

تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی معنادان مصرف کننده متادون

محمد امین خلیفه^۱، فاطمه رضائیان^۲

^۱ فارغ التحصیل کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی ملارد، البرز، ایران.

^۲ فارغ التحصیل کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی ملارد، البرز، ایران.

نام نویسنده مسئول:

محمد امین خلیفه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی معنادان مصرف کننده متادون شهرستان ملارد انجام شد. حجم جامعه آماری در حدود ۱۸۰ نفر و تعداد نمونه با توجه به نیمه آزمایشی بودن پژوهش حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵۰ و آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۹۷ برابر ۳۰ نفر انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه راهبردهای خود تنظیمی عاطفی مارس، پرسشنامه خود کارآمدی اجتماعی نوجوان و پروتکل آموزش مهارت‌های زندگی 4h بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی به روش 4h منجر به بهبود خودتنظیمی شناختی و خودکارآمدی اجتماعی معنادان شد. از اهداف مهم آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌هایی از قبیل مهارت خودآگاهی، حل مساله، تصمیم گیری، ارتباط موثر و ... میباشد که به فرد توانایی حل مساله و گذر از مشکلات زندگی میدهد، بنابراین این افراد احساس خودکارآمدی بالاتری خواهند داشت.

واژگان کلیدی: مهارت‌های زندگی، خودتنظیمی شناختی هیجانی، خودکارآمدی اجتماعی،

4h

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جامعه امروزی است. به طوری که میلیون ها زندگی را ویران و سرمایه کلان ملی صرف درمان و صدمات ناشی از آن می شود. متأسفانه هر روز شمار زیادتری از افراد به مصرف مواد روی می آورند و دچار پیامدهای جسمی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از اعتیاد می شوند. کشور ما به دلیل شرایط ویژه جغرافیایی مانند هم جوار با کشورهای بزرگ تولید کننده مواد افیونی دارای شرایطی مناسب برای روی آوردن جامعه به سمت اعتیاد است. اهمیت موضوع اعتیاد در ایران به جهت شیوع و گستردگی آن در بین افراد جامعه است (پارسانیا، فیروزه، تک فلاح، محمدی، جهان و امامی، ۱۳۹۱). گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ نشان داد که در دنیا حدود ۲۲۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و طبق پیش بینی ها تعداد این افراد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۳۶ میلیارد نفر معادل ۱۶ درصد جمعیت کل جهان خواهد رسید و متأسفانه بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است (سیار و اقلیما، ۱۳۹۲).

اعتیاد به مواد، تغییر دهنده افکار، هیجان و رفتار، یکی از بارزترین آسیب های روانی اجتماعی است که به راحتی می تواند اساس زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی یک فرد را از بین ببرد. بنابراین، بهترین شیوه برخورد با این مشکلات فراهم آوردن محیط درمانی است که به افزایش این مهارت ها و شایستگی های فردی کمک کند (ترنر، مک دونالد و سومرست، ۲۰۰۸).

صاحب نظران عوامل متعددی را در ایجاد اعتیاد موثر دانسته اند که یکی از مهم ترین آنها عوامل مربوط به خود فرد به ویژه فقدان مهارت های زندگی است. بسیاری از افراد جامعه به ویژه افراد سومصرف کننده مواد در مقابل مسائل و مشکلات روزمره زندگی فاقد توانایی های لازم و به ویژه مهارت های زندگی هستند و ارتقا مهارت های زندگی نقش بسیار مهمی در درمان اعتیاد دارد (بوتوین و کانتور^۱، ۲۰۰۷). پژوهش های بسیاری نشان داده اند که فقدان مهارت های زندگی با سومصرف مواد ارتباط دارد. با توجه به این امر سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقا سلامت روانی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی هم چون اعتیاد، برنامه ای را با عنوان آموزش مهارت های زندگی فراهم کرده است. مهارت های زندگی مجموعه ای از توانایی های روانی هستند که زمینه سازگاری مثبت را فراهم می آورند و فرد را قادر می سازند تا مسئولیت های اجتماعی خود را بپذیرد و بدون صدمه زدن به خود و دیگران، با خواسته ها، انتظارات و مشکلات روزانه به شکل موثری برخورد کند (طارمیان و همکاران، به نقل از اولیا، فاتحی زاده و بهرامی، ۲۰۰۶). در واقع، مهارت های زندگی توانایی هایی هستند که افراد یاد می گیرند آنها را برای یک زندگی موفق، مفید و رضایت بخش فرد و گروهی به کار ببرند (بوتوین و وکانتور، ۲۰۰۷). بوید (۱۹۹۱) نشان داد افرادی که مهارت های زندگی را آموخته بودند، در شناخت خود، کار در گروه، ارتباط و تصمیم گیری بهتر عمل کردند. مهارت تصمیم گیری اجتماعی یکی از اجزای مهارت های زندگی است، آموزش این مهارت به ارتقا سلامت روان افراد سومصرف کننده مواد کمک می کند (الیاس و کرس، ۲۰۰۴). به نقل از اولیا و همکاران، (۲۰۰۶). هم چنین، مطالعات ادلین^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که درمان اجتماعی می تواند خودآگاهی، تعهد نسبت به خویشتن داری، توانایی حل مسئله و پرهیز سومصرف کنندگان مواد را افزایش دهد.

فرض بر این است که مهارت های زندگی پایین منجر به سلامت روان پایین و سومصرف مواد شده اند و در تداوم سومصرف مواد نقش دارند. هم چنین، به نظر می رسد که مهارت های زندگی پایین، فرد را در معرض خطر بازگشت قرار می دهند. آموزش مهارت های زندگی به طور وسیعی در برنامه های پیشگیری و درمان اعتیاد به کار برده می شوند. چنین برنامه هایی در پیشگیری از اعتیاد و پیشگیری از عود بسیار موثر است. بنابراین با توجه به مطالب مطروحه پژوهشگر درصدد است به بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی معتادان مصرف کننده متادون بپردازد. مهارت های زندگی، به مهارت هایی گفته می شود که برای افزایش توانایی روانی و اجتماعی افراد برای روبرو شدن با کشمکش های زندگی، ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر، انجام مسئولیت های اجتماعی، انجام تصمیم گیری های درست، حل تعارض ها و کشمکش ها بدون توسل با اعمال و رفتار هایی که به خود و دیگران صدمه می زنند. به عبارت دیگر یادگیری مهارت های زندگی موجب افزایش «ظرفیت روان شناختی» اشخاص می شود. تحقیقات نشان می دهد آموزش مهارت های زندگی تأثیر مثبتی بر افزایش سلامت روان افراد، کاهش اضطراب و افسردگی دارد (برنا، ۱۳۹۵).

در حال حاضر دو شیوه برای آموزش مهارت‌های زندگی وجود دارد که عبارتند از مهارت‌های ده گانه و مدل 4H. مدل 4H مخفف حرف اول چهار واژه دست^۳، قلب^۴، سلامتی^۵ و سر^۶ می‌باشد. بخش قلب به مهارت‌های فردی و ارتباط اجتماعی متمرکز است. در این بخش مهارت‌های ارتباط موثر فردی و گروهی، حل اختلاف، جرات‌مندی و قاطعیت، پذیرش تفاوت‌ها، مهارت‌های اجتماعی، همدلی و تعاون، عشق ورزی، شراکت و نوع دوستی آموزش داده می‌شوند. بخش سلامت به مهارت‌های فردی در زندگی متمرکز است. در این بخش مهارت‌های عزت نفس، مسئولیت‌پذیری فردی، خود آگاهی و مدیریت احساس، خودنظمی، سلامت فردی و الگوی سالم زندگی، پیشگیری از بیماری‌ها، تاکید به بیماری‌های هزاره و استرس و رویارویی با آن آموزش داده می‌شود. بخش دست اشاره به مهارت‌های شغلی و مسئولیت‌پذیری دارد. در این بخش مهارت‌های خودآگاهی، کار تیمی و گروهی، مهارت‌های کسب و کار، رهبری، مسئولیت‌پذیری شهروندی و مشارکت در امور خیریه آموزش داده می‌شود. و بخش سر اشاره به تفکر و مدیریت دارد. در این بخش مهارت‌های تاب آوری، برنامه ریزی و سازماندهی، تصمیم‌گیری، تعیین هدف، استفاده عاقلانه از منابع، تفکر انتقادی و حل مساله آموزش داده می‌شود (دهستانی، ۱۳۹۴). تحقیقات نشان می‌دهند آموزش مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی اجتماعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی اثرگذار است. خودکارآمدی اجتماعی یک اعتقاد منحصر به فرد درباره توانایی فرد در به راه انداختن و نگه داشتن روابط میان فردی است. این شامل رفتارهایی از جمله گفت و گوی میان فردی سازگاران، ملاقات افراد جدید، نمایش سالم در موقعیت‌های اجتماعی، ترویج روابط عاطفی، گسترش دوستی‌ها و اثرگذاری متقابل در محیط‌های گروهی است (ایروزکان و دنیز^۷، ۲۰۱۲). در واقع خودکارآمدی اجتماعی یک بعد از خودکارآمدی است که بیانگر برآورد افراد از توانایی‌شان در برقراری و حفظ روابط بین فردی است (گاردنر^۸، ۲۰۱۱).

یکی از اهداف عمده آموزش مهارت‌های زندگی فهم «هدف زندگی» است؛ چرا که هدف‌شناسی نوعی کمال انسانی است زیرا هدف داری و هدف‌شناسی قدر آدمی را بالا می‌برد و به قدر و منزلت خویش نیز واقف می‌شود (به نقل از فیضی، ۱۳۸۶). خودتنظیمی فرایندی است که به موجب آن فرد می‌تواند افکار، هیجانات و رفتارهای خود را مطابق اهداف خود کنترل کند. خودتنظیمی فرایندهای شناختی از قبیل شکل‌گیری، توجه، نقشه کشیدن، طرح و وضع اجرایی را در برمیگیرد (احدی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹). تنظیم عاطفی برای اینکه ما در میان تغییرات عمده‌ای که با افزایش سن اجتناب ناپذیر هستند، سازگار باشیم از اهمیت بالایی برخوردار است (گروس، ۱۹۹۸؛ به نقل از استرانگ من، ۲۰۰۶). راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسانها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق کیفیت زندگی و کارایی آنها افزایش دهد (صالحی مورکانی، ۱۳۸۵). تحقیقات نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با پیدایش پرخاشگری و اختلالات رفتار آشفته ارتباط دارد و افراد مبتلا به مشکلات تنظیم هیجانی گرایش بیشتری به خطرپذیری و انجام رفتارهای خطرناک نشان می‌دهند (اسپرودر و گوردون^۹، ۲۰۰۲).

باتوجه به مطالب مطروحه مبنی بر تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی و تنظیم هیجانی پژوهشگر درصدد است به این سوال پاسخ دهد که آیا آموزش مهارت‌های زندگی مدل 4H می‌تواند بر خودکارآمدی و خودتنظیمی شناختی هیجانی اثرگذار باشد؟ امروزه اغلب مردم اختلال مصرف مواد را به عنوان بیماری مزمن، عود کننده و همراه با لغزش‌های متعدد میدانند که تا حدودی درمان این عارضه را به معطلی بزرگ تبدیل کرده است. از جمله درمان‌های غیردارویی مداخلات روانشناختی است. در سالیان اخیر پژوهش‌های متعددی در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی انجام گرفته است. مطالعات انجام شده روی جنبه‌هایی از برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد، از قبیل رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و کاهش استرس بوده است که نتایج آنها اثربخش بودن آموزش مهارت‌های زندگی را نشان داده است (رضایی، نویدیان و مشتاقی، ۱۳۹۶).

3 Hand

4 Heart

5 Health

6 Head

7 Erozkhan & Deniz

8 Gardner

9 Schroder & Gordon

سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقاء سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد، آموزش مهارت‌های زندگی را ارائه کرده است. تاکید عمده برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر رشد مهارت‌های مهم شخصی و اجتماعی است. آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه جامعی است که برای آموزش دامنه وسیعی از مهارت‌های شخصی و اجتماعی طراحی شده و هم پتانسیل بالایی برای پیشگیری از مشکلات و آسیب‌های اجتماعی دارد. پژوهش‌های متعددی نشان دادند که فقدان مهارت‌های زندگی با سوء مصرف مواد ارتباط دارد (هاشمی، ۱۳۹۶).

یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی میتواند باعث ارتقا سطح کیفیت زندگی بیماران در حال ترک شود، همچنین منجر شود که فرد مذکور تکنیک‌های موثری را برای مقابله با استرس و هیجان‌های منفی بکار گیرد. به علاوه آموزش مهارت‌های زندگی گرایش به مصرف مواد را کاهش می‌دهد (شریف، ۱۳۹۴). بنابراین به نظر میرسد در کنار درمان‌های دارویی برای ترک مواد، آموزش مهارت‌های زندگی بتواند در بهبود روند ترک معتادان مصرف کننده متادون موثر واقع شود.

تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی معتادان مصرف کننده متادون

۱- آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی معتادان مصرف کننده متادون تاثیر معنادار دارد.

۲- آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودکارآمدی اجتماعی معتادان مصرف کننده متادون تاثیر معنادار دارد.

روش

پژوهش حاضر از منظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی میباشد. این تحقیقات با استفاده از زمینه و بستر شناختی و معلوماتی که از طریق تحقیقات بنیادی فراهم شده برای رفع نیازمندی‌های بشر و بهبود و بهینه‌سازی ابزارها، روش‌ها، اشیاء و الگوها در جهت توسعه رفاه و آسایش و ارتقای سطح زندگی انسان مورد استفاده قرار می‌گیرند. طرح پژوهش نیز به دلیل انتخاب غیر تصادفی (به روش در دسترس) اعضای نمونه نیمه آزمایشی می‌باشد.

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی می‌باشد و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده می‌باشد. در این طرح آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان متغیر مستقل و خودتنظیمی شناختی هیجانی و خودکارآمدی اجتماعی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معتادین وابسته به مصرف متادون شهرستان ملارد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد (MMT) میباشد. حجم جامعه آماری در حدود ۱۸۰ نفر می‌باشد. سپس تعداد نمونه با توجه به نیمه آزمایشی بودن پژوهش حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵۰ و آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۹۷ برابر ۳۰ نفر انتخاب شدند.

با توجه به اینکه طرح تحقیق حاضر در حیطه طرح‌های نیمه آزمایشی قرار دارد، در این پژوهش تعداد ۳۰ داوطلب زن در برنامه پژوهشی به شیوه در دسترس انتخاب گردیده و به گونه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گماشته شدند. پرسشنامه راهبردهای خود تنظیمی عاطفی مارس: سوالات این پرسشنامه عمدتاً از کتاب راهنمای جامع خودتنظیمی تالیف لارسن و پیز مایک برداشت شده است. این پرسشنامه دارای ۴۴ سوال است که ابعاد شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت را شامل می‌شود. مولفه‌های این پرسشنامه عبارتند از ۱- شناختی ۲- رفتاری ۳- تغییری ۴- موقعیت ۵- تغییر عاطفه ۶- کاهش خلق منفی ۷- افزایش خلق مثبت. پایایی این پرسشنامه بر روی ۶۰ نفر با روش دونیمه کردن ۷۵٪ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۰٪ گزارش شده است (صالحی مورکانی، ۱۳۸۵).

پرسشنامه خود کارآمدی اجتماعی نوجوان: در سال ۱۹۸۹ توسط کنللی به منظور سنجش میزان خودکارآمدی نوجوانان ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که زیر مقیاس‌هایی همچون قاطعیت اجتماعی، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی، شرکت در گروه‌های اجتماعی، جنبه‌های دوستی و صمیمیت و کمک کردن یا کمک گرفتن را می‌سنجد. مولفه‌های آن عبارتند از قاطعیت اجتماعی، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی، شرکت در گروه‌های اجتماعی، جنبه‌های دوستی و صمیمیت، کمک

کردن یا کمک گرفتن. رضائی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار، پایایی پرسشنامه خودکارآمدی نوجوانان را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند که مقدار آن برای با ۸۲ بوده است.

جهت اجرای آزمون پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، نمونه‌گیری انجام شد. برای نمونه‌گیری پس از هماهنگی با مراکز ترک اعتیاد شهرستان ملارد به پرونده‌های آنان دسترسی یافته شد. سپس به صورت نمونه‌های داوطلبی از آنان خواسته شد در آزمون شرکت نمایند. پس از نمونه‌گیری، اعضای نمونه به دو گروه ۱۵ نفره گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند. در ابتدا پیش آزمون گرفته شد و در طول چهار هفته و هر هفته دو جلسه آموزشی برای گروه آزمایش اجرا شد. سپس در جلسه آخر در اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل پس آزمون گرفته شد. برای تحلیل از نرم افزار SPSS20 استفاده می‌شود. برای تحلیل توصیفی داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و برای تحلیل استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس^{۱۱} استفاده شد. تحلیل کوواریانس مناسبترین آزمون آماری برای طرح پیش آزمون و پس آزمون ۲ گروهی می‌باشد.

یافته ها

مطالب این فصل در دو بخش ارائه می‌شود. بخش اول مربوط به اطلاعات توصیفی گروه نمونه می‌باشد. توصیف داده‌های جمع‌آوری شده گامی اساسی در زمینه‌سازی روندهای استنباطی به شمار می‌رود، از این رو ابتدا توصیف داده‌های به‌دست‌آمده موردبررسی قرار می‌گیرد. در بخش دوم، به تحلیل‌های استنباطی پرداخته شده و نمرات به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها مورد آزمون قرار گرفته است. سپس جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. با استفاده از تحلیل استنباطی به آزمون فرضیه یا بررسی سؤال پژوهشی می‌پردازیم.

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودتنظیمی شناختی هیجانی معنادار مصرف کننده متادون تاثیر معنادار دارد.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد (هومن، ۱۳۹۲). این تحلیل دارای مفروضه هایی است که از جمله آن همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش آزمون) و متغیر وابسته است، که در این پژوهش شیب های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه تقریباً موازی بود. همچنین همگنی خطای واریانس‌های دو گروه در پس آزمون نیز با آزمون لون بررسی شد و معنادار نبودن تفاوت واریانس گروه‌ها اثبات شد.

جدول ۱ آزمون لون پس آزمون

Sig.	df2	df1	F
۰/۱۸۶	۲۸	۱	۱/۸۴۱

توضیح: همانطور که مشاهده می‌شود تفاوت خطای واریانس‌ها معنادار نیست و فرض همگنی خطای واریانس‌ها تایید می‌شود.

توضیح: با توجه به جدول ۴-۷، اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$ و $F_{(۱, ۷۹)} = ۷/۷۹$). به بیان دیگر نمره های پس آزمون تحت تاثیر نمره های پیش آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (آموزش مهارت‌های زندگی) بر متغیر وابسته (خودتنظیمی شناختی هیجانی) باید اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش زوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < ۰/۰۵$ و $F_{(۱, ۳۷)} = ۳۳۵/۳۶$). بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش مهارت‌های زندگی باعث تغییر در گروه ها شده است. فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های زندگی بر اساس مدل 4H بر خودکارآمدی اجتماعی معنادار مصرف کننده متادون تاثیر معنادار دارد.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد، برای تحلیل داده ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده می شود. لذا همانند تحلیل فرضیه قبلی این تحلیل نیز دارای مفروضه هایی است که از جمله آن همگنی شیب های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش آزمون) و متغیر وابسته است، که در این پژوهش شیب های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه تقریباً موازی بود. همچنین همگنی خطای واریانس های دو گروه در پس آزمون نیز با آزمون لون بررسی شد و معنادار نبودن تفاوت واریانس گروه ها اثبات شد.

جدول ۲ آزمون لون پس آزمون

Sig.	df2	df1	F
۰/۹۶۰	۲۸	۱	۰/۰۰۳

توضیح: همانطور که مشاهده می شود تفاوت خطای واریانس ها معنادار نیست و فرض همگنی خطای واریانس ها تایید می شود.

توضیح: با توجه به جدول ۴-۹، اثر پیش آزمون از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$ و $F_{(۱, ۳۶)} = ۸۰/۳۶$). به بیان دیگر نمره های پس آزمون تحت تاثیر نمره های پیش آزمون بوده است. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (آموزش مهارت های زندگی) بر متغیر وابسته (خودکارآمدی اجتماعی) باید اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$ و $F_{(۱, ۳۷)} = ۹۴/۷۲$). بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش مهارت های زندگی باعث تغییر در گروه ها شده است.

نتیجه گیری

یکی از اهداف عمده آموزش مهارت های زندگی فهم «هدف زندگی» است؛ چرا که هدف شناسی نوعی کمال انسانی است زیرا هدف داری و هدف شناسی قدر آدمی را بالا می برد و به قدر و منزلت خویش نیز واقف می شود (به نقل از فیضی، ۱۳۸۶). مهارت خود آگاهی توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قوت، توانایی ها و ناتوانایی ها است. قطعاً فلسفه مهارت خود آگاهی این نیست که چگونه بودن را برای فرد مشخص کند، بلکه هدف اصلی این است که فرد با تعمق به تمام ویژگی های خود نگرسته و خود تصمیم بگیرد که چگونه باشد و فراموش نکنیم که هر نوع تغییر در انسان، در صورت نیاز به تغییر به وجود خواهد آمد و از جمله عوامل مهم در نیاز به تغییر مهارت خود آگاهی است و بهترین روش برای قوی کردن خود آگاهی آن است که یاد بگیریم از نقاط قوت و توانایی های خود استفاده کرده و نقاط ضعف مان را بهبود دهیم. مهارت خود آگاهی نسبت به دیگر مهارت ها کمی تفاوت دارد، چرا که با وجود آنکه از اولین مهارت هایی است که مطرح می شود و فرد بعد از این که در دیگر مهارت ها به اندازه کافی به مهارت رسید در نهایت به خود آگاهی می رسد (کارمیان، ۱۳۷۹). با توجه به اینکه یکی از اهداف آموزش مهارت های زندگی افزایش خود آگاهی فرد از توانایی ها، استعدادها و کسب مهارت هایی از قبیل حل مساله می باشد و خود تنظیمی شناختی راهبردهایی برای کاهش ناهمخوانی هاست، لذا آموزش مهارت های زندگی میتواند در بهبود این راهبردها اثربخش باشد.

منابع و مراجع

- [۱] اختیاری، ح.، صفایی، ه.، اسماعیلی جاوید، غ.، و همکاران. (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه های فارسی پرسشنامه های آیزنک، بارت دیکمن و زاکرمن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و تکانشگری، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۳): ۳۳۶-۳۳۶.
- [۲] پارسانیا، ز.، فیروزه، م.، تک فلاح، ل.، محمدی سمنانی، س.، جهان، ا.، امامی، ع. (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد، فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، ۲۲(۲): ۱۵۲-۱۵۶.
- [۳] سیار، ث.، اقلیما، م. (۱۳۹۲). مقایسه کارکرد خانواده در مردان معتاد و غیر معتاد، فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی، ۲(۲): ۴۱-۳۵.
- [۴] نیکبخت، م.، امیرآبادی، بهاره.، علی بیگی، ندا.، کیامینی، محمدحسین.، و رمضانی، عباس. (۱۳۹۳). ارتباط بین نشانه های ترک مواد افیونی با ویژگی های شخصیتی و نشانگان آسیب روانی، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۷۷: ۳۳-۳۸.
- [۵] سهرابی، فرامرز.، هادیان، م.، نژادفرید، ح. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه آموزشی رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد، مجله علوم رفتاری، ۲۷: ۲۰۹-۲۲۰.
- [۶] حیدرنیا، ع.، باتی، م.، نیکنامی، ش.، اله وردی پور، ح.، و بشیریان، س. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر وب در پیشگیری از مصرف سیگار در نوجوانان پسر: کاربرد مدل تصورات و تمایلات، مجله آموزش و سلامت جامعه، ۳(۱): ۱-۱۱.
- [۷] سیف، ع. (۱۳۸۴). اندازه گیری، سنجش و ارزیابی آموزشی، تهران: نشر دوران.
- [۸] مرادی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تکانش گری افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [۹] وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف.، حسینیان، س.، و غفاری، ب. (۱۳۸۹). خودکارآمدی و رضایت زناشویی، اندیشه و رفتار، ۱۶: ۷۵-۸۱.
- [10] OLeary A. (1992), Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*; 16(2): 229-245.
- [11] Sterling KL, Diamond PM, Mullen PD, Pallonen U, Ford KH, McAlister A. (2007), Smoking-related self-efficacy intention: assessing factorial validity and structural, beliefs and relationships in 9th-12th grade current smokers in Texas. *Addict Behav*; 32(9): 1863-1876.
- [12] Turner, N., Macdonald, J., & Somerset, M. (2008). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: A curriculum for prevention of problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 367-380.
- [13] Botvin, G., Kantor, L. (2007). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. alcohol rese.arch & health, 24(4), 250- 257.
- [14] Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- [15] Edelen, M., Tucker, J., Wenzel, S., Paddock, S., Ebener, P., Dahl, J., Mandell, W. (2007). Treatment process in the therapeutic community; associations with retention and outcomes among adolescent residential clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 415-21.
- [16] Thoresen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). Behavioral self-control. Holt McDougal.
- [17] Cameron, L. D., & Leventhal, H. (Eds.). (2003). The self-regulation of health and illness behaviour. psychology press.
- [18] Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological inquiry*, 7(1), 1-15.
- [19] Gill, B. J. (2001). Student goal & self- regulation in a classroom. *Journal of educational psychology*. Vol, 4. spring

-
- [20] Cole, J., Logan, T. K., & Walker, R. (2011). Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and alcohol dependence*, 113(1), 13-20.
- [21] van Grinsven, L., & Tillema, H. (2006). Learning opportunities to support student self-regulation: Comparing different instructional formats. *Educational Research*, 48(1), 77-91.
- [22] Murtagh, A. M; Todd, S. A. (2004). Self- regulation: A challenge to the strength Model. *JASN*, 3, 19- 5
- [23] Cappato, R., Calkins, H., Chen, S. A., Davies, W., Iesaka, Y., Kalman, J., ... & Skanes, A. (2010). Updated worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 3(1), 32-38.
- [24] Dietrich, J. E., Hertweck, S. P., & Perlman, S. E. (2007). Efficacy of family history in determining thrombophilia risk. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 20(4), 221-224.
- [25] Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2012). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Springer Science & Business Media.
- [26] Zimmerman, B. J. (1995). self- regulation involves more than metacognition: A social cognitive perspective. *Educationl psychologist*, 30 (4), 217- 221.
- [27] Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39).
- [28] Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2009). Two-mode models of self-regulation as a tool for conceptualizing effects of the serotonin system in normal behavior and diverse disorders. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 195-199.
- [29] Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will?. *Journal of personality*, 74(6), 1557-1586.
- [30] Boekaerts, M. (2002). Bringing about change in the classroom: Strengths and weaknesses of the self-regulated. *Journal of learning and instruction*. 12, 584- 604
- [31] Lunenburg, F. C. (2011). Self-efficacy in the workplace: Implications for motivation and performance. *International journal of management, business, and administration*, 14(1), 1-6.
- [32] Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.
- [33] Jackson, M. O. (2005). A survey of network formation models: stability and efficiency. *Group Formation in Economics: Networks, Clubs, and Coalitions*, 11-49.
- [34] Motzer, R. J., Escudier, B., Oudard, S., Hutson, T. E., Porta, C., Bracarda, S., ... & Urbanowitz, G. (2008). Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. *The Lancet*, 372(9637), 449-456.
- [35] Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of
- [36] Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98. antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358(3), 252-260.