


اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی

زنان دارای همسر جانباز

The Effectiveness of Life Skills Training on Reducing the Components of Marital Burnout among Women Married to Disabled Veterans

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۲۸

Momeni, Kh., Dehqan, F. , Alizadeh, Z., Bigdeli, R.

خدامراد مؤمنی^۱، فاطمه دهقان^۲، زهرا علیزاده^۳، روجا بیگدلی^۴

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate the impact of life skills training on marital burnout among women married to disabled war veteran.

Method: The research method is experimental with pretest-posttest and control group. The research population included the wives of disabled veterans with 25 to 50 percent disability who lived in Islamabad Gharb, Iran in 2015. The sample consisted of 30 wives of disabled veterans selected through the convenient random sampling method and were assigned into control (n = 15) and experimental (n = 15) groups. They completed the Pines Marita Burnout Scale. The experimental group received nine weekly sessions of life skills training, and the control group received no intervention. Analysis of covariance was utilized to analyze the data.

Results: The results of analysis of covariance revealed a significant difference between the experimental and control groups in regard to the components of marital burnout. The rate of marital burnout and those of its components were significantly decreased among the subjects in the experimental group compared to the pre-test stage and control group.

Discussion: Life skills training results in reducing marital burnout and its components among the wives of disabled war veteran.

Keywords: life skills training, marital burnout, disabled veterans' wives.

چکیده


مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز انجام گرفته است.


روش: پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، زنان همسر جانبازان ۲۵ تا ۵۰ درصد شهر اسلام آباد غرب در سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن همسر جانباز بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و به پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی پاینز پاسخ دادند. گروه آزمایش، به‌مدت ۹ جلسه و هر هفته یک جلسه، تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند و روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس انجام گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای آموزش مهارت‌های زندگی از لحاظ مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش یافت.

بحث: آموزش مهارت‌های زندگی به کاهش دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در زنان همسر جانباز منجر شد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت‌های زندگی؛ دل‌زدگی زناشویی؛ زنان همسر جانباز

 **Corresponding Author:** Ph.D. Candidate of Psychology, Faculty of Educational and Social Sciences, Razi University
E-mail: fateme.dehqan1368@gmail.com

۱ - دانشیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی
 دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی
۲ - مربی گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور
۳ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه

مقدمه

در خانواده جانبازان، زنان به دلیل بیماری و معلولیت شوهر به شدت تحت فشار هستند و این مسئله در مورد عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین، سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متأثر می‌سازد. وجود یک بیماری جدی و مزمن در یکی از اعضای خانواده، معمولاً تأثیر عمیقی بر نظام خانواده به خصوص ساختار خانواده، نقش‌ها، 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 (پرنودی و همکاران، ۱۳۸۶). بدون شک، همسر جانبازان از جمله نزدیک‌ترین اطرافیان به این فرد است و بیشترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیر کلامی و نیز در ارتباط رودررو و دائم با فرد داشته و در صورت عدم ارضای نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده انتظار می‌رود بیشترین مشکلات و ناراحتی‌ها را متحمل شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد ارتباط طولانی‌مدت با جانبازان مخصوصاً در اعضای خانواده و همسران ممکن است به گسترش اختلالات شناختی - هیجانی منجر شود؛ به‌صورتی که مشکلات جنگ مانند اختلال استرس پس از سانحه در ابعاد مختلف زندگی همسر از جمله سلامت روان، روابط اجتماعی و سازگاری تأثیرگذار است که این موضوع بیانگر اهمیت مداخله و برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی برای خانواده جانبازان است که در این زمینه اقدامات خاص پیشگیرانه و درمان و توان‌بخشی بویژه برای همسران جانبازان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (پرایکا و همکاران، ۲۰۱۴).

تأمین مراقبت بیماری مزمن توسط اعضای خانواده (که بیشتر از جانب همسر صورت می‌گیرد)، منجر به

احساس فشار یا سختی مراقبان شده که این به‌نوبه خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز برخی مشکلات فردی (همچون کاهش بهزیستی روان‌شناختی) و زناشویی (همچون دل‌زدگی زناشویی) شود. مسئولیت‌های سخت و مزمن در زندگی و رضایت همسر از زندگی و رابطه زناشویی، کیفیت زندگی و درکل، رضایت همسر از زندگی و رابطه زناشویی با شریک خود را کاهش می‌دهد. در نتیجه به احتمال بیشتری افراد ممکن است که درگیر دل‌زدگی زناشویی و نشانه‌های آن یعنی خستگی جسمانی، خستگی روانی و خستگی هیجانی شوند (گانگبار و همکاران^۱، ۲۰۰۴).

بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲)، با استفاده از آزمون افسردگی بک، افسردگی (خفیف تا شدید) را در ۹/۸۸ 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 بین‌فردی نیز بین آنان چشم‌گیر است. امیری و همکاران (۱۳۸۶) نیز در مقایسه همسران جانبازان با گروه عادی نشان دادند که همسران جانبازان به‌طور معنی‌داری دارای وضعیت روانی نامناسب بوده و از مشکلات افسردگی، خودبیمارانگاری و هیستری رنج می‌برند. این زنان به علت مشکلاتی که همسران آنان دارند، ممکن است استرس‌های متفاوتی را تجربه کنند. به‌طوری که برخی از آنها اقدام به جدایی می‌کنند. آموزش مهارت‌های زندگی بهتر می‌تواند سطح رضایت‌مندی زندگی زناشویی آنان را افزایش دهد.

دل‌زدگی، وضعیت دردناک جسمی، عاطفی و روانی است و کسانی را متأثر می‌سازد که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی‌شان معنا بخشد. دل‌زدگی زمانی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند علی‌رغم تمام

همسران جانباز شود (هان و هیل، ۱۹۹۹). از این رو، احتمالاً برخی از مداخلات درمانی از جمله آموزش، حمایت، روان‌درمانی و مراقبت موجه بتواند تأثیر چشمگیری در کاهش با 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 (ریشلیگر و همکاران، ۲۰۰۸).

در این میان، مجموعه توانمندی‌ها و مهارت‌هایی وجود دارد که به فرد امکان مقابله مؤثر با تنش‌های ناشی از مواجهه با محرک‌های تنش‌زا را می‌دهد (فانکر و بیدل، ۲۰۰۱). 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 مؤثر اجتماعی و بین‌فردی، تفکر خلاق و تفکر نقادانه و تصمیم‌گیری و حل مسئله خلاصه نمود (فانکر و کارلس، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهشی که به مقایسه همسران جانبازان با گروه عادی پرداخت، نشان داد که همسران جانباز به‌طور معنی‌داری دارای وضعیت روانی نامناسب بوده و از مشکلات افسردگی، خودبیمارانگاری و هیستری بیشتری رنج می‌برند (امیری و همکاران، ۱۳۸۶). در همین راستا، نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق روی ۸۰ زن دارای همسر معلول نشان داده است که آموزش شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی باعث بهبود سلامت روانی آنها شده است. همچنین در پژوهش پرند و همکاران (۱۳۸۶) که اثربخشی دو روش حل تعارض و آرام‌سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان را مورد بررسی قرار داده است، مقایسه

تلاش‌هایشان، این رابطه به زندگی‌شان هیچ معنا و مفهومی نداده و نخواهد داد (پینیس، ۲۰۰۲). دل‌زدگی زناشویی یک فرایند تدریجی است و زمانی ایجاد می‌شود که شخص در معرض استرس مدت‌دار، درد و فشار جسمی، روانی و عاطفی، جدایی از کار و دیگر روابط معنی‌دار قرار می‌گیرد که نتیجه آن کاهش قدرت بهره‌وری است. دل‌زدگی زناشویی به‌علت مجموعه‌ای از توقعات غیرواقعی از همسر و ازدواج، تداوم استرس‌ها، واقعیت‌ها و فرازونشیب‌های زندگی بروز می‌کند (کریمی، کرمی و دهقان، ۱۳۹۳).

دل‌زدگی زناشویی یکی از عواملی است که نه تنها می‌تواند کیفیت زندگی جانباز، بلکه خانواده و جامعه او را تحت تأثیر قرار دهد. مراقبت و پرستاری از افراد جانباز به‌طور معمول برعهده اعضای خانواده و اکثراً همسران آنهاست (کانام و همکاران، ۱۹۹۹). این مراقبت می‌تواند روند بهبود را بهتر و احتمال نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی را کاهش دهد، ولی از طرف دیگر سبب افزایش آسیب‌های جسمی، افسردگی، استرس و اضطراب در مراقبان شده و در نتیجه پایین‌آمدن کیفیت زندگی و روابط زناشویی آنها را به‌دنبال خواهد داشت (مولوسی و همکاران، ۲۰۰۳). نتایج مطالعات نشان داده است که خانواده جانبازان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند (رادفر و همکاران، ۱۳۸۴؛ سیسک و همکاران، ۲۰۰۱).

باتوجه به تأثیر کیفیت زندگی مراقبان بر کیفیت زندگی جانبازان، رسیدگی به جنبه‌های مختلف زندگی همسران جانباز، بررسی وضعیت جسمی و روحی آنان، برطرف کردن مشکلات به‌وجودآمده در اثر مراقبت از جانباز، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت از جانباز، آموزش مهارت‌های زندگی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ورزشی و حمایت اجتماعی از آنها می‌تواند موجب بالارفتن کیفیت زندگی و روابط زناشویی

میانگین نمره کل کیفیت زندگی همسران جانبازان قبل از انجام مداخله، در گروه حل تعارض و آرام‌سازی با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. در حالی‌که، همین آزمون پس از مداخله در گروه حل تعارض و گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری را نشان داد. محمدی‌پور و فلاحتی (۱۳۹۴) نیز آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی را مؤثر دانستند. در خصوص درمان‌های مؤثر بر کاهش دل‌زدگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز، شوانی، زهراکار و رسولی (۱۳۹۵) در مطالعه خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز را بررسی کردند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی در زنان دارای همسر جانباز، تأثیرگذار است.

در مجموع، نتایج مطالعات موجود حاکی از اثربخشی مداخلات چندبعدی (شامل فن‌های مختلف شناختی - رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی) بر بهبود و ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی در همسران معلولان و جانبازان است. با توجه به مطالب مطرح‌شده و تأثیری منفی که دل‌زدگی زناشویی می‌تواند بر کاهش کیفیت زندگی زناشویی داشته باشد و همچنین با توجه به نتایج پژوهش‌های صورت‌گرفته در ارتباط با نقش آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود وضعیت روان‌شناختی و زناشویی افراد متأهل، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی در زنان دارای همسر جانباز انجام شد.

روش

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -

پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش زنان همسر جانبازان ۲۵ تا ۵۰ درصد بودند. معیارهای ورود به پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، عدم داشتن اختلالات روان‌شناختی، متقاضی طلاق نبودن، عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی خارج از جلسات بود که بر این اساس، تعداد ۶۵ نفر به صورت دردسترس انتخاب شدند، پس از پاسخ‌دادن به پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی از میان آنها تعداد ۳۰ نفر که در آزمون دل‌زدگی زناشویی نمره بالاتر از ۷۵ را گرفته بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. جلسات آموزش طی نه جلسه هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش انجام شد. گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند و در جلسه آخر هم پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

برای بررسی میزان دل‌زدگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سؤالی دل‌زدگی زناشویی (CBM) که پاییز در سال ۱۹۹۶ آن را ساخته بود، استفاده شد. این ابزار شامل سه خرده‌مقیاس خستگی جسمانی، خستگی روانی و خستگی هیجانی است و با جمع این خرده‌مقیاس‌ها نمره کلی دل‌زدگی زناشویی به دست می‌آید. تمامی سؤالات روی مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ تا ۷ پاسخ داده می‌شود. حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره ۲۱ است و نمرات بالاتر از ۷۵ نشان‌دهنده دل‌زدگی زناشویی بیشتر است. ضریب اطمینان آزمون بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ است. ارتباط بین هریک از موارد با درجه دل‌زدگی از نظر آماری در حد اختلاف ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است. اعتبار پرسشنامه به روش بازآزمایی در فاصله یک ماه برابر ۰/۸۹، دو ماه ۰/۷۹ و برای فاصله چهار ماهه ۰/۶۶ برآورد شده است (پاییز^۱، ۲۰۱۳). در ایران ضریب همبستگی منفی این

کنترل اجرا شد. محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی، از راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی (طارمیان، ماهجویی و فتحی، ۱۳۸۷) گرفته شده بود. در هر جلسه مرور جلسات قبل، منطق ارائه آموزش تعیین شده در هر جلسه، مرور تکالیف داده شده، تعیین جلسه بعد و درنهایت خلاصه‌سازی و گرفتن بازخورد انجام گرفت (جدول ۱). درنهایت داده‌های به دست آمده توسط تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

پرسشنامه با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در حد کم‌تر از ۱٪ معنی‌دار بود (نادری، افتخار و آملازاده، ۱۳۹۰).

برنامه آموزشی در مجموع طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و شامل سه بخش؛ آموزش نظری، بحث گروهی و 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 دو ماه و نیم، در پایان جلسات، مجدداً پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی در مورد هر دو گروه آزمایش و

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی

معارفه و بیان ضرورت آموختن آموزش مهارت‌های زندگی و تأثیر آن بر زندگی زناشویی	جلسه اول
دستور جلسه: معارفه و ایجاد رابطه حسنه، معرفی خود به عنوان مدرس، معرفی اعضا، بیان قواعد گروهی، اهداف و معرفی کارگاه آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات، بررسی ضرورت آموختن آموزش مهارت‌های زندگی و تأثیر آن بر زندگی زناشویی، اجرای پیش‌آزمون	
موضوع: آموزش مهارت خود آگاهی، بیان ویژگی‌های افراد خودآگاه	جلسه دوم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، آموزش مهارت خودآگاهی، بیان ویژگی‌های افراد خودآگاه، بیان فوائد خودآگاهی، خلاصه بحث، ارائه بازخورد، تعیین تکلیف	
موضوع: آموزش مهارت همدلی، آشنا کردن زوجین با مفاهیم همدلی	جلسه سوم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت همدلی، آشنا کردن زوجین با مفاهیم همدلی، تأثیر همدلی در روابط و زندگی زناشویی، تعیین تکلیف	
موضوع: آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر	جلسه چهارم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر، معرفی موانع برقراری ارتباط مؤثر، آشنایی با اثرات مثبت این مهارت در زندگی زناشویی، نقش ارتباط با باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی، چگونگی انجام یک ارتباط درست، تعیین تکلیف	
موضوع: آموزش مهارت مدیریت خشم	جلسه پنجم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت مدیریت خشم، اثرات مضر خشم بر سلامتی افراد، اثرات منفی خشم بر رضایت و باورهای ارتباطی زوجین، آموزش مهارت کنترل خشم، تعیین تکلیف	
موضوع: آموزش مهارت تصمیم‌گیری	جلسه ششم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت تصمیم‌گیری، بیان انواع تصمیم‌گیری و عوامل تأثیرگذار بر آن، تأثیر تصمیم‌گیری‌های صحیح بر زندگی زوجین، پیامدهای تصمیم‌گیری‌های مناسب و صحیح بر زندگی زناشویی، خلاصه بحث، ارائه بازخورد، تعیین تکلیف	
موضوع: آموزش مهارت تفکر نقاد و آموزش قاطعیت	جلسه هفتم
دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت تفکر نقاد و آموزش قاطعیت، مراحل این مهارت‌ها، نقش پر اهمیت مهارت تفکر نقاد و قاطعیت بر روابط زندگی زناشویی	

ادامه جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی

جلسه هشتم	موضوع: آموزش مهارت حل مسأله دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آموزش مهارت حل مسئله، مراحل این مهارت، نقش مهارت حل مسئله در حل و فصل تعارضات زناشویی، نقش پراهمیت این مهارت بر غلبه بر مشکلات زندگی زناشویی
جلسه نهم	موضوع: آشنایی با موقعیت استرس‌زا دستور جلسه: مروری بر مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف قبلی، آشنایی با موقعیت استرس‌زا، تفاوت‌های فردی در مقابله با استرس، تأثیر استرس بر بدن، آثار جسمانی و روان‌شناختی و سبک‌های مختلف افراد در موقعیت‌های استرس‌زا
جلسه دهم	موضوع: جمع‌بندی جلسات قبلی دستور جلسه: بیان خلاصه مباحث جلسات قبلی، تقدیر از شرکت‌کنندگان، برگزاری پرس‌آزمون برای هر دو گروه

یافته‌ها

بودند. همچنین همسران آنان دارای ۲۵ تا ۵۰ درصد جانبازی بودند.

در جدول شماره ۲ آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن افراد گروه آزمایش $38/33 \pm 6/40$ و گروه کنترل $38/47 \pm 6/11$ سال بود. ۵ نفر از آنها دارای مدرک تحصیلی سیکل (۱۶/۷) درصد، ۱۸ نفر دیپلم (۶۰ درصد)، ۳ نفر فوق‌دیپلم (۱۰ درصد) و ۴ نفر از آنها لیسانس (۱۳/۳ درصد)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

موقعیت	متغیرها	گروه	
		کنترل	آزمایش
پیش‌آزمون	دل‌زدگی زناشویی	۴۱/۴	۷۴/۹۳
	خستگی روانی	۲۴/۴۵	۳/۸۵
	خستگی هیجانی	۳۰/۲۳	۳۲/۳۵
	خستگی جسمانی	۲۳/۵۸	۳/۸۵
پس‌آزمون	دل‌زدگی زناشویی	۴/۱۹	۲/۵۵
	خستگی روانی	۲۴/۳۲	۲/۷۶
	خستگی هیجانی	۴/۰۹	۲۱/۰۸
	خستگی جسمانی	۳/۷۵	۲/۲۱

بود. به‌طور کلی بین میانگین نمرات دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت چشمگیری وجود نداشت، در حالی که میانگین‌های مربوط به گروه آزمایش پس از آموزش

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین میانگین در مرحله پیش‌آزمون، یعنی قبل از آموزش مهارت‌های زندگی مربوط به خستگی هیجانی در گروه آزمایش ($30/23 \pm 1 \ 3/96$) و در گروه کنترل ($23/53 \pm 73/3$)

مهارت‌های زندگی کاهش در میانگین نمرات
 پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی گروه آزمایش در مقایسه
 با گروه کنترل نشان داد. به‌صورتی که میانگین
 دل‌زدگی پس از آموزش مهارت‌های زندگی در گروه
 آزمایش از (۵۴/۷۵ ۷۴/۹۳) به (۶۴۲۲/۵۵) کاهش
 یافت.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه

نام آزمون	ارزش	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۸۴	۲	۲۷	۲۴/۷۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۲۲	۲	۲۷	۲۴/۷۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۵	۲	۲۷	۲۴/۷۵	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۴۵	۲	۲۷	۲۴/۷۵	۰/۰۰۱

براساس نتایج جدول شماره ۳، بین گروه آزمایش و
 گواه پس از آموزش مهارت‌های زندگی تفاوت
 معنی‌داری در سطح (P=۰/۰۰۱) حداقل در یکی از
 مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی وجود دارد، اما
 مشخص‌شدن اینکه در کدام مؤلفه تفاوت معنی‌دار
 وجود دارد، در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
خستگی روانی	۱	۷۷۱/۵۲	۵۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
خستگی هیجانی	۱	۱۰۱۹/۴۵	۷۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خستگی جسمانی	۱	۵۱۴/۶۵	۷۴/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵
دل‌زدگی زناشویی	۱	۷۰۳/۲۰	۱۰۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F
 برای خستگی روانی ۵۶/۱۰، برای خستگی هیجانی
 ۷۸/۸۶، خستگی جسمانی ۷۴/۵۶ و به‌طور کلی برای
 دل‌زدگی زناشویی ۱۰۱/۴۸ به‌دست آمد که در سطح
 معنی‌دار هستند. با کنترل نمرات
 پیش‌آزمون بین زنان همسر جانباز گروه آزمایش با
 گروه کنترل از لحاظ دل‌زدگی زناشویی در مؤلفه‌های
 خستگی روانی، خستگی هیجانی و خستگی جسمانی
 تفاوت معنی‌داری پس از آموزش مهارت‌های زندگی
 مشاهده شد (P=۰/۰۰۱). میزان تأثیر یا تفاوت
 به‌ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ بود، یعنی ۶۹
 درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات دل‌زدگی زناشویی
 در زمینه خستگی روانی، ۷۶ درصد در زمینه خستگی

هیجانی و ۷۵ درصد در زمینه خستگی جسمانی
 مربوط به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

باید توجه داشت که نپذیرفتن واقعیت‌های
 غیرقابل‌تغییر زندگی در اکثر مواقع، شرایط را در
 محیط‌هایی مملو از فشار روانی وخیم‌تر می‌کند.
 در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر
 آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش دل‌زدگی
 زناشویی و مؤلفه‌های آن در زنان همسر جانباز انجام
 شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین زنانی که
 آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند و زنانی
 که این آموزش را دریافت نکرده بودند، از نظر میزان
 دل‌زدگی زناشویی و ابعاد آن یعنی خستگی روانی،

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 مؤثر داشته باشد. با افزایش سطح بهداشت روان، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران افزایش می‌یابد. (سلیمانیان، جاجرمی و فلاحتی، ۲۰۱۵). بنابراین، زنان دارای دل‌زدگی زناشویی از مهارت‌های زندگی به‌عنوان ابزاری کارآمد در جهت پردازش بهتر مسائل و مشکلات پیرامون زندگی استفاده می‌کنند تا تصمیمات آگاهانه اتخاذ کنند و مهارت‌های ارتباطی، شناختی و هیجانی مناسب داشته باشند و زندگی سالم و پرباری را تجربه نمایند.

زن و مرد به‌دلایل متعدد از جمله شناخت ناکافی از یکدیگر، انتظارات و توقعات غیرواقعی از ازدواج و همسر و مسائل اقتصادی، اجتماعی و اخلاقی، در ایجاد، حفظ و بقای زندگی زناشویی و روابط نزدیک و صمیمانه خود و همسرشان مشکلات بسیاری را تجربه می‌کنند (نوابی‌نژاد، ۱۳۹۰). یکی از این مشکلات، دل‌زدگی زناشویی است. افرادی که باور دارند که باید معنای وجودی‌شان را از زندگی زناشویی کسب کنند، اهداف و انتظارات آرمانی و غیرواقع‌بینانه‌ای برای خود در نظر می‌گیرند و کورکورانه ایدئال‌هایشان را درونی می‌کنند و به برآوردن آنها به‌واسطه نیروی عشق ایمان دارند. وقتی این توقعات برآورده نشوند، نه تنها از همسرشان سرخورده می‌شوند، بلکه زندگی برای آنها مفهومی ندارد. در نتیجه، احساس ناامیدی و بی‌پناهی می‌کنند که تداوم ناامیدی می‌تواند به فرسودگی زناشویی بینجامد. دل‌زدگی زناشویی جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و افت عملکرد و کاهش کیفیت زندگی زناشویی او را به‌دنبال دارد. افت عملکرد باعث می‌شود که فرد در کنترل زندگی خویش احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی کرده و

خستگی هیجانی و خستگی جسمانی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میزان دل‌زدگی زناشویی در زنانی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفته بودند، به‌طور معنی‌داری کاهش یافت.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط پرند و همکاران (۱۳۸۶)، بحرینیان و برهانی (۱۳۸۲)، زرگر و همکاران (۱۳۹۱) امیری و همکاران (۱۳۸۶)، محمدی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، ویلز و بارسکوا (۲۰۰۷)، فرامرزی و همکاران (۱۳۹۰)، قادرپور و همکاران (۲۰۱۴) و مونیکا و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. یافته‌های مطالعه کاتالانو و همکاران نشان داد این‌گونه آموزش با افزایش خودانگیختگی، لیاقت اجتماعی و همدلی همراه بوده و بهبود سلامت روان شناختی را به‌دنبال دارد (کاتالانو و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه مهرابی‌زاده 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 (۱۳۸۸). محمدزاده دریافت که آموزش مهارت حل مسئله بر سلامت روان جانبازان، اثر مثبت دارد. نتایج 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 درکل افزایش کیفیت زندگی شد (جوادی، سپهوند، محمودی و سوری، ۱۳۹۲).

یونیسف مهارت‌های زندگی را روی آورد تغییر یا شکل‌دهی رفتار با تأکید بر دانش، نگرش و مهارت‌ها در نظر گرفته است. برنامه مهارت‌های زندگی یک رویکرد تغییر رفتار کامل است که بر توسعه مهارت‌های موردنیاز برای زندگی از قبیل ارتباط، حل مسئله، تفکر، مدیریت احساسات، جرئت‌ورزی، ایجاد

خطاهای شناختی در او شکل بگیرد. این مسئله زمینه ایجاد خلق منفی را در فرد به وجود می‌آورد و در بسیاری از موارد خودپنداره کلی و عزت‌نفس فرد نیز آسیب جدی می‌بیند. در نتیجه، حساسیت و تحریک‌پذیری نسبت به مسائل و ناملایمات بیشتر می‌شود، کیفیت رابطه زناشویی افت شدیدی پیدا کرده و دل‌زدگی با شدت بیشتری درک و تجربه می‌شود. با تشدید دل‌زدگی، احساس کنترل فرد نسبت به زندگی باز هم کم‌تر شده و عزت‌نفس فرد باز هم ضعیف‌تر می‌شود که حالت‌های خلق منفی و بالارفتن خستگی، اضطراب و انواع شکایات روان‌تنی را تشدید می‌کند (گوهری، زهراکار و نظری، ۱۳۹۴). به این ترتیب چرخه معیوبی ایجاد می‌شود که حاصل آن تشدید و تداوم دل‌زدگی و متعاقب آن کاهش رضایت و کیفیت روابط زناشویی است. در افراد سرخورده، احساس آزرده‌گی، کاهش تعهدات زناشویی، عدم تمایل به حل مشکلات، غمگینی، احساس تهی‌بودن و بی‌معنایی، افسردگی و حتی خودکشی دیده می‌شود (بویدنمن و شانتناس^{۱۱}، ۲۰۰۴).

آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر مثبتی بر سطح احساس، طرز تفکر و نحوه رفتار افراد جامعه خواهد 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 (رشیدی‌نژاد، میری و بهرامی‌نژاد، ۱۳۹۰). در تبیین این موضوع باید گفت به نظر می‌رسد افراد تحت آموزش در قالب کارگاه‌های آموزشی و باتکیه بر منابع حمایتی در داخل گروه (از جمله حمایت اطلاعاتی و هیجانی) و یادگیری فن‌های افزایش خودآگاهی، ارتباط مؤثر، مدیریت مقابله با استرس و کنترل خشم می‌توانند در مقابله با شرایط استرس‌زای زندگی، خود را به نحو مطلوبی اداره و مدیریت کنند.

درحقیقت، 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 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. ارتباطات روشن برخلاف ارتباطات پوشیده، مطلوب‌ترند و از سردرگم‌بودن، گیجی و درنهایت اضطراب زوجین می‌کاهد. حتی زوج‌هایی که در زمینه‌های ارتباطی با دشواری‌های چندان جدی‌ای روبه‌رو نیستند، ممکن است با سوتفاهم‌های شدیدی درگیر شوند که حاصل آن اغلب یأس، ناامیدی و خصومت است و بر شدت وخامت ارتباط می‌افزاید و موضع تدافعی زوجین را افزایش می‌دهد. بنابراین، از تحقیقات صورت‌گرفته می‌توان به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های زندگی مؤثر می‌تواند به زوجین در برقراری یک رابطه حسنه، دوسویه و کارآمد که در جهت رشد و شکوفایی آنان باشد، کمک کند و از ایجاد یا تداوم احساسات مخرب و منفی در طول جریان رابطه زناشویی بکاهد. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی به زوجین در حل تعارض و رفع مشکلات زناشویی، پرهیز از روابطی که منجر به شکست می‌شود، کاهش ناامیدی، خشم، احساس بی‌ارزش‌بودن، افسردگی و ناکامی و همچنین افزایش حس همدلی و شناخت بهتر از نیازها و تمایلات همدیگر، افزایش رغبت جهت تداوم رابطه زناشویی و درنهایت کاهش تنش‌ها و سرخوردگی‌ها کمک می‌کند.

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو شد که از جمله آنها می‌توان به

روش حل تعارض و آرام‌سازی 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.

۴. جوادی، مهروز؛ سپهوند، محمدجعفر؛ محمودی، حسین و سوری، ابودر (۱۳۹۲)، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های خرم‌آباد، مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان. دوره ۲۱، شماره ۱: ۴۰-۳۲.

۵. رشیدی‌نژاد، معصومه؛ میری، سکینه و بهرام‌نژاد، علی (۱۳۹۰)، تأثیر آموزش مهارت‌های کارگاهی مهارت‌های زندگی بر احساس، طرز تفکر و نحوه رفتار دانشجویان پرستاری بم، مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان، سال دهم، شماره ۲۰: ۵۳-۴۷.

۶. زرگر، فاطمه؛ فروزنده، الهام؛ محمدی، ابوالفضل؛ باقریان سرارودی، رضا و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۱)، بررسی سلامت روان‌شناختی جانبازان جنگ تحمیلی عراق بر ضد ایران، ۲۲ سال پس از اتمام جنگ، تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۱۰، شماره ۶، ویژه‌نامه سلامت روان: ۵۵۳-۵۴۵.

۷. شوانی، اسماعیل؛ زهراکار، کیانوش و رسولی، محسن (۱۳۹۵)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز. فصلنامه علمی - پژوهشی طب جانباز. دوره ۸، شماره ۲: ۱۱۸-۱۱۱.

۸. طارمیان، فرهاد؛ ماهجویی، مازیار و فتحی، طاهر (۱۳۸۷)، مهارت‌های زندگی، چاپ دوم. تهران: انتشارات تربیت.

۹. فرامرزی، سالار؛ همایی، رضا و ایزدی، راضیه (۱۳۹۰)، اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۰: ۲۳۵-۲۱۷.

۱۰. کریمی، پروانه؛ کرمی، جهانگیر و دهقان، فاطمه (۱۳۹۳)، رابطه سبک‌های دل‌بستگی و سبک‌های حل تعارض با فرسودگی زناشویی کارکنان متأهل، فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال پنجم، شماره: ۷۰-۵۳.

محدودبودن جامعه آماری به زنان دارای همسر جانباز شهرستان اسلام آباد غرب و عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم و ثبات نتایج این پژوهش اشاره کرد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، محققان تحقیقاتی مشابه در سایر جامعه‌های آماری و با جلسات پیگیری چندماهه به منظور بررسی اثر طول جلسات آموزشی انجام دهند.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش و کسانی که پژوهشگر را در انجام هرچه بهتر این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

پی‌نوشت

1. Jungbauer, Wittmund, Dietrich, Angermeyer
2. Pines
3. Canam & Acorn
4. Moalosi & et al
5. Sisk & Torrance
6. Han & Haley
7. Riebscheher et al
8. Faulkner & Biddle
9. Carless
10. Pines
11. Bodenmann & Shantinath

منابع

۱. امیری، ماندانا؛ سلیمی، سیدحسن؛ میرزمانی، سیدمحمد؛ هاشمیان کیانوش، کرمی‌نیا، رضا و ادیب، مصطفی (۱۳۸۶)، مقایسه نیم‌رخ روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با زنان شاغل جامعه عادی، دوم‌نامه دانشور پژوهش، دانشگاه شاهد، سال چهاردهم، شماره ۲۲: ۶۷-۵۹.
۲. بحرینیان، سیدعبدالمجید و برهانی، حسین (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 درمانی شهید بهشتی، سال ۲، شماره ۴: ۳۱۲-۳۰۵.
۳. پرندی، اکرم؛ سیرتی‌نیر، مسعود؛ خاقانی‌زاده، مرتضی و کریمی زارچی، علی‌اکبر (۱۳۸۶)، مقایسه تأثیر دو

7. Han, B., & Haley, W. E. (1999). Family caregiving for patients with stroke review and analysis. *Stroke*, 30(7), 1478-1485.
8. Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 665-675.
9. Moalosi, G., Floyd, K., Phatshwane, J., Moeti, T., Binkin, N., & Kenyon, T. (2003). Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(9s1), S80-S85.
10. Matthieu, M. M., Smith, I. D., Morrow-Howell, N., & McBride, A. M. (2013). Impacts of The Mission Continues Fellowship Program on Post-9/11 Disabled Military Veterans, Their Families, and Their Communities.
11. Pines, A. (2013). *Couple burnout: Causes and cures*. Routledge.
12. Pines AM. (2002). How to love a dream to cut Nynjamd.
13. Peraica, T., Vidović, A., Petrović, Z. K., & Kozarić-Kovačić, D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1.
14. Qaderpour, R., Bahrami, F., Etemadi, O., Ahmadi, S. A., & Fatehizade, M. (2014). The Effect of Integrative Couple Quality Of Life Counseling On Chemical Veterans Family Performance. *Int. J. Acad. Res. Appl. Sci*, 3(6), 19-33.
15. Radfar, Sh., Haghani, H., Tavalaei, SA., Modirian, E., Falahati, M. (2005). Evaluation of mental health state in veterans family (15-18 Y/O adolescents). *J Mil Med*, 7(3):203-9.
16. Riebschleger, J., Scheid, J., Luz, C., Mickus, M., Liszewski, C., & Eaton, M. M. (2008). How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines?. *Academic Psychiatry*, 32(2), 119-126.
17. Sisk, D. A., & Torrance, E. P. (2001). *Spiritual intelligence: Developing higher consciousness*. Creative Education Foundation Press
18. Soliemanian, A.A., Jajarmi, M., Falahati, M. (2015). Effectiveness of training life skills on the quality of life of spouses of veterans with affective disorders. *J War Public Health*, 7(4), 197-205.
۱۱. گوهری، شیوا؛ زهرا کار، کیانوش و نظری، علی محمد (۱۳۹۴). پیش‌بینی فرسودگی زناشویی براساس تمایز یافتگی و صمیمیت جنسی در پرستاران، پژوهش پرستاری. دوره ۱۱، شماره ۲: ۸۰-۷۲.
۱۲. محمدی‌پور، محمد و فلاحتی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی همسران جانبازان مبتلا به اختلالات خلقی، فصلنامه علمی- پژوهشی طب جانباز، دوره ۸، شماره ۱: ۳۲-۲۵.
۱۳. مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ گراوند، لیلا و ارضی، سوره (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر اضطراب و پرخاشگری همسران شهدا، زن و فرهنگ، شماره ۱: ۱۶-۳.
۱۴. نادری، فرح؛ افتخار، زهرا و آملزاده، صغری (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیت با روابط صمیمی همسر در زنان دارای همسر معتاد، فصلنامه علمی- پژوهشی زن و فرهنگ، سال سوم، شماره ۹: ۹۸-۸۳.
۱۵. نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۹۰). مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی، تهران: نشر انجمن اولیا و مربیان.
1. Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53(5), 477-484.
2. Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
3. Canam, C., & Acorn, S. (1999). Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 192-200.
4. Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591(1), 98-124.
5. Faulkner, G., & Biddle, S. (2001). Exercise and mental health: it's just not psychology!. *Journal of sports sciences*, 19(6), 433-444
6. Faulkner, G., & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: theoretical and methodological issues. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(4), 258.

19. Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B., & Schwartz, J. L. (2003). Cognitive behavioral intervention for distress in patients with melanoma. *Cancer*, 98(4), 854-864.

