

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در خانواده‌های مادر سرپرست

Effectiveness of Group Counseling based on Resiliency on Quality of Parent-Child Relationship and Family Functioning in Mother Headed Families

M. Roghanchi, Ph.D. Candidate

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

R. Jazayeri, Ph.D.

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

O. Etemadi, Ph.D.

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

M. Fatehizade, Ph.D.

Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

K. M. Momeni, Ph.D.

Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

محمود روغنجی

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

✉ **دکتر رضوان السادات جزایری**

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر عذرا اعتمادی

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر مریم فاتحی‌زاده

گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

دکتر خدامراد مومنی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی

دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۱۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۴/۳

پذیرش مقاله: ۹۶/۵/۱۷

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of group counseling based on resiliency (GCR) on quality of parent-child relationship and family functioning in mother headed families. The method of the study was quasiexperimental with pretest-posttest and control group. The statistical population included 38 mother headed families who referred

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده است. این پژوهش به روش نیمه‌تجربی است و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری دربرگیرنده ۳۸ خانواده‌های مادر سرپرست تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بودند که به مراکز مشاوره مناطق چهارگانه کمیته امداد امام خمینی شهر

✉ Corresponding author: Department of Counseling, Faculty of Education Sciences and Psychology, University of Isfahan, Iran.
Email: r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: اصفهان، دروازه شیراز، دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره
رایانامه: r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

to counseling centers in four areas of Kermanshah city's Imam Khomeini Relief Foundation in 2015 where they had been diagnosed as suffering interpersonal problems based on qualitative interviews and evaluation. The research sample included 16 families (mother and girls) who were randomly selected and placed in the two groups of GCR and control. Girls and their mothers participated in an 11-sessions GCR. The results showed that GCR was effective in increasing quality of parent-child relationship and family functioning. Therefore, this counseling can be applied by experts in order to reducing pathology of mother headed families.

Keywords: Group Counseling Based on Resiliency, Parent-Child Relationship, Family Function, Mother Headed Family.

کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ مراجعه کردند و پس از مصاحبه کیفی و ارزیابی به عنوان افراد مبتلا به مشکلات ارتباطی تشخیص داده شدند. نمونه پژوهش ۱۶ خانواده (مادر و دختر) بودند که به صورت تصادفی برگزیده و در دو گروه مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری و گواه، جایگزین شدند. مادران و دختران‌شان در ۱۱ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری، شرکت کردند. مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری، کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده را افزایش داد. نتایج نشان دادند که با مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری می‌توان رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده را افزایش داد. بنابراین، این روش مشاوره برای کاهش آسیب‌های خانواده‌های مادر سرپرست می‌تواند به نحوه موثری توسط متخصصین به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری، رابطه والد - فرزندی، عملکرد خانواده، خانواده مادر سرپرست.

مقدمه

نگاه به خانواده همچون نگاه به یک سیستم است که مجموعه‌ای از واحدها، بخش‌ها یا افرادی را دربر می‌گیرد که به طور پیوسته با هم در تعامل هستند و همراه با هم یک کل را به وجود می‌آورند و هر بخش از این سیستم تحت تأثیر اموری است که در درون نظام یا سازمان مورد نظر برای بخش‌های دیگر رخ می‌دهد. افزون بر تأثیراتی که هر یک از اعضای درون نظام خانواده بر هم دارند از سیستم بزرگ‌تر که با عنوان اجتماع شناخته می‌شود نیز تأثیرپذیر و با آن در تعامل هستند (استیونسون^۱، ۱۹۹۴). بنابراین هر گونه تغییری که در اجتماع صورت گیرد بالطبع در نظام کوچک‌تر خانواده هم آثارش پدیدار خواهد گشت. یکی از تغییرات اجتماعی که در طول ۳۰ سال گذشته رخ داده است تشکیل شکل‌های گوناگونی از خانواده و شیوه‌های مختلف زندگی است (حسینی، روحانی و حسین‌زاده^۲، ۱۳۸۴). در واکنش به این تغییرات، برخی از خانواده‌ها نسبت به خانواده‌های دیگر با آسیب‌های بیشتری درگیر شده‌اند که با نام خانواده‌های آسیب‌پذیر^۳ شناخته می‌شوند (ایلدرآبادی^۴، ۱۳۸۲).

خانواده‌های آسیب‌پذیر با چالش‌های چندگانه و بلندمدت، روبه‌رو هستند. چالش‌ها شامل مشکلات پیوسته درون‌سیستمی و درونی مانند سوءمصرف مواد، کمبود آموزش و خشونت، فقر بلندمدت مزمن و

کمبود منابع هستند. مشکلات در بافتی از محرومیت‌های اقتصادی تجربه می‌شوند که خانواده و اعضای آن را در روندی پرتنش، درگیر می‌کنند (سامرز، مکمن و فوگر^۵، ۱۹۹۷).

آسیب‌پذیری خانواده‌ها تا بدان‌جا پیش رفته است که از هر چهار خانواده، یک خانواده آسیب‌پذیر است (ایلدراآبادی، ۱۳۸۲). یکی از مهم‌ترین گونه‌های خانواده آسیب‌پذیر، خانواده‌های تک‌سرپرست^۶ یا تک‌والدینی^۷ هستند که متأسفانه در جوامع امروزی در حال رشد نیز هستند (رضایی، محمدی‌نیا و سمیعی‌زاده طوسی^۸، ۱۳۹۲). در راستای پرداختن به مشکلات این خانواده‌ها، توجه به خانواده‌های تک‌والدینی که در آن‌ها مادر سرپرستی خانواده را بر عهده دارد بسیار اهمیت دارد. در طول ده سال گذشته تعداد خانواده‌های تحت سرپرستی زنان یک میلیون و ۶۴۱ هزار نفر اعلام شده است که مرگ همسر و طلاق به عنوان مهم‌ترین عامل برای سرپرستی زنان، به شمار می‌رود (حمیدی^۹، ۱۳۸۹). در کنار رشد کمی این پدیده، تغییرات کیفی که در ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی این گروه از خانواده‌ها رخ می‌دهد آن‌ها را به بستری برای آسیب‌پذیر بودن در برابر چالش‌ها تبدیل کرده است (بردی خوجه، قنبری و ایری گزل‌کم^{۱۰}، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان داده که در زنان سرپرست خانواده^{۱۱}، نقش‌های گوناگون منجر به ایجاد فشار روانی می‌شود. به ویژه، هنگامی که آنان دو یا چند نقش گوناگون را هم‌زمان بر عهده می‌گیرند. انتظارات رفتاری ناشی از آن نقش‌ها در ایجاد مشکلات گوناگون تأثیرگذار خواهند بود (آرین^{۱۲}، ۱۳۸۷). از سوی دیگر، آسیب‌های فردی و اجتماعی فراوانی در زندگی زنان سرپرست خانواده وجود دارد که لازم است به آن پرداخته شود. در سطح فردی، احساس نگرانی به دلیل نبود پشتوانه اقتصادی، اجتماعی و اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب، وسواس و پرخاشگری (خسروی^{۱۳}، ۱۳۸۰)، احساس ناکامی در برابر باورهای سنتی جامعه (عطارزاده^{۱۴}، ۱۳۸۴)، کمبود آگاهی برای اداره امور مالی خانواده، مشکلات فرزندان، احساس تنهایی، پذیرش نقش‌های گوناگون در خانواده (شفیع‌آبادی و غلامحسین قشقایی^{۱۵}، ۱۳۹۰) و در سطح اجتماعی نیز موانعی همچون مشاغل سطح پایین، کمبود امکان ارتقای شغلی (رضایی^{۱۶}، ۱۳۸۱)، کمبود حقوق و دستمزد در مقایسه با مردان، وجود دارد (مشیرزاده^{۱۷}، ۱۳۸۳). حسینی، فروزان و امیرفریار^{۱۸} (۱۳۸۸) گزارش کردند که ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، از سلامت روانی کافی برخوردار نیستند و تنها ۲۳ درصد آن‌ها از سلامت روانی کافی برخوردار بودند. زنان با سرپرست شدن به علت تعدد و تعارضات نقش، آرامش خود را از دست می‌دهند. تجارب این گروه از زنان نشان می‌دهد که خود را متفاوت از دیگران می‌دانند و احساس حقارت و درماندگی، تنهایی و دلتنگی دارند.

هم‌چنین بچه‌هایی که در خانواده‌های تک‌والدینی بزرگ می‌شوند، اغلب به علت مشکلات گوناگون در خانه، دچار مشکلات رفتاری می‌شوند. در این افراد احتمال بروز مشکلات رفتاری و روانی نسبت به افرادی که در خانواده‌های سالم بزرگ می‌شوند، بیش از دو برابر است (گلا دینگ^{۱۹}، ۲۰۰۲). بنابراین در این خانواده‌ها از یک سو مادر تحت تأثیر فشارها و نقش‌های گوناگون و کمبود منابع قرار دارد و از سوی دیگر فرزندان با محرومیت‌ها و کاستی‌هایی روبه‌رو خواهند بود که این شرایط شاید مشکلاتی را پیش روی اعضای این نظام قرار دهد که نحوه تعامل بین مادر و فرزندان را با چالش‌هایی روبه‌رو سازد. این مشکلات رفتاری که تحت عنوان مشکلات بین‌فردی^{۲۰} شناخته می‌شوند به مشکلات عودکننده‌ای^{۲۱} اشاره دارد که اعضای خانواده به دلیل پاسخ‌های ناسازگار خاص و رفتارهای مقابله‌ای در روابط بروز می‌دهند که منجر به یک سبک تعاملی

ناکارآمد می‌شوند و در روابط آن‌ها دردرس‌ساز می‌شوند (مک‌کی، لیوف و اسکین^{۲۲}، ۲۰۱۲). حسینی و همکاران (۱۳۸۸) به مشکلات ارتباطی میان مادر سرپرست خانواده و فرزندان به ویژه فرزندان نوجوان به عنوان یکی از مشکلات پیش روی این‌گونه خانواده‌ها اشاره کرده‌اند. یافته‌های پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهند که الگوهای ارتباطی مادر - فرزند با خودناتوان‌پنداری، اختلال‌های خوردن، اضطراب و مشکلات روان‌تنی در فرزندان ارتباط دارد (لیندزی، کریمینس، کولول و کالدرا^{۲۳}، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌هایی که بیشتر درمانگران درباره اختلالات عاطفی آنان انجام داده‌اند نشان می‌دهد که علت بیشتر این اختلال‌ها، اختلال در نحوه تعامل مادر و فرزند بوده است (ونزیل، کرونجی و پاییز^{۲۴}، ۲۰۰۶). سیمونز، جانسون و لورنز^{۲۵} (۱۹۹۶) بر این باورند که کاستی در کیفیت والدینی مادر، مهم‌ترین عاملی است که منجر به افسردگی، تضاد میان خواهران و برادران، گرایش به رفتارهای بزهکارانه و مشکلات تحصیلی خواهد شد. بنابراین از آن روی که سلامت روانی هر فرد، وابسته به سالم بودن روابط بین‌فردی وی است و اولین رابطه و یکی از مستحکم‌ترین و پایدارترین رابطه‌های بین‌فردی رابطه بین مادر و فرزند است هم‌چنین نقش انکارناپذیری که کیفیت این رابطه در سلامت روان، اجتماعی و عاطفی فرزندان، ایفا می‌کند، تلاش برای بهبودی و کیفیت این رابطه، به نظر می‌آید کمک شایانی به بهزیستی خانواده‌ها و فرزندان آنان و در نتیجه پیشروی به سوی جامعه‌ای سالم‌تر را به ارمغان آورد. بنابراین با وجود مشکلات ارتباطی و بین‌فردی میان اعضای خانواده، به احتمال زیاد افزایش خطر ابتلای به طیف وسیعی از مشکلات بزرگسالی با روابط بین‌فردی، پیشرفت تحصیلی، کار و عملکرد شغلی و حتی سلامت فیزیکی مشاهده می‌شود و با ورود به دوره بزرگسالی با داشتن چنین مشکلاتی، خطر زیادی برای ابتلای به اختلال، نه برای همه کودکان و نوجوانان، بلکه برای بیشتر آن‌ها وجود خواهد داشت (موگان و کیم - کوهن^{۲۶}، ۲۰۰۵).

وجود تاب‌آوری^{۲۷} در فرد، محیط اجتماعی، تجربی که «نقاط برگشت^{۲۸}» نامیده می‌شوند برای افراد، برنامه‌های درمانی یا پیش‌گیری، می‌تواند مشکلات و آسیب‌ها را تعدیل کند (رافائل، استیونس و پدرسون^{۲۹}، ۲۰۰۶). یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان در افراد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد با وجود قرارگرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات چیره شود (سلیمی بجستانی^{۳۰}، ۱۳۸۸). با توجه به نگرانی‌های روزافزون در مورد فروپاشی خانواده، بیش از گذشته نیازمند درک فرآیندهایی هستیم که می‌توانند تاب‌آوری خانواده‌ها - سرسختی برای حفظ روابط - را پرورش دهند. به منظور حمایت و توانمندسازی زوجها و خانواده‌ها، به اندازه تکنیک به ابزارهای مفهومی سودمندی هم، نیازمندیم (والش^{۳۱}، ترجمه دهقانی، خواجه‌رسولی، محمدی و عباسی، ۱۳۹۱).

روانشناسان نیز به تاب‌آوری، روی آورده‌اند: توانایی «جستن به عقب^{۳۲}»، بهبود عزت نفس شخصی، برخورداری از روان‌های سالم و نگرش امیدوارانه پس از استرس شدید و یا بلندمدت (بیسلی، تامسون و دیویدسون^{۳۳}، ۲۰۰۳). فوناگی، استیل، استیل، هایگیت و تارگت^{۳۴} (۱۹۹۴) تاب‌آوری را این‌چنین تعریف می‌کنند: «نشانه‌ای از یک فرآیند است که یک سیستم اجتماعی پیچیده را در لحظه‌ای از زمان توصیف می‌کند.» (ص. ۲۳۳). در نگاه به اهمیت خانواده در تاب‌آوری، دسته‌ای از پژوهش‌ها، خانواده را به عنوان یک فاکتور محافظتی برای افراد در مقابل سختی‌ها و خطرات در نظر گرفته‌اند (گامزی^{۳۵}، ۱۹۹۱؛ هاولی^{۳۶}،

۲۰۰۰). با این وجود، پژوهش‌های گسترده‌ای درباره این‌که چگونه خانواده به عنوان یک واحد می‌تواند تاب‌آور باشد، انجام نشده است (هاولی، ۲۰۰۰). در حالی که توانایی خانواده در درک رویداد استرس‌زا به عنوان یک موقعیت چالشی یا توانایی اعضای خانواده در عملکرد مناسب تحت شرایط دشوار با مفهوم تاب‌آوری ارتباطی نزدیک دارد (کوهن، اسلونیم، فینزی و لیچنتنریت^{۳۷}، ۲۰۰۲). بر همین اساس رویکرد تاب‌آوری خانواده تلاش می‌کند عامل‌هایی را در خانواده به عنوان یک واحد پیدا کند که به پیامدهای تاب‌آورانه اعضای خانواده در رویارویی با تغییرات و بحران‌ها، منجر شوند (بوچانان^{۳۸}، ۲۰۰۸).

نظریه تاب‌آوری خانواده، بر رویکرد سیستمی مبتنی است که همه شبکه‌های ارتباطی (خواهر/برادری، والدینی، زوجین و روابط گسترده‌تر خانوادگی) را دربر می‌گیرد (والش، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهشگران، تاب‌آوری خانواده را به عنوان توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و دوباره فعال نمودن تعادل خود پس از یک بحران تعریف می‌کنند (مک‌کوبین و مک‌کوبین^{۳۹}، ۱۹۸۸). هدف یک رویکرد تاب‌آوری خانواده، شناسایی و تقویت فرایندهای تعاملی مهم است که خانواده‌ها را در رویارویی با چالش‌های مغل زندگی، توانمند سازد و بازگشت به حالت طبیعی آنان را امکان‌پذیر می‌سازد. نگاه کردن به خانواده‌های پریشان از چشم‌انداز تاب‌آوری، دید ما را تغییر می‌دهد تا این خانواده‌ها را خانواده‌های به چالش کشیده شده، در نظر بگیریم. این چشم‌انداز، توان بالقوه آنان را برای بازسازی و رشد خود، تأیید می‌کند. این رویکرد بر این باور مبتنی است که هم توان فردی و هم ارتباطی می‌تواند به وسیله تلاش‌های مشترک برای مقابله با بحران‌های ناگهانی یا بلندمدت، بسیج شوند (والش، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱).

والش (ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱) که رویکرد بهبود تاب‌آوری در خانواده را طراحی کرده است بر این باور است که تاب‌آوری به وسیله دیدن تجربه‌ها و وابستگی دو جانبه دست‌یافتنی است و چنین به نظر می‌آید به کارگیری رویکردی برگرفته از آن (مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری^{۴۰}) در بستر خانواده که به عنوان یکی از مهم‌ترین کانون‌های تجربه و وابستگی‌های چندگانه به شمار می‌رود در مواقعی که یک یا چند نفر از این سیستم در معرض رویارویی با مشکلات هستند، بتواند راه‌گشایی برای گذر از آسیب‌ها و مراحل سخت زندگی برای رسیدن به سازگاری و تعادل اثربخش باشد. رویکرد تاب‌آوری خانواده برای خانواده‌هایی که به خاطر شکست‌ها و ناکامی‌های پی‌درپی احساس فرو افتادن و شکست خوردن می‌کنند بسیار مورد نیاز و ثمربخش است. حمایت اجتماعی و برنامه‌های روان‌آموزشی برای اعضای خانواده، مشخص شده است که اثرات مثبتی بر سلامت افراد و واحد خانواده بر جای می‌گذارد (زاوسزیوسکی، پخت و سوروسکی^{۴۱}، ۲۰۱۰). مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری، انرژی، پذیرش و پشتکار است. هم‌چنین بر توجه به جزئیات و بهبود کارهای کوچکی که می‌تواند منجر به تفاوت‌های بزرگ شود تأکید دارد. این رویکرد می‌تواند موضوعاتی همچون افزایش احساسات ایمنی، عزت نفس، شایستگی و کار در راستای دامنه‌ای از اهداف فردی مناسب که خطر ابتلای به مشکلات سلامت روان شدید را کاهش می‌دهند تحت پوشش خود قرار دهد. مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری هم‌چنین می‌تواند به شما در جایگاه یک والد در افزایش توانایی فرزندتان در راستای واکنش تاب‌آورانه در برابر چالش‌های زندگی، یاری رساند (تایلر و هارت^{۴۲}، ۲۰۱۱).

موبری و اویسرمن^{۴۳} (۲۰۰۳) در پژوهشی که به منظور افزایش سلامت روان‌شناختی و تاب‌آوری نوجوانان در معرض خطر انجام دادند، دریافتند که امکان تلقین مهارت‌های تاب‌آوری در فضای درمان گروهی وجود دارد و مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری باعث افزایش سلامت روان می‌شود. نانسی، جین، جودی، یونگا و کریستی^{۴۴} (۲۰۰۲) پس از آموزش مدل تاب‌آوری به خانواده‌های بیماران دیالیزی، نتایج پژوهش خود را چنین گزارش کردند که افزون بر کاهش استرس این خانواده‌ها، آن‌ها توانستند روابط بسیار بهتری با بیماران و نزدیکان خود برقرار کنند. در پژوهشی که به وسیله شارما، سود، لوپریزی و پراساد^{۴۵} (۲۰۱۲) انجام شد نتایج نشان داد که برنامه افزایش تاب‌آوری موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش سطح استرس و اضطراب بیماران سرطانی شده است. در پژوهش کاوه^{۴۶} (۱۳۸۸) که بر روی مادران دارای فرزندان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی انجام شده است نتایج نشان دادند که میزان تاب‌آوری والدینی که تحت آموزش برنامه تاب‌آوری قرار گرفته‌اند، از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند بیشتر و میزان استرس آن‌ها کمتر بوده است. ضمیری‌نژاد، گلزاری، برجعلی، حجت و اکبری^{۴۷} (۱۳۹۱) در پژوهشی که به منظور مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و شناخت‌درمانی در کاهش افسردگی دختران، انجام دادند افزون بر تأیید تأثیر آموزش تاب‌آوری، هیچ‌گونه تفاوت معناداری را بین این دو روش، گزارش نکرده‌اند.

حسینی قمی و سلیمی بجزستانی^{۴۸} (۱۳۹۰) در پژوهشی که به شیوه نیمه آزمایشی در راستای ارزیابی میزان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که این آموزش‌ها تأثیر معناداری روی کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری مادران به همراه داشته است. پیش‌رویپان ورکی^{۴۹} (۱۳۹۴) پس از انجام پژوهشی درباره میزان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر متغیر استرس و سلامت عمومی زنان سرپرست خانواده، به این نتیجه دست یافت که می‌توان آموزش تاب‌آوری را برای افزایش سلامت و کاهش استرس در این زنان به کار گرفت.

عملکرد یا کارایی خانواده^{۵۰} تلاشی هماهنگ برای استواری و نگهداری تعادل در خانواده است؛ خانواده دارای کارایی مناسب، یک منظومه باز است که اعضای آن افزون بر این که از جنبه عاطفی به هم گره خورده‌اند با این وجود، برای تقویت هویت فردی خود نیز کوشش می‌کنند (زارعی محمودآبادی^{۵۱}، ۱۳۸۷). خانواده تک سرپرست و به ویژه مادر سرپرست از آن روی که با دردسرهای فراوانی بایستی دست و پنجه نرم کند و مشکلات این خانواده‌ها، چه ناشی از فضای درون خانواده و چه در نتیجه مؤلفه‌های برون‌خانوادگی باشند؛ این واقعیت بر کسی پوشیده نیست که در اثر از دست رفتن یکی از پایه‌ها و ارکان خانواده (پدر)، این گونه از خانواده‌ها چالش‌های فراوانی در زمینه‌های فردی و بین‌فردی برای اعضای خود به ارمغان می‌آورند که به نظر می‌آید عملکرد خانواده با افزایش این مشکلات، دستخوش کاستی‌هایی خواهد شد. امانی^{۵۲} (۱۳۸۲) در پژوهشی میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی را بر عملکرد خانواده و کاهش افسردگی زنان مورد ارزیابی قرار داد و تأثیر این شیوه درمانی را بر متغیرهای یادشده، مورد تأیید قرار داد. لیدل و همکاران^{۵۳} (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که با به‌کارگیری خانواده درمانی، گروه درمانی و مداخله‌های آموزشی خانواده‌محور، روند بهبودی افراد شتاب می‌گیرد و رفتارهای جامعه‌پسند افزایش و عملکرد خانواده نیز بهبود می‌یابد.

با توجه به افزایش روزافزون آمار طلاق و پیامدهای ناخوشایند آن از جمله افزایش خانواده‌های مادر سرپرست و با در نظر گرفتن خلاء موجود در زمینه پژوهش و بررسی‌های انجام شده در حوزه خانواده و به ویژه خانواده‌های مادر سرپرست، پژوهش کنونی با هدف بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری در افزایش کیفیت رابطه والد - فرزندی^{۵۴} و عملکرد خانواده‌های مادر سرپرست انجام گرفت. از این رو، فرضیه‌های پژوهش شامل بررسی تأثیر مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری بر افزایش کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده می‌باشد.

روش

روش پژوهش، نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. از آنجا که نتایج برگرفته از این پژوهش در برنامه‌های آموزشی - درمانی درمانگران، مشاوران و خانواده‌ها کمک شایانی می‌کند بنابراین این پژوهش در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار دارد. متغیرهای وابسته در این پژوهش کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده بود و متغیر مستقل مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری و متغیرهای کنترل میزان تحصیلات، سن افراد خانواده و سال‌هایی که خانواده مادر سرپرست بوده است را دربر می‌گیرند.

جامعه آماری و نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه خانواده‌های مادر سرپرست مناطق چهارگانه کمیته امداد امام خمینی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود. ملاک‌های انتخاب نمونه عبارت از:

۱. عمر خانواده مادر سرپرست حداقل پنج سال باشد.
۲. مادر با دختر خود، مشکل ارتباطی داشته باشد. معیار سنجش مشکل ارتباطی، مصاحبه مشاوره‌ای و سنجش با مقیاس رابطه والد - فرزندی بود. چنانچه پس از سنجش رابطه، نمرات مراجع پایین‌تر از ۱۰۰ بود نشان‌دهنده نامطلوب بودن کیفیت روابط مادر - فرزندی بود.
۳. مادر و دختر در خانواده مادر سرپرست، حداقل دوره دبستان را گذرانده باشند. معیار سنجش، داشتن گواهی‌نامه دانش‌آموختگی مقطع دبستان بود.
۴. عدم بهره‌مندی از هر گونه خدمات روان‌درمانی و مداخله روان‌شناختی هم‌زمان.

در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که از ۳۸ خانواده که برای مشاوره به مراکز چهارگانه کمیته امداد امام خمینی مراجعه نمودند و از شرایط یاد شده برخوردار بودند درخواست شد که پرسش‌نامه رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده را پر کنند. سپس از بین خانواده‌هایی که در هر دو مقیاس (رابطه والد - فرزندی نمره پایین‌تر از ۱۰۰ و عملکرد خانواده نمره بالاتر از ۲) نمره‌های آن‌ها گویای آسیب‌پذیری خانواده بود ۱۶ خانواده انتخاب شدند و به صورت تصادفی هشت خانواده (۱۶ نفر) در گروه آزمایش و هشت خانواده (۱۶ نفر) در گروه گواه جایگزین شدند. لازم به یادآوری است با هماهنگی انجام گرفته، خانواده‌های گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان یافتن پژوهش، جلسه‌های مشاوره گروهی خانواده برای آن‌ها نیز انجام شود. در پایان جلسه شرکت‌کنندگان فرم‌های رضایت‌نامه را پر و امضاء نمودند و جلسه اول مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری در هفته بعد تشکیل شد. با توجه به نزدیک

بودن ستاد مرکزی کمیته امداد امام خمینی شهرستان کرمانشاه و مرکزیت آن، در راستای رفاه خانواده‌ها، جلسه‌های مشاوره گروهی خانواده در سالن اجتماعات ستاد مرکزی کمیته امداد برگزار شد. ملاک‌های خروج از مشاوره گروهی خانواده عبارت بودند از: ۱. با توجه به این که حضور خانواده داوطلبانه می‌باشد بنابراین در ترک جلسات مشاوره‌ای نیز اختیار کامل دارند. ۲. داشتن غیبت بیش از سه جلسه در برنامه مشاوره‌ای. ۳. نداشتن همکاری لازم با برنامه‌های مداخله‌ای. چنانچه مراجع تکالیف بین جلسات را در سه جلسه انجام ندهد و در درون جلسات به گونه‌ای برخورد کند که موجب اختلال در آموزش‌های گروهی خانواده‌ها شود پس از یکبار تذکر به وی، در بار دوم برای او جلسه مشاوره فردی گذاشته می‌شود و چنانچه این کارها مؤثر واقع نشوند از او خواسته می‌شود جلسه را ترک کند.

ابزارهای یاد شده در هر دو گروه در راستای به دست آوردن نمره‌های پس‌آزمون، پس از پایان جلسه‌ها و پیگیری پس از دو ماه به وسیله شرکت‌کنندگان تکمیل گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس رابطه والد - فرزندی^{۵۵}: در راستای سنجش رابطه والد - فرزندی از مقیاس رابطه والد - فرزندی ساخته فاین، مورلند و شوبل^{۵۶} (۱۹۸۳)، استفاده شد. این ابزار برای سنجیدن اثرات طلاق بر فرزندان بزرگ والدین مطلقه ساخته شده است. این مقیاس دو شکل دارد: یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و یکی برای سنجش رابطه فرزند با پدر. هر دو فرم یکسان است، تنها کلمه «پدر» و «مادر» جابه‌جا می‌شوند. در این پژوهش از فرم مادر استفاده شد. مقیاس‌های پرسش‌نامه مادر شامل: عاطفه مثبت، آزرده‌گی / سردرگمی نقش، همانندسازی با مادر، و ارتباط یا گفت‌وگوشنود. مقیاس رابطه والد - فرزندی با ضریب آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به پدر و نیز آلفای کلی ۰/۹۶ و ضریب آلفای ۰/۶۱ (همانندسازی) تا ۰/۹۴ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به مادر و نیز ضریب آلفای کلی ۰/۹۶ از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار بوده است (ثنایی ذاکر^{۵۷}، ۱۳۸۷).

مقیاس رابطه والد-فرزندی در پژوهش کردلو^{۵۸} (۱۳۸۰) روی ۱۵۱ آزمودنی (دختر ۹۷ نفر و پسر ۵۴ نفر) با بهره‌گیری از پرسش‌نامه ۴۸ سؤالی (۲۴ سؤال برای رابطه با پدر و ۲۴ سؤال برای رابطه با مادر) اجراء شد. ضریب آلفای کل آزمودنی‌ها برابر ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب آلفای پرسش‌نامه ۴۸ سؤالی مادر و پدر برای آزمودنی‌ها پسر ۰/۹۴ و برای آزمودنی‌های دختر ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش پرهیزکار^{۵۹} (۱۳۸۱) به منظور برآورد همسانی درونی آزمون، از روش آلفای کرونباخ، استفاده شد. ضریب محاسبه شده برای فرم مادر ۰/۹۲ بود که نشانگر آن است پرسش‌نامه از همسانی بسیار خوبی برخوردار است. این مقیاس در پژوهش داداش، ثنائی، علی‌حمیدی^{۶۰} (۱۳۸۳) روی ۳۰ دانش‌آموز دختر کلاس اول دبیرستان، اجراء شد. در این پژوهش برای به دست آوردن پایایی ابزار از روش دو نیمه کردن (زوج و فرد) بهره گرفته شد و ضریب آلفای آن ۰/۹۳ گزارش شد. در پژوهش پرهیزکار (۱۳۸۱) حد بالای نقطه برش در پرسش‌نامه فرم مادر ۱۱۹ و حد پایین آن ۱۰۰ به دست آمد. به این معنی، نمره‌های بالاتر از ۱۱۹ نشان‌دهنده کیفیت بهتر روابط مادر - فرزندی و نمره‌های پایین‌تر از ۱۰۰ نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب روابط مادر - فرزندی است.

ابزار سنجش خانواده^{۶۱} (FAD): این ابزار به وسیله اپشتاین، بالدوین، و بیشاپ^{۶۲} در راستای سنجش عملکرد خانواده بر پایه مدل مک‌مستر تدوین شده است. بنابراین در این مقیاس بر اساس این ابعاد، برای سنجش هر یک، خرده‌مقیاسی در نظر گرفته شده است و افزون بر شش خرده‌مقیاس، مؤلفان خرده‌مقیاس دیگری که کارکرد کلی را می‌سنجد را در این ابزار تعبیه کرده‌اند. مقیاس عملکرد خانواده (FAD) یک ابزار ۶۰ ماده‌ای است (کورکوران و فیشر^{۶۳}، ترجمه جزایری، فاتحی زاده و منانی، ۱۳۹۱). نمره بالاتر از نقطه برش نشانگر عملکرد ناسالم و نمره کمتر از نقطه برش بیانگر عملکرد سالم خانواده است.

پایایی FAD با داشتن ضریب آلفای ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ برای خرده‌مقیاس‌ها، دارای همسانی درونی نسبتاً مطلوبی است (ثنایی ذاکر، ۱۳۸۷). ضرایب اعتبار (هماهنگی درونی) در مطالعه مقدماتی در خرده‌مقیاس‌های تشکیل دهنده پرسش‌نامه عملکرد خانواده به ترتیب: حل مشکل (۰/۶۳)، ارتباط (۰/۶۳)، نقش‌ها (۰/۴۸)، همراهی عاطفی (۰/۵۶)، آمیزش عاطفی (۰/۷۴)، کنترل رفتار (۰/۵۹)، عملکرد کلی (۰/۷۴) و کل مقیاس (۰/۹۰) گزارش شده است (میرعنایت^{۶۴}، ۱۳۸۷). در پژوهشی که در راستای ارزیابی روایی هم‌زمان و پیش‌بین آن انجام گرفت از همبستگی متوسط با پرسش‌نامه رضایت زناشویی لاک والاس و از توانایی نسبی برای پیش‌بینی نمرات مقیاس روحیه سالمندی فیلدالفا، برخوردار بود (کورکوران و فیشر، ترجمه جزایری، فاتحی زاده و منانی، ۱۳۹۱). در ایران نیز ابراهیمی^{۶۵} (۱۳۸۶) و صیدمرادی^{۶۶} (۱۳۸۸) پایایی آن را به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۳ گزارش کردند.

روش اجرای پژوهش

پس از نمونه‌گیری و جایگزینی تصادفی خانواده‌ها، گروه‌های آزمایش و گواه، دو پرسش‌نامه کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده را در یک جلسه تکمیل کردند. جلسه‌های مشاوره گروهی خانواده (مادر و دختر به همراه هم) مبتنی بر تاب‌آوری در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای نظام‌مند برای گروه آزمایش اجرا شد. یک جلسه مشاوره گروهی خانواده دربرگیرنده آموزش مهارت‌های تدوین شده، بحث درباره فعالیت‌ها، نقش‌آفرینی و ارائه تکالیف خانگی در پایان هر جلسه بود. تکالیف خانگی در راستای پیوستگی در انجام مهارت‌ها و اجرای این تکالیف در موقعیت‌های واقعی، ارائه شد. محتوی جلسه‌های مشاوره گروهی خانواده بر اساس شیوه‌نامه درمان مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری (هارت، بلینکو و توماس^{۶۷}، ۲۰۰۷) و منابع موجود درباره بهبود تاب‌آوری در خانواده‌ها که شامل: تقویت تاب‌آوری خانواده (والش، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱)، مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر (مگیار-موئه^{۶۸}، ترجمه فروغی، اصلانی و رفیعی، ۱۳۹۳)، روان‌شناسی مثبت (لیمن و مک‌ماه^{۶۹}، ترجمه مقدم، ۱۳۹۱) می‌شود، تنظیم شد. دلیل یکپارچگی این متون برای تدوین شیوه‌نامه از آنجا ناشی می‌شود که شیوه‌نامه مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری که به وسیله هارت و همکاران (۲۰۰۷) در کتاب وی معرفی شده تنها در مطالعه موردی به کار رفته و با تماس مستندی که نویسنده اول مقاله با وی داشت بخش‌هایی از آن توسط یکی از همکاران هارت در موقعیت‌های گروهی در حال اجرا است. از سوی دیگر بخش‌هایی از شیوه‌نامه وی نیز با فرهنگ ایران هماهنگ نبود. بنابراین نویسندگان مقاله تدوین شیوه‌نامه‌ای یکپارچه را در دستور کار خود قرار دادند. پس از تدوین شیوه‌نامه درمانی و پیش از اجراء، این شیوه‌نامه درمانی در دسترس پنج نفر از اساتید مشاوره خانواده دانشگاه اصفهان و دانشگاه رازی قرار گرفت. سپس

اصلاحات دریافت شده، انجام شد و آنگاه به منظور دریافت بازخوردها از سوی خانواده‌های مادر سرپرستی که در روابط بین‌فردی مشکل داشتند بر روی گروهی از آنان اجراء شد. نسخه پایانی شیوه‌نامه درمانی طبق برنامه زیر، در این پژوهش بر روی گروه آزمایش اجراء شده است (جدول ۱).

جدول ۱: شیوه‌نامه مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری برای خانواده‌های مادر سرپرست

جلسه	عنوان جلسه	محتوی جلسه
اول	برقراری ارتباط و آشنایی	۱. برقراری ارتباط با خانواده‌ها ۲. معرفی اعضای گروه ۳. بیان اهداف، قوانین گروه و تعداد جلسه‌ها ۴. ارائه چشم‌اندازی کلی از مطالب (روانشناسی مثبت‌نگر، تاب‌آوری). ۵. جمع‌بندی مطالب ارائه شده در جلسه به وسیله مشاور.
دوم	بهره‌گیری از توانایی‌های ویژه، تمرکز بر مکان‌ها و زمان‌های خوب	۱. شناخت توانایی‌ها و شایستگی‌ها (معرفی شش حوزه توانایی «دربرگیرنده ۲۴ توانایی») ۲. سپاسگزاری از توانایی‌ها ۳. معرفی مثبت از خود و خانواده خود ۴. یادآوری زمان‌ها و مکان‌های خوب و تجربه اوج آن‌ها ۵. یادآوری آیین‌ها و جشن‌ها ۵. جمع‌بندی کوتاه از مطالب ارائه‌شده در جلسه به وسیله اعضای گروه ۶. ارائه تکلیف خانگی «دفتر یادداشت روزانه شکرگزاری خانواده».
سوم	تقویت مهارت‌های زندگی	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. برجسته‌سازی پیشرفت‌های خانواده ۳. مهارت‌های ارتباطی ۴. مهارت مسئله‌گشایی مشارکتی اعضای خانواده ۵. نقش‌آفرینی ۶. جمع‌بندی کوتاه از مطالب ارائه‌شده در جلسه به وسیله اعضای گروه ۷. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	آرام‌سازی و تسکین	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. رقصیدن در لحظه ۳. تمرین‌های ذهن‌آگاهانه ۴. نقش‌آفرینی ۵. جمع‌بندی کوتاه از مطالب ارائه‌شده در جلسه به وسیله اعضای گروه ۶. ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	تصویرسازی ذهنی مثبت	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. برجسته‌سازی فعالیت‌های «در جریان بودن» ۳. تصویرسازی‌های ذهنی مثبت ۴. نقش‌آفرینی ۵. جمع‌بندی کوتاه از مطالب ارائه‌شده در جلسه به وسیله اعضای گروه ۶. ارائه تکلیف خانگی.
ششم	خشم و نفرت	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. ارائه تکنیک «م.ت.خ» (مشارکت، تفسیر، خاطرات)، جست‌وجوی شواهد، جست‌وجوی موارد جایگزین، داشتن نگاه فراگیر به همه چیز ۳. تمرین «بیان کینه‌ها» ۴. جمع‌بندی کوتاه از مطالب ارائه شده در جلسه به وسیله اعضای گروه ۵. ارائه تکلیف خانگی
هفتم	بخشش	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. داستان‌گویی هیجانی ۳. ارائه ۵ مرحله بخشش (یادآوری آسیب، همدلی با خطاکار، بروز یک نگرش انسان‌دوستانه در مورد بخشش، پای‌بندی به بخشش و حفظ بخشش) و انجام این مرحله با کاربرگ‌های مربوطه ۴. گفت‌وگو و بازخورد اعضا ۵. ارائه تکلیف خانگی
هشتم	القای حس امید و خوش‌بینی	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. ارائه مطالب آموزشی درباره امید و خوش‌بینی ۳. اجرای تمرین «دری بسته می‌شود، در دیگری باز می‌شود» ۴. اجرای تمرین «زیر سؤال بردن به وسیله ABCDE» ۵. گفت‌وگو و بازخورد اعضا ۶. ارائه تکلیف خانگی
نهم	تعهد و معنا در زندگی به وسیله ارتباط و پیوند با دیگران	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. آموزش سبک‌های پاسخ‌دهی و تمرین آن به وسیله کاربرگ‌ها ۳. تمرین «قرارملقات مبتنی بر توانمندی‌ها» ۴. گفت‌وگو و بازخورد اعضا ۵. ارائه تکلیف خانگی «پنج ساعت جادویی»
دهم	تعهد و مسئولیت	۱. مرور تکلیف خانگی ۲. ارائه مطالب آموزشی درباره ارزش‌ها ۳. شناسایی اهداف و ارزش‌های بین‌فردی ۴. شناسایی موانع به وسیله کاربرگ ارزیابی موانع ۵. رویارویی با موانع به وسیله نقش‌آفرینی ۶. بحث و بازخورد اعضا ۷. ارائه تکلیف خانگی «ارزیابی زندگی مبتنی بر ارزش‌ها به وسیله قطب‌نمای ارزش‌ها»
یازدهم	پایان و جمع‌بندی جلسه‌ها	۱. ارائه خلاصه‌ای از جلسه‌های پیشین ۲. شفاف‌سازی مشکلات اعضا ۳. بحث و گفت‌وگو ۴. اجرای پس‌آزمون ۵. سپاسگزاری، خداحافظی و پایان جلسه

یافته‌های پژوهش

هدف از انجام پژوهش کنونی، تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده بود. در راستای دستیابی به این هدف، داده‌های گردآوری شده از گروه آزمایش و گواه طی سه مرحله اجرای پرسش‌نامه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پیش از پرداختن به تحلیل‌های اصلی، شاخص‌های توصیفی را بررسی می‌کنیم. شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی هر متغیر برای دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های دو متغیر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده

مرحله	گروه	میانگین رابطه والد - فرزندی	انحراف معیار رابطه والد - فرزندی	میانگین عملکرد خانواده	انحراف معیار عملکرد خانواده
پیش‌آزمون	آزمایش	۴۲/۹۴	۲/۶۲	۱۱۸/۵۰	۳/۴۰
	گواه	۴۴/۸۸	۲/۸۹	۱۲۰/۴۳	۵/۵۸
پس‌آزمون	آزمایش	۵۲/۰۶	۳/۳۳	۱۰۸/۶۲	۴/۳۰
	گواه	۴۶/۸۸	۲/۵۷	۱۲۳/۳۷	۳/۸۰
پیگیری	آزمایش	۵۲/۳۸	۲/۳۰	۱۰۸/۹۳	۴/۴۰
	گواه	۲۵/۰۶	۲/۴۶	۱۲۳/۸۷	۵/۲۵

بر اساس یافته‌های جدول ۲، تفاوت میانگین نمرات گروه آزمایش و گواه در مقیاس‌های کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در مرحله پیش‌آزمون کم بوده است در حالی که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه زیاد است. این مطلب نشان‌دهنده اثربخشی متغیر مستقل (مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری) بر میزان کیفیت روابط والد - فرزندی و عملکرد خانواده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

گروه	مقدار Z	مرحله آزمون	متغیر	
			سطح معناداری	
کیفیت رابطه والد - فرزندی	۰/۲۱	گواه	پیش‌آزمون	
	۰/۲۰	آزمایش		
	۰/۱۷	گواه	پس‌آزمون	
	۰/۱۷	آزمایش		
	۰/۱۵	گواه	پیگیری	
	۰/۱۴	آزمایش		
عملکرد خانواده	۰/۱۶	گواه	پیش‌آزمون	
	۰/۱۲	آزمایش		
	۰/۱۸	گواه	پس‌آزمون	
	۰/۱۶	آزمایش		
	۰/۱۴	گواه	پیگیری	
	۰/۲۰	آزمایش		

استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است که در صورت رعایت این پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. با توجه به این‌که روش به کار برده شده در این پژوهش، تحلیل اندازه‌گیری مکرر است بنابراین مهم‌ترین پیش‌فرض‌های آن نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها است که به منظور بررسی فرضیه‌ها در ابتداء باید این پیش‌فرض‌ها بررسی شوند. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض در مورد نمره‌های متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در جدول ۳ آمده است.

همچنان که در جدول بالا دیده می‌شود از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه معنادار ($P > 0.05$) نیستند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمره‌ها در این دو متغیر نرمال هستند. در راستای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین برای متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین: بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
کیفیت رابطه والد - فرزندی	۰/۰۳	۱	۳۰	۰/۸۵
	۱/۵۶	۱	۳۰	۰/۲۲
	۰/۰۱	۱	۳۰	۰/۹۰
عملکرد خانواده	۱/۹۸	۱	۳۰	۰/۱۴
	۰/۰۴	۱	۳۰	۰/۸۳
	۰/۹۴	۱	۳۰	۰/۳۴

همچنان که در جدول بالا مشاهده می‌گردد مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه است در هیچ یک از متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده معنادار نیست ($P > 0.05$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده تأیید می‌شود.

پیش‌فرض کرویت توزیع نمرات با به کارگیری آزمون کرویت ماکلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که توزیع نمره‌ها کروی است که به ترتیب برای متغیرهای کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده این مقادیر $W = 0.99$ ، $W = 0.97$ ماکلی؛ χ^2 دو تقریبی 0.71 ، 0.23 ؛ درجه آزادی $2/00$ و 0.35 است. با توجه به برقراری این مفروضه، تفسیر شاخص F به طور ساده امکان‌پذیر است. به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش «اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده در خانواده‌های مادر سرپرست مؤثر است» از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین‌های نمره‌های متغیرها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور سهمی تا
کیفیت رابطه والد - فرزندی	اثر زمان (درون گروهی)	۵۷۵/۰۸	۲	۲۸۷/۵۴	۱۰۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	اثر تعامل (زمان و گروه)	۳۵۷/۵۸	۲	۱۷۸/۷۹	۶۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸
عملکرد خانواده	اثر زمان (درون گروهی)	۲۳۰/۱۴	۲/۰۰	۱۱۵/۰۷	۰۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	اثر تعامل (زمان و گروه)	۸۸۸/۵۲	۲/۰۰	۴۴۴/۲۶	۳۴/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳

جدول ۵ در واقع جدول نتایج F برای متغیر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده و اثرات تعاملی کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده با متغیر گروه است. بر اساس اعداد جدول بالا، اثر مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده معنی‌دار است یعنی میانگین کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده بین سه سطح زمانی، تفاوت معنی‌داری با هم دارند. اما برای این که بدانیم این تفاوت بین کدام سطوح شدت دارد و اثر معنی‌داری دارد به جدول ۶ نگاه می‌کنیم که نتایج مربوط به آزمون تعقیبی بونفرونی را ارائه می‌دهد. یادآوری این نکته شایسته است که اطلاعات جدول بالا، تنها مربوط به اثر خالص سه سطح زمانی بر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده است.

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقابله‌های زوجی را نشان می‌دهد. میانگین متغیر وابسته (کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده) بین سطوح متغیر مستقل (سه سطح زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به طور دو به دو مقایسه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود پس‌آزمون میانگین بالاتری را نسبت به پیگیری در متغیر کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده به دست داده است و این تفاوت معنی‌دار است ($P < 0/001$). در نتیجه می‌توان گفت که مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری منجر به بهبود کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده نسبت به گروه گواه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های زمانی

متغیر وابسته	گروه‌ها		تفاضل میانگین‌ها (i - j)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
	I	J			
کیفیت رابطه والد - فرزندی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۰۶	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۳۱	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵	۰/۴۲	۱/۰۰
عملکرد خانواده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۴۶	۰/۸۹	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۰۶	۰/۸۵	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۹۲	۱/۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر این است که مداخله گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری در کیفیت رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده اثر داشته و تفاوت نمره‌های گروه‌ها در پس‌آزمون همه متغیرها در سطح ۰/۰۵

معنادار است. ارزیابی میزان ماندگاری و پایداری اثر درمانی به وجود آمده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه پس از سپری شدن دو ماه از جلسه‌های درمانی نیز بیانگر پایداری در تغییرات شکل گرفته است.

نتیجه‌گیری

روانشناسی مثبت‌نگر^{۷۰} در اواخر دهه ۱۹۹۱ بر پا شده است این رویکرد بیشتر بر نیروها و توانایی‌های فرد تمرکز دارد تا جست‌وجو در ضعف‌ها و نقص‌های او (نینان^{۷۱}، ۲۰۰۹). هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر، در راستای شتاب بخشیدن به تغییر روان‌شناختی از طریق درگیری ذهنی، نه تنها ترمیم بدترین رویدادها در زندگی بلکه ایجاد بهترین کیفیت در زندگی است. به منظور بازگشت به تعادل پیشین، بایستی توانمندسازی را به خط مقدم درمان و پیشگیری از بیماری‌های روانی، بیاوریم (سلیگمن و سزیکسزنت میهالی^{۷۲}، ۲۰۰۰). در راستای برخورداری از چنین رویکرد مثبت‌گرایانه‌ای به انسان، به تازگی نقش سازه تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی خانواده مطرح شده است (حسینی و حسین‌چاری^{۷۳}، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها در این زمینه نشان می‌دهد که برنامه‌های مداخله‌ای بر روی خانواده از خدمات مشاوره‌ای فردی سودمندتر است (ارباچ، پاری، چسلر، فریتز و ریپتو^{۷۴}، ۲۰۰۵). از آن روی که خانواده‌های مادر سرپرست با از دست دادن یکی از رکن‌های خود، در دسرهای و مشکل‌های فراوانی را بایستی به دوش کشند که سلامت روان تمامی افراد خانواده را به مخاطره می‌افکند به کارگیری رویکردی که افراد بیشتری از خانواده را تحت پوشش قرار دهد می‌تواند گره‌گشایی برای دسرهای این گونه از خانواده‌ها به شمار آید. فرآیند و فنون مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری بر دیدن جنبه‌های مثبت رویدادها و رخدادهای زندگی تأکید دارد و این در حالی است که خانواده‌های مادر سرپرست با دیدن و مشاهده این جنبه‌های مثبت خود به طور کل ناآشنا و غریبه‌اند. این امر می‌تواند افکار و اندیشه‌های اعضای خانواده را در چرخه‌ای ناکارآمد و ناسالم قرار دهد به طوری که این خانواده‌ها با کوچک‌ترین مشکل، خواه از اعضاء و سیستم‌های درون خانواده و خواه از نظام‌های بیرونی ناشی شوند شکنندگی و آسیب‌پذیری آنان افزایش یابد.

هدف این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری در بهبود کیفیت رابطه والد - فرزندی و افزایش عملکرد خانواده در خانواده‌های مادر سرپرست بود. بررسی نتایج بیانگر آن بود که مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری در بهبود رابطه والد - فرزندی و افزایش عملکرد خانواده در خانواده‌های مادر سرپرست مؤثر بوده است و ارزیابی نمره‌های آزمون پیگیری نیز نشان‌دهنده پایداری این رویکرد مشاوره‌ای بر متغیر رابطه والد - فرزندی و عملکرد خانواده است. هر چند کمتر پژوهشی به تأثیر مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری بر روی اعضای خانواده همچون یک سیستم پرداخته است و بیشتر بر روی افراد خانواده (مادر، پدر یا فرزندان) به طور جداگانه پژوهش‌هایی شکل گرفته است با وجود این، نتایج این پژوهش با یافته‌های لیدل و همکاران (۲۰۰۱)، ناسی و همکاران (۲۰۰۲)، امانی (۱۳۸۲)، کاوه (۱۳۸۸)، حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۱۳۹۰) و پیش‌رویان ورکی (۱۳۹۴) همخوانی دارد.

مشکلات بین‌فردی ناشی از پاسخ‌های ناسازگارانه‌ای است که بین افرادی که با هم در تعامل هستند به وجود می‌آیند از آنجا که این مشکلات در خانواده‌های مادر سرپرست منجر به زنجیره‌ای تکراری از تعاملات ناسالم یا چرخه‌های معیوب بین مادر و فرزندان می‌شوند که افزون بر این که رابطه مادر و فرزند را مختل

می‌کنند به تدریج یک سبک تعاملی ناکارآمد را به وجود می‌آورند که منجر به کاهش عملکرد و کارایی خانواده خواهند شد. پس چنانچه بتوان در نحوه پاسخ‌دهی اعضای خانواده تغییراتی را به وجود آورد، انتظار می‌رود بتوان کمک شایانی به بهبود ارتباط و افزایش عملکرد آن‌ها انجام داد.

شیوه‌نامه مشاوره گروهی خانواده مبتنی بر تاب‌آوری که همگام با روان‌شناسی مثبت‌نگر در این پژوهش اجراء شد از یکپارچگی فونونی که بر تاب‌آور نمودن خانواده‌ها و به ویژه خانواده‌های مادر سرپرست تأکید دارند نشأت گرفته است. در خصوص دلایل یکپارچگی متون تاب‌آوری می‌توان گفت که پژوهشگران، نخست تصمیم داشتند که شیوه‌نامه تاب‌آور درمانی (هارت و همکاران، ۲۰۰۷) را برای گروه مداخله به کار گیرند اما با توجه به این‌که این شیوه‌نامه در پژوهش‌های موردی در خارج کشور به کار گرفته شده بود و در مواردی هم با فرهنگ ایرانی - اسلامی ما هماهنگی نداشت (برای نمونه نگهداری حیوانات اهلی در منزل برای رسیدن به آرامش) و در پی تماسی که پژوهشگران با پدیدآورنده این رویکرد درمانی داشتند معلوم شد که یکی از همکاران ایشان در حال اجرای بخش‌هایی از شیوه‌نامه برای گروه‌ها است بنابراین این یکپارچگی در راستای غنی شدن مداخله گروهی برای خانواده‌ها با آمیختگی شیوه‌نامه مشاوره مبتنی بر تاب‌آوری (هارت و همکاران، ۲۰۰۷)، تقویت تاب‌آوری خانواده (والش، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱)، مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر (مگیار - موئه، ترجمه فروغی، اصلانی و رفیعی، ۱۳۹۳)، روان‌شناسی مثبت (لیمن و مک‌ماهین، ترجمه مقدم، ۱۳۹۱) انجام گرفت. چنین به نظر می‌آید یکپارچگی متون که با دقت نظر نویسندگان و اصلاح و تعدیل از سوی کارشناسان حوزه مشاوره خانواده و بازخوردهایی که در مطالعه اولیه از خانواده‌های مادر سرپرست به دست آمد همراه بود توانسته است به آسانی با فرهنگ جامعه ایرانی هماهنگ و همسو شود چراکه پس از دریافت نظر کارشناسان و اجرای شیوه‌نامه به صورت مطالعه مقدماتی بر روی نمونه‌ای از خانواده‌های مادر سرپرست و دریافت آرای این خانواده‌ها و انجام تغییرات لازم، این شیوه‌نامه درمانی توانست در راستای بهبود و تقویت ارتباطات بین‌فردی و افزایش کارایی خانواده‌ها مؤثر واقع شود. بنابراین نه تنها امید می‌رود سودمندی خود را در پژوهش‌های بعدی در خانواده‌های مادر سرپرست به اثبات رساند بلکه شاید با اندک تغییراتی برای دیگر خانواده‌ها کاربرد داشته باشد. افزون بر این، با توجه به این‌که یکی از فرآیندهای کلیدی در تاب‌آوری خانواده تعالی و معنویت معرفی شده است (والش، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۹۱) و روغنچی^{۷۵} (۱۳۸۴) نیز در پژوهش خود به این مطلب اشاره دارد که بعد معنوی و مذهبی با خون و جان مردمان این سرزمین عجیب و هماهنگ است که می‌توان در بسیاری از درمان‌ها از آن بهره گرفت بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با تدوین الگوها و شیوه‌نامه‌هایی به هم‌افزایی این مولفه در راستای غنی‌سازی مشاوره‌های مبتنی بر تاب‌آوری همت گمارند.

در راستای بهبود متغیرهایی که بهزیستی خانواده‌های مادر سرپرست را تهدید می‌کنند پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از تفکر سیستمی در مداخله‌های خود بهره گیرند چنین رویکردی ناشی از این است که مشکلات بین‌فردی، خود را به شکل‌های گوناگون گیج‌کننده‌ای به نمایش می‌گذارند و در بیشتر موارد، مراجعان خیلی سخت به درمان‌های فردی پاسخ می‌دهند بنابراین هر چند داشتن این دیدگاه در کارهای بالینی (گردآوری همه اعضای خانواده در جلسه‌های درمان) مشکلات فراوانی را در پی خواهد داشت ولی منجر به هم‌افزایی مؤلفه‌های رو به رشد همه اعضای خانواده خواهد شد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود مداخله‌های مشاوره‌ای

مبتنی بر تاب‌آوری بر روی مادران و پسران این‌گونه خانواده‌ها و خانواده‌هایی که ساختار کاملی دارند نیز انجام شود.

با توجه به روند افزایش نرخ طلاق و در نتیجه افزایش خانواده‌های مادر سرپرست که از آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به خانواده‌های دیگر رنج می‌برند ارگان‌ها، نهادهای فرهنگی و اجتماعی نظیر صدا و سیما، شهرداری، بهزیستی و به ویژه کمیته امداد و مراکز مشاوره می‌توانند با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش و به کارگیری آن در برنامه‌های غنی‌سازی و مداخله‌ها، به کاهش آسیب‌های روانی این خانواده‌ها و بهبود کیفیت زندگی آنان در راستای همگرایی با افزایش و بهبود دیگر متغیرهایی که در سلامت روان این قشر سهمیم هستند کمک کنند.

از آن روی که پژوهش‌هایی از این دسته در کشور ما کمتر انجام می‌گیرد بنابراین پژوهش کنونی انتظار می‌رود با محدودیت‌ها و نواقصی همراه باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن نمونه آن، که همه خانواده‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش، مادر سرپرست و دختران آن‌ها بودند نام برد. افزون بر این، از آنجا که پژوهشگر به سختی توانست نمونه مورد مطالعه را برای انجام مداخلات گردآوری کند تفکیک نمونه از جنبه‌های چگونگی فوت پدر (در اثر اعتیاد، مرگ طبیعی و ...) و طلاق، امکان انجام مداخله و گزارش آن را برای وی سخت می‌نمود؛ بنابراین تعمیم نتایج به دیگر گونه‌های خانواده امکان‌پذیر نیست. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، تمرکز خود را بر دلایل و علت‌های به وجود آمدن خانواده‌های مادر سرپرست معطوف دارند. از آنجا که جامعه آماری این پژوهش قشر خاصی از جامعه و دامنه سنی محدودی را دربرمی‌گرفت نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم‌پذیری کافی برخوردار نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در دیگر شهرها و قومیت‌های کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج پژوهش‌های آتی با نتایج پژوهش کنونی مورد بررسی قرار گیرد. کوتاه بودن فاصله زمانی مرحله پیگیری و کمبود پیشینه پژوهش از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود.

سیاسگزاری

برای نویسندگان شایسته و بایسته است سیاسگزار خانواده‌های مادر سرپرست شرکت‌کننده در پژوهش از مناطق چهارگانه کمیته امداد کرمانشاه، مسئول مرکز مشاوره خانواده و کارشناسان آن ارگان باشند. هم‌چنین از سرکار خانم پروفسور انجی هارت، استاد دانشگاه برایتون انگلیس به سبب ارسال کتاب خویش و راهنمایی‌های لازم برای انجام این پژوهش بسیار سپاسگزاریم.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Stevenson | 39. McCubbin & McCubbin |
| 2. Hoseini, Rohani & Hoseinzadeh | 40. Resilient therapy |
| 3. Vulnerable families | 41. Zauszniewski, Bekhet & Suresky |
| 4. Ildarabady | 42. Taylor & Hart |
| 5. Summers, McMann & Fuger | 43. Mowbray & Oyserman |
| 6. Single-parents family | 44. Nancy, Judy, Jane, Youngae & Kiristy |
| 7. Single-parents family | |

8. Rezaei, Mohammadinia & Samaiezadeh Toosi
9. Hamidi
10. Bardi, Ganbari & Erie Gezelkam
11. Woman headed family
12. Arian
13. Khosravi
14. Attarzade
15. Shafiabady & Gholamhosein Ghashghaei
16. Rezaei
17. Moshirzade
18. Hoseini, Forouzan & Amirfaryar
19. Gladding
20. Interpersonal problems
21. Recurring difficulties
22. McKay, Lev & Skeen
23. Lindsey, Cremeens, Colwell & Caldera
24. Van zyl, Cronje & Payze
25. Simons, Johnson & Lorenz
26. Maughan & Kim-Cohen
27. Resilience
28. Turning-points
29. Raphael, Stevens & Pedersen
30. Salimi Bajestani
31. Walsh
32. Bouncing back
33. Beasley, Thompson & Davidson
34. Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target
35. Garmezy
36. Hawley
37. Cohen, Slonim, Finzi & Leichtentritt
38. Buchanann
45. Loprinzi, Prasad, Schroeder & Sood
46. Kaveh
47. Zamirinejad, Golzari, Borjali, Hojjat & Akaberi
48. Hoseini Ghomi & Salimi Bajestani
49. Pishroyan Varaki
50. Family functioning
51. Zareie Mahmoudabadi
52. Amani
53. Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett & Tejada
54. Quality of parent-child relationship
55. Parent-Child Relationship Questionnaire
56. Fine, Moreland & Schwebel
57. Sanai Zaker
58. Kurdlo
59. Parhizkar
60. Dadash, Sanai & Alihamidi
61. Family Assessment Device
62. Epstein, Baldwin & Bishop
63. Corcoran & Fischer
64. MirEnayat
65. Ebrahimi
66. Seyd Moradi
67. Hart, Blincow & Thomas
68. Magyar-Moe
69. Leimon & McMahon
70. Positive psychology
71. Neenan
72. Seligman & Csikszentmihalyi
73. Hoseini & Hoseinchari
74. Orbuch, Parry, Chesler, Fritz & Repetto
75. Roghanchi

منابع

- آرین، خ. (۱۳۸۷). کاربرد روی کرد بوم‌شناختی در مشاوره با زنان شاغل در خانواده‌های دوشغلی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۷(۲۸)، ۳۳-۷.
- ابراهیمی، ج. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده و سلامت روان کودکان در خانواده‌های تک‌همسری و خانواده‌های دوهمسری در خواف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امانی، ا. (۱۳۸۲). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر رضایتمندی زناشویی در زنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ایلدراآبادی، ا. (۱۳۸۲). درس‌نامه پرستاری بهداشت جامعه. تهران: جامعه‌نگر، سالمی.

- بردی خوجه، ع، قنبری، ن، و ایری گزل‌کم، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر بهزیستی روانی زنان خودسرپرست کمیته امداد. *اولین کنگره ملی مشاوره، خانواده و توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر، تهران، کمیته امداد امام خمینی.*
- پرهیزکار، آ. (۱۳۸۱). مقایسه کیفیت رابطه والد - فرزندی دانش‌آموزان دختر دارای بحران هویت و فاقد بحران هویت دبیرستان‌های دخترانه شهرستان کازرون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- پیش‌رویاری، و رکی، ث. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس ادراک شده و سلامت عمومی در زنان سرپرست خانواده مبتلا به دیابت نوع دو. *اولین کنگره ملی مشاوره، خانواده و توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر، تهران، کمیته امداد امام خمینی.*
- ثنایی ذاکر، ب. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- حسینی، ف. و حسین‌چاری، م. (۱۳۹۲). بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب‌آوری خانواده. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۲)، ۱۸۱-۲۰۹.*
- حسینی، م، روحانی، ک، و حسین‌زاده، ص. (۱۳۸۴). پرستاری بهداشت خانواده. تهران: بشری.
- حسینی، ا، فروزان، س، و امیرفریاری، م. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانه‌دار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. *پژوهش اجتماعی، ۳(۳)، ۱۱۷-۱۳۷.*
- حسینی قمی، ط. و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری. *روان‌شناسی و دین، ۴(۳)، ۸۲-۶۹.*
- حمیدی، ف. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. *روان‌شناسی نظامی، ۱(۲)، ۵۱-۶۰.*
- خسروی، ز. (۱۳۸۰). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. تهران: مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
- داداش، ز، ثنائی، ب، و علی‌حمیدی، م. (۱۳۸۳). تاثیر بازسازی خانواده در کیفیت رابطه مادر-دختر. *فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۳(۱۲)، ۲۵-۳۷.*
- رضایی، ف. (۱۳۸۱). بررسی مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان خمین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رضایی، م. ع، محمدی‌نیا، ن، و سمعی‌زاده طوسی، ط. (۱۳۹۲). بررسی مشکلات زنان سرپرست خانواده در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۹۳۲. *پژوهش و سلامت، ۳(۳)، ۴۵۷-۴۵۲.*
- روغنجی، ر. (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش فنون مشاوره شناختی بر بهبود عملکرد خانواده در زوجین ناسازگار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روانی، تاب‌آوری و امیدواری دانشجویان دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- شفیع‌آبادی، ع. و غلامحسین قشقایی، ف. (۱۳۹۰). اثربخشی مقایسه‌ای مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی و فمینیستی بر هویت زنان سرپرست خانوار. *زن در توسعه و سیاست*، ۹(۴)، ۹۳-۱۱۳.
- صیدمرادی، ک. (۱۳۸۸). *بررسی ارتباط بین عملکرد خانواده و جنبه‌های آن با نارضایتی شغلی در معلمان ابتدایی شهر صنعتی البرز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ضمیری‌نژاد، س.، گلزاری، م.، برجعلی، ا.، حجت، ک.، و اکبری، س. آ. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی آموزش تاب‌آوری به صورت گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان دختر خوابگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۴)، ۶۳۸-۶۳۱.
- عطارزاده، م. (۱۳۸۴). *زن ایرانی تحول حضور سیاسی از مردسالاری تا فمینیسم*. رساله دکتری علوم سیاسی، دانشگاه تربیت معلم.
- کاوه، م. (۱۳۸۸). *تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- کردلو، م. (۱۳۸۰). *بررسی عوامل مؤثر بر نگرش و گرایش نوجوانان به ارتباط با جنس مخالف*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- کورکوران، ک.، و فیشر، ج. (۲۰۰۷). *ابزارهای سنجش زوجین، خانواده و کودکان*. ترجمه ر. ا. جزایری، م. ا. فاتحی زاده و ر. منانی (۱۳۹۱). تهران: گلبانگ تربیت.
- لیمن، ا. و مک‌ماهین، گ. (۲۰۰۹). *روان‌شناسی مثبت*. ترجمه ف. مقدم (۱۳۹۱). تهران: آوند دانش.
- مشیرزاده، ح. (۱۳۸۳). *از جنبش تا نظریه اجتماعی*. تهران: دانژه.
- مک‌کی، م.، لیوف، ا. و اسکین، م. (۲۰۱۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین‌فردی*. ترجمه م. روغنجی، ر. ا. جزایری، ع. اعتمادی، م. ا. فاتحی‌زاده، س. م. حجت‌خواه و خ. م. مومنی (۱۳۹۵). کرمانشاه: دانشگاه رازی.
- مگیار-موئه، ج. ل. (۲۰۰۹). *مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر*. ترجمه ع. ا. فروغی، ج. اصلانی و س. رفیعی (۱۳۹۳). تهران: ارجمند.
- میرعنایت، ا. (۱۳۸۷). *مقایسه سلامت عمومی دانشجویان مجرد و متأهل ۲۰-۳۰ ساله شهرستان خمینی شهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- والش، ف. (۲۰۰۶). *تقویت تاب‌آوری خانواده*. ترجمه م. دهقانی، م. خواجه‌رسولی، س. محمدی و م. عباسی (۱۳۹۱). تهران: دانژه.

- Amani, A. (2003). *The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on marital satisfaction of woman*. Master thesis in Family Counselling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences [in Persian].
- Arian, K. (2008). [Ecological approach application in consultation with women of two-jobs families]. *Counseling Research and Development*, 7(28), 7-33 [in Persian].
- Attarzade, M. (2005). *Iranian women, political evolution from patriarchy to feminism*. Doctoral dissertation, Kharazmi University [in Persian].

- Bardi, K. A, Ganbari, N., & Erie Gezelkam, F. (2015). [The effectiveness of stress management group therapy with cognitive-behavioral bases on mental well-being of women in women headed families]. *The First National Congress on Consultation, Family and Empowering of Vulnerable People of Society*. Tehran, Imam Khomeini Relief Foundation [in Persian].
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34 (1), 77-95.
- Buchanann, T. (2008). *Family resilience as a predictor of better adjustment among international adoptees*. Doctoral dissertation, Faculty of the Graduate School, The University of Texas at Arlington.
- Cohen, O., Slonim, I., Finzi, R., & Leichtenritt, R. D. (2002). Family resilience: Israeli mothers, perspectives. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 173- 187.
- Corcoran, K., & Fischer, J. (2007). Measures for Clinical Practice: Couples, Families and Children (R. A. Jazayeri, M. A. Fatehizade, & R. Manani, Trans.). Tehran: Golbange Tarbiat [in Persian].
- Dadash, Z., Sanai, B., & Alihamidi, M. (2004). [The effect of family restructuring on the quality of mother- daughter relationship]. *Counseling Research and Developments*, 3(12), 25-39 [in Persian].
- Ebrahimi, J. (2007). *Comparison of family function and children's mental health in monogamy and polygamy families in Khaf*. Master thesis, University of Allameh Tabataba'i [in Persian].
- Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 19(5), 703-713.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Gladding, S. (2002). *Family Therapy, Theory and Practice*. 3rd Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Hamidi, F. (2010). [Relationship between social support and mental health among female-headed households employed a Military University]. *Journal of Military Psychology*, 1(2), 51-60 [in Persian].
- Hart, A., Blincow, D., & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy: Working with children and families*. Routledge.
- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 101-116.
- Hoseini, A., Forouzan, A., & Amirfaryar, M. (2009). [Studying women mental health, as householders supported by Welfare Organization of Tehran]. *Journal of Social Research*, 2(3), 117-137 [in Persian].

- Hoseini, F., & Hoseinchari, M. (2013). [Studying the Validation and Reliability of Family Resiliency Scale]. *Family Counseling and Psychotherapy*, 3(2), 181-209 [in Persian].
- Hoseini, M., Rohani, K., & Hoseinzadeh, S. (2006). [*Family Health Nursing*]. Tehran: Boshra [in Persian].
- Hoseini Ghomi, T., & Salimi Bajestani, H. (2011). [Relationship between Religious Orientation and Resilience among Mothers with Patient Children]. *Journal of Ravanshenasi-va-Din*, 4(3), 69-82 [in Persian].
- Ildarabady, A. (2004). [*Textbook of Community Health Nursing*]. Tehran: Jame'e Negar, Salemi [in Persian].
- Kaveh, M. (2009). *Development of Resilience Fostering Program against Stress and its Impact on Quality of Life Components in Parents of Children with Mild Intellectual Disability*. Doctoral dissertation, Allameh Tabataba'i University [in Persian].
- Khosravi, Z. (2002). [Investigating the emotional, mental, and social problems of female-headed households]. *Center for Women's Participation, Presidential Organization* [in Persian].
- Kurdlo, M. (2001). *Investigating the affecting factors on attitudes and willingness of Adolescents for having relationship with the opposite sex*. Master thesis, Islamic Azad University of Roudehen [in Persian].
- Leimon, A., & McMahan, G. (2009). *Positive Psychology for dummies* (F. Moghadam, Trans.). Tehran: Avande Danesh [in Persian].
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- Lindsey, E. W., Cremeens, P. R., Colwell, M. J., & Caldera, Y. M. (2009). The structure of parent-child dyadic synchrony in toddlerhood and children's communication competence and Self-control. *Social Development*, 18(2), 375-396.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- Mckay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems* (M. Roghanchi., R. Jazayeri., O. Etemadi., M. Fatehizade., M. Hojatkah, & K. Momeni., Trans.). Kermanshah: Razi University [in Persian].
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions* (A. A. Foroughi, J. Aslani., & S. Rafiei, Trans.). Tehran: Arjmand [in Persian].
- Maughan, B., & Kim-Cohen, J. (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry*, 187, 301-303.

- MirEnayat, A. (2008). *Comparison of general health of single and married students between 20-30 years old in Khomeinishahr*. Master thesis, Islamic Azad University of Roadehen [in Persian].
- Moshirzade, H. (2004). [*From movement to social theory*]. Tehran: Danjeh [in Persian].
- Mowbray, C. T., & Oyserman, D. (2003). Substance abuse in children of parents with mental illness: Risks, resiliency, and best prevention Practices. *Journal of Primary Prevention*, 23(4), 451-482.
- Nancy, W., Judy, R., Jane, K., Youngae, I., Kiristy, I. (2002). Across cultural family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of Trans Cultural Nursing*, 13, 134-157.
- Neenan, M. M. (2009). *Developing Resilience: a Cognitive-Behavioural Approach*. UK: Routledge.
- Orbuch, T. L., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., & Repetto, P. (2005). Parent-child relationships and quality of life: Resilience among childhood cancer survivors. *Family Relations*, 54(2), 171-183.
- Parhizgar, A. (2002). *A comparison of relationship quality between child-parents among female high school students with and without identity crisis in Kazerun town*. Master thesis, Kharazmi University [in Persian].
- Pishroyan Varaki, S. (2015). [The Effectiveness of Stress Management Skills Training on Perceived Stress and General Health of Woman Headed Family with Type II Diabetes]. *The First National Congress on Consultation, Family and Empowering of Vulnerable People of Society*. Tehran, Imam Khomeini Relief Foundation [in Persian].
- Raphael, B., Stevens, G., & Pedersen, K. (2006). Vulnerability and mental health. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1(2), 127-138.
- Rezaei, F. (2003). *Investigating the economic and social problems of female heads-households covered by the welfare of Khomeyn County*. Master thesis, Allameh Tabataba'i University [in Persian].
- Rezaei, M. A., Mohammadinia, N., Samaiezadeh Toosi, T. (2013). Problems of female-headed households in Sistan Baluchistan province, Iran. *Journal of Research and Health*, 3(3), 452-457 [in Persian].
- Roghanchi, M. (2005). *Relationship between Religious Orientation and Mental Health in Students of Razi University*. Master thesis in Family Counselling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences [in Persian].
- Salimi Bajestani, H. (2009). *Comparison of the effectiveness of Adlerian counseling and cognitive reconstruction based on allegory on mental health, resiliency and hopefulness of psychology students of Allameh Tabataba'i University*. Doctoral dissertation, Allameh Tabataba'i University [in Persian].
- Sanai Zaker, B. (2009). [*Family and Marriage Scales*]. Tehran: Besat [in Persian].
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An Introduction*. Vol. 55. USA: American Psychological Association.

- Seyd Moradi, K. (2009). *Studying the relationship between family functioning and its aspects with job dissatisfaction among primary school teachers in Alborz Industrial City*. Master thesis, Allameh Tabataba'i University [in Persian].
- Shafiabady, A., & Gholamhosein Ghashghaei, F. (2012). [Comparative Effectiveness of Group Consultation of Reality Therapy and Feminism on Identity of Women Headed Families]. *Journal of Women in Development & Politics*, 9(4), 93-113 [in Persian].
- Simons, R. L., Johnson, C., & Lorenz, F. O. (1996). Family structure differences in stress and behavioral predispositions. In R. L. Simons & Associates (eds.), *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome* (pp. 45- 64). Virginia, USA: Sage.
- Stevenson, H. C. (1994). Research on African-American family life: learning to interpret the dance. *The Family Psychologist*, 10, 38-40.
- Summers, J. A., McMann, O. T., & Fuger, K. L. (1997). Critical Thinking a Method to Guide Staff in Serving Families with Multiple Challenges. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17(1), 27-52.
- Taylor, S., & Hart, A. (2014). *Mental health and the resilient therapy toolkit: A guide for parents about mental health written by young people*. England: Brighton University.
- Van Zyl, J. D., Cronje, E. M., & Payze, C. (2006). Low Self-esteem of psychotherapy patients: A qualitative inquiry. *The Qualitative Report*, 11(1), 182-208.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (M. Dehghani, M. Khajeh Rasouli, S. Mohammadi & M. Abbasi Trans.). Tehran: Danje [in Persian].
- Zamirinejad, S., Golzari, M., Borjali, A., Hojjat, S. K., & Akaberi, A. (2012). [The comparison of effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female university students who live in dorms]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(4), 631-638 [in Persian].
- Zareie Mahmoudabadi H. (2008). *Influence of Cognitive Consultation Techniques Education on Family Function Improvement in Incompatible Couples*. Master thesis in Family Counselling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences [in Persian].
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613-626.