مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای ، شماره ۱۸ ، زمستان ۱۳۹۸جلد۱، ص ۱۷-۹
http://www.jase.ir

اثر بخشی آموزش تاب آوری بر بیماران مبتلا به سوختگی مرکز خدمات پرستاری رازی شهرستان انار

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال پنجم)
شماره ۱۸ / زمستان ۱۳۹۸ / ص ۱۷-۹

نیلوفر شجاعی[۱]، مریم السادات طباطبایی حصنی[۲]

[۱] کارشناسی ارشد فلسفه دین دانشگاه تهران
[۲]دانشجوی دکتری. علوم تربیتی دانشگاه تهران

نویسنده مسئول:
نیلوفر شجاعی

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش امید درمانی بر افزایش تاب آوری افراد ناشی از سوختگی انجام پذیرفت. طرح پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. و جامعه آماری این پژوهش را کلیه افرادی را تشکیل می دهند که دچار سوختگی حاد هستند و بین سال‌های ۹۸-۹۷ به مرکز خدمات پرستاری شهرستان انار مراجعه کرده‌اند. از بین آنها تعداد ۳۰نفر که تمایل به همکاری داشتند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند هر دو گروه پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون را پاسخ دادند. در گروه آزمایش، امید درمانی در ۸جلسه ۱۵دقیقه ای اجرا گردید اما بر روی گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت و گروه کنترل تا آخر در لیست انتظار باقی ماندند، در انتها بعد از آن پس آزمون اجرا شد. نتایج نشان داد که آموزش امید درمانی بطور معناداری تاب آوری افرادی که دچار سوختگی حاد شده بودند را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل امید را افزایش می‌دهد. بطور کلی نتایج حاکی از آن است که امید درمانی می تواند به عنوان یک درمان مؤثر برای افزایش تاب آوری این قشر از افراد به کار رود.

کلید واژه ها: امید درمانی، تاب آوری، سوختگی

تاب‌آوری: تاب‌آوری یعنی اینکه افراد چگونه می‌توانند مشکلات زندگی خود را در عین داشتن استرس و فشار با موفقیت سپری کنند. این سازه بر اساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت بنا نهاده شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات می‌باشد.(گلدستین، ۲۰۱۳،ص۳۳۲)

۱-مقدمه

سوختگی خطری است که همه روزه به اشکال مختلف انسان ها را تهدید می کند، این سانحه با تنشی ویرانگر همراه بوده و می تواند منجر به تغییرات روحی، روانی و جسمی در فرد گردد. مشکلات و عوارض سوختگی در اکثر مواقع تا آخر عمر باقی مانده و گریبان‌گیر فرد خواهد بود بدشکلی های ناشی از سوختگی باعث انزوای تدریجی فرد از اجتماع و ایجاد مشکلات روانی و اجتماعی وی می گردد. اما افرادی هم هستند که با وجود داشتن سوختگی حاد بازهم می توانند با مشکلات کنار بیایند (گریف و همکاران،۲۰۰۴،ص.۳۱۳). محققان در پی پاسخگویی به سؤال مذکور به این نتیجه رسیده‌اند که این افراد از توان تاب آوری بیشتری برخوردارند (لیو، وانگ و لو ، ۲۰۱۳ و لیو، وانگ و لی،۲۰۱۲ ص‌ص۸۵۰-۸۵۵)تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خویش است. تاب آوری، قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی و معنوی، در مقابل شرایط مخاطره آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. (میلر، ریان، کیتر؛ بیشاپ و اسپتین؛ ۲۰۰۰ص‌ص۱۶۸-۱۸۹). در سوابق پژوهشی روان شناختی واژه تاب آوری مترادف با واژه‌های ذیل هستند که عبارتند از: هوش هیجانی کلمن، یادگیری خوشبینی سلیگمن، احساس معنای فرانکل، کامیابی سیبرت و ترمی ونت، یادگیری کاردانی روزنهان و خودباوری راجرز (هابر، ناوارو، ومبل و میوم ، ۲۰۱۰؛ نف و برادی ، ۲۰۱۱، لاتیلیدی ، ۲۰۰۶ و گریف و وندرسون ، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان می دهد که افراد تاب آور دارای رفتارهای خود شکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند. نتایج پژوهش کولینز (۳۰۰۹) مبنی بر تاثیر امید و آگاهی بر رابطه بین تجارب زندگی و تاب آوری نشان داد که بین امید و تاب آوری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و امید بین رویدادهای زندگی و تاب آوری تعادل برقرار می کند و افراد امیدوارتر به رغم رویدادهای زندگیشان تاب آوری بیشتری نشان می دهند. در پژوهشی که پورسردار و همکاران (۱۳۹۰) انجام دادند و آنرا به عنوان یک الگو مطرح کردند به این نتیجه رسیدند که تاب آوری نقش مؤثری در میزان سلامت روانی و رضایت از زندگی دارد. اما چگونگی اثر گذاری بر این دو متغیر متفاوت است، بدین ترتیب که تاب آوری بر سلامت روان اثر مستقیم دارد و در زمینه میزان رضایت از زندگی تاثیرش غیرمستقیم است. به بیان دیگر تاب آوری با تاثیر بر نوع احساس ها و هیجان های فرد، نگرش مثبت دارد. در پژوهشی که بیجاری، هاشم آبادی شاندیز در سال ۸۹انجام دادند، میزان اثربخشی رویکرد امید درمانی گروهی را بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به "سرطان پستان "شهر مشهد سنجیدند و نتیجه گرفتند که این مدل درمانی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی در این زنان می شود. در تحقیق دیگری با نام تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان هنی که توسط رنجبر و همکاران در سال ۱۳۹۰انجام شد، نشان داد که بین تاب آوری وخرده مقیاس های کیفیت زندگی (سلامت عمومی، سلامت فیزیکی، تعامل خانواده، والد بودن، حمایت مرتبط با معمول) همبستگی(r=./84,p‹%5,n=./60) مثبت و معنادار وجود دارد. با توجه به مطالبی که در مقدمه مطرح شد نتایج تحقیقات حاکی از این هستند که وجود فردی که دچار سوختگی حاد شده است با توجه به استرسی که ایجاد می کند می تواند عملکرد خانواده را مختل و باعث آشفتگی روانی والدین، مخصوصا مادر شود و از طرفی نیز تحقیقات نشان دادند افرادی که تاب آوری بالایی دارند و بهتر می توانند در برابر مشکلات و استرس تاب بیاورند با وجود فرد دچار سوختگی نیز می توانند آرامش خود را حفظ کنند و با مشکلات بهتر کنار بیایند. از طرفی دیگر همچنین تحقیقات نشان دادند که عامل امید به عنوان مولفه‌ی فکری و روانی با تاب آوری در ارتباط است و مداخله امید درمانی می‌تواند بر تاب آوری تاثیر داشته باشد. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر اثر بخشی آموزش تاب آوری بر بیماران مبتلا به سوختگی مرکز خدمات پرستاری رازی شهرستان انار می‌باشد. در زمینه‌ای اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت: زندگی روزمره‌ی ما انسان‌ها، ماهیت برخی شرایط و تجارب به گونه‌ای است که افراد خواه ناخواه دچار مشکل می‌شوند؛ به طوری که ممکن است سلامت روانی آنها تهدید شود. هر روز از طریق رسانه‌های‌جمعی دوستان وآشنایان اخبار زیادی در رابطه با افزایش وختگی درگیرشدن خانواده‌هابه گوش می‌رسد. هیچ انسانی در گذر از زندگی از آسیب‌پذیری روانی مصون نیست و انسان‌ها در شرایط استرسزای، واکنش یکسان نشان نمی‌دهند، یکی از دلایل این واکنش‌های متفاوت مفهوم تاب‌آوری است. از آنجا که والدین دارای کودک مبتلابه سوختگی حاد، رویدادهای پراسترس و وضعیت‌های سرشار ازاضطراب را تجربه می‌کنند، مهارت‌هایی لازم است که این خانواده‌ها چنین رویدادهایی را قابل کنترل ببینند و راهبردهای مقابل‌های بیشتری را به کار گیرند تا توان کنار آمدن آنها با شرایط دشوارافزایش یابد .مفهوم تابآوری چارچوب جدیدی را درزمینه خانواده‌های دارای کودک مبتلا به سوختگی مطرح می‌کند و از آن میتوان به عنوان سپری در برابر این حادثه آسیبزا یاد کرد و یکی از

ویژگی‌هایی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرورر شد کندی یا کاستی یابد. افراد تاب‌آوردارای رفتارهای خودشکنانه نیستند؛ از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تبدیل شرایط استرس زا را دارند. تاب آوری، انعطاف‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد و این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد. همچنین تاب آوری باکاهش هیجانات منفی، سلامت روان را افزایش داده ومیزان رضایتمندی از زندگی را نیز بالا می‌برد. این افراد، شبکه حمایتی و عاطفی محکمی دارند، دارای خلق وخو و احساسات مثبت هستند ،می‌پذیرند که موانع بخشی از زندگی هر انسان است و از مهارتهای حل مسئله استفاده می‌کنند و احساس ارزشمندی و امید و هدفمندی دارند. اینظرفیت درانسان می تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و در پی پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال می‌باشیم که آیا مداخله امید درمانی بر افزایش تاب آوری بیماران دچار سوختگی حاد مرکز خدمات پرستاری شهرستان انار موثر می‌باشد؟

روش

روش پژوهش، جامعهٔ آماری و نمونه: روش پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیهٔ افرادی که دچار سوختگی حاد شده بودند و به مرکز خدمات و پرستاری انار در سال ۹۸-۹۷ مراجعه کرده بودند. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر که تمایل به همکاری داشتند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند هر دو گروه پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون(۲۵۵۳) را پاسخ دادند. در گروه آزمایش، امید درمانی در ۸ جلسه ۱۵دقیقه ای اجرا گردید اما بر روی گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. (گروه آزمایش ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارسنجش: پرسش‌نامه پیوند با مدرسه (SBQ)[۲۰]: رضایی¬شریف (۱۳۹۱) این پرسش‌نامه را برای اندازه‌گیری پیوند دانش‌آموزان با مدرسه در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه براساس مصاحبه با گروه‌های کانونی ساخته است و پیوند با مدرسه را در شش مؤلفه دلبستگی به معلم، دلبستگی به مدرسه، دلبستگی به کارکنان، مشارکت در مدرسه، باور به مدرسه و تعهد به مدرسه با ۴۰ سؤال براساس طیف لیکرت ۵ درجه¬ای اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت ۵ درجه¬ای هرگز (۱)، به‌ندرت (۲)، بعضی اوقات (۳)، بیشتر اوقات (۴) و همیشه (۵) مشخص می¬کند. حداقل نمره ۴۰ و حداکثر ۲۰۰ است که از جمع نمرات حاصل می¬شود. نمرات پایین¬تر نشان‌دهندهٔ پیوند کمتر با مدرسه و نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ پیوند بیشتر با مدرسه در ابعاد مختلف است¬. از سوال ۱ تا ۹ دلبستگی به معلم، ۱۰ تا ۱۹ دلبستگی به مدرسه، ۲۰ تا ۲۵ دلبستگی به کارکنان، ۲۶ تا ۳۱ مشارکت در مدرسه، ۳۲ تا ۳۷ باور به مدرسه و ۳۸ تا ۴۰ تعهد به مدرسه را اندازه¬گیری می¬کند. روایی محتوا در پرسشنامه (SBQ) با نظرخواهی از سه نفر متخصص روانشناس تربیتی و تعلیم و تربیت بررسی شد. ازنظر متخصصان مربوطه پرسشنامه (SBQ) به‌لحاظ محتوایی، ابزاری روا تشخیص داده شد. روایی سازهٔ پرسشنامه (SBQ) به دو شیوهٔ محاسبه ضریب همبستگی پرسشنامه با مؤلفه‌های آن و تحلیل عاملی تأییدی بررسی می‌شود. به‌علاوه یافته¬های حاصل از تحلیل عاملی، اکتشافی و تأییدی نیز وجود شش عامل را در این پرسشنامه تأیید کرده‌اند. رضایی¬شریف (۱۳۹۱) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش-های آلفای کرونباخ و باز¬آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳، دلبستگی به معلم ۰/۸۸، دلبستگی به مدرسه ۰/۸۰، دلبستگی به کارکنان مدرسه ۰/۸۱، مشارکت در مدرسه ۰/۷۳، باور به مدرسه ۰/۷۳و تعهد به مدرسه ۰/۷۰ گزارش کرده است (رضایی¬شریف،۱۳۹۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳، دلبستگی به معلم ۰/۷۰، دلبستگی به مدرسه ۰/۶۹، دلبستگی به کارکنان ۰/۶۸، مشارکت در مدرسه ۰/۶۲، باور به مدرسه ۰/۷۲و تعهد به مدرسه ۰/۷۱ به¬ دست آمد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سنجش

پرسش‌نامه‌ی امید به زندگی این ابزار به منظور ارزیابی ابعاد مدل مک مستر مطابق با ادراک اعضای خانواده طراحی شده است. ابزار سنجش کیفیت زندگی از خرده مقیاس‌هایی تشکیل شده است که شش بعد مدل مک مستر را ارزیابی می‌کند و همچنین یک مقیاس کارکردی عمومی دارد که روی هم رفته سطح کارکرد کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند (میلر، ریان و همکاران،۲۰۰۰). در مورد ویژگی‌های روانسنجی آن می‌توان گفت که در مطالعات مختلف همسانی درونی آن مشخص شده است که بالاترین آن، مقیاس کارکردی عمومی بود. (بین۰/۸۳ تا ۰/۸۶) و پایین‌ترین آن برای مقیاس نقشها بود (۰/۵۷تا۰/۶۹). پایایی آزمون- بازآزمون آن در مورد همهی مقیاسها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۶ بود ولی برای مقیاس حل مسئله (۰/۶۶)، ارتباط (۰/۷۲)، نقشها (۰/۷۵)، پاسخدهی عاطفی(۰/۷۶)، تعلق عاطفی (۰/۶۷)، کنترل رفتار (۰/۷۳) و کارکرد عمومی (۰/۷۱)

گزارش شد (واندسبورگر، ۲۰۰۱). این پرسش نامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) روی ۳۰نفر از افرادی که دچار سوختگی حاد شده بودند که همبستگی کلی پرسشنامه‌ها در دو مرحله ۰/۸۲ گزارش شد و آلفای کرونباخ کلی در ارتباط با همه سوالات ۰/۹۴ گزارش گردید. همچنین روایی ملاک این ابزار توسط نجاریان (۱۳۷۴) قابل قبول گزارش شده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون: این پرسش‌نامه ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای دارد. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره‌ی هرآزمودنی برابر مجموع نمرات از هر یک از سوالات است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون – باز آزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار سوختگی را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا روی ۱۵ نفر از بیماران سوختگی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه‌ی تابآوری با پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شدهی پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). به طور کلی نتایج نشان از پایایی و روایی مطلوب پرسشنامه‌ی تاب‌آوری را نشان می‌دهد. پرسش-نامهی تاب‌آوری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) هنجار یابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسشنامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه‌ی هر نمره با نمره‌ی کل نشان داده که به جز سه سوال، ضرایب سوالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی توسط فریسچ، کورنل، ویلانووا و رتزالف (۱۹۹۲) به منظور استفاده در پیامد و برنامههای درمانی طراحی شد. آنها در مطالعهی خود پایایی آزمون – بازآزمون را ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و همسانی درونی را در سه نمونه‌ی بالینی و غیربالینی بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ درصد گزارش کردند. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی شامل چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ارتباطات محیطی می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۲۰۰۶) هنجاریابی شده است و علاوه بر روایی خوب و قابل قبول، ضریب آلفای پرسشنامه برای سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ بدست آمده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین بررسی شاخص‌ها نشان داد که تقریبا در هیچ یک از متغیرها کجی و کشیدگی شدید وجود نداشت. به ویژه اگر به عنوان یک ملاک تجربی ساده مقدار کجی بر خطای استاندارد کجی تقسیم شود (در این پژوهش مقدار خطای استاندارد کجی ۰/۱۹۲ محاسبه شد) و مقدار کشیدگی هر متغیر نیز بر خطای استاندارد کشیدگی (در این پژوهش برابر با ۰/۳۸۱) تقسیم شود، حاصل تقسیم در اکثر متغیرها از z معیار ۹۹ صدم (۲/۵۷) فراتر نرفت.

جدول۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	حل مساله	ارتباط	نقش‌ها	پاسخ‌گویی عاطفی	تعلق عاطفی	کنترل رفتار	کارکرد عمومی	تاب آوری	سلامت جسمانی	سلامت روان	سلامت محیط	روابط اجتماعی
میانگین	۱۱/۵۶	۱۴/۱۵	۲۳/۲۶	۱۶/۰۵	۱۹/۲۵	۱۸/۹۹	۲۸/۸۵	۸۷/۳۱	۲۲/۰۸	۱۹/۸۸	۲۳/۰۶	۵/۵۲
انحراف استاندارد	۱/۲۲	۲/۰۲	۲/۱۲	۲/۴۶	۲/۶۹	۱/۶۵	۳/۴۴	۹/۲۸	۴/۲۲	۲/۹۹	۳/۰۱	۱/۴۳

بنابراین با توجه به مقاوم بودن اکثر آزمونهای پارامتری به تخطی اندک از مفروضه نرمال بودن، متغیرها بدون استفاده از تبدیل دادهها وارد تجزیه و تحلیل همبستگی و رگرسیون شد. بنابر نظر سرمد (۱۳۷۸) برای آنکه متغیری بتواند نقش واسطه داشته باشد باید این شرایط برقرار باشد: ۱- همبستگی متغیر مستقل و وابسته معنادار باشد، ۲- همبستگی متغیر واسطه و مستقل معنادار باشد، ۳- با کنترل اثر متغیر واسطه رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته تضعیف شود. نتایج نشان داد شروط یک و دو برقرار است. به نحوی که بین سلامت جسمانی با ارتباط، نقشها، پاسخ-گویی عاطفی، تعلق عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی ارتباط منفی معنادار وجود داشت. همچنین بین سلامت روان با تمام خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی معنادار، و بین سلامت محیط با تمام خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده رابطه منفی معنادار وجود داشت. در نهایت

این همبستگی منفی بین سلامت محیط با تمام خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده نیز معنی دار بود. باید توجه داشت که هرچه نمره فرد در مقیاس‌های کارکرد خانواده پایین‌تر باشد، نشان دهنده کارکرد خانواده بهتر است. در ارتباط با رابطه بین متغیر واسطه و مستقل نیز یافته ها نشان داد که همبستگی تاب‌آوری و خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده نیز به صورت منفی معنادار بود. برای آنکه بدانیم آیا شرط سوم نیز وجود دارد یا نه، از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد.

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون سلسله مراتبی کیفیت زندگی (سلامت جسمانی) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R^2	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	$F\Delta R^2$	df۱	df۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۴۰۲	۰/۱۶۱	۰/۱۲۳	۰/۱۶۱	۴/۱۷۸	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۱۶	۰/۲۶۷	۰/۲۲۸	۰/۱۰۵	۲۱/۶۷	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۲، نتایج آزمون F برای معناداری ضریب تبیین نشان داد که ضریب تبیین رگرسیون هم در گام اول (p=۰/۰۰۱ ؛ ۴/۱۷= (۱۵۲، F(۷ و هم در گام دوم (p=۰/۰۰۱ ؛ ۶/۸۶= (۱۵۱، ۸)F) در ارتباط با سلامت جسمانی معنادار است. آزمون معناداری نمو واریانس تبیین شده (R2) نشان می‌دهد که با ورود متغیر واسطه‌ای به مدل، ضریب تبیین از ۱۶ صدم در مرتبه اول به ۲۷ صدم در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۳ ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی کیفیت زندگی (سلامت جسمانی) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۳۵/۸۸	۴/۷۶		۷/۵۳	۰/۰۰۱
	کارکرد عمومی	-۰/۳۰۲	۰/۱۶۰	-۰/۲۴۶	-۱/۸۸۴	۰/۰۴۷
۲	ثابت	۱۲/۳۲	۶/۷۵		۱/۸۲	۰/۰۷۰
	کارکرد عمومی	-۰/۱۲۳	۰/۱۵۵	-۰/۱۰۰	-/۷۹۱	۰/۴۳۰
	تاب‌آوری	۰/۱۳۶	۰/۲۹	۰/۴۰۸	۴/۶۵۶	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، در مرتبه اول کارکرد عمومی عملکرد خانواده با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت جسمانی داشته باشند. در دومین مرتبه رگرسیون فقط تاب‌آوری با ضریب مثبت سلامت جسمانی را پیش‌بینی کرد و سایر ابعاد کارکرد خانواده ضریب معناداری نداشتند. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی کارکرد عمومی غیرمعنادار شده است. بنابراین تاب‌آوری دارای نقش واسطگی در رابطه کارکرد عمومی خانواده با سلامت جسمانی است.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون سلسله مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R^2	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	$F\Delta R^2$	df۱	df۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۵۰۶	۰/۲۵۶	۰/۲۲۲	۰/۲۵۶	۷/۴۸	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۶۰	۰/۳۱۴	۰/۲۷۸	۰/۰۵۸	۱۲/۶۵	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، در ارتباط با بعد سلامت روان نتایج آزمون F برای معناداری ضریب تبیین نشان داد که ضریب تبیین رگرسیون هم در گام اول (p=۰/۰۰۱ ؛ ۷/۴۸= (۱۵۲، F(۷ و هم در گام دوم (p=۰/۰۰۱ ؛ ۸/۶۳= (۱۵۱، ۸)F) معنادار است و آزمون معناداری نمو واریانس تبیین شده (R2) نشان می‌دهد که با ورود متغیر واسطه‌ای به مدل، ضریب تبیین از ۲۶ درصد در مرتبه اول به ۳۱ درصد در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۵. ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۳۴/۱۴	۳/۱۷۱		۱۰/۷۶	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۴۶	۰/۱۲۸	-۰/۲۴۵	-۲/۷۰۵	۰/۰۰۸
۲	ثابت	۲۱/۸۳	۴/۶۱		۴/۷۲	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۲۷۵	۰/۱۲۵	-۰/۱۹۵	-۲/۲۰۰	۰/۰۲۹
	تاب‌آوری	۰/۰۷۱	۰/۲۰	۰/۳۰۲	۳/۵۵	۰/۰۰۱

جدول ۵، ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی کیفیت زندگی (سلامت روان) روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری را نشان می‌دهد. در مرتبه اول نقش‌ها با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت روان داشته باشند. در دومین مرتبه رگرسیون علاوه بر نقش‌ها، تاب‌آوری با ضریب مثبت نیز قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را داشت. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی نقش‌ها با وجود افت جزئی در ضریب استاندارد (β)، همچنان معنادار مانده است. همچنین می‌توان نتیجه گرفت واسطه‌گری تاب‌آوری بین نقش‌ها و سلامت روان معنادار است.

جدول ۶. خلاصه مدل رگرسیون سلسله مراتبی روابط اجتماعی روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R^2	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	$F\Delta R^2$	df۱	df۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۴۲۸	۰/۱۸۳	۰/۱۴۶	۰/۱۸۳	۴/۸۷	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۵۲۹	۰/۲۸۰	۰/۲۴۲	۰/۰۹۷	۲۰/۳۱	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، ضریب تبیین رگرسیون در هر دو گام معنادار است و آزمون معناداری نمو واریانس تبیین شده (R2) نشان می‌دهد که با ورود متغیر تاب‌آوری به مدل، ضریب تبیین از ۱۸ درصد در مرتبه اول به ۲۸ درصد در مرتبه دوم رسیده است.

جدول ۷. ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی روابط اجتماعی روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۱۲/۰۶	۱/۵۹		۷/۵۸	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۱۴۰	۰/۰۶۴	-۰/۲۰۷	-۲/۱۷۶	۰/۰۳۱
	کارکرد عمومی	-۰/۱۰۸	۰/۰۵۳	-۰/۲۶۰	-۲/۰۲۰	۰/۰۴۵
۲	ثابت	۴/۴۱	۲/۲۶		۱/۹۵	۰/۰۵۳
	نقش‌ها	-۰/۰۹۵	۰/۰۶۱	-۰/۱۴۱	-۱/۵۵	۰/۱۲۱
تاب‌آوری		۰/۰۴۴	۰/۰۱۰	۰/۳۹۱	۴/۵۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷، در مرتبه اول نقش‌ها و کارکرد عمومی با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت روان داشته باشند. در دومین مرتبه رگرسیون، فقط تاب‌آوری با ضریب مثبت روابط اجتماعی را پیش‌بینی کرد و سایر ابعاد کارکرد خانواده ضریب معناداری نداشتند. از اینرو می‌توان نتیجه گرفت که نقش واسطگی تاب‌آوری معنادار است.

جدول ۸. خلاصه مدل رگرسیون سلسله مراتبی سلامت محیط روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	R	R^2	R^2 تعدیل شده	ΔR^2	$F\Delta R^2$	df۱	df۲	سطح معناداری ΔR^2
۱	۰/۵۹۱	۰/۳۵۰	۰/۳۲۰	۰/۳۵۰	۱۱/۶۷	۷	۱۵۲	۰/۰۰۱
۲	۰/۶۳۸	۰/۴۰۶	۰/۳۷۵	۰/۰۵۷	۱۴/۴۵	۱	۱۵۱	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول بالا نشان داده شده است، علاوه بر معناداری مدل در هر دو گام، آزمون معناداری نمو واریانس تبیین شده (R2) نشان می‌دهد که با ورود متغیر تاب‌آوری به مدل، ضریب تبیین از ۳۵ درصد در مرتبه اول به ۴۰ درصد در مرتبه دوم رسیده است و این افزایش معنادار است.

جدول ۹. ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی سلامت محیط روی کارکرد خانواده و تاب‌آوری

مرتبه	متغیر پیش بین	B	خطای استاندارد	β	T	سطح معناداری
۱	ثابت	۴۰/۳۱	۲/۹۹		۱۳/۴۶	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۷۶	۰/۱۲۱	-۰/۲۶۴	-۳/۱۱	۰/۰۰۲
	کارکرد عمومی	-۰/۴۴۶	۰/۱۰۱	-۰/۵۰۹	-۴/۴۲۸	۰/۰۰۱
۲	ثابت	۲۷/۹۶	۴/۳۳		۶/۴۴	۰/۰۰۱
	نقش‌ها	-۰/۳۰۴	۰/۱۱۷	-۰/۲۱۴	-۲/۵۹	۰/۰۱۰
	کارکرد عمومی	-۰/۳۵۲	۰/۱۰۰	-۰/۴۰۲	-۳/۵۳	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	۰/۰۷۱	۰/۰۱۹	۰/۳۰۰	۳/۸۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۹، در مرتبه اول نقش‌ها و کارکرد عمومی با ضریب استاندارد (β) منفی توانست با کنترل اثر سایر متغیرهای کارکرد خانواده اثر معناداری روی سلامت محیط داشته باشند. در دومین مرتبه رگرسیون علاوه بر نقش‌ها و کارکرد عمومی، تاب‌آوری نیز با ضریب مثبت نیز قابلیت پیش‌بینی سلامت محیط را داشت. در واقع در این مرتبه از مدل رگرسیون با کنترل اثر تاب‌آوری ضریب رگرسیونی نقش‌ها و کارکرد عمومی با وجود افت جزئی در ضریب استاندارد (β)، همچنان معنادار مانده است و می‌توان نتیجه گرفت واسطه‌گری تاب‌آوری بین نقش‌ها و کارکرد عمومی و سلامت محیط معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی آموزش تاب آوری بر بیماران مبتلا به سوختگی مرکز خدمات پرستاری رازی شهرستان انار صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که بین تابآوری با سلامت جسمی، سلامت روان (امید به زندگی)، سلامت محیط و روابط اجتماعی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. بین ابعاد کیفیت زندگی و تاب‌آوری با تمام خرده مقیاسهای کارکرد خانواده رابطه مثبت معنادار وجود داشت. همچنین تاب‌آوری نقش واسطه‌ای در رابطه کارکرد عمومی خانواده با سلامت جسمانی، بین نقشها و سلامت روان(امید به زندگی)، بین متغیرهای نقشها و کارکرد عمومی با سلامت محیط داشت و در نهایت نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه با کارکرد عمومی و نقشها با روابط اجتماعی معنادار بود. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت در خانواده‌هایی که مد نظر زندگیشون امید به زندگی است. و ارتباط میان اعضای خانواده آنها و تعاملات درون خانواده بر اساس نزدیکی، صمیمیت و تفاهم استوار بالاخص امید است، همه اعضاء ممکن است در برابر فشارها مقاوم باشند. از طرف دیگر در خانواده‌هایی که جو متشنج و ناآرامی دارند و تعامل اعضا براساس عدم تفاهم، عدم ارتباط سالم و نبود صمیمیت بالاخص عدم امید به زندگی در زمینه‌ی مشکلاتی که سوختگی حاد از نظر روانی و اجتماعی به افراد خانواده به ویژه فرد مبتلا به سوختگی حاد همه اعضاء می‌توانند در معرض مشکلات جسمانی و روانی متعدد قرار گیرند که به صورت مستقیم کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. گلدنبرگ (۲۰۱۲) بیان میدارد که از جمله کارکردهای با اهمیت و مهم اعضای خانواده کمک به یکدگیر برای تحقق تواناییها و کشف استعدادهاست. نکته قابل توجه این است که اعضای خانواده با کارکرد سالم در زمینه حل مساله هنگام مواجهه با مشکلات در کنار همدیگر قرار میگیرند و دارای کارکرد حل مساله سالم هستند. در صورتی که در خانوادههای با کارکرد ناسالم حل مساله، همفکری و همدلی در بین اعضا تضعیف شده است و ممکن است هر یک از افراد به تنهایی با مشکلات روبهرو شوند و احتمالا اعضاء به راهبردهای مقابله‌ای مطلوبی برای برخورد با مشکلات مجهز نباشند.

در ارتباط با تاب آوری و امید به زندگی می‌توان گفت از آنجایی که تاب‌آوری بیشتر ویژه شرایط سخت و ناگوار است هنگامی که فردی دچار سوختگی حاد می‌شود از نظر اجتماعی همچنین روحی و روانی علاوه بر اینکه برای خودش همراه با سختی‌های زیادی است، برای افراد خانواده فرد دچار سوختگی شده فشار روانی ویژه‌ای دارد ، برخوردار بودن بیشتر از این قابلیت، تاب و تحمل افراد در برابر مشکلات اجتماعی، عاطفی و جسمانی را افزایش می‌دهد و در نتیجه کیفیت زندگی نیز حفظ می‌شود و حتی ممکن است بهبود یابد. از طریق تاب‌آوری بالا افراد احساسات خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه موثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم می‌کنند، در سازش یافتگی با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت و در مقایسه با افرادی که از تاب‌آوری پایینی برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه می‌کنند، ضمن اینکه مهارت بیشتر در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجانات دیگران شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری را برای آنان ایجاد می‌کند (ماروکین، ۲۰۱۱ ؛ پو۱، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه حاضر در این زمینه علاوه بر مطالعات مذکور در راستای بررسی تام۲ و همکاران (۲۰۱۲) است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد آموزش تاب آوری بر بیماران مبتلا به سوختگی مرکز خدمات پرستاری رازی شهرستان انار سبب افزایش کیفیت زندگی در ابعاد روحی و روانی؛ جسمی و اجتماعی شده است. در نتیجه کارکرد مطلوب به فضای روانی خانواده کمک می‌کند که در آن اعضاء احساس حمایت اجتماعی کرده و نقش مثبت خود را در آن پیدا کنند و نشان دهند. از این رو آموزش مهارت‌های مرتبط با افزایش کارکرد خانواده به ویژه فرد، خانوار اهمیت دارد. همچنین یافتههای این مطالعه در راستای مطالعات پیشین نقش مهم تابآوری را نشان داد. نکته مهم در این مطالعه ارتباط بین کارکرد خانواده و تابآوری است. بدین صورت که می‌توان ادعا داشت که افرادی که دچار سوختگی شدند و همچنین خانواده‌های آنها که کارکرد مطلوبی دارند، از تاب‌آوری بیشتری نیز برخوردارند. این نکته ممکن است بدین دلیل باشد که کارکرد بهتر خانواده و فرد می‌تواند از طریق تاب‌آوری بالا در موقعیت‌های فشارزا و سخت، مقابله موثرتری را امکانپذیر سازد.

- Pouw[1]
[2]- Tam

منابع

نجات، س.، منتظـری، ع.، هلاکـوئی، ئ.، کـورش، م. ک.، و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استاندارد سـازی پرسـش نامـه کیفیـت زنـدگی سـازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانـی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴، ۴۹-۶۵.

نجاریان، ف. (۱۳۷۴). بررسی ویژگیهای روانسنجی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. Clinical psychology review, 31(8), 1276-1290.

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (Eds.). (2013). Handbook of resilience in children (2nd ed.). New York: Springer.

Greeff, A. P, & Vanderson, M. S. (2004). Variables associated with resilience in divorced families. Social indicators .research. 68:59-75

Liu, Y., Wang, Z., & Li, Z. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. Personality and individual differences, 52(7), 833-838.

Liu, Y., Wang, Z., & Lu, w. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence .and life satisfaction. Personality and individual differences, 54(7), 850-855

Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. Journal of Family Therapy, 22(2), 168-189.

Huber, C. H. , Navarro, R. L. , Womble, M. W. , Mume, F. L. (2010). Family resilience and mid life marital satisfaction.The family journal. 18 (2) : 136-145.