

# اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی

وحیده دهاقین<sup>۱</sup>، محمد کاظم عاطف وحید<sup>۲</sup>، علی اصغر اصغر نژاد فرید<sup>۳</sup>

تاریخ وصول:

تاریخ پذیرش:

## چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی بود. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه این مطالعه شامل تمام افراد با ناتوانی جسمی شهر تهران بود. نمونه شامل ۲۲ نفر که به شیوه در دسترس از مؤسسه رعد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل با تعداد برابر (۱۱ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرایش دوم و اضطراب بک استفاده شد که آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از آموزش آن‌ها را تکمیل کردند. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳ ماه (۱۲ جلسه هفتگی) مهارت‌های زندگی را آموزش دیدند که شامل مهارت‌های خودآگاهی، ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، مقابله با خلق منفی و مدیریت استرس بودند. داده‌ها با آزمون‌های یومان ویتنی، T مستقل، تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی علائم اضطراب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش را به طور معناداری کاهش داده ( $P \leq 0/01$ )

---

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

E-mail: dehaghin\_v@yahoo.com

۲. استادیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

KazemV@yahoo.com

۳. استادیار، دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.

Ali.asghanejad@gmail.com

است، درحالی که گروه کنترل هیچ تغییر معناداری را در پس آزمون و پیگیری نشان ندادند. بر اساس یافته‌ها می‌توان پیشنهاد کرد که برای کنترل اضطراب و افسردگی افراد با ناتوانی‌های جسمی از آموزش مهارت‌های زندگی استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** ناتوانی جسمی، مهارت‌های زندگی، اضطراب، افسردگی.

## مقدمه

طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، آسیب‌دیدگی به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و مشارکتی مطرح شده است؛ بنابراین تعریف عدم آسیب‌دیدگی و آسیب‌دیدگی بر اساس یک الگوی زیستی، روانی و اجتماعی تبیین می‌شود، بهارخوابه آسیب‌دیدگی نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است، می‌کاهد یا جلوگیری می‌کند (لوکاس کارسکو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). آسیب‌دیدگی‌های جسمی، بخشی از طیف وسیع آسیب‌دیدگی‌ها هستند و به آن دسته از ناتوانی‌ها اطلاق می‌شوند که باعث می‌شود فرد نتواند به مدت دست کم ۶ ماه از اندام خود و یا بخشی از آن به طور مؤثر استفاده نماید (براون و تارنر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). به طور کلی افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی، در مقایسه با افراد سالم از زمینه‌های مختلف جامعه مثل اشتغال، درآمد، آموزش، مشارکت‌های فرهنگی، اجتماعی و فعالیت‌های تفریحی محروم هستند (کمپن و آیدما<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) و همچنین با موانع زیادی در ارتقاء سلامتی و برنامه‌های پیشگیری از بیماری مواجه هستند، آن‌ها خدمات پیشگیری کمتری دریافت کرده و وضعیت سلامتی نامطلوب‌تری نسبت به افراد بدون ناتوانی در

1. Lucas-Carrasco, R.
2. Brown, RL & Turner, RJ.
3. Campen CV. & Iedema J.

شرایط یکسان دارند (ریچارد، استولزلی، فوکس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). ترنر، لوید و تیلور<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در بررسی شیوع اختلالات روانی و مصرف مواد در افراد با ناتوانی جسمی - حرکتی، رابطه بسیار قوی بین ناتوانی جسمی و افزایش وقوع اختلال های روانی و مصرف مواد در طول زندگی در یک سال گذشته مشاهده کرده اند که به نظر می رسد فشار روانی بیانگر علت این رابطه باشد (ترنر و همکاران، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که آسیب دیدگی و ناتوانی جسمی حرکتی منشأ مشکلات عاطفی زیادی است و اثرات آن ممکن است در اشکال مختلف روحی رفتاری از جمله اضطراب و افسردگی نمایان شود. نگرش های منفی و موانع روانی - اجتماعی، سلامت روانی افراد مبتلا به ناتوانی را تحت تأثیر قرار می دهد که بروز آن اغلب به صورت اضطراب و افسردگی است (بقایی مقدم و همکاران، ۱۳۹۰). افسردگی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین مشکلات جوانان و نوجوانان است که منجر به اختلال در عملکرد شغلی و روابط اجتماعی و بین فردی می شود. اضطراب نیز، از شایع ترین مشکلات روانی به خصوص در دوران نوجوانی است که اگر در رفع به موقع آن کوشیده نشود، باعث کاهش اعتماد به نفس، سوء مصرف مواد مخدر، اختلال در روابط بین فردی و اختلال اضطرابی می گردد (حقایق سلامت روانی کودکان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

بی توجهی به این مسائل گاه مشکلات فراوانی برای افراد آسیب دیده به وجود می آورد. این افراد مانند سایر اشخاص عادی برای موفقیت در جنبه های مختلف زندگی نیازمند مهارت های لازم هستند، در این رابطه آموزش مهارت های زندگی احتمالاً قادر است به این افراد کمک کرده تا با مشکل جسمی خود سازگار شده و در نتیجه مشکلات هیجانی خود را

- 
1. Reichard, A., Stolzle, H., Fox, MH.
  2. Turner, RJ., Lloyd, DA., & Taylor, J.
  3. Children's Mental Health Facts

کنترل نمایند. مهارت‌های زندگی عبارت است از توانایی‌های روانی اجتماعی برای رفتار سازشی و مؤثر که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثرتری با مقتضیات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند (مرادی و کلانتری، ۱۳۸۵). مهارت‌های زندگی شامل توانایی تنظیم اهداف واقع‌گرا، حل مشکلات، تصمیم‌گیری و ارزیابی پیامدهای آن، ارتقاء مهارت‌های درون فردی و بین فردی مناسب هستند، کسب این مجموعه از مهارت‌ها برای پرداختن به چالش‌های هرروزه زندگی مثل سازمان‌دهی امور شخصی، کنترل مراقبت بهداشتی، تعقیب فعالیت‌های حرفه‌ای، آموزشی، تفریحی و درگیری در تعامل‌های اجتماعی مثبت ضروری هستند (کینگنورث، هیلی، مکارتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). اکتساب مهارت‌های درست اجتماعی باعث پذیرفته شدن در گروه می‌شود. این فرآیند نقش مهمی را در مراحل اولیه رشد اجتماعی و ایجاد سازگاری اجتماعی ایفا می‌کند. برنامه مهارت‌های زندگی، یک روش تغییر رفتار جامع می‌باشد که به رشد مهارت‌های لازم برای زندگی می‌پردازد (رحمتی و همکاران، ۲۰۱۰). در مورد اثربخشی مستقیم این برنامه بر افزایش سلامت روانی و کاهش اضطراب و افسردگی در افراد جوامع مختلف پژوهش‌های اندکی منتشر شده است. جفری (۱۹۹۳) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی قدرت سازگاری با استرس را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش گیلبرت<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) نشان داد که آزمودنی‌هایی که آموزش مهارت‌های ذهنی و زندگی را دریافت کردند توانستند به صورت ارادی به آرمیدگی دست یابند، از راهبرد کنترل تنش در موقعیت‌های مختلف استفاده کنند و اولویت‌های زندگی خود را شناسایی کنند. لوئیز، هربرت، رونادا و گری<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) به آموزش مهارت‌های ارتباطی اجتماعی، حل مسئله، خودآگاهی و مدیریت استرس به مدت ۱۲ جلسه پنجاه دقیقه‌ای برای دانش‌آموزان دوره دبیرستان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد این

---

1. Kingsnorth, Healy & Macarthur

2. Gillbert.

3. Louise, Herbert, Rhonda, Garry

آموزش ها بر ارتقاء سازگاری با تغییرات و مدیریت استرس تأثیر معنی دار داشته است و این تأثیرات در طول زمان پایدار بوده است.

اسمیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)؛ (به نقل از صبحی قراملکی و رجیبی، ۲۰۱۰) نشان داد که آموزش مهارت های زندگی استفاده از الکل و دارو را در جوانان، کم می کند.

ویلبرن و اسمیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های ارتباطی از مهارت های زندگی به نوجوانان باعث افزایش اعتماد به نفس، احساس رضایت مندی از زندگی و بهبود حل مسئله در بین آنان شده است. افراد با خلق خوش بینانه، محبوبیت بیشتر و سازگاری بهتری با تحصیل دارند. همچنین موفقیت های اجتماعی آنان بیشتر است.

نتایج پژوهش خدیوی و همکاران (۱۳۸۴) مبین تأثیر مهارت های زندگی در ارتقای سطح بهداشت روانی و پیشگیری اولیه از خودکشی می باشد. حقیقی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند که آموزش مهارت های زندگی، موجب افزایش سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه می شود. نعمتی سوگلی تپه و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی باهدف ارزیابی تأثیر آموزش گروهی مهارت های زندگی در کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی بیماران قلبی، پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، نشان دادند که آموزش مهارت های زندگی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران کرونری قلب در مرحله پس از بای پس عروق کرونر مؤثر است.

اما آنچه از این پژوهش مدنظر بوده، تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر روی اضطراب و افسردگی افراد آسیب دیده دارای ناتوانی جسمی می باشد. طبق برآورد<sup>۳</sup> GBD شیوع نقطه ای

- 
1. Smith.
  2. Wilburn & Smith
  3. Global burden of disease.

اپیزودیک افسردگی ۹/۱ درصد برای مردان و ۲/۳ درصد برای زنان می‌باشد. ۸/۵ درصد مردان و ۵/۹ درصد زنان در یک دوره ۱۲ ماهه یک اپیزود افسردگی را تجربه خواهند کرد. این میزان شیوع در جمعیت‌های مختلف فرق می‌کند و می‌تواند در برخی جمعیت‌ها بالاتر باشد (پایگاه اطلاع‌رسانی اخبار گروه‌های پزشکی، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش ترنر و بی‌سر<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) نشان می‌دهد که افراد ناتوان نسبت به سایر افراد، میزان بیشتری از فشار روانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. بوسکه، هیوز، سودیونند، تیلر و سوآنک<sup>۲</sup> (۲۰۰۳؛ به نقل از مرادی، کلانتری، ۱۳۸۵) در پژوهشی دریافتند که زنان آسیب‌دیده نسبت به زنان عادی خودشناسی کمتر و عزت‌نفس پایین‌تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی‌ترند. این پژوهش‌ها اهمیت تلاش در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی آسیب‌دیدگان را مشخص می‌کند.

متأسفانه با وجود شیوع ناتوانی جسمی و نیازهای ویژه افراد، پژوهش‌های اندکی در زمینه بررسی اثرات روان‌شناختی و مداخله‌های مناسب بر روی ناتوانی جسمی - حرکتی در ایران انجام شده است. در این راستا با توجه به کمبود پژوهش و لزوم آموزش مهارت‌های زندگی برای بهبود سلامت روان و روابط اجتماعی، پرداختن به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به این گروه از افراد ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثرات آموزش مهارت‌های زندگی بر افسردگی و اضطراب افراد با ناتوانی جسمی بود.

---

1. Turner. & Beiser.

2. Busch., Hughes., Sodeiond., Tyler & Swank

## روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. اجرای مداخله آموزش مهارت های زندگی به عنوان متغیر مستقل و میزان افسردگی و اضطراب به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد با ناتوانی جسمی بودند که به موسسه رعد غرب تهران مراجعه کرده بودند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس با گمارش تصادفی در گروه ها بود. طی فراخوانی از افراد مؤسسه رعد غرب تهران برای شرکت در طرح پژوهش دعوت به عمل آمد. از آنجا که در روش های علی مقایسه ای و آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۵)، ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط با توجه به ملاک های شمول و حذف، انتخاب شدند و رضایت نامه شرکت در پژوهش و همچنین فرم مشخصات دموگرافیک (نام و نام خانوادگی، جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات) را تکمیل نمودند. ملاک های شمول افراد برای شرکت در پژوهش سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال و دارا بودن تحصیلات دست کم در سطح سوم راهنمایی بود. ملاک های خروج ابتلا به بیماری حاد یا مزمن جسمی و روانی، اخذ درمان های روان پزشکی یا روانشناسی در زمان پژوهش و سابقه دریافت آموزش مهارت های زندگی بودند که از اطلاعات مندرج در پرونده بالینی آسیب دیدگان، استخراج شد. سپس پرسشنامه های افسردگی و اضطراب بک با دو هدف غربالگری و پیش آزمون بر روی شرکت کنندگان اجرا شد. با در نظر گرفتن نمره معیار پرسشنامه ها، تعداد ۲۲ نفر دارای اضطراب و افسردگی خفیف تا متوسط بودند، سپس، به طور تصادفی ۱۱ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر هم در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمایش برنامه آموزش مهارت های زندگی (فتی و همکاران، ۱۳۸۵) در قالب ۱۲ جلسه هفتگی

۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برگزار شد (جدول ۱). لازم به ذکر است جلسات آموزشی توسط یکی از پژوهشگران که گواهینامه آموزش مهارت‌های زندگی را کسب کرده بود، انجام شد. مهارت‌های زندگی آموزش داده شده شامل مهارت‌های: برقراری ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، خودآگاهی، مبارزه با خلق منفی، مدیریت استرس، حل مسئله بود. بلافاصله پس از پایان جلسه‌های آموزشی، مرحله پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. پس از پایان آموزش مهارت‌های زندگی به فاصله ۲ ماه مجدداً افسردگی و اضطراب هر دو گروه به عنوان مرحله پیگیری مورد سنجش قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۱۸ بر اساس نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر افسردگی و اضطراب مورد تحلیل قرار گرفتند. از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی، برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه از آزمون یومان-وینتی (مقایسه جنسیت) و آزمون T مستقل (مقایسه سن و سطح تحصیلات)؛ همچنین برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله آزمون از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

### ابزار پژوهش:

افسردگی بک نسخه<sup>۱</sup> (BDI-II): همانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه از صفر تا سه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است را برمی‌گزیند. دامنه کل پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ است. نمره ۰ تا ۱۳ افسردگی جزئی، نمره بین ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمره بین ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمره بین ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این پرسشنامه در نمونه ایرانی با

---

1. The Beck Depression Inventory



ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی (ضریب پایایی) به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۵).

اضطراب بک<sup>۱</sup> (BAI): این آزمون توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۸۹ ساخته شد که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجید. این پرسشنامه شامل ۲۱ گزینه است که دارای ۴ گزینه از صفر تا سه است. دامنه نمرات افراد بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. نمره ۰ تا ۷ اضطراب جزئی، نمره ۸ تا ۱۵ نشانه اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ نشانه اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد (بک و همکاران، ۱۹۸۹). این پرسشنامه در نمونه ایرانی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، ضریب پایایی آزمون و باز آزمون به فاصله دو هفته ۰/۸۳ و روایی ۰/۷۲ گزارش شده است (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۷).

#### برنامه مداخله:

پس از ارزیابی داوطلبان شرکت کننده در پژوهش و بررسی پرونده‌های بالینی آن‌ها و اطمینان از اینکه بر اساس معیارهای مصاحبه بالینی اختلال روان پزشکی و پزشکی دیگری از جمله بیماری‌های دیگری نداشته، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی (فتی و همکاران، ۱۳۸۵) در قالب ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

جدول ۱. موضوعات جلسات برنامه آموزشی

جلسات	موضوعات	عناوین محتوای آموزشی
۱-۲	شیوه‌های برقراری ارتباط مؤثر	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، آشنایی با اصول و مقررات و اهداف جلسات، مفهوم ارتباط، اهمیت ارتباط، عناصر کلامی و غیر کلامی ارتباط، گوش دادن فعال، سؤال کردن و اهداف آن، سؤال باز و بسته، بازخورد دادن، موانع ارتباط مؤثر، سبک‌های سالم و ناسالم ارتباط.
۳-۴	مهارت روابط بین فردی	مفاهیم روابط بین فردی مؤثر، خودشناسی، دیگرشناسی، عناصر رابطه دوستانه، اعتماد، همدلی و پذیرش، خلاصه‌سازی، پیام من و پیام تو، سبک‌های حل اختلاف، قواعد حل اختلاف، آموزش تکنیک‌های رفتار جرأت‌مندانه.
۵-۶	خودآگاهی و همدلی	مفهوم خودآگاهی، فواید خودآگاهی، مفهوم عزت‌نفس و تاب‌آوری، مهارت‌های خودارزیابی، شناسایی نقاط قوت و ضعف خود، مهارت‌های ایجاد خودانگاره و تصویر تن مثبت، احساس ارزشمندی، هویت و هویت‌یابی.
۷-۸	مبارزه با خلق منفی	مفهوم افسردگی، علائم افسردگی، تفاوت افسردگی بالینی و غیر بالینی، ارتباط افکار و احساس و رفتار، شناسایی افکار منفی، بررسی خطاهای شناختی، مبارزه با افکار خوارکننده منفی، شک کردن، ارزیابی مجدد، فرضیه آزمایشی.
۹-۱۰	مدیریت استرس	مفهوم استرس، تعریف و فرایند مقابله، راهبردهای مقابله با استرس، آرام‌سازی، مدیریت زمان، ورزش، حل مسئله، رفتار جرأت‌مندانه، مقابله با افکار غیرمنطقی مدیریت مالی، چگونگی بالا بردن توان عمومی استرس، آماده‌سازی خود برای مقابله با استرس.
۱۱-۱۲	مهارت حل مسئله	مفهوم حل مسئله، انواع مقابله‌های مسئله مدار و هیجان‌مدار، مقابله‌های هیجان‌مدار سازگارانه و ناسازگارانه، تعریف و فرمول‌بندی مسئله، تولید و خلق راه‌حل‌های متعدد، بررسی معایب و محاسن هر راه‌حل، به کارگیری راه‌حل و ارزیابی و بازنگری آن.

## نتایج

۲۲ نفر شرکت کننده در این پژوهش همه مجرد بودند. ۳۶/۴ درصد (۴ نفر) در گروه آزمایش و ۴۵/۵ درصد (۵ نفر) در گروه کنترل مرد و مابقی زن بوده و از نظر جنسیت بین دو گروه تفاوت معناداری ( $U=0/55$ ) و ( $p \leq 0/67$ ) وجود نداشت. میانگین سن و طول مدت تحصیلات در دو گروه، مطابق جدول ۲ فاقد تفاوت معنادار بود.

جدول ۲. مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی های جمعیت شناختی.

ویژگی های جمعیت شناختی	گروه	دامنه	میانگین (تعداد سال)	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری
طول مدت تحصیلات	آزمایش	۹-۱۶	۱۲/۶۴	۲/۰۱	۰/۲۸	۲۰	۰/۷۷
	کنترل	۹-۱۸	۱۲/۳۶	۲/۴۲			
سن	آزمایش	۲۲-۳۴	۲۸/۵۵	۳/۱۴	۱/۵۳	۲۰	۰/۱۳
	کنترل ل	-۳۵ ۲۰	۲۵/۶۴	۵/۳۱			

در جدول ۲ شاخص های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و گروه

کنترل در مقیاس های افسردگی و اضطراب ارائه شده است.

جدول ۳. نمرات شاخص‌های توصیفی افسردگی و اضطراب در مراحل مختلف آزمون در دو گروه.

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی	آزمایش	۱۱	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	کنترل	۱۱	۶/۰۳ $\pm$ ۲۴/۵۵	۴/۶۵ $\pm$ ۲۰/۰۹	۴/۲۳ $\pm$ ۱۹/۸۲
اضطراب	آزمایش	۱۱	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	کنترل	۱۱	۶/۵۶ $\pm$ ۲۳/۳۶	۵/۴۹ $\pm$ ۲۲/۷۳	۶/۲۴ $\pm$ ۲۲/۱۸
اضطراب	آزمایش	۱۱	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	کنترل	۱۱	۶/۴۰ $\pm$ ۲۳/۵۵	۵/۴۵ $\pm$ ۱۹/۱۸	۵/۰۷ $\pm$ ۱۹/۰۲
اضطراب	آزمایش	۱۱	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
	کنترل	۱۱	۶/۵۰ $\pm$ ۲۳/۰۶	۶/۳۳ $\pm$ ۲۲/۵۵	۶/۳۴ $\pm$ ۲۳/۰۰

با توجه به جدول ۳، میانگین افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون (۲۰/۰۹) و در مرحله پیگیری (۱۹/۸۲) کمتر از گروه کنترل در پس آزمون (۲۲/۷۳) و مرحله پیگیری (۲۲/۱۸) می‌باشد. همچنین میانگین اضطراب گروه آزمایش در پس آزمون (۱۹/۱۸) و در مرحله پیگیری (۱۹/۰۲) کمتر از گروه کنترل در پس آزمون (۲۲/۵۵) و مرحله پیگیری (۲۳) می‌باشد. از مقایسه میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های افسردگی و اضطراب تفاوت وجود دارد. جهت بررسی اینکه آیا این تفاوت به دست آمده معنادار است، از آزمون واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و کوواریانس استفاده شد. نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است. قبل از انجام تحلیل، همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

در تمامی متغیرهای این پژوهش آزمون کرویت موچلی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریکس کوواریانس اطمینان حاصل و از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری های مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل.

مجدور اتا	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	F	ارزش	تأثیر بین گروهی آموزش مهارت های زندگی	
۰/۶۶۲	۰/۰۰۰۱	۱۹	۲	۱۸/۵۸	۰/۳۳۸	لامبدای ویلکز	افسردگی
۰/۴۵۹	۰/۰۰۳	۱۹	۲	۸/۰۷	۰/۵۴۱	لامبدای ویلکز	افسردگی و گروه
۰/۶۳۸	۰/۰۰۰۱	۱۹	۲	۱۶/۷۱	۰/۳۶۲	لامبدای ویلکز	اضطراب
۰/۴۷۶	۰/۰۰۲	۱۹	۲	۸/۶۱۷	۰/۵۲۴	لامبدای ویلکز	اضطراب و گروه

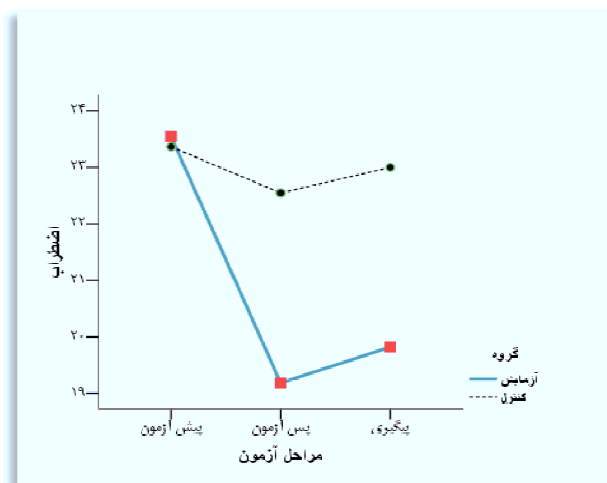
همان طور که جدول ۴ نشان می دهد، اندازه گیری های نمره های افسردگی و اضطراب در سه مرحله، تفاوت معناداری باهم دارند. به عبارتی، بین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) در افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری به دست آمد ( $p < 0/01$ ). همچنین، بین نمره های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه ها در افسردگی و اضطراب تعامل معناداری مشاهده شد ( $p < 0/01$ ). این نتایج بیانگر اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر افسردگی و اضطراب است؛ بنابراین آزمون چند مقایسه ای نشان داد که در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون میزان افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش به طور معناداری تغییر کردند. به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون باهم تفاوت معنی دار دارند، از آزمون های تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی

واریانس‌ها استفاده شده است. این آزمون توسط مقایسه دوه‌دو میانگین‌ها انجام می‌شود که نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

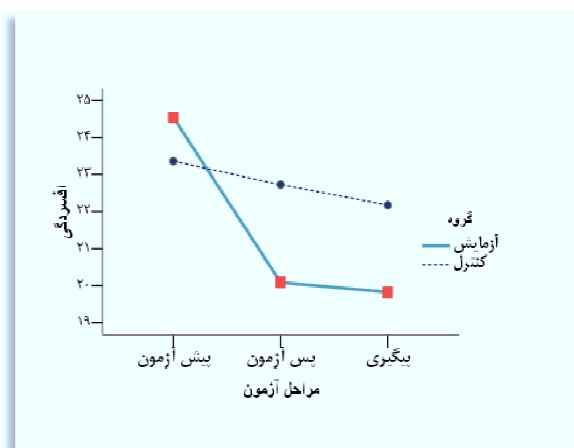
جدول ۵. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر افسردگی و اضطراب در مقایسه دوه‌دوی مراحل آزمون در هر گروه.

پس آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پس آزمون		مراحل ←	
سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	F	گروه ↓	
۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۲۶/۴۴	۰/۰۰۰۱	۳۳/۷۲	آزمایش	افسردگی
۰/۳۹	۰/۸۰	۰/۱۱	۲/۹۷	۰/۳۰	۱/۱۵	کنترل	
۰/۱۷	۲/۱۶	۰/۰۰۰۸	۱۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۴۱/۴۳	آزمایش	اضطراب
۰/۴۹	۰/۵۰	۰/۹۳	۰/۰۰۷	۰/۱۸	۲/۰۶	کنترل	

بر اساس نتایج جدول ۵، در گروه آزمایش بین میانگین نمره‌های افسردگی و اضطراب پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری در گروه آزمایش، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $p \leq 0/01$ ). در حالی که اختلاف معنی‌داری بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون - پیگیری گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین بین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. نمودار ۱ و ۲ تفاوت میانگین افسردگی و اضطراب را در دو گروه آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.



نمودار ۲. تفاوت میانگین اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری.



نمودار ۱. تفاوت میانگین افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری.

## بحث

نتایج حاصل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش افسردگی و اضطراب افراد دارای ناتوانی جسمی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های جفری (۱۹۹۳)، گیلبرت (۱۹۹۶)، لوئیز و همکاران (۲۰۰۳)، اسمیت (۲۰۰۴)، ویلبرن و اسمیت (۲۰۰۵)، خدیوی و همکاران (۱۳۸۴)، حقیقی و همکاران (۱۳۸۵) و نعمتی سوگلی تپه و همکاران (۱۳۸۸) همسو بوده است. نتایج این پژوهش‌ها نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی افراد گردد.

در تبیین اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب و افسردگی افراد با ناتوانی جسمی می‌توان گفت، آموزش مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح برقراری ارتباط این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که توانایی‌های لازم برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه را در خود پرورش دهد. افزون بر این دانش فرد را افزایش می‌دهد و باورهای مثبت او را قوت می‌بخشد. همه این‌ها باعث می‌شود که عوامل محل سلامت روانی در فرد به وجود نیاید؛ زیرا به نظر می‌رسد بیشتر اختلال‌های روانی از ناتوانی در عمل کردن طبق معیارهای خود و پیرو آن ناکامی از دستیابی به پیامدهای مورد انتظار و همچنین نداشتن دانش کافی و باورهای غلط و ناصواب در مورد خود و جهان اطراف ناشی می‌شود (پیک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از مجرد کاهانی و غنوی، ۱۳۹۱). آموزش باعث می‌شود افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و به حدی از خودشناسی نائل شده و برای اصلاح نقاط ضعف و



تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند. در نتیجه، فرد واقعیت ها را بهتر می پذیرد، با آن ها به طور صحیح تر سازش می یابد و این امر باعث افزایش سازگاری و کاهش فشار روانی می شود (پورسعید و همکاران، ۱۳۸۹).

بررسی محتوای آموزشی جلسه ها حاکی از آن است که اغلب فعالیت های این دوره آموزشی به ابعاد مختلف مسائل اجتماعی پرداخته اند. به بیان دیگر اغلب فعالیت ها مانند شیوه های برقراری ارتباط مؤثر، آشنایی با شیوه های کلامی و غیر کلامی ارتباط، افزایش قاطعیت در رفتار و غیره به افزایش کارآمدی فرد در روابط اجتماعی کمک کرده اند و کاهش مشکلات را در این حیطه به دنبال داشته اند. بهبود اجتماعی و بهبود ارتباط با اطرافیان، فرد را از وضعیت ناراحت کننده انزوا و تنهایی خارج ساخته (امیری برمکوهی، ۱۳۸۸) و از این راه از میزان اشتغال ذهنی نسبت به افکار منفی مربوط به ناتوانی جسمی شان کاسته است. برنامه آموزش مهارت های زندگی از طریق پرورش مهارت هایی همچون تصمیم گیری درست و حل مسئله، تفکر خلاق و انتقادی، مهارت های ارتباطی و اجتماعی و مقابله با شرایط دشوار، خود کارآمدی شخصی را افزایش می دهد و به این ترتیب به افزایش سازگاری اجتماعی او کمک می کند. بوتوین و گریفین (۲۰۰۴) معتقدند که برنامه آموزش مهارت های زندگی، مهارت های مربوط به مقاومت اجتماعی و افزایش صلاحیت فردی و اجتماعی را آموزش می دهد. عامل بعدی مربوط به برگزاری دوره آموزشی به صورت گروهی است. این امر می تواند تأثیر مثبت در کاهش استرس و اضطراب داشته باشد، زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن ها دارند و در گروه می توانند از تجارب یکدیگر برای مقابله با استرس استفاده نمایند، در کاهش اضطراب مؤثر است (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۴).

از محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به تعداد بیش‌تری از افراد دارای ناتوانی جسمی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متنوع (سن، جنس، وضعیت اشتغال، شدت آسیب‌دیدگی و غیره) به دلایلی مانند عدم مناسب‌سازی فضاهای شهری و آموزشی که منجر به مشکلات حمل‌ونقل، حضور نداشتن در مراکز و نهادهای آموزشی می‌شود، بود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش شیوه نمونه‌گیری به دلیل کم بودن افراد دارای ناتوانی جسمی بود.

با توجه به محدودیت‌های افراد با ناتوانی جسمی در جهت استقلال و خودکفایی و مشکلات آنان در روابط بین فردی برنامه‌های آموزشی ویژه‌ای در این زمینه‌ها تدوین و مورد آزمون قرار گیرد. همچنین با تأکید به دیدگاه‌های نوین در حیطه توان‌بخشی به ویژه توان‌بخشی مبتنی بر اجتماع، به مسئولین و نهادهای اجتماعی - درمانی پیشنهاد می‌گردد که در امر آموزش افراد با نیاز ویژه از جمله آسیب‌دیدگان جسمی و به منظور پیش‌گیری از ایجاد و گسترش آسیب‌های روان‌شناختی این قشر از اجتماع، نسبت به طراحی و اجرای دوره‌های آموزش و پرورش مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی که نقش اساسی در پیشرفت تحصیلی و موفقیت در زندگی آن‌ها دارد و به آن‌ها کمک می‌کند که توانمندی‌های خود را بشناسند و اهداف واقع‌بینانه برگزینند، توجه و اقدام نمایند.

## منابع

- امیری برمکوهی، علی (۱۳۸۸). آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش افسردگی. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، دوره ۵، شماره ۲۰: ۳۰۶-۲۹۷.
- بقایی مقدم، گلناز. ملک‌پور، مختار، امیری، شعله، مولوی، حسین. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان اضطراب، شادی و کنترل خشم نوجوانان با ناتوانی جسمی حرکتی. مجله علوم رفتاری. دوره ۵. شماره ۴: ۳۱۰-۳۰۵.

پایگاه اطلاع رسانی اخبار گروه های پزشکی. (۱۳۸۷). اخبار علمی پزشکی، بهداشت روان و بهداشت عمومی. اختلالات افسردگی و اضطرابی. [www.Pezeshk.us](http://www.Pezeshk.us)

پورسعید، سید رضا، حبیب الهی، سعید، فرامرز، سالار. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی بر میزان سازگاری دانشجویان نابینا و کم بینا. مجله راهبردهای آموزش. دوره ۳، شماره ۱: ۷-۱۱.

حقیقی، جمال، موسوی، محمد، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مهارت های زندگی بر سلامت روانی و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره ۳، شماره ۱: ۶۱-۷۸.

خدیوی، رضا، معزی، معصومه، شاکری، مصطفی، برجیان، محمدتقی. (۱۳۸۴). تأثیر مهارت های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان شهرستان اردل. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره ۱۳، شماره ۱: ۱۳-۲۰.

دلاور، علی. (۱۳۸۵). روش های تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران. دانشگاه پیام نور. فتی، لادن، موتابی، فرشته، محمدخانی، شهرام و کاظم زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۸۵). راهنمایی عملی برگزاری کارگاه های آموزش مهارت های زندگی، کتاب راهنمای مدرس. تهران: نشر دانژه، چاپ اول.

کاویانی، حسین، موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه بک در طبقات سنی و جنسی جامعه ایرانی. مجله دانشکده دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۶۶، شماره ۲: ۱۴۰-۱۳۶.

مجرد کاهانی، امیرحسین، غنوی، سونیا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت های ارتباط مؤثر بر

عزت نفس دختران دچار ناتوانی جسمی حرکتی. پژوهش در علوم توان بخشی. دوره ۸، شماره ۲: ۲۶۳-۲۷۱.

مرادی، اعظم، کلاتری، مهرداد. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر نیمرخ روانی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی - حرکتی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. دوره ۶، شماره ۱: ۵۷۶-۵۵۹.

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه، محمود علیلو، مجید، باباپور خیرالدین، جلیل، طوفان تبریزی، مهنوش. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی پس از پیوند عروق کرونر. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۵، شماره ۱: ۵۶-۵۰.

هالاهاان دانیل پی، کافمن جیمز ام. (۲۰۰۱). کودکان استثنایی، ترجمه مجتبی جوادیان (۱۳۸۱)، چاپ هفتم، مشهد: نشر آستان قدس.

- Beck, A. T., Epstein, N. M., Brown G. K., Steer, R. A. (1989). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56: 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 65-58.
- Botvin, G. J., & Griffin, K.W. (2004). "Life skills training: empirical findings and future directions." *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2): 211- 232
- Brown, R. L., Turner, R. J. (2010). Physical disability and depression: clarifying racial/ethnic contrasts. *J Aging Health*;22(7): 977-1000.
- Campen, C. V., Iedema, J. (2007). Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modeling of objective participation and subjective well-being. *Quality of Life Research*; 16: 635-645.
- Children's Mental Health Facts. (2010). Children and adolescents with anxiety disorder. National Mental Health Information Center. <http://www.mentalhealth.samhsa.gov> (accessed 12/5/2010).
- Gillbert, J. A. (1996). Leadership, social intelligence, and perceptions of environment opportunities: A comparison across level of leadership. *Dissertation Abstracts International*, 56 (8-B), 4621.
- Jeffrey, P. M., Blunnie, E. B. (1993). Competency coping and contributory life skills development of early adolescents. *J Agr Educ*. 31(1): 68-76.
- Kingsnorth, S., Healy, H., Macarthur, C. (2007). Preparing for Adulthood: A systematic review of Life skill programs for youth with physical disabilities. *Journal of Adolescent Health*; 41: 323-332.
- Louise, A. E., Herbert, W. M., Rhonda, G. C., Garry, E. R. (2003). *The effectiveness of a peer support program in enhancing self-concept and other desirable outcomes*. Self concept Enhancement and learning Facilitation Research Center, University of western Sydney. Australia, ELL03779.
- Lucas-Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., McPherson K. M., Green, A., Kullmann, L. (2011). The Quality of Care and Support(QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Res Dev Disabil*; 32(3):1212-25.
- Rahmati, B., Adibrad, N., Tahmasian, K., Saleh sedgh pour, B. (2010). The Effectiveness of life skill training on social adjustment in children. *Procedia social Behavioral sciences*; 5, 870-874.
- Reichard, A., Stolze, H., Fox, M. H. (2010). Health disparities among adults

---

with Physical disabilities or cognitive Limitations Compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disability and Health Journal*.

Sobhi- Gharamaleki, N., & Rajabi, S. (2010). Efficacy of life skills training on increase of the students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5: 1818-1822.

Turner, R. J., & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled: Assessing the role of chronic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(6): 343-350

Turner, R. J., Lloyd, D. A., Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*; 51(3): 214-223.

Wilburn, V. R., Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adol.* 40(157): 33-45.