

# مقایسه تاثیر آموزش دو روش حل تعارض و مدیریت هوش هیجانی بر رضایت از زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان<sup>۱</sup>

محبوبه ضیاء خدادادیان<sup>۱</sup>، مسعود سیرتی نیر<sup>۲\*</sup>، فریال خمسه<sup>۳</sup>، عباس عبادی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان ۵۰۱ ارتش، <sup>۲</sup> دانشجوی دکترا پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، <sup>۳</sup> کارشناس ارشد روان پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، <sup>۴</sup> دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله و رئیس دانشکده پرستاری

\*نویسنده پاسخگو: آدرس: تهران، اقدسیه، سه راه اراج، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، Email: Masoud@sirati.info

## چکیده

مقدمه: جنگ علاوه بر ایجاد عوارض و مشکلات جسمی و روانی بر رزمندگان، خانواده آنان را نیز در معرض خطر و مشکلات قرار می دهد.

هدف: این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر آموزش دو روش حل تعارض و مدیریت هوش هیجانی بر رضایت از زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان انجام گردیده است.

مواد و روش ها: در یک کارآزمایی بالینی شاهددار ۹۰ نفر از همسران جانبازان اعصاب و روان در بیمارستان بقیه الله (عج) و مرکز روانپزشکی صدر مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه ها با تخصیص تصادفی در سه گروه حل تعارض، مدیریت هوش هیجانی و شاهد تقسیم گردیدند. برای گروه حل تعارض برنامه آموزشی در سه جلسه دو ساعته به مدت سه هفته و برای گروه مدیریت هوش هیجانی برنامه آموزشی در پنج جلسه دو ساعته به مدت پنج هفته، به صورت آموزش گروهی ارائه شد و برای گروه شاهد هیچ گونه آموزشی ارائه نگردید. رضایت از زندگی هر سه گروه، قبل از مداخله و پس از مداخله (مرحله پیگیری و مرحله نهایی) بوسیله پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS<sup>II</sup>) تعیین گردید.

یافته ها: نمره رضایت از زندگی قبل از انجام مداخله در گروه های حل تعارض، مدیریت هوش هیجانی و شاهد اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P>0.05$ ). بین نمرات رضایت از زندگی در مراحل قبل و شش هفته اول بعد از مداخله در هر سه گروه نیز اختلاف معناداری وجود نداشت ( $P<0.05$ ), اما نمره رضایت از زندگی بین سه گروه در شش هفته دوم بعد از مداخله اختلاف معناداری را نشان داد ( $P=0.001$ ). آزمون تعقیبی توکی نشان داد که این تفاوت مربوط به تفاوت گروه شاهد با دو گروه دیگر می باشد ( $P<0.05$ ). ولی بین دو گروه هوش هیجانی و حل تعارض تفاوت معنی داری وجود نداشت. بحث: نتایج به دست آمده مبین تاثیر هر دو روش مورد مداخله بر رضایت از زندگی است، پیشنهاد می شود جهت ارتقاء رضایت از زندگی خانواده جانبازان از برنامه های آموزشی مهارت حل تعارض و مدیریت هوش هیجانی استفاده گردد.

کلید واژه: رضایت از زندگی، پرسشنامه SWLS، حل تعارض، مدیریت هوش هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۷

<sup>۱</sup> این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجویی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) می باشد.

<sup>II</sup> Satisfaction with life scale

## مقدمه

جنگ ضربه‌ای روان‌شناختی است که خارج از تجربیات طبیعی انسان بوده و برای هر کس بالقوه تهدیدکننده است (۱). جنگ تحمیلی عراق علیه ایران نیز یکی از این حوادث است که عوارض عصبی، روانی بسیاری را روی رزمندگان و خانواده‌های آن‌ها بخصوص همسران گذاشته‌است. از میان جانبازان جنگ، جانبازان اعصاب و روان بخش عمده‌ای از مجروحین زمان جنگ تحمیلی می‌باشند که براساس آمار ارائه‌شده از سوی بنیاد جانبازان در سال ۱۳۷۸ آمار جانبازان اعصاب و روان دارای تشخیص روانپزشکی در سراسر ایران ۳۶۳۵۴ نفر می‌باشند که ۱۱۱۲ نفر از این افراد، دچار اختلالات اعصاب و روان در معرض خطر می‌باشند. با توجه به سوابق و تشخیص درج‌شده در پرونده جانبازان اعصاب و روان بیش از ۸۰٪ آن‌ها دچار اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند که البته شدت علائم آن‌ها در طیفی از ضعیف تا بسیار شدید قرار می‌گیرد (۳ و ۲). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهد اثرات جنگ با مبتلاکردن افراد بازمانده به PTSD<sup>۱</sup> متوقف نمی‌شود، بلکه تا عمق خانواده‌ها و مراقبت‌کنندگان آن‌ها نیز نفوذ می‌کند، این افراد قربانیان ثانویه نام دارند. متأسفانه پدیده قربانیان ثانویه و پیامدهای آن مدت زمان اندکی است که مورد توجه قرار گرفته‌است. بنظر فیگلی (۱۹۹۷) قربانیان ثانویه کسانی هستند که در شبکه اجتماعی فرد آسیب‌دیده بوده و از آسیب‌های متعدد و خستگی‌های طاقت فرسای او دچار رنجش شده‌اند. این افراد می‌توانند یکی از اعضاء خانواده، همسر و دوستان و حتی درمانگری باشد که با آن‌ها کار می‌کند (۴).

به نظر استوارت و ساندین (۲۰۰۱) تقریباً ۶۵٪ بیماران مبتلا به اختلال روانی با خانواده‌های خود زندگی می‌کنند (۵). وجود یک بیماری جدی و مزمن در یکی از اعضای خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده بخصوص ساختار خانواده، نقش‌ها و عملکردها و همچنین رضایت از زندگی اعضای خانواده دارد، بخصوص زمانی که فرد بیمار در خانواده مسئولیت مهم و مرکزی داشته‌باشد این تأثیر عمیق‌تر و بیشتر خواهد شد. تجارب بالینی و مشاهدات مکرر پژوهشگران نشان می‌دهد خانواده جانبازان اعصاب و روان از مشکلات

بیشتری رنج می‌برند (۶). کالهن و همکاران (۲۰۰۲) طی مطالعه‌ای دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش فشار روانی مراقبین ارتباط دارد (۷). دژکام (۱۳۸۲) طی مطالعه‌ای نشان داد که میزان اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از همسران بیماران اعصاب و روان است (۸).

اینکلهارت مفهوم رضایت را این‌گونه تعریف می‌نماید: «احساس رضایت از بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی فردی به وجود می‌آید». بنابراین رضایت از زندگی از سایر سازه‌های روان‌شناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، عزت‌نفس و خوش‌بینی متمایز است (۹). رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی کلی کیفیت زندگی بر اساس ملاک‌های انتخاب‌شده عبارت از مقایسه بین شرایط زندگی با ملاک‌های شخصی است. افراد هنگامی سطوح بالای رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آن‌ها با ملاک‌هایی که برای خود تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته‌باشد. رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان جامع‌ترین ارزیابی افراد از شرایط زندگی خود در نظر گرفت (۱۰). عوامل متفاوتی در میزان رضایت از زندگی مؤثر است از جمله تعامل اجتماعی، عوامل شخصیتی، سطح درآمد و طبقه اجتماعی، مذهب. نتایج پژوهش استوبر و استوبر<sup>II</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان‌دادند که سن، جنس و رضایت از زندگی با قلمروهای مختلف شغلی، تحصیلی و سلامت جسمانی و روانی رابطه معنادار دارند (۱۱). بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنیدگی ادراک‌شده، و دسترسی به منابع مقابله با تنیدگی، سطح رضایت از زندگی و سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند (۱۲). مالتابی<sup>III</sup> و همکاران (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که عدم رضایت از زندگی با سطوح پایین سلامت، نشانه‌های افسردگی، مشکلات شخصیتی و رفتارهای نامناسب بهداشتی رابطه دارد (۱۳). از آنجائی که اختلالات روانی و رفتاری بر اقتصاد خانواده و رضایت از زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، همانند یک استرسور، تمامیت خانواده و رضایت از زندگی اعضاء را نیز تهدید می‌نماید (۱۴). بنابراین کاهش استرس و ارتقاء سطح سلامت و رضایت از

<sup>II</sup> Stoeber & Stoeber

<sup>III</sup> Maltaby

<sup>I</sup> Post traumatic stress disorder

دیگران و تمیز بین آنها و استفاده از آن در جهت تفکر و عمل کردن مطرح شد. امروزه اکثر دانشمندان بر این عقیده باور دارند، شخصی که هوش هیجانی بالاتری دارد با چالش‌های مسیر زندگی راحت‌تر کنار می‌آید و از شرایط بهتری جهت کنترل کردن هیجانات خود برخوردار بوده و فرد می‌تواند به سلامت روانی مطلوب‌تری دسترسی پیدا کند (۲۰). نتایج مطالعه احدی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد بین هوش هیجانی با رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۱). امروزه با توجه به اثربخشی این نوع مداخلات، عدم وجود عارضه جانبی و نیز مقرون به صرفه بودن آنها از نظر اقتصادی، بیشتر مورد توجه واقع شده‌اند. از این رو مطالعه حاضر با هدف مقایسه ارزیابی تاثیر دو روش مهارت حل تعارض و مدیریت هوش هیجانی بر بهبود رضایت از زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان صورت گرفته‌است.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی سه گروهی شاهددار است. حجم نمونه، در این مطالعه ۹۰ نفر از همسران جانبازان اعصاب و روان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بقیه‌الله و صدر (در سه گروه ۳۰ نفر گروه شاهد، ۳۰ نفر گروه مدیریت هوش هیجانی و ۳۰ نفر گروه حل تعارض) بودند که به روش نمونه‌گیری تخصیص تصادفی انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل همسر آن دسته از جانبازان زمان جنگ تحمیلی، دارای از کارافتادگی ۶۹-۲۵ درصد مبتلا به اختلالات اعصاب و روان که حداقل از زندگی مشترک آنان یک‌سال گذشته، عدم ابتلا همسر جانباز به بیماری حاد یا مزمن جسمی یا روانی و اعتیاد و در محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و ساکن تهران و حومه و دارای شغل خانه‌داری بوده‌اند، همچنین همسر آن دسته از جانبازان که دوره‌های آموزشی حل تعارض، مدیریت هوش هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و مدیریت استرس را گذرانده بودند از نمونه‌ها حذف گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایت از زندگی بود. پرسشنامه رضایت از زندگی یک پرسشنامه معتبر برای اندازه‌گیری ارزیابی کلی افراد از شرایط زندگی‌شان می‌باشد که در سال ۱۹۸۵ توسط داینر

زندگی افراد جامعه، موضوع بسیار مهمی است که مورد توجه صاحب‌نظران بهداشتی قرار گرفته‌است. نتایج پژوهش دویی<sup>I</sup> و آگاروال<sup>II</sup> (۲۰۰۷) نیز در مورد ۱۸۰ بیمار با ناراحتی مزمن نشان‌دادند که کاربرد سبک‌های مقابله‌ای فعال در ایجاد رضایت از زندگی فعلی و آینده فرد مؤثر است (۱۵). مطالعه آدریانس<sup>III</sup>، لویی<sup>IV</sup> و ویسر<sup>V</sup> (۲۰۱۱) نیز بر روی همسران بیماران مبتلا به سکته قلبی در دوره مزمن بیماری نشان داد با گذشت زمان بطور معناداری حمایت اجتماعی کاهش یافته‌بود. حمایت اجتماعی بطور مثبت با رضایت از زندگی و کاهش فشار روی مراقبین ارتباط داشت (۱۶).

امروزه آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط از جمله مهارت حل تعارض، به عنوان یکی از چندین مهارت زندگی، از اهمیت خاصی برخوردار است. ارتباط مایه حیات هر رابطه است. رشد شخصیت و بهداشت روانی و جسمی ما با توانایی برقراری ارتباط رابطه دارد. یک رابطه نارسا می‌تواند سلامت جسمی و روانی شخص را تحت تاثیر قرار دهد (۱۷).

نتایج تحقیقات انجام‌شده حاکی از تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری در کاهش اضطراب و استرس و مصرف الکل و دارو بوده‌است. همچنین پژوهش‌های انجام‌شده، نشان‌داده‌است که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی افراد و شیوه‌های مقابله با استرس مؤثر می‌باشد (۱۸). تعارض یک بخش اجتناب‌ناپذیر در زندگی است. گرچه تعارض معمولاً به شکل منفی در نظر گرفته می‌شود اما می‌تواند به‌طور مثبت هم به کیفیت روابط و هم به رشد شخصی کمک کند و این زمانی است که بتوان با شیوه‌های صحیح و کارآمدی به حل تعارض پرداخت (۱۷). از سوی دیگر اداره تنیدگی موجب ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بروز بیماری‌ها، بهبود رضایت از زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی می‌گردد. از جمله تکنیک‌های اداره تنیدگی، مدیریت هوش هیجانی است (۱۹). تعریف هوش هیجانی برای اولین بار به وسیله سالوی و مایر (۱۹۹۴) به عنوان توانایی درک احساسات و هیجانات خود و

<sup>I</sup> Dubey

<sup>II</sup> Agarwal

<sup>III</sup> Adriaansen

<sup>IV</sup> Leeuwen

<sup>V</sup> Visser

سخنرانی و تمرین عملی برای گروه‌های مداخله آموزش را ارائه داد و جهت اطمینان از کسب مهارت‌های فوق از نمونه‌ها درخواست نمود تا به طور انفرادی مهارت فوق را توضیح داده و به رفع سؤالات و ابهامات آنان اقدام نمود. پس از اطمینان از یادگیری آزمودنی‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا روزانه مهارت‌های فوق را در منزل به هنگام مواجهه، استفاده و نتایج تمرین را در برگه ثبت گزارش روزانه به مدت ۶ هفته یادداشت نمایند. پژوهشگر در مدت ۶ هفته با آزمودنی‌ها در ارتباط بوده و پاسخ‌گوی سؤالات احتمالی آنان بود. پس از گذشت ۶ هفته از کلیه نمونه‌ها (گروه‌های مداخله و شاهد) درخواست گردید در محیط پژوهش حضور یافته و ضمن ارائه برگه ثبت گزارش مجدداً پرسشنامه رضایت از زندگی را تکمیل نمودند. در مرحله نهایی مطالعه، پس از گذشت ۶ هفته دوم پس از مداخله، به منظور تاثیر استمرار آموزش و تغییر رفتار آزمودنی‌ها از کلیه نمونه‌ها آزمون نهایی و تکمیل پرسشنامه رضایت از زندگی به عمل آمد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS.18 تحت ویندوز و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون کاسکوئر، ANOVA، توکی و آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و  $P \leq 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است این مطالعه پس کسب موافقت نهادهای ذیربط، توضیح اهداف و ماهیت پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، رعایت صداقت و امانتداری در اطلاعات جمع‌آوری شده انجام گرفت.

#### یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از پژوهش میانگین سنی اکثریت جانبازان در هر سه گروه، در رده سنی ۴۲-۵۴ سال و دارای تحصیلات زیردیپلم بودند و مبتلا به اختلالات خلقی بودند. در سه گروه مورد مطالعه بیشترین درصد جانبازی، ۳۴ درصد بود. میانگین سن همسر جانبازان در هر سه گروه ۴۲ سال بود. اکثریت همسر جانبازان تحصیلات زیردیپلم داشتند. حداقل تعداد فرزند در محدوده ۲-۱ فرزند و حداکثر در محدوده ۵-۶ فرزند بود. مشخصات دموگرافیک هر سه گروه از لحاظ آماری باهم تفاوت معناداری نداشت ( $P < 0.05$ ).

مطرح گردید و در مطالعات متعدد داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و روایی آن مورد تایید بوده است (۲۲). اطلاعات در این پژوهش در سه مرحله، قبل از مداخله، شش هفته اول پس از مداخله (مرحله پیگیری) و شش هفته دوم پس از مداخله (مرحله نهایی) جمع‌آوری گردید. در گروه شاهد هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت، در گروه دوم مداخله به صورت آموزش مدیریت هوش هیجانی و در گروه سوم به صورت آموزش مهارت حل تعارض انجام شد. در مرحله قبل از مداخله پژوهشگر با معرفی خود و هدف از انجام پژوهش به همسر جانبازان و جلب رضایت آن‌ها اقدام به تکمیل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایت از زندگی به روش مصاحبه منظم نمود. نمونه‌گیری مدت زمان یک ماه و نیم به طول انجامید و ۹۰ نفر از افراد واجد مشخصات مطالعه، به طور تصادفی در سه گروه (شاهد، مدیریت هوش هیجانی و حل تعارض) قرار داده شدند. آزمون آماری کای اسکوئر اختلاف معنی‌داری را از نظر سن، تحصیلات، تعداد فرزند، طول مدت زندگی مشترک و ... بین گروه‌ها نشان‌داد. در مرحله دوم پژوهش، پژوهشگر برای گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام‌ن داده و صرفاً "مبادرت به تکمیل پرسش نامه رضایت از زندگی نمود. اما برای گروه‌های مداخله، از طریق تماس تلفنی از گروه‌ها درخواست شد که در روز و ساعت مشخص برای شرکت در کلاس آموزشی به محیط پژوهش مراجعه نمایند. آموزش مدیریت هوش هیجانی بصورت ۵ جلسه ۲-۱.۵ ساعته و پنج هفته متوالی ارائه گردید. در این روش مبانی نظری مطرح شده توسط کلمن که بر شناخت خود تاکید دارد و آن عبارتست از تشخیص احساسات و یافتن واژگانی برای بیان آن‌ها، یافتن پیوند موجود بین افکار، احساسات و واکنش‌ها، آگاهی بر اینکه در تصمیم‌گیری فکر یا احساسات غلبه دارد، توجه به پیامدهای تصمیمات، تشخیص نقاط قوت و ضعف خود و ایجاد دید مثبت نسبت به خود و کنار آمدن با اضطراب، خشم و اندوه با استفاده از کتب و منابع علمی آموزش داده شد (۲۰). آموزش مهارت کنترل و حل تعارض نیز به مدت ۳ جلسه ۲-۱.۵ ساعت بصورت سه هفته متوالی ارائه گردید. در این روش مهارت برقراری ارتباط در تعارضات بین فردی، روش پیشگیری، رفع و مهار تعارضات، آموزش داده شد (۱۷). پژوهشگر با استفاده از

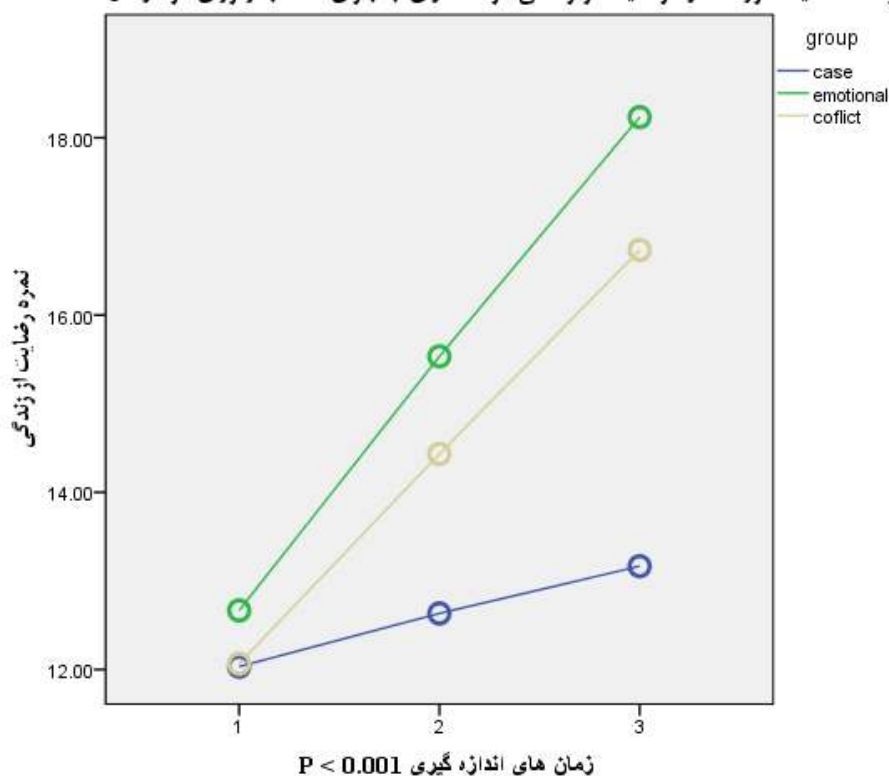
جدول ۱: مقایسه میانگین نمره رضایت از زندگی همسران جانبازان قبل از اجرای مداخله و ۶ هفته اول و دوم پس از مداخله

| مرحله                           | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| شاهد                            | ۱۲.۰۳ (۵.۳۸)           | ۱۲.۶۳ (۵.۵۶)           | ۱۳.۱۶ (۵.۳۷)           |
| هوش هیجانی                      | ۱۲.۶۰ (۵.۰۰)           | ۱۵.۵۳ (۵.۱۵)           | ۱۸.۲۳ (۵.۴۲)           |
| حل تعارض                        | ۱۲.۰۶ (۴.۱۱)           | ۱۴.۴۳ (۴.۶۵)           | ۱۶.۷۳ (۵.۲۰)           |
| آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (F) | ۰.۱۶                   | ۲.۴۳                   | ۷.۱۳                   |
| سطح معنی داری (P)               | ۰.۸۵                   | ۰.۰۹                   | ۰.۰۰۱                  |

در زمینه مقایسه رضایت از زندگی همسران جانبازان میانگین نمره رضایت از زندگی در مرحله قبل و نهایی گروه شاهد ۱۲.۰۳ و ۱۳.۱۶، گروه هوش هیجانی ۱۲.۶ و ۱۸.۲۳ و گروه حل تعارض ۱۲.۰۶ و ۱۶.۷۳ بوده است. با استفاده از آزمون آماری ANOVA یک طرفه تفاوتی بین نمرات رضایت از زندگی در مراحل قبل و ۶ هفته اول بعد از مداخله وجود نداشت ( $p=0.09$ ) اما بین نمره

رضایت از زندگی در ۶ هفته دوم بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p=0.001$ ). آزمون تعقیبی توکی نشان داد که این تفاوت مربوط به گروه شاهد با دو گروه دیگر می باشد ( $P<0.05$ ). بین دو گروه هوش هیجانی و حل تعارض تفاوتی وجود نداشت. لذا این به معنای مؤثر بودن دو روش مداخله بر رضایت از زندگی بوده است (جدول ۱).

نمودار شماره ۱: مقایسه روند نمره رضایت از زندگی در همسران جانبازان اعصاب و روان در مراحل سه گانه



تعارض از شیب تندتری برخوردارند (نمودار ۱).

#### بحث

یکی از مسائل بسیار مهم در ارتقاء رضایت از زندگی

آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه های تکراری در نمودار فوق نشان می دهد که سیر تغییرات نمره رضایت از زندگی در سه گروه تحت مطالعه با یکدیگر متفاوتند ( $P<0.001$ ) و دو گروه هوش هیجانی و حل

خانوادگی دارد و می‌تواند منجر به کاهش میل جنسی در رزمندگان مبتلا و کاهش رضایتمندی زناشویی و سازگاری در همسرانشان شود (نقل از رضایی، ۱۳۸۶) (۳۰). سلیمی و همکاران (۲۰۰۶) نشان‌داد هرچه همسران رزمندگان از مشکلات روانی بیشتری رنج برند رضایت زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند (۳۱). همچنین نتایج حاصل از مطالعه انیسی نشان‌داد همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیراعصاب و روان از اختلالات اضطرابی و افسردگی، پرخاشگری بیشتری شکایت داشته‌اند (۳۲). لذا نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعات قبلی همخوانی داشت. نتایج حاصل از مطالعه پس از مداخله، نشان‌داد که در گروه حل تعارض میانگین نمره رضایت از زندگی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته‌است. مقایسه میانگین نمرات قبل از مداخله و بعد از مداخله مبین این مساله است که در گروه مورد مداخله آموزش تاثیر داشته‌است. خسروی و همکاران (۱۳۹۰) اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت از زندگی زوجین سنجید. یافته‌ها نشان‌داد که میانگین نمره رضایت از زندگی بعد از مداخله افزایش یافته بود (۳۳). پژوهش شوارتز (۱۹۹۹) نشان‌داد که آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط و شیوه‌های مقابله‌ای صحیح و مناسب به افزایش رضایت از زندگی، عملکرد و نقش روانی اجتماعی و جنبه‌هایی از سلامت به ویژه سلامت جسمانی و روان‌شناختی کمک می‌کند. همچنین بهبود روابط ارتباطی و اجتماعی موجب کاهش تضادها و تعارضات بین شخصی و کاهش میزان طلاق می‌گردد (۳۴). استنلی و مارکمن در پژوهش خود نتیجه‌گیری می‌کنند که افرادی که توانایی برقراری ارتباط مناسب را در آموزش گروهی فراگرفته‌اند، از روابط بین فردی رضایت‌مندانده‌ای نسبت به زوج‌هایی که فاقد مهارت‌های یادشده بوده‌اند، برخوردارند (۳۵). از سوی دیگر نتایج بدست‌آمده از مطالعه ثمری و همکاران نشان‌داد که آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود روابط بین فردی و اجتماعی و کاهش اختلالات و تعارضات خانوادگی بسیار مثبت‌بوده و به ایجاد امنیت روانی در محیط خانواده و سلامت روانی در محیط خانواده و سلامت روانی بیشتر اعضا منجر گردیده‌است (۳۶). مطالعه ایمان‌نژاد (۱۳۸۸) نشان‌داد بین الگوهای ارتباطی سازنده و رضایت زناشویی و سلامت روان همبستگی مثبت و

افراد مبتلا به بیماری مزمن توجه به کل خانواده به جای توجه به فرد است. وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضا خانواده معمولاً "تاثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و رضایت از زندگی اعضا خانواده دارد. لذا مراقبت از بیمار روانی زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضا خانواده سلب و در نتیجه بر رضایت از زندگی تاثیر سوء می‌گذارد (۲۳). نتایج حاصل قبل از انجام مداخله نشان‌داد که کلیه همسران مورد مطالعه از زندگی خود ناراضی بودند. در این رابطه وسترنیک و گیارثانو طی مطالعه‌ای نتیجه‌گرفتند که همسران رزمندگان از سطح بالایی از علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی رنج می‌برند (۲۴). بنازون و همکاران طی مطالعه خود نشان‌دادند که بیماری روانی افراد خانواده به خصوص همسر را تحت تاثیر قرار داده و بر میزان رضایت از ازدواج و خوشبختی تاثیر منفی داشته‌است (۲۵). مطالعه الاکده (۲۰۱۰) نشان‌داد والدینی که سطوح بالاتری از شاهد یا قربانی خشونت‌های اجتماعی را گزارش کرده‌اند مبتلا به درجات بالاتری از اختلالات روانی می‌باشند. وی همچنین نشان‌داد رویارویی با خشونت‌های اجتماعی ارتباط نزدیکی با عملکرد روانی والدین و شایستگی هوش اجتماعی فرزندان آن‌ها دارد (۲۶). تول (۲۰۰۹) نشان‌داد PTSD یک اختلال ناتوان‌کننده‌است که تاثیر منفی بر حوزه‌های مختلف زندگی شخص از جمله کار و روابط شخصی (ناتوانی در حفظ و نگهداری روابط) می‌گذارد (۲۷). پراچکو<sup>I</sup> و یلسون<sup>II</sup> و کات رایت<sup>III</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که علائم افسردگی در بیماران مزمن و همسرانشان روی رضایت زناشویی آن‌ها تاثیرگذار است، اما رضایت زناشویی روی علائم افسردگی بیماران و همسرانشان تاثیری ندارد. علائم افسردگی همسران نیز روی رضایت زناشویی بیماران تاثیرگذار است (۲۸). استوانویچ و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان‌داد بیماری اعصاب و روان جانبازان بر روی سلامت خانواده و از جمله کیفیت زندگی همسرانشان تاثیر بالایی دارد (۲۹). پرایمن و استیمون (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان‌داد علائم PTSD اثرات منفی بر روی ارتباطات

<sup>I</sup> Pruchno<sup>II</sup> Wilson<sup>III</sup> Cartwright

معناداری وجود دارد (۳۷). یونسی (۱۳۸۷) در پژوهش نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار موجب بهبود الگوهای ارتباطی می شود. این مدل ارتباطی باعث بالارفتن میزان استفاده زوجها از الگوهای ارتباطی سازنده متقابل و پایین آمدن میزان استفاده آنها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل، توقع/کناره گیری، توقع: مرد/کناره گیری: زن، توقع: زن/کناره گیری: مرد شد (۳۸). نتایج مطالعه حسینیان و شفیعی نیا (۱۳۸۴) نشان می دهد آموزش مهارت های حل تعارض، تعارض های زناشویی را کاهش می دهد. آموزش مهارت های حل تعارض، در برگیرنده آموزش مهارت های ارتباطی، گرگشایی و گفت و گوی دو سویه است. بنابراین می توان گفت آموزش این مهارت ها بر پیشگیری از طلاق، حل تعارض ها و افزایش رابطه تاثیر دارد (۳۹). مطالعه نیروشک (۱۳۸۴) نشان داد که آموزش مهارت های مقابله ای سطوح عملکرد خانواده را به نحو معناداری افزایش داده و همچنین آموزش این مهارت ها، فشارهای روانی تجربه شده در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را به نحو معناداری کاهش داده است. کاهش میزان خشم، با فراگیری مهارت های مقابله ای نیز ارتباط معنادار داشته و این آموزش ها توانسته بود میزان خشم را در همسران جانبازان مبتلا نسبت به گروه شاهد کاهش دهد (۴۰). لذا نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعات قبلی همخوانی داشت. نتایج حاصل از این مطالعه پس از مداخله در گروه هوش هیجانی نیز نشان داد که میانگین نمره رضایت از زندگی افزایش یافته است. مطالعه نقدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که آموزش هوش هیجانی می تواند بر کاهش پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی و خشم تاثیر داشته باشد (۴۱). غزالی (۲۰۰۴) نشان داد افرادی که قابلیت توانایی استفاده، درک و شناسایی مؤلفه های هوش هیجانی را داشته باشند، بطور معناداری شدت نشانه های PTSD در آنها کمتر خواهد بود (۴۲). اوستین (۲۰۰۴) و احدی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند هوش هیجانی با میزان استرس افراد رابطه منفی و با رضایت از زندگی رابطه مثبت و قوی دارد (۴۳ و ۲۱). اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۶) و سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند هوش هیجانی ساختاری است که رابطه میان استرس و متغیرهای بهداشت روانی را تعدیل می کند (۴۴ و ۴۵). تیرگری (۱۳۸۳) و مهنیان

و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند همبستگی معنی داری بین هوش هیجانی و رضایت زناشویی وجود دارد (۴۶ و ۴۷). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد با استمرار انجام مهارت مدیریت هوش هیجانی در میانگین نمره رضایت از زندگی افزایش چشمگیری ایجاد شده است که با نتایج مطالعات فوق همخوانی دارد. همچنین مقایسه هر دو روش مداخله نیز نشان داد که هر دو روش بر رضایت از زندگی مؤثر بوده است و این در حالی است که در گروه هوش هیجانی نمره رضایت از زندگی نسبت به گروه حل تعارض بصورت چشمگیری بالاتر است. به علاوه نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که برخی متغیرها از جمله وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات جانباز با رضایت از زندگی همسر رابطه داشته باشد. عوامل متفاوتی در میزان رضایت از زندگی مؤثرند از جمله سطح درآمد، طبقه اجتماعی، سن، جنس، وضعیت شغلی، تحصیلی و سلامت جسمانی و روانی، داشتن مسکن خوب و مصرف الکل و مواد مخدر (۱۱ و ۴۸ و ۴۹). همچنین در مطالعه ای نشان داده شد که عوامل روانی، اجتماعی، وضعیت زندگی، شبکه اجتماعی، آموزش و وضعیت اقتصادی مهم ترین عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی در همسران بیمار بوده است (۵۰). بالاخره نمودار شماره (۱) نشان داد که آموزش مهارت حل تعارض و برقراری ارتباط صحیح و مدیریت هوش هیجانی تاثیر چشمگیری در ارتقاء سلامت و رضایت از زندگی داشته است. لذا با توجه به اثربخشی روش های مورد مداخله و مقرون به صرفه بودن از نظر اقتصادی و نیز با توجه به نقش کلیدی همسر در خانواده لازم است برنامه های آموزشی برای آنان بیشتر مورد توجه قرارگیرد. از سوی دیگر تحقیقات نشان می دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهم ترین عامل همراه با ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (۵۱). بنابراین با حمایت های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم تر و رفاه و بهبود زندگی اعضاء خانواده را تامین نمود. لازم به ذکر است از آن جایی که در این مطالعه برای گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفته، رضایت از زندگی آنها طی انجام مراحل مطالعه ممکن است تحت تاثیر عوامل محیطی قرار گرفته باشد، لذا این امر به

و ... به عنوان جزئی از برنامه‌های آموزشی بنیاد جانبازان قرارگیرد. البته با توجه به این که موفقیت در آموزش مستلزم پیگیری و استمرار آن خواهد بود.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت بنیاد شهید و امور ایثارگران صورت گرفته است به این وسیله از ریاست محترم آن بنیاد و کلیه جانبازان عزیز و همسران محترم آنان و نیز مسئولین بیمارستان‌های بقیه الله (عج) و روانپزشکی صدر و اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) کمال تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

عنوان محدودیت مطالعه تلقی گردیده که عملاً "خارج از کنترل پژوهشگر بوده است."

### محدودیت‌ها و پیشنهادات

در این مطالعه خصوصیات روانی، شخصیتی و تفاوت‌های فردی ویا واکنش‌های انفعالی نمونه‌ها و نیز عواملی مانند تربیت، فرهنگ، آگاهی افراد بر نحوه پاسخ‌گویی آن‌ها تاثیرگذار بود که خارج از کنترل پژوهشگر بود. با توجه به اثربخش بودن برنامه‌های آموزشی در این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که به منظور ارتقاء سطح سلامتی و بهبود رضایت از زندگی این عزیزان، آموزش‌های حل تعارض، مدیریت هوش هیجانی

### منابع

1. Hashemi M, Alizade H. effect of training program for spouses of war veterans, having post traumatic stress disorder with Adler approach to decrease points of this the disorder between veterans and increase of marriage satisfaction. Colloge of training and psychology sciences of al Zahra university Psychology studies. Autumn 1387; 4(3):93-114.
2. Sirati nir M, Khaghani zade M. effect of individual, familiar, socially and economical factors on severe of psychological singe's psychological veterans millitary medicine. 1383; 6(1):3-37.
3. Bahrani A, Borhani H. study of mental health in a population of psychological veterans and their spouses in Ghom. Search in medicine. Winter 1383; 2(4):12-25.
4. Brunner\_Routledge. Trauma and its impact on family; in catheral, Don. USA; 2004.
5. Stuart G. Principle & practice psychiatric Nursing. Mosby co; 2001.
6. Keltner N, Schweek L. psychiatric Nursing. 4, editor. USA: Mosby co; 2003.
7. Calhoun P, Bekham J, Boswooth H. Caregives and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. Journal trauma stress. 2002. Jun 15(3):205.
8. Amin alroaya A, Dejhkam M. compare of mental health in tehrans spouses of war veterans affected psychological disorders who are in Sadr hospital and Emam hossein hospitals. Total articles of second science coggess of veterans and family. 1383:114.
9. Enghart R. Cultural evolution in industrial developed societies. Translated by Wetr M, Amir Kabir; 1380.
10. Zulling K, Valois R, Huebner E, Drane J . Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. Quality of life Research. 2005; 14:1573-84.
11. Stoeber J, Stoeber F. Domain of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age and satisfaction with life. Personality and Individual Differences. 2009.
12. Sherman M, Dona Z, Jons D. Key elements in couple therapy with veterans with combat post traumatic stress disorder. Proffessional Psychology. 2005;36:23-36
13. Maltaby J, Day L, McCutcheon L, Gillett R, Houran J, Ashe d. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. British Journal of Psychology. 2004; 95:411-28.
14. Hoeman Shirley. Rehabilitation Nursing. Mosby co; 2000.
15. Dubey A, Agarwal A. Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patient perspectives Journal of Indian Academy of Applied Psychology. 2007; 2:161-8.
16. Adriaansen A, Christel M, van Leeuwen C, Visser J, ET all. Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. Patient Education and Counseling. 2011; 85:48-52.
17. Bullton R. psychology of human relationship (people relationship). Translated by Sohrabi H. Tehran: Roshd; 1381.
18. Khadivi R, Moezi M, Shakeri M, Borgian M. effect of life skills traning about prevention of suicide women of Ardal sceince bimonthly of medical sceinces Ilam. 1384; 1:18.
19. Suzanne C, Brenda G, Brunner and Suddrath. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10 ,



- editor. Lipincott; 2004.
20. Kiaruchi Jh. affects intelligence in usual life. Translator by Nagafi zand G. Tehran: Sokhan; 1383.
21. Ahadi B, Narimani M, Abolghasemi A, Asiabi M. assesment of relationship between emotional intelligence, sabke asnad khodkaramdi with life satisfaction of worked wemen. Training and psychological studies Ferdosi university. 1388; 10(1):17-27.
22. Bayani A, Mohammad kuchaki A, Goodarzi H. relability and validity of satisfaction with life scale (SWLS). Iranian psychologist journal. Spring 1386; 3(11):59-265.
23. Trask PC, et al. cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma cancers. Aug15. 2003; 98(4):854-64.
24. Westernik J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. Journal psychiatry 1999; 33(6):841.
25. Benazon N, Coyne J. Living with depressed spouse. Journal of family psychology. 2000; 14:71-9.
26. Aluqдах S. The Relationship of Exposure to Community Violence Among Parents' Psychological Distress, Satisfaction with Life, Parental Socialization of Emotions& Preschoolers' Social Emotional Competence. Tesis of doctor of philosophy of Howard univercity. 2010.
27. Tull M. The Effect of PTSD on a person s life. A part of the New York Times Company. 2009.
28. Pruchno R, Wilson-Genderson M, Cartwright F. Depressive Symptoms and Marital Satisfaction in the Context of Chronic Disease: A Longitudinal Dyadic Analysis. Journal of Family Psychology 2009; 23(4):573-84.
29. Stevanovic. A, Franciskovic. T. Secondary Traumatization of War Veterans with Post Traumatic Stress Disorder, Rijeka, Department of Psychiatry. Psychological medicine section, by the Croatian medical Journal: Croat med J. 2007; 48(2).
30. Rezaee M. effect of couple throapy based on emotion on improvment relationship pattern of PTSD veterans. Tesis of MS degree Behsisti and tavanbakhshi Sciences University. 1386.
31. Salimi S.H, Azad-Marzabadi E, Mirzamani M, Hosseini-Sangtarashani. Being a Wife of a Veteran with Psychiatric Problem or Chemical Warfare Exposure: A Preliminary Report from Iran. Iranian of Psychiatry. 2006; 1(2).
32. Anisi G. comparative assessment of mental situation of spouses of psychological war veterans with spouses of non- psychological war veterans. Tesis of MS degree Allame Tabatabaee University. 1377.
33. Khosravi S., Taher N., Kalantari M., Molavi H. effective of multi family communication pattern on couple life satisfaction. Hormozgan medicine journal. 1390; 15(1):40-8.
34. Schwartz C. The aching coping skills enhance quality of life more than peer support results of a randomized with multiple sclerosis patients' health psychology. 1999; 18(3):211-20.
35. Stanley S, Markman H. Facts about marital distress and divorce. Denver: university of Denver. 2003:91-5, 111.
36. Samari A, Lali A. study of effectivness life skill traning on familiar stress and social accepst mental health basis journal. 1384; 7:47-55.
37. Eman nejhad K. assessment of relationship between communicational patterns with mental health and couple satisfaction. Thesis of MS degree Tehran University. 1388.
38. Yonesi G. effective of emotional couple troapy on relationship pattern improvment of PTSD veterans research plan behavioral siences center of Baghyatallah medical siences university .1387.
39. Hosseinian S, Shafienia A. assesment of effectivness of coflict resolution skills traning on decreess of couple conflict wemen. Andishehay novin. 1384; 1(4):7-22.
40. Nirushk A. assesment of effectivness front skills traning on decrees anxiety's spouses of psychological veterans. Searching program of pjhoooheshkado engeening & medical sciences bonyade ganbazan. 1384.
41. Naghdi H., Adib N., Nurani R. effective emotional intelligence traninig on violence boy student of first level of high school. Behbood. 1389;14(3):211-8.
42. Ghazali S. Posttraumatic stress disorder, Emotional intelligence, and Gander differences among refugee children from the Middle East (Iraq, Lebanon, Palestine). Project demonstraitng excellence, submitted to the school of professional psychology in partial fulfilment for the requirements for the degree of Doctor of Philosophy area of concentration: Clinical Psychology. 2004.
43. Ostensen K. The runway grils: Is family thetapy the answer? American Journal of family therapy. 2004; 19(3):12-30.
44. Ciarrochi J, Dean F, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Personality and Individual Differences. 2002.
45. Esmaeeli M, Ahadi H, Delavar A, Shafi abadi A .effectivness of emotional inteligenge elements traning on mental health. Psycological & psychiatric clinic Iran. Summer 1386; 13(2):58-65.
46. Tiregary A. relationship of structure emotional intelligence with couple adaptation and application of prevention program of devorce. Tesis of doctorin Tehran University. 1383.
47. Mahanian M, Borgali A, Salimi M. assesment of relationship emotional intelligence and couple satisfaction. Psycology journal.

Autumn 1385; 10(3):308-20.

48. Koiuamaa-Honkanen H, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: A-20 Year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 15(3):433-9.

49. Chuan Hsu Hui. Trajectories and covariates of life satisfaction among older adults in Taiwan. Article in press Contents lists available at Sciverse ScienceDirect journal homepage: [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger). 2011.

50. Larson J, et al. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event, *Scand J caring sci* 2005; 19(4):439-45.

51. Sheija A, Manigandan C. Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *International journal rehablity research*. 2005; 28(4):379-83.