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

مهدی مشکی [۱*]، فضل‌ا... غفرانی‌پور [۲]، پرویز آزاد فلاح [۳]، ابراهیم حاجی زاده [۴]

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 ($p<۰/۰۰۰۱$). همچنین پس از سه ماه از پایان برنامه، سلامت روان دانشجویان افزایش معناداری نشان داد ($p<۰/۰۰۰۱$).

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، دانشجو

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 ـ گناباد ـ سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی گناباد ـ 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

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 خویشتن است و نشان می‌دهد که تا چه اندازه فرد خود 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 [۲]. عزت نفس می‌تواند

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

بالا یا پایین باشد. زمانی که خود ادراک شده[1] و خودآرمانی[2] 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 می‌شود در حالی که فرد اگر ارزیابی منفی از عملکرد خود داشته باشد، عزت نفس او کاهش می‌یابد[۴]. جایگاه مهار سلامت[3] 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) می‌باشد [۵، ۶]. ساختار اولیه جایگاه مهار سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی راتر در سال ۱۹۶۶ اقتباس شده است. در این تئوری گفته می‌شود که یادگیری در فرد برپایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند. جایگاه درونی مهار سلامت با آگاهی و نگرش مثبت، وضعیت روان‌شناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت همراه و همگام می‌شود. 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 می‌شوند [۷]. در این میان دانشجویان با مشکلات و موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که با مشکلات و موقعیت‌های اقشار غیردانشجو متفاوت است. محیطی که دانشجو در آن زندگی می‌کند محیطی کاملا متفاوت است. ارزیابی دانشجو توسط اساتید و تلاش بی‌وقفه آنها برای رسیدن به اهداف خود، ارزیابی‌های مداومی که از نحوه کار و پیشرفت آنها می‌شود از مواردی است که در بین غیردانشجو هرگز مشاهده نمی‌شود. در برخی از تحقیقات دیگر برای مثال توبس و کوهن مشخص شده است که اغلب دانشجویان به ویژه آنهایی که تازه وارد دانشگاه شده‌اند در روابط بین شخصی دچار مشکل بوده و تضادهایی را با افراد مختلف از قبیل همکلاسی‌ها، اساتید و کارکنان داشته اند [۸]. آسیب‌پذیری قشر دانشجو در مقابل موقعیت‌ها و مشکلات مختلف ـ از قبیل امتحان، فعالیت‌های کلاسی، فقدان اوقات فراغت، ساعات طولانی مطالعه و نگرانی درباره نمره امتحانی ـ باعث ابتلا به انواع اختلالات روان‌شناختی و در هم ریختن سلامت روانی آنها می‌گردد [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 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 می‌آید 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 می‌شود [۱۱]. پژوهشی با هدف تعیین ارتباط بین عزت نفس و سلامت روانی نوجوانان نشان داد عمده‌ترین نیاز روانی در ۸۷/۴ درصد نمونه‌های پژوهش نیاز به عزت نفس می‌باشد [۱۲]. در مقابل بک و همکارانش بیان کردند که عزت نفس می‌تواند رابطه‌ی متضاد و معکوسی با مشکلات روانشناختی به ویژه سلامت روان داشته باشد به طوری که در برخی از این تحقیقات نمونه‌ها با داشتن مشکلات روانشناختی از عزت نفس بالایی برخوردار بودند [۱۳]. همچنین در تعدادی از مطالعات بین عزت‌نفس با مشکلات و اختلالات سلامت روان، روابط علی کاملا واضح و متقنی گزارش نشده است [۱۴]. در این میان بایستی ذکر شود که مطالعه مشابهی مبنی بر تاثیر تجمعی 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 روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی است که در طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ انجام شد. جامعه پژوهش دانشجویان ترم دوم دانشگاه‌های علوم پزشکی گناباد و بیرجند بود. تعداد نمونه در فاصله اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰٪، ۵٪ =P_1 (۱۵) و ۲۷٪ =P_2 (با استفاده از مطالعه راهنما)، ۱۴۴ نفر تعیین شد که به صورت تصادفی چند مرحله‌ای برگزیده و همسان‌سازی شدند. روش نمونه‌گیری بدین صورت انجام شد که در ابتدا از بین چهار دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان[4] به طور تصادفی دو دانشگاه علوم پزشکی گناباد و بیرجند به ترتیب به عنوان گروه‌های آزمون و گواه انتخاب شدند. آنگاه نمونه‌های به دست آمده بر پایه متغیرهای همسان‌سازی و با عنایت به تمایل ایشان به مشارکت در دو گروه (۷۱ نفر در گروه آزمون و ۷۳ نفر در گروه گواه) قرار

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

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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

گرفتند. متغیرهای همسان‌سازی شامل سن، جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی بودند به طوری که نمونه‌ها به نسبت مساوی و بدون اختلاف معنادار به استناد این متغیرها در دو گروه توزیع شدند. تمامی پرسشنامه‌ها پیش از اجرای مداخله (برنامه آموزشی)، به نمونه‌های تحقیق داده شدند آنگاه برنامه آموزشی به صورت روش بحث گروهی متمرکز با محتوای مهارت‌های زندگی در قالب مباحث خودشناسی و اعتماد به نفس، اعتقاد و باورهای درونی و بیرونی کنترل سلامت به ویژه با توجه به ارتباط‌های معنادار به دست آمده از پیش‌آزمون یعنی با تاکید بر عزت نفس و باور شانس، برای نمونه‌های گروه آزمون در زیرگروه‌های ۱۰ تا ۱۲ نفری طراحی و در طی ۱۱ جلسه‌ی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای برای هر زیرگروه به صورت هفتگی و مجزا توسط اعضای تیم تحقیق (نفر اول و سوم) اجرا شد. پس از پایان جلسه‌های آموزشی و بر اساس برنامه طراحی شده منطبق با الگوی برنامه‌ریزی طرح‌های بهداشتی و ارتقای سلامت (الگوی پرسید ـ پروسید)، پرسشنامه‌های 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 نمونه‌های 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 آزمون‌های 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[1]: این ابزار به پیشگویی رفتارهای بهداشتی مبتنی بر باورهای افراد می‌پردازد. در این پژوهش از نسخه‌های "الف و ب" که هر کدام مشتمل بر هجده گویه (سوال) در قالب سه مولفه یا باور(۶ گویه) تحت عناوین درونی[2]، افراد موثر[3] و شانس[4] هستند، استفاده شد [۷]. روایی و پایایی نسخه‌های 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 گزینه‌ای کاملا موافق، کاملا مخالف، موافق و مخالف نمره داده می‌شود. 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[5]): پرسشنامه سلامت عمومی ـ ۲۸، شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. این پرسشنامه شامل ۴ مقیاس ۷ سوالی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد [۱۹]. مطالعه تقوی حکایت از تایید روایی و پایایی این پرسشنامه در جامعه دانشجویی دارد [۲۰].

نتایج

یافته‌های این مطالعه حاکی است که در دو گروه، ۶۹/۸ درصد زن و ۳۰/۲ درصد مرد با میانگین سنی و انحراف معیار۱/۹۵ ± ۲۰/۶ سال شرکت کردند. جدول شماره ۱ نشان دهنده مشخصات زمینه‌ای دو گروه می‌باشد. 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 نمونه‌های هر دو گروه ارایه نکردند ولی آنالیز واریانس یک طرفه بین رضایتمندی اقتصادی با باور درونی نمونه‌ها و همچنین بین تعداد افراد خانواده نمونه‌ها با باور افراد موثر، ارتباط معناداری را در هر دو گروه نشان داد (p<۰/۰۴ و ۰/۰۱ شاهد>P: p<۰/۰۳ و p<۰/۰۲: مورد). بر اساس مدل رگرسیون خطی ارایه شده در جدول شماره ۲، باور شانس (از مؤلفه‌های بیرونی مهار سلامت) و متغیر عزت نفس در بین سایر متغیرهای مستقل وارد شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های 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 برنامه‌ی مداخله پس از اجرا در گروه آزمون نسبت به گروه گواه حاصل شد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود. 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 مؤلفه‌های بیرونی مهار سلامت) و متغیر عزت نفس در بین سایر متغیرهای مستقل وارد شده به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار، ۴۱/۳ درصد واریانس ارتقای سلامت روان دانشجویان نمونه را در مدل مذکور توضیح دادند. این نتایج،

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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

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 برنامه‌ی مداخله پس از اجرا در گروه آزمون نسبت به گروه گواه حاصل شد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود. مقادیر ضریب همبستگی بین متغیرهای سلامت روان، باورهای کنترل سلامت و عزت نفس دانشجویان در جدول شماره ۳ به تفکیک گروه مشاهده می شود.

جدول۱- وضعیت مشخصات زمینه ای در دو گروه

متغیر		گروه		سطح معناداری
		آزمون n=۷۱ (درصد) تعداد	گواه n=۷۳ (درصد) تعداد	
جنسیت	زن	۵۰(۶۹/۵)	۵۱(۷۰/۱)	۰/۲۱*
	مرد	۲۱(۳۰/۵)	۲۲(۲۹/۹)	
رشته تحصیلی	بهداشت	۱۶(۲۲/۵)	۱۷(۲۳/۲)	۰/۲۵*
	اتاق عمل	۱۴(۱۹/۷)	۱۴(۱۹/۱)	
	هوشبری	۱۲(۱۶/۹)	۱۲(۱۶/۴)	
	پرستاری	۲۹(۴۰/۸)	۳۰(۴۱/۰)	
مقطع تحصیلی	کاردانی	۴۲(۵۹/۲)	۴۳(۵۸/۹)	۰/۳۱*
	کارشناسی	۲۹(۴۰/۸)	۳۰(۴۱/۱)	
افراد خانواده (نفر)	۱ تا ۵	۱۲(۱۶/۹)	۱۷(۲۳/۳)	۰/۲۹*
	۶ تا ۱۰	۵۳(۷۴/۷)	۵۰(۶۸/۴)	
	۱۱ تا ۱۵	۶(۸/۴)	۶(۸/۳)	
اهلیت	بومی	۱۱(۱۵/۵)	۱۳(۱۷/۸)	۰/۲۶*
	غیر بومی	۶۰(۸۴/۵)	۶۰(۸۲/۲)	
تاهل	مجرد	۶۸(۹۵/۸)	۶۸(۹۳/۲)	۰/۳۲*
	متاهل	۳(۴/۲)	۵(۶/۸)	
سن	هر دو جنس	۲۰/۷ سال	۲۰/۵ سال	۰/۱۱**

* نتیجه آزمون کای دو

** نتیجه ضریب همبستگی پیرسون

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

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	ارزش t	سطح معناداری	R^2
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	-۰/۱۸*	۱		
گواه		-۰/۱۳	۱		
آزمون	باور افراد مؤثر	۰/۱۱	۰/۰۱	۱	
گواه		۰/۱۰**	-۰/۰۵	۱	
آزمون	باور شانس	۰/۱۳	-۰/۱۱**	۰/۲۲	۱
گواه		۰/۱۸*	-۰/۲۵*	۰/۱۷	۱
آزمون	عزت نفس	-۰/۵۱**	۰/۲۰*	۰/۱۶	-۰/۰۳
گواه		-۰/۴۹	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۰۲

* معناداری در سطح ۰/۰۵

** معناداری در سطح ۰/۰۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

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

متغیر	گروه					
	آزمون			گواه		معناداری آزمون تی
	مداخله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مستقل
باور درونی	قبل	۲۶/۴۵	۵/۵۲	۲۶/۲۴	۵/۵۲	۰/۸۲
	بعد	۲۸/۶۶	۳/۸۵	۲۶/۱۷	۵/۱۸	۰/۰۰۱
باور افراد مؤثر	قبل	۲۳/۵۶	۴/۱۶	۲۳/۵۰	۴/۱۴	۰/۹۳
	بعد	۲۲/۴۷	۳/۵۵	۲۳/۸۰	۳/۶۰	۰/۰۲
باور شانس	قبل	۱۷/۰۰	۴/۵۸	۱۷/۱۲	۴/۶۴	۰/۸۷
	بعد	۱۵/۸۱	۴/۰۲	۱۷/۴۹	۴/۳۹	۰/۰۱
عزت نفس	قبل	۲۷/۷۴	۴/۷۰	۲۷/۸۳	۴/۶۳	۰/۹۰
	بعد	۲۹/۶۹	۴/۲۰	۲۷/۴۶	۳/۸۶	۰/۰۰۱
سلامت روان	قبل	۲۷/۵۰	۱۴/۵۷	۲۷/۴۲	۱۴/۳۱	۰/۹۷
	بعد	۲۰/۷۷	۸/۷۸	۲۷/۸۰	۱۳/۳۶	۰/۰۰۱

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 ($p>۰/۰۵$)، اما پس از مداخله با تغییراتی که در اثر اجرای برنامه طراحی شده به وجود آمد، اختلاف باورهای درونی، شانس و افراد موثر، 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.

جدول ۵- تغییرات ایجاد شده در سلامت روان نمونه‌های گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

نمره آزمون پیش از مداخله	نمره آزمون پس از مداخله		مجموع
	<۲۲	≥۲۲	
کمتر از ۲۲	۲۷	۲	۲۹
بیشتر مساوی ۲۲	۲۱	۲۱	۴۲
مجموع	۴۸	۲۳	۷۱

OR=۱۳ (CI=۱/۸۰,۱۶/۴۴) , p<۰/۰۰۱

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 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 ۴۲/۵درصد 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 تاثیر 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 کاملا 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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

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 می کند [۱۰، ۱۱]. به طور عمده و بر طبق متون علمی بین سلامت روان و باورهای کنترل به طور متنابهی 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 ، IcliCastromayor 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 ـ درمانی در جهت افزایش باور درونی نمونه‌ها مثمر ثمر 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، Cochran و Laub 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 والستون [۱۰، ۱۱]، لوزینسکا و شوارزر [۶] به صراحت مطرح شده است؛ هر چند که بین باورهای شانس و افراد موثر بر طبق شرایط پیش گفت، همبستگی معناداری وجود نداشت که بر خلاف نتایج حاصل از مطالعات یاد شده است. این نتایج به اضافه‌ی همبستگی معنادار و مثبت باور درونی با عزت نفس نمونه‌های گروه آزمون پس از مداخله، تاکیدی بر این مدعاست که دانشجویان مذکور در وضعیت مناسبی از سلامت روان قرار گرفتند. اوزولینز و استنستروم [۲۳]، استپتو 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 والستون 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 خویشتن و افزایش عزت نفس شده‌اند، باورشان به افراد صاحب نفوذ و اثرگذار بر سلامت مانند پزشک، پرستار، کادر بهداشتی ـ 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 متاهل 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 متاهل بیشتر بود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

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 بنابر 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 کاملا 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 والستون نشان دهنده وجود مشکل سلامتی ـ بهداشتی در بین نمونه‌های دو گروه پیش از مداخله بود [۷، ۲۲]. در همین راستا معنادار نشدن ارتباط باور افراد موثر با تعداد فرزندان خانواده‌ی 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 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 رشته-های 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 نموده اند، سپاس‌گزاری نمایند.

References:

[1] Mohr WK. Johnson's psychiatric-mental health nursing. 5th 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 heath 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.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]

[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. Streossors 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, Faghih 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, Mazloum 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]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-12]