



میر شاهی، مهری؛ قادری، علی رضا؛ معینی زاده، مجید (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۲)، ۶۴-۴۷.

اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر علائم بالینی شخصیت قربانیان جنسی

مهري مير شاهي^۱، علي رضا قادري^۲، مجيد معيني زاده^۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۰

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی.
روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است که با طرح پیش-آزمون، پس-آزمون و پیگیری اجرا شده است. بدین منظور ۳۰ نفر از مددجویان دختر، دارای سن بالای ۱۸ سال و تحصیلات حداقل سیکل که تحت مراقبت مراکز بهزیستی مشهد بودند از طریق آزمودن غربالگری انتخاب و با روش نمونه گیری تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه های: قربانیان سوءاستفاده جنسی، مهارت های زندگی و چندمحوری بالینی میلون-۳ بود. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به مدت ۵ هفته تحت مداخله آموزش مهارت های زندگی قرار گرفت، همچنین گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با روش واریانس اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته ها: الگوهای بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی، در ۳ بار اندازه گیری ($P < 0/001$) تفاوت معناداری را نشان دادند، همچنین بین دو گروه، بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت. برنامه آموزش مهارت های زندگی تأثیر معنی داری بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی گذاشته است.
واژه های کلیدی: مهارت های زندگی، سوءاستفاده جنسی، شخصیت

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

کارتشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات همدان. mehri.mirshahi@gmail.com

استادیار، دانشگاه فردوسی مشهد، a-ghaderi@um.ac.ir

استادیار، دانشگاه فردوسی مشهد. moeinizadeh@um.ac.ir

مقدمه

در تعریف شخصیت^۱ بین دیدگاه‌های مختلف اندیشمندان علم روان‌شناسی اتفاق نظری وجود ندارد و هر متفکر از زاویه دید خاصی به این قضیه نگاه کرده است. به طوری که کارل راجرز^۲ (Rogers, 1961)، شخصیت را یک خویشتن^۳ سازمان‌یافته می‌داند که محور تمام تجربه‌های وجودی است. اریکسون^۴ (Erikson, 1963) هم معتقد است که رشد انسان از یک سلسله مراحل و وقایع روانی اجتماعی ساخته شده و شخصیت انسان تابع نتایج آن‌ها است. فروید^۵ (Freud, 1923) هم عقیده دارد که شخصیت از نهاد^۶، من^۷، فرامن^۸ تشکیل شده است (Pashah & Golshokoh, 2009). در اصطلاح، شخصیت به ویژگی‌های نسبتاً ثابت فرد که در چگونگی رفتار او در موقعیت‌های مختلف بروز می‌کند، گفته می‌شود. به بیان دیگر، شخصیت ترکیب پیچیده‌ای از ویژگی‌های نسبتاً ثابت و پایدار نظیر احساسات، انگیزش‌ها، ظرفیت‌های یادگیری، مکانیسم‌های ادراکی و حتی ظرفیت‌های زیستی یک فرد است که نشانگر رفتار اوست. این ویژگی‌ها در اثر تجربه‌هایی که با دیگران داشته است، فراگرفته شده‌اند که در اثر تعامل دوسویه وراثت و محیط ناشی می‌شوند (همان منبع).

تجربیات هر فرد در تغییر ویژگی‌های شخصیتی او بسیار تأثیرگذارند که یکی از تجربه‌های مهلک، سوءاستفاده جنسی دوران کودکی^۹ است و آن شامل هرگونه تجربه جنسی ناخواسته‌ای است که بین یک فرد بزرگسال و یک کودک، بازور و یا با میل و رغبت رخ می‌دهد (Benedict, 1998 & Skinner, 2011). اشکال مختلف آن می‌تواند شامل؛ بوسیدن، نوازش کردن، تماشاگری جنسی، تهیه تصاویر هرزه‌نگاری و برقراری رابطه جنسی باشد (Goldman, 2007). بدین صورت افرادی که در دوران کودکی فشارهای روانی سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده باشند در بزرگسالی مناطقی از ساختار مغزشان دچار تغییراتی شده که بر هیجان‌ها و احساسات آن‌ها کنترل ضعیفی خواهند داشت (Veague, 2007). با توجه به اینکه روش تفکر، احساس و رفتار هر فرد شخصیت او را می‌سازد، زمانی که این رفتارها از یک موقعیت به موقعیت دیگر یکسان باقی بمانند و فرد رفتاری انعطاف‌ناپذیر داشته باشد می‌گویند که او دارای اختلال شخصیت است (همان منبع). به عبارت دیگر، شخصیت الگوی پیچیده و بسیار عمیقی از ویژگی‌های روان‌شناختی است که

1. Personality
2. Carl Rogers
3. Self
4. Erik Erikson
5. Freud
6. Id
7. Ego
8. Super Ego
9. Childhood Sexual Abuse (CSA)

نمی توان به راحتی آن ها را ریشه کن کرد (Sharifi, 2007).

سوءاستفاده جنسی یکی از مهم ترین آسیب های اجتماعی است که ارتباط قوی با عملکرد روانی و اجتماعی افراد داشته و اغلب پیامدهای منفی برای قربانیان خود به جای می گذارد (Kleinke, 2010). به طور معمول، در قربانیان سوءاستفاده جنسی، بسیاری از اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی، عزت-نفس پایین، وابستگی به مواد، رفتار پرخاشگرانه، اندیشه پردازی پارانویید^۱، اختلال استرس پس از آسیب^۲، اختلالات خلقی و افزایش خطر رفتار خودکشی، اختلالات شخصیت مرزی^۳ و اختلالات تجزیه ای^۴ مشاهده شده است (Ohadi, 2005). در پژوهشی دیگر این گونه مطرح شده است که قربانیان سوءاستفاده جنسی، در تعادل عاطفی، جسمانی، شناختی و اجتماعی شدن، دچار مشکل هستند و علاوه بر این، دچار مسائلی همچون احساس عدم عزت نفس و بینش صحیح در تشخیص مشکلات روانی خود هستند (Putnam, 2003). همچنین قربانیان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، مستعد ابتلا به اختلالات روان پزشکی بوده و اغلب بسیاری از بیماری های روانی و جسمی را در طول زندگی خود تجربه می کنند (Wilson, 2010). فروید در مطالعه ای بین سوءاستفاده جنسی و رفتارهای خود تخریبی، عنوان می کند که قربانیان آسیب های زود هنگام کودکی، قدرت تحمل پایینی برای انگیزتگی روانی و فیزیولوژیکی دارند و پاسخ معمول آن ها به این انگیزتگی ها و محرک ها شامل؛ پرخاشگری به خود و دیگران و نیز گوشه گیری عاطفی است (Overskeid, 2007). پژوهش ها بیانگر آن است که زنان بیش از افراد دیگر اجتماع، مورد آزار و اذیت و سوءاستفاده جنسی قرار می گیرند و احتمال اینکه خشم به وجود آمده از این آزار را علیه خودشان بکار برند، بیشتر است (Gladstone, 2004). نظریه روان تحلیلی بر این باور است که اضطراب های اولیه، رشد شخصیت را تحت تأثیر قرار می دهند این اضطراب ها از ترس مرگ و در نتیجه آسیب زود هنگام دوره کودکی^۵ است. مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که نشانه های اختلال جسمانی شکل، اغلب توسط قربانیان نزدیکی با محارم گزارش گردیده است (McCarthy, 2004 & Lowenstein, 2004). همچنین اختلال شخصیت مرزی که شامل مجموعه ای از نشانه های مرتبط با تنظیم عاطفه، کنترل تکانه، واقعیت آزمایی و ارتباطات میان فردی است، با نشانه های اختلال استرس پس آسیبی، همپوشی داشته است (Mash & Barkle, 2003).

1. Paranoid ideation
2. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Borderline Personality Disorders (BPD)
4. Dissociative disorders
5. Early Childhood Sexual Abuse (ECSA)

تاکنون پژوهش‌های معدودی تأثیر سوءاستفاده جنسی را بر ایجاد علائم روان‌شناختی در قربانیان سوءاستفاده جنسی بررسی نموده‌اند. با این وجود درک و فهم درست از علائم روان‌شناختی ایجادشده در آنان می‌تواند منجر به راه‌حل‌های آموزشی و درمانی شود، به همین دلیل بسیاری از این قربانیان در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند، و در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب‌پذیر می‌باشند، که می‌بایست توانایی‌های روانی-اجتماعی آن‌ها را تقویت نمود. مطالعات نشان داده‌اند که ارتقاء مهارت‌های مقابله‌ای و توانایی‌های روانی-اجتماعی در بهبود زندگی بسیار مؤثرند و این توانایی‌ها به‌عنوان مهارت‌های زندگی مطرح شده‌اند. بدین صورت که سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۹۳ پیشنهاد "آموزش مهارت‌های زندگی"^۲ را به‌منظور پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی جامعه به تمامی کشورها ارائه نموده است (Mohammadkhani & Noori, 2000). مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش داده و باعث می‌شوند که افراد مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را پذیرفته و بدون صدمه زدن به خود و دیگران با چالش‌ها و مشکلات زندگی روبه‌رو شده و انتخاب‌ها و رفتارهای سالمی در سرتاسر زندگی داشته باشند (Mohammadkhani, 2012).

آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا نموده است، در واقع همچنان که رضایی و همکاران (Rezaee et al, 2009) عنوان می‌کنند دارای نقش مداخله‌ای است، به طوری که در پژوهشی که آن‌ها انجام دادند، دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله-ای مفید، برای نوجوانان مراکز شبه خانوادگی بکار رود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی اثرات مثبتی بر روی بهداشت روانی داشته و سبب کاهش نشانه‌های روان‌پریشانه، روان‌رنجورانه، رفتارهای خودتخریبی، چاقی و پیشگیری از بی‌بندوباری جنسی شده و با عملکردهای بین فردی و سازگاری هیجانی همبستگی مثبت داشته است، همچنین باعث تسریع در بهبودی بیماران شده است (Khodabakhsh & Mansoori, 2011). همچنین در پژوهشی دیگر گزارش گردید که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش سازگاری اجتماعی در دختران نوجوان می‌شود (Rezaee et al, 2009). از سوی دیگر نظری و حسین پور (Nazari & Hoseinpoor, 2009) در تحقیق خود گزارش نمودند که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت جسمانی و روانی و مقابله با فشارهای محیطی مثل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، افکار خودکشی، افت تحصیلی، ارتباطات بین

1. World Health Organization (W.H.O)

2. Life Skills Training (LST)

فردی و مصرف مواد مخدر تأثیر مثبتی داشته است. پیک و همکارانش^۱ (Pick et al, 2003) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی، خودکارآمدی و عزت نفس دختران نوجوان مکزیکی را افزایش داده است.

در بررسی های حمیدی (Hamidi, 2005) گزارش گردید که آموزش مهارت های زندگی به صورت معناداری بر بهبود وضعیت رفتاری نوجوانان تأثیر گذار است. تاتل و هیکلر^۲ (Tuttel & Heicler, 2006) طی پژوهشی آموزش مهارت های زندگی را به برنامه درسی دانش آموزان اضافه نمودند، نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از قابلیت فوق العاده نوجوانان در جهت ارتقاء و انعطاف پذیری مثبت آن ها بوده است.

در برخی از تحقیقات نشان داده شده است که آموزش مهارت های زندگی در احساس افراد نسبت به خودشان مؤثر و در بهبود توانایی برقراری ارتباط مثبت بوده است (Naderi & et al, 2009). همچنین مرادی و کلانتری (Moradi & Kalantari, 2006) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی باعث افزایش سلامت روانی و کاهش اضطراب و ناسازگاری اجتماعی زنان دارای ناتوانی های جسمی - حرکتی شده است. از سوی دیگر عبدالله پور (Abdollahpoor, 2006) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت های زندگی موجب کاهش خود پنداره منفی و کاهش اختلال در سلامت روان (شکایت جسمانی، وسواس - اجباری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی و روان - پریشی) گردیده است.

با توجه به پژوهش های ذکر شده، پژوهش حاضر باهدف تدوین برنامه گروهی شناختی - رفتاری، آموزش مهارت های زندگی و تکنیک های مقابله ای را اجرا نموده است تا تقویت نگرش ها، روابط بین فردی و عاطفی، افزایش سطح کیفیت زندگی قربانیان سوء استفاده جنسی و اثرمداخله آموزش را بر شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی مورد بررسی قرار دهد.

تحقیق حاضر به دنبال آن است که: آیا آموزش مهارت های زندگی، می تواند در کاهش علائم بالینی

شخصیت قربانیان سوء استفاده جنسی مؤثر باشد؟ یا خیر؟

روش

در پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش - آزمون، پس - آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بهره گیری شده است.

1.Pick et al

2.Tuttel & Heicler

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل مددجویان دختر بالای ۱۸ سال بود که حداقل دارای تحصیلات سیکل و تجربه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی بودند و تحت حمایت مراکز بهزیستی شهرستان مشهد زندگی می‌کردند. تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها از طریق آزمودن غربالگری انتخاب و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش، کسب نمره متوسط به بالای پرسشنامه‌های: قربانیان سوءاستفاده جنسی^۱، مهارت‌های زندگی^۲ و چند محوری بالینی میلیون^۳ بود.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

الف - پرسشنامه قربانی جنسی (SVQ): پرسشنامه قربانی جنسی فینکلهر^۴ (Finkelhor, 1979) یک پرسشنامه اندازه‌گیری در سطح گسترده است که تجربیات سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی را ارزیابی می‌کند. موارد SVQ که عمل جنسی را مورد بررسی قرار داده‌است شامل سؤالاتی مانند این است: "آیا شما هیچ‌یک از تجربیات زیر را قبل از سن ۱۲ سالگی داشته‌اید" (برای مثال بوسیدن و بغل کردن به شیوه‌ای جنسی، آیا شخص دیگری شما را به طریق جنسی نوازش کرده است؟ و یا با کسی مقاربت داشته‌اید؟) مواردی که شرایط تجربه را مورد بررسی قرار داده‌اند شامل: سؤالاتی مرتبط با سن در زمان تجربه، سن سوءاستفاده کننده و اینکه آیا تهدید یا اجباری در آن زمینه صورت گرفته است، می‌باشد (Finkelhor, 1979). در مطالعه هاپسون^۵ (Hopson, 2010) سوءاستفاده جنسی دوران کودکی، بر اساس پاسخ "بله" شرکت‌کنندگان به تجربه جنسی در ۱۲ سالگی و یا قبل از آن تعیین گردید. همچنین سؤالاتی مطرح شد مبنی بر اینکه سوءاستفاده کننده بیش از ۵ سال اختلاف سنی داشته و یا اینکه اجبار یا اتفاق نظر وجود داشته است یا نه؟ این پرسشنامه برای اولین بار در داخل کشور، توسط قادری و میرشاهی مورد استفاده قرار گرفته است، بدین صورت که بررسی پایایی پرسشنامه قربانی جنسی با توجه به آلفای کرون باخ^۶ ۰/۵۴۹ در حد نسبتاً قابل قبول گزارش گردید. همبستگی بین دو نیمه آزمون و بررسی همسانی بین دو نیمه با روش‌های اسپیرمن-براون و گاتمن

1. Sexual Victimization Questionnaire (SVQ)
2. Life Skills Inventory (LSI)
3. Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3th edition (MCMI-III)
4. Finkelhor
5. Hopson
6. Cronbach's Alpha

همگی در حد مطلوب بوده است. گزارش تحلیل عاملی این آزمون، KMO^۱ (۰/۵۷۶) نیز در دامنه قابل قبولی قرار داشته است. همچنین مقدار کرویت بارتلت^۲ برابر با (۶۸/۴۴۲) به دست آمده که در درجه آزادی ۴۵ و سطح (P < ۰/۰۵) معنی دار است.

ب- پرسشنامه مهارت های زندگی: این پرسشنامه، اولین بار توسط قیاسی (Ghyasi, 2000) ساختار سازی شد و آخرین بار توسط یوسفی (Yoosefhi, 2004) انجام پذیرفت. که شامل ۱۴۴-سؤال و ۱۹ زیرمقیاس است که عبارتند از: (۱) مهارت خودآگاهی، (۲) داشتن هدف در زندگی، (۳) مهارت های مربوط به ارتباط های انسانی، (۴) مهارت روابط بین فردی و همدلی، (۵) مهارت تصمیم گیری، (۶) بهداشت و سلامت روانی، (۷) سلامت جسمانی، (۸) مهارت در حل مسئله، (۹) مهارت مشارکت و همکاری، (۱۰) مهارت تفکر خلاق، (۱۱) تفکر انتقادی، (۱۲) نشان دادن مسئولیت های فردی، (۱۳) درک اصول آزادی و عدالت، (۱۴) شرکت در فعالیت هایی که منافع را بهبود می بخشد، (۱۵) نشان دادن رفتارهای اجتماعی، (۱۶) شهروند جهانی- شدن، (۱۷) مهارت های حرفه ای، (۱۸) مهارت های مربوط به رعایت و به کارگیری نکات ایمنی، (۱۹) نحوه گردآوری اطلاعات.

این پرسشنامه دارای طیف لیکرت (۵ گزینه ای) است بدین ترتیب که گزینه ۰=عدم مهارت، ۱=ضعیف، ۲=نسبتاً ضعیف، ۳=نسبتاً قوی، ۴=قوی، را به خود اختصاص می دهد. از این رو بالاترین نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۵۶۷ و پایین ترین نمره صفر می باشد. هر قدر نمره فرد به سوی بالاترین میزان گرایش یابد، مهارت های زندگی اکتسابی وی، بیشتر است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در تحقیق قیاسی با استفاده از روش های آلفای کرون باخ، ضریب $a=0/97$ به عنوان ضریب اعتبار، محاسبه گردید؛ و در سال ۲۰۰۴ در تحقیق یوسفی با تأکید بر روش آلفای کرون باخ، ضریب $a=0/95$ به عنوان مهر تأییدی بر مطلوب بودن شاخص های روان سنجی این ابزار زده شد (Hoseinpoor, 2012).

ج- آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳: نسخه اصلی این آزمون توسط تئودور میلون (Teodor Millon, 1977) تدوین و ارائه شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدیدنظر شده است. این آزمون نسخه سوم پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون است که در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر شد و در گروه های انجمن روان شناسی آمریکا معرفی گردید. نسخه سوم آن توسط شریفی در سال ۱۳۸۱ در اصفهان هنجاریابی شد. آزمون بالینی چندمحوری میلون-۳ یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای افراد بالاتر از ۱۸ سال با سطح سواد تقریباً هشت کلاس ساخته شده

1. Kaiser-Meyer-Olkin
2. Bartlett

است فتحی آشتیانی (Fathi-Ashtiani, 2012). آزمون بالینی چند محوری میلون-۳ یک مقیاس خود عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا است. برای هنجاریابی پرسشنامه میلون-۳ از نمره‌های نرخ پایه بجای نمره استاندارد استفاده شده است. در مطالعه شریفی (Sharifi, 2007) روایی مقیاس‌های میلون-۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه‌های عامل: توان پیش‌بینی مثبت (دامنه ۰/۵۸/ شخصیت‌نمایشی تا ۰/۸۳/ اختلال‌هذیانی)، توان پیش‌بینی منفی (دامنه ۰/۹۳/ شخصیت منفی گرا تا ۰/۹۹/ اختلال اضطرابی) و توان پیش‌بینی کل (دامنه ۰/۸۶/ اختلال افسرده‌خویی تا ۰/۹۳/ اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های میلون ۳ بسیار خوب برآورده شده است.

شیوه آموزش

آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۵ هفته، در معرض آموزش مهارت‌های زندگی (شامل: مهارت‌های خودآگاهی، همدلی، ارتباط مؤثر و روابط بین فردی، ابراز وجود و جرأت‌مندی، مقابله با خلق منفی، خشم و هیجان، مدیریت استرس، حل مسئله، مدیریت زمان و تصمیم‌گیری، تفکر خلاق و نقادانه)، با تمرکز بر کاهش علائم بالینی سوءاستفاده جنسی، به روش یادگیری مشارکتی، گروهی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ که پژوهشگر نقش سازمان دهنده را داشت قرار گرفتند، ولی آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. سپس بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه، پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری به عمل آمد. جدول ۱ خلاصه فرایند گروه‌درمانی شناختی-رفتاری آموزش مهارت‌های زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوش آمدگویی و معارفه و برقراری رابطه حسنه با یکدیگر، تعیین اهداف و تشریح قوانین گروه از جمله زمان حضور، روال جلسات و محرمانه بودن، بررسی انتظار آزمودنی‌ها از درمان، آشنایی آن‌ها با علائم بالینی شخصیت به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی-رفتاری آموزش مهارت‌های زندگی و به‌کارگیری تکنیک‌های مداخله مبتنی بر ارائه تکلیف، نقش‌آفرینی و ارزیابی مشکلات و شناخت احساسات خوشایند و ناخوشایند آزمودنی‌ها. چگونگی پر کردن جدول ثبت تغییر افکار (موقعیت‌ها و هیجان‌ها) و برنامه فعالیت هفتگی و گرفتن بازخورد، و بازبینی تکالیف در هر جلسه و... در این جلسه مهارت خودآگاهی و شناخت و آگاه‌سازی از نقاط ضعف و قوت، آموزش داده شد تا تأثیر این

مهارت‌ها بر اختلالات شخصیت ایجاد شده ناشی از سوءاستفاده جنسی دوران کودکی در مددجویان بررسی گردد.	
در این جلسه همدلی آموزش داده شد و سه مهارت آن شامل: گوش دادن دقیق و فعال، تعبیر و تفسیر مناسب علائم بین فردی و پاسخگویی همدلانه در بین مددجویان مورد ارزیابی قرار گرفت.	دوم
در این جلسه مهارت‌های ارتباط مؤثر و روابط بین فردی مؤثر و شناخت عناصر ارتباط و موانع آن به مددجویان آموزش داده شد. تا تأثیر آن بر شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی بررسی گردد.	سوم
آموزش مهارت ابراز وجود و رفتار جرات‌ورزی و مقابله با رفتارهای ناخوشایند و توصیه‌هایی برای "نه" گفتن به مددجویان آموزش داده شد. هدف: آشنایی و توانمندسازی در زمینه مهارت ابراز وجود و رفتار جرات‌ورزی و مقابله با رفتارهای ناخوشایند.	چهارم
آموزش مدیریت هیجان و مقابله با خلق منفی شامل: خشم، اضطراب، افسردگی ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	پنجم
آموزش مهارت راهبردهای مقابله با استرس: آرام‌سازی، مدیریت زمان، آموزش رفتار قاطعانه، مقابله با افکار غیرمنطقی، تغذیه، ورزش‌های هوازی و یوگا؛ و توصیه‌هایی دیگر جهت کاهش برانگیختگی و بیان عواطف پریشان کننده ناشی از سوءاستفاده جنسی.	ششم
آموزش مهارت‌های حل مسئله شامل: تشخیص مشکلات، علل و ارزیابی دقیق، درخواست کمک، مصالحه (برای حل تعارض)، آشنایی با مراکز برای حل مشکلات، تشخیص راه‌حل‌های مشترک برای جامعه؛ و تأثیر آن در اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	هفتم
آموزش مهارت تصمیم‌گیری و مدیریت زمان؛ و تأثیر آن بر اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	هشتم
آموزش تفکر خلاق، تفکر مثبت و تفکر نقادانه شامل: آموزش توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب، ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتار، واقف شدن به این مسئله که دیگران همیشه درست نمی‌گویند؛ و آگاهی از نقش یک شهروند مسئول؛ و بررسی تأثیر آن بر اختلالات شخصیت ایجاد شده به دنبال سوءاستفاده جنسی دوران کودکی.	نهم
مرور کلی مطالب جلسات قبل و ارتقاء تکنیک‌های شناختی-رفتاری. گرفتن پس‌آزمون. هدف کلی: توانمندسازی در زمینه مهارت‌های زندگی، همچنین بررسی اثربخشی آن بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی.	دهم

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای انجام عملیات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مفروضه کرویت و اصلاح گرینهوس-گیسر) و برای مقایسه‌های دوگانه از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید و معنی‌داری بین گروه‌ها در سه مرحله مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در جدول ۲ نشان داده شده است که شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در الگوهای بالینی شخصیت در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیر الگوهای بالینی شخصیت در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه	آزمایش = ۱۵		کنترل = ۱۵	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مرزی	پیش‌آزمون	۵۸/۱۳	۱۱/۶۷	۶۰/۶۰	۱۴/۴۴
	پس‌آزمون	۳۲/۶۶	۱۴/۱۶	۶۱/۵۳	۱۳/۸۲
	پیگیری	۳۶/۷۳	۱۳/۹۳	۶۴/۱۳	۱۸/۲۰
پارانویید	پیش‌آزمون	۶۳/۴۶	۱۶/۹۷	۵۷/۶۶	۱۶/۷۵
	پس‌آزمون	۴۱/۴۶	۱۴/۵۳	۶۱/۴۶	۱۲/۸۱
	پیگیری	۴۴/۵۳	۱۶/۲۹	۶۲/۰۰	۱۴/۳۱
دوری‌گزین	پیش‌آزمون	۵۷/۵۳	۲۰/۵۱	۵۵/۲۶	۱۴/۲۹
	پس‌آزمون	۴۳/۵۳	۱۳/۷۱	۵۷/۰۶	۱۱/۲۵
	پیگیری	۴۲/۸۶	۱۸/۶۵	۵۶/۰۶	۱۲/۱۸
افسرده	پیش‌آزمون	۷۴/۵۳	۲۱/۸۳	۷۲/۲۶	۲۲/۵۱
	پس‌آزمون	۴۱/۱۳	۲۳/۵۹	۷۷/۰۶	۱۷/۳۶
	پیگیری	۵۱/۰۰	۲۱/۵۹	۷۷/۵۳	۱۸/۴۷
وابسته	پیش‌آزمون	۵۰/۸۶	۱۸/۱۱	۴۶/۵۳	۲۴/۸۰
	پس‌آزمون	۲۲/۶۶	۱۲/۹۵	۴۹/۳۳	۲۲/۹۸
	پیگیری	۲۴/۸۰	۱۶/۸۶	۵۲/۶	۲۴/۵۱
دیگر آزار	پیش‌آزمون	۴۶/۰۶	۲۱/۶۵	۴۲/۷۳	۲۱/۳۲
	پس‌آزمون	۲۴/۴۶	۱۰/۲۱	۴۲/۷۳	۱۷/۳۲
	پیگیری	۲۸/۴۶	۱۷/۷۷	۴۸/۳۳	۱۲/۰۳
منفی‌گرا	پیش‌آزمون	۶۰/۷۳	۲۰/۴۷	۵۶/۴۰	۱۲/۶۸
	پس‌آزمون	۲۸/۲۰	۱۸/۵۷	۶۳/۷۳	۱۸/۸۷
	پیگیری	۳۹/۲۶	۲۰/۰۳	۶۲/۶۰	۱۶/۸۹
خودآزار	پیش‌آزمون	۵۴/۲۶	۵۱/۴۰	۲۲/۲۱	۱۲/۶۸
	پس‌آزمون	۲۴/۲۰	۱۸/۵۶	۶۰/۶۶	۱۵/۴۴
	پیگیری	۴۱/۴۰	۲۲/۵۹	۶۰/۱۳	۱۶/۷۱

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد یافته‌ها بیانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون، در گروه آزمایش، بیش‌ترین میانگین را یافته‌های شخصیت افسرده (۷۴/۵۳) و کمترین میانگین را یافته‌های شخصیت ضداجتماعی (۴۳/۴۰) به خود اختصاص داده است. داده‌های پژوهش نشان دادند که میانگین‌های شخصیت افسرده (۴۱/۱۳) و شخصیت ضداجتماعی (۳۶/۱۳) کاهش پیدا کرده است. همچنین یافته‌های متغیرهای دیگر گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها بوده است. از سوی دیگر، بررسی‌های صورت گرفته بر روی گروه کنترل که مداخله‌ای را تجربه نکرده بود، حاکی از عدم معنی‌داری میانگین‌ها طی سه مرحله آزمون بود.

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معناداری
مرزی	۰/۱۸۴	۱	۲۸	۰/۶۷۱
پارانویید	۰/۶۲۹	۱	۲۸	۰/۴۳۴
دوری‌گزین	۲/۳۱۸	۱	۲۸	۰/۱۳۹
افسرده	۰/۳۶۶	۱	۲۸	۰/۵۵۰
وابسته	۳/۸۶۵	۱	۲۸	۰/۰۵۹
دیگر آزار	۱/۱۳۶	۱	۲۸	۰/۲۹۶
منفی‌گرا	۱/۶۴۸	۱	۲۸	۰/۲۱۰
خودآزار	۳/۹۸۷	۱	۲۸	۰/۰۵۶

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج آزمون همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل برای مؤلفه‌های الگوهای بالینی شخصیت (مرزی، پارانویید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار) معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل یکسان است برای بررسی سؤال‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است که نتایج آن را در جدول ۴ و ۵ نشان داده می‌شود.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های الگوهای بالینی شخصیت گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۰۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۸	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلیک	۲/۳۵۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۳۵۲	۶/۱۷۵ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/01$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (مرزی، پارانوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های الگوهای بالینی شخصیت پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مرزی	۶۲۴۹/۶۳۳	۱	۶۲۴۹/۶۳۳	۳۱/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۱
پارانوئید	۳۰۰۰/۰۰۰	۱	۳۰۰۰/۰۰۰	۱۵/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	۰/۹۷۱
دوری‌گزین	۱۳۷۳/۶۳۳	۱	۱۳۷۳/۶۳۳	۸/۷۲۸	۰/۰۰۶	۰/۲۳۸	۰/۸۱۴
افسرده	۹۶۸۴/۰۳۳	۱	۹۶۸۴/۰۳۳	۲۲/۵۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۹۹۶
وابسته	۵۳۳۳/۳۳۳	۱	۵۳۳۳/۳۳۳	۱۵/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	۰/۹۶۵
دیگر آزار	۲۵۰۲/۵۳۳	۱	۲۵۰۲/۵۳۳	۱۲/۳۷۹	۰/۰۰۲	۰/۳۰۷	۰/۹۲۴
منفی‌گرا	۹۴۶۹/۶۳۳	۱	۹۴۶۹/۶۳۳	۲۷/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱	۰/۹۹۹
خودآزار	۹۹۷۳/۶۳۳	۱	۹۹۷۳/۶۳۳	۳۴/۲۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰	۱

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در همه الگوهای بالینی شخصیت در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است؛ بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی سبب کاهش علائم بالینی

شخصیت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. لازم به توضیح است برای تداوم اثربخشی، آموزش مهارت های زندگی پیگیری پس از ۴۵ روز انجام شد که نتایج حاصل از مرحله پیگیری در جدول ۶ و ۷ آورده شده است.

جدول ۶- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بروی میانگین نمره های مؤلفه های الگوهای بالینی شخصیت پیگیری آزمون گروه آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
اثر پیلایی	/۵۷۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
لامبدای ویلکز	/۴۲۷	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
اثر هنتیک	۱/۳۴۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰
بزرگ ترین ریشه روی	۱/۳۴۳	۳/۵۲۶ ^a	۸	۲۱	۰/۰۱۰

مندرجات جدول ۶ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۱$ تفاوت معنی داری وجود دارد بر این اساس می توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (مرزی، پارانوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی گرا و خودآزار) آزمون پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ درج شده است.

جدول ۷- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بروی میانگین نمره های مؤلفه های الگوهای بالینی شخصیت آزمون پیگیری گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	df	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
مرزی	۵۶۳۰/۷۰۰	۱	۵۶۳۰/۷۰۰	۲۱/۴۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۳۴	۰/۹۹۴
پارانوئید	۲۲۸۸/۱۳۳	۱	۲۲۸۸/۱۳۳	۹/۷۳۱	۰/۰۰۴	۰/۲۵۸	۰/۸۵۳
دوری گزین	۱۳۰۶/۸۰۰	۱	۱۳۰۶/۸۰۰	۵/۲۶۴	۰/۰۲۹	۰/۱۵۸	۰/۶۰۱
افسرده	۵۲۸۰/۱۳۳	۱	۵۲۸۰/۱۳۳	۱۳/۰۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸	۰/۹۳۷
وابسته	۵۵۷۶/۰۳۳	۱	۵۵۷۶/۰۳۳	۱۲/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	۰/۹۲۸
دیگر آزار	۲۹۶۰/۱۳۳	۱	۲۹۶۰/۱۳۳	۱۲/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۰/۹۳۳
منفی گرا	۴۰۸۳/۳۳۳	۱	۴۰۸۳/۳۳۳	۱۱/۸۸۹	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸	۰/۹۱۴
خودآزار	۲۶۳۲/۳۳	۱	۲۶۳۲/۳۳	۶/۶۶۳	۰/۰۱۵	۰/۱۹۲	۰/۷۰۳

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در الگوهای بالینی شخصیت در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است؛ بنابراین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در مرحله پیگیری ۴۵ تداوم داشته است و باعث کاهش تمامی الگوهای بالینی شخصیت گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است.

نتیجه

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی است. بدین گونه که تجربیات دردناک دوران کودکی، تغییراتی در شناخت و الگوهای رفتاری قربانیان سوءاستفاده جنسی ایجاد نموده است که آن تجربیات موجب ویژگی‌های انعطاف‌ناپذیری، اجتنابی و مشکلات بین فردی شده است. همچنین سوءاستفاده جنسی دوره کودکی بر هیجان‌ها و احساسات قربانیان اثرات منفی بر جای گذاشته که منجر به کاهش بهداشت روانی در آنان شده است. لذا به منظور تأمین سلامت روان و احیاء روابط بین فردی - اجتماعی بیشتر و سازنده‌تر و به جهت پیشگیری از ابتلا به بیمارهای روانی - جسمی شدیدتر قربانیان سوءاستفاده جنسی در این مطالعه؛ آموزش مهارت‌های زندگی با تمرکز بر کاهش علائم بالینی سوءاستفاده جنسی شامل: خودآگاهی، ارتباط‌های انسانی مؤثر و روابط بین فردی و همدلی، ابراز وجود و جرأت‌مندی، مشارکت و همکاری، مسئولیت‌های فردی، آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای با خلق منفی، و آموزش مهارت‌های تفکر خلاق و انتقادی با روش یادگیری مشارکتی و گروهی، توانایی‌های شناخت، رابطه بین فردی و برقراری ارتباط مؤثر با دیگران، به‌عنوان یک روش مداخله‌ای برای قربانیان سوءاستفاده جنسی طراحی شده تا اثربخشی آن بر کاهش علائم بالینی شخصیت آن‌ها مورد بررسی گیرد. نتایج یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که: آموزش مهارت‌های زندگی موجب شده است که آزمودنی‌ها، شناخت بیشتری نسبت به خود پیدا کنند و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و در جهت اصلاح آن بکوشند. داده‌های پژوهش بیانگر آن است که پس از آموزش مهارت‌های زندگی، میانگین شخصیت‌های مرزی، پارانوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار نسبت به مرحله قبل از آموزش کاهش معنی‌داری داشته‌اند که بیانگر تأثیر آموزش بر شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حاکی از تأثیر آموزش در متغیرهای شخصیت‌های مرزی، پارانوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، دیگر آزار، منفی‌گرا و خودآزار طی ۳ بار اندازه‌گیری بوده و همچنین تفاوت معنی‌دار قبل و بعد از آموزش را نشان داده است که مؤید فرضیه پژوهش است. در تبیین این

تحقیق، می توان گفت: آموزش شناختی-رفتاری مهارت های زندگی موجب اصلاح افکار ناسازگار قربانیان شده و الگوهای رفتاری آن ها را انعطاف پذیر نموده و به علت افکار و احساسات و تجربه دردناک دوران کودکی خود که اغلب مورد اجتناب قرار گرفته بودند به آن ها کمک کرد تا نقاط قوت و ضعف خود را شناخته و در جهت اصلاح آن بکوشند. در این راستا راهکارهای مقابله با مشکلات، به روش کارآمدتر و مناسب تر اتخاذ گردید و در نتیجه، اضطراب و نگرانی ها نیز سیر نزولی پیدا کرد و در مقابل توانایی های آنان در زمینه های مهارت های همدلی، برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی افزایش یافت. از طرف دیگر نتایج مربوط به شخصیت های هیستریایی، خودشیفته، ضداجتماعی و سواسی تفاوت های معنی داری را نشان ندادند. نتایج آزمون مقایسه های دوگانه بیانگر آن است که وضعیت قربانیان بعد از آموزش تا آزمون پیگیری تغییر محسوسی را دربر نداشته و تقریباً ثابت مانده است که حاکی از ماندگاری اثر آموزش و ثبات آزمون ها است. در تبیین یافته های این آزمون می توان گفت که: آموزش مهارت های زندگی روی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی تأثیر گذاشته و به طور چشمگیری موجب کاهش علائم بالینی شخصیت آن ها شده است؛ و فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم بالینی شخصیت قربانیان سوءاستفاده جنسی تأثیر دارد، تأیید شده است.

پژوهش حاضر در کنار سایر نتایج مشابه، به اهمیت آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم شخصیت های اسکیزوتایپال مرزی، پارانوئید، اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، دیگر آزار، و سواسی، منفی گرا و خودآزار در قربانیان سوءاستفاده جنسی پرداخته است. نتایج این پژوهش همسو با تحقیق رضایی و همکاران (Rezaee et al, 2009)، خدابخش و منصوری (Khodabakhsh & Mansoori, 2011) که دریافتند آموزش مهارت های زندگی می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید، برای نوجوانان مراکز شبه خانواده بکار رود، است. همچنین پژوهش های رضایی (Rezaee, 2009)، طارمیان (Taremian, 2002)، پیک و همکارانش (Pick et al, 2003)، حمیدی (Hamidi, 2005)، تاتل و هیکلر (Tuttel & Heicler, 2006)، مرادی و کلانتری (Moradi & Kalantari, 2006) و عبدالله پور (Abdollahpoor, 2006) نیز در همین راستا قلمداد می گردد.

تحقیقات نشان داده اند مهارت های زندگی، مجموعه ای از توانمندی ها هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش داده و در نتیجه شخص قادر می شود بدون اینکه به خود و دیگران صدمه بزند، مسئولیت های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش ها و مشکلات روزانه زندگی به شکل مؤثر روبه رو شود. (Mohammadkhani, 2012)

به‌طور کلی می‌توان گفت؛ که یادگیری موافقت‌آمیز مهارت‌های زندگی، باعث افزایش توانایی‌های افراد آسیب‌دیده شده و در نتیجه تغییر افکار، تغییر شناخت و رفتار را در پی داشته است. بدین صورت علائم بالینی شخصیت‌های اسکیزوتایپال مرزی، پارانویید، اسکیزوئید، دوری‌گزين، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی‌گرا و خودآزار در قربانیان سوءاستفاده جنسی کاهش یافته است. انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بوده است که از جمله؛ فشردگی مطالب آموزشی و ارائه آن در مدت‌زمان محدود، بی‌حوصلگی در پاسخگویی به سؤالات آزمون‌ها، به علت تعداد زیاد سؤالات آزمون مهارت‌های زندگی و نیز آزمون چندمحوری بالینی میلون-۳ است.

پیشنهادها

بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی به‌عنوان یک روش پیشگیری مورد استفاده قرار گرفته و همچنین به‌عنوان یک روش آموزشی در جهت حفظ سلامت روانی جامعه و پیشگیری از علائم روان‌شناختی آسیب‌دیدگان جامعه که کاهش هزینه‌های درمانی را در پی خواهد داشت، در موارد زیر مورد استفاده قرار گیرد:

۱) در مؤسسات آموزشی (مدارس، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی دیگر).

۲) در سازمان بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی، مراکز اجتماعی و مشاوره.

۳) در صداوسیما با برنامه‌های آموزشی و آموزنده.

۴) در زندان‌ها، دادگاه‌ها.

در پایان از مسئولین محترم سازمان بهزیستی استان خراسان رضوی که امکان انجام این پژوهش را در مراکز مورد نظر فراهم نمودند و همچنین از مددجویان عزیزی که بدون همکاری آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نمایم.

References

- Abdollahpoor, M. (2006). The effect of life skills training on self-esteem, self-concept and mental health of high school second grade male students of Kohgiloye city (Master s thesis). Sciences and Research, Ahvaz Branch. (In Persian)
- Benedict, M.I (1998). Parenting among women sexually abuse in childhood. John Hopkons University (Data Set).
- Fathi-Ashtiani, A. (2012). Psychological Tests: Personality and Mental Health. Tehran: Publications Besat, pp 193.
- Finkelhor, D. (1979). Sexually victimized children (pgs. 157-184). New York: Free Pre.
- Gladstone. G., Parker, G Mitchell, P., & Malhi, G. (2004). Implications of childhood trauma for depressed females: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and recidivism. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.
- Goldman. J, D, G. (2007). Primary school student - teachers knowledge and understandings of child sexual abuse and its mandatory reporting, *International Journal of Educational research*. 46, 368-381.
- Hamidi, M. (2005). The effectiveness of life skills training on behavioral of female adolescents (Master s thesis). Allame Tabatabaei University. (In Persian)
- Hopson, H. E. (May, 2010). Disclosure, Social reactions to disclosure, and mental health outcomes among adult child sexual abuse victims (Master s thesis). Dissertation number: 1484813. United States, East Tennessee State University, Johnson City.
- Hosseinpoor, H. (2012). *The effectiveness of life skills training to reduce symptoms of shyness, depression, anxiety and stress of juvenile prisoners* (Master s thesis). Islamic Azad University- Torbatjam branch. (In Persian)
- Lowenstein, R. J. (2004) Dissociation of the "bad" parent, preservation of the "good" parent. *Psychiatry*, 67(3), 256-260.
- Khodabakhsh MR, Mansouri P. (2011). The effect of life skills education on psychological. *Zahedan J Res Med Sci, (ZJRMS)*. 13(3): 51.
- Kleinike, C, L. (2010). Full set of life skills. Translated by Shahram Mohammadkhani. Tehran: Publications Resaneye Takhasosi.
- Mash, E J., Barkle, R E. (2003). Child Psychopatology.2, Translated by H, Tozandehjani. J, Tavakolizadeh N, Kamalpoor, Gonabad: Avaye kelk-Marandiz, pp 200-207.
- McCarthy, J. (2004). Primitive anxiety and countertransference engagement. *Psychoanalytic psychology*, 21(4), 618-621. Doi:10.1037/0736~ 9735.21.4.618.
- MohammadKhani, SH. (2012). Life skills training (1) Self-awareness and empathy. Tehran: Miankoshk. PP 6-24.
- Moradi, A, Kalantari, M. (2006). Impact of life skills education on mental profile of women with disabilities° mobility. *Journal exceptional children*. Year 6. No 1,559-576. (In Persian)
- Millon, T. (1994). Millon Clinical Multiaxial Inventory ° III manual, Minneapolis, M N: National Computer Systems.
- Nauderi, F., Bromandnasab, M., varzandeh, M. (2009). The effect of Life skills training to anxiety and assertiveness of high school Students in Behbahan city. *Journal of yaftehay no in the Psychology*, 44-53.
- Nazari, I., Hossein Poor, M. (2009). The effectiveness of Social skills to anxiety and self-esteem of female Students in Baghmalek high school. *Journal of yaftehay no in the*

- Psychology*, 96-97.
- Ohadi, B. (2005). Human non-national and national sexual behaviors and Sexuality. Esfan: publishing sadeghedayat, Vol 15, 287-296.
- Overskeid, G. (2007). Looking for Skinner and finding Freud. *American Psychologist*, 62, 590-595. Doi: 10.1037/0003-066X.62.6.590.
- Pick, S., Givudan, M., & Poortinga, V. H. (2003). Sexuality and life skills education: A Professional Perspective of the requirements for the degree Master of Social Work. *Psychiatry*, 67(3), 256-260.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Pasha, Gh., Golshokoh, F. (2009). Personality Assessment. Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz. 12.
- Rezaee, E., Malek Poor, M., Arizi, H. R. (2009, May). The effect of life skills education on adolescent stress and coping with stress in a family-like centers. *Scientific-Research Journal of Danshvar (rafter) Shahed University*, year 16, No 34, 21.
- Sharifi, A. A. (2007). Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Tehran: Ravansanji Publishing 1, 41-42.
- Sperry, L. (2004). Psychotherapy of Personality disorder. T, By: H, Tozandehjani., H, Nejat., M, Musabadi, Neyshaboor: Firoze city.
- Taremi, F. (2002). Drug Abuse in Teens. Publications Tarbiat: Tehran, 46. (In Persian)
- Tuttle, J., Campbell-Heider, N., & David, T. M. (2006). Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study. *J Pediatr Health Care*, 20(3), 184-191. doi: 10.1016/j.pedhc.2005.10.011.
- Veague, H. B. (2007). Personality disorders. T. By: Ataalla Mohammadi, Tehran: Arjomand, 2, 8-20. 2011.
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood Sexual Abuse. *Perspective in Psychiatric Care*, 46(1), 56-64.
- World Health Organization. (2000). The life skills. Translated by Parvaneh Mohammadkhani, Robabe Noori Ghasemabadi, Tehran: Publications of Country Health Organization.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Translated by Ali Sahebi & Hasan Hamidpoor, Agah Publishing House & Arjomand Publishers, Tehran, 2005.