌ها نفر از انواع بیماری‌های روانی در رنج هستند، دانش، نگرش و رفتار نادرست مردم، عامل مهمی در محرومیت آنها در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و بویژه مراقبت‌های اندک بهداشت روانی است (۵)، یکی از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (ژوئن ۲۰۰۱) برای همه کشورها، آموزش عموم مردم است، که به منظور افزایش آگاهی مردم در زمینه بهداشت روانی در همه کشورها باید آغاز شود، و بر این نکته تأکید دارد که هدف اصلی آموزش باید کاهش موانع درمان باشد که از طریق افزایش آگاهی مردم از فراوانی اختلالات روانی، ماهیت آنها، اثرات و قابل درمان بودن این اختلالات، امکانپذیر است و در ادامه اشاره می‌کند که فعالیت‌های سازمان یافته آموزشی و آگاه سازی عموم مردم، که با برنامه‌ریزی خوبی طراحی شده باشد می‌تواند تبعیض‌ها را کاهش داده و استفاده از خدمات بهداشت روانی را افزایش دهد و مراقبت‌های بهداشتی جسمی

یافته ها

در این تحقیق ۱۵۰ دانش آموز دختر مقطع پیش دانشگاهی منطقه ۷ آموزش و پرورش تهران، مورد مطالعه قرار گرفته اند. نتایج نشان می دهد که بالاترین درصد فراوانی تحصیلات والدین دانش آموزان تحت بررسی به ترتیب ۴۴٪ در مقطع دیپلم برای پدران و ۴۴٪ در مقطع دیپلم برای مادران آنها بود. شغل ۴۷٪ از پدران دانش آموزان تحت بررسی، آزاد و شغل ۸۰٪ از مادران آنها خانه دار بوده است که هر دو بالاترین درصد فراوانی را داشته است. ۸۷٪ از دانش آموزان تحت بررسی در خانواده خود، سابقه مشکلات روانی داشته و همچنین ۸۷٪ از دانش آموزان مورد بررسی، تک والد بوده اند و ۹۱٪ با پدر و مادر (هر دو) زندگی می کرده اند.

سطح آگاهی دانش آموزان تحت بررسی بعد از آموزش بیشتر شده، به طوری که میانگین نمره آگاهی از ۸۶/۷۹ و (SD=۱۷/۹۷) به ۱۱۴/۰۶ و (SD=۱۶/۴۰) افزایش یافته است که جهت تعیین تاثیر آموزش از آزمون زوج استفاده شده و نتیجه آزمون (جدول ۱) نشان می دهد که آموزش در ارتقاء آگاهی دانش آموزان نسبت به مشکلات روانی تاثیر مثبت داشته است، (P<۰/۰۰۰۵).

به دنبال افزایش آگاهی، استفاده از راهنماهای عمل و کاهش موانع، سه عامل حساسیت، شدت و منافع درک شده در

بخش اول: شامل ۴۷ سؤال مربوط به متغیرهای زمینه ای (تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر، سابقه بیماری روانی در خانواده و تک والد بودن دانش آموزان تحت بررسی)، آگاهی و اعتقادات در رابطه با مشکلات روانی (افسردگی و اضطراب) و راهنماهای مورد استفاده در زمینه بهداشت روانی و بخش دوم: شامل آزمون خودپنداره "بک" که مشتمل بر ۲۵ سؤال می باشد.

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه محقق ساخته، از روش اعتبار محتوا (Content validity) استفاده شده و تعیین اعتماد علمی پرسشنامه نیز با روش بازآزمایی (test-retest) مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه در هر دو نوبت با حدود ۹۰٪ اطمینان با هم تطبیق داده شده است. تست خودپنداره "بک" نیز که در سال ۱۹۷۶ توسط "بک" و "استیر" تدوین شده است دارای همسانی درونی ۰/۸۰ و پایایی (از طریق بازآزمایی) ۰/۸۸ می باشد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به کیفی و کمی بودن متغیرها، پس از ارائه اطلاعات در قالب جداول فراوانی و نمودارها، از آزمون زوج، آنالیز واریانس یکطرفه و تست شفنی (Schaffer)، استفاده شده، بدین صورت که اطلاعات به صورت گد وارد کامپیوتر شده و برای تحلیل های آماری از نرم افزار SPSS تحت Windows، ۹.۱.۰ استفاده گردیده و $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شده است.

جدول ۱:

میانگین و انحراف معیار نمرات خودپنداره، آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد به سلامتی در رابطه با بهداشت روانی در دانش آموزان تحت بررسی منطقه ۷ آموزش و پرورش تهران، قبل و بعد از آموزش بهداشت روانی سال ۸۱-۱۳۸۰

P	T	بعد از آموزش			قبل از آموزش			وضعیت عوامل
		انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
< ۰/۰۰۰۵	-۲۰/۰۵۳	۱۶/۴۰	۱۱۴/۰۶	۱۵۰	۱۷/۹۷	۸۶/۷۹	۱۵۰	آگاهی
< ۰/۰۰۰۵	-۱۰/۶۶۳	۳/۲۶	۲۱/۰۸	۱۵۰	۳/۹۸	۱۷/۹۱	۱۵۰	حساسیت درک شده
< ۰/۰۰۰۵	-۱۰/۳۱۰	۱/۸۹	۱۹/۰۷	۱۵۰	۲/۴۴	۱۶/۹۶	۱۵۰	شدت درک شده
< ۰/۰۰۰۵	۱۱/۳۵۸	۴/۶۲	۲۹/۱۳	۱۵۰	۵/۳۳	۲۴/۷۴	۱۵۰	موانع درک شده
< ۰/۰۰۰۵	۱۳/۰۳۷	۲/۱۸	۲۵/۱۳	۱۵۰	۳/۳۵	۲۱/۸۳	۱۵۰	منافع درک شده
< ۰/۰۰۰۵	۱۱/۴۵۰	۲/۷۴	۷/۶۳	۱۵۰	۲/۷۸	۴/۷۰	۱۵۰	راهنمای عمل
< ۰/۰۰۰۵	۷/۳۲۸	۹/۸۰	۸۷/۸۳	۱۵۰	۹/۰۱	۸۳/۵۱	۱۵۰	خودپنداره

لازم به ذکر است در رابطه با موانع درک شده چون امتیاز بندی به صورتی است که، پاسخ های مخالف، بالاترین امتیاز را می گیرد افزایش عدد میانگین به معنای کاهش موانع می باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد به سلامتی و مقایسه آن بر حسب سطح تحصیلات مادر در دانش آموزان تحت بررسی (قبل از آموزش) منطقه ۷ آموزش و پرورش تهران سال ۸۱-۸۰ (به روش آنالیز واریانس یکطرفه)

P (Value)	F	جمع			دانشگاهی			دیپلم			متوسطه			راهمایی			ابتدایی			تیسواد			میزان تحصیلات مادر آگاهی و عوامل مدل آگاهی
		انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد				
۰/۴۳۳	۰/۹۹۷	۱۷/۹۷	۸۶/۷۹	۱۵۰	۱۸/۱۴	۸۳/۳۵	۶۶	۱۶/۱۵	۸۵/۸۵	۶۶	۱۶/۸۰	۸۳/۱۳	۸	۱۵/۶۹	۸۸/۷۴	۲۳	۱۶/۴۰	۹۷/۳۱	۲۹	۲۲/۴۳	۸۱/۵۰	۴	حساسیت درک شده
۰/۵۱۴	۰/۸۵۴	۳/۹۸	۱۷/۹۱	۱۵۰	۳/۶۰	۱۷	۲۰	۴/۹۰	۱۸	۸	۳/۸۳	۱۸۳/۰	۲۳	۳/۷۷	۱۷/۵۹	۲۹	۳/۳۰	۱۷/۵۹	۲۹	۲۱/۳۵	۱۵/۳۵	۴	شدت درک شده
۰/۱۴۱	۱/۶۸۷	۲/۴۴	۱۶/۹۶	۱۵۰	۱/۶۶	۱۶/۳۰	۲۰	۱/۶۰	۱۷/۰۹	۶۶	۱/۶۰	۱۸۳/۸	۸	۳/۰۶	۱۶/۴۳	۲۳	۲/۸۸	۱۷/۲۸	۲۹	۱/۲۱	۱۵/۳۵	۴	مفایع درک شده
۰/۱۳۰	۱/۷۸۴	۳/۳۵	۲۱/۸۳	۱۵۰	۲/۸۰	۲۱/۵۵	۲۰	۲/۵۵	۲۱/۳۱	۶۶	۲/۵۵	۲۳/۳۵	۸	۳/۰۹	۲۲/۰۹	۲۳	۲/۴۳	۲۳/۲۸	۲۹	۲/۴۳	۲۰/۵۰	۴	موانع درک شده
۰/۰۱۹	۲/۲۹۴	۵/۳۳	۲۴/۲۴	۱۵۰	۵/۲۲	۲۴/۳۵	۲۰	۴/۶۶	۲۴/۳۷	۶۶	۴/۶۶	۲۶/۵۰	۸	۵/۱۵	۲۵/۶۵	۲۳	۵/۳۳	۲۵/۵۵	۲۹	۲/۵۸	۱۶	۴	موانع عمل در بعد خارجی
۰/۰۰۱	۱/۸۸۳	۳/۷۸	۲۷/۷۰	۱۵۰	۳/۳۸	۴/۳۰	۲۰	۳/۰۷	۴/۴۱	۶۶	۳/۰۷	۶	۸	۲/۵۵	۵/۱۳	۲۳	۳/۴۳	۵/۳۸	۲۹	۳/۳۱	۲	۴	

همچنین یافته های تحقیقات نشان می دهد که در مقایسه دانش آموزانی که تک والد بوده اند با آنهایی که نبوده اند از نظر آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد به سلامتی به غیر از حساسیت درک شده ($P < ۰/۰۰۲$) که بین دو گروه اختلاف معناداری از نظر آماری وجود دارد در رابطه با آگاهی و سایر عوامل مدل، بین گروه ها اختلاف آماری معناداری دیده نشده است. لازم به ذکر است حساسیت نسبت به مشکلات روانی در گروه تک والد بیشتر از گروهی است که تک والد نیستند.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات خودپنداره، آگاهی و عوامل تشکیل دهنده مدل اعتقاد به سلامتی در رابطه با مشکلات روانی، قبل و بعد از آموزش، (آموزش حضوری، ارائه پمفلت و جزوه) نشان می دهد که در رابطه با همه متغیرهای ذکر شده، اختلاف آماری معنادار وجود دارد، لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش بهداشت روانی می تواند بر آگاهی، نگرش و اعتقادات دانش آموزان نسبت به مشکلات روانی تأثیر مثبت داشته باشد. افزایش معنادار در آگاهی، بعد از برنامه آموزشی، مشابه یافته های مطالعه ای است که در سال ۱۹۹۰ در ایالات متحده توسط سیلبرت (Silbert) و همکارانش بر روی دانش آموزان انجام شده و نتایج نشان می دهد که آموزش در رابطه با مشکلاتی مثل اضطراب، می تواند در آگاهی دانش آموزان تأثیر مثبتی داشته باشد (۱۱).

کاهش موانع بعد از آموزش بهداشت روانی در این تحقیق، مشابه یافته های مطالعه ای است که در سال ۱۹۸۰ توسط موریسون (Morrison) و همکاران بر روی نگرش دانش آموزان انجام شده و نتیجه این است که از طریق اطلاعات لازم، نگرش منفی دانش آموزان نسبت به بیماری های روانی کاهش یافته است (۱۲). فعالیت های کالج روانشناسان انگلیس (به نقل از دوراکوهن، ۲۰۰۰) برای افزایش آگاهی مردم در رابطه با افسردگی و کاهش ننگ همراه با این بیماری نشان دهنده تغییر مثبت معنادار در نگرش افراد نسبت به افسردگی می باشد که مشابه یافته های بررسی حاضر است (۱۳).

نتایج حاصل از این تحقیق در رابطه با تأثیر آموزش بر خودپنداره دانش آموزان تحت بررسی، مشابه یافته های

- ۴- کرایج، تی کی. مسائل شایع بهداشت روان در مراقبت اولیه. ترجمه مهرداد طاووسی. سال سوم. شماره پنجم. ۱۳۷۷. صص ۶۸-۶۳.
- ۵- بوالهروی، جعفر. بهداشت روان برای کاردان های بهداشت. چاپ دوم تهران، انتشارات بشری، ۱۳۷۴. ص ۸.
- 6- Waist Mark D, Myers C Patrick, Dan forth Jeffrey. et al. Expanded School Mental Health Services: Assessing Needs Related to School Level and Geography. Community Mental Health Journal, Vol. 36, No. 3, June 2000.
- 7- Angst. J. The prevalence of depression in: M. Bailey and S. Montgomery (eds) Antidepressant therapy at the Down of Millennium, London: Martin Dents Ltd. 1998, PP: 191-212.
- 8- Kathryn, J. Zerbe. Women's Mental Health in primary Care. W. B. Saunders Company. 1999.
- 9- Dora Kohen. Women and Mental Health. First published. By Rutledge; 2000, pp: 1-40.
- ۱۰- رابرت، هندرن. جان، ارلی. روانا، بیول. برنامه های بهداشت روان مدارس، ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی، کارینه طهماسیان، تهران: انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۷، ص ۷.
- 11- Silbert Kathy L, Berry Gordon L. Psychological Effect of a Suicide Prevention Curriculum on Adolescents' Level of Stress, Anxiety and Hopelessness: Implication for mental Health Professionals. 1990. <http://askeric.Org/nlweb-Cgi>.
- 12- Morrison James k, Teta Dianac, Reducing Students' fear of Mental illness by Means of Seminar - Induced Belief Change. Journal of Clinical Psychology; 1980. V: 36. No 1. P 275-76.
- 13- Brown Stephen L. Teaching Preventive mental health skills to Functional College Students: A comparison of three classroom-based interventions. 2001. <http://www.Lib.umi>
- 14- Hynes NM, Comer Jp. The effects of a school development program on self-concept. 1990. <http://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov>.
- ۱۵- پزشکی، زهرا. بوالهروی، جعفر. بررسی نگرش اهالی چند روستای شمال شهر تهران در زمینه بیماری روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۲ و ۳، ۱۳۷۳؛ صص ۷۴-۶۸.

مطالعه ای است که در ۱۹۹۰ توسط هاینس (Hynes) و همکاران در مرکز مطالعات کودکان یل (Yale) انجام شده است (۱۴). در رابطه با میزان تحصیلات پدر و نگرش نسبت به مشکلات روانی، بررسی پزشکی و همکاران نیز در سال ۱۳۷۰ در شمال تهران نشان می دهد که هر چه معلومات خانواده بیشتر باشد نگرش بهتری نسبت به مشکلات روانی دارند اما اختلاف ها از نظر آماری معنادار نبوده است (۱۵). به طور کلی سعی پژوهشگر این است که آگاهی دانش آموزان از علایم اختلالات روانی شایع (افسردگی و اضطراب) افزایش یابد به طوری که با مشاهده این علائم در خود در طلب کمک از یک فرد متخصص (روانپزشک و روانشناس) باشند، قطعاً در رابطه با رفتار طلب کمک بخصوص در مورد مشکلات روانی موانعی وجود دارد که از جمله بر حسب بیمار روانی زدن به افراد از طرف جامعه، عدم اعتقاد به درمان پذیر بودن اختلالات روانی، عدم آگاهی از علایم و نشانه های مشکلات روانی که ضرورت مراجعه به یک فرد متخصص را نشان می دهد و دیگر اینکه افراد خود را مصون از ابتلا به اختلالات روانی بدانند،... و در مجموع می توان گفت که با آموزش در قالب مدل اعتقاد به سلامتی، هم می توان مفید بودن درمان را نشان داد و هم موانع درمان را در جامعه تحت مطالعه مورد ارزیابی قرار داد و همچنین حساسیت افراد را نسبت به مشکلات روانی افزایش داد به نحوی که به اختلالات روانی نیز به اندازه اختلالات و مشکلات جسمی اهمیت داده و با تشخیص زودرس توسط متخصصین، از پیشرفت بیماری و بار ناشی از آن برای جامعه بکاهند.

References

- 1- WHO. The World Health Report 2001; Mental Health: New understanding, New Hope. 2001: PP 3-4.
- ۲- سازمان جهانی بهداشت. بهداشت روان گرداگرد جهان. ترجمه داود شاه محمدی. انتشارات وزارت بهداشت و درمان. اداره پیشگیری و مبارزه با بیماری ها. چاپ اول. ۱۳۸۰، صص ۶-۱.
- ۳- موری، کریستوفر. لویز، آلن. بار جهانی بیماری ها (خلاصه). ترجمه پژمان شادپور. چاپ اول، تهران، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷، صص ۳۷-۲۱.

The Effect of Mental Health Education On Pre University High School Girls Concerning Their Attitude; Beliefs, and The Knowledge Towards The Subject

M.Erfani Khanghahi (M.Sc)¹, F. Shafiei (ph.D.)², R. Tavakoli (ph.D.)³

Abstract

Introduction: Considering the significance of mental health as an inseparable part of human health, and in view of its high prevalence and severe long disabling effect, and the role that people's knowledge and belief have in utilizing mental health services, this research was performed with the purpose of studying the effects of mental health education on the awareness, belief and attitude of high school girl students at pre-university phase, in the year 2001-2002 in Tehran.

Methods: In this quasi-experimental study, Tehran's 7Th educational district was selected for the study. With the application of randomized cluster sampling method, 150 high school girl students from two pre-University phases were chosen. Samples were evaluated at two stages, before the implementation of the educational program and after, by using a questionnaire including the awareness level of mental problems (anxiety, depression), their attitude towards mental problems, self-concept and existing variables. The results were analyzed, using paired T test, one way variance analysis and Schaffer test.

Findings: Results of paired T-test between the mean score of knowledge, components of health belief model and self concept scores of students indicated significant difference before and after educational program implemented ($P < 0.0005$).

Results: Mental health education has a positive effect on knowledge, beliefs, attitude and self-concept of people. This study is considered to be a beginning to more future research in this field

Key words: *Knowledge Attitude, Mental Health, Health Belief Model.*

1- M.Sc. Graduate, Department of Health Education, Iran University of Medical Sciences

1- Associate Professor, Department of Health services, Tehran University of Medical Sciences

3- Assistant professor, Department of Health services, Baghiyatollah University of Medical Sciences