

اثر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد دانش‌آموزان سال چهارم دبستان

هدف:

روش:

دکتر فریبا عربگل^۱گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر جواد محمودی‌قزائی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر میترا حکیم‌شوشتری

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه
علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت

روان

یافته‌ها:

(SDQ)

نتیجه‌گیری:

مقدمه

ناگواری شود (ایوانز^۲، مولت^۳، ویست^۴ و فرانترز^۵، ۲۰۰۵). بر این اساس، سیاستگذاران، محققان و بالینگران نگران کودکان فراوانی هستند که اختلالات هیجانی جدی دارند و برای اختلالشان درمانی دریافت نمی‌کنند. بسیاری از کودکان و نوجوانان در محیط سکونت و یا مدرسه‌شان با شرایطی روبرو هستند که آنها را در خطر اختلالات روانپزشکی قرار می‌دهد (لیف^۶ و همکاران، ۱۹۹۶)، در حالی که بسیاری از آنها که نیازمند دریافت خدمات

تقریباً ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان در طول زندگی خود یک اختلال روانپزشکی قابل تشخیص را تجربه خواهند کرد، ولی ۷۰ تا ۸۰ درصد آنها مداخلات مناسب را دریافت نمی‌کنند. این اختلالات به نقص عملکرد در مدرسه، تحصیل و خانواده منجر می‌شود و در نهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه و بروز رفتارهای بزهکارانه بینجامد و منشأ پیامدهای طولانی

2- Evans
4- Weist
6- Leaf

3 - Mullet
5 - Franz

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، گروه روانپزشکی.
E-mail: faribaarab@yahoo.com

مایرز^{۱۱} و آرمبروستر^{۱۲}، (۲۰۰۰) و مطالعات متعدد تأثیر مثبت آن را نشان داده‌اند (ویست و همکاران، ۲۰۰۵).

برنامه دیگری که در مدرسه کاربرد دارد، آموزش مهارت‌های زندگی است. مطالعات بر نقش رفتارهای اولیه کودک در موفقیت و انطباق با مدرسه تأکید دارند. کودکانی که با رفتار اجتماعی ضعیف وارد مدرسه می‌شوند، با مشکلاتی مثل طرد هم‌تاه‌ها، مشکلات رفتاری و سطح پایین موفقیت تحصیلی روبه‌رو می‌شوند. یک مطالعه نشان داد که حدود ۵۰ درصد کودکانی که وارد کودکانستان می‌شوند، حداقل‌های لازم برای عملکرد بهتر (مثل توانایی دنبال کردن یک جهت مشخص، عملکرد مستقل و مهارت‌های تحصیلی کافی) را ندارند (مک‌کلی‌لاند^{۱۳} و موریسون^{۱۴}، ۲۰۰۳). مطالعات دیگری نشان داده‌اند که بین قابلیت‌های اجتماعی کودک نظیر رفتارهای جامعه‌پسند، ارتباط با همسالان و رفتار متناسب در کلاس درس و موفقیت و انطباق بهتر با مدرسه روابط معنی‌دار وجود دارد (مک‌کلی‌لاند، موریسون و هولمز^{۱۵}، ۲۰۰۰). بنابراین به نظر می‌رسد تقویت این قابلیت‌ها بتواند بر عملکرد دانش‌آموزان تأثیر بگذارد.

بیشتر تحقیقات در این مورد بر رفتارهای اجتماعی اولیه کودک متمرکز بوده‌اند (مک‌کلی‌لاند و موریسون، ۲۰۰۳) و اکثر مطالعاتی که نقش آموزش مهارت‌های زندگی را ارزیابی نموده‌اند، نوجوانان و دانش‌آموزان دبیرستان را گروه هدف قرار داده‌اند. چند فراتحلیل که نقش این خدمات را در بررسی و تأثیر آنها را بر کودکان گزارش کرده‌اند، نشان می‌دهند که بیشتر این خدمات در خارج از محیط مدرسه و محیط اجتماعی کودک ارائه شده است (نابورز، ویست، رینولد^{۱۶}، تاشمن^{۱۷} و جکسون^{۱۸}، ۱۹۹۹) از سوی دیگر، در برنامه‌های بهداشت روان باید عوامل فرهنگی و جغرافیایی در نظر گرفته شود. کودکانی که با فشارهای مختلف روبه‌رو هستند، مهارت‌ها، راه‌حل‌ها و مشکلات رفتاری - هیجانی

بهداشت روان هستند، از این خدمات محروم‌اند. مطالعات نشان داده‌اند که کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی، اختلال سلوک و اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی بیشتر نیازمند دریافت این نوع خدمات هستند (وو^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

در گذشته، روانپزشکان کودک فقط در موارد خاص و یا برای اهداف آموزشی با مدارس در ارتباط بودند، ولی با پیشرفت‌های اخیر و مواجهه با مشکلات بهداشت روان در مدارس، ارتباط روانپزشکان کودک با مدرسه بیشتر شده است (ماتیسون^۲، ۲۰۰۰). مشاوره روانپزشکی در مدرسه، شناسایی اولیه و ارجاع دانش‌آموزان مشکل‌دار را تسهیل می‌کند. روانپزشک به عنوان همکار مدرسه می‌تواند در سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشت روان مدرسه نقش داشته باشد (والتر^۳ و برکویتز^۴، ۲۰۰۵). در حال حاضر، متخصصان بر این امر وقوف دارند که مداخلات بهداشت روان برای کودکان دبستانی به منظور پیشگیری اولیه، درمان اولیه و توسعه بهداشت روان لازم است (کارون^۵ و پارتز^۶، ۲۰۰۴). در قسمت مداخلات درمانی، مطالعات بر تأثیر مداخلات بهداشت روان در کاهش غیبت از مدرسه، پذیرش رژیم‌های درمانی، آموزش معلمان و والدین، و تقویت پذیرش اجتماعی کودکان بیمار متمرکز است (نابورز^۷ و لهماکوهل^۸، ۲۰۰۴).

در بخش بهداشت روان، برنامه‌های مختلفی است که تمام دانش‌آموزان را دربرمی‌گیرد و یا شامل برنامه‌های عمیق متمرکز بر کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی و رفتاری می‌باشد. برخی از این برنامه‌ها بر رفتارهای مخرب دانش‌آموزان مدارس ابتدایی متمرکز است و شامل برنامه‌هایی می‌شود که آموزش معلمان و استفاده از روش‌های رفتاری را برای بهبود رفتار دربرمی‌گیرد. از جمله این برنامه‌ها می‌توان به برنامه ماهیت ذهن^۹ اشاره کرد که بر بهداشت روان در مدارس می‌افزاید و روابط دو نفره را در جامعه ارتقا می‌دهد. نتایج مطالعات نشان داده است که شرکت‌کنندگان در این برنامه (نسبت به کسانی که شرکت نداشته‌اند) بیشتر به دنبال کمک‌گیری از برنامه‌های بهداشت روان هستند (ایوانز و همکاران، ۲۰۰۴). برنامه بهداشت روان گسترده در مدرسه^{۱۰} (ESMH)، با حضور عوامل اصلی همچون همکاری نزدیک خانواده و مدرسه و مؤسسات مراقبت‌های اجتماعی مؤثر می‌باشد (ویست، نابورز،

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| 1- Wu | 2- Mattison |
| 3- Walter | 4- Berkovitz |
| 5- Charron | 6- Parns |
| 7- Nabors | 8- Lehmakuhl |
| 9- mind matter | 10- Expanded School Mental Health |
| 11- Mayers | 12- Armbruster |
| 13- McClelland | 14- Morison |
| 15- Holmes | 16- Reynold |
| 17- Tashman | 18- Jackson |

مختلف دارند (ویست و همکاران، ۲۰۰۰).

لذا با توجه به موارد یاد شده لازم است تأثیر این‌گونه آموزش‌ها بر محیط‌های فرهنگی ایران و در مقطع دبستان و در محیط مدرسه ارزیابی گردد. بر این اساس در این مطالعه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در محیط مدرسه، بر عملکرد دانش‌آموزان دبستان ارزیابی شد.

روش

در یک مطالعه قبل و بعد، اثر برنامه‌های بهداشت روان مدرسه بر دانش‌آموزان دختر کلاس چهارم یکی از دبستان‌های آموزش و پرورش ناحیه هشت تهران بررسی گردید. دانش‌آموزانی که والدینشان برای شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری لازم نداشتند و یا پیش از این در برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی شرکت کرده بودند و نیز کودکانی که سابقه اختلال روانپزشکی شدید داشتند و در زمان مطالعه تحت درمان بودند از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس (غیر احتمالی آسان) و از طریق مراجعه به مدرسه محل تحصیل دانش‌آموزان بود. برای انجام مطالعه مدرسه‌ای انتخاب شد که قبلاً برنامه‌های بهداشت روان در آن به طور آزمایشی اجرا شده بود. جلسه توجیهی والدین با همکاری مسئولان مدرسه برگزار و بعد از کسب موافقت والدین اطلاعات جمعیتی آزمودنی‌ها در پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته ثبت گردید.

قبل و بلافاصله بعد از انجام مداخلات (در پایان جلسه نهایی) والدین تمام آزمودنی‌ها پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات^۱ (SDQ) را برای آنها تکمیل کردند. نحوه تکمیل پرسشنامه SDQ در یک جلسه مجزا به وسیله یک نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان به والدین آموزش داده شده بود. این پرسشنامه می‌تواند توانایی‌ها و مشکلات آزمودنی‌ها و نیز درک والدین را از رفتارهای اجتماعی و مشکل‌دار کودکان سه تا ۱۶ ساله ارزیابی کند. پرسشنامه حاوی ۲۵ سؤال سه‌گزینه‌ای در یک ترتیب صعودی نمره‌دهی از صفر تا دو بود و پنج زیرمقیاس داشت که نمره کلی هر زیرمقیاس از مجموع نمرات پنج سؤال به دست می‌آمد. زیرمقیاس‌ها عبارت بودند از: علائم هیجانی، مشکلات

سلوک، بیش‌فعالی، مشکلات مرتبط با همسالان، و رفتارهای جامعه‌پسند. نمره مشکلات کلی که گستره آن از صفر تا ۴۰ و نمره ۱۷ یا بالاتر نشان دهنده مشکلات رفتاری بود، از مجموع نمره زیرمقیاس‌ها به غیر از زیرمقیاس رفتارهای جامعه‌پسند به دست آمد (ترنر^۲، مارکی دادز^۳ و ساندرز^۴، ۲۰۰۲). روایی محتوایی پرسشنامه را سه نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان برای جمعیت ایرانی سنجیدند که در حد قابل قبول بود. روایی آن از طریق تعیین ثبات درونی (آلفای کرونباخ) در یک مطالعه مقدماتی به وسیله محققان همین مطالعه تعیین شد که ۰/۸۲ بود.

مداخلات بهداشت روان در سه سطح دانش‌آموزان، معلمان و والدین برگزار گردید. علاوه بر جلسه آشنایی دانش‌آموزان با تیم آموزش دهنده و انجام مصاحبه اولیه با ایشان، دانش‌آموزان ۱۰ جلسه و هر دو هفته یک‌بار پنج‌شنبه‌ها در جلسات ۱۲۰ دقیقه‌ای با یک استراحت ۱۵ دقیقه‌ای و والدین و معلمان در پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طور جداگانه به وسیله دو نفر فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بر اساس راهنمای مهارت‌های مربوط به کودکان دبستانی (عربگل، داوری، خزائلی، شیرازی و ایرانپور، ۱۳۸۳) آموزش دیدند.

ترتیب و عناوین جلسات آموزشی کودکان به صورت زیر بود:

۱- همکاری و کار گروهی: با هدف آموزش این نکته به کودکان که وقتی وارد کار گروهی می‌شوند، چگونه گروه را با همکاری یکدیگر به هدف نزدیک کنند. از دیگر اهداف این جلسه، آموزش تفاوت کار گروهی با کار انفرادی و شناسایی معایب و مزایای آنها بود.

۲- من انسان بی‌نظیری هستم: با هدف اینکه کودکان خود را انسان منحصر به فردی ببینند و نقاط قوت، توانایی‌ها و خصوصیات فردی خود را شناسایی و محدودیت‌های خود را به روشی سازنده و مثبت درک کنند.

۳- خودآگاهی: شناخت احساسات و توانایی‌های خود و ارتباط بین افکار، احساسات و واکنش‌ها و داشتن دید واقع‌بینانه به نقاط قوت و ضعف خود.

1- Strength and Difficulty Questionnaire

2- Turner

3- Markie - Dadds

4- Sanders

یافته‌ها

۲۶ دانش‌آموز منطقه شرق تهران (آموزش و پرورش ناحیه هشت) با میانگین سنی $9/1 \pm 0/36$ سال وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان همگی دختر و دانش‌آموز سال چهارم دبستان بودند. هیچ‌یک از آزمودنی‌ها سابقه اختلال روانپزشکی شدید نیاز به درمان دارویی نداشتند. از این تعداد، والدین شش دانش‌آموز ($23/1\%$) در حداقل یکی از شاخص‌های احساسات، تمرکز، رفتار یا کنار آمدن با دیگران مشکلات کمی را برای فرزندانشان ذکر کردند، که این مشکلات در دو نفر کمتر از یک ماه و در چهار نفر بیش از یک سال ادامه یافته بود. والدین پنج نفر ($19/2\%$) از کودکان معتقد بودند که این مشکلات فرزندشان را کمی ناراحت یا پریشان کرده و همین تعداد نیز معتقد بودند که اثر بد این مشکلات بر آنها و کل خانواده کم بوده است. در پایان مداخله، والدین سه دانش‌آموز پرسشنامه را تکمیل نکردند و لذا از مطالعه خارج شدند و ۲۳ نفر باقی‌ماندند. با توجه به اینکه متغیرها از توزیعی نزدیک به نرمال تبعیت می‌کردند، آمارها با استفاده از آزمون t جفتی تحلیل شد.

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره کلی مشکلات بر اساس مقیاس SDQ در تمام شاخص‌ها به جز شاخص تأثیر مشکلات بر کودک کاهش یافت. بعد از مداخله آموزشی، تغییر رو به کاهش نمره شاخص کل مشکلات (نسبت به قبل از مداخله) معنی‌دار بود ($p < 0/05$)، ولی در سایر شاخص‌ها، یعنی نشانه‌های هیجانی، بیش‌فعالی، مشکل در ارتباط با همسالان و بروز رفتارهای جامعه‌پسند، تفاوت قبل و بعد معنی‌دار نبود. مقدار p در مقایسه قبل و بعد شاخص مشکلات سلوک در حد مرزی یعنی $0/054$ بود، ولی در مورد معیار تأثیر مشکلات بر کودک (اگرچه بعد از مداخله میانگین این نمره افزایش یافت)، این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نبود. جدول ۱ میانگین نمره هر یک از شاخص‌ها را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل آماری غیر پارامتریک ویلکاکسون^۲ نیز مشابه می‌باشد، جز اینکه تغییر نمره مشکلات سلوک از لحاظ آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$).

۴- احساس و هیجان (قسمت اول): تشخیص و بروز هیجانات و احساسات با هدف شناسایی طیفی از احساسات شایع که کودکان به نحوی آن را تجربه می‌کنند. شناسایی راه‌های کلامی و غیر کلامی ابراز احساسات و هیجانات و کسب توانایی بیشتر در شناخت احساسات و هیجانات خود و حالات هیجانی دیگران.

۵- احساس و هیجان (قسمت دوم): مدارا با احساسات شدید و با هدف تشخیص این هیجانات و اینکه همه افراد در زمان‌های مختلف تا حدی این احساسات و هیجانات شدید را تجربه می‌کنند. شناخت راه‌های مؤثر مدارا با هیجانات شدید، مثل خشم و غم.

۶- ارتباط (قسمت اول): تعریف فرآیند خوب گوش دادن، شناخت اجزای مختلف گوش دادن فعال و تمرین آن در کلاس.

۷- ارتباط (قسمت دوم): شناسایی اجزای مختلف ارتباط، شناخت جنبه‌های مختلف ارتباط کلامی و غیر کلامی، درک اهمیت ارتباط غیر کلامی در تعاملات انسانی و نیز درک اهمیت هماهنگی بین ارتباط کلامی و غیر کلامی.

۸- ارتباط (قسمت سوم): تعریف قاطعیت و «نه» گفتن با هدف فهم تفاوت بین رفتارهای قاطعانه، منفعل و پرخاشگرانه و اینکه کودکان بیاموزند برای نظرات خود و دیگران ارزش قائل شوند و به آنها احترام بگذارند.

۹- تفکر انتقادی: با هدف اینکه کودکان بیاموزند هر اطلاعاتی را که از محیط اطراف به آنها می‌رسد بدون تفکر و تأمل نپذیرند و آن را تحلیل و نقد کنند.

۱۰- حل مسئله و تصمیم‌گیری: با هدف درک این مسئله که در زندگی روزمره با مسایل و مشکلات زیادی روبه‌رو می‌شوند و ناگزیرند در مورد آن‌ها تصمیم‌گیری و حلشان کنند و اینکه برخی تصمیمات از اهمیت بیشتری برخوردارند؛ و نیز آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح.

مداخلات والدین و معلمان همان موضوعات جلسات کودکان بود که در پنج جلسه برای هر گروه به صورت مجزا ارائه شد. پس از انجام مداخلات و تکمیل مقیاس SDQ، نتایج قبل و بعد با استفاده از آزمون آماری t جفتی^۱ و از نرم‌افزار آماری SPSS 11.5 در محیط ویندوز مقایسه شد.

جدول ۱- مقایسه میانگین شاخص‌های مقیاس SDQ قبل و بعد از مداخله

شاخص‌های مقیاس	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)
نمره کلی مشکلات	۱۱/۲۶ (۶/۴)	۷/۷۸ (۴/۲)	۲/۲۹	۰/۰۵
نشانه‌های هیجانی	۳/۳ (۲/۷)	۲/۱۷ (۱/۸)	۱/۶	ns
مشکلات سلوک	۱/۷۳ (۱/۳)	۱ (۰/۹)	۲/۰۴	ns*
بیش‌فعالی	۳/۸۲ (۲/۲)	۳/۲۶ (۱/۶)	۰/۹۹	ns
مشکلات با همسالان	۲/۶۵ (۲/۲)	۱/۷۸ (۱/۳)	۱/۶۸	ns
رفتارهای جامعه‌پسند	۸/۴۵ (۱/۸)	۸/۲۶ (۱/۹)	۰/۳۳	ns
تأثیر مشکلات فوق‌بر عملکرد کودک	۰ (۰)	۰/۲۱ (۰/۵)	۱/۲۸***	ns

* $p=0.054$ و $df=22$ و $df***=13$

بحث

با توجه به اینکه آموزش مهارت‌های زندگی وابسته به معیارهای فرهنگی است و در کشور ایران تاکنون مطالعه مشابهی در این گروه سنی انجام نشده است، این مطالعه از این نظر که می‌تواند نقش و لزوم ارائه این آموزش‌ها را در کاهش مشکلات کودکان نشان دهد، حائز اهمیت است. بر اساس نتایج این مطالعه آموزش مهارت‌های زندگی در سه سطح کودک، والد و معلم می‌تواند موجب کاهش کلی مشکلات کودک شود. در مطالعات، برخی جنبه‌های تأثیر مداخلات بهداشت روان در مدرسه و آموزش مهارت‌های زندگی بررسی شده است.

در یک مطالعه در پاکستان، تأثیر برنامه‌های بهداشت روان بر آگاهی دانش‌آموزان، معلمان و والدین (در مقایسه با گروه کنترل) بررسی شد که نتایج نشان دادند این برنامه توانسته است به طرز

معنی‌داری آگاهی شرکت‌کنندگان را ارتقا بخشد (رحمان^۱، مباحشر^۲، گاتر^۳ و گلدبرگ^۴، ۱۹۹۸). در مطالعه دیگری نوجوانان برخوردار از این مداخلات، بهبود ارتباط و افزایش مهارت حل مسئله را به عنوان منافع درمان ذکر کردند (نابورز، رینولد و ویست، ۲۰۰۰). مطالعه دیگری رضایت زیاد ۷۱ نوجوان دبیرستانی را از خدمات بهداشت روان و کسب مهارت‌ها نشان داد (همان‌جا). در یک مطالعه، نتایج ارائه خدمات بهداشت روان در مدرسه و درمانگاه به ترتیب در ۲۵۶ و ۲۲۰ دانش‌آموز پنج تا ۱۸ ساله مقایسه شد که نشان داد ارائه خدمات به هر دو گروه موجب بهبود شرایط شده و نتایج مداخله در این دو محیط قابل مقایسه است (آرمبروستر و لیچمن^۵، ۱۹۹۹).

بر اساس نتایج یک مطالعه در ۶۱ دانش‌آموز دبیرستانی، ارائه این برنامه‌ها موجب ارتقای عملکرد در حوزه‌های تحصیلی، فردی، بین فردی و روابط با همسالان گردید. در حوزه تحصیلی این ارتقا به شکل افزایش حضور در مدرسه، بهبود توجه، کاهش میزان افت تحصیلی، کاهش زمان صرف شده در آموزش‌های جبرانی و افزایش معدل تحصیلی، و در حوزه فردی به صورت افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های انطباقی، کاهش پرخاشگری، افسردگی، مصرف مواد، استرس و شکایات جسمی و افزایش جرأت ورزی، مهارت‌های حل مسئله و مسئولیت‌پذیری خود را نشان داد. در بخش روابط بین فردی به افزایش ارتباط با فامیل و کاهش تعارض با هم‌تاها و معلمان منجر شد و در بخش روابط با همسایگان موجب کاهش تأثیر منفی هم‌تاها شد که در همسایگی آنها رفتارهای بزهکارانه وجود داشت (نابورز و همکاران، ۲۰۰۰). دو مطالعه جداگانه اثر آموزش مهارت‌های زندگی را بر کنترل مصرف مواد بررسی کرده‌اند. مطالعه اول با بررسی اثر این مداخلات بر مصرف سیگار نشان داد که اگرچه شواهد به نفع بهبود پیامد است ولی معلوم نیست این اثر تداوم داشته باشد (گورمن^۵، ۲۰۰۵). مطالعه دوم تأثیر این آموزش‌ها را بر جلوگیری از مصرف الکل و مواد بررسی کرد، اما نتوانست اثربخشی طولانی‌مدت این مداخلات را نشان دهد (گورمن، ۲۰۰۲).

1- Rahman
3- Gater
5- Lichtman

2- Mobasher
4- Goldberg
6- Gorman

مداخلات در گروه پسرها نیز ارزیابی شود. محدودیت دیگر مطالعه نبود گروه شاهد و عدم امکان حذف تأثیر سایر عوامل مؤثر بر عملکرد دانش‌آموزان بود. بنابراین برای مطالعات بعدی استفاده از گروه شاهد پیشنهاد می‌شود. بنابراین برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مطابق متن راهنمای مهارت‌های مربوط به کودکان دبستانی ممکن است در کل باعث ارتقای سطح توانمندی‌ها و کاهش مشکلات دانش‌آموزان شود، ولی اثر آن بر اجزای تشکیل‌دهنده این توانمندی‌ها و مشکلات به تفکیک مشخص نیست و نیازمند پژوهشی دیگر است.

سپاسگزاری

از والدین محترم و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه و نیز از همکاری مسئولان و کارکنان دبستان شهید جاوید صمیمانه تشکر می‌کنیم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۲/۹

در مطالعه حاضر، آموزش مهارت‌های زندگی فقط بر نمره کلی مشکلات مؤثر بوده‌اند و نمره زیرمقیاس‌ها اگرچه کاهش یافت ولی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود و در شاخص مشکلات سلوک نیز تفاوت به سطح معنی‌دار نزدیک بود. این نتایج می‌توانند تحت تأثیر برخی عوامل باشند. یکی از این عوامل حجم کم نمونه است؛ به‌خصوص در شاخص تأثیر مشکلات بر عملکرد کودک (که تعداد کمتری هم به این پرسش پاسخ دادند و میانگین آن پس از مداخله افزایش یافت) تأثیر این عوامل ممکن است بیشتر باشد. چنانچه تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر بود، احتمالاً تفاوت‌های آماری که در حال حاضر معنی‌دار نیست، بیشتر قابل شناسایی می‌شد. عامل دیگری که می‌تواند بر این نتایج تأثیر گذاشته باشد، فاصله دو هفته‌ای بین جلسات است. چنانچه آموزش‌ها در فاصله زمانی نزدیک‌تر و هر هفته یک بار ارائه می‌شد ممکن بود مؤثرتر باشد؛ چنانچه آموزش‌های تدریجی‌تر و با تعداد جلسات بیشتر ممکن بود اثربخشی بیشتری داشته باشد.

این مطالعه آثار کوتاه‌مدت این مداخلات را نشان می‌دهد، اما آثار دراز مدت آن پیگیری نشده است. انجام این مداخلات در گروه دخترها، محدودیت دیگر این مطالعه بود و لازم است تأثیر

منابع

عربگل، ف.، داوری، ر.، خزانلی، آ.، شیرازی، ا.، و ایرانبور، ج. (۱۳۸۳). متن آموزشی بهداشت روان و مهارت‌های زندگی برای زنان. تهران: اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زنان. تهران: نشر آرویح.

Armbruster, P., & Lichtman, J. (1999). Are school based mental health effective? Evidence from 36 inner city schools. *Community Mental Health Journal*, 35(6), 493-504.

Charron, S., & Parns, M. (2004). Promoting emotional wellness. *Nurse Educator*, 29(5), 208-211.

Evans, S. W., Mullett E., Weist, M. D., & Franz K. (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.

Gorman, D. (2002). The science of drug and alcohol prevention: he case of the randomized trial of the life skills training program. *International Journal of Drug Policy*, 13, 21-26.

Gorman, D. (2005). Does Measurement dependence explain the effects of the life skills training program on smoking outcomes? *Preventive Medicine*, 40, 479-487.

Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horwitz, S. M. C., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Vaden-kiernan, M., & Regier, D. A. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four community MECA study. Methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (7), 889-897.

Mattison, R. (2000). School consultation: A review of research on issues unique to the school environment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 402-413.

McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2003). The emergence of learning related social skills in preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 206-224.

McClelland, M. M., Morrison, F. J., & Holmes, D. L. (2000). Children at risk for early academic problems: The role of learning-related social skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 15 (3), 307-329.

- Nabors, L. A., & Lahmkuhl, H. D. (2004). Children with chronic medical conditions: Recommendations for school mental health clinicians. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16* (1), 1-15.
- Nabors, L. A., Reynold, M. S., & Weist, M. D., (2000). Qualitative evaluation of a high school mental health program. *Journal of Youth and Adolescence, 29* (1), 1-13.
- Nabors, L. A., Weist, M. D., Reynold, M., Tashman, N. A., & Jackson, C. Y. (1999). Adolescent satisfaction with school-based mental health services, *Journal of Child and Family Studies, 8*, 229-236.
- Rahman, A., Mubbashar, M. H., & Goldberg, R. G. (1998). Randomized trial of impact of school mental health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet, 352*, 1022-1025.
- Turner, K. M. T., Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R., (2002). *Facilitator's manual for Group Triple P* (rev. ed.). Brisbane, QLD, Australia: Triple P International.
- Walter, H. J., Berkovitz, I. H., (2005). Practice parameter for psychiatric consultation to schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44* (10), 1068-1083.
- Weist, M. D., Myers, C. P., Danforth, J., McNeil, D. W., Olendick, T. H., & Hawkins, R. (2000). Expanded school mental health services: Assessing needs related to school level geography. *Community Mental Health Journal, 36* (3), 259-273.
- Weist, M. D., Nabors, L. A., Myers, C. P., & Armbruster, P. (2000). Evaluation of expanded school mental health program. *Community Mental Health Journal, 36* (4), 395-411.
- Weist, M. D., Sander, M. A., Walrath, C., Link, B., Nabors, L., Adelsheim, S., Moore, E., Jennings, J., & Carrillo, K. (2005). Developmental principles for best practice in expanded school mental health. *Journal of Youth and Adolescence, 34* (1), 7-13.
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., Moor, R. E., Cohen, P., Alegria, M., Dulcan, M., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Lichman, J. H., Narrow, W. E., Rae, D. S., Regier, D. A., & Roper, M.T. (1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (9), 1081-1090.

Archive of SID