

بررسی مقایسه ای اثر بخشی آموزش سه مهارت زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول

فرزانه میکائیلی منیع^۱
شاهپور احمدی خوئی^۲
حسین زارع^۲

چکیده

سابقه و هدف: انتقال از دوره متوسطه به دانشگاه برای بیشتر افراد رخدادی تنش زا محسوب می شود و لازم است دانشجویان مهارت های مختلفی برای سازگاری با آن داشته باشند. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی مدیریت تنیدگی، خود آگاهی و ارتباط موثر بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول است.

مواد و روش ها: روش مطالعه حاضر نیمه تجربی با گروه شاهد بود. از بین دانشجویان سال اول مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد ارومیه، ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب و به صورت تصادفی در ۴ گروه ۲۵ نفری (سه گروه آزمایش و یک گروه شاهد) قرار گرفتند و سپس سه نوع آموزش با محتوای مدیریت تنیدگی، خود آگاهی و ارتباط موثر، طی ۶ جلسه یک و نیم ساعته ارائه گردید و نمره پرسشنامه سلامت عمومی قبل و بعد از آموزش با هم مقایسه گردید.

یافته ها: تفاوت بین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و شاهد، در تمام مولفه های سلامت عمومی به نفع گروه آزمایش معنی دار بود ($p < 0/05$). در گروه های آموزش مدیریت تنیدگی و خود آگاهی، مولفه اضطراب و بی خوابی و در گروه برقراری ارتباط موثر، مولفه نشانه های بدنی در قیاس با سایر مولفه ها بیشتر بهبود یافته بود. بررسی نتایج حاصل از مقایسه دو به دو میانگین ها نشان داد آموزش مهارت های برقراری ارتباط موثر در تمام مولفه های سلامت عمومی و نمره کلی آموزش، اثربخش بود که در قیاس با سایر مهارت ها، تغییر و بهبود بیشتری را به دنبال داشت.

استنتاج: مجموع یافته ها حاکی از تاثیر مثبت آموزش ها بر بهبود سلامت عمومی بود. لذا پیشنهاد می شود این نوع آموزش ها، خصوصاً آموزش مهارت های ارتباطی، به عنوان بخشی از برنامه های بهداشت روانی دانشگاه ها قرار گیرد.

واژه های کلیدی: مهارت های زندگی، مدیریت تنیدگی، خود آگاهی، ارتباط موثر، سلامت عمومی، دانشجویان

مقدمه

تجربه ای درباره آن ندارد و در غالب موارد فاقد مهارت های لازم برای مقابله با آن ها می باشد (۱،۲). دانشجویان معمولاً با تصورات خاصی از دانشگاه وارد آن می شوند که

انتقال از دوره متوسطه به دانشگاه برای بیشتر افراد رخدادی تنش زا محسوب می شود، زیرا در این مرحله دانشجویان با شرایط و الزامات جدیدی مواجه می شود که

E-mail: Tabrizf@yahoo.com

مؤلف مسئول: فرزانه میکائیلی منیع - ارومیه: خیابان والفجر، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

۱. گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۲/۳ تاریخ تصویب: ۹۰/۶/۳۰

عموماً با واقعیات موجود همخوانی چندانی ندارد، این امر موجب سرخوردگی و ناخشنودی آنان می‌شود (۳). علاوه بر این، جوان با مسائلی مانند جدایی از خانواده، کسب آزادی‌های جدید، افزایش مسئولیت‌های شخصی، پدید آمدن روابط و دوستی‌های جدید، ضرورت یافتن مدیریت زمان و بودجه، تغییر ماهیت تکالیف درسی، نگرانی درباره آینده، مشکلات مالی، فشار برای تصمیم‌گیری‌های مستقل و تغییر انتظارات مواجه می‌گردد که همگی موجب می‌شوند، دانشجویان سال اول در قیاس با دانشجویان دیگر احساس تنش و فشار بیشتری کرده و به احتمال زیادتری مشکلات روانشناختی را تجربه نمایند. بر این اساس، برخی از روانشناسان سال اول دانشگاه را تنش‌زاترین زمان در طول تحصیل دانشگاهی محسوب می‌کنند (۴).

استمرار در تجربه چالش‌های متعدد موجب می‌شود که به احتمال بیشتری دانشجویان آشفتگی‌های هیجانی، مانند احساس تهایی، مشکلات تغذیه‌ای، غم غربت، حالت سوگ و افزایش احتمال مصرف مواد مخدر را نشان‌دهند (۵،۶). به علاوه، بیشترین میزان مشروطی و ترک تحصیل مربوط به دانشجویان سال اول است (۷،۸). در حقیقت، بیش از ۶۰ درصد دانشجویان ترک تحصیل کننده این کار را در دو سال اول انجام می‌دهند (۹).

گرچه این دست احساسات و تجربیات، که برای بیشتر دانشجویان اتفاق می‌افتد، بخشی از روند طبیعی انتقال از دبیرستان به دانشگاه است، اما گروهی از این عده به مشکلات هیجانی و روانشناختی طولانی مدتی مانند افسردگی، اضطراب و ناسازگاری هیجانی مبتلا می‌شوند (۱۰). بنابراین به نظر می‌رسد، متغیرهای وجود دارند که در واکنش نامناسب دانشجویان سال اول به تنش‌زاهای محیط دانشگاه موثرند. بررسی‌های انجام یافته در این خصوص نشان داده‌اند دو گروه متغیر محیطی و فردی در بروز مشکلات روانشناختی در دانشجویان سال اول موثرند (۱۱). متغیرهای محیطی یا وابسته به مواردی مانند کیفیت رابطه بین دانشجو و

اساتید و کادر اداری دانشگاه، وجود امکانات خوابگاهی، وضعیت مناسب تغذیه، وجود مرکز مشاوره و ارائه شدن حمایت‌های روانشناختی از سوی دانشگاه، بودن قوانین انضباطی و آموزشی روشن و بالا بودن میزان شهریه (۳) و متغیرهای فردی مانند: سبک مقابله‌ای سازگارانه، داشتن حمایت‌های اجتماعی (۸)، احساس تعلق و دلبستگی به دانشگاه، توانایی برقراری روابط اجتماعی بسنده (۱۲) را دربر می‌گیرند. مجموعه فشارهای موجود در سال اول دانشگاه موجب می‌شود سطح سلامت روانی این گروه در قیاس با دانشجویان سال‌های بعد پایین‌تر باشد (۱۳). به همین سبب متخصصان و متولیان حوزه بهداشت روانی دانشجویان و روانشناسان از روش‌های مختلف درمانی مانند درمان‌های شناختی- رفتاری و حل مسئله درمانی برای ارتقا سلامت عمومی و روانی دانشجویان بهره گرفته‌اند. اما این روش‌ها عموماً وقت گیر و هزینه بر بوده و در بسیاری موارد دانشجویان تمایلی به حضور در جلسات روان درمانی ندارند (۱۴).

در حالی که مجموعه توانمندی‌ها و مهارت‌هایی وجود دارند که به فرد امکان مقابله موثر با تنش‌های ناشی از مواجهه با محرک‌های تنش‌زا را می‌دهند (۸). گروهی از این مهارت‌ها تحت عنوان مهارت‌های زندگی مفهوم‌سازی شده و در قالب برنامه‌های مختلف آموزش داده شده‌اند. اساس برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را ۱۰ مهارت، شکل می‌دهد که می‌توان آن‌ها را در ۵ حوزه خودآگاهی و همدلی، مقابله با هیجان‌ها و تنیدگی، برقراری ارتباط موثر اجتماعی و بین فردی، تفکر خلاق و تفکر نقادانه و تصمیم‌گیری و حل مسئله خلاصه نمود (۱۵،۱۶). هدف این آموزش‌ها ارتقا سطح بهداشت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است (۱۷).

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند آموزش این مهارت‌ها در افزایش سلامت روانی (۱۸،۱۹)، سلامت جسمی (۲۰)، کاهش گرایش به سوء مصرف مواد (۲۱)، بهبود عملکرد تحصیلی در دانشگاه و افزایش سازگاری (۲۲) و ارتقای کیفیت زندگی (۲۳) موثرند. مهارت‌های زندگی

بر اساس حجم جامعه هر دانشکده، مقدار آن در نمونه مشخص شد. سپس متناسب با حجم هر یک از رشته‌ها، جنس و پایه تحصیلی سهم آن در نمونه نیز تعیین گردید. آزمودنی‌ها از طریق روش تصادفی ساده (قرعه کشی بدون جایگزین) در گروه‌های آموزشی گمارده شدند. در نهایت شرکت کنندگان در سه گروه آزمایشی و یک گروه شاهد که هر یک متشکل از ۲۵ نفر بود قرار گرفتند.

ابزار:

مقیاس سلامت عمومی برای سنجش سلامت عمومی بکار گرفته شد. این مقیاس از پرکاربردترین ابزارهای سنجش سلامت کلی در جمعیت عمومی است که توسط Goldberg به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه ساخته شد. این مقیاس به ۳۸ زبان دنیا ترجمه و به شکل وسیعی بکار رفته است. هدف مقیاس سلامت عمومی، دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری و سلامت است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال و ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکنش وری اجتماعی و افسردگی و خیم است. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. زیرمقیاس اول شامل موادی درباره نشانه‌های بدنی است. زیرمقیاس دوم شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبطند. زیرمقیاس سوم گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. زیرمقیاس چهارم دربرگیرنده موادی است که با افسردگی و خیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبطند. در پژوهشی روایی آن از دو روش روایی همزمان و همبستگی خرده مقیاس‌های آزمون فوق با نمره کل استفاده شد که ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های آن با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است (۲۷).

تنوع گسترده‌ای دارد، اما پژوهش‌های مرتبط با سلامت روان و سازگاری، حاکی از اهمیت مهارت‌هایی مانند سبک‌های مقابله، ارتباط موثر با دیگران و آگاهی از توانایی‌ها و ضعف‌های خود است (۲۴).

با توجه به این که آموزش تمام مهارت‌های ده‌گانه امری زمانبر و پرهزینه است، که مانعی برای گسترش آن به‌شمار می‌آید، هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی مدیریت تنیدگی، خودآگاهی و برقراری ارتباط موثر بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول است، زیرا سطح سلامت عمومی آنان در قیاس با سایر گروه‌ها پایین‌تر بوده و از این رو گروه اخیر زمینه مساعدتری برای ابتلا به مشکلات و اختلالات روانشناختی دارند (۲۵). از این رو، سوال اصلی مطالعه حاضر این است که آیا آموزش مستقل سه مهارت مدیریت تنیدگی، خودآگاهی و برقراری ارتباط موثر قادر است به بهبود و ارتقای سلامت عمومی و زیر مولفه‌های آن در دانشجویان سال اول کمک کند؟ بررسی جداگانه این سه مهارت که جزو مهارت‌های اصلی برای حفظ بهداشت روانی به‌شمار می‌روند (۱)، اطلاعات ارزشمندی در خصوص کارایی و مفید بودن محتوا و برنامه آموزشی تحت لوای مهارت‌های زندگی بوده و بستر مناسبی جهت گسترش آموزش‌های کوتاه مدت در مراکز مشاوره دانشجویی فراهم خواهد آورد.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه حاضر نیمه تجربی با گروه شاهد بود. جامعه آماری دانشجویان سال اول (ورودی سال تحصیلی ۸۹-۸۸) از رشته‌های تحصیلی علوم پایه، مهندسی و کشاورزی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد ارومیه بودند. حجم نمونه، بر اساس پیشنهاد Gall و همکاران (۲۶) که حجم مناسب برای پژوهش‌های تجربی و نیمه تجربی را حداقل ۱۵ نفر در هر گروه می‌دانند، ۱۰۰ نفر تعیین و با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب به عمل آمد. به این ترتیب که

کاربندی آزمایشی

محتوای آموزشی استفاده شده در این پژوهش با استفاده از بسته آموزشی مهارت‌های زندگی تدوین گردید که توسط دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور تهیه شده است. سه مهارت خودآگاهی، مدیریت تنیدگی و برقراری ارتباط موثر هر کدام در ۶ جلسه ۱/۵ ساعته به گروه‌های آزمایشی آموزش داده شد. شیوه آموزش مهارت‌های زندگی از نوع آموزش فعال بود و از تکنیک‌هایی نظیر بارش فکری، ایفای نقش و بحث‌های گروهی استفاده گردید. آموزش‌ها توسط ۳ نفر کارشناس ارشد روانشناسی که مدرس دوره‌های مهارت‌های زندگی برای گروه‌های مختلف جوانان بودند و آموزش‌های یکسانی دریافت کرده بودند، ارائه شد.

مفاهیم آموزشی در مهارت خودآگاهی عبارت بودند: از اجزا خودآگاهی، شامل خودآگاهی جسمانی، خودآگاهی هیجانی، شناخت نقاط ضعف و قوت، افکار و احساسات، اهداف و ارزش‌ها. مخاطبین با دستیابی به این مهارت‌ها یاد می‌گیرند با دستیابی به خودشناسی، از نقاط قوت و توانایی‌های خود در جهت بهبود نقاط ضعف خود استفاده نمایند و در نهایت از قابلیت‌های خود به نحو بهتر بهره‌جویند. محتوای آموزشی و مفاهیم آموزش داده شده در مهارت برقراری ارتباط موثر، تعریف ارتباط، بحث درباره سبک‌های ارتباطی مختلف (سبک سلطه‌پذیر، سبک پرخاشگر و سبک جرات‌مند)، مهارت‌های صحبت کردن و گوش دادن و مهارت ابراز وجود را دربر می‌گرفت که از طریق روش‌های فعال به دانشجویان آموزش داده شدند. مفاهیم آموزشی در مهارت مدیریت تنیدگی موضوعاتی مانند تعریف تنیدگی، نشانه‌های تنیدگی، تاثیر تنیدگی بر وضع جسمانی، روانشناختی و اجتماعی افراد، شیوه‌های مقابله با تنیدگی (مساله‌مدار، هیجان‌مدار و ناسازگارانه) و تغییر روش‌ها و استفاده از روش‌های حل مسئله آموزش

داده شدند. روش‌های تدریس فعال مانند بحث گروهی، حل مساله و ایفای نقش برای آموزش بکار گرفته شدند. آموزش با معرفی مهارت‌های زندگی به شکل کلی آغاز، سپس مهارت مورد نظر ارائه شد. از طریق بحث گروهی مهارت‌های عملی که زیر آن می‌توانستند قرار گیرند فهرست شده و درباره بازدارنده‌ها و موانع بکارگیری و راه‌ها تبادل نظر گردید. در تمام مراحل، اجراکننده آموزش به شرکت کنندگان بازخورد ارائه داده و بحث و نظرات را هدایت می‌کرد. علاوه بر این، موقعیت‌های عملی طرح و مهارت‌ها در کلاس از طریق ایفای نقش تمرین می‌شدند.

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و آزمون‌های آماری t وابسته و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ میانگین‌های خرده مولفه‌ها و نمره کلی گروه‌های آزمایش و شاهد در پس و پیش آزمون، تفاضل میانگین‌ها و نتایج آزمون t مربوط به آن‌ها ارائه کرده یده است.

تفاوت بین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و شاهد، در تمام مولفه‌های سلامت عمومی معنی‌دار بود ($p < 0.01$). میانگین تفاضل‌ها در تمام مولفه‌ها این تفاوت به نفع گروه آزمایش بوده است. یعنی می‌توان ادعا کرد آموزش مهارت‌های زندگی خودآگاهی، مدیریت تنیدگی و برقراری ارتباط موثر موجب بهبود وضع سلامت عمومی گروه آزمایش شده بود. بررسی مقدار تفاضل و t هر یک از مولفه‌ها نشان می‌دهد در گروه‌های آموزش مدیریت تنیدگی و خودآگاهی مولفه اضطراب و بی‌خوابی بیش از دیگر مولفه‌ها تغییر کرده و در گروه برقراری ارتباط موثر مولفه نشانه‌های بدنی در قیاس با سایر مولفه‌ها بیشتر بهبود یافته است. علاوه بر این، نمره کل سلامت عمومی

جدول شماره ۱: میانگین‌ها و نتایج آزمون ۱ مربوط به تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای مولفه‌های متغیر سلامت عمومی

آموزش ارائه شده	مولفه	گروه	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	میانگین تفاضل پیش-پس آزمون	انحراف معیار تفاضل پیش-پس آزمون	سطح معنی داری
آموزش خودآگاهی	نشانه‌های بدنی	آزمایش	۸/۴	۷/۰۴	-۱/۴	۱/۶	۰/۰۰۰
		شاهد	۷/۰۸	۷/۰۸	۰	۰/۲۸	۰/۰۰۰
	اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۸/۲	۶/۵۲	-۱/۶۸	۰/۳۵	۰/۰۰۰
		شاهد	۷/۲۷	۷/۷۶	۰/۴	۱/۲۴	۰/۰۰۰
	افسردگی و خیم	آزمایش	۹/۰۸	۷/۲۸	-۱/۸	۱/۳۸	۰/۰۰۰
		شاهد	۸/۵۲	۸/۴۸	۰/۴۱	۰/۳۵	۰/۰۰۰
ناکنش وری اجتماعی	آزمایش	۷/۲	۶/۲۴	-۱/۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۰	
	شاهد	۸	۸/۰۸	۰/۵۷	-۰/۸	۰/۰۰۰	
نمره کل	آزمایش	۳۲/۲۵	۲۶/۹۲	-۵/۶	۳/۱۵	۰/۰۰۰	
	شاهد	۳۱/۳۲	۳۱/۰۴	-۰/۸	۰/۱۹	۰/۰۰۰	
آموزش مدیریت تنیدگی	نشانه‌های بدنی	آزمایش	۸	۷/۰۸	-۲/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۴
		شاهد	۷/۰۸	۷/۱۶	۰	۰/۲۸	۰/۰۰۰
	اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۸/۵۶	۷/۱۷	-۱/۰۴	۱/۰۱	۰/۰۰۰
		شاهد	۷/۷۲	۷/۶۷	۰/۰۴	۰/۳۵	۰/۰۰۰
	افسردگی و خیم	آزمایش	۸/۵۲	۸/۴۴	-۱/۴۸	۰/۸۸	۰/۰۰۰
		شاهد	۸/۴۸	۹/۴	۰/۶۱	۰/۰۴	۰/۰۰۰
ناکنش وری اجتماعی	آزمایش	۸/۲۴	۶/۵۶	-۱/۵۶	۱/۲۲	۰/۰۰۱	
	شاهد	۸/۳۶	۸/۰۸	-۰/۲۸	۱/۴۰	۰/۰۰۰	
نمره کل	آزمایش	۳۴/۱۲	۲۸/۵۲	-۵/۶	۲/۴۱	۰/۰۰۰	
	شاهد	۳۱/۳۲	۳۱/۴	۰/۹۱	۰/۰۸	۰/۰۰۰	
آموزش برقراری ارتباط موثر	نشانه‌های بدنی	آزمایش	۶/۸	۵/۲	-۱/۶	۱/۰۸	۰/۰۰۰
		شاهد	۷/۰۸	۷/۳۶	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰
	اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۷/۰۷	۵/۴۴	-۱/۶۴	۱/۰۲	۰/۰۰۰
		شاهد	۷/۷۲	۷/۷۶	۰/۴	۰/۳۵	۰/۰۰۰
	افسردگی و خیم	آزمایش	۷/۴۸	۵/۸	-۱/۸۸	۱/۰۵	۰/۰۰۰
		شاهد	۸/۵۲	۸/۴۸	۰/۸	۰/۳۵	۰/۰۰۰
ناکنش وری اجتماعی	آزمایش	۷/۱۲	۵/۸۸	-۱/۴۵	۱/۰۴	۰/۰۰۰	
	شاهد	۸	۸/۰۸	۰/۸۹	۰/۵۷	۰/۰۰۰	
نمره کل	آزمایش	۲۶/۹۲	۲۰/۴	-۶/۵۲	۳/۱۳	۰/۰۰۰	
	شاهد	۳۱/۳۲	۳۱/۴	۰/۹	۰/۸	۰/۰۰۰	

شاهد در تمام مولفه‌ها متفاوتند، احتمالاً کاربندی‌های سه‌گانه نیز تاثیر متفاوتی در کاهش هر کدام از مولفه‌ها داشته‌اند. مجذور اتا در این تحلیل‌ها به این معنی است که چه مقدار از تغییرات نمرات پس آزمون ناشی از تغییرات عضویت گروهی (گروه کنترل یا آزمایش) است. بررسی این ضرایب در مولفه‌های ۵ گانه نشان می‌دهد بزرگترین مجذور به مولفه نشانه‌های بدنی اختصاص دارد، یعنی تفاوت نمرات پس آزمون گروه‌ها به میزان ۹۰ درصد ناشی از شرکت در جلسات آموزشی و یا عدم شرکت در آن است. پس از این مولفه بیشترین

نیز پس از کاربندی آموزش تغییر و شاخص آن برای گروه‌های آزمایش ارتقا پیدا کرده بود.

جهت تعیین آموزش اثربخش تر روی بهبود سلامت عمومی کلی و مولفه‌های آن از بین سه آموزش ارائه شده، آزمون تحلیل کوواریانس بکار رفت که نتایج مربوط به تفکیک مولفه‌ها و نمره کلی در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

مجموع نتایج به دست آمده نشان می‌دهند در تمام مولفه‌ها بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی علاوه بر این که میانگین گروه‌های آزمایش و

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای سلامت عمومی کلی و مولفه های آن

مجلدور انا	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقدار ثابت	مولفه
۰/۲۱	۰/۰۰۰	۲۴/۶	۱۳/۵۳	۱	۱۳/۵۳	مقدار ثابت	نشانه های بدنی
۰/۴۱	۰/۰۰۰	۸۹۱/۵۸	۴۹۰/۰۲	۱	۴۹۰/۰۲	پیش آزمون	
۰/۹	۰/۰۰۰	۲۱/۶۷	۱۱/۹۱	۳	۵۳/۷۴	گروه	
			۰/۵۵	۹۵	۵۲/۲۱	خطا	
				۹۹	۶۱۴/۴۴	مجموع	
۰/۰۲	۰/۰۰۰	۱/۸۱	۱/۴۶	۱	۱/۴۶	مقدار ثابت	اضطراب و بیخوابی
۰/۸۷	۰/۰۰۰	۶۷۳/۸۳	۵۱۲/۰۵	۱	۵۱۲/۰۵	پیش آزمون	
۰/۴	۰/۰۰۰	۲۰/۷۳	۱۶/۶۴	۳	۴۲/۹۲	گروه	
			۰/۸	۹۵	۶۲/۲۷	خطا	
				۹۹	۶۶۲/۱۶	مجموع	
۰/۰۷	۰/۰۰۷	۷/۵۶	۶/۵۳	۱	۶/۵۳	مقدار ثابت	ناکنش وری اجتماعی
۰/۸۵	۰/۰۰۰	۵۶۳/۶۵	۴۶۳/۴۱	۱	۴۶۳/۴۱	پیش آزمون	
۰/۴۳	۰/۰۰۰	۲۴/۰۴	۲۰/۷۶	۳	۶۲/۲۸	گروه	
			۰/۸۶	۹۵	۸۲/۰۳	خطا	
				۹۹	۵۶۳/۷۰	مجموع	
۰/۸۹	۰/۰۰۰	۳۵۸/۲۷	۱۸۰۸/۶۹	۱	۱۸۰۸/۶۹	مقدار ثابت	افسردگی
۰/۱۱	۰/۰۰۰	۱۲/۳۶	۶۲/۴۱	۱	۶۲/۴۱	پیش آزمون	
۰/۲۵	۰/۰۰۰	۱۰/۳۵	۵۲/۲۵	۳	۱۵۶/۷۵	گروه	
				۹۵	۴۷۹/۵۹	خطا	
				۹۹	۷۲۱	مجموع	
۰/۰۴	۰/۰۶	۳/۵۷	۱۴/۵۹	۱	۱۴/۵۹	مقدار ثابت	سلامت عمومی کلی
۰/۹۲	۰/۰۰۰	۱۱۹۳/۴۳	۴۶۲۰/۸۲	۱	۴۶۲۰/۸۲	پیش آزمون	
۰/۶۶	۰/۰۰۰	۶۱/۳۳	۲۴۸/۷۱	۳	۷۴۶/۱۳	گروه	
			۴/۰۵	۹۵	۳۸۵/۲۶	خطا	
				۹۹	۶۶۳۳/۳۹	مجموع	

بحث

نتایج حاصل حاکی از اثربخشی آموزش مهارت های برقراری ارتباط موثر، خود آگاهی و مدیریت تنیدگی بر بهبود سلامت عمومی دانشجویان بود. بررسی جداگانه نتایج بدست آمده برای هر کدام از آموزش ها حاکی از آن بودند که کاربردی آموزش مهارت خود آگاهی تاثیر مثبتی در چهار مولفه سلامت عمومی در دانشجویان گروه آزمایشی داشته است. بررسی تک تک مولفه های سلامت عمومی نشان داد بزرگترین تغییر در مولفه افسردگی و سپس به اضطراب و بی خوابی تعلق دارد. در کل می توان ادعا کرد آموزش مهارت خود آگاهی موجب ارتقا سلامت عمومی دانشجویان شده است. در این راستا، یافته های مطالعه Catalano و همکاران (۲۸)

مجدور به ترتیب به سلامت عمومی کلی، ناکنش وری اجتماعی، اضطراب و بی خوابی و افسردگی تعلق دارد. جهت تعیین آموزش اثربخش از بین آموزش های سه گانه، از آزمون مقایسه های پسین LSD استفاده شد که یافته های مربوطه در جدول شماره ۳ آورده شده است. بررسی نتایج حاصل از مقایسه دو به دو میانگین ها نشان می دهد در تمام مولفه های سلامت عمومی و نمره کلی آموزش اثربخش آموزش مهارت های برقراری ارتباط موثر است که در قیاس با سایر مهارت ها تغییر و بهبود بیشتری را به دنبال داشته است. پس از این روش، آموزش خود آگاهی موثرتر واقع و باعث کاهش نشانه ها گردیده بود.

جدول شماره ۳: نتایج مقایسه‌های چندگانه LSD برای سلامت عمومی کلی و مولفه‌های آن

مولفه	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
نشانه‌های بدنی	خودآگاهی	برقراری ارتباط موثر	۰/۶۴	۰/۲۱	۰/۰۰۳
		مدیریت تنیدگی	-۰/۱	۰/۲۱	۰/۶۲
	برقراری ارتباط موثر	مدیریت تنیدگی	-۰/۷۵	۰/۲۱	۰/۰۰۱
اضطراب و بیخوابی	خودآگاهی	برقراری ارتباط موثر	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۵۱
		مدیریت تنیدگی	-۰/۶۷	۰/۲۵	۰/۰۰۹
	برقراری ارتباط موثر	مدیریت تنیدگی	-۰/۸۴	۰/۲۶	۰/۰۰۱
ناکنش‌وری اجتماعی	خودآگاهی	برقراری ارتباط موثر	۰/۴۹	۰/۲۶	۰/۰۷
		مدیریت تنیدگی	-۰/۷۱	۰/۲۶	۰/۷۸
	برقراری ارتباط موثر	مدیریت تنیدگی	-۰/۵۶	۰/۲۷	۰/۰۴
افسردگی	خودآگاهی	برقراری ارتباط موثر	۱/۷۸	۰/۶۴	۰/۰۰۶
		مدیریت تنیدگی	۰/۰۵	۰/۶۴	۰/۹۴
	برقراری ارتباط موثر	مدیریت تنیدگی	-۱/۷۳	۰/۲۷	۰/۰۰۹
نمره کلی سلامتی عمومی	خودآگاهی	برقراری ارتباط موثر	-۱/۹۷	۰/۵۸	۰/۰۰۱
		مدیریت تنیدگی	-۰/۳	۰/۵۷	۰/۶
	برقراری ارتباط موثر	مدیریت تنیدگی	-۲/۲۷	۰/۵۹	۰/۰۰۰

Tiuraniemia و همکاران (۳۲) در مطالعه خود نتیجه گرفتند آموزش خود سنجی به افراد که نوعی روش برای افزایش خودآگاهی است می‌تواند به بهبود مهارت‌های ارتباطی دانشجویان منجر گردد. به همین سبب شاید نتیجه گرفت آموزش‌های خودآگاهی به دلیل افزایش شناخت فرد از قوت‌ها و ضعف‌های خود و استفاده بهینه از آن‌ها قادرند به سلامتی رشد کمک کنند.

نتایج مربوط به گروه آموزش برقراری ارتباط موثر نشان دادند، کاربردی آموزش مهارت برقراری ارتباط موثر در بهبود سلامت عمومی دانشجویان گروه آزمایش تاثیر مثبت داشته است. بالا ترین میزان بهبودی، به ترتیب به زیر مولفه‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب، افسردگی و وخیم و ناکنش‌وری اجتماعی تعلق داشته است. در این راستا، مطالعات متعددی حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بر سلامت روانشناختی و ابعاد آن بوده است. در پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود واکنش‌های افراد به موقعیت‌های تنش‌زا مورد بررسی

نشان دادند این گونه آموزش‌ها با افزایش خودانگیزگی، لیاقت اجتماعی و همدلی همراه بوده و بهبود سلامت روانشناختی را به دنبال داشتند.

رامشت و فرشاد (۲۰) هم در مطالعه خود دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت جسمانی و روانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی موثرند. به علاوه، آقاجانیان (۲۹) نیز اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی را بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه شهر دزفول مورد مطالعه قرار داده و نتیجه گرفت که شکایات جسمانی، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در نتیجه آموزش‌ها کاهش یافته‌اند.

نکته دیگری که در تبیین این یافته‌ها می‌توان به آن اشاره کرد، ماهیت آموزش‌های خودآگاهی است بسیاری از متخصصان حوزه روانشناسی و درمان‌های روانشناختی معتقدند صرف آگاه شدن افراد از ویژگی‌های خود و افزایش خودشناسی قادر است، برخی از مشکلات رفتاری، خصوصاً مشکلات عاداتی، را کاهش دهد (۳۱، ۳۰).

قرار گرفت، نتایج بدست آمده نشان دادند این آموزش‌ها ضمن بهبود واکنش‌های فرد، افزایش سلامتی روانی را بدنبال دارد (۳۳). علاوه بر این، پژوهش‌های مرتبط با سلامت روان و سازگاری، حاکی از اهمیت مهارت‌هایی مانند ارتباط موثر با دیگران بر کیفیت زندگی و بهداشت روانی است. مطالعاتی از این دست نشان داده‌اند افرادی با مهارت برقراری ارتباط و تاثیر بر دیگران سالم تر از افرادی هستند که این مهارت‌ها را ندارند. از آن جایی که این مهارت‌ها قابل آموزش هستند می‌توان با آموزش آن‌ها به ارتقای سلامتی کمک کرد (۲۴).

محمودی عالمی و همکاران (۳۴) نیز پژوهشی درباره تاثیر آموزش قاطعیت بر میزان اضطراب و جرات ورزی دانشجویان پرستاری انجام دادند (جرات ورزی و قاطعیت از زیر مجموعه مهارت برقراری ارتباط موثر، می‌باشند). آن‌ها دریافتند که این آموزش‌ها موجب کاهش میزان اضطراب آشکار و پنهان دانشجویان و ارتقای سلامت آنان می‌شود. همسو با این نتایج، صبحی و رجبی (۱۹) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش برقراری ارتباط موثر بر اساس برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند ارتقای سلامت عمومی را به دنبال داشته باشد.

بررسی نتایج آموزش مهارت مدیریت تنیدگی نشان داد که کاربردی آموزش این مهارت، تاثیر مثبتی بر بهبود وضعیت سلامت عمومی گروه آزمایشی داشته است. آموزش‌ها بیشترین میزان تاثیر را بر زیر مولفه اضطراب و سپس به ترتیب بر زیر مولفه‌های ناکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نشانه‌های بدنی داشته است. بر این اساس، کاربردی آزمایشی در این مطالعه اثر بخشی خود را ایفا نموده است. در این رابطه یافته‌های صادقی موحد و همکاران (۳۵) نشان دادند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، به عنوان بخشی از آموزش مهارت‌های مدیریت تنیدگی، در کاهش علائم اختلال روانی بویژه جسمی‌سازی علایم (نشانه‌های بدنی) و

اضطراب موثر است. Kirby و همکاران (۲۳) نیز در مطالعه خود تاثیر آموزش مهارت مدیریت تنیدگی را بر وضعیت روانی - اجتماعی دانشجویان بررسی کردند. نتایج آن‌ها نشان دادند برنامه مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی موثرتر از سایر برنامه‌ها بوده و توانست نشانگانی مانند اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بدنی را کاهش دهد.

علاوه بر این، Bishop و همکاران (۳۶) در تحقیقی دیگر دریافتند آموزش مدیریت تنش در بیماران جسمی هم می‌تواند موجب بهبود نشانه‌های جسمی و مشکلات روانشناختی گردد. در تبیین اثربخشی آموزش مهارت مدیریت تنیدگی بر بهبود سلامت عمومی می‌توان به ماهیت تنیدگی و اثرات آن اشاره کرد. از دیرباز محققان حوزه بهداشت روانی معتقدند تنیدگی تاثیر بسیار منفی بر وضعیت جسمی و روانشناختی افراد دارد و می‌تواند به دنبال خود مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب و مشکلات جسمی را پدید آورد (۳۷). از این رو توانمندسازی افراد از طریق آموزش نحوه مقابله موثر با تنیدگی و مدیریت آن قادر است به بهبود وضعیت جسمی و روانی فرد بیانجامد.

نکته قابل توجه در یافته‌ها تاثیر بیشتر آموزش مهارت برقراری ارتباط موثر بر بهبود نشانه‌های بدنی در قیاس با دو آموزش دیگر به ویژه مهارت مدیریت تنیدگی است. در تبیین این یافته می‌توان به نتایج مطالعاتی اشاره کرد که نشان داده‌اند از مهم‌ترین منابع ایجاد تنیدگی در زندگی افراد، به ویژه دانشجویان و جوانان، نداشتن روابط مناسب با اطرافیان به دلیل بی‌مهارتی در برقراری ارتباط است (۱۴،۳۸). از این رو احتمالاً کسب مهارت‌های ایجاد ارتباط مناسب می‌تواند ضمن ارتقای مهارت‌های بین فردی به کاهش تنیدگی و نشانه‌های جسمی بیانجامد.

مقایسه اثربخشی سه روش آموزشی نشان داد آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بیش از دو روش دیگر در بهبود وضعیت سلامت عمومی و

می‌گردد این گروه مشکلاتی را تجربه کنند (۴۱). از این رو آموزش مهارت‌هایی که بتواند روابط بین فردی را بهبود بخشد و مهارت‌های اجتماعی را ارتقا دهد، شیوه‌ای موثر و کارآمد در بهبود سلامت روانشناختی خواهد بود. با عنایت به اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقای سلامت روانشناختی دانشجویان جدیدالورود پیشنهاد می‌گردد، این مجموعه مهارت‌ها در قالب برنامه‌های فرهنگی و آموزشی که در آغاز تحصیل برای این گروه تدارک دیده می‌شود گنجانده شود. علاوه بر این با توجه به تاثیر بیشتر برنامه آموزش برقراری ارتباط موثر به نظر می‌رسد تمهید آموزش‌هایی از این دست برای کلیه دانشجویان با هدف افزایش توانمندی‌های آنان در حوزه برقراری روابط اجتماعی مناسب، افزایش سازگاری و کاهش مشکلات روانشناختی آنان ضروری است.

References

1. Rayle A. Revisiting first-year college students' mattering: Social support, academic stress, and the mattering experience. *J Coll Stud Ret* 2007; 9(1): 21-37.
2. Fier SM, Brzezinski LG. Facilitating the high school-to-college transition for students with psychiatric disabilities: Information and strategies for school counselors. *JSC* 2010; 8(10): 10-22.
3. Al-Qaisy LM. Adjustment of College Freshmen: the Importance of Gender and the Place of Residence PDF Lama M. Al-Qaisy. *IJPS* 2010; 2(1): 142-150.
4. Pascarella ET, Terenzini PT. The Impact of College on Students: Myths, rational myths, and some other things that may not be true. *NACADA Journal* 1995; 15(1): 26-33.
5. Lubker JR, Etzel EF. College adjustment experiences of first-year students: disengaged athletes, nonathletes, and current varsity athletes. *NASPA Journal* 2007; 44(3): 457-480.
6. Vohs KD, Heatherton TF, Herrin M. Disordered eating and the transition to college: a prospective study. *Int J Eat Disorder* 2001; 29(3): 280-288.
7. Boulter LT. Self-Concept as a Predictor of College Freshman Academic Adjustment. *CSJ* 2002; 36(2): 234-247.
8. Letseka M, Breier M. Student Poverty in Higher Education: the Impact of Higher Education Dropout on Poverty. In S. Maile (Ed), *Education and Poverty Reduction Strategies: Issues of Policy Coherence: Colloquium Proceedings*. Cape Town: HSRC Press, 2008. pp. 83-101.
9. Yasin AS, Dzulkifli MA. Differences in Psychological Problems between Low and High Achieving Students. *IJBS* 2009; 4(1): 49-58.
10. Wintre MG, Yaffe M. First-year Students' Adjustment to University Life as a Function of Relationships with Parents. *J Adolesc Res*

مولفه‌های آن در دانشجویان کارآمدتر بوده است. در این راستا، مطالعات مختلف نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط موثر و مهارت‌های اجتماعی هم در افراد عادی و هم در افرادی با مشکلات روانشناختی مزمن (مانند اسکیزوفرنیا) می‌تواند موجب بهبود و ارتقای سلامتی شده و کارکرد مثبت افراد را به دنبال داشته باشد (۳۹،۴۰).

در تبیین این یافته می‌توان به نتایج پژوهش‌هایی اشاره کرد که نشان داده‌اند از مهم‌ترین مسائل و دغدغه‌های جوانان، به ویژه دانشجویان، برقراری ارتباط موثر و روابط اجتماعی بسنده با دیگران است (۳۸). از آنجایی که یکی از بنیادهای اصلی سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی داشتن روابط اجتماعی بسنده می‌باشد، به احتمال زیاد نقص در این ارتباطات موجب

- 2000; 15: 9-37.
11. Chiauzzi E, Brevard J, Thum C, Decembreles S, Lord S. MyStudentBody-Stress: an online stress management intervention for college students. *J Health Commun* 2008; 13(6): 555-572.
 12. Fass ME, Tubman JG. The Influence of Parental and Peer attachment on College Students' Academic Achievement. *Psychol Sch* 2002; 39(5): 561-573.
 13. Kitzrow MA. The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal* 2003; 41(1): 165-179.
 14. Ambler V. Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health Among Traditionally Aged Undergraduates. Dissertation submitted to the School of Education, College of William & Mary, 2007.
 15. Clinike LC. Life Skills. Translated by Shahram Mohammadkhani. Tehran: Sepid Honar; 2001 (Persian).
 16. Imami Naeni A. Problem Solving & Decision Making Skill. Tehran: Honare Abi Pub; 2008 (Persian).
 17. World Health Organization, Partners in Life Skills Education: Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting. Geneva: WHO; 1999.
 18. Williams VP, Williams RB. Life Skills: 8 Simple Ways to Build Stronger Relationships, Communicate more Clearly, and improve your health. New York: Times Books/Random House. 1997.
 19. Sobhi-Gharamaleki N, Rajabi S. Efficacy of Life Skills Training on Increase of Mental Health and Self Esteem of the Students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1818-1822.
 20. Ramesht M, Farshad C. Study of life skills training in prevention of drug abuse in students. Third seminar of students' mental health. 2004.
 21. Smith EA, Swisher JD, Vicary JR, Bechtel LJ, Minner D, Henry KL, et al. Evaluation of Life Skills Training and Infused-Life Skills Training in a rural setting: outcomes at two years. (Life Skills Training And Infused-Life Skills Training)." *J Alcohol Drug Educ* 2004; 48(1): 51-70.
 22. Long CWLL, Downs AC, Gillette B, Sight LK, Konen EIC. Assessing Cultural Life Skills of American Indian Youth. *Child and Youth Care For* 2010; 10(1): 1-16.
 23. Kirby ED, Williams VP, Hocking MC, Lane LD, Williams RB, et al. Psychosocial benefits of three formats of a standardized behavioral stress management program. *Psychosom Med* 2006; 68(6): 816-823.
 24. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schuartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communication training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290(9): 1157-1165.
 25. Lotfi MH, Aminian AH, Chomizadeh A, Nourfani F. A Study on psychological health of first year university students in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2009-2010; 3(2): 47-51.
 26. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational Research: An introduction. 8th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
 27. Bayrami M. The effects of emotional intelligence training on assertion, self efficacy & mental health. *J Psychol* 2008; 3(11): 19-36 (Persian).
 28. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Pre & Treat* 2002;

- 5(15): 15-51.
29. Aghajani M. The influence of life skills' education on mental health and locus of control in adolescents. [Dissertation]. Tehran: Alzahra University; 2005 (Persian).
 30. du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus DJ, Stein DJ. Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Compr Psychiatry* 2001; 42(3): 247-256.
 31. Himle MB, Flessner CA, Woods DW. Advances in the Behavior Analytic Treatment of Trichotillomania and Tourette's Syndrome. *JEIBI* 2004; 1(1): 58-65.
 32. Tiuraniemia J, Läärä R, Kyrö T, Lindeman S. Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. *Patient Edu Couns* 2011; 83(Issue 2): 152-157.
 33. Tanaka K, Aikawa A, Kosugi Sh. The experimental study of the effect of social skills on stress reactions in interpersonal situations: The effect of relative differences in the social skills of two persons interacting with one another. *Jpn J Soc Psychol* 2002; 17(3): 141-149.
 34. Mahmoudi G, Azeemi H, Zarghami M. The effect of asserfve training on degree of anxiety & assertiveness of nursing Students. *J Gorg Univer Med Sci* 2004; 6(2): 66-72.
 35. Sadeghi Movahhed F, Narimani M, Rajabi S. The Effect of Teaching Coping Skills in Student's Mental Health. *J Ardebil Univ Med Sci* 2008; 8(3): 261-269.
 36. Bishop GD, Kaur D, Tan VL, Chua YL, Liew SM, Mak KH. Effects of a Psychosocial Skills training workshop on psychophysiological and psychosocial risk in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Am Heart J* 2005; 150(3): 602-609.
 37. Leyden-Robinson LA. *The Stress Management Handbook: Strategies for Health and Inner Peace*. Nuw Canaan: Keats Publishing, Inc; 1998.
 38. Vaez M, Laflamme L. First-year university students' health status and socio-demographic determinants of their self-rated health. *Work* 2002; 19(1): 71-80.
 39. Ng RMK, Cheung MSL. Social skills training in Hong Kong Chinese patients with chronic schizophrenia. *Hong Kong J Psych* 2007; 16: 14-20.
 40. Mahmoudi-Gharaei J, Alavi A, Shahrivar Z. The Effect of Social Skills Training Program on the Emotional and Behavioral Problems of Adolescent Girls in a High School. *Iran J Psychiatry* 2008; 3: 79-82.
 41. Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promot Int* 2008; 23(2): 134-143.