Military Caring Sciences
Volume 9, Issue 3, Autumn 2022 (Serial Number: 33)
Original Article

Validation and Effectiveness of Women's Psychological Empowerment Package on Resilience and Mental Health of Women with Veteran Husbands

Khaledi. A[1]
* Cherami. M[2]
Ahmadi. R[3]
Sharifi. T[4]

1 - Ph.D., Student of General Psychology, Psychology Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
*2- (*Corresponding Author) Ph.D., Psycholog, Assistant Professor, Psychology Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Email: : choramimaryam@gmail.com*
3- Ph.D., Psycholog, Assistant Professor, Psychology Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
4- Ph.D., Psycholog, Associate Professor, Psychology Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Abstract

Introduction: Veterans' inabilities create problems for spouses and negatively affect their physical and mental health.

Objective: This study aimed to determine the validation and effectiveness of women's psychological empowerment package on resilience and mental health of women with veteran husbands.

Material and Methods: The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the present study included all the wives of veterans under the auspices of the Martyr and Veterans Affairs Foundation of Lordegan, Iran, in 2021. Sample members were randomly divided into experimental and control groups; thus, 15 were people in each group. Data collection tools included Connor-Davidson's (2003) Resilience Questionnaire and Goldberg and Hillier's (1979) Mental Health Questionnaire. The psychological empowerment program was implemented in 12 sessions of 90 min over six weeks (two sessions per week). Multivariate analysis of covariance, repeated measures analysis of variance, and post hoc tests were used to analyze the collected data.

Results: The results showed that women's psychological empowerment program significantly improves the resilience and mental health of women with a veteran spouse ($P<0.05$). In addition, the results of repeated measures analysis of variance revealed that the improvement made by the women's psychological empowerment package on resilience and mental health in the follow-up phase was also stable ($P<0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, it is suggested that the psychological empowerment program be transformed into a permanent family care program at the Martyr and Veterans Affairs Foundation to improve the health of women with veteran spouses.

Keywords: Empowerment, Resilience, Mental health, Veterans, Women

Khaledi A, Cherami M, Ahmadi R, Sharifi T. Validation and Effectiveness of Women's Psychological Empowerment Package on Resilience and Mental Health of Women with Veteran Husbands. Military Caring Sciences. 2022; 9 (3).216-230
Submission: 29/05/2022 Accepted: 1/10/2022 Published: 2022/12/1

اعتبار یابی و اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی زنان بر سلامت روان و تاب آوری در همسران جانبازان

آسیه خالدی[۱]، *مریم چرامی[۲]، رضا احمدی[۳]، طیبه شریفی[۴]

چکیده

مقدمه: محدودیت‌های جانبازان عمدتاً مشکلاتی را برای همسران ایجاد میکند که بر سلامت جسمی و روانی آنها اثرات منفی دارد.

هدف: این پژوهش با هدف اعتبار یابی و اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی زنان بر تاب آوری و سلامت روان در همسران جانبازان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده کلیه همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان لردگان در سال ۱۴۰۰ بودند. اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در گروه‌های آزمون و گروه کنترل قرار گرفتند؛ بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر بوده است. برنامه توانمندسازی روانشناختی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی شش هفته (هفته‌ای دو جلسه) اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار استفاده شد. سطح معناداری در پژوهش حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد برنامه توانمندسازی روانشناختی زنان تأثیر معناداری در بهبود تاب آوری و سلامت روان همسران جانبازان دارد ($P<0/05$). افزون بر این، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد بهبودی ایجاد شده توسط بسته توانمندسازی روانشناختی زنان بر تاب آوری و سلامت روان در مرحله پیگیری نیز پایدار بود ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: در چارچوب یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود برنامه توانمندسازی روانشناختی به طور ثابت توسط بنیاد شهید و امور ایثارگران جهت بهبود سلامت همسران جانبازان اجرا شود.

کلمات کلیدی: تاب آوری، توانمندسازی، جانبازان، زنان، سلامت روان

مجله علوم مراقبتی نظامی سال نهم ■ شماره ۲ ■ پاییز ۱۴۰۱ ■ شماره مسلسل ۳۲ ■ صفحات ۵۰-۴۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۹
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

مقدمه

جنگ به صورت رویدادی ناخواسته جوامع را درگیر میکند و اثرات طولانی مدتی بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، عاطفی و خانوادگی در افراد بازمانده از جنگ و جانبازان می‌گذارد (۱). همچنین، جانبازان به دلیل شرایط خاص، ممکن است در معرض آشفتگی‌های هیجانی همچون اختلالات سایکوتیک، اختلال پس از ضربه، اضطراب و افسردگی قرار بگیرند (۲). مشکلات در جانبازان می‌تواند سلامت روانشناختی اعضای خانواده و مراقبین آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد؛ هر چند که ممکن است این اثرات به صورت مستقیم یا غیر مستقیم در تعامل با همسر و فرزندان باشد. به طور کلی، علاوه بر اینکه فرد آسیب دیده از نظر روانی دچار اختلال می‌شود، محیط خانواده و انسجام خانواده نیز به تبعیت از او در معرض خطر قرار می‌گیرد (۳).

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۲- دکترای روانشناسی، استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (* نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: choramimaryam@gmail.com
۳ - دکترای روانشناسی، استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۴ - دکترای روانشناسی، دانشیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

با توجه به اینکه زنان به عنوان مهم‌ترین عنصر هر خانواده، نقش اساسی در حفظ سلامت روان خانواده دارند، بنابراین افزایش توانمندسازی روانشناختی همسران جانباز که بیشترین آسیب‌ها را متحمل می‌شوند باعث هدایت کل خانواده به سمت سلامت روان می‌شود (۴). تخریب عملکرد در تمامی زمینه‌ها می‌توان تاب آوری همسران جانبازان را تحت تأثیر قرار دهد. تاب آوری از جمله متغیرهای مورد توجه روانشناسان مثبت نگر است که به عنوان فرآیندی پویا، سازگاری مثبت و فراگیری قابل توجه در شرایط طاقت فرسا تعریف می‌شود (۵). بین تاب آوری و مشکلات روانشناختی رابطه معنی‌دار و منفی مشاهده شده است (۶). تاب آوری تنها پایداری در برابر مشکلات یا شرایط تهدید کننده و حالت انفعالی در مواجهه با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط پیرامونی است؛ بنابراین، تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی – روانی در شرایط خطرناک است (۷).

با توجه به آنچه گفته شد، مراقبت و نگهداری از جانبازان می‌تواند افت تاب آوری را به همراه داشته باشد. پیامد این تغییرات، کاهش سلامت روان در همسران جانبازان است. از نظر سازمان جهانی بهداشت (World Organization Health)، سلامت روان عبارت است از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود. علاوه بر این، سلامت روان به‌عنوان حالتی تعریف می‌شود که نه تنها عدم ابتلا به بیماری روانی (Mental Disorder)؛ بلکه سطح مطلوبی از بهزیستی (Wellbeing) را نیز شامل می‌شود (۸). از آنجا که سلامت روان با تعارضات و خشونت در خانواده (۹) و عملکرد خانوادگی (۱۰) مرتبط است، شناسایی راهکارهایی به منظور ارتقاء آن از اهمیت زیادی برخوردار است.

یکی از راهکارهای مؤثر در این زمینه، استفاده از روش‌های توانمندسازی روانشناختی در همسران جانبازان است. توانمندسازی فرایند قدرت بخشیدن به افراد است تا حس اعتماد به نفس خود را تقویت کنند و بر احساس ناتوانی و درماندگی خود چیره شوند که به بسیج انگیزه‌های درونی افراد برای تحقق اهداف منجر می‌شود (۱۱). مفهوم توانمندسازی به طور تاریخی نشان می‌دهد که محدود کردن افراد در به کارگیری توانایی‌های ذاتی خود برای رسیدن به سطوح عالی عملکردشان، مانع از اثربخشی در سطح فردی، خانوادگی و ... می‌شود که اگر این محدودسازی نبود می‌توانستند این اثربخشی را به دست آورند (۱۲).

توماس و ولتوز (Thomas and Velthus) در سال ۱۹۹۰ برای اولین بار مفهوم توانمندسازی روانشناختی را به کار بردند که شامل پنج حوزه شناختی می‌شود: ۱- شایستگی (Competence): شایستگی به حدی از توانایی که یک فرد می‌تواند وظایف خود را با مهارت انجام دهد، اشاره دارد؛ ۲- خودمختاری (Autonomy): به معنی آزادی عمل و استقلال فرد در تعیین فعالیت‌های لازم برای انجام دادن وظایف اشاره دارد؛ ۳- احساس مؤثر بودن (Sense of Impact): تأثیرگذاری یا احساس مؤثر به معنی پذیرش پیامدهای شخصی در جایی است که فرد می‌تواند بر نتایج اثر بگذارد؛ ۴- معنی‌دار بودن (Meaningfulness): معنی‌دار بودن فرصتی است که افراد احساس کنند اهداف مهم و با ارزشی را دنبال می‌کنند؛ ۵- اعتماد به دیگران (Trusting Others): اعتماد به علاقه‌مندی، شایستگی، گشودگی و اطمینان به دیگران مربوط می‌شود (۱۳). شواهد علمی مختلف نشان می‌دهد که توانمندسازی روانشناختی تأثیر معناداری بر تاب آوری (۱۴) و سلامت روان (۱۵) دارد. با توجه به عدم وجود پروتکل و برنامه مداخله‌ای مشخص به منظور ارتقای توانمندی روانشناختی همسران جانبازان، پژوهش حاضر در صدد است بسته مداخله‌ای به منظور توانمندسازی روانشناختی تدوین و اثربخشی آن را بر تاب آوری و سلامت روان بیازماید. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بسته توانمندسازی روانشناختی اعتبار لازم را دارد و بر تاب آوری و سلامت روان زنان دارای همسر جانباز اثربخش است؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده کلیه همسران جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان لردگان در سال ۱۴۰۰ بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونهٔ مطالعات مداخله‌ای استفاده شد. در این روش، مبنای محاسبه حجم نمونه یافتن تفاوت توزیع متغیر

مورد مطالعه در این دو گروه می‌باشد.

$$n \geq 2\frac{\left(z_{\alpha/2}+z_{\beta}\right)^2\left(S_1^2+S_2^2\right)}{\left(\mu_1-\mu_2\right)^2}$$

حداکثر خطای قابل قبول ۵ درصد (α =۰/۰۵) است و سطح معناداری کمتر از ۵ درصد به معنی وجود تفاوت بین گروه‌ها است. خطای نوع دوم، شانس یافتن عدم تفاوت است وقتی که تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد. این خطا حداکثر ۲۰ درصد (β =۰/۲۰) در نظر گرفته می‌شود. توان یا قدرت آزمون وابسته به خطای نوع دوم می‌باشد (1- β) و حداقل باید ۸۰ باشد. با توجه به میانگین و انحراف معیار گزارش شده برای متغیر سلامت روانی همسران جانبازان در مطالعه ایدلخانی و حیدری (۱۶)، با توان ۰/۹۰ و خطای ۰/۰۵، حجم نمونه مورد نیاز ۱۳ نفر به ازای هر گروه محاسبه شد. برای جلوگیری از کاهش توان آزمون به دلیل ریزش نمونه‌ها، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. به این منظور، بعد از کسب مجوزهای لازم، به بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان لردگان مراجعه شد و از همسر جانبازان که واجد شرایط بودند، دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود و خروج (شمول) نیز برای ورود افراد شرکت‌کننده به پژوهش در نظر گرفته شد. ملاک ورود اعضاء به پژوهش سابقه حداقل پنج سال زندگی مشترک با جانباز (۱۷)، معلولیت یا جراحت دائمی جانبازان به دلیل جنگ تحمیلی، درصد جانبازی ۵۰ تا ۷۰ درصد، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال و توانایی خواندن و نوشتن (جهت تکمیل پرسشنامه‌هایی پژوهش) بود. با توجه به اینکه در این مطالعه نمونه‌هایی از زنان مدنظر بودند که رنج و مشکلات بیشتری از زندگی با همسر جانباز متحمل شده باشند، درصد جانبازی ۵۰ تا ۷۰ درصد در نظر گرفته شد. علاوه بر این، ابتلا به اختلالات روانپزشکی، دریافت خدمات روانشناختی خارج از این مطالعه به صورت هم‌زمان با جلسات پژوهش حاضر، عدم تمایل به شرکت در پژوهش به عنوان ملاک خروج انتخاب شد. لازم به ذکر است بررسی ابتلا به اختلالات روانپزشکی در همسران جانبازان به صورت خوداظهاری بود و با پرسش از سابقه مراجعه به مراکز روانشناختی و روانپزشکی و همچنین، دریافت خدمات روانپزشکی، بررسی شد. بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت کردند.

جلسات مداخله‌ای به صورت گروهی در بین اعضای گروه آزمون اجرا شد؛ اما افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از ۱۲ جلسه مداخله برای کلیه اعضای گروه آزمون، پرسشنامه‌ها مجدداً جهت گردآوری اطلاعات در مرحله پس آزمون توزیع شد. اطلاعات پرسشنامه‌های گردآوری شده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها وارد نرم‌افزار و در نهایت فرضیه‌ها آزمون شدند. محتوای بسته توانمندسازی روانشناختی بر اساس نظریه توانمندسازی روانشناختی توماس و ولتوز (Thomas and Velthus) (۱۳) تدوین شد (جدول ۱). در این مدل، مفهوم توانمندسازی روانشناختی شامل پنج حوزه شناختی می‌شود: ۱- احساس شایستگی؛ ۲- خودمختاری؛ ۳- احساس مؤثر بودن؛ ۴- احساس معنی‌دار بودن؛ ۵- اعتماد به دیگران (۱۳). تعریف توماس و ولتوز از توانمندسازی، با تمرکز بر محیط کاری و عمدتاً با تکیه بر رویکردهای جامعه‌شناختی ارائه شده است (۱۳). در نتیجه، لازم است مؤلفه‌های توانمندسازی، بسته به جامعه هدف و همچنین، اهداف مورد نظر همسان‌سازی شود. به همین دلیل، در محتوای جلسات به جای تمرکز بر شغل، فرد و خانواده در کانون توجه قرار گرفتند. به منظور متناسب سازی جلسات با نیازهای همسران جانبازان، ادبیات پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات مبتنی بر شواهد اعمال شد. در این راستا، «اعتماد به دیگران» به دو بخش تقسیم شد به طوری که در یکی از جلسات مبانی «اعتماد به نفس» مطرح شد و در جلسه دیگری، «اعتماد به دیگران» با تمرکز بر «یاری جویی» مدنظر قرار گرفت. علاوه بر این، به منظور غنی‌سازی محتوای جلسات، دو مبحث «تاب آوری» و «مسئولیت‌پذیری» نیز در جلسه به بسته آموزشی اضافه شد.

در گام بعد، روایی محتوایی برنامه توسط گروه متخصصین (۱۰ متخصص روانشناسی با مدرک دکتری تخصصی) بررسی شد. در این روش، محتوای برنامه در اختیار متخصصان گذاشته شد و از آن‌ها خواسته شد که مشخص کنند آیا محتوای برنامه هدف مورد نظر را پوشش می‌دهد یا خیر. از طریق ادبیات موضوع، مرتبط بودن، سادگی و وضوح هریک از جلسات و همچنین ضروری بودن آن‌ها در قالب پرسشنامه‌ای از متخصصان مربوطه پرسیده شد و بدین طریق اعتبار درونی محاسبه گردید؛ برای این

جدول ۱- بسته آموزشی توانمندسازی روانشناختی زنان دارای همسر جانباز

جلسه	موضوع	محتوا
اول	معارفه	معارفه گروهی و آشنایی بیشتر اعضا گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، ارائه توضیحی در مورد اهداف پژوهش، اهمیت گروه هدف و ضرورت اجرای مداخله.
دوم	احساس شایستگی	بحث در مورد مفهوم احساس شایستگی، توصیف ویژگی‌های منتقد آسیب رسان و بی اثر کردن افکار خود آیند (گسلش شناختی)، آموزش تکنیک افکار روی تابلو، ارائه تکلیف.
سوم	احساس شایستگی	بحث در مورد احساس شفقت به خود به عنوان یکی از ملزومات احساس شایستگی، توضیح منطق تکنیک‌های شفقت به خود، آشنایی با ارزش‌ها و تعیین هدف‌های متناسب با نقاط قوت و ضعف فرد، آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر، آموزش مهارت جرئت ورزی، ارائه تکلیف.
چهارم	خودمختاری	تشریح اجزای خودمختاری از قبیل واکنش عاطفی، آمیختگی با دیگران، گسلش عاطفی و توانایی به دست آوردن «موقعیت من»، آموزش نحوه شناسایی پاسخ‌دهی عاطفی در موقعیت‌های اجتماعی، آموزش مفهوم مثلث و مثلث سازی به عنوان کوچک‌ترین نظام ارتباطی، بحث در مورد مسئله دوبینی ذهن نسبت به مسائل و ارتباطات، ارائه تکلیف.
پنجم	خودمختاری	ارائه مباحثی درباره مرزهای ارتباطی و ارائه مثال‌هایی به منظور تفهیم بیشتر، تشویق اعضا به بازبینی در خود و ارائه راهکارهایی برای خودشناسی آن‌ها، بحث در مورد قابلیت تغییر و اصلاح ضعف‌ها، تمرکز بر میزان مسئولیت‌پذیری اعضا، ارائه تکلیف.
ششم	احساس مؤثر بودن	بحث در مورد احساس مؤثر بودن، تغییر در سبک اسناد اعضا، بحث در مورد مدل شناختی (ABC)، ارائه تمرین در مورد سبک اسناد در جلسه، بحث در مورد باورهای اسنادی، ارائه تکلیف.
هفتم	معنادار بودن زندگی	آسیب زدایی کردن احساسات مراجعین از پوچی و بی‌معنایی، معرفی منابع معنا در زندگی، بحث در مورد سؤالات اساسی زندگی، افزایش روحیه جستجوگری و انسجام گروهی، بحث در مورد درد و رنج و معنای آن، ارائه تکلیف.
هشتم	معنادار بودن زندگی	بحث در مورد معنی افسردگی و بیماری روانی، تلاش برای بازنگری اثرات متقابل بین مشکلات و پیامدهای روانی آن و مسائل گوناگون وجودی، توجه به معنای وجود و بودن، معرفی فعالیت خلاق رشته کوه به اعضا، ارائه تکلیف.
نهم	اعتماد به خود (اعتماد به نفس)	معرفی مهارت‌های اعتماد به نفس برای اعضا، بحث در مورد اهمیت اعتماد به نفس، بحث در مورد عزت نفس و تفاوت‌های آن با اعتماد به نفس، ارائه تکلیف.
دهم	اعتماد به دیگران (یاری جویی)	بحث در مورد راهبرد یاری جویی و نقش و اهمیت آن، آموزش تشخیص زمان مناسب برای درخواست کمک، تأکید بر ضرورت کمک خواهی، آشنایی با باورهایی که مانع کمک خواهی، ارائه تکلیف.
یازدهم	تاب آوری	ارائه تعریف تاب آوری و آشنایی با آن، بحث در مورد ویژگی‌های افراد تاب آور، بحث در مورد مراحل غلبه بر مشکلات، بحث در مورد وجود مشکلات در زندگی و طبیعی بودن آن، بحث در مورد استفاده از برنامه ریزی در زندگی، ارائه تکلیف.
دوازدهم	تاب آوری	آموزش دو شیوه مقابله گشتاری و واپس رونده به زبان ساده، بحث در مورد مراحل مهارت حل مسئله، آموزش تنفس عمیق و آرام سازی، محاسن آن و موقعیت‌های قابل استفاده، بحث در مورد انتظارات از خود و دیگران و میزان واقعی بودن، آموزش تکنیک رها کردن و کاهش وابستگی‌ها، ارائه تکلیف.
سیزدهم	مسئولیت پذیری	تعریف مسئولیت پذیری و بحث در مورد تعریف ارائه شده، بحث در مورد ویژگی‌های افراد مسئولیت پذیر، بحث در مورد پذیرفتن مسئولیت انتخاب‌ها، ارائه تکلیف.
چهاردهم	مسئولیت پذیری	بحث درباره انواع مسئولیت پذیری، استفاده از راهکارهای مؤثر به منظور بالا بردن حس مسئولیت پذیری، آموزش در مورد پذیرفتن مسئولیت عواقب انتخاب‌ها و اعمال، ارائه تکلیف.

منظور دو روش کیفی و کمی (شـــاخص نسبت روایی محتوایی و شـــاخص روایی محتوایی) در نظر گرفته شـــد. در بررسی کیفی محتوا، پژوهشـــگر از متخصصان درخواست کرد تا پس از بررسی کیفی برنامه، بازخورد لازم را ارائه دهند که بر اســـاس آن موارد، محتوا اصلاح شـــد. برای بررســـی روایی محتوایی بسته آموزشی از شـــاخص روایـــی محتوایـــی (Content Validity Index) و نســـبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio) اســـتفاده می‌شـــود (۱۴). در این مرحله، پس از جمع‌آوری نظرات اساتید، در گام اول با محاســـبه ضریب نســـبت روایی که توسط لاوشه (Lawshe) طراحی شده است مشـــخص شد. پاسخ‌ها بر اساس فرمول نســـبت روایی محتوایی محاسبه و با جدول لاوشه انطباق داده شـــد و با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۱۰ نفر بود، اعداد بالاتـــر از ۰/۶۲ مورد تأیید بود. برای ۱۴ جلســـه، نســـبت روایی محتوایی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ متغیر بود که نســـبت‌های به دست آمده برای جلسات بر اساس جدول یاد شده مورد تأیید بودند در گام دوم برای تعیین شـــاخص روایی محتوایی از شاخص روایی محتوایی والتز و باسل (Waltz & Bausell) استفاده شد. فرایند تعیین شـــاخص روایی محتوایی والتز و باسل بدین صورت است که متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر بخش را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص می‌کنند. حداقل مقدار قابل قبول برای شـــاخص CVI برابر با ۰/۷۹ بود و اگر شاخص CVI جلسه‌ای کمتر از ۰/۷۹ باشد آن جلسه اصلاح می‌شـــد. در این مطالعه شـــاخص روایی محتوایی با اســـتفاده از فرمول شاخص روایی محتوایی والتز و باسل، ۰/۷۹ محاسبه شد. همان‌طور که در بالا اشـــاره شد، بررسی شاخص روایی محتوایی بر اســـاس فرمول والتز و باســـل صورت گرفـــت. بدین منظور از متخصصین مذکور خواســـته شد که در مورد هر جلسه، سه معیار مربوط یا اختصاصی بودن، سادگی یا روان بودن و واضح یا شفاف بودن را بر اســـاس طیف لیکرتی چهار قسمتی اظهار نظر نمایند (برای مثال ۱: غیر مرتبط، ۲: تـــا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط، ۴: کاملاً مرتبط). پرسشنامه‌های پژوهش، قبل و بعد از اجرای بسته توانمندسازی روانشناختی در دو گروه آزمون و کنترل توزیع شد. در این روش، بعد از اینکه شرکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه و تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند، پیش از اجرای روش مداخله‌ای، پرسشـــنامه‌ها در مرحله پیـــش آزمون در بین شرکت‌کنندگان دو گروه توزیع شـــد. پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) اســـت را کانر و دیویدسون (۱۸) با مرور منابع پژوهشی در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس با هدف سنجش ابعاد مختلف تاب‌آوری گســـترش یافته است و احساس توانایی فردی، مقاومت در برابـــر تأثیرات منفی، پذیرش مثبـــت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احســـاس حمایت اجتماعـــی، ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه را شامل می‌شـــود. پرسشنامه مذکور مشتمل بر ۲۵ ســـؤال اســـت. طیف نمره‌گذاری این پرسشنامه بر حسب لیکرت ۵ درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرســـت) و ۴ (همیشـــه درســـت) نمره‌گذاری می‌شـــود. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و کسب نمره بالاتر نشـــان دهنده تاب آوری بیشتر است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در خارج از کشور در شش گروه جمعیـــت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخـــش مراقبت‌های اولیه، بیماران ســـرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال اســـترس پس از سانحه انجام شده است. کانر و دیویدسون (۱۸) روایی مقیاس به روش تحلیل عوامـــل و روایی همگرا و واگرا و پایایی به روش بازآزمایی و آلفای کرونبـــاخ در گروه‌های مختلف (عادی و در مخاطره) احراز شـــده است. تهیه‌کنندگان مقیاس تاب‌آوری معتقدند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیـــر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشـــی و بالینی مورد اســـتفاده قرار گیرد. در ایران، ســـامانی و همکاران (۱۹)، در بین دانشجویان همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دســـت آمد. همین تحقیق گزارش شده که نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک اســـتخراج عوامل شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO برابر ۰/۸۹ و ضریب کرویـــت بارتلت برابر با ۱۸۹/۸۳ بود که نشـــان دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی بودند (۱۹).

پرسشـــنامه ســـلامت عمومی گلدبـــرگ و هیلیـــر (GHQ-28) General Health Questionnaire - 28 اســـت حـــاوی ۲۸ پرســـش در مقیاس‌های چهارگانه می‌باشـــد. پرسشنامه سلامت عمومی، یک پرسشنامه غربالگری (سرندی) مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی اســـت که در مجموعه‌های بالینـــی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف این پرسشـــنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله

مراتب بیماری نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری و سلامتی است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است که عبارتند از: زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کنش‌های اجتماعی و افسردگی و از مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها یک نمره کلی به دست می‌آید. روش‌های مختلفی برای نمره‌گذاری این آزمون پیشنهاد شده است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است، یعنی گزینه الف (نمره صفر) گزینه ب (نمره یک) گزینه ج (نمره ۲) و گزینه د (نمره ۳) می‌گیرد. به این ترتیب نقطه ۲۳ نمره برش خواهد بود به طوری که کمتر از ۲۳ به عنوان افراد سالم و خود ۲۳ و بیشتر از آن به عنوان مشکوک شناخته می‌شوند. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ خواهد بود. ورنک (Werneke) و همکاران (۲۰) همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰/۸۰ گزارش نموده است. در ایران نیز در مطالعه نوربالا و همکاران، (۲۱) پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی ۰/۸۵ محاسبه شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون‌های یاد شده جزو آزمون پارامتری می‌باشند، قبل از اجرای آزمون‌های پارامتری، آزمون نرمالیته کولموروف – اسمیرنوف، آزمون لوین برای سنجش همگنی واریانس خطا، آزمون M باکس و آزمون معناداری همگنی شیب رگرسیون گزارش شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. لازم به ذکر است اهداف مطالعه پیش از اجرا برای کلیه شرکت‌کنندگان به وضوح تشریح شد و افراد با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. افزون بر این، هر یک از شرکت‌کنندگان هر زمان تمایل داشت، می‌توانست از مطالعه خارج شود. لازم به ذکر است بعد از گذشت دو ماه از مرحله پس آزمون، به منظور پیگیری اثرات درمانی، پرسشنامه پیگیری در هر دو گروه توزیع شد. همچنین، پس از اتمام مرحله پیگیری به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بسته توانمندسازی روانشناختی برای افراد گروه کنترل (در صورت تمایل) نیز به صورت حضوری اجرا شد. پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHK.REC.۱۳۹۹.۰۵۸ مصوب گردید. همچنین، رعایت اصول اخلاق نشر (COPE) و قوانین بیانیه هلسینکی مدنظر بوده است.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ زن دارای همسر جانباز شرکت نمودند. میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمون ۴۹/۳۳±۴/۳۸ و میانگین (انحراف معیار) سن گروه کنترل ۵۰/۱۳±۳/۴۶ محاسبه شده است که طبق آزمون تی استودنت دو گروه از نظر سن همتا بودند (P=۰/۵۸۴). افزون بر این، دو گروه از نظر تحصیلات (P=۰/۳۴۷) و مدت زمان زندگی زناشویی (P=۰/۱۱۳) همگن بودند (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۳ ارائه شده است. به منظور بررسی اثربخشی و پایداری بسته توانمندسازی روانشناختی بر تاب آوری و سلامت روان همسران جانبازان از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمون و کنترل در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است (P<۰/۰۱).

همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است (P<۰/۰۱). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود (P<۰/۰۱) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است؛ بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۳، مقدار سطح آماره تأثیر متغیر مستقل (توانمندسازی روانشناختی) بر متغیرهای تاب آوری و سلامت روان معنادار شده است (P<۰/۰۱)؛ بنابراین،

جدول ۲- فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	دسته‌بندی	آزمون		کنترل		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن	۴۰-۴۵ سال	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	تی تست ۲۸t=۰/۵۵۵ P=۰/۵۸۴
	۴۶-۵۰ سال	۷	۴۶/۷	۹	۶۰	
	۵۰-۵۵ سال	۶	۴۰	۵	۳۳/۳	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱	۶/۷	۱	۶/۷	کای اسکوئر X2=۰/۱۳۸ P=۰/۳۴۷
	دیپلم	۱۲	۷۹/۹	۶	۳۹/۹	
	فوق دیپلم	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷	
	کارشناسی و بالاتر	۱	۶/۷	۴	۲۶/۷	
مدت زمان زندگی زناشویی	۱۵-۲۰ سال	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳	کای اسکوئر X2=۰/۶۳۷ P=۰/۱۱۳
	۲۱-۲۵ سال	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	
	۲۶-۳۰ سال	۶	۴۰/۰	۵	۳۳/۳	
	۳۱ سال و بالاتر	۳	۲۰/۰	۴	۲۶/۷	

می‌توان نتیجه گرفت بسته توانمندسازی روانشناختی بر بهبود تاب آوری (مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احساس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه) و سلامت روان (مؤلفه‌های علائم اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی) تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان به ترتیب به اندازه ۰/۲۲۵ و ۰/۴۶۲ ناشی از اجرای متغیر مستقل (توانمندسازی روانشناختی) بوده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری و سلامت روان به تفکیک دو گروه همراه با نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	مرحله	آزمون		کنترل		آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
احساس توانایی	پیش آزمون	۱۰/۱۳	۰/۸۳	۱۰/۰۷	۱/۱۰۰	F =۰/۰۶۸
فردی	پس آزمون	۱۰/۴۷	۰/۹۱	۱۰/۱۳	۰/۹۱	P = ۰/۷۹۷
	پیگیری	۱۰/۴۷	۰/۹۱	۱۰/۲۳	۱/۰۱	
مقاومت در برابر تأثیرات منفی	پیش آزمون	۱۲/۲۷	۲/۱۲	۱۳/۲۷	۱/۱۶۳	F = ۱۳/۹۳۶ P = **۰/۰۰۱ =۰/۳۸۸ اندازه اثر
	پس آزمون	۱۳/۸۷	۱/۰۶	۱۳/۲۰	۰/۸۶	
	پیگیری	۱۳/۸۰	۱/۰۱	۱۳/۳۱	۰/۸۵	
پذیرش مثبت تغییر	پیش آزمون	۴/۳۳	۱/۱۸	۴/۰۷	۰/۹۶	F = ۰/۰۳۸ P = ۰/۸۴۷
	پس آزمون	۶/۰۷	۱/۴۴	۵/۸۰	۰/۷۷	
	پیگیری	۶/۰۰	۱/۳۱	۵/۶۹	۰/۷۵	
اعتماد به غرایز فردی	پیش آزمون	۴/۸۷	۱/۲۵	۴/۶۰	۱/۱۸	F = ۰/۰۱۱ P = ۰/۹۱۸
	پس آزمون	۴/۹۳	۱/۰۳	۴/۶۷	۱/۳۹	
	پیگیری	۴/۸۷	۱/۰۶	۴/۴۶	۱/۳۳	

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب آوری و سلامت روان به تفکیک دو گروه همراه با نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر(ادامه)

احساس حمایت اجتماعی	پیش آزمون	۱۱/۵۳	۱/۲۵	۱۲/۱۳	۱/۵۱	F =۱۴/۱۴۱
	پس آزمون	۱۳/۱۳	۱/۳۰	۱۲/۳۳	۱/۴۰	P = ۰/۰۰۱**
	پیگیری	۱۳/۲۰	۱/۳۲	۱۲/۴۶	۱/۴۵	اندازه اثر =۰/۳۹۱
ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	پیش آزمون	۱۲/۴۰	۱/۳۵	۱۲/۶۰	۱/۴۵	F =۲۰/۷۱۹
	پس آزمون	۱۳/۳۳	۱/۶۳	۱۲/۶۷	۱/۴۰	P = ۰/۰۰۰۱**
	پیگیری	۱۳/۳۳	۱/۶۳	۱۲/۵۴	۱/۴۵	اندازه اثر =۰/۴۶۷
تاب آوری	پیش آزمون	۵۵/۵۳	۳/۶۰	۵۶/۷۳	۳/۴۷	F =۶/۹۶۳
	پس آزمون	۶۱/۸۰	۳/۰۱	۵۸/۸۰	۳/۰۱	P = ۰/۰۱۴*
	پیگیری	۶۱/۶۷	۲/۹۹	۵۸/۶۹	۳/۲۸	اندازه اثر =۰/۲۲۵
عملکرد جسمی	پیش آزمون	۷/۶۷	۰/۰۹	۶/۶۷	۱/۰۵	F =۰/۷۵۸
	پس آزمون	۷/۴۰	۱/۰۶	۶/۵۳	۱/۰۶	P = ۰/۳۹۳
	پیگیری	۷/۳۳	۱/۲۹	۶/۶۹	۱/۱۱	
علائم اضطراب	پیش آزمون	۸/۲۷	۱/۷۱	۸/۲۷	۱/۸۳	F =۶/۳۸۷
	پس آزمون	۴/۴۰	۳/۲۷	۸/۰۰	۱/۲۵	P = ۰/۰۱۸**
	پیگیری	۳/۸۰	۲/۶۵	۷/۱۵	۲/۱۹	اندازه اثر =۰/۲۱۰
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۹/۴۷	۱/۷۳	۸/۷۳	۰/۹۶	F =۱۴/۱۶۴
	پس آزمون	۴/۸۰	۲/۰۸	۷/۸۰	۱/۶۶	P = ۰/۰۰۱**
	پیگیری	۵/۰۰	۱/۳۱	۷/۱۵	۱/۷۳	اندازه اثر =۰/۳۷۱
علائم افسردگی	پیش آزمون	۹/۴۷	۱/۳۶	۹/۱۳	۱/۴۱	F =۱۱/۷۶۱
	پس آزمون	۶/۴۰	۱/۴۵	۸/۲۰	۱/۳۷	P = ۰/۰۰۲**
	پیگیری	۶/۴۰	۱/۳۰	۸/۳۱	۱/۳۸	اندازه اثر =۰/۳۲۹
سلامت روان	پیش آزمون	۳۴/۸۷	۳/۷۲	۳۲/۸۰	۲/۷۸	F =۲۰/۵۸۹
	پس آزمون	۲۳/۰۰	۴/۵۲	۳۰/۵۳	۲/۸۰	P <۰/۰۰۰۱**
	پیگیری	۲۲/۵۳	۳/۸۷	۲۹/۳۱	۴/۱۱	اندازه اثر =۰/۴۶۲

**P<0/05 * P<0/01

به منظور بررسی اثربخشی و پایداری بسته توانمندسازی روانشناختی بر تاب آوری و سلامت روان همسران جانبازان از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمون و کنترل در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است (P<۰/۰۱). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است (P<۰/۰۱). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود (P<۰/۰۱) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است؛ بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. جهت بررسی پایداری اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی بر سلامت روان و تاب آوری همسران جانبازان، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد (جدول ۴). نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مبین آن است که در متغیرهای تاب آوری و سلامت روان

تفاوت بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و بیانگر اثربخش بودن بسته توانمندسازی روانشناختی بر متغیرهای یاد شده است. از طرف دیگر، در این دو متغیر تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است که مبین پایدار بودن اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی بر تاب آوری و سلامت روان است. افزون بر این، نتایج نشـــان می‌دهد در مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احســـاس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عملگرایانه تفاوت بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و بیانگر اثربخش بودن بسته توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های یاد شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون حداقل تفاوت معنادار برای بررسی اثربخشی و پایداری نتایج

متغیر	شاخص F	معناداری	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری
تاب آوری	۴۳/۸۶۳	P<۰/۰۰۰۱**	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۸۶۴	۰/۵۷۳	P <۰/۰۰۰۱
				پیگیری	-۳/۸۳۶	۰/۵۷۹	P <۰/۰۰۰۱
			پس آزمون	پیش آزمون	۳/۸۶۴	۰/۵۷۳	P <۰/۰۰۰۱
				پیگیری	۰/۰۲۸	۰/۰۸۰	۰/۷۲۸
احساس توانایی فردی	۱/۳۶۹	۰/۲۵۳	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۱۶۷	۰/۱۷۲	۰/۳۴۰
				پیگیری	-۰/۲۰۵	۰/۱۷۵	۰/۲۵۳
			پس آزمون	پیش آزمون	۰/۱۶۷	۰/۱۷۲	۰/۳۴۰
				پیگیری	-۰/۰۳۸	۰/۰۳۶	۰/۲۹۱
مقاومت در برابر تأثیرات منفی	۰/۷۴۰	۰/۰۰۷	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۷۲۳	۰/۲۲۷	۰/۰۰۴**
				پیگیری	-۰/۶۹۰	۰/۲۳۳	۰/۰۰۷**
			پس آزمون	پیش آزمون	۰/۷۲۳	۰/۲۲۷	۰/۰۰۴**
				پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۰/۳۶۲
پذیرش مثبت تغییر	۵۷/۱۲۲	P <۰/۰۰۰۱	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۷۸	۰/۰۹۲	۰/۰۵۸
				پیگیری	۰/۰۸۹	۰/۱۰۹	۰/۴۲۰
			پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۱۷۸	۰/۰۹۲	۰/۰۵۸
				پیگیری	-۰/۰۸۹	۰/۰۵۳	۰/۱۰۳
اعتماد به غرایز فردی	۰/۱۲۷	۰/۷۲۴	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۴۴	۰/۲۱۲	۰/۸۳۹
				پیگیری	۰/۰۷۷	۰/۲۱۶	۰/۷۲۴
			پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۰۴۴	۰/۲۱۲	۰/۸۳۹
				پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۰/۳۶۲
احساس حمایت اجتماعی	۲۳/۵۸۵	P <۰/۰۰۰۱	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۹۱۵	۰/۱۹۶	P <۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	-۰/۹۴۹	۰/۱۹۵	P <۰/۰۰۰۱**
			پس آزمون	پیش آزمون	۰/۹۱۵	۰/۱۹۶	P <۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۰/۳۶۲

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون حداقل تفاوت معنادار برای بررسی اثربخشی و پایداری نتایج (ادامه)

ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	P <۰/۰۰۰۱	۲۲/۷۵۰	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۴۶۷	۰/۰۹۸	P <۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۰۹۸	P <۰/۰۰۰۱**
			پس آزمون	پیش آزمون	۰/۴۶۷	۰/۰۹۸	P <۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	۰/۰۲۲	۰/۰۳۹	۰/۵۷۰
سلامت روان	P <۰/۰۰۰۱**	۶۰/۲۵۲	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۰۴۹	۱/۰۰۳	P <۰/۰۰۰۱
				پیگیری	۷/۹۷۴	۱/۰۲۷	P <۰/۰۰۰۱
			پس آزمون	پیش آزمون	-۷/۰۴۹	۱/۰۰۳	P <۰/۰۰۰۱
				پیگیری	۰/۹۲۶	۰/۶۹۰	۰/۱۹۱
عملکرد جسمی	۰/۲۷۸	۱/۲۲۷	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۷۲	۰/۱۸۱	۰/۳۵۳
				پیگیری	۰/۲۴۴	۰/۲۲۰	۰/۲۷۸
			پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۱۷۲	۰/۱۸۱	۰/۳۵۳
				پیگیری	۰/۰۷۲	۰/۲۱۰	۰/۷۳۵
علائم اضطراب	P <۰/۰۰۰۱	۱۸/۸۷۶	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۰۸۷	۰/۶۳۱	۰/۰۰۳**
				پیگیری	۲/۶۹۵	۰/۶۲۰	P<۰/۰۰۰۱**
			پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۰۸۷	۰/۶۳۱	۰/۰۰۳**
				پیگیری	۰/۶۰۸	۰/۳۷۳	۰/۱۱۵
اختلال در کنش اجتماعی	P <۰/۰۰۰۱	۵۴/۸۸۸	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۷۹	۰/۴۴۳	P<۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	۳/۰۰۳	۰/۴۰۵	P<۰/۰۰۰۱**
			پس آزمون	پیش آزمون	- ۲/۶۷۹	۰/۴۴۳	P<۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	۰/۳۲۳	۰/۲۵۲	۰/۲۱۲
علائم افسردگی	P <۰/۰۰۰۱	۴۲/۲۱۶	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۱۱۰	۰/۳۳۴	P<۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	۲/۰۳۳	۰/۳۱۳	P<۰/۰۰۰۱**
			پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۱۱۰	۰/۳۳۴	P<۰/۰۰۰۱**
				پیگیری	-۰/۰۷۷	۰/۲۴۰	۰/۷۵۱

**P<0/05 * P<0/01

از طرف دیگر، در این سه متغیر تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است که مبین پایدار بودن اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احساس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عملگرایانه است. همچنین، در مؤلفه‌های علائم اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی تفاوت بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و بیانگر اثربخش بودن بسته توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های یاد شده است. از طرف دیگر، در این سه متغیر تفاوت بین مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار نشده است که مبین پایدار بودن اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های علائم اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی است. در مؤلفه عملکرد جسمی، تفاوتی بین مراحل مختلف ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اعتباریابی و اثربخشی بسته توانمندسازی روانشناختی زنان بر تاب آوری و سلامت روان در زنان دارای همسر جانباز انجام شد. نتایج نشان داد بسته توانمندسازی روانشناختی بر

مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احساس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه متغیر تاب آوری زنان دارای همسر جانباز اثربخش اســـت و تأثیر آن در مرحله پیگیر پایدار بوده است. اگرچه مطالعه‌ای عیناً همسو با اهداف پژوهش در پیشینه پژوهشی وجود نداشـــت، با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با نتایـــج مطالعه کریمی وکیل و همکاران (۲۲)، میرزایی و همکاران (۲۳)، پاینز (Pines) و همکاران (۱۴) همسو و همخوان است.

در تبیین اثربخشی برنامه توانمندسازی روانشناختی زنان بر تاب آوری می‌توان اظهار داشت با اختصاص دادن دو جلسه در برنامه توانمندسازی روانشناختی به تاب آوری، زنان دارای همسر جانباز مهارت‌هـــای مورد نیاز برای تقویت تـــاب آوری را فرا گرفتند. در تبیین این یافته نیز چنین می‌توان گفت که رویارویی با مسائل و مشـــکلات مختلف در زندگی به خصوص دشواری‌های مراقبت از همســـر جانباز، در صورتی که با کنار آمدن و مقابله موفقیت آمیز همراه باشـــد، از طریق فرایند تقویت و قانون تجدید نظر شده اثر آموزش، منجر به افزایش احســـاس کارآمدی و همچنین افزایش قدرت تاب آوری افراد می‌شـــود (۲۴). از آنجا که متغیرهای ذکر شـــده، از ویژگی‌های کلیدی تاب آوری و افراد تاب آور می‌باشد، می‌توان چنین نتیجه گرفت که جلسات توانمندسازی روانشناختی می‌تواند منجر به افزایش احساس مقاومت در برابر تأثیرات منفی در زنان دارای همسر جانباز شود.

علاوه بر این، تقویت احساس شایستگی (جلسات دوم و سوم) در برنامه توانمندســـازی روانشناختی می‌تواند نقش بسیار مؤثری در مدیریت احساسات و تکانه‌ها بازی کند و باعث می‌شود وقتی که افراد نیاز به کمک کسی داشته باشند در پی تلاش برای ارتباطات مؤثر باشـــند و از این رو، حمایت اجتماعی بیشتری کسب کنند (۲۵). در واقع، این عوامل پویا در برنامه توانمندسازی روانشناختی هستند که باعث افزایش احساس حمایت اجتماعی می‌شوند.

افزون بر این، از آنجایی که آموزش احســـاس مؤثر بودن (جلسه ششم برنامه توانمندسازی روانشناختی) می‌تواند موجب احساس خودکارآمدی شـــود و زنان دارای همســـر جانباز می‌توانند دلایل ناکامی در رسیدن به اهداف یا رویارویی با مشکلات را بیاموزند و بـــرای اصلاح آن‌ها اقدام کنند؛ که این امر باعث افزایش ایمان به خود و اتخاذ روی آوردی عملگرایانه شـــود (۲۵). ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در بهبود عملگرایی برای حل مشـــکلات روزمره داشته باشـــد؛ زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه تک تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکل‌هایی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روان و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است.

همچنین، نتایج نشـــان داد بسته توانمندســـازی روانشناختی بر مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی متغیر سلامت روان زنان دارای همسر جانباز اثربخش است و تأثیر آن در مرحله پیگیر پایدار بوده اســـت. اگرچه مطالعـــه‌ای منطبق با هدف این مطالعه در زمینه اثربخشـــی بســـته توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی متغیر سلامت روان در پایگاه‌هـــای معتبر علمی در دســـترس نبود، با این حال، یافته‌هـــای پژوهش حاضر تا حدودی بـــا نتایج مطالعه پورابولی و همکاران (۲۶)، میرزایی و همکاران (۲۳)، پاینز و همکاران (۱۴) همسو و همخوان است.

تبیین این نتیجه بر اســـاس محتوای جلسات برنامه توانمندسازی روانشـــناختی قابل تبیین این اســـت. تمرکز این برنامه بر احساس شایســـتگی می‌تواند بر بهبود اضطراب زنان دارای همســـر جانباز تأثیرگذار باشد؛ چون این ادراک شایستگی در آن‌ها باعث می‌شود تا قدرت ســـازگاری آن‌ها با محیط افزایش یابد. ادراک شایستگی، شامل مهارت‌ها، نگرش‌ها و شـــناخت‌های فرد از توانایی‌های خود است که باعث حصول نتایج موفقیت آمیز در موقعیت‌های مختلف شده و موجب بهبود عزت نفس و اعتماد به نفس در زنان و در نتیجه کاهش اضطراب می‌شود (۲۷). افرادی که برای حل کردن مسائل، به شایستگی خود اعتقاد دارند، هنگام رو به رو شدن با رویدادهای اضطـــراب آور به طرز قابل توجهی تفکر تحلیلی خود را از دســـت نمی‌دهند، اما افرادی که نسبت به توانایی خود در حل کردن مسائل تردید دارند، به صورت آشفته فکر می‌کنند و اضطراب آنها افزایش می‌یابد. در واقع تصویر شـــخصیت مضطرب، سیمای فرد نگرانی را به دست می‌دهد که نسبت به ظرفیت‌ها، کفایت‌ها و شایستگی‌های خـــود تردید دارد. عـــدم اطمینان از شایســـتگی‌های خود موجب می‌شود که زنان دارای همسر جانباز به طور دائم احساس کنند که از عهده مشکلات همسر خود و مدیریت زندگی که به او سپرده اند، بر نمی‌آید و اگر تکلیفی به او ســـپرده شود اضطراب او را فرا گرفته و قادر به انجام آن نمی‌باشد. در نتیجه، تقویت احساس شایستگی در جلسات دوم و ســـوم برنامه توانمندسازی روانشناختی موجب

می‌شود زنان دارای همسر جانباز تصور کنند به خوبی می‌توانند از تفکر تحلیلی برای حل مسائل روزمره و رویدادهای اضطراب آور استفاده کنند و اضطراب خود را مدیریت کنند.

در تبیین تأثیر برنامه توانمندسازی روانشناختی بر عملکرد اجتماعی می‌توان گفت که از طریق تقویت احساس شایستگی (جلسه دوم و سوم) است که فرد می‌تواند ارتباط‌های اجتماعی خود را لذت بخش سازد و توانایی مدیریت تنیدگی‌های محیطی را توسعه دهد. ادراک شایستگی باعث ایجاد روابط اجتماعی مثبت در افراد می‌شود، در حالی که فقدان ادراک شایستگی افراد را به سوی کناره گیری و بیگانگی اجتماعی سوق می‌دهد (۲۷). در این میان به نظر می‌رسد مجهز شدن همسران جانبازان به سطوح بالای احساس شایستگی که جزئی از مفهوم گسترده صلاحیت اجتماعی محسوب می‌شود، آن‌ها را قادر می‌سازد بدون نگرانی در مورد مشکلات و محدودیت‌هایی که همسر آن‌ها دارد، در موقعیت‌های اجتماعی درگیر شوند و روابط مطلوبی را با دیگران شکل دهند.

افزون بر این، یکی دیگر از محورهای برنامه توانمندسازی روانشناختی زنان، خودمختاری (جلسه چهارم و پنجم) بود. تقویت احساس خودمختاری موجب می‌شود زنان دارای همسر جانباز تعریف مشخصی از خود و عقایدشان داشته باشند. با تقویت احساس خودمختاری زنان دارای همسر جانباز می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب کنند و در موقعیت‌های شدید هیجانی که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیمات نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند (۲۸). در مقابل، در افرادی که خودمختاری پایین باشد، هویت تعریف شده‌ای از خود ندارند و در نقش‌ها و مسائل بین شخصی موجود همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند، اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و افت عملکرد اجتماعی هستند.

علاوه بر این، اثربخش بودن برنامه توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و عملکرد اجتماعی به دلیل تمرکز برنامه بر تقویت معنادار بودن زندگی در زنان دارای همسر جانباز است. افرادی که در زندگی خود احساس معنا می‌کنند و واجد روابط معنادار با دیگران می‌باشند، در برابر رویدادهای آسیب‌زای زندگی به علت نگرش سازگارانه‌ای که دارند از آرامش و خونسردی خاصی برخوردارند و عملکرد اجتماعی بهتری دارند. لذا، با نگریستن به مشکل خود از زوایای مختلف و بدون از دست دادن کنترل رفتاری و هیجانی در جهت حل منطقی مشکل خود تلاش می‌کنند و اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند (۲۹).

به نظر می‌رسد که زنان دارای همسر جانباز به دلیل ضعف‌ها و ناکارآمدی‌هایی که در زندگی زناشویی نسبت به سایر افراد جامعه احساس می‌کنند، عزت نفس و اعتماد به نفس پایینی را شکل داده و این احساس‌های حقارت آن‌ها را به سمت کناره‌گیری از دیگران می‌کشاند که به علت عدم علاقه به زندگی دچار ناهدفمندی زندگی می‌شوند (۳۰). از این رو، اشراف داشتن زنان دارای همسر جانباز به مهارت‌هایی مانند معنادار بودن زندگی که بتواند احساس توانایی و کنترل بر امور را به آن‌ها تا حدودی برگرداند، به گونه‌ای که بتوانند خود را در آن مهارت‌ها از جامعه نه کمتر بلکه بیشتر بدانند، سبب می‌شود تا با اعتماد به نفس، عملکرد اجتماعی بهتری در جامعه داشته باشند و با هدفمند کردن زندگی بتوانند در چنین مواردی مهارت بالایی برای مقابله با مسائل و مصائب زندگی با همسر جانباز و به تبع آن، کاهش افسردگی و اضطراب داشته باشند.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش حاضر لازم به ذکر است تعمیم نتایج این مطالعه صرفاً بر روی زنان دارای همسر جانباز امکان‌پذیر است و تعمیم آن به سایر زنان دارای شرایط خاص با محدودیت همراه است. پیگیری نتایج درمانی در یک مرحله انجام شد و مشخص نیست که آیا در زمان طولانی‌تر، مداخله حاضر در متغیرهای مورد مطالعه بر روی زنان دارای همسر جانباز مؤثر است یا خیر. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی عوامل مداخله کننده‌ای است که می‌تواند بر نتایج پژوهش حاضر تأثیرگذار باشد. برای مثال می‌توان به اثرات وضعیت اشتغال همسر، درصد جانبازی و همراهی سایر اعضای خانواده بر این گروه از زنان اشاره کرد. از آنجا که مراقبت از همسر جانباز سلامت روانشناختی و کیفیت زندگی زنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، توجه همه جانبه و جامع به تاب آوری این گروه از زنان و تقویت آن از طریق رویکردهایی همچون برنامه توانمندسازی روانشناختی لازم و ضروری به نظر میرسد. در چارچوب یافته‌های پژوهش حاضر یکی از پیشنهادها اضافه کردن برنامه توانمندسازی روانشناختی به برنامه‌های ثابت

خانواده در بنیاد شهید و امور ایثارگران جهت بهبود سلامت روان در زنان مراقب همسر جانباز است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی برنامه توانمندسازی در سایر زنان آسیب‌پذیر مورد بررسی قرار گیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شد در آینده بسته توانمندشناختی مشترک برای جانبازان و همسران آن‌ها تدوین و اعتباریابی شود و اثربخشی آن بر سلامت روان و تاب آوری مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی رشته روانشناسی عمومی می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد در تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۹ با شماره ۱۳۳۴۸۴۲۵۱۰۹۷۵۷۲۱۳۹۸۱۷۲۴۷۰ مصوب شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مدیران و مسئولین محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان لردگان که در به ثمر رسیدن این پژوهش ما را یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وسیله کلیه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Burgin D, Anagnostopoulos D, Vitiello B, Sukale T, Schmid M, Fegert JM. Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022; 31(6): 845–53. DOI:10.1007/s00787-022-01974-z PMID: 35286450 PMCID: PMC9209349
2. Ross AM, DeVoe ER, Steketee G, Emmert-Aronson BO, Brown T, Muroff J. Outcomes of a reflective parenting program among military spouses: The moderating role of social support. J Fam Psychol. 2020; 34(4): 402-13. DOI:10.1037/fam0000637 PMID: 32027150
3. Toomey R, Alpern R, Reda DJ, Baker DG, Vasterling JJ, Blanchard M, et al. Mental health in spouses of U.S. Gulf War veterans. Psychiat Res. 2019; 275: 287-95. DOI:10.1016/j.psychres.2019.03.043 PMID: 30953873
4. Falahati M, Shafiabady A, Jajarmi M, Mohamadipoor M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on marital satisfaction of veterans' spouses. Iranian J War Public Heal. 2019; 11(3): 139-45. (Persian) DOI:10.29252/ijwph.11.3.139
5. De Santis JP, Florom-Smith A, Vermeesch A, Barroso S, DeLeon DA. Motivation, management, and mastery: A theory of resilience in the context of HIV infection. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2013; 19(1): 36-46. DOI:10.1177/1078390312474096 PMID: 23392433 PMCID: PMC3773721
6. Mealer M, Jones J, Meek P. Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. Am J Crit Care. 2017; 26(3):184-92. DOI: 10.4037/ajcc2017798 PMID: 28461539 PMCID: PMC5685839
7. Azizi S, Maghsoudloo A, Baheshmat S. Comparison of coping strategies and emotion regulation tendencies among opium users, methadone maintenance treatment clients and normal individuals. J Research Health. 2019; 9(6): 533-43. (Persian) DOI:10.32598/jrh.9.6.533
8. Mirkamali S-M, Khabare k, Mazari e, Farhadi Amjad f. The role of mental health on academic performance of university students with the meditation of academic achievement motivation. Knowl Res Appl Psychol. 2017; 16(2): 101-9. (Persian)
9. Devakumar D, Palfreyman A, Uthayakumar-Cumarasamy A, Ullah N, Ranasinghe C, Minckas N, et al. Mental health of women and children experiencing family violence in conflict settings: A mixed methods systematic review. Conflict and health. 2021; 15(1):1-9. DOI:10.1186/s13031-021-00410-4
10. Sánchez-Villegas M, Reyes-Ruiz L, Taylor LK, Pérez-Ruíz NA, Carmona-Alvarado FA. Mental health problems, family functioning and social support among children survivors of Colombia's armed conflict. J Aggress Confl Peace Res. 2021; 13(1): 61-72. DOI:10.1108/JACPR-08-2020-0535
11. Shapira-Lishchinsky O, Benoliel P. Nurses' psychological empowerment: An integrative approach. J nurs manag. 2019; 27(3): 661-70. DOI:10.1111/jonm.12726 PMID: 30347121
12. Kuo TH, Ho LA, Lin C, Lai KK. Employee empowerment in a technology advanced work environment. Industrial management and data systems. 2010; 110(1): 24-42. DOI:10.1108/02635571011008380
13. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. Academy of management review. 1990; 15(4): 666-81. DOI:10.5465/amr.1990.4310926
14. Pines EW, Rauschhuber ML, Norgan GH, Cook JD, Canchola L, Richardson C, et al. Stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaureate nursing students. J Adv Nurs. 2012; 68(7): 1482-93. DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05875.x PMID: 22092499
15. Meng L, Liu Y, Liu H, Hu Y, Yang J, Liu J. Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, intent to stay and burnout in nursing field in mainland C hina—based on a cross sectional questionnaire research. Int j nurs pract. 2015; 21(3): 303-12. DOI:10.1111/ijn.12279 PMID: 25521424
16. Aidelkhani Sh, Heydari H. Measuring the effectiveness of

resilience training on the mental health and quality of life of the handicapped veterans' wives. Journal of Military Psychology. 2016; 7(27): 67-80. (Persian)

17. Beirami M. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 14(53): 66-77. DOI:10.22038/JFMH.2012.935
18. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). Depress Anxiety. 2003; 18(2): 76-82. DOI:10.1002/da.10113 PMID: 12964174
19. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Iranian Journal Psychiatry Clinical Psychology. 2007; 13(3): 290-5. (Persian)
20. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Üstün B. The stability of the factor structure of the general health questionnaire. Psychol Med. 2000; 30(4): 823-9. DOI:10.1017/S0033291799002287 PMID: 11037090
21. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal Psychiatry Clinical Psychology. 2011; 16(4): 479-83. (Persian)
22. Karimivakil A, Shafiabady A, Farahbakhsh K, Younesi J. Compilation a psychological empowerment program based on individual psychology theory and and evaluation its effectiveness on female-headed household's empowerment's. Women Studies. 2018; 9(23): 135-67. (Persian)
23. Mirzaee F, Aghaeepour Gavasaraee M, Manavipour D. Investigation of the effectiveness of psychoeducation on the mental health of spouses of war veterans with chronic psychosis. Journal of Military Psychology. 2017; 8(30): 69-80. (Persian)
24. Dehghani Y, Hasani MA. The effectiveness of resiliency training on stress Management, Affects, and academic help seeking in students with learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2021; 11(1): 33-47. (Persian) DOI: 10.22098/JLD.2021.7069.1754
25. Abdollahi R, Rajabi-Farjad H, Farkhojasteh V. Influence of training the skills of establishing an effective communication on resilience and social adjustment in One of the military university`s students. Quarterly Management on Police Training. 2021; 14 (1): 117-36. (Persian)
26. Pouraboli B, Esfandiari S, Ramezani T, Miri S, Jahani Y, Sohraby N. Effectiveness of their teaching skills to reduce stress job psychological empowerment of nursing staff in intensive care units in the center of Shiraz Shahid Rajaee 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery . 2016; 4(3): 23-35. (Persian)
27. Shojaie Baghini F, Bahrami M. The Relationship between competency perception and anxiety and loneliness in orphaned children in pseudo-family Centers. Journal of Woman Police Studies. 2019; 2(29): 5-20. (Persian)
28. Baheshmat S, Gholami J, Amin-Esmaeili M, Shadloo B, Rahimi-Movaghar A. Spouse and child abuse associated with illicit drug use in iran: A systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abus. 2021; 23(5): 1494-1509. DOI:10.1177/1524838021998655 PMID: 33706634
29. Abdollahi MH, Shahgholian M, Baheshmat S. The role of fatigue and depression in illness perception of patients with Multiple Sclerosis. Chronic Dis J. 2016; 4(2): 39-47 . (Persian) DOI:10.22122/cdj.v4i2.222
30. Golshan A, Zargham Hajebi M, Sobhi Gharamaleki N. The effect of Logotherapy group training on changes of depression, self-esteem and intimacy attitudes in physically disabled women. Iranian J Health Psychol. 2019; 2(2): 101-12. (Persian) DOI:10.30473/ijohp.2020.52640.1077