

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

موضوع :

تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر

سلامت روان و منبع کنترل

( به شیوه آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون )

## خلاصه

انسان با توجه به پیچیدگی‌ها و دشواری‌های زندگی جهت رسیدن به رشد و پیشرفت در جنبه‌های گوناگون می‌بایست از توانایی لازم و کافی جهت مقابله با موقعیتهای دشوار زندگی و همچنین فراهم نمودن شرایط مناسب به منظور پیشرفت همه جانبه برخوردار باشد. بنابراین افراد موفق، تکامل یافته و دارای سلامت روانی کسانی هستند که توانایی و مهارت کافی را در برخورد با شرایط گوناگون زندگی دارند و همواره در صدد تغییر موقعیت خویش در جهت رشد و تکمیل هستند. این ویژگی‌ها نشانگر برخورداری اینگونه افراد از مهارتهای زندگی می‌باشد. در حال که افراد ناموفق و کسانی که به رشد و پیشرفت متعادل در جنبه‌های گوناگون زندگی دست نیافته‌اند از سلامت روانی کمتری برخوردارند و همچنین توانایی حل مؤثر مشکلات و مسائل زندگی را ندارند می‌توان گفت که فاقد مهارتهای زندگی کافی هستند. بدین ترتیب برخورداری از مهارتهای زندگی و به کارگیری آن جهت دستیابی به رشد و کمال می‌تواند بسیاری از مشکلات، ناکامی‌ها و ناهنجاری‌ها را رفع نماید و در عوض یک زندگی با نشاط، پرتلاش، رو به پیشرفت و کمال، مفید و سازنده را به ارمغان آورد و چه بهتر است که کسب این مهارتها از دوران نوجوانی آغاز گردد. با توجه به اینکه تحقیقات بسیاری موضوع فوق را مورد تأیید قرار داده‌اند و همچنین باور و اعتقاد پژوهشگر به اینکه لازمه موفقیت و تکامل همه جانبه در زندگی، برخورداری از سلامت روانی و آگاهی از شیوه صحیح و مناسب زندگی و در نتیجه سبک زندگی سالم می‌باشد، به همین جهت، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان پرداخته است.

در این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل. که به شیوه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- با گروه کنترل انجام گردید، چنین فرض شد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش یا بهبود سلامت روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل در نوجوانان می‌شود. به همین منظور از بین ۱۹۱ دانش‌آموز دختر مقطع دبیرستان، ۳۰ دانش‌آموز که بالاترین نمرات را از پیش‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) به دست آوردند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند که هر گروه شامل ۱۵ دانش‌آموز بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل، گروه آزمایشی آموزش مهارت‌های زندگی را در هشت جلسه دو ساعته دو بار در هفته دریافت نمود. پس از یک ماه، پس‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) در دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. پس از نمره‌گذاری، تفاوت میانگین بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده «از آزمون t دو گروه مستقل» مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین میانگین دو گروه در «پرسشنامه سلامت عمومی» تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید گردید. بنابراین، آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند سلامت روان را افزایش دهد یا بهبود بخشد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در کلیه مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی به جز مقیاس C (نارسا کنش‌وری اجتماعی) کاملاً معنادار است. نکته دیگر اینکه بیشترین میزان کاهش در نمرات مقیاس D (نشانگان افسردگی) پرسشنامه مذکور می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی بیشترین تأثیر را بر کاهش میزان افسردگی آزمودنی‌ها داشته است. اما در مورد میانگین دو گروه در پرسشنامه منبع کنترل، علیرغم کاهش اندک در نمرات تفاوت معناداری وجود ندارد. در کل می‌توان گفت، با توجه به کاهش اندک نمرات،

آموزش مهارت‌های زندگی تا حدودی بر درونی‌تر شدن منبع کنترل در گروه آزمایشی مؤثر بوده است.

همچنین در این پژوهش، رابطه بین متغیرهای پژوهش با استفاده از «ضریب همبستگی پیرسون» به دست آمد. این نتایج نشانگر آن است که بین سلامت روان و شیوه مقابله‌ای و بین منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین متغیر (سلامت روان و منبع کنترل) ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد. یافته‌های جانبی این پژوهش نشانگر رابطه معنادار بین سطح تحصیلات مادر، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سلامت روان و شیوه مقابله‌ای آنان می‌باشد.

مشاهدات کیفی نیز در طول جلسات دوره آموزشی با نتایج کمی حاصل از داده‌ها مطابقت و هماهنگی دارد. بطوریکه آزمودنی‌هایی که در طول جلسات فعالیت گروهی بیشتری داشتند، انگیزه و تمایل بیشتری جهت شرکت در این دوره آموزشی داشتند، نظم گروهی بیشتری را رعایت می‌نمودند. در انجام تمرینات و فعالیتهای عملی علاقمندی و انگیزه بیشتری نشان می‌دادند، توجه و دقت کافی نسبت به مطالب و محتویات آموزشی داشتند و خواهان تداوم این دوره آموزشی در طول سال تحصیلی بودند، در میزان نمرات سلامت عمومی و منبع کنترل آنان کاهش بیشتری ایجاد شده است. در واقع می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی در مورد این آزمودنی‌ها منجر به افزایش سلامت روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل آنان شده است. بدین ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد.

## مقدمه

پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی در سال‌های اخیر، انسان‌ها را با انبوهی فزاینده از مسائل گوناگون مواجه ساخته است. کار، تحصیل و فشارهای روانی-اجتماعی از جمله مسائلی هستند که اغلب نوجوانان و جوانان با آنها روبرو هستند. توانایی حل مؤثر مسائل مذکور و مشکلات مشابه از جمله مهارت‌های مهم و مفیدی هستند که نقش تعیین کننده‌ای در تأمین سلامت روانی و موفقیت فرد و در نتیجه زندگی سالم و اثر بخش دارند.

همه انسان‌ها به طور فطری توانایی حل مشکلات زندگی را دارند، ولیکن این توانایی باید مطابق با شرایط و موقعیت فرد پرورش یابد بطوریکه به عنوان مهارت‌های کارآمد در آنان درونی شود. متأسفانه طبق بررسی‌های انجام شده توانایی‌ها و مهارت‌های عملی و سازشی بسیاری از نوجوانان و جوانان کشور ما برای حل مؤثر مسائل زندگی فردی و اجتماعی آنان کفایت نمی‌کند. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهمترین مسائل فردی و اجتماعی نوجوانان به عنوان اصلی مهم و انکار ناپذیر است که تاکنون علی‌رغم توجه خاص بسیاری از کشورهای جهان و تأکید خاص «سازمان بهداشت جهانی»<sup>۱</sup>، جای آن در برنامه‌های تحصیلی مدارس کشورمان خالی مانده است. البته اخیراً گام‌هایی برداشته شده است که نیازمند توجه علمی و تخصصی بیشتری می‌باشد.

آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر یادگیری مشارکتی و عملی می‌باشد. این گونه فعالیت‌ها در افزایش سلامتی و پیشگیری اولیه از بروز مشکلات و همچنین کمک به نوجوان جهت یادگیری رفتارهای مثبت و حفظ سلامت روانی خویش بسیار اثر بخش است. بنابراین برنامه‌های بهداشت مدارس و مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه می‌توانند در جهت ایجاد رفتارهای سالم و افزایش

<sup>1</sup>- World Health Organization (W.H.O)

آگاهی دانش آموزان در جهت تمرینات حمایت کننده از سلامتی جسمانی، روانی و اجتماعی و به طور کلی مهارت‌های زندگی به کار گرفته شوند. بنابراین از طریق اینگونه برنامه‌ها، نوجوانان نسبت به سلامتی‌شان مسؤولیت پذیر می‌شوند، تصمیمات بهداشتی مناسبی را اتخاذ می‌نمایند و به طور کلی سبک زندگی سالمی در طول نوجوانی آغاز می‌کنند و در طول زندگی تداوم می‌بخشند. این امر نوجوانان را قادر می‌سازد که طبق استعدادهای بالقوه خویش عمل نمایند و آماده رویارویی با تغییرات و نیازهای زندگی آینده شوند.

روان شناسان در دهه‌های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌ها و ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب، ریشه دارد. بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی‌های روزافزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آماده سازی افراد بخصوص نسل جوان جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار، امری ضروری به نظر می‌رسد، در همین راستا، روان‌شناسان با حمایت سازمان‌های ملی و بین‌المللی، جهت پیشگیری از بیماری‌های روانی و نابهنجاری اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی را در سراسر جهان و در سطح مدارس آغاز نموده‌اند.<sup>۱</sup>

آنچه که امروزه تحت عنوان مهارت‌های زندگی مشهور است، تنها حاصل کار پژوهشگران عصر حاضر نیست، بلکه بسیاری از این مهارت‌ها در لابلای تعالیم الهی بخصوص در قرآن و احادیث معصومین (ع) بیان شده است، بطوری که تلاش برای برقراری ارتباط مفید و مؤثر با دیگران، خودشناسی و توجه به ارزش‌ها که از فصول اساسی درس مهارت‌های زندگی است، به

کرات در قرآن، نهج البلاغه و صحیفه سجادیه و احادیث منقول از سایر معصومین (ع) مورد تأکید قرار گرفته است.<sup>۱</sup>

دوره نوجوانی، دوره‌ای بحرانی است که تغییرات عمده‌ای در فرد (از لحاظ فیزیولوژیکی، شناختی و روانی) و محیط بیرونی فرد (فشار همسالان، انتقال از محیط کوچک درس به محیطی بزرگتر در جامعه و مواجه شدن با هنجارها) به وجود می‌آید. چنین تغییراتی اغلب با مشکلاتی همراه است که بسیار استرس‌زا می‌باشد. به همین دلیل اکثر نوجوانان در یک دوره بحرانی به سر می‌برند. با توجه به این مسائل، جهت پیشگیری از اختلالات روانی و یا تداوم سلامت روانی، نوجوانان باید راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را یاد بگیرند.<sup>۲</sup>

با توجه به گسترش خدمات بهداشت روانی مبتنی بر مدرسه در کشورهای مختلف، «سازمان بهداشت جهانی» طرح تحقیقی مهارت‌های زندگی را به عنوان بخشی از برنامه بهداشت روانی این سازمان بنا نهاد. هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی از ایجاد طرح مهارت‌های زندگی در زمینه بهداشت روانی این است که جوامع مختلف در سطح جهان نسبت به گسترش، به کارگیری و ارزیابی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی که متمرکز بر رشد تواناییهای روانی اساسی (مانند حل مسأله، مقابله با هیجانات، خود آگاهی، سازگاری اجتماعی و کنترل استرس) بین کودکان و نوجوانان است، اقدام نمایند.<sup>۳</sup>

بنابراین با توجه به نقش مهم مدارس در تأمین بهداشت روانی دانش‌آ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., و آموزان، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، روش مؤثری در جهت رشد شخصیت سالم دانش آموزان و تأمین و حفظ بهداشت روانی دانش آموزان تلقی می‌ود. به این ترتیب مدارس به جای اینکه تنها بر افزایش عملکرد تحصیلی دانش آموزان تمرکز نمایند، باید بر تأمین و حفظ سلامت روان آنان نیز تأکید نمایند و اقدامات لازم را به منظور تحقق هدف مذکور انجام دهند، چرا که، اگر هدف فوق تحقق یابد، بسیاری از مشکلات تحصیلی و آموزشی نیز خود به خود کاهش می‌یابند.

#### بیان مساله

تغییرات ناگهانی و گسترده‌ای که در جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی نوجوان ایجاد می‌شود، مرحله‌ای بحرانی را ایجاد می‌کند که طبعاً مشکلات و ناسازگاری‌هایی را به همراه خواهد داشت. بنابراین با توجه به اهمیت دوران نوجوانی، شناخت اصولی و علمی این مرحله، جهت پیشگیری از نابهنجاری‌ها و مشکلات ناشی از این بحران از طریق ارائه اطلاعات و آگاهی لازم به نوجوانان و کسب مهارت‌های مورد نیاز جهت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات



توسط آنان، امری بسیار مهم و حساس تلقی می‌شود. یکی از برنامه‌های پیشگیرانه در این زمینه، که در سطح جهان مورد توجه است، آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان می‌باشد. تأثیر این آموزش در زمینه‌های گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است که به نتایج مثبتی نیز دست یافته‌اند. از همین رو با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان می‌پردازد، تا بدین ترتیب، گامی دیگر در جهت تحقق اهداف پیشگیرانه پیرامون دوره بسیار مهم و حساس نوجوانی برداشته شود. کاملاً واضح است که اگر اهداف فوق میسر شوند، راهی روشن و هموار جهت انتقال از دوره نوجوانی به دوره جوانی و بزرگسالی که مرحله شکوفایی توانایی‌ها، استعدادها و اندیشه‌های نو می‌باشد، فراهم می‌گردد. این امر موجبات تکامل فردی و اجتماعی تک تک افراد جامعه را فراهم می‌سازد که در نهایت به پیشرفت جامعه در ابعاد گوناگون منتج می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۱</sup> به منظور افزایش سطح بهداشت روانی و پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، برنامه‌ای تحت عنوان آموزش مهارت‌های زندگی تدارک دیده و در سال ۱۹۹۳ در «یونیسف»<sup>۲</sup> (صندوق کودکان سازمان ملل متحد) مطرح نمود. از آن سال به بعد، این برنامه در بسیاری از کشورها مورد آزمایش و اجرا قرار گرفته است.<sup>۳</sup>

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، عواملی نظیر عزت نفس، مهارت‌های بین فردی برقراری ارتباط مطلوب، تعیین هدف، تصمیم‌گیری، حل مسأله، تعیین و شناسایی ارزش‌های فردی در پیشگیری و یا کاهش ابتلاء نوجوانان به انواع ناهنجاری‌های رفتاری و اختلالات روانی و افزایش سطح سلامت روان آنان نقش مؤثری دارند. بنابراین با توجه به اهمیت و ارزش آموزش

<sup>۱</sup> - World Health organization (WHO)

<sup>۲</sup> - Unicef

مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیرانه و ارتقاء سطح سلامت روان، فقدان این مهارت‌ها موجب می‌شود که فرد در برابر فشارها و استرس‌ها به رفتارهای غیر مؤثر و ناسازگارانه روی آورد. آموزش چنین مهارت‌هایی در کودکان و نوجوانان، احساس کفایت، توانایی مؤثر بودن، غلبه کردن بر مشکل، توانایی برنامه ریزی، و رفتار هدفمند و متناسب با مشکل را به وجود می‌آورد.<sup>۱</sup>

همچنین مطالعات متعدد حاکی از آن است که منبع کنترل درونی با سلامت روانی و احساس رضایت از زندگی ارتباط مثبت دارد و افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند از فشار روانی کمتری در زندگی خود رنج می‌برند.<sup>۲</sup>

«تلادو»<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۷۴) دریافته‌اند که توانایی بیشتر در حل مسأله به عنوان یک مهارت زندگی با افزایش عزت نفس و منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد.<sup>۴</sup>

«لازاروس و فولکمن»<sup>۵</sup> (۱۹۸۴) دو شکل کلی مقابله را مشخص کردند. مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان. راهبرد متمرکز بر مشکل می‌تواند معطوف به درون یا معطوف به بیرون باشد. راهبردهای مقابله‌ای معطوف به بیرون در جهت تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است، در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای معطوف به درون شامل تلاش‌هایی است که برای بررسی مجدد نگرش‌ها و نیازهای خود و کسب مهارت‌ها و پاسخ‌های تازه صورت می‌گیرد. مقابله متمرکز بر هیجان، معطوف به کنترل و مهار ناراحتی هیجانی است. پژوهش‌های به عمل آمده در زمینه شیوه‌های مقابله‌ای نشان داده‌اند که سازگارانه‌ترین روش برای مقابله با چالش‌ها

( ) .

( ) . :

<sup>3</sup> - Telado & et.al. (1974)

( ) . :

<sup>5</sup> - Lazarus & Folkman (1984)

و مشکلات زندگی، اتخاذ یک رویکرد فعال و متکی به خود از قبیل طرح ریزی و مسأله گشایی است. بطوری که پژوهشگران پس از تجزیه و تحلیل رابطه بین پاسخ‌های مقابله ای و هیجانات ایجاد شده در افراد، به این نتیجه دست یافتند که حل مسأله با برنامه‌ریزی، مفیدترین و مؤثرترین پاسخ مقابله‌ای بوده است، چرا که با بیشترین هیجان مثبت همراه است.<sup>۱</sup>

برخی از مطالعات رابطه بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله ای را بررسی کردند و به این نتیجه دست یافتند که منبع کنترل درونی به طور معناداری با سازگاری عاطفی ارتباط دارد و یک عامل حفاظت کننده در مقابل استرس می‌باشد. به عنوان مثال «کاک، هانن، و سارجنت»<sup>۲</sup> به نقل از «هیون»<sup>۳</sup> (۱۹۹۶)، در مورد استرس زندگی بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان در آمریکا مطالعه‌ای انجام دادند و دریافتند که دانش‌آموزان دارای منبع کنترل درونی، سازگاری بهتری در مقابل اضطراب دارند و از توانایی‌های جسمانی بیشتری برخوردارند. یافته مشابهی نیز توسط «کلیور»<sup>۴</sup> (۱۹۹۱)، ارتباط منبع کنترل درونی را با افزایش مهارت‌های مقابله ای گزارش نموده است. همچنین «بارون و دیگران»<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) به نقل از «یونگر و دیگران»<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که استفاده از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر هیجان احتمال افسردگی و ضعف سلامت جسمانی را افزایش می‌دهد، در حالی که راهبردهای متمرکز بر مشکل عامل حفاظت کننده در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می‌باشد.

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که افراد دارای منبع کنترل درونی به توانایی خویش در کنترل وقایع زندگی معتقدند و در مقابله با مشکل از شیوه مقابله‌ای متمرکز بر حل مسأله استفاده

---

( ) : Kleinke. C.1

<sup>2</sup>- cauce. Hannan & sargeant (1992).

<sup>3</sup>- Heaven (1996).

<sup>4</sup>- kliewer (1991).

<sup>5</sup>- Barron & et.al. (1994).

<sup>6</sup>- Unger & er.al (1998).

می‌کنند، بدین معنا که از طریق تصمیم‌گیری و طرح ریزی جهت حل مشکل اقدام به حل مسأله می‌نمایند. در حالی که افراد دارای منبع کنترل بیرونی معتقدند که توانایی کنترل وقایع زندگی خویش را ندارند و عوامل دیگری غیر از توانایی شخصی ایشان موثرند. به همین جهت از شیوه مقابله ای متمرکز بر هیجان در مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند. بدین معنا که به جای تمرکز بر مشکل، بر هیجانات و احساسات خویش متمرکز می‌شوند. و دست به تلاش‌هایی جهت تنظیم عکس‌العمل‌های هیجانی خویش می‌زنند. بنابراین با توجه به ارتباط مثبت بین منبع کنترل درونی و شیوه مقابله ای مسأله مدار با سلامت روان افراد، پژوهش حاضر به بررسی این سؤال می‌پردازد که: آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش آموزان تأثیر دارد، و آیا آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند موجب افزایش سطح سلامت روان، درونی‌تر شدن منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای مسأله مدار شود؟

### اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تأکید می‌شود و روز به روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون، اهمیت و نقش آن در زندگی فردی و اجتماعی آشکارتر می‌گردد. بطوریکه سال ۲۰۰۱ میلادی از طرف سازمان بهداشت جهانی، تحت عنوان سال جهانی «بهداشت روانی» اعلام گردید. سازمان مذکور در این سال شعار «غفلت بس است، مراقبت کنیم» را جهت آشکارتر ساختن اهمیت موضوع، مطرح نمود.<sup>۱</sup>

این امر نشان دهنده آن است که بهداشت روانی موضوعی است که باید در سطح جهان مورد توجه قرار گیرد. یکی از دلایلی که در اهمیت این موضوع مطرح است، شیوع روزافزون ابتلاء به انواع اختلالات روانی در سطح جهان است و دلیل مهم دیگر آن، اهمیت و ضرورت

پیشگیری از بیماری‌های روانی است. در واقع می‌توان گفت، عمده‌ترین هدف بهداشت روانی، پیشگیری است و از سه نوع پیشگیری که در بهداشت روانی مطرح می‌شود، پیشگیری اولیه مورد توجه بیشتری قرار می‌گیرد. در پیشگیری اولیه جمعیت سالم در جامعه مورد نظر هستند و تمام اقداماتی که در این حیطه صورت می‌گیرد، در جهت آماده‌سازی افراد و فراهم نمودن شرایط مناسب برای زندگی سالم از تمامی جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد. بنابراین هدف، افزایش آگاهی و توانایی افراد در برخورد صحیح و مناسب با رویدادهای زندگی می‌باشد.

حسینی (۱۳۷۸) معتقد است، آموزش، اساسی‌ترین روش پیشگیری اولیه است. از طرفی دیگر مهم‌ترین و مؤثرترین دوره سنی جهت آموزش پیشگیرانه، دوره نوجوانی است. به همین دلیل متخصصین بهداشت روانی، آموزش پیشگیرانه در دوره نوجوانی را مورد توجه بسیار قرار می‌دهند. و همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های زندگی به ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در ابعاد مختلف زندگی کمک می‌کند و از اساسی‌ترین برنامه‌های پیشگیرانه در سطح اولیه به شمار می‌رود. سلامتی بخش اصلی یک زندگی شاد است و مدارس نقش مهمی در آگاه ساختن نوجوانان پیرامون مسائل بهداشتی و سلامتی و آموزش علوم زندگی به آنان دارند.

با توجه به مطالب فوق و اهمیت و نقش ارزنده آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان افراد بخصوص نوجوانان و با توجه به تأثیر مثبت برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان نوجوانان می‌پردازد. از طرفی به دلیل ارتباط مستقیم و مثبت بین سلامت روان، منبع کنترل درونی و شیوه مقابله‌ای مسأله مدار، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر درونی‌تر شدن منبع کنترل نوجوانان و شیوه‌های مقابله‌ای آنان نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### متغیرهای پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران می‌پردازد. بنابراین متغیرهای پژوهش عبارتند از:

#### - متغیر مستقل

در این پژوهش، آموزش مهارت‌های زندگی، متغیر مستقل می‌باشد، که تأثیر آن بر متغیرهای وابسته پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

#### - متغیرهای وابسته

دو متغیر سلامت روان و منبع کنترل، متغیرهای وابسته پژوهش حاضر می‌باشند، که تأثیر متغیر مستقل بر آنها مورد بررسی قرار گرفته است.

#### - متغیرهای کنترل

سن، جنس و مقطع تحصیلی از متغیرهای کنترل پژوهش هستند. به این صورت که دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه که حدود سنی ۱۶-۱۵ ساله داشتند به عنوان جامعه و نمونه پژوهش انتخاب شدند.

#### - متغیرهای مداخله‌گر (تعدیل کننده)

همچنین سطح تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال والدین و عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) دانش‌آموزان به عنوان متغیرهای مداخله‌گر این پژوهش هستند که بررسی یافته‌های جانبی پژوهش، ارتباط متغیرهای مذکور با متغیرهای وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

## تعریف علمی و عملیاتی «مهارت‌های زندگی»<sup>۱</sup>:

«موریس. ای. الیاس»<sup>۲</sup> از دانشگاه راجرز در آمریکا و مؤلف کتاب «تصمیم‌گیری اجتماعی و رشد مهارت‌های زندگی» مفهوم عامی از مهارت‌های زندگی ارائه می‌دهد: «مهارت‌های زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر، انجام مسؤلیت‌های اجتماعی، انجام تصمیم‌گیری‌های صحیح، حل تعارض‌ها و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می‌زنند.» مؤسسه بریتانیایی TACADE و مؤلف کتاب «مهارت‌های لازم برای مدارس ابتدایی» تعریف دیگری از مهارت‌های زندگی ارائه می‌دهد: «مهارت‌های شخصی و اجتماعی که کودکان و نوجوانان باید آنها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود، انسان‌های دیگر و کل اجتماع به طور شایسته، مؤثر و مطمئن عمل نمایند.»<sup>۳</sup>

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ مهارت‌های زندگی را این گونه تعریف می‌کند: «مهارت‌های زندگی یعنی توانایی لازم برای رفتار مثبت و سازگارانه که به فرد توان رویارویی مؤثر با چالش‌های زندگی روزانه را می‌دهد.»<sup>۴</sup>

در پژوهش حاضر، جهت آموزش مهارت‌های زندگی از «راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی»<sup>۵</sup> استفاده شده است. بنابراین منظور از مهارت‌های زندگی در این پژوهش موضوعاتی از قبیل شناخت خود و توانایی‌های خود، آشنایی با ارزش‌های، خانوادگی و اجتماعی، آشنایی با نحوه برقراری ارتباط با دیگران، آشنایی با مفهوم جامعه و روابط اجتماعی، آشنایی با تعیین هدف، آشنایی با تصمیم‌گیری، آشنایی با مفهوم خشونت و روش‌های مهار آن و آشنایی با

<sup>1</sup> - Life skills.

<sup>2</sup> - Maurice. E.Elias.

سلامت جسمانی و در نهایت ارزشیابی برنامه می‌باشد، که هر یک، فصلی از راهنمای آموزش را به خود اختصاص داده است. هر یک از این فصول شامل تمرینات عملی می‌باشد. مبنای این آموزش فعالیت گروهی آزمودنی‌ها می‌باشد که در طول دوره آموزشی تمرین و ارزیابی می‌شود.

**تعریف علمی و عملیاتی «سلامت روان»<sup>۱</sup>:**

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، بهداشت روانی را چنین تعریف می‌کند: «استعداد روان برای هماهنگی، مؤثر کار کردن، در موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خویش، توانایی داشتن».

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بهداشت روانی را چنین تعریف می‌کند: «بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی؛ بهداشت تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست»<sup>۲</sup>.

در پژوهش حاضر، سلامت روان دانش‌آموزان به وسیله «پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ»<sup>۳</sup> (GHQ-28) سنجیده می‌شود، که این پرسشنامه دارای چهار مقیاس می‌باشد:

بنابراین در این پژوهش، اکتساب نمرات پایین در خرده مقیاس‌های علائم جسمانی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (B) کنش و کارکرد اجتماعی (C) و افسردگی و خودکشی (D) و همچنین شاخص کلی علائم مرضی نشان دهنده سلامت روان فرد خواهد بود.

#### **تعریف علمی و عملیاتی «منبع کنترل»<sup>۴</sup>:**

منظور از منبع کنترل این است که شخص تا چه اندازه باور دارد که می‌تواند بر زندگی خود اثر داشته باشد. مفهوم منبع کنترل برای تقویت یک ساختار روانی است که از تئوری یادگیری

<sup>1</sup>- Mental Health.

<sup>3</sup>- General Health Questionnaire . Goldberg. D.P (GHQ- 28).

<sup>4</sup>- Locus of control.



اجتماعی «راتر»<sup>۱</sup> (۱۹۵۴) نشأت می‌گیرد. منبع کنترل می‌تواند درونی یا بیرونی باشد. کسانی که منبع کنترل درونی دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند معتقدند که آن چه بر سر آنها می‌آید اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال افراد دیگر است.<sup>۲</sup>

در پژوهش حاضر، منبع کنترل درونی و بیرونی بر اساس پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه ۲۴ ماده ای سنجیده می‌شود که شامل مقیاس های C,P,I «لونسون»<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) می‌باشد. مقیاس I تحت عنوان «مقیاس عامل درونی» می‌باشد، مقیاس P تحت عنوان «مقیاس افراد قدرتمند» می‌باشد و مقیاس C نیز تحت عنوان «عامل شانس» مطرح می‌شود.<sup>۴</sup>

لازم به ذکر است که سه ماده دیگر نیز تحت عنوان مقیاس شیوه‌های مقابله به پرسشنامه فوق اضافه گردید. این مقیاس حالات جسمانی، هیجانی و نوع مقابله با مشکل را هنگام برخورد با مشکلات مورد آزمون قرار می‌دهد.

در کل می‌توان گفت، کسب نمره بالا در مقیاس‌های C,P,I نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل است و نمره بالا در مقیاس شیوه مقابله‌ای، نشانگر شیوه مقابله‌ای نامناسب و هیجان مدار است. و بالعکس کسب نمره پایین در مقیاس‌های مذکور نشانگر جهت‌گیری درونی منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای مثبت و مسأله مدار است.

### مبنای تئوریک برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

پایه مطالبی که در آموزش مهارت‌های زندگی به کار برده می‌شود، اطلاعاتی است که از نحوه یادگیری کودکان و نوجوانان از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن به دست می‌آید

<sup>1</sup>- Rutter (1954).

( ) .

<sup>3</sup>- Levenson (1973).

( ) Farahani, Cooper & Jin .

و در واقع مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی «بندورا»<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) می‌باشد. در نظریه یادگیری اجتماعی «بندورا»، یادگیری فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است و به همین جهت کودکان در جریان یادگیری و آموزش، فعالانه به امر یادگیری مهارت‌های زندگی، می‌پردازند، بنابراین در این آموزش از روشهایی که شرکت فعال کودکان و نوجوانان در امر آموزش تسهیل می‌بخشد، استفاده می‌شود. این شیوه‌ها شامل تشکیل گروه‌های کوچک یا گروه‌های دوتایی، بارش فکری، ایفای نقش و بحث و مناظره می‌باشد.<sup>۲</sup>

در تئوری یادگیری شناختی نوین که مبتنی بر مدل عملکرد سالم روانی انسان است سه اصل مطرح می‌شود: فرض یا اصل اول این است که کودک زندگی خود را با یک توانایی ذاتی جهت عملکرد روانی سالم آغاز می‌کند. این توانایی ذاتی شامل تمایل به یادگیری و انگیزش جهت رشد و شکوفایی تواناییهای بالقوه در جهت سبک زندگی اجتماعی سالم می‌باشد. بنابراین در این دیدگاه، عزت نفس بالا فطری است و نیاز به یادگیری و رشد و افزایش ندارد. فرضیه یا اصل دوم این تئوری آن است که بزهکاری و دیگر رفتارهای انحرافی از طریق یادگیری حاصل می‌شوند. که در این میان نقش خانواده بسیار مهم است. بدین معنا که در معرض شرایط تعارض و اختلاف قرار گرفتن و دیگر اشکال ناسالم عملکرد خانواده و والدین مؤثر هستند. همچنین نوجوان در شرایطی است که هر عاملی را که متفاوت و یا در تعارض با الگوی او باشد، دریافت نماید. دچار احساس ناامنی مانند خشم، اضطراب و افسردگی خواهد شد. بنابراین هر زمان که الگوی نوجوان دستخوش دگرگونی شود یا مورد تهدید قرار گیرد، او به طور ناخودآگاه احساس ناامنی خواهد نمود و این احساسات بعدها به صورت رفتارهای انحرافی مانند بزهکاری، سوء مصرف مواد مخدر و شکست تحصیلی نمایان خواهد شد. بنابراین اگر نوجوانان یک سیستم شناختی ناآشنا را

<sup>1</sup> Bandura (1977).

به طرح شناختی اولیه خویش ضمیمه نکنند در آن صورت توانایی ذاتی و فطری آنان جهت عملکرد سالم طبیعی و رفتار تکامل یافته، عزت نفس و سلامت عاطفی تکامل خواهد یافت. اصل سوم آن است که هر توانایی ذاتی کودک برای سلامتی و عملکرد روانی تکامل یافته می تواند در جهت رفتارهای بزهکارانه و خود تخریبی برانگیخته شود. بنابراین اگر شرایط اصلی موجود باشد، نوجوانان می توانند توانایی خویش را به کار اندازند و از این طریق عملکرد روانی سالم و طبیعی خویش را به دست آورند. بنابراین طبق مدل تئوری یادگیری شناختی نوین، نوجوانان خطر آفرین سطوح بالاتری از احساس ناامنی آموخته شده دارند و از طرفی آنها می توانند به چهار چوبهای شناختی که ناامنی کمتری را تحریک می کند، دست یابند.<sup>۱</sup>

اصل سوم تئوری یادگیری شناختی نوین بر اساس مطالعات و تحقیقات برنامه های پیشگیرانه می باشد. «میلز»<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) معتقد است که جوانان خطر آفرینی که در برنامه های پیشگیرانه شرکت نموده اند، سطوح بالاتری از عملکرد روانی سالم نشان دادند، در انواع روابط مثبت، سالم و سازنده با بزرگسالان، معلمان و همسالان درگیر شدند. همچنین در نگرشهای مثبت، توانایی حل مسأله منطقی- عقلانی، رفتار اجتماعی، انگیزش در دستیابی به اهداف تحصیلی و سبک زندگی بهنجار و سالم بهبود نشان دادند.<sup>۳</sup>

برنامه آموزش مهارتهای زندگی توسط «گیلبرت. جی. بوتوین»<sup>۴</sup> گسترش یافته است. «بوتوین» پروفیسور روانشناس عضو دپارتمان بهداشت عمومی و روانپزشکی است. وی به عنوان یک دانشمند رفتارگرا در زمینه ترویج بهداشت و پیشگیری مشهور است. «بوتوین» تحقیقات وسیعی در برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه در بیش از ۳۰۰ مدرسه و ۴۰۰ هزار دانش آموز

<sup>2</sup>- Mills (1987).

<sup>4</sup>- Gilbert. J. Botvin

انجام داده است. اخیراً در زمینه پیشگیری از خشونت و سوء مصرف مواد در نوجوانان فعالیت داشته است. وی در زمینه ترویج بهداشت روانی و جسمانی فعالیت بسیاری داشته است، به طوریکه فعالیتهای اصلی اش شامل تحقیق، آموزش تخصصی و آموزش عمومی می باشد. برنامه آموزش مهارتهای زندگی توسط «بوتوین» جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، سیگار کشیدن و نوشیدن الکل تدارک دیده شده است. این برنامه جهت آموزش اطلاعات در مورد مواد و داروها، نگرشها و هنجارهای مربوط به مواد و مهارتهای مقاومت در برابر تأثیرات اجتماعی و ترویج و رشد مهارتهای خود مدیریتی و مهارتهای بین فردی می باشد. در واقع بخش اول آموزش، مجموعه مهارتهای خود مدیریتی عمومی یا کلی را آموزش می دهد. بخش دوم مهارتهای بین فردی و سومین بخش اطلاعات و مهارتهای ویژه مشکل سوء مصرف مواد را آموزش می دهد. اولین و دومین بخش جهت افزایش شایستگیهای فردی برای کاهش انگیزش دانش، آوزان آموزان به منظور مصرف مواد مخدر و کاهش آسیب پذیری ایشان نسبت به تأثیرات اجتماعی که مصرف مواد را ترویج می دهد، می باشد. سومین بخش در مورد وسایلی که مستقیماً به مصرف مواد مرتبط هستند به دانش آموزان آگاهی می دهد در ضمن آموزش مهارتهای مقاومت در برابر فشار اجتماعی جهت مصرف مواد و افزایش نگرشها و هنجارهای ضد مواد مربوط به این بخش می باشد. در واقع در این برنامه، مهارتهای رفتاری شناختی با استفاده از ترکیبی از روشها مانند ایفای نقش، تمرین رفتاری، نمایش، پسخوراند (فیدبک)، تقویت اجتماعی (تحسین و تمجید) و تمرین تکالیف رفتاری در منزل آموزش داده می شوند. تحقیقات گوناگون تأثیر مثبت این برنامه را در کاهش سوء مصرف مواد بین دانش آموزان تأیید کرده اند.<sup>۱</sup>

آموزش مهارت‌های زندگی «بوتوین و تورتو»<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) که بر جمعیت‌های عادی اعتباریابی شده است، مبتنی بر رویکرد تأثیرات اجتماعی (نفوذ و فشار اجتماعی) و تئوری یادگیری اجتماعی است و مدلی در زمینه پیشگیری می‌باشد. «بوتوین» و همکارانش چندین مطالعه در رابطه با نتایج برنامه آموزش مهارت‌های زندگی انجام داده‌اند و به نتایج مثبتی در این زمینه دست یافته‌اند.<sup>۲</sup>

طبق نظر «بوتوین و کانتور»<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) اجزاء مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های خودمدیریتی و مهارت‌های اجتماعی می‌باشد. مهارت‌های خود مدیریتی فردی شامل توانایی تصمیم‌گیری و حل مسأله، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آن، مقابله با اضطراب، خشم و ناکامی، تعیین هدف، خود رهبری و خود تقویت دهی می‌باشد. مهارت‌های اجتماعی نیز بخشی دیگر از مهارت‌های زندگی است که شامل برقراری ارتباط اجتماعی، مهارت‌های جرأت‌مندی کلامی و غیر کلامی، احترام گذاشتن و افزایش شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان می‌باشد.

پروژه آموزش مهارت‌های زندگی یکی از برنامه‌های بهداشت روانی «سازمان بهداشت جهانی» (WHO) برای نسل نوجوان در مدارس می‌باشد. این برنامه‌ها که در سطح محلی و ملی و بین‌المللی در جهان انجام می‌پذیرد شامل رشد و گسترش آموزش مهارت‌هایی در زمینه زندگی شامل مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی، همدلی و مقابله با استرس می‌باشد. آموزش مهارت‌های زندگی در جهت افزایش بهداشت روانی در مدارس طرح‌ریزی می‌شود. این برنامه آموزشی به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند تا مهارت‌های مورد نیاز در برخورد با نیازها و چالش‌های زندگی جدید را کسب کنند. این مهارت‌ها، آنها را در مقابل استرسها و فشارهای زندگی که ممکن است سلامتی آنها را در معرض خطر قرار دهد، محافظت می‌کند. «سازمان بهداشت

<sup>1</sup> - Botvin & Torto (1988).

( ) Kress & Elias.

<sup>3</sup> - Botvin & Kantor (2000).

جهانی» اولین گزارش خود را از خدمات بهداشتی مربوط به مدرسه در سال ۱۹۵۰ گزارش نمود. چندین دهه بعد، اولین داده‌های معنادار از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مطرح گردید که به اهمیت نقش مدارس در کمک به کودکان و نوجوانان در کسب مهارت‌های زندگی جهت تأمین و افزایش سطح سلامت روانی اشاره شد.<sup>۱</sup>

### اهداف آموزش مهارت‌های زندگی

مجموعه مهارت‌های زندگی یک رویکرد متمرکز بر فرد است که هدفش کمک به افراد جهت رشد مهارت‌های خود کمک دهی می‌باشد. مجموعه مهارت‌های زندگی فرض می‌کند که همه افراد تواناییها و ضعفهایی در مهارت‌های زندگی دارند. احساسات، تفکر و اعمال نامؤثر به ناتوانی و ضعف در مهارت‌های زندگی مربوط می‌شود. اهداف مجموعه مهارت‌های زندگی، کمک به افراد، جهت کمک به خودشان است. بدین معنا که افراد، برخی مهارت‌های جدید را برای زندگی به دست آورند، نسبت به زندگی شان احساس تعهد و مسؤولیت پذیری داشته باشند. مجموعه مهارت‌های زندگی نه تنها به توانمند ساختن افراد در زندگی حال می‌اندیشد بلکه به توانمندی آنان جهت زندگی آینده نیز تاکید می‌ورزد. در ضمن متمرکز بر شکوفایی تواناییهای بالقوه افراد است. به طور کلی هدف از مجموعه مهارت‌های زندگی، کمک به فرد جهت حرکت از ناتوانیها و ضعفهای مهارتی به سوی مهارت‌های توانمند و قوی و سازنده می‌باشد. چنین مهارت‌های زندگی تصمیمات متعهدانه فردی را در بر می‌گیرد. مسؤولیت پذیری یا تعهد فردی یک مفهوم مثبتی است که طبق آن افراد نسبت به سلامتی‌شان و اتخاذ تصمیماتشان در مسائل زندگی خویش متعهد هستند. در واقع هدف نهایی مهارت‌های زندگی این است که افراد مسؤولیت برتری شایستگی فردی خویش را بپذیرند. این شایستگی فردی شامل احساس کفایت و شایستگی سطح بالا، سلامت روانی،

خودشکوفایی و پذیرش مسئولیت فردی می‌باشد. در نتیجه میتوان گفت مجموعه مهارتهای زندگی هم اهداف پیشگیرانه دارد و هم کنترل و مدیریت مشکلات و همانند یک رویکرد آموزشی، هم برای مداخلات گروهی و هم فردی مناسب است.<sup>۱</sup>

برنامه مهارتهای زندگی بر این اصل استوار است که کودکان و نوجوانان حق دارند توانمند شوند و نیاز دارند که بتوانند از خودشان و علایقشان در برابر موقعیتهای سخت زندگی دفاع کنند. مهارتهای زندگی، مهارتهایی هستند که برای افزایش تواناییهای روانی-اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند که به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکشهای زندگی روبرو شود. هدف از آموزش مهارتهای زندگی، افزایش تواناییهای روانی-اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب زنده به بهداشت و سلامت و ارتقای سطح سلامت روان افراد است.<sup>۲</sup>

دو فرض مهمی که مورد پذیرش برنامه آموزش مهارتهای زندگی می‌باشد این است که اولاً بین عملکرد زندگی و سازگاری عاطفی یک رابطه مثبتی وجود دارد و ثانیاً این که مهارتهای زندگی اکتسابی هستند و می‌توانند آموخته شوند.<sup>۳</sup>

طبق نظر «شینکه» و «گیلچرست»<sup>۴</sup> (۱۹۸۴) به نقل از «کادیش»<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۱) برنامه مشاوره‌ای مهارتهای زندگی یک رویکرد بسیار مؤثری است که بر مبنای تئوریک است و بواسطه تحقیق تجربی حمایت می‌شود. این برنامه برای کمک به نوجوانان جهت دستیابی به شایستگیهای فردی و اجتماعی طراحی شده است. به نظر آنان برنامه مشاوره مهارتهای زندگی،

---

Nelson- Jones (1992)

( ) .

( ) Darden & Ginter .

<sup>4</sup> - schinke & Gilechrist (1984).

<sup>5</sup> - kadish & et.at (2001).

نوجوانان را برای کنترل بحرانهای زندگی و پیشگیری از مشکلات آینده آماده می‌سازد و به این ترتیب موجب می‌شود که آنها بتوانند سلامت جسمانی و روانی خودشان را بهبود بخشند. به نظر «کلینگمن»<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از رویکردهای پیشگیرانه نشأت می‌گیرد و این رویکردهای پیشگیرانه مبتنی بر روانشناسی پیشگیری اجتماعی می‌باشد که هدف آن آموزش و ترویج شایستگی‌هاست.

### اهمیت مهارت‌های زندگی در سلامت روانی

آموزش مهارت‌های زندگی با ارتقاء بهداشت روانی و آمادگی رفتاری، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می‌کند. مفهوم آمادگی رفتاری به سه عامل بستگی دارد:

۱- توانایی‌های روانی- اجتماعی فرد که با یادگیری و تمرین مهارت‌های زندگی ایجاد می‌شود.

۲- احساس کفایت و کارآمدی فرد در زمینه مهارت‌های زندگی.

۳- قصد و تمایل فرد به اجرای مهارت‌ها. فرض بر این است که برای دست یافتن به

رفتارهای سالم بهداشتی و پیشگیری، در درجه اول باید بر سلامت روانی و آمادگی رفتاری فرد اثر گذاشت. به این منظور، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی باید به صورت مداخله دراز مدت انجام شود. مداخله‌های کوتاه مدت مثلاً مداخله‌های چند هفته‌ای، آثار کوتاه مدت بر بهداشت روانی دارند. مداخله‌های کمی طولانی‌تر، مثلاً مداخله‌های چند ماهه، بر سلامت روان، مهارت‌ها و تمایلات رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت، اثر می‌گذارند. تنها از مداخله‌های طولانی مدت یعنی مداخله‌هایی که چند سال به طول می‌انجامد، انتظار می‌رود که سلامت روان را بهبود بخشند

<sup>1</sup>- Klingman. (1998).



و برآمدگی رفتاری اثر گذارند و در نتیجه تغییراتی در رفتارهای سالم و رفتارهای اجتماعی ایجاد نمایند.<sup>۱</sup>

طبق نظر «وایت»<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان، چندین ویژگی دارند که عبارتند از:

۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویش: این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خودپنداره (تصوری که فرد از خودش دارد) و عزت نفس (پذیرش و قبول خود) می باشد. چنانچه این دو مفهوم همراه با هم باشند، تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی (پذیرش و دوست داشتن خود) هستند.

۲- برقراری روابط با دیگران: زمانیکه فرد خود پنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و دوست داشته باشد آنگاه به خوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند.

۳- مقابله با نیازهای زندگی: مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالشهای زندگی بخشی از سلامت روانی است. این الزامات از جانب والدین، خانواده، دوستان، مدرسه، فعالیتها، مشاغل و غیره می باشد. نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریتی استرس می باشد. زمانیکه افراد تحت استرس هستند، باید مهارتهای مقابله ای لازم را داشته باشند تا بدین وسیله بتوانند، اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد و یا کنترل شود) و مهارتهای مقابله ای مؤثر موجود باشد، قطعاً مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالشهای زندگی مقابله نماید.

۴- بروز مناسب هیجان‌ات افراد باید بتوانند هیجان‌ات خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به طور مناسب بروز دهند. در غیر این صورت، سلامت روانی خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت.

همانگونه که «بروکز»<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) اشاره کرده است، رویکرد مهارت‌های زندگی یک چهارچوب سازمان یافته‌ای را برای مراکز مشاوره و بهداشت روانی فراهم می‌کند و یک عنصر آموزشی کلیدی و مهم برای مدارس ابتدایی و دبیرستان می‌باشد. بنابراین رویکرد مهارت‌های زندگی برای بسیاری از موقعیتها و موضوعات متنوع و گوناگون کاربرد عملی دارد. بطوریکه مجموعه وسیعی از تحقیقات و پیشینه تئوریک و نظری از اثر بخشی و کاربرد پذیری رویکرد مهارت‌های زندگی جهت مداخلات مشاوره‌ای بهداشت روانی حمایت می‌کنند.<sup>۲</sup>

### ابعاد مهارت‌های زندگی

«بروکز» یک نقش اساسی و مهم را در رشد تئوری مهارت‌های زندگی، بوسیله تحقیقش که منتج به یک طبقه‌بندی از مهارت‌های زندگی مبتنی بر رشد انسان شده است. ایفا نموده است. وی پس از مرور تئوری‌های رشدی مربوط به عوامل عاطفی، شناختی، اخلاقی، هوشی، جسمانی-جنسی، روانی، اجتماعی، شناختی-اجتماعی و شغلی. به ۳۰۵ نوع مهارت زندگی دست یافت. و در نهایت به چهار طبقه ارزشمند از مهارت‌های زندگی دست یافت که متناسب با سنین مختلف (کودکی، نوجوانی و بزرگسالی) می‌باشد و کاربردهای بسیار مؤثری در امر مشاوره دارد.

بنابراین بر اساس مدل طبقه‌بندی «بروکز» ابعاد مهارت‌های زندگی شامل موارد ذیل

می‌باشند:

<sup>1</sup> - Brooks, (1984).

۱- مهارت‌های مربوط به ارتباط بین فردی / روابط انسانی

۲- مهارت‌های مربوط به حل مسأله / تصمیم‌گیری

۳- مهارت‌های مربوط به سلامت جسمانی / حفظ سلامتی

۴- مهارت‌های مربوط به رشد هویت / هدف در زندگی

طبق نظر «بروکز» به نقل از «گینتر» (۱۹۹۹) این طبقات کلی با هم ارتباط دارند. در ضمن

دارای ماهیتی پویا هستند بطوریکه تغییر در یکی از زمینه‌ها و ابعاد، می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی

روی زمینه‌های دیگر داشته باشد.

«نلسون - جونز» در کتاب درمان و مشاوره مسئولیت‌پذیری فردی (۱۹۸۷) مهارت‌های

زندگی را در چهار بعد سلامت روانی طبقه‌بندی کرده است که عبارتند از:

۱- مسئولیت‌پذیری

۲- واقع‌گرایی

۳- وابستگی و ارتباط مناسب

۴- فعالیت ارزشمند، مفید و رضایتبخش.

در طبقه‌بندی دیگری توسط «نلسون - جونز» (۱۹۹۴) مهارت‌های تفکر، مهارت‌های عملی و

مهارت‌های مربوط به احساسات متمایز شده‌اند.

### پیشینه تحقیقاتی پژوهش

در این بخش به بررسی پیشینه تحقیقاتی پیرامون تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر

سلامت روان و منبع کنترل و همچنین ارتباط سلامت روان و منبع کنترل پرداخته می‌شود.

آموزش مهارت‌های زندگی، در برنامه‌های گوناگونی مؤثر و مفید بوده است، از جمله:  
«برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد» (بوتوین) و همکاران ۱۹۸۴، ۱۹۸۰؛ «پنتز»<sup>۱</sup>، (۱۹۸۳)،  
بارداری نوجوانان (زابین)<sup>۲</sup> و همکاران ۱۹۸۶؛ «شینکه» (۱۹۸۶)، ارتقای هوش («گونزالس»<sup>۳</sup>  
۱۹۹۰)، پیشگیری از بی‌بند و باری جنسی («اولویس»<sup>۴</sup> ۱۹۹۰)، پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت  
جهانی ۱۹۹۴؛ «انجمن کتاب مقدس»)<sup>۵</sup>، آموزش صلح («پراتزمن»<sup>۶</sup> و همکاران ۱۹۹۸) و ارتقای  
اعتماد به نفس و عزت نفس («تاکاد»<sup>۷</sup> ۱۹۹۰). بنابراین اهمیت و ارزش آموزش مهارت‌های زندگی با  
اهداف گوناگون پیشگیرانه و افزایش سطح سلامت، نمایان می‌گردد.<sup>۸</sup>

تحقیقات متعدد انجام شده، بیانگر تأثیر بسیار زیاد آموزش مهارت‌های زندگی در جلوگیری  
از بروز ناهنجاری‌های رفتاری بوده است. در تحقیقی توسط «ترزا»<sup>۹</sup> (۱۹۹۵)، افزایش مهارت‌های  
زندگی در پیشگیری از خودکشی مؤثر نشان داده شد. و همچنین «کیم»<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۴) دریافت که  
آموزش مهارت‌های زندگی بر کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری مؤثر است.

«هالین»<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۴) نیز مهارت‌های مخصوص زندگی را بر زندگی اجتماعی مؤثر ارزیابی

کرد.<sup>۱۲</sup>

<sup>1</sup> - Pentz (1983).

<sup>2</sup> - Zabin & et. al (1986).

<sup>3</sup> - Gonzalez (1990).

<sup>4</sup> - Olweus (1990).

<sup>5</sup> - Scripture (1990).

<sup>6</sup> - Prutzman & et. al (1998).

<sup>7</sup> - Tacade (1990).

<sup>9</sup> - Therza (1995).

<sup>10</sup> - Kim (1994).

<sup>11</sup> - Hallin (1994).

یافته‌ها تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی را در پیشگیری از خودکشی نشان داده‌اند («لافروم بویز»<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴ به نقل از همان منبع). در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی برای پیشگیری از خودکشی، مهارت‌های ارتباطی، کنترل استرس و عصبانیت و تعیین هدف آموزش داده شد. نتایج نشان داد این برنامه در کاهش خودکشی مؤثر است.<sup>۲</sup>

در مطالعات مربوط به برنامه پیشگیرانه آموزش مهارت‌های زندگی این نتیجه حاصل شده است که استفاده از مواد مخدر بین دانش‌آموزانی که در این برنامه آموزشی شرکت کردند حداقل نصف میزان مصرف دانش‌آموزانی بوده است که در این برنامه شرکت نداشتند.<sup>۳</sup>

تحقیقات نشان داده است که نوجوانانی که توانایی مهارت رد کردن (قاطعیت در «نه» گفتن) بالاتری دارند، آسیب‌پذیری کمتری در مقابل فشار همسالان دارند. بنابراین، آسیب‌پذیری در برابر فشار همسالان زمانی پایین تر است که توانایی و مهارت رد کردن و یا قاطعیت بیشتر، منبع کنترل درونی تر و آگاهی بیشتر در مورد سوء مصرف مواد مخدر داشته باشند. زمانیکه منبع کنترل درونی باشد، عزت نفس هم بالاتر خواهد بود. برنامه‌های آموزش مهارت رد کردن و مقاومت در برابر نفوذ و فشار همسالان بین دانش‌آموزان نوجوان موجب کاهش آسیب‌پذیری نسبت به فشار همسالان، افزایش و حفظ منبع کنترل سلامتی درونی و عزت نفس آنان می‌شود و در نتیجه تأثیر مثبتی دارند.<sup>۴</sup>

«آلبرتین»<sup>۵</sup> و دیگران (۲۰۰۱) در تحقیقی پیرامون تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کارگران در آفریقای جنوبی، نتایج مثبتی در جنبه‌های گوناگون بدست آوردند. مهمترین ویژگی

<sup>1</sup> - La Framboise (1994).

( ) .

:

( ) .

Shope & cope land. ( ) .

<sup>3</sup> - Shope & Copeland (1993).

<sup>5</sup> - Albertyn & et. Al. (2001).

گروه آزمایشی مربوط به توانایی آنان در کنترل مسائل و مشکلات، انگیزش در مورد کار مثبت و فعال در جهت رسیدن به اهدافشان و بهبود زندگی خانوادگی می‌باشد. از تغییرات دیگر، تغییر مثبت در توانایی تصمیم‌گیری، تغییر مثبت در دیدگاه آنان از فرصتهایی که در زندگی دارند، نگرش مثبت نسبت به توانایی آنان در داشتن نقش فعال در زندگی شان و مقابله بهتر با شرایط زندگی و تغییر مثبت در توانایی آنها در احساس مسؤلیت فردی محیط شغلی می‌باشد. همچنین نسبت به جنبه‌های شناختی در روابطشان با دیگران بینش و آگاهی بدست آوردند؛ میزان احترام به خود و اطمینان به خود در آنها افزایش یافت، به خود پنداره مثبت دست یافتند و در نهایت مسؤلیت پذیری فردی، برنامه‌ریزی برای آینده و توانایی تفکر انتقادی در آنها افزایش یافت.

«چیوزی و هیمبرگ»<sup>۱</sup> به نقل از «پیسینی و مک کری»<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) دریافتند که افراد دارای جرأت‌مندی و اعتماد به نفس بالا، مهارت‌های حل مسأله بالاتری دارند، در ضمن مهارت‌های تصمیم‌گیری بالاتری دارند بطوریکه بهتر از افراد دارای جرأت‌مندی پایین قادر به شناسایی راه‌های مؤثر هستند و به نتایج مطلوب‌تری دست می‌یابند و انتظار اثربخشی بیشتری در مورد پاسخهای مؤثر و راه‌های مناسب دارند. آنان توانایی انتقاد کردن بالاتری دارند و اطمینان بیشتری به اثر بخشی انتقادشان دارند. بنابراین آنان از مهارت انتقاد کردن که یک مهارت بین فردی بسیار پیچیده است، برخوردارند.

«لوینسون و کلارک»<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) در درمان رفتاری افسردگی نوجوانان به آموزش مهارت‌های حل مسأله، مهارت‌های اجتماعی، جرأت ورزی و مهارت‌های ارتباطی، آموزش کنترل هیجانی مانند

<sup>۱</sup> - Chiauzzi & Heimberg.

<sup>۲</sup> - Piccini & Mccarrey (1998).

<sup>۳</sup> - Lewinsohn & Clarke (1999).

تکنیکهای آرامش‌سازی و کنترل خشم اشاره کردند. تلاشهای پیشگیرانه نیز میتوانند در جهت آموزش نوجوانان برای دستیابی به باورهای در موارد ارزش زندگی، رشد خودکفایتی و خوش بینی در مقابله با تغییرات زندگی و فراهم نمودن فرصتهایی برای آنان جهت تمرین باورها و عقایدشان به کار گرفته شوند.<sup>۱</sup>

تحقیقات زیادی پیشنهاد می‌کنند که کسب مهارتهای حل مسأله نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی ایفا می‌کنند، بخصوص زمانیکه افراد با رویدادها و استرسهای منفی زندگی مواجه می‌شوند.<sup>۲</sup>

نتایج تحقیق شریفی (۱۳۷۲) نشان می‌دهد که آموزش مهارت حل مسأله می‌تواند در بهبودی یا کاهش میزان افسردگی نوجوانان و علائم اختصاصی افسردگی آنان مؤثر باشد، موجب افزایش میزان کفایت شخصی آنها و توانایی ایشان در روابط بین فردی با همسالان گردد. در تحقیق «پاپیری» (۱۳۷۶) ۲۶ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر که سابقه اقدام به خودکشی داشتند به طور تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. بعد از ۱۲ جلسه آموزش مهارت حل مسأله به گروه آزمایشی این نتایج حاصل شد که آموزش مهارتهای حل مسأله می‌تواند در کاهش میزان افسردگی، کاهش میزان ناامیدی و بهبودی مهارتهای مقابله‌ای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی مؤثر باشد.

«فیندلر» و همکاران<sup>۳</sup> به نقل از «ویت فیلد»<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) دریافتند که آموزش کنترل خشم بعنوان یک رویکرد شناختی- رفتاری، رفتار مخرب را کاهش می‌دهد و خود کنترلی را در نوجوانان پرخاشگر در موقعیتهای مختلف بهبود می‌بخشد.

---

( ) pinto & et. al ( ) - stanard ( ) Hepner & et. al ( ) Ford & snyder ( ) Freed man  
3- Fiendley & et. al

همچنین مطالعات پیشنهاد می‌کنند که مهارت‌های کنترل خشم و تصمیم‌گیری به طور بالقوه می‌توانند مشکلات تحصیلی جوانان خطرآفرین را کاهش دهند و مسائل دیگری مانند افت تحصیلی و دیگر مشکلات روانی- اجتماعی نیز بین آنان کاهش می‌یابد. این مطالعات اهمیت و تأثیر ایجاد و افزایش مهارت‌های روانی- تحصیلی را در نتیجه آموزش کنترل خشم و تعیین هدف برای دانش‌آموزانی که در معرض افت تحصیلی هستند نشان می‌دهند.<sup>۲</sup> به طور کلی می‌توان گفت که مداخلاتی مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای شناختی و آرامش‌سازی عضلانی می‌توانند خشم، برون‌ریزی منفی احساس خشم و اضطراب در دانش‌آموزان مقطع متوسطه را به طور معناداری کاهش دهند.<sup>۳</sup>

«لازاروس» و فولکمن<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) به نقل از اکبر زاده (۱۳۷۶) معتقدند مقابله با بحران عبارت از تلاش‌های فکری و رفتاری مستمری است که برای برآوردن نیازهای خاص درونی یا بیرونی به کار می‌رود. این احتیاجات ممکن است مطابق و یا افزون بر منابع و امکانات فرد باشد. مقابله یا کنار آمدن تلاش‌های رفتاری و شناختی جهت کنترل فشارها هستند.<sup>۵</sup>

در چندین تحلیل، پاسخ‌های مقابله‌ای در سه طبقه بزرگ گروه‌بندی شدند: ۱- مقابله مثبت (حل مسأله دقیق و روشن، جستجوی کمک، جستجوی (اطلاعات) ۲- مقابله معمولی و عادی (ارزیابی، حل مسأله مبهم و غیردقیق و پذیرش کنترل هیجانی درونی) ۳- مقابله منفی (عدم آگاهی، فقدان یک راهبرد مناسب، فرار، تخلیه هیجانی نامناسب). نتایج نشان می‌دهد که حل مسأله

1- Whitfield (1999).

( )

2- Mc wierter (1999).

( )

Deffenbacher

4- Lazarus & Folkman (1992).

Reeh & et. a

( )



دقیق پیامدهای بهتری به دنبال دارد در حالیکه پاسخهای مقابله‌ای هیجانی با نتایج نامطلوبی در ارتباط است. بنابراین باید بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و مثبت تأکید شود.<sup>۱</sup>

«تویتز»<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) به نقل از «یونگر» و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) معتقد است استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و مثبت اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهد.

همچنین در پژوهشی که توسط اسماعیلی (۱۳۸۰) انجام شده است، اثر آموزش درس مهارت‌های زندگی در تعامل با شیوه‌های فرزند پروری بر عزت نفس دانش‌آموزان استان اردبیل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمره عزت نفس دانش‌آموزانی که درست مهارت‌های زندگی را گذرانده بودند بیشتر از دانش‌آموزانی بود که درس مذکور را نگذرانده بودند. این یافته با نتایج تحقیقات «انجمن روانشناسی آمریکا»<sup>۴</sup> (۱۹۹۴، ۱۹۹۶) مطابقت دارد.

بدین معنا که آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد. در این پژوهش با مقایسه عزت نفس دختران و پسران، میزان عزت نفس دختران پایینتر از پسران بوده است. بنابراین نتایج این تحقیق ضرورت آموزش مهارت‌های زندگی جهت افزایش عزت نفس دانش‌آموزان دختر را، که سلامت آینده جامعه تا حد قابل ملاحظه‌ای به سلامت روانی آنان بستگی دارد پیشنهاد می‌کند.

«تلاو» و همکاران (۱۹۷۴) دریافتند که توانایی بیشتر در حل مسأله با افزایش عزت نفس و پایگاه کنترل درونی رابطه دارد.<sup>۵</sup>

<sup>2</sup>- Thoits (1995)

<sup>3</sup>- unger & et. al. (1998).

<sup>4</sup>- American Psychology Association (1994 , 1996).

پژوهشهای مختلفی که پس از اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس صورت گرفت، پیشرفتهای معناداری را در ابعاد مختلف سلامت روان بدست می‌دهد. مثلاً تصور از خود («کروتز»<sup>۱</sup> و همکاران ۱۹۹۱)، عزت نفس (ایننت)<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) خودکار آمدی («الیاس»<sup>۳</sup> و همکاران ۱۹۹۱)، ناسازگاری اجتماعی و هیجانی («کاپلان» و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲) و کاهش معنا دار اضطراب اجتماعی («بوتوین» و «اینگ»<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲).<sup>۶</sup>

در یک برنامه ترویجی بهداشت روانی مبتنی بر رشد مهارت‌های زندگی که بین سنین ۵ تا ۱۵ ساله در «اونتاریو» انجام شد، نتایجی از قبیل پیشرفت و بهبود عملکرد تحصیلی مناسب، بهبود عزت نفس و غلبه بر رفتار ضد اجتماعی حاصل گردید.<sup>۷</sup>

«لانگ و شرر»<sup>۸</sup> (۱۹۸۴) به نقل از «کادیش» و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که منبع کنترل مجرمانی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی و بحث گروهی بودند به طور معناداری از منبع کنترل بیرونی به درونی تغییر یافت.

«سیمپلی»<sup>۹</sup> به نقل از همان منبع بیان می‌کند که شواهد روزافزونی در حمایت از ارتباط بین رویکرد مهارت‌های زندگی با کاهش بزهکاری نوجوانان وجود دارد.

«زوبین و اسپرینگ»<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۷) به نقل از همان منبع اشاره کردند که بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در زمینه تعامل اجتماعی، آسیب‌پذیری در مقابل اسکیزوفرنیا را کاهش می‌دهد.<sup>۱</sup>

<sup>1</sup>- Kreuter & et. al. (1991).

<sup>2</sup>- Ennett & et. al. (1994).

<sup>3</sup>- Ellias & et. al. (1991).

<sup>4</sup>- Kaplan & et. al. (1992).

<sup>5</sup>- Botvin & Eng (1982).

<sup>8</sup>- Long & sherer (1984).

<sup>9</sup>- simply.

<sup>10</sup>- Zubin & spring (1997).

برخی از ارزیابیها ثابت کرده‌اند که شرکت در کلاسهای آموزش مهارتهای زندگی، موجب ایجاد عزت نفس می‌شود. بر طبق یک تئوری، عزت نفس انگیزش را تقویت می‌کند، انعطاف پذیری در مقابل تغییرات را افزایش می‌دهد و نگرشهای مثبت در جهت پیشرفت احساس خودکفایی را تقویت می‌کند. در یک تحقیق، نتایج نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی به زنان منجر به افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی و احساس کفایت می‌شود که این امر نشان دهنده اهمیت این برنامه است.<sup>۲</sup>

«هامبورگ»<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) به نقل از «موت»<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۹) اشاره کرد که برنامه‌های آموزش مهارتهای زندگی موفقیت آمیز دارای اهمیت زیادی هستند و آموزش مهارتهای اجتماعی که زیر مجموعه‌ای از آموزش مهارتهای زندگی هستند در موارد ذیل تأثیر مثبت دارد:

۱- رفتارهای اجتماعی مثبت در مدارس (تعامل اجتماعی مثبت بین همسالان). ۲- افزایش حمایت همسالان. ۳- افزایش توانایی حل مسأله. ۴- خودآگاهی ۵- کاهش خشم. اضطراب، افسردگی، عزت نفس، کمرویی و رفتارهای بزهکارانه. ۶- ایجاد منبع کنترل درونی. ۷- مقبولیت اجتماعی ۸- مقابله با بحران ۹- رویارویی اجتماعی ۱۰- افزایش جرأت ورزی ۱۱- خود پنداره مثبت ۱۲- مهارتهای کلامی و غیر کلامی اجتماعی مثبت و مناسب.

پروژه رشد اجتماعی «سیتل»<sup>۵</sup> که توسط «هاوکینز»<sup>۶</sup> (۱۹۸۷) اجرا شد با هدف کمک به نوجوانان جهت رشد مهارتهای زندگی لازم برای عملکرد موفقیت آمیز در محیطهای اجتماعی از طریق درگیری فعال خانواده، مدرسه و گروه همسالان که دارای رفتار مثبت هستند، به نتایج

---

( ) Darden & Ginter.

( ) Wichroski.

<sup>3</sup>- Humburg (1990).

<sup>4</sup>- Moote & et. al. (1999).

<sup>5</sup>- seattle

<sup>6</sup>- Hawkins (1987).

مثبتی دست یافت. نتایج مثبت این تحقیق شامل کاهش رفتار بزهکارانه و سوء مصرف مواد مخدر، افزایش احساس مسئولیت نوجوانان نسبت به خانواده، مدرسه و جامعه می‌باشد.

امروزه با توجه به رشد روز افزون بیماری ایدز، لزوم اجرای برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی جهت پیشگیری از ایدز بین نوجوانان آشکار شده است. به این معنا که اگر نوجوانان بتوانند به خوبی مهارت‌های زندگی را یاد بگیرند در آن صورت می‌توانند خودشان را در مقابل ویروس HIV محافظت نمایند. بنابراین زمانیکه یاد بگیرند چگونه تصمیمات خود را در مورد روابط با دیگران بیان کنند و در مورد تصمیماتشان جدی و سخت باشند و همچنین در مقابل فشارهای اطرافیان جهت مصرف مواد و روابط جنسی مقاومت نمایند، از بسیاری از مشکلات پیشگیری خواهد شد.<sup>۱</sup>

نوجوانانی که راهبردهای مقابله‌ای مؤثر ندارند بیشتر در معرض خطر رشد مشکلات سلامت روانی و جسمانی قرار دارند.<sup>۲</sup>

بنابراین اغلب گزارش شده است که مقابله متمرکز بر مشکل مؤثرتر و سازگارانه‌تر از مقابله متمرکز بر هیجان می‌باشد. به این دلیل که این نوع مقابله موقعیت استرس آور را تغییر می‌دهد. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان احتمال افسردگی و ضعف سلامت جسمانی را افزایش می‌دهد در حالیکه راهبردهای متمرکز بر مشکل عامل حفاظت کننده در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می‌باشند.<sup>۳</sup>

---

( ) Highland

( ) .

Dixon, Hepner & Anderson ( )

( ) .

Barron & et. al ( )

مداخلاتی که به نوجوانان آموزش می‌دهد، از مهارت‌های مقابله‌ای متمرکز بر مشکل استفاده کنند، به آنها کمک می‌کند تا استرس خویش را کنترل کنند و به طور مؤثرتری از نتایج منفی وقایع استرس‌زای زندگی بر سلامتی جسمی و روانی خویش، پیشگیری نمایند.<sup>۱</sup>

طبق نظر «نیکول و همکاران»<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، برنامه‌های مهارت‌های زندگی که در ارتباط با مشخص ساختن نیازهای مرتبط با عملکرد مستقل در زندگی هستند، اغلب می‌توانند بعنوان یک فرایند توانبخشی برای بیماری‌های روانی مزمن از جمله بیماری اسکیزوفرنی به کار روند. به همین منظور، آموزش مهارت‌های زندگی باید بعنوان بخشی از برنامه‌های توانبخشی مطرح شود که در این صورت به نتایجی مثبت منجر می‌گردد.

«استپتو و واردل»<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) معتقدند که منبع کنترل درونی بالا با افزایش احتمال رفتارهای سالم ارتباط مثبت دارد.

«لفکورت و دیوید سون-کاتز»<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) به نقل از کلینکه، ترجمه محمد خانی (۱۳۸۰) معتقدند که مقابله کردن مستلزم طرح ریزی، مسأله‌گشایی و یادگیری و به کار بستن مهارت‌های جدید است. مقابله کردن مبتنی بر نگرش خود مسؤولیت‌پذیری و داشتن تسلطی فعال بر روی مسائل زندگی است. افراد دارای منبع کنترل بیرونی غالباً ضعیف مقابله می‌کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند.

<sup>۲</sup>- Nicol & et. al (2000).

<sup>۳</sup>- Steptoe & Wardle (2001).

<sup>۴</sup>- Lefqort & Davidson- Katz (1991).

«گیلچریست، شینکه و ماکسول»<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) به نقل از «موت» و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کردند که مهارت‌های زندگی به رشد خودکفایتی در نوجوانان، شامل توانایی حل مسائل، برقراری ارتباط دوستانه، حفظ حمایت اجتماعی، کنترل هیجانات و احساسات فردی کمک می‌کنند.

«فازن»<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) به نقل از قاسمی (۱۳۷۵) ادعا نمود که افراد دارای منبع کنترل درونی از سلامت روانشناختی بهتری برخوردارند. به بیان روشن‌تر، کمتر مضطرب می‌شوند، کمتر به بیماری‌های روانی مبتلا می‌شوند و از سازش یافتگی روانشناختی بهتری در ارتباط با موفقیت‌های اجتماعی و فردی و کلیه ابعاد زندگی برخوردار می‌باشند «کوپر»<sup>۳</sup> (۱۹۸۳)، «لفکورت»<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) «کلی»<sup>۵</sup> (۱۹۸۶) و «میریس»<sup>۶</sup> (۱۹۸۸) به نقل همان منبع نیز به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای منبع کنترل درونی مهارت‌های اجتماعی سازگارانه تری دارند، رضایتمندی بهتری نسبت به جنس مخالف دارند، رفتارهای خود ویرانگری مانند سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی و رانندگی خطرآفرین در آنها کمتر دیده می‌شود و آسان‌تر و سریعتر سیگار را ترک می‌کنند. کمتر به اختلالات روانی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دچار می‌شوند و از حمایت اجتماعی وسیعی برخوردارند.

در کل داده‌های مربوط به افسردگی، استرس، اضطراب و عزت نفس پیشنهاد می‌کند که نوجوانان دارای منبع کنترل سلامتی درونی، سلامت روانی بالاتری نسبت به بیرونی‌ها دارند.<sup>۷</sup>

<sup>1</sup>- Gilchrist, Shinke & Maxwell (1987).

<sup>2</sup>- Farez (1978).

<sup>3</sup>- Cooper (1983).

<sup>4</sup>- Lefqurt (1982)

<sup>5</sup>- Kelly (1986).

<sup>6</sup>- Miris (1988).

«واترز»<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) دریافت که نوجوانانی که سطوح پایین تری از احساس کنترل (با جهت

بیرونی) بر رویدادهای فشارزا دارند، استرس بیشتری در آن موقعیتها تجربه می کنند.

«کلی»<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) معتقد است. افرادی که منبع کنترل درونی دارند، تمایل دارند به اینکه

سلامتی شان را به ارزشها و باورهای سلامتی درونی خودشان نسبت دهند تا اینکه به نقش

عوامل بیرونی اعتقاد داشته باشند. بطوریکه نتایج تحقیق نشان داده است. منبع کنترل، یک

پیش بینی کننده معنا دار و قوی در مورد سلامت عمومی و رضایت خاطر از زندگی نوجوانان

می باشد.

«کنلی و مونت»<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) با بررسی منبع کنترل دانش آموزان متوجه شدند که دلیل

موفقیت های تحصیلی برخی از دانش آموزان و ارزیابی بالای معلمان از آنان این است که آنها منبع

کنترل درونی دارند و رفتارهای خود را شایسته تقویت های معلمان می دانند.<sup>۴</sup>

«پوپ و سوزان»<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) به نقل از قاسمی (۱۳۷۵) طی مطالعاتی به این نتیجه رسیدند که

افراد دارای منبع کنترل درونی در مواجهه با شرایط استرس زا بهتر از افراد دارای منبع کنترل

بیرونی عمل می کنند کسی که دارای منبع کنترل بیرونی است عقیده دارد که اثر ناچیزی بر

موقعیت ها دارد. و پیامدهای این موقعیت ها را بیشتر شانس یا سرنوشت مشخص می کند. در

عوض افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند عقیده دارند که بر روی آنچه اتفاق می افتد، خود

کنترل دارد و تصمیم و عمل اوست که در پیامدها نفوذ دارد. آنها به ارزشهای خود اهمیت

می دهند و دارای توانایی کنترل بر محیط می باشند و بر حوادث زندگی اثر می گذارند. آنها بر

<sup>1</sup> - waters (1992).

<sup>2</sup> - kelley (2000).

<sup>3</sup> - Kennelly & Mount (1985).

<sup>5</sup> - Pope & Susan (1988).

مسئولیت خویش بیش از فعالیت‌ها یا سرنوشت و یا دیگران تأکید دارند. داشتن منبع کنترل درونی به عنوان یک ویژگی شخصیتی قادر است بخشی از تأثیرات استرس را کنترل کند و فرد را در موضع مقابله با تهدید یا استرس قدرتمندتر سازد.

«جو»<sup>۱</sup> (۱۹۷۲) به نقل از بیابانگرد (۱۳۷۰) نتیجه گرفت که افراد دارای منبع کنترل بیرونی برخلاف افراد دارای منبع کنترل درونی دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، مشکوکت‌تر، پرخاشگرتر و کم بینش‌تر می‌باشند.

«گیفور، کالن، پوپوویچ، پاول»<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) طی تحقیقی اظهار داشتند که منبع کنترل نقش مهمی در رشد عزت نفس افراد دارد. بدین معنا که افرادی که دارای منبع کنترل درونی می‌باشند. از عزت نفس بالاتر، بلوغ بیشتر و تصورات مثبت‌تری نسبت به خود برخوردارند.

### جمع بندی و نتیجه‌گیری از پیشینه تحقیقاتی پژوهش

با مروری اجمالی بر تحقیقات مطرح شده در بخش قبلی، میتوان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی که اکثراً در دوره نوجوانی به اجرا گذاشته شده است، بر جنبه‌های گوناگون سلامت روانی تأثیر مثبتی داشته است.

همانگونه که مطرح شده است، انواع مهارت‌های زندگی مانند حل مسأله، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس، کنترل خشم و قاطعیت در نه گفتن (ابراز وجود) و ... در کاهش سوء مصرف مواد مخدر، بزهکاری، خشونت، اضطراب، افسردگی، خودکشی و حتی بیماری‌های مزمن مانند اسکیزوفرنی و بیماری‌های جسمانی مانند ایدز تأثیر داشته‌اند. همچنین در افزایش عزت نفس، سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی نقش مؤثر و مثبتی داشته‌اند. برخی شواهد نیز تأثیر این آموزش را بر درونی‌تر شدن منبع کنترل تأیید نموده‌اند.

<sup>۱</sup>- Joe (1972).

<sup>۲</sup>- Giffor, Kallen, popowich & powell (1990).



بنابراین با مروری بر پیشینه تحقیقاتی و پژوهشی می‌توان نتیجه گرفت که تمام شواهد تحقیقاتی مربوط به موضوع و یافته‌های نزدیک به موضوع پژوهش، دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های اجتماعی بر ابعاد گوناگون سلامت روانی می‌باشند.

نکته‌ای که لازم به ذکر است آن است که تمام تحقیقات مربوط به موضوع پژوهش در کشورهای خارجی صورت پذیرفته است، به جز چند مورد پژوهشی که اخیراً در داخل کشور به صورت طرح تحقیقاتی مطرح شده‌اند. تفاوت پژوهش حاضر با تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور با توجه به بررسی‌های انجام شده در این است که هیچیک از پژوهش‌ها تا به حال مستقیماً به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان نپرداخته‌اند و اکثراً تأثیر متغیر مذکور را در حیطه محدودتر و برخی از جنبه‌های سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند، بطوریکه بیشترین تحقیقات پیرامون تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش سوء مصرف مواد مخدر، خشم و خشونت، بزهکاری، افسردگی، خودکشی و ... می‌باشد در حالیکه پژوهش حاضر ابعاد کلی‌تری از سلامت روان را مورد توجه قرار داده است، بخصوص اینکه ارتباط منبع کنترل نیز با سلامت روان در نظر گرفته شده است و تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر دو متغیر مذکور به طور کلی مورد بررسی قرار گرفته است. به همین جهت در بررسی پیشینه تحقیقاتی در داخل و خارج از کشور به موضوعات و یافته‌های نزدیک به موضوع پژوهش، پرداخته شد. به طور کلی، پژوهش‌ها و بررسی‌های بسیاری پیرامون آموزش مهارت‌های زندگی، بعنوان یک راهبرد پیشگیری اولیه، بخصوص از دهه هشتاد قرن بیستم به بعد انجام شده است، ولیکن می‌توان گفت تازگی موضوع پژوهش حاضر در انتخاب متغیرهای وابسته (سلامت روان و منبع کنترل) می‌باشد.

## فرضیات پژوهش

در این پژوهش، بر اساس مبنای تئوریکی و تحقیقات انجام شده که به آنها اشاره گردیده

فرضیات زیر مطرح شده‌اند که عبارتند از:

فرضیه (۱) آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش سلامت روان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۱-۱) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «نشاندگان جسمانی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۱-۲) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «نشاندگان اضطرابی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۱-۳) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «کارکرد و کنش اجتماعی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۱-۴) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «نشاندگان افسردگی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۲) آموزش مهارت‌های زندگی موجب درونی‌تر شدن منبع کنترل گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۲-۱) آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش نمره در مقیاس «توانایی درونی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۲-۲) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «شانس» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۲-۳) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در مقیاس «تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۳) آموزش مهارت‌های زندگی بر نوع شیوه‌های مقابله‌ای گروه آزمایشی تأثیر دارد.  
فرضیه (۳-۱) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش در نمره «شیوه جسمانی سازی مقابله» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۳-۲) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش در نمره «شیوه هیجانی مقابله» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۳-۳) آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش در نمره «مقابله مسأله مدار» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.

فرضیه (۴) بین شیوه مقابله مسأله مدار و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

فرضیه (۵) بین درونی‌تر شدن منبع کنترل و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

فرضیه (۶) بین شیوه مقابله مسأله مدار و درونی‌تر شدن منبع کنترل، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

#### روش بررسی

طرح تحقیق پژوهش حاضر روش آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی می‌باشد. لذا پژوهش حاضر که از نوع پژوهش‌های آزمایشی است با هدف بررسی میزان اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان انجام گردیده است. در این راستا برای انتخاب نمونه، از بین مناطق آموزش و پرورش

شهر تهران، منطقه ۷ به دلیل انسجام نسبی بافت فرهنگی و اقتصادی انتخاب گردید. در مرحله بعد از بین دبیرستان‌های دخترانه دولتی این منطقه، یک دبیرستان به طور تصادفی انتخاب گردید. پس از آن کلیه دانش‌آموزان سال اول دبیرستان مذکور به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند که حجم آن ۱۹۱ نفر می‌باشد. در این مرحله پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> (GHQ-28) جهت بررسی سلامت روان دانش‌آموزان و پرسشنامه منبع کنترل «لونسون»<sup>۲</sup> جهت مشخص ساختن جهت گیری درونی و بیرون منبع کنترل آنان بر روی ۱۹۱ دانش‌آموز اجرا گردید. در مرحله بعد جهت انتخاب نمونه اصلی، پس از نمره‌گذاری آزمونها، افرادی که بالاترین نمرات را در هر دو پرسشنامه مذکور کسب کردند، به تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است که کسب نمرات بالا در پرسشنامه سلامت روان نشانه پایین بودن سلامت روان و کسب نمرات بالا در پرسشنامه منبع کنترل نشانه جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل می‌باشد. در نهایت ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی<sup>۳</sup> و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل (گواه) به طور تصادفی تعیین شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند:

#### ۱- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)

«گلد برگ» (۱۹۷۲) پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرنده اختلالات روانی غیرسایکوتیک

در مراکز درمانی جامعه طراحی و تدوین نموده است.

پرسشنامه مذکور دارای چهار مقیاس می‌باشد که هر یک ۷ سؤال دارد. چهار مقیاس مذکور

عبارتند از:

<sup>۱</sup>- General Health Questionnaire. Goldbevg. D.P. (1972).

<sup>۲</sup>- Locus of control Questionnaire. Levenson. (1973).

۱- مقیاس نشانگان جسمانی (A)

۲- مقیاس نشانگان اضطرابی (B)

۳- مقیاس نارساکنش وری اجتماعی (C)

۴- مقیاس نشانگان افسردگی (D)

با توجه به روشهای مختلف نمره‌گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر از روش یا مدل ساده «لیکرت»<sup>۲</sup> جهت نمره‌گذاری استفاده گردید. لازم به توضیح است که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است.

## ۲- پرسشنامه منبع کنترل لونسون

پرسشنامه دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه منبع کنترل «لونسون» می باشد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس P, I و C می باشد. مقیاس I که تحت عنوان مقیاس درونی است مربوط به توانایی فرد در کنترل امور زندگی اش است. مقیاس P تحت عنوان مقیاس افراد قدرتمند است و بدین معنا است که فرد تا چه میزان معتقد است که آنچه در زندگی رخ می دهد نتیجه دیدگاه و اعمال افراد قدرتمند است یا در نتیجه توانمندی خود فرد است و مقیاس C تحت عنوان عامل شانس است که میزان اعتقاد فرد به شانس و تصادف در زندگی اش را می سنجد. در واقع «لونسون» (۱۹۷۳) سه مقیاس خود را با توجه به مقیاس L-E «راتر»<sup>۱</sup> ارائه داده است.<sup>۲</sup>

این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است. لازم به توضیح است که کسب نمره بالاتر در مقیاسهای P, I و C نشانگر جهت گیری بیرونی منبع کنترل می باشد.

نتایج پایایی حاصل از آلفای کرونباخ<sup>۳</sup> دو پرسشنامه پژوهش بر جامعه پژوهش حاضر در

جدول ذیل آمده است:

---

<sup>1</sup> - Rutter.

<sup>3</sup> - Cronbach.

جدول ۱- نتایج پایایی حاصل از آلفای کرونباخ از دو پرسشنامه پژوهش

مقیاسها	پایایی: آلفای کرونباخ
A	۰/۶۹
B	۰/۷۸
C	۰/۶۲
D	۰/۹۲
جمع کل مقیاس‌های فوق	۰/۸۲
I	۰/۲۲
C	۰/۶۲
P	۰/۵۹
جمع کل مقیاسهای فوق	۰/۶۳

۳- ابزار آموزش مهارت‌های زندگی

محتوای آموزش در پژوهش حاضر برگرفته از «راهنمای آموزش برنامه مهارت‌های

زندگی»<sup>۱</sup> می‌باشد. این برنامه آموزشی شامل ده فصل است که در هر فصل به یکی از مهارت‌های

زندگی و تمرینات عملی مربوط به آن پرداخته شده است. بنابراین موضوع جلسات آموزشی و

تمرینات عملی آن با استفاده از این برنامه آموزشی در هشت جلسه تنظیم گردید. به این ترتیب که

در هر جلسه آموزشی ابتدا پیرامون هر موضوع آموزشی، مباحثی مطرح می‌شود و بعد موضوع

به صورت گروهی مورد بحث و بررسی قرار می‌گرفت و در پایان هر جلسه، تمریناتی ارائه

می شد تا بدین وسیله همه آزمودنیها، مباحث آموزشی را خارج از موقعیت آموزشی به صورت

تجربی، تمرین کنند. موضوعاتی که ارائه گردید شامل موارد ذیل می باشد:

۱- آشنایی گروهی.

۲- شناخت خود و تواناییهای خود.

۳- آشنایی با ارزشهای شخصی، خانوادگی و اجتماعی.

۴- آشنایی با نحوه برقراری ارتباط با دیگران.

۵- آشنایی با تعیین هدف.

۶- آشنایی با تصمیم گیری.

۷- آشنایی با مفهوم خشونت و روشهای مهار آن.

۸- آشنایی با سلامت جسمانی و روانی.

نکته مهم اینکه فعالیت تجربی گروهی در هر یک از جلسات مبنای این آموزش می باشد.

برای اجرای پژوهش پس از اجرای پی آزمون بر جامعه پژوهش، انتخاب نمونه پژوهش و

جایگزینی نمونه به دو گروه آزمایشی و کنترل به طور تصادفی، گروه آزمایشی به مدت یک ماه

(هفته ای دو جلسه) تحت آموزش مهارتهای زندگی قرار گرفتند. در پایان دوره آموزشی، دوباره

گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از همان ابزارهای اولیه (پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و

پرسشنامه منبع کنترل لونسون) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس نتایج بدست آمده از پیش

آزمون و پس آزمون دو گروه مذکور، با استفاده از روش آماری آزمون t دو گروه مستقل، مورد

تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارت از آموزش مهارتهای زندگی و متغیرهای وابسته

عبارت از سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان بوده است. در این بررسی منظور از بهبودی



وجود تفاوت معنی‌دار بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی و منبع کنترل بود که می‌تواند نشان دهنده افزایش سلامت روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل آزمودنیها باشد.

### روش‌های آماری پژوهش

جهت بررسی فرضیات پژوهش، از روشهای آماری به شرح ذیل استفاده گردید:  
روشهای آمار توصیفی: توزیع فراوان، میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد، نمودارها و جداول.

روشهای آمار استنباطی: آزمون t مقایسه دو گروه مستقل، تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) و ضریب همبستگی پیرسون.

همچنین جهت بررسی پایایی ابزارهای پژوهش از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. در ضمن لازم به ذکر است که جهت محاسبه روشهای آماری از نرم افزار کامپیوتری SPSS استفاده گردید.

### تجزیه و تحلیل علمی

همانطوری که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود. در گروه آزمایشی (گروهی که تحت آموزش مهارتهای زندگی قرار گرفته اند) بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد. بدین ترتیب که در موقعیت پس آزمون میزان نمرات به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. بطوریکه نتایج آزمون t دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه کاملاً معنادار است. بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در کلیه مقیاسهای پرسشنامه سلامت عمومی به جز مقیاس C (نارساکنش وری اجتماعی) کاملاً معنادار

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

است. نکته دیگر اینکه بیشترین میزان کاهش در نمرات مقیاس D (نشانگان افسردگی) پرسشنامه

مذکور می باشد. بنابراین می توان گفت که آموزش مهارتهای زندگی بیشترین تأثیر را بر کاهش

میزان افسردگی آزمودنیها داشته است.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)  
[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

جدول ۲- نتایج آزمون t دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگینهای نمرات پیش آزمون و

پس آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سلامت عمومی

مقیاس A					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۰۱	-۲/۷۷				گروه آزمایشی
					پیش آزمون
					پس آزمون
					گروه کنترل
					پیش آزمون
					پس آزمون
مقیاس B					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۰۰۱	-۲/۶۳				گروه آزمایشی
					پیش آزمون
					پس آزمون
					گروه کنترل
					پیش آزمون
					پس آزمون
مقیاس C					

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooon.com](http://www.kandooon.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۱	-۱/۶۴	۱/۱۳۰	۴/۲۲	۹/۸۰	گروه آزمایشی
					پیش آزمون
		۱/۵۰	۵/۶۱	۶/۴۲	پس آزمون
					گروه کنترل
		۱/۰۲	۳/۹۷	۱۰/۹۳	پیش آزمون
					پس آزمون
۱/۰۴	۴/۰۵	۹/۴۰	پس آزمون		
			مقیاس D		
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۰۰۳	-۳/۲۷	۱/۵۸	۵/۹۳	۱۱/۲۰	گروه آزمایشی
					پیش آزمون
		۱/۲۶	۴/۷۴	۴/۶۴	پس آزمون
					گروه کنترل
		۵/۲۴	۲۰/۲۸	۱۸/۷	پیش آزمون
					پس آزمون
۱/۳۵	۵/۲۴	۱۰/۷۳	پس آزمون		
			نمره کل		
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون

		گروه آزمایشی			
۰/۰۰۱	-۳/۶۱	۳/۸۱	۱۴/۲۸	۳۹/۶۰	پیش آزمون
		۳/۹۲	۱۴/۶۸	۲۲/۴۲	پس آزمون
	گروه کنترل				
	۲/۸۰	۱۰/۸۵	۴۵/۵۳	پیش آزمون	
		۳/۸۱	۱۴/۷۸	۴۲/۲۰	پس آزمون

همانگونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون t دو گروه مستقل نشانگر آن است که بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه منبع کنترل به جز مقیاس C، تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین ترتیب که علیرغم کاهش اندک نمرات در برخی از مقیاسها (I و C) در گروه آزمایشی، حتی میانگین پس آزمون مقیاس P در گروه مذکور افزایش داشته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی به طور نسبی کاهش اندکی را در میزان نمرات ایجاد کرده است و لیکن تفاوت بین میانگین دو گروه مذکور معنادار نبوده است و تنها در مقیاس اعتقاد به شانس (C) است که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون t دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگین‌های نمرات پیش آزمون

و پس آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه منبع کنترل

مقیاس I					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۱۰	-۱/۷۰				گروه آزمایشی
					پیش آزمون
					پس آزمون
					گروه کنترل
					پیش آزمون
					پس آزمون
مقیاس C					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
۰/۰۵	-۱/۹۴				گروه آزمایشی
					پیش آزمون
					پس آزمون
					گروه کنترل
					پیش آزمون
					پس آزمون

مقیاس D					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	معناداری	مقدار t
گروه آزمایشی پیش آزمون	۲۲/۲۶	۵/۹۹	۱/۶۰	۱/۶۲	۰/۱
	۲۴/۵۷	۶/۱۹	۱/۶۵		
گروه کنترل پیش آزمون	۲۲/۵۳	۵/۳۳	۱/۳۷	۱/۶۲	۰/۱
	۲۰/۴۰	۷/۵۱	۱/۹۴		

مشاهدات کیفی در طول جلسات دوره آموزشی با نتایج کمی حاصل از داده‌ها، مطابقت و هماهنگی دارد. به طوری که ویژگیهای رفتاری آزمودنی‌ها در طول دوره تا حدودی نشان دهنده میزان نمرات آنان در آزمونها می‌باشد. بدین معنا که آزمودنیهایی که در طول جلسات، فعالیت گروهی بیشتری داشتند، انگیزه و تمایل بیشتری جهت شرکت در این دوره آموزشی داشتند، نظم گروهی بیشتری را رعایت می‌نمودند، در انجام تمرینات و فعالیتهای عملی علاقمندی و انگیزه بیشتری نشان می‌دادند، توجه و دقت کافی نسبت به مطالب و محتویات آموزشی داشتند و خواهان تداوم این دوره آموزشی در طول سال تحصیلی بودند، در میزان نمرات سلامت عمومی و منبع کنترل آنان کاهش بیشتری ایجاد شده است. در واقع می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی در مورد این آزمودنیها منجر به افزایش سلامت روان و درونی تر شدن منبع کنترل آنان شده است. در حالیکه در نمرات آزمودنیهایی که انگیزه و رغبت کافی برای حضور در جلسات آموزشی نداشتند، فعالیتهای گروهی آنان بخصوص در بحثهای گروهی ضعیف‌تر بود و نسبت به

انجام تمرینات و فعالیتهای عملی انگیزه کمتری داشتند، چندان تغییر محسوسی ایجاد نشده است. بدین صورت که یا کاهش اندکی در میزان نمرات سلامت عمومی ایجاد شده است و یا آنکه منجر به افزایش میزان نمرات در آزمون منبع کنترل آنان شده است.

در ارزیابی نهایی از دوره آموزشی، اکثر آزمودنیها، برخورداری از مهارتهای زندگی را برای همه افراد مفید و لازم قلمداد نمودند و معتقد بودند که آنچه به عنوان مهارتهای زندگی در این دوره آموزشی آموختند و پیرامون آن، تمرین و فعالیت گروهی انجام دادند، توانسته است تا حدود نسبتاً زیادی بر جنبه های گوناگون زندگی آنان به ویژه بر زندگی تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی آنان اثر گذار باشد.

همچنین علاوه بر گروه آزمایشی، طی مصاحبه ای که با افراد گروه کنترل نیز صورت گرفت، پیرامون اهمیت و نقش مهارتهای زندگی و نحوه تأثیر آن نظر خواهی شد. اکثریت آنان نسبت به کسب مهارتهای زندگی و برگزاری این دوره آموزشی تمایل و رغبت فراوانی نشان دادند و معتقد بودند که این نوع جلسات می تواند بسیار مفید، آموزنده و جالب باشد. بخصوص اینکه با فعالیتهای گروهی، شور و هیجان بیشتری ایجاد خواهد شد.

بدین ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارتهای زندگی می باشد.



از نتایج ضرایب همبستگی بین مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای چنین بر می‌آید که بین اکثر مقیاسها همبستگی معناداری وجود دارد، بطوریکه بین مقیاسهای سلامت روان و شیوه های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. این بدان معناست که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین دو متغیر سلامت روان و شیوه مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین بین مقیاسهای منبع کنترل و انواع شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر بین دو متغیر منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط معناداری وجود دارد. در ضمن بین مقیاسهای آزمون سلامت عمومی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد و کنش اجتماعی و نشانگان افسردگی) نیز ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شده است. بطوریکه ضرایب همبستگی بین مقیاسها اکثراً بالای  $r = 0/60$  می‌باشد. همین طور بین مقیاسهای آزمون منبع کنترل (توانایی درونی، اعتقاد به شانس و تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند) نیز ارتباط معناداری مشاهده گردید. همانگونه که ملاحظه می‌شود بین شیوه جسمانی‌سازی مقابله، شیوه‌های هیجانی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای نیز ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج نشانگر ارتباط مستقیم و مثبت بین متغیرهای پژوهش سلامت روان و شیوه مقابله‌ای، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای می‌باشد، که البته علی‌رغم انتظار پژوهش، بین دو متغیر سلامت روان و منبع کنترل، ارتباط معناداری مشاهده نشده است.

بدین ترتیب فرضیه (۲) پژوهش مورد تأیید قرار نگرفت. نکته قابل توجه دیگر این بود که در هر دو پرسشنامه، بین مقیاسها ارتباط کاملاً معناداری مشاهده گردید، بطوریکه ضرایب همبستگی قابل قبول و رضایت بخشی بخصوص در آزمون سلامت عمومی، بدست آمده است. در ضمن با توجه به نتایج همبستگی این آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درجه همبستگی بین هر زیر مقیاس آزمون سلامت عمومی با نمره کل مقیاسهای آزمون بیشتر از درجه همبستگی بین زیر

مقیاسها می باشد. این موضوع بخصوص در مورد مقیاسهای نشانگان افسردگی نشانگان اضطرابی نشانگان جسمانی صدق می کند. این امر نشان دهنده اهمیت افسردگی و اضطراب در تشخیص نشانگان اختلالهای روانی است.

در ضمن ملاحظه شد که نتایج یافته‌های جانبی نشان دهنده ارتباط منفی و معنادار عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) دانش‌آموزان با شیوه جسمانی سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای می باشد. بدین معنا که دانش‌آموزانی که معدل کتبی بالاتری داشتند در شیوه جسمانی سازی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله نمرات پایین‌تری کسب کردند، یعنی در مقابله با مشکلات کمتر دچار علائم جسمانی مانند سردرد، احساس تهوع، تپش قلب، بی خوابی و ... می شوند و بیشتر از مقابله مسأله مدار استفاده می کنند. همچنین نتایج تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA)، حاکی از آن است که تحصیلات مادر در گروه بی سواد و زیر دیپلم با شیوه هیجانی مقابله ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران بی سواد و زیر دیپلم در مقابله با مشکلات بیشتر دچار حالات هیجانی مانند، خشم، عصبانیت و ... می شوند. لازم به ذکر است که بین میانگینهای تحصیلات پدر با مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای، ارتباط معناداری مشاهده نشد. در ضمن بین نوع شغل پدر و مقیاسهای مذکور نیز ارتباط معناداری حاصل نگردید. ولیکن بین وضعیت اشتغال مادر و مقیاسهای اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی، افسردگی و جمع کل مقیاسهای سلامت عمومی و همچنین شیوه مقابله‌ای مسأله مدار ارتباط معناداری بدست آمد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران شاغل، نمرات پایین‌تری در مقیاسهای مذکور کسب نمودند، یعنی به عبارت دیگر، اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی کمتری در مقایسه با دانش‌آموزان دارای مادران خانه‌دار، نشان دادند

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooen.com](http://www.kandooen.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

و در کل از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. در ضمن در هنگام مقابله با مشکلات بیشتر

از شیوه مقابله‌ای مسأله مدار استفاده می‌کردند.

جداول ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ که بیانگر توضیحات فوق می‌باشند به ترتیب در صفحات

بعدی ترسیم شده‌اند.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) بین میانگینهای سطح تحصیلات مادر

در سه گروه بی سواد و دیپلم و زیر دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر با مقیاسهای

سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه

تهران ۱۹۱ = n

مطابق تغییر مقیاسها	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجزورات	MS میانگین مجزورات	نسبت F	احتمال F
A نشانگان جسمانی	۲	۴۷/۱۵۹۶	۲۳/۵۷۹۸	۱/۱۷۰۲	۰/۳۱۲۶
B نشانگان اضطرابی	۲	۷۸/۹۷۰۴	۴۳/۹۸۵۲	۱/۳۷۵۸	۰/۲۵۵۲
C کارکرد و کنش اجتماعی	۲	۳۲/۵۷۷۱	۱۶/۲۸۸۶	۰/۲۷۲۵	۰/۷۶۱۸
D نشانگان افسردگی	۲	۸۵/۴۹۵۵	۴۲/۷۴۷۸	۱/۳۳۳۶	۰/۲۶۶۰
جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی	۲	۶۲۰/۹۵۱۷	۳۱۰/۴۷۵۸	۱/۵۴۳۹	۰/۲۱۶۳
I مقیاس توانایی	۲	۱۳/۴۷۹۶	۶/۷۳۹۸	۰/۳۴۳۴	۰/۷۰۹۸

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

					درونی
۰/۴۰۶۴	۰/۹۰۴۸	۴۹/۵۳۸۳	۹۹/۰۷۶۵	۲	C مقیاس اعتقاد به شانس
۰/۱۶۷۸	۱/۸۰۲۱	۱۰۰/۱۵۷۴	۲۰۰/۳۱۴۸	۲	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
۰/۲۱۲۷	۱/۵۶۰۶	۵/۵۵۶۱	۱۱/۱۱۲۲	۲	شیوه جسمانی سازی مقابله
*۰/۰۲۴۷	۳/۷۷۳۲	۱۱/۰۲۵۴	۲۲/۰۵۰۸	۲	شیوه هیجانی مقابله
۰/۷۹۶۲	۰/۲۲۸۱	۰/۲۵۰۵	۰/۵۰۰۹	۲	مقابله مسأله مدار
۰/۱۱۲۳	۲/۲۱۲۶	۲۴/۸۸۲۴	۴۹/۷۶۴۸	۲	جمع کل مقیاس شیوه مقابله

\* P<0/01

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) بین میانگینهای سطح تحصیلات پدر در

سه گروه بی سواد و زیر دیپلم و دیپلم و فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر با مقیاسهای سلامت

روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران ۱۹۱ =

n

مقاسم تغییر مقیاسها	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجزورات	MS میانگین مجزورات	نسبت F	احتمال F
A نشانگان جسمانی	۲	۱۲/۴۳۱۶	۶/۲۱۵۸	۰/۴۳۶۶	۰/۶۴۶۹
B نشانگان اضطرابی	۲	۴۸/۰۴۲۵	۲۴/۰۲۱۲	۰/۷۹۴۵	۰/۴۵۳۴
C کارکرد و کنش اجتماعی	۲	۲۳/۰۱۳۱	۱۱/۵۰۶۵	۰/۱۸۸۸	۰/۸۲۸۱
D نشانگان افسردگی	۲	۱۰۳/۷۹۱۲	۵۱/۸۹۵۶	۰/۷۲۲۹	۰/۴۸۶۸
جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی	۲	۳۲۸/۹۸۲۳	۱۶۴/۴۹۱۱	۰/۷۹۸۸	۰/۴۵۱۴
I مقیاس توانایی درونی	۲	۲۲/۷۴۰۸	۱۱/۳۷۰۴	۰/۵۶۸۶	۰/۵۶۷۳
C مقیاس اعتقاد به	۲	۳۸/۲۸۳۶	۱۹/۱۴۱۸	۰/۳۴۵۶	۰/۷۰۸۳

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

شانس					
۰/۵۲۸۴	۰/۶۴۰۲	۳۳/۸۱۰۸	۶۷/۶۲۱۷	۲	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
۰/۷۶۷۱	۰/۲۶۵۵	۰/۹۷۵۲	۱/۹۵۰۳	۲	شیوه جسمانی سازی مقابله
۰/۶۳۸۶	۰/۴۴۹۶	۱/۳۶۳۶	۲/۷۲۷۳	۲	شیوه هیجانی مقابله
۰/۵۰۸۶	۰/۶۷۸۷	۰/۷۶۷۲	۱/۵۳۴۴	۲	مقابله مسأله مدار
۰/۵۵۱۷	۰/۵۹۶۷	۷/۰۳۳۹	۱۴/۰۶۷۹	۲	جمع کل مقیاس شیوه مقابله

\* P<0/01

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس یکرهه (ANOVA) بین میانگینهای شغل پدر در سه گروه

شغلی کارمند و فرهنگی، آزاد و کارگر با مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله

ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران  $n = 191$

منابع تغییر مقیاسها	D.F	SS	MS	نسبت F	احتمال F
درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات			
A نشانگان جسمانی	۲	۲۳/۲۶۲۸	۱۱/۶۳۱۴	۰/۶۵۶۹	۰/۵۲۰۹
B نشانگان اضطرابی	۲	۱۶/۴۵۶۰	۸/۲۲۸۰	۰/۳۹۲۳	۰/۶۷۶۶
C کارکرد و کنش اجتماعی	۲	۴/۹۱۹۰	۲/۴۵۹۵	۰/۲۰۲۱	۰/۸۱۸۱
D نشانگان افسردگی	۲	۲۹/۳۰۱۲	۱۴/۶۵۰۶	۰/۱۳۴۷	۰/۸۷۴۱
جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی	۲	۲۱۱/۷۵۷۴	۱۰۵/۸۷۸۷	۰/۴۶۹۷	۰/۶۲۶۶
I مقیاس توانایی درونی	۲	۵۴/۶۶۴۰	۲۷/۳۳۲۰	۱/۳۴۴۷	۰/۲۶۵۶



جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۰/۳۸۱۸	۰/۹۷۲۸	۵۴/۸۲۰۴	۱۰۹/۶۴۰۷	۲	C مقیاس اعتقاد به شانس
۰/۱۲۲۲	۲/۱۵۰۱	۹۸/۷۱۰۶	۱۹۷/۴۲۱۱	۲	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
۰/۲۷۹۶	۱/۲۹۲۱	۴/۶۶۲۴	۹/۳۲۴۹	۲	شیوه جسمانی سازی مقابله
۰/۸۷۴۴	۰/۱۳۴۴	۰/۴۳۵۰	۰/۸۷۰۰	۲	شیوه هیجانی مقابله
۰/۶۱۴۰	۰/۴۹۰۲	۰/۴۷۲۱	۰/۹۴۴۲	۲	مقابله مسأله مدار
۰/۸۷۱۴	۰/۱۳۷۹	۱/۵۹۳۶	۳/۱۸۷۳	۲	جمع کل مقیاس شیوه مقابله

\* P<0/01

جدول ۹: میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد، سطح معناداری و مقدار t بدست آمده

بن دو گروه مادران خانه دار ( $n=167$ ) و شاغل ( $n=24$ ) در مقیاسهای سلامت روان، منبع

کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه تهران  $n=191$

مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروهها	مقیاسها
۰/۶۶۸	۰/۴۳	۰/۳۵۵	۴/۵۸۸۸	۵/۵۶۸۹	خانه	A نشانگان جسمانی
		۰/۸۵۹	۴/۲۰۸	۵/۱۶۶۷	دار شاغل	
*۰/۰۳۶	۲/۱۶	۰/۴۵۹	۵/۹۲۹	۶/۵۷۴۹	خانه	B نشانگان اضطرابی
		۰/۶۶۴	۳/۲۵۳	۴/۸۳۳۳	دار شاغل	
*۰/۰۰۱	۳/۵۴	۰/۶۲۸	۸/۱۱۲	۷/۷۷۸۴	خانه	C کارکرد و کنش اجتماعی
		۰/۴۹۱	۲/۴۰۴	۴/۹۵۸۳	دار شاغل	
*۰/۰۲۱	۲/۳۷	۰/۶۸۰	۸/۷۸۳	۵/۷۱۲۶	خانه	D نشانگان افسردگی
		۰/۷۸۵	۳/۸۴۸	۳/۲۵۰۰	دار شاغل	
*۰/۰۴۴	۲/۰۸	۱/۱۲۶	۱۴/۵۵۳	۲۳/۴۷۳۱	خانه	جمع کل مقیاسهای

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn](http://www.kandoo.cn) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

		۲/۲۶۰	۱۱/۰۷۳	۱۸/۲۰۸۳	دار شاغل	آزمون سلامت عمومی
۰/۹۰۷	-۰/۱۲	۰/۳۴۲	۴/۴۲۰	۹/۰۸۹۸	خانه	I مقیاس توانایی درونی
		۰/۹۴۰	۴/۶۰۶	۹/۲۰۸۳	دار شاغل	
۰/۴۳۹	-۰/۷۸	۰/۵۶۵	۷/۳۰۶	۱۹/۹۵۲۱	خانه	C مقیاس اعتقاد به شانس
		۱/۶۶۸	۸/۱۷۰	۲۱/۳۳۳۳	دار شاغل	
۰/۹۸۹	۰/۰۱	۰/۵۵۹	۷/۲۱۸	۱۹/۵۲۶۹	خانه	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
		۱/۸۷۸	۹/۱۹۸	۱۹/۵۰۰۰	دار شاغل	
۰/۹۰۵	۰/۱۲	۰/۱۴۸	۱/۹۱۸	۳/۲۵۵۵	خانه	شیوه جسمانی سازی مقابله
		۱/۳۵۳	۱/۷۳۲	۳/۲۹۱۷	دار شاغل	
۰/۶۳۰	۰/۴۹	۰/۱۳۲	۱/۷۱۰	۳/۶۵۸۷	خانه	شیوه هیجانی مقابله
		۰/۳۹۰	۱/۹۱۱	۳/۴۵۸۳	دار شاغل	
*۰/۰۰۳	۳	۰/۰۸۶	۱/۱۰۷	۰/۴۵۵۱	خانه	مقابله مسأله مدار

		۰/۰۶۹	۰/۳۳۸	۰/۱۲۵۰	دار شاغل	
		۰/۲۶	۳/۴۱	۷/۲۹	خانه	جمع کل مقیاس
۰/۵۷	۰/۵۶	۱/۶۵	۳/۲۰	۱/۸۷	دار	شیوه مقابله
		۰		۶	شاغل	

\* P<0/01

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر این فرضیه پژوهش را مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش سلامت روان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود، مورد تأیید قرار می‌دهد. بدین معنا که در میزان نمره مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی و همچنین نمره کل پرسشنامه مذکور در گروه آزمایشی، پس از اعمال متغیر مستقل آموزش مهارت‌های زندگی - در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل، کاهش قابل ملاحظه‌ای ایجاد شده است. بنابراین می‌توان گفت آموزش مهارت‌های زندگی توانسته است تا حد قابل ملاحظه‌ای موجب افزایش سلامت روان گروه آزمایشی گردد. نتایج آزمون t دو گروه مستقل نیز، تفاوت بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل را در کلیه مقیاسها به جز مقیاس C (نارسا کنش وری اجتماعی) در این آزمون، کاملاً معنادار نشان داد. این امر نشانگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش سلامت روان گروه آزمایشی است.

پژوهشهای انجام شده در زمینه تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر افزایش سلامت روان و پژوهشهای نزدیک به موضوع، نتایج فوق را مورد تأیید قرار می‌دهند. به طوری که «جاهودا»<sup>۱</sup> (۱۹۵۸ و ۱۹۵۳) به نقل از «وچینیچ»<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) مهارتهای زندگی به ویژه مهارت حل مسأله را اساس سازگاری و سلامت روان می‌داند. در همین راستا «لونیسون و کلارک»<sup>۳</sup> به نقل از استاندارد (۲۰۰۰)<sup>۴</sup> آموزش کنترلی هیجانی و کنترلی خشم را در درمان افسردگی مؤثر دانسته‌اند. نتایج تحقیقات «لرنر و کلوم»<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) به نقل از پاپیری (۱۳۷۶)، شریفی (۱۳۷۲) و پاپیری (۱۳۷۶) نشانگر تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش میزان افسردگی، ناامیدی و بهبودی مهارتهای مقابله‌ای نوجوانان اقدام کنند. به خودکشی و افسرده می‌باشد. طارمیان (۱۳۷۸) نیز آموزش مهارتهای زندگی را بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتماد به نفس، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش افکار خودکشی گرایانه، کاهش افت تحصیلی، تقویت ارتباط بین فردی در رفتارهای سالم و مفید اجتماعی، کاهش سوء مصرف مواد مخدر و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی مؤثر قلمداد کرده است. «هامبورگ»<sup>۶</sup> (۱۹۹۰) به نقل از «موت و همکاران» (۱۹۹۹) نیز آموزش مهارتهای اجتماعی را که زیر مجموعه مهارتهای زندگی هستند، بر کاهش خشم، اضطراب و افسردگی مؤثر دانسته است. همانگونه که یافته‌های پژوهشی فوق نشان می‌دهند، آموزش مهارتهای زندگی به ویژه مهارت حل مسأله بر افزایش سلامت روانی به خصوص کاهش میزان اضطراب و افسردگی مؤثر است. بدین ترتیب نتایج پژوهش نشانگر تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر افزایش سلامت روان

<sup>1</sup>- jahoda. (1953 , 1958).

<sup>2</sup>- Vuchinich. (1998)

<sup>3</sup>- Lewinsohn & clarke.

<sup>4</sup>- stanard (2000)

<sup>5</sup>- Lerner & Clum. (1990)

<sup>6</sup>- Humburg. (1990).

به خصوص کاهش میزان افسردگی و اضطراب می باشد که با یافته های تحقیقی دیگر در این زمینه کاملاً مطابقت دارد. در واقع شباهت یافته پژوهش حاضر با یافته های تحقیقی دیگر در این است که بیشترین میزان تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر افزایش سلامت روان مربوط به کاهش میزان افسردگی و اضطراب است.

یکی دیگر از جنبه های اشتراک پژوهش حاضر با یافته های پژوهشی دیگر در این است که این پژوهش نیز مانند اکثر پژوهش های مذکور دانش آموزان و نوجوانان را به عنوان نمونه مورد بررسی قرار داده است. بنابراین این شباهتها می تواند تا حدود نسبتاً زیادی به تعمیم نتایج پژوهش کمک نماید.

یکی از تفاوت های پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر آن است که در این پژوهش تأثیر آموزش مجموعه مهارت های زندگی از جمله مهارت خودشناسی (شناخت ویژگیها و توانایی های خود)، تعیین هدف، تصمیم گیری، برقراری ارتباط مناسب با دیگران، کنترل خشم، مقابله با استرس، حل مسأله و حفظ سلامت روانی و جسمانی به طور همزمان بر سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است. در حالی که در پژوهش های مذکور تنها به یک یا چند مورد از مهارت های زندگی از قبیل مهارت حل مسأله، کنترل خشم، مقابله با استرس و ... پرداخته شده است.

بنابراین می توان گفت که پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش های دیگر به نتایج کلی تری دست یافته است. به طوری که تأثیر انواع دیگر مهارت های زندگی نیز بر سلامت روان به اثبات رسیده است. به خصوص اینکه تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و نشانگان جسمانی قابل ملاحظه بوده است. این امر نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت های زندگی در کلیه ابعاد بر جنبه های گوناگون سلامت روان می باشد.

فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر اینکه آموزش مهارت‌های زندگی موجب درونی‌تر شدن منبع کنترل گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود، تأیید نشده است و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های دو گروه به جز در مقیاس C مشاهده نگردید. البته لازم به ذکر است که منبع کنترل گروه آزمایشی پس از اعمال متغیر مستقل - آموزش مهارت‌های زندگی - در مقایسه با موقعیت پیش از درونی‌تر شده است. یعنی میانگین نمرات، به خصوص در مقیاس C (اعتقاد به شانس) در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی تا حدودی بر درونی‌تر شدن منبع کنترل گروه آزمایشی مؤثر بوده است.

بررسی تحقیقات «تلادو»<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۷۴) به نقل از سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۷) نشان می‌دهد که توانایی در حل مسأله با افزایش عزت نفس و منبع کنترل درونی ارتباط دارد. «لانگ و شرر»<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) به نقل از کادیشن و همکاران (۲۰۰۱) آموزش مهارت‌های زندگی را بر درونی‌تر شدن منبع کنترل مجرمان مؤثر ارزیابی کردند. «هامپورگ» (۱۹۹۰) به نقل از «موت و همکاران»<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) آموزش مهارت‌های اجتماعی را که زیر مجموعه مهارت‌های زندگی هستند بر ایجاد منبع کنترل درونی مؤثر دانست. «شاپ و کولپند»<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) معتقد هستند که توانایی در مهارت قاطعیت در نه گفتن - به عنوان یک مهارت زندگی - با منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد. همچنین «پوپ و سوزان»<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) به نقل از قاسمیان (۱۳۷۵) و «کاسیدی»<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) مطرح کردند کردند که افراد دارای منبع کنترل درونی از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت استفاده می‌کنند.

<sup>۱</sup> - Tellado & et. al. (1974).

<sup>۲</sup> - Long & Sherer. (1984).

<sup>۳</sup> - Moote & et. al.(1998)

<sup>۴</sup> - Shope & Copeland. (1993).

<sup>۵</sup> - Pope & Susan. (1988).

همانگونه که ملاحظه می‌گردد، تحقیقات فوق نشانگر تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر درونی‌تر شدن منبع کنترل می‌باشد. یافته پژوهش حاضر نیز تا حدودی نتایج فوق را تأیید می‌کند. بدین معنا که ملاحظه می‌شود پس از اعمال آموزش مهارتهای زندگی، کاهش اندکی در میزان نمرات گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل حاصل شده است، ولیکن فرضیه پژوهش مبنی بر تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مقیاسها به جز مقیاس C، مورد تأیید قرار نگرفت. در هر حال با توجه به نتایج تحقیقات قبلی که آموزش مهارتهای زندگی را بر درونی‌تر شدن منبع کنترل مؤثر قلمداد کردند و همچنین با توجه به کاهش اندکی که در میزان نمرات گروه آزمایشی حاصل شده است، علیرغم عدم تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در همه مقیاسها می‌توان گفت که آموزش مهارتهای زندگی می‌تواند بر درونی‌تر شدن منبع کنترل تأثیر مثبتی بگذارد. به خصوص اینکه بین میانگینهای دو گروه در مقیاس C (اعتقاد به شانس) تفاوت معنا دار است و این بدان معناست که آموزش مهارتهای زندگی توانسته است میزان اعتقاد به شانس را (که از مهمترین آیتمهای منبع کنترل بیرونی است.) در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش دهد. اما یک علت احتمالی که در زمینه رد فرضیه پژوهش و همچنین کاهش اندک نمرات مطرح می‌شود، با توجه به بررسیهای عمیق پژوهشگر، ابهام برخی سؤالات پرسشنامه منبع کنترل و در نتیجه بی‌دقتی آزمودنیها در پاسخگویی به آزمون می‌باشد. یکی دیگر از علتهای احتمالی، اعتقاد شدید و عمیق آزمودنیها به تأثیر عوامل محیطی از جمله شانس در زندگی می‌باشد که این موضوع مرتباً در بحثهای گروهی مطرح شد. بنابراین در صورتی که عواملی جانبی مذکور بر نتایج پژوهش تأثیر نگذارند، می‌توان گفت که نتایج مورد انتظار حاصل خواهد شد.



لازم به توضیح است که در گروه کنترل- گروهی که آموزش مهارتهای زندگی را دریافت نکرده‌اند- در مجموع نه تنها شاهد تغییر قابل ملاحظه در جهت کاهش نمرات نمی‌باشیم بلکه در مورد بسیاری از افراد گروه مذکور شاهد افزایش میزان نمرات در برخی مقیاسها هستیم. البته کاهش نمرات را در مورد برخی از افراد، می‌توان به گذشت زمان، تجارب آنان در فاصله پیش آزمون تا پس آزمون و ... نسبت داد. در کل وقتی گروه کنترل را در ارتباط با گروه آزمایشی مورد بررسی قرار می‌دهیم، تأثیر آموزش مهارتهای زندگی را بر سلامت روان و منبع کنترل درک می‌کنیم.

در کل می‌توان گفت با توجه به نهایت سعی و تلاش پژوهشگر جهت کنترل عوامل مداخله‌گر و محدودیتهای پژوهش، آموزش مهارتهای زندگی می‌تواند موجب افزایش سلامت روان نوجوانان و نیز تا حدودی درونی تر شدن منبع کنترل آنان گردد. بدین ترتیب به جهت اهمیت علم مهارتهای زندگی در کلیه ابعاد حیات انسانی ضرورت آگاهی از آن برای کلیه افراد در هر موقعیت و شرایط و به کارگیری اصول اساسی آن در جهت ایجاد زندگی سالم، مفید و رو به تکامل آشکار می‌گردد. که البته در این میان اهمیت و لزوم کسب مهارتهای زندگی برای دختران نوجوان جهت ایفای نقشهای آتی در محیط خانوادگی، شغلی و اجتماعی به عنوان یک زن موفق و سالم، همسر موفق و سالم و مادر موفق و سالم نمایان تر می‌شود. چنانچه این امر میسر گردد سلامت خانواده و جامعه نیز تأمین خواهد شد. بنابراین با توجه به مطالب فوق و نتایج پژوهش حاضر و تحقیقات نزدیک به پژوهش، اهمیت تلاش علمی و پژوهش وسیع و کامل در این زمینه نمایان می‌شود. چرا که علم آموزش مهارتهای زندگی به عنوان یک روش پیشگیری اولیه در حوزه بهداشت روانی، می‌تواند اثرات مثبت و مفیدی را در افزایش سطح سلامت روان افراد و کاهش مشکلات و نابهنجاریهای روانی به همراه داشته باشد. بدین ترتیب پژوهش وسیع و همه جانبه در این زمینه

و به کارگیری آن در تمامی ابعاد ضروری به نظر می‌رسد. به خصوص به کارگیری و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس و یا از طریق رسانه‌های گروهی به صورت برگزاری کارگاه‌های آموزشی در جهت بالا بردن سطح آگاهی افراد در این زمینه و افزایش مهارت‌های آنان، اثرات مثبت و مفیدی را به دنبال خواهد داشت.

بررسی یافته‌های پژوهش این فرضیه پژوهش مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین شیوه مقابله مسأله مدار و سلامت روان را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج تحقیقات گوناگون نشان می‌دهد که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

«زوبین و اسپرینگ»<sup>۱</sup> (۱۹۷۷) به نقل از «داردن و گینتر»<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) بهبود مهارت‌های مقابله‌ای را در کاهش آسیب‌پذیری در مقابل بیماری اسکیزوفرنی مؤثر دانسته‌اند. «آمیرکهام»<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) و «پارکر و ایندler»<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) به نقل از اسپانگنبرگ و ترون<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) و «دیکسون و همکاران»<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) به نقل از ری و همکاران (۱۹۹۸) نقش راهبردهای مقابله‌ای را در سلامت جسمانی و روانی در موقعیت‌های استرس آور زندگی مؤثر تلقی نمودند. همچنین «کامپاس»<sup>۷</sup> (۱۹۸۷) به نقل از احمدی زاده (۱۳۷۳) آموزش مهارت مقابله‌ای مسأله مدار را در افزایش سازگاری کودکان و نوجوانان مؤثر دانست. «بیلینگز و موس» (۱۹۸۴) به نقل از کولینز و ماو برای (۱۹۹۹) دریافتند که مقابله متمرکز بر حل مسأله و کنترل هیجانی، با نابهنجاری‌های روانی

<sup>۱</sup> - Zubin & spring (1977).

<sup>۲</sup> - Darden & Ginter (1996).

<sup>۳</sup> - Amirkham (1990, 1994).

<sup>۴</sup> - parker & Endler (1990).

<sup>۵</sup> - Spangenberg & Theron.(1999).

<sup>۶</sup> - Dixon & et. al. (1991).

<sup>۷</sup> - Campas (1987).

شدید، کمتر مرتبط است. «آلدوین و رونسون»<sup>۱</sup> (۱۹۸۷) به نقل از همان منبع معتقدند که فعالیت متمرکز بر حل مسأله یک عامل حفاظتی در مقابل استرس می باشد. «یونگر و همکاران»<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) نیز آموزش مهارت‌های مقابله‌ای حل مسأله را در کنترل استرس و سلامت جسمانی و روانی مؤثر دانسته‌اند «ویتالیانو و دیگران»<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) به نقل از کولینز و ماوبرای (۱۹۹۹) دریافتند که مقابله متمرکز بر مشکل با خلق افسرده ارتباط منفی دارد. همچنین بارون و دیگران<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) به نقل از یونگر و همکاران (۱۹۹۸) نیز راهبرد متمرکز بر مسأله را عامل حفاظتی در مقابل افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می داند.

همانگونه که ملاحظه می شود، نتایج تحقیقات فوق، تأییدکننده یافته پژوهش حاضر می‌باشند. بدین معنا که همبستگی بالا و مطلوب دو متغیر مذکور در پژوهش حاضر با نتایج فوق کاملاً هماهنگی و مطابقت دارد. بنابراین با توجه به تأیید فرضیه فوق و نتایج تحقیقات متعدد می توان گفت که برخورداری از شیوه مقابله‌ای مسأله مدار پیش‌بینی کننده سلامت روان فرد می‌باشد.

در ضمن یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین درونی‌تر شدن منبع کنترل و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد. بنابراین فرضیه (۲) پژوهش مورد تأیید قرار نگرفته است. در حالیکه تحقیقات متعددی بیانگر ارتباط بین دو متغیر مذکور می‌باشند، که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

<sup>1</sup>- Aldwin & Revenson (1987).

<sup>2</sup>- Unger & rt. Al. (1998).

<sup>3</sup>- vitaliano (1990).

<sup>4</sup>-Barron & et. al. (1994)

«فیتز»<sup>۱</sup> (۱۹۶۷) به نقل از امین یزدی، صالحی فردی (۱۳۷۸) بیان کرد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی در مقیاس اضطراب و فشار روانی نمرات بالاتری نسبت به درونی‌ها کسب می‌کنند. «کوپر»<sup>۲</sup> (۱۹۸۳)، «لفکورت»<sup>۳</sup> (۱۹۸۲)، «کلی»<sup>۴</sup> (۱۹۸۶) و «میریس»<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) به نقل از قاسمی (۱۳۷۵) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل درونی، کمتر به اختلالات روانی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دچار می‌شوند. «هولدر و لوی»<sup>۶</sup> (۱۹۸۸) به نقل از بیان زاده و همکاران (۱۳۷۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی سطوح بالاتری از پریشانی روانی را نشان می‌دهند. همچنین «استریکنده»<sup>۷</sup> (۱۹۸۷) به نقل از همان منبع و «ری و همکاران»<sup>۸</sup> (۱۹۹۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل درونی، افسردگی و استرس کمتری در مقایسه با افراد دارای منبع کنترل بیرونی نشان می‌دهند.

«گیفور و همکاران»<sup>۹</sup> (۱۹۹۰)، «ریدلورن»<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۵)، «کوپراسمیت»<sup>۱۱</sup> (۱۹۶۷) به نقل از میرهاشمیان (۱۳۷۷)، بیابانگرد (۱۳۷۰)، «فورن هام و همکاران»<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۴) به نقل از نجفی (۱۳۷۹)، «تیلر، کندی و دیگران»<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۵) به نقل از میرهاشمیان (۱۳۷۷) و «ری و همکاران» (۱۹۹۸) بین منبع کنترل درونی و عزت نفس بالا ارتباط معناداری مشاهده کرده‌اند. «کلی» (۲۰۰۰)

<sup>1</sup>- Feather (1967).

<sup>2</sup>- Cooper (1983).

<sup>3</sup>- Lefqourt (1982).

<sup>4</sup>- kelley (1986).

<sup>5</sup>- Mirris (1988).

<sup>6</sup>- Holser & Levi (1988).

<sup>7</sup>- Strickand (1987).

<sup>8</sup>- Reeh & et. al (1988).

<sup>9</sup>- Giffor & et. al. (1990).

<sup>10</sup>- Reid lorene (1995).

<sup>11</sup>- Cooper smith (1967).

<sup>12</sup>- Fornham & et. al. (1994).

<sup>13</sup>- Tyler & Kennedy & et. al. (1995).

نیز معتقد است که منبع کنترل یک پیش بینی کننده قوی و معنا دار در مورد سلامت عمومی و رضایت خاطر از زندگی نوجوانان می باشد.

تحقیقات متعدد دیگری نیز در تأیید نتایج فوق بین منبع کنترل درونی و سلامت روانی را مطرح نموده اند در حالیکه در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین دو متغیر مذکور مشاهده نشده است. بدین معنا که نتایج همبستگی بین دو متغیر، بیانگر عدم ارتباط معنادار می باشد. در رابطه با علل عدم ارتباط معنادار بین متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر می توان گفت با توجه به بررسیهای عمیق و همه جانبه پژوهشگر، عواملی همچون ابهام سؤالات پرسشنامه منبع کنترل برای برخی از آزمودنیها و نیز اعتقاد عمیق برخی از آنان به تأثیر عوامل بیرونی مانند اعتقاد به شانس در زندگی، بر نتایج پژوهش اثر گذار بوده اند. بنابراین در واقع علت اساسی این امر ابهام برخی سؤالات پرسشنامه منبع کنترل و در نتیجه بی دقتی آزمودنیها در پاسخگویی به آزمون می باشد. چرا که برخی جملات آنچنان که باید، برای آزمودنیها قابل فهم نبود و منجر به سؤالات پی در پی آنان می شد و علیرغم تلاش پژوهشگر در جهت رفع ابهامات احتمالاً نتایج پژوهش، تحت تأثیر این امر قرار گرفته است. در نتیجه می توان گفت در صورتیکه عوامل مذکور بر نتایج پژوهش تأثیر نگذارند، نتایج مورد انتظار حاصل خواهد شد.

بررسی و تحلیل فرضیه سوم پژوهش مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین شیوه مقابله ای مسأله مدار و درونی تر شدن منبع کنترل، نشانگر تأیید ارتباط معنادار و مثبت بین متغیرهای مذکور می باشد. تحقیقات متعددی از جمله تحقیقات «لفکورت و دیوید سون-کاتز»<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) به نقل از کلینکه (۱۳۸۰) و همچنین «کلینکه» (۱۳۸۰) نشانگر آن است که افراد دارای منبع کنترل بیرونی از شیوه های مقابله ای مثبت تری در حل مسأله استفاده می کنند. همانگونه که ملاحظه می

<sup>۱</sup> - Lefqourt & Davidson- Katz (1991).

شود نتایج تحقیقات قبلی با یافته پژوهش حاضر مطابقت دارد. بنابراین با توجه به نتایج و یافته‌ها می‌توان گفت برخورداری از منبع کنترل درونی پیش‌بینی‌کننده قوی و معناداری جهت استفاده از شیوه مقابله مسأله‌مدار می‌باشد.

همانگونه که از نتایج و یافته‌های جانبی برمی‌آید، بین سطح تحصیلات مادر و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان ارتباط معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر چه سطح تحصیلات مادر بالاتر باشد، دانش‌آموزان از شیوه مقابله‌ای مثبت‌تری (شیوه مقابله مسأله‌مدار) استفاده می‌کنند. همچنین شاغل بودن مادر با سلامت روان دانش‌آموزان ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران شاغل از سلامت روان بالاتری برخوردارند و در ضمن در مقابله با مشکلات بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند. یکی دیگر از یافته‌های جانبی، ارتباط معنادار و مثبت بین عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با شیوه مقابله‌ای آنان می‌باشد، این امر نشانگر آن است که دانش‌آموزان دارای عملکرد تحصیلی (معدل کتبی) بالاتر، بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند و هنگام مقابله با مشکلات کمتر دچار علائم جسمانی (مانند سردرد، تپش قلب، بی‌خوابی، تهوع و ...) و علائم هیجانی (مانند خشم، عصبانیت و ...) می‌شوند. در تبیین مطلب فوق می‌توان گفت که یافته‌های جانبی پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط معنادار بین سطح تحصیلات مادر، شاغل بودن مادر و برخورداری از عملکرد تحصیلی بالاتر با سلامت روان و شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار، نشانگر اهمیت و تأثیر شرایط فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی مطلوب بر افزایش سطح سلامت روان می‌باشد. بطوریکه اکثر یافته‌های پژوهشی دیگر نیز معتقدند که برخورداری از شرایط فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی مطلوب و مناسب می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای سلامت روان باشد. به طور کلی هر چند یافته‌های فوق در این پژوهش به صورت جانبی مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما به هر حال نتایج و یافته‌های حمایت

**جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید**  
**یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید**

کننده از فرضیات پژوهش هستند که بیانگر بررسی عمیق‌تر و وسیع‌تر پیرامون موضوع می‌باشند.

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های تحقیقات متعدد دیگر می‌توان گفت که افراد دارای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، کسانی هستند که احساس می‌کنند سرنوشت زندگی خویش را خودشان بر عهده دارند، زندگی خود را مسئولانه و به طور مؤثر کنترل می‌نمایند، با موفقیت با موانع و مشکلات زندگی خویش مقابله می‌کنند و با ایمان و توکل بر خداوند متعال مسیر تکامل را طی می‌نمایند و روز به روز به کمال مطلوب نزدیک‌تر می‌شوند. همه ما با نگاهی دقیق به اطراف خویش می‌توانیم دریابیم که اکثر افرادی که در ابعاد گوناگون زندگی به موفقیت‌هایی دست یافتند، از ویژگی‌های فوق برخوردار هستند.

## فهرست منابع فارسی

۱- احمدی زاده، محمد جواد (۱۳۷۳)، «بررسی اثر بخشی آموزش مهارت حل مسأله بر برخی از ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی بهزیستی» پایان نامه ارشد: روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

۲- استورا، اچ. ب (۱۹۹۱). *تنیدگی یا استرس*. ترجمه: دادستان، پریخ (۱۳۷۷). چاپ اول تهران. انتشارات رشد.

۳- اسماعیلی، محمد (۱۳۸۰). «بررسی اثر آموزش درس مهارت‌های زندگی در تعامل با شیوه‌های فرزند پروری بر عزت نفس دانش‌آموزان استان اردبیل». *فصلنامه پیام مشاور*. سال سوم. شماره ۶. انتشارات و رای دانش.

۴- امین یزدی، امیر؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۷۸). «بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده». *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، دانشگاه فردوسی مشهد. سال اول. شماره ۲.

۵- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۷۸). *روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*. چاپ پنجم، تهران، انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

۶- بیان زاده، سید اکبر؛ زمانی منفرد، افشین؛ حیدری پهلویان، احمد و همکاران (۱۳۷۸). «بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال چهارم. شماره ۴.

۷- پاپیری، امید علی (۱۳۷۶). «بررسی اثربخشی روش آموزش مهارت‌های گروهی حل مسأله در درمان نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در ایلام». *پایان نامه ارشد: روانشناسی بالینی*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. انیستیتو روانپزشکی تهران.



۸- حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۸). «مفاهیم و اهداف بهداشت روانی». فصلنامه علمی -

پژوهشی اصول بهداشت روانی. سال اول. شماره اول.

۹- سازمان بهداشت جهانی، برنامه آموزش مهارتهای زندگی. ترجمه: نوری قاسم آبادی،

ربابه؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۷۷). تهران، واحد بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد  
سازمان بهداشت جهانی.

۱۰- شریفی، غلامرضا (۱۳۷۲). «بررسی اثر بخشی روش آموزش مهارت حل مسأله در

درمان علائم افسردگی نوجوانان شاهد». پایان نامه ارشد: روانشناسی. دانشگاه علوم پزشکی  
ایران، انیستیتو روانپزشکی تهران

۱۱- طارمیان، فرهاد؛ ماهجویی، ماهیار؛ فتحی، طاهر (۱۳۷۸). مهارتهای زندگی. چاپ دوم.

تهران. انتشارات تربیت.

۱۲- فراهانی، محمد تقی؛ کوپر، ام. جین، پی (۱۳۷۴). «مکان کنترل یک بعدی است یا چند

بعدی، داده‌هایی بر اساس ترجمه‌های فارسی مقیاس L-E راتر و مقیاس‌های P, I و C لونسون». *پژوهشهای روانشناختی*. دوره ۳، شماره ۳ و ۴.

۱۳- قاسمی، طاهره (۱۳۷۵). «بررسی ارتباط بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله و

نیمرخهای روانی دختران در نظام جدید آموزش و پرورش در شهر تهران». *پایان نامه ارشد*:  
روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س).

۱۴- کلینکه، ال. کریس. *مهارتهای زندگی*. ترجمه: محمد خانی، شهرام (۱۳۸۰) چاپ اول،

جلد ۱ تهران. انتشارات سپند هنر.

۱۵- گنجی، حمزه (۱۳۷۹). *بهداشت روانی*. چاپ سوم، تهران. انتشارات ارسباران.

۱۶- میرهاشمیان، حمیرا (۱۳۷۷). «تأثیر اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل و نیمرخ

روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران». پایان‌نامه ارشد: روانشناسی. دانشگاه الزهرا (س).

۱۷- نجفی، فرحناز (۱۳۷۹). «بررسی و مقایسه میزان عزت بدنی و اضطراب دانشجویان

دانشگاه الزهرا(س) به عنوان یک دانشگاه تک جنسیتی با دانشجویان دختر دانشگاه‌های مختلط

دولتی». پایان‌نامه ارشد: روان‌شناسی. دانشگاه الزهرا (س).

۱۸- هارچی، اون؛ ساندرز، کریستین؛ دیکسون، دیوید. مهارت‌های ارتباطی در ارتباطات میان

فردی. ترجمه بیگی، خشایار؛ فیروز بخت، مهرداد (۱۳۷۷). چاپ اول تهران. انتشارات رشد.

۱۹- هانتز- گبوی، کارول، راهنمای آموزش زندگی. بازنویسی و تنظیم: قاسم زاده، فاطمه .

ترجمه: عبدالله زاده، نگین (۱۳۷۸). صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف).

## References

1. Albertyn. R.M. ;Kapp. C.A' Gr0enewald. C.J.(2001). "Patterns of empowerment in individuals through the course of a Life Skills programme in ... " *Journal of studies in the education of adults*. 33 (2). 21 – 180.
2. Benard. B; Fafoglia. B. (1991). "Effective substance abuse prevention school social workers as catalysts for change". *Journal of social work in education*. 13 (2). 15-20.
3. Botvin. G.J. ; Mihalie. S.F; Grot peter. J.K. (1998). "History and description of life skills training". *Blue prints for violence prevention, Book five: Life Skills training*. Boulder, co: center for the study and prevention of drug abuse.
4. Botvin. G.J.:Kantor. L.W.(2000). "Preventing alcohol and tabacco use through life skills training". *Jouranal of Alcohol research & health*, 24 (4), 8-250.
5. Botvin. G.J. (2001). [www. Google. Com](http://www.Google.Com).
6. Breton. J.J.(1999). "Complementary development of prevention and mental health promotion programs for canadian children based on contemporary scientific paradigms". *Canadian. Journal of psychiatry*. 44(3), 7 227.
7. Cassidy. T. (2000). "Stress, Healthiness and health behaviors: an exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process". *Journal of counseling psychology Quarterly*. 13 (3). 19-293.
8. Collins. M.E.; Mowbray. C.T. (1999). "Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric... " *Journal Health & social Work*. 24 (4). 12-279.
9. Darden. C. A.; "Ginter. E. J. (1996). "life skills development scale-adolescence form" *Journal of mental health counseling* 18 (2). 22- 142.

10. Ginter. E.J. (1999). "David K. Brooks' contribution to the developmentally based life skills approach". *Journal of Mental health counseling*. 21 (3). 12-191.
11. Heaven. P. C. L. (1996). *Adolescent Health*, Routledge: International Thomson Publishing.
12. Highland. P. (1998). "How does AIDS affect you?" *Journal of current health*. 25 (4). 11.
13. Kadish. T. E.; Glaser. B. A.; Calhoun. G. B.; Ginter. E. J. (2001) "identifying the developmental strengths of juvenile offenders: Assessing four life skills. . . ". *Journal of Addictions & offender counseling*. 21 (2), 11- 85.
14. Kelley. T. M. (1993). "Neo- cognitive learning theory: implications for prevention and early intervention strategies with . . . ". *Journal of Adolescence*. 28 (110). 22-439.
15. Kelley. T. M. (2000). "Thought recognition, Locus of control and adolescent well- Being". *Journal of Adolescence*.
16. Klingman. A. (1998). " psychological education: studying adolescents interests from their own perspective". *Journal of Adolescence*. 33 (130). 12- 435.
17. Kress. J. S. Elias. K. J. (1993). "Substance abuse prevention in special education populations: Review and recommendations". *Journal of special education*. 27 (1). 110- 137.
18. Mc whirter. B. T. (1999). "Effects of anger management and goal setting". *Journal of current psychology*. 18 (2): 15-223.
19. Moote. Jr. G; Smyth. N.J; Wodarski. J. (1999). "Social skills training with youth in school settings: A review". *Research on social work practice*. 9 (4). 39-427.

20. Nastasia. B. (1998). "A model For mental Health programming in school communities: introduction to the mini- series". *Journal of school psychology review*. 27 (2). 10 – 165.
21. Nelson- Jones- R. (1992). *Life skills helping*, USA: Books/ cole publishing company.
22. Nicol. M. M; Robertson, L; Connaughton J. A. (2000). " Life skills programs for chronic mental illnesses. (cochrane Review)" *The cochrane Library*. Lssue 2. Oxford: update software. (ISSN 1464- 780 X).
23. Piccinin. S.; Mccarrey. M. (1998). "impact of situational ligitimacy and assertiveness- related anxiey/ discomforten motivation and . . . " *Journal of current psychology*. 17(1). 18 –75 .
24. Reeh. H. E. ; Hiebert. B. : et.al. (1998). "Adolscence health: the relationship between health locus of control, beliefs and behaviors". *Journal of Guidance & counseling*. 13 (23). 7-23.
25. Shope. J. T; Copeland. L. A. (1993). " Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study". *Journal of Health education Quarterly*. 20 (3), 18 –373.
26. Spangenberg. J. J.; Theron. J. C. (1999). "Stress and coping strategies in spouses of depressed patients". *Journal of psychology*. 133 (3). 10-253.
27. Stanard., R. P. (2000). " Assessment and treatment of adolescent depression and suicidality". *Jouranl of mantal health counseling*. 22 (3). 14-204.
28. Steptoe. A.; Wardle. J (2001)." A Locus of control and health behavior revised: Amulti- variate analysis of young adults from 18 countries". *British Journal of Psychology*, 22 (4), 14-659.
29. Unger. J. B.; Kipk. M.D.; et. al. (1998). "stress, coping and social support among homeless youth" *journal of Adolescence reseach* . 13 (2). 24-134.

30. Vuchinich. S. (1998). *Problem solving in families*, India. Pvt. Itd Sage publications.

31. White. J. (2001). “ Mental health concepts and skills. Sk online”.  
*Salem- keizer public schools*.

32. Whitfield. G. W. (1999). “Validatijng school social work: An evaluation of a cognitive – behavioral approach to reduce school violence”. *Research on social work practice*. 9(4). 28-399.

33. Wichroski. M. A. (2000). “ Facilitating self- esteem and social supports in a family life skills program”. *Journal of women & social work*, 15 (2),. 17-277.

34. World health organization (WHO). (1997). “ The life skills education project. Geneva”. *WHO Technical report series*. No 870. Vi + 93 Pages.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title:  
Subject:  
Author: SAEID  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/11/2012 8:38:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/11/2012 8:38:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 86  
Number of Words: 14,512 (approx.)  
Number of Characters: 82,724 (approx.)