



# Effectiveness of Training Life Skills on the Quality of Life of Spouses of Veterans with Affective Disorders

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Solimanian A.A.<sup>1</sup> PhD,

Jajarmi M.\* PhD,

Falahati M.<sup>2</sup> MSc

### How to cite this article

Solimanian A.A, Jajarmi M, Falahati M. Effectiveness of Training Life Skills on the Quality of Life of Spouses of Veterans with Affective Disorders. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(4):197-205.

## ABSTRACT

**Aims** Years after the end of war, the veterans are still suffering many physical and mental problems that might considerably affect the quality of life of the veterans and their families. Based on the conducted studies, mental trainings can lead to a better quality of life in the veterans and their families. The aim of this study was to investigate the effectiveness of life skills training on the quality of life of the spouses of the veterans with mood disorders.

**Materials & Methods** In the semi-experimental pretest-posttest study with a control group, 50 spouses of the veterans with mood disorders referred to Sadr Psychiatric Hospital (Tehran) in 2013 were selected through Available Sampling Method and studied. The subjects were randomly divided into two groups including experiment and control groups (n=25 per group). The study tool was WHOQOL-BREF questionnaire. In experiment group, there were ten 120-min weekly life-skills training sessions. Data was analyzed in SPSS 18 software using Analysis of Covariance.

**Findings** There were significant differences in the mean scores of Quality of Life (p=0.0001) and subscales including psychiatric health (p=0.017), social relationships health (p=0.005), and physical health (p=0.006) between the groups at the posttest stage with pretest effect control. Nevertheless, there was no significant difference in environmental health subscale (p=0.347).

**Conclusion** Life skills training considerably enhance the quality of life of the spouses of the veterans with mood disorders.

**Keywords** Life Skills; Quality of Life; Spouses; Veterans; Mood Disorders

## CITATION LINKS

[1] Influence of individual, familial and ... [2] Quality of life among veterans with ... [3] Long-term effects of ... [4] The psychological well-being of ... [5] Effect of Having a Post-Traumatic Stress Disorder ... [6] Secondary traumatization and ... [7] Psychological health of veterans ... [8] Impact of bipolar disorder: Result from ... [9] The psychological well-being of family ... [10] Burden Experienced by Family Caregivers of ... [11] Palliative Care for Families: Remembering the ... [12] How are the experiences and ... [13] Family psycho education and ... [14] Preparation of a life-skills curriculum plan ... [15] The effect of life skills education on ... [16] Life skills training: Empirical findings and ... [17] Preventing alcohol and tobacco use ... [18] A comparison of the effect of ... [19] Personality, culture, and subjective ... [20] The life skills ... [21] An instrument to assess mental ... [22] Quality of life from nursing and ... [23] Quality of life: The ... [24] Quality of life: The ... [25] Coping and quality of ... [26] Evaluation of the Effectiveness of ... [27] Recent developments in ... [28] Meaning in life, anxiety, depression and ... [29] Family functioning in the ... [30] Life ... [31] The effect of life skills training on ... [32] Treatment approaches for alcohol and ... [33] Efficacy of a psycho educational intervention in ... [34] Effectiveness of a psycho educational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European ... [35] Family therapy: Concepts, process and ... [36] The effects of family interventions on ... [37] providing services to families of ... [38] Family interventions in schizophrenia and ... [39] Mental health assessment in spouses of ... [40] The impact of posttraumatic stress ... [41] The contribution of captivity and ... [42] The disregarded caregivers: subjective burden in ... [43] Validation of the United States' Version of ... [44] The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian ... [45] WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the ... [46] A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar ... [47] Update on family psychoeducation for ... [48] Survey effective of- assertiveness and aggression in the academic achievement Urmia girl high school ... [49] Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family ...

\*Psychology Department, School of Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

<sup>1</sup>Counseling & Psychology Department, Humanities Faculty, University of Bojnord, Bojnord, Iran

<sup>2</sup>Psychology Department, School of Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

### Correspondence

Address: Group Psychology, Board of Faculty of Humanities, Islamic Azad University Bojnord Branch, University Avenue, Bojnord, Iran  
Phone: +98 5832296982  
Fax: +98 5832296977  
mahmoud.jajarmi@gmail.com

### Article History

Received: June 21, 2015

Accepted: October 6, 2015

ePublished: November 21, 2015

## اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی

علی‌اکبر سلیمانیان PhD

گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

محمود جاجرمی\* PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

مریم فلاحی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

### چکیده

**اهداف:** با وجود گذشت سال‌ها از اتمام جنگ، جانبازان هنوز با مشکلات جسمی و روانی زیادی روبه‌رو هستند که این امر می‌تواند به‌طور جدی کیفیت زندگی جانباز و به‌طبع آن خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعات مختلف نشان داده است که آموزش‌های روانی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی جانباز و خانواده وی نقش داشته باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی بود.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، ۵۰ نفر از همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران در سال ۱۳۹۲ با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد به‌تصادف در دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش، فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. گروه آزمایش به‌مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماري SPSS 18 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** میانگین نمرات دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، در کیفیت زندگی ( $p=0/001$ ) و خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی ( $p=0/017$ )، سلامت روابط اجتماعی ( $p=0/005$ ) و سلامت جسمانی ( $p=0/006$ ) دارای تفاوت معنی‌داری بود، اما در خرده‌مقیاس سلامت محیطی ( $p=0/347$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی، تاثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی دارد.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی، همسران جانبازان، اختلالات خلقی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۱۴

\*نویسنده مسئول: mahmoud.jajarmi@gmail.com

### مقدمه

از آثار زیان‌بار هر جنگی، ایجاد مشکلات جسمی و روانی برای افرادی است که مستقیم یا غیرمستقیم درگیر جنگ بوده‌اند. معمولاً مشکلات جسمی ناشی از جنگ تا حدود زیادی قابل جبران است، اما صدمات روانی آن تا مدت‌ها پس از جنگ گریبانگیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. فرد آسیب‌دیده نه‌تنها خود دچار مشکل خواهد شد، بلکه محیط خانواده نیز به‌تاثیر از وی در معرض خطر خواهد بود<sup>[1]</sup>. جنگ از عوامل تاثیرگذار و میزان شیوع، زمان شیوع و سبب اختلال‌های روانی و رفتاری است<sup>[2]</sup>. اختلالات روان‌شناختی متاثر از جنگ ایران و عراق، نه تنها سربازان شرکت‌کننده در صحنه‌های نبرد، بلکه خانواده‌های آنها را نیز درگیر کرده است. پس از اتمام جنگ و برگشت سربازان به خانواده، به دلیل استرس‌های ناشی از جنگ و اثر مخرب آن بر وضعیت روانی فرد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده به خصوص همسر همچنان ادامه می‌یابد<sup>[3]</sup>.

نتایج مطالعات حاکی از آن است که اعضای خانواده بیمار روانی، به‌طور معنی‌داری دیسترس ناشی از زندگی با بیمار را دارند<sup>[4]</sup>. به‌عنوان مثال نتایج پژوهشی نشان داد که ابتلای شوهر به PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)، خانواده را در حوزه‌های ساختاری و عاطفی و به‌طور کلی در کیفیت زندگی نسبت به خانواده‌هایی که شوهران در آن مبتلا به PTSD نیستند در شرایط ضعیف قرار می‌دهد<sup>[5]</sup> و نشانه‌های بیماری در وهله اول از بیمار به همسر و سپس به دیگر اعضای خانواده انتقال می‌یابد<sup>[6]</sup>.

جانبازان نسبت به عموم افراد با مشکلات روانی بیشتری درگیرند و تحقیقات در ایران نشان می‌دهد که بیش از ۵۰٪ آنان، مبتلا به اختلالات شدید روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، پرخاشگری، هراس، روان‌پریشی و دیگر اختلالات روانی هستند<sup>[7]</sup>. بیش از ۶۰٪ مددجویانی که از موسسات روانی مرخص می‌شوند به خانواده اصلی خود بر می‌گردند<sup>[8]</sup> و خانواده‌ها منبع اولیه مراقبت برای مبتلایان به اختلال شدید روانی هستند. وجود بیماری روانی یا جسمی، می‌تواند لطمه شدیدی به خانواده‌ها وارد سازد، به طوری که خانواده‌ها صرف نظر از مخارج درمانی و فشارهای اقتصادی، فشار روانی شدیدی متحمل می‌شوند. اعضای خانواده بیمار روانی، دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار می‌شوند<sup>[9]</sup>. تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبان خانوادگی بیمار شود<sup>[10]</sup>. مراقبان خانگی در واکنش به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتارشدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ‌دیدگی، خشم و عصبانیت، یاس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند<sup>[11]</sup>. بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند از کیفیت مراقبت آرایه‌شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و

توانایی برقراری روابط بین‌فردی موثر، توانایی خودآگاهی، توانایی همدلی با دیگران و توانایی مقابله موثر با هیجان‌ها و استرس‌ها [20]. کیفیت زندگی، یک معیاس معتبر برای ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی است که به افراد آسیب‌دیده ارایه شده است [21]. کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و براساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود که به یکدیگر وابسته بوده و اختلال در هر یک از ابعاد کیفیت زندگی بر سایر جنبه‌ها نیز تاثیر می‌گذارد [22].

مفهوم کیفیت زندگی، معیاری است که برای افراد مختلف، معانی مختلف دارد [23]. پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده‌اند که می‌تواند با کیفیت زندگی همراه باشد. از جمله این عوامل می‌توان به سبک‌های مقابله با استرس، نداشتن مهارت‌های موثر زندگی و ناتوانی در مقابله موثر با مشکلات زندگی اشاره کرد [23-25].

مطالعات متعدد در داخل و خارج کشور بیانگر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی، جسمانی و روابط اجتماعی است. نتایج مطالعه *محرابی/زاده هنرمند* و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش اضطراب و پرخاشگری همسران شهدای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است [26]. فراتحلیل *کاوانا* که نتایج ۶ نوع مداخله خانوادگی در بیماران اسکیزوفرنیا را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که طی ۲ سال پیگیری، ۳۳٪ بیماران گروه آزمایش که تحت مداخله‌های خانواده قرار داشتند، دچار عود شدند، در صورتی که در گروه کنترل، ۷۷٪ بیماران عود پیدا کردند [27].

در پژوهش *استیگر* و همکاران به تاثیر مثبت مهارت‌های زندگی در کاهش علائم تهدیدکننده سلامت همچون اضطراب و پرخاشگری اشاره شده است [28]. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که عملکرد ضعیف خانواده، تعارضات شدید والدین، درگیری عاطفی ضعیف و سوگ حل‌نشده در خانواده‌ها، رشد خودمختاری در بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را با مشکل مواجه کرده و روند روبه بهبود در بیمار را با مشکل مواجه می‌کند [29].

مطالعه *رامست* و *فرشاد* در نمونه‌ای مشتمل بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان نشان داد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در افزایش سلامت روانی و جسمانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی موثر است [29]. *طارمیان* و همکاران آموزش مهارت‌های زندگی را بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتماد به خود، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش افکار خودکشی موثر قلمداد کرده‌اند [30]. نتایج تحقیق *جوادی* و همکاران نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی باعث بهبود وضعیت پرستاران در عملکرد جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، نشاط و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سلامت جسمی و در

روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. از این رو، احتمالاً برخی مداخلات درمانی از جمله آموزش، حمایت، روان‌درمانی و مراقبت موجه می‌تواند تاثیر چشمگیری در کاهش بار روانی مراقبان خانگی داشته باشد تا از این طریق هم زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم کند و هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی را ارتقا بخشد [12]. مشارکت آگاهانه خانواده‌ها از خدمات بهداشت روانی پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده، توانایی سازگاری و نیز کیفیت زندگی فرد بیمار، خانواده و مراقبان را ارتقا می‌دهد و با احتساب اینکه به‌طور متوسط در هر خانواده چندین نفر با این بیماران درگیر هستند، اهمیت مداخلات آموزش روانی خانواده معلوم می‌شود [13].

با توجه به اینکه بسیاری از مشکلات و دشواری‌های زندگی امروزه اجتناب‌ناپذیر بوده و افراد جامعه همواره با آنها دست به گریبان هستند، لذا ایجاد و تقویت توانایی‌ها و مهارت‌هایی که در شرایط دشوار ضامن سلامت روانی افراد باشد، ضروری است [14]. توانایی انجام رفتارهای سازگارانه و مثبت به‌گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضرورت‌های زندگی روزمره کنار بیاید، یکی از اصولی‌ترین اقداماتی است که افراد باید بیاموزند [15]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های حل مساله، مهارت‌های اجتماعی و مدیریت استرس به کاهش میزان استرس، اضطراب و افزایش قاطعیت و کاهش درخواست کمک از دیگران انجامیده است. مهارت‌های روزمره زندگی، روش تعامل فرد با محیط را در بر می‌گیرد. اگر فرد قادر به عملکرد مفید و سازگاری با محیط نباشد، عدم تعادل در کار، اوقات فراغت و فعالیت‌های مراقبت از خود رخ می‌دهد، شایستگی، رضایت و انگیزه فرد کاهش می‌یابد و سلامت روانی فرد آسیب‌دیده تهدید می‌شود [16]. به‌طور کلی، بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی مانند افسردگی، اعتیاد، بزهکاری، مشکلات بین‌فردی، تنهایی با ضعف در مهارت‌های زندگی و برقراری ارتباط اجتماعی رابطه دارند [17].

از آنجا که رفتار خانواده تابعی از رفتار سایر اعضای خانواده است [18] و این اعضا با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و با همدیگر تعامل دارند، یادگیری مهارت‌های زندگی اجتناب‌ناپذیر است. مهارت‌های زندگی به افراد کمک می‌کند تا آگاهانه تصمیم بگیرند، به‌طور موثر ارتباط برقرار کنند، مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهند و زندگی سالم و بارآوری داشته باشند [19]. آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه‌های افزایش سلامت روانی و جسمانی، تقویت اعتمادبه‌نفس، تقویت روابط بین‌فردی، پیشگیری از مشکلات روانی و رفتاری اجتماعی، پیشگیری و توان‌بخشی از سوء مصرف مواد و کاهش اضطراب و افسردگی موثر بوده است [16]. این مهارت‌ها شامل چندین مهارت پایه و اساسی هستند که عبارتند از: توانایی تصمیم‌گیری صحیح و حل مساله، توانایی تفکر خلاق،

پژوهش با روش نمونه‌گیری دردسترس از میان همسران جانبازانی که شوهرانشان با مراجعه به بیمارستان صدر توسط متخصصان اعصاب و روان مبتلا به اختلالات خلقی تشخیص داده شده بودند، انتخاب شدند. ابتدا با مراجعه به پرونده‌های موجود در درمانگاه بیمارستان روان‌پزشکی صدر، اسامی جانبازانی که در سال ۱۳۹۱ توسط روان‌پزشک تشخیص اختلالات خلقی دریافت کرده بودند تهیه شد. پژوهشگر از میان ۸۸۰ جانباز دارای اختلال خلقی، از ۷۵ نفر از همسران جانبازان برای شرکت در یک جلسه توجیهی دعوت به عمل آورد. پژوهشگر ضمن تشکر از حضور آنان در مورد هدف پژوهش و شرایط شرکت در جلسه‌های آموزشی توضیحاتی ارائه کرد. بدین ترتیب ۵۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل؛ حداقل سطح تحصیلات پنجم ابتدایی، دامنه سنی بین ۳۵-۵۵ سال، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات، تشخیص اختلالات خلقی جانباز و سکونت در تهران و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ وجود اختلال روان‌پزشکی عمده و داشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی مدون روان‌درمانی یا مشاوره و زمینه‌های وابسته به آن به طور همزمان با جلسات گروه بود.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل اطلاعات مرتبط با سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و غیره) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شد. این فرم پرسش‌نامه کیفیت زندگی با ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سئوال‌ها پرسش‌نامه ۱۰۰ سئوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-100) ایجاد شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دو فرم این پرسش‌نامه، با همدیگر همخوانی رضایت‌بخشی دارند. پرسش‌نامه مذکور یک ابزار خودسنجی است که توسط خود آزمودنی تکمیل می‌شود و چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را مورد بررسی قرار می‌دهد، ۲۶ سئوال دارد که دو سئوال اول کلی است و به هیچ یک از حیطه‌ها مربوط نمی‌شود و بقیه سئوال‌ها، احساس و رفتار فرد را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌سنجد<sup>[43]</sup>. پرسش‌نامه دارای یک طیف پنج‌گزینه‌ای است که به ترتیب به صورت گزینه‌های "بسیار ناراضی"، "ناراضی"، "بی‌نظر"، "راضی" و "بسیار راضی" طراحی شده است. نمره‌گذاری گزینه‌ها براساس نمره یک برای "بسیار ناراضی" تا نمره ۵ برای "بسیار راضی" است. برای به دست آوردن نتیجه نهایی کل داده‌ها، با جمع کردن نمره ۲۶ سئوال، میزان کیفیت زندگی فرد بررسی می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط نجات و همکاران<sup>[44]</sup> استانداردسازی شده است. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این

کل افزایش کیفیت زندگی شده است<sup>[31]</sup>. مطالعه جرویس و همکاران به اهمیت این مهارت‌ها در کاهش تنش و احساسات منفی، اتخاذ سبک حل مساله مناسب و بروز رفتارهای مثبت و سازش‌یافته اشاره دارد<sup>[32]</sup>. پژوهش کاسیدی و کالگان نشان داد که افزایش اطلاعات مراقبان می‌تواند به بهبود ارتباط مراقب و بیمار بیانجامد<sup>[33]</sup>. پژوهش ماگلیانو و همکاران نیز حاکی از آن است که مداخلات آموزش روانی می‌تواند به بهبود ارتباط مراقب و بیمار کمک نماید<sup>[34]</sup>. برخی از پژوهش‌های تجربی کلاسیک نشان می‌دهند، برخی افراد به‌طور ژنتیکی نسبت به مشکلات روان‌شناختی از قبیل اسکیزوفرنیا یا اختلال‌های خلقی مستعدترند. این اختلال‌ها نیز تحت تاثیر سطوح تنیدگی و حمایت موجود در محیط روانی- اجتماعی قرار می‌گیرند. این مداخله‌ها، به اعضای خانواده کمک می‌کنند تا فاکتورهای موثر در سبب‌شناسی و مشکلات روان‌شناختی ویژه‌ای را که با آن مواجه می‌شوند، شناخته و مهارت‌های لازم برای رویارویی با آنها را بیاموزند<sup>[35]</sup>.

براساس نتایج پژوهش کایرس، مداخلات خانوادگی می‌تواند آسایش و رفاه روانی، ارتباط بیمار با بستگان و علائم را بهبود بخشد<sup>[36]</sup>. پژوهش دیکسون نیز که در آن ترکیبی از آموزش در مورد بیماری، حمایت خانواده، مداخله در بحران و مهارت‌های حل مساله مورد استفاده قرار گرفته بود نشان داد که این مداخلات می‌تواند اطلاعات، خودکارآمدی و رضایت از درمان را در این افراد افزایش دهد. این پژوهش همچنین نشان داد که مداخلات خانوادگی می‌تواند رفاه روانی افراد خانواده را نیز بهبود بخشد و با توجه به اینکه رضایت از زندگی و رفاه روانی مقیاس‌های کیفیت زندگی هستند، این گونه مداخلات می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیانجامد<sup>[37]</sup>. در همین راستا، طی دهه‌های اخیر، توجه به محیط خانوادگی به عنوان فاکتور مهم در سیر اختلال‌های اسکیزوفرنیا، منجر به رشد و توسعه مداخله‌های روانی- اجتماعی، با تمرکز بر واحد خانواده شده است<sup>[38]</sup>. همچنین تحقیقات مختلف پایین‌بودن سلامت روانی و جسمانی همسران رزمندگان و آسیب‌دیدگان از جنگ را مورد تایید قرار داده‌اند<sup>[39-42]</sup>. بنابراین به نظر می‌رسد می‌توان با آموزش کنترل و مدیریت استرس، آموزش مهارت‌های موثر زندگی و آموزش سبک مقابله‌ای موثر، کیفیت زندگی همسران جانبازان اعصاب و روان را که تحت تاثیر شرایط استرس‌زای آنها قرار دارد ارتقا داد.

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. آزمودنی‌های

**جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی**

<p><b>جلسه اول</b></p> <p>شکل‌دادن به یک گروه منسجم و همدل، آشنایی اعضای گروه، آشنایی با علل و عوامل موثر در ایجاد اختلالات روانی، آشنایی با اختلالات خلقی، تعریف و سبب‌شناسی بیماری اختلالات خلقی</p>
<p><b>جلسه دوم</b></p> <p>علایم و نشانه‌های بیماری اختلالات خلقی، انواع سیر و پیش‌آگهی بیماری اختلالات خلقی، شیوه ارتباط با بیمار روانی و آشنایی با اهمیت درمان‌های دارویی و غیردارویی</p>
<p><b>جلسه سوم</b></p> <p>آشنایی اعضای گروه با برنامه و اهداف مهارت‌های زندگی، خودآگاهی جسمانی، خودارزیابی صحیح و اهمیت اطرافیان نزدیک در خودآگاهی</p>
<p><b>جلسه چهارم</b></p> <p>آشنایی با فواید خودآگاهی و نقش آن در ارتباط موثر با دیگران، توانایی اعضای گروه برای شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قوت، توانایی‌ها و ناتوانی‌ها، فشار گروه و هدف‌گذاری</p>
<p><b>جلسه پنجم</b></p> <p>تشریح مهارت‌های ارتباطی، ضرورت تسلط بر مهارت‌های ارتباطی و تاثیر آن روی زندگی افراد</p>
<p><b>جلسه ششم</b></p> <p>مراحل برقراری ارتباط: شروع، ادامه و خاتمه و افزایش کیفیت ارتباطی با دیگران</p>
<p><b>جلسه هفتم</b></p> <p>آشنایی با خشم، علل ایجاد خشم، سبک‌های مختلف افراد در موقعیت‌های خشم‌برانگیز و ویژگی‌های افراد ماهر در کنترل خشم</p>
<p><b>جلسه هشتم</b></p> <p>فرآیند کنترل ماهرانه خشم، آگاهی به هیجان خشم شامل: خودآگاهی هیجانی-کشف و مقابله با افکار ناکارآمد، خنثی‌کردن خشم- روش‌های کوتاه‌مدت و درازمدت و آموزش تکنیک آرمیدگی و چگونگی نقش آن در زندگی و قاطعیت: ویژگی‌های رفتار قاطعانه، چگونگی برخورد قاطعانه</p>
<p><b>جلسه نهم</b></p> <p>آشنایی با موقعیت‌های استرس‌زا، تفاوت‌های فردی در مقابله با استرس، تاثیر استرس بر بدن: آثار جسمانی و روان‌شناختی و سبک‌های مختلف افراد در موقعیت‌های استرس‌زا</p>
<p><b>جلسه دهم</b></p> <p>تاب‌آوری، سبک‌های ماهرانه مقابله با استرس، بررسی میزان دست‌یابی به اهداف آموزشی در جلسات قبلی و مرور بحث‌های گذشته، ارزیابی شناخت مهارت‌های زندگی و اجرای پس‌آزمون</p>

مقیاس را یک مقیاس بین‌فرهنگی می‌داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود[45]. نجات و همکاران پایایی آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیرمقیاس (سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان‌دهنده روایی سازه آن است و روایی محتوی و تشخیصی این پرسش‌نامه را نیز مطلوب گزارش کرده‌اند. نتایج کلی این پژوهش نشان داد که پرسش‌نامه مذکور از روایی و پایایی مطلوب برای سنجش کیفیت زندگی برخوردار است[44].

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و گمارش تصادفی آنان در دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسش‌نامه کیفیت زندگی -WHOQOL-BREF در مورد هر دو گروه انجام شد. گروه آزمایش در ۲ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش شناخت اختلالات خلقی (شامل آشنایی با علل و عوامل موثر در ایجاد اختلالات روانی، آشنایی با اختلالات خلقی، تعریف بیماری، سبب‌شناسی، علایم و نشانه‌ها، انواع سیر و پیش‌آگهی بیماری، شیوه ارتباط با بیمار روانی و آشنایی با اهمیت درمان‌های دارویی و غیردارویی) قرار گرفتند و پس از آن مهارت‌های زندگی شامل: افزایش خودآگاهی، ارتباط موثر، مدیریت مقابله با استرس و کنترل خشم در ۸ جلسه ۲ ساعته و در هفته یک بار به آنان آموزش داده شد. برنامه آموزشی در مجموع طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و شامل سه بخش: آموزش تئوری، بحث گروهی پیرامون محتوای آموزشی و تمرینات مربوط به موضوع در پایان هر جلسه بود تا بدین ترتیب همه شرکت‌کنندگان مباحث آموزشی را خارج از موقعیت آموزشی، به صورت تجربی تمرین کنند. پس از گذشت ۲/۵ ماه و در پایان جلسات، مجدداً پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مورد هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی، برگرفته از راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی شامل موضوعاتی از قبیل شناخت خود و توانایی خود، شناخت ارزش‌های فردی و خانوادگی، انتخاب هدف، تحقق اهداف و آرزوها، آشنایی با مفهوم فشار اجتماعی، آشنایی با نحوه برقراری ارتباط مطلوب با دیگران، چگونگی ارتباط غیرکلامی با دیگران، شناخت خشونت و روش‌های کنترل آن، یادگیری مفهوم اضطراب و تشخیص آن از تنش‌های مفید و استفاده از روش‌های کاهش‌دادن اضطراب همانند آرام‌سازی عضلانی بود[30]. در هر جلسه مرور جلسات قبل، منطبق برارایه آموزش تعیین‌شده در هر جلسه، مرور تکالیف داده‌شده، تعیین جلسه بعد و در نهایت خلاصه‌سازی و گرفتن بازخورد انجام گرفت (جدول ۱).

داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس و با به کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS 18 تحلیل شدند. لازم به ذکر است که استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری مانند نرمال بودن، تساوی واریانس‌ها و تساوی کواریانس‌ها است. فرض برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و پیش‌فرض نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش  $۴۴/۰۰ \pm ۲/۳۸$  سال و میانگین سنی گروه کنترل  $۴۷/۰۰ \pm ۲/۶۵$  سال بود (جدول ۲).

**جدول ۲** توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز درصد هستند) شرکت‌کنندگان براساس مشخصات فردی

شاخص	گروه آزمایش	گروه کنترل
<b>تعداد فرزندان</b>		
۱ فرزند	۲ (۸)	۱ (۴)
۲ فرزند	۹ (۳۶)	۱۰ (۴۰)
۳ فرزند	۱۰ (۴۰)	۹ (۳۶)
۴ فرزند	۰	۳ (۱۲)
۵ فرزند	۳ (۱۲)	۱ (۴)
۶ فرزند	۱ (۴)	۱ (۴)
<b>وضعیت اشتغال</b>		
خانه‌دار	۲۳ (۹۲)	۲۲ (۸۸)
شاغل	۲ (۸)	۳ (۱۲)
<b>سطح تحصیلات</b>		
سیکل	۱۵ (۶۰)	۱۳ (۵۲)
دیپلم	۷ (۲۸)	۸ (۳۲)
کارشناسی	۳ (۱۲)	۴ (۱۶)

میانگین نمرات دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، در کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت جسمانی دارای تفاوت معنی‌داری بود، اما در خرده‌مقیاس سلامت محیطی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

**جدول ۳** مقایسه میانگین آماری نمرات کیفیت زندگی و مولفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مرحله پیش‌آزمون	مرحله پس‌آزمون	سطح معنی‌داری
<b>کیفیت زندگی</b>			
گروه کنترل	$۵۷/۰۰ \pm ۵/۷۰$	$۵۵/۷۳ \pm ۷/۹۰$	۰/۰۰۰۱
گروه آزمایش	$۵۵/۴۶ \pm ۵/۷۵$	$۶۷/۰۰ \pm ۸/۲۰$	
<b>سلامت روانی</b>			
گروه کنترل	$۱۵/۲۶ \pm ۲/۵۰$	$۱۵/۴۰ \pm ۲/۸۲$	۰/۰۱۷
گروه آزمایش	$۱۵/۹۳ \pm ۲/۱۲$	$۱۷/۸۰ \pm ۲/۷۰$	
<b>سلامت روابط اجتماعی</b>			
گروه کنترل	$۹/۸۰ \pm ۱/۴۲$	$۹/۳۳ \pm ۲/۰۳$	۰/۰۰۵
گروه آزمایش	$۹/۹۰ \pm ۱/۲۸$	$۱۲/۹۰ \pm ۳/۵۰$	
<b>سلامت جسمانی</b>			
گروه کنترل	$۱۵/۸۶ \pm ۱/۷۶$	$۱۴/۷۸ \pm ۲/۳۱$	۰/۰۰۶
گروه آزمایش	$۱۵/۶۶ \pm ۲/۴۶$	$۱۸/۶۶ \pm ۲/۸۷$	
<b>سلامت محیطی</b>			
گروه کنترل	$۱۶/۰۶ \pm ۳/۶۷$	$۱۶/۲۶ \pm ۴/۳۰$	۰/۳۴۷
گروه آزمایش	$۱۶/۹۳ \pm ۲/۹۳$	$۱۷/۵۵ \pm ۵/۵۰$	

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به‌عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی (از جمله تکنیک‌های افزایش خودآگاهی، ارتباط موثر، مدیریت مقابله با استرس و کنترل خشم) در بهبود کیفیت زندگی آزمودنی‌های مورد مطالعه (همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی) موثر بوده است. نتایج حاصل از این بررسی با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط بوتوین و گریفین<sup>[16]</sup>، ونزول و همکاران<sup>[20]</sup> و جواد و همکاران<sup>[31]</sup> همسو است. میکلویتز و همکاران نیز در مطالعه‌ای، به اثربخشی آموزش خانوادگی روی بیماران دوقطبی و خانواده‌های آنها پرداختند<sup>[46]</sup>. این آموزش‌ها تاثیر مثبتی بر سطح احساس، طرز تفکر و نحوه رفتار افراد جامعه خواهد داشت. مهارت‌های زندگی مربوط به نحوه عمل و رفتارند و اگر به‌صورت عملی آموخته شوند می‌توانند با تغییر رفتار در تک‌تک افراد جامعه باعث ارتقای جامعه شوند<sup>[15]</sup>. در تبیین این موضوع باید گفت، به‌نظر می‌رسد افراد تحت آموزش در قالب کارگاه‌های آموزشی و با تکیه بر منابع حمایتی در داخل گروه (از جمله حمایت اطلاعاتی و هیجانی) و یادگیری تکنیک‌های افزایش خودآگاهی، ارتباط موثر، مدیریت مقابله با استرس و کنترل خشم می‌توانند در مقابله با شرایط استرس‌زای زندگی، خود را به‌نحو مطلوبی اداره و مدیریت کنند.

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت روانی، جسمانی و روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به‌عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت روانی، جسمانی و روابط اجتماعی آزمودنی‌های مورد مطالعه (همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی) موثر بوده است، اما بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت محیطی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت محیطی آزمودنی‌ها موثر نبوده است.

نتایج حاصل از این بررسی در خرده‌مقیاس سلامت روانی با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط محراب‌زاده هنرمند و همکاران<sup>[26]</sup>، حسینیان و بنی‌اسدی<sup>[27]</sup>، استیگر و همکاران<sup>[28]</sup> و جرویس و همکاران<sup>[32]</sup> همسو است. در تبیین این موضوع باید گفت که برنامه مهارت‌های زندگی یک رویکرد تغییر رفتار کامل است که روی توسعه مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی از قبیل ارتباط، حل مساله، تفکر، مدیریت، احساسات، جرات‌ورزی، ایجاد اعتمادبه‌نفس و مقابله با فشار همسالان تمرکز می‌کند. این مهارت‌ها به فرد امکان می‌دهد با مشکلات روانی و استرس‌ها و فشارهای روانی مقابله و مواجهه‌ای موثر داشته باشد. با افزایش سطح بهداشت روان، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران افزایش می‌یابد. از این رو

همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لذا آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود سلامت محیطی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تاثیر نداشته است. در پیشینه پژوهشی، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقای سلامت محیطی را مورد بررسی قرار دهد، مشاهده نشد. بنابراین با احتیاط بیشتری باید این یافته را مورد بررسی و تبیین قرار داد. شاید بتوان یافته این پژوهش را با توجه به عدم تغییر محیط همسران تبیین کرد. چرا که برنامه آموزشی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، طی ۱۰ جلسه آموزشی محدود سعی داشت تا فاکتورهای اصلی مربوط به ارتقای سلامت را در برنامه آموزش قرار دهد، بنابراین نمی‌توانست تمام فاکتورهای موثر بر ارتقای سلامت را در مداخله خود بگنجانند و از طرف دیگر در ارتقای سلامت محیط علاوه بر عوامل روان‌شناختی، از بسیاری از عوامل دیگر نیز تاثیر می‌پذیرند که بسیاری از آنها خارج از اراده فردی اشخاص است یا از آن تاثیر کمی می‌پذیرد. آموزش مهارت‌های زندگی به‌احتمال طرز فکر و باور و احساس آزمودنی‌ها را تغییر داده‌اند، اما امکانات محیطی آنها واقعیت‌های عینی هستند که آزمودنی‌ها کنترل کمی بر آن دارند، در نتیجه عدم تغییر نمره سلامت محیط، با گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون، قابل انتظار است.

باید اذعان داشت آسیب‌های جسمی و تجربه هیجانات منفی نظیر خشم و ناراحتی و غیره، آثار و عوارض و پیامدهای ناگوار، شدید و قابل مشاهده‌ای را بر کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنان خواهد داشت. در مورد دلیل پایین بودن سلامت روانی در بین همسران جانبازان مطالعات زیادی وجود دارد که موید وجود استرس‌های بالا و ناسازگاری زناشویی در بین این خانواده‌هاست و استرس‌ها به‌نوبه خود تحت تاثیر علایم آنان نیز تشدید می‌شوند.<sup>[39-42]</sup> به‌علاوه، سایر بیماری‌های مزمن در جانبازان، درد، وضعیت اقتصادی، اختلالات خلقی، مشکلات و اختلالات رفتاری و روانی ناشی از وضعیت اقتصادی جنبه‌های مختلف زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار داده و موجب ناتوانی‌های متعدد می‌شود و اُفت سطح کیفیت زندگی خود و افراد خانواده را در پی دارد.

از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان به عدم امکان شناسایی و کنترل فعالیت‌های تاثیرگذار بر گروه آزمایش در خارج از موقعیت‌های آزمایشی، اقدامات مشاوره فردی و خانوادگی، درمان‌های رفتاری- شناختی، درمان‌های دارویی، بستری و اقدامات مددکاری برای جانباز، همسر و فرزندان و برگزاری کلاس‌های آموزشی برنامه‌ریزی‌شده فرزندان جانباز همزمان با برگزاری کارگاه آموزشی همسران اشاره کرد که این متغیرهای مداخله‌گر ممکن است کیفیت زندگی همسران را تحت تاثیر قرار داده باشد. همچنین به‌علت محدودیت زمانی عمل پیگیری پژوهش انجام نشد.

مهارت‌های زندگی به ابزاری کارآمد در جهت پردازش بهتر مسایل و مشکلات پیرامون زندگی تبدیل و موجب می‌شود تا تصمیمات آگاهانه اتخاذ شوند و مهارت‌های ارتباطی، شناختی و هیجانی مناسب داشته باشند و زندگی سالم و پرباری را تجربه نمایند.

نتایج حاصل از این بررسی در خرده‌مقیاس سلامت جسمانی با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط رامشت و فرشاد<sup>[29]</sup>، جوادى و همکاران<sup>[31]</sup> و طارمیان و همکاران<sup>[30]</sup> همخوانی دارد. آنها پی بردند که بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری بهبود نشانه‌های بیماری و ارتباط و کاهش عود را نشان دادند. شواهدی که از مطالعات اخیر به‌دست‌آمده است نشان می‌دهد که این مداخله‌ها برای تمام خانواده‌ها می‌توانند مفید واقع شوند<sup>[47]</sup>، به‌طوری که این توانایی‌ها فرد را برای مقابله موثر با موقعیت‌ها آماده کرده و با اتخاذ این مهارت‌ها می‌تواند با رفتارهای مثبت و سازش‌یافته، سلامت جسمانی و به‌ویژه سلامت روان‌شناختی خود را ارتقا بخشد<sup>[48]</sup>.

نتایج حاصل از این بررسی در خرده‌مقیاس سلامت روابط اجتماعی با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط کاسیدی و کلاگان<sup>[33]</sup>، ماگلیانو و همکاران<sup>[34]</sup>، کادیس و مک‌کلندون<sup>[35]</sup>، کاپیرس<sup>[36]</sup> و دیکسون<sup>[37]</sup> همخوانی دارد. روابط بین‌فردی به‌عنوان یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی به داشتن روابط بین‌فردی مناسب، توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و میزان حمایت اجتماعی اشاره دارد. به‌نظر می‌رسد آموزش مهارت توانایی ارتباط بین‌فردی موثر باعث می‌شود که افراد برای حل مشکلات خود، به یک حامی مجرب و متخصص متصل شوند که حمایت‌های لازم را در زمینه مقابله با مشکلات به فرد ارائه می‌دهد. همچنین این آموزش‌ها باعث می‌شود که فرد در برخورد با دیگران مقتدرانه عمل کند و با اعتمادبه‌نفس بیشتر، توانایی مقابله موثر و منطقی با خواسته‌های غیرمنطقی دیگران را داشته باشد. از دیگر سو، آموزش روابط بین‌فردی موثر، در جهت برقراری روابط سالم و سازنده با افرادی که حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری آنها می‌تواند به فرد در مقابله موثر با مشکلات یاری رساند، اهمیت ویژه‌ای دارد<sup>[25]</sup>. با توجه به این نکته، به‌نظر می‌رسد برای بهبود روابط و به‌طور کلی جو خانواده، برگزاری جلسات بیشتری که تمام اعضای خانواده همراه با بیمار در آن شرکت داشته باشند مفیدتر خواهد بود، زیرا در همان جلسه و در حضور درمانگر نقش‌هایی را تمرین می‌کنند و فیدبک می‌گیرند<sup>[49]</sup>. با هدف مداخله‌های آموزشی که برای ارتقای سلامت روابط اجتماعی در همسران جانبازان است، می‌توان گفت افکار، باورها و احساسات فرد تحت اراده اوست و می‌تواند از مداخلات روان‌شناختی تاثیر پذیرد.

نتایج حاصل از این بررسی در خرده‌مقیاس سلامت محیط نشان داد که بین گروه‌های مختلف آزمودنی در میزان سلامت محیطی



Disordered Man on the Quality of Life, Depression, Stress, Anxiety and Structure of the Family. Iran J War Public Health. 2014;6(5):207-14. [Persian]

6- Klarić M, Kvesić A, Mandić V, Petrov B, Frančišković T. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress. Psychiatr Danub. 2013;25(Suppl 1):29-36.

7- Zargar F, Foruzandeh E, Mohammadi A, Bagherian-Sararoudi R, Habibi M. Psychological health of veterans of Iran-Iraq imposed war 22 years after the war. Res Behav Sci. 2012;10(6):544-53. [Persian]

8- Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: Result from a screening study. J Clin Psychiatry. 2007;9(1):42-7.

9- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2001;36(3):128-33.

10- Navidian A, Bahari F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. Pak J Psychol Res. 2008;23(1-2):19-9. [Persian]

11- Kristjanson L, Aoun S. Palliative Care for Families: Remembering the hidden patients. Can J Psychiatry. 2004;49(6):359-65.

12- Riebscheger J, Scheid C, Luz C, Mickus M, Liszewski C, Eaton M. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines?. Acad Psychiatry. 2008;32(2):119-26.

13- Mcfarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psycho education and Schizophrenia: A review of the literature. J Marital Fam Ther. 2003;29(2):223-45.

14- Kord Noghbil R, Sharifi HP. Preparation of a life-skills curriculum plan for high school student. J Educ Innov. 2005;12(2):11-34. [Persian]

15- Rashidi Nezhad S, Miri S, Bahrami Nezhad A. The effect of life skills education on emotional, think, behavior in situational and different Tims of Bam nursing school students. J Qual Res Health Sci. 2010;10(2):47-53. [Persian]

16- Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: Empirical findings and future directions. J Prim Prev. 2004;25(2):211-21.

17- Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. J Alcohol Res Health. 2000;24(4):250-7.

18- Parand A, Sirati Nir M, Khaghani Zadeh M, Karimi Zarchi AA. A comparison of the effect of different methods of conflict resolution and relaxation on the quality of life for spouses of veterans with posttraumatic stress disorder of depression. Q J Fundam Ment Health. 2007;9(33-34):67-78. [Persian]

19- Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;45:403-25.

20- Wenzel V, Weichold K, Silbereisen RK. The life skills program. ISPY: Positive influences on scholl bonding and prevention of substance misuse. J Adolesc. 2009;32:1-11.

21- Wong JG1, Cheung EP, Chen EY, Chan RC, Law CW, Lo MS, et al. An instrument to assess mental patients capacity to appraise and report subjective quality of life. Qual Life Res. 2005;14(3):687-94.

22- King CR, Hinds PS, editors. Quality of life from nursing and patient perspectives: Theory, research, practice. Massachusetts: Jones and Bartlett; 1998.

23- Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Wiley; 2007.

براساس شواهد موجود توصیه می‌شود برنامه‌ریزان آموزشی و مشاوران از این روش آموزشی برای بهبود سلامت روانی، جسمانی و روابط اجتماعی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی افراد استفاده کنند و با توجه به نقش و اهمیت کیفیت زندگی در روند زندگی و از طرفی خانواده به‌عنوان یک نهاد اجتماعی و پایه‌گذار شخصیت، به برنامه‌ریزان و مسئولان بنیاد شهید و امور ایثارگران پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با موضوعات مختلف بهداشت روان، مهارت‌های زندگی، آموزش‌های روانی اجتماعی ایجاد شادمانی و راه‌های مقابله با استرس در جهت بهبود کیفیت زندگی جانبازان (اعصاب و روان، شیمیایی، نخاعی و گروه‌های خاص)، همسران، فرزندان و کارکنان شاغل در بنیاد شهید و امور ایثارگران اجرا نمایند.

## نتیجه‌گیری

آموزش مهارت‌های زندگی، تاثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی دارد.

## تشکر و قدردانی: به‌منظور انجام این طرح تحقیقاتی از کمک و

یاری بسیاری از همکاران در بیمارستان روان‌پزشکی صدر، موزه صلح تهران و دفتر پژوهش‌های فرهنگی معاونت پژوهش و ارتباطات فرهنگی بنیاد شهید و امور ایثارگران استفاده شده است که بدین وسیله از تمامی آنان تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

**تأییدیه اخلاقی:** طرح مذکور پس از ارزیابی‌های اولیه و نگارش پروپوزال، در کمیته علمی دفتر پژوهش‌های فرهنگی معاونت پژوهش بنیاد شهید و امور ایثارگران به تصویب رسید.

**تعارض منافع:** تعارض منافع وجود نداشته است.

**منبع مالی:** این پژوهش با اعتبار مالی نویسندگان و حمایت موزه صلح تهران انجام گرفته است.

## منابع

- 1- Khaganizadeh M, Sirati M. Influence of individual, familial and socioeconomic factors on severity of psychiatric symptoms in veterans with mental disorders. J Mil Med. 2004;6(1):33-7. [Persian]
- 2- Taghipour H, Moharamzad Y, Mafi AR, Amini A, Naghizadeh MM, Soroush MR, et al. Quality of life among veterans with war-related unilateral lower extremity amputation: A long-term survey in a prosthesis center in Iran. J Orthop Trauma. 2009;23(7):525-30.
- 3- Scharf M. Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. Dev Psychopathol. 2007;19(2):603-22.
- 4- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Soc Psychiatry Epidemiol. 2001;36(3):128-33.
- 5- Mohseni M, Farnia MR, Taghva A, Dehghan Manshadi Z, Rezaei Fard A. Effect of Having a Post-Traumatic Stress



- Policy Econ. 1999;2(1):3-8.
- 38- Barbato A, Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: A critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(2):81-97.
- 39- Saki M, Ghanbari A. Mental health assessment in spouses of spinal cord injured war survivors in Lorestan. *J Fundam Mental Health*. 2005;18(5):14-7. [Persian]
- 40- Zarrabi H, Najafi K, Shirazi M, Farahi H, Nazifi F, Tadrisi M. The impact of posttraumatic stress disorder on partner of Iranian veterans. *Acta Med Iran*. 2008;46(2):120-4. [Persian]
- 41- Dekel R, Enoch G, Solomon Z. The contribution of captivity and Post-Traumatic Stress Disorder to marital adjustment of Israeli couples. *J Soc Pers Relatsh*. 2008;25(3):497-13.
- 42- Jungbauer Y, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):665-75.
- 43- Bonomi AE, Patrickm DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' Version of the World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(1):1-12.
- 44- Nejat S, Montazeri A, Holakouee Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh R. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Health Res*. 2006;4(4):1-12. [Persian]
- 45- World Health Organization (W.H.O). WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 46- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904-12.
- 47- Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):5-20.
- 48- Yavaryan R, Sohrabi, Yavaryan N. Survey effective of assertiveness and aggression in the academic achievement Urmia girl high school students. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci*. 2010;8(2):114-7. [Persian]
- 49- Atkinson JM, Coia DA. Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups. 1<sup>st</sup> edition. New York: Wiley; 1995.
- 24- Bluvol A. The Codman award Paper: Quality of life in stroke survivors and theirspouses: Predictors and clinical implications for rehabilitation teams. *Axone*. 2003;25(2):10-9.
- 25- Taylor JL, Smith P, Babyak M, Barbour K, Hoffman B, Sebring D, et al. Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *J Psychosom Res*. 2008;65(1):71-9.
- 26- Mehrabzadeh Honarmand M, Graund L, Aerzi S. Evaluation of the Effectiveness of Life Skills Training for anxiety and aggression in Martyrs Wife. *Woman Cult*. 2009;1(1):1-16. [Persian]
- 27- Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1992;160:601-20.
- 28- Steger MF, Mann JR, Michels P, Cooper TC. Meaning in life, anxiety, depression and general health among smoking cessation patients. *J Psychosom Res*. 2009;67(4):353-8.
- 29- Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(11):1946-53.
- 30- Taromyan F, Mahjoe M, Fathi T. Life Skills. Tehran: Education; 2009. pp. 26-86. [Persian]
- 31- Javadi M, Sepahvand MJ, Mahmudi H, Sori A. The effect of life skills training on quality of life in nurses of Khorramabad hospital. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2013;21(1):32-42. [Persian]
- 32- Jarvis TJ, Tebbutt J, Mattick RP, Shand F. Treatment approaches for alcohol and drug dependence: An introductory guide. 2<sup>nd</sup> edition. Chichester: John Wiley & Sons LTD; 2005.
- 33- Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psycho educational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2001;16(8):446-50.
- 34- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psycho educational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*. 2005;4(1):45-9.
- 35- Carr A. Family therapy: Concepts, process and practice. 2<sup>nd</sup> edition. Chichester: John Wiley & Sons LTD; 2006.
- 36- Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *J Ment Health*. 1999;8(3):275-85.
- 37- Dixon L. providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *J Ment Health*