

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت ارتباط معلولین جسمی - حرکتی بستری در مراکز بهزیستی

سیما عاملی مقدم^۱، مصطفی زراعتی^{۲*}، مریم دیده بان^۳، کاظم خزان^۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت روابط در معلولین جسمی- حرکتی بستری در مراکز بهزیستی صورت گرفت.

روش بررسی: طرح پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه گروه گواه است. جامعه آماری، شامل کلیه معلولین جوان بستری در مرکز خیریه جامع توانبخشی شبانه روزی اراک می‌باشد. از این تعداد، ۳۰ نفر به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید و به صورت تصادفی برای شرکت در گروه درمانی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از پرسشنامه کیفیت روابط QRI^۱ برای جمع‌آوری اطلاعات و برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS V16 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین دو گروه افراد آزمایش و کنترل از لحاظ حمایت اجتماعی، عمق روابط، تعارضات بین فردی تفاوت معنادار وجود دارد و آموزش مهارت‌های زندگی به معلولین دارای ناتوانایی‌های جسمی و حرکتی منجر به افزایش ابعاد کیفیت روابط آنها می‌گردد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت روابط معلولان موثر است و باید جزء برنامه‌های مراکز نگهداری آنها قرار داده شود.

واژگان کلیدی: معلولیت، مهارت‌های زندگی، کیفیت روابط.

مقدمه

اجتماعی تبیین می‌شود؛ زیرا معلولیت، نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است، کاسته یا جلوگیری می‌کند (۲). شاید مهمترین تعریف از معلولیت از ADA^۲ استخراج می‌شود که فردی را با معلولیت به عنوان کسی که نقص ذهنی یا جسمی دارد و اغلب یک یا بیشتر از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی اش محدود شده، یکی از این محدودیت‌های ثابت شده را داراست یا به عنوان داشتن چنین اختلالی در نظر گرفته شده است (۳). برون^۳ و ترنر^۴ (۴) معلولیت‌های جسمی و حرکتی را به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف کرده‌اند. در حال حاضر بر اساس آمارهای موجود در حدود ۴ درصد از جمعیت کشور را افراد معلول با معلولیت‌های مختلف جسمی، ذهنی، حسی و روانی تشکیل می‌دهند که جمعیتی بالغ

معلولیت، شامل اختلال در اکثر فعالیت‌های زندگی، شامل: نشستن، برخاستن، بلند کردن و فرایندهای ذهنی و عاطفی مثل فکر کردن، تمرکز کردن و تعامل با دیگران می‌شود (۱). معلولیت، واقعییتی انکار ناپذیر است و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تا کنون در جوامع وجود داشته است. مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ در طبقه بندی بین المللی ناتوانی کارکردی و سلامت به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شد. بنابر این تعریف، عدم معلولیت و معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی- روانی -

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد خمین، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول (Email: mostafazeraati_top@yahoo.com)

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی، تهران، ایران.

1. World health organization (WHO)

2. The Americans with Disabilities Act
3. Brown
4. Turner

اضطراب و افسردگی، خشم و ناکامی، تعیین هدف، خود رهبری^۷ و رهبری^۸ و خود تقویت دهی^۹ را شامل می‌شود. مهارت‌های اجتماعی نیز یک بخش دیگر از مهارت‌های زندگی است که برقراری ارتباط اجتماعی، مهارت ابراز وجود^۹ کلامی و غیر کلامی، احترام گذاشتن و افزایش شایستگی اجتماعی دانش آموزان را در بر می‌گیرد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مهارت‌های زندگی، توانایی رفتار مثبت و سازگاری هستند که افراد را برای مقابله موثر با خواسته‌ها و چالش‌های روزمره آماده می‌کند. در حالت خاص، مهارت‌های زندگی گروهی از مهارت‌های روانی و مهارت‌های بین فردی هستند که افراد را در تصمیم‌گیری آگاهانه، حل مسائل، تفکر انتقادی و تفکر خلاق، ارتباط موثر، ایجاد روابط سالم، همدردی با دیگران، مدیریت و کنار آمدن با زندگی خود با یک شیوه سالم و مؤثر کمک می‌کند. در آموزش مهارت‌های زندگی به پرستاران بهداشت عمومی ژاپن که در برنامه‌های مراقبت پیشگیری بلند مدت شرکت دارند، پس از سنجش در سه مرحله مشخص شد که آموزش‌ها نه تنها سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی در پرستاران شده؛ بلکه سبب افزایش رضایت دریافت‌کنندگان خدمات این پرستاران نیز گردیده است (۱۸). یالسین^{۱۰} و کاراهان^{۱۱} (۱۹) طی پژوهشی در مورد آموزش مهارت‌های زندگی بر روی ۶۷ خانواده بدین نتایج دست یافتند که آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر مثبتی بر ارتقای روابط داشته است و می‌تواند در دراز مدت، تغییرات رفتاری مطلوبی را در افراد به وجود آورد پژوهش دیگر نیز این نکته را نشان داده است که آموزش مهارت‌های زندگی در برابر استرس‌های خانوادگی و تأثیر آن بر مشکلات درون خانوادگی، موفقیت غیر قابل انکاری دارد (۲۰). مهوش ورنوسفادری و همکاران (۲۱) در پژوهشی به تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر کم‌شنوای مقطع راهنمایی مدارس فراگیر پرداختند. پژوهش‌های مختلف به تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان سلامت روانی و میزان اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی-حرکتی، بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا، بر افزایش خودکارآمدی و انگیزه پیشرفت زنان دارای معلولیت‌های جسمی و حرکتی، افزایش سازگاری، مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس و کاهش اضطراب معلولان جسمی اشاره کرده‌اند (۲۱-۲۵) با توجه به اهمیت مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقای سطح سلامت روانی، ضرورت آموزش این گونه مهارت‌ها به افراد آشکار می‌شود. در راستای

بر ۲.۵ میلیون نفر را شامل می‌شود (۵). متغیری که می‌توان به تأثیر گذاری آن بر زندگی معلولان اشاره کرد، کیفیت روابط می‌باشد. کیفیت روابط به معنی نحوه ارتباط، طرز برخورد افراد با دیگران است و احساسات و علاقه آنها به یکدیگر، چگونگی دخالت یا عدم دخالت‌های آنها در کارهای هم و همکاری یا رقابت آنها با دیگران و نحوه ارتباطشان را نشان می‌دهد (۷). به نظر می‌آید که کاهش کیفیت روابط، ارتباط نیرومندی با تنهایی داشته باشد. سطح بالای کیفیت رابطه (رضایت و تعهد) به طور معنی داری با سطح پایین تنهایی در میان مردم مرتبط است (۹و۸). کیفیت روابط، ارتباط تنگاتنگی با حمایت اجتماعی دارد به طوری که روابط موثر، منفعت‌هایی برای فرد معلول دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی از وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر، رضایت مندی کمتر از سلامت (سطح پایین کیفیت زندگی)، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (۱۰). همچنین هوبنر^۱ و همکاران (۱۱) دریافته‌اند که دانشجویان معلولی که مشکلات روانشناختی دارند، بیشتر از دیگر دانشجویان معلول در مورد نبود امنیت در روابط بین فردی فکر می‌کنند و بیشتر انتظار خصومت دارند. همچنین افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی با مشکلات اجتماعی بیشتری از آن‌چه که افراد عادی تجربه می‌کنند، رو به رو می‌شوند که این نکته نیز در پژوهش‌های مختلف پذیرفته شده است که مشکلات اجتماعی در افراد معلول، باعث کاهش سطح فعالیت در آن‌ها نسبت به افراد عادی می‌شود و خطر مربوط به مسائل سلامت روان را در معلولان افزایش می‌دهد (۱۲ و ۱۳). افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی-رفتاری رو به رو هستند (۱۴). مارین^۲ و همکاران (۱۵) سطح کیفیت زندگی معلولان را با مؤلفه‌های سطح سلامت جسمانی و بهزیستی روانی، بهزیستی کارکردی، ارتباط مؤثر اجتماعی و محیطی و شدت معلولیت جسمی مرتبط می‌دانند. افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی از وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر، رضایت مندی کمتر از سلامت (سطح پایین کیفیت زندگی)، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (۱۶). طبق نظر بوتوین و کانتور^۳ (۱۷) مهارت‌های زندگی، شامل مهارت‌های خود نظاره‌گری^۴ و مهارت‌های اجتماعی هستند. مهارت‌های خود نظاره‌گری فردی، توانایی تصمیم‌گیری^۵ و حل مساله^۶، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آنها، مقابله با

7. Self-direction
8. Self-reinforcement
9. Assertiveness
10. Yalcin
11. Karahan

1. Huebner
2. Mairin
3. Botvin, G. J., Kantor. L. W.
4. Self-monitoring
5. Decision-making
6. Problem-solving

سوال مربوط به عمق روابط، ۱۲ سوال مربوط به روابط تعارضی و ۴ ماده باقی مانده نمره گذاری نمی شود. سپس از آزمودنی خواسته می شود در مقابل هر یک از ماده‌ها براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از نمره صفر به معنی «هیچ» تا نمره ۳ به معنی «زیاد» ارتباط خویش را مشخص نماید. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس حمایت اجتماعی، عمق روابط و روابط تعارضی به ترتیب: ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۶ گزارش شد (۲۶). این پرسشنامه اولین بار توسط ابراهیمی در سال ۱۳۸۱ ترجمه و ضریب پایایی ۰/۷۳ برای آن گزارش شده است (۲۷).

پکیج آموزش مهارت های زندگی: این بسته آموزشی، شامل ۱۰ مهارت می باشد که هر مهارت در یک جلسه گروهی آموزش داده می شود. بنابراین دوره آموزشی ۱۰ هفته طول می کشد. مدت زمان هر جلسه ۲ ساعت می باشد. این مهارت های ۱۰ گانه عبارت اند از: خودآگاهی- روابط بین فردی- ارتباط- تفکر نقادانه- تفکر خلاق- تصمیم گیری- حل مساله - مقابله با فشار- مقابله با هیجان های ناخوشایند - همدلی. خلاصه جلسات درمانی در جدول (۱) آورده شده است.

گسترش سازگاری اجتماعی، مهارت های زندگی به انسان می آموزد که چگونه شکنندگی را از خودشان دور سازند و به مسائل زندگی به عنوان معماهای قابل حل نگاه کنند. بنابراین، جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آموزش این قبیل برنامه ها احساس می شود. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کیفیت روابط و در معلولین جوان بستری در مراکز بهزیستی دولتی می باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون به همراه گروه گواه است. جامعه آماری، مشتمل بر کلیه معلولین جوان بستری در مرکز خیریه جامع توانبخشی شبانه روزی اراک می باشد. به منظور گرد آوری داده ها به مرکز بهزیستی در مرکز خیریه جامع توانبخشی شبانه روزی اراک، واقع در شهر اراک مراجعه کرده و ۳۰ نفر از افراد بستری دارای معلولیت های حسی- حرکتی و عقب ماندگی نوع خفیف با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردید. از این تعداد، ۱۵ آزمودنی به شیوه جایگزینی تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش جای گرفتند و جهت این افراد، آموزش مهارت زندگی ارائه شد و ۱۵ آزمودنی دیگر بدون ارائه آموزش مهارت زندگی در گروه گواه قرار گرفتند و هیچ گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند. پرسشنامه های پژوهش، قبل از دوره آموزشی مهارت های زندگی و پس از آن بر روی هر دو گروه گواه و آزمایش اجرا شد. بسته آموزش مهارت های زندگی، شامل ۱۰ مهارت می باشد که هر مهارت در یک جلسه گروهی آموزش داده شد. بنابراین دوره آموزشی ۱۰ هفته طول کشید. مدت زمان هر جلسه ۲ ساعت بود. این مهارت های ۱۰ گانه عبارت اند از: خودآگاهی - روابط بین فردی- ارتباط - تفکر نقادانه- تفکر خلاق- تصمیم گیری- حل مساله - مقابله با فشار - مقابله با هیجان های ناخوشایند- همدلی. همچنین داده ها به وسیله روش تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) و با استفاده از نرم افزار SPSS V16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر می باشد: پرسشنامه کیفیت روابط^۱: این پرسشنامه، یک ابزار خود سنجی است که توسط پیرس و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شد تا حمایت های دریافتی از روابط با افراد مهم زندگی را ارزیابی کند. پرسشنامه کیفیت روابط، دارای ۲۹ سؤال است که شامل سه خرده مقیاس حمایت اجتماعی، اهمیت و عمق روابط و تعارض های بین فردی است که ۷ سوال مربوط به حمایت اجتماعی، ۶

جدول (۱): خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های زندگی

جلسه	موضوع جلسه	اهداف
اول	معارفه- مهارت‌های تصمیم‌گیری	معارفه اعضای گروه- بیان اهداف دوره آموزشی به طور کلی- این توانایی به فرد کمک می‌کند تا به نحوی موثر در مورد مسائل زندگی خود تصمیم‌گیری کند. اگر کودکان، نوجوانان و بزرگسالان بتوانند فعالانه در مورد اعمال خود تصمیم بگیرند؛ جوانب مختلف راه‌هایی را که می‌توانند انتخاب کنند، بررسی و پیامد هر انتخاب را ارزیابی نمایند، آنگاه خواهند توانست از سطح بیشتری از سلامت روان بهره‌گیرند.
دوم	مهارت حل مساله	این توانمندی فرد را قادر می‌سازد تا به طور موثر تری مسائل زندگی را حل نماید. مسائل مهم زندگی اگر حل نشده بماند؛ تنش روانی و به دنبال آن مشکلاتی برای جسم در پی خواهد داشت.
سوم	مهارت تفکر خلاق	این نوع تفکر هم به حل مساله و هم به تصمیم‌گیری‌های مناسب کمک می‌کند. با استفاده از این نوع تفکر، راه‌حل‌های مختلف مسایل و پیامدهای هر یک از آنها بررسی می‌شود تا در اختیار روند تصمیم‌گیری قرار داده شود. این امر فرد را قادر می‌سازد تا مسایل را از ورای تجارب مستقیم خود دریابد و حتی زمانی که مشکل وجود ندارد و تصمیم‌گیری خاصی لازم نیست با سازگاری و انعطاف بیشتری به زندگی روزمره خود بپردازد.
چهارم	مهارت تفکر انتقادی	تفکر انتقادی، توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب است. آموزش این مهارت، نوجوانان را قادر می‌سازد تا در بر خورد با ارزش‌ها، فشار گروه هم‌سالان و رسانه‌های جمعی مقاومت نماید و از آسیب‌های ناشی از این موارد در امان باشد.
پنجم	مهارت برقراری رابطه موثر	این مهارت به فرد کمک می‌کند تا از طریق رفتار یا کلام و به شیوه‌ای که متناسب با فرهنگ جامعه و موقعیت خود، ارزش‌ها و باورهای خویش را مطرح سازد. بدین ترتیب، فرد خواهد توانست نظرات، عقاید، خواست‌ها، نیازها و عواطف خود را ابراز کند و در صورت نیاز بتواند از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید. مهارت تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران در هنگام ضرورت از مشخصات مهم یک رابطه سالم است.
ششم	مهارت برقراری روابط بین فردی سازگارانه	این توانایی به ایجاد روابط بین فردی مثبت و موثر انسان با دیگران کمک می‌نماید. یکی از این موارد، توانایی ایجاد و حفظ روابط دوستانه است که در سلامتی روانی و اجتماعی، روابط گرم خانوادگی و قطع روابط اجتماعی ناسالم نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند.
هفتم	مهارت آگاهی از خود	خود آگاهی، توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات نقاط ضعف و قدرت خواسته‌ها، ترس‌ها و انزجارهاست. رشد خود آگاهی به فرد کمک می‌کند تا دریابد که تحت استرس قرار دارد یا نه و این امر پیش‌نیاز و شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی موثر همدلانه است.
هشتم	مهارت همدلی با دیگران	همدلی؛ یعنی اینکه فرد بتواند زندگی دیگران را حتی در زمانی که در آن شرایط قرار ندارد، درک کند. این مهارت به انسان کمک می‌کند تا بتواند دیگران را حتی وقتی با آنها بسیار متفاوت است، بپذیرد و به آنها احترام بگذارد. همدلی روابط اجتماعی را بهتر می‌کند و به ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده نسبت به انسان‌های دیگر منجر می‌شود.
نهم	مهارت مقابله با هیجان‌های ناخوشایند	این توانایی فرد را قادر می‌کند تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های مختلف نشان دهد. اگر با حالت‌های هیجانی، مثل غم خشم یا اضطراب درست برخورد نشود؛ این موارد تأثیر منفی بر سلامت جسمی روانی یا اجتماعی خواهند گذاشت.
دهم	مهارت مقابله با فشار	این توانمندی، شامل شناخت تنش‌های مختلف زندگی و تأثیرات آنها بر فرد است. شناسایی منابع تنش و نحوه تأثیر آنها بر انسان، فرد را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری‌های خود فشار را کاهش دهد.

بر اساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی (۳۵) در جدول شماره ۱ آمده است.

یافته‌ها

میانگین سن در گروه گواه ۳۴.۰۷ و در گروه آزمایش ۳۴.۸۶ سال می‌باشد. فراوانی و درصد علت معلولیت در گروه گواه و آزمایش

جدول (۲): فراوانی و درصد علت معلولیت در گروه گواه و آزمایش بر اساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی

متغیر	گروه	
	گواه	آزمایش
علل معلولیت	درصد	درصد
	مادر زادی	۷۸
اکتسابی	۲۲	۲۴

جدول (۳): میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهشی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	
		انحراف استاندارد	میانگین
حمایت اجتماعی	پیش آزمون	۱۳.۴۶	۳.۰۲
	پس آزمون	۱۱.۴۰	۶.۲۷
عمق روابط	پیش آزمون	۱۵.۴۰	۴.۴۳
	پس آزمون	۱۵.۲۰	۲.۳۹
تعارض بین فردی	پیش آزمون	۲۲.۲۰	۵.۴۴
	پس آزمون	۲۵	۵.۴۵

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت هایی وجود دارد که معنی داری آنها در آمار استنباطی پیگیری خواهد شد.

جدول (۴): آزمون لوین به منظور بررسی فرض همسانی واریانس ها در دو گروه گواه و آزمایش در متغیر کیفیت روابط

متغیر	مرحله	درجه آزادی یک	درجه آزادی دو	آزمون لوین	معناداری (P)
کیفیت روابط	پس آزمون	۱	۲۸	۰.۵۳	۰.۴۷

معنی است که بین دو گروه افراد آزمایش و کنترل از لحاظ حمایت اجتماعی، عمق روابط، تعارضات بین فردی تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام نوع مقیاس های کیفیت ارتباط، بین دو گروه متفاوت است از جدول تحلیل کواریانس چند راهه استفاده شده است.

با توجه اینکه معناداری از میزان مورد نظر ($\alpha = 0.05$) بزرگتر می باشد لذا فرض صفر تأیید شده و واریانس ها در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر کیفیت روابط همسان می باشند. همچنین با توجه به یافته ها، مقدار لامبدای ویلکز برابر با 0.1 می باشد که در سطح ($P \leq 0.05$) معنی دار است. این بدین

جدول (۵): آنالیز کواریانس چند متغیره برای بررسی معنی داری آموزش مهارت زندگی بر هر یک از مقیاس های کیفیت ارتباط در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه	۰.۲۲	۱	۰.۲۲	۰.۰۶	۰.۹۴
پیش آزمون	۸۴.۸۸	۱	۸۴.۸۸	۲.۴۸	۰.۱۳
گروه	۴۶.۲۲	۱	۴۶.۲۲	۹.۲۹	۰.۰۰۱
پیش آزمون	۷.۷۸	۱	۷.۷۸	۲.۵۸	۰.۲۵
گروه	۱۶۴.۴۰	۱	۱۶۴.۴۰	۶.۳۶	۰.۰۲
پیش آزمون	۵.۰۹	۱	۵.۰۹	۰.۲۰	۰.۶۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد آزمایش و کنترل از لحاظ حمایت اجتماعی، عمق روابط، تعارضات بین فردی تفاوت معنادار وجود دارد و در نتیجه، آموزش مهارت های زندگی در افزایش میزان کیفیت روابط معلولین موثر بوده است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش یالچین و کاراهان (۱۹)، کنان^۱ و همکاران (۳۷)،

همان طور که در جدول مشاهده می کنید با فرض کنترل پیش آزمون فرضیه « آموزش مهارت زندگی بر کیفیت ارتباط معلولین جسمی - حرکتی تاثیر دارد » در سطح ($P \leq 0.05$) در مورد دو مقیاس کیفیت ارتباط؛ یعنی عمق روابط و تعارضات بین فردی مورد تأیید قرار گرفت. بدین معنی که فرض صفر رد و فرض خلاف قابل قبول است. اما در مورد مقیاس حمایت اجتماعی فرض خلاف رد شد و نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد، به این معنا که آموزش مهارت زندگی بر خرده مقیاس حمایت اجتماعی معنادار نیست.

قابلیت دسترسی منابع حمایتی اشاره دارد، در حالی که منظور از حمایت اجتماعی دریافت شده شاخص‌های کمی و واقعی انواع خاصی از حمایت می‌باشد (۳۲). نظریه پردازان، حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به بیان دیگر، روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آن که فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (۳۳). یافته‌ای دیگر نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش میزان کیفیت روابط در خرده مقیاس عمق روابط معلولین موثر بوده است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش یالسین و کاراهان (۱۹)، مهوش ورنوسفادرانی و همکاران (۲۱)، مرادی و کلانتری (۲۲) می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که آموزش‌های مهارت‌های زندگی بر جنبه‌هایی از روابط بین فردی همچون نزدیکی روابط بین فردی، اهمیت داشتن رابطه با دیگران، اتکا به دیگران و احساس دل‌تنگی و مهم بودن دیگران موثر می‌باشد. به نظر می‌رسد مهمترین عاملی که می‌تواند باعث تعمیق روابط بین فردی گردد، مهارت همدلی با دیگران می‌باشد. فقدان همدلی در افراد، باعث متوسل شدن به روش‌های انفرادی بیان خویش می‌شود به گونه‌ای که گاهی در تضاد با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرد (۳۶). معلول به عنوان فردی که خود را متفاوت با اطرافیان می‌بیند دچار نوعی حس سرخوردگی که محدود شدن دایره روابط بین فردی او و عدم اعتمادش به اطرافیان را در پی دارد، می‌شود. درک فرد معلول، نیازمند دیدن دنیا از زاویه دید او است؛ اما این امر در مورد این افراد به سختی اتفاق می‌افتد، به همین منظور، فهم شرایط آنها از جمله سخت‌ترین موقیبت‌ها را برای اطرافیان رغم می‌زند. لذا با این شرایط روابط معلول سطحی شده و شاید هیچ وقت به دنبال شکل دادن رابطه‌ای عمیق نباشند، از این رو منزوی می‌شوند و مستعد اختلالی همچون افسردگی. حال به منظور نیل به هدف توانمند کردن فرد معلول برای شکل دادن روابط ریشه‌ای و عمیق فنون آموزش مهارت‌های زندگی در این پژوهش به کار گرفته شده که منجر به تاثیر معنی‌داری در خرده مقیاس عمق روابط شده است که در تعمیمی جزئی می‌توان اثر بخشی نسبی آن را بر روی جامعه معلولان موردآزمون قرار داد. از همین رو، این فنون باعث شده تا معلولان کمی راجع به چگونگی شکل دادن روابط عمیق در بافت اجتماعی بیشتر بیاموزند و همچنین محرکی است برای دنبال کردن سبک زندگی پویا تر در بستر فردی و اجتماعی. اثر بخشی این فنون هنگامی به طور کامل مشخص می‌شود که فرد معلول به آن ایمان دارد و آنها را در زندگی شخصی خود به کار بندد، به گونه‌ای که بتواند به دیگران اعتماد کرده و با آنها روابطی عمیق شکل دهد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش میزان تعارض بین فردی معلولین موثر بوده است. این نتایج، همسو با

سایو^۱ و همکاران (۳۸)، تانگ^۲ و همکاران (۳۹)، کینگز نورث^۳ و همکاران (۴۰) مهوش ورنوسفادرانی (۲۱)، مرادی و کلانتری (۲۲) و به نوعی همسو با نتایج پژوهش صبحی قرامکی (۲۸) که نشان دادند آموزش مهارت‌های زندگی باعث بهبود روابط بین فردی می‌شود. در تبیین تاثیر آموزش‌های مهارت‌های زندگی بر افزایش کیفیت روابط معلولان می‌توان اظهار داشت که این آموزش‌ها شامل آموزش‌های مهارت‌های بین فردی نیز می‌باشد. این مهارت‌ها عبارت است از: مهارت برقراری رابطه موثر و مهارت برقراری روابط بین فردی سازگارانه، مهارت همدلی با دیگران و مهارت مقابله با هیجان‌های ناخوشایند، مهارت برقراری رابطه موثر، این مهارت به فرد کمک می‌کند تا از طریق رفتار یا کلام و به شیوه‌ای که متناسب با فرهنگ جامعه و موقعیت خود، ارزش‌ها و باورهای خویش را مطرح سازد. بدین ترتیب فرد خواهد توانست نظرات، عقاید، خواست‌ها، نیازها و عواطف خود را ابراز کند و در صورت نیاز بتواند از دیگران در خواست کمک و راهنمایی نماید (۲۹). همچنین این مهارت توانایی همدلی و روابط اجتماعی را بهتر می‌کند و به ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده نسبت به انسان‌های دیگر منجر می‌شود (۲۴). این مهارت به طور غیر مستقیم باعث می‌شود تا وابستگی فرد معلول به دیگران کمتر شود و مشکلات فردی خودش را با توانایی‌های خودش حل و فصل کند (۳۰). در گام بعدی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت روابط در خرده مقیاس حمایت اجتماعی در معلولین جسمی - حرکتی بستری موثر است؛ اما بر کیفیت روابط در بُعد حمایت اجتماعی موثر نبوده است. این یافته بر خلاف یافته پژوهش مهوش ورنوسفادرانی و همکاران (۲۱) بوده است. آنها در پژوهش خود نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های اجتماعی، را به گونه‌ای معنی‌دار افزایش داده است. در تبیین این نتایج می‌توان اظهار داشت، از آنجا که حمایت اجتماعی عاملی است که بیشتر جنبه بیرونی دارد و تحت تاثیر عوامل بافتی می‌باشد، لذا مهارت‌های فردی تاثیر زیادی در آن ندارد، به عبارت دیگر اینکه یک فرد از حمایت اجتماعی برخوردار باشد یا خیر بیشتر به اطرافیان وی بستگی دارد. بعضی شواهد نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان کمتر از همسرشان از حمایت بهره‌مند می‌شوند و برای کسب حمایت اجتماعی، بیش تر به دوستان زن خود تکیه می‌کنند. این تفاوت ممکن است نتیجه صمیمیت بیش تر میان خانم‌ها و منعکس‌کننده تفاوت در حمایت‌های عاطفی و ارزشی که زنان و مردان می‌طلبند و به دیگران می‌دهند، باشد (۳۱). در تبیین حمایت اجتماعی، تمایز دیگری مطرح است و آن حمایت اجتماعی دریافت شده در مقابل حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده به دیدگاه و ادراک افراد از

سیستماتیکی را فراهم می آورد که باعث بهبود روابط معلول با جامعه بیرون و کاهش تعارضات بین فردی می شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که آموزش مهارت های زندگی به معلولین دارای ناتوانایی های جسمی و حرکتی و افراد آموزش پذیر می تواند بر کیفیت روابط آنها همچون عمق روابط، کاهش تعارض های بین فردی و حمایت آنها تأثیر بگذارد. لذا پیشنهاد می شود این برنامه آموزشی به صورت منظم در مراکزی مانند بهزیستی روی این قشر آسیب پذیر جامعه اجرا شود. از جمله محدودیت پژوهش این پژوهش صرف معلولان جسمی و افراد آموزش پذیر بودن نمونه می باشد. بنابراین نمی توان نتایج پژوهش را به کل جامعه معلولان تعمیم داد. لذا پیشنهاد می شود پژوهش هایی با اهداف تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کیفیت روابط و عزت نفس معلولان دارای معلولیت های مختلف انجام پذیرد و نتایج آنها را با همدیگر مقایسه شود. از جمله محدودیت های پژوهش می توان به دشواری کار با معلولین جسمی - حرکتی و دشواری همکاری ارگان های زیربند در باره اخذ مجوز های مورد نیاز اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از مسؤولین محترم مرکز خیریه جامع توانبخشی شبانه روزی اراک و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

نتایج پژوهش یالسین و کاراهان (۱۹)، مهوش ورنوسفادرنی و همکاران (۲۱)، مرادی و کلانتری (۲۲)، یوسف پور و گروسی (۲۳) و به نوعی می توان گفت با پژوهش ساجدی و همکاران (۳۴) که تاثیر آموزش مهارت های زندگی را بر روابط بین فردی، عزت نفس و ابراز وجود دختران نابینا بررسی کردند و نتایج آن، حاکی از تاثیر معنی دار این آموزش ها بر عزت نفس و ابراز وجود دختران و عدم تاثیر معنی دار بر روابط بین فردی آنها بوده است، ناهمخوان می باشد. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که فرد معلول به خاطر داشتن شرایط جسمی متفاوت با سایر افراد مستعد پرخاشگری و نارضایتی از وضع موجود است. این نارضایتی منجر به شکل گیری روابطی ناکارآمد با دیگران و به فراخور آن تعارضاتی می شود که جامعه معلول را هدف قرار می دهد. عدم ارضا نیازهای جسمی، روانی، اقتصادی و خودشکوفایی این افراد در مقایسه با سایر مردم درکی از بی عدالتی را در معلول پدید می آورد که منجر به تعارضات بین فردی می گردد. تصور این بی عدالتی، خود منجر به کاهش فعالیت های معلول می شود تا بدانجا که امتیازات پایین اجتماعی، نوعی حس سرخوردگی را به آنها تحمیل می کند که باعث شکل گیری ارتباطاتی ضد و نقیض می شود و معلول را در برابر جامعه ای سرشار از بی عدالتی از دیدگاه او قرار می دهد. حال آموزش مهارت های زندگی با داشتن عناوینی چون برقراری روابط همدلانه با دیگران، آموزش سازگاری، رابطه موثر و تفکر انتقادی و خلاق، اتحاد

References:

- Lengnick-Hall ML, Lengnick-Hall CA, Andrade LS, Drake B. Strategic human resource management: The evolution of the field. *Human Resource Management Review*. 2009;19(2):64-85.
- Organization WH. Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly. 2003.
- Houtenville A, Kalargyrou V. Employers' Perspectives about Employing People with Disabilities A Comparative Study across Industries. *Cornell Hospitality Quarterly*. 2015;56(2):168-79.
- Brown RL, Turner RJ. Physical Disability and Depression. *J Aging Health*. 2010; 22 (7): 977-1000.
- Satari B. The Investigation of the elderly's Social and health status in rural area with Rural Empowerment Project. *Elder Approach*. 2007;1(2): 18-21. [Persian].
- Molero F, Shaver PR, Ferrer E, Cuadrado I, ALONSO-ARBIOL I. Attachment insecurities and interpersonal processes in Spanish couples: A dyadic approach. *Personal Relationships*. 2011;18(4):617-29.
- Péloquin K, Lafontaine M-F, Brassard A. A dyadic approach to the study of romantic attachment, dyadic empathy, and psychological partner aggression. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2011;28(7):915-42.
- Flora J, Segrin C. Relationship development in dating couples: Implications for relational satisfaction and loneliness.

- Journal of social and personal relationships. 2000;17(6):811-25.
- Segrin C, Powell HL, Givertz M, Brackin A. Symptoms of depression, relational quality, and loneliness in dating relationships. *Personal Relationships*. 2003;10(1):25-36.
9. Krahn, G, Putnam M, Drum CL, Powers L. Disabilities and Health. *J Dev Phys Disabil*. 2006; 17: 18-27.
 10. Huebner RA, Thomas KR, Berven NL. Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 1999;44(1):85.
 11. Tate D, Kirsch N, Maynard F, Peterson C, Forchheimer M, Hansen ASRN. Coping With the Late Effects: Differences between Depressed and No depressed Polio Survivors 1. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994;73(1):27-35.
 12. Turner RJ, Beiser M. Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled: Assessing the role of chronic stress. *The Journal of nervous and mental disease*. 1990;178(6):343-50.
 13. Tekinarslan IC, Sucuoglu B. Effectiveness of Cognitive Process Approached Social Skills Training Program for People with Mental Retardation. *International Journal of Special Education*. 2007;22(2):7-18.
 14. Boland MC, Daly L, Staines A. Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland. *Disability and health journal*. 2009;2(2):95-103.
 15. Krahn G, Putnam M, Drum CL, Powers L. Disabilities and Health. *J Dev Phys Disabil*. 2006; 17: 18-27.
 16. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol Res Health*. 2000;24(4):250-7.
 17. Tanabe M, Suzukamo Y, Tsuji I, Izumi S-I. Communication training improves sense of performance expectancy of public health nurses engaged in long-term elderly prevention care program. *ISRN nursing*. 2012; 2(4): 1-8.
 18. Yalcin BM, Karahan TF. Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(1):36-44.
 19. Gacy L, Shulman S. Working through the heart: A transpersonal approach to family support and education. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998;22(2):133.
 20. 21. Varnosfadarani M, Adib S, Vamolali G. Effects of life skills training on the social skills of deaf students. *Research in Rehabilitation Sciences*. 2012; 8(3):20-35 [Persian].
 21. Moradi A, Kalantari M. The effect of Life skills training on psychological profile of women with physical disabilities. *The journal of psychology of exceptional persons*. 2006; 2(19): 576-559 [Persian].
 22. Yosefpour M, Garousi M. Effects of teaching life skills to improve mental health, physical symptoms and anxiety of Welfare disabled in Tabriz, *Women and Family Studies*. 2010; 1(3): 123-137. [Persian].
 23. Mojarad Kahani A, Ghanbari B, Modares M. Effectiveness of Psycho-group educational interventions on quality of life and quality of relationships in families of patients with bipolar disorder, *Behavioral Sciences Research*. 2012;10(2): 22-30. [Persian].
 24. Pourahmadi E, Jalali M, Jalil B, Pakdaman SH. Effect of teaching life skills on improving, social skills and behavior problems in the boys with coping behavior and disregard disorder, *Achievements of psychology (Educational Science and psychology)*. 2010; 4(1):67-86. [Persian].

25. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(6):10-28.
26. Ebrahimi A, Bolhari J, Zolfaghari F. Study of Relationship of Coping skills and social support and depression of spinal cord injuries. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2002; 1(2): 48-40. [Persian].
27. Sobhi N, Hajloo N, Hatami GH. Effect of life skills training on self-esteem assertiveness and interpersonal relationships, *Research of Social Psychology*. 2013; 3(9): 68-57 [Persian].
28. Kapp-Simon KA, McGuire DE, Long BC, Simon DJ. Addressing quality of life issues in adolescents: social skills interventions. *The Cleft palate-craniofacial journal*. 2005;42(1): 45-50.
29. Kingsnorth S, Healy H, Macarthur C. Preparing for adulthood: a systematic review of life skill programs for youth with physical disabilities. *J Adolescent Health*. 2007;41(4):323-32.
30. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*: John Wiley & Sons; 2014.
31. 32. Bagherian R. Exploration study of predictive variables of depression after heart attack. *Health Psychology Ph.D. Dissertation*. University of Tehran; 2008.
32. Streeter CL, Franklin C. Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*. 1992; 2(1):81-98.
33. Sajedi S, Atashpour H, Kamkar M, Shariat M. Life skills training effect on interpersonal relationships, self-esteem and assertiveness of blind girls. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2010; 11(39): 12-21 [Persian].
34. Organization WH. *The world health report 2000: health systems: improving performance*: World Health Organization; 2000.
35. Radfar SH, Hamidi F. About life skills, *Engineering Research Institute and Veterans Medical Science pub*. 2010; 21 (2): 1047-55. [Persian].
36. Keenan S, King G, Curran C, McPherson A. Effectiveness of experiential life skills coaching for youth with a disability. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*. 2014;34(2):119-31.
37. Capio CM, Sit CH, Eguia KF, Abernethy B, Masters RS. Fundamental movement skills training to promote physical activity in children with and without disability: A pilot study. *Journal of Sport and Health Science*. 2015;4(3):235-43.
38. Tonge B, Brereton A, Kiomall M, Mackinnon A, Rinehart NJ. A randomized group comparison controlled trial of 'preschoolers with autism': A parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. *Autism*. 2014;18(2):166-77.
39. Kingsnorth S, King G, McPherson A, Jones-Galley K. A retrospective study of past graduates of a residential life skills program for youth with physical disabilities. *Child Care Health Dev*. 2015;41(3):374-83.