

بررسی اثر بخشی آموزشی تاب آوری بر کیفیت زندگی و مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال

سید حسین سیدفتاحی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال انجام گرفت. این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جزء تحقیقات نیمه آزمایشی (نیمه تجربی) با طرح پیش آزموده و پس آزمون با گروه کنترل است. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بوده و نمونه ی پژوهش شامل ۶۰ نفر با دو گروه ۳۰ نفره مادران کودکان بیش فعال ناحیه ۱ شهر تبریز بودند که از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت سنجش متغیر های پژوهش از پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پرسشنامه تاب آوری - کونور و دیویدسون و پرسشنامه مکانیزم های مقابله ای لازاروس- فولکمن استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال موثر است و همچنین آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال موثر است.

واژگان کلیدی: تاب آوری، مکانیزم های مقابله ای، کیفیت زندگی.

مقدمه

یکی از مهمترین و شایعترین اختلالات در کودکان، اختلال بیش فعالی است و کودک با این اختلال در هر خانواده، ساختار آن خانواده را تحت تاثیر قرار داده و سلامت روانی خانواده به خصوص والدین را تحت الشعاع قرار می دهد. در محیط خانواده که به واقع جامعه ای محدود است، کنش و واکنش های میان اعضا تاثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد. تولد کودکی با مشکلات سازگاری در هر خانواده ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی اگرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می بیند اما مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند دچار اختلال بیش فعالی، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب روانی قرار می دهد (مندل و همکاران^۱، ۲۰۰۶).

همانطور که واکنش های مادر اثرگذاری زیادی بر کودک دارد، رفتارها و خلق و خوی کودک نیز می تواند بر رفتار و عواطف مادر نسبت به فرزندش تاثیر فراوان داشته باشد. کودکان بیش فعال به دلیل مشکلاتی چون پرتحرکی، بی قراری و کم توجهی تاثیرات عمیقی بر روابط خود با سایر اعضای خانواده و فضای کلی حاکم بر این محیط می گذارند. وجود چنین رفتارهایی در کودک، به بروز واکنش هایی مانند پرخاشگری، تنبیه فیزیکی و احساس خصومت از جانب والدین نسبت به کودک می انجامد. این واکنشها سرانجام منجر به حاد شدن مشکلات کودک می شود. به این ترتیب چرخه معیوبی به وجود می آید؛ به این صورت که به تدریج تشخیص دقیق علت و معلول بسیار بعید به نظر میرسد (لچار و همکاران^۲، ۲۰۰۰).

راهبردهای مقابله مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود. دو راهبرد اصلی مقابله عبارتند از: ۱- راهبرد مقابله ای هیجان مدار: که شامل کوشش هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش زا حفظ می کنند. ۲- راهبرد مقابله ای مساله مدار شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد (مستن و همکاران^۳، ۱۹۹۰).

کیفیت زندگی^۴ به معنی درک هر شخص از جایگاه زندگی خود در فرهنگ و محیطی که در آن زندگی می کند، در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایش است و دامنه ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساسی خوب بودن به دست می آید (لنت و همکاران^۵، ۲۰۰۹).

تاب آوری^۶ از جمله متغیرهای مهمی است که در ارتباط بین استرس، اضطراب و سایر اختلالات روانی و بیماریها نقش تعدیل کننده ای دارد بنابراین می تواند بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی فرد تأثیر داشته باشد چرا که تاب آوری یک کیفیت درونی است که فرد را قادر می سازد تا در مقابله با شرایط ناگوار، خود را حفظ کند (حسینی بهشتیان و میرزازاده، ۱۳۹۵).

در سال های اخیر، رویکردهایی که به جای ناپهنجاری و اختلال، به ظرفیت ها و توانمندی های انسان پرداخته اند، مورد توجه مشاوران و روانشناسان قرار گرفته اند. یکی از بنیادی ترین سازه ها در این رویکردها برای سازگاری با واقعه تلخ بیماری کودکان، افزایش تاب آوری است. تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون^۷، ۲۰۰۳). در واقع، تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل می شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می سازد.

1 Mandel et al

2 Luthar

3 Masten et al

4 Quality of life

5 Lent et al

6 Resiliency

7 Conner & Davidson

کامپفر^۸ (۱۹۹۹) باور داشت که تاب آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این رو سازگاری^۹ موفق در زندگی را فراهم می کند. در روان شناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و فجایع را تاب آوری نامیده اند. در این معنا تاب آوری به عنوان عوامل محافظتی و مقاومت در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه واقع شده است. تاب آوری به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است (احمدی و شریفی در آمدی، ۱۳۹۳).

در شرایط کنونی در جامعه ما آموزش تاب آوری برای رسیدن به نتایج بهتر در کیفیت زندگی و به تبع آن مکانیزم های مقابله ای در برابر مشکلات امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. فلاچ (۱۹۸۸) بر این عقیده است که تاب آوری طی یک فرایند شکست و انسجام مجدد بدست می آید. انسجام مجدد تاب آورانه برای رشد به انرژی نیاز دارد. به نظر می رسد این انرژی یک منبع معنوی و ذاتی دارد به اعتقاد فلاچ نیرویی در درون هر فرد وجود دارد که او را به سوی خود شکوفایی، نوع دوستی، خرد و هماهنگی سوق می دهد. این نیرو از یک منبع معنوی سرچشمه می گیرد (هاشمی، ۱۳۹۰).

منظور ما از این تحقیق اثر بخشی تاب آوری در مادران کودکان بیش فعال این است که چگونه تحمل مادران کودکان بیش فعال را بالا ببریم تا بتوانند انرژی زیادی در بهبود یافتن کودکان و کیفیت زندگی شان را بالا ببرن و با مکانیزم های مقابله ای بدون تنش با کودکان بیش فعال شان رفتار کنند.

در این تحقیق شاخصهای در نظر گرفته شده برای متغیر تاب آوری بر اساس تحقیقات کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) عبارتند از: تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی. همچنین شاخصهای در نظر گرفته شده برای متغیر کیفیت زندگی در این تحقیق بر اساس فاکتورهای سازمان بهداشت جهانی عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. و بر اساس تحقیقات لازاروس و فولکمن شاخصهای در نظر گرفته شده برای متغیر مکانیسمهای مقابله ای عبارتند از: مقابله رویا رویگری، دوری جویی، خویشتن داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، یز و اجتناب، حل مدیرانه مساله، باز برآورد مثبت.

طبق تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور مادرانی که در قبال رفتارهای کودکان پیش فعال خود با استراتژیها و راهکارهای بهینه صبر و تحمل بیشتری از خود نشان میدهند از لحاظ سلامت جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی مطلوبی می باشند و در مقابل مادرانی که دارای کودکان پیش فعال و در قبال رفتارهای آنان زودرنج و تاب و تحمل انچنانی ندارند، سطح کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمی و روحی آنان پایین می باشد. مادرانی که بصورت ژنتیکی درجه تاب آوری آنان (اعتماد به نفس و تصور شایستگی از خود و تصویر مثبت از خود) در قبال کودکان پیش فعال خود بالاست و یا تاب آوری را آموزش دیده اند با مکانیسمها و استراتژیهای بهینه از جمله خویشتن داری و رویارویی و مسئولیت پذیری برای حل مسائل و مشکلات کودکان و ارتقا کیفیت زندگی خود گام برمیدارند. محقق در این پژوهش تصمیم دارد اثربخشی آموزش تاب آوری را بر کیفیت زندگی با در نظر گرفتن شاخصهای مربوطه بررسی نماید، بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و با در نظر گرفتن اینکه بصورت جدی تحقیقی در خصوص اثربخشی آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی و اقدامات مقابله ای مادران دارای کودکان بیش فعال انجام نشده است، این پژوهش در پی پاسخ به این سوال اساسی می باشد که آیا آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی و مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال تاثیر دارد؟

بر اساس نظریه های روانشناختی و پژوهشهای انجام شده در این رابطه، تاثیرات کودکان بیش فعال بر سایر اعضای خانواده، به ویژه مادر پذیرفته شده است. از آنجا که مادر نخستین مراقب کودک است و مراحل اولیه رشد، تاثیر قطعی بر شخصیت انسان دارد و چون بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در این تعامل دارند، تعامل بین مادر و فرزند مورد توجه خاصی بوده است، زیرا این

ارتباط چنان نزدیک و درهم تنیده است که هرگونه تغییر در یکی، تغییر دیگری را به همراه دارد. در این میان، مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که دارای بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک است، میتواند در معرض خطر بیشتر این گونه مشکلات باشد. همچنین از آنجا که مادر مهمترین نقش را در پرورش روانی و عاطفی کودک بر عهده دارد، کانون سلامتی یا بیماری به شمار میرود. تاثیر کودکان بیش فعال بر خانواده ها نیز مشخص است. والدین کودکان با اختلال کمبود توجه - بیش فعال سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به فرزند پروری را تجربه می کنند و احساس عدم کفایت دارند (فرروالد و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۱). براساس پژوهشهای انجام شده، افسردگی و اضطراب، استرس در مادران کودکان با اختلال پیش فعالی نسبت به مادران بدون اختلال پیش فعالی بیشتر است. والدین دارای کودکان با اختلال پیش فعالی به دلیل این که با چالش های فرزند پروری بیشتری روبه رو هستند، استرس فراتر از والدین کودکان سالم را تجربه میکنند. پژوهشها نشان میدهد که این والدین بیش از والدین کودکان سالم به اختلال های خلقی و اضطرابی، احساس عدم کفایت در فرزند پروری، رضایت نداشتن از نقش والدینی خود، فشار مالی و افزایش مصرف الکل دچار میشوند (گارمزی^{۱۱}، ۱۹۹۱).

والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان سالم دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندان شان هستند. مادران کودکان با اختلال کمبود توجه - بیش فعالی در موقعیتهای آزمایشی، کمتر آغاز کننده رابطه با کودک خود هستند و در حتی در صورت آغاز گری، کودک پاسخ مثبت کمتری به او می دهد. این مادران بیشتر کنترل کننده و دستور دهنده هستند و کمتر از روش های فرزند پروری مثبت استفاده می کنند. نیز، از شیوه های فرزند پروری خودکامه و استبدادی استفاده می کنند، دارای اعتمادبه نفس کمتری هستند، از شیوه های تنبیهی بیشتری استفاده می کنند و روابط گرم سردتری با فرزندان خود دارند (گرینبرگ و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۱).

از جمله این مداخلات که می تواند استرس و اختلالات روانی مادران را تعدیل کرده و به آن ها در کنترل آن کمک کند، مداخله مبتنی بر آموزش تاب آوری است (ربیعی کناری و همکاران، ۱۳۹۴). با وجود اینکه تاب آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه های محیطی است، افراد می توانند ظرفیت تاب آوری خود را با آموختن برخی از مهارتها افزایش دهند (لتزریق^{۱۳}، ۲۰۰۵) بر این اساس آموزش تاب آوری در حوزه روانشناسی مثبت نگر با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلال های روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و ... تدوین شده است. با توجه به امکان یادگیری بودن تاب آوری، باید بر گنجاندن برنامه های آموزشی مبتنی بر ایجاد و افزایش تاب آوری به واسطه ایجاد انگیزش درونی و سلامت روانی افراد و تقویت عوامل محافظتی در زندگی افراد نیز تأکید شود (دوستی و همکاران، ۱۳۹۲).

تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر اساس شرایط محیطی می باشد. در نتیجه این انعطاف پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالای تاب آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می کنند و اعتماد به نفس بالاتری کسب می کنند و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روان شناختی بهتری دارند (احمدی و شریفی درآمدی، ۱۳۹۳).

بنابراین، ضرورت انجام این پژوهش در جهت بهبود سلامت روان مادران دارای کودکان بیش فعال می تواند کاملاً مشخص باشد. هدف کلی این تحقیق اثربخشی آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی و مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال میباشد و اهداف فرعی تحقیق:

- ۱- تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال
- ۲- تعیین اثربخشی آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال

10 Fruhwald et al

11 Garmezy

12 Greenberg et al

13 Letzring et al

سازمان بهداشت جهانی^{۱۴} (WHO) کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی در بستر سیستم های فرهنگی و ارزش گذاری که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرش های آنها، تعریف می کند. این یک مفهوم وسیع است که توسط سلامت جسمانی فرد، وضعیت روحی، باورهای شخصی، روابط اجتماعی و رابطه آنها با ویژگی های برجسته محیط آنها به صورت پیچیده ای تحت تاثیر قرار گرفته است.

گارمزی و ماسن^{۱۵} (۱۹۹۱)، تاب آوری را "یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده"، تعریف نموده اند. درواقع محققین تاب آوری را به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است.

مکانیزم های مقابله ای تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبرو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود (لازاروس^{۱۶}، ۲۰۰۴).

حسینی بهشتیان و میرزازاده (۱۳۹۵) تحقیقی با عنوان: اثر بخشی آموزش تاب آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان، انجام دادند. نتایج حاکی از افزایش میانگین نمرات تنظیم هیجان و رضایت زندگی در گروه آزمایش بود. در واقع آموزش های تاب آوری بر میزان بالای رضایت از زندگی موثر می باشند.

خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیق خود با موضوع: اثربخشی آموزش تابآوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، به این نتیجه رسیدند که نتایج نشان داد که آموزش تابآوری گروهی در برابر استرس بر بهبود بهزیستی روان شناختی بیماران دیابتی نوع دو تاثیر دارد. از این روش، جهت بهبود کیفیت زندگی و غلبه بیماران بر مشکلات زندگی می توان استفاده کرد.

جاهد مطلق و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیق با عنوان: اثربخشی آموزش تاب آوری بر فشار روانی دانش آموزان، دریافتند که آموزش برنامه تابآوری میتواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید برای کاهش فشار روانی دانش آموزان به کار رود.

دوستی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان: اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی، به این نتیجه رسیدند که برنامه های آموزش تاب آوری موجب افزایش بهزیستی روانشناختی می شود.

احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳) در تحقیق خود با موضوع: بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد، به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد درکانون توسکا موثر است.

ربیعی کناری و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان: اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، انجام دادند. نتایج نشان داد؛ آموزش تاب آوری به طور معناداری بر تنش والدگری مادران دارای کودکان اوتیسم موثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری را در تنش والدگری نشان دادند.

حسینی قمی و سلیمی (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان: اثربخشی آموزش تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی، دریافتند که مادرانی که تحت آموزش معین قرار گرفته اند در افزایش تاب آوری و کاهش استرس به نسبت مادرانی که از این آموزشها برخوردار نبوده اند پیشرفت بهتری داشته اند.

حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان: تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی، دریافتند که تاب آوری بر کیفیت زندگی و تمامی مولفه های کیفیت زندگی تاثیری مثبت و معنادار دارد.

رمشه و اسماعیلی^{۱۷} (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان: اثربخشی آموزش تاب آوری بر احساسات منفی، به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب آوری باعث کاهش احساسات منفی افراد می شود.

14 World Health Organization

15 Garmesi and Mason

16 Lazarus

17 Ramshe & Esmaili

شارما و همکاران^{۱۸} (۲۰۱۴) پژوهشی با عنوان بررسی میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان و سطح کیفیت زندگی انجام دادند. نتیجه رسیدند که میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان بیشتر بوده و همچنین از سطح کیفیت زندگی پائینی برخوردار بوده اند و از سوی دیگر برنامه افزایش تاب آوری موجب افزایش تاب آوری و کاهش سطح استرس و اضطراب آنها شده است. مطالعه کرینوستر و چائو^{۱۹} (۲۰۱۲) تحقیقی با عنوان بررسی آموزش روشهای مقابله با فرار روانی بر بهبودی و افزایش کیفیت زندگی بیماران اختلالات روانی در شهر نیویورک، انجام دادند نتایج تحقیق بیانگر تاثیرات مثبت آموزش روشهای مقابله با فرار روانی بر بهبودی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در شهر نیویورک میباشد. نونه و هستینگز^{۲۰} (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان ایجاد تاب آوری از طریق ایجاد پذیرش روان شناختی انجام دادند، دریافتند که ایجاد تاب آوری از طریق ایجاد پذیرش روان شناختی، باعث کاهش استرس کاری و افزایش سلامت روانی کارکنان و معلمانی که با افراد دارای کم توانی ذهنی در تعامل بودند، می شود. استنسما و همکاران^{۲۱} (۲۰۰۷) در تحقیقی که با عنوان تاثیر آموزش تاب آوری بر راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که آموزش تاب آوری به استفاده از راهبردهای کنار آمدن مؤثر مانند: راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت منجر شده و راهبردهای کنار آمدن غیر مفید مانند واکنش های افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می دهد. استینهارد و دولبیر^{۲۲} (۲۰۰۷)، تحقیقی با عنوان تاثیرات تاب آوری انجام دادند، دریافتند که برنامه افزایش تاب آوری، باعث افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خود رهبری، و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می شود. هایمدال و همکاران^{۲۳} (۲۰۰۷) در پژوهشی که با عنوان پرورش تاب آوری و افزایش سازگاری انجام دادند، نشان دادند که مداخله هایی که با هدف پرورش تاب آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار انجام می شوند، برای کودکان و نوجوانان آسیب پذیر، بسیار سودمند واقع می شوند. نانسی^{۲۴} (۲۰۰۲) در تحقیقی که با عنوان آموزش تاب آوری به خانواده های بیماران دیالیزی انجام داده است. نتایج تحقیق نشان میدهد که آموزش مدل تاب آوری به خانواده های بیماران دیالیزی موجب شده است تا علاوه بر کاهش استرس، روابط بسیار بهتری با بیماران و نزدیکان خود برقرار کنند.

ابزار و روش تحقیق

این پژوهش از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جزء تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری پژوهش شامل ۶۰ نفر از مادران دارای کودکان بیش فعال ناحیه تبریز که توسط مشاوران مدرسه و در دفترچه سلامت دانش آموزان به عنوان دانش آموز بیش فعال معرفی شده بودند شناسایی و بعنوان نمونه انتخاب شدند و سپس از میان نمونه پژوهش بطور تصادفی ۳۰ نفر در گروه کنترل و ۳۰ نفر در گروه آزمایش گمماشته شد.

جهت سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۳) دارای ۲۶ گویه و مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت میباشد استفاده شده که سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط و سلامت عمومی را ارزیابی می کند و دارای ضریب پایایی ۰/۸۲ میباشد و همچنین از پرسشنامه تاب آوری - کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) دارای ۲۵ گویه با مقیاس لیکرت که شاخصهای تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی را ارزیابی میکند و دارای ضریب پایایی ۰/۸۸ میباشد، استفاده شده و نیز از پرسشنامه مکانیسم

18Sharma et al.

19Chronister & Chou

Noone & 20 Hastings

21Steensma et al.

22Steinhardt & Dolbier

23Hiemdal et al.

24Nancy

های مقابله ای لازاروس- فولکمن (۱۹۸۴) دارای ۶۶ گویه و شامل هشت مقیاس مقابله رویاروگر، دوری جویی، خویشتن داری (خود مهارگری)، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، گزیده اجتناب، حل مدبرانه مساله و باز بر آورد مثبت می باشد و دارای ضریب پایایی ۰/۹۱ میباشد، استفاده شده است.

تحلیل یافته ها

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی با استفاده از مشخصه های آماری نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شد. در واقع از روش آمار توصیفی برای خلاصه نمودن اطلاعات دو گروه و سپس از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده شد. به دلیل اینکه طرح این پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه می باشد لذا از روش تحلیل کوواریانس که میانگین ها را پس از تعدیل کردن نمره های پیش آزمون مورد مقایسه قرار می دهد استفاده شد. این عملیات با استفاده از نرم افزار SPSS24 انجام شد.

در جدول (۱) توصیف آماری، شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای تحقیق آورده شده است. بر اساس مندرجات جدول میانگین پیش آزمون مکانیسم های مقابله ای و پس آزمون آن به ترتیب ۱۲/۰۹ و ۱۳/۵، پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی به ترتیب ۸۵/۰۳ و ۹۳/۹۵، میانگین پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری ۵۰/۸۳ و ۵۶/۳۳ می باشد.

جدول (۱) توصیف آماری متغیرهای تحقیق

گروهها	آزمون	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد
کنترل	مکانیسم های مقابله ای	۱۲/۰۹۶۶	۳۰	۷/۲۳۶۸۳
	کیفیت زندگی	۸۵/۰۳۳۳	۳۰	۶/۱۳۹۵۳
	تاب آوری	۵۰/۸۳۳۳	۳۰	۷/۱۷۳۷۹
آزمایش	مکانیسم های مقابله ای	۱۳/۵۲۳۳	۳۰	۱۴/۲۹۲۷۸
	کیفیت زندگی	۹۳/۹۵۰۰	۳۰	۹/۶۸۹۱۱
	تاب آوری	۵۶/۳۳۳۳	۳۰	۹/۰۵۶۶۳

آزمون فرضیه ها

آزمون فرضیه اول:

۱- آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال موثر است.

آزمون نرمال بودن متغیرها

جدول (۲) آزمون چولگی فرضیه اول

آزمون نرمال بودن متغیرها						
گروهها	آزمون	تعداد	کشیدگی		کجی	
			انحراف استاندارد	اماره	انحراف استاندارد	اماره
کنترل	کیفیت زندگی	۳۰	۱/۶۰۸	-۱/۵۱۵	۱/۳۰۶	-۱/۰۲۶
	تاب آوری	۳۰	۱/۶۰۸	۱/۱۰۲	۱/۳۰۹	۱/۰۲۳
آزمایش	کیفیت زندگی	۳۰	۱/۶۰۸	-۱/۶۱۸	۱/۳۰۹	-۱/۴۱۳
	تاب آوری	۳۰	۱/۶۰۸	-۱/۶۳۴	۱/۳۰۹	-۱/۳۴۵

در جدول (۲) توصیف آماری، آزمون نرمال بودن متغیرها آورده شده است. بر اساس مندرجات جدول انحراف استاندارد (کجی و کشیدگی) پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی به ترتیب ۰.۳ و ۰.۶ و پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری به ترتیب ۰.۳ و ۰.۶ می باشد و چونچولگی و کشیدگی متغیرها بین ۲- تا ۲ قرار دارند پس توزیع نرمال می باشد. آزمون نرمال بودن از طریق کولموگروف-اسمیرونوف:

جدول (۳) آزمون کولموگروف اسمیرنوف فرضیه اول

کنترل		آزمایش		گروهها
کیفیت	تاب آوری	کیفیت	تاب آوری	آزمون
۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	تعداد
۱/۰۷۳	۱/۰۹۶	۱/۱۰۲	۱/۰۴۹	آماره آزمون
۱/۲۰۰	۱/۲۰۰	۱/۱۹۲	۱/۰۷۲	سطح معناداری

در جدول (۳) نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرونوف نشان می دهد سطح معناداری پیش آزمون و پس آزمون متغیر کیفیت زندگی به ترتیب ۰.۲۰ و ۰.۱۹ و سطح معناداری متغیر پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری به ترتیب ۰.۲۰ و ۰.۰۷ می باشد که بزرگتر از ۰/۰۵ بوده است بنابراین ادعای نرمال بودن توزیع پذیرفته میشود. ۲- پیش فرض دوم: واریانس همگن باشد.

برای تست همگن بودن واریانس از آزمون لوین استفاده می کنیم:

جدول (۴) آزمون لوین فرضیه اول

متغیرها	آماره لوین	سطح معنا دار
پیش آزمون کیفیت زندگی	۱/۳۵۸	۰/۲۴۹
پس آزمون کیفیت زندگی	۲/۳۶۵	۰/۱۲۴

در جدول (۴) نتایج آزمون لوین برای همگن بودن واریانس نشان می دهد که سطح معناداری پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی به ترتیب ۰.۱ و ۰.۰۵ بیشتر از ۰/۰۵ میباشد بنابراین میتوان گفت همگنی واریانس در دو گروه برای کیفیت زندگی وجود دارد.

۳- پیش فرض همگونی شیب رگرسیون

جدول (۵) آزمون پیش فرض همگونی شیب رگرسیون فرضیه اول

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری
۳۳۶۰/۹۰۵	۲	۱۶۸۰/۴۵۳	۱۳/۹۸۰	۱/۰۳۲
۲۲۸۹/۲۸۰	۱	۲۲۸۹/۲۸۰	۳/۹۱۴	۱/۱۳۵
۳۳۶۰/۹۰۵	۲	۱۶۸۰/۴۵۵	۳/۹۸۰	۱/۰۸۹
۲۱۷۷/۹۴۵	۵۷	۳۸/۲۱۰		
۱۵۳۵۱۳۵	۶۰	۱۶۸۰/۴۵۳		
۵۵۳۸/۸۵۰	۵۹			

در جدول (۵) چون مقدار f تعاملی معنی دار نیست و سطح احتمال از ۵ صدم بیشتر می باشد بنابراین فرض همگونی شیب مورد تایید قرار می گیرد.

نتیجه جواب فرضیه اول :

۱- آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال موثر است.

جدول (۶) آزمون تحلیل کواریانس فرضیه اول

سطح معناداری	F	میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۱۰۰۰	۴۶/۸۷۵	۱۷۲۲/۲۸۰	۲	۳۴۴۴/۵۵۹	مدل اصلاح شده
۱۰۰۰	۵۹/۸۹۶	۲۲۰۰/۶۸۷	۱	۲۲۰۰/۶۸۷	رهگیری
۱۰۲۱	۹/۶۶۴	۲۴/۴۰۹	۱	۲۴/۴۰۹	آزمون کیفیت زندگی
۱۰۰۰	۹۳/۷۳۴	۳۴۴۳/۹۷۳	۱	۳۴۴۳/۹۷۳	گروه
		۳۶/۷۴۲	۵۷	۲۰۹۴/۲۹۱	خطا
			۶۰	۱۵۳۵۱۳۵	مجموع
			۵۹	۵۵۳۸/۸۵	اصلاح مجموع

همانطور که در جدول (۶) نشان داده میشود ($F=159/00$ و سطح معناداری برابر با $P=0/001$) است نتایج نشان میدهد که آموزش تاب آوری بصورت معناداری مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال را بهبود بخشیده است بنابراین این با $0/99$ اصمینان میتوان نتیجه گرفت آموزش تاب آوری موثر بوده است و فرضیه پژوهش مورد تایید قرار میگیرد.

آزمون فرضیه دوم:

آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال موثر است.

۱- آزمون نرمال بودن متغیرها

جدول (۷) آزمون چولگی فرضیه دوم

آزمون نرمال بودن متغیرها						
کجی		کشیدگی		تعداد	آزمون	گروهها
آماره	انحراف استاندارد	آماره	انحراف استاندارد			
۱/۴۴۷	۱/۶۰۸	۱/۳۸۸	۱/۳۰۹	۳۰	مکانیسم های مقابله ای	کنترل
۱/۱۰۲	۱/۶۰۸	۱/۰۲۳	۱/۳۰۹	۳۰	تاب آوری	
۱/۱۰۲	۱/۶۰۸	۱/۰۵۲	۱/۳۰۹	۳۰	مکانیسم های مقابله ای	آزمایش
-۱/۶۳۴	۱/۶۰۸	-۱/۳۴۵	۱/۳۰۹	۳۰	تاب آوری	

در جدول (۷) چون چولگی و کشیدگی متغیرها بین -۲ تا ۲ قرار دارند پس توزیع نرمال می باشد.

۲- آزمون نرمال بودن از تست کولموگروف-اسمیرنوف:

جدول (۸) آزمون کولموگروف اسمیرنوف فرضیه دوم

کنترل		آزمایش		گروهها
مکانیسم های مقابله ای	تاب آوری	مکانیسم های مقابله ای	تاب آوری	آزمون
۳۰	۳۰	۳۰	۳۰	تعداد
۱۰۹۴	۱۰۶۹	۱۱۱۹	۱۰۶۹	آماره آزمون
۱۲۰۰	۱۲۰۰	۱۰۳۳	۱۲۰۰	سطح معناداری

در جدول (۸) با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف چون سطح معنا دار بزرگتر از ۵ درصد می باشد پس توزیع نرمال می باشد.

۳- پیش فرض دوم : واریانس همگن باشد.

برای تست همگن بودن واریانس از آزمون لوین استفاده می کنیم:

جدول (۹) آزمون لوین فرضیه دوم

سطح معنا دار	آماره لوین	متغیرها
۱/۶۱	۲/۰۱۸	پیش آزمون مکانیسم های مقابله ای
۱/۵۹۵	۱/۲۸۶	پس آزمون مکانیسم های مقابله ای

در جدول (۹) با توجه به نتایج آزمون لوین چون مقدار درصد از ۵ درصد بیشتر است و برای اینکه فرضیه صفر در این تست همگنی واریانس است رد نشود درصد بایستی از ۵ بیشتر باشد پس در این دو گروه همگنی واریانس وجود دارد.

۴- پیش فرض همگونی رگرسیون

جدول (۱۰) آزمون پیش فرض همگونی رگرسیون فرضیه دوم

سطح معناداری	F	میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۱۰۰۰	۹/۷۱۰	۴۵۷۳/۴۳۰	۲	۹۱۴۶/۸۶۰	مدل اصلاح شده
۱/۳۲۵	۱/۸۴۸	۴۶۳۱/۴۷۱	۱	۴۶۳۱/۴۷۱	رهگیری
۱/۱۹۵	۲/۷۱۰	۴۵۷۳/۴۳۰	۲	۹۱۴۶/۸۶۰	اثر تعاملی گروه پیش و پس آزمون
		۵۷/۹۸۰	۱	۲۹۰۵/۸۷۳	گروه
			۵۷	۱۱۰۹۳۳۶/۰۰۰	خطا
			۶۰	۱۲۰۵۲/۷۳۳	مجموع
			۵۹	۹۱۴۶/۸۶۰	اصلاح مجموع

در جدول (۱۰) چون مقدار f تعاملی معنی دار نیست و سطح معنا دار از ۵ صدم بیشتر می باشد بنابراین فرض همگونی رگرسیون مورد تایید قرار می گیرد.

فرضیه ۲ : آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال موثر است.

جدول (۱۱) آزمون تحلیل کواریانس فرضیه دوم

سطح معناداری	F	میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
/۰۰۰	۸۶/۶۹۹	۴۵۳۵/۴۵۵	۲	۹۰۷۰/۹۱۰ ^a	مدل اصلاح شده
/۰۰۰	۹۴/۹۰۱	۴۹۶۴/۵۲۷	۱	۴۹۶۴/۵۲۸	رهگیری
./۰۱۹	۱۲/۷۵۲	۹۱/۶۴۳	۱	۹۱/۶۴۳	مکانیسم های مقابله ای
/۰۰۰	۰/۱۵۹	۸۳۱۷/۷۳۸	۱	۸۳۱۷/۷۳۷	گروه
		۵۲/۳۱۳	۵۷	۲۹۸۱/۸۲۳	خطا
			۶۰	۱۱۰۹۳۳۶/۰۰۰	مجموع
			۵۹	۱۲۰۵۲/۷۳۳	اصلاح مجموع

همانطور که در جدول (۱۱) نشان داده میشود ($F=۰/۱۵۹$ و سطح معناداری برابر با $P=۰/۰۰۱$) است نتایج نشان میدهد که آموزش تاب آوری بصورت معناداری مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال را بهبود بخشیده است بنابراین این با $۰/۹۹$ اصمینان میتوان نتیجه گرفت آموزش تاب آوری موثر بوده است و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار میگیرد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل فرضیه اول آموزش تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران کودکان بیش فعال موثر است. این نتایج با نتایج پژوهشهای حسینی بهشتیان و میرزازاده (۱۳۹۵) خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۵)، دوستی و همکاران (۱۳۹۳)، رمشه و اسماعیلی (۲۰۱۷) و جاهد مطلق و همکاران (۱۳۹۴) همسو می باشد. بر اساس نتایج حاصل از فرضیه اول پیشنهاد می شود تاب آوری به کلیه والدین با مسائل و اختلالات مختلف روانی آموزش داده میشود.

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل فرضیه دوم آموزش تاب آوری بر مکانیزم های مقابله ای مادران کودکان بیش فعال موثر است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش های حسینی قمی و سلیمی (۱۳۹۱)، ربیعی کناری و همکاران (۱۳۹۳) کرینوستر و چائو (۲۰۱۲)، استنسا و همکاران (۲۰۰۷) همسو می باشد. بر اساس نتایج حاصل از فرضیه دوم پیشنهاد می شود دوره های آموزشی مکانیزم های مقابله ای برای والدین دانش آموزان برگزار گردد.

منابع و ماخذ

منابع فارسی

۱. احمدی، رقیه؛ شریفی درآمدی، محسن (۱۳۹۳)، بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
۲. حسینی بهشتیان، علی؛ میرزازاده، رحیم (۱۳۹۵)، اثر بخشی آموزش تاب آوری بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت از زندگی زنان، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تهران مرکز.
۳. خدابخشی کولایی، محمد و همکاران (۱۳۹۵)، اثربخشی آموزش تاب آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تهران شمال.
۴. جاهد مطلق، مهدی و همکاران (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش تاب آوری بر فشار روانی دانش آموزان، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز.
۵. حسینی قمی، محمد؛ سلیمی، اصغر (۱۳۹۱)، اثربخشی آموزش تاب آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

۶. حق رنجبر، حسین (۱۳۹۰)، تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.

۷. دوستی، علی و همکاران (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

۸. ربیعی کناری، مریم و همکاران (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، پایانامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران.

۹. هاشمی، زهرا (۱۳۹۰)، مدل تبیینی تاب آوری تحصیلی و هیجانی در دانش آموزان دبیرستانی شهر شیراز. رساله دکترا، دانشگاه شیراز.

منابع انگلیسی

10. Charney.D.(1991).Psychology mechanisms of resilience and Vulnerability:Implications for successful adaption to extreme stress.American journal of psychology.161.

11. Greenberg Raymond S. Daniel Stephen R. et al(2001) , Medical Epidemiology third edition, McGraw - Hill Companies , PP. 16-20.

12. Garnezy, N. (1991). "Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty". **American Behavioral Scientist**, 34 (4),PP:416- 430.

13. Heimdal et al. (2007) Investigating the Effect of Resilience Growth and Increased Positive Adaptation to Harmful Conditions, Journal of Psychology, No. 652, pp. 685-638.

14. Kumpfer, K., L., (1999). Factor and processes Contributing to Resilience, The resilience Framework: In Glantz, M. D. G. And Johnson, L. T. (Eds). Resilience and development: positive Life adaptation. Kluwer Academic publisher. New York.

15. **Lent, W Taveira, M, Sheu, H & Singley, D, (2009)**. Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: Alongitudinal analysis, **Journal of Vocational Behavior**, 74(2).190-198.

16. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critiquevaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.

17. Letzring ,T . D., Block, J., & Funder, D. (2005)Cegocontrol and ego resiliency:Generalization of self reportscale base on personality description fromacquaintances, clinicians, and the self. Journal ofresearch in personality, 2005.Vol 29, 395-422.

18. Lazarus, A. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. **The Emory center for myth and ritual in American life**. Available on: www.marila.emory.edu/faculty/Lazarus.htm.

19. Mandel. G. & Mullet.E.& Brown.G. (2006).Cultivating resiliency a guide for parent and school personnel. **Published by scholastic press**, www. Scholastic.Com.

20. Masten, A. S., Best, K. M.,and Garnezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity, **Development and psychopathology**, 2:425-444.

21. Nancy (2002) The Impact of Learning Resilience Model on Stress Reduction, Master's Degree, University of Cambridge, UK.

22. Ramcheh and Ismaili (2017) The Effectiveness of Resilient Education on Negative Emotions, Journal of Psychology, U.S. Mate, No. 345, pp. 215-236

23. Sharma et al. (2014) Anxiety Survey in Cancer Patients and Quality of Life, Child Development Magazine, Ohio State University, No. 526, pp. 158-175.

24. Stensma et al. (2007) Examining resilient learning to use effective coping strategies such as: active strategies, seeking social support, self-encouragement and thoughts, graduate students, Pune University of India, Faculty of Psychology.

Stintard and Dolbear (2007) The Impact of Increasing Resilience on Protective Factors, Master Degree, Surabon University of France

Evaluating the effectiveness of educational education on quality of life and coping mechanisms of mothers of overactive children

Seyyed Hossein Seyyed Safaji

Master of General Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of resiliency education on coping mechanisms and quality of life of mothers of overactive children. This research is applied in terms of the purpose of applied research and in terms of performance, is a part of semi-experimental research with pre-tested and post-test design with The control group was a semi-experimental study. The sample consisted of 60 individuals with two groups of 30 mothers of overactive children in Tabriz area 1 that were selected through available sampling. In order to measure the variables of the research, the World Health Organization Quality of Life questionnaire, Resurrection Questionnaire - Conon and Davidson and Lazarus-Fulceman Coping Tools Questionnaire were used. The results of covariance analysis indicated that rehabilitation education is effective on the quality of life of mothers of overactive children and also resilient education is effective on the coping mechanisms of mothers of overactive children.

Key words: Resilience, coping mechanisms, quality of life.