

اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری  
مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای  
همسر معلول

سالار فرامرزی<sup>\*</sup>، رضا همایی<sup>\*\*</sup>، راضیه ایزدی<sup>\*\*\*</sup>

**طرح مسئله:** پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول انجام گرفت. روش: روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور از بین زنان دارای همسر معلول شهر اصفهان که تحت پوشش سازمان بهزیستی بودند ۸۰ زن به روش تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس و با نرم افزار آماری spss تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پرسش‌نامه سلامت عمومی در پس آزمون بود ( $F=84.19, p=.001$ ).

**نتایج:** می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی شناختی رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: آموزش گروهی شناختی - رفتاری، سلامت روان، معلول، مهارت‌های زندگی  
تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۸

\* دکتر روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص. دانشگاه اصفهان. <s.faramarzi@edu.ui.ac.ir>

\*\* کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص دانشگاه پیام نور اصفهان

\*\*\* دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه اصفهان

## مقدمه

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی یا روانی از اختلالات رفتاری، شناختی و جسمانی شدید و طولانی مدت رنج می‌برند. در چنین وضعیتی کنش‌های روانی - اجتماعی بیماران، از جمله مراقبت از خود، روابط بین فردی و حفظ شغل به شدت دچار دگرگونی می‌شوند و به همین دلیل برای سازگاری و زندگی موفقیت آمیز در اجتماع نیاز به کمک و مراقبت‌های دایمی دارند. در واقع فرد معلول کسی است که سلامت جسمانی یا روانی او به طور موقت یا دائم صدمه دیده و توانایی انجام امور شخصی و روزمره و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی خود را از دست داده است و در نتیجه قادر نیست بدون استفاده از وسایل کمکی و یا مراقبت و حمایت‌های خاص به زندگی عادی خود ادامه دهد. به عبارت دیگر معلولیت به دلیل ایجاد مشکلات جسمانی شدید و مستمر و به دنبال آن محدودیت‌ها و فشارهای روانی - اجتماعی فراوان برای فرد مبتلا و نیز خانواده وی، پیامدهای متعددی به همراه دارد. بدون شک همسر معلول از جمله نزدیک‌ترین اطرافیان این بیمار می‌باشد و بیش‌ترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیر کلامی و نیز در ارتباط رودر رو و دایم با فرد بیمار داشته و در صورت عدم ارضاء نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده انتظار می‌رود بیش‌ترین مشکلات و ناراحتی‌ها را همچنان که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است متحمل شود. لذا در پژوهش حاضر این سؤال مطرح بود که آیا برنامه آموزشی گروهی شناختی رفتاری مهارت‌های زندگی بر افزایش سطح سلامت روان همسران افراد معلول تأثیر دارد؟

در همین راستا، ماتسا کیز (Matsakitz, 1988)، به نقل از امیری، (۱۳۸۴)، در یک نظر خواهی از ۱۰۰ نفر از مشاوران مراکز درمانی، شایع‌ترین مشکلات گزارش شده توسط همسران جانبازان جنگ ویتنام را کنار آمدن با مشکلات، تنهایی و انزوای اجتماعی، احساس گم‌گشتگی، مسئولیت یا استیصال و احساس از دست دادن هویت، فقدان کنترل بر زندگی و سرزنش خود بیان نمودند. چان (Chan, 2000)، تنیدگی و شیوه‌های مقابله در همسران افراد

معلول در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار داده و نتایج مطالعه وی نشان داد که تیندگی زاترین موقعیت‌های گزارش شده به مسئله سلامت شوهران، خانواده و روابط متقابل زناشویی و مسئولیت سنگین مراقبت مربوط بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها منبع کنترل بیرونی بالا، شیوه‌های مقابله ناکارآمد، محدودیت حمایت اجتماعی، افسردگی بالا و عوارض روانی اجتماعی هم برای فرد معلول و هم خانواده این افراد را نشان داد. نورث (North, 1999) و لافام - رندلو (Lapham- Randlovk, 1999)، نیز در مطالعه خود تغییرات قابل توجه در زندگی، عدم سازگاری، خستگی و آشفتگی در همسران معلولین را گزارش کردند.

(بحرینیان و برهانی، ۱۳۸۲)، با استفاده از تست افسردگی بک، افسردگی (خفیف تا شدید) را در ۸۸/۹ درصد از همسران جانبازان گزارش کردند. همچنین مطالعه آنان نشان داد که ۸۶/۷ درصد از همسران جانبازان مشکوک به عدم سلامت روان می‌باشند. اختلالات اضطرابی، انطباقی و اختلال در روابط بین فردی نیز بین آنان چشم‌گیر بود. در مطالعه دیگری که بر روی ۵۰ نفر از همسران معلولین و ۵۰ نفر از همسران عادی انجام شد، میانگین افسردگی گروه معلول به طور معناداری بالاتر بود (مسکینی و سرده‌ای، ۱۳۸۱). (امیری و همکاران، ۱۳۸۶) نیز در مقایسه همسران جانبازان با گروه عادی نشان دادند که همسران جانباز به طور معناداری دارای وضعیت روانی نامناسب بوده و از مشکلات افسردگی، خودبیمارانگاری و هیستری بیش‌تری رنج می‌برند. در مجموع به نظر می‌رسد خانواده و از جمله همسر فرد معلول به دلیل 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 تأثیر قرار دهد. این زنان به علت مشکلاتی که همسران آنان به دلیل معلولیت دارند، ممکن است استرس‌های متفاوتی را تجربه کنند به طوری که برخی از آن‌ها اقدام به جدایی می‌کنند. تأمین و افزایش سطح سلامت روانی زنان مذکور و آموزش مهارت‌های زندگی بهتر می‌تواند سطح رضایت‌مندی زندگی زناشویی آنان را افزایش دهد.

در حالی که مطالعات زیادی نشان می‌دهد، انجام مداخلات آموزشی و درمانی روی این گروه از زنان می‌تواند اثرات معنی‌داری بر متغیرهایی همچون شیوه‌های مقابله، دانش و عمل کرد خانواده داشته باشد (براون و همکاران (Brown et al, 1999)؛ کلارک و همکاران (Clark et al, 2003)؛ اوانز و همکاران (Evans, et al, 1987)؛ هارتک و همکاران (Hartke et al, 2003)؛ لارسون و همکاران (Larson et al, 2005)؛ وان دن هوول و همکاران (Van den Heuvel et al, 2002). مطالعات کم‌تری نیز حاکی از اثر بخشی این مداخلات بر سلامت فیزیکی و روانی آنان می‌باشد (گران و همکاران (Grant et al, 2002)؛ کالرا و همکاران (Kalra et al, 2004). مداخلاتی که تکنیک‌های روان درمان بخش همچون حل مسئله (گران و دیگران، ۲۰۰۲)، را مورد استفاده قرار داده‌اند، در مقایسه با تحقیقاتی که مداخلات صرفاً آموزشی را به کار برده‌اند (راجرز (Rodgers, 2001)) نتایج بهتری کسب کرده‌اند، به ویژه زمانی که درمانگران مراقبان را تشویق کرده‌اند که از تکنیک‌های رفتاری سود ببرند (Schulz, 2005).

ویلز و بارسکوا (Wilz & Barskova, 2007) در مطالعه‌ای اثربخشی برنامه مداخله‌ای گروهی شناختی - رفتاری بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی همسران بیماراران سکته مغزی را بررسی کردند. مقیاس افسردگی و اضطراب بک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی WHO در سه مرحله (قبل از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۶ ماه پس از مداخله) اجرا شد. نتایج پژوهش حاکی از آن بود شرکت همسران در این برنامه مداخله‌ای با تغییرات معنادار در متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی و بهداشت روان همراه بود. پژوهش‌های موفات (Moffat, 2004)، استانی و مارکمن (Stanley & Markman, 2005)، شالمن و کوترلا (Shulman. Koterla, 2007) و دییر (Dyer, 2008) نیز حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی افزایش سطح سلامت روان در خانواده‌ها است. در همین راستا نتایج به دست آمده از پژوهش (پرنده و همکاران، ۱۳۸۶) که اثربخشی دو روش حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان را مورد بررسی

قرار داده حاکی از آن است که مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی همسران جانبازان قبل از انجام مداخله، در گروه حل تعارض و آرام سازی با گروه شاهد تفاوت معناداری را نشان نداد. در حالی که همین آزمون پس از مداخله در گروه حل تعارض و گروه شاهد و نیز گروه آرام سازی و گروه شاهد تفاوت معناداری را نشان داد. در مجموع نتایج مطالعات موجود حاکی از اثربخشی مداخلات چند بعدی - شامل تکنیک‌های مختلف شناختی رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی - بر بهبود و ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی در همسران معلولین و جانبازان می‌باشد.

در حقیقت نه تنها فرد معلول بلکه نظام خانواده در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار گرفته، الگوی تعاملی معمولی بین افراد خانواده مختل می‌شود و وظایف و نقش‌های جدیدی برای اعضای خانواده مطرح می‌گردد. خانواده‌های این بیماران به دلیل تحمل استرس‌های طاقت فرسا و نیز نقش‌های جدید دچار احساسات و افکاری همچون احساس گناه، ترس و نگرانی، تنفر و ابراز خشم، اندوه و ناامیدی و... می‌گردند (هدایت نژاد، ۱۳۷۸). زمانی که عنصری از خانواده بیمار شود و یا در ارائه نقش‌های معمول و هنجار خود در خانواده احساس ناتوانی کند، می‌توان انتظار داشت که تعادل و هموستازی خانواده از بین برود (بیرک هد (Birekheed, 1989)).

دیدگاه سیستمی و خانواده درمانی در تعیین آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تاکید دارند که خانواده به عنوان یک واحد تعاملی، از اعضای خود تأثیر می‌پذیرد. به طوری که تعاملات درون خانواده یکی از عوامل تعیین کننده سلامت روانی می‌باشد. در بررسی‌های مربوط به تعاملات درون خانواده به روابط پدر و مادر با یکدیگر، روابط والدین با فرزندان و روابط فرزندان با یکدیگر مطرح می‌گردد و هر یک از این روابط به سهم خود اثرات ویژه‌ای بر شخصیت و بهداشت روانی فرد دارد. روابط درون خانواده چنانچه به نحوی باشد که منتج به اضطراب برای افراد گروه گردد، امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سرمنشاء بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری و شخصیتی آنها شود. با

این نگرش بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضاء تأثیرگذار است. به علاوه عواملی نظیر انواع و شدت بیماری، سختی و سهولت درمان و شیوه پاسخ افراد به بیماری تأثیرات در خور توجهی بر یکدیگر دارند و می‌توانند به عنوان مشخص کننده اصلی فشار روانی در خانواده مورد توجه قرار گیرند (Minochien, 1974)؛ (ترجمه ثنایی، ۱۳۷۶).

### روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دارای همسر معلول در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ که تحت پوشش سازمان بهزیستی استان اصفهان بودند، تشکیل می‌داد. نمونه آماری شامل ۸۰ زن دارای همسر معلول بود. ۴۰ نفر از این زنان در گروه آزمایش و ۴۰ نفر در گروه کنترل (انتظار) قرار داشتند. جهت انتخاب زنان دارای همسر معلول از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس استفاده شد. با توجه به این که زنان مذکور تحت پوشش بهزیستی بودند، با مراجعه به مراکز مرتبط تعداد ۸۰ زن به طور تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

### روش اجرا

جهت اجرای پژوهش حاضر ابتدا با مراجعه به مراکز مختلف سازمان بهزیستی در شهر اصفهان، ۸۰ زن دارای همسر معلول که تحت پوشش این سازمان بودند به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسش‌نامه GHQ-28 را جهت انجام پیش آزمون تکمیل نمودند. سپس به طور مساوی و تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن همسر معلول، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، دامنه سنی ۴۵-۱۸

**معیارهای خروج:** وجود عقب ماندگی ذهنی، وجود سایکوز، بی‌سوادی، مشکلات حسی -

حرکتی

گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی شرکت نمودند. در پایان هر جلسه شرکت‌کننده‌ها می‌بایست تکالیف مربوط به اهداف مذکور در آن جلسه را که توسط درمان‌گر به آن‌ها داده شده بود را اجرا می‌نمودند. پس از پایان جلسات مجدداً گروه آزمایش و گروه کنترل پرسش‌نامه GHQ-28 را جهت انجام پس‌آزمون تکمیل نمودند. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی

| انواع مهارت‌ها                   | جلسات | مواد جلسات  | زمان     |
|----------------------------------|-------|---|----------|
| مهارت‌های مربوط به خود           | ۱     | ۱- معرفی و آشنایی<br>۲- توضیحات کلی در مورد جلسات آموزشی و اهداف جلسات<br>۳- پیش‌آزمون  | ۹۰ دقیقه |
|                                  | ۲     | ۱- مراقبت از خود<br>۲- رفتار مسئولانه و توجه به رضایت خداوند<br>۳- پذیرش پیامدها<br>۴- ارائه تکلیف                                      | ۹۰ دقیقه |
|                                  | ۳     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- رفتار اخلاقی و اسلامی<br>۳- نظر مثبت به خود<br>۴- بیان احساسات<br>۵- ارائه تکلیف              | ۹۰ دقیقه |
| مهارت‌های مربوط به دیگران (همسر) | ۴     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- احترام به دیگران<br>۳- نظر مثبت داشتن نسبت به دیگران و توجه به رضایت خداوند<br>۴- ارائه تکلیف | ۹۰ دقیقه |

| انواع مهارت‌ها | جلسات | مواد جلسات  | زمان      |
|----------------|-------|---|-----------|
|                | ۵     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- کمک به دیگران<br>۳- منظم بودن در زمینه وسایل خود و دیگران<br>۴- ارائه تکلیف                         | ۹۰ دقیقه  |
|                | ۶     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- گفت و شنود مؤثر با همسر<br>۳- پذیرفتن مقررات زندگی مشترک<br>۴- ارائه تکلیف                          | ۹۰ دقیقه  |
|                | ۷     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- مواجهه با تعارض<br>۳- ارائه تکلیف   | ۹۰ دقیقه  |
|                | ۸     | ۱- مرور تکلیف و بازخورد از جلسه قبل<br>۲- تمرکز بر مشکل و یاری گرفتن از خداوند<br>۳- تحمل رفتارهای مربوط به مشکل<br>۴- حل مشکل<br>۵- پس آزمون | ۱۲۰ دقیقه |

## ابزار

### ۱- پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28):

پرسشنامه GHQ-28 توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده و برای اندازه‌گیری سلامت روان به کار رفته است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی بوده و هر خرده مقیاس دارای ۷ آیتم است. گلدبرگ (۱۹۹۳) روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش نمود. پایایی این آزمون توسط پالاهانگ و همکاران (۱۳۷۵) برابر ۰/۹۱ محاسبه شده است.



ویسی و همکاران (۱۳۸۰) نیز ضریب پایایی این تست با روش آزمون - بازآزمون را ۰/۸۸ گزارش کردند.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده از طریق آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کو واریانس) در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

جدول شماره ۲ داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون پرسش‌نامه GHQ-28 را نشان می‌دهد.

جدول ۲: مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسش‌نامه GHQ-28

| پس آزمون     |         | پیش آزمون    |         | شاخص‌های آماری گروه             |  |
|--------------|---------|--------------|---------|---------------------------------|--|
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |                                 |  |
| ۱/۶۱         | ۱۹/۸۷   | ۱۷/۸۶        | ۴۱/۲۴   | نمره کل GHQ-28                  |  |
| ۲/۳۱         | ۵/۱۲    | ۴/۸۴         | ۱۰/۰۹   | مؤلفه شکایات جسمانی             |  |
| ۱/۸۰         | ۵/۴۷    | ۵/۷۳         | ۱۰      | مؤلفه اضطراب                    |  |
| ۱/۷۳         | ۴/۵۶    | ۳/۱۱         | ۱۱/۷۴   | مؤلفه اختلال در عمل کرد اجتماعی |  |
| ۲/۵۵         | ۴/۵۹    | ۵/۵۰         | ۱۱/۶۸   | مؤلفه افسردگی                   |  |
| ۱/۴۹         | ۴۰/۰۱   | ۱۷/۸۱        | ۴۱/۷۵   | نمره کل GHQ-28                  |  |
| ۴/۸۱         | ۹/۵۲    | ۵/۰۸         | ۹/۸۵    | مؤلفه شکایات جسمانی             |  |
| ۵/۲۵         | ۱۰      | ۵/۴۹         | ۱۰/۳۳   | مؤلفه اضطراب                    |  |
| ۳/۹۴         | ۱۱/۷۵   | ۴/۰۲         | ۱۱/۹۷   | مؤلفه اختلال در عمل کرد اجتماعی |  |
| ۴/۷۲         | ۱۰/۷۳   | ۵/۱۴         | ۱۱/۲۳   | مؤلفه افسردگی                   |  |

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، نمره پیش آزمون سلامت روانی در هر دو گروه تقریباً با هم برابر است، اما این میانگین در پس آزمون در گروه آزمایش به مراتب کوچک‌تر از گروه کنترل است؛ که نشان دهنده بهبود سلامت روانی زنان دارای همسر معلول در گروه آزمایش می‌باشد. همچنین میانگین گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی نیز در پیش آزمون تقریباً مساوی است، اما این میانگین‌ها در پس آزمون و به ویژه در دو زیر مقیاس افسردگی و اختلال در عمل‌کرد اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش نسبتاً زیادی داشته است. لذا با توجه به نتایج جدول شماره ۳ می‌توان تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول را نتیجه‌گیری کرد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روان

| منابع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F نسبت | سطح معنی داری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|-----------|------------|
| گروه        | ۷۴۵۳/۷۰       | ۱          | ۷۴۵۳/۷۰         | ۸۴/۱۹  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۴      | ۸۹۳        |

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است (۰/۰۰۱). با توجه به این نتایج می‌توان گفت که آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی موجب بهبود و افزایش سطح سلامت روان در زنان دارای همسر معلول شده است. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۵۴ درصد تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون سلامت روانی در دو گروه ناشی از انجام مداخله مذکور است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی بر بهبود شکایات جسمانی، اضطراب، عمل کرد اجتماعی و افسردگی زنان دارای همسر معلول

| منبع          | متغیر           | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | ضریب اتا |
|---------------|-----------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|----------|
| شکایات جسمانی | شکایات جسمانی   | ۳۷۵ / ۲۶      | ۱          | ۳۷۵ / ۲۶        | ۳۹ / ۲۲ | ۰ / ۰۰۱      | ۰ / ۳۶   |
|               | اضطراب          | ۳۵۰ / ۹۷      | ۱          | ۳۵۰ / ۹۷        | ۳۸ / ۲۴ | ۰ / ۰۰۱      | ۰ / ۳۵   |
|               | عمل کرد اجتماعی | ۹۰۶ / ۳۱      | ۱          | ۹۰۶ / ۳۱        | ۲۴ / ۰۱ | ۰ / ۰۰۱      | ۰ / ۷۸   |
|               | افسردگی         | ۷۳۸ / ۱۹      | ۱          | ۷۳۸ / ۱۹        | ۷۹ / ۶۲ | ۰ / ۰۰۱      | ۰ / ۵۳   |

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس عمل کرد زنان دارای همسر معلول در خرده مقیاس‌های آزمون پرسش‌نامه GHQ، نشان می‌دهد؛

(الف) بین عمل کرد دو گروه در خرده مقیاس شکایات جسمانی در سطح  $p \leq 0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، می‌توان بیان کرد که، آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی موجب بهبود شکایات جسمانی زنان دارای همسر معلول شده است. بر اساس ضریب اتای به دست آمده  $0/36$  تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون شکایات جسمانی در دو گروه ناشی از آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی می‌باشد.

(ب) بین عمل کرد دو گروه در خرده مقیاس اضطراب در سطح  $p \leq 0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان اذعان نمود، آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی موجب بهبود اضطراب زنان دارای همسر معلول شده است. بر اساس ضریب اتای به دست آمده  $0/35$  تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون اضطراب در دو گروه ناشی از آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی می‌باشد.

(ج) بین عمل کرد دو گروه در خرده مقیاس عمل کرد اجتماعی در سطح  $p \leq 0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین می‌توان اذعان نمود، آموزش گروهی شناختی - رفتاری

مهارت‌های زندگی موجب بهبود عمل کرد اجتماعی زنان دارای همسر معلول شده است. بر اساس ضریب اتای به دست آمده  $0/78$  تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون اختلال در عمل کرد اجتماعی در دو گروه ناشی از آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی می‌باشد.

د) بین عمل کرد دو گروه در خرده مقیاس افسردگی در سطح  $0/001 \leq p$  تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان ادعان نمود، آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی موجب بهبود افسردگی زنان دارای همسر معلول شده است. بر اساس ضریب اتای به دست آمده  $0/53$  تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون افسردگی در دو گروه ناشی از آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی می‌باشد.

## بحث

همان طور که قبلاً نیز ذکر شد یکی از مسائل مهم در ارتقاء سلامت روان در افراد معلول و نیز در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، توجه به کل خانواده به جای توجه به فرد است. وجود معلولیت در یکی از اعضای خانواده، معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عمل کرد، کیفیت زندگی و سلامت روان اعضای خانواده دارد. لذا مراقبت از فرد معلول زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر بهداشت روان خانواده تأثیر سوء دارد (Trask et al, 2003).

بررسی نتایج به دست آمده از اجرای تست سلامت عمومی قبل از انجام مداخله (جدول ۱) نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش در نمره کل پیش آزمون  $41/24$  و گروه کنترل  $41/75$  می‌باشد و این نتایج می‌تواند حاکی از مشکلات این زنان در سلامت روان باشد. کاپلان و همکاران (۲۰۰۳) عنوان کردند که وجود بیماری در یک عضو از خانواده سیستم آن خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره‌گیری آنان از یکدیگر می‌شود. در این خصوص بیرکید (۱۹۸۹)،

مینوچین (۱۹۷۴) و استریت (۱۹۹۱) نیز در مطالعات خود چنین نتیجه‌گیری کردند که بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف تمام اعضاء تأثیر گذار است. همچنین مطالعه ماتسا کیز (۱۹۸۸)، ویتزنکامپ و همکاران (۱۹۹۷)، چان (۲۰۰۰)، نورث (۱۹۹۹)، لافام و رندلو (۱۹۹۹)، بحرینیان (۱۳۸۲)، مسکینی و سرده‌ای (۱۳۸۱)، امیری و همکاران (۱۳۸۶) نیز همه حاکی از آن است که معلولیت و بیماری مزمن تأثیر عمیقی بر سلامت روان خانواده و مخصوصاً همسر فرد معلول دارد. لذا نتایج حاصل از این مطالعه نیز در راستای مطالعات قبلی است و نشان داد که همسران افراد معلول از سلامت روان مناسب برخوردار نیستند.

نتایج حاصل از مطالعه پس از انجام مداخلات نشان داد که در گروه مورد مداخله، میانگین نمره پس آزمون پرسش‌نامه سلامت عمومی در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته و این کاهش در مؤلفه‌های افسردگی و اختلال در عمل کرد اجتماعی چشم‌گیرتر بوده است. این نتایج نیز با نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه هم سو است. تحقیقات گرانت و همکاران (۲۰۰۲)، کالرو و همکاران (۲۰۰۴)، براون و همکاران (۱۹۹۹)، هارتک و کینگ (۲۰۰۳)، وان دل هیول و همکاران (۲۰۰۲)، شولز، مارتیر و کلینگر (۲۰۰۵) و ویلز و بارسکوا (۲۰۰۷) حاکی از اثربخشی مداخلات روان درمانی بر سلامت فیزیکی و روانی در همسران افراد معلول و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر در راستای پژوهش‌های داخلی نیز می‌باشد. پرند و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی اثربخشی روش حل تعارض و آرام‌سازی، تأثیر این مداخلات بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی در همسران جانبازان را گزارش کردند. به عبارت دیگر، آموزش‌هایی که در خصوص مهارت‌های مربوط به خود و مهارت‌های مربوط به رفتار با همسر، به زنان دارای همسر معلول داده شد موجب گردید تا آنان بهتر بتوانند مشکلات زندگی با افراد معلول را بپذیرند و عمل کرد بهتری در ارتباط با آن‌ها داشته باشند و همچنین با پذیرش وضعیت زندگی خود علاوه بر کاهش استرس خود، سطح سلامت

روانی خود را نیز بهبود بخشند. وجود یک فرد معلول به علت نگهداری‌های خاصی که لازم دارد و همچنین محدودیت‌های فرد معلول، می‌تواند برای اعضای خانواده استرس آور باشد. بر همین اساس پژوهش حاضر نیز با تکیه بر مطالعات انجام شده اقدام به آموزش مهارت‌های زندگی به زنان دارای همسر معلول نموده؛ که در این خصوص موفق عمل نموده و توانسته موجبات بهبود سلامت روانی و مهارت‌های زندگی آن‌ها شود. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر در راستای تمامی مطالعات انجام شده، می‌باشد و نشان داد در صورتی که خانواده‌های معلول نیز از آموزش‌های لازم برخوردار گردند، بهتر می‌توانند مشکلات زندگی با یک فرد معلول را درک کنند و معلولیت‌های آنان را بپذیرند. بر همین اساس بهتر می‌توانند خدمات لازم را به فرد معلول ارائه دهند؛ زیرا این کمک و خدمات را در راستای زندگی خود می‌دانند و آن را یکی از وظایف زندگی خود تصور می‌کنند. با توجه به اعتقادات مذهبی در بین خانواده‌ها، آموزش مهارت‌های زندگی برای یاری رساندن به افراد معلول در خانواده می‌تواند تقویت گردد؛ چون اعضای خانواده این کمک و یاری را موجب خشنودی خداوند می‌دانند که پاداش عظیمی را دریافت خواهند نمود. بنابراین در صورتی که آموزش مهارت‌های زندگی با تکیه بر فرمایشات دینی باشد، می‌تواند نتایج سودبخش بیش‌تری به دنبال داشته باشد که در پژوهش حاضر نیز در برخی از جلسات در حین آموزش به موضوعات مذهبی نیز اشاره شده است.

یافته‌ها در خصوص چهار مؤلفه سلامت روانی یعنی شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در عمل کرد اجتماعی و افسردگی نشان داد، آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود مشکلات ناشی از بدکاری‌های جسمانی، کاهش اضطراب، بهبود عمل کرد اجتماعی و کاهش افسردگی زنان دارای همسر معلول شده است. در حقیقت، با آگاهی‌های شناختی که زنان دارای همسر معلول 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، عمل کرد اجتماعی بیش‌تری را

داشته باشند و در ارتباط با دیگران راحت‌تر و بهتر رفتار کنند و افسردگی‌های ناشی از وضعیت زندگی خود را کاهش دهند و وضعیت زندگی خود را بپذیرند و تلاش کنند تا آسایش بهتری را برای خود، فرزندان و همسر معلول خود فراهم کنند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به اثر بخشی روش‌های مداخله و مقرون به صرفه بودن از نظر اقتصادی و نیز با توجه به نقش کلیدی همسر در خانواده، لازم است برنامه‌های آموزشی برای این گروه بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت از همسر بیماران به عنوان مهم‌ترین عامل همراه با ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است. بنابراین با حمایت‌های آموزشی و افزایش سطح آگاهی خانواده می‌توان میزان پذیرش بیماران در خانواده را افزایش، عود بیماری را کاهش و روابط خانوادگی را مستحکم‌تر و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را تأمین نمود.

### پیشنهادهای کاربردی

- ۱- با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی» به مسئولین سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود تا برای تمامی خانواده‌های دارای فرد معلول، کلاس‌های آموزشی مهارت‌های زندگی برگزار کنند.
- ۲- با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی و استفاده از موضوعات مذهبی در حین آموزش»، به روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود، در حین آموزش مهارت‌های زندگی به مسائل مذهبی نیز توجه داشته باشند، زیرا آموزش‌ها با تکیه بر فرهنگ مذهبی، می‌تواند یادگیری آنها را برای افراد ساده‌تر و غنی‌تر کند.
- ۳- با توجه به نتایج حاصله در «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های مربوط به خود» به روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود که جهت تغییرات شناختی و رفتاری در افرادی

که با اضطراب و دیگر مشکلات مواجه هستند، از این نوع آموزش‌ها استفاده کنند. ۴- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر مهارت‌های ارتباط با همسر» به مسئولین سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر را در سطح مراکز توسعه دهند.

### **پیشنادهای پژوهشی:**

این موضوعات در راستای پژوهش‌های آتی به سایر پژوهش‌گران ارائه می‌گردد:

- ۱- بررسی مشکلات زنان دارای همسر معلول
- ۲- بررسی مشکلات فرزندان دارای والد معلول
- ۳- بررسی وضعیت روانی افراد معلول
- ۴- بررسی وضعیت زندگی زناشویی معلولین
- ۵- بررسی دیدگاه فرزندان نسبت به والد معلول
- ۶- بررسی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی فرزندان دارای والد معلول .

### **محدودیت‌های پژوهش:**

- ۱- محدود بودن نتایج پژوهش به همسران دارای معلول شهر اصفهان و احتیاط در تعمیم نتایج به دیگر شهرها.
- ۲- محدود نمودن متغیر سلامت روانی به نتایج پرسش‌نامه سلامت روانی (GHQ)
- ۳- مشکلات مربوط به چگونگی شرکت همسران معلول در برنامه آموزشی با توجه به پراکندگی آن‌ها در سطح شهر اصفهان



- استریت، ادی (۱۹۹۱). مشاوره خانواده. ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی نیا (۱۳۷۱). تهران: انتشارات دان.
- امیری، ماندانا؛ سلیمی، سید حسن؛ میرزمانی، سید محمود؛ هاشمیان، کیانوش؛ کرمی نیا، رضا و ادیب، مصطفی (۱۳۸۶). مقایسه نیمرخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی. دو ماهنامه دانشور پژوهش، دانشگاه شاهد، سال چهاردهم، شماره ۲۲، صص ۶۷-۵۹.
- امیری، ماندانا؛ بردبار، سعیده؛ کاتب، زهرا (۱۳۸۴). مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی. مجله روانشناسی، ۲۳، سال نهم، شماره ۱.
- بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲) بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانبازان اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم. پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۲۷، شماره ۴، ۳۱۲-۳۰۵.
- پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی و شاه محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.
- پرند، اکرم؛ سیرتی نیر، مسعود؛ خاقانی زاده، مرتضی؛ کریمی زارچی، علی اکبر (۱۳۸۶). مقایسه تأثیر دو روش حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با اختلال افسردگی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، شماره ۳۳ و ۳۴، ۷۸-۶۷.
- ساعتچی، محمود (۱۳۷۴). اولین سمینار استرس و بیماری های روانی. گرد آورنده حسین آزاد. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- فردوسی، سیما (۱۳۷۶). نقش تعاملات درون خانواده در بهداشت روانی. خلاصه مقالات همایش نقش و جایگاه فرهنگ و هنر در بهداشت روانی. تهران، اداره کل امور فرهنگ و ارشاد اسلامی.

- مسکینی، علی؛ سردرهای، اسماعیل (۱۳۸۱). مقایسه میزان افسردگی در خانواده‌های جانبازان انقلاب اسلامی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله. صفحه ۴۵۳.
- مینوچین، سالوادور (۱۹۷۴). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنائی (۱۳۷۶). تهران، انتشارات امیر کبیر.
- هدایت نژاد، محمود (۱۳۷۸). اثر استرس ناشی از جنگ بر روی جانبازان و خانواده آنان و نقش مشاوره با خانواده در مقابله با این استرس. همایش مسایل روان شناختی ناشی از جنگ. تهران. دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله.
- Birekheed, L.M. (1989). *Psychiatric mental health nursing: the therapeutic use of self*. New York: G.D. Lippincott Company.
- Brown, R., Pain, K., Berwald, C., Hirschi, P., Delebanty, R., & Miller, H. (1999). **Distance education and caregiver support groups: Comparison of traditional and telephone groups.** *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 14, 257-268.
- Chan, R. C. (2000). **Stress and coping in spouses of persons with spinal cord injuries.** *Clinical Rehabilitation*, 14(2): 137-44.
- Clark, M. S., Rubenach, S., & Winsor, A. (2003). A randomized controlled trial of an education and counseling intervention for families after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 17, 703-712.
- Evans, R. L., Bishop, D. S., Matlock, A. L., Stranahan, S., Smith, G. G., & Halar, E. M. (1987). Family interaction and treatment adherence after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 8, 513-517.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2002). **Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation.** *Stroke*, 33, 2060-2065.
- Goldberg L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Goldberg D, Williams P (1988). *A User Guide to General Health Questionnaire*. Windsor, NFER/Nelson.
- Hartke, R. J., & King, R. B. (2003). Telephone group intervention for older stroke caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9, 65-81.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., & Donaldson, N. (2004). **Training carers of stroke patients: A randomized controlled trial.** *British Medical Journal*, 328, 1099-1104.
- Kaplan and Sadock (2003). Synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 801, 111- 112.

- Koterla, K & Dyer, P. (2008). Using marriage education to strengthen military families: evaluation of the active military life skills program. *Social work & Christianity*, Vol 35, No, 3. 287-311.
- Lapham- Randlovk. (1999). **how the family copes with spinal cord injury: A personal perspective.** *Rehabil Nurs.* 19(2): 20-23.
- Larson, J., Franzen-Dahlin, A., Billing, E., v. Arbin, M., Murray, V., & Wredling, R. (2005). **The impact of a nurse-led support and education program for spouses of stroke patients: A randomized controlled trial.** *Journal of Clinical Nursing*, 14, 995-1003.
- Moffat A. (2004). **What makes for successful and unsuccessful relationship?** In changing families, challenging futures, 6th Australian Institute of family studies conferences. *Melbourne Nov* 25-27.
- North. N. T. (1999). **The psychological effects of spinal cord injury: A review.** *Spinal Cord* 10: 671-679.
- Rodgers, H., Atkinson, C., Bond, S., Suddes, M., Dobson, R., & Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*, 30, 2585-2591.
- Rodgers, H., Bond, S., & Curless, R. (2001). **Inadequacies in the provision of information to stroke patients and their families.** *Age and Ageing*, 30, 129-133.
- Schulz, R., Martire, L. M., & Klinger, J. N. (2005). Evidence-based caregiver interventions in geriatric psychiatry. *The Psychiatric clinics of North America*, 28, 1007-1038.
- Shulman S. (2007). **Working through the heart: A transpersonal approach to family support and education.** *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 22, No. 2.
- Stanley SM, Markman HJ. (2005). Facts about marital distress and divorce. *Denver: University of Denver*: 91-95,111.
- Trask PC et al(2003). **Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma cancers.** *Aug15.* 98 (4): 854-64.
- Van den Heuvel, E. T. P., de Witte, L. P., Steward, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B. (2002). Long term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: Which caregivers benefit the most? *Patient Education and Counseling*, 47, 291-299.
- Wilz. G. & Barskova T.(2007). Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behavioral research and Therapy*, 45, 2508-2517.