

## بررسی تاثیر برنامه آموزشی با به کارگیری عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان

مهدی مشکی<sup>۱\*</sup>، فضل‌الله غفرانی پور<sup>۲</sup>، پرویز آزاد فلاح<sup>۳</sup>، ابراهیم حاجی زاده<sup>۴</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی و اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه و هیجانی و غیره می‌شود. سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است. این مطالعه در راستای تاثیر یک برنامه آموزشی با به کارگیری باورهای کنترل سلامت و عزت نفس بر ارتقای سلامت روان دانشجویان در طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه تجربی است. نمونه‌های انتخاب شده ۱۴۴ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی گناباد و بیرجند می‌باشند که به صورت تصادفی چندمرحله‌ای در دو گروه آزمون (۷۱) و گواه (۷۳) برگزیده و همسان‌سازی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های دموگرافیک، جایگاه مهار کنترل سلامت چندوجهی، عزت نفس روزنبرگ و GHQ-28 بودند. برنامه‌ی آموزشی مورد مداخله در قالب خودشناسی و اعتماد به نفس، اعتقاد و باورهای درونی و بیرونی کنترل سلامت و عزت نفس بر روی گروه آزمون و به صورت روش بحث گروهی متمرکز در طی ۱۱ جلسه آموزشی توسط محققین طراحی و اجرا شد. پرسشنامه‌ها قبل، بلافاصله و پس از سه ماه از مداخله در هر دو گروه به طور مجزا ارایه و مقایسه گردیدند. اطلاعات استخراج شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آنالیز رگرسیون، ANOVA، همبستگی و تی) در قالب نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

**نتایج:** یافته‌ها نشان دادند که بین متغیرهای مورد نظر در گروه آزمون نسبت به گروه گواه، قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که بلافاصله پس از مداخله باورهای بیرونی کنترل سلامت کاهش معنادار و باور درونی و عزت نفس افزایش معناداری داشتند ( $p < 0.001$ ). همچنین پس از سه ماه از پایان برنامه، سلامت روان دانشجویان افزایش معناداری نشان داد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** این برنامه طراحی شده موجب توانمندی، مشارکت و بهبود باورهای کنترل سلامت، عزت نفس و در نهایت منجر به ارتقای سلامت روان دانشجویان می‌شود که تداوم تاثیر آن نیاز به پیگیری و استمرار دارد.

**واژگان کلیدی:** سلامت روان، عزت نفس، باور کنترل سلامت، دانشجویان

۱- استادیار گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲- دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۳- دانشیار دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس

۴- دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

\* نویسنده مسوول: مهدی مشکی

آدرس: خراسان رضوی - گناباد - سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی گناباد - مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت

پست الکترونیک: drmoshki@gmail.com

تلفن: ۰۹۱۵ ۱۳۵ ۹۰۶۶

دورنویس: ۰۵۳۵ ۷۲۲۹۰۲۵

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۲/۲۴

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۱۲

### مقدمه

را توانا، ارزنده و پراهمیت می‌داند و به عبارت دیگر عزت نفس یک تجربه شخصی است که ترجمان آن را می‌توان در سطح گفتار و در سطح رفتارهای معنادار مشاهده کرد [۴]. عزت نفس می‌تواند

عزت نفس درجه و ارزشی است که یک فرد برای خود قایل می‌شود [۱]. عزت نفس به منزله بیان تایید یا عدم تایید فرد نسبت به خویش است و نشان می‌دهد که تا چه اندازه فرد خود

درونی داشتند، کمتر بود [۱۰]. مطالعات تجربی در ۱۵ سال گذشته نشانگر این نکته است که عزت نفس یک عامل روانشناختی مهم اثرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی به شمار می رود. با افزایش عزت نفس، احساس توانمندی و ارزشمندی در فرد به وجود می آید و تغییرات مثبتی همچون پیشرفت تحصیلی، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، داشتن اعتماد به نفس بالا، بلند همت بودن و تمایل به داشتن سلامت بهتر در فرد پدیدار می شود [۱۱]. پژوهشی با هدف تعیین ارتباط بین عزت نفس و سلامت روانی نوجوانان نشان داد عمده ترین نیاز روانی در ۸۷/۴ درصد نمونه های پژوهش نیاز به عزت نفس می باشد [۱۲]. در مقابل یک و همکارانش بیان کردند که عزت نفس می تواند رابطه ی متضاد و معکوسی با مشکلات روانشناختی به ویژه سلامت روان داشته باشد به طوری که در برخی از این تحقیقات نمونه ها با داشتن مشکلات روانشناختی از عزت نفس بالایی برخوردار بودند [۱۳]. همچنین در تعدادی از مطالعات بین عزت نفس با مشکلات و اختلالات سلامت روان، روابط علی کاملاً واضح و متقنی گزارش نشده است [۱۴]. در این میان بایستی ذکر شود که مطالعه مشابهی مبنی بر تاثیر جمعی و همزمان عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان ایرانی انجام نشده است. بر این اساس مطالعه حاضر به بررسی یک برنامه طراحی شده آموزشی به منظور تاثیر عزت نفس و باورهای کنترل سلامت بر ارتقای سلامت روان دانشجویان پرداخته است.

#### مواد و روش ها

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی است که در طی سال-های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ انجام شد. جامعه پژوهش دانشجویان ترم دوم دانشگاه های علوم پزشکی گناباد و بیرجند بود. تعداد نمونه در فاصله اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰٪،  $P_1 = 0.05$  و  $P_2 = 0.01$  (با استفاده از مطالعه راهنما)، ۱۴۴ نفر تعیین شد که به صورت تصادفی چند مرحله ای برگزیده و همسان سازی شدند. روش نمونه گیری بدین صورت انجام شد که در ابتدا از بین چهار دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان<sup>۱</sup> به طور تصادفی دو دانشگاه علوم پزشکی گناباد و بیرجند به ترتیب به عنوان گروه های آزمون و گواه انتخاب شدند. آنگاه نمونه های به دست آمده بر پایه متغیرهای همسان سازی و با عنایت به تمایل ایشان به مشارکت در دو گروه (۷۱ نفر در گروه آزمون و ۷۳ نفر در گروه گواه) قرار

بالا یا پایین باشد. زمانی که خود ادراک شده<sup>۱</sup> و خودآرمانی<sup>۲</sup> با یکدیگر همتراز باشند، فرد از عزت نفس بالایی برخوردار است. بر عکس چنانچه خودآرمانی با خود ادراک شده تفاوت فاحش داشته باشد، فرد از عزت نفس پایین برخوردار خواهد بود [۳]. هر گاه فرد ارزیابی مثبتی از عملکرد خود داشته باشد، باعث افزایش عزت نفس وی می شود در حالی که فرد اگر ارزیابی منفی از عملکرد خود داشته باشد، عزت نفس او کاهش می یابد [۴]. جایگاه مهار سلامت<sup>۳</sup> باور فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی (خود) و یا بیرونی (افراد موثر یا با نفوذ و بخت و اقبال) می باشد [۵، ۶]. ساختار اولیه جایگاه مهار سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی راتر در سال ۱۹۶۶ اقتباس شده است. در این تئوری گفته می شود که یادگیری در فرد بر پایه تقویت های گذشته انجام می شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می دهند. جایگاه درونی مهار سلامت با آگاهی و نگرش مثبت، وضعیت روان شناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت همراه و همگام می شود. در مقابل، بیشتر منابع بیرونی جایگاه مهار سلامت (به خصوص افراد موثر و با نفوذ؛ بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می شوند [۷]. در این میان دانشجویان با مشکلات و موقعیت هایی مواجه می شوند که با مشکلات و موقعیت های اқشار غیردانشجو متفاوت است. محیطی که دانشجو در آن زندگی می کند محیطی کاملاً متفاوت است. ارزیابی دانشجو توسط اساتید و تلاش بی وقفه آنها برای رسیدن به اهداف خود، ارزیابی های مداومی که از نحوه کار و پیشرفت آنها می شود از مواردی است که در بین غیردانشجو هرگز مشاهده نمی شود. در برخی از تحقیقات دیگر برای مثال تویس و کوهن مشخص شده است که اغلب دانشجویان به ویژه آنهایی که تازه وارد دانشگاه شده اند در روابط بین شخصی دچار مشکل بوده و تضادهایی را با افراد مختلف از قبیل همکلاسی ها، اساتید و کارکنان داشته اند [۸]. آسیب پذیری قشر دانشجو در مقابل موقعیت ها و مشکلات مختلف - از قبیل امتحان، فعالیت های کلاسی، فقدان اوقات فراغت، ساعات طولانی مطالعه و نگرانی درباره نمره امتحانی - باعث ابتلا به انواع اختلالات روان شناختی و در هم ریختن سلامت روانی آنها می گردد [۹]. پهلویان در پژوهش خود نشان داد که دانشجویان متاهل بیش از افراد مجرد گرایش به جایگاه مهار درونی داشتند و میزان افسردگی آنها از دانشجویان مجرد بیشتر بود. وجود افکار خودکشی و ناامیدی نسبت به آینده در دانشجویانی که گرایش به جایگاه مهار

۱- در زمان نمونه گیری استان خراسان به سه استان رضوی، شمالی و جنوبی تقسیم نشده بود.

1- Perceived-self  
2- Ideal-self  
3- Health Locus of Control

گونه فارسی این ابزار نیز، روایی و پایایی قابل قبولی دارد که به آن پرداخته شده است [۱۸].

**ت) پرسشنامه سنجش سلامت روانی (GHQ-28):** پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸، شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. این پرسشنامه شامل ۴ مقیاس ۷ سوالی نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد [۱۹]. مطالعه تقوی حکایت از تایید روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه دانشجویی دارد [۲۰].

### نتایج

یافته های این مطالعه حاکی است که در دو گروه، ۶۹/۸ درصد زن و ۳۰/۲ درصد مرد با میانگین سنی و انحراف معیار ۱/۹۵ ± ۲۰/۶ سال شرکت کردند. جدول شماره ۱ نشان دهنده مشخصات زمینه ای دو گروه می باشد. بر همین اساس آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون رابطه معناداری بین مشخصات دموگرافیک با عزت نفس، باورهای کنترل سلامت و سلامت روان نمونه های هر دو گروه ارایه نکردند ولی آنالیز واریانس یک طرفه بین رضایتمندی اقتصادی با باور درونی نمونه ها و همچنین بین تعداد افراد خانواده نمونه ها با باور افراد موثر، ارتباط معناداری را در هر دو گروه نشان داد ( $p < 0/04$  و  $p < 0/01$  شاهد:  $P < 0/03$  و  $p < 0/02$ : مورد). بر اساس مدل رگرسیون خطی ارایه شده در جدول شماره ۲، باور شانس (از مؤلفه های بیرونی مهار سلامت) و متغیر عزت نفس در بین سایر متغیرهای مستقل وارد شده به عنوان پیش بینی کننده های معنادار، ۴۱/۳ درصد واریانس ارتقای سلامت روان دانشجویان نمونه را در مدل مذکور توضیح دادند. این نتایج، اساس طراحی و اجرای برنامه مداخله محسوب شدند به طوری که در مباحث ذکر شده به صورت بحث گروهی متمرکز مورد تاکید قرار گرفتند و اثربخشی آن در روند برنامه مداخله پس از اجرا در گروه آزمون نسبت به گروه گواه حاصل شد که در ادامه به آن پرداخته می شود. مقادیر ضریب همبستگی بین متغیرهای سلامت روان، باورهای کنترل سلامت و عزت نفس دانشجویان در جدول شماره ۳ به تفکیک گروه مشاهده می شود. بر اساس مدل رگرسیون خطی ارایه شده در جدول شماره ۲، باور شانس (از مؤلفه های بیرونی مهار سلامت) و متغیر عزت نفس در بین سایر متغیرهای مستقل وارد شده به عنوان پیش بینی کننده های معنادار، ۴۱/۳ درصد واریانس ارتقای سلامت روان دانشجویان نمونه را در مدل مذکور توضیح دادند. این نتایج،

گرفتند. متغیرهای همسان سازی شامل سن، جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی بودند به طوری که نمونه ها به نسبت مساوی و بدون اختلاف معنادر به استناد این متغیرها در دو گروه توزیع شدند. تمامی پرسشنامه ها پیش از اجرای مداخله (برنامه آموزشی)، به نمونه های تحقیق داده شدند آنگاه برنامه آموزشی به صورت روش بحث گروهی متمرکز با محتوای مهارت های زندگی در قالب مباحث خودشناسی و اعتماد به نفس، اعتقاد و باورهای درونی و بیرونی کنترل سلامت به ویژه با توجه به ارتباط های معنادار به دست آمده از پیش آزمون یعنی با تاکید بر عزت نفس و باور شانس، برای نمونه های گروه آزمون در زیرگروه های ۱۰ تا ۱۲ نفری طراحی و در طی ۱۱ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای برای هر زیرگروه به صورت هفتگی و مجزا توسط اعضای تیم تحقیق (نفر اول و سوم) اجرا شد. پس از پایان جلسه های آموزشی و بر اساس برنامه طراحی شده منطبق با الگوی برنامه ریزی طرح های بهداشتی و ارتقای سلامت (الگوی پرسید - پرسید)، پرسشنامه های عزت نفس و جایگاه مهار سلامت بلافاصله، به عنوان سنجش اثر فوری مداخله و پرسشنامه سنجش سلامت روانی پس از طی سه ماه به عنوان دوره انتظار، به منظور سنجش اثر نهایی مداخله، به نمونه های هر دو گروه به طور مجزا ارایه گردید [۱۵]. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور علاوه بر آمار توصیفی برای کلیه متغیرهای دموگرافیک، مستقل و وابسته، از آزمون های آماری آنالیز رگرسیون، ANOVA، همبستگی و تی برای تحلیل متغیرهای اثرگذار و اثرپذیر استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

### الف) پرسشنامه مشخصات فردی

**ب) ابزار جایگاه مهار سلامت چند وجهی:** این ابزار به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می پردازد. در این پژوهش از نسخه های "الف" و "ب" که هر کدام مشتمل بر هجده گویه (سوال) در قالب سه مولفه یا باور (۶ گویه) تحت عناوین درونی<sup>۲</sup>، افراد موثر<sup>۳</sup> و شانس<sup>۴</sup> هستند، استفاده شد [۷]. روایی و پایایی نسخه های این ابزار در مطالعاتی مجزا مورد تایید قرار گرفتند [۱۶، ۱۷].

**پ) پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ:** این ابزار شناخته شده ۱۰ سوال دارد و به هر سوال بر اساس مقیاس چهار گزینه ای کاملاً موافق، کاملاً مخالف، موافق و مخالف نمره داده می شود.

- 1- Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLCS)
- 2- Internal Health Locus of Control (IHLC)
- 3- Powerful Health Locus of Control (PHLC)
- 4- Chance Health Locus of Control (CHLC)

5- General Health Questionnaire

اساس طراحی و اجرای برنامه مداخله محسوب شدند به طوری که در مباحث ذکر شده به صورت بحث گروهی متمرکز مورد تاکید قرار گرفتند و اثربخشی آن در روند برنامه مداخله پس از اجرا در گروه آزمون نسبت به گروه گواه حاصل شد که در ادامه به آن

پرداخته می شود. مقادیر ضریب همبستگی بین متغیرهای سلامت روان، باورهای کنترل سلامت و عزت نفس دانشجویان در جدول شماره ۳ به تفکیک گروه مشاهده می شود.

جدول ۱- وضعیت مشخصات زمینه ای در دو گروه

متغیر	گروه	
	آزمون n=71 (درصد) تعداد	گواه n=73 (درصد) تعداد
جنسیت	زن	۵۰(۶۹/۵)
	مرد	۲۱(۳۰/۵)
رشته تحصیلی	بهداشت	۱۷(۲۳/۲)
	اتاق عمل	۱۴(۱۹/۱)
	هوشبری	۱۲(۱۶/۴)
مقطع تحصیلی	پرستاری	۳۰(۴۱/۰)
	کاردانی	۴۳(۵۸/۹)
افراد خانواده (نفر)	کارشناسی	۳۰(۴۱/۱)
	۱ تا ۵	۱۷(۲۳/۳)
	۶ تا ۱۰	۵۰(۶۸/۴)
اهلیت	۱۱ تا ۱۵	۶(۸/۳)
	بومی	۱۳(۱۷/۸)
تا هل	غیر بومی	۶۰(۸۲/۲)
	مجرد	۶۸(۹۳/۲)
سن	متاهل	۵(۶/۸)
	هر دو جنس	۲۰/۵ سال

\* نتیجه آزمون کای دو

\*\* نتیجه ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۲- مدل رگرسیون متغیرهای اثرگذار بر سلامت روان نمونه ها پیش از مداخله

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	ارزش t	سطح معناداری	R <sup>2</sup>
باور شانس	۰/۲۹۶	۳/۱۲۷	۰/۰۰۳	۰/۴۱۳
عزت نفس	-۰/۶۱۴	-۶/۴۹۳	۰/۰۰۰	

جدول ۳- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها پس از مداخله

گروه	متغیر	سلامت روان	باور درونی	باور افراد مؤثر	باور شانس
آزمون	باور درونی	۱			
		-۰/۱۸*	۱		
گواه	باور افراد مؤثر	۱			
		-۰/۱۳	۰/۰۱	۱	
آزمون	باور شانس	۱			
		۰/۱۳	-۰/۱۱**	۰/۲۲	۱
گواه	عزت نفس	۱			
		۰/۱۸*	-۰/۲۵*	۰/۱۷	۱
آزمون	گواه	۱			
		-۰/۵۱**	۰/۲۰*	۰/۱۶	-۰/۰۳
گواه	گواه	۱			
		-۰/۴۹	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۲

\* معناداری در سطح ۰/۰۵

\*\* معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴- مقایسه شاخص‌های سلامت روان، عزت نفس و باورهای کنترل سلامت در دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه				
	مداخله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باور درونی	قبل	۲۶/۴۵	۵/۵۲	۲۶/۲۴	۵/۵۲
	بعد	۲۸/۶۶	۳/۸۵	۲۶/۱۷	۵/۱۸
باور افراد مؤثر	قبل	۲۳/۵۶	۴/۱۶	۲۳/۵۰	۴/۱۴
	بعد	۲۲/۴۷	۳/۵۵	۲۳/۸۰	۳/۶۰
باور شانس	قبل	۱۷/۰۰	۴/۵۸	۱۷/۱۲	۴/۶۴
	بعد	۱۵/۸۱	۴/۰۲	۱۷/۴۹	۴/۳۹
عزت نفس	قبل	۲۷/۷۴	۴/۷۰	۲۷/۸۳	۴/۶۳
	بعد	۲۹/۶۹	۴/۲۰	۲۷/۴۶	۳/۸۶
سلامت روان	قبل	۲۷/۵۰	۱۴/۵۷	۲۷/۴۲	۱۴/۳۱
	بعد	۲۰/۷۷	۸/۷۸	۲۷/۸۰	۱۳/۳۶

همان گونه که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌گردد، یافته‌های حاصل از آزمون تی مستقل مشخص کرد که پیش از اجرای برنامه هیچ یک از متغیرها بین دو گروه اختلاف معناداری نداشتند ( $p > 0/05$ )، اما پس از مداخله با تغییراتی که در اثر اجرای برنامه طراحی شده به وجود آمد، اختلاف باورهای درونی، شانس و افراد مؤثر، عزت نفس و به ویژه سلامت روان بین دو گروه آزمون و گواه معنادار شد. در تمامی موارد وضعیت متغیرها در گروه آزمون بهتر از گروه گواه بود. از سوی دیگر آزمون تی زوج تفاوت معناداری را در جهت ارتقا و بهبود شرایط بین متغیرها قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نشان داد. در حالی که در گروه گواه، اختلاف میانگین سلامت روان، باور شانس و عزت نفس به گونه‌ای معنادار شدند که پس از مداخله میانگین‌ها کاهش یافته و وضعیت و شرایط نمونه‌های گروه گواه به لحاظ متغیرهای مذکور نامناسب و رو به نقصان بوده است.

معناداری کمتر از ۰/۰۰۱، سیزده بار بیشتر است؛ به طوری که پس از مداخله و بعد از زمان انتظار، ۷۱/۸ درصد از دانشجویان گروه آزمون و در مقابل، ۳۷/۰ درصد نمونه‌های گروه گواه از سلامت روان مطلوب برخوردار شدند. این در حالی است که پیش از مداخله، ۴۰/۸ درصد نمونه‌های گروه آزمون و ۴۲/۵ درصد دانشجویان گروه گواه از سلامت روان مطلوبی برخوردار بودند. این وضعیت حاکی از اثربخشی برنامه مورد نظر پس از مداخله است.

#### بحث

با توجه به هدف این مطالعه، نتایج نشان دادند که پیش از مداخله باور شانس، بخت و تقدیر (CHLC) به همراه متغیر عزت نفس، پیش‌بینی‌کننده‌هایی بودند که بر سلامت روان به ترتیب تأثیر معنادار مثبت و منفی داشتند؛ به طوری که با اعتقاد بیشتر و یا کمتر نمونه‌ها به بخت، اقبال و تقدیر، وضعیت سلامت روان آنها نیز برعکس بدتر و یا بهتر گردید. از طرفی با افزایش و یا کاهش ارزش‌گذاری به خود و خصوصیات شخصیتی، به ترتیب باعث کاهش و یا افزایش نمره سلامت روان یا به عبارت دیگر، تغییر سلامت روان و وضعیت روانی نمونه‌ها در جهت مطلوب یا نامطلوب شد. این نتیجه با توجه به ذات این متغیرها و مقیاس‌های به کار گرفته شده کاملاً منطقی و صحیح است و منطبق با دیگر مطالعات و منابع علمی نیز می‌باشد [۷، ۱۱، ۲۱] و همان گونه که مارکس [۲۱]، لوزینسکا و شوارزر [۶] ذکر کرده‌اند مردم آسیایی به ویژه ساکنین خاورمیانه بر حسب شرایط فرهنگی، مذهبی، قومیتی و اعتقادی خویش دارای باورهای بیشتر و قوی تری به

جدول ۵- تغییرات ایجاد شده در سلامت روان نمونه‌های گروه

نمره آزمون پیش از مداخله	نمره آزمون پس از مداخله	
	<۲۲	≥۲۲
کمتر از ۲۲	۲۷	۲
بیشتر مساوی ۲۲	۲۱	۴۲
مجموع	۴۸	۷۱

OR=۱۳ (CI=۱/۸۰,۱۶/۴۴),  $p < 0/001$

بر اساس جدول شماره ۵، آزمون آماری نسبت شانس نشان داد که احتمال ارتقای سلامت روان در گروه آزمون پس اجرای برنامه با توجه به میزان عددی ملاک اندازه‌گیری سطح سلامت روان و

گفت، همبستگی معناداری وجود نداشت که بر خلاف نتایج حاصل از مطالعات یاد شده است. این نتایج به اضافه همبستگی معنادار و مثبت باور درونی با عزت نفس نمونه‌های گروه آزمون پس از مداخله، تاکید بر این مدعاست که دانشجویان مذکور در وضعیت مناسبی از سلامت روان قرار گرفتند. اوزولینز و استنتروم [۲۳]، اسپتو و واردل [۲۴] به نتایجی در رابطه با همبستگی بین باورهای درونی و افراد موثر از جایگاه مهار سلامت با عزت نفس در میان نوجوانان و دانشجویان اروپایی دست یافتند به طوری که مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر است ولی در مورد همبستگی باور شانس و عزت نفس نتایج متضادی حاصل شد. از موارد دیگر این مطالعه عدم همبستگی متغیرهای عزت نفس و باور افراد موثر، پس از مداخله در گروه آزمون بود که طبق گفته والسون حکایت از مناسب و طبیعی بودن شرایط بهداشتی و سلامت افراد دارد [۷]. به عبارتی نمونه‌های این مطالعه در گروه آزمون هر چه دارای ارزش-گذاری و بالندگی بیشتری نسبت به خویشان و افزایش عزت نفس شده‌اند، باورشان به افراد صاحب نفوذ و اثرگذار بر سلامت مانند پزشک، پرستار، کادر بهداشتی - درمانی به عنوان کنترل بیرونی سلامت روان، کمتر و در عوض باور درونی کنترل سلامت روان تقویت شده است. این وضعیت می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله یا همان برنامه آموزشی باشد در حالی که این دو متغیر قبل و بعد از مداخله در گروه گواه از همبستگی معناداری برخوردار بودند. مطالعاتی در رابطه با وضعیت سلامت روان دانشجویان در تعدادی از دانشگاه‌های کشور صورت گرفته است [۲۵]. چنین تحقیقاتی در کشورهای دیگر نیز انجام پذیرفته است از جمله سه مورد در نیجریه [۲۶]، دو مورد در انگلستان [۲۷، ۲۸]، برزیل [۲۹] و اوگاندا [۳۰] که میزان دانشجویان مشکوک به ابتلا به مشکلات روانی در آنها تا ۳۴/۱ درصد ذکر شده است. بین دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معناداری به لحاظ سلامت روان وجود نداشت. در حالی که در مطالعه‌ی کافی و همکاران، سلامت روان در میان دانشجویان تهرانی و شهرستانی تفاوت معناداری نشان داد و دانشجویان تهرانی از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. در یافته‌های کنی و دونالدسون نیز وجود اختلالات روانی در بین دانشجویان شهرستانی به علل دوری از خانواده، وجود مشکلات اقتصادی و نگرانی از تامین مسکن مطرح شده است [۳۱]. در این تحقیق شیوع مشکلات روانی در بین دانشجویان مجرد یا متأهل تفاوتی نشان نداد. مطالعات احمدی [۲۳]، فرجی [۲۴]، ضیایی و همکاران [۲۵] در این زمینه نشان دهنده عدم ارتباط تاهل با اختلالات روان‌شناختی است. در مطالعه ایلدرآبادی و همکاران [۲۶] بر روی دانشجویان، میزان افسردگی در افراد متأهل بیشتر بود.

بخت و اقبال و به ویژه تقدیر و سرنوشت هستند که در مولفه CHLC خلاصه می‌گردد و این نکته در مورد نمونه‌های این مطالعه و اثر بر سلامت روان آنها صادق بود. نتایج آماره‌های تی زوج و مستقل، نسبت شانس و نیز همبستگی معنادار سلامت روان با عزت نفس، قبل و بعد از مداخله، بر تاثیر برنامه آموزشی بر ارتقا سلامت روان دانشجویان همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر تاکید می‌کند [۱۰، ۱۱]. به طور عمده و بر طبق متون علمی بین سلامت روان و باورهای کنترل به طور متناهی ارتباط وجود دارد [۷، ۲۱، ۲۲]. پژوهش‌هایی در میان دانشجویان سفیدپوست و سیاه پوست آمریکایی و آفریقایی توسط Helms و Giorgis در سال ۱۹۸۰، در بین دانشجویان فیلیپین و ترکیه توسط Lester، IeliCastromayor در سال ۱۹۹۱ و در دانشجویان هنگ کنگ، هندوستان و آمریکا توسط Kelly و همکاران در سال ۱۹۸۶ انجام شده است که ارتباط معناداری بین باور بیرونی و اختلالات روانی را بیان کرده‌اند [۲۱]. یافته‌های پیش از مداخله نیز حاکی از همبستگی معنادار و مثبت نمره سنجش سلامت روان با باور شانس در هر دو گروه بود؛ بدین معنا که هر چه اعتقاد به شانس و تقدیر در نمونه‌ها بیشتر شده گرایش به اختلالات روانی نیز افزایش یافته است. این وضعیت با سایر مطالعات هم خوانی دارد [۲۱]. اما پس از اجرای برنامه، این همبستگی در گروه آزمون معنادار نشد. به عبارت دیگر نمونه‌های گروه آزمون از ارتقا سلامت روان و کاهش اعتقاد به اثر شانس و تقدیر بر سلامت، بهره‌مند شدند در حالی که نمونه‌های گروه گواه قبل و بعد از مداخله از چنین شرایط مطلوبی در مورد این دو متغیر برخوردار نبودند. همچنین تقویت باور درونی به کرات با کنترل سلامت روان همراه بوده است و بر همین اساس مداخله‌ها و برنامه‌های آموزشی - درمانی در جهت افزایش باور درونی نمونه‌ها متمرکز و مناسب واقع شده‌اند که همانند دانشجویان گروه آزمون این تحقیق پس از مداخله، در مطالعات متعددی از قبیل Connolly در سال ۱۹۸۰، Husa در سال ۱۹۸۲، Laub و Cochran در سال ۱۹۹۴ تایید شده است [۲۱]. بنابراین افراد دارای اعتقاد و کنترل درونی به ویژه در امر سلامت، انگیزه بیشتری در روند کمک به خود خواهند داشت و در ضمن خود را به عنوان تعیین‌کننده تغییرات خواهند شناخت [۷، ۲۲]. یافته‌های به دست آمده بین باورهای کنترل سلامت قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه، بیان‌کننده همبستگی معنادار و منفی بین باور درونی با باور شانس و عدم همبستگی بین باور درونی و باور افراد موثر بودند که در گزارش‌های والسون [۱۰، ۱۱]، لوزینسکا و شوارزر [۶] به صراحت مطرح شده است؛ هر چند که بین باورهای شانس و افراد موثر بر طبق شرایط پیش

متناسب و هم داستان با عزت نفس و باورهای کنترل سلامت، بر ارتقای سلامت روان جمعی از دانشجویان کشورمان مورد ارزیابی و تاکید قرار داد تا بدین وسیله با توانمندسازی این قشر خاص از جامعه در جهت کمک به ارزش‌گذاری و بازشناسی بیشتر خصوصیات مثبت خود و عزت نفس، تحلیل جایگاه مهار سلامت و باورهای آن و در نهایت اثر آن بر ارتقا سلامت روان ایشان اهتمام گردد. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که تداوم تاثیر این برنامه آموزشی نیاز به پیگیری و مشارکت دارد. بدیهی است که نمونه‌های این مطالعه نمی‌توانند نماینده تمامی جامعه دانشجویی کشور به لحاظ تنوع و پراکندگی فرهنگی، اجتماعی و قومیتی باشند و از سوی دیگر با توجه به محدودیت رشته‌های این مطالعه، به یقین انجام مطالعات بیشتر و وسیع‌تر در بین دانشجویان رشته‌های مختلف و موسسات آموزش عالی سراسر کشور می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار گردد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از حمایت و هماهنگی‌های دانشگاه‌های تربیت مدرس و علوم پزشکی گناباد و همچنین از تمامی دانشجویان محترمی که در این پروژه مشارکت نموده‌اند، سپاس‌گزاری نمایند.

هر چند که جنسیت از جمله عوامل همسان‌سازی دو گروه آزمون و گواه بود ولی در این پژوهش مانند بیشتر مطالعات انجام شده در ایران و دنیا، نابسامانی‌های درونی در خانم‌ها شیوع بیشتری داشت [۳۶] و به همین منوال اعتقاد به عوامل بیرونی نیز بنا بر گزارش برخی مطالعات در خانم‌ها بیشتر نمود داشته است که در این تحقیق نیز مشهود بود [۷]. به طور یقین آثار تعدد فرزند در یک خانواده از منظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کاملاً مشخص و واضح است و در این باره نیاز به توضیح اضافه نیست. اما نکته جالب ارتباط معنادار این متغیر با مولفه افراد موثر در تحقیق حاضر بود. یعنی در خانواده‌های پر جمعیت، دانشجویان برای حفظ و ارتقای سلامت روان تمایل به سمت افراد اثرگذار داشتند که با استناد به مطالعات والسون نشان دهنده وجود مشکل سلامتی - بهداشتی در بین نمونه‌های دو گروه پیش از مداخله بود [۷، ۲۲]. در همین راستا معنادار نشدن ارتباط باور افراد موثر با تعداد فرزندان خانوادگی نمونه‌ها در گروه آزمون پس از مداخله، حکایت از تاثیر برنامه آموزشی در این مطالعه دارد.

#### نتیجه‌گیری

این پژوهش تاثیر به سزای یک برنامه آموزشی را در قالب یک پروژه گسترده و بدیع، با استفاده از مهارت‌های زندگی

#### References:

- [1] Mohr WK. Johnson's psychiatric-mental health nursing. 5<sup>th</sup> Ed. USA: Lippincott; 2003.
- [2] Pope AW, McHale SM, Craighed EW. Self-esteem enhancement with children and adolescents. Translation in Persian by Parisa Tajalli, Roshd populations, Tehran; 1996.
- [3] Alan Gray J. The psychology of fear and stress. Cambridge university press, 1999.
- [4] Lawrence J, Ashford K, Dent P. Gender differences in coping strategies of undergraduate students and their impact on self-esteem and attainment. *Learn Higher Educ* 2006; 7(3):273-81.
- [5] Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA. Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care* 2005; 34: 47-59.
- [6] Luszczynska A, Schwarzer R. Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *J Health Psychol* 2005;10(5):633-42.
- [7] Wallston KA. The validity of the multidimensional health locus of control scales. *J Health Psychol* 2005;10(5):623-31.
- [8] Ross SE. Sources of stress among college student. *Coll Stud J* 1999;18(2):205-14.
- [9] Monk EM, Mahmood Z. Student mental health: a pilot study. *Couns Psychol Q* 1999;12(2):199-210.
- [10] Heidari Pahlavian A, Mahjoub H, Fraeian MK. The relationship of I-E locus of control between depression and Literacy development of students in Hamadan medical university. *Andisheh and Raftar* 1999;4(4):23-31.
- [11] Mann M, Hosman CM.H, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res* 2004;19(4):357-72.
- [12] Plancherel B, Bolognini M. Self esteem and mental health in early adolescence. *J Adolesc* 1995;18:450-74.
- [13] Beck AT, Brown GK, Steer RA, Kuyken W, Grisham J. Psychometric properties of the Beck Self-esteem Scales. *Behav Res Therapy* 2001;39:115-24.
- [14] Flay BR, Ordway N. Effects of the positive action program on achievement and discipline: two matched-control comparisons. *Prevent Sci* 2001;2:71-89.
- [15] 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.

- [16] Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health* 2007;7:295.
- [17] Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Psychometric characteristics of Form B of the multidimensional health locus of control scale in Iranian youth. *Soc Behav Pers* [in press].
- [18] Alizadeh T. *Self-esteem and I-E locus of control and its relations to infertility stress among male and female in Tehran* (IRAN). Master's thesis, Tarbiat Moalem University, Tehran; 2004.
- [19] Tavakolizadeh, J, Moshki M, Hosseini L, Maroozi P. The survey of stressor events and their relationship with mental disorders on youth in Gonabad city (IRAN). *Ofogh-e-Danesh* 2003;9(1):105-11. [in Persian]
- [20] Taghavi MR. General Health Questionnaire: A validity and reliability study. *Journal of Psychology* 2002;5(4):380-97. [in Persian]
- [21] Marks LI. Deconstructing locus of control: implications for practitioners. *J Couns Dev* 1998;76:251-8.
- [22] Wallston KA. Overview of the special issue on research with the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *J Health Psychol* 2005;10(5):619-21.
- [23] Ozolins AR, Stenstrom U. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *J Adolesc* 2003;38(152):651-7.
- [24] Steptoe A, Wardle J. Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *Br J Psychol* 2001;92(4):659-73.
- [25] <http://www.nrcms.ir/iranpsych/articles/detail.asp>, Cited: 14 May 2005.
- [26] Omigbodun OO, Odukogbe AT, Omigbodun AO, Yusuf OB, Bella TT, Olayemi O. Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(5):415-21.
- [27] Roberts R, Golding J, Towell T, Weinreb I. The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *J Am Coll Health* 1999;48(3):103-9.
- [28] Ross S, Cleland J, Macleod MJ. Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Med Edu* 2006;40(6):584-5.
- [29] Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):1-13.
- [30] Ovuga E, Boardman J, Wasserman D. Undergraduate student mental health at Makerere University, Uganda. *World Psychiatry* 2006;5(1):51-2.
- [31] Kafi SM, Bolhari J, Peyrovi H. The literacy and mental health survey of the students of Tehran University in 1993-94. Tehran: Tehran University; 1994.
- [32] Ahmadi K. The prevalence of cigarette smoking problems of male internships in Tehran medical university (IRAN). Unpublished MD's thesis, Tehran medical university; 1999.
- [33] 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. Unpublished MD's thesis, Tehran medical university; 2000.
- [34] 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.
- [35] Ildarabadi A, Firoozkouhi MR, Mazloun SR, Navidian A. The prevalence of student depression of Zabol medical college (IRAN). *Scientific Journal of Shahre kord Medical University* 2004;6(2):15-21. [in Persian]
- [36] Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. The prevalence of mental disorders among more than 15 years old in Valian village of Savojblagh city. *Andishe va Rafter* 2001;7(2,1):19-26. [in Persian]