مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره نوزدهم / پاییز 1393/60-52

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

مرضیه مقدم[1]،ثریا رشید زاده[2]، نرگس شمس علیزاده[3]، بدیعه فلاحی[4]

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 (مولف مسوول) nshamsalizadeh@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 تاثیرات وخیمی در عملکرد تحصیلی دانشجویان اعمال خواهد کرد. به تبع نوع رشته تحصیلی این عوامل تنش زا در موارد متعددی قابل تغییر نبوده بلکه لازم است توانمندی دانشجویان در مقابله با استرسورها ارتقاءیابد. 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 تاثیر آموزش مورد ارزیابی قرار بگیرد.

مواد و روش ها: 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 ماده ای) PSS-14 و پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس، 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 آزمون های تی زوج و آنالیز واریانس یک طرفه و تست تعقیبی توکی تحلیل آماری شد.

یافته ها: 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 سبک ها در مراحل مختلف معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری: در این مطالعه کاهش میزان استرس ادراک شده دانشجویان را میتوان 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 می تواند مرتبط به کوتاهی دوره آموزش ونقص 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

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 زا برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود بکار می برند و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می کند. راهبردهای مقابله ای موثر باعث میشود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد وآثار زیان بار آن تعدیل شود (2). هر فرد در مقابله با شرایط استرس آفرین به سبک خاصی واکنش نشان میدهد. این سبک خاص می تواند 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 استرس های 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 رشته ها را تشکیل میدهد و لزوم چرخش های مکرر بین بخش های 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 نهایتا تکامل شخصی و حرفه ای افراد را به‌خطر می اندازد (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 مطالعه ای در دانشگاه آقا خان 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). مطالعه ای در انگلستان نشان داده که مشکلات روانپزشکی دانشجویان در طول سال اول تحصیلی دو برابر شده است. به‌عبارت 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 به‌مراتب بیش از زمانی است که وارد دانشکده شده اند (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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

مسایل مالی بر جوامع تحمیل می‌کند بلکه اثر بخشی و کار آمدی آن بسیار محدود است. این واقعیت باعث شده که صاحبنظران و متخصصین حیطه بهداشت روان در جهان، تمام کوشش و توجه خود را حول محور برنامه‌های پیشگیری در سطح اول متمرکز سازند (11). از بین برنامه‌هایی 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 می‌شود. لذا برآن 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 ثانیا ماندگاری تاثیرات آموزش را نیز مورد ارزیابی قرار دهیم. نتایج این پژوهش در جهت ویرایش کوریکولوم آموزشی مهارت‌های زندگی استفاده خواهد شد.

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 دانشجو، 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 و14 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)، تقریبا هرگز (1)، گاهی اوقات (2)، اغلب اوقات(3)، و بسیاری از اوقات (4) امتیاز تعلق میگیرد. سئوالات 4-5-6-7-9-10 و13 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 وپارکر -1990) ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسشنامه اصلی در تعداد عبارات آن است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

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 میباشد. 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 وآزمودنی 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 وجوان مبتلا به اختلالات مزمن گوارشی به ترتیب 0/90 -0/79 و 0/89 و در 274 نوجوان سالم 0/86 0/79 و 0/85 بوده است. همچنین ساختار عاملی مقیاس در گروه‌های نمونه‌های مختلف از جمله افراد سالم و مبتلا به بیماری‌های 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 وانجام تکالیف خانگی بود.محتوای آموزشی ارائه شده شامل برآوردی از تجارب قبلی مدرس وهمچنین 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:

تعریف استرس وشناخت عوامل استرس زا در پیرامون ما (خود آگاهی)، پیش بینی موقعیت های استرس زا،کنترل هیجانات شدید منفی وافکار 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 وچه زمانی کمک بخواهیم؟ میزان استرس ادراک شده وسبک های مقابله ای دانشجویان توسط یک دانشجوی پزشکی وبا ارائه سه پرسشنامه معرفی شده ،در چهار مرحله قبل از آموزش، بلافاصله پس از آموزش،سه وشش 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 (P=0/012) معنی دار بود (جدول 1).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

همچنین گرچه میزان استرس ادراک شده در خانمها نسبت به آقایان بیشتر بود (34/1 درمقابل 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 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).

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

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

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

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

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 روان‌تنی 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 روان‌تنی می باشند بیشتر است. بنظر می‌رسد مقطع و نوع رشته تحصیلی و عوامل تنش‌زای مرتبط به فرهنگ و اجتماع در این تفاوت دخیل باشد. محسن شاه (**Mohsin Shah**)، معتقد است ورود به محیط آموزشی جدید بویژه برای دانشجویان غیر بومی تجربه بسیار تنش زایی برای دانشجویان بخصوص در سال اول و دوم پزشکی می‌باشد (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 به‌دست 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 می‌باشد، اما تفاوت معنی دار نمی‌باشد (20). وپتاک و همکاران (21) در پژوهش‌های خود بیان داشته‌اند 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

ذکرنکرده 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 تحمیل 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 ذکرشده 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 می گیرد. احتمالاً نتایج متفاوت در مطالعات ذکر شده از این تعامل پیچیده نشات می گیرد. 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 دارشده است. همسویی این یافته با نتایج تعدادی از مطالعات دیگر (24و13) که در آنها آموزش در کاهش استرس دخیل بوده است به‌نفع 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 احتمالا به دلیل مدت کوتاه آموزش (3 هفته) بوده است (24). در پژوهش ام‌البنین 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).

محدودیت های 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 استرسورهای 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، روند ی رو به کاهش و در مقابله اجتنابی، روندی رو به افزایش داشته است. ولی این تغییرات نیز معنی‌دار 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

مفید تفاوت معنی دار وجود نداشت (27). آموزش مهارت‌های زندگی از کسب دانش شروع شده و تا تبدیل آن به یک نگرش وظهور 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 تفاوتهای اصلی مداخله ما با سایر مداخلات که در آنها آموزش موثر بوده، اجباری بودن شرکت دانشجویان در کلاسها می‌باشد (24 و26). 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 می‌شود.

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 می‌توانستیم تاثیر عوامل مخدوش کننده از قبیل عامل زمان و سایر عوامل استرس زا را در نتیجه آموزش کاهش دهیم.

نتیجه گیری

کاهش میزان استرس ادراک شده دانشجویان را می‌توان 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 می‌تواند مرتبط به کوتاهی دوره آموزش و نقص محتوای آموزش باشد. ضروری است که مطالعات تکمیلی جهت ویرایش کوریکولوم آموزشی مهارت‌ها 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 کلاس‌ها می‌باشد.

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 .

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, YekkehYazdandoust 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 UniversitySains Malaysia medical students. J Med Sci 2010; 17: 30–37.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

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 traning: FAQ´S. Available at:http://lifeskillstraining.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 Behavior1983;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 copping: 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]

23. Shokouhi L, Khalatbari J, and Rezabakhsh H. Perceived stress among university students with various attribution styles. Journal of Modern Thoughts in Education2011; 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]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-06]

[DOI: 10.22102/19.3.6]