



# فصل اول



## مقدمه

روان شناسان در دهه های اخیر در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات به این نتیجه رسیده اند که بسیاری از اختلالات و آسیب ها در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خویش ، عدم احساس کنترل ، و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب ، ریشه دارد . بنابراین با توجه به تغییرات و پیچیدگی های روز افزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی ، آماده سازی افراد به خصوص نسل جوان جهت رویارویی با موقعیت های دشوار امری ضروری به نظر می رسد . در همین راستا روان شناسان با حمایت سازمان های ملی و بین المللی ، جهت پیشگیری از بیماریهای روانی و ناهنجاریهای اجتماعی آموزش مهارت های زندگی را در سراسر جهان و در سطح مدارس آغاز نموده اند . ( طارمیان و همکاران ، ۱۳۷۸ ، ص ۱۴ )

آنچه امروزه تحت عنوان مهارت های زندگی مشهود است تنها حاصل کار پژوهشگران عصر حاضر نیست بلکه بسیاری از این مهارتها در لابلای تعالیم الهی بخصوص در قرآن و احادیث معصومین 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 مورد تأکید قرار گرفته است . ( همان منبع ص ۴۵ )

هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی از ایجاد طرح مهارت های زندگی در زمینه بهداشت روانی این است که جوامع مختلف در سطوح جهان نسبت به گسترش ، به کارگیری

و ارزیابی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را متمرکز بر رشد توانائی های روانی مانند حل مسئله ، مقابله با هیجانات ، خود آگاهی ، سازگاری اجتماعی و کنترل استرس بین کودکان و نوجوانان است اقدام نمایند . ( ناستاسیا ۱۹۹۸ مقاله )

با توجه به نقش مهم مدارس در تأمین بهداشت روانی دانش آموزان ، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی روش مؤثری در جهت رشد شخصیت سالم دانش آموزان و تأمین و حفظ بهداشت روانی دانش آموزان تلقی می شود . به این ترتیب مدارس به جای این که تنها بر افزایش عملکرد تحصیلی دانش آموزان تمرکز نمایند باید بر تأمین و حفظ روان آنان نیز تأکید نمایند و اقدامات لازم را به منظور تحقق هدف مذکور انجام دهند چرا که اگر هدف فوق تحقق یابد بسیاری از مشکلات تحصیلی و آموزشی نیز خود به خود کاهش می یابند . ( همان منبع )

## بیان مسئله و سؤالات پژوهش

رشد انسان در زمینه های روانی ، اجتماعی ، جسمانی ، جنسی ، شغلی ، شناختی ، الگو ( خود ) اخلاقی و عاطفی صورت می گیرد هر یک از زمینه ها نیازمند مهارت و توانایی می باشد . در واقع می توان گفت که تکامل مراحل رشدی وابسته به مهارت های زندگی است . زمانی که افراد مهارت های زندگی اساسی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می کنند . آموزش مهارت های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت . به طور تعیین می توان گفت که بسیاری از نوروژها و سایکوزها ناشی از نقص در رشد مهارت های زندگی اساسی است . در واقع آموزش مهارت های زندگی نقش درمانی دارد . ( گیتیر ، گازدا و داردن ، ۱۹۹۶ مقاله )

همان گونه که بروکز ( ۱۹۸۴ ) اشاره کرده است رویکرد مهارت های زندگی یک چهارچوب سازمان یافته ای را برای مراکز مشاوره و بهداشت روانی فراهم می کند و یک عنصر آموزشی یکسوی و مهم برای مدارس ابتدایی و دبیرستان می باشد .

حال با در نظر گرفتن هدف کلی این پژوهش سؤالاتی در همین راستا مطرح

می شوند :

۱. آیا بین افسردگی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۲. آیا بین شکایات جسمانی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟

۳. آیا بین وسواس - اجبار کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۴. آیا بین حساسیت در روابط بین فردی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۵. آیا بین اضطراب کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۶. آیا بین پرخاشگری کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۷. آیا بین خوبی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۸. آیا بین افکار پارانوئیدی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۹. آیا بین روان پریشی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟
۱۰. آیا بین سلامت روان کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد ؟

## اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تأکید می شود و روز به روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون اهمیت و نقش آن در زندگی فردی، 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 موضوع مطرح نمود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱)

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 ابتلاء به انواع اختلالات روانی در سطح جهان است و دلیل مهم دیگر آن، اهمیت و ضرورت پیشگیری از بیماری های روانی است 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 دارد. در پیشگیری اولیه جمعیت سالم در جامعه مورد نظر است و تمام اقداماتی که در این حیثی صورت می گیرد در جهت آمادگی سازی افراد و فراهم نمودن شرایط مناسب برای زندگی سالم از تماکمی جنبه های جسمانی، روانی، اجتماعی می باشد. بنابراین هدف، افزایش آمادگی و توانایی افراد در برخورد صحیح و مناسب با رویدادهای زندگی می باشد.

حسینی (۱۳۷۸) معتقد است آموزش، اساسی ترین روش پیشگیری اولیه است. از طرفی دیگر مهمترین و مؤثرترین دوره سنی جهت آموزش پیشگیرانه، دوره نوجوانی است.

پژوهش ها نشان می دهند که آموزش مهارت های زندگی به ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در ابعاد مختلف زندگی کمک می کند و از اساسی ترین برنامه های پیشگیرانه در سطح اولیه به شمار می رود .

سلامتی بخش اصلی یک زندگی شاد است و مدارس نقش مهمی در آگاه ساختن نوجوانان پیرامون مسائل بهداشتی و سلامتی و آموزش علوم زندگی به آنان دارد.

امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی ، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب پذیر ساخته است . پژوهش ها بی شمار نشان داده اند که بسیاری از مشکلات بهداشتی و اختلالات روانی - عاطفی ریشه های روانی - اجتماعی دارند . برای مثال ، پژوهش در زمینه اعتیاد و سوء مصرف مواد نشان داده است که سه عامل مرتبط با سوء مصرف مواد عبارتند از : عزت نفس ضعیف ، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان مهارت های ارتباطی . همچنین پژوهش ها نشان داده اند که بین خود کارآمدی ضعیف و مصرف سیگار و الکل ، سوء مصرف مواد ، رفتارهای مخاطره آمیز و ضعیف عملکرد شناختی رابطه معنا داری وجود دارد و مطالعات نشان داده اند که ارتقاء مهارت های مقابله ای و توانایی های روانی اجتماعی در بهبود زندگی بسیار مؤثر است . توانایی های روانی - اجتماعی عبارتست از آن گروه توانایی ها که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می کند این توانایی ها فرد را قادر می سازد تا در رابطه با سایر انسان ها ، جامعه ، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند . ( خانی ، ۱۳۸۰ ص ۱۹ )

مهارت های زندگی در جهت ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت روانی ، جسمانی و اجتماعی را تأمین می کند . آموزش مهارت های زندگی فرد را قادر

می سازد تا دانش ، ارزشها و نگرش های خود را به توانای های بالفعل تبدیل کند . بدین معنا که فرد بداند چه کاری باید انجام دهد و چگونه آن را انجام دهد . مهارت های زندگی منجر به انگیزه در رفتار سالم می شود . همچنین بر احساس فرد از خود و دیگران و همچنین ادراک دیگران از وی مؤثر است . در ضمن منجر به افزایش اعتماد به نفس می شود بنابراین به طور کلی می توان گفت که منجر به افزایش سلامت روان افراد می شود و در پیشگیری از بیماریهای روانی و مشکلات رفتاری نقش مؤثری دارد .  
( نوری و خانی ، ۱۳۷۷ ص ۲۵ )



## فرضیه ها

۱. بین افسردگی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۲. بین شکایات جسمانی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۳. بین وسواس - اجبار کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۴. بین حساسیت در روابط بین فردی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۵. بین اضطراب کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۶. بین پرخاشگری کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۷. بین خوبی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۸. بیم افکار پارانوئیدی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۹. بین روان پریشی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۱۰. بین سلامت روانی کسانی که آموزش مهارت زندگی را دیده اند با آن هایی که این آموزش ها را ندیده اند تفاوت وجود دارد .

## تعاریف علمی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

### تعریف علمی و عملیاتی مهارت های زندگی

« موریس ، ای ، الیاس » از دانشگاه راجرز در آمریکا و مؤلف کتاب « تصمیم گیری اجتماعی و رشد مهارت های زندگی مفهوم عامی از مهارت های زندگی ارائه می دهد . « مهارت های زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر ، انجام مسئولیت های اجتماعی ، انجام تصمیم گیری های صحیح ، حل تعارض ها و کشمکش ها بدون توسط به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می زنند . ( نوری و خانی ، ۱۳۷۷ ص ۱۶ ) در پژوهش حاضر منظور از مهارت های زندگی ، آموزش هایی است که در این مراکز به افراد در زمینه های تفکر مثبت ، تفکر خلاق ، ازدواج ، تصمیم گیری ، تفکر نقاد ، اضطراب ، افسردگی داده می شود .

### تعریف علمی و عملیاتی سلامت روان

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس بهداشت روانی را چنین تعریف می کند : استعداد روان برای هماهنگ ، خوشایند و مؤثر کارکردن ، در موقعیت های دشوار ، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خویش ، توانایی داشتن . ( گنجی ، ۱۳۷۹ ص ۹ ) و یا سازمان بهداشت جهانی ( WHO ) بهداشت روانی را چنین تعریف می کند ، بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت معنی توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی ، روانی و جسمی ، بهداشت تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست . ( گنجی ، ۱۳۷۹ ، ص ۹ )

در پژوهش حاضر سلامت روان توسط پرسشنامه Scl-90-سنجیده می شود پس منظور از سلامت روان نمره ای است که آزمودنی در آزمون Scl-90 می گیرد.

# فصل دوم

---

## پیشینه نظری

### تعریف سلامت روان

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۶ تعریفی از سلامتی را ارائه دارد :

سلامتی گستره وسیعی است جهت توانمند ساختن فرد ها گروه ، که از یک طرف موجب واقعیت بخشیدن به آمال و آرزوها و ارضاء نیازها و از طرف دیگر باعث مقابله با محیط می شود بنابراین طبق تعریف فوق به نظر می رسد سلامتی یک منبعی برای زندگی روزمره است نه به عنوان وسیله ای برای زندگی ، یک مفهوم کاربردی و مثبت است که علاوه بر تأکید بر توانایی جسمانی افراد بر منابع فردی و اجتماعی آنان نیز تأکید می ورزد .  
( اسکوفیلد ، ۱۹۹۸ مقاله )

اصلاح سلامت روانی ، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می شود . هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است . هدف هر جامعه ای این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید . سلامت روان بخشی از سلامت عمومی است . منظور از سلامت روان ، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش ، ذهن ، حالت و فکر می باشد . از طرف دیگر سلامت روان بر سلامت جسمانی هم تأثیر دارد . بسیاری از پژوهش های اخیر مشخص کرده اند که یک سری اختلال های فیزیکی و جسمانی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند . با وجود این که سلامت روان مفهوم وسیعی است اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده اند هر فرد یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روان دارد در حالی که در مورد سلامت جسمانی چنین حالتی وجود ندارد .

در سال ۱۹۴۸ ، کمیسیون مقدماتی سومین کنگره جهانی بهداشت روانی ، برای

بهداشت روانی یک تعریف دو قسمتی ارائه می دهد :

۱. بهداشت روانی حالتی است که از نظر جسمی، روانی و عاطفی در حدی که با بهداشت روانی دیگران انطباق داشته باشد برای فرد مطلوب ترین رشد را ممکن می سازد.

۲. جامعه خوب جامعه ای است که برای اعضای خود چنین رشدی را فراهم می آورد در عین حال رشد خود را تضمین می کند و نسبت به سایر جوامع بردباری نشان می دهد.

( گنجی، ۱۳۷۹ ص ۱۳ )

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را براساس جنبه های زیستی و اجتماعی تعریف می کند. به نظر این سازمان، بهداشت روانی برای فرد استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران و استعداد شرکت در تغییرات محیط اجتماعی و طبیعی با استعداد کمک به تغییرات، به شیوه سازنده، قائل است. همچنین بهداشت روانی ایجاب می کند که بین تمایلات غریزی فرد هماهنگی وجود داشته است در این تعریف هیچ اشاره ای به بیماری نشده است.

در تعریف فوق و تعاریف مشابه آن، سازگاری با محیط اهمیت زیادی دارد. طبق این تعریف شخصی که بتواند با محیط (اعضای خانواده، همکاران، همسایگان و به طور کلی اجتماع) خوب سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار خواهد بود. این شخص با تعادل روانی رضایت بخش پیش خواهد رفت. تعارضات خود را با دنیای برون و درون حل خواهد کرد و در مقابل ناکامی های اجتناب ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت. اگر کسی توان انجام دادن این کارها را نداشته باشد و در نتیجه با محیط خود به شیوه نامناسب و دور از انتظار برخورد کند از نظر روانی بیمار محسوب خواهد شد، زیرا با این خطر روبرو خواهد بود که تعارض های حل نشده خود را به صورت نورو (اختلالات خفیف رفتاری) نشان می دهد و به شخص نورو تیک تبدیل می شود.

( گنجی، ۱۳۷۹ ص ۱۲ )

عده ای از روان شناسان معتقدند که سلامت روان ، داشتن هدفی انسانی در زندگی، سعی در حل عاقلانه مشکلات ، سازش با محیط اجتماعی براساس موازین علمی و اخلاقی و سرانجام ایمانی به کار و مسئولیت پذیری و پیروی از اصول نیکوکاری و خیر خواهی است. ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۱ ص ۸۵ )

**لوینسون و همکاران سلامت روان را اینچنین تعریف کرده اند :**

سلامت روان عبارتست از این که فرد چه احساسی نسبت به خود ، دنیای اطراف ، محل زندگی و اطرافیان دارد مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد ، چگونگی سازش وی به درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش . ( انصاری ، ۱۳۷۴ پایان نامه )

**کارل مننجر می گوید :**

سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود . ( همان منبع )  
کینگزبرک بهداشت روانی را این چنین تعریف می کند :

تسلط و مهارت در ارتباط صحیح با محیط به خصوص در سه فضای مهم عشق ، کار و تفریح . ( همان منبع )

در سالهای اخیر انجمن کانادایی بهداشت روانی را در سه قسمت تعریف کرده است.  
**قسمت اول :** نگرش های مربوط به خود ( شامل تسلط بر هیجان های خود ، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده )

**قسمت دوم :** نگرش های مربوط به دیگران ( علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی ، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و طبیعی .

قسمت سوم : نگرش های مربوط به زندگی ( رویارویی با الزام های زندگی ، پذیرش مسئولیت ها ، ذوق و توسعه امکانات و علایق خود ، توانایی اخذ تصمیم های شخصی و ذوق یا انگیزه خوب کارکردن . ( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۱۳ )

به طوری که ملاحظه می شود ، این انجمن بهداشت روانی را در ارتباط با سازگاری با محیط و نگرشهای مربوط به خود و دیگران تعریف می کند اما به مفاهیم بیماری آسیب شناسی و ناسازگاری ارجاع نمی دهد . ( همان منبع )

طبق تعریف فرهنگ روانشناسی آرتور ۱۹۸۵ واژه سلامت روان ، برای افرادی که عملکردشان در سطح بالای از سازگاری هیجانی و رفتاری است به کار می رود و در مورد افرادی که صرفاً بیماری روانی ندارد به کار نمی رود . از نظر کاپلان و ساروک سلامت روان ، آن حالت بهزیستی است که افراد قادر باشند به راحتی در جامعه ، فعالیت کنند و پیشرفتهای و خصوصیات شخصی برای آن رضایتبخش است . ( ادبی ، ۱۳۷۹ ، پایان نامه )

کنفرانس بین المللی بهداشت ، که با همکاری سازمان بهداشت جهانی و یونیسف در سال ۱۹۸۸ با شرکت ۱۳۴ کشور در آلمان تشکیل شد سلامت روانی را سلامت کامل جسمانی ، روانی ، اجتماعی تعریف نموده است و نه فقدان بیماری و ناتوانی . ( ادبی ، ۱۳۷۹ ، پایان نامه )

آرچریک مبحث تاریخی را اضافه کرده و می گوید در جوامع به سرعت در حال تغییر و غیر قابل پیش بینی امروز توانایی اکتشاف محیط و ایجاد تعهد ، یک مهارت اساسی برای بقاء و لازمه سلامت روانی است . ( همان منبع )

ویژگی های افراد سالم ( برخوردار از سلامت روان ) از دیدگاه های مختلف :  
برای داشتن بهداشت روانی خوب ، شرایطی وجود دارد : روبروشدن با واقعیت ، سازگاری داشتن با تغییرات ، گنجایش داشتن برای اضطرابها ، کم توقع بودن ،

احترام قایل شدن به دیگران ، دشمنی نکردن با دیگران و کمک رساندن به مردن .  
( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۱۳ )

### بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی

۱. افراد سالم از نظر روان احساس راحتی می کنند . خود را آن گونه که هستند می پذیرند ، از استعداد های خود بهره مند می شوند در مورد عیوب جسمانی و ناتوانی های خود شکیباً بوده و از آن ناراحت نمی شوند ، دیدگاه واقع گرایانه دارند ، دشواری های زندگی را سهل می انگارند ، آن ها وقت کمی را در نگرانی ، ترس ، اضطراب و یا حسادت سپری می کنند . اغلب آرامند ، نسبت به عقاید تازه گشاده رو بوده و دارای طیب خاطر هستند ، شوخ طبع هستند و اعتماد به نفس دارند ، اگرچه از حضور در جمع لذا می برند اما به تنها بودن نیز اهمیت می دهند و وحشتی از آن ندارند ، همچنین از سیستم ارزشی برخوردارند که از تجارب شخصی شان سرچشمه می گیرد . بدین معنی که یک احساس شخصی مبتنی بر درست یا غلط بودن امور دارند .

۲. افراد دارای سلامت روان ، احساس خوبی نسبت به دیگران دارند ، آنها می کوشند تا دیگران را دوست بدارند ، و به آنان اعتماد کنند ، چرا که تمایل دارند دیگران نیز آن ها را دوست باشند و به آن ها اعتماد نمایند چنین افرادی قادرند که با دیگران روابط گرمی داشته باشند و این روابط را ادامه دهند ، به علایق دیگران توجه می کنند و احترام می گذارند آنها به خود اجازه نمی دهند از سوی دیگران مورد حمله و فشار قرار گیرند و نیز سعی نمی کنند که بر دیگران تسلط یابند آنها با احساس یکی بودن با جامعه ، نسبت بر دیگران احساس مسئولیت می کنند .

۲. قدرت روبرو شدن با نیازهای زندگی را دارند معمولاً نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند و با مشکلات به همان شیوه که رخ می دهد برخورد می کنند . دارای



پندارهای واقع گرا در مورد آنچه که می توانند یا نمی توانند انجام بدهند هستند بنابراین آن ها محیط خود را تا آن جا که ممکن است شکل می دهند و نیز تا آن جا که ضرورت دارد با آن سازگار می شوند . ( بنی جمالی ، ۱۳۷۳ ، ص ۲۸ )

در این بخش به بررسی دیدگاه های مختلف روانشناسی پیرامون ویژگی های افراد دارای سلامت روان می پردازیم :

## دیدگاه روانپزشکی

دیدگاه روانپزشکی ، درباره فرد دید تعامل حیاتی دارد . طبق این دیدگاه فردی که از سلامت روانی برخوردار است که دارای نظام متعادلی است که خوب عمل می کند و اگر تعادل به هم بخورد بیماری روانی ظاهر خواهد شد . ( گنجی ، ۱۳۷۹ ، ص ۲۲ )

## دیدگاه های روان تحلیلی

دیدگاه روانکاوی معتقد است که شخصیت فرد از سه عنصر تشکیل می شود ، نهاد ، من و من برتر . بنابراین به نظر آنان بهداشت روانی ، زمانی تضمین می شود که من با واقعیت سازگاری شود و همچنین تکانش های غریزی نهاد به کنترل درآید . ( همان منبع )

فروید به نقل از حسینی ( ۱۳۶۰ ) سلامت روانی را از یک طرف نتیجه تعادل بین سه عنصر نهاد ، من و من برتر و از طرفی دیگر نتیجه تعادل بین سطوح خود آگاه و ناخودآگاه می داند . فروید معتقد است که شخص سالم دو ویژگی دارد :

۱ . می تواند دوست بدارد و دوست داشته باشد .

۲ . می خواهد و می تواند کار بکند . ( شعاری نژاد ، ۱۳۷۱ ، ص ۲۷۸ )

به نظر فروید ویژگی خاصی که برای سلامت روانشناختی ضروری است خود آگاهی می باشد یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکل شود ، بایستی

خود آگاه شود ، شخص سالم از مکانیزم های دفاعی نوع دوستی ، شوخ طبعی ، پارسای و ریاضت و والایش یا تصعید استفاده می کند . ( نجات ، ۱۳۷۸ ، ص ۳۴ )

همچنین به عقیده فروید ، شخص سالم کسی است که نیازهای تثبیت شده نداشته باشد ، نیازهای نهفته یا درونی شده اش در جهت معیارهای درونی شده من برتر باشد و براساس نیازهایش عمل نکند و نیازهایش با یکدیگر در تعارض و کشمکش نباشد . بعلاوه انسان برخوردار از سلامت روانشناختی موجودی منحصر به فرد است که بایستی به صورت یگانه مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرد و دارای خصوصیات زیر باشد :

۱. بین من و من آرمانی فرد فاصله زیادی وجود ندارد .
۲. من دارای قدرتمندی و کارآیی بسیار است .
۳. از ساختار روانی خودش آگاهی لازم را دارد .
۴. هدف نهایی او رشد خلاقیت و تحقق خویشتن است .

نظر هورنای ( ۱۹۴۵ ) به نقل از خدا رحیمی ( ۱۳۷۴ ) : انسان برخوردار از سلامت روان دارای این ویژگی ها می باشد : احساس امنیت می کند ، لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است ، به دلیل آگاهی از خود واقعی و استعداد بالقوه خوی تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست ، بلکه ابتکار و شخصیت خودش را عهده دار می شود ، خوشناسی و کوشش را برای تحقیق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است ، انسان سالم خودآگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است و خودش بسیاری از مشکلات زندگی را حل می کند لذا به دیگران وابستگی ندارد .

از دیدگاه کارل یونگ ، فرایندی که موجب یکپارچگی شخصیت انسانی می شود مزیت یافت یا تحقق خود است .

این فرآیند خود شدن ، فرایندی طبیعی است این گرایش چنان نیرومند است که یونگ آن را غریزه نامید . در انسان مزیت یافته هیچ یک از وجوه شخصیت مسلط نیست ، نه هوشیار و نه ناهوشیار .

نه یک منش یا گرایش خاص و نه هیچیک از سنخ های کهن ، بلکه همه آن ها به توازی هماهنگ رسیده اند . از طرف دیگر به نظر وی همه جنبه های شخصیت باید به یکپارچگی و هماهنگی دست یابند به طوری که همه آنها بتوانند بیان شوند . افراد سالم از شخصیتی برخوردارند که یونگ آن را شخصیت مشترک ، خوانده است . چون دیگر هیچ جنبه شخصیت به تنهایی حاکم نیست . یکتایی فرد ناپدید می شود و دیگر چنین اشخاصی را نمی توان متعلق به یک سنخ روانی خاص دانست . ( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۵۳ )

به عقیده آلفرد آدلر ، زندگی بودن نیست ، بلکه شدن است ، آدلر به انتخاب ، مسئولیت و معناداری مفاهیم در شیوه زندگی اعتقاد دارد و شیوه زندگی افراد را متفاوت می داند . محرک اصلی رفتار بشر ، هدفها و انتظار او از آینده است . فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر حيله و بهانه نیست او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی ساکنده و مثبتی با دیگران دارد روابط خانوادگی صمیمی و مطلوب دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی به درستی می شناسد . همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است . عالی ترین هدف شخصیت سالم ، تحقق خویشتن است . از ویژگی های دیگر سلامت روانشناختی این است که فرد سالم همواره به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می پردازد و اشتباهاتش را برطرف می کند . فرد خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها . آفرینش گرایی و ابتکار فیزیکی از ویژگی های دیگر ایت افراد است . فرد سالم از اشتباهات اساسی شامل تعمیم مطلق ، اهداف نادرست و محال ،

درک نادرست و توقع بی مورد از زندگی ، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود و ارزش های و باورهای غلط می باشد . ( شاملو ۱۳۷۸ ، ص ۴۳ )

اریکسون سلامت روانشناختی را نتیجه عملکرد قوی و قدرتمند سن می داند . من عنوان مفهومی است که نشان دهنده توانایی یکپارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است من تنظیم کننده درونی روان است که تجارب فرد را سازماندهی می کند و در نتیجه از انسان در مقابل فشارهای نهاد و من برتر حمایت می کند. هنگامی که رشد انسان و سازماندهی اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود ، در هر کدام از مراحل رشد روانی - اجتماعی ، تواناییها و استعدادهای مشخصی ظهور می نماید در واقع به عقیده اریکسون سلامت روانشناختی هر فرد به همان اندازه است که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند . ( خدا رحیمی ، ۱۳۷۴ ، ص ۷۸ )

اریکسون احساس هویت را نشانه سلامت فکر و روان می داند که خود از مراحل حس اعتماد ، خودمختاری ، ابتکار و اشتغال به کارهای سودمند می گذری و سرانجام به احساس هویت خود منجر می گردد . این احساس سرمایه داخلی است که بعد از طی موفقیت آمیز تمام مراحل ایجاد می گردد و با همانند سازی موفقیت آمیز که به تنظیم محرک ها و غرایز اصلی فرد با توجه به فرصت ها و امکانات او منجر می شود ارتباط دارد. بدین ترتیب احساس هویت موجب اطمینان خاطری می گردد که به شخص قدرت انطباق و سازگاری می دهند . ( حسینی ، ۱۳۶۰ ، ص ۲۰ )

رد واقع به نظر اریکسون ( ۱۹۶۸ ) هویت ، نشانه نشاط روانی است و هویت در مقابل سردرگمی نشانه یک شخصیت سالم در نوجوانی است .

اریک فروم تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می دهد . چنین انسانی به طور عمیق عشق می ورزد آفریننده است . قوه تعلقش را کاملاً پرورانده است و جهان و خود را به طور عینی ادراک می کند . حس هویت پایداری دارد . با جهان در پیوند است و در

آن ریشه دارد. حاکم و عامل خود در سرنوشت خویش است. فروم شخصیت سالم را دارای جهت گیری بارور می داند. به نظر وی جهت گیری، گرایش یا نگرش کلی است که همه جنبه های زندگی را یعنی پاسخ های فکری، عاطفی و حسی به مردم، موضوع ها و رویدادها، خواه در جهان و خواه در خود، در بر می گیرد، بارور بودن یعنی به کار بستن همه قدرت ها و استعدادهای بالقوه خویش، چهارجنبه شخصیت سالم، در روشن ساختن مقصود فروم از جهت گیری بارور و مؤثر است. این چهار جنبه شامل عشق بارور، تفکر بارور، خوشبختی، و وجدان اخلاقی می باشد عشق بارور لازمه اش رابطه آزاد و برابر بشری است طرفین رابطه می توانند فردیت خود را حفظ کنند عشق بارور از چهار ویژگی مهم برخوردار است، توجه، احساس مسئولیت، احترام و شناخت، تفکر بارور مستلزم هوش، عقل و عینیت است.

خوشبختی بحث جدایی ناپذیر و پیامد زیستن موافق چه گیری بارور و همراه همه فعالیت های سازنده می باشد. فروم میان دو نوع وجدان اخلاقی که عبارتند از: وجدان اخلاقی قدرت گرا و وجدان اخلاقی انسان گرا تفاوت قائل شده است. (گنجی ۱۳۷۹، ص ۱۹)

## دیدگاه رفتار گرایی

دیدگاه رفتار گرایی معتقد است که بهداشت روانی به محرک ها و محیط وابسته است. بدین ترتیب آنچه را که مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می آورند از دید رفتار گرایان، رفتاری است که مانند سایر رفتارها آموخته شده است. به طور مسلم این رفتار با رفتاری که در برخی موقعیت ها به طور طبیعی اتخاذ و پذیرفته می شود مطابقت نمی کند. با این همه رفتار آموخته شده ای است که بنابراین می توان گفت رفتار ناسازگار مثل هر رفتار دیگری بر اثر تقویت آموخته می شود. به طور کلی از دیدگاه رفتار گرایی،

کسی دارای بهداشت روانی است که رفتارش به محیط معینی ، با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد . ( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۱۷ )

بی ، اف اسکینر معتقد است سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود تا هنگامی که از طریق جامعه بهنجار تلقی شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش دریافت می کند شاید معیار تلویحی دیگر در مورد خصوصیات انسان سالم از دیدگاه اسکینر این است که انسان باید از علم نه برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خویش استفاده کند . در این معنا فرد سالم کسی است که بتواند برای انجام هر روش ، بیش از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندتری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال ، هدفمندی ، غایت نگری و مانند آن را کنار بگذارد . ( خدا رحیمی ، ۱۳۷۴ ، ص ۲۰ )

## دیدگاه انسان گرایی

این دیدگاه معتقد است که بهداشت روانی یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی ، هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگهدارد و از خود شکوفایی او جلوگیری کند ، اختلال رفتاری بوجود خواهد آورد . یکی از مشهورترین انسان گرایان آبراهام مزلو معتقد است که برای داشتن سلامت روانی تا اندازه ای باید انعطاف پذیر بود با واقعیت آن قدر فاصله گرفت که بتوان بیشترین خود مختاری را به دست آورد . این فاصله گرفت یا رها شدن از واقعیت بهمعنی بی علاقهگی یا طرد نیست ، بلکه شبیه تحلیل ، کسب آگاهی و قبول تجربه روانی و ذهنی فرد است ، ولی برای تحقق عزت نفس و خود شکیبایی معیارهایی را پیشنهاد می کند .

۱. ادراک خوب از واقعیت

۲. پیشرفت در قبول خود ، دیگران و طبیعت

۳. پیشرفت در داشتن اراده
۴. پیشرفت های نسبی در موضوعات
۵. آزاد بودن و شوق زندگی داشتن
۶. خودمختاری فزاینده و مقاومت در تشکیل گروه ها
۷. ابتکار داشتن در قضاوت و غنی بودن در انگیزش
۸. فراوانی تجربه های بسیار بالا
۹. همانند سازی خوب با انسانیت
۱۰. بهبود روابط با دیگران
۱۱. راحتی در پذیرش دیگران
۱۲. رشد خلاقیت
۱۳. تحرک در نظام ارزشها. ( گنجی ، ۱۳۷۹ ، ۲۸۷ )

برخلاف مزلو که بر رشد مطلوب ارگانیزم تأکید دارد . کارل راجرز یکی دیگر از انسان گرایان مشهور از بهداشت روانی مفهوم دیگری ارائه می دهد . این مفهوم ریشه در فلسفه اصالت وجودی دارد و بر فرضیه تمایل بنیادی انسان به خود شکوفایی استوار است . از طرف دیگر توانایی خود شکوفایی به محیط وابسته است . محیطی که رشد فرد را ممکن می سازد و برای او احساس پذیرفته شدن ، نامشروط ، محبوبیت نامشروط و ارزشمندی را فراهم می آورد . طبق نظر راجرز بیماری روانی یا عدم بهداشت روانی بر اثر پذیرفته شدن برخی رفتارها بوجود می آید . در واقع همه رفتارها پذیرفته نمی شود و همه رفتارها مورد تأیید دیگران قرار نمی گیرد . این عدم پذیرش بین تصویری که فرد از خود دارد و تصویری که واقعیت برای او فراهم می آورد . انحراف ایجاد می کند . این جاست که شخص ، وسایل پوشاندن واقعیت را خلق می کند و بدین وسیله سازگاری بقاء برای خود ممکن می سازد .

( همان منبع )

راجرز برای شخصیت سالم از خود پنداره مثبت و سالم سخن به میان می آورد و  
خصایصی را بر می شمرد از جمله :

۱. پذیرش احساسات
۲. عزت نفس
۳. ارتباط خوب با دیگران
۴. زندگی کامل در زمان حال
۵. ادامه یادگیری چگونه آموختن
۶. ذهن بازداشتن نسبت به افکار خود
۷. توانایی تصمیم گیری مستقل
۸. خلاقیت ( شعاری نژاد ، ۱۳۷۱ ، ص ۲۹۴ )

به عقیده راجرز آفرینندگی مهمترین میل ذاتی انسان سالم است . همچنین شیوه های خاصی که واجب تکامل و سلامت خود می شوند به میزان محبتی بستگی دارند که کودک در شیر خواری دریافت کرده است . ارضای توجه مثبت غیر مشروط و دریافت غیر مشروط محبت و تأیید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد با اهمیت است . این افراد فاقد نقاب و ماسک هستند و با خودشان رو راست هستند . چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا بسته نیستند ، انعطاف پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان ها عاطفی تر هستند . زیرا عواطف مثبت و منفی وسیعتری را در مقایسه با انسان های تدافعی تجربه می کنند . به عقیده وی اساسی ترین خصوصیت شخصیت سالم ، زندگی هستی دار است یعنی آماده است و در هر تجربه ساختاری را می یابد و براساس مقتضیات ، تجربه لحظه بعدی به سادگی دگرگون می شود . انسان سالم به ارگانیزم خوش اعتماد می کند . از دیگر ویژگی های انسان سالم عبارتند از : آمادگی کسب تجربه و احساس آزادی .

( خداریمی ، ۱۳۷۴ ، ص ۱۶۲ )



## دیدگاه هستی گرایی

نگرش ویکتور فرانکل به سلامت روان بر اراده تأکید می کند . جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است . هیچ کس و هیچ چیز به زندگی انسان معنا نمی دهد مگر خودش ، انسان باید با احساس مسئولیت آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبرو شود و معنایی در آن بیابد به نظر فرانکل ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت ، آزادی و مسئولیت تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است . معیار سنجش معنادار بودن زندگی کیفیت آن است نه کمیت آن حصول و کاربرد معنویت آزادی و مسئولیت نیز با خود انسان است . بنا به نظر فرانکل انسان کامل بودن ، یعنی با کسی یا چیزی فراسوی خود پیوستن . به عقیده فرانکل ، جستجوی هدف در خود شکست خویشتن است . لذا وی هدف رشد تکامل انسان را تحقق خود نمی داند ، بلکه چیزی بالاتر از آن می داند . سلامت روان یعنی از مرز توجه به خود گذشتن از خود فراتر رفتن و جذب معنا و منظوری شدن . در این صورت خود نیز به طور طبیعی و خود به خود تحقق می یابد . به طور خلاصه می توان گفت شخص برخوردار از سلامت روان به عقیده فرانکل دارای ویژگی های زیر می باشد . آزادی انتخاب عمل دارد . مسئولیت هدایت زندگی و سرنوشت خویش را می پذیرد معلول نیروهای خارجی نیست معنای مناسبی از زندگی به دست آورده است ، بر زندگی خویش تسلط آگاهانه دارد . ارزشهای خلاقیت ، تجربه و گرایش خودش را آشکار می سازد ، از توجه به خودش فراتر می رود . آینده نگر است ، تعهد شغلی دارد ، توانائی ایثار و دریافت عشق دارد و عشق ، هدف نهایی شخص دارای سلامت روان شناختی است به عقیده فرانکل انسانی که واجد این صفات و خصوصیات باشد انسان فرارونده از خود نامیده می شود . ( خوشدل ، ۱۳۶۹ ، ص ۶۳ )

## دیدگاه شناختی

طبق این دیدگاه سلامت روان داشتن سازگاری خوب یا احساس خوب بودن است بویژه هنگامی که این نوع سازگاری یا احساس یا معیارهای جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند همخوانی داشته باشد. ( نجات ، ۱۳۷۸ ، ص ۱۲۶ )

آلبرت ایس معیارهایی برای سلامت روان در نظر گرفته است که عبارت است از :

### ۱. نفع شخصی

بدین معنا این گونه افراد تمایل دارند رغبت ها و اهداف خودشان را در اکثر اوقات براهداف و رغبت های سایرین بویژه افراد نزدیک و مهم مقدم بدارند و آنها را در مرتبه بعدی قرار دهند .

### ۲. رغبت اجتماعی

که باعث می شود با دیگران همکاری داشته و از مزایای زندگی در یک گروه اجتماع یا در یک جامعه بهره مند شوند .

### ۳. خود جهت یابی

بدین معنا فرد مسئول خودش است و نباید از دیگران درخواست حمایت و یاری کند.

### ۴. انعطاف پذیری

این ملاک به افرادی که تفکرات انعطاف پذیر ، قابل تغییر و بدون تعصب دارند و نگرش آن ها نسبت به سایرین براساس همزیستی است اشاره دارد .

## ۵. خطر نمودن

بدین معنا که افرادی که دارای سلامت روان هستند احساس مسئولیت بیشتری نسبت به خطر نمودن منطقی به منظور حصول اهدافی که خودشان آنها را انتخاب نموده اند از خودشان می دهند در این معنا آن ها تمایل به کارهای ماجراجویانه دارند .

سایر معیارها شامل تحمل ، پذیرش ، عدم اطمینان ، تعهد و تعلق نسبت به چیزی خارج از وجود خود ، تفکر ، پذیرش خود و لذت گرایی بلند پایا . ( خداریمی ، ۱۳۷۴ ، ص ۱۱۵ )

بنابر نظریه ویلیام گلاسر انسان سالم کسی است که واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد بلکه با موقعیت ها به صورت واقع گرایانه روبرو شود ، هویت موفق داشته باشد یعنی عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند و هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تأکید کنند . مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند . ( پذیرش مسئولیت کاملترین نشانه سلامت روانی است ) . توجه او به لذات دراز مدت ، منطقی و منطبق با واقعیت باشد و بر زمان حال و آینده تأکید نماید نه بر گذشته و تأکید او بر آینده نیز جنبه درون نگری داشته باشد نه این که به صورت خیال پردازی باشد .

واقعیت درمانی گلاسر نیز بر سه اصل قبول واقعیت ، قضاوت در درستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روانی اوست . ( همان منبع )

به اعتقاد پرلز کسانی که از سلامت روان برخوردار هستند با واقعیت های خود و عالم بیرون کاملاً در ارتباط هستند چنین اشخاصی در نتیجه شناخت کامل خود به جای اینکه در پی تصویری آرمانی از خویش باشند می توانند خود راستین ( واقعی ) را اعتلا بخشند . ( شولتز ۱۳۶۹ ، ص ۱۹۳ )

## دیدگاه بوم شناسی

دیدگاه بوم شناسی که به مطالعه محیط های زندگی موجودات زنده و مطالعه روابط بین این موجودات با یکدیگر با محیط می پردازد معتقد است که عوامل موجود در محیط فیزیکی مثل سر و صدا ، آلودگی هوا ، افزایش جمعیت ، کوچکی محل سکونت و به خطر افتادن حریم ، می توانند بهداشت روانی فرد را به خطر اندازند . بنابراین اگر شرایط محیطی مساعد و مناسب باشد و فرد بتواند سازگاری یابد دارای سلامت روانی خواهد بود .  
( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۲۰ )

روان شناسان در مورد قدرت سازگاری به تعدادی عوامل شخصی موجود در افراد اشاره می کنند که مهمترین آنها عبارتند از :

۱. تسلط داشتن بر زندگی خود
  ۲. داشتن خانواده ، اقوام و دوستانی که از سوی آنها حمایت می شوند
  ۳. انعطاف پذیری
  ۴. امیدواری
  ۵. داشتن هدف
  ۶. سرگرم بودن
  ۷. عشق و علاقه به کسی یا گروهی و یا امری
  ۸. فعال بودن و کارکردن . ( شاملو ۱۳۷۸ ، ۱۲۶ )
- از نظر دیویس و فیشمن ( ۱۹۶۳ ) ملاک های مهم سلامت روانی شامل :

۱. شناخت خود و محیط
۲. استقلال فردی
۳. رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه
۴. یکپارچگی شخصیت . ( گنجی ۱۳۷۹ ، ص ۲۵ )

سلامت روانی وضعیت کسی است که کارکرد او در سطح قابل قبولی از سازگاری و انطباق رفتاری است. احساس رضایت و بهبودی روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول جامعه دارد. ( ادبی ۱۳۷۹ ، پایان نامه )

یا هورا ۱۹۵۹ به نقل از ادبی ( ۱۳۷۹ ) در مورد سلامت روان فهرست طبقه بندی شده زیر را ارائه داد :

۱. نگرش مثبت به خود
۲. میزان رشد و نمو یا خود شکوفایی و تکامل
۳. عملکرد یکپارچه روانی
۴. خود مختاری یا استقلال شخصی
۵. درک صحیح از واقعیت
۶. تسلط بر محیط

کریمی ( ۱۳۷۸ ) معتقد است انسان سالم و متعادل ، کسی است که بتواند بین انتظارات و توان خود از یک سو و خواسته ها و آرزوهای خود از سوی دیگر ، تعادل پایدار و پویایی برقرار نماید . امروزه در رشته های تخصصی گوناگون بهداشت روانی ، مفهوم کنار آمدن به منزله معیار بهداشت روانی مثبت و سالم می باشد . مثلاً هامبورک و آزالر ( ۱۳۹۶۷ ) در روانپزشکی و بریکان و دیگران ( ۱۹۸۲ ) در روان شناسی از این اصطلاح استفاده کرده اند . به طوریکه آدلر ( ۱۹۸۲ ) فهرستی را تهیه نمود که عبارتست از :

۱. ایفای نقش های اصلی اجتماعی
۲. خود پنداره
۳. تعامل با دیگران
۴. کنترل عواطف
۵. گذر از مراحل مختلف رشد به طور موفقیت آمیز

۶. کنترل حوادث استرس آور

۷. استرس به منابع موجود . ( ادبی ۱۳۷۹ ، پایان نامه )

طبق نظر وایت ( ۲۰۰۱ ) افراد دارای سلامت روان چندین ویژگی دارند که عبارتند

از :

### ۱. پذیرش خود و دوست داشتن خویش

این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خودپنداره ( تصویری که فرد از خودش دارد ) و

عزت نفس ( پذیرش و قبول خود ) می باشد . چنانچه این دو مفهوم همراه هم باشند تکمیل

کننده اولین بخش از سلامت روانی از ( پذیرش و دوست داشتن خود ) هستند .

### ۲. برقراری روابط با دیگران

زمانی که فرد خودپنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و

دوست داشته باشد آنگاه به خوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند .

### ۳. مقابله با نیازهای زندگی

مقابله با نیازهای و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش های زندگی بخشی

از سلامت روانی است . نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریت استرس می باشد .

زمانی که افراد تحت استرس هستند . باید مهارت های مقابله ای لازم را داشته باشند تا

بدین وسیله بتوانند اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند چنانچه استرس مدیریت

شود ( کاهش یابد و یا کنترل شود ) و مهارت های مقابله ای مؤثر موجود باشد قطعاً فرد

بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش های زندگی مقابله نماید .

#### ۴. بروز مناسب هیجانان

افراد باید بتوانند هیجانان خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به طور مناسب بروز دهند. در غیر اینصورت سلامت روانی خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت.

#### تعریف مهارت های زندگی

در پیشینه مربوط به بیست سال گذشته اصطلاحاتی به کار رفته و تعریف شده است که امروزه تحت عنوان مهارت های زندگی مطرح می شود. مهارت های زندگی، آن مهارت ها یا تکالیفی هستند که به عملکرد مستقلانه و موفقیت آمیز یک فرد در زندگی بزرگسالی ارتباط پیدا می کند. کلارک (۱۹۹۱) بیان کرد کارآیی در زمینه آمادگی جهت زندگی بزرگسالی، به سادگی این اصطلاح را توصیف می کند. بنابراین آنچه در تعاریف گوناگون ملاحظه می شود و موضوع مشترک بین همه تعاریف، توصیفی است که از مجموعه مهارت ها یا وظایف که به موفقیت فرد در بزرگسالی نسبت داده می شود، شده است. (کروئین ۱۹۹۶)

گازدا، چایلدرز و بروکز (۱۹۸۷) مهارت های زندگی را چنین تعریف کرده اند:

همه مهارتها و آگاهی هایی که لازمه زندگی مؤثر هستند و در چهار زمینه زندگی خانوادگی، تحصیلی، اجتماعی و شغلی لازم و ضروری اند. بطوریکه از این زمینه ها قابل تعریف و قابل اندازه گیری به صورت عینی می باشد. (گازدا و همکاران ۱۹۸۷، ص مقاله)

#### طبق نظر داردن، گازدا و گینتر (۱۹۹۶)

مهارت های زندگی، برای اندکی اثربخش ضرورت دارند و برای سراسر دوره های زندگی (کودکی، نوجوانی و بزرگسالی) مورد نظر هستند. مجموعه کلی این مهارت های زندگی براساس رشد مؤثر در چهار بعد زندگی خانوادگی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی

می باشند که جهت پیشگیری و درمان اصلاحی به کار گرفته می شوند و مبتنی بر یک ساختار تئوریک است که دارای اهداف کلی مشاوره و بهداشت روانی می باشد .  
( داردن و همکاران ، ۱۹۹۶ ، ص مقاله )

## اهمیت مهارت های زندگی در سلامت روانی

رشد انسان در زمینه های روانی ، اجتماعی ، جسمانی ، جنسی ، شغلی ، شناختی ، ایگو ( خود ) ، اخلاقی و عاطفی صورت می گیرد . هر یک از زمینه ها نیازمند مهارت و توانایی می باشد . در واقع می توان گفت که تکامل مراحل رشدی وابسته به مهارت و برتری در مهارت های زندگی است . زمانی که افراد مهارت های زندگی اساسی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می کند . آموزش مهارت های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسبی ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت . به طور یقین می توان گفت که بسیاری از نوز ها و سایکوزها ناشی از نقص در رشد مهارت های زندگی اساسی است . در واقع آموزش مهارت های زندگی نقش درمانی دارد . ( گتینز ، گازدا ، داردن ، ۱۹۹۶ ، ص مقاله )

همانگونه که بروکز ( ۱۹۸۴ ) اشاره کرده است رویکرد مهارت های زندگی یک چهارچوب سازمان یافته ای را برای مراکز مشاوره و بهداشت روانی فراهم می کند و یک عنصر آموزشی کلیدی و مهم برای مدارس ابتدائی و دبیرستان می باشد . بنابراین رویکرد مهارت های زندگی برای بسیاری از موقعیت ها و موضوعات متنوع و گوناگون کاربرد عملی دارد . به طوری که مجموعه وسیعی از تحقیقات و پیشینه تئوریک و نظری از اثر بخشی و کاربرد پذیری رویکرد مهارت های زندگی جهت ملاحظات مشاوره ای بهداشت روانی حمایت می کنند .



بسیاری از محققان رویکردی را مورد توجه قرار داده اند که مبتنی بر آموزش مهارت ها از قبیل ارتباطات بین فردی ، خود کنترلی ، کنترل استرس و خشم ، آرامش سازی، تعمیم هدف ، تصمیم گیری و حفظ بهداشت و سلامتی کامل و مناسب می باشد . این آموزش از طریق تکنیک هایی مانند الگوبرداری و تمرین رفتاری میسر می گردد . آموزش این مهارتها برای بهبود توانایی حل مسأله ، استدلال اخلاقی کنترل خشم و روابط بین فردی ، مجرمان و بزهکاران کاربرد دارد . ایجاد چنین مهارت هایی به نوجوانان این امکان را می دهد که روابط بین فردی برقرار کنند ، توانایی مقابله با تغییرات محیطی مداوم را کسب کنند و به افزایش سطح عزت نفس دست یابند .  
( دنیش و دیگران ۱۹۸۳ ، ص مقاله )

پول و ایوانز ( ۱۹۸۸ ) به نقل از کلینگمن ( ۱۹۸۸ ) نظرات نوجوانان استرالیایی را در مورد اهمیت مهارت های زندگی مورد بررسی قرار دادند . آنان اهمیت مهارت های زندگی را در زمینه های گوناگون مانند پیشرفت شغلی ، آموزش ، استقلال ، روابط بین فردی ، تسهیل تعاملات اجتماعی ، آگاهی در مورد مشاغل ، تنظیم درآمد ، مسئولیت پذیری فردی و اجتماعی ، برنامه ریزی ، تصمیم گیری ، آگاهی از علایق و نیازها و نگرانی ها و مسغله های فکری ، مؤثر می دانند . در مطالعه ای نیز که توسط کلینگمن ( ۱۹۸۸ ) انجام گرفت اهمیت مهارت های زندگی در زمینه هایی مانند برقرار ارتباط صمیمانه ، مسائل تحصیلی و شغلی ، رفتارهای خود تخریبی ، چاقی ، زندگی اجتماعی و بهداشت توسط نوجوانان دانش آموز ، اثر بخش تلقی گردید . در واقع این موارد ، نگرانی های آنان بود که امید داشتند از طریق آموزش مهارت های زندگی کمبودها و نقص ها جبران شوند و به پیشرفت نائل شوند .  
آموزش مهارت های زندگی با ارتقاء بهداشت روانی و آمادگی رفتاری ، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می کند . مفهوم آمادگی رفتاری به سه عامل بستگی دارد :  
۱ . توانایی روانی - اجتماعی فرد که با یادگیری و تمرین مهارت های زندگی ایجاد می شود .

۲. احساس کفایت و کارآمدی فرد در زمینه مهارت های زندگی

۳. قصد و تمایل به اجرای مهارتها

فرض بر این است که برای دست یافتن به رفتارهای سالم بهداشتی و پیشگیری، در درجه اول باید بر سلامت روانی و آمادگی رفتاری فرد اثر گذاشت. به این منظور، برنامه آموزش مهارتهای زندگی باید به صورت مداخله دراز مدت انجام شود. مداخله های کوتاه مدت مثلاً مداخله های چند هفته ای، آثار کوتاه مدت بر بهداشت روانی دارند. مداخله های کمی طولانی تر، مثلاً مداخله های چند ماهه، بر سلامت روان، مهارتها و تمایلات رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت اثر می گذارند. تنها از مداخله های طولانی یعنی مداخله های که چند سال به طول می انجامد، انتظار می رود که سلامت روان را بهبود بخشند و برآمادگی رفتاری اثر گذارند و در نتیجه در رفتارهای سالم در رفتارهای اجتماعی ایجاد نمایند. (محمد خانی، ۱۳۷۷، ص ۴۰)

بنابراین با توجه به مطالب فوق برنامه آموزش مهارت های زندگی در یک برنامه مداخله ای کوتاه مدت منجر به بروز تغییراتی در دانش و نگرش و بهبود سطح بهداشت روان خواهد شد، برنامه های یک ساله در عملکرد تحصیلی و آمادگی های رفتاری، تغییراتی ایجاد می کند، در حالی که اجرای طولانی مدت اینگونه برنامه ها مثلاً یک برنامه سه ساله منجر به بروز تغییرات معنی دار در رفتار سلامت و رفتارهای اجتماعی خواهد گردید. (همان منبع)

آموزش مهارت های زندگی می تواند به دو صورت اجرا شود:

۱. آموزش مهارت های زندگی عام که با هدف ارتقاء سلامت و بهداشت روان و ایجاد رفتارها و تعاملات سالم صورت می گیرد.

۲. آموزش مهارت های اختصاصی و ویژه با هدف پیشگیری از یک آسیب مشخص مانند آموزش مهارت قاطع بودن و در مقابل فشار گروه جهت سوء مصرف مواد و غیره.

شواهد علمی نشان می دهد که آموزش مهارت با این روش و در قالب یک برنامه گسترده ، نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد . ( همان منبع )

آموزش مهارت های زندگی فرد را قادر می سازد تا دانش ، ارزشها ، و نگرشها را به توانایی های بالفعل تبدیل کند . مهارت های زندگی ، توانایی است که فرد را قادر می سازد ، انگیزه و رفتار سالم داشته باشد و فرصت و میدان انجام چنین رفتارهایی را نیز ایجاد نمایند . آموختن و به کارگیری مهارتهای زندگی ، بر احساس فرد از خود و دیگران ، به اندازه ادراک دیگران از وی اثر می گذارد . مهارتهای زندگی ، بر ادراک فرد از کفایت خود و اعتماد به نفس و عزت نفس اثر دارد و بنابراین نقش مهمی در سلامت روان دارد . همراه با افزایش سطح بهداشت روان ، انگیزه فرد و مراقبت از خود و دیگران ، پیشگیری از بیماریهای روانی پیشگیری از مشکلات بهداشتی و مشکلات رفتاری افزایش می یابد . ( محمد خانی ، ۱۳۷۷ ، ص ۳۵ )

یکی از مؤلفه های اساسی آموزش مهارتهای زندگی ، بحث های گروهی است . بحث های گروهی موجب می شود که دانش آموزان استعداد ها و توانائیهای فردی خود را کشف کنند . در ضمن از طریق مشکل گشایی گروهی ، راه حل های را برای مشکلات زندگی روزمره تجربه می کنند . حتی در این روش ، دانش آموزان احساس می کنند که مورد پذیرش همسالانش هستند و از جمله تأثیرات مثبت دیگر بحث های گروهی افزایش توانایی خود رهبری ، خود کنترلی ، توانای تصمیم گیری ، خود اثربخشی ، و غیره است . ( میلرونان ، ۲۰۰۱ ، مقاله )

بنابراین برنامه مهارت های زندگی یک مدل آموزشی است که در کارها و فعالیت های گروهی سازمان یافته به منظور رشد مهارت های عملی که برای زندگی روزمره ضروری هستند کاربرد دارد . به همین جهت شرکت فعال اعضای گروه برای یادگیری مهارت های زندگی امری ضروری هستند ، چرا که روش مهارت های زندگی

مبتنی بر یادگیری تجربی است و یادگیری مؤثر را با فعالیت ، مشاهده شرکت کنندگان دیگر و دریافت فیدبک در نظر می گیرد . در نتیجه محتوای مهارت های زندگی به جای یادگیری آموزش معلم مدار ، یادگیری تجربی و عملی است که مکانیزم اساسی آن تغییر رفتار افراد است به نحوی که این یادگیری ها می تواند به موفقیت خارج از گروه انتقال یابد . در اصل اثر بخشی روش مهارت های زندگی به دلیل تأکید آن بر جنبه های عینی شامل درگیری و شرکت فعال افراد ، رفتارهای قابل مشاهده و نمایش عینی عقاید نظری یا انتزاعی می باشد .  
( ویکساج ، ۱۹۹۶ ، ص مقاله )

مدارس نقش مهمی در پیشگیری و بهداشت روانی دانش آموزان دارند . به همین جهت در سالهای اخیر ، برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه گسترش یافته اند . شواهد نشان می دهند که اینگونه برنامه ها نتایج و پیامدهای مطلوبی را در افزایش عملکرد تحصیلی و کاهش رفتارهای خطرآفرینی بین دانش آموزان به دنبال دارند .  
( کاون و دیگران ، ۱۹۹۶ ، ص مقاله )

اینگونه فعالیت ها در مدارس با کار « آدتمن و تیلور » ( ۱۹۹۹ ) شروع شد . در این گونه برنامه ها مدارس باعث مرکز بهداشت روانی ارتباط دارند . در مدارس نئیریک روان شناس و یک مددکار اجتماعی با یکدیگر فعالیت می کنند . اینگونه فعالیت ها ، مداخلاتی هستند که نوجوانان را در زمینه مهارت های زندگی از جمله مقابله مؤثر با استرسورها ، حل مسئله ، کنترل خشم و تصمیم گیری و به طور کلی مهارت های زندگی توانمند می سازند . ( ویست ، ۲۰۰۱ ، مقاله )

البته برنامه های آموزش مهارت های زندگی تحت عناوین گوناگون اما با همین محتوای کنونی ، در دهه های پیش آغاز شده است و مورد استفاده بوده است اما اخیراً در رویکرد پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه به طور وسیعی کاربرد دارد و از مؤثرترین رویکردهای

پیشگیرانه آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی و مهارت های زندگی عمومی می باشد. ( بوتوین و کانتور ، ۲۰۰۰ ، مقاله )

پژوهش های متعدد نشان داده است که مهارت های زندگی در زمینه های زیر اثر گذاشته است :

### الف - افزایش سلامت روانی و جسمانی ؛

۱. تقویت اعتماد به نفس و احترام به خود ( خود ارزشمندی )
۲. مقابله با فشارهای محیطی و روانی
۳. کمک به تقویت ارتباطات بین فردی دوستانه
۴. افزایش سطح رفتارهای سالم و مفید اجتماعی

### ب - پیشگیری از مشکلات روانی ، رفتاری و اجتماعی

۱. کاهش مصرف سیگار و سوء مصرف مواد مخدر
۲. کاهش اضطراب و افسردگی
۳. کاهش آزار جسمانی دانش آموزان در محیط مدرسه و خانه
۴. کاهش تمایلات و افکار خودکشی گرایانه
۵. کاهش افت تحصیلی. ( طارمیان ، ۱۳۷۸ ، ص ۶۳ )

بیش از یک دهه قبل ، تحقیق و بررسی روی برنامه هایی که مهارت های زندگی را ترویج می دهند - مانند مهارت های حل مسئله شناختی ، گفتگو و مذاکره ، جرأت ورزی و مدیریت استرس - نشان داده است که این گونه برنامه ها بر افزایش رفتارها مثبت مانند افزایش مقبولیت اجتماعی ، بهبود روابط ، تصمیم گیری مؤثر و حل تعارض تأثیر مثبتی داشته اند . همچنین تأثیر مثبت اینگونه برنامه ها بر پیشگیری از رفتار های

منفی و خطر آفرین مانند سوء مصرف مواد مخدر ، خشنونت رفتارهای جنسی ناسالم نیز ثابت شده است . ( مرکز رشد آموزش )

بنابر نظر می یرو و فارل ( ۱۹۹۸ ) با توجه به مجموعه این مطالب ، تلاش های پیشگیرانه برای نوجوانان از جمله آموزش مهارت های زندگی ، در جهت افزایش توانایی آنها جهت پاسخگویی به نیازهای رشدی از طریق فراهم ساختن فرصت هایی برای کسب مهارت ، رشد فردی و پذیرش مسئولیت فردی می باشد یک روش مثبت جهت تحقق یافتن این امر آن است که تجربیات سازمان یافته در یک محیط اجتماعی سالم و حمایت کننده به نوجوانان منتقل شود تا آنان بتوانند در حین موقعیتی رفتارهای جدید را با همسالانشان تمرین کنند و مهارت های زندگی را به طور عملی و کاربردی مورد استفاده قرار دهند که این امر منجر به افزایش توانایی شناختی آنان نیز می شود . بدین ترتیب نقش و اهمیت اینگونه برنامه ها با توجه به اهداف سازنده آنها در ابعاد گوناگون زندگی نسل نوجوان و جوان انکار ناپذیر می باشد .

## انواع مهارت های زندگی

محققین با استفاده از منابع علمی موجود و مستندات سازمان جهانی بهداشت و برنامه های موجود در جهان ۵۴ مهارت برای سالم زیستن به عنوان مؤلفه های برنامه درسی دانش آموزان دوره ابتدایی تعیین کرده اند . مهارت های زندگی متعددی و صاحب نظران تقسیم بندیهای گوناگونی ولی مشابه برای مهارت های زندگی بیان کرده اند . ( ولی زاده ، ۱۳۸۱ ، ص ۴ )

۱. خانم ها بالدو وفرنیس مهارت های زندگی را شامل پرورش تفکر انتقادی تحلیل احتمالات ، کنترل رفتار ، کسب دانش و مهارت های بیش تر ، ایجاد ارتباطات دو جانبه و

رضایت بخش و اصلاح محیط فیزیکی و اجتماعی خود می داند و به نظر آنها مهارت هایی که باید در برنامه آموزشی گنجانده شوند عبارتند از ،

کار گروهی و مشارکتی ، مذاکره و ارتباطات ، تصمیم گیری ، حل مشکلات دون خشونت رفع اختلاف مقاومت در برابر فشار سایر همسالان ، مهارت های شغلی و کارفرمایانه ، استقلال نقادانه ، تفکر خلاق ، کنار آمدن با عاطفه و فشار روانی ، اعتماد به نفس ، شناخت خطر ، خود آگاهی و همدلی ، عدم تبعیض ، احترام به تفاوت ها ، مساوات ، مردم سالاری ، حمایت از محیط زیست و هویت ملی و شهروندی و بین المللی شدن .

۲. دکتر سه کارائی مهارت های زندگی را از قبیل مهارت در حل مسئله ، مهارت در تصمیم گیری درست مهارت در برقراری ارتباطات انسانی ، مهارت در طراحی های واقع بینانه برای زندگی مهارن تفکر انتقادی و خلاق می داند .

۳. مهارت های متعددی و هر یک بر حسب نیاز در موقعیت خاص مورد تأکید قرار می گیرند :

در کشور ما به نظر می رسد مهارت های عمده مورد نیاز عبارتند از :

### الف - مهارت های اجتماعی شامل

☞ مهارت های ایجاد ارتباط با دیگران و تداوم آن

☞ شناخت خود و آگاهی از احساسات خود و دیگران

☞ مهارت های دوست یابی

☞ مهارت های سازگاری با محیط

☞ مهارت های برخورد با ناملازمات .

### ب - مهارت مقابله که شامل

☞ مهارت مقابله مسئله دار

☞ مهارت مقابله هیجان مدار

### ج - مهارت حل مسئله که شامل

- ☞ جهت گیری کلی نسبت به مسئله
- ☞ راه حل های متعدد
- ☞ ارزیابی راه حل ها
- ☞ اجرای راه حل ها
- ☞ بازبینی

۴. از مهارت های زندگی برداشت های گوناگونی به عمل آمده است که وجه مشترک آنها تأکید بر مقوله ای زیر است: مهارت های حل مسئله، آگاهی ها حرفه ای، یادگیری مادام العمر، تفکر پیچیده، روابط بین فردی همکاری، شهروند مسئول، سلامتی، شیوه های مصرف کنندگی و عزت نفس، مهارت های تصمیم گیری، کنترل فشار. (همان منبع)

### برنامه ریزی و محتوای برنامه آموزش مهارت های زندگی

هنگامی که می خواهیم برای آموزش مهارت های زندگی برنامه ریزی کنیم باید مهارت ها را براساس تحلیل وضعیت جامعه انتخاب کنیم این مهارت ها باید مبتنی بر نیازهای دانش آموزان در سنین مختلف و مسائلی که کودکان و والدین و جوامع در مورد آن ها اتفاق نظر دارند باشند.

برنامه آموزش مهارت های زندگی یکی از برنامه های مداخله ای پیشگیری اولیه است و برای کسب این مهارتها مدرسه مهمترین محل می باشد. اساس کار و روش آموزش این مهارتها نظریه بندورا اسن که در آن عمل بخشی از یادگیری و جستجو بخشی از بندگی می باشد.



بهترین راه آموختن مهارت های زندگی روش های تعاملی یادگیرنده محور است . کسب مهارت های زندگی براساس فرایند اجتماعی شامل مشاهده ، تمرین و به کارگیری است . زمان آموزش مهارت های زندگی تجارب کشورهای مختلف نشان می دهد که بهترین سن برای آموزش بین ۶ تا ۱۶ سالگی است و بهتر است آموزش مهارت های زندگی در سنین نوجوانی یا قبل از آن اجرا شود .

آموزش جهانی مهارت های زندگی قبل از دوران دبستان شروع می شود و به تدریج کاملتر می گردد و سعی می شود به گونه ای برنامه ریزی می شود که با شرایط فرهنگی هر جامعه هماهنگ باشد .

### دروس مربوط به مهارت های زندگی

۱. آموزش جهانی و آموزش صلح : شامل آشنایی با نحوه زندگی سایر اقوام و مسائل مربوط به توسعه بین المللی و حل منازعه .
۲. آموزش برای شهروندی و مردم سالاری : شامل یادگیری در مورد شناخت جامعه مدنی و زندگی سیاسی و مشارکت در آنها .
۳. آموزش حقوق بشر : شامل شناخت عهد نامه های مربوط به حقوق بشر ، مسائل مربوط به عدالت جایگاه اقلیت ها ، تأثیر جهانی شدن و نقش جدید چند ملیتی ها در جامعه .
۴. آموزش محیط زیست : شامل انجام اقداماتی برای حمایت از محیط زیست ، خانه ، مدرسه و جامعه .
۵. تجربه کاری : شامل آشنایی با کارها در کارگاه های واقعی و به کارگیری آنها .
۶. آموزش استفاده از وقت و امور مالی که شامل : بازکردن حساب بانکی و پس انداز منظم است .

۷. آموزش و بهداشت ایمنی که شامل: بهداشت و تغذیه سنتی، آموختن روشهای زندگی سالم و اجتناب از عادات مضر (سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی) رژیم های غذایی، ورزش، ایمنی در همه مراحل زندگی، پیشگیری و دست یابی به خدمات بهداشت مشاوره ای و گروه های خودیاری کننده است.

۸. ورزش و بازی

۹. ارتباط به افراد خانواده و سایرین، نحوه مشارکت و پرورش فرزندان

۱۰. تبعیض براساس جنسیت، نژاد و پاسخهای مثبتی به این تبعیض ها داده می شود.

همه ما در زندگی با چالش ها و مشکلاتی مواجه می شویم در جریان این دشواری ها در اختیار داشتن منابع و مهارت هایی که به ما کمک می کنند تا به بهترین شکل ممکن از عهده حل مشکلات خود برآئیم تسلی بخش است.

پژوهشگران اطلاعات ارزشمندی درباره نحوه مقابله افراد با مشکلات زندگی جمع آوری کرده اند آن ها تلاش خود را بر پاسخ دادن به پرسشهای زیر معطوف کرده اند:

آیا می توان سبک های مقابله ای متفاوت را شناسایی و ارزیابی کرد؟ آیا برخی راهبردهای مقابله ای برای مقابله با مشکلات خاص از راهبردهای دیگر مفیدتر و مؤثرتر هستند، چگونه می توانم یاد بگیرم که با مشکلات مؤثرتر مقابله کنیم؟

توانایی انسان برای مقابله در هنگام تولد تثبیت نشده، بلکه این توانایی در سراسر زندگی قابل گسترش و تکامل است. زندگی همیشه آسان نیست اما آگاهی داشتن به شما توانایی می بخشد. انسان قرن معاصر می داند که اگر مهارت هی مقابله با این چالش را بیاموزد و آن را در زندگی به کار گیرد نشاط شادابی و سلامت روانی خویش را باز می یابد و مفهوم کمال در وجود او متبلور می شود. (همان منبع)

## مهارت های آموزش داده شده در کلاس های مهارت زندگی

با مراجعه به چند مرکز آموزش مهارت زندگی می توان گفت که این مهارتها در این کلاس ها آموزش داده می شود که عبارتند از : خود آگاهی ، همدلی ، تفکر خلاق ، تفکر نقاد، ارتباط مؤثر روابط بین فردی ، حل مسئله ، تصمیم گیری ، کنترل هیجان ، مدیریت استرس ، ازدواج ، تفکر مثبت ، اعتماد به نفس ، خود شناسی و ...

مراکزی که مهارت های زندگی را آموزش می دهند انجمن هایی هستند به نام بانی که دارای مدیر عامل جداگانه ای هستند این گونه انجمن ها زیر نظر وزارت ارشاد هستند و دوره هایی را در هر ماه اجرا می کنند به طور کلی می توان گفت ۸ انجمن در مشهد اقدام به آموزش مهارت ها می کنند که نام آنها به شرح زیر است :

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| ۱. باور سبز                  | نیره عظیمی              |
| ۲. بسوی بهترین ها            | راضیه شیخ زاده          |
| ۳. به آفرینان همدل           | زهرا احمدیان            |
| ۴. به بانان اندیشه ور        | حسین فکری               |
| ۵. در تکاپوی معنا            | اکرم السادات زعفری نژاد |
| ۶. دانایی ، بینایی ، توانایی | ملیحه بیرونی کاشانی     |
| ۷. راه زندگی فردا            | معصومه ذبیحی            |
| ۸. راه به زیستن              | مهناز احمدی مقدم        |

## تحقیقات انجام شده

با مطالعه مقالات و رجوع به اینترنت عنوان تحقیقات انجام شده عبارتند از :

- در یک تحقیق که توسط دکتر علی رمضان خانی و دکتر علی اکبر سیادتی در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸ تحت عنوان ، بررسی وضعیت آموزشهای مهارت های زندگی در

نظام آموزش و پرورش کشور دوره ابتدایی انجام گردید یافته های زیر بدست آمده است :

الف - ۳۹/۲ درصد از پاسخگویان ۹ مهارت اساسی ( از ۱۳ مهارت مورد سؤال ) سالم زیستن را از طریق برنامه های مدرسه به طور کامل آموخته اند .

ب - این میزان درصد ها برای هر یک از سؤالات مختلف متفاوت است و همچنین بر حسب استان های مختلف نیز با هم اختلاف دارند .

۲۸/۸ درصد این مهارت های در حد متوسط ، ۱۵/۶ درصد خیلی کم و ۱۶/۴ درصد اصلاً نیاموخته اند .

ج - ۲۸/۶ درصد از پاسخگویان وضعیت آموزش مهارت های بهداشتی دوره ابتدایی را کاملاً مناسب ، ۴۳/۴ درصد در حد متوسط ، ۲۰/۶ درصد خیلی کم ، ۷/۴ درصد کاملاً نامناسب اعلام نموده اند .

د - میزان مناسب بودن اطلاعات مربوط به مهارت های سالم زیستن در کتب درسی ۴۵/۳ درصد و انجام آموزش این مهارت ها در فعالیت های فوق برنامه ، ۴۹/۵ درصد و مناسب بودن روش تدریس مهارت ها ، ۵۹/۳ درصد از امتیازات مورد انتظار را کسب کرده است .

پ - یافته های بررسی وضعیت کلی آموزش مهارت های سالم زیستن را در مدارس کل کشور ناکافی ارزیابی می کند .

۲. در تحقیق دیگری با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان که توسط دانشجویان دانشگاه الزهراء انجام شده است این نتایج حاصل شده است :

چکیده : هدف اصلی پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت

روان و منبع کنترل دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان می باشد . فرضیات پژوهش

عبارتند از : آموزش مهارت های زندگی سلامت روان دانش آموزان را بهبود می بخشد ،  
آموزش مهارت های زندگی منجر به درونی تر شدن منبع کنترل دانش آموزان می شود .

نتایج پژوهش حاضر به شرح زیر است

۱. آموزش مهارت های زندگی سلامت روان آزمودنی ها را بهبود می بخشد .
۲. اما تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر منبع کنترل آزمودنی ها معنادار نبوده است .
۳. بین سلامت روانی و شیوه های مقابله ای و همچنین بین منبع کنترل و شیوه های مقابله ای ارتباط مؤثر مثبت و معناداری وجود دارد ، اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مؤثر مثبت و معناداری وجود ندارد .
۴. بین سطح تحصیلات مادر ، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش آموزان با سلامت روان و شیوه های مقابله ای آن ها ارتباط معناداری وجود دارد .

# فصل سوم



با توجه به موضوع پژوهش یعنی بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی در سلامت روان و با توجه به مفروضات روش تحقیق تجربی در این فصل سعی می گردد به شرح و بررسی روش تحقیق ، جامعه آماری ، روش نمونه گیری ابزار اندازه گیری ، نحوه اجرای آزمون و روش تجزیه و تحلیل داده های آماری پرداخته شود .

## جامعه آماری

در این تحقیق ۲ جامعه آماری داریم :

الف - افرادی که به مراکز آموزش مهارت های زندگی مراجعه می کند .

ب - افرادی که به مراکز آموزش مهارت های زندگی مراجعه نمی کند .

لذا به طور کلی همه کسانی که به مراکز آموزش مهارت زندگی مراجعه می کنند و

یا نمی کنند جامعه آماری تحقیق خواهند بود .

## نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به این که ۲ جامعه آماری داریم طبیعی است که از هر جامعه نیز باید سعی

شود نمونه ای معرف انتخاب شود . لذا انتخاب نمونه به شرح زیر است :

الف - انتخاب نمونه از جامعه کسانی که به مراکز آموزش مهارت های زندگی مراجعه

کرده اند . جهت انتخاب نمونه از این گروه ، کل که به این مراکز مراجعه کرده اند به عنوان

نمونه انتخاب شده اند لذا در این گروه حجم جامعه برابر با حجم نمونه است .

ب - انتخاب نمونه از جامعه کسانی که به مراکز آموزش مهارت های زندگی مراجعه

نکرده اند جهت انتخاب نمونه از این گروه ها سعی شده با توجه به ویژگی های جامعه اول

از نظر اقتصادی فرهنگی ، اجتماعی و ... نمونه ای کم و بیش شبیه به نمونه گره اول

انتخاب شود لذا با توجه به ویژگی های نمونه گروه اول از بین دانشجویان و افرادی که

دسترسی به آن ها داشتیم ، نمونه را انتخاب نمودیم ، لذا روش نمونه گیری ما ، نمونه در دسترس بود .

با توجه به توضیحات بالا نمونه انتخابی و گروه الف ۷۰ نفر و گروه ب ۱۴۰ نفر بود .

## ابزار تحقیق و شیوه اجرای آن

در این تحقیق ابزار ما پرسشنامه ۹۰ - Scl است که این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال می باشد و ۹ بعد که شامل شکایات جسمانی ، وسواس و اجبار ، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی ، اضطراب ، پرخاشگری ، پارانویا ، فوبی و روان پریشی است که به صورت دو گروه بر روی افرادی که مهارت را آموزش دیده اند ( نمونه آماری ) که ۷۰ نفر می باشند و افرادی که مهارت ها را آموزش ندیده اند ( نمونه آماری ) که ۱۴۰ نفر می باشند اجرا شده است . این پرسشنامه که دارای ۹ بعد است در هر بعد آن سؤالات مخصوص به خود وجود دارد . سؤالات این پرسشنامه بسیار آسان و به زبان ساده بیان شده اند این پرسشنامه توسط متخصصان بالینی به عنوان وسیله ای برای توصیف وضع و علائم بیماران استفاده می شود همچنین برای ارزیابی پیشرفت درمان نیز مورد استفاده قرار می گیرد .

## روش تحقیق

در پژوهش مورد نظر روش مورد استفاده روش تجربی است . در روش تجربی دو گروه گواه و آزمایش وجود دارند . گروهی که مهارت های زندگی را آموزش دیده اند گروه آزمایش و گروهی که مهارت های زندگی را آموزش ندیده اند تحت عنوان گروه گواه نامیده می شوند .



## روش آماری

روش آماری مورد نظر در این تحقیق آزمون t برای مقایسه گروه های مستقل است. چرا که در گروه های مستقل تحت عنوان افرادی که مهارت های زندگی را آموزش دیده اند (گروه های آزمایش) و آنهایی که مهارت زندگی را آموزش ندیده اند (گروه گواه) وجود دارد.

# فصل چهارم

در این فصل به تجزیه و تحلیل داده های آماری پرداختیم و از ۲ نوع آمار هم

استفاده کردیم:

### الف : آمار توصیفی

با استفاده از این قسمت به محاسبه میانگین ، میانه ، حد ، انحراف معیار و واریانس داده ها پرداختیم و برای هر دو گروه آموزش دیده و ندیده نمودار هم رسم کردیم .

### ب : آمار استنباطی

در این قسمت به تأیید یا رد فرضیه ها پرداختیم و با استفاده از t محاسبه شده ، t بحرانی جدول و درجه آزادی فرضیه ها را تحلیل کردیم و از روش آزمون t برای مقایسه گروه های مستقل استفاده کردیم برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده کردیم .

### تجزیه و تحلیل داده ها

#### شاخص های مرکزی و پراکندگی گروه آموزش دیده

تعداد	۷۰
میانگین	۷۱/۳۷
میانه	۶۶
حد	۵۸
انحراف معیار	۴۸/۵۰
واریانس	۲۳۵۳/۰۴۸

جدول توزیع فراوانی نمره کل آزمون گروه آموزش دیده

نمره	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۰	۱	۱/۴	۱/۴
۵	۱	۱/۴	۲/۹
۹	۱	۱/۴	۳/۴
۱۰	۱	۱/۴	۵/۷
۱۱	۱	۱/۴	۷/۱
۱۶	۲	۲/۹	۱۰
۱۸	۱	۱/۴	۱۱/۴
۱۹	۱	۱/۴	۱۲/۹
۲۰	۱	۱/۴	۱۴/۳
۲۳	۲	۲/۹	۱۷/۱
۲۴	۱	۱/۴	۱۸/۶
۲۵	۱	۱/۴	۲۰
۲۶	۲	۲/۹	۲۲/۹
۳۲	۱	۱/۴	۲۴/۳
۳۳	۱	۱/۴	۲۵/۷
۳۴	۱	۱/۴	۲۷/۱
۳۵	۱	۱/۴	۲۸/۶
۳۸	۱	۱/۴	۳۰

۴۱	۱	۱/۴	۳۱/۴
۴۲	۱	۱/۴	۳۲/۹
۴۳	۱	۱/۴	۳۴/۳
۴۴	۱	۱/۴	۳۵/۷
۴۵	۲	۲/۹	۳۸/۶
۴۸	۱	۱/۴	۴۰
۵۲	۱	۱/۴	۴۱/۴
۵۳	۱	۱/۴	۴۲/۹
۵۸	۳	۴/۳	۴۷/۱
۶۰	۱	۱/۴	۴۸/۶
۶۴	۱	۱/۴	۵۰
۶۸	۱	۱/۴	۵۱/۴
۷۰	۲	۲/۹	۵۴/۳
۷۲	۱	۱/۴	۵۵/۷
۷۳	۱	۱/۴	۵۷/۱
۷۷	۲	۲/۹	۶۰
۸۰	۱	۱/۴	۶۱/۴
۸۱	۳	۴/۳	۶۵/۷
۸۴	۱	۱/۴	۶۷/۱
۸۶	۱	۱/۴	۶۸/۶
۸۷	۱	۱/۴	۷۰

۹۳	۱	۱/۴	۷۱/۴
۹۴	۱	۱/۴	۷۲/۹
۹۷	۱	۱/۴	۷۴/۳
۹۹	۱	۱/۴	۷۵/۷
۱۰۰	۱	۱/۴	۷۷/۱
۱۰۵	۱	۱/۴	۷۷/۶
۱۱۲	۱	۱/۴	۸۰
۱۱۳	۱	۱/۴	۸۱/۴
۱۱۶	۳	۴/۳	۸۵/۷
۱۱۷	۱	۱/۴	۸۷/۱
۱۲۷	۱	۱/۴	۸۸/۶
۱۳۴	۱	۱/۴	۹۰
۱۴۱	۱	۱/۴	۹۱/۴
۱۵۵	۱	۱/۴	۹۲/۹
۱۶۳	۱	۱/۴	۹۴/۳
۱۷۰	۱	۱/۴	۹۵/۷
۱۸۵	۱	۱/۴	۹۷/۱
۱۹۴	۱	۱/۴	۹۸/۶
۲۰۸	۱	۱/۴	۱۰۰
Total	۷۰	۱۰۰	

## شاخص های گروه آموزش ندیده

تعداد	۱۴۰
میانگین	۸۹/۲۵
میانه	۸۰
حد	۲۰
انحراف معیار	۵۳/۰۱
واریانس	۲۸۱۰/۰۷

نمره	فراوانی	درصد فراوانی	درص تراکمی
۵	۱	۰/۷	۰/۷
۱۰	۲	۱/۴	۲/۱
۱۶	۱	۰/۷	۲/۹
۱۷	۱	۰/۷	۳/۶
۱۸	۲	۱/۴	۵
۲۰	۴	۲/۹	۷/۹
۲۱	۱	۰/۷	۸/۶
۲۴	۲	۱/۴	۱۰
۲۵	۱	۰/۷	۱۰/۷
۲۷	۲	۱/۴	۱۲/۱
۲۹	۱	۰/۷	۱۲/۹
۳۲	۱	۰/۷	۱۳/۶

۳۴	۱	۰/۷	۱۴/۳
۳۶	۳	۲/۱	۱۶/۴
۳۷	۱	۰/۷	۱۷/۱
۳۸	۲	۱/۴	۱۸/۶
۳۹	۱	۰/۷	۱۹/۳
۴۰	۳	۲/۱	۲۱/۴
۴۴	۲	۱/۴	۲۲/۹
۴۵	۱	۰/۷	۲۳/۶
۴۶	۱	۰/۷	۲۴/۳
۴۷	۱	۰/۷	۲۵
۴۸	۱	۰/۷	۲۵/۷
۴۹	۱	۰/۷	۲۶/۴
۵۰	۲	۱/۴	۲۷/۹
۵۲	۱	۰/۷	۲۸/۶
۵۳	۱	۰/۷	۲۹/۳
۵۴	۱	۰/۷	۳۰
۵۵	۱	۰/۷	۳۰/۷
۵۶	۲	۱/۴	۳۲/۱
۵۹	۳	۲/۱	۳۴/۳
۶۱	۱	۰/۷	۳۵
۶۲	۱	۰/۷	۳۵/۷
۶۵	۱	۰/۷	۳۶/۴
۶۶	۱	۰/۷	۳۷/۱



۶۸	۲	۱/۴	۳۸/۶
۷۰	۲	۱/۴	۴۰
۷۲	۱	۰/۷	۴۰/۷
۷۳	۲	۱/۴	۴۲/۱
۷۵	۳	۲/۱	۴۴/۳
۷۶	۲	۱/۴	۴۵/۷
۷۷	۱	۰/۷	۴۶/۴
۷۸	۲	۱/۴	۴۷/۹
۸۰	۴	۲/۹	۵۰/۷
۸۱	۳	۲/۱	۵۲/۹
۸۲	۱	۰/۷	۵۳/۶
۸۳	۱	۰/۷	۵۴/۳
۸۵	۱	۰/۷	۵۵
۸۶	۱	۰/۷	۵۵/۷
۸۷	۱	۰/۷	۵۶/۴
۹۰	۱	۰/۷	۵۷/۱
۹۱	۱	۰/۷	۵۷/۹
۹۵	۱	۰/۷	۵۸/۶
۹۶	۱	۰/۷	۵۹/۳
۹۸	۱	۰/۷	۶۰
۹۹	۲	۱/۴	۶۱/۴
۱۰۰	۲	۱/۴	۶۲/۹
۱۰۱	۱	۰/۷	۶۳/۶

۱۰۱،۱۸	۱	۰/۷	۶۴/۳
۱۰۳	۲	۱/۴	۶۵/۷
۱۰۶	۱	۰/۷	۶۶/۴
۱۰۸	۱	۰/۷	۶۷/۱
۱۱۱	۱	۰/۷	۶۷/۹
۱۱۲	۱	۰/۷	۶۸/۶
۱۱۳	۲	۱/۴	۷۰
۱۱۴	۲	۱/۴	۷۱/۴
۱۱۶	۱	۰/۷	۷۲/۱
۱۱۷	۲	۱/۴	۷۳/۶
۱۲۱	۲	۱/۴	۷۵
۱۲۳	۲	۱/۴	۷۶/۴
۱۲۴	۱	۰/۷	۷۷/۱
۱۲۵	۱	۰/۷	۷۷/۹
۱۲۸	۱	۰/۷	۷۸/۶
۱۳۰	۱	۰/۷	۷۹/۳
۱۳۱	۱	۰/۷	۸۰
۱۳۲	۲	۱/۴	۸۱/۴
۱۳۴	۱	۰/۷	۸۲/۱
۱۳۵	۱	۰/۷	۸۲/۹
۱۴۰	۱	۰/۷	۸۳/۶
۱۴۲	۱	۰/۷	۸۴/۳
۱۴۴	۱	۰/۷	۸۵

۱۴۶	۱	۰/۷	۸۵/۷
۱۴۷	۱	۰/۷	۸۶/۴
۱۴۸	۱	۰/۷	۸۷/۱
۱۵۵	۱	۰/۷	۸۷/۹
۱۵۶	۱	۰/۷	۸۸/۶
۱۵۷	۱	۰/۷	۸۹/۳
۱۶۴	۱	۰/۷	۹۰
۱۷۰	۱	۰/۷	۹۰/۷
۱۷۳	۱	۰/۷	۹۱/۴
۱۷۴	۱	۰/۷	۹۲/۱
۱۷۶	۱	۰/۷	۹۲/۹
۱۸۰	۱	۰/۷	۹۳/۶
۱۸۳	۱	۰/۷	۹۴/۳
۱۹۱	۱	۰/۷	۹۵
۱۹۲	۲	۱/۴	۹۶/۴
۲۰۲	۱	۰/۷	۹۷/۱
۲۰۸	۱	۰/۷	۹۷/۹
۲۱۲	۱	۰/۷	۹۸/۶
۲۲۳	۱	۰/۷	۹۹/۳
۲۷۸	۱	۰/۷	۱۰۰
Total	۱۴۰	۱۰۰	

## آزمون فرضیه ها

جهت آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون t برای مقایسه ها و میانگین مستقل استفاده شده که به شرح زیر است :

فرضیه ۱ : بین میزان افسردگی افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	افسردگی
۰/۸۳	۹/۹	۱۵/۲۷	۱۴۰	آموزش ندیده
۱/۰۹	۹/۱۹	۱۲/۳۲	۷۰	آموزش دیده

بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	T محاسبه شده	معناداری	F محاسبه شده	افسردگی
۵/۷۴	۰/۱۵	۱/۴۱	۲/۹۵	۰/۰۳۸	۲۰۸	۲/۰۸	۰/۲۵	۱/۲۸		

## نتیجه گیری

چون قدر مطلق t محاسبه شده یعنی ۲/۰۸ از t بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی ۲۰۸ یعنی ۱/۹۶ بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان افسردگی آنهایی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد .

فرضیه ۲: بین میزان اضطراب افرادی که آموزش مهارت‌های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد.

اضطراب	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
آموزش ندیده	۱۴۰	۹/۶۷	۷/۶	۰/۶۴
آموزش دیده	۷۰	۸/۲۱	۷/۰۹	۰/۸۴

اضطراب	F محاسبه شده	معناداری	T محاسبه شده	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۰/۱۴۴	۰/۷	۱/۳۴	۲۰۸	۱۸۰	۱/۴۶	۱/۰۸	۰/۶۸	۳/۶

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق t محاسبه شده یعنی ۱/۳۴ از t بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی ۲۰۸ یعنی ۱/۹۶ کمتر است لذا فرض صفر تأیید و فرض تحقیق رد می شود یعنی بین میزان اضطراب آنهایی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود ندارد.

فرضیه ۳: بین میزان خود بیمار انگاری افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد.

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	خود بیمار انگاری
۰/۷	۹/۱	۱۲/۹	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۹۸	۸/۲	۹/۴	۷۰	آموزش دیده

بیشترین مقدار	کمترین مقدار	میانگین ها	خطای استاندارد تفاوت	اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	T محاسبه شده	معناداری	F محاسبه شده	خود بیمار انگاری
۶/۰۷	۰/۹۴	۱/۳	۳/۵	۰/۰۰۷	۲۰۸	۲/۷	۰/۲۴	۱/۳۶		

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده یعنی  $۲/۷$  از  $t$  بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی  $۲۰۸$  یعنی  $۱/۹۶$  بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان خود بیمار انگاری آنهایی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه ۴ : بین میزان وسواس افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	وسواس
۰/۶۷	۷/۹	۱۱/۸	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۷۷	۶/۴	۹/۶	۷۰	آموزش دیده

بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	معناداری	درجه آزادی	T محاسبه شده	معناداری	F محاسبه شده	وسواس
۴/۲	۰/۰۴۳	۱/۰۹	۲/۱۱	۰/۰۵۵	۲۰۸	۱/۹۳	۰/۰۹	۲/۸		

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق t محاسبه شده یعنی ۱/۹۳ از t بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی ۲۰۸ یعنی ۱/۹۶ کمتر است لذا فرض صفر تأیید و فرض تحقیق رد می شود یعنی بین میزان وسواس افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود ندارد .

فرضیه ۵ : بین میزان حساسیت افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	حساسیت
۰/۵	۶/۶	۱۰/۳۷	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۷۲	۶/۰۴	۷/۶۷	۷۰	آموزش دیده

حساسیت	F محاسبه شده	معناداری	T محاسبه شده	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۱/۲۳	۰/۲۶	۲/۸	۲۰	۰/۰۰۴	۲/۷	۰/۹۳	۰/۸۵	۴/۵

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده یعنی  $۲/۸$  از  $t$  بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی  $۲۰۸$  یعنی  $۱/۹۶$  بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان حساسیت افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد .

فرضیه ۶ : بین میزان پرخاشگری افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .



خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	پرخاشگری
۰/۳۸	۴/۵	۶/۳	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۴۸	۴/۰۲	۴/۹	۷۰	آموزش دیده

پرخاشگری	F محاسبه شده	معناداری	T محاسبه شده	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۰/۳۸	۰/۵۳	۲/۲	۲۰۸	۰/۰۲	۱/۴	۰/۶۳	۰/۱۷	۲/۶

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده یعنی  $۲/۲$  از  $t$  بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی  $۲۰۸$  یعنی  $۱/۹۶$  بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان پرخاشگری افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد .

فرضیه ۷: بین میزان پارانویا در افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای	انحراف	میانگین	تعداد	پارانویا
------	--------	---------	-------	----------

استاندارد میانگین	معیار			
۰/۴۲	۵/۰۷	۸/۷	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۶۲	۵/۲۱	۷/۵	۷۰	آموزش دیده

پارانویا	محاسبه شده F	معناداری	محاسبه شده T	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۰/۰۴۷	۰/۸۲	۱/۵	۲۰۸	۰/۱	۱/۲	۰/۷۵	۰/۲۷	۲/۶

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق t محاسبه شده یعنی ۱/۵ از t بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی ۲۰۸ یعنی ۱/۹۶ کمتر است لذا فرض صفر تأیید و فرض تحقیق رد می شود یعنی بین میزان پارانویای افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود ندارد .

فرضیه ۸ : بین میزان فوبی در افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای استاندارد میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	فوبی
۰/۳۹	۴/۶	۵/۰۵	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۵۱	۴/۳	۳/۷	۷۰	آموزش دیده

فوبی	محاسبه شده F	معناداری	محاسبه شده T	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۰/۲۵	۰/۶۱	۲/۰۲	۲۰۸	۰/۰۴	۱/۳	۰/۶	۰/۰۳	۲/۶

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده یعنی  $۲/۰۲$  از  $t$  بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی  $۲۰۸$  یعنی  $۱/۹۶$  بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان فوبی افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد .

فرضیه ۹ : بین میزان روانپریشی افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای	انحراف معیار	میانگین	تعداد	روان پریشی
------	--------------	---------	-------	------------

استاندارد میانگین				
۰/۶	۷/۱	۹/۰۲	۱۴۰	آموزش ندیده
۰/۸	۷/۰۹	۷/۸	۷۰	آموزش دیده

روان پریشی	F محاسبه شده	معناداری	T محاسبه شده	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۱/۰۱	۰/۹۱	۱/۱	۲۰۸	۰/۲۷	۱/۱۵	۱/۰۴	۰/۹۰	۳/۲

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده یعنی  $۱/۱$  از  $t$  بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی  $۲۰۸$  یعنی  $۱/۹۶$  کمتر است لذا فرض صفر تأیید و فرض تحقیق رد می شود یعنی بین میزان روانپریشی افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود ندارد .

فرضیه ۱۰ : بین میزان سلامت روان کسانی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند و افرادی که آموزش مهارت ندیده اند تفاوت وجود دارد .

خطای	انحراف معیار	میانگین	تعداد	Total
------	--------------	---------	-------	-------

				استاندارد میانگین
آموزش ندیده	۱۴۰	۸۹/۲	۵۳/۰۱	۴/۴
آموزش دیده	۷۰	۷۱/۳	۴۸/۵	۵/۷

Total	F محاسبه شده	معناداری	T محاسبه شده	درجه آزادی	معناداری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد تفاوت میانگین ها	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
	۰/۸	۰/۳۶	۲/۳	۲۰۸	۰/۰۱	۱۷/۸	۷/۵	۳	۳۲/۷

### نتیجه گیری

چون قدر مطلق t محاسبه شده یعنی ۲/۳ از t بحرانی جدول با  $\alpha = ۰/۰۵$  و درجه آزادی ۲۰۸ یعنی ۱/۹۶ بیشتر است لذا فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می شود یعنی بین میزان سلامت روان افرادی که آموزش مهارت زندگی دیده اند و افرادی که آموزش ندیده اند تفاوت معنادار وجود دارد .

# فصل پنجم

## تفسیر

هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی از ایجاد طرح مهارت های زندگی در زمینه بهداشت روانی این است که جوامع مختلف در سطح جهان نسبت به گسترش ، به کارگیری و ارزیابی برنامه آموزشی مهارت های زندگی که متمرکز بر رشد و توانایی های روانی مانند حل مسئله ، مقابله با هیجانات ، خود آگاهی ، سازگاری اجتماعی ، کنترل استرس بین کودکان و نوجوانان است اقدام نمایند . ( ناستاسیا ، مقاله )

پژوهش ها نشان می دهند که آموزش مهارت های زندگی به ارتقاء بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در ابعاد مختلف زندگی کمک می کند و از اساسی ترین برنامه های پیشگیرانه در سطح اولیه به شمار می رود . سلامتی بخش اصلی یک زندگی شاد است و مدارس نقش مهمی در آگاه ساختن نوجوانان پیرامون مسائل بهداشتی و سلامتی و آموزش علوم زندگی به آنان دارد . ( خانی ، ۱۳۷۷ ، ص ۲۵ )

مهارت های زندگی در جهت ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت روانی ، جسمانی و اجتماعی را تأمین می کند . آموزش مهارت های زندگی فرد را قادر می سازد ، تا دانش ارزشها و نگرش های خود را به توانایی های بالفعل تبدیل کند . بدین معنا که فرد بداند چه کاری باید انجام بدهند و چگونه آن را انجام دهد . مهارت های زندگی منجر به انگیزه در رفتار سالم می شود . همچنین بر احساس فرد از خود و دیگران و همچنین ادراک دیگران از وی مؤثر است . در ضمن منجر به افزایش اعتماد به نفس می شود . بنابراین به طور کلی می توان گفت که مهارت های زندگی منجر به افزایش سلامت روان افراد می شود . ( نوری و خانی ۱۳۷۷ ، ص ۲۵ )

آموزش مهارت های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می کند . البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسبی ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت به طور یقین می توان گفت که بسیاری از نروز ها و سایکوزها ناشی از نقص در رشد مهارت های

زندگی اساسی است در واقع می توان گفت آموزش این مهارت ها نقش درمانی دارد .  
( گیتتر ، گازدا ، مقاله )

آموزش مهارت های زندگی فرد را قادر می سازد تا دانش ، ارزشها و نگرشها را به توانایی های بالفعال تبدیل کند . مهارت های زندگی ، توانایی هایی است که فرد را قادر می سازد انگیزه و رفتار سالم داشته باشد و فرصت و میدان انجام چنین رفتارهایی را نیز ایجاد نمایند . ( محمد خانی ، ۱۳۷۷ )

یکی از مؤلفه های اساسی آموزش مهارت های زندگی ، مبحث های گروهی است ، چرا که این بحثها باعث می شود که دانش آموزان استعداد ها و توانایی های فردی خود را کشف کنند . ( میلرونان ، مقاله )

برنامه مهارت های زندگی یک مدل آموزشی است که در کارها و فعالیت های گروهی سازمان یافته به منظور رشد مهارت های عملی که برای زندگی روزمره ضروری هستند کاربرد دارد . به همین جهت شرکت فعال اعضای گروه برای یادگیری مهارت زندگی امری ضروری هستند . ( ویکساچ ، مقاله )

پژوهش های متعدد نشان می دهد که مهارت های زندگی در زمینه هایی مثل افزایش سلامت روانی و جسمانی و پیشگیری از مشکلات روانی ، رفتاری و اجتماعی تأثیر دارند .

مهارت های زندگی متعددی که شامل مهارت های اجتماعی ، مهارت های مقابله که

خود شامل :

الف - مهارت مقابله مسئله دار

ب - مهارت مقابله هیجان مدار

ج - مهارت حل مسئله و غیر می شود .



در مورد برنامه ریزی برای آموزش این مهارتها باید به گونه ای براساس وضعیت جامعه تحلیل و انتخاب شود. ( ولی زاده ، ۱۳۸۱ )

در این تحقیق جامعه آماری ما شامل ۲ دسته و زیر مجموعه افرادی که آموزش دیده اند و آن هایی که ندیده اند می شود و نمونه هم شامل ۲ گروه که گروه اول ۷۰ نفر و گروه دوم ۱۴۰ نفر بود. در ضمن چون از دانشجویان استفاده کردیم نمونه ما در دسترس بود. ابزار تحقیق پرسشنامه ۹۰-ScI بود که ۹۰ سؤال داشت و ۹ بعد که متغیرهای مختلف را می سنجد روش تحقیق تجربی بود که به صورت در گروه گواه و آزمایش بود که تحت عنوان گروه هایی که مهارت ندیده اند و دیده اند تقسیم بندی شده اند. روش آماری آزمون t برای مقایسه گروه های مستقل است.

## نتیجه گیری

- با استفاده از آزمون t برای مقایسه گروه های مستقل به تأیید یا رد فرضیه ها پرداختیم که نتایج به شرح زیر است :
۱. بین میزان افسردگی افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد.
  ۲. بین میزان اضطراب افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد.
  ۳. بین میزان خود بیمار انگاری افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد.
  ۴. بین میزان وسواس افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود ندارد.

۵. بین میزان حساسیت افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۶. بین میزان پرخاشگری افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۷. بین میزان پارانویا افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود ندارد .
۸. بین میزان فوبی افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد .
۹. بین میزان روان پریشی افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود ندارد .
۱۰. بین میزان سلامت روان افرادی که آموزش مهارت های زندگی را دیده اند با افرادی که ندیده اند تفاوت وجود دارد .

## محدودیت ها

۱. کمبود منابع و مأخذ در کتابخانه واحد دانشگاه و منابع تحقیقاتی
۲. بی حوصلگی در پاسخگویی به سؤالات به علت تعداد زیاد سؤالات
۳. کمبود کلاس های آموزش مهارت های زندگی
۴. عدم استقبال مردم از این کلاس ها و شرکت در آن ها
۵. به حد نصاب نرسیدن کلاس ها برای تشکیل و در نتیجه حذف دوره های آموزشی

## پیشنهادات

۱. ایجاد درس مهارت های زندگی در جهت آموزش مهارت های مورد نیاز خود از دوره آمادگی تا دانشگاه
۲. عملی کردن تدریس کلیه دروس در جه توسعه مهارت های زندگی
۳. ایجاد زمینه مناسب برای مشارکت و فعالیت دانش آموزان در کلیه فعالیت های مدرسه و تشکل های عملی و فرهنگی و ... دانش آموزی و قانونمند کردن آن
۴. ایجاد دوره های آموزشی ضمن خدمت برای آشنایی معلمان ، مدیران و مربیان با مهارت های مورد نیاز شاگردان و ضرورت و روشهای تدریس آن
۵. تحقیق و بررسی علمی در زمینه مهارت های زندگی در دوره های مختلف تحصیلی و روشهای تدریس آن
۶. بررسی و مطالعه تطبیقی آموزشی مهارت های زندگی در کشورهای مختلف
۷. ایجاد کارگاه های آموزشی جهت مسئولین آموزشی ، معلمان ، مربیان ، حد رسانی تربیت معلم و آموزش خانواده در زمینه مهارت های زندگی با حضور متخصصان داخلی و خارجی

۸. مدنظر قراردادن نیازهای مهارتی شاگردان در تألیف کتب درسی جدید .
۹. آموزش نحوه ایجاد و آموزش مهارت های زندگی به اولیاء از طریق کلاس های آموزش خانواده
۱۰. همسو کردن فعالیت های خانه ، مدرسه و اجتماع در جهت آموزش مهارت های زندگی
۱۱. استفاده از ورزش و بازی با ابداع ورزش یا بازیهای دبستانی برای آموزش مهارت های زندگی
۱۲. گسترش اردوها و گردش های علمی و فرهنگی ، تفریحی ، زیارتی و پروژه های درسی و غیر درسی در داخل یا خارج مدرسه .
۱۳. ایجاد رشته و درس آموزش مهارت های زندگی در تربیت معلم جهت تربیت معلمان آشنا به فنون تدریس و آموزش مهارت های زندگی

## فهرست منابع فارسی

۱. ادبی ، راضیه ( ۱۳۷۹ ) ، بررسی رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در اوایل و اواسط نوجوانی پایان نامه ارشد ، روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. استورا . اچ . ب ( ۱۹۹۱ ) ، تنیدگی یا استرس ، ترجمه رادستان ، پریرخ ( ۱۳۷۷ ) ، چاپ اول ، تهران انتشارات رشد .
۳. انصاری ، پروین ( ۱۳۷۴ ) ، بررسی رابطه سلامت روانی و نگرش های مذهبی بین دانشجویان ۲۰ تا ۳۰ ساله ، پایان نامه ارشد ، روان شناسی دانشگاه رودهن
۴. بنی جمالی ، شکوه السادات ( ۱۳۷۳ ) ، بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی ، تهران نشر نی
۵. حسینی ، سید ابوالقاسم ( ۱۳۶۰ ) ، اصول بهداشت روانی ، چاپ اول مشهد ، انتشارات دانشگاه مشهد
۶. خدا رحیمی ، سیامک ( ۱۳۷۴ ) ، مفهوم سلامت روان شناختی ، چاپ اول مشهد ، انتشارات جاودان فرد
۷. سازمان بهداشت جهانی ، برنامه آموزش مهارت های زندگی ، ترجمه نوری قاسم آبادی ، ربابه ، محمد خانی ( پروانه ) ( ۱۳۷۷ ) ، تهران واحد بهداشت و روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان بهداشت جهانی
۸. شاملو ، سعید ( ۱۳۷۸ ) ، بهداشت روانی ، چاپ ۱۳ ، تهران ، انتشارات رشد
۹. شعاری نژاد ، علی اکبر ( ۱۳۷۱ ) ( درآمدی در روانشناسی انسان ) ، تهران ، انتشارات آزاده
۱۰. شفیع آبادی ، عبدالله ، ناصری ، غلامرضا ( ۱۳۷۱ ) نظریه های مشاوره و روان درمانی ، تهران ، مرکز نشر دانشگاهی

۱۱. شفیع آبادی ، عبدالله ، ناصری ، غلامرضا ( ۱۳۷۱ ) ، راهنمایی و مشاوره شغلی و

نظریه های انتخاب شغل ، تهران ، انتشارات رشد

۱۲. شولتز ، دوان ، روانشناسی کمال ، ترجمه : خوشدل ، گیتی ( ۱۳۶۹ ) ، تهران ،

نشر نی

۱۳. طارمیان ، فرهاد ( ۱۳۷۸ ) ، سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان ، چاپ اول تهران ،

انتشارات تربیت

۱۴. طارمیان ، فرهاد ( ۱۳۷۸ ) ، مهارت های زندگی تعاریف و مبانی نظری ،

مجله ژرفای تربیت ، سال اول ، شماره ۴ )

۱۵. طارمیان ، فرهاد ( ۱۳۷۸ ) مهارت های زندگی ( چاپ دوم ، تهران ، انتشارات تربیت )

۱۶. نجات ، حمید ( ۱۳۷۸ ) ، سلامت روانی از دیدگاه ایس ، فصلنامه علمی ،

پژوهش اصول بهداشت روانی ، سال اول ، شماره ۴

۱۷. ولی زاده ، علیرضا ، ۱۳۸۱

### فهرست منابع انگلیسی

1. Botvin. G.J.Kantor.L.W ( 2000 ) . "Perrenting alcohol and Tabaccouse.
2. Crnin.M.E.(1996 ). "Life skills curricula for stadents with learning disabilities". Journal of learning disabilitis.
3. Darden . C . A : "Ginter. E .J ( 1996 ) . "Life skills development scale- adolescence from". Journal health counseling.
4. Darden.C.A : Gazda .G M ( 1996 ). "Life skills and mental health counseling". Journal of mental counseling.
5. Ginter.E.J ( 1999 ) . "David K.Brooks contribution to the developmentally based life skill approach". Journal of mental health counseling.
6. Klingman. A ( 1998 ). "Psychological education : studying adolescents interests from their own perspective". Journal of Adolescence.

7. Miller.M: Namm .G .D (2001) . “asing group miccussions to improve solial problem solving and learninf”. Journal of Edoucation
8. Nastasia.B ( 1998 ) . “A model for mental heahth programming inschool communities : introduction to the mini-series’. Journal of school psychology review .
9. Quatman.T: watson.C.M( 2001 ) . “Gender differences in adolescent self-esteem : An exploration of domains” journal of genetic psychology.
- 10.Schogiel . D.R ( 1998 ) . “Empowerment education for individuals with serious mental illness. “ Journal social narsing mental health services.
- 11.Weist.M.D.(2001) .”Toward a public mental health promotoom and intervention syuth”. Journal of school health .
- 12.Wotld health organization ( who) ( 1997 ). “The lifr skills education project Geneva. Who Technical report series.