

«زن و مطالعات خانواده»

سال یازدهم - شماره چهل و چهارم - تابستان ۱۳۹۸

ص: ۳۳-۶۱

تاریخ دریافت: ۹۸/۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۱۶

اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی شهرستان تبریز

علی حاجی زاده^۱

وحید خدایی مجد^۲

چکیده

برخی از افراد در شرایط خاص زندگی بیشتر در معرض صدمه و آسیب قرار دارند که مهمترین این افراد، زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی هستند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ زن بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایش در معرض آموزش تاب‌آوری قرار گرفت و برای گروه کنترل آموزشی ارائه نگردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب بک و کلارک و افسردگی بک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری سطح افسردگی و بر میزان اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد و باعث کاهش اضطراب و افسردگی در زنان می‌شود. بنابراین توجه به آموزش تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش مشکلات روان-شناختی زنان دارد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، زنان آسیب دیده.

^۱ . کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفر، تبریز، ایران

^۲ . استادیار گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

مقدمه

آسیب‌دیدگی در زنان به عنوان یک آسیب اجتماعی علاوه بر آثار و پیامدهای منفی در سطوح فردی و خانوادگی، از ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مشکلات فراوانی را برای جامعه در پی دارد. زنان آسیب دیده به مراتب بیشتر از زنان عادی از میان خانواده‌های ازهم گسیخته برخوردارند. فقر، اعتیاد، بی‌کاری، مهارجرت برای یافتن کار و مرگ و میر زودرس از مهمترین ویژگی‌های زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی است (پهلوان، ۱۳۹۶). متأسفانه آمار زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی در سال‌های اخیر افزایش یافته است و میزان افسردگی و اضطراب در آن‌ها بیشتر شده است (سانتلی، کارتر، اور و دیتوس^۱، ۲۰۱۲).

افسردگی^۲ به عنوان یکی از معمول‌ترین مسائل احساسی و عاطفی در زنان آسیب دیده نگهداری شده در مراکز بهزیستی مطرح است. افسردگی را چنین تعریف می‌کنند از بین رفتن علاقه و تمایل نسبت به انجام فعالیت‌های معمولی و تفریحات و سرگرمی‌ها. کاهش اشتها، بی‌خوابی و یا خواب زیاد، از دست دادن انرژی، خستگی و بی‌زاری، اضطراب و تشویش، کندی در انجام فعالیت‌ها، از دست دادن علاقه و یا فقدان احساس خشنودی رضایت و لذت نسبت به فعالیت‌های معمولی و همیشگی، ابراز شکایت و سرزنش خود و یا محکوم کردن بی‌مورد خویش، گله و شکایت از کاهش قابلیت تفکر و تمرکز گرفتن تصمیماتی در مورد خودکشی (دوبرستینا، پالسون، ویرن و اسکوک^۳، ۲۰۰۸). برخی آمارها نشان می‌دهند که یک سوم زنان به دلایل مختلف ممکن است در طول زندگی به افسردگی بالینی مبتلا شوند؛ در حالی که این میزان در مردان یک نهم است (سیدمحمدی، ۱۳۹۷). در میان افرادی که تحت درمان افسردگی هستند، نسبت زنان به مردان دو به یک و در میان افراد بستری در بیمارستان نیز همین نسبت وجود دارد. همچنین افسردگی عمده بیشتر زنان در فاصله‌ی سنی ۱۸ تا ۴۴ سال شایع است و معمولاً از اواخر دهه‌ی بیست زندگی شروع می‌شود. در این میان زنان آسیب دیده که در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شوند، نیز از اختلال افسردگی در امان نیستند (ویسمن، مارکوویستی و کلرمن^۴، ۲۰۰۷). به طوری که در پژوهشی مشخص گردید زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی دارای ۹۰٪ اختلال افسردگی و ۸۰٪ حساسیت در روابط بین فردی هستند. همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که مابشری و معزی (۱۳۸۹) میانگین نمرات افسردگی زنان مراکز

-
1. Santelli, Carter, Orr & Dittus
 2. depression
 3. Dubersteina, Palson, Waern & Skoog
 4. Weissman, MarkowitzJ & Klerman

توانبخشی شهر کرد، ۲۳/۱۱ درصد است. بنابراین با توجه به این آمار، میزان افسردگی و مشکلات روان‌شناختی در زنان آسیب دیده نگهداری شده در مراکز بهزیستی بالاتر است.

از سویی اضطراب^۱ یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌تواند زنان آسیب دیده را نیز تحت تأثیر قرار دهد. به طوری که اضطراب، احساس ناخوشی، نگرانی و یا تنشی است که فرد در پاسخ به شرایط تهدید کننده و یا فشارزا ارائه می‌کند. اضطراب می‌تواند خفیف و یا چنان شدید باشد که فرد را به هراس افکند، به طور طبیعی اضطراب گذراست اما هرگاه مدت زمان آن طولانی شود و یا در غیاب فشارهای روانی و یا تهدید ادامه یابد، آنگاه باید به عنوان یک مشکل تلقی شود (کاراکویان، گورکن، سهین، اورکین، آلانیالی و کینای^۲، ۲۰۱۴). در مطالعه‌ای شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) به این نتیجه دست یافتند که ۷۹/۸ درصد زنان از سلامت عمومی پایینی برخوردار بوده و اضطراب بالایی دارند. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص گردید که ۷۷ درصد زنان مراکز بهزیستی از سلامت روانی کامل برخوردار نبودند و اضطراب و مشکلات روان‌شناختی داشتند (حسینی، ستاره‌فروزان و امیرفریاد، ۱۳۸۸).

بنابراین با توجه به مشکلات روان‌شناختی و نرخ بالای اضطراب و افسردگی در زنان آسیب دیده لازم است تا مداخلاتی در زمینه کاهش این مشکلات روان‌شناختی به کار گرفته شود که یکی از این مداخلات آموزش تاب‌آوری^۳ است. تاب‌آوری به عنوان یک فرایند، توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده و به بیان دیگر، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (گارمزی و ماستن^۴، ۱۹۹۱). تاب‌آوری گنجایش و توان افراد و مقاومت آن‌ها در برابر شرایط استرس‌آور و همچنین به معنی بازگشت به عقب از حادثه‌ای ناگوار و بحران‌زا می‌باشد. در واقع تاب‌آوری به جای بازگشت ساده به حالت اولیه می‌تواند به معنای تغییر به حالت جدید که در محیط پایدارتر است دانست (ماتیاس^۵، ۲۰۱۵). افراد تاب‌آور در تحلیل کردن موقعیت‌ها از راهبردهای فراشناختی استفاده می‌کنند، آن‌ها رابطه قدیمی موقعیت خطرزا را به طور خلاقانه حذف می‌نمایند و آن را به ساختار جدیدی تغییر داده و از موقعیت پر خطر بستری از رشد و بالندگی خواهند ساخت (روز، میلر و مارتینز^۶، ۲۰۰۹). بنابراین با توجه به مبانی، تاب‌آوری یکی از راهبردهای مقابله با فشارهای روانی از جمله اضطراب و افسردگی است. به طوری که برخورداری زنان از این توانایی باعث می‌شود آن‌ها به رفتار سازگارانه در

-
1. anxiety
 2. Karakoyun-Celik, Gorken, Sahin, Orcin, Alanyali & Kinay
 3. resiliency
 4. Garnezy & Masten
 5. Matyas
 6. Rose, Miller & Martinez

موقعیت حل مسئله دست بزنند و ساده‌تر با مشکلات و شرایط ناگوار روبه‌رو شوند (هراوی و میلینی^۱، ۲۰۱۷). در این راستا زائو، کونگ و وانگ^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که زنانی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند در شرایط اضطراب‌زا از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و آموزش تاب‌آوری می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی زنان در مراکز بهزیستی را کاهش دهد. حسینی‌فشارکی و منشیی (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگر نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تأثیر مثبت معنادار داشته است و همچنین آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تا دوره پیگیری ۳۰ روزه ماندگار بوده است. در واقع آموزش تاب‌آوری بسیاری از مشکلات زنان آسیب دیده را کاهش داده است. حسینی‌فشارکی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگری به این نتیجه دست یافتند که آموزش تاب‌آوری بر مشکلات جسمانی و افسردگی خانواده‌های آسیب دیده شهر اصفهان تأثیر دارد و میزان افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد. قاجاریه، عالی‌پور، شهینی‌بیلاق و داوودی (۱۳۹۷) در پژوهش خود گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب می‌شود.

با توجه به موفقیت آموزش تاب‌آوری در درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت زنان آسیب دیده و توجه به این نکته که یکی از اهداف مراکز بهزیستی کاهش مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب و افسردگی این زنان است؛ بنابراین می‌توان با استفاده از آموزش تاب‌آوری در درمان زنانی که عمدتاً افرادی آسیب دیده از نظر روانی محسوب می‌شوند، زمینه بهبودی و سازگاری و بازگشت مجدد آن‌ها را در جامعه فراهم نمود و تا حدودی مشکلات آن‌ها را کاهش داد. بنابراین با توجه به مبانی و پیشینه پژوهشی و مسائلی که زنان آسیب دیده که تحت پوشش سازمان بهزیستی با آن مواجه هستند؛ ضرورت انجام پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. لذا با توجه به این مبانی نظری، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد؟

هدف کلی

تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی

-
1. Heravi & Milani
 2. Zhao, Kong & Wang

اهداف اختصاصی

۱- تعیین میزان اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی

۲- تعیین میزان اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی

فرضیه‌های پژوهش

۱- آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

۲- آموزش تاب‌آوری در کاهش اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته: افسردگی و اضطراب

متغیر مستقل: آموزش تاب‌آوری

متغیر کنترل: زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی

تعاریف مفهومی متغیرها

افسردگی: افسردگی شامل خلق افسرده در بخش عمده روز، کاهش علاقه و لذت در فعالیت‌ها، بی‌خوبی و احساس بی‌ارزشی در طول مدت دو هفته و انحراف از عملکرد قبلی تعریف می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اضطراب: اضطراب، احساس ناخوشایند و مبهم بدون علت مشخص است که اغلب با نشانه‌هایی از سیستم عصبی خودکار همراه است (بک^۱، ۲۰۰۶).

تاب‌آوری: تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست (لوتانز، لوتانز و لوتانز^۲، ۲۰۰۴).

تعاریف عملیاتی متغیرها

افسردگی: نمره‌ای است که شرکت‌کنندگان در پاسخ به سؤالات مربوط به پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۹) به دست آوردند.

اضطراب: نمره‌ای است که شرکت‌کنندگان در پاسخ به سؤالات مربوط به پرسشنامه اضطراب بک و کلارک (۱۹۹۸) به دست آوردند.

آموزش تاب‌آوری: منظور از تاب‌آوری، مداخلات آموزشی در طی ۱۲ جلسه دو ساعته، بر اساس محتوای برنامه آموزشی هندرسون، میلتن، کروتزوآنستیتیوی^۳ (۱۹۹۷) بود.

زنان آسیب دیده

نقش مهم زنان در خانواده و جامعه غیرقابل انکار است و بی توجهی به آن تبعات فردی، خانوادگی و اجتماعی زیادی را در پی دارد. عوامل زیادی چون خشونت، تبعیض جنسیتی بی توجهی و نادیده گرفتن بر این قشر مهم تاثیر مخرب فراوانی گذاشته است. زنانی که در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شوند، یکی از مواردی است که موجب تبدیل شدن زنان به قشر آسیب دیده شده است. از جمله تبعات حاصل از مشکلات برای زنان آسیب دیده، روابط فرازناشویی، ایجاد اختلالات و مشکلات روانشناختی، روسپیکری، افزایش تعداد فرزندان بی سرپرست، پرورش سبک فرزندپروری نامطلوب، کاهش اعتماد به نفس، کاهش عزت نفس و روی آوردن به مصرف مواد می باشد. بر اساس این موارد سلامت روان زنان کاهش یافته و اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب و آسیب به خود به وجود می‌آید. بنابراین زنان با خلق و

-
1. Beck
 2. Luthans
 3. Henderson, Militin & Krotzoakstivy

روحیه نامناسب و مضطرب نمی‌توانند در خانه و جامعه به خوبی ایفای نقش کنند. به همین ترتیب کم‌کم از جامعه و افراد فاصله می‌گیرند و با توجه به مشکلاتی که دارند در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شوند (پهلوان، ۱۳۹۶).

تعریف اضطراب

- از نظر روان‌پزشکی اضطراب: ناآرامی، هراس و ترس ناخوشایند همراه با احساس خطر قریب‌الوقوع که منبع آن قابل شناختن نیست (دیوی و ولز^۱، ۲۰۰۶).

- سازمان بهداشت جهانی اضطراب را چنین تعریف می‌کند (مجموعه‌ای از تظاهرات عضوی و روانی که نتوان آن را به خطر مشخصی نسبت داد و علائم به صورت حمله یا حالت مداومی ادامه یابد (به نقل از محمودی و حیدری، ۱۳۸۸).

- ربر^۲، اضطراب را چنین تعریف می‌کند: اضطراب معمولاً به یک حالت هیجانی ناخوشایند و مبهم اطلاق می‌شود که با پریشانی، وحشت و هراس و تشویش همراه است (به نقل از مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۲).

اضطراب عبارت است از یک عامل ناشناخته و نا معلوم که موجب پریشانی فکر و گاه باعث بروز علائم احساس خطر از جمله تپش قلب و رنگ پریدگی می‌شود. در فرآیند اضطراب بر خلاف ترس طبیعی، یک عامل حقیقی ترس آور یا خطرناک یا آسیب رسان وجود ندارد بلکه فقط به طور خود کار و ناخود آگاه ذهن آدمی دچار احساس خطر می‌شود. علل پیدایش اضطراب عوامل وراثتی، تجربه های تلخ سالهای گذشته و محیط ناآرام و عصبی است. اثرات مخرب آن بر تفکر باعث اختلال در تمرکز حواس می‌شود، قدرت تصمیم گیری و اراده را از انسان سلب می‌کند، او را بدبین می‌سازد و باعث می‌شود که انسان دیگر فرد مثمر ثمر و سودمندی نباشد یا بیش از حد به برخی چیزها می‌پردازد (حالت وسواس) یا عملکرد اجتماعی و شغلی فرد مختل می‌شود یا بیش از اندازه به امور مهم بی‌توجه می‌شود (حالت بی‌تفاوتی)، دچار کاهش اعتماد به نفس به خود می‌شود، احساس ترس فراگیر وجود او را می‌گیرد که می‌تواند به خاطر ترس نسبت به خطرها، دردها و امراض جسمانی مختلف باشد. کسانی که توان کنترل خود را ندارند شدیداً عصبانی می‌شوند و احساس تسلیم و

1. Davey & Wells
2. Reber

ناتوانی می کنند و قدرت مقابله با مشکلات یا بیماری ها را در خود نمی بینند همچنین جسم قادر نیست تا آرامش خود را حفظ کند و خواب راحتی داشته باشد و احساس خستگی، کوفتگی و ضعف جسمانی می کند و عصبی و برانگیخته است و بی دلیل عصبانی می شود. سردرد، درد قفسه سینه، درد پا یا دست، درد شکم و سو» هاضمه وکم اشتهایی یا پر اشتهایی هم به سراغ فرد می آیند (محمودی و حیدری، ۱۳۸۸).

افسردگی

افسردگی یک اختلال خلقی است که امروزه در گروه شایع ترین بیماری های اعصاب و روان جای گرفته است. به گفته کارشناسان؛ احتمال بروز افسردگی در زنان دو برابر مردان است (گنجی، ۱۳۹۶). به دنبال بروز افسردگی، فرد از جامعه، خانواده یا دوستان کناره گیری کرده و عملکردهای وی اعم از شغلی، تحصیلی و خانوادگی مختل می شود. بنابراین شناسایی علایم این اختلال و فراهم آوردن زمینه های درمانی مناسب بیش از پیش ضروری است. افسردگی اصطلاحی وسیع و مبهم است. افسردگی بیماری است که خصوصیت اول و عمده آن خلق است و شامل یک احساس غمگینی است که از نومییدی خفیف تا احساس یاس شدید ممکن است نوسان داشته باشد و این تغییر خلق نسبتاً ثابت و برای روزها، هفته ها، ماه ها و سال ها ادامه دارد. کلمه افسردگی هنگامی که به یک حالت روحی نسبت داده شود نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، ناامیدی و بی فایده بودن است و بی علاقتی و بدبینی به همراه آن است (هاشمی نصرت آبادی، بهادری خسروشاهی و بیژنی، ۱۳۹۱).

مهمترین علامت افسردگی ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی است که قبلاً برای او لذت بخش بوده است. غذا برای شخص بی طعم، فعالیت جنسی بدون لذت و معاشرتهای پیشین پوچ و بی معنی می گردد. افسردگی هر چند از شایعترین اختلالات روانی انسان است، معهذاً شاید بیش از هر اختلال روانی دیگر ناشناخته مانده یا در تشخیص آن اشتباه می شود. یکی از علل پنهان ماندن و عدم تشخیص افسردگی درآمیختن آن با غمگینی معمولی است. در زندگی هر کس موقعیتهایی پیش می آید که خواه ناخواه او را غمگین می سازد؛ اما این حالت با آشفتگی واقعی روانی و تقلیل بینش معنوی شخص همراه نیست. بر عکس افسردگی حالتی است که بر کیفیت خلق شخص تاثیر عمیق گذاشته و نحوه ادراک او را از خویشتن و از محیطش دگرگون می سازد (گنجی، ۱۳۹۶).

افسردگی احساس مداوم بدبختی و بیچارگی است و پاسخ طبیعی فرد به فشار زندگی است. فرد افسرده، مضطرب و درمانده است و توان قدرت آن را ندارد که حتی با کوچکترین سختی و ناملایمتی به مقابله برخیزد. افسردگی به تعبیری فقدان انگیزه محسوب می شود. افراد افسرده گرفتار یاس، بدبینی

و خود محوری هستند. آنان آینده را بد پیش بینی می کنند و تصویرشان از خود، دیگران و دنیای اطراف تصویری منفی و نادرست است. با گرفتاری در دام خودمحوری، کمتر به طبیعت، دیگران و پدیده‌های مثبت می‌اندیشند و چون تصویر مثبتی از خویشتن ندارند در دام ناامیدی گرفتار می‌شوند. از مهمترین حالات و مشکلات یک فرد افسرده از دست دادن علایق و انگیزه است. این فقدان انگیزه از آنان افرادی می‌سازد که دچار سکون گشته و حرکت جسمی و فکری ندارند. به عبارتی افراد افسرده در زندگی از هیچ پدیده و اتفاق و فعالیتی لذتی نمی‌برند. ویژگی اصلی دوره افسردگی یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد (هاشمی‌نصرت‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۱).

پیشینه پژوهش در داخل

قاجاریه و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری فرزندان نوجوانان بر اضطراب دانش‌آموزان دختر شهر اهواز گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب می‌شود. در واقع آموزش تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش اضطراب دارد و می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را کاهش دهد.

موسوی‌رابع (۱۳۹۷) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر آسیب دیده به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر تاب‌آوری دختران آسیب دیده تأثیر دارد و باعث افزایش میزان تاب‌آوری در زنان آسیب دیده می‌شود. در واقع آموزش مثبت‌اندیشی نقش مهمی در بهبود مشکلات روان‌شناختی در زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی دارد.

نصیرزاده، رضایی و محمدی‌فر (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان گزارش کردند که میزان احساس تنهایی و اضطراب دختران با آموزش تاب‌آوری کاهش می‌یابد. در واقع با آموزش میزان تاب‌آوری، احساس تنهایی و اضطراب دختران کاهش می‌یابد. به طوری که آموزش تاب‌آوری می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی دختران را بهبود بخشد.

حسینی‌فشارکی و منشی (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگر با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر مشکلات رفتاری اجتماعی نوجوانان خانواده‌های آسیب دیده اجتماعی شهر اصفهان نشان دادند که

آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تأثیر مثبت معنادار داشته است و همچنین آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تا دوره پیگیری ۳۰ روزه ماندگار بوده است. در واقع آموزش تاب‌آوری بسیاری از مشکلات زنان آسیب دیده را کاهش داده است.

حسینی فشارکی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگری با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر شکایات جسمانی نوجوانان خانواده‌های آسیب دیده اجتماعی تهران به این نتیجه دست یافتند که آموزش تاب‌آوری بر مشکلات جسمانی و افسردگی خانواده‌های آسیب دیده شهر اصفهان تأثیر دارد و میزان افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد.

جاهدمطلق، یونسی، ازخوش و فرضی (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر فشار روانی دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود دارد، بدین معنا که آموزش برنامه تاب‌آوری موجب کاهش معنادار در میانگین نمرات استرس گروه آزمایش نسبت به گروه گواه گردید. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش برنامه تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای کاهش فشار روانی به کار رود.

دوستی، پورمحمدرضای تجربی و غباری‌بناب (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده انجام دادند، گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی می‌شود. بنابراین توجه به تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش بهزیستی و کاهش مشکلات روان‌شناختی دختران خیابانی دارد.

ضمیری‌نژاد، گلزاری، برجعلی، کاوه‌حجت و اکبری (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بصورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی انجام دادند، گزارش کردند که بین میانگین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل که روش آموزشی را دریافت نکرده بودند تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین دو گروه آزمایشی در میزان اثربخشی تفاوت معناداری مشاهده نشد. به کارگیری آموزش تاب‌آوری و شناخت درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی مؤثر است.

برجی‌پور و اسدزاده (۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان آموزش مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه منطقه ۱۹ شهر تهران نشان دادند که آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر

اضطراب دختران تأثیر دارد و باعث کاهش میزان اضطراب در دختران می‌شود. بنابراین توجه به تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی دختران دارد. به طوری که آموزش تاب‌آوری می‌تواند میزان اضطراب را در دختران کاهش دهد.

پیشینه پژوهش در خارج

روتتر^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی تاب‌آوری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی انجام داد، نشان داد که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد و باعث افزایش سلامت عمومی و کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شود. به طوری که آموزش تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش سازگاری زندگی داشته باشد.

توگاد و فریدیکسون^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی دیگر با عنوان نقش تاب‌آوری در کاهش فشار روانی، اضطراب و افسردگی انجام دادند، گزارش کردند که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه است و آموزش تاب‌آوری می‌تواند این مشکلات روان‌شناختی را در زنان کاهش دهد. در واقع تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان دارد.

دورر^۳ (۲۰۱۳) در پژوهشی دیگر با عنوان تاب‌آوری و کاهش مشکلات روان‌شناختی در زمان آسیب دیده به این نتیجه دست یافتند که زنان آسیب دیده نسبت به آینده نگران هستند. همین نگرانی به ترس و اضطراب تبدیل می‌شود و نحوه برخورد آنها با مسائل خشک و انعطاف‌ناپذیر است در نتیجه رفتار خلاقانه برای حل مشکلات از خود نشان نمی‌دهند ولی کسانی که دارای سطح بالایی از تاب‌آوری هستند آنها اعتماد به نفس، سلامت روانی و خودباوری بالایی برخوردارند؛ در نتیجه با آموزش تاب‌آوری می‌توان اضطراب افراد را کاهش داد.

کارلسون^۴ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان آسیب‌های روانی در زنان نشان دادند که زنان از آسیب‌ها و مشکلات دامنه‌داری در رویارویی با منابع استرس برخوردار بوده و به راحتی در برابر فشارها از هم

-
1. Rutter
 2. Tugade & Fredrickson
 3. Duerr
 4. Carelson

فرو پاشیده و توان مقابله با دشواری‌های زندگی نداشته و به آسیب‌های روانی متنوعی مبتلا می‌شوند. بنابراین آموزش تاب‌آوری می‌تواند بسیاری از مشکلات زنان را کاهش دهد. به طوری که تاب‌آوری و توان مقابله با مشکلات می‌تواند میزان استرس و فشار روانی را در زنان کاهش داده و سازگاری آن‌ها را افزایش دهد و به زندگی امیدوارتر نماید.

لیی^۱ (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان فقر و رفاه در نیوزلند به بررسی مشکلات مادران خانواده‌های تک‌والدی پرداخت و چنین نتیجه گرفت که مادران و فرزندان خردسال آنان بیش از سایر اقشار مستعد فرو رفتن در دام فقر هستند؛ بنابراین بیش از سایر اقشار نیاز دارند تا مورد حمایت‌های بیمه‌ای و خدمات باقی بمانند و همچنین این گروه به دلیل داشتن مشکلات روان‌شناختی نیاز به آموزش‌های در این زمینه دارند.

روش پژوهش

این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

GE: T₁ X T₂

GC: T₁ - T₂

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد آن‌ها ۷۵ نفر بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ زن بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. گروه آزمایش در معرض آموزش تاب‌آوری قرار گرفت. این آموزش توسط روان‌شناس آموزش دیده در زمینه آموزش تاب‌آوری صورت گرفت. هیچ آموزشی برای گروه کنترل انجام داده شد. پرسشنامه‌های استاندارد اضطراب و افسردگی توسط هر دو گروه از زنان به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، شرکت‌کنندگان دو گروه در جلسه توجیهی شرکت کردند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش، سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجع‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب خواهد شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان

1. Lee

تکمیل شده و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و داده‌های پرسشنامه محرمانه خواهد بود. همچنین به ویژگی‌های دموگرافیک زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی از قبیل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و مدت نگهداری شده در بهزیستی پرداخته شده است.

ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی و توسط بک ساخته شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است و هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از خیلی کم (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره سه) نشان می‌دهد. برای تحلیل، نمرات با هم جمع و اگر نمره فرد بین ۰ تا ۹ باشد بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. این آزمون پایایی و روایی بالایی برای سنجش افسردگی دارد و سهولت اجرا از مزایای آن است. نمره کلی هر فرد با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است (صدقیان و حیدریان‌پور، ۱۳۸۸). همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۹ معنادار به دست آمد.

۲- پرسشنامه اضطراب بک و کلارک^۲

این مقیاس خودسنجی توسط بک و کلارک (۱۹۹۸) ساخته شده و شامل ۲۱ سؤال است که اضطراب را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ برای هر سؤال) نمره بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بیشتر بر فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. بک و کلارک (۱۹۹۸) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر

1. Depression Inventory
2. Anxiety Inventory

برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۷۵ معنادار به دست آمد.

۳- بسته آموزشی تاب‌آوری

مداخلات آموزشی در طی ۱۲ جلسه دو ساعته توسط متخصص و روان‌شناس و بر اساس محتوای برنامه آموزشی هندرسون، میلین، کروتزوانستیتیوی^۱ (۱۹۹۷) بود. محتوای جلسات نیز به شرح زیر اجرا شد:

جلسه اول: برقراری ارتباط با مخاطبین: به این صورت که کلیه شرکت کنندگان خود را معرفی کنند. ارتباط صمیمانه بین آنها برقرار شود. شرکت کنندگان با اهداف برنامه آشنا شوند. تعریف روشنی از تاب‌آوری ارائه دهند. ارتباط تاب‌آوری را با اهداف زندگی بیان کنند.

جلسه دوم: آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود از قبیل تعریف ساده و روشنی از خودآگاهی ارائه دهند. مؤلفان اصلی خودآگاهی را بیان کنند. نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند. نسبت به اهدافشان خودآگاهی پیدا کنند.

جلسه سوم: تقویت عزت‌نفس به این صورت که شرکت کنندگان درک روشنی از عزت‌نفس به دست آوردند. علل و عوامل مؤثر در تقویت عزت‌نفس را شناسایی کنند. به اهمیت و تأثیر عزت‌نفس در زندگی برسند. ضعف‌های خود را شناسایی کنند و یک مورد از آن را برطرف کنند. در تقویت عزت‌نفس دیگران یاری رسانند.

جلسه چهارم: ارتباط مؤثر به این صورت که تعریف ساده و روشنی از ارتباط بیان کنند. قادر باشند با اطرافیان خود ارتباط سنجیده و درستی برقرار کنند. در زندگی خود به اهمیت ارتباط پی ببرند. آن را به خوبی بازگو کنند. راه برقراری ارتباط را به فرزندان بیاموزند.

جلسه پنجم: برقراری روابط اجتماعی و دوستیابی به این صورت که تعریف ساده و روشنی از مفهوم دوستی ارائه دهند. ویژگی‌های دوست خوب را تشخیص داده و در انتخاب دوست به کارگیرند. قادر به تمییز دوستان خوب از بد باشد. مضرات هم‌نشینی با دوست بد را بگویند.

1. Henderson, Militin & Krotzoakstivy

جلسه ششم: تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن مفهوم هدف را به سادگی بیان کنند. انواع اهداف کوتاه مدت را از همت تمییز دهند. در به کارگیری توانایی‌های خود اعتماد به نفس کسب نمایند. قادر باشند برای رسیدن به هدف خود برنامه ریزی کنند.

جلسه هفتم: تصمیم‌گیری معیارهای صحیح یک تصمیم خوب را بیان کنند. اهمیت و ارزش یک تصمیم درست زندگی را توضیح دهند. عواقب و نتایج تصمیمات را پیش‌بینی کنند. عادت کنند در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی شرکت کنند. در زندگی درست تصمیم بگیرند.

جلسه هشتم: حل مسئله: به این صورت که مراحل هر مسئله را به طور ساده توضیح دهند. مخاطبان یاد بگیرند تا درمورد یک مسئله تفکر کنند. مخاطبان بتوانند مشکلات خود را حل کنند. برای حل آنها راه حل ارائه دهند. برای حل مشکلات خود به خود کارآمدی رسیده باشند.

جلسه نهم: مسئولیت‌پذیری به این صورت که تعریف ساده‌ای از مسئولیت‌پذیری ارائه دهند. مسئولیت‌های کوچک را عهده دار شوند. خصوصیات یک فرد مسئولیت‌پذیر را به آسانی بیان کنند.

جلسه دهم: کنترل هیجانات و مدیریت خشم: به این صورت که مفهوم خشم، اضطراب و استرس را به صورت ساده بیان کنند. نشانه‌های خشم، اضطراب و استرس را نام ببرند. علل و پیامدهای خشم، اضطراب و استرس را بیان کنند. روش‌های مدیریت خشم، اضطراب و استرس را یاد بگیرند و بتوانند به دیگران نیز یاد دهند.

جلسه یازدهم: پرورش حس معنویت و ایمان بتوانند معنویت را از مذهب تمییز دهند. از حس معنویت خود به عنوان یک عامل انگیزشی استفاده کنند. به آینده خوشبین و امیدوار باشند. به بی‌همتایی خود اعتقاد پیدا کنند.

جلسه دوازدهم: جمع‌بندی نهایی به صورت ارائه راهکارها و توضیحات لازم در مورد اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری.

یافته های توصیفی

شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پژوهش (افسردگی و اضطراب) به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایش و

کنترل در مرحله پیش آزمون

گروه	گروه آزمایش	گروه کنترل
متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	۳۱/۶۶ (۲/۲۸)	۳۲/۸۰ (۳/۵۲)
اضطراب	۳۴/۸۶ (۲/۲۹)	۳۴/۰۶ (۲/۰۸)

نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش به ترتیب ۳۱/۶۶، ۳۴/۸۶ است. همچنین میانگین افسردگی و اضطراب در گروه کنترل نیز به ترتیب ۳۲/۸۰ و ۳۴/۰۶ است. نتایج نشان می دهد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایش و

کنترل در مرحله پس آزمون

گروه	گروه آزمایش	گروه کنترل
متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	۲۹/۸۶ (۲/۷۴)	۳۲/۳۳ (۳/۱۳)
اضطراب	۳۲/۳۳ (۱/۶۷)	۳۳/۸۶ (۱/۸۰)

نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود آموزش تاب آوری باعث کاهش افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش شده است در حالی که تفاوت چندانی در گروه کنترل وجود ندارد.

یافته‌های استنباطی

فرضیه ۱: آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون گالوگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۳: آزمون معناداری کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی

طبیعی بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	Z	سطح معناداری
پیش‌آزمون افسردگی	۳۲/۲۳	۲/۹۷	۰/۶۹	۰/۷۱
پس‌آزمون افسردگی	۳۱/۱۰	۳/۱۵	۰/۷۹	۰/۵۴

نتایج جدول نشان داد که مقدار سطح معناداری در آزمون کالموگراف-اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن متغیرها از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است و لذا توزیع داده‌ها نرمال است.

همچنین برای همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در جدول زیر درج شده است.

جدول ۴: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آزمون لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
پیش‌آزمون افسردگی	۳/۸۲	۱	۲۸	۰/۰۶
پس‌آزمون افسردگی	۰/۰۴	۱	۲۸	۰/۸۵

بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری برای متغیر افسردگی، برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و گروه‌ها دارای تجانس می‌باشند.

همچنین پیش شرط دیگر خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل است که نتایج در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۵: آزمون آنالیز واریانس برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و همپراش (پیش‌آزمون)

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
افسردگی	پس آزمون	۳۵۱/۰۹	۱	۳۵۱/۰۹	۴۰/۱۷	۰/۰۰۱
	گروه و پیش-آزمون	۵۲/۷۷	۲	۲۶/۳۸	۳/۰۱	۰/۰۶
	خطا	۲۳۵/۹۳	۲۷	۸/۷۳		
	کل	۲۹۳۰۵/۰۱	۳۰			

مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیر افسردگی ۳/۰۱ می‌باشد که معنادار نیست و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است.

جدول ۴-۶: نتایج تحلیل یک متغیری روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش-آزمون	۱۲/۹۶	۱	۱۲/۹۶	۱/۵۲	۰/۲۲
گروه	۵۳/۶۴	۱	۵۳/۶۴	۶/۲۹	۰/۰۱
خطا	۲۳۰/۱۰	۲۷	۸/۵۲		
کل	۲۹۳۰۵/۰۱	۳۰			

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۴-۶، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=۶/۲۹$ ، $P=۰/۰۱$). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری، بر افسردگی تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

فرضیه ۲: آموزش تاب‌آوری در کاهش اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

جدول ۷: آزمون معناداری کالموگروف- اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	Z	سطح معناداری
پیش‌آزمون اضطراب	۳۴/۴۶	۲/۱۹	۱/۰۰۹	۰/۲۶
پس‌آزمون اضطراب	۳۳/۱۰	۱/۸۸	۱/۰۰۲	۰/۲۷

جدول ۸: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آزمون لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
پیش‌آزمون اضطراب	۰/۱۱۱	۱	۲۸	۰/۷۴
پس‌آزمون اضطراب	۰/۰۰۲	۱	۲۸	۰/۶۹

بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری برای متغیر اضطراب، برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و گروه‌ها دارای تجانس می‌باشند.

جدول ۹: آزمون آنالیز واریانس برای بررسی تعامل بین متغیر مستقل و همپراش (پیش‌آزمون)

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اضطراب	پس‌آزمون	۱۳۲/۹۱	۱	۱۳۲/۹۱	۴۲/۵۴	۰/۰۰۱
	گروه و پیش-آزمون	۱۸/۳۴	۲	۹/۱۷	۲/۹۳	۰/۰۷
	خطا	۸۴/۳۶	۲۷	۳/۱۲		
	کل	۳۳۹۷۱/۰۱	۳۰			

مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیر اضطراب ۲/۹۳ می‌باشد که معنادار نیست و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل یک متغیری روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۰/۲۰	۱	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۸۰
گروه	۱۶/۳۴	۱	۱۶/۳۴	۵/۲۰	۰/۰۳
خطا	۸۴/۸۶	۲۷	۳/۱۴		
کل	۳۲۹۷۱/۰۱	۳۰			

بر اساس ارقام به دست آمده، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=5/20, P=0/03$). به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری، بر اضطراب تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی بود.

فرضیه اول: آموزش تاب‌آوری در کاهش افسردگی زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

فرضیه اول پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری در افسردگی زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد و باعث کاهش افسردگی در زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های روتر (۲۰۱۶)، توگاد و فریدیکسون (۲۰۱۴) و حسینی‌فشارکی و همکاران (۱۳۹۵) مطابقت دارد. به طوری که روتر (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد و باعث افزایش سلامت عمومی و کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شود. توگاد و فریدیکسون (۲۰۱۴) در پژوهشی دیگر نشان دادند که کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه است و آموزش تاب‌آوری می‌تواند این مشکلات روان‌شناختی را در زنان کاهش دهد.

نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد. این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوشبینی، ابراز وجود و اعتماد بنفس بیشتری برخورد می‌کنند. در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌دانند (روتر، ۲۰۱۶). نگرش خوش‌بینانه پردازش اطلاعات را موثرتر می‌کند و فرد راهبردها مقابله فعال‌تری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط، تقویت می‌شود. فردی که دارای تاب‌آوری است، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و بعد از بر طرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد و این می‌تواند میزان افسردگی را کاهش دهد (سیبرت، ۲۰۰۷).

آموزش تاب‌آوری اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوشبینانه به زندگی را ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله بین نیروهای خود و محدودیت‌های خود را پر کند و به دیگر سخن، موجب بازیابی اعتقاد خود بوده و جرأت انجام کار را به افراد می‌دهد و از طریق، دلگرمی، فرد به ارزش‌های خودآگاهی می‌یابد و به نقاط قوت و داشته‌های خود واقف می‌شود؛ بنابراین، آموزش تاب‌آوری افزایش همدلی افراد را موجب می‌شود که در نتیجه این امر سطح افسردگی کاهش می‌یابد (توگاد و فریدیکسون، ۲۰۱۴)، افرادی که از سطح افسردگی پایین برخوردارند، رفتارهای انعطاف‌پذیری بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری را با دیگران ایجاد می‌کنند. در واقع افرادی که ارزیابی مثبتی از زندگی‌شان دارند، آرامش بیشتری را تجربه می‌کنند و می‌توانند اطلاعات دریافتی را بطور گسترده‌تر و متنوع‌تر طبقه‌بندی کنند. در نتیجه تداعی‌های بیشتری را در مورد یک موضوع داشته باشند و لذا از افسردگی کمتری دارند (برقی‌ایرانی، بگیان‌کوله‌مرز و هزاری، ۱۳۹۵).

بنا به اعتقاد بک (۲۰۱۱) هرگونه اطلاعات و تجربه‌های جدید فرد (بیشتر تجربه‌های منفی) بر اساس باورها و طرحواره‌های فرد ارزشیابی می‌شود و اطلاعاتی که این باورها را تأیید و تقویت کند گزینش و انتخاب می‌شود. رویدادهای ناگوار یا تجارب منفی باعث فعال شدن و راهاندازی باورهای بنیادین و طرحواره‌ها و نیز منجر به ایجاد مفروضه‌ها و نگرش‌هایی در فرد می‌شود. این مفروضه‌ها و نگرش‌ها پایه‌ایی برای به راه افتادن جریانی از افکار خودآیند مربوط به خود شخص، عملکرد او، آینده و دنیا می‌شود. این افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی، بر هیجان، رفتار و جسم فرد نیز تأثیرگذار است. در برنامه تاب‌آوری با تمرکز بر شناسایی باورهای ناکارآمد و منفی افراد و نیز الگوهای ناکارآمد زیربنایی آن در مورد خود و دیگران، با استفاده از الگوی ایس و آموزش سبک تبیینی، این باورها و

افکار ناکارآمد تصحیح می‌شود و با یادگیری شیوه شناخت و تفکر مطلوب، الگوی مطلوبی از هیجان و رفتار برای فرد به وجود می‌آید و در نتیجه از شدت علائم افسردگی کاسته می‌شود (فررز و گیلهم، ۲۰۰۶).

در برنامه تاب‌آوری تلاش گسترده‌ای برای تصحیح باورها و نگرش‌های ناکارآمد فرد می‌شود. در این برنامه به افراد آموزش داده می‌شود که به چه شیوه‌های افکار و نگرش‌های ناکارآمد خود را شناسایی و درستی و سودمندی باورهای خود را آزمون و در نهایت آن‌ها را با نگرش‌ها و باورهای درست جایگزین کند. به چالش کشیدن مداوم افکار ناکارآمد و سوال مداوم در مورد معنای افکار و بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده افکار و باورهای ناکارآمد موجب می‌شود فرد به نادرستی افکار و نگرش‌های خود پی ببرد و عقاید بنیادین اش را نسبت به خویشتن، دنیای اطراف و دیگران اصلاح کند. فنون مربوط به شکار افکار خودآیند و فاجعه‌زدایی و همچنین تغییر سبک اسنادی افراد در پژوهش‌های مختلف برای کاهش اختلال‌های افسردگی به طور متقن تأیید شده است (حسینی فشارکی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین کارلسون^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان آسیب‌های روانی در زنان نشان دادند که زنان از آسیب‌ها و مشکلات دامنه‌داری در رویارویی با منابع استرس برخوردار بوده و به راحتی در برابر فشارها از هم فرو پاشیده و توان مقابله با دشواری‌های زندگی نداشته و به آسیب‌های روانی متنوعی مبتلا می‌شوند. بنابراین آموزش تاب‌آوری می‌تواند بسیاری از مشکلات زنان را کاهش دهد.

فرضیه دوم: آموزش تاب‌آوری در کاهش اضطراب زنان آسیب دیده نگهداری شده در بهزیستی تأثیر دارد.

فرضیه دوم پژوهش نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر اضطراب در زنان تأثیر دارد و باعث کاهش اضطراب می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های زائو و همکاران (۲۰۱۳) و قاجاریه و همکاران (۱۳۹۷) مطابقت دارد. به طوری که زائو و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که زنانی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند در شرایط اضطراب‌زا از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و آموزش تاب‌آوری می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی زنان در مراکز بهزیستی را کاهش دهد. همچنین قاجاریه و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود گزارش کردند که آموزش تاب‌آوری منجر به کاهش اضطراب می‌شود.

بر این اساس این یافته می‌توان استنباط کرد که افراد تاب‌آور، مهارت‌های لازم برای مقابله با اضطراب و فشارهای روانی را کسب می‌کنند و در مواقع لزوم به طور مؤثر از این مهارت‌ها استفاده می‌کنند که همین عامل باعث کاهش اضطراب در آن‌ها می‌شود. گرچه اضطراب به عنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌ها و نیز مرگ و میر افراد مطرح بوده است. اما مسئله‌ی مهم در ارتباط با تنیدگی، نحوه‌ی پاسخ و یا واکنش به آن است که می‌تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی ایفا نماید. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد از توانایی‌هایش برای مقابله با فشار روانی، احترام به خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف شده است (زائو و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین تاب‌آوری باعث کاهش اضطراب در زنان می‌شود.

در تبیین دیگری می‌توان گفت که تاب‌آوری نقش محافظتی دارد؛ زیرا ویژگی استرس‌زایی حوادث را کاهش داده و منجر به تأمین سلامت روانی و جسمی فرد و آرامش بیشتر او می‌گردد و توان مقابله و کنار آمدن افزایش می‌یابد. افزون بر این، با به کار بردن روش‌های مقابله‌ای مؤثر و فعال، احتمال ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مربوط به استرس و ضعف‌های رفتاری و عملکردی کاهش می‌یابد. از سوی دیگر آموزش تاب‌آوری می‌تواند تأثیر مثبت در کاهش اضطراب داشته باشد، زیرا جمع شدن افراد در گروه و اینکه تک تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آنها دارند و در گروه از تجارب یکدیگر برای مقابله با استرس استفاده کنند، در کاهش اضطراب و افزایش خود باوری مؤثر است (جاهدمطلق، یونسی، ازخوش و فرضی، ۱۳۹۴).

طبق دیدگاه بک، سبب‌شناسی اضطراب را باید در رویدادهای ذهنی آشفته جست و جو نمود. از نظر وی ماهیت اضطراب عبارت است از ارزیابی‌های از دست دادن، تهدید و تجاوز؛ اگر این افکار تغییر کنند، اضطراب نیز تغییر خواهد کرد. در مدل شناختی اضطراب بک نظر بر آن است که آن چه فرد را آماده می‌سازد که طیف وسیعی از موقعیت‌ها را تهدید کننده تعبیر کند، اعتقاد آن‌ها درباره خویشتن و جهان خارجی است. اعتقادهای و یا فرض‌های ناکارآمد در اضطراب، کاملاً متنوع اند؛ اما اکثر آن‌ها بر حول موضوع‌های پذیرش، کفایت، مسئولیت، کنترل و خود نشانه‌های اضطراب، دور می‌زنند. وقتی اضطراب در فرد شکل گرفت، تغییرات حاصل در توجه و رفتار، به تداوم مسئله کمک می‌کند. در آموزش تاب‌آوری مؤلفه‌هایی مانند مسئولیت‌پذیری، مدیریت اضطراب، خودکارآمدی، اعتماد به نفس و عزت نفس اثر خنثی کننده‌ای بر اضطراب دارند. در رویکرد شناختی افکار منفی، عامل سبب‌ساز اضطراب هستند و هنگامی که فکر فرد مضطرب اصلاح گردد، به دنبال آن رفتار فرد اصلاح می‌شود و اضطراب از میان می‌رود. فرد مضطرب توانایی‌ها و ارزش نهادن به توانایی‌های خود را

نادیده می‌گیرد، اعتماد به نفس و عزت نفس دو مؤلفه مدنظر در تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا با فکر و نگاهی مثبت به خود بنگرد، خود را کنترل کند و اضطراب برطرف شود (بک و کلارک، ۱۹۹۸).

شرکت در جلسات آموزش تاب‌آوری موجب شد تا زنان آسیب دیده، مشکلات اضطراب، افسردگی و خود را بپذیرند و بطور منطقی با آن مواجه شوند. احتمالاً بیان تجارب موفق و ناموفق در حضور افرادی که با فرد ویژگی مشترک زیادی دارند، به وی احساس شاهد خویشتن، صمیمیت، مسؤلیت-پذیری و خودکارآمدی می‌دهد. مداخله‌ی آموزشی تاب‌آوری برای اولین بار این فرصت را برای زنان آسیب دیده فراهم کرده باشد که با فاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علیرغم وجود مشکلات، امکان برقراری یک ارتباط لذتبخش را برای آنها ایجاد می‌کند. به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که زنان را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند. از سوی دیگر کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی و افزایش سلامت روان، سلامت جسمانی و سلامت محیط، شاید به این دلیل باشد که در جلسات، مشارکت عملی و کامل افراد برای پیدا کردن راه حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های زنان تشویق شده و به کسب تجربه مثبت و بهبود نگرش است. این حالت احتمالاً باعث کاهش اضطراب در زنان آسیب دیده می‌شود (قاجاریه و همکاران، ۱۳۹۷).

همچنین نصیرزاده، رضایی و محمدی‌فر (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای گزارش کردند که میزان احساس تنهایی و اضطراب دختران با آموزش تاب‌آوری کاهش می‌یابد. در واقع با آموزش میزان تاب‌آوری، احساس تنهایی و اضطراب دختران کاهش می‌یابد. حسینی‌فشارکی و منشی (۱۳۹۵) در پژوهشی دیگر نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تأثیر مثبت معنادار داشته است و همچنین آموزش تاب‌آوری بر مشکلات اجتماعی گروه آزمایش تا دوره پیگیری ۳۰ روزه ماندگار بوده است. در واقع آموزش تاب‌آوری بسیاری از مشکلات زنان آسیب دیده را کاهش داده است.

برجی‌پور و اسدزاده (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مبتنی بر تاب‌آوری بر اضطراب دختران تأثیر دارد و باعث کاهش میزان اضطراب در دختران می‌شود. بنابراین توجه به تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی دختران دارد. روتر (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد و باعث افزایش سلامت عمومی و کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شود.

بر اساس اینکه اضطراب و افسردگی در زنان آسیب دیده در مراکز بهزیستی دارای مشکلات بیشتری بوده و مشکلات روان‌شناختی دارند؛ لازم است مداخله‌هایی برای این زنان به کار گرفته شود که یکی از این مداخلات آموزش تاب‌آوری بود که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری می‌تواند مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی را در آن‌ها کاهش دهد.

پیشنهاد‌های کاربردی

- در مراکز بهزیستی زنان آسیب دیده مداخله‌های روان‌شناختی از جمله آموزش تاب‌آوری به کار گرفته شود تا از این طریق مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی در زنان کاهش یابد.

- با انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با مؤلفه‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر سلامت روان زنان آسیب دیده می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد کمک‌های شایان توجهی کند.

منابع

برجی‌پور، مریم؛ و اسدزاده، حسن (۱۳۸۹). آموزش مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش اضطراب دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه منطقه ۱۹ شهر تهران. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۱)، ۱-۲۴.

پهلوان، علی (۱۳۹۶). *زنان آسیب دیده و راهکارهای پیشگیری*. تهران: انتشارات رشد.

جاهدمطلق، عذرا؛ یونسی، سیدجلال؛ ازخوش، منوچهر؛ و فرضی، مرجان (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر فشار روانی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی ساکن خوابگاه. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۴(۲)، ۷-۲۱.

حسینی، سیداحمد؛ ستاره‌فروزان، آمنه؛ و امیرفریاری، معصومه (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. *مجله پژوهش اجتماعی*، ۲(۳)، ۱۱۷-۱۳۷.

حسینی‌فشارکی، الهام؛ و منشی، غلامرضا (۱۳۹۵). *اثر بخشی آموزش تاب آوری بر مشکلات رفتاری اجتماعی نوجوانان خانواده های آسیب دیده اجتماعی شهر اصفهان*. تهران، نخستین همایش جامع بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی.

حسینی‌فشارکی، الهام؛ ارژنگ، نسیم؛ و حسینی، فخری (۱۳۹۵). *اثر بخشی آموزش تاب آوری بر شکایات جسمانی نوجوانان خانواده های آسیب دیده اجتماعی شهر*. تهران: پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری.

دوستی، مرضیه؛ پورمحمدرضای تجریشی، معصومه؛ و غباری‌بناب، باقر (۱۳۹۳). *اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده*. *مجله روانشناسی تحولی*، ۱۱(۴۱)، ۴۳-۵۷.

شهبازی، نسرین؛ ویسانی، یوسف؛ دل‌پیشه، علی؛ سایه‌میری، کورش؛ نادری، زهرا؛ سهراب‌نژاد، علی؛ و همکاران (۱۳۹۴). *ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳ (۱)، ۵۶-۶۲.

ضمیری‌نژاد، سمیه؛ گلزاری، محمود؛ برجعلی، احمد؛ کاوه‌حجت، سید؛ و اکابری، سید آرش (۱۳۹۱). *مقایسه اثر بخشی آموزش تاب آوری بصورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۴)، ۶۳۸-۶۳۱.

قاجاریه، مژگان؛ عالی‌پور، سیروس؛ شهنی‌بیلاق، منیجه؛ و داوودی، ایران (۱۳۹۷). *اثر بخشی برنامه آموزش تاب آوری فرزند نوجوانان بر اضطراب دانش آموزان دختر شهر اهواز*. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۹ (۳۱)، ۳۴-۴۵.

گنجی، مهدی (۱۳۹۶). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.

گنجی، حمزه (۱۳۸۶). **بهداشت روانی**. تهران: انتشارات ارسباران.

محمودی، قهرمان؛ حیدری، جبار (۱۳۸۸). **بهداشت روانی**. تهران: انتشارات جامعه‌نگر.

موسوی‌رابع، مرضیه (۱۳۹۷). **اثر بخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر آسیب‌دیده**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه تهران.

نصیرزاده، زیبا؛ رضایی، علیمحمد؛ و محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان. **مجله روانشناسی بالینی**، ۱۰(۲)، ۲۹-۴۰.

هاشمی‌نصرت‌آبادی، تورج؛ بهادری‌خسروشاهی، جعفر؛ بیژنی، فرانک (۱۳۹۱). **استرس، افسردگی و اضطراب**. تهران: انتشارات نیک‌ملکی.

Beck, A.T. (1979). Self – concept dimension cilinical depressed and anxious out patients. J Clini Psy; 48(3): 423-432

Beck, A.T., Klarc, R.A. (1998). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

Beck, J. S. (2011). Cognitive Behavior therapy. Basics and Beyond. New York. Gilford press

Carlson, B. E. (2007). Intimate partner A buse and Mental Health- .the Role of Social Support and other protective Factors. Journal of Interpers Violence,638-645.

Davey, G. C. L. & Wells, A. (2006). *Worry & Psychological Disorders: Assessment & Treatment*. Chichester, UK: Wiley.

Duerr, M. (2013). The use of meditation and mindfulness practices of support military care providers: A prospectus, 2, 28-39.

Garmezy, N. & Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp:151-174). New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.

Heravi, M. & Milani, M. (2017). Investigating the effect of relaxation therapy on level of exam anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-8.

Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2014). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27(1), 108-113.

Lee, S. (2004). *Welfare and poverty: family matters*, Fraser forum, New Zealand.

Luthans, F., Luthans, K., Luthans, B. C. (2004). Positive Psychological Capital: Going Behind Human and Social Capital. *Journal Business Horizons*, 47 (1), 45-50.

Matyas, D. P.M. (2015). Positioning resilience for 2015: the role of resistance, incremental adjustment and transformation in disaster risk management policy. *Disasters*, 39(1), 1-8.

Rutter, M. (2016). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119- 144

Santelli, J., Carter, M., Orr, M., Dittus, P. (2012). Trends in sexual risk behaviors, by nonsexual risk behavior involvement, U.S. high school students, 1991- 2007. *Journal Adolesc Health*, 44(4), 372-9.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2014). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.

Weissman, M., Markowitz, J., Klerman, G.L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University press.

Zhao, J., Kong, F., Wang, Y. (2013). The role of social support and self-esteem in the relationship between shyness and loneliness. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 577-81.

Abstrac

The purpose of this study was the effectiveness learning of resilient in reducing depression and anxiety in women affected by welfare. Research design was quasi-experimental and pretest-posttest with control group. The statistical population of this study was all women injured in the welfare of Tabriz city in 2019. The sample consisted of 30 women who were selected by multi-stage random sampling and randomly assigned to intervention and control groups (15 subjects for each group). The experimental group was exposed to resilient training and was not provided for the control group. Beck and Clark Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory were used to collect data. Data analysis was done by statistical analysis of covariance. The results of this study showed that resiliency education has an effect on depression and anxiety of injured women in well-being, which can reduce anxiety and depression in women. Therefore, attention to resilient learning has an important role in reducing the psychological problems of women.

Key words: Anxiety, depression, resilience, injured women.