

بکارگیری برنامه مشارکتی - آموزشی بر اساس الگوی پرسید به منظور ارتقاء احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان

دکتر مهدی مشکی^۱، دکتر فضل‌ا... غفرانی‌پور^۲، دکتر پروین آزاد فلاح^۳، دکتر ابراهیم حاجی‌زاده^۴
^۱ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، ^۲ دانشیار گروه آموزش بهداشت، ^۳ دانشیار گروه روانشناسی، ^۴ دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس

مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره اول بهار ۸۹ صفحات ۳۱-۲۲

چکیده

مقدمه: آسیب‌پذیری دانشجویان به ویژه شاغلین به تحصیل در رشته‌های علوم پزشکی در مقابل موقعیت‌ها و مشکلات مختلف می‌تواند بطور خاص بر سلامت روانی آنها اثرگذار باشد. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بکارگیری یک برنامه مشارکتی - مهارتی بر اساس الگوی پرسید به منظور ارتقای احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی گناباد و بیرجند در مدت دو سال انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک تحقیق تجربی بر اساس الگوی پرسید بود که ۱۵۴ دانشجو به صورت تصادفی برای گروه‌های آزمون و شاهد انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده، احترام به خود روزنبرگ و GHQ-28 استفاده شد. برنامه مداخله به شیوه بحث گروهی متمرکز و در قالب مهارت‌های زندگی منتخب طراحی و اجرا شد و پس از پایان جلسات برنامه‌ریزی شده در هر دو گروه به طور مجزا برآورد و مقایسه گردید. داده‌های استخراج شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی در قالب نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: بررسی یافته‌ها نشان داد که عوامل مستعدکننده، عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده، احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری داشتند. بطوری که پس از مداخله متغیرهای بهداشت روان ($P < 0/001$)، احترام به خود ($P < 0/001$)، عوامل مستعدکننده ($P < 0/01$) و عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده ($P < 0/02$) بین گروه‌های آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری نشان دادند.

نتیجه‌گیری: این نتایج خاطر نشان می‌کنند که برنامه‌ریزی به صورت آموزش مهارت‌های زندگی منتخب و بر اساس الگوی پرسید موجب مشارکت و توانمندسازی در راستای ارتقای احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهداشت روان - دانشجویان - آموزش - الگوی پرسید

نویسنده مسئول:
دکتر مهدی مشکی
مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و
ارتقاء سلامت گناباد، دانشگاه
علوم پزشکی گناباد
گناباد - ایران
تلفن: ۰۹۸۹۱۵۳۵۹۰۶۶
پست الکترونیکی:
dmoshki@gmail.com

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۳ اصلاح نهایی: ۸۸/۹/۸ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۷

مقدمه:

برخورداری از احترام به خود را به عنوان عامل مرکزی و اساسی سازگاری عاطفی - اجتماعی افراد می‌دانند (۲). احترام به خود در تمام فعالیت‌های روزانه انسان به نوعی جلوه‌گر می‌شود و به این شکل از مهمترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری و شکوفایی انسان است و بیشتر صاحب نظران آن را به عنوان عامل مهم و اساسی در سازگاری عاطفی و اجتماعی می‌دانند (۳). این صفت یک ویژگی عمومی است و در همه انسان‌ها وجود دارد و محدود و گذرا

مفهوم بهداشت روان حالتی از سلامتی است که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمرتر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد (۱). احترام به خود به معنی پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خویشش احساس می‌کند. روانشناسان نیز بر این باورند که بهره‌مندی از احترام به خودبخشی از سلامت روانی به شمار می‌رود و

اعتماد به نفس بالا، همت عالی و تمایل به حفظ و ارتقا سلامت در فرد پدیدار می‌شود (۱۰).

پژوهشی درباره احترام به خود و سلامت روان در کانادا نشان داد که عمده‌ترین نیاز روانی نوجوانان در ۸۷/۴ درصد نیاز به احترام به خود می‌باشد. ارتباط معنی‌دار آماری بین احترام به خود پایین و مشکلات رفتاری نظیر عدم اطمینان به دیگران، کاهش مناسبات اجتماعی، اضطراب و افسردگی بدست آمد (۱۱). رایت و همکارانش در یک مطالعه مداخله‌ای وسیع در استرالیا با استفاده از الگوی پرسید اقدام به توسعه و ارزشیابی سطح آگاهی و مشارکت جامعه در خصوص اختلالات روانی و بهداشت روان افراد ۱۲ تا ۱۸ سال نمودند (۱۲). این در حالی است که جستجوهای پژوهشگران مطالعه‌ای را مبتنی بر بکارگیری الگوی پرسید به منظور افزایش توان احترام به خود و بهداشت روان در بین دانشجویان، حداقل در ایران نشان نداد.

با توجه به مطالب ذکر شده، تحقیق حاضر با هدف تأثیر بکارگیری یک برنامه مشارکتی - آموزشی بر اساس الگوی پرسید به منظور افزایش احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان انجام شد.

روش کار:

این مطالعه یک تحقیق تجربی از نوع مطالعات قبل و بعد با گروه شاهد است که در طی سالهای ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ انجام شد. جامعه مورد پژوهش دانشجویان سال اول رشته‌های علوم پزشکی بودند. با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و مقادیر $P_1 = 0/27$ (با استفاده از مطالعه راهنما)، $P_2 = 0/05$ (۱۲ و ۱)، $Z\alpha = 1/96$ و $Z\beta = 1/64$ ، حجم نمونه بیش از ۶۷ نفر برای هر گروه تعیین شد. برای کنترل ریزش نمونه‌ها ۱۵۴ نفر به نسبت مساوی در دو گروه قرار گرفتند که به دلیل انتقال، انصراف و تغییر رشته، پس از مداخله ۷۱ نمونه در گروه آزمون و ۷۳ نمونه به عنوان گروه شاهد باقی ماندند. روش نمونه‌گیری بدین صورت انجام شد که در ابتدا و بر اساس مطالعه زمینه‌ای از بین دانشگاه‌های علوم پزشکی استان خراسان دو دانشگاه علوم پزشکی گناباد و بیرجند که دارای شیوع بالای مشکلات روانشناختی در بین

نبوده، بلکه ثابت و دائمی است (۴) و میزان آن را معمولاً باید مشخص کرد تا در صورتی که فرد از احترام به خود کافی برخوردار نباشد با بکارگیری برنامه‌های آموزشی مناسب آن را بهبود بخشید (۵).

دانشجویان به خاطر ماهیت انتقالی زندگیشان در طی این دوره، همواره در معرض تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی‌زای بی‌شماری را تجربه می‌کنند (۶). آنچه که بسیاری از تحقیقات اشاره کرده‌اند، حاکی از آن است که دانشجویان در معرض آسیب‌های مختلفی هستند و بویژه بهداشت روان این قشر تحت تأثیر است (۷). از سوی دیگر الگو یا مدل، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. الگو تصور و دید آموزشی است که راهنمایی جهت بررسی و تشخیص آموزشی، کمک در طراحی و تسهیل در ارزشیابی را سبب می‌گردد. تدوین یک مدل آموزشی عناوین برنامه آموزشی را مشخص کرده و یک چارچوب برای تحقیقات ارائه می‌دهد. الگوی پرسید از جمله مدل‌های برنامه‌ریزی در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت محسوب می‌شود که چنانچه هدف، تغییر رفتار باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد. تمرکز آن بر روی تغییر رفتار در سطوح فردی یا گروهی است. گرین و کروتر معتقدند که الگوی پرسید یک مدل موفق در بکارگیری مطالعاتی بر مبنای کارآزمایی بالینی و عرصه به شمار می‌رود. این مدل چارچوبی را فراهم می‌کند که به موجب آن عوامل مؤثر بر رفتار مانند عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده در تشخیص‌های آموزشی و ارزشیابی تعیین می‌گردند. الگوی پرسید را به عنوان راهنمایی جهت تجزیه و تحلیل مشکلات بهداشتی یا رفتارهای بهداشتی، همچنین جهت تعیین آگاهی، نگرش، اعتقادات در رفتارهایی که عوامل مؤثر در تغییر هستند می‌توان استفاده کرد (۸،۹).

مطالعات مختلف بویژه در ۱۵ سال اخیر حکایت از این دارد که احترام به خود یک عامل روانشناختی مهم و اثرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی به شمار می‌رود و مشخص گردیده است که با افزایش احترام به خود، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد بوجود می‌آید و تغییرات مثبتی همچون پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، داشتن

برآورد گردید به گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین ثبات درونی در پرسشنامه‌های عوامل مستعدکننده، عوامل قادر و تقویت‌کننده به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۷۴ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی - پس از سه هفته تکمیل دوباره مقیاس - برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷ به دست آمد که ضریب همبستگی در سطح $P < 0.001$ معنی‌دار بود.

۳) پرسشنامه احترام به خود روزنبرگ: این ابزار شناخته شده و استاندارد توسط روزنبرگ ایجاد شده است که ۱۰ سؤال دارد و به هر سؤال بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای کاملاً موافق، کاملاً مخالف، موافق و مخالف نمره داده می‌شود. برای نمره‌گذاری سئوالات، به هر سؤال نمره داده می‌شود که در مورد سئوالات ۹، ۶، ۵، ۲ بصورت منفی، منظور می‌گردد. نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ ثبت و نمره ۴۰ بالاترین نمره ممکن محسوب می‌شود (۱۳). این ابزار، دارای روایی و پایایی بالایی است (۱۴) به طوری که در تحقیق همتی (۱۵) ضریب آلفای کرونباخ برگردان فارسی پرسشنامه برابر با ۰/۷۸ برآورد شده است.

۴) پرسشنامه سنجش سلامت روانی (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸، شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت بهداشت روانی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. فرم ۲۸ سئوالی به منظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل ۴ مقیاس ۷ سئوالی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. روش نمره‌گذاری غیر سنتی GHQ، به شیوه لیکرت است که بر اساس آن نمره‌گذاری هر یک از سئوالات ۴ درجه‌ای آزمون بصورت "۰-۱-۲-۳" و در نتیجه نمره کل فرد از صفر تا ۸۴ متغیر می‌باشد که در این مطالعه برای جمعیت دانشجویی و هر دو جنس نقطه برش ۲۲ منظور گردید بطوریکه نمره کمتر از آن نشان‌دهنده سلامت روان مطلوب می‌باشد. مطالعات متعدد بر روی این پرسشنامه حکایت از روایی و پایایی بالای آن دارد که در ایران نیز به آن پرداخته و تأیید شده است (۱۶، ۱۷).

به منظور مشارکت بیشتر دانشجویان، مداخله به روش بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) در

دانشجویانشان و همچنین دارای شرایط مشابهی به لحاظ محیطی و دانشگاهی بودند، انتخاب و سپس به طور تصادفی یکی از این دو دانشگاه به عنوان گروه آزمون و دیگری به عنوان گروه شاهد برگزیده شدند تا بدین وسیله اثر مداخله بدون از هر گونه تورش ارتباط و اثرات بین گروهی باشد. آنگاه نمونه‌های به دست آمده طبق آنچه ذکر شد و با عنایت به تمایل ایشان به مشارکت در مطالعه بر اساس متغیرهای همسان‌سازی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. متغیرهای همسان‌سازی شامل سن، جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی بودند. برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه مشخصات فردی (دموگرافیک):

۲) پرسشنامه‌های عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده (الگوی پرسید): برای تهیه و تدوین این بخش از ابزارها، پس از مطالعه متون و منابع و مطابق با مرحله آموزشی - اکولوژیکی الگوی پرسید، پرسشنامه‌ای در قالب پرسش‌های سه گزینه‌ای به صورت بلی، خیر، تاحدودی؛ برای سنجش آگاهی به تعداد ۱۰ سؤال و با نمره کل صفر تا ۲۰ پرسش‌هایی بر مبنای مقیاس لیکرت به منظور سنجش نگرش نمونه‌ها به تعداد ۱۸ سؤال و از ۶ تا ۳۶ نمره، در نظر گرفته شد. برای ارزیابی عوامل مستعدکننده؛ پرسشنامه‌ای با ۱۰ سؤال از جمله عوامل اقتصادی، مذهبی و محیطی در قالب پرسش‌های سه گزینه‌ای به صورت بلی، خیر، تاحدودی و با نمره صفر تا ۲ در هر پرسش برای ارزیابی عوامل قادرکننده و همچنین ۲ پرسش برای سنجش عوامل تقویت‌کننده در همین قالب تهیه شد.

برای تعیین روایی صوری و محتوا، پرسشنامه‌ها در اختیار هفت نفر از اعضای هیأت علمی مرتبط در این زمینه قرار گرفتند. پس از اعلام نقطه‌نظرها و برطرف نمودن ایرادها و اصلاح موارد، در اختیار ۵۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی قرار داده شد تا به لحاظ تطبیق جملات با منظور و اهداف تهیه کننده مقیاس و رفع هر گونه ایراد و چالش در خصوص برداشت واحد دانشجویان برای هر پرسش، بررسی و بازبینی شود. پس از تجدیدنظر و اصلاح موارد، پایایی پرسشنامه بر روی ۱۸۸ نفر از دانشجویان به روش ثبات درونی و بازآزمایی

در این مطالعه در هر دو گروه ۶۹/۸ درصد زن و ۳۰/۲ درصد مرد شرکت داشتند که میانگین سنی آنان ۲۰/۶ سال با انحراف معیار ۱/۹۵ بود.

پیش از اجرای برنامه در گروه آزمون، متغیرهای کمی اثرگذار بر بهداشت روان دانشجویان در قالب عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده و بویژه احترام به خود و با کنترل عوامل مخدوش‌کننده، تحت آزمون رگرسیون خطی قرار گرفتند که در این تحلیل احترام به خود، تعداد دفعات شرکت در کنکور، آگاهی و نگرش متغیرهای معنی‌دار معرفی شدند (جدول شماره ۱).

این آزمون آماری، پیش‌بینی‌کننده‌ها یا به عبارتی متغیرهای کمی اثرگذار بر بهداشت روان دانشجویان را نشان داد تا مسیر و جریان مداخله مؤثر منطبق با مرحله آموزشی - اکولوژیکی الگو برای پژوهشگران کاملاً تبیین گردد.

زیرگروه‌های ۱۲ نفری طراحی و در طی ۱۲ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای مجزا برای هر زیرگروه آزمون در قالب آموزش مهارت‌های زندگی از جمله حل مسأله، اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی توسط یک فرد ثابت از محققین انجام شد. اطلاعات به دست آمده پس از تکمیل پرسشنامه‌ها منطبق با مراحل ارزشیابی الگو، اطلاعات قبل و بعد از برگزاری جلسات برنامه‌ریزی شده به تفکیک گروه‌های آزمون و شاهد توسط نرم افزار SPSS (نسخه ۱۲) و با استفاده از شاخص‌های پراکنندگی و مرکزی توصیف و بوسیله آزمون‌های آنالیز واریانس، رگرسیون، ضریب همبستگی پیرسون، زوجی و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج:

جدول شماره ۱- رابطه وضعیت بهداشت روان گروه آزمون با عوامل اثرگذار در مدل رگرسیون خطی پیش از مداخله

عوامل اثرگذار	بتا استاندارد	ارزش t	سطح معنی‌دار	R2	متغیر اثرپذیر نهایی
احترام به خود	-۰/۴۹	-۷/۱۱	۰/۰۰		
سه‌میه پذیرش در کنکور	۰/۱۱	۱/۶۴	۰/۰۹		
دفعات شرکت در کنکور	-۰/۱۷	-۲/۵۵	۰/۰۱	۰/۴۰	بهداشت روان
آگاهی	-۰/۲۲	-۳/۱۱	۰/۰۰		
تعداد افراد خانوار	-۰/۰۴	-۰/۶۸	۰/۴۹		
نگرش	۰/۲۹	۲/۱۲	۰/۰۰		

جدول شماره ۲- ماتریس ضریب همبستگی پلی‌کوریک متغیرها در گروه آزمون پیش از مداخله

متغیر	بهداشت روان	آگاهی	نگرش	عوامل اقتصادی	عوامل مذهبی	عوامل محیطی	احترام به خود
بهداشت روان	۱/۰۰						
آگاهی	** -۰/۲۱	۱/۰۰					
نگرش	* -۰/۲۰	* -۰/۳۰	۱/۰۰				
عوامل اقتصادی	* -۰/۱۱	* -۰/۰۴	* -۰/۱۱	۱/۰۰			
عوامل مذهبی	* -۰/۱۹	* -۰/۱۲	* -۰/۰۱	* -۰/۱۰	۱/۰۰		
عوامل محیطی	* -۰/۲۶	* -۰/۳۳	* -۰/۲۰	* -۰/۰۷	* -۰/۱۹	۱/۰۰	
احترام به خود	** -۰/۲۲	* -۰/۰۶	* -۰/۰۲	* -۰/۱۶	* -۰/۲۱	* -۰/۱۶	۱/۰۰

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

جدول شماره ۳- مقایسه متغیرهای مورد مطالعه بر اساس آزمون t مستقل پیش از مداخله

متغیر	شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره t	سطح معنی‌داری
بهداشت روان	آزمون	۲۷/۵۰	۱۴/۵۷	۰/۰۳	۰/۹۷
	شاهد	۲۷/۴۲	۱۴/۳۱		
احترام به خود	آزمون	۲۷/۷۴	۴/۷۰	-۰/۱۱	۰/۹۰
	شاهد	۲۷/۸۳	۴/۶۳		
تقویت‌کننده	آزمون	۱۲/۱۴	۲/۲۳	۰/۱۰	۰/۳۰
	شاهد	۱۱/۹۶	۲/۳۳		
مستعدکننده	آزمون	۱۲/۹۸	۱/۸۵	۰/۱۲	۰/۶۳
	شاهد	۱۲/۱	۱/۷۱		
قادرکننده	آزمون	۲/۵۸	۰/۲۵	۰/۱۰	۰/۶۸
	شاهد	۲/۶۱	۰/۲۳		

جدول شماره ۴- مقایسه متغیرهای مورد مطالعه بر اساس آزمون t مستقل پس از مداخله

متغیر	شاخص گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره t	سطح معنی‌داری
بهداشت روان	آزمون	۲۰/۷۷	۸/۷۸	-۳/۷۲	۰/۰۰۰
	شاهد	۲۷/۸۰	۱۳/۳۶		
احترام به خود	آزمون	۲۹/۶۹	۴/۲۰	۳/۳۰	۰/۰۰۱
	شاهد	۲۷/۴۶	۳/۸۶		
تقویت‌کننده	آزمون	۱۵/۳۴	۱/۶۳	۵/۹۰	۰/۰۲
	شاهد	۱۲/۵۶	۱/۹۴		
مستعدکننده	آزمون	۱۶/۳۳	۱/۰۵	۵/۳۰	۰/۰۱
	شاهد	۱۳/۷۲	۱/۳۳		
قادرکننده	آزمون	۳/۶۱	۰/۲۶	۶/۳	۰/۰۰۱
	شاهد	۲/۶۲	۰/۲۲		

سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بدست آمد در حالی که در نمونه‌های گروه شاهد چنین وضعیتی مشاهده نشد.

با مقایسه جداول ۳ و ۴، آزمون t مستقل نشان داد که پیش از اجرای برنامه هیچ یک از متغیرها بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند، اما پس از انجام برنامه مشارکتی - آموزشی بر اساس الگوی پرسید، اختلاف متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمون و شاهد معنی‌دار شده‌اند که وضعیت در گروه آزمون به مراتب بهتر از گروه شاهد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ای مشارکتی - آموزشی بر اساس الگوی پرسید به منظور افزایش احترام به

تحلیل واریانس یکطرفه هیچگونه رابطه معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک از جمله وضعیت مجرد یا تأهل دانشجویان نمونه و حتی جنسیت با احترام به خود و بهداشت روان پیش از اجرای برنامه نشان نداد. همچنین مطابق جدول شماره ۲، بر اساس ضریب همبستگی پولی‌کوریک پیش از مداخله در گروه آزمون، بین عوامل مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده با احترام به خود و بهداشت روان همبستگی معنی‌داری بدست آمد که پس از مداخله همبستگی متغیرهای یاد شده همچنان معنی‌دار بود بطوری که همبستگی بین بهداشت روان با احترام به خود ($P < 0/0001$) و بهداشت روان با آگاهی ($P < 0/008$) در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ و نیز بین احترام به خود با آگاهی ($P < 0/02$) و احترام به خود با نگرش ($P < 0/01$) و بهداشت روان با نگرش ($P < 0/03$) در

با آگاهی و نگرش و نیز همبستگی بین احترام به خود با آگاهی و نگرش تفاوت معنی‌داری داشت بدین صورت که با افزایش سطح آگاهی و نگرش مثبت، وضعیت احترام به خود و بهداشت روان نمونه‌ها بهتر گردید و همچنین به موازات افزایش احترام به خود، ارتقاء بهداشت روان دانشجویان نیز دیده شد. این شرایط با نتایج پژوهش‌ها و متون متعدد دیگری نیز مانند مطالعات مان و همکاران (۱۰)، موهر (۲۲)، مشکى و همکاران (۲۳) مطابقت می‌کند. بویژه معنی‌داری این عوامل پس از اجرای برنامه، تأییدی است بر تطابق این یافته‌ها با مطالعه و گزارش‌های پوپ (۲۴)، بوتوین (۲۵)، طالب‌پور و همکاران (۲۶) که بر روی دانشجویان و دانش‌آموزان در داخل و خارج کشور انجام شده است.

اثرگذاری وضعیت آگاهی و نگرش از عوامل مستعدکننده مرحله آموزشی - اکولوژیکی الگو بر احترام به خود و بهداشت روان و همچنین همبستگی معنی‌دار بین متغیرهای آگاهی، نگرش، عوامل اقتصادی، مذهبی و محیطی با احترام به خود و بهداشت روان در متون مرتبط نیز مورد تأکید و تأیید قرار گرفته است (۲۲). در ضمن نقش احترام به خود به عنوان متغیر پیش‌بینی‌کننده اثرگذار و همبسته با بهداشت روان در مطالعات مان و همکاران به نقل از تودور (۱۰)، زیمرمن (۱۰)، فورنهام و چنگ (۲۷) تبیین شده است. حتی گرین و کروتر به نقش‌آفرینی احترام به خود در قالب الگوی یاد شده پرداخته و جایگاه آن را به طور ویژه و کاربردی در مرحله آموزشی - اکولوژیکی این الگو متذکر شده‌اند (۱۰). این اثربخشی‌ها می‌تواند به قوت و قدرت الگوی پرسید استناد شود بطوری که میزان‌سازی دقیق اهداف مطالعه را با مشارکت و توانمندسازی جامعه تسهیل می‌بخشد. این امر انجام‌پذیر خواهد بود مگر از طریق فرآیند ارزیابی جامعه، بکارگیری شواهدی مبتنی بر راهکارهای مشارکتی مبتنی بر جامعه، ظرفیت‌سازی و تصحیح عوامل مشارکت در جریان مرور و ارزشیابی منظم و پی‌گیر در قالب این الگو (۱۲).

شاید علت افزایش چشمگیر وضعیت احترام به خود و بخصوص بهداشت روان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، کاربرد برنامه آموزشی - مشارکتی طراحی شده بر اساس الگوی پرسید باشد. بهره‌گیری از این الگو به عنوان

خود و بهداشت روان دانشجویان انجام شد. به طور خلاصه، یافته‌ها احترام به خود، تعداد دفعات شرکت در کنکور، آگاهی و نگرش را به عنوان متغیرهای معنی‌دار و اثرگذار بر بهداشت روان دانشجویان معرفی نمودند. همچنین بین عوامل مستعدکننده، عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده، احترام به خود و در نهایت، بهداشت روان دانشجویان در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، قبل و بعد از مداخله ارتقای معنی‌داری وجود داشت. پس از مداخله نیز در گروه آزمون بین بهداشت روان با احترام به خود، بهداشت روان با آگاهی، احترام به خود با آگاهی، احترام به خود با نگرش و بهداشت روان با نگرش همبستگی معنی‌داری بدست آمد در حالی که در گروه شاهد چنین اتفاقی واقع نشد.

در تحقیق حاضر بین دانشجویان مجرد و متأهل وضعیت بهداشت روان تفاوت معنی‌داری نشان نداد اما در مطالعه فخرایی (۱۸) شیوع مشکلات روان‌شناختی در دانشجویان مجرد، بیشتر گزارش شده است. یافته‌های ضیایی و همکاران (۱۹)، فرجی (۲۰) و فخرایی (۱۸) در این زمینه نشان‌دهنده عدم ارتباط تأهل با اختلالات روان‌شناختی است.

در مطالعه ایلدرآبادی و همکاران (۲۱) بر روی دانشجویان با استفاده از ابزاری دیگر، میزان افسردگی در افراد متأهل بیشتر گزارش شد. ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که طول دوره تحصیل برای رشته‌های مختلف به ویژه در علوم پزشکی متفاوت است که می‌تواند باعث اختلاف در میزان شیوع اختلال روانی برای دانشجویان این رشته‌ها گردد.

نتایج پیش از مداخله حکایت از اثرگذاری و ارتباط تنگاتنگ آگاهی، نگرش و احترام به خود با بهداشت روان داشت. از سوی دیگر آزمون آنالیز رگرسیون متغیرهای احترام به خود، آگاهی و نگرش را به عنوان متغیرهای معنی‌دار و اثرگذار بر بهداشت روان دانشجویان معرفی کرد. این نتایج، پایه و مبنای طراحی و اجرای برنامه مداخله طبق الگو محسوب شدند، بطوری که در مباحث گروهی متمرکز بین دانشجویان مورد تأکید قرار گرفتند و اثربخشی آن در روند برنامه مداخله پس از اجرا در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مشخص شد. همچنین پس از مداخله همبستگی بین احترام به خود و بهداشت روان، همبستگی بهداشت روان

نقاط مختلف کشور، گسترش و مورد آزمایش قرار داد. با همه این اوصاف این گزارش، قسمتی از یک پروژه گسترده و بدیع است که استانداردهای شناخته شده و بین‌المللی یک الگوی برنامه‌ریزی ارتقاء سلامت را به منظور ارتقای احترام به خود و بهداشت روان در سطح جامعه دانشجویی ایران بکار می‌گیرد. این مطالعه نیز به پژوهشگران اطمینان می‌دهد تا با حرکت در این مسیر، روش‌های آموزشی و مهارتی تأیید شده را همراه با توانمندسازی و مشارکت دانشجویان بر اساس الگوی پرسید بکار گیرند تا در نهایت به ارتقای سلامت بخشی از جامعه منجر گردد. در واقع این الگو می‌تواند مفهوم واضحی از طراحی یک برنامه مؤثر همراه با آگاهی بخشی جامعه درباره سلامت روان فراهم نماید به طوری که قابلیت تطابق با تمامی زمینه‌ها، مسائل و اختلالات روانی داشته باشد.

در همین راستا و با کمک از آموزش بهداشت بایستی گام در مسیر ترویج اعتماد به نفس فردی و اجتماعی و توانمندسازی مردم به منظور مشارکت در ارتقای سلامت گذارد. برای ارتقای سلامت روان باید به تقویت آموزش بهداشت در چارچوب رویکردها و روش‌هایی همچون این مطالعه پرداخت. در واقع این راهکار نشان داد که افراد حتی قشر تحصیل کرده جامعه بایستی بکوشند تا آخرین حد امکان بر منابع خود تکیه نمایند. برای رسیدن به چنین اعتماد به نفسی، مردم باید به اندازه کافی آگاه شده با برخورداری از نگرش‌های صحیح و مهارت کافی در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات بهداشتی مشارکت نمایند. این هدف تنها از طریق فعالیت آموزشی مناسب، به قصد توانمندسازی مردم برای حفاظت از سلامت خود، خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، به نحو مؤثری تحقق خواهد یافت.

سپاسگزاری:

این پژوهش با حمایت دانشگاه‌های تربیت مدرس و علوم پزشکی گناباد انجام شد که بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاسگزاری خود را اعلام می‌دارند. همچنین از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مساعدت و همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌گردد.

یک چارچوب مداخله‌ای در کاهش یک مشکل بهداشت روان، یافته‌های این مطالعه را در رابطه با عوامل مستعدکننده (آگاهی و نگرش)، عوامل قادرکننده (منابع آموزشی و مهارت‌ها) و عوامل تقویت‌کننده با نتایج سایر پژوهش‌های مرتبط از جمله کاربرد الگوی پرسید در کاهش اضطراب مأموران آتش‌نشانی تهران (۲۸)، تأثیر آموزش مطابق با الگوی پرسید بر افسردگی بیماران جراحی بای پس قلب در اصفهان (۲۹)، توسعه و ارزشیابی سلامت روان جامعه با آگاهی بخشی عمومی بر اساس الگوی پرسید - پرسید در استرالیا (۱۲) تأیید می‌کند.

شایان توجه است که الگوی پرسید عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت را مشخص کرده و به برنامه‌ریزان از طریق مداخله در راه رسیدن به اهداف برنامه کمک می‌کند. این الگو گام‌هایی را برای توسعه سیاست‌ها، اجرا و ارزشیابی فرآیند برنامه آموزشی ایجاد می‌کند چرا که برنامه آموزش بهداشت فرآیندی است که براساس مراحل منظم پشت سر هم ارائه می‌گردد (۸). ذکر این نکته حائز اهمیت است که آنچه در این مطالعه به عنوان تأثیر عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده از مرحله آموزشی - اکولوژیکی الگو بر ارتقای احترام به خود و بهداشت روان دانشجویان مورد نظر بوده است، در نگاه اول و به عنوان هدف نهایی، اثر جمعی متغیرهای مرتبط با هر یک از این عوامل و در طی اجرای برنامه آموزشی - مشارکتی و منطبق با الگوی پرسید می‌باشد. پر واضح است که نمونه‌های این مطالعه نمی‌توانند نماینده جامعه دانشجویی کشور به لحاظ گستردگی و پراکندگی فرهنگی، اجتماعی و قومیتی باشند. از سوی دیگر محدود به رشته‌های موجود در دانشگاه‌های علوم پزشکی گناباد و بیرجند نیز هستند که به یقین نیاز به انجام مطالعات بیشتری در بین دانشجویان سایر رشته‌ها و از سرتاسر ایران پهناور در سطح دانشگاه‌های دولتی، غیردولتی و حتی غیرانتفاعی احساس می‌شود. چه بسا عوامل مختلفی همچون قومیت، آداب و رسوم و عاداتی که نزد فرد دانشجویان کشورمان موجود است، بتواند بر چگونگی احترام به خود و بهداشت روان آنان اثرگذار باشد که می‌بایست برای برخورداری از نحوه تأثیر آنها پژوهش‌های مشابهی را در

References

منابع

1. Herrman H, Saxena SH, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice / a report of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Ansari Jaberi A, Ravari A, Kazemi M. The effects of Ramadan fasting on self-esteem among the students in the School of Nursing, Midwifery and Paramedics of Rafsanjan Medical College. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesh Va Raftar)*. 2001;7: 63-67. [Persian]
3. Monk EM. Student mental health: The case studies. *Counseling Psychology Quarterly*. 2004; 17:395-412.
4. Harter S, Marold DB, Whitesell NR, Cobbs G. A model of the effects of perceived parent and peer support on adolescent false self behavior. *Child Dev*. 1996;67:360-74.
5. Bee H. The Developing Child. 9th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2000.
6. Ross SE, Niebling BC, Heckert TM. Sources of stress among college students. *College Student Journal*. 1999;18:205-14.
7. Misra R, Mckean M, West S, Russo T. Academic stress of college students: Comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*. 2000;19:64-72.
8. Butler TH. Principles of health education and health promotion. 3rd ed. USA: Brooks Cole; 2000.
9. Naidoo J, Wills J. Health promotion (foundation for practice). 2nd ed. UK: Bailliere Tindall; 2000.
10. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*. 2004;19:357-72.
11. Plancherel B, Bolognini M. Coping and mental health in early adolescence . *J Adolesc*. 1995;18:459-74.
12. Wright A, McGorry PD, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. *BMC Public Health*. 2006;6:215.
13. Rosenbrg. Psyctest/rosenbrg.pdf. Monograph on the Internet (cited 2005 Jan 12). Available from: URL: <http://www.athinson.yorku.ca/~>.
14. Alizadeh T. Self- esteem and I-E locus of control and its relations to infertility stress among male and female in Tehran. Tehran: Tarbiat Moalem University; 2004;66-68. [Persian]
15. Hemmati R. Factors influencing women harassment: The case study of Tehran family. (Cited 28 jun 2005). Available from: URL <http://www.uswr.ac.ir/S/WQ/refah12/so3.htm>.
16. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;184:70-3.
17. Taghavi M. Assessment of the validity and reliability of the General Health Questionnaire. *Journal of Psychology*. 2001;5:381-8. [Persian]
18. Fakhraei SA. The mental health survey of students in Tehran Medical University. Tehran: Tehran University of Medical Sciences:1999;88[Persian]
19. Ziaei V, Moinolghorabaei M, Jamali M, Faghieh A, Malekinejad MH, Naziri Gh. The mental health survey of students in Tehran medical university at the first based on SCL90-R and the result comparison with interview. *Teb va Tazkieh*. 2001;43:25-33. [Persian]
20. Faraji A. The mental health survey of medicine students of Tehran Medical University (1994) at the end of internship and the result comparison with their entrance and the effective factors. Tehran: Tehran University of Medical Sciences: 2000;91-92 [Persian]
21. Ildar Abadi E, Firouz Kouhi MR, Mazloum SR, Navidian A. Prevalence of depression among students of Zabol Medical School, 2002. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2004;6:15-21. [Persian]

22. Mohr WK. Johnson's psychiatric-mental health nursing. 5th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
23. Moshki M, Ghofranipour F, Allahyari AA. The effectiveness of group discussion on the self-concept of high school boys in Gonabad. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services*. 2001;19:16-21. [Persian]
24. Tajalli P. Self-esteem enhancement with children and adolescents. 1st ed. Tehran: Roshd population; 1996. [Persian]
25. Botvin GJ, Griffin KW, Paul E, Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 2003;12:1-18.
26. Talebpour A, Noori A, Molavi, H. The effect of cognitive training on locus of control, development motivation and literacy development of Shahed students. *Journal of Psychology*. 2002;6:18-29. [Persian]
27. Furnham A, Cheng H. Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2000;1:227-246.
28. Lesan SH, Ghofrani Pour F, Birashk B, Faghieh Zadeh S. Application of PRECEDE in reducing Tehranian firemen anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)*. 2003; 9:77-83. [Persian]
29. Hazavehei SM, Sabzmaker L, Hassanzadeh A, Rabiei K. The effect of PRECEDE Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services*. 2008;12:32-40. [Persian]

Implementation of participatory-educational program based on Precede model for self-esteem and psychological well-being enhancement of university students

M. Moshki, PhD¹ F. Ghofranipour, PhD² P. Azadfallah, PhD³ E. Hajizadeh, PhD⁴

Assistant Professor Department of Public Health¹, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. Associate Professor Department of Health Education², Associate Professor Department of Psychology³, Associate Professor Department of Biostatistics⁴, Tabriz Modares University, Tehran, Iran.

(Received 23 Apr, 2009 Accepted 17 Jan, 2010)

ABSTRACT

Introduction: Students are susceptible to mental health and psychological problems in different situations. The purpose of this study was to use a participatory-educational intervention for enhancement of self-esteem and psychological well-being of the students of Gonabad and Birjand medical sciences universities.

Methods: This experimental study was based on Precede model in which 154 university students were randomly selected for the case and control groups. The data were collected by GHQ_28, Rosenberg's self-esteem scale, enabling, predisposing and reinforcement factors questionnaires. The skill training program was used based on focus group discussion method in the sub-group of 12 participants. Then planned and implemented program was evaluated in the groups. The data were analysed using SPSS software.

Results: The results showed that there are significant differences between predisposing, enabling and reinforcement factors, self-esteem and psychological well-being variables before and after intervention. Moreover, after intervention, differences in psychological well-being ($P < 0.0001$), self-esteem ($P < 0.001$), predisposing factors ($P < 0.01$), enabling and reinforcement factors ($P < 0.02$) in case and control groups, were significant.

Conclusion: The study showed that skill training based on Precede Model can enhance self-esteem and psychological well-being and leads to empowerment and participation.

Key words: Mental Health – Students – Education – Precede – Proceed Model

Correspondence:

M. Moshki, PhD.

Social development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences.

Gonabad, Iran

Tel: +98 915 1359066

Email:

drmoshki@gmail.com