

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران

سلامت روان بر افسردگی زنان

داریوش جلالی*، دکتر اصغر آقایی**، آذر نظری*** و جهانبخش رهبریان****

چکیده

هدف اصلی در این پژوهش تعیین تأثیر آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران سلامت روان بر کاهش افسردگی زنان شهر هفشجان (از توابع شهرستان شهرکرد) بود. برای این منظور ۳۰۰ نفر از زنان شهر هفشجان که دارای مدرک تحصیلی سیکل و بالاتر بودند به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب و توسط پرسشنامه سنجش میزان افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. سپس ۳۰ نفر که از پرسشنامه افسردگی نمره‌ای بین ۲۲ تا ۵۱ به دست آورده بودند به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران سلامت روان دریافت کرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، میانگین نمرات پس از آزمون افسردگی در گروه آزمایش که آموزش‌های روانی - اجتماعی دریافت کرده بودند کمتر از گروه کنترل بود و بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود داشت ($P=0/001$ ، $F=169/31$). کاربرد آزمون t مستقل برای بررسی نتایج پیگیری ۴ ماهه نیز نشان داد، تفاوت بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل معنی دار بوده است ($P=0/001$ ، $t=12/68$). نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که ۸۱ درصد

* کارشناس ارشد روان‌شناسی و مدرس همیاران بهداشت روان استان چهارمحال و بختیاری

E-mail: daruosh_jalali@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی و مدرس همیاران بهداشت روان استان چهارمحال و بختیاری

*** استاد یار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد خوراسگان

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی و مدرس همیاران بهداشت روان استان چهارمحال و بختیاری

واریانس در نمرات باقیمانده پس از آزمون افسردگی ناشی از تأثیر آموزش‌های روانی - اجتماعی بوده است، نتایج پیگیری نیز بیانگر آن بود که تأثیر ارائه آموزش مذکور پس از گذشت چهار ماه همچنان پایدار بوده است.

کلید واژه‌ها: همیاران بهداشت روان، افسردگی، زنان، آموزش‌های روانی - اجتماعی.

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مسائلی که در موافقت‌نامه آلمانا (۱۹۷۸) تصویب شد، موضوع بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ بود. همچنین شعار سازمان جهانی بهداشت برای اولین سال از هزاره سوم میلادی نیز بهداشت روان برای همه است. ولی آیا با توجه به چالش‌های موجود، شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی و همچنین مسائل بهداشتی و اجتماعی پیش رو، بدون داشتن پشتوانه مردمی و عمومی دسترسی به چنین هدفی امکان پذیر است؟ در حال حاضر نه تنها در ایران، بلکه در بسیاری از کشورهای دنیا، ارائه خدمات بهداشت روان و پیشگیری به صورت متمرکز بر پایه خدمات درمانی و بیمارستانی بر اساس رویکرد بیماری‌نگر استوار است، لذا این خدمات توسط کارشناسان فقط به درصد کمی از نیازمندان ارائه می‌گردد. بنابراین نه تنها بسیاری از افراد دچار مشکل، نمی‌توانند خدمات مورد نیاز را دریافت کنند، بلکه پژوهش‌ها نشان می‌دهد به همان اندازه نیز افرادی وجود دارند که نیازمند خدمات مشاوره و روان پزشکی هستند، ولی خودشان در پی کمک بر نمی‌آیند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۷).

در کشورهای در حال توسعه با توجه به امکانات کمتر و شرایط خاص بهداشتی و درمانی حاکم بر این کشورها موضوع از حساسیت بیشتری برخوردار است. نتیجه یک فراتحلیل که یافته‌های ۱۱ مقاله در خصوص وضعیت ۶ کشور در حال توسعه را بررسی کرده بود نشان داد، اگرچه در جوامع شهری و روستایی به صورت میانگین بین ۲۰ تا ۳۰ درصد از رویکردهای روان‌شناختی جهت درمان بیماری‌های روانی استفاده می‌شود، ولی کمبود بسیار چشمگیری از جهت بررسی اثربخشی این نوع درمان و هزینه‌های اقتصادی آن به خصوص در جوامعی که مشاوران مورد تأیید و مجرب در دسترس نیست وجود دارد (گول و علی، ۲۰۰۴). در کشور ما نیز نتیجه یک مطالعه همه‌گیری شناسی در شهر کاشان نشان داد شیوع اختلالات روانی در این شهر حدود ۲۳/۷ می‌باشد. این در حالی است که ۴۳/۵ درصد از این افراد هیچ اقدامی برای

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران...

درمان خود انجام نداده بودند (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵). در پژوهش دیگری که صادقی و همکاران (۱۳۷۹) در مورد جامعه شهری کرمانشاه انجام دادند، شیوع اختلالات روانی را ۲۵/۱۵ و افرادی که برای درمان خود هیچ اقدامی نکرده بودند را ۶۱ درصد گزارش کردند. لذا جهت‌گیری سازمان جهانی بهداشت در چند سال اخیر، تشویق و هدایت برنامه‌های اجتماع محور بوده است تا از این طریق بتواند با بهره‌گیری از توان جامعه در جهت ارتقای سطح بهداشت روانی جوامع گام بردارد. براین اساس، از سال ۱۹۹۲ بحث گروه‌های همیاری و همیاران^۱ بهداشت روان مطرح شد (کرایگ، ۱۹۹۷). در ایران نیز با همت دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی، جمعیت‌های همیاران بهداشت روان تشکیل شدند تا نظام سلامتی را از حالت متمرکز و حرفه‌ای به صورت غیر متمرکز و مردمی به سود تمام اقشار جامعه تغییر وضعیت دهند. با وجود این برنامه‌ها، رویکرد مشارکت مردمی با اندیشه پیشگیری اولیه در هم آمیخته و به پیشگیری مبتنی بر جامعه تبدیل شده است (معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی، ۱۳۷۶). البته کاربرد این روش قبلاً در خصوص ادغام سازی برنامه‌های بهداشت روان در بهداشت عمومی (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴) و رابطین بهداشت و تأثیر آنها بر افزایش آگاهی جامعه هدف تأیید شده بود (رئیزی و خسروی، ۱۳۷۷).

برنامه همیاران در سال ۱۹۹۲ تنها با ۶ دانش‌آموز در یکی از مدارس امریکا شروع به کار کرد، سپس این برنامه‌ها جهت توسعه روابط بین فردی کاربرد بیشتری یافت. برنامه‌های همیاری در مدارس به داوطلبان کمک می‌کنند تا نه تنها روابط مثبت و روابط بین فردی خود را بهبود بخشند، بلکه آموزش حل مسئله و انطباق‌پذیری را فراگیرند (فرانس، ۲۰۰۳). در دانشگاه‌ها نیز که بعد از چندی برنامه‌های همیاری وارد شد، این برنامه‌ها عمدتاً بر مشکلات فردی و بین فردی دانشجویان و یا مشکل با اساتید (داناکاس، ۱۹۹۹) و فراهم ساختن منابع حمایتی و مقابله با خودکشی آنها متمرکز شده بود (گرر و همکاران، ۲۰۰۳). البته برنامه‌های همیاری تنها به مدارس و دانشگاه‌ها ختم نشده است و امروزه این برنامه‌ها به اشکال مختلف و در محیط‌های مختلف و برای گروه‌های متنوع به کار می‌روند (کرایگ، ۱۹۹۷). مهم‌ترین ویژگی برنامه‌های همیاران سلامت روان تبدیل دانش علمی به دانش بومی است و به نظر می‌رسد در این راه موفق بوده است (هامیلتون، ۱۹۹۹). به طوری که طی یک فراتحلیل مشخص شد، تأثیر آموزش توسط

همیاران به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر، تقریباً هم ارز سایر مداخلات روان شناختی بوده است (دیوید و همکاران، ۱۹۹۸).

برنامه‌هایی که همیاران بهداشت روان ارائه می‌کنند، برنامه‌های اجتماع محوری هستند که از سوی افراد غیر حرفه‌ای در جهت کمک به افراد دیگر جامعه به کار برده می‌شوند. لذا، همیار به فرد غیر متخصصی گفته می‌شود که در نقش یاری کننده ظاهر می‌شود. نکته مهم در برنامه‌های همیاری این است که برنامه همیاری یک یادگیری مشارکتی است و در طی زندگی می‌تواند وجود داشته باشد و در همه جا انجام‌پذیر است (گرر و همکاران، ۲۰۰۳).

آموزش مهارت‌های زندگی که هدف اصلی برنامه‌های همیاری می‌باشد، مبتنی بر یادگیری فعال است، یعنی فرد یادگیرنده صرفاً یک یادگیرنده سنتی و یا شنونده منفعل نیست، بلکه آموزش و یادگیری او به صورت تجربی و فعال می‌باشد. بنابراین یادگیرنده تمام احساسات، افکار، عقاید و تجربیات خود را در یادگیری درگیر می‌سازد. به عبارت بهتر، یادگیرنده محور اصلی یادگیری و آموزش دهنده تنها نقش تسهیل‌گر را ایفا می‌کند (کلی، ۱۹۹۷).

تئوری یادگیری تجربی که کلب^۲ ۱۹۷۴ ارائه کرد، با طرح مفهوم چرخه یادگیری تجربی^۳ توسط روزنرول^۴ و همکاران ۱۹۹۲ بسط و توسعه داده شده است (نقل از اول، ۱۹۹۴). با توجه به اینکه آموزش برنامه‌های همیاری از نوع یادگیری فعال و تجربی است، لذا چرخه یادگیری تجربی برای تمام سطوح همیاری کاربرد دارد. همیاران و افراد که آموزش دیده‌اند طی چهار مرحله یادگیری تجربی از تجربه به عمل دست می‌یابند (کار و اول، ۱۹۹۶):

- مرحله فعالیت تجربی: یادگیری تجربی و فعال اغلب شامل یک یا چند فعالیت تجربی وابسته به هدف آموزشی برنامه است.
- مرحله انعکاس یا پردازش: در این مرحله، آنچه انجام داده‌ایم، چرا انجام داده‌ایم و چگونه آن را یاد گرفتیم روی احساسات و افکار ما اثر دارد.
- مرحله تقویت و استحکام: این مرحله شامل تمرین‌های تعقیبی و در میان گذاشتن آنچه یاد گرفته شده با سایرین است
- مرحله کاربرد عملی: این مرحله شامل تجربه و آزمایش یادگیری و مهارت‌های جدید در موقعیت‌های واقعی است.

نکته‌ای که در برنامه‌های همیاری باید مد نظر داشت این است که هدف از ارائه این برنامه‌ها مانند روش مشاوران حرفه‌ای کاهش اختلالات روانی نیست، قصد درمان هم ندارند، به همان اندازه از پند دادن و نصیحت کردن نیز اجتناب می‌ورزند، بلکه این گونه برنامه‌ها به بهبود و توسعه مهارت‌های زندگی افراد می‌انجامد (کاترین، ۲۰۰۳). برخی روان‌شناسان مانند کلینگمن (۱۹۹۸) معتقدند که مهارت‌های زندگی از رویکردهای پیشگیرانه نشأت می‌گیرند و این رویکردهای پیشگیرانه کاملاً بر نظریه یادگیری اجتماعی تمرکز دارند و هدف اساسی آنها آموزش و توسعه شایستگی‌ها است. از سوی دیگر، چون آموزش مهارت‌های زندگی بر بحث‌های گروهی مبتنی است، لذا طی آن برای افراد موقعیت‌های مناسبی به وجود می‌آید تا مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای بین فردی خود با دیگران را توسعه و بهبود بخشند (ریکساج، ۱۹۹۶).

در طراحی برنامه مهارت‌های زندگی، جنبه‌های مختلف بهداشت روانی، عاطفی، شناختی و اجتماعی افراد مورد توجه قرار می‌گیرد، از این رو ارائه برنامه مهارت‌های زندگی موفقیت چشمگیری در کاهش مشکلات و ارتقای سلامت روان افراد کسب کرده است. به گونه‌ای که ارائه این برنامه چون با عملکرد افراد در زندگی ارتباط مستقیم دارد، می‌تواند به مثابه یک فرایند توانمندسازی، حتی برای درمان اختلالات روانی و از جمله افراد اسکیزوفرنی موثر باشد (نیکول و دیگران، ۲۰۰۰).

با توجه به فراوانی نسبتاً بالای افسردگی در دنیا که میزان شیوع آن بین ۸ تا ۱۵ درصد گزارش می‌شود و به خصوص شیوع آن در بین زنان که بیش از ۲۰ درصد می‌باشد، یعنی دو برابر مردان (هایگریس، ۱۹۹۶؛ کامر، ۱۹۹۷؛ بتیا و بتیا، ۱۹۹۹) در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به ویژه بین زنان بالاتر از سایر اختلالات گزارش شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ صادقی و همکاران، ۱۳۷۹). همچنین با توجه به ماهیت افسردگی‌های خفیف و متوسط و علل ایجادکننده آن مانند عزت نفس و اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های ارتباطی و عدم مهارت در سازگاری و حل مسئله (دوریک، ۲۰۰۰) می‌توان با ارائه مهارت‌های زندگی و آموزش در زمینه بهداشت روان، نه تنها نسبت به بهبود افسردگی خفیف، بلکه از تبدیل شدن آن به اختلال‌های شدیدتر پیشگیری به عمل آورد (گینتر، ۱۹۹۹). این موضوع تا حدودی به مهم‌ترین هدف و کارکرد راهنمایی، مشاوره و روان‌درمانی معطوف است. یعنی افزایش هشیاری و آگاهی بخشیدن به مراجعان و ایجاد بینش در آنها برای شناسایی مشکلات خود (پروجاسکا و

نورکراس^۵، ۱۳۸۱). به نظر می‌رسد ارائه مقدراری اطلاعات و آموزش‌های مفید در خصوص مسائل بهداشت روان و اختلالات روانی و یا استفاده از برنامه‌های خودیاری بتواند زمینه کاهش مشکلات و ارتقای بهداشت روان را فراهم سازد (پرکینز و زیمرمن، ۱۹۹۵). مطالعاتی که در سالیان اخیر در خصوص تأثیر ارائه اطلاعات توسط کتاب‌ها، سایت‌های اینترنتی و نامه‌های اینترنتی بر کاهش اختلالات روانی و ارتقای بهداشت روانی انجام شده است، گویای این مسئله است. به عنوان مثال طی یک مطالعه، تأثیر تبادل نامه‌های الکترونیکی کوتاه و بلند در مواقع لزوم، بدون انتظار کشیدن برای نوبت‌ها و قرارهای هفتگی در کاهش افسردگی گزارش شده است (مانتیلا و آنتزانا، ۲۰۰۴). در یک مطالعه دیگر که در استرالیا انجام شد، ۵۲۵ نفر با تشخیص افسردگی به صورت تصادفی به روش مراجعه به دو وب سایت درمان افسردگی یا گروه درمانی تحت درمان قرار گرفتند. در یک وب سایت اطلاعات مقدماتی به همراه مطالبی در خصوص درمان افسردگی طی هشت مرحله ارائه و در وب سایت دیگر مراحل درمان شناختی - رفتاری افسردگی مطرح شده بود. نتایج نشان داد، افرادی که به دو وب سایت مراجعه کرده بودند، تقریباً به خوبی افرادی که توسط درمانگران درمان شده بودند بهبود یافتند (دانشگاه ملی استرالیا، ۲۰۰۴).

کاربرد برنامه‌های آموزشی توسط همیاران بهداشت روان نتایج سودمندی به همراه داشته است. مثلاً از این برنامه برای کاهش شیوع رفتارهای پر خطر جنسی استفاده شده و طی آن کاهش تجربه‌های جنسی و متعاقب آن آبستنی‌های برنامه‌ریزی نشده گزارش شده است (نورمن، ۱۹۹۸). نتیجه مطالعه دیگری نشان داد که ارائه برنامه‌های آموزشی توسط همیاران در کاهش میزان تقاضا و مصرف دخانیات موثر است (کار، ۱۹۹۴).

در بررسی دیگر مداخلاتی مبتنی بر تماس تلفنی و حمایت‌های اجتماعی به وسیله همیاران بر بیماران پوستی ارزیابی شد. شرکت‌کننده‌ها ۵۹ نفر مرد و زن بودند که ۳ تا ۴ جلسه درمان را در مرکز درمانی سرطان دریافت کرده بودند. نتایج نشان داد که ارائه آموزش موجب گشادگی و پذیرش بهتر برای دریافت حمایت اجتماعی و بهبود در فرایند درمان شد (روزنفلد و همکاران، ۲۰۰۱).

در پژوهشی در ۵ دبیرستان از ۵ ناحیه مختلف بریتانیا و کانادا، تأثیر ارائه آموزش توسط همیاران در کاهش احتمال شیوع خودکشی بررسی شد. طوری که ارائه چند جلسه آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط همیاران، نه تنها باعث کاهش معنی دار میانگین نمرات احتمال

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران...

خودکشی شد، بلکه دانش‌آموزانی که این گونه مهارت‌ها را دریافت کرده بودند به دانش‌آموزان دیگر کمک می‌کردند (فرانس، ۲۰۰۳).

بدرصبری و رهبر (۲۰۰۰) در پژوهشی روی یک نمونه از زنان منطقه کراچی پاکستان، تأثیر آموزش توسط مشاوران غیرحرفه‌ای را در کاهش افسردگی و اضطراب زنان مورد مذاقه قرار دادند. در این پژوهش مشاوران زن‌هایی بودند که خودشان طی ۱۱ هفته تحت آموزش قرار گرفته بودند. نتایج پژوهش نشان داد، ارائه آموزش توسط مشاوران غیر حرفه‌ای در کاهش اضطراب و افسردگی زنان گروه آزمایش مؤثر بوده است.

در کشور ما نیز، با توجه به شرایط خاص بهداشتی به خصوص در برخی از نقاط محروم که کمبود امکانات بهداشتی وجود دارد، متخصصان و مشاوران بهداشت روانی چندان زیادی نیستند. به دلیل شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی در مناطق مذکور و عدم مراجعه افراد نیازمند جهت دریافت خدمات بهداشت روانی، و این واقعیت که مطالعه جدی در خصوص تأثیر آموزش و مهارت‌های زندگی توسط همیاران بهداشت روانی صورت نگرفته است، این پژوهش به دنبال آن است که تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی (مهارت‌های زندگی و بهداشت روان) توسط همیاران بهداشت روان را بر افسردگی خفیف تا متوسط زنان شهر هفشجان (از توابع شهرکرد) بررسی کند. نتایج این پژوهش می‌تواند گامی باشد جهت اهمیت بخشیدن به برنامه‌های همیاری و مشارکت قشرهای مردمی و غیر حرفه‌ای جامعه در بهبود و ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه. برای این منظور فرضیه‌های زیر مطرح شده اند:

- ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران موجب کاهش افسردگی افراد گروه آزمایش می‌شود.
- تأثیر ارائه آموزش روانی - اجتماعی توسط همیاران پس از گذشت ۴ ماه پایدار است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات شبه تجربی است. طرح این پژوهش دارای یک گروه آزمایش (ارائه آموزش) و یک گروه گواه همراه با ارزیابی مجدد است که به صورت تصادفی، آزمودنی‌ها در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه اختصاص یافتند. متغیر مستقل آموزش‌های روانی - اجتماعی (مهارت‌های زندگی و بهداشت روان) و متغیر وابسته پژوهش هم نمرات میزان افسردگی

آزمودنی‌ها از پرسشنامه سنجش میزان افسردگی (سما) بود. مهارت‌های زندگی و آموزش‌های بهداشت روان توسط همیارانی که خودشان طی ۶ ماه آموزش‌هایی در خصوص مهارت‌های زندگی، بهداشت روان و تسهیل‌گری دریافت کرده بودند ارائه شد.

جدول ۱. طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری مجدد

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری مجدد
گروه آزمایش	R	T ₁	X ₁	T ₂	T ₃
گروه کنترل	R	T ₁	-	T ₂	T ₃

جامعه آماری پژوهش کلیه زنان شهر هفشجان دارای مدرک تحصیلی سیکل و بالاتر و رده سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۳۰۰ نفر از بین زنان شهر هفشجان انتخاب شدند و توسط پرسشنامه افسردگی سما (کاوایانی، ۱۳۶۸)، نقل از کاویانی و همکاران، (۱۳۸۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس با توجه به اینکه برای پرسشنامه مذکور نمره ۲۱ به عنوان نقطه برش سلامت و نمره ۵۳ به عنوان افسردگی متوسط معرفی شده‌اند، لذا تعداد ۳۰ نفر از افرادی که از این پرسشنامه نمره ۲۲ تا ۵۲ به دست آوردند به عنوان افراد دارای افسردگی خفیف تا متوسط انتخاب و به روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و گواه اختصاص یافتند.

ابزار اندازه‌گیری به کار رفته در این پژوهش، پرسشنامه سنجش میزان افسردگی (سما) بود که توسط کاویانی (۱۳۶۸)، جهت سنجش افسردگی، متناسب با هنجارهای محیط فرهنگی ایران طرح شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش است که بر اساس علائم مختلف افسردگی تنظیم شده است. در مقابل هر پرسش، ۴ گزینه قرار دارد که به ترتیب شدت علامت را نشان می‌دهد. به طوری که گزینه الف، نمره ۰؛ گزینه ب، نمره ۱؛ گزینه ج، نمره ۲ و گزینه د، نمره ۳ می‌گیرد. مطالعه مقدماتی در مورد این پرسشنامه ضریب روائی $r = 0.73$ و پایایی $r = 0.73$ را نشان داده است. (نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه روی نمونه مقدماتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. روایی سازه پرسشنامه نیز به وسیله استفاده همزمان با پرسشنامه افسردگی بک (فرم ۲۱ سئوالی) محاسبه و

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران...

ضریب همبستگی آن ۰/۷۵ به دست آمد. برای اطمینان از روایی محتوای پرسشنامه نیز سه نفر از استادان روان شناسی آن را تایید کردند.

محتوای جلسات: محتوای جلسات عبارت از ارائه ۱۰ مهارت زندگی که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی و ارائه شده‌اند. به گونه‌ای که در جلسه اول همیاران ضمن معرفی خود و آشنایی با اعضای گروه، هدف از برگزاری دوره را بیان می‌کردند و در ادامه اطلاعات ساده‌ای در خصوص بهداشت روان و ارتقای سطح بهداشت روان ارائه می‌شد. در ادامه جلسات پس از دریافت بازخورد در خصوص مطالب جلسه قبل، مهارت زندگی مورد نظر ارائه و در پایان جلسه تکالیف نسبتاً ساده‌ای به اعضای گروه داده می‌شد. مهارت‌های زندگی ارائه شده عبارت بودند از: خودآگاهی، همدلی، مهارت‌های بین فردی و اجتماعی، ارتباط موثر، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، حل مسئله، تصمیم‌گیری قاطعانه، کنترل هیجان و کنترل استرس که طی ۱۰ جلسه بعدی ارائه شدند. در جلسه دوازدهم نیز نتیجه‌گیری در خصوص آموزش‌های ارائه شده و توانایی به کارگیری آنها در موقعیت‌های واقعی زندگی بررسی گردید. پروجاسکا و نوکراس (۱۳۸۱) معتقدند: برنامه‌های آموزش اجتماعی و بین فردی از سادگی و انعطاف خاصی برای آموزش یادگیری برخوردار هستند، لذا ساختار و محتوای این جلسات آموزشی با توجه به هدف آموزش و توانمندی افراد ارائه دهنده، علاوه بر سادگی، مبتنی بر یادگیری تجربی و فعال بود. این برنامه آموزشی کلاً طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده بود که به صورت گروهی همراه با تکالیف منزل توسط همیاران بهداشت روان که خود ۶ ماه آموزش‌هایی در زمینه بهداشت روان، مهارت‌های زندگی و تسهیل‌گیری دریافت کرده بودند در مرکز هلال احمر شهر هفشجان، به آزمودنی‌ها ارائه شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، مقایسه میانگین‌های گروه آزمایش و گواه توسط تحلیل کواریانس و استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش دهم صورت گرفته است. برای بررسی میانگین نمرات دو گروه در ارزیابی مجدد نیز از آزمون t مستقل استفاده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک جمعیت نمونه پژوهش

ویژگی‌های جمعیت شناختی											
درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت تاهل	درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت اقتصادی	درصد فراوانی	فراوانی	سن	درصد فراوانی	فراوانی	مدرک تحصیلی
۳۴	۱۰۱	مجرد	۵۳	۱۶۲	ضعیف	۲۸	۸۳	کمتر از ۲۰ سال	۵۰	۱۴۹	زیر دیپلم
						۴۱		۲۰ تا ۳۰ سال	۳۹	۱۱۶	دیپلم
۶۴	۱۹۲	متاهل	۳۱	۹۰	متوسط	۲۰	۶۱	۳۱ تا ۴۰ سال	۵	۱۷	لیسانس و بالاتر
						۱۱		بالاتر از ۴۰ سال			
۲	۷	مطلقه	۱۶	۴۸	خوب	۱۱	۳۳				
۱۰۰	۳۰۰		۱۰۰	۳۰۰		۱۰۰	۳۰۰		۱۰۰	۳۰۰	کل

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، از نظر وضعیت تحصیلی، به ترتیب ۵۰ درصد زیر دیپلم، ۳۹ درصد دیپلم، ۶ درصد فوق دیپلم و ۵ درصد لیسانس و بالاتر بوده‌اند. وضعیت سن آزمودنی‌ها نشان می‌دهد، افراد بین ۲۱ تا ۳۰ سال با ۴۱ درصد بیشترین، کمتر از ۲۰ سال با ۲۸ درصد، افراد بین ۳۱ تا ۴۰ سال با ۲۰ درصد و بیشتر از ۴۰ سال با ۱۱ درصد در رده‌های بعدی قرار داشته‌اند. از نظر وضعیت اقتصادی نیز افراد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف با ۵۳ درصد بیشترین، وضعیت اقتصادی متوسط با ۳۱ درصد و وضعیت اقتصادی خوب با ۱۶ درصد در مرتبه بعدی قرار داشته‌اند. وضعیت تاهل نیز بیانگر آن است که افراد متاهل با ۶۴ درصد، افراد مجرد ۳۴ درصد و افراد مطلقه تنها با ۲ درصد در رده‌های بعدی قرار داشته‌اند.

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران...

جدول ۳. میانگین و خطای استاندارد پس آزمون و پیگیری مجدد گروه‌های آزمایش و گواه

خطای استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص	
۵/۰۶	۳۵/۱۳	۱۵	گروه آزمایش	پیش آزمون
۴/۲	۳۶/۵۳	۱۵	گروه گواه	
۲/۷۴	۱۷/۴	۱۵	گروه آزمایش	پس آزمون
۴/۷۹	۳۵/۴۶	۱۵	گروه گواه	
۲/۶۹	۱۸/۸۶	۱۵	گروه آزمایش	ارزیابی مجدد
۳/۹۷	۳۴/۶	۱۵	گروه گواه	

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون دو گروه تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند، ولی نمرات دو گروه در پس آزمون و ارزیابی مجدد تفاوت محسوسی دارند، یعنی نمرات گروه آزمایش در پس آزمون (حدود ۱۸ واحد) و در ارزیابی مجدد (حدود ۱۷ واحد) کاهش داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مربوط به مقایسه میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه پس از کنترل متغیرهای دموگرافیک (نمرات پیش آزمون، سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی و وضعیت اقتصادی).

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب f	معنی داری	ضریب اتا
پیش آزمون	۵۰/۸۴	۱	۵۰/۸۴	۴/۲۳	۰/۰۵	۰/۲۵۶
وضعیت تاهل	۱۵/۵	۱	۱۵/۵	۱/۲۹	۰/۲۶۸	۰/۱۲
سن	۴۲/۵۵	۱	۴۲/۵۵	۳/۵۴	۰/۰۷۲	۰/۱۳۴
تحصیلات	۶/۲۴	۱	۶/۲۴	۰/۰۵	۰/۹۴۳	۰/۰۵
وضعیت اقتصادی	۹/۳۳	۱	۹/۳۳	۰/۷۷۸	۰/۳۸۷	۰/۰۸
عضویت گروهی	۲۰۳۲/۱	۱	۲۰۳۲/۱	۱۶۹/۳۱*	۰/۰۰۱	۰/۸۱

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که به طور معنی داری ($f=169/31, P=0/001$) میانگین نمرات افسردگی پس آزمون گروه آزمایش کمتر از گروه گواه است، بنابراین فرضیه اصلی مورد

تأیید واقع می‌شود. ضریب اتا برابر (۰/۸۱) بیانگر آن است که ۸۱ درصد واریانس مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر آموزش‌های روانی - اجتماعی بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه نمرات افسردگی گروه آزمایش و گواه در ارزیابی مجدد ۴ ماهه

منبع	میانگین	اختلاف میانگین	درجه آزادی	ضریب t	سطح معنی داری
گروه آزمایش	۱۷/۷۳	-۱۵/۷۳	۲۸	-۱۲/۶۸*	۰/۰۰۱
گروه گواه	۳۶/۳۶				

چنانچه در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات افراد گروه آزمایش در مطالعه پیگیری کمتر از نمرات گروه گواه بوده و این تفاوت معنی دار است ($t=۱۲/۶۸$, $P=۰/۰۰۱$) یعنی پس از گذشت ۴ ماه از آخرین جلسه آموزش، تأثیر آن در کاهش افسردگی پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس جدول ۳ مشاهده می‌شود که نمرات افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون کمتر از نمرات پیش آزمون است، یعنی پس از ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران میانگین نمرات افسردگی زنان گروه آزمایش حدود ۱۸ واحد کمتر شده است و طبق جدول ۴ مشاهده می‌شود کاهش میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش معنی دار بوده است ($P=۰/۰۰۱$). لذا فرضیه ۱ پژوهش که عنوان کرده: ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران موجب کاهش افسردگی می‌شود تأیید شده است. ضریب اتا برابر ۰/۸۱ می‌باشد که نشان می‌دهد ۸۱ درصد واریانس مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر ارائه آموزش بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات قبلی از جمله با نتایج مطالعه کار (۱۹۹۴)؛ نورمن (۱۹۹۸)؛ بدرصبری و رهبر (۲۰۰۰)؛ روزنفلد و همکاران (۲۰۰۱) و فرانس (۲۰۰۳) که هر کدام به نوعی تأثیر ارائه آموزش توسط همیاران را در کاهش مشکلات روانی - اجتماعی مورد مذاقه قرار داده‌اند همخوانی دارد.

این یافته‌ها به طور قاطع بیانگر میزان تأثیر آموزش‌های تجربی و فعال در کاهش افسردگی است که می‌توان آن را ناشی از عوامل زیر ارزیابی کرد:

- تأثیر چرخه یادگیری تجربی که افراد طی ۴ مرحله از تجربه به عمل دست پیدا می‌کنند. چون همان طور که (کلب، ۱۹۷۴؛ روزنرول و همکاران، ۱۹۹۲، نقل از اول، ۱۹۹۴) خاطر نشان کرده‌اند، افراد طی یادگیری تجربی و با استفاده از سیکل یادگیری فرصت کافی در اختیار دارند که از تجربه به عمل دست یابند، لذا این گونه برنامه‌ها از اثر بخشی بالایی برخوردار هستند. در واقع در یادگیری فعال و تجربی، افراد از راه تجربه و تعامل یاد می‌گیرند و همچنین با آن گونه از دشواری‌های خود آشنا می‌شوند که در زندگی روزانه با آن درگیر هستند. همچنین در روش یادگیری از طریق همیاری، مسئولیت پذیری شخصی و تعامل گروهی در بین افراد پرورش می‌یابد و چون برای برقراری ارتباط اهمیت ویژه‌ای قائل است، لذا موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی می‌گردد.

- تأثیر ارائه مهارت‌های زندگی. با توجه به اینکه برنامه مهارت‌های زندگی چند وجهی هستند، لذا از جنبه‌های روانی، عاطفی، رشدی، شناختی و اجتماعی می‌توانند بر افراد تحت آموزش تأثیر بگذارند. در واقع، پژوهش‌های پیشین نیز همین ویژگی‌ها را عامل موفقیت و اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی عنوان کرده‌اند. به عنوان مثال کلینگمن (۱۹۹۸) بر رویکرد پیشگیرانه مبتنی بر یادگیری اجتماعی، نیکول و همکاران (۲۰۰۰) بر توانمندسازی افراد و ریکساج (۱۹۹۶) بر تعاملات بین فردی و ارتباطی و پویایی گروه در طی آموزش مهارت‌های زندگی اشاره کرده‌اند. همان طور که قبلاً اشاره شد از مهم‌ترین عوامل مؤثر در افسردگی‌های خفیف تا متوسط می‌توان به پایین بودن اعتماد به نفس و عزت نفس، عدم توانایی در برقراری ارتباط مؤثر و فقدان مهارت‌های سازگاری و حل مسئله اشاره کرد. لذا آموزش مهارت‌های زندگی چون بر موارد بالا تأثیر مستقیم و چشمگیری دارد، لذا موجب افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس و همچنین بهبود در برقراری ارتباط مؤثر و سازگاری افراد می‌گردد و از این رو کاهش افسردگی را به دنبال خواهد داشت (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۹). همچنین ارائه برنامه‌های بهداشت روان و مهارت‌های زندگی چون موجب افزایش هوشیاری و بینش افراد نسبت به خودشان، اجتماع و مشکلات‌شان می‌گردد، لذا آنها با ذهنیتی کاملاً متفاوت با مسائل برخورد می‌کنند و سازگاری بیشتری خواهند داشت (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۱).

- استفاده از همیاران برای آموزش افراد هم محله‌ای خود. همان طور که هامیلتون (۱۹۹۷) عنوان کرده است، مهم‌ترین هنر همیاران بهداشت روان تبدیل دانش علمی و فنی به یک دانش بومی و قابل فهم برای توده مردم است. از این رو همیاران طی آموزش‌هایی که دریافت می‌کنند، این قابلیت را به دست می‌آورند که کتب روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و بهداشت روان را به دانشی بومی، محلی و قابل فهم برای دیگران درآورند. بدرصبری و رهبر (۲۰۰۰) نیز اشاره کرده‌اند، استفاده از مشاوران غیر حرفه‌ای در منطقه بومی خودشان، نتایج ارزشمندی به دنبال داشته است. بنابراین با ارائه برنامه‌های همیاری که به صورت یادگیری مشارکتی و فعال می‌باشد فرصت یادگیری و بینش برای افراد به وجود می‌آید. در واقع برنامه‌های مبتنی بر همیاری دارای مزیت‌هایی از این قبیل هستند: به افراد کمک می‌کند تا در مورد مسائل خود به صورت خلاقانه و انتقادی اندیشه کنند؛ با سهولت بیشتری در فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی وارد شوند؛ تعامل و کار کردن با یکدیگر را تجربه کنند و همچنین نسبت به تغییرات فردی و اجتماعی انعطاف و پذیرش بیشتری نشان دهند (کاترین، ۲۰۰۳).

به طور کلی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیوید و همکاران (۱۹۹۸) که تأثیر آموزش توسط همیاران را تقریباً هم‌ارز مداخلات روان‌شناختی می‌داند همخوانی دارد. به زعم وی و برخی دیگر از روان‌شناسان چون ارائه آموزش و اطلاعات به افراد موجب افزایش بینش و بالاتر رفتن سطح آگاهی و هوشیاری در آنها می‌شود، لذا کاهش اختلالات روانی و ارتقای سطح بهداشت روانی را به دنبال خواهد داشت. بنابراین می‌توان گفت تأثیر ارائه آموزش توسط همیاران مانند تأثیر برنامه‌های خودیاری از قبیل استفاده از سایت‌های اینترنتی، جزوه‌ها، کتاب‌های آموزشی و همچنین نامه‌های الکترونیکی که در پژوهش‌های مانیتلا و آنتزانا (۲۰۰۴)؛ پرکینز و زیمرمن (۱۹۹۵) و همچنین مطالعه دانشگاه استرالیا (۲۰۰۴) عنوان شده است، همخوانی دارد.

طبق جدول ۵ مشاهده می‌شود که بعد از گذشت ۴ ماه، تأثیر آموزش‌های روانی - اجتماعی در گروه آزمایش پایدار بوده است. لذا فرضیه ۲ پژوهش مبنی بر پایداری آموزش‌های روانی - اجتماعی پس از ۴ ماه تأیید می‌شود. این موضوع را می‌توان ناشی از افزایش خودآگاهی و عزت نفس و یادگیری حل مسئله دانست. در واقع، آموزش مهارت‌های زندگی به افراد کمک می‌کند تا

تأثیر ارائه آموزش‌های روانی - اجتماعی توسط همیاران...

نسبت به خود، محیط و دیگران احساس بهتری داشته باشند و همچنین بینش و آگاهی بیشتری کسب و از مهارت‌های بین فردی و اجتماعی بهتری استفاده کنند و همچنین به دنبال یک ارتباط اثر بخش باشند. برخی از پژوهش‌های پیشین نیز خاطر نشان کرده بودند: با توجه به اینکه معمولاً افسردگی خفیف تا متوسط از نوع افسردگی کنشی است و بیشتر معلول ارتباطات غیر موثر و ناتوانی در حل مسئله می‌باشد، لذا شیوه‌هایی که بر روابط بین فردی و اجتماعی تمرکز دارند در عین سادگی و زود فهمی تأثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات خلقی و عاطفی به جای می‌گذارند (پروجاسکا و نورکراس، ۱۳۸۱).

در واقع، در کاهش برخی افسردگی‌های کنشی که عمدتاً معلول نحوه کنار آمدن و مقابله فرد با مسائل می‌باشد، تغییر در نحوه برخورد با مسائل، پذیرش واقعیت‌های خارج از کنترل، تقویت روابط شخصی با استفاده از مهارت‌های اجتماعی، مذاکره و جرأت‌ورزی و تکنیک‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری قاطعانه از اهمیت زیادی برخوردار است (کلینکه، ۱۳۸۲). لذا برنامه مهارت‌های زندگی که به خوبی آموزش‌هایی از قبیل: اعتماد به نفس و عزت نفس، برقراری ارتباط، تفکر خلاق و انتقادی، حل مسئله و تصمیم‌گیری قاطعانه و همچنین کنترل هیجان و استرس را به افراد ارائه می‌دهد، موجب کاهش افسردگی می‌گردد. از این گذشته فرصت تعامل و بیان خود که برخی اوقات برای اولین بار برای برخی از این افراد در چنین جلساتی به وجود می‌آید و با تسهیل‌گری همیار که از همان محله و منطقه افراد جلسه می‌باشد فرصت مناسب جهت بهبود احساس و تفکر افراد در مورد خود و دیگران را هموار می‌سازد.

یادداشت‌ها:

1. Peer helpers
2. Kolb
3. Experimental learning cycle
4. Rosenroll
5. Prochaska, J. O. & Norcross, J. C.
6. Australian National University

منابع

- بوالهروی، جعفر؛ و محیط احمد (۱۳۷۴) بررسی ادغام بهداشت روان در مراقبت های اولیه، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ص ۳۵-۴۵.
- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ احسان منش، مجتبی و کریمی، عیسی. (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۱ و ۲، صص: ۱۲-۴.
- پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی و شاه محمدی، داود. (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴: صص ۲۷-۱۹.
- پروچاسکا، جیمز. او، و نورکراس، جان. سی. (۱۳۸۱). *نظریه های روان درمانی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات رشد.
- رئییسی، پوران، و خسروی، اردشیر. (۱۳۷۷). تأثیر رابطین بهداشت در تغییر آگاهی و عملکرد خانوارهای شهری (تهران، سنندج و شهرکرد)، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، صص: ۶۱-۴۸.
- ساراسون، ایروین. جی، و ساراسون، باربارا. آر. (۱۳۷۷). *روان شناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۹). برنامه آموزش *مهارت های زندگی*، ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی و پروانه محمد خانی، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
- صادقی، خیرالله؛ صابری، مهدی و عصاره، مرضیه. (۱۳۷۹). همه گیر شناسی بیماری های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳، صص: ۲۵-۱۶.
- کاویانی، حسین، موسوی، اشرف، و محیط، احمد. (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمون های روانی*، تهران: نشر سینا.
- کلینکه، کریس. ال. (۱۳۸۲)، *مهارت های زندگی*، ترجمه شهرام محمدخانی، تهران، انتشارات اسپند هنر.
- معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی. (۱۳۷۶). *همیاران بهداشت روان*، انتشارات سازمان بهزیستی کشور.

Australian National University, (2004). *Cognitive - behavioral therapy effective via internet*: available at: <http://moodgym.anu.edu.au/>.

BadarSabri. A., & Rahbar, M.(2000). The effectiveness of counseling on an Department of Psychiatry Canada (2000).Effect of the anxiety and depression by minimally trained counselors. *American Journal of psychotherapy*, 57(3): 287-299.

Bhatia, S. C., & Bhatia, S. K. (1999). Depression in women: Diagnostic and Treatment considerations, *Journal of American family physician*, 60(1): 239-248.

Carr, R. (1994). Peer helping in Canada. *Peer counselor Journal*. 11(1): 1-6.

Carr, R., & Owl, G. (1996). The peer helper trainer experiential learning cycle. *Peer counselor journal*, 12(2).18-24.

Catherine, G. (2003). *What is peer helping?* University of port Elizabets, peer helper program.

- Craig, Y. (1997). Elder mediation project for empowerment, *Peer counselor Journal*, 12(1).11-16.
- Comer ,R. J. (1997). *Abnormal psychology* ,W.H.Freeman and Company.New York.
- Danakas, G. (1999). School-wide peer helping,. *Peer counselor Journal*. November.6-9. Vol
- David, A., Nancy, S., & Scicca, J. P. (1998). Peer healing involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco and other drug use among youth? *Journal of school health*, 68(3): 87-93.
- Dowrick, C. (2000). Problem solving treatment and group psycho education for depression :mulicenter rondomised controlle trail, *Journal of Brithish Medical*, 9:33-44.
- France, K. (2003). *Are peer helper ready to prevent suicide?* Psychology department, 28, 1. October.
- Ginter, E, J. (1999). David K book s contribution to the developmentally based life skills approach. *Journal of mental health counseling*, 21(3): 12-19.
- Greer, J., Mc Calla, C., Kumar, V., Collins, J., & meagher, P. (2003). *Facilitating collaborative learning in distributed organizations*. Department of social science, university of Saskatchewan, Canada.
- Gul, A., & Ali, B.S. (2004). The onset and duration of benefit from counseling by minimally trained counselor on anxiety and depression in women. *Journal of Pakistan medical association*, 54(11): 23-28.
- Hamilton, R. (1999). Peer helper program, *National peer helpers association journal*, 18(2): 7-11.
- Higuera, A. (1996). Depressive disorder: *Therapeutic and clinical features*. *Ars Pharm*, 37(3): 539- 547.
- Kelly, C. (1997). David Kolb, The theory of experimental learning and ESL, *The internet TESL Journal*, 3 (9). September.1-6.
- Klingman, A. S. (1998). Psychological education: Studying adolescents interests from their own perspective. *Journal of Adolesents*, 33: 12-35.
- Mantilla, M. D., & Antezana, M. L.(2004). *Evaluation of community education interventions in depression in Urban - Marginal Areas of La Paz*. Bolivia, Population council subagreement.
- Nicol, M. M., Robertson, L., & Connaughton, J. A. (2000). *Life skills programs for chronic mental illnesses* (Cochrane Review). The Cochrane Library. Issue 2, Oxford: update software.
- Norman, J. (1998). *Components of Promising peer led sexual health programs*, available at: [Http://www.caps.ucsf.edu/capsweb](http://www.caps.ucsf.edu/capsweb).
- Owl, G. (1994). A transition peer program. *Peer counsllor Journal*, 11(1). 29-31.
- Perkins, D.D., & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory. research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5): 569- 678.

- Reixach, D. N. (1996). The conversation group: A new approach to life skills, *Journal of guidance and counseling*, 11(2) : 5-36.
- Rosenfeld, R. R., Galassi, J. P., Parker, J., & Schanberg, R. (2001). Participants perceptions of a peer-helper, telephone-based social support intervention for melanoma patients. *Health Commun*, 13(3): 285-305.