بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود خودکارآمدی و جرأت‌ورزی در دانش‌آموزان پایه اول متوسطه

دکتر مسلم پرتو*

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود خودکارآمدی و جرأت‌ورزی در دانش‌آموزان پایه اول دوره متوسطه است. جامعهٔ آماری پژوهش دانش‌آموزان سال اول متوسطه شهر تهران می‌باشد. نمونهٔ مورد نظر پژوهش متشکل از دو گروه شامل: ۱) دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس مجری درس آموزش مهارتهای زندگی (گروه آزمایش) و ۲) دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس فاقد درس آموزش مهارتهای زندگی (گروه گواه) است. نمونه پژوهش شامل ۲۷ کلاس اول متوسطه، با ۶۱۵ دانش‌آموز (۳۲۱ نفر برای گروه آزمایش و ۲۹۴ نفر برای گروه گواه) بوده که به عنوان حجم کل نمونهٔ پژوهش از میان مدارس پسرانه و دخترانه انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی (شوارزر و جروسلم، ۱۹۹۵)، پرسشنامه جرأت‌ورزی (گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵) و پرسشنامهٔ بررسی وضعیت برنامهٔ اجراشده گردآوری شده‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش برنامه یا درس آموزش مهارتهای زندگی اجرا شده فاقد اثربخشی معنادار در بهبود احساس خودکارآمدی و جرأت‌ورزی است. همچنین، نتایج حاکی از آن است که همهٔ مدارس مورد مطالعه (گروه آزمایش) دستکم در یکی از زمینه‌های مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان یا در کیفیت برنامهٔ اجرا شده دارای کاستی و مشکل اساسی هستند؛ به طوری که حتی یک مدرسه هم بر حسب عوامل مذکور دارای شرایط قابل قبول و مناسب نیست. برنامهٔ اجرا شدهٔ درس آموزش مهارتهای زندگی به دلیل ضعف و کاستیهای اساسی در زمینه برنامهٔ اجرا شده و صلاحیت و ویژگیهای معلمان، فاقد تأثیر معنادار در ارتقای خودکارآمدی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان است.

کلید واژگان: مهارتهای زندگی، اثربخشی، خودکارآمدی، جرأت‌ورزی، دانش‌آموزان

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۲۸

* عضو هیئت علمی پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش
mparto2020@yahoo.com

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

مقدمه و بیان مسئله

امروزه با بهره‌گیری از برنامه‌هایی مانند آموزش بهداشت روانی و مداخلات مربوط به ارتقای سطح تواناییهای روانی- اجتماعی دانش‌آموزان می‌توان به کودکان و نوجوانان کمک کرد تا زندگی مفیدتر و رضایت بیشتری داشته باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). کودکان و نوجوانان نیاز جدی دارند که علاوه بر کسب تواناییهای خواندن، نوشتن، ریاضی و ...، خدمات اثربخش در زمینه حفظ و ارتقای شایستگیهای روانی- اجتماعی و سلامت دریافت کنند. بر همین اساس و به منظور ارتقای سطح سلامت و پیشگیری از آسیبهای روانی- اجتماعی، در بسیاری از کشورها برنامه‌های متنوع آزمون و تجربه شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴).

تحول اساسی که در نقش، وظایف و کارکردهای نظامهای آموزشی بسیاری از کشورهای جهان رخ داده است، سبب شده که علاوه بر نقش سنتی مدرسه در ارائه آموزشهای صرف در زمینه مهارتهایی مانند خواندن، نوشتن، حساب کردن و انتقال دانش، طراحی و اجرای برنامه‌های جامع تحولی برای عموم دانش‌آموزان و نیز گروههای ویژه مورد توجه جدی قرار گیرد. این جهت‌گیری جدید مواردی مانند بازشناسی و به رسمیت شناختن تأثیرات هیجانات دانش‌آموزان، توجه به تأثیر جو اجتماعی مدرسه بر پیشرفت تحصیلی، و توجه به اصول روانشناختی و کاربرد آنها را برای افزایش حرمت خود دانش‌آموزان شامل می‌شود (بورک[1]، ۲۰۰۲).

مدرسه می‌تواند فرصتی بی‌بدیل را برای بهبود بخشیدن به زندگی بسیاری از کودکان و نوجوانان ایجاد کند. به موازات حرکت ملتها برای آموزش همگانی، افزایش نقش مدارس در ارائه خدمات سلامت اهمیت یافته است. از این رو، توجه به بهداشت روانی کودکان و نوجوانان که در دورهٔ بحرانی زندگی دستخوش تغییرات اساسی فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی و نیز تنیدگیهای شدید می‌شوند، ضرورت می‌یابد (گنجی، ۱۳۸۴). امروزه با وجود ایجاد دگرگونیهای فرهنگی و تغییر در سبکهای زندگی بر اثر گسترش آموزشهای رسمی و همگانی و دسترسی به اطلاعات، بسیاری از افراد در مواجهه با مسائل زندگی فاقد تواناییها و مهارتهای ضروری هستند. همین امر، آنها را در رویارویی با مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب‌پذیر کرده است. تحقیقات نشان داده‌اند که بسیاری از مشکلات مربوط به سلامتی و اختلالات روانی و عاطفی، ریشه‌های روانی- اجتماعی دارند (باررا و جونز[2]، ۱۹۹۲؛ لوینسون[3] و همکاران، ۱۹۹۷؛ و ... به نقل

1. Burke
2. Barrera & Jones
3. Levinsohn

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

از پرتو، ۱۳۸۳). با استفاده از برنامه‌هایی مانند آموزش بهداشت روانی، مداخلات مربوط به ارتقای سطح تواناییهای روانی- اجتماعی دانش‌آموزان و شناسایی دانش‌آموزان نیازمند به خدمات ویژه روانشناختی و ارائه درمانهای تخصصی می‌توان به آنان کمک کرد تا در زندگی مفیدتر واقع شوند و رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵).

طی دهۀ آخر قرن بیستم برنامه‌ها و مداخله‌های مربوط به سلامت روان در مدارس به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (گرین‌برگ[1] و همکاران، ۲۰۰۱) که با بررسی این برنامه‌ها و بازنگری مطالعات پژوهشی، می‌توان آنها را در یکی از دو مقولۀ زیر قرار داد: ۱) گستره‌ای وسیع از برنامه‌های مبتنی بر پیشگیری، مانند آموزش مهارتهای زندگی، در مدارس مناطق گوناگون یا در گروههای بزرگی از دانش‌آموزان به اجرا در آمده‌اند. ۲) مداخله‌های تجویز شده یا «هدایت شده»[2] برای شناسایی مشکلات و اختلالات خاص در کودکان و نوجوانان و انجام اقدامات لازم برای بهبودی سلامت آنان. مقولۀ اخیر با گروههایی سر و کار دارد که ممکن است از رفتارهای مشکل‌زا و مختل‌کننده رنج ببرند یا در معرض تهدید عوامل خطر ساز باشند. یکی از روشهای اجرای آموزش مهارتهای زندگی و مداخله‌های موفق ارائه آنها به‌صورت یک درس یا برنامۀ روانی- آموزشی[3] است (وایست[4] و همکاران، ۲۰۰۲). از دیگر رویکردهای رایج و کارآمد برای دستیابی به اهداف دستۀ اول از برنامه‌های مربوط به سلامت روان، ارائۀ آنها در چارچوب رویکردهای تلفیقی‌نگر مانند الگوی مفهومی یادگیری اجتماعی و هیجانی[5] است.

تجارب و شواهد موجود نشان می‌دهند که برنامه‌های مدرسه- محور که یادگیری اجتماعی و هیجانی کودکان را بهبود می‌بخشند، می‌توانند در دستیابی به این اهداف سودمند باشند (الیاس و وایسبرگ[6]، ۲۰۰۰). در سطح کلاس، تربیت روانی، اجتماعی و هیجانی به یاری معلمی پاسخگو، مسئول و آگاه به همۀ ویژگیها و نیازهای روانشناختی و هیجانی دانش‌آموز، بهترین کار و عمل تربیتی است. در سطح مدرسه برای پاسخ به فشار نیازهای اجتماعی، تحصیلی، هیجانی و سلامت روان دانش‌آموزان دوره‌های آموزش عمومی و متوسطه، رویکردها، روشها و ابزارهای سودمند گسترده‌ای ارائه شده‌اند. اگر چه بخش قابل توجهی از این تلاشها و برنامه‌ها بر ایجاد یکپارچگی،

1. Greenberg
2. Manualized
3. Psycho- educational
4. Weist
5. Social and Emotional Learning (SEL)
6. Elias & Weissberg

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

تکمیل و تعادل بخشی به آموزش درسی، اجتماعی و هیجانی تأکید می‌کنند، برخی از آنها به‌طور اختصاصی به نیازهای سلامت روان دانش‌آموزان معطوف هستند (بورک، ۲۰۰۲).

هدف اساسی مداخله‌های مبتنی بر مدرسه، فراهم آوردن موقعیت و تجاربی است که از طریق آنها، تواناییها و شایستگیهای مقابله‌ای و مدیریتی کودکان در رویارویی با تنیدگیهای محیطی و شرایط نامساعد و چالشهای زندگی روزمره تحول پیدا کنند و غنی شوند. برنامه‌های اصلاحی آموزشگاهی و آموزشهای بهداشت روانی مبتنی بر مداخلات مدرسه- محور را می‌توان از طریق آموزش مهارتهای زندگی جامهٔ عمل پوشاند. این مهارتها که بر تحول و توسعه «ظرفیت و شایستگی روانشناختی» تأکید دارند، به مجموعه‌ای از تواناییها که زمینهٔ سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورند، اطلاق می‌شوند. این تواناییها فرد را قادر می‌سازند که مسئولیتهای نقش اجتماعی خود را بپذیرد و بدون آسیب رساندن به خود و دیگران، با مقتضیات، انتظارات و مشکلات روزانه، به‌طور مؤثر مواجه شود (بوت‌وین و گریفین[1]، ۲۰۰۴). افزایش تواناییهای روانی- اجتماعی نقشی مؤثر در فعالیتهای پیشگیرانه خواهد داشت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵).

با این توصیف، مهارتهایی که به مهارتهای زندگی موسوم هستند، گسترهٔ وسیعی از مهارتها را در بر می‌گیرند و ماهیت و تعریف آنها نسبت به فرهنگها و موقعیتها تغییر می‌یابد. عوامل فرهنگی و اجتماعی که از تعیین کننده‌های اصلی ماهیت دقیق برنامهٔ مهارتهای زندگی هستند، ممکن است این آموزشها را از نظر اهداف و محتوای آموزشی در کشورها و مناطق گوناگون متفاوت سازد. با وجود این، برنامه آموزش مهارتهای زندگی در کشورهای متفاوت اجرا شده و به آثار و نتایج مثبت دست یافته است. به نظر می‌رسد که این یک برنامهٔ جامع میان- فرهنگی است که اساساً بر رشد فلسفه‌ای نوین در کودکان و نوجوانان تأکید دارد و آنان را تشویق می‌کند تا مسئولیت اعمالشان را بر عهده بگیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷). این مهارتها سنگ بنای اصلی برنامه‌های مدرسه- محور برای پرورش و بهبود یادگیری اجتماعی و هیجانی هستند و چارچوب نظری و عملی ارزشمندی را برای سازماندهی، یکپارچه سازی و انسجام‌بخشی فعالیتهای مربوط به پیشگیری اولیه فراهم می‌کنند (وایسبرگ و گرین برگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از الیاس و وایسبرگ، ۲۰۰۰).

سازمان بهداشت جهانی با توجه به گسترش برنامه‌ها و خدمات سلامت روان مدرسه- محور در کشورهای گوناگون، طرح آموزشی و پژوهشی مهارتهای زندگی را به عنوان بخشی از برنامه‌های سلامت روان این سازمان معرفی کرده است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۷، به

1. Botvin & Griffin

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

منظور ارتقای شایستگی و توانمندی روانی- اجتماعی کودکان و نوجوانان برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی را توسعه داد. مجموعه مهارتهای زندگی در سه سطح آموزش داده می‌شود. در سطح ۱، مؤلفه‌های اساسی مهارتهای اصلی زندگی آموزش داده می‌شود و در زمینهٔ موقعیتهای عمومی و کلی زندگی روزمره تمرین می‌شود. در سطح ۲، تمرکز بر کاربرد مهارتهای زندگی در زمینهٔ موضوعاتی است که با انواع مشکلات و مسائل اجتماعی و سلامت مربوط می‌شود. در سطح ۳، کاربرد مهارتها در زمینهٔ موقعیتهای خاص و خطرسازی است که منجر به مشکلات اجتماعی و سلامت برای افراد در معرض خطر می‌شوند (کولی و دویودی[1]، ۲۰۰۴).

مهارتهای زندگی متعدد و متنوع هستند و برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی نیز دیدگاهی کل‌گرایانه و جامع به پیشگیری دارد. مستقیم‌ترین روش مداخله برای ارتقای تواناییهای روانی- اجتماعی، مداخله‌هایی هستند که منابع مقابله‌ای اشخاص و تواناییهای شخصی و اجتماعی آنان را تقویت می‌کنند و تأکید دارند بر عواملی مانند حرمت خود[2]، خودپنداره[3]، خود- آگاهی و همدلی، تصمیم‌گیری، حل مسئله، مقابله با هیجانها و تنیدگی‌زاها، مراوده و ارتباط میان- شخصی، تفکر خلاق و تفکر انتقادی که در محیطهای گوناگون، مانند مدارس، قابل اجرا هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷). این نوع مداخله را می‌توان از طریق برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی در مدرسه و محیطهای آموزشی حمایتگر ارائه نمود. این برنامهٔ آموزشی بر این اصل بنیادین مبتنی است که کودکان و نوجوانان حق دارند بالنده و توانمند شوند و نیاز دارند که بتوانند از خودشان و علایق و خواسته‌هایشان در برابر موقعیتهای سخت زندگی دفاع کنند (سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد و یونیسف، ۱۹۹۵).

زیرساخت نظری آموزش مهارتهای زندگی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۹۳، ۱۹۷۷) است که به نحوهٔ یادگیری کودکان و نوجوانان از طریق مشاهدهٔ رفتار دیگران و پیامدهای آن تأکید دارد. در نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، یادگیری فرآیندی فعال و تجربه- مدار است و فراگیران با مشارکت فعالانه در جریان یادگیری و آموزش، مهارتهای زندگی را یاد می‌گیرند. طبق این دیدگاه، این نوع مداخلات پیشگیرانه موجب افزایش احساس کفایت ناشی از خودکارآمدی می‌شود. در اکثر مطالعات پیشگیرانه چند بعدی، شایستگیهای رشدی و تحولی (مانند مهارتها) و احساس خودکارآمدی که به مقابله فرد با تأثیرات منفی محیطی کمک می‌کنند و سلامتی را ارتقا

1. Coley & Dwivedi
2. Self-esteem
3. Self-concept

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

می‌بخشند، مورد توجه قرار گرفته‌اند (شایر[1] و بوتوین، ۱۹۹۸). در واقع، در این برنامه، مهارتهای رفتاری شناختی با ترکیبی از روشها مانند ایفای نقش، تمرین رفتاری، نمایش، پسخوراند، تقویت اجتماعی (مانند تحسین و تکریم) و تمرین تکالیف رفتاری در منزل آموزش داده می‌شوند (بوتوین و گریفین، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهشهای متعدد در اغلب موارد حاکی از اثربخشی برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی است. یافته‌های پژوهش سوخودولسکی[2] و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که آموزش مهارتهای مقابله‌ای روابط میان- فردی را بهبود می‌بخشد و پرخاشگری و مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد. کرسول[3] و همکاران (۲۰۰۵) بیان کردند که مداخله‌های معطوف به تقویت خود آثار سودمندی بر پاسخهای بیولوژیکی و روانشناختی به استرس دارد. جروسلم و هسلینگ[4] (۲۰۰۹) نشان دادند که ارتقای سطح خودکارآمدی دانش‌آموزان موجب پیشگیری از مشکلات بهداشت روانی و بهبود سلامت روان می‌شود. همچنین، خودکارآمدی تأثیراتی مثبت بر جنبه‌های مهم شخصیت (مانند جهت‌گیری انگیزشی و شایستگیهای اجتماعی) و رفتارهای ویژهٔ موقعیتهای مرتبط با سلامت (مانند مقابله با استرس و حل تعارض) دارد. همچنین، خودکارآمدی به مثابهٔ عامل حفاظت کننده سلامت عمومی و بیماریهای جسمی و روانی تلقی می‌شود (جروسلم و هسلینگ، ۲۰۰۹).

لیائو[5] و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی در زمینه اثرات آموزش پیشگیری مبتنی بر مهارتهای زندگی در دانش‌آموزان ۹ تا ۱۴ ساله دریافتند دانش‌آموزانی که جوان‌تر بودند، ساکن مرکز استان بودند، به اینترنت دسترسی داشتند و والدین آنان دارای تحصیلات سطح بالا بودند، در حوزه‌های نگرشی و دانشی نمراتی بالاتر کسب کردند. همچنین، نتایج نشان دادند که برنامه درسی مبتنی بر مهارتهای زندگی می‌تواند دانش نوجوانان را در زمینه بیماری ایدز و ویروس اچ. آی. وی. افزایش دهد و سطح مهارتهای زندگی آنان را درکوتاه مدت و نیز دو سال بعد از مشارکت در برنامه درسی بهبود بخشد. در یک مطالعه طولی ۶ ساله، در مورد پیامدهای برنامه پیشگیری اولیه و آموزش مهارتهای زندگی، الیاس و وایسبرگ (۲۰۰۰) نشان دادند که در پی آموزش، رفتارهای مناسب اجتماعی افزایش و رفتارهای منفی و خود- تخریبی کاهش می‌یابد.

1. Scheier
2. Sukhodolsky
3. Creswell
4. Jerusalem & Hessling
5. Liao

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

یافته‌های پژوهش بشردوست تجلی و زندی (۲۰۱۰) نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی تأثیری بر بهبود تفکر خلاق در دانش‌آموزان گروه آزمایش نداشته است و دو گروه آزمایش و گواه از نظر تفکر خلاق وضعیت یکسان و مشابهی داشتند. این یافته می‌تواند ناشی از به‌کارگیری روشهای ناکارآمد در آموزش مهارتهای زندگی باشد. بر اساس نتایج پژوهش رحمتی، ادیب راد، طهماسیان و صدق‌پور (۲۰۱۰) مهارتهای زندگی سطح سازگاری اجتماعی را بهبود می‌بخشد. همچنین، یادگیری تعامل و ارتباط مؤثر موجب کاهش رفتار اجتماعی نامناسب می‌شود. آقاجانی (۱۳۸۱) در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی بهداشت روانی آزمودنیها را بهبود می‌بخشد و بر مسند مهارگری[1] آنها تأثیر می‌گذارد. محمدی (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش مهارتهای زندگی در دورهٔ ابتدایی بر افزایش سلامت روان یا کاهش اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی تأثیر معنادار ندارد.

فعالیتهای پیشگیرانهٔ آموزش- محور در نظام آموزشی ایران از سال ۱۳۷۷ به طور پراکنده و محدود شروع شده است. در این سال برنامه «آموزش مهارتهای زندگی» به طور آزمایشی در برخی از کلاسهای پایه اول متوسطه اجرا شد. در سال بعد، برای این برنامه، کتاب راهنمای معلم (طارمیان، ماهجویی و فتحی، ۱۳۷۸) تهیه، چاپ و توزیـــع شد. کتاب راهنما بر آموزش انواع مهارتهای زندگی که شامل شناخت خود، حل مسئله، تصمیم‌گیری، همدلی با دیگران، روابط مؤثر اجتماعی، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، کنار آمدن با هیجانها و فشارهای روانی است، تاکید دارد. فقدان سازماندهی، نظارت و کنترل بر نحوهٔ اجرای برنامه، عدم آموزش نیروی انسانی و مجریان، مغفول ماندن حلقهٔ ارزشیابی مبتنی بر شواهد، و عدم اصلاح آن موجب شد که برنامه مذکور در سطح بسیار محدود و به صورت پراکنده در برخی از مدارس به اجرا درآید.

یکی از ضعفها و نقصهای اساسی این قبیل برنامه‌ها یا طرحها، فقدان حلقهٔ پایش و ارزشیابی در فرآیند طراحی و برنامه‌ریزی این نوع فعالیتهاست (بولاتایت[2]،۱۹۹۹). بسیاری از فعالیتها، طرحها و برنامه‌های اجرا شده در کشور ما، مورد ارزشیابی و پایش قرار نمی‌گیرند و در بهترین شرایط، ممکن است به برخی نظرسنجیهای پراکنده مبادرت شود. بنابراین، زمانی که فرآیند اجرای طرحها و برنامه‌ها و آثار و نتایج آنها مورد پایش و ارزشیابی علمی قرار نگیرد، ضعفها و کاستی‌های آنها نیز مکشوف واقع نمی‌شود و به مرور زمان، به یک طرح یا برنامهٔ بی‌اثر و ناکارآمد تبدیل می‌شود.

1. Locus of control
2. Bulotaite

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

امروزه مجموعهٔ رشد یابنده‌ای از پژوهشها دربارهٔ برنامه‌های مداخله‌ای وجود دارد که بر آموزش اطلاعات کارکردی و مفاهیم ضروری، شکل‌گیری ارزشهای شخصی که مقوم رفتارهای سلامت هستند، شکل‌گیری هنجارهای گروهی که سبک زندگی سالم را ارزنده‌سازی می‌نماید، و پدیدآیی و تحول شایستگیها و مهارتهای اساسی ضروری برای انطباق و سازگاری، و عملکرد مناسب تاکید می‌کند. برنامه‌های کمتر موثر اغلب بر آموزش حقایق یا واقعیتهای علمی و افزایش دانش و آگاهی دانش‌آموزان تاکید بیش از حد دارند (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از بیماریها در ایالات متحده امریکا[1]، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگیهای زیرند: اجرای برنامه‌ها از سوی مجریان متخصص و حرفه‌ای و توانمند، تمرکز بر اهداف روشن و نتایج و بروندادهای رفتاری مربوط به آن؛ راهبردهای آموزش و تجارب یادگیری که به‌طور مستقیم معطوف به پیامدهای تعیین شده هستند؛ نظریه- محور و مبتنی بر شواهد پژوهشی بودن؛ ایجاد و تقویت هر یک از مهارتهای بنیادی دانش‌آموز از طریق یک سری از گامهای تحولی مانند: بحث دربارهٔ اهمیت هر مهارت، نسبت و ارتباط آن با دیگر مهارتهای یادگرفته شده، ارائه مراحل رشد و تحول مهارت، مدل‌سازی مهارت، تمرین و مرور ذهنی مهارت به کار برده شده در موقعیتهای زندگی واقعی، فراهم کردن بازخورد و تقویت؛ فراهم ساختن راهبردهای یادگیری، روشهای آموزش و مواد آموزشی مناسب از نظر فرهنگی؛ فراهم ساختن زمان کافی برای آموزش و یادگیری؛ فراهم ساختن فرصتهای مناسب برای تقویت مهارتها (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از بیماریها، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر، بر اساس رویکرد چند وجهی به مطالعهٔ کارآمدی برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی پرداخته است. کیفیت اجرای برنامه با تأکید بر صلاحیتهای حرفه‌ای معلمان، وضعیت برنامهٔ اجرا شده و شناسایی کاستیهای برنامه اجرا شده در مقایسه با برنامهٔ قصد شده، مورد مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین، بر اساس مدل پژوهشی سنجش پیامدهای برنامهٔ اجرا شده آموزش مهارتهای زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷)، تأثیر آموزش این برنامه بر بهبود و ارتقای احساس خودکارآمدی و مهارتهای جرأت‌ورزی، به منزلهٔ شاخصی از تواناییهای روانی- اجتماعی درون- روانی و بین فردی، در دانش‌آموزان پایه اول دوره دبیرستان بررسی شده است. چه، توجه صرف به آثار برنامه و عدم توجه به کاستی‌های برنامهٔ اجرا شده به نتیجه‌گیریهای نادرست و گمراه کننده منجر می‌شود. بر این اساس، سؤالهای پژوهش عبارت‌اند از:

1. The United States Centers for Disease Control and Prevention (CDP)

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

۱. آیا آموزش مهارتهای زندگی احساس خودکارآمدی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد؟
۲. آیا آموزش مهارتهای زندگی مهارتهای جرأت‌ورزی دانش‌آموزان را بهبود می‌بخشد؟
۳. وضعیت برنامه اجراشده از نظر ویژگیها و صلاحیتهای حرفه‌ای مجریان برنامه و نحوهٔ اجرا چگونه است ؟

روش پژوهش

طرح پژوهش

این پژوهش از نوع طرحهای شبه آزمایشی (شبه تجربی) است. این طرحها در شرایطی به کار می‌روند که امکان به کارگیری طرحهای آزمایشی وجود نداشته باشد. این طرح از نظر ساختار مشابه طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است، با این تفاوت که در اینجا آزمودنیها با استفاده از روش تصادفی از میان جامعه انتخاب می‌شوند نه اینکه به گونه‌ای تصادفی به گروهها واگذار شوند (هومن، ۱۳۸۳).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر از دانش‌آموزان سال اول متوسطه شهر تهران تشکیل یافته است. نمونهٔ مورد نظر پژوهش متشکل از دو گروه شامل: ۱) دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس مجری طرح آموزش مهارتهای زندگی (گروه آزمایش) و ۲) دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس فاقد طرح آموزش مهارتهای زندگی (گروه گواه یا مقایسه) است. بر این اساس ۲۷ کلاس اول متوسطه، با ۶۴۰ دانش‌آموز (۳۳۱ نفر برای گروه آزمایش و ۳۰۹ نفر برای گروه گواه) به‌عنوان حجم کل نمونهٔ پژوهش از میان مدارس پسرانه و دخترانه انتخاب شدند. پس از انجام بررسیهای اولیهٔ دقیق، ۲۵ پرسشنامه به دلیل وجود برخی اشکالات اساسی از تحلیل حذف شدند و تجزیه و تحلیل نهایی با ۶۱۵ پرسشنامه (۳۲۱ نفر برای گروه آزمایش و ۲۹۴ نفر برای گروه گواه) انجام شد.

انتخاب نمونه به روش خوشه‌ای تصادفی و طی مراحل زیر صورت گرفت: مناطق نوزدهگانه آموزشی شهر تهران براساس موقعیت جغرافیایی و اقتصادی- اجتماعی در سه بخش یا خوشه شمال، مرکز و جنوب قرار گرفتند. در هر خوشه تمام مدارسی که مجری برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی بودند، شناسایی شدند. از بخش شمال و از میان مدارس مناطق آموزشی ۱ و ۳ ، تعداد ده مدرسه، از بخش مرکز و از میان مدارس مناطق آموزشی ۵، ۸ و ۱۱، تعداد ده مدرسه، و از بخش جنوب از میان مدارس مناطق آموزشی ۱۵ و ۱۹، تعداد هفت مدرسه انتخاب شدند. در کل ۲۷ کلاس، ۱۵ کلاس از ۱۵ مدرسهٔ مجری طرح آموزش مهارتهای زندگی یا گروه آزمایش و ۱۲

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

کلاس از ۱۲ مدرسهٔ گواه، تعیین و انتخاب شدند. شایان ذکر است که بعد از انتخاب گروه آزمایش از هر خوشه، مدارسی که برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی در آنها اجرا نمی‌شد به طور تصادفی انتخاب شدند. این کلاسها از مدارسی انتخاب شدند که در گروه آزمایش مورد استفاده قرار گرفته‌اند یا نزدیک‌ترین و مشابه‌ترین مدرسه به مدرسهٔ مزبور در منطقه بودند. همچنین، دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه براساس رشته تحصیلی معادل بودند. اطلاعات توصیفی نمونه مورد مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. توزیع مدارس منتخب و مورد مطالعه در مناطق آموزش و پرورش تهران

گروه / منطقه	پسر		دختر	
	آزمایش	گواه یا مقایسه	آزمایش	گواه یا مقایسه
۱	۲۱	۳۲	۵۵	۳۹
۳	۳۸	۲۴	۲۴	–
۵	۳۰	۴۴	۲۱	۲۵
۸	۲۲	۲۹	–	–
۱۱	۲۶	۲۴	–	۱۵
۱۵	۲۸	۱۲	۲۶	۳۰
۱۹	۳۰	۲۰	–	–
جمع کل	۱۹۵	۱۸۵	۱۲۶	۱۰۹

ابزار سنجش

پرسشنامه خودکارآمدی: برای سنجش خودکارآمدی دانش‌آموزان پرسشنامه خودکارآمدی[1] ده سؤالی به کار رفته است که رالف شوارزر[2] و متیوس جروسلم (۱۹۹۵) تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه، شامل بیست ماده بود و در تجدید نظرهای بعدی به ده ماده تقلیل یافت، که در این پژوهش این نسخه به کار رفته است. هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه فوق در پژوهشهای بسیار به کار گرفته شده و اعتبار آن از طریق ضریب همسانی درونی آلفا ۰/۹۰ و ۰/۷۵ گزارش شده است. این ابزار نه تنها از اعتبار بالایی برخوردار است، بلکه از روایی قابل توجهی نیز بهره‌مند است. این پرسشنامه با حرمت خود و خوش‌بینی همبستگی مثبت و با اضطراب و افسردگی همبستگی منفی دارد و به اکثر زبانهای زنده دنیا ترجمه شده و در تحقیقات گوناگون استفاده شده است (به نقل از همان). در پژوهشی دیگر (کدیور، ۱۳۸۰) اعتبار این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و شاخصهای مربوط به ضریب تمیز یا تشخیص کلیه سؤالها در حد بسیار مطلوب گزارش شده است. همچنین، نتایج این پژوهش حاکی از روایی سازه و توان تشخیص مناسب ابزار است. ضرایب همبستگی نتایج تحلیل عامل نشان داد که ضرایب

1. The General Self-Efficacy Scale (GSES)
2. Schwarzer

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

همبستگی تفکیکی میان سؤالهای پرسشنامه خودکارآمدی در حد بسیار مطلوب است. نتایج تحلیل عوامل نشان می‌دهد که بار عاملی همهٔ سؤالها در حد قابل قبول قرار دارد و این امر قادر است ۰/۴۵ واریانس خودکارآمدی را تبیین کند.

پرسشنامه جرأت‌ورزی: برای جرأت‌ورزی دانش‌آموزان، از پرسشنامه ۴۰ سؤالی جرأت‌ورزی گمبریل و ریچی[1] (۱۹۷۵) استفاده شد. در برخی از موارد، به دلیل عدم تطبیق پرسشنامه با فرهنگ ایرانی تغییراتی داده شده است. هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. شواهد متعدد نشان می‌دهد که این آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. میزان همبستگی میان ماده‌های این آزمون و بار عاملی ماده‌های متفاوت آن ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین، همبستگی نمره‌های آزمون با نتایج ارزیابی افرادی که ایفای نقش این افراد را مشاهده کرده بودند، ۰/۴۶ برآورد شده است (به نقل از غفاریان زاده، ۱۳۷۹). ضریب اعتبار این آزمون را گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) برابر ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. غفاریان زاده (۱۳۷۹) ضریب اعتبار این ابزار را از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای مقطع راهنمایی برابر با ۰/۷۰ و برای مقطع متوسطه برابر با ۰/۷۳ به دست آورده است. بهرامی (۱۳۷۵) بعد از ترجمه و انطباق این آزمون، براساس نظر متخصصان در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی و دانشگاه اصفهان، روایی آن را مورد بررسی قرار داد و شواهد نیرومندی در تأیید روایی آن به دست آورد.

پرسشنامهٔ بررسی وضعیت برنامهٔ اجراشده: این پرسشنامه به منظور بررسی وضعیت برنامهٔ اجراشده از نظر ویژگیها و صلاحیتهای حرفه‌ای معلمان یا مجریان برنامه و نیز کیفیت و نحوهٔ اجرا که مشتمل بر سؤالهای باز- پاسخ و بسته- پاسخ بود، طراحی و اجرا شد.

در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها و مقیاسها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس خودکارآمدی برابر با ۰/۷۵ و مقیاس جرأت ورزی برابر با ۰/۸۵ است. به منظور تعیین روایی مقیاسها و پرسشنامه‌ها، علاوه بر محاسبه همبستگی هر سؤال با نمره کل مقوله مربوط، روایی ملاک آنها از طریق ضرایب همبستگی میان این متغیرها و سلامت عمومی و خرده مقیاسهای آن محاسبه شده که در جدول شماره ۲ آمده است.

1. Gambrill-Richey Assertion Inventory (GRAI)

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

جدول شماره ۲.ماتریس ضرایب همبستگی مقیاس خودکارآمدی ومقیاس جرأت‌ورزی با سلامت عمومی و خرده مقیاسهای آن

	خودکارآمدی	جرأت‌ورزی	سلامت عمومی	نشانه‌های بدنی	اضطراب و بی‌خوابی	نارسا کنش‌وری اجتماعی
خودکارآمدی						
جرأت‌ورزی	۰/۲۷**					
سلامت‌عمومی	-۰/۲۸**	-۰/۲۴**				
نشانه‌های بدنی	-۰/۲۳**	-۰/۱۸**	۰/۸۵**			
اضطراب و بی‌خوابی	-۰/۲۰**	-۰/۲۱**	۰/۸۷**	۰/۷۰**		
نارسا کنش‌وری اجتماعی	-۰/۲۸**	-۰/۱۸**	۰/۶۸**	۰/۴۷**	۰/۴۷**	
افسردگی	-۰/۲۳**	-۰/۲۲**	۰/۸۶**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۴۶ **

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

روش اجرای پژوهش

بعد از تهیه طرح نمونه‌برداری و تعیین دقیق نمونه و انتخاب مدارس و کلاسهای مورد نظر برای مطالعه بر اساس نظرات کارشناسی دست‌اندرکاران و مسئولان ذیربط آموزش و پرورش تهران و نیز بر مبنای شاخصهای مورد نظر و تهیهٔ مجوزهای اداری از مناطق آموزشی مربوطه، جلسات توجیهی و هماهنگی با مربیان و مجریان برنامه برگزار شد. در این جلسات، ضمن بحث و تبادل نظر درباره اهداف پژوهش، دستورالعملها و رهنمودهای لازم به طور مدون و مکتوب به صورت «راهنمای عملی اجرای پژوهش» در اختیار آنها قرار گرفت. با شروع سال تحصیلی و پیش از آغاز اجرای برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی در کلاسهای منتخب، مجموعه ابزارها و پرسشنامه‌ها همراه با راهنمای مربوطه در اختیار آزمودنیها قرار گرفت. بعد از اجرای پیش- تست ابزارها و پرسشنامه‌های پژوهش، برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی را مجریان برنامه طبق روال معمول به اجرا در آوردند. بعد از پایان آموزش برنامه و در پایان سال تحصیلی، همه ابزارها و پرسشنامه‌ها براساس دستورالعملهای مربوطه، روی گروه آزمایش و گواه یا مقایسه به اجرا درآمدند. پس از آنکه آزمودنیها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و اندازه‌های پس‌آزمون فراهم شدند، داده‌ها براساس طرح تحلیل آماده شده، مورد تجزیه و تحلیل و تفسیر قرار گرفتند. در مجموع ۶۴۰ نفر از دانش‌آموزان سال اول متوسطه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند که پس از انجام بررسیهای اولیهٔ دقیق، تعداد ۲۵ پرسشنامه به دلیل وجود برخی نقصانها از تحلیل نهایی حذف شدند و تجزیه و تحلیل نهایی با ۶۱۵ پرسشنامه انجام شد.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

یافته‌های پژوهش

برای پاسخ به سؤالهای اول و دوم پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. پیش از ارائه تحلیلها، شاخصهای توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای تحقیق

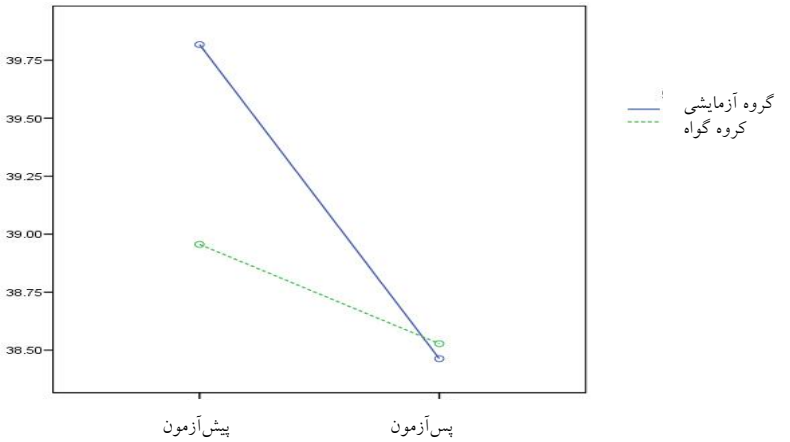
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی پیش‌آزمون	۳۹/۲۴	۵/۵۳
خودکارآمدی پس‌آزمون	۳۸/۳۰	۵/۶۸
جرأت‌ورزی پیش‌آزمون	۱۵۲/۹۸	۱۹/۳۲
جرأت‌ورزی پس‌آزمون	۱۴۹/۵۴	۱۹/۰۴

جدول شماره۴ . نتیجه تحلیل واریانس برای مقایسه گروه آزمایش و گواه در وهله‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از لحاظ خودکارآمدی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	۴۲/۹۵	۱	۴۲/۹۵	۱/۰۰۹	۰/۳۱۶
وهله آزمایش	۲۱۴/۹۸	۱	۲۱۴/۹۸	۱۳/۱۷۲	۰/۰۰۰
تعامل گروه و وهله	۵۸/۰۷	۱	۵۸/۰۷	۳/۵۵۸	۰/۰۶۰
خطا (گروه)	۲۳۰۶۵/۵۰	۵۴۲	۴۲/۵۵۶		
خطا (زمان)	۸۸۴۵/۷۸	۵۴۲	۱۶/۳۲۱		

با ملاحظه جدول شماره ۴ مشخص می‌شود که هر چند اثر وهله آزمایش بر خودکارآمدی معنادار است (p=۰/۰۰۰)، ولی اثر گروه (p=۰/۳۱۶) و تعامل گروه و وهله (p=۰/۰۶۰) معنادار نیست. از مقایسه این نتایج با نمودار ۱ درمی‌یابیم که کاهش سطح خودکارآمدی در دو گروه (پیش‌آزمون- پس آزمون) معنادار بوده است، اما با توجه به اینکه تعامل آن با گروه معنادار نبوده است، این کاهش رابطه‌ای با آموزش مهارتهای زندگی نداشته است. بنابراین، برنامه تأثیر معناداری بر بهبود خود کارآمدی نداشته است.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]



نمودار شماره ۱. میانگین خودکارآمدی گروه آزمایش و گواه در دو وهله آزمایش

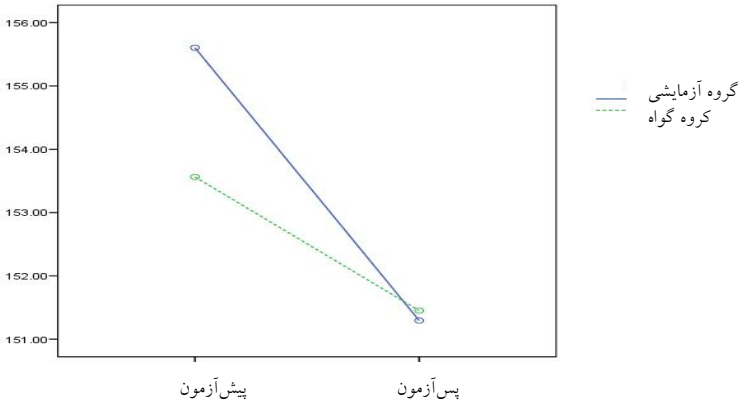
جدول شماره ۵. نتیجه تحلیل واریانس برای مقایسه گروه آزمایش و گواه در وهله‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر جرأت‌ورزی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	۲۳۰/۱۴	۱	۲۳۰/۱۴	۰/۴۲۰	۰/۵۱۷
وهله آزمایش	۲۶۷۲/۵۱	۱	۲۶۷۲/۵۱	۱۵/۷۰	۰/۰۰۰
تعامل گروه و وهله	۳۱۳/۱۰	۱	۳۱۳/۱۰	۱/۸۴	۰/۱۷۶
خطا (گروه)	۲۸۴۶۵۱/۲۹	۵۱۹	۵۴۸/۴۶۱		
خطا (زمان)	۸۸۳۶۰/۳۴	۵۱۹	۱۷۰/۲۵۱		

با ملاحظه جدول شماره ۵ مشخص می‌شود که اثر وهله آزمایش بر جرأت‌ورزی معنادار است (p=۰/۰۰۰) و اثر گروه (p=۰/۵۱۷) و تعامل گروه و وهله (p=۰/۱۷۶) معنادار نیست. از مقایسه این نتایج با نمودار شماره ۲ درمی‌یابیم که کاهش سطح جرأت‌ورزی در دو گروه (پیش‌آزمون- پس آزمون) معنادار بوده است، اما با توجه به اینکه تعامل آن با گروه معنادار نبوده است، این کاهش رابطه‌ای با آموزش مهارتهای زندگی نداشته است و برنامه تأثیر معناداری در این مورد ندارد.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]



نمودار شماره ۲. میانگین جرأت‌ورزی گروه آزمایش و گواه در دو وهله آزمایش

برای پاسخ به سؤال مربوط به وضعیت برنامه اجراشده از نظر ویژگیها و صلاحیتهای حرفه‌ای مجریان برنامه و نحوهٔ اجرای آن، از میان عوامل متعدد مهم و تاثیرگذار در اجرای باکیفیت و مؤثر برنامه نقش ویژگیهای معلمان و برنامهٔ اجرا شده بسیار اساسی و تعیین کننده است. به منظور فراهم آوردن اطلاعات لازم برای ارزیابی دقیق برنامه سؤالهایی در این زمینه از معلمان یا مدرسان برنامه آموزش مهارتهای زندگی پرسیده شد. مهمترین سؤالهای مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان یا مدرسان برنامه ناظر بر: مرتبط بودن رشته تحصیلی معلمان، سطح تحصیلات معلمان و گذراندن دورهٔ آموزش ضمن خدمت معلمان است. در زمینهٔ برنامهٔ اجرا شده، دربارهٔ تهیهٔ مواد آموزشی یا داشتن کتاب راهنمای معلم، تدریس و اجرای برنامه با روشهای فعال/سنتی، تشکیل منظم جلسات آموزشی یا کلاسهای مربوط به آن و اجرای کامل برنامه یا تدریس برنامه تا آخرین جلسه و مباحث پیش‌بینی شده سؤالهایی از معلمان یا مدرسان برنامه پرسیده شد. فراوانی پاسخهایی که معلمان درس آموزش مهارتهای زندگی مدارس (کلاسهای) مورد مطالعه در زمینه ویژگیهای معلمان داده‌اند و برنامهٔ اجرا شده در جدول شماره ۶ و ۷ آورده شده است.

جدول شماره ۶. فراوانی معلمان در پاسخ به سؤالات مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان و برنامهٔ اجرا شده درس آموزش مهارتهای زندگی

مرتبط بودن رشته تحصیلی معلم	مرتبط (۸)	نامرتبط (۶)
تحصیلات معلم	لیسانس (۱۱)	فوق لیسانس (۳)
داشتن کتاب راهنمای معلم	بله (۷)	خیر (۷)
گذراندن دورهٔ آموزش ضمن خدمت معلمان	بله (۴)	خیر (۷)
تشکیل منظم جلسات	بله (۹)	خیر (۴)
تدریس برنامه تا آخر	بله (۸)	خیر (۴)
اجرای برنامه با روشهای فعال	بله (۳)	خیر (۷)

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

اطلاعات جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که رشته تحصیلی حدود ۴۳ درصد معلمان با درس آموزش مهارتهای زندگی نامرتبط است. سطح تحصیلات حدود ۷۸ درصد معلمان لیسانس و ۲۲ درصد فوق لیسانس است. حدود ۶۵ درصد معلمان دورهٔ آموزش ضمن خدمت مربوطه را نگذرانده اند. حدود ۵۰ درصد کلاسها دارای مواد آموزشی مربوطه و کتاب راهنمای معلم نبوده اند. در بیش از ۴۰ درصد کلاسها اجرای کامل یا تدریس برنامه تا آخرین جلسه و مباحث پیش بینی شده محقق نشده است و فقط در ۶۰ درصد از کلاسها جلسات و ساعات آموزشی به‌طور منظم تشکیل یافته است. به‌طور کلی بیش از ۵۰ درصد کلاسها در هریک از موارد پرسش شده از وضعیت مناسب برخوردار نبودند. در حدود ۸۰ درصد کلاسها اجرای برنامه به روشهای سنتی بوده و اجرای برنامه با روشهای فعال فقط در حدود ۲۰ درصد کلاسها اتفاق افتاده است. به منظور ترسیم تصویری گویاتر از کیفیت اجرای برنامه و وضعیت برنامهٔ اجرا شده در مدارس (کلاسهای) مورد مطالعه، پاسخهای مدرسان به‌طور کامل و مفصل ارائه می‌شود. جدول شماره ۷ پاسخ معلمان یا مدرسان برنامه به سؤالات مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان و برنامهٔ اجرا شده درس آموزش مهارتهای زندگی را به تفکیک مدارس نشان داده است.

جدول شماره ۷. پاسخ معلمان برنامه به سؤالات مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای معلمان و برنامهٔ اجرا شده درس آموزش مهارتهای زندگی

مدرسه	منطقه	رشته‌تحصیلی معلم	تحصیلات معلم	داشتن کتاب	آموزش معلم	استفاده از روشهای فعال	نظم در اجرا	اجرای کامل برنامه
۱	۱	مرتبط	فوق‌لیسانس	بله	–	خیر	بله	–
۲	۳	نامرتبط	لیسانس	بله	خیر	خیر	بله	خیر
۳	۳	مرتبط	فوق‌لیسانس	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر
۴	۵	نامرتبط	فوق‌لیسانس	بله	خیر	خیر	بله	بله
۵	۵	مرتبط	لیسانس	خیر	بله	خیر	بله	بله
۶	۸	نامرتبط	لیسانس	خیر	خیر	خیر	خیر	بله
۷	۱۱	مرتبط	لیسانس	بله	–	خیر	بله	بله
۸	۱۵	نامرتبط	لیسانس	خیر	خیر	بله	بله	بله
۹	۱۹	مرتبط	لیسانس	بله	بله	خیر	خیر	بله
۱۰	۱	مرتبط	لیسانس	بله	خیر	خیر	خیر	خیر
۱۱	۱	مرتبط	لیسانس	بله	–	–	–	–
۱۲	۳	مرتبط	لیسانس	خیر	بله	بله	بله	بله
۱۳	۵	نامرتبط	لیسانس	خیر	بله	خیر	بله	خیر
۱۴	۱۵	نامرتبط	لیسانس	خیر	خیر	بله	بله	بله

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

همان طور که اطلاعات جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، تمام مدارس مورد مطالعه دستکم در یکی از زمینه‌ها و سؤالهای مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان شامل: مرتبط بودن رشته تحصیلی معلمان، سطح تحصیلات معلمان و گذراندن دورهٔ آموزش ضمن خدمت معلمان یا سؤالهای مربوط به برنامهٔ اجرا شده شامل: تهیهٔ مواد آموزشی یا داشتن کتاب راهنمای معلم، اجرای برنامه با روشهای فعال/سنتی، تشکیل منظم جلسات آموزشی یا کلاسهای مربوطه و اجرای کامل برنامه یا تدریس برنامه تا آخرین جلسه و مباحث پیش بینی شده دارای کاستی یا ضعف اساسی هستند، به‌طوری که حتی یک مدرسه هم بر حسب عوامل مذکور دارای شرایط کامل و لازم نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

با ملاحظه یافته‌ها مشخص می‌شود که هر چند اثر وهلهٔ آزمایش بر خودکارآمدی و مهارتهای جرأت‌ورزی معنادار است ولی اثر گروه و تعامل معنادار نیست. اگر چه کاهش سطح خودکارآمدی و جرأت‌ورزی در دو گروه (پیش‌آزمون- پس آزمون) معنادار بوده است، اما با توجه به اینکه تعامل آن با گروه آزمایش و گواه معنادار نبوده است، این کاهش رابطه‌ای با آموزش مهارتهای زندگی نداشته است. این یافته‌ها اگر چه با نتایج برخی از پژوهشها (مانند، بشردوست تجلی و زندی، ۲۰۱۰؛ محمدی، ۱۳۸۸) و بخشی از نتایج پژوهش مرادی (۱۳۸۱) همخوانی دارند، اما با نتایج اغلب پژوهشها (مانند، آقاجانی، ۱۳۸۱؛ الیاس و وایسبرگ، ۲۰۰۰؛ بوتوین، ۲۰۰۰؛ بوت‌وین و گریفین، ۲۰۰۴؛ جروسلم و هسلینگ، ۲۰۰۹؛ رحمتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ سوخودولسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاپلان[1] و همکاران، ۱۹۹۲؛ کرسول و همکاران، ۲۰۰۵؛ لیائو و همکاران، ۲۰۱۰) همخوانی ندارند.

بر اساس نتایج پژوهش، برنامهٔ اجرا شده درس آموزش مهارتهای زندگی فاقد اثربخشی معنادار است. همچنین، نتایج حاکی از آن است که همهٔ مدارس مورد مطالعه دستکم در یکی از زمینه‌ها و سؤالهای مربوط به صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان یا سؤالهای مربوط به برنامهٔ اجرا شده دارای کاستی یا ضعف اساسی هستند. به‌طوری که حتی یک مدرسه هم بر حسب عوامل مذکور دارای شرایط مناسب و لازم نیست. این در حالی است که صلاحیتهای حرفه‌ای و ویژگیهای معلمان و کیفیت اجرای برنامه از عوامل مهم و تاثیرگذاری هستند که نقش بسیار اساسی و تعیین کننده در اثربخشی برنامه دارند. دانش‌آموزان نیاز دارند بسیاری از مفاهیم، فرآیندها و مهارتها را با سؤالهای انگیزشی مرتبط کنند و نقش متخصصان دارای دانش توسعه یافته در حوزهٔ مربوطه که توانایی ارائه

1. Caplan

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

اطلاعات مرتبط با موضوع را دارند و همچنین راههای ارائه اطلاعات را می‌دانند، بسیار حیاتی و تعیین‌کننده است (جفری[1]، ۲۰۰۵). معلم از راه کاهش پیچیدگیها و نیز راهبردهای تحقیق و فراشناخت، چارچوبهایی را برای سطوح بالاتر ادراک دانش‌آموزان فراهم می‌کند (فیز و مارشال[2]، ۲۰۰۶) و با روشهای خلاقانه به آنها می‌آموزد که چگونه تصمیمات مناسب را اتخاذ کنند، چه دانشی را جستجو کنند و چگونه فرآیندهای کاوش و یادگیری را مورد بازاندیشی و ارزشیابی قرار دهند (جفری و کرافت[3]، ۲۰۰۴). از نظر نیوتن و نیوتن[4] (۲۰۰۹) تدریس با رویکرد مسئله- مدار از سوی معلم توانمند فعالیت، انگیزه و کنجکاوی افراد و عملکرد مورد انتظار آنان را افزایش می‌دهد.

بر اساس شواهد مربوط به بازنگری برنامه‌های آموزشی و برنامه‌های درسی مؤثر در حوزه آموزش شایستگیهای روانی- اجتماعی و سلامت، مهم‌ترین ویژگیهای این برنامه‌ها نظریه- محور و مبتنی بر شواهد پژوهشی بودن آنها و استفاده از معلمان و مربیان دارای صلاحیت حرفه‌ای و تخصصی است. ایجاد شایستگی و توانمندی شخصی و اجتماعی و خود کارآمدی از طریق ایجاد و تقویت مهارتهای بنیادی، دانش‌آموزان را قادر می‌سازد تا کفایت و توانمندی شخصی برای مواجهه با فشارهای اجتماعی را داشته باشند یا از رفتارهای خطرساز دوری کنند. دانش‌آموز باید برای هر مهارت، از طریق گام‌هایی تحولی هدایت شود. گامهایی مانند فراهم کردن راهبردهای یادگیری، روشهای آموزش و مواد آموزشی مناسب از نظر فرهنگی، فراهم ساختن زمان کافی برای آموزش و یادگیری و ایجاد فرصتهای مناسب برای تقویت مهارتها و اقدامهای مثبت سلامت (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از بیماریها ، ۲۰۱۳).

افزون بر این، برنامه‌های خیلی موفق جامع هستند و مؤلفه‌های چند گانه دارند و معطوف به افراد، خانواده‌ها، همسالان، مدارس، اجتماعات و رسانه‌ها هستند. همچنین، راهبردهای پیشگیری برای دستیابی به اثرهای مورد نظر، نیاز به قوت و استمرار دارند. تقویت و پیشبرد نشستها برای ایجاد حرکت و پیشرفت اولیه و حفظ اثرات در طول زمان مهم هستند. برنامه‌ریزی پیشگیری باید یک الگوی پیشگیری و هدف‌گذاری جمعیت بزرگ و گوناگون را تعقیب کند و با زیر گروهها یا خرده جمعیتها (مانند کودکان و نوجوانان در معرض خطر یا پر خطر) قابل انطباق باشد تا تفاوتهای جنسی، فرهنگی یا قومی، وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، مراحل تحولی نوجوان را ترسیم کند.

1. Jeffery
2. Fies & Marshall
3. Craft
4. Newton, D. P., & Newton, L. D.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

برنامه‌ها باید از یک طرح ساختار یافتهٔ سازمانی (تشکیلاتی و نظام‌مند) که نیازسنجیها، بازنگری و مرور برنامه، فرآیندهای بهبود، و اصلاح و پسخوراند به (و از) جامعه را شامل می‌شود، برخوردار باشند (به نقل از اسکیبا، مونرو و ودارسکی[1]، ۲۰۰۴). نتایج بازنگری در برخی متون مربوط به پیشگیری از مصرف مواد (بوتوین و بوتوین، ۱۹۹۲؛ دریفوس[2]، ۱۹۹۳) و نتایج پژوهشهای فرا-تحلیلی (اسپرینگر[3] و همکاران، ۲۰۰۴؛ بنگرت- دراونز[4]، ۱۹۸۸؛ تابلر[5] و همکاران، ۲۰۰۰؛ هانسن[6]، ۱۹۹۲) و مطالعات ارزیابانه در زمینهٔ اثر بخشی برنامه‌های پیشگیرانه بیانگر آن است که رویکرد مبتنی بر اطلاع رسانی و افزایش اطلاعات صرف به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شود.

بررسی ارزشیابی برنامه آموزش مهارتهای زندگی نشان می‌دهد که تداوم اجرای آن در سال (یا سالهای) بعد اثربخشی بیشتری دارد (بوت‌وین و گریفین، ۲۰۰۴). آموزش مهارتهای گوناگون زندگی نیازمند زمان بیشتری است. در حالی که در خیلی از موارد این زمان در مدارس فراهم نیست و همین امر به کاهش اثربخشی برنامه در برخی از بررسیها منجر شده است (بوتوین، ۲۰۰۰؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۱۰). لذا آموزش چند مهارت به شکل عمیق بسیار مفیدتر از آموزش طیف وسیعی از مهارتها به شکل سطحی است. مهارتها را نمی‌توان به صورت منفعلانه آموخت، بلکه با اجرا کردن، نشان دادن و در نهایت تمرین هدایت شده آموخته می‌شوند (دنیش[7]، ۱۹۹۷). هِرد[8] و همکاران (۱۹۸۰) نشان دادند که زمان یا سن مناسب ارائه برنامه‌های پیشگیرانه، طول مدت اجرای برنامه، ساختار برنامه، نوع رهبری و کیفیت اجرای برنامه، نوع جلسات تقویت کننده مداخله و زمان آن در اثربخشی برنامه نقش دارد. کاپلان و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند که رویکرد آموزش مهارتهای عمومی یا افزایش توانایی به تنهایی مؤثر واقع نمی‌شوند مگر اینکه در بر گیرندهٔ گستره‌ای خاص از موضوع باشند. اثربخشی و کیفیت برنامهٔ آموزش مهارتهای زندگی مستلزم طراحی و تدارک موفق و اجرای دقیق و مؤثر تمرینات و تکالیف متنوع و غنی تجربه‌ای در قالب گروههای کوچک است. جوهره و ذات برنامه بر اساس ایجاد محیط یادگیری است که در آن محیط معلم می‌تواند فعالیتهای یادگیری فعال و تجربه‌ای را سازمان دهد (کولی و دویودی، ۲۰۰۴). جان برنامه در اجرا و آموزش آن با تمرکز بر روشهای تجربه‌ای و استفاده از روشهایی مانند بارش مغزی،

1. Skiba, Monroe & Wodarski
2. Dryfoos
3. Springer
4. Bangert-Drowns
5. Tobler
6. Hansen
7. Danish
8. Hurd

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

ایفای نقش، مباحثه و گفتگو، بازی و دیگر روشهای فعال در قالب گروههای کوچک نهفته است (کولی و دویودی، ۲۰۰۴).

یکی از عوامل کلیدی و مؤثر در اثربخشی مداخله‌های ارتقابخش سلامت و توانمندیهای روانی- اجتماعی، پدیدآوری و تولید برنامه‌های مبتنی بر نظریه و پژوهش است (اپتون[1] و همکاران، ۲۰۱۴). دستورالعملها و راهنماهای کمیته پژوهش پزشکی انگلستان در تولید و پدیدآوری مداخله‌های پیچیده بر اهمیت اجرای برنامه‌های مبتنی بر نظریه و پژوهش تکوینی تاکید دارند (کریگ[2] و همکاران، ۲۰۰۸). برنامه آموزش مهارتهای زندگی مستلزم بازنگری بر اساس اصول و استانداردهای پدیدآوری، تولید و اجرای این‌گونه برنامه‌ها، به‌ویژه برنامه‌های درسی- آموزشی مؤثر و اثربخش در حوزهٔ توانمندیهای روانی- اجتماعی و سلامت است. زیرا، کاربرد نظریه در پدیدآوری مداخله‌های ارتقابخش سلامت، اطمینان لازم را در زمینهٔ تعیین و انتخاب اهداف مناسب برای مداخله فراهم می‌کند (میچی و پرستویچ[3]، ۲۰۱۰؛ وب[4] و همکاران، ۲۰۱۰). آجزن[5] (۲۰۱۳) بیان کرده است که پژوهش تکوینی گسترده زمانی باید اجرا شود که مداخله‌های مبتنی بر نظریه طراحی و تولید شوند.

نتیجه‌گیری

همان طور که نتایج پژوهش نشان می دهد، برنامهٔ اجرا شده درس آموزش مهارتهای زندگی به دلیل داشتن ضعف و کاستیهای اساسی در زمینه برنامهٔ اجرا شده و صلاحیت و ویژگیهای معلمان، فاقد اثربخشی معنادار در ارتقای خودکارآمدی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان است. از سویی هم، اغلب این برنامه‌ها کاملاً تک بعدی هستند و به ارائه آموزشهای خاص یا احیاناً اقدامات محدود و مشخص می‌پردازند. مغفول ماندن برخی از ابعاد یا جنبه‌های روانشناختی و زندگی شخص، از کارآمدی و اثربخشی آنها می‌کاهد. بنابراین، طراحی و تدوین برنامه‌های آموزش مهارتهای زندگی براساس الگوهای مفهومی و چارچوبهای نظری دارای برازش لازم و با تاکید بر رویکردهای عاطفی، هیجانی و انگیزشی به همراه رویکردهای شناختی- رفتاری و فراهم آوردن لوازم و شرایط اجرایی مناسب می‌تواند به کارآمدی و اثربخشی آنها بیفزاید. تولید و پدیدآوری مداخله‌های پیچیده مبتنی بر الگوهای علّی و بر اساس رویکرد چند وجهی مبتنی بر نظریه و پژوهش تکوینی از شروط ضروری ارتقای کارآمدی و اثربخشی برنامه‌ها و مداخله‌هاست.

1. Epton
2. Craig
3. Michie & Prestwich
4. Webb
5. Ajzen

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

محدودیتها

یکی از محدودیتهای مهم پژوهش حاضر به نمونه مورد مطالعه و نحوه نمونه‌گیری مربوط می‌شود. با وجود اینکه تلاش شد تا نمونه به طور کاملاً تصادفی انتخاب شود، ولی با توجه به اینکه جمعیت مورد نظر پژوهش شامل دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس مجری طرح آموزش مهارتهای زندگی (گروه آزمایش) و دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس فاقد طرح آموزش مهارتهای زندگی (گروه گواه) بود، ناگزیر دانش‌آموزان از میان مناطق و مدارس آموزشی واجد ملاکهای مورد نظر به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. بنابراین، در تعمیم این یافته‌ها به سایر مناطق و جمعیت عمومی باید احتیاط کرد. همچنین، انتخاب دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس فاقد طرح آموزش مهارتهای زندگی بر اساس قرابت و مجاورت مکان تحصیل و زندگی، به‌عنوان شاخصی از قرابتهای آموزشی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی انجام شده است و امکان همتاسازی آنها با گروه تحت آموزش میسر نشد.

پیشنهادها

۱. ارائه و اجرای آموزش مهارتهای زندگی و مداخله‌های مبتنی بر مدرسه در قالب یک درس یا برنامهٔ روانی- آموزشی و نیز استفاده از رویکردهای تلفیقی‌نگر رایج و کارآمد، می‌تواند دستیابی به اهداف برنامه‌ها، به‌ویژه در جمعیتها و گروههای بزرگ دانش‌آموزان را تسهیل بخشد. پدیدآوری و تولید برنامه‌ها و مداخله‌های پیچیده بر اهمیت اجرای برنامه‌های مبتنی بر نظریه و پژوهش تکوینی تاکید دارد. همچنین، رویکرد مدل‌یابی علّی به ایجاد و توسعه مداخله‌های پیچیده می‌تواند منجر به ایجاد تحول در برنامه‌های مداخله‌ای باشد. مداخله‌های پیچیده شامل آن دسته از مداخله‌هایی هستند که از چندین مؤلفه تشکیل یافته‌اند.

۲. یکی از ضعفها و نقصهای اساسی این برنامه، فقدان حلقهٔ پایش و ارزشیابی در فرآیند طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای اولیهٔ آن است. بسیاری از فعالیتها، طرحها و برنامه‌های اجرا شده در کشور ما، مورد ارزشیابی جامع و مبتنی بر شواهد پژوهش- مدار قرار نمی‌گیرند. چنین برنامه‌ای به مرور زمان به یک طرح یا برنامهٔ بی‌اثر و ناکارآمد تبدیل می‌شود. بنابراین، تولید اطلاعات پژوهش- محور برای ارزشیابی این قبیل برنامه‌ها از ارکان اساسی فرآیند برنامه‌ریزی، اجرا و تعمیم آنهاست.

۳. ارتقای دانش تخصصی (نظری و عملی- فنی) مجموعهٔ مدیران، سیاستگذاران، تصمیم‌گیران و کارگزاران آموزش و پرورش کشور، برای رهایی از تشتت، سردرگمی و آشفتگیهای نظری-

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

مفهومی در زمینهٔ برنامه‌ها و مداخله‌های روانی- آموزشی برای پیشگیری و ارتقای سلامت و تحول روانی- اجتماعی دانش‌آموزان از ضرورتهای انکارناپذیر اصلاحات آموزشی است.

۴. پیش‌نیازهای اجرایی برنامه‌های آموزش مهارتهای زندگی شناسایی و پیش‌بینی شود تا با تمهید بموقع امکانات، لوازم و مقدمات مورد نیاز، اجرای برنامه در شرایط قابل قبولی عملی شود. به‌ویژه، استفاده از نیروی انسانی و معلمان و مشاوران متخصص و دارای صلاحیت علمی- حرفه‌ای، به عنوان مدرسان یا مجریان برنامه، از پیش‌نیازها و لوازم ضروری اجرایی موفق و تعیین‌کننده در اثربخشی برنامه است.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

منابع

آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱). *بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا.

بهرامی، فاطمه. (۱۳۷۵). *مقایسه روشهای جرأت آموزی به دانش‌آموزان کم جرأت دختر دبیرستانی با شیوه های مشاورهٔ گروهی و مشاورهٔ فردی در شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

پرتو، مسلم. (۱۳۸۳). رابطهٔ حمایت اجتماعی ادراک شده، حرمت خود و افسردگی دانش‌آموزان. *مجلهٔ علوم روانشناختی*، دورهٔ سوم، شمارهٔ ۱۱، ۲۶۷– ۲۹۰.

طارمیان، فرهاد؛ ماهجویی، ماهیار و فتحی، طاهر. (۱۳۷۸). *مهارتهای زندگی (راهنمای اجرای فعالیت‌های پرورشی دورهٔ متوسطه)*. معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش.

غفاریان‌زاده، سادات. (۱۳۷۹). *تأثیر مشاورهٔ گروهی جرأت آموزی بر پیشرفت تحصیلی و مهارتهای اجتماعی دختران دانش‌آموز مقاطع راهنمایی و متوسطه منطقه ۱۴ تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده مدیریت و برنامه-ریزی، وزارت آموزش و پرورش.

کدیور، پروین. (۱۳۸۰). *بررسی سهم باورهای خود کارآمدی، خودگردانی و هوش در پیشرفت درسی دانش‌آموزان به منظور ارائه الگویی برای یادگیری بهینه*. گزارش پژوهشی، پژوهشکده تعلیم و تربیت، وزارت آموزش و پرورش.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۴). *بهداشت روانی*، چاپ ششم. تهران: ارسباران.

محمدی، مژگان. (۱۳۸۸). *تأثیر درس مهارتهای زندگی بهداشت روانی دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی*. گزارش پژوهشی، آموزش و پرورش استان مرکزی.

مرادی، مهناز. (۱۳۸۱). *بررسی سودمندی آموزش مهارتهای زندگی (ارتباط بین فردی، حل مسأله، کنترل خشم، ابراز وجود) به دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران در بهبود وضعیت بهداشت روانی ایشان*. گزارش پژوهشی، آموزش و پرورش شهر تهران.

هومن، حیدر علی. (۱۳۸۳). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات پارسا.

Ajzen, I. (2013). *Behavioural interventions based on the theory of planned behaviour*. http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.intervention.pdf (last accessed 7 February, 2013).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191- 215.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist, 28*(2), 117- 148.

Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, *18*(3), 243- 264.

Bashardoost Tajalli, F., & Zandi, Z. (2010). Creativity comparison between students who studied life skills courses and those who didn't. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1390-1395.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors, 25*(6), 887- 897.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

Botvin, G. J., & Botvin, E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*,13, 290–301.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention, 25*(2), 211- 232.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2010). Advances in the science and practice of prevention: Targeting individual-level etiologic factors and the challenge of going to scale. In L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings* (pp. 631-650). Washington DC: American Psychological Association.

Bulotaite, L. (1999). Primary prevention in Lithuanian schools. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *6*(3), 321-326.

Burke, R.W. (2002). Social and emotional education in the classroom. *Kappa Delta Pi Record*, *38*(3), 108–111.

Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects of social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(1), 56- 63.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Characteristics of an effective health education curriculum*. Retrieved from http://www.cdc.gov/healthyyouth/ sher/characteristics/

Coley, J., & Dwivedi, K. N. (2004). Life skills education through schools. In K. N. Dwivedi. & P. B. Harper (Eds.), *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health: A handbook.* London: Jessica Kingsley.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337, 979–983.

Creswell, J.D., Welch, W.T., Taylor, S.E., Sherman, D.K., Gruenewald, T., & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological Science*, 16, 846- 851.

Danish, S.J. (1997). Going for the goal: A life skills program for adolescents. In G. Albee & T. Gullota (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 291-312). Thousand Oaks, CA: Sage.

Dryfoos, J. G. (1993). Preventing substance use: Rethinking strategies. *American Journal of Public Health*, *83*(6), 793-795.

Elias, M. J., & Weissberg, R. P. (2000). Primary prevention: Educational approaches to enhance social and emotional learning. *Journal of School Health, 70*(5), 186-190.

Epton, T., Norman, P., Harris, P. R., Webb, T. L., Snowsill, F. A., & Sheeran, P. (2014). Development of theory-based health messages: Three-phase programme of formative research. *Health Promotion International*. DOI: 10.1093/heapro/dau005. Retrieved from http://heapro.oxfordjournals.org/

Fies, C., & Marshall, J. (2006).Classroom response systems: A review of the literature. *Journal of Science Education and Technology, 15*(1), 101-109.

Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550–561.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental health disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment, 4*(1), 1-62.

Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research: Theory and Practice*, 7(3), 403–430.

Hurd, P., Johnson, C. A., Pechacek, T., Bast, C. P., Jacobs, D., & Luepker, R. (1980). Prevention of cigarette smoking in 7th grade students. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 15- 28.

Jeffery, G. (2005). *The Creative College: Building a successful learning culture in the arts*. Stoke-on-Trent: Trentham Books.

Jeffrey, B., & Craft, A. (2004). Teaching Creatively and Teaching for Creativity: Distinctions and relationships. *Educational Studies, 30*(1), 77- 87.

Jerusalem, M., & Hessling, J. K. (2009). Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy. *Health Education, 109*(4), 329- 341.

Liao, W., Jiang, J-M., Yang, B., Zeng, X., & Liao, S.S. (2010). A Life-skills-based HIV/AIDS prevention education for rural students of primary schools in China: What changed? What have We learned? *Biomedical and Environmental Sciences, 23*(5), 409- 419.

Michie, S. & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of an intervention theory coding scheme. *Health Psychology, 29*(1), 1–8.

Newton, D. P., & Newton, L. D. (2009). Knowledge development at the time of use: A problem-based approach to lesson planning in primary teacher training in a low knowledge, low skill context. *Educational Studies, 35*(3), 311- 321.

Rahmati, B., Adibrad, N., Tahmasian, K., & Sedghpour, B. S. (2010). The Effectiveness of life skill training on social adjustment in Children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 870- 874.

Scheier, L.M., & Botvin,G.J. (1998). Relations of social skills, personal competence and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. *Journal of Early Adolescence, 18*(1), 77-144.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnson (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Skiba, D., Monroe, J., & Wodarski, J. (2004). Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies. *Social Work, 49*(3), 343- 353.

Springer, J.F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention, 25*(2), 171-194.

Sukhodolsky, D. G., Golub, A., Stone, E. C., & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy*, 36, 15- 23.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*(4), 275- 336.

Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the Internet to promote health behaviour change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(1):e4.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]

Weist, M.D., Sander, M.A., Axelrod Lowie, J., & Christodulu, K.V. (2002). The expanded school mental health framework. *Childhood Education, 78*(5), 269-73.

World Health Organization (1997). Life *skills education children and adolecents in schools.* WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. Geneva: WHO.

World Health organization (2005). *Mental health policy and service guidance package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.* Available online at http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

World Health organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Available online at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692 763_eng.pdf.

WHO/UNFPA/UNICEF (1995). *Programming for adolescent health.* Discussion paper prepared for the study group on programming for adolescent health. Saillon, Switzerland, 29 November - 4 December, 1995.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1394.31.2.6.7]