

اثر بخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد

شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری

مورد مطالعه؛ زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام

خمینی (ره) استان قم

حسین یحیی زاده* ، زهرا نادری ملک**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۹/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۱۹

چکیده

زنان سرپرست خانوار به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در جوامع با مسائل و مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی زیادی دست‌به‌گریبان هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار است و روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جمعیت آماری این پژوهش شامل زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) استان قم بوده و از طریق روش تصادفی ساده ۳۶ نفر از آنان انتخاب شدند. مداخله

yahyazadeh@atu.ac.ir

zzbala@yahoo.com

* دانشیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری در ۱۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه تاب‌آوری سیکسبی (۲۰۰۵) استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی آزمون کولموگروف اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد بین میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی تفاوت معناداری در زیرمقیاس‌های تاب‌آوری (معنا دادن به سختی‌ها، نگرش مثبت، تعالی و معنویت، انعطاف‌پذیری، حل مسئله فعال، ارتباطات، منابع اقتصادی و اجتماعی، شفافیت و بیان احساسات) بین زنان سرپرست خانوار در قبل و بعد از مداخله وجود دارد. همچنین ۹۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری در گروه آزمایش به وسیله برنامه آموزشی رویکرد شناختی - رفتاری صورت گرفته است. بنابراین به کارگیری گسترده‌تر این نوع مداخله توسط متخصصان، می‌تواند بر توانمندسازی و بهبود سطح زندگی زنان سرپرست خانوار مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: مددکاری اجتماعی گروهی، رویکرد شناختی - رفتاری،

تاب‌آوری، زنان سرپرست خانوار

مقدمه و بیان مسئله

در میان اکثر جوامع، پدر به‌عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده، مسئولیت سرپرستی خانوار را به عهده دارد و به همین دلیل پدیده بی‌سرپرستی در اغلب تعاریف با عنوان فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود. از طرف دیگر زن در قوانین و مقررات حقوقی ایران وظیفه‌ای در تأمین نیازهای اقتصادی خانواده ندارد و مسئولیت مهم وی در تربیت نسل انسانی و فراهم‌سازی رشد و شکوفایی خانواده است؛ اما باین‌وجود در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به‌تنهایی مسئولیت زندگی خود را

به دوش می‌کشند و به‌عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می‌شوند. زنان سرپرست خانوار یکی از گروه‌های اقلیت زنان هستند که نه تنها در ایران بلکه در سایر کشورهای جهان اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه نیز با مشکلات زیادی دست‌به‌گریبان هستند (بختیاری، ۱۳۸۵: ۱۸۵). این گروه به‌طور معمول در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خویش با مشکلات و موانع زیادی مواجه‌اند. وظایف دشوار و متعددی که به‌اجبار به زنان محول می‌شود، فشارها و تنش‌های بیش‌ازحد توان و ظرفیت به آن‌ها وارد می‌کند که به‌مرور آن‌ها را به سمت اختلالات روانی سوق می‌دهد. (Sandaberg, ۲۰۱۳: ۱۳).

به‌طوری‌که طرفداران نظریه زنانه شدن فقر معتقدند که خانوارهای زن سرپرست نه تنها در همه کشورهای جهان گسترش یافته‌اند، بلکه به‌طور فزاینده بر تعداد خانوارهای زن سرپرست که در جمعیت کم‌درآمد قرار می‌گیرند افزوده می‌شود (معارف وند؛ صادقی، ۱۳۹۳: ۹۴). تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که حدود ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (مطیع، ۱۳۸۷: ۸-۵). طبق سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ نیز ۱۲/۱ درصد خانواده‌های ایرانی را زنان سرپرستی می‌کردند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰: ۹۲). زنان سرپرست خانوار به علت فقدان همسر در اشکال مختلف و به علت نبود پشتوانه مالی و همچنین کمبود سرمایه‌های اجتماعی برای یافتن راه‌حل مناسب برای حل مشکلات، در معرض آسیب‌های جدی رفتاری، اجتماعی و اخلاقی می‌باشند (رحیمیان و اصغری، ۱۳۸۷: ۶۳). از این منظر زنان سرپرست خانوار دلیل مشکلات زندگی خود را موانع نهادی و یا خارجی می‌دانند و کمتر به مسائل فردی و توانایی خود توجه می‌کنند (Sandaberg, ۲۰۱۳: ۱۳). زیرا که برای زنان سرپرست خانوار به دلیل نداشتن پشتوانه حمایتی از جمله حمایت‌های خانوادگی از سوی همسر، این زمینه فراهم می‌شود که در مقابل مسائل و مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی جامعه ناتوان باشند. تأثیرات رفتاری، اجتماعی آنچنان زندگی زنان سرپرست

خانوار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که در مقابل آسیب‌های اجتماعی جامعه در گروه آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند.

از نظر لوئار (۲۰۰۳) تاب‌آوری به فرایند سازگاری مثبت با وجود مشکلات زندگی اشاره دارد که منابع درونی و بیرونی را باهم یکپارچه می‌سازد و منجر به افزایش توانایی فردی برای برخورد با مشکلات می‌شود. تاب‌آوری با سلامت روان و سلامت فیزیکی افراد مرتبط است (آریا پوران، ۱۳۹۳: ۳۳۹). از طرف دیگر تاب‌آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و آن‌ها را در برابر اختلالات روانی و مشکلات محافظت می‌کند (رحیمیان و اصغری، ۱۳۸۷: ۶۳). برایسکو (۱۹۹۸) در بررسی ۳۹ مورد از زنان سرپرست خانواده به این نتیجه رسید که ۷۵ درصد از زنان این گروه، از بیماری‌های روانی رنج می‌برند که عمده‌ترین آن‌ها با طلاق همبستگی نزدیک دارد که شامل اختلالات عاطفی، شخصیت ضداجتماعی و هیستری است (باقری، عطاران، ۱۳۸۲: ۸۹). زنان سرپرست خانوار علاوه بر ایفای نقش‌های متعددی همچون اداره و انجام کارهای خانه، مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده را هم انجام می‌دهند که موجب می‌شود استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه کنند. مسئله ایفای چند نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می‌شود زمانی که می‌کوشند به شغل خود به‌اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت بدهند، دچار تعارض نقش شوند که همین امر منجر به ایجاد استرس و اضطراب در آنان می‌گردد.

در ایران، مادران سرپرست خانواده در مقایسه با گروه کنترل، اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، انزوا و شکایات جسمی) بیشتری را تجربه می‌کنند و در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای جسمانی سازی، جلب حمایت و مهار هیجانی استفاده می‌کنند. شیوه‌های مقابله مبتنی بر جسمانی سازی و مهار هیجانی، احساس ناتوانی در برآوردن خواسته‌های فرزندان، احساس تنهایی و بی‌کسی، فقدان فردی در جهت در میان‌گذاردن مشکلات فرزندان و نبود فرصت برای رسیدگی به

مسائل تحصیلی فرزندان از مشکلات روان‌شناختی زنان است و در پیش‌بینی افسردگی علاوه بر موارد یادشده، میزان درآمد نیز سهم فراوانی دارد (خسروی، ۱۳۸۷: ۶۵). مطالعات نیز در همین راستا حکایت از سلامت روان پایین زنان سرپرست خانواده به‌ویژه به دلیل بار سنگین مسئولیت و شرایط اقتصادی دارد. هم‌چنین ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانواده از سلامت روان کامل برخوردار نبوده و تنها ۲۳ درصد از آن‌ها از سلامت روان کامل برخوردار بوده‌اند. که توجه به وضعیت روانی زنان سرپرست خانواده از طریق تشکیل جلسات مشاوره و کارگاه‌های آموزشی (شناخت خود، مهارت‌های زندگی، مقابله با استرس و خشم) حائز اهمیت است (حسینی، ۱۳۸۳).

به اعتقاد ریماز (۱۳۹۲) زنان سرپرست خانواده میان حیطه‌های چهار گانه کیفیت زندگی، حیطه سلامت محیط و رابطه اجتماعی به ترتیب کمترین (۹،۸۷) و بیشترین (۱۲،۶۱) نمره را به خود اختصاص دادند. زنان سرپرست خانواده به لحاظ محدودیت مالکیت بر منابع و سطح پایین آموزش و عدم برخورداری از مهارت‌های فنی و حرفه‌ای و محدودیت تحرک اجتماعی و اقتصادی که متأثر از عوامل فرهنگی و حقوقی است، برای از بین بردن فقر با مشکل مواجه هستند (شادی طلب و دیگران، ۱۳۸۴). بنابراین فشارهای مداوم و مزمنی که زنان سرپرست خانواده با آن روبرو هستند، می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مخربی داشته باشد. از نظر سلامت جسمی بیش از نیمی از زنان سرپرست خانواده احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند، این مشکل در جامعه شهری به ۵۹،۸ درصد می‌رسد. همچنین در ۶۰،۲ درصد از زنان سرپرست خانواده، احساس اضطراب و نگرانی از آینده وجود دارد (سازمان بهزیستی، ۱۳۹۴).

یکی از مهم‌ترین رویکردهای مددکاری اجتماعی برای گروه‌هایی که با آسیب‌های درونی و بیرونی سروکار دارند استفاده از رویکرد شناختی رفتاری است در این رویکرد فرد می‌آموزد افکار، هیجان‌ها، رفتارها و واکنش‌های جسمی خود را در موقعیت‌های مختلف شناسایی کرده، معنا و اهمیت افکار خود را مورد آزمون قرار دهد و الگوی فکری‌ای را که با هیجان‌ها، رفتارها یا روابط میان فردی ناکارآمد مرتبط است، را تغییر

دهد (گرین برگر و پدسکی، ۱۳۸۶: ۱۱). در واقع تمام تلاش این رویکرد بر این تأکید دارد که چگونه افراد بتوانند در مقابل مسائل و مشکلات مختلف واکنش‌های مختلفی از خود نشان دهند و در مقابل از زندگی خود ناامید نشوند. مددکاران اجتماعی برای این گروه از زنان در معرض آسیب، با مداخلات گروهی، فرصتی برای رشد و توانمندی برای مقابله با چالش‌های زندگی ایجاد می‌کنند (Adelian Rice, ۲۰۱۳: ۱۹). بنابراین با توجه به طیف وسیع مسائل، مشکلات و محدودیت‌های پیش‌روی زنان سرپرست خانوار، آسیب‌پذیری آن‌ها و همچنین به‌عنوان یکی از گروه‌های هدف مددکاران اجتماعی، ارائه خدمات تخصصی از سوی مددکاران اجتماعی باهدف توانمندسازی روانی و اجتماعی این قشر از جامعه حائز اهمیت است. براین اساس در این پژوهش ما به بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) در استان قم خواهیم پرداخت.

مروری بر مطالعات گذشته

در زمینه تاب‌آوری در بین زنان سرپرست خانوار پژوهش‌هایی صورت گرفته است که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. ترابی مؤمن و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی (اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه بر توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران) پرداختند. که روش‌شناسی پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل که با روش تصادفی ساده انجام شد. برنامه آموزشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش انجام گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه توانمندی روانی و اجتماعی بین افراد شرکت‌کننده توزیع و تکمیل شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین توانمندی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری

وجود دارد. وجود تفاوت معنادار در زیرمقیاس های توانمندی روانی شامل عزت نفس، خود اثربخشی، استقلال فکری و احساس قدرت ($P < 0/001$) و زیرمقیاس های توانمندی اجتماعی شامل مشارکت در امور اجتماعی و جمع گرایی تأیید می شود ($P < 0/001$). همچنین در توانمندی روانی با ابعاد عزت نفس، خود اثربخشی، استقلال فکری، احساس قدرت و در توانمندی اجتماعی با ابعاد مشارکت در امور اجتماعی و جمع گرایی بین افراد آموزش دیده با افراد آموزش ندیده تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$).

اصل و وکیلی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با میزان تاب آوری در منطقه ۱۸ شهر تهران انجام دادند. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و نیز از روش اسنادی و کتابخانه‌ای که ۲۵۰ نفر زن سرپرست خانوار به روش تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تاب آوری کانر و دیوید سون را تکمیل کردند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تاب آوری، تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تأثیرات معنوی به صورت مثبت، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را پیش‌بینی می‌کند.

کشاوری (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و تاب آوری زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به کمیته امداد شهر قزوین پرداخت، که روش شناسی پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شد. حجم نمونه ۳۰ آزمودنی زن سرپرست خانوار در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) تحت مداخله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند. هر دو گروه یکبار پیش از مداخله، یکبار پس از مداخله و یک ماه پس از انجام مداخلات پرسشنامه‌های تاب آوری، عاطفه مثبت و منفی و رضایت از زندگی را پر کردند. یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی ذهنی و تاب آوری زنان سرپرست خانوار تأثیر دارد.

زارع و مهمان‌نوازان (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش دلگرم‌سازی بر ارتقاء خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار پرداختند. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس، ۲۸ نفر آنان انتخاب شدند و این تعداد به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، در معرض آموزش دلگرم‌سازی، در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. دو گروه، قبل و بعد از مداخله آموزشی به‌وسیله پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (شرر، ۱۹۸۲) و مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) مورد ارزشیابی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که آموزش دلگرم‌سازی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش میزان خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش شده است. در نتیجه آموزش دلگرم‌سازی به‌عنوان یک مهارت، می‌تواند باعث ارتقاء خودکارآمدی عمومی و میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار گردد.

گلوریا و استینه‌هارت (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی مشکلات زنان سرپرست خانوار پرداختند که روش‌شناسی پژوهش توصیفی، از نوع پیمایش و با نمونه‌گیری تصادفی بود که در بین ۵۸۰ نفر زن سرپرست خانوار انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که گسترش احساسات مثبت از طریق آموزش، تاب‌آوری را به‌صورت مستقیم افزایش می‌دهد و به‌صورت غیرمستقیم به سازگاری و مقابله با مسائل کمک می‌کند و تاب‌آوری، نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.

کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۱۵) پژوهشی باهدف بررسی تأثیر تاب‌آوری و سلامت روانی بر رضایت از زندگی با کاهش در هیجان‌های منفی انجام دادند، که روش‌شناسی پژوهش، نیمه آزمایشی و در قالب پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که با

۱. Conner & Davidson

استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شد. یافته‌های پژوهش بر این فرض استوار بود که تاب‌آوری به‌واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد. همچنین نقش مؤثر تاب‌آوری در میزان سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی بود. اما چگونگی این تأثیرگذاری بر این دو متغیر (سلامت هیجانی و رضایت‌مندی از زندگی) متفاوت است.

ماسون و اسمیت^۱ (۲۰۰۳) مطالعه‌ای با روش پژوهش توصیفی و پیمایشی بر روی ۸۰۰ نفر از زنان مطلقه هندی انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین سطح تاب‌آوری و رضایت از زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و آموزش تاب‌آوری سبب افزایش تاب‌آوری، استفاده از: ۱- راهبردهای فعال ۲- جست‌وجوی حمایت اجتماعی ۳- افکار مثبت ۴- خود دلگرم‌سازی ۵- بهزیستی، خوش‌بینی ۶- خود رهبری ۷- اعتماد به نفس ۸- افزایش رضایت از زندگی و کاهش هیجان‌های منفی می‌شود.

مبانی نظری مرتبط با موضوع پژوهش

تاب‌آوری: انسان‌ها در برابر شرایط نامساعد، خطرها و ناملایمات معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنند و در بسیاری مواقع نیز سعی می‌کنند که در برابر خطرها و موقعیت‌های ناگوار تحمل نمایند و نتایج غیرمنتظره‌ای به دست می‌آورند. توانایی اجرای این «جادوی رایج» اغلب در حوزه علوم اجتماعی به‌عنوان انعطاف‌پذیری یا «تاب‌آوری» نام دارد. تاب‌آوری در علوم اجتماعی به‌عنوان «فرایند کنش‌گسائی و واکنش در مقابل ناملایمات» فرض می‌شود (۸: Goodburg and William, ۲۰۰۳).

کانر (۲۰۱۵) تاب‌آوری را به‌عنوان روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می‌کند، تعریف کرده است.

۱. Mason & Smith

افراد تاب آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. بونا (۲۰۰۴) راه‌های به دست آوردن تاب‌آوری را داشتن سرسختی، خود افزایش، مقابله سرکوب گرایانه، داشتن خلق‌وخو و احساسات مثبت می‌داند (Freiburg, ۲۰۰۶: ۱۹۴). تاب‌آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل این که شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می‌کند که وقتی اوضاع بد شد آن‌ها را به عقب بکشد (Hang, ۲۰۰۴: ۸۳). تاب‌آوری به توانایی یک انسان گفته می‌شود که به‌طور موفقیت‌آمیز شرایط نامطلوب را پشت سر گذارده و با آن‌ها تطابق می‌یابد و با وجود مواجهه با مشکلات زندگی به قابلیت تحصیلی و هیجانی و اجتماعی دست می‌یابد (Inzellch et al, ۲۰۰۶: ۳۲۴). طبق مدل‌های ارائه‌شده از سوی اورال، آتروس و پاولسن، سه حوزه عملکردی برای تاب‌آوری تعریف و بر آن‌ها تمرکز شده است.

۱. تاب‌آوری به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی یا توانایی پیش‌بینی افراد در مقابل تأثیرات منفی ناملایمات و احتمال خطر فرض می‌شود.
۲. یک وضعیت روحی مثبت یا سلامت روانی (مثل درک مثبت، خودپنداری، پیشرفت تحصیلی موفقیت در وظایف و...) یا فقدان بیماری روحی روانی علیرغم وجود یا احتمال خطر تعریف می‌گردد.
۳. یک فرایند پویا که برکنش بین متغیرهای فردی و پیرامونی تأثیر گذاشته و در طول زمان تغییر می‌کند. در این تعریف به دلیل چارچوب فراگیر و تلفیق ویژگی‌های فردی با محیطی، ایجاد تاب‌آوری بیش از تعاریف قبلی مورد توجه است (Chokrina, ۲۰۰۴: ۵).

افزون بر آن به باور ورنر (۱۹۹۷) تاب‌آوری صرف‌نظر از خطرات تهدیدکننده، عاملی بالقوه در همه افراد برای تغییر است (Werner and Smith, ۲۰۰۱). بلاک (۲۰۰۲) بر این باور است که خود تاب‌آوری توانایی سازگاری سطح کنترل برحسب

شرایط محیطی می باشد (Inzellch et al, ۲۰۰۶: ۳۲۴) تاب‌آوری ویژگی یا خصالتی نیست که برخی دارای آن باشند و برخی آن را نداشته باشند، به بیان دقیق‌تر، تاب‌آوری بیانگر تعاملی بین انسان و محیط است. تاب‌آوری اشاره به ایستادگی در برابر خطر دارد اما یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را نیز مغلوب سازد. راتر خاطر نشان می‌کند که تاب‌آوری نوعی تعامل با عامل خطر است یعنی ماهیتی رو به رشد دارد که از بیولوژی و تجارب اولیه زندگی منشأ می‌گیرد و عوامل محافظتی می‌توانند از طریق شیوه‌های مختلف در مراحل متفاوت رشد، عمل کنند (Corner and Davidson, ۲۰۰۳: ۷۷).

هسته مرکزی سازه خودتاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که «فطرتی زیست‌شناختی» برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد (برای نمونه طبیعت خود - اصلاح‌گری ارگانسیم انسانی) که به‌طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود (Werner and Smith, ۲۰۰۱). تاب‌آوری ظرفیتی انسانی در همه افراد برای تغییر، صرف‌نظر از خطرات تهدیدکننده است. اساساً نوع بشر دارای نیازهای پیچیده و متعددی برای رشد است که باعث می‌شود تا او را به‌طور طبیعی به سمت این برآمدهای تاب‌آور به حرکت درآورند. به باور ماستن هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آنگاه تاب‌آوری به ظهور می‌رسد. در نتیجه فرایند تاب‌آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل می‌شوند و یا حتی ناپدید می‌گردند (Masthen, ۲۰۰۱: ۲۲۸). سلامت روان افراد آسیب‌دیده، تحت تأثیر پیامدهای منفی پیشامدهای ناگوار قرار می‌گیرد. سرسختی و خودتاب‌آوری از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نمایند و اثرات منفی استرس را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند.

البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل

زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است. پژوهش‌های تاب‌آوری نشان می‌دهند که چگونه افراد در رویارویی با عوامل تنش‌زا و آسیب‌رسان که در بافتار اجتماعی وجود دارند، نظیر نژادپرستی، جنگ و فقر که ناشی از رخداد پیشامدهای ناگوار است، با موفقیت بیرون می‌آیند. در واقع این دیدگاه منطق نیرومندی را مهیا می‌سازد تا از نگرش تنگ و تار علوم اجتماعی و رفتاری که لزوماً توجه خود را معطوف به خطر، نقصان و آسیب کرده‌اند، دست برداشته و به سمت توجه به نقاط قوت افراد با دیدگاهی ارتقاءنگر گسترش یابد. توجه به این‌که هرکسی دارای نقاط قوت و ظرفیت برای تغییر است، نه تنها موجب می‌شود که در حوزه بهداشت روانی حادثه، فرایندهای کارآمد شناسایی شوند بلکه باعث می‌شود تا از حساسیت بی‌مورد نسبت به پرداختن به شناسایی خطر به‌عنوان دیدگاهی یک‌جانبه دست برداشته شود (۵: Chokrina, ۲۰۰۴).

کامپفر باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این‌رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به‌عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه به تاب‌آوری می‌داند. کوباسا، مدی و زولا سرسختی را ترکیبی از باورها درباره خویشتن و جهان تعریف می‌کنند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. باور به تغییر، دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا و موقعیت‌های مبهم را به دنبال دارد (۳: Kobasa, ۲۰۰۰).

کوباسا و پوکتی باور دارند که ویژگی‌های روان‌شناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی‌دار، ابراز وجود، پرانرژی بودن و این‌که تغییر در زندگی، امری طبیعی است، می‌توانند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی زای زندگی سودمند باشند. بررسی‌ها گویای آن هستند که سرسختی

با سلامت بدنی و روانی از بروز بیماری جسمی و روحی پیش‌گیری می‌کند. برخی از پژوهش‌ها نیز، بین تاب‌آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی رابطه دارند چراکه افراد تاب‌آور می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند (Kobasa and Poukety, ۲۰۰۲: ۸۴۰).

در بنیادی‌ترین سطح، تاب‌آوری، رشد درونی انسان را مورد تأکید قرار می‌دهد. مفهوم تاب‌آوری بر رشد زیست‌شناختی (فطری) برای پرورش و ارتقاء که در انسان به‌عنوان یک ارگانیزم وجود دارد و بخشی از ترکیب ژنتیکی فرد را شکل می‌دهد و قادر است به‌طور طبیعی در شرایط معین محیطی بارز و هویدا گردد، تأکید می‌ورزد. به‌عبارت‌دیگر، در این مفهوم بر این نکته تکیه می‌شود که انسان‌هایی که تاب‌آوری ذاتی و یا ظرفیت‌هایی برای بهبود زندگی دارند به‌طور عمده دارای نیم‌رخ تاب‌آور هستند که ویژگی‌های آن‌ها عبارت‌اند از:

۱- توانش اجتماعی (مانند: تفاهم، انعطاف‌پذیری فرهنگی، همدلی، مهربانی، مهارت‌های ارتباطی و شوخ‌طبعی).

۲- حل مسئله (مانند: برنامه‌ریزی، یاری‌جویی، تفکر انتقادی و خلاق).

۳- خودگردانی (مانند: احساس هویت، خودکارآمدی، خودآگاهی، تسلط بر وظایف و کناره‌گیری سازگارانه از مفاهیم و شرایط منفی یا ناسازگار).

۴- احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن (مانند: هدف‌گیری، آرمان‌های تحصیلی، خوش‌بینی، اعتقاد دینی و روابط معنوی).

برخلاف تصورهای قبلی که تاب‌آوری را جزء خصیصه‌های افراد فوق‌العاده محسوب می‌کردند، پژوهش‌های اخیر نشان دادند که تاب‌آوری در انحصار افراد فوق‌العاده نیست و در افراد و سطوح مختلف تحولی (کودکی تا بزرگسالی) مشاهده می‌شود (Kobasa, ۲۰۰۰: ۳). روانشناسان بالینی مدل‌هایی از تاب‌آوری را تحت شرایط فقدان مصیبت افسردگی و درد، بررسی کرده‌اند. نتایج هماهنگ این تحقیقات مؤید تأثیرات مثبت سازنده و محافظت‌کننده تاب‌آوری در مقاومت و مقابله موفق و انطباق

رشد یافته با شرایط خطیر و استرس‌زای یادشده است و سطوح پایین وضعیت تاب‌آوری با آسیب‌پذیری و اختلال‌های روان‌شناختی مرتبط است. نظریات نخستین در مورد تاب‌آوری بر ویژگی‌های مرتبط با پیامد مثبت در مواجهه با مصائب و ناملایمات زندگی تأکید داشتند. این دسته از پژوهش‌ها بعدها عوامل حفاظتی بیرونی مثل محیط آرام خانه و مدرسه، خانواده حمایت‌گر و... را نیز در بروز تاب‌آوری مؤثر دانستند (۷۷: ۲۰۰۳، Corner and Davidson) نظریه‌های فعلی، تاب‌آوری را سازه‌ای چندبُعدی متشکل از متغیرهای سرشتی، مانند مزاج و شخصیت، همراه با مهارت‌های مخصوص مثل مهارت حل مسئله می‌دانند.

تاب‌آوری پدیده ژنتیکی صرف نیست که فقط انسان‌های خاص دارای آن باشند. در واقع، پدیده تاب‌آوری ظرفیتی ذاتی در هر فرد است که می‌تواند به خود اصلاح‌گری و تغییر منجر گردد. تاب‌آوری که مقاومت در برابر استرس یا رشد پس‌ضربه‌ای نیز نامیده می‌شود. در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در برابر آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرد. بر اساس این تعریف، تاب‌آوری فراتر از جان سالم به در بردن از استرس‌ها و ناملایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل بعد از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین مطابقت می‌کند. نان هاندرسن تاب‌آوری را ترکیبی از ۶ عامل زیر معرفی می‌کند.

- فراهم‌سازی حمایت مهربانانه
 - طراحی و ارتباط‌سازی برای افزایش امیدواری
 - فرصت‌سازی برای مشارکت معنادار
 - پیشاهنگی در پیوندهای اجتماعی
 - مرزبندی شفاف و سازگار
 - آموزش مهارت‌های زندگی (۳۲: ۲۰۰۴، Honderson).
- لاتر، سیسچتی و بکر (۲۰۰۰) و ماستن و کواتسورث (۱۹۹۸) خصوصیات تاب‌آوری را به شرح زیر توصیف نموده‌اند:

۱- برخورداری از تیزهوشی و مهارت عقلانی، توانایی در صمیمیت و گسستگی

اثر بخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۲۱

- ۲- توانایی در مفهوم‌پردازی موضوعات متعدد، دستیابی فرد به این اعتقاد که حق زندگی کردن دارد.
- ۳- برخوردار بودن از توانایی یادآوری و فراخوانی اشخاص و موضوعات خوب و نگهداری آن‌ها (نمادهای خوب) در ذهن
- ۴- برخورداری توانایی در لمس عواطف، بجای این‌که وی هر زمان که عواطف مهم وی برانگیخته شدند، آن‌ها را انکار یا سرکوب کند.
- ۵- داشتن هدف در زندگی
- ۶- برخورداری از توانایی جذب و استفاده از حمایت اجتماعی
- ۷- برخورداری از توان در نظر گرفتن احتمالات در زندگی و استفاده مطلوب از دستورات اخلاقی جامعه مدنی
- ۸- نیاز و توانایی در کمک به دیگران
- ۹- برخورداری از خزانه عاطفی
- ۱۰- کاردان و مبتکر بودن
- ۱۲- برخورداری از دیدگاهی نوع‌دوستانه نسبت به دیگران
- ۱۳- برخورداری از ظرفیت تبدیل درماندگی آسیب‌رسان به درماندگی آموخته شده. (ویسی و همکاران، ۱۳۷۹: ۷۱).

رویکرد شناختی- رفتاری

دیدگاه شناختی- رفتاری یا شناختی در اوایل دهه ۱۹۵۰ میلادی مطرح شد. طرح کلی و روش‌هایی که توسط آلبرت آلیس، آرون. تی بک، دونالد مایکنبام و سایر پژوهشگران به وجود آمد که به‌عنوان روشی کارآمد به طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی و اختلال‌های روانی گسترش یافته است (فری، ۱۳۹۱: ۶۷). مدل شناختی- رفتاری بر چگونگی درک ما از مسائل و چگونگی برخورد ما با آن مسائل تأثیر می‌گذارد. در این

مدل فرد می‌آموزد افکار، هیجان‌ها، رفتارها و واکنش‌های جسمی خود را در موقعیت‌های مختلف شناسایی کرده، معنا و اهمیت افکار خود را مورد آزمون قرار دهد و الگوی فکری‌ای را که با هیجان‌ها، رفتارها یا روابط میان فردی ناکارآمد مرتبط است، تغییر دهد (گرین برگر و پدسکی، ۱۳۸۶: ۱۱). این مدل از رهنمودهایی همچون همکاری مشارکتی، تشخیص مشکلات، الویت بندی مشکل، هدف‌گزینی، تعیین دستور جلسه، تمرکز بر اینجا و اکنون، تأکید بر مسئله‌گشایی، تغییر و اصلاح افکار، احساس‌ها و رفتار و طراحی تکالیف خودیاری برای افزایش میزان اثربخشی استفاده می‌کند (رایت و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۲۱). همچنین کمک می‌کند تا فرد از وضعیت ناخوشایند فعلی خود، چیزی ارزشمند پدید آورد. مهارت‌هایی که آموزش داده می‌شود، در بهبود مسائل خلقی، حل مسائل ارتباطی، مقابله با استرس، کاهش نشانه‌ها، افزایش عزت‌نفس، کاهش ترس و افزایش احساس اطمینان نقش دارد و کمک می‌کند که فرد احساس بهتری پیدا کند و مدت‌ها بعد از آن که به مسائل اصلی خود پرداخت، خود را فردی ارزشمند بداند (گرین برگر و پدسکی، ۱۳۸۶: ۱۱).

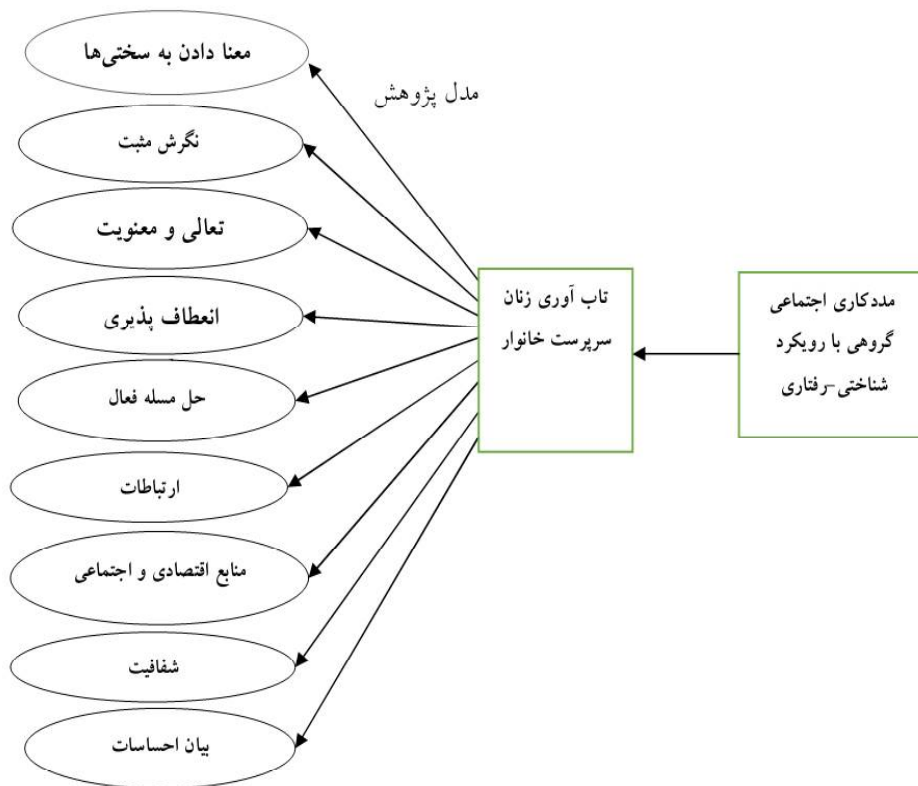
این روش درمانی به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کند و آن‌ها را مورد بررسی قرار دهد. رویکرد شناختی-رفتاری عمدتاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به بیمار است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه برای حل مسائل مشابه در آینده رشد دهد (رضایی مطلق، ۱۳۸۷: ۲۷). درمان شناختی-رفتاری شامل آموزش آرامش عضلانی و فنون توجه برگردانی (تمرکز بر یکشی، تمرکز بر خاطرات و خیال‌پردازی‌های خوشایند، آگاهی حسی به محیط اطراف، انجام تمرین‌های ذهنی و فعالیت‌های جالب) جزء روش‌های خودکنترلی بودند. همچنین شناسایی افکار منفی و آشنایی با پیامدهای رفتاری آن و رسیدن به این اعتقاد که این باورها تغییرپذیرند و روش‌های جرأت ورزی و ابراز وجود جزء روش‌های حل مسئله شناختی و بازساخت دهی شناختی بودند (رضایی مطلق، ۱۳۸۷: ۲۷).

چارچوب نظری

در مجموع می‌توان گفت که تاب‌آوری فرایندی پویا است که در آن تأثیرات محیطی و شخصیتی در تعاملی متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند. هسته مرکزی الگوی تاب‌آوری را این پیش‌فرض تشکیل می‌دهد که تاب‌آوری فطرتی بیولوژیک برای رشد و کمال است که در هر انسان وجود دارد-طبیعت خود اصلاح‌گری ارگانسیم انسانی- که به‌طور طبیعی و تحت شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود. همان‌گونه که ماستن می‌گوید: هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آنگاه تاب‌آوری احتمال ظهور می‌یابد (Masthen, ۲۰۰۱: ۲۲۸). مهم‌ترین نتیجه کاربردی برآمده از دل الگوهای تاب‌آوری، این است که می‌توانیم توانمندی افراد را ارتقاء دهیم به‌گونه‌ای که آن‌ها به احساس هویت و کارآمدی، توانایی تصمیم‌گیری، هدف‌گذاری و باور به آینده دست یابند و از این راه بتوانند نیازهای اولیه انسانی خود برای مهربانی، رابطه با دیگران، چالش، قدرت و معناداری را در شرایط طاقت‌فرسا به‌عنوان کانون توجه هرگونه مداخلات پیشگیرانه، آموزشی و رشد فردی قرار دهند. تقویت این رابطه‌ها از مدل رهنمودهایی همچون هم‌کاری، تشخیص مشکلات، الویت بندی مشکل، هدف‌گزینی از طریق رویکرد شناختی - رفتاری امکان‌پذیر است. در واقع رویکرد شناختی - رفتاری در پی حل مسائلی است که بتواند افراد را به لحاظ روانی و اجتماعی بازتاب‌آوری کند.

مدل تحلیلی پژوهش

در مدل تحلیلی که با توجه به مطالعات و کارهای پیشینه‌ای، دیدگاه‌های نظری تاب‌آوری و رویکرد شناختی - رفتاری در ارتباط با تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار صورت گرفته است، محقق درصدد بررسی اثر بخشی اثرات رویکرد شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار است، که چگونه رویکرد شناختی - رفتاری باعث تقویت تاب‌آوری زنان در برخورد با مشکلات روحی - روانی و اجتماعی آن‌ها می‌شود.



فرضیه‌های پژوهش

با در نظر گرفتن چارچوب نظری پژوهش فرضیات ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۲. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر معنا دادن به سختی‌ها در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۳. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر نگرش مثبت در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۲۵

۴. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر تعالی و معنویت در زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۵. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۶. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر حل مسئله فعال زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۷. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر ارتباطات زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۸. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر منابع اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۹. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر شفافیت زنان سرپرست خانوار مؤثر است.
۱۰. مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بیان احساسات زنان سرپرست خانوار مؤثر است.

روش‌شناسی

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بوده که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان سرپرست خانوار ساکن شهر قم است. نمونه این پژوهش از بین زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) انتخاب شدند که شرایط ورود به پژوهش را داشته‌اند. تعداد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش این مؤسسه ۲۶۰ نفر بود. که بر اساس معیارهای تعیین شده (داشتن سواد خواندن و نوشتن، گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و دارا بودن سلامت روان که با کمک روانشناس مؤسسه تعیین شد) ۱۵۰ زن سرپرست خانوار شرایط ورود به پژوهش را

داشتند که از بین آن‌ها ۳۸ نفر به صورت تصادفی ساده از طریق لیست ارائه شده از سوی موسسه انتخاب شدند. در مرحله بعد افراد به صورت تصادفی به دو گروه ۱۸ نفر (۱۸ نفر در گروه مداخله و ۱۸ نفر در گروه کنترل) تقسیم شدند. پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از هر دو گروه، در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای هر دو گروه توضیحاتی داده و پیش‌آزمون اجرا شد.

پس از آن پژوهشگر مداخلات مددکاری اجتماعی را با رویکرد شناختی- رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی افراد گروه آزمایش اجرا کرد (جدول شماره ۱).

جدول ۱- برنامه آموزشی تاب‌آوری برای زنان سرپرست خانوار

محتوای جلسات	
جلسه اول	به معرفی اعضا و مددکار اجتماعی و اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه اختصاص داشت.
جلسه دوم	این جلسه با موضوع بحث و ارزیابی جلسه قبل و واریسی تکالیف جلسه قبل و اظهارنظر اعضا به پایان رسید. در این مرحله از رویکرد شناختی- رفتاری اعضا باید بتوانند حالات درونی خود را راحت‌تر بیان کنند، هدف آموزشی این جلسه اظهارنظر اعضا، صحبت کردن راجع به خود و زندگی‌شان، افزایش احساس موفقیت در زندگی، احساس رضایت و شناخت نقاط ضعف و قوت خود است.
جلسه سوم	این جلسه صحبت پیرامون باورهای کارآمد و ناکارآمد خود و آشنایی راجع به تکنیک بازسازی شناختی و غلبه بر بیان احساسات خود است. در این جلسه به تکمیل و جمع‌بندی مطالب مرتبط بایمان احساسات پرداخته شد.
جلسه چهارم	این جلسه باهدف احساس توان برای بهبود وضع آینده، باور به حل مشکل با تلاش و کوشش، آشنایی با مصداق‌های تاب‌آوری، توانایی حفظ خونسردی، آگاهی از شایستگی‌های خود و آشنایی با مفهوم تاب‌آوری انجام شد.
جلسه پنجم	این جلسه تکمیل مباحث مرتبط با صحبت راجع به مؤلفه‌های نزدیک به تاب‌آوری (امید- نگرش نیکو- مثبت‌اندیشی و...)، بود و از تمرین‌ها و روش‌هایی برای تقویت حس شناخت راه‌های افزایش تاب‌آوری استفاده شد.
جلسه ششم	این جلسه باهدف انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات در مواردی چون آشنایی با مفهوم مهارت‌های زندگی، آشنایی با مهارت‌های خودآگاهی- همدلی- ارتباط موثر- تصمیم‌گیری- روابط بین فردی بود.

اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۲۷

جلسه هفتم	این جلسه به موضوع ادامه آشنایی با مهارت‌های زندگی (حل مسئله- تفکر خلاق- تفکر انتقادی- مقابله با استرس)، حل مسئله فعال، تعیین تکلیف برای منزل با توانایی برای تغییر سرنوشت اختصاص داشت.
جلسه هشتم	این جلسه با موضوع آموزش مهارت جرأت مندی، آشنایی با سبک‌های رفتاری، تمرین رفتار جرأت ورزانه از طریق ایفای نقش، آشنایی و تمرین مهارت نه گفتن به پایان رسید.
جلسه نهم	این جلسه با موضوع آشنایی با مهارت خود اثربخشی و مراحل آن، کمک به اعضاء جهت تعیین هدف در زندگی، انجام کارگروهی در خصوص مهارت خود اثربخشی، معرفی چند زن سرپرست خانوار موفق و بررسی راه رسیدن ایشان به موفقیت به پایان رسید.
جلسه دهم	این جلسه با موضوع آشنایی با مهارت خودگویی مؤثر و انجام فعالیت گروهی به اتمام رسید.
جلسه یازدهم	این جلسه با موضوع آموزش مراحل ایمن‌سازی در مقابل استرس، آموزش روش خود آرام‌سازی، انجام بحث گروهی پیرامون استرس و راه‌های مناسب مقابله با آن و تمرین عملی آرام‌سازی جسمی پایان یافت.
جلسه دوازدهم	در زمینه صحبت راجع به آینده‌نگری مثبت، مرور مطالب گفته‌شده در طی دوره آموزشی، صحبت اعضاء راجع به دوره آموزشی و خاتمه آن، صحبت در مورد هدفمندی و خاتمه گروه پرسش و پاسخ و کارگروهی اجرا شد.
جمع‌بندی	مددکار اجتماعی منافع حاصل از کارگروه را بر اساس مرحله پایانی دیدگاه شناختی- رفتاری و مباحث جمع‌بندی کرد، همچنین پس‌آزمون نیز اجرا شد.

پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسشنامه تاب‌آوری تکمیل شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و طبق قرار اولیه، آموزش فشرده‌ای برای اعضای گروه کنترل برگزار و مهم‌ترین مباحث به‌صورت خلاصه ارائه شد. در این پژوهش برای سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه سیکسبی (۲۰۰۵) استفاده شد. روایی و پایایی ابزار توسط بوچانان بررسی شده است که نتیجه پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ

۰/۹۶ و روایی ملاکی هم زمان آن با بررسی همبستگی نمرات مقیاس اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده بالا و قابل قبول گزارش می‌شود (حسینی به نقل از چاری، ۱۳۸۹). زهرا کار و همکاران در ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری سیکسبی (۲۰۰۵) در رابطه با پایایی مقیاس ضریب الفای کرونباخ و بر آزمایی کل پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ گزارش می‌کند. همچنین ضرایب روایی همگرا و پرسشنامه تاب‌آوری با عملکرد خانواده، مقیاس انسجام خانواده (۱۳۸۱) و پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۶۵، ۰/۴۵ گزارش شده است (زهرا کار و همکاران، ۱۳۹۳).

بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی از آزمون‌های تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین گروه سنی زنان سرپرست خانوار ۳۸ سال و ۱۵ نفر (۴۱,۷ درصد) از زنان در گروه سنی ۳۵ تا ۴۱ سال قرار دارند. از نظر تعداد فرزندان ۱۳ نفر (۳۶,۱ درصد) از زنان سرپرست خانوار دو فرزند داشتند، از نظر تحصیلات ۱۷ زن سرپرست خانوار (۴۷,۲ درصد) تحصیلات راهنمایی داشتند. از نظر وضعیت مسکن ۱۶ زن سرپرست خانوار (۴۴,۴ درصد) در خانه‌ای که خود مالک آن بودند سکونت داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۲۲ نفر از زنان سرپرست خانوار (۶۱,۱ درصد) مطلقه بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۱۱ نفر (۳۰,۶ درصد) از زنان دارای شغل قالی‌بافی بودند. (جدول شماره ۲)

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان سرپرست خانوار به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی در گروه‌های بررسی شده

جمع	کنترل تعداد (درصد)	آزمایش تعداد (درصد)	متغیرهای جمعیت شناختی	
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۶(۱۶,۷)	۱(۵,۶)	۵(۲۷,۸)	۳۴-۲۸	سن
۱۵(۴۱,۷)	۹(۵۰,۰)	۶(۳۳,۳)	۴۱-۳۵	
۱۲(۳۳,۳)	۷(۳۸,۹)	۵(۲۷,۸)	۴۸-۴۲	
۳(۸,۳)	۱(۵,۶)	۲(۱۱,۱)	۵۵-۴۹	
۹(۲۵,۰)	۵(۲۷,۸)	۴(۲۲,۲)	یک فرزند	تعداد فرزندان
۱۳(۳۶,۱)	۷(۳۸,۹)	۶(۳۳,۳)	دو فرزند	
۹(۲۵,۰)	۴(۲۲,۲)	۵(۲۷,۸)	سه فرزند	
۳(۱۱,۱)	۲(۱۱,۱)	۲(۱۱,۱)	چهار فرزند	
۱(۲,۸)	۰	۵(۲۷,۸)	پنج فرزند	
۱(۲,۸)	۱(۵,۶)	۰	ابتدایی	تحصیلات
۱۷(۴۷,۲)	۹(۵۰,۰)	۸(۴۴,۴)	راهنمایی	
۱۴(۳۸,۹)	۶(۳۳,۳)	۸(۴۴,۴)	دیپلم	
۴(۱۱,۱)	۲(۱۱,۱)	۲(۱۱,۱)	استیجاری	
۱۳(۳۶,۱)	۷(۳۸,۹)	۶(۳۳,۳)	مالک	وضعیت مسکن
۱۶(۴۴,۴)	۸(۴۴,۴)	۸(۴۴,۴)	پدری	
۷(۱۹,۴)	۳(۱۶,۷)	۴(۲۲,۲)	مطلقه	
۲۲(۶۱,۱)	۹(۵۰,۰)	۱۳(۷۲,۲)	فوت همسر	وضعیت تأهل
۱۴(۳۹,۹)	۹(۵۰,۰)	۵(۲۷,۸)	خدماتی	
۶(۱۶,۷)	۴(۲۲,۲)	۲(۱۱,۱)	خیاطی	وضعیت اشتغال
۷(۱۹,۴)	۵(۲۷,۸)	۲(۱۱,۱)	قالی‌بافی	
۱۱(۳۰,۶)	۴(۲۲,۲)	۷(۳۸,۹)	خانه‌داری	
۷(۱۹,۴)	۳(۱۶,۷)	۴(۲۲,۲)	آرایشگری	
۵(۱۳,۹)	۲(۱۱,۱)	۳(۱۶,۷)		

بر اساس نتایج به دست آمده از بررسی شاخص های توصیفی مؤلفه رویکرد تاب آوری به تفکیک گروه های مطالعه شده در پیش آزمون و پس آزمون، مقادیر میانگین معنا دادن به سختی ها، نگرش مثبت، تعالی و معنویت، انعطاف پذیری، حل مسئله فعال، ارتباطات، منابع اقتصادی و اجتماعی، شفافیت، بیان احساسات مربوط به تاب آوری در گروه آزمایش در پس آزمون بهتر از پیش آزمون بود (جدول شماره ۳).

جدول ۳- شاخص های توصیفی مؤلفه های تاب آوری زنان سرپرست خانوار در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و پس از مداخله

مؤلفه تاب آوری	گروه ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	آزمایش	پیش آزمون	۱۹,۰۴	۵,۳۱
		پس آزمون	۸۴,۵۲	۱۰,۶۶
	کنترل	پیش آزمون	۱۵,۷۵	۷,۵۵
		پس آزمون	۱۲,۵۹	۸,۲۷
معنا دادن به سختی ها	آزمایش	پیش آزمون	۳۰,۳۷	۱۴,۹۴
		پس آزمون	۹۱,۸۵	۷,۲۸
	کنترل	پیش آزمون	۱۱,۱۱	۶,۶۶
		پس آزمون	۲۴,۴۴	۸,۸۱
نگرش مثبت	آزمایش	پیش آزمون	۳۵,۷۱	۲۵,۰۰
		پس آزمون	۸۸,۸۸	۱۱,۳۵
	کنترل	پیش آزمون	۱۳,۴۹	۱۴,۹۱
		پس آزمون	۳۲,۳۵	۱۵,۶۱
تعالی و معنویت	آزمایش	پیش آزمون	۱۴,۵۲	۱۱,۸۱
		پس آزمون	۸۸,۸۸	۸,۶۹
	کنترل	پیش آزمون	۱۶,۲۳	۱۶,۰۶
		پس آزمون	۱۸,۸۰	۱۳,۹۲

اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۳۱

۱۰,۷۵	۲۲,۲۲	پیش آزمون	آزمایش	انعطاف پذیری
۱۰,۳۹	۷۹,۶۲	پس آزمون		
۸,۲۲	۲۰,۹۸	پیش آزمون	کنترل	
۱۴,۱۶	۱۸,۵۱	پس آزمون		
۱۰,۴۵	۳۲,۰۶	پیش آزمون	آزمایش	حل مسئله فعال
۱۵,۴۳	۷۳,۷۲	پس آزمون		
۱۵,۶۲	۳۲,۶۳	پیش آزمون	کنترل	
۱۴,۲۶	۲۵,۶۹	پس آزمون		
۱۷,۵۹	۳۶,۶۰	پیش آزمون	آزمایش	ارتباطات
۱۵,۳۱	۷۹,۰۸	پس آزمون		
۱۱,۳۹	۴۳,۱۳	پیش آزمون	کنترل	
۱۱,۳۹	۳۵,۲۹	پس آزمون		
۱۱,۷۳	۳۴,۷۲	پیش آزمون	آزمایش	منابع اقتصادی و اجتماعی
۱۹,۳۷	۷۴,۳۰	پس آزمون		
۱۱,۶۹	۳۱,۲۵	پیش آزمون	کنترل	
۱۵,۲۳	۱۷,۳۶	پس آزمون		
۱۱,۱۴	۳۰,۸۶	پیش آزمون	آزمایش	شفافیت
۱۶,۴۵	۷۵,۳۰	پس آزمون		
۱۶,۶۶	۳۱,۴۸	پیش آزمون	کنترل	
۱۵,۲۱	۲۴,۰۷	پس آزمون		
۱۳,۲۷	۳۵,۷۲	پیش آزمون	آزمایش	بیان احساسات
۲۱,۹۰	۸۰,۴۸	پس آزمون		
۱۳,۲۲	۳۱,۸۰	پیش آزمون	کنترل	
۱۷,۲۳	۱۶,۰۹	پس آزمون		

هم چنین برای بررسی عادی بودن توزیع متغیرهای تاب آوری شامل معنا دادن به سختی ها، نگرش مثبت، تعالی و معنویت، انعطاف پذیری، حل مسئله فعال، ارتباطات،

منابع اقتصادی و اجتماعی، شفافیت و بیان احساسات از آزمون کولموگروف اسمیرونف استفاده شد. نتایج نشان داد تمام متغیرهای بررسی شده توزیع طبیعی دارند ($p < 0/05$). بر اساس نتایج به دست آمده بین تاب‌آوری در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد. مقدار مجذورات اتای به دست آمده ($Eta = 0/93$) نشان از ۹۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش دارد که می‌توان آن را به مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری نسبت داد (جدول شماره ۴).

جدول ۴- تحلیل کوواریانس تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل در

زنان سرپرست خانوار

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری P	مجذور اتا
تاب‌آوری	گروه	۳۲۰۶۳,۴۳۹	۳	۱۰۶۸۷,۸۱۳	۱۵۹,۸۲۴	۰,۰۰۰	۰,۹۳۷
	خطا	۲۱۴۱,۲۵	۳۲	۶۶,۹۱۴			
	کل	۱۳۳۶۱,۱۳۵	۳۶				
معنا دادن به سختی‌ها	گروه	۳۴۷۰۹,۸۷۷	۳	۱۱۵۶۹,۹۵۹	۱۱۶,۰۵۸	۰,۰۰۰	۰,۹۱۶
	خطا	۳۱۹۰,۱۲۳	۳۲	۹۹,۶۹۱			
	کل	۹۳۹۱۱,۱۱۱	۳۶				
نگرش مثبت	گروه	۲۸۲۴۶,۸۸۲	۳	۹۴۱۵,۶۲۷	۳۰,۸۶	۰,۰۰۰	۰,۷۴۳
	خطا	۹۷۶۱,۹۰۵	۳۲	۳۰۵,۰۶۰			
	کل	۱۰۳۵۲۰,۴۰۸	۳۶				
تعالی و معنویت	گروه	۳۵۴۳۰,۶۳۸	۳	۱۱۸۱۰,۲۱۳	۷۰,۷۹۱	۰,۰۰۰	۰,۸۶۹
	خطا	۵۳۳۳۸,۵۹۳	۳۲	۱۶۶,۸۳۱			
	کل	۸۳۹۰۵,۳۲۵	۳۶				
انعطاف‌پذیری	گروه	۲۳۶۰۳,۳۹۵	۳	۷۸۶۷,۷۹۸	۶۳,۹۵	۰,۰۰۰	۰,۸۵۷
	خطا	۳۹۳۶,۹۰۰	۳۲	۱۲۳,۰۲۸			
	کل	۷۲۵۰۰,۰۰۰	۳۶				

اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۳۳

۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۵	۴۳۶۵,۳۹۵	۳	۱۳۰۹۶,۱۸۵	گروه	حل مسئله فعال
۰,۰۰۰	۱۹,۱۱۸	۳۸۴۰,۵۱۰	۳	۱۱۵۲۱,۵۳۰	گروه	
۰,۰۰۰	۲۴,۳۸۲	۵۳۷۷,۲۴۲	۳	۱۶۱۳۱,۷۲۷	گروه	
۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۵	۴۹۶۶,۸۵۰	۳	۱۴۹۰۰,۵۴۹	گروه	ارتباطات
۰,۰۰۰	۱۹,۱۱۸	۳۸۴۰,۵۱۰	۳	۱۱۵۲۱,۵۳۰	گروه	
۰,۰۰۰	۲۴,۳۸۲	۵۳۷۷,۲۴۲	۳	۱۶۱۳۱,۷۲۷	گروه	
۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۵	۴۹۶۶,۸۵۰	۳	۱۴۹۰۰,۵۴۹	گروه	منابع اقتصادی و اجتماعی
۰,۰۰۰	۱۹,۱۱۸	۳۸۴۰,۵۱۰	۳	۱۱۵۲۱,۵۳۰	گروه	
۰,۰۰۰	۲۴,۳۸۲	۵۳۷۷,۲۴۲	۳	۱۶۱۳۱,۷۲۷	گروه	
۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۵	۴۹۶۶,۸۵۰	۳	۱۴۹۰۰,۵۴۹	گروه	شفافیت
۰,۰۰۰	۱۹,۱۱۸	۳۸۴۰,۵۱۰	۳	۱۱۵۲۱,۵۳۰	گروه	
۰,۰۰۰	۲۴,۳۸۲	۵۳۷۷,۲۴۲	۳	۱۶۱۳۱,۷۲۷	گروه	
۰,۰۰۰	۲۱,۹۶۵	۴۹۶۶,۸۵۰	۳	۱۴۹۰۰,۵۴۹	گروه	بیان احساسات
۰,۰۰۰	۱۹,۱۱۸	۳۸۴۰,۵۱۰	۳	۱۱۵۲۱,۵۳۰	گروه	
۰,۰۰۰	۲۴,۳۸۲	۵۳۷۷,۲۴۲	۳	۱۶۱۳۱,۷۲۷	گروه	

در مؤلفه‌های تاب‌آوری در ابعاد معنا دادن به‌سختی‌ها ($F=۱۱۶/۰۵۸$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۷۴۳$)، نگرش مثبت ($F=۳۰/۸۶$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۷۴۳$)، تعالی و معنویت ($F=۶۳/۹۵$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۷۳$)، حل مسئله ($F=۲۱/۹۶۵$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۷۳$)، ارتباطات ($F=۲۱/۹۶۵$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۷۳$)، انعطاف‌پذیری ($F=۷۰/۷۹۱$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۸۶۹$)، بیان احساسات ($F=۲۴/۳۸۲$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۹۶$)، منابع اجتماعی و اقتصادی ($F=۱۹/۱۱۸$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۹۶$)، شفافیت ($F=۲۱/۹۶۵$, $P=۰/۰۰۰$, $Eta=۰/۶۷۳$)، بین‌گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی مؤلفه‌های تاب‌آوری در بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارند، در نتیجه می‌توان گفت که برنامه مددکاری

اجتماعی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری با مداخله تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار مؤثر و اثرگذار است (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری و هریک از زیرمقیاس‌های آن در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین وجود تفاوت معنادار در زیرمقیاس‌های تاب‌آوری شامل معنا دادن به سختی‌ها، نگرش مثبت، تعالی و معنویت، انعطاف‌پذیری، حل مسئله فعال، ارتباطات، منابع اقتصادی و اجتماعی، شفافیت، بیان احساسات در بین دو گروه نشان از اثرات رویکرد شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار دارد.

زنان سرپرست خانوار در واقع به‌عنوان یکی از گروه‌های هدف مددکاری اجتماعی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همان‌طور که از نتایج پژوهش به‌دست آمده است رویکرد شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری و مؤلفه آن تأثیرگذار است به عبارتی میزان اثرگذاری برابر با ۹۳ درصد است. در واقع بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که ۹۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش را می‌توان به رویکرد شناختی-رفتاری نسبت داد. بر این اساس که رویکرد شناختی-رفتاری در واقع توانسته است میزان مشکلات روحی-روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار را بهبود دهد. زنان سرپرست خانوار به دلیل آنکه پشتیبان حمایتی (اجتماعی) و اقتصادی ندارند در واقع خیلی زود در برابر مشکلات روحی و اجتماعی آسیب‌پذیر هستند. زیرا که نتایج پژوهش نشان می‌دهد به میزانی که بتوان این گروه را از لحاظ مشکلات روحی و روانی تأمین کرد به همان میزان از مشکلات روحی و اجتماعی آن‌ها کاسته می‌شود.

زنان سرپرست خانوار در واقع، نگران آینده زندگی خود، نگران از نداشتن هدف مشخص، نگرانی‌های درونی و روحیه خود به دلیل نداشتن همسر، ناتوانی در پاسخ‌های

به موقع در موقعیت‌ها مختلف در برخورد با مشکلات شخصی و خانوادگی خود، عدم درآمد کافی و نگرانی وابستگی به افراد، عدم رفع نیازهای احساسی و وابستگی عاطفی خود هستند. در واقع این نگرانی را برای زنان سرپرست خانوار به وجود می‌آورد که بیش از هر چیزی نیازمند به توجه جدی به مشکلات روحی - روانی و اجتماعی این گروه است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ترابی مؤمن و همکاران (۱۳۹۶)، اصل و وکیلی (۱۳۹۶) و کشاورز (۱۳۹۴) هم سو می‌باشد، که از گروه آزمایش قبل از آزمایش و بعد از آزمایش نتایج متفاوتی به دست آمده است، که نشان از بهبود تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار می‌باشد. همچنین با یافته‌های زارع و مهمان‌نوازان (۱۳۹۳) هم‌سو می‌باشد که معتقدند داشتن امید و دلگرمی در زنان سرپرست خانوار در واقع می‌تواند مشکلات روحی و رفتاری آن‌ها را کاهش دهد.

همچنین یافته‌های گلوریا و استینه‌هارت (۲۰۱۴) و کانر و دیویدسون (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که تاب‌آوری در واقعه میزان فشارهای روحی و روانی زنان سرپرست خانوار را کاهش می‌دهد. زیرا به میزانی که زنان سرپرست خانوار بیشتر در محیط‌های تاب‌آوری قرار گیرند به همان میزان فشار روحی - روانی، ناامیدی، نگرانی از آینده، نداشتن هدف، مشکلات مالی و احساسی آن‌ها کمتر می‌شود. به نوعی می‌توان گفت که این گروه باید بیشتر مورد توجه در جامعه قرار گیرند. طبق نظریات تاب‌آوری در صورتی که نیازی‌های مادی و غیرمادی این گروه تأمین شوند، خودشان در واقع می‌توانند مشکلات زندگی‌شان را حل کنند. رویکرد شناختی- رفتاری این نگرانی را دارد که زنان سرپرست خانواده ابتدا از درون خانواده و روحیات درونی آسیب می‌بینند و در نهایت اثرات آن در محیط‌های بزرگ‌تر و مکان‌های عمومی دید می‌شود. در نتیجه بیش از هر کاری نیاز است که این گروه از افراد و خانواده‌ها شناسایی شوند و در قدم اول با استفاده از مشاوره‌های مددکاری، بازیابی و توان‌یابی شوند.

پیشنهادها

- حمایت‌های اجتماعی و توجه بیشتر به زندگی زنان سرپرست خانوار از سوی کمیته امداد خمینی (ره).
- ارائه مشاوره‌های مددکاری اجتماعی به زنان سرپرست خانوار به صورت رایگان از سوی کمیته امداد خمینی (ره).
- کمیته امداد خمینی (ره) در کنار توانمندسازی مالی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار، باید به توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیز پردازد و آن را جزء برنامه‌های اصلی خود قرار دهد و آموزش‌های روان‌شناختی و چنین آموزش‌هایی را در برنامه‌های اصلی خود برای این افراد قرار دهد و به‌طور جدی از این آموزش‌ها حمایت کند.
- آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های برخورد با مشکلات روحی و روانی.
- پی‌گیری مداوم و کسب اطلاعات از وضعیت زندگی زنان سرپرست خانواده از سوی کمیته امداد خمینی (ره) و ارائه گزارش‌ها متناسب با شرایط و وضعیت آنان.
- پژوهش‌های مکرر این گروه هدف مددکاری توسط مددکاران اجتماعی.

منابع

- آریاپوران، سعید؛ امینی منش، مرضیه؛ اصلانی، جلیل. (۱۳۹۲)، «شیوع علائم افسردگی در زنان مطلقه: نقش پیش‌بینی‌کننده گذشت، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری»، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال سوم، شماره ۳.
- اصل، ناهید؛ وکیلی، پریش. (۱۳۹۶)، بررسی رابطه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با میزان تاب‌آوری در منطقه ۱۸ شهر تهران، *اجلاس ملی پژوهش‌های نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی*.
- باقری، عطاران. (۱۳۸۲)، *کودکان محروم از پدر*. تهران: انتشارات تربیت.
- بختیاری، آمنه؛ محبی، سیده فاطمه. (۱۳۸۵)، حکومت و زنان سرپرست خانوار: مطالعات راهبردی زنان. *فصلنامه علمی و پژوهشی شورای اجتماعی زنان*.

اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۳۷

- ترابی مو من، الهام؛ راهب، غنچه؛ فردین علی پور؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶)، بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه بر توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار، *فصلنامه توان بخش*، دوره ۱۸، شماره ۳.
- حسینی، فاطمه. (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری و سرسختی در زنان سرپرست خانوار، زنان افراد معلول و زنان عادی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه آزاد.
- حسینی حاجی بکنده، احمد؛ تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال سوم، شماره هفتم.
- خسروی، زهره. (۱۳۸۷). *بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانواده*. مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
- خادم، رضا؛ فروزش، محمد؛ ابطحی، احمد؛ صداقت، شاهین. (۱۳۹۲). پایش کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار. *همایش روانشناسی و سلامت*.
- رایت، جسی؛ ه، بسکو؛ مونیکا رتیز؛ مایکل، ای. (۱۳۹۲). *آموزش درمان شناختی- رفتاری: همراه با نمایش ویدئویی*، ترجمه: قاسم‌زاده، حبیب... و حمید پور، حسن. تهران: ارجمند
- رحیمیان، اسحاق؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷)، «رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره، ۱.
- زارع، حسین؛ مهمان‌نوازان، اشرف.. (۱۳۹۳)، «تأثیر آموزش دلگرم سازی بر ارتقاء خود کارآمدی عمومی و تاب‌آوری - زنان سرپرست خانوار»، *مجله مطالعات زن و خانواده*، دوره ۳، شماره ۱.
- زهرا کار، کیانوش؛ خبات، کرمی؛ بزرگ‌منش، کاملیا. (۱۳۹۲)، ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری سبکسی، *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، شماره ۱۸، سال پنجم.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۴). *آمار اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل*
- *سالنامه آماری*. (۱۳۹۰)، مرکز آمار ایران.
- شادی طلب، زاله؛ وهابی، معصومه، ورمزیار، حسین. (۱۳۸۴). فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانواده، *رفاه اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۷.
- رضای مطلق، مرجان؛ اسدی زینب. (۱۳۸۷)، تأثیر رفتاردرمانی شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی* / سال نهم، شماره ۱.

- فری، مایکل. (۱۳۹۱). *راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی*، ترجمه: محمدی، مسعود و فرنام، رابرت، تهران: انتشارات رشد.
- کشاورز، آذر. (۱۳۹۴)، «اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، سال هفتم.
- لیهی، رابرت. (۱۳۹۰). *تکنیک‌های شناخت درمانی* (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)، ترجمه: حمید پور، حسن و آندوز، زهرا. تهران: ارجمند.
- مطیع، ناهید... (۱۳۷۸)، «فرصت‌های کودکان در خانواده‌های زن سرپرست»، *یونیسف، مجله زنان*، شماره ۵۳.
- معارف وند، معصومه؛ صادقی، صابر؛ شجاع، آزاده. (۱۳۹۳)، «رابطه خلاقیت و تاب‌آوری کودکان کار»، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علوم بهزیستی، سال نهم، شماره ۱۳.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰)، سال‌نامه آماری سال ۱۳۹۵ - مرکز خدمات مشاوره آرمانا، (۱۳۹۲). برنامه آموزش رویکرد شناختی - رفتاری، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- گرین برگر، دنیس؛ پدسکی، کریستین. (۱۳۸۶). *آنجا که عقل حاکم است*. ترجمه: قاسم‌زاده، حبیب‌اله. تهران: انتشارات ارجمند.
- ویسی، مختار؛ عاطفه، وحید؛ محمدکاظم؛ رضایی، منصور. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، شماره ۶.

- Conner KM, Davidson JR. (2003). *Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC)*. *Depress Anxiety*. 18(2): 76-82
- ddelyan Rasi H. (2013). *Empowering women in the Middle East by psychosocial interventions: Can provision of learning spaces in individual and group sessions and teaching of coping strategies improve women's quality of life* (PhD dissertation). Linköping: Linköping University.
- Friborg O, Hjemdal O, Stiles T. C, Rosenvinge J. H & Martinussen M. (2006). *Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to negative life events*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.: 13:, 194-201.

- Handerson N, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. San Francisco: WestEd; 32
- Gloria, Christian T. Steinhardt, Mary A. (2014). *Relationships among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health*. *Stress and Health*, 31(1): pp ۱-۲۰.
- Goldberg D. P & Williams P. (2003). *The user guide to General Health Questionnaire*. Windsor: Nelson..
- Huang, C. (2007). *Hardiness and stress: A critical review*. *Maternal Child Nursing Journal*.;2(3): 82-89.
- Mason KO, Smith HL. (2003). *Women's empowerment and social context: Results from five Asian countries*. Washington, D.C: Gender and Development Group, World Bank.
- Masten A. S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. *American Psychologist*.;56; 227-238.
- Inzlich M, Aronson J, Good C & McKay L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*.:4(2); ۳۲۳-۳۳۶.
- Kobasa S. C. (2003). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*,2000; 37: 1-11.
- Kobasa S. C & Puccetti M. C. (2002). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*.; 45: 839-850
- Sandberg S. (2013). *Women, work, and the will to lead*. New York: Pen guin Random House
- Shkerinia I. (2004). [The role of women to develop of Islamic Iran, with focus on employed women's problems (Persian)]. *Paper presented in national congress of the role of women in consistent development*. Ministry of Education. Province of Yazd; 47-8.
- Werner E & Smith R S. (2001). *Overcoming the odds.High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University.