

The Effects of Psychodrama on Mental Traits of Schizophrenic Patients

تاثیر اجرای نقش گزاری روانی بر ویژگیهای روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

Keneshloo, Nasim; Lotfi Kashani, Farah
& Mahmoodniya, Ali Reza

نسیم کنشلو^۱، دکتر فرح لطفی کاشانی^۲، دکتر
علیرضا محمودنیا^۳

This study investigates the effects of psychodrama on mental traits of schizophrenic patients. For this purpose, twenty six (26) chronic schizophrenic patients were selected and divided randomly into experimental and control groups. The results of the study suggest that psychodrama has positive effects on improving mental conditions of schizophrenic patients.

در این پژوهش، تاثیر اجرای نقش گزاری روانی بر وضعیت بیماران اسکیزوفرنیک، مورد مطالعه قرار گرفته است. برای این منظور ۲۶ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل مورد کاربردی قرار گرفتند. نتایج نشان می دهند که نقش گزاری روانی در بهبود وضعیت روانی بیماران، موثر است.

مقدمه

از زمانی که بلولر^۴، اصطلاح اسکیزوفرنیا^۵ را به معنای شکاف ذهن به کار برد تا نشان دهد که برخلاف افراد بهنجار، در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، کارکردهای روانی خاص به جای هماهنگی بودن، گسسته می شوند تاکنون درمانهای مختلفی در مورد این اختلال، به کار گرفته شده است. در مجموع عقیده بر آن است که در کنار داروهای ضدجنون که وسیلههایی اساسی در درمان این

۱- کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

۲- Ph.D، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳- Ph.D، استادیار

اختلال به حساب می آید، روش های غیردارویی به دقت مدنظر قرار گرفته و با درمانهای دارویی ادغام شوند.

شاملو (۱۳۷۷) گروه درمانی را روشی مهم در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن معرفی می کند. یالوم^۱ (۱۹۷۵) نیز اعتقاد دارد که گروه درمانی از نظر از بین بردن ناهنجاری های بیماران اسکیزوفرنیک و همانندسازی نسبی آنها با اجتماع، نتایج خوبی دربر داشته است. گرینگر^۲ (۱۹۹۰) نقش گزاری روانی را موجب آرامش و لذت اسکیزوفرنها می داند و عقیده دارد که این روش به ارتباطهای آنها وضوح شناختی بیشتری می دهد. پژوهشگران، معتقدند که نقش گزاری روانی باعث شفاف شدن احساسات و افکار و ایجاد فضای امن و انگیزه در بیماران شده (بلانسکا^۳ و همکاران، ۱۹۹۴) و در مدت کمی به برون ریزی عاطفی شناخت و اصلاح عادت ها و افزایش اعتماد به نفس منجر می گردد (مجد، ۱۳۵۹) امکان استفاده ی بیمار از توانمندیهای خود، اعتماد به نفس و رضایت فردی او را (گلدمن^۴ و همکاران، ۱۹۹۲) تضمین می کند. جرات آزمایش کردن را به فرد می دهد و او را با جنبه های جدیدی از خودش آشنا می سازد، راههای جدیدی برای رفع مشکل ها در اختیار افراد می گذارد و امکان تمرین مهارت های جدید را فراهم می سازد (کورسینی^۵، ۱۹۹۶) و باعث یادگیری افراد و کاهش مدت اقامت آنها در بیمارستان می شود (اوشین یسکی و کاتی^۶، ۱۹۹۴).

پژوهش ها، حکایت از آن دارند که نقش گزاری روانی، در افزایش کلام بیماران اسکیزوفرنیک نقش اساسی دارد (رصدی، ۱۳۶۷) و باعث ایجاد فضای مناسبی برای خودافشایی، تعامل با دیگران و درمانگر، بالا بردن میزان مراقبت از خود، افزایش اعتماد به نفس، داشتن وضعیت فیزیکی مناسب و آماده شدن جهت افزایش فعالیت های اجتماعی خارج از گروه می شود (پوتوکی و میریام^۷، ۱۹۹۳). ساچنوف و الاین^۸ (۱۹۹۴) نیز گزارش کرده اند که نقش گزاری روانی، طول مدت بستری

1-Yalom

2-Grainger

3-Bielanska

4-Goldman

5-Corsini

6-Oushinesky & Cathie

7-Potocky & Miriam

8-Sachnoff & Elaine

شدن بیماران در بخش را کاهش می‌دهد. افزایش اعتماد و صمیمیت و نگرش مثبت به خود و کاهش نگرش‌های منفی، افزایش مسوولیت‌پذیری (کیپر^۱ و همکاران، ۱۹۹۶) کم شدن احساس خودشیفتگی، افزایش اعتماد به نفس (اوشین یسکی و کاتی^۲، ۱۹۹۴). به عنوان دستاوردهای این نوع از درمان گزارش شده است. باتوجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش به دنبال تعیین تاثیر اجرای نقش‌گزارای روانی گروهی بر وضعیت آسیب‌شناختی بیماران اسکیزوفرنیک بوده‌ایم.

روش

نمونه و نمونه‌گیری: جامعه‌ی این پژوهش، تمام جانبازان اعصاب و روان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بستری در بیمارستان روان پزشکی سعادت آباد است. نمونه‌ی این پژوهش ۲۶ نفر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا است. شرط انتخاب این افراد آن بود که بیماران در فاز حاد بیماری نباشند. به دلیل گروهی بودن کار، شرایط عضویت در گروه را داشته باشند. پس از توضیحات لازم در مورد روش کار، تمایل به فعالیت نقش‌گزارای روانی داشته باشند. در مدت انجام تحقیق، قصد رفتن به مرخصی را نداشته و قبل از انجام تحقیق در تمرینات نقش‌گزارای روانی، شرکت نکرده باشد. پس از نمونه‌گیری، آزمودنیها را به صورت تصادفی به دو گروه ۱۳ نفره تقسیم کردیم سپس با استفاده از روش قرعه یکی از دو گروه را به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر را به عنوان گروه گواه در نظر گرفتیم. لازم به یادآوری است که به دلیل شهید شدن یکی از آزمودنی‌های گروه کنترل در حین تحقیق، فایل ایشان از تحقیق، حذف و نمونه‌ی مورد مطالعه به ۲۵ نفر تقلیل یافت.

ابزار

برای نیل به اهداف پژوهش، سه نوع پرسش‌نامه به کار رفته است. پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته (دموگرافیک): در ابتدای کار، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی اطلاعات دموگرافیک مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، درصد جانبازی وضعیت شغل قبل از مجروحیت، زمان تروما و طول مدت بستری در بیمارستانهای روان پزشکی

1-Kipper

2-Oushinsky & Cathie

که جهت تکمیل اطلاعات فردی به عنوان یک وسیله ی کمکی برای شناخت بیماران و ایجاد ارتباط درمانی به کار گرفته شد.

مقیاس اندازه گیری کوتاه شده ی روان پزشکی (BPRS)^۱: این مقیاس به عنوان یک وسیله ی کمک تشخیصی روان پزشکان به کار می رود و در سال ۱۹۶۲ توسط اورال^۲ و گورهام^۳ تهیه شده است. نقطه ی برش این تست ۳۵ است. عناوین مورد بررسی در (BPRS) عبارتند از: توجه بدنی اضطراب، محرومیت از احساسات، آشفتگی ذهنی، احساس گناه، فشار روانی، خوگرفتگی و حالت ظاهری، بزرگ منشی، خلق افسرده، خصومت، سوء ظن، رفتارهای توهمی، کندی حرکتی، عدم همکاری، محتوی فکری غیرمعمول، ظاهر بی احساس، تحریک پذیری، ناآگاهی، شدت بیماری و بهبودی کلی.

پرسش نامه ی SCL-90 R^۴: این پرسش نامه شامل ۹۰ سوال است و برای ارزشیابی علائم روانی به کار می رود که به وسیله ی پاسخگو گزارش می شود. این پرسش نامه ۹ بُعد از علائم آسیب شناختی را که عبارتند از شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی را اندازه می گیرد. تفسیر این پرسش نامه، براساس شاخص عمومی (GSI)^۵ به دست می آید. این شاخص به طور کلی میزان اختلال فرد را نشان می دهد. برای به دست آوردن این شاخص کلی جمع نمرات بر ۹۰ تقسیم می شود که در این پژوهش محاسبه شده است.

پایایی درونی برای ۹ محور، رضایت بخش بوده است. در این رابطه، بیشترین پایایی به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن به روان پریشی (۰/۷۷) مربوط است. طبق بررسی درآگوتیس (۱۹۸۳) از بررسی اعتبار همزمان SCL-90 بالاترین همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۰/۷۳ و کمترین همبستگی مربوط به ترس مرضی ۰/۳۶ است. در بررسی که در ایران توسط میرزایی (۱۳۵۹) بر روی ۲۲۴۱ آزمودنی بیمار روانی، معتاد و افراد سالم اجرا شد، پایایی این آزمون در این بررسی در تمام مقیاس ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید بیشتر از ۰/۸ گزارش شده

1-Brief Psychiatric Rating Scale

2-John E.Overall

3-Donald R.Gorham

4-Symptom Checklist-90-R

5-General severity index

است. سازه‌ی به دست آمده، همگی نشان دهنده‌ی این است که می‌تواند به عنوان وسیله‌ی سرنده یا تشخیص اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود. پژوهش‌های باقری و همکاران (۱۳۷۲) و تحقیقات میرزایی (۱۳۵۹) به کیش (۱۳۷۳) نیز حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه است.

روش درمان

برای آماده کردن آزمودنی‌ها جهت شرکت در گروه نقش‌گزاری روانی، تکنیک‌های زیر به مدت یک ماه بر روی هریک از آنها اجرا شد:

تمرینات غیرکلامی، تمرین ارتباط کلامی، تمرین رفتاری، تمرین سوال و جواب، همسان‌سازی، جابجایی نقش‌ها، آموزش نقش‌ها، آموزش رفتاری، آموزش‌های شغلی و حرفه‌ای آموزش‌های مشارکتی، این تمرین‌ها صرفاً جهت ایجاد آمادگی آنها برای شرکت در فعالیت نقش‌گزاری روانی گروهی انجام شد. بعد از یک ماه که بیماران آمادگی لازم برای پذیرش نقش‌گزاری روانی را پیدا کردند جلسات گروهی شروع شد.

جلسات گروه درمانی به مدت یک ماه و فقط برای گروه آزمایش و هفته‌ای سه روز تشکیل می‌شد که مجموعاً ۱۲ جلسه و مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه تا ۲ ساعت بود. در هریک از این جلسات گروه درمانی، موضوعاتی که از طرف بیماران مطرح می‌شد، بررسی شده و تحت نظارت پژوهشگر و کارگردان اجرا می‌شدند که هریک از بیماران نقشی را به طور دلخواه انتخاب می‌کرد تا در آن ایفای نقش کند و پس از اتمام ۱۲ جلسه مجدداً از گروه‌ها، آزمون SCL-90 گرفته شد.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی نمونه‌های مورد پژوهش را در جدول ۱ نشان داده‌ایم. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود میانگین سن آزمودنی‌ها ۴۳/۵۶ است. حداقل نمره‌ی آزمودنی‌ها در BPIS ۲۲ و حداکثر ۷۳ است. براساس شاخص برش ۱۹ نفر از آزمودنی‌ها، یعنی ۷۶ درصد از آنها بالای خط برش بوده و اسکیزوفرن، محسوب می‌شوند. ۴۰ درصد آزمودنی‌ها متاهل و ۶۰ درصد آنها مجرد هستند و سطح تحصیلات آنها به گونه‌ای است که در بین آزمودنی‌ها، بی‌سواد وجود ندارد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی در مورد گروه نمونه

وضعیت تاهل:	۲۵	تعداد:
متاهل ۴۰٪		سن:
مجرد ۶۰٪	۴۳/۵۶	میانگین
	۴/۶۴	انحراف معیار
مدرک تحصیلی:		BPRS:
راهنمایی ۱۳(۵۲٪)	۴۱/۴۰	میانگین
دیپلم ۷(۲۸٪)	۱۱/۷۷	انحراف معیار
لیسانس ۵(۲۰٪)		درصد جانبازی:
	۵۷/۸۰	میانگین

تحلیل کواریانس چندمتغیره‌ی نمرات آزمودنی‌ها، با در نظر گرفتن پیش آزمون‌ها، به عنوان کواریانس بین دو گروه، نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تفاوت نیز ۹۹/۶ درصد است. یعنی ۹۹/۶ درصد تغییرات متغیرهای وابسته ناشی از متغیر مستقل است.

جدول ۲: خلاصه‌ی محاسبه‌ی اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیرهای وابسته	مجموعه مجذورات	df ₁	میانگین مجذورات	F	الفا	مجذور اتا
phob ₂	۷۸/۶۲۳	۱	۷۸/۶۲۳	۶۱/۱۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵
par ₂	۱۰۶/۲۶۳	۱	۱۰۶/۲۶۳	۱۱۳/۹۹۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸
psy ₂	۲/۶۹۵	۱	۲/۶۹۵	۰/۶۵۸	۰/۴۳۲	۰/۰۴۸
hos ₂	۱۸۶/۷۹۷	۱	۱۸۶/۷۹۷	۳۸/۹۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۵۰
anx ₂	۲۱۸/۹۹۵	۱	۲۱۸/۹۹۵	۸۶/۵۰۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۹
dep ₂	۹۸۱/۷۸۰	۱	۹۸۱/۷۸۰	۲۲۳/۱۹۷	۰/۰۰۰	۰/۹۴۵
int ₂	۵۹۰/۸۷۶	۱	۵۹۰/۸۷۶	۳۲۸/۷۰۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶۲
obse ₂	۲۰۱/۳۱۶	۱	۲۰۱/۳۱۶	۷۴/۶۰۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲
som ₂	۱۱۱/۶۶۸	۱	۱۱۱/۶۶۸	۹/۰۹۰	۰/۰۱۰	۰/۴۱۲
gsi ₂	۱۹۰۲۷/۹۹۴	۱	۱۹۰۲۷/۹۹۴	۱۹۸/۸۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۳۹

جدول ۲ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن پیش‌آزمون‌ها به عنوان کوواریانس بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر ترس مرضی بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۸۲/۵ درصد است. یعنی ۸۲/۵ درصد متغیر وابسته ترس مرضی ناشی از متغیر مستقل و توان آزمون ۱۰۰ درصد است ($F=۶۱/۱۰۶$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر پارانوایا، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۸۹/۸ درصد است ($F=۱۱۳/۹۹۵$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر سایکوز بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود ندارد. به دلیل این که هر دو گروه براساس شاخص BPRS اسکیزوفرن محسوب می‌شوند ($F=۰/۴۳۲$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۴۳۲$). در متغیر خشونت، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۷۵ درصد است ($F=۳۸/۹۲۹$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر اضطراب، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۸۶/۹ درصد است ($F=۸۶/۵۰۳$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر افسردگی، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۹۴/۵ درصد است ($F=۲۲۳/۱۹۷$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر حساسیت، در روابط متقابل بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد و اندازه‌ی اثر ۹۶/۲ درصد است ($F=۳۲۸/۷۰۹$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر وسواس فکری-عملی، بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه‌ی اثر ۸۵/۲ درصد است ($F=۷۴/۶۰$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در متغیر جسمانی کردن حساسیت در روابط متقابل بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه‌ی اثر ۴۱۹۶/۲ درصد است. ۴۱/۲ درصد تغییرات متغیر جسمانی کردن، ناشی از متغیر مستقل است و توان آزمون ۷۹/۶ درصد می‌باشد ($F=۹/۰۹۰$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). در شاخص شدت فراگیر بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد. اندازه‌ی اثر ۹۴/۹ درصد است ($F=۱۹۸/۸۸۹$ $df=۱$ ، ۱۳ $\alpha=۰/۰۰۰$). برای اینکه دقیقاً مشخص شود، تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای وابسته به چه صورت است، بعد از ثابت نگه داشتن اثرات کوواریانس، مقایسه‌های جفتی انجام شد. نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول ۳ می‌بینیم، میزان ترس مرضی، خشونت، اضطراب، افسردگی حساسیت در روابط متقابل، وسواس فکری و عملی، جسمانی کردن و پارانوایا گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش است. بین میزان سایکوتیک بودن دو گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین شاخص شدت فراگیر در گروه کنترل، بیشتر از گروه آزمایش است.

جدول ۳: مقایسه‌های جفتی گروهها در متغیرهای وابسته پس از حذف اثرات کوواریانس

متغیرهای وابسته	(I) group	(J) group	تفاوت میانگین	انحراف معیار	ضریب معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
phob ₂	exper	contro	-۴/۶۲۷*	۲۰/۵۹۲	۰/۰۰۰	-۵/۹۰۶	-۳/۳۴۸
	contro	exper	۴/۶۲۷*	۰/۵۹۲	۰/۰۰۰	۳/۳۴۸	۵/۹۰۶
par ₂	exper	contro	-۵/۳۷۹*	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	-۶/۴۶۸	-۴/۲۹۱
	contro	exper	۵/۳۷۹*	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰	۴/۲۹۱	۶/۴۶۸
psy ₂	exper	contro	-۰/۸۵۷	۱/۰۵۶	۰/۴۳۲	-۳/۱۳۸	۱/۴۲۵
	contro	exper	۰/۸۵۷	۱/۰۵۶	۰/۴۳۲	-۱/۴۲۵	۳/۱۳۸
hos ₂	exper	contro	-۷/۱۳۲*	۱/۱۴۳	۰/۰۰۰	-۹/۶۰۱	-۴/۶۶۳
	contro	exper	۷/۱۳۲*	۱/۱۴۳	۰/۰۰۰	۴/۶۶۳	۹/۶۰۱
anx ₂	exper	contro	-۷/۷۲۲*	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰	-۹/۵۱۶	-۵/۵۲۹
	contro	exper	۷/۷۲۲*	۰/۸۳۰	۰/۰۰۰	۵/۹۲۹	۹/۵۱۶
dep ₂	exper	contro	-۱۶/۳۵۱*	۱/۰۹۴	۰/۰۰۰	-۱۸/۷۱۵	-۱۳/۹۸۶
	contro	exper	۱۶/۳۵۱*	۱/۰۹۴	۰/۰۰۰	۱۳/۹۸۶	۱۸/۷۱۵
int ₂	exper	contro	-۱۲/۶۸۵*	۰/۷۰۰	۰/۰۰۰	-۱۴/۱۹۶	-۱۱/۱۷۳
	contro	exper	۱۲/۶۸۵*	۰/۷۰۰	۰/۰۰۰	۱۱/۱۷۳	۱۴/۱۹۶
obse ₂	exper	contro	-۷/۴۰۴*	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	-۹/۲۵۶	-۵/۵۵۲
	contro	exper	۷/۴۰۴*	۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	۵/۵۵۲	۹/۲۵۶
som ₂	exper	contro	-۵/۵۱۴*	۱/۸۲۹	۰/۰۰۰	-۹/۴۶۶	-۱/۵۶۳
	contro	exper	۵/۵۱۴*	۱/۸۲۹	۰/۰۰۰	۱/۵۶۳	۹/۴۶۶
gsi ₂	exper	contro	-۷۱/۹۸۲*	۵/۱۰۴	۰/۰۰۰	-۸۳/۰۰۹	-۶۰/۹۵۵
	contro	exper	۷۱/۹۸۲*	۵/۱۰۴	۰/۰۰۰	۶۰/۹۵۵	۸۳/۰۰۹

* تفاوت میانگین در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که در تجزیه و تحلیل اطلاعات دیدیم نتایج، حاکی از آن است که در تمام زیرمقیاس‌های SCL-90 و GSI به جز مقیاس روان پریشی گرایبی، ما شاهد تغییر معنادار میانگین‌ها در گروه آزمایش هستیم و این در حالی است که در گروه کنترل، میان میانگین‌های قبل و بعد از آزمایش در هیچ کدام از زیرمقیاس‌ها و GSI تغییر معنادار اتفاق نیفتاد و این خود حاکی از کارآیی و مداخله‌ی نقش‌گذاری روانی است که این نتایج با یافته‌های مجد (۱۳۵۷) ساجنوف و الاین

(۱۹۹۵) بیلانسکا (۱۹۹۴) همسو و هماهنگ است. دلیل عدم کاهش میزان روان پریشی گرای، عدم مداخله‌ی هدفمند در آن علایم و پذیرش علایم سایکوتیک توسط آزمودنیهاست. به نظر می‌رسد که تسهیل برون ریزی یا پالایش روانی در بیماران و خودافشایی و آشکارسازی ترس‌ها، انتظارها، خشم‌های نهفته، فرافکنی‌ها، درون‌فکنی‌ها، نگرش و قضاوت بازیگران، تعامل با دیگران و درمانگر، بهبود مهارت‌های اجتماعی بیماران و مسوولیت پذیری در کار و ایجاد حس همکاری جهت آماده کردن آنها برای زندگی در خارج از گروه، تغییر ادراک‌های مخدوش، نارسایی ارتباطی پاسخ‌های عاطفی نارسا، رفتارهای کلیشه‌ای، عمل‌های تکانشی بیماران، کاهش میزان اضطراب، آشفتگی و ترس استفاده از تکنیک حساسیت زدایی همدلی، فرافکنی، شناخت احساسات خود و افزایش اعتماد و صمیمیت و وظیفه‌شناسی در گروه و افزایش نگرش مثبت به خود و کاهش عملکردهای منفی، از عوامل موثر در این تغییرات است.

منابع

- فیل جونز (بی‌تا). *درون پردازی "روان درمانی با شیوه‌های نمایشی"* ترجمه ی حمید اشکانی و حسن حق شناس (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.
- باقری یزدی، سیدعباس. بواله‌ری، جعفر. شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۲). بررسی هم‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی. *مجله ی اندیشه و رفتار*، ۱: ۴۱-۳۲
- به کیش، پرویز. (۱۳۷۳). *آزمونهای روانی پرسشنامه SCL-90-R*، تهران: کتابخانه دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- رصدی، مریم. (۱۳۶۷). *بررسی تاثیر گروه درمانی در افزایش بیان کلامی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک مزمن کم حرف*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- شاملو، سعید. (۱۳۶۸). *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات رشد.
- شاملو، سعید. (۱۳۷۷). *روان شناسی شخصیت*. تهران: انتشارات رشد.
- کاپلان، سادوک (۱۹۹۵). *نوروزها و اختلالات شخصیت*، ترجمه ی نصرت الله پور افکاری (۱۳۶۸) تبریز: انتشارات تابش .
- مجد، محمد؛ زاده محمدی، علی. (۱۳۶۷). *موج انفجار و آسیب شناسی روانی جنگ*، *مجله اطلاعات علمی*. صفحه ۳۵-۳۰.

- مجدد، محمد ولی. (۱۳۵۹). *سایکودراما*، تهران: مجله بهداشت روانی.
- میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*، پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران.
- Bielanska , A. & etal.(1994). "*Dramatherapy as a means of rehabilitation*" for *schizophrenic patients* : our impressions.
- Corsini, R.J.(1996). Historic background of group psychotherapy. *Group Psychotherapy* 8(3),219-225
- Defazio,V.J, Rustin,s; diamond :A(1975). Symptom development in Vietnam era veterans , *American Journal of psychiatry*. 45(1).158-63.
- Derogotis .L.r.(1983).Scl-90 –R administration, scorin & proceduress: *Manual*-110 printed in U.S.A.
- Derogotis LR, Ricketts k, Rocha.(1976). The scl-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self – report scal. *British Journal of Psychiatry*.128: 280.289.
- Goldman , E , E.S Morrison , D.S .(1992). *Psychodrama , Experience and Process* , Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Grainger,R.(1990). Drama therapy and thought-disorder. In Jennings (Ed). *Drama therapy: theory and practice* 2 (pp.164-180). London: Rutledge.
- Kipper, David. and eatl.(1996). " The development of wamth and trust in psychodrama training group: Across – Cultural study with socimetty" *Journal of Group psychotherapy psychodrama and goniometry*.
- Oushinsky,F;Cathie,B.(1994). " *Group psychotherapy in acute inpatient setting: techniques that nourish self esteem, special issue*" Nursing. Jan- Mars.
- Potocky.,R; Miriam,F. (1993). "An art therapy group for clients with chronic schizophreria" *social work with group*.V.116.
- Reil,D.(1803). The use of psychodrama in the hospital setting . *American Journal of psychotherapy*, 28(4) 553-565.
- Sachnoff,U. Elaine. A.(1994). "Brief report " managed care and inpatient. Psychodrama – shossons with in short stay. *Journal of group psychotherapy and sociometry*. Fal,Vok48:117-119.
- Yalom , I.D.(1975). *The theory and practice of Group psychotherapy*, 2nd rev.edn, New York : Basic Books.

The Effects of Teaching Life Skills on the Health of Clients**تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت مددجویان**Ghaleh Asadi, onir & MahmoodNiya,
Ali Rezaمنیر قلعه اسدی^۱، علیرضا محمودنیا^۲

The purpose of this study is to investigate the effects of teaching life skills on the health of the clients. In so doing, thirty two (32) girls from rehabilitation centers of Tehran were randomly selected and were randomly divided into experimental and control groups. The results indicate that teaching life skills has positive effects on the health of clients.

این پژوهش با هدف مطالعه‌ی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی، در سلامت مددجویان است. برای این کار ۳۲ نفر دختر از مراکز بازتوانی بهزیستی شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. نتایج پژوهش نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های زندگی در سلامت مددجویان موثر است.

مقدمه

روان شناسان، در دهه‌های اخیر بر این مساله پافشاری می‌کنند که بسیاری از اختلال‌ها و آسیب‌ها نتیجه عدم احساس کنترل و کفایت فرد در رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکل‌ها و مسایل زندگی است. در این راستا، روان شناسان با حمایت سازمانهای ملی و بین-المللی جهت پیشگیری از بیماری‌های روانی و نابهنجاری‌های اجتماعی آموزش مهارت‌های زندگی، افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی و درنهایت، پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب رسان به بهداشت و سلامت و ارتقای سلامت روان افراد بسیج شده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های زندگی به ارتقای سلامت و بهداشت کودکان و نوجوانان کمک می‌کند. تاثیر این آموزش در کاهش مصرف سیگار، الکل و وابستگی

۱- کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

۲- Ph.D, استادیار

به مواد (باتوین و ویلیامز^۱، ۱۹۸۰؛ باتوین، باتوین، فیلازولا و میل من^۲، ۱۹۸۴) پیشگیری از خشونت و بزهکاری (گی نر، وبستر و چامپیون^۳، ۱۹۹۳) جلوگیری از خودکشی (لافرام بایس و هوارد پیتنی^۴، ۱۹۹۴) کاهش علائم و نشانه‌های منفی «روان نژندی‌های کنشی»^۵ (لوسی^۶، ۱۹۹۸) کاهش علائم اختلال‌های (ترنر و داکماتون^۷، ۱۹۹۷) سازگاری هیجانی (داردن^۸ و همکاران، ۱۹۹۶) تصویر از خود، خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و هیجانی و کاهش اضطراب، پیشگیری از بی بندوباری جنسی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴) نشان داده شده است.

ویچروسکی^۹ (۲۰۰۰) نشان داده است که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش عزت نفس شده و انعطاف پذیری در مقابل تغییرات را افزایش می‌دهد. آلبرتین و دیگران^{۱۰} (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند که این آموزش، باعث افزایش توانایی افراد در کنترل مسایل و مشکل‌ها می‌شود، این افراد به صورت ارادی به آرمیدگی دست می‌یابند (گیلبرت^{۱۱}، ۱۹۹۶) از عهده‌ی فعالیت‌هایی چون برنامه‌ریزی‌های مربوط به حل مساله برآمده و از روشهای موفق‌تری برای حل مساله استفاده می‌کنند. این آموزش باعث می‌شود سطح اضطراب و خشم کاهش یافته، مهارت‌های شناختی و حرمت خود افزایش یابد (سی جاکوسکی^{۱۲}، ۱۹۹۰).

باتوجه به پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند فقدان و یا حذف مهارت‌های اساسی، فرد را مستعد و آسیب‌پذیر نسبت به مشکل‌ها و آسیب‌های روانی-اجتماعی می‌کند، منطقی آن است که فرصت-هایی فراهم شود تا افراد چنین مهارت‌هایی را بیاموزند، از آنجایی که مددجویان مراکز بهزیستی اغلب جزء افراد آسیب دیده و یا در معرض آسیب می‌باشند، لذا آگاهی بیشتر این افراد با مهارت‌های اساسی زندگی جهت پیشگیری و یا کاهش مشکل‌های روانی-عاطفی، بسیار لازم و ضروری است زیرا اغلب این افراد به دلیل شرایط خاص خانوادگی و اجتماعی، فرصت مناسبی جهت

1-Botvin& Williams

2-Botvin, Botvin, Filazzola & Millman

3-Gainer, Webster & Chaption

4-La Frombise & Howard-Pitney

5-Functional psychosis

6-Lucchi

7-Truner & Duckmanton

8-Darden

9-Wickroski

10-Albertyn

11-Gilbert

12-Syjakowski

کسب مهارت‌های اساسی زندگی را نداشته‌اند و در صورت آموزش مهارت‌های زندگی، وضعیت سلامت این افراد بهبود خواهد یافت. بنابراین ما در این پژوهش به دنبال آن هستیم که: آیا آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش سلامت مددجویان مرکز بازتوانی خواهد شد؟

روش

جامعه و نمونه‌ی پژوهش: جمعیت هدف این پژوهش، شامل کلیه‌ی مددجویان دختر ۱۶ تا ۲۲ ساله‌ی مراکز بهزیستی منطقه‌ی شمیرانات شهر تهران در سال ۸۴ است. از این جامعه ۳۲ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل، مورد کاربردی قرار گرفتند (۱۳ و ۱۹ نفر).

الف) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی: در این تحقیق، از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شد، استفاده شده است. سوال‌های این پرسش‌نامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه‌ی اخیر می‌پردازد، شامل نشانه‌هایی مانند: افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. این سوال‌ها بر موقعیت کنونی و چهار حوزه‌ی کار که شامل: نشانگان جسمانی، اضطراب و احساس آشفتگی روان شناختی اختلال در کنش و کارکرد اجتماعی، افسردگی تاکید می‌کنند. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) شناخته شده-ترین ابزار غربالگری در روان پزشکی است که تاثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسش‌نامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی تنظیم شده است.

تاکنون بیش از ۷۰ مطالعه در مورد اعتبار GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام شده که از این تعداد ۴۳ مطالعه، اطلاعات مفصلی راجع به روش‌های نمونه‌گیری ارائه داده‌اند. گلدبرگ و ماری (۱۹۸۸) (به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴) این مطالعات را فراتحلیل کرده‌اند، نتایج نشان داد که متوسط حساسیت GHQ-28 برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) است، چونگک^۱ (۱۹۹۴) (به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴) در مطالعه‌ای بر روی ۲۲۳ نفر از افراد بزرگسال به این نتیجه رسیدند که ضریب پایانی بازآزمایی GHQ-28 برابر با ۰/۵۵ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای مقیاس‌های فرعی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ است. هومن در

استانداردسازی و هنجاریابی فرم ۲۸ سوالی GHQ در نمونه ۷۵۱ نفری از دانشجویان، مقدار ضریب آلفای کرونباخ که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی مجموعه‌های تستی است، برای مقیاس‌های علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، نارسایی در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و علایم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده‌ی سلامت عمومی است برابر ۰/۸۵ گزارش کرده است (۱۳۷۷، به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴).

ب) برنامه آموزش مهارت‌های زندگی: دومین ابزار مورد استفاده در این پژوهش محتوای آموزشی برگرفته از «راهنمای آموزش برنامه‌ی مهارت‌های زندگی سازمان یونیسف» است که توسط کارول هانترگیبوی^۱ نوشته شده است، این طرح از ۱۰ فصل تشکیل یافته است و هر بخش دارای فعالیت‌های تجربی است که به آموزش مهارت‌های اصلی زندگی می‌پردازد اجرای این طرح به این صورت است که آموزش دهنده از افراد می‌خواهد نظرها و یا اطلاعات خود را درباره یکی از موقعیت‌هایی که با مهارت‌های زندگی ارتباط دارد بیان کنند، سپس از آنان می‌خواهد که در مورد همین موضوع در گروه‌های کوچک و یا دوتایی به طور مفصل صحبت کنند، در پایان آموزش دهنده (معلم) تکالیفی به افراد می‌دهد تا مهارت‌های موردنظر را در موقعیت‌های واقعی زندگی بیشتر تمرین کنند و با دوستان و خانواده در این باره بیشتر بحث کنند به این ترتیب مهارت‌ها از طریق تمرین یاد گرفته می‌شوند و آموخته‌ها به محیط بیرون از کلاس انتقال می‌یابد. در آموزش مهارت‌های زندگی انواع مختلفی از تکنیک‌ها به کار می‌رود که شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- ایفای نقش ۲- نمایش ویدیویی ۳- متن نمایش (سناریو) ۴- بحث گروهی ۵- بارش فکری (مشکل‌گشایی گروهی) ۶- توجه به ارزش‌ها ۷- جمله‌های ناتمام
لازم به ذکر است که در هر فعالیت هدف از انجام آن، نحوه‌ی رویکرد گام به گام و نکات قابل بحث جهت انگیزش بحث گروهی قید شده است، در تعدادی از فعالیت‌ها برگه‌های مخصوص هدایت‌کننده‌ی گروه، اطلاعات تکمیلی را در دسترس اعضا قرار داده است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ و ۲ مولفه های آماری نمرات نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی نشانگان اجتماعی، نشانگان افسردگی و نمره ی کل سلامت روانی مددجویان را بعد از کم کردن نمرات پس آزمون از پیش آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: مولفه‌های آماری نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های آزمون GHQ

مولفه‌ها	نشانگان جسمانی		نشانگان اضطرابی		نشانگان اجتماعی		نشانگان افسردگی		نمره ی کل
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
تعداد	۱۳	۱۹	۱۳	۱۹	۱۳	۱۹	۱۳	۱۹	۱۹
میانگین	۰/۳	۰/۶۳	۴/۳۸	۰/۰۵	۱/۵۴	۰/۲۹	۶/۸۵	-۰/۳۲	۱۵/۶۲
انحراف معیار	۲/۰۸	۲/۹۵	۳/۰۷	۵/۸۱	۳/۲۸	۲/۹	۴/۸۵	۵/۶۴	۵/۹۹
واریانس	۴/۳۳	۸/۶۹	۹/۴۲	۳۳/۷	۱/۰۸	۸/۴۳	۲۳/۵	۳۱/۸	۳۵/۹
دامنه	۶	۱۵	۱۰	۲۱	۱۲	۱۱	۱۵	۲۸	۱۹
کمینه	۱	۶	-۲	-۱۴	-۵	-۵	۱	-۱۳	۸
بیشینه	۷	۹	۸	۷	۷	۶	۱۶	۱۵	۲۷
جمع	۳۹	۱۲	۵۷	۱	۲۰	۵	۸۹	-۶	۲۰۳

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، میانگین نمرات نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی نشانگان اجتماعی، افسردگی و نمره ی کل سلامت روانی مددجویان را بعد از کم کردن نمرات پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه آزمایش و گواه مورد مقایسه قرار داده‌ایم (جدول ۲). همانگونه که جدولهای ۱ و ۲ نشان می‌دهند با خطای کمتر از ۰/۰۰۱ می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی، سلامت مددجویان را بهبود می‌بخشد. یافته‌ها، حاکی از آن است که نشانگان جسمانی ($P < 0/1$) اضطرابی ($P < 0/18$) و نشانگان افسردگی ($P < 0/001$) در اثر آموزش مهارت‌های زندگی، بهبود یافته است. در حالی که این آموزش، تغییری در نشانگان اجتماعی مددجویان نداده است.

جدول ۲: مقایسه ی نمرات مربوط به سلامت عمومی آزمودنی ها

آلفا	مقایسه ی میانگین		
	با فرض عدم یکسانی واریانس	با فرض یکسانی واریانس	
۰/۰۰۰	-۷/۵۳	-۷/۸۴	نمره ی کل
۰/۰۱۸ ۰/۰۱۲	-۲/۶۶	-۲/۴۹	نشانگان جسمانی
۰/۰۱۷ ۰/۰۰۹	-۲/۸۰	-۲/۵۱	نشانگان اضطرابی
۰/۲۵۶ ۰/۲۶۹	-۱/۱۳	-۱/۱۵	نشانگان اجتماعی
۰/۰۰۱	۳/۸۴	۳/۷۳	نشانگان افسردگی

بحث و نتیجه گیری

بسیاری از پژوهش ها نشان داده اند که بیشتر مشکل ها و اختلال های روانی - عاطفی ریشه های روانی - اجتماعی دارند و ناشی از نقص در رشد توانایی های فردی و اجتماعی افراد هستند. به عنوان مثال: پژوهش در زمینه سو مصرف مواد نشان داده است که مصرف مواد با سه عامل عزت نفس پایین، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان مهارت های ارتباطی، رابطه دارد (نیک پرور، ۱۳۸۲). پژوهش های انجام شده (ویچروسکی، ۲۰۰۰، آلبرتین و دیگران، ۲۰۰۱) در زمینه تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و پژوهش های نزدیک به موضوع این نتایج را مورد تایید قرار می دهند. همچنین، پژوهش ها حاکی از آن هستند که آموزش مهارت های زندگی در کنترل و مهارت تنیدگی (گیلبرت، ۱۹۹۶) افزایش مهارت های حل مساله، افزایش خود آگاهی و تصمیم گیری، پیشگیری از ایدز (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۴)، خود کارآمدی، پیشگیری از خشونت (گی نر، ۱۹۹۳). ارتقای بهداشت روان (نیک پرور، ۱۳۸۲) بهبود وضعیت رفتاری موثر است.

یافته‌های پژوهش، در تایید پژوهش‌هایی است که سودمندی آموزش مهارت‌های زندگی را نشان می‌دهد. پژوهش لوسیوتو^۱ (۱۹۹۶) نیز نشان داده بود که اجرای آموزش مهارت زندگی، باعث ایجاد تغییرات مثبت و معنادار در دانش، نگرش‌ها و رفتار آزمودنی‌ها می‌شود. همانگونه که در پژوهش حاضر، در مورد نشانگان اضطراب و افسردگی دیدیم پژوهش‌ها دشمن داده اند که این آموزش، باعث کاهش سطح اضطراب و خشم افزایش حرمت خود و افزایش استفاده از مهارت‌های شناختی در مواجهه با تنش می‌شود آنها را در مقابل افسردگی توانا می‌سازد و باعث می‌شود تا دانش آموختگان از فنون و روش‌های مناسب، برای پیشگیری از ابتلا به افسردگی استفاده کنند (وودارسکی^۲، ۱۹۹۷) و این مهارت‌ها را در کمک به دیگران نیز به کار ببرند (سی جاکوسکی^۳، ۱۹۹۰).

اما در این پژوهش، ما به تفاوت معناداری در زمینه‌ی نشانگان مربوط به کنش و کارکرد اجتماعی نرسیدیم. تفاوت مشاهده شده، نشان‌دهنده‌ی پایین بودن این نمره در گروه آزمایشی است (۱/۵۴ در مقابل ۰/۲۹). این در حالی است که پایین بودن نمره در این موضوع نشان‌دهنده‌ی بهداشت روانی بیشتر است و موضوع اجتماعی شدن و برقراری روابط اجتماعی یکی از مهارت‌های اساسی آموزش مهارت‌های زندگی است.

با در نظر گرفتن تمامی عوامل مداخله‌گری که احتمالاً از دید محقق پنهان مانده است و علیرغم تلاش همه جانبه در کنترل شرایط جهت کاهش تاثیر عوامل مداخله‌گر و تمامی محدودیت‌های تحقیق که باید آنها را مدنظر قرار داد، می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی به افزایش سلامت روان مددجویان، منجر گردیده است. در تبیین نتایج فوق، می‌توان گفت مهارت‌های زندگی، در واقع توانایی‌های روانی-اجتماعی هستند که انسان را آماده‌ی مقابله با مشکل‌ها زندگی می‌کند، بدین ترتیب به جهت اهمیت مهارت‌های زندگی در کلیه ابعاد حیات انسانی، آگاهی از آن برای کلیه‌ی افراد در هر موقعیت و شرایط و به‌کارگیری اصول اساسی آن در جهت ایجاد زندگی سالم و رو به تکامل لازم و ضروری است و آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به عنوان

یک روش پیشگیرانه اولیه در حوزه بهداشت روانی اثرات مثبت و مفیدی را در افزایش سطح سلامت روان افراد و کاهش مشکل ها و نابهنجاری های روانی به همراه داشته باشد.

منابع

- آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱). بررسی تاثیر مهارتهای زندگی بر منبع کنترل نوجوانان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه الزهرا: تهران.
- سازمان جهانی بهداشت. (۱۹۹۶). برنامه آموزش مهارتهای زندگی. ترجمه ی ربابه نوری قاسم آبادی و پروانه محمد خانی. تهران. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- نیک پرور، ریحانه. (۱۳۸۲). آشنایی با برنامه آموزش مهارتهای زندگی. تهران. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- یعقوبی، نوراله. (۱۳۷۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. پایان نامه ی کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روان پزشکی.
- Albertyn , R, M; Kapp ,C,A; croenewald ,c,j.(2001). Patterns of empowerment in individualas through the course of a life skills programme . *Journal of studies in the education of adults*. 33 (2)20 – 180 .
- Botvin . G,J ; Eng and williams ,C,L. (1980).pretenting the onset of cigarette smoking. *Life skills training*. 9,135-143.
- Botvin G ,J, Bake ; Botvin, E,M; Filazzola, A,D and Millman,R ,B.(1984).Aalcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: a pilot study. *Journal of studies on Alcohol*. 45,550—552 .
- Darden, C,A; Ginter, E,J; Eurlly; Gazda, G,M.(1990). Life skills development scale Adolescent form: the theoretical and theraputic relevance of life skills. *Journal of mental health counseling* . 18(2)142-163.
- Gainer, P, S; webster, D,W and champion, H R. (1993). A youth violence prvention program. *Archives of surgery*. 128 (3). 303—308 .
- Gi Lihert, J , A. (1 996). Leader ship, social intelligence, and perceptions of entironinenlal, opportunities. A comparison a cross level of leadeship. *Dissertation Abstracts intenatial*. 56 (8) 21-46.
- Lafrombise, T, D; Howard-pitney, B. (1994). *The life skills development curriculum: A collaborative approach to curriculum development*. American, Indian, Alaska.
- Lucchi, F. (1998). Outcome of psychosocial Rehabilitation progarm for persons wh ith psychiatric disabilities. *Journal of vocation*. 17, 132-148.



- Truer, T; Duckmanton, A; (1997). The assessment of clinically significant using life skills profile. Australian and new zealand. *Jouranal of psychiatry*. 31 (2) 257-63.
- Wichroski, M, A. (2000). Facilitating self esteem and social supports in a family life skills program. *Journal of women & social work* 15 (2) 17-277.
- WHO/CPA.(1994). School health education to prevent AIDS and STD. resource package for curriculum planners. *World health organization Global program on AIDS*. Geneva.
- Wodarski, J, S; feit, M, D. Adolescent preventive health. A social and life group skills. *Journal of family therapy*. 24 (3) 191-208.