MEJDS. 2020; 10:98.

Published online 2020 June. **Research Article**

# Life Skills Training on Improving Quality of Life and General Health of Clients at Imam Khomeini Relief Committee in Shaft and Fouman Cities

Yousefnejad Choobari M[1], Mousavi SV[2], *Rezaei S[3]

**Author Address**
1. MSc of Clinical Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;
2. Associate Professor of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.
***Correspondent Author Email**: Rezaei_psy@hotmail.com

**Received:** 2018 April 27; **Accepted:** 2018 October 27

## Abstract

**Background & Objective:** Imam Khomeini relief committee as a supportive organization, sponsors many clienteles. Many problems and difficulties of life today are inevitable for people in the community, especially those in the community covered by the relief committee, are always struggling with problems because of poverty and other issues. It seems necessary to developing and strengthening the skills and abilities that that in difficult circumstances guarantee the mental health of these individuals and increase their satisfaction and quality of life. Given the chronic poverty and social harms of these people, it is necessary to implement interventions to improve the quality of life and their general health. The purpose of this study was to determine the effectiveness of life skills training program on improving the quality of life and general health of families under the auspices of Imam Khomeini relief committee.

**Methods:** To achieve this aim, a quasi–experimental research with pre–test post–test design with control group was used. Among all families covered by Fouman and Shaft cities Imam Khomeini relief committee in the 2015–2016, 32 people chose. They had the lowest score in quality of life and the highest scores in mental health respectively in the questionnaire consisted of 26–World Health Organization quality of life instrument–short form and 28–General Health Questionnaire (GHQ–28). They were selected purposely/ randomly and divided into two groups of 16 people (experimental and control). Ten sessions of life skills group training were performed on experimental group in daily basis for 2 hours. The types of skills taught in these sessions included: problem solving, decision making, creative thinking, critical thinking, emotional regulation, effective communication, effective interpersonal relationships, coping with stress, empathy and self–awareness. After that, general health and quality of life in participants were measured in three stages. Repeated measures analysis of variance was used to examine the research objectives for data processing by SPSS–20 software.

**Results**: In this study, 9 women (56.2%) and 7 men (43.8%) were included in the experimental group. Also, for the control group, 10 men (62.5%) and 6 women (37.5%) were present. Chi–square test with Yates correction to compare gender distribution between the two groups of experimental and control subjects showed no significant difference in the frequency distribution of gender ($\chi^2$=0.719,df=1, $p$=0.13). Results of independent t–test for comparing the mean age of two groups revealed no significant difference between the two groups (t=0.322, df=30, $p$=0.841). The result of Chi square test for the education variable indicated that there was no difference between the two groups of experimental and control subjects in terms of educational levels ($\chi^2$=0.168,df=2, $p$=0.186). These findings suggest that the two groups of experimentation and control are equivalent. The findings showed that the experimental and control groups had a significant difference in terms of mental health and quality of life in three stages: pre–test, post–test and follow–up ($p$<0.001). In the mental health variable, the difference in mean of the experimental group in contrast to control group was significant in the pre–test (–1.34), post–test (–20.14) and follow–up (–19.01) ($p$<0.001). Therefore, the experimental group mean in these three stages was significantly less than the mean of the control group. In addition, in the quality of life variable, the difference between in mean of experimental group in contrast to control group was significant in the pre–test (–11), post–test (–22) and follow–up (–25.73) ($p$<0.001). As a result, the mean of the control group in the pre–test was significantly higher than the experimental group and the mean of the experimental group in the post–test and follow–up stages was significantly higher than the mean of the control group. Therefore, according to the research findings, life skills training has a positive and significant effect on improving the quality of life and general health of the clienteles in the Imam Khomeini relief committee ($p$<0.001).

**Conclusions:** Based on the basic logic of life skills training, it is assumed that these training (psychological capacity) will enhance in subjects and as a result, improve the general and specific capabilities of individuals to effectively and efficiently challenge with psychosocial stresses and situations of difficult life. Life skills training help clienteles by developing and enhancing these abilities to coping and adaptability skills and it eventually improves the quality of life and mental health. Life skills training can be effective in improving the quality of life and general health of clienteles, and the results of interventions are still valid for two months.

**Keywords:** Life skills, Quality of life, General health, Imam Khomeini relief committee.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۹۸.

انتشار برخط خرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) در شهرستان‌های شفت و فومن

مرتضی یوسف‌نژاد چوبری[۱]، سیدولی‌اله موسوی[۲]، *سجاد رضائی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت ، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Rezaei_psy@hotmail.com

**تاریخ دریافت:** ۷ اردیبهشت ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۵ آبان ۱۳۹۷

**چکیده**

**زمینه و هدف:** مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) با فقر و دشواری‌های اجتناب‌ناپذیر جامعهٔ امروزه درگیر بوده و لازم است به تقویت مهارت‌های زندگی آنان پرداخته شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی خانواده‌های تحت پوشش کمیتهٔ امداد انجام شد.

**روش‌بررسی :** روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه بود. از بین تمامی خانواده‌های تحت پوشش کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) شهرستان‌های شفت و فومن در سال ۹۵ـ۱۳۹۴، ۳۲ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب شدند که در ارزیابی کیفیت زندگی نمرهٔ کمتر و در سلامت روان نمرهٔ بیشتر را به‌ترتیب در پرسشنامهٔ ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) به‌دست آوردند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. ده جلسهٔ دوساعته آموزش گروهی مهارت‌های زندگی به‌شکل روزانه برای گروه آزمایش انجام پذیرفت. سپس در سه مرحله سلامت عمومی و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد. جهت پردازش داده‌ها در سطح معناداری $p<۰/۰۵$، تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ به‌کار رفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گواه در کیفیت زندگی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی به‌طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد می‌شود ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان اثربخش باشد و نتایج مداخله پس از گذشت دو ماه همچنان ماندگار بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، کمیتهٔ امداد امام‌خمینی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

## ۱ مقدمه

محرومیت‌زدایی و کمک به اقشار آسیب‌پذیر باوری بوده که ریشه در نگرش‌های کهن فرهنگی و مذهبی ایرانیان دارد و از گذشته‌های دور نسل‌به‌نسل گشته است. حتی سازمان‌های غیردولتی فعال در این حوزه که در نظام حقوقی کشور نیز به‌رسمیت شناخته شدند (همچون مؤسسات خیریه)، قدمتی یک‌صدساله دارند. کمیتهٔ امداد امام‌خمینی از نهادهای حمایتی است که در سال ۱۳۵۷ جهت رفع مشکلات فراوان اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی طبقات محروم جامعه و پیش‌بینی برنامه‌های لازم برای توان‌مندسازی و رفع نیازهای اقشار محروم و آسیب‌پذیر تأسیس شد (۱).

افراد تحت حمایت به‌دلایل گوناگون مانند فقدان سرپرست خانوار، ازکارافتادگی سرپرست، ورشکستگی مالی، طلاق و متارکه درآمد خود را از دست داده و به‌ناچار به سازمان‌های حمایتی پناه آورده‌اند. این اشخاص به کمک‌های جزئی و مستمری‌های ناچیز نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه دست‌وپنجه نرم می‌کنند. گروه عمده‌ای از مددجویان با فقر و ناتوانی به‌ویژه در ادارهٔ امور اقتصادی خانواده روبه‌رو هستند و عده‌ای از آن‌ها که وارد عرصهٔ اقتصادی و بازار کار شده، به‌دلیل دسترسی‌نداشتن به مشاغل بامنزلت مجبور به اشتغال در حرفه‌های حاشیه‌ای، نیمه‌وقت، غیررسمی و کم‌درآمد می‌شوند. این امر سلامت عمومی[1] و کیفیت زندگی[2] افراد را تهدید می‌کند؛ به‌طوری‌که عزت‌نفس و سلامت روانی بیشتر آنان را مختل ساخته و زمینهٔ ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌آورد (۲).

بسیاری از این افراد که تحت پوشش و پشتیبانی سازمان‌های حقوقی هستند تنها حمایت‌ها و نیازهای اولیه و اساسی (فیزیولوژیک) آن‌ها تأمین می‌شود و سایر کمبودهای عاطفی کمتر مدنظر قرار می‌گیرد. به‌عنوان نمونه نتایج پژوهشی در بی‌سرپرستان ۱۰تا۱۳سالهٔ جنگ اریتره نشان داد که افراد دارای حمایت خانواده‌های معمولی و خانه‌های گروهی کوچک درمقایسه با اشخاص تحت‌نظر نهادها و سازمان‌های حمایتی، مهارت‌های سازشی بهتر و ناراحتی‌های عاطفی کمتری دارند (۳)؛ بنابراین باتوجه به آنچه ذکر شد نگرانی و اضطراب بیشترین دغدغهٔ مددجویان درقبال آینده‌شان است؛ زیرا درمعرض خطر بیشتری از مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی، تحصیلی و غیره بوده و این عوامل می‌تواند تأثیر درخورتوجهی در کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان داشته باشد.

سازمان جهانی بهداشت[3]، کیفیت زندگی را به‌صورت ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت‌تأثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی کرده، تعریف می‌کند. در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با نهادهای برجستهٔ محیط، تأثیر می‌پذیرد؛ همچنین بر ادراک فرد مبتنی است. امروزه کیفیت زندگی چارچوبی برای ارائهٔ خدمات متناسب با زندگی بوده و اهمیت آن به‌حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را هدف مهم‌تر مداخلات درمانی می‌دانند. در ارزیابی سلامت روان افراد نیز نباید فقط به شاخص‌های سنتی مثل میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری توجه کرد؛ بلکه باید ادراک فرد از کیفیت زندگی در نظر گرفته شود (۴).

سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون متمادی مطرح بوده است؛ اما هرگاه سخنی از سلامتی به‌میان می‌آید به‌طور عمده بُعد جسمی آن مدنظر قرار می‌گیرد و کمتر به سایر ابعاد، به‌خصوص جنبهٔ روانی آن توجه می‌شود. طبق تعریف DSM-IV اختلال روانی تظاهر روانی یا رفتاری همراه با درد و رنج بزرگ یا با افزایش خطر درد و مرگ یا ناتوانی بوده که در نتیجهٔ رویدادی خاص نباشد و سلامت روان به‌عنوان نبودن اختلالی روانی بیان می‌شود. سلامت روان توانایی لذت‌بردن از زندگی و برخورد منطقی با چالش‌های روزمره، داشتن حق انتخاب، تطابق و مبارزه با وضعیت‌های دشوار یا فراهم‌بودن فرصت برای ابراز نیازها و خواسته‌ها است (۵).

بسیاری از دشواری‌های زندگی کنونی اجتناب‌ناپذیر بوده و افراد جامعه به‌ویژه مددجویان تحت پوشش کمیتهٔ امداد به‌سبب فقر و مسائل دیگر همواره با آن‌ها دست به‌گریبان هستند؛ ازاین‌رو به‌نظر می‌رسد ایجاد و تقویت توانایی‌ها و مهارت‌هایی ضروری است که در موقعیت‌های دشوار ضامن سلامت روانی این افراد و افزایش رضایت‌مندی و کیفیت زندگی آنان باشد (۶). توانایی انجام رفتارهای سازگارانه و مثبت به‌گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضرورت‌های زندگی روزمره کنار بیاید، از اقدام‌های بسیار اصولی به‌شمار می‌رود که این اشخاص باید بیاموزند. برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی از کاربردهای روان‌شناسی بوده که با هدف ارتقای سطح بهداشت جسمانی و روانی و اجتماعی طراحی شده است. مهارت‌های زندگی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها می‌شود که قدرت سازگاری و رفتار کارآمد را افزایش داده و فرد را قادر می‌سازد مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی را بپذیرد و با چالش‌های زندگی به‌طور مؤثر روبه‌رو شود؛ بنابراین به‌طورکلی این آموزش‌ها تأثیر مثبتی بر احساس و طرز فکر و نحوهٔ رفتار افراد جامعه خواهد داشت (۷).

نتایج پژوهش‌ها حاکی‌از افزایش سلامت عمومی درنتیجهٔ آموزش مهارت‌های زندگی است. چنارانی و همکاران (۸) با بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت زندگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی پرستاران نشان دادند که آموزش مذکور دارای تأثیر معناداری بر افزایش این دو متغیر در گروه آزمایش است. خلعتبری و حقیقی (۹) نیز مشخص کردند که آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی به‌صورت گروهی، بیشترشدن سلامت عمومی دانشجویان دختر را در پی دارد.

همچنین نتایج پژوهش‌ها بهترشدن کیفیت زندگی را در اثر آموزش مهارت‌های زندگی بیان می‌کند. جوادی و همکاران (۱۰) در تحقیقی به ارزیابی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد پرداخته و دریافتند که این آموزش باعث بهبود چشمگیری در ابعاد عملکرد جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، نشاط

[1].General Health
[2].Quality of Life
[3].World Health Organization



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

و سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی و در کل افزایش کیفیت زندگی پرستاران می‌شود. مهدوی حاجی و محمدخانی و حاتمی (۱۱) نیز در مطالعه‌ای با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شادمانی و کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی به این نتیجه رسیدند که این شیوه کیفیت زندگی را به‌طور معنادار افزایش می‌دهد.

بنابراین باتوجه به مسائل و مشکلات پیش‌روی افراد آسیب‌پذیر تحت پوشش کمیتهٔ امداد کاملاً ضروری به‌نظر می‌رسد که نگاهی به کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان صورت گیرد. می‌توان گفت مطالعهٔ حاضر کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم‌تر و وسیع‌تر به‌منظور بهبود وضعیت این افراد می‌کند؛ ازسوی‌دیگر دیدی کلی به پژوهشگرانی می‌دهد که در حیطهٔ وضعیت اقشار آسیب‌پذیر به‌ویژه مددجویان سازمان‌های حمایتی به مطالعه می‌پردازند. درمجموع این پژوهش با هدف اثربخشی و تعیین ماندگاری آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) در شهرستان‌های شفت و فومن انجام شد.

## ۲ روش‌بررسی

این پژوهش به‌روش مداخله‌ای و نیمه‌آزمایشی در قالب طرحی تحقیقی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه و با مرحلهٔ پیگیری دوماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) شهرستان‌های شفت و فومن در سال ۹۵ـ۱۳۹۴ تشکیل دادند. در مطالعهٔ حاضر، انتخاب نمونه‌ها به‌روش نمونه‌گیری هدفمند بود. جهت انتخاب نمونهٔ پژوهش پس از اجرای اولیهٔ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی و سلامت عمومی روی ۸۰ نفر از مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) شهرستان‌های شفت و فومن، تعداد ۳۲ نفر به‌طور هدفمند انتخاب شدند که نمرهٔ بیشتر در پرسشنامهٔ سلامت روان و نمرهٔ کمتر در پرسشنامهٔ کیفیت زندگی داشتند؛ یعنی افرادی که نمرهٔ آن‌ها یک انحراف معیار فراتر از گروه نمونه بود. سپس به‌تصادف در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. لازم به‌ذکر است جهت تعیین حجم نمونه از رهنمود گال و بورگ و گال (۱۲) برای تحقیقات تجربی استفاده شد که در آن برای هر گروه دست‌کم پانزده نفر پیشنهاد می‌شود؛ همچنین به‌منظور کنترل اثرات پیش‌آزمون و افزایش اعتبار درونی نتایج پژوهش، تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر (کنترل مقادیر پیش‌آزمون) به‌کار رفت. پس از انجام تحلیل آماری نیز کفایت حجم نمونه براساس توان آماری مناسب (بیشتر از ۰/۸۰)، ارزیابی شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: تمایل به شرکت منظم و متوالی در جلسات؛ قرارداشتن در محدودهٔ سنی ۲۰تا۵۰ سال؛ مبتلانبودن به بیماری شدید جسمی یا اختلال‌های روانی؛ داشتن تحصیلات دست‌کم خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج شامل سوءمصرف موادمخدر و الکل، نداشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، غیبت بیش از سه جلسهٔ پیاپی برای گروه آزمایش و پاسخ‌گونبودن به سؤال‌های پرسشنامه بود. قبل از اجرای پژوهش جهت رعایت موازین اخلاقی، بر حفظ اطلاعات شخصی مراجعان و محرمانه‌بودن داده‌ها تأکید و به مددجویان اطمینان داده شد که اطلاعات آزمون‌ها به‌عنوان جواب کلی گروه منتشر می‌شود. نحوهٔ انتخاب نمونه براساس ملاک‌های ورود «هدفمند» بود؛ اما برای اختصاص به دو گروه آزمایش و گواه، گمارش تصادفی به‌کار رفت. همچنین ازطریق پرونده‌های افراد تحت پوشش کمیتهٔ امداد، نداشتن بیماری جسمی و روانی تأیید شد.

در ابتدا دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون پرسشنامه‌های سلامت عمومی و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش ده جلسهٔ دوساعته مهارت‌های زندگی را براساس پروتکل ارائه‌شده توسط فتی و همکاران آموزش دید؛ اما گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. این برنامه توسط پژوهشگری اجرا شد که دورهٔ آموزش مهارت‌های زندگی را گذرانده بود. بعد از دورهٔ مداخله در گروه آزمایش، به‌طور مجدد از دو گروه درخواست شد تا در مرحلهٔ پس‌آزمون به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دهند. پس از گذشت دو ماه در مرحلهٔ پیگیری نیز از شرکت‌کنندگان دعوت شد و آنان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند؛ بنابراین در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرها اندازه‌گیری شدند.

از ابزارهای اندازه‌گیری زیر در این پژوهش استفاده شد.

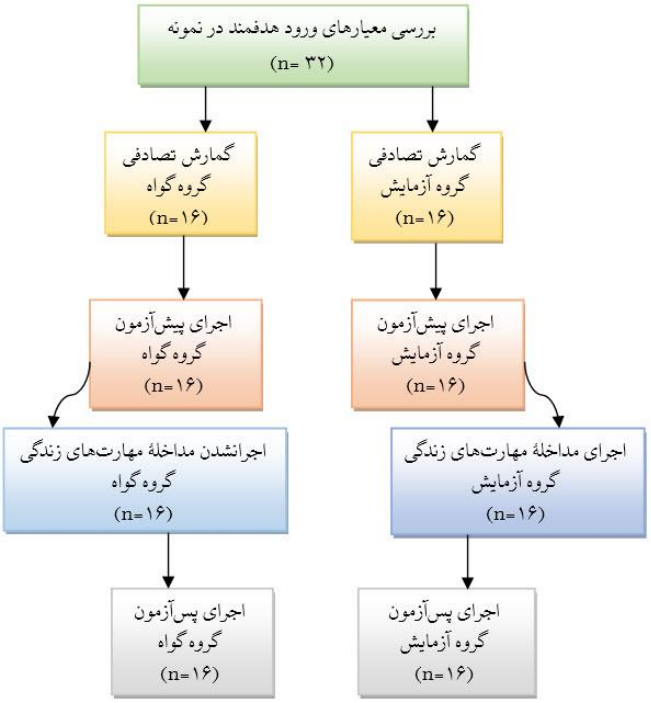
ـ پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ–28)[1]: فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامهٔ سلامت روانی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ازطریق اجرای روش تحلیل عاملی روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماههٔ اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساس‌های نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار مشاهده‌شدنی بوده که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس فرعی است؛ به‌نحوی‌که سؤال ۱ تا۷ به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸تا۱۴ به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال‌های ۱۵تا۲۱ به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال‌های ۲۲تا۲۸ به خرده‌آزمون افسردگی مربوط می‌شود. تمام گویه‌های پرسشنامهٔ سلامت عمومی دارای چهار گزینه است و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد: ۱. روش نمره‌گذاری GHQ: در این شیوه، گزینه‌های آزمون به‌صورت (۱، ۱، ۰، ۰) نمره‌گذاری می‌شود و درنتیجه نمرهٔ فرد از صفرتا۲۸ متغیر است؛ ۲. شیوهٔ نمره‌گذاری لیکرت: براساس این روش، نمره‌گذاری گزینه‌های آزمون به‌شکل (۱، ۲، ۳، ۴) است و نمرهٔ کل فرد از ۰تا۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمرهٔ کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است (۱۳). پایایی پرسشنامه را گلدبرگ و هیلر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند (۱۳). ملکی و همکاران (۱۴) پایایی آن را ۰/۸۰ به‌دست آوردند. ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش پالاهنگ و همکاران (۱۵) برابر با ۰/۸۸ بود.

[1]. 28 items General Health Questionnaire (GHQ)



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]




نمودار ۱. روند اجرای پژوهش و نمونه‌برداری و گمارش تصادفی

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه[1] : پرسشنامه‌ای ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. مقیاس مذکور در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم صدسؤالی این پرسشنامه ساخته شد. پرسشنامه چهار زیرمقیاس و یک‌نمرهٔ کلی دارد. زیرمقیاس‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک‌نمرهٔ کلی است. پرسشنامه براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ ابزار با جمع‌کردن نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید؛ ازاین‌رو دامنهٔ نمرات بین ۱۳ تا ۲۶ بوده و نمرهٔ بیشتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد (۱۶). سازمان جهانی بهداشت پایایی این ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۰ گزارش کرده است (۱۶). همچنین نجات و همکاران (۱۷) در ایران پایایی آزمون‌بازآزمون را برای زیرمقیاس‌ها به این ترتیب بیان کردند: سلامت جسمی ۰/۷۷؛ سلامت روانی ۰/۷۷؛ روابط اجتماعی ۰/۷۵؛ سلامت محیط ۰/۸۴. اعتبار درونی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در گروه سالم ۷۰۰نفری، سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ و در گروه بیمار ۳۶۷نفری، سلامت جسمانی ۰/۷۲، سلامت روان ۰/۷۰، روابط اجتماعی ۰/۵۲ و سلامت محیط ۰/۷۲ بود.

تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ انجام پذیرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های فراوانی و میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی با قبول سطح معناداری $p<۰/۰۵$ از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر و آزمون مجذور خی با تصحیح یتس و آزمون تی‌استیودنت‌مستقل استفاده شد.

در پژوهش حاضر، ارائهٔ برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی در قالب یک‌دوره صورت گرفت. این دوره، ده جلسهٔ دوساعتهٔ آموزشی بود که به هریک از مهارت‌ها یک‌جلسه اختصاص یافت. محتوای آموزشی هر دوره در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. محتوای آموزشی دورهٔ آموزش مهارت‌های زندگی

| جلسات | نوع مهارت | اهداف | رئوس مطالب | روش‌های تدریس |
|---|---|---|---|---|
| اول | حل مسئله | ـ شناسایی مسائل ومشکلات خود<br>ـ ریشه‌یابی مسائل ومشکل‌های خویش<br>ـ به‌کاربستن فرایند حل مسئله<br>ـ درخواست کمک از دیگران در موقعیت ضروری<br>ـ آشنایی با مراکز کمک‌کننده به حل مشکلات | تعریف مسئله و راه‌حل، اولویت‌بندی مسائل و تأثیر آن در چگونگی حل مسئله، فرایند حل مسئله، مراحل فرایند و عوامل بازدارندهٔ حل مسئله. | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش |

[1]. World Health Organization Quality of Life Instrument-Short Form



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| دوم | تصمیم‌گیری | ـ ارزیابی موقعیت‌ها برای تصمیم‌گیری<br>ـ تصمیم‌گیری فعالانه با آگاهی از حقایق<br>ـ تغییر تصمیم‌های خود متناسب با موقعیت‌های جدید<br>ـ پذیرش مسئولیت تصمیم‌های خویش | مهارت تصمیم‌گیری مؤثر، عوامل شخصی مؤثر تصمیم‌گیری، روش‌های معمول تصمیم‌گیری، مراحل تصمیم‌گیری منطقی | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش |
| سوم | تفکر خلاق | ـ شناسایی راه‌حل‌های جدید برای مشکلات<br>ـ تغییر مسیر تفکر خود به‌سمت شیوه‌های غیرمعمول<br>ـ شناسایی حق انتخاب‌های دیگر<br>ـ به‌کاربردن یادگیری فعال برای جست‌وجوی اطلاعات. | تعریف خلاقیت و تفکر خلاق، کاربرد مهارت تفکر خلاقانه، اصول تفکر خلاق، راه‌های افزایش خلاقیت، موانع خلاقیت | بارش فکری، بحث گروهی، کار گروهی، پرسش دوجانبه |
| چهارم | تفکر نقاد | ـ ارائهٔ استدلال‌های منطقی و توأم با دلیل<br>ـ تمیزدادن درست از نادرست<br>ـ تشخیص منابع معتبر از نامعتبر | کاربرد و اصول تفکر نقاد | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش |
| پنجم | کنترل هیجان | ـ تشخیص احساسات خود و دیگران ـ تمیزدادن احساس‌های متفاوت<br>ـ اداره و کنترل‌کردن احساسات خویش<br>ـ ارزیابی شدت و ضعف احساس‌ها | تعریف هیجان و استرس، نقش افکار در شکل‌گیری احساسات، راهبردهای کنترل احساس‌های ناخوشایند، روش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش، کار گروهی |
| ششم | برقراری ارتباط مؤثر | ـ تقویت اعتمادبه‌نفس<br>ـ درک متقابل<br>ـ رضایت خاطر<br>ـ احساس سودمندی<br>ـ تقویت رشد اجتماعی، روحی، روانی و عاطفی<br>ـ تأمین بخشی از نیازهای اساسی انسان<br>ـ انتقال صریح پیام به دیگران | تعریف ارتباط، اهمیت ارتباط، ارتباط مؤثر و غیرمؤثر، عناصر اصلی ارتباط کلامی و غیرکلامی، گوش‌دادن فعال و روش‌های مؤثر برای آن، خصوصیات گوش‌دادن فعال، توصیه‌هایی برای کارآمدکردن ارتباط کلامی، موانع ارتباط مؤثر | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش، کار گروهی |
| هفتم | روابط بین‌فردی مؤثر | ـ توانایی کسب و حفظ موقعیت و جایگاه نزد سایر افراد<br>ـ پی‌بردن به درستی و نادرستی عملکرد خود و دیگران<br>ـ افزایش توانایی افراد برای مقابله با ناسازگاری‌ها و مشکلات زندگی<br>ـ فراهم‌کردن آرامش روحی و امنیت روانی بیشتر<br>ـ افزایش وسعت دید<br>ـ ایجاد احساس مسئولیت بیشتر افراد درقبال یکدیگر<br>ـ تقویت احساس همدلی، همکاری، هماهنگی و همفکری افراد با دیگران | چه‌کسی‌بودن من، اهمیت روابط بین‌فردی مؤثر، پرسش دربارهٔ شبیه به‌هم‌بودن، رابطهٔ دوستانه، اعتماد، موانع ارتباط، گوش‌دادن فعال، پرسش‌های باز و فواید آن، خلاصه‌سازی و فواید آن، سؤال‌ها و عبارات خنثی و فواید آن، ارتباط مؤثرتر، فکرنکردن آدم‌ها مثل هم، پیام من و پیام تو، راهکارهایی برای حل اختلاف، مدیریت تعارض | سخنرانی، بحث گروهی، ایفای‌نقش |
| هشتم | مقابله با اضطراب | ـ شناختن نشانه‌های وجود اضطراب<br>ـ شناسایی منبع استرس<br>ـ شناسایی عوامل اضطراب‌آور<br>ـ آشنایی با راهکارهای مقابله با استرس در موقعیت‌های متفاوت | اضطراب و مقابله‌های سازگارانه، شخصیت و مقابله، راهبردهای مقابله با استرس، مدیریت مالی، تنظیم وقت، مهارت‌های مقابله‌ای | سخنرانی، بحث گروهی |
| نهم | همدلی | ـ افزایش قدرت و ظرفیت درک انسان‌ها<br>ـ فراگیری نحوهٔ درک انسان‌ها<br>ـ پذیرش تفاوت‌های فردی<br>ـ بهبودبخشیدن به روابط بین‌فردی با اشخاص مختلف | مفهوم همدلی، موانع همدلی، تکنیک‌های مهم‌تر همدلی. | سخنرانی، بحث گروهی |
| دهم | خودآگاهی | ـ شناخت خود و نیز خواسته‌ها و نیازها و احساسات خویش<br>ـ شناسایی موقعیت‌های فشارآور | ـ تعریف خودآگاهی، کارآمدی‌های خودآگاهی، ساحت خودآگاهی و راه‌های دستیابی به آن | سخنرانی، بحث گروهی |



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

## ۳ یافته‌ها

در جدول ۲ به بررسی شاخص‌های آمار توصیفی برای داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی پرداخته شده است. در این پژوهش در گروه آزمایش ۹ زن (۵۶/۲درصد) و ۷ مرد (۴۳/۸درصد) شرکت داشتند. گروه گواه نیز ۱۰ مرد (۶۲/۵درصد) و برای مقایسهٔ میانگین سنی دو گروه مشخص کرد که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود ($p$=۰/۸۴۱). همچنین نتیجهٔ آزمون مجذور خی برای متغیر تحصیلات نشانگر آن بود که بین دو گروه ۶ زن (۳۷/۵درصد) بودند. جهت مقایسهٔ توزیع جنسیتی بین دو گروه آزمایش و گواه نتایج آزمون مجذور خی با تصحیح یتس نشان داد که تفاوت معناداری از نظر توزیع فراوانی جنسیت بین دو گروه وجود ندارد ($p$=۰/۷۱۹). یافته‌های حاصل از آزمون تی‌استیودنت‌مستقل آزمایش و گواه از نظر مقاطع تحصیلی تفاوتی نیست ($p$=۰/۱۶۸). این یافته‌های حاکی‌از همتابودن دو گروه آزمایش و گواه است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی

| متغیر | | گروه آزمایش (n=۱۶) | گروه گواه (n=۱۶) |
|---|---|---|---|
| سن (به سال) | | انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین |
| | | ۳۱/۸۷±۵/۲۹ | ۳۲/۵۷±۶/۸۹ |
| | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| تحصیلات | راهنمایی | ۷ (۴۳/۷) | ۶ (۳۷/۵) |
| | دبیرستان | ۵ (۳۱/۳) | ۶ (۳۷/۵) |
| | کارشناسی | ۴ (۲۵) | ۴ (۲۵) |

به‌منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره)، تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر به‌کار رفت. این تحقیق یک‌عامل درون‌آزمودنی داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. همچنین یک‌عامل بین‌آزمودنی در پژوهش وجود داشت که آن عضویت گروهی بود؛ بنابراین طرح استفاده‌شده طرح درون ـ بین آزمودنی بوده است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر را برای گروه‌ها بیان می‌کند. براساس جدول ۳، مقدار احتمال حاصل مشخص کرد که اثر متقابل گروه و مراحل برای متغیر سلامت روان و کیفیت زندگی معنادار است ($p$<۰/۰۰۱). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سلامت روان و کیفیت زندگی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. جهت بررسی تفاوت گروه آزمایش که دریافت‌کنندهٔ آموزش مهارت‌های زندگی بود با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ نتایج مقایسهٔ میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ زمانی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

| متغیرها | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجموع مجذورات | آمارهٔ F | مقدار احتمال | مجذور اتا | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سلامت روان | گروه‌ها | ۱۸۷/۰۴۲ | ۱ | ۱۸۷/۰۴۲ | ۳/۲۱۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۴ | ۱/۰۰۰ |
| | مراحل | ۷۳۲/۳۳ | ۱/۶۵ | ۴۴۳/۷۷۳ | ۹۱/۱۳۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ |
| | اثر متقابل گروه و مراحل | ۶۱۸/۵۸۳ | ۱/۶۵ | ۳۷۴/۸۴ | ۷۶/۹۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰۰ |
| کیفیت زندگی | گروه‌ها | ۳۵۷۷/۰۴ | ۱ | ۳۵۷۷/۰۴ | ۳۸/۲۱۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ | ۱/۰۰۰ |
| | مراحل | ۱۱۳۵/۶۸ | ۱/۵۱ | ۷۵۰/۲۴۳ | ۱۲۰/۹۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۰ | ۱/۰۰۰ |
| | اثر متقابل گروه و مراحل | ۱۲۵۵/۳۹ | ۱/۵۱ | ۸۲۹/۳۲ | ۱۳۳/۷۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰۰ |

جدول ۴. نتایج مقایسهٔ میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

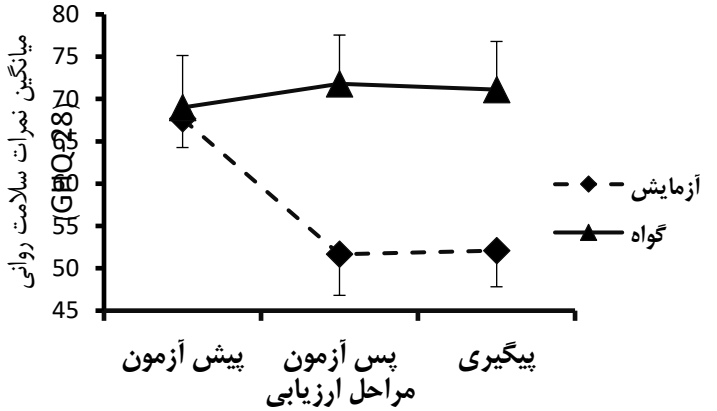
| متغیر | مرحله | میانگین و (انحراف معیار) آزمایش | میانگین و (انحراف معیار) گواه | تفاوت میانگین | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|
| سلامت روان | پیش‌آزمون | ۶۷/۶۶ (۳/۳۹) | ۶۹/۰۰ (۶/۱۴) | ـ۱/۳۴ | <۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | ۵۱/۶۶ (۴/۸۵) | ۷۱/۸۰ (۵/۷۶) | ـ۲۰/۱۴ | <۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۵۲/۱۱ (۴/۲۹) | ۷۱/۱۲ (۵/۶۸) | ـ۱۹/۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | پیش‌آزمون | ۱۳۱/۶۰ (۱۱/۵۹) | ۱۴۲/۶۰ (۱۷/۳۴) | ـ۱۱ | ۰/۰۰۷ |
| | پس‌آزمون | ۱۵۷/۶۰ (۱۹/۱۶) | ۱۳۵/۸۰ (۹/۸۷) | ـ۲۲ | <۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۵۹/۱۷ (۱۳/۵۸) | ۱۳۳/۴۴ (۱۴/۵۹) | ـ۲۵/۷۳ | <۰/۰۰۱ |



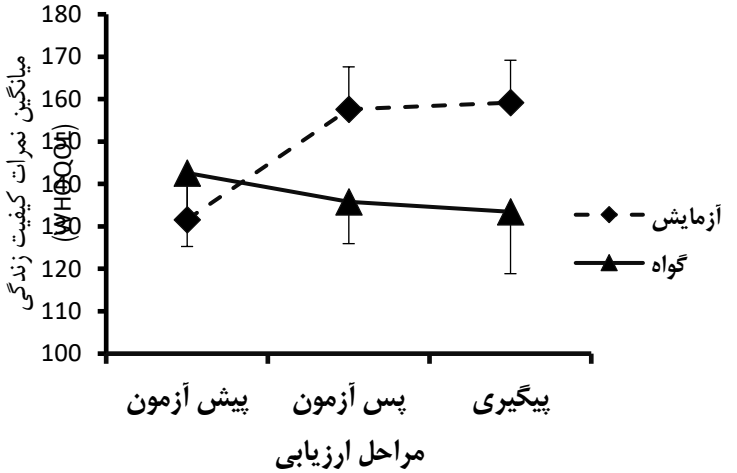
[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

باتوجه به جدول ۴، در متغیر سلامت روان تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۱/۳۴ـ) و پس‌آزمون (۲۰/۱۴ـ) و پیگیری (۱۹/۰۱ـ) معنادار است ($p$<۰/۰۰۱)؛ درنتیجه میانگین گروه آزمایش در این سه مرحلهٔ زمانی به‌صورت معناداری کمتر از میانگین گروه گواه بیان می‌شود. برای ارزیابی بیشتر این تفاوت، نمودار ۲ متغیر سلامت روان گروه آزمایش و گواه را در سه زمان نشان داده، همچنین در متغیر کیفیت زندگی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون (۱۱ـ) و پس‌آزمون (۲۲ـ) و پیگیری (۲۵/۷۳ـ) معنادار است ($p$<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو میانگین گروه گواه در پیش‌آزمون به‌طور معناداری بیشتر از گروه آزمایش و میانگین گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه گواه تعیین می‌شود. برای ارزیابی بیشتر این تفاوت، در نمودار ۳ متغیر کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ زمانی آمده است؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی اثر مثبت و معناداری دارد.




نمودار ۲. مقایسهٔ میانگین نمرات سلامت روان گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری




نمودار۳. مقایسهٔ میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

## ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و تعیین ماندگاری آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی(ره) انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از اجرای مداخله میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی و سلامت عمومی در گروه آزمایش افزایش می‌یابد؛ همچنین نتایج مداخله پس از گذشت دو ماه همچنان ماندگار است. نتایج تحقیق حاضر، یافته‌های مطالعات گذشتهٔ در تبیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان کمیتهٔ امداد امام‌خمینی می‌توان ذکر کرد برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی، رویکرد تغییر رفتاری کاملی است که بر آموزش مهارت‌های زندگی را بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی تأیید می‌کند. این یافته‌ها در زمینهٔ کیفیت زندگی با پژوهش‌های فرخی و همکاران (۱۸)، ترنر و همکاران (۱۹)، مهدوی حاجی و همکاران (۱۱) و جوادی و همکاران (۱۰) و همچنین از جنبهٔ سلامت عمومی با پژوهش‌های چنارانی و همکاران (۸)، خلعتبری و حقیقی (۹)، جناآبادی و همکاران (۲۰) و ساوجی و گنجی (۲۱) همخوان است.

توسعهٔ مهارت‌های لازم برای زندگی ازقبیل ارتباط، حل مسئله، تفکر، مدیریت، احساسات، جرئت‌ورزی و ایجاد اعتمادبه‌نفس، تمرکز می‌کند. این آموزش در قالب مهارت‌هایی مانند پیش‌بینی موقعیت‌ها،



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

پرداختن به ناهماهنگی‌ها، شناخت احساس‌ها، دسته‌بندی موضوعات و آرامش افکار باعث کاهش فکرهای ناخوشایند، نگرانی‌ها، هیجان‌های منفی و درنهایت افزایش سلامت جسمانی و روانی می‌شود. درواقع مددجویان گروه آزمایش با بهره‌جستن از آموزش‌های مهارت زندگی ازجمله مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری، مهار خشم و ارتباط مؤثر آموختند که در برخورد با معضل‌های فردی و اجتماعی و محیطی، پس از تعریف مشکل و بازشناسی آن، چگونه واکنش بهتر را نشان دهند (۲۲). در این راستا پژوهش‌های متعددی نیز مشخص کردند که آموزش مهارت‌های زندگی در زمینهٔ افزایش سلامت جسمانی و عمومی، تقویت اعتماد به خود و احترام به فرد، کمک به تقویت ارتباط بین‌فردی و پیشگیری از مشکلات روانی و رفتاری و اجتماعی مؤثر بوده است (۲۳).

تبیین دیگر دربارهٔ تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان را می‌توان به مزایای آموزش گروهی ربط داد. اعضای گروه که مددجویان کمیتهٔ امداد و از قشر آسیب‌دیدهٔ جامعه بودند، در تعامل با یکدیگر و ازطریق خودافشاگری، دریافت حمایت، همدلی و نیز احساس درد مشترک توانستند دربارهٔ خود ومسائلشان به فهم و بینش وسیع‌تری دست یافته و بهتر با آن‌ها کنار بیایند. درواقع گروه برای اعضا فرصتی را فراهم می‌آورد تا بتوانند در فضایی عاری از قضاوت به کاوش درونی خود بپردازند و به تجربیات ذهنی‌شان توجه و تمرکز کنند. این امر سبب افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنان می‌شود. آموزش مهارت‌های زندگی کمک به‌سزایی به تسهیل سازگاری و پیشگیری از اثرات سوء استرس می‌کند. همچنین افراد شناخت بیشتری دربارهٔ خود و محیط اطراف کسب کرده و نقاط قوت و ضعف خویش را می‌شناسند. آنان از امکانات و محدودیت‌های خود آگاهی می‌یابند و واقعیت‌ها را بهتر می‌پذیرند. هنگامی‌که آزمودنی‌ها به این آگاهی می‌رسند که خود آن‌ها و تصوراتشان است که هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی زیر نفوذ دارد، می‌توانند با مهارت‌های زندگی آموخته‌شده آن مسائل را کنترل کرده و از این راه از وقوع پیامدهای روانی منفی جلوگیری کنند و موجب بروز ویژگی‌های روان‌شناسی مثبت شوند (۲۴).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودشدن نمونه‌ها به مددجویان کمیتهٔ امداد شهرهای شفت و فومن اشاره کرد که امکان تعمیم یافته‌ها را به جوامع دیگر نمی‌دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پیگیری‌های بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی به‌کار رود. همچنین روش آموزش مهارت‌های زندگی با سایر روش‌ها مثل معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی و غیره مقایسه شود. توصیهٔ دیگر اینکه این پژوهش در سایر گروه‌ها انجام پذیرد تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر با منطق زیربنایی مهارت‌های زندگی هماهنگ است. براساس این منطق، فرض بر این بوده که آموزش‌ها ظرفیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها را افزایش می‌دهد و درنتیجه توان‌مندی‌های عمومی و اختصاصی اشخاص جهت چالش مؤثر و کارآمد با فشارآورهای روانی‌اجتماعی و موقعیت‌های دشوار زندگی بهبود می‌یابد. افراد جهت مقابلهٔ سازگارانه با اضطراب‌ها و موقعیت‌ها و کشمکش‌های زندگی به توانایی‌هایی نیاز دارند که آنان را در این جهت یاری و قدرتمند سازد. کارکردهایی ازقبیل کنترل عواطف ناخوشایند و قادربودن در حل مسئله و ارتباط مؤثر از این دسته توانایی‌ها است. مهارت‌های زندگی ازطریق ایجاد و تقویت این توانایی‌ها به مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری اشخاص کمک می‌کند و در نهایت باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان می‌شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مددجویان شرکت‌کننده به‌جهت همکاری با پژوهشگر تقدیر و تشکر می‌شود.

## ۷ بیانیه

نتایج این مطالعه با منافع شخصی نویسندگان هیچ‌گونه ارتباطی ندارد.

## References

1. Saidi M. An introduction to people participation and nongovernmental organization. Tehran, Iran: Samt Publications; 2015. [Persian]
2. Salarzehi H, Godarzi A, Naseri S. Investigating the impact of the relief committee's services on empowering female heads of households. In: The sixth international conference on accounting and management with the new science approach. Tehran, Iran: Civilica; 2016. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-FINMGT06-FINMGT06_061.html
3. Wolff PH, Fesseha G. The orphans of Eritrea: What are the choices? Am J Orthopsychiatry. 2005;75(4):475-84. doi:10.1037/0002-9432.75.4.475
4. Vanhoof JMM, Delcroix M, Vandevelde E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge C, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. J Heart Lung Transplant. 2014;33(8):800–8. doi:10.1016/j.healun.2014.04.003
5. Mohamadipoor M, Falahati M. Effectiveness of life skills training on mental health of spouses of veterans with affective disorders. Iranian Journal of War and Public Health. 2016;8(1):25-32. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-537-en.html



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]

6. Kord-Noghabi R, Sharifi HP. Preparation of a life-skills curriculum plan for high school students. Journal of Educational Innovations. 2005;4(2):11-34. [Persian]
7. Chen Y-L, Pan A-W, Hsiung P-C, Chung L, Lai J-S, Gau SSF, et al. Life adaptation skills training (last) for persons with depression: a randomized controlled study. J Affect Disord. 2015;185:108-14. doi:10.1016/j.jad.2015.06.022
8. Chenarani H, Khammari M, Shirkavand N, Ashoori J. Survey on the effects of group training of life skills on nurses' general health and quality of life. Journal of Community Health. 2016;10(3-29);19-27. [Persian]
9. Khalatbari J, Haghighi FA. The effect of life skills and coping strategies with stress training on mental health of girl students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2011;12(44):29-37. [Persian]
10. Javadi M, Sepahvand MJ, Mahmudi H, Sori A. The effect of life skills training on quality of life in nurses of Khorramabad hospitals. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery care. 2013;21(1):32-40. [Persian] http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1128-en.html
11. Mahdavi Haji T, Mohammadkhani S, Hahtami M. The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:407-11. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.080
12. Meredith G, Walter B, Joyce G. Quantitative and qualitative research methods in education and psychology. Nasr AR, Arizi H, Pakseresht MJ, Kiamanesh A, Bagheri Kh, Alamatsaz MH, et al (Persian translators). First edition. Tehran, Iran: Samt Publications; 2007, pp:385-6.
13. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45. doi:10.1017/S0033291700021644
14. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between personality traits, religiousity and happiness with general health among nursing students. Iran Journal of Nursing. 2014;26(86):90-100. [Persian] http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1740-en.html
15. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illnesses in Kashan city. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1996;2(4):19-27. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1745-en.html
16. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF [Internet]. 2017 Jan 17 [cited 2017 Jan 17]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/
17. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1-12. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html
18. Farokhi F, Narenji F, Salehi B, Mehrabi F, Rafiei M. Effect of skill life training in quality of life in menopausal women. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2015;23(4):54-64. [Persian] http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1390-en.html
19. Turner NE, Macdonald J, Somerset M. Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for the prevention of problem gambling. J Gambl Stud. 2008;24(3):367-80. doi:10.1007/s10899-007-9085-1
20. Jenaabadi H, Azizi Nejad B, Mostafapour R, Haghi R. The effect of life skills training on the mental health and level of resilience among teachers of normal students and teachers of exceptional students in Zahedan. Open J Med Psychol. 2015;4:17-22. doi:10.4236/ojmp.2015.42002
21. Savoji AP, Ganji K. Increasing mental health of university students through life skills training (LST). Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:1255-9. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.739
22. Mohamadipoor M, Falahati M. Effectiveness of Life Skills Training on Mental Health of Spouses of Veterans with Affective Disorders. Iranian Journal of War and Public Health. 2016;8(1):25-32. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-537-en.html
23. Yankey T, Nznda Biwas U. Life skills training as an effective intervention strategy to reduce stress among Tibetan refugee adolescents. J Refug Stud. 2012;25(4):514-36. doi:10.1093/jrs/fer056
24. Shirkavand N, Gholami Heydari S, Arab Salari Z, Ashoori J. The impact of life skills training on happiness and hopefulness among patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2015;3(3):8-19. [Persian] http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-121-en.html

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-29 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.8.7 ]