

تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان، خوش‌بینی

و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار

عباس گل نژاد^۱، علی غنایی^۲

نویسنده مسئول:

عباس گل نژاد

چکیده:

هدف پژوهش بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار شهر فریمان بود. این پژوهش نیمه تجربی و با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. تعداد ۴۲ نفر از زنان مذکور که داوطلب شرکت در برنامه آموزشی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۱۰ هفته) بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۲۱ نفر) داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناسی، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸)، مقیاس خوش‌بینی شی‌یر و کارور (LOT-R) و مقیاس رضایت از زندگی داینر، امونس، لارسن و گریفین (SWLS) جمع‌آوری گردید. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر افزایش سلامت روان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار موثر بوده است. بنابراین، می‌توان از آموزش مهارت تاب‌آوری به عنوان روشی کارآمد برای افزایش سلامت روان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، سلامت روان، خوش‌بینی، زنان سرپرست خانوار

مقدمه

پدیده «زن سرپرست خانوار» یک واقعیت اجتماعی است که در تمام جوامع به دلایل مختلف وجود دارد. زنان سرپرست خانوار یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند (ابهیشک، شیوندرا، مانیش و ویجی، ۲۰۱۰). زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به خاطر نقش‌های مختلف و همزمان در اداره خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان و کار در خارج از منزل با دستمزد کم با استرس و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند و در مقایسه با دیگر زنان از آسیب‌های اجتماعی، اقتصادی و روانی بیشتری رنج می‌برند (حسینی، فروزان و امیرفریار، ۲۰۰۹).

فقر زنان سرپرست خانوار صرفاً اقتصادی نیست، بلکه جنبه اجتماعی و روانی هم دارد. محدودیت روابط اجتماعی، شبکه اجتماعی محدود و گاه ناکارآمد و طردشدگی از سوی آن، زنان سرپرست خانوار را علاوه بر مشکلات اقتصادی، در برابر آسیب‌های روانی و اجتماعی ضربه‌پذیر کرده است (محمدی، آقاجانی و زهتاب‌آور، ۱۳۸۹). از طرف دیگر با افزایش طلاق در دهه‌های اخیر، بر تعداد زنان سرپرست خانوار افزوده شده است. این امر همه افراد خانواده را متاثر ساخته و سایر نظام‌های اجتماعی را نیز تحت الشعاع خود قرار داده است. عدم توجه به این گروه از زنان، سبب بروز مشکلات فراوان از جمله بدبینی و عدم رضایت از زندگی می‌گردد. تاب‌آوری^۱ پایین و مقابله غیرمنطقی با مسایل موجب روی آوردن این زنان به فساد و انحراف شده و مشکلات تربیتی فرزندان و شیوع اختلالات روانی را در سطح جامعه به دنبال می‌آورد. از این‌رو شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کاهش سلامت روانی^۲، خوش‌بینی^۳ و رضایت زندگی^۴ این گروه از افراد جامعه ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این متغیرهای تاثیرگذار تاب‌آوری به عنوان یکی از سازه‌های مهم روان‌شناسی مثبت‌گرا^۵ می‌باشد.

در سال‌های اخیر رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا با تمرکز بر کمک به افراد دارای شخصیت سالم و شکوفاسازی قابلیت‌های انسانی پا به صحنه گذاشته است (لوتانز، اولیو، اوی و نورمن، ۲۰۰۷). روان‌شناسی سلامت^۶ به دنبال شناسایی سازه‌ها و روش‌هایی است که منجر به بهزیستی^۷ و شادکامی^۸ انسان گردد. گرایش به پژوهش در ارتباط با حفظ تفکر خوش‌بینانه علیرغم وجود رویدادهای منفی هر روز بیشتر می‌شود. این موضوعات در حوزه سلامت روان شامل پژوهش در زمینه تاب‌آوری (زایوترا، هال و ماری، ۲۰۱۰)، خوش‌بینی (کارور و شی پر، ۲۰۱۰؛ یی هو، چنگ و چنگ، ۲۰۱۰) و بهزیستی (علیزاده، کاوه، یوسفی لویه و روحی، ۱۳۹۱) می‌باشد. تاب‌آوری را می‌توان به عنوان سازگاری موفق با شرایط ناگوار دانست (زایوترا و همکاران، ۲۰۱۰). افراد تاب‌آور، احساس ناامیدی و تنهایی کمتری دارند و در برابر مشکلات تحمل خوبی از خود نشان می‌دهند. خوش‌بینی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است. این افراد با وجود قرار گرفتن در شرایط پر خطر و دشوار، از نظر روانی آسیب

¹- resiliency

²- mental health

³-optimism

⁴- life satisfaction

⁵- positive psychology

⁶- health psychology

⁷- well-being

⁸-happiness

نمی‌بینند و با مشکلات زندگی به دید مثبت همراه با خوش‌بینی نگاه می‌کنند و این دید مثبت میزان تحمل آن‌ها را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد. افراد تاب‌آور برای آینده خود هدف و برنامه دارند، زندگی برایشان معنادار است و به دلیل میزان بالای خوش‌بینی و باورهای مثبت در آنان، پس از شکست دلسرد نمی‌شوند و بر تلاش خود می‌افزایند (هامارات، تامپسون و زابروسکی، ۲۰۰۱). افراد خوش‌بین از زندگی خود لذت بیشتری می‌برند، سلامت روانی و جسمی بیشتری دارند و به هنگام برخورد با شرایط ناگوار، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند (کاور و همکاران، ۲۰۱۰). تاب‌آوری سبب سازگاری و رضایت از زندگی می‌شود و سازگاری و رضایت از زندگی موجب افزایش تاب‌آوری می‌گردد (کامپفر، ۱۹۹۹).

آموزش تاب‌آوری سبب تغییر در سبک اسناد افراد شده، توانایی حل مشکلات را بهبود می‌بخشد (دنت، ۲۰۰۹) و یادگیری شیوه‌های مقابله موثر با رویدادهای ناخوشایند زندگی را به دنبال دارد (اوشیو، کانکو، ناگامین و ناکایا، ۲۰۰۳). همچنین خوش‌بینی در کار سیستم ایمنی بدن تاثیر می‌گذارد و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد. خوش‌بینی از دو شیوه رفتاری و شناختی سبب افزایش سلامتی جسمی، روانی، کاهش اضطراب و بهبود رضایت از زندگی افراد می‌شود (سگستروم، ۲۰۱۲). به‌طور کلی، آموزش تاب‌آوری سبب بهبود تاب‌آوری شده و در نتیجه افراد با خوش‌بینی و اعتماد به نفس در مقابل رویدادهای استرس‌زا ظاهر شده و آن‌ها را قابل کنترل می‌دانند. از این رو، تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری افراد را افزایش می‌دهد و این امر موجب سازگاری آن‌ها با شرایط مختلف می‌شود. تاب‌آوری از طریق کاهش هیجانات منفی، سلامت روان و رضایت از زندگی را سبب می‌شود (حسینی قمی، ابراهیمی قوام، علومی یزدی، ۱۳۸۹).

سلامت روانی یکی از متغیرهایی است که ارتباط نزدیکی با تاب‌آوری دارد و مورد توجه روان‌شناسی مثبت گرا است (لینلی، مالتبای، وود، اسبورن و هارلینگ، ۲۰۰۹). به نظر کوارد و رید (۱۹۹۶) احساس سلامتی به معنی آگاهی کامل از تمامیت و یک‌پارچگی جنبه‌های فردی است که از عناصر معنوی زندگی تشکیل می‌گردد. سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است که می‌تواند از فقدان بیماری تا رضایت کامل و لذت بردن از زندگی را شامل شود (سلیگمن، ۱۹۹۸). مطالعات نشان داده که افراد راضی و خشنود، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند (اوسیتز، مارکیندز، بلک و گودوین، ۲۰۰۰) و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و رضایت بیشتری از زندگی را تجربه می‌کنند. نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بیشتری دارند (داینر و سلیگمن، ۲۰۰۳).

همچنین یافته‌های پژوهشگران نشان داد که بین تاب‌آوری و سلامت روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (هارتلی، ۲۰۱۱؛ کرمی‌پور، حجازی و بهشتی یکتا، ۲۰۱۵). خوش‌بینی به عنوان یکی دیگر از سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا، نوعی نگرش فردی نسبت به زندگی محسوب می‌شود (پی‌هو، چنگ و چنگ، ۲۰۱۰). افراد خوش‌بین از زندگی لذت بیشتری می‌برند، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، سلامت روانی و جسمانی بهتری دارند، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند و هنگام رویارویی با فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای بهتری استفاده می‌کنند. همچنین، خوش‌بینی به عنوان یک متغیر تفاوت فردی منعکس‌کننده حوزه‌ای است که در آن افراد، تجارب مطلوب تعمیم‌یافته را برای آینده‌شان حفظ می‌کنند (کارور، شی‌یر و سگستروم، ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که خوش‌بینی نقش تعیین‌کننده‌ای در

بهبودی روانی افراد بازی می‌کند و با تاب‌آوری، احساسات مثبت و راهبردهای مقابله‌ای رابطه مثبت و معناداری دارد (ولپ و دافینیو، ۲۰۱۲). یافته‌های قدمی و خلعتبری (۲۰۱۴) نیز روی دانشجویان متاهل دانشگاه کرمان نشان داد که بین خوش‌بینی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

رضایت از زندگی، مولفه مهم بهبودی مثبت است و بر رفتارهای مثبتی مانند تربیت بدنی، پرهیز از دخانیات و تغذیه سالم موثر است. رضایت از زندگی، ارزیابی قضاوتی - شناختی از زندگی شخصی است که از مقایسه شرایط فعلی با معیارهای تعیین شده توسط فرد ناشی می‌شود. افراد هنگامی رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی آن‌ها با معیارهایی که برای خودشان تعیین کرده‌اند، مطابقت داشته باشد (داینر، ۲۰۰۰). تجربه شادکامی و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود و احساس غم و ناخوشایندی اغلب مانعی بر سر راه انجام وظایف فرد به حساب می‌آید. هر چه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی او بیشتر گردد، رضایت‌مندی کاهش پیدا می‌کند (کویوما - هانکانن، هانلانن وینامالی، کاپریو و کوچنویو، ۲۰۰۱). رضایت از زندگی یک پدیده چند بعدی است که با عوامل مختلفی چون تاب‌آوری، استرس (شی، وانگ و وانگ، ۲۰۱۵)، روابط میان فردی، نداشتن بیماری‌های جسمی و سلامت روانی ارتباط محکمی پیدا می‌کند و نارضایتی از زندگی با عواملی مانند افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین، ناسازگاری، مصرف الکل و سایر آسیب‌های روانی ارتباط نزدیکی دارد (محمود و شایوکات، ۲۰۱۴).

در ارتباط با اثربخشی آموزش تاب‌آوری برای زنان سرپرست خانوار پژوهش‌چندانی صورت گرفته است. از پژوهش‌هایی که به این موضوع ارتباط دارند می‌توان از پژوهش زارعی، صادقی‌فر و قیاسی (۲۰۱۴) نام برد که نشان داد آموزش تاب‌آوری بر سازگاری و صمیمیت زنان دارای همسر معلول جنگی تاثیر مثبت و معناداری دارد. کاوه، علیزاده، دلاور و برجعلی (۱۳۹۰) نیز دریافتند که آموزش تاب‌آوری بر مولفه‌های کیفیت زندگی تاثیرگذار است. بهبود رابطه والد - فرزند و افزایش رضایت از زندگی ممکن است ناشی از کاهش استرس، تغییر طرحواره‌ها و نگرش، بهبود مهارت‌ها و رفتارهای والدین باشد. یافته‌های کاپیلا و کومار (۲۰۱۵) روی زنان مطلقه هندی نشان داد که بین سطح تاب‌آوری و رضایت از زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و آموزش تاب‌آوری سبب افزایش تاب‌آوری (استفنس، ۲۰۱۲)، استفاده از راهبردهای فعال^۱، جست‌وجوی حمایت اجتماعی^۲، خوددلدگرم‌سازی^۳، افکار مثبت^۴ (استینسما، ۲۰۰۷)، بهزیستی، خوش‌بینی (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۱)، اعتماد به نفس^۵، خودرهبری^۶ (استینه‌ه‌ارت و دولیبر، ۲۰۰۸)، افزایش رضایت از زندگی و کاهش هیجان‌های منفی می‌شود (شی، وانگ و وانگ، ۲۰۱۵؛ زارعی و همکاران، ۲۰۱۴؛ محمود و شایوکات، ۲۰۱۴).

¹ -Active strategies

² -social support

³ -Self- encouragement

⁴ -Positive thoughts

⁵ -Self Confidence

⁶ -Self-Leadership

با توجه به جایگاه زنان و از جمله زنان سرپرست خانوار به عنوان بخش قابل توجهی از جمعیت کشور و نقش سازنده آنان در توسعه پایدار جامعه لازم است که مشکلات آنان مورد بررسی دقیق قرار گیرد و بر اساس آن تصمیم‌گیری مناسب صورت پذیرد. از این رو، سنجش تاب‌آوری، سلامت روانی، خوش‌بینی و رضایت‌مندی زنان سرپرست خانوار و سبک زندگی آنان جهت حمایت و ایجاد نگرش مثبت نسبت به زندگی و فایده‌آمدن بر مشکلات بیش از پیش ضرورت پیدا می‌کند و لازم است افراد توانمند، سازمان‌های حمایتی دولتی و غیر دولتی در جهت توانمندسازی زنان سرپرست خانوار اقدام نمایند، تا کیفیت زندگی این زنان و فرزندانشان بهبود یابد. سبزواری نیز به عنوان بخشی از جامعه ایران، با این مشکلات درگیر است. آمارهایی که مسئولان ذیربط از افزایش طلاق، اعتیاد و زنان تحت پوشش بهزیستی، کمیته امداد امام (ره) و موسسه‌های خصوصی ارائه می‌کنند، بسیار نگران کننده است. با توجه به نقش تاب‌آوری، سلامت روانی، خوش‌بینی و رضایت از زندگی در حفظ کبان خانواده و توسعه پایدار جامعه، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری در افزایش سلامت روانی، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار سبزواری انجام شد. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱- آموزش تاب‌آوری بر افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانوار موثر است.

۲- آموزش تاب‌آوری بر افزایش خوش‌بینی زنان سرپرست خانوار موثر است.

۳- آموزش تاب‌آوری بر افزایش رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار موثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش انجام شده، نیمه تجربی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی فریمان در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه شامل ۴۴ نفر از زنان سرپرست خانوار داوطلب بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۲ نفر) جای گرفتند.

گروه آزمایش، برنامه آموزش تاب‌آوری را به مدت ده هفته، هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و برای گروه دوم هیچ مداخله‌ای انجام نشد. ده روز پس از پایان برنامه آموزشی، از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

برنامه آموزش تاب‌آوری بر گرفته از برنامه هندرسون و میلستین (۱۹۹۶) است که جهت ایجاد مدارس امن در آمریکا تدوین شد. تاب‌آوری در مدل مذکور شامل فراهم سازی مهربانی و حمایت، طراحی و ارتباط سازی برای افزایش امید، کسب مهارت‌های زندگی، داشتن دلبستگی مثبت، مرزبندی شفاف و سازگار و ایجاد فرصت برای مشارکت هدفمند می‌باشد. فرایند آموزشی در هر جلسه شامل واریسی تکالیف جلسه قبل،

آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، چالش فکری و جمع‌بندی بود و روش‌هایی مانند بازسازی شناختی^۱، ایفای نقش^۲، بارش فکری^۳ و بررسی سود

و زیان^۴، قاب‌گیری^۵ مجدد در طول جلسات آموزشی مورد استفاده قرار گرفت.

خلاصه‌ای از ساختار آموزشی تاب‌آوری در جدول (۱) آمده است

جدول ۱. برنامه آموزش تاب‌آوری برای زنان سرپرست خانوار

جلسات	محتوا
اول	برقراری ارتباط با مخاطبان و آشنا کردن آن‌ها با تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه
دوم	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود و حذف یا کاهش باورهای غیرمنطقی
سوم	تقویت عزت نفس، شناسایی نقاط قوت خود و خودگویی‌های مثبت
چهارم	ارتقاء توانایی افراد در مهارت‌های برقراری ارتباط مثبت با دیگران
پنجم	تعیین هدف و چگونگی دست‌یابی به آن
ششم	آشنایی با سبک‌های تفکر و تأکید بر تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه و تغییر سبک بدبینانه به خوش‌بینانه
هفتم	حل مسأله
هشتم	تصمیم‌گیری و مسئولیت‌پذیری
نهم	مدیریت خشم، اضطراب و استرس
دهم	جستجوی معنا، معنا‌خواهی، پرورش حس معنویت و ایمان و اختتامیه

ابزار سنجش: پرسشنامه جمعیت‌شناسی^۱ از این پرسشنامه به منظور آگاهی از سوابق زنان سرپرست خانوار استفاده شد.

مقیاس رضایت از زندگی^۶ (SWLS) این مقیاس در سال ۱۹۸۵ توسط داینر، امونس، لارسن و گریفین تهیه شد. این مقیاس از ۵ گزاره تشکیل شده است که مولفه احساس ذهنی بهزیستی را اندازه می‌گیرد. هر گزاره دارای ۷ گزینه است، که در مقیاس لیکرت ۷-۱ از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق پاسخ داده می‌شود و در نهایت نمره فرد در مقیاس ۳۵-۵ تعیین می‌گردد. نمره بالاتر رضایت بیشتر را نشان می‌دهد. اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ملت‌های آمریکا، آلمان و ژاپن، به ترتیب ۰.۹۰، ۰.۸۲ و ۰.۷۹ گزارش شده (شیماک، رادهاریشن، اوشیو، دزوکوتو و اهادی، ۲۰۰۲) و برای دانشجویان ایرانی ۰.۸۳ و با روش بازآزمایی ۰.۹۶ اعلام گردیده است (بیانی، کوچکی و گودرزی، ۱۳۸۶).

¹- cognitive restructuring

²- role playing

³- brain storming

⁴ Weighing profit and loss-

⁵-reframing

⁶ - Satisfaction with Lift Scale

مقیاس خوش بینی شی یر و کارور^۱ (LOT-R) : در این پژوهش از مقیاس بازنگری شده جهت گیری زندگی شی یر، کارور و بریج (۱۹۹۴) به منظور ارزیابی خوش بینی استفاده شد. این آزمون ۶ ماده دارد (سه ماده مثبت و سه ماده منفی)، هر ماده دارای ۵ گزینه از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می باشد. این گزینه ها از صفر تا ۴ نمره گذاری می شود. بنابراین، نمره افراد بین صفر تا ۲۴ تغییر می کند. هر چه نمره به ۲۴ نزدیک تر شود، نشان دهنده خوش بینی بیشتر فرد است. سازندگان این مقیاس، پایایی آن را به روش بازآزمایی ۷۹٪ برآورد کردند. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی در جامعه ایرانی به ترتیب ۷۴٪ و ۶۵٪ گزارش شده است (حسن شاهی، ۱۳۸۱).

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (GHQ²-28) این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ تدوین شد و ۲۸ سوال دارد. پرسشنامه مذکور از مشخص ترین ابزارهای غربال گری اختلالات روانی است که بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سوال اولیه استخراج شده و دارای چهار خرده مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. هر کدام از مقیاس ها دارای ۷ پرسش است. پرسش ها با طیف چند درجه ای از گزینه خیر (نمره صفر) تا زیاد (نمره ۳) نمره گذاری می شود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۸۸٪ برآورد گردید و ویلیامز، در مطالعه ای فراتحلیلی متوسط اعتبار آن را ۸۴٪ اعلام کرد (یعقوبی، ۱۳۷۴).

برای تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس شامل آزمون های کلموگروف- اسمیرنوف، لوین و رگرسیون اجرا شد و سپس جهت بررسی تحقق هدف های پژوهش، داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS19 سنجیده شد.

یافته ها

شاخص های توصیفی متغیرهای اندازه گیری شده این پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است.

و گروهی عضویت اساس بر زندگی از رضایت و بینی خوش روان، سلامت توصیفی های شاخص ۲. جدول مرحله ارزیابی

گروه	مرحله آزمون	تعداد	سلامت روانی		خوش بینی		رضایت زندگی	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۲۴	۲۳/۱۳	۸/۸۹	۱۴/۹۳	۳/۵۸	۱۷/۷۷	۴/۲۳
	پس آزمون	۲۴	۲۷/۲۵	۷/۶۶	۱۹/۳۹	۲/۹۰	۲۳/۱۰	۵/۴۲
کنترل	پیش آزمون	۲۴	۲۶/۱۸	۷/۶۸	۱۵/۲۱	۳/۴۷	۱۶/۱۶	۴/۳۲
	پس آزمون	۲۴	۲۶/۸۵	۸/۴۶	۱۵/۷۶	۲/۸۷	۱۷/۲۲	۴/۶۵

¹ - Life Orientation Test^o Revised

² - General Health Questionnaire-28

نتایج جدول (۲) نشان می دهد که میانگین پیش آزمون های دو گروه تقریباً برابر است؛ اما در مرحله پس آزمون میانگین گروه تجربی نسبت به گروه کنترل، افزایش چشم گیری پیدا کرده است.

برای اطمینان از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون نرمالیت کولموگروف- اسمیرونوف^۱ استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون برای تاب آوری $1/82$ ، $(p > 0/05)$ ، سلامت روان $1/47$ ، $(p > 0/05)$ ، خوش بینی $1/68$ ، $(p > 0/05)$ ، و برای رضایت از زندگی $1/66$ ، $(p > 0/05)$ به دست آمد که نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود.

جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس لوین استفاده گردید.

نتایج به دست آمده از این آزمون برای تاب آوری $(F=10/25, p > 0/05)$ سلامت روان $(F=7/15, p > 0/05)$ ، خوش بینی $(F=9/25, p > 0/05)$ و رضایت از زندگی $(F=8/45, p > 0/05)$ نشانگر همگنی واریانس های دو گروه بود. به منظور یکسانی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (نمره پیش آزمون) برای گروه های پژوهشی از رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از اجرای آزمون برای تاب آوری $(F=32/05, p > 0/05)$ ، سلامت روان $(F=13/15, p > 0/05)$ ، خوش بینی $(F=26/75, p > 0/05)$ و رضایت از زندگی $(F=23/05, p > 0/05)$ به دست آمد که حاکی از یکسانی رابطه متغیر وابسته و پیش آزمون برای هر دو گروه بود.

از تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی و آزمون تاثیر آموزش تاب آوری بر سلامت روان، خوش بینی و رضایت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده شد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی تاثیر مداخله بر سلامت روان، خوش بینی و رضایت زندگی

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضرب اتا	توان آماری
سلامت روان	پیش آزمون	۱۳۸۷/۱۴	۱	۶/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۰۶۶	۰/۳۱۴
	عضویت گروهی	۱۵۹/۶۷	۱	۸/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۵۵	۰/۷۶۹
خوش بینی	پیش آزمون	۱۰۳۹/۴۲	۱	۴۵/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۰۲۸	۰/۲۰۵
	عضویت گروهی	۱۱۶۸/۴۵	۱	۲۷/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹	۰/۶۲۹
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۲۷۱/۶۷	۱	۹/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۰۲۶	۰/۰۹۱
	عضویت گروهی	۳۰۸/۴۶	۱	۱۲/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۴۶۲

^۱ -Kolmogorov-Smirnov

بر اساس جدول (۳) نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثر متغیر مستقل پس از حذف اثر پیش آزمون معنادار است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که آموزش تاب آوری بر افزایش سلامت روان ($F=8/78$, $p< 0/001$)، خوش بینی ($F=27/45$, $p< 0/001$) و رضایت از زندگی ($F=12/47$, $p< 0/001$) موثر بوده است و ۵۵ درصد سلامت روان، ۳۹ درصد خوش بینی و ۲۴ درصد رضایت زندگی را تبیین نموده است.

جدول ۴. میانگین های تعدیل شده دو گروه در سلامت روان، خوش بینی و رضایت زندگی

رضایت از زندگی		خوش بینی		سلامت روانی		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه
۴/۸۷	۲۱/۵۵	۲/۱۹	۱۸/۷۷	۶/۳۲	۲۷/۸۷	آزمایش
۴/۳۲	۱۶/۴۷	۲/۳۵	۱۵/۵۴	۷/۴۶	۲۵/۳۳	کنترل

مطابق جدول (۴) میانگین های تعدیل شده دو گروه در متغیرهای سلامت روان، خوش بینی و رضایت زندگی به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است.

بحث

آموزشی حاضر بر رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار را نتوان پیش بینی کرد، لذا پیشنهاد می گردد در تحقیقات روانشناسی مثبت گرا، با تمرکز بر توانایی ها واستعدادها (به جای توجه به اختلالات و ناهنجاری ها) به دنبال شناسایی سازه های روان شناختی است که بهزیستی و شادکامی را ایجاد می کنند. این سازه ها در بر گیرنده موضوعاتی چون تاب آوری (زایوترا و همکاران، ۲۰۱۰)، خوش بینی (کارور و همکاران، ۲۰۱۰) و بهزیستی روان شناختی (لینلی و همکاران، ۲۰۰۹) است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تاب آوری بر افزایش سلامت روان، خوش بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تاب آوری در مرحله پس آزمون بر افزایش سلامت روان، خوش بینی و رضایت از زندگی موثر بوده است. یافته های این پژوهش با نتایج هارتلی (۲۰۱۱) کرمی پور و همکاران (۲۰۱۵)، قدمی و خلعتبری (۲۰۱۴)، زارعی و همکاران (۲۰۱۴)، کاوه و همکاران (۱۳۹۰)، کاپیلا و کومار (۲۰۱۵)، استفنس (۲۰۱۲)، شی و همکاران (۲۰۱۵)، زارعی و همکاران (۲۰۱۴)، محمود و شایوکات (۲۰۱۴)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۱)، استینهارت و دولیبر (۲۰۰۸) هماهنگ است. نتایج این پژوهش نشان داد که راهبردهای تاب آوری، به افزایش سلامت روان، خوش بینی و رضایت زندگی منجر می شود. دلیل این امر می تواند ناشی از بهبود توانمندی هایی باشد که شاید در برنامه های آموزش تاب آوری بیشتر به آن ها توجه شده است. این توانمندی ها شامل افزایش خودآگاهی، عزت نفس، پیوندجویی، هدفمندی، خودکارآمدی (حل مساله، تصمیم گیری، مسئولیت پذیری)، کنترل هیجانات و معناداری می شود. زیرا تاب آوری، به عنوان فرایند توانایی سازگاری مثبت با موقعیت های ناگوار عمل می کند (گرمزی و ماستن، ۱۹۹۱) و دربرداشت های جدیدتر آن را به عنوان توانایی نظامی پویا برای مقاومت یا بهبود در برابر چالش های مهمی که ثبات، حیات و رشد را تهدید می کند، تلقی می کنند (ماستن، ۲۰۱۲). تاب آوری با خصوصیات شخصیتی از قبیل، شوخ طبعی^۱، شادکامی، خردمندی^۲، همدلی^۳ و هدفمندی^۴ زندگی در ارتباط است و سبب بازگشت فرد به حالت تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل بالاتر (در شرایط تهدید کننده) شده و موجب سازگاری موفق در زندگی می شود (کامپفر، ۱۹۹۹). به نظر صاحب نظران، افراد تاب آور، چاره ساز و انعطاف پذیر بوده و خود را با تغییرات محیطی وفق می دهند و بعد از بر طرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می گردند. اما افرادی که تاب آوری پایینی دارند، به مقدار اندکی خودشان را با موقعیت های جدید وفق می دهند، آن ها به کندی از موقعیت های فشارزا به حالت عادی و بهبود برمی گردند (شی، وانگ و وانگ، ۲۰۱۵). تاب آوری مهارتی قابل توسعه است که براساس آن فرد می تواند در رویارویی با ناکامی ها، مصیبت ها و تعارض های زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت ها و مسئولیت ها بر میزان تلاش خود برای دستیابی به موفقیت بیشتر بیفزاید. اعتقاد بر این است که تاب آوری توانایی سازگاری موفق با چالش ها و شرایط تهدید کننده را بهبود ی بخشد (اوشیو، کانکو، ناگامین و ناکایا، ۲۰۰۳). در این پژوهش تلاش شد تا بر اساس محتوای آموزش تاب آوری به عنوان یکی از مهمترین مولفه های روانشناسی مثبت گرا، زمینه تقویت شادکامی، شوخ طبعی، خردمندی، همدلی و معنویت برای

^۱ -jocundity

^۲ -wisdom

^۳ - empathy

^۴ -purposefulness

اعضاء شرکت کننده فراهم شود و از طریق برقراری ارتباط عاطفی مناسب دریابند که علی رغم وجود تفاوت ها، آن ها مشکلات مشترکی دارند که می توانند با کمک ویاری یکدیگر بر آن ها غلبه کنند. همچنین توانایی آن را دارند که بر رفتار خود کنترل داشته و به هنگام برخورد با چالشها و شرایط ناگوار با استفاده از مهارت های آموخته شده (حل مساله و تصمیم گیری) سازگاری موفق داشته باشند. در فرایند مداخله به آنان یاد داده شد که با پرورش حس معنویت می توانند امیدوار باشند، زندگی خود را هدفمند سازند، نیازهای خود را در کنار توجه به نیازهای اعضای دیگر خانواده ارضا کنند و در جهت حفظ و بهبود سلامتی عمومی خود بکوشند. علاوه بر این، تلاش شد تا در فرایند آموزش، آزمودنی ها یاد بگیرند که چگونه تفکر خوش بینانه را جایگزین تفکر بدبینانه کنند و با آگاهی از توانمندی های خود، حذف باورهای نادرست و خودگویی های مثبت در جهت ارتقاء خوش بینی و عزت نفس خویش بکوشند و خشم و اضطراب خود را مدیریت کنند تا رضایت بیشتری از زندگی عاید آنان شود. پژوهش انجام شده مانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی بوده است که در ادامه به آن ها اشاره می شود: این پژوهش مرحله ی پیگیری نداشت و این امر باعث می شود که تاثیر دراز مدت روش آینده پی آمدهای این آموزش مورد توجه و پیگیری قرار گیرد. از سوی دیگر با توجه به انتخاب نمونه داوطلب، در دسترس و محدود بودن آن به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی فریمان، پیشنهاد می گردد به منظور آشکار شدن بیشتر اثرات آموزش تا باوری در افزایش سلامت روان، خوش بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار و افزایش دقت بالاتر، در مطالعه گسترده تری با حجم نمونه بیشتر انجام شود و نتایج آن با یافته های این پژوهش مقایسه گردد.

منابع

- بیاتی، ع.، کوچکی، ع. و گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۳(۱۱)، ۲۶۵-۲۵۹.
- حسن شاهی، م. م. (۱۳۸۱). بررسی ارتباط میان خوش بینی و راهبردهای مقابله با استرس دانشجویان دانشگاه، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۴(۱۴ و ۱۵)، ۸۹-۸۶.
- حسینی قمی، ط.، ابراهیمی قوام، ص. و علومی یزدی، ز. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش تاب آوری بر سطح کیفیت زندگی مادران دارای فرزند ۱۰ تا ۱۳ ساله مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، مطالعات بالینی، ۱، ۱۰۰-۷۷.
- علیزاده، ح.، کاوه، م.، یوسفی لویه، م. و روحی، ع. (۱۳۹۱). تدوین برنامه پرورش تاب آوری و بررسی تاثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال های رفتاری برون نمود و درون نمود فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۲(۳)، ۶۰-۴۳.
- کاوه، م.، علیزاده، ح.، دلاور، ع. و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن بر مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم توان ذهنی خفیف، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.
- محمدی، ا.، آقاجانی، م. و زهتاب آور، غ. (۱۳۸۹). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مولفههای هیجانی، مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.
- یعقوبی، ن. و شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلال روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱(۴)، ۱۴-۷.
- ## References
- Abhishek, G., Uday, M., Shivendra, K.S., Manish, K.M., Sarvada, C.T. & Vijay, K.S. (2014). Home away from Home: Quality of Life, Assessment of Facilities and Reason for Settlement in Old Age Homes of Luck now, India. Indian Journal of Community Health, 26(2), 165-169.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. Clinical psychology review, 3, 879-889.
- Coward, D. D., & Reed, P.G. (1996). Self-Transcendence: a resource for healing at the end of life, Issues in Mental Health Nursing, 17(3), 275-288.
- Dent, M. (2009). Real kids in an unreal world: building resilience and self-esteem in today's children, Australia, Murwillumbah, Pennington Publications, and N.S.W.
- Diener, E. D. (2000). Subjective well - being; the science of happiness and a proposal or a national index. American psychologist, 55, 43- 44.
- Diener E. D., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 1, 71-75
- Diener, E. D., Seligman, M. E. P. (2003). Very happy people. Psychology Science, (13); 80-83.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E.M. Cummings, A.

L. Green, K. H. & Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping (: pp 151-174. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ghadami, E. & Khalatbari, J. (2014). The Relationship between Optimism and Resiliency and Marital Satisfaction among Married Students in Kerman University of Medical Sciences (2013-2014), International Research Journal of Social Science and Management, 2, 57-63.

Hamarat, E. R., Thompson, D. A., & Zabrucky, K. M. (2001). Matheny KB. Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. Journal of Experimental Aging Research, 27, 181-196.

Hartley, M. T. (2011). Examining the Relationships between Resilience, Mental Health, and Academic Persistence in Undergraduate College Students, Journal of American College Health, 59(7), 596-604.

Hossini, A., Frozan, S., & Amir-fariar, M. (2009). Mental health survey of households covered by social welfare organizations Tehran. Journal of Social Research, 2(3), 117-37.

Kapila, G. & Kumar, A. (2015). Life Satisfaction and Resilience among Divorced Women in India, The International Journal of Indian Psychology, 3(1), 98-106.

Karamipour, M., Hejazi, M. & Beheshti Yekta, z. (2015). The Role of Resilience and Hardiness in Mental Health of Athletes and Non- athletes, Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences, 4(2), 37-43.

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Vinnamali, H. K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A- 20 year follow- up study. American Journal of psychiatry, 158(3), 433- 439.

Kumpfer, K. L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), Resilience and development (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.

Linley, A. P., Maltby, J., Wood, A. P., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higherorder factor structure of subjective and psychological well-being measures. Personality and Individual Differences, 47, 878° 884.

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology, 60, 541-572.

Masten, A. S. (2012). Risk and resilience in development. In P. D. Zelazo (Ed.), Oxford handbook of developmental psychology. New York: Oxford University Press (in press).

Mehmood, T. & Shaukat, M. (2014). Life Satisfaction and Psychological Well-being among Young Adult Female University Students. International Journal of Liberal Arts and Social Science, 2(5), 143-153.

Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale, Psychological Reports, 93(1), 1217-1222.

Ositer, G. R., Markindes, K. S., Black S. A., Goodwin, J. S. (2000). Emotional Wellbeing predicts subsequent Functional independence and survival, Academic Journal of Psychological Studies, (48), 473-478.

Scheier, M. F., Carver, S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism neroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the the life orientation test. Journal of Personality and Social Psychology, 67, 1063-1078.

Schimmack, U., Radharishnan, P., Oishi, S. h., Dzokoto, V., Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well- being: integrating process model of life satisfaction. Journal of personality and social psychology, 82,582-593.

Henderson, N., & Milstein, M. M. (2003). Resiliency in schools: Making it happen for students and educators. Thousand Oaks, CA: Corwin.

Segerstrom, S. C., & Sephton, S. E. (2010). Optimistic expectancies and cell-mediated immunity: The role of positive affect. *Psychological Science*, 21, 448-455.

Seligman MEP. (1998). what is the good life? Available at: American Psychology Association.

Shi, M. Wang, X. Bian, Y. Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study, *BMC Medical Education*, 15, 16.

Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.

Stephens, T. M. (2012). Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.

Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.

Vulpe, A. & Dafinoiu, I. (2012). Positive emotions, coping strategies and ego-resiliency: A mediation model, *Social and Behavioral Sciences*, 33, 308 - 312.

Yee Ho, M., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.

Zarei, E. Sadeghifar, M. Ghiasi, F. (2014). A Study of Effects of Teaching Resiliency to Spouses of the War-Disabled on Marital Adjustment and Intimacy. *Academic Journal of Psychological Studies*, 3(1), 63-71.

Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In: Reich, J. W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. *Handbook of adult resilience*. New York, The Guilford Press.