Journal of Health System Research Volume 15, Issue 2, Summer 2019, Pages: 136-143

Original Article

doi: 10.48305/hsr.2019.15.2.105

Effect of Life Skills Training on the Quality of Life and General Health of Health Care Providers

Zahra Shakeri Mobarakeh[1], Hossein Shahnazi[2*], Akbar Hassanzadeh[3]

[1] *Student Research Committee, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[2] *PhD, Associate Professor of Health Education, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[3] *Instructor in Biostatistics, Department of Epidemiology and Vital Statistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*

*** Corresponding Author:** *Hossein Shahnazi, Email: h_ shahnazi @yahoo.com*

Received: 29/10/2018
Accepted: 18/12/2018

Keywords:
General health
Healthcare provider
Life skills
Quality of life
Training

Abstract

Background: Life skills are sets of abilities that provide the basis for adaptive and positive behavior. Although there are several studies confirming the effectiveness of life skill training on the quality of life and mental health of females, no research evidence is observed on this issue among the Iranian health care providers. Therefore, this study aimed to determine the effect of life skills training on the quality of life and general health of health care providers.

Methods: This semi-experimental study was conducted based on the pre-test-post-test design with a control group. The study population was selected from health care providers in health homes of Mobarakeh and Lenjan, Iran, and they were randomly divided into experimental and control groups. In the pretest, both groups completed the quality of life and general health questionnaires. Subsequently, the experimental group received five 90-minute life skills training sessions (10 skills). After two months, the groups were asked again to complete the questionnaires. The data were analyzed in SPSS software (version 20) through the Chi-square test, independent t-test, Pearson correlation, and multiple linear regression.

Findings: After two months of intervention, there was a significant difference between the experimental and control groups regarding the total scores of the quality of life and its dimensions ($P<0.05$). Moreover, a remarkable difference was observed in the experimental group in terms of the quality of life before and after the intervention. Furthermore, there was a significant decrease in the levels of disorders regarding the general health of the experimental group after the intervention. Additionally, a reverse relationship was found between the disorders in general health of the health care providers and their quality of life with its dimensions ($P<0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, life skills training and raising the awareness of individuals can have a positive effect on all aspects of the individuals' life, particularly, their quality of life and general health. Therefore, it is necessary to pay attention to the efficacy of the training sessions in which different educational methods are utilized with variations in teaching techniques.

Citation: Shakeri Mobarakeh Z, Shahnazi H, Hassanzadeh A. Effect of Life Skills Training on the Quality of Life and General Health of Health Care Providers. J Health Syst Res. 2019; 15(2): 136-143.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

Copyright 2019 Journal of Health System Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY) License (http://creativecommons.org/) which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

مقاله پژوهشی

doi: 10.48305/hsr.2019.15.2.105

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بهورزان

زهرا شاکری مبارکه[۱]، حسین شهنازی[۲*]، اکبر حسن‌زاده[۳]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

[۲] دانشیار آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

[۳] مربی آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

* **نویسنده مسئول:** حسین شهنازی، ایمیل: h_ shahnazi @yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۷

واژه‌های کلیدی:
آموزش
بهورز
سلامت عمومی
کیفیت زندگی
مهارت‌های زندگی

چکیده

مقدمه: مهارت‌های زندگی عبارت هستند از مجموعه توانایی‌هایی که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورند. اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روان زنان در مطالعات متعددی تأیید شده است؛ اما شواهد پژوهشی در مورد بهورزان ایرانی وجود ندارد؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بهورزان انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با استفاده از گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش را بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان‌های مبارکه و لنجان تشکیل دادند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند. ابتدا پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت عمومی به هر دو گروه ارائه شد و پس از گذشت پنج جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، برنامه آموزش مهارت‌های ده‌گانه زندگی برای گروه مداخله اجرا گردید. پس از گذشت دو ماه، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط دو گروه تکمیل شدند. در انتها، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS 20 گردیدند و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، t مستقل، همبستگی Pearson و رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر مبنای نتایج مشخص گردید که نمره کل کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن در گروه مداخله، دو ماه پس از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله و همچنین بیشتر از گروه مقایسه بوده است ($P<۰/۰۵$). علاوه بر این، مشاهده گردید که اختلال در سلامت عمومی و تمامی ابعاد آن دو ماه پس از مداخله به طور معناداری در گروه مداخله کمتر شده است. شایان ذکر می‌باشد که بین اختلال در سلامت عمومی بهورزان و کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن رابطه‌ای معکوس به دست آمد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیانگر این موضوع بودند که آموزش و افزایش آگاهی در زمینه مهارت‌های زندگی می‌تواند در تمام جنبه‌های زندگی افراد به ویژه کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن و سلامت عمومی آن‌ها تأثیر مثبت داشته باشد؛ به ویژه اگر این آموزش کارآمد بوده و با استفاده از روش‌های مختلف انجام شود.

ارجاع: شاکری مبارکه زهرا، شهنازی حسین، حسن‌زاده اکبر. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بهورزان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۱۵(۲): ۱۴۳-۱۳۶.

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی، ذهنی و پیچیده بوده و فرایندی جامع و منعطف می‌باشد که تمام جنبه‌های زندگی افراد را شامل می‌شود (۱).

از سوی دیگر، بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت که آن را حالتی کاملاً فیزیکی و روانی- اجتماعی (و نه تنها فقدان بیماری یا ناتوانی) می‌داند (۲)، می‌توان به این نتیجه دست یافت که سلامت نیز مانند کیفیت زندگی، یک مسأله چند بعدی بوده و ابعاد مختلف سلامت یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند (۳)؛ از این رو لازم است در اقدامات انجام شده در راستای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی به تمام جوانب سلامت فردی، جسمی، روانی و اجتماعی توجه شود (۴).

یکی از راه‌های بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی،

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[Downloaded from 10.48305/hsr.2019.15.2.105 on 2026-10-19]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

آگاهی از مهارت‌های زندگی است (۵). افراد با برخورداری از این مهارت‌ها، نسبت به سلامتی خود مسئولیت‌پذیری و تعهد فردی پیدا می‌کنند (۶). در حقیقت، هدف نهایی مهارت‌های زندگی این است که افراد شایستگی فردی خویش را بپذیرند (۷). مهارت‌های زندگی توانایی‌هایی هستند که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد و افزایش سلامت و رفتارهای مرتبط با آن در سطح جامعه می‌شوند (۸). این مهارت‌ها شامل ۱۰ توانایی کلی هستند: مهارت حل مسأله اجتماعی، مهارت تصمیم‌گیری، مهارت تفکر خلاق، مهارت تفکر نقادانه، مهارت برقراری ارتباط مؤثر، مهارت روابط بین فردی، مهارت خودآگاهی، مهارت مقابله با هیجان، مهارت مقابله با فشار عصبی و مهارت همدلی (۹).

بهورزان از نظر طبقه‌بندی در صف اول خدمات بهداشتی قرار می‌گیرند و وظیفه رسیدگی به تمام امور بهداشتی منطقه تحت پوشش خود که شامل یک روستا با حداقل ۱۰۰۰ نفر جمعیت است را بر عهده دارند. بهورزان در معرض عوامل بسیاری قرار دارند که باعث ایجاد فشار روانی در آن‌ها می‌شوند؛ مانند ساعت کاری طولانی، حجم زیاد کار، نداشتن امنیت شغلی، امکان آسیب‌دیدگی در کار، روابط با همکاران مافوق و مراجعه‌کنندگان و غیره (۱۰). این فشار و تنش‌ها موجب ایجاد اختلالاتی در این افراد می‌گردد. باید خاطرنشان ساخت که بر اساس جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگران، پژوهش خاصی در مورد میزان شیوع این اختلالات در این گروه یافت نشد؛ اما به طور کلی از سال ۱۳۸۷ تاکنون سه مطالعه اپیدمیولوژیکی در سطح کشور به منظور بررسی شیوع اختلالات روانی صورت گرفته است و میزان شیوع اختلالات در این مطالعات به ترتیب معادل ۰/۲۱، ۱۷/۱ و ۲۳/۶ گزارش شده است (۱۱). در جستجوهای صورت‌گرفته، پژوهشی در ارتباط با اندازه‌گیری سطح مهارت‌های زندگی این افراد نیز یافت نشد. تنها در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۱ به منظور بررسی مهارت ارتباطی (که یکی از مهارت‌های زندگی است) در کارکنان بخش بهداشت و درمان شهرستان بهار به صورت کلی انجام شد، مشخص گردید که وضعیت مهارت‌های ارتباطی در بین شاغلین در سطح مناسبی قرار ندارد (۱۲).

باید خاطرنشان ساخت که آموزش مهارت‌های زندگی به بهورزان، توانایی آن‌ها را در زمینه تصمیم‌گیری صحیح و حل مسأله هنگام بروز مشکل، داشتن تفکر خلاق و نقادانه در زندگی، مقابله با هیجان و استرس در محیط کار، ایجاد همدلی و توانایی ایجاد ارتباط مؤثر در محیط‌های اجتماعی افزایش می‌دهد.

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی و سلامت عمومی در گروه‌های مختلف از جمله پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها، دانشجویان، معلمان و دانش‌آموزان مدارس در مطالعات مختلفی مورد سنجش قرار گرفته است. در این راستا می‌توان به مطالعه ارزنده فر و اصغری با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان با مشکل بینایی در شهر سبزوار در سال ۱۳۹۲» (۱۳)، مطالعه صادقی و همکاران با عنوان «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد کیفیت زندگی ایتام نوجوان در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲» (۱۴) و مطالعه چنارانی و همکاران تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی پرستاران شهر ورامین در سال ۱۳۹۵» اشاره کرد (۱۵) که در تمامی آن‌ها اثرات مثبت آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثبات گردیده است. از آنجایی که شواهد پژوهشی در مورد بهورزان ایرانی وجود ندارد، به منظور افزایش سطح کیفیت خدمت‌رسانی این گروه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی این افراد طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها

مطالعه حاضر به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با استفاده از گروه کنترل انجام شد. ابتدا از میان شهرستان‌های استان اصفهان، دو شهرستان لنجان و مبارکه به شکل تصادفی ساده انتخاب گردیدند. سپس یکی از شهرستان‌ها به قید قرعه برای انتخاب گروه مداخله (مبارکه) و دیگری (لنجان) برای انتخاب گروه مقایسه در نظر گرفته شدند. در ادامه پژوهشگران در حالی که معرفی‌نامه کتبی از سوی دانشگاه را به همراه داشتند، به مدیریت شبکه این دو شهرستان مراجعه کردند و موافقت ایشان را برای انجام این پژوهش جلب نمودند. در فرایند انجام این پژوهش، بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت دو شهرستان به صورت مجزا بر اساس حروف الفبا لیست شدند و به شکل تصادفی سیستماتیک، ۸۸ بهورز (۴۴ نفر برای گروه مداخله و ۴۴ نفر برای گروه کنترل) انتخاب گشته و وارد مطالعه شدند. شایان ذکر است که تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از رابطه زیر به دست آمد:

$$n = \frac{(Z1+Z2)^2(2S)^2)}{d^2}$$

در این رابطه Z1 ضریب اطمینان ۹۵ درصد معادل ۱/۹۶ و Z2 ضریب توان آزمون ۸۰ درصد معادل ۰/۸۴ می‌باشد. همچنین، S برآوردی از معیار نمونه کیفیت زندگی و سلامت عمومی در دو گروه بوده و d حداقل تفاوت میانگین هر یک از متغیرها (کیفیت زندگی و سلامت عمومی) بین دو گروه می‌باشد که اختلاف معنادار را نشان می‌دهد و معادل ۰/۶ S در نظر گرفته شده است. معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بودند از: اشتغال در خانه‌های بهداشت و تمایل به شرکت در مطالعه. عدم شرکت در جلسات آموزشی و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

شایان ذکر است که اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای بهورزان انتخاب شده شرح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش از ایشان اخذ گردید. همچنین به آن‌ها اطمینان داده

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

شد که اطلاعات جمع‌آوری‌شده به صورت کاملاً محرمانه نزد پژوهشگران باقی خواهند ماند و افراد در هر مرحله از اجرای کار می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند.

ابزار پژوهش

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت عمومی بودند.

پرسشنامه کیفیت زندگی: sf-36 علامت اختصاصی این پرسشنامه است. این ابزار که دارای ۳۶ سؤال می‌باشد، در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و Sherbourne در آمریکا طراحی شده است و برای سنجش سلامت از نظر وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد به کار می‌رود و سلامت افراد را در هشت حیطه مختلف ارزیابی می‌کند. در نمره‌گذاری این پرسشنامه بعد جسمانی ۱۰ عبارت، ایفای نقش جسمی چهار عبارت، دردهای بدنی دو عبارت، سلامت عمومی پنج عبارت، خستگی یا نشاط چهار عبارت، عملکرد اجتماعی دو عبارت، ایفای نقش عاطفی سه عبارت و سلامت روانی پنج عبارت را به خود اختصاص داده‌اند که در مجموع، کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. لازم به ذکر است که پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین آن ۱۰۰ می‌باشد. در این پرسشنامه امتیاز هر بعد از طریق امتیاز عناوین آن بعد مشخص می‌شود. در ادامه نمرات هر بعد با یکدیگر جمع و تقسیم بر تعداد عبارت‌های آن بعد می‌گردد و میانگین به دست آمده به عنوان درصد میزان سلامتی در آن بعد محسوب می‌شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه نیز مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس تقسیم بر هشت می‌شود؛ عدد به دست آمده باید بین صفر تا ۱۰۰ باشد. شایان ذکر است که امتیاز ۵۰ میانه؛ بیشتر از آن دارای آن بعد و کمتر از آن، فقدان آن بعد از زندگی می‌باشد (۱۶). پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران به تأیید رسیده است (r=۰/۷-۰/۹). باید خاطرنشان ساخت که پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل معادل ۰/۸۴ می‌باشد که این اعداد در خرده‌مقیاس‌ها نیز از سطح قابل اطمینانی برخوردار بودند (۱۷).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ: General Health Questionnaire): در این پرسشنامه که دارای ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای است، جواب‌های گروه هدف از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و در پایان، مجموع نمرات محاسبه می‌گردد. افرادی که مجموع نمرات آن‌ها عدد کمتری را نشان دهد، به لحاظ سلامت عمومی در وضعیت بهتری قرار دارند. در این پرسشنامه چهار زیرمقیاس سلامتی بررسی می‌شود؛ سؤالات ۷-۱ علائم جسمانی، سؤالات ۱۴-۷ اضطراب، سؤالات ۲۱-۱۴ اختلال در عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۸-۲۱ افسردگی را بررسی می‌کنند (۱۸). ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش بازآزمون، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب معادل ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش روایی همزمان و روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل استفاده شده است که در روش روایی همزمان، ضریب روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل، روایی ۰/۸۷-۰/۷۲ به دست آمد. علاوه بر این، نتایج تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریمکس بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی بودند و در مجموع، بیش از ۵۰ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند (۱۹).

شرح مداخله

ابتدا دو پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامت عمومی برای تمامی نمونه‌های انتخاب شده ارسال گردید. سپس پنج جلسه آموزشی برای گروه مداخله به صورت زیر برگزار گشت. در جلسه اول مهارت‌های حل مسأله و مقابله با هیجان به صورت پرسش و پاسخ و کار گروهی، در جلسه دوم مهارت‌های مقابله با فشار عصبی و تصمیم‌گیری به صورت ایفای نقش، در جلسه سوم مهارت‌های تفکر خلاق و نقادانه با روش بحث در گروه‌های کوچک و کار گروهی، در جلسه چهارم مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی به صورت پرسش و پاسخ و ایفای نقش و در جلسه پنجم مهارت‌های خودآگاهی و همدلی به صورت کار گروهی و بیان تجربیات آموزش داده شدند. لازم به ذکر است که تمامی جلسات آموزشی بر اساس طرح درس برگزار گردیدند.

دو ماه پس از مداخله، پرسشنامه‌ها مجدداً توسط دو گروه تکمیل شدند و نتایج آن‌ها با نتایج به دست آمده قبل از مداخله مقایسه گردیدند. شایان ذکر است که تمامی داده‌ها قبل و بعد از ورود به نرم‌افزار SPSS 20 از نظر ثبت صحیح و کامل بررسی گردیدند. در این مطالعه به منظور اطمینان از نرمال بودن اطلاعات از آزمون Kolmogorov–Smirnov استفاده شد. همچنین از آزمون آماری کای اسکوئر به منظور تحلیل اطلاعات دموگرافیک بهره گرفته شد و برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن و نیز مقایسه میانگین نمره اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن بین دو گروه در زمان‌های پیش از مداخله و پس از آن از آزمون t مستقل استفاده گردید. علاوه بر این به منظور بررسی ارتباط بین نمره کل اختلال سلامت عمومی با نمره کل کیفیت زندگی از ضریب همبستگی Pearson بهره گرفته شد و آزمون رگرسیون خطی چندگانه به منظور تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در ارتباط با اختلال در سلامت عمومی بهورزان مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۸ بهورز زن و مرد شرکت نمودند که به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند. دامنه سنی افراد مورد بررسی در گروه مداخله از ۳۰ تا ۵۳ سال با میانگین ۴۰/۸ و

[Downloaded from hsr.mui.ac.in on 2026-10-12]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

انحراف معیار ۵/۹ سال و در گروه مقایسه از ۲۶ تا ۵۰ سال با میانگین ۳۸/۸ و انحراف معیار ۷/۰۲ سال متغیر بود. در این راستا، نتایج آزمون t مستقل اختلاف سنی معناداری را بین دو گروه نشان نداد (P=۰/۱۶). نتایج به دست آمده از آزمون کای اسکوئر نیز حاکی از آن بودند که توزیع فراوانی جنسیت و وضعیت تأهل بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد (P=۰/۵۲). علاوه بر این، نتایج آزمون Mann–Whitney نشان‌دهنده آن بودند که سطح تحصیلات بین دو گروه اختلاف معناداری ندارد (جدول ۱).

از سوی دیگر، نتایج آزمون t مستقل حاکی از آن بودند که میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری نداشته است (P<۰/۰۵)؛ اما همین میانگین دو ماه پس از مداخله در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه مقایسه بوده است (P<۰/۰۵) (جدول ۲).

علاوه بر این، نتایج آزمون t مستقل نشان دادند که میانگین نمره کل اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری نداشته است (P<۰/۰۵)؛ اما نتایج همین آزمون حاکی از آن بودند که میانگین نمره کل اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن دو ماه پس از مداخله در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه مقایسه بوده است (P<۰/۰۵) (جدول ۳).

نتایج آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نشان از آن داشتند که از بین ابعاد کیفیت زندگی به ترتیب نمرات انرژی و عدم درد، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای نمره اختلال در سلامت عمومی هستند و در حضور این دو متغیر، سایر ابعاد کیفیت زندگی پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای نمره اختلال در سلامت عمومی نمی‌باشند (جدول ۴). نتایج ضریب همبستگی Pearson نیز نشان دادند که رابطه نمره اختلال در سلامت عمومی بهورزان با نمره کل کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن معکوس می‌باشد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۵).

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بهورزان در دو گروه

متغیر		گروه مداخله		گروه مقایسه		سطح معناداری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۳۷	۷۷/۱	۲۷	۷۱/۱	۰/۵۲
	مرد	۱۱	۲۲/۹	۱۱	۲۸/۹	
وضعیت تأهل	مجرد	۱	۲/۱	۳	۷/۹	۰/۱۰
	متأهل	۴۳	۸۹/۶	۳۵	۹۲/۱	
	مطلقه	۳	۶/۲	۰	۰	
	بیوه	۱	۲/۱	۰	۰	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲	۴/۲	۰	۰	۰/۱۱
	راهنمایی	۴	۸/۳	۹	۲۳/۷	
	دیپلم	۲۴	۵۰	۱۹	۵۰	
	فوق دیپلم	۱۱	۲۲/۹	۹	۲۳/۷	
	کارشناسی و بالاتر	۷	۱۴/۶	۱	۲/۶	

* (P=۰/۵۲) آزمون کای اسکوئر * (P=۰/۱۰) آزمون کای اسکوئر * (P=۰/۱۱) آزمون Mann–Whitney

جدول ۲: میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن (از ۱۰۰) قبل و بعد از مداخله در دو گروه

نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن	قبل از مداخله				سطح معناداری	بعد از مداخله				سطح معناداری
	گروه مداخله		گروه مقایسه			گروه مداخله		گروه مقایسه		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره کل	۵۰/۴	۲۰/۱	۴۹/۴	۲۲/۶	۰/۸۲	۶۵/۱	۱۷/۱	۵۱/۴	۱۷/۱	<۰/۰۰۱
کارکرد جسمی	۶۰/۶	۲۶/۷	۵۸/۲	۳۰/۷	۰/۷۰	۷۳/۹	۲۳/۲	۵۸/۲	۲۱/۷	۰/۰۰۲
سلامت جسمی	۴۳/۶	۲۵/۹	۳۷/۵	۳۰/۲	۰/۴۶	۶۷/۳	۲۹/۳	۳۸/۲	۳۰/۲	<۰/۰۰۱
سلامت هیجانی	۴۵/۷	۲۵/۹	۴۰/۴	۳۳/۹	۰/۵۴	۶۸/۷	۲۱/۲	۴۲/۱	۳۲/۹	۰/۰۰۱
انرژی	۴۶/۴	۲۰/۵	۴۵/۸	۲۱/۸	۰/۸۹	۵۴/۸	۲۰/۱	۴۶/۱	۱۶/۹	۰/۰۳
بهزیستی هیجانی	۵۴/۷	۱۸/۶	۵۲/۵	۲۲/۸	۰/۶۲	۶۳/۹	۱۷/۹	۵۴/۸	۱۳/۴	۰/۰۰۹
کارکرد اجتماعی	۵۸/۵	۲۶/۳	۵۵/۹	۲۶/۴	۰/۶۶	۷۵/۶	۱۹/۸	۵۹/۹	۲۰/۴	۰/۰۰۱
عدم درد	۴۹/۸	۲۴/۷	۴۷/۵	۲۷/۸	۰/۶۹	۶۴/۱	۲۱/۸	۵۲/۱	۲۰/۴	۰/۰۱
سلامت عمومی	۴۸/۳	۱۸/۱	۴۶/۴	۲۱/۵	۰/۶۷	۶۱/۱	۱۶/۹	۴۵/۷	۱۸/۵	<۰/۰۰۱

*(P<۰/۰۵) آزمون t مستقل *(P>۰/۰۵) آزمون t مستقل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

جدول ۳: میانگین نمره کل اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن قبل از مداخله در دو گروه

نمره کل اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن	قبل از مداخله				سطح معناداری	بعد از مداخله				سطح معناداری
	گروه مداخله		گروه مقایسه			گروه مداخله		گروه مقایسه		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره کل	۳۴/۷	۱۴/۹	۳۵/۸	۱۹/۹	۰/۷۶	۲۴/۶	۱۱/۰۴	۳۳/۹	۱۱/۷	<۰/۰۰۱
علائم جسمانی	۱۰/۰۲	۴/۳	۱۰/۳	۵/۶	۰/۸۳	۷/۷	۳/۷	۹/۵	۴/۱	۰/۰۳
علائم اضطرابی و اختلال خواب	۹/۷	۵	۱۰/۳	۶/۲	۰/۶۵	۶/۷	۴/۱	۹/۴	۴/۲	۰/۰۰۳
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۰۴	۳/۳	۸/۵	۳/۵	۰/۵۵	۵/۳	۲/۸	۸/۰۲	۱/۷	<۰/۰۰۱
علائم افسردگی	۶/۹	۴/۰۲	۶/۸	۶/۴	۰/۹۴	۴/۹	۲/۵	۶/۹	۳/۶	۰/۰۰۴

*(P>۰/۰۵) آزمون t مستقل *(P<۰/۰۵) آزمون t مستقل

جدول ۴: ضرایب همبستگی بین نمره کل اختلال در سلامت عمومی با نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن

ابعاد کیفیت زندگی	نمره اختلال در سلامت عمومی	
	r	سطح معناداری
نمره کل	-۰/۷۲۹	<۰/۰۰۱
کارکرد جسمی	-۰/۵۳۶	<۰/۰۰۱
سلامت جسمی	-۰/۵۳۵	<۰/۰۰۱
سلامت هیجانی	-۰/۵۰۳	<۰/۰۰۱
انرژی	-۰/۶۸۴	<۰/۰۰۱
بهزیستی هیجانی	-۰/۶۳۲	<۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	-۰/۶۳۲	<۰/۰۰۱
عدم درد	-۰/۶۶۹	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	-۰/۵۴۲	<۰/۰۰۱

*(P<۰/۰۰۱) ضریب همبستگی Pearson

جدول ۵: مدل رگرسیون خطی چندگانه به منظور پیش‌بینی نمره اختلال در سلامت عمومی بهورزان بر حسب نمرات ابعاد کیفیت زندگی آن‌ها

ابعاد کیفیت زندگی	ضرایب خام	ضرایب استاندارد	t	سطح معناداری
کارکرد جسمی	-۰/۰۰۱	-۰/۰۱۵	۰/۱۱	۰/۹۱
سلامت جسمی	-۰/۰۰۱	-۰/۰۳۸	۰/۲۸	۰/۷۸
سلامت هیجانی	-۰/۰۰۲	-۰/۰۸۰	۰/۷۰	۰/۴۹
انرژی	-۰/۰۱۴	-۰/۳۹۷	۲/۷۶	۰/۰۰۷
بهزیستی هیجانی	-۰/۰۰۲	-۰/۰۴۹	۰/۲۶	۰/۷۹
کارکرد اجتماعی	-۰/۰۰۱	-۰/۰۰۵	۰/۰۳	۰/۹۷
عدم درد	-۰/۰۱۱	-۰/۲۴۵	۲/۲۲	۰/۰۲
سلامت عمومی	-۰/۰۰۴	۰/۰۷۵	۰/۶۸	۰/۵۰

بحث

فشار کاری بهورزان مانند هر شغل دیگری به مرور زمان باعث ایجاد فشار روانی و فرسودگی شغلی و در دراز مدت موجب کاهش سلامت عمومی و افت کیفیت زندگی می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بهورزان انجام شد. نتایج نشان دادند که توزیع فراوانی جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بین دو گروه مداخله (که در مورد مهارت‌های زندگی آموزش دیده بودند) و مقایسه (که آموزشی را در این ارتباط دریافت نکرده بودند) تفاوت معناداری نداشته است؛ اما میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن که شامل: کارکردهای جسمی، سلامت جسمی، سلامت هیجانی، انرژی، بهزیستی هیجانی، کارکردهای اجتماعی و عدم درد می‌باشد، اگرچه قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه اختلاف معناداری نداشته است؛ اما دو ماه پس از آموزش، در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه مقایسه بوده است. این امر بدین معنا می‌باشد که آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در بهورزان تأثیرگذار بوده و باعث بهبود کیفیت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

زندگی آن‌ها شده است. در این راستا می‌توان به پژوهش مشابهی که توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در خرم‌آباد صورت گرفت و در آن مهارت‌های زندگی در سه حوزه خودآگاهی، ارتباط و مدیریت استرس به پرستاران آموزش داده شد، اشاره کرد. نتایج پژوهش مذکور بیانگر این موضوع بودند که آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود قابل ملاحظه عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، سلامت روان، سلامت جسمانی و در نهایت کیفیت زندگی این افراد شده است (۲۰)؛ از این رو می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی، کمک شایانی به تسهیل سازگاری و پیشگیری از اثرات منفی استرس می‌کند و باعث می‌شود که افراد شناخت بیشتری از خود و محیط اطرافشان پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و واقعیت‌ها را بهتر درک نمایند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که میانگین نمره کل اختلال در سلامت عمومی و ابعاد آن مانند علائم جسمی، علائم اضطرابی، اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، دو ماه پس از آموزش در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه مقایسه بود. این امر بدان معنا است که افراد با یادگیری مهارت‌هایی همچون مهارت مقابله با هیجان و فشار عصبی می‌توانند عملکرد موفقی در تعاملات اجتماعی داشته باشند. در این راستا می‌توان به مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ توسط Bolkan در کشور ترکیه انجام شد و در آن اثرات برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی بر زنانی که طلاق گرفته بودند بررسی گردید، اشاره کرد. نتایج این پژوهش حاکی از آن بودند که دانستن مهارت‌های زندگی و حمایت‌های اجتماعی و روان‌شناختی می‌تواند اثرات ناشی از طلاق مانند ترس، اضطراب و بی‌حوصلگی را کاهش دهد (۲۱). همچنین در پژوهشی که توسط فلاحتی و محمدی‌پور در شهر تهران انجام شد، مشخص گردید که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بر بهبود سلامت عمومی به ویژه علائم جسمانی، اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی تأثیر بگذارد و باعث بهبود این علائم شود (۲۲).

علاوه بر این، در پژوهش حاضر نشان داده شد که نمره اختلال در سلامت عمومی بهورزان با نمره کل کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن رابطه‌ای معکوس دارد؛ بدین معنا که هرچه سلامت جسمانی افراد دچار مشکل شود و اضطراب و استرس مهار نشده در زندگی وجود داشته باشد، کارکردهای اجتماعی و فردی اشخاص کاهش می‌یابد و کمبود مهارت‌های مقابله با این چالش‌ها باعث آسیب‌های روانی- اجتماعی شدیدی می‌گردد. در این راستا می‌توان به پژوهشی که توسط شریف به منظور سنجش ارتباط بین وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد، اشاره کرد. در این پژوهش مشخص گردید که بین برخی از ابعاد کیفیت زندگی با حیطه‌های سلامت روان، روابط معکوس و معناداری وجود دارد. همچنین، بیان گردید که کاهش سلامت روان در بیماران بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد (۲۳).

در مجموع، بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که از بین ابعاد کیفیت زندگی به ترتیب نمرات انرژی و عدم درد، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها برای نمره اختلال در سلامت عمومی می‌باشند.

در نهایت می‌توان گفت که یکی از دلایل موفقیت این پژوهش، استفاده از روش‌های آموزشی مختلف مانند کار در گروه‌های کوچک ایفای نقش و کار گروهی می‌باشد؛ زیرا هر مهارت بر اساس ماهیت خود می‌بایست با استفاده از روش خاصی آموزش داده شود تا نتایج رضایت‌بخشی به دست آید.

محدودیت

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نحوه جمع‌آوری اطلاعات اشاره نمود که در این مطالعه از طریق پرسشنامه خودگزارشگری صورت گرفت که در آن احتمال گزارش بیش از حد یا کمتر از حد واقعی علائم وجود دارد. علاوه بر این، چنانچه بهورزان مورد مطالعه هنگام پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه به طور مقطعی بر اثر واقعه خاصی دچار ناراحتی و استرس بوده‌اند، این امر بر نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده و قابل کنترل نبوده است.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی به منظور بررسی شرایط محیط کار بهورزان و ارتباط آن با سطح سلامت روان و فرسودگی شغلی صورت گیرد تا عواملی که در محیط کار باعث استرس شغلی و به دنبال آن فرسودگی می‌گردند، مشخص شود. همچنین لازم است برگزاری دوره‌های آموزشی فصلی یا سالانه به منظور آشنایی با مهارت‌های زندگی در جهت پیشگیری از فرسودگی و کاهش عملکرد مورد توجه قرار گیرد.

علاوه بر این، توصیه می‌گردد بهورزان به صورت دوره‌ای تحت معاینات لازم به منظور بررسی سلامت جسمانی و روانی قرار گیرند و در صورت نیاز برای برگزاری جلسات گروهی و انفرادی مشاوره که باعث افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد، برنامه‌ریزی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش معنادار دو متغیر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بهورزان مبارکه شده است؛ از این رو می‌توان گفت که این آموزش‌ها به همراه راه‌کارهای دیگر می‌توانند باعث بهبود کارکردهای جسمی و اجتماعی بهورزان شوند و اگر اختلالی در سلامت عمومی آن‌ها رخ دهد، این آموزش‌ها به بهورزان کمک می‌کنند تا به شکل مثبت عمل نموده و خود و جامعه را از آسیب‌های روانی و اجتماعی حفظ کنند. باید خاطرنشان ساخت که مجموعه مهارت‌های زندگی هم

[Downloaded from hsr.mui.ac.in on 2026-10-12]
[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]

به صورت یک راهکار ارتقای سلامت عمومی مطرح بوده و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب‌های روانی- اجتماعی نظیر اعتیاد، خشونت‌های خانگی و اجتماعی، آزار کودکان، خودکشی و موارد مشابه قابل استفاده می‌باشد (۲۴).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از بهورزان خانه‌های بهداشت، مدیران و معاونان بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان مبارکه و لنجان و اساتید محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که پژوهشگران را در راستای انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

ملاحظات اخلاقی

۱- کسب رضایت آگاهانه وتمایل شرکت‌کنندگان در پژوهش و عدم اجبار شرکت در مطالعه

۲- اطمینان دادن به بهورزان در خصوص بدون اسم بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات نزد پژوهشگر

۳- اختیار و آزادی کامل بهورزان در هر مرحله از اجرای کار برای ادامه یا انصراف از همکاری

حمایت مالی

این پژوهش پایان نامه دانشجویی مصوب معاونت پژوهشی دانشجویی می‌باشد که با کد ۳۹۷۱۶۱ به تصویب رسیده است.

References

1. Nejat H, Iravani M. Concept of mental health in schools of psychology. J Fundam Mental Health 1999; 3: 160-6.
2. Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res 2003; 12(1): 25-31.
3. World Health Organization. Department of mental health, substance abuse, world psychiatric association, international association for child, adolescent psychiatry, allied professions. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Argyle M. The happiness of extraverts. Personal Individ Differ 2010; 11(10): 1011-7.
5. Bornstein RF. Integrating cognitive and existential treatment strategies in psychotherapy with dependent patients. J Contempor Psychother 2004; 34(4): 293-309.
6. Nelson RR. An evolutionary theory of economic change. Massachusetts: Harvard University Press; 2009. P. 59-79.
7. Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: empirical findings and future directions. J Prim Prev 2004; 25(2): 211-32.
8. Ginter EJ, David K. Brooks' contribution to the developmentally based life-skills approach. J Mental Health Couns 1999; 21(3): 191.
9. Fati L, Motabi F, Mohammadkhani S, Bolahri J, Kazemzadeh Otofi M. Life skills training for students: tutor handbook. Tehran: Danjeh Publication; 2006. P. 211.
10. Tahmasbi Novaee M. Study of the effect of job stress and quality of work life dimensions on job burnout of healthcare workers. Tehran: Scientific Research in the Administrative and Financial Sectors of the Health System; 2016. P. 15. [In Persian].
11. Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184(1): 70-3.
12. Barati M, Afsar A, Ahmadpanah M. Assessment of communication skills level among healthcare practitioners. Avicenna J Clin Med 2012; 19(1): 62-9. [In Persian].
13. Maryam E, Davoud MM, Zahra G. Effectiveness of life skills training on increasing self-esteem of high school students. Proc Soc Behav Sci 2011; 30: 1043-7.
14. Sadeghi M, Alipour A, Abedi A, Ghasmi N. The effect of life skills training on the life quality of adolescent orphans. Soc Welfare 2013; 13(49): 269-86. [In Persian].
15. Chenarani H, Khammari M, Shirkavand N, Ashoori J. Survey on the effects of group training of life skills on nurse's general health and quality of life. Community Health J 2017; 10(3): 19-27. [In Persian].
16. Fouhy CS. Spiritual well-being and physical activity: their influence on self-esteem and life satisfaction. [Doctoral Dissertation]. Minnesota: Capella University; 2007. P. 270-81.
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-82.
18. Abdollah MH, Seidi Z. Evaluation and comparison of cognitive state, mental health and quality life in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home in Tehran city. J Health Breeze 2015; 3(3): 56-64. [In Persian].
19. Taghavi SM. Assessing reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ). J Psychol 2001; 5(4): 381-98. [In Persian].
20. Javadi M, Sepahvand MJ, Mahmudi H. The effect of life skills training on quality of life in nurses of Khorramabad Hospitals. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul 2013; 21(1): 32-42.
21. Bolkan A. The effects of life skills psycho-education programmer on divorced women's level of inner directed support and analysis of this effect based on types of marriage and various demographic features. J Proc Soc Behav Sci 2015; 205: 655-63.
22. Mohamadipoor M, Falahati M. Effectiveness of life skills training on mental health of spouses of veterans with affective disorders. Iran J War Public Health 2016; 8(1): 25-32. [In Persian].
23. Sharif FA, Vedad F. The relationship between mental health and quality of life of hemodialysis patients referred to hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Iran J Nurs 2007; 20(51): 61-9. [In Persian].
24. Azizi A, Ghasemi S. Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. Couns Culture Psycother 2017; 8(29): 207-36. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOI: 10.48305/hsr.2019.15.2.105]