



Effectiveness of Life Skills Training on Mental Health of Spouses of Veterans with Affective Disorders

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Mohamadipoor M.* PhD,
Falahati M.¹ MSc

How to cite this article

Mohamadipoor M, Falahati M.
Effectiveness of Life Skills Training
on Mental Health of Spouses of
Veterans with Affective Disorders.
Iranian Journal of War & Public
Health. 2016;8(1):25-32.

ABSTRACT

Aims The spouses of the veterans suffering bad situations due to the physical and mental problems of the veterans are in mental risks in turn and with no suitable quality of life. It seems that some educations can enhance their quality of life and reduce their mental pressures. The aim of this study was to investigate the effectiveness of life skills trainings on mental health of the spouses of the veterans with mood disorders.

Instrument & Methods In the pretest-posttest semi-experimental study with a control group, 50 spouses of the veterans with mood disorders referred to Tehran Sadr Psychiatric Hospital were studied in 2013. The subjects were selected via available sampling method, randomly divided into two groups including experimental and control groups. Data was collected using a demographic questionnaire and general health questionnaire (GHQ-28). Ten 120-minute life skills training sessions were weekly conducted in experimental group. Data was analyzed using covariance analysis test.

Findings There was a significant difference between the groups in the posttest stage with pretest effects controlling in the mean scores of life skills in general health and sub-scales including physical symptoms, anxiety symptoms, and defects in the social functionings ($p < 0.05$). Nevertheless, there was no significant difference in the depression symptoms subscale ($p > 0.05$).

Conclusion Life skills trainings can enhance general health (physical symptoms, anxiety symptoms, and defects in the social functionings) of the spouses of the veterans with mood disorders.

Keywords Mental Health; Spouses; Veterans Health; Mood Disorders

CITATION LINKS

- [1] Evaluation of epidemiology of ... [2] Comparison the effect of training of ... [3] Evaluation of psychiatric problems among war-related bilateral upper limb ... [4] Burden experienced by family caregivers of ... [5] How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? Acad ... [6] The association between religious beliefs and mental health amongst medical ... [7] The mental health continuum: From languishing to flourishing in ... [8] Emotional wellbeing predicts subsequent functional independence and ... [9] The Role of coping in mediating the relationship ... [10] Very happy ... [11] Exercise and mental health: It's just not ... [12] Physical activity in the process of psychiatric ... [13] Life skills training: Empirical findings and ... [14] Preventing alcohol and tobacco use through ... [15] Cognitive-behavioral intervention for ... [16] Long-term follow-up study of bilateral above-the-knee ... [17] Long-term clinical outcomes of Iranian veterans with ... [18] Mental health in group of war veterans and their ... [19] Psychological health of veterans of Iran-Iraq ... [20] Comparing the psychological profile of employee wives with ... [21] Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for ... [22] Efficacy of cognitive behavioral group training of ... [23] Mental health assessment in spouses of spinal cord injured war survivors in ... [24] The impact of posttraumatic stress disorder on ... [25] The contribution of captivity and Post-Traumatic Stress ... [26] The life skills ... [27] The importance of sample size and ... [28] General health questionnaire-28: Psychometric evaluation of the Slovak ... [29] Correlatives of individual identity in high school female students at Ardabil ... [30] Epidemiology of mental illnesses in Kashan ... [31] Life ... [32] Positive youth development in ... [33] Evaluation of the effectiveness of ... [34] Meaning in life, anxiety, depression and ... [35] The effect of life skills training on ... [36] Relationships between health status ... [37] Effectiveness of training life skills on ... [38] The effect of life skills education on emotional, think, behavior in situational and different Tims of Bam nursing school ... [39] Positive therapy (A meta-theory for Psychological ...

*Psychology Department, Humanities Faculty, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

¹Psychology Department, Humanities Faculty, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Faculty of Humanities, Quchan Branch, Islamic Azad University, Kilometer 4 of Quchan-Mashhad Road, Quchan, Iran

Phone: +98 5147011458

Fax: +98 5147011001

mmohamadipoor@yahoo.com

Article History

Received: December 1, 2015

Accepted: February 9, 2016

ePublished: April 3, 2016

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی

محمد محمدی پور* PhD

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

مریم فلاحی MSc

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

چکیده

اهداف: همسران جانبازان به دلیل مشکلات جسمانی و روانی شوهرانشان به شدت تحت فشار هستند و این امر می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. به نظر می‌رسد آموزش برخی مهارت‌ها بتواند در بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار روانی این افراد تأثیر چشمگیری داشته باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی بود.

ابزار 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 در دسترس انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد به تصادف در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات مهارت‌های زندگی دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، در سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، اما در خرده‌مقیاس علائم افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بر بهبود سلامت عمومی (علائم جسمانی، علائم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی) همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تأثیر بگذارد.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، سلامت روانی، همسران جانبازان، اختلالات خلقی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

*نویسنده مسئول: mmohamadipoor@yahoo.com

مقدمه

فشارهای روانی از جمله عواملی هستند که سلامت روانی، بهزیستی و حتی سلامت جسمانی افراد را به خطر می‌اندازند. ۸ سال جنگ

عراق علیه ایران، عوارض مختلفی را به مردم به خصوص جانبازان و خانواده‌های آنها تحمیل کرد^[1]. در خانواده جانبازان، زنان به دلیل بیماری و معلولیت شوهر به شدت تحت فشار هستند و این مساله در مورد عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متاثر می‌سازد^[2]. وجود یک بیماری جدی و مزمن در یکی از اعضای خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده به خصوص ساختار خانواده، نقش‌ها و عملکردها و همچنین رضایت از زندگی اعضای خانواده دارد، به‌ویژه زمانی که فرد بیمار در خانواده مسئولیت مهم و مرکزی داشته باشد این تأثیر عمیق‌تر و بیشتر خواهد شد. بنابراین به نظر می‌رسد خانواده‌ای که دارای یک فرد مبتلا به اختلال روانی است، احتمال نتایج ناشی از آسیب به سایر افراد خانواده اجتناب‌ناپذیر باشد، به‌صورتی که ساختار خانواده تخریب شده و ممکن است فرصت ناچیزی برای برقراری تعادل وجود داشته باشد. از عوارض هر جنگی بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده‌اند، به وجود می‌آید. معمولاً مشکلات جسمی منجر به نقص عضو می‌شود، اما آسیب‌های روانی حتی تا مدت‌ها بعد از جنگ گریبانگیر آسیب‌دیدگان خواهد بود. فرد آسیب‌دیده نه تنها از نظر روانی دچار اختلال می‌شود، بلکه محیط خانواده نیز به تأثیر از وی در معرض خطر قرار می‌گیرد^[3]. تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبان خانوادگی بیمار شود^[4]. بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند از کیفیت مراقبت آرایه‌شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. از این رو، به احتمال برخی مداخلات درمانی از جمله آموزش، حمایت، روان‌درمانی و مراقبت موجه بتواند تأثیر چشمگیری در کاهش بار روانی مراقبان خانگی داشته باشد تا از این طریق هم زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم کرده و هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی را ارتقا بخشد^[5].

سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است. اما هر گاه سخنی از آن به میان آمده، عموماً بُعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بُعد روانی آن توجه شده است. طبق تعریف، DSM-IV اختلال روانی تظاهر روانی یا رفتاری همراه با درد و رنج بزرگ یا با افزایش خطر درد، مرگ یا ناتوانی است که در نتیجه یک رویداد خاص نباشد و سلامت روان به عنوان عدم وجود یک اختلال روانی در نظر گرفته می‌شود^[6]. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. همچنین سلامت روان را به حالتی از آسایش که فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای معمولی زندگی مقابله نماید، به‌گونه‌ای ثمربخش و با بهره‌وری کار کند و در

خانواده دارد. لذا مراقبت از فرد معلول، زندگی خانواده را مختل و نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب می‌کند و در نتیجه بر بهداشت روان خانواده تاثیر سوء دارد^[15]. کاپلان و سادوک عنوان کردند که وجود بیماری در یک عضو از خانواده، سیستم آن خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره‌گیری آنان از یکدیگر می‌شود^[16]. با توجه به این نکته، به نظر 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^[17]. مطالعات نشان می‌دهد که جانبازان با آسیب‌های مختلف ناشی از جنگ نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند^[16, 17].

بحرینیان و برهانی، با استفاده از آزمون افسردگی بک، افسردگی (خفیف تا شدید) را در ۸۸/۹٪ همسران جانبازان گزارش کردند. همچنین مطالعه آنان نشان داد که ۸۶/۷٪ همسران جانبازان مشکوک به عدم سلامت روان هستند. اختلالات اضطرابی، انطباقی و اختلال در روابط بین‌فردی نیز بین آنان چشمگیر بود^[18]. در مطالعه دیگری که روی ۵۰ نفر از همسران معلولان و ۵۰ نفر از همسران عادی انجام شد، میانگین افسردگی گروه معلول به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. 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^[19]. کرمی‌نیا و همکاران نیز در مقایسه همسران جانبازان با گروه عادی نشان دادند که همسران جانباز به‌طور معنی‌داری دارای وضعیت روانی نامناسب بوده و از مشکلات افسردگی، خودبیمارانگاری و هیستری بیشتری رنج می‌برند^[20]. ویلز و بارسکو/ در مطالعه‌ای، اثربخشی برنامه مداخله‌ای گروهی شناختی- رفتاری بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی همسران بیماران سکته مغزی را بررسی کردند. مقیاس افسردگی و اضطراب بک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی در سه مرحله (قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۶ ماه پس از مداخله) اجرا شد. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شرکت همسران در این برنامه مداخله‌ای با تغییرات معنی‌دار در متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی و بهداشت روان همراه بود^[21]. در همین راستا نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق روی ۸۰ زن دارای همسر معلول نشان داده است که آموزش گروهی شناختی- رفتاری مهارت‌های زندگی باعث بهبود سلامت روانی آنها شده است^[22]. همچنین در پژوهش پرنز و همکاران که اثربخشی دو روش حل تعارض و آرام‌سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان را مورد بررسی قرار داده، مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی همسران جانبازان قبل از انجام مداخله، در

محیط زندگی خود نقشی ایفا نماید، تعریف نموده است. سلامت روان توانایی لذت‌بردن از زندگی و برخورد منطقی با چالش‌های روزمره، داشتن حق انتخاب، تطابق و مبارزه با شرایط دشوار یا فراهم‌بودن فرصت برای ابراز نیازها و خواسته‌هاست. گرچه بهداشت روان به مفهوم گفته‌شده، خود را در برابر تمام بیماران و همه افراد سالم متعهد می‌بیند^[7]. اهمیت پرداختن به بهزیستی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است، بدین گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی‌های مثبت‌تری دارند^[8]. احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان پیشرفت تحصیلی و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند^[9] و نیز نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بالاتری دارند^[10].

در این میان، مجموعه توانمندی‌ها و مهارت‌هایی وجود دارند که به فرد امکان مقابله موثر با تنش‌های ناشی از مواجهه با محرک‌های تنش‌زا را می‌دهند^[11]. گروهی از این مهارت‌ها تحت عنوان مهارت‌های زندگی مفهوم‌سازی شده و در قالب برنامه‌های مختلف آموزش داده شده‌اند. اساس برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را ۱۰ مهارت شکل می‌دهد که می‌توان آنها را در ۵ حوزه خودآگاهی و همدلی، مقابله با هیجان‌ها و تنیدگی، برقراری ارتباط موثر اجتماعی و بین‌فردی، تفکر خلاق و تفکر نقادانه و تصمیم‌گیری و حل مساله خلاصه نمود^[12]. مداخلات و روش‌های درمانی در افراد مبتلا به اختلال روانی، شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی است. از جمله درمان‌های غیردارویی، درمان‌های روانی- اجتماعی و خدمات توانبخشی هستند که در کنار درمان‌های دارویی، در بهبود قابلیت‌های اجتماعی، خوداتکایی، مهارت‌های عملی، روابط بین‌فردی و در کل کیفیت زندگی افراد نقش مهمی را ایفا می‌کند^[11, 12]. 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 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 و شایستگی، رضایت و انگیزه فرد کاهش می‌یابد و سلامت روانی فرد، آسیب دیده یا تهدید می‌شود^[13]. به‌طور کلی، بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی مانند افسردگی، اعتیاد، بزهکاری، مشکلات بین‌فردی و تهایی، با ضعف در مهارت‌های زندگی و برقراری ارتباط اجتماعی رابطه دارند^[14].

یکی از مسایل مهم در ارتقای سلامت روان در افراد معلول و نیز در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، توجه به کل خانواده به‌جای توجه به فرد است. وجود معلولیت در یکی از اعضای خانواده، معمولاً تاثیر عمیقی بر سیستم خانواده، کیفیت زندگی و سلامت روان اعضای

گروه حل تعارض و آرام‌سازی با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. در حالی که همین آزمون پس از مداخله در گروه حل تعارض و گروه شاهد و نیز گروه آرام‌سازی و گروه شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان داد [21]. در مجموع نتایج مطالعات موجود حاکی از اثربخشی مداخلات چندبُعدی (شامل تکنیک‌های مختلف شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی) بر بهبود و ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی در همسران معلولان و جانبازان است.

به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد خانواده و از جمله همسر فرد معلول به‌دلیل تحمل استرس‌های متعدد، مستعد آسیب‌های روانی، اجتماعی و جسمانی بسیاری هستند. در واقع وجود همسر معلول می‌تواند در وهله اول سطح بهداشت روانی همسران آنها را تحت تاثیر قرار دهد. این زنان به‌علت مشکلاتی که همسران آنان به‌دلیل معلولیت دارند، ممکن است استرس‌های متفاوتی را تجربه کنند، به‌طوری که برخی از آنها اقدام به جدایی می‌کنند. تحقیقات مختلف پایین‌بودن سلامت روانی و جسمانی همسران رزمندگان و آسیب‌دیدگان از جنگ را مورد تایید قرار داده‌اند [23-25]. با توجه به اینکه آموزش تمام مهارت‌های ده‌گانه امری زمان‌بر و پرهزینه است که مانعی برای گسترش آن به‌شمار می‌آید، بررسی جداگانه چهار مهارت که جزء مهارت‌های اصلی برای حفظ بهداشت روانی به‌شمار می‌روند [26] و به‌نظر می‌رسد اطلاعات ارزشمندی در خصوص کارایی و مفیدبودن محتوی و برنامه آموزشی تحت لوای مهارت‌های زندگی باشند، بستر مناسبی برای گسترش آموزش‌های کوتاه‌مدت در مراکز مشاوره خانواده فراهم خواهد آورد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی بود.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۲ در بین کلیه همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران انجام شد. آزمودنی‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری دردسترس از میان همسران جانبازانی که شوهرانشان تشخیص اختلالات خلقی داشتند، انتخاب شدند. حجم نمونه براساس جدول کوهن، در سطح خطای ۰/۰۵، حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۰، برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل ۱۹ نفر برآورد شد [27]؛ یعنی در مجموع، تعداد افراد گروه نمونه معادل ۳۸ نفر بودند که با در نظر گرفتن احتمال آفت، این تعداد به ۵۰ نفر افزایش یافت.

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. این بیماران توسط روان‌پزشک با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های بالینی و تشخیص اختلال‌های روانی، تشخیص اختلالات خلقی اعم از اختلال دوقطبی نوع I و اختلال دوقطبی نوع II را دریافت کرده بودند و تحت درمان دارویی روان‌پزشکی قرار داشتند. از میان ۸۸۰ جانباز دارای اختلال خلقی، از ۵۰ نفر از همسران جانبازان برای شرکت در یک جلسه توجیهی دعوت به‌عمل آمد. پژوهشگران ضمن تشکر از حضور آنان، در مورد هدف پژوهش و شرایط شرکت در جلسه‌های آموزشی توضیحاتی ارائه کردند. بدین ترتیب ۵۰ نفر به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات، تشخیص اختلالات خلقی جانباز و سکونت در تهران در نظر گرفته شد و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری روان‌شناختی دیگر و سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی مدون روان‌درمانی یا مشاوره و زمینه‌های وابسته به آن به‌طور همزمان (برای تعیین اثربخشی این آموزش) با جلسات گروه بود.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل اطلاعات مرتبط با سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و غیره بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شده است و ۲۸ سؤال دارد. پرسش‌نامه مذکور دارای چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. هر یک از این مقیاس‌ها دارای ۷ سؤال است که براساس مقیاس لیکرت از صفر (بیشتر از همیشه) تا ۳ (خیلی بدتر از همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت روانی و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی است [6]. گلدبرگ، روایی و پایایی این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرده است [28]. در ایران نیز یعقوبی و همکاران پایایی آن را با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۸ و روایی خرده‌مقیاس‌های آن را ۰/۵۵ گزارش نمودند؛ هر سؤال این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت چهارتایی نمره‌گذاری می‌شود. پایایی کلی این پرسش‌نامه ۰/۹۵ گزارش شده است و پایایی درونی مولفه‌های پرسش‌نامه مذکور از طریق آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۷۳، اضطراب ۰/۷۷، نقص در عملکرد اجتماعی ۰/۸۵ و افسردگی ۰/۸۶ به‌دست آمد [29]. همچنین پالانگ اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش نموده و مقادیر ضریب آلفای کرونباخ را برای علائم جسمانی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۷۸، نقص در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۱ برآورد کرده است [30].

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و گمارش تصادفی آنان در دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسش‌نامه سلامت عمومی در مورد هر دو

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 سلامت عمومی در مورد هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی، 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 کاهش دادن اضطراب همانند آرام‌سازی عضلانی بود که از راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی (طارمین و همکاران) برگرفته شده بود [31]. در هر جلسه مرور جلسات قبل، منطبق برارائه آموزش تعیین شده در هر جلسه، مرور تکالیف داده شده، تعیین جلسه بعد و در نهایت خلاصه‌سازی و گرفتن بازخورد انجام گرفت (جدول ۱).

در نهایت، داده‌های به دست آمده توسط آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سن گروه آزمایش (همسران جانبازانی که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند) $44/00 \pm 2/38$ سال و میانگین سن گروه کنترل (همسران جانبازانی که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت نکردند) $47/00 \pm 2/65$ سال بود (جدول ۲).

جدول ۲) فراوانی مشخصات فردی پاسخگویان (اعداد داخل پرانتز درصد است)

متغیرها	گروه آزمایش (۲۵ نفر)	گروه کنترل (۲۵ نفر)
تعداد فرزندان		
۱ فرزند	۲ (۸)	۱ (۴)
۲ فرزند	۹ (۳۶)	۱۰ (۴۰)
۳ فرزند	۱۰ (۴۰)	۹ (۳۶)
۴ فرزند	صفر	۳ (۱۲)
۵ فرزند	۳ (۱۲)	۱ (۴)
۶ فرزند	۱ (۴)	۱ (۴)
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۲۳ (۹۲)	۲۲ (۸۸)
شاغل	۲ (۸)	۳ (۱۲)
سطح تحصیلات		
سیکل	۱۵ (۶۰)	۱۳ (۵۲)
دیپلم	۷ (۲۸)	۸ (۳۲)
کارشناسی	۳ (۱۲)	۴ (۱۶)

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، علائم 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.

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی برای همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی

جلسه اول	شکل‌دادن به یک گروه منسجم و همدل، آشنایی و معرفی شدن اعضای گروه با یکدیگر و آشنایی با علل و عوامل موثر در ایجاد اختلالات روانی، آشنایی با اختلالات خلقی، تعریف و سبب‌شناسی بیماری اختلالات خلقی
جلسه دوم	علائم و نشانه‌های بیماری اختلالات خلقی، انواع سیر و پیش‌آگهی بیماری اختلالات خلقی، شیوه ارتباط با بیمار روانی و آشنایی با اهمیت درمان‌های دارویی و غیر دارویی
جلسه سوم	آشنایی اعضای گروه با برنامه و اهداف مهارت‌های زندگی، خودآگاهی جسمانی، خودارزیابی صحیح و اهمیت اطرافیان نزدیک در خودآگاهی
جلسه چهارم	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 ناتوانایی‌ها، فشار گروه و هدف‌گذاری
جلسه پنجم	تشریح مهارت‌های ارتباطی، ضرورت تسلط بر مهارت‌های ارتباطی و تاثیر آن روی زندگی افراد
جلسه ششم	مراحل برقراری ارتباط؛ شروع، ادامه و خاتمه و افزایش کیفیت ارتباطی با دیگران
جلسه هفتم	آشنایی با خشم، علل ایجاد خشم، سبک‌های مختلف افراد در موقعیت‌های خشم، برانگیز و ویژگی‌های افراد ماهر در کنترل خشم
جلسه هشتم	فرآیند کنترل ماهرانه خشم، آگاهی به هیجان خشم شامل: خودآگاهی هیجانی - کشف و مقابله با افکار ناکارآمد، خنثی کردن خشم - روش‌های کوتاه‌مدت و درازمدت و آموزش تکنیک آرمیدگی و چگونگی نقش آن در زندگی و قاطعیت: ویژگی‌های رفتار قاطعانه، چگونگی برخورد قاطعانه
جلسه نهم	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
جلسه دهم	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

میانگین نمرات مهارت‌های زندگی دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون، در سلامت عمومی و خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی، علایم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری داشت، اما در خرده‌مقیاس علایم افسردگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی توانست میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان گروه آزمایش را در متغیر وابسته (به‌غیر از علایم افسردگی) افزایش دهد. همچنین انجام مداخله مذکور باعث ۵۹٪ تفاوت در واریانس نمرات پس‌آزمون سلامت عمومی، ۱۰٪ تفاوت در واریانس نمرات پس‌آزمون علایم جسمانی، ۲۹٪ تفاوت در واریانس نمرات پس‌آزمون علایم اضطرابی و ۳۰٪ تفاوت در واریانس نمرات پس‌آزمون نقص در عملکرد اجتماعی در دو گروه شد (جدول ۳).

جدول ۳ مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی، علایم جسمانی، علایم اضطرابی، نقص در عملکرد اجتماعی و علایم افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با حذف اثر پیش‌آزمون

حیطه‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		سطح معنی‌داری ضریب اتا	
سلامت عمومی							
آزمایش	۱۶/۹۶±۳/۴۰	۱۷/۷۹±۳/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷	کنترل	۱۶/۳۲±۳/۵۶	۱۵/۷۳±۲/۵۳
علایم جسمانی							
آزمایش	۵/۱۲±۲/۳۱	۱۰/۰۹±۴/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	کنترل	۹/۵۲±۴/۸۱	۹/۸۵±۵/۰۸
علایم اضطرابی							
آزمایش	۵/۳۶±۱/۳۴	۵/۸۵±۱/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۳۹۹	کنترل	۴/۹۲±۱/۴۲	۴/۲۲±۲/۷۲
نقص در عملکرد اجتماعی							
آزمایش	۳/۴۰±۱/۱۹	۳/۹۶±۲/۰۵	۰/۰۲	۰/۳۰۴	کنترل	۳/۸۴±۱/۱۳	۳/۹۱±۲/۱۸
علایم افسردگی							
آزمایش	۵/۸۰±۱/۳۱	۵/۷۰±۱/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۰۴	کنترل	۵/۱۷±۲/۷۴	۵/۵۲±۱/۳۵

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده از نتایج میانگین نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون در سلامت عمومی و در خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی، علایم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود سلامت عمومی و علایم جسمانی، علایم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی آزمودنی‌های مورد مطالعه (همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی) موثر بوده است.

نتایج حاصل از این بررسی با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط پرنده و همکاران [2]، بحرینیان و برهانی [18]، زرگر و همکاران [19]، کرمی‌نیا و همکاران [20]، ویلز و بارسکو [21] و فرامرزی و همکاران [22] همسو است. یافته‌های مطالعه کاتالانو و همکاران نشان داد این گونه آموزش‌ها با افزایش خودانگیزگی، لیاقت اجتماعی و همدلی همراه بوده و بهبود سلامت روان‌شناختی را به‌دنبال دارد [32]. رامشت و فرشاد [33] هم در مطالعه خود دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سلامت جسمانی و روانی و کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی موثر است. نتایج مطالعه محرابی‌زاده هنرمند و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش اضطراب و پرخاشگری همسران شهیدای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است [33]. به‌علاوه، آقاجانیان نیز اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی را بر سلامت روان دانش‌آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه شهر دزفول مورد مطالعه قرار داده و نتیجه گرفت که شکایات جسمانی، روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در نتیجه آموزش‌ها کاهش یافته‌اند. در پژوهش استیگر و همکاران به تاثیر مثبت مهارت‌های زندگی در کاهش علایم تهدیدکننده سلامت همچون اضطراب و پرخاشگری اشاره شده است [34]. محمدرزاده دریافت که آموزش مهارت حل مساله بر سلامت روان جانبازان اثر مثبت دارد. نتایج تحقیق جوادی و همکاران نشان داد که 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 کل افزایش کیفیت زندگی شد [35]. همچنین چونگ و همکاران نشان دادند که سلامت روان از بسیاری از متغیرها همچون کیفیت زندگی، جنسیت و آموزش تاثیر می‌پذیرد، به‌صورتی که آموزش مهارت‌های مختلف موجب ارتقای ابعاد سلامت و کیفیت زندگی افراد می‌شود [36].

یونیسف مهارت‌های زندگی را روی‌آورد تغییر یا شکل‌دهی رفتار با تاکید بر دانش، نگرش و مهارت‌ها در نظر گرفته است. برنامه مهارت‌های زندگی یک رویکرد تغییر رفتار کامل است که بر توسعه مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی از قبیل ارتباط، حل مساله، تفکر، مدیریت، احساسات، جرات‌ورزی، ایجاد اعتماد به نفس 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 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 [37]. این آموزش‌ها تاثیر مثبتی بر سطح احساس، طرز تفکر و نحوه رفتار افراد جامعه خواهد

استرس‌ها به نوبه خود تحت تأثیر علایم آنان نیز تشدید می‌شوند [23]. به علاوه، 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 تأثیر قرار داده و موجب ناتوانی‌های متعدد و در نتیجه افت سلامت روان خود و افراد خانواده می‌شود.

از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش این است که پژوهش حاضر روی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تحت درمان دارویی انجام شده است. بنابراین تعمیم نتایج به سایر اختلال‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. به علاوه، با توجه به اینکه نمونه مورد نظر متشکل از زنان است، در تعمیم نتایج به مردان مشکل وجود دارد. همین طور باید 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 برنامه‌ریزی شده فرزندان جانباز همزمان با برگزاری کارگاه آموزشی همسران اشاره کرد که این متغیرهای مداخله‌گر ممکن است سلامت روانی همسران را تحت تأثیر قرار داده باشد و در آخر اینکه پیگیری گروه آزمایش در فواصل زمانی مختلف امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از نمونه بزرگ‌تر و جامع‌تری به منظور تعمیم مطمئن‌تر نتایج استفاده شود و نیز آزمون‌های پیگیرانه با فواصل زمانی طولانی‌تری برای بررسی میزان ماندگاری اثرات درمانی اجرا شود.

نتیجه‌گیری

آموزش مهارت‌های زندگی، راهبردی کارآمد و موثر در بهبود سلامت عمومی، علایم جسمانی، علایم اضطرابی و نقص در عملکرد اجتماعی در همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی است.

تشکر و قدردانی: از کلیه همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی که با شرکت در این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از ریاست محترم بیمارستان روان‌پزشکی صدر و همکارانشان، موزه صلح تهران و دفتر پژوهش‌های فرهنگی معاونت پژوهش و ارتباطات فرهنگی بنیاد شهید و امور ایثارگران قدردانی می‌شود.

تاییدیه 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.

داشت. مهارت‌های زندگی مربوط به نحوه عمل و رفتارند و اگر به صورت عملی آموخته شوند می‌توانند با تغییر رفتار در تک‌تک افراد جامعه باعث ارتقای جامعه شوند [38]. در تبیین این موضوع باید گفت به نظر 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 به نحو مطلوبی اداره و مدیریت کنند. در حقیقت، با آگاهی‌های شناختی که همسران جانباز در خصوص زندگی با همسر خود یافته‌اند و آموزش‌هایی که در مورد چگونگی رفتار با آنها کسب کرده‌اند، توانسته‌اند بدکاری‌های جسمانی خود را بهبود بخشند، همچنین با کاهش دادن سطح اضطراب خود، عملکرد اجتماعی بیشتری را داشته باشند، در ارتباط با دیگران راحت‌تر و بهتر رفتار کنند، وضعیت زندگی خود را بپذیرند و تلاش کنند تا آسایش بهتری را برای خود، فرزندان و همسر خود فراهم نمایند.

نتایج حاصل از این بررسی در خرده‌مقیاس علایم افسردگی نشان داد که بین گروه‌های مختلف آزمودنی در میزان علایم افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، لذا آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود علایم افسردگی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی تأثیری نداشت. شاید بتوان یافته این پژوهش را با این مطلب که "در حقیقت شادی و افسردگی (عاطفه مثبت و منفی)، دو قطب متضاد روی یک پیوستار نیستند و درمان، خلق منفی ما را به صورت اتوماتیک به سوی شادی و رضایت از زندگی سوق نمی‌دهد" [39] 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 روانی را در برنامه آموزش قرار دهد. بنابراین نمی‌توانست تمام فاکتورهای موثر بر ارتقای سلامت را در مداخله خود بگنجانند و از طرف دیگر در بهبود علایم افسردگی علاوه بر عوامل روان‌شناختی، از بسیاری از عوامل دیگر نیز تأثیر می‌پذیرند که بسیاری از آنها خارج از اراده فردی اشخاص است یا از آن تأثیر کمی می‌پذیرد. آموزش مهارت‌های زندگی به احتمال طرز فکر و باور و احساس آزمودنی‌ها را تغییر داده است، اما همسران در این تعداد جلسات آموزشی نتوانستند افسردگی‌های ناشی از وضعیت زندگی خود را کاهش دهند.

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 سلامت روان 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

- spinal cord injuries with those with non-husbands problems. *DaneshvarRaftar*. 2007;14(22):59-67. [Persian]
- 21- Wilz G, Barskova T. Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behav Res Ther*. 2007;45(10):2508-17.
 - 22- Faramarzi S, Homaie R, Izadi R. Efficacy of cognitive behavioral group training of life skills on mental health of women with handicapped spouses. *Soc Welf*. 2011;11(40):217-35. [Persian]
 - 23- Saki M, Ghanbari A. Mental health assessment in spouses of spinal cord injured war survivors in Lorestan. *J Fundam Ment Health*. 2005;18(5):14-7. [Persian]
 - 24- 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.
 - 25- 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):497-510.
 - 26- 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(6):1391-401.
 - 27- Cristofolini L. The importance of sample size and statistical power in experimental research: A comparative study. *Acta Bioeng Biomech*. 2000;2(1):3-16.
 - 28- Nagyova I, Krol B, Szilasiova A, Sreewart R, Van Dijk J, Van den Heuvel W. General health questionnaire-28: Psychometric evaluation of the Slovak version. *Studia Psychologica*. 2000;42(4):351-61.
 - 29- Hajloo N, Sharifi AR, Vahedi S. Correlatives of individual identity in high school female students at Ardabil city. *J Sch Psychol*. 2012;1(2):21-38. [Persian]
 - 30- Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illnesses in Kashan city. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 1996;2(4):19-27. [Persian]
 - 31- Taromyan F, Mahjoe M, Fathi T. *Life Skills*. Tehran: Education; 2009. pp. 86-112. [Persian]
 - 32- Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prev Treat*. 2002;5(1):51-5.
 - 33- 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;1:3-16. [Persian]
 - 34- 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.
 - 35- 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]
 - 36- Chung PJ, Chiou CJ, Chou FH. Relationships between health status, depression and cognitive functions of institutionalized male veterans. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(2):215-9.
 - 37- Soliemanian AA, Jajarmi M, Falahati M. Effectiveness of training life skills on the quality of life of spouses of veterans with affective disorders. *J War Public Health*. 2015;7(4):197-205. [Persian]
 - 38- Rashidi Nezhad M, 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*. 2011;10(2):47-53. [Persian]
 - 39- Joseph S. *Positive therapy (A meta-theory for Psychological practice)*. 1st edition. USA: Routledge; 2006.
 - 1- Ahmadi K, Nejati V. Evaluation of epidemiology of chronic disease in Iranian psychiatric veterans. *Iran J War Public Health*. 2010;2(4):8-12. [Persian]
 - 2- Parande A, Sirati Nir M, Khaghanizadeh M, Karimizarchi AA. Comparison the effect of training of conflict resolution and relaxation on quality of life's spouses of war veterans affected post-traumatic stress disorder with major depression disorder. *J Fundam Ment Health*. 2007;9(33-34):67-79. [Persian]
 - 3- Masoumi M, Soroush MR, Modirian E. Evaluation of psychiatric problems among war-related bilateral upper limb amputees. *J Mil Med*. 2008;10(3):185-92. [Persian]
 - 4- Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psychol Res*. 2008;23(1-2):19-9.
 - 5- Riebscheher 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 Psychiat*. 2008;32(2):119-26.
 - 6- Tavabi AA, Iran-Pour E. The association between religious beliefs and mental health amongst medical students. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(2):135-8.
 - 7- Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002;43(2):207-22.
 - 8- Ositer GR, Markindes KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional wellbeing predicts subsequent functional independence and survival. *J Am Great Soc*. 2000;48(5):473-8.
 - 9- Vanessa C, Bordwine E, Hubebner SE. The Role of coping in mediating the relationship between positive affect and school satisfaction in adolescents. *Child Indic Res*. 2010;3(3):349-66.
 - 10- Diener E, Seligman ME. Very happy people. *Psychol Sci*. 2003;13(1):81-4.
 - 11- Faulkner G, Biddle S. Exercise and mental health: It's just not psychology. *J Sports Sci*. 2001;19(6):433-44.
 - 12- Faulkner G, Carless D. Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29(4):258-66.
 - 13- Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: Empirical findings and future directions. *J Prim Prev*. 2004;25(2):211-32.
 - 14- Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. *J Alcohol Res Health*. 2000;24(4):250-57.
 - 15- Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: Comparison with standard medical care and impact on quality of life. 2003;98(4):854-64.
 - 16- Dougherty PJ. Long-term follow-up study of bilateral above-the-knee amputees from the Vietnam War. *J Bone Joint Surg Ame Vol*. 1999;81(10):1384-90.
 - 17- Ebrahimzadeh MH, Fattahi AS. Long-term clinical outcomes of Iranian veterans with unilateral transfemoral amputation. *Disabil Rehabil*. 2009;31(22):1873-7. [Persian]
 - 18- Bahreinian A, Borhani H. Mental health in group of war veterans and their spouses in Qom. *Res Med*. 2003;27(4):305-12. [Persian]
 - 19- 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]
 - 20- Amiri M, Salimi SH, Mirzamani SM, Hashemian K, Karaminia R, Adib M. Comparing the psychological profile of employee wives with husbands suffering from