

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی ایتام نوجوان

محمد صادقی*، احمد علی پور**، احمد عابدی***، نظام‌الدین قاسمی****

مقدمه: هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (خودآگاهی، تصمیم‌گیری و حل مسئله، روش‌های مقابله با استرس، روابط بین فردی و کنترل خشم) بر ابعاد کیفیت زندگی ایتام نوجوان پسر و دختر بود.

روش: پژوهش آزمایشی حاضر همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را ایتام نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله تحت پوشش کمیته امداد امام‌خمينی در شهر اصفهان تشکیل دادند. نمونه‌گیری، با مراجعه به لیست اسامی ایتام تحت پوشش این سازمان و به روش نمونه‌گیری تصادفی (۶۰ نفر) انجام شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (دو گروه آزمایش و دو گروه کنترل هر یک شامل ۱۵ پسر و ۱۵ دختر). ابزار پژوهش، شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-100) و پرسش‌نامه دموگرافیک بود. دو گروه آزمایش در پانزده جلسه دو ساعته طی سه ماه و به صورت جداگانه تحت آموزش مهارت‌های زندگی (بسته آموزشی یونیسف) قرار گرفتند. آزمون تی و تحلیل هم‌پراکنش یک‌متغیره (ANCOVA) برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی ایتام مؤثر بوده است ($p < 0/01$). همچنین تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از لحاظ میزان اثربخشی برنامه آموزشی وجود ندارد. در مرحله پس‌آزمون، آموزش مهارت‌های زندگی همه ابعاد کیفیت زندگی را جز بعد سلامت جسمی، افزایش داد.

بحث: علاوه بر حمایت‌های سنتی و مادی رایج، لازم است برای حمایت کیفی از ایتام نوجوان، کیفیت زندگی آنان را با آموزش مهارت‌های زندگی افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: ایتام نوجوان، کیفیت زندگی، مهارت زندگی.

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۷/۰۱

* دانشجوی دکتری مدیریت بحران، پژوهشگاه شاخص پروژه اصفهان.

** دکتر روان‌شناس، دانشگاه پیام نور، تهران.

*** دکتر روان‌شناس، دانشگاه اصفهان.

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان. <nezamghasemi@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

مقدمه

شاید دشوارترین دوره حیات انسان، دوران نوجوانی است (پرویز شریفی، ۱۳۸۷) و نبود پدر، سبب عوارض جبران ناپذیری در این دوران و دوران‌های بعدی زندگی می‌شود. نبود پدر علاوه بر افزایش استرس‌های دوران نوجوانی، زمینه‌ساز ایجاد بحران و مشکلات روانی فراوان در این افراد می‌شود (وتزل، ۱۹۹۳). از شاخص‌های اجتماعی روان‌شناختی اساسی که در این افراد آسیب می‌بیند و دچار افت می‌شود، کیفیت زندگی آنان است.

کیفیت زندگی، مفهومی وسیع‌تر از صرف وجود سلامتی است (عبداللهی و محمدپور، ۱۳۸۵) و شامل شاخص‌هایی همانند سلامت خوب، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت (پترمن و سلا، ۲۰۰۳)، سلامت روان، سلامت بدن، زندگی مناسب خانوادگی، زندگی مناسب اجتماعی، آب‌وهوا و فضای مناسب، امنیت شغلی، آزادی، تساوی جنسیتی، امنیت و ثبات سیاسی است. با این حال، کیفیت زندگی بیش از هر چیز، موضوعی نسبی است (اکونومیست، ۲۰۰۵؛ به نقل از: خوارزمی، ۱۳۸۶). کیفیت زندگی به عنوان رضایت کلی فرد از زندگی‌اش و حس عمومی از سلامت شخصی‌اش تعریف می‌شود (روباک، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی از لحاظ روان‌شناختی، تفاوت شناختی آگاهانه درباره رضایت هر فرد از زندگی خود است (کارسول و همکاران، ۲۰۰۰).

محققان بر این باورند مفهوم کیفیت زندگی، تعریف واحدی نداشته و ماهیتی چند بعدی دارد و عوامل مختلف می‌تواند کیفیت زندگی افراد را مختل کند؛ اما برخورداری از بسیاری توانمندی‌ها و مجهز شدن به آن‌ها، علاوه بر جلوگیری از افت کیفیت زندگی، باعث ارتقای شاخص‌های آن نیز می‌شود (خوارزمی، ۱۳۸۶). در این زمینه، زندگی (۱۳۸۲) نشان داد با اصلاح باورهای افراد و واقعی‌تر کردن آرزوها و صرف نظر کردن از بعضی آرزوها، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد؛ به گونه‌ای که آموزش مهارت‌های جدید به افراد افسرده و بحث با آنان درباره علاقه‌مندی‌هایشان، کیفیت زندگی آنان را به طور معنی‌داری افزایش داده است (گران‌ت و همکاران، ۱۹۹۳).

همه افراد در مسیر زندگی با مشکلات و موانعی روبه‌رو می‌شوند که ممکن است کیفیت زندگی آنان را دستخوش تغییر قرار دهد؛ اما نحوه رویارویی آن‌ها با مشکلات بسیار متفاوت است. برخی افراد در رویارویی با مشکلات زندگی، فاقد توانایی و مهارت‌های لازم هستند و همین موجب آسیب‌پذیری آنان می‌شود. در اختیار داشتن منابع و مهارت‌ها به انسان کمک می‌کند تا به بهترین شکل ممکن، از عهده مشکلات خود برآید (جهانی و همکاران، ۱۳۹۰). مهارت‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف عاقلانه و صحیح رفتار کند؛ به طوری که آرامش داشته باشد و لذت ببرد و با دیگران ارتباط سازگاران و مفیدی داشته باشد (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۰) و بدون توسل به خشونت بتواند مسائل پیش‌آمده را حل کند و ضمن کسب موفقیت در زندگی و احساس شادابی، در نهایت کیفیت زندگی مطلوب را داشته باشد (الیاس، ۱۳۸۲). در این بین، مرگ یکی از نزدیکان خصوصاً پدر، با توجه به اهمیت نقش وی در خانواده از سویی و سن فرد داغ‌دیده از سوی دیگر، از منابع استرس‌زای اصلی و عمده زندگی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های زندگی به افراد در مواقع مواجهه با این استرس‌های شدید، به آنان کمک می‌کند تا توانایی‌ها، معلومات، گرایش‌ها و مهارت‌های لازم برای زندگی موفق و سالم و بدون استرس را در خود پرورش دهند (سپولودا و همکاران، ۲۰۰۸). آموزش مهارت‌های زندگی، سبب کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در نوجوانان می‌شود (مگنانی و همکاران، ۲۰۰۵) و سازگاری اجتماعی را افزایش می‌دهد (ناصری و همکاران، ۱۳۸۳). این آموزش‌ها توانایی مسئولیت‌پذیری و تعهد را افزایش می‌دهد (الیاس، ۱۳۷۹). آموزش مهارت‌محور، سبب بهبود مهارت‌ها می‌شود و از این طریق کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (برچارد و همکاران، ۲۰۰۳؛ گورمن، ۱۹۹۷). این آموزش‌ها به طور معنی‌داری شادمانی و سازگاری را بهبود می‌بخشد (اهرامیان، ۱۳۸۹). نوجوانان یتیم به دلیل وضعیت خاص (محرومیت‌ها و محدودیت‌های مضاعف) نسبت به دیگر افراد اجتماع، از کامیابی (خشنودی و رضایت) کمتر برخوردارند و نسبت به

خانواده‌های دیگر مستعد صدمه‌پذیری بیشتر و نیازمند حمایت‌های چندجانبه هستند. در حال حاضر، بیشتر حمایت‌های ارائه شده به این خانواده‌ها کمی و مادی و سنتی است و نیازهای این گروه فراتر از حمایت‌های فعلی است. با ارائه آموزش مهارت‌های زندگی و افزایش توانمندی آن‌ها، انتظار می‌رود کامیابی آن‌ها از زندگی بیشتر شود. با توجه به مسائل ذکر شده، پژوهش حاضر به دنبال بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی ایتم نوجوان است تا به این پرسش‌ها پاسخ دهد:

۱. آیا آموزش مهارت‌های زندگی، ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط، مذهب و معنویت) را افزایش می‌دهد؟

۲. آیا پس از آموزش مهارت‌های زندگی، بین ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط، مذهب و معنویت) پسران نسبت به دختران، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

امید است ارگان‌های حمایتی از نتایج این پژوهش به عنوان روش کیفی مکمل شیوه‌های حمایتی کمی و سنتی فعلی استفاده کنند.

روش

پژوهش آزمایشی حاضر به روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را ایتم نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله پسر و دختر شهر اصفهان که تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی قرار داشتند، تشکیل دادند. از لیست اسامی آنان و به روش تصادفی ساده، تعداد ۶۰ نوجوان یتیم که مایل به شرکت در برنامه بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش و گروه کنترل، هر یک شامل ۱۵ پسر و ۱۵ دختر بود. معیارهای ورود و خروج آزمودنی‌ها، عبارت بود از: دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، قرار داشتن تحت حمایت کمیته امداد، مجرد بودن، گذشت حداقل یک

سال از فوت پدر، محصل بودن، زندگی در خانواده تک‌والدی، نداشتن استرس‌های شدید در شش ماه گذشته و سلامت جسمانی و شرکت نکردن در برنامه‌های مشاوره‌ای دیگر. به منظور اجرای پژوهش، بعد از تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه آزمایش و کنترل، برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی طراحی و برنامه‌ریزی شده توسط یونیسیف طی سه ماه و به مدت پانزده جلسه دوساعته در دو گروه پسران و دختران آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار باقی ماند. این برنامه شامل مهارت خودآگاهی، مهارت تصمیم‌گیری و حل مشکل، مهارت برقراری رابطه مؤثر و روابط بین فردی، مهارت روش‌های مقابله با استرس و مهارت کنترل خشم بود. در نهایت، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جلسات آموزشی را کارشناس ارشد روان‌شناسی آموزش‌دیده، به صورت دوسرکور انجام داد. گروه کنترل در پایان پژوهش توسط پژوهشگر تحت همین برنامه آموزشی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از: پرسش‌نامه دموگرافیک (شامل پرسش‌هایی نظیر سن و جنس و زمان فوت پدر) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100): مفروضه اساسی مقیاس کیفیت زندگی (QOL) این است که رفتارهای فرد در پاسخ به جنبه‌های خاص محیطی، معرف کیفیت زندگی تلقی شده است. در سال ۱۹۹۱، سازمان بهداشت جهانی شروع به اجرای پروژه‌ای کرد که هدف آن ایجاد ابزار کیفیت زندگی در پانزده کشور بود. هدف این پژوهش بین‌المللی، رسیدن به تعریفی کلی برای کیفیت زندگی و ساخته شدن وسیله اندازه‌گیری به شکل پرسش‌نامه بود که در گروه‌های فرهنگی مختلف استفاده پذیر باشد (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-100) ویژگی‌های منحصر به فردی دارد. اول این‌که این ابزار با همکاری سازمان بهداشت جهانی و حدود پانزده مرکز بین‌المللی تهیه شده است. در واقع معیار سنجش، بین‌المللی است؛ به علاوه، چون به روش خود سازمان بهداشت جهانی

ترجمه شده است، در زبان‌های مختلف از لحاظ تکنیکی ادراکی و علم معانی یکسان است. این ابزار در حال حاضر، به پانزده زبان در دسترس است.

شکل اولیه پرسش‌نامه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و فرم اولیه ۱۰۰ پرسشی آن در سال ۱۹۹۵ و فرم نهایی ۱۰۰ پرسشی آن نیز در سال ۱۹۹۷ کامل شده است. این ابزار هم‌اکنون درباره بیش از ۱۰ هزار بیمار و فرد سالم در ۳۰ کشور دنیا اجرا شده است (اسگوینگتون و همکاران، ۱۹۹۹). این پرسش‌نامه ۶ حیطه گسترده دارد: سلامت جسمانی؛ سلامت روانی؛ میزان استقلال؛ روابط اجتماعی؛ وضع محیطی؛ معنویات. هر یک از این حیطه‌ها چندین زیرمجموعه را شامل می‌شود که در مجموع ۲۴ زیرمجموعه، تشکیل دهنده این پرسش‌نامه هستند. هر زیرمجموعه با ۴ پرسش ۵ گزینه‌ای سنجیده می‌شود. علاوه بر این‌ها، ۴ پرسش نیز سلامت و کیفیت زندگی کلی (سلامتی عمومی) را می‌سنجد؛ بنابراین پرسش‌نامه مزبور ۱۰۰ پرسش دارد. پرسش‌های این پرسش‌نامه با مقیاس لیکرت درجه‌بندی می‌شود. روایی و پایایی ابزار فوق در مطالعات متعددی در داخل و خارج کشور به دست آمده است. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای در هنگ‌کنگ برای اعتبارسنجی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (لیونگ و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعات سازمان بهداشت جهانی برای سنجش خصوصیات روان‌سنجی این پرسش‌نامه که در ۱۶ کشور انجام شد، میزان آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۰ گزارش شده است (لیونگ و همکاران، ۲۰۰۹). کارایی این پرسش‌نامه در امریکا، در تحقیقی بررسی شد و یافته‌ها نشان داد پرسش‌نامه به تغییر وضعیت بالینی حساس است. پایایی درونی از طریق هم‌بستگی این پرسش‌نامه با فرم کوتاه ۳۶ پرسش نیم‌رخ کیفیت زندگی و کیفیت زندگی ذهنی در توانایی تمایز دادن بین نمونه‌های مختلف تأیید شد. ساختار مفهومی این پرسش‌نامه نیز تأیید شد (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران، کریملو و همکاران (۱۳۸۹) با ترجمه این پرسش‌نامه به زبان فارسی و بررسی ساختارهای روان‌سنجی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آوردند. همچنین، آنان هم‌بستگی گسترده ابعاد پرسش‌نامه را گزارش کردند و این‌که

پرسش‌نامه روایی تشخیصی بالایی دارد. داده‌های به دست آمده از پژوهش، با استفاده از روش‌های آماری توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی (آزمون تی و تحلیل هم‌پراکنش) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک در جدول ۱ آمده است. آزمون تی و ضریب معنی‌داری هم‌بستگی، نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، مدت زمان از دست دادن والد، ترتیب تولد و جمعیت خانواده، تفاوت و رابطه معنی‌داری وجود ندارد و پیش‌آزمون به عنوان متغیر مداخله‌گر کنترل شد. این متغیرها اثر تعدیل‌کنندگی بر متغیر مستقل ندارند. اثر متغیرهای میزان درآمد و تحصیلات به دلیل همسانی (شرط دامنه سنی نوجوانان یتیم زیر پوشش کمیته امداد و میزان درآمد کمتر از ۱۰۰ هزار تومان در ماه، به علت پیش‌شرط قرار داشتن تحت پوشش امداد) حذف شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل.

انحراف معیار		میانگین		تعداد		مقیاس‌های کیفیت زندگی
گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	
۳/۳۹	۵/۵۸	۲۸/۳۶	۲۷/۵۳	۳۰	۳۰	کیفیت زندگی ازدید آزمودنی
۱۰/۷۹	۸/۳۱	۴۰/۸۳	۴۳/۳۶	۳۰	۳۰	حیطه جسمانی
۱۱/۷۸	۱۳/۳۳	۷۳/۳۶	۶۹/۳۶	۳۰	۳۰	حیطه روانی
۱۲/۶۴	۹/۸۱	۴۹/۱۳	۵۷	۳۰	۳۰	میزان استقلال
۸/۶۳	۸/۷۸	۳۳/۵۶	۳۹/۳۶	۳۰	۳۰	روابط اجتماعی
۱۹/۴۰	۲۱/۵۶	۸۲/۵۳	۹۲/۲۰	۳۰	۳۰	محیط
۳/۹۶	۳/۳۰	۱۲/۲۳	۱۴/۲۰	۳۰	۳۰	معنویات

برای بررسی اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی ایتام، از تحلیل هم‌پراکنش استفاده شد. قبل از تحلیل هم‌پراکنش، پیش‌فرض برابری پراکنش با آزمون لوین انجام شد و مشخص شد این پیش‌فرض تأیید می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل هم‌پراکنش تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن.

متغیر	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا	توان آماری
کیفیت زندگی از دید آزمودنی	۱۱۱/۴۸	۱	۱۱۶/۴۴	۱۰/۷۴	<۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۸۹	
حیطه جسمی	۸۳/۰۲	۱	۸۳/۰۲	۱/۵۸	۰/۲۱	۴۵/۰	۰/۲۳	
حیطه روانی	۸۳۹/۴۸	۱	۸۳۹/۴۸	۱۳	<۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۹۴	
میزان استقلال	۸۷۰/۳۴	۱	۸۷۰/۳۴	۶/۵۱	<۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۷۰	
روابط اجتماعی	۶۶۷/۸۵	۱	۶۶۷/۸۵	۱۲/۱۰	<۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۹۲	
محیط	۲۳۲۴/۲۹	۱	۲۳۲۴/۲۹	۷/۰۱	<۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۷۳	
معنویات	۱۴۴/۳۸	۱	۱۴۴/۳۸	۲۶/۲۵	<۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹	
نمره کل کیفیت زندگی	۴۱۱۸۹/۰۵	۱	۴۱۱۸۹/۰۵	۶۲/۳۶	<۰/۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰	

آموزش مهارت‌های زندگی بر همه ابعاد کیفیت زندگی کلی ایتام نوجوان مؤثر بود ($p < ۰/۰۱$) و فقط در زیرمقیاس حیطه جسمانی این تفاوت معنی‌دار ($p = ۰/۲۱$) نیست (جدول ۲).

جدول ۳. نتایج تحلیل هم‌پراکنش تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی (زیرمقیاس‌ها) در دو جنس.

متغیر	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار p	ضریب اتا	توان آماری
کیفیت زندگی از دید آزمودنی	۰/۴۹	۱	۰/۴۹	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۵	
حیطه جسمی	۶/۹۲	۱	۶/۹۲	۰/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۷۱	۰/۶	
حیطه روانی	۳۱/۷۴	۱	۳۱/۷۴	۰/۵۰	۰/۰۰۹	۰/۴۸	۰/۱۰	
میزان استقلال	۵۸/۷۸	۱	۵۸/۷۸	۰/۴۴	۰/۰۰۸	۰/۵۱	۰/۱۰	
روابط اجتماعی	۱۸۱/۰۵	۱	۱۸۱/۰۵	۳/۲۸	۰/۰۵۰	۰/۰۷	۰/۴۲	
محیط	۸۰/۱۵	۱	۸۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۰۰۴	۰/۶۲	۰/۰۷	
معنویات	۰/۸۹	۱	۰/۸۹	۰/۱۶	۰/۰۰۳	۰/۶۸	۰/۰۶	
نمره کل کیفیت زندگی	۲۳۲/۸۹	۱	۲۳۲/۹۸	۰/۳۵	۰/۰۰۶	۰/۵۵	۰/۰۹	

دو جنس در نمره کل کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی از دید آزمودنی، حیطة جسمانی، حیطة روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط و معنویت در مقدار $p < 0/01$ تفاوتی نداشتند؛ یعنی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی ایتمام نوجوان پسر و دختر در اصفهان به جنسیت وابسته نیست (جدول ۳).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش کیفیت زندگی ایتمام نوجوان مؤثر بوده است. این یافته هم‌راستا با یافته‌های خوارزمی (۱۳۸۶)، زندی (۱۳۸۲)، گورمن (۱۹۹۷)، گرانت و همکاران (۱۹۹۳)، برچارد و همکاران (۲۰۰۳) است. خوارزمی (۱۳۸۶) و زندی (۱۳۸۲) در پژوهش خود نشان دادند واقعی‌ترکردن آرزوها و صرف‌نظرکردن از بعضی آرزوها کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و بهبود مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (گورمن، ۱۹۹۷). برچارد و همکاران (۲۰۰۳) تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌محور را در تحقیقی بر بیست زوج بررسی کردند. نتایج نشان داد کیفیت زندگی زوجینی که در این برنامه‌ها شرکت کردند، بهبود یافته است. در زمینه دلایل تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی ایتمام نوجوان، می‌توان گفت در این برنامه به نوجوانان مهارت‌های خودآگاهی، تصمیم‌گیری و حل مسئله، روش‌های مقابله‌ای، کنترل خشم، روابط بین فردی آموزش داده شد. آموزش مهارت‌های زندگی مؤثر بر کیفیت زندگی، آگاهی فرد را از جنبه‌های مختلف زندگی افزایش می‌دهد. بدین ترتیب، توجه به مؤلفه‌های کیفیت زندگی مانند توجه به جسم، روان، میزان استقلال، روابط اجتماعی، موقعیت محیطی و معنویات و ارزش‌ها در زندگی ممکن است مقاومت و توانمندی افراد را افزایش داده و سازگاری آن‌ها را با مشکلات مرتبط با فقدان پدر در زندگی افزایش دهد. این موضوع به نوبه خود سبب افزایش رضایت از زندگی می‌شود. از طرفی، شرکت در گروه‌های آموزشی و تبادل نظر در زمینه مشکلات و احساس همدردی

با دیگران، آن‌ها را برای یافتن راه‌حلی برای مشکلات امیدوارتر می‌کند. نتایج پژوهش نشان داد اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی ایتام هر دو جنس یکسان است. این یافته با نتایج پژوهش‌های تروکسل و همکاران (۲۰۰۷)، اسپوت (۲۰۰۶)؛ به نقل از: غلامعلیان، (۱۳۸۸)، اندروز (۱۹۹۹)، کیسر (۱۹۹۹)، یلسما (۱۹۸۴)، بیچ و همکاران (۲۰۰۳)؛ به نقل از کونگ، (۲۰۰۰) همخوانی دارد. تروکسل و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود که به مطالعه هم‌بستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌پرداخت، دریافتند بین مردان و زنان تفاوتی وجود ندارد. اسپوت (۲۰۰۶) ریشه‌های تفاوت‌های جنسیتی در کیفیت زندگی زناشویی را بررسی کرد و نشان داد فاکتورهای ژنتیکی و غیرمحیطی بر کیفیت زندگی زناشویی مؤثر هستند و بین مردان و زنان در سطوح تأثیر عوامل ژنی و غیرژنی بر کیفیت زندگی زناشویی، تفاوت‌های کمی وجود دارد. اندروز (۱۹۹۹) و کیسر (۱۹۹۹) در پژوهش‌های خود دریافتند بین مردان و زنان دو گروه آزمایش و کنترل از نظر حمایت اجتماعی و آموزش حل مسئله و ارتباطات تفاوتی وجود ندارد. این نتایج در پیگیری یک سال بعد پژوهش کیسر هم گزارش شده است. شایان ذکر است تفاوت‌نداشتن در اثربخشی برنامه آموزشی برحسب جنسیت شاید از آنجا باشد که هر دو جنس مشارکت فعالانه‌ای داشتند و دیدگاه‌های خود را به نحو خوبی بیان می‌کردند و تکالیف را انجام می‌دادند. پژوهشگر این موضوع را به استقبال کافی و فراتر از نقش جنسیتی از برنامه نسبت می‌دهد. از طرفی، بسته آموزشی نیز توانسته است پاسخ‌گوی نیاز هر دو جنس باشد و نیز همسان نبودن تغییرات در دو جنس به دلیل تفاوت‌های فردی (توانمندی‌ها و مهارت‌های متفاوت، نیازهای متفاوت، علایق، ارزش‌ها و ترجیحات و فرهنگ‌های متفاوت، شیوه فرزندپروری، آموزه‌ها و اعتقادات متفاوت و اوضاع روانی متفاوت آزمودنی‌ها) مطرح است. زمانی که نوجوانان یاد گرفتند مهارت‌های آموخته شده را در زندگی خود به کار ببرند، هر دو احساس بهتری درباره خود و اطرافیان خواهند داشت. در این ارتباط، کیمولی و استیول (۲۰۰۲) مشخص کردند در بُعد بهزیستی ذهنی و کیفیت

زندگی، متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت، مذهب و... در ارتقا و پیشرفت این دو متغیر نقش دارند.

نتایج تحلیل نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی نظیر سلامت جسمانی، حیطة روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، وضعیت محیط و اعتقادات مذهبی ایتم نوجوان در شهر اصفهان تأثیر داشته و آن را به طور معنی‌داری افزایش داده است. معمولاً در هر آموزشی آگاهی افراد افزایش و نگرش آن‌ها تغییر می‌یابد و به تغییر رفتار منجر می‌شود. به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های زندگی، آگاهی نوجوانان را درباره مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تأثیر آن بر سلامتی افزایش داده و بی‌توجهی آنان را به جسم و روان خود کاهش داد. آموزش مهارت‌های زندگی، نگرش آنان را به زندگی و تأثیرات آن تغییر داده و باعث تغییر رفتار شده است. وقتی نوجوانان تأثیر آموزش را بر جسم و روان خویش احساس کنند، با رغبت بیشتری به آن‌ها می‌پردازند. دلیل احتمالی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی، توجه افراد به سلامت جسمی و روانی و افزایش مسئولیت‌پذیری آنان در قبال رفتار خویش است. در واقع این بُعد کیفیت زندگی، نظر نوجوانان را درباره کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی عمومی خود می‌سنجد. نتایج نشان می‌دهد نوجوانان با آموزش مهارت‌های زندگی، به نگرش بهتری به کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی خود رسیده‌اند و وضعیت خود را بهتر ارزیابی می‌کنند. شرکت‌کنندگان دریافتند عامل بیشتر پیروزی‌ها و شکست‌ها خودشان هستند و برای رسیدن به اهدافشان تلاش بیشتری شروع کردند. این یافته با نظریه منبع کنترل مطابقت دارد. در این باره، مطالعات نشان دهنده آن است که وجود تعاملات اجتماعی (رسمی و غیررسمی)، احساس رضایت از زندگی، حمایت توسط دیگران و احساس تعلق به گروه را افزایش داده که در نتیجه همه این‌ها، در ایجاد و افزایش شادمانی افراد بسیار مؤثر است (آرگایل، ۱۳۸۲). آموزش مهارت‌های زندگی به دلیل ایجاد مهارت‌ها و اطلاعات جدید، تغییراتی در تفکر، رفتار، دیدگاه، علایق، ارزش‌ها و اولویت‌های فردی به وجود آورده که به احساس

بهبتر منجر می شود. از محدودیت های پژوهش می توان به این ها اشاره کرد: غربالگری نکردن ایتم برحسب شاخص های روان شناختی، مقایسه نکردن برنامه آموزشی با برنامه های آموزشی دیگر که در گذشته درباره ایتم استفاده می شده و مقایسه با نوجوانان غیر یتیم و وجود متغیرهای مداخله گر که به دلیل وضعیت ایتم کنترل برخی از آنان مقدور نیست. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی با کنترل بیشتر متغیرها، اثربخشی آموزش های شناختی رفتاری و مهارت آموزی، برحسب وضعیت ایتم و شناسایی شاخص های آسیب دیده در کیفیت زندگی آنان بیشتر توجه شود.

- اهرمیان، ا. (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش رویکرد راه حل محور به شیوه گروهی بر شادمانی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر بوشهر، نشریه پژوهش‌های مشاوره، ش ۳۶: ۲۸ تا ۳۶.
- کاظمی پ. و همکاران (۱۳۹۰) بررسی اثربخشی برنامه ارتقای کیفیت زندگی زوجین بر رضایتمندی زناشویی و سلامت روان، مجله پژوهش‌های روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد، ش ۲: ۷۱ تا ۸۶.
- جهان ملکی، س. و همکاران. (تابستان ۱۳۹۰) رابطه سطح آگاهی از مهارت‌های زندگی با باورهای خود کارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، مجله پژوهش‌های نوین روان‌شناختی (روان‌شناسی دانشگاه تبریز)، ۶ (۲۲): ۱۹ تا ۴۹.
- درآمدی پرویز شریفی، (۱۳۹۰) مقایسه وضعیت بهداشت روانی نوجوانان طلاق و یتیم محروم از مادر و عادی سنین بین ۱۵ تا ۱۸ سال شهر اصفهان، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، ش ۸: ۷۲ تا ۹۸.
- کریملو، م. صالحی، م. زابری، ف. و همکاران (۱۳۸۹)، توسعه نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۱۰۰- فصلنامه علمی پژوهشی توان‌بخشی، دوره ۱۱، ش ۴.
- آرگایل، م. (۱۳۸۳)، روان‌شناسی شادی (ترجمه انارکی و همکاران)، چ دوم، اصفهان، جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- خوارزمی، ش. (۱۳۸۶)، بهبود کیفیت زندگی و آموزش خرد زندگی، رهیافت و گفتمان از دیدگاه جنبش آینده‌نگری ایران، درج در: www.Ayandehnegar.org
- خوارزمی، ش. (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی و انقلاب دیجیتال. درج در وبگاه آینده‌نگر به نشانی: www.Ayandehnegar.org
- زندی، س. (۱۳۸۲)، بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به افسردگی یا گروه شاهد، در سال ۱۳۸۱، در اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دکترای حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- عبداللهی، ف. و محمدپور، ع. (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم

- در منزل و سرای سالمندان در شهرستان ساری در سال ۱۳۸۴، دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، دانشکده شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.
- قنبری جلفایی، (۱۳۸۵)، بررسی ارتباط بین میزان درد مزمن و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۵، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دکترای حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- نجات، س. و دیگران. (زمستان ۱۳۸۵) استانداردهای پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL) ترجمه روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره ۴، ش ۴: ۱ تا ۱۲.
- هادیانفرد. ح. (۱۳۸۴)، احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)، س ۱۱، ش ۲: ۲۲۴ تا ۲۳۲.
- هانتر، ک. (۱۳۷۸)، آموزش مهارت‌های زندگی، (ترجمه عبدالله‌زاده) تهران، سازمان بهزیستی کشور و یونیسف.
- الیاس، م. (۱۳۷۹) یادگیری و آموزش مهارت‌های اجتماعی و عاطفی (مهارت‌های زندگی)، (ترجمه فرهنگیان)، تهران، پویش.
- ناصری ح. و نیک پور، ر. (۱۳۸۳)، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهداشت روان دانشجویان، در: مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۲۹۱ تا ۲۸۹.
- Anderson, K. L. Burchhatdt, C. S (1999), Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research, *Journal of advanced Nursing*, 29, 2: 298- 306
- Beach, S. (2003), Affective disorders, *Journal of Family and Marital Therapy*, 29, 2: 247-262.
- Berchard, G. A., Yarhouse, M. A. Kilian, M. K., Worthington, E. L. (2003), A study of to marital enrichment programs and couples quality of life, *Journal of Psychology and Theology*, 31, 3: 240-252.
- Bonomi, A. E., et al (2000), Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument,

- Journal of Clinical Epidemiology*, 20, 3: 485-493.
- Goodman, M. et al (1997), Factor structure of Quality of life: the Lehman interview, *Evaluation and program planning*, 20: 47-48.
 - Grant, G. M. et al (1993), Effectiveness of quality of life therapy for depression, *Psychological report*, 76: 1203-8.
 - Karlsson, I. et al. (2000), sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery longitudinal study, *Advance Nursing*, 31: 6.
 - Keyes, C. L. M. (1998), Social well-being, *Social psychology Quarterly*, 61, 121-140.
 - Kimweli, D. M. S; Stilweli, W. E. (2002), Community subjective well-being, *personality traits and quality of life*, therapy.
 - Kung, W. w. (2000), The intertwined relationship between depression and marital distress: Elements of marital therapy conducive to effective treatment outcome. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 26, 1: 51-62
 - Leung K, F. (2005), Development and Validation of Interview Version of The Hong Kong Chinese WHOQOL-BRER., *Quality of Life Research*, 14 (5): 1413-9.
 - Magnani, R. Macntyrar, K. (2005), The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviors, *Journal of Adolescent Health*, 36 (4): 289-304.
 - Markman, H, Halford, W. K. (2005), International perspectives on couple relationship education family process, in: www.Findarticles.com.
 - Peterman, A. H, Cella, D. (2003), *Evaluation of quality of life*, *In uptodat*, 25 (3).
 - Robebuck, A. C. (2001), Health related quality of life after myocardial infarction an interview study, advanced medical scarpello, V & Campbell, J. (1983), jobsatisfaction are all the parts there? *personality psychology*, 26, 577-600.
 - Skevington, S. et al, (1999), Selecting national items for the WHOQOL: conceptual and psychometric considerations, *Social Science & Medicine*, 48, 473-487.
 - Social indicators research, 60, 1-3, 193.
 - Sepulveda, A, R, Lopez, C (2008), Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based life skills training for carers of people with an eating disorder. *international Journal of eating disorder*, 41 (4): 318-325.
 - Troxel, W.M. et al (2007), Marital quality and the marital bed: Examining the covariation between relationship quality and sleep, *Sleep Medicine Reviews*, 11, 5: 389-404
 - Wetzel, R. (1993), Hopelessness, depression, and suicide intent, *Archives of general psychiatry*, 33: 1069-1073.
 - Yelsma, P. (1984), Marital communication, adjustment and perceptual differences between "happy" and "counseling" couples, *the American Journal of Family Therapy*, 12.