

# تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل کارکنان یگان

## ویژه انتظامی استان همدان در سال ۱۳۹۴

حمید برزین منش<sup>۱</sup>، محسن احمدی طهور سلطانی<sup>۲</sup>، احمد رضایی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۲/۰۱

### چکیده

برخوررداری 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. پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل کارکنان یگان ویژه استان همدان پرداخته است. در این پژوهش، به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- با گروه کنترل انجام گردید. به همین منظور، از بین ۱۴۰ نفر از کارکنان، ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را از پیش‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) به دست آوردند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد؛ که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل افراد تأثیر به‌سزایی دارد به نحوی که در ارزیابی نهایی از دوره آموزشی، اکثر آزمودنی‌ها، برخوردار از مهارت‌های زندگی را برای همه افراد مفید و لازم قلمداد نمودند. مقیاس‌های A (نشانیگان جسمانی) و B (نشانیگان اضطرابی) و D (نشانیگان افسردگی) و نمره کل با ۹۹ درصد اطمینان معنادار بودند و مقیاس C (نارسانا کنش‌وری اجتماعی) معنادار نشد. بر اساس یافته‌های تحقیق، پیشنهاد می‌شود مهارت‌های زندگی در بین کارکنان نیروی انتظامی آموزش و تقویت شود.

### واژگان کلیدی

سلامت روان، مهارت‌های زندگی، منبع کنترل.

<sup>۱</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی همدان (نویسنده مسؤول) barzinmanesh@gmail.com

<sup>۲</sup> - استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران

<sup>۳</sup> - دانشجوی دکتری اندازه‌گیری و سنجش، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

## 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 مردم با آن‌ها روبه‌رو 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 به‌طور فطری توانایی حل مشکلات زندگی را دارند، لیکن این توانایی باید مطابق با شرایط و موقعیت فرد پرورش یابد؛ به‌طوری که به‌عنوان مهارت‌های کارآمد در آنان درونی شود. متأسفانه، طبق بررسی‌های انجام شده توانایی‌ها و مهارت‌های عملی و سازشی بسیاری از مردم 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 به‌عنوان اصلی مهم و انکار ناپذیر است که تاکنون علی‌رغم توجه خاص بسیاری از کشورهای جهان و تأکید خاص «سازمان بهداشت جهانی» جای آن در برنامه‌های آموزشی 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 یادگیری رفتارهای مثبت و حفظ سلامت روانی بسیار اثر بخش است. بنابراین، برنامه‌های بهداشت روان و مداخلات پیشگیرانه می‌توانند در جهت ایجاد رفتارهای سالم و افزایش آگاهی کارکنان ناجا در جهت تمرینات حمایت کننده از سلامتی جسمانی، روانی و اجتماعی و به‌طور کلی مهارت‌های زندگی به‌کار گرفته شوند. بنابراین از طریق اینگونه برنامه‌ها، کارکنان ناجا نسبت به

سلامتی‌شان مسئولیت‌پذیر می‌شوند، تصمیمات بهداشتی مناسبی را اتخاذ می‌نمایند و به‌طور کلی سبک زندگی سالمی در طول خدمت آغاز می‌کنند و در طول زندگی تداوم می‌بخشند. این امر آنان را قادر می‌سازد که طبق استعدادهای بالقوه خویش عمل نمایند و آماده رویارویی با تغییرات و نیازهای زندگی‌شان شوند. در نتیجه سلامت روان و کیفیت زندگی‌شان ارتقا می‌یابد. روان‌شناسان 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، آماده‌سازی 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 آغاز نموده‌اند. 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 به‌خصوص در قرآن و احادیث معصومین (ع) بیان شده است؛ به‌طوری 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.

با توجه به گسترش خدمات بهداشت روانی در کشورهای مختلف، «سازمان بهداشت جهانی» طرح تحقیقی مهارت‌های زندگی را به‌عنوان 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، به‌کارگیری و ارزیابی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی که متمرکز بر رشد توانایی‌های روانی اساسی (مانند حل مسأله، مقابله با هیجانات، خودآگاهی، سازگاری اجتماعی و کنترل استرس) اقدام نمایند.

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تاکید می‌شود و روز به روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون، اهمیت و نقش آن در زندگی فردی و اجتماعی آشکارتر می‌گردد. به‌طوری که 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. 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 ابتلا 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.

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش، به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل که به شیوه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون- با گروه کنترل انجام گردید، چنین فرض شد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش یا بهبود سلامت روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل در کارکنان یگان ویژه انتظامی استان همدان می‌شود. به همین منظور از بین ۱۴۰ نفر از همکاران یگان ویژه انتظامی استان همدان، ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را از پیش آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) به دست آوردند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. پس از اجرای پیش آزمون 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، پس آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) در دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. پس از نمره‌گذاری، تفاوت میانگین بین دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون با استفاده «از آزمون t دو گروه مستقل» مورد مقایسه قرار گرفت. 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. 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. به این ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به شرح زیر بودند:

۱- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)

«گلد برگ» (۱۹۷۲) پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرند 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:

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» 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» می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس P, I و C می‌باشد. مقیاس I که تحت عنوان مقیاس درونی است مربوط به توانایی فرد در کنترل امور زندگی‌اش است. مقیاس P تحت عنوان مقیاس افراد قدرتمند است و به این معناست که فرد تا چه میزان معتقد است که آنچه در زندگی رخ می‌دهد 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 زندگی‌اش را می‌سنجد. در واقع، «لونسون» (۱۹۷۳) سه مقیاس خود را با توجه به مقیاس L-E «راتر» ارائه داده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است. لازم به توضیح است که کسب نمره بالاتر در مقیاس‌های P, I و C نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل می‌باشد. نتایج پایایی حاصل از آلفای کرونباخ دو پرسشنامه پژوهش بر جامعه پژوهش حاضر عبارتند از:

اکتساب نمرات پایین در خرده مقیاس‌های علائم جسمانی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (B) کنش و کارکرد اجتماعی (C) منبع کنترل درونی و بیرونی بر اساس پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای سنجیده می‌شود که شامل مقیاس‌های C، P، I «لونسون»<sup>۴</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>۵</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.

<sup>4</sup> - Levenson (1973).

<sup>۵</sup> - فراهانی، کوپر، جین Farahani, Cooper & Jin (۱۳۷۴).

در کل می‌توان گفت، کسب نمره بالا در مقیاس‌های I ، P ، C 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 و افسردگی و خودکشی (D) و همچنین شاخص کلی علائم مرضی نشان دهنده سلامت روان فرد خواهد بود.

### ۳- ابزار آموزش مهارت‌های زندگی

محتوای آموزش در پژوهش حاضر برگرفته از «راهنمای آموزش برنامه مهارت‌های زندگی» 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 می‌شد تا به این وسیله همه آزمودنی‌ها، مباحث آموزشی را خارج از موقعیت آموزشی به صورت تجربی، تمرین کنند. موضوعاتی که ارائه گردید، شامل موارد زیر می‌باشد:

- 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 تصمیم‌گیری.

۷- آشنایی با مفهوم خشونت و روش‌های مهار آن.

۸- آشنایی با سلامت جسمانی و روانی.

نکته مهم این که فعالیت تجربی گروهی در هر یک از جلسات مبنای این آموزش می‌باشد.

برای اجرای پژوهش، پس از اجرای پیش‌آزمون بر جامعه پژوهش، انتخاب نمونه پژوهش و جایگزینی نمونه به دو گروه آزمایشی و کنترل به‌طور تصادفی، گروه آزمایشی به مدت یک ماه (هفته‌ای 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 به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 کارکنان یگان ویژه استان همدان بوده است. در این بررسی، منظور از بهبودی وجود تفاوت معنی‌دار بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت عمومی و منبع کنترل بود که می‌تواند نشان‌دهنده افزایش سلامت روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل آزمودنی‌ها باشد.

### روش‌های آماری پژوهش

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

روش‌های آمار استنباطی: آزمون t مقایسه دو گروه مستقل، ضریب همبستگی

پیرسون.

همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA)، حاکی از آن است که تحصیلات هر دو گروه با شیوه هیجانی مقابله، ارتباط معناداری دارد. به این معنا که همکاران دارای سواد کم یعنی آن‌هایی که تحصیلات دانشگاهی ندارند در مقابله با مشکلات بیشتر دچار حالات هیجانی مانند، خشم، عصبانیت و... می‌شوند. لازم به ذکر است که بین میانگین‌های تحصیلات با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای، ارتباط معناداری مشاهده نشد. در ضمن، بین میزان سختی کار و مقیاس‌های مذکور نیز ارتباط معناداری حاصل نگردید. لیکن بین وضعیت خانوادگی و مقیاس‌های اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی، افسردگی و جمع کل مقیاس‌های سلامت عمومی و همچنین شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار ارتباط معناداری به دست آمد؛ به این معنا که همکاران دارای تحصیلات بالا نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های مذکور کسب نمودند؛ به عبارت دیگر، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی کم‌تری در مقایسه با دیگر همکاران نشان دادند و در کل از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. در ضمن، در هنگام مقابله با مشکلات بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند. جداول ۱ و ۲ و ۳ و ۴ که بیانگر توضیحات فوق می‌باشند، به ترتیب در صفحات بعدی ترسیم شده‌اند.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح تحصیلات در سه گروه دیپلم و فوق‌دیپلم و لیسانس و بالاتر با مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

احتمال F	نسبت F	MS میانگین مجذورات	SS مجموع مجذورات	درجه آزادی D.F	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 ۲:** نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح سختی کار با مقیاس‌های سلامت روان، منبع

کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

احتمال F	نسبت F	MS میانگین مجذورات	SS مجموع مجذورات	درجه آزادی D.F.	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 ۳:** نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) بین وضعیت خانوادگی و مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه

مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

احتمال F	نسبت F	MS میانگین مجذورات	SS مجموع مجذورات	درجه آزادی D.F	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 ۴:** میانگین، انحراف استاندارد، خطای استاندارد، سطح معناداری و مقدار t به دست آمده بین دو گروه در مقیاس‌های

سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

مقدار t به دست آمده	سطح معناداری	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	مقیاس‌ها
۰/۶۶۸	۰/۴۳	۰/۳۵۵	۴/۵۸۸۸	۵/۵۶۸۹	گروه اول	A نشانیگان جسمانی
		۰/۸۵۹	۴/۲۰۸	۵/۱۶۶۷	گروه دوم	
*۰/۰۳۶	۲/۱۶	۰/۴۵۹	۵/۹۲۹	۶/۵۷۴۹	گروه اول	B نشانیگان اضطرابی
		۰/۶۶۴	۳/۲۵۳	۴/۸۳۳۳	گروه دوم	
*۰/۰۰۱	۳/۵۴	۰/۶۲۸	۸/۱۱۲	۷/۷۷۸۴	گروه اول	C کارکرد و کنش اجتماعی
		۰/۴۹۱	۲/۴۰۴	۴/۹۵۸۳	گروه دوم	
*۰/۰۲۱	۲/۳۷	۰/۶۸۰	۸/۷۸۳	۵/۷۱۲۶	گروه اول	D نشانیگان افسردگی
		۰/۷۸۵	۳/۸۴۸	۳/۲۵۰۰	گروه دوم	
*۰/۰۴۴	۲/۰۸	۱/۱۲۶	۱۴/۵۵۳	۲۳/۴۷۳۱	گروه اول	جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی
		۲/۲۶۰	۱۱/۰۷۳	۱۸/۲۰۸۳	گروه دوم	
۰/۹۰۷	-۰/۱۲	۰/۳۴۲	۴/۴۲۰	۹/۰۸۹۸	گروه اول	I مقیاس توانایی درونی
		۰/۹۴۰	۴/۶۰۶	۹/۲۰۸۳	گروه دوم	
۰/۴۳۹	-۰/۷۸	۰/۵۶۵	۷/۳۰۶	۱۹/۹۵۲۱	گروه اول	C مقیاس اعتقاد به شانس

		۱/۶۶۸	۸/۱۷۰	۲۱/۳۳۳۳	گروه دوم	
۰/۹۸۹	۰/۰۱	۰/۵۵۹	۷/۲۱۸	۱۹/۵۲۶۹	گروه اول	P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند
		۱/۸۷۸	۹/۱۹۸	۱۹/۵۰۰۰	گروه دوم	
۰/۹۰۵	۰/۱۲	۰/۱۴۸	۱/۹۱۸	۳/۲۵۵۵	گروه اول	شیوه جسمانی سازی مقابله
		۱/۳۵۳	۱/۷۳۲	۳/۲۹۱۷	گروه دوم	
۰/۶۳۰	۰/۴۹	۰/۱۳۲	۱/۷۱۰	۳/۶۵۸۷	گروه اول	شیوه هیجانی مقابله
		۰/۳۹۰	۱/۹۱۱	۳/۴۵۸۳	گروه دوم	
*۰/۰۰۳	۳	۰/۰۸۶	۱/۱۰۷	۰/۴۵۵۱	گروه اول	مقابله مسأله مدار
		۰/۰۶۹	۰/۳۳۸	۰/۱۲۵۰	گروه دوم	
۰/۵۷	۰/۵۶	۰/۲۶	۳/۴۱	۷/۲۹	گروه اول	جمع کل مقیاس شیوه مقابله
		۰/۶۵	۳/۲۰	۶/۸۷	گروه دوم	

\*  $P < 0.01$

لازم به ذکر است که جهت محاسبه روش های آماری از نرم افزار کامپیوتری SPSS استفاده گردید.

## یافته ها:

همان طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، در گروه آزمایشی (گروهی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفته‌اند) بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد. به این ترتیب که در موقعیت پس‌آزمون میزان نمرات به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. به طوری که نتایج آزمون t دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه کاملاً معنادار است. به این 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 (نارساکنش‌وری 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.

جدول ۵- نتایج آزمون t دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سلامت عمومی

مقیاس علائم جسمانی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۸/۶۶	۳/۴۹	۰/۹۳	۰/۰۱
	پس آزمون	۵/۶۴	۳/۶۲	۰/۹۷	
گروه کنترل	پیش آزمون	۹/۶۰	۴/۲۷	۱/۱۰	
	پس آزمون	۱۰/۴۰	۵/۳۸	۱/۳۹	
مقیاس اضطراب و بی‌خوابی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۱۰/۵۳	۴/۹۶	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۷۱	۳/۷۰	۰/۹۹	
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۲/۶۰	۳/۲۹	۰/۸۵	
	پس آزمون	۱۱	۴/۱۰	۱/۰۶	
مقیاس کنش و کارکرد اجتماعی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۹/۸۰	۴/۲۲	۱/۱۳۰	۰/۱
	پس آزمون	۶/۴۲	۵/۶۱	۱/۵۰	

مقیاس افسردگی و خودکشی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه کنترل					
پیش آزمون	۱۰/۹۳	۳/۹۷	۱/۰۲		
پس آزمون	۹/۴۰	۴/۰۵	۱/۰۴		
گروه آزمایشی					
پیش آزمون	۱۱/۲۰	۵/۹۳	۱/۵۸		
پس آزمون	۴/۶۴	۴/۷۴	۱/۲۶	-۳/۲۷	۰/۰۰۳
گروه کنترل					
پیش آزمون	۱۸/۷	۲۰/۲۸	۵/۲۴		
پس آزمون	۱۰/۷۳	۵/۲۴	۱/۳۵		
نمره کل					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی					
پیش آزمون	۳۹/۶۰	۱۴/۲۸	۳/۸۱		
پس آزمون	۲۲/۴۲	۱۴/۶۸	۳/۹۲	-۳/۶۱	۰/۰۰۱
گروه کنترل					
پیش آزمون	۴۵/۵۳	۱۰/۸۵	۲/۸۰		
پس آزمون	۴۲/۲۰	۱۴/۷۸	۳/۸۱		

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. به این 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 به‌طور نسبی کاهش اندکی را در میزان نمرات ایجاد کرده است ولیکن 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 ۶- 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 عامل درونی						
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری	
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۹/۲۰۰	۴/۲۱	۱/۱۲	۰/۱۰	
	پس آزمون	۷	۴/۶۲	۱/۲۳		
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۰	۴/۴۲	۱/۱۴		
	پس آزمون	۱۰/۷۳	۶/۹۱	۱/۷۵		
مقیاس افراد قدرتمند						
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t		معناداری
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۳/۲۰	۶/۵۶	۱/۷۵	۰/۰۵	
	پس آزمون	۲۱/۷۸	۷/۹۹	۲/۱۳		
گروه کنترل	پیش آزمون	۲۴/۸۰	۳/۴۰	۰/۸۸		
	پس آزمون	۲۶/۷۳	۵/۶۳	۱/۴۵		
مقیاس عامل شانس						
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t		معناداری
گروه آزمایشی	پیش آزمون	۲۲/۲۶	۵/۹۹	۱/۶۰	۰/۱	
	پس آزمون	۲۴/۵۷	۶/۱۹	۱/۶۵		

					گروه کنترل
		۱/۳۷	۵/۳۳	۲۲/۵۳	پیش آزمون
		۱/۹۴	۷/۵۱	۲۰/۴۰	پس آزمون

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 کنش وری اجتماعی) کاملاً معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

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 به‌عنوان مهارت‌های زندگی در این دوره آموزشی آموختند و پیرامون آن، تمرین و فعالیت گروهی انجام دادند، توانسته است تا حدود نسبتاً زیادی بر جنبه‌های گوناگون زندگی آنان به ویژه بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی‌شان 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 نظرخواهی 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. به‌خصوص این که با فعالیت‌های گروهی، شور و هیجان بیشتری ایجاد خواهد شد. به این ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های 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، به طوری که بین مقیاس‌های سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. این بدان معناست که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین، بین مقیاس‌های منبع کنترل و انواع شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی 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؛ به طوری 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.

نکته قابل توجه دیگر این بود که در هر دو پرسشنامه، بین مقیاس‌ها ارتباط کاملاً معناداری مشاهده گردید، به طوری که ضرایب همبستگی قابل قبول و رضایت‌بخشی به‌خصوص در آزمون سلامت عمومی، به دست 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.

همانگونه که یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهند، آموزش مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت حل مسأله بر افزایش سلامت روانی به‌خصوص کاهش میزان اضطراب و افسردگی مؤثر است. به این ترتیب نتایج پژوهش نشانگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش سلامت روان به‌خصوص 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 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 به‌طور همزمان بر سلامت روان مورد بررسی قرار گرفته است. در حالی که در پژوهش‌های دیگر 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. به‌طوری که تأثیر انواع دیگر مهارت‌های زندگی نیز بر سلامت روان به اثبات رسیده است. به‌خصوص 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.

بررسی تحقیقات «تلادو 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» (۱۹۸۴) به نقل از کادیشن و همکاران (۲۰۰۱) آموزش مهارت‌های زندگی را بر درونی‌تر شدن منبع کنترل مجرمان مؤثر ارزیابی کردند. «هامبورگ» (۱۹۹۰) به نقل از «موت و همکاران» (۱۹۹۹) آموزش مهارت‌های اجتماعی را که زیر مجموعه مهارت‌های زندگی هستند، بر ایجاد منبع کنترل درونی مؤثر دانست. «شاپ و کوپلند» (۱۹۹۳) معتقد هستند که توانایی در مهارت قاطعیت در نه گفتن - به‌عنوان یک مهارت زندگی - با منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد.

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.

بنابراین، با توجه به نهایت سعی و تلاش پژوهشگر جهت کنترل عوامل مداخله‌گر و محدودیت‌های پژوهش، می‌توان گفت آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند موجب افزایش سلامت روان همکاران در نیروی انتظامی و نیز تا حدودی درونی‌تر شدن منبع کنترل آنان گردد. به این ترتیب به جهت اهمیت علم مهارت‌های زندگی در کلیه ابعاد حیاتی انسان ضرورت آگاهی از آن برای کلیه افراد در هر موقعیت و

شرایط و به‌کارگیری اصول اساسی آن در جهت ایجاد زندگی سالم، مفید و رو به تکامل آشکار می‌گردد. 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 به‌عنوان 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. به این ترتیب پژوهش وسیع و همه‌جانبه در این زمینه و به‌کارگیری آن در تمامی ابعاد ضروری به نظر می‌رسد. به‌خصوص به‌کارگیری و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در یگان‌ها و واحدهای نیروی انتظامی و یا از طریق رسانه‌های گروهی به‌صورت برگزاری کارگاه‌های آموزشی در جهت بالا بردن سطح آگاهی همکاران در این زمینه و افزایش مهارت‌های آنان، اثرات مثبت و مفیدی را به دنبال خواهد داشت.

### تشکر و قدردانی:

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از همکاری صمیمانه فرمانده محترم یگان ویژه استان همدان جناب سرهنگ محمد مراد حسن‌آبادی، ریاست محترم عقیدتی سیاسی حاج آقا محمدخواه، ریاست محترم حفاظت اطلاعات جناب سروان ابوالفتح اخوان و کلیه کارکنان و عزیزانی که ما یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

### منابع

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

Nicol. M. M; Robertson, L; Connaughton J. A. (2000). "Life skills programs for chronic mental illnesses. (cochrane Review)" The cochrane Library. Issue 2. Oxford: update software. (ISSN 1464- 780 X).

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.

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.

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.

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.

Albertyn. R.M. ;Kapp. C.A' GrOenewald. 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.

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.

Botvin. G.J.:Kantor. L.W.(2000)."Preventing alcohol and tabacco use through life skills training". Journal of Alcohol research & health, 24 (4), 8-250.

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.

Moote. Jr. G; smyth. N.J; wodarski. J. (1999). "Social skills traniing with youth in school settings: A review". Research on social work practice. 9 (4). 39-427.

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.

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.

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

Darden. C. A.; "Ginter. E. J. (1996). "life skills development scale-adolescence form"Journal of mental health counseling 18 (2). 22- 142.