

تأثیر مدل توانمندسازی بلوم در ارتقای مهارتهای زندگی دانش

آموزان دختر پایه سوم دبیرستان جهرم

مریم صحرایان^۱، مهناز صلحی^۲، حمید حقانی^۳

چکیده

مدلهای آموزش بهداشت چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامههای آموزشی اجرا شده توسط آموزش دهندگان سلامت فراهم می کنند. هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر به کارگیری مدل بلوم در ارتقای مهارتهای زندگی دختران پایه سوم دبیرستان می باشد. ابتدا در مرحله نیازسنجی، از بین جامعه آماری که شامل تمامی دانش آموزان دختر سوم دبیرستان، والدین با مدرک دیپلم به بالا، دبیران و مشاوران آنها بود، تعداد ۲۰۰ نفر به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. سپس در یک مطالعه‌ی نیمه تجربی دو گروه ۴۵ نفری کنترل و مداخله از بین دختران سوم دبیرستان انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های محقق ساخته نیازسنجی ویژه سه گروه مخاطب فوق و پرسشنامه‌های آگاهی، نگرش، عملکرد و حمایت نسبت به سه مهارت اولویت دار (خودآگاهی، ارتباط با دیگران و تصمیم‌گیری) بودند. مداخله بصورت آموزش مهارت‌ها در قالب سخنرانی، نمایش اسلاید، بحث گروهی و ایفای نقش، طی هشت جلسه برای دانش آموزان گروه مورد و یک جلسه سخنرانی برای والدین و دبیران آنها انجام شد. یک ماه پس از مداخله، آزمودنی‌ها مجدداً ارزیابی شدند. میانگین اختلاف نمرات آگاهی ($P=0/03$)، نگرش ($P=0/04$)، عملکرد ($P=0/03$) و سیستم حمایت محیطی ($P=0/002$) نسبت به سه مهارت مذکور در گروه مورد و شاهد از نظر آماری معنی دار بود. به کارگیری مدل توانمندسازی بلوم با داشتن مؤلفه‌ای چون تقویت سیستم حمایتی در خانواده، محیط مدرسه و جامعه، در کنار آموزش به دانش آموزان، می تواند در ارتقای مهارت‌های زندگی، مؤثر باشد.

کلید واژگان: توانمندسازی، حمایت همه جانبه، مدل بلوم، مهارتهای زندگی، نیازسنجی

مجله تخصصی پژوهش و سلامت

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد

دوره ۲، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۱

مقاله اصیل پژوهشی

۱. نویسنده مسؤؤل: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، کارشناس مرکز مشاوره تحقیقات، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم
نشانی: جهرم- دانشگاه علوم پزشکی- مرکز مشاوره تحقیقات- کدپستی: ۷۴۱۳۶۷۴۸۱۷
تلفن: ۰۹۱۷۹۹۱۰۷۷۸

پست الکترونیکی: sahraianm@yahoo.com

۲. دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳. مربی گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دریافت: ۸۹/۱۱/۱۲

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۰/۲۵

پذیرش: ۹۰/۱۱/۱

مقدمه

هیجانان منفی، روند رشد و تکامل و اجتماعی شدن و ارتباطات و پیشرفت تحصیلی آنها را تحت تأثیر قرار دهند. میادوس در مطالعه‌ی خود، اضطراب توأم با افسردگی را در دوره‌ی پیش نوجوانی ۳۰ تا ۷۵ درصد و در دوره نوجوانی بین ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش کرده است [۶].

نقش آموزش مهارت های زندگی در پربارتر نمودن آموزش های مدرسه و سلامت اجتماعی دانش آموزان با برقراری ارتباطات مثبت و سازنده با همکلاسی ها و دوستان در جامعه در مطالعات متعددی نشان داده شده است [۷-۱۱]. حاج امینی و همکاران در مقاله خود به این نتیجه رسیدند که با استفاده از مهارت های زندگی می توان میزان استرس، اضطراب و بطور کلی واکنشهای هیجانی نوجوانان را کاهش داد [۱۲]. اثربخشی مهارت حل مسئله نیز در کاهش افسردگی دانش آموزان در مطالعه کهرازی و همکاران مورد تأکید قرار گرفته است [۱۳].

بوتوین و همکاران در سال ۱۹۸۴ آموزش مهارتهای زندگی را بر روی ۲۳۹ دانش آموز مدارس حومه‌ی شهر نیویورک به کار بردند و به این نتیجه رسیدند که ۷۹ درصد گروه آزمایش کمتر از گروه گواه مصرف مشروب داشته اند [۱۴].

بوتوین و همکاران، همچنین مارلین در تحقیقات جداگانه ای به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارتهای زندگی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر نقش مؤثر و چشمگیری دارد [۱۵-۱۶].

فعالتهای آموزش سلامت زمانی موفق است که بر اساس واقعیت ها و نیازهای جامعه تنظیم و اجرا شده باشد. اگر اعضای جامعه در جمع آوری اطلاعات و نیازسنجی مشارکت کنند، مطالب زیادی را پیرامون جامعه‌ی خود فرا خواهند گرفت. نیازسنجی عبارت است از کاربرد فنونی که بتوان به کمک آنها اطلاعات مناسب را در باره‌ی نیازها گردآوری کرد و به الگوی نیازها و خواسته های فرد، گروه و جامعه دست یافت [۱۷]. در این تحقیق، جهت نیازسنجی مهارت های زندگی در مرحله اول، مدل سه بعدی، شامل بعد فراگیر، بعد جامعه و بعد مربیان مورد استفاده قرار گرفت که جزء تکنیک های ایجاد توافق می باشد. برای حصول به اطلاعات می توان از طریق تشکیل جلسات بحث و گفتگو، مصاحبه، پرسشنامه و روشهای مشابه استفاده

بهداشت روانی جامعه تحت تأثیر مستقیم بهداشت روانی فرد فرد اعضای آن است. اگر فردی گرفتار اعتیاد، مشکلات فردی، شغلی، خانوادگی، تحصیلی و مانند این ها شود به طوری که سلامت روانی او به مخاطره بیفتد، سطح بهداشت روانی کل جامعه کاهش می یابد. لذا هرگونه اقدام درمانی برای این افراد، هم به بهبود فرد کمک میکند و هم سلامت روانی جامعه را در بر می گیرد [۱].

مهارتهای زندگی به مجموعه ای از توانایی های افراد گفته می شوند که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید آنها را فراهم آورده، به فرد کمک می کند تا مسؤولیت ها و نقش های اجتماعی خود را بپذیرد و به شکل مؤثری عمل کند [۲].

به طور کلی مهارتهای زندگی ابزاری قوی در دست متولیان بهداشت روانی جامعه در جهت توانمندسازی جوانان در ابعاد روانی- اجتماعی است. یونیسف نیز مهارتهای زندگی را به صورت "یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل دهی رفتار که برقراری توازن میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارتها را مد نظر قرار می دهد" تعریف می کند [۳]. تعریف یونیسف بر شواهدی پژوهشی مبتنی است که نشان می دهد اگر در توانمندسازی افراد جامعه بحث دانش، نگرش و مهارت به صورت تلفیقی مورد توجه قرار نگیرند، نتیجه مورد انتظار یعنی کاهش رفتارهای پرخطر به دست نمی آید [۳].

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶، ده مهارت اصلی را به عنوان مهارتهای زندگی معرفی کرده و آنها را در پنج گروه ۱. خودآگاهی، همدلی؛ ۲. ارتباط، روابط میان فردی؛ ۳. تصمیم گیری، حل مسئله؛ ۴. تفکرخلاق، تفکرانتقادی؛ ۵. مهارکردن هیجانان، مقابله با استرس قرار داده است [۴].

اهمیت و ضرورت شناسایی و آموزش مهارتهای زندگی مورد نیاز دانش آموزان دوره‌ی متوسطه از این جهت است که این دوره استمرار دوره نوجوانی بوده، وجود پدیده های روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و اختلال در عملکرد اجتماعی، از مسائل مهم حوزه‌ی سلامت روانی در این دوره می باشند [۵]. مشکلات هیجانی در نوجوانان می تواند بصورت

سیستم‌های حمایتی در محیط می باشند. دسته دوم، مطالعاتی هستند که به سازه‌ی حمایت اجتماعی تصویری توجه دارند؛ یعنی بنا به تصور شخصی، به چه میزان از حمایت برخوردار است. در مجموع، تحقیقات بر نقش حمایت اجتماعی واقعی و تصویری تأکید داشته اند [۲۳]. حمایت اجتماعی دارای دو بعد عاطفی و ابزاری است. حمایت اجتماعی عاطفی را می توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت با افراد دانست و مراد از حمایت اجتماعی ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیتهای، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار افراد قرار می گیرد. مهمترین منبع حمایت اجتماعی ابزاری اعضاء خانواده هستند، در حالی که حمایت اجتماعی عاطفی هم از سوی اعضاء خانواده و هم از سوی دوستان بروز می کند [۲۴].

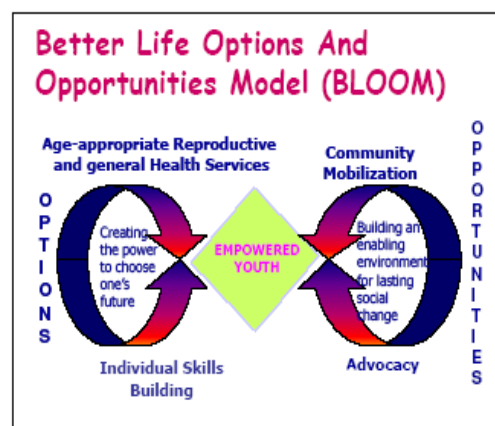
با توجه به اینکه جمعیت ایران، جمعیتی جوان است و بخش قابل توجهی از آن را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند، از طرفی، با توجه به نقش زنان در سلامت خانواده و نقش مدارس در ارتقای بهداشت روان، به نظر می رسد به کارگیری مدل‌های توانمندسازی جهت آموزش مطلوب تر مهارت‌های زندگی به دانش آموزان دختر، می تواند تأثیر زیادی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشد. آموزش مهارت‌های زندگی همچنین باعث می شود دانش آموزان در کنار تحصیل، مهارت‌های اساسی برای یک زندگی سالم را بهتر بیاموزند. لذا هدف اصلی این پژوهش، ابتدا نیازسنجی مهارت‌های زندگی در دوره متوسطه بوده تا از این رهگذر، اطلاعات ضروری در خصوص این نیازها شناسایی شود. سپس براساس آن تأثیر آموزش این مهارتها برطبق مدل بلوم، با مشارکت والدین و دبیران در یک محیط حمایت کننده، مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش

این پژوهش یک بررسی مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی دارای گروه شاهد و مداخله بود. جامعه آماری پژوهش با توجه به مرحله اول مدل بلوم (نیازسنجی) و مرحله بعد (مداخله)، متفاوت بود. به این معنی که در مرحله نیازسنجی، جامعه‌ی آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر پایه سوم دوره متوسطه،

کرد. این مدل بر تعامل بین منابع اطلاعات در یک نظام آموزشی تأکید دارد و در صورت وجود اختلاف، باید میان اختلافات، توافق برقرار نمود [۱۸].

در این پژوهش، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی براساس مدل بلوم (BLOOM) (Better Life Options and Opportunities Model) که در شکل شماره ۱ قابل مشاهده می باشد طرح ریزی شده است. مدل بلوم یک مدل توانمندسازی است که رویکرد کلی و منسجمی را در جهت رشد و پیشرفت نوجوانان دنبال می کند [۱۹]. مراحل اجرای این مدل شامل ۱- نیازسنجی ۲- توزیع بسته های آموزشی در مورد مهارت‌های زندگی (که شامل کتابچه های راهنما و آموزش است) ۳- حساس سازی برنامه برای هماهنگ کننده های طرح ۴- آموزش آموزش دهندگان و ۵- پایش و ارزشیابی می باشد [۲۰].



شکل شماره ۱: مدل بلوم (Life Skills Education Project, (M.P. Washington, DC. 2006

توانمندسازی، ارتقای تلاش‌های آگاهانه مراقبت از خود، افراد خانواده ها و جوامع در راستای گرفتن مسئولیت در ارتقای بهداشت و حفظ سلامت می باشد [۲۱]. یکی از اجزای کلیدی توانمندسازی که توسط آموزش دهندگان بهداشت مورد توجه قرار گرفته است، فرایند مشارکت افراد برای ارتقای و بهبود کیفیت زندگی است [۲۲].

ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می توان به دو دسته تقسیم کرد. اولین دسته، مطالعاتی هستند که متمرکز بر

گیری و ارتباط مؤثر با دیگران) طراحی شد و پس از کسب اعتبار و روایی، بر روی گروه‌های مورد و شاهد اجرا گردید. پرسشنامه‌های آگاهی شامل ۱۵ سوال چهار جوابی بود که هر ۵ سؤال مربوط به یک مهارت بود. پرسشنامه نگرش شامل ۱۴ سؤال نگرشی در ارتباط با مهارت‌های زندگی با مقیاس لیکرت بود و پرسشنامه عملکرد بصورت چک لیستی شامل ۲۱ خرده مقیاس عملکرد در زمینه سه مهارت مذکور بود که هر ۷ خرده مقیاس، مربوط به یک مهارت بود و دانش‌آموزان در هر مورد، درجه شباهت خود را با اعداد ۱ تا ۵ علامت‌گذاری می‌کردند. در نهایت یک پرسشنامه ۲۰ سوالی جهت سنجش میزان حمایت همه جانبه طراحی گردید که ۱۰ سوال آن در ارتباط با سیستم حمایت محیطی با مقیاس بلی، خیر و ۱۰ سوال مربوط به حمایت اجتماعی با مقیاس هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، همیشه و برگرفته از مقیاس حمایت چند بعدی (Multi-Dimensional Support Scale, MDSS) بود. اعتبار پرسشنامه‌ها توسط کارشناسان مرتبط ارزیابی شده و پس از اصلاحات تأیید گردید. همچنین پایایی پرسشنامه‌ها با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه آگاهی معادل ۰/۷۵، نگرش ۰/۷۱، عملکرد ۰/۸۴ و حمایت ۰/۷۹ سنجیده شد.

در مرحله مداخله، آموزش سه مهارت مذکور به صورت برگزاری جلسات آموزشی در قالب سخنرانی، نمایش اسلاید، بحث گروهی و ایفای نقش، در طول چهار هفته و طی هشت جلسه نیم ساعته برای دانش‌آموزان انجام شد. به منظور توجیه و جلب همکاری، یک جلسه آموزشی یک ساعته نیز برای والدین گذاشته شد. آموزشها از طریق توزیع کتابچه‌های آموزشی، پوستر و پمفلت برطبق مدل بلوم، میان آزمودنی‌های گروه مداخله، والدین و دبیران آنها و همچنین در اداره آموزش و پرورش، تکمیل گردید. همچنین جلساتی با حضور هسته مشاور آموزش و پرورش و مشاوران مدارس متوسطه، با هدف جلب حمایت بیشتر مسئولان در راستای اجرای بهتر آموزش مهارت‌ها در مدارس، ایجاد مراکزی جهت آموزش مهارت‌ها و مشاوره دانش‌آموزان در خارج از مدرسه با هزینه مناسب و دسترسی آسان و اطلاع‌رسانی به دانش‌آموزان، والدین و دبیران در مورد

والدین با مدرک دیپلم به بالا، دبیران و مشاوران دوره‌ی متوسطه در دبیرستانهای دولتی بودند. اما جامعه آماری در مرحله مداخله (آموزش مهارت‌ها)، شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه سوم دبیرستان بودند. برای نمونه گیری در هر دو مرحله از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که در مرحله نیازسنجی، ابتدا چهار دبیرستان از بین یازده دبیرستان دولتی دخترانه شهرستان جهرم و از چهار منطقه مختلف به عنوان خوشه‌ها انتخاب شدند. سپس تعداد ۲۰۰ نمونه شامل ۱۲۰ دانش‌آموز پایه سوم، ۴۰ نفر از والدین دانش‌آموزان با مدرک دیپلم به بالا، ۳۵ نفر از دبیران و ۵ نفر از مشاورین مدارس، به روش تصادفی در داخل خوشه‌ها گزینش شدند. در مرحله‌ی مداخله، با توجه به عدد بدست آمده از فرمول تعیین حجم نمونه و تعداد دانش‌آموزان پایه‌ی سوم در هر دبیرستان، دو مدرسه از بین مدارسی که تعداد دانش‌آموز پایه سوم به اندازه کافی داشتند، انتخاب و دو گروه ۴۵ نفری از دانش‌آموزان، در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. بدین ترتیب دو گروه در دو مدرسه جداگانه بوده و هیچ ارتباطی با هم نداشتند.

ابتدا برطبق مدل بلوم نیازسنجی مهارت‌های زندگی از طریق پرسشنامه‌های مخصوص و جمع‌آوری داده‌ها بر روی سه گروه دانش‌آموزان، والدین و دبیران به اجرا در آمده، پس از آنالیز و رفع اختلافات، سه مهارت ضروری تر شناسایی شدند. پرسشنامه‌ی نیازسنجی شامل دو بخش اطلاعات زمینه‌ای و سوالات مربوط به نیازسنجی و اولویت‌بندی ده مهارت زندگی (خودآگاهی، همدلی، ارتباط مؤثر با دیگران، روابط میان فردی، تصمیم‌گیری، حل مسئله، تفکرخلاق، تفکرانتقادی، مهارت‌کردن هیجانات و مقابله با استرس) ویژه سه گروه دبیران و مشاوران دانش‌آموزان و والدین بود. در این مرحله، از نمونه‌ها خواسته شد تا علاوه بر پاسخ دادن به چند سؤال بسته پاسخ و یک سوال باز پاسخ، ۱۰ مهارت زندگی را از دیدگاه خود اولویت‌بندی کنند. سپس پرسشنامه‌هایی در ارتباط با سنجش میزان حمایت همه جانبه، آگاهی، نگرش و عملکرد در مورد سه مهارت بالاترین سطح اولویت از دیدگاه نمونه‌ها (خودآگاهی، تصمیم

داشتند. اولویت بندی مهارت‌های زندگی از دیدگاه دبیران و مشاوران نیز در جدول شماره ۱ دیده می شود. نتایج پرسشنامه های والدین حاکی از آن است که از ۴۰ نفر والدین شرکت کننده، ۸ نفر پدر، ۲۸ نفر مادر و ۴ نفر غیر از والدین دانش آموزان بودند. ۱۰ نفر (۲۵٪) از والدین دارای شغل دولتی، ۵ نفر (۱۲/۵٪) دارای شغل آزاد و ۲۵ نفر (۶۲/۵٪) خانه دار بودند. اولویت بندی مهارت‌های زندگی از دیدگاه والدین نیز در جدول شماره ۱ نیز قابل مشاهده است. در مجموع، بررسی ۲۰۰ پرسشنامه نشان داد که اولویت های مهارت های زندگی از دیدگاه همه مخاطبان عبارتند از: ۱- خودآگاهی ۲- تصمیم گیری ۳- ارتباط مؤثر با دیگران ۴- تفکر خلاق ۵- همدلی ۶- روابط میان فردی ۷- مقابله با استرس ۸- حل مسئله ۹- تفکر انتقادی ۱۰- کنار آمدن با هیجانات مهارت خودآگاهی کمترین میانگین اولویت (۴/۰۳) را از نظر همه مخاطبان کسب کرد. مهارت تصمیم گیری به ترتیب با میانگین اولویت ۴/۴۸ و ۴/۸۴، هم از نظر والدین و هم از نظر دانش آموزان به عنوان مهارت دوم انتخاب شد. همچنین مهارت ارتباط مؤثر با دیگران به ترتیب با میانگین اولویت ۵/۲۷ و ۴/۶۲ از نظر گروه دبیران و مشاورین و گروه والدین، به عنوان مهارت سوم انتخاب گردید (جدول شماره ۱).

وجود این مراکز، تشکیل گردید. اجرای مسابقات و اهداء جوایز در بین دانش آموزان گروه مداخله، والدین و دبیران آنها نیز از دیگر مداخلات انجام شده بود. یک ماه پس از مداخله آموزشی، دو گروه شاهد و مداخله، دوباره به کمک ابزارهای یاد شده ارزیابی شدند. داده های بدست آمده با استفاده از آزمون های توصیفی و تحلیلی و نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل و مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها

براساس داده های پرسشنامه های نیازسنجی که توسط دانش آموزان تکمیل شد، از ۱۲۰ دانش آموز دختر دبیرستانی پایه سوم، ۵۷/۵٪ رشته علوم تجربی، ۱۶/۷٪ رشته علوم انسانی و ۲۵/۸٪ رشته ریاضی بودند. در مورد گذراندن درس مهارتها، ۵۶/۷٪ (۶۸ نفر) در طول دوره متوسطه آموزش مهارتها را ندیده و ۴۳/۳٪ (۵۲ نفر) آموزش دیده بودند. اولویت بندی مهارت‌های زندگی از دیدگاه دانش آموزان، در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. همچنین برطبق نتایج به دست آمده، ۶۱/۷٪ از دانش آموزان ترجیح می دهند هنگام نیاز به مشاوره به مادران خود، ۲/۵٪ به پدران، ۱۸/۳٪ به دوستان، ۵٪ به روانپزشک، ۱/۷٪ به مشاوره مدرسه و ۱۰/۸٪ به افرادی غیر از این موارد مراجعه کنند. بررسی پرسشنامه های دبیران و مشاوران نشان داد که همگی مؤنث بوده و ۹۵ درصد ایشان بیش از ده سال سابقه خدمت

جدول ۱: اولویت بندی مهارت های زندگی از دیدگاه گروههای مورد مطالعه

| گروهها | دانش آموزان (تعداد= ۱۲۰) | دبیران و مشاوران (تعداد= ۴۰) | والدین (تعداد= ۴۰) | مجموع هر سه گروه (تعداد= ۲۰۰) |
|------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| مهارت ها | اولویت میانگین (انحراف معیار) | اولویت میانگین (انحراف معیار) | اولویت میانگین (انحراف معیار) | اولویت میانگین (انحراف معیار) |
| خودآگاهی | اول ۴/۱۵ (۳/۲۰۴) | اول ۳/۶۷ (۳/۴۶۷) | اول ۴/۰۲ (۳/۴۹۰) | اول ۴/۰۳ (۳/۳۰۴) |
| تصمیم گیری | دوم ۴/۸۴ (۲/۳۷۳) | پنجم ۵/۵۸ (۲/۵۸۱) | دوم ۴/۴۸ (۲/۱۸۴) | دوم ۴/۹۱ (۲/۳۹۵) |

انجام آموزش به ترتیب برابر با ۶/۷۱، ۵۳/۴۸ و ۵۵/۵۱ بودند. این نمرات یک ماه پس از اتمام برنامه‌ی آموزشی به طور معنی

نتایج مرحله‌ی مداخله نشان داد که میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد گروه مداخله نسبت به سه مهارت اول، قبل از

حمایت محیطی در گروه مداخله، قبل و یک ماه بعد از انجام مداخله به صورت معنی داری افزایش یافته بود، در حالیکه میانگین حمایت اجتماعی نمرات در دو گروه مداخله و شاهد قبل و پس از مداخله، از نظر آماری تفاوت معنی داری نشان نداد (جدول شماره ۲).

داری افزایش یافته، به ترتیب برابر با ۵۸،۷/۹۳ و ۶۲/۴۶ شدند. این در حالی بود که بین میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه‌ها در گروه شاهد، در این دو مقطع تفاوت معنی داری مشاهده نگردید (جدول شماره ۲).

در این مطالعه همچنین سازه‌ی حمایت همه جانبه در قالب حمایت‌های محیطی و اجتماعی بررسی شدند. میانگین نمرات

جدول ۲: مقایسه میانگین اختلاف نمرات آگاهی، نگرش، عملکرد، حمایت محیطی و اجتماعی در دانش‌آموزان گروه مداخله (تعداد= ۴۵) و شاهد (تعداد= ۴۵)

| متغیرها | گروه | میانگین | | اختلاف میانگینها | انحراف استاندارد | t | P |
|---------------|------|-----------|----------|------------------|------------------|--------|-------|
| | | پیش آزمون | پس آزمون | | | | |
| آگاهی | مورد | ۶۷۱ | ۷/۹۳ | -۱/۲۲ | ۲/۸۲ | -۲/۱۳۴ | ۰/۰۳۶ |
| | شاهد | ۵/۳۵ | ۵/۲۸ | ۰/۰۷ | ۲/۹۰ | | |
| نگرش | مورد | ۵۳/۴۸ | ۵۸ | -۴/۵۲ | ۷/۹۹ | -۲/۰۱۰ | ۰/۰۴۷ |
| | شاهد | ۵۲/۴۶ | ۵۳ | -۰/۵۴ | ۱۰/۵۹ | | |
| عملکرد | مورد | ۵۵/۵۱ | ۶۲/۴۶ | -۶/۹۵ | ۱۸/۵۴ | -۲/۱۰۲ | ۰/۰۳۸ |
| | شاهد | ۵۶/۵۷ | ۵۵ | ۱/۵۷ | ۱۹/۹۵ | | |
| حمایت محیطی | مورد | ۳/۲۲ | ۴/۸۴ | -۱/۶۲ | ۳/۲۰ | -۳/۱۶۷ | ۰/۰۰۲ |
| | شاهد | ۴/۶۰ | ۴/۲۰ | ۰/۴۰ | ۲/۸۴ | | |
| حمایت اجتماعی | مورد | ۳۷/۸۸ | ۳۸/۵۵ | -۰/۶۷ | ۹/۲۵ | -۰/۳۷۷ | ۰/۷۰۷ |
| | شاهد | ۳۸/۵۷ | ۳۸/۵۵ | ۰/۰۲ | ۸/۰۱ | | |

بحث

مهارت تصمیم‌گیری و ارتباط مؤثر نیز از نظر مخاطبان مختلف، از اولویت‌های بالایی برخوردار بودند که با مهارت‌های زندگی توصیه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی همخوانی دارد [۴]. در مطالعه ادیب در سال ۱۳۸۳ نیز این دو مهارت جزء پنج اولویت اول مهارت‌ها بوده‌اند [۲۵]. در تحقیق کرد نوقایی در سال ۱۳۸۴، مهارت تصمیم‌گیری از اولویت بالا و ارتباط مؤثر با دیگران از اولویت پایین تری برخوردار بود [۱]. که به دلیل تفاوت در ویژگی‌های خاص مناطقی که این مطالعات در آنجا اجرا شده بود، قابل توجه به نظر می‌رسد. براساس نتایج این مطالعه می‌توان سه مهارت خودآگاهی، ارتباط با دیگران و تصمیم‌گیری را به عنوان سه اولویت اول و ضروری‌ترین مهارت‌ها برای دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه در نظر گرفت.

اولویت‌یابی مهارت‌های زندگی از مجموع نظرات سه گروه دانش‌آموزان پایه سوم، والدین، و دبیران و مشاورین نشان داد که هر سه گروه، مهارت‌های زندگی را به صورتی متفاوت اولویت بندی کرده‌اند. البته در این مطالعه مهارت خودآگاهی با کسب کمترین میانگین اولویت، از نظر همه مخاطبان به عنوان اولویت اول شناخته شد که با سایر مطالعات انجام شده مطابقت دارد. بطوری که در طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی این مهارت و مهارت همدلی یکی از پنج طبقه اصلی مهارت‌های زندگی را به خود اختصاص داده‌اند [۴]. در پژوهش ادیب [۲۵] و کرد نوقایی [۱] نیز مهارت خودآگاهی از اولویت اول برخوردار بوده است. در این مطالعه علاوه بر مهارت خودآگاهی، دو

آزمون نشان داد [۲۹]. رامشت و فرشاد نیز در پژوهش خود بر روی دانشجویان نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به بالا بردن سطح رفتارهای سالم و سودمندی اجتماعی می‌انجامد [۳۰]. حقیقی و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش سلامت روانی و عزت نفس دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه می‌شود [۳۱]. همچنین در مطالعه ای در پاکستان، تأثیر برنامه‌های بهداشت روان بر آگاهی دانش‌آموزان، معلمان و والدین در مقایسه با گروه کنترل دیده شد [۳۲]. نابورز و همکاران نیز مشاهده کردند که آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان دبیرستانی، موجب ارتقای عملکرد در حوزه‌های تحصیلی، فردی، بین فردی و روابط با همسالان گردید [۳۳]. بوتوین و گریفین در مقاله مروری خود در دانشگاه نیویورک نشان دادند که برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان منجر به کاهش مصرف سیگار، الکل، ماریجوانا و داروهای غیرمجاز به میزان ۵۰٪ یا بیشتر می‌شود [۳۴]. گورمن نیز در دو مطالعه جداگانه اثر آموزش مهارت‌های زندگی را بر کنترل مواد بررسی کرد [۳۵-۳۶].

یافته‌های مطالعه حاضر همچنین نشان دهنده تأثیر مداخلات آموزشی بر نمرات حمایت محیطی بود که می‌تواند به علت مشارکت والدین و دبیران، توجّه مسئولان مدرسه، اجرای مسابقه و تشویق نمودن دانش‌آموزان در زمینه فراگیری مهارت‌های زندگی باشد. این بدان معنی است که مداخله در سیستم حمایتی می‌تواند منجر به تقویت آن و افزایش بازده آموزش مهارت‌ها به دانش‌آموزان گردد. عربگل نیز در مطالعه‌ای تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در محیط مدرسه، بر عملکرد دانش‌آموزان دبستان را در سه سطح دانش‌آموزان، معلمان و والدین مورد ارزیابی قرارداد. نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان دبستانی باعث ارتقای توانمندی‌ها و کاهش مشکلات آنها می‌گردد [۳۷]. همچنین ملیسا و مایلز نیز سودمندی درگیر کردن والدین را به عنوان مشارکت کنندگان اولیّه در درمان مشکلات هیجانی-اجتماعی کودکان نشان دادند [۳۸].

از نظر دستیابی به آموزش مهارت‌های زندگی، نتایج نشان داد که از بین ۱۲۰ دانش‌آموز تنها نیمی از آنها در طول تحصیل در زمینه مهارت‌ها آموزش دیده‌اند که می‌تواند تا حدودی نشان دهنده عدم توفیق در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان باشد. این یافته با نتایج پژوهشی که ادیب در سال ۱۳۸۵ در بین دانش‌آموزان راهنمایی کل کشور انجام داد، می‌تواند همسو در نظر گرفته شود. نتایج او نشان داد که نظام تعلیم و تربیت عمومی کشور در دستیابی به اهداف مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی موفق نبوده است [۲۶]. از طرفی، نتایج پژوهش فاتحی زاده نیز گویای این مطلب است که اگر مدرسه بخواهد عملکرد واقعی و مؤثری در انتقال کلیه مهارت‌های ضروری اجتماعی به دانش‌آموزان داشته باشد باید فرصت‌ها، برنامه‌های مدون و طرح‌های قابل اجرا در این زمینه داشته باشد، درحالی‌که وضعیت موجود، پاسخگوی تأمین همه‌ی نیازهای اجتماعی دانش‌آموزان نیست [۲۷].

بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد خدمات مشاوره‌ای ارائه شده توسط مشاورین محترم در دبیرستان‌ها ممکن است نیاز به بازنگری و ارتقای سطح کیفی داشته باشند. همچنین مشاوره و آموزش به والدین در جهت ایجاد الگوهای مثبت برای دانش‌آموزان در داخل خانه، ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه، مداخله‌ی آموزشی به طور معنی‌داری بر آگاهی، نگرش و عملکرد دانش‌آموزان نسبت به سه مهارت مورد نظر مؤثر بود. مطالعات زیادی نقش آموزش این مهارت‌ها را در نوجوانان و دانش‌آموزان دبیرستانی مورد ارزیابی قرار داده‌اند و به نتایج مشابه دست یافته‌اند. از جمله پژوهش کرد نوقابی که تأثیر آموزش مهارت خودآگاهی را در تقویت این مهارت در دانش‌آموزان دبیرستانی گروه مداخله نشان داد [۱]. حمیدی نیز در پژوهش خود در سال ۱۳۸۴ که بر روی دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی انجام شده بود، اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود وضعیت رفتاری نوجوانان را نشان داد [۲۸]. در مطالعه‌ی ناصری و نیک پرور نیز تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه علم و صنعت بررسی شد که در آن یافته‌ها، تفاوت معناداری را در پیش‌آزمون و پس

نتیجه گیری

باتوجه به شرایط و مقتضیات کشور در ابعاد سیاسی، فرهنگی و معضلات اجتماعی، بیش از پیش نیازمند جوانان فعال، مسؤول و کارآمد در کشور هستیم. این امر می تواند با آموزش موفق مهارت های زندگی به جوانان تحقق پذیرد. لذا بکارگیری مدل های توانمندسازی همچون مدل بلوم می تواند در تحقق این هدف راهگشا باشد. این مدل، از نظر هدف، مبتنی بر نیازهای روزمره دانش آموزان، از نظر راهبردهای تدریس، مبتنی بر تئوری یادگیری اجتماعی و از نظر ارزشیابی، مبتنی بر ارزیابی و بررسی عملکرد است. به نظر می رسد برنامه آموزش مهارت های زندگی به دلیل کمبود وقت در مدارس، مورد بی توجهی قرار گرفته است، لذا می توان با انجام نیازسنجی و تمرکز بر چند مهارت مهمتر، به آموزش هرچه بهتر و مؤثرتر آنها کمک کرد. ویژگی خاص این مدل، آموزش بر پایه نیازسنجی و توجه به حمایت همه جانبه می باشد که با تقویت آن بازده آموزشی نیز افزایش می یابد. از طرفی مشارکت والدین و دبیران به عنوان الگوهای تربیتی، نه تنها به ارتقای مهارت های زندگی در دانش آموزان کمک می کند، بلکه با خلق محیط های حمایت کننده در خانه و مدرسه فرصت هایی را جهت توانمند سازی آنها فراهم می آورد.

تشکر و قدردانی

با تقدیر و تشکر از مسؤولان اداره آموزش و پرورش شهرستان جهرم و مسؤولان محترم دبیرستانهای علویه، امام العارفین، دکتر شیرازی و خلیلی که همکاری صمیمانه ای در طول تحقیق داشتند، همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که منابع مالی را فراهم نمودند.

سهم نویسندگان

طراحی مطالعه و جمع آوری داده ها: مریم صحرائیان و مهناز صلحی
تجزیه و تحلیل داده ها: حمید حقانی
نگارش مقاله: مریم صحرائیان

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

در این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی، تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد دیده نشد که می تواند به دلیل همکاری کم مسؤولان مدرسه در ارتباط با آموزش و عدم بهره گیری از حضور روانشناسان در مدرسه، تمایل کم دبیران و والدین جهت شرکت بیشتر در کلاسها و کوتاه بودن زمان پژوهش بوده باشد.

انجام این مطالعه با محدودیت هایی همراه بود که می توان به عدم همکاری برخی مسؤولان و دبیران و کم اهمیت تلقی کردن آموزش مهارت ها در مدارس متوسطه اشاره نمود. البته محققین تلاش کردند با بیان مصادیق روشن از تأثیر آموزش مهارتهای زندگی در سلامت روان و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان و نیز نقش مسؤولین در اجرای هرچه بهتر آموزش، تا حدودی این مشکل را مرتفع نمایند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می شود در طراحی برنامه آموزش مهارت های زندگی به دختران دبیرستانی هر منطقه، ابتدا نیازها، اولویت ها و ترجیحات آنها مد نظر قرار گیرند. سپس مهارت های ضروری تر به آنها آموزش داده شوند تا ضمن صرفه جویی در وقت، آموزشها نیز با کیفیت بهتر و مؤثرتر ارائه گردند. همچنین از آنجایی که ممکن است گاهی اوقات مشکلات موجود تنها با آموزش صرف به دانش آموز مرتفع نگردد، پیشنهاد می گردد با تقویت حمایت همه جانبه در قالب مشارکت والدین و دبیران در برنامه آموزشی، جلب توجه مسؤولان جهت فراهم آوردن امکانات در زمینه آموزش مهارت ها، اجرای مسابقات و برنامه های تشویقی، معرفی دانش آموزان و مشاوران برتر، استفاده از حضور روان شناسان و مشاورین مجرب در دبیرستان ها، ایجاد مراکز مشاوره در خارج از مدرسه با هزینه مناسب و دسترسی آسان، بهره گیری از رسانه های جمعی و ائتلاف گروههای مختلف، تأثیر آموزش را دو چندان کنیم. همچنین به منظور ارزیابی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی در اصلاح عملکرد دانش آموزان، پیشنهاد می گردد در طول سال تحصیلی، عملکرد دانش آموزان از طریق مصاحبه و مشاهده مستقیم رفتار آنان توسط والدین و دبیران در طول سال تحصیلی به صورت مستمر مورد ارزیابی قرار گیرد.

References

- 1- Kordnoghabi R, Pasha-Sharyfy H. Prepared and compilation of life skills curriculum for high school students. *Journal of Educational Innovation* 2005; 4(12):11-34. [In Persian]
- 2- Solhi M, Sahraian M, Haghani H, Beigizadeh Sh. Assessing life skills in third grade high school girls of Jahrom city from the perspective of students, parents and teachers in 2009-2010. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2010; 8(3): 41-47.
- 3- Fata L, Mohammad-Khani SH, Kazemzadeh-Atofi M. Life skills training, especially students. Tehran: Danzheh Pub; 2006. [In Persian]
- 4- WHO. Life skills education for children and adolescents in schools: Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Geneva, Switzerland: WHO Programme on mental health. Available at: <http://www.col.org/pcf6/fp/zIN2327.doc>. Accessed Jan 26, 2010.
- 5- Hazary Z. Life skills training effect on mental health of secondary school students [Master's Thesis]. University of Tabriz 2006. [In Persian]
- 6- Meadus RJ. Adolescents coping with mood disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007; 14(2):209-17.
- 7- Fisher PH, Masia-Warner C, Klein RG. Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004; 7(4):241-9.
- 8- Varni JW, Katz ER, Colegrove JR, Dogin M. The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J Pediatr Psychol* 1993; 18(6):751-67.
- 9- Barakat LP, Hetzke JD, Foley B, Carey ME, Gyato K, Philips PC. Evaluation of a social-skills training group intervention with children treated for brain tumors: a pilot study. *J Pediatr Psychol* 2003; 28(5):299-307.
- 10- Connors GJ, Walitzer KS. Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(3):447-56.
- 11- Sharma M, Petosa R, Heaney CA. Evaluation of a brief intervention based on social cognitive theory to develop problem-solving skills among sixth-grade children. *Health Educ Behav* 1999; 26(4):465-77.
- 12- Haj-Amini Z, Ajali A, Fathi-Ashtiani A, et al. The effect of life skills training on emotional reactions in adolescents. *Journal of Behavioral Sciences* 2008; 2(3):263-270. [In Persian]
- 13- Kahrazi F, Azad-Fallah P, Allahyari A. Efficacy of problem solving skills in reducing student depression. *Journal of Psychology* 2003; 7(2):120-142. [In Persian]
- 14- Botvin G, Baker E, Renick N. A cognitive – behavioral approach to substance abuse prevention. *Addict Behav* 1984; 9(2):137-147.
- 15- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(4):437-446.
- 16- Marilyn AJ. School programming for the prevention of addiction. *School Counselor* 1992; 39(3):202-10.
- 17- Akbary M, Rafieefar SH, Samir A, et al. Health education curriculum (Introduction with basic concepts) for managers and staff of the health system, health department ministry of health and Medical Education. Tehran: Mehr-ravsh; 2006. [In Persian]
- 18- Fathi-Vajargah K. Needs assessment in educational planning and curriculum development. Tehran: Aeeizh Publications; 2005. [In Persian]
- 19- The CEDPA Mission. Available at: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/ezxpsy2eanxllj ttrkrnf2ovb76tsbvlz3qtwptauygzgqyfzusoaoalmy7m dgz7f7bt5m6huad7njK/TheCEDPAMission.pdf>. Accessed Jan 26, 2009.

- 20- The Center for Development and Population Activities. Empowering adolescents in India: the Better Life Options Program. Washington, D.C., CEDPA, Mar 2006 Activities (CEDPA), Available at: <http://www.cedpa.org/content/search/publication>. Accessed Jan 26, 2009.
- 21- Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. Philadelphia: Sunders; 2004.
- 22- Speer WP, Jackson CB, Peterson NA. The Relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Heath Educ Behav* 2001; 28(6):716-33.
- 23- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44(1):127-139.
- 24- Rook KS, Ituarte PHG. Social control, social support and companionship in older adults' family relationships and friendships. *Pers Relationships* 1999; 6(2):199-211.
- 25- Adib Y. Optimal design model life skills curriculum for Junior [dissertation]. Tehran: University of Tarbiat Modarres 2005. [In Persian]
- 26- Adib Y. Evaluation of Iranian youth access life skills. *Journal of Academic-Research Psychology* 2006; 1-4:1-25. [In Persian]
- 27- Fatehizadeh M, Nasr-e-Esfahani AR, Fathi F. A qualitative study on the high schools' performance in developing social skills. *Journal of Psychology* 2005; 9-2:165-185. [In Persian]
- 28- Hamidi F. The effect of life-skill training on deprived regions' adolescents in summer camps. *Womens Studies* 2005; 3(7):129-147. [In Persian]
- 29- Naseri H, Nick-Parvar R. Evaluation of effectiveness of life skills education on students' mental health. 3rd seminar of mental health of students, University of Tarbiat Modares. 2004 Mar 12-13; Tehran, Iran. [In Persian]
- 30- Ramosht M, Farshad S. The effect of teaching life skills to prevent substance abuse. 3rd Seminar of mental health of students, University of Tarbiat Modarres. 2004 Mar 12-13; Tehran, Iran. [In Persian]
- 31- Haghghi J, Mousavi M, Mehrabizadeh M, Beshlidayeh K. The effects of life skills training on mental health and self-esteem of female first grade high school students in Ilam. *Journal of Education And Psychology* 2006; 13(1):61-78. [In Persian]
- 32- Rahman A, Mubbashar MH, Goldberg RG. Randomized trial of impact of school mental health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet* 1998; 352:1022-25.
- 33- Nabors LA, Reynold MS, Weist MD. Qualitative evaluation of a high school mental health program. *J Youth Adolesc* 2000; 29(1):1-1
- 34- Botvin G, Griffin K. Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The J Prim Prev* 2004; 25(2):211-232.
- 35- Gorman D. The science of drug and alcohol prevention: he case of the randomized trial of the life skills training program. *International Journal of Drug Policy* 2002; 13(1):21-26.
- 36- Gorman D. Does Measurement dependence explain the effects of the life skills training program on smoking outcomes? *Prev Med* 2005; 40:479-487.
- 37- Arabgol F, Mahmoudi-Gharei J, Hakim-Shoushtari M. The effect of social skills education on the function of grade four elementary students. *Advances in Cognitive Science* 2005; 7(3):51-57. [In Persian]
- 38- Derosier M, Gilliom M. Effectiveness of a parent training program for improving children's social behavior. *J Child Fam Stud* 2007; 16(5):660-670.

How to cite this article: Sahraian M, Solhi M, Haghani. The effect of BLOOM empowerment model on life skills promotion in girl students at the third grade of high school in Jahrom. *Journal of Research & Health* 2012; 2:91-100.