

The Effect of Life Skills Training on Mental Health and Locus of Control in Hamadan Police Special Unit Staff in 2015

Received: 22 December 2015 Revised: 10 January 2016 Accepted: 18 January 2016

ABSTRACT

Hamid Barzin Manesh ^{1*}
Mohsen Ahmadi Tahhur
Soltani ²
Ahmad Rezaie ³

¹MSc Student, Psychology,
Azad Islamic University,
Hamadan, Iran.

²Assistant Professor, Department
of Psychology,
Baqiyatallah University of
Medical Sciences, Tehran,
Iran.

³The Candidate of PhD in
Assessment and Measurement,
Allame Tabatabaie University,
Tehran, Iran.

Background: In order to achieve development and progress in various aspects of life, human should have the ability to deal with difficult situations. Thus, life skills and applying them to achieve growth and perfection can resolve many problems, frustrations, and abnormalities, and bring a joyful, progressive, useful and constructive life, instead.

Materials and Methods: The present study examines the effect of life skills training on mental health and locus of control in Hamadan Police Special Unit Staff. This study aimed to investigate the effect of life skills training on mental health and locus of control used pre- and post-test design with a control group. For this purpose, the highest 30 scores of 140 Staff of Hamadan Police Special Unit from pre-test (General Health Questionnaire and Inventory control source), were selected, and were randomly divided into two experimental and control groups, each group consisted in 15 people.

Results: The results showed that life skills training effected significantly on people's mental health and locus of control. According to the final assessment of the course, the majority of participants considered life skills useful and necessary for all people. Scale of A, B and D and the total score were significant at 99% confidence level and scale C was not significant.

Conclusion: The findings suggest that life skills among police personnel be trained and strengthened.

Keywords: mental health, life skills, locus of control

*Corresponding Author:

Hamid Barzin Manesh
Tel: (+98)9188192180
email: barzinmanesh@gmail.com

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل کارکنان یگان ویژه انتظامی استان همدان در سال ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۱ دی ۱۳۹۴ تاریخ اصلاح: ۲۰ دی ۱۳۹۴ تاریخ پذیرش: ۲۸ دی ۱۳۹۴

چکیده

حمید برزین منش^{*۱}

محسن احمدی طهورسلطانی^۲

احمد رضایی^۳

^۱کدانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی همدان، ایران.
^۲استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
^۳دانشجوی دکترای اندازه‌گیری و سنجش، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول:

حمید برزین منش
تلفن: ۰۲۱-۹۱۸۸۱۹۲۱۸۰ (+۹۸)
پست الکترونیک:
barzinmanesh@gmail.com

مقدمه: انسان جهت رسیدن به رشد و پیشرفت در جنبه‌های گوناگون می‌بایست از توانایی لازم جهت مقابله با موقعیت‌های دشوار زندگی برخوردار باشد. به این ترتیب برخورداری از مهارت‌های زندگی و به کارگیری آن جهت دستیابی به رشد و کمال می‌تواند بسیاری از مشکلات، ناکامی‌ها و ناهنجاری‌ها را رفع نماید و در عوض یک زندگی بانشاط، پرتلاش، روبه پیشرفت و کمال، مفید و سازنده را به ارمغان آورد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل کارکنان یگان ویژه استان همدان پرداخته است. در این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گردید. به همین منظور از بین ۱۴۰ نفر از کارکنان ۳۰ نفره که بالاترین نمرات را از پیش‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) به دست آوردند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل افراد تأثیر به سزایی دارد به نحوی که در ارزیابی نهایی از دوره آموزشی، اکثر آزمودنی‌ها، برخورداری از مهارت‌های زندگی را برای همه افراد مفید و لازم قلمداد نمودند. مقیاس‌های A (نشانیگان جسمانی) B (نشانیگان اضطرابی) و D (نشانیگان افسردگی) و نمره کل با ۹۹ درصد اطمینان معنادار بودند و مقیاس C (نارسانا کنش‌وری اجتماعی) معنادار نشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود مهارت‌های زندگی در بین کارکنان نیروی انتظامی آموزش و تقویت شود.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، مهارت‌های زندگی، منبع کنترل

مقدمه

زندگی سالم و اثربخش دارند. همه انسان‌ها به طور فطری توانایی حل مشکلات زندگی را دارند ولیکن این توانایی باید مطابق با شرایط و موقعیت فرد پرورش یابد به طوری که به عنوان مهارت‌های کارآمد در آنان درونی شود. متأسفانه طبق بررسی‌های انجام شده توانایی‌ها و مهارت‌های عملی و سازشی بسیاری از مردم کشور ما برای حل مؤثر مسائل زندگی فردی و اجتماعی آنان کفایت نمی‌کند. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر مهم‌ترین مسائل فردی و اجتماعی به عنوان اصلی مهم و انکارناپذیر است که تاکنون علی‌رغم

پیشرفت‌های علمی و فناوری در سال‌های اخیر، انسان‌ها را با انبوهی فزاینده از مسائل گوناگون مواجه ساخته است. کار، تحصیل و فشارهای روانی و اجتماعی از جمله مسائلی هستند که اغلب مردم با آن‌ها روبرو هستند. توانایی حل مؤثر مسائل مذکور و مشکلات مشابه از جمله مهارت‌های مهم و مفیدی هستند که نقش تعیین‌کننده‌ای در تأمین سلامت روانی و موفقیت فرد و در نتیجه

مهارت‌های زندگی را به عنوان بخشی از برنامه بهداشت روانی این سازمان بنا نهاد. هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی از ایجاد طرح مهارت‌های زندگی در زمینه بهداشت روانی این است که جوامع مختلف در سطح جهان نسبت به گسترش، به کارگیری و ارزیابی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی که متمرکز بر رشد توانایی‌های روانی اساسی (مانند حل مسئله، مقابله با هیجانات، خودآگاهی، سازگاری اجتماعی و کنترل استرس) اقدام نمایند [۳].

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تأکید می شود و روزبه روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون، اهمیت و نقش آن در زندگی فردی و اجتماعی آشکارتر می گردد. به طوری که سال ۲۰۰۱ میلادی از طرف سازمان بهداشت جهانی، تحت عنوان «سال جهانی بهداشت روانی» اعلام گردید. سازمان مذکور در این سال شعار «غفلت بس است، مراقبت کنیم» را جهت آشکارتر ساختن اهمیت موضوع، مطرح نمود. این امر نشان دهنده آن است که بهداشت روانی موضوعی است که باید در سطح جهان مورد توجه قرار گیرد. یکی از دلایلی که در اهمیت این موضوع مطرح است، شیوع روزافزون ابتلا به انواع اختلالات روانی در سطح جهان است و دلیل مهم دیگر آن اهمیت و ضرورت پیشگیری از بیماری‌های روانی است. درواقع می توان گفت؛ عمده ترین هدف بهداشت روانی، پیشگیری است و از سه نوع پیشگیری که در بهداشت روانی مطرح می شود پیشگیری اولیه مورد توجه بیشتری قرار می گیرد. در پیشگیری اولیه جمعیت سالم در جامعه مورد نظر هستند و تمام اقداماتی که در این حیطه صورت می گیرد، در جهت آماده سازی افراد و فراهم نمودن شرایط مناسب برای زندگی سالم از تمامی جنبه های جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد. بنابراین هدف، افزایش آگاهی و توانایی افراد در برخورد صحیح و مناسب با رویدادهای زندگی می باشد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل که به شیوه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گردید، چنین فرض شد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش یا بهبود سلامت روان و درونی تر شدن منبع کنترل در کارکنان یگان ویژه انتظامی استان همدان می شود. به همین منظور از بین ۱۴۰ نفر از همکاران یگان ویژه انتظامی استان همدان، ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را از پیش‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) به دست آوردند، انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم گردیدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. پس از اجرای پیش‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل، گروه آزمایشی آموزش مهارت‌های زندگی را در هشت جلسه دوساعته دو بار در هفته دریافت نمود. پس از یک

توجه خاص بسیاری از کشورهای جهان و تأکید خاص سازمان بهداشت جهانی [۱] جای آن در برنامه های آموزشی کشورمان خالی مانده است. البته اخیراً گام‌هایی برداشته شده است که نیازمند توجه علمی و تخصصی بیشتری می باشد. آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر یادگیری مشارکتی و عملی می باشد. این گونه فعالیت‌ها در افزایش سلامتی و پیشگیری اولیه از بروز مشکلات و همچنین کمک به یادگیری رفتارهای مثبت و حفظ سلامت روانی بسیار اثربخش است. بنابراین برنامه های بهداشت روان و مداخلات پیشگیرانه می توانند در جهت ایجاد رفتارهای سالم و افزایش آگاهی کارکنان ناجا در جهت تمرینات حمایت کننده از سلامتی جسمانی، روانی و اجتماعی و به طور کلی مهارت‌های زندگی به کار گرفته شوند. بنابراین از طریق این گونه برنامه ها، کارکنان ناجا نسبت به سلامتی شان مسئولیت پذیر می شوند و تصمیمات بهداشتی مناسبی را اتخاذ می نمایند و به طور کلی سبک زندگی سالمی در طول خدمت آغاز می کنند و در طول زندگی تداوم می بخشند. این امر آنان را قادر می سازد که طبق استعدادهای بالقوه خویش عمل نمایند و آماده رویارویی با تغییرات و نیازهای زندگی شان شوند. در نتیجه سلامت روان و کیفیت زندگی شان ارتقاء می یابد. روان شناسان در دهه های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که بسیاری از اختلالات و آسیب ها و ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصی در جهت رویارویی با موقعیت های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب آن بستگی دارد. بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی های روزافزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آماده سازی افراد به خصوص نسل جوان جهت رویارویی با موقعیت های دشوار، امری ضروری به نظر می رسد. در همین راستا، روان شناسان با حمایت سازمان های ملی و بین المللی، جهت پیشگیری از بیماری های روانی و ناهنجاری های اجتماعی، آموزش مهارت های زندگی را در سراسر جهان آغاز نموده اند [۲].

آنچه امروزه تحت عنوان مهارت‌های زندگی مشهور است، تنها حاصل کار پژوهشگران عصر حاضر نیست بلکه بسیاری از این مهارت‌ها در لایه لای تعالیم الهی بخصوص در قرآن و احادیث معصومین (ع) بیان شده است. به طوری که تلاش برای برقراری ارتباط مفید و مؤثر با دیگران، خودشناسی و توجه به ارزش‌ها که از فصول اساسی درس مهارت‌های زندگی است، به کرات در قرآن، نهج البلاغه و صحیفه سجادیه و احادیث منقول از سایر معصومین (ع) مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به گسترش خدمات بهداشت روانی در کشورهای مختلف، سازمان بهداشت جهانی طرح تحقیقی

ماه، پس‌آزمون (پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه منبع کنترل) در دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا گردید. پس از نمره‌گذاری، تفاوت میانگین بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از t test دو گروه مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. نکته دیگر این‌که بیشترین میزان کاهش درنمرات مقیاس D (نشانگان افسردگی) پرسشنامه مذکور می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی بیشترین تأثیر را بر کاهش میزان افسردگی آزمودنی‌ها داشته است اما در مورد میانگین دو گروه در پرسشنامه منبع کنترل، علی‌سرغم کاهش اندک درنمرات تفاوت معناداری وجود ندارد. در کل می‌توان گفت، باتوجه‌به کاهش اندک نمرات، آموزش مهارت‌های زندگی تا حدودی بر درونی‌تر شدن منبع کنترل در گروه آزمایشی مؤثر بوده است.

همچنین در این پژوهش، رابطه بین متغیرهای پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون به‌دست آمد. این نتایج نشانگر آن است که بین سلامت‌روان و شیوه مقابله‌ای و بین منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. درواقع می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی در مورد این آزمودنی‌ها منجر به افزایش سلامت‌روان و درونی‌تر شدن منبع کنترل آنان شده است. به‌این‌ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد.

ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش حاضر به‌شرح زیر بودند:

۱- پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ)

گلدبرگ (۱۹۷۲) پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرند اختلالات روانی در مراکز درمانی جامعه طراحی و تدوین نموده است.

پرسشنامه مذکور دارای چهار مقیاس می‌باشد که هر یک هفت سؤال دارد. چهار مقیاس مذکور عبارتند از:

۱-مقیاس نشانگان جسمانی (A)

۲-مقیاس نشانگان اضطرابی (B)

۳-مقیاس نارضاکنش‌وری اجتماعی (C)

۴-مقیاس نشانگان افسردگی (D)

باتوجه‌به روش‌های مختلف نمره‌گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر از روش یا مدل ساده لیکرت جهت نمره‌گذاری استفاده گردید. لازم به توضیح است که هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد، از سلامت‌روان پایین‌تری برخوردار است [۴].

۲- پرسشنامه منبع کنترل لونسون:

پرسشنامه دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه منبع کنترل لونسون می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس C, P, I می‌باشد. مقیاس I که تحت عنوان مقیاس درونی‌است مربوط به توانایی فرد در کنترل امور زندگی اش است.

مقیاس P تحت عنوان مقیاس افراد قدرتمند است و بدین معنا است که فرد تا چه میزان معتقد است که آنچه در زندگی‌اش رخ می‌دهد نتیجه دیدگاه و اعمال افراد قدرتمند است یا در نتیجه توانمندی خود فرد است و مقیاس C تحت عنوان عامل شانس است که میزان اعتقاد فرد به شانس و تصادف در زندگی‌اش را می‌سنجد. درواقع لونسون (۱۹۷۳) سه مقیاس خود را باتوجه‌به مقیاس L-E راتر ارائه داده‌است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است. لازم به توضیح است که کسب نمره بالاتر در مقیاس‌های C, P, I نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل می‌باشد.

نتایج پایایی حاصل از آلفای کرونباخ دو پرسشنامه ۰/۶۳/ محاسبه شد. اکتساب نمرات پایین در خرده مقیاس‌های علائم جسمانی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (D) کنش‌وری و کارکرد اجتماعی © منبع کنترل درونی و بیرونی براساس پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای سنجیده می‌شود که شامل مقیاس‌های C, P, I لونسون (۱۹۷۳) می‌باشد. مقیاس I تحت عنوان مقیاس عامل درونی می‌باشد. مقیاس P تحت عنوان مقیاس افراد قدرتمند می‌باشد و مقیاس C نیز تحت عنوان عامل شانس مطرح می‌شود.

لازم‌به‌ذکر است که سه ماده دیگر نیز تحت عنوان «مقیاس شیوه مقابله‌ای» به پرسشنامه فوق اضافه گردید. این مقیاس حالات جسمانی، هیجانی و نوع مقابله با مشکل را هنگام برخورد با مشکلات مورد آزمون قرار می‌دهد.

در کل می‌توان گفت، کسب نمره بالا در مقیاس‌های C, P, I نشانگر جهت‌گیری بیرونی منبع کنترل است و نمره بالا در مقیاس شیوه مقابله‌ای، نشانگر شیوه مقابله‌ای نامناسب و هیجان‌مدار است و بالعکس کسب نمره پایین در مقیاس‌های مذکور نشانگر جهت‌گیری درونی منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای مثبت و مسئله‌مدار است و افسردگی و خودکشی (D) و همچنین شاخص کلی علائم مرضی نشان‌دهنده سلامت‌روان فرد خواهد بود.

۳- ابزار آموزش مهارت‌های زندگی:

محتوای آموزش در پژوهش حاضر برگرفته از راهنمای آموزش برنامه مهارت‌های زندگی می‌باشد. این برنامه آموزشی شامل ۱۰ فصل است که در هر فصل به یکی از مهارت‌های زندگی و تمرینات عملی مربوط به آن پرداخته شده‌است. بنابراین موضوع جلسات آموزشی و تمرینات عملی آن با استفاده از این برنامه آموزشی در هشت جلسه تنظیم گردید. به‌این‌ترتیب که در هر جلسه آموزشی ابتدا پیرامون هر موضوع آموزشی، مباحثی مطرح می‌شود و بعد موضوع به‌صورت گروهی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد و در پایان هر جلسه، تمریناتی ارائه می‌شد تا به این وسیله همه آزمودنی‌ها، مباحث آموزشی را خارج از موقعیت آموزشی به‌صورت تجربی، تمرین کنند. موضوعاتی که ارائه گردید شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- آشنایی گروهی.
 ۲- شناخت خود و توانایی های خود.
 ۳- آشنایی با ارزش های شخصی، خانوادگی و اجتماعی.
 ۴- آشنایی با نحوه برقراری ارتباط با دیگران.
 ۵- آشنایی با تعیین هدف.
 ۶- آشنایی با تصمیم گیری.
 ۷- آشنایی با مفهوم خشونت و روش های مهار آن.
 ۸- آشنایی با سلامت جسمانی و روانی.

نشان دهنده افزایش سلامت روان و درونی تر شدن منبع کنترل آزمودنی ها باشد.

روش های آماری پژوهش

جهت بررسی فرضیات پژوهش، از روش های آماری به شرح ذیل استفاده گردید:

روش های آمار توصیفی: توزیع فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، خطا استاندارد، نمودارها و جداول.

روش های آمار استنباطی: t test مقایسه دو گروه مستقل، ضریب همبستگی پیرسون.

همچنین نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA)، حاکی از آن است که تحصیلات هر دو گروه با شیوه هیجانی مقابله ای، ارتباط معناداری دارد. بدین معنا که همکاران دارای سواد کم یعنی آن هایی که تحصیلات دانشگاهی ندارند در مقابله با مشکلات بیشتر دچار حالات هیجانی مانند، خشم، عصبانیت و غیره می شوند. لازم به ذکر است که بین میانگین تحصیلات با مقیاس های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای، ارتباط معناداری مشاهده نشد. در ضمن بین میزان سختی کار و مقیاس های مذکور نیز ارتباط معناداری حاصل نگردید. بین وضعیت خانوادگی و مقیاس های اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی، افسردگی و جمع کل مقیاس های سلامت عمومی و همچنین شیوه مقابله ای مسئله مدار ارتباط معناداری به دست آمد. به این معنا که همکاران دارای تحصیلات بالا نمرات پایین تری در مقیاس های مذکور کسب نمودند. به عبارت دیگر، اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی، کمتر در مقایسه با دیگر افراد نشان دادند و در کل از سلامت روان بالاتری برخوردار

نکته مهم این که فعالیت تجربی گروهی در هر یک از جلسات مبنای این آموزش می باشد.

برای اجرای پژوهش پس از اجرای پیش آزمون بر جامعه پژوهش، انتخاب نمونه پژوهش و جایگزینی نمونه به دو گروه آزمایشی و کنترل به طور تصادفی، گروه آزمایشی به مدت یک ماه (هفته ای دو جلسه) تحت آموزش مهارت های زندگی قرار گرفتند. در پایان دوره آموزشی، دوباره گروه آزمایشی و کنترل با استفاده از همان ابزارهای اولیه (پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه منبع کنترل لونسون) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس نتایج به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون دو گروه مذکور، با استفاده از روش آماری t test دو گروه مستقل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر متغیر مستقل عبارتند از آموزش مهارت های زندگی و متغیرهای وابسته عبارت از سلامت روان و منبع کنترل کارکنان یگان ویژه استان همدان بوده است. در این بررسی منظور از بهبودی وجود تفاوت معنی دار بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت عمومی و منبع کنترل بود که می تواند

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین میانگین های سطح تحصیلات با مقیاس های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

منابع تغییر مقیاس ها	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجزورات	MS میانگین مجزورات	نسبت F	احتمال F
نشانگان جسمانی A	۲	۴۷/۱۵۹۶	۲۳/۵۷۹۸	۱/۱۷۰۲	۰/۳۱۲۶
نشانگان اضطرابی B	۲	۷۸/۹۷۰۴	۴۳/۹۸۵۲	۱/۳۷۵۱	۰/۲۵۵۲
کارکرد و کنش اجتماعی C	۲	۳۲/۵۷۷۱	۱۶/۲۸۸۶	۰/۲۷۲۵	۰/۷۶۱۸
نشانگان افسردگی D	۲	۸۵/۴۹۵۵	۴۲/۷۴۷۸	۱/۳۳۳۶	۰/۲۶۲۰
جمع کل مقیاس های آزمون سلامت عمومی	۲	۶۲۰/۹۵۱۷	۳۱۰/۴۷۵۸	۱/۵۴۳۹	۰/۲۱۶۳
مقیاس توانایی درونی I	۲	۱۳/۴۷۹۶	۶/۷۳۹۸	۰/۳۴۳۴	۰/۷۰۹۸
مقیاس اعتقاد به شانس C	۲	۹۹/۰۷۶۵	۴۹/۵۳۸۳	۰/۹۰۴۸	۰/۴۰۶۴
مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند P	۲	۲۰۰/۱۳۴۸	۱۰۰/۱۵۷۴	۱/۸۰۲۱	۰/۱۶۷۸
شیوه جسمانی سازی مقابله	۲	۱۱/۱۱۲۲	۵/۵۵۶۱	۱/۵۶۰۶	۰/۲۱۲۷
شیوه هیجانی مقابله	۲	۲۲/۰۵۰۸	۱۱/۰۲۵۴	۳/۷۷۳۲	*۰/۰۲۴۷
مقابله مسئله مدار	۲	۰/۵۰۰۹	۰/۲۵۰۵	۰/۲۲۸۱	۰/۷۹۶۲
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	۲	۴۹/۷۶۴۸	۲۴/۸۸۲۴	۲/۲۱۲۶	۰/۱۱۲۳

P < ۰/۰۱

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) بین میانگین‌های سطح سختی کار با مقیاس‌های سلامت‌روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

منابع تغییر مقیاس‌ها	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجزورات	MS میانگین مجزورات	نسبت F	احتمال F
نشاندگان جسمانی A	۲	۱۲/۴۳۱۶	۶/۲۱۵۸	۰/۴۳۶۶	۰/۶۴۶۹
نشاندگان اضطرابی B	۲	۴۸/۰۴۲۵	۲۴/۰۲۱۲	۰/۷۹۴۵	۰/۴۵۳۴
کارکرد و کنش اجتماعی C	۲	۲۳/۰۱۳۱	۱۱/۵۰۶۵	۰/۱۸۸۸	۰/۸۲۸۱
نشاندگان افسردگی D	۲	۱۰۳/۷۹۱۲	۵۱/۸۹۵۶	۰/۷۲۲۹	۰/۴۸۶۸
جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی	۲	۳۲۸/۹۸۲۳	۱۶۴/۴۹۱۱	۰/۷۹۸۸	۰/۴۵۱۴
مقیاس توانایی درونی I	۲	۲۲/۷۴۰۸	۱۱/۳۷۰۴	۰/۵۶۸۶	۰/۵۶۷۳
مقیاس اعتقاد به شانس C	۲	۳۸/۲۸۳۶	۱۹/۱۴۱۸	۰/۳۴۵۶	۰/۷۰۸۳
مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند P	۲	۶۷/۶۲۱۷	۳۳/۸۱۰۸	۰/۶۴۰۲	۰/۵۲۸۴
شیوه جسمانی سازی مقابله	۲	۱/۹۵۰۳	۰/۹۷۵۲	۰/۲۶۵۵	۰/۷۶۷۱
شیوه هیجانی مقابله	۲	۲/۷۲۷۳	۱/۳۶۳۶	۰/۴۴۹۶	۰/۶۳۸۶
مقابله مسئله مدار	۲	۱/۵۳۴۴	۰/۷۶۷۲	۰/۶۷۸۷	۰/۵۰۸۶
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	۲	۱۴/۰۶۷۹	۷/۰۳۳۹	۰/۵۹۶۷	۰/۵۵۱۷

$P < ۰/۰۱$

هستند. در ضمن در هنگام مقابله با مشکلات بیشتر از شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کردند.

یافته‌ها

جداول ۱ تا ۴ که بیانگر آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه می‌باشند

درضمن لازم به ذکر است که جهت محاسبه روش‌های آماری از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS استفاده گردید. همان‌طوری که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود. در گروه آزمایشی (گروهی که تحت آموزش

مهارت‌های زندگی قرار گرفته‌اند) بیشترین تغییر در میزان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد. بدین ترتیب که در موقعیت پس‌آزمون میزان نمرات به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. به‌طوری که نتایج t test دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه کاملاً معنادار است. بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در کلیه مقیاس‌های پرسشنامه سلامت

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) بین وضعیت خانوادگی و مقیاس‌های سلامت‌روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

منابع تغییر مقیاس‌ها	D.F درجه آزادی	SS مجموع مجزورات	MS میانگین مجزورات	نسبت F	احتمال F
نشاندگان جسمانی A	۲	۲۳/۲۶۲۸	۱۱/۶۳۱۴	۰/۶۵۶۹	۰/۵۲۰۹
نشاندگان اضطرابی B	۲	۱۶/۴۵۶۰	۸/۲۲۸۰	۰/۳۹۲۳	۰/۶۷۶۶
کارکرد و کنش اجتماعی C	۲	۴/۹۱۹۰	۲/۴۵۹۵	۰/۲۰۲۱	۰/۸۱۸۱
نشاندگان افسردگی D	۲	۲۹/۳۰۱۲	۱۴/۶۵۰۶	۰/۱۳۴۷	۰/۸۷۴۱
جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی	۲	۲۱۱/۷۵۷۴	۱۰۵/۸۷۸۷	۰/۴۶۹۷	۰/۶۲۶۶
مقیاس توانایی درونی I	۲	۵۴/۶۶۴۰	۲۷/۳۳۲۰	۱/۳۴۴۷	۰/۲۶۵۶
مقیاس اعتقاد به شانس C	۲	۱۰۹/۶۴۰۷	۵۴/۸۲۰۴	۰/۹۷۲۸	۰/۳۸۱۸
مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند P	۲	۱۹۷/۴۲۱۱	۹۸/۷۱۰۶	۲/۱۵۰۱	۰/۱۲۲۲
شیوه جسمانی سازی مقابله	۲	۹/۳۲۴۹	۴/۶۶۲۴	۱/۲۹۲۱	۰/۲۷۹۶
شیوه هیجانی مقابله	۲	۰/۸۷۰۰	۰/۴۳۵۰	۰/۱۳۴۴	۰/۸۷۴۴
مقابله مسئله مدار	۲	۰/۹۴۴۲	۰/۴۷۲۱	۰/۴۹۰۲	۰/۶۱۴۰
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	۲	۳/۱۸۷۳	۱/۵۹۳۶	۰/۱۳۷۹	۰/۸۷۱۴

$P < ۰/۰۱$

جدول ۴: میانگین، انحراف استاندارد، خطا استاندارد، سطح معناداری و مقدار t به دست آمده بین دو گروه در مقیاس‌های سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای کارکنان یگان ویژه استان همدان

مقیاس‌ها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	سطح معناداری	t
A نشانگان جسمانی	گروه اول	۵/۵۶۸۹	۴/۵۸۸۸	۰/۳۵۵	۰/۴۳	۰/۶۶۸
	گروه دوم	۵/۱۶۶۷	۴/۲۰۸	۰/۸۵۹		
B نشانگان اضطرابی	گروه اول	۶/۵۷۴۹	۵/۹۲۹	۰/۴۵۹	۲/۱۶	*۰/۰۳۶
	گروه دوم	۴/۸۳۳۳	۳/۲۵۳	۰/۶۶۴		
C کارکرد و کنش اجتماعی	گروه اول	۷/۷۷۸۴	۸/۱۱۲	۰/۶۲۸	۳/۵۴	*۰/۰۰۱
	گروه دوم	۴/۹۵۸۳	۲/۴۰۴	۰/۴۹۱		
D نشانگان افسردگی	گروه اول	۵/۷۱۲۶	۸/۷۸۳	۰/۶۸۰	۲/۳۷	*۰/۰۲۱
	گروه دوم	۳/۲۵۰۰	۳/۸۴۸	۰/۷۸۵		
جمع کل مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی	گروه اول	۲۳/۴۷۳۱	۱۴/۵۵۳	۱/۱۲۶	۲/۰۸	*۰/۰۴۴
	گروه دوم	۱۸/۲۰۸۳	۱۱/۰۷۳	۲/۲۶۰		
I مقیاس توانایی درونی	گروه اول	۹/۰۸۹۸	۴/۴۲۰	۰/۳۴۲	-۰/۱۲	۰/۹۰۷
	گروه دوم	۹/۲۰۸۳	۴/۶۰۶	۰/۹۴۰		
C مقیاس اعتقاد به شانس	گروه اول	۱۹/۹۵۲۱	۷/۳۰۶	۰/۵۶۵	-۰/۷۸	۰/۴۳۹
	گروه دوم	۲۱/۳۳۳۳	۸/۱۷۰	۱/۶۶۸		
P مقیاس دیدگاه افراد قدرتمند	گروه اول	۱۹/۵۲۶۹	۷/۲۱۸	۰/۵۵۹	۰/۰۱	۰/۹۸۹
	گروه دوم	۱۹/۵۰۰۰	۹/۱۹۸	۱/۸۷۸		
شیوه جسمانی سازی مقابله	گروه اول	۳/۲۵۵۵	۱/۹۱۸	۰/۱۴۸	۰/۱۲	۰/۹۰۵
	گروه دوم	۳/۲۹۱۷	۱/۷۳۲	۱/۳۵۳		
شیوه هیجانی مقابله	گروه اول	۳/۶۵۸۷	۱/۷۱۰	۰/۱۳۲	۰/۴۹	۰/۶۳۰
	گروه دوم	۳/۴۵۸۳	۱/۹۱۱	۰/۳۹۰		
مقابله مسئله مدار	گروه اول	۰/۴۵۵۱	۱/۱۰۷	۰/۰۸۶	۳	*۰/۰۰۳
	گروه دوم	۰/۱۲۵۰	۰/۳۳۸	۰/۰۶۹		
جمع کل مقیاس شیوه مقابله	گروه اول	۷/۲۹	۳/۴۱	۰/۲۶	۰/۵۶	۰/۵۷
	گروه دوم	۶/۸۷	۳/۲۰	۰/۶۵		

P < ۰/۰۱

بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه منبع کنترل به جز مقیاس C، تفاوت معناداری وجود ندارد. به این ترتیب که علیرغم کاهش اندک نمرات در برخی از مقیاس‌ها (I و C) در گروه آزمایشی، حتی میانگین پس آزمون مقیاس P در گروه مذکور افزایش داشته است. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی به‌طور نسبی کاهش اندکی را در

عمومی به جز مقیاس C (نارسا کنش‌وری اجتماعی) کاملاً معنادار است. نکته دیگر این که بیشترین میزان کاهش در نمرات مقیاس D (نشانگان افسردگی) پرسشنامه مذکور می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی بیش‌ترین تأثیر را بر کاهش میزان افسردگی آزمودنی‌ها داشته است. همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، نتایج t test دو گروه مستقل نشانگر آن است که

جدول ۵: نتایج t test دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه سلامت عمومی

مقیاس علائم جسمانی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش آزمون	۸/۶۶	۳/۴۹	۰/۹۳	-۲/۷۷	۰/۰۱
گروه آزمایشی پس آزمون	۶۴/۵	۳/۶۲	۰/۹۷		
گروه کنترل پیش آزمون	۹/۶۰	۴/۲۷	۱/۱۰		
گروه کنترل پس آزمون	۱۰/۴۰	۵/۳۸	۱/۳۹		
مقیاس اضطراب و بی خوابی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش آزمون	۱۰/۵۳	۴/۹۶	۱/۳۲	-۳/۶۳	۰/۰۰۱
گروه آزمایشی پس آزمون	۵/۷۱	۳/۷۰	۰/۹۹		
گروه کنترل پیش آزمون	۱۲/۶۰	۳/۲۹	۰/۸۵		
گروه کنترل پس آزمون	۱۱	۴/۱۰	۱/۰۶		
مقیاس کنش و کارکرد اجتماعی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش آزمون	۹/۸۰	۴/۲۲	۱/۱۳۰	-۱/۶۴	۰/۱
گروه آزمایشی پس آزمون	۶/۴۲	۵/۶۱	۱/۵۰		
گروه کنترل پیش آزمون	۱۰/۹۳	۳/۹۷	۱/۰۲		
گروه کنترل پس آزمون	۹/۴۰	۴/۰۵	۱/۰۴		
مقیاس افسردگی و خودکشی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش آزمون	۱۱/۲۰	۵/۹۳	۱/۵۸	-۳/۲۷	۰/۰۰۳
گروه آزمایشی پس آزمون	۴/۶۴	۴/۷۴	۱/۲۶		
گروه کنترل پیش آزمون	۱۸/۷	۲۰/۲۸	۵/۲۴		
گروه کنترل پس آزمون	۱۰/۷۳	۵/۲۴	۱/۳۵		
نمره کل					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش آزمون	۳۹/۶۰	۱۴/۲۸	۳/۸۱	-۳/۶۱	۰/۰۰۱
گروه آزمایشی پس آزمون	۲۲/۴۲	۱۴/۶۸	۳/۹۲		
گروه کنترل پیش آزمون	۵۳/۴۵	۱۰/۸۵	۲/۸۰		
گروه کنترل پس آزمون	۴۲/۲۰	۱۴/۷۸	۳/۸۱		

 $P < ۰/۰۱$

عمومی تفاوت معناداری وجود دارد. در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید گردید. بنابراین، آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند سلامت‌روان را افزایش دهد یا بهبود بخشد [۵]. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در کلیه مقیاس‌های پرسشنامه

میزان نمرات ایجاد کرده است ولیکن تفاوت بین میانگین دو گروه مذکور معنادار نبوده است و تنها در مقیاس اعتقاد به شانس (C) است که بین میانگین‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که بین میانگین دو گروه در پرسشنامه سلامت

جدول ۶: نتایج t test دو گروه مستقل جهت مقایسه میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه منبع کنترل

مقیاس عامل درونی					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش‌آزمون	۹/۲۰۰	۴/۲۱	۱/۱۲		
گروه آزمایشی پس‌آزمون	۷	۴/۶۲	۱/۲۳	-۱/۷۰	۰/۱۰
گروه کنترل پیش‌آزمون	۱۰	۴/۴۲	۱/۱۴		
گروه کنترل پس‌آزمون	۱۰/۷۳	۶/۹۱	۱/۷۵		
مقیاس افراد قدرتمند					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش‌آزمون	۲۳/۲۰	۶/۵۶	۱/۷۵		
گروه آزمایشی پس‌آزمون	۲۱/۷۸	۷/۹۹	۲/۱۳	-۱/۹۴	۰/۰۵
گروه کنترل پیش‌آزمون	۲۴/۸۰	۳/۴۰	۰/۸۸		
گروه کنترل پس‌آزمون	۲۶/۷۳	۵/۶۳	۱/۴۵		
مقیاس عامل شانس					
موقعیت آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	مقدار t	معناداری
گروه آزمایشی پیش‌آزمون	۲۲/۲۶	۵/۹۹	۱/۶۰		
گروه آزمایشی پس‌آزمون	۲۴/۵۷	۶/۱۹	۱/۶۵	۱/۶۲	۰/۱
گروه کنترل پیش‌آزمون	۲۲/۵۳	۵/۳۳	۱/۳۷		
گروه کنترل پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۷/۵۱	۱/۹۴		

$P < ۰/۰۱$

سلامت عمومی به‌جز مقیاس C (نارسا کنش‌وری اجتماعی) کاملاً معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارزیابی نهایی از دوره آموزشی، اکثر آزمودنی‌ها، برخورداری از مهارت‌های زندگی را برای همه افراد مفید و لازم قلمداد نمودند و معتقد بودند که آنچه به‌عنوان مهارت‌های زندگی در این دوره آموزشی آموختند و پیرامون آن، تمرین و فعالیت گروهی انجام دادند، توانسته است تا حدود نسبتاً زیادی بر جنبه‌های گوناگون زندگی آنان به‌ویژه بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی شان اثرگذار باشد. همچنین علاوه بر گروه آزمایشی، طی مصاحبه‌ای که با افراد گروه کنترل نیز صورت گرفت، پیرامون اهمیت و نقش مهارت‌های زندگی و نحوه تأثیر آن نظرخواهی شد. اکثریت آنان نسبت به کسب مهارت‌های زندگی و برگزاری این دوره آموزشی تمایل و رغبت فراوانی نشان دادند و معتقد بودند که این نوع جلسات می‌تواند بسیار مفید، آموزنده و جالب باشد. بخصوص اینکه با فعالیت‌های گروهی، شور و هیجان بیشتری ایجاد خواهد شد. به‌این ترتیب مشاهدات کیفی دال بر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های

زندگی می‌باشد. از نتایج ضرایب همبستگی بین مقیاس‌های سلامت‌روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای چنین برمی‌آید که بین اکثر مقیاس‌ها همبستگی معناداری وجود دارد، به‌طوری که بین مقیاس‌های سلامت‌روان و شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. این بدان معنی است که بین دو متغیر مذکور ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین مقیاس‌های منبع کنترل و انواع شیوه‌های مقابله‌ای همبستگی معناداری وجود دارد. در ضمن بین مقیاس‌های آزمون سلامت عمومی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی، کارکرد و کنش اجتماعی و نشانگان افسردگی) نیز ارتباط مثبت و معناداری مشاهده شده است. به‌طوری که ضرایب همبستگی بین مقیاس‌ها اکثراً بالای $r = ۰/۰۶$ می‌باشد. همین‌طور بین مقیاس‌های آزمون منبع کنترل (توانایی درونی، اعتقاد به شانس و تأثیر دیدگاه افراد قدرتمند) نیز ارتباط معناداری مشاهده گردید. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود بین شیوه جسمانی سازی مقابله، شیوه‌های هیجانی مقابله و جمع کل مقیاس شیوه مقابله‌ای نیز ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج نشانگر ارتباط مستقیم و مثبت بین متغیرهای پژوهش سلامت‌روان و شیوه

مقابله‌ای، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای می‌باشد که البته علی‌رغم انتظار پژوهش، بین دو متغیر سلامت‌روان و منبع کنترل، ارتباط معناداری مشاهده نشده است.

نکته قابل توجه دیگر این بود که در هر دو پرسشنامه، بین مقیاس‌ها ارتباط کاملاً معناداری مشاهده گردید به‌طوری‌که ضرایب همبستگی قابل قبول و رضایت بخشی بخصوص در آزمون سلامت عمومی، به‌دست آمده‌است. درضمن باتوجه‌به نتایج همبستگی این آزمون می‌توان نتیجه گرفت که درجه همبستگی بین هر زیرمقیاس آزمون سلامت عمومی با نمره کل مقیاس‌های آزمون بیشتر از درجه همبستگی بین زیرمقیاس‌ها می‌باشد. این موضوع بخصوص در مورد مقیاس‌های نشانگان افسردگی نشانگان اضطرابی نشانگان جسمانی صدق می‌کند [۶]. این امر نشان‌دهنده اهمیت افسردگی و اضطراب در تشخیص نشانگان اختلالات روانی است. همان‌گونه‌که یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهند، آموزش مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت حل مسئله برافزایش سلامت‌روانی به‌خصوص کاهش میزان اضطراب و افسردگی مؤثر است [۷]. بدین ترتیب نتایج پژوهش نشانگر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی برافزایش سلامت‌روان به‌خصوص کاهش میزان افسردگی و اضطراب می‌باشد که با یافته‌های تحقیقی دیگر در این زمینه کاملاً مطابقت دارد. درواقع شباهت یافته پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقی دیگر در این است که بیشترین میزان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی برافزایش سلامت‌روان مربوط به کاهش میزان افسردگی و اضطراب است [۹-۸].

یکی از تفاوت‌های پژوهش حاضر با تحقیقات دیگر آن است که در این پژوهش تأثیر آموزش مجموعه مهارت‌های زندگی ازجمله مهارت خودشناسی (شناخت ویژگی‌ها و توانایی‌های خود)، تعیین هدف، تصمیم‌گیری، برقراری ارتباط مناسب با دیگران، کنترل خشم، مقابله با استرس، حل مسئله و حفظ سلامت‌روانی و جسمانی به‌طور هم‌زمان بر سلامت‌روان موردبررسی قرارگرفته است. درحالی‌که در پژوهش‌های دیگر تنها به یک یا چند مورد از مهارت‌های زندگی ازقبیل مهارت حل مسئله، کنترل خشم، مقابله با استرس و غیره پرداخته شده‌است.

بنابراین می‌توان گفت که پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های دیگر به نتایج کلی‌تری دست‌یافته است. به‌طوری‌که تأثیر انواع دیگر مهارت‌های زندگی نیز بر سلامت‌روان به‌اثبات رسیده‌است. به‌خصوص اینکه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و نشانگان جسمانی قابل‌ملاحظه بوده‌است. این امر نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کلیه ابعاد بر جنبه‌های گوناگون سلامت‌روان می‌باشد.

بررسی تحقیقات تلادو و همکاران ۱۹۷۴ به نقل از سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۷) نشان می‌دهد که توانایی در حل مسئله با افزایش عزت‌نفس و منبع کنترل درونی ارتباط دارد.

لانگ و شرر به نقل از کادیشن و همکاران [۱۰] آموزش مهارت‌های زندگی را بر درونی‌تر شدن منبع کنترل مجرمان مؤثر ارزیابی کردند. هامبورگ به نقل از موت و همکاران [۱۱] آموزش مهارت‌های اجتماعی را که زیرمجموعه مهارت‌های زندگی هستند برایجاد منبع کنترل درونی مؤثر دانست. شاپ و کوپلند [۱۲] معتقد هستند که توانایی در مهارت قاطعیت در نه گفتن به‌عنوان یک مهارت زندگی با منبع کنترل درونی ارتباط مثبت دارد.

لازم به توضیح است که درگروه کنترل گروهی که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت نکرده‌اند درمجموع نه‌تنها شاهد تغییر قابل‌ملاحظه درجهت کاهش نمرات نمی‌باشیم بلکه در موارد بسیاری، از افراد گروه مذکور شاهد افزایش میزان نمرات در برخی مقیاس‌ها هستیم. البته کاهش نمرات را در مورد برخی از افراد می‌توان به گذشت زمان، تجارب آنان درفاصله پیش آزمون تا پس آزمون و غیره نسبت داد [۱۴-۱۳]. درکل وقتی گروه کنترل را در ارتباط با گروه آزمایشی موردبررسی قرار می‌دهیم، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی را بر سلامت‌روان و منبع کنترل درک می‌کنیم. بنابراین باتوجه‌به نهایت سعی و تلاش پژوهشگر جهت کنترل عوامل مداخله‌گر و محدودیت‌های پژوهش، می‌توان گفت آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند موجب افزایش سلامت‌روان همکاران در نیروی انتظامی و نیز تا حدودی درونی‌تر شدن منبع کنترل آنان گردد. بدین ترتیب به‌جهت اهمیت علم مهارت‌های زندگی در کلیه ابعاد حیاتی انسان ضرورت آگاهی از آن برای کلیه افراد در هر موقعیت و شرایط و به‌کارگیری اصول اساسی آن درجهت ایجاد زندگی سالم، مفید و رو به تکامل آشکار می‌گردد. باتوجه‌به مطالب فوق و نتایج پژوهش حاضر و تحقیقات نزدیک به پژوهش، اهمیت تلاش علمی و پژوهش وسیع و کامل در این زمینه نمایان می‌شود. چراکه علم آموزش مهارت‌های زندگی به‌عنوان یک روش پیشگیری اولیه در حوزه بهداشت روانی، می‌تواند اثرات مثبت و مفیدی را در افزایش سطح سلامت‌روان افراد و کاهش مشکلات و ناپه‌نجاری‌های روانی به‌همراه داشته باشد [۱۵]. به‌این‌ترتیب پژوهش وسیع و همه‌جانبه در این زمینه و به‌کارگیری آن در تمامی ابعاد ضروری به‌نظر می‌رسد. به‌خصوص به‌کارگیری و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در یگان‌ها و واحدهای نیروی انتظامی و یا از طریق رسانه‌های گروهی به‌صورت برگزاری کارگاه‌های آموزشی در جهت بالا بردن سطح آگاهی همکاران در این زمینه و افزایش مهارت‌های آنان، اثرات مثبت و مفیدی را به دنبال خواهد داشت.

8. Botvin GJ, Mihalic SF, Grotmeter JK. Life skills training: Blueprints for violence prevention, Book Five. Blueprints for violence prevention series (DS Elliott, Series Editor). Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado. 1998.
9. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. Alcohol research and health. 2000; 24(4):250-7.
10. Kadish TE, Glaser BA, Calhoun GB, Ginter EJ. Identifying the Developmental Strengths of Juvenile Offenders: Assessing Four Life Skills Dimensions. Journal of Addictions & Offender Counseling. 2001; 21(2):85-95.
11. Moote GT, Smyth NJ, Wodarski JS. Social skills training with youth in school settings: A review. Research on social work practice. 1999 Jul 1; 9(4):427-65.
12. Shope JT, Copeland LA, Maharg R, Dielman TE, Butchart AT. Assessment of adolescent refusal skills in an alcohol misuse prevention study. Health Education & Behavior. 1993; 20(3):373-90.
13. Cassidy T. Stress, healthiness and health behaviours: An exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process. Counselling Psychology Quarterly. 2000; 13(3):293-311.
14. Wichroski MA, Zunz SJ, Forshay E. Facilitating self-esteem and social supports in a family life-skills program. Affilia. 2000 May 1; 15(2):277-93.
15. Darden CA, Ginter EJ. Life-skills development scale-adolescent form: The theoretical and therapeutic relevance of life. Journal of Mental Health Counseling. 1996; 18(2).

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از همکاری صمیمانه فرمانده محترم یگان ویژه استان همدان جناب سرهنگ محمد مراد حسن آبادی، ریاست محترم عقیدتی سیاسی حاج آقا محمدخواه، ریاست محترم حفاظت اطلاعات جناب سروان ابوالفتح اخوان و کلیه کارکنان و عزیزانی که ما یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

منابع

1. World health organization (WHO). "The life skills education project. Geneva". WHO Technical report series. 1997, 6(870): 93 Pages.
2. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programs for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2008, 1; 2.
3. Nastasia B. "A model for mental Health programming in school communities: introduction to the mini-series". Journal of school psychology review 1998. 27 (2). 10 – 165.
4. Benard B, Fafoglia B, McDonald M. Effective substance abuse prevention: School social workers as catalysts for change. Children & Schools. 1991; 13(2):90-104.
5. Breton JJ. Complementary development of prevention and mental health programs for change. Canadian journal of psychiatry; 44(3):7227.
6. Collins ME, Mowbray CT, Bybee D. Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric disabilities. Health & social work. 1999; 24(4):279-90.
7. Albertyn RM, Kapp CA, Groenewald CJ. Patterns of empowerment in individuals through the course of a life-skills programme in South Africa. Studies in the Education of Adults. 2001; 33(2):180-200.

