



بررسی تأثیر اجرای برنامه مدرسه مروج سلامت بر ویژگی‌های سلامت روانی دانش‌آموزان

قربان محمد کوچکی^۱ (M.Sc.)، عاشورمحمد کوچکی^۲ (M.Sc.)، عبدالرحمان چرکزی^{۳*} (M.Sc.)، علی اصغر بیانی^۴ (Ph.D.)، عبدالطیف اسمعیلی^۵ (M.Sc.)، حسین شهنازی^۶ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی گلستان- دانشکده پیراپزشکی- کارشناس ارشد پرستاری. ۲- دانشگاه آزاد اسلامی آزادشهر- گروه روانشناسی- کارشناس ارشد روانشناسی مشاوره. ۳- دانشگاه علوم پزشکی گلستان- دانشکده بهداشت- گروه بهداشت عمومی- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت. ۴- دانشگاه آزاد اسلامی آزادشهر- گروه روانشناسی- استادیار. ۵- دانشگاه علوم پزشکی گلستان- بیمارستان آل جلیل آق قلا- کارشناس ارشد آموزش بهداشت. ۶- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۷/۴

چکیده

مقدمه: طرح "مدرسه مروج سلامت" در مدارس کشور به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد، بروز رفتارهای پرخطر و خشونت‌آمیز در حال اجرا است. این مطالعه با هدف ارزیابی اثربخشی این طرح در افزایش برخی از شاخص‌های سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در طرح فوق انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی تعداد ۴۰۰ دانش‌آموز در مقطع دبیرستان (در قالب ۴ گروه (۲ گروه مداخله و ۲ گروه شاهد) از هر دو جنس دختر و پسر و هر کدام ۱۰۰ نفر) بر اساس جدول کرجسی و مورگان به شکل نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی، پرخاشگری، عزت نفس، رضایت از زندگی و شادکامی بود. داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ و از طریق آمار توصیفی و آزمون آماری t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج: بین میانگین نمرات سطح سلامت عمومی، عزت نفس، شادکامی و رضایت از زندگی گروه آزمایش و گروه مقایسه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت. ولی بین میانگین نمرات عملکرد تحصیلی گروه آزمایش و گروه مقایسه از لحاظ آماری تفاوت معنادار مشاهده شد ($P=0/005$).

نتیجه‌گیری: یافته کلی پژوهش حاکی از عدم اثر بخشی آموزش‌های ارایه شده در میان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در طرح مدرسه مروج سلامت بر متغیرهای سلامت روان است. بهتر است جهت اثر بخش کردن طرح، شیوه‌های اجرایی آن مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مدرسه مروج سلامت، دانش‌آموز، ارزیابی برنامه، گلستان.

Original Article

Knowledge & Health 2011;5(4):14-19

Investigating the Effect of Implementing the School Based Health Promotion Program on Students' Mental Health

Ghorban-Mohammad Kochaki¹, Ashoor-Mohammad Kochaki², Abdul-Rahman Charkazi^{3*}, Ali- Asghar Bayani⁴, Abdul-Latif Esmaili⁵, Hossein Shahnazi⁶

1- M.Sc. in Nursing, Faculty of Paramedical Sciences, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 2- M.Sc. in Consultation, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Azadshahr Branch, Azadshahr, Iran. 3- Ph.D. Candidate in Health Education, Dept. of Public Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 4- Assistant Professor, Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Azadshahr Branch, Azadshahr, Iran. 5- M.Sc. in Health Education, Ale-Jalil Hospital in Agh-ghala, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. 6- Ph.D. Candidate in Health Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract:

Introduction: The "school-based health program" is implemented in schools all over the country with the purpose of preventing substance abuse, high-risk behaviors, and violence. The current study aimed at evaluating the effectiveness of this program in enhancing some of the health indicators of the students participating in this program.

Methods: In this cross-sectional study, based on the Krejcie and Morgan table, 400 students (4 groups- 2cases and 2 controls- each including 100 people from both male and female genders) were selected through stratified and stage random sampling. The data gathering tools were the "General Health Questionnaire", Rosenberg Self Esteem Inventory, Oxford Happiness Questionnaire, Satisfied with Life Scale. The data were analyzed using SPSS 13 software and through descriptive statistics and paired t test.

Results: There were no statistically significant differences between General Health, Self esteem, Happiness and Satisfied with Life mean scores of case and control groups. However, the differences between the mean scores of the two groups in educational performance were significant ($P=0.005$).

Conclusion: General findings of this study indicate that education presented to students via school-based health program has not been effective in enhancing their mental health. Therefore, to improve the effectiveness of this program, it is suggested that the educational methods of this program be revised.

Keywords: School-based health, Student, Program evaluation, Golestan.

Conflict of Interest: No

Received: 25 October 2009

Accepted: 26 September 2010

*Corresponding author: A.R. Charkazi, Email: r.charkazi@gmail.com

*نویسنده مسوول: گرگان کیلومتر ۵ جاده گرگان- ساری، مجموعه فلسفی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۹۱۱۱۷۰۹۱۷۵، نمابر:

Email: r.charkazi@gmail.com

مقدمه

مدرسه خانه دوم کودک و محلی برای پرورش اجتماعی او است. بخش عظیمی از زندگی کودک به شکلی فزاینده در اختیار مدرسه قرار می‌گیرد. با افزایش مشکلاتی مانند فقر، بی‌بندوباری، خانواده تک‌والدی، خشونت، بدرفتاری و بی‌توجهی، نقش مدارس با اهمیت‌تر می‌شود (۱). مدارک موجود نشان می‌دهند تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان در حالی رشد می‌کنند که از حمایت و راهنمایی کافی خانواده برخوردار نیستند. شاخص‌های سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، بزهکاری، خودکشی و عملکرد ضعیف در مدرسه نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات فراوانی هستند و رفتارهای پرخطری را تجربه می‌کنند. این عوامل به‌صورت بالقوه مانع سازندگی و نقش‌آفرینی مثبت آنان در جامعه می‌شود. در چنین حالتی مدرسه در کنار خانواده می‌تواند به گونه‌ای عمل کند که از مشکلات رفتاری این کودکان و نوجوانان پیشگیری شود و بر توانایی‌های اجتماعی آنان افزوده گردد (۲). براین اساس و بر مبنای قطعنامه‌های سازمان جهانی بهداشت در «منشور اوتاوا» که در سال ۱۹۸۶ پیرامون موضوع ارتقای سلامت انتشار یافت، بر آموزش به عنوان پیش نیاز سلامت به‌صورت جدی تأکید شده است (۳). سلامت افراد واقع در سنین مدرسه می‌تواند نقش اصلی را در موفقیت و توسعه یک کشور ایفا نماید، زیرا فرد در مدرسه به دلیل تعامل با دانش‌آموزان دیگر و معلم رفتارهای بهداشتی را فرا گرفته و سبک زندگی خود را شکل می‌دهد (۴). با توجه به موارد فوق، سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۵ «مدرسه مروج سلامت» را بر اساس منشور اوتاوا تعریف کرد (۵) که بر این اساس به کل محیط مدارس و تمامی جنبه‌های آن که شامل سه حوزه یادگیری در کلاس، جو کلی مدرسه و ارتباط نزدیک بین خانه، مدرسه و جامعه است و به‌طور مداوم باعث تقویت سلامتی و تندرستی می‌شوند، نگریسته می‌شود (۶).

در مدارس کشورهای مختلف کارایی و تأثیر طرح «مدرسه مروج سلامت» در مورد برنامه‌های کاهش و پیشگیری از مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر، کنترل وزن، بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی، ارتقاء بهداشت روان و... مورد تأیید قرار گرفته است (۴، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰).

مطالعه میشارا و همکاران بر روی کارایی برنامه ارتقاء بهداشت روان که به مدت ۲۴ هفته جهت ارتقاء مهارت‌های انطباقی در دانش‌آموزان دانمارک و لیتوانی انجام شد، نشان داد که اجرای برنامه فوق باعث افزایش در مهارت‌های اجتماعی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است (۱۱). مطالعه هارلدسون و همکاران که به مدت ۲۵ تا ۳۰ جلسه

آموزشی بر روی کنترل و مدیریت استرس انجام شده است، نشان داد که آموزش و مداخله در دانش‌آموزان گروه آزمایش در قیاس با گروه شاهد باعث افزایش سلامت روان آنان از طریق افزایش خود اتکایی، استفاده مطلوب از اوقات فراغت، مقابله با بد اخلاقی، رضایت عمومی از مدرسه و محیط مدرسه و خانه می‌شود (۱۲).

مطالعه فوفایبول و همکاران در مورد تأثیر آموزش و مداخله توسط معلمان بر روی رفتارهای سازگاران و سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب، سایکوز و عملکرد اجتماعی دانش‌آموزان دبیرستان، تأثیر مثبتی را نسبت به گروه مقایسه داشته است (۱۳).

در ایران نیز این طرح چند سالی است که در مدارس با صرف هزینه‌های زیادی به‌منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد، پیشگیری از بروز رفتارهای پرخطر و پیشگیری از خشونت در حال اجرا است. در استان گلستان اجرای این طرح از سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ با ارایه آموزش‌هایی برای مدیران و همکاران مجری طرح شروع شد. بدین ترتیب که حداقل یک دوره آموزشی ۲۰ ساعته برای همکاران مجری طرح و یک جلسه توجیهی برای مدیران این طرح گذاشته شد. شیوه انتخاب مدارس مجری طرح به شکل داوطلبانه بود.

چون پس از اجرای دو ساله طرح فوق اطلاعات کافی در مورد تأثیرات آن وجود نداشت، مطالعه حاضر به منظور ارزیابی اثر بخشی طرح فوق در افزایش ویژگی‌های سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این طرح، طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزانی بودند که در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ در یکی از مدارس متوسطه و یا هنرستان‌های آموزش و پرورش استان گلستان ثبت نام نموده و در یکی از پایه‌های اول، دوم یا سوم مشغول به تحصیل بودند. ۱۵۰۰ نفر به‌عنوان جامعه هدف انتخاب و تعداد ۴۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا از میان شهرستان‌های استان تعداد ۶ شهرستان (کردکوی، بندر ترکمن، گرگان، گنبد کاووس، کلاله و مراوه تپه) به‌صورت تصادفی با استفاده از روش قرعه‌کشی انتخاب و در هر شهرستان از میان لیست مدارس مجری طرح مروج سلامت حداقل یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه انتخاب شدند و از میان دانش‌آموزان آن مدارس نیز یک کلاس شرکت‌کننده در طرح (گروه مداخله) و کلاس دیگر که طرح برای آن‌ها اجرا نمی‌شد، (گروه شاهد)، به شیوه تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب ۲۴ کلاس از ۱۲ دبیرستان (۶ دبیرستان دخترانه و ۶ دبیرستان پسرانه) در قالب ۴ گروه (۲ گروه شاهد و ۲ گروه مداخله و حجم هر گروه ۱۰۰ نفر) بر اساس جدول کرجسی و مورگان (۱۴) انتخاب و مورد

ارایه دهند. افراد، میزان موافقت یا مخالفت خود را دقیقاً بر روی یکی از نقاط مشخص شده تعیین کردند. دامنه نمرات از ۵ تا ۳۵ در نوسان است. نمره ۳۵ نشان‌دهنده بالاترین میزان رضایت و نمره ۵ نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان رضایت از زندگی است.

پرسش‌نامه پرخاشگری "باس و پری" نیز داری ۲۹ سوال و چهار بعد پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت است که از مجموع نمرات زیر مقیاس‌های آن نیز یک نمره کلی به‌دست می‌آید. شیوه نمره گذاری این پرسش‌نامه با جمع بستن کل نمرات سوالات انجام می‌گیرد. دامنه نمرات از ۲۹ تا ۱۴۵ نمره در نوسان است. نمرات بالاتر نشانه پرخاشگری بیش‌تر است. سوالات ۲۴ و ۲۹ به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شود.

برای تعیین عملکرد تحصیلی در این پژوهش از میانگین نمرات درسی آزمودنی‌های پژوهش که از پرونده تحصیلی آن‌ها استخراج گردید، استفاده شده است.

جمع‌آوری داده‌ها در حضور مستقیم پرسشگران که از همکاران مشاوره بوده و قبلاً در این زمینه آموزش دیده بودند، صورت گرفت. بدین ترتیب که پس از اخذ موافقت شفاهی از دانش‌آموزان خواسته شد در یک وضعیت شبه کلاسی به یک مجموعه آزمون‌های پرسش‌نامه‌ای پاسخ‌دهند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، جداول فراوانی و برای انجام مقایسه‌های مورد نظر از آزمون‌های آماری t زوجی استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه تعداد ۲۰۰ دانش‌آموز پسر و تعداد ۲۰۰ دانش‌آموز دختر از ۱۲ مدرسه در سطح استان گلستان انتخاب و وضعیت سلامت روان، پرخاشگری و عزت نفس، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دانش‌آموزان گروه مروج سلامت و گروه شاهد با هم مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان در گروه مداخله ۲۲/۰ و در گروه شاهد ۲۲/۳ می‌باشد که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد. نمرات زیرمقیاس سلامت روان در جدول ۱ ارایه شده است. با توجه به نقطه برش ۲۳ تعداد ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) در گروه مداخله و تعداد ۹۲ نفر (۴۶٪) در گروه شاهد مشکوک به داشتن مشکل شناخته شدند که اختلاف دو گروه معنادار نبود.

میانگین نمره پرخاشگری در گروه مداخله برابر با ۷۳/۶ و در گروه شاهد برابر ۷۲/۰ گزارش شده که اختلاف معناداری بین دو گروه وجود ندارد. نمره پرخاشگری در دو گروه و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۲ ارایه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره شادکامی رضایت از زندگی و عزت نفس در دو گروه تفاوت آماری معناداری ندارد.

مطالعه قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت ۲۲ ساعت در طول ۱۰ هفته آموزش‌های مدرسه مروج سلامت را در قالب جزوه‌های خودآموز و تمرین در گروه‌های کوچک آموزش زیر نظر مربیان آموزش دیده طی کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی (General Health Questionnaire-28)، پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire)، مقیاس رضایت از زندگی دینر (Satisfaction With Life Scale)، پرسش‌نامه پرخاشگری "باس و پری" به‌همراه پرسش‌نامه اطلاعات شخصی بود. روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های فوق در کشورمان توسط مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱).

پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای ۲۸ سوال و چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی که از مجموع نمرات آن‌ها یک نمره کلی به‌دست می‌آید. روش نمره‌گذاری مورد استفاده برای این آزمون به این ترتیب بود که به هر پاسخ از راست به چپ نمره صفر، یک، دو، و سه تعلق می‌گیرد. نمرات هر آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به‌صورت جداگانه مشخص می‌شود و با جمع کردن نمرات چهار زیر مقیاس نمره کلی به‌دست می‌آید. نمره ۲۳ و بیش‌تر، نشان‌دهنده وخامت وضع آزمودنی در سلامت روانی است. به این ترتیب هر چه نمره آزمودنی در این پرسش‌نامه بالاتر باشد فرد مورد نظر از لحاظ بهداشت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار دارد.

پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد یک پرسش‌نامه ۲۹ سوالی است که در هر ماده‌ای آن آزمودنی از میان ۴ گزینه که برای سوال‌های مختلف فرق می‌کند، گزینه‌ای را که بیش‌تر با وضعیت او جور در می‌آید را انتخاب می‌کند و در پایان جمع نمرات به‌دست آمده از این انتخاب‌ها نشان‌دهنده میزان شادکامی فرد است. نمرات بالاتر نشانه شادکامی بیش‌تر است.

پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ از ده عبارت تشکیل شده که برای اندازه‌گیری عزت نفس کلی تهیه شده است. پاسخ موافق به هر یک از عبارت‌های ۱ تا ۵، +۱ امتیاز داده شد و برای پاسخ مخالف به این عبارات -۱ امتیاز در نظر گرفته شد. پاسخ موافق به هر یک از عبارات ۶ تا ۱۰، -۱ امتیاز و به پاسخ مخالف برای این ماده‌ها، +۱ امتیاز داده شد. نمره بالاتر از صفر نشان‌دهنده عزت نفس بالا و نمره کم‌تر از صفر نشان‌دهنده عزت نفس پایین است.

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) از ۵ عبارت تشکیل می‌شود که پاسخ‌ها در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت قرار می‌گیرند. در این آزمون از آزمودنی‌های پژوهش خواسته شد یک قضاوت کلی از زندگی خود

متغیرهای سلامت عمومی و شادکامی بین دختران و پسران تفاوت معنادار مشاهده شد. یعنی در متغیر سلامت عمومی وضعیت دختران در قیاس با پسران بهتر بود، اما در متغیر شادکامی وضعیت پسران در مقایسه با دختران بهتر بود.

بحث

یافته‌های کلی پژوهش حاکی از عدم اثر بخشی آموزش‌های ارایه شده در میان دانش‌آموزان شرکت کننده در طرح مدرسه مروج سلامت است. به عبارت دیگر اجرای طرح مدرسه مروج سلامت در ایجاد و تثبیت رفتارهایی که نشانه سلامت روانی دانش‌آموزان شرکت کننده در طرح است، موفق نبوده است. این یافته به نظر می‌رسد با اکثر یافته‌های پژوهشی در مورد اثر بخشی آموزش بهداشت و ترویج سلامتی گزارش شده ناهمسان است (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۲ و ۲۳). در این رابطه می‌توان گفت که اثر بخشی آموزش‌های ترویج سلامتی از متغیرهایی اثر می‌پذیرد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: آموزش-دهندگان، محیط آموزشی، متون آموزشی، هدف‌های آموزشی، طول مدت آموزش که در این برنامه متون آموزشی و هدف‌های آموزشی به خوبی تنظیم شده بودند ولی آموزش‌دهندگان گروه ناهمگونی بودند که با طی دوره‌های آموزشی کوتاه مدت به امر آموزش می‌پرداختند. در تمامی گزارش‌های ارایه شده که حاکی از اثر بخشی آموزش و ترویج سلامتی بود، آموزش‌های ارایه شده توسط متخصص همان رشته مورد باشد. زیرا در اجرای این طرح به غیر از مشاوران مدارس از میان معلمینی که رشته تحصیلی آن‌ها علوم اجتماعی، تربیت بدنی و یا زیست شناسی بودند نیز جهت اجرای طرح استفاده شده بود.

دلیل دیگر عدم موفقیت طرح در تثبیت رفتارهای سالم می‌تواند طول مدت آموزش و محیط آموزشی باشد. اکثر گزارش‌هایی که در آن‌ها موفقیت طرح‌های آموزشی گزارش شده بود طول دوره آموزشی پیوسته بیش از دو سال ذکر شده بود و همین طور زمانی که آموزش-های ارایه شده کل دانش‌آموزان و کادر مدرسه را در بر گرفته باشد، موفقیت حاصل شده است (۲۴). نتایج مطالعه «کراتوچویل» نشان داد که همکاری و ارتباط تنگاتنگ خانواده‌ها و کارکنان مدارس با هم در طی یکسال مداخله، باعث کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز و سازگاری بیش‌تر در بین دانش‌آموزان دارای مشکلات رفتاری نسبت به گروه شاهد شد (۲۵). درحالی که در این طرح آموزش‌ها برای کلاس‌های انتخابی معمولاً بعد از امتحانات نوبت اول شروع می‌شد و هفته‌ای ۲ ساعت به مدت هفت هفته اجرا می‌شد.

گرین برگ و همکاران در مروری که بر روی ۳۴ مطالعه انجام شده در مدارس نقاط مختلف دنیا جهت کاهش مشکلات روانی از قبیل قاطعیت، افسردگی و اضطراب انجام شده بود به این نتیجه رسیدند که

جدول ۱- میانگین نمرات اجزاء سلامت روان در دو گروه

شاخص ابعاد	گروه مداخله	گروه شاهد	جمع کل	P.V
نشانه‌های بدنی	۴/۸±۳/۶	۵/۴±۳/۸	۵/۲±۳/۷	--
اضطراب و خواب	۶/۰±۴/۰	۶/۲±۴/۲	۶/۱±۱/۴	--
کارکرد اجتماعی	۶/۶±۲/۶	۶/۲±۲/۵	۶/۴±۲/۶	--
افسردگی	۴/۶±۴/۶	۴/۶±۵/۰	۴/۶±۴/۸	--
نمره کل	۲۲/۰±۱۱/۴	۲۲/۳±۱۲/۵	۲۲/۳±۱۲/۱	۰/۷۶

جدول ۲- میانگین نمرات پرخاشگری و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه

شاخص ابعاد	گروه مداخله	گروه شاهد	جمع کل	P.V
پرخاشگری فیزیکی	۲۱/۳±۶/۳	۲۱/۰±۵/۹	۲۱/۱±۶/۱	--
پرخاشگری کلامی	۱۳/۱±۳/۵	۱۲/۹±۴/۱	۱۳/۰±۳/۹	--
خشم	۱۷/۷±۶/۱	۱۷/۱±۵/۸	۱۷/۵±۵/۹	--
خصومت	۲۱/۵±۶/۱	۲۱/۶±۶/۵	۲۱/۶±۶/۳	--
پرخاشگری کلی	۷۳/۶±۱۸/۱	۷۲/۰±۱۸/۵	۷۲/۹±۱۸/۳	۰/۳۸

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات عزت نفس، شادکامی، رضایت از زندگی و عملکرد تحصیلی در بین دانش‌آموزان در دو گروه

متغیر	گروه مداخله	گروه شاهد	P.V
عزت نفس	-۰/۱۴±۲/۳	-۰/۳۴±۱/۷	۰/۳۳
شادکامی	۷۶/۳۳±۱۶/۷	۷۸/۳۱±۱۳/۷	۰/۱۹
رضایت از زندگی	۱۶/۸۸±۴/۳	۱۷/۱۳±۴/۵	۰/۵۸
عملکرد تحصیلی	۱۶/۹۵±۲/۱	۱۶/۳۴±۲/۱	۰/۰۰۵

در متغیر عزت نفس در گروه مداخله (۲۹/۸٪) (۵۹ نفر) دارای عزت نفس بالا، (۳۲/۸٪) (۶۵ نفر) دارای عزت نفس متوسط و (۳۷/۴٪) (۷۴ نفر) دارای عزت نفس پایین بودند. در حالی که این مقدار در گروه شاهد به ترتیب (۱۸/۵٪) (۳۷ نفر)، (۵۰٪) (۱۰۰ نفر) و (۳۱/۵٪) (۶۳ نفر) بود. و در کل (۲۴/۱٪) (۹۶ نفر) از نمونه‌ها دارای عزت نفس بالا بودند. بین میانگین نمرات سطح سلامت عمومی، عزت نفس، شادکامی، رضایت از زندگی و پرخاشگری گروه مداخله و گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P>0/05$). ولی بین میانگین نمرات عملکرد تحصیلی گروه مداخله از گروه شاهد به‌طور معناداری بیش‌تر گزارش شده است (جدول ۳).

بین میانگین نمرات اکتسابی دختران و پسران گروه مداخله و گروه شاهد در در متغیرهای عزت نفس، پرخاشگری، شادکامی و رضایت از زندگی تفاوت آماری وجود نداشت. ولی در متغیر سلامت عمومی بین این دو گروه تفاوت معناداری مشاهده شد ($P<0/001$). هم‌چنین در گروه شاهد بین میانگین نمرات دختران و پسران در متغیرهای عزت نفس، پرخاشگری و رضایت از زندگی تفاوت معنادار یافت نشد ولی در

نتایج مطالعه دورلاک و همکاران نشان داد که آموزش‌های شاگرد محور و آموزش حل مشکلات بین فردی و همچنین راهبردهای تغییر محیط مدرسه بیش‌ترین اثر را در ارتقاء بهداشت روان دانش‌آموزان داشته است (۲۸).

بر طبق اصل حمایت همه جانبه (Advocacy)، که یکی از اصول مهم برای ارتقاء سلامت است، مداخلاتی که کلیه سطوح جامعه از قبیل خانواده‌ها، مدارس، اعضای جوامع محلی، سیاست‌گذاران و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، وسایل ارتباط جمعی و... را درگیر کنند، موفق‌تر هستند. برنامه قلب سالم مینه سوتا و برنامه تشویقی استفاده از کمر بند ایمنی در مدارس میدفیلد نمونه‌هایی از این دست هستند که سطوح قابل ملاحظه‌ای از سازمان‌ها و جوامع را به‌عنوان پشتیبان طرح همراه داشتند (۶، ۲۹ و ۳۰). در برخی از کشورهای پیشرفته در ابتدای دهه ۱۹۹۰ میلادی جهت ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان طرح "سلامت روان گسترده مدارس" (Expanded School-based Mental Health) شکل گرفته است. در این طرح مدارس در ارتباط نزدیکی با مراکز بهداشتی-درمانی، بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها بوده و با ارایه خدمات تشخیصی، درمانی، پیشگیری و همچنین ارزشیابی برنامه‌ها باعث ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان می‌شوند. این طرح می‌تواند مکملی برای برنامه‌های سلامت روان مدارس است که توسط مربیان، مشاورین و روانشناسان شاغل در مدارس ارایه می‌شوند (۳۱).

ارزشیابی نتایج طرح سلامت روان مدارس در سطح گسترده نشان از اثربخشی این طرح دارد و منجر به افزایش عملکرد تحصیلی، حضور در سر کلاس، رفتار سازگارانه بیش‌تر و کاهش خشونت در مدارس شده و موارد ارجاعی به آموزش‌های خاص را در بین دانش‌آموزان به-طور معنی‌دار کاهش داده است (۳۲ و ۳۳).

به دلیل در دسترس نبودن نتایج مطالعات مرتبط با عنوان تحقیق و با توجه به مغایرت یافته‌های این پژوهش با انتظارات معقول از برنامه-های مدرسه مروج سلامت، بهتر است تحقیقات مشابه و مکمل در سایر نقاط به‌عمل آید تا بتوان از مجموع بررسی‌های یاد شده به نتایج بهتری دست یافت. از محدودیت‌های این مطالعه عدم استفاده از پیش‌آزمون و فقط استفاده از یک پس‌آزمون بود. هم‌چنین متغیرهای مداخله‌گر همانند شخصیت و رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی آموزش‌دهندگان، پیشینه زندگی نمونه‌های پژوهش و وضعیت زندگی خانوادگی آن‌ها که متغیرهای مهمی در ایجاد تغییر باورها هستند، کنترل نشدند و به همین علت در تعمیم یافته‌ها و تفسیر نتایج این موارد باید مدنظر قرار گیرند و در نهایت انتخاب گروه شاهد از همان دبیرستان نیز می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌ها در نظر گرفته شود. یافته کلی پژوهش حاکی از عدم اثر بخشی آموزش‌های ارایه شده در میان دانش‌آموزان شرکت‌کننده در طرح مدرسه مروج سلامت در

مداخلاتی که در آن‌ها مدرسه و خانواده با هم در آن مشارکت داشته-اند، بیش‌ترین تأثیر و کارایی را داشته است. هم‌چنین برنامه‌هایی که چند سال پشت سر هم و به‌طور مرتب پیگیری و اجرا شده‌اند اثرات به مراتب بهتری را نسبت به برنامه‌های کوتاه مدت داشته‌اند و برنامه-هایی که بر روی حوزه‌های چندگانه (نظیر فرد، مدرسه و خانواده) متمرکز بودند، بیش‌تر از برنامه‌هایی که فقط بر روی دانش‌آموزان متمرکز شده بودند، تأثیر داشته‌اند. هم‌چنین اجرای برنامه‌های ترکیبی که بر روی تغییرات رفتاری دانش‌آموز، معلم، خانواده، ارتباط مدرسه و خانواده، مدرسه و دیگر نهادهای اجتماعی طراحی شده بودند، بیش-ترین اثر را داشته است (۲۶).

«استرین» در مطالعه خود تحت عنوان «روانشناسی مدرسه» نتیجه-گیری می‌کند که اجرای برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت در مدارس زمانی مؤثر و موفق است که جامع‌نگر بوده و بر روی گروه‌های مشخص و معینی متمرکز شوند و هم‌چنین دارای معیار ارزشیابی مشخص و واضح باشند (۲۷).

گزارش سازمان جهانی تأکید می‌کند که آموزش‌های ارایه شده برای کاهش بزهکاری و رفتارهای خشونت‌آمیز بیش‌ترین موفقیت را نشان داده است و آموزش‌های ارایه شده برای پیشگیری از گسترش سوء مصرف دارو و مواد اعتیادآور کم‌ترین موفقیت را نشان داده است (۲۴). دلیل دیگری که می‌تواند عدم موفقیت برنامه را قابل قبول نماید این است که تمام برنامه‌هایی که گزارش موفقیت ارایه می‌دهند همگی بر روی افراد محدود و در جامعه محدودی انجام شده‌اند، مانند مدارس یک شهر یا یک استان و ایالت و دیگر این‌ها که همه این برنامه‌ها روی یک موضوع مانند سلامت روان، کاهش خشونت و پرخاشگری، کاهش گرایش به بزهکاری، کنترل وزن، تغذیه درست و یا کنترل سوء استفاده از مواد مخدر متمرکز شده‌اند. در حالی که در برنامه اجرا شده چهار یا پنج هدف مد نظر بوده است آن هم در مدت ۲ ماه آموزش به-صورت پاره وقت و آن هم برای چند نفر از دانش‌آموزان در هر کلاس، در حالی که بقیه دانش‌آموزان خیلی مدنظر نبوده‌اند. طبیعی است که در این شیوه اثر بخشی چندانی مشاهده نخواهد شد.

مروری مختصر به برنامه‌هایی که سلامتی را ارتقا می‌دهند نشان می-دهد که برنامه‌های ارتقاء سلامت روان (شامل برنامه‌های کاهش خشونت و بزهکاری) که طول مدت زیاد داشتند و خیلی دقیق و جدی پیگیری شده و کل مدرسه را درگیر کرده بودند، اثر بخشی خوبی داشته‌اند. هم‌چنین برنامه‌های آموزشی شامل پیشگیری از اقدام به خودکشی و پیشگیری از افسردگی و پرخاشگری توانسته است اعمال مضر به حال فرد و جامعه را کاهش دهد. در بعضی از پژوهش‌ها اثر بخشی آموزش سلامت از طریق همیاران و همسالان در مقایسه با آموزش‌های معلم-محور بهتر و مفیدتر تشخیص داده شده است (۱۰).

15. Tagavi S. Reliability and validity of general health questionnaire. *Journal of Psychology* 2002;5(4):381-39.[Persian].
16. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of rosenberg's self-esteem scale. *Journal of Iranian Psychologists* 2005; 1(4):313-320.[Persian].
17. Alipour A, Agahe heris M. Reliability and validity of the oxford happiness inventory among Iranians. *Journal of Iranian Psychologists* 2007;3(12):287-298.[Persian].
18. Gholparvar M, Oreyzi Samani S,HR, Nouri A, Sabahi P. Reliability and validity of the dependability and aggression subscales of the counterproductive behavior index (CBI). *Journal of Iranian Psychologists* 2007;3(12):333-345.[Persian].
19. Bayani A, kouchaki A, Goudarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Journal of Iranian psychologists* 2007; 3(11):259-265.[Persian].
20. Alipoor A, Nori N. A study on reliability and validity of the depression-happiness Scale in justice's staff of Isfahan city. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2006;8(31-32): 87-96.[Persian].
21. Sepahvand T, Gilani B, Zamani R. Relationship between attribution styles with stressful life events and general health. *Psychological Research* 2007;9(3-4):33-46.[Persian].
22. Covell M. Efficacy of a school-based cardiac health promotion intervention program for African-American adolescents. *Applied Nursing Research* 2008;21:173-180.
23. Maes L, Lievens J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine* 2003;56:517-529.
24. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, accessed 01 March 2006).
25. Kratochwill T, McDonald L, Levin J. Families and schools together: An experimental study of multi-family support groups for children at risk. *Journal of School Psychology* 2009;47:245-265.
26. Greenberg MT, Domitrovich CE, Bamburg B. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment* 2001;4(1).
27. Strein W, Hoagwood K, Cohn A. School psychology: a public health perspective: I. prevention, populations, and systems change. *Journal of School Psychology* 2003;41(1):23-38.
28. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997;25(2):115-152.
29. Perry CL, Pirie P, Holder, Halper A, Dudovitz B. Parent involvement in cigarette smoking prevention: two pilot evaluations of the unusable program. *Journal of School Health* 1990;60:443-447.
30. Wojtowicz G, Peveler LA, Eddy JM, Waggle SB, Fitzhugh EC. The midfield high school safety belt incentive program. *Journal of School Health* 1992;52:407-410.
31. Weist M, Goldstein J, Evans S, Lever N, Axelrod J, Schreters R, et al. Funding a full continuum of mental health promotion and intervention programs in the schools. *Journal of Adolescent Health* 2003;32S:70-78.
32. Jennings J, Pearson G, Harris M. Implementing and maintaining school-based mental health services in a large urban school district. *Journal of School Health* 2000;70:201-5.
33. Nabors LA, Reynolds MW. Program evaluation activities: Outcomes related to treatment for adolescents receiving school-based mental health services. *Child Serv Soc Policy Res Prac* 2000;3:175-89.

استان گلستان است. بهتر است جهت اثر بخش کردن طرح، شیوه‌های اجرای آن مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله نهایت سپاسگزاری خود را از ریاست سازمان آموزش و پرورش استان گلستان، مدیران مدارس مورد بررسی و همکاران طرح که بی‌شک بدون بذل توجه آنان انجام این مطالعه مقدور نبود، اعلام می‌دارند.

References

1. Flaherty LT, Weist MD, Warner BS. School-based mental health services in the United States: history, current models, and needs. *Community Ment Health J* 1996;32(4):341-52.
2. Weissberg RP, Greenberg MT. School and community competence-enhancement and prevention programs. In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA, editors. *Handbook of child psychology: Vol 4. Child psychology in practice*. 5th ed. New York : John Wiley & Sons Press;1998.p.877-954.
3. World Health Organization. The ottawa charter for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1986.
4. Xu Long S, Pan Bao J, Lin Jin X, Chen LJ P, Yu Sen H, Jones J. Creating health- promoting school in rural china: a project started from deworming. *Health Promotion International* 2000;15(3):197-206.
5. World Health Organization. The health promoting school. A Framework for Action in the WHO Western Pacific Region. Regional Office for the Western Pacific.WHO;1995.
6. Lynagh M, Margot J, Rob W. School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International* 1997;12(1):43-60.
7. Elder JP, Perry CL, Stone EJ, Johnson CC, Yang M, Edmondson EW, et al. Tobacco use measurement, prediction, and intervention in elementary schools in four states: the CATCH study. *Prev Med* 1996; 25(4):486-94.
8. Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobol A, Dixit S, Fox MK, et al. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: planet health. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153:409-418.
9. Gilbert JB, Schinke S, Orlandi MA. School-based health promotion: Substance abuse and sexual behavior. *Applied and Preventive Psychology* 1995;4(3):167-184.
10. Greenberg MT, Weissberg RP, O'Brien MU, Zins JE, Fredericks L, Resnik H, et al. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist* 2003;58(6-7):466-474.
11. Mishara B, Ystgaard M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: zippy's friends. *Early Childhood Research Quarterly* 2006;21:110-123.
12. Haraldsson K, Lindgren EC, Fridlund B, Baigi AM, Lydell M, Markland BR. Evaluation of a school-based health promotion programme for adolescents aged 12-15 years with focus on well-being related to stress. *Public Health* 2008;122(1):25-33.
13. Phuphaibul R, Thanooruk R, Leucha Y, Sirapo-ngam Y, Kanobdee C. The impacts of the "immune of life" for teens module application on the coping behaviors and mental health of early adolescents. *J Pediatr Nurs* 2005;20(6):461-468.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-610.