

The effect of lifeskills and coping strategies with stress training on mental health of girl students

Javad Khalatbari

Islamic Azad University, Tonekabon Branch. Ph.D.

Fereshteh Azzadeh Haghghi

Islamic Azad University, Tonekabon Branch. M.A.

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر

جواد خلعتبری

دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن

فرشته عزیززاده حقیقی*

کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن

Abstract

The goal of this study was to compare the effect of life skills and coping strategies training on mental health of girl students. Method of research was experimental with three group pretest-posttest design, and statistical population was the girl students of Doctor Moeen professional technical school in Rasht. 300 girl students were selected with the use of random sampling, and then after first administration of General Health Questionnaire, 45 persons with highest scores were selected and randomly assigned in three groups of fifteen (two experimental groups and one control group). Assessment tool was General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA). Findings indicated that lifeskills training ($P < 0.01$) and coping strategies training ($P < 0.05$) could significantly improve mental health of students. Also in comparing the effect of coping strategies and lifeskills training, it has been recognized that coping strategies had more effect than lifeskills training on depression of girl students.

Keywords: lifeskills, coping strategies, general health, girl students.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر اجرا شد. پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون سه گروهی و جامعه آماری، دانشجویان دختر دانشکده فنی و حرفه‌ای دکتر معین رشت بودند، که از بین آنها ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از اجرای اولیه پرسشنامه سلامت عمومی بر روی آنها، ۴۵ نفر که دارای بالاترین امتیازات بودند، انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ابزار سنجش پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) بود و داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد، آموزش مهارت‌های زندگی ($P < 0.01$) و راهبردهای مقابله با فشار روانی ($P < 0.05$) به‌طور معناداری موجب افزایش سلامت روان در دانشجویان می‌گردد. همچنین در مقایسه تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی با آموزش مهارت‌های زندگی مشخص گردید که آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی تأثیر بیشتری نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی بر افسردگی دانشجویان دختر دارد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های زندگی، راهبردهای مقابله با استرس، سلامت عمومی، دانشجویان دختر.

مقدمه

قرار می‌گیرد (اورلی و لیتینگ، ۲۰۰۲). براساس نظر لازاروس^{۱۵} (۲۰۰۰)، به نقل از فتی و همکاران، (۱۳۸۵) دو نوع مقابله اصلی در برابر فشار روانی وجود دارد. در مقابله مسأله‌مدار^{۱۶} فرد بر عامل فشارآور متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط فشارآور یا حذف آن انجام دهد (فتی و همکاران، ۱۳۸۵). در مقابل در مقابله هیجان‌مدار^{۱۷} فرد سعی می‌کند، پیامدهای هیجانی واقعه فشارآور را مهار کند. کارکرد اولیه مقابله هیجان‌مدار تنظیم و مهار هیجانی عامل فشارآور است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود (دافعی، ۱۳۷۶). پژوهش‌های متعدد و گسترده‌ای تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش سوء مصرف مواد، پیشگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز، تقویت اعتماد به نفس، افزایش مهارت‌های مقابله با فشار روانی و برقراری روابط مثبت و مؤثر اجتماعی نشان داده‌اند. بوتوین^{۱۸} (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶)، به نقل از فتی و همکاران، (۱۳۸۵)؛ ترنر، مک دونالد و سامرست، (۲۰۰۸) تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را بر مصرف الکل، سیگار و دارو بررسی نمود. نتایج نشان داد آموزش‌ها در کاهش مصرف سیگار، الکل و دارو مؤثر بوده‌اند. زولینگر، سایول، موگی، ولد ریچ، کامینگز و همکار (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش، نگرش‌ها و توانایی دانش‌آموزان مدارس راهنمایی در انتخاب سبک زندگی سالم پرداختند. نتیجه پژوهش اثر مثبت آموزش را نشان داد. اسمیت، سوئی‌شر، ویکاری، بچل، ماینر و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی سبب افزایش مهارت حل مسأله شخصی و بین‌فردی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای می‌شود. همچنین فورنریس، دانیش و اسکات (۲۰۰۷) نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت حل مسأله و ارتباطات مؤثر توانایی‌ها را برای حل مشکل و استفاده مؤثر از حمایت‌های اجتماعی آنها افزایش می‌دهد. پژوهش‌هایی نیز وجود دارند که در آنها نشان داده شده، معناداری زندگی به اشکال مختلف با تأثیرپذیری از سطح مهارت‌های افراد در عرصه زندگی بستر را برای تضعیف علایم تهدیدکننده سلامتی نظیر افسردگی و اضطراب فراهم می‌سازد

چالش‌های دوران تحصیل منابعی از فشار روانی را برای دانشجویان فراهم می‌آورد و سلامتی آنها را به مخاطره می‌اندازد، به گونه‌ای که گاهی این چالش‌ها، توانایی یادگیری آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی، مجلسی، سید نوزادی و همکار، ۱۳۸۵)؛ واجدا و استین بک، (۲۰۰۰)؛ فرنسیس، رابینز، لوئیس، کویگلی و ولر، (۲۰۰۴)؛ گرون، چامارو- پرموزیک، آرتیچ و فرنهام، (۲۰۰۸). بر همین پایه نیز بسیاری از دانشگاه‌ها طی سالهای اخیر به آموزش مهارت‌های زندگی^۱ و مهارت‌های مقابله با فشار روانی^۲ برای ارتقای سلامت دانشجویان خود روی آورده‌اند (فتی، موتابی، محمدخانی، بوالهروی و کاظم‌زاده عطوفی، ۱۳۸۵). درباره مفهوم سلامت روان میان روان‌شناسان اختلاف نظرهایی وجود دارد، ولی یکی از تعاریف به نسبت پذیرفته شده در این باره، این است که در فرد پایین‌ترین سطح نشانه‌های نارسایی‌های روانی وجود داشته باشد (نویدی، ۱۳۸۵).

یونیسف^۳ (۲۰۰۷) مهارت‌های زندگی را یک رویکرد مبتنی بر تغییر رفتار یا شکل‌دهی رفتار که برقراری توازن میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت‌ها را مدنظر قرار می‌دهد، تعریف کرده است. سازمان بهداشت جهانی^۴ (۱۹۹۴) نیز مهارت‌های زندگی را توانایی‌هایی که به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سالم در سطح جامعه منجر می‌گردند تعریف نموده و ۱۰ مهارت را به‌عنوان مهارت‌های اصلی زندگی، شامل مهارت تصمیم‌گیری^۵، مهارت حل مسأله^۶، مهارت تفکر خلاق^۷، تفکر نقاد^۸، توانایی برقراری ارتباط مؤثر^۹، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی^{۱۰}، خودآگاهی^{۱۱}، مهارت همدلی کردن^{۱۲}، مهارت مقابله با هیجان‌ها^{۱۳} و مهارت مقابله با فشار روانی^{۱۴} معرفی نموده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۵). تأکید مطرح در مهارت‌های زندگی بر توانایی‌های مقابله‌ای، به‌ویژه توانایی مقابله با فشار روانی به این دلیل است که انسان‌ها همواره در معرض فشار روانی هستند. اگر منبع فشار روانی کنترل و مهار نشود، فرد در معرض بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی

1. life skills

3. UNICEF

5. decision making

7. creative thinking

9. effective communication

11. self-awareness

13. coping with emotions

15. Lazarus

17. emotion-centered

2. coping stress

4. WHO

6. problem solving

8. critical thinking

10. interpersonal relationship skills

12. empathy

14. coping with stress

16. problem-centered

18. Botvin

می‌سازد تا تأثیر این دو روش با یکدیگر مقایسه شود. به این لحاظ یافته‌های این پژوهش زمینه گسترش دانش کنونی در باب تأثیر رقابتی آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی را بر سلامت روان دانشجویان فراهم می‌سازد. با توجه به همین نکته، هدف اصلی این پژوهش بررسی تعیین میزان تأثیر دو مجموعه راهبردهای آموزش مهارت‌های زندگی و مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر در نظر گرفته شد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی با گروه گواه^۱ بود. متغیر مستقل^۲ در این پژوهش آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی و متغیر وابسته^۳ نشانه‌های سلامت روانی (در چهار سطح، شامل نشانه‌های بدنی^۴، اضطراب و بیخوابی^۵، نارسایی عملکرد اجتماعی^۶ و افسردگی^۷) در نظر گرفته شد. گروه آزمایشی اول (آموزش مهارت‌های زندگی) به مدت ۱۲ جلسه و گروه آزمایشی دوم (آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی) به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند و برای گروه گواه آموزشی انجام نگرفت. پس از اتمام جلسات آموزش، از سه گروه در شرایط یکسان یک هفته بعد از پایان آموزش، پس‌آزمون (اجرای پرسشنامه سلامت عمومی) به عمل آمد. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دختر دانشکده فنی و حرفه‌ای دکتر معین رشت (۱۰۰۰ نفر) در سال تحصیلی ۸۹ - ۸۸ بودند. در این پژوهش متغیر جنسیت به‌عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد. براساس تناسب حجم نمونه به حجم جامعه آماری، ۳۰۰ نفر به شیوه تصادفی ساده به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب (خلعتری، ۱۳۸۵) و سپس پرسشنامه سلامت عمومی بر روی آنها اجرا شد. با توجه به اینکه برای پژوهش‌های آزمایشی اغلب برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده (خلعتری، ۱۳۸۵) و با توجه به اینکه در این پژوهش سه گروه نیاز بود، از ۳۰۰ نفر نمونه اولیه پس از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی، ۴۵ نفر که بالاترین امتیاز را داشتند، براساس شیوه غربالگری انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (گروه آموزش مهارت‌های زندگی و گروه آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی و گروه گواه) قرار گرفتند (خلعتری، ۱۳۸۵).

(استگر، مان، میچلز و کوپر، ۲۰۰۹). در ایران نیز پژوهش‌های چندی خبر از تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان می‌دهند. طارمیان (۱۳۷۸) و یاری (۱۳۸۶) بیان نموده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی موجب ارتقای سلامت روانی دانشجویان می‌گردد.

در کنار مطالعات مربوط به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان در دهه‌های اخیر، پژوهشگران متعددی (یو و لی، ۲۰۰۵؛ اسکینر و زیمر - گمبک، ۲۰۰۷) به مفهوم‌سازی یا تعیین سازه‌های اصلی در قلمرو راهبردهای مقابله و تأثیر آنها بر سلامت روان پرداخته‌اند. مدی^۱ (۱۹۹۹)، به نقل از بشارت، صالحی، شاه‌محمدی، نادعلی و زبردست، (۱۳۸۷) نشان داد که راهبردهای مقابله مؤثر و مفید (نظیر راهبردهای مسأله‌مدار) پیامدهای منفی (جسمانی و روانی) فشار روانی و نقصان‌های رفتاری و عملکردی آن را کاهش می‌دهد و باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی^۲ و سلامت روانی افراد می‌شوند. چانگ، بیدول، هانتینگتون، دالی، جانسون و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی جدیدتر نشان دادند که مقابله مسأله‌مدار با سلامت روانی بالاتر و مقابله هیجان‌مدار با کاهش سلامت روانی همراه است. فیف، اسکات، فاین‌برگ و زاویکل (۲۰۰۸) در تحقیق خود نشان دادند، افراد انعطاف‌پذیر بیشتر از مهارت‌های مقابله‌ای فعال^۳ استفاده می‌کنند و از سلامت روان بالاتری برخوردارند. نتیجه این پژوهش با توجه به پژوهش مک‌ماهون، گیسون، آلن و ساندرز (۲۰۰۷) که نشان داده‌اند انعطاف‌پذیر بودن، مقابله مؤثر با چالش‌های زندگی را افزایش می‌دهد، به‌خوبی در عرصه تأثیر راهبردهای مقابله فشار روانی بر سلامت روان قابل طرح و گسترش است.

در جمع‌بندی پایانی مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده در مورد نقش آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان، می‌توان گفت هر دسته از این راهبردها به نوعی موجب ارتقای سلامت روان می‌شوند. اما در کمتر پژوهشی این دو مجموعه رویکرد آموزشی در کنار یکدیگر به‌کار گرفته شده‌اند. تمایز اصلی این پژوهش با پژوهش‌های قبلی در این است که در این پژوهش دو مجموعه آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در کنار هم قرار گرفته‌اند. این وضعیت این امکان را فراهم

1. Maddi

3. active coping skills

5. independent variable

7. somatic symptoms

9. social dysfunction

2. psychological wellbeing

4. two group pre-post test design with control group

6. dependent variable

8. anxiety and insomnia

10. depression

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱؛ برای سنجش سلامت عمومی از فرم ۲۸ سؤالی سلامت عمومی که گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) آن را تهیه و آماده اجرا کرده‌اند، استفاده شد. این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس (هر خرده‌مقیاس ۷ سؤال) به نام‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی دارد. نمره کلی هر فرد نیز از جمع نمرات چهار خرده‌مقیاس به دست می‌آید (یاری، ۱۳۸۶). مقیاس پاسخگویی پرسشنامه سلامت عمومی چهارگزینه‌ای (در مورد برخی سؤالات به صورت اصلاً تا خیلی بیشتر از حد معمول و در مورد برخی از سؤالات دیگر، به صورت خیلی کمتر از حد معمول تا خیلی بیشتر از حد معمول) است. تاکنون مطالعات زیادی درباره روایی^۲ این پرسشنامه در کشورهای مختلف انجام شده است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸). نتیجه یک فراتحلیل^۳ نشان داد که متوسط حساسیت^۴ فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی^۵ آن برابر با ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) است (بافنده قراملکی، ۱۳۷۹). روایی همزمان^۶ این پرسشنامه با شخصیت‌سنج چندوجهی مینه‌سوتا^۷ نیز نتایج مطلوبی به دست داده است (یاری، ۱۳۸۶). در ایران نیز پژوهشگران زیادی از این پرسشنامه استفاده کرده‌اند. تقوی (۱۳۸۰) که نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران ترجمه و آماده اجرا کرد، با همبسته کردن امتیازات حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس^۸، همبستگی برابر با ۰/۵۵ را برای این پرسشنامه گزارش کرده است. همچنین بررسی‌های مربوط به پایایی و روایی این پرسشنامه دلالت بر آن دارد که می‌توان این پرسشنامه را به‌عنوان ابزار غربالگری در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی نیز به‌طور موفقیت‌آمیزی به کار برد (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۷). این پرسشنامه از نظر پایایی نیز به‌کرات در ایران بررسی شده است. برای نمونه در پژوهشی ضربیب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای خرده‌مقیاس اضطراب و بیخوابی برابر با ۰/۷۳، برای خرده‌مقیاس نارسایی عملکرد اجتماعی برابر با ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس افسردگی برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). یک نمونه از سؤالات این

پرسشنامه به این شرح است؛ آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟
روش اجرا و تحلیل داده‌ها: خلاصه‌ای از جلسات مربوط به آموزش‌های مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در این پژوهش که بر پایه بسته آموزشی مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان (ناصری و نیک‌پرور، ۱۳۸۳) و بسته آموزشی راهنمای عملی مدیریت فشار روانی به شیوه شناختی رفتاری (آنتونی، ایرونسون و اشنایدنرمن، ۱۳۸۹) به گروه‌های آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی ارائه شده به شرح زیر است.

خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های زندگی؛ جلسه اول، آشنایی با مفهوم مهارت و چگونگی مهارت‌آموزی و معرفی مهارت‌های زندگی به‌عنوان برنامه ارتقای سلامت روان. **جلسه دوم و سوم،** آشنایی با مفهوم خودآگاهی، معرفی اجزای روانی انسان و آشنایی با مفهوم فشار گروه، هدف و هدف‌گذاری. **جلسه چهارم و پنجم،** اهمیت مهارت کنترل خشم، اهمیت نقش افکار در میزان عصبانیت و آموزش کنترل خشم. **جلسه ششم و هفتم،** آشنایی با شیوه‌های مقابله‌ای، تأثیر فشار روانی بر زندگی و جسم و آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی. **جلسه هشتم،** آشنایی دانشجویان با اهمیت حل مسأله و تصمیم‌گیری و آموزش مراحل پنجگانه حل مسأله. **جلسه نهم،** آشنایی دانشجویان با اهمیت مهارت‌های ارتباطی، آموزش مهارت‌های ایجاد و حفظ ارتباط مؤثر و مهارت خوب شنیدن. **جلسه دهم،** آشنایی با مفهوم و اجزای تفکر خلاق (سیالی، ابتکار، تخیل، انعطاف‌پذیری). **جلسه یازدهم،** آشنایی با مفهوم تفکر نقاد. و **جلسه دوازدهم،** جمع‌بندی و مرور. هر یک از جلسات مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی ۹۰ دقیقه به طول انجامیده است.

خلاصه جلسات آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی؛ جلسه اول، معرفی برنامه آموزشی و آموزش آرمیدگی عضلانی ۱۶ ماهیچه‌ای. **جلسه دوم،** تأثیر فشار روانی بر پنج مقوله؛ شناختی، هیجانی، رفتاری، جسمی، اجتماعی و آموزش آرمیدگی عضلانی ۸ ماهیچه‌ای. **جلسه سوم،** درک ارتباط بین افکار و هیجانات و آموزش آرمیدگی عضلانی ۴ ماهیچه‌ای. **جلسه چهارم،** شناسایی افکار منفی و آموزش تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی منفعل. **جلسه پنجم،** آموزش

1. General Health Questionnaire (GHQ)
3. meta analysis
5. Characteristics
7. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

2. validity
4. sensibility
6. concurrent validity
8. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)

که تأثیرات پیش‌آزمون از آن حذف شده است، ارائه شد. این امر امکان تحلیل دقیق‌تر داده‌ها را فراهم می‌کند. از آزمون تعقیبی ماتریکس K^3 نیز برای مقایسه دو به دو گروه‌های شرکت‌کننده در پژوهش استفاده شد. کلیه عملیات آماری مورد اشاره با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی - نسخه ۱۶^۴ انجام شد. دو پیش‌فرض تحلیل کوواریانس، یعنی عدم تفاوت ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از طریق آزمون M باکس^۵ و فرض برابری واریانس‌های خطای گروه‌ها نیز از طریق آزمون لوین^۶ بررسی گردید. همچنین پیش‌فرض‌های دیگر یعنی همگنی رگرسیون، داشتن رابطه خطی، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمال بودن توزیع و تصادفی بودن داده‌ها نیز قبل از اجرای تحلیل‌های نهایی بررسی گردیدند. نتایج این بررسی‌ها مشخص ساخت که در این حوزه‌ها مشکلی در این پژوهش وجود ندارد.

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین‌های تعدیل شده سه گروه در پس‌آزمون ارائه شده است. برای بررسی آماری تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) با تصحیح بونفرونی^۷ انجام شد که نتایج

گام‌های جایگزین‌سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی و آموزش آرمیدگی به شیوه خودزاد. جلسه ششم، تعریف مقابله و انواع مقابله و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی. جلسه هفتم، کاربرد مقابله‌ها و آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای مثبت. جلسه هشتم، تعریف خشم و مدیریت خشم و آموزش مراقبه. جلسه نهم، آشنایی با سبک‌های بین‌فردی و گام‌های حل تعارض و آموزش آرمیدگی و مراقبه با شمارش تنفس. جلسه دهم، بیان اهمیت وجود حمایت‌های اجتماعی و آموزش روش‌های مدیریت فشار روانی برای حفظ حمایت اجتماعی. هر یک از جلسات مربوط به آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی نیز ۹۰ دقیقه به طول انجامیده است.

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۱ (MANCOVA) بررسی شد. در تحلیل کوواریانس انجام شده چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته، امتیازات پیش‌آزمون گروه‌ها به‌عنوان متغیر کمکی (همپراش)^۲ و امتیازات پس‌آزمون گروه‌ها به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. در تحلیل کوواریانس میانگین تعدیل شده، یعنی میانگین‌های پس‌آزمون

جدول ۱- جدول میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس‌آزمون

متغیر	گروه	M	SE	حد پایین	حد بالا
نشانه‌های بدنی	گروه مهارت‌های زندگی	۱۲/۳۸	۰/۵۱	۱۱/۳۵	۱۳/۴۱
	گروه راهبردهای مقابله	۱۳/۲۸	۰/۵۲	۱۲/۲۴	۱۴/۳۲
	گروه گواه	۱۳/۸	۰/۵۳	۱۲/۷۳	۱۴/۸۹
اضطراب و بی‌خوابی	گروه مهارت‌های زندگی	۱۴/۴۸	۱/۸	۱۲/۱	۱۶/۸۷
	گروه راهبردهای مقابله	۱۲/۶۲	۱/۲	۱۰/۲	۱۵/۰۴
	گروه گواه	۱۸/۳	۱/۲۴	۱۵/۸	۲۰/۸۰
نارسایی عملکرد اجتماعی	گروه مهارت‌های زندگی	۱۳/۵	۰/۸۳	۱۱/۸۱	۱۵/۱۹
	گروه راهبردهای مقابله	۱۰/۹۸	۰/۸۵	۹/۲۷	۱۲/۷
	گروه گواه	۱۴/۹۹	۰/۸۸	۱۳/۲۱	۱۶/۷۶
افسردگی	گروه مهارت‌های زندگی	۱۵/۳۹	۰/۸۴	۱۳/۶۹	۱۷/۰۹
	گروه راهبردهای مقابله	۱۱/۳۹	۰/۸۵	۹/۶۶	۱۳/۱۱
	گروه گواه	۱۳/۵۶	۰/۸۸	۱۱/۷۷	۱۵/۳۴

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
 3. K matrix
 5. M Box test of equality of covariance matrices
 7. Bonfferoni

2. covariate variable
 4. Stasistical Package for Social Science-Version 16 (SPSS16)
 6. Leven,s test of equality of error variance
 8. partial eta square

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در ابعاد سلامت روان در گروه‌های پژوهش

متغیرهای چهارگانه پژوهش	SS	df	MS	F	P	مجذور سهمی اتا
۱ نشانه‌های بدنی	۱۴/۲۶	۲	۷/۱۳	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۰۹
۲ اضطراب و بی‌خوابی	۲۱۰/۹۵	۲	۱۱۰/۴۸	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۲۲
۳ نارسایی عملکرد اجتماعی	۱۰۷/۰۶	۲	۵۳/۵۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۲۲
۴ افسردگی	۱۱۷/۸۶	۲	۵۸/۹۳	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۲۳

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی K برای مقایسه دو به دو گروه‌ها

متغیرهای چهارگانه پژوهش	شاخص‌های آماری	گروه مهارت‌های زندگی- راهبردهای مقابله	گروه مهارت‌های زندگی- گروه گواه	گروه راهبردهای مقابله- گروه گواه
۱ نشانه‌های بدنی	تفاوت میانگین سطح معناداری	۱/۱۰	۰/۱۴	-۰/۰۵
۲ اضطراب و بیخوابی	تفاوت میانگین سطح معناداری	۱/۸۶	-۳/۸۲	-۵/۶۸
۳ نارسایی عملکرد اجتماعی	تفاوت میانگین سطح معناداری	۲/۵۲	-۴	۱/۴۸
۴ افسردگی	تفاوت میانگین سطح معناداری	۴	-۲/۱۷	۱/۸۴

*P>۰/۰۵ **P<۰/۰۱

تغییرات مربوط به این متغیرها در گروه‌های نمونه پژوهش مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بوده است. نتایج آزمون تعقیبی K برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

چنانکه در ردیف ۱ جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۱/۱۰، همچنین گروه مهارت‌های زندگی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۰/۱۴، و گروه راهبردهای مقابله با فشار روانی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۰/۰۵-، در متغیر نشانه‌های بدنی با یکدیگر دارای تفاوت معناداری نیستند (P>۰/۰۵).

آن در جدول ۲ ارائه شده است. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود در اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی در پس‌آزمون پس از بررسی امتیازات پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد (P<۰/۰۱). در نشانه‌های بدنی بین سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). مجذور سهمی اتا^۱ برای اضطراب و بیخوابی برابر با ۰/۲۲ بوده است. به این معنی که ۲۲ درصد تغییرات ایجاد شده در این متغیر مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بوده است. برای نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی مجذور سهمی اتا برابر با ۰/۲۲ و ۰/۲۳ بوده است. به این معنی که به ترتیب ۲۲ و ۲۳ درصد

ما خوب برخورد نکنند، احساس افسردگی و خشم می‌کنیم و اگر آنها با ما خوب باشند، احساس اضطراب می‌کنیم. زیرا فکر می‌کنیم اگرچه آنها در حال حاضر با ما خوب هستند، ولی ممکن است در آینده این‌طور نباشد. تنها راه بیرون آمدن از این دام، پذیرش خویشتن است (یاری، ۱۳۸۶). آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند کنترل فرد را در موقعیت‌های مختلف بالا برد. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش عملکرد اجتماعی هم خواهد شد. همزمان با کاهش میزان اضطراب و افزایش عملکرد اجتماعی میزان افسردگی کاهش می‌یابد. چون یکی از راهکارهای مؤثر در درمان افسردگی افزایش سطح فعالیت در بیماران افسرده است (یاری، ۱۳۸۶). در مورد کاهش نیافتن نشانه‌های بدنی می‌توان گفت با توجه به اینکه طرح پیگیری در این تحقیق گنجانده نشده است و کاهش میزان نشانه‌های بدنی به زمان بیشتری نیاز دارد، بنابراین احتمال می‌رود این مسأله خود را در یافته‌ها نشان ندهد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر، نشان‌دهنده تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی بر افزایش سلامت عمومی دانشجویان بود. در این حوزه نیز یافته‌های این پژوهش با یافته‌های یو و لی (۲۰۰۵)، چانگ و همکاران (۲۰۰۷)، مک ماهون و همکاران (۲۰۰۷)، اسکینر و زیمر-گمبک (۲۰۰۷) و فیف و همکاران (۲۰۰۸)، همسو است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که در بسیاری از شرایط وقتی افراد با عوامل فشارآور مواجه می‌شوند، به دلیل استفاده از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد نه‌تنها مسأله‌ای که با آن مواجه شده‌اند را حل نمی‌کنند، بلکه خود را از نظر سلامت روانی در وضعیت مخاطره‌آمیزی قرار می‌دهند. در مقابل وقتی افراد فرامی‌گیرند تا در مقابله با مسائل مختلف از روش‌های کارآمدتری استفاده کنند، با کاهش سطح فشارهای وارده بر خود، خود را در وضعیت مناسب‌تری قرار می‌دهند و از این طریق زمینه را برای ارتقای سطح سلامت روان خود فراهم می‌سازند. در واقع نقش مثبت آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بیشتر از ارتقای سطح توانایی‌های معطوف به مدیریت فشارهای وارد بر فرد که در صورت عدم مدیریت موجب اختلال در سلامت روان فرد می‌گردد، ناشی می‌شود.

در مقایسه میزان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با میزان تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی (جدول ۳) می‌توان گفت که برنامه آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی تأثیر بیشتری نسبت به آموزش مهارت‌های زندگی در حوزه افسردگی داشته است (جدول ۳). در تبیین این موضوع می‌توان گفت، از آنجا که آموزش راهبردهای مقابله با فشار

چنانکه در ردیف ۲ جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۱/۸۶، با یکدیگر در اضطراب و بیخوابی دارای تفاوت معناداری نیستند ($P > 0/05$). ولی گروه مهارت‌های زندگی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۳/۸۲-، و گروه راهبردهای مقابله با فشار روانی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۵/۶۸-، با یکدیگر دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/01$).

چنانکه در ردیف ۳ جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۲/۵۲، و گروه مهارت‌های زندگی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۱/۴۸، با یکدیگر در نارسایی عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری ندارند ($P > 0/05$). اما گروه راهبردهای مقابله با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۴-، با یکدیگر دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/01$).

بالاخره چنانکه در ردیف ۴ جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۴ (آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی بیش از آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش افسردگی مؤثر بوده است)، و گروه راهبردهای مقابله با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۲/۱۷-، با یکدیگر در افسردگی دارای تفاوت معناداری هستند ($P < 0/01$). اما گروه مهارت‌های زندگی با گروه گواه با تفاوت میانگین تعدیل شده برابر با ۱/۸۴، تفاوت معنادار ندارند ($P > 0/05$).

بحث

نتایج این پژوهش (جدول ۲ و ۳) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی دانشجویان دختر می‌شود. در این قسمت یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بوتوین و همکاران (۲۰۰۴ و ۲۰۰۶) به نقل از فتی و همکاران، (۱۳۸۵)؛ سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴)، زولینگر و همکاران (۲۰۰۶) و با پژوهش‌های داخلی نظیر یاری (۱۳۸۶) همسو است. در تبیین این موضوع باید گفت که آموزش مهارت‌های زندگی به‌صورت غیرمستقیم در کاهش اضطراب تأثیر می‌گذارد. زیرا اضطراب ناشی از نداشتن مهارت و پیش‌بینی موقعیت است. اگر ما ارزشمند بودن خود را مبتنی بر نحوه رفتار دیگران بدانیم، اشتباه بزرگی مرتکب شده‌ایم. اگر مردم با

است. از نظر پژوهشی به پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود که این پژوهش را با دوره پیگیری در میان دانشجویان دختر و پسر هر دو به مرحله اجرا در آورند تا از این طریق علاوه بر تعیین ثبات تأثیر آموزش‌های ارائه شده، نقش جنسیت را در تأثیر این نوع آموزش‌ها به‌طور علمی مشخص نمایند. در پایان باید در حوزه محدودیت‌های پژوهش به این مسأله اشاره کرد که نتایج حاصل از این پژوهش مربوط به دانشجویان دختر است، لذا در تعمیم یافته‌های آن به دانشجویان پسر و یا دانش‌آموزان دختر جوانب احتیاط در نظر گرفته شود.

منابع

- آنتونی، م.، ایرونسون، گ.، و اشنایدنرمن، ن. (۲۰۰۷). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری*. ترجمه حمیدطاهر نشاط‌دوست، سیدجواد آل‌محمد و سولماز جوکار. (۱۳۸۹)، چاپ اول، اصفهان؛ انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- بافنده فراملکی، ح. (۱۳۷۹). *مقایسه سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران*.
- بشارت، م.ع.، صالحی، م.، شاه‌محمدی، خ.، نادعلی، ح.، و زبردست، ع. (۱۳۸۷). *رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران. روان‌شناسی معاصر، ۳(۲)، ۳۸-۴۹*.
- تقوی، م.ر. (۱۳۸۰). *بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q.)*. *مجله روان‌شناسی، ۵ (۲۰/۴)*، ۳۸۱-۳۹۸.
- حاتمی، ح.، رضوی، م.، افتخار اردبیلی، ح.، مجلسی، ف.، سید نوزادی، م.، و پرزاده، م.ج. (۱۳۸۵). *کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد دوم*. چاپ دوم، تهران؛ انتشارات ارجمند.
- خلعتبری، ج. (۱۳۸۵). *آمار و روش تحقیق*. چاپ اول، تهران؛ نشر پردازش.
- دفاعی، م. (۱۳۷۶). *بررسی رابطه روشهای مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و سلامت روانی زوج‌های نابارور یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس*.
- طارمیان، ف. (۱۳۷۸). *مهارت‌های زندگی*. چاپ سوم، تهران؛ مؤسسه منادی تربیت.
- فتحی آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روانی*. چاپ اول؛ تهران؛ انتشارات بعثت.
- فتی، ل.، موتابی، ف.، محمدخانی، ش.، بوالهروی، ج.، و کاظم‌زاده عطوفی، م. (۱۳۸۵). *آموزش مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان. کتاب راهنمای مدرس*. چاپ اول، تهران؛ نشر دانژه.

روانی، وجه شناختی نیرومندتری در مقایسه با آموزش مهارت‌های زندگی دارد، لذا بر افسردگی دانشجویان تأثیر بیشتری داشته است. همان‌گونه که تازه‌ترین یافته‌های علوم شناختی نشان می‌دهد (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۹)، تغییر افکار بیشترین نقش را در برطرف کردن مشکلات خلقی داشته و مشکلات خلقی برطرف شده، بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی خواهند داشت. ناتوانی در مقابله مسأله‌مدار با فشارهای روانی می‌تواند اختلالات جدی در شناخت و در نتیجه بر سلامت عمومی پدید آورد. بنابراین مدیریت فشار روانی و آموزش آرمیدگی به‌خوبی می‌تواند با خنثی کردن برخی از تأثیرات عوامل فشارآور و پاسخ به این عوامل، به عملکرد روان‌شناختی و فیزیولوژیک فرد کمک کند. به علاوه حل مسأله که یک فرایند شناختی- رفتاری است باعث می‌شود تا فرد راه‌حل‌های مؤثر یا سازگارانه‌ای برای مسائل روزمره خویش پیدا کند. به این ترتیب حل مسأله یک فرایند آگاهانه، منطقی، تلاش‌بر و هدفمند است که ممکن است بر حالات خلقی و سطح افسردگی افراد مؤثر باشد.

در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی باعث افزایش سلامت عمومی دانشجویان می‌شود (کاهش اضطراب و بی‌خوابی، افزایش عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی) و آنها را در مقابل مشکلات دوران دانشجویی مقاوم می‌سازد. بنابراین با توجه به اثربخشی این‌گونه آموزش‌ها می‌توان پیشنهادهای زیر را ارائه داد: با توجه به اینکه اغلب مشکلات و مسائلی که دانشجویان در حین تحصیل با آنها مواجه می‌شوند بر اثر آشنا نبودن آنان با مهارت‌های زندگی است، برگزاری کارگاهها و کلاس‌های آموزش این مهارت‌ها در دانشگاهها برای دانشجویان کمک شایانی برای ارتقای سطح سلامت روان آنها است. همچنین برنامه آموزش مهارت‌های زندگی ممکن است از طریق رسانه‌های گروهی به‌عنوان یک برنامه آموزشی همگانی برای افزایش سطح آگاهی مردم به‌کار گرفته شود. همچنین سازمانها و مؤسسات دیگر فرهنگی و اجتماعی نیز می‌توانند از طریق برگزاری کارگاههای آموزش مهارت‌های زندگی نسبت به بالا بردن آگاهی دانشجویان به‌منظور افزایش مهارت‌های آنان اقدام نمایند. در کنار برگزاری دوره‌های آموزشی در حوزه مهارت‌های زندگی، برگزاری کارگاههای مدیریت فشار روانی برای دانشجویان نیز در دانشگاهها و مراکز آموزشی دیگر در سطح جامعه نیز برای ارتقای سلامت روان آنها بسیار مثرتر

- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. UK: NFER-Nelson.
- McMahon, C.A., Gibson, F.L., Allen, J.L., & Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4), 1168-1174.
- Skinner, E.A., & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping. *The Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Smith, E.A., Swisher, J.D., Vicary, J.R., Bechtel, L.J., Minner, D., Henry, K. L., & Palmer, R. (2004). Evaluation of life skills training and infused-life skills training in a rural setting: Outcomes at two years. *Journal of Alcohols & Drug Education*, 48(1), 51-70.
- Steger, M.F., Mann, J.R., Michels, P., & Cooper, T.C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 353 – 358.
- Turner, N.E., Macdonald, J., & Somerset, M. (2008). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for prevention of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 367-380.
- UNICEF. (2007). Which skills are life skills? Available at: http://www.unicef.org/life_skills.
- Vajda, J., & Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeated suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 437-445.
- World Health Organization. (1994). *Life skills education in schools*. Geneva: World Health Organization.
- Yoo, H.C., & Lee, R.M. (2005). Ethnic, identity and approach -type coping as moderates of the racial discrimination/well-being relation in Asian Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 497-506.
- Zollinger, T.W., Saywell, R.M. Jr., Muegge, C.M., Wooldridge, J.S., Cummings, S.F., & Caine, V.A. (2006). Impact of the life skills training curriculum on middle school students tobacco use in Marion County, Indiana, 1997-2000. *Journal of School Health*, 73(9), 338-346.
- ناصری، ح.، و نیک‌پرور، ر. (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهداشت روانی دانشجویان. دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۲ و ۱۳ اسفندماه ۱۳۸۳.
- نوربالا، ا.ع.، باقری یزدی، ع.، و محمد، ک. (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانپزشکی در شهر تهران -۱۳۸۰. مجله پژوهشی حکیم، ۱۱(۴)، ۵۳-۴۷.
- نویدی، ا. (۱۳۸۵). آزمون تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های خود نظم‌دهی خشم، سازگاری و سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران. رساله دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- یاری، س. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل در نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن.
- Chang E, M.L., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., & et al. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1354-1362.
- Everly, G.S., & Lating, J.M. (2002). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Publisher.
- Fife, B.L., Scott, L.L., Fineberg, N.S., & Zwickl, B.E. (2008). Promoting adaptive coping by person with HIV disease. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 75-84.
- Forneris, T., Danish, S.J., & Scott, D.L. (2007). Setting goals, solving problems and seeking social support. *Pub med Adolescence*, 42(165), 103-114.
- Francis, L., Robinns, M., Lewis, C.A., Quigley, C.F., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate student: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Personality and Individual Differences*, 37, 485-494.
- Gerven, C., Chamorro-Premuzic, T., Arteche, A., & Furnham, A. (2008). A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: The big five, trait emotional intelligence and humor styles. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1562-1573.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.