

تأثیر آموزش مقابله با استرس براسترس ادراک شده و سبک مقابله با استرس در دانشجویان پزشکی

مرضیه مقدم¹، ثریا رشید زاده²، نرگس شمس علیزاده³، بدیعه فلاحی⁴

1. استاد یار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس، سنندج، ایران.

2. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

3. استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسوول)
anshamsalizadeh@yahoo.com تلفن ثابت: 087-33660025

4. دانشجوی پزشکی، واحد تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

مقدمه: دانشجویان پزشکی عوامل تنش‌زای وسیعی را تجربه میکنند که بالقوه تأثیرات وخیمی در عملکرد تحصیلی دانشجویان اعمال خواهد کرد. به تبع نوع رشته تحصیلی این عوامل تنش‌زا در موارد متعددی قابل تغییر نبوده بلکه لازم است توانمندی دانشجویان در مقابله با استرسورها ارتقاء یابد. در این پژوهش تلاش شده که اثر بخشی آموزش مهارت مقابله با استرس (بعنوان بخشی از کوریکولوم آموزشی مهارتهای زندگی در دانشگاه علوم پزشکی کردستان) بر میزان استرس ادراک شده و سبک مقابله با استرس در دانشجویان و همچنین ماندگاری تأثیر آموزش مورد ارزیابی قرار بگیرد.

مواد و روش‌ها: مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد و حجم نمونه 35 نفر و شامل تمام دانشجویان ترم دوم پزشکی بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. آموزش مقابله با استرس طی چهار جلسه دو ساعته (طی چهار هفته متوالی) ارائه شد. ارزیابی توسط پرسشنامه استرس ادراک شده (14 ماده‌ای) PSS-14 و پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس، فرم کوتاه (CISS_21) در چهار مقطع قبل و بلافاصله بعد از اتمام کلاس‌ها، سه و شش ماه بعد از مداخله انجام شد. داده‌ها وارد نرم افزار آماری-SPSS 17 شده و با استفاده از آزمون‌های تی زوج و آنالیز واریانس یک طرفه و تست تعقیبی توکی تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: میانگین استرس ادراک شده دانشجویان قبل از آموزش 33/42 بوده ولی این میزان پس از یک ماه به 32/70، پس از سه ماه به 31/50 و در ماه ششم پس از آموزش به 29/22 کاهش یافت. البته این تغییرات تنها بین مرحله قبل از آموزش و شش ماه پس از آموزش معنی دار بود ($P=0/012$). سبک غالب مقابله با استرس در تمام مراحل مسئله مدار بود ولیکن تغییرات انواع سبک‌ها در مراحل مختلف معنی دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه کاهش میزان استرس ادراک شده دانشجویان را میتوان به آموزش نسبت داد ولی نقش عوامل مداخله‌گر را نیز باید در نظر داشت. عدم تغییر سبک‌های مقابله‌ای پس از آموزش در دانشجویان می‌تواند مرتبط به کوتاهی دوره آموزش و نقص محتوای آموزش باشد. بنظر میرسد عوامل دیگری از قبیل مقطع تحصیلی دانشجویان و اجباری بودن آموزش نیز در نتایج فوق دخیل باشد. لذا پس از مطالعات بیشتر، تغییر در کوریکولوم آموزشی مهارتهای زندگی در دانشگاه علوم پزشکی کردستان ضروری می‌باشد.

کلمات کلیدی: دانشجوی پزشکی، مهارتهای زندگی، مقابله با استرس، استرس ادراک شده، سبک مقابله با استرس.

وصول مقاله: 92/2/21 اصلاحیه نهایی: 93/3/6 پذیرش: 93/3/20

مقدمه

استرس "واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود". واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیزم از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی می‌باشد (1). البته وجود سطحی بهینه از استرس و تنش برای ایجاد حس رقابت و یادگیری لازم می‌باشد ولی اگر میزان تنش از حدی فراتر رود طوری که انسان فرصت کافی برای ایجاد تعادل و توازن نداشته باشد، دچار تحلیل قوا شده و عوارض استرس را تجربه خواهد کرد. استرس شدید یا طولانی می‌تواند منجر به شروع، تشدید و تداوم بسیاری از کسالت‌های روانی و جسمانی گردد (1).

راهبردهای مقابله با استرس تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی را برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود بکار می‌برند و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله ای موثر باعث می‌شود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان بار آن تعدیل شود (2). هر فرد در مقابله با شرایط استرس آفرین به سبک خاصی واکنش نشان می‌دهد. این سبک خاص می‌تواند هیجان مدار مسئله مدار و یا اجتنابی باشد (1). دوران دانشجویی به دلیل ورود به محیط جدید تحصیلی، درگیری با مسائل اقتصادی و آینده شغلی و گاهی دوری از خانواده، استرس زا می‌باشد. تحصیل به ویژه در رشته پزشکی با استرس‌های خاص دیگری همراه می‌باشد. لزوم یادگیری حجم وسیع مطالب علمی و فشردگی دروس ارائه شده، دوره طولانی آموزش، آموزش در محیط غیر سازمان یافته بیمارستانی که درصد عمده‌ای از آموزش دوران تحصیل دانشجویان در

این گونه رشته‌ها را تشکیل می‌دهد و لزوم چرخش‌های مکرر بین بخش‌های مختلف بیمارستانی، مواجهه مکرر با رنج و گاه مرگ بیماران، سوءرفتار بعضی از مدرسین با دانشجویان و کمبود وقت برای اوقات فراغت و پرداختن به امور شخصی و ... اثر منفی در سلامت روان دانشجویان گذاشته، در نهایت در رسیدن به اهداف نهایی آموزش خلل ایجاد می‌کند (3). مجموعه عوامل فوق در طولانی مدت منجر به کاهش اعتماد بنفس دانشجویان شده، موفقیت تحصیلی آنان را تحت تاثیر قرار داده و نهایتاً تکامل شخصی و حرفه‌ای افراد را به خطر می‌اندازد (4). میزان و شدت تنش تجربه شده توسط دانشجویان پزشکی بسته به شرایط دانشکده، کوریکولوم آموزشی و سیستم ارزیابی آنان ممکن است متفاوت باشد (5). در این زمینه مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف بیانگر آمار متفاوتی هستند. در مطالعه‌ای در دانشگاه آقاخان در پاکستان بیش از 90 درصد دانشجویان دچار استرس بودند (6). همچنین در 61/4% دانشجویان دانشکده پزشکی تای (Thai) درجاتی از استرس مشاهده شده است (7). مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده که مشکلات روانپزشکی دانشجویان در طول سال اول تحصیلی دو برابر شده است. به عبارت دیگر این میزان از ابتدا تا انتهای دوره تحصیلی از 25% به 52% افزایش یافته است (8). در مطالعه ولف نیز استرس دانشجویان پزشکی در انتهای سال اول به مراتب بیش از زمانی است که وارد دانشکده شده‌اند (9). در تحقیقی که در سال 1385 در دانشگاه شهید مدرس در مورد افسردگی و اضطراب و استرس انجام شده 71/1% از دانشجویان از استرس رنج می‌بردند (10).

از طرفی ماهیت مشکلات روانی به گونه‌ای است که مقابله با آن در سطوح بعدی مداخله (پیشگیری نوع دوم و سوم) نه تنها هزینه‌های قابل ملاحظه‌ای را از نظر نیروی انسانی و

روش بررسی

نوع مطالعه، نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود. جمع آوری اطلاعات از طریق سه پرسشنامه انجام پذیرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل سن، جنس، محل زندگی خانواده، محل زندگی دانشجوی، معدل ترم قبل، بیماری روانپزشکی و مصرف داروی روانپزشکی بود. میزان استرس ادراک شده توسط پرسشنامه استرس ادراک شده (14 ماده‌ای) PSS-14 ارزیابی شد. پرسشنامه استرس ادراک شده در سال 1983 توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای 3 نسخه 4-10 و 14 ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار رفته، افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس های تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش زا را نشان میدهد. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه 85%-84% بدست آمده است (14). صالحی قدری (1373) ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون را 75% ذکر کرده است (15)، در پژوهش سپهوند (1387) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای PSS 80% بدست آمده بود (16).

نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که براساس طیف 5 درجه‌ای لیکرت به هرگز (0)، تقریباً هرگز (1)، گاهی اوقات (2)، اغلب اوقات (3)، و بسیاری از اوقات (4) امتیاز تعلق میگیرد. سئوالات 4-5-6-7-9-10 و 13 بطور معکوس نمره گذاری میشوند (هرگز-4 تا بسیاری از اوقات-0). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره 56 است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

پرسشنامه سوم پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس فرم کوتاه (CISS_21) میباشد. فرم کوتاه توسط کالزبیک و همکاران و بر اساس پرسشنامه اصلی مقابله با شرایط پراسترس (اندلر و پارکر -1990) ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسشنامه اصلی در تعداد عبارات آن است.

مسایل مالی بر جوامع تحمیل می کند بلکه اثر بخشی و کار آمدی آن بسیار محدود است. این واقعیت باعث شده که صاحب نظران و متخصصین حیطه بهداشت روان در جهان، تمام کوشش و توجه خود را حول محور برنامه های پیشگیری در سطح اول متمرکز سازند (11). از بین برنامه هایی که تاکنون طراحی و اجرا شده است برنامه آموزش مهارتهای زندگی که در سال 1993 از سوی WHO طراحی و در بسیاری از کشورهای دنیا مورد استفاده قرار گرفته است، بیشترین اثربخشی و کار آمدی را داشته است (11). Botvin و همکاران بیش از سی سال است که در مرکز تحقیقات پیشگیری مرکز پزشکی کورنل (Cornell) بطور مداوم مشغول پژوهش در این زمینه هستند (12). در مطالعه طارمیان بسته آموزشی مهارتهای زندگی بعنوان یک مداخله روانی نقش عمده ای در افزایش اطلاعات، بهبود نگرش و مهارتهای لازم جهت جلوگیری از مصرف مواد داشته است (13).

آموزش مهارتهای زندگی از سال 84 بطور رسمی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان وارد شده است. طی این برنامه شش مهارت جرات مندی، ارتباط موثر، کنترل خشم، مدیریت زمان، حل مسئله و نهایتاً مقابله با استرس طی 48 ساعت آموزش کارگاهی به تمام دانشجویان ترم یک و دو (مقطع علوم پایه) آموزش داده می شود. لذا بر آن شدیم، طی پژوهشی بطور خاص در رابطه با مهارت مقابله با استرس (که آموزش آن از سال 84 شروع شده) اولاً اثربخشی آموزش در زمینه میزان استرس ادراک شده دانشجویان و همچنین سبک مقابله با استرس در آنان و ثانیاً ماندگاری تأثیرات آموزش را نیز مورد ارزیابی قرار دهیم. نتایج این پژوهش در جهت ویرایش کوریکولوم آموزشی مهارتهای زندگی استفاده خواهد شد.

تعریف استرس و شناخت عوامل استرس زا در پیرامون ما (خود آگاهی)، پیش بینی موقعیت های استرس زا، کنترل هیجانات شدید منفی و افکار خودآیند در مقابله موثر با استرس، چگونه مقابله خود با استرس های روزمره را موثرتر کنیم؟ اهمیت ثبت استرس های روزانه، تاثیرات استرس بر انسان، روشهایی برای مقابله درازمدت با استرس و چه زمانی کمک بخواهیم؟ میزان استرس ادراک شده و سبک های مقابله ای دانشجویان توسط یک دانشجوی پزشکی و با ارائه سه پرسشنامه معرفی شده، در چهار مرحله قبل از آموزش، بلافاصله پس از آموزش، سه و شش ماه بعد از مداخله، ارزیابی شد.

داده ها وارد رایانه شده و توسط نرم افزار SPSS 17 و آزمون های تی زوج و آنالیز واریانس یک طرفه و تست تعقیبی توکی تحلیل آماری شد.

یافته ها

4 نفر از دانشجویان بدلیل نقص در تکمیل پرسشنامه از نمونه حذف گردیدند. در مجموع 31 دانشجو مورد ارزیابی قرار گرفتند. 32/3 درصد از افراد 19 ساله، 45/2 درصد 20 ساله و بقیه 21 تا 24 ساله بودند. دختران 64/5% حجم نمونه را تشکیل داده. 100 درصد افراد شرکت کننده، مجرد بودند. 51/6% افراد شرکت کننده بومی و بقیه از سایر استانها بوده اند. 71% دانشجویان در خوابگاه زندگی کرده، 22/6% با خانواده و بقیه در منزل شخصی سکونت داشتند. هیچ کدام از دانشجویان بنا به اظهار خود بیماری روانپزشکی نداشته و دارویی مصرف نمی کردند. طبق یافته های مطالعه میانگین استرس ادراک شده طی مراحل دو و سه و چهار کاهش داشته ولی این رابطه تنها بین مراحل یک و چهار است ($P=0/012$) معنی دار بود (جدول 1).

پرسشنامه اصلی دارای 48 عبارت است. در حالیکه فرم کوتاه آن شامل 21 عبارت است. این مقیاس سه سبک مقابله اصلی یعنی مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله اجتنابی که هر کدام شامل 7 عبارت است را دارا می باشد. زیر مقیاس مقابله اجتنابی خود به دو بعد سرگرمی اجتماعی (3 عبارت) و توجه گردانی (4 عبارت) تقسیم می شود. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی ها باید در یک طیف لیکرت پنج درجه ای (از هرگز =1 تا بسیار زیاد =5) مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده میکنند. کمترین و بیشترین نمره آزمودنی در سه زیر مقیاس به ترتیب 7 و 35 است. ضرایب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس های آزمون (تکلیف محور - اجتنابی و هیجان محور) در 521 نوجوان و جوان مبتلا به اختلالات مزمن گوارشی به ترتیب 0/90 - 0/79 و 0/89 و در 274 نوجوان سالم 0/86 و 0/79 و 0/85 بوده است. همچنین ساختار عاملی مقیاس در گروه های نمونه های مختلف از جمله افراد سالم و مبتلا به بیماری های مزمن دیگر نیز حفظ شده که نشان دهنده روایی سازه مناسب مقیاس است (17). حجم نمونه 35 نفر و شامل تمام دانشجویان ترم دوم پزشکی (مقطع علوم پایه) بود. نمونه گیری با توجه به شرکت تمام افراد کلاس در پژوهش به روش سرشماری انجام شد. در این مطالعه دانشجویان پزشکی ترم دو (مقطع علوم پایه) تحت آموزش مقابله با استرس طی چهار جلسه دو ساعته (طی چهار هفته متوالی) قرار گرفتند. روش آموزش شامل تشکیل گروه های کوچک، بحث در گروه های کوچک و بزرگ، ایفای نقش و انجام تکالیف خانگی بود. محتوای آموزشی ارائه شده شامل برآوردی از تجارب قبلی مدرس و همچنین برنامه عملی سارا مک نامارا می باشد (18). روانپزشک عضو هیئت علمی مسئولیت آموزش را بعهده داشت. سر فصل های تدریس شده طی چهار جلسه از عناوین زیر تشکیل شده بود:

بودند، بیشتر بود (15/39 در مقابل 13/79) ولی این رابطه نیز معنی دار نبود. سبک غالب مقابله با استرس در تمام مراحل سبک مقابله‌ای مسئله مدار بود ولی این نسبت در مراحل مختلف تغییر معنی داری نداشت (جدول 2).

همچنین گرچه میزان استرس ادراک شده در خانمها نسبت به آقایان بیشتر بود (34/1 در مقابل 32/18) ولی این رابطه معنی دار نبود ($P=0/402$).

میزان استرس ادراک شده در افرادی که در خوابگاه زندگی می کردند نسبت به دانشجویانی که نزد خانواده

جدول 1 - تغییرات میانگین میزان استرس ادراک شده در مراحل مختلف

میانگین	انحراف معیار	مراحل ارزیابی
33/42	5/98	قبل از آموزش
32/70	4/25	پس از آموزش
31/50	4/90	سه ماه بعد
29/22	4/95	شش ماه بعد

جدول 2 - تغییرات میانگین نمرات سبک های مقابله ای در مراحل مختلف ارزیابی

P- value	شش ماه بعد	سه ماه بعد	پس از آموزش	پیش از آموزش	انواع مقابله ها
0/11	25/18	23/81	22/17	23/65	مقابله مسئله مدار
0/36	19/00	19/00	20/30	21/55	مقابله هیجان مدار
0/12	20/11	19/48	17/90	17/00	مقابله اجتنابی

برای دانشجویان غیر بومی تجربه بسیار تنشی زایی برای دانشجویان بخصوص در سال اول و دوم پزشکی می باشد (5). در مطالعه حاضر گرچه میزان استرس ادراک شده در خانمها بیش از آقایان بود ولی این رابطه معنی دار نبود. به عبارت دیگر رابطه معنی داری بین جنسیت و استرس به دست نیامد. در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی در زمینه ارتباط استرس ادراک شده و جنسیت بدست آمده است. مطالعه ثمری و همکاران حاکی از برتری نسبی میزان استرس در دانشجویان مذکر نسبت به مونث می باشد، اما تفاوت معنی دار نمی باشد (20). وپتاک و همکاران (21) در پژوهش های خود بیان داشته اند که از نظر میزان ادراک استرس بین زنان و مردان تفاوت معنی دار وجود ندارد. کوهن که پرسشنامه PSS-14 را تدوین کرده در مطالعه خود هیچگونه ارتباط معنی داری بین جنسیت و استرس

بحث

میانگین استرس ادراک شده دانشجویان قبل از آموزش 33/42 بود. این میزان در دانشجویان پزشکی دانشگاه لاهور 30/84 بوده است (5). در مطالعه سپهوند میانگین استرس ادراک شده در دانشجویان خوش بین کمتر از این میزان در دانشجویان بدبین در دانشگاه تهران بود (26/41 در مقابل 31/88) (16). در مطالعه علی پور میزان استرس ادراک شده در بیماران روان تنی 30/74 گزارش شده است (19). با توجه به یافته های فوق میزان استرس ادراک شده در دانشجویان مورد مطالعه در مقایسه با سایر دانشجویان در مطالعات خارجی و داخلی حتی نسبت به افرادی که دچار مشکلات روان تنی می باشند بیشتر است. بنظر می رسد مقطع و نوع رشته تحصیلی و عوامل تنش زای مرتبط به فرهنگ و اجتماع در این تفاوت دخیل باشد. محسن شاه (Mohsin Shah)، معتقد است ورود به محیط آموزشی جدید بویژه

است (24). در پژوهش ام‌البین میرزایی و همکاران (1389) نیز انجام دو مرحله ای آموزش کارگاهی در کاهش میانگین استرس ادراک شده بعد از آموزش مهارت‌های ارتباطی در گروه مداخله دخیل بوده است (25). ولی در پژوهش مقدم و همکاران، آموزش مهارت‌های زندگی به مدت یک ترم تنها منجر به ارتقاء دانش و نگرش دانشجویان شده و تغییری در کفایت روانی - اجتماعی دانشجویان پزشکی مشاهده نشده است. مقدم عدم تاثیر آموزش را در این گروه به مدت کوتاه آموزش و همچنین مقطع تحصیلی دانشجویان (ترم یک علوم پایه) نسبت داده است (26).

محدودیت‌های پژوهش مقدم در پژوهش اخیر نیز وجود داشته، لذا تفسیر دیگر این است که شاید کاهش استرس دانشجویان به تاثیر عوامل مخدوش کننده مربوط باشد. عواملی از قبیل گذر زمان و استرس‌های مرتبط به شرایط مختلف تحصیلی که دانشجویان در آن قرار دارند (مانند ابتدا و انتهای ترم) بخودی خود در کاهش استرس دانشجویان دخیلند. بعلت نبود گروه همسان در زمان مطالعه عوامل مخدوش کننده قابل حذف نبودند.

همچنین سبک غالب مقابله با استرس در دانشجویان مورد مطالعه ماگرچه در تمام مراحل ارزیابی تقریباً با یک میزان سبک مقابله ای مسئله مدار بوده است ولی این نسبت در مراحل مختلف تغییر نداشته است. تغییر در سبک مقابله هیجان مدار، روندی رو به کاهش و در مقابله اجتنابی، روندی رو به افزایش داشته است. ولی این تغییرات نیز معنی دار نبوده است. نقص محتوای آموزشی یا کوتاهی دوره آموزش می‌تواند در فقدان اثر بخشی آموزش در این زمینه دخیل باشد. در پژوهش مرضیه سلطانی و همکاران (1387) که اثر آموزش مدیریت استرس بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستان های دخترانه بررسی شده نیز بین دو گروه آزمایش و گواه در هیچ کدام از مقیاس های رویارویی مسأله مدار، هیجان مدار، کمتر مفید و غیر

ذکر نکرده است (22). در مطالعه دانشگاه لاهور برتری معنی دار میانگین استرس ادراک شده در دختران نسبت به پسران دانشجو (31/94 در مقابل 18/60) به ویژگی سنتی جامعه پاکستان که در آن دختران بعلت محدودیت‌های تحصیل شده اجتماعی قادر به شرکت در فعالیت های خارج درسی نیستند نسبت داده شده است (5). در مطالعه شکوهی امیرآبادی که استرس در دانشجویان دختر بطور معنی داری بیش از پسران بوده است ذکر شده بین اسناد (شیوه های تبیین افراد از رویدادهای تنش زا) و موضوع جنسیت ارتباط وجود دارد. ولی بجز جنسیت عوامل متعددی دیگری همچون سن، هوش، سواد و نوع موقعیت و... نیز وجود دارند که از تعامل پیچیده‌ای با سبک اسناد برخوردار می‌باشند (23). بنابراین بنظر میرسد استرس ادراک شده یک متغیر وابسته چند عاملی (Multi factorial) است که از عوامل متعددی چون سن، هوش و... همچنین جنسیت تاثیر می‌گیرد. احتمالاً نتایج متفاوت در مطالعات ذکر شده از این تعامل پیچیده نشات می‌گیرد. یافته‌های پژوهش روند رو به کاهشی را در میزان استرس ادراک شده دانشجویان نشان میدهد، گرچه این ارتباط تنها بین مرحله پیش آزمون و شش ماه بعد از آموزش معنی دار بوده است. در ارتباط با این یافته تفسیرهای متعددی میتوان ارائه داد. ممکن است آموزش مقابله با استرس، منجر به کاهش استرس دانشجویان شده باشد، ولی این کاهش طی یک روند شش ماهه معنی دار شده است. همسویی این یافته با نتایج تعدادی از مطالعات دیگر (24 و 13) که در آنها آموزش در کاهش استرس دخیل بوده است به نفع تفسیر فوق می‌باشد. در بررسی اثر بخشی آموزش مدیریت استرس در دانشجویان دانشگاه هیروشیمای ژاپن نتایج نشان دهنده تاثیر بارز آموزش در دانش استرس، کفایت حل مسئله و پاسخ به استرس بعد از اتمام آموزش بوده است. البته این نتیجه در پیگیری بعدی مشاهده نشده است که احتمالاً به دلیل مدت کوتاه آموزش (3 هفته) بوده

نتیجه گیری

کاهش میزان استرس ادراک شده دانشجویان را می توان به آموزش نسبت داد ولی نقش عوامل مداخله گر را نیز باید در نظر داشت. عدم تغییر سبک های مقابله ای پس از آموزش در دانشجویان نیز می تواند مرتبط به کوتاهی دوره آموزش و نقص محتوای آموزش باشد. ضروری است که مطالعات تکمیلی جهت ویرایش کوریکولوم آموزشی مهارت ها در دانشگاه انجام شود. این مطالعات شامل برگزاری دوره آموزشی طولانی تر با استفاده از گروه کنترل، برگزاری دوره در مقاطع بالاتر تحصیلی و یا تشکیل دوره های یادآوری در مقاطع دیگر در ادامه دوره های کنونی و همچنین برگزاری دوره با شرکت داوطلبانه دانشجویان در کلاس ها می باشد.

تشکر و قدردانی

بودجه این تحقیق که حاصل پایان نامه دکترای پزشکی عمومی است از محل اعتبارات پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان تأمین شده است. بدین وسیله از کلیه دانشجویانی که در انجام این تحقیق ما را یاری کردند تشکر می کنیم .

مفید تفاوت معنی دار وجود نداشت (27). آموزش مهارت های زندگی از کسب دانش شروع شده و تا تبدیل آن به یک نگرش و ظهور آن بصورت رفتار ادامه میابد. تنها پس از تداوم اجراء برنامه بمدت سه سال تغییر در رفتارهای سلامت و رفتارهای اجتماعی قابل انتظار است (11)، از آنجا که میزان استرس ادراک شده و سبک مقابله با استرس تعیین کننده رفتار و از اجزای جدایی ناپذیر آن است بنابراین نمیتوان طی آموزشی بمدت کوتاه انتظار تغییر در آنها را داشت. همچنین یکی از تفاوت های اصلی مداخله ما با سایر مداخلات که در آنها آموزش موثر بوده، اجباری بودن شرکت دانشجویان در کلاسها می باشد (24 و 26). در اکثر مطالعات افراد شرکت کننده از لیست انتظار و یا افراد داوطلب انتخاب شده اند. اجباری بودن شرکت دانشجویان در کلاسها تبعاً منجر به انگیزه پایین و عدم همکاری آنان می شود.

از محدودیت های عمده این مطالعه عدم وجود گروه همسان در زمان انجام پژوهش بود که بتواند نقش گروه کنترل را ایفا نماید. در اینصورت می توانستیم تاثیر عوامل مخدوش کننده از قبیل عامل زمان و سایر عوامل استرس زا را در نتیجه آموزش کاهش دهیم.

Reference

1. Fata L, Mootabi F, Bolhari J, Kazemzadeh Atoofi M. Stress management: A guide book for workshop training, Tehran: Danjeh, 2008. p.12
2. Farzin Rad B, Asgharnejad Farid AA, Yekkeh Yazdandoust R, and Habibi Asgarabad M. Comparison of copying strategies and personality styles in depressed and non-depressed students. Journal of Behavioral Sciences 2010;4: 17-21. [In Persian]
3. Liselotte ND, Matthew RTH, Tait D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc 2005;80:1613-1622.
4. Muhamad Saiful Bahri Yusoff, Ahmad Fuad Abdul Rahim, and Mohd Jamil Yaacob. Prevalence and sources of stress among University Sains Malaysia medical students. J Med Sci 2010; 17: 30-37.

5. Mohsin Shah, Shahid Hasan, Samina Malik and Chandrashekhar T Sreeramareddy. Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BMC Medical Education* 2010;10:2
6. Shaikh BT, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N, and et al. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health* 2004;17:346-53.
7. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach* 2003;25:502-6.
8. Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, and Morrison JM. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 2004;38:482-491.
9. Wolf TM, Von Almen TK, Faucett JM, Randall HM, and Franklin FA. Psychosocial changes during first year of medical school. *Med Educ* 1991;25:174-81.
10. Rezaii Adriani M, Azadi A, Ahmadi F, and Vahedian Azimi A. Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in girls and boys in the student dormitory. Student Thesis, Tarbiat Modares University, 2006.
11. Noori Ghasem Abadai R, and Mohamadkhani P. Life skills education program, mental health and drug prevention unit. World Health Organization, Welfare Organization of Iran, Deputy of Cultural Affairs and prevention, 1998.p.14.
12. Life skills training: FAQ'S. Available at:<http://lifskillstraining.com/faq.php>, Access time:20/6/2014
13. Taremian F, Mehryar AH. Effectiveness of life skills training program in prevention of drug use among secondary school students. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services* 2009; 16:77-87. [In Persian]
14. Cohen S, Kamarck TA. Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983;34:385-396.
15. Salehi Ghadri J. Efficacy of multiplicity of roles and satisfaction with it on the self esteem and stress in female teachers. MA Thesis, Tarbiat Modares University, 1994.
16. Sepahvand T, Gilani B, Zamani R. The relationship between explanatory (attribution) styles with perceived stress and general health. *Journal of Psychology* 2009; 12 :27-43.
17. Bazzazian S, Basharat MA, Bahrami Ehsan H, and Rajab A. The moderating role of coping strategies in relationship between illness perception, quality of life and HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2010;12 :213-221.
18. Janbozorgi M, Rajezi Esfahani S, and Noori N. Stress management for young adults. Tehran: Arjmand publication, 2010.
19. Alipour A, Noorbala AA, Yazdanfar M, and AgahHeris M. The effectiveness of the emotional disclosure intervention on declining stress and inhibition among psychosomatic patients, *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011;9:41-47. [In Persian]
20. Samari AA, and Lalee AA. An investigation on supportive resources and coping styles with stressors in university students. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2006; 8:97-107.
21. Ptacek JT, and Smith RE. Gender, appraisal and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality* 1992; 60: 747-770.
22. Cohen S, and Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Edi Spacapam S, Oskamp S. Newbury Park, CA: Sage; 1988.p.31-67.

23. Shokouhi L, Khalatbari J, and Rezabakhsh H. Perceived stress among university students with various attribution styles. *Journal of Modern Thoughts in Education* 2011; 4:P:121.
24. Hori M, Shimazu A. Stress management program for university student. *Shinrigaku Kenkyu* 2007;78:284-9.
25. Mirzayi O, Koushan M, and Vaghei S .The effect of communicative skills on the perceived stress of nursing students. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2010; 2:88-95. [In Persian]
26. Moghadam M, Rostami Gooran N, Arasteh M, Shams Alizadeh N, Maroofi A. Assessment of the influence of life skills education programs on the awareness and attitude of first -generation college students regarding life skills and promotion of psychosocial abilities in them, strides in development of medical education. *Journal of Medical Evaluation Development Center Kerman University of Medical Sciences* 2008;5:26-34. [In Persian]
27. Soltani M, Aminolroaya M, Atari A. The effect of stress management education on education achievement of high school students in Isfahan. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2008;6:9-15. [In Persian]