ساخت و اعتباریابی آزمون مهارت‌های زندگی در افراد وابسته به مواد[۱]

مسیب یارمحمدی واصل*، هومان نارنجی‌ها**، حسن رفیعی***

طرح مسئله: *با توجه به اهمیت مهارت‌های زندگی در حل مسائل بین فردی افراد سوءمصرف کننده مواد و ارتقاء سازگاری اجتماعی و بهبود سلامت روان آن‌ها، هدف پژوهش ساخت ابزاری دقیق و مناسب جهت سنجش مهارت‌های زندگی افراد وابسته به مواد بود.*

روش: *روش این پژوهش با توجه به اهداف آن توصیفی می‌باشد، جامعهٔ آماری کلیه افراد وابسته به مواد کشور است. نمونه پژوهش تعداد ۳۵۰ نفر به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از شهرهای تهران، همدان، قم، مشهد، بروجرد، خمین، اصفهان، یزد، کرمان، شیراز، اهواز، آبادان و هرمزگان انتخاب شد. ابزار پژوهش پرسشنامه مهارتهای زندگی با توجه به تعاریف این سازه، فهرستها، طبقه بندیها، پرسشنامه‌های موجود و پژوهشهای پیشین طراحی شد.*

یافته‌ها: *برای تحلیل داده‌های پژوهش از نمودار اسکری، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون‌های کرویت بارتلت، کفایت نمونه برداری(KMO)، تحلیل عاملی با چرخش واریماکس، آلفای کرونباخ استفاده شد. نتیجهٔ تحلیل عاملی با استفاده از روش واریماکس و بر اساس آزمون اسکری بیان‌گر وجود شش عامل(مهارت حل مسئله، مدیریت احساسات و هیجانات، مهارت ارتباطی، خود مراقبتی، مهارت ابراز وجود و خودآگاهی) درآزمون مهارت‌های زندگی بود، که در مجموع بیش از ٤٨/٦٧ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون(۰/۹۲) و خرده مقیاس‌های؛ مهارت حل مسئله(۰/۹۳) مدیریت احساسات و هیجانات (۰/۹۰) مهارت ارتباطی(۰/۸۹) خود مراقبتی (۰/۹۱) مهارت ابراز وجود(۰/۸۷) خود آگاهی(۰/۹۰) به دست آمد.*

نتایج: *بنابراین می‌توان گفت پرسش‌نامهٔ سنجش مهارت‌های زندگی ابزاری معتبر، با روایی بالا برای کاربرد در پژوهش‌های آموزشی، روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی است.*

کلیدواژه‌ها: اعتبار، اعتیاد، روایی، مهارت‌های زندگی

تاریخ دریافت: ***۸۷/۱۰/۱۶*** ***تاریخ پذیرش:*** ***۸۹/۱۰/۲۰***

۱ـ این پژوهش با اعتبارات مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام گرفته است.

* دکتر روانشناس، دانشگاه بوعلی سینا. همدان <vasel999@yahoo.com>

** پزشک عمومی و کارشناسی ارشد سلامت همگانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روان پزشک و کارشناسی ارشد سلامت همگانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

بدون تردید، مقابله با معضل شوم اعتیاد و ابعاد مختلف این پدیدهٔ ویرانگر، یکی از دغدغه‌های مهم و اصلی امروز کشور ما می‌باشد. اعتیاد بلای خانمان سوزی است که نزدیک ۱/۵ میلیون نفر را مبتلا ساخته و تبعات آن سایر افراد جامعه را تهدید می‌کند. این پدیده، یکی از پیچیده‌ترین و بغرنج ترین آسیب‌های اجتماعی است. اعتیاد به مواد تغییر دهندهٔ افکار، هیجان و رفتار یکی از بارز ترین آسیب‌های روانی ـ اجتماعی است که به راحتی می‌تواند اساس زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را از بین ببرد.

در افراد مصرف کننده، مواد به گونه‌ای ناپختگی روانی و ناکارآمدی اجتماعی وجود دارد. بنابراین بهترین شیوهٔ برخورد با این مشکلات فراهم آوردن محیط درمانی است که به افزایش این مهارت‌ها و شایستگی‌های فردی کمک کند (Leon, 2000)[1]. صاحب‌نظران عوامل متعددی را در ایجاد اعتیاد مؤثر دانسته‌اند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها عوامل مربوط به خود فرد به ویژه فقدان مهارت‌های زندگی است. بسیاری از افراد جامعه به خصوص افراد سوء مصرف کننده مواد در مقابل مسائل و مشکلات زندگی روزمره فاقد توانایی‌های لازم و به خصوص مهارت‌های زندگی هستند و ارتقاء مهارت‌های زندگی نقش بسیار مهمی در درمان و عود اعتیاد دارد.

به نظر می‌رسد با آموزش مهارت‌های زندگی (LSD)[1] به معتادین بتوان از برگشت آن‌ها جلوگیری نمود. افراد وابسته به مواد چرخه‌ای از آسیب‌های کارکردی دارند که در نتیجهٔ ناتوانی آن‌ها در کسب مهارت‌های لازم برای زندگی است. این آسیب‌ها بر سلامت و کارکرد فردی این افراد تأثیر منفی دارد. امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی و مقتضیات آن آسیب‌پذیر کرده است. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که فقدان

1. life skills training

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مهارت‌های زندگی با سوء مصرف مواد ارتباط دارد. با توجه به این امر سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) به منظور ارتقاء سلامت روانی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد و...، برنامه‌ای را با عنوان آموزش مهارت‌های زندگی فراهم کرد.

مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌های روانی هستند که زمینهٔ سازگاری مثبت را فراهم می‌آورند و فرد را قادر می‌سازند تا مسئولیت‌های اجتماعی خود را بپذیرد و بدون صدمه زدن به خود و دیگران، با خواسته‌ها، انتظارات و مشکلات روزانه به شکل مؤثری برخورد نماید(طارمیان و همکاران، ۱۳۷۸). مهارت‌های زندگی شامل گروهی از مهارت‌های روان‌شناختی اجتماعی است که توانایی کمک به افراد در تصمیم‌گیری فردی، ارتباط کلامی مؤثر، الگوبرداری، خود مدیریتی است که آن‌ها را در رسیدن به زندگی سالم کمک می‌کند(Unicef, 2005). در واقع مهارت‌های زندگی توانایی‌هایی هستند که افراد یاد می‌گیرند آن‌ها را برای یک زندگی موفق، مفید و رضایت بخش به کار ببرند (Boyd, 1992).

مهارت‌های زندگی، توانایی روانی ـ اجتماعی برای رفتار انطباقی و مؤثر هستند که افراد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثری با مقتضیات و چالش‌های زندگی روزمره مقابله کنند. آموزش این مهارت‌ها موجب ارتقاء فردی و اجتماعی، محافظت از حقوق انسان‌ها و پیشگیری از مشکلات روانی ـ اجتماعی می‌شود(سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷). مطالعهٔ کریستین و همکاران (Cristian, 2007) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی به بی‌خانمان‌های مبتلا به اختلالات روانی؛ مهارت‌های خود مراقبتی، مراقبت از خانه، مدیریت پول، مشارکت اجتماعی، تغذیهٔ مناسب بهبود یافت، بهبود این مهارت‌ها بدین صورت تبیین می‌شود که یادگیری و کاربرد مهارت‌های جدید افراد را در زندگی شایسته و توانمند می‌سازد (Zimmerman , 2000)

آموزش مهارت‌های زندگی اصطلاحی است که برای مداخله‌های متعدد مانند ابراز وجود، مدیریت استرس، مدیریت هیجان‌ها، مهارت حل مسئله، خودآگاهی، خودمراقبتی، مدیریت زمان، مدیریت رفتاری، مهارت انتقادی و... اطلاق می‌شود. انتخاب مداخله‌ها

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

توجه به مهارت‌هایی دارد که فقدان آن در خلال مرحلهٔ ارزیابی درمان در مراجع شناسایی شده است. فرض براین است که مهارت‌های زندگی پایین منجر به سلامت روان پایین و سوء مصرف مواد شده‌اند و در تداوم سوء مصرف مواد نقش دارند. همچنین به نظر می‌رسد که مهارت‌های زندگی پایین، فرد را در معرض خطر بازگشت قرار می‌دهند. آموزش مهارت‌های زندگی به طور وسیعی در برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد به کاربرده می‌شوند. چنین برنامه‌هایی در پیشگیری از اعتیاد و پیشگیری از عود بسیار مؤثر است.

برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی توسط گیلبرت. جی. بوتوین (Botvin, 1997) گسترش یافته است. این برنامه جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، سیگار و الکل تهیه شده است. این برنامه شامل ۳ بخش است: ۱- آموزش مهارت‌های مدیریت خود شامل توانایی تصمیم گیری، تفکر انتقادی، مقاومت در برابر تبلیغات، مقابله با اضطراب، خشم و ناکامی، حل مسئله، تعیین هدف، خود رهبری و خود تقویتی می‌باشد. ۲ - آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل برقراری ارتباط اجتماعی کلامی و غیر کلامی، ارتقاء شایستگی، احترام به دیگران و مهارت ابراز وجود است ۳- آموزش مهارت‌های مربوط به مشکل، این بخش شامل ارائه اطلاعاتی دربارهٔ میزان شیوع مصرف مواد، نتایج کوتاه مدت و بلند مدت سوء مصرف، مهارت‌های مقاومت در برابر فشار دیگران می‌باشد(Botvin and Kantor, 2000).

نهضت آموزش مهارت‌های زندگی پاسخی است به نیازهای افراد جامعه در فرآیند رشد تکالیف اساسی زندگی را یاد بگیرند (Gazda and Borook, 1985). این حرکت بر رشد روانی- اجتماعی، جسمانی، جنسی، شغلی، شناختی، اخلاقی و هیجانی متمرکز است (Powell, 1985). همچنین آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اهداف افراد در زندگی توجه می‌کند (Trower, 1982) و آن قضاوت و شایستگی اجتماعی، افکار و رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Philips, 1980؛ به نقل از Pickle simer, et al 1998). در مطالعهٔ آموزش مهارت‌های زندگی بروکز (Borooks,1984) چهار حوزهٔ ۱) مهارت ارتباطی و بین

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

فردی ۲) مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری ۳) آمادگی جسمانی و حمایت روانی ٤) شناخت اهداف مهارت‌های زندگی، شناسایی شده است (Pickle simer, et al 1998).

تحقیقات مختلف حاکی است که آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش حل مشکلات، مهارت خواگاهی، خود نظارتی، مهارت‌های مقابله و مهارت سنجش واقعیت (Turner et al, 2008)، شایستگی روانی ـ اجتماعی، انگیزش مدرسه و کاهش مصرف الکل مؤثر است (Wenzel et al, 2009). همچنین آموزش مهارت‌های زندگی برای رشد مهارت تصمیم‌گیری، مسئولیت پذیری، مهارت‌های بین فردی، رفتار اخلاقی و مهارت اجتماعی اثر بخش بود (Astroth, 1996). بوید (Boyd, 1991) نشان داد که افرادی که مهارت‌های زندگی را آموخته بودند، در شناخت خود، کار در گروه، ارتباط و تصمیم‌گیری بهتر عمل کردند. مهارت تصمیم‌گیری اجتماعی یکی از اجزای مهارت‌های زندگی است، آموزش این مهارت به ارتقاء سلامت روان افراد سوء مصرف کننده مواد کمک می‌کند (Elias and kress, 1994).

پژوهش‌ها نشان داده است که برنامه مهارت‌های زندگی در پیشگیری از سوء مصرف مواد در مدارس مؤثر است. مطالعهٔ بوهلر و همکاران (Buhler et al, 2008) نشان داد که این برنامه، نگرش دانش آموزان به مصرف سیگار و الکل را تغییر می‌دهد و پیشگیری قابل قبولی در ارتباط با مصرف مواد اتفاق می‌افتد. مطالعه‌ای که توسط بوتوین و همکارانش براساس آموزش پیشگیری از مصرف مواد مخدر در مدارس انجام گرفت، نشان داد که برنامهٔ پیشگیری از مصرف مواد مخدر که شامل مهارت‌های رد یا طرد مواد مخدر، هنجارهای ضد مواد مخدر و مهارت‌های خود مدیریتی شخصی و مهارت‌های عمومی اجتماعی بود درگروه مداخله میزان مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (Botvin and Kantor, 2003). تحقیقات تامپسون (Thompson, 1997)، طارمیان (۱۳۷۸) نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مصرف الکل و سیگار و مواد مخدر مؤثراست.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مطالعات ادلین و همکاران (Edelen et al, 2007) نشان داد درمان اجتماعی می‌تواند خودآگاهی، تعهد نسبت به خویشتن داری، توانایی حل مسئله و پرهیز سوء مصرف کنندگان مواد را افزایش دهد. دیانا و دونالد (Dianna et al, 1999) نشان دادند فرآیند درمان اجتماعی اعتیاد بر مهارت‌های زندگی، انگیزش، کفایت، افکار، احساسات، رفتار، مثبت‌نگری، توانایی مشاوره، احساس امنیت، کفایت خود، مهارت‌های روانی ـ اجتماعی(مدیریت هیجانات) و نتایج پیگیری تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به چارچوب نظری طرح، مرور منابع و تحقیقات پیشین در زمینهٔ مهارت‌های زندگی ۷ مهارت اساسی زندگی عبارتند از:

۱)- **مهارت خودآگاهی**: خودآگاهی یعنی پاسخ به این سئوال که من کیستم، شناختی که فرد نسبت به خود دارد. توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات مثبت و منفی خود، خواسته‌ها، نیازها، محدودیت‌های خود، شناخت استعدادها، موفقیت‌ها و شکست‌های خود.

۲)- **مهارت ارتباطی**: توانایی که فرد را قادر می‌سازد در روابط اجتماعی با رفتارهای کلامی و غیرکلامی ارتباط مؤثر و سازنده‌ای با دیگران برقرار نماید.

۳)- **مهارت حل مسئله / مهارت تصمیم گیری**: توانایی که فرد را قادر می‌سازد زمانی که با مسئله‌ای مواجه می‌شود با استفاده از دانش و مهارت‌هایی که دارد به آن موقعیت پاسخ درست دهد. مهارت حل مسئله به فرد کمک می‌کند تا به صورت منطقی و منظم به حل مسائل و مشکلات خود بپردازد و فعالانهٔ پیامدها و جوانب مختلف مسئله و راه حل‌های آن را بررسی نماید.

٤)- **مدیریت هیجان‌ها و احساسات:** توانایی بیان، درک، کنترل و برانگیختن هیجانات خود و دیگران را مدیریت هیجانی می‌گویند.

۵)- **مهارت ابراز وجود**: توانایی ابراز افکار، احساسات و عقاید به نحو مستقیم و غیر مستقیم، توانایی گرفتن حقوق خود به نحوی که حقوق دیگران را زیر پا نگذاریم. توانایی نه گفتن به فشارهای درونی و بیرونی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

٦)- **مهارت خود مراقبتی**: توانایی مواظبت از خود از لحاظ روانی(از طریق مطالعه، تجسم، کنترل استرس‌ها، توانایی آرام بخشی) جسمانی(از طریق ورزش، استراحت، تغذیهٔ سالم، رعایت بهداشت جسمی)

۷)- **مهارت انتقاد سازنده:** بیان نقاط ضعف یک فرد یا یک مجموعه به منظور بالا بردن کارایی آن. منظور اصلی در انتقاد سازنده بیان کاستی‌ها، کمبودها و رفع نواقص طرف مقابل است. بنابراین هدف از انتقاد به تکامل رساندن شخصیت فرد است.

با توجه به اهمیت مهارت‌های زندگی در حل مسائل بین فردی افراد سوءمصرف کننده و ارتقاء سازگاری اجتماعی، بهبود سلامت روان آن‌ها، مقالهٔ حاضر در صدد است تا آزمون مهارت‌های زندگی را جهت ارزیابی مهارت‌های زندگی افراد وابسته به مواد طراحی و اعتبار یابی نماید. بدین منظور مقاله حاضر در جهت پاسخ به سئوالات زیر است:

۱- آیا ساختار عاملی پرسش‌نامه از همان هفت عاملی که بر اساس آن ساخته شده اشباع شده است؟

۲- آیا آزمون مهارت‌های زندگی و خرده مقیاس‌های آن از پایایی مناسب و قابل قبولی برخوردار است؟

روش

روش این پژوهش با توجه به اهداف آن توصیفی می‌باشد، جامعهٔ آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد کشور در سال ۱۳۸۷ است. به منظور ساخت آزمون مهارت‌های زندگی و دست‌یابی به عامل‌های معتبر، نمونه‌ها باید معرف باشند. در این زمینه، بین صاحب نظران مختلف در خصوص حجم نمونه‌های لازم جهت تحلیل عاملی اتفاق نظر وجود ندارد. کامری (Comrey, 1973) معتقد است که حجم نمونهٔ ۱۰۰ نفری برای تحلیل عاملی ضعیف، ۲۰۰ نفری نسبتاً مناسب، ۳۰۰ نفری خوب، ۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفر عالی است (هومن، ۱۳۸۰). بنابراین تعداد ۳۰۰ نفر حجم نمونه مناسب جهت تحلیل عاملی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

است. همچنین برخی از محققین اظهار می‌کنند که برای هر متغیر (سئوال) ۵ تا ۱۰ نمونه و به طور کلی در مجموع تا حداکثر ۳۰۰ نفر توصیه می‌شود (سرمد و همکاران، ۱۳۷۹). با توجه به مطالب اخیر، امکانات مالی، کمبود وقت، پراکندگی افراد وابسته به مواد در سطح کشور، جهت اجرای پرسش‌نامه‌ها، حجم نمونه ۳۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی طی سه مرحله انتخاب شدند: مرحلهٔ اول: «انتخاب استان‌ها» ابتدا از بین استان‌های کشور استان‌های تهران، همدان، قم، خراسان رضوی، لرستان، مرکزی، اصفهان، یزد، کرمان، شیراز، اهواز، و هرمزگان انتخاب شدند. مرحلهٔ دوم «انتخاب مراکز درمان» با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از کل مراکز درمان استان‌های مذکور جمعاً ۱۳ مرکز درمان انتخاب شدند. مرحلهٔ سوم: «انتخاب آزمودنی‌ها» بعد از انتخاب مراکز درمان آزمودنی‌های پژوهش به طور تصادفی ساده از شهرهای تهران، همدان، قم، مشهد، بروجرد، خمین، اصفهان، یزد، کرمان، شیراز، اهواز، آبادان و هرمزگان انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسش‌نامهٔ مهارت‌های زندگی: با توجه به طرح تحقیق ابتدا باید پرسش‌نامهٔ مهارت‌های زندگی ساخته و اعتباریابی می‌شد، تا با سایر پرسش‌نامه‌های استفاده شود. به این منظور مرور گسترده‌ای بر منابع و تحقیقات پیشین در زمینهٔ مهارت‌های زندگی و منابع مربوط به آن انجام دادند. بنابراین پرسش‌نامه مهارت‌های زندگی با توجه به تعاریف این سازه، فهرست‌ها، طبقه بندی‌ها و پرسش‌نامه‌های موجود و پژوهش‌های پیشین طراحی شد، که ساخت آن به صورت زیر است: در مرحلهٔ اول ابعاد مهارت‌های زندگی مشخص و تعریف شدند. این ابعاد عبارتند از: مهارت حل مسئله، تصمیم گیری، تشکر و قدردانی، مهارت ارتباطی، خوداگاهی، تفکر انتقادی، همدلی، خود مراقبتی، کنترل احساسات و هیجانات، مشارکت و همکاری و ابراز وجود. مرحلهٔ دوم، پس از تعریف ابعاد، اقدام به تهیه و طراحی سئوالات و عبارت‌هایی شد که بتوانند جوانب مختلف هر بعد را به دقت مورد ارزیابی قرار دهند. سئوالات پس از بررسی و ویرایش، به منظور تعیین اعتبار صوری

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

و محتوا در اختیار شش نفر از اساتید دانشگاه و صاحب‌نظران قرار گرفت. پس از دریافت نظرات و پیشنهادات اصلاحی، سئوالاتی که نقص داشتند مورد اصلاح و ارزیابی قرار گرفتند و سئوالات نامناسب حذف و سئوالات دیگری جایگزین آن‌ها شدند. ابعاد مهارت‌های ارتباطی، همدلی، مشارکت و تشکر و قدردانی تحت عنوان مهارت ارتباطی با هم ترکیب شدند و یک بعد را تشکیل دادند. بعد از بررسی اعتبار صوری و محتوا، پرسش‌نامهٔ طراحی شده، به صورت مقدماتی در بین ۴۳ نفر از افراد وابسته به مواد در تهران اجرا شد و از آنان خواسته شد تا ضمن پاسخ‌گویی به سئوالات نظرات خود را در خصوص روشن بودن سئوالات نیز بیان نمایند. پس از بررسی و تحلیل پرسش‌نامه‌ها، تغییراتی در فرم اولیه سئوالات داده شد و در نهایت پرسشنامهٔ اصلی با ۲۸۴ سئوال و هفت شاخص آماری (مهارت‌های حل مسئله / تصمیم گیری، ابراز وجود، مهارت‌های ارتباطی، خود آگاهی، تفکر انتقادی، خود مراقبتی، مدیریت هیجانات و احساسات) ساخته شد. در نهایت به همراه این پرسش‌نامه برای بررسی روایی همگرای این آزمون از پرسش‌نامه‌های ابراز وجود گمبریل و ریجی، مهارت‌های اجتماعی عباسی و هوش هیجانی سیبر یاشرینگ و روایی واگرای آن از پرسش‌نامه (GHQ-28)[1] استفاده شده است:

پرسشنامه‌های ابراز وجود: این پرسشنامه دارای ۴۰ ماده می‌باشد که توسط گمبریل و ریجی ساخته شده است. هر مادهٔ آن یک موقعیت را که مستلزم رفتار جرأت مندانه است نشان می‌دهد. این آزمون دارای چند دسته سئوال است: ۱- ردکردن تقاضا ۲- بیان کردن محدودیت‌های خود، مثل قبول این که برخی از چیزها را نمی‌داند. ۳- تقاضا کردن ٤- پیش‌قدم شدن درآغاز یک برخورد اجتماعی ۵- بیان احساسات مثبت ٦- کنارآمدن و قبول انتقاد ۷- قبول تفاوت داشتن با دیگران ۸- دادن پس‌خوراند منفی ۹- ابراز وجود در موقعیت‌هایی که باید کمک کرد. پایایی[2] آزمون توسط گمبریل و ریجی ۰/۸۱ گزار ش

1. General Health Questionnar
2. reliability

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شده است. همچنین درایـران بهرامـی (۱۳۷۵) ضـریب اعتبـار ۰/۸۸، غفاریـان‌زاده (۱۳۷۹) ۰/۷۳ را برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند (یعقوبی، ۱۳۷۷).

پرسش‌نامهٔ مهارت‌های اجتماعی: پرسش‌نامهٔ مهارت‌های اجتماعی توسط آقای عباسی (۱۳۸۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامـهٔ دارای ٦ بعـد و ١٤٣ سـئوال اسـت. ابعـاد آن؛ آغازگری و خاتمه، ابراز وجود، تقویت اجتماعی، جهت دهی، همـدلی و همکـاری اسـت. پایایی این آزمون خرده مقیاس‌های آغازگری و خاتمه (۰/۸٤)، ابراز وجود(۰/۸۰)، تقویـت اجتماعی(۰/۸۷)، جهت دهی(۰/۸۸)، همدلی(۰/۹۲)، همکاری(۰/۸۳) به دست آمده است.

پرسش‌نامهٔ هوش هیجانی: این آزمون سیبر یاشـرینگ سـاخته شـده اسـت. دارای ۳۳ سئوال می‌باشد که مؤلفه‌های خودانگیزی، خودآگاهی، خودکنترلی، همدلی و مهـارت‌هـای اجتمـاعی مـی‌سـنجد. ایـن آزمـون توسـط منـصوری (۱۳۸۰) هنجاریـابی و پایـایی آن (۰/۸٤)گزارش شده است.

پرسش‌نامه (GHQ-28): این پرسش‌نامـه توسـط گلـدبرگ و هیلـر (Gold berg and Hiler)ساخته شده است. پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی یک پرسـش‌نامـه سـرندی مبتنـی بـر خودگزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی، باهدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف این پرسش‌نامه دست‌یابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست. بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمـایز بـین بیماری روانی و سلامت روانی است. این پرسشنامه دارای ٤ خرده مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکارآمدی اجتمـاعی و افـسردگی اسـت کـه در مطالعـات بـر روی جوامع سالم و موقعیت‌هـای بـالینی اسـتفاده وسـیعی دارد و ابـزاری اسـت کـه پایـایی آن بالاست. گلدبرگ و همکاران (Gold berg et al, 1986) بین داده‌های حاصل از اجـرای دو پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی و چک لیست علائم روانی همبستگی بین (۰/۸۷) گزارش کرده اند(یعقوبی، ١٣٧٤). این آزمون توسط یعقوبی و همکاران (١٣٧٤) به فارسی ترجمـه شـده

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

است و ضریب پایایی برای کل پرسش‌نامه (۰/۸۸) و هر یک از خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۸ و ۰/۵۰ گزارش شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش در پاسخ به سئوال اول: آیا ساختار عاملی پرسش‌نامه از همان هفت عاملی که براساس آن ساخته شده، اشباع شده است یا خیر؟ و بررسی اعتبار سازهٔ پرسش‌نامه، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی(روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پیش از اجرای تحلیل عاملی، لازم است مفروضه‌های زیر رعایت شود:

۱. **کفایت نمونه برداری[1] (KMO)**: سرنی و کیسر(Cerney and Kaiser, 1977)معتقدند که وقتی مقدار KMO بزرگ‌تر از ۰/٦ باشد می‌توان تحلیل عاملی را انجام داد (هومن، ۱۳۸۰).

۲. **آزمون خی دو یا کرویت بارتلت**: معنی‌دار بودن آزمون خی دو یا کرویت بارتلت حداقل شرط لازم برای انجام تحلیل عاملی است. در آزمون بارتلت رد فرض صفر حاکی از آن است که ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معنی‌دار است و حداقل شرایط لازم برای انجام تحلیل عاملی وجود دارد (سرمد و همکاران، ۱۳۷۹).

جدول شمارهٔ۱: مقدار KMO و نتیجهٔ آزمون بارتلت برای ماتریس همبستگی متغیرها

Kaiser-Meyer-olkin Measure of Sampling Adequascy	۰/۹۰
Bartletts Test of Sphericity Approx.Chi-Squars	۱۸۷۲۳/۸۵۵
df	۵۰۵۰
مقدار P	۰/۰۰۱

1. sampling adequacy

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول (۱) نشان می‌دهد مقدار KMO برابـر ۰/۹۰ و آزمـون بارتلـت معنـادار اسـت. بنابراین، با توجه به کفایت نمونه برداری و معنا داری آزمون بارتلت، مـاتریس همبـستگی داده‌ها برای تحلیل عاملی امکان‌پذیر است. پس از اطمینان از مناسـبت و کفایـت مـاتریس همبستگی، می‌توان تحلیل عاملی را آغاز نمود.

استخراج عوامل اولیه: در این پژوهش به منظور استخراج عوامل اولیه، از روش تحلیـل مؤلفه‌های اصلی استفاده شده است.

جدول شماره۲: شاخص‌های آماری اولیه پرسش‌نامهٔ مهارت‌های زندگی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی

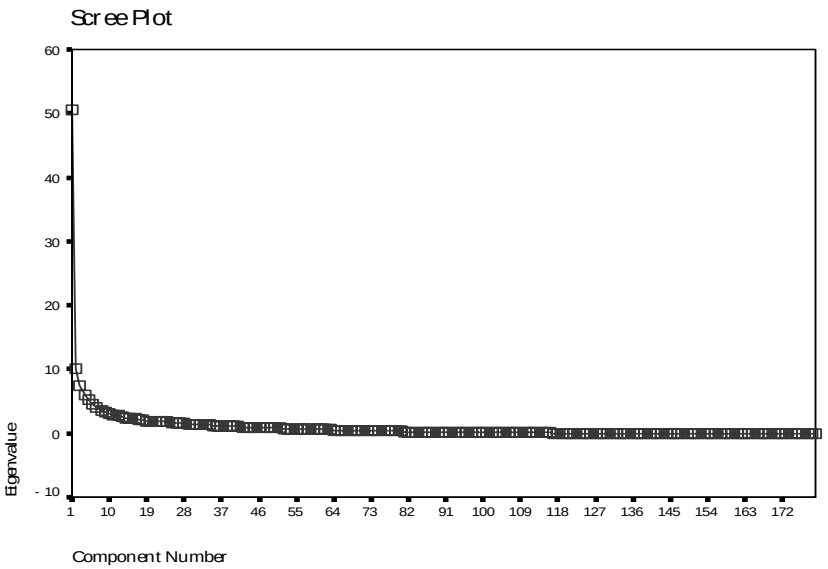
مؤلفه‌ها	ارزش‌های ویژه اولیه			مجموع مجذورات بارهای استخراج شده پس از چرخش		
	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس
۱	۵۰/٤۷۳	۲۸/۰٤۰	۲۸/۰٤۰	۵۰/٤۷۳	۲۸/۰٤۰	۲۸/۰٤۰
۲	۱۰/۰٦۸	۵/۵۹۳	۳۳/٦۳٤	۱۰/۰٦۸	۵/۵۹۳	۳۳/٦۳٤
۳	۷/٤۳۲	٤/۱۲۹	۳۷/۷٦۳	۷/٤۳۲	٤/۱۲۹	۳۷/۷٦۳
٤	۵/۸۷٤	۳/۲٦٤	٤۱/۰۲٦	۵/۸۷٤	۳/۲٦٤	٤۱/۰۲٦
۵	۵/۳۱۸	۲/۹۵۵	٤۳/٦۸۱	۵/۳۱۸	۲/۹۵۵	٤۳/۹۸۱
٦	٤/٤۷۹	۲/٤۸۸	٤٦/٤٦۹	٤/٤۷۹	۲/٤۸۸	٤٦/٤٦۹
۷	۳/۹٦۵	۲/۲۰۳	٤۸/٦۷۲	۳/۹٦۵	۲/۲۰۳	٤۸/٦۷۲

یک تصمیم مهم در اجرای تحلیل عاملی مربوط به تعداد عوامل قابـل اسـتخراج بـرای چرخش می‌باشد. جهت تعیین این‌که چند عامـل مناسـب بـرای چـرخش وجـود دارد، از ملاک‌های مختلفی از جمله «ملاک کیسر» و «آزمون اسکری کتل» استفاده می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

۱. **ملاک کیسر**: بر پایه این ملاک، عواملی که دارای ارزش ویژه یک یا بیشتر از آن می‌باشند، به عنوان عوامل قابل استخراج تعیین می‌شوند. همان طور که در جدول مشخص است ۷ عامل دارای ارزش ویژه بزرگ‌تر از یک و قابل استخراج هستند.

۲. **آزمون اسکری[1] کتل**: نمودار اسکری ملاک دیگری است که جهت تعیین تعداد عوامل استخراجی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این نمودار محور افقی تعداد مؤلفه‌ها و محور عمودی ارزش ویژه هر مؤلفه را نشان می‌دهد. نقطه‌ای که در آن منحنی برای ارزش ویژه به صورت افقی، نقطهٔ اسکری نامیده می‌شود (سرمد و همکاران ۱۳۷۹). بدین ترتیب با شمارش تعداد عوامل سمت چپ نقطهٔ اسکری تعداد عوامل قابل استخراج مشخص می‌شود.



نمودار اسکری جهت تعیین تعداد عوامل مناسب قابل استخراج

1. scree test

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

همان‌طور که در نمودار اسکری مشاهده می‌شود(با توجه به نقطهٔ شیب خط تغییر می‌کند)، تعداد عوامل قابل استخراج برای تحلیل عاملی، هفت عامل می‌باشد. در صورت استخراج هفت عامل از ماتریس همبستگی، عامل اول قبل از چرخش ۲۸/۰٤۰ درصد، عامل دوم ۵/۵۹۳ درصد، عامل سوم ٤/۱۲۹ درصد، عامل چهارم ۳/۲٦٤درصد، عامل پنجم ۲/۹۵۵ درصد، عامل ششم ۲/٤۸۸ درصد، عامل هفتم ۲/۲۰۳ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. بنابراین در تحلیل عاملی پژوهش حاضر، هفت عامل ٤۸/٦۷۲ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند که نشان دهندهٔ روایی سازهٔ قابل قبول آزمون است.

چرخش واریماکس[1]

جهت دست‌یابی به ساختار ساده عوامل در این پژوهش از روش واریماکس استفاده شد، که بارهای عاملی سئوالات هر خرده مقیاس روی هفت عامل مشخص شده است. تحلیل عوامل داده‌ها پس از ۱۱ چرخش آزمایشی به بهترین ساختار عاملی دست یافت. با توجه به ماتریس عاملی چرخش یافته سئوالات این عامل، مشخص شد که:

جدول شماره ۳: سئوالات پرسش‌نامه قبل از چرخش و پس از چرخش

	سئوالات پرسش‌نامه قبل از چرخش	سئوالات پرسش‌نامه پس از چرخش
عامل اول	۱۷، ۲۲، ۱۹، ۱۵، ۲۰، ۳۰، ۲٦، ۲۵، ٤، ۱۲، ۱٦، ۳۲، ۸، ۲۹، ۵، ، ۳۸، ۳٦، ۹، ۲٤، ۷، ۱۰، ٤۱، ۳.	۱، ۲، ۳، ٤، ۵، ٦، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱٤، ۱۵، ۱٦، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲
عامل دوم	۱۸۹، ۱۸٦، ۱۷۱، ۱۸۷، ۱۷۰، ۱۹۱، ۱۷۲، ۱٦۹، ۱٦۲، ۱۹۹، ۱۸۱، ۱۹۸، ۹۵، ۱۹۲، ۲۰۰، ، ٦۹، ۱۳۳، ۱۹۵، ۱۱	۲۳، ۲٤، ۲۵، ۲٦، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲
عامل سوم	۸۲، ۸۱، ۲۲۷، ۹۰، ۸۳، ۵٦، ۷۸، ۱۱۹، ۲۸۲، ۱۰۸، ۷۱، ۱۰۹، ۱۱٦، ۷۹، ۷۰، ۱۷۳، ۲۲۹، ۸۷،	۳۳، ۳٤، ۳۵، ۳٦، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ٤۰

1. varimax

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

	سئوالات پرسش‌نامه قبل از چرخش	سئوالات پرسش‌نامه پس از چرخش
عامل چهارم	۲۵۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۶۳، ۲۵۴، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۷۷، ۲۵۶، ۲۷۳، ۲۵۷، ۲۷۴.	۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱ ، ۵۳، ۵۲، ۵۴، ۵۵
عامل پنجم	۲۲۰، ۲۳۴، ۲۳۰، ۲۲۱، ۲۰۷، ۲۴۲، ۲۰۳، ۲۳۹، ۲۴۵، ۲۱۹، ۲۴۷، ۲۲۶، ۲۲۴، ۲۲۳، ، ۲۶۸.	۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷ ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱
عامل ششم	۱۵۱، ۱۵۴، ۱۴۴، ۱۴۰، ۱۶۶، ۱۴۵، ۱۴۳، ۱۵۳، ۱۴۷، ۱۵۷، ۱۵۶، ۱۶۳، ۱۵۵، ۱۵۸، ۱۶۲،	۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳ ۸۴، ۸۵، ۸۶
عامل هفتم	۶۶، ۴۸، ۵۰، ۵۳، ۴۹، ۶۷، ۷۶، ۶۸، ۶۳، ۱۸۰ ، ۴۶، ۱۶۷، ۱۷۸	۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰

سئوال دوم پژوهش:

۲- آیا آزمون مهارت‌های زندگی و خرده مقیاس‌های آن از پایایی مناسب و قابل قبولی برخوردار است؟

۱- **روایی محتوایی**: سئوالات پس از بررسی و ویرایش، به منظور تعیین روایی صوری و محتوا در اختیار اساتید دانشگاه و صاحب نظران قرار گرفت. پس از دریافت نظرات و پیشنهادات اصلاحی، سئوالات مورد باز بینی قرار گرفتند و سئوالات نا مناسب حذف شدند.

۲- **روایی همگرا**: در این پژوهش به منظور بررسی روایی همگرا از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی، ابراز وجود و هوش اجتماعی به عنوان متغیر ملاک استفاده گردید و ضریب همبستگی آن‌ها با آزمون مهارت‌های زندگی محاسبه گردید که نتایج آن‌ها در زیر آمده است:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول شماره ٤: ضریب همبستگی مهارت‌های زندگی با مهارت‌های اجتماعی، مهارت ابراز وجود و هوش هیجانی

متغیرها	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	مقدار p
مهارت‌های اجتماعی	مهارت‌های اجتماعی	۵۰۸/۵۷	۷۳/۱۹	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	مهارت‌های زندگی	۳۷۳/۹٦	۵۵/٤۵		
مهارت ابراز وجود	مهارت ابراز وجود	۱۲۵/۵۰	۱٦/۱٦۸	۰/۳۷	۰/۰۰۲
	مهارت‌های زندگی	۳٦۵/٤۹	٦۸/۱۸		
هوش هیجانی	هوش هیجانی	۹۱/۳۷	۱۵/٦۹	۰/۲٦	۰/۰۰۹
	مهارت‌های زندگی	۳۷۰/۹۵	٤٦/۲٦		

با توجه به اطلاعات به دست آمده از رابطهٔ آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون مهارت‌های اجتماعی (R = ۰/۵۰ و p = ۰/۰۰۱) رابطهٔ آزمون مهارت‌های زندگی با مهارت ابراز وجود (R = ۰/۳۷ و p = ۰/۰۰۲) رابطهٔ آزمون مهارت‌های زندگی با هوش هیجانی(R = ۰/۲٦ و p = ۰/۰۰۹) از لحاظ آماری معنی‌دار است (جدول ٤). بنابراین می‌توانیم بگوییم که یک رابطهٔ مستقیم و مثبت بین نمرات آزمودنی‌ها در آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون مهارت‌های اجتماعی، مهارت ابراز وجود و هوش هیجانی وجود دارد.

۳- روایی واگرا: یکی دیگر از راه‌های تعیین روایی سازه، تعیین روایی واگرا است. روایی واگرا اشاره به میزان عدم رابطه یارابطهٔ منفی مقیاس مورد نظر با سازه‌های غیر مشابه دارد. در این پژوهش از پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ- 28) به عنوان متغیر ملاک استفاده شد. که نتایج آن در جدول شمارهٔ ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول شمارهٔ ۵: ضریب همبستگی مهارت‌های زندگی با سلامت روان

شاخص آماری / متغیرها	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	مقدار p
سلامت روان	۷۳/۸۳	۱۷/٤۱	-۰/٤۵	۰/۰۰۱
مهارت‌های زندگی	۳٤۲/۷٦	۵٦/٦۹۷		

با توجه به اطلاعات به دست آمده (R=-۰/٤۵ و p=۰/۰۰۱) میزان همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در دو آزمون فوق از لحاظ آماری معنی‌دار است و می‌توانیم بگوییم که یک رابطهٔ معکوس و منفی بین نمرات آزمودنی‌ها در آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون سلامت روان (GHQ- 28) وجود دارد.

٤- همسانی درونی

رایج‌ترین ضریب برای تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون(۰/۹۲)و خرده مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ مهارت‌های زندگی؛ مهارت حل مسئله / تصمیم‌گیری (۰/۹۳) مدیریت احساسات و هیجانات (۰/۹۰) مهارت ارتباطی(۰/۸۹) خود مراقبتی(۰/۹۱) مهارت ابراز وجود(۰/۸۷) خود آگاهی(۰/۹۰) به دست آمده است. بنابراین کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ازروایی قابل قبولی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

برنامهٔ آموزش مهارت‌های زندگی (Botvin et al,1995,1997, 2003) برای پیش‌گیری از انواع خطرات زندگی طراحی شده است. این مهارت‌ها عوامل حمایت کنندهٔ رشد فردی، مهارت‌های اجتماعی و مهارت مقاومت در مقابل مصرف مواد است. محتوای این مهارت‌ها شامل:

۱) اطلاعات و مهارت مقاومت دربرابر مصرف مواد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

۲) مهارت‌های مدیریت خود
۳) مهارت‌های اجتماعی عمومی است.

آموزش این مهارت‌ها در بیست سال اخیر نشان داده است که مصرف سیگار، مواد غیر قانونی، مصرف مواد و الکل از ۵۰ تا ۷۰ درصد کاهش یافته است (Botvin, 2003).

اغلب پژوهش‌هایی که بر مداخلات پیش‌گیرانه مبتنی هستند نشان داده‌اند کـه آمـوزش مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و مهارت‌های زندگی برای افراد سـوء مـصرف کننـدهٔ مـواد مفید است و مقاومـت آن‌هـا را نـسبت بـه سـوء مـصرف داروهـا، مـدیریت خویـشتن و مهارت‌های عمومی افزایش می‌دهد و پژوهش‌های مهارت‌هـای زنـدگی حـاکی اسـت کـه آموزش مهارت‌هایی نظیر مقابله با اضطراب، جرأت ورزی و مدیریت اجتماعی، نوجوانـان را در برابر سوء مصرف مواد مقاوم می‌سازند (vereen, 2007).

ژانه و همکاران (Janet et al, 2003) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت مسئولیت پذیری، مهارت همکاری و مشارکت، توانایی آشـنایی بـا مـردم، خانواده مداری، مدیریت، مهارت کلامی، خـود اطمینـانی را افـزایش مـی‌دهـد. بوتـوین و همکاران (Botvin et al, 2006) برنامهٔ پیشگیری آموزش مهـارت‌هـای زنـدگی کـه شـامل کنترل و مدیریت خشم، مهارت حل تعارض بود، اجرا کـرد و نتـایج نـشان داد کـه نـزاع، پرخاشگری کلامی و غیر کلامی و بزهکاری گروه مورد مطالعـه کـاهش یافـت. همچنـین پژوهش‌ها حاکی است آموزش مهارت‌های زندگی، سن شروع مصرف مـواد را بـه تـأخیر انداخته است و منجر به بالا رفتن سن مصرف مواد شده است. (Eisen et al, 2002).

تحقیقات نشان داده است برنامه آموزش مهـارت‌هـای زنـدگی (LSD) سـوء مـصرف آمفتامین در بین نوجوانان (Spoth et al, 2006) مصرف سیگار و مواد افیونی (Seal, 2006) خشونت کلامی و غیـر کلامـی، بزهکـاری (Botvin et al, 2006) HIV و ایـدز را در بـین روسپی‌ها، تزریق کنندگان مواد و افرادی که رفتار پر خطر داشـتند(Monasch and mahy, 2006) و سوء مصرف مواد چند گانه (Botvin et al, 1995) را کاهش داده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

آموزش مهارت‌های زندگی در بین افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد منجر به افزایش خود مراقبتی و آسایش روان‌شناختی (Moller and linaker, 2006) سن شروع مصرف مواد (Spoth et al, 2002) تنظیم هیجان، مدیریت خشم، مقاومت در برابر مصرف مواد (Nichols et al, 2008)، شایستگی فردی و اجتماعی (Botvin and Griffin, 2007)، توانایی تصمیم گیری، مهارت امتناع و ابراز وجود، مقاومت در برابر تأثیرات اجتماعی (Epstein et al, 2007) شده است. تحقیقات گریفین و همکاران (Griffin et al, 2006) نشان داد که توانایی‌های اجتماعی مانند مهارت ابراز وجود و اعتماد اجتماعی پیش بینی کننده‌های مؤثر در رفتارهای ضد اجتماعی مانند؛ پرخاشگری کلامی و جسمانی، رفتار مجرمانه و سوء مصرف الکل است. هر چه میزان توانمندی‌های اجتماعی کاهش می‌یابد بر بروز رفتارهای ضد اجتماعی افزوده می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آزمون تدوین شدهٔ مهارت‌های زندگی ابزار نسبتاً قابل اعتماد و معتبری است. سئوال اول پژوهش: به منظور پاسخگویی به سئوال اول پژوهش شواهد مربوط به اعتبار محتوایی، ملاکی و سازهٔ مورد بررسی قرار گرفت.

الف) اعتبار محتوایی: آزمون تدوین شدهٔ مهارت‌های زندگی از نظر روایی محتوایی مورد بررسی قرار گرفت و از نظر محققان اعتبار صوری و منطقی آن تأیید گردید و جهت اجرا مناسب تشخیص داده شد.

ب) روایی همگرا: روایی همگرای آزمون به وسیلهٔ ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات آزمودنی‌ها با آزمون‌های ابراز وجود، هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی بین آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون ابراز وجود(۰/۳۷) هوش هیجانی(۰/۲۶) و مهارت‌های اجتماعی(۰/۵۰) در سطح P = ۰/۰۰۹ معنی‌دار بود.

ج) روایی واگرا: روایی واگرای آزمون به وسیلهٔ ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات آزمودنی‌ها با آزمون سلامت روان(GHQ) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بین آزمون مهارت‌های زندگی با آزمون مذکور (۰/-٤٥) در سطح P = ۰/۰۰۰ معنی‌دار بود. پس می‌توانیم بگوییم که آزمون مهارت‌های زندگی از روایی سازه(روایی واگرای) کافی برخوردار است.

د) همسانی درونی: همسانی درونی کل آزمون و خرده مقیاس‌ها به وسیلهٔ ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون(۰/۹۲)و خرده مقیاس‌های پرسشنامهٔ مهارت‌های زندگی؛ مهارت حل مسئله(۰/۹۳) مدیریت احساسات و هیجانات (۰/۹۰) مهارت ارتباطی(۰/۸۹) خود مراقبتی(۰/۹۱) مهارت ابراز وجود(۰/۸۷) خود آگاهی(۰/۹۰) به دست آمده است که از سطح قابل قبولی برخوردار است.

هـ) برآورد اعتبار سازه: اعتبار سازه این آزمون از طریق دو روش مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی کل آزمون با خرده آزمون‌ها بسیار بالا بود و در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار بود و همچنین اعتبار سازهٔ آزمون به وسیلهٔ تحلیل عامل هم مورد بررسی قرار گرفت.

ی) تحلیل عوامل: راه دیگر روایی سازه استفاده از تحلیل عاملی است. در تحلیل‌های عاملی با حجم حداقل ۱۰۰ نفر بار عاملی ۰/۳ ملاک معقول و مناسبی است و بارهای عاملی ۰/۳ و بیش‌تر از آن معنی‌دار است. با استفاده از تحلیل عوامل مؤلفه‌های اصلی و با روش چرخش واریماکس آزمون مورد تحلیل قرار گرفت و سئوالاتی که روی مؤلفه‌های مورد نظر دارای بیش‌ترین بار عاملی بودند(بزرگ‌تر از ۰/٤) در خرده مقیاس‌ها (عامل‌ها) مورد نظر قرار داشتندانتخاب گردیدند. بنابراین ساختار عاملی آزمون از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید می‌باشد.که نتایج تحلیل عاملی نشان داد:

۱- بار عاملی ۲۳ سئوال در عامل اول مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مهارت حل مسئله / تصمیم‌گیری را می‌سنجد.

۲- بار عاملی ۲۰ سئوال در عامل دوم مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مدیریت هیجانات را می‌سنجد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

۳- بار عاملی ۱٦ سئوال در عامل سوم مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مهارت ارتباطی را می‌سنجد.

٤- بار عاملی ۱۲ سئوال در عامل چهارم مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مهارت خودآگاهی را می‌سنجد.

۵- بار عاملی ۱۵سئوال در عامل پنجم مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مهارت ابراز وجود را می‌سنجد.

٦- بار عاملی ۱۵ سئوال در عامل ششم مثبت بود و تحلیل محتوایی سئوالات نشان داد که آن‌ها مهارت خود مراقبتی را می‌سنجد.

۷- بار عاملی ۱۳ سئوال در تحلیل محتوایی به دلیل مشابهت(همپوشی) آن با عامل سوم، از پرسش‌نامه حذف شدند.

بنابراین شش عامل آزمون مهارت‌های زندگی(مهارت حل مسئله، مدیریت احساسات و هیجانات، مهارت ارتباطی، خود مراقبتی، مهارت ابراز وجود و خودآگاهی) ٤۸/٦۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. به طور کلی با توجه به نتایج تحلیل عامل، آزمون مهارت‌های زندگی از شش عامل کلی اشباع شده است و هر یک از این عوامل یک مهارت را می‌سنجد و نتایج به دست آمده تا حدود زیادی با چارچوب نظری مورد استفاده در تدوین آزمون هم‌خوانی دارد.

سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۷) ده مهارت؛ خودآگاهی، همدلی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، مهارت ارتباطی، روابط بین فردی، کنترل هیجانات و مهارت مقابله با استرس را جزء مهارت‌های اساسی زندگی انسان نام برده است. در تحقیق فتحی و همکاران(۱۳۸۷) مهارت فرزند پروری، مهارت حفظ بهداشت و سلامت خود، مدیریت درآمد، توانایی برخورد مناسب، مدیریت خانه، کسب دانش و اطلاعات، توانایی احقاق حقوق، مسئولیت‌پذیری خانوادگی، مهارت حرفه‌ای، مهارت تصمیم گیری، مدیریت زمان، مهارت پیشگیری از اعتیاد، مهارت تفکر انتقادی، مهارت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مشارکت اجتماعی، مهارت حل تعارض، مهارت گوش دادن، کنترل خشم، مهارت رویارویی با شکست، مهارت رشد شخصی، تفکر خلاق، مهارت شهروندی، مهارت رفتار قاطع، مهارت دوست یابی، مهارت نه گفتن و مهارت همسرداری به عنوان مهارت‌های لازم برای بزرگسالان معرفی شده است.

یونیسف (Unicef, 2005) مهارت‌های زندگی را شامل: ۱) مهارت‌های ارتباطی؛ مهارت‌های کلامی و غیرکلامی، گوش دادن، بیان هیجانات و احساسات، مهارت ارائه و پذیرش بازخورد، مهارت گفتگو، مهارت نه گفتن، مدیریت تعارض، مهارت همدلی، مهارت مشارکت و همکاری ۲) مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری ۳) مهارت خود مدیریتی و خود کنترلی؛ مهارت خود آگاهی، مهارت تقویت خود ارزشمندی، توانایی افزایش اعتماد به نفس، داشتن معنا و هدف، مدیریت خشم، مدیریت افسردگی، مدیریت عواطف، مدیریت استرس، مدیریت زمان و آرام‌بخشی، میداند.

هانسن[1] (Hansen, 1992) معتقد است پیشگیری از سوء مصرف مواد دوازده حوزهٔ اصلی را شامل می‌شود؛ دانش در زمینهٔ سوء مصرف مواد، مهارت تصمیم گیری، تعهد به هدف، روشن سازی ارزش‌ها، انتخاب افزایش آستانهٔ تحمل، مهارت‌های زندگی، پذیرش استرس، عزت نفس، مهارت کمک یابی. آموزش این مهارت نشان داده است که در پیشگیری از شروع مصرف مواد مؤثر است.

نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها حاکی است که پرسش‌نامهٔ مهارت‌های زندگی پژوهش حاضر ابزاری معتبر، با روایی بالا برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی است. بنابراین می‌توان از آن بعنوان ابزاری جهت تعیین نقاط ضعف و قوت معتادین در زمینهٔ مهارت‌های زندگی به منظور انجام طرح‌ها و برنامه‌های آموزشی به کار برد.

1. Hansen

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- دلاور، علی (۱۳۷٤). **مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی**. تهران: انتشارات رشد.
- سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۷). **برنامه آموزش مهارتهای زندگی**، ترجمه ربابه نوری قاسم‌آبادی و پروانه محمدخانی، تهران، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه(۱۳۷۹). **روشهای تحقیق در علوم رفتاری**. تهران: انتشارات آگاه.
- طارمیان، فرهاد. ماهجویی، فتحی(۱۳۷۸). مهارت‌های زندگی، چاپ دوم، انتشارت تربیت.
- فتحی واجارگاه کورش، عارفی محبوبه، اسفندیاری توران(۱۳۸۷). شناسایی و اولویت یابی مهارتهای زندگی مورد نیاز بزرگسالان برای لحاظ کردن در برنامه‌های درسی مدارس. تهران: **فصلنامه تعلیم و تربیت**؛ ۹۳: ۱۰۱- ٦۹
- فتحعلی لواسانی، فهمیه (۱۳۷۸). «مهارتهای زندگی» جزوه چاپ نشده، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- عباسی، حسن (۱۳۸۵). **هنجاریابی آزمون مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دبیرستان‌های دولتی منطقه یک آموزش و پرورش تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- کریس. ال. کلینکه (۱۳۸٤). **مهارتهای زندگی**. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات اسپند هنر.
- منصوری، بهزاد(۱۳۸۰). **هنجاریابی آزمون هوش هیجانی سیبریاشرینگ برای دانشجویان دوره کارشناسی ارشد دانشگاه‌های دولتی شهرتهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- هومن، حیدرعلی(۱۳۸۰). **تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری**. تهران: نشر پارسا.
- یعقوبی، حمید (۱۳۷۷). **تأثیرجرأت آموزی به روش گروهی و ایفای نقش بر مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان تفرش**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- یعقوبی، نورالله. شاه محمدی، داوود (۱۳۷٤). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی درمناطق شهری و روستایی صومعه سرا، گیلان. **فصل نامه اندیشه و رفتار**، ۱، ٥٦-٥٥.
- Astroth, K. (1996). Leadership in non-formal youth groups: Does style affect youth outcomes? **Journal of Extension**, 34(6). Available at: http: //www.joe.org/joe/1996december/rb2.html.
- Botvin GJ, Griffin KW. (2007). **School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use**. Internatioal Review of Psychiatry ;19(6): 607-15.
- Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. (2006). Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. Prevention Science**: Journal of The Society for Prevention Research**: 7(4): 403-8.
- Botvin, G.; Griffin, K.W.; Paul, E.; and Macaulay, A.P. (2003) Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. **Journal of Child and Adolescent Substance Abuse** 12(4): 1–18.
- Botvin. G. J.Kantor.L.W. (2000). preventing alcohol and tobacco use through life skills training. **Journal of The Nationa Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism**. alcohol research &health, 24(4),250-257.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. Institute for Prevention Research, New York, NY, USA. **Journal of American Medical Association.** 12;273(14): 1106-12.
- Boyd, B. L. (1991). Analysis of 4-H participation and leadership life skill development in Texas 4-H club members. Unpublished doctoral dissertation. College Station, TX: Texas A & M University.
- Boyd, B. L., Herring, D. R., & Briers, G. E. (1992). Developing life skills in youth. **Journal of Extension**[On-line], 30(4). Available at: http: //www.joe.org/joe/1992winter/a4.html.
- Bühler A, Schröder E, Silbereisen RK. (2008). **The role of life skills promotion in substance abuse prevention:** a mediation analysis. Health Education Research; 23(4): 621-32.
- Christine A. Helfrich and Louis F. Fogg (2007). Outcomes of a Life Skills Intervention for Homeless Adults with Mental Illness**. The Journal of Primary Prevention.** 10.1007/s10935-007-0103-y.
- De leon, G. (2000). Therapeutic Community: **Model , theory and method.New youk.** Spcompany.
- Dianna N , Donald F, Urvashi P. (1999). **Positive Effects on Life Skills Motivation and Self-Efficacy**: Node-Link Maps in a Modified

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

Therapeutic Community. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, Volume 25, , pages 407 - 423

- Edelen MO, Tucker JS, Wenzel SL, Paddock SM, Ebener P, Dahl J, Mandell W. (2007). **Treatment process in the therapeutic community; associations with retention and outcomes among adolescent residential clients.** Subst Abuse Treat.32(4): 415-21.RAND, Santa Monica CA, USA.
- Eisen, M.; Zellman, G.L.; Massett, H.A.; and Murray, D.M. (2002) Evaluating the Lions-Quest "**Skills for Adolescence**" drug education program: First-year behavior outcomes. Addictive Behaviors 27(4): 619–632.
- Elias MJ, Kress JS. (1994). Social decision-making and life skills development: a critical thinking approach to health promotion in the middle school. Dept. of Psychology, Rutgers University, New Brunswick. **Journal of School Health**;64(2): 62-6.
- Epstein JA, Zhou XK, Bang H, Botvin GJ. (2007). Do competence skills moderate the impact of social influences to drink and perceived social benefits of drinking on alcohol use among inner-city adolescents?. Prevention Science**: Journal of The Society for Prevention Research;8**(1): 65-73.
- Griffin KW, Nichols TR, Birnbaum AS, Botvin GJ. (2006). Social competence among urban minority youth entering middle school: relationships with alcohol use and antisocial behaviors. **International Journal of Adolescent Medicine Health.;18(1): 97-106.**
- Hansen WB. (1992). School-based substance abuse prevention: **a review of the state of the art in curriculum**, 1980-1990. Department of Public Health Sciences, Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, Health Education Research; 7(3): 403-30.
- Janet .Fox , Debra. Schroeder, Kathleen. Lodl. (2003). Life Skill Development Through 4-H Clubs: The Perspective of 4-H Alumni. Extension Journal. Volume 41. http: //www.joe.org/joe/1996december/rb1.php.
- Moler T, Linaker OM. (2006). The long-term level of functioning in patients admitted for psychotic disorders with and without substance abuse. **Nordic Journal of Psychiatry** ;60(2): 121-5.
- Monasch R, Mahy M. (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. **World Health Organization** Technical Report Series ;938: 15-41; discussion 317-41.
- Nichols TR, Mahadeo M, Bryant K, Botvin GJ. (2008). Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students. **Journal of School Health;**78(9): 480-6
- Picklesimer, Billie K, Miller, Theodore K. (1998). Life-skills development inventory-college form: An assessment measure. **Journal of College Student Development**.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

References

منابع و مآخذ

- Seal N. (2006). Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training. Nurs Health Sci; 8(3): 164-8. 3
- Spoth RL, Clair S, Shin C, Redmond C. (2006). **Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents**. Arch Pediatr Adolesc Med.; 160(9): 876-82.4
- Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. (2002). **Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs**. Psychology Addictive Behaviors ;16(2): 129-34.
- Thompson, E.A. (1997). Enhancing out comes in an indicated drug Prevention program for high-risk Youth. **Journal of drug education**, 27 (1) 19-41.
- Turner NE, Macdonald J, Somerset M. (2008). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: a curriculum for the prevention of problem gambling. Centre for Addiction and Mental Health**. Journal of Gambling Studies** ; 24(3): 367-80.
- Unicef. (2005). Life skills.www.unisef.org.
- Wenzel V, Weichold K, Silbereisen RK. (2009). The life skills program IPSY: positive influences on school bonding and prevention of substance misuse. **Jounal of Adolescence;** 32(6): 1391-401.,
- Vereen Don. (2007). **Research Shows Consequences of Drug Abuse on the Teenage Brain.** Creating Safe and Drug-Free Schools: vol. 14, no.3.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, **organizational and community levels of analysis**. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), Handbook of community psychology (pp. 43–64). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]