

# تأثیر آموزش با استفاده از بحث گروهی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان دختران نوجوان دانش آموز منطقه ۶ تهران

مهناز صلیحی<sup>۱</sup>، آزاده صادقی<sup>۲</sup>، مسعود رودباری<sup>۳</sup>

چکیده

سلامت کودکان و نوجوانان اولویت اصلی همه کشورهاست زیرا آینده هر کشور به سلامت آنان متکی است. این در حالی است که حدود یک پنجم از کودکان و نوجوانان دنیا از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می‌برند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش سلامت روان با استفاده از بحث گروهی، بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در دختران نوجوان دانش آموز در منطقه ۶ شهر تهران است. در این مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد، جامعه مورد پژوهش دانش آموزان دختر پایه دوم راهنمایی دولتی در منطقه ۶ شهر تهران بودند. تعداد نمونه ۵۳ نفر بود که به روش خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات چک لیست محقق ساخته بود که اعتبار و پایایی آن بررسی شد. دانش آموزان به مدت یازده جلسه یک‌ساعته به روش بحث گروهی و کار عملی در گروه، مورد آموزش قرار گرفتند و نمونه‌ها طی دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های بدست آمده نشان می‌دهد میانگین امتیاز رفتارهای پیشگیری کننده در مرحله‌ی قبل از مداخله‌ی آموزشی ۴۴/۵ ( $SD= ۷/۹۵$ ) و در مرحله بعد ۵۲/۷ ( $SD= ۸/۷۸$ ) بدست آمد و آزمون تی تست زوجی اختلاف معنی داری را میان این میانگین‌ها نشان داد ( $P<۰/۰۰۱$ ). در نهایت چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله آموزشی برنامه ریزی شده با روش بحث گروهی در زمینه سلامت روان بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نوجوانان دختر مؤثر است.

کلید واژگان: آموزش، بحث گروهی، رفتار، سلامت روان، نوجوان

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

دوره ۲، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۳۹۱

مقاله اصیل پژوهشی

۱- دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۲- نویسنده مسؤول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کارشناس آموزش سلامت و تحقیق و توسعه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نشانی: کرمان؛ بلوار جمهوری اسلامی، چهارراه شفا، دانشگاه علوم پزشکی، معاونت بهداشتی، واحد آموزش سلامت

تلفن: ۰۳۴۱۲۱۰۵۷۱۰. نمابر: ۳۴۱۲۱۱۴۲۳۱۰

پست الکترونیک:

azadeh\_sadeghi87@yahoo.com

۳- دکترای تخصصی آمار زیستی؛ مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشیار گروه آمار و ریاضی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۹۰/۹/۳۰

اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۱۷

پذیرش: ۹۱/۵/۳۰

## مقدمه

سلامت روانی با عواطف، تفکر و رفتار آدمی ارتباط دارد. فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است، معمولاً می‌تواند با حوادث روزافزون و مشکلات روزمره مقابله کند، اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در جامعه داشته باشد [۱].

اختلالات روان شناختی یکی از عوامل مهم کاهش کیفیت زندگی در جوامع کنونی است [۲]. بر حسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۴۵۰ میلیون نفر از مردم جهان به یکی از انواع اختلالات روانی - عصبی مبتلا هستند. یک چهارم مردم دنیا به یک یا چند اختلال روانی خفیف تا شدید دچار هستند. تقریباً ۱۳٪ سال‌های ناتوانی در طول عمر به واسطه این اختلالات است، که این مقدار تا سال ۲۰۲۰ به ۱۵٪ افزایش می‌یابد [۳]، که این افزایش، حتی از افزایش بیماری‌های قلبی - عروقی نیز بیشتر است [۴]. طبق گزارش این سازمان بهداشت جهانی، در طول دو دهه آینده جهان شاهد تغییرات عمده در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی افراد جامعه خواهد بود، به گونه‌ای که بیماری‌های روانی در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ زودرس قرار می‌گیرند [۵].

کودکان و نوجوانان بیش از سایر جمعیت آسیب پذیر هستند، اما بسیار کمتر از بزرگسالان از حمایت و مراقبت‌های لازم برخوردارند. تقریباً یک پنجم کودکان و نوجوانان ۱۷ ساله و کمتر در دنیا از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می‌برند [۴]. از آنجا که دوره نوجوانی با تحولات فراوانی در زمینه‌های زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی همراه می‌باشد و هر یک از این تغییرات می‌تواند یک عامل بحران‌زا برای نوجوان محسوب گردد و در مواردی موجب بروز مشکلات رفتاری برای آنها شود بررسی و تفحص پیرامون این تحولات و مشکلات حائز اهمیت است [۶]. در گزارش سازمان جهانی بهداشت با عنوان مراقبت از کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های روانی در سال ۲۰۰۳ در ژنو آمده است که ۲۰٪ کودکان و نوجوانان از اختلال‌های روانی

ناتوان کننده رنج می‌برند [۷]. سازمان ملی جوانان ایران در تأیید این مطلب می‌نویسد: مشکلات سلامت روان نوجوانان و جوانان ما بسیار جدی و نگران کننده است به طوری که ۴۲/۵ درصد از آنان، مشکلات سلامت روان دارند [۸].

یافته‌های پژوهش‌های گوناگون و نیازسنجی‌های آموزشی، اهمیت برنامه‌های ارتقای سلامت روان<sup>۱</sup> را به عنوان یک اولویت در زندگی نوجوانان، جهت بهبود کیفیت زندگی افراد (مخصوصاً در نوجوانان دختر) متذکر می‌شود [۲]. تحقیقات نشان می‌دهد شیوع اختلالات روانی و عاطفی و رفتاری در نوجوانان به خصوص در نوجوان دختر در طی سال‌های اخیر افزایش داشته است و اختلالات عاطفی در دختران بیش از پسران است [۹]. دختران در نوجوانی در معرض محدودیت‌های سنگین ناشی از نقش جنسیتی قرار می‌گیرند، همچنین دختران نیاز بیشتری به تأیید در گروه همسالان دارند به طوری که میان طرد شدگی توسط همسالان و مشکلات رفتاری همبستگی بالایی گزارش شده است [۱۰]. امروزه در ساختار کلی مراقبت بهداشتی جامع باید به آموزش و مراقبت از خود بیش از درمان یا متکی شدن به واحدهای ارائه خدمات بهداشتی تأکید شود. همچنین باید کوشش شود ظرفیت فرد برای استقلال و خودکفایی فرد ارتقاء یابد. آموزش بهداشت به مردم برای اخذ تصمیم دربارهی سلامتی و کسب اعتماد و مهارت‌های لازم برای عمل به تصمیمات کمک می‌کند [۱۱]. در کار با گروه‌ها آموزش بهداشت به دنبال درگیر کردن افراد و گروه‌ها و تشویق اعضا گروه به مشارکت فعال در پروژه‌های یادگیری است [۱۲]. با توجه به ویژگی‌های نوجوانان از جمله استقلال طلبی و خودمحوری و اطمینان نسبت به گروه همسالان، استفاده از مشارکت نوجوانان موجب افزایش تأثیر آموزش می‌شود. بحث گروهی، فعالیت‌های فوق برنامه و نوآوری‌ها از جمله روش‌های آموزشی است که می‌تواند، تفکر محوری را در نوجوان ایجاد کند و همچنین با توجه به اینکه مهارت‌های بهداشت روان مثل حل مسئله و شیوه‌های سازگاری در دوره

<sup>۱</sup> Mental health promotion

نوجوانی شکل می‌گیرد، مداخلات مناسب در زمینه‌ی سلامت روان می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در سنین بزرگسالی بیانجامد [۸].

بررسی مطالعات انجام شده در ایران و جهان لزوم آموزش برنامه ریزی شده و سیستماتیک در نوجوانان جهت فرهنگ سازی و ایجاد نگرش مثبت، اصلاح شیوه زندگی در زمینه سلامت روان را بیان می‌کند، تأثیر مثبت آموزش در افزایش آگاهی، تغییر، اصلاح نگرش و عملکرد در مداخلات بهداشت عمومی مختلف به اثبات رسیده است. از جمله این تحقیقات Catipović [۱۳]، Wood [۱۴] و Wright [۱۵] است. در ایران اخیراً چندین مطالعه مداخله‌ای در جهت ارتقای سلامت نوجوانان انجام گرفته است که همگی این تحقیقات تأثیر مثبت آموزش برنامه ریزی شده را در ارتقای سلامت نوجوانان نشان می‌دهد [۱۶، ۱۷، ۱۸].

با توجه به اهمیت شناخت همه جانبه مسایل و مشکلات بهداشت روانی در گروه سنی نوجوان و لزوم انجام مداخله برای تغییر رفتارهای ناسالم مرتبط با سلامت روان و همچنین در نظر گرفتن دوره نوجوانی به عنوان دوره بحرانی بخصوص در دختران که از نظر عاطفی- روانی حساس تر و آسیب پذیر هستند [۱۰، ۱۹]. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش با استفاده از بحث گروهی، بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در دختران نوجوان دانش آموز، منطقه ۶ شهرستان تهران انجام گرفت.

### روش پژوهش

این مطالعه‌ی نیمه تجربی به روش قبل و بعد در بهار سال تحصیلی ۱۳۸۸ انجام شده است. متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه شامل متغیرهای زمینه‌ای (شغل والدین، سطح تحصیلات والدین، رتبه فرزندی، وجود بیماری روانی در خانواده) و متغیر رفتارهای پیشگیری کننده که در قالب چک لیست ۱۴ سؤالی پرسیده شده‌اند (شامل میزان برخورداری از خواب کافی و تغذیه سالم، میزان فعالیت‌های ورزشی- تفریحی، میزان تعیین هدف در زندگی، میزان برنامه ریزی

برای دستیابی به هدف و دستیابی به اهداف زندگی، میزان مبارزه با مشکلات زندگی، میزان تسلط بر احساسات و احساس مسئولیت در کارهای خود، میزان آموزش در زمینه سلامت روان، توانایی نوجوان در رها شدن از غم‌ها، میزان مراجعه به فرد متخصص بعد از بروز مشکل، میزان داشتن مهارت تصمیم گیری و استفاده از روش مهارت حل مسئله است).

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه کلیه دانش آموزان دختر پایه دوم راهنمایی دولتی در منطقه ۶ شهر تهران بودند که مطالعه در بهار سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. برای محاسبه‌ی حجم نمونه از روش نمونه گیری خوشه‌ای استفاده شده و حجم نمونه بر اساس فرمول زیر ۴۴ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه، ۲۰٪ این تعداد یعنی تقریباً ۹ نفر به حجم نمونه محاسبه شده افزوده و تعداد نمونه ۵۳ نفر برآورد شد.

$$Z_{1-\beta} = 0/84, \beta = 0/20, Z_{1-\alpha/2} = 1/96, \alpha = 0/05$$

$$(d = 0/30 \text{ و } P = 0/50)$$

جهت گرد آوری اطلاعات از چک لیستی پژوهشگر ساخته با ۱۴ سؤال بسته، استفاده شد. در این چک لیست (که سؤالات آن به تفکیک در جدول شماره ۲ آمده است)، جهت برآورد ضریب پایایی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۸۸ و جهت تعیین ثبات درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۰ محاسبه شد و در سطح  $P < 0/001$  معنی دار بودند.

دسته بندی نمره رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در سه سطح ضعیف (کمتر از میانگین - انحراف معیار)، متوسط (میانگین  $\pm$  انحراف معیار) و خوب (بیشتر از میانگین + انحراف معیار) دسته بندی شده است. حداقل نمره‌ی اکتسابی در مرحله قبل از مداخله آموزشی ۲۱ و حداکثر آن ۶۳ و در مرحله بعد از مداخله حداقل نمره ۲۹ و حداکثر آن ۷۰ است.

رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان شامل خواب کافی و تغذیه سالم، انجام فعالیت‌های ورزشی

تمامی تابلوهای اعلانات و کلاس درس شعارهای بهداشتی در زمینه سلامت نصب شد. کل مدت آموزش یک ماه و نیم به طول انجامید و هر هفته دو جلسه آموزشی برگزار گردید. سپس با فاصله یک ماه پس از آزمون گرفته شد. سرانجام داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS-16 با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های مثل تی تست، تی زوج، آنالیز واریانس، کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و  $P < 0/05$  سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

این مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بوده که با هدف تعیین تأثیر آموزش با استفاده از بحث گروهی، بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در دختران نوجوان دانش آموز پایه دوم راهنمایی دولتی، منطقه ۶ شهرستان تهران انجام گرفت. نتایج نشان داد که در اکثر نوجوانان مورد بررسی (۵۶/۶ درصد)، پدران کارمند و مادران خانه دار (۵۲/۸ درصد) بودند. در زمینه تحصیلات والدین، پدران تحصیلات دیپلم و دانشگاهی به طور مساوی و با درصد فراوانی ۴۹/۹ بیشترین فراوانی را داشتند و مادران اکثر نوجوانان مورد بررسی دیپلم (۵۰/۹) بودند. بیشترین تعداد نوجوانان مورد بررسی در این مطالعه فرزند اول هستند (۵۸/۸ درصد) و سابقه بیماری و مشکل خاص روانی نیز ندارد (درصد فراوانی ۶۲/۹). همچنین برای مقایسه ارتباط بین کلیه متغیرهای زمینه‌ای و نمره رفتار سالم در دو مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی از آزمون‌های تی مستقل و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد که ارتباط معنی داری در هیچ کدام از موارد دیده نشد (جدول شماره ۱).

تفریحی، تعیین هدف در زندگی، برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، مبارزه با مشکلات زندگی، تسلط بر احساسات و احساس مسئولیت در کارهایی خود، آموزش دیدن در زمینه سلامت روان، توانایی نوجوان در رها شدن از غم‌ها، مراجعه به فرد متخصص بعد از بروز مشکل، داشتن مهارت تصمیم گیری و استفاده از روش مهارت حل مسئله بود.

جهت رعایت اخلاق پزشکی، پرسشنامه و محتوای آموزشی آن در کمیته پژوهشی دانشکده، واحد حراست دانشگاه علوم پزشکی تهران و واحد تحقیقات و مشاوره وزارت آموزش و پرورش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین شرکت کنندگان با رضایت و آگاهانه وارد مطالعه شدند و اجباری برای شرکت در مطالعه وجود نداشت. همچنین از پرسشنامه کد دار بدون ذکر نام و محرمانه استفاده شد.

برای نمونه گیری از بین مدارس راهنمایی دخترانه دولتی در منطقه ۶ شهرستان تهران به روش خوشه‌ای، ۲ مدرسه انتخاب شده و از دانش آموزان پایه دوم راهنمایی این مدارس به روش خوشه‌ای یک کلاس انتخاب شده و سپس یک پیش آزمون برگزار شد، بعد از تجزیه و تحلیل پاسخ‌ها و شناخت نقاط ضعف نوجوانان، تدوین برنامه و محتوای آموزشی، هر کلاس به سه گروه (۱ گروه ۸ نفره و ۲ گروه ۹ نفره به دلخواه خود دانش آموزان) تقسیم شد. دانش آموزان گروه مورد به مدت یازده جلسه یک ساعته تحت آموزش قرار گرفتند و رهبر و اعضای مشخص شدند و همچنین با روش بحث گروهی و کار عملی ساخت پوستر در زمینه بهداشت روان در گروه‌ها و پرسش و پاسخ آموزش لازم داده شد. همچنین در جلسه آموزشی اول، ابتدا محقق به همراه مشاور مدرسه اهداف و اهمیت موضوع را تبیین کرده و روش بحث گروهی را آموزش داده و به صورت عملی اجرا کردند. با این کار یک فضای آموزشی خاص در محیط مدارس فراهم شد و در

جدول ۱: مقایسه میانگین امتیازات رفتارهای پیشگیری کننده با متغیرهای زمینه‌ای در نوجوانان مورد مطالعه در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی

| متغیر زمینه‌ای<br>معیار آماری | پدر   | مادر  | تخصصیات پدر | مادر  | تخصصیات مادر | رتبه فرزندی | سابقه مشکل روانی<br>در خانواده | نوع آزمون |
|-------------------------------|-------|-------|-------------|-------|--------------|-------------|--------------------------------|-----------|
| مرحله                         | قبل   | بعد   | قبل         | بعد   | قبل          | بعد         | قبل                            | T-test    |
| سطح معناداری                  | ۰/۸۶۰ | ۰/۳۳۱ | ۰/۶۲۶       | ۰/۲۲۵ | ۰/۱۵۹        | ۰/۴۴۶       | ۰/۳۸۸                          | ANOVA     |
|                               |       |       |             |       |              |             |                                | ANOVA     |
|                               |       |       |             |       |              |             |                                | T-test    |
|                               |       |       |             |       |              |             |                                | ANOVA     |
|                               |       |       |             |       |              |             |                                | T-test    |
|                               |       |       |             |       |              |             |                                | ANOVA     |

به طور کلی پس از مداخله آموزشی، همه‌ی رفتارهای مورد بررسی در زمینه سلامت روان از طیف کم به سوی متوسط و زیاد رو به رشد بوده است.

جدول شماره ۲ مربوط به درصد فراوانی کسب شده از چک لیست رفتارهای پیشگیری کننده به تفکیک سؤال، در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی است. جدول نشان می‌دهد

جدول ۲: درصد فراوانی کسب شده از چک لیست رفتارهای پیشگیری کننده به تفکیک سؤال، در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی

| پرسشنامه رفتار سالم                         | خیلی زیاد |      | زیاد |      | متوسط |      | کم   |      | خیلی کم |     |
|---|-----------|------|------|------|-------|------|------|------|---------|-----|
|   | قبل       | بعد  | قبل  | بعد  | قبل   | بعد  | قبل  | بعد  | قبل     | بعد |
| میزان استفاده از تغذیه سالم                 | ۵۸/۵      | ۶۷/۹ | ۱۷/۰ | ۲۴/۶ | ۲۰/۷  | ۷/۵  | ۳/۸  | ۰/۰  | ۰/۰     | ۰/۰ |
| میزان برخورداری از خواب کافی                | ۱۸/۹      | ۲۸/۳ | ۳۰/۲ | ۲۸/۳ | ۳۷/۷  | ۳۹/۶ | ۹/۴  | ۳/۸  | ۳/۸     | ۰/۰ |
| میزان فعالیت‌های ورزشی-تفریحی               | ۱۱/۳      | ۱۵/۱ | ۲۶/۴ | ۲۲/۶ | ۳۷/۷  | ۴۵/۳ | ۲۰/۸ | ۱۷/۰ | ۳/۸     | ۰/۰ |
| میزان تعیین هدف در زندگی                    | ۱۱/۳      | ۲۸/۳ | ۱۳/۲ | ۴۷/۲ | ۴۳/۴  | ۱۳/۲ | ۱۸/۹ | ۱۱/۳ | ۱۳/۲    | ۰/۰ |
| میزان برنامه ریزی برای دستیابی به هدف       | ۹/۴       | ۲۲/۶ | ۲۰/۸ | ۳۵/۸ | ۳۲/۱  | ۳۰/۲ | ۱۵/۱ | ۹/۵  | ۲۲/۶    | ۱/۹ |
| میزان دستیابی به اهداف در زندگی             | ۱۳/۲      | ۲۰/۸ | ۴۳/۴ | ۴۳/۴ | ۲۶/۴  | ۳۲/۰ | ۵/۷  | ۱/۹  | ۱۱/۳    | ۱/۹ |
| میزان مبارزه با مشکلات زندگی                | ۳۰/۲      | ۳۵/۸ | ۲۶/۴ | ۴۱/۵ | ۳۰/۲  | ۱۸/۹ | ۵/۷  | ۱/۹  | ۷/۵     | ۱/۹ |
| میزان تسلط در زندگی و احساسات               | ۱۷/۰      | ۲۰/۸ | ۴۱/۵ | ۴۱/۵ | ۳۲/۰  | ۳۰/۱ | ۳/۸  | ۳/۸  | ۵/۷     | ۱/۹ |
| میزان احساس مسئولیت در کارهایی خود          | ۲۰/۸      | ۳۴/۰ | ۳۹/۵ | ۴۱/۴ | ۳۴/۰  | ۲۰/۸ | ۱/۹  | ۳/۸  | ۳/۸     | ۰/۰ |
| میزان آموزش در زمینه سلامت روان             | ۳/۸       | ۴۷/۲ | ۹/۴  | ۳۲/۱ | ۳۷/۷  | ۱۸/۸ | ۲۸/۳ | ۱/۹  | ۲۰/۸    | ۰/۰ |
| توانایی نوجوان در رها شدن از غم‌ها          | ۷/۵       | ۲۶/۴ | ۱۸/۹ | ۲۶/۴ | ۳۷/۷  | ۳۲/۱ | ۱۳/۲ | ۱۱/۳ | ۲۲/۷    | ۳/۸ |
| میزان مراجعه به فرد متخصص، بعد از بروز مشکل | ۱/۹       | ۱۷/۰ | ۲۰/۸ | ۲۰/۸ | ۱۸/۹  | ۲۰/۸ | ۳۹/۵ | ۲۲/۶ | ۳۵/۸    | ۵/۷ |
| میزان داشتن مهارت تصمیم گیری                | ۵/۷       | ۲۲/۶ | ۱۸/۹ | ۳۲/۱ | ۴۹/۱  | ۴۱/۵ | ۲۴/۵ | ۳/۸  | ۱/۹     | ۰/۰ |
| میزان استفاده از روش مهارت حل مسئله         | ۹/۴       | ۲۲/۶ | ۱۸/۹ | ۴۱/۵ | ۳۲/۱  | ۲۶/۴ | ۲۴/۵ | ۵/۷  | ۱۵/۱    | ۳/۸ |

(۱/۴۹٪) و طبق آزمون کای دو این اختلاف معنی دار است (P=۰/۰۴۷) (جدول شماره ۳).

در اکثر نوجوانان مورد مطالعه در مرحله قبل از مداخله آموزشی، نمره رفتارهای سالم در حد متوسط بوده (۷۵/۵٪)، ولی بعد از مداخله آموزشی این نمره به حد خوب رسید

## جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی دسته بندی نمره رفتار سالم در مرحله قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی

| رفتار سالم | مرحله قبل |       | مرحله بعد |       |
|------------|-----------|-------|-----------|-------|
|            | فراوانی   | درصد  | فراوانی   | درصد  |
| ضعیف       | ۸         | ۱۵/۱  | ۳         | ۵/۷   |
| متوسط      | ۴۰        | ۷۵/۵  | ۲۴        | ۴۵/۲  |
| خوب        | ۵         | ۹/۴   | ۲۶        | ۴۹/۱  |
| جمع        | ۵۳        | ۱۰۰/۰ | ۵۳        | ۱۰۰/۰ |

$$\chi^2 = 9/632$$

$$P = 0/047$$

استفاده شد و مشخص شد که میانگین نمره رفتار سالم در دو مرحله‌ی قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی با هم تفاوت معنی داری داشته‌اند ( $P < 0/001$ ) (جدول شماره ۴).

میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده در مرحله‌ی قبل برابر با ۴۴/۵ ( $SD = 7/95$ ) و مساوی ۵۲/۷ ( $SD = 8/78$ ) در مرحله بعد از مداخله است. جهت سنجش اختلاف میانگین امتیازات قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی از آزمون تی زوجی

## جدول ۴: مقایسه نمره رفتار سالم در نوجوانان قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی

| گروه | رفتار سالم | میانگین | انحراف معیار | آزمون تی زوجی | سطح معناداری |
|------|------------|---------|--------------|---------------|--------------|
| قبل  | ۴۴/۴۹      | ۷/۹۴۶   | -۶/۴۴۶       | ۰/۰۰۱         |              |
| بعد  | ۵۲/۶۸      | ۸/۷۸۱   |              |               |              |

## بحث

همانطور که قبلاً بیان شد، این مطالعه بر روی نمونه‌ای از دختران نوجوان محصل در پایه دوم راهنمایی دولتی انجام گرفت، نتایج نشان می‌دهد که مداخله آموزشی برنامه ریزی شده با روش بحث گروهی در زمینه سلامت روان در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نوجوانان دختر مؤثر است.

در این مطالعه هیچ ارتباطی بین متغیرهای زمینه‌ای و رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در نوجوانان تحت بررسی مشاهده نشد. این بدین معناست که کم و زیاد بودن رفتارهای سالم در زمینه سلامت روان به عواملی از قبیل تحصیلات و شغل والدین، رتبه‌ی فرزندی و یا سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده بستگی ندارد. در مطالعه‌ای با موضوع بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و

سلامت روان دانش آموزان دختر مقطع دوم راهنمایی نیز مشخص شد که بین میزان مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان نوجوان و تحصیلات پدر و مادر بستگی وجود ندارد و همچنین بین میزان مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان نوجوان و شغل پدر و مادر نیز ارتباطی وجود ندارد که نتیجه‌ی این تحقیق مشابه با مطالعه‌ی حاضر است [۲۰]. در تحقیق شاره مشخص شد که سن آزمودنی‌ها ( $P < 0/01$ )، تعداد اعضای خانواده ( $P < 0/05$ )، درآمد والدین ( $P < 0/01$ )، سن، سطح تحصیلی والدین ( $P < 0/01$ ) و ترتیب تولد ( $P < 0/05$ )، با سلامت روان و ریسک فرار از منزل رابطه معنی داری وجود دارد [۲۱]. که نتایج بدست آمده از این مطالعه مغایر با نتایج حاصل از تحقیق حاضر است شاید به دلیل ابزارهای متفاوت سنجش و یا گروه هدف متفاوت در این تحقیقات باشد.

به نتایج بدست آمده از این مطالعه آموزش با روش بحث گروهی و کار عملی در گروه همسالان در زمینه سلامت روان بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نوجوانان دختر مؤثر است.

این یافته مشابه است با یافته‌های تحقیقات مختلف از جمله تحقیقی با هدف تعیین اثر بخشی آموزش بر تغییر نگرش و رفتار در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰ در مدارس راهنمایی توسط Catipović و همکاران انجام گرفته و نشان داده که اجرا مداوم برنامه پیشگیری در سطح مدارس در زمینه سلامت روان باعث توسعه مهارت‌های ارتباطی در بین نوجوانان و رفتارهای سالم و نگرش مثبت در ایشان می‌شود [۱۳]. تحقیق Wood و همکاران به منظور ارزیابی اثر بخشی مداخله و آموزش سلامت روان نشان داد در گروه مورد آموزش، آگاهی، نگرش و قصد رفتاری به طور معنی دار افزایش یافته است [۱۴]. تحقیق دیگری که توسط Wright و همکاران با استفاده از مدل پرسید-پروسید در ملبورن در سال ۲۰۰۶ انجام گرفته است از مدل ارتقای سلامت به منظور توسعه، اجرا و ارزشیابی آگاهی اجتماعی، در زمینه بهبود درک سلامت روان، توسط نوجوانان استفاده و در پایان مشخص شد که مدل‌های ارتقای سلامت می‌تواند در مداخلات جمعیتی سلامت روان و رفتارهای سالم مؤثر باشد [۱۵]. برنامه مداخله‌ای و مشارکتی ارتقای بهداشت روان در نوجوانان آفریقایی آمریکایی سنین ۱۰ تا ۱۴ ساله نشان داد که نتایج مثبت و معنی داری از نظر آماری در قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی به ویژه در زمینه خود کنترلی، فاکتورهای حفاظتی و خاصیت انعطاف پذیری در نوجوانان ایجاد شده بود [۲۲]. مطالعه اصغر نژاد با هدف تعیین میزان اثر بخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، تأثیر مثبت آموزش بهداشت روانی در جهت ارتقای سلامت روانی نوجوانان پسر مقطع راهنمایی را نشان می‌دهد [۱۶]. در تحقیق دیگری که توسط معینی با عنوان بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت استرس بر سلامت روان نوجوانان شهر تهران بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی با رویکرد بازاریابی اجتماعی انجام گرفت، نتایج بدست آمده

درصد فراوانی کسب شده از پرسشنامه رفتارهای پیشگیری کننده به تفکیک سؤال، قبل و بعد از آموزش مشخص می‌کند که در مرحله قبل از آموزش، بیشترین مشکل نوجوانان در رفتارهایی مانند میزان مراجعه به فرد متخصص در موقعیت‌های بحرانی بود و همچنین توانایی نوجوان در رها شدن از غم‌ها، میزان برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، میزان آموزش رسمی در زمینه سلامت روان و بالاخره میزان تعیین هدف در زندگی از عمده‌ترین رفتارهایی بودند که نوجوانان کمتر استفاده می‌کردند. ولی در مرحله بعد از آموزش رفتارهای مورد بررسی در زمینه سلامت روان مانند میزان تعیین هدف در زندگی، میزان برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، میزان احساس مسئولیت در کارهایی خود، میزان آموزش در زمینه سلامت روان، توانایی نوجوان در رها شدن از غم‌ها، میزان مراجعه به فرد متخصص همزمان با بروز مشکل و میزان داشتن مهارت تصمیم گیری به میزان محسوسی افزایش پیدا کردند. به طور خلاصه بعد از مداخله‌ی آموزشی رفتارهای مورد بررسی در زمینه سلامت روان، از طیف کم به سوی متوسط و زیاد رو به رشد است.

این یافته‌ها مطابق با نتایج تحقیقات متعددی است که نشان می‌دهند مداخلات آموزش و ارتقای سلامت در زمینه رفتارهای سالم مربوط به سلامت روان، مانند آگاهی اجتماعی و بهبود درک سلامت روان، توانایی برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، کاهش استرس و ارتقای سلامت روانی، خود کنترلی، مهارت تصمیم گیری، حل مسئله، خاصیت انعطاف پذیری نوجوانان و توسعه مهارت‌های ارتباطی در بین نوجوانان مؤثر است [۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۲].

در این مطالعه همچنین در اکثر نوجوانان مورد مطالعه در مرحله قبل از مداخله‌ی آموزشی، نمره رفتارهای سالم در حد متوسط بوده، ولی بعد از مداخله‌ی آموزشی این نمره به طور معنی دار بهبود یافته و به حد خوب رسید و سنجش اختلاف میانگین امتیازات قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی مشخص کرد که میانگین نمره رفتار سالم در دو مرحله قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی با هم تفاوت معنی داری داشته‌اند. با توجه

پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مداخله آموزشی مداوم و جامع در جهت ایجاد محیط‌های حامی سلامت روان، جهت ارتقای رفتار بهداشتی و اصلاح سبک زندگی دانش آموزان نوجوان به ویژه نوجوانان دختر به عنوان مادران فردا اقدام شود.

### نتیجه گیری

با توجه به ویژگی‌های خاص جسمانی، روانی، اجتماعی و تحصیلی دوره نوجوانی و نقش مهم این دوره در زندگی بزرگسالی، بررسی مسائل و مشکلات بهداشت و سلامت روحی - روانی نوجوانان و آگاهی از باورها و اعتقادات آنها نسبت به مسائل و مشکلات روان شناختی این برهه از زندگی، حائز اهمیت بسیار زیادی است. اینچنین برنامه‌های مداخله‌ای آموزش سلامت روانی که از طرق مختلف و با درگیری مستقیم خود نوجوانان و بحث گروهی در گروه‌های دوستانه و همسالان انجام می‌گیرد، به منظور پیشگیری از مسائل روانی پیش روی نوجوانان و در افزایش توانایی مقابله با مشکلات و رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان مؤثر است. نهایتاً اینکه آموزش از طریق بحث گروهی در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در دختران نوجوان دانش آموز، منطقه ۶ شهرستان تهران مؤثر بوده است. نتایج این مطالعه در برنامه ریزی مداخلات مؤثر بر اساس استفاده از بحث گروهی در مدارس راهنمایی این منطقه کاربرد دارد.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل BASNEF، بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در نوجوانان دختر مدارس راهنمایی دولتی منطقه ۶ تهران مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ به شماره ۷۳۲/پ است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است، نویسندگان از مسئولان آموزش و پرورش منطقه‌ی ۶ تهران،

نشان می‌دهد که کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی با رویکرد بازاریابی اجتماعی اثربخشی قابل توجهی بر روی کاهش استرس و ارتقای سلامت روانی و تغییر در باورها و نگرش نوجوانان در رابطه با اختلال روانی دارد [۱۷].

مطالعه‌ی مشکی تحت عنوان بررسی به کارگیری الگوی پرسید- پروسید با ترکیب نظریه مکان کنترل سلامت به منظور ارتقای بهداشت انجام گرفت و در پایان چنین نتیجه گیری می‌کنند که برنامه آموزشی- مشارکتی موجب توانمندسازی و بهبود باورهای مهار سلامت و در نهایت رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه بهداشت روان دانشجویان می‌شود [۱۸]. کلیه‌ی این مطالعات تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر جوانب مختلف مرتبط با سلامت روان نوجوانان را مثبت ارزیابی می‌کنند.

ولی نتایج تحقیقی که با عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر توانمندسازی دختران، در زمینه بهداشت و ارتقای سلامت روانی با استفاده از مدل بزنف، حاکی از افزایش آگاهی، نگرش، قصد رفتاری و تا حدودی تعدیل میزان فشارهای اجتماعی و عوامل قادر سازی بوده است، ولی در میزان عملکرد دانش آموزان تغییرات معنی داری رخ نداده است [۲۳]، که این نتیجه مغایر با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر است که دلیل این تفاوت احتمالاً به اختلاف روش‌های سنجش عملکرد است.

از نقاط قوت این تحقیق در نظر گرفتن گروه نوجوان به عنوان گروه هدف است زیرا این گروه سنی بیشترین احتمال بروز مشکلات روانی و شروع رفتارهای ناسالم را دارند و نقطه قوت دیگر استفاده از روش بحث و کار گروهی همراه با مشارکت فعال گروه همسالان در اجرای مداخله‌ی آموزشی بوده است و نوجوان خود با میل و رغبت در فرایند آموزش مشارکت داشتند.

از محدودیت‌های این مطالعه این است که مطالعه تنها بر روی دختران صورت گرفته که می‌تواند به عنوان یک محدودیت تلقی گردد از این رو پیشنهاد می‌شود که در مطالعات جامعی که در بر گیرنده هر دو جنس اجرا گردد. در



جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها: آزاده صادقی، مسعود رودباری

نگارش، تدوین و ویرایش مقاله: آزاده صادقی، مسعود رودباری، مهناز صلحی

معلمان و مسئولان دانش آموزان مدارس راهنمایی دخترانه نور و گشتاسب که در اجرای این پژوهش همکاری کردند قدردانی می‌کنند.

سهم نویسندگان

ایده و طراحی مطالعه: آزاده صادقی، مهناز صلحی

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

## References:

representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(1): 34-41.

10- Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam M. A survey study on Behavioral problems in adolescence. *Behavioral science Journal* 2007; 1(2):164-170. [In Persian]

11- Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, et al. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). *J Endocrine glands & Metabolism IRAN* 2008; 10(2): 145-54. [In Persian]

12- Keshavarz Mohamaadi N, Shojaeizadeh D, Zahedifar F, et al. Health promotion (knowledge & behavior). 1<sup>th</sup> ed, Tehran, Nashr Shahre Ayandesazan, 2005. [In Persian]

13- Catipovic V, Novalic D. [Mental health of youths: effect of education on changes in attitude and behavior]. *Lijec Vjesn* 2002; 124(1-2): 15-9.

14- Wood AL, Wahl OF. Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatr Rehabil J* 2006; 30(1): 46-53.

15- Wright A, McGorry PD, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign-the compass strategy. *BMC Public Health* 2006; 6: 215.

16- Asgharnejad farid AA. A survey of the effect of mental education intervention in junior high school in Tehran [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University 1998. [In Persian]

17- Moeini B. The effect of stress management styles on mental health of adolescents based health belief model with social marketing approach in Tehran [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University 2008. [In Persian]

1- BiyabanGard A, Javadi F. Health psychology on urban adolescent and youths. *Social Welfare Journal* 2002; 4(14): 127-44. [In Persian]

2- Flisher AJ, Chalton DO. Urbanisation and adolescent risk behaviour. *S Afr Med J* 2001; 91(3): 243-249.

3- World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization Dept of mental health and substance abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, ۲۰۰۴. Available at URL: <http://www.who.int/prevention-of-mental-disorder-sr-pdf>. Accessed September 6, 2011.

4- Kaveh MH, Shojaezadeh D, Shamohmmadi D, Eftekhar Ardebili H, Rahimi Forushani A, Bolhari J. Organizing mental health services in schools: assessing teachers' roles. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2002; 1(4): 1-14. [In Persian]

5- Alipour B, Mohammadbeigi M. Mental health in study and learning by education of relaxation in 20 stages. Alipour Institution, Tehran; 1996. [In Persian]

6- Milanifar B. mental health. Ghomes publishing. 3th Edition. Tehran, 1994. [In Persian]

7- Gardner W, Kelleher KJ, Pajer KA, Campo JV. Primary care clinicians' use of standardized tools to assess child psychosocial problems. *Ambul Pediatr* 2003; 3(4): 191-195.

8- Parvizi S, Ahmadi F, Razaghi N. Seven chapter on adolescence. 1<sup>th</sup> ed. Tehran, Iran University of Medical Sciences publishing, 2008. [In Persian]

9- Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide

- 21- Shareh H. The relation between females, run away from home and demographic variables. *The Quarterly Journal of Mental Health* 2008; 10(37): 4-7. [In Persian]
- 22- Shelton D, Lyon-Jenkins N. Mental health promotion for vulnerable African American Youth. *J Forensic Nurse* 2006; 2(1): 7-13.
- 23- Noori M. A survey of the effect education intervention on empowerment girls about health and mental health promotion through BASNEF model- 2008. 3th National congress of health education and promotion. Hamadan; 2008: P: 140. [In Persian]
- 18- Moshki M. Using the precede-proceed model in combination with health locus of control for mental health promotion of university students [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University 2007. [In Persian]
- 19- Ghafarinejad AR, Pooya F, Vahdati M. Mental disorders in girls older than 15 years placed in shelter Centre in Kerman 2001. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2003; 2(2): 88-93. [In Persian]
- 20- Abbasi P. A survey connection social skills and mental health in girl's student in secondary junior high school in Tehran consider social economic status parents in Tehran [dissertation]. Tehran: Al-Zahra University 2002. [In Persian]

How to cite this article: Solhi M, Sadeghi A, Ruodbari M. The effect of group discussion education on mental health preventive behaviors in adolescence school girls. *J Research Health* 2012; 2(2): 246-255.

Archive of SID