

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان

محسن توده رنجبر^۱، فاطمه عراقی^۲

^۱ کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

چکیده

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 ۲۷۶ دانش‌آموز پسر مقطع متوسطه اول، 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 «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 (نشانه‌گان 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.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های زندگی، سلامت روان، منبع کنترل، نوجوان

مقدمه

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 (طارمیان و همکاران، ۱۳۹۰).

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 (پترسون و هامبورگ، ۲۰۰۵ Peterson & Humberg به نقل از کلینگمن، ۲۰۱۰ Klingman). 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 (ناستاسیا، ۲۰۱۰ Nastasia). بنابراین با توجه به نقش مهم مدارس در تأمین بهداشت روانی دانش‌آموزان، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، روش مؤثری در جهت رشد شخصیت سالم دانش‌آموزان و تأمین و حفظ بهداشت روانی دانش‌آموزان تلقی می‌ود. به این ترتیب مدارس به جای اینکه تنها بر افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان 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 (World Health organization (WHO) 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» (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 (سازمان بهداشت جهانی، ترجمه: نوری قاسم آبادی، محمد خانی، ۱۳۷۷).

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 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 (طارمیان، ۱۳۹۰). 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 (به نقل از سازمان بهداشت جهانی، ترجمه: نوری قاسم آبادی، محمد خانی، ۱۳۷۷). «تلادو» و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که توانایی بیشتر در حل مسأله به عنوان یک مهارت زندگی با افزایش عزت نفس و منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد (Telado & et.al, ۲۰۰۸).

برخی از مطالعات رابطه بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای 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» (۲۰۰۹، cauce. Hannan & sargeant) به نقل از «هیون» (۲۰۱۲، Heaven)، 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» (۲۰۱۴، kliever)، ارتباط منبع کنترل درونی را با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای گزارش نموده است. همچنین «بارون و دیگران» (۲۰۱۶، Barron & et.al) به نقل از «یونگر و دیگران» (۲۰۱۴، Unger & er.al) گزارش کرده‌اند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای 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 می توان گفت که افراد دارای منبع کنترل درونی به توانایی خویش در کنترل وقایع زندگی معتقدند و در مقابله با مشکل از شیوه مقابله ای متمرکز بر حل مسأله استفاده می کنند، بدین معنا که از طریق تصمیم گیری و طرح ریزی جهت حل مشکل اقدام به حل مسأله می نمایند. 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 می کنند. بدین معنا که به جای تمرکز بر مشکل، بر هیجانات و احساسات خویش متمرکز می شوند. و دست به تلاش هایی جهت تنظیم عکس العمل های هیجانی خویش می زنند. 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 می پردازد که: آیا آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان تأثیر دارد، و آیا آموزش مهارت های زندگی می تواند موجب افزایش سطح سلامت روان، درونی تر شدن منبع کنترل و شیوه مقابله ای مسأله مدار شود؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تأکید می شود و روز به روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون، اهمیت و نقش آن در زندگی فردی و اجتماعی آشکارتر می گردد. 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 سازمان بهداشت جهانی، (۲۰۰۱). 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 بیماری های روانی است. در واقع می توان گفت، عمده ترین هدف بهداشت روانی، پیشگیری است و از سه نوع پیشگیری که در بهداشت روانی مطرح می شود، پیشگیری اولیه مورد توجه بیشتری قرار می گیرد. در پیشگیری اولیه جمعیت سالم در جامعه مورد نظر هستند و تمام اقداماتی که در این حیطه صورت می گیرد، در جهت آماده سازی افراد و فراهم نمودن شرایط مناسب برای زندگی سالم از تمامی جنبه های جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد. بنابراین هدف، افزایش آگاهی و توانایی افراد در برخورد صحیح و مناسب با رویدادهای زندگی می باشد.

حسینی (۱۳۹۶) معتقد است، آموزش، اساسی ترین روش پیشگیری اولیه است. از طرفی دیگر مهم ترین 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 می دهند. و همچنین پژوهش ها نشان می دهند که آموزش مهارت های زندگی به ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در ابعاد مختلف زندگی کمک می کند و از اساسی ترین برنامه های پیشگیرانه در سطح اولیه به شمار می رود. 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.

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، ۲۰۰۲؛ پنتز، ۲۰۱۰، Pentz)، ارتقای هوش (گونزالس، ۲۰۰۸، Gonzalez)، پیشگیری از بی‌بند و باری جنسی (اولویس، ۲۰۰۹، Olweus)، پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴؛ انجمن کتاب مقدس)، آموزش صلح (پراتزمن و همکاران، ۲۰۱۲، Prutzman & et. al) و ارتقای اعتماد به نفس و عزت نفس (تاکاد، ۱۹۹۰، Tacade). بنابراین اهمیت و ارزش آموزش مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیرانه و افزایش سطح سلامت، نمایان می‌گردد» (به نقل از سازمان بهداشت جهانی، ترجمه: نوری قاسم آبادی، محمد خانی، (۱۳۷۷) ص ۲۲). تحقیقات متعدد انجام شده، بیانگر تأثیر بسیار زیاد آموزش مهارت‌های زندگی در جلوگیری از بروز ناهنجاریهای رفتاری بوده است. در تحقیقی توسط (ترزا، ۲۰۱۵، Therza)، افزایش مهارت‌های زندگی در پیشگیری از خودکشی مؤثر نشان داده شد و همچنین (کیم، ۲۰۱۳، Kim) دریافت که آموزش مهارت‌های زندگی بر کودکان دارای ناتوانیهای یادگیری مؤثر است. 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 درونی‌تر 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 (شاپ و کولپند، ۲۰۱۳، Shope & cope land).

همچنین در پژوهشی که توسط اسماعیلی (۱۳۹۵) 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، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶ American Psychology Association) مطابقت دارد. با مروری اجمالی بر تحقیقات مطرح شده 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. انواع مهارت‌های زندگی مانند حل مسأله، تصمیم

گیری، 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. 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.

فرضیات پژوهش

- 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 «نشانگان جسمانی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.
- فرضیه (۱-۲)** آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره در «نشانگان اضطرابی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.
- فرضیه (۱-۳)** آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش در «کارکرد و کنش اجتماعی» گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می‌شود.
- فرضیه (۱-۴)** آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نمره «نشانگان 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 «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 «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 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 درونی تر شدن منبع کنترل و سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

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

روش بررسی

طرح تحقیق پژوهش حاضر روش آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی می باشد. 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 استان البرز منطقه یک و خاصه مدرسه تیز هوشان شهید باهنر منطقه یک کرج به دلیل انسجام نسبی بافت فرهنگی و اقتصادی انتخاب گردید. پس از آن کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه اول مدرسه مذکور به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند که حجم آن ۲۷۶ نفر می باشد. در این مرحله پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸) General Health Questionnaire. Goldbevg. D.P, (۱۹۷۲) جهت بررسی سلامت روان دانش آموزان و پرسشنامه منبع کنترل «لونسون» Locus of control Questionnaire. Levenson, (۱۹۷۳) جهت مشخص ساختن جهت گیری درونی و بیرون منبع کنترل آنان بر روی ۲۷۶ دانش آموز اجرا گردید. در مرحله بعد جهت انتخاب نمونه اصلی، پس از نمره گذاری 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 جهت گیری بیرونی منبع کنترل می باشد. در نهایت ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایشی و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل (گواه) به طور تصادفی تعیین شدند.

ابزارهای اندازه گیری

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 می باشد که هر یک ۷ سؤال دارد. چهار مقیاس مذکور عبارتند از:

- ۱- مقیاس نشانگان جسمانی (A) ۲- مقیاس نشانگان اضطرابی (B) ۳- مقیاس نارساکنش وری اجتماعی (C) ۴- مقیاس نشانگان افسردگی (D) (استورا، stora (۱۹۹۱) ترجمه: دادستان، (۱۳۷۷). با توجه به روشهای مختلف نمره گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر از روش یا مدل ساده «لیکرت» Likert جهت نمره گذاری استفاده گردید. لازم به توضیح است که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، از سلامت روان پایین تری 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» Rutter ارائه داده است (فراهانی، کوپر، جین ۱۳۷۴). 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 دو پرسشنامه پژوهش بر جامعه پژوهش حاضر در جدول (۱) آمده است:

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 مقیاس های فوق	۰/۸۲
I	۰/۲۲
C	۰/۶۲
P	۰/۵۹
جمع کل مقیاس های فوق	۰/۶۳

روش های 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 داده ها

همانطوری که در جدول (۲) ملاحظه می شود. در گروه آزمایشی (گروهی که تحت آموزش مهارت های زندگی قرار گرفته اند) بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی می باشد. بدین ترتیب که در موقعیت پس آزمون میزان نمرات به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. بطوریکه نتایج آزمون t دو گروه مستقل نشان می دهد که تفاوت بین میانگین های دو گروه کاملاً معنادار است. بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج جدول نشان می دهد که تفاوت بین میانگین های دو گروه در کلیه مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی به جز مقیاس C (نارساکنش وری اجتماعی) کاملاً معنادار است. نکته دیگر اینکه بیشترین میزان کاهش در نمرات مقیاس D (نشانگان افسردگی) پرسشنامه مذکور می باشد. بنابراین می توان گفت که آموزش مهارت های زندگی بیشترین تأثیر را بر کاهش میزان افسردگی آزمودنی ها داشته است.

جدول (۲) مقایسه میانگین های نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل پرسشنامه

سلامت عمومی گلدبرگ

مقیاس A					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	معناداری	مقدار t
پیش آزمون	۸/۶۶	۳/۴۹	۰/۹۳	-۲/۷۷	۰/۰۱
پس آزمون	۵/۶۴	۳/۶۲	۰/۹۷		
پیش آزمون	۹/۶۰	۴/۲۷	۱/۱۰		
پس آزمون	۱۰/۴۰	۵/۳۸	۱/۳۹		
مقیاس B					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	معناداری	مقدار t
پیش آزمون	۱۰/۵۳	۴/۹۶	۱/۳۲	-۳/۶۳	۰/۰۰۱
پس آزمون	۵/۷۱	۳/۷۰	۰/۹۹		
پیش آزمون	۱۲/۶۰	۳/۲۹	۰/۸۵		
پس آزمون	۱۱	۴/۱۰	۱/۰۶		
مقیاس C					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	معناداری	مقدار t
پیش آزمون	۹/۸۰	۴/۲۲	۱/۱۳۰	-۱/۶۴	۰/۱
پس آزمون	۶/۴۲	۵/۶۱	۱/۵۰		
پیش آزمون	۱۰/۹۳	۳/۹۷	۱/۰۲		
پس آزمون	۹/۴۰	۴/۰۵	۱/۰۴		
مقیاس D					

مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
		۱/۵۸	۵/۹۳	۱۱/۲۰	پیش آزمون
		۱/۲۶	۴/۷۴	۴/۶۴	پس آزمون
۰/۰۰۳	-۳/۲۷	۵/۲۴	۲۰/۲۸	۱۸/۷	پیش آزمون
		۱/۳۵	۵/۲۴	۱۰/۷۳	پس آزمون
نمره کل					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
		۳/۸۱	۱۴/۲۸	۳۹/۶۰	پیش آزمون
		۳/۹۲	۱۴/۶۸	۲۲/۴۲	پس آزمون
۰/۰۰۱	-۳/۶۱	۲/۸۰	۱۰/۸۵	۴۵/۵۳	پیش آزمون
		۳/۸۱	۱۴/۷۸	۴۲/۲۰	پس آزمون

همانگونه که در جدول (۳) ملاحظه می شود، نتایج آزمون t دو گروه مستقل نشانگر آن است که بین میانگین های 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 می توان گفت که آموزش مهارت های 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 میانگین های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۳) مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه منبع

کنترل

مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون
		۱/۱۲	۴/۲۱	۹/۲۰۰	پیش آزمون
		۱/۲۳	۴/۶۲	۷	گروه آزمایش
۰/۱۰	-۱/۷۰				پس آزمون
		۱/۱۴	۴/۴۲	۱۰	پیش آزمون
		۱/۷۵	۶/۹۱	۱۰/۷۳	گروه کنترل
					پس آزمون
مقیاس C					
مقدار t	معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	موقعیت آزمون

پیش	۲۳/۲۰	۶/۵۶	۱/۷۵		
گروه آزمایش	۲۱/۷۸	۷/۹۹	۲/۱۳		
پس				۰/۰۵	-۱/۹۴
آزمون					
پیش	۲۴/۸۰	۳/۴۰	۰/۸۸		
گروه کنترل	۲۶/۷۳	۵/۶۳	۱/۴۵		
پس					
آزمون					

مقیاس D

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

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 مصاحبه‌ای 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 می‌تواند 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 مهارت های زندگی می‌باشد.

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. بطوری که 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 می‌باشد. این موضوع بخصوص در مورد مقیاسهای نشانگان افسردگی نشانگان اضطرابی نشانگان جسمانی صدق می‌کند. 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 می‌باشد. بدین معنا که دانش‌آموزانی که معدل کتبی بالاتری داشتند در شیوه جسمانی‌سازی 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، بی‌خوابی و... می‌شوند و بیشتر از مقابله مسأله مدار استفاده می‌کنند. همچنین نتایج تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA)، حاکی از آن است که تحصیلات مادر در گروه بی‌سواد و زیر دیپلم با شیوه هیجانی مقابله ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که دانش‌آموزان دارای مادران بی‌سواد و زیر دیپلم در مقابله با مشکلات بیشتر دچار حالات هیجانی مانند، خشم، عصبانیت و... می‌شوند. 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 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 (۴) ضرایب همبستگی سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول

منبع کنترل سلامت روان	A	B	C	D	جمع کل مقیاسهای عمومی سلامت	I	C	p	شیوه جسمانی سازی مقابله	شیوه هیجانی مقابله	مقابله مسأله مدار	جمع کل مقیاس شیوه مقابله
A نشانگان جسمانی	۱	** ۰/۵۸۵۵	۱۳۸۵ ۰/	** /۴۰۶۹	** ۰/۶۱۸۷	۰/۱۷۷ ۰/	۰/۴۶۳ ۰	۰/۱۰۴۱ -	** ۰/۲۳۸۲	* ۰/۱۷۴۴	۰/۱۲۵۳	** ۰/۲۴۹۶
B نشانگان اضطرابی	-	۱	** ۳۵۱۵ ۰/	** /۴۳۲۰	** ۰/۶۲۷۸	۱۳۵۵ ۰/	۰/۷۱۲ ۰/	۰/۰۲۳	** ۰/۱۰۶۱	** ۰/۲۳۸۸	۰/۱۵۹۰	** ۰/۲۳۲۱
C کارکرد و کنش اجتماعی	-	-	-	* /۱۶۸۹	** ۰/۲۷۲۲	۰/۰۲۶ ۰/	۰/۶۱۷ ۰/	۰/۰۸۷۶	* ۰/۰۹۹۱	* ۰/۱۱۴۵	* ۰/۱۸۳۴	* ۰/۱۷۲۰
D نشانگان افسردگی	-	-	-	۱	** ۰/۶۶۸۸	۱/۱۲۸۶ ۰/	۱۴۷۹ ۰/	۰/۰۲۴۵	* ۰/۱۷۲۰	* ۰/۱۶۶۲	* ۰/۱۹۴۹	** ۰/۲۳۳۷
جمع کل مقیاسهای عمومی سلامت	-	-	-	-	۱	۰/۷۲۱ ۰/	۱۵۲۲ ۰/	۰/۰۲۳۴	** ۰/۲۲۶۸	** ۰/۲۴۰۷	* ۰/۲۱۶۶	** ۰/۳۰۷۹
I مقیاس توانایی درونی	-	-	-	-	-	۱	۲۳۳۴ -۰/	** ۰/۲۶۹۸	۰/۰۷۸۵ -	۰/۰۵۸۰ -	* ۰/۱۷۸۹	-۰/۰۱۳۷

۰/۲۷۵۶	۰/۰۸۵۵	** ۰/۲۷۷۰	۰/۱۶۸۴	** ۰/۵۷۶۵	۱	-	-	-	-	-	-	C مقیاس اعتقاد به شاخص
۰/۱۲۹۴	۰/۰۶۲۸ -	۰/۰۹۱۴	* ۰/۱۷۹۲	۱	-	-	-	-	-	-	-	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
** ۰/۸۱۵۸	۰/۰۰۵۷	** ۰/۵۱۳۲	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	شیوه جسمانی سازی مقابله
** ۰/۸۲۲۵	۰/۱۰۱۴	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	شیوه هیجانی مقابله
** ۰/۳۶۳۳	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مقابله مسأله مدار
۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جمع کل مقیاس شیوه مقابله

*P<۰/۰۱

**P<۰/۰۰۱

جدول (۵) ضرایب همبستگی بین مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای با عملکرد تحصیلی

(معدل کتبی)

مقیاسها	A نشانگان ن جسما نی	B نشانگان اضطرابی	C کارکرد و کنش اجتماعی	D نشانگان افسردگی	جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی	I مقیاس توانایی درونی	C مقیاس اعتقاد به شانس	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند	شیوه جسما نی سازی مقابله	شیوه هیجا نی مقابله	مقابله مسأله مدار	جمع کل مقیاس شیوه مقابله
عملکرد تخصصی (معدل کلی)	۰/۰۷۴۶ ۰	۰/۰۷۴۰	۰/۱۱۱۴	۰/۰۹۸۳	۰/۱۶۹۹	۱/۱۵۸۷ ۰	۰/۰۵۷۹ ۰	۰/۰۲۷۸	۱/۱۸۱۴ ۰	۱۶۳۰ -	۰/۰۴۰۹ -	۱/۱۸۳۵ ۰

* P<۰/۰۱

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) بین میانگین 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 پسر

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

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

آزاد و کارگر با مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول

احتمال F	نسبت F	MS میانگین مجذورات	SS مجموع مجذورات	D.F درجه آزادی	منابع تغییر مقیاسها
۰/۵۲۰۹	۰/۶۵۶۹	۱۱/۶۳۱۴	۲۳/۲۶۲۸	۲	A نشانگان جسمانی
۰/۶۷۶۶	۰/۳۹۲۳	۸/۲۲۸۰	۱۶/۴۵۶۰	۲	B نشانگان اضطرابی
۰/۸۱۸۱	۰/۲۰۲۱	۲/۴۵۹۵	۴/۹۱۹۰	۲	C کارکرد و کنش اجتماعی
۰/۸۷۴۱	۰/۱۳۴۷	۱۴/۶۵۰۶	۲۹/۳۰۱۲	۲	D نشانگان افسردگی
۰/۶۲۶۶	۰/۴۶۹۷	۱۰۵/۸۷۸۷	۲۱۱/۷۵۷۴	۲	جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی
۰/۲۶۵۶	۱/۳۴۴۷	۲۷/۳۳۲۰	۵۴/۶۶۴۰	۲	I مقیاس توانایی درونی
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 ($n=131$) و شاغل ($n=145$) در مقیاسهای سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای دانش آموزان پسر

مقطع متوسطه اول

مقدار t	سطح معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروهها	مقیاسها
۰/۶۶۸	۰/۴۳	۰/۳۵۵	۴/۵۸۸۸	۵/۵۶۸۹	خانه دار	A نشانگان جسمانی
		۰/۸۵۹	۴/۲۰۸	۵/۱۶۶۷	شاغل	

*./۰۳۶	۲/۱۶	۰/۴۵۹	۵/۹۲۹	۶/۵۷۴۹	خانه دار	B نشانگان اضطرابی
		۰/۶۶۴	۳/۲۵۳	۴/۸۳۳۳	شاغل	
*./۰۰۱	۳/۵۴	۰/۶۲۸	۸/۱۱۲	۷/۷۷۸۴	خانه دار	C کارکرد و کنش اجتماعی
		۰/۴۹۱	۲/۴۰۴	۴/۹۵۸۳	شاغل	
*./۰۲۱	۲/۳۷	۰/۶۸۰	۸/۷۸۳	۵/۷۱۲۶	خانه دار	D نشانگان افسردگی
		۰/۷۸۵	۳/۸۴۸	۳/۲۵۰۰	شاغل	
*./۰۴۴	۲/۰۸	۱/۱۲۶	۱۴/۵۵۳	۲۳/۴۷۳۱	خانه دار	جمع کل مقیاسهای آزمون سلامت عمومی
		۲/۲۶۰	۱۱/۰۷۳	۱۸/۲۰۸۳	شاغل	
۰/۹۰۷	-۰/۱۲	۰/۳۴۲	۴/۴۲۰	۹/۰۸۹۸	خانه دار	I مقیاس توانایی درونی
		۰/۹۴۰	۴/۶۰۶	۹/۲۰۸۳	شاغل	
۰/۴۳۹	-۰/۷۸	۰/۵۶۵	۷/۳۰۶	۱۹/۹۵۲۱	خانه دار	C مقیاس اعتقاد به شانس
		۱/۶۶۸	۸/۱۷۰	۲۱/۳۳۳۳	شاغل	
۰/۹۸۹	۰/۰۱	۰/۵۵۹	۷/۲۱۸	۱۹/۵۲۶۹	خانه دار	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
		۱/۸۷۸	۹/۱۹۸	۱۹/۵۰۰۰	شاغل	
۰/۹۰۵	۰/۱۲	۰/۱۴۸	۱/۹۱۸	۳/۲۵۵۵	خانه دار	شیوه جسمانی سازی مقابله
		۱/۳۵۳	۱/۷۳۲	۳/۲۹۱۷	شاغل	
۰/۶۳۰	۰/۴۹	۰/۱۳۲	۱/۷۱۰	۳/۶۵۸۷	خانه دار	شیوه هیجانی مقابله
		۰/۳۹۰	۱/۹۱۱	۳/۴۵۸۳	شاغل	
*./۰۰۳	۳	۰/۰۸۶	۱/۱۰۷	۰/۴۵۵۱	خانه دار	مقابله مسأله مدار
		۰/۰۶۹	۰/۳۳۸	۰/۱۲۵۰	شاغل	
۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۲۶	۳/۴۱	۷/۲۹	خانه دار	جمع کل مقیاس شیوه مقابله
		۰/۶۵	۳/۲۰	۱/۸۷	شاغل	

* $P < 0.01$

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر این فرضیه پژوهش را مبنی بر اینکه آموزش مهارت های زندگی موجب افزایش سلامت روان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل می شود، مورد تأیید قرار می دهد. بدین معنا که در میزان نمره مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی و همچنین نمره کل پرسشنامه مذکور در گروه آزمایشی، پس از اعمال متغیر مستقل آموزش مهارت های زندگی - در مقایسه با موقعیت پیش آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل، کاهش قابل ملاحظه ای ایجاد شده است. بنابراین می توان

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 (۲۰۰۸ و ۲۰۰۳) jahoda» به نقل از «ووچینیچ (۱۹۹۸) (Vuchinich) مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت حل مسأله را اساس سازگاری و سلامت روان می‌داند. در همین راستا «لونیسون و کلارک» Lewinsohn & clarke به نقل از استاندارد (stanard, ۲۰۱۶) آموزش کنترلی هیجانی و کنترلی خشم را در درمان افسردگی مؤثر دانسته‌اند. نتایج تحقیقات «لرنر و کلوم (۲۰۱۷) Lerner & Clum» به نقل از پاپیری (۱۳۹۶)، شریفی (۱۳۹۲) و پاپیری (۱۳۹۶) نشانگر تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر کاهش میزان افسردگی، ناامیدی و بهبودی مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان اقدام کنند. به خودکشی و افسرده می‌باشد. طارمیان (۱۳۹۰) 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.

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

یکی دیگر از جنبه‌های اشتراک پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی دیگر در این است که این پژوهش نیز مانند اکثر پژوهش‌های مذکور دانش‌آموزان و نوجوانان را به عنوان نمونه مورد بررسی قرار داده است. بنابراین این شباهت‌ها می‌تواند تا حدود نسبتاً زیادی به تعمیم نتایج پژوهش کمک نماید. یکی از تفاوت‌های پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر آن است که در این پژوهش تأثیر آموزش مجموعه مهارت‌های زندگی از جمله مهارت خودشناسی (شناخت ویژگیها و توانایی‌های خود)، تعیین هدف، تصمیم‌گیری، 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 پژوهش‌های مذکور تنها به یک یا چند مورد از مهارت‌های زندگی از قبیل مهارت حل مسأله، کنترل خشم، مقابله با استرس و ... پرداخته شده است. بنابراین می‌توان گفت که پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های دیگر به نتایج کلی‌تری دست یافته است. به طوری که تأثیر انواع دیگر مهارت‌های زندگی نیز بر سلامت روان به اثبات رسیده است. به خصوص اینکه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش میزان افسردگی،

اضطراب و نشانگان جسمانی قابل ملاحظه بوده است. این امر نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کلیه ابعاد بر جنبه‌های گوناگون سلامت روان می‌باشد.

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 مزمون 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» و همکاران (Tellado & et. al, ۲۰۰۸) به نقل از سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که توانایی در حل مسأله با افزایش عزت نفس و منبع کنترل درونی ارتباط دارد. «شاپ و کولپند» (Shope & Copeland, ۲۰۱۳) 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» (Pope & Susan, ۲۰۱۷) به نقل از قاسمیان (۱۳۹۶) و «کاسیدی» (Cassidy, ۲۰۱۸) مطرح کردند که افراد دارای منبع کنترل درونی از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت استفاده می‌کنند.

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 آیتم های 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.

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:

«فیتز (۲۰۱۴، Feather)» به نقل از امین یزدی، صالحی فرددی (۱۳۹۶) بیان کرد که افراد دارای منبع کنترل بیرونی در مقیاس اضطراب و فشار روانی نمرات بالاتری نسبت به درونی‌ها کسب می‌کنند. «کوپر (۲۰۱۳، Cooper)»، «لفکورت (۲۰۱۲) Lefqourt»، «کلی (۲۰۱۰، kelley)» و «میریس (۲۰۰۹، Mirris)» به نقل از قاسمی (۱۳۹۵) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل درونی، کمتر به اختلالات روانی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی دچار می‌شوند. تحقیقات متعدد دیگری نیز در تأیید نتایج فوق بین منبع کنترل درونی و سلامت روانی را مطرح نموده‌اند 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 می‌باشد. در رابطه با علل عدم ارتباط معنادار بین متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر می‌توان 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 اثرگذار بوده‌اند. بنابراین در واقع علت اساسی این امر ابهام برخی سؤالات پرسشنامه منبع کنترل و در نتیجه بی‌دقتی آزمودنیها در پاسخگویی به آزمون می‌باشد. چرا که برخی جملات آنچنان که باید، برای آزمودنیها قابل فهم نبود و منجر به سؤالات پی در پی آنان می‌شد و علیرغم تلاش پژوهشگر در جهت رفع ابهامات احتمالاً نتایج پژوهش، تحت تأثیر این امر قرار گرفته است. در نتیجه می‌توان 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 مقابله‌ای مسأله مدار و درونی‌تر شدن منبع کنترل، نشانگر تأیید ارتباط معنادار و مثبت بین متغیرهای مذکور می‌باشد. تحقیقات متعددی از جمله تحقیقات «لفکورت و دیوید سون- کاتز (۲۰۱۶، Lefqourt & Davidson- Katz)» به نقل از کلینکه (۱۳۹۶) و همچنین «کلینکه» (۱۳۹۶) نشانگر آن است که افراد دارای منبع کنترل بیرونی از شیوه‌های مقابله‌ای مثبت‌تری در حل مسأله استفاده می‌کنند. همانگونه که ملاحظه می‌شود نتایج تحقیقات قبلی با یافته پژوهش حاضر مطابقت دارد. بنابراین با توجه به نتایج و یافته‌ها می‌توان گفت برخورداری از منبع کنترل درونی پیش‌بینی کننده قوی و معناداری جهت استفاده از شیوه مقابله مسأله مدار می‌باشد. همانگونه که از نتایج و یافته‌های جانبی بر می‌آید، 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 مسأله مدار) 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 مسأله مدار 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 ...) می شوند. در تبیین مطلب فوق نشانگر اهمیت و تأثیر شرایط فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی مطلوب بر افزایش سطح سلامت روان می باشد. بطوری که اکثر یافته های پژوهشی دیگر نیز معتقدند که برخورداری از شرایط فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی مطلوب و مناسب می تواند پیش بینی کننده خوبی برای سلامت روان باشد. بنابراین با توجه به یافته های پژوهش حاضر و یافته های تحقیقات متعدد دیگر می توان گفت که افراد دارای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، کسانی هستند که احساس می کنند سرنوشت زندگی خویش را خودشان بر عهده دارند، زندگی خود را مسؤولانه و به طور مؤثر کنترل می نمایند، با موفقیت با موانع و مشکلات زندگی خویش مقابله می کنند و با ایمان و توکل بر خداوند متعال مسیر تکامل را طی می نمایند و روز به روز به کمال مطلوب نزدیک تر می شوند.

منابع فارسی

۱. استورا، اچ. ب (۱۹۹۱). تنیدگی یا استرس. ترجمه: دادستان، پریخ (۱۳۷۷). چاپ اول تهران. انتشارات رشد.
۲. اسماعیلی، محمد (۱۳۹۵). «بررسی اثر آموزش درس مهارت های زندگی در تعامل با شیوه های فرزند پروری بر عزت نفس دانش آموزان استان اردبیل». فصلنامه پیام مشاور. سال سوم. شماره ۶. انتشارات وراي دانش.
۳. امین یزدی، امیر؛ صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۶). «بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده». مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد. سال اول. شماره ۲.
۴. پایبری، امید علی (۱۳۹۶). «بررسی اثربخشی روش آموزش مهارت های گروهی حل مسأله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در ایلام». پایان نامه ارشد: روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. انیستیتو روانپزشکی تهران.
۵. سازمان بهداشت جهانی، برنامه آموزش مهارت های زندگی. ترجمه: نوری قاسم آبادی، ربابه؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۷۷). تهران، واحد بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان بهداشت جهانی.
۶. شریفی، غلامرضا (۱۳۹۲). «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.
۷. طارمیان، فرهاد؛ ماهجویی، ماهیار؛ فتحی، طاهر (۱۳۹۰). مهارت های زندگی. چاپ دوم. تهران. انتشارات تربیت.
۸. فراهانی، محمد تقی؛ کوپر، ام. جین، پی (۱۳۷۴). «مکان کنترل یک بعدی است یا چند بعدی، داده هایی بر اساس ترجمه های فارسی مقیاس L-E راتر و مقیاس های P, I و C لونسون». پژوهش های روانشناختی. دوره ۳، شماره ۳ و ۴.
۹. قاسمی، طاهره (۱۳۹۵). «بررسی ارتباط بین منبع کنترل و شیوه های مقابله و نیمرخ های روانی دختران در نظام جدید آموزش و پرورش در شهر تهران». پایان نامه ارشد: روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س).
۱۰. کلینکه، ال. کریس. مهارت های زندگی. ترجمه: محمد خانی، شهرام (۱۳۹۶) چاپ اول، جلد ۱ تهران. انتشارات سپند هنر.

References

۱. Botvin. G.J. ; Mihalie. S.F; Grotmeter. J.K. (۲۰۰۲). "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.

۲. Cassidy. T. (۲۰۱۸). "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*. ۱۳ (۳). ۱۹-۲۹۳.
۳. Heaven. P. C. L. (۲۰۱۲). *Adolecent Health*, Routledge: International Thomoson Publishing.
۴. Kelley. T. M. (۲۰۱۰). "Neo- cognitive learning theory: implications for prevention and early intervention strategies with . . .". *Journal of Adolescence*. ۲۸ (۱۱۰). ۲۲-۴۳۹.
۵. kelley. T. M. (۲۰۱۱). "Thought recognition, Locus of control and adolescent well-Being". *Journal of Adolescence*.
۶. Klingman. A. (۲۰۱۰). " psychological education: studying adolescents interests from their own perspective". *Journal of Adolescence*. ۳۳ (۱۳۰). ۱۲- ۴۳۵.
۷. Nastasia. B. (۲۰۱۰). "A model For mental Health programming in school communities: introduction to the mini- series". *Journal of school psychology review*. ۲۷ (۲). ۱۰ - ۱۶۵.
۸. Shope. J. T; Copeland. L. A. (۲۰۱۳). " Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study". *Journal of Health education Quarterly*. ۲۰ (۳), ۱۸ -۳۷۳.
۹. Stanard., R. P. (۲۰۱۶). " Assessment and treatment of adolescent depression and suicidality". *Jouranl of mantal health counseling*. ۲۲ (۳). ۱۴-۲۰۴.
۱۰. Unger. J. B.; Kipk. M.D.; et. al. (۲۰۱۴). "stress, coping and social support among homeless youth" *journal of Adolescence reseach* . ۱۳ (۲). ۲۴-۱۳۴.
۱۱. Vuchinich. S. (۲۰۰۸). *Problem solving in families*, India. Pvt. Itd Sage publications.