AUMJ
Alborz University of Medical Sciences
نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، زمستان ۱۴۰۰، سال ۱۱، شماره ۱، صفحه‌های ۵۳- ۶۲
مقاله تحقیقی

تاثیر مهارت‌های تاب‌آوری بر اساس مدل هندرسون و میلستون با بهزیستی روان شناختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار :مطالعه نیمه تجربی

کتایون صالحی [۱]،پروانه فرهاد بیگی [۲] نیما گنجی [۳]،نگار کریمی[۴]،زهره محمودی [۵*]
[۱]مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز ،کرج ، ایران
[۲] مربی پژوهش جهاد دانشگاهی واحد البرز ، البرز ؛ ایران
[۳] مربی پژوهش، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۴] مربی پژوهش ،جهاد دانشگاهی واحد البرز، البرز، ایران
[۵]مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ،دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج ، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۳/۲۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه در معرض انواع آسیب های روانی،اجتماعی و اقتصادی قرار دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین مهارت‌های تاب‌آوری بر اساس مدل هندرسون و میلستون با بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه بصورت نیمه تجربی از نوع سری زمانی منقطع (Interrupted time-series Design) برروی ۳٤ زن سرپرست خانوار مراجعه کننده به مراکز تسهیل گری و توسعه محلی حاشیه شهر کرج ۱۳۹۹ انجام شد. افرادی که نمره تاب آوری آنها طبق پرسشنامه ۵۰ و کمتر بود وارد مطالعه شده و از آنها خواسته شد تا پرسشنامه خودکارآمدی، بهزیستی روان‌شناختی و مقیاس تاب‌آوری را تکمیل نمایند. این مطالعه در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و سه هفته بعد از مداخله انجام شد و در هر سه مرحله اطلاعات هرفرد با خودش مورد مقایسه قرار گرفت. براساس برنامه آموزش تاب‌آوری هندرسون و میلستین (۱۹۹٦) ، ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای برای همه افراد ارائه شد. پس از جمع آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزارSPSS، ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس نتایج میانگین سنی شرکت کنندگان ٦/۸۱ ± ۳۷/۹۱ و نمره تاب آوری ۵/۰۵ ± ۲٦ /٤۷بود. نتیجه آزمون Repeated measures test بیانگر تاثیر مداخله در طول زمان در میانگین نمرات خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی (p<۰/۰۰۱) می‌باشد. و براساس نتایج میزان تاثیر برنامه آموزشی تاب آوری بر خودکارآمدی ٦۹/٦ ٪ و بر بهزیستی روانشناختی ۵۲/٦٪ بوده است.

بحث و نتیجه گیری: برنامه های آموزشی تاب‌آوری با توانایی رشد قابلیت های عاطفی، رشد معنویت در افراد و ایجاد حس امیدواری و خوش‌بینی در زندگی، می‌تواند در بهبود سلامت روان و خودکارآمدی افراد موثرباشد.

کلمات کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، خودکارآمدی ،زنان سرپرست خانوار، تاب آوری، مهارت، مدل هندرسون و میلستون

نویسنده مسئول:
دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ،دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج ، ایران
۰۹۱۲۵۴۷۴۴۹۵
Email:zohrehmahmoodi2011@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

مقدمه

پدیده "زن سرپرست خانوار" یک واقعیت اجتماعی است که در تمام جوامع به دلایل مختلف وجود دارد. زنان سرپرست خانوار، از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، ازکارافتادگی همسر، مفقودالاثر بودن همسر و غیره، مسئولیت اداره اقتصادی، اجتماعی، تربیتی خانواده و همچنین تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی زندگی را برعهده‌گرفته‌اند[۱]. براساس گزارشات در حال حاضر ٦٠ درصد زنان در جهان، نان آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد آنها بطور کامل سرپرستی خانواده را نیز به عهده دارند درصورتیکه تنها ۱۸ درصد این زنان شاغل هستند.[۲] برطبق گزارشات سازمان ثبت احوال ایران، درسال ۱۳۹۵ سهم خانوارهایی که زن سرپرستی خانواده را برعهده دارد به کل خانوارهای کشور۱۲/۷ درصد بوده است و برطبق گزارشات دوره ای طی سه دوره سرشماری عمومی نفوس و مسکن تعداد زنان خودسرپرست در حال افزایش می‌باشد، به طوری که طی یک دوره ۱۰ ساله تعداد زنان خود سرپرست حدود ۳/۲ برابر شده است[۳].

این گروه از جامعه با مسائل و مشکلات متعددی از جمله مشکلات مدیریتی خانواده، نداشتن حمایت های عاطفی همسر، عدم دسترسی به مشاغل بامنزلت، مشاغل حاشیه ای، نیمه وقت، غیررسمی و استرس، تبعیض های اجتماعی – فرهنگی و فشارهای روانی و انزوا و طرد شدگی مواجه می‌شوند[٤] که می‌تواند بر روی سلامت، رضایت و کیفیت زندگی آنها تاثیر منفی گذارد. در چنین شرایطی، یکی از سازه‌های اصلی که به صورت مستقیم تحت تأثیر این مشکلات در فرد قرار می‌گیرد، بعد بهزیستی روان‌شناختی او است[٥]. بهزیستی روان‌شناختی دربرگیرنده ادراک تعامل با چالش‌های وجودی زندگی است .[٦]

درکنار این مشکلات از چالش‌های مهم زنان سرپرست خانوار، تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و رفتاری خود و فرزندان است. لذا یکی دیگر از موضوعات مهم دیگر در زمینه زنان سرپرست خانوار، داشتن خودکارآمدی است و مجهز شدن آن‌ها به این مهارت یک ضرورت است. خودکارآمدی میزان اطمینانی است که هر فرد به توانایی خود در زمینه اجرای مجموعه‌ای از کارها یا انجام یک تکلیف خاص ابراز می‌نماید و احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است.[۷]

انسان‌ها برای مقابله سازگارانه با موقعیت های تنش زا و کشمکش های زندگی، نیاز به آموختن برخی از مهارت‌ها را دارند.[۸] رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان، در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند. در این میان، تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است. درواقع تعاملی است که به افراد در مواجه و سازگاری با شرایط سخت زندگی کمک می‌کند و از طریق کاهش هیجانات منفی سلامت روان و رضایت از زندگی را سبب می‌شود[۹و۱۰].

برنامه های مختلفی برای آموزش مهارت تاب آوری مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از برنامه های آموزشی مورد استفاده، برنامه هندرسون و میلستین است که در سال ۱۹۹۷ جهت ایجاد مدارس امن در ایالت متحده آمریکا در طی ۱۲جلسه به اجرا درآمد.[۱۱] برهمین اساس با توجه به لزوم توجه به این گروه آسیب پذیر تصمیم به انجام مطالعه ای با هدف تعیین مهارت‌های تاب‌آوری براساس مدل هندرسون و میلستون با بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار: مطالعه نیمه تجربی گرفته شد.

مواد و روش ها

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

مطالعه حاضر بصورت نیمه تجربی از نوع سری زمانی منقطع(Interrupted time-series Design) بر روی زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به مراکز تسهیل گری و توسعه محلی حاشیه شهر کرج از تاریخ ۱۳۹۸/٦/۱۵ تا ۱۳۹۸/۹/۳۰به مدت١٤ هفته انجام شد.

براساس آخرین سرشماری سال ۱۳۹۸ از مراکز تسهیل گری و توسعه محلی استان البرز و با استفاده از فرمول زیر و $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 20$ و sd=1، 34 نفر تعیین شد.

$$N = \frac{((z1 - \alpha/2 + z1 - \beta)}{(\in/\Delta S)^2} \dots$$

معیارورود

زنان ایرانی (همسر فوت شده یا زندان رفته یا موقت، طلاق گرفته و...) که سرپرست خانوار بودند. داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری جسمی و روانی طبق گفته خود فرد، عدم مصرف داروی های روان پزشکی یا مواد مخدر و پایین بودن نمره تاب آوری براساس پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS)۵۰ و کمتر.

معیارخروج

تکمیل ناقص پرسشنامه ها، مهاجرت، عدم شرکت در حداکثر دو جلسه از جلسات آموزشی، بروز یک رویداد پر استرس در طول مطالعه، فوت.

در مطالعه حاضر اطلاعات با استفاده از چک لیست مشخصات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، تعداد افراد خانوار، شغل و دو پرسشنامه خودکارآمدی، بهزیستی روان شناختی و مقیاس تاب آوری جمع آوری شد.

مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS)

مقیاس مذکور که توسط دو نظریه پرداز مشهور این حوزه یعنی کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورداستفاده قرار گیرد. دارای ۲۵ گویه در ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است و سیستم نمره دهی مقیاس لیکرتی ۵-۱ (کاملا نادرست – همیشه درست) است. نمره کل پرسشنامه از حاصل جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می‌باشد.[۱۲] در ایران بیگدلی و همکاران همسانی درونی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند[۱۳].

خودکارآمدی شرر و همکاران(GSES)

این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه گیری می‌کند و دارای ۱۷ گویه می‌باشد. در مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از یک تا ۵ نمره گذاری می‌شود. در سوالات ۱-۳-۸-۹-۱۵-۱۳ برای گزینه های کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالف، مخالفم، کاملاً مخالفم به ترتیب نمره های ۵-٤-۳-۲-۱ و بقیه گویه‌ها به صورت برعکس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس برابر با ۱۷ و حداکثر آن برابر با ۸۵ می‌باشد. نمره بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بالاست[١٤].پایایی این ابزار درایران توسط اعرابیان و همکاران با ضریب همبستگی ۰/۹مورد تایید قرار گرفت.[۱۵]

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف(RSPWB)

این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی های بعدی فرمهای کوتاهتر ٨٤ سؤالی، ٥٤ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف به پژوهشگران، فرم ٨٤ سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس های بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸٤ سؤالی هرعامل دارای ١٤ پرسش است. از آزمودنی در خواست می شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه های شش گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد. برای هر پرسش نمره های یک تا شش داده می شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است. در ایران توسط بیانی و همکاران روایی و پایایی شد و پایایی آن به روش بازآزمایی با ۰/۸۲ مورد تایید قرار گرفت.[١٦]

پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق (IR.Abzums.rec.1398.45) از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی البرز مطالعه آغاز شد. ابتدا مراکز تسهیل گری و توسعه محلی (کلاک نو و خلج آباد) که دارای بیشترین پرونده زنان سرپرست خانوار بودندتوسط معاونت بهداشتی معرفی شدند. محقق به مراکز مراجعه نموده پس از شناسایی افراد واجد شرایط، اهداف مطالعه را برای آنها بیان نموده و درصورت تمایل به شرکت در مطالعه از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد. به آنها اطمینان داده شد کلیه اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و درصورت عدم شرکت در مطالعه از دریافت خدمات محروم نخواهند شد.

این مطالعه در سه مرحله پیش، پس از مداخله و سه هفته بعد از آن انجام شد و در هر سه مرحله اطلاعات هرفرد با خودش مورد مقایسه قرار گرفت بدین صورت که:

مرحله یک، قبل از مداخله

در این مرحله پرسشنامه های تاب آوری، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. اطلاعات حاصل از این مرحله به عنوان سطح پایه در نظر گرفته شد.

مرحله دوم ،مداخله

در این مرحله براساس برنامه آموزش تاب‌آوری هندرسون و میلستین (١٩٩٦) ، ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای در ١٤ هفته از تاریخ.١٣٩٨/٦/١٥تا ١٣٩٨/٩/٣٠توسط شخص محقق که روانشناس بودند انجام شد. محتوای جلسات شامل فراهم‌سازی، مهربانی و حمایت، طراحی و ارتباط سازی برای افزایش مفید ارتباط، کسب مهارت‌های زندگی، داشتن دلبستگی مثبت، مرزبندی شفاف و سازگار و ایجاد فرصت برای مشارکت هدفمند است. فرآیند آموزش در هر جلسه شامل بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مستقیم به‌صورت بحث گروهی، چالش فکری و جمع‌بندی و استفاده از روش‌هایی مانند بازسازی شناختی، ایفای نقش، بارش فکری و بررسی سود و زیان و ایجاد چارچوب فکری مجدد در طول جلسات بود. پس از اتمام جلسات آموزشی مجددا پرسشنامه های خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

مرحله سوم، پیگیری(سه هفته بعد از مداخله)

به منظور پیگیری و بررسی تداوم اثر، سه هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مجددا از شرکت کنندگان درخواست شد تا درمراکز حاضر شوند و پرسشنامه های خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی را برای این مرحله نیز تکمیل نمایند.

تمام داده‌ها پس از گردآوری و مرتب‌سازی در یک فایل، با استفاده از نرم‌افزارSPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آمار توصیفی شامل شاخص گرایش به مرکز و شاخص پراکندگی است و برای آمار استنباطی از آزمون اندازه‌گیری مکرر (repeated measure) استفاده گردید.

یافته ها

در مطالعه حاضر اطلاعات ٣٤ زن سرپرست خانوار در طی سه مرحله مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج میانگین سنی شرکت کنندگان٦/٨١ ± ٣٧/٩١، نمره تاب آوری ٥/٠٥ ± ٤٧/٢٦ و ۵۰ درصد خانه دار بودند (جدول ۱). براساس نتایج بدست آمده در بین حیطه های بهزیستی روانشناختی ، قبل از مداخله ،حیطه پذیرش خود (٤٣/٦١)و زندگی هدفمند(٤٨/٢)به ترتیب کمترین و بیشترین میانگین را داشتند و باتوجه به یافته های بدست آمده

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

میانگین نمرات هریک از حیطه‌ها و نمره کل بهزیستی- روانشناختی روند افزایشی در مراحل پس از مداخله و سه هفته بعد از آن داشتند(جدول ۲).

مفروضه همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه بیانگر همگنی آنها بود(P>۰/۰۵).

در مطالعه حاضر اطلاعات هر فرد درسه مرحله با خودش مقایسه شده و به عبارتی اثر مخدوش کنندگان تا حد زیادی کنترل شده است. آزمون Repeated measures test بیانگر تاثیر مداخله در طول زمان در میانگین نمرات خودکارامدی و بهزیستی روانشناختی (p < ۰/۰۰۱) می‌باشد. در این مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی، میانگین پیش از مداخله، پس از مداخله و سه هفته پس از مداخله، دوبه‌دو با یکدیگر مقایسه شده‌اند. سطح معنی‌داری در تمام موارد، از ۰/۰۵ کمتر است. پس تمام تفاوت‌های مدنظر معنی‌دار هستند. به این معنی که میانگین پیش از مداخله خودکارآمدی، به‌طور معنی‌داری از میانگین پس‌از مداخله و سه هفته پس از مداخله، کمتر است. این نتیجه، تأثیر روش آزمایش را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که با اجرای آموزش تاب‌آوری، میزان خودکارآمدی، به‌طور معنی‌داری افزایش‌یافته است. نیز اثر آموزش در بستر زمان باقی است و میانگین نمره خودکارآمدی هرچند در مرحله سه هفته بعد از مداخله نسبت به پس از مداخله کاهش یافته اما نسبت به پیش از مداخله بطور معناداری افزایش داشته است. براساس نتایج میزان تاثیر برنامه آموزشی تاب آوری بر خودکارآمدی ٦٩/٦٪ می‌باشد. براساس نتایج Repeated measures test میانگین نمره کل بهزیستی روانشناختی در طول زمان روند افزایشی داشته در این قسمت، با استفاده از آزمون بونفرونی، میانگین پیش از مداخله، پس از مداخله و سه هفته پس از مداخله نمرات بهزیستی روان‌شناختی، دوبه‌دو با یکدیگر مقایسه شده‌اند. اساس جدول سطح معنی‌داری ،تفاوت‌های پیش از مداخله با پس از مداخله و پیش از مداخله با سه هفته بعد از مداخله، از ۰/۰۵ کمتر است. پس تفاوت‌هایی که بعد از آموزش تاب‌آوری ایجاد می‌گردد، در هر دو مرحله پس از مداخله و سه هفته پس از مداخله معنی‌دار هستند. به این معنی که میانگین پیش از مداخله بهزیستی روان‌شناختی، به‌طور معنی‌داری از میانگین پس از مداخله و سه هفته پس از مداخله، کمتر است. این نتیجه، تأثیر روش آموزش تاب‌آوری را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که با اجرای آموزش تاب‌آوری، میزان بهزیستی روان‌شناختی به‌طور معنی‌داری افزایش‌یافته است. نیز اثر روش آزمایشی در بستر زمان باقی است و میزان تاثیر برنامه اموزشی تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی ٥٢/٦٪ بوده است (جدول۳).

جدول ۱: مشخصات فردی-اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیرها(کمی)	Mean ± sd		حداکثر	حداقل
سن (سال)	۳۷/۹۱±٦/۸		۵۵	۲۸
نمره تاب آوری	٤٧/٢٦±٥/٠٥		۵۰	۳۷
متغیرها(کیفی)	F (%)		متغیرها(کیفی)	F (%)
شغل	خانه دار	۱۷(۵۰)	تحصیلات ابتدایی	۸(۲۳/۵۲)
			کمتر از دیپلم	۱۵(٤٤/١١)
	کارگر	۱۲(۳۵/۳)	دیپلم	٦(١٧/٦٤)
			لیسانس	۷(۲۰/۵۸)
	کارمند	۵(١٤/٧)	تعداد فرزندان ۱	١٤(١٤/١٧)
			۲	۱۲(۳۵/۲۹)
			۳ و بیشتر	۸(۲۳/۵۲)

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

جدول ۲ : مقایسه خودکارآمدی، ابعاد بهزیستی روانشناختی قبل، بلا فاصله و سه هفته بعد از مداخله در شرکت کنندگان در مطالعه

متغیرها		قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه هفته بعد از مداخله
		میانگین	میانگین	میانگین
خود کارآمدی		٤٣/١١±٥/١٠	٥١/٥٢ ±٥/٨٢	٤٤/٨٨ ±٤/٨٠
بهزیستی روانشناختی	رابطه مثبت با دیگران	٤٦/١٤	٤٩/٥٠	٥١/٢٣
	خودمختاری	٤٧/٧٩	٥٠/٠٢	٥٠/٠٨
	تسلط بر محیط	٤٤/١٧	٥٠/٦٤	٥٠/٧٣
	رشد شخصی	٤٧/٠٢	٥١/٣٥	٥١/٧٦
	زندگی هدفمند	٤٨/٠٢	٥١/١١	٥١/١١
	پذیرش خود	٤٣/٦١	٤٨/٠٥	٤٩/٥٨
	نمره نهائی	٢٧٧/٧٦ ±٤/٧٨	٣٠١/٠٢±٤/٩٢	٣٠٤/٨٠±٤/٦٨

جدول ۳ : مقایسه نتایج تفاوت میانگین‌های نمره کل خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی

	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سه هفته بعد از مداخله	Mean square	df	F	p	Partial Eta Squared
	Mean±sd	Mean±sd	Mean±sd					
خودکارآمدی	٤٣/١١±٥/١٠	٥١/٥٢±٥/٨٢	٤٤/٨٨±٤/٨٠	٦٦٨/٩٨	٢	٧٥/٢٤	<٠/٠٠١	٠/٦٩٦
بهزیستی روانشناختی	٢٧٧/٧٦±٤/٧٨	٣٠١/٠٢±٤/٩٢	٣٠٤/٨٠±٤/٦٨	٧١٩٥/٧٩	٢	٣٦/٨	<٠/٠٠١	٠/٥٢٦

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. نتایج آماری نشان داد که آموزش تاب آوری، موجب افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روان شناختی هم در مرحله پس از مداخله و هم در مرحله پیگیری شد. نتایج پژوهش کنونی با پژوهش های پرینس–امبوری[17] کارلتون و همکاران[18] ،نزهد و بشارت، [19] کاوه و همکاران[20] و سوری و همکاران[21] هم خوانی دارد ایشان در مطالعه خود دریافتند برنامه های تاب آوری با سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد.سوری و همکاران دریافتند بخشی از اثر تاب آوری بر بهزیستی روانشناختی از طریق خوشبینی تبیین میشود. مطالعات نشان داده اند کاهش میزان تاب آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته اند.تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه های منفی می‌شود[22].

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

براساس نتایج مطالعه حاضر برنامه آموزشی تاب آوری ٦٩/٦٪ برمیزان خودکارآمدی شرکت کنندگان تاثیر داشته است .نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش سلیمانیان و همکاران و ابوالقاسمی همخوانی دارد. ایشان در مطالعه خود دریافتند تاب آوری با خودکارآمدی ارتباط مثبت و معناداری دارد.[۲۳و۲٤] تاب آوری به عنوان مجموعه ای از رفتارها که در طول زمان منعکس کننده تعاملات بین فرد و محیط به ویژه فرصتهایی برای رشد شخصی که قابل دسترس هستند تعریف میشود اگرچه، تغییر، رشد شخصی را تسریع میکند، اما افراد به آسانی تغییرات بزرگ را در خود ایجاد نمی کنند، چراکه آنها درجایی که هستند، احساس آرامش و راحتی میکنند و از اینرو تغییر به دوره جدید مستلزم تلاش درخور توجهی است. توانایی منطبق شدن با موقعیتهای در حال تغییر در ابتدا به وسیله تفاوتهای فردی تعیین میشود، که افراد را برای درگیر شدن در تلاشهای انطباق پذیری به طور فعالانه، آماده میکند[۲۵] .درمطالعه حاضر نمره خودکارآمدی سه هفته پس از مداخله نسبت به پیش از مداخله افزایش داشت که این بیانگر تاثیر برنامه آموزشی می‌باشد اما باتوجه به کاهش آن نسبت به پس از مداخله لزوم تداوم این برنامه‌ها را در طول زمان بمنظور اثربخشی آنها برای مدت طولانی نشان می دهد. دربررسی های انجام شده دربیشتر مطالعات انجام شده در مورد تاثیر برنامه آموزشی بر خودکارآمدی، نتایج با گروه کنترل در طول زمان مقایسه شده است و مطالعه ای که مشابه مطالعه حاضر باشد و اطلاعات هر فرد درسه مرحله با خودمقایسه شده باشد دردسترس نبود لذا از این نظر امکان مقایسه وجود نداشت.

ماستن (۲۰۰۱) تاب‌آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر پیامدها و پیشامدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی خود و امید به زندگی می‌داند[۲٦]. فریبرگ و همکاران (۲۰۰۵) نیز بر این باور هستند که تاب‌آوری، ظرفیت و توانمندی افراد برای تغییر و افزایش کیفیت زندگی، صرف‌نظر از خطرات تهدیدکننده را افزایش می‌دهد که این عوامل جزء ویژگی های بهزیستی روان شناختی محسوب می‌گردند. به‌طور خلاصه افراد با تاب‌آوری بالا به علت اشراف داشتن بر افکار و احساسات خود و نشان دادن واکنش‌های منطقی نسبت به شرایط و نترسیدن از تغییرات میتوانند محیطی پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی ایجاد کنند که موجب افزایش امید و خودکارآمدی آن‌ها با هدف ساختن یک زندگی شاد و موفق می‌شود[۲۷].

نتیجه گیری

براساس نتایج بدست آمده برنامه آموزش تاب‌آوری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شده است. لذا آموزش تاب آوری میتواند در برنامه های پیشگیری از عوامل مختلف آسیب زای روانی مورد توجه و استفاده قرار گیرد. این برنامه‌ها با توانایی رشد قابلیت های عاطفی، رشد معنویت در افراد و ایجاد حس امیدواری و خوش‌بینی در زندگی، می‌تواند در بهبود سلامت روان و خودکارآمدی افراد موثرباشد. برهمین اساس با توجه به نقش زنان در سلامت جامعه و آسیب پذیری آنها بویژه در این گروه، لزوم اهمیت بیشتر به توانمند کردن این زنان درجهت کمک به خود و افراد خانواده خود پیشنهاد میشود.

محدودیت ها

در مطالعه حاضر اطلاعات هرفرد با خود مقایسه شد که این از نظر کنترل عوامل مخدوشگر بسیار مفید می‌باشد اما نداشتن گروه کنترل و مقایسه نتایج با افرادی مشابه از محدودیت های مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین مشکلات و محدودیت های مربوط به ابزارهای خودگزارش دهی ازجمله محدودیت های مطالعه حاضر

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

می‌باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز و همراهی مراکز تسهیل گری و توسعه محلی حاشیه شهر کرج انجام شد. برهمین اساس محققین برخود واجب می دانند تا مراتب تشکر وقدردانی خود را از سازمان های مذکور و همچنین کلیه شرکت کنندگان در مطالعه اعلام نمایند.

References

1. Naemi A. The effect of resiliency training on mental health, optimism and life satisfaction of female-headed households. 2015.
2. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The survey of quality of life and its related factors in female-headed households supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. Iranian Journal of Epidemiology 2014;10(2):48-55.
3. Azadeh MA, Tafteh M. The obstacles of happiness from the view of female-headed households of Tehran. Woman and Family Studies 2016;3(2):33-60.
4. Khazaeian S, Kariman N, Ebadi A, Nasiri M. Effect of Socio-Economic Factors on Reproductive Health in Female Heads of Household: A Cross-Sectional Study in Iran. Journal of Clinical & Diagnostic Research 2018;12(12).
5. Coyne G. An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. International journal of Anthropology 2003;18(3):127.
6. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychotherapy and psychosomatics 2014;83(1):10-28.
7. Riazi A, Thompson A, Hobart J. Self-efficacy predicts self-reported health status in multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal 2004;10(1):61-6.
8. Forneris T, Danish SJ, Scott DL. SETTING GOALS, SOLVING PROBLEMS, AND SEEKING SOCIAL SUPPORT:DEVELOPING DOLESCENTS'ABILITIES THROUGH A LD7E SKILLS PROGRAM. Adolescence 2007;42(165).
9. KHODABAKHSHI KA. Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. 2015.
10. Zare H, Alipour A, Khormaei F, Farmani A. Compare the Effectiveness of Patience-Based Treatment Plan with Cognitive-Behavior Therapy (CBT) on Type 2 Diabetic Patients. Medical Ethics Journal 2020;13(44):1-18.
11. Mampane MR. The relationship between resilience and school: A case study of middle-adolescents in township schools: University of Pretoria; 2010.
12. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety 2003;18(2):76-82.
13. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. Iranian journal of medical education 2013;13(9):721-9.
14. Sherer M, Maddux J, Mercadante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers R. The self-efficacy scale: construction and validation. psychological Reports. 51. 1982.
15. Arabian A, KHODAPANAHI MK, Heydari M, SALEH SB. Relationships between self efficacy beliefs, mental health and academic achievement in colleagues. 2005.
16. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology 2008;14(2):146-51.
17. Prince-Embury S. Translating resiliency theory for assessment and application in schools. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2008.
18. Carlton BS, Goebert DA, Miyamoto RH, Andrade NN, Hishinuma ES, Makini Jr GK, et al. Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. International Journal of Social Psychiatry 2006;52(4):291-308.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

19. Nezhad MAS, Besharat MA. Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athletes. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;5:757-63.

20. Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. Journal of Exceptional Children 2011;11(2):119-40.

21. Souri H, Hejazi E. The relationship between resilience and psychological well-being: the mediating role of optimism. Health Psychology 2014;15(55):5-15.

22. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. Nurse education today 2009;29(4):371-9.

23. Soleimanian A, Golpich Z, Darrodi H. Comparison of resilience and risky behaviors based on motivational structure among the youth. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2013;5(2):387-94.

24. ABOLGHASEMI A. The relationship of resilience, self-efficacy and stress with life satisfaction in the students with high and low educational achievement. 2011.

25. Hamill SK. Resilience and self-efficacy: The importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. Colgate University Journal of the Sciences 2003;35(1):115-46.

26. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. American psychologist 2001;56(3):227.

27. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. International journal of methods in psychiatric research 2005;14(1):29-42.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, January 2021, Vol. 11, No. 1: 53-62 *Original Article*

Katayoun Salehi [1]***,***
Parvaneh Farhadbeigi [2]***,***
Nima Ganji [3] ***,***
Negar Karimi [4]
,Zohreh Mahmoodi [5*]

[1] *Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, IRAN*
[2] *Research instructor, Academic Center for Education, Culture and Research, Alborz branch, Karaj, IRAN*
[3] *Research instructor , Academic Center for Education, Culture and Research, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, IRAN*
[4] *Research instructor, Academic Center for Education, Culture and Research, Alborz branch, Karaj, IRAN*
[5] *Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, IRAN*

***Corresponding Author:**

PhD, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, IRAN

Tell: 09125474495
E-mail: zohrehmahoodi2011@gmail.com

The relationship of Resilient Skill Education on Psychological Well-being and Self-Efficacy of Female Heads of Households

Received: 15 Jun 2021 ; Accepted: 20 Sept 2021

Abstract

Background: As a vulnerable social stratum, female heads of households are exposed to all kinds of psychological, social and economic harms. The present study aimed to determine the effects of resilience skills on psychological well-being and self-efficacy in female heads of households based on the Henderson and Milstein model.

Methods: This quasi-experimental study with an interrupted time-series design was conducted on 34 female heads of households presenting to local facilitation and development centers in the suburbs of Karaj, Iran, in 2020-2021. Once the eligible individuals were identified, data were collected using a self-efficacy questionnaire, a psychological well-being questionnaire and a resilience scale. The study variables were measured at three time points: Before, immediately after and three weeks after the intervention. On each measurement occasion, the data of each individual was compared to her own data from the other occasions. Using the resilience training program by Henderson and Milstein (1996), all the individuals were given eight 75-minute sessions. The collected data were analyzed in SPSS software, version 21.

Results: According to the results, participants' mean age was 37.91 ± 6.81 years and their resilience score was 47.26 ± 5.05. The results of the repeated-measures test revealed the effect of the intervention on the mean scores of self-efficacy and psychological well-being over time($P<0.001$). The effect of the resilience training program was 69.6% on self-efficacy and 52.6% on psychological well-being.

Conclusion: By developing emotional capabilities, promoting spirituality and creating a sense of hopefulness and optimism in life, resilience training programs can be effective in improving individuals' psychological health and self-efficacy.

Keywords: Psychological Well-being, Self-efficacy, Female-headed households, Resilience, skills, Henderson and Milstein model

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.11.1.53]