پژوهش در حیطه کودکان استثنایی۱۹/ سال ششم، شماره ۱، بهار ۵۷۶/۱۳۸۵-۵۵۹
Research on Exceptional Children, Spring 2006, Vol.19, No. 1, 559-576

تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر نیمرخ‌روانی زنان دارای ناتوانیهای جسمی - حرکتی

اعظم مرادی* و دکتر مهرداد کلانتری**

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۴ تجدید نظر: ۸۵/۲/۱۸ پذیرش نهایی: ۸۵/۳/۱۷

چکیده

هدف: این پژوهش به تأثیر برنامه آموزش مهارتهای زندگی (طراحی شده توسط سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳) بر میزان سلامت روانی و نیز میزان اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانیهای جسمی- حرکتی پرداخته است. **روش:** به این منظور ۱۶ نفر زن دارای ناتوانی جسمی- حرکتی در شهر اصفهان به شیوه تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. پیش از برگزاری اولین جلسه آموزش مهارتهای زندگی با استفاده از پرسشنامه GHQ (پرسشنامه سلامت عمومی) در مورد گروه آزمایشی و گواه پیش‌آزمون اجرا شد؛ سپس برای گروه آزمایشی ۱۰ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای برنامه آموزش مهارتهای زندگی برگزار شد. در هر یک از این جلسات یکی از مهارتهای اساسی مطرح شده در راهنمای آموزش مهارتهای زندگی آموزش داده می‌شد. این مهارتها عبارت بودند از: شناخت خصوصیات و تواناییهای خود، توجه به ارزشهای شخصی، خانوادگی و اجتماعی، به‌کار بردن روشهای صحیح برقراری ارتباط، قاطعیت، دوست‌یابی، تعیین هدف و دستیابی به آن، تصمیم‌گیری صحیح، پرهیز از خشونت و حفظ سلامت. بلافاصله پس از اتمام جلسات آموزش مهارتهای زندگی بر روی هر دو گروه آزمایشی و گواه، پس‌آزمون اجرا شد. **یافته‌ها :** تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی باعث افزایش معنی‌دار سلامت روانی ($P<۰/۰۵$)و کاهش معنی‌دار اضطراب ($P<۰/۰۵$) و ناسازگاری اجتماعی ($۰/۰۵ > P$) در آزمودنیها شده است و فقط بر میزان افسردگی آنها تأثیر معنی‌داری نداشته است. **نتیجه گیری:** یافته های این پژوهش می تواند به ارایه خدمات بهتر برای سلامت روانی زنان دارای ناتوانیهای جسمی – حرکتی مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مهارتهای زندگی، معلولین جسمی- حرکتی، نیمرخ روانی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (Email: azam_moradi_isf2005@yahoo.com)
** گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

مقدمه

معلولیت بحرانی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه‌رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمانی و روان‌شناختی است و همان‌طور که سلامت جسمی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سازگاری روانی ـ اجتماعی و سلامت روانی او را نیز متأثر می‌سازد (نوری، ۱۳۷۴). فردی که به نوعی معلولیت جسمی مبتلاست، فقدانی دردناک را تجربه می‌کند که دارای اهمیت جسمانی و عاطفی زیادی است (کروگر[1]، ۱۹۸۴ به نقل از نوری، ۱۳۷۴). موانع فیزیکی، امکان حرکت و مشارکت افراد ناتوان را در روند کلی فعالیتهای بشری دشوار یا غیر ممکن می‌سازد. اما حتی مهم‌تراز اینها موانعی است که در محیطهای روانی ـ اجتماعی فرد وجود دارد (برون، ۱۹۹۱). افراد دچار ناتوانی اکثراً بیکار، از نظر اجتماعی منزوی، فقیر، کمتر تحصیلکرده، دارای برچسب یا داغ اجتماعی و محروم‌اند و در جوامع مختلف با موانع، تعصبات و جهت‌گیریهای متعدد جسمانی، قانونی، اقتصادی و روانی_ اجتماعی مواجه هستند. در واقع ناتوانی یا معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرشهای افراد مزبور و دیگر افراد جوامع مختلف وجود دارد (نوری، ۱۳۷۴). این نگرشهای منفی و موانع روانی ـ اجتماعی، سلامت روانی افراد مبتلا به ناتوانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که آنها نسبت به سایر افراد، عزت نفس و اعتماد به‌نفس پایین‌تری داشته باشند و در ارتباطات اجتماعی احساس راحتی نکنند یا در کل تعاملات اجتماعی کمتری داشته باشند. نتایج تحقیق ترنر[2] و بی سر[3] (۱۹۹۰، به نقل از نوری، ۱۳۷۴) نشان می‌دهد که افراد ناتوان نسبت به سایر افراد، میزان بیشتری از فشار روانی و افسردگی مزمن را تجربه می‌کنند. بوسکه، هیوز، سودییوند، تیلر و سوآنک(۲۰۰۳) در تحقیقی دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیرمعلول خودشناسی کمتر و عزت نفس پایین‌تری دارند و از لحاظ اجتماعی منزوی‌ترند. هیبنر، تامس و برون(۱۹۹۹)در تحقیقی پی بردند که دانشجویان معلولی که مشکلات روان‌شناختی دارند، بیشتر از دیگر دانشجویان معلول در مورد نبود امنیت در روابط بین‌فردی فکر می‌کنند و بیشتر انتظار خصومت دارند. این تحقیقات اهمیت

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

تلاش در جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی معلولین و نیز لزوم توجه به عامل مهم تعاملات اجتماعی در راه رسیدن به این هدف را مشخص می‌کند. روابط اجتماعی می‌توانند تأثیر عمیقی بر نگرش فرد معلول نسبت به خود و فرصتهایی که برای سازگاری روانی، تحصیلی و شغلی به‌دست می‌آورد، داشته باشند (هالاهان[۴] و کافمن[۵]، ۱۹۹۴ ترجمهٔ جوادیان، ۱۳۸۱). مهارتهای اجتماعی نقش مهمی در عملکرد موفق افراد معلول در شغل و جامعه دارند(ویهمان[۶]، ۱۹۷۷ و کولارد[۷]، ۱۹۸۱ به نقل از کارتلج و میلبورن، ترجمه نظری‌نژاد، ۱۳۶۹). کمکهایی که به افراد مزبور می‌شود، تا یکپارچگی اجتماعی و ارزش شخصی بیشتری داشته باشند، در واقع میزان افسردگی آنها را کاهش می‌دهد (الیوت، هریک پتی و ویتی،۱۹۹۱). این شیوه مناسب‌تر به نظر می‌رسد که تدابیر آموزشی خاص به منظور تسهیل تماسهای فعالانه و داوطلبانه هر دو گروه افراد ناتوان و دیگران تکامل یابد، زیرا نه فقط افراد غیرمعلول بلکه خود افراد مبتلا به ناتوانی هم ممکن است از روابط متقابل و یکپارچگی اجتماعی امتناع کنند (نوری، ۱۳۷۴). در آموزش به جای شیوه اطلاعاتی و ترغیبی محض، دیدگاههای عاطفی‌تر نظیر نقش بازی کردن توصیه شده است (کلور و جفری، ۱۹۷۲).

یکی از شیوه‌هایی که برای ایجاد مهارتهای لازم در افراد مختلف و از جمله معلولین مفید به نظر می‌رسد، آموزش مهارتهای زندگی[۸] است. برنامه آموزش مهارتهای زندگی را سازمان بهداشت جهانی[۹] از سال ۱۹۹۳ به منظور کاهش آسیبهای روانی _ اجتماعی و ارتقاء سطح بهداشت روانی تدارک دیده است (هانتر[۱۰]، ۱۹۹۸ ، ترجمه عبدالله‌زاده،۱۳۷۸). هدف از آموزش مهارتهای زندگی کمک به رشد مهارتهای روانی _ اجتماعی‌ای است که برای کنار آمدن با موقعیتها و چالشهای زندگی روزمره لازم است. برنامه آموزش مهارتهای زندگی مهارتهای مربوط به موقعیتهای خطیر خاص و مهارتهای لازم را برای دفاع از حقوق خود به کودکان و نوجوانان آموزش می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). اگر فرد عزت نفس[۱۱] و خودکارآمدی[۱۲] بالایی داشته باشد، تأثیر نامطلوب محیطی که از لحاظ اجتماعی _ اقتصادی و آموزشی حمایت‌کننده نیست، تا حدی خنثی می‌شود (الیاس[۱۳] و همکاران، ۱۹۹۱ ؛ لوتر[۱۴]، ۱۹۹۱ هردو به نقل از پیک، گیوایودن و پورتینگا،۲۰۰۳)؛ کمک به افزایش

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

این دو ویژگی مثبت در افراد مختلف، از اهداف عمده آموزش مهارتهای زندگی است؛ البته چنین ویژگیهایی به مثابه مهارت آموخته نمی‌شوند، بلکه یادگیری و تمرین مهارتهای زندگی همچون خودآگاهی، حل مسئله، تفکر انتقادی و مهارتهای بین‌فردی کسب چنین ویژگیهایی را تسهیل می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). در کل، آموزش مهارتهای زندگی سبب پرورش مهارتهای روانی، اجتماعی و رفتاری مورد نیاز افراد بالغ برای حضور در صحنه روابط بین‌فردی، محل تحصیل، کار و به‌طور کلی اجتماع می‌شود (الیاس، ۱۹۹۹ ترجمه فرهمندیان، ۱۳۷۹). سازمان بهداشت جهانی، آموزش مهارتهای زندگی را برای ارتقای رشد سالم کودکان و نوجوانان، مداخله پیشگیرانه در مورد بعضی از عوامل اساسی مؤثر در مرگ، بیماری و ناتوانی کودکان و نوجوانان، اجتماعی شدن و آماده کردن افراد جوان برای تغییر شرایط اجتماعی، لازم دانسته است و مقتضیات زندگی مدرن، فرزندپروری ناکارآمد، تغییر ساختار خانواده، ارتباطات مختل، درک جدید از نیازهای افراد جوان و تغییرات اجتماعی ـ فرهنگی سریع را دلایل لزوم آموزش مهارتهای زندگی عنوان کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). هم اکنون بسیاری از کشورها گسترش آموزش مهارتهای زندگی را در پاسخ به لزوم تغییر شکل نظامهای آموزشی سنتی که به نظر می‌رسد پاسخ‌گوی واقعیتهای زندگی اجتماعی و اقتصادی مدرن نیست، لازم می‌دانند. آموزش مهارتهای زندگی کاربرد گسترده‌ای در مداخله پیشگیرانه و نظامهای آموزشی دارد. از این رو سازمان بهداشت جهانی از ایجاد یک دورهٔ کل‌نگر، دراز مدت و یکپارچه برای آموزش مهارتهای زندگی در مدارس، حمایت می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). از طرف دیگر دانش اخیر درباره آموزش مهارتهای زندگی، این موضوع را روشن ساخته است که آموزش مهارتهای زندگی برای افراد جوانی که در مدرسه حضور نمی‌یابند نیز لازم است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). در واقع فلسفه طراحی برنامه آموزش مهارتهای زندگی، کمک به پرورش مهارتهای لازم در افرادی است که در مقابل مسائل و مشکلات زندگی روزمره، فاقد تواناییهای لازم و به‌ویژه مهارتهای زندگی هستند (هانتر، ۱۹۹۸ ترجمه عبدالله‌زاده، ۱۳۷۸). از این رو به نظر می‌رسد که آموزش مهارتهای زندگی برای کسانی که در مدرسه حضور نمی‌یابند، در مقایسه با افرادی که به

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

مدرسه می‌روند و از آموزشهای کلاسیک بهره می‌گیرند، ضرورت بیشتری دارد، زیرا آنها فرصتهای کمتری برای فراگیری و تمرین مهارتهای لازم برای زندگی روزمره دارند.

از جمله افرادی که در مقایسه با دیگران در دوران نوجوانی کمتر در مدرسه حضور می‌یابند، افراد با نیازهای ویژه هستند. بسیاری از کودکان با نیازهای ویژه، مشکلات اجتماعی را تجربه می‌کنند و ممکن است با کناره‌گیری و به درون خود خزیدن یا اجتناب از همه موقعیتها به این مشکلات پاسخ دهند. در این رابطه اطرافیان نیز روشی را انتخاب می‌کنند که باعث افزایش این مشکلات می‌شود. افراد با نیازهای ویژه احتمالاً به‌خاطر رفتارشان از بزرگسالان و دوستان به‌صورت غیرعمد، پاداش می‌گیرند و در نتیجه حضور آنها در مدارس عادی به‌تدریج مشکل‌تر می‌شود. آنها از دیگر دانش‌آموزان کناره‌گیری می‌کنند و تماسهای محیطی آنها بیش از پیش کاهش می‌یابد؛ بنابراین ایجاد تغییر در این گروه بسیار مشکل است (الیاس، ۱۹۹۹ ترجمه فرهمندیان، ۱۳۷۹). آموزش مهارتهای زندگی نقش مهمی در معنی‌دار ساختن زندگی افراد با نیازهای ویژه دارد. استفاده از این روش با به‌کارگیری رویکرد رفتاری برای افراد با نیازهای ویژه، بسیار مؤثر تشخیص داده شده است (صدرالسادات و شمس، ۱۳۸۰).

سازمان بهداشت جهانی پس از بررسی تعداد زیادی از برنامه‌های مختلف مهارتهای زندگی، پنج زمینه خاص را که در فرهنگهای مختلف برای آموزش مناسب هستند، معرفی کرده است که عبارت‌اند از: ۱- تصمیم‌گیری و حل مسئله ۲- تفکر خلاق و انتقادی ۳- مهارتهای ارتباطی و بین شخصی ۴- جرئتمندی و همدلی ۵- فائق آمدن بر هیجانات و استرس (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). با توجه به این موضوع، این سازمان برنامه‌ای برای آموزش مهارتهای زندگی تدارک دیده است که شامل ۹ مهارت اساسی برای زندگی کردن است (هانتر، ۱۹۹۸ ترجمه عبدالله زاده، ۱۳۷۸)؛ در برنامه آموزش مهارتهای زندگی که یونیسف[15] (وابسته به سازمان بهداشت جهانی) آن را طراحی کرده است، مهارتهایی مانند شناخت ویژگیها و تواناییهای خود، توجه به ارزشهای شخصی، خانوادگی و اجتماعی، به‌کاربردن روشهای صحیح برقراری ارتباط، قاطعیت، دوست‌یابی، تعیین هدف و روشهای

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

مناسب رسیدن به آن، تصمیم‌گیری صحیح، پرهیز از خشونت و حفظ سلامت، آموزش داده می‌شود (صندوق بین‌المللی کودکان و نوجوانان، ۱۹۹۳ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۷۸). این برنامه، اصولی را باهم ترکیب می‌کند که از تکنولوژی اجتماعی با روشهای مدل‌سازی[۱۶] و مرورذهنی رفتار و نقش بازی کردن[۱۷] منتج شده است (الیاس، ۱۹۹۹ ترجمه فرهمندیان، ۱۳۷۹). فعالیتهای تجربی این طرح شامل اجرای فنونی مانند نمایش ویدئویی، ایفای نقش، مشکل‌گشایی گروهی، کار در گروههای کوچک، برنامه‌های هنری، سخنرانی میهمان، سناریوهای حل مشکل، پرسش و آزمون، تکلیف خانه و غیره است (صندوق بین المللی کودکان و نوجوانان، ۱۹۹۳ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۷۸). برای کودکان و نوجوانان خارج از مدرسه نیز انواع مختلفی از شیوه‌های آموزش مهارتهای زندگی وجود دارد که عبارت‌اند از: آموزش مهارتهای زندگی با استفاده از فیلمهای ویدئویی، نمایشهای عروسکی و کارتون، برگزاری کارگاه آموزش مهارتهای زندگی برای کسانی که در کلوپهای ورزشی و تفریحی شرکت می‌کنند و آموزش مهارتهای زندگی برای افراد جوان داوطلب(سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹).

همان‌طور که قبلا اشاره شد، یکی از اهداف طراحی برنامه آموزش مهارتهای زندگی از طرف سازمان بهداشت جهانی، ارتقای سطح بهداشت روانی بوده است؛ با این حال بیشتر تحقیقاتی که تاکنون در مورد اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی منتشر شده است، تأثیر این برنامه برکاهش سوء مصرف مواد، ایجاد مهارتهای لازم برای مقابله با ابتلا به ایدز، جلوگیری از حاملگیهای دوران نوجوانی و ایجاد رفتارهای مطلوب در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را بررسی کرده است (برای مثال مراجعه شود به بوتوین و گریفین، ۲۰۰۴، و پیک و همکاران، ۲۰۰۳)، و در مورد اثربخشی مستقیم این برنامه بر افزایش سلامت روانی و کاهش اضطراب و افسردگی در افراد جوامع و فرهنگهای مختلف تحقیقات اندکی منتشر شده است. نتایج تحقیق فرم بویس و هاوارد پیتنی (۱۹۹۵) نشان داد که برنامه آموزشی افزایش مهارتهای زندگی احتمال خودکشی و درماندگی دانش‌آموزان دبیرستانی سرخ‌پوست را کاهش می‌دهد و باعث افزایش مهارتهای حل مسئله و پیشگیری از خودکشی آنها می‌شود. پیتمن و

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

متی (۲۰۰۴) در تحقیقی دریافتند که برنامه تفهیم بیماری روانی و افزایش مهارتهای زندگی، دانش بچه‌های دارای والدین یا همشیرهای مبتلا به بیماریهای روانی را درباره این بیماریها افزایش می‌دهد و آن‌دسته از مهارتهای زندگی را که برای کنار آمدن با چنین خانواده‌هایی مفید به نظر می‌رسد، در آنها پرورش می‌دهد. پیک و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارتهای زندگی خودکارآمدی و عزت نفس دختران نوجوان مکزیکی را افزایش می‌دهد. نتایج تحقیق آقاجانی (۱۳۸۱) نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی سلامت روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی را افزایش می‌دهد. اعرابی (۱۳۸۰) در تحقیقی دریافت که آموزش مهارتهای زندگی باعث افزایش سازگاری اجتماعی در دختران نوجوان می‌شود.

با توجه به اینکه افراد معلول، از جمله افراد با نیازهای ویژه هستند که از طرفی در بسیاری از آنها مهارتهای لازم برای زندگی روزمره به علت محدودیتهای جسمی، بهره مندی کمتر از آموزشهای کلاسیک، نگرشهای منفی افراد غیرمعلول، محدودیت روابط اجتماعی و عواملی از این قبیل، در حد مطلوب پرورش نیافته و این افراد مانند سایر اشخاص غیرمعلول برای موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی نیازمند کسب مهارتهای لازم هستند و از طرف دیگر به نظر می‌رسد که آموزش مهارتهای زندگی نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در افزایش قدرت مقابله افراد جوان داوطلب با شرایط دشوار داشته باشد، هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی بر افزایش سلامت روانی و کاهش اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی است.

فرضیه های این تحقیق عبارت‌اند از:

۱- برنامه آموزش مهارتهای زندگی، سلامت روانی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی را در مقایسه با گروه کنترل افزایش می‌دهد.

۲- برنامه آموزش مهارتهای زندگی، اضطراب زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش می‌دهد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

۳- برنامه آموزش مهارتهای زندگی، ناسازگاری اجتماعی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش می‌دهد.
۴- برنامه آموزش مهارتهای زندگی، افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش می‌دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه اعضای زن جامعه معلولین* شهر اصفهان بود که تعداد آنها ۲۹۰ نفر است. برای نمونه گیری ۱۶ نفر از اعضای زن این جامعه به شیوه تصادفی انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایشی و گواه واگذار شدند. میانگین سنی گروه آزمایشی ۳۱/۴ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۲۹/۴ سال بود. میانگین سطح تحصیلات در گروه آزمایشی ۹/۴ سال و در گروه گواه ۸/۴ سال بود. در گروه آزمایشی ۱نفر با ویلچر، ۱نفر با عصا و ۶ نفر بدون عصا بودند و در گروه گواه ۳ نفر با ویلچر، ۲ نفر با عصا و ۳ نفر بدون عصا بودند. ۲۰ نفر از آزمودنیهای گروه آزمایشی به علل مادرزادی به معلولیت مبتلا شده بودند و بقیه آزمودنیهای گروه آزمایشی و همه آزمودنیهای گروه گواه به علت ابتلا به فلج اطفال یا فلج مغزی در اوان کودکی معلول شده بودند. در گروه آزمایشی ۲ نفر شاغل و ۶ نفر بیکار بودند و در گروه گواه ۳ نفر شاغل و ۵ نفر بیکار بودند. لازم به ذکر است که در این تحقیق متغیرهای سن، سطح تحصیلات، شدت معلولیت و وضعیت اشتغال با استفاده از تحلیل کوواریانس و متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل با انتخاب آزمودنیهای زن مجرد کنترل شد و به این ترتیب گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر این متغیرها همسان شدند.

---

*جامعه معلولین تشکلی ملی است که با هدف افزایش همبستگی بین معلولین جسمی_حرکتی و فراهم آوردن زمینه گفت و شنود و تبادل نظر آنها درباره مشکلاتشان و نیز ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی، تفریحی و ورزشی به آنها تشکیل شده است و عضویت در آن داوطلبانه و اختیاری است.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

ابزار

در این پژوهش برای بررسی میزان سلامت روانی آزمودنیها از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی[۱۸] استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ارزیابی کسانی که مبتلا به یک نوع اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (استورا، ۱۹۹۱ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «خیر» تا «خیلی زیاد» میزان ناراحتی را مشخص می‌کنند. نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی به روش لیکرت انجام می‌گیرد و نمره اختصاص‌یافته به هر یک از مواد آن از ۰ - ۳ متغیر است؛ بنابراین نمره کل فرد در این پرسشنامه از ۰ - ۸۴ تغییر می‌کند. نقطه برش سلامت روانی و عدم آن ۲۱ است (تقوی، ۱۳۸۰). پرسشنامه سلامت عمومی۴ خرده‌آزمون ۷ سؤالی دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. خرده آزمون نشانه‌های جسمی شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست. خرده آزمون اضطراب شامل موادی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند. خرده آزمون ناسازگاری اجتماعی گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای معمول زندگی مشخص می‌کند. خرده‌آزمون افسردگی در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط‌اند (استورا، ۱۹۹۱ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش بازآزمون، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ به‌دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمونها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده آزمونها با نمره کل روایی ۰/۷۲ - ۰/۸۷ به دست آمده است و نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریمکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل افسردگی،

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (تقوی، ۱۳۸۰).

روش اجرا

پس از انتخاب آزمودنیها طی ملاقاتی، از آزمودنیهای گروه آزمایشی دعوت شد که در جلسات آموزش مهارتهای زندگی که در محل جامعه معلولین شهر اصفهان تشکیل می‌شود، شرکت کنند. درست پیش از برگزاری اولین جلسه آموزش مهارتهای زندگی پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی در قالب ۱۰ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار شد. بلافاصله پس از اتمام جلسات پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایشی و گواه انجام شد. لازم به ذکر است که در هر یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روانی کلی و نیز اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی آزمودنیها مورد سنجش قرار گرفت و نشانه‌های جسمانی آنها به علت اینکه به نظر می‌رسید این برنامه آموزشی تأثیر چندانی بر آن ندارد، مورد ارزیابی قرار نگرفت. در هر یک از جلسات آموزش، مهارتهای زندگی که به کمک یار رهبر اداره می‌شد یکی از ۹ مهارت اساسی مطرح شده در راهنمای برنامه آموزش مهارتهای زندگی براساس دستورالعملهای ارائه شده در این راهنما آموزش داده می‌شد. البته پژوهشگر با توجه به شناخت قبلی که از ویژگیها و نیازهای اعضای زن جامعه معلولین شهر اصفهان داشت (خود پژوهشگر نیز از اعضای جامعه معلولین است) در هرجلسه از میان موضوعات مختلفی که در راهنما برای آموزش یک مهارت پیشنهاد شده بود، موضوعات مناسب‌تر را انتخاب می‌کرد . فعالیتهای عملی جلسات عبارت بودند از : کار در گروههای کوچک، مشکل‌گشایی گروهی، ایفای نقش، سناریوهای حل مشکل، پرسش و آزمون و تکالیف خانه. نحوه انجام کار به این ترتیب بود که در هر جلسه در مورد هر موضوع ابتدا توضیحاتی داده می‌شد و در صورت لزوم در مورد مفاهیم مربوط به آن موضوع، سؤالاتی مطرح می‌شد و با جمع‌بندی نظرات شرکت‌کنندگان آن مفاهیم تعریف می‌شد و بعد فایده انجام فعالیتهای عملی مربوط به موضوع مورد بحث،

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

بیان و چگونگی انجام آن فعالیت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. پس از اتمام فعالیت که غالباً در دو یا چند گروه کوچک یا بزرگ انجام می‌شد، از شرکت‌کنندگان هرگروه خواسته می‌شد که در مورد کاری که انجام داده‌اند، توضیح دهند و نتیجه‌ای را که از آن گرفته‌اند، بیان کنند. آنگاه سؤالاتی تحت عنوان «نکاتی برای بحث» مطرح می‌شد و اظهار نظرهای شرکت‌کنندگان جمع‌بندی و سپس به موضوعات بعدی پرداخته می‌شد. در پایان جلسه نیز برگه‌های تکلیف خانگی که براساس یکی از موضوعات مطرح شده برای آموزش یک مهارت خاص تنظیم شده بود، در بین شرکت‌کنندگان توزیع می‌شد و از آنها خواسته می‌شد که در طول هفته آینده این تکلیف را انجام دهند. در جلسه دهم به ارزیابی نظرات شرکت‌کنندگان در مورد این برنامه آموزشی پرداخته شد.

عناوین جلسات ده‌گانه برنامه آموزش مهارتهای زندگی به ترتیب عبارت بودند از: من چه کسی هستم و چه می‌توانم بکنم؛ ارزشهای شخصی، خانوادگی و اجتماعی من چیست؛ چگونه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنم؛ روابط من با سایرین چگونه است؛ جامعه برای من چه مفهومی‌دارد؛ اهداف من چیست؛ چگونه می‌توانم تصمیمهای خوب بگیرم؛ آیا می‌توانم از خشونت پرهیز کنم؛ چگونه می‌توانم مراقب سلامت خود باشم و ارزیابی نقطه نظرات شرکت‌کنندگان.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در قسمت آمار توصیفی از شاخصهای آمار توصیفی و در قسمت آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی و نیز اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی گروههای آزمایشی و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی گروههای آزمایشی و گواه و کل آزمودنیها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروهها	گروه آزمایشی			گروه گواه			کل آزمودنیها		
	شاخصها / مقوله‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	سلامت روانی	۸	۴۱/۲۵	۱۱/۳۵	۸	۴۳/۹۵	۹/۱۵	۱۶	۳۱/۲۵	۱۳/۳۴
	اضطراب	۸	۱۳/۶۵	۶/۷۶	۸	۱۳/۱۱	۷/۲۳	۱۶	۸/۵۶	۵/۱۰
	ناسازگاری اجتماعی	۸	۱۲/۲	۵/۸۵	۸	۱۲/۵۲	۵/۴۵	۱۶	۷/۳۱	۳/۸۴
	افسردگی	۸	۹/۲۶	۳/۸۷	۸	۱۱/۲۸	۴/۲۳	۱۶	۸/۰۶	۵/۰۹
پس‌آزمون	سلامت روانی	۸	۲۵/۷۵	۱۶/۸۸	۸	۴۲/۲۵	۹/۸۴	۱۶	۳۴	۱۵/۸۴
	اضطراب	۸	۷/۶۲	۵/۰۴	۸	۱۲/۵۰	۵/۹۳	۱۶	۱۰/۰۶	۵/۸۸
	ناسازگاری اجتماعی	۸	۶/۱۲	۲/۶۹	۸	۱۱	۴/۶۳	۱۶	۸/۵۶	۴/۴۴
	افسردگی	۸	۵/۱۲	۶/۱۹	۸	۱۰	۳/۴۶	۱۶	۷/۵۶	۵/۴۶

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت روانی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون نسبت مرحله پیش‌آزمون و در مقایسه با گروه کنترل کاهش چشمگیری داشته است (در پرسشنامه سلامت عمومی، نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت روانی بیشتر است).جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر میزان سلامت روانی و نیز میزان اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

جدول ۲ - نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر میزان سلامت روانی و میزان اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی در مرحله پس آزمون

شاخصها / مقوله ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تفاوت	توان آماری
سلامت روانی	۱	۳۷۱/۹۴	۱۶/۲۴	۰/۰۰۷	۰/۷۳	۰/۹۱
اضطراب	۱	۳/۶۷	۶/۸۹	۰/۰۳۹	۰/۵۳	۰/۵۹
ناسازگاری اجتماعی	۱	۲۶/۳۳	۱۰/۴۰	۰/۰۱۸	۰/۶۳	۰/۷۷
افسردگی	۱	۵۲/۶۴	۵/۹۳	۰/۰۵۱	۰/۵۰	۰/۵۳

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آموزش مهارتهای زندگی در مرحله پس‌آزمون باعث افزایش معنی‌دار سلامت روانی ($p < ۰/۰۰۷$) و کاهش معنی‌دار اضطراب ($p< ۰/۰۳۹$) و ناسازگاری اجتماعی ($p < ۰/۰۱۸$) زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی، در مقایسه با گروه کنترل، شده است؛ اما بر میزان افسردگی آنها تأثیر معنی‌داری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در قسمت نتایج اشاره شد، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که برنامه آموزش مهارتهای زندگی میزان کلی سلامت روانی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی را افزایش داده است. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق آقاجانی (۱۳۸۱) مبنی بر تأثیر برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی بر افزایش سلامت روانی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان، همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود سلامت روانی آزمودنیهای این تحقیق می‌توان گفت که عزت نفس و خود کارآمدی دو خصیصه‌ای هستند که به نظر می‌رسد در رفاه روانشناختی[۱۹] نقشی اساسی بر عهده دارند، زیرا تأثیرات نامطلوب محیطی را که از لحاظ اجتماعی _ اقتصادی و آموزشی حمایت‌کننده نیستند تا حدی خنثی می‌کنند (به نقل از پیک و همکاران، ۲۰۰۳) کمک به افزایش این دو ویژگی مثبت در

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

اشخاص فرهنگها و جوامع مختلف، از اهداف اصلی برنامه آموزش مهارتهای زندگی است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹) و نتایج تحقیقات نیز نشان داده است که آموزش مهارتهای زندگی خودکارآمدی و عزت نفس را افزایش می‌دهد (پیک و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین احتمال دارد که در این تحقیق نیز برنامه آموزش مهارتهای زندگی از طریق افزایش خودکارآمدی و عزت نفس آزمودنیها، وضعیت روانشناختی آنها را بهبود بخشیده باشد؛ از طرف دیگر آموزش مهارتهایی چون تصمیم‌گیری درست، روشهای صحیح برقراری ارتباط و قاطعیت، این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد که تواناییهای لازم برای عمل کردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت خاص را در خود پرورش دهد و علاوه بر این دانش فرد را افزایش می‌دهد و باورهای مثبت او را قوت می‌بخشد (پیک و همکاران،۲۰۰۳)؛ همهٔ اینها باعث می‌شود که عوامل مخل سلامت روانی در فرد به‌وجود نیاید، چرا که به نظر می‌رسد بیشتر اختلالات روانی از ناتوانی در عمل کردن طبق معیارهای خود و به تبع آن ناکامی از دستیابی به پیامدهای مورد نظر و همچنین نداشتن دانش کافی و باورهای غلط و ناصواب در مورد خود و جهان اطراف، ناشی می‌شود.

در تبیین اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر کاهش اضطراب آزمودنیهای این تحقیق، می‌توان گفت که این برنامه با پرورش مهارتهای مختلف در فرد، قدرت مقابلهٔ او با عوامل اضطراب‌زا افزایش می‌دهد؛ به این ترتیب که با آموزش روش تصمیم‌گیری صحیح و چگونگی حل مسئله باعث کاهش تردید در تصمیم و ناتوانی در مقابله با مشکلات زندگی روزمره که علت بسیاری از اضطرابهاست، می‌شود؛ تفکر خلاق و انتقادی را که لازمه دستیابی به راه حل مناسب برای بسیاری از مسائل اضطراب‌زاست در فرد پرورش می‌دهد؛ با آموزش مهارتهای ارتباطی و بین شخصی بسیاری از مسائل اضطراب‌زا را که ریشه در نارسایی ارتباطات بین فردی دارند، کاهش می‌دهد و در کل مهارتهای لازم را برای مقابله با هیجانات منفی و استرس، در فرد، پرورش می‌دهد.

نتایج تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی با نتایج تحقیق اعرابی (۱۳۸۰) که

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

حاکی از تأثیر برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر کاهش ناسازگاری اجتماعی دختران نوجوان بود، همخوانی دارد. این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد کـه برنامـه آمـوزش مهارتهـای زندگی از طریق پرورش مهارتهایی همچون تصمیم‌گیری درست و حل مسئله، تفکر خـلاق و انتقادی، مهارتهای ارتباطی و اجتماعی و مقابله با شـرایط دشـوار، خودکارآمـدی شخـصی را افزایش می‌دهد و به این ترتیب به افزایش سازگاری اجتمـاعی او کمـک مـی‌کنـد. بوتـوین و گریفین (۲۰۰۴) معتقدند که برنامه آموزش مهارتهای زندگی، مهارتهای مربوط بـه مقاومـت اجتماعی و افزایش صلاحیت فردی و اجتماعی را آموزش می‌دهد.

نتایج این تحقیق، مبنی بر اثر بخش نبودن برنامه آموزش مهارتهای زنـدگی بـر کـاهش افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی با نتایج تحقیق فرم بویس و هـاوئرد پیتنـی (۱۹۹۵) که نشان داد آموزش مهارتهای زندگی، احتمال خودکشی و درماندگی دانش‌آمـوزان دبیرستانی سرخ‌پوست را کاهش می‌دهد و باعث افزایش مهارتهای حل مسئله و پیـشگیری از خودکشی آنها می‌شود، همخوانی ندارد. در تبیین اثربخش نبودن برنامـه آمـوزش مهارتهـای زندگی بر کاهش میزان افسردگی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی، مـی‌تـوان گفـت کـه احتمالاً افسردگی این آزمودنیها به علت شرایط خاص آنها، شـدیدتر از آن بـوده کـه آمـوزش مهارتهای زندگی، بتواند باعث کاهش معنی‌دار آن شود. معلولیت جسمی، زمینه را برای ابـتلا به افسردگی فراهم می‌سازد و در واقع یکی از بازتابهای روانـی ناشـی از معلولیـت، افـسردگی است. در افراد معلول، میزان بیشتری از فشار روانی، افسردگی مزمن و نشانه‌های افسردگی‌آور وجود دارد (ترنر و بی سـر، ۱۹۹۰ ؛ ترنـر و نـح[۲۰]، ۱۹۸۸ ،هـردو بـه نقـل از نـوری، ۱۳۷۴). بنابراین ناهمخوانی نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیـق فـرم بـویس و هـاوئرد پیتـی (۱۹۹۵) ممکن است ناشی از شدت افسردگی معلولین باشد.

از آنجا که نتایج این تحقیق نشان داد که برنامه آموزش مهارتهای زندگی، در کـل باعـث افزایش میزان سلامت روانی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی می‌شود، پیـشنهاد مـا ایـن است که چنین برنامه‌ای به صورت منظم، در مؤسسات مربوط مثل سازمان بهزیستی و بنیـاد جانبازان اجرا شود.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

یادداشتها

1) Krueger
2) Turner
3) Beiser
4) Hallahan
5) Kauffman
6) Wehman
7) Collard
8) life skills training
9) World Health Organization
10) Hanter
11) self-esteem
12) self-efficacy
13) Elias
14) Luther
15) Unicef(United Nations Children's Fund)
16) modeling
17) role playing
18) general health questionnaire
19) well being
20) Noh

منابع

آقاجانی، م. (۱۳۸۱). ***بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان***. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی (چاپ نشده). دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی،دانشگاه الزهرا.

اعرابی، ش. (۱۳۸۰). ***بررسی اثربخشی آموزش مهارتهای زندگی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شرکت‌کننده در برنامه‌های اوقات فراغت سازمان بهزیستی اصفهان***. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی (چاپ نشده). دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی‌واحد خوراسگان.

استورا،ج. ب. (۱۳۷۷). ***تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*** . ترجمه پ، دادستان. تهران: رشد.

الیاس، م . (۱۳۷۹). ***یادگیری و آموزش مهارتهای اجتماعی و عاطفی (مهارتهای زندگی)***، ترجمه م، فرهمندیان . تهران: پویش.

تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی». ***مجله روانشناسی***، جلد پنجم، شماره ۴.

صدرالسادات، ج و شمس، ح . (۱۳۸۰). ***عزت نفس در افراد با نیازهای ویژه*** . تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف). (۱۳۷۸). ***راهنمای آموزش مهارتهای زندگی*** . ترجمه ف، قاسم زاده . تهران: سازمان بهزیستی.

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

کارتلج، جی و میلبورن، جی . اف . (۱۳۶۹). ***آموزش مهارتهای اجتماعی به کودکان***، ترجمه م.ج، نظری نژاد . مشهد: آستان قدس رضوی (به نشر).

نوری، ا . (۱۳۷۴). «جنبه‌های روانشناختی ناتوانی جسمی: اشتغال به عنوان مهمترین عامل» ***مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)***. جلد هفتم، شماره ۴.

هانتر، ک. (۱۳۷۸). ***آموزش مهارتهای زندگی***، ترجمه ن، عبدالله‌زاده . تهران: سازمان بهزیستی کشور.

Berven, N.L. (1991). " Introctionto section 2 ". In M.G.Eisenberg & R.L.Glueckauf (Eds.). *Empirical Approachs to the Psychological Aspects of Disability* (pp.3-5). New York: Springer Publishing Company.

Botvin ,G.J. , & Griffin , K.W. (2004). "Life skills training: empirical findings and future directions."*The Journa of Primary Prevention , 25 , 2 , 211- 232*

Clore , G.L. , & Jeffrey , K.M. (1972). "Emotional role playing , attitude cange , and attraction toward disabled person" .*Journal of Personality and Social Psychology , 23 , 105- 111.*

Eliott , T.R. , Herrick , S.M. , Patti , A..M.,& Witty , T.E. (1991) "Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury ". *Behavior Research and Therapy , 29,5,485-493.*

Fromboise , T.L. ,& Howard-Pitney ,B. (1995). "The zuni life skills development curriculum:description and evaluation of a suicide prevention program". *Journal of Counselling Psychology ,42, 4,479-486.*

Huebner , R.A., Thomas , K.R., & Berven , N.L. (1999)."Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities." *Rehabilitation Psychology , 44 , 1 , 85-103.*

Nosek , M.A. , Hughes , R.B. , Swdiund , N., Taylor , H.B. ,& Swank , P. (2003). "Self-esteem and women with disabilities." *Social Science and Medicine, 56 , 8 ,1737-1747.*

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]

Pick , S. , Givaudan , M., & poortinga , V.H. (2003)." Sexuality and life skills education: A multistrategy intervention in mexico." *American Psychologist, 58, 3 , 230 _ 234.*

Pitman , A. ,& Matthey , S. (2004). "The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings". *American Journal of Orthopsychiatry, 74, 3, 383-388.*

World Health Organization. (1999). *Partners in of Skills Education: Conclusions from A united nations Inter-Agency Meeting.* Geneva , Department of Mental Health .

[Downloaded from joec.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.1.4.7]