

اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست خانوار

آذر پروانه^۱

پروانه خفتان^۲

داریوش خانه‌یی^۳

ایوب سقزی^۴

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست خانوار انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. از میان این زنان ۳۰ نفر به روش هدفمند در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جهت گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (QFQ) و سرسختی روانشناختی اهواز (AHI) مورد استفاده قرار گرفت. بعد از انجام پیش آزمون، گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای، آموزش تاب آوری بر اساس نظریه هندرسون را دریافت کرد. آنگاه پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش تاب آوری باعث افزایش معنادار میانگین نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی (به جز مولفه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط) و سرسختی روانشناختی در زنان سرپرست شده است ($p < 0/001$).

واژه‌گان کلیدی: تاب آوری، کیفیت زندگی، سرسختی روانشناختی، زنان سرپرست خانوار.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه گروه مشاوره دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲- کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده گروه مشاوره دانشگاه رازی، کرمانشاه ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن، باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادری) برای زنان می‌شود و این مشکلات باعث تاثیر منفی روی سلامت، رضایت و کیفیت زندگی زنان شده و مشکلات روانشناختی متعددی ایجاد می‌کند (هریست، ۲۰۱۲). یکی از سازه‌های اصلی که به صورت مستقیم تحت تاثیر مشکلات این زنان قرار می‌گیرد، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی است که شامل خود ارزیابی فرد از شرایط زندگی کنونی‌اش و مقایسه آن با انتظارات شخصی فرد در بافت فرهنگی، تجارب فرهنگی و سیستم ارزشی می‌باشد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴). به نوعی بیانگر وضعیت افراد ساکن در یک کشور و منطقه است (ریبئی فر و همکاران، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است که توسط افراد درک می‌شود، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که کیفیت زندگی هم تحت تاثیر جنبه‌های مختلف زندگی مردم قرار می‌گیرد و هم آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، سرسختی روانشناختی است. سرسختی به عنوان منبع مقاومت در مقابله با رویداد های تنش‌زا عمل می‌کند (مورینو^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). افراد سرسخت قدرت کنترل بیشتری بر رویدادها داشته و بهتر مشکلات را حل می‌کنند (شیرد و گولبای، ۲۰۰۷). سرسختی شامل سه مولفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی است. شخص متعهد به ارزش و معنای این که چه کسی هست و چه فعالیتی انجام می‌دهد، پی برده است. افراد دارای احساس کنترل، بر این باورند که می‌توانند با تلاش بر آنچه در پیرامونشان رخ می‌دهد تاثیر بگذارند، مبارزه جویی نیز باور این جستار است که تغییر و نه ثبات و امنیت، جنبه طبیعی زندگی انسان است (مستغنی و سروقد، ۲۰۱۱).

1. et al Smith
2. Merino-Tejedor

یکی از آموزش‌هایی که به نظر می‌رسد از مهم‌ترین مولفه‌های تاثیر گذار بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی باشد، آموزش تاب‌آوری می‌باشد. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که نقص در تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی کننده اختلال‌های روانشناختی باشد و این موضوع یکی از زمینه‌های اساسی مورد بررسی متخصصان روان‌درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه‌های مختلف روانشناختی و جسمانی است (ریگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). تاب‌آوری در حقیقت توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی است (ساگون و کارولی، ۲۰۱۴) که می‌توان آن را فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نمود (مایر، دبرا، داویر و وانر، ۲۰۱۰). تاب‌آوری یکی از موضوعات مطالعه شده در روانشناسی مثبت نگر به توانایی انسان برای سازگاری در برابر بیماری‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و عوامل تنش‌زای با اهمیت در جریان زندگی اشاره دارد (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱). در واقع تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰).

مرور مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد آموزش مبتنی بر تاب‌آوری به عنوان مداخله اثر گذار در کاهش افسردگی (جیل و همکاران، ۲۰۱۵)، افزایش سطح کیفیت زندگی (کاوه و همکاران، ۱۳۹۰)، افزایش سلامت روان (احمدی، شریفی درآمدی، ۱۳۹۳)، کاهش استرس و افزایش بهزیستی روانشناختی (جمشیدی عینی، سادات رضوی، ۱۳۹۶) موثر بوده است.

با توجه به مرور پیشینه‌ها تا به حال در ایران پژوهشی جهت بررسی تاثیر آموزش تاب-آوری بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست صورت پذیرفته است. همچنین با توجه به افزایش آمار زنان سرپرست خانوار و نیز مشکلات همراه آن بخصوص برای خود این زنان، این مطالعه قصد دارد تاثیر آموزش برنامه تاب‌آوری را بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار دهد.

فرضیه‌ها

- ۱- آموزش گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زنان سرپرست‌خانوار موثر است.
- ۲- آموزش گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر سرسختی روانشناختی زنان سرپرست‌خانوار موثر است.

روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر را کلیه زنان سرپرست‌خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان کرمانشاه تشکیل دادند. تعداد سی نفر از آنان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن اختلالات حاد روانشناختی، حداقل یک سال از مدت طلاق یک سال فرد گذشته باشد، داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی در خارج از جلسه‌های آموزشی را دارا بودند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله آموزش تاب‌آوری قرار گرفتند.

ابزار

الف: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (QFQ)^۱:

این مقیاس حاوی ۲۶ سؤال است که در یک طیف لیکرتی ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) کیفیت زندگی را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند. دامنه نمرات برای نمره کل در این پرسش‌نامه بین ۲۴ تا ۱۹۲ است و سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه سؤالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در زمینه‌های سلامت

^۱. Quality of Life Questionnaire

جسمی (فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)، سلامت روانی (احساس نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز، اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)، روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی)، سلامت محیط (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سروصدا و ترافیک و حمل و نقل) می‌سنجد. این پرسشنامه در ایران توسط نجات استانداردسازی شده و ضریب همسانی درونی آن برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط و ۰/۸۰ و برای نمره کل ۰/۷۸ گزارش شده است (نجات، و همکاران، ۱۳۸۵). پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۶ بود.

ب) پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز (AHI^۱): این مقیاس شامل ۲۷ سوال است که در یک طیف لیکرت چهار گزینه = ای هرگز (۰) تا بیشتر اوقات (۴) تنظیم شده است. این پرسشنامه داری سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه طلبی است و سوالات ۶، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۸ می‌باشد که احراز نمره ی بیشتر نشان دهنده ی سرسختی روان شناختی زیاد در افراد است. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ گزارش شده است، این میزان در زیر مقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه طلبی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ می‌باشد (کیامرثی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۵). پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۵ بود.

^۱ - Ahvaz hardiness inventory

ساختار جلسات مداخله

جلسات آموزش گروهی تاب آوری براساس نظریه هندرسون، برگرفته از پژوهش جمشیدی عینی و سادات رضوی (۱۳۹۶)، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) ارائه گردید.

جدول ۱. شرح جلسات آموزش تاب‌آوری

جلسه	موضوع و اهداف
جلسه اول	ارتباط با مخاطبان و آشنا کردن آنها با مفهوم تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه، همچنین آگاهی دادن نسبت به افکار و باورهای خود
جلسه دوم	مهارت تنظیم هیجانی، در مورد وجود مهارت تنظیم هیجانی در کودکان و تأثیر آن در بزرگسالی
جلسه سوم	مهارت حل مسئله، آشنایی با سبک‌های هیجان مدار و مسئله مدار
جلسه چهارم	آموزش مهارت شوخی به کلیه شرکت کنندگان
جلسه پنجم	مهارت خودکارآمدی و مفاهیم self silple و selfcoplex و تکنیک "قصد انجام کار"
جلسه ششم	مهارت درک متقابل و اصل مدیریت لغزشها
جلسه هفتم	مهارت رفتار جرات مندانه و مهارت انعطاف پذیری روانشناختی
جلسه هشتم	خرده مهارت آزمودن و محک زدن و پیش بینی عاطفی و هیجانی

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی ها در این پژوهشی برای گروه آزمایش $54/38 \pm 8/03$ و برای گروه کنترل $55/88 \pm 9/23$ بود.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی در از لحاظ آماری معنی دار نبود. کیفیت زندگی $P=0/066 > 0/05$ و $F(1 و 28) = 3/66$ و سرسختی $P=0/140 > 0/05$ و $F(1 و 28) = 2/31$ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد کیفیت زندگی $P=0/073 > 0/05$ و $F(1 و 28) = 3/46$ و سرسختی $P=0/930 > 0/05$ و $F(1 و 28) = 0/008$ ؛ برای تعیین توزیع جامعه (هنجار بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح معناداری پیش‌آزمون‌های کیفیت زندگی ($P > 0/05$ $Z=1/32$) و سرسختی ($P > 0/05$ $Z=0/730$) و پس‌آزمون‌های کیفیت زندگی ($P > 0/05$ $Z=0/634$) و سرسختی ($P > 0/05$ $Z=0/857$) به دست آمد که نشان دهنده هنجار بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزمایش	54/86	2/61	61/06	5/11
	کنترل	48/6	2/61	47/86	3/56
سلامت جسمانی	آزمایش	14/66	2/38	14/43	2/43
	کنترل	13/4	1/95	12/80	1/47
سلامت روانی	آزمایش	12/88	1/99	16/43	2/18
	کنترل	12/46	1/95	12/93	2/16
روابط اجتماعی	آزمایش	9/73	2/71	16/46	2/33
	کنترل	10	2/22	10/46	2/55
سلامت محیط	آزمایش	14/33	3/47	13/66	3/57
	کنترل	12/73	2/18	12/06	1/53
سرسختی	آزمایش	36/66	3/88	52/33	3/63
	کنترل	36/80	4/34	37/53	4/30

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و سرسختی را در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد. همانطور که مشهود است نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن (سلامت روانی و روابط اجتماعی) و سرسختی افزایش داشته است.

اما در مؤلفه‌های سلامت جسمانی و محیط برعکس نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایشی نداشت. برای بررسی معنی‌داری این تفاوت‌ها خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون معنی‌داری لامبدای ویلکز (۱۷) ، $P > 0.001$ حاکی از آن بود که با توجه به مجذور اتا میزان تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر تاب‌آوری ۰/۸۶ بوده است و این بدان معناست که ۸۶ درصد واریانس نمرات پس-آزمون متغیرهای وابسته مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آماری ۱ دلالت بر کفایت حجم نمونه می‌باشد. همچنین با کنترل حجم پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز بیانگر آن است دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و سرسختی) بین گروههای آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، برای تشخیص اینکه در کدام خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و سرسختی					
متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۷۲۲/۳۳	۱	۳۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹
سلامت جسمانی	۵/۳۰	۱	۱/۰۳	۰/۳۱۹	۰/۰۴۵
سلامت روانی	۶۰/۰۹	۱	۱۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸
روابط اجتماعی	۱۹۴/۱۶	۱	۳۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱
سلامت محیط	۱/۹۴	۱	۰/۳۵۳	۰/۵۵۸	۰/۶۱
سرسختی	۱۰۴۸/۸۴	۱	۷۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد آموزش گروهی مبتنی بر تاب آوری در بهبود کیفیت زندگی (نمره کل)، و مؤلفه‌های (سلامت روانی و روابط اجتماعی) و سرسختی در پس‌آزمون موثر بوده است ($p < 0/01$). همچنین دامنه اندازه اثر معنی‌دار بیانگر آن است که از ۰/۲۲ تا ۰/۶۴ درصد تغییرات متغیرهای وابسته ناشی از اثر متغیر مستقل یعنی آموزش گروهی مبتنی بر تاب آوری است. اما مؤلفه‌های سلامت جسمانی و محیط کیفیت زندگی در پس‌آزمون موثر نبوده است ($P > 0/05$). به عبارتی دیگر آموزش گروهی مبتنی بر تاب آوری بر بهبود مؤلفه‌های سلامت جسمانی و محیط کیفیت زندگی مؤثر نیست.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر تاب آوری بر کیفیت زندگی و سرسختی روانشناختی زنان سرپرست خانوار بود. یافته‌های اول پژوهش نشان داد تاب آوری بر کیفیت زندگی (نمره کل) و مؤلفه‌های سلامت جسمانی و اجتماعی اثربخش و بر مؤلفه‌های سلامت جسمانی و محیطی اثربخش نیست. این یافته‌ها با پژوهش‌های حسینی قمی و همکاران (۱۳۸۹) پور رحیمی مرنی و همکاران (۱۳۹۴)، مومنی و همکاران (۱۳۹۴)، برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵)، ایدلخانی و حیدری (۱۳۹۵)، برنات (۲۰۰۹)، برانواسر و همکاران (۲۰۰۹) و همکاران (۲۰۱۴) همخوان است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش تاب آوری به عنوان یک عنصر سازنده زمینه را برای اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوش‌بینانه به زندگی را ارائه می‌کند (میلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). به عبارتی دیگر، موجب بازیابی باورهای فرد و افزایش جرأت انجام کار می‌شود (واتس^۲ و گارزا^۳، ۲۰۰۸). همچنین افرادی که مهارت‌هایی تاب آوری را می

1. Meale

2. Watts

3. Garza

آموزند با کاهش دادن استرس‌ها و تمرکز بر توانایی‌ها و استعداد‌های افراد، زندگی شاد و سالم‌تری ایجاد شود و از آنجایی که این برنامه سبک‌های شناختی ناسازگارانه و سوگیری‌های فرایند اطلاعاتی را که مرتبط با افسردگی و اضطراب است را هدف قرار می‌دهد، بنابراین سبب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (پوررحیمی و همکاران، ۱۳۹۴). این پیامدهای حاصل از تاب‌آوری با استفاده از مکانیزم‌های چون عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار، بهبودی بعد از یک ضربه مهم (اسچون^۱، ۲۰۰۶). زمینه را برای افزایش توانمندی‌های فردی و اجتماعی، مهارت در حل مسئله، خودگردانی، احساس هدفمندی و تقویت باور به آینده‌ای روشن فراهم می‌کند. بنابراین ابعاد سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی از طریق آموزش‌های مبتنی بر تاب‌آوری بهبود می‌یابند.

در تبیین عدم معنی‌داری اثربخشی تاب‌آوری بر ابعاد سلامت جسمانی و محیط کیفیت زندگی باید گفت هر چند تاب‌آوری به عنوان یک سازه‌ی روانشناختی پر اهمیت کارکردهای مفیدی در زمینه افزایش سلامت روان دارد. سلامت جسمانی و محیطی نیاز به امکانات ویژه‌ای دارد که قبل از هر چیزی به وضعیت اقتصادی و رفاهی افراد مرتبط است و در موارد زیادی شرایط محیطی، عائل اصلی و مسلط بر شرایط فردی می‌باشد که در این موارد نهایت تلاش فرد برای ازتقای سطح سلامت جسمانی و محیطی بدون دریافت خدمات بهداشتی و رفاهی بی‌فایده خواهد بود. محتوای پروتکل تاب‌آوری بر آموزش‌های مربوط به سلامت و عملکرد جسمانی و محیطی تأکید ندارد. و بهبود سلامت جسمانی و محیطی به دلیل پیچیده بودن و نیازمند بودن به زمان طولانی با سایر پیامدهای که از آموزش‌های تاب‌آوری ناشی می‌شود از لحاظ محتوایی و مفهومی متفاوت یا حداقل ارتباط کمتری دارد. این نتایج با پژوهش‌های برادشو^۲ و همکاران^۳ (۲۰۰۷) و حسینی قمی

1. Schoon
2. Bradshaw
3. Kulkarni

و همکاران (۱۳۹۵) همخوان و با پژوهش رایت^۱، زوترا^۲ و گینگ^۳ (۲۰۰۸) ناهمخوان است.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که تاب آوری بر سرسختی روانشناختی اثربخش است. این یافته نیز با پژوهش کریمی (۱۳۸۹) همخوان است. در تبیین نتایج حاصل از پژوهش می توان گفت که تاب آوری باعث حفظ سلامتی افراد در شرایط استرس زا و موقعیت های ناگوار شده و سازگاری روان شناختی بیشتری را به همراه دارد به طوری که در برخورد افراد در برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، آمادگی لازم برای مقابله با چالش های زندگی را به دست می آورند؛ به عبارتی تاب آوری، باعث مقاوم شدن شخصیت، افزایش بینش و مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط مؤثر با محیط اطراف و دیگران می گردد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۶). بدیهی است در چنین شرایطی باعث پرورش ویژگی های چون تعدیل نگرش به چالش های زندگی می شود به صورتی که افراد تا رویدادهای ناخوشایند را به جای این که تهدیدی برای امنیت، منبعی برای بروز بحران های دیگر و درنهایت سرخوردگی خود در نظر بگیرند، به فرصت هایی برای کسب تجارب جهت یادگیری مهارت های لازم برای رویارویی با چالش ها تبدیل می کند. در واقع چنین ویژگی باعث شکل گیری سرسختی روانشناختی می شود از سویی دیگر تاب آوری با تشویق کردن به تحمل مشکلات زمینه شکل گیری ویژگی های را فراهم می کند که ساختار اصلی مفهوم سرسختی را شکل می دهند. این ویژگی ها شامل هدفمند بودن در ارتباط با دیگران و کشف معنا در تعاملات انسانی (تعهد)، پیش بینی پیامدهای رویدادهای زندگی (کنترل) و تبدیل چالش به فرصت (مبارزجویی) می باشد (مهدیان و غفاری، ۲۰۱۶). بنابراین تاب آوری از طریق کاهش اثرات روانی ناشی از رویدادهای ناگوار (پینکارت^۴، ۲۰۰۹) افزایش توانایی سازگاری با درد (اسمیت^۱، تولی^۲،

1. Wright

2. Zautra

3. Going

4 - Pinquart

مونتاگیو^۳، رویینسون^۴ کاسپر^۵ و پائول^۶ (۲۰۰۹) زمینه‌ی افزایش سخت‌رویی را موجب می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود که پژوهش حاضر بر روی زنان سرپرست شهرستان کرمانشاه انجام شده است و بهتر است به منظور تعمیم نتایج این پژوهش در شهرهای دیگر کشور نیز انجام شود. همچنین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم مقایسه این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی می‌باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که تأثیر این رویکرد با سایر رویکردهای درمانی مقایسه شود.



1. Smith
2. Tooley
3. Montague
4. Robinson
5. Cospir
6. Mullins

منابع

- ۱) احمدی، رضا، شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). «بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی کانون توکسای تهران»، **فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی**، ۴ (۱۶)، ۷۸-۸۹.
- ۲) ایدلخانی، شیرین، حیدری، حسن (۱۳۹۵). سنجش اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان و کیفیت زندگی همسران جانبازان. **فصلنامه روانشناسی**، ۷ (۲۷)، ۸۰-۶۷.
- ۳) ایرانی برقی، زیبا، بگیان کوله مرز، محمد جواد، هزاری، نادیا (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران»، **فصلنامه مدیریت پرستاری**، ۵ (۳)، ۱۷-۱۱.
- ۴) پوررحیمی مرنی، مریم، احدی، حسن، عسگری، پرویز، بختیارپور، سعید (۱۳۹۴). «اثربخشی برنامه تاب آوری پنسیلوانیا بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوشبینی دانشجویان»، **دستاوردهای روانشناسی بالینی**، ۱ (۱)، ۲۵-۴۰.
- ۵) جمشیدی عینی، آزاده، سادات رضوی، ویدا (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش تاب آوری بر استرس و بهزیستی روانشناختی پرستاران یک مرکز نظامی در شهر کرمان»، **فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا**، ۱۹ (۴)، ۳۸-۴۴.
- ۶) حسینی قمی، طاهره و سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۱). «اثربخشی آموزش تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران»، **مجله روانشناسی سلامت**، دوره ۱، شماره ۴.
- ۷) حسینی قمی، طاهره، ابراهیمی قوام، صغری، علومی، زهره (۱۳۹۵). «اثربخشی آموزش تاب آوری در سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان ۱۰-۱۳ ساله مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران»، **فصلنامه مطالعات روانشناختی بالینی**، ۱ (۱)، ۱۰۰-۸۹.
- ۸) صادقی، مسعود، رحیمی پور، طاهره، علی محمدی، حسین. (۱۳۹۶). «تأثیر تاب آوری و سرسختی روان شناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی-کمبود توجه»، **دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی**، ۱۸ (۱)، ۳۷-۳۰.

- ۹) کاوه، منیژه، علیزاده، حمیده، دلاور، علی و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). «تدوین برنامه افزایش تاب آوری در برابر استرس و تاثیر آن بر مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف»، **مجله کودکان استثنایی**، ۱۱ (۲). ۱۱۹-۱۴۰.
- ۱۰) کریمی، پروانه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر سرسختی روانشناختی و تاب آوری افراد بعد از ترک اعتیاد، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۱۱) کیامرثی، آذر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۸۵). **روان شناسی سرسختی**، اردبیل: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، چاپ اول.
- ۱۲) مومنی، خدامراد، ابراهیمی، پرستو، حسینیان، سیمین (۱۳۹۴). «ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی از طریق برنامه آموزش تاب آوری برای مادران کودکان دارای اختلال یادگیری»، **فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده**، ۸ (۲۶)، ۶۴-۴۰.
- ۱۳) نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش، محمد کاظم، مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). «استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- (WHOQOL-BREF)»، ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، **مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی**، ۴ (۴): ۱-۱۲.
- ۱۴) هاشمی، لادن و جوکار، بهرام (۱۳۹۰). «بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب آوری در دانشجویان دانشگاه»، **مجله مطالعات روانشناسی تربیتی**، دوره ۸، شماره ۱۳.
- 15) Bernat, F. P (2009). Youth resilience: Can schools enhance youth factors for hope, optimism, and success?. *Women & Criminal Justice*, 19(3), 251-266.
- 16) Bradshaw, B. G., Richardson, G. E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Overall, J., ... & Kulkarni, K (2007). Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(4), 650-659.
- 17) Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S (2009). A meta-analytic review of the efficacy of resiliency training in children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(6), 1042.
- 18) Chen M, Huang Y, Sun C, Lee C, Hsiao S, Chou Y, Han T, Yang T (2014). "Factors influencing the quality of life of nurse anesthetists and the correlations among work stress, job satisfaction, and quality of life: A

- case study of three medical centers in Southern Taiwan." *World Journal of Medicine and Medical Science* Vol. 22.
- 19) Jill, R., Johnson, Henry, C., Emmons, Rachael L., Rivard, Kristen H., Griffin, Jeffery A. (2015). Resilience Training: A Pilot Study of a Mindfulness-Based Program with Depressed Healthcare Professionals. *The Journal of Science and Healing*, 11(6), 433-444
 - 20) Knowledge & Research in Applied Psychology 2011; 13(4): 24-132. [Text in Persian].
 - 21) Mahdian, Z., & Ghaffari, M. (2016). The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(3), 130-138.
 - 22) Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.
 - 23) Merino-Tejedor E, Hontangas-Beltrán PM, Boada-Grau J, Lucas-Mangas S. Hardiness as a moderator variable between the Big-Five Model and work effort. *Pers Individ Dif*. 2015;85:105-10.
 - 24) Mir M A, Debra S, Dwyer E A, Vanner, A L. Adolescent Propensity to Engage in Health Risky Behaviors: The Role of Individual Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010; 7: 2161-2176.
 - 25) Piquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30(1), 53-60.
 - 26) Rabi'i far V, San'ati Monfared S, Sashourpour M, Hazrati M. (2015) Analyze and evaluate the effects of performing Hadi plans on socio-economic development of rural settlements (Case study: villages of Zanjan province). *Journal of Regional Planning*; 5 (17): 75-90. [In Persian]
 - 27) Sagone E, De Caroli M. A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Well-being, and Coping Strategies in University Students. *American Journal of Educational Research*. 2014; 2(7):463-471.
 - 28) Schoon, I. (2006). Risk and resilience: Adaptations in changing times. Cambridge University Press.
 - 29) Shin. YH, Sim. MK, Kim. TI. (2006). Resilience and health – related quality of life in children with chronic illness. *Journal of Child Health Nurs*. 12 (3): 295-303.

- 30) Smith AE, Sim J, Scharf T, Phillipson C. (2004) Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*;24(05):793-814.
- 31) Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The journal of pain*, 10(5), 493-500.
- 32) Watts, R. E., & Garza, Y. (2008). Using Children's Drawings to Facilitate the Acting "As If" Technique. *Journal of Individual Psychology*, 64(1), 113.
- 33) Wright, L. J., Zautra, A. J., & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 70-80.
- 34) Wilmot. W. W. & Hocker. L.J. (2000). **Interpersonal conflict**. Publisher: McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.

