

# آموزش مهارتهای زندگی برای کاهش افسردگی

## Training Life Skills for Decreasing Depression

Ali Amiri Baramkoochi

M. A. in Psychology of Exceptional Children

علی امیری برمکوهی

کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

### Abstract

The effectiveness of life skills training in relieving depression was examined. Sixty two female students in grade nine were randomly selected and assigned to an experimental or a control group. Biweekly, the experimental group received life skills training sessions of two hours, for 12 weeks. The both groups completed the Children Depression Scale (Lang & Tisher, 1983) before and after the training. The results of ANCOVA posited that life skills training significantly decreased symptoms of depression: social problems, and mental preoccupation with illness and death. However there were no significant difference between the two groups in terms of affective response, feelings of guilt, self esteem and pleasure. It appears that a complete treatment of symptoms requires a more extensive training.

**Key words:** life skills, depression, school students.

Contact information : masuleh@gmail.com

### چکیده

پژوهش حاضر به مطالعه اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پرداخت. ۶۲ دختر دانش‌آموز سال سوم راهنمایی به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی هفته‌ای دو بار و طی ۱۲ جلسه دو ساعته، مهارتهای زندگی را آموزش دیدند. هر دو گروه، مقیاس افسردگی کودکان (لانگ و تیشر، ۱۹۸۳) را قبل و بعد از آموزش تکمیل کردند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی، نشانه‌های افسردگی، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ را به گونه‌ای معنادار کاهش می‌دهد، اما از لحاظ پاسخ عاطفی، احساس گناه، حرمت خود و خوشی و لذت بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. بنابراین به نظر می‌رسد برای بهبود کامل نشانه‌ها به دوره‌های طولانی‌تر آموزش نیاز است.

**واژه‌های کلیدی:** مهارتهای زندگی، افسردگی، دانش‌آموزان.

received : 4 Aug 2008

دریافت : ۸۷/۵/۱۳

accepted : 21 June 2009

پذیرش : ۸۸/۳/۳۱

## مقدمه

در حال حاضر افسردگی<sup>۱</sup> چهارمین بیماری شایع در جهان محسوب می‌شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHO) ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع در جهان بدل شود (قایم محمدی، ۱۳۸۳).

افسردگی را به دلیل میزان گستردگی و شیوع در بین مراجعان روان‌پزشکی و روان‌شناسی، سرماخوردگی روانی نامیده‌اند (زلیگمان<sup>۳</sup>، ۱۹۷۵ نقل از مهریار، ۱۳۸۲). شیوع نسبتاً بالای افسردگی در کودکان و نوجوانان نیز (۱۳٪ در جمعیت بالینی و ۳۵٪ در جمعیت غیر بالینی؛ پترسن، کامپس، بروکس‌گان، استیمر و گرانت، ۱۹۹۳) که به ایجاد اختلال در کنش‌وری اجتماعی، تحصیلی، حرفه‌ای و غیره منجر می‌شود، توجه خاصی را از سوی متخصصان به خود جلب کرده است (اهرنبرگ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱؛ بندورا<sup>۵</sup>، بیچر<sup>۶</sup> و لایونسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲ نقل از موریس، اشمیت و رندمیسترز، ۲۰۰۱). براساس شواهد تجربی، افسردگی پیش‌بالینی در نوجوانی به عنوان گسترده‌ترین مشکل در آسیب‌شناسی نوجوانی به شمار می‌آید و گزارش‌های مداوم از افزایش نرخ خودکشی نوجوانان، به نگرانیها در این زمینه دامن می‌زنند. بررسی‌هایی که در خلال دهه ۱۹۸۰ انجام شدند، نشان دادند که بسیاری از کودکان منظومه‌ای از حالت‌های افسردگی شدید را که به مشکلات دیگر نسبت دادنی نیست، تجربه می‌کنند که از آن میان می‌توان به کاهش فعالیت، تصور منفی از خود، انزوای اجتماعی و افکار خودکشی<sup>۸</sup> اشاره کرد (شوارتز<sup>۹</sup>، ۱۹۸۵؛ کازدین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰ نقل از دادستان، ۱۳۸۰). شواهد حاکی از آنند که در بسیاری از موارد هر چند حالت‌های کودک و نوجوان به‌طور دقیق با ضوابط افسردگی، در معنای بزرگسالی آن، مطابقت ندارند اما مبین سطوح زیر آستانه‌ای مشکلات خلقی هستند که

سرآغاز افسردگی در سال‌های آتی به حساب می‌آیند (دادستان، ۱۳۸۰).

به طور کلی، شاهد افزایش چشمگیر فراوانی افسردگی در خلال نوجوانی هستیم. این امر را می‌توان به چالش‌های پیش روی نوجوان در این وهله، مانند مواجهه با تغییرات جسمانی و روانی ناشی از بلوغ، دستیابی به هویت، استقلال‌طلبی و جز آن و محدودیت ظرفیتهای برخی از نوجوانان در غلبه بر این چالشها نسبت داد (دادستان، ۱۳۸۰). از سوی دیگر، برخلاف بسیاری از پدیده‌های تحولی، افسردگی کودکی و نوجوانی یک پدیده گذرا که در طی دوره تحول بهبود یابد، نیست بلکه ابتلا به افسردگی در سال‌های اولیه زندگی پیش‌بینی‌کننده شدت و تداوم افسردگی در بزرگسالی است و چنانچه عوامل مؤثر در ایجاد آن بدون مداخله بمانند، عوارض بعدی نیز غیر قابل اجتناب خواهند بود (چهاردولی، ۱۳۸۲).

چندین دهه تلاش پژوهشگران در زمینه علت‌شناسی اختلال‌های عاطفی و خلقی دوره نوجوانی به شناسایی عوامل متعددی منجر شده است که از آن میان می‌توان به ضعف برخی از مهارت‌های زندگی از جمله مهارت‌های اجتماعی در این افراد اشاره کرد. ویس و آلیسون (۲۰۰۴)، کمبود مهارت‌های اجتماعی لازم برای کسب تقویت از محیط اجتماعی در بیماران افسرده را به عنوان عامل افسرده‌ساز دانسته‌اند. برای مثال، فلمینگ، آفورد و بویل (۱۹۸۹) معتقدند، مشکلات عاطفی کودکان و نوجوانان افسرده باعث می‌شوند تا از پیشقدم‌شدن در برقراری روابط اجتماعی پرهیز کنند یا به دعوت همسالان پاسخ منفی دهند و آنها را از خود دور کنند. در چنین موقعیتی کودکان افسرده اغلب نادیده گرفته شده و یا از سوی همسالان طرد می‌شوند که نتیجه چنین وضعیتی کاهش قابل توجه فرصت‌های اجتماعی است. این محدودیت به نوبه خود موجبات انزوا<sup>۱۱</sup> و مشکلات عاطفی بیشتر را فراهم می‌کند. به‌طور کلی، بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی مانند

1. depression  
2. World Health Organization  
3. Zeligman, M.  
4. Ehrenberg, R.  
5. Bandura, A.

6. Beecher, D.  
7. Lowinson, R.  
8. suicide  
9. Schwartz, S.  
10. Kazedin, A. E.

11. solitude

روی آورد آموزشی هم برای مداخله‌های گروهی و هم فردی، مناسب است (نلسون<sup>۶</sup> و جونز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲ نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه‌های افزایش سلامت روانی و جسمانی، تقویت اعتماد به نفس و احترام به فرد، کمک به تقویت ارتباط بین فردی، پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی، کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش افت تحصیلی مؤثر بوده است (طارمیان، ماهجویی و فتحی، ۱۳۷۸؛ قاسم‌زاده، ۱۳۸۴؛ نیک‌پرورفرد، ۱۳۸۴).

آموزش مهارت‌های زندگی به صورت کارگاهی و مبتنی بر روش‌های مشارکتی انجام می‌گیرد. این روشها با انجام تمرین‌های لازم و کافی منجر به ایجاد آگاهی و تغییر بازخوردها و رفتارهای افراد می‌شوند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۴). طبق نظریه ریکساج<sup>۸</sup> (۱۹۹۶ نقل از مرادی، ۱۳۸۱) برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی شامل بحث‌های گروهی است که موقعیت مناسبی را برای کسب مهارت‌های ارتباطی و تعامل با دیگران فراهم می‌کند و در واقع همکاری شرکت‌کنندگان با یکدیگر موجب افزایش توانایی آنها در رفتارهای بین فردی و اثربخشی بیشتر آموزشها می‌شود. براساس آنچه ذکر شد آموزش مهارت‌های زندگی، فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش و بازخوردهای خود را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. از آنجا که تحول شخصیت سالم و متعادل و شکوفایی استعداد نوجوانان در سایه توانبخشی روانی و اجتماعی آنان تحقق می‌یابد، این پژوهش در راستای توانمندسازی نوجوانان و با هدف درمان افسردگی و پیشگیری از تشدید اختلال در آنها صورت گرفت. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش آن است که آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش افسردگی نوجوانان می‌شود. افزون بر این انتظار می‌رود آموزش این مهارتها به کاهش مشکلات عاطفی، مشکلات اجتماعی، اشتغال ذهنی درباره بیماری و مرگ و احساس گناه منجر شود

افسردگی، اعتیاد به الکل<sup>۱</sup>، بزهکاری<sup>۲</sup>، مشکلات بین فردی<sup>۳</sup>، تنهایی، روان‌گسیختگی<sup>۴</sup> و ... با ضعف در مهارت‌های زندگی و برقراری ارتباط اجتماعی رابطه دارند (سگرین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵ نقل از کیامقدم، ۱۳۷۸). هانتر<sup>۶</sup>، گبوی<sup>۷</sup> و کارول<sup>۸</sup> (۱۳۷۸) مهارت‌های زندگی را راه رسیدن به سبک زندگی جدیدی می‌دانند که با آموختن آنها می‌توان زندگی موفق‌تری را تجربه کرد. مهارت‌های زندگی، مهارتهایی شخصی و اجتماعی‌ای هستند که کودکان و نوجوانان با یادگیری آنها قادر خواهند بود در مورد خود، انسانهای دیگر و کل اجتماع به طور مؤثرتر و شایسته‌تری عمل کنند (نیک‌پرورفرد، ۱۳۸۴). طبق نظر بوتوین و کانتور (۲۰۰۷) مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های خود نظاره‌گری<sup>۹</sup> و مهارت‌های اجتماعی هستند. مهارت‌های خودنظاره‌گری فردی، توانایی تصمیم‌گیری<sup>۱۰</sup> و حل مسئله<sup>۱۱</sup>، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آنها، مقابله با اضطراب و افسردگی، خشم و ناکامی، تعیین هدف، خود-رهبری<sup>۱۲</sup> و خودتقویت‌دهی<sup>۱۳</sup> را شامل می‌شوند. مهارت‌های اجتماعی نیز یک بخش دیگر از مهارت‌های زندگی است که برقراری ارتباط اجتماعی، مهارت ابراز وجود<sup>۱۴</sup> کلامی و غیرکلامی، احترام گذاشتن و افزایش شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان را در بر می‌گیرند.

کلینگمن<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۸ نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱) بر اهمیت مهارت‌های زندگی در زمینه‌هایی مانند برقراری ارتباط صمیمانه، موفقیت در مسائل تحصیلی و شغلی و کاهش رفتارهای خودتخریب‌گری تأکید کرده است. آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مبتنی بر مهارت‌های مربوط به گسترش توانایی‌هایی است که نسل جوان را برای برخورد مؤثر با نیازها و چالش‌های زندگی روزمره به ویژه در زمینه بهداشت جسمانی، عاطفی و اجتماعی توانمند می‌سازد (صفرزاده، ۱۳۸۲). آموزش مجموعه مهارت‌های زندگی دارای هدف‌های پیشگیرانه، مهار و مدیریت مشکلات است و همانند یک

1. alcoholism  
2. delinquency  
3. inter-personal  
4. schizophrenia  
5. Sogerin, Y.  
6. Hanter, F.

7. Gabooy, G.  
8. Karol, H.  
9. self-monitoring  
10. decision-making  
11. problem-solving  
12. self direction

13. self reinforcement  
14. assertiveness  
15. Kelingman, H. J.  
16. Nelson, H.  
17. Jones, F.  
18. Reixach, P.

شد. از جامعه دانش‌آموزان دختر سوم راهنمایی شهر قزوین در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ نمونه‌ای به حجم ۶۲ نفر به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و مقیاس افسردگی کودکان<sup>۱</sup> در بین تمامی دانش‌آموزان سال سوم آن مدرسه اجرا شد. سپس دانش-آموزانی که نمره آنان در دامنه (۹۶-۱۴۰) قرار داشت،

و احساس خوشی، لذت و حرمت خود را در دانش‌آموزان افزایش دهد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه‌های نامعادل انجام

جدول ۱.

محتوای آموزشی دوره آموزشی مهارت‌های زندگی

جلسه‌ها	نام فعالیت	هدف
اول	توضیح مقدماتی پیرامون اهمیت فعالیت گروهی و مهارت‌های زندگی برای ورود به زندگی بزرگسالی	
دوم	انجام حرکات کار به صورت گروهی تصاویر روی بلوز	ایجاد جو مثبت و شکستن سردی بین اعضا آموزش و همکاری با یکدیگر در گروه پی‌بردن و به نمایش گذاردن نکات قوت شخصی
سوم	آیا تصویری به دست آورده‌اید؟ مصاحبه‌ای درباره من (جلسه اول) تصویری از بدن	پی‌بردن به مسائلی که مورد علاقه نیست، هدفهایی که در آینده دارند پی‌بردن به خصیصه‌های مثبت افراد بالا بردن سطح دانسته‌ها از وضعیت بدن
چهارم	مصاحبه‌ای درباره من (جلسه دوم) شناخت مهارت‌ها	پی‌بردن به خصیصه‌های مثبت افراد پی‌بردن به مهارت‌های شغلی
پنجم	آشنایی با ارتباط پلها و موانع	پی‌بردن به اینکه ارتباط چیست و چه چیزی آن را مؤثر می‌سازد شناخت شیوه‌های مثبت و منفی برقراری ارتباط
ششم	انتخاب دقیق کلمات زبان بدن خوب گوش کردن قاطعیت در رفتار	تمرین آشنایی با چگونگی بیان کردن احساسهای خود پی‌بردن به اینکه زبان بدن چیست نشان دادن اهمیت شنونده خوب بودن و یادگیری مهارت‌های لازم پی‌بردن به اختلاف بین رفتار قاطع، تهاجمی و فعل‌پذیر
هفتم	بررسی میزان قاطعیت در خود امتناع از آنچه نمی‌خواهید	برآورد میزان قاطعیت ایفای نقش رفتارهای قاطع برای رد درخواستها
هشتم	بیان نظر خود	آموزش بیان نظر خود همراه با ایفای نقش و ارائه مثال
نهم	آموزش مهارت نه گفتن	آموزش مهارت نه گفتن همراه با ایفای نقش و ارائه مثال
دهم	آشنایی با تصمیم‌گیری سه مرحله برای تصمیم‌گیری خوب	آشنایی با تصمیم‌گیری یادگیری یک الگو برای تصمیم‌گیری مؤثر
یازدهم	تمرین تصمیم‌گیری	تمرین به کاربردن الگوی تصمیم‌گیری
دوازدهم	پیش‌بینی عواقب مبارزه با تأثیرات / پیگیری هدف	آموزش مفهوم معادله تصمیم شما + تأثیر دیگران = رفتار شما تمرین ایستادگی در برابر تأثیرات و پیگیری هدف
سیزدهم	پس‌آزمون	

آلفا برای ۶۶ ماده برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. گلزاری (۱۳۶۹) نیز در پژوهش خود روایی را از طریق همبستگی زیرمقیاسها با کل آزمون، ۰/۹۶ و اعتبار آن را از طریق آزمون مجدد با فاصله زمانی ۶ هفته، ۰/۸۲ گزارش کرده است.

برنامه آموزشی مهارتهای زندگی (هانتر و دیگران، ۱۳۷۸) شامل آموزش مهارتهای خودشناسی<sup>۱۱</sup>، ارتباط<sup>۱۲</sup> و ابراز وجود، مهارتهای تصمیم‌گیری و حل مسئله است. در آموزش مهارتهای زندگی انواع مختلف فنون از جمله ایفای نقش<sup>۱۳</sup>، نمایش<sup>۱۴</sup>، کار گروهی<sup>۱۵</sup>، سخنرانی<sup>۱۶</sup> و ... به کار رفته است (جدول ۱).

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استانداردهای دو گروه پژوهش در پیش‌آزمون در جدول ۲ منعکس شده است. به منظور اطمینان نسبت به برابری میانگینهای دو گروه در پیش‌آزمون از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهند که به غیر از زیرمقیاس حرمت خود که گروه گواه میانگین بیشتری

انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ۱۳ جلسه ۲ ساعته هفته‌ای دو بار آموزش دیدند. پس از آموزش مهارتهای زندگی نیز همه دانش‌آموزان گروههای آزمایشی و گواه آزمون افسردگی را تکمیل کردند.

مقیاس افسردگی کودکان (لانگ و تیشر، ۱۹۸۳) دارای ۴۸ گویه منفی و ۱۸ گویه مثبت است. مقیاس منفی از زیرمقیاسهای پاسخ عاطفی<sup>۱</sup>، مشکلات اجتماعی<sup>۲</sup>، فقدان حرمت خود<sup>۳</sup>، اشتغال ذهنی در مورد مرگ و بیماری<sup>۴</sup>، احساس گناه<sup>۵</sup> و زیرمقیاس مثبت از لذت و خوشی<sup>۶</sup> تشکیل شده است. این مقیاس برای کودکان و نوجوانان ۹-۱۶ ساله که توانایی فهم مواد مقیاس را داشته باشند، قابل استفاده و به صورت انفرادی و گروهی قابل اجرا است. در مطالعه تونکین<sup>۷</sup> و هوارسون<sup>۸</sup> (۱۹۸۹ نقل از کیامقدم، ۱۳۷۸) ضریب آلفای کل مقیاس ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی برابر با ۰/۷۴ گزارش شده است. در مطالعه نیت<sup>۹</sup> (۱۹۸۸ نقل از چهاردولی، ۱۳۸۲) ضریب آلفا برای نمره افسردگی و لذت و خوشی به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۸۴ و در مطالعه هواردباس<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۲ نقل از گلزاری، ۱۳۶۹) ضریب

جدول ۲.

میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه تحلیل واریانس نمره کل افسردگی و زیرمقیاسهای آن در پیش‌آزمون

مقیاسها	گروه آزمایشی		گروه گواه		F	P
	SD	M	SD	M		
افسردگی کل	۱۴/۰۰	۱۰۹/۲۲	۱۲/۱۲	۱۰۹/۵۴	۰/۲۶۳	۰/۶۱۰
پاسخ عاطفی	۴/۳۶	۲۷/۱۹	۴/۹۶	۲۶/۳۲	۰/۱۲۹	۰/۷۲۱
مشکلات اجتماعی	۳/۵۴	۳۰/۳۸	۴/۴۰	۳۰/۶۱	۰/۳۳۲	۰/۵۶۶
حرمت خود	۴/۳۱	۲۷/۷۷	۴/۲۸	۲۸/۹۰	۴/۹۳	۰/۰۳*
اشتغال ذهنی / بیماری / مرگ	۳/۱۲	۲۲/۵۸	۴/۵۶	۲۳/۱۶	۰/۱۵۸	۰/۶۹۲
احساس گناه	۴/۰۵	۲۸/۰۶	۴/۶۷	۲۳/۳۸	۰/۰۳۹	۰/۸۴۴
لذت و خوشی	۴/۰۸	۲۷/۷۴	۵/۶۹	۲۶/۸۰	۰/۲۶۳	۰/۶۱۰

\*P < ۰/۰۵.

1. affective response
2. social problems
3. self esteem
4. preoccupation with illness and death
5. feelings of guilt
6. pleasure

7. Tonkin, H. A.
8. Howarson, P. H.
9. Niete, P.
10. Howardbos, J. M.
11. autognosis
12. communication

13. role playing
14. drama
15. team work
16. lecture



افسردگی از لحاظ آماری معنادار نبود ( $F=3/13$ ,  $P<0/05$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله آموزش مهارت‌های زندگی به کاهش نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان منجر شده است. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس برای زیرمقیاس‌های افسردگی در جدول ۳ منعکس شده است.

نسبت به گروه آزمایشی به دست آورده است بین میانگین‌های پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

تفاوت دو گروه در نمره کل افسردگی پس از آموزش مهارت‌های زندگی با تحلیل کوواریانس بررسی شد و اثر گروه یا مداخله ( $F=6/63$ ) در سطح کمتر از  $0/05$  معنادار به دست آمد اما اثر پیش-آزمون برای نمره کل

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و خلاصه تحلیل کوواریانس زیرمقیاس‌های افسردگی در دو گروه

متغیرها	گروه آزمایشی		گروه کنترل		F
	SD	M	SD	M	
پاسخ عاطفی	۵/۰۷	۲۴/۹۶	۴/۶۵	۲۴/۹۶	۰/۹۳
مشکلات اجتماعی	۳/۸۸	۲۸/۸۰	۴/۶۲	۲۸/۸۰	۲۶/۲*
اشتغال ذهنی بیماری/مرگ	۵/۲۳	۲۹/۰۳	۵/۵۴	۲۹/۰۳	۵/۴۸*
احساس گناه	۳/۴۰	۲۳/۳۵	۵/۱۸	۲۳/۳۵	۱/۹۳
حرمت خود	۴/۹۷	۲۷/۳۲	۴/۹۲	۲۷/۳۲	۲/۷۷
لذت و خوشی	۳/۹۸	۲۶/۶۱	۵/۰۵	۲۶/۶۱	۱/۸۱

توجه: اثر پیش‌آزمون‌های مشکلات اجتماعی ( $F=71/9$ )، احساس گناه ( $F=153/3$ )، حرمت خود ( $F=6/31$ )

\* $P<0/05$ .

و خوشی لذت ( $F=4/11$ ) از لحاظ آماری معنادار بود.

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی، نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. این یافته با یافته‌های موت، اسمیت و ودارسکی (۱۹۹۹)؛ ردون (۱۹۹۶)؛ لاسه<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) نقل از اسماعیلی، (۱۳۸۳)؛ تامپسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) نقل از باپیری، (۱۳۷۶)؛ رید (۱۹۹۴)؛ بوتوین و کانتور (۲۰۰۷)؛ پوپنهاگان و کوالی (۲۰۰۷)؛ طارمیان و دیگران (۱۳۷۸) و مرادی (۱۳۸۱) همسو است. به نظر می‌رسد، اجرای برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی با ایجاد تغییراتی در بازخورد<sup>۳</sup>، گرایش‌های رفتاری<sup>۴</sup>، احساس خودکارآمدی<sup>۵</sup> و کفایت فردی<sup>۶</sup> دانش-آموزان و تأثیر بر آمادگی رفتاری آنان منجر به تغییر

اثر پیش‌آزمون در زیرمقیاس‌های پاسخ عاطفی و اشتغال ذهنی در مورد بیماری و مرگ (SD) معنادار نبود اما در زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی، احساس گناه (GL)، حرمت خود (SE) و خوشی و لذت (PE) معنادار بود. اطلاعات جدول ۳ همچنین نشان می‌دهند که اثر گروه یا مداخله در زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی (SP) و اشتغال ذهنی در مورد بیماری و مرگ (SD) در سطح کمتر از  $0/05$  معنادار است. ولی این اثر در زیرمقیاس‌های پاسخ عاطفی (AR)، احساس گناه (GL)، حرمت خود (SE) و خوشی و لذت معنادار نیست. بنابراین در مجموع می‌توان گفت روش مداخله موجب کاهش افسردگی کل، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ شده است اما تأثیری بر سایر مؤلفه‌های افسردگی نداشته است.

1. Laset, H.  
2. Tompson, R.

3. attitude  
4. behavioral tendencies

5. self - efficiency  
6. individual competency

احساس خوشی و لذت دانش‌آموزان منجر نشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به چند نکته اصلی اشاره کرد. نخست آنکه، بیشترین تأثیر مهارت‌های زندگی بر کاهش مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی نسبت به بیماری و مرگ قابل مشاهده است. بررسی محتوای آموزشی جلسه‌ها حاکی از آن است که اغلب فعالیت‌های این دوره آموزشی کمابیش به ابعاد مختلف مسایل اجتماعی پرداخته‌اند. به بیان دیگر اغلب فعالیت‌ها مانند شیوه‌های برقراری ارتباط مؤثر، آشنایی با شیوه‌های کلامی و غیرکلامی ارتباط، افزایش قاطعیت در رفتار و ... (جدول ۲) به افزایش کارآمدی فرد در روابط اجتماعی کمک کرده‌اند و کاهش مشکلات را در این حیطه به دنبال داشته‌اند. بهبود روابط اجتماعی و بهبود ارتباط با اطرافیان، فرد را از وضعیت ناراحت‌کننده انزوا و تنهایی خارج ساخته و از این راه از میزان اشتغال نسبت به افکار منفی مانند بیماری یا مرگ کاسته است. با این حال سهم مواد و فعالیت‌هایی که به طور مستقیم‌تری با سایر ابعاد و نشانه‌های افسردگی در ارتباط باشند، در این دوره آموزشی اندک بود و می‌توان انتظار داشت اگر محتوای آموزشی به طور اختصاصی‌تری تعریف شده بود، دوره آموزشی می‌توانست تأثیر چشمگیری بر نتایج سایر ابعاد بر جای گذارد.

دومین علت احتمالی عدم تأیید برخی از فرضیه‌های پژوهش را باید به کوتاه‌بودن دوره آموزشی نسبت داد. پیشنهاددهندگان آموزش مهارت‌های زندگی همواره بر لزوم تداوم آموزشها و تکرار و تمرین مهارت‌های آموخته شده تا حد تسلط کامل تأکید کرده‌اند. برای آنکه آموخته‌های افراد از حیطه دانسته‌های محض خارج شوند و در رفتار و عملکرد آنها در موقعیت‌های مختلف قابل مشاهده باشند باید راهی نسبتاً طولانی پیموده شود یا به عبارت دیگر، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی باید به صورت مداخله درازمدت تحقق یابد. مداخله‌های کوتاه‌مدت (مانند مداخله‌های چند هفته‌ای)، آثاری کوتاه‌مدت همانند ایجاد بازخورد یا تغییر بازخورد دربردارند. مداخله‌های میان

رفتارهای آزمودنیها و افزایش رفتارهای اجتماعی مناسب شده است.

افزون بر این، نتایج نشان دادند تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی تنها بر زیرمقیاسهای مشکلات اجتماعی، اشتغال ذهنی با بیماری خود و مرگ معنادار است و تأثیر قابل توجهی بر نتایج زیرمقیاسهای مشکلات عاطفی، احساس گناه، حرمت خود و احساس خوشی و لذت ندارد. این نتایج را می‌توان به طور خلاصه به صورت زیر بیان کرد: همسو با یافته‌های بلالوک<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) نقل از باپیری، (۱۳۷۶)، ردون (۱۹۹۶)، هانبورگ و آفورد (۲۰۰۸)، طارمیان و دیگران (۱۳۷۸)، مرادی (۱۳۸۱) و احمدی‌زاده (۱۳۷۳)، آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش قابل توجه مشکلات اجتماعی دانش‌آموزان شد.

این دوره آموزشی توانست اشتغال ذهنی نسبت به بیماری و مرگ را کاهش دهد که این یافته مؤید یافته‌های پژوهشگران پیشین (مانند: وودارسکی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷ نقل از احمدی‌زاده، ۱۳۷۳؛ اسپیکنس و هاوتونک، ۲۰۰۵؛ بوتوین و کانتور، ۲۰۰۷ و مرادی، ۱۳۸۱) است.

آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات عاطفی دانش‌آموزان بر جای نگذاشت. یافته‌های برخی از پژوهشهای پیشین نیز این یافته را تأیید می‌کنند (مانند: لوینسون، کلارک، هاپس و اندروس، ۱۹۹۰؛ موریس، ۲۰۰۸ و مرادی، ۱۳۸۱).

آموزش مهارت‌های زندگی میزان احساس گناه دانش‌آموزان را کاهش نداد این در حالی است که پژوهش‌های گذشته خلاف این یافته را به اثبات رساندند (برتون، ۱۹۹۹؛ گوین، ۲۰۰۱ و تامپسون، ۱۹۹۷).

شرکت در دوره آموزش مهارت‌های زندگی به افزایش سطح حرمت خود در دانش‌آموزان کمک نکرد. هانبورگ و آفورد (۲۰۰۸)، موریس (۲۰۰۸) و مرادی (۱۳۸۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند.

در نهایت، برخلاف یافته‌های پیشین (برای مثال، رید، ۱۹۹۴؛ ویچروسکی، ۲۰۰۰؛ طارمیان و دیگران، ۱۳۷۸ و اسماعیلی، ۱۳۸۳) آموزش مهارت‌های زندگی به افزایش

مدت (مانند مداخله‌های چند ماهه) بر گرایش‌های رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت اثر می‌گذارند و تنها از مداخله‌های طولانی‌تر یعنی مداخله‌هایی که چند سال به طول می‌انجامند، انتظار می‌رود که بر آمادگی رفتاری مؤثر باشند و در نتیجه تغییراتی در رفتارهای ناسالم و رفتارهای اجتماعی ایجاد کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۷۷). هانتر و دیگران (۱۳۷۸) نیز بر این باورند، لازمه تسلط بر موضوعهای مطرح شده در چهارچوب مهارت‌های زندگی آن است که شرکت‌کنندگان یک سال تمام آن را انجام دهند. اما حتی اگر طول مدت برنامه‌ای که اجرا می‌شود کوتاه باشد، برداشت اندک از طرح آموزش مهارت‌های زندگی نیز می‌تواند برای شرکت‌کنندگان مثمرتر باشد. بنابراین اگر بتوان برنامه مدوتی را طرح کرد که در قالب آن زمان کافی برای آموزش اجزای مختلف مهارت‌های زندگی فراهم شود و فرصت لازم در اختیار آزمودنیها قرار گیرد، به طور قطع شاهد تغییر معنادار رفتار افراد در حیطه‌های مختلف خواهیم بود.

در نهایت می‌توان شرایط نامناسب پژوهشی را علت عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار دانست. شرایط آموزش از عوامل مؤثر در آموزش موفق مهارت‌های اجتماعی است (آقاجانی، ۱۳۸۱). برای فراگیران، جلسه‌های ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای مناسب‌ترین طول مدت فعالیت شناخته می‌شود و آموزشها باید به طور مداوم و منظم حداقل هفته‌ای دو جلسه انجام شوند (صفرزاده، ۱۳۸۲). اما متأسفانه در این پژوهش به دلیل محدودیتهای موجود در عمل، کلاسها یکبار در هفته، به مدت ۱۲۰ دقیقه و دو ساعت بعد از اتمام ساعت‌های آموزش برگزار می‌شد.

بنابر آنچه گفته شد، عدم غنای محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی، کوتاه‌بودن طول دوره آموزشی و شرایط نامناسب آموزش، مهمترین محدودیتهای پژوهش به حساب می‌آیند که صحت و دقت نتایج را تحت تأثیر قرار داده‌اند. از سوی دیگر، این پژوهش در جامعه دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی شهر قزوین انجام شده است و در تعمیم نتایج آن به سایر مقاطع تحصیلی، دانش‌آموزان پسر و نیز دانش‌آموزان سایر شهرهای کشور باید جانب احتیاط را حفظ کرد.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر مناطق کشور انجام شود و در صورتی که نتایج یکسانی به دست آمد، از نتایج آن استفاده بیشتری به عمل آید. از جمله اینکه آموزش مهارت‌های زندگی در کنار سایر مسائل و برنامه‌های آموزشی، از سوی مسئولان مورد توجه و استفاده قرار گیرد.

## منابع

- آقاجانی، م. (۱۳۸۱). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء.
- احمدی‌زاده، م. ج. (۱۳۷۳). بررسی اثر آموزش مهارت‌های حل مسئله بر برخی از ویژگیهای شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه‌روزی بهزیستی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اسماعیلی، م. (۱۳۸۳). بررسی تاثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افزایش سلامت روان. پایان‌نامه دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- باپیری، ا. ع. (۱۳۷۶). بررسی اثر بخشی روش آموزش مهارت‌های گروهی حل مسئله در درمان نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- چهاردولی، ع. ن. (۱۳۸۲). بررسی میزان افسردگی در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان در سال تحصیلی ۷۶-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- دادستان، پ. (۱۳۸۰). روان‌شناسی مرضی تحولی (جلد اول). تهران: سمت.
- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۷). برنامه آموزش مهارت‌های زندگی. ترجمه ر. نوری قاسم‌آبادی، پ. محمدخانی. تهران: انتشارات واحد بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد، سازمان بهداشت جهانی.
- صفرزاده، م. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر برقراری ارتباط اجتماعی کارآمد در دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- طارمیان، ف.؛ ماهجویی، م. و فتیحی، ط. (۱۳۷۸). مهارت‌های



- ression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155 (4), 647- 654.
- Gavin, A. (2001).** The depression: Diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorder*, 45 (2), 31-39.
- Hanboorg, J. E., & Offord, D. (2008).** Evolution of subclinical depression in children using self-peer and teacher report measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46 (4), 271-282.
- Lang, P. H., & Tisher, F. (1983).** Mood latitude and personal depression among adolescents. *The American of Child, Adolescent Psychiatry*, 25 (8), 127-149.
- Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990).** Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Journal of Behavior Therapy*, 21 (6), 385-401.
- Moot, J. R. G., Smyth, N. J., & Wodarski, H. (1999).** Social skills training with youth in schools setting : A review. *Journal of Research on Social Work Practice*, 9 (4), 427-439.
- Morris, P. (2008).** Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in normal adolescent sample. *Journal of Personality and Individual Differences*, 41 (3), 334-348.
- Muris, P., Schmidt, H., & Rand Meesters, C. (2001).** Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 355-365.
- Peterson, A. C., Compass, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmer, M., & Grant, K. E. (1993).** Depression in adolescence. *Journal of American Psychologist*, 48 (3), 155-168.
- Popenhagen, M. P., & Qualley, R. M. (2007).** Adolescent suicide: Detection, intervention and prevention in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155 (4), 647- 654.
- زندگی. چاپ دوم، تهران : انتشارات تربیت.
- قاسم‌زاده، ف. (۱۳۸۴).** جزوه آموزشی برگزاری کارگاه در سازمان بهزیستی استان تهران. (چاپ نشده).
- قایم‌محمدی، و. (۱۳۸۳).** طراحی برنامه آموزشی جهت پیشگیری از ابتلا به افسردگی در معلمان شهرستان یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد بهداشت، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- کیامقدم، م. (۱۳۷۸).** بررسی رابطه بین افسردگی و خودپنداره گروهی دانش‌آموزان دختر و پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- گلزاری، م. (۱۳۶۹).** اعتبار و هنجاریابی تست افسردگی کودکان (CDS). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روان‌پزشکی تهران.
- مرادی، م. (۱۳۸۱).** بررسی سودمندی آموزش مهارت‌های زندگی (ارتباط بین فردی، حل مسئله، کنترل خشم، ابراز وجود) به دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران در بهبود وضعیت بهداشت روانی ایشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مه‌یار، ا. ه. (۱۳۸۲).** افسردگی برداشتها و درمان‌شناختی. تهران : انتشارات رشد.
- نیک‌پرور فرد، ر. (۱۳۸۴).** مهارت‌هایی برای زندگی (چاپ اول). تهران : انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان پیشگیری کشور.
- هاتر، ف.، گبوی، گ. و کارول، ه. (۱۳۷۸).** راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی. ترجمه ن. عبدالله‌زاده. تهران : صندوق کودکان سازمان ملل (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۳).
- Botvin, G. J., & Kantor. L. W. (2007).** Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Journal of Alcohol Research & Health*, 24 (4), 8-25.
- Breton, M. (1999).** Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (3), 7-27.
- Fleming, J. E., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989).** Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155 (4), 647- 654.

from www.Pubmed.com.

**Tompson, J. R. (1997).** Epidemiological study of the symptomatology of childhood depression in school age population. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (3), 111-128.

**Wais, T., & Alyson, J. B. (2004).** The impact of depression on social skills. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (4), 260-269.

**Wichroski, M. A. (2000).** Facilitating self-esteem and social supports in a family life skills program: *Journal of Women ad Social Work*, 15 (2), 257-277.

tion: *Journal of Professional School Counseling*, 4 (1), 6-30.

**Reddon, J. R. (1996).** Improvement in psychosocial adjustment for psychiatric: 16-week life skills education program in Demonnto, Canada. Retrieved Jan 24, 2008 from www.Pub med.com.

**Reed, M. K. (1994).** Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence*, 29 (2), 293-308.

**Speckens, A. E., & Hawtonk, M. (2005).** Social problem solving in adolescence with suicidal behavior: A systematic review. Retrieved feb 9, 2007

