

مقایسه‌ی تأثیر آموزش بهداشت روان به دو روش ایفای نقش و گروه‌های کوچک بحث بر سلامت روان پسران نوجوان

آرمیندخت شاه‌ثنائی^۱، زهرا دانا سیادت^۱، علی قانع جهرمی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت روان، یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامتی در دوران نوجوانی می‌باشد که در صورت عدم توجه به آن، سبب بروز عوارض ناگواری در زندگی نوجوانان می‌شود. از این رو، یافتن راهی در جهت افزایش سلامت روان در این دوران امری ضروری است. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه، مقایسه‌ی تأثیر آموزش بهداشت روان به دو روش ایفای نقش و گروه‌های کوچک بر سلامت روان پسران نوجوان می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه بر روی ۱۸۳ دانش‌آموز پسر که به صورت تصادفی از چهار مدرسه‌ی یکی از نواحی آموزش و پرورش شهرستان اصفهان (۹۲ نفر در گروه‌های کوچک بحث و ۹۱ نفر در گروه ایفای نقش) انتخاب شدند، انجام گرفت. ارزیابی مداخله با پرسش‌نامه‌ی Goldberg انجام گرفت که قبل و دو ماه بعد از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه تکمیل شد.

یافته‌ها: آموزش در دو روش مختلف ایفای نقش و گروه‌های کوچک بحث، در بهبود سلامت عمومی مؤثر بود، اما در گروه ایفای نقش ($1/57 \pm 8/74$)، تأثیر کمتری نسبت به گروه‌های کوچک بحث ($10/52 \pm 14/58$) داشت ($P < 0/003$). همچنین، در گروه ایفای نقش علائم اضطرابی ($2/46 \pm 2/34$)، کارکرد اجتماعی ($2/60 \pm 2/74$) و علائم جسمانی ($3/13 \pm 2/32$) نسبت به علائم اضطرابی ($3/55 \pm 3/11$) ($P = 0/001$)، کارکرد اجتماعی ($3/57 \pm 3/11$) ($P = 0/001$) و علائم جسمانی ($3/26 \pm 4/01$) ($P = 0/011$) در گروه‌های کوچک بحث، به طور معنی‌داری کمتر بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر روش ایفای نقش در بهبود سلامت عمومی، می‌توان این روش را در ارتقای سلامت دانش‌آموزان مورد استفاده قرار داد.

واژگان کلیدی: بهداشت روان، آموزش، نوجوانان

ارجاع: شاه‌ثنائی آرمیندخت، سیادت زهرا دانا، قانع جهرمی علی. مقایسه‌ی تأثیر آموزش بهداشت روان به دو روش ایفای نقش و گروه‌های کوچک

بحث بر سلامت روان پسران نوجوان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۸۷): ۷۷۱-۷۷۸

قابلیت‌ها و در نهایت، آینده و سرنوشت فرد را تحت تأثیر جدی قرار دهد. از این رو، توجه به نیازهای مادی و معنوی نوجوانان از اهمیت خاصی برخوردار است (۳)؛ به گونه‌ای که میزان ناخوشی روانی در نوجوانان و دانشجویان کشورهای پیشرفته، ۱۰-۱۲ درصد می‌باشد که صرف نظر از شدت آن، به عنوان یکی از علت‌های مهم اخراج، شکست تحصیلی و ترک تحصیل دانشجویان شناخته شده است (۴-۶). در پژوهش ریسی و همکاران، تأثیر جلسات مشاوره‌ی حضوری آموزش بهداشت روان بر سلامت روان فرزندان خانواده‌های طلاق بررسی گردید. نتایج نشان داد که برگزاری جلسات حضوری و گروهی آموزش بهداشت روان در قالب آموزش مهارت‌های زندگی

مقدمه

سلامت روان، یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامتی انسان است. همچنین، لازمه‌ی رشد و شکوفایی انسان‌ها سلامت روان است. از این رو، تأمین حفظ و ارتقای سلامت فکر و اندیشه، بالا بردن توانایی مقابله با مشکلات روزمره، توانایی برقراری و حفظ روابط سالم و صمیمانه با هم‌نوعان، داشتن زندگی هدفمند و لذت بردن از آن، از اهمیت زیادی برخوردار است (۱-۲). در این بین، در جهت پرورش افراد مفید برای پیشرفت و توسعه‌ی جامعه و با توجه به این که سال‌های نوجوانی، دوره‌ی شکل‌گیری ساختار شخصیت فردی و اجتماعی انسان است، بروز نابسامانی‌ها و از جمله آسیب‌پذیری به اختلالات روانی، می‌تواند

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ali_gthane2000@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: علی قانع جهرمی

عبارت از نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی (سؤال ۷-۱۷ شکایات جسمانی، ۱۴-۸ اضطراب، ۲۱-۱۵ عملکرد اجتماعی و ۲۸-۲۲ افسردگی) می‌باشند. شیوه‌ی نمره‌گذاری عبارات در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای بین ۳-۰ می‌باشد. در خصوص نمره‌ی کل به دست آمده از پرسش‌نامه، نمره‌ی کمتر از ۲۲ بدون مشکل، نمرات ۲۳-۴۰ دارای اختلال خفیف سلامت روان، نمرات ۴۱-۶۰ دارای اختلال متوسط روان و نمرات ۸۴-۶۱ دارای اختلال شدید سلامت روان می‌باشد. در خصوص زیر مقیاس‌ها نیز نمره‌ی کمتر از ۶ بدون مشکل، نمرات ۷-۱۱ دارای اختلال خفیف، نمرات ۱۶-۱۲ دارای اختلال متوسط و نمرات ۲۱-۱۷ دارای اختلال شدید می‌باشند. این پرسش‌نامه، دارای روایی و پایایی مطلوب می‌باشد؛ به طوری که Williams و همکاران در کشور انگلیس با انجام فراتحلیل بر ۴۳ تحقیق که ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت (Sensitivity) ۸۴ درصد و ویژگی (Specificity) ۸۲ درصد اشاره نمودند (۱۱). روایی و پایایی این پرسش‌نامه بر اساس دو روش دوباره‌سنجی و Cronbach's alpha مورد بررسی قرار داده شده که به ترتیب ۰/۷ و ۰/۹ به دست آمده است (۱۲).

روش مداخله: ابتدا به طور تصادفی و با قرعه‌کشی، یکی از نواحی آموزش و پرورش شهرستان اصفهان از بین شش ناحیه انتخاب شد و پس از استخراج لیست مدارس دوره‌ی اول متوسطه از آن ناحیه، چهار مدرسه به صورت تصادفی و قرعه انتخاب شدند. بار دیگر، به روش تصادفی و قرعه‌کشی دو مدرسه در لیست آموزش به عنوان گروه بحث (Group discussion) و دو مدرسه در لیست آموزش به عنوان گروه ایفای نقش (Role playing) قرار گرفتند. از هر مدرسه، ۴۵ نفر با توجه به معیارهای ورود در مطالعه شرکت کردند. (شکل ۱).

مداخله به دو صورت آموزش در گروه‌های کوچک ۱۰-۸ نفره و آموزش به صورت ایفای نقش صورت گرفت و برای هر گروه، دو جلسه شامل آموزش مهارت‌های زندگی و یک جلسه جهت ارزیابی مداخله انجام گرفت. محتوای آموزش شامل مهارت حل مسئله (دارای دو سناریوی مسئله‌مدار و مقابله‌مدار) و مهارت فردی (دارای سه سناریو شامل سه حیطه‌ی خشم و پرخاشگری، قاطعیت و سلطه‌پذیری) بود. در ابتدا، توضیحی در خصوص سناریوها داده شد و سپس، آموزش‌های لازم در هر حیطه برای دانش‌آموزان ارائه گردید؛ به گونه‌ای که مهارت حل مسئله شامل آموزش در خصوص تعریف و تجزیه و تحلیل مسئله، تولید (خلق راه‌حل‌های متعدد)، ارزیابی سود و زیان، معایب و محاسن، راه‌حل‌ها و انتخاب از بین آن‌ها و ارزیابی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه حل بود.

در حیطه‌ی خشم، جرأت‌آموزی (تا بدین وسیله عصبانیت خود را سرکوب یا درونی نکنند، بلکه آن را به روش‌های منطقی غیر

در افزایش سلامت روانی شرکت کنندگان مؤثر است (۷). هدف از آموزش بهداشت روانی، افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی، مواجهه‌ی مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی و در نهایت، پیش‌گیری از ایجاد رفتارهای آسیب‌رسان به بهداشت و سلامت و ارتقای سطح سلامت روان افراد است (۸). قابل توجه این است که طرح‌های مبتنی بر راهبرد پیش‌گیرانه، به طور عمده بر سطوح دوم و سوم پیش‌گیری استوار است و کمتر به پیش‌گیری اولیه که اساسی‌ترین روش جهت جلوگیری از بروز اختلالات روانی است، می‌پردازد. از جمله برنامه‌های پیش‌گیری سطح اول، می‌توان به برنامه‌ی آموزش بهداشت روانی اشاره کرد. آموزش یکی از مهم‌ترین ارکان خدمات بهداشت روانی است که شامل آشنا کردن مردم با اصول و مفهوم بهداشت روانی می‌باشد و بایستی به طور فراگیر برای کلیه‌ی اقشار جامعه به خصوص نوجوانان اجرا گردد (۹-۱۰).

از این رو، با توجه به ضرورت‌های بیان شده در باب حساسیت آموزش سلامت روانی نوجوانان، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و مطالعه‌ی تأثیر آموزش بهداشت روان به دو روش ایفای نقش و گروه‌های کوچک بر سلامت روان پسران نوجوان شهر اصفهان در یک منطقه بر اساس استانداردهای روان‌شناسی، انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی نیمه‌تجربی تصادفی بود که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی دوره‌ی اول در مدارس دولتی یکی از نواحی آموزش و پرورش استان اصفهان در شهرستان اصفهان انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه، پسران دانش‌آموز ۱۵-۱۲ ساله‌ی مدارس دولتی بودند که در یک ناحیه از آموزش و پرورش شهرستان اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تحصیل می‌کردند.

معیارهای ورود شامل دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۲ ساله و رضایت به انجام مطالعه بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم رضایت به ادامه‌ی مطالعه و یا عدم تکمیل پرسش‌نامه و یا تحویل پرسش‌نامه‌ی ناقص به میزان ۱۰ درصد بود. تعداد ۱۸۳ نفر با توجه به معیارهای ورود، به مطالعه وارد شدند.

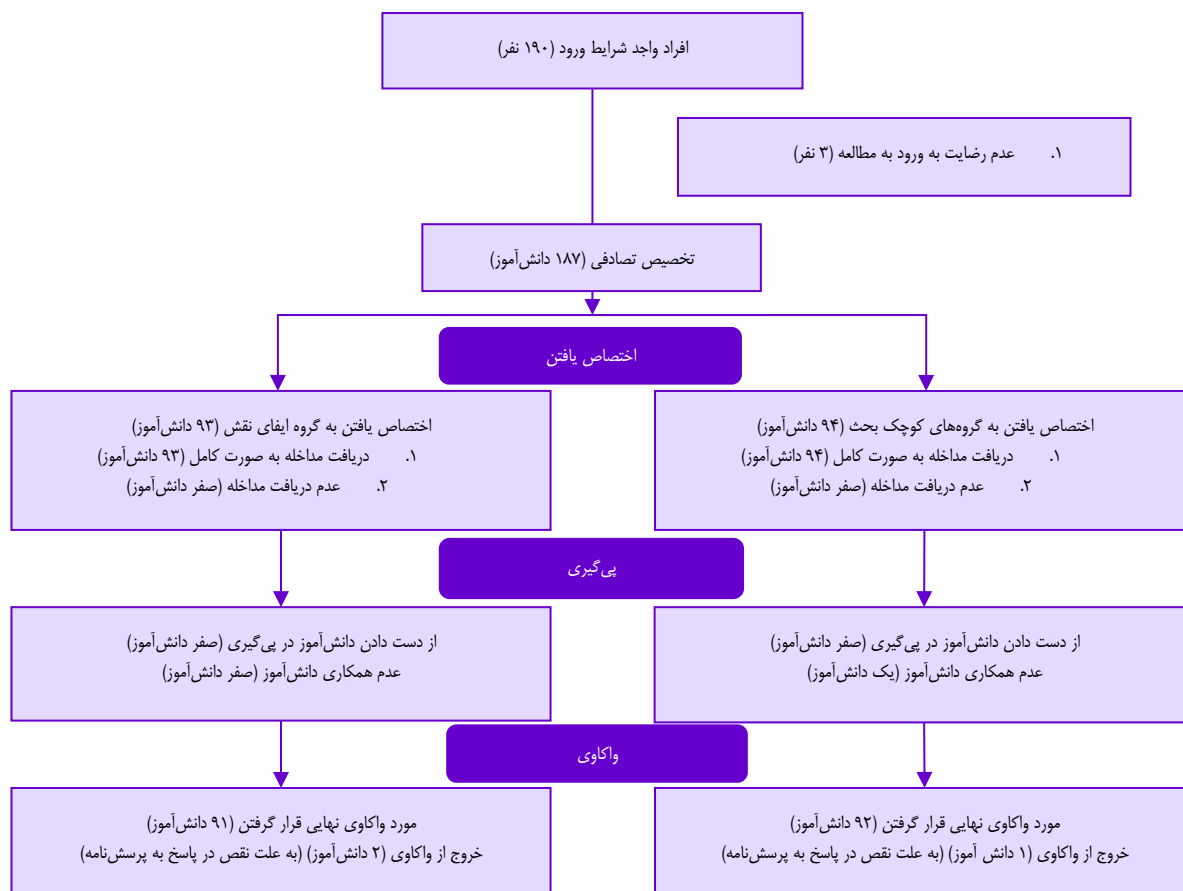
ابزار گردآوری داده‌ها: ارزیابی مداخله با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire) Goldberg یا GHQ-28 انجام گرفت که قبل و دو ماه بعد از مداخله، توسط نوجوانان شرکت‌کننده در مطالعه تکمیل شد. همچنین، مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان شامل سن، تحصیلات و شغل پدر و مادر، تعداد خواهر و برادر و ویژگی‌های محل سکونت پرسش و ثبت گردید. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی Goldberg، دارای ۲۸ سؤال در ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس، ۷ عبارت دارد. این مقیاس‌ها،

مدرسه و دانش‌آموزان مورد مطالعه، به طور دقیق توضیح داده و از دانش‌آموزان، رضایت‌نامه‌ی کتبی دریافت شد. اطلاعات جمع‌آوری شده، به طور کامل محرمانه بود و فقط در اختیار محقق قرار داشت.

واکاوی آماری: تمامی اطلاعات دانش‌آموزان شامل عوامل دموگرافیک در چک لیست ساخته شده توسط مجری ثبت گردید و وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) شد. واکاوی آماری در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه گردید. در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی GHQ به عنوان متغیر اصلی در گروه‌های مختلف ارائه گردید و کلیه‌ی ویژگی‌های دموگرافیک دانش‌آموزان نیز بر اساس معیارهای توصیفی گزارش شد. برای واکاوی یافته‌های کیفی، از آزمون χ^2 برای مقایسه‌ی نمره‌ی قبل و بعد در هر گروه به صورت مجزا، از آزمون Paired t و برای مقایسه‌ی دو گروه بعد از آموزش با در نظر گرفتن نمره‌ی قبل از آموزش، از آزمون MANCOVA استفاده شد. کلیه‌ی آزمون‌ها در سطح $P < 0/05$ مورد بررسی قرار گرفت.

پرخاشگرانه ابراز دارند، آموزش عصبانیت جزئی از زندگی (همان گونه که نمی‌توان مانع رخداد وقایع سخت و دشوار شد، پدیده‌های مولد عصبانیت را نیز نمی‌توان حذف کرد) و آموزش روش‌های تغییر رفتار برای تأثیرگذاری بر عصبانیت و کاستن از شدت آن بود که شامل آموزش آرمیدگی، بازسازی شناختی، مسأله‌گشایی، ورزش، شوخ‌طبعی، اجتناب، تغییر محیط، ارتباط بهتر و زمان‌بندی بود. در الگوی قاطعیت، آموزش صداقت و احترام به خود و دیگران، توانایی یادگیری گفتگوی روشن، شنونده‌ی حرف دیگران بودن، منصف بودن، احترام برانگیز بودن و صریح بودن مورد آموزش قرار گرفت. در الگوی سلطه‌پذیری، بیان منطقی ناراحتی، مهارت نه گفتن، جرأت‌ورزی، صحبت و طرح مسأله با فرد مورد نظر در خصوص ناراحتی رخ داده بود. در گروه بحث، احتمال خروج از مسیر اصلی و زمان‌بر بودن و مشارکت بیش از حد برخی افراد، از معایب این روش هستند. در گروه ایفای نقش نیز زمان‌بر بودن، خارج شدن از حالت آموزشی و به صورت سرگرمی در آمدن و همچنین، عدم امکان ایفای نقش برای همه‌ی اعضای گروه از معایب احتمالی می‌باشند.

ملاحظات اخلاقی: هدف و روش اجرای مطالعه، برای مسئولان



شکل ۱. فلوچارت مطالعه (CONSORT format)

یافته‌ها

از ۱۸۷ دانش‌آموز پسر وارد شده به مطالعه، نتایج ۱۸۳ دانش‌آموز (۹۲ نفر در گروه‌های کوچک بحث و ۹۱ نفر در گروه ایفای نقش) بررسی شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $14/39 \pm 0/48$ سال بود. از نظر ویژگی‌های دموگرافیک، سن، تعداد خواهران و برادران، محل سکونت، شغل و تحصیلات پدر و شغل و تحصیلات مادر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت (جدول ۱).

بر اساس جدول ۲، در بررسی سلامت عمومی و خردره مقیاس‌های آن در چهار حیطه‌ی علایم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی دو گروه قبل از مداخله مشابه بودند ($P > 0/050$)، اما پس از مداخله و با انجام آزمون Paired t، نمره‌ی کل سلامت عمومی، زیرمقیاس علایم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی در دو گروه مورد مطالعه کاهش معنی‌دار داشت که به معنی بهبود وضعیت سلامت بود ($P < 0/001$). پس از مداخله، میانگین نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی در گروه ایفای نقش به صورت معنی‌داری کمتر از گروه‌های کوچک بحث بود ($P = 0/003$). در خصوص زیرمقیاس‌های مورد مطالعه و نمره‌ی کل، به منظور این که تأثیر نمره‌ی پرسش‌نامه قبل از مداخله بر نمره‌ی

نهایی سنجیده و سپس، دو گروه مقایسه شوند، آزمون MANCOVA انجام شد. بر این اساس، در گروه ایفای نقش، کاهش معنی‌داری در نمره‌ی زیرمقیاس علایم اضطرابی ($P = 0/001$) و کارکرد اجتماعی ($P = 0/004$) و نیز علایم جسمانی ($P = 0/011$) نسبت به گروه‌های کوچک بحث وجود داشت، اما تفاوت معنی‌داری در خصوص علایم افسردگی ($P = 0/076$) میان دو گروه دیده نشد. همچنین، قبل از مداخله ۴ مورد شامل ۲ نفر (۲/۲ درصد) در گروه ایفای نقش و ۲ نفر (۲/۲ درصد) در گروه‌های کوچک بحث، دارای اختلال شدید، ۱۰ مورد (۵/۵ درصد) شامل ۶ نفر (۶/۶ درصد) در گروه ایفای نقش و ۴ نفر (۴/۳ درصد) در گروه‌های کوچک بحث، دارای اختلال متوسط و در نهایت، ۴۷ مورد (۲۵/۷ درصد) شامل ۲۲ نفر (۲۴/۲ درصد) در گروه ایفای نقش و ۲۵ نفر (۲۷/۲ درصد) در گروه‌های کوچک بحث، دارای اختلال خفیف بودند، اما این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/900$). در حالی که پس از مداخله، هیچ موردی از اختلال شدید دیده نشد و ۶ مورد (۳/۳ درصد) دارای اختلال متوسط بودند؛ بدین معنا که هیچ موردی از اختلال متوسط در گروه ایفای نقش دیده نشد و ۶ نفر (۶/۵ درصد) در گروه‌های کوچک بحث با این اختلال شناخته شدند ($P = 0/007$) (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و فراوانی (درصد) متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	گروه‌های کوچک بحث (n = 92)	ایفای نقش (n = 91)	مقدار P
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تعداد خواهران و برادران	ندارد	۲۷ (۲۹/۳)	۱۹ (۲۰/۹)	۰/۲۳۷
	یک	۳۲ (۳۴/۸)	۴۲ (۴۶/۲)	
	دو و بیشتر	۳۳ (۳۵/۹)	۳۰ (۳۳/۰)	
ویژگی محل سکونت	شخصی	۶۰ (۶۵/۲)	۵۷ (۶۲/۶)	۰/۷۱۶
	استیجاری	۳۲ (۳۴/۸)	۳۴ (۳۷/۴)	
تحصیلات پدر	کمتر از دیپلم	۱۹ (۲۰/۷)	۱۷ (۱۸/۷)	۰/۵۳۲
	دیپلم	۳۳ (۳۵/۹)	۴۰ (۴۴/۰)	
	بالتر از دیپلم	۴۰ (۴۳/۵)	۳۴ (۳۷/۴)	
شغل پدر	بی‌کار	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۰/۱۳۴
	کارگر	۱۹ (۲۰/۷)	۲۹ (۳۱/۹)	
	کارمند	۳۱ (۳۳/۷)	۱۸ (۱۹/۸)	
	آزاد	۴۱ (۴۴/۶)	۴۳ (۴۷/۳)	
تحصیلات مادر	کمتر از دیپلم	۲۳ (۲۵/۰)	۲۲ (۲۴/۲)	۰/۰۸۱
	دیپلم	۳۶ (۳۹/۱)	۲۳ (۲۵/۳)	
	بالتر از دیپلم	۳۳ (۳۵/۹)	۴۶ (۵۰/۵)	
شغل مادر	خانه‌دار	۶۷ (۷۲/۸)	۷۲ (۷۹/۱)	۰/۳۱۹
	شاغل	۲۵ (۲۷/۲)	۱۹ (۲۰/۹)	
سن (سال)		میانگین \pm انحراف معیار ۱۴/۴۵ \pm ۰/۵۰	میانگین \pm انحراف معیار ۱۴/۳۲ \pm ۰/۴۷	۰/۰۸۰

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در دو گروه مورد مطالعه

مقدار P	گروه‌های کوچک بحث	گروه ایفای نقش	نمره‌ی Goldberg
> ۰/۰۵۰	۶/۶ ± ۳/۴۲	۶/۴۹ ± ۲/۸۰	علائم جسمانی
۰/۰۱۱	۴/۰۱ ± ۳/۲۶	۳/۱۳ ± ۲/۳۲	علائم اضطرابی و اختلال خواب
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	مقدار *P
> ۰/۰۵۰	۵/۴۷ ± ۳/۰۰	۵/۳۱ ± ۳/۰۲	علائم اضطرابی و اختلال خواب
۰/۰۰۱	۳/۵۵ ± ۳/۱۱	۲/۴۶ ± ۲/۳۴	علائم اضطرابی و اختلال خواب
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	مقدار *P
> ۰/۰۵۰	۶/۱۳ ± ۳/۴۴	۶/۲۵ ± ۳/۸۴	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۴	۳/۵۷ ± ۲/۹۶	۲/۷۴ ± ۲/۶۰	کارکرد اجتماعی
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	مقدار *P
> ۰/۰۵۰	۵/۴۰ ± ۲/۸۷	۶/۰۳ ± ۳/۴۴	علائم افسردگی
۰/۰۷۶	۳/۴۴ ± ۳/۱۱	۲/۷۸ ± ۲/۶۶	علائم افسردگی
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	مقدار *P
> ۰/۰۵۰	۲۲/۷۳ ± ۹/۹۷	۲۳/۴ ± ۱۰/۵۱	نمره‌ی کل
۰/۰۰۳	۱۴/۵۸ ± ۱۰/۵۲	۱۱/۵۷ ± ۸/۷۴	نمره‌ی کل
< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	مقدار *P

* بر اساس آزمون Paired t

بحث

دانش‌آموزان در گروه ایفای نقش، به مراتب بهتر از گروه‌های کوچک بحث می‌باشد. به عبارت دیگر، روش ایفای نقش، سبب کاهش نمره‌ی سلامت عمومی و بهبود دو زیر مقیاس اضطراب و کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی شد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که آموزش در دو روش مختلف ایفای نقش و گروه‌های کوچک بحث، سبب کاهش معنی‌داری در نمرات سلامت عمومی (بهبود شرایط) شد، اما مشخص شد که شرایط

جدول ۳. فراوانی اختلال سلامت عمومی و زیر مقیاس‌ها قبل و پس از مداخله در دو گروه مورد مطالعه

منتخب	گروه	گروه‌های کوچک بحث (n = ۹۲)		ایفای نقش (n = ۹۱)	
		قبل	بعد	قبل	بعد
سلامت عمومی	اختلال خفیف	۲۵ (۲۷/۲)	۶ (۶/۵)	۲۲ (۲۴/۲)	۱۵ (۱۶/۵)
	اختلال متوسط	۴ (۴/۳)	۶ (۶/۵)	۶ (۶/۶)	۰ (۰)
	اختلال شدید	۲ (۲/۲)	۰ (۰)	۲ (۲/۲)	۰ (۰)
علائم جسمانی	اختلال خفیف	۳۴ (۳۷/۰)	۹ (۹/۸)	۳۲ (۳۵/۲)	۹ (۹/۹)
	اختلال متوسط	۴ (۴/۳)	۶ (۶/۵)	۲ (۲/۲)	۰ (۰)
	اختلال شدید	۳ (۳/۳)	۰ (۰)	۲ (۲/۲)	۰ (۰)
اضطراب	اختلال خفیف	۱۹ (۲۰/۷)	۵ (۵/۴)	۱۴ (۱۵/۴)	۵ (۵/۵)
	اختلال متوسط	۳ (۳/۳)	۳ (۳/۳)	۵ (۵/۵)	۱ (۱/۱)
	اختلال شدید	۲ (۲/۲)	۱ (۱/۱)	۱ (۱/۱)	۰ (۰)
کارکرد اجتماعی	اختلال خفیف	۲۲ (۲۳/۹)	۶ (۶/۵)	۲۴ (۲۶/۴)	۱۰ (۱۱)
	اختلال متوسط	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۲)	۲ (۲/۲)	۰ (۰)
	اختلال شدید	۳ (۳/۳)	۱ (۱/۱)	۵ (۵/۵)	۰ (۰)
افسردگی	اختلال خفیف	۱۴ (۱۵/۲)	۷ (۷/۶)	۱۸ (۱۹/۸)	۱۰ (۱۱)
	اختلال متوسط	۲ (۲/۲)	۲ (۲/۲)	۵ (۵/۵)	۰ (۰)
	اختلال شدید	۲ (۲/۲)	۱ (۱/۱)	۲ (۲/۲)	۰ (۰)

* Chi-square test

دموگرافیک دانش‌آموزان، تفاوت در نوع مطالعه و نحوه‌ی ایفای نقش و تفاوت در معیارهای ورود و خروج از مطالعه باشد.

با توجه به ارتباط قابل توجه بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین در اقشار جامعه و مشکلات سلامت روان و همچنین، وجود مستندات مبنی بر ارتباط مشکلات سلامت روان و حوادث استرس‌زای زندگی نظیر قرار گرفتن در معرض خشونت و جنایت، بیماری‌های جسمی، محیط استرس‌زای شغلی و ... (۱۷) و با توجه به اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان نوجوان قبل از مداخله در مطالعه‌ی حاضر و بهبود نسبی سلامت عمومی به خصوص اختلال کارکرد اجتماعی و علائم اضطراب پس از مداخله به خصوص در روش ایفای نقش، استفاده از این روش به صورت هدفمند برای تمام دانش‌آموزان در مدارس پیشنهاد می‌شود تا بدین صورت سبب ارتقای کیفیت زندگی دانش‌آموزان و کاهش تنش‌ها و استرس‌ها در این دوران شده و از بروز حوادث ناگوار بعدی جلوگیری شود.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم پاسخ‌گویی با حوصله به پرسش‌نامه توسط دانش‌آموزان بود. از این رو، استفاده از پرسش‌نامه‌هایی با تعداد سؤالات کمتر در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری نهایی این که آموزش در دو روش مختلف ایفای نقش و گروه‌های کوچک بحث، سبب بهبود معنی‌داری در نمرات سلامت عمومی (بهبود شرایط) شد و موارد شدید اختلال سلامت عمومی در بین دانش‌آموزان را رفع نمود، اما مشخص شد که شرایط دانش‌آموزان در گروه ایفای نقش به مراتب بهتر از گروه‌های کوچک بحث می‌باشد. از این رو، با توجه به این که روش ایفای نقش در بهبود سلامت عمومی مؤثر بوده است، می‌تواند این روش را در ارتقای سلامت دانش‌آموزان مورد استفاده قرار داد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی با کد ۳۹۶۱۲۸ می‌باشد که با حمایت‌های معنوی و مادی حوزه‌ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همکاری اداره‌ی آموزش و پرورش اصفهان و دانش‌آموزان مدارس انجام گرفته است. بدین وسیله از زحمات این عزیزان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

در مطالعه‌ی استوار و همکاران با هدف مقایسه‌ی تأثیر دو روش آموزش ایفای نقش و کلاسیک در زمینه‌ی بهداشت قاعدگی بر رفتار دختران مدارس راهنمایی، بیان گردید که روش آموزش ایفای نقش، برتری معنی‌داری نسبت به روش کلاسیک در ارتقای آگاهی و نگرش و عملکرد دختران در زمینه‌ی بهداشت قاعدگی دارد (۱۳). در مطالعه‌ی حاضر نیز مشخص شد که ارتقای بهداشت روانی با انجام روش ایفای نقش به صورت معنی‌داری سبب کاهش علائم اضطراب و اختلال کارکرد اجتماعی نوجوانان می‌شود و روش برتری نسبت به روش گروه‌های کوچک بحث می‌باشد.

در مطالعه‌ی Lewis و همکاران به منظور بررسی تأثیر ایفای نقش در آموزش دانش‌آموزان، نشان داده شد که ایفای نقش به صورت معنی‌داری سبب افزایش اعتماد به نفس دانش‌آموزان نسبت به روش‌های دیگر آموزشی نظیر روش کنفرانس می‌شود (۱۴). نتایج این مطالعه، همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد؛ چرا که در مطالعه‌ی حاضر نیز مشخص شد که در گروه ایفای نقش، علائم اضطراب و اختلال کارکرد اجتماعی به صورت معنی‌داری نسبت به گروه‌های کوچک بحث بهبود یافت.

از سوی دیگر، در پژوهش Syed Sheriff و همکاران با هدف بررسی روش‌های ایفای نقش و گروه‌های کوچک بحث در آموزش سلامت روان دانش‌آموزان، مشاهده گردید که هیچ تفاوتی در دو روش پیش گفته وجود ندارد و هر دو روش، به صورت یکسانی سبب بهبود آگاهی دانش‌آموزان شدند (۱۵). همچنین، در مطالعه‌ی که Roberts و همکاران به منظور بررسی تأثیر آموزش سلامت روان به روش ایفای نقش در مقایسه با روش‌های معمول بر روی ۳۳۲ دانش‌آموز انجام دادند، مشخص شد که هیچ تفاوتی در روش‌های آموزش میان دانش‌آموزان وجود ندارد و روش ایفای نقش، سبب افزایش انگیزه در دانش‌آموزان نمی‌شود (۱۶). این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد که روش ایفای نقش به صورت معنی‌داری سبب کاهش علائم اختلال سلامت عمومی می‌شود و نسبت به روش گروه‌های بحث کوچک، تأثیر به‌سزایی در آموزش دانش‌آموزان دارد. علت این اختلاف، ممکن است ناشی از تفاوت در حجم نمونه‌ی مورد مطالعه، تفاوت در شاخص‌های

References

- Jaffari A, Sadri J, Fathi Aghdam G. Relationship between family efficiency and religiosity and mental health of male and female students. *Counseling Research and Development* 2007; 6(22): 107-15. [In Persian].
- Ahangarzadeh Rezaee S, Izadi A. The effect of anger management training on nursing students' mental health in Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 10(4): 502-7. [In Persian].
- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6): 715-25.
- Yousefi n, Jadidi h, Shirbegi N. An investigation mental health in students among as predictive of

- academic performance. *Journal of Medical Education Development* 2013; 5(9): 63-73. [In Persian].
5. Navidian A. *Concepts in psychiatric nursing*. 1st ed. Tehran, Iran: Andishmand Publications; 2005. p. 13-7. [In Persian].
 6. Khodabakhsh M, Mansouri P. The effect of life skills education on psychological health. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(3): 51. [In Persian].
 7. Raisee R, Ganji F, Shahmoradi R, Mardanpour-Shahrekordi E, Shemiyan A, Nekouee A, et al. The effect of life skills face to face meeting on mental health of children of divorce. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2012; 14(4): 30-7.
 8. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(6): 716-22.
 9. Kooshan M, Vagheai C. *Psychiatric nursing: Mental health*. 1st ed. Tehran, Iran: Andishe Rafie Publications; 2004. p. 6-22. [In Persian].
 10. Maddi Neshat M, Lashkardoost H, Tabatabaei Chehr M. Nursing students' experience of training according to problem solving, based on role playing, and video clips in a department of psychiatry. *J Med Educ Dev* 2014; 9(1): 57-69. [In Persian].
 11. Williams P, Wilkinson G, Rawnsley K. *The scope of epidemiological psychiatry*. London, UK: Routledge; 1989.
 12. Taghavi MR. Validity and reliability of General Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology* 2001; 5(4): 381-98. [In Persian].
 13. Ostovar R, Fararue M, Mohamed F. Comparison of classic vs. role plays teaching methods on the menstrual hygiene behavior of secondary school girls in Iran. *Armaghane-danesh* 2013; 18(5): 410-9. [In Persian].
 14. Lewis D, O'Boyle-Duggan M, Chapman J, Dee P, Sellner K, Gorman S. 'Putting words into action' project: Using role play in skills training. *Br J Nurs* 2013; 22(11): 638-44.
 15. Syed Sheriff RJ, Bass N, Hughes P, Ade-Odunlade P, Ismail A, Whitwell S, Jenkins R. Use of interactive teaching techniques to introduce mental health training to medical schools in a resource poor setting. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2013; 16(4): 256-63.
 16. Roberts LM, Wiskin C, Roalfe A. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduate student attitudes. *Fam Med* 2008; 40(7): 477-83.
 17. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*. 2005 Oct; 4(3): 181-185.

Evaluating the Effects of Mental Health Education by Two Methods of Role Playing and Small Group Discussion on Boy Teenagers' Mental Health

Armindokht Shahsanai¹, Zahra Dana Siadat¹, Ali Ghane-Jahromi²

Original Article

Abstract

Background: Mental health is one of the most significant aspects of health in adolescence, to which, if we do not pay attention, may lead to complications in teenagers' life. Therefore, it is necessary to find a way to increase mental health in this period. This study aimed to compare the effect of mental health education by two methods, role playing and small group discussion, on boy teenagers' mental health.

Methods: This was a study on 183 boy students selected randomly from 4 random schools in one of areas of education and training in Isfahan City, Iran (92 boys in small groups of discussion and 91 in play a role group). Evaluation of the intervention was carried out prior to Goldberg questionnaire, two months after the intervention.

Findings: The education led to a significant decrease in the overall mental health score in both the methods, but in the role playing group, the effect was more (11.57 ± 8.74) than small groups of discussion (14.58 ± 10.52) ($P < 0.003$). Moreover, anxiety symptoms (2.46 ± 2.34 vs. 3.55 ± 3.11 , $P = 0.001$), social functioning (2.74 ± 2.6 vs. 3.57 ± 2.96 , $P < 0.001$) and physical symptoms (3.13 ± 2.32 vs. 4.01 ± 3.26 , $P = 0.011$) were significantly less in role playing group, too.

Conclusion: Regarding the effect of role playing method in improving public health, it can be used effectively to promote boy students' mental health.

Keywords: Mental Health, Education, Teens

Citation: Shahsanai A, Siadat ZD, Ghane-Jahromi A. Evaluating the Effects of Mental Health Education by Two Methods of Role Playing and Small Group Discussion on Boy Teenagers' Mental Health. J Isfahan Med Sch 2018; 36(487): 771-8.

1- Assistant Professor, Department of Preventive and Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Ali Ghane-Jahromi, Email: ali_ghane2000@yahoo.com