

The Effectiveness of Resilience Training on Improving the Quality of Marital Life and Resiliency of Prisoners of War Families

Omid Isanejad¹, Mansour Haydarian^{2*}

¹ Assistant Professor, Family Pathology and Training Research Group, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

² M.A. Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

Received: 6 December 2019 Accepted: 16 July 2020

Abstract

Background and Aim: One of the important psychological aspects of prisoners of war (POW) and veterans, which can be neglected in most societies, is their family and marital problems. The aim of this study was to investigate the effectiveness of resilience training on quality of marital life and resiliency of POW families.

Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pre-test-post-test design and a two-month follow-up with a control group in 2017. 30 POW from Divandere city of Kurdistan province, Iran were selected by simple random sampling method and randomly assigned to two intervention and control groups (15 people in each group). The intervention group received a resilience training program for ten sessions, each session lasting two hours for two months, but the control group did not receive training. The Marital Quality Questionnaire [Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)] and the Family Resilience Assessment Scale (FRAS) were used to collect data.

Results: The mean quality of marital life and resiliency of POW family in the intervention group was higher than the control group in post-test and there was a significant difference ($p < 0.01$) and this increase was maintained in the follow-up session.

Conclusion: Resiliency training can have a lasting and stable impact on improving the quality of marital life and family resiliency in POW.

Keywords: Prisoners of War, Resilience Training, Quality of Marital Life.

*Corresponding author: Mansour Haydarian, Email: mansourh5553@yahoo.com

اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان (اسرای جنگی)

امید عیسی نژاد^۱، منصور حیدریان^{۲*}

^۱ استادیار مشاوره خانواده، گروه آسیب‌شناسی خانواده و تربیت، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران
^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی آزادگان و جانبازان، که در اغلب جوامع می‌تواند مورد غفلت واقع شود، مشکلات خانوادگی و زناشویی آنان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان انجام شده است.

روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ۳۰ نفر از آزادگان شهرستان دیواندره استان کردستان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل، (هر گروه ۱۵ نفر)، جایگزین شدند. گروه مداخله، برنامه آموزش تاب‌آوری را به مدت ۱۰ جلسه، هر جلسه دو ساعت، طی دو ماه دریافت کرد، ولی گروه کنترل، آموزشی را دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه کیفیت زناشویی (RDAS) و پرسشنامه تاب‌آوری خانواده (FRAS) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، در پس‌آزمون بیشتر بود و تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$) و این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.
نتیجه‌گیری: آموزش تاب‌آوری می‌تواند بر ارتقای کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان تأثیری با ثبات و پایدار داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اسرای جنگی، آموزش تاب‌آوری، کیفیت زندگی زناشویی.

* نویسنده مسئول: منصور حیدریان. پست الکترونیک: mansourh5553@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۲۶

مقدمه

اسارت در دوره‌های مختلف تاریخی و همزمان با بسیاری از جنگ‌ها رخ داده و یکی از وحشت‌آورترین آسیب‌های ساخته دست انسان است که برای مدت مشخصی اعمال می‌شود. در این مدت، خشونت‌های شدیدی بر فرد اسیر اعمال می‌شود که از آن جمله به شکنجه روانی، گرسنگی، تحقیر، انزوا و سایر تکنیک‌هایی که باعث ایجاد درد روحی و جسمی و محرومیت از نیازهای اساسی می‌شود، می‌توان اشاره کرد (۱). بنابراین اسارت، تجربه‌ای است که نه تنها ناخوشایند است، بلکه به نوعی عامل اختلال برانگیز و آشفته‌کننده نیز به شمار می‌آید (۲).

از نظر Ursano و Rundell، اسارت در میان تجربه‌های انسان، یکی از آسیب‌زاترین تجربه‌ها است و اسارت را به عنوان یک آسیب تعریف می‌کنند که می‌تواند پیامدهایی را در طول دوران اسارت و نیز پس از پایان آن، در قالب عوارض روانی در بر داشته باشد، اما نکته قابل توجه این است که در رابطه بین اسارت و این عوارض روانی، عوامل فراوانی مانند حمایت‌های اجتماعی، متغیرهای فرهنگی و شخصیت خود افراد نیز نقش ایفا می‌کنند و تجربه‌های متفاوتی از اسارت را برای فرد اسیر رقم می‌زنند (۳). مطالعه King و همکاران در پژوهشی نشان داد که سن، سطح تحصیلات و شکنجه‌های جسمی در زمان اسارت با پریشانی‌های روانی مرتبط هستند و سازگاری کمتری را در سه دهه پس از آن نشان می‌دهند. همچنین شکنجه‌های جسمی اثر سودمند نیز داشته‌اند که یکی از آن‌ها، افزایش ارزیابی مثبت تجربه‌های نظامی در اواخر زندگی بوده است. نتایج نشان داد که منابع شخصی سنین بالاتر و تجربه‌های نامطلوب اوایل زندگی می‌تواند اثراتی در طول زندگی داشته باشد و بر کیفیت زندگی به شیوه‌ای مثبت و منفی تأثیر گذارد (۴).

اسرای جنگی و خانواده‌های آنان طیف وسیعی از آسیب‌های حاد و مزمن؛ از قبیل اختلالات خلقی و اضطرابی، علایم سایکوتیک، پرخاشگری، استرس، اضطراب، افسردگی و همچنین مسایل اقتصادی، تنش‌های خانواده و دیگر مشکلات را به دلیل آثار و عوارض دوران جنگ و اسارت تجربه می‌کنند. بنابراین در مجموع همه این مشکلات جسمی و روانی می‌تواند با ایجاد ناراضی از استانداردهای زندگی، بر کیفیت زندگی و روابط زناشویی و تاب‌آوری آزادگان و خانواده‌هایشان تأثیر سویی داشته باشد (۵).

کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوج‌ها؛ مانند سازگاری، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد است (۶). کیفیت روابط زناشویی و میزان شادمانی تابع نحوه تعامل زن و شوهر و شیوه‌های رو به رو شدن آنها با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است. (۷). Mas و همکاران بیان کردند که بهبود کیفیت زندگی زناشویی یک حس پویای سلامت خانواده است که در آن افراد و نیازهای سطح خانواده با هم در تعامل‌اند (۸). متخصصان حوزه خانواده تأکید دارند که نقش‌های خانوادگی عاملی

تأثیرگذار بر سایر نقش‌های فردی و اجتماعی افراد است (۹). سلامت افراد خانواده در گرو سلامت خانواده است و در این میان چگونگی رابطه زناشویی نقشی اساسی ایفا می‌کند، به گونه‌ای که سنگ بنای سلامت خانواده، سلامت رابطه زناشویی است (۱۰).

شواهد پژوهشی بیانگر این واقعیت است که زوج‌هایی که رابطه زناشویی کارآمد و رضایت‌بخش دارند (۱۱)، پویایی مثبت زناشویی بیشتری را در طول عمر ازدواج خود تجربه می‌کنند (۱۲). یافته‌های مطالعه خدادادی سنگده و احمدی بیانگر این بود که توجه جدی به رابطه زناشویی برای برخورداری از سلامت خانواده، حائز اهمیت است. بنابراین، لزوم توجه جدی به این عوامل برای هر گونه اقدام و برنامه‌ریزی در زمینه سلامت خانواده‌های نظامی اهمیت اساسی دارد (۱۳). همچنین مطالعات پناهی و همکارانش نشان داد که هرچه تاب‌آوری افزایش یابد کیفیت زندگی زناشویی نیز افزایش می‌یابد و برعکس (۱۴).

هر خانواده در هر مرحله از زندگی، بحرانها، درگیری‌ها و نیازهای سازگاری ویژه‌ای دارد. مفهوم تاب‌آوری خانواده نیز به معنای توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و کسب تعادل پس از بحران است و شامل مؤلفه‌های ارتباط خانوادگی و حل مسأله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم‌انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای مشکلات است (۱۵). واژه تاب‌آوری خانواده به فرایندهای انطباقی و مقابله‌ای خانواده به عنوان یک واحد کارکردی اشاره دارد (۱۶). در شرایط آسیب‌زا به خصوص آسیب‌های عودکننده پیچیده و پیش‌رونده، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان، ممکن است از هم گسیخته شوند، همچنان که این امر با زندگی در جنگ و نواحی پر تعارض تجربه شده‌است. (۱۷). تاب‌آوری خانواده یک چارچوب نظری برای فهم ظرفیت خانواده‌ها در مواجهه شدن با بحران‌ها، چالش‌ها، ناراحتی‌ها، حل موفقیت آمیز آنها و سازگاری را فراهم می‌کند. وقتی یک بحران یا استرس وارد می‌شود، خانواده‌ها سعی می‌کنند بین نیازها و ظرفیت‌هایشان تعادل برقرار کنند (۱۸).

پژوهش‌های اندکی در زمینه تاب‌آوری خانواده صورت گرفته است که تنها یک یا چند بُعد خانواده مورد توجه قرار گرفته است، مانند تاب‌آوری و الگوی ارتباطی خانواده (۱۹). تحقیقات نشان می‌دهد که در خانواده‌های تاب‌آور از مهارت‌های حل مسأله شناختی به خوبی استفاده می‌شود (۲۰). پژوهشگران دریافته‌اند خانواده تاب‌آور از منابع تاب‌آور مانند مهارت‌های شناختی، ثبات فرهنگی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند و توانایی استفاده از مهارت‌های هیجانی را به‌طور فعال دارند. هیجانات و منطق از مؤلفه‌های ضروری در تاب‌آوری خانواده هستند (۲۱).

امروزه تاب‌آوری در حوزه‌های بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای برای خود کسب کرده است و بیش از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های

روش‌ها

این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود جامعه آماری مورد بررسی شامل کلیه آزادگان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دیواندره، استان کردستان در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. با عنایت به این که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر توصیه می‌شود، تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی و به شیوه قرعه‌کشی براساس لیست افراد توسط بنیاد شهید شهرستان در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: موافقت و رغبت افراد برای شرکت در پژوهش طبق برنامه درمان، شرکت نکردن همزمان در برنامه‌های دیگر درمانی، آگاهی از فرایند و مدت زمان پژوهش و آمادگی جسمی و روانی در جلسات بود و همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: حاضر نشدن در جلسات بیش از یک مورد، ابراز عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، بیماری و ... و شرکت در دوره‌های مشابه در گذشته یا همزمان با پژوهش.

در آغاز مطالعه سن و تحصیلات و مدت اسارت همه افراد ثبت شد. سپس در شرایط یکسان و به صورت همزمان برای هر دو گروه آزمایش و گواه، ابتدا به منظور ارزیابی شرکت‌کنندگان به عنوان نمونه پژوهش، دو آزمون کیفیت زندگی زناشویی (RDAS) و تاب‌آوری خانواده (FRAS) به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. به این صورت که نسخه چاپی پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در مکان سالن جلسات اداره آموزش و پرورش شهرستان که پژوهشگر به صورت اختصاصی برای این دوره فراهم نموده بود در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به آنها توضیحات لازم در مورد تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. سپس گروه آزمایش به مدت ده جلسه و هر جلسه به مدت دو ساعت (در طول دو ماه) توسط پژوهشگر تحت آموزش تاب‌آوری قرار گرفت و در این مدت گروه کنترل تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفت و روال عادی خود را طی نمود. سپس با شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به منظور شرکت در جلسات درمان، قرارداد بسته شد. برنامه مداخله و آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری در ۱۰ جلسه رسمی برگزار شد که مطابق پروتکل آموزشی می‌باشد (۳۱). که این پروتکل آموزشی در اکثر تحقیقات مشابه استفاده، اجرا و نتایج مشابهی در پی داشته است. لذا می‌توان گفت دارای روایی و اعتبار لازم برای استفاده در این پژوهش می‌باشد.

خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی و فرآیند هر جلسه متشکل از: ۱. واری نكات و تکالیف جلسه قبل ۲. آموزش مستقیم به روش سخنرانی ۳. بحث گروهی ۴. چالش فکری ۵. جمع‌بندی جلسه و روش‌هایی همچون: بارش فکری، بررسی سود و زیان، قالب‌گیری مجدد، داستان‌گویی، بازی نقش و غیره در طول جلسات مورد استفاده قرار گرفت. جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی انجام شد. جلسات به صورت یک جلسه ۲

بهبودی مطرح است (۲۲). در روان‌شناسی، تاب‌آوری فرآیند پویای سازگاری مثبت و موفقیت‌آمیز در شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده است (۲۳). با وجود اینکه تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند. به عبارت دیگر تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و تغییر ناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی آن را دارند (۲۴).

تاب‌آوری به عنوان توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار تعریف و باعث می‌شود که فرد در برابر استرس‌های روزمره زندگی از خود انعطاف نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد. در نتیجه، رویدادهای استرس‌آور زندگی روزمره نمی‌تواند باعث آسیب جدی در فرد شود و از سویی دیگر تاب‌آوری پایین باعث می‌شود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویدادهای استرس‌آور به حالت قبلی خود برگردد (۲۵). بررسی پژوهش‌ها نشان‌دهنده آن است که تاب‌آوری روان‌شناختی باعث افزایش توانمندی فرد در موقعیت‌های دشوار و بالینی می‌شود (۲۶). به طوری که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی وجود دارد (۲۷).

همان گونه که اشاره شد، یکی از مصائب انسانی، جنگ است و عواقب آن معلولیت و اسارت است که به تحقیقات چندی در این زمینه اشاره می‌شود. پژوهش ایدلخانی و حیدری نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر ارتقای کیفیت زندگی همسران جانبازان اثرگذار است و بر ارتقای سلامت روان آنان تأثیر معنی‌داری دارد (۲۸). در مطالعات مداخله‌ای مطالعه بهمنی و همکاران آموزش مهارت‌های تاب‌آوری موجب سلامت روان سربازان شد (۲۹). بررسی تاب‌آوری روانی در آسیب‌دیدگان جنگ عراق نشان داد کسانی که تاب‌آور هستند، نسبت به کسانی که این ویژگی را ندارند، وظایف فعالانه‌ای دارند و در اختلالات روانی نمره کمتری گرفته و مشکلات روانی-اجتماعی کمتری دارند. و همچنین درک بیشتری از اهداف کنترل داشته و بیشتر مورد حمایت خانوادگی قرار می‌گیرند (۳۰). بنابراین با توجه به اینکه تاب‌آوری با بهداشت روانی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است و جنگ مسئله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی‌های سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار دراز مدتی بر جسم و روان افراد می‌گردد و همچنین اینکه ایران در دوران جنگ متحمل خسارات شدیدی در بعد انسانی شده است، اهمیت رسیدگی به وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان و خانواده آنان لازم و ضروری است و در این راستا تحقیقاتی صورت نگرفته است. لذا توجه به اهمیت و ضرورت این مسأله در مورد آزادگان، این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان انجام شده است.

توسط اسپینر و بر اساس نظریه لیوایز و اسپینر در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۴ سوالی به صورت طیف ۶ تایی از (۱ همیشه اختلاف تا ۵ توافق دائم داریم) نمره گذاری می‌شود. این ابزار از سه حوزه مقیاس توافق، رضایت و انسجام تشکیل شده است که در مجموع، نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند. نمرات بالا، نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه Hollist Miller برای سه حوزه مقیاس توافق، رضایت و انسجام به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش یوسفی، ضرایب آلفای کرونباخ و تصحیف پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه (توافق ۰/۸۲، رضایت ۰/۸۳، انسجام ۰/۸۶ و کل ۰/۹۲) استخراج شده است و به تفکیک جنس، رضایت‌بخش و بالا بوده (بالای ۰/۷۰)، که حاکی از همگونی و همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه هستند (۳۲).

ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد. اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده شد و همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند و یافته‌های پژوهش به صورت کلی و بدون ذکر نام و مشخصات گزارش و مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تحلیل داده‌های آماری: داده‌های حاصل از پژوهش به کمک نرم افزار SPSS18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر متغیرهای کیفیت زندگی زناشویی و تاب آوری خانواده، آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد استفاده قرار گرفت.

ساعته در هفته برگزار شد. در آخرین جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه (گوا و آزمایش) اجرا شد و در نهایت به طور مجدد دو گروه بعد از دو ماه، در پیگیری به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند.

ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه سنجش تاب‌آوری خانواده (FRAS): این مقیاس ابزاری استاندارد برای اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده است که به وسیله Sixbey براساس نظریه سیستم خانواده Walsh ساخته شده است. با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی محسوب می‌شود که به صورت ۰- کاملاً غلط تا ۴= کاملاً درست است، نمره‌گذاری می‌شود. ۶۶ آیتم دارد که به بررسی میزان تاب‌آوری خانواده می‌پردازد و دارای سه خرده مقیاس (ارتباط و حل مسئله، منابع مذهب/ اجتماعی، پذیرش مشکل) است. حداقل نمره اکتسابی ۶۶ و حداکثر نمره ۲۰۴ است. نمره بالا، نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای خانواده و نمره پایین، نشان‌دهنده سطح پایین تاب‌آوری است. در پژوهش Sixbey نمره کل پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش می‌دهد و روایی آن را با استفاده از روایی سازه، روایی ملاکی پیش‌بین و همزمان بررسی نموده است. این پرسشنامه در ایران نیز به وسیله سادات حسینی و حسین چاربی، ترجمه و اعتباریابی شد و نتایج نشان داد که ابزاری مناسب و دارای شواهد روان‌سنجی برای سنجش خانواده ایرانی است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه (۰/۹۳) و برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه (ارتباط و حل مسئله، ۰/۹۳، منابع مذهب/ اجتماعی ۰/۸۰، پذیرش مشکل، ۰/۷۶) به دست آمد (۱۵).

پرسشنامه کیفیت زناشویی فرم تجدیدنظر شده (RDAS): این پرسشنامه توسط Busby و همکاران ساخته شده است و ۱۴ سوال دارد. فرم اصلی این مقیاس ۳۲ سوال دارد که

جدول-۱. شرح جلسات آموزش تاب‌آوری (۳۱)

جلسه اول	آشنایی اعضاء با هم و اجرای پیش‌آزمون، معارفه با اعضای گروه، آشنایی با برنامه و هدف آشنایی اعضا با مفهوم تاب‌آوری
جلسه دوم	آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود: ارائه تعریف از خودآگاهی و مؤلفه‌های اصلی آن، شناخت نقاط قوت و ضعف با بارش فکری، خودآگاهی نسبت به اهداف.
جلسه سوم	تقویت عزت نفس: ادامه درک روشنی از عزت‌نفس، شناسایی ضعف‌های خود و تلاش برای برطرف کردن آن‌ها.
جلسه چهارم	ارتقاء توانایی افراد در برقراری ارتباط: بیان تعریف ساده از ارتباط، بیان روش‌های برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان، بیان پی بردن به اهمیت ارتباط در زندگی
جلسه پنجم	برقراری روابط اجتماعی، نقش حمایت اجتماعی در شرایط دشوار، تشخیص ویژگی‌های روابط اجتماعی صحیح
جلسه ششم	تعیین هدف، تمییز دادن اهداف کوتاه و بلند مدت، تعیین چند هدف کوتاه و بلند برنامه‌ریزی برای رسیدن به آن
جلسه هفتم	خودکارآمدی و تأثیر آن در زندگی، بیان مفهوم تصمیم‌گیری و معیارهای یک تصمیم خوب، پذیرش مسئولیت تصمیمات خود
جلسه هشتم	خودکارآمدی از طریق حل مسأله آشنایی حل مسئله و مراحل آن، تفکر در مورد مشکلات خود و ارائه راه‌حل در مورد آن و آشنایی با مسئولیت‌پذیری و بیان مسئولیت‌های خود در زندگی، میزان موفقیت در آن‌ها و تفکر در مورد عدم موفقیت در برخی مسئولیت‌ها و ارائه راهکار
جلسه نهم	مدیریت خشم، استرس و اضطراب و نشانه‌های آن، ارائه چند راهبرد رفتاری برای کنترل خشم، آموزش ریلکسیشن و تمرکز بر تنفس
جلسه دهم	پرورش حس معنویت و ایمان: بحث در مورد نقش معنویت در زندگی، ارائه مفهوم خوش‌بینی و امیدواری در زندگی و تأثیر خوش‌بینی و امیدواری در زندگی و جمع‌بندی کل و خلاصه‌ای از کل جلسات بحث شده و اجرای پس‌آزمون

نتایج

شرکت‌کننده با میانگین سنی $52/67 \pm 2/02$ سال و دارای تحصیلات زیردیپلم (۴۰ درصد)، دیپلم (۵۳/۳ درصد) و فوق‌دیپلم و بالاتر (۶/۷ درصد) و مدت اسارت با میانگین (۲ سال) بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و گواه در (جدول-۲) بیان شده است.

در پژوهش حاضر ۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل با میانگین سنی $52/06 \pm 1/58$ سال و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۰ درصد)، دیپلم (۵۳/۳ درصد) و فوق دیپلم (۶/۷ درصد) و مدت اسارت با میانگین (۱۸ ماه) بودند. در گروه آزمایش ۱۵ نفر

جدول-۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته (کیفیت زناشویی و تاب‌آوری خانواده) در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زناشویی	توافق	۲۲/۶	۴/۸۶	۲۴/۲۶	۳/۳۹	۳/۴۰
	گواه	۲۴/۲	۴/۲	۲۳/۶۶	۳/۸۶	۳/۹۹
رضایت	آزمایش	۸/۸	۳/۴۲	۱۲/۷۳	۲/۷۶	۲/۶
	گواه	۸/۷۳	۳/۱۷	۸/۷۳	۲/۹۳	۳/۳۳
انسجام	آزمایش	۱۰/۶	۳/۹۶	۱۲/۳۳	۲/۲۸	۲/۳۶
	گواه	۱۱/۴۶	۲/۸۵	۱۱/۱۳	۲/۷۷	۲/۸۴
تاب‌آوری خانواده	ارتباط و حل مسئله	۱۰۸/۳۳	۱۰/۲	۱۱۵/۴	۶/۲۸	۶/۹۱
	گواه	۱۱۰/۴	۱۹/۴۱	۱۰۶/۵	۱۴/۴۸	۱۳/۹۹
منابع مذهبی/اجتماعی	آزمایش	۴۴/۶	۴/۳	۴۸/۶	۳/۷۷	۳/۷
	گواه	۴۲/۸	۴/۸۱	۴۲/۳	۴/۸۵	۴/۴۸
پذیرش مشکل	آزمایش	۲۸/۴	۲/۷۹	۳۱/۶۶	۱/۹۵	۱/۷۵
	گواه	۲۸/۶	۴/۷	۲۸/۸	۴/۶۷	۴/۷۶

جهت بررسی مفروضه همگونی کوواریانس‌های متغیر وابسته از آزمون باکس استفاده گردید ($P < 0/01$) $F=1/89$ و $Boxes = 51/91$ (M). معنی‌دار بودن آزمون باکس نشان می‌دهد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار نیست، پس لازم است در تفسیر نتایج آزمون، شاخص اثر پیلایی گزارش شود. جهت بررسی وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت ادامه تحلیل کوواریانس از آزمون کرویت بارتلست استفاده شد.

معنی‌دار بودن آزمون نشان داد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($P < 0/01$) و $Chi = 106/04$ $Df=20$ (square). آزمون لون نیز فرض همگنی رگرسیون متغیرهای وابسته را تایید نمود. بعد از بررسی و تایید پیش فرض‌ها آزمون مانکووا تحلیل انجام شد.

همانطور که در جدول-۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تاب‌آوری خانواده و ابعاد کیفیت زندگی زناشویی به نسبت پیش‌آزمون افزایش یافته است. در حالی که نمرات افراد گروه گواه تغییر چشمگیری را نشان نمی‌دهد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تاب‌آوری بر ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، لازم است مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گیرد و داده‌ها غربالگری شوند. جهت بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از روش ترسیم نمودار Q-Q نرمال و آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نرمال بودن داده‌ها را در هر دو متغیر وابسته نشان داد.

جدول-۳. تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) بر روی پس‌آزمون و مرحله پیگیری نمرات ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی گروه‌های (آزمایش و گواه) با کنترل پیش‌آزمون

اثر	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجذور اتای سهمی	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۹	۲۳/۵۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۷	۲۳/۵۳	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳	۱
اثر پیلایی	۰/۸۹	۲۴/۴۹	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۸	۲۴/۴۹	۶	۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نتایج حاصل از تحلیل مانکووا نشان می‌دهد که پس از تعدیل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش

($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .084$ و $F = 24/4$ = لامبدای ویلکز). شاخص مجذور اتای سهمی یا ضریب تأثیر حدود $.084$ است. این بدین معناست که ۸۹ درصد واریانس نمرات پیگیری آزمون ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی مربوط به تأثیر مداخلات درمانی است.

چون اثر اصلی درمان معنادار بود بررسی با آزمون‌های F یک راهه و با سطح آلفای تعدیل شده بونفرونی ($.008$) بر روی نمرات ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی ادامه یافت که نتایج در جدول ۴- بیان شده است.

حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .089$ و $F = 23/53$ = اثر پیلایی). بر اساس شاخص مجذور اتای سهمی یا ضریب تأثیر حدود $.089$ است. این بدین معناست که ۸۹ درصد واریانس نمرات پس آزمون ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی مربوط به تأثیر مداخلات درمانی است. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا در مرحله پیگیری نشان داد که پس از تعدیل پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (نمرات پیگیری ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد

جدول-۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون و مرحله پیگیری نمرات ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت زناشویی گروه‌های (آزمایش و گواه) با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی	توان آماری
توافق	گروه	۲۲/۴۶	۱	۱۶/۵	.۰۰۱	.۰۴۲	.۰۹۷۳
	خطا	۲۹/۹۴	۲۲				
رضایت	گروه	۱۲۲/۱۵	۱	۴۰/۳۳	.۰۰۱	.۰۶۴	۱
	خطا	۶۶/۶۳	۲۲				
انسجام	گروه	۱۹/۵۴	۱	۱۱/۹۲	.۰۰۲	.۰۳۵	.۰۹۱
	خطا	۳۶/۰۵	۲۲				
ارتباط و حل مسئله	گروه	۷۹۹/۵۷	۱	۳۵/۷۲	.۰۰۱	.۰۶۲	۱
	خطا	۴۹۲/۴۲	۲۲				
منابع مذهبی/اجتماعی	گروه	۱۳۴/۸۳	۱	۶۰/۳۶	.۰۰۱	.۰۷۳۳	۱
	خطا	۴۹/۱۳	۲۲				
پذیرش مشکل	گروه	۵۹/۱۸	۱	۶۲/۳۲	.۰۰۱	.۰۷۳۹	۱
	خطا	۲۰/۸۹	۲۲				
توافق	گروه	۲۵/۷	۱	۲۰/۱	.۰۰۱	.۰۴۷	۱
	خطا	۲۸/۰۸	۲۲				
رضایت	گروه	۶۰/۹	۱	۱۰/۷	.۰۰۳	.۰۳۲	.۰۸۷
	خطا	۱۲۵/۲۲	۲۲				
انسجام	گروه	۴۱/۰۲	۱	۱۶	.۰۰۱	.۰۴۲	.۰۹۶
	خطا	۵۷/۷	۲۲				
ارتباط و حل مسئله	گروه	۹۵۸/۹	۱	۴۱/۲	.۰۰۱	.۰۶۵	۱
	خطا	۵۱۱/۸	۲۲				
منابع مذهبی/اجتماعی	گروه	۵۲/۸	۱	۲۲/۳	.۰۰۱	.۰۵	۱
	خطا	۵۲/۱	۲۲				
پذیرش مشکل	گروه	۵۸/۷	۱	۳۹/۲	.۰۰۱	.۰۶۴	۱
	خطا	۳۲/۹	۲۲				

داشت. همچنین مقایسه نمرات پس آزمون ابعاد تاب‌آوری نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نمرات ابعاد ارتباط و حل مسئله ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .062$ ، $F = 22/35/7$ ، منابع مذهبی/اجتماعی) و پذیرش مشکل ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .073$ ، $F = 60/36$ ، $F = 22$) و بعد پذیرش مشکل ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .074$ ، $F = 62/32$ ، $F = 22$)، تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. این بدین معناست که درمان مبتنی بر آموزش تاب‌آوری نمرات افراد را در ابعاد تاب‌آوری خانواده و کیفیت

نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در مرحله پس آزمون و پیگیری با استفاده از آلفای میزان شده بونفرونی ($.008$) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت زناشویی توافق ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .042$ ، $F = 16/5$ ، $F = 22$)، رضایت ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .064$ ، $F = 40/33$ ، $F = 22$) و بعد انسجام ($P < .001$ و $\partial \eta^2 = .035$ ، $F = 11/92$ ، $F = 22$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود

عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و از آنها در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می‌کند (۳۴). با توجه به اینکه توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند که شرایط استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی نه تنها جان سالم به در برد، بلکه بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و چون تاب‌آوری فرایندی پویاست که به متن زندگی وابسته است، وقتی به طور موفقیت‌آمیز کسب شود، قابلیت‌های فردی را تقویت می‌کند. به‌طور کلی به مفهوم پیامدهای مثبت، به‌رغم تجربه‌های ناگوار، ناملایمات، عملکرد مثبت و مؤثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه یا واقعه مهم است (۳۵).

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه به نظر می‌رسد که برنامه‌های مبتنی بر تاب‌آوری، باعث ایجاد راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شود که از این راه آن‌ها می‌توانند تاب‌آوری خانواده و کیفیت زندگی زناشویی خود را افزایش دهند. پس تاب‌آوری به افراد توانایی می‌دهد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبرو شوند و بدون این که آسیب ببینند و حتی از این موقعیت‌ها به عنوان فرصتی برای ارتقاء و رشد شخصیت خود استفاده کند (۳۴).

از آنجایی که کیفیت روابط زناشویی شامل نحوه تعامل زن و شوهر و شیوه‌های مقابله آن‌ها با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی است، کیفیت روابط زناشویی، نقشی اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (۷). پس تاب‌آوری تأثیر چشمگیری در بهبود روابط و کیفیت زندگی زناشویی آزادگان دارد و این، قدرت سازگاری و انعطاف‌پذیری و تحمل افراد را بالا خواهد برد و باعث می‌شود که آنان در زندگی زناشویی موفق‌تر عمل کنند.

تاب‌آوری یکی از توانمندی‌های مهم برای مواجهه با بحران‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا است و خانواده نقش مؤثری در شکل‌گیری آن دارد (۳۶). خانواده‌های با تاب‌آوری بالا، به دلیل اینکه می‌توانند به خوبی با هم ارتباط برقرار کنند، برای حل مشکلات از راهبردهای کارآمدی همچون حل مسأله استفاده می‌کنند. در صورت نیاز می‌توانند از کمک دیگران و یا منابعی که می‌تواند به آنها در کاهش مشکلات کمک کند، یاری بگیرند. در نتیجه از توانمندی بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری برخوردارند. همچنین بین اعضای خانواده انسجام، پیوند و صمیمیت وجود دارد و می‌توانند در لحظات سخت و دشوار کنار هم باشند و از همدیگر حمایت کنند.

آموزش تاب‌آوری مطابق پروتکل، باعث افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میان فردی و مهارت‌های اجتماعی و هدفمندی می‌شود (۳۷). افراد تاب‌آور با خوش‌بینی، پشتکار، احترام به خود (۳۸)، هدفمندی و ارتباط خوب با دیگران این توانایی را پیدا می‌کنند که بر مشکلات زندگی چیره شده و هم سلامت روانشناختی خود را حفظ کنند.

زناشویی بهبود بخشیده است. بر اساس مجذورات اتای سهمی به دست آمده ۴۲ درصد از تغییرات نمرات پس از آزمون بعد توافق، ۶۴ درصد تغییرات بعد رضایت، ۳۵ درصد از تغییرات بعد انسجام، ۶۲ درصد از تغییرات بعد ارتباط و حل مسئله، ۷۳ درصد از تغییرات بعد منابع مذهبی / اجتماعی و ۷۴ درصد از تغییرات بعد پذیرش مشکل ناشی از مداخلات درمانی بوده است.

در مرحله پیگیری نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه با استفاده از آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۰۸) بیانگر این واقعیت است که پس از تعدیل پیش آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ نمرات پیگیری کلیه خرده مقیاس‌ها تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/008$). معنی‌دار بودن تفاوت آماری بدین معناست که نمرات پیگیری به نسبت پس از آزمون تغییر محسوس نداشتند و تأثیر مداخلات درمانی از ثبات نسبی برخوردار بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده در افراد آزاده (اسیران جنگی) انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها بیانگر آن است که آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زناشویی تغییرات معناداری را در نمرات ابعاد کیفیت زناشویی آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون ایجاد کرده است این یافته‌ها بدین معناست که نمرات کیفیت زناشویی آزادگان در ابعاد توافق، رضایت و انسجام پس از آموزش افزایش یافته است. پس، آموزش تاب‌آوری تأثیر معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی زناشویی آزادگان ایجاد کرده است و مداخله، نتیجه بخش بوده است.

تا جایی که بررسی‌ها نشان داد که پژوهشی دقیقاً با عنوان مطالعه حاضر یافت نشد و این روش تا کنون در نمونه آزادگان اجرا نشده است. ولی نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی در مورد اثربخشی تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زناشویی با بسیاری از یافته‌های پژوهشی دیگر همسو است (۳۰-۲۶، ۱۴-۱۱).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری تغییرات معناداری را در نمرات تاب‌آوری خانواده آزادگان گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون ایجاد کرده است. این یافته‌ها بدین معناست که تاب‌آوری خانواده آزادگان در ابعاد ارتباط و حل مسأله، منابع مذهبی / اجتماعی و پذیرش مشکل پس از آموزش افزایش یافته است. پس آموزش تاب‌آوری توانسته ابعاد تاب‌آوری خانواده آزادگان را بالا ببرد و مداخله تأثیرگذار بوده است. نتایج حاصل از این پژوهش با بسیاری از یافته‌های پژوهشی دیگر همسو است (۳۰-۲۶، ۲۱-۱۹).

پس به لحاظ نظری می‌توان گفت تاب‌آوری بیانگر توانایی فرد جهت سازش‌یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب و عوامل درهم تنیده زندگی است. به عبارت دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط نامطلوب است (۳۳). تاب‌آوری

محدودیت‌ها، در این پژوهش، چون طرح پژوهش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری انجام شده است، تأثیر عوامل مداخله‌گری مانند عوامل انگیزشی پاسخ‌دهندگان، عوامل زمینه‌ای و بافتی و فرهنگی در شهرستان محل پژوهش و حتی شخصیت درمانگر، بر نتیجه پژوهش تأثیر می‌گذارند و کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج است و این عوامل از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر هستند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، برنامه آموزش تاب‌آوری می‌تواند بر تاب‌آوری خانواده افراد و بر ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی و سلامت روان آزادگان عزیز مؤثر باشد و مطابق یافته‌های پژوهش در مرحله پیگیری نیز ثبات و پایداری مداخلات و آموزش حفظ شده است. پس تأثیر با ثبات و پایدار را نشان داده است. پیشنهاد می‌گردد، با توجه به این‌که روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش به ندرت به کار گرفته شده است و از سویی سابقه پژوهشی مشابه در مورد افراد آزاده در کشور کم انجام شده است، در مطالعات آتی با کنترل این محدودیت‌ها، کارایی این روش درمانی به صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر برای آزادگان در سایر نقاط کشور مورد بررسی قرار گیرد.

نکات کاربردی برای جوامع نظامی

- توجه به امر مداخله و آموزش تاب‌آوری و تأثیر آن می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی، قدرت مقابله با مشکلات خانوادگی آزادگان مؤثر باشد.
- از نتایج مطالعه می‌توان در افزایش سازگاری و کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آزادگان استفاده نمود. چون که آموزش تاب‌آوری باعث تقویت فرایندهای خانوادگی محافظت‌کننده و تقویت عزت نفس و خودبستگی آنان و خانواده‌هایشان می‌شود.
- این افراد بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی کنار بیایند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی: از مسئولان محترم بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دیواندره و آزادگان عزیز که با همکاری خود به انجام پژوهش کمک کردند، نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید. این پژوهش براساس مجوز و کد ۹۵/۱۰/۸-۱۷۰۲۷/۸۲۰/۷۳۶ بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان دیواندره انجام شده است.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در ارائه ایده و طرح اولیه، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش اولیه مقاله یا

همچنین به افراد کمک می‌کند تا عزت نفس و احترام به خود را یاد بگیرند. وقتی عزت نفس افزایش می‌یابد فرد احترام و ارزش بیشتری برای خود قائل می‌شود و در نتیجه خود را همان‌گونه که هست به عنوان فردی قابل احترام می‌پذیرد، به این ترتیب کسب توانایی تاب‌آوری، پذیرش خود که مربوط به حیطه روانشناختی است، در افراد افزایش می‌یابد.

در برنامه آموزش تاب‌آوری افراد روش‌های برقراری ارتباط صحیح را می‌آموزند. آنها در جریان آموزش از اهمیت و نقش حمایت اجتماعی آگاه می‌شوند و در نتیجه در تعامل با دیگران بهتر عمل می‌کنند.

بنابراین آموزش باعث می‌شود که مؤلفه روابط مثبت با دیگران در افراد ارتقاء یابد. از دیگر مؤلفه‌های تاب‌آوری، خود آگاهی و آشنایی با حل مسئله و مراحل آن و تفکر در مورد مشکلات خود و ارائه راه حل برای آنهاست. پس آموزش تاب‌آوری به افراد کمک کند تا خود مختاری خود را در رابطه با مشکلات ارتقاء دهند (۳۹). از سوی دیگر افزایش توان حل مسئله و آموختن راهبردهای کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی می‌تواند حس تسلط فرد بر محیط را نیز ارتقاء دهد، و کمک کند تا زندگی هدفمند و با کیفیتی داشته باشد و به اهداف خود در زندگی معنا ببخشند و با ایجاد حس امیدواری و خوش‌بینی در زندگی، به رشد فردی خود ادامه دهند (۳۸).

یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش تاب‌آوری در مرحله پیگیری، بعد از گذشت دو ماه اثربخشی خود را حفظ کرده است و نمرات آن نسبت به گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش حاکی از پایداری و ثبات این مداخله در مرحله پیگیری (دوماهه) است.

در اصل تعمیم و حفظ تغییر بخصوص در جلسات آخر، بخش‌های ضمنی مداخله و آموزش در طول جلسات بوده اند که این مسئله به ثبات نتایج بدست آمده در مرحله پیگیری کمک کرده است. پس بر اساس نتایج، تاب‌آوری خانواده و کیفیت زندگی زناشویی از طریق آموزش تاب‌آوری افزایش می‌یابد و نتایج مثبت آن در ارتقاء بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده آنان آشکار خواهد شد. لذا توجه به نتیجه پژوهش و پژوهش‌های قبلی، توجه به امر مداخله و آموزش تاب‌آوری و تأثیر آن می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی، قدرت مقابله با مشکلات خانوادگی آزادگان مؤثر باشد. آزادگان از دوران استرس‌زای اسارت و عوارض و عواقب این وقایع از لحاظ روانی و جسمی دچار مشکلاتی هستند، پس سلامت روانی چنین افرادی که تحت تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند، به خطر می‌افتد؛ بنابراین تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن این عوامل، سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقاء توانمندی فرد در زمینه تاب‌آوری، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش سلامت روان و در نتیجه افزایش میزان رضایت‌مندی از زندگی فردی و خانوادگی خواهد بود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع:

- Solomon Z, Tsur N, Levin Y, Uziel O, Lahav M, Ohry A. The implications of war captivity and long-term psychopathology trajectories for telomere length. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;81:122-8. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.04.004
- Jacques J. Where nothing happened: The experience of war captivity and Levinas's concept of the 'there is'. *Soc Legal Stud*. 2017;26(2):230-48. doi:10.1177/0964663916661875
- Ursano RJ, Rundell JR. The prisoner of war. *War psychiatry*. Washington, D.C.: Office of the surgeon general (army) falls church va; 1995.
- King DW, King LA, Park CL, Lee LO, Kaiser AP, Spiro A, et al. Positive adjustment among American repatriated prisoners of the Vietnam War: Modeling the Long-Term effects of captivity. *Clin psychol Sci*. 2015;3(6):861-76. doi:10.1177/2167702614554448
- Ahmadi K, Shahi R, Habibi M. Qualification of studies conducted on the mental health status of veterans: A systematic review. *International Journal of Behavioral Sciences* 2011, 5(3):217-224.
- Troxel W. Marital quality, communal strength, and physical health: University of Pittsburgh; 2006.
- Crowley AK. The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction: Texas A M University; 2010.
- Mas JM, Baqués N, Balcells-B A, Dalmau M, Giné C, Gràcia M, et al. Family quality of life for families in early intervention in Spain. *J Early Intervention*. 2016;38(1):59-74. doi:10.1177/1053815116636885
- Kagiticbasi C. Family, self, and human development across cultures: Theory and applications. New York Routledge; 2017. doi:10.4324/9781315205281
- Schramm DG, Marshall JP, Harris VW, Lee TR. Religiosity, homogamy, and marital adjustment: An examination of newlyweds in first marriages and remarriages. *J Famil Issues*. 2011;33(2):246-68. doi:10.1177/0192513X11420370
- Walton E, Takeuchi DT. Family structure, family processes, and well-being among Asian Americans: Considering gender and nativity. *J Famil Issues*. 2010;31(3):301-32. doi:10.1177/0192513X09350873
- Chen JY-Y, Lim S-L. Factors impacting marital satisfaction among urban Mainland Chinese women: A qualitative study. *Asia Pacific J Counsell Psychoth*. 2012;3(2):149-60. doi:10.1080/21507686.2012.705306
- Khodadadi Sangdeh J, Ahmadi k. Effective marital factors in healthy of military families: A qualitative research phenomenological. *J Mli Psychol*. 2016;6(24):63-74.
- Panahi A, Fatehe Zade M. Studying the relationship between factors of psychological capital and marital life among Isfahanish couples. *Sci J Manag Sys*. 2014;5(17):139-56.
- Sadat Hosseini F, Hosseini M. The survey of validation and reliability of family resiliency scale. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2013;3(2): 181-209.
- Walsh F. Strengthening family resilience. Tehran: Danzhe; 2013.
- Walsh F. Family resilience: A collaborative approach in response to stressful life challenges. Resilience and mental health: Challenges across the lifespan. 12. New York, USA: Cambridge University Press; 2011. p. 149-61. doi:10.1017/CBO9780511994791.012
- Wen Y, Hanley J. Rural-to-urban migration, family resilience, and policy framework for social support in China. *Asian Social Work and Policy Review*. 2015;9(1):18-28. doi:10.1111/aswp.12042
- Kassis W, Artz S, Scambor C, Scambor E, Moldenhauer S. Finding the way out: A non-dichotomous understanding of violence and depression resilience of adolescents who are exposed to family violence. *Child Abuse Neglect*. 2013;37(2-3):181-99. doi:10.1016/j.chiabu.2012.11.001
- Berger R, Weiss T. The Posttraumatic Growth model: An expansion to the family system. *Traumatology*. 2009;15(1):63-74. doi:10.1177/1534765608323499
- Westphal RJ, Woodward KR. Family fitness. *Military Medicine*. 2010;175(suppl_8):97-102. doi:10.7205/MILMED-D-10-00238
- Greeff AP, Loubser K. Spirituality as a resiliency quality in Xhosa-speaking families in South Africa. *J Relig Health*. 2008;47(3):288-301. doi:10.1007/s10943-007-9157-7
- Loh JM, Schutte NS, Thorsteinsson EB. Be happy: The role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *J Happin Stud*. 2014;15(5):1125-38. doi:10.1007/s10902-013-9467-2
- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nurs*. 2016;37(4):266-72. doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, et al. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013;7:10. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010
- Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*. 2011;52(3):199-209. doi:10.1016/j.psym.2011.01.036
- Nawaz A, Malik JA, Batool A. Relationship between resilience and quality of life in diabetics. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan: JCPSP*. 2014;24(9):670-5.

28. Aidelkhani S, Heydari H. Measuring the effectiveness of resilience training on the mental health and quality of life of the handicapped veterans' wives. *J Mil Psychol*. 2016;7(17):67-80.
29. Bahmani B, Javadi MH, Khalilzadeh N, Mehraban S. The effectiveness of training esiliency skills on soldier's mental health. *J Psychol Psychiatry*. 2018; 5(4): 78-86. doi:10.29252/shenakht.5.4.78
30. Pietrzak RH, Southwick SM. Psychological resilience in OEF-OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *J Affect Disord*. 2011; 133(3):560-8doi:10.1016/j.jad.2011.04.028
31. Ashtari N, Pourebrahim T, Khodabakhshi Koolae A, Khoshkonesh A, Khatiban M. The efficacy of group awareness training of premenstrual syndrome on psychological resilience and quality of life in female high school students. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty*. 2015;23(1):63-73.
32. Yoosefi N. Evaluation of psychometric indices of Marital Quality Scale, revised form. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2012;1(2): 183-200.
33. Resnick B. Successful aging. Rooted in resilience. *Advance for NPs & PAs*. 2010;1(1):31-2.
34. Momeni k, Jalili Z, Mohseni R, Karami J, Saeedi M, Ahmadi SM. Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease. *J Clin Research in Paramed Sci*. 2015; 4(2):112-9.
35. Ghasem M, Hosseinchari M. Psychological resilience and Intrinsic - extrinsic motivation: The mediating role of self-efficacy. *Developmental Psychology: Iran Psychol*. 2012;9(33):61-71.
36. McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process. *Marriage & Family Review*. 1983; 6(1-2): 7-37.
37. Dyess SM, Prestia AS, Smit MC. Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. *Nurs Adm Q*. 2015;39:104-16. doi:10.1097/NAQ.000000000000101
38. Seidmahmoodi J, Rahimi C, Mohamadi N. Resiliency and religious orientation factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. *Iran J Psychiatry*. 2011;6:145-50.
39. Raoothman B, Kirsten. DK, Wissing MP. Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African J Psychol*. 2003, 33:212-18. doi:10.1177/0081246303303300403