

بررسی تأثیر آموزش واحدی مهارت‌های زندگی بر میزان آگاهی و نگرش دانشجویان جدیدالورود درباره مهارت‌های زندگی و ارتقای توانمندی‌های روانی-اجتماعی آنان

مرضیه مقدم^{۱*}، نرگس رستمی‌گوران^۲، مدبر آراسته^۳، نرگس شمس‌علیزاده^۴، آزاد معروفی^۵

^۱ روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۲ متخصص پزشکی اجتماعی، کارشناس معاونت هماهنگی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
^۳ روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۴ روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
^۵ روان‌پزشک، استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

• دریافت مقاله: ۸۶/۹/۲۱ • پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۲۴

زمینه و هدف: دانشجویان به سبب تجربه مشکلات جدید و استرس‌های متنوع در دوران تحصیل همواره در معرض بسیاری از مشکلات روانی هستند. از این جهت برای اولین بار در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ آموزش مهارت‌های زندگی به برنامه تحصیلی دانشجویان جدیدالورود پزشکی و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اضافه شد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی این برنامه بر ارتقای دانش و نگرش دانشجویان نسبت به مهارت‌های زندگی و همچنین ارتقای توانمندی‌های روانی اجتماعی آنان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی گروه مداخله شامل ۵۱ دانشجوی رشته پزشکی و مامایی جدیدالورود و نمونه شاهد شامل ۴۲ دانشجوی پزشکی و مامایی ترم دوم بودند. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه، بعد از تأیید روایی و پایایی آن، صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات دانش و نگرش دانشجویان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری افزایش یافت. (به ترتیب ۷/۱۹ در برابر ۴/۶۶ با $P=0/001$ و $P=0/001$ در برابر ۵/۹۰ با $P=0/001$). بر اساس آنالیز واریانس دو طرفه نوع رشته تحصیلی تأثیری در میزان اثربخشی آموزش بر دانش و نگرش دانشجویان نداشت. میانگین نمره توانمندی‌های روانی-اجتماعی تنها در دانشجویان مامایی گروه مداخله (نسبت به گروه شاهد) به طور معنی‌داری افزایش یافت. (۲۴/۷۵ در برابر ۲۰/۱۴ با $P=0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان به صورت سیستماتیک و سازماندهی شده و در قالب درس یک واحدی تأثیر بارزی در ارتقای دانش و نگرش نسبت به مهارت‌های زندگی و توانمندی‌های روانی-اجتماعی آنان داشت. مسلم است جهت تداوم نتایج، ادامه آموزش حداقل به مدت یک سال ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: دانش، نگرش، توانمندی‌های روانی اجتماعی، دانشجوی پزشکی، دانشجوی مامایی

* نویسنده مسؤول: خیابان پاسداران، بیمارستان قدس، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

مقدمه

از بین برنامه‌هایی که تا کنون طراحی و اجرا شده است برنامه آموزش مهارت‌های زندگی که در سال ۱۹۹۳ از سوی سازمان جهانی بهداشت طراحی و در بسیاری از کشورهای دنیا مورد استفاده قرار گرفته، بیشترین اثربخشی و کارآمدی را داشته است (۴).

به نقل از نوری قاسم آبادی، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در پیشگیری از سوء مصرف مواد (Botvin و همکاران)، پیشگیری از بی بند و باری جنسی (Olweus-1990)، بارداری در نوجوانان (Zabin-1982)، ارتقاء هوش (Gonzalez-1990)، پیشگیری از ایدز (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۴)، آموزش صلح (Prutzman-1990) و ارتقاء اعتماد به نفس (TACADE-1990) مفید و مؤثر بوده است (۴).

در مطالعه‌ای که در طی دو سال در جنوب آفریقا و بر روی ۲۲۲۲ جوان ۱۴ تا ۲۴ ساله در زیر گروه‌های متفاوت فرهنگی انجام شد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی نقش عمده‌ای در جلوگیری از رفتارهای پرخطر جنسی و کاهش خطر HIV داشت (۵).

در مطالعه دیگری که توسط تاتل (Tuttle) انجام شد، ۶۰ دانش آموز ۱۲-۱۶ ساله که قبلاً در کلوب خاص نوجوانان (Teen Club) و عمدتاً جهت ارتقای توانایی‌های خود آموزش می‌دیدند، به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، یک گروه علاوه بر آموزش‌های قبلی تحت آموزش مهارت‌های زندگی نیز قرار گرفتند. نتایج تحقیق نشان داد که این آموزش منجر به تقویت اثرات مداخله قبلی شده و نهایتاً دلایل موجهی برای ادامه برنامه ارائه شده است (۶).

در دانشگاه کالیفرنیا بحث مهارت‌های زندگی از سال ۱۹۷۴ به روش‌های مختلفی از قبیل سایت‌های اینترنتی، کتاب و جزوه، برگزاری کارگاه‌های مختلف، جلسات گروهی و... به دانشجویان آموزش داده می‌شود. هم چنین واحدهای درسی نیز با محتوای خود رهبری (Self management)، جرأت مندی، مهارت مطالعه و... در برنامه تحصیلی دانشجویان شامل

امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مشکلات زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مشکلات و مقتضیات زندگی آسیب‌پذیر نموده و در معرض انواع اختلالات روانی- اجتماعی و رفتاری قرار می‌دهد. دانشجویان بخش اعظمی از جامعه جوان ما را تشکیل می‌دهند. این جمعیت جوان نقش عظیمی در بنای جامعه سالم در آینده دارد و از طرفی به لحاظ مشکلات و استرس‌های متنوعی که در این دوره متحمل می‌شوند در معرض ابتلا به بسیاری از مشکلات روانی- اجتماعی قرار دارند. تحقیقات نشان داده که شیوع مشکلات روان‌پزشکی در دانشجویان قبل از ورود به دانشگاه مشابه جمعیت هم سن و سال در جامعه است ولی بعد از ورود به دانشگاه به دلیل استرس‌های متعدد افزایش می‌یابد (۱).

مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده که مشکلات روان‌پزشکی دانشجویان در طول سال اول تحصیلی دو برابر شده است. به عبارت دیگر این میزان از ابتدا تا انتهای دوره تحصیلی از ۲۵ درصد به ۵۲ درصد افزایش یافته است (۲). در یک مطالعه مقطعی که بر روی ۶۰۴ نفر از دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی در تهران انجام شده است، ۴۰/۷ درصد از دانشجویان دچار مشکلات روحی بودند و شیوع آن در دختران بیش از پسران بود (۳).

از طرفی ماهیت مشکلات روانی به‌گونه‌ای است که مقابله با آن در سطوح بعدی مداخله (پیشگیری نوع دوم و سوم) نه تنها هزینه‌های قابل ملاحظه‌ای را از نظر نیروی انسانی و مسائل مالی بر جوامع تحمیل می‌کند بلکه اثر بخشی و کارآمدی آن بسیار محدود است. این واقعیت باعث شده که صاحب‌نظران و متخصصین حیطه بهداشت روان در جهان تمام کوشش و توجه خود را حول محور برنامه‌های پیشگیری در سطح اول متمرکز سازند.

۲۰۰ دانشجوی جدیدالورود رشته پزشکی و مامایی طی دو ترم متوالی و به میزان ۳۲ ساعت در زمینه مهارت‌های زندگی آموزش دیده‌اند. با توجه به این که تاکنون تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به صورت ارائه واحد درسی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در قالب مطالعه تجربی انجام نشده، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش این واحد بر ارتقای دانش و نگرش دانشجویان و همچنین ارتقای مهارت‌های روانی اجتماعی آنان در اولین دوره آموزش (یک ترم تحصیلی) یعنی در نیمه دوم سال تحصیلی ۸۵-۸۴ انجام شده است.

روش کار

در این مطالعه نیمه تجربی جامعه مورد مطالعه شامل تمامی دانشجویان جدیدالورود بهمن ۱۳۸۴ رشته‌های پزشکی و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان بودند. گروه مداخله شامل ۵۱ دانشجو (۲۸ نفر دانشجوی کارشناسی ناپیوسته مامایی و ۲۳ نفر دانشجوی پزشکی) بودند. انتخاب دو رشته پزشکی و مامایی اولاً به علت بررسی تأثیر نوع رشته در نتایج و همچنین شیوع بالای مشکلات روان‌پزشکی در این دو گروه در مطالعات پیشین می‌باشد (۹).

جهت بررسی اثربخشی مطالعه نیاز به یک گروه شاهد بود که در رشته پزشکی به علت عدم وجود دانشجویان هم مقطع از ترم دوم و در رشته مامایی به علت بعضی محدودیت‌ها در دسترسی به دانشجویان ترم بالاتر و هم چنین عدم وجود دانشجویان هم مقطع، از ۲۱ نفر نیز دانشجوی پزشکی ترم دوم کاردانی مامایی استفاده شد. ارزیابی به طور هم‌زمان در انتهای ترم و در هر دو گروه انجام شد.

مباحث، معادل یک واحد درسی در طی یک ترم تحصیلی (یک واحد تحصیلی معادل ۱۶ ساعت) ارائه و در این مدت سه مهارت مقابله با هیجانات شدید، آگاهی از خود و جرات مندی آموزش داده شد. انتخاب سه مهارت مذکور بر اساس نتایج بررسی شیوع مشکلات روان‌پزشکی و انواع آنها در دانشجویان دانشگاه (۳)، تجربه قبلی اساتید و ارزیابی کیفی

شده است. از آن زمان تاکنون سالانه ۱۲۰۰ دانشجو این واحدها را می‌گذرانند. نتایج بررسی‌ها نشان داده که میزان فرسودگی در دانشجویانی که این واحدها را گذرانده‌اند، ۴۰ درصد نسبت به سایر دانشجویان کمتر بوده است. در پی‌گیری ۴ ساله این افراد، ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای مهارت‌های زندگی با موفقیت تحصیلی دانشجویان دیده شده است (۷).

شواهد متعددی نیز در ایران بر اثربخشی این مهارت‌ها بر بهداشت روان دانشجویان دلالت دارد. مطالعه رامشت و فرشاد در سال ۱۳۸۳ در نمونه‌ای مشتمل بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت روانی و جسمانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی مؤثر است (۸).

همچنین ناصری و نیک‌پرور در بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهداشت روانی دانشجویان نشان داده که این آموزش موجب ارتقای بهداشت روانی آنان می‌شود (۸).

با توجه به شیوع ۳۴ درصد مشکلات روان‌پزشکی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (۹) و همچنین ارقام مشابه در پژوهش Dyrbye (۱) و با در نظر گرفتن نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای در این زمینه (۸-۴)، آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان از مدت‌ها قبل به شکل فعالیت‌هایی پراکنده و غیر متمرکز در دانشگاه شروع شده بود.

با توجه به نگرش مثبت و حمایت مناسب مسئولین دانشگاه از برنامه مداخله‌ای آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان فرصت مناسبی به دست آمد که کلیه فعالیت‌های مشابه در این زمینه در قالب یک طرح منسجم و سازمان یافته متمرکز شود. لذا برای اولین بار با پیشنهاد معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، با تصویب شورای آموزش دانشگاه و با پی‌گیری گروه روان‌پزشکی در پاییز ۱۳۸۴ آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان به شکل دو واحد تحصیلی و اجباری در دو ترم متوالی (بدون درج نمره در کارنامه) به تصویب رسید و از آن زمان تاکنون (آذرماه ۸۶) به‌طور تقریبی

سؤالات در دو فاکتور نگرش و مهارت طبقه‌بندی شدند. پایایی ثبات درونی سؤالات توسط ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای سؤالات آگاهی ۰/۶، سؤالات نگرش ۰/۷۵ و برای سؤالات مهارت ۰/۷۳ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS.V.11.5 و آزمون‌های t، آنالیز واریانس دو راهه و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

میانگین سن دانشجویان پزشکی در هر دو گروه مداخله و شاهد ۱۹ سال و در دانشجویان مامایی به ترتیب ۲۷ و ۱۹ سال بوده ($P=۰/۰۰۰۱$). درصد دانشجویان پزشکی مؤنث در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۷۳/۹ درصد و ۴۷/۱ درصد ($P=۰/۰۸$) و در گروه مامایی ۱۰۰ درصد بود.

میانگین نمرات دانش و نگرش و مهارت کل دانشجویان در گروه مداخله و بعد از آموزش واحد مهارت‌های زندگی طی یک ترم تحصیلی نسبت به گروه شاهد بالاتر و این تفاوت‌ها همگی معنی‌دار بود ($P=۰/۰۰۰۱$). میانگین نمرات دانش و نگرش دانشجویان پزشکی و مامایی گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به گروه‌های شاهد به طور معنی‌داری افزایش یافت، اما افزایش معنی‌دار میانگین نمره توانمندی‌های روانی- اجتماعی تنها در دانشجویان مامایی مشاهده شد (جدول ۱).

دانشجویان در جلسه اول کلاس صورت گرفت. از آنجا که آموزش مهارت‌های زندگی یک آموزش فعال و مبتنی بر تجربه است لذا آموزش به شیوه کارگاهی انجام شد (۱۰).

در هر کلاس ابتدا دانشجویان به گروه‌های کوچک ثابت تقسیم شدند. بعد از طرح موضوع برای کل دانشجویان، بحث به گروه‌های کوچک واگذار می‌شد و سپس نتیجه مناظره گروهی از طرف نماینده گروه برای کل دانشجویان ارائه و مجدداً به بحث گذاشته می‌شد. بارش فکری و ایفای نقش از روش‌های دیگر آموزش بود. در روش ایفای نقش که عمدتاً از خود دانشجویان استفاده می‌شود به دانشجویان فرصت داده می‌شود تا در یک محیط امن و بی‌خطر، تعاملات رفتاری خود را در مورد موضوع مورد نظر اصلاح کنند.

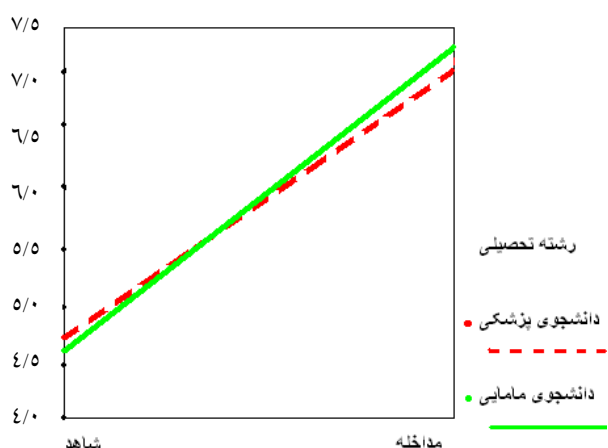
در انتهای ترم جهت ارزیابی دانشجویان پرسشنامه‌ای پژوهشگر- ساخته به دانشجویان گروه مداخله و کنترل ارائه شد که همان پرسشنامه جمع‌آوری داده‌ها می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۳۱ سؤال دو تا چهار گزینه‌ای در سه بخش به ترتیب زیر تنظیم گردید:

بخش اول شامل ۱۱ سؤال در زمینه دانش و اطلاعات
بخش دوم شامل ۴ سؤال جهت سنجش نگرش دانشجویان
در بخش سوم کیفیت عملکرد روانی- اجتماعی دانشجویان
با ۱۵ سؤال ارزیابی می‌شد.

روایی محتوای پرسشنامه توسط گروه متخصصین مورد تأیید قرار گرفت. روایی ساختاری سؤالات نگرش و مهارت توسط روش آنالیز عاملی بررسی گردید. بعد از حذف ۴ سؤال،

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات دانش، نگرش و مهارت روانی- اجتماعی دانشجویان پزشکی و مامایی در دو گروه مداخله و شاهد

P	مهارت		P	نگرش		P	دانش		حیطه رشته	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
$P=۰/۱۸$	۴/۹۵	۲۲/۵۰	$P=۰/۰۰۰۱$	۱/۴۸	۸/۷۴	$P=۰/۰۰۰۱$	۰/۹۹	۷/۰۹	مداخله	پزشکی
	۴/۳۵	۲۰/۵۰		۱/۳۹	۵/۲۰		۱/۹۲	۴/۷۱	شاهد	
$P=۰/۰۰۰۱$	۲/۵۶	۲۴/۷۵	$P=۰/۰۰۰۱$	۱/۸۳	۸/۷۵	$P=۰/۰۰۰۱$	۱/۴۱	۷/۲۸	مداخله	مامایی
	۴/۶۸	۲۰/۱۴		۲/۲۹	۶/۵۷		۱/۴۳	۴/۶۱	شاهد	
$P=۰/۰۰۰۱$	۴/۶۵	۲۸/۶۲	$P=۰/۰۰۰۱$	۱/۶۷	۸/۷۴	$P=۰/۰۰۰۱$	۱/۲۳	۷/۱۹	مداخله	کل
	۴/۳۱	۲۳/۹۵		۲/۰۱	۵/۹۰		۱/۶۷	۴/۶۶	شاهد	



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمره نگرش دانشجویان برحسب رشته تحصیلی و مداخله آموزشی

همچنین هیچ ارتباط معنی داری بین سن دانشجویان در دو گروه مداخله و کنترل با نمرات دانش و نگرش و مهارت آنان وجود ندارد ($P=0/3$).

بحث و نتیجه‌گیری

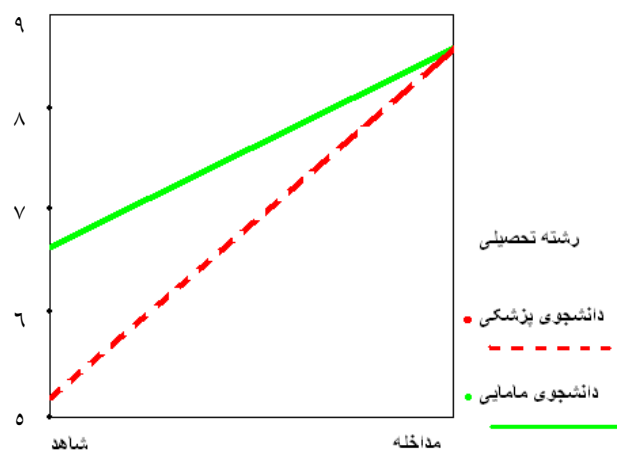
هدف از آموزش دانشگاهی به ویژه در رشته‌های مرتبط با سلامت و بهداشت، تربیت افرادی مطلع، ماهر و متخصص است. برای نیل به این اهداف برنامه‌های آموزشی دقیقی تدوین شده است. متأسفانه بعضی از جنبه‌های این برنامه و همچنین استرس‌های خاص دوران تحصیلی از قبیل جدایی از خانواده و ورود به محیط جدید آکادمیک، لزوم یادگیری حجم زیادی از مطالب علمی و فشرده‌گی دروس ارائه شده، دوره طولانی آموزش به‌ویژه در رشته پزشکی، آموزش در محیط غیر سازمان یافته بیمارستانی که درصد عمده‌ای از آموزش دوران تحصیل دانشجویان در این گونه رشته‌ها را تشکیل می‌دهد و لزوم چرخش‌های مکرر بین بخش‌های مختلف بیمارستانی، محدودیت اوقات فراغت، نگرانی در رابطه با مسائل اقتصادی و آینده شغلی، مواجهه مکرر با رنج و گاهاً مرگ بیماران، بد رفتاری با دانشجویان و... اثر منفی در سلامت روان دانشجویان

نمرات دانش و نگرش دانشجویان پزشکی با معدل آنها در همان ترم ارتباط معنی‌داری داشت (به ترتیب $r=0/55$ ، $P=0/0001$ و $r=0/6$ ، $P=0/0001$) اما این ارتباط برای نمره مهارت و معدل در دانشجویان پزشکی معنی‌دار نبود ($r=0/15$ ، $P=0/54$).

در دانشجویان مامایی هیچ یک از ضرایب همبستگی نمره دانش با معدل ($r=0/09$ ، $P=0/534$)، نمره نگرش با معدل ($r=0/07$ ، $P=0/63$) و نمره مهارت با معدل ($r=0/09$) معنی‌دار نبود.

نوع رشته تحصیلی تأثیری در میزان اثربخشی آموزش نداشت. به عبارتی نمرات دانشجویان پزشکی و مامایی با یک دیگر تفاوت معنی‌داری نداشته و تأثیر آموزش در تغییر دانش و نگرش دانشجویان برای هر دو رشته یکسان بوده است. این نتیجه‌گیری از انجام آنالیز واریانس دوطرفه برای مقایسه نمرات دانش و نگرش دانشجویان بر حسب رشته تحصیلی و آموزش و اثر متقابل این دو به دست آمده است. (به ترتیب برای دانش $P=0/63$ و برای نگرش $P=0/074$) که تنها اثر مداخله معنی‌دار بوده است ($P=0/003$).

به علت عدم برابری واریانس‌ها در گروه‌ها برای نمره مهارت، از آنالیز واریانس دوطرفه برای بررسی تأثیر آموزش در ارتقاء مهارت استفاده نشد.



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمره دانش دانشجویان برحسب رشته تحصیلی و مداخله آموزشی

تعاملات بیشتری برخوردار بودند و تکالیف خانگی خود را نیز بهتر از دانشجویان پزشکی انجام می‌دادند.

البته ارائه پرسشنامه به تنهایی جهت ارزیابی توانایی‌های روانی-اجتماعی کافی نمی‌باشد. برای سنجش تغییر در رفتار اجتماعی و سلامت یا به عبارتی کسب مهارت‌های روانی-اجتماعی به جز تدوین پرسشنامه‌های استاندارد از روش‌های دیگری نیز باید استفاده شود. از جمله ارزیابی متغیرهای مربوط به محل تحصیل (دانشگاه) مانند فضای تحصیلی، رفتار دانشجو در کلاس، عملکرد تحصیلی ... و ارزیابی تغییر در رفتارهای اجتماعی و رفتار سلامت مانند کاهش استفاده از مواد مخدر و دارو، کاهش خشونت و کاهش تمایلات خودکشی (۴). در این پژوهش تنها روش ما برای ارزیابی مهارت‌های روانی-اجتماعی ارائه پرسشنامه بوده است که به تنهایی برای سنجیدن اثربخشی مداخله کافی نمی‌باشد.

همچنین در نتایج تحقیق همبستگی مثبت و معنی‌داری بین وضعیت تحصیلی و میزان ارتقاء دانش و نگرش دانشجویان پزشکی دیده شده است. چنین ارتباطی در آموزش مهارت‌های زندگی به دانش آموزان نیز دیده شده است (۱۳). در بررسی ما رابطه‌ای بین سن، جنسیت و نوع رشته تحصیلی با میزان ارتقای نمرات دانش، نگرش و مهارت دانشجویان وجود نداشته است. ولی به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت عوامل متعدد دموگرافیک از قبیل سن جنسیت وضعیت اجتماعی-اقتصادی ملیت و ... به واسطه عوامل خطر ساز مجزایی که هر کدام دارند در نحوه آموزش، کیفیت و محتوای مطالب ارائه شده و حتی در ارزیابی اثر بخشی آموزش دخیل خواهد بود (۸). حتی گودوین (Goodwin) معتقد است که با توجه به انعطاف پذیری بحث مهارت‌های زندگی در شرایط مختلف سنی و خانوادگی و همچنین در هر دو جنس نحوه ارزیابی آنها نیز باید با توجه به تفاوت‌های اجتماعی-فرهنگی و جنسی انجام پذیرد (۱۱).

گذاشته، در نهایت در رسیدن به اهداف نهایی آموزش خلل ایجاد می‌کند (۱).

مسئله از عمده‌ترین عوامل دخیل در بروز مشکلات سلامت روان، ضعف در مهارت‌های روانی-اجتماعی دانشجویان است (۷) که به وسیله یک برنامه آموزشی همه جانبه با هدف موفقیت در تحصیل و زندگی قابل جبران خواهد بود. رسالت تدوین چنین برنامه‌ای مسلمانان به عهده دانشگاه است.

همان‌طور که در نتایج آمده است، بعد از آموزش طی یک ترم تحصیلی، میانگین نمرات دانش و نگرش دانشجویان نسبت به مهارت‌های زندگی در دو گروه دانشجویان پزشکی و مامایی افزایش یافته است. این یافته با نتایج تحقیقات بوتوین (Botvin)، اولویس (Olweus)، رامشت و فرشاد، ناصری و نیک پرور و ... هم‌خوانی دارد (۸-۴).

در مورد مهارت‌های روانی-اجتماعی دانشجویان تنها در رشته مامایی معنی‌دار بوده است ($P=0/0001$). در توجیه عدم ارتقاء معنی‌دار توانمندی‌های روانی-اجتماعی در دانشجویان پزشکی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

در مطالعه حاضر طول مدت آموزش سه ماه بوده، درحالی که در برنامه آموزش مهارت‌ها به دانش آموزان ذکر شده که تنها در صورت تداوم آموزش به مدت یک سال، انتظار تغییر در عملکرد تحصیلی و آمادگی رفتاری را باید داشته باشیم و تغییر در رفتار اجتماعی و رفتار سلامت به عنوان شاخص اصلی آموزش مهارت‌های زندگی تنها پس از اجرای طولانی مدت برنامه (پس از سه سال) حاصل می‌شود (۴).

از طرف دیگر دانشجویان پزشکی (هم در گروه شاهد و هم در گروه مداخله) با متوسط سن ۱۹ سال عمدتاً در سنین نوجوانی (late Adolescence) و دانشجویان مامایی در گروه مداخله با متوسط سن ۲۷ سال در سنین بالغین (Early Adulthood) قرار داشتند. مقاومت و رفتارهای مقابله‌ای به‌ویژه در دانشجویان پزشکی گروه مداخله بارز بود. ولی دانشجویان مامایی در گروه مداخله در سر کلاس از همراهی و

آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان به صورت سیستماتیک و سازماندهی شده و در قالب درس دو واحدی می‌تواند تأثیر بارزی در ارتقای دانش نگرش و مهارت‌های اجتماعی دانشجویان داشته باشد. علاوه بر آن شاهد تبعات مثبت دیگری نیز بودیم که به نوبه خود نقش عمده‌ای در ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از مشکلات روانپزشکی دانشجویان خواهد داشت. از طرف دیگر گنجانیدن برنامه آموزش مهارت‌های روانی-اجتماعی در برنامه آموزش آکادمیک از اهمیت ویژه دیگری نیز برخوردار است. توانمندی‌های روانی-اجتماعی اصولاً مقوله‌ای جدا نبوده در صورت علاقمندی اساتید به امر فوق، تلفیق و به کارگیری آن در آموزش ادبیات، ریاضی، علوم، تاریخ، هنر و علوم بهداشتی و... در نهایت منجر به درک عمیق‌تر از محتوای درسی، پیشرفت علم تعلیم، درگیری بیشتر دانش آموزان و دانشجویان در امر آموزش و کاهش رفتارهای آشفته در آنان خواهد شد (۱۴). امید است که در آینده تمام دانشگاه‌های کشور مجهز به برنامه‌ای دقیق و متمرکز در این زمینه شوند. به طوری که هر دانشجوی فارغ التحصیل از حداقل مهارت‌های لازم برای موفقیت در تحصیل و زندگی برخوردار باشد. در نهایت پیشنهاد می‌گردد.

۱- برای نیل به اهداف اصلی مداخله که همان تغییر در رفتار است، جلسات آموزشی یاد آور در طول ترم‌های بعدی برای دانشجویان آموزش دیده برگزار شود.

۲- جهت ارزیابی تداوم دستاوردهای مداخله لازم است که بررسی‌های دیگری در طول سال‌های آینده از دانشجویان آموزش دیده انجام شود.

۳- بهتر است در آموزش گروه‌های بعدی از سایر روش‌های ارزیابی توانمندی‌های روانی-اجتماعی نیز استفاده شود.

۴- انجام پژوهش دیگری به صورت ارائه برنامه به شکل واحد اختیاری و مقایسه نتایج آن با نتایج پژوهش فوق جهت

در مطالعه زولینجر (Zollinger) که به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌ها در کاهش میزان مصرف سیگار در مدارس راهنمایی در ایندیانا انجام شده نتیجه در دختران و پسران و همچنین در سیاه پوستان و سفیدپوستان متفاوت بوده است (۱۲).

همچنین در آموزش مهارت‌های زندگی به ۱۶۷ نفر از دانش آموزان سندی میانیگین نمرات ارزیابی در دختران نسبت به پسران به طور معنی‌داری بالاتر بوده است (۱۳).

با توجه به آن که نحوه آموزش، مدرس، کیفیت مطالب و نوع ارزیابی در دو گروه یکسان بوده است عدم وجود چنین ارتباطی احتمالاً به علت تعداد کم نمونه‌ها می‌باشد.

با توجه به مشاهدات کیفی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به دانشجویان جدیدالورود به شیوه فوق از مزایای دیگری نیز برخوردار بوده که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

تدریس کارگاهی مهارت‌های زندگی این فرصت را برای دانشجویان فراهم نمود تا در یک محیط امن و بی‌خطر، تعاملات بیشتری با هم داشته و همدیگر را بیشتر بشناسند. همچنین به ویژه در اوایل ورود به دانشگاه که دانشجو با استرس فوق‌العاده روبرو می‌شود منجر به تخلیه هیجانی-روانی و ایجاد حس همدردی بیشتر در آنان شد.

دانشجویان دربدو ورود به دانشگاه با متخصصین علوم رفتاری و مرکز مشاوره دانشگاه آشنایی نزدیکی پیدا کرده لذا در طول ترم تحصیل و بعد از آن شاهد مراجعات مکرر دانشجویان به این افراد برای انجام مشاوره بودیم.

کلیه دانشجویان بواسطه تعاملات وسیع در طول ساعات کارگاه به طور دقیق ارزیابی شده، لذا اشخاص تحت خطر در بدو امر شناسایی و اقدامات لازم در رابطه با آنان برنامه ریزی شد. همچنین با توجه به این که دانشجویان در سال‌های بعد نیز در دسترس هستند امکان پی‌گیری‌های بعدی (برگزاری جلسات یادآوری و آموزش مهارت‌های دیگر و همچنین بررسی تداوم تأثیر آموزش و ...) وجود دارد.

مداخله بارز بود. تعداد افراد نمونه‌ها کم بود. اجباری بودن واحد می‌تواند از محدودیت‌های دیگر پژوهش باشد. که تا حدی در بروز رفتارهای مقابله‌ای دانشجویان و نهایتاً در اثربخشی مؤثر خواهد بود.

استفاده از پرسشنامه به‌تنهایی به‌ویژه در سنجش مهارت‌های روانی- اجتماعی کافی نمی‌باشد در مداخلات بعدی باید از روش‌های دیگر ارزیابی نیز استفاده شود.

طرح برنامه نهایی آموزش مهارت‌های زندگی در دانشگاه‌ها از توصیه‌های دیگر می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق:

عدم انجام پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله بود که به علت محدودیت زمان انجام نشد.

گروه کنترل بعلت عدم وجود دانشجویان هم مقطع تحصیلی در رشته پزشکی از ترم بالاتر و در رشته مامایی از ترم دوم کاردانی انتخاب شدند که اختلاف سنی آنان با گروه

منابع

1. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc* 2005; 80(12):1613-22.
2. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Edu* 2004; 38(5):482-91.
3. Shariati M, Yunesian M, Vash JH. Mental health of medical students: a cross-sectional study in Tehran. *Psychol Rep* 2007; 100(2):346-54.
4. World Health Organization. Translated by Noori Ghasem Abadi R, Mohammad khani P. Life skills education program. Tehran: State welfare organization, deputy of prevention and cultural affairs; 1996:14-22. [In Persian].
5. Magnani R, Macintyre k, Karim AM, Brown L, Hutchinson P, Kaufman C. The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Adolesc Health* 2005; 36(4): 289-304.
6. Tuttle J, Campbell-Heider N, David TM. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study. *J Pediatr Health Care* 2006; 20(3): 181-91.
7. Stevens TG, Stevens SB. Workshops and classes for academic and life success. Available from: URL: <http://www.csulb.edu/~tstevens>.
8. Poorsharifi H, Zarani F, Vaghar M, Khalagi N, Davari A. College student counseling. Tehran: Jahad Daneshgahi: Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Student and Cultural affairs, Counseling central office;2005: 424.[In Persian].
9. Forghani MS. Study of mental health status of students at Kurdistan University of medical sciences in 2005. Dissertation, Kurdistan University of medical sciences, Medical School 2006. [In Persian].
10. World Health Organization. Adopting of life skill approach in: Tobacco free youth, PAHO Scientific and Technical Publication 2000; 579. Available from: URL: http://www.paho.org/English/DD/PUB/SP579_05.pdf.
11. Goodwin J. Final report of the public school students, out of school time study to measure the impact of the Idaho 4-H Program. *J Exten* 2005; 43(4). Available form: URL:<http://www.agls.uidaho/4-h/impact study.doc>.
12. Zollinger TW, Saywell RM, Muegge CM, Wooldridge JS, Cummings SF, Caine VA. Impact of the life skills curriculum on middle school student's tobacco use in Marion County, Indiana, 1997-2000. *J Sch* 2003; 73(9):338-46.

13. Moghadam M, Shams Alizadeh N, Vafaii Baneh F. Evaluation of the efficiency of life skills training program on the level of awareness of these skills among fourth grade students of primary schools (Sanandaj - 1383). Medical Journal of Tabriz University of medical sciences 2006;2:103-7. [In Persian].
14. Maurice J, Harriett A. The connection between academic and social-emotional learning. In. Maurice J, Harriett A. The educator's guide to emotional intelligence and academic achievement. corwin press; 2006:4-14.

Archive of SID