



## بررسی و شناخت اثربخشی مداخله راه حل مدار مددکاری کوتاه مدت بر افزایش تاب آوری و میزان معنویت زنان سرپرست خانوار

صفیه زائری اصفهانی<sup>۱</sup>

۱- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی - مددکار اجتماعی

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر اثربخشی مداخله راه حل مدار مددکاری گروهی را بر افزایش تاب آوری و میزان معنویت زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار داده است. **روش بررسی:** این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و به صورت اجرای پیش آزمون- پس آزمون بر روی دو گروه (آزمایش و کنترل) انجام شد، برای بررسی پژوهش حاضر نظریه‌های مدل محافظتی تاب آوری و نظریه کاواناخ و گرانت به عنوان مبنا مورد استفاده قرار گرفت. جامعه آماری زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به ستاد توانمندسازی شهرداری منطقه ۵ شهر تهران بود که از میان این افراد به شکل نمونه گیری در دسترس ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و ۲۰ نفر از کسانی که نمره تاب آوری آنها کمتر از میانگین سایر شرکت کننده‌ها بود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۰ نفر) و آزمایش (۱۰ نفر) جایگزین شدند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش قرار گرفت این جلسات هفته‌ای یک بار و به مدت یک و نیم ساعت طبق پروتکل برگزار شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان جلسات پس آزمون (پرسش نامه تاب آوری کانر و دیویدسون) بر روی هر دو گروه اجرا شد تا اثربخشی و مقایسه گروه‌ها مورد بررسی قرار گیرد. **یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایش در تاب آوری و ابعاد آن افزایش یافته است و در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. **نتیجه گیری:** بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت که مداخله راه حل مدار کوتاه مدت به عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی از قابلیت عملی خوبی در افزایش تاب آوری و میزان معنوی زنان سرپرست خانوار برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** زنان سرپرست خانوار، مداخله راه حل مدار کوتاه مدت، مددکاری گروهی، تاب آوری، معنویت



## مقدمه

امروزه پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل مختلف در دنیا رو به افزایش است، اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوانی هستند، به گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود. زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر با مشکل تنهایی، انزوا، طرد و عدم درک از سوی دیگران همچنین با عوامل آسیب‌زایی همچون تبعیض‌های فرهنگی، عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی و کم‌سوادی، محدودیت‌های قانونی، رفاهی و اجتماعی و فشارهای روانی مواجه هستند. با توجه به تحولات ذکر شده زنان سرپرست خانوار در ایران از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که با مشکلات و موانع زیادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خویش مواجه می‌باشند.

حال با توجه به آسیب‌پذیری این افراد در برابر مشکلات توجه به عوامل محافظتی اهمیت فراوانی می‌یابد یکی از این عوامل تاب‌آوری است. با توجه به مطالعه ادبیات پژوهش، تاب‌آوری در حالت کلی و ابعاد تاب‌آوری در حالت جزئی به عنوان عوامل محافظتی در زمینه سلامت روان گروه‌های مختلف عمل می‌کند، به عنوان مثال وقتی که افراد نمی‌توانند حوادث استرس‌زا را فراموش کنند می‌توان آسیب‌پذیری شناختی افراد را با ارتقای تاب‌آوری ارتقا بخشند.

تاب‌آوری را می‌توان به صورت توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف نمود (فارنهام، ۲۰۰۸: ۹۴۸). تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است (پینکوارت، ۲۰۰۸: ۶۰۳).

افراد که تاب‌آوری بهتری دارند، استقلال و سلامت بیشتری را از خود بروز می‌دهند و همچنین قادرند آنچه را که می‌اندیشند عملی کنند آنها از توانایی انتقال نظراتشان در صورت انتقاد از محیط برخوردارند و به توانایی خود برای تغییر محیط باور دارند. سادوک (۱۳۹۳) معتقد است اشخاص تاب‌آور در رفتارهای ارتقای سلامت مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیتهای روزانه استقبال می‌کنند، از چالش لذت می‌برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می‌دهند. افراد تاب‌آور بدون اینکه سلامت روانشان کاهش یابد و دچار بیماری‌های روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند همچنین به نظر می‌رسد در بعضی موارد با وجود تجارب سخت‌شان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده‌اند (واگ و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۳). همچنین تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین و ارتقا دهد سازگاری موثر با سختی‌ها از ویژگی‌های تاب‌آوری است نتیجه فرایند تاب‌آوری، تعدیل، اصلاح و یا حذف اثرات ناگوار است. مسئله اصلی در مورد تاب‌آوری وجود یا عدم وجود آن نیست بلکه شناسایی عوامل موثر بر آن است تا با شناسایی این عوامل و انتخاب درمان مناسب رشد تاب‌آوری را در افراد ارتقاء دهیم. لذا با توجه به ویژگی‌هایی که برشمرده شد و با در نظر داشتن فشارها و استرس‌های زندگی زنان سرپرست خانوار که سلامت روان این افراد را تهدید می‌کند به نظر می‌رسد پژوهش در خصوص مداخلاتی که می‌توانند تاب‌آوری را در این قشر ارتقا دهند و شناسایی آنها بسیار حیاتی و ضروری است در این



زمینه توجه به عواملی که در تاب آوری مؤثر هستند و موجب ارتقای آن می‌شوند مهم هستند و برای انتخاب مداخله مناسب باید مورد بررسی قرار گیرند این عوامل عبارتند از عزت نفس بالا، مهارت‌های قوی حل مسأله، داشتن تصویر مثبت از خود، کنترل فرد بر زندگی خود، احساس مسئولیت، پیوند قوی با مؤسسات حمایتی و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی و مسائلی از این قبیل برای انتخاب مداخله مؤثر باید مورد توجه قرار بگیرد.

بر اساس بررسی مداخلات مؤثر در این رابطه به نظر می‌رسد که مداخله راه حل مدار می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد، مداخله راه حل مدار کوتاه مدت (SFBT) توسط کیم برگ و دشارز در سال ۱۹۸۰ مطرح شد، مداخله راه حل مدار متناسب با ارزش‌های انسانی مددکاری اجتماعی با فرض‌های نیروبخشی شروع به مداخله می‌کند، مددجویان با کفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه‌حلهایی که می‌توانند زندگیشان را بهتر کنند برخوردارند. درمان راه حل مدار کوتاه مدت یک رویکرد پست مدرن در خانواده درمانی است که با توجه به توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد، آنان را در دستیابی به راه‌حل‌ها و جستجوی استثنائات یاری می‌دهد. در این درمان هیچ چیز غیرقابل تغییری وجود ندارد و تنها بر راه‌حل‌ها و قدرت زبان تاکید می‌شود. در اینجا به افراد کمک می‌شود که تصورات ذهنی خودشان را بر موضوع راه‌حل‌ها شکل داده و رفتارهای راه‌حل‌مداری که امکان دسترسی به اهدافشان را به آنان می‌دهد تکرار نمایند (فیدزگرالد، ۲۰۱۰: ۴۴۰). در این رویکرد مراجعان با کفایت هستند، آنها از توانایی ایجاد کردن راه‌حلهایی که می‌توانند زندگیشان را بهتر کنند برخوردارند (پروچسکاونورا کراس، ۲۰۰۷). شواهد محکمی برای این مسئله وجود دارد که مداخله راه حل مدار برای طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی و اختلالات مزمن روانی است و در مقایسه با سایر مداخلات کم هزینه تر و کوتاه تر می‌باشد و می‌تواند جایگزین مناسبی برای این مداخلات باشد (والاس و جینگرچ، ۲۰۱۲). تحقیقات رووان و اوهانلون (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که مداخله راه حل مدار بر مدیریت بحران کاملاً مناسب است. همچنین برای اختلال‌های سازگاری مددجویان. و هم برای مددجویان با مشکلات روانی مزمن نیز توصیه شده است (بووکاروبلیمر، ۱۹۹۴).

حال با توجه به ادبیات پژوهشی که مداخله راه حل مدار را در اکثر زمینه‌های بالینی و گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده و سودمندی آن را نشان داده است و با توجه به فاکتورهای مؤثر در ارتقای تاب آوری همچون مهارت‌های حل مسئله، داشتن کنترل بر زندگی خود، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی که فرض می‌شود در زندگی زنان سرپرست خانوار مختل شده باشد و وجود مداخله کوتاه مدت که براساس احترام به توانمندی‌های فرد و توجه به ارتقای خود تصمیم‌گیری در افراد است و با توجه به این مسئله که خیلی از موسسات فعال چون ستاد توانمندسازی و معاونت اجتماعی شهرداری‌ها که یکی از حوزه‌های که در آن مشغول به کارند حوزه زنان سرپرست خانوار است و نیاز این موسسات به پژوهش‌های کاربردی جهت توانمندسازی و ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روانشناختی زنان سرپرست خانوار، و اینکه تاکنون پژوهشی مستقیماً اثربخشی این مداخله را در حوزه ارتقای تاب آوری زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار نداده است. لذا در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا مداخله راه حل مدار کوتاه مدت گروهی به عنوان یکی از مداخلات حرفه



ای مددکاری اجتماعی می‌تواند بر ارتقاء تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار منطقه ۵ شهرداری تهران موثر باشد یا خیر؟

## روش تحقیق

این پژوهش به صورت شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل که به صورت تصادفی انتخاب شدند همراه با پیگیری یک ماهه انجام شد. در این پژوهش طی دو مرحله پرسشنامه تاب‌آوری را بر روی گروه آزمایش، اجرا شد. در مرحله پیش‌آزمون قبل از آموزش و مرحله دوم پس‌آزمون که پس از آزمایش بر گروه آزمایش اجرا شد. این پرسشنامه برای گروه کنترل نیز اجرا شد و نتیجه گروه آزمایش با آن مقایسه گردید تا تاثیر آموزش مشخص گردد. دلیل انتخاب این طرح، این مساله است که با توجه به موضوع پژوهش و در مقایسه با سایر طرح‌ها طرح منسجم و دارای اعتبار بالاتری است.

## جامعه آماری

جامعه آماری زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به ستاد توانمندسازی شهرداری منطقه ۵ شهر تهران می‌باشد که به شکل نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۰ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه تاب‌آوری بر روی آنها اجرا شد.

## نمونه و روش نمونه‌گیری

از بین ۱۰۰ نفری که پرسشنامه تاب‌آوری بر روی آنان اجرا شد ۲۰ نفر از کسانی که نمره تاب‌آوری آنها کمتر از میانگین سایر شرکت‌کننده‌ها بودند انتخاب و دو گروه کنترل (۱۰ نفر) و آزمایش (۱۰ نفر) جایگزین شدند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی منطقه ۵ تهران در محل ساختمان شهردار تحت آموزش مددکار اجتماعی قرار گرفتند این جلسات هفته‌ای یک بار و به مدت ۱ و نیم ساعت طبق پروتکل برگزار شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از پایان جلسات پس‌آزمون (پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون) بر روی هر دو گروه اجرا شد تا اثر بخشی و مقایسه گروه‌ها مورد بررسی قرار گیرد در پایان پژوهش به جهت رعایت موازین اخلاقی پروتکل مداخله‌ای برای افراد گروه کنترل نیز اجرا شد.

## ابزار پژوهش و روایی و پایایی

### پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون

میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار به وسیله مقیاس تاب‌آوری کونور-دیویدسون (۲۰۰۳) اندازه‌گیری شد این مقیاس توانایی سازگاری با تنش و مدیریت شرایط آسیب‌زا را اندازه‌گیری می‌کند. طراحی اولیه این ابزار با دو هدف انجام شد، یکی تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییرنمرات تاب‌آوری در پاسخ به درمان (کمپل سیلیس و استین، ۲۰۰۷: ۱۰۲۳). این مقیاس دارای دو نسخه است، نسخه اصلی و بلند (cd risc) از ۲۵ آیتم تشکیل شده است که تاب‌آوری را در ماه گذشته می‌سنجد که



نمره بالاتر، تاب آوری بیشتر را نشان می‌دهد هر کدام از آیت‌ها در ۵ رتبه از کاملاً غلط تا کاملاً صحیح رتبه بندی می‌شوند رنج امتیازات نیز از صفر تا صد است این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیرتاب آور جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کاربرده شود پنج خرده مقیاس شایستگی، رویارویی با مسائل اجتماعی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، تحمل عواطف منفی، کنترل، را برای این مقیاس تأیید شده (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). مطالعه اولیه این آزمون در جمعیت عموم و بیماران، همسانی درونی و پایایی پیش آزمون- پس آزمون و اعتبار همگرا و واگرایی مناسبی را نشان داده است.

اسکالی و همکاران (۲۰۱۲) نیز آلفای کرونباخ ۰.۸۸ درصد را گزارش نمودند. کومپل سیل و استین نیز در سال ۲۰۰۷ نسخه کوتاه تر آن را (cd- RISC - 10 - campbell sills & stein) تهیه نمودند که ده آیت دارد و در طیف لیکرت سنجیده می‌شود نسخه خلاصه تر آن منعکس کننده توانایی تحمل تجاربی مانند تغییرات، مشکلات فردی، فشار بیماری شکست و احساس درد به عنوان مثال توانایی سازگاری با تغییرات و گرایش به عقب نشینی از بیماری و سختی است (اسکالی و همکاران، ۲۰۱۲: ۲۰).

پایایی خارجی: کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰.۸۹٪ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰.۸۷٪ بوده است.

پایایی ایرانی: این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰.۸۹٪ را گزارش کرده است. اعتبار خارجی: نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج از اعتبار همزمان این مقیاس است.

اعتبار ایرانی: برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی این عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰.۴۱ تا ۰.۶۴ را نشان داد. سپس عبارت مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر با ۰.۸۷٪ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند.

## روش اجرا

افراد گروه آزمایش به مدت هشت جلسه یک و نیم ساعته تحت مداخله راه حل مدار به شیوه گروهی قرار گرفتند، محتوای مداخله‌ی راه حل مدار اقتباسی است از پژوهش‌های مختلف در این حوزه با تمرکز بر کارهای (دشازر و همکاران، ۱۹۸۵) است که به طور خلاصه ایجاد یک راه حل مثبت و منطقی با موضع متمرکز، بررسی راه حل‌های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سوال در مقابل دستور یا تفسیر، سوالات حال و آینده محور



در مقابل سوالات گذشته محور را شامل می‌شود لازم به ذکر است که روایی پژوهش حاضر در مطالعات داخلی نیز مورد تایید قرار گرفته است.

جدول ۱: خلاصه اجرای جلسات درمان راه حل مدار گروهی

|   |            |  |
|---|------------|--|
| ۱ | جلسه اول   | تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی مداخله راه حل مدار، توضیح قوانین و چارچوب های تشکیل جلسات، معرفی بیشتر اعضا به گروه و ارائه تکلیف نگارش اهداف و اولویت‌های زندگی برای جلسه دوم.  |
| ۲ | جلسه دوم   | تعیین اهداف به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری، شناسایی مشکلات و اهداف شرکت مراجعان در جلسات گروه، ارائه تکلیف پرسش استشنا (آیا موقعی وجود داشته که این مشکلات در زندگی شما کم‌رنگ بوده‌اند؟ چه عملکردی داشته اید؟)، درخواست ارائه تکلیف محوله برای جلسه آتی.  |
| ۳ | جلسه سوم   | پیگیری تکلیف جلسه قبل و ارائه و بررسی تکلیف پرسش معجزه، (فرض کنید امشب معجزه‌ای روی دهد مشکلات شما کاملاً حل شود شما چگونه متوجه می‌شوید؟ چه چیزی در زندگیتان متفاوت خواهد بود؟ فردا صبح چیزی توجه شما را جلب کرده است و به شما می‌گوید که معجزه‌ای رخ داده است؟ اطرافیان شما به چه چیزی توجه می‌کنند؟)  |
| ۴ | جلسه چهارم | پیگیری تکلیف جلسات قبل، حذف الگوهای مخل رفتاری با استفاده از پرسش معجزه آسا و سوال استشنا، تنظیم اهداف درجه بندی شده و عملیاتی ماخذه بر اساس توانمندی‌های اعضا و برنامه های مبتنی بر نظرات خود اعضا  |
| ۵ | جلسه پنجم  | پیگیری نحوه عملیاتی کردن اهداف تعیین شده توسط اعضا، تقویت اجراهای موفق و تعدیل و رفع نقش اجراهای ناموفق توسط گروه، تاکید توانمندی‌های گروه، ارائه تکلیف اجرای قدم به قدم اهداف تعیین شده و درجه بندی شده   |
| ۶ | جلسه ششم   | پیگیری تکلیف، هدف از این جلسات این بود که شرکت کنندگان راه و روش دیگری را برای طرز تفکر، احساس و عملکرد و رفتارهای خود در پیش گیرند و توانمندی‌های حاصل از اجرای برنامه‌های خود را بیشتر در نظر بگیرند و در مورد مشکلات آتی نیز به توانمندی‌های خود باور داشته باشند. ارائه تکلیف جهت بررسی چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات در جلسات به دست آمده در طول جلسات |



|   |           |   |
|---|-----------|---|
| گروهی.  |           |   |
| پیگیری تکلیف جلسه قبل، دست پیدا کردن به روش روشنی از تغییرات ایجاد شده در زندگی توسط خود مراجعان و پی بردن به مهارت های فردی که برای ایجاد تغییرات به کار بسته اند. (تکلیف: از اعضا خواسته شد تا جلسه بعد در خصوص این سوال بیندیشند که اگر بخواهند احساس خود از تاب آوری در برخورد با مسائل را بر روی نمودار صفر تا ده طبقه بندی کنند خود را در کجای نمودار نسبت به جلسه اول می بینند). | جلسه هفتم | ۷ |
| جمع بندی مطالب گذشته، مرور تکالیف و تکنیک های آموخته شده در گروه، بحث در مورد چگونگی تعمیم دستاوردهای گروه به دنیای بیرون از گروه و بطن زندگی اعضای گروه، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون، درخواست از اعضا برای حضور در گروه در فاصله یک ماه بعد از آخرین جلسه برای تکمیل مقیاس تاب آوری در مرحله پیگیری.   | جلسه هشتم | ۸ |

### روش تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی از میانگین، واریانس و انحراف استاندارد استفاده شده است و همچنین در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس و تی تست برای بررسی میانگین ها استفاده می شود (به این دلیل علاوه بر تی تست از کوواریانس استفاده شده است که برای طرح های نیمه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش و پیش آزمون و پس آزمون میزان تغییرات گروه ها در اثر مداخله ی مورد نظر را به خوبی شناسایی می کند و اثربخشی مداخله مورد نظر را مورد سنجش قرار می دهد اما تی تست صرفا به مقایسه ی میانگین گروه ها می پردازد و اثر پیش آزمون و پس آزمون را کنترل نمی کند).

### یافته های تحقیق

#### یافته های توصیفی

در این بخش داده های توصیفی به صورت جدول نشان داده شده اند و توضیحات مربوط به هر متغیر به صورت جداگانه ارائه شده است. ابتدا متغیرهای زمینه ای و سپس متغیرهای مستقل و وابسته به صورت شاخص های توصیفی مانند فراوانی، حداکثر، حداقل، میانگین، مد و انحراف معیار نشان داده شده است.

جدول ۲: پراکنندگی سنی نمونه مورد بررسی



| انحراف معیار | میانگین | حداکثر | حداقل | گروه   |
|--------------|---------|--------|-------|--------|
| ۱۰/۱۵        | ۳۲/۸۵   | ۴۷     | ۲۲    | کنترل  |
| ۶/۹۵         | ۳۳/۴۵   | ۴۹     | ۲۳    | آزمایش |
| ۹/۷۳         | ۳۳/۲۳   | ۴۹     | ۲۲    | کل     |

جدول فوق سن افراد را بر اساس شاخص‌های پراکندگی و توصیفی نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود حداقل سن افراد ۲۲ و حداکثر سن ۴۹ سال است. میانگین سنی کل افراد ۳۳/۲۳ سال و انحراف معیار نیز برابر ۹/۷۳ است. این مقادیر به تفکیک گروه کنترل و آزمایش در جدول نشان داده شده است.

جدول ۳: میزان تحصیلات افراد مورد مطالعه

| گروه   | ابتدایی | راهنمایی | دیپلم | فوق دیپلم | جمع |
|--------|---------|----------|-------|-----------|-----|
| کنترل  | ۳       | ۳        | ۲     | ۲         | ۱۰  |
| آزمایش | ۳       | ۴        | ۳     | ۰         | ۱۰  |
| کل     | ۶       | ۷        | ۵     | ۲         | ۲۰  |

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که تعداد ۶ نفر از افراد نمونه دارای تحصیلات ابتدایی، ۷ نفر راهنمایی، ۵ نفر دارای مدرک دیپلم و ۲ نفر فوق دیپلم هستند. میزان تحصیلات افراد در دو گروه کنترل و آزمایش به تفکیک نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود دو گروه از لحاظ تحصیلات تقریباً در سطح یکسانی قرار دارند.

جدول ۴: میزان درآمد افراد مورد مطالعه

| انحراف معیار | میانگین | حداکثر  | حداقل  | گروه   |
|--------------|---------|---------|--------|--------|
| ۳۰۷۸۵        | ۷۵۸۵۱۲  | ۱۵۰۰۰۰۰ | ۵۰۰۰۰۰ | کنترل  |
| ۲۱۸۱۵        | ۷۸۶۱۲۵  | ۱۶۵۰۰۰۰ | ۴۷۰۰۰۰ | آزمایش |
| ۲۶۰۱۵        | ۷۶۵۸۱۲  | ۱۶۵۰۰۰۰ | ۵۰۰۰۰۰ | کل     |

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میزان درآمد افراد بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون و ششصد و پنجاه هزار تومان است. میانگین درآمد کل افراد ۷۶۵۸۱۲ تومان و انحراف از معیار نیز برابر ۲۶۰۱۵ تومان است. میانگین درآمد در گروه کنترل ۷۵۸۵۱۲ و در گروه آزمایش نیز ۷۸۶۱۲۵ تومان است.





جدول ۵: وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه

| گروه   | شاغل | خانه دار | سایر | جمع |
|--------|------|----------|------|-----|
| کنترل  | ۴    | ۵        | ۱    | ۱۰  |
| آزمایش | ۳    | ۶        | ۱    | ۱۰  |
| کل     | ۷    | ۱۱       | ۲    | ۲۰  |

در جدول ۵ وضعیت اشتغال افراد مورد مطالعه به صورت کلی و به تفکیک گروه نشان داده شده است. ۷ نفر از افراد شاغل، ۱۱ نفر نیز خانه دار هستند. ۲ نفر از افراد نیز در وضعیتی غیر از موارد مذکور قرار دارد. تفکیک افراد در دو گروه بر حسب وضعیت اشتغال تقریباً مشابه است

### میزان تاب آوری

متغیر تاب آوری از ۵ شاخص فرعی تشکیل شده است. هر شاخص از ۵ گویه تشکیل شده است. در جداول زیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای فرعی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک نشان داده شده است.

#### ۱- شایستگی فردی / استحکام شخصی

جدول ۶: میزان شاخص شایستگی / استحکام شخصی افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۳     | ۱۳     | ۷/۹۶    | ۴/۸۷         |
|           | آزمایش | ۲     | ۱۲     | ۸/۲۸    | ۳/۴۵         |
| پس آزمون  | کنترل  | ۳     | ۱۷     | ۸/۲۵    | ۵/۴۷         |
|           | آزمایش | ۷     | ۱۷     | ۱۳/۷۸   | ۳/۲۸         |
| پیگیری    | کنترل  | ۳     | ۱۷     | ۷/۸۹    | ۴/۹۲         |
|           | آزمایش | ۹     | ۱۹     | ۱۳/۷۴   | ۲/۹۸         |



در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار شاخص شایستگی/استحکام تاب آوری افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین این شاخص در گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۷/۸۹، ۸/۲۵ و ۷/۸۹ است و مقدار میانگین در گروه آزمایش به ترتیب ۸/۲۸، ۱۳/۷۸ و ۱۳/۷۴ است که تغییرات میانگین شاخص شایستگی/استحکام شخصی تاب آوری این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.

### ۲- اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی

جدول ۷: میزان شاخص اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۲     | ۱۳     | ۷/۸۵    | ۲/۸۵         |
|           | آزمایش | ۲     | ۱۷     | ۸/۵۹    | ۴/۲۸         |
| پس آزمون  | کنترل  | ۳     | ۱۵     | ۸/۹۵    | ۳/۴۵         |
|           | آزمایش | ۱۱    | ۱۸     | ۱۴/۲۴   | ۱/۸۶         |
| پیگیری    | کنترل  | ۲     | ۱۴     | ۸/۴۷    | ۳/۲۸         |
|           | آزمایش | ۹     | ۱۸     | ۱۴/۰۵   | ۱/۹۴         |

در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار شاخص اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین این شاخص در گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۷/۸۵، ۸/۹۵ و ۸/۴۷ است و مقدار میانگین در گروه آزمایش به ترتیب ۸/۵۹، ۱۴/۲۴ و ۱۴/۰۵ است که تغییرات میانگین شاخص اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.

### ۳- پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن



جدول ۸: میزان شاخص پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۳     | ۱۵     | ۶/۳۶    | ۳/۵۱         |
|           | آزمایش | ۲     | ۱۰     | ۶/۷۵    | ۲/۸۳         |
| پس آزمون  | کنترل  | ۲     | ۱۲     | ۵/۹۶    | ۲/۹۴         |
|           | آزمایش | ۹     | ۱۷     | ۱۲/۸۱   | ۳/۴۸         |
| پیگیری    | کنترل  | ۳     | ۱۳     | ۶/۴۸    | ۳/۴۲         |
|           | آزمایش | ۱۰    | ۱۶     | ۱۲/۹۲   | ۲/۹۱         |

در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار شاخص پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می شود میانگین این شاخص در گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۶/۳۶، ۵/۹۶ و ۶/۴۸ است و مقدار میانگین در گروه آزمایش به ترتیب ۶/۷۵، ۱۲/۸۱ و ۱۲/۹۲ است که تغییرات میانگین شاخص پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.

۴- مهار و کنترل

جدول ۹: میزان شاخص مهار افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۳     | ۱۲     | ۷/۳۸    | ۳/۳۵         |
|           | آزمایش | ۴     | ۱۰     | ۸/۴۱    | ۲/۷۱         |
| پس آزمون  | کنترل  | ۳     | ۱۵     | ۷/۸۲    | ۳/۵۸         |
|           | آزمایش | ۹     | ۱۶     | ۱۲/۹۶   | ۲/۴۵         |
| پیگیری    | کنترل  | ۶     | ۱۱۲    | ۸/۲۵    | ۲/۷۱         |
|           | آزمایش | ۶     | ۱۶     | ۱۳/۰۹   | ۲/۱۸         |



در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار شاخص مهار افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین این شاخص در گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۷/۳۸، ۷/۸۲ و ۸/۲۵ است و مقدار میانگین در گروه آزمایش به ترتیب ۸/۴۱، ۱۲/۹۶ و ۱۳/۰۹ است که تغییرات میانگین شاخص مهار این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.

۵- معنویت

جدول ۱۰: میزان شاخص معنویت افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۳     | ۱۶     | ۷/۰۵    | ۴/۴۸         |
|           | آزمایش | ۲     | ۱۵     | ۸/۴۲    | ۳/۸۱         |
| پس آزمون  | کنترل  | ۳     | ۱۸     | ۶/۸۱    | ۴/۲۷         |
|           | آزمایش | ۱۰    | ۱۸     | ۱۴/۹۸   | ۲/۹۱         |
| پیگیری    | کنترل  | ۳     | ۱۷     | ۷/۲۵    | ۴/۵۹         |
|           | آزمایش | ۱۰    | ۱۷     | ۱۴/۵۷   | ۲/۸۷         |

در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار شاخص معنویت افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین این شاخص در گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۷/۰۵، ۶/۸۱ و ۷/۲۵ است و مقدار میانگین در گروه آزمایش به ترتیب ۸/۴۲، ۱۴/۹۸ و ۱۴/۵۷ است که تغییرات میانگین شاخص معنویت این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.



## میزان تاب آوری کل

این متغیر که متغیر اصلی تحقیق است به بررسی میزان تاب آوری افراد مورد مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرداخته است.

جدول ۱۱: میزان تاب آوری افراد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| مرحله     | گروه   | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار |
|-----------|--------|-------|--------|---------|--------------|
| پیش آزمون | کنترل  | ۱۸    | ۶۵     | ۴۴/۸۱   | ۱۳/۷۶        |
|           | آزمایش | ۱۷    | ۶۶     | ۴۵/۰۸   | ۱۰/۲۵        |
| پس آزمون  | کنترل  | ۲۰    | ۶۷     | ۴۷/۹۴   | ۱۱/۹۲        |
|           | آزمایش | ۴۵    | ۹۵     | ۷۹/۸۷   | ۹/۳۹         |
| پیگیری    | کنترل  | ۱۷    | ۶۵     | ۴۵/۲۸   | ۱۴/۱۵        |
|           | آزمایش | ۴۵    | ۹۰     | ۷۶/۶۹   | ۸/۸۷         |

در جدول فوق حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار میزان تاب آوری افراد مورد مطالعه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می شود میانگین تاب آوری افراد گروه کنترل در سه مرحله مذکور به ترتیب ۴۴/۸۱، ۴۷/۹۴ و ۴۵/۲۸ است و میانگین تاب آوری گروه آزمایش به ترتیب ۴۵/۰۸، ۷۹/۸۷ و ۷۶/۶۹ است که تغییرات میانگین تاب آوری این گروه در سه مرحله پیش آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین تاب آوری گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست.

## آمار استنباطی

در این بخش تأثیرگذاری دوره مداخله راه حل مدار در مرحله پس آزمون و پیگیری از طریق آزمون کوواریانس ارزیابی شده است.

الف) توزیع داده ها بایستی نرمال باشد. این پیش فرض از طریق آزمون کلموگراف-اسمیرنوف صورت گرفته است. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کلموگراف اسمیرنوف در هر سه مرحله بیشتر از ۰/۰۵ است ( $z=0/63, 0/71, 0/77$ ) می توان نتیجه گرفت که توزیع داده ها به شکلی نرمال توزیع شده است.

جدول ۱۲: آزمون کوواریانس اثر مداخله راه حل مدار در مرحله پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون -

### پیگیری

| منابع تغییرات | مجموع | درجه آزادی | میانگین | F | سطح معناداری |
|---------------|-------|------------|---------|---|--------------|
|---------------|-------|------------|---------|---|--------------|



| مجدورات                          |        |         | مجدورات |          |           |
|----------------------------------|--------|---------|---------|----------|-----------|
| تفاوت مرحله پیش آزمون و پس آزمون |        |         |         |          |           |
| ۰/۰۰۰                            | ۳۳/۷۴  | ۱۹۶۲/۵۱ | ۱       | ۱۸۳۵/۷۲  | پیش آزمون |
| ۰/۰۰۰                            | ۱۱۵/۷۱ | ۵۵۹۸/۳۵ | ۱       | ۵۰۹۸/۲۴  | گروه      |
| -                                | -      | ۵۸/۴۸   | ۲۵      | ۸۸۲/۵۴   | خطا       |
| -                                | -      | -       | ۲۲      | ۸۳۵۷۸/۲۵ | کل        |
| تفاوت مرحله پیش آزمون و پیگیری   |        |         |         |          |           |
| ۰/۰۰۰                            | ۲۳۰/۸۱ | ۱۸۴۵/۲۹ | ۱       | ۱۸۴۵/۲۹  | پیش آزمون |
| ۰/۰۰۰                            | ۹۷/۲۷  | ۴۸۴۷/۸۱ | ۱       | ۴۸۴۷/۸۱  | گروه      |
| -                                | -      | ۵۵/۷۱   | ۲۵      | ۷۴۵/۲۹   | خطا       |
| -                                | -      | -       | ۲۲      | ۷۸۶۴۹/۸۸ | کل        |

در جدول ۱۲ به بررسی مقایسه میانگین تاب آوری گروه کنترل و آزمایش پرداخته شد و ملاحظه شد که تاب آوری گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش قابل توجهی داشته است. به منظور کنترل اثر پیش آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول فوق نشان داده شده است. با مراجعه به مقادیر سطح معناداری در ردیف پیش آزمون و گروه مشاهده می شود که این مقادیر در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری کمتر از ۰/۰۱ است که نشان دهنده معنادار بودن اثر دوره مداخله راه حل مدار کوتاه مدت در گروه آزمایش است. لذا با اطمینان ۹۹٪ می توان تغییرات میزان تاب آوری گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را ناشی از این دوره مداخله ای دانست. بنابراین دوره مداخله راه حل مدار کوتاه مدت توانسته است بر میزان تاب آوری زنان سرپرست خانوار تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به طور معناداری افزایش دهد. افزایش این متغیر در دوره پیگیری نیز نسبت به دوره پیش آموز همچنان در سطح بالایی مانده است. لذا می توان گفت اثر دوره مداخله در دراز مدت نیز تداوم خواهد داشت و موجب تاب آوری بیشتر زنان سرپرست خانوار خواهد بود. در همین راستا آزمون تی تست نیز جهت بررسی نتایج پس آزمون و پیگیری و مقایسه دو گروه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر است.

(ب) همگنی واریانس ها:

طبق این پیش شرط بایستی واریانس گروه کنترل و آزمایش برابر باشد. به منظور آزمون این فرض از آزمون لَوْن استفاده گردید. از آنجا که مقدار F در مرحله پس آزمون برابر با ۰/۴۳۹ و سطح معناداری آن برابر ۰/۶۵۷ است و در مرحله پیگیری نیز مقدار F ۰/۳۸۵ و سطح معناداری آن ۰/۴۱۸ است. لذا می توان گفت که واریانس



تاب آوری در گروه کنترل و آزمایش در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری برابر است. بنابراین این شرط نیز برقرار است.

جدول ۱۳: نتایج آزمون تی تست مستقل در مرحله پس آزمون و پیگیری

| شناسه    | آزمون لوین (برابری واریانس‌ها) | تفاوت میانگین‌ها | مقدار t | درجه آزادی | معناداری |
|----------|--------------------------------|------------------|---------|------------|----------|
| پس آزمون | F                              | ۱۷/۵۱            | ۹/۳۷    | ۲۵         | ۰/۰۰۱    |
| پیگیری   | ۰/۳                            | ۱۶/۴۸            | ۷/۳۱    | ۲۵         | ۰/۰۰۱    |
|          | ۰/۷                            |                  |         |            |          |

باتوجه با آنچه در جدول فوق مشاهده می شود، تفاوت میانگین‌ها در پس آزمون دو گروه ( $t=9/37, 17/51$ ) و در پیگیری ( $t=7/31, 16/48$ ) می باشد که در این سطوح معنادار است ( $P<0/001$ ) بنابراین نتایج تی تست برای دو گروه مستقل نشان داد که مداخله راه حل مدار باعث افزایش نمره تاب آوری در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش شده است که این افزایش در گروه کنترل دیده نمی شود.

### بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر که به اثربخشی مداخله راه حل مدار بر ارتقای تاب آوری زنان سرپرست خانوار پرداخت، گویای آن است که این مداخله توانسته بر ارتقای میزان تاب آوری زنان سرپرست خانوار موثر باشد برای بررسی و تشریح بیشتر این موضوع در ادامه خلاصه‌ای از چگونگی پژوهش بیان می شود و سپس به بحث و نتیجه گیری از یافته‌های حاصل از داده های تحلیلی پرداخته می شود و نهایتاً پیشنهادات کاربردی برای پژوهش‌های آینده بیان می گردد.

مداخله راه حل مدار گروهی بر ارتقاء تاب آوری زنان سرپرست خانوار موثر است. با توجه به تحلیل داده‌ها مشخص گردید که بین گروه کنترل و آزمایش از نظر میزان تاب آوری در پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد، به طوری که میانگین تاب آوری این گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طرز قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین تاب آوری گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست. به عبارتی می توان گفت که فرضیه پژوهش با ضریب اطمینان بالایی تایید شده و مداخله راه حل مدار به طور معناداری موجب افزایش تاب آوری در گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون شده است. افزایش این متغیر در دوره پیگیری نیز نسبت به دوره پیش آزمون همچنان در سطح بالایی مانده بر این اساس میتوان گفت این مداخله در پیگیری یک ماهه نیز همچنان موثر است. نتایج تحلیل یافته‌ها نشان داد که افراد گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل و در مقایسه با مرحله پیش آزمون در



میزان شایستگی / استحکام شخصی نمرات بهتری کسب کرده‌اند، لذا با ضریب اطمینان بالایی می‌توان تغییرات میزان شایستگی / استحکام شخصی فرد در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را ناشی از دوره مداخله راه حل مدار دانست و نتیجه گرفت که این مداخله در ارتقای شایستگی استحکام شخصی زنان سرپرست خانوار از قابلیت عملی خوبی برخوردار است، همچنین میزان اعتماد به‌غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی این گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست در رابطه با شاخص پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن نیز یافته‌ها حاکی از این بود میانگین شاخص پذیرش عواطف مثبت، عواطف امن این گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است و این یافته موید اثربخشی این مداخله در ارتقای عواطف مثبت است، همچنین در بعد بهبود مهارت کنترل و مهارت زنان سرپرست خانوار یافته‌های پژوهش موید اثربخشی این مداخله بود چراکه تغییرات میانگین شاخص مهارت این گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است در حالی که تغییرات میانگین گروه کنترل در هر سه مرحله چندان قابل توجه نیست و نهایتاً اینکه نتایج این پژوهش نشان داد که تغییرات میانگین شاخص معنویت گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است بر اساس نتایج فوق‌الذکر می‌توان گفت که مداخله راه حل مدار به‌عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی بر ارتقاء تاب‌آوری به‌عنوان یک شاخص کلی و تمامی ابعاد تاب‌آوری از اثربخشی لازم برخوردار است و فرضیه‌های فرعی پژوهش با ضریب اطمینان بالایی مورد تایید قرار می‌گیرد.

در صورت بندی این یافته‌ها می‌توان گفت که از آنجا زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر با مشکل تنهایی، انزوا، طرد و عدم درک از سوی دیگران و همچنین با عوامل آسیب‌زایی همچون تبعیض‌های فرهنگی، عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی و کم‌سوادی، محدودیت‌های قانونی، رفاهی و اجتماعی و فشارهای روانی مواجه هستند، همچنین محیط اجتماعی و اقتصادی، تاثیر زیادی بر بروز بیماری‌هایی روانی در افراد و به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر زنان دارد، لذا توجه به عوامل محافظتی سلامت روان اهمیت فراوانی می‌یابد یکی از این عوامل تاب‌آوری است که در پژوهش حاضر رویکرد راه حل مدار در جهت ارتقای آن به کار گرفته شد. در تبیین اثربخشی این رویکرد همسو با کوهن (۱۹۹۵) می‌توان گفت که رویکرد راه حل محور به مراجعان کمک می‌کند تا به درستی خطرات و موانع و بحران‌های زندگی خود را شناسایی کنند و به مراجع یک بینش بسیار مناسب از توانمندی‌ها و منابع حمایتی فرد ارائه می‌دهد. در واقع این رویکرد توانسته به زنان سرپرست خانوار کمک کند تا برای تصمیم‌گیری مناسب با دسترسی به دانش و مهارت‌های لازم توانمندی‌های لازم را داشته باشند، همچنین از آنجا که درمان راه حل مدار کوتاه مدت توانسته مواردی چون معنویت، مهارت‌های پذیرش هیجانات مثبت، داشتن تصویر مثبت از خود، کنترل فرد بر زندگی خود و تحمل عواطف منفی، احساس مسئولیت، پیوند قوی با مؤسسات حمایتی و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی و مسائلی از این قبیل به‌عنوان اجزای تاب‌آوری شناخته





شده‌اند را ارتقا دهد نهایتاً به ارتقای تاب آوری انجامیده است.

از سوی دیگر با توجه به فلسفه حاکم بر مداخله راه حل مدار به نظر می‌رسد که مداخله راه حل مدار با ویژگی‌های عملیاتی خود توانسته در افزایش این مولفه‌ها و به طور کلی تاب آوری زنان سرپرست خانوار موثر باشد در تبیین این مساله همسو با بانینک (۲۰۰۷) می‌توان گفت از آنجا که درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آنها استفاده می‌کنند لذا این ویژگی‌ها می‌توانند به مددجویان کمک کنند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را از طریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیزگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند. براساس نتایج حاصله می‌توان گفت افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشته‌اند، بیشتر توانسته‌اند توانمندی‌های خود را در برابر مشکلات شناسایی کنند، با حس خودانگیزگی و تکیه بر نقاط قوت خود در برابر مشکلات بر راه‌حل‌های موجود تکیه می‌کنند و به شکلی عملیاتی توانسته‌اند با این بحران‌های زندگی تطابق یابند و با خوش بینی به حل مسائل بپردازند و این مهم از طریق فلسفه خاصی که مداخله راه حل مدار بر آن مبتنی است و تکنیک‌هایی که به واسطه آن مداخله انجام می‌شود انجام پذیرفته و توانسته در ارتقای تاب آوری موثر باشد، یافته‌های این پژوهش در اثربخشی رویکرد راه حل مدار در حل تعارضات و بهبود مشکلات روانشناختی و سازگاری اجتماعی با یافته‌های لی، یوکن و سبولد (۲۰۰۴)، زیمرمن، پرست ورتزل (۱۹۹۷)، همسوست که نشان داده‌اند این مداخله در ارتقای تاب آوری گروه‌های مختلف موثر است همچنین در تبیین پایداری دستاوردهای این مداخله در پیگیری یک ماهه نیز می‌توان گفت که تمامی مهارت‌هایی که در این مداخله آموزش داده شده‌اند دارای خاصیت تعمیم‌یابی به موقعیت‌های زندگی هستند به واقع انتقال مهارت‌هایی همچون تکالیف درجه بندی شده، سوالات استثنا و معجزه، برنامه‌های عملیاتی و عینی مشخص به زندگی روزمره می‌تواند خاصیت تقویت‌کنندگی داشته باشد و با افزایش حمایت‌های اجتماعی دریافتی و بهبود مهارت‌های فردی در ارتقای تاب آوری و حفظ آن موثر باشد از سوی دیگر می‌توان ذکر کرد که یکی از ویژگی‌های مثبت دیگر این مداخله وجود دست‌برگ‌ها و برگه‌های تمرین در منزل است که مراجعان در فاصله‌ی بین جلسات انجام می‌دهند که مرور این دست‌برگ‌ها و انجام تکالیف لازم می‌تواند به تفهیم و عملیاتی کردن مهارت‌ها بیشتر کمک کند تکرار تمرین‌ها در طول فرآیند مداخله و بعد از آن در ارتقای تاب آوری و حفظ آن در پیگیری یک ماهه موثر است. نهایتاً بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله راه حل مدار کوتاه مدت (SFBT) به عنوان یکی از مداخلات مددکاری اجتماعی در افزایش تاب آوری زنان سرپرست خانوار و ابعاد آن از قابلیت عملی بالایی برخوردار است.

### نقش مددکاران اجتماعی در ارتقای مهارت‌های محافظتی

هدف عمده مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت، ارتقای سطح سلامت و متغیرهای محافظتی (از جمله تاب آوری) مرتبط به سلامت فرد، گروه و جامعه می‌باشد و یکی از گروه‌های هدف مددکاری اجتماعی در این حوزه زنان سرپرست خانوار می‌باشد. همانطور که نتایج تحقیقات پیشین نیز نشان داده، این گروه از زنان، از لحاظ میزان



تاب آوری در سطح متوسط و پایینی قرار دارند و با مشکلاتی روبرو هستند. از این رو، توجه به برنامه‌ها و مداخلاتی که بتواند در ارتقای سطح تاب آوری آنان تأثیر گذار باشد بسیار حائز اهمیت است. مددکاران اجتماعی در این زمینه می‌توانند نقش بسزایی را ایفا نمایند. براساس روش‌ها و متدولوژی خاص مددکاری اجتماعی، می‌توان عملکرد مددکاران اجتماعی در حوزه ارتقای تاب آوری زنان سرپرست خانوار را در سطح فردی و گروهی به این صورت مورد بررسی قرار داد، در این سطوح مددکاران اجتماعی با استفاده از روش مددکاری اجتماعی فردی از جمله مداخله راه حل مدار به صورت مستقیم با زنان سرپرست خانوار روبرو می‌گردند. در این سطح از مداخلات مددکاری اجتماعی تأکید اساسی بر توانمندسازی خود زنان سرپرست خانوار می‌باشد. آنان با آموزش مهارت‌های اجتماعی لازمی که در این مداخله مستتر است به این گروه از زنان و ارائه تسهیلات و خدمات مورد نیاز آنان از طریق سایر منابع موجود در جامعه به آن‌ها کمک می‌کنند تا نقش‌های بیشتری در جامعه ایفا نموده و احساسی تعلق اجتماعی و در نهایت میزان تاب آوری را در آنان افزایش دهند. همچنین در سطح گروهی مددکاران اجتماعی با استفاده از روش مددکاری گروهی از جمله مداخله راه حل مدار گروهی، به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کنند تا با استفاده از تجربیات و مهارت‌های مختلف هر یک از این زنان در قالب کار گروهی، این تجربیات و مهارت‌ها در اختیار سایرین قرار گیرد و با تبادل این تجربیات و مهارت‌ها و با راهنمایی‌های مددکار اجتماعی آنها به سمت توانمندی و شکوفا شدن استعدادهای بالقوه خود گام بردارند. استفاده از پویایی‌های گروهی موجبات افزایش شناخت زنان سرپرست خانوار را از محدودیت‌ها و توانایی‌های خود و سایرین فراهم می‌سازد و به آنان در جهت تصمیم‌گیری‌های مراحل بعدی زندگی کمک بسیاری می‌کند. آموزش مهارت‌های حل مساله از طریق مداخله راه حل مدار توسط مددکار اجتماعی به صورت گروهی به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند تا بتوانند از منابع و توانمندی‌های خود به درستی بهره ببرند و بدین ترتیب موجبات ارتقای میزان تاب آوری آنان فراهم گردد. در این مداخله مددکاران اجتماعی به توانایی‌ها، مهارت‌ها و امکانات افراد به منظور رسیدن به اهداف آینده توجه می‌کنند. مددکاران اجتماعی توجه دارند به همکاری با مددجو برای رسیدن به راه حل برای مسئله‌ای که با آن رو به رو هستند. مددکاران اجتماعی مددجویان را تشویق می‌کنند به این امر که تغییرات همیشه روی می‌دهد و به مددجویان با نگاهی مثبت می‌نگرند و آنان را به پشتکار و تدبیر فرا می‌خوانند تا به آنان کمک کنند تا به آنچه که درست است در زندگی تمرکز کنند و همچنین با تمرکز کردن بر آنچه درست و صحیح است به افراد کمک می‌کند که گام‌های کوچک بعدی را طراحی کنند. تشویق مددجویان به تصور کردن آنچه برای بهتر شدن امور مورد نیاز است و همچنین کمک به مددجویان برای توجه به این امر که وقتی کاری به نفع آنان نیست توقف انجام آن کار مفید است و برعکس.

### پیشنهادات

۱- ارزیابی و شناخت دقیق تر از وضعیت و شرایط موجود زندگی آنان و خانواده‌هایشان داشته باشد و در جهت برطرف شدن مشکلات روانشناختی و اجتماعی آنان با استفاده از توان متخصصان مددکاری اجتماعی به ویژه در



- حوزه مداخلات فردی و گروهی گام بردارد و در جهت توانمندسازی این افراد گام بردارد.
- ۲- کمک به ارتقای روحیه مشارکت و همکاری و ایجاد احساس هرچه بیشتر شهروندی و احساس تعلق هرچه بیشتر در میان زنان سرپرست خانوار از طریق برگزاری کارگاه‌ها و جلسات مداخله‌ای گروهی از جمله مداخله راه حل مدار کوتاه مدت.
- ۳- نظر به اینکه تاب آوری به عنوان یک متغیر محافظتی در زمینه مشکلات سلامت روان عمل می‌کند لذا ارائه خدمات مددکاری اجتماعی گروهی (به ویژه مداخله راه حل مدار کوتاه مدت که نتایج پژوهش حاضر موید اثربخشی آن است) به وسیله سازمان‌های ذیربط برای افزایش تاب آوری زنان سرپرست خانوار ضروری می‌نماید.
- ۴- با توجه به آمار رو به افزایش زنان سرپرست خانوار در چند سال اخیر و مشکلات پیرامون آنها اتخاذ تدابیر لازم در سیاست گذاری‌ها از سوی مسئولین امر برای حمایت هرچه بیشتر از این قشر آسیب دیده ضروری می‌باشد.
- ۵- به منظور ارتقای سلامت روانی و اجتماعی این زنان به مداخلات مددکاری اجتماعی دارای شواهد پژوهشی توجه گردد.



- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2015). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 195-216..
- Araoz, D & Carrese, M.A (1996). *Solution oriented brief therapy for adjustment disorder*. Newyork: Brunner/Mazel. Available. [www.resiliencycenter.com](http://www.resiliencycenter.com).
- Bakker, J, Bannink, F & Macdonald, A. (2011 ). *Solution-focused psychiatry*. *Psychiatric Bulletin*, 34, 297-311 .
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. 6.
- Bonanno, G.A. (2014), *Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?* *American Psychologist*, 59 (1) , 21 -28.
- Bannink F. P. (2017). *Solution-Focused Brief Therapy*.
- Berg, I. K. & Miller, S. (1993). *Working with the problem drinker*.
- Campbell-sills, L & stein , M.B (2017). *Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 11 -Item Measure of Resilience*. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 21 , No. 6, December 2017, pp. 1119- 1128 (C 2017). case study of Faisalabad District. *International Journal of Peace and development studies*, Vol. 2(2) .pp. 37-44.
- Chwastiak, L. A & Ehde, D. M (2017). *Psychiatric issues in multiple sclerosis*. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 , 813-817.
- Connor, K.M Davidson, J.R.T (2013). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)*. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. *counseling psychology quarterly*. 19(2): 189 -213.
- Conoley, C. W. , graham , J. M. , New, T , craig, M. C. , opry, A. cardin, S. A. , brossart, D. F. & parker, R. D (2013). *Solution-focused family therapy with three aggressive and oppositional-acting children: An empirical study*. *Family Process*, 24 (3) , 361 -374./ *Contemp Psychother* 2017;37: 87-9
- Deshazer s (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. WW Norton, 1985
- Fergus, S & Zimmerman, M. A (2015). *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk*. *Annual Reviews of Public Health*, 26, 399-419.
- Fernando .D.M (2017). *Existential therapy and solution-focused strategic interaction and application*. *journal of mental counseling*. vol. 29 .num. 31 , 226-241
- Fitzgerald P. *In active listening in person-centred solution focused psychotherapy*. *Journal of pragmatics* 2011 : 32 (12): 1346-51 .
- Franklin, C, Bieber J., Moore, K., Clemons, D, & Scamardo, M. (2011 ). *The effectiveness of solution focused therapy with children in a school setting*. *Research on Social Work Practice*, 11, 411 .
- Franklin, C. Trepper, T.S., Gingerich, W. & McCollum, E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice*. New York: Oxford University Press.
- Furnham, A & Chamoro-Premuzic, T (2018). *9-Personality of statistics examination grades. personality and Individual Differences*, 37: 943-955.
- Garmezy, N (1985). *Stress-resistance and children: The search for protective factors*. In E. Stevenson (ED). *Recent research in development psychopathology*. *Journal of child psychology, psychiatry book supplement No.4* (PP.213-233).
- Grant, A.M, Cavanagh, M.J, Kleitman, S & Yu, N (2012). *Development and validation of the solution-focused inventory*. *The Journal of Positive Psychology* Vol. 7, No. 4, July 2012, 334-348.
- Hart, angie, blincow, d. Thomas, h.(2017). *Resilient therapy: working with children and*



families. London and new york. Rout ledge.

-Jackson, P.Z & mckergow, M. (2112). The solutions focus: The SIMPLE way to positive change. Londo7n: Nicholas Brealey.

-Javed, Zahoor Hussain & Ayesha Asif (2111 ). Female households and poverty: A Langdrige ,

D (2116). Solution focused therapy. Existential Analysis. 1.21 Kumpfer, L. K (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: Resilience Framework. In M. Glantz & j. Janson (Eds), Resilience and development: positive life adaption. New York: plenum press.

-Lee, M.Y., Sebold, J & Uken, A. (2112). Role of Self-Determined

-Mastan A ,S ,Powell J. L. A resilience framework for research ,policy.and practice. New York Cambridge university press: 2113

-Mckergow, M & Stellamans, A. (2111 ). Restoring the 13-client's choice of action. Interaction The Journal of Solution Focus in Organizations, 3, 98–115.

-Nelson ,T. S & Kelley, L (2111 ) .Solution-focused couples group. *Journal of Systemic Therapies*, 21(4), 47-66. NY: W. W. Norton

-Olsson ,C (A)2113(. Adolessent resilience: aconcept analysis. Journal of adolescence. 26: pp1 - 11

-Patterson ,J.M)2112(.Understanding Family Resilience. Journal of Clinical York. Guilford Press.

-Pinguart ,M (2118). moderation effect of disposition Resilience on association between hassles and psychological distress. British and journal psychiatry, 147: 598- 611 .

-Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 147, 598–611 .

- Scali, j Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin M-L, et al. (2112) Measuring Resilience in Adult Women Using the 11 -Items.

-Schaap I, A, van Galen, FM, Ariëlle M. de Ruijter, A,M & Smeets,A,C (2112). citizens and resilience. Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care.

- Schwartz, C. E. Coulthard-Morris, L & Zeng, Q. (1996). Psychosocial correlates of fatigue in multiple sclerosis. Archives Physical medicine Rehabilitation, 77, 165–171 .

-Sibert, A (2117). How to Davidson Resiliency strength.

-Snyder, C.R & Rand, K.L & Sigmon, D.R (2112). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.). Handbook of positive psychology (pp. 257–276). London: Oxford University Press.

-Sullivan, M. J. L, Stanish, W, Waite, H, Sullivan, M, & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. Pain, 77, 253–261 .

-Tom ac , M.M. (2111 ). The Influence of Mindfulness on Resilience in Context of Attachment Style, Affect Regulation, and Self-Esteem, Dissertation Submitted in Partial Fulfillmentof the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology, Walden University.

-Waugh, C. B, Fredrickson, B. L,Taylor, S. F (2118). Adapting to lifsslings and arrow: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat: Journal of Research in personality.

-Zimmerman TS, Prest LAWetzel BE (1997). Solution-focused couple therapy groups: Anempirical study. J Fam Ther.1997; 19 (2).

Archiv

