اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی دانش‌آموزان

سید محمود میرزمانی[1]، فتاح آزور[2]، بهروز دولتشاهی[3]، علی عسکری[4]

چکیده

زمینه و هدف: اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش علایم افسردگی در پژوهش‌های زیادی بررسی شده است. با این وجود مطالعه کافی در ایران انجام نشده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی دانش‌آموزان شهر پیرانشهر انجام شد.

مواد و روش‌ها: از بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شهر پیرانشهر تعداد ۶۲ دانش‌آموز، که نمره افسردگی آن‌ها در آزمون افسردگی کودکان در دامنه (۱۴۰-۹۶) قرار داشت، به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱۲ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی را به صورت گروهی دریافت کردند، اما گروه شاهد در این جلسات شرکت نکردند. دو گروه قبل و بعد از مداخله پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDS یا Children's depression scale) را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی کلی دانش آموزان مؤثر است و همچنین این آموزش به طور مؤثری مشکلات اجتماعی، اشتغال ذهنی با بیماری خود و مرگ را کاهش داد، اما در کاهش مشکلات عاطفی، احساس گناه و افزایش عزت نفس و خوشی و لذت دانش‌آموزان اثر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های زندگی به منظور تأمین سلامت روان و کاهش علایم افسردگی مورد تأکید قرار می‌گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، علایم افسردگی، آموزش، روابط بین فردی، مهارت‌ها، دانش‌آموزان.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱۷ پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۷

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی و عاطفی و بزرگ‌ترین بیماری روانی قرن حاضر است (۱). در هر لحظه از زمان ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد بزرگ‌سال جامعه ممکن است که عوارض و نشانه‌های مختلف افسردگی شدید را از خود نشان دهند (۲). Harrington (به نقل از Chardoli) گزارش می‌دهد که یک سوم نوجوانان از افسردگی خفیف تا بالینی رنج می‌برند. در بررسی همه‌گیرشناسی افسردگی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان همدان افسردگی شدید ۸/۴ درصد، افسردگی متوسط ۲۳ درصد، افسردگی خفیف ۲۵ درصد برآورد شد (۳).

افسردگی کودکان و نوجوانان به دلیل شیوع به نسبت بالا و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی،

۱- استاد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: mirzamani2003@gmail.com

۲- کارشناس ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

حرفه‌ای و غیره، موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد (۴).

مهارت‌های اجتماعی به رفتارهای آموخته شده و مقبول جامعه اطلاق می‌شود، رفتارهایی که شخص می‌تواند با دیگران به نحوی ارتباط متقابل برقرار کند که به بروز پاسخ‌های مثبت و پرهیز از پاسخ‌های منفی بینجامد. در فرایند اجتماعی شدن، اکتساب و به کارگیری مهارت‌های اجتماعی و چگونگی برقراری ارتباط و تعامل با دیگران، یکی از مؤلفه‌های اصلی رشد اجتماعی، به خصوص در بین کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود (۵).

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش علایم افسردگی در پژوهش‌های زیادی بررسی شده است:

Moote و همکاران اشاره می‌کنند که آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در حوزه‌های متعددی از قبیل:

رفتارهای اجتماعی مثبت در مدارس و تعامل اجتماعی مطلوب بین هم‌سالان، افزایش حمایت هم‌سالان، افزایش توانایی حل مسأله، خود آگاهی، کاهش خشم، اضطراب، افسردگی، کم‌رویی و رفتارهای بزه‌کارانه، ایجاد منبع کنترل درونی، مقبولیت اجتماعی، مقابله با بحران، رویارویی اجتماعی، افزیش جرأت‌ورزی، خود پنداره مثبت و مهارت‌های کلامی و غیر کلامی مناسب اثر مثبت داشته باشد (۶).

در پژوهشی روی بیماران روانی Reddon و همکاران در بیمارستانی در ادمونتون کانادا بعد از ۱۶ هفته برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی، به این نتیجه دست یافتند که بهبودی در علایم افسردگی و فعالیت اجتماعی معنی‌دار بود، اما مقیاس علایم روان‌پزشکی به صورت معنی‌دار بهبود نیافت. میزان اثربخشی در نشانه‌شناسی افسردگی (۵۲ درصد) و نشانه‌شناسی اجتماعی (۳۰ درصد) بیشتر از علایم روان‌پزشکی (۲۳ درصد) بود (۷).

مردانی و همکاران در بین یک گروه از دانشجویان ایرانی نشان دادند که رابطه معنی‌داری بین مهارت‌های زندگی و علایم افسردگی وجود دارد (۸).

امیری برمکوهی بر روی گروهی از دانش‌آموزان با هدف مطالعه اثربخشی مهارت‌های زندگی در کاهش نشانه‌های افسردگی، به این نتیجه رسیده است که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی کلی دانش‌آموزان مؤثر است و همچنین این آموزش به طور مؤثری مشکلات اجتماعی، اشتغال ذهنی با بیماری خود و مرگ را به طور معنی‌دار کاهش می‌دهد، اما از لحاظ پاسخ عاطفی، احساس گناه و حرمت خود و خوشی و لذت بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۹).

مرادی در پژوهشی تحت عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در تغییر سطح بهداشت روان دانش‌آموزان دارای مشکل و بدون مشکل در زمینه بهداشت روانی، به این نتیجه دست یافت که پس از آموزش مهارت‌های زندگی، دانش‌آموزان دارای مشکل به دلیل آن که خود را با مشکل روبه‌رو می‌دیدند و از انگیزه بالا برای استفاده از مهارت‌ها برخوردار بودند، توانستند در پس آزمون کاهش معنی‌داری را در علایم افسردگی اضطراب، شکایت جسمانی، کارکرد اجتماعی از خود نشان دهند (۱۰).

Nezo و Perri (به نقل از Kratochwill و Morris) حل مسایل بین فردی و مهارت‌های اجتماعی ابرازگری (ابراز وجود) را به عنوان کانون کمبود در ارتباط با افسردگی می‌دانند و برنامه‌ای را برای آموزش مهارت‌های حل مسأله میان فردی، گزارش کرده‌اند (۱۱).

دوره نوجوانی با تغییرات فیزیولوژیکی، شناختی، روانی، بیرون آمدن فرد از خانواده، فشار هم‌سالان و به میزان قابل توجهی با اجتماعی شدن نوجوان همراه است. این تغییرات نوجوان را از طرفی با انبوهی از مسایل گوناگون و از طرف دیگر با فشارها و مسایل اجتماعی و روانی مواجه ساخته است. حال هر چه جامعه پیچیده‌تر باشد، به علت گسترش روابط اجتماعی و بین فردی، مسایل و فشارهای روانی- اجتماعی بیشتر خواهد شد و نوجوانانی قادر به حل مؤثر مسایل خود خواهند بود که در برقراری ارتباطات اجتماعی مؤثر توانمند باشند. از این رو ارتقای توانمندی‌های سازگاری اجتماعی و آماده کردن افراد، به ویژه نوجوانان برای پیش‌گیری از اختلالات روانی (افسردگی و ...) از طریق آموزش مهارت‌های زندگی میسر است (۱۲). با توجه به شیوع به نسبت بالای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

افسردگی و تأثیر منفی آن در فرایند رشد اجتماعی نوجوانان، انجام مداخلات پیش‌گیرانه و درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علایم افسردگی دانش‌آموزان شهرستان پیرانشهر طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

۱- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان شهرستان پیرانشهر بود.

از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۶۲ نفر به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شد. در ابتدا از بین کلیه دبیرستان‌های پسرانه به صورت تصادفی یک دبیرستان انتخاب و پرسش‌نامه افسردگی کودکان بر تمامی دانش‌آموزان سال اول اجرا شد. سپس دانش‌آموزانی که افسردگی آنان در دامنه (۱۴۰-۹۶) قرار داشت، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و شاهد قرار گرفتند و بعد از اجرای متغیر مستقل (آموزشی مهارت‌های زندگی) پس آزمون مجدد بر روی هر دو گروه اجرا شد. لازم به ذکر است که از محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی یونیسف تألیف Hunter Gbvy (به نقل از قاسم‌زاده) شامل مهارت‌های خودشناسی، مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله استفاده شد (۱۳). آموزش مهارت‌ها در ۱۲ جلسه اجرا گردید. جلسات آموزشی هر هفته دوبار و هر بار به مدت ۲ ساعت برگزار شد. به دانش‌آموزان تکالیف خانگی نیز داده می‌شد تا بعد از انجام در جلسه بعدی در گروه مطرح کنند. یک هفته بعد از جلسات آموزشی، پس آزمون در شرایط یکسان بر روی هر دو گروه اجرا شد.

در این پژوهش ۳۱ نفر دانش‌آموز پسر اول دبیرستان در هر گروه (۶۲ نفر در کل) شرکت داشتند. شرایط ورود افراد به پژوهش علاوه مورد ذکر شده شامل موارد ذیل می‌باشد: ۱. سن حداکثر ۱۶ سال، ۲. عدم دریافت آموزش‌های مشابه یا مشاوره، ۳. رضایت خود فرد و والدین. به جهت احتمال افت آزمودنی‌ها ۳۳ نفر برای هر گروه انتخاب شد و در نهایت با ریزش دو نفری در هر گروه تعداد ۳۱ نفر باقی ماند (افت دو نفر در گروه آزمایشی و ترک تحصیل دو نفر در گروه شاهد).

۲- ابزار اندازه‌گیری

در این تحقیق از پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDS یا Children ś depression scale) استفاده شد.

مقیاس افسردگی کودکان در سال ۱۹۷۹، توسط Myrbam، Tishrey و Moshe Lang تهیه، در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس در مطالعات بسیار زیادی برای سنجش علایم افسردگی کودکان و نوجوانان به کار رفته است و به زبان‌های مختلف از جمله اسپانیولی، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی و فارسی ترجمه شده است (۱۴).

مقیاس افسردگی کودکان از ۶۶ ماده تشکیل شده است که دارای ۴۸ ماده منفی و ۱۸ ماده مثبت است و جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند.

مقیاس منفی ماده‌های فرعی زیر تشکیل شده است: ۱- پاسخ عاطفی، ۲- مشکلات اجتماعی، ۳- عزت نفس، ۴- اشتغال ذهنی با مرگ و بیماری، ۵-احساس گناه، ۶- افسردگی متفرقه. مقیاس مثبت هم شامل لذت و خوشی ۲- لذت و خوشی متفرقه است. مقیاس افسردگی کودکان برای کودکان ۱۶-۹ ساله که توانایی فهم مواد مقیاس را داشته باشند، قابل استفاده است و به صورت انفرادی و گروهی قابل اجرا است (۱۵).

در مطالعه Night ضریب آلفا برای نمره افسردگی و نمره لذت و خوشی به ترتیب ۹۵ درصد و ۸۴ درصد گزارش شده است. در مطالعه Tonkin و Hudson (به نقل از نجاریان) ضریب آلفای تمام ۶۶ ماده ۹۲ درصد و ضریب همبستگی آزمون اول و باز آزمایی برای هر کدام از مقیاس‌ها ۷۴ درصد به دست آمد (۱۴). Orbach و Bar-Joseph ضریب آلفا برای ۶۶ ماده ۹۴ درصد و ضریب دو نیمه کردن گوتمان ۹۰ درصد به دست آورد (۱۵).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

گلزاری در پژوهش خود در ایران همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۹۶ درصد و اعتبار آن را از طریق باز آزمایی با فاصله زمانی ۶ هفته ۸۲ درصد گزارش کرده است (۱۵).

برنامه مداخلاتی

برنامه مداخله شامل مهارت‌های خودشناسی، مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله بود (۱۳).

این برنامه شامل فعالیت‌های تجربی است. در هر فعالیت هدف از انجام آن، مواد مورد نیاز، زمان تقریبی، نحوه رویکرد گام به گام و نکات قابل بحث جهت انگیزش بحث گروهی قید شده است.

در آموزش مهارت‌های زندگی انواع مختلفی از تکنیک‌ها از جمله ایفای نقش، نمایش، کار گروهی، سخنرانی، پرسش و پاسخ و تکالیفی برای خانه و ... به کار رفته است. برنامه مداخلاتی شامل سه فصل راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی است که توسط Hunter Gbvy تهیه و توسط نگین عبدلله‌زاده ترجمه و به وسیله قاسم‌زاده بازنویسی و تنظیم شده است. این راهنما شامل ده فصل است که در هر فصل روش آموزش یکی از مهارت‌های زندگی ارایه شده است (۱۳).

علت انتخاب فصل‌های مربوط به مهارت‌های خودشناسی، مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله این است که در پژوهش‌های مختلفی از جمله، آموزش مهارت‌های خودشناسی (۱۳)، آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود (۱۶)، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله اثر این آموزش بر کاهش علایم افسردگی نوجوانان مؤثر قلمداد شده است (۱۹-۱۷).

سه مؤلفه اصلی برنامه مداخلاتی و زیر مؤلفه‌های آن به شرح زیر می‌باشد:

مهارت‌های خودشناسی

۱- آشنا شدن با گروه و احساس راحتی در حین کار، ۲- کار به صورت گروهی (آموزش و همکاری با یکدیگر در گروه‌های کوچک)، ۳- پی بردن و به نمایش گذاردن نکات قوت شخص (با استفاده از برگه تصاویر روی بلوز)، ۴- آشنایی با علایق، مسایلی که مورد توجه آنان نیست، خصوصیات و اهدافی که برای آینده دارند، ۵- مصاحبه‌ای درباره من (پی بردن به خصوصیات مثبت خود)، ۶- تصویری از بدن (بالا بردن سطح دانسته از وضع بدن خود، آگاهی یافت از تأثیر رسانه‌ها بر تصویری از خود و رفتار خود)، ۷- شناخت مهارت‌ها (پی بردن به مهارت‌های شغلی که در شخص پرورش یافته است).

مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود

۱- آشنایی با ارتباط، ۲- آشنایی با موانع و پل‌های برقراری ارتباط، ۳- تمرین ابراز افکار و احساسات با به کار بردن ضمیر من، ۴- آشنایی با زبان بدن (ارتباط غیر کلامی)، ۵- خوب گوش دادن، ۶- قاطعیت در رفتار و مزایای آن، ۷- ایفای نقش قاطع (بازی، نمایش و بحث گروهی)، ۸- مهارت نه گفتن و امتناع از کارهای خطرناک، ۹- بیان نظرات خود در گروه و شناساندن خود به افراد یک گروه.

مهارت‌های تصمیم‌گیری

۱- آشنایی با تصمیم‌گیری، ۲- سه مرحله تصمیم‌گیری (یادگیری یک الگو برای تصمیم‌گیری مؤثر)، ۳- تمرین به کارگیری الگوی تصمیم‌گیری، ۴- پیش‌بینی عواقب برخی از تصمیم‌ها و نحوه تأثیر آن بر برنامه‌های زندگی در آینده، ۵- تمرین ایستادگی در برابر تأثیرات و پیگیری.

یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده و نتایج تحلیل هر شاخص در جداول مربوطه ارایه شده است.

سن، جنس و مقطع تحصیلی کنترل شد و میانگین سن گروه آزمایش (۱۵/۹۳) و گروه شاهد (۱۶/۰۹) بود که در آزمون t برای گروه‌های مستقل تفاوت میانگین سن دو گروه معنی‌دار نبود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

همچنین در آزمون همگنی واریانس‌ها، مقیاس اشتغال ذهنی معنی‌دار است (P < ۰/۰۵)، ولی هیچ یک از مقیاس‌های دیگر معنی‌دار نیستند. بنابراین پیش فرضی همگنی همه واریانس‌ها تأیید می‌شود.

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار شاخص‌های افسردگی در پرسش‌نامه افسردگی کودکان (CDS یا Children ś depression scale) دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
شاخص	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی کل	آزمایش	۱۰۹/۲۲	۱۴/۰۰	۹۰/۸۳	۲۳/۶۴
	شاهد	۱۰۹/۵۴	۱۲/۱۲	۱۰۵/۵۱	۲۱/۶۹
پاسخ عاطفی	آزمایش	۲۷/۱۹	۴/۳۶	۲۶/۲۹	۵/۰۷
	شاهد	۲۶/۳۲	۴/۹۶	۲۴/۹۶	۴/۶۵
مشکلات اجتماعی	آزمایش	۳۰/۳۸	۳/۵۴	۲۳/۳۲	۳/۸۸
	شاهد	۳۰/۶۱	۴/۴۰	۲۸/۸۰	۴/۶۲
عزت نفس	آزمایش	۲۷/۷۷	۴/۳۱	۲۶/۳۸	۵/۲۳
	شاهد	۲۸/۹۰	۴/۲۸	۲۹/۰۳	۵/۵۴
اشتغال ذهنی مرگ/ بیماری	آزمایش	۲۲/۵۸	۳/۱۲	۲۰/۸۳	۳/۴۰
	شاهد	۲۳/۱۶	۴/۵۶	۲۳/۳۵	۵/۱۸
احساس گناه	آزمایش	۲۸/۰۶	۴/۰۵	۲۶/۶۷	۴/۹۷
	شاهد	۲۸/۳۸	۴/۶۷	۲۷/۳۲	۴/۹۲
لذت خوشی	آزمایش	۲۷/۷۴	۴/۰۸	۲۸/۳۵	۳/۹۸
	شاهد	۲۶/۸۰	۵/۶۹	۲۶/۶۱	۵/۰۵

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس– مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در شاخص‌های پرسش‌نامه افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه (افسردگی کلی)	۳۲۸۱/۸۹۲	۱	۳۲۸۱/۸۹۲	۶/۶۳	۰/۰۱
گروه (پاسخ عاطفی)	۲۱/۸۷۸	۱	۲۱/۸۷۸	۰/۹۲۷	۰/۳۴۰
	۴/۳۰۴	۱	۴/۳۰۴	۰/۱۹۳	۰/۶۲۶
گروه (احساس گناه)	۴۵۵/۳۱۳	۱	۴۵۵/۳۱۳	۲۶/۲۴۱	۰/۰۱
گروه (مشکلات اجتماعی)	۷۴/۰۵۵	۱	۷۴/۰۵۵	۲/۷۷۶	۰/۱۰۱
گروه (عزت نفس)					
گروه (اشتغال ذهنی با بیماری/ مرگ)	۱۰۴/۹۷	۱	۱۰۴/۹۷	۵/۴۸	۰/۰۲۳
گروه (خوشی و لذت)	۳۵/۶۰۰	۱	۳۵/۶۰۰	۱/۸۰۵	۰/۱۸۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

بحث و نتیجه‌گیری

آموزش مهارت‌های زندگی علایم و نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد. تأثیر این روش در درمان مراجعانی که دچار اختلالات افسردگی بوده‌اند، تأیید شده است. یافته‌های این پژوهش هم با برخی از یافته‌های علمی دیگر از جمله با پژوهش Reddon و همکاران (۷)، Reed (۱۷)، Eggert و همکاران (به نقل از Popenhagen و Qualley) (۱۸) و در ایران با مرادی (۱۰) و طارمیان (۱۹) همخوانی دارد.

در بررسی نتایج مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی مشکلات عاطفی و احساس گناه دانش‌آموزان را کاهش نداد. همچنین فرضیه‌های پژوهشی مبنی بر این که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش عزت نفس و احساس خوشی و لذت دانش‌آموزان می‌شود، مورد تأیید قرار نگرفتند. همچنان که در تعاریف افسردگی اشاره شده است، افسردگی با تعدادی از علایم از جمله تغییرات در شناخت شامل (عزت نفس پایین، احساس گناه و تقصیر) و تغییرات هیجانی شامل (احساس غمگینی و ناامیدی) و ... مشخص می‌شود. هدف این پژوهش علاوه بر کاهش علایم افسردگی کلی، کاهش علایم در خرده مقیاس‌ها هم بوده است که با مقایسه میانگین خرده مقیاس‌های فوق در پس‌آزمون کاهش قابل ملاحظه میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد مشاهده می‌شود، ولی تفاوت‌ها معنی‌دار نبود و این تغییرات نمایان‌گر تأثیرات مثبت آموزش مهارت‌های زندگی بر تغییرات فوق می‌باشد. در پژوهش‌های مختلف از جمله Thompson (به نقل ادیب) در خصوص اثر این آموزش بر سلامت عاطفی و هیجانی (۲۰)، الیاس و همکاران (به نقل از نوری قاسم‌آباد و محمدخانی) در رابطه با تأثیر متغیر فوق بر کاهش رفتار منفی و خود تخریب‌گری یا به عبارتی خود ملامت‌گری (۲۱) و مطالعه Wichroski (۲۲) و طارمیان (۱۹) در مورد افزایش عزت نفس با آموزش این برنامه نشان داده شده است.

به نظر می‌رسد که مهارت‌های مورد استفاده در این پژوهش مهارت‌های اختصاصی مقابله‌ای با مشکلات عاطفی، احساس گناه، افزایش عزت نفس و لذت و خوشی نیستند. به عبارت دیگر به طور مستقیم مهارت‌های کنار آمدن با احساس گناه، مشکلات عاطفی، افزایش عزت نفس و لذت و خوشی آموزش داده نشد. دلیل احتمالی دیگر این نتیجه به طول مدت آموزش مهارت‌های زندگی در این پژوهش بر می‌گردد، بدین معنی که در برخی پژوهش‌های مشابه خارجی مدت زمان بیشتری آموزش انجام شده، ولی دراین پژوهش تنها ۱۲ جلسه آموزش مهارت‌ها صورت گرفته است.

همچنین احتمال می‌رود که آموزش مهارت‌های زندگی، اشتغال ذهنی با بیماری خود/ مرگ و مشکلات اجتماعی دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد.

تحقیقات متعدد انجام گرفته در این رابطه بیان‌گر تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مشکلات اجتماعی دانش‌آموزان است. پژوهش Reddon و همکاران (۷)، پژوهش طارمیان (۱۹) و مرادی (۱۰) با این پژوهش مطابقت دارد. مطالعه مرادی (۱۰)، Wichroski (به نقل از علوی) (۲۳) و پژوهش Hawton و Speckens (به نقل از قاسم‌زاده) (۲۴) نشان دهنده اثر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اشتغال ذهنی با بیماری خود/ مرگ می‌باشد.

همان طور که مشاهده می‌شود، با وجود آموزش کوتاه مدت ۱۲ جلسه‌ای، آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان شد. تحلیل دقیق‌تر در هر مقیاس نشان داد که در شاخص‌هایی که آموزش مهارت‌ها ارتباط مستقیم‌تری داشت، به عبارت دیگر، جلسات آموزشی به طور مستقیم‌تری در رابطه با آن شاخص آموزش داده می‌شد، شاهد بهبود بیشتری بودیم. به طور مثال آموزش مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری ارتباط مستقیم‌تری با شاخص کاهش مشکلات اجتماعی دارد و در شاخص‌هایی که مستقیم به آن پرداخته نمی‌شد، به طور مثال مشکلات عاطفی، احساس گناه و خوشی و لذت، گر چه تغییرات به سمت بهبودی (بهبودی اندک در مقایسه میانگین نسبت به گروه شاهد) است، ولی به اندازه‌ای نیست که تفاوت معنی‌دار شود. همچنین در مقیاس اشتغال ذهنی با بیماری/

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

مرگ، با وجود آن که آموزش‌ها به طور مستقیم در راستای این شاخص نبوده، ولی به طور معنی‌داری کاهش نشان داد. بنابراین می‌توان گفت که شاید برای کاهش علایم در همه شاخص‌ها به طور معنی‌دار، زمان آموزش، مدت طولانی‌تری ادامه داشته باشد تا شاهد کاهش معنی‌داری باشیم.

با توجه به نظرات عنوان شده در مورد آموزش موفق مهارت‌های زندگی (که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود)، در مورد طول مدت آموزش و همچنین میزان تمرین و تکرار، شاید بتوان یکی از دلایل عدم تأیید برخی از فرضیه‌های تحقیق حاضر را به عامل کوتاه بودن دوره آموزشی نسبت داد. متأسفانه به علت فشرده بودن برنامه‌های آموزشی و کوتاه بودن طول مدت دوره (تعداد ۱۲ جلسه) دانش‌آموزان فرصت تکرار و تمرین به اندازه کافی نداشتند. این امکان وجود دارد که در صورت انجام پژوهش مشابه، اما در طول مدت زمان طولانی‌تر که دانش‌آموزان امکان و زمان لازم را برای تکرار و تمرین داشته باشند، در کلیه مقیاس‌ها کاهش مشاهده خواهد شد. از طرف دیگر بر طبق تحقیقات انجام شده، شرایط آموزش از دیگر عوامل مؤثر در آموزش موفق مهارت‌های اجتماعی است. احتمال می‌رود که یکی از عوامل دیگر عدم کاهش بعضی از مقیاس‌ها شرایط نامناسب آموزشی باشد. تشکیل کلاس‌ها دو ساعت بعد از اتمام ساعات آموزش از شرایط نامناسب آموزشی پژوهش حاضر بوده است، ولی به علت محدودیت زمانی و فشرده بودن برنامه‌های آموزشی، کلاس‌ها در پژوهش حاضر به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار می‌شد.

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی باید به صورت مداخله درازمدت انجام شود. مداخله‌های کوتاه مدت به طور مثال مداخله‌های چند هفته‌ای، آثار کوتاه‌مدت همانند ایجاد نگرش، تغییر نگرش در بر دارد. مداخله‌های کمی طولانی‌تر به طور مثال مداخله‌های چند ماهه بر تمایلات رفتاری، احساس خودکارامدی و کفایت اثر می‌گذارد. فقط از مداخله‌های طولانی‌تر یعنی مداخله‌هایی که چند سال به طول می‌انجامد، انتظار می‌رود که بر آمادگی رفتاری اثر گذارد و در نتیجه تغییراتی در رفتارهای سالم و رفتارهای اجتماعی ایجاد نماید (۲۱).

سپاسگزاری

از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر را داریم.

References

1. Afruz GA. Cause and treatment methods of depression in adolescents. Journal of Peyvand 2002; 272: 15-21. [In Persian].
2. Mehriar AH. Cognitive treatment and attitude to depression. Tehran: Roshd publisher; 2003. [In Persian].
3. Chardoli AN. Depression among high school students within the Hamedan province. [Thesis]. Tehran: Teacher Training University; 2003. [In Persian].
4. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. Am Psychol 1993; 48(2): 155-68.
5. Behpajooh A, Khanjani M, Heidari M, Shokuhiyekta M. Efficacy of social skills training on blind students' self-esteem. Research in mental health 2007; 1(3): 29-37. [In Persian].
6. Moote GT, Smyth NJ, Wodarski JS. Social skills training with youth in school settings :a review. Research on Social Work Practice 1999; 9(4): 427-65.
7. Reddon JR, Pope GA, Dorais S, Pullan MD. Improvement in psychosocial adjustment for psychiatric patients after a 16-week life skills education program. J Clin Psychol 1996; 52(2): 169-72.
8. Mardani A, Daniali Deh Houz M, Mardani S, Khajavi Y. Knowledge of life skills and its relationship with mental health in Iranian University Students. European Journal of Social Sciences 2011; 25(4): 498-505.
9. Amiri Baramkoohi A. Training life skils for decreasing depression. Journal of Iranian Psychologists 2009; 5(20): 297-306. [In Persian].
10. Moradi M. Usefulness of teaching life skills (interpersonal communication, problem solving, anger control, assertiveness) to female students in Tehran in improving their mental health status. [Thesis]. Tehran: Allameh

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

Tabatabaei University; 2002. [In Persian].
11. Kratochwill TR, Morris RJ. The practice of child therapy. 2nd ed. New York: Allyn and Bacon; 1992.
12. Safarzade M. Evaluate the effectiveness of life skills training on effective social communication in the first year of high school girl students. [Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2003. [In Persian].
13. Qasemzadeh F. Life skills training guide. Teranslate by: Negin Zadeh; 2000. [In Persian].
14. Najarian B. The construction and validation of the short form of children depression scale (CDS-A) by factor analysis. Psychological Research 1994; 2(3-4): 24-44. [In Persian].
15. Golzari M. Standardization and validate of children's depression Scale (CDS). [Thesis]. Tehran: Institute of Psychiatry; 1990. [In Persian].
16. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley J. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1999; 38(3): 272-.9
17. Reed MK. Social skills training to reduce depression in adolescents. Adolescence 1994; 29(114): 293-302.
18. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide: detection, intervention, and prevention. Professional School Counseling 1998; 1(1): 30-5.
19. Taremyan F. Substance abuse in adolescents. Tehran: Roshd publisher; 2000. [In Persian].
20. Adib Y. Ideal model curriculum of life skills for secondary school. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004. [In Persian].
21. Noori Qasem Abad, R, Mohammad-Khani P. Life skills training programs. Tehran: Mental Health and Substance Abuse Prevention Unit of the World Health Organization; 1990. [In Persian].
22. Wichroski MA, Zunz SJ, Forshay E. Facilitating self-esteem and social supports in a family life-skills program. Affilia 2000; 15(2): 277-93.
23. Alavi K. Study the evolution of creativity in children. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1994. [In Persian].
24. Qasemzadeh H. Practical Guide to Treatment of Mental Disorders. Tehran: Arjmand publisher; 1991. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

Efficacy of life skills training on reduce depressive symptoms in student population

Seyed Mahmoud Mirzamani[1], Fatah Azvar [2], Behrouz Dolatshahi[3], Ali Askari[4]

Abstract

Aim and Background: The purpose of this study was to investigate the efficacy of life skills training to reduce depressive symptoms in students of Piranshahr, Iran.

Methods and Materials: A total number of 64 male high school students who scored 96-140 on children's depression scale were selected randomly from Piranshahr. The participants were randomly allocated into two groups of experimental and control. The experimental group attended 12 sessions of group life skills training. However, the control group received no intervention. Both groups completed children's depression scale before and after the intervention.

Findings: The results of analysis of covariance showed that life skills training was effective in reducing depressive symptoms and significantly reduced social problems, and preoccupation with death and diseases. The treatment was however found to be ineffective in reducing affective responses and sense of guilt and improving self esteem and pleasure.

Conclusions: According to our results, it appears that a complete treatment of depressive symptoms requires a more extensive training.

Keywords: Depression, Depressive symptoms, Education, Interpersonal relations, Skills, Students.

Type of article: Original

Received: 08.11.2011 *Accepted: 26.04.2012*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.2.7.3]

1. Professor, Department of Counseling, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran. (Corresponding Author)
Email: Mirzamani2003@gmail.com
2. MSc, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.