

بررسی تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل بزنف بر رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان در نوجوانان دختر

*دکتر فرید عبادی فردآذر (Ph D)^۱ - دکتر مهناز صلحی (Ph D)^۱ - دکتر مسعود رودباری (Ph D)^۲ - آزاده صادقی (St)^۱

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت

پست الکترونیک: azadeh_sadeghi87@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۶

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت شناخت زود هنگام بیماری‌های روانی و نقش آموزش به موقع مسائل سلامت روان در دوره نوجوانی این تحقیق انجام گرفت.

هدف: تعیین تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل بزنف، بر رفتارهای پیشگیری کننده بر سلامت روان در نوجوانان دختر.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی، در جامعه دانش آموزان دختر پایه دوم راهنمایی مدارس دولتی، در منطقه ۶ تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تعداد نمونه ۱۰۶ نفر در دو گروه مورد و گروه شاهد بود. نوجوانان گروه مورد به مدت یازده جلسه یک ساعته به روش بحث گروهی و سخنرانی آموزش دیدند و نمونه‌ها طی دو مرحله قبل و بعد (با فاصله یک ماه بعد از آموزش) توسط پرسشنامه‌ای که با توجه به متغیرهای مورد بررسی در مدل بزنف توسط پرسشگر ساخته شد با آزمون‌های آماری کای دو، تی تست و تی زوج آزمون شدند.

نتایج: نتیجه آزمون کای دو بین دسته بندی عوامل قاندرسازی در دو گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معنی داری را نشان داد ($p < 0/001$). نتایج آزمون تی تست اختلاف معنی داری را بین میانگین نمره نگرش ($p < 0/001$) و رفتارهای مورد بررسی ($p = 0/005$) در نوجوانان دو گروه نشان داد. ولی میانگین نمره نرَم‌های انتزاعی در دو گروه مورد، اختلاف معنی داری نداشت ($p = 0/896$).

نتیجه‌گیری: آموزش سلامت روان در نوجوانان بر اساس مدل بزنف در زمینه عامل قاندرسازی، نگرش و رفتارهای سالم، مؤثر بوده ولی به نظر می‌رسد که در نرَم‌های انتزاعی زمان بیشتری جهت تأثیر آموزش نیاز می‌باشد.

کلید واژه‌ها: بهداشت روانی / نوجوانان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۳، صفحات: ۲۹-۲۰

مقدمه

شواهد اپیدمیولوژی نشان می‌دهد که اختلالات عاطفی و روان شناختی از عوامل مهم و رو به افزایش ابتلا، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع است (۱ و ۲). طبق آمار، اختلالات روانی و رفتاری شیوع بالایی دارد، به نحوی که ۲۰ تا ۲۵ درصد از کل افراد در دوره‌ای از زندگی خود دچار این اختلالات می‌شوند (۳). نوجوانان جزء گروه آسیب پذیر از نظر روانی محسوب می‌شوند (۴) و این دوره به دلایل متعدد برای نوجوان همراه با استرس است (۵) و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ درصد ابتلا به اختلالات روانی در کشورهای مختلف جمعیت زیر ۱۶ سال از ۱۲ تا ۲۹ درصد متغیر بوده و این در حالی است که تنها ۱۰ تا ۲۲ درصد موارد به‌وسیله سیستم مراقبت‌های پزشکی تشخیص داده شده‌اند (۶).

بلوغ را می‌توان از مهم‌ترین دوره‌های زندگی دانست که از نظر فیزیولوژیکی، فیزیکی و روانی تحولات بسیار عمیقی در فرد ایجاد می‌کند. نوجوان در این دوره از نظر جسمانی در حال رشد و از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از لحاظ فرهنگ اجتماعی بسیار شکننده و تحت تأثیر است (۷). به طور کلی واژه نوجوانی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، به سنین ۱۹-۱۰ سالگی گفته می‌شود. در حال حاضر در حدود ۳۵ درصد جمعیت دنیا در این سن قرار دارند (۸). تقریباً یک پنجم کودکان و نوجوانان دنیا ۱۷ ساله و کمتر، از اختلالات خفیف تا شدید روانی رنج می‌برند. از آنها تنها ۲۰ درصد، یا حتی کمتر، خدمات سلامت روان مورد نیاز را دریافت می‌کنند وضعیت در کشورهای در حال توسعه نگران‌کننده و احتمالاً در برخی مناطق وخیم‌تر است (۴). تحقیقات

که مدل‌های ارتقای سلامت می‌تواند در مداخله‌های جمعیتی سلامت روان مؤثر باشد(۱۵). در مطالعه کاسپر (Casper) در ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، تئوری رفتار منطقی برای آموزش به کارکنان سلامت روان استفاده شده که در ارتقای سلامت روان این گروه مؤثر بوده است(۱۶). بررسی دیدگاه والدین و نوجوانان مشارکت‌کننده در برنامه منظم سلامت روان نسبت خدمات بهداشت روان و بیماری روانی عنوان تحقیقی است که در سال ۲۰۰۹ در دانشگاه شیکاگو توسط واتسون (Watson) و همکاران انجام گرفته است. این مطالعه بر چهارچوب تصمیم‌گیری در زمینه‌ی سلامت روان بر اساس بینش، نرم‌های انتزاعی و نگرش فرد نسبت به سلامت روان و بیماری روانی تمرکز می‌کند و مشخص شد که نگرش‌های این نوجوانان و والدین نسبت به بیماری روانی منفی است و در شبکه‌های اجتماعی که از ایشان حمایت کند(۱۷).

در ایران اخیراً چندین مطالعه مداخله‌ای برای ارتقای سلامت نوجوانان انجام شده است؛ از آن جمله می‌توان به بررسی به کارگیری الگوی پرسید-پروسید با ترکیب نظریه مکان کنترل سلامت به منظور ارتقای بهداشت روان، رساله دکترای مهدی مشکي در دانشگاه تربیت مدرس، اشاره کرد(۱۸). تحقیق دیگری به وسیله معینی با عنوان بررسی تأثیر آموزش شیوه‌های مدیریت استرس بر سلامت روان نوجوانان شهر تهران بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی با رویکرد بازاریابی اجتماعی انجام گرفت(۱۹). تحقیقات دیگری با عنوان بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی، اعتقاد و نگرش دانش‌آموزان مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران، توسط عرفانی خانقاهی در دانشگاه علوم پزشکی ایران(۲۰) و بررسی تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران، توسط نژاد فرید در دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است(۲۱) که همگی این تحقیقات تأثیر مثبت آموزش برنامه‌ریزی شده را در ارتقای سلامت نوجوانان نشان می‌دهد و تفاوت عمده این مطالعات با مطالعه‌ی حاضر این است که

نشان می‌دهد اختلالات عاطفی در دختران بیش از پسران است. شیوع اختلالات روانی و عاطفی و رفتاری در نوجوانان به خصوص در دختران نوجوان طی سال‌های اخیر افزایش داشته است(۹). سلامت روان تنها از طریق فعالیت‌های جمعی در اجتماع به دست آمده و ارتقاء پیدا می‌کند و ارتقای سلامت روان به برنامه‌ریزی و سیاست‌های اصولی احتیاج دارد(۱۰). یافته‌های پژوهش‌های گوناگون و نیازسنجی‌های آموزشی اهمیت برنامه‌های ارتقای بهداشت روان (Mental health promotion) را یک اولویت در زندگی نوجوانان، برای بهبود کیفیت زندگی افراد (به‌ویژه در نوجوانان دختر) متذکر می‌شود(۱۱و۱۲). از نظر بهداشت روانی (Mental health) شناخت تحولات دوره نوجوانی به‌ویژه در آن قسمت که تغییرات چشمگیر در رفتار و کردار نوجوان آشکار می‌شود، بسیار پر اهمیت بوده و برنامه آموزش بهداشت روانی و آماده ساختن نوجوان، پدران و مادران به مسائل و مشکلات مربوط به این دوره از زندگی، مطلبی است که مورد قبول همه روان‌پزشکان و روان‌شناسی قرار گرفته است (۷و۱۳).

در زمینه آموزش و ارتقای سلامت روان نوجوانان، تحقیقات مختلفی در سرتاسر جهان انجام گرفته است ولی در بررسی متون مطالعه‌هایی مشابه با تحقیق حاضر که از مدل بزنف برای آموزش سلامت روان استفاده کند مشاهده شد. از جمله این تحقیقات: ویلنیوو(Villeneuve) و همکاران (۱۹۹۶) اهمیت پیشگیری در سلامت روان از منظر نوجوانان را به وسیله چندین عامل انتزاعی مؤثر در رفتار در زمینه پیشگیری از بیماری روانی را می‌سنجیدند، این عوامل عبارت بودند از آگاهی، نگرش و نرم‌های انتزاعی نوجوانان و تفکرشان و بینش آن‌ها درباره‌ی چگونگی تسلط بر مسایل سلامت روان (۱۴). در تحقیق دیگری که توسط رایت (Wright) و همکاران با استفاده از مدل پرسید-پروسید در ملبورن در سال ۲۰۰۶ انجام گرفت، از مدل ارتقای سلامت به منظور توسعه، اجرا و ارزشیابی آگاهی اجتماعی در زمینه بهبود درک سلامت روان توسط نوجوانان استفاده شد و در پایان مشخص شد

ایران و واحد تحقیقات و مشاوره وزارت آموزش و پرورش تأیید شد.

نتایج

نتایج نشان می‌دهد که پدران اکثر نوجوانان مورد بررسی در دو گروه مورد (۵۶/۶٪) و شاهد (۵۰/۹٪) کارمند بودند. همچنین اکثر نوجوانان مورد بررسی در گروه مورد (۵۲/۸٪) و شاهد (۶۹/۸٪)، مادران خانه‌دار داشتند.

در زمینه تحصیلات والدین بیشترین درصد فراوانی تحصیلات پدر، دیپلم، ۴۲/۳٪ در گروه مورد و ۴۱/۵٪ در گروه شاهد بود. بیشترین فراوانی تحصیلات مادر در گروه مدرک تحصیلی دیپلم، ۵۰/۹٪ در گروه مورد و ۵۸/۵٪ در گروه شاهد بود. بیشترین تعداد نوجوانان مورد بررسی در این مطالعه فرزند اول بودند (۵۸/۸٪ در گروه مورد و ۵۲/۸٪ در گروه شاهد). خانواده‌هایی که سابقه بیماری روانی خاصی در خانواده‌های خود نداشتند میزان فراوانی بالاتری داشتند (گروه شاهد ۶۲/۹٪ و در گروه مورد ۹۶/۰٪).

بر اساس آزمون کای دو بین متغیرهای زمینه‌ای در گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ به این معنی که این دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای همسان بوده و قابل مقایسه بودند.

در این مطالعه عوامل قادرسازی به صورت متغیر کیفی ارایه شده است و وضعیت عوامل قادرسازی نوجوانان مورد مطالعه به تفکیک سؤال بر حسب درصد در گروه مورد و شاهد در مرحله قبل از مداخله آموزشی نشان می‌دهد که عمده‌ترین عوامل قادرسازی استفاده آزاد از تلفن و داشتن امکانات رفاهی و تفریحی بود و عوامل مانند دسترسی به روانشناس، مشاور و کتب مربوط به سلامت روان در رتبه پایین‌تری بودند.

مقایسه عوامل قادرسازی در نوجوانان مورد و شاهد در مرحله قبل از مداخله آموزشی بر اساس آزمون کای دو ($\chi^2 = 2/784$) نشان داد که عوامل قادرسازی در مرحله قبل از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند

نتایج نشان داد که پرسشنامه استفاده شده از همسانی دورنی ($\alpha = 0/70$) و پایایی ($r = 0/73$) خوبی برخوردار است. سپس از بین مدارس راهنمایی دخترانه دولتی در منطقه ۶ شهرستان تهران به روش خوشه‌ای، ۴ مدرسه انتخاب و از دانش‌آموزان پایه دوم این مدارس به روش خوشه‌ای ۲ کلاس در دو مدرسه (گشتاسب و نور) به عنوان گروه مورد و دو کلاس در دو مدرسه‌ی دیگر (بنت‌الهدی و راه دانش) به عنوان گروه شاهد انتخاب شد و به گروه مورد، آموزش داده شد و گروه شاهد برنامه‌های عادی خود را ادامه دادند و سپس یک پیش‌آزمون و یک پس‌آزمون به فاصله یک ماه بعد از آموزش از هر دو گروه گرفته شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و تحلیلی (آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و کای دو) تجزیه و تحلیل شد.

بعد از انجام پیش‌آزمون و تجزیه و تحلیل و نیازسنجی آموزشی، محتوای آموزشی (شامل مفهوم سلامت و سلامت روان، اصول بهداشت روان و علل ایجاد بیماری روانی، چگونه به سلامت روان خود و دیگران کمک کنیم، تعیین هدف و برنامه‌ریزی در زندگی، هیجان و کنترل احساسات، اعتماد به نفس و راه‌های تقویت اعتماد به نفس، مهارت حل مسئله و مقابله با بحران و ...) با توجه نیاز نوجوانان و اهداف برنامه تدوین شد، مداخله آموزشی در یازده جلسه یک ساعته انجام شد. کل مدت آموزش یک ماه و نیم طول کشید و هر هفته دو جلسه آموزشی برگزار شد. روش مورد استفاده بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ و ساخت پوستر توسط گروه‌ها بود. در ضمن با توجه به اهمیت نقش والدین و معلمان برای ارتقای سلامت روان نوجوانان بحث گروهی با حضور داوطلبانه والدین به مدت سه ساعت اجرا شد و در آخر نیز بروشورهایی برای افزایش آگاهی در زمینه سلامت روان نوجوانان به معلمان و والدین تقدیم شد. برای رعایت اخلاق پزشکی، پرسشنامه و محتوای آموزشی در کمیته پژوهشی، واحد حراست دانشگاه علوم پزشکی

حداقل و حداکثر نمره اکتسابی از پرسشنامه رفتار سالم، ۲۱ و ۶۶ بود و آزمون Independent t-test نشان می‌دهد که میانگین نمره رفتار سالم در دو گروه مورد و شاهد در مرحله قبل از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند ($p=0/032$). میانگین نمره رفتار سالم در دو گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از مداخله آموزشی با هم تفاوت معنی‌داری داشتند ($p=0/005$).

در ضمن بر اساس آزمون تی زوج، میانگین نمره نگرش، نرم‌های انتزاعی و رفتارهای سالم در گروه شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی با هم تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند ($p>0/05$) ولی میانگین نمره نگرش، نرم‌های انتزاعی و رفتارهای سالم در گروه مورد در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی با هم تفاوت معنی‌داری داشتند ($p<0/05$).

جدول ۲ تأثیر آموزش در زمینه سلامت روان نوجوانان مورد مطالعه بر اساس اجزای مدل بزنف را نشان می‌دهد که در زمینه متغیرهای قادرسازی، نگرش و رفتارهای سالم، تفاوت معنی‌داری بین گروه مورد آموزش و گروه شاهد وجود داشت ولی در مورد متغیر نرم‌های انتزاعی در گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

($p=0/249$)؛ ولی در مرحله بعد از مداخله آموزشی از نظر آماری به‌طور معنی‌داری اختلاف داشتند ($p<0/001$)، $\eta^2=49/812$). عوامل قادرسازی در گروه شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس آزمون کای اسکوتر با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/177$)؛ ولی در گروه مورد در مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی در متغیرهای قادرکننده، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p<0/001$).

حداقل نمره اکتسابی از پرسشنامه نگرش، ۲۸ و حداکثر ۸۸ بود. نتایج آزمون Independent t-test مشخص کرد که میانگین نمره نگرش در دو گروه مورد و شاهد در مرحله قبل از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری نداشته ($P=0/249$) ولی میانگین نمره نگرش در دو گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری داشت ($P<0/001$).

حداقل و حداکثر نمره اکتسابی از پرسشنامه نرم‌های انتزاعی صفر و ۲۴ بود. نتایج آزمون Independent t-test نشان می‌دهد که میانگین نمره نرم‌های انتزاعی در دو گروه مورد و شاهد در مرحله قبل از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند ($P=0/743$). همچنین میانگین نمره نرم‌های انتزاعی در دو گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از آموزش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P=0/896$).

جدول ۱: مقایسه بر اجزای مدل بزنف در نوجوانان مورد و شاهد، قبل از آموزش

اجزای مدل BASNEF	میانگین در گروه شاهد	میانگین در گروه مورد	نوع آزمون	مقدار آزمون	P-value
عوامل قادرسازی	-	-	کای اسکوتر	۲/۷۸۴	۰/۲۴۹
نگرش	۶۲/۵۸	۶۰/۳۴	تی تست	۱/۱۵۹	۰/۲۴۹
نرم‌های انتزاعی	۱۶/۵۱	۱۶/۲۳	تی تست	۰/۳۲۹	۰/۷۴۳
رفتارهای سالم	۴۸/۰۲	۴۹/۴۹	تی تست	۲/۱۷۴	۰/۰۳۲

جدول ۲: مقایسه تأثیر آموزش بر اجزای مدل بزنف در نوجوانان مورد و شاهد، بعد از آموزش

اجزای مدل BASNEF	میانگین در گروه شاهد	میانگین در گروه مورد	نوع آزمون	مقدار آزمون	P-value	تأثیر آموزش
عوامل قادرسازی	-	-	کای اسکوتر	۴۹/۸۱۲	۰/۰۰۰	+
نگرش	۶۱/۳۸	۶۸/۷۸	تی تست	-۳/۶۵۵	۰/۰۰۰	+
نرم‌های انتزاعی	۱۶/۰۶	۱۶/۱۹	تی تست	-۰/۱۳۰	۰/۸۹۶	-
رفتارهای سالم	۴۷/۴۷	۵۲/۶۸	تی تست	-۲/۸۴۳	۰/۰۰۵	+

بحث و نتیجه گیری

اثربخشی مداخله و آموزش سلامت روان در گیرندگان و ارایه دهندگان این خدمات در سال ۲۰۰۶ در آمریکا انجام گرفت، مشابه است؛ در بررسی مذکور در گروه مورد آموزش به طور معنی داری افزایش آگاهی و نگرش و قصد رفتاری مشاهده شد (۲۵).

در مطالعه کاسپر (Casper) در ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، تئوری رفتار منطقی برای آموزش به کارکنان سلامت روان استفاده و باعث ارتقای رفتارهای سالم و افزایش قصد مشارکت در زمینه سلامت روان شد (۱۶). طی تحقیقی که با هدف تعیین اثر بخشی آموزش بر تغییر نگرش و رفتار در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰ در مدارس راهنمایی توسط کتیپوویس و نووالیک (Novalić . Catipović) انجام گرفت، نشان داده شد که اجرای مداوم برنامه پیشگیری در سطح مدارس در زمینه سلامت روان باعث توسعه مهارت‌های ارتباطی در بین نوجوانان با معلمان و والدین و رفتارهای سالم و نگرش مثبت می‌شود (۲۶).

همچنین یافته‌های بررسی حاضر مشابه یافته‌های تحقیقی است که توسط کاوه با عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی و نگرش، قصد و عملکرد معلمان در زمینه بهداشت روان دانش‌آموزان در دبستان‌های دولتی شهر خرم آباد در دانشگاه تهران انجام شد؛ در این بررسی مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی افزایش بارزی را در آگاهی، نگرش، قصد و عملکرد معلمان در گروه مداخله نشان داد. در گروه شاهد تغییرات بارزی در ارتباط با متغیرهای مورد مطالعه، مشاهده نشد (۴). در پژوهش حاضر بهبود نگرش دانش‌آموزان در رابطه با سلامت روان، مشابه یافته‌های عرفانی خانقاهی با عنوان بررسی تأثیر آموزش بهداشت روانی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان پیش دانشگاهی شهر تهران ($P = 0/0005$) (۲۰) و یافته‌های هادی‌زاده با عنوان بررسی تأثیر آموزش پیشگیری و کنترل اضطراب از طریق مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان پسر سوم دبیرستان‌های شهرستان آمل

یافته‌های این مطالعه بیان‌کننده این است که در زمینه متغیرهای قادرسازی، نگرش و رفتارهای سالم در زمینه سلامت روان تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه مورد آموزش و گروه کنترل مشاهده می‌شود و آموزش سلامت روان در نوجوانان بر اساس مدل بزنف در مورد این متغیرها مؤثر بوده است ولی در مورد متغیر نرم‌های انتزاعی در گروه مورد و شاهد در مرحله بعد از مداخله‌ی آموزشی با هم تفاوتی مشاهده نشد و به نظر می‌رسد که در نرم‌های انتزاعی زمان بیشتری برای تأثیر آموزش نیاز است.

در تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر توانمندسازی دختران در زمینه بهداشت و ارتقای سلامت روانی با استفاده از مدل بزنف که توسط نوری در سال ۱۳۸۷ در منطقه یک تهران روی دختران دبیرستانی انجام گرفت. نتایج، نشان‌دهنده افزایش آگاهی، نگرش، قصد رفتاری و تا حدودی تعدیل میزان فشارهای اجتماعی و عوامل قادرسازی بوده است. نتایج این تحقیق مشابه تحقیق حاضر است به جز در مورد نرم‌های انتزاعی که علت تفاوت نتایج شاید تفاوت در ابزارهای سنجش یا تفاوت در موضوعات و نمونه‌های مورد مداخله بوده است (۲۴).

در تحقیق مشککی با عنوان بررسی به کارگیری الگوی پرسید- پروسید با ترکیب نظریه مکان کنترل سلامت به منظور ارتقای بهداشت روان، یافته‌ها حکایت از نیکویی برازش و مفایت الگوی ترکیبی قبل و بعد از اجرای برنامه داشتند؛ به طوری که در ارزشیابی اثر (بلافاصله بعد از مداخله)، مؤلفه‌های بیرونی نظریه HLC کاهش معنی دار و مؤلفه درونی، آگاهی، احترام به خود، رفتارهای سالم افزایش معنی داری داشتند ($P=0/000$) و در ارزشیابی نتیجه (سه ماه بعد از مداخله)، بهداشت روان دانشجویان مورد مطالعه، افزایش معنی داری نشان داد ($P=0/000$) (۱۸).

اصلاح نگرش و رفتارهای پیشگیری‌کننده در مطالعه حاضر با یافته‌های تحقیقات مختلف از جمله تحقیقی که توسط Wood AL و Wahl OF با عنوان ارزیابی

است (۲۷).

روانی و اجتماعی و تحصیلی در این دوره و نقش مهم این دوره در زندگی بزرگسالی، بررسی مسائل و مشکلات بهداشت و سلامت روحی- روانی نوجوانان و آگاهی از باورها و اعتقادات آنها نسبت به مسائل و مشکلات روان شناختی این برهه از زندگی، دارای اهمیت بسیار زیادی است تا در حد توان مقداری از مشکلات آنها شناسایی و در راستای برنامه ریزی و پیشگیری از اختلالات روانی مورد توجه و بهره برداری قرار گیرد و از پیامدهای حاصل از کاهش سلامت روانی نوجوانان، جلوگیری کرد. در این تحقیق که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی از طریق مدل بزنف، بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روانی در نوجوانان، با استفاده از چند روش آموزشی از جمله بحث گروهی و با مشارکت فعال خود نوجوانان انجام گرفت، نیز مشخص شد که اینگونه آموزش ها می تواند برای افزایش آگاهی در زمینه سلامت روان و بهبود نگرش نوجوان نسبت به خود و اطرافیان و اجتماع و همچنین رفتارهای پیشگیری کننده در زمینه سلامت روان و اختلالات رفتاری مؤثر باشد. با توجه به تأثیر خوب مدل بزنف در امر یادگیری و ارتقای نوجوانان مورد بررسی پیشنهاد می شود که این مدل در سطح گسترده در امر برنامه ریزی و آموزش نوجوانان به کار رود. **تشکر و قدردانی:** این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. بدین وسیله از مسئولین محترم کمیته پژوهشی دانشگاه و همچنین مسئول تحقیقات آموزش و پرورش و کلیه معلمان، مسئولان و دانش آموزان مدارس راهنمایی دخترانه نور، گشتاسب، راه دانش و بنت الهدی سپاسگزاری می شود.

نتایج تحقیق دیگری که توسط معینی با عنوان بررسی تأثیر آموزش شیوه های مدیریت استرس بر سلامت روان نوجوانان شهر تهران بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی با رویکرد بازاریابی اجتماعی انجام گرفت، نشان داد که کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی با رویکرد بازاریابی اجتماعی دارای اثربخشی قابل توجهی بر کاهش استرس و ارتقا سلامت روانی و تغییر در باورها و نگرش نوجوانان در رابطه با اختلال روانی است (۱۹).

بررسی تعیین میزان اثربخشی آموزش های بهداشت روانی در مدارس راهنمایی شهر تهران عنوان تحقیقی است که توسط دکتر اصغر نژاد در سال ۱۳۷۷، در سطوح والدین، معلمان و دانش آموزان انجام و میزان اثر این آموزش ها در افزایش توان سازش یافتگی نوجوانان تعیین شد و تأثیر مثبت آموزش بهداشت روانی در راستای ارتقای سلامت روانی نوجوانان پسر مقطع راهنمایی را نشان داد (۲۱).

Kimber و همکاران (۲۸)، حقیقی و موسوی و همکاران (۲۹)، قرطاسلو (۳۰) و ... مطالعاتی را با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی در زمینه مهارت های زندگی و مهارت حل مسئله و افزایش عزت نفس در سلامت روان نوجوانان انجام دادند که همگی نتایج مثبت آموزش بهداشت روانی را تأیید می کنند و تفاوت عمده این مطالعات با مطالعه ما این است که در این موارد عوامل قدر سازی و فشارهای اجتماعی تاثیرگذار بر نوجوان نادیده گرفته شده بود.

در پایان چنین نتیجه گیری می شود که با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از جمعیت کنونی کشورمان را نوجوانان تشکیل می دهند و با توجه به ویژگی های خاص جسمانی؛

منابع

1. Arillo Crespo A, Aguinaga Ontoso I, Guillen Grima F (Prevalence of Women of an Urban Area). Aten Primaria 1998; 2(15):265-9.
2. Flisher AJ, Chalton DO. Urbanisation and Adolescent Risk Behaviour. S Afr Med J 2001;9(13):243-9.
3. WHO .The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva; WHO, 2001. [Text in Persian]
4. Kaveh MH, Shojaezadeh D, Shamohmmadi D, Eftekhari Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. Organizing Mental Health Services in Schools: Assessing Teachers' Roles. Journal of School of

- Public Health and Institute of Public Health Research 2002; 1(4): 1-14. [Text in Persian]
5. Espeland K. Promoting Mental Wellness in Children and Adolescents through Positive Coping Mechanisms. *J Sch Nurs* 1998; 14(2):22-5.
 6. WHO. Report of World Health Organization-2005. Mental Health Policy And Service Guidance Package: Child And Adolescent Mental Health Policies and Plans: Geneva; WHO, 2005: 85
 7. Anisi J, Salimi H, Mirzamani M, Reisi F, Niknam M. A Survey Study on Behavioral Problems in Adolescence. *Behavioral Science Journal* 2007; 1(2): 164-170. [Text in Persian]
 8. Sistani pour N. Adolescents' Health Education. Office of the Eastern Mediterranean World Health Organization, International Relations of the Parents and Coaches: First Edition. Tehran; the Association Publications Parents and Coaches, 1998. 123 . [Text in Persian]
 9. Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R. Assessing Psychopathological Problems Of Children and Adolescents From 3 To 17 Years In A Nationwide Representative Sample: Results Of The German Health Interview And Examination Survey For Children And Adolescents (Kiggs). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 34-41.
 10. Herrman H, Saxena S, Moodie R. 2005. Promoting Mental Health (CONCEPTS , EMERGING EVIDENCE , PRACTICE) . A Report Of The World Health Organization, Department Of Mental Health And Substance Abuse In Collaboration With The Victorian Health Promotion Foundation And The University of Melbourne. Geneva, WHO, 2005.
 11. Lesesne C, Kennedy C. Starting Early: Promoting The Mental Health Of Women And Girls Throughout The Life Span. *J Womens Health* 2005; 14(9):754-63.
 12. Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. Comparative Study of Quality of Life between the Chinese and Japanese Adolescent Populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54(2):147-52.
 13. Heayatrad M, Farhadi S, Rajabzade D. Adolescents Health. Tehran; Ebadifar Publishing, 2005: 2-16. [Text in Persian]
 14. Villeneuve C, Bérubé H, Ouellet R, Delorme A. Prevention Concerning Mental Health: The Adolescent's Perspective. *Can J Psychiatry* 1996; 41(6):392-9.
 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; 22; 6: 215.
 16. Casper ES. The Theory Of Planned Behavior Applied To Continuing Education For Mental Health Professionals. *Psychiatr Serv* 2007; 58(10): 1324-9.
 17. Watson AC, Kelly BL, Vidalon TM. Examining The Meaning Attached To Mental Illness And Mental Health Services Among Justice System-Involved Youth And Their Parents. *Qual Health Res* 2009; 19(8):1087-99.
 18. Moshki M. A Survey of the Effect of Precede-Precede Models with the Combination of Theory Place Health Control In Order To Promote Mental Health Students. (Dissertation) Tehran; Tarbiat Modares University, 2007. [Text in Persian]
 19. Moeini B. The Effect Of Stress Management Styles On Mental Health Of Adolescents Based Health Belief Model With Social Marketing Approach In Tehran. (Dissertation) Tehran: Tarbiat Modares University, 2008. [Text in Persian]
 20. Erfani Khanghahi M. The Effect Of Mental Health Education on Pre University High School Girls Concerning Their Attitude, Beliefs, and The Knowledge Toward The Subject. (Dissertation) Tehran: Iran University Of Medical Sciences:2002. [Text in Persian]
 21. Asgharnejadfarid AA. A Survey of the Effect of Mental Health Education Intervention in Junior High Schools in Tehran. (Dissertation) Tehran; Tarbiat Modares University, 1998. [Text in Persian]
 25. Wood AL, Wahl OF. Evaluating the Effectiveness of a Consumer-Provided Mental Health Recovery Education Presentation. *Psychiatr Rehabil J* 2006; 30(1):46-53.
 26. Catipović V, Novalić D. [Mental Health of Youths: Effect of Education on Changes In Attitude And Behavior]. *Lijec Vjesn* 2002; 124(1-2):15-9.
 27. Hadizadeh M. The Effect of Education about Prevention and Control of Anxiety through Health Belief Model on Boy High School Students' Knowledge and Attitude in Amol-2006. (Dissertation) Tehran; Iran University of Medical Sciences, 2006. [Text in Persian]
 28. Kimber B, Sandell R, Bremberg S. Social and Emotional Training In Swedish Schools For The Promotion of Mental Health: An Effectiveness Study of 5 Years of Intervention. *Health Educ Res* 2008; 23(6):931-40.
 29. Haghghi J, Mosavi M, Mehrabizadeh Honarmand M, Beshlideh K. As The Effect of Life Skills Training The Mental Health and Self-Esteem of Girl Students In High School. *Educational and Behavioral Science Journal* . University of Shahid

Chamran Ahvaz. 2006; 3(1): 64-78. [Text In Persian]

30. Ghortaslu H, A Survey of the Effect Communication Skills Training of the Mental

Health of the Students. (Dissertation) Psychology Faculty of Education and Science University of Tabriz Tabriz; 2006. [Text in Persian]

Survey the Effect of Educational Intervention through the BASNEFM odel on Peventive Behaviors According to Mental Health in Girl Adolescents

*Ebadifard Azar F.(Ph D)¹- Solhi M.(Ph D)¹- Roudbari M.(Ph D)²- Sadeghi A.(St)¹

*Corresponding Address: Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Te hran, IRAN

E-mail: azadeh_sadeghi87@yahoo.com

Received: 13 Sep/2009 Accepted: 28 Oct/2009

Abstract

Introduction: This study was conducted in order to considering the importance of early cognition of mental illnesses and the role of health education in mental health promotion in adolescence.

Objective: Investigate the effect of educational intervention through BASNEF model on preventive behaviors according to mental health in girl adolescents.

Materials and Methods: This was a Quasi- Experimental study which female students of secondary schools were randomly divided in to two groups; intervention and control groups. Multi stage cluster sampling, a valid questionnaire covering demographic variables and items related to BASNEF Model- based was administered to 106 students. The intervention group composed of 11 educational sessions (60 min each) through discussion and lectures. The students were tested by questionnaire that made of different variable based on BASNEF model for one month after education.

Results: Following the educational intervention, the mean score of enabling factors was significantly increased in both intervention and control groups ($p < 0.0001$). Also a significant difference was demonstrated in the mean score of attitude and desired behaviors ($p < 0.0001$) ($p = 0.005$) in two groups. No significant difference was demonstrated in the average of subjective norms in intervention and control groups ($p = 0.896$).

Conclusion: The findings of current study confirmed the effectiveness of BASNEF Model- based educational intervention on the variables of enabling factors, attitude and healthy behaviors, but it seems that much more time is needed to change subjective norms.

Key words: Adolescents/ Mental Health

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 73, Pages:20 -29