مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش رضایت زناشویی و امید به زندگی در افراد مبتلا به ایدز

امیر حسین شیرپور[۱]، حسین ابراهیمی مقدم[۲*]

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۷

چکیده

پیش زمینه و هدف: آموزش مهارت‌های زندگی از راه‌های مؤثر در درمان افراد مبتلا به ایدز می‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش رضایت زناشویی و امید به زندگی افراد دارای ایدز بود.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این تحقیق کلیه افراد مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری شهر قم بودند. نمونه شامل ۲۰ نفر که به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل با تعداد برابر (۱۰ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه های رضایت زناشویی انریچ و مقیاس امید به زندگی میلر استفاده شد که آزمودنی های هر دو گروه قبل و بعد از آموزش آن‌ها را تکمیل نمودند. آزمودنی های گروه آزمایشی به مدت ۲ ماه مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های خودآگاهی، ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، حل مسأله، تصمیم‌گیری، مقابله با خلق منفی و مدیریت استرس را آموزش دیدند.

یافته‌ها: داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی رضایت زناشویی و امید به زندگی را به طور مثبت و معنی‌داری در گروه آزمایشی افزایش داده، در حالی‌که گروه کنترل هیچ تغییر معنی‌داری را در پس آزمون نشان ندادند.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان پیشنهاد کرد که برای افزایش رضایت زناشویی و امید به زندگی افراد مبتلا به ایدز می‌توان از مداخله آموزش مهارت‌های زندگی استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: آموزش مهارت‌های زندگی، امید به زندگی، ایدز، رضایت زناشویی

مجله ایده‌های نوین روانشناسی، دوره یکم، شماره یکم، ص ۲۸-۲۱، زمستان ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، دانشکده روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۶۵۱۷۸۰۴

Email: hem_psy@yahoo.com

مقدمه

ایدز[۳] بیماری نو پدیدی است که به خاطر انتشار سریع، گسترده و شدت اثر آن در تاریخ بشر منحصر به فرد بوده و طاعون قرن نام گرفته است (۱). علی‌رغم کاهش ابتلا به اچ‌آی‌وی در برخی کشورها، روند کلی آن بخصوص در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. در ادبیات پژوهشی، خانواده ای را که دارای یک یا چند فرد مبتلا به ایدز باشد، خانواده متأثر از ایدز می‌نامند که اثرات جانبی بیماری معمولاً همه اعضای این خانواده را (مبتلا و غیرمبتلا) با چالش‌های مختلفی روبه‌رو می‌سازد (۲). سازگاری و رضایت‌مندی با بیماری مزمنی چون ایدز در خانواده‌هایی که دارای این مشکل هستند، بسیار سخت‌تر از دیگر خانواده‌ها است، چرا که خانواده یک سیستم عاطفی و اجتماعی بوده و وابستگی‌ها و روابط عاطفی در آن سبب می‌شود که مسائل و مشکلات هر یک از افراد خانواده بر دیگر اعضا تأثیر بگذارد (۳). شاید بتوان گفت یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی در ارتباط با بیماری ایدز، زوجین می‌باشند (۴). در مرحله آلودگی و یا بدون علامت، تست‌های آزمایشگاهی مثبت است اما فرد هیچ علامت بالینی ندارد و به‌صورت عادی زندگی می‌کند (بین ۵ تا ۲۰ سال می‌تواند ادامه یابد). در مرحله بیماری و یا علامت‌دار، علایم

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

[۲] دانشیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

[3] AIDS

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

بیماری از قبیل تب، کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد، اسهال طولانی مدت، عفونت‌ها و سرطان‌های فرصت‌طلب و ... ظاهر شده، در صورت عدم شروع درمان می‌تواند منجر به مرگ شود.

از جمله مؤلفه‌ها و مشکلات مهم در بیماران مبتلا به ایدز می‌توان به رضایت زناشویی اشاره نمود. رضایت زناشویی، نشانگر استحکام و کارائی نظام خانواده است. سعادت و سلامت خانواده به وجود ارتباطات سالم و بالنده زوجین بستگی دارد و چنان چه پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد، پیام منفی آن انواع مشکلات جسمی و روانی است (۵). در واقع رضایت زناشویی عمر زن و شوهر را طولانی‌تر و باعث افزایش سلامت جسمانی و روانی، پیشرفت اقتصادی و رضایت از کل زندگی می‌گردد. سازگاری و رضایت زناشوئی از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش و درک متقابل و ارضای نیازها ایجاد می‌گردد، در تعریف رضایت زناشویی، به‌عنوان عملکرد و رفتار مناسب زوجین بر اساس وظایف سنتی و عرفی و قانونی تعیین شده برای هر کدام از آنان در قالب قانون خانواده و خرده فرهنگ است (۶).

متعاقب گسترش ایدز و تلاش‌های پزشکی و روان شناختی برای کنترل و کاهش تبعات آن، اخیرا متغیر دیگری تحت عنوان امید[1] مدنظر قرار گرفته است (۷). اسنایدر[2] (۸) امید را به‌عنوان سازه‌ای شامل دو مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است: ۱. توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود ۲. کارگزار انگیزش برای استفاده از این گذرگاه‌ها. امید مجموع این دو مؤلفه است. طبق این مفهوم‌سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش‌انگیز ولی نه بر طرف نشدنی، احتمال دست‌یابی به آن‌ها در میان مدت وجود داشته باشد. امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسأله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند (۸). امیدواری درخواستی است که یک فرد برای آینده خود دارد (۹). امید، ادراک افراد را در رابطه با توانایی‌های گسترش راهبردها در جهت رسیدن به هدف و حفظ انگیختگی تا رسیدن به هدف نشان می‌دهد (۱۰). هر نوع مفهوم‌سازی از امید، ویژگی‌های چند بعدی، پویایی، آینده نگر و فرآیند نگری آن را منعکس می‌کند (۱۱). مطابق نتایج پژوهش‌ها، افراد امیدوار و شادمان و خوشبین، روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، همسایگان و بستگان خود دارند (۱۲). بررسی جامع امید، به‌عنوان عامل درمانی مشترک مداخلات درمانی را، اسنایدر و اندرسون[3] (۷) در قالب یک فرا نظریه آغاز کردند و تفاوت آن را با مفاهیم مشابهی چون خوشبینی آموخته شده سلیگمن، عزت نفس، هوش یا موفقیت و کارآمدی روشن کردند (۸). از نظر اسنایدر امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پویایی است و ناشی از تعامل فرد با محیط یا مجموعه‌ای ذهنی است که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است، وی عقیده داشت که در چارچوب نظریه امید حتی کسی که قصد خودکشی دارد برای هدفی البته بسیار منفی در حال نقشه کشیدن (برنامه‌ریزی) است یعنی او با تمام امید می‌کوشد خودش را بکشد (۸). تعداد زیادی از افراد مبتلا به ایدز بالغین جوانی هستند که در مرحله تکاملی برقراری روابط نزدیک و پیگیری اهداف شخصی و شغلی قرار دارند. این بیماران به دلیل داشتن سبک زندگی خاص ممکن است دچار احساسات غیرقابل تحمل مثل اضطراب و گناه و غیره شوند. مراقبان می‌توانند در ایجاد جو پذیرش و درک وضعیت در این بیماران نقش کلیدی ایفا نموده و بسیاری از شیوه‌های دفاعی و مهارت‌های زندگی سالم را آموزش دهند. از سوی دیگر، مهارت‌های زندگی عبارت‌اند از: مجموعه‌ای از توانایی‌ها که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورند. این توانایی‌ها، فرد را قادر می‌سازند مسئولیت‌های نقش اجتماعی خود را بپذیرد و بدون لطمه زدن به خود و دیگران، با خواسته‌ها، انتظارات و مشکلات روزانه به‌ویژه در روابط بین فردی، به شکل مؤثری روبرو شود (۸). آموزش مهارت‌های زندگی به‌صورت کارگاهی و مبتنی بر روش‌های مشارکتی انجام می‌گیرد. این روش‌ها با انجام تمرین‌های لازم و کافی منجر به ایجاد آگاهی و تغییر بازخوردها و رفتارهای افراد می‌شوند (۶). طبق نظریه ریکساچ[4] (۱۳)، برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی شامل بحث‌های گروهی است که موقعیت مناسبی را برای کسب مهارت‌های ارتباطی و تعامل با دیگران فراهم می‌کند و در واقع همکاری شرکت‌کنندگان با یکدیگر موجب افزایش توانایی آن‌ها در رفتارهای بین فردی و اثر بخشی بیشتر آموزش‌ها می‌شود. همچنین یادگیری موفقیت‌آمیز مهارت‌های زندگی، احساس یادگیرنده را در مورد خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب ارتقای توانایی‌های روانی– اجتماعی همچون عزت نفس، ابراز وجود و مسئولیت‌پذیری و ارتباط مطلوب بین فردی می‌گردد. آموزش مهارت‌های زندگی در جهت ارتقای توانایی‌های روانی- اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی را تأمین می‌کند. از آن جایی که ناامیدی و عدم رضایت زناشوئی از جمله مسائل شایع در بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد و آموزش مهارت زندگی یکی از راه‌های مؤثر در درمان این مسائل به شمار می‌رود، با توجه به مطالب مطرح شده و کمبود

[1] hope
[2] Snyder
[3] Anderson
[4] Reixach

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

مطالعات در این حوزه، به‌ویژه در داخل ایران، این مسأله مورد بررسی قرار گرفت. از این رو، سؤال اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا آموزش مهارت زندگی تأثیری در افزایش رضایت زناشوئی و امید به زندگی افراد مبتلا به ایدز دارد؟

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به ایدز بودند که به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر قم مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها بود. ۲۰ نفر از افراد مبتلا با توجه به ملاک‌های شمول و حذف انتخاب شدند و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ملاک‌های ورود برای شرکت در پژوهش عبارت است از: (۱) سن بین ۲۵ تا ۵۵ سال و (۲) این‌که فرد در مرحله بدون علامت بیماری ایدز و اچ‌آی‌وی مثبت باشد؛ ملاک‌های خروج نیز عبارتنداز: (۱) عدم شرکت در جلسات مداخله بیش از سه جلسه بدلیل شرایط جسمی (۲) داشتن بیماری مزمن دیگر در کنار ایدز نظیر سرطان (بدلیل تأثیرات مضاعف جسمانی و روانی)، (۳) داشتن بیماری روانی و (۴) استفاده از داروهای دیگر (علاوه بر موارد درمان اچ‌آی‌وی). سپس پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و مقیاس امید به زندگی میلر با دو هدف غربالگری و پیش‌آزمون روی شرکت‌کننده‌ها اجرا شد. سپس به‌طور تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایشی و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند و سپس روی گروه آزمایشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی اجرا گردید؛ همچنین برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار SPSS ۲۱ بهره گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: پرسشنامه رضایت‌مندی زناشویی انریچ[1] (۱۴) که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون و همکاران[2] (۱۵)، تهیه شده است. پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ گزینه ای نمره‌گذاری می‌شود. ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که عدد ۰/۹۳ به‌دست آمده است. این پرسشنامه از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است که شامل: تحریف آرمانی، ناخرسندی زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی، جهت‌گیری مذهبی می‌باشد. آزمودنی‌ها بدون توجه به بار مثبت یا منفی هر سئوال از (۳، ۲، ۱، ۰) نمره می‌گیرند و گزینه‌ها به‌ترتیب عبارت‌اند از (کاملاً درست، درست، نادرست، کاملاً نادرست)؛ بنابراین نمره این پرسشنامه از ۰ تا ۱۴۱ می‌باشد. نمره‌های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید همسران از زندگی زناشویی، نمره‌های بین ۴۰-۳۰ نشانگر عدم رضایت از روابط زناشویی، نمره‌های بین ۵۰-۴۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط، نمره‌های بین ۶۰-۵۰ نشانگر رضایت، نمره‌های بین ۷۰-۶۰ نشانگر رضایت زیاد و نمره‌های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده زیاد همسران از زندگی زناشویی است. السون و همکاران (۱۵) اعتبار آزمون را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش مهدویان[3] (۱۶) اعتبار آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی، به فاصله یک هفته برای مردان ۰/۹۳۷ و برای زنان ۰/۹۴۴ به‌دست آورد.

پرسشنامه امید به زندگی MILLER: پرسشنامه میلر[4] (۱۷) از نوع آزمون‌های تشخیصی است که اولین بار جهت سنجش امیدواری بیماران قلبی در امریکا مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در آزمون میلر (۱۷) دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند کاملاً درمانده تلقی شده و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. میزان پایائی پرسشنامه امیدواری میلر در پژوهش (۳) به دو شیوه آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد و مقادیر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به‌دست آمد. برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک که به‌طور همزمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده بود، همبسته گردید و ضریب اعتبار ۰/۶۴ و ۰/۰۰۱ به‌دست آمد. برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز، نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک به‌طور همزمان از آزمودنی‌ها کسب شد که رابطه مثبت و معنی‌داری نشان داد (۰/۵۰ و $p< ۰/۰۰۲$) (۳).

برنامه مداخله: یافته‌ها آموزش مهارت‌های زندگی که یونیسف[5] (۱۸) مطرح کرد، در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هر جلسه به آموزش یکی از مهارت ده‌گانه شامل: مهارت تصمیم‌گیری، حل مساله، تفکر خلاق، تفکر نقاد، توانایی برقراری ارتباط مؤثر، مهارت ایجاد و حفظ روابط بین فردی، خود آگاهی، همدلی کردن، مقابله با هیجان و مقابله با استرس صورت می‌گیرد.

خلاصه‌ای از جلسات آموزش مهارت‌های زندگی (یونیسف، ۱۸):

جلسه اول :آشنایی، معرفی مهارت‌های زندگی و ضرورت آموزش آن‌ها و درنهایت نیز محتوی جلسات آینده مشخص شد.

جلسه دوم :در جلسه دوم مهارت خودآگاهی آموزش داده شد که شامل تعریف خودآگاهی، شناخت اجزاء خودآگاهی، شناخت تجربیات منفی، شناخت نقاط قوت و ضعف و چگونگی ارزیابی صحیح موقعیت‌ها و شناخت خود و همسر با تمرین عملی نواحی پنجگانهٔ چرخهٔ آگاهی، A-B-C بود.

[1] Enriching and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness (ENRICH)
[2] Olson
[3] Mahdavian
[4] Miller
[5] The United Nations Children's Fund (UNICEF)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

جلسه سوم: در این جلسه مهارت ارتباط مؤثر آموزش داده شد که شامل شناخت عناصر پیام، شناخت محیط و زمینه پیام، معرفی انواع پیام‌های کلامی و غیرکلامی، آموزش سبک‌های ارتباطی و معرفی موانع ارتباطی، تفاوت‌های زوج‌ها و نیازهای آن‌ها، بررسی و تبیین نقش خطاهای شناختی مؤثر در کارکرد زناشویی انجام شد.

جلسه چهارم: در جلسه چهارم مهارت همدلی آموزش داده شد که شامل آموزش مهارت گوش دادن فعال (آموزش تمرکز، کاوش و پیگیری، انعکاس، خلاصه‌کردن و جمع‌بندی گفته‌های طرف مقابل) و بررسی موانع گوش دادن فعال بو انواع ارتباط، موانع ارتباطی، راهکارهای تسهیل گفت‌وگو با تأکید بر تفاوت‌های فردی (مهارت گفتن و شنیدن) بود.

جلسه پنجم: در جلسه پنجم مدیریت استرس آموزش داده شد که شامل آشنایی با خاستگاه استرس، شناسایی منابع بالقوه استرس‌زا، آموزش شیوه‌های مقابله با استرس، آموزش کنترل خشم، تأثیر خشم بر بدن، راه‌های مجاز ابراز خشم و روش‌های کنترل خشم بود.

جلسه ششم: در جلسه ششم مهارت ابراز وجود آموزش داده شد که شامل آموزش مهارت نه گفتن، بیان دلیل رفتار، مهارت بررسی نحوه بیان درخواست منطقی خواست‌ها، بیان درخواست و بیان مشکل با توجه به وضعیت موجود بود.

جلسه هفتم: در جلسه هفتم مهارت حل مسأله آموزش داده، شد که شامل تعریف مسأله، شناسایی عوامل بازدارنده حل مسأله فرایند حل مسأله، متعهد شدن برای اجرای راه‌حل، طرح‌ریزی برای اجرای بهترین راه حل و اجرای بهترین راه‌حل بود.

جلسه هشتم: در جلسه هشتم مهارت تصمیم‌گیری آموزش داده شد که شامل آشنایی با عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری و سبک‌های تصمیم‌گیری بود؛ و همچنین در رابطه با هیجان‌ها و نحوه تأثیر آن‌ها به‌ویژه بر مسائل جنسی مورد بحث قرار گرفت.

جلسه نهم: در جلسه نهم مهارت تفکر خلاق و تفکر انتقادی آموزش داده شد که شامل تقویت تیزبینی، حافظه، حدس زدن، بررسی کردن، استفاده از نشانه‌ها و اجتناب از اشکال تراشی بود و مروری بر خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی در زندگی زناشویی و آموزش نحوهٔ برخورد با آن‌ها و حل تعارض. آموزش نحوهٔ استفاده از جدول ثبت افکار روزانه. تفکر نقادانه و خلاق و اجزاء و موانع و کاربردها نیز آموزش داده شد.

جلسه دهم: در جلسه دهم یک بار دیگر مطالب مطرح شده در جلسات قبل به‌صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین و مطالب جمع‌بندی شد و برخی از موضوعات مورد توافق اعضا مطرح و مرور گردید.

یافته‌ها

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و نمره تفاضل پیش-پس‌آزمون رضایت از زندگی زناشویی و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز را در دو گروه مهارت‌های زندگی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول (۱): توصیف متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نمره تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
امید به زندگی	آموزشی	۱۳۳/۵	۴/۸	۱۶۹/۸	۴/۴	۳۶/۳	۶/۳
	کنترل	۱۳۴/۲	۴/۹	۱۳۹/۱	۶/۱	۴/۹	۶/۱
رضایت از زندگی زناشوئی	آموزشی	۱۳۹/۵	۵/۸	۱۴۹/۸	۵/۹	۱۰/۳	۹/۷
	کنترل	۱۳۹	۷/۴	۱۴۰/۳	۷/۸	۱/۳۰	۲/۵

همان‌گونه که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌کنید پیش‌آزمون نمره امید به زندگی ۱۳۳/۵ است که این میزان با وجود مداخله انجام شده و سنجش آن در مرحله پس‌آزمون به ۱۶۹/۸ افزایش پیدا کرده است و در رابطه با رضایت از زندگی زناشوئی میانگین پیش‌آزمون گروه آموزش مهارت‌های زندگی ۱۳۹/۵ است که با وجود مداخله این میزان به ۱۴۹/۸ افزایش پیدا کرد و نسبت به گروه کنترل بیشتر است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت این مداخله بوده است.

پیش از پردازش آماری ابتدا به بررسی پیش فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس پرداخته می‌شود. مفروضه نرمال بودن توزیع نمره های با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف بررسی شد که منجر به Z برابر با ۰/۸۱ گردید که معنی‌دار نمی‌باشد (P=۰/۵۱) و حاکی از برقراری مفروضه نرمال بودن داده‌هاست. از طرف دیگر، برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نشان داد این مفروضه نیز برقرار است: ($F_{(1,23)}$ =۱/۳۸ ،P=۰/۲۵).

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده در جدول شماره (۲) مشخص می‌شود که با کنترل اثر پیش‌آزمون (۷۶/۰۶) اثر گروه (۱۳۸/۳۵) بر رضایت زناشویی معنی‌دار بوده است. به این ترتیب که نمره گروه آزمایشی در پیش‌آزمون از مقدار ۳۴/۹۵ به ۶۳/۵۷ افزایش یافته است که این نشان از تأثیرگذاری قابل ملاحظه مداخله روی گروه آزمایشی بوده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش رضایت زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۷۶/۰۶	۱	۷۶/۰۶	۳۴/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
گروه	۱۳۸/۳۵	۱	۱۳۸/۳۵	۶۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴
خطا	۴۷/۸۸	۲۲	۲/۱۷			
کل	۱۱۹۲۷	۲۵				

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثرگذاری مداخله آموزش مهارت‌های زندگی بر متغیر امید به زندگی، در جدول شماره (۳) ارائه شده است؛ اما پیش از آن مفروضه نرمال بودن توزیع نمره‌های با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف بررسی شد که منجر به Z برابر با ۱/۱۵ گردید که معنی‌دار نمی‌با شد (P=۰/۴۴) و حاکی از برقراری این مفروضه است. از طرف دیگر، برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نشان داد این مفروضه برقرار است (P=۰/۲۳، $F_{(۱,۲۳)}$ = ۱/۳).

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش امید به زندگی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۹۰/۱۴	۱	۱۹۰/۱۴	۲۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲
گروه	۹۴/۹	۱	۹۴/۹	۱۲/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۵۹
خطا	۱۷۳/۰۷	۲۲	۷/۸۶			
کل	۱۱۱۶	۲۵				

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده در جدول شماره (۳) مشخص می‌شود که با کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر مداخله آموزش مهارت‌های زندگی بر امید به زندگی معنی‌دار بوده است (F=۲۴/۱۷) و (p<۰/۰۰۱) به این ترتیب که نمره افراد گروه آزمایشی در پس‌آزمون افزایش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل شده از این پژوهش نشان داد که بررسی نمره‌های پس‌آزمون افراد گروه آزمایشی و کنترل نسبت به نمره‌های پیش‌آزمون، بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار در زیر مقیاس‌های رضایت زناشویی و امید به زندگی می‌باشد. به این معنی که نمره‌های گروه آزمایشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشت.

از آن جایی که یکی از اهداف مورد نظر پژوهش این گروه تحقیقاتی بهبود رضایت زناشویی و امید به زندگی در مداخله در زیر مقیاس‌های مختلف بود، در محتوای برنامه ارائه راهکارها و مهارت‌های متناسب با این زیر شاخه‌ها لحاظ شده بود در نتیجه پس از اجرای برنامه، نقش مهارت‌های زندگی برای افراد مبتلا بیش از گذشته مطرح شد و انجام تمرین‌ها و تکالیف در منزل پس از آموزش دیدن در جلسات، سبب بهبود این مسأله گشت.

نتایج نشان می‌دهد که برنامه مداخله‌ای آموزش مهارت زندگی منجر به افزایش رضایت زناشوئی و امید به زندگی بیماران اچ‌آی‌وی مثبت شده است، هنگامی که مهارت‌های زندگی افراد مبتلا ارتقاء یابد، احساس کارآمدی و اعتماد به نفس او افزایش خواهد داشت. در نتیجه بهبود مهارت‌های زندگی و بالاتر رفتن رضایت زناشویی و امید به زندگی، تأثیر روانشناختی مثبتی نیز بر فرد دارد.

نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که نمره کلی رضایت زناشویی در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌دار دارد. به این معنی که رضایت افراد در مسائل مربوط به ابعاد مختلف رضایت‌مندی زناشویی پس از اجرای مداخله افزایش داشت، اما این مسأله در گروه کنترل تغییری نیافت. پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌های مرتبط به موضوع توسط محققان داخلی و خارجی از جمله (۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳)؛ در تبیین یافته‌های حاصل از بررسی این فرضیه می‌توان عنوان کرد که به وسیله آموزش مهارت‌های زندگی نحوه ارتباط مؤثر به زوجین آموخته شده و این امر به بهبود تعاملات زوجین کمک کرد. با آموزش شیوه‌های مختلف خودآگاهی، حل مسأله، تصمیم‌گیری، ارتباطات مؤثر، روابط بین‌فردی، رفتار جرأتمندانه‌ای کیفیت رابطه بین آن‌ها بهبود پیدا کرد. توانایی شناخت عواطف و توانایی برقراری ارتباطات عاطفی با سازگاری خود و شخص مقابل در ازدواج همبستگی دارد. علاوه بر این، احساس صمیمیت نقشی واسطه بین مهارتمندی عاطفی و سازگاری زناشویی در میان زنان و شوهران دارد.

در مقیاس امید به زندگی تفاوت نمره‌های گروه کنترل و آزمایشی معنی‌دار بود. نتایج پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۴،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

۲۵، ۲۶) بود. می‌توان گفت که توجه به کاستی‌ها و نیازهای روانشناختی بیماران اچ‌آی‌وی مثبت و برنامه‌ریزی‌های آموزشی مانند آموزش مهارت‌های زندگی سبب کاهش تنش و امیدواری به زندگی در آن‌ها می‌شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که با توجه به موفقیت‌های کسب شده در هنگام مواجهه با موانع، افراد امیدوار با هیجان‌های مثبت خود به سمت جلو حرکت می‌کنند و افراد ناامید گیر می‌افتند چون راه‌های جدید را امتحان نکرده‌اند.

نتایج انجام مداخلاتی برای بهبود وضعیت رضایت زناشویی و امید به زندگی افراد مبتلا به ایدز نشان می‌دهد که آموزش مهارت زندگی با ارتقای رضایت مساله فوق‌الذکر همراه است. فورهند و همکارانش در پژوهشی با عنوان پروژه سلامت خانواده که با هدف بررسی مسائل و مشکلات خانواده‌های متأثر از ایدز طی ۴ سال انجام شد، دریافتند که بالا بردن مهارت‌های زندگی فرد مبتلا منجر به ارتقا سازگاری روانی- اجتماعی و بهبود رضایت از زندگی آن‌ها خواهد شد.

یافته‌های این پژوهش را می‌توان از دو جنبه‌ی کاربردهای نظری و عملی مورد توجه قرار داد. در سطح نظری با توجه به این‌که مطالعه حاضر از اولین پژوهش‌های انجام شده در رابطه با افراد متأثر از ایدز و مسائل خاص افراد مبتلا به ایدز در ایران می‌باشد؛ می‌تواند به گسترش پژوهش‌های علمی در موضوعاتی مثل تأثیر بیماری مزمن بر خانواده، مؤلفه‌های تاب‌آوری در زندگی خانواده‌های آسیب‌پذیر مبتلا به ایدز، بررسی پیامدهای شناختی، رفتاری و اجتماعی فرد متأثر از ایدز در آینده در راستای رضایت‌مندی از زندگی زناشویی و امید به زندگی بیشتر فرد کمک کند. همچنین با توجه به این‌که در این حوزه، پژوهش‌های کمتری انجام گرفته است، انجام پروژه‌های بین رشته‌ای در زمینه ایدز و خانواده می‌تواند افق‌های مطالعاتی تازه‌ای را پیش روی محققان در حوزه‌های اجتماعی و مددکاری، روانشناسی و حتی پزشکی بگشاید.

در قلمروی عمل، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در دسترس موسسات آموزشی- بهداشتی، سازمان‌های دولتی، مراکز خصوصی و مردمی ویژه مبتلایان به ایدز، بیمارستان‌ها و همچنین مؤسسات پیشگیری و درمانی وابسته به مراکز جهانی نظیر یونیسف، یونسکو و سازمان جهانی بهداشت قرار گیرد و سبب بهبود وضعیت افراد مبتلا به ایدز و خانواده‌های متاثر از ایدز قرار گرفته و در غنی‌سازی هر چه بیشتر محیط زندگی آنان مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن دسترسی به افراد نمونه به دلیل خاص بودن بیماری‌شان، استفاده از ابزارهای سنجش مداد کاغذی، با توجه به شرایط محدود دسترسی، تعداد کم گروه نمونه تعمیم‌پذیری نتایج به‌دست آمده را دشوار سازد و بدلیل وضعیت خاص افراد مبتلا به ایدز و عدم دسترسی به آنان امکان پیگیری دراز مدت نتایج پژوهش وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود که در مطالعه‌های آتی، به‌منظور انجام بررسی‌های کامل‌تر متغیرهای میانجی در آزمودنی‌ها، می‌توان از سایر متغیرها نظیر کیفیت زندگی، مؤلفه‌های تاب‌آوری، ساز و کارهای خانوادگی، عوامل اقتصادی- اجتماعی، مؤلفه‌های سلامت روان و ... استفاده کرد. با توجه به این‌که نمونه‌گیری در یک مؤسسه و در شهر قم انجام شد، پیشنهاد می‌شود در سایر مؤسسات دولتی و خصوصی مربوط به افراد مبتلا به ایدز و در شهرهای دیگر انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی افراد مبتلا، مسائل خاص خانواده متأثر از ایدز مطالعات بین فرهنگی در این حوزه انجام گیرد و درنهایت از آن جایی که بدلیل محدودیت زمانی و وضعیت اثرگذار بیماری بر شرایط جسمانی و روانی افراد گروه آزمایشی امکان مطالعه پیگیری فراهم نشد، انجام مطالعاتی با پیگیری‌های طولانی مدت و پژوهش‌های طولی پیشنهاد می‌گردد.

References:

1. Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. BMC Public Health 2004; 4(1): 1-6.
2. Richter LM, Sherr L, Adato M, Belsey M, Chandan U, Desmond C, et al. Strengthening families to support children affected by HIV and AIDS. AIDS Care 2009; 21(S1): 3-12.
3. Ebadirad M. Compared conflicting relationship between behavioral problems in children of parents, children and normal children of divorced parents of elementary school students in the city of Mashhad. [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University of Tehran; 2012.
4. Bassem Abdol Amir MH. AIDS and Human Security. [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti University; 2013.
5. Satir V. People making in family psychology. Translated by Birashk. Tehran: Roshd; 2003.
6. Jalali D, Jalalvand L. The Effect of Life Skills Training on Marital Adaptation of Couples Abstract of the articles of the 2nd National Family Pathology Congress in Yerevan; 2006 May 15-18; Tehran: Shahid Beheshti University; 2006.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

7. Snyder R, Anderson J. Hope and health: Theory measuring the will and ways 'handbook of social and clinical psychology: The health perspective. New York: Program Press 1991; P. 285-303.

8. Snyder CR. The past and possible futures of hope. Journal of Social and Clinical Psychology 2000; 19(1): 11-28.

9. Clarke DH, Kissane DW. Demoralization: It's Phenomenology and Importance. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2002; 36: 733-742.

10. Lopez SJ, Snyder CR, Rasmussen HN. Striking a vital balance: Developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In Lopez SJ, Snyder CR, editors. Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures; 2003. P. 3-20.

11. McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. European Journal of Cancer, 2008; 44(8): 1169-1174.

12. Frederickson BL. Positivity: Ground breaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity and thrive. New York: Grown Publishing; 2009.

13. Reixach DN. The Conversation Group: A New Approach to Life Skills. Guidance & Counselling 1996; 11 (2): 36-40.

14. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. Journal of marital and family therapy 1989; 15 (1): 65-79.

15. Olson DH, Fournier DG, Druckman JM. PREPARE PREPARE-MC & ENRICH Inventories. PREPARE/ ENRICH Inc., Minneapolis; 1986.

16. Mahdavian F. The effect of education and communication on marital satisfaction on mental health. [dissertation]. Tehran: Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 1997.

17. Miller JF, Powers MJ. Developments of an instrument to measure hope. Nurs Res 1988; 37: 6-10.

18. The United Nations Children's Fund (UNICEF) . Regional office for south Asia, October 2005. Unicef; 2005. Available from: http://Life skills.www.unisef.org//.

19. Mehrabyzadeh Honarmand M, Hosseinpur M, Mahdizadeh L. Increase the effectiveness of life skills training on marital adjustment of married women 0 4-14 years. Journal of Teaching and Learning 2010; 2(1): 125-139.

20. Salemi H. Evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on marital satisfaction in family households Family Counseling Center city education anymore. [dissertation]. Tehran, Allameh Tabatabaei University; 2002.

21. Alborz, F. Based on the World Health Organization effectiveness of life skills training on marital satisfaction in women referring to Tehran welfare counseling centers. [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2007.

22. Lower, LM. Couples with young children. In: Harway M, editors. Handbook of Couples Therapy. New York: Wiley; 2005.

23. Hodford WK. Bondenmen G. Effect of relationship education on maintenance of couple relationship satisfaction. Clinical Psychology Review 2013; 33: 512-525.

24. Hosseynian E, Sudanese M, Mhrabyzadh M. The effectiveness of group therapy means the life expectancy of cancer patients. Behavioral Sciences 2009; 3(4): 292-287.

25. Khaledeyan M. Life skills and self-esteem effect on the mental health of drug addicts. Journal of Social Psychology 2013; 29: 1-15.

26. Ghatezadeh A, Saki A, Nissi, M. The effect of assertiveness skills training to increase general health and life expectancy Susangerd students. Iranian 6th International Congress of Child and Adolescent Psychiatry. Tabriz; 2013.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF LIFE SKILL TRAINING ON MARITAL SATISFACTION AND LIFE EXPECTANCY OF PEOPLE WITH AIDS

*Amir Hossein Shirpoor[1], Hossein Ebrahimi Moghaddam[2]**

Received: 15 January, 2017 Accepted: 17 March, 2017

Abstract

Background & Aims:

Life skills' training is an effective way to treat people with AIDS. This study examines the effectiveness of life skills training on marital satisfaction and life expectancy of people with AIDS was positive.

Materials & Methods:

This experimental study with pretest and posttest control group. The study population of patients referred to AIDS behavioral health counseling center was the city of Qom. The sample consisted of 20 patients who practice selected and randomly divided into two experimental and control groups with an equal number (10 persons). Enrich marital satisfaction questionnaire and scale of the Miller life expectation was that subjects of both groups before and after they completed training. Months experimental group were taught life skills including self-awareness, effective communication, interpersonal, problem solving, decision making, coping with negative mood and stress management and others.

Results:

Data were analyzed by analysis of variance. Covariance analysis showed that marital satisfaction and life expectancy of people life skills training significantly reduced in the experimental group, while the control group showed no significant change in the post-test.

Conclusion:

Based on these findings, it can be suggested that marital satisfaction and hope to the lives of people with AIDS life skills training intervention can be used.

Key Word: AIDS, Life expectancy, Life skills education, marital satisfaction

Address: *Tehran, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Faculty of Psychology*

Tel: *+989126517804*

Email: *hem_psy@yahoo.com*

[1] *MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran*

[2] *Associate Professor of Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-02]