

اثربخشی آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی دانش آموزان دبیرستانی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۱۳- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۶

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر افزایش سلامت عمومی بر اساس آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس در دانش آموزان دبیرستانی بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، طرح پیش آزمون، پس آزمون گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دبیرستان‌های منطقه ۱۵ آموزش و پرورش تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. در این پژوهش تعداد ۴۵ دانش آموز با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی، ۱۵ دانش آموز در مدیریت استرس و ۱۵ دانش آموز در گواه). گروه- های آزمایش مداخله مهارت‌های هیجانی- اجتماعی (گلمن، پارسا، ۱۳۹۷) و مدیریت استرس (جزایری، ۱۳۹۷) را طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای ارزیابی مورد استفاده در این پژوهش، شامل پرسشنامه اهمال کاری تحصیلی (سواری، ۲۰۱۱) و سلامت عمومی (GHQ-۲۸) (گلدبرگ، ۱۹۷۹) بودند. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی، مدیریت استرس بر سلامت عمومی دانش آموزان دبیرستانی تاثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین میزان اثربخشی این دو مداخله نیز تفاوت معنادار وجود داشته ($p < 0/001$) و آموزش مدیریت استرس نسبت به آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی تاثیر بیشتری بر سلامت عمومی دانش آموزان داشته است.

نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یک آموزش کارآمد جهت افزایش سلامت عمومی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: مهارت‌های هیجانی- اجتماعی، مدیریت استرس، سلامت عمومی، دانش آموزان

اصغر پورصالحی^۱

مالک میرهاشمی^{۲*}

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

Email: mirhashemi@riau.ac.ir

مقدمه

در طول قرن بیستم انسان از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی، مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از تمام تاریخ دستخوش دگرگونی شده است. از طرف دیگر، فضای رقابتی آکنده از ترس از شکست و مقایسه افراد با همدیگر، همچنین، وجود تفاوت‌های تربیتی و فرهنگی در مدرسه، چالش‌هایی را پیشروی افراد قراردادده است، که خود می‌تواند منبعی از فشار روانی بوده و عوارضی چون اضطراب و افسردگی را به دنبال داشته باشد. اهمیت این موضوع باعث شده تا مسائل و چالش‌های مؤثر بر ایجاد این عوارض بررسی شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در دستورکار سازمان‌های آموزشی قرار گیرد (۱).

منظور از سلامت عمومی، درجه‌ای از تعادل است که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط پیرامون خود بین رفتارهای خویش برقرار می‌کند و رفتار منطقی از خود نشان می‌دهد (۲). تعریف دقیق سلامت عمومی و بیماری روانی دشوار است. افرادی که نقش‌های خود را در جامعه اجرا می‌کنند رفتار آن‌ها مناسب و سازگارانه است، سالم در نظر گرفته می‌شوند. برعکس، کسانی که نمی‌توانند نقش‌های خود را برآورده کنند و مسئولیت‌های خود را انجام دهند و یا رفتارشان نامناسب است، بیمار انگاشته می‌شوند. فرهنگ هر جامعه‌ای قویاً بر ارزش‌ها و عقاید آن تاثیر می‌گذارد و این به نوبه خود بر نحوه‌ای که آن جامعه سلامتی و بیماری را تعریف می‌کند، تاثیر می‌گذارد (۳). همچنین تعریف‌های جدید از سلامت روانی مدیریت احساس و رفتار، ارزیابی واقع بینانه از محدودیت‌های خود، رشد خودمختاری، استقلال و توانایی فائق آمدن بر استرس را نیز شامل می‌شود (۴). سلامت عمومی، محور اصلی شکل‌گیری علوم بهداشتی و درمانی بوده و از این رو عوامل تقویت‌کننده و تهدیدکننده‌ی آن همواره مورد بررسی بوده است. در این میان، رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، بهزیستی روانی و توانمندی‌های شخصیتی به عنوان مولفه‌های آن، از جمله عوامل تقویت‌کننده سلامت عمومی محسوب می‌شوند. بهزیستی روان‌شناختی با تعدادی از اجزای اولیه یک زندگی خوب، از جمله ارتباطات مثبت با

دیگران، داشتن هدف مناسب در زندگی، فرصت‌های رشد شخصی و احساس خودمختاری و پذیرش خود، مشخص می‌شود که با آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی می‌توان به آن‌ها دست یافت (۵). بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی، افراد دارای سلامت روانی دارای این خصوصیات می‌باشند: آنان احساس راحتی می‌کنند، خود را آنگونه که هستند می‌پذیرند، از استعداد‌های خود بهره‌مند می‌شوند، نگرانی، ترس و اضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می‌باشند، سیستم ارزشی آنان از تجارب خودشان سرچشمه می‌گیرد، احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، وقتی با مشکلات روبرو می‌شوند و نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می‌کنند (۶).

جوانان به عنوان قشری از جامعه که پیوسته در معرض استرس‌ها و فشارهای محیطی و روانی زیادی، از جمله مشکلات آموزشی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند، مورد توجه خاص پژوهشگران قرار گرفته‌اند. روشن است که استرس بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی، رضایت شخصی و از همه مهمتر، سلامت روانی نوجوانان تأثیر نامطلوب خواهد داشت (۷). تئودور^۲ بر این باور است که استعداد یافتن و ادامه کار، داشتن خانواده، ایجاد محیط خانوادگی خرسند، فرار از مسائلی که با قانون درگیری دارد، لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها، ملاک تعادل و سلامت روانی است (۸). اخیراً به نیازهای سلامت روانی کودکان و نوجوانان اولویت بسیاری داده شده است و به این خاطر است که مشکلات سلامت روانی، علت ایجاد پریشانی است و می‌تواند بر بسیاری یا حتی تمامی جنبه‌های زندگی کودکان و نوجوانان، رشد هیجانی، بدنی و اجتماعی و نیز بر پیشرفت تحصیلی آن‌ها تاثیر بگذارد و مشکلات سلامت روانی در کودکان و نوجوانان، موجب بالا رفتن تقاضا برای سایر خدمات از قبیل خدمات اجتماعی، آموزشی و قضایی مربوط به جوانان می‌شود (۹). مدیریت حوزه‌ی بیرونی فرد، یکی از آسان‌ترین و

¹.National Association for Mental Health (NAMH)

².Taodoor

نتایج این پژوهش، حاکی از آن بود که آن چه باعث اضطراب امتحان می شود، ترس از عدم موفقیت، استرس بالا و عدم برنامه ریزی مناسب زمانی برای مطالعه است. همچنین، براون و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش تن آرامی باعث کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی شده است (۱۶). ارب‌انیز در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله و مدیریت استرس باعث کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی شده است (۱۷). ادواردز^۳ و همکاران نیز در مطالعه ای طولی روی دانشجویان پرستاری نشان دادند که استرس رابطه منفی و معنی داری با عزت نفس دارد و هر چه در سال های اول تحصیل، استرس بیشتر باشد در سال های پایانی تحصیل عزت نفس بیشتر کاهش خواهد یافت (۱۸).

در همین رابطه، کانگ^۴ و همکاران دریافتند که استفاده از برنامه های مقابله با استرس باعث کاهش استرس و اضطراب افراد و منجر به استفاده آن ها از مداخله های مدیریت استرس می شود (۱۹). معینی^۵ و همکاران، نیز در پژوهشی به بررسی مداخله مدیریت استرس در میان نوجوانان شهر تهران پرداختند (۲۰). آن ها نشان دادند که استفاده از مداخله مدیریت استرس در کاهش استرس، افزایش سلامت روانی و تغییر عقیده راجع به اختلال های روانی تاثیر به سزائی داشته است. پژوهش های مختلف، همبستگی منفی بین اضطراب و استرس با عملکرد تحصیلی را نشان داده اند (۲۱، ۲۲). همچنین رضایی و همکاران در مطالعه ای به تاثیر آموزش راهبردهای مقابله با باورهای غیرمنطقی (با استفاده از رویکرد شناختی) بر اضطراب امتحان دانش آموزان مقطع متوسطه پرداختند (۲۳). نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای مقابله ای می تواند اضطراب امتحان دانش آموزان را کاهش دهد و به سلامت روانی آنها کمک کند. همچنین در پژوهشی دیگر نیز، بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله ای رابطه معنی داری به دست آمد (۲۴).

مؤثرترین تکنیک های مدیریت استرس، شناسایی عوامل ایجادکننده فشار روانی و رشد و گسترش یک سبک زندگی است که این فشارها را کاهش دهد. گیردانو و همکاران بیان می کنند که با ایجاد آگاهی شناختی از حوادث زندگی می توان از آن در جهت تجدید ساختار الگوهای فکری و رفتاری استفاده کرد (۱۰).

مدیریت حوزه درونی به فرد کمک می کند تا کنترل بهتری روی افکار خود داشته باشد و افکار غیرمنطقی و تنش زا را در اختیار خود بگیرد. در این حوزه فرد با آموزش آرامسازی، ارتباط با خود درونی را پرورش می دهد و به هیجانات و احساساتش آگاهی می یابد، احساساتی که فرایندهای بدنی را تحت تأثیر قرار می دهد و فرایندهای بدنی که افکار را متأثر می سازد فرد می آموزد که در زمان حال زندگی کند و روی حادثه ای که هم اکنون در حال وقوع است تمرکز کند، در نتیجه زمان کمتری را صرف تخیل و نگرانی های غیر ضروری و بیهوده درباره ی گذشته و آینده نموده و آرامتر می شود (۱۰). مطالعات مختلفی تاثیر عوامل استرس زا بر سلامت روانی و جسمانی پایین را نشان می دهد (۱۱). در پژوهشی که توسط اورمل و همکاران بر روی نوجوانان صورت پذیرفت، استرس زاهای زندگی با عنوان استرس های "وابسته به محیط" یا "وابسته به شخص" نامگذاری شدند (۱۲). در پژوهش فوق، استرس های وابسته به محیط، به عنوان میانجی، ارتباط غیر مستقیمی با موقعیت اجتماعی- اقتصادی و مشکلات روانی نوجوانان داشتند. در تحقیقی دیگر که بر روی دانش آموزان صورت گرفته، آموزش مدیریت استرس در گروه آزمایشی، پیشرفت هایی در عملکرد تحصیلی، سلامت روانی و انگیزه آن ها مشاهده شد (۱۳). در رابطه با مداخله های مختلف مدیریت استرس، تاثیر عمده روش های شناختی- رفتاری، بر پیامدهای روان شناختی و تاثیر عمده آرام سازی بر پیامدهای فیزیولوژیک مربوط به سلامت روانی نیز گزارش شده است (۱۴).

همچنین، گارسس^۱ و همکاران در پژوهشی به ارزیابی سطح اضطراب امتحان دانش آموزان و بررسی علل آن پرداختند (۱۵).

2. Erbe

3. Edwards

4. Kang

5. Moeini

1. Gurses

گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی، ۱۵ دانش آموز در آموزش مدیریت استرس و ۱۵ دانش آموز در گروه گواه). گروه های آزمایش مداخله آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی (۲۷) و مدیریت استرس (۲۸) را به شکل جداگانه طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای به علت بیماری کرونا و تعطیلی مدارس بصورت مجازی دریافت نمودند. پس از دو ماه، آزمون پیگیری اجرا و نتایج یافته ها تحلیل کواریانس یک متغیری (ANCOVA) و کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بود. داده های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی پیگردی بنفرونی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

مقیاس اهمال کاری تحصیلی سواری: این مقیاس ۱۲ سوال دارد و سه مولفه ی اهمال کاری عمدی، اهمال کاری ناشی از خستگی جسمی- روانی و اهمال کاری ناشی از بی برنامه‌گی را می‌سنجد و نمره گذاری آن در طیف لیکرت پنج درجه ای صورت می‌گیرد (۲۵). همبستگی نمره ی این پرسشنامه با پرسشنامه اهمال کاری تاکنن مساوی ۰/۵۳. نشانگر روایی ملاکی آن است. مقدار آلفای کرونباخ نمره ی کل این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۵).

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ: این مقیاس در سال ۱۹۷۹ گلدبرگ و هیلر فرم ۲۸ سوالی آن را از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی که دارای ۶۰ سوال بود طراحی کردند (۲۶). این آزمون به ۳۸ زبان مختلف دنیا ترجمه شده است و تحقیقات مختلفی در ۷۰ کشور جهان بر روی آن انجام شده است و ۲۸ سوال دارد و چهار عامل (A) علائم جسمانی، عامل (B) علائم اضطرابی، عامل (C) علائم اختلال در کارکردهای اجتماعی و عامل (D) علائم افسردگی را می‌سنجد و نمره گذاری آن در طیف لیکرت صورت می‌گیرد. این آزمون دارای روایی همزمان، از طریق اجرای همزمان آزمون سلامت عمومی با عامل بهزیستی روان شناختی همبستگی منفی ۰/۸۷. و معناداری نشان داد این نتیجه

اهداف اصلی این پژوهش، آموزش مهارت های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت روانی موثر هستند و تاثیر آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی ماندگار است. با توجه به یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی، مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس می‌تواند سلامت روانی را افزایش دهد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر سلامت عمومی در پس آزمون در دو گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل بوده است (نشان دهنده مطلوب بودن وضعیت سلامت روانی است). نکته مهم این است که با توجه به تفاوت معنادار دو روش آموزش در تاثیرگذاری بر سلامت عمومی شرکت کنندگان، اختلاف میانگین‌های این دو گروه نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس تاثیر بیشتری در مقایسه با آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی داشته است.

پس، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی دانش آموزان دبیرستانی بود.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دبیرستان های منطقه ۱۵ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. با توجه به اینکه منطقه دارای چندین مدرسه متوسطه بود، یکصد و شصت نفر دانش آموز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های اهمال کاری تحصیلی (۲۵) و سلامت عمومی (۲۸- GHQ) (۲۶) بین آنها توزیع و پس از اجرای آزمون و جمع آوری پرسشنامه‌ها (پیش آزمون)، دانش آموزانی که بیشترین نمره را در پرسشنامه‌ها کسب کرده بودند (با توجه به مولفه های پرسشنامه‌ها دانش آموزانی که اختلال سلامت عمومی بیشتری داشتند) بصورت تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش تعداد ۴۵ دانش آموز پسر که دارای سلامت روانی پایین در دبیرستان هفده شهریور بودند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت کاملا تصادفی در

طریق روش تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکووا) و برای بررسی فرضیه های فرعی از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در سطح معنی داری ۵٪ استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

شرکت کنندگان فرم رضایت نامه آگاهانه را تکمیل کردند و اطلاعاتی کلی درباره ماهیت و بی خطر بودن جلسات مداخله به آن‌ها داده شد. به دانشجویان اطمینان داده شد که اصل رازداری درباره اطلاعات شخصی آن‌ها رعایت می‌شود. در صورت لزوم و تمایل شرکت کنندگان گروه آزمایش، مداخله به صورت اختصاصی برای آن‌ها ادامه پیدا کرد.

نتایج

داده های به دست آمده از اندازه گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد (با توجه به نوع متغیرها) با استفاده از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار نمره ها توصیف شدند. پس از بررسی داده ها از طریق اکسپلور، داده های شرکت کنندگان شماره های ۱ و ۳۱ به عنوان داده پرت از تحلیل کنار گذاشته شدند.

روایی همزمان آزمون سلامت عمومی را تایید می‌کند. کالمن و ویلسون دو آزمون سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب همزمان ۰/۶۸ را گزارش نمودند (۲۶). روایی ملاکی این آزمون از همبستگی نمره های آزمون با تشخیص بر اساس مصاحبه بالینی روان پزشک استفاده شده است و ضریب همبستگی ۰/۷۸۱. به دست آمد. این آزمون با قدرت بالایی توان پیش بینی و تشخیص افراد سالم از افراد بیمار را دارد (۲۶). پژوهش های مختلفی نشان داده اند که این آزمون از اعتبار و همسانی درونی برخوردار است. نتایج بررسی مقدماتی در گیلان توسط یعقوبی و همکاران و گلدبرگ (۱۹۷۹) نشان داد که حساسیت این آزمون در بهترین حالت نمره برش ۲۳ و برای هر کدام از عامل ها ۶ می باشد (۲۶).

تجزیه و تحلیل داده ها

در این بررسی به منظور توصیف و تجزیه تحلیل داده ها با توجه به نوع فرضیه های ارائه شده و سطح دو جامعه برای تعیین معنی (T) متغیرهای بکار رفته در فرضیه ها از آزمون مقایسه میانگین ها (دو گروه مستقل) یا آزمون دارای تفاوت بین میانگین های اختلافی گروه های آزمایشی و با توجه به نوع طرح پژوهش تحلیل داده ها از

جدول ۱- شاخص های توصیفی نمره های شرکت کنندگان گروه های آزمایش ۱: تحت آموزش مهارت های هیجانی- اجتماعی (n=۱۴)، آزمایش ۲: مدیریت استرس (n=۱۵) و گروه کنترل (n=۱۴) در سلامت عمومی (۴ مولفه نشانه های جسمانی، اضطراب، کژکاری اجتماعی و افسردگی).

گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار	k-s	Sig
آزمایش ۱	پیش آزمون سلامت عمومی	۲۴/۷۸	۸/۰۵	۰/۶۸۰	۰/۷۴۵
	پس آزمون سلامت عمومی	۱۵/۹۲	۵/۷۰	۰/۷۹۰	۰/۵۶۰
	پیگیری سلامت عمومی	۱۷/۷۸	۶/۰۵	۰/۸۰۲	۰/۵۴۱
آزمایش ۲	پیش آزمون سلامت عمومی	۲۶/۳۳	۱۰/۴۶	۰/۶۱۳	۰/۸۴۷
	پس آزمون سلامت عمومی	۱۵/۲۰	۶/۳۱	۰/۶۸۳	۰/۷۳۹
	پیگیری سلامت عمومی	۱۷/۴۰	۷/۱۹	۰/۶۸۶	۰/۷۳۵
کنترل	پیش آزمون سلامت عمومی	۱۷/۴۲	۹/۵۴	۱/۱۷۷	۰/۱۲۵
	پس آزمون سلامت عمومی	۱۳/۱۴	۶/۹۰	۱/۰۴۸	۰/۲۲۲
	پیگیری سلامت عمومی	۱۴/۴۲	۷/۳۴	۱/۲۸۶	۰/۰۷۳

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی موثرند.

جدول ۲ - نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور ایتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۵۲۷/۴۷۰	۱	۱۵۲۷/۴۷۰	۸۰۹/۶۸۶ **	۰/۰۰۱	۰/۹۵۴	۰/۸۲
گروه‌ها	۸۸/۸۵۰	۲	۴۴/۴۲۵	۲۳/۵۴۹ **	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	۰/۸۸
خطا	۷۳/۵۷۳	۳۹	۱/۸۸۶				

* معنادار در سطح ۰/۰۵

مدیریت استرس تبیین می‌شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی، مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس می‌تواند سلامت عمومی را افزایش دهد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر سلامت عمومی در پس آزمون در دو گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل بوده است (نشان دهنده مطلوب بودن وضعیت سلامت عمومی است). نکته مهم این است که با توجه به تفاوت معنادار دو روش آموزش در تاثیرگذاری بر سلامت عمومی شرکت کنندگان، اختلاف میانگین‌های این دو گروه نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس تاثیر بیشتری در مقایسه با آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی داشته است (جدول ۳).

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر سلامت عمومی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($P < 0.05$). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای سه گروه در پس آزمون متغیر سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه اول تحقیق کافی است. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور ایتا ضریب تبیین را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که ۵۴/۷ درصد (۰/۵۴۷) واریانس سلامت عمومی به وسیله متغیر مستقل یعنی، آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و

جدول ۳ - خلاصه آزمون پیگردی بنفرونی

گروه‌ها	آزمایش ۱	آزمایش ۲	کنترل
آزمایش ۱	-	۱/۷۴۲**	-۲/۰۳۱**
آزمایش ۲	-	-	-۳/۷۷۳**
کنترل	-	-	-

** معنادار در سطح ۰/۰۱

فرضیه دوم: تاثیر آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی ماندگار است.

جدول ۴- خلاصه نتایج آزمون‌های چند متغیری

اثرات	آزمون‌ها	مقادیر	F	Df1	Df2	Sig
مراحل	اثر پیلائی	۰/۸۵۰	۱۰/۰۸۰**	۲	۳۹	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلک	۰/۱۵۰	۱۰/۰۸۰**	۲	۳۹	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۵/۶۴۵	۱۰/۰۸۰**	۲	۳۹	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۵/۶۴۵	۱۰/۰۸۰**	۲	۳۹	۰/۰۰۱
تعامل مراحل* گروه	اثر پیلائی	۰/۴۳۰	۵/۴۸۱**	۴	۸۰	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلک	۰/۵۷۰	۶/۳۳۱**	۴	۷۸	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۰/۷۶۵	۷/۱۶۸**	۴	۷۶	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۷۵۴	۱۵/۰۸۵**	۲	۴۰	۰/۰۰۱

**معنادار در سطح ۰/۰۱

و همچنین، تعامل گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری نیز معنادار است.

با توجه به مقادیر همه آزمون‌های چند متغیری سطح معناداری آن‌ها با درجه آزادی ۲۶ و ۲ می‌توان فرض صفر را رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره‌های گروه‌ها در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است

جدول ۵- خلاصه آزمون کرویت موچلی

اثر درون آزمودنی‌ها	مقدار موچلی	مجذور خی	DF	Sig	اپسیلون
مراحل	۰/۳۳۴	۴۲/۷۸۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
					۰/۵۰۰
					هاین-فلت حد پایین
					گرین‌هاوس-گیسر

(۴۲/۷۸۰) کوچکتر از ۰/۰۵ است مفروضه اساسی اجرای تحلیل واریانس مختلط نقض شده است. بنابراین، به دلیل نقض مفروضه اساسی، به نتایج اپسیلون هاین-فلت (۰/۶۳۹) استناد می‌شود.

آزمون کرویت موچلی از لحاظ کارکرد به آزمون برابری واریانس لیون شباهت دارد. در تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها فرض آزمون شده به صورت موثر این است که بین همه متغیرها به سختی همبستگی یکسانی وجود دارد. با توجه به این که سطح معناداری (Sig=۰/۰۰۱) مقدار مجذور خی

جدول ۶- نتایج آزمون‌های اثرهای درون آزمودنی‌ها

منابع تغییر	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور ایتا
مراحل	کرویت	۸۵۵/۴۴۲	۱	۸۵۵/۴۴۲	۱۹۳/۹۰۵**	۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
خطا		۱۷۶/۶۴۷	۴۰	۴/۴۱۲			
تعامل مراحل* گروه	کرویت	۱۳۱/۵۵۷	۲	۱۳۱/۵۵۷	۱۴/۹۱۰**	۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
خطا		۱۳۰/۹۳۷	۴۰	۳/۲۷۳			

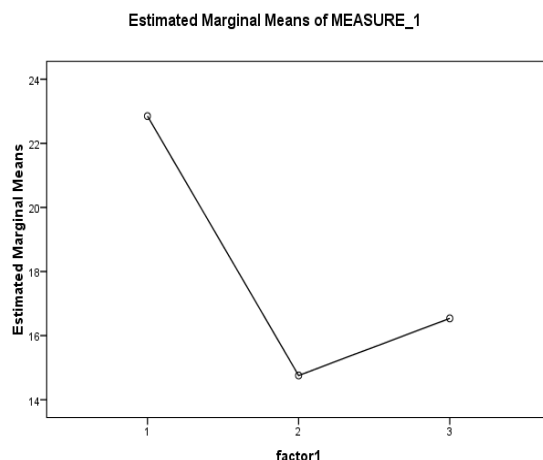
ها) تعامل معنادار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون پیگیری حاکی از این است که نمره‌های سلامت عمومی در مرحله پس آزمون پایین‌تر از مرحله پیش آزمون و پیگیری است. هرچند، بین میانگین نمره‌های متغیر سلامت عمومی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به دست آمد که حاکی از ماندگاری اثر متغیرهای مستقل است (جدول ۸).

همانطور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد در سه بار اندازه‌گیری متغیر سلامت عمومی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($P < 0/01$, $F = 193/905$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که عامل درون آزمودنی‌ها اثر معنادار دارد. در نتیجه می‌توان قضاوت کرد که بین عملکرد اعضا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد. در عین حال، در خصوص تعامل عامل درون آزمودنی‌ها با گروه‌ها احتمال پذیرش فرض صفر از ۰/۰۵ کوچکتر است ($P < 0/01$, $F = 14/910$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که عامل درون آزمودنی‌ها با عامل بین آزمودنی‌ها (گروه

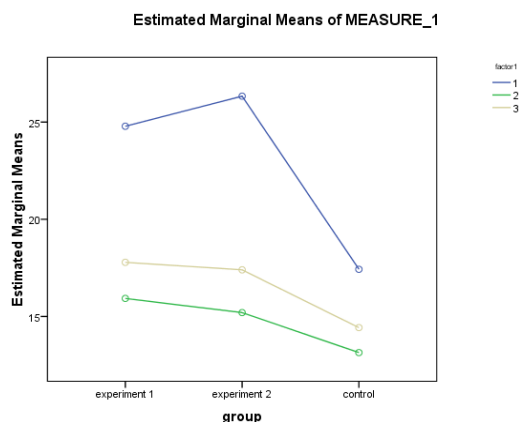
جدول ۷- خلاصه آزمون پیگردی بنفرونی

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
پیش آزمون	-	۸/۰۹۲**	۶/۳۱۱**
پس آزمون	-	-	۱/۷۸۱**
پیگیری	-	-	-

**معنادار در سطح ۰/۰۱



شکل ۱- توزیع میانگین های اصلاح شده نمره های سلامت عمومی شرکت کنندگان سه گروه



شکل ۲- توزیع میانگین های اصلاح شده نمره های سلامت عمومی شرکت کنندگان در سه بار اندازه گیری به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت روان دانش آموزان دبیرستانی بود. آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی موثر بوده است. با توجه به یافته‌های این تحقیق مدیریت استرس کارآمدی بالاتری نسبت به آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی دارد که این یافته‌ها با پژوهش داورنیا و همکاران (۲۹) و پژوهش اصفا و همکاران (۳۰) همخوانی دارد. چنانچه و همکاران، نیز در پژوهشی به بررسی مداخله مدیریت استرس در میان نوجوانان شهر تهران پرداختند (۲۰). آن‌ها نشان دادند که استفاده از مداخله مدیریت استرس در کاهش استرس، افزایش سلامت عمومی و تغییر عقیده راجع به اختلال‌های عمومی تاثیر به‌سزائی داشته است. معینی و همکاران نیز در پژوهشی به ارزیابی سطح اضطراب امتحان دانش آموزان و بررسی علل آن پرداختند (۱۵). نتایج این پژوهش، حاکی از آن بود که آن‌چه باعث اضطراب امتحان می‌شود، ترس از عدم موفقیت، استرس بالا و عدم برنامه‌ریزی مناسب زمانی برای مطالعه است. ادواردز و همکاران، نیز در مطالعه‌ای طولی روی دانشجویان پرستاری نشان دادند که استرس رابطه منفی و معنی‌داری با عزت نفس دارد و هر چه در سال‌های اول تحصیل، استرس بیشتر

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت روان دانش آموزان دبیرستانی بود. آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی و مدیریت استرس بر سلامت عمومی موثر بوده است. با توجه به یافته‌های این تحقیق مدیریت استرس کارآمدی بالاتری نسبت به آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی دارد که این یافته‌ها با پژوهش داورنیا و همکاران (۲۹) و پژوهش اصفا و همکاران (۳۰) همخوانی دارد. چنانچه و همکاران، نیز در پژوهشی به بررسی مداخله مدیریت استرس در میان

پشتکار و انگیزه بیشتر را فراهم می‌کند و بر کاهش اهمالکاری اثر می‌گذارد (۱۶).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده پرسشنامه به عنوان یک ابزار خودگزارشی بوده در ابزارهای خودگزارشی ممکن است شرکت کنندگان به دلیل سوگیری مطلوبیت اجتماعی آگاهانه یا ناآگاهانه پاسخ‌های خود را تحریف کرده باشند، از این رو توصیه می‌شود تعمیم یافته‌ها با احتیاط صورت گیرد. براساس یافته‌های این پژوهش، با توجه به نقش مدیریت استرس و آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی در افزایش سلامت عمومی در دانش آموزان و دانشجویان توصیه می‌شود که روانشناسان تربیتی و مشاوران تحصیلی برای افزایش سلامت عمومی، برنامه آموزشی مناسبی را تدوین کنند و راهکارهای ارتقاء سلامت عمومی را به آنان آموزش دهند و بالاخره به پژوهشگران توصیه می‌شود مدل تبیین افزایش سلامت عمومی و کاهش اهمال کاری تحصیلی را در دو گروه دختران و پسران به تفکیک مطالعه کرده و تغییرناپذیری این مدل را مورد بررسی قرار دهند و همچنین برای تبیین بهتر پدیده مدیریت استرس توصیه می‌شود مطالعه موردی را روی دانش آموزان دارای استرس انجام شود.

باشد در سال‌های پایانی تحصیل عزت نفس بیشتر کاهش خواهد یافت (۱۸).

سرمایه‌ی روانشناسی همانند بهزیستی بر رشد توانایی‌های فردی متمرکز می‌شود. از این رو، افراد با سرمایه روانشناختی بالاتر راهکارهای مقابله با استرس کارآمدتری را به کار می‌گیرند. در نتیجه به جای اجتناب از انجام تکالیف درسی و اهمالکاری تلاش و پشتکار برای انجام تکالیف را افزایش داده و بازدهی مطلوبی را به دست می‌آورند. تاب آوری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه‌ی روانشناختی، از طریق اثرگذاری بر توانمندی حل مسئله، استقلال، هدفمندی و باور به آینده روشن، می‌تواند اهمالکاری را کاهش دهد (۱۴). به علاوه، افراد تاب آور به دلیل خودآگاهی بیشتر، نقاط قوت و ضعف خود را شناسایی کرده و سعی می‌کنند که بر نقاط ضعف خود فائق آیند و زمینه‌ی کاهش اهمالکاری تحصیلی را فراهم کنند. بهزیستی روانشناختی تلاش فرد را برای تحقق توانایی‌های بالقوه‌اش بازنمایی می‌کند و بیانگر مقابله با چالش‌ها و شرایط نامطلوب زندگی است و این مزیت نقش مهمی در کاهش اهمالکاری افراد دارد. به علاوه به نظر می‌رسد که پذیرش خود، رشد شخصی، خوشبینی، امید، هدفمندی زندگی، کنترل محیط شخصی، معنویت، جهت یابی خود و ارتباطات مثبت که بهزیستی روانشناختی را بازنمایی می‌کنند، زمینه‌ی

7. Khodayarifard, M. Parand, A. Stress and coping styles, Tehran, University of Tehran Press.
8. Milanifar, B. (2005) Psychology of Exceptional Children and Adolescents. Tehran: Qoms. 2006.
9. Atkinson M, Hornby G. Mental health handbook for schools. London: RoutledgeFalmer; 2002 Jan 17.
10. Girdano, D.A. Dusek, D.E. Everly, G.S. Controlling stress and tension. San Francisco. CA: Pearson Benjamin Cummings. 2008.
11. Bakker MP, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Peer stressors and gender differences in adolescents' mental health: the TRAILS study. Journal of Adolescent Health. 2010 May 1;46(5):444-50.
12. Amone-P'Olak K, Ormel J, Huisman M, Verhulst FC, Oldehinkel AJ, Burger H. Life stressors as mediators of the relation between socioeconomic position and mental health problems in early adolescence: the TRAILS study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009 Oct 1;48(10):1031-8.
13. Keogh E, Bond FW, Flaxman PE. Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: Outcomes and mediators of

References

1. Elzubeir MA, Elzubeir KE, Magzoub ME. Stress and coping strategies among Arab medical students: towards a research agenda. Education for Health. 2010 Apr 1;23(1):355.
2. Mostafavi Rad, F. Tabe Bordbar, F. Zahedi, S. Predicting mental health by examining the variables of organizational justice and quality of work life. Journal of Analytical- Cognitive Psychology. 2010;6:75-87.
3. Jeffrey, N. Spencer, R. Psychology and the challenges of life. Translated by Mohammadi, YS. Arasbaran Press. 2007.
4. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Peer reviewed: evolving definitions of mental illness and wellness. Preventing chronic disease. 2010 Jan;7(1).
5. Nateghian, S. Mollazadeh, J. Gudarzi, MA. Rahimi, Ch. Forgiveness and marital satisfaction in combat veterans with post traumatic stress disorder and their wives. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;10:33-46.
6. Ahadi, H. Banijamali, Sh. Developmental Psychology (Basic Concepts in Child Psychology). Tehran: Bakhshish. 2013.

- change. Behaviour research and therapy. 2006 Mar 1;44(3):339-57.
14. Granath J, Ingvarsson S, von Thiele U, Lundberg U. Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. Cognitive behaviour therapy. 2006 Mar 1;35(1):3-10.
 15. Gurses, A. Kayaa, O. Dogarb, C. Gunesa, K. Yolcu, H. Measurement of secondary school students, test anxiety levels and investigation of their causes. Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010;9:1005-1008.
 16. Deckro GR, Ballinger KM, Hoyt M, Wilcher M, Dusek J, Myers P, Greenberg B, Rosenthal DS, Benson H. The evaluation of a mind/body intervention to reduce psychological distress and perceived stress in college students. Journal of American College Health. 2002 May 1;50(6):281-7.
 17. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. Clinical psychology review. 2007 Jan 1;27(1):46-57.
 18. Edwards D, Burnard P, Bennett K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. Nurse education today. 2010 Jan 1;30(1):78-84.
 19. Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. Nurse education today. 2009 Jul 1;29(5):538-43.
 20. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdipour H. Perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. Social Behavior and Personality: an international journal. 2008 Jan 1;36(2):257-66.
 21. Birchwood J, Daley D. Brief report: The impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms on academic performance in an adolescent community sample. Journal of adolescence. 2012 Feb 1;35(1):225-31.
 22. Vitasari P, Wahab MN, Othman A, Herawan T, Sinnadurai SK. The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1;8:490-7.
 23. Rezaei, M.R. Ejei, J. Gholam Ali Lavasani, M. The effect of teaching strategies to deal with irrational beliefs with a cognitive approach on test anxiety of students. Journal of Clinical Psychology. 2012;4(3):13-20.
 24. Taati F, Shokri O, Shahidi S. The mediating role of optimism on the relationship between experience of and reaction to stressful academic experiences. Contem Psychol. 2013 Jan 1;8(1):73-80.
 25. Sevari K. Construction and standardization of Academic procrastination test. Quarterly of Educational Measurement. 2016 Apr 14;2(5):1-5.
 26. Aminpour, H. Zare, H. Application of Mental Tests. Payame Noor University Press, Chapter 1, (Mental Health Tests). 2013;36-41.
 27. Goleman D. Emotional Intelligence, Self-awareness, Self-control, Empathy, and Helping Others. Trans. NasrinParsa, Tehran. 2004.
 28. Jazayeri, A. Rahimi, A.S. Life skills training series, Danjeh Press. 2018;3:181-190.
 29. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K. Predictor factors of psychological well-being in students. 2014.
 30. Asfa A, Abolmaali Alhosseini K, Hashemian K. Structural Modeling for prediction of Academic Procrastination Based on Psychological Capital with Mediation of Psychological, Emotional and Social Well-being in University Students. jiera. 2018 Jan 21;11(39):25-46.

Original Article

Effectiveness of social-emotional skills training and stress management on general health in high school students

Received: 13/12/2020 - Accepted: 06/05/2021

Asgar Poursalehi¹
Malek Mirhashemi^{2*}

¹ PhD Student in Psychology. Islamic Azad University. Rodhen Branch Iran.

² Associate Professor. Department of Psychology. Islamic Azad University. Rodhen Branch. Iran.

Email: mirhashemi@riau.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to increase general health based on teaching social-emotional skills and stress management in high school students.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental with a pretest, posttest design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included high school students in Tehran's 15th district of education in the academic year of 1998-99 (15 students in the experimental group of emotional-social skills training, 15 students in stress management training and 15 students in the control group). They received a separate form in 7 sessions of 90 minutes. The questionnaires used in this study included the academic procrastination questionnaire (Riding, 2011) and general health questionnaire 28 (GHQ-(Goldberg, 1979)). Repeated measurements and Bephrone follow-up post hoc test were analyzed.

Results: The results showed that emotional-social skills training and stress management have a significant effect on increasing the mental health of high school students ($p < 0.001$). In addition, the results of the follow-up test showed that there was a significant difference between the effectiveness of these two interventions ($p < 0.001$) and stress management training had a greater effect on mental health of the students than emotional-social skills training.

Conclusion: The findings of this study indicated that the training of emotional-social skills and stress management can be used as an effective training to increase mental health.

Key words: Emotional-social skills, Stress management, General health, Students.