

اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس برافزایش سلامت عمومی نوجوانان

معصومه صالح پور

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران salehpour@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت عمومی نوجوانان می باشد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، یک تحقیق نیمه آزمایشی است. فرضیه پژوهش عبارت است از: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، سلامت عمومی نوجوانان را افزایش می‌دهد. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان نوجوان مقطع متوسطه دوم شهرستان کاشمر که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به تحصیل بودند، می باشد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای استفاده شد و تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. پایایی این پرسشنامه ۰/۸۵ و روایی آن ۰/۸۲ گزارش شده است. این پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، مداخله، پس آزمون انجام گرفت. در نهایت داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس باعث افزایش سلامت عمومی، کاهش علائم اضطراب و بی‌خوابی، کاهش علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی نوجوانان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، نوجوانان، سلامت عمومی

مقدمه

نوجوانی، مرحله‌گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که میان کودکی و جوانی روی می‌دهد. این گذار، تغییرات زیستی (بلوغ جنسی)، اجتماعی، و روان‌شناختی را در بر می‌گیرد، هرچند که از میان این‌ها تنها تغییرات زیستی و روان‌شناختی را می‌توان به آسانی اندازه‌گیری کرد. در سال‌های اخیر، آغاز بلوغ در پیشانوجوانی (پیش از نوجوانی) به نوعی افزایش داشته‌است (به‌ویژه در دختران، با بلوغ زودهنگام و زودرس)، و نوجوانی گاهی در آن سوی سال‌های نوجوانی (به‌ویژه در پسران) امتداد داشته‌است. این تغییرات تعریفی منسجم از چارچوبه زمانی نوجوانی را دشوارتر ساخته‌است. در بسیاری از پژوهش‌ها نوجوانی را به دو دوره تقسیم می‌کنند: نوجوانی اولیه (۱۲-۱۶ سالگی) و اواخر نوجوانی (۲۰-۱۷ سالگی). پایان نوجوانی و آغاز جوانی و بزرگسالی بسته به کشورهای مختلف و نسبت به کاربردش متغیر است؛ و حتی فراتر از آن در درون یک کشور یا خرده فرهنگ هم ممکن است سنین متفاوتی برای بلوغ (از نظر دوره‌بندی و قانونی) به منظور سپردن وظایف مشخص در جامعه، در نظر گرفته شود. برخی از این موارد شامل: رانندگی وسایل نقلیه، داشتن روابط جنسی قانونی، خدمت سربازی، تهیه و نوشیدن مشروبات الکلی، رای‌دادن، قرارداد بستن، داشتن سیم کارت، تکمیل برخی مقاطع تحصیلی، یا ازدواج است (صادقی موحد، مهری، مولوی، موسوی (۱۳۹۵)). نوجوانی معمولاً بر خلاف مقطع پیشانوجوانی، با افزایش استقلال توسط پدرمادر یا سرپرست قانونی و نظارت کم‌تر همراه است. بنابراین نوجوانی دوره‌ای حساس و بحرانی است که نوجوان را با زنجیره‌ای از موانع تحولی و چالش‌های عدیده‌ای روبه‌رو می‌سازد. در ابتدا تکالیف طبیعی مانند تحول هویت و دستیابی به استقلال و سازگاری با همسالان وجود دارد. مرحله بعدی گذر از کودکی به بزرگسالی است که با تغییرات فیزیولوژیکی در بدن و تحول شناختی مشخص می‌شود، این مرحله زمانی است که فرد نیازمند انجام نقش‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و افرادی از جنس مخالف، انجام تکالیف مدرسه و تصمیم‌گیری‌هایی در رابطه با شغل می‌باشد، از آنجایی که این تغییرات و تکالیف متعدد، نوجوان را در معرض استرس عدیده‌ای قرار می‌دهد، لزوم و اهمیت سازگاری و کنار آمدن با استرس‌ها در این دوره نمایان می‌گردد (فرایدنبیگ، ۱۹۹۷). پیشرفت علم و تکنولوژی و گسترش روزافزون اطلاعات در عصر جدید از یک سو، سبب تسهیل شرایط زندگی شده و از سوی دیگر همین تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی، سلامت و بهداشت انسانها را تهدید می‌کند (مایکنبام، ۱۹۸۶؛ ترجمه مبینی، ۱۳۷۶). برای پی بردن به اهمیت مطالعه در زمینه سلامت روانی کافی است به اهمیت، دامنه و زیانهای بیماری‌های روانی در جامعه توجه کنیم. بیماری‌های روانی یکی از شایع‌ترین امراض عصر است. بر اساس آماري که از ممالک مختلف به ویژه کشورهای که تمدن غربی داشته، یاد تماس با آن بوده‌اند بدست آمده است، از هر ده نفر، یکی در طول زندگی یک دفعه مبتلا به حالات پسیکوز خواهد شد و تعداد زیادی نیز به حالات عصبی موقتی گرفتار می‌شوند (شاملو، ۱۳۸۰). بدیهی است که بیماری‌های روانی متعلق به یک قشر یا طبقه خاص نبوده و تمام طبقات جامعه را شامل می‌شود و هیچ انسانی از فشارهای روانی واجتماعی مصون نیست، این خطری است که مرتباً شدیداً نسل فعلی و آینده را تهدید می‌کند چرا که زیانهای بسیاری از جمله زیان‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی، فردی، عاطفی واجتماعی را در بر می‌گیرد (میلانی فر، ۱۳۸۲). سلامت روان به معنی ایجاد تعادل و هماهنگی لازم بین محیط زندگی، نیازها و خواسته‌های انسانی است اما فشارهای روانی این تعادل و هماهنگی را در معرض خطر قرار می‌دهند. فشارهای روانی اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد دارند. کسانی که تحت استرس هستند، در مقایسه با افراد دیگر احتمال بیشتری دارد که به بیماری‌های رایج مبتلا شوند. در هر حال استرس می‌تواند فرد را در برابر بیماری‌های جسمانی آسیب پذیر ساخته و در دراز مدت به سوی مرگ کشاند (آقایی و آتش پور، ۱۳۸۰). هر انسانی در طول زندگی استرس را تجربه می‌کند، به نظر می‌رسد استرس جزء لازم و ضروری زندگی و نتیجه اجتناب ناپذیر تعامل ما با محیط است. به بیان دیگر جهت تطابق با تغییرات دائمی محیط زندگی و بقا، نیازمند استرس می‌باشیم. هر چیزی در محیط اطراف ما می‌تواند عامل بالقوه‌ای برای ایجاد استرس باشد. با توجه به اینکه استرس به عنوان حالتی تعریف می‌شود که در آن بین درک فشار و درک توانایی جهت مقابله، رابطه متعادلی وجود ندارد، در نهایت ایجاد استرس

1) Frydenberg

1) Meichenbaum

بستگی به چگونگی برداشت ما از حوادث و موقعیت‌ها دارد. شیوه برداشت از موقعیت‌ها به مقدار زیادی وابسته به عقاید و نگرش‌های ماست. عقاید برخی افراد باعث می‌شود تا آنها موقعیت‌ها را به صورت تهدیدکننده درک کنند، در صورتی که هیچ خطرو تهدیدی وجود ندارد (لوکرو و گرسون؛ ترجمه رضایی، ۱۳۸۴). برای آموزش رفتارهای پیشگیرانه، نوجوانی سنی بسیار مهم و حساس است اگرچه نوجوانان توانایی‌های شناختی لازم برای تصمیم‌گیری‌های منطقی منتهی به رفتارهای بهداشتی را دارند، اما با وسوسه‌ها و فشارهای متعددی به ویژه از سوی همسالان خود مواجه‌اند که آنان را به راههای دیگر می‌کشاند. در این دوران بیش از هر زمان دیگری خطر شروع سیگار کشیدن، مشروب خوردن، استفاده از مواد مخدر و داشتن روابط جنسی نامشروع آنها را تهدید می‌کند (سعدی پور، ۱۳۸۴). استرس تحصیلی موضوع مهمی در دوران تحصیل دانش‌آموزان در جوامع مختلف می‌باشد که به عنوان یک استرس مزمن شناخته شده و با نتایج منفی سلامتی مانند افسردگی و بیماری‌های جسمانی همراه است. موقعیت‌های یادگیری ایجاب می‌کند تا دانش‌آموزان خود را با عوامل استرس‌زا سازگار نموده تا بهره‌کافی از یادگیری برده و به عملکرد مطلوب تحصیلی برسند. با توجه به اهمیت موضوع بویژه در بین نوجوانان در مقاطع تحصیلی متوسطه که با تغییرات جسمی و روانی نیز همراه است، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت استرس تحصیلی در دختران نوجوان شهر کاشمر صورت گرفت. بنابراین در این تحقیق کوشیده شده است تا با آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، استرس‌ها و فشارهای روحی و روانی نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته و با آگاهی بخشی سلامت عمومی نوجوانان افزایش یابد.

بیان مسأله

سلامت روانی و پیشگیری از بروز اختلالات روانی و شیوع آن در جامعه از مقولاتی است که ذهن بسیاری از متخصصان بهداشت روانی را به خود مشغول کرده است. امروزه پرداختن به این موضوع در زمره کار بسیاری از حکومت‌ها، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی قرار گرفته است. به طوری که جوامع مختلف بسیج شده‌اند تا سیاست‌های مربوط به این مقوله را سازمان دهند. علت این امر تأثیر مهم بهداشت روان بر روی کارکردهای مختلف انسان است. هدف و وظیفه اصلی بهداشت روان تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روان افراد جامعه است، به گونه‌ای که آنها نه تنها بیماری روانی نداشته باشند، بلکه از عناصر شناختی، عاطفی و همچنین از توانایی‌های خود در رابطه با دیگران آگاه شده و با داشتن تعادل روانی بهتر بر استرس‌های زندگی فائق آیند، کارهای روزانه را بر بار ترس و نگرانی‌ها، از زندگیشان لذت ببرند و با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار نموده و فرد مفیدی برای جامعه باشند. سلامت عمومی به عنوان عملکرد سازگار فرد در محیط پیرامون وی تعریف می‌شود که می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قرار گیرد (بنی هاشمی، به نقل از دانش نیا، ۱۳۸۶). از بین این عوامل، استرس می‌تواند اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد داشته باشد. استرس با جزء جزء زندگی بشر امروز عجین شده است و در تعیین سلامت یا بیماری انسان اهمیت بسیار دارد (شیرازی، ۱۳۷۸). همه ما متخصص استرس هستیم و تا حدی استرس را تجربه کرده‌ایم. به ندرت پیدا می‌شوند کسانی که بتوانند استرس را در تمامی اوقات در کنترل خود داشته باشند. استرس به قدری در جوامع شایع و رایج است که باید با یک برنامه‌ی ملی و همگانی به مبارزه با آن پرداخت (گیلیان باتلر، تونی هوپ؛ ترجمه قراچه داغی، ۱۳۸۲).

استرس معمولاً زمانی خود را بیشتر نشان می‌دهد که تغییر یا تحولی در میان باشد. دوره نوجوانی با توجه به اینکه تغییرات زیادی در آن رخ می‌دهد می‌تواند یکی از حوادث استرس‌زای زندگی هر فردی باشد. دوره نوجوانی و جوانی از حساس‌ترین و بحرانی‌ترین مراحل زندگی آدمی است. نوجوانی از مرز کودکی گذشته و وارد مرحله نوینی شده است. ورود به مرحله نوجوانی، فرد را با مشکلات فراوانی مواجه می‌کند. مشکلات دوره نوجوانی را می‌توان به پنج دسته تقسیم کرد. ۱- اختلال در برداشت بدنی ۲- بحران هویت ۳- مشکلات اجتماعی شدن ۴- مشکل جنسی ۵- اختلال‌های عاطفی و بیماری‌های روانی (احمدی،

1) Looker & Gregson
1) Giliyan batler
2) Tonyhop

۱۳۸۳). به اعتقاد هولمز و راهه (۱۹۶۷)، هر حادثه‌ای که نیاز به سازگاری قابل ملاحظه‌ای در زندگی فرد داشته باشد ممکن است استرس‌زا باشد آنچه که این موضوع را با اهمیت‌تر جلوه می‌کند، شیوه کنار آمدن با این استرس‌ها ست (به نقل از کافی، ۱۳۸۰). از این میان نوجوانان با دلمشغولی‌هایی مانند تکالیف مدرسه، سازگاری با گروه همسالان، برآورده کردن تقاضاهای والدین، انتخاب رشته تحصیلی و آمادگی برای کنکور دانشگاه، اندیشیدن به آینده تحصیلی و شغلی، استقلال طلبی و... مواجهند که هر یک به نوبه خود فشار روانی عدیده‌ای را به زندگی‌شان تحمیل می‌کند. در این میان آنچه که اهمیت و ضرورتش را نمایان می‌سازد توانمند کردن نوجوانان به شیوه‌ها و راهکارهایی صحیح جهت کنار آمدن با این استرس‌ها ست. روشهای مختلفی برای مقابله با استرس وجود دارد از جمله مدل لازاروس و همکاران^۲، مایکنام، کرونس^۳ و... یکی دیگر از روشهای مدیریت استرس، مدل مک نامارا می‌باشد که در سال ۲۰۰۵ برای کمک به نوجوانان طراحی شد. این برنامه آموزشی طی سه سال در دانشگاه آکسفورد بررسی و به مدت یک سال نیز در دبیرستانها (با استفاده از گروههای آزمایشی و گواه) مورد ارزیابی قرار گرفته است و مبنایی پیشگیرانه و رویکردی تجربی به یادگیری دارد. در این روش مک نامارا توصیه‌ها، اطلاعات و تکنیکهای روان شناختی و جسمانی را برای مقابله با استرس، مهارتهای مطالعه، مدیریت زمان، مهارتهای ارتباطی و مقابله با افسردگی و اضطراب و بهبود بخشی اعتماد بنفس ارائه می‌دهد (مک نامارا^۴ ۲۰۰۵). با توجه به مطالب ذکر شده، در این پژوهش سعی بر آن است که به این سوال پاسخ داده شود که آیا آموزش مهارت‌های مدیریت استرس به نوجوانان باعث افزایش سلامت عمومی آنها می‌شود؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

یکی از جدی‌ترین مسائل بشر از دیرباز تا کنون استرس یا فشار روانی بوده است. استرس می‌تواند نقش مهمی را در سلامت عمومی افراد ایفا کند. به طوری که تلاش برای غلبه بر استرس می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روانشناختی ایجاد کند که نتیجه‌ی آن به وجود آمدن مشکلات مربوط به سلامتی است. آنتونوفسکی، (۱۹۷۹)، و لازاروس (۱۹۸۱) به نقل از آلدوین ورونسون (۱۹۸۷)، بیان می‌دارند که نقش خود استرس در بهزیستی کم اهمیت‌تر از مهارتها و سبک‌های مقابله‌ای است به طوری که این مهارتها به عنوان عامل میانجی بین استرس و اختلال جسمی یا روانی مطرح هستند (کافی، ۱۳۸۰). انسان موجودی چندبعدی و شگفت انگیز بوده و از پیچیدگی‌های فراوانی برخوردار می‌باشد و علاوه بر بعد جسمانی، دارای بعد روانی نیز می‌باشد. سلامت روان نیز از مقوله‌هایی است که از بدو تولد و زندگی انسان همراه وی بوده است. پس مطالعه و بررسی سلامت روان از این جهت اهمیت دارد که پایه و اساس مهمی در زندگی هر فردی می‌باشد به نحوی که در اکثر نقاط جهان، مسئولین رسمی بهداشت روانی به طور مداوم جهت بهبود سلامت روانی شهروندان خود ایده‌ها و طرح‌های نوینی را ارائه می‌دهند بدین منظور که از این طریق بتوانند تنش‌ها و فشارهای روانی بشر را تخفیف دهند. از آنجایی که بخش عظیمی از جمعیت جامعه را نوجوانان تشکیل می‌دهد و این گروه سنی گردانندگان جامعه فردا خواهند بود ارائه اطلاعات بهداشت روانی و مسائل مربوط به آن می‌تواند موجبات رشد سلامت روانی و جسمانی رافراهم کند. نوجوانان یکی از حساسترین و آسیب پذیرترین قشرها در برابر فشار روانی هستند و چنانچه مورد تهاجم فشار روانی قرار گیرند اثرات آن به سرعت در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی آنها نمود پیدا خواهد کرد و سلامت جسمی آنان نیز به خطر خواهد افتاد. لذا لازم است که در این خصوص مهارت‌هایی را کسب نمایند تا در هنگام مقابله با استرس از آنها استفاده کنند. با در نظر گرفتن این موضوع محقق بر آن شده تا اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس را بر افزایش سلامت عمومی نوجوانان را مورد بررسی قرار دهد.

-
- 3) Holmes&Rahe
 - 4) Lazarus
 - 5) Krohne
 - 1) McNamara
 - 2) Antonofoski
 - 3) Aldvin&Revenson

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، یک تحقیق نیمه آزمایشی و طرح تحقیق، طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. سیمای کلی پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	انتخاب	گروهها
T ₁	X	T ₁	RG ₁	آزمایش
T ₂	-	T ₁	RG ₂	کنترل

در این طرح RG بیانگر انتخاب تصادفی نمونه و گمارش تصادفی این افراد در دو گروه آزمایشی و کنترل می باشد. ابتدا هر دو گروه کنترل و آزمایش توسط پیش آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی)، قبل از اجرای متغیر مستقل ارزیابی شدند. سپس متغیر مستقل (دوره آموزش مهارت‌های مدیریت استرس) بر روی گروه آزمایش اعمال گردید، در حالی که گروه کنترل این آموزش را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی، هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً توسط پس آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی) مورد ارزیابی قرار گرفتند تا میزان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته (سلامت عمومی) سنجیده شود.

جامعه آماری

در این پژوهش، جامعه آماری، کلیه دانش آموزان نوجوان شهرستان کاشمر که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند، می باشد.

روش نمونه گیری و حجم نمونه

به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول از بین دبیرستانهای دخترانه شهرستان کاشمر یک دبیرستان به تصادف انتخاب شد، در مرحله بعدی از بین کلاسهای مقطع سوم دبیرستان مورد نظر دو کلاس به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و کنترل در نظر گرفته شد. تمامی افراد دو کلاس توسط پرسشنامه سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در ادامه تعداد ۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل که نمره ۲۳ و بالاتر از آن را در پرسشنامه سلامت عمومی گرفته بودند در تجزیه و تحلیل آماری مورد بررسی قرار گرفتند.

روش گردآوری اطلاعات و داده ها

اطلاعات و داده‌های این پژوهش توسط آزمون سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) گردآوری شد. پرسشنامه سلامت عمومی قبل و بعد از اجرای دوره آموزشی توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل پاسخ داده شد. سپس نتایج نمره گذاری آزمودنی‌ها جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲- محتوای پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای (GHQ-28)

خرده مقیاس	شماره سؤال	صفت مورد پرسش	خرده مقیاس	شماره سؤال	صفت مورد پرسش
علائم جسمانی	۱	احساس سلامتی و تندرستی	۱۵	توانایی مشغول نگه داشتن خود	
	۲	احساس نیاز به داروهای تقویتی	۱۶	صرف وقت بیش از حد معمول در کارها	
	۳	احساس ضعف و سستی	۱۷	احساس خوب برای انجام کارها	
	۴	احساس بیماری	۱۸	احساس رضایت از نحوه انجام کارها	
	۵	سردرد	۱۹	احساس مفید بودن در کارها	
	۶	احساس فشار آمدن به سر	۲۰	احساس قدرت تصمیم گیری	
	۷	احساس داغ و سرد شدن	۲۱	احساس لذت از فعالیت‌های روزمره	

اضطراب و اختلال خواب	۸	بی خوابی در هنگام ناراحتی	افسردگی	۲۲	احساس بی‌ارزشی
	۹	بیدار شدن در وسط خواب	اساسی	۲۳	احساس ناامیدی کامل در زندگی
	۱۰	احساس فشار دائمی		۲۴	احساس بی‌ارزش بودن زندگی
	۱۱	عصبانیت و کج خلقی		۲۵	افکار خودکشی
	۱۲	هراسان و وحشت زده بودن		۲۶	احساس بدبودن وضع اعصاب
	۱۳	عدم توانایی انجام کارها		۲۷	آرزوی مردن و خلاص شدن از زندگی
	۱۴	عصبی بودن و دلشوره داشتن		۲۸	فکر خاتمه دادن به زندگی خود

جدول ۳- همبستگی بین مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی

اضطراب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی	
۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۷۷	علائم جسمانی
	۰/۵۹	۰/۶۹	۰/۸۹	اضطراب
		۰/۵۶	۰/۷۷	اختلال در عملکرد اجتماعی
			۰/۸۵	افسردگی

شیوه اجرای پژوهش

محقق پس از گرفتن مجوزهای لازم برای اجرای پژوهش از آموزش و پرورش شهر مشهد به آموزش و پرورش شهرستان کاشمر مراجعه کرد، سپس از بین دبیرستانهای دخترانه کاشمر یک دبیرستان به تصادف انتخاب شد، در مرحله بعدی از بین کلاسهای مقطع سوم دبیرستان مورد نظر دو کلاس به عنوان گروه آزمایش و گواه در نظر گرفته شد. سپس در مورد برنامه زمانی دوره آموزشی مهارت‌های مدیریت استرس و محل تشکیل آن با مدیر محترم مدرسه هماهنگی به عمل آمد. روزهای برگزاری جلسات آموزشی برای گروه آزمایشی سه شنبه و پنج شنبه هر هفته، به مدت چهار هفته و هر جلسه به مدت ۷۰ دقیقه تعیین شد و کلاس گروه آزمایش به عنوان محل تشکیل دوره انتخاب شد.

در اولین جلسه دوره آموزشی گفته شد که این دوره با همکاری آموزش و پرورش به منظور انجام تحقیق در این رابطه برگزار خواهد شد. در مورد تمایل دانش آموزان به شرکت در این جلسات از آنها نظر خواهی شد. دانش آموزان برای شرکت در جلسات آمادگی و علاقه خود را به محقق اعلام کردند. سپس پرسشنامه سلامت عمومی توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل پاسخ داده شد. بعد از این مرحله، گروه آزمایش در دوره آموزشی شرکت کردند، در صورتی که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. روش کار در گروه آزمایش به صورت بحث و گفتگوی دو طرفه بین پژوهشگر و دانش آموزان و انجام فعالیت‌های گروهی توسط دانش آموزان بود.

پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً پس از آزمون توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل پاسخ داده شد. همچنین پژوهشگر از دانش آموزان درباره دوره آموزشی و اثرات احتمالی آن نظر خواهی کرد. اکثر دانش آموزان نظر مساعدی را در این رابطه اعلام کردند. با توجه به اینکه تعداد افراد گروه آزمایش ۲۸ نفر و گروه کنترل ۳۰ نفر بودند، نمرات ۱۵ نفر از هر گروه که نمره ۲۳ و بالاتر را در پرسشنامه سلامت عمومی دریافت کرده بودند، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

- خلاصه ساختار جلسات دوره آموزشی در پایان این فصل و شرح کامل جلسات در پیوست آورده شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t مستقل، آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) و به منظور انجام عملیات آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد. براین اساس از آزمون t مستقل برای مقایسه نمرات پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش ۱ و از روش تحلیل کوواریانس جهت تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن استفاده شد. در این تحلیل نمرات پیش آزمون سلامت عمومی و خرده مقیاس‌ها به عنوان متغیرهای کنترل، نمرات پس آزمون سلامت عمومی و خرده مقیاس‌ها به عنوان متغیر وابسته و عضویت گروهی با دو سطح دریافت و عدم دریافت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، متغیر مستقل بودند.

جدول ۴- « خلاصه ساختار جلسات دوره آموزشی مهارت‌های مدیریت استرس »

زمان مورد نیاز	جلسه اول: معارفه و آشنایی با اهداف دوره و انجام پیش آزمون اهداف:
۲۰ دقیقه	- آشنایی میان پژوهشگر و دانش آموزان، سعی در برقراری رابطه حسنه و ایجاد جوی آرام و غیر رسمی
۲۰ دقیقه	- اجرای پیش آزمون
۳۰ دقیقه	- بیان اهداف دوره آموزشی، قواعد و چگونگی انجام کار
	جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم و سازوکارهای فشار روانی و راههای مقابله با آن اهداف:
۲۰ دقیقه	- آشنایی دانش آموزان با مفهوم استرس و نقش ارزیابی شناختی
۲۰ دقیقه	- بحث و گفتگو درباره منابع استرس و راههای مقابله با آن
۲۰ دقیقه	- کمک به دانش آموزان برای شناسایی نشانه‌های مربوط به استرس
۱۰ دقیقه	- پی بردن دانش آموزان به رابطه بین استرس و عملکرد شخصی
	جلسه سوم: شیوه‌های روانی مقابله با فشار روانی اهداف:
۱۵ دقیقه	- کمک به دانش آموزان برای شناسایی ارتباط بین وقایع، افکار و احساسات
۱۰ دقیقه	- پی بردن دانش آموزان به شیوهی تفکر خود و بیان نقش پیش‌بینی و آمادگی برای درک وقایع استرس‌زا
۱۵ دقیقه	- آموزش تکنیک رفتاری توقف فکر
۱۵ دقیقه	- آموزش تکنیک ریلکسیشن
۱۰ دقیقه	- آموزش مهارت‌های حل مسأله
۵ دقیقه	- تشویق دانش آموزان به استفاده از شوخی و خنده به عنوان یک تکنیک
	جلسه چهارم: شیوه‌های جسمانی مقابله با فشار روانی اهداف:
۱۵ دقیقه	- پی بردن دانش آموزان به رابطه بین سلامت جسمانی و فشار روانی
۱۰ دقیقه	- ارائه توصیه‌هایی در جهت توجه به برنامه غذایی و بهداشت و سلامت آن
۱۰ دقیقه	- بیان اهمیت مسأله کاهش یا افزایش وزن و ظاهر جسمانی

۲۰ دقیقه	- دادن آگاهی به دانش آموزان در باره مزیت‌های ورزش، اهمیت خواب، آرمیدگی و نحوه تنفس
۲۰ دقیقه	- آشنایی دانش آموزان با سندرم پیش از قاعدگی و نحوه کنار آمدن با آن (دختران)
۱۵ دقیقه ۱۵ دقیقه ۱۰ دقیقه ۱۵ دقیقه ۱۵ دقیقه	جلسه پنجم: مهارت‌های مطالعه، مدیریت زمان و آمادگی برای امتحان اهداف: - آموزش مهارت‌های مطالعه - پی بردن دانش آموزان به اهمیت تغذیه، سلامتی، خواب و ورزش در مطالعه - ارائه‌ی توصیه‌هایی جهت آمادگی برای امتحان - آشنایی دانش آموزان با مفهوم استرس امتحان و نحوه کنارآیی با آن - آشنایی دانش آموزان با نحوه مدیریت زمان
۲۰ دقیقه ۲۰ دقیقه ۱۵ دقیقه ۱۰ دقیقه	جلسه ششم: مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اهداف: - آشنایی دانش آموزان با فشار روانی بین فردی - آموزش شیوه‌های بهبود روابط بین فردی و ارتقاء مهارت‌های بین فرد - آموزش مهارت ابراز وجود - آشنایی با نقش و اهمیت برخورداری از حمایت‌های اجتماعی
۳۵ دقیقه ۳۵ دقیقه	جلسه هفتم: افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس اهداف: - آشنایی دانش آموزان با مفهوم اعتماد به نفس و راههای افزایش آن - آشنایی دانش آموزان با مفهوم عزت نفس و راههای افزایش آن
۳۰ دقیقه ۲۰ دقیقه ۲۰ دقیقه ۱۰ دقیقه ۱۰ دقیقه	جلسه هشتم: پیشگیری و مقابله با افسردگی و نگرانی اهداف: - آشنایی دانش آموزان با افسردگی، نشانه‌ها و عوامل بوجود آورنده آن - آموزش راههای پیشگیری و کاهش افسردگی - آموزش شیوه‌هایی برای کاهش نگرانی - اجرای پس آزمون و تبادل اطلاعات کیفی راجع به تأثیر احتمالی دوره آموزشی - اعلام شماره تماس برای ادامه مشاوره به صورت فردی در صورت نیاز.

یافته ها

در این بخش به ارائه‌ی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری پژوهش پرداخته می‌شود. بر این اساس ابتدا نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در نمرات سلامت عمومی، علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی پرداخته می‌شود. سپس نتایج تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها که شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی می‌باشد، ارائه می‌شود. در پایان به ارائه نتایج تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود. این نتایج شامل آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات سلامت عمومی، علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی بین دو گروه آزمایشی و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در مقیاس سلامت عمومی

احتمال معناداری	درجه آزادی (df)	t	خطای استاندارد اندازه گیری	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص های آماری گروهها
۰/۹۴	۲۸	-۰/۷۸	۲/۶۸	۱۰/۴	۶۸/۶۷	۱۵	کنترل
			۳/۳۳	۱۲/۸۸	۶۹	۱۵	آزمایش

در جدول ۵ نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش آزمون سلامت عمومی گروه کنترل و آزمایش آورده شده است. براساس نتایج مندرج، چون مقدار t محاسبه شده ($t_{ob} = -0.78$) از مقدار t جدول ($t_c = 2.46$) با درجه آزادی $df = 28$ و $\alpha = 0.01$ کمتر است، با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می گیریم بین نمرات پیش آزمون سلامت عمومی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاس علائم جسمانی

احتمال معناداری	درجه آزادی (df)	t	خطای استاندارد اندازه گیری	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص های آماری گروهها
۰/۵۸	۲۸	-۰/۵۶	۰/۹۵	۳/۷۰	۱۵/۶۶	۱۵	کنترل
			۰/۹۱	۳/۵۲	۱۶/۴۰	۱۵	آزمایش

در جدول ۶ نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس علائم جسمانی گروه کنترل و آزمایش آورده شده است. براساس نتایج مندرج، چون مقدار t محاسبه شده ($t_{ob} = -0.56$) از مقدار t جدول ($t_c = 2.46$) با درجه آزادی $df = 28$ و $\alpha = 0.01$ کمتر است، با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می گیریم بین نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس علائم جسمانی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی

احتمال معناداری	df	t	خطای استاندارد اندازه گیری	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص های آماری گروهها
۰/۷۸	۲۸	-۰/۲۸	۰/۹۶	۳/۷۲	۱۹/۴۷	۱۵	کنترل
			۱/۰۳	۳/۹۹	۱۹/۸۶	۱۵	آزمایش

در جدول ۷ نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی گروه کنترل و آزمایش آورده شده است. براساس نتایج مندرج، چون مقدار t محاسبه شده ($t_{ob} = -0.28$) از مقدار t جدول ($t_c = 2.46$) با درجه آزادی $df = 28$ و $\alpha = 0.01$ کمتر است، با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می گیریم بین نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشته است.

جدول ۸: نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی

احتمال معناداری	df	t	خطای استاندارد اندازه گیری	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص های آماری گروهها
۰/۷۲	۲۸	۰/۳۶	۱/۲۴	۴/۸۱	۱۸/۵۳	۱۵	کنترل
			۰/۷۹	۳/۰۴	۱۸	۱۵	آزمایش

در جدول ۸ نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی گروه کنترل و آزمایش آورده شده است، براساس نتایج مندرج، چون مقدار t محاسبه شده ($t_{ob}=0/36$) از مقدار t جدول ($t_c=2/46$) با درجه آزادی $df=28$ و $\alpha=0/01$ کمتر است، با اطمینان $0/99$ نتیجه می‌گیریم بین نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشته است.

جدول ۹: نتایج آزمون t مستقل بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاس افسردگی

شاخص‌های آماری گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد اندازه گیری	t	df	احتمال معناداری
کنترل	۱۵	۱۵	۴/۵۵	۱/۱۷	۰/۱۴	۲۸	۰/۷۲
آزمایش	۱۵	۱۴/۷۳	۵/۹۶	۱/۱۵			

در جدول ۹ نتایج آزمون t مستقل برای نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس افسردگی گروه کنترل و آزمایش آورده شده است، براساس نتایج مندرج، چون مقدار t محاسبه شده ($t_{ob}=0/14$) از مقدار t جدول ($t_c=2/46$) با درجه آزادی $df=28$ و $\alpha=0/01$ کمتر است، با اطمینان $0/99$ نتیجه می‌گیریم بین نمرات پیش آزمون در خرده مقیاس افسردگی گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشته است.

بررسی فرضیات پژوهش

فرضیه‌ی اول: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس میزان سلامت عمومی نوجوانان را افزایش می‌دهد.

جدول ۱۰: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات سلامت عمومی بین دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون.

شاخصهای آماری منابع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	نسبت معناداری
عامل پیش آزمون	۳۹۵۰/۱۵	۱	۳۹۵۰/۱۵	۱۱۸/۶۴	۰/۰۰۰۱
گروههای آزمایشی	۱۱۷۸/۷۹	۱	۱۱۷۸/۷۹	۳۵/۴	۰/۰۰۰۱
واریانس خطا	۸۹۸/۹۱	۲۷	۳۳/۲۹		
مجموع	۵۹۶۵/۳۶	۲۹			

در جدول شماره ۱۰ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات سلامت عمومی بین گروههای آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، چون مقدار F محاسبه شده در جدول ($F_{ob}=35/4$) از مقدار بحرانی ($F_c=7/68$) با درجات آزادی ۲۷ و ۱ در سطح $0/01$ بزرگتر است فرض صفر رد و با اطمینان 99% نتیجه می‌گیریم بین میانگین‌های نمرات سلامت عمومی دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند باعث افزایش سلامت عمومی دانش آموزان شود.

فرضیه‌ی دوم: آموزش مهارت‌های استرس علائم افسردگی نوجوانان را کاهش می‌دهد.

جدول ۱۱: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات افسردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون.

نسبت معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخصهای آماری منابع واریانس
۰/۰۰۰۱	۲۳۰/۵۱	۶۲۳/۰۲	۱	۶۲۳/۰۲	عامل پیش آزمون
۰/۰۰۱	۱۵/۴۸	۴۱/۸۴	1	۴۱/۸۴	گروههای آزمایشی
		۲/۷۰	۲۷	۷۲/۹۷	واریانس خطا
			۲۹	۷۴۶/۷	مجموع

در جدول شماره ۱۱ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات افسردگی بین گروههای آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، چون مقدار F محاسبه شده در جدول ($F_{Ob} = 15/48$) از مقدار بحرانی ($F_{c=7/68}$) با درجات آزادی ۲۷ و ۱ در سطح $\alpha = 0/01$ بزرگتر است فرض صفر ردوبا اطمینان ۹۹٪ نتیجه می‌گیریم بین میانگین‌های نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل با برداشتن اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس باعث شده که دانش آموزان در خرده مقیاس افسردگی وضعیت بهتری پیدا کنند.

بحث و نتیجه گیری

دوران بلوغ یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های زندگی هر فرد است که علاوه بر تغییرات وسیع جسمی با دگرگونیهای فراگیر روحی نیز همراه است. میزان افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان افزایش می‌یابد. همچنین دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین و تاثیرگذارترین دوره‌های سنی در زندگی همه‌ی افراد است. حتی از آن به عنوان یک اتفاق فوق العاده می‌توان نام برد زیرا گذر از کودکی به شکلی سریع اتفاق می‌افتد و به جای اینکه شاهد رشد آهسته و پیوسته کودک باشیم به شکلی غیر منتظره دچار تغییر می‌شود. بی‌سبب نیست که برخی از کارشناسان از دوران نوجوانی به عنوان طوفان و تنش شدید نام می‌برند چون این متحول شدن نه تنها در جسم بروز می‌کند بلکه از لحاظ فکری و عاطفی و روحی نیز دچار تغییرات محسوس زیادی می‌شود (نظری، علی پور، سلیمانی، ناظمی، ۱۴۰۱). نوجوانی دوره‌ای حساس و بحرانی است که نوجوان را با زنجیره‌ای از موانع تحولی و چالش‌های عدیده‌ای روبه‌رو می‌سازد. در ابتدا تکالیف طبیعی مانند تحول هویت و دستیابی به استقلال و سازگاری با همسالان وجود دارد. مرحله بعدی گذر از کودکی به بزرگسالی است که با تغییرات فیزیولوژیکی در بدن و تحول شناختی مشخص می‌شود، این مرحله زمانی است که فرد نیازمند انجام نقش‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و افرادی از جنس مخالف، انجام تکالیف مدرسه و تصمیم‌گیری‌هایی در رابطه با شغل می‌باشد، از آنجایی که این تغییرات و تکالیف متعدد، نوجوان را در معرض استرس عدیده‌ای قرار می‌دهد، لزوم و اهمیت سازگاری و کنار آمدن با استرس‌ها در این دوره نمایان می‌گردد (فرایدنبرگ، ۱۹۹۷). در طی سالهای اخیر، اختلالات مربوط به استرس مانند خودکشی، اضطراب، اختلالات خوردن، مصرف موادمخدر، افسردگی، در بین نوجوانان رشد بالایی داشته است (مک نامارا، ۲۰۰۵). گزارشات مندرج شده در ادبیات مکرراً در مورد سطوح بالای فشار روانی در نوجوانان ابراز نگرانی نموده است. به طور مثال در یک نمونه‌ی ملی در آمریکا که ۱۲۰۰۰ نوجوان را در بر می‌گرفت، ۱۸/۴٪ از دانش آموزان کلاس نهم تا دوازدهم دچار استرس هیجانی معناداری بودند. اهرنبرگ و همکاران (۱۹۹۰) با استفاده از پرسشنامه‌ی بک در ۴ دبیرستان دریافت که حدود ۳۰٪ نوجوانان دبیرستانی به افسردگی خفیف و بالینی مبتلا هستند. راتر در دبیرستان نیز به یافته‌های مشابهی دست یافته است (فرایدنبرگ، ۱۹۹۹). در

1) Frydenberg

اصل مشکلات روان شناختی بازتابی از ناتوانی در کنار آمدن با نگرانی‌ها واسترس‌های زندگی روزمره است. با در نظر گرفتن فراگیری این مشکل لازم است که عوامل مرتبط و مستعد این وضعیت‌ها را مورد بررسی قرار دهیم. بنابراین ما به سرمایه گذاری در آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی سالم نیازمندیم. در این میان آموزش و پرورش در آموزش مهارت‌های زندگی و افزایش آگاهی از نحوهٔ بالا بردن سلامت روانی نقش بسیار مهمی را برعهده دارد (مک نامارا، ۲۰۰۵).

لازم به ذکر است، از آنجایی که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس در قالب فعالیت‌های جمعی صورت می‌گیرد می‌توان بخشی از سهم اثر بخشی آن را به طور کلی ناشی از پویایی‌های مثبت گروه و کاهش میزان مشکلات کلی مربوط به ارتباط‌های بین فردی تلقی کرد.

در این قسمت یافته‌های حاصل از هر فرضیه به صورت جداگانه مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس عمومی نوجوانان را افزایش می‌دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس داده‌های مربوط به این فرضیه نشان داد که پس از حذف اثر متغیرهای کنترل از روی نتایج، میانگین نمرات سلامت عمومی دانش آموزانی که از مداخلهٔ آموزشی استفاده نمودند، به صورت معناداری کمتر از میانگین نمرات سلامت عمومی دانش آموزانی بود که در گروه کنترل قرار داشتند. یا به عبارتی می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند سلامت عمومی نوجوانان را افزایش دهد.

نتیجهٔ این پژوهش با یافته‌های بنسون (۱۹۷۶)، پاسکار (۲۰۰۳)، هارالدستون و همکارانش (۲۰۰۷) و همچنین با پژوهش کافی (۱۳۷۵)، اکبری (۱۳۸۲)، سلطانی (۱۳۸۳)، دانش نیا (۱۳۸۶)، غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷)، همسو می‌باشد. این تحقیقات نشان دادند سلامت روانی افراد در زمینه‌های مختلف تحت تأثیر شیوهٔ مقابله فرد با مسائل و استرس‌های زندگی است. هرچه فرد راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار را بیشتر به کاربرد از سلامت روانی بالاتری برخوردار است و بالعکس استفاده از راهبردهای هیجان مدار سلامت روانی افراد را کاهش می‌دهد.

با توجه به اینکه آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، دانش آموزان را با مفهوم استرس و نحوهٔ تأثیرگذاری آن بر خودشان آشنا می‌سازد به آنها آموزش می‌دهد که به موقعیت‌های استرس‌زا به صورت مسائلی قابل حل نگاه کنند، همچنین در این دوره روشهای مختلف کنار آمدن به آنها نشان داده می‌شود، این امر باعث می‌شود که آنها کنترل بیشتری بر محیط اطراف خود داشته باشند و موقعیت‌های استرس‌زا را کمتر تهدید کننده ارزیابی کنند. در این صورت قادر خواهند بود با داشتن مهارت‌های مقابله‌ای لازم و کارآمد با مسائل و استرس‌های زندگی، به طور موثرتری کنار آیند و از آنجایی که یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روانی، استرس می‌باشد، این امر می‌تواند موجبات افزایش سلامت روانی افراد را فراهم کند.

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس علائم افسردگی نوجوانان را کاهش می‌دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که پس از حذف تأثیر متغیرهای کنترل از روی میانگین‌های نمرات، میانگین نمرات علائم افسردگی دانش آموزان گروه آزمایش، به صورت معناداری کمتر از میانگین نمرات افسردگی دانش آموزان گروه کنترل می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند علائم افسردگی نوجوانان را کاهش دهد.

نتیجهٔ این فرضیهٔ پژوهش با نتیجهٔ تحقیقات هاوکینز و بانکر (۲۰۰۷)، زین-سوزا و کوپرو نگای (۲۰۰۸)، همخوانی دارد. زین-سوزا و کوپرو ناگای در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند متغیرهای سلامت روان شناختی، جمعیت شناختی-اجتماعی، سبک زندگی، به طور معناداری در ارتباط با علائم افسردگی نوجوانان دبیرستانی دارد. این یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که وجود حرفه‌های سلامت روانی قابل دسترس در دبیرستان‌ها برای تشخیص اولیه مشکلات روانی مهم است. این پژوهش با یافته‌های دانش نیا (۱۳۸۶)، غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) نیز همسو می‌باشد.

چنانچه بخواهیم به تفسیر چگونگی اثربخشی این دوره بر افسردگی دانش آموزان بپردازیم، ابتدا لازم است یاد آور شویم که در درون این آموزش، مشخصاً بر روی مهارت‌های کنترل افکار منفی و دستیابی به مهارت‌های حل مسأله تمرکز می‌شود.

افسردگی در این نمونه را می‌توان از نوع درماندگی آموخته شده تصور کرد که در آن فرد با آلفا عدم توانایی به خود دچار نشانه‌های افسردگی می‌شود.

چنانچه دیده شد، در مورد تأثیر این مداخله بر افسردگی نوجوانان می‌توان گفت که بسیاری از دانش‌آموزان به دلیل شک داشتن به توانایی خود در کنار آمدن با مسائل دوره نوجوانی و استرس‌های مربوط به آن احساس درماندگی و افسردگی می‌کنند. با توجه به اینکه در این دوره تکنیک‌های رفتاری-شناختی به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود، فرصتی برای شناسایی و چالش با افکار خودآیند منفی و همچنین شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فراهم می‌شود، که این امر باعث می‌گردد آزمودنی خود را از قید بایدها و نبایدها و افکار ایده آل گرایانه رها کند، و با مسائل خود به صورت منطقی برخورد کند. علاوه بر این، با کمک روش حل مسئله فرد می‌تواند از طریق بارش‌های مغزی راه‌های موثرتری برای برخورد با موقعیت‌های روزمره خود پیدا کند. در نتیجه احساس درماندگی در فرد کاهش یافته و منجر به بهبود خلق می‌شود.

منابع و مآخذ

- اتیکنسون، ریتا ال. (۱۹۰۴). زمینه‌ی روان‌شناسی هیلگارد، جلد اول. ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران (۱۳۷۸). انتشارات رشد.
- احمدی، احمد. (۱۳۶۸). روان‌شناسی نوجوانان و جوانان: شخصیتی، رفتاری، تحصیلی، شغلی، بزهکاری و اعتیاد. اصفهان: انتشارات مشعل.
- استورا، بنجامین. تنیدگی یا استرس. ترجمه پریخ دادستان (۱۳۷۷). تهران: انتشارات رشد.
- اسماعیلی، غلامعلی. (۱۳۸۰). من کیستم؟. نشریه روان‌شناسی امروز، شماره ۱۰.
- آقایی، اصغر و آتش پور، حمید. (۱۳۸۰). استرس و بهداشت روانی. اصفهان: انتشارات پردز.
- اکبری، ابوالقاسم. (۱۳۸۱). مشکلات نوجوانی و جوانی. تهران: انتشارات ساوالان.
- بخشانی، نورمحمد. (۱۳۷۸). ارتقاء بهداشت روانی جامعه نگر. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره سوم، سال پنجم.
- برجعلی، احمد. (۱۳۸۴). تحول شخصیت نوجوان (باتأکید بر شیوه‌های فرزند پروری). تهران: انتشارات ویرای دانش.
- سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۸۴). روان‌شناسی نوجوانان. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- پورافکاری، نصرت... (۱۳۸۰). فرهنگ جامع روان‌شناسی-روانپزشکی و زمینه‌های وابسته. تهران: فرهنگ معاصر.
- حسین خانی، هادی. (۱۳۸۶). نگاهی به تحولات دوره نوجوانی: جسمی، جنسی، شناختی و اخلاقی. نشریه معرفت.
- حسینی رودمعجنی، اعظم. (۱۳۸۵). بررسی عوامل روانی-اجتماعی موثر بر رفتارهای ضد اجتماعی دختران نوجوان (۱۴-۱۸ ساله) شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- حکمت پور، اکبر. (۱۳۸۰). بررسی رابطه میان فشارهای روانی و شیوه‌های مقابله با آن در دانش‌جویان شهرستانی و تهرانی دانشگاه‌های دولتی تهران در سال تحصیلی ۷۹-۸۰. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه تربیت معلم.
- دانش‌نیا، الهام. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت روان دانش‌جویان دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- ده بزرگی، شهرام. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سلامت روان و بخشایشگری درمان‌دگان دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا و عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه تهران.
- سارافینو، ادوارد پ. (۲۰۰۲). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- سلطانی، نسرین. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌هایمدیریت استرس بر کاهش اسناد منفی و افزایش سلامت روان نوجوانان سال اول دبیرستان‌های شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.
- شفیق آبادی، عبا... و ناصری، غلامرضا. (۱۳۶۵). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

- شیرازی، محمود. (۱۳۷۸). بررسی شیوه های مقابله با تنش روانی و ارتباط با اسناد علی و سلامت روان در دانش آموزان تیزهوش و عادی شهرستان زاهدان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه تهران.
- عبادیان، حسین. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد گلاسربر افزایش سلامت عمومی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان اسلامشهر در سال تحصیلی ۸۴-۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- علی مددی، اعظم. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر بهبود روابط والدین- فرزند به والدین دارای نوجوانان با اختلال سلوک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- صادقی موحد، فریبا، مهری، سعید، مولوی، پرویز، موسوی، زهرا (۱۳۹۵) بررسی استرس تحصیلی در دختران نوجوان شهر اردبیل. در: دومین همایش دانشجویی سلامت، رفاه اجتماعی و توانبخشی، ۱۶ اسفند ۱۳۹۵، تهران - ایران.
- غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت ا... (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۷، صفحه ۴۷-۵۴.
- غضنفری، احمد. (۱۳۸۲). بررسی تأثیرهویت و راهبردهای مقابله ای بر سلامت روانی دانش آموزان دبیرستانی و پیش دانشگاهی شهراصفهان. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- فتوحی، زهره (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش ابراز وجود به شیوه گروهی و افزایش توان مقابله با استرس نوجوانان دبیرستانی ناحیه ۵ مشهد در سال تحصیلی ۷۹-۸۰. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی.
- قدرتی، سیما. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علامه طباطبایی.
- کافی، موسی. (۱۳۷۵). بررسی شیوه های رویارویی با تنیدگی روانی و ارتباط با سلامت روانی مدارس عالی و خاص شهر تهران. پایان نامه دکتری روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- کاکاوند، عیسی. (۱۳۸۱). بررسی رابطه منبع کنترل درونی - بیرونی با سلامت عمومی در سربازان وظیفه. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- کامکار، مهدیس. (۱۳۸۶). تأملی بر شناخت بحران های گذار از کودکی به نوجوانی: روان شناختی نوجوانی: مطالعه رشد و تحول جسمانی، شناختی، شخصیتی واجتماعی انسان. نشریه اطلاعات.
- کرتیس، آنتونی جی. روان شناسی سلامت. (۲۰۰۰). ترجمه فرامرز سهرابی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات طلوع دانش.
- کوری، ماریان اشنایدر و کوری، جرال. (۲۰۰۲). گروه درمانی. ترجمه سیف ا. بهاری، سیامک نقشبندی و همکاران (۱۳۸۵). نشر روان.
- کوری، ماریان اشنایدر و کوری، جرال. (۱۹۳۷). بهداشت روان یا نمی دانستم حق انتخاب دارم. ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۷۸). انتشارات پیک بهار.
- باتلر، گیلیان و هوپ، تونی. (۱۹۹۵). راهنمای سلامت روان. ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۲). تهران: نشر البرز.
- لوکر، تری و گرگسون، الگا. (۱۹۹۸). خود آموز مدیریت استرس. ترجمه مهدی رضایی و محسن ژکان (۱۳۸۴). تهران: نشر دانژه.
- منصور، محمود. (۱۳۷۹). روان شناسی ژنتیک: از تولد تا پیری. تهران: انتشارات سمت.
- مایکنبام، دونالد. (۱۹۹۶). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس. ترجمه سیروس مبینی (۱۳۷۶). تهران: انتشارات رشد.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۲). بهداشت روانی، نشر قومس، ویرایش سوم.
- نظری، یکتا و علی پور، سعیده و سلیمانی، فاطمه و ناظمی، سیدمحمد رضا، ۱۴۰۱، تأثیر بلوغ، استرس و اضطراب در دوره نوجوانی بر کم کاری تیروئید در نوجوانان دختر دوره متوسطه اول شهر مشهد، دومین همایش ملی روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، اردبیل، <https://civilica.com/doc/1579037>

- نجات، حمید. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر خود افشایی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان. پایان نامه دکتري روان شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.
- وراپیفر. (۱۹۵۳). چگونه بر فشار روحی غلبه کنیم؟. ترجمه نوبخت فر (۱۳۸۱). انتشارات دانشگران محمود.
- هارگریوز، جرارد. مدیریت استرس. ترجمه مرتضی مقدمی پور (۱۳۸۳). مؤسسه‌ی کتاب مهربان نشر.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). استانداردهای پرستارانی سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تهران. حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی و مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
- Aldwin,Carolyn,M. (1994). Stress , Coping and Development: an integrative perspective. New York: Guilford press.
- Anda,Diane ,D & Morgan, Jan. , et al. (2000). Stress, Stressors and Coping among high school students. University of California, los Angeles.
- Benson,H. (1976). The Relaxation Rresponse. London: Collins.
- Berk, Laura, E. (1993). Infant, Children and Adolescents. Boston: Allyn and Bacon.
- Cassidy,Tony. (1999). Stress, Cognition and Health (psychology focus). London: New York: Routledge.
- Cairns, Mc. & Foster, N. E. (2003). Level of Stress in Recurrent Low Back Pain population referred for physical therapy.
- Clarke, D. M. & Piterman, L. & Austin, D. W. , et al. (2008). Somatic Symptoms,Hypochondriasis and Psychological Distress: a study of dogmatization in Australian General Practice. Monash university, Melbourne.
- Colten, Mary Ellan. (1991). Adolescent stress(causes and consequences). Susan core, Editors. New York: Aldin& Degruyter.
- Frydenberg , Erica. (1997). Adolescent Coping (Theoretical an Research perspective). London: Routledge.
- Haraldsson, K. S. ,et al. (200۷). Evaluationof a School-based Health Promotion Programme for Adolescent aged 12-15 years with focus on well-being related to stress. General Practice and Puplic Health,Haland County council,Falkenberg: Sweden.
- Hartman, T. O. & Hassink-Franke, L. et al. (2008). Mental Health Problem and Presentation of Minor Illness: data from a 30-year follow-up in general practice. Department of General Practice,Radboud University, Nijmegen Medical Centre.
- Hawkins K. M. &Bunker, S. & Reddy, P. (2007). Evaluation of a Stress Management Course in Adalth Aducation Cenres in Rural Australia. Primarry Mental Health Team, South West Healthcare, Warrnambool. Aust Rural Health Apr; 15(2): 107-13.
- Kraag,Gerda&Kok,Gerjo. (2006). School Program Targeting Stress Management in Children and Adolescent. Journal of school psychology- page449-472.
- Lieb, R. & Meinlschmidt, N. & Araya, R. (2007). Epidemiology of the Association between Somataform and Anxiety and Depressive Disorders: an update. Institute of psychology, University of Basel, Missonsstrasse 60-62.
- Lloyd, Margaret, A. (1985). Adolescent. London: Harper and Row,C.
- Mcnamaram,Sara. (2005). Helping Yong People to Beath Stress, a practice guid. London. New York.
- Meichenbaum, d. (1996). Stress in Oculation Training for Coping with Stressors. The clinical psychologist.
- Nakata, A. & Takahashi, M. et al. (2001). Job Stress , Social Support at Work , and Insommnia in Japanese Shift Wirkers. National Instiute of Industrial Health ,Kawasaki,Japan.

- Nagata & Okubo, H. & Moji, K. and Takemoto, T. (1993). Differences of the 28 item General Health Questionnaire Score between Japanese High School and University Student. Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, Vol. 47, No. 30, pp 575-830.
- Piferi, R. L. & Lawler, K. A. (2006). Social Support and Ambulatory Blood Pressure: an examination of Both receiving and giving. Department of psychological and Brain sciences. Johns Hopkins university, Baltimore.
- Rice, Phillip, L. (1992). Stress and Health. Pacific Grove Calif: Brooks/cole.
- Shek, D. T. & Chow, J. T. (2006). Development of a Positive Youth Development Program: promoting the health of stressful adolescent using principle of problem Solving Therapy. Social Welfare Practice and Research Center, Department of Social work. The Chinese University of Hong Kong, Shatin, Hong Kong.
- Smith, MS. (1986). Evaluation and Management of Psychology Somatic in Adolescent. Department of Health & Human Services.
- Tunks & Bellissimo. (1991). Group therapy: Treatment Planner. New York: Wiley. c.
- Wiger, Donald. (2002). Hand Book of Preventive Intervention for Children and Adolescent. John Wiley & Sons, Inc.
- Zinn-souza, L.C. & Cooper, S. P. & Nagai, R., et al. (2008). Factor Associated with Depression Symptom in High School Student in Sao Paulo, Brazil. Departamento de Saude Ambiental, University de Sao Paulo.