

بررسی میزان اثربخشی طرح آموزش مهارت های زندگی بر روی سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر سال سوم مقطع راهنمایی شهرستان کرج ناحیه ۱

عطیه کاوه

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

چکیده

جامعه مورد پژوهش دانش آموزان دختر سال سوم مقطع راهنمایی که در تراز سنی ۱۴ سال قرار داشته و در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل هستند را تشکیل می دهد. به طور تصادفی یک مدرسه انتخاب و متناسب با تعداد کل دانش آموزان مشغول به تحصیل در سال سوم آن مدرسه (۱۰۴ نفر)، و با توجه به پاسخگویی به پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و سازگاری اجتماعی (AISS)، از میان آنها ۴۰ دانش آموز که نمراتشان هم در پرسشنامه سلامت عمومی و هم در پرسشنامه سازگاری اجتماعی بالاتر بود (نمرات بالانشان دهنده سطح سلامت عمومی پایین و سازگاری اجتماعی پایین می باشد) انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. ابتدا گروههای کنترل و آزمایش مشخص شدند. سپس متغیر مستقل - آموزش مهارتهای زندگی - بر گروه آزمایش ارائه شد پس از پایان دوره آموزشی که سه ماه طول کشید از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. ابزار پژوهش، فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و فرم ۶۰ سوالی پرسشنامه سازگاری اجتماعی (AISS) است. به منظور بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر موثر است از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. نتایج نشان داد که فرضیه اصلی پژوهش تایید شد.

واژه های کلیدی: آموزش مهارتهای زندگی، سلامت عمومی، سازگاری اجتماعی

۱- مقدمه

امروزه، شیوه های زندگی تغییر کرده، شهرها بزرگتر شده اند، ارتباطات بسیار سریع صورت می گیرند، مردم از امکانات و وسایل رفاهی فراوانی برخوردارند و .. اما ! آیا وجود این همه تکنولوژی، اطلاعات، امکانات و .. زندگی سالم و بی دغدغه ای را برای ما فراهم کرده است؟

روانشناسان در دهه های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که بسیاری از اختلالات و آسیبها در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح مسائل شخصی، عدم احساس کنترل و کفایت جهت رویارویی با موقعیتهای دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب، ریشه دارد (سرخوش، ۱۳۸۴).

بنابراین، با توجه به تغییرات و پیچیدگیهای روز افزون و گسترش روابط اجتماعی در عصر کنونی، آماده سازی افراد به ویژه نسل جوان جهت مقابله با موقعیتهای دشوار، امری ضروری به نظر می رسد.

نوجوانی یکی از مراحل مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می رود. در این دوره، نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی به ویژه تعادل بین عواطف و عقل، درک ارزش وجودی خویشتن، خود آگاهی (شناخت استعدادها، تواناییها و رغبتها)، انتخاب هدفهای واقعی در زندگی، استقلال عاطفی از خانواده، حفظ تعادل روانی و عاطفی خویش در مقابل عوامل فشارزای محیطی، برقراری روابط سالم با دیگران، کسب مهارتهای اجتماعی لازم در دوست یابی، شناخت زندگی سالم و موثر و چگونگی برخورداری از آن، از مهم ترین نیازهای نوجوان به شمار می روند.

بنابراین کمک به نوجوان در رشد و گسترش مهارتهای مورد نیاز برای زندگی مطلوب، ایجاد یا افزایش اعتماد به نفس در برخورد با مشکلات و همچنین کمک به آنان در رشد و تکامل عواطف و مهارتهای اجتماعی لازم جهت سازگاری موفق با محیط اجتماعی و زندگی موثر و سازنده، ضروری به نظر می رسد (شعاری نژاد، ۱۳۷۷).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (Who)، سلامت عبارت است از تامین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. که معنای آن تنها به نبودن بیماری و نقض عضو محدود نمی شود. بلکه شامل سه محور: جسم، روان و جامعه است. لذا هرگونه نقص و آسیبی که به هر یک از محورهای سه گانه فوق وارد شود، تعادل فرد را به هم می زند و منجر به نبود سلامت می شود و هر عاملی که از نظر جسمی، روانی و اجتماعی فرد را متاثر سازد سلامت او و سایر افراد جامعه را به خطر می اندازد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷).

سازگاری اجتماعی به عنوان مهم ترین نشانه سلامت روان از مباحثی است که توجه بسیاری از جامعه شناسان، روانشناسان و بخصوص مربیان را به خود جلب کرده است. رشد اجتماعی مهم ترین جنبه رشد وجود هر شخص محسوب می شود و معیار اندازه گیری رشد اجتماعی هر فردی، سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی نه تنها در سازگاری با اطرافیان که فرد با آن ها در ارتباط است موثر است، بلکه بعدها در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی او نیز تاثیر دارد (وایتزمن ترجمه نظری، ۱۳۷۷).

جامعه ای که ما در آن زندگی می کنیم از افرادی تشکیل شده، هر فردی یک عنصر تشکیل دهنده است. کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و مسن ها همه با هم یک جامعه را می سازند. جامعه ای که هدف دارد و برای رسیدن به آن باید گام بردارد. بی شک جامعه ای روبه تکامل و سعادت می رود که از افرادی سالم تشکیل شده باشد. ما در دنیای زندگی می کنیم که خطرات بسیاری سلامتی مان را تهدید می کند و یکی از دغدغه های ما کاهش عوامل خطر آفرین برای سلامتی است. علی رغم پیشرفت روزافزون ما در تکنولوژی، تحصیل، تغذیه و پزشکی و .. ولی روز به روز بر نگرانی های ما افزوده می شود. نگرانی هایی از قبیل چگونگی برقراری ارتباط با اطرافیان، مشکلات رفتاری کودکان، اینکه چرا روز به روز از اطرافیان بیشتر فاصله می گیریم و ..

در سال ۱۹۹۶ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به منظور پیشگیری و همچنین افزایش سطح بهداشت روانی افراد و جامعه، برنامه ای با عنوان آموزش مهارتهای زندگی تدوین کرد. اصطلاح مهارتهای زندگی به گروه بزرگی از مهارتهای روانی،

اجتماعی و بین فردی اطلاق می شود و می تواند به افراد کمک کند تا تصمیمات خود را با آگاهی اتخاذ نمایند، به طور موثر ارتباط برقرار کنند، مهارت‌های مقابله ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهند و زندگی سالم و بار آوری داشته باشند. اهمیت و ضرورت آموزش مهارت‌های زندگی زمانی مشخص می شود که بدانیم آموزش مهارت‌های زندگی موجب ارتقای توانایی‌های روانی- اجتماعی می گردد. این تواناییها کمک می کنند تا با سایر انسانها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگاران عمل کند. و سلامت روانی خود را تامین نماید. بدین ترتیب، تمرین مهارت‌های زندگی موجب تقویت یا تغییر نگرش ها، ارزش ها و رفتار انسان می گردد (ناصری، ۱۳۸۴). در نتیجه، با پدید آمدن رفتارهای مثبت و سالم بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری خواهند بود.

بنابراین، با توجه به اهمیت مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت روانی، ضرورت آموزش این گونه مهارت‌ها به نوجوانان برای ما آشکار می شود.

تجارب کشورهای مختلف نشان می دهد بهترین سن برای آموزش مهارت‌های زندگی سنین ۶ تا ۱۶ سالگی است با توجه به نقش مهارت‌های زندگی در ارتقای رفتارهای سلامت، بهتر است این برنامه در سنین نوجوانی اجرا شود. زیرا این گروه سنی در رابطه با رفتارهای مربوط به مشکلات بهداشتی آسیب پذیرترین گروه می باشند (نوری و محمد خانی، ۱۳۷۹).

مجموعه مهارت‌های زندگی نه تنها به توانمند ساختن افراد در زندگی حال نمی اندیشد بلکه به توانمندی آنان جهت زندگی آینده نیز تاکید می ورزد. همچنین می تواند موجب ارتقاء سلامت عمومی و کسب مهارت مقابله با آسیب های اجتماعی دانش آموزان شود.

الف) هدف علمی:

دسترسی به اطلاعات علمی در مورد موضوع و افزایش اطلاعات جدید در مورد جامعه است.

ب) هدف کاربردی:

نتایج این تحقیق می تواند مورد استفاده:

۱. مسئولین و برنامه ریزان آموزش و پرورش
۲. معلمان / دانش آموزان / اولیای دانش آموزان
۳. مسئولین وزارت آموزش و پرورش
۴. مسئولین اداره بهزیستی
۵. سازمان ملی جوانان، قرار بگیرد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ در جهت پیشگیری اولیه و همچنین ارتقاء سطح بهداشت روانی برنامه ای مدون با عنوان مهارت های زندگی آماده نموده است. هدف از اجرای این برنامه، افزایش توانایی های روانی - اجتماعی کودکان بود تا با تجهیز آنان به توانایی های روانی - اجتماعی، کودکان را قادر سازند که با تقاضاها و کشمکش های زندگی روزانه، سازگارانۀ مقابله نمایند. امروزه علیرغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی بسیاری از افراد در رویارویی با مسایل زندگی فاقد توانایی های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسایل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب پذیر نموده است (هاشمیان، ۱۳۸۳، به نقل از صادقی، ۱۳۸۵).

برنامه آموزش مهارت های زندگی در سال ۱۹۹۷ جهت پیشگیری از مصرف سیگار، الکل و سایر مواد نوجوانان تدارک دیده شد. بوتوین، طراح این برنامه، یک دانشمند رفتارگرا در زمینه ترویج بهداشت و پیشگیری است که مطالعات و آموزشهای بسیاری در برنامه مدرسه محور ارائه داده است (خسروی، ۱۳۸۶).

سازمان بهداشت جهانی اولین گزارش خود را از خدمات بهداشتی مربوط به مدرسه در سال ۱۹۵۰ ارائه نمود. چندین دهه بعد اولین داده های معنادار از برنامه آموزشهای مهارت‌های زندگی را جهت نقش مدارس در کمک به کودکان مطرح گردید. پس از بررسی بیشتر این موضوع در اگوست ۱۹۹۳، صندوق کودکان سازمان ملل متحد نیز اقتباس از مجموعه آموزشی طرح زندگی یک برنامه رشدی برای جوانان، مهارت‌های زندگی را طبقه بندی نمود (هاشمیان، ۱۳۸۳؛ به نقل از صادقی، ۱۳۸۵).

آموزش مهارت های زندگی در سال ۱۹۷۹ و با اقدامات گیلبرت بوتوین آغاز شد. وی در این سال یک مجموعه آموزشی مهارت های زندگی برای دانش آموزان کلاس هفتم تا نهم تدوین نمود که با استقبال فراوان متخصصان بهداشت روان مواجه گردید. این برنامه آموزشی به نوجوانان یاد می داد که چگونه با استفاده از مهارت های رفتار جرأت مندانه، تصمیم گیری و تفکر نقاد در مقابل وسوسه یا پیشنهاد سوء مصرف مواد از سوی همسالان مقاومت کنند. هدف بوتوین طراحی یک برنامه واحد پیشگیری اولیه بود. مطالعات بعدی نشان داد، آموزش مهارت های زندگی در صورتی به نتایج مورد نظر ختم می شود که همه مهارت ها به فرد آموخته شود. پژوهشها حاکی از آن بودند که این برنامه در پیشگیری اولیه چندین نوع مواد مخدر از جمله سیگار موفق بوده است (صادقی، ۱۳۸۵).

کتاب مهارت های زندگی توسط صندوق کودکان سازمان ملل متحد و به وسیله دفتر نمایندگان آن صندوق در ایران ترجمه شد و سپس با همکاری معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش جزوه های آموزشی در این راستا تهیه گردید. این معاونت در تحقیق کشوری ۲۵۵۸ دانش آموز دختر و پسر پایه ۴ و ۵ ابتدایی از استانهای تهران، سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی، ایلام و کرمانشاه را تحت این آموزش قرار داد. نتایج مثبت آن را در افزایش عزت نفس، مهارت اجتماعی، مهارت حل مسئله و غیره توسط سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۸ منتشر نمود. این تحقیق در سال تحصیلی بعد نیز تکرار شد و نتایج آن مثبت بود (هاشمیان، به نقل از صادقی، ۱۳۸۵).

در حال حاضر کشور ما درس آموزش مهارت های زندگی به عنوان یک واحد اختیاری در مقطع متوسطه ارائه می شود. گنجانده شدن این درس در برنامه های آموزشی مقاطع ابتدایی و راهنمایی در حال بررسی است. پژوهش های خارجی:

بوتوین و همکاران (۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶) اثر برنامه آموزش مهارت های زندگی را بر مصرف الکل، سیگار و دارو بررسی نمودند. این برنامه شامل آموزش مهارت های ارتباطی، تصمیم گیری، اضطراب و استرس بود. نتایج نشان داد که آموزش ها در کاهش مصرف سیگار، الکل و دارو موثر بوده اند (نقل از موتابی، ۱۳۸۷).

جفری (۲۰۰۲) در تحقیق خود نشان داد که آموزش مهارت های زندگی قدرت سازگاری با استرس را افزایش می دهد. زولینگر و همکاران (۲۰۰۳)، در یک مطالعه به بررسی اثر آموزش مهارت های زندگی بر دانش، نگرش ها و توانایی دانش آموزان مدارس راهنمایی در انتخاب سبک زندگی سالم پرداختند. نتیجه این پژوهش نشان داد که دانش آموزانی که در برنامه آموزشی شرکت کرده بودند کمتر سیگار می کشیدند.

لافروم بواز (۲۰۰۴)، در پژوهشی موثر بودن آموزش مهارت های زندگی را در ارتقای سطح بهداشت روان و پیشگیری اولیه نشان داد. یافته ها تاثیر آموزش مهارت های زندگی را در پیشگیری از خودکشی، مهارت های ارتباطی، مقابله با استرس و عصبانیت و تعیین هدف نشان داد (به نقل از بایسته پروین، ۱۳۸۸).

کلین (۲۰۰۴) در مروری بر گرایش های موثر در پیشگیری از مصرف سیگار به این نتیجه رسید که آموزش مهارت ها، جزء ضروری برنامه های موفق و موثر است (به نقل از فتی، ۱۳۸۷).

یکی از اهداف اصلی برنامه مهارت های زندگی، ارتقای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان است. مطالعات بسیار در مورد تاثیر برنامه آموزش مهارت های زندگی بر ابعاد مختلف سلامت روان انجام گرفته و نتایج نشان داده است که آموزش این مهارت ها سبب افزایش عزت نفس، بهبود مهارت های اجتماعی و ارتباطات بین فردی، افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، افزایش رضایت سیستم خانوادگی و سازگاری با خانواده، افزایش مهارت حل مسائل شخصی و بین فردی و افزایش مهارت های مقابله ای شده است (شور، ۲۰۰۴؛ به نقل از فتی، ۱۳۸۷).

پژوهش وسیعی بر روی نمونه ۲۴۰۰۰ نفری صورت گرفته تغییرات معنا داری را پس از اجرای آموزش مهارت زندگی نشان داد (گنزالس، ۲۰۰۴).

تلادو و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که توانایی بیشتر در حل مسئله با افزایش عزت نفس و پایگاه درونی رابطه دارد (نقل از فتی، ۱۳۸۷).

آموزش مهارت های زندگی در پیشگیری از خشونت و بزهکاری نیز کارایی داشته است (گی نر و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از موتابی، ۱۳۸۷).

موس و همکاران (۲۰۰۵) تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی را بر افزایش رفتار های مناسب و کاهش رفتارهای نامناسب شرح دادند. اکثر تحقیقات در این زمینه نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش مهارت های اجتماعی هستند.

پژوهش در زمینه سوئ مصرف مواد نشان داده است که سه عامل مهم با سوئ مصرف مواد رابطه دارند که عبارتند از: عزت نفس ضعیف، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان مهارت های ارتباطی (ملک دونالد و همکاران، ۲۰۰۵).

بیلوت (۲۰۰۵) و ردون (۱۹۹۶) بیان داشت آموزش مهارت های زندگی باعث افزایش سلامت روانی و جسمانی و سازگاری در نوجوانان می شود.

یک مطالعه طولی ۶ ساله، در مورد پیامدهای برنامه پیشگیری اولیه و آموزش مهارت های زندگی نشان داد که به دنبال آموزش، رفتارهای مناسب اجتماعی افزایش و رفتارهای منفی و خود تخریبی کاهش می یابد (الیاس و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۷).

فورنریس (۲۰۰۷) و ترنر (۲۰۰۸) در مورد نوجوانان نشان داد که آموزش مهارت های زندگی مثل مهارت حل مسئله و ارتباطات موثر توانایی هایی را برای حل مشکل و استفاده موثر از حمایت های اجتماعی آنها را افزایش می دهد. هامفری (۲۰۰۷) در تحقیق خود که هدف بررسی تاثیر برنامه های آموزش مهارت های توانایی رابطه حل مسئله بر روی مردان وابسته به مواد در برنامه درمانی بود، با این فرض که این افراد جدا از درمان نیاز به دانش ابتدایی و در اصل ارتباطات و حل مسئله در کنار وابستگی دارد، پیشرفت قابل ملاحظه ای در مهارت های ارتباطی و حل مسئله در بین گروه آزمایش را نشان داد.

۲- روش تحقیق

پژوهش حاضر باتوجه به ماهیت، هدف و فرضیه ی آن به صورت آزمایشی انجام شده است. در این موقعیت پژوهشی، ابتدا کلیه دانش آموزان سال سوم که تعدادشان ۱۰۴ نفر بود پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و سازگاری اجتماعی (AISS) را جواب دادند.

سپس از میان آنها ۴۰ دانش آموز که نمراتشان هم در پرسشنامه سلامت عمومی و هم در پرسشنامه سازگاری اجتماعی بالاتر بود (نمرات بالانشان دهنده سطح سلامت عمومی پایین و سازگاری اجتماعی پایین می باشد) انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند.

سپس متغیر مستقل - آموزش مهارتهای زندگی - بر گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه و در طول سه ماه، بر گروه آزمایشی اعمال شد. بعد از مداخله آموزشی، ارزیابی و یا پس از آزمون برای اعضای هر دو گروه انجام گرفت و در نهایت براساس فرضیه پژوهش و ماهیت داده های جمع آوری شده، از روش های آماری مناسب برای تلخیص و تحلیل داده ها استفاده شد. در این فصل به معرفی جامعه آماری، نمونه آماری، شیوه نمونه گیری، ابزارهای اندازه گیری متغیرها، شیوه جمع آوری داده ها و روش های تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شده است.

جامعه پژوهشی حاضر را کلیه دانش آموزان دختر مقطع سال سوم راهنمایی که در تراز سنی ۱۴ سال قرار داشته و در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در شهرستان کرج ناحیه ۱ مشغول به تحصیل بوده اند را تشکیل می دهد.

نمونه گیری آماری در این پژوهش از نوع نمونه گیری تصادفی است و حجم نمونه از دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی که در تراز سنی ۱۴ سال قرار داشته و در نیم سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در شهرستان کرج ناحیه ۱ مشغول به تحصیل بوده اند انتخاب گردیده، به این صورت که با مراجعه به آموزش و پرورش شهر استان کرج ناحیه ۱ آمار تعداد مدارس راهنمایی دخترانه گرفته شد. و به طور تصادفی یک مدرسه انتخاب و متناسب با تعداد کل دانش آموزان مشغول به تحصیل در سال سوم آن مدرسه (۱۰۴ نفر)، باتوجه به پاسخگویی به پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و سازگاری اجتماعی (AISS)، از میان آنها ۴۰ دانش آموز که نمراتشان هم در پرسشنامه سلامت عمومی و هم در پرسشنامه سازگاری اجتماعی بالاتر بود

(نمرات بالا نشان دهنده سطح سلامت عمومی پایین سازگاری اجتماعی پایین می باشد) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۲۰ نفر) گروه آزمایشی در طی ۱۰ جلسه هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفته و در پایان دوره آموزشی، گروه‌ها تحت پس‌آزمون قرار گرفتند. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ و پرسشنامه سازگاری AISS می‌باشد.

(ویژه دانش‌آموزان دبیرستانی): AISS پرسشنامه سازگاری

این پرسشنامه در دانشگاه شانکار به دست سینها و سینگ در سال ۱۹۹۳ ساخته و اعتبار و هنجار یابی شده است. این آزمون سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی (۱۸-۱۴ سال) را در سه حوزه عاطفی، اجتماعی و آموزشی مشخص می‌سازد و می‌توان از آن به عنوان ابزاری برای غربالگری در زمینه سازگاری استفاده نمود. جمع نمره‌های سه مقیاس فرعی، نمره سازگاری کلی را بدست می‌دهد نمره هر اده از پرسشنامه بعنوان نشانه‌های از ناسازگاری در نظر گرفته می‌شود. بیشترین نمره هر مقیاس فرعی ۲۰ و نمره سازگاری کلی ۶۰ خواهد بود. بنابراین، نمره بالا در مقیاس‌های فرعی و کل آزمون نشانه ناسازگاری بشمار می‌رود. پرسشنامه اولیه ۱۰۰ سؤال بوده است که پس از بررسی‌های مختلف به ۶۰ سؤال کاهش یافته است که فرم نهایی پرسشنامه ۶۰ سؤال (برای هر حوزه ۲۰ سؤال) می‌باشد سینها و سنگ، فرم نهایی آن را بر روی ۱۹۵۰ نفر از دانش‌آموزان که از ۴۰ دبیرستان به تصادف انتخاب شده بودند، اجرا نموده و به کمک داده‌های گردآوری شده پرسشنامه‌ها را برای جمعیت هدف هنجار یابی نمودند. بر پایه هنجارهای گزارش شده داشتن نمره ۳۱ و بالاتر در سازگاری کلی و نمره ۱۱ و بالاتر در هر یک از خرده مقیاس‌ها، بیانگر سازگاری ضعیف است. پاسخ‌سؤالات آزمون بصورت «بلی» و «خیر» و ارزش هر سؤال صفر (سازگاری خیلی خوب) و یا یک (سازگاری خیلی ضعیف) است. سینها و سنگ پایایی آن را برای خرده مقیاس‌ها و کل آزمون به روش بازآزمایی و دو نیمه کردن از ۹۰٪ تا ۹۶٪ گزارش کردند.

پایایی آزمون

ضریب پایایی به سه طریق به شرح جدول یک تعیین شد

جدول ۱، ضرایب پایایی پرسشنامه

روش مورد استفاده	عاطفی	اجتماعی	آموزشی	کل
دو نیمه کردن آزمون	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۵
آزمون - آزمون مجدد	۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۳
کودر ریچاردسون	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۹۴

۳- یافته‌های تحقیق

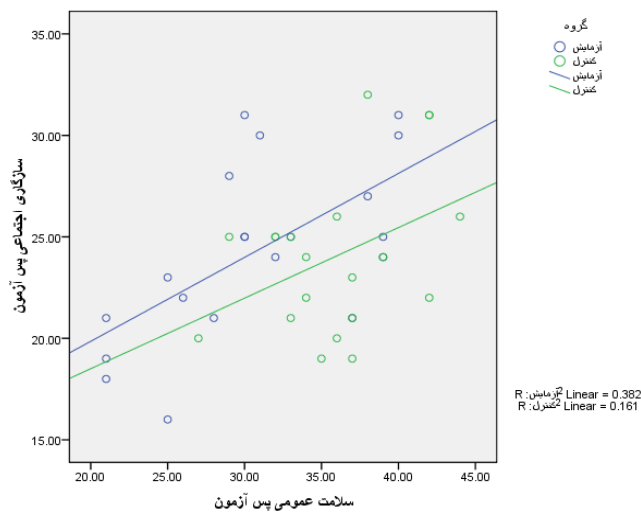
در تجزیه و تحلیل سوالها ضرایب اعتبار برای هر سوال به روش همبستگی دورشته ای فقط برای سوالهایی که همبستگی دو رشته ای آنها در هر دو ملاک: ۱- کل نمره. ۲- نمره هریک از حوزه‌ها، در سطح معناداری ۰/۰۱/۰ تایید شده بود تعیین گردد همبستگی‌های درونی بین سه حوزه پرسشنامه محاسبه شد، ماتریس همبستگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲، ماتریس همبستگی سه حوزه سازگاری

حوزه‌ها	۱	۲	۳
۱	-	۰.۰۲۰	۰.۰۱۹
۲	۰.۰۲۰	-	۰.۰۲۴
۳	۰.۰۱۹	۰.۰۲۴	-

پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمرات پرسشنامه با درجه بندی های مدیریت هوستل نیز اعتبار یابی شد این درجه بندی روی داده های حاصل از ۶۰ دانش آموز که در دبیرستان چند منظوره کالج پانتا زندگی می کردند انجام شده بود مدیریت هوستل دانش آموزان را در مقیاس نقطه ای یعنی: خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف در جهت سازگاری شان درجه بندی کرده بودند همبستگی ضریب گشتاوری حاصل بین نمرات پرسشنامه و درجه بندی مدیران ۰/۵۱ به دست آمده بود.

روش های آماری جهت تحلیل داده ها در هر پژوهش بر اساس طرح و شیوه پژوهش است با توجه به اینکه این پژوهش از نوع شبه آزمایشی می باشد، لذا از روش های آماری توصیفی و استنباطی به شرح زیر جهت تحلیل داده ها استفاده شده است. داده های بدست آمده از گروه های آزمایش و کنترل با استفاده از شاخصهای توصیفی نظیر نمودار میانگین و انحراف استاندارد مورد بررسی قرار گرفت و برای آزمون فرضیه تحقیق از شاخصهای استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است.



شکل ۱، رابطه بین متغیرهای وابسته سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی

همچنین با بررسی نتایج آزمون باکس مشخص شد آزمون باکس معنا دار نیست ($p = .470$ ، $F = .843$ ، $F(2, 259920/0.00) = .843$) بنابراین فرض تساوی ماتریسهای واریانس-کواریانس رد نمی شود. و با توجه به نتایج آزمون لونز (جدول ۱) و عدم معنادار بودن متغیرهای وابسته برابری واریانس ها برقرار بوده و اجرای آزمون مانکوا امکان پذیر است.

جدول ۳، نتایج آزمون لونز برای برابری واریانس ها

متغیر	F	df1	df2	p
سلامت عمومی	.۰۱۳	1	۳۸	.۹۰۹
سازگاری اجتماعی	.۳۹۸	1	۳۸	.۵۳۲

میزان همبستگی بین متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته

مولفه ها	سلامت عمومی	سازگاری اجتماعی
سلامت عمومی	۱	۰/۴۵۶

$$p^{**} < .01$$

نتیجه همبستگی ها نشان داد که بین مولفه های متغیر وابسته همبستگی معنی دار در حد مورد قبول وجود دارد. (کمتر از ۰/۹۰). بنابراین اجرای MANCOVA امکانپذیر است. مشخصه آماری متغیر های وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ نمایش داده شده است.

جدول ۵، مشخصه های آماری مولفه های متغیر وابسته وابستگی بین فردی در دو گروه آزمایش و کنترل

مولفه ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت عمومی	۳۰.۷۵	۶.۴۵۵	۳۵.۹۵	۴.۴۵۴
سازگاری اجتماعی	۲۴.۳۰	۴.۳۱۸	۲۴.۰۵	۳.۸۵۹

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می شود که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در متغیر های وابسته تفاوت وجود دارد این تفاوتها در هر دو متغیر به سود گروه آزمایشی است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای اندازه هر یک از متغیرها در جدول ۶ نمایش داده شده است.

جدول ۶، تحلیل کوواریانس چند متغیر ه نسبت F برای اندازه متغیر ترکیبی

منبع	ارزش	F(۳ و ۲)	سطح معناداری	Eta
متغیر ترکیبی(گروه)	۵۷۸	۱۲.۷۶۸	۰.۰۰۰	۰.۴۲۲

توجه: نسبت F چند متغیری از تقریب ویلکز لامبدای بدست آمده است. مقادیر مجذوراتی Eta که در جدول فوق دیده می شود سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید می شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ باشد میزان اثر زیاد است در جدول فوق این مقدار برای متغیر ترکیبی جدید به نام گروه ۰.۴۲۲ است این نشان دهنده اثر زیاد است. همچنین نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنی دار است. و معنی داری در متغیر ترکیبی جدید نشان دهنده این است که شرکت کنندگان در دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین های گروه ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. نتایج میانگین تعدیل یافته و نتایج کوواریانس حاصل برای متغیرهای وابسته در جدول ۷ ارائه گردیده است.

جدول ۷، میانگین تعدیل یافته انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کوواریانس مولفه های متغیر وابسته

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		کوواریانس	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	F	p
سلامت عمومی	۲۹/۴۳	۰.۹۰۸	۳۷.۲۷	۰.۹۰۸	۲۶.۲۵۰	۰.۰۰۰
سازگاری اجتماعی	۲۲/۵۲	۱.۰۵۶	۲۵.۸۳	۱.۰۵۶	۳.۴۶۱	۰.۰۷۱

در جدول فوق میانگین‌های تعدیل یافته مولفه های متغیر وابسته را می‌بینیم، اثر متغیرهای تصادفی کمکی به صورت آماری حذف شده است این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سطح پائینتری قرار دارند. مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۰/۴۲ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی و تقریباً ۸ درصد از واریانس متغیر سازگاری اجتماعی، برای متغیر گروه به حساب آمده است. با توجه به داده‌های جداول ۷ و ۶ نتایج زیر حاصل شده است. فرضیه اصلی: "آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بوده‌اند و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند تفاوت معنادار وجود دارد ($F = 12.768$, $P = 0.000$, $ETA = .422$) و این تفاوت با توجه به میانگین‌های تعدیل شده به سود گروه آموزش دیده است. در این پژوهش سه فرضیه مطرح شده است، در زیر به بحث و نتیجه گیری در مورد یکایک آنها پرداخته می‌شود:

۵- بحث و نتیجه گیری

آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است. نتایج پژوهش بر اساس یافته هایی که در فصل چهارم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نشان می دهد که با توجه به جدول، آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است. و شدت اثر ۰/۴۲۲ نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بالاست. پس فرض صفر رد شده و فرض تحقیق پذیرفته می شود. این یافته با یافته های تحقیق آقاجانی؛ (۱۳۸۱)، خاکپور؛ (۱۳۸۱)، دفتر بهداشت و تغذیه وزارت آموزش و پرورش؛ (۱۳۸۲)، وردی؛ (۱۳۸۳)، یادآوری؛ (۱۳۸۳)، نیک پرور؛ (۱۳۸۳)، بیرامی؛ (۱۳۸۵)، در داخل کشور و با یافته های تحقیق بوتوین و همکاران؛ (۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶)، زولینگر و همکاران؛ (۲۰۰۳)، گنزالس؛ (۲۰۰۴)، موس و همکاران؛ (۲۰۰۵)، بیلوت؛ (۲۰۰۵)، فورنریس؛ (۲۰۰۷)، ترنر؛ (۲۰۰۸)، هامفری؛ (۲۰۰۷)، در خارج از کشور همسو بوده است. به طور کلی، مرور مطالعاتی که برنامه آموزش مهارت های زندگی را ارزشیابی کرده اند نشان می دهد که دانش آموزان برای رسیدن به سلامت عمومی و بهبود در روابط اجتماعی می توانند از برنامه های آموزش مهارت های زندگی بهره ببرند. تبیین فرضیه های فرعی پژوهش:

آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی دانش آموزان موثر است. نتایج پژوهش با توجه به یافته هایی که در فصل چهارم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نشان می دهد که با توجه به جدول آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی دانش آموزان با شدت اثر ۰/۴۲۲ موثر بوده است. پس فرض صفر رد شده و فرض تحقیق پذیرفته می شود.

این یافته با یافته های تحقیق، باقری؛ (۱۳۸۱)، آقاجانی؛ (۱۳۸۱)، خاکپور؛ (۱۳۸۱)، وردی؛ (۱۳۸۱)، یاد آوری؛ (۱۳۸۳)، محمدخانی؛ (۱۳۸۵)، بیرامی؛ (۱۳۸۵)، در داخل کشور و با یافته های تحقیق بوتوین و همکاران؛ (۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶)، جفری؛ (۲۰۰۲)، زولینگر و همکاران؛ (۲۰۰۳)، لافروم بواز؛ (۲۰۰۴)، گلین؛ (۲۰۰۴)، شور؛ (۲۰۰۴)، ملک دونالد و همکاران؛ (۲۰۰۵)، بیلوت؛ (۲۰۰۵)، هامفری؛ (۲۰۰۷)، در خارج از کشور همسو بوده است.

به طور کلی از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های زندگی به طور قابل ملاحظه ای بر سلامت عمومی گروه آزمایش موثر بوده است. به عبارتی می توان گفت که اجرای عمل آزمایش و شرکت در جلسات آموزشی توانسته است میزان سلامت عمومی را افزایش دهد که محصول آن رهایی از تنش و توانایی ارتباط مطلوب است. تبیین فرضیه فرعی دوم:

آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است.

نتایج پژوهش با توجه به یافته هایی که در فصل چهارم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نشان می دهد که با توجه به جدول، آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان با شدت اثر ۰/۰۸ موثر بوده است که درصد بسیار پایینی است. پس فرض صفر تایید و فرض تحقیق رد می شود.

اما تحقیقات دیگر نشان از تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی داشته است مانند یافته های پژوهش، حیدری؛ (۱۳۸۳)، همتی علمدار وشجاعی؛ (۱۳۸۴)، ملکی؛ (۱۳۸۵)، کبریا؛ (۱۳۸۷)، تیموری؛ (۱۳۸۲)، در داخل کشور و با یافته های تحقیق گی نر و همکاران؛ (۲۰۰۴)، موس و همکاران؛ (۲۰۰۵)، الیاس و همکاران؛ (۲۰۰۶)، فورنریس؛ (۲۰۰۷)، ترنر؛ (۲۰۰۸)، در خارج از کشور. که با یافته های این تحقیق همسو نبوده است.

در تبیین این مطلب می توان گفت با توجه به اینکه طرح پیگیری در این تحقیق گنجانده نشده است و کاهش سازگاری اجتماعی به زمان بیشتری نیاز دارد، بنابراین احتمال می رود که این مساله خود را در یافته ها نشان ندهد. بحث نهایی:

همانطور که در نتایج این تحقیق نشان داده شده است آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است.

روانشناسان در دهه های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه دست یافتند که بسیاری از اختلالات و آسیب ها در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسایل زندگی به شیوه مناسب ریشه دارد. بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی های روز افزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آماده سازی افراد به خصوص نسل جوان، جهت رویارویی با موقعیت های دشوار، امری ضروری به نظر می رسد.

مهارت های زندگی شامل مجموعه ای از توانایی ها هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می دهند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، مهارت های زندگی به مجموعه ای از توانایی ها گفته می شود که کاربرد آنها در تنظیم و بهبود روابط بین فردی، پذیرش مسئولیتهای اجتماعی، تصمیم گیری های صحیح و حل تعارضها تاثیر فراوان دارد. دستیابی به این هدفها عملا امکان پذیر نیست، مگر آن که مهارتهای اساسی به کودکان و نوجوانان آموزش داده شود. در نتیجه شخص قادر می شود بدون اینکه به خود یا دیگران صدمه بزند مسئولیتهای مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش ها و مشکلات روزانه زندگی به شکل موثر روبرو شود.

بنابراین در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت که آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی دانش آموزان موثر است. لذا با توجه به اثر بخشی این روش پیشنهاد می شود که مشاوران و متخصصان روانشناسی با به کارگیری فنون و راهبرد های آموزشی در پیشگیری از پیامدهای منفی سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی اقدامات لازم را انجام دهند.

منابع

۱. اتکینسون و همکاران، زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه: براهنی و همکاران (۱۳۸۶)، تهران، رشد.
۲. اریک، فروم. (۱۹۸۰)، انسان برای خویشتن پژوهشی در روانشناسی اخلاق، ترجمه: اکبر تبریزی (۱۳۶۰)، چاپ اول، انتشارات کتابخانه بهجتی.
۳. اسلامی نسب، علی. (۱۳۷۳)، روانشناسی سازگاری، تهران: نشر بنیاد.
۴. اسماعیلی، محمد. (۱۳۸۰)، بررسی اثر آموزش درس مهارتهای زندگی در تعامل با شیوه های فرزند پروری بر عزت نفس دانش آموزان استان اردبیل. فصلنامه پیام مشاوره، سال سوم شماره ۶.
۵. آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱)، بررسی نقش آموزش مهارتهای زندگی بر منبع کنترل و بهداشت روان دانش آموزان مقطع دبیرستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، تهران.

۶. بارون. رابرت، بیرن. دان، برنسکامب. نایل (۲۰۰۶)، روانشناسی اجتماعی. ترجمه: کریمی، یوسف (۱۳۸۸)، تهران. نشر: روان.
۷. بافنده قراملکی، حسن. (۱۳۷۹)، مقایسه سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا و شنوا، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تهران.
۸. باقری، منصور. (۱۳۸۱)، نقش آموزش مهارتهای زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان، پایان نامه ارشد، دانشگاه تهران.
۹. بایسته پروین، سیده سمیرا. (۱۳۸۸)، اثربخشی آموزش زندگی خانوادگی (FLE) در میزان هوش هیجانی و توان مقابله ای دختران ۲۵-۲۰ ساله شهر رشت، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد تنکابن.
۱۰. براندان. ناتانیل. (۱۳۸۵)، روانشناسی عزت نفس، ترجمه: قراچه داغی، مهدی. تهران نشر نخستین.
۱۱. بنکداری، نسرين. (۱۳۸۵)، بررسی رابطه هوش هیجانی والدین با سازگاری اجتماعی فرزندان، پایان نامه ارشد، دانشگاه تهران.
۱۲. بیرامی، منصور. (۱۳۸۵)، تاثیر راهبردهای مدیریت زمان بر سلامت عمومی و موفقیت تحصیلی دانشجویان << مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
۱۳. حجازی، الهه. و نقش، زهرا. (۱۳۸۶)، رابطه خودکارآمدی ریاضی، سودمندی ادراک شده ریاضی و راهبردهای خودتنظیمی با پیشرفت ریاضی در دانش آموزان: یک مقایسه جنسیتی. *مجله مطالعات زنان*، ۱، ۸۴-۱۰۲.
14. Amarikan.j.h ,risinger ,R,T ,& Swickert ,R.J. (2001). Extarversion: ahidden personality factor in coping ? *journal of personality* ,63.183,212.
15. Belot , marie – Noelle. (2005). understanding life skills based education(Isbe).
16. Botvin,G.J.& Griffin , K.W. (2004). life skills tinning empivical findings and future direction , *journal of prevention*. 25 - 211 -232.
17. Bruner , geromes. (1963). the process of education. new york. tandomhouse.
18. Cronin.M.E. (1996). "life skills curricula for student with learning disabilities. . " *journal of learning disabilities* 29. 16-53
19. Fornerist , danishsj , scott DL. (2007). setting goals, solving problems and seeking social support. *pub med adolescence*, 42 (165): 103-114
20. Goldberg, D.P., & williasse, p. (1998). a user guide to the ghq. UK , NFER , Nrlson.
21. Goodestein l.d & Lanyon R.T. (1995). Adjustment behavior and personality. Arizona. stateuniversity.
22. Gounzalse, j, stein beck k. (2004). Factors associated with repeated suicide attempts among adolescents. *Aust nz psychiatry*, 34 (3): 43-45.
23. Hamphery. Kristin, l. (2007). the impact of relationship skilss training program on the cammun cation and problem solving abilities of individuals in amake residential substance abuse. *um pro guest*.